

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی ذهنی و شفقت به خود در دختران اختلال ملال پیش از قاعدگی

زهرا سیفی کردلر^۱، مجید برادران^{۲*}، آذر کیامرثی^۳، رضا کاظمی^۴

(۱) دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

(۲) استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

(۳) استادیار گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

(۴) استادیار گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

*نویسنده مسئول: baradran@Pnu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله ۱۴۰۴/۰۲/۲۰

تاریخ دریافت مقاله ۱۴۰۳/۱۰/۲۶

چکیده

اختلال ملال پیش از قاعدگی، نوع شدیدی از اختلال پیش از قاعدگی است که منجر به بروز علائم فیزیکی، روانی و شناختی قابل پیش بینی مشخص می شود. هدف اصلی مطالعه، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی ذهنی و شفقت به خود در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی بود. روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه آماری دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی دانشگاه آزاد واحد تالش در سال ۱۴۰۲ محدوده سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در یک گروه ۲۰ نفره آزمایش و یک گروه ۲۰ نفره کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله درمان شناختی-رفتاری طی دو ماه در ۸ جلسه ۲ ساعته هفته ای ۱ جلسه دریافت کردند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت ننمود. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه ابزار غربالگری ملال پیش از قاعدگی (PSST) توسط استینر و همکاران (۲۰۰۳)، بهزیستی ذهنی (SWS) کی یز و ماگیار - مو (۲۰۰۳) و پرسشنامه فرم بلند شفقت به خود (SCS-LF) نف و همکاران، (۲۰۰۳) پیش از آغاز درمان و پس از پایان جلسات استفاده شد. داده های حاصل با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، بهزیستی ذهنی و شفقت به خود در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی معنادار بود ($\text{sig} > 0/05$). بر این اساس، درمان شناختی-رفتاری مداخله ای مؤثر در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی می باشد.

کلیدواژه: درمان شناختی-رفتاری، بهزیستی ذهنی، شفقت به خود، اختلال ملال پیش از قاعدگی

مقدمه

پیش از قاعدگی^۲. آنها با علائم رفتاری و فیزیکی مکرر مشخص می شوند که در مرحله لوتئال چرخه قاعدگی رخ

اختلالات پیش از قاعدگی طیفی از شرایط را شامل می شود، از جمله سندرم پیش از قاعدگی^۱ و اختلال ملال

². Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)

¹. PreMenstrual Syndrome (PMS)

می‌دهد و مدت کوتاهی پس از شروع قاعدگی برطرف می‌شود (مٹ و همکاران^۱، ۲۰۲۵). زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی معمولاً طیف وسیعی از علائم روانی و فیزیولوژیکی را تجربه می‌کنند که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر منفی می‌گذارد. زنان تنوع زیادی در شدت علائم قبل از قاعدگی، از خفیف تا شدید و ناتوان را تجربه می‌کنند. حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد زنان حداقل یک علامت خفیف قبل از قاعدگی و ۳۰ تا ۴۰ درصد اختلال پیش از قاعدگی را تجربه می‌کنند که می‌تواند باعث ناراحتی قابل توجه و اختلال عملکردی شود (نگسا^۲، ۲۰۲۵). یک بررسی سیستماتیک اخیر در سراسر جهان، شیوع موقت سندرم پیش از قاعدگی را ۷.۷٪ شناسایی کرد، در حالی که شیوع اختلال ملال پیش از قاعدگی ۳.۲٪ تایید شده، که به دو ماه ارزیابی آینده‌نگر نیاز دارد (ریلی و همکاران^۳، ۲۰۲۴). طبق (DSM_5) اختلال ملال پیش از قاعدگی یک اختلال افسردگی است که با حداقل پنج علامت موجود در مرحله لوتئال^۴ (LP) تشخیص داده می‌شود که به دو معیار اصلی طبقه‌بندی می‌شوند. اولین معیار به عاطفه می‌پردازد، از جمله علائمی مانند: ناپایداری عاطفی؛ افزایش تحریک پذیری، عصبانیت یا درگیری‌های بین فردی؛ افسردگی، ناامیدی، یا افکار تحقیر کننده خود؛ و اضطراب/تنش بیشتر، معیار دوم علائم جسمی و شناختی را توصیف می‌کند: بی‌خوابی یا پرخوابی. بی‌حالی، خستگی یا کمبود انرژی؛ از دست دادن علاقه؛ مشکل در تمرکز؛ تغییر در اشتها یا هوس؛ احساس غرق شدن؛ و علائم فیزیکی مانند درد عضلانی و مفاصل، نفخ، افزایش وزن، یا حساسیت/تورم سینه (نگسا و همکاران، ۲۰۲۴).

