

## Research Paper

# Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy with Cognitive Hypnosis on Reducing Depression in Students with Premenstrual Syndrome

Leila Moghtader<sup>1\*</sup> , Sedigheh Pakseresht<sup>2</sup>

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran
2. Associate Professor, Department of Midwifery, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), Gilan University of Medical Science, Rasht, Iran.

**Citation:** Moghtader L, Pakseresht S. [Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy with Cognitive Hypnosis on Reducing Depression in Students with Premenstrual Syndrome (persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019 8(2): 327-336

**Resived:** 22 Apr 2019  
**Accepted:** 16 July 2019  
**Available Online:** Sep 2019

**Keywords:**  
Premenstrual Syndrome, Group Cognitive Behavioral Therapy, Group Cognitive Hypnotism, Depression

## Abstract

**Background & Aim:** Premenstrual syndrome (PMS) is defined as a set of physical and psychological symptoms occurring during the luteal phase of the menstrual cycle. This study aimed to compare the effectiveness of group cognitive behavioral therapy and group cognitive hypnosis on decreased depression among female students with PMS.

**Materials and Methods:** This clinical trial was conducted on female students of Rasht, Iran in 2017. In total, 30 students with PMS were selected by random sampling and randomly divided into three groups, including two experimental groups and one control group. While eight sessions of cognitive behavioral therapy and hypnosis cognitive therapy were held for the first and second groups, respectively, the third group received no treatment. Data were collected using an eight-item researcher-made PMS questionnaire and Beck Depression Inventory in two pretest and posttest stages. In addition, data analysis was carried out using the covariance analysis and Lamtriks post hoc.

**Results:** In this study, both therapy methods were effective in reducing depression among women with PMS ( $P < 0/001$ ). However, hypnosis had a greater impact on PMS, compared to the other method, showing a significant difference in this regard ( $P = 0.002$ ).

**Conclusion:** According to the results of the study, the psychological therapies affected PMS among the subjects. It is recommended that these methods be applied more than pharmaceutical methods due to their fewer complications.

\*Corresponding author:

Leila Moghtader

Address: Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran

Tel: +98 (912) 2303071

Email: moghtaderleila@yahoo.com

## مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری با هیپنوتیزم شناختی بر کاهش افسردگی دانشجویان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی

لیلا مقتدر<sup>۱\*</sup>، صدیقه پاک سرشت<sup>۲</sup>

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران.

۲. دانشیار، گروه مامایی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران..

### چکیده:

**زمینه و هدف:** سندرم پیش از قاعدگی مجموعه‌ای از علائم جسمی و روانی است که در فاز لوتئال سیکل قاعدگی روی می‌دهد. مطالعه حاضر به منظور مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری با هیپنوتیزم شناختی گروهی بر کاهش افسردگی دانشجویان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی انجام شد.

**روش بررسی:** پژوهش به شیوه کارآزمایی بالینی و در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شهر رشت در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. با نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان با سندرم پیش از قاعدگی انتخاب و به‌طور تصادفی بین ۳ گروه شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. دو گروه اول به ترتیب ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی هیپنوتیزم دریافت نموده و گروه سوم درمانی نگرفت. پرسشنامه محقق‌ساخته جمعیت شناختی ۸ سوالی سندرم پیش از قاعدگی و پرسشنامه افسردگی بک در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی لامتریکس استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج آماری نشان داد هر دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم شناختی بر کاهش افسردگی این سندرم مؤثر بوده ( $P < 0/001$ ) به علاوه تفاوت معنی‌داری بین این دو وجود دارد و هیپنوتیزم بیشتر از درمان شناختی بر افسردگی دانشجویان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی اثر داشته است ( $P=0/002$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش بیانگر مؤثر بودن درمان‌های روان‌شناختی در درمان سندرم پیش از قاعدگی بوده و با توجه به عوارض کمتر این درمان‌ها، توصیه به استفاده بیشتر از این نوع درمان‌ها در مقایسه با درمان‌های دارویی می‌گردد.

تاریخ دریافت: ۲۲ اردیبهشت ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۵ تیر ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: شهریور ۱۳۹۸

### کلید واژه‌ها:

سندرم پیش از قاعدگی، درمان شناختی رفتاری گروهی، هیپنوتیزم شناختی، افسردگی

نویسنده مسئول:

لیلا مقتدر

نشانی: رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۹۱۱۲۳۰۳۰۷۱

پست الکترونیک: moghtaderleila@yahoo.com

## مقدمه:

معلول یک شکل منفی خود هیپنوتیزم است به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه پذیرفته می‌شوند. هیپنوتراپی شناختی رفتاری شامل چند روش اساسی به شرح ذیل می‌باشد:

