

The Effectiveness of Compassion-based Therapy on Emotional Ataxia and Aggression in Women with Premenstrual Dysphoria

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Golmehar Ahmadi Malairi¹,
Mohammad Ali Rahmani^{2*},
Mehdipour Asghar^{3,4}

How to cite this article

Golmehar Ahmadi Malairi,
Mohammad Ali Rahmani,
Mehdipour Asghar, The
Effectiveness of Compassion-based
Therapy on Emotional Ataxia and
Aggression in Women with
Premenstrual Dysphoria, *Islamic
Life Style*. 2023; 6(4):88-98

1. PhD student, General Psychology, Department of Psychology, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran (Corresponding Author).

3. Psychiatrist - Psychotherapy Fellowship, Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Iran .

4. Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Research Institute, Mazandaran Faculty of Medical Sciences, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: rahmani.m@gmail.com

Article History

Received: 2022/08/19

Accepted: 2022/10/04

ABSTRACT

Purpose: Premenstrual dysphoria is a mood disorder that occurs at certain times of the menstrual cycle. The present study was conducted with the aim of the effectiveness of compassion-based treatment on emotional ataxia and aggression in women suffering from premenstrual dysphoria.

Material and Methods: The current study is a semi-experimental type in which a pre-test-post-test design was conducted with a control group with measurement at the baseline after the intervention and a 3-month follow-up with the control group. 30 women aged 25 to 40 diagnosed with premenstrual dysphoria referred to psychological counseling centers in Sari in 2019 were selected and randomly assigned to the experimental group (treatment based on compassion) n=15 and the control group (n=15) were assigned. All participants completed the demographic questionnaire, emotional non-verbal communication questionnaires of Toronto (1994), aggressiveness questionnaires of Bass and Perry (1992), in three stages. The intervention sessions were conducted face-to-face in compliance with health protocols. Hypotheses related to the effectiveness of the research intervention were analyzed using multivariate covariance analysis and Lametrics post hoc test and using SPSS-19 software.

Findings: The results of the present study showed that there is no significant difference between the three groups in the mean of ataxia and aggression in the pre-test stage, which indicates the homogeneity of the two research groups in the pre-test stage, but there is a significant difference between the two groups in the post-test and follow-up stages. Which can indicate the effectiveness of the intervention on the mentioned variables and also the stability of the effectiveness in the follow-up phase.

Conclusion: Considering the effectiveness of compassion-based treatment, this treatment should be prioritized.

Keywords: Compassion-Based Therapy, Ataxia, Aggression, Premenstrual Dysphoria.

واژه های کلیدی: درمان شفقت متمرکز بر خود، ناگویی هیجانی، پرخاشگری، اختلال ملال پیش از قاعدگی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۱۲

*نویسنده مسئول: rahmani.m@gmail.com

اثر بخشی درمان شفقت متمرکز بر خود بر ناگویی هیجانی و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی

گل مهر احمدی ملایری^۱

دانشجوی دکتری، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

محمد علی رحمانی^{۲*}

استادیار، گروه روانشناسی سلامت و مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

مهدی پور اصغر^۳

روان پزشک - فلوشیپ روان درمانی، دانشیار گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشکده علوم پزشکی مازندران، ایران.

مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشکده علوم پزشکی مازندران، ایران.

چکیده

هدف: اختلال ملال پیش از قاعدگی یک اختلال خلقی است که در زمان‌های خاصی از چرخه قاعدگی رخ می‌دهد. پژوهش حاضر، با هدف اثر بخشی درمان شفقت متمرکز بر خود بر ناگویی هیجانی و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل با سنجش در خط پایه پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل انجام گرفت. تعداد ۳۰ نفر از زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله دارای تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر ساری در سال ۱۳۹۹ بودند انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش (درمان شفقت متمرکز بر خود (n=15) و کنترل (n=15) گماشته شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴)، پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲)، را در سه مرحله تکمیل کردند. جلسات مداخلات با رعایت پروتکل های بهداشتی به صورت حضوری انجام شد. فرضیه‌های مربوط به اثربخشی مداخله پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی لامتریکس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین متغیر ناگویی هیجانی و پرخاشگری در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن دو گروه پژوهش در مرحله پیش‌آزمون است، اما تفاوت بین دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری بود که می‌تواند حاکی از اثربخشی مداخله بر متغیرهای ذکر شده و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری بوده است.

نتیجه گیری: با توجه به اثر بخشی درمان شفقت متمرکز بر خود این درمان در اولویت درمانی قرار داده شود.

