

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 دکترای روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

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

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، ایران.

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

*نویسنده مسئول: baradran@Pnu.ac.ir

چکیده

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 شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. بدین منظور از جامعه آماری مذکور تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله درمان شناختی-رفتاری طی دو ماه در ۸ جلسه ۲ ساعته هفته‌ای یکبار دریافت کردند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت ننمود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ابزار غربالگری ملال پیش از قاعدگی (PSST)، بهزیستی ذهنی (SWS) کیز (۲۰۰۳) و پرسشنامه شفقت به خود فرم بلند (SCS-LF) پیش از آغاز درمان و پس از پایان جلسات استفاده شد. داده‌های 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 مداخله‌ای مؤثر در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌باشد.

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

مقدمه

اختلال پیش از قاعدگی (PMS)^۵ در بین زنان در سنین باروری بسیار شایع است و علائم پیش از قاعدگی با درد و رنج همراه است که همین ویژگی دلیلی برای جستجوی درمان است. (هومیدوویک^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD)^۷ یک نوع شدید از اختلال پیش از قاعدگی است که با علائم فیزیکی، روانی و شناختی قابل پیش‌بینی مشخص و منجر به اختلال در عملکرد می‌شود (دهنوی و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال ملال پیش از قاعدگی با علائم مرکزی عاطفی چرخه‌ای همراه با علائم

^۱ دانشجوی دکترای روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

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

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، ایران.

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

^۵ PreMenstrual Syndrome

^۶ Hamidovic

^۷ PreMenstrual Dysphoric Disorder

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^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، اختلال ملال پیش از قاعدگی به عنوان یک اختلال افسردگی طبقه بندی شده است که حداقل به پنج علامت از فهرست نیاز دارد، از جمله احساسی (بی‌ثباتی عاطفی، تحریک‌پذیری، خلق افسرده، و اضطراب) و ویژگی‌های فیزیکی-رفتاری (بی‌لذتی، مشکل در تمرکز، بی‌اشتهایی، پرخوابی یا بی‌خوابی، میل به غذا، احساس غرق بودن یا خارج از کنترل بودن، حساسیت یا تورم سینه، افزایش وزن، نفخ، و درد مفاصل یا عضلانی). علاوه بر این، علائم باید در مرحله لوتئال ظاهر شوند و با شروع قاعدگی با عود حداقل در دو دوره متوالی قاعدگی ناپدید شوند (مونتیرو، داسیلوا راموس، آلوز، کانتیلینو و سوگی^۲، ۲۰۲۴).

در حالی که شیوع دقیق اختلال پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی مشخص نیست، تخمین زده می‌شود که تا ۸۰ درصد زنان قبل از شروع قاعدگی تغییرات فیزیکی و عاطفی را تجربه می‌کنند که ۲۰ تا ۴۰ درصد تأثیر قابل توجهی بر عملکرد دارند. شیوع اختلال پیش از قاعدگی در بین زنان قاعدگی بین ۲۰ تا ۳۰ درصد تخمین زده می‌شود (تیرانی و ناپی^۳، ۲۰۲۲). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که حدود ۹۰ درصد زنان حداقل یکی از علائم پیش از قاعدگی را بروز می‌دهند (پراساد، ولون هویت، کید، آزودو کاردوسو و فری^۴، ۲۰۲۱). شیوع اختلال ملال پیش از قاعدگی بین ۱٫۸ تا ۵٫۸ درصد در زنان در حال قاعدگی گزارش شده است (ریلی^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). طبق مطالعه‌ی پژوهشگران شیوع اختلال ملال پیش از قاعدگی در جمعیت زنان ایرانی بین ۷/۵ درصد تا ۳۷ درصد نیز گزارش شده است (الماسی و صفایی‌راد، ۱۴۰۰).

به نظر می‌رسد یکی از راه‌های پیشگیری از بیماری‌های جسمی و اختلال‌های روانی و همچنین راه‌های کاهش آسیب‌های مرتبط، یافتن الگویی تعدیل‌گر است (کیان‌راد و همکاران، ۱۳۹۸). از حدود دهه ۱۹۶۰ روان‌شناسی مثبت‌نگر، موجب تغییر رویکرد آسیب‌شناختی 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، ریشهری، کیخسروتنی و گلستانه، 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 که به عنوان "شناختی یک فرد" ارزیابی‌های عاطفی از زندگی او^۸ تعریف می‌شود یک جزء ضروری کمک‌کننده 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^۸، 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 حالت یکنواخت و معمول زندگی فراتر می‌برد. به طور کلی بهزیستی ذهنی، مفهومی کلی و ناشی از نحوه ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی است (ماه‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸).

