

اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل آشفتگی روانی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی

حوری درخشان رودسری^۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل آشفتگی روانی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل همه دانشجویان زن رشته دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از این زنان بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. گروه آزمایش، آموزش فراشناختی را که طی ۱۲ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه هر هفته یکبار دریافت کردند و گروه انتظار درمان در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از مقیاس تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) جمع‌آوری شد. داده‌های پژوهش، به روش تحلیل کواریانس چند متغیره و از طریق نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی بر تحمل آشفتگی روانی موثر بوده است. **واژه‌گان کلیدی:** درمان فراشناختی، آشفتگی روانی، ملال پیش از قاعدگی.

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد تهران غرب، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی^۱ در ابتدا به‌عنوان یک مفهوم تشخیصی وسیع، به‌صورت وجود علائم عودکننده در حین مرحله پیش از قاعدگی و یا نخستین روزهای قاعدگی مطرح شد که این علائم در مرحله پس از قاعدگی به‌طور کامل از بین می‌روند (سیتیل و کایا^۲، ۲۰۲۱). قبلاً در پیوست *DSM - IV - TR* بود (یعنی، اختلال قابل تشخیص نبود). مؤلفان *DSM - ۵* با منظور کردن این اختلال در سیستم نامگذاری روانپزشکی، معتقد بودند که تشخیص و درمان بهتر می‌تواند برای زنانی حاصل شود که واقعاً قبل از چرخه ماهیانه قاعدگی خود، اختلال خلقی شدید را تجربه می‌کنند. اختلال پیش از قاعدگی از شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی مؤثر بر کیفیت و کارایی زنان است (کوسوکسلپسی، اونور و تاشهان^۳، ۲۰۲۰). معیارهای تشخیص آن بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ظاهر شدن نشانه‌های جسمانی، روان‌شناختی، عاطفی و رفتاری در دوره قاعدگی و تکرار آن در حداقل دو تا سه دوره قاعدگی بعدی است (گناناسامبانتهان و داتا^۴، ۲۰۱۹). خلق افسرده، بی‌قراری، تنش و اضطراب، تحریک‌پذیری شدید، خشم آشکار و تعارض‌های بین فردی از نشانه‌های مهم روان‌تنی آن است (یوشیمی، شیئا و تاکدا^۵، ۲۰۱۹). منتقدان باور دارند که تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی، تغییرات ماهیانه طبیعی در خلق را که زنان ممکن است تجربه کنند، بیمارگون می‌کند. با این حال، استدلال مخالف این است که اکثر زنان به‌صورت ماهیانه، تغییرات خلقی شدید را تجربه نمی‌کنند. با منظور کردن اختلال ملال پیش از قاعدگی به‌عنوان یک تشخیص، زنان دارای این نشانه‌ها می‌توانند تحت درمانی قرار بگیرند که ممکن است در غیر این صورت برای آنها فراهم نباشد (گنجی، ۱۴۰۱). این اختلال را باید از اختلال ملال پیش از قاعدگی که در زنان شایع بوده و امروزه جزئی از اختلالات افسردگی قلمداد می‌شود افتراق داد (نیکولا، بزرا و هاچول^۶، ۲۰۱۸).

1 - Premenstrual Syndrome

2 - Citil, Kaya

3 - Kucukkelepce, Unver, Tashan

4 - Gnanasambanthan, Datta

5 - Yoshimi, Shiina, Takeda

6 - Nicolau, Bezerra, Hachul

در دوره قاعدگی به واسطه ترشح هورمون‌های مرتبط با قاعدگی، زنان توان کنترل مشکلات به وجود آمده از قاعدگی و برخورد با آن را نخواهد داشت (پرلشتین و اوبراین^۱، ۲۰۱۷). یکی از ویژگی‌هایی که می‌تواند به کنترل این مشکلات و برخورد مثبت با این دوره در زنان کمک کند، تحمل آشفتگی^۲ است که به عنوان توانایی ادراک شده خودگزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا به عنوان توانایی‌های رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه آشفتگی عاطفی تعریف می‌شود (سیمونز و گاهر^۳، ۲۰۰۵). تحمل آشفتگی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود (کیرون^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). از نظر رانی^۵ و همکاران (۲۰۲۲) آشفتگی به صورت حالات هیجانی منفی بازنمایی می‌شود که اغلب با تمایل به واکنش جهت‌رهایی از تجربه هیجانی منفی آشکار می‌شود. افراد دچار سطح تحمل پریشانی پایین، تجربه آشفتگی هیجانی را توان‌فرسا و غیرقابل‌پذیرش ارزیابی می‌کنند و در نتیجه تلاش می‌کنند که این حالت هیجان منفی را تسکین دهند، اما در اغلب مواقع نمی‌توانند توجه خود را به موضوعی غیر از احساس پریشانی‌شان متمرکز کنند (پتل و برنز^۶، ۲۰۲۲).

