



اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی

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

استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

گل مهر احمدی ملایری ^{id}

محمدعلی رحمانی* ^{id}

مهدی پوراصغر عرب ^{id}

rahmanima20@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۷

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۴

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۱ پیاپی ۱۵ | ۱۵۷-۱۷۱

بهار ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی انجام شده است. روش پژوهش: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون 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 (هیپنوتراپی شناختی-رفتاری $n=15$) و (کنترل $n=15$) گماشته شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه‌های دموگرافیک، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲)، را در سه مرحله تکمیل کردند. جلسات مداخلات با رعایت پروتکل‌های 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 تحمل پریشانی و پرخاشگری در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن دو گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون است، اما تفاوت بین دو گروه در مراحل پس آزمون 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. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری این درمان در اولویت درمانی قرار داده شود.

کلیدواژه‌ها: هیپنوتراپی شناختی-رفتاری، تحمل پریشانی، پرخاشگری، اختلال ملال پیش از قاعدگی.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(احمدی ملایری، رحمانی و پوراصغر عرب،

۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

احمدی ملایری، گل مهر، رحمانی، محمدعلی، و پوراصغر عرب، مهدی. (۱۴۰۲). اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی. خانواده درمانی کاربردی، ۱۵(۱)، ۱۵۷-۱۷۱.

مقدمه

سلامت زنان یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی جوامع می‌باشد، چرا که زنان به دلیل شرایط فیزیولوژیک در دوره‌های مختلف زندگی، نیازهای جسمی در ارتباط با تولید مثل و عوارض ناشی از آن در معرض آسیب‌های بیشتری نسبت به مردان هستند (بهاروند و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از مسائل روان تنی^۱ که با عملکرد دستگاه تولید مثل زنان ارتباط دارد، اختلال ملال پیش از قاعدگی^۲ است. که با تغییرات خلقی و رفتاری شدید شامل خشم آشکار، پایدار و تعارض‌های بین فردی همراه می‌باشد (همزه، مت و آماران، ۲۰۲۲). علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی را می‌توان در سه بخش عمده جسمانی، عاطفی و روانی تقسیم نمود. شکایات جسمانی شامل حساسیت و دردناکی پستان‌ها، نفخ شکم، درد شکمی، سردرد، کمر درد، آکنه و علائم عاطفی و روانی شامل تحریک پذیری، اضطراب^۳، عصبی بودن، افسردگی^۴، احساس خستگی مفرط و ضعف، تغییر الگوی خواب و تغییر اشتها می‌باشد (نورمان‌سیاه و همکاران، ۲۰۲۲). این علائم از شخصی به شخص دیگر متفاوت هستند، ولی تقریباً در تمام سیکل‌ها ثابت می‌باشند و می‌توانند بر روابط اجتماعی و خانوادگی و فعالیت‌ها تأثیرگذار باشند. این سندرم وقتی با فشارهای روانی ناشی از برخورد نامناسب همسر و یا اطرافیان همراه گردد منجر به ایجاد شرایط بسیار غیرقابل تحمل برای زنان مبتلا می‌شود و باعث خلق و خوی متغیر، تحریک‌پذیری و تندمزاجی و بروز پرخاشگری^۵ می‌گردد (پتل، ۲۰۲۱).

بنابراین، پرخاشگری از شایع‌ترین پیامدهای اختلال ملال پیش از قاعدگی در زنان و از دلایل مهم ارجاع آنها به مراکز مشاوره است که می‌توان به عنوان رفتاری تعریف کرد که منجر به آسیب به خود یا صدمه زدن به دیگران می‌شود (مارکین، نمینی و دنوو، ۲۰۲۲). در واقع پرخاشگری به صورت تظاهرات مختلفی از جمله پرخاشگری خصمانه^۶ پدیدار می‌شود که شامل دو حالت پرخاشگری آشکار^۷ و رابطه‌ای^۸ می‌باشد (کاونتری، ۲۰۲۲). پرخاشگری آشکار-فیزیکی^۹ و کلامی^۵ شامل رفتارهای خصمانه نظیر زدن، هل دادن، لگد زدن و نیز تهدید به انجام این اعمال به صورت کلامی است (ماکوخ، هورودنیچا و نیپیوودا، ۲۰۲۲). پرخاشگری رابطه‌ای، شکلی از پرخاشگری است که فرد پرخاشگر با هدف برهم زدن روابط دوستانه و بین فردی قربانی، اقدام به پخش شایعات یا بدگویی و وادار کردن افراد به قطع ارتباط با فرد می‌نماید و از این طریق باعث منزوی شدن او می‌گردد (بانوال و صدوقی، ۲۰۲۲). مطالعات نشان داده است که زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی از افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و از دست دادن کنترل شخصی شکایت می‌کنند (نپی و همکاران، ۲۰۲۲). عامل اصلی پرخاشگری‌های شدید در دوره پیش از قاعدگی را به هم خوردن چرخه هورمونی معرفی کرده‌اند، به این صورت که میزان هورمون تستسترون زنان در این دوران بالا می‌رود و از آنجایی که این هورمون با پرخاشگری ارتباط دارد، موجب افزایش خشونت در زنان در این