مقدمه

هیچ تجربه‌ای در زندگی زنان نباشد که مانند قاعدگی تمام ساختار وجودی آنها را دچار تحول و دگرگونی سازد. این کیفیت متمایز زندگی زنانه تأثیرات شگرفی بر حس هویت و احساس زن بودن به جا می‌گذارد و روشن است که نحوه رویارویی با این تحولات بنیادین نقش بسیار ارزشمندی در تندرستی زنان ایفا خواهد کرد (۱). قاعدگی نیز همانند هر یک از کارکردهای زیستی بدن (گوارش، گردش خون، دفع و...) در ایجاد تعادل حیاتی نقش مهمی دارد و تغییرات در کیفیت آن می‌تواند بر شرایط جسمانی و روانی زنان تأثیرات گوناگونی داشته باشد (۲). اختلال ملال پیش از قاعدگی ۱ یک اختلال خلقی است که در زمان‌های خاصی از چرخه 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 (۳). 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، تحریک-پذیری، 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 (۴). شیوع دقیق اختلال ملال پیش از قاعدگی نامشخص است. برآورد می‌شود که ۷۰ تا ۹۰ درصد زنان، به درجانی نشانه‌های قبل از قاعدگی را داشته باشند. نشانه‌های اختلال ملال پیش از قاعدگی ممکن است پیامدهای منفی جدی برای زنان، خانواده-هایشان و ارتباطات اجتماعی آنها از جمله عزت نفس پائین، سطح تحمل پائین نسبت به استرس و پرخاشگری ایجاد کند (۵).

علاوه بر این زنان با نشانه‌های اختلال ملال پیش از قاعدگی با مسائل مختلف ناشی از مشکلات خانواده مواجه بوده و مشکلات مضاعفی نسبت به سایر افراد خواهند داشت که این امر موجب پدید آمدن مشکلات روانشناختی می‌شود، که این مشکلات با نشانه‌هایی مانند علائم افسردگی و اضطراب، عدم ارتباط صحیح با دیگران، رفتار پرخاشگرانه، همراه می‌باشد (۶). این زنان معمولاً قدرت مهار میزان پرخاشگری و رفتار خود را ندارند و رسوم و اخلاق جامعه‌ای را که در آن زندگی می‌کنند زیر پا می‌گذارند، در اغلب موارد با افراد مختلف درگیری پیدا می‌کند و حرکات آنها گاهی به حدی باعث آزار و اذیت اطرافیان می‌شود، که باعث طرد

و هیجان‌ات منفی فرد را کاهش و هیجان‌ات مثبت را جایگزین آن می‌کند (۱۴).

درمان شفقت متمرکز بر خود به عنوان یک مدل چندبعدی از انواع مهارت‌های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین، تصویرسازی و مداخلات رفتاری است (۱۵). این درمان به عنوان حساسیت به رنج در خود، دیگران و تلاش برای کاهش یا جلوگیری از آن تعریف می‌شود و مراجع را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طی فرآیندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند (۱۶). درمان شفقت متمرکز بر خود با تغییر الگوهای شناختی و هیجانی مشکل‌ساز مرتبط با اضطراب باعث کاهش علائم جسمانی و روانشناختی سندرم قبل از قاعدگی همراه بود (۱۷). به کارگیری فنون درمان متمرکز بر شفقت در کاهش علائم نشخوار فکری و احساس تنهایی زنان با سندرم پیش از قاعدگی، مؤثر است (۱۸). با توجه به مطالب عنوان‌شده سوال پژوهش حاضر این بود که آیا درمان شفقت متمرکز بر خود بر ناگویی هیجانی و پرخاشگری زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی شهر ساری را کاهش می‌دهد؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش، پژوهشی شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله که بیشترین تعداد مراجعه را به دلیل علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی به مطب تخصصی زنان داشتند و بنا به تشخیص متخصص از طریق پزشکان متخصص زنان به مراکز مشاوره روانشناختی شهر ساری در سال ۱۳۹۹ مراجعه داشتند تشکیل داده است. ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۰ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی، دریافت تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی از متخصص زنان، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی و تمایل به همکاری. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود.