بر اساس پژوهش‌ها افرادی که از تحمل آشفتگی پایین‌تری برخوردار هستند، واکنش شدیدتری به استرس نشان می‌دهند. علاوه‌براین، این افراد توانایی‌های مقابله‌ای کمتری در برابر آشفتگی از خود بروز می‌دهند و تلاش می‌کنند تا با به کارگیری اعمالی که هدف آنها کاهش حالات هیجانی منفی است، از این گونه هیجان‌ات اجتناب کنند (ایتریوا^۷، ۲۰۲۲). بر اساس یک نتیجه پژوهشی، قاعدگی با واکنش‌های جسمانی و روان‌شناختی همراه است و از جمله واکنش‌های روان‌شناختی که زنان و دختران ممکن است در برابر تغییرات این دوره نشان دهند،

1 - Pearlstein, & O'Brien

2 -distress tolerance

3. Simons & Gaher

4 - Kyron

5 - Ranney

6 - Paltell, Berenz

7 - Itriyeva

کاهش تاب‌آوری آنها در برابر استرس و نداشتن تحمل آشفتگی است (پوتحسری و دلارپارته، ۲۰۲۳).

همان‌گونه که گفته شد، این اختلال می‌تواند خصوصیات روان‌شناختی و جسمانی افراد درگیر با آن را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین، هر عامل یا مداخله‌ای که بتواند متغیرهای فوق را تحت تاثیر قرارداد و باعث بهبود آنها شود، شرایط بهتری را برای وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا رقم زده و منجر به مقابله مناسب‌تر آنها با این اختلال و بهبود مشکلات آنها در دوره پیش و حین قاعدگی خواهد شد. یکی از انواع مداخلات اثربخش بر کاهش علائم درمان فراشناختی^۱ است (پولادی و همکاران، ۱۳۹۶). طی دو دهه گذشته، با روش‌های شناختی- رفتاری موج جدیدی در روان‌شناسی به نام درمان فراشناختی ایجاد شده است. این مدل به منظور تعدیل و برطرف کردن خلاءهای نظریه‌های شناختی شکل گرفته است (ابراهیم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰).

درمان فراشناختی، رویکرد نوینی است که در سال‌های اخیر به دلیل ویژگی‌های خاص خود مانند تعداد محدود جلسه‌های درمانی، داشتن ساختار منظم، تأکید بر فرآیند شناخت به جای محتوای آن و طراحی فنون خاص با استقبال گسترده‌ای در سطح جهان مواجه گشته است (ناتالینی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱) در پژوهش درگاهیان و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان «اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش علائم افسردگی، مؤلفه‌های سندرم شناختی توجهی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی»، به تاثیر این درمان بر کاهش مؤلفه‌های سندرم شناختی توجهی اشاره شده است، چرا که سندرم شناختی توجهی، کانون توجه درمان فراشناختی است که با آسیب‌پذیری به اختلالات هیجانی مرتبط است. درمان فراشناختی از جمله روش‌های درمانی است که مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات است که بر تغییر و پذیرش تأکید می‌کند (هاگن^۴ و همکاران، ۲۰۱۷).

1 - Puthusserry & Delariarte

2- metacognitive therapy

3. Natalini

4- Hagen

حال با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان فراسناختی بر تحمل آشفتگی روانی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی موثر است؟