1-Psychosomatics

2-Premenstrual dysphoric disorder

3-Anxiety

4-Depression

5-Aggression

6-Hostile aggression

7-Overt aggression

8-Relational aggression

9-Physical

دوره می‌شود (یوچسوی و اربیل، ۲۰۲۲). همچنین پژوهش‌ها نشان داد که با توجه به ساختار خانوادگی، ویژگی‌های فیزیولوژیک و ویژگی‌های فردی، یکی از مهمترین عواملی که می‌تواند منجر به کاهش میزان درد و مشکلات روانشناختی در این افراد شود، میزان توانایی تحمل پریشانی آن‌ها در برخورد با شرایط تنش‌زا در دروان بروز اختلال است (تهفه و همکاران، ۲۰۲۲).

پریشانی احساسی است که در نتیجه ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به هدفی که فرد آن را مطلوب می‌شمارد پدید می‌آید. این هدف می‌تواند ذهنی باشد، یعنی این که فرد گمان کند که در حال رسیدن به هدف دلخواهش است و لذت‌های آن را پیش بینی کند و یا ممکن است در رفتار ظاهری تجلی یابد (تهفه و همکاران، ۲۰۲۲). تحمل پریشانی توانایی مقاومت در برابر، موانع و موقعیت‌های استرس‌زا است. تحمل کم پریشانی به طور معمول به عنوان عملکرد اجرایی مختل و مشکلات خودتنظیمی مفهوم سازی شده است. نشانه‌ها ممکن است شامل اضطراب، تنش، توجه کم و ترک وضعیت باشد (ویلوکس، هاید و کلیفت، ۲۰۲۲).

تحمل بالا در پریشانی نقش محوری در جهت دهی به کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی دارد، به طوری که سبک پاسخدهی نامناسب در زمان بروز استرسورها، باعث تشدید علائم اختلال می‌شود (نپی و همکاران، ۲۰۲۲). و همین باعث کناره گیری، انعطاف ناپذیری روانشناختی و احساس مضاعف ناکامی می‌شود که در نهایت منجر به خستگی روانی مضاعف می‌گردد (ترزا و کرابه، ۲۰۲۲). به همین دلیل زنانی که آشفتگی و پریشانی زیادی دارند مشکلاتی در تنظیم هیجانی در روابط بین فردی و یا کل مسائل زندگی شان تجربه می‌کنند که باعث می‌گردد سلامت روانی آنها را کاهش دهد. در واقع به عود مشکل در تنظیم هیجان و احساسات، بیان عواطف و همدلی و روابط بین فردی زوجین، ناگویی هیجانی گفته می‌شود (نپی و همکاران، ۲۰۲۲). از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در کاهش مشکلات زنان به خصوص زنان با علائم سندرم ملال پیش از قاعدگی مؤثر باشد هیپنوتراپی شناختی-رفتاری^۱ است (مانج، ۲۰۲۱).

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری از جمله درمان‌هایی است که در کاهش علائم سندرم به خصوص افسردگی و اضطراب ناشی از این اختلال به کار می‌رود. هیپنوتیزم حالتی است که در نتیجه توجه، پذیرش و تمرکز ایجاد می‌شود و شامل سه بخش تجزیه یا انتزاع^۲، جذب^۳، و تلقین پذیری^۴ می‌باشد (فوهر و همکاران، ۲۰۲۱).

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روان شناختی معلول یک شکل منفی خود هیپنوتیزم است به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه پذیرفته می‌شوند (بهاروند و همکاران، ۲۰۲۲). هیپنوتراپی شناختی-رفتاری شامل چند روش اساسی از جمله آرام سازی^۵، تصویرسازی هدایت شده، بازسازی شناختی^۶، حساسیت زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک می‌باشد (سام‌مهر و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به مطالب عنوان شده سوال پژوهش حاضر این بود که آیا هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی و پرخاشگری زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی شهر ساری را کاهش می‌دهد؟

¹-Cognitive Behavioral Hypnotherapy

²-Abstraction

³-Absorption

⁴-Indoctrination

⁵-Relaxation

⁶-Cognitive reconstruction

روش پژوهش

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 پژوهش

۱. پرسشنامه تحمل پریشانی. پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد (بیگلری، اصلی زاده و میری سنگ‌تراشانی، ۲۰۲۲). این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی (سوالات ۱، ۳ و ۵)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (سوالات ۲، ۴ و ۱۵)، برآورد ذهنی پریشانی (سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲)، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (سوالات ۸، ۱۳ و ۱۴) است. و گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق نمره ۱ تا کاملاً مخالف نمره ۵) نمره گذاری می‌شوند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره ۱۵ و حداکثر آن ۷۵ می‌باشد نمره‌های بالاتر از ۳۶ در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است و نمرات کمتر از ۲۰ نشان دهنده تحمل پریشانی پایین است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاسها ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ برآورد شده است (احمدزاده سامانی و همکاران، ۲۰۲۱). عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۹۱)، نیز مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند (اسلام‌پناه، مهدیان و جاجرمی، ۲۰۲۱).