اختلال ملال پیش از قاعدگی با علائم مرکزی عاطفی چرخه‌ای همراه با علائم روانشناختی و جسمی مشخص می‌شود که علت آن به طور کامل شناخته نشده است. رویکردهای چند عاملی بیان می‌کنند که عوامل

بیولوژیکی، اجتماعی و روان‌شناختی در ایجاد و حفظ اختلال ملال پیش از قاعدگی نقش دارند (نیمن و همکاران^۵، ۲۰۲۴). به نظر می‌رسد یکی از راه‌های پیشگیری از بیماری‌های جسمی و اختلال‌های روانی و همچنین راه‌های کاهش آسیب‌های مرتبط، یافتن الگویی تعدیل‌گر است. از حدود دهه ۱۹۶۰ روان‌شناسی مثبت-نگر، موجب تغییر رویکرد آسیب شناختی یا منفی به مدل‌های مثبت‌نگر در موضوع سلامت روانی شد. از این حیث، افزایش توجه به رشد روانشناختی و ظهور سلامت روانی معادل با کارکردهای مثبت روانشناختی در قالب بهزیستی ذهنی^۶ به عنوان کارکرد بهینه‌ی انسانها مفهوم سازی شد (ماه‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). به طور کلی پذیرفته شده است که بهزیستی ذهنی شامل دو مفهومی متمایز شناختی و عاطفی است مؤلفه شناختی مؤلفه‌ای بیانگر ارزیابی رضایت کلی فرد از زندگی (کینی و همکاران^۷، ۲۰۲۰). بهزیستی ذهنی به "ارزیابی‌های شناختی و عاطفی یک فرد از زندگی خود به عنوان یک کل" اشاره دارد و دارای سه ویژگی است؛ (۱) مبتنی بر ادراک و ارزیابی یک فرد از تجارب خود، (۲) شامل معیارهای مثبت و نه تنها عدم وجود موارد منفی، و (۳) رضایت کلی از زندگی (برولاگو و کاساس^۸، ۲۰۲۴). بهزیستی ذهنی که به عنوان "شناختی یک فرد" ارزیابی-های عاطفی از زندگی او" تعریف می‌شود یک جزء ضروری کمک کننده سلامت روان فراتر از عدم وجود بیماری روانی و اختلالات است. بر اساس این مفهوم سازی، بهزیستی ذهنی و به عنوان یک سازه سه جانبه نمایه شده با (سطوح بالا) رضایت از زندگی و عاطفه مثبت و همچنین (سطوح پایین) عاطفه منفی اندازه‌گیری می‌شود (هانگ و ژانگ^۹، ۲۰۲۲). انسانی که از نظر روانی سالم است که نه تنها دچار اختلال روانی نیست، بلکه از هیجان‌های مثبت نیز برخوردار است و روحیه‌اش را از

5. Nayman et al
6. subjective well-being
7. Kieny et al
8. Borualogo & Casas
9. Hung & Zhang

1. Meth et al
2. Nexha et al
3. Reilly et al
4. Luteal phase

حالت یکنواخت و معمول زندگی فراتر می برد. به طور کلی بهزیستی ذهنی، مفهومی کلی و ناشی از نحوه ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی است (ماهزاده و همکاران، ۱۳۹۸).

شفقت متمرکز بر خود با تغییر الگوهای شناختی و هیجانی مشکل ساز مرتبط با اضطراب باعث کاهش علائم جسمانی و روانشناختی با اختلال پیش از قاعدگی همراه خواهد بود (بل و همکاران^۱، ۲۰۲۱). نف^۲ (۲۰۲۲) معتقد است، شفقت به خود حمایت از خود در هنگام تجربه رنج یا درد اشاره دارد - خواه ناشی از اشتباهات شخصی و نارسایی ها یا چالش های بیرونی زندگی باشد. این بررسی مدل نظری من از شفقت به خود را به عنوان متشکل از شش عنصر مختلف ارائه می کند: افزایش مهربانی به خود، انسانیت مشترک، و ذهن آگاهی و همچنین کاهش قضاوت نسبت به خود، انزوا و شناسایی بیش از حد. شفقت متمرکز بر خود به عنوان یک مدل چندبعدی از انواع مهارت های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین، تصویرسازی و مداخلات رفتاری است (کتانی و همکاران^۳، ۲۰۲۱) و به عنوان حساسیت به رنج در خود، دیگران و تلاش برای کاهش یا جلوگیری از آن تعریف می شود 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 می کند (مکلین و همکاران^۴، ۲۰۲۲). بنابراین مطالعات چندی حاکی از نقش مثبت نقش شفقت به خود بهبود سلامت روانی است (موریسون و همکاران^۵، ۲۰۱۹).

اگرچه درمان دارویی برای بهبود تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به اختلال 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 و همکاران^۶،