ابزار سنجش

- مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)

ناگویی هیجانی تورنتو توسط تیلور و پارکر (۱۹۹۴)، ساخته شد که یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (سوالات ۱، ۳، ۴، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴)، دشواری در توصیف احساسات (سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷)، و تفکر عینی (سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) را در اندازه‌های پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره‌ی

از محیط‌های اجتماعی می‌گردد (۷). پژوهشگران معتقد هستند پرخاشگری مفهوم بسیار پیچیده‌ای است که از یک طرف تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روانشناختی است و از طرف دیگر از عوامل ژنتیکی تأثیر می‌پذیرد. از طرفی بی‌ثباتی خلقی ناشی از اختلال ملال پیش از قاعدگی نه تنها بر احساس تنهایی، بی‌ارزشی و پرخاشگری بلکه به عنوان پیش‌بینی کننده نگرانی نیز در این افراد در نظر گرفته می‌شود (۸). ناگویی هیجانی سازه‌ای است چندوجهی، متشکل از دشواری در شناسایی احساسات ۱، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران ۲، دشواری در تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی ۳ مربوط به برانگیختگی هیجانی، قدرت تجسم محدود که بر حسب فقر خیال‌پردازی‌ها مشخص می‌شود و سبک شناختی عینی، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار یا تفکر عینی. همراه با این ویژگی‌های اساسی، ویژگی‌های متعدد دیگری مانند دشواری در پردازش اطلاعات هیجانی، دشواری در فهم بیان چهره‌ای و ظرفیت کمتر برای همدلی نیز در مبتلایان به ناگویی هیجانی مشاهده شده است. به دلیل بی‌تفاوتی و بی‌علاقگی نسبت به دیگران در این افراد، مشکلات بین شخصی متعدد در آنها مشاهده شده است (۹). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد ناگویی هیجانی، یکی از موضوعاتی مورد بررسی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌باشد که مشکل در این زمینه می‌تواند پیامدهای زیانباری از جمله احساس ناامنی، مشکلات شخصیتی و عاطفی را به دنبال داشته باشد (۱۰).

به طوری که میزان درماندگی و احساس ناامنی می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فردی افراد باشد که بر شیوه رویارویی آنها با مشکلات، و سازگاری عاطفی آنها مؤثر باشد، که یکی از مهمترین این ویژگی‌ها تنظیم هیجانی ۴ می‌باشد که افراد از این طریق، با تمرکز و درک مشکل، سازگاری و نگرشی مثبت در زندگی خود بوجود می‌آورند (۱۱). در این رابطه پترسون، لاندون، لیانگ، جراردز، گلدمن و راپکین (۲۰۱۶)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که زنان با علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی در کنترل هیجان‌ات منفی چون خشم، غم، و ... دچار مشکل هستند. بنابراین تنظیم هیجانی ناکارآمد یکی از عوامل پیش‌بینی کننده مهم تعامل منفی در زنان مبتلا به اختلال پیش از قاعدگی است (۱۲). و باعث می‌شود که افراد هنگام روبرو شدن با چالش‌های زندگی در به کار بردن راهبردهای مدیریت هیجان ۶ با مشکل مواجه می‌شوند و در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و کارآمد کارایی کمتری را نشان دهند (۱۳).

درمان شفقت متمرکز بر خود ۷ نیز یکی از درمان‌های روان‌شناختی برای مدیریت علائم روانشناختی در اختلال ملال پیش از قاعدگی است و رویکردی است یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل کرده

۶ Emotional Managment

۷. Compassion-based therapy

1-Bagby, Taylor & Parker

2-Difficulty Identifying Feelings

3-Difficulty Describing Feelings

4-Objective Thinking

۱. Difficulty identifying feelings

۲. Difficulty describing feelings

۳. Bodily sensations

۴-Emotion regulation

۵. Petersen, London, Liang, Gerards, Goldman &

Rapkin

و تأکید شد هر زمان که مایل باشند می‌توانند پژوهش را ترک نمایند. افراد گروه کنترل، هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، افراد گروه کنترل نیز وارد درمان شدند. خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان شفقت متمرکز بر خود در جدول ۲ ارائه شده است.

به طور همزمان و در شرایط یکسان بر روی دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون اجرا شد. همچنین بعد از گذشت ۳ ماه از اجرای پس‌آزمون، 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

جدول ۱: محتوای جلسات درمان شفقت متمرکز بر خود (۲۳).

جلسه	استراتژی
جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یک دیگر و تشریح ساختار جلسات	جلسه‌ی توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره‌ی 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 واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت و ارائه‌ی 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 تخریب‌گرایانه و ارائه‌ی تکلیف خانگی
جلسه چهارم: آموزش بخشایش	مرور تکالیف خانگی، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش و ارائه‌ی تکلیف خانگی
جلسه پنجم: آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	مرور تمرین جلسه‌ی قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری) و ارائه‌ی تکلیف خانگی
جلسه ششم: آموزش مسئولیت‌پذیری	مرور تمرین جلسه‌ی قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و ... و ارائه‌ی تکلیف خانگی
جلسه هفتم: نامه‌نگاری	مرور تمرین جلسه‌ی قبل، آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
جلسه هشتم: جمع‌بندی جلسات و پس‌آزمون	جمع‌بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤالات، ارائه‌ی راهکارهای جهت حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس‌آزمون