۲. پرسشنامه پرخاشگری باس و پری. پرسشنامه استاندارد پرخاشگری توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ ساخته شد و توسط محرم زاده، ۱۳۹۰ هنجاریابی شد. این پرسشنامه دارای ۲۹ سوال و ۴ مؤلفه شامل پرخاشگری فیزیکی (سوالات ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۲۸) پرخاشگری کلامی (سوالات ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸)، خشم (سوالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۲) و خصومت (سوالات ۲، ۲۳، ۲۵، ۲۷) می‌باشد. نمره گذاری به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً خلاف خصوصیات من است (۱) تا کاملاً گویای خصوصیات من است (۵) می‌باشد. نمرات بالا نشانه ناگویی هیجانی بالا و نمرات پایین نشانه عدم پرخاشگری است. حداقل نمره ۲۹ و حداکثر آن ۱۴۵ می‌باشد نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده پرخاشگری بالا است و نمرات پایین نشان دهنده پرخاشگری پایین است. باس و پری (۱۹۹۲) در بررسی پایایی فرم نهایی مقیاس پرخاشگری به روش باز آزمایی بر روی ۳۷ نفر پس از نه هفته ضریب همبستگی ۰/۷۲/۰/۷۲/۰/۷۶/۸۰ به ترتیب برای عوامل پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت (کینه ورزی) گزارش کردند (محرم زاده،

۱۳۹۰) در ایران، سامانی (۱۳۸۶) با بررسی مقطعی روی ۴۹۲ نفر از دانشجویان ۱۸ تا ۲۲ ساله (۲۴۸ پسر و ۲۴۴ دختر) دانشگاه شیراز که به روش خوشه‌ای انتخاب شده بودند و به کمک پرسشنامه پرخاشگری باس و پری ارزیابی شدند، ضریب پایایی این پرسشنامه را به شیوه بازآزمایی برابر ۰/۷۸ به دست آورد (باس و پری، ۱۹۹۲).

۳. پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی (PSST). پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی شامل ۱۹ سؤال می‌باشد (سیاه‌بازی و همکاران، ۲۰۱۱). این پرسشنامه توسط دانشگاه مک مستر کانادا طراحی شده و توسط سیه بازی، حریری، منتظری، مقدم بنائم (۱۳۹۰)، نسخه فارسی آن در جمعیت ایرانی استاندارد شده است. برای هر سؤال ۴ معیار اصلا، خفیف، متوسط و شدید ذکر شده که توسط آزمودنی از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌گردد. جهت تشخیص علایم قبل از قاعدگی متوسط یا شدید سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد، علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و در بخش تأثیر علایم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. در پژوهش سیه بازی و همکاران (۱۳۹۰) برای اعتبارسنجی این ابزار نمونه‌ای از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه‌های تهران به طور تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. پایایی پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. برای بررسی روایی پرسشنامه نیز از دو روش ظاهری و محتوایی استفاده گردید. در آزمون پایایی این ابزار، مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۹ بدست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ حاکی از روایی محتوایی این پرسشنامه است (دوتا و شارما، ۲۰۲۱).

۴. رفتار درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر هیپنوتیزم. جلسات درمان رفتاری شناختی مبتنی بر هیپنوتیزم در پژوهش حاضر بر اساس رویکرد آدلاین و آلیهای (بهاروند و همکاران، ۲۰۲۲) مطابق جدول زیر بر روی گروه آزمایش اجرا گردید.

جدول ۱. جلسات رفتار درمانی شناختی مبتنی بر هیپنوتیزم براساس رویکرد آدلاین و آلیهای (بهاروند و همکاران، ۲۰۲۲).

جلسات	محتوای جلسات
اول	برنامه ریزی برای تشکیل گروه؛ انتخاب اعضا؛ مشاوره فردی با اعضا قبل از تشکیل گروه؛ اشاره به ضرورت حضور و مشارکت اعضا در جلسات گروه؛ تشریح هدف گروه درمانی هیپنوتیزم شناختی معرفی شیوه‌ی مشاوره‌ی گروهی؛ توافق با اعضا در مورد زمان تشکیل گروه و تعداد جلسات آن، تشریح اختلال ملال پیش از قاعدگی و پیامدهای جسمی و روانی این اختلال
دوم	توضیح هیپنوتراپی مبتنی بر درمان شناختی و اصلاح باورهای نادرست درباره هیپنوتیزم، بیان باورها و ارزش‌های مطلق توسط اعضا و توجه به علت مشکل سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تلقین هیپنوتیزی
سوم	تأثیر تفکر غیر منطقی روی آشفتگی هیجانی، به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه
چهارم	تشریح ارتباط افکار، باور و رفتار و پیامد رفتاری ناشی از باورها با استفاده از تلقینات مربوطه به حالت خلسه هیپنوتیزی
پنجم	بررسی شواهد و معنای افکار خودآیند توسط اعضا گروه، تحلیل کار آمد، ایجاد باور جایگزین به همراه تلقینات لازم در حالت خلسه هیپنوتیزی

ششم	بررسی ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه تمرین و تکالیف خانگی گروه مورد ارزیابی
هفتم	تقویت افکار مثبت در حالت خلسه، آماده سازی گروه برای پایان دادن به جلسات در حالت خلسه
هشتم	جمع بندی و مرور جلسات، پاسخ به سوالات آزمودنی‌ها- اجرای پس آزمون.