۲۰۲۱). تنها ۲۵ درصد از زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی، به طور داوطلبانه به دنبال درمان پزشکی هستند و بقیه به دنبال درمان نمی روند، عمدتاً به این دلیل که فکر می کنند علائم آنها طبیعی است، علی رغم تأثیر جدی علائم بر کار و کیفیت زندگی آنها مطالعات قبلی نشان داده اند که غربالگری به موقع و موثر می تواند اختلال ملال پیش از قاعدگی را تشخیص دهد و امکان مداخله زودهنگام را فراهم کند (هانگ و همکاران^۷، ۲۰۲۵). اما بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی داروها را قطع می کنند یا به دلیل عوارض جانبی از آنها خودداری می کنند. بنابراین، درمان های غیردارویی به عنوان یک استراتژی درمانی جایگزین یا افزودنی مورد نیاز است. شواهد نشان می دهد که درمان شناختی - رفتاری^۸ (CBT) یک نامزد امیدوارکننده است. با این حال، تحقیقات بیشتری برای اثبات اثربخشی آن و شناسایی راه های بهبود درمان مورد نیاز است (لایدالو^۹، ۲۰۲۱). از آنجایی که اختلال ملال پیش از قاعدگی یک وضعیت سلامتی است، به اصطلاح با بار بیماری همراه است. بار بیماری به هزینه های مالی، مرگ و میر، عوارض و کیفیت زندگی که بیماری ها به همراه دارند، اشاره دارد. به عنوان مثال، اختلال ملال پیش از قاعدگی خطر مراجعه به پزشک متخصص را سه بار یا بیشتر در طول ۱۲ ماه افزایش می دهد که به معنای هزینه های اقتصادی و منابع برای دریافت مراقبت های پزشکی است. زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی نرخ غیبت بیش از ۸ ساعت در هر سیکل قاعدگی را افزایش می دهند که باعث کاهش بهره وری می شود (هوپ و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۵). در نهایت با توجه به اینکه پژوهشی بسیار اندکی در داخل کشور در این راستا صورت گرفته است، ضرورت انجام این پژوهش دو چندان می باشد و نتایج حاصل از آن می تواند راهنمای پژوهشگران آتی در این زمینه باشد. بنابراین با

7. Hung et al

8. Cognitive - Behavioral Therapy

9. Laidlaw

10. Hoppe et al

1. Bell et al

2. Neff

3. Cattani et al

4. McLean et al

5. Morrison et al

6. Bäckström et al

توجه به اهمیت و ضرورت‌های بیان شده، این پژوهش با هدف بررسی درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی ذهنی و شفقت به خود در دختران به اختلال ملال پیش از قاعدگی است.

روش‌شناسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. برای این منظور در ابتدا تعداد ۴۰ دانشجوی دختر در بازه سنی ۱۸-۲۵ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تالش به روش دسترس انتخاب شد و پرسشنامه غربالگری اجرا شد. در نهایت، طبق ملاک ورود پژوهش ۴۰ نفر که دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی بودند به عنوان جامعه آماری انتخاب شد. سپس به شرکت کنندگان در مورد اهداف پژوهش توضیح داده شد. سرانجام این افراد در دو گروه (۱ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل) به تصادف جا قرار گرفتند. گروه اول تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری و گروه دوم به عنوان گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. در نهایت بعد از اتمام جلسات آموزشی، آزمودنی‌ها (از طریق پرسشنامه‌ها) مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. به منظور اجرای آموزش پس از طرح موضوع در کمیته اخلاق و پژوهش دانشگاه و اخذ مجوزهای لازم جهت پژوهش آزمودنی‌ها با توجه به معیارهای ورود انتخاب شدند البته لازم به ذکر است که تمام موارد اخلاقی انجام پژوهش در ابتدا برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و آنها با رضایت و آگاهی کامل در این مداخله شرکت نمودند. معیارهای ورود عبارت بودند از: دختران دانشجوی دامنه سنی ۱۸-۲۵، تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی پیشین، داشتن سیکل‌های منظم قاعدگی، عدم استفاده از داروهای موثر بر اختلال ملال پیش از قاعدگی. معیارهای خروج عبارت بودند از: تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و غیبت بیش از دو جلسه متوالی در برنامه، مصرف داروهایی که اثر بر کاهش علائم این اختلال دارند در طول دوره درمان. در

طول جلسات تعداد افراد شرکت‌کننده به ۳۴ نفر رسید. همچنین، اطلاعات جمع‌آوری و توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارتند از:

- ابزار غربالگری ملال پیش از قاعدگی (PSST)^۱: این ابزار توسط استینر^۲ و همکاران (۲۰۰۳)، با ۱۹ سوال و دارای دو بخش طراحی شده است؛ بخش اول شامل ۱۴ سوال که علائم خلقی، جسمی و رفتاری و بخش دوم شامل ۵ سوال که تاثیر این علائم را در زندگی افراد می-سنجد. برای هر سوال ۴ معیار اصلا، خفیف، متوسط و شدید از صفر تا ۳ درجه‌بندی شده است. برای تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی: حداقل یکی از سؤالات ۱، ۲، ۳ و ۴ (خشم یا تحریک‌پذیری، اضطراب، گریه کردن یا حساس‌تر شدن در مقابل طرد شدن و خلق افسرده) شدید باشد. به علاوه حداقل پاسخ چهار سؤال از ۱ تا ۱۴ متوسط تا شدید باشد. حداقل جواب یکی از ۵ سؤال آخر که مربوط به تداخل نشانه‌های پیشین با عملکرد است، شدید باشد. حد پایین نمرات به دست آمده صفر و حد نهایی نمرات ۵۷ است. نمرات بین ۰ تا ۱۹ نشان دهنده‌ی نشانه‌های خفیف پیش از قاعدگی، نمرات بین ۱۹ تا ۲۸ نشان دهنده‌ی نشانه‌های متوسط پیش از قاعدگی و نمرات ۲۸ تا ۵۷ نشان دهنده اختلال ملال پیش از قاعدگی هستند. سیه‌بازی، حریری، منتظری و مقدم بنائم (۱۳۹۳) به ترجمه و رواسازی گونه ایرانی این ابزار پرداختند. مقادیر نسبت روایی محتوا به ترتیب ۰/۷ و ۸/۰ می‌باشد که حاکی از روایی محتوایی این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۷۲ محاسبه شد.

