

تأثیر آموزش خود- شفقت‌ورزی بر کاهش علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی در پرستاران شهر همدان

فاطمه الماسی/دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاداسلامی، واحد همدان، ایران؛

ایرج صفائی راد/ استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاداسلامی، واحد همدان، ایران؛

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش خود- شفقت‌ورزی بر کاهش علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی در پرستاران شهر همدان انجام گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را همه پرستاران زن شاغل در بیمارستان- های شهر همدان در سال ۱۳۹۸ تشکیل داد. تعداد ۱۲۰ پرستار زن با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند پرسشنامه غربالگری اختلال ملال پیش از قاعدگی روی آن‌ها اجرا شد. سپس بر اساس پرسشنامه غربالگری اختلال پیش از قاعدگی و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، ۳۰ پرستار زن انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه نود دقیقه‌ای تحت جلسه‌های آموزش خود- شفقت‌ورزی قرار گرفت. هم‌زمان با گروه آزمایشی، گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل آموزش خود- شفقت‌ورزی گیلبرت (۲۰۱۰) و پرسش‌نامه‌ی غربالگری نشانه‌های پیش از قاعدگی (PSST) استیتر و همکاران (۲۰۰۳) است. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیری) با برنامه SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که آموزش خود- شفقت‌ورزی به پرستاران با اختلال ملال پیش از قاعدگی بر کاهش علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی آن‌ها مؤثر است. با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش خود- شفقت‌ورزی به پرستاران با اختلال ملال پیش از قاعدگی در درمان این پرستاران اثربخش باشد.

واژه‌های کلیدی: خود شفقت‌ورزی، اختلال پیش از قاعدگی، پرستاران

مقدمه:

اختلالات مرتبط با قاعدگی از شایع‌ترین اختلالات مشترک در حوزه‌ی سلامت زنان است. یکی از شدیدترین اختلالات مرتبط با سیکل‌های قاعدگی که با نشانه‌های برتر خلقی مشخص شده است و بر روند زندگی فرد تأثیر مخربی دارد اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) است که تغییرات خلقی مرتبط با تغییر در آستروئیدهای جنسی و تغییرات سطوح ناقل‌های عصبی مرتبط با افسردگی را شامل می‌شود (هیلارد و برک، ۲۰۰۲) و به عنوان یک بیماری بدنی- روانی با طیف وسیعی از تغییرهای خلقی و بدنی و شناختی معرفی شده است (کروول و راپکین، ۲۰۰۶).

با وجود این‌که اغلب زنان مبتلا به این اختلال از تجربه‌ی ماهانه‌ی نشانه‌ها رنج برده و تأثیرات نامطلوب آن را در جنبه‌های متفاوت زندگی خود احساس می‌کنند؛ اما نه آن‌ها و نه دوستان نزدیک و خانواده‌شان آگاهی کافی در مورد چرایی نشانه‌ها نداشته و تأثیرات آن را جدی نمی‌گیرند و از آنجا که فکر می‌کنند بروز قاعدگی تجربه‌ای اجتناب‌ناپذیر است؛ بنابراین نشانه‌های شدید همراه با آن و پیامدهای آن نیز امری است که باید آن را بدون درمان‌جویی پذیرفت (ایگرت و کلین استیبر، هیلر و وایدوت، ۲۰۱۷).

بر طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی نیاز به حضور حداقل یک علامت روانی مشخص (مانند ناپایداری عاطفی، تحریک‌پذیری، خلق افسرده یا اضطراب) و حداقل چهار نشانه اضافی روانی، جسمانی و رفتاری با اختلال در عملکرد زندگی روزانه دارد (بوسمن، یونگ، میلسوارداو و روت، اسکواورز، ۲۰۱۶). ویژگی‌های اصلی اختلال ملال عبارت‌اند از نشانه‌های ناپایداری خلق، تحریک‌پذیری، ملالت و اضطراب که بارها در طول مرحله پیش‌قاعدگی چرخه روی می‌دهد و تقریباً با شروع قاعدگی‌ها یا مدت

نویسنده مسئول: فاطمه الماسی /دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاداسلامی، واحد همدان، ایران؛

². Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)

^۳ Hillard & Brek

⁴. Kroll & Rapkin

⁵. Eggert, Kleinstäuber, Hiller & Witthöft

^۶ Bosman, Jung, Milsoerdove, Schoevers & Rot

کوتاهی بعداز آن بهبود می‌یابد. این نشانه‌ها ممکن است با نشانه‌های رفتاری و جسمانی همراه باشند و باید تأثیر ناگواری بر عملکرد شغلی یا اجتماعی داشته باشند. با این حال، وجود نشانه‌های جسمانی و یا رفتاری در غیاب نشانه‌های خلقی و یا اضطرابی برای این تشخیص کافی نیست. به منظور تشخیص بر اساس پنج‌مین راهنمای تشخیصی و آماری به حداقل دو دوره ارزیابی‌های روزانه آینده‌نگر نیاز است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه آوادیسیناس، هاشمی میناباد و عرب قهستانی، ۱۳۹۴).