یافته ها

جدول ۲: فراوانی نمرات آزمودنی ها بر اساس سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل

گروه	سال ۲۵-۳۰	سال ۳۱-۳۵	سال ۳۶-۴۰	جمع
آزمایش ۱	۶	۷	۲	۱۵
گواه	۶	۷	۲	۱۵
سن				
گروه	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
آزمایش ۱	۱	۲	۷	۵
گواه	۲	۱	۸	۴
تحصیلات				
گروه	مجرد	متأهل	مطلقه	جمع
آزمایش ۱	۴	۱۰	۱	۱۵
گواه	۶	۸	۱	۱۵
وضعیت تاهل				

جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد نمره آزمودنی ها را در پرسشنامه ناگویی هیجانی و پرخاشگری در دو گروه پژوهش در پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

جدول فوق نشان فراوانی آزمودنی ها در هر دو گروه آزمایش ۱ و گواه بر اساس سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل را نشان می دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمره های پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری ناگویی هیجانی و پرخاشگری در دو گروه پژوهش

متغیر	مرحله	شفقت درمانی			
		SD	M	SD	M
دشواری در شناسایی احساسات	پیش آزمون	۴/۱۶	۲۳/۲۷	۵/۰۴	۲۱/۸۷
	پس آزمون	۵/۴۳	۲۲/۰۷	۳/۸۸	۱۷/۰۷
	پیگیری	۴/۱	۲۱/۴	۲/۴۹	۱۷/۶۷
دشواری در توصیف احساسات	پیش آزمون	۵/۲۷	۱۶/۴	۲/۷	۱۶/۸
	پس آزمون	۴/۶	۱۶/۲۴	۳/۰۴	۱۳/۶
	پیگیری	۲/۷۸	۱۷/۲۷	۲/۴۷	۱۳/۴
تفکر عینی	پیش آزمون	۵/۴۷	۲۵/۴۷	۵/۷۲	۲۵/۳۳
	پس آزمون	۵/۷۲	۲۴/۸	۵/۴۴	۱۸/۸
	پیگیری	۳/۸۸	۲۶/۴	۴/۵۹	۱۹/۰۷
ناگویی هیجانی	پیش آزمون	۷/۸۵	۶۵/۱۳	۷/۸۱	۶۴
	پس آزمون	۱۰/۶۸	۶۳/۱۳	۷/۶۳	۴۹/۴۷
	پیگیری	۷/۲۵	۶۵/۰۷	۷/۴۵	۵۰/۱۳
متغیر	مرحله	آزمایش ۱			
		SD	M	SD	M
پر خاشگری فیزیکی	پیش آزمون	۳/۹۹	۲۶/۰۷	۶/۸۷	۲۷/۳۳
	پس آزمون	۶/۵	۲۷/۹۳	۵/۰۷	۲۳/۲۷
	پیگیری	۴/۶۵	۲۷/۵۳	۵/۵۱	۲۲/۴
پر خاشگری کلامی	پیش آزمون	۵/۲۴	۳۱/۹۳	۸/۹	۳۱/۹۳
	پس آزمون	۶/۴۹	۳۲/۸۷	۵/۹۸	۲۱/۶
	پیگیری	۴/۳۸	۳۲/۴	۴/۹۹	۲۴/۲۷
خشم	پیش آزمون	۶/۸۶	۲۷/۴۷	۴/۵۲	۲۶/۲۷
	پس آزمون	۵/۵۷	۲۷/۷۳	۴/۱۷	۲۴/۸
	پیگیری	۵/۹۶	۲۶/۶۷	۴/۳۹	۲۳/۹۳

۴/۷۵	۲۷/۲۷	۳/۵۲	۲۶/۸۷	پیش آزمون	
۵/۸۷	۲۶/۲	۳/۴۳	۲۱/۷۳	پس آزمون	خصوصیت
۵/۵۳	۲۵/۶	۴/۴۹	۲۱/۳۳	پیگیری	
۹/۱۱	۱۱۲/۷۳	۱۳/۷۲	۱۱۲/۴	پیش آزمون	
۱۳/۱۲	۱۱۴/۷۳	۱۱/۵۹	۹۱/۴	پس آزمون	پرخاشگری
۸/۲۳	۱۱۲/۲	۶/۳۱	۹۱/۹۳	پیگیری	

میانگین و انحراف استاندارد نمره آزمودنی ها را در پرخاشگری و ناگویی هیجانی در دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

جدول ۴: بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش در پیش آزمون گروه های پژوهش (k-S)