1. Nayman,

2. Monteiro, da Silva Ramos, Alves, Cantilino & Sougey

3. Tiranini & Nappi

4. Prasad, Wollenhaupt-Aguiar, Kidd, Azevedo Cardoso & Frey

5. Reilly

6. subjective well-being

7. Kieny et al

8. Hung & Zhang

اختلال ملال پیش از قاعدگی ممکن است منجر به اضطراب، خلق سرده و اختلالات روانی بیشتر شود و هزینه‌های پزشکی مستقیم و غیرمستقیم را به دلیل غیبت و بهره‌وری پایین ایجاد کند (لوگری، ۲۰۲۳). 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. در نهایت با توجه به اینکه پژوهشی بسیار اندکی در داخل کشور در این راستا صورت گرفته است، ضرورت انجام این پژوهش دو چندان می‌باشد و نتایج حاصل از آن می‌تواند راهنمای پژوهشگران آتی در این زمینه باشد. بنابراین با توجه به اهمیت و ضرورت‌های بیان شده، این پژوهش با هدف بررسی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک شده، همجوشی شناختی در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی است.

روش کار

در روش پیمایشی نیز گردآوری اطلاعات به این صورت بود که بعد از کسب معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل مبنی بر اجرای پژوهش حاضر و با مراجعه به دانشگاه آزاد اسلامی واحد تالش اقدام به مجوزهای و هماهنگی‌های لازم و انتخاب نمونه آماری صورت گرفت. برای این منظور در ابتدا تعداد ۴۰ دانشجو 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 انتخاب شد. سپس به شرکت کنندگان در مورد اهداف پژوهش توضیح داده شد. سرانجام این افراد در 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 پس آزمون 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 الزم 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 دانشجو 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 دوره‌ی درمان. در طول جلسات تعداد افراد شرکت‌کننده به ۳۴ نفر رسید. همچنین، اطلاعات جمع‌آوری و توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

الف). ابزار غربالگری ملال پیش از قاعدگی (PSST)

1. Liguori

این ابزار توسط استینر و همکاران در سال ۲۰۰۳ ابداع شد که شامل ۱۹ سوال و دارای دوبخش 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 می‌سنجد). برای تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی معیارهای زیر باید وجود داشته باشند: حداقل یکی از سوالات 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 سوال از ۱ تا ۱۴ متوسط تا شدید باشد. حداقل جواب یکی از ۵ سوال 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. ین، چانگ، لانگ، چن و ین (۲۰۱۱) در مطالعه خود آلفای کرونباخ بخش اول و دوم این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش هاشمی، طالع پسند و علوی (۱۳۹۳) ضریب اعتبار و ضریب حساسیت این ابزار برای تشخیص ملال پیش از قاعدگی به ترتیب ۰/۷ و ۱ می‌باشد. 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 ۰/۸ می‌باشد که حاکی از روایی محتوایی این پرسشنامه است.

(د). پرسشنامه بهزیستی ذهنی (SWS)

این ابزار توسط کیز و مارگیمو در سال ۲۰۰۳ تدوین و شامل ۴۵ پرسش با ۳ مولفه بهزیستی هیجانی (پرسشهای ۱ الی ۱۲) بهزیستی روانشناختی (پرسشهای ۱۳ الی ۴۵) و بهزیستی اجتماعی (پرسشهای ۳۱ الی ۴۵) است. نمره‌گذاری پرسشهای بهزیستی هیجانی به صورت لیگرت ۵ درجه‌ای (همیشه = ۵ تا هرگز = ۱) اما نمره‌گذاری پرسشهای بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی به صورت لیگرت ۷ درجه‌ای (بسیار موافقم = ۷ تا بسیار مخالفم = ۱) می‌باشد. کیز و مارگیمو ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۹، بهزیستی هیجانی ۰/۹۱، بهزیستی روانشناختی ۰/۸۷ و بهزیستی اجتماعی ۰/۸۵ گزارش کردند. شکرگزار و همکاران (۱۳۹۹) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی کل مقیاس و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۸۱ الی ۰/۸۵ برآورد کردند.