- پرسشنامه بهزیستی ذهنی^۳ (SWS): این ابزار توسط کی‌یز و مارگی‌مو^۴ (۲۰۰۳) تدوین شده است و شامل ۴۵ سوال با ۳ مولفه بهزیستی هیجانی^۵ (پرسش‌های ۱ الی

1. Premenstrual Syndrome screening tool

2. Steiner

3. Mental Well-Being Questionnaire

4. Keyes & Magyar-Moe

5. Emotional Well-being

گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۶۴٪ به دست آمد.

مداخلات درمانی: نحوه انجام مداخله درمانی بدین صورت بود که گروه آزمایشی اول تحت مداخله شناختی - رفتاری (مک کی^۵ و همکاران (۲۰۲۰)، به مدت ۸ جلسه، هفته ای ۱ بار و هر جلسه به مدت ۲ ساعت به صورت گروهی قرار گرفتند. در نهایت بعد از اتمام جلسات آموزشی، شرکت کنندگان (از طریق پرسشنامه ها) مورد پس آزمون قرار گرفتند. شرح جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

(۱۲) بهزیستی روانشناختی^۱ (پرسش های ۱۳ الی ۴۵) و بهزیستی اجتماعی^۲ (پرسش های ۳۱ الی ۴۵) است. نمره - گذاری پرسش های بهزیستی هیجانی به صورت لیگرت ۵ درجه ای (همیشه = ۵ تا هرگز = ۱) اما نمره گذاری پرسش های بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی به صورت لیگرت ۷ درجه ای (بسیار موافقم = ۷ تا بسیار مخالفم = ۱) می باشد. در مطالعه کی یز و مارگی مو (۲۰۰۳) برای بررسی روایی این مقیاس از روایی عاملی استفاده شده است. نتایج تحلیل عامل تاییدی ساختار سه عاملی این مقیاس با طیف بار عاملی بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۲ را تایید کرد. کی یز و مارگی مو ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۹، بهزیستی هیجانی ۰/۹۱، بهزیستی روانشناختی ۰/۸۷ و بهزیستی اجتماعی ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش سلیمانی و همکاران (۱۴۰۳)، نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۳ و برای مقیاس های آن به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۶۳٪ و برای مقیاس های آن به ترتیب ۵۹٪، ۶۱٪، ۵۳٪ به دست آمد.

- پرسشنامه شفقت به خود^۳ (SCS-Lf)

این پرسشنامه توسط نف^۴ (۲۰۰۳) ساخته شده است و دارای ۲۶ ماده است که گاهی اوقات مقیاس خود دلسوزی نیز خوانده شده است. این پرسشنامه شامل ۶ عامل دو وجهی مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل فزون همانندسازی است. پاسخ دهندگان می بایست در طیف لیکرت ۵ درجه ای (۱ = تقریباً هرگز، ۵ = تقریباً همیشه) به عبارات پاسخ دهند. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس شفقت به خود توسط نف و همکاران (۲۰۰۳) ۰/۹۳ گزارش شده است. شریفی ساکی و همکاران (۱۳۹۸) ضریب کرونباخ را ۰/۸۲

۱. Psychological Well-being

۲. Social Well-being scale

۳. Self - compation scale Long-form

۴. Neff

۵. Mccay

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه، دریافت رضایت آگاهانه، برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره اختلال ملال پیش از قاعدگی، عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم سازی درمان شناختی- رفتاری و تکمیل پرسشنامه.
دوم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، مدل سه سیستمی هیجان، چرخه A-B-C، آشکارسازی افکار خودآیند، گوش دادن و ثبت افکار و احساس خودآیند درست قبل و در خلال آن.
سوم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، افکار محدود کننده یا تحریف‌های شناختی (ذهن خوانی، فاجعه انگاری، تفکر قطبی، بایدها، شخصی سازی و...)، ارائه تکالیف خانگی.
چهارم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، تغییر افکار محدود کننده و تغییر افکار پریشان، آموزش تفکر واقع بینانه، فن قاب‌گیری مجدد، فن خود نظارتی، ارائه تکالیف خانگی.
پنجم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، تصور هدایت شده، آرام‌سازی، آرام‌سازی عضلات پیش‌رونده، تجسم مقابله‌ای، تمرین با اعضا، ارائه تمرین خانگی ارائه تکالیف خانگی.
ششم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، مواجهه‌سازی، آموزش آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده و خود آرام سازی و حساسیت زدایی، تمرین با اعضا، ارائه تمرین خانگی ارائه تکالیف خانگی.
هفتم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، فن حل مسئله و شفاف‌سازی ارزش‌ها و عمل بر اساس ارزش، آزمون عقاید اصلی، ارائه تکالیف خانگی.
هشتم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، مرور اصول درمانی و مهارت‌های شناختی و رفتاری برای پیشگیری از هیجانات منفی مؤثر در اختلال ملال پیش از قاعدگی، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک شرکت‌کنندگان، ایجاد برنامه مداوم ارائه پرسشنامه‌های پس‌آزمون.