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	Z	سطح معناداری	Z	سطح معناداری	
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۷	۰/۷	۰/۷۱	۰/۶۸	۰/۶۱
دشواری در توصیف احساسات	۰/۵۷	۰/۸۹	۰/۸۲	۰/۵	۰/۶۶
تفکر عینی	۰/۷۴	۰/۶۳	۰/۸	۰/۵۳	۰/۸۵
ناگویی هیجانی	۰/۶	۰/۸۶	۰/۶۲	۰/۸۲	۰/۷۲
پرخاشگری فیزیکی	۰/۶	۰/۸۵	۰/۶۸	۰/۷۴	۰/۵۱
پرخاشگری کلامی	۰/۷۷	۰/۵۹	۰/۸۵	۰/۴۵	۰/۷۲
خشم	۰/۸۳	۰/۴۹	۱/۰۰۵	۰/۲۶	۰/۵۵
خصوصیت	۰/۴۹	۰/۹۶	۰/۷۳	۰/۶۴	۰/۵۵
پرخاشگری	۰/۶۲	۰/۸۲	۰/۶	۰/۸۵	۰/۸۱

نرمال بوده و مقیاس اندازه گیری متغیرها فاصله ای بوده است، از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس جهت تحلیل داده ها استفاده شد.

نمرات مندرج در جداول فوق نشان می دهند که توزیع نمرات پرسشنامه ها و خرده مقیاس های آن نرمال می باشد. با توجه به اینکه توزیع متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری

جدول ۵: نتایج آزمون های چند متغیری جهت بررسی اثربخشی درمان شفقت متمرکز بر خود

منبع تغییرات واریانس	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی خطا	Sig	مجذور اتا
زمان	اثر پیلاپی	۰/۸۱	۴۵/۶۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹	۴۵/۶۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	اثر هاتلینگ	۴/۳۴	۴۵/۶۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	بزرگترین ریشه روی	۴/۳۴	۴۵/۶۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
زمان * گروه	اثر پیلاپی	۰/۷۸	۳۷/۳۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۳۷/۳۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	اثر هاتلینگ	۳/۵۵	۳۷/۳۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	بزرگترین ریشه روی	۳/۵۵	۳۷/۳۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸

جدول ۶. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر درون گروهی و بین گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجذور	F	Sig	مجذور اتا
ناگویی هیجانی	گروه	۴۱۰۱/۰۳	۱	۴۱۰۱/۰۳	۷۸۱۶/۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷
	زمان	۲۵۵۹/۰۷	۲	۱۲۷۹/۵۳	۴۳/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
	زمان × گروه	۲۱۱۸/۶۸	۲	۱۰۵۹/۳۴	۳۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۹
پرخاشگری	گروه	۱۲۴۰/۳۹	۱	۱۲۴۰/۳۹	۳۰۸۳/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱
	زمان	۱۰۴۱/۶۶	۲	۵۲۰/۸۳	۲۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
	زمان × گروه	۱۲۸۰/۰۳	۲	۶۴۰/۰۱	۳۱/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶

جدول (۸) ارائه شده است. این نتایج نشانگر اثربخشی مداخله درمان شفقت متمرکز بر خود بر ابعاد مورد بررسی است و مقایسه میانگین‌ها حاکی از کاهش میزان ناگویی هیجانی و پرخاشگری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. پس از اینکه اثرات زمان، گروه و تعاملی معنادار شد در ادامه به کمک آزمون تعقیبی بنفرونی سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو به دو به تفکیک هر متغیر مقایسه و تحلیل گردید که نتایج حاصل در جدول ۷ گزارش شده است.

نتایج آزمون اثر بین گروهی در جدول (۶) نشان داد که در دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر ناگویی هیجانی ($P < 0.001$)، $F(8/7816) = 4/3083$ و پرخاشگری ($P < 0.001$)، $F(16/43) = 16/43$ تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. نتایج آزمون اثر درون گروهی نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای ناگویی هیجانی ($P < 0.001$)، $F(35/25) = 35/25$ و پرخاشگری ($P < 0.001$)، $F(35/25) = 35/25$ معنی دار است. اثر تعاملی زمان × گروه نیز معنادار است که نتایج این تحلیل به صورت کامل در

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثربخشی درمان شفقت متمرکز بر خود در طی زمان

مقایسه	ناگویی هیجانی		پرخاشگری	
	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	Sig.	خطای استاندارد
پیش آزمون- پس آزمون	۱۴/۶۰	۱/۴۹	۰/۰۰۱	۱/۳۳
پس آزمون- پیگیری	۴/۴۲	۱/۶۲	۰/۰۰۱	۱/۱۴
پیش آزمون- پیگیری	۷/۱۷	۱/۵۹	۰/۰۰۱	۱/۴۲