اپرسن، استینر، هارتلاژ، اریکسون، اشمیت، جونز و یونکرز^۲ (۲۰۱۲) شیوع آن را در زنان قبل از یائسگی، بین ۲ تا ۸ درصد گزارش کرده‌اند. شیوع ۱۲ ماهه اختلال ملال پیش از قاعدگی در زنانی که قاعده می‌شوند بین ۱/۸ تا ۵/۸ درصد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه آوادیسیناس و همکاران، ۱۳۹۴). در جمعیت زنان ایرانی این رقم بین ۵/۷ درصد تا ۳۷ درصد نیز گزارش شده است (هاردی و سایلنس^۳، ۲۰۱۶). همچنین DSM_5 شدت تجربه‌ی نشانه‌ها، دفعات و شیوه‌ی تظاهر آن‌ها و الگوهای درمان‌جویی را تحت تأثیر عوامل فرهنگی می‌داند و میزان تظاهر آن را به زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی زن دیدگاه‌های خانوادگی و عوامل اختصاصی‌تری مانند عقاید مذهبی، پذیرش اجتماعی و نقش زنانه‌ی بیمار مربوط می‌داند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه آوادیسیناس و همکاران، ۱۳۹۴). عوامل محیطی نظیر سطح تحصیلات فرد مبتلا، سطح تحصیلات والد هم‌جنس طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی، مجرد بودن، شغل و نحوه‌ی زندگی، اختلافات خانوادگی، طلاق، مرگ آشنایان، از دست دادن شغل، وضعیت تحصیلی و محل سکونت (تورانی، پاشایی و قطره سامانی، ۱۳۹۱) و عوامل روانی نظیر تجربه‌ی عوامل تنیدگی زا و رویدادهایی نظیر تجربه‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی و متغیرهای محیطی نظیر عوامل جغرافیایی و تغییرات فصلی در شدت و فراوانی بروز نشانه‌ها مؤثر است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه آوادیسیناس و همکاران، ۱۳۹۴).

از آنجا که سبب‌شناسی PMDD به وضوح مشخص نیست؛ درمان‌های زیادی برای کاهش نشانه‌های آن به کار گرفته شده است. درمان‌های PMDD به دو دسته‌ی کلی درمان‌های دارویی و غیر دارویی تقسیم می‌شوند. خط اول درمان‌های این اختلال، درمان‌های دارویی با ضدافسردگی‌ها و قرص‌های هورمونی است؛ اما در سال‌های اخیر به علت عوارض درمان‌های هورمونی به درمان‌های روان‌شناختی نیز توجه شایانی شده است. یکی از راهکارهایی که به نظر می‌رسد برای کاهش پیامدهای PMDD مؤثر واقع شود، استفاده از رویکردهای درمانی جدیدتر است. یکی از این رویکردها، رویکرد درمان متمرکز بر شفقت^۴ (آموزش خود-شفقت ورزی) است که توسط گیلبرت^۵ در سال ۲۰۰۵ مطرح شد. درمان متمرکز بر شفقت برای کار با افرادی شکل گرفت که مشکلات مزمن و پیچیده‌ی سلامت روان همراه با شرم و خودانتقادگری داشتند و اغلب پیشینه‌ی زندگی دشواری را تجربه کرده بودند (گیلبرت، ۲۰۱۰، ترجمه‌ی اثباتی و فیضی، ۱۳۹۵).

گیلبرت (۲۰۱۴) بر اساس روان‌شناسی رشد، علم عصب‌شناسی عاطفی و نظریه‌ی تکاملی شکل جامعی از رفتاردرمانی تجربی را تحت عنوان «درمان متمرکز بر شفقت» ابداع نموده است. اصل تعریف شفقت ریشه در آیین‌های خردورزان کهن دارد، اما تعریف استاندارد وجود دارد که در درمان متمرکز بر شفقت از آن استفاده می‌شود. این تعریف عبارت است از: حساسیت نسبت به حضور رنج در خود و دیگران و تلاش متعهدانه برای التیام بخشیدن یا پیشگیری از آن. این تعریف به دو بُعد اصلی شفقت اشاره می‌کند:

- بُعد اشتیاق که به گشودگی نسبت به رنج و درگیر شدن به آن اشاره دارد.
- بُعد التیام بخشی که به پرورش خردمندی و مهارت‌هایی اشاره دارد که جهت کاهش یا پیشگیری از رنج و دلایل آن ضروری می‌باشد.

بُعد اشتیاق شامل مؤلفه‌های داشتن انگیزه‌ی حمایت و مراقبت، حساسیت نسبت به پریشانی، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و غیرقضاوتی بودن است. بُعد التیام (پیشگیری) از مجموعه مهارت‌های توجه، تصویرسازی، استدلال، رفتار، احساس و تجربه حسی تشکیل شده است. بسیاری از مداخلات آموزش خود-شفقت ورزی به منظور پرورش ذهن مهربان بر آموزش این مهارت‌ها متمرکز است. برخی از این مداخلات عبارت‌اند از: تمرین صدلی، تصویرسازی هدایت‌شده، آموزش ذهن آگاهی، نوشتن نامه‌ی شفقت‌آمیز، مواجهه متمرکز بر شفقت به همراه بازداری از پاسخ و کاربرد شفقت در رابطه درمانی. آموزش خود-شفقت ورزی مراجعان را به تمرکز بر روی، درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر جریان شفقت را در بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند (لیویس و آتلی^۶، ۲۰۱۵). آموزش خود-شفقت ورزی جریان

^۱ American Psychiatric Association

^۲ Epperson, Steiner, Hartlage, Eriksson, Schmidt, Jones & Yonkers

^۳ Hardy & silence

^۴ Compassion Focused Therapy (CFT)

^۵ Gilbert

^۶ Leaviss & Uttley

شفقت را در سه جهت به رسمیت می‌شناسد: شفقتی که ما می‌توانیم نسبت به دیگری یا دیگران احساس کنیم، شفقتی که ما می‌توانیم از دیگران به خودمان احساس کنیم و شفقتی که ما می‌توانیم به سمت خودمان هدایت کنیم (گیلبرت، ۲۰۱۴).