یافته‌ها

و زبان بودند. در ادامه آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) بهزیستی ذهنی و شفقت به خود در گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد شرکت کننده از نظر بازه سنی بین ۱۸ تا ۲۵ سال قرار داشتند. همچنین دانشجویان از سه رشته روان شناسی، حسابداری

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مختلف در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرهای وابسته	مرحله	شناختی - رفتاری		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شفقت به خود	پیش آزمون	۹۷/۲۴	۶/۵۸	۹۴/۲۴	۹/۱۸
	پس آزمون	۱۰۰/۹۴	۶/۰۷	۷۸/۴۱	۳/۳۰
بهزیستی ذهنی	پیش آزمون	۱۴۴/۵۰	۴/۹۴	۱۴۴/۳۵	۴/۸۳
	پس آزمون	۱۹۳/۰۶	۸/۹۱	۱۴۱/۵۹	۱۰/۷۷

ذهنی و شفقت به خود در هر دو گروه و در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون دارای توزیع نرمال بوده است. در این راستا جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید ($\chi^2 = ۸/۹۶$, $F = ۰/۳۸$, $P = ۱/۶۶ > ۰/۲۱$). با توجه به این که معناداری آزمون باکس بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد،

جهت بررسی درمان شناختی- رفتاری بر شاخص بهزیستی‌ذهنی در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده گردید. این آزمون پیش از اجرا دارای مفروضه‌هایی است که باید رعایت شود. نتایج آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای بهزیستی

دیگر می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری موجب ارتقاء شاخص بهزیستی‌ذهنی در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی گردیده است.

لذا می‌توان گفت ماتریس‌های واریانس- کوواریانس همگن می‌باشد. همان طور که نتایج جدول زیر نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه شاخص بهزیستی‌ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت تفاوت دو گروه در شاخص بهزیستی ذهنی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
بهزیستی هیجانی	۶۴۹/۸۶	۱	۶۴۹/۸۶	۶۶/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰
بهزیستی روانی	۲۴۲۴/۹۰	۱	۲۴۲۴/۹۰	۳۸/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷
بهزیستی اجتماعی	۲۷۴۷/۲۲	۱	۲۷۴۷/۲۲	۱۲۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱
بهزیستی ذهنی	۱۶۱۶۶/۹۷	۱	۱۶۱۶۶/۹۷	۲۰۲/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸

واریانس- کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید (Box's M= ۴۲/۳۷, F=۱/۰۴, P=۰/۳۹>۰/۰۵). با توجه به این که معناداری آزمون باکس بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا می‌توان گفت ماتریس‌های واریانس- کوواریانس همگن می‌باشد.

جهت بررسی نقش درمان شناختی-رفتاری بر شفقت به خود در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. تمامی مؤلفه‌های خودشفقتی نیز دارای توزیع نرمال هستند (sig> ۰/۰۵). برای بررسی همسانی ماتریس‌های

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت تفاوت دو گروه در شاخص شفقت به خود

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
مهربانی با خود	۲۷۶/۴۶	۱	۲۷۶/۴۶	۵۷/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
قضاوت در مورد خود	۸۰/۳۴	۱	۸۰/۳۴	۱۳/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴
احساس مشترکات انسانی	۱۰۲۳	۱	۱۰۲۳	۴۴۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵
انزوا	۵۰/۶۶	۱	۵۰/۶۶	۱۴/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵
ذهن‌آگاهی	۸۹۸/۴۸	۱	۸۹۸/۴۸	۴۶۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
فزون همانندسازی	۴۱/۷۰	۱	۴۱/۷۰	۸/۳۲	۰/۰۱	۰/۲۴
شفقت به خود	۳۱۴۱/۳۹	۱	۳۱۴۱/۳۹	۱۲۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی‌ذهنی و شفقت به خود بر دختران اختلال ملال پیش از قاعدگی انجام شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی‌ذهنی تأثیر معناداری دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های داخلی محمدی و همکاران (۱۴۰۱)، آقاوردی‌نژاد (۱۴۰۱) و یافته‌های خارجی رافونه و همکاران (۲۰۲۳)، کلاگر (۲۰۲۰)، همسو است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از فرچهر و همکاران

نتایج جدول ۴ نشان نیز می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه شاخص شفقت به خود و همه مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری موجب ارتقاء شاخص شفقت به خود در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی گردیده است.