روش اجرا

در این تحقیق، پس از تایید پروپوزال و دریافت مجوز از طرف دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن از بین ۶ مرکز مشاوره تخصصی، دو مرکز با توجه به تمایل به همکاری در طرح انتخاب شدند. سپس با حضور در این مراکز و توضیحاتی در خصوص اهداف پژوهش به مسئولین مراکز ارائه شد. بدین ترتیب بعد از اعلام فراخوان و نصب اطلاعیه در مراکز موردنظر برای شناسایی و ثبت نام از شرکت‌کنندگان (زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی) در طرح آموزشی، ۶۴ نفر اعلام آمادگی و داوطلب شرکت در طرح درمان بودند، که این افراد پس از تکمیل پرسشنامه‌های غربالگری علایم قبل از قاعدگی سیه باز و همکاران (۱۳۹۰)، تحمل پریشانی و پرسشنامه استاندارد پرخاشگری باس و پری و انجام مصاحبه ساختاریافته (جهت سنجش نداشتن مشکلات روانشناختی و رفتاری بالینی)، در نهایت از بین ۶۴ نفر متقاضی ثبت نام شده پس از انجام مصاحبه ساختاریافته براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و تکمیل پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی سیه باز و همکاران (۱۳۹۰)، جهت تشخیص و تأیید اختلال ملال پیش از قاعدگی، تعداد ۴۵ نفر که یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه‌های مقیاس تحمل پریشانی (نمره بیشتر از ۶۰) و پرسشنامه استاندارد پرخاشگری باس و پری (نمره بیشتر از ۱۱۰)، را کسب نمودند، به عنوان آزمودنی‌های نهایی پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی و بر اساس قرعه کشی در دو گروه، آزمایش اول هیپنوتراپی شناختی-رفتاری (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم و در نهایت گروه‌ها برای دریافت مداخله هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و گروه کنترل قرعه‌کشی شدند. بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. سپس گروه آزمایش اول طرح مداخله‌ای هیپنوتراپی شناختی-رفتاری را در ۸ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه (روزهای یکشنبه) به صورت گروهی در سالن مرکز خدمات مشاوره و خدمات روانشناسی شهر ساری اجرا شد. پس از اتمام آخرین جلسه آموزش، به طور همزمان و در شرایط یکسان بر روی 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 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.

یافته‌ها

از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی، بیش‌ترین گروه سنی متعلق به رده سنی ۳۱-۳۵ سال بود (۱۶ نفر). همچنین بیش‌ترین میزان تحصیلات مربوط به مدرک لیسانس بود (۱۴ نفر) و اکثریت شرکت‌کنندگان را متأهلین تشکیل دادند (۱۷ نفر). جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد نمره آزمودنی‌ها را در پرسشنامه تحمل پریشانی و پرخاشگری در دو گروه پژوهش در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی و پرخاشگری در دو گروه پژوهش

متغیر	مرحله	آزمایش		گواه	
		SD	M	SD	M
تحمل پریشانی هیجانی	پیش‌آزمون	۶/۰۷	۲/۲۱	۵/۶	۲/۷۲
	پس‌آزمون	۹/۶	۳/۶۸	۶/۲۷	۲/۵۲
	پیگیری	۱۰/۱۳	۲/۱	۵/۵۳	۲/۲۶
جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	پیش‌آزمون	۶/۳۳	۲/۹۲	۷/۳۳	۳/۲
	پس‌آزمون	۱۰/۶۷	۳/۱۷	۷/۵۳	۳/۲۴
	پیگیری	۹	۳/۰۲	۶/۶	۲/۲۳
برآورد ذهنی پریشانی	پیش‌آزمون	۱۱/۸	۲/۹۸	۱۰/۹۳	۳/۵۱
	پس‌آزمون	۱۸/۰۷	۶/۶	۱۰/۸۷	۳/۴۴
	پیگیری	۱۷/۴	۵/۱۲	۱۱/۷۳	۲/۹۸
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	پیش‌آزمون	۸/۲	۳/۱۲	۷/۸	۲/۷
	پس‌آزمون	۱۱/۹۳	۳/۱۹	۷/۸	۳/۱۲
	پیگیری	۱۰	۲/۶۴	۸/۵۳	۳/۰۲
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۳۲/۴	۵/۳۶	۳۱/۶۷	۶/۷۸
	پس‌آزمون	۵۰/۴	۸/۹۶	۳۲/۴	۶/۶۹
	پیگیری	۴۶/۵۳	۷/۳	۳۲/۴	۳/۹۷
پرخاشگری فیزیکی	پیش‌آزمون	۲۷/۲	۶/۱	۲۶/۰۷	۳/۹۹
	پس‌آزمون	۲۱/۸۷	۶/۰۸	۲۷/۹۳	۶/۵
	پیگیری	۲۱/۷۳	۴/۰۰۸	۲۷/۵۳	۴/۶۵
پرخاشگری کلامی	پیش‌آزمون	۳۱/۸۷	۵/۰۸	۳۱/۹۳	۵/۲۴
	پس‌آزمون	۲۳/۷۳	۴/۷۷	۳۲/۸۷	۶/۴۹
	پیگیری	۲۴/۲۷	۶/۳۸	۳۲/۴	۴/۳۸