هندیجان و انصاری شهیدی (۱۳۹۷)، مقتدر و پاک سرشت (۱۳۹۷)، درخشانپور و بحرینیان (۱۳۹۷)، مقتدر و همکاران (۱۳۹۵)، فرشباف مانی صفت (۱۳۹۶)، همسو می‌باشد. به همین دلیل در مشکلاتی چون اختلال ملال پیش از قاعدگی به سبب ناراحتی و اشتغال ذهنی مداوم با درد و نیز به واسطه تغییرات خلقی، مشکلات عاطفی بسیاری در شخص به وجود می‌آید که خود سبب افزایش مشکلات هیجانی می‌گردد. دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، اضطراب را افزایش داده که این خود یک چرخه معیوب بوده و باعث تقویت ناگویی هیجانی می‌گردد. همچنین با ایجاد درد فعالیت های سیستم سمپاتیک همچون ضربان قلب و فشار خون افزایش می‌یابد و این در حالی است که در حین هیپنوتیزم، با دریافت تلقینات آرمیدگی این شاخص‌ها به حالت تعادل باز می‌گردند و سیستم پاراسمپاتیک فعال می‌شود. فعالیت این سیستم و کاهش علائمی نظیر ضربان قلب کمک کرده که موجب افزایش تنظیم هیجان فرد می‌شود. همچنین برانگیختگی فیزیولوژیکی مفرطی که در موقعیت های استرس زا همچون تحمل درد ناشی از اختلال ایجاد می‌شود، باعث افزایش تولید هورمون های اپی نفرین و نوراپی نفرین می‌شود و به همان نسبت ضربان قلب و فشار خون را بالا می‌برد. این پاسخگویی فیزیولوژیکی مفرط احتمالاً وقوع بیماری فشار خون را

یافته ها در جدول (۷) نشان می‌دهد بین پیش آزمون- پس آزمون در دو متغیر ناگویی هیجانی و پرخاشگری تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.001$) به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تایید قرار می‌گیرد. همچنین بین پیش آزمون- پیگیری نیز در هر دو متغیر تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.001$) به عبارت دیگر اثر زمان مورد تایید قرار می‌گیرد. بین پس آزمون و پیگیری در دو متغیر ناگویی هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$).

نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر درمان شفقت متمرکز بر خود بر ناگویی هیجانی و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش که شامل بیماران می‌باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی‌ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد.

یافته های این پژوهش نیز با تحقیقات ژانگ و همکاران (۲۰۱۷)، لی و پایون (۲۰۱۲)، افتخاری و همکاران (۱۳۹۹)، حیاتی زاده

جسمانی و روابط اجتماعی بهتر از زندگی سالم تر و شاداب تر
برخوردار شوند (۲۶).

همچنین می توان بیان کرد زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی
با هدف کنترل هیجانی به جلسات درمانی قدم می گذارند و می
خواهند از استرس، اضطراب، خشم، عصبانیت، خصومت و نظیر این
ها خلاص بشوند. در آغاز هیچ تلاشی برای کاهش، تغییر، اجتناب،
سرکوب یا کنترل این تجربیات درونی نمی شود، بلکه مراجعان یاد
می گیرند تا اثر و نفوذ افکار و هیجانات منفی را با استفاده مؤثر از
توجه آگاهی کاهش دهند. لذا درمانگر ابتدا از راه آموزش روانی
در باره انواع راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان همچون اضطراب،
به موقتی بودن حس ناخوشایند هیجانات منفی جذب شده ایجاد می
کند، برگشت پذیری هیجان خوشایند حتی دوران قاعدگی، اشاره
نموده و به اعضا در پذیرش پریشانی های ذهنی به وجود آمده کمک
می نمایند (۲۷). همچنین در درمان متمرکز بر شفقت افراد این
مهارت را کسب می کنند که به جای پرهیز از احساسات دردناک،
آنها را بشناسند و نسبت به آن احساسات شفقت و تحمل داشته
باشند (۲۸).