بحث و نتیجه‌گیری

(۲۰۲۵) درمان شناختی- رفتاری در افزایش نتایج مثبت مانند رضایت از زندگی، کیفیت زندگی موفق است. علاوه بر این، با افزایش برآورده شدن نیازها از طریق با کاهش افسردگی مرتبط است. در تبیین این یافته می توان گفت شاید بتوان گفت یکی از دلیل مؤثر بودن شیوه های گروهی آموزشهای شناختی - رفتاری، زیربنای آموزشی آنها است. زیرا در این شیوه ها هم بر جنبه های شناختی و هم بر ابعاد رفتاری تأکید می شود. در این رویکرد، ابتدا شناخت افراد نسبت به مسئله تغییر داده می شود و سپس به آنها آموزشهای رفتاری مانند شیوه های افزایش عزت- نفس، خودکارآمدی، کیفیت زندگی و حل مسئله داده می شود تا بتوانند همزمان رفتار و شناخت جدید را تجربه نمایند (آقاردی نژاد، ۱۴۰۱). همچنین با تکیه بر فرض اساسی روی آوردهای شناختی - رفتاری مبنی بر ارتباط فکر، احساس و رفتار می توان به برتری درمان شناختی- رفتاری در ارتقای وضعیت بهزیستی روانشناختی صحنه گذاشت. همچنین در باب علت تأثیر این آموزشها بر بهزیستی روانشناختی نیز می توان گفت افزایش خودکارآمدی و ابرازگری به واسطه مکانیزم های گروهی به این گروه کمک می کند تا با وارد شدن به دنیای بیرون، فعالیت های اجتماعی و شغلی و خانوادگی خود را از سر گرفته و از ابرازگری که اختلال اضطرابی را از آنها گرفته بود، برخوردار شوند و نهایتاً این اتفاقات افزایش بهزیستی ذهنی آنان را در بر دارد (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱).

همچنین، نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر شفقت به خود بر دختران اختلال ملال پیش از قاعدگی انجام شده، نتایج پژوهش نشان داد که یافته های این پژوهش با یافته های داخلی تافته و همکاران (۱۴۰۳)، شجاعی (۱۴۰۲)، موسوی (۱۴۰۱) و یافته های خارجی وادزورث و همکاران (۲۰۱۸) و هوفارت و همکاران (۲۰۱۵) هم راستا است. یافته های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش های هوفارت و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد درمان شناختی - رفتاری می تواند موجب بهبود

خودشفقت ورزی گردد؛ یافته های پژوهش وادزورث و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد درمان شناختی - رفتاری جنبه های منفی خودشفقت ورزی را کاهش و جنبه های مثبت آن را در بیماران افسرده افزایش می دهد همسو و هم راستا است. در تبیین یافته های حاضر باید بیان داشت با توجه به نتایج تحقیق می توان بیان کرد با توجه به آن که درمان شناختی- رفتاری زمینه کاهش خطاهای شناختی را در فرد ایجاد می کند. این مهارت می تواند زمینه فرد در برخورد با ناملایمات و وقایع تلخ زندگی و شکست بتوانند با خود شفقت داشته باشند (جوادی و ریزی و جمالی، ۱۴۰۰). شفقت به افراد کمک می کند تا متوجه شده که احتمالاً مجبورند در زندگی خود تغییراتی انجام دهند، از برخی خواسته ها دست بردارند، بعضی فقدانها را بپذیرند، اهداف و درک خویشتن خود را بازبند و با چیزهایی رودررو شوند که آنها را می ترسند (سعیدی، ۱۳۹۹). به عبارت دیگر پس از انجام درمان شناختی - رفتاری، درمانجویان از آن جایی که در تحریف شناختی، سخن از قطعیت و عدم توجه به احتمال در وضعیت اطمینان و عدم اطمینان دست پیدا می کنند؛ این نگاه انعطاف پذیرانه و شکل گیری اعتقاد به احتمال نیز می تواند نگاه منفی و انتقادی فرد را نسبت به نقاط ضعف خویش کاهش دهد و با کاهش میزان خودقضاوتی و خودانتقادی در فرد گردد (لایدالو، ۲۰۲۱) لذا، درمان شناختی- رفتاری می تواند شفقت به خود افراد را افزایش دهد و موجب بهبود در اختلال ملال قرار گیرد.

مهارت های یاد گرفته شده در جلسات آموزشی به افراد این فرصت را برای آنها فراهم می کند که از شناختها و اعتقادات غلط و هیجانات منفی که در مورد زندگی خود و مشکلات موجود در آن دارند، رهایی یابند و نسبت به خود احساس دلسوزی و مهربانی بیشتری را به دست آورند و این اعتقاد در آنها به وجود می آید که مشکلات و گرفتاری ممکن است که برای همه ی افراد به وجود بیاید و تنها خودشان نیستند که در زندگی با مشکلات و بیماری دست و پنجه نرم کنند و داشتن این اعتقاد به آنها

مشکلات روانشناختی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم. *پایان نامه دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت*.

تافته، سیمین؛ نصرالهی، ناصر، محبیان فر، مهران و صبوئی، فاطمه. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر شفقت به خود در زنان آستانه طلاق. *بیستمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و مشاوره و علوم تربیتی اسپانی*

جوادی، مریم؛ رئیسی، زهره؛ رضایی جمالویی، حسن. (۱۴۰۰). بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی بر خودشفقت‌ورزی زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع ۲. *خانواده درمانی کاربردی بهار*، ۲(۱)، ۲۶۱-۲۴۴.

جمالی، مریم؛ نصرتی، فاطمه؛ طاهری فر، زهرا و مجاور، شیرین. (۱۴۰۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص. *رویش روان شناسی*، ۱۳(۷)، ۱-۱۰.