(ه). پرسشنامه شفقت به خود فرم بلند

این پرسشنامه ۲۶ ماده شفقت به خود فرم بلند (SCS-LF) که گاهی اوقات مقیاس خود دلسوزی نیز خوانده شده است توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته 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 ذهن‌آگاهی در مقابل فزون‌هماندسازی است. پاسخ‌دهندگان می‌بایست در طیف لیگرت ۵ درجه‌ای (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. همچنین در مطالعه نف و همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در آمریکا ۰/۹۵ و در تایلند و تایوان ۰/۸۶ گزارش نمودند. کیامرثی و طاهری‌فرد در سال (۱۳۹۹) ضریب کرونباخ را ۰/۸۳ گزارش کردند.

(د). روش درمانی شناختی- رفتاری از کتاب افکار و احساسات مک کی، داویز و فانیگ با ترجمه موسوی و همکاران و با ویراستاری اینجانب زهرا سیفی کردلر اقتباس شده است

جدول ۱. جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	شرح جلسه
۱	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.
۲	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.
۳	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.
۴	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.
۵	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.
۶	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، مواجهه سازی، آموزش آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده و خود آرام سازی و حساسیت زدایی، تمرین با اعضا، ارائه تمرین خانگی ارائه تکالیف خانگی.
۷	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.
۸	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

فرضیه اول پژوهش: درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی ذهنی در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی اثرگذار است. در این فرضیه، درمان شناختی-رفتاری به عنوان متغیر مستقل و شاخص بهزیستی ذهنی به عنوان متغیر وابسته هستند. جهت بررسی درمان شناختی-رفتاری بر شاخص بهزیستی ذهنی 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. در این راستا جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید ($\text{Box's } M = ۸/۹۶, F = ۰/۳۸, P = ۱/۶۶ > ۰/۲۱$). با توجه به این که معناداری آزمون باکس بالاتر از $۰/۰۵$ می‌باشد، لذا می‌توان گفت ماتریس‌های واریانس-کوواریانس همگن می‌باشد. در ادامه به

جهت نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای وابسته از آزمون کولموگروف- اسمیرنف استفاده شد که نتایج مربوط به آن در جدول ۴-۱۴ ارائه گردیده است.

جدول ۱ نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنف جهت نرمال بودن متغیر بهزیستی ذهنی

شاخص	مرحله	Z	sig
بهزیستی هیجانی	پیش آزمون	۰/۹۳	۰/۳۵
	پس آزمون	۰/۹۵	۰/۳۲
بهزیستی روانی	پیش آزمون	۰/۸۷	۰/۴۳
	پس آزمون	۰/۹۶	۰/۳۱
بهزیستی اجتماعی	پیش آزمون	۰/۷۳	۰/۶۷
	پس آزمون	۰/۸۳	۰/۵۰
بهزیستی ذهنی	پیش آزمون	۰/۶۹	۰/۷۳
	پس آزمون	۱/۱۸	۰/۱۲

همان گونه در جدول ۱ مشاهده می شود، تمامی مؤلفه ها دارای توزیع نرمال هستند ($\text{sig} > 0/05$). لذا پیش فرض مربوطه مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت تفاوت دو گروه در شاخص بهزیستی ذهنی

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	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

نتایج جدول فوق حاکی از این است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه شاخص بهزیستی ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری موجب ارتقاء شاخص بهزیستی ذهنی در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی گردیده است، لذا فرضیه سوم این مطالعه تأیید شد.