تحقیقات نشان داده‌اند افراد با شفقت به خود، سلامت روانی بهتری نسبت به افراد فاقد شفقت به خود دارند، برای نمونه شفقت به خود در افراد با افسردگی و اضطراب کم، بیشتر دیده می‌شود. شفقت به خود با توانایی‌های روان‌شناختی مثبت از قبیل شادی، خوش‌بینی، خرد، کنجکاو و کنکاش و هوش هیجانی ارتباط دارد. شفقت به خود بر توانایی مقابله مؤثر با فشارهای زندگی از قبیل شکست‌های تحصیلی، طلاق، بدمشغولی‌های دوران کودکی یا دردهای مزمن مؤثر است (نف، ۲۰۱۲). با بالا رفتن شفقت به خود در افراد، اختلال‌های روانی کمتر، بهزیستی روانی بیشتر و تحمل بیشتر مشاهده می‌شود (نوربالا، برجعلی و نوربالا، ۱۳۹۲). دین‌دار (۱۳۹۸) در تحقیقی نشان داد که آموزش شفقت به خود موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش میزان رضایت از زندگی اعضای گروه آزمایش می‌شود. باقری و سجادیان (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان دادند؛ درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم (جسمانی و روان‌شناختی) و فاجعه‌پنداری درد (نشخوار فکری، بزرگنمایی و درماندگی) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشت.

مفیت، نیومن و ویلیامسون^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند خود دلسوزی روشی نیرومند و کارآمد می‌باشد که از طریق آن می‌توان به بهبود فوری احساسات بدنی و تمایل به بهبود خود پرداخت. مک ایوان و گیلبرت (۲۰۱۵) دانشجویانی را تحت آموزش شفقت قرار دادند، نتایج نشان داد که افسردگی، اضطراب، استرس و نفرت به خود دانشجویان کاهش و شفقت آن‌ها افزایش یافته است. همچنین نتایج کیفی گویای آن بود که دانشجویان درمان متمرکز بر شفقت را به عنوان یک درمان کاربردی، راحت و قابل اجرا درک کرده بودند.

بوئرسما، هاکانسون، سالومونسون و جانسون^۲ (۲۰۱۵) در یک مطالعه موردی با شش فرد دارای اضطراب اجتماعی نشان دادند، درمان متمرکز بر شفقت یک رویکرد امیدوارکننده است که باعث کاهش اضطراب اجتماعی، شرم، خود انتقادی و انزوای سه نفر از افراد شرکت کننده شده است. نتایج پژوهش گل پور، ابوالقاسمی، احدی، نریمانی (۱۳۹۳) نشان داد آموزش خود دلسوزی - شناختی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان، بر بهبود افسردگی دانش آموزان افسرده مؤثرتر بود.

با توجه به جایگاه زن در خانواده به عنوان پایگاه امنیت و آرامش، مسائلی که به سلامت جسم و روان ارتباط دارد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به پژوهش‌هایی که مطرح شد، بر اساس آمارهای جهانی به طور متوسط یک زن در سنین باروری حدود ۵۰۰ تا ۴۰۰ بار قاعدگی را تجربه خواهد کرد. در این بازه زمانی ۸۵ درصد از زنان حداقل یکی از نشانه‌های پیش از قاعدگی و چیزی نزدیک به ۹ درصد آن‌ها تداخل نشانه‌های شدید خلقی پیش از قاعدگی (PMDD) را با زندگی روزمره تجربه می‌کنند. PMDD می‌تواند از تجربه‌ی اولین قاعدگی شروع و حتی پس از برداشتن رحم (در صورت سالم بودن تخمدان‌ها) ادامه پیدا کند. بنابراین تجربه‌ی این نشانه‌ها جزء شایع‌ترین، پرتکرارترین و پایدارترین مشکلات سلامت زنان در سنین باروری است. پژوهش‌ها در ایران نیز حاکی از آن است که زنان ایرانی در ۹۸ درصد موارد، حداقل یکی از نشانه‌ها و حدود ۱۰ الی ۱۴ درصد از زنان نشانه‌های شدیدتر را به شکل PMDD تجربه می‌کنند اما تنها ۲۱ درصد از آن‌ها گرایش به درمان‌جویی دارند که این آمار تقریباً یک‌دوم کمتر از آمار کلی گرایش زنان به درمان‌جویی در سطح جهان است؛ این در حالی است که در سال‌های اخیر زنان جوان ایرانی در حیطه‌های مختلف شغلی، تحصیلی، ورزشی، خانوادگی بیش‌ازپیش فعال شده‌اند و افزایش تعاملات بین فردی و استرس ناشی از بر عهده گرفتن مسئولیت‌ها می‌تواند زمینه‌ساز تشدید نشانه‌های پیش از قاعدگی شده یا بر کیفیت اجرای مسئولیت‌ها و روابط بین فردی زنان تأثیر بگذارد (سیه بازی، ۱۳۹۰).

از سویی دیگر پژوهش‌های زیادی نشان‌دهنده تأثیر منفی PMDD در جنبه‌های مختلف زندگی زنان است که از جمله مهم‌ترین آن‌ها مشکلات زناشویی، مشکلات مادر با فرزندان، غیبت از مدرسه و ناسازگاری‌های ارتباطی و انضباطی در دانشگاه و یا محل کار، افت تحصیلی و عملکردهای یادگیری، جروبحث با همکاران و انزوای اجتماعی، پیامدهای اقتصادی ناشی از غیبت کاری و کاهش کارآمدی شغلی (اسپیرف، ۲۰۰۵) کاهش توجه، افزایش مشکلات روان‌تنی، خودکشی، قتل و جنایت، درگیری با قانون و ارتکاب جرم است (برومن، ۲۰۰۷). در زمینه‌ی تعارضات زناشویی نیز پژوهشی تورانی و همکاران (۱۳۹۱) بر روی زنان متأهل شهر تهران نشان داده است که واکنش‌های هیجانی نظیر اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از نشانه‌های پیش از قاعدگی می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ی تعارضات زناشویی باشد. همچنین یافته‌های اسپیرف (۲۰۰۵)، حاکی از آن است که نشانه‌های شدید پیش از قاعدگی به علت کاهش سطح کارایی بانوان شاغل و غیبت از کار، سبب پیامدهای منفی اقتصادی نیز می‌شود.