آرام‌سازی، تصویرسازی هدایت‌شده، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک<sup>(۱۴)</sup>. پژوهش‌های معدودی روی مقایسه درمان‌های روان‌شناختی با هدف انتخاب بهترین درمان در این سندرم انجام شده است. از جمله پژوهش مقتدر که نشان داد درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم اثربخشی یکسانی بر کاهش افسردگی و اضطراب این سندرم دارد<sup>(۱۵)</sup>. بادل در پژوهش خود به این نتیجه رسید هیپنوتیزم، اثری بیش از دو برابر روان‌درمانی‌های سستی دارد<sup>(۱۶)</sup>. شهیدی هیپنوتیزم را مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی این سندرم یافت<sup>(۱۷)</sup>. از طرفی حل‌می هیپنوتراپی شناختی رفتاری را اثربخش‌تر از درمان صرف شناختی رفتاری در کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی از جمله اضطراب یافت<sup>(۱۸)</sup>. لزوم استفاده از درمان‌های غیر دارویی به موازات درمان دارویی به علت عوارض جانبی کمتر، عدم ایجاد وابستگی دارویی و احتمال عود کمتر بیماری، ضرورت مطالعه فوق را ایجاب می‌کند. به‌علاوه تا کنون کمتر مطالعه‌ای به مقایسه دو درمان روان‌شناختی و نتایج آن بر این اختلال پرداخته است. همچنین با توجه به نتایج متناقض پژوهش‌های قبلی و شیوع رو به فزونی این اختلال و با عنایت به لزوم استفاده از ثمربخش‌ترین درمان در بهبود علائم این سندرم این پژوهش بر آن است که به‌کارگیری روش‌های غیر دارویی، درمان‌های شناختی رفتاری و هیپنوتیزم را در کاهش افسردگی در این سندرم مقایسه نماید.

## روش بررسی:

این پژوهش به‌صورت کارآزمایی بالینی بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ و نیمه اول ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد رشت در نیمسال تحصیلی ۹۶-۹۷ بودند، که پرسشنامه سندرم پیش از قاعدگی را طی دو سیکل متوالی تکمیل نموده و از معیارهای تشخیصی این سندرم برخوردار بوده و در تمایل خود را به صورت کتبی برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. همچنین جهت رعایت اصول اخلاقی و ثبت کارآزمایی بالینی محرمانه بودن پژوهش به آزمودنی‌ها اعلام و دانشجویان حق داشتند در هر زمانی از پژوهش خارج شوند. به‌علاوه محققان متعهد شدند نتایج پژوهش را به اطلاع آزمودنی‌ها رسانده و پس از اجرای پژوهش گروه کنترل را نیز از درمان‌های استفاده شده بهره‌مند سازند. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: دانشجوی بودن در یکی از مقاطع رشته روان‌شناسی، سن ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم وجود اختلال روانی از جمله افسردگی (با تشخیص روان‌شناس دانشگاه) و PMS در خانواده و عدم مصرف دارو و معیار خروج وجود تست اشیگل منفی برای انجام هیپنوتیزم (با تشخیص و معاینه محققین) بود. دانشجویان از نظر رشته و مقطع تحصیلی و شدت سندرم پیش از قاعدگی در گروه‌های آزمایش و کنترل به شیوه تصادفی یک سو کور هم‌تا شدند به این ترتیب که دانشجویان هنگام نمونه‌گیری از شرکت در پژوهش

در طول دوره باروری، تغییرات جسمی و روان‌شناختی خاصی در بسیاری از زنان دیده می‌شود<sup>(۱)</sup>. امروزه تأمین سلامت زنان به عنوان یکی از حقوق مسلم آن‌ها و یکی از اهداف اصلی جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی جوامع محسوب می‌شود، بنابراین توجه به مشکلات و بیماری‌هایی که سلامت جسمی و روانی زنان را تهدید می‌کند، از جمله اولویت‌های بهداشتی می‌باشد<sup>(۲)</sup>. سندرم پیش از قاعدگی ((premenstrual syndrome (PMS))، یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی در زنان است که کیفیت زندگی آنان را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد و موجب افت کارایی زنان شاغل و افزایش غیبت از محل کار و تحصیل می‌شود. علت این اختلال ناشناخته است ولی به نظر می‌رسد ترکیبی از عوامل هورمونی، روانی، محیطی و سوء تغذیه باشد<sup>(۳)</sup>. این سندرم ۱۲-۶ روز قبل از خونریزی ماهانه شروع و تا حداکثر ۴ روز پس از آغاز خونریزی ادامه می‌یابد<sup>(۴)</sup>. شایع‌ترین علائم روانی این سندرم خستگی، اضطراب، تحریک‌پذیری، احساس تنهایی و افسردگی، زودرنجی و بی‌حوصلگی، عدم تمرکز و نوسانات خلقی است<sup>(۵)</sup>. به‌طور کلی ۷۵ تا ۸۵ درصد از زنان در سنین باروری برخی از علائم و تغییرات ناشی از این سندرم را دارند<sup>(۶)</sup>. در ایران شیوع ۷/۶۷ تا ۴/۶۲ درصد از این اختلال گزارش شده است<sup>(۷)</sup>. ۳ تا ۸ درصد زنان مبتلا به این سندرم علائم را با شدتی تجربه می‌کنند که می‌تواند باعث اختلال شدید کارکرد در حیطه‌های اجتماعی یا شغلی شود<sup>(۸)</sup>. از جمله پیامدهای آن اختلال در امور آموزشی است که می‌تواند به سوء رفتار در محیط‌های آموزشی و اجتماعی و متعاقب آن ضعف در انجام کار و تکالیف درسی، ناخوشی در مراکز تحصیلی و اداری منجر شود<sup>(۹)</sup>. پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که در صورت همزمان شدن این عارضه با زمان امتحان و یا مصاحبه، به‌طور تقریبی باعث ۱۰ تا ۵ درصد افت نمره می‌شود<sup>(۱۱)</sup>. در پژوهش میرغفوروند، بر آثار منفی PMS درمان نشده بر پیشرفت تحصیلی و کارایی دانشجویان تأکید شده است<sup>(۱۲)</sup>.