سلیمانی، برزان؛ دست باز، انور و کاظمی، سارا. (۱۴۰۳). اثر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و بهزیستی ذهنی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. *مطالعات روانشناختی*، ۲۰(۳)، ۷۵-۵۹.

سعیدی، مژده؛ خلعتبری، جواد، قربان شیرودی، شهره و ابوالقاسمی، شهنام. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی زنان در شرف طلاق. *مطالعات ناتوانی*، ۱۰، ۹-۹.

سیدطباطبایی، سیدرضا، رحمتی نژاد، پروین، و فریدونی، کوثر. (۱۳۹۸). شیوع و شدت سندرم پیش از قاعدگی و ارتباط آن با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان

کمک می‌کند که در بیشتر اوقات به جای این که از مشکلات و ناسازگاری‌های موجود در زندگی خود اجتناب کنند، تلاش می‌کنند که مهارت‌های مقابله‌ای کارآمدتری با مشکلات و ناسازگاری‌های زندگی خود داشته باشند و کوشش کنند که مشکلات زندگی خود را به طور مؤثری حل کنند (مبشر، ۱۴۰۰). زمانی که افراد دچار مشکلات روانشناختی و پریشانی روانی باشند، نمی‌توانند به طور مناسب با خود و دیگران روابط مهربانانه داشته باشند که وجود چنین شرایطی می‌تواند موجب از دست دادن حمایت دیگران شود. با انجام مداخلات روانشناختی به منظور بهبود روابطه دوستانه و دلسوزانه این افراد با خود و دیگران می‌توان زمینه‌ای برای تسریع روند بهبودی نیز فراهم نمود. با توجه به عوارض جانبی داروها و خطرات جراحی و با توجه به محتویات تفکر منفی مانند افکار بی‌لیاقتی و بی‌کفایتی و تعبیر سوگیری شده از رویدادها توسط این افراد، روان درمانی جهت بهبود علائم توصیه شده است

از آنجایی که این پژوهش بر روی دختران دانشجو در بازه سنی ۱۸-۲۵ شهر تالش انجام شده، لذا در تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر افراد باید جانب احتیاط رعایت شود. ابزار سنجش مورد استفاده در این پژوهش، داده‌های فاعلی را از نمونه‌های غیربالینی به دست آورده است و این امر لزوم استفاده از شیوه‌های بالینی را در تشخیص فزون‌کنشی و داده‌های به دست آمده مطرح می‌سازد. پیشنهاد می‌شود به منظور تعمیم بیشتر نتایج، در پژوهش‌های بعدی، ضمن انتخاب نمونه‌ای با سن متفاوت و در نظر گرفتن متغیرهای جمعیت‌شناسی، جمعیت‌های اجتماعی دیگر مورد ارزیابی قرار گیرند. پیشنهاد می‌شود که همین پژوهش بر روی زنان به مراکز مشاوره روانشناختی شهر تالش نیز به عمل بیاید.

منابع

آقاوردی‌نژاد، شبنم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

Borualogo, I. S., & Casas, F. (2024). Subjective well-being of children and adolescents during the COVID-19 pandemic in Indonesia: two data collections. *Current Psychology*, 43(14), 13120-13132.

Cattani K, Griner D, Erikson DM, Burlingame GM, Beecher ME, Alldredge CT. (2021). Compassion focused group therapy for university counseling centers: *A clinician's guide*. Routledge.

Gallagher, M. W., Phillips, C. A., D'Souza, J., Richardson, A., Long, L. J., Boswell, J. F., ... & Barlow, D. H. (2020). Trajectories of change in well-being during cognitive behavioral therapies for anxiety disorders: Quantifying the impact and covariation with improvements in anxiety. *Psychotherapy*, 57(3), 379.

Hoppe, J. M., Weise, C., Kleinstaeuber, M., Skalkidou, A., Vegelius, J., Comasco, E., ... & Buhrman, M. (2025). Emotion regulation-based internet-delivered cognitive behavioural therapy for premenstrual dysphoric disorder: study protocol for a randomised controlled trial in Sweden. *BMJ open*, 15(1), e091649.

Hoffart, A., Øktdalen, T., & Langkaas, T. F. (2015). Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: a study of within-person processes. *Frontiers in psychology*, 6(1273). doi:10.3389/fpsyg.2015.01273.

Huang, L., & Zhang, T. (2022). Perceived social support, psychological capital, and subjective well-being among college students in the context of online learning during the COVID-19 pandemic. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 31(5), 563-574.

Huang, S., Zhang, Q., Aperribai, L., Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Chen, Y., ... & Zhang, Y. (2025). The reliability and validity of the Chinese version of premenstrual dysphoric disorder questionnaire for DSM-5. *General Hospital Psychiatry*.

Kieny, C., Flores, G., Ingenhaag, M. et al. (2020). Healthy, wealthy, wise, and happy? Assessing age differences in evaluative and

دانشگاه علوم پزشکی قم. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۳(۱۰)، ۸۰-۷۲.

شجاعی معلم کلایی، نسترن. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر شفقت بر خود و کیفیت زندگی در زنان مطلقه، سومین همایش ملی و اولین همایش بین المللی پژوهش و نوآوری در روانشناسی، با نگاهی ویژه بر درمانهای فراتشخیصی، تهران.