روش‌شناسی تحقیق

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل دانشجویان زن رشته دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی در سال ۱۴۰۱ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین دختران دانشجوی مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی اعضای گروه نمونه، انتخاب شدند. برای محاسبه حجم نمونه در این پژوهش از فرمول کوهن (۱۹۸۱) استفاده شد. در پژوهش حاضر تعداد ۳۰ نفر نمونه انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) جایگزین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش: ۱- رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ ۲- محرز شدن اختلال فرد نمونه بر اساس پرسشنامه غربالگری (نقطه برش ۲۸ و بالاتر از آن)؛ ۳- عدم دارو درمانی برای مشکلات قاعدگی قبل از پژوهش؛ ۴- عدم سوء مصرف به دخانیات، مواد مخدر و سیگار؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش: ۱- مصرف داروهای روانپزشکی و روان‌گردان؛ ۲- غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی؛ ۳- شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش؛ ۴- مبتلا بودن به اختلالات روانپزشکی بر اساس گزارش خود فرد بود. دانشجویان زن دندانپزشکی دانشگاه آزاد توسط پرسشنامه غربالگری تشخیص قطعی ملال پیش از قاعدگی را آزمون شدند. از بین تعدادی از دانشجویان که دارای تشخیص قطعی ملال پیش از قاعدگی هستند، انتخاب و سپس، براساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شد، ۳۰ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر) انتخاب و پس از تخصیص تصادفی در دو گروه، گروه مداخله (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه آموزش فراسناختی را دریافت کردند و در مورد گروه گواه اقدام خاصی صورت نگرفت. در حین اجرای پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل حصول اطمینان مسئولین و دستیاران پژوهش از محرمانه ماندن

اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان، ارائه گزارش یا نتایج تحقیق به مراکز آموزشی - درمانی در صورت درخواست، اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان در پژوهش در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات آنان، توضیح کامل اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان در پژوهش، ارائه نتایج پژوهش به شرکت‌کنندگان در پژوهش پس از انجام آن، آزادی شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش در هر زمان از اجرای آن، کسب اطمینان از عدم خسارت و یا آسیب روانی، اجتماعی، جسمی یا مالی به شرکت‌کنندگان، دادن اطمینان به شرکت‌کنندگان در خصوص جبران آسیب روانی، اجتماعی، جسمی یا مالی احتمالی یا تصادفی به آنان رعایت گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و با توجه به ماهیت متغیرها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند راهه (*MANCOVA*) در نرم افزار *SPSS* استفاده شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها: برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است.

مقیاس تحمل آشفتگی^۱ (*DTS*)

این مقیاس خودسنجی توسط سیمونز و گاهر^۲ در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و دارای ۱۵ ماده و ۴ زیر مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است که روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شوند (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش سیمونز و همکاران (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد تحمل آشفتگی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین روایی تفکیکی این مقیاس با زیر مقیاس‌های وضعیت خلقی منفی و مثبت پرسشنامه وضعیت خلق عمومی (کلارک و همکاران، ۱۹۹۰) به ترتیب برابر ۰/۵۹- و ۰/۲۶ گزارش شد (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران نیز در پژوهش توکلی و کاظمی زهرانی (۱۳۹۷) ضریب پایایی به روش بازآزمایی در فاصله‌ی زمانی ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹،

^۱ - Tolerance of turbulence.

^۲ - Simons, Gaher

۰/۷۷ و ۰/۷۳ است. همبستگی تحمل آشفتگی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌محور، کمتر مؤثر و مؤثر به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۲۷، ۰/۳۳- و ۰/۱۹- است. همچنین بین مقیاس تحمل آشفتگی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴-، ۰/۲۲- و ۰/۶۵- به دست آمد (توکلی و همکاران، ۱۳۹۷). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۸۷ بود.

ابزار غربالگری علائم قبل از قاعدگی^۱

این ابزار توسط استینر^۲ و همکاران (۲۰۰۳) طراحی شده است و سندروم نشانگان قبل از قاعدگی را در فرد مورد ارزیابی قرار می‌دهد. شامل ۱۹ سوال است که دارای دو بخش است (بخش اول که شامل ۱۴ علامت خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علائم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سؤال است). جهت تشخیص ملال پیش از قاعدگی سه شرط ذیل باید باهم وجود داشته باشد: ۱- گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد شدید ۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۴ حداقل ۴ مورد متوسط تا شدید. ۳- در بخش تأثیر علائم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد شدید وجود داشته باشد. پایایی این ابزار، مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آمد (راوند، ۱۳۹۸). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۸۴ بود.

خلاصه جلسات

آموزش فراشناختی در این پژوهش از برنامه آموزش فراشناختی ولز (به نقل از شفیع‌سنگ آتش، ۱۳۹۱) استفاده شد که شرح مختصری از جلسات آن در جدول (۱) آورده شده است.