1. Moffitt, Neumann & Williamson

2. Boersma, Hakanson, Salomonsson, & Johansson

3. Speroff

4. Bravman

آمار بالای مراجعه به پزشک زنان به دلیل نشانه‌های پیش از قاعدگی و همچنین گستره‌ی نشانه‌ها که به طور چشمگیری در PMDD شدت می‌یابد و همچنین ماهیت دوره‌ای و مزمن بودن آن که بیشتر زنان و خانواده‌های آنان را تحت تأثیر نشانه‌های بدنی و روانی بر هم زنده قرار می‌دهد؛ در کنار آگاهی کم زنان از تأثیرات مخرب همه‌جانبه‌ی آن در سطوح مختلف شغلی، تحصیلی، اجتماعی و اقتصادی باعث شده است که امروزه بیش‌ازپیش به کنترل نشانه‌ها، درمان و یافتن راه‌هایی برای کاهش تبعات ناشی از آن توجه شود.

با توجه به شیوع گسترده PMDD در سراسر جهان و ایران و اهمیت تغییر سبک زندگی و سبک مقابله‌ای این بیماران بر اساس مداخلات روان‌شناختی و همچنین از آن جا که شفقت و درمان متمرکز بر آن سازه‌ای نوپا است، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی و اثربخشی این مدل درمانی احساس می‌شود از طرف دیگر تاکنون پژوهشی که تأثیر آموزش خود-شفقت‌ورزی بر کاهش علائم اختلال پیش از قاعدگی را مورد مطالعه قرار دهد، انجام نشده است، بنابراین سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که: آیا آموزش خود-شفقت‌ورزی بر کاهش علائم اختلال پیش از قاعدگی در پرستاران شهر همدان تأثیر دارد؟

روش پژوهش:

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را همه پرستاران زن شهر همدان در سال ۱۳۹۸ تشکیل داد؛ با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از بین بیمارستان‌های شهر همدان دو بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب و در مرحله بعد از بیمارستان‌های انتخاب شده، سه بخش به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس با استفاده از پرسشنامه غربالگری اختلال پیش از قاعدگی، ۳۰ نفر از پرستاران زن بخش‌های انتخاب شده که شدت بالاتری از اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) داشتند، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، به عنوان نمونه آماری انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (آزمایش و کنترل) ۱۵ نفری جایگزین شدند.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱- ابزار غربالگری علائم پیش از قاعدگی^۱ (PSST):

این ابزار توسط استاینر و همکاران در ۲۰۰۳ ابداع شد و دارای ۱۹ سؤال و دو بخش دارد. بخش اول ۱۴ علائم از علائم جسمانی و روانی علائم پیش از قاعدگی و بخش دوم (۵ سؤال آخر) تأثیر این علائم بر زندگی فرد را می‌سنجد. برای تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی معیارهای زیر باید وجود داشته باشند: حداقل یکی از سؤالات ۱، ۲، ۳ و ۴ (خشم یا تحریک‌پذیری، اضطراب، گریه کردن یا حساس‌تر شدن در مقابل طرد شدن و خلق افسرده) شدید باشد.

به علاوه حداقل پاسخ چهار سؤال از ۱ تا ۱۴ متوسط تا شدید باشد.

حداقل جواب یکی از ۵ سؤال آخر که مربوط به تداخل نشانه‌های پیشین با عملکرد است، شدید باشد.

حد پایین نمرات به دست آمده صفر و حد نهایی نمرات ۵۷ است. نمرات بین ۰ تا ۱۹ نشان‌دهنده‌ی نشانه‌های خفیف پیش از قاعدگی، نمرات بین ۱۹ تا ۲۸ نشان‌دهنده‌ی نشانه‌های متوسط پیش از قاعدگی و نمرات ۲۸ تا ۵۷ نشان‌دهنده PMDD هستند.

ین، چانگ، لانگ، چن و ین^۲ (۲۰۱۱) در مطالعه خود آلفای کرونباخ بخش اول و دوم این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش هاشمی، طالع پسند و علوی (۱۳۹۳) ضریب اعتبار و ضریب حساسیت این ابزار برای تشخیص ملال پیش از قاعدگی به ترتیب ۰/۷ و ۱ می‌باشد. سیه بازی، حریری، منتظری و مقدم بنائم (۱۳۸۹) به ترجمه و روانسازي گونه ایرانی این ابزار پرداختند. مقادیر نسبت روایی محتوا به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ می‌باشد که حاکی از روایی محتوایی این پرسشنامه است.