فرضیه دوم پژوهش: درمان شناختی-رفتاری بر شفقت به خود در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی اثرگذار است. جهت بررسی نقش درمان شناختی-رفتاری بر شفقت به خود 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 می‌بایست رعایت نمود. در این راستا جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس از آزمون باکس استفاده گردید ($F=1/04$, $P=0/39 > 0/05$) $Box's M=$. با توجه به این که معناداری آزمون باکس بالاتر از $0/05$ می‌باشد، لذا می‌توان گفت ماتریس‌های واریانس-کواریانس همگن می‌باشد. در ادامه به جهت نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای وابسته از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد که نتایج مربوط به آن در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف جهت نرمال بودن متغیر شفقت به خود

شاخص	مرحله	Z	sig
مهربانی با خود	پیش آزمون	0/95	0/33
	پس آزمون	0/82	0/38
قضاوت در مورد خود	پیش آزمون	0/80	0/55
	پس آزمون	0/77	0/59
احساس مشترکات انسانی	پیش آزمون	0/74	0/65
	پس آزمون	1/15	0/15
انزوا	پیش آزمون	1/14	0/15
	پس آزمون	0/86	0/45
ذهن‌آگاهی	پیش آزمون	1/15	0/14
	پس آزمون	1/17	0/13
فزون‌هماندسازی	پیش آزمون	0/91	0/38
	پس آزمون	1/02	0/25

۰/۹۹	۰/۴۵	پیش آزمون	شفقت به خود
۰/۵۶	۰/۷۹	پس آزمون	

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می گردد، تمامی مؤلفه‌ها دارای توزیع نرمال هستند ($\text{sig} > ۰/۰۵$). لذا پیش فرض مربوطه مورد تأیید قرار گرفت.

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

متغیر وابسته	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	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
ذهن آگاهی	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

نتایج جدول ۴ نشان 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، لذا فرضیه دوم این مطالعه مورد تأیید قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی ذهنی و شفقت به خود بر دختران اختلال ملال پیش از قاعدگی انجام شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی ذهنی و شفقت به خود تأثیر معناداری دارد. همسو با این یافته‌ها، به نتایج مشابهی دست یافتند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت

فرضیه: درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی ذهنی در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی اثرگذار است.

مبتنی بر یافته‌های مطالعه حاضر، درمان شناختی- رفتاری بر سازه بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن اثرگذار بوده است. این نتایج، همسو با نتایج پژوهش‌های محمدی و همکاران (۱۴۰۱)، آقوردی‌نژاد (۱۴۰۱)، شکرگزار (۱۳۹۹)، حسین‌زاده (۱۳۹۷)، کریمی و همکاران (۱۳۹۳)، رافونه و همکاران (۲۰۲۳)، کلاگر (۲۰۲۰)، ناکاو و همکاران (۲۰۱۹) و فاوا و همکاران (۲۰۱۷) و (۲۰۱۱) است. همچنین، مک کالوف، ایمونز و تسانگ (۲۰۰۲) معتقدند هیجان‌های مثبت سپری در برابر اختلال‌های روانی و عاملی مؤثر در افزایش بهزیستی و شادکامی افراد هستند.

در تبیین این یافته پژوهشی باید اذعان داشت که الگوی درمانی شناختی رفتاری، یک روش کوتاه مدت، با تمرکز بر زمان حال و مشارکتی به بیماران است که الگوهای مثبت شناختی و رفتاری را برای عملکردی سازش یافته در موقعیتهای بین فردی و درون فردی آموزش می‌دهد (والر و همکاران، ۲۰۱۵). شاید بتوان گفت یکی از دلیل مؤثر بودن شیوه‌های گروهی آموزشهای شناختی- رفتاری، زیربنای آموزشی آنها است. زیرا در این شیوه‌ها هم بر جنبه‌های شناختی و هم بر ابعاد رفتاری تأکید می‌شود. در این رویکرد، ابتدا شناخت افراد نسبت به مسئله تغییر داده می‌شود و سپس به آنها آموزشهای رفتاری مانند شیوه‌های افزایش عزت‌نفس، خودکارآمدی، کیفیت زندگی و حل مسئله داده می‌شود تا بتوانند همزمان رفتار و شناخت جدید را تجربه نمایند (آقوردی‌نژاد، ۱۴۰۱) و علاوه بر این، استفاده از فنون توجه به دیگر واقعیت‌های ممکن، گفتار درونی مثبت و تحلیل سود و زیان، باعث افزایش عواطف مثبت از جمله هوشیاری، متوجه بودن و اشتیاق برای استفاده از فنون در زندگی و کاهش عواطف منفی از جمله پریشانی و بی‌قراری شود. به همین ترتیب، نتایج نشان‌دهنده اثربخشی فنون به‌کار برده‌شده در کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت شده است (کریمی، ۱۳۹۳).