از آن جایی که این پژوهش بر روی زنان مراجعه نموده اند و بنا به
تشخیص متخصص از طریق پزشکان متخصص زنان به مراکز مشاوره
روانشناختی شهر ساری انجام شده، لذا در تمیم یافته های پژوهش
به سایر افراد باید جانب احتیاط رعایت شود. ابزار سنجش مورد
استفاده در این پژوهش، داده های فاعلی را از نمونه های غیربالیبی به
دست آورده است و این امر لزوم استفاده از شیوه های بالینی را در
تشخیص فزون کنشی و داده های به دست آمده مطرح می سازد.
پیشنهاد می شود به منظور تعمیم بیشتر نتایج، در پژوهش های بعدی،
ضمن انتخاب نمونه هایی با سن متفاوت و در نظر گرفتن متغیرهای
جمعیت شناسی، جمعیت های اجتماعی دیگر مورد ارزیابی قرار
گیرند. پیشنهاد می شود که همین پژوهش بر روی زنان به مراکز
مشاوره روانشناختی شهر ساری نیز به عمل بیاید.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه
آزاد اسلامی واحد تنکابن و همچنین آزمودنی های پژوهش حاضر
جهت یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایند.

References

1. Itriyeva K. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2022 May 6:101187.
2. Erika EC, López-Rubalcava C. Can animal models resemble a premenstrual dysphoric condition? *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2022 Jul 1; 66:101007.
3. Ciccone N, Kovacheff MB, Frey BN. The pharmacotherapeutic management of

افزایش می دهد. از سویی دیگر استرس مزمن به طور بالقوه با تنظیم
انطباقی بعضی از متغیرهای ایمنی طبیعی و تنظیم پایین بعضی
عملکردهای ایمنی ویژه همراه است. بنابراین استفاده از مداخله روان
درمانی می تواند جهت تعدیل و کنترل ناگویی هیجانی مفید واقع
شود (۲۴).

همچنین وجود نشانه های بدنی، 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،
هیجانات منفی و نگرانی آنها نسبت به آینده باعث ایجاد فشارهای
روانی می شود که همه این موارد نه تنها تنظیم هیجانات آنها را
کاهش می دهد بلکه باعث افزایش بروز ناگویی هیجانی در آنها می
گردد. لذا در رویکرد درمان مبتنی بر شفقت خود سبب شده است
آزمودنی ها با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی های فردی در
رویارویی با موقعیت ها، با تمرکز مثبت و برنامه ریزی منظم و
ارزیابی شرایط، فرآیندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود
اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و
انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. انسجام، تنظیم و مدیریت
سازگارانه هیجان نیز باعث می گردد افراد احساسات منفی و مثبت
را تعدیل کنند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند چگونه
هیجان های خود را مدیریت کنند و این سازماندهی ظرفیت روانی،
روانی و مدیریت هیجانات افراد را ارتقا می دهد (۲۵).

در همین راستا کارلایل، روکلیف، ادوارد، انی، کارل و مارش
(۲۰۱۹) بیان می کند که هشیاری، قرار دادن افکار و احساسات در
حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی، خودتنظیمی
در ابعاد مختلف را موجب می شود. آموزش شفقت خود در این
افراد سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات
ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به
صورت مناسب، توانایی کنترل منطقی هیجان ها شده و با تعدیل
هیجان های منفی و افزایش هیجان های خوشایند سبب تعدیل
ناگویی هیجانی این افراد شده است. تلاش برای آگاهی از هیجان ها
و توسعه چشم انداز فردی از هیجانها خودآگاهی را افزایش می دهد
و سبب می شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آوردند و
بر خود کنترل مناسب تری داشته باشند و افکار خودسرزنش گری
و احساسات ناخوشایند کم تری داشته باشند. بنابراین آموزش شفقت
خود در افراد می تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای
سازشی جدید و ارزیابی هیجانهای مثبت و منفی شود و در کل
ناگویی هیجانی را تعدیل نماید. بنابراین زنان مبتلا به اختلال ملال
پیش از قاعدگی تحت درمان با این رویکرد می آموزند که به جای
غرق شدن در دردها و حالت های نگرانی و خلق منفی و سلامت
روان از دست رفته خود و سختی ها و دشواری هایی که ممکن است
دائماً در بار چرخه قاعدگی با آن مواجه شوند، هیجانات منفی خود
را شناسایی کنند و حتی با وجود افکار و احساسات فرسایندهای که
موجب خلق منفی فرد و کاهش کیفیت زندگی او می شوند، به
توصیف هیجانات بپردازد تا بتوانند بهتر و کارآمدتر ابعاد مختلف
زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند و در کنار آرامش روانی و