1 - The premenstrual symptoms screening tool

2 - Steiner

جدول ۱- جلسات برنامه آموزش فراشناختی ولز (به از شفيعی سنگ آتش، ۱۳۹۱)

جلسه	محتوا
جلسه اول	معارفه و مفهوم‌سازی اختلال، القای سبب فراشناختی
جلسه دوم	آماده سازی گروه برای شروع درمان، اجرای آزمایش فرونشانی با فکر
جلسه سوم	تدوین فرمول‌بندی موردی معرفی مدل و آماده‌سازی اجرای آزمایش فرونشانی با فکر شروع چالش با باور مربوط به کنترل‌ناپذیری تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده معرفی به تعویق انداختن نگرانی تکلیف خانگی: تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی
جلسه چهارم	مرور تکلیف خانگی ادامه‌ی آماده‌سازی در صورت نیاز اسناد مجدد کلامی و رفتاری- کنترل‌ناپذیری تکلیف خانگی: ادامه‌ی به تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش از دست دادن کنترل
جلسه پنجم	مرور تکلیف خانگی ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری (ارایه شواهد مختلف) اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه‌ی درمان بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی تکلیف خانگی: ادامه‌ی به تعویق انداختن نگرانی و وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی، آزمایش از دست دادن کنترل
جلسه ششم	مرور تکلیف خانگی ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری در صورت نیاز شروع چالش با باورهای مربوط به خطر تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه‌زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی تکلیف خانگی: القای نگرانی برای آزمودن خطرات
جلسه هفتم	مرور تکلیف خانگی ادامه چالش با باور مربوط به خطرناک بودن نگرانی اجرای آزمایش چالش با باور به خطر

<p>تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر</p>	
<p>مرور تکلیف خانگی ادامه چالش با باور مربوط به خطر تأکید بر معکوس کردن هر گونه راهبردهای غیرانطباقی باقیمانده تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر</p>	<p>جلسه هشتم</p>
<p>مرور تکلیف خانگی شروع چالش با باورهای مثبت، در صورت رسیدن باورهای منفی به صفر تکلیف خانگی: اجرای راهبرد عدم تناسب و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت</p>	<p>جلسه نهم</p>
<p>مرور تکلیف خانگی ادامه چالش با باورهای مثبت اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری (مثل آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی)</p>	<p>جلسه دهم</p>
<p>مرور تکلیف خانگی کار روی معکوس کردن علائم باقیمانده اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه درمان ادامه چالش با باورهای مثبت تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه خلاصه‌ی درمان</p>	<p>جلسه یازدهم</p>
<p>مرور تکلیف خانگی کار بر روی برنامه درمان (جلوگیری از عود) تقویت برنامه جایگزین و توضیح روشن آن بامثال برنامه‌ریزی جلسات تقویتی تکلیف خانگی: مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان</p>	<p>جلسه دوازدهم</p>

یافته‌ها

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف استاندارد تحمل آشفتگی روانی در بین دو گروه و در دو زمان قبل، بعد از مداخله

متغیر	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل آشفتگی هیجانی	گروه آزمایش	۱۴/۷	۰/۹۶۱	۱۳/۴	۱/۴۵
	گروه گواه	۱۴/۵	۰/۹۱۵	۱۴/۸	۰/۶۷۶
جذب شدن توسط هیجانات منفی	گروه آزمایش	۱۱/۴	۱/۴۳	۱۰/۲	۱/۳۵
	گروه گواه	۹/۵۳	۱/۳۵	۹/۸۰	۰/۹۱۵
ارزیابی ذهنی آشفتگی	گروه آزمایش	۱۰/۲	۰/۸۶۱	۱۱/۴	۰/۹۱۵
	گروه گواه	۱۰/۳	۰/۶۱۷	۱۰/۸	۰/۷۴۳
تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش آشفتگی	گروه آزمایش	۵/۹۳	۱/۰۳	۷/۸۰	۲/۱۱
	گروه گواه	۵/۲۰	۰/۵۶۰	۵/۷۳	۰/۷۹۸
کل	گروه آزمایش	۴۱/۱	۲/۵۳	۳۹/۸	۱/۷۲
	گروه گواه	۳۹/۸	۲/۴۷	۴۰/۱	۱/۴۵

جدول (۲) میانگین مولفه‌های تحمل آشفتگی را در دو گروه آزمایش و گروه گواه نشان می‌دهد؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین زیر مولفه‌های تحمل آشفتگی در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش آزمون تفاوت چندانی دیده نمی‌شود؛ اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند.

همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در

جدول زیر نشان داده شده است:

جدول ۳- خلاصه آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس گروه‌ها در تحمل آشفتگی روانی

مولفه‌ها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
تحمل آشفتگی هیجانی	۳/۲۰	۱	۲۸	۰/۰۸۴
جذب شدن توسط هیجانات منفی	۰/۰۱۴	۱	۲۸	۰/۹۰۷
ارزیابی ذهنی آشفتگی	۰/۳۹۷	۱	۲۸	۰/۵۳۴
تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش آشفتگی	۰/۵۷۳	۱	۲۸	۰/۴۵۵

جدول (۳) سطح معنی داری F حاکی از آن است که همگنی واریانس گروه‌ها در همه‌ی مولفه‌های تحمل آشفتگی روانی برقرار است ($p > 0/05$).

جدول ۴- خلاصه آزمون تحلیل (*Mancova*) جهت بررسی تاثیر درمان فراسناخت بر تحمل آشفتگی روانی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی

اثرات	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری	مجذور ایثای تفکیکی
گروه	۰/۴۱۲	۷/۵۰	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۸

چنانکه اطلاعات جدول (۴) نشان می‌دهد، با کنترل اثر پیش آزمون‌ها، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است ($Wilks\ Lambda = 0/412$ ، $F=7/50$ ، $P= 0/001$ ، $\eta^2 = 0/588$). به عبارت دیگر می‌توان ادعا کرد که دست کم در یکی از متغیرهای پژوهش بین گروه گواه و آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد. در مرحله بعدی جهت مشخص شدن اینکه تفاوت‌ها مربوط به کدامیک از مولفه‌هاست، به جدول زیر مراجعه می‌شود:

جدول ۵- آزمون کواریانس برای پس آزمون متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ایثای تفکیکی
گروه	تحمل آشفتگی میجانی	۹/۴۷	۱	۹/۴۷	۹/۸۱	۰/۰۰۵	۰/۲۹۰
	جذب شدن توسط هیجانات منفی	۱/۳۵	۱	۱/۳۵	۷/۶۷	۰/۰۱۱	۰/۲۴۲
	ارزیابی ذهنی آشفتگی	۳/۱۱	۱	۳/۱۱	۷/۳۳	۰/۰۱۲	۰/۲۳۴
	تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش آشفتگی	۳/۶۳	۱	۳/۶۳	۷/۴۴	۰/۰۱۲	۰/۲۳۷
خطا	تحمل آشفتگی میجانی	۲۳/۱	۲۴	۰/۹۶۴			
	جذب شدن توسط هیجانات منفی	۴/۲۳	۲۴	۰/۱۷۶			
	ارزیابی ذهنی آشفتگی	۱۰/۱	۲۴	۰/۴۲۴			
	تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش آشفتگی	۱۱/۷	۲۴	۰/۴۸۸			
کل	تحمل آشفتگی میجانی	۶۰۱۵	۳۰				
	جذب شدن توسط هیجانات منفی	۳۶۷۴	۳۰				
	ارزیابی ذهنی آشفتگی	۳۷۶۳	۳۰				
	تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش آشفتگی	۱۴۷۷	۳۰				

چنانکه نتایج تحلیل‌ها نشان می‌دهد، با کنترل اثر پیش آزمون‌ها F به دست آمد در متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. به عبارت دیگر نمرات پس آزمون مولفه‌های

تحمل آشفتگی روانی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین مولفه‌های تحمل آشفتگی روانی در پس‌آزمون گروه آزمایش، پس از مداخله، به طور معنی‌داری تفاوت فاحشی را داشته است. بنابراین می‌توان گفت: درمان فراشناختی بر تحمل آشفتگی روانی موثر بوده است. ایثای تفکیکی نیز نشان می‌دهد که حدود ۲۹ درصد از افزایش تحمل آشفتگی هیجانی، ۲۴/۲ درصد از کاهش جذب شدن توسط هیجانات منفی، ۲۳/۴ درصد از افزایش ارزیابی ذهنی آشفتگی و ۲۳/۷ درصد از افزایش تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش آشفتگی آزمودنی‌ها وابسته به اثربخشی درمان فراشناختی است.