شریفی ساکی، شیدا؛ علیپور، احمد؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ محمدی، محمدرضا و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۸). رابطه بین شفقت به خود با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با میانجی گری اضطراب مرگ. *روانشناسی سلامت*، ۸(۲۹)، ۶۷-۵۲.

ماهزاده، حامد؛ ریشه‌ری، پولادی؛ کیخسروانی، مولود و گلستانه، سیدموسی. (۱۳۹۸). مدل‌یابی ساختاری پیش بینی بهزیستی ذهنی براساس ذهنیت فلسفی کمال‌گرایی با میانجی‌گری ذهن‌آگاهی، *روانشناسی معاصر*، ۱(۱۴)، ۴۹-۶۰.

محمدی، رویا؛ فردین، محمد علی و جناآبادی، حسین. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تأثیر بهزیستی ذهنی بیماران بهبود یافته پاندومیک کرونا در اوج همه‌گیری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۳(۶۳)، ۱۲۲۱-۱۲۱۴.

موسوی، سیدصابر. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر شفقت به خود انتقادی، عدم تحمل باتکلیفی و نشانگان وسواس زنان خاندان. *پایاننامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه فردوسی مشهد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

Bell T, Montague J, and Elander J, Gilbert P. (2022). Multiple emotions, multiple selves: compassion focused therapy chairwork. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 14, 22.

Neff K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193–218.

Nexha, A., Caropreso, L., de Azevedo Cardoso, T., Suh, J. S., Tonon, A. C., & Frey, B. N. (2024). Biological rhythms in premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *BMC Women's Health*, 24(1), 551.

Raffone, F., Orrico, A., D'Orsi, M., Ferro, S., Russo, M., & Martiadis, V. (2023). Metacognition, emotional dysregulation, psychosocial functioning and subjective well-being after 6 months of CBT treatment in pharmacologically stabilized schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 66(S1), S370-S371.

Reilly, T. J., Patel, S., Unachukwu, I., Knox, C. L., Wilson, C. A., Craig, M. C., ... & Cullen, A. E. (2024). The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta- analysis. *Journal of Affective Disorders*.

Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of women's mental health*, 6, 203-209.

Wadsworth, L. P., Forgeard, M., Hsu, K. J., Kertz, S., Treadway, M., & Björgvinsson, T. (2018). Examining the role of repetitive negative thinking in relations between positive and negative aspects of self-compassion and symptom improvement during intensive treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 42(3), 236-249.

emotional well-being among mature adults from five low- and middle-income countries. *Social Indicators Research*.

Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. 2003: 411- 25. edited by S. J. Lopez and R. Snyder. Washington, DC: American Psychological Association.

Laidlaw, K. (2021). *Cognitive behavioral therapy with older people*: American Psychological Association.

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

Meth, E. M., Nôga, D. A., Dubol, M., Xue, P., Sundström-Poromaa, I., & Benedict, C. (2025). The impact of pharmacotherapy for premenstrual dysphoric disorder on sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 102069.

Morrison, A. E., Zaccardi, F., Chatterjee, S., Brady, E., Doherty, Y., Robertson, N., ... & Davies, M. J. (2021). Self-compassion, metabolic control and health status in individuals with type 2 diabetes: A UK observational study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 129 (6), 413-419.

Nayman, S., & Kuehner, C. (2024). Premenstrual Dysphoric Disorder and Rumination. In *Handbook of the Behavior and Psychology of Disease* (pp. 1-22). Cham: Springer International Publishing.

Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self-Identity*, 2, 85 - 10.



The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on subjective well-being and self-compassion, in girls with premenstrual dysphoric disorder

Zahra Seyfi Kordlar¹, Majid Baradaran^{2*}, Azar Kiamarsi³, Reza Kazemi⁴

- 1) Ph.D Student, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
- 2) Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Payame Noor, Tehran, Iran.
- 3) Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
- 4) Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

Abstract

Premenstrual dysphoric disorder is a severe form of premenstrual syndrome that results in predictable physical, psychological, and cognitive symptoms. The primary aim of the study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on subjective well-being and self-compassion in girls with premenstrual dysphoric disorder. This study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on subjective well-being and self-compassion, in girls with premenstrual dysphoric disorder. The present research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. From the statistical population of girls with premenstrual dysphoric disorder at Talesh Azad University in 2023-2024, aged 18 to 25 years, 40 people were selected using convenience sampling and randomly assigned to an experimental group of 20 and a control group of 20. The experimental group received cognitive-behavioral therapy intervention, 8 sessions of 2 hours per week, for two months, and the control group did not receive any treatment. To collect data, the Premenstrual Syndrome Screening Tool (PSST) by Steiner et al. (2003), subjective Well-Being Scale (SWS) by Keys and Magyar-Mo (2003), and the Self-Compassion Long Form (SCS-LF) questionnaire (Neff et al., 2008) were used before the start of treatment and after the end of the sessions. The obtained data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that cognitive-behavioral therapy in the experimental group was significantly better than the control group in terms of mental well-being and self-compassion in girls with premenstrual syndrome ($P > 0.05$). Accordingly, cognitive-behavioral therapy is an effective intervention in girls with premenstrual syndrome.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Self-compassion, subjective well-being, Premenstrual dysphoric disorder