تاکنون درمان‌های متنوع و متفاوتی برای این سندرم به کار رفته است. اگرچه پاتوفیزیولوژی دقیق این سندرم شناخته شده نیست و درمان قطعی برای آن وجود ندارد و اغلب از درمان علامتی و دارویی استفاده می‌شود<sup>(۱۳، ۱۴)</sup>. از جمله درمان‌های روان‌شناختی این سندرم درمان شناختی رفتاری است<sup>(۱۵)</sup> بلک (Blake) به کارگرفتن روش درمان شناختی رفتاری را برای درمان PMS برای اولین بار توصیه کرد. وی معتقد بود زنانی که مبتلا به PMS هستند، ممکن است وقایع روان‌شناختی را به روش منفی تفسیر کنند<sup>(۱۶)</sup>. استفاده از روش درمان شناختی رفتاری در درمان این سندرم باعث می‌شود که زنان سازگاری بیشتر با تغییرات پیش از قاعدگی را بیابند<sup>(۱۷)</sup>. در پژوهش‌های مختلف نشان داده شد مشاوره گروهی با افزایش خود آگاهی دختران مبتلا به PMS، از علائم این سندرم می‌کاهد<sup>(۱۸-۲۱)</sup>.

همچنین درمان با هیپنوتیزم از درمان‌هایی است که در کاهش علائم سندرم به‌خصوص افسردگی و اضطراب ناشی از این اختلال به‌کار می‌رود<sup>(۲۲)</sup>. هیپنوتیزم حالتی است که در نتیجه توجه، پذیرش و تمرکز ایجاد می‌شود و شامل سه بخش تجزیه یا انتزاع، جذب، و تلقین پذیری می‌باشد<sup>(۲۳)</sup>. هیپنوتراپی شناختی رفتاری براین فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روان‌شناختی

اصلاحی توسط درمانگران انجام شد. سپس مجدداً پرسشنامه افسردگی بک در اختیار هر ۳ گروه قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه سنجش علائم پیش از قاعدگی و پرسشنامه‌های افسردگی بک بودند. برای اندازه‌گیری و سنجش متغیرهای مختلف از آزمون‌ها و ابزارهای زیر استفاده شد:

- ۱- پرسشنامه محقق‌ساخته سنجش سندرم پیش از قاعدگی. ۲-

۱. پرسشنامه سنجش پیش از قاعدگی:

این پرسشنامه با استفاده از فرم ترجمه نشده ثبت‌آینده‌نگر اهمیت و شدت علائم مربوط به قاعدگی برگرفته از راهنمای بیماری‌های زنان کیسترن (Kistner) (۳۰) که با استفاده از نظرات ۶ تن از اساتید فن مورد تأیید قرار گرفت، تهیه شده و طی دو سیکل متوالی توسط دانشجویان تکمیل گردید. همچنین ضرایب پایایی این پرسشنامه توسط محقق و چند تن از اساتید فن از طریق همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۶ به دست آمد.

۲. پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory (BDI))

پرسشنامه افسردگی بک یکی از پر استفاده‌ترین ابزار اندازه‌گیری اختلالات روانی است. این پرسشنامه یک ابزار چند بعدی است که در فرم‌های کارتی و کامپیوتری به صورت ۲۱ آیتمی تدوین شده است که برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک (Beck) تدوین شد. روایی و اعتبار این پرسشنامه به ترتیب در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶، ۱۹۸۷ مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد. روایی همزمان با درجه‌بندی‌های بالینی برای بیماران روان‌پزشکی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا و  $r = ۰.۷۲$  است (۳۰). همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی (۰/۷۳)، مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ (۰/۷۶)، و مقیاس افسردگی ((Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)) (۰/۷۴) به دست آمده است (۳۱). نمره‌گذاری این آزمون به صورت لیکرت و هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ است و حداقل آن صفر است. نمرات بیشتر از ۴۰ به عنوان افسردگی شدید مورد بررسی قرار گرفتند. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها توسط سه گروه آزمودنی، داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی میانگین آزمون‌های Ancova، آزمون تعقیبی L Ma-trix و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ بررسی شدند. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها:

**جدول ۱** نشان می‌دهد اکثر دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش، بالای ۳۰ سال با تعداد ۱۸ نفر (۶۰ درصد)، متأهل ۱۸ نفر (۶۰ درصد) و دارای تحصیلات لیسانس ۱۶ نفر (۵۳ درصد) بودند. با استفاده از آزمون خی دو، آزمودنی‌ها در تعداد واحدهای پاس کرده، جنسیت و میزان درآمد خانواده همتا شده و تفاوت معنی‌داری نداشتند.