تبیین و تفسیر یافته‌ها

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل آشفتگی روانی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی انجام شد. نتیجه حاصل نشان داد که درمان فراشناختی بر تحمل آشفتگی روانی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی موثر است. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پژوهشگرانی چون سلحشور بناب و همکاران (۱۴۰۱)، شهیدی و همکاران (۱۴۰۱)، رافضی و همکاران (۱۴۰۰)، معینی و همکاران (۱۴۰۰)، ناطقی و همکاران (۱۳۹۹)، ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۹)، اوتی^۱ (۲۰۲۲)، لیوی^۲ و همکاران (۲۰۲۱)، بنتلی^۳ و همکاران (۲۰۲۱)، نیست^۴ و همکاران (۲۰۲۱) و رینولدز^۵ و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: درمان فراشناختی در ابتدا با اجرای ذهن‌آگاهی گسلیده، فرد را از باورها و افکار اضطراب‌برانگیز خود آگاه کرده و با مهارت خاصی به وی می‌آموزد که به این باورها و افکار به دید حقایق حتمی و غیرقابل انکار نگاه نکند و از بالا به آنها به عنوان یک فکر، صرف نظر از میزان واقعی بودنشان بنگرد. پس از این روند فرد با یادگیری

1- Otte, C.

2 - Levy

3 - Bentley

4 - Nesset

5 - Reynolds

تکنیک‌های به تاخیر انداختن نگرانی می‌تواند آن را به شکل مطلوب تحت کنترل در آورد و باعث افزایش تحمل آشفتگی می‌شود (نیست و همکاران، ۲۰۲۱).

در تبیین دیگر می‌توان گفت: از دیدگاه فراشناختی، نگرانی نوعی پردازش مفهومی کند است که شامل تفکر و تعمق درباره رویدادهای نسبتاً جدید در آینده و راه‌های مقابله با آن است. نگرانی به آسانی بر اساس بازخوردی که از منابع درونی و بیرونی دریافت می‌شود، تعدیل می‌گردد. ماهیت راهبردی و هشیارانه‌ی نگرانی نشان دهنده‌ی آن است که نگرانی نسبت به سطوح بالای کنترل ارادی حساس است، حتی اگر آگاهی از این نوع کنترل کم باشد یا اصلاً وجود نداشته باشد. یکی از اهداف درمان فراشناختی، کاهش یا متوقف کردن تفکر مفهومی (مبتنی بر نگرانی) در پاسخ به افکار مزاحم است (رینولدز و همکاران، ۲۰۲۰). در درمان فراشناختی بیمار و درمانگر به دنبال این نوع کنترل هستند و نه کنترل یا فرونشانی افکار مزاحمی که برانگیزاننده‌ی نگرانی هستند؛ علاوه‌براین، در درمان فراشناختی کنترل تفکر مداوم یا نگرانی، به عنوان شیوه‌ای برای چالش با باورهای فراشناختی به کار می‌رود (لیوی و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین افزایش تحمل آشفتگی روانی بر اثر درمان فراشناختی قابل توجیه است.

در تبیین دیگر می‌توان گفت: درمان فراشناختی را می‌توان درمانی تلقی کرد که درمانجویان را در شناسایی الگوهای فکری و مقابله‌ای ناکارآمد که باعث آشفتگی‌های هیجانی مزمن می‌شوند، توانمند می‌سازد. همچنین، درمان فراشناختی به درمان‌جویان کمک می‌کند تا این الگوها را تغییر دهند و به اصلاح فرا باورها درباره‌ی افکار و احساساتشان پردازند (مک‌ایوی^۱، ۲۰۱۹). در درمان فراشناختی بر خلاف درمان شناختی-رفتاری تمرکز اولیه بر ارزیابی واقعیت باورهای منفی متداول (درباره‌ی خویشتن و جهان) نیست. فراشناخت درمانگر به دنبال واقعیت آزمایی باورهای بیمار (هیچ‌امیدی نیست) از طریق نقد و بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده نیست، بلکه به او کمک می‌کند از طریق چالش باورهای فراشناختی و حذف سندرم شناختی-توجهی، در واکنش به افکار خشم و عصبانیت یا بی‌ارزش بودن خود به شیوه جدیدی پاسخ بدهد (ولز^۲ و همکاران، ۲۰۲۱).