تحمل پریشانی

پرخاشگری

۶/۸۶	۲۷/۴۷	۵/۰۴	۲۶/۹۳	پیش آزمون	خشم
۵/۵۷	۲۷/۷۳	۴/۳۸	۲۴/۴۷	پس آزمون	
۵/۹۶	۲۶/۶۷	۴/۳۸	۲۴/۲۷	پیگیری	
۴/۷۵	۲۷/۲۷	۴/۹۸	۲۶	پیش آزمون	خصوصیت
۵/۸۷	۲۶/۲	۵/۲۶	۲۱/۶۷	پس آزمون	
۵/۵۳	۲۵/۶	۳/۵۵	۲۱/۸	پیگیری	
۹/۱۱	۱۱۲/۷۳	۱۲/۳۵	۱۱۲	پیش آزمون	پرخاشگری
۱۳/۱۲	۱۱۴/۷۳	۱۱/۰۲	۹۱/۷۳	پس آزمون	
۸/۲۳	۱۱۲/۲	۹/۳۹	۹۲/۰۷	پیگیری	

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد نمره آزمودنی‌ها را در پرخاشگری و تحمل پریشانی در دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۳. بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش در پیش آزمون گروه‌های پژوهش (k-s)

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	سطح معناداری
	Z	Z	Z	سطح معناداری
تحمل پریشانی هیجانی	۰/۱۱	۰/۷۹	۰/۵۴	۰/۴۵
جذب شدن با هیجانات منفی	۰/۳۹	۱/۰۵	۰/۲۱	۱/۰۰۳
برآورد پریشانی	۰/۲۴	۱/۲۶	۰/۰۸	۰/۵۳
تلاش برای تسکین پریشانی	۰/۳۵	۰/۰۶	۰/۸۶	۰/۸۴
نمره کل تحمل پریشانی	۰/۳۱	۰/۷۲	۰/۶۷	۰/۷۲
پرخاشگری فیزیکی	۰/۸۵	۰/۶۸	۰/۷۴	۰/۵۱
پرخاشگری کلامی	۰/۵۹	۰/۸۵	۰/۴۵	۰/۷۲
خشم	۰/۴۹	۱/۰۰۵	۰/۲۶	۰/۵۵
خصوصیت	۰/۴۹	۰/۷۳	۰/۶۴	۰/۵۵
پرخاشگری	۰/۸۲	۰/۰۶	۰/۸۵	۰/۸۱

نمرات مندرج در جداول فوق نشان می‌دهند که توزیع نمرات پرسشنامه‌ها و خرده مقیاس‌های آن نرمال می‌باشد. با توجه به اینکه توزیع متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری نرمال بوده و

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

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل مانوآ بر روی متغیرهای پژوهش

شاخص متغیرها	آماري	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
تحمل پریشانی هیجانی	گروه	۱۷۷/۷۳۸	۲	۸۸/۶۸۹	۱۷/۴۱	۰/۴۵	۰/۰۰۱	
	خطا	۲۱۳/۸۶۷	۴۲	۵/۰۹				
جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	گروه	۶۶/۷۱۱	۲	۳۳/۳۵۶	۳/۹۲	۰/۱۵	۰/۰۲	
	خطا	۳۵۶/۹۳۳	۴۲	۸/۴۹۸				
برآورد پریشانی	گروه	۳۰۰/۰۴۴	۲	۱۵۰/۰۲۲	۸/۰۳	۰/۳۷	۰/۰۰۱	
	خطا	۷۸۴/۵۳۳	۴۲	۱۸/۶۷۹				
تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی	گروه	۲۴/۸۴۴	۲	۱۲/۴۲۲	۱/۴۸	۰/۰۶	۰/۲۳	
	خطا	۳۵۲/۱۳۳	۴۲	۸/۳۸				
تحمل پریشانی	گروه	۱۸۹۰/۸۴۴	۲	۹۴۵/۴۲۲	۲۶/۲۲۲	۰/۵۵	۰/۰۰۱	
	خطا	۱۵۱۴/۲۶۷	۴۲	۳۶/۰۵۴				
پرخاشگری فیزیکی	گروه	۳۰۲/۱۷۸	۲	۱۵۱/۰۸۹	۶/۶۵	۰/۲۴	۰/۰۰۳	
	خطا	۹۵۴/۲۶۷	۴۲	۲۲/۷۲۱				
پرخاشگری کلامی	گروه	۶۶۱/۵۱۱	۲	۳۳۰/۷۵۶	۱۱/۶۷۹	۰/۳۵	۰/۰۰۱	
	خطا	۱۱۸۹/۴۶۷	۴۲	۲۸/۳۲۱				
خشم	گروه	۱۶۴/۳۱۱	۲	۸۲/۱۵۶	۳/۸۸	۰/۱۵	۰/۰۲	
	خطا	۸۸۹/۳۳۳	۴۲	۲۱/۱۷۵				
خصومت	گروه	۶۶/۷۱۱	۲	۳۳/۳۵۶	۱/۳۵	۰/۰۶	۰/۲۷	
	خطا	۱۰۳۷/۲۰۰	۴۲	۲۴/۶۹۵				
پرخاشگری	گروه	۴۰۸۰/۵۳۳	۲	۲۰۴۰/۲۶۷	۳۱/۲۲۶	۰/۵۹	۰/۰۰۱	
	خطا	۲۷۴۴/۲۶۷	۴۲	۶۵/۳۴۰				