همچنین فراهم کردن شرایطی برای تمرین رفتارها در موقعیتهای طبیعی، خود به خودی و چندگانه، امکان ارزیابی مهارت‌های اجتماعی و ابرازگری افراد توسط درمانگر و انعکاس پیشرفت آنها در آموزش، پاسخ‌راند اعضا به یکدیگر به همراه بازخورد درمانگر، فراهم کردن و تسهیل انتخاب الگو برای سرمشق‌گیری، تکمیل وظایف منزل به کمک اعضا در گروه، افزایش انگیزه و پشتکار در بیماران مذکور و افزایش همبستگی گروهی از مزایای دیگر آموزشهای توانمندی شناختی رفتاری است. که میتواند منجر به سازگاری بیشتر و در نتیجه بهزیستی بالاتر این افراد شود. همچنین با تکیه بر فرض اساسی روی آوردهای شناختی رفتاری مبنی بر ارتباط فکر، احساس و رفتار می‌توان به برتری درمانگری‌های شناختی- رفتاری در ارتقای وضعیت بهزیستی روانشناختی صحنه گذاشت. همچنین در باب علت تأثیر این آموزشها بر بهزیستی روانشناختی نیز می‌توان گفت افزایش خودکارآمدی و ابرازگری به واسطه مکانیزم‌های گروهی به این گروه کمک می‌کند تا با وارد شدن به دنیای بیرون، فعالیتهای 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).

فرضیه: درمان شناختی - رفتاری بر شفقت به خود در دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی اثرگذار است.

مبتنی بر یافته‌های مطالعه حاضر، درمان شناختی رفتاری بر سازه شفقت به خود اثرگذار بوده است. این نتایج، همسو با نتایج پژوهش‌های، شجاعی (۱۴۰۲)، عصایی (۱۴۰۲)، موسوی (۱۴۰۱)، مشاک و همکاران (۱۴۰۰)، جوادی، رئیسی، و رضایی جمالویی (۱۴۰۰)، مبشر، باقری، عباسی و تنها (۱۴۰۰)، جوادی (۱۳۹۹)، طجری (۱۳۹۹)، (تروجیز و زاکروی، ۲۰۲۱) است.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های هوفارت و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد درمان شناختی - رفتاری می‌تواند موجب بهبود خودشفقت‌ورزی گردد؛ ملیانی و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند درمان شناختی رفتاری در افراد مبتلا به افسردگی می‌تواند موجب بهبود خودشفقت‌ورزی گردد؛ یافته‌های پژوهش وادزورث و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد درمان شناختی - رفتاری جنبه‌های منفی خودشفقت‌ورزی را کاهش و جنبه‌های مثبت آن را در بیماران افسرده افزایش می‌دهد همسو و همراستا است.

در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان داشت با توجه به نتایج تحقیق می‌توان بیان کرد با توجه به آن که درمان شناختی - رفتاری زمینه کاهش خطاهای شناختی را در فرد ایجاد می‌کند. این مهارت می‌تواند 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 می‌کند تا متوجه شده که احتمالاً مجبورند در زندگی خود تغییراتی انجام دهند، از برخی خواسته‌ها دست بردارند، بعضی فقدانها را بپذیرند، اهداف و درک خویشتن خود را بازبند و با چیزهایی رودررو شوند که آنها را می‌ترسند (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 می‌کنند؛ این نگاه انعطاف‌پذیرانه و شکل‌گیری اعتقاد به احتمال نیز میتواند 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 می‌تواند شفقت به خود افراد را افزایش دهد و موجب بهبود در اختلال ملال قرار گیرد.