1 - McEvoy

2 - Wells

بدون شک متغیرهای مداخله‌گری چون تأثیر خرده‌فرهنگ‌ها و شرایط اجتماعی، اقتصادی می‌تواند در نتایج تحقیق حاضر اثرگذار باشد. علاوه بر این، نمونه پژوهش حاضر از دانشجویان زن دانیزشکی دانشگاه آزاد تشکیل شده که امکان تعمیم نتایج را به سایر افراد و سایر مکان‌ها با مشکل روبرو می‌سازد. لذا، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی متغیرهای مداخله‌گری چون تأثیر خرده‌فرهنگ‌ها و شرایط اجتماعی، اقتصادی نیز لحاظ شود و پژوهش بعدی با محیط‌های اجتماعی دیگری نمونه‌برداری شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد دوره آموزشی فراشناختی به عنوان بخشی از برنامه آموزشی در مراکز درمانی اجرا شود.

منابع

- ۱) ابراهیم‌زاده، خوشدوی؛ سلیمانی، اسماعیل؛ و صادقی، کریم(۱۴۰۰). اثربخشی درمان فراشناخت بر روی انگیزش تحصیلی، اجتناب و فشار اجتماعی دانش‌آموزان دارای اضطراب یادگیری زبان خارجی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۱۲(۴۷)، ۳۰۶-۲۸۳.
- ۲) پولادی، آزاده؛ شمسی، سمیه؛ و ایزدخواست، سمانه(۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراشناختی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ملال پیش از قاعدگی. چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری.
- ۳) توکلی، زهرا؛ کاظمی زهرانی، حمید(۱۳۹۷). اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آاهی بر مشکلات پریشانی و خود تنظیمی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. پژوهش پرستاری ایران، ۱۳(۲)، ۱۱-۱.
- ۴) درگاهیان، ریحانه؛ محمد خانی، شهرام؛ حسنی، جعفر(۱۳۹۳). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش علایم افسردگی، مؤلفه‌های سندرم شناختی توجهی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. شفای خاتم. ۲(۳)، ۵۳-۴۵.
- ۵) رافضی، زهره؛ پیرعباسی، گلغام؛ اسکندری، حسین(۱۴۰۰). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر خودنظم جویی هیجانی و قدرت ایگوی دانشجویان مضطرب. علوم روانشناختی. ۲۰(۱۰۸)، ۲۲۵۴-۲۲۳۹.
- ۶) راوند، معصومه(۱۳۹۸). مقایسه نگرش به نقش جنسیتی، استرس، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی بین دانشجویان دختر مبتلا به ملال پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی و دختران غیر مبتلا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه ملایر.
- ۷) سلحشور بناب، بهنام؛ شاکر دولق، علی؛ خادمی، علی(۱۴۰۱). اثربخشی فراشناخت درمانی بر هوش بدنی، تحمل پریشانی و حس انسجام بیماران مبتلا به فشار خون بالای اولیه. پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۷(۶۷)، ۳-۱۷.
- ۸) شفیعی سنگ آتش، سمیه(۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب، فرانگرانی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه سمنان.

۹) شهیدی، شاهین؛ حسن‌زاده، رمضان؛ میرزاییان، بهرام (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در بیماران زن مبتلا به پسونیازیس. خانواده درمانی کاربردی. ۳(۵)، ۱-۱۱.

۱۰) ثناگوی‌محرر، غلامرضا؛ عرفانی، مژگان و اکبری‌زاده، اعظم (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر ناگویی هیجانی و کاهش میزان استرس در بیماران مبتلا به میگرن. دانشکده پزشکی. ۶۳(۶)، ۲۱۵۲-۲۱۴۴.

۱۱) گنجی، مهدی (۱۴۰۱). کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5-TR. ۱۲) معینی، پوپک؛ ملیحی‌الذاکرینی، سعید؛ اسدی، جوانشیر؛ خواجوند خوشلی، افسانه (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر احساس انسجام و افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد. اعتیاد پژوهشی. ۱۵(۵۹)، ۱۷۳-۲۰۴.

۱۳) ناطقی، نسیم؛ داداشی، محسن؛ علیلو‌مجید، محمود (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در بهبود علائم و باورهای فراشناختی و درآمیختگی افکار افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری. مطالعات ناتوانی. ۹(۱۱۲)، ۱-۱۲.