نتایج جدول فوق نشان داد بین پرخاشگری و تحمل پریشانی در دو گروه هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی 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 می باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی ها با هم همگن

بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد. یافته‌های این پژوهش نیز با تحقیقات ژانگ و همکاران (۲۰۱۷)، شاه و همکاران (۲۰۱۶)، نیاستی و همکاران (۱۴۰۰)، حسینی مهر و همکاران (۱۴۰۰)، برزگر و همکاران (۱۳۹۷)، همسو می‌باشد. با توجه به نتایج این فرضیه و با بررسی اساس تحمل پریشانی و ماهیت درمان‌های طرحواره درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری می‌توان به تأثیرگذاری این دو روش درمانی و تداوم اثربخشی این درمان‌ها بعد از گذشت چند ماه از آموزش بیشتر پی برد. بر این اساس به دلیل مشکلات هیجانی و تغییرات خلقی فراوان در افراد مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی، که به طور قابل توجهی کارکردهای روانی-عاطفی فرد را دچار اختلال می‌کند، تحمل پریشانی معمولاً به عنوان روشی برای مقابله با آسیب یا مشکل در این دوران بسیار حائز اهمیت می‌باشد. با توجه به این مهم می‌توان گفت با آموزش خودهیپنوتیزم شرطی شده به این بیماران و در اختیار گذاشتن فایل‌های صوتی بهبود بیماری خود ایمن و تقویت ایگو با صدای درمانگر، این بیماران می‌توانند برای تمام عمر بدون هیچ گونه صرف وقت و هزینه از آنها استفاده نمایند تا موجب بهبودی و مهار بیماری و ارتقای تحمل پریشانی آنها گردد و خود، درمانگر خود باشند (بهاروند و همکاران، ۲۰۲۲). نکته دیگر اینکه با دریافت فایل‌های صوتی، تصویری و نوشتاری توانش‌های زندگی شامل خود آگاهی، مدیریت استرس، مهار خشم، مدیریت تنیدگی، شادکامی و مثبت اندیشی، افزایش اعتماد به نفس، قاطعیت و ارتباط مؤثر، نقش مؤثری در افزایش آگاهی و جذب هیجان مثبت ایفا می‌نمایند. همچنین در تبیین نتایج پژوهش حاضر با نظریه هیپنوتیزم درمانگری شناختی و بر اساس نظریه داود (۲۰۰۰)، می‌توان گفت شناخت درمانی هیپنوتیزم برای کمک به رفع انواع مشکلات روانشناختی که درمانگرها نوعاً با آن مواجه هستند، یک فن شناختی است که تحت شرایط درست می‌تواند رویدادهای شناختی، فرآیندهای شناختی و ساختارهای شناختی را اصلاح کند و از بروز شدت هیجان منفی در بیمار پیشگیری نماید. لذا استفاده از هیپنوتیزم در روند درمان با به حداکثر رساندن آگاهی طولانی مدت و سطوح متعددی از عملکرد مغز و همچنین با به حداکثر رساندن توجه و تمرکز و با به حداقل رساندن حواسپرتی و تداخل ناشی از دیگر منابع تنش‌زا، تفکر واگرا را تسهیل می‌کند. این درمان چهارچوبی ذهنی که مبنی بر اینکه توجه می‌تواند به سوی تجاربی گسترده‌تر مانند احساس صمیمیت، شادی و احساساتی از این قبیل هدایت شود ارائه می‌کند که فرد با بکار بستن این راهکارها در دراز مدت و حتی بعد از برنامه درمانی مشکلات هیجانی خود را مدیریت نماید. لذا چنین راهبردهایی می‌تواند سبب افزایش تفکر واگرا و باعث افزایش سلامت روانی و افزایش تحمل پریشانی در افراد شود (سام‌مهر و همکاران، ۲۰۲۲).