اطلاعی نداشتند و پس از نمونه‌گیری با تشکیل جلسه توجیهی در جریان قرار گرفتند. از میان این دانشجویان ۳۰ نفر با بیشترین نمره افسردگی پس از تکمیل پرسشنامه افسردگی بک، به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به ۳ گروه ۱۰ نفره شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. علت این تعداد لزوم وجود ۸ تا ۱۲ نفر برای درمان گروهی است (۳۲). سپس برای گروه اول آزمایشی ۸ جلسه درمان گروهی شناختی رفتاری با هدف کاهش افسردگی طی دوره ماهیانه انجام شد. گروه دوم نیز ۸ جلسه درمان گروهی هیپنوتیزم شناختی در جهت کاهش افسردگی دوره ماهیانه دریافت نمودند. گروه سوم به عنوان گروه کنترل در انتظار درمان ماندند.

رئوس مطالب مطرح شده طی مداخله هیپنوتیزم شامل موارد زیر بود:

در جلسه اول سندرم پیش از قاعدگی و پیامدهای جسمی و روانی این اختلال تشریح شد. همچنین هدف گروه درمانی هیپنوتیزم شناختی و تعداد جلسات آن، معرفی اعضا به یکدیگر و بیان انتظارات آن‌ها از یکدیگر مطرح شد. همچنین قواعد گروه مشخص و تعدادی از تکنیک‌های هیپنوتیزمی اجرا گردید. در این جلسه بر محرمانه ماندن اطلاعات تأکید و رضایت آگاهانه به صورت کتبی جهت انتشار نتایج به صورت گزارش پژوهشی اخذ شد.

جلسه دوم به توضیح هیپنوتراپی مبتنی بر درمان شناختی و اصلاح باورهای نادرست درباره هیپنوتیزم، بیان باورها و ارزش‌های مطلق توسط اعضا و توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تلقین هیپنوتیزمی اختصاص یافت. طی جلسه سوم تأثیر تفکر غیر منطقی روی آشفته‌گی هیجانی، به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه انجام شد. در جلسه چهارم ارتباط افکار، باور، رفتار و پیامد رفتاری ناشی از باورها با استفاده از تلقینات مربوطه به حالت خلسه هیپنوتیزمی تشریح گردید. جلسه پنجم به بررسی شواهد و معنی افکار خودآیند توسط اعضا گروه، تحلیل کار آمد، ایجاد باور جایگزین به همراه تلقینات لازم در حالت خلسه هیپنوتیزمی پرداخته شد.

طی جلسات ششم و هفتم ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه تمرین و تکالیف خانگی گروه مورد ارزیابی قرار گرفت. در جلسه هشتم تقویت افکار مثبت در حالت خلسه، آماده‌سازی گروه برای پایان دادن به جلسات در حالت خلسه انجام و مراسم اختتامیه برگزار شد. همچنین خلاصه پکیج مداخله شناختی رفتاری به شرح زیر بود:

در جلسه اول (جلسه توجیهی)، درباره ساختار جلسات، تعداد جلسات و مدت زمان هر جلسه و چگونگی تکالیف منزل و ضرورت آن‌ها، همچنین هدف از پژوهش و اتیولوژی سندرم پیش از قاعدگی توضیحاتی ارائه گردید. جلسه دوم آرامش آموزی کاربردی، جلسه سوم مهارت حل مسئله، جلسه چهارم آموزش خودکنترلی هیجان و رفتار، جلسه پنجم اجتناب از گریز و قبول مسئولیت، جلسه ششم ابراز وجود و نه گفتن، جلسه هفتم تفکر مثبت و جلسه هشتم خود پاداش‌دهی و تقویت خود به صورت گروهی، با تکنیک‌های نقش بازی، مرور تکالیف خانگی و استفاده از تجربیات سایر اعضا گروه مورد بررسی قرار گرفته و مداخلات

جدول ۱. مقایسه فراوانی سن، تحصیلات و تأهل در دو گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	سطح	گروه هیپنوتیزم فراوانی (درصد)	گروه شناختی رفتاری فراوانی (درصد)	گروه کنترل فراوانی (درصد)	P
سن	بالای ۳۰	۶۰/۶	۵۰/۵	۷۰/۷	۰/۶۷
	زیر ۳۰	۴۰/۴	۵۰/۵	۳۰/۳	
سطح تحصیلات	فوق دیپلم	۱۰/۱	۲۰/۲	۱۰/۱	۰/۵۴
	لیسانس	۴۰/۴	۴۰/۴	۴۰/۴	
	فوق لیسانس	۳۰/۳	۴۰/۴	۳۰/۳	
	دکتری	۲۰/۲	۰/۰	۲۰/۲	
وضعیت تأهل	مجرد	۳۰/۳	۴۰/۴	۵۰/۵	۰/۷۶
	متاهل	۷۰/۷	۶۰/۶	۵۰/۵	

آزمون لون برای بررسی یکسانی واریانس‌ها در سه گروه (جدول ۲) بررسی شد.