۲- فرآیند آموزش خود-شفقت‌ورزی:

جدول ۱. پروتکل درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ ترجمه اثباتی و فیضی ۱۳۹۵؛ تیرچ و همکاران، ۲۰۱۴؛ ترجمه دانشمندی و همکاران،

(۱۳۹۵)

^۱ Premenstrual Symptom Symptoms Screening tool

^۲ Yen, Chang, Long, Tang, Chen & Yen

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه و مداخلات	مدت زمان (برحسب دقیقه)
اول	مفهوم‌سازی موردی	برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت	۴۰ ۵۰
دوم	معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج‌آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است؟	۵ ۶۵ ۲۰
سوم	آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه؛ آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش و نحوه اجرای آن؛ معرفی مهارت‌های توجه آگاهی، خوردن توجه آگاهانه (به عنوان مثل تمرین خوردن کشمش) تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام‌بخش در موقعیت‌های خارج از جلسه، خوردن توجه آگاهانه در خانه	۱۰ ۲۰ ۲۰ ۲۰ ۱۰
چهارم	آشنای با خصوصیت- های شفقت و شناخت فرد مشفق	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل توضیح خصوصیت‌های شش‌گانه شفقت (مؤلفه‌های بعد اشتیاق) شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت‌پذیری)، توضیح این موضوع که برای اینکه مراجع به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت‌هایی را یاد بگیرد. تکلیف: مراجع نمونه‌هایی از مؤلفه‌های بعد اشتیاق در زندگی‌اش را برای جلسه بعد بنویسد. مراجع ویژگی‌های فرد مشفق را در خود بررسی کند.	۱۰ ۳۰ ۳۵ ۱۵
پنجم	مهارت‌های شفقت: استدلال مشفقانه توجه مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل استفاده از ریتم تنفسی آرام‌بخش، آموزش نحوه تصویرسازی خود مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای تکنیک صندلی مشفق (تکنیک سه صندلی) تکلیف: مراجع چند ثانیه نشواری فکری کنند و بعد تمرین خودمشفق شدن را انجام دهند و به تفاوت این دو وضعیت دقت کنند؛ مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفقانه به مقابله با خودانتقادگری بپردازد.	۱۰ ۶۰ ۲۰
ششم	تصویرسازی مشفقانه تجربه حسی مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش، معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، تصویرسازی ایجاد مکانی امن، رنگ‌آمیزی مشفقانه تکلیف: استفاده از تصویرسازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج	۱۰ ۶۰ ۲۰
هفتم	احساس مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش قبل از هر تمرین تمرین شفقت نسبت به دیگران، در پایان این تمرین مراجع چند جمله درباره حسی که این تمرین به او داده بنویسد. متمرکز کردن خود مشفق به سمت دیگران تمرین دریافت شفقت از سوی دیگران، در پایان این تمرین مراجع چند جمله درباره حسی که این تمرین به او داده بنویسد. تمرین شفقت ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفقی ایدئال و کامل برای خود،	۱۰ ۵ ۲۰ ۲۰ ۲۰

۵	اشاره‌ای مختصر به مفهوم ترس از شفتت تکلیف: مراجع تمرین‌های یاد گرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به کار برد.		
۵ ۷۵ ۱۰	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، جمع‌بندی جلسات گذشته و ارائه خلاصه‌ای از آن‌ها تکلیف: مراجع هر روز اقدامی مهربانانه برای خود یا فرد دیگری انجام دهد؛ مراجع ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه تولید و تمرین کند؛ نامه‌ای مشفقانه برای خود در خانه بنویسد.	رفتار مشفقانه	هشتم

یافته‌ها

در این مطالعه اطلاعات مربوط به ۳۰ آزمودنی در دو گروه کنترل و آزمایش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید.

در این بخش آمار توصیفی مربوط به نمرات متغیرهای تحقیق و هر یک از مؤلفه‌های آن آمده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های گروه آزمایشی

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	۲,۶۰	۰,۷۳	۲,۳۳	۰,۷۲
علائم روانی	۱,۹۴	۰,۳۱	۱,۵۶	۰,۲۵
عملکرد	۱,۸۴	۰,۴۲	۱,۶۲	۰,۳۶
اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD)	۳۷,۲۷	۶,۳۳	۳۱	۶,۲۲

جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایشی در پس‌آزمون، در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون در متغیرهای علائم جسمانی، علائم روانی، عملکرد و اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) کاهش یافته است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های گروه کنترل

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	۲,۶۷	۸۱	۲,۶۰	۶۳
علائم روانی	۱,۷۴	۳۳	۱,۷۳	۲۶
عملکرد	۱,۶۹	۳۳	۱,۷۲	۳۱
اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD)	۳۴,۲۰	۵,۲۸	۳۳,۸۰	۴,۷۰

داده‌های جدول (۳) نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل برخلاف آزمودنی‌های گروه آزمایشی، پس از مداخله، در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون، تغییرات محسوسی نداشته است.

فرضیه پژوهش: خود-شفقت‌ورزی بر کاهش علائم اختلال پیش از قاعدگی پرستاران شهر همدان تأثیر دارد.

در راستای تحلیل داده‌های مربوط به این فرضیه از روش تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. مندرجات جدول (۴) بروندادهای مربوط به این آزمون را منعکس نموده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لامبدای ویلکز

منابع تغییر	اثر	ارزش	F	درجات آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
-------------	-----	------	---	-------------	----------------	--------------	----------

مندرجات جدول (۴) تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان می‌دهد که با کنترل اثرات پیش‌آزمون، آموزش خود-شفقت‌ورزی بر ترکیب متغیرهای وابسته (علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی) تأثیر متفاوت و معنی‌دار دارند ($F=18/65, P<0/01$)؛ بنابراین برای اطلاع از میزان تأثیر آموزش خود-شفقت‌ورزی بر هر یک از متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس اثرات آموزش خود-شفقت‌ورزی بر کاهش علائم اختلال پیش از قاعدگی با کنترل پیش‌آزمون

منابع اثر	متغیرهای وابسته	SS	Df	Ms	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	علائم روانی	۰/۶۲۱	۱	۰/۶۲۱	۳۸/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۵۹۹
خطا	علائم جسمانی	۰/۴۷۶	۱	۰/۴۷۶	۲/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۱
	علائم روانی	۰/۴۱۶	۲۶	۰/۰۱۶			
	علائم جسمانی	۴/۲۸	۲۶	۰/۱۶۵			