در تبیین دیگر یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت با گنجاندن شیوه‌های مدیریت خشم غیردارویی نظیر هیپنوتیزم در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی، منافع بالینی و روانشناختی بسیاری از جمله کاهش چشمگیر آشفتگی‌ها و پرخاشگری و همچنین موارد دیگری نظیر کاهش نیاز به مصرف دارو، افزایش کارایی سیستم ایمنی و کاهش نیاز به خدمات روانپزشکی متعاقب را به همراه خواهد داشت. بنابراین، به نظر می‌رسد که آموزش هیپنوتیزم به زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی و استعمال آن در مورد این بیماران بتواند گام مهمی در جهت مدیریت خشم آنها باشد. از طرفی مشکل درد ناشی از اختلال ملال پیش از قاعدگی که عامل اصلی در بروز رفتارهای پرخاشگرانه این دوره می‌باشد در بسیاری از شرایط به

دلیل درد در کرتکس مغز می‌باشد، مشابه درد کسانی که یکی از اعضای بدنشان قطع شده و احساس درد هنوز در جای قطع شده وجود دارد. وجود نداشتن ضایعات عضوی مشخص در بیمار نشان دهنده ریشه روانی اینگونه اختلال است. لذا طی جلسات هیپنوتراپی با شناسایی و علت یابی دردهای شدید قاعدگی با تلقینات لازم در خواب هیپنوتیزی و همچنین آموزش خود هیپنوتیزم می‌تواند بیمار را به جهت هدایت کند که بیمار با دست آوردن آرامش عمیق و دور نمودن کلیه تنش‌ها و اضطراب‌هایی که ریشه بیماری وی هستند علاوه بر برطرف کردن دردهای شدید، به یک مدیریت خشم و آرامش مطبوع و عمیقی دست یافته و دوره قاعدگی را به وضعیت عادی برگرداند. و از این طریق این زنان با آموزش‌های لازم در دوره‌های قاعدگی بعدی از شدت علائم پرخاشگری خود کم نمایند. از آنجایی 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 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 به‌منظور 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 ساری نیز به عمل بیاید.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن و همچنین آزمودنی‌های پژوهش حاضر جهت باری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

در تهیه این مقاله همه نویسندگان در طراحی، مفهوم‌سازی، گردآوری داده‌ها، روش‌شناسی، تحلیل آماری داده‌ها و نهایی‌سازی آن نقش یکسانی داشته‌اند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- Ahmadzadeh Samani, S., Dehnashi, A., Kalantari, M., & Rezaei dehnavi, S. (2021). Effectiveness of Teaching Skills Based on Schema Therapy on the Distress Tolerance

- and Psychological Flexibility of Female Students with Early Maladaptive Schema. *Psychology of Exceptional Individuals*, 11(43): 87-116. doi: 10.22054/jpe.2021.57328.2259
- Baharvand, V., Dortaj, F., Nasri, S., & Nasrollahi, B. (2022). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, cognitive hypnotherapy, and EMDR on improving anxiety and autobiographical memory in women. *Journal of Psychological Achievements*. May 2.
- Banwal, S., & Siddiqui, Z. U. (2021). Effect of Pranayama on premenstrual syndrome in the present scenario. *International Journal of Health Sciences*.(II):5987-99.
- Biglari, F., Asli azad, M., & Miri Sangtarashani, S. (2022). Efficacy of Mindfulness-Based Cognition Therapy on Covid-19 Anxiety and Distress Tolerance in the Patients Recovered from Corona Virus. *Psychological Achievements*, doi: 10.22055/psy.2022.40247.2807
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *JPSP*, 63(3):452-459.
- Coventry, P. (2022). Occupational health and safety receptivity towards clinical innovations that can benefit workplace mental health programs: anxiety and hypnotherapy trends. *International journal of environmental research and public health*. 19(13):7735.
- Dutta, A., & Sharma, A. (2021). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in India: A systematic review and meta-analysis. *Health Promotion Perspectives*. 2021; 11(2):161.
- Eslampanah, M., Mahdian, H., & Jajarmi, M. (2021). Developing a model of adolescent addiction risk based on distress tolerance and emotion regulation: the mediating role of early maladaptive schemas. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(3): 403-423. doi: 10.22034/aftj.2022.316247.1273
- Fuhr, K., Meisner, C., Broch, A., Cymy, B., Hinkel, J., Jaberg, J., Petrasch, M., Schweizer, C., Stiegler, A., Zeep, C., & Batra, A. (2021). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy for mild to moderate depression-Results of a randomized controlled rater-blind clinical trial. *Journal of Affective Disorders*. 286:166-73.
- Hamzah, F., Mat, K. C., & Amaran, S. (2022). The effect of hypnotherapy on exam anxiety among nursing students. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*. 19(1):131-7.
- Makukh, K., Horodnycha, O., & Nepyivoda, O. (2022). The management of premenstrual syndrome: results of a questionnaire survey of women in Lviv pharmacies, Ukraine. *ScienceRise: Pharmaceutical Science*. 3(37):27-33.
- Markin, K. V., Temniy, A. V., & Dnov, K. V. (2022). Efficacy of hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. A systematic review with meta-analysis. *Neurology Bulletin*. 54(2):44-55.
- Muange, S. N. (2021). *Premenstrual Dysphoric Disorder: prevalence, symptomatology and coping practices amongst women attending Tertiary Educational Institutions in Machakos Subcounty, Kenya* (Doctoral dissertation, University of Nairobi).
- Nappi, R. E., Cucinella, L., & Bosoni, D., Righi, A., Battista, F., Molinaro, P., Stincardini, G., Piccinino, M., Rossini, R., & Tiranini, L. (2022). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder as Centrally Based Disorders. *Endocrines*. 3(1):127-38.
- Nurmansyah, A., Iskandarsyah, A., Sriati, A., & Yani, F. S. (2022). Influence of Hypnotherapy to Reduce the Anxiety of School-Age Children in the Preoperative Phase in the Guntur Room of Level II Dustira Cimahi Hospital. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*. 8(Special Edition).