آموزش مهارت حل مسئله و مهارتهای ارتباطی، شناسایی افکار منفی، اصلاح ارزیابی شناختی و جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی، جایگزینی رفتارهای سالم با رفتارهای ناسالم، تکنیکهای رفتاری و آرام‌سازی و تمرینهای ارائه شده برای تلفیق شیوه‌های آموخته شده با موقعیتهای زندگی واقعی باعث کاهش احساسات منفی شده و موجب مقابله سازگارانه و کاهش اختلال ملال پیش از قاعدگی گردیده است. همچنین درمان شناختی رفتاری از طریق آموزش خودگویی مثبت و افزایش عزت‌نفس و رفتار جرئتمندانه به آنان کمک می‌کند تا احساس تنهایی آنها به طور چشمگیری کاهش یابد. وقتی فرد حس کند دوست‌داشتنی نیست و احساس تعلق ندارد یا علائم اجتماعی بیانگر پیوند با دیگران و ارزشمندی را از دست بدهد. تمرین مراقبه که در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش داده می‌شود موجب احساس آرام‌تر شدن درونی و ارتباط با دیگران می‌گردد. تعاملهای گرم و حاکی از پذیرش در گروه و حمایت اعضا با ارتباط اجتماعی و امنیت ارتباط دارد. حضور و حمایت دیگران و روابط اجتماعی همراه با پذیرش سبب آرام‌شدن حاضران در گروه می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا شیوه‌های بسیار عینی‌تر و مشفقانه‌تر در مقابل مشکلات خود اتخاذ کنند.

مهارت‌های یاد گرفته شده در جلسات آموزشی به افراد این فرصت را برای آنها فراهم می‌کند 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 می‌آید که مشکلات و گرفتاری ممکن است که برای همه‌ی 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 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).

از آنجایی که این پژوهش بر روی دختران دانشجو در بازه سنی ۲۵-۱۸ 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 نمونه‌هایی 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

- الماسی، ف و صفایی‌راد، ا. (۱۴۰۰). تاثیر آموزش خود-شفقت‌ورزی بر کاهش علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی در پرستاران شهر همدان. *کنفرانس بین‌المللی علوم تربیتی، روانشناسی، علوم ورزشی و تربیت بدنی*.
- آقاوردی‌نژاد، شبنم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روانشناختی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم. *پایان‌نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت*.
- پورحجازی، ماندانا؛ خلعتبری، شهره؛ شیروری، قربان و خدابخشی‌کولایی، آناهیتا. (۱۳۹۹). اثربخشی بسته آموزش درمان فراتشخیصی مبتنی بر الگوی مک‌مستر، درمان متمرکز بر شفقت و ذهن‌آگاهی بر طلاق عاطفی و دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی؛ یک مطالعه راهنما. *سلامت اجتماعی*، ۸ (۱)، ۸۰-۷۶.
- جواد، مریم؛ رئیس، 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)، ۲۴۴-۲۶۱.
- حسین‌زاده، علی‌اکبر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش بهزیستی ذهنی معتادان. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۴ (۱)، ۳۹-۳۲.
- شکرگزار، علیرضا؛ سپاه منصور، مژگان؛ امامی‌پور، سوزان و صالحی، مهدیه. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر ادراک درد و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن، *مقاله پژوهشی*، ۸ (۴)، ۱۸-۱۲.
- 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 بین‌المللی پژوهش و نوآوری در روانشناسی، با نگاهی ویژه بر درمان‌های فراتشخیصی، تهران.
- کیان‌راد، نیلوفر، نشاط‌دوست، حمیدظاهر و سرافراز، مهدی‌رضا. (۱۳۹۸). نقش فرایندهای خودنظم‌دهی در ارتباط بین استرس ادراک شده و اثرات مخرب استرس؛ در مادران کودکان مبتلا به سرطان، *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۳ (۳)، ۳۰-۱۶.
- طجری، مریم؛ کریمی، جواد و گودرزی، کورش. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی به روش شناختی- رفتاری بر امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق. *پژوهش‌نامه زنان*، ۱۱ (۳۱)، ۲۰-۱.
- عصایی، زهرا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر پریشانی روانشناختی، نشخوارگی فکری و شفقت به خود در دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مقطع متوسطه دوم شهر گچساران. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*
- ماه‌زاده، حامد؛ ریشه‌ری، پولادی؛ کیخسروانی، مولود و گلستانه، سیدموسی. (۱۳۹۸). مدل‌یابی ساختاری پیش‌بینی بهزیستی ذهنی براساس ذهنیت فلسفی کمال‌گرایی با میانجی‌گری ذهن‌آگاهی، *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱ (۱۴)، ۴۹-۶۰.