مندرجات جدول (۵) نشان می‌دهد که آموزش خود-شفقت‌ورزی قادر است به طور معنی‌دار میزان اختلال پیش از قاعدگی را کاهش دهد، چرا که F محاسبه شده ($38/78$) و ($2/88$) در سطح $P<0/01$ معنی‌دار هستند؛ بنابراین با کنترل اثرات پیش‌آزمون تفاوت نمرات پس‌آزمون (علائم روانی و علائم جسمانی) در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بوده و این معنی‌داری به معنای تأثیر آموزش خود-شفقت‌ورزی در کاهش اختلال پیش از قاعدگی است؛ بنابراین فرضیه اصلی خود-شفقت‌ورزی بر کاهش علائم اختلال پیش از قاعدگی پرستاران شهر همدان تأثیر دارد، تأیید می‌شود؛ به عبارت دیگر آموزش خود-شفقت‌ورزی در کاهش اختلال پیش از قاعدگی پرستاران شهر همدان مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج فرضیه پژوهش نشان داد، آموزش خود-شفقت‌ورزی بر کاهش علائم اختلال پیش از قاعدگی پرستاران شهر همدان تأثیر دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بر اساس بررسی‌های انجام شده از سوی پژوهشگر، پژوهشی که کاملاً شبیه به پژوهش حاضر باشد یافت نشد. اما پژوهش‌هایی صورت گرفته که تا اندازه‌ای با عنوان پژوهشی حاضر مرتبط هستند.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیق‌های دین‌دار (۱۳۹۸)، باقری و همکاران (۱۳۹۷)، مفیت و همکاران (۲۰۱۸)، مک ایوان و همکاران (۲۰۱۵)، بوئرسما و همکاران (۲۰۱۵)، نف و همکاران (۲۰۱۳)، جوج و همکاران (۲۰۱۲) و لری و همکاران (۲۰۰۷) همسو می‌باشد.

این پژوهش نشان داد که آموزش خود-شفقت‌ورزی توانسته است، ادراک آزمودنی‌ها از توانایی مقابله خود با استرس‌های روزمره زندگی و تغییرات فیزیولوژیکی بدن در حین قاعدگی، ناتوانی آن‌ها در برابر بیماری و نیز حالت‌های خلقی آن‌ها را تغییر دهد. بنابراین این شیوه درمانی را می‌توان به عنوان شیوه‌ای مستقل یا در کنار سایر شیوه‌های درمانی مانند دارو درمانی به کار برد. به‌گونه‌ای که نه تنها به کاهش علائم پیش از قاعدگی بیانجامد، بلکه مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن را نیز بهبود بخشد.

اگرچه با بررسی‌های انجام شده توسط محقق، حداقل در ایران تا امروز پژوهشی در زمینه تأثیر آموزش خود-شفقت‌ورزی بر کاهش علائم پیش از قاعدگی پرستاران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) صورت نگرفته است اما پژوهشگر با تکیه بر سازه‌ای سه مؤلفه‌ای خود دلسوزی که شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی می‌باشد (مهربانی با درک خود به جای قضاوت در مورد خود و پذیرش کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اشتراکات انسانی نیز پذیرش اینکه تمام انسان‌ها دارای نقص هستند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند. ذهن آگاهی به آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و نادیده گرفتن جنبه‌های دردناک یک تجربه می‌باشد) از این رویکرد آموزشی استفاده نمود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، آموزش خود-شفقت‌ورزی به چند جهت به طور بالقوه می‌توانست بر کاهش نشانه‌های اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) مؤثر واقع شود. اول این که PMDD در DSM_5 به عنوان یک اختلال خلقی حاصل از یک شرایط زودگذر زیست‌شناختی ناشی از حساسیت ژنتیکی فرد به تغییرات هورمونی و کاهش سطوح ناقل‌های عصبی مرتبط با خلق، اضطراب و تنظیم هیجان شناخته شده و به عنوان یکی

از طبقات اصلی اختلالات خلقی پذیرفته شده است. طبق دیدگاه زیستی-اجتماعی لینهان، آسیب‌پذیری‌های زیستی، یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز دشواری‌های هیجانی و اختلالات روان‌شناختی به‌خصوص دو اختلال خلقی و اضطرابی هستند. از این نظرگاه، افرادی که در این پژوهش با عنوان افراد مبتلا به PMDD شناخته می‌شوند از یک آسیب‌پذیری زیستی دوره‌ای رنج می‌برند که به طور موقت می‌تواند فرد را در واکنش به عوامل محیطی و آنچه در درون درک و احساس می‌کند؛ تحریک‌پذیر نماید. این عامل در کنار شرایط زیست فرد، تجربه و عدم یادگیری روش‌های صحیح مقابله با مشکلات ناشی از PMDD و به‌بیان‌دیگر زندگی فرد آسیب‌پذیر در محیطی که آشکارکننده‌ی کژ رفتاری‌های فرد هستند و تداوم آن در طی دوره‌های متعدد و رویارویی زنان با نتایج منفی کژ رفتاری‌های خود در ارتباط با دیگران، در شرایط کاری می‌تواند بروز نشانه‌ها را شدت بخشد. با تکیه بر دیدگاه لینهان این تبیین قابل‌پذیرش است زیرا از دیدگاه او تمامی افراد دارای آسیب‌پذیری زیستی مبتلا به اختلالات مرتبط با آسیب‌پذیری خود نخواهند شد بلکه این عامل در صورتی که فرد در یک محیط حساس و ناتوان‌کننده قرار بگیرند و یا راهبردهای مناسب مدیریت خود را فرا نگرفته باشند؛ در معرض خطر بروز اختلال قرار خواهند گرفت. با تکیه بر رویکرد زیستی-اجتماعی لینهان، می‌توان گفت که تجربیات ابتدایی دوران کودکی همانند سرکوب هیجانی و درنهایت نیاموختن راه درست تخلیه‌ی هیجان‌های منفی و یا بیان آن در شرایطی که فرد بیش از همیشه نسبت به آن‌ها حساس و آسیب‌پذیر است؛ می‌تواند زمینه را برای بروز بیشتر نشانه‌ها و تداوم آن‌ها به علت تولید بیش‌ازپیش احساسات منفی در فرد مبتلا، تصورات منفی از کارکرد خود، نتایج منفی حاصل از عملکرد، واکنش منفی دیگران در برابر بد عملکردی‌های دوره‌ای فرد، عدم درک احساسات دوره‌ای او به علت عدم آگاهی کافی و انتظارات فرهنگی از زنان که همواره باید خوددار، پویا و هم‌نوا باشند؛ فرد مبتلا را در دوره‌های بعدی تجربه‌ی نشانه‌ها بیش‌ازپیش با آسیب مواجه می‌کند. از دیدگاه پژوهشگر، این شیوه‌ی درمانی به علت شمول تقریباً تمامی عناصر پیوسته و تأثیرگذار بر ایجاد، بروز و تداوم PMDD می‌توانست یک رویکرد مناسب برای این اختلال باشد.