- Patel, D. (2021). Effectiveness of Hypnotherapy and Neurolinguistic Programming on Test Anxiety Among Paramedical Students (Doctoral dissertation, Maharaja Sayajirao University of Baroda (India)).
- Sammehr, V., Farshbaf Manisefat, F., Khademi, A., & Shabani, R. A (2022). comparative analysis of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy on reduce Interpersonal cognitive distortions of adolescents with oppositional defiant disorder. *Razi Journal of Medical Sciences*. 29(3):0-.
- Siahbazi, Sh., Hariri, F. Z., Montazeri, A., & Moghaddam Banaem, L. (2011). Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). *Payesh*. 10(4): 421-427
- Tehfe, H., Chow, R., Li, S., Kim, P., Samari, S., Hayawi, L., Webster, R., & Fadel, N. B. (2022). Risk of Bias Assessment in Non-Randomized Studies of Interventions for Premenstrual Syndrome: A Systematic Review. *Risk*. 16(2).
- Trezza, A., Krabbe, J. P. A. (2022). Vicious Cycle: Using Nutrition to Combat the Behavioral Impact of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Nutritional Perspectives: Journal of the Council on Nutrition*. 45(2).
- Veilleux, J. C., Hyde, K. C., Clift, J. B. (2022). When is your distress harder to tolerate? A qualitative analysis of situations in which distress tolerance is impaired and strengthened. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 23:85-91.
- Yücesoy, H., & Erbil, N. (2022). Relationship of premenstrual syndrome with postpartum depression and mother–infant bonding. *Perspectives in Psychiatric Care*. 58(3):1112-20.

پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS)

راهنما: به مواقعی فکر کنید که احساس پریشانی یا آشفتگی می‌کنید. پاسخی را انتخاب کنید که به بهترین وجه عقاید شما درباره احساس پریشانی یا آشفتگی را توصیف کند.

کاملاً مخالف	اندکی مخالف	به یک اندازه موافق و مخالف	اندکی موافق	کاملاً موافق	
۵	۴	۳	۲	۱	۱- داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲- وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می‌توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳- من نمی‌توانم احساس پریشانی یا آشفتگی‌ام را کنترل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴- احساسات پریشانی من آنقدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می‌کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۵- هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.
۵	۴	۳	۲	۱	۶- من به خوبی سایر مردم می‌توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۷- احساسات پریشانی یا آشفتگی‌ام قابل قبول نیستند.
۵	۴	۳	۲	۱	۸- من هر کاری را انجام می‌دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹- دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایش سختی است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱- وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی کنم از خودم خجالت می‌کشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲- از احساسات پریشانی یا آشفتگی‌ام وحشت دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳- من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی‌ام انجام می‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴- وقتی پریشان یا آشفته می‌شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵- وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می‌کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی‌توانم بکنم.

The effectiveness of cognitive-behavioral hypnotherapy on distress tolerance and aggression in women with premenstrual dysphoria

Golmeh. Ahmadi Malayeri¹, Mohammad Ali. Rahmani^{2*} & Mehdi. Pourasghar Arab³

Abstract

Aim: The current study was conducted with the aim of cognitive-behavioral hypnotherapy on distress tolerance and aggression in women suffering from premenstrual dysphoria. **Method:** The current study is a quasi-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 with a diagnosis of premenstrual boredom disorder who referred to psychological counseling centers in Sari city in 2019 were selected and randomly assigned to the experimental group (cognitive-behavioral hypnotherapy n=15) and (control n=15). were assigned All participants completed the demographic questionnaire, distress tolerance of Simmons and Gaher (2005) and aggression of Buss 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. **Results:** The results of the present study showed that there is no significant difference between the two groups in the pre-test stage of distress tolerance and aggression, 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 cognitive-behavioral hypnotherapy, this treatment should be prioritized.

Keywords: cognitive-behavioral hypnotherapy, distress tolerance, aggression, premenstrual boredom disorder.

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

2. *Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Email: rahmanima20@gmail.com

3. Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Iran.