- مشاک، رویا؛ نادری، فرح، چین‌آوه، محبوبه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر بر شفقت به خود و ادراک رنج در زنان نابارور. *روان پرستاری*، ۹ (۴)، ۳۷-۴۸.
- 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 بلاتکلیفی و نشانگان وسواس زنان خاندان. *پایاننامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه فردوسی مشهد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- قاسمی، ندا؛ گودرزی، میترا و غضنفری، فیروزه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن‌آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط، *فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی*، ۹ (۳۴)، ۱۶۶-۱۴۴.
- Barczak, N., & Eklund, R. C. (2018). The moderating effect of self-compassion on relationships between performance and subsequent coping and motivation. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 2, 1-13.
- Bell T, Montague J, and Elander J, Gilbert P. (2022). Multiple emotions, multiple selves: compassion focused therapy chairwork. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 14, 22.
- Dehnavi, S. I., Mortazavi, S. S., Ramezani, M. A., Gharraee, B., & Ashouri, A. (2024). Identification of emotion schemes in women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD) using an emotion-focused therapy (EFT) approach: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 309.
- 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.
- Fava GA, Cosci F, Guidi J, Tomba E. (2017). Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depress Anxiety*. 34(9): 801-8.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 136-143.
- Hamidovic, A., Mumford, S., Schisterman, E., Davis, J., & Soumare, F. (2024). Neuroactive steroid hormone trajectories across the menstrual cycle in premenstrual dysphoric disorder (PMDD): the PHASE study. *Molecular Psychiatry*, 1-8.
- 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.
- Laidlaw, K. (2021). Cognitive behavioral therapy with older people: American Psychological Association.
- 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*.
- Melyani, M., Allahyari, A. A., Falah, P. A., Ashtiani, A. F., & Tavoli, A. (2015). Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy in cognitive reactivity and self-compassion in females with recurrent depression with residual symptoms. *Journal of Psychology*, 18(4), 393-407.
- Monteiro, D. C., da Silva Ramos, C., Alves, L. E. N. N., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2024). Functional and structural neuroimaging in premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric Research*
- Nakao, M., Furukawa, H., Kitashima, C., & Noda, S. (2019). Subjective well-being and problem-solving skills for alleviating the stress of elderly men attending a randomized controlled trial of shogi-assisted cognitive behavioral therapy. *BioPsychoSocial Medicine*, 13, 1-7.
- Nayman, S., Beddig, T., Reinhard, I., & Kuehner, C. (2022). Effects of cognitive emotion regulation strategies on mood and cortisol in daily life in women with premenstrual dysphoric disorder. *Psychological Medicine*, 1-11.
- Prasad, D., Wollenhaupt-Aguiar, B., Kidd, K. N., de Azevedo Cardoso, T., & Frey, B. N. (2021). Suicidal risk in women with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health*, 30(12), 1693-1707.
- 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.
- Tiranini, L., & Nappi, R. E. (2022). Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Faculty Reviews*, 11.

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

Zahra Seyfi Kordlar¹ - Majid Baradaran² - Azar Kiamarsi³ - Reza Kazemi⁴

1-PhD student in psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

2-Assistant Professor, Payam Noor University, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
(corresponding author)

3- assistant professor at Aza Islamic University of Rasht. Guilan. Iran

4- Assistant Professor, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil. Iran

*corresponding author: baradran@Pnu.ac.ir

Abstract

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. For this purpose, from the statistical population of girls suffering from premenstrual disorder of Talesh Azad University. For this purpose, at first, 40 female students in the age range of 18-25 from Islamic Azad University of Talash branch were selected and a screening questionnaire was administered in the academic year 2021-2022. forty students were selected by purposive sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. In order to collect data, the Premenstrual Boredom Screening Tool (PSST), subjective well-being questionnaire Keyes and Self-Compassion Questionnaire questionnaires(SCS-LF) were used before the beginning of the treatment and after the end of the sessions. cognitive-behavioral therapy was presented in 8 sessions of 120 minutes (Two sessions per week) for the experimental group. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed that mindfulness-based cognitive therapy had a significant on subjective well-being and self-compassion in girls with premenstrual dysphoric disorder. Therefore, the use of cognitive-behavioral therapy to improve subjective well-being and self-compassion in girls with premenstrual dysphoric disorder.

Keywords: of cognitive-behavioral therapy subjective well-being and self-compassion premenstrual dysphoric disorder.