- 14) Bentley, K. H., Cohen, Z. D., Kim, T., Bullis, J. R., Nauphal, M., Cassiello-Robbins, C., ... & Barlow, D. H (2021). The Nature, Timing, and Symptom Trajectories of Dropout From Transdiagnostic and Single-Diagnosis Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*.
- 15) Çitil, E. T., & Kaya, N (2021). Effect of pilates exercises on premenstrual syndrome symptoms: a quasi-experimental study. *Complementary therapies in medicine*, 57, 102623.
- 16) Gnanasambanthan, S., Datta, S (2019). Premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 29(10), 281- 285.
- 17) Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., Fisher, P., & Wells, A (2017). Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Frontiers in psychology*, 8, 31.
- 18) Itriyeva, K (2022). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 101187.

- 19) Kucukkelepce, D.S., Unver, H., Tashan, S.T (2020). The effects of acupressure and yoga for coping with premenstrual syndromes on premenstrual symptoms and quality of life. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 42, 363- 378.
- 20) Kyron, M. J., Hooke, G. R., Bryan, C. J., & Page, A. C (2022). Distress tolerance as a moderator of the dynamic associations between interpersonal needs and suicidal thoughts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(1), 159-170.
- 21) Levy, H. C., O'Bryan, E. M., & Tolin, D. F (2022). A meta-analysis of relapse rates in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 102407.
- 22) McEvoy, P. M (2019). Metacognitive therapy for anxiety disorders: a review of recent advances and future research directions. *Current psychiatry reports*, 21, 1-9.
- 23) Natalini, E., Fioretti, A., Riedl, D., Moschen, R., & Eibenstein, A (2021). Tinnitus and Metacognitive Beliefs—Results of a Cross-Sectional Observational Study. *Brain Sciences*, 11(1), 3.
- 24) Nettet, M. B., Bjørngaard, J. H., Whittington, R., & Palmstierna, T (2021). Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 113, 103- 115.
- 25) Nicolau, Z.F., Bezerra, A.G., Hachul, H (2018). Premenstrual syndrome and sleep disturbances: Results from the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. *Psychiatry Research*, 264, 427- 431.
- 26) Otte, C (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- 27) Paltell, K. C., & Berenz, E. C (2022). The Influences of Posttraumatic Stress Disorder and Distress Tolerance on Trauma and Alcohol Cue Reactivity in a Sample of Trauma-Exposed College Students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 83(1), 106-114.
- 28) Pearlstein, T., & O'Brien, S (2017). A woman with inexplicable mood swings: Patient management of Premenstrual Syndrome. In *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology* (pp. 183-198): Springer.
- 29) Puthusserry, S. T., & Delariarte, C. F (2023). Development and implementation of mindfulness-based psychological intervention program on premenstrual dysphoric symptoms and quality of life among late adolescents: A pilot study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 11, 100461.
- 30) Ranney, R. M., Berenz, E., Rappaport, L. M., Amstadter, A., & Dick, D (2022). Anxiety sensitivity and distress tolerance predict changes in

- internalizing symptoms in individuals exposed to interpersonal trauma. *Cognitive Therapy and Research*, 46(1), 217-231.
- 31) Reynolds, G. O., Saint-Hilaire, M., Thomas, C. A., Barlow, D. H., & Cronin-Golomb, A (2020). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in Parkinson's disease. *Behavior modification*, 44(4), 552-579.
 - 32) Simons, J. S & Gaher, R.M (2005). The distress tolerance scale: Development& validation of a self-report measure. *Motivation & emotion*, 20(9), 83- 102.
 - 33) Steiner M, Macdougall M, Brown E (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health*, 6(3), 203-9.
 - 34) Wells, A., Reeves, D., Capobianco, L., Heal, C., Davies, L., Heagerty, A., ... & Fisher, P (2021). Improving the effectiveness of psychological interventions for depression and anxiety in cardiac rehabilitation: PATHWAY—a single-blind, parallel, randomized, controlled trial of group metacognitive therapy. *Circulation*, 144(1), 23-33.
 - 35) Yoshimi, K., Shiina, M., Takeda, T (2019). Lifestyle Factors Associated with Premenstrual Syndrome: A Cross-sectional Study of Japanese High School Students. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(6), 590- 595.