از سویی دیگر با توجه به تأکید رویکرد آموزش خود-شفقت‌ورزی بر «پذیرش»، این درمان تنش زیادی در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مرتبط با پایه‌های زیستی آشکار در جهت تغییر همه‌جانبه‌ی خود تحمیل نمی‌کند. در این درمان فرد می‌آموزد احساسات دوره‌های منفی خود را به عنوان یک شرایط زیستی گذرا که تأثیر منفی محسوسی بر خلق، کارکردهای شناختی، عملکردهای حرکتی و استفاده از راهبردهای مناسب هیجانی می‌گذارد؛ در درجه‌ی بیدید (به نقل از فرهمند، ۱۳۹۶).

در تبیین دیگر می‌توان گفت، در تبیین نتایج می‌توان گفت که تحقیقات نشان داده است شفقت خود که اخیراً به عنوان جایگزینی برای ارزش خود در نگرش و ارتباط سالم با خود مطرح شده است، نقش مؤثری در تنظیم هیجانات و نگرش افراد نسبت به پدیده‌ها و مشکلات زندگی دارد در واقع وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگر افراد پیوند و ارتباط احساس کنند و به‌واسطه‌ی این احساس برتر بر تنهایی و طرد غلبه نمایند (نف و مک‌گی، ۲۰۱۰) و خود را در مقابل فشارها و مسائل زندگی تنها نبینند بنابراین افرادی که شفقت خود بالاتری دارند در تجربه‌ی وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، از طریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند همچنین مؤلفه ذهن آگاهی شفقت خود، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری کند (نف، ۲۰۱۲) و از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجانات منفی (مانند نگرش نسبت به زندگی و...) که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آن‌ها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مؤلفه‌ی ذهن آگاهی با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجانات منفی در آن‌ها می‌شود. مطالعات، ارتباط منفی ذهن آگاهی را با اضطراب، افسردگی و علائم جسمی نشان داده‌اند (لری و همکاران، ۲۰۰۷). شفقت خود، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که شفقت خود بالایی دارند از آنجا که با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی در زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه‌ی عملکرد واقعی‌شان است، چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خود انتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی. تحقیقات نشان داده است که افراد مشفق با خود بهتر می‌توانند در عین حال که با خود مهربان هستند، مسئولیت شخصی خود را در حوادث منفی که به وجود آوردند، بپذیرند (سعیدیان، ۱۳۹۴).

مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش عبارت‌اند از: جامعه و نمونه آماری این پژوهش محدود به پرستاران شهر همدان بوده، بنابراین تعمیم‌پذیری آن به سایر زنان باید با احتیاط انجام شود؛ جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه باعث می‌شود که نتوان اطلاعات عمیق‌تری در مورد آزمودنی‌ها به دست آورد. در صورتی که اگر امکان داشت، از ابزارهای دیگری نظیر مصاحبه استفاده شود، نتایج جامع‌تری کسب خواهد شد؛ پرسشنامه‌های مورد استفاده در این

۱ Linnen

۲ Neff & McGeehee

پژوهش ابزارهایی خود گزارشی می‌باشند؛ در نتیجه امکان دارد آنچه توسط آزمودنی گزارش می‌شود مطابق با توانایی‌ها و عملکرد واقعی موجود وی نباشد.