جهت استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس به روش  $L_{Ma}$   $trix$  مفروضه‌های آماری شامل همگنی شیب خطوط رگرسیون،

جدول ۲. آزمون لون برای بررسی یکسانی واریانس افسردگی

متغیر	f	df1	df2	Sig
افسردگی	۱/۷۴	۲	۲۷	۰/۱۹

وابسته برقرار بوده و اجرای آزمون تحلیل کوواریانس امکان پذیر است. که نتایج این آزمون در جدول ۳ گزارش شده است.

با توجه به نتایج آزمون لون در جدول ۲، معنی دار نبودن مقدار آماره  $(P=0/27)$ ،  $f(2, 27) = 1/39$ ؛ برابری واریانس‌ها متغیر

جدول ۳. آزمون تحلیلی کوواریانس کارآمدی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با هیپنوتیزم

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر $\eta^2$
	SS	df	MS			
افسردگی	۳۷۳/۲۲	۲	۱۸۶/۶۱	۹/۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵
خطا	۴۵۲/۳۱	۲۴	۱۸/۸۵			

ولی هیپنوتیزم با اندازه اثر ۰/۴۵ در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی این سندرم مؤثرتر شناخته شد.

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اگرچه درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم هر دو در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی  $f(2, 24) = 9/9$  مؤثر بوده‌اند  $(P < 0/01)$ ،

جدول ۴. آزمون لامتریکس کارآمدی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با هیپنوتیزم

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	F	سطح معنی داری
(هیپنوتیزم - کنترل)	۸/۲۶	۲/۰۳	۱۶/۵۹	۰/۰۰۱
(درمان شناختی - کنترل)	۰/۶۵	۲/۰۱	۰/۱۰	۰/۰۰۱
(هیپنوتیزم-درمان شناختی)	۷/۶۲	۲/۱۳	۱۲/۷۲	۰/۰۰۲

آگاهی از روند فیزیولوژیک قاعدگی و سازگاری بیشتر آنان نسبت به پدیده قاعدگی و تغییرات فیزیولوژیک شد. از طرف دیگر یکی از مزایای آموزش گروهی، افزایش روابط اجتماعی است و افراد با شرکت در جلسات گروهی آموزش شناختی رفتاری تا حدودی نتایج مثبت روابط اجتماعی را تجربه کرده و با شرکت در جلسات و استفاده از نظرات و راه‌حل‌های دیگران دیدگاه‌های وسیع‌تری نسبت به مسائل مطرح شده در گروه پیدا می‌کنند. از طرفی یکی از عوامل موفقیت در درمان افسردگی داشتن انگیزه بالا جهت تغییر و آمادگی برای این تغییر است. از آن‌جا که طی درمان‌های هیپنوتیزمی، به‌خصوص هیپنوتیزم شناختی نیز این انگیزه بیش از پیش ترغیب شده و با استفاده از تکنیک‌های هیپنوتیزم بیشتر به آن پرداخته می‌شود، بنابراین این روش درمانی در کاهش افسردگی مؤثر شناخته می‌شود.

چنانچه میدانیم از انتهای برخی رشته‌های عصبی، انتقال دهنده‌هایی نظیر اندروفین‌ها ترشح و موجب سرخوشی و شغف می‌شود. طی مطالعات به عمل آمده در مورد PMS، نقش کاهش ترشح اندروفین را در ایجاد علائم این بیماری ثابت شده است. کاهش اندروفین، دلیل اصلی احساس درد، افزایش تحریک‌پذیری و همچنین افسردگی در مبتلایان به PMS است. از سوی دیگر، مشخص شده که هیپنوتیزم، باعث افزایش طبیعی ترشح اندروفین از پایانه‌های عصبی می‌گردد. حتی می‌توان با تلقینات و تکنیک‌های مناسب هیپنوتیزمی، ترشح اندروفین را باز هم بیشتر نمود و به‌دین ترتیب، قسمت عمده نشانه‌های PMS را کنترل کرد. مکانیسم کاهش علائم افسردگی با افزایش اندروفین‌ها یکی از مکانیسم‌های تأثیر داروهای ضد افسردگی است<sup>(۳۱)</sup>. همانطور که بیان شد، تمامی فرآیندهای ذهنی و بدنی متأثر از یک‌دیگرند. یکی دیگر از دلایل ایجاد یا تشدید نشانه‌های PMS اختلال در ارتباط سالم و طبیعی ذهن و بدن است. توسط هیپنوتیزم می‌توان ذهن را برای ارتباطی سالم‌تر با بدن برنامه‌ریزی نمود و فرد حتی بدون آن‌که آگاهانه تلاش نماید، در اعماق ذهن ناخودآگاه خویش، اثرات درمانی را دریافت می‌نماید.