- Properties of the Perth Alexithymia Questionnaire and Toronto Alexithymia Scale-20 in Singaporean and Australian Samples. *Journal of Personality Assessment*. 2022 Jun 29:1-7.
12. Butera CD, Harrison L, Kilroy E, Jayashankar A, Shipkova M, Pruyser A, Aziz-Zadeh L. Relationships between alexithymia, interoception, and emotional empathy in autism spectrum disorder. *Autism*. 2022 Jul 14:13623613221111310.
 13. Hantsoo L, Sajid H, Murphy L, Buchert B, Barone J, and Raja S, Eisenlohr-Moul T. Patient experiences of health care providers in premenstrual dysphoric disorder: examining the role of provider specialty. *Journal of Women's Health*. 2022 Jan 1; 31(1):100-9.
 14. Cattani K, Griner D, Erekson DM, Burlingame GM, Beecher ME, Alldredge CT. *Compassion focused group therapy for university counseling centers: A clinician's guide*. Routledge; 2021 Sep 30.
 15. Cattani K, Griner D, Erekson DM, Burlingame GM, Beecher ME, Alldredge CT. *Compassion focused group therapy for university counseling centers: A clinician's guide*. Routledge; 2021 Sep 30.
 16. McLean L, Steindl SR, Bambling M. *Compassion Focused Group Therapy for Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse: a Preliminary Investigation*. *Mindfulness*. 2022 Apr 14:1-4.
 17. Bell T, Montague J, and Elander J, Gilbert P. Multiple emotions, multiple selves: compassion focused therapy chairwork. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2021; 14.
 18. Guillen KM. *Evaluating the Impact of a Compassion Focused Therapy Group on Parent and Caregiver Psychological Flexibility* (Doctoral dissertation, The University of Western Ontario (Canada)).
 19. Tang FY, Xiong Q, Gan T, Yuan L, Liao Q, Yu YF. The prevalence of alexithymia in psoriasis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of premenstrual dysphoric disorder*. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2022 Aug 19(just-accepted).
 4. Freeman EW. Treatment of depression associated with the menstrual cycle: premenstrual dysphoria, postpartum depression, and the perimenopause. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022 Apr 1.
 5. Nayman S, Beddig T, Reinhard I, Kuehner C. Effects of cognitive emotion regulation strategies on mood and cortisol in daily life in women with premenstrual dysphoric disorder. *Psychological Medicine*. 2022 Aug 18:1-1.
 6. Itriyeva K. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2022 May 6:101187.
 7. Ciccone N, Kovacheff MB, Frey BN. The pharmacotherapeutic management of premenstrual dysphoric disorder. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2022 Aug 19(just-accepted).
 8. Nappi RE, Cucinella L, Bosoni D, Righi A, Battista F, Molinaro P, Stincardini G, Piccinino M, Rossini R, Tiranini L. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder as Centrally Based Disorders. *Endocrines*. 2022 Mar 16; 3(1):127-38.
 9. Gao M, Zhang H, Gao Z, Cheng X, Sun Y, Qiao M, Gao D. Global and regional prevalence and burden for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A study protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2022 Jan 1; 101(1).
 10. Khan AN, Jaffee SR. Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2022 Apr 19.
 11. Chan J, Becerra R, Weinborn M, Preece D. Assessing Alexithymia across Asian and Western Cultures: Psychometric

Therapy: Clinical Practice and Applications. 2022 Feb 27.

Psychosomatic Research. 2022 Aug 24:111017.

20. Farokhzad P, Sabet M. Prediction of Alexithymia and Interpersonal Problems on the Basis of Attachment Styles. Psychological Research. 2019 Aug; 42(2):0.

21. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. Journal of personality and social psychology. 1992; 63(3):452.

22. rezaeeshojaee S, farokhzad P, Ghaemi F, Farrokhi N. Effectiveness of mindfulness and pilates and, mindfulness - pilates integratively on premenstrual syndrome in girls. Psychological sciences. 2019; 18 (78): 699-704.

23. Cattani K, Griner D, Erekson DM, Burlingame GM, Beecher ME, Alldredge CT. Compassion focused group therapy for university counseling centers: A clinician's guide. Routledge; 2021 Sep 30.

24. McLean L, Steindl SR, Bambling M. Compassion Focused Group Therapy for Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse: a Preliminary Investigation. Mindfulness. 2022 Apr 14:1-4.

25. Lander A. developing self compassion as a resource for coping with hardship: Exploring the potential of compassion focused therapy. Child and Adolescent Social Work Journal. 2019 Dec; 36(6):655-68.

26. Kalatian M, Salehzadeh M, Bakhshayesh A. Effectiveness of mindfulness-based compassion therapy on despair and rumination in older adults. Elderly Health Journal. 2022 Jun 10; 8(1):43-8.

27. Bell T, Montague J, and Elander J, Gilbert P. Multiple emotions, multiple selves: compassion focused therapy chairwork. The Cognitive Behaviour Therapist. 2021; 14.

28. Petrocchi N, Di Bello M, Cheli S, Ottaviani C. Compassion focused therapy and the body. Compassion Focused