پیشنهاد می‌شود تحقیق‌های بیشتر در جوامع آماری دیگر و مناطق با وضعیت فرهنگی متفاوت انجام گردد تا یافته‌های پژوهش حاضر را با اطمینان بیشتری بتوان تعمیم داد؛ در کنار آموزش خود-شفقت‌ورزی به پرستاران با اختلال ملال پیش از قاعدگی از سایر رویکردهای آموزشی و درمانی نیز بهره برده شود؛ مشاوران و درمانگران از درمان متمرکز بر شفقت و تمرین‌های مربوط به آن در کنار رویکردهای درمانی دیگر استفاده نمایند؛ با توجه به حرفه مراقبتی پرستاران پیشنهاد می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی، پرستاران را با مهارت‌های خود-شفقت‌ورزی آشنا نمایند.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ویراست پنجم. ترجمه هامایاک آوادیسیناس، حسن هاشمی میناباد و داود عرب قهستانی، ۱۳۹۴. تهران: انتشارات رشد.
- باقری، سودابه و سجادیان، ایلناز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم و فاجعه‌پنداری درد در دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، ۹ (۱)، ۵۲-۶۵.
- تورانی، س، پاشایی، ل. و قطره سامانی، ز (۱۳۹۱). بررسی رابطه سندرم پیش از قاعدگی و تاب‌آوری در پیش‌بینی تعارضات زناشویی در بین زنان متأهل شهر تهران. زن و مطالعه خانواده، ۵ (۱۷)، ۵۱-۶۶.
- تیرچ، ندیس؛ ساندورف، بنجامین و سیلبراستین، لورا (۲۰۱۴). درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت. ترجمه سعیده دانشمندی، راضیه ایزدی و محمدرضا عابدی (۱۳۹۵). چاپ اول، تهران: انتشارات کاوشیار.
- دین‌دار، وجیهه (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شفقت به خود به شیوه‌ی گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش رضایت از زندگی نوجوانان بی‌سرپرست و بد سرپرست استان کرمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مشهد: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی.
- سعیدیان، کورش (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر میزان فشارخون و کیفیت زندگی در زنان بیمار مبتلا به فشارخون بالا در شهرستان سروآباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه کردستان، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه روانشناسی.
- سیه بازی، ش.، حریری، ف.، و منتظری، ع (۱۳۹۰). استانداردسازی پرسشنامه‌ی غربالگری علائم قبل از قاعدگی PSST. ترجمه و روان‌سنجی گونه‌ی ایرانی. فصلنامه‌ی پایش، ۱۰ (۴)، ۴۲۷-۴۲۱.
- سیه بازی، شیوا؛ حریری، فاطمه؛ منتظری، علی و مقدم بنائم، لیلیا (۱۳۸۹). استانداردسازی پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی PSST. ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. فصلنامه پایش، ۱۰ (۴)، ۴۲۷-۴۲۱.
- فرهمنند، مانده (۱۳۹۶). تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر علائم افسردگی، اضطراب و دشواری در تنظیم هیجان دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- کشاوری، ل. و روزبهانی، م (۱۳۹۲). بررسی ارتباط بین پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر با علائم روحی توأم با سندرم پیش از قاعدگی و ورزش صبحگاهی. آموزش و پژوهش در روان‌شناسی ورزشی، ۱۸۹ (۱۹)، ۲۰۴-۱۸۹.
- گیلبرت، پائول (۲۰۱۰). درمان متمرکز بر شفقت. ترجمه مهرنوش اثباتی، علی فیضی (۱۳۹۵). چاپ اول، تهران: انتشارات ابن‌سینا.
- نوربالا، ف؛ برجلی، الف؛ نوربالا، الف (۱۳۹۲). اثر تعاملی «شفقت به خود» و نشخوار فکری بیماران افسرده در «درمان مبتنی بر شفقت» دانشور پزشکی، دو ماهنامه علمی-پژوهشی، دانشگاه شاهد، ۲۰ (۱۰۴)، ۹۲-۷۷.
- هاشمی، یاسمن؛ طالع پسند، سیاوش و علوی، کاوه. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار غربالگری نشانگان پیش‌قاعدگی در دانشجویان دختر دانشگاه سمنان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، ۲ (۲)، ۹۶-۸۲.

- Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion Focused Therapy to Counteract Shame, Self-Criticism and Isolation. A Replicated Single Case Experimental Study for Individuals with Social Anxiety. *J Contemp Psychother*, 45, 89-98
- Bosman, R. C., Jung, S. E., Miloserdov, K., Schoevers, R. A., & Aan het Rot, M. (2016). Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 189, 43-53.
- Braverman, P. K. (2007). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2 (1), 3-12.
- Eggert, L., Kleinstäuber, M., Hiller, W., & Witthöft, M. (2017). Emotional interference and attentional processing in premenstrual syndrome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 77-87.
- Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 465-475.

- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53,6-41.
- Hardy, C., & Sillence, E. (2016). What Are Women Being Exposed to? A Review of the Quality, Content and Ownership of Websites on Premenstrual Dysphoric Disorder. *Women's Health Issues*, 26 (2), 183-189.
- Hillard, P., Brek, J. (2002). Novak's gynecology. 13 ed. New York: Lippincott Williams & wilkins, 320-334.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of groupbased compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420-429.
- Kim, K., Hong, J. P., Cho, M. J., Fava, M., Mischoulon, D., Lee, D. W., Jeon, H. J. (2016). Loss of sexual interest and premenstrual mood change in women with postpartum versus non-postpartum depression: A nationwide community sample of Korean adults. *Journal of Affective Disorders*, 191, 222-229.
- Kroll R, Rapkin AJ. (2006). Treatment of premenstrual disorders. *The Journal of Reproductive Medicine*, 51(4):359-370.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focus therapy: an early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Selfcompassion and reaction to unpleasant self-relevant event: The implications of treating on self- kindly. *Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- McEwan, K., & Gilbert, P. (2015). A pilot feasibility study exploring the practicing of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 438-452.
- Moffitt, Robyn L. Neumann, David L & Williamson, Shannon P. (2018). Comparing the efficacy of a brief self-esteem and self-compassion intervention for state body dissatisfaction and self-improvement motivation. *Body Image*, vol67, 67-76.
- Neff, K. D., & McGeehee, P. (2010). Selfcompassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Neff, KD. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 1-17.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.
- Speroff., L. (2005), *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 531-546.
- Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of women's mental health*, 6(3), 203-209.
- Yen, J.Y. Chang S.J. Long, C.Y., Tang, T.C. Chen, C.C. & Yen, C.F. (2011). Working memory deficit in premenstrual dysphoric disorder and its Associations with difficulty in concentrating and irritability. *Comr Psychiarty*, 53(5), 5-540.
- Yonkers, K. A., & Simoni, M. K. (2017). Premenstrual disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.045>.