از جمله محدودیت‌های تحقیق که در کنترل پژوهشگر بود، تداخل ساعات دوره‌های آموزشی با کلاس‌های دانشجویان بود که موجبات حواس‌پرتی آزمودنی‌ها را فراهم می‌آورد. عدم امکان پیگیری آزمودنی‌ها در زمانی طولانی‌تر به علت فارغ التحصیل شدن دانشجویان از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. از محدودیت‌های خارج از کنترل پژوهشگر عدم وجود پژوهش‌های مشابه بود که امکان مقایسه را به‌خصوص در گروه آزمودنی‌های با درمان هیپنوتیزم دشوار می‌کرد. بالا بردن آگاهی زنان از طریق توزیع بروشور، پمفلت و کارگاه‌های آموزشی درباره این سندرم توسط مراکز بهداشت، سازمان بهزیستی و مراکز مشاوره دانشجویی توصیه می‌شود. مقایسه سایر درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان فراشناخت و طرح‌واره درمانی و همچنین مقایسه درمان‌های روان‌شناختی با درمان‌های دارویی در پژوهش‌های آینده توصیه می‌گردد.

### نتیجه‌گیری:

دانشجویان آینده‌سازان هر جامعه به شمار می‌روند. پرداختن به مشکلات جسمی و روانی این قشر از جامعه باید در اولویت مراکز تحقیقاتی و پژوهشی کشور باشد. امروزه جایگزینی درمان‌های روان‌شناختی و استفاده از درمان‌های غیر دارویی به

پس از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس جهت بررسی دقیق‌تر این تفاوت اثر، آزمون تعقیبی لامتریکس استفاده شد. مقایسه درمان‌های شناختی رفتاری و هیپنوتیزم بر افسردگی نشان داد که تفاوت میانگین (۷/۶۲) از نظر آماری بیانگر تفاوت این دو درمان به شکل معنی‌دار است ( $P \leq 0.002$ )، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت کارآمدی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با هیپنوتیزم بر افسردگی متفاوت است و هیپنوتیزم بیشتر از درمان شناختی بر افسردگی دانشجویان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی اثر داشته است. جدول (۴)

### بحث:

چنانچه دیده شد درمان‌های شناختی رفتاری و هیپنوتیزم گروهی بر کاهش افسردگی مؤثر بوده و این دو درمان در مقایسه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری در کاهش افسردگی زنان با سندرم پیش از قاعدگی داشتند؛ البته این تفاوت به سود هیپنوتیزم شناختی بود. این نتایج همسو با نتایج مطالعات بادله، شهیدی و حلمی و مغایر با نتایج مقتدر و همکاران بود<sup>(۳۸-۳۵)</sup>.

بادله و همکاران دریافتند هیپنوتراپی، اثری بیش از دو برابر از روان‌درمانی‌های معمولی دارد. با این حال بسیاری از محققین و متخصصان بالینی در حال حاضر مشاهده کرده‌اند که هیپنوتیزم اثر هم‌افزایی با سایر درمان‌ها به‌وجود می‌آورد، به ویژه زمانی که با درمان شناختی رفتاری همراه می‌شود. درمان‌های مبتنی بر هیپنوتیزم، قدرتی مضاعف را در روش‌های درمان شناختی رفتاری ارائه می‌کنند. تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزمی، بیمار را تلقین‌پذیرتر می‌کند تا بتواند گفتگوهای متقاعدکننده درمان شناختی رفتاری را بپذیرد. هیپنوتراپی شناختی رفتاری گروهی در مجموع شبیه درمان شناختی رفتاری است و از اصول آن بهره می‌برد. شهیدی نیز در پژوهش خود هیپنوتیزم را اثربخش‌تر از درمان شناختی رفتاری یافت<sup>(۳۶)</sup>. به علاوه حلمی در مقایسه اثربخشی دو شیوهی درمانگری شناختی رفتاری واحدپردازی و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش اضطراب کودکان ایرانی به این نتیجه رسیدند که روش هیپنوتراپی شناختی رفتاری منجر به کاهش بیشتر اضطراب نسبت به درمان شناختی رفتاری واحد پردازی شد که این تفاوت معنی‌دار بود<sup>(۳۸)</sup>. حسن‌وندی اثربخشی مشاوره گروهی زن محور بر نشانگان پیش از قاعدگی و بهزیستی روان-شناختی دانشجویان را مطالعه و این درمان را مؤثر یافت<sup>(۳۷)</sup>. در پژوهش کریمی تلفیق رفتار درمانی شناختی و مکمل کلسیم و ویتامین D در بهبود مولفه‌های علائم این سندرم مؤثر شناخته شد<sup>(۳۴)</sup>. شبیری و همکاران آموزش گروهی را بر افسردگی در نشانگان قبل از قاعدگی دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی همدان مؤثر یافتند<sup>(۳۵)</sup>. شعبانی و خلتری نیز در پژوهش خود آموزش کاهش استرس را بر بهزیستی روان‌شناختی سندرم پیش از قاعدگی مؤثر یافتند<sup>(۳۶)</sup>.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت آگاهی از تغییرات شناختی در حین دوره‌های ماهیانه و کسب اطلاع در جهت امکان کنترل آن‌ها توسط فرد، از دلایل مهم کاهش افسردگی در این زنان می‌باشد. همچنین تأثیر این راهبردها بر سلامت ذهنی، فرایندهای شناختی از قبیل نگاه متفاوت به جنبه‌های مختلف یک مسئله را ارتقا می‌بخشد. به علاوه زنان با سندرم پیش از قاعدگی معمولاً از راهبردهای ناسازگارانه‌ای در تنظیم هیجانات استفاده می‌کنند<sup>(۳۷-۳۶)</sup>، که افزایش سواد هیجانی طی فرایندهای درمانی موجب

**تشکر و قدردانی:**

این مقاله حاصل طرح مصوب پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان با کد ۹۶۱۱۲۱۰۶ در تاریخ ۹۶/۱۱/۲۱ و با کد اخلاق IR.GUMS.REC.534 و کد کارآزمایی بالینی IRCT2016090228931N1 می‌باشد. به‌دین وسیله از کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت شرکت‌کننده در پژوهش و حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی گیلان کمال تشکر و امتنان را داریم.

علت پیامدها و اعتیاد دارویی از اهداف بسیاری از مراکز درمانی است. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و کارایی بیشتر هیپنوتیزم در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، به جاست از درمان‌های جدیدتر مثل هیپنوتیزم شناختی نیز در درمان سندرم پیش از قاعدگی استفاده شود.

**کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین**

با توجه به نتایج مثبت استفاده از درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش علائم افسردگی سندرم پیش از قاعدگی، روان‌شناسان می‌توانند از این درمان در کنار و یا بدون استفاده از داروهای متداول این سندرم بهره‌برند.

**تعارض منافع:**

سهم نویسندگان در این مطالعه یکسان است و بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

## References

- Acikgoz, A., Dayi, A., & Binbay, T. Prevalence of premenstrual syndrome and its relationship to depressive symptoms in first-year university students. *Saudi Medical Journal*. (2017): 38(11), 1125-1131.
- Ryu A, Kim TH. Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas* 2015; 82(4):436-40.
- Direkvand Moghadam A, Kaikhavani S, Sayehmiri K. The worldwide prevalence of premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(65):8-17.
- Bloch M, Schmidt PJ, Rubinow DR. Premenstrual syndrome: evidence for symptom stability across cycles. *Am J Psychiatry* 2014; 154(12):1741-6.
- Baghdassarias A, Bagheri KA. The effect of dietary and reflexology over premenstrual syndrome symptoms relief. 2013.
- Leila Af, Farokhi F, Abbasi A. Prevalence, Severity, and Clinical Manifestations of Premenstrual Syndrome among the Students Residing in the Dormitories of Arak University of Medical Sciences, Iran. 2014.
- Washington MJ, Brown C, Ling FW. Premenstrual syndrome premenstrual dysphoric disorder. In *Clinical Gynecology, Second Edition* 2015. Cambridge University Press.
- Nazemi M, HassaniA MH. Effect of taking soybean supplement and regular aerobic exercise in water on mental and physical symptoms of premenstrual syndrome among female students. *J Knowl Health*. 2014; 9(2):58-65.
- Masoumi SZ, Alamoti MK, Shobeiri F, Roshanaei G, Mohaghahi H. Evaluating the prevalence of premenstrual syndrome among female undergraduate students of school of nursing and midwifery, Hamadan university of medical sciences in Iran. *Research journal of pharmaceutical biological and chemical sciences*. 2016; 7(2):831- 7.
- Kapur N. Premenstrual Symptoms and Social Disability. *International Journal of Innovative Knowledge Concepts*. 2016; 2(1).
- Farahani LA, Farrokhi F, Abbasi A. Prevalence, severity, and clinical manifestations of premenstrual syndrome among the students residing in the dormitories of Arak University. *Qom Univ Med Sci J* 2014; 7(6):23-30. (Persian).
- Mirghafourvand M, Asghari Jafarabadi M, Ghanbari Homayi S. Comparison of the diagnostic values of premenstrual syndrome screening tool (PSST) and daily record of severity of problems (DRSP). *J Babol Univ Med Sci* 2015; 17(8):27-33. (Persian).
- Abedy H, Neksereshgt A, Tashakorriyan F. The effects of resistance and endurance exercise on physical and psychobehavioral symptoms of pre-menstruation syndrome. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2014; 12(3).
- Mousavi P, Zaheri H, Najar SH, Afshari P. The effect of Vitagnus on physical and emotional symptoms of premenstrual syndrome: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015; 4(1): 68-76.
- Sepehrirad M, Toozandehjani H. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy training and nutritional strategies based on traditional medicine on Premenstrual Syndrome. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015; 18(177):11-9.
- Blake F, Salkovskis P, Gath D, Day A, Garrod A. Cognitive therapy for Premenstrual Syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*. 1998. Vol. 45: 307-318.
- Connolly, M. Premenstrual syndrome: on update on difinitions, diagnosis and management. *Advances in psychiatric treatment* .2001. 7: 469-477.
- Khodakarami B, Mohagheghi H, Babakhani N, Masoumi Z, Farhadian M. The Effect of Group Counseling on Premenstrual Syndrome in High School Girls in Hamadan, 2017: A Clinical Trial. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2018; 26 (5): 306-314.



19. Ashtari N, Pourebrahim T, Koolae AK, A.Khoshkonesh, Khatiban M. The efficacy of group awareness training of premenstrual syndrome on psychological resilience and quality of life in female high school students. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2015; 23(1):63-73.
20. Kaur K, Saini P. Effectiveness of Sensitization Programme on Knowledge Regarding Premenstrual Syndrome (PMS) among Adolescent Girls. *International Journal of Nursing Education.* 2016; 8(1):60-4.
21. Masoumi S, Shayan A, Shobeiri F, Roshanaei G, KhaniaLlamooti M. The effect of training premenstrual coping skills in undergraduate students in the schools of nursing and midwifery, Hamedan-Iran. 2017.
22. Hammond C. Hypnotic Inductions Suggestions. Translated by: Alavi Fazel S K. 1st ed Ahvaz: Tarava. 1998, 12(3): 211-217.
23. Spiegel H, Greenleaf M. Personality style and hypnotiz ability: The fix – flex continuum. *Psychiatric Medicine* 13-, (1)10 .1993. 24.
24. Dowd T. Cognitive hypnotherapy. Fathi M. (translator). 1<sup>st</sup> ed. Mashhad; Bamshad; 2008: john Wiley and sons; 2001: 120-8.
25. Moghtader L, Hasanzade R, Mirzaeian B, Dusti YA. Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Cognitive Hypnotism on Anxiety and Depression in Women with Premenstrual Syndrome. *J of Nursing and Midwifery.* 2015: 25(81): 105-96.
26. Badeleh M, Fathi M, Aghamohaadian H, Badeleh M, Ostadi N. Compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and Hypnotherapy to increase self-esteem in adulthood. *J Fundamentals of Mental Health.* 2012; 15(3):412-22. Persian.
27. Shahidi E. Hypnotherapy in premenstrual syndrome. *J Welfare and succfully.* 2008; 6(66):68-69. Persian.
28. Helmi K, Dehkordi M, Taghizadeh ME. Comparison of effectiveness of two methods of modular cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral hypnotherapy in reducing Iranian children anxiety. *Proceeding of the 1<sup>st</sup> International Congress Hypnotism and Related Sciences.* Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2011. Persian.
29. Delavar A. Educational and Psychological Research. Tehran: Virayesh. 2011: 99. Persian
30. Ryan K J, Berkowitz R, S. Barbieri R L. *Kistner's Gynecology.* Translated by Ghazijahani B, 1th Edition: Esharat. Tehran. 1995: 442.
31. Abolghasemi A, Narimani M. *Psychological tests,* 1th Edition. Ardabil: Bagh Rezvan. 2004 .pp: 265-266.
32. Beck A T, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory- for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1988. 56: 893-897.
33. Hasanvandi S, Nooripoor Liavoli R, Afrouz G A, Dehestani M. Effect of Women-centered Group Counseling on Premenstrual Syndrome and Students' Psychological Well-being. *Journal of Prevention and Health,* 2016; 2(2):20-31. (persian).
34. Karimi Z, Alipour A, Mohtashami T. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Combination Therapy and Calcium Supplementation with Vitamin D on Reducing Symptoms of Premenstrual Syndrome. *Arak Medical University Journal.* 2015. 18(96): 46-56. (persian).
35. Shobeiri F, Ebrahimi R, Ezzati f, Nazari M. The effect of group training on physical symptoms associated with syndrome before Menstruation in female students of Hamadan University of Medical Sciences. *J U N M,* 2016.14(3): 263-270. (persian).
36. Shabani M, Khalatbari J. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on emotion regulation difficulties and psychological well-being in premenstrual syndrome. *Health Psychology.* 2019: 8(1): 134-152.

37. Petersen, N., London, E. D., Liang, L., Ghahremani, D. G., Gerards, R., Goldman, L., & Rapkin, A. J. (2016). Emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of women's mental health*, 19(5), 891-898.
38. Reuveni, I., Dan, R., Segman, R., Evron, R., Laufer, S., Goelman, G & Canetti, L. (2016). Emotional regulation difficulties and premenstrual symptoms among Israeli students. *Archives of women's mental health*, 19(6), 1063-1070.
39. Yen, J. Y., Wang, P. W., Su, C. H., Liu, T. L., Long, C. Y., & Ko, C.H. (2017). Estrogen levels, emotion regulation, and emotional-symptoms of women with premenstrual dysphoric disorder: The moderating effect of estrogen receptor 1 $\alpha$  polymorphism. *Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry*.
40. Wu, M., Liang, Y., Wang, Q., Zhao, Y., & Zhou, R. (2016). Emotion Dysregulation of Women with Premenstrual Syndrome. *Scientific reports*, 6, 38501.