



مقایسه تاثیر درمان هیجان-مدار فردی و زوجی بر شیوه‌های مقابله با تغییرات پس از قاعدگی در زنان مبتلا به اختلال پیش از قاعدگی

ندا جوادی ^{id}

شیرین کوشکی* ^{id}

فاطمه گلشنی ^{id}

آنیتا باغداساریانس ^{id}

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
دانشیار گروه روانشناسی بالینی و سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Sh.kooshki@iauctb.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۵

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۷

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۴ پیاپی ۱۸ | ۸۴-۶۹
پاییز ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(جوادی و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

جوادی، ندا، کوشکی، شیرین، گلشنی، فاطمه، و باغداساریانس، آنیتا. (۱۴۰۲). مقایسه تاثیر درمان هیجان-مدار فردی و زوجی بر شیوه‌های مقابله با تغییرات پس از قاعدگی در زنان مبتلا به اختلال پیش از قاعدگی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۴)، ۸۴-۶۹.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین تاثیر درمان هیجان‌مدار فردی و زوجی بر شیوه‌های مقابله با تغییرات پس از قاعدگی انجام شد. **روش پژوهش:** طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با سه گروه آزمایشی و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان متاهل در شهر تهران تشکیل دادند که از این جامعه تعداد ۵۳ نفر با روش در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب و در سه گروه (دوگروه آزمایش و یک گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. یافته‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه شیوه‌های مقابله با تغییرات پیش از قاعدگی (رید و همکاران، ۲۰۱۴) در سه نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری مورد جمع‌آوری قرار گرفت و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان‌های هیجان‌مدار فردی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار درگروه‌های آزمایش در مراحل پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل موجب افزایش راهبردهای مقابله‌ای با تغییرات پیش از قاعدگی شده است و این افزایش در طول زمان پایدار بوده است. **نتیجه‌گیری** بین اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار فردی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر مولفه‌های راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معنادار وجود دارد به طوری که زوج‌درمانی بر افزایش "مولفه حمایت اجتماعی و برقراری روابط" نسبت به درمان فردی تأثیر بیشتری داشته و از طرف دیگر درمان هیجان‌مدار فردی بر مولفه‌های "مراقبت از خود" و "اجتناب از آسیب" نسبت به زوج‌درمانی اثربخشی بیشتری داشته است.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، زوج‌درمانی، شیوه‌های مقابله با تغییرات پس از قاعدگی.

مقدمه

اختلالات پیش از قاعدگی^۱ به مجموعه‌ای از علائم روانشناختی، فیزیولوژیکی و مشکلات جسمانی همراه با آن گفته می‌شود که به دوره‌های قاعدگی ارتباط داشته و در زنان شایع است (جانسون، ۲۰۰۴؛ مارجوریانک، براون، ابرین و ویت، ۲۰۱۳). در ابتدا این طبقه از اختلالات تحت عنوان "تنیدگی پیش از قاعدگی" معرفی شد؛ اما در نهایت سندروم پیش از قاعدگی در ادبیات پزشکی بسیاری از کشورهای اروپایی مصطلح شد (الگیزوی و ابرین، ۲۰۱۸). این نشانگان در وضعیتی شدیدتر و در انتهای پیوستار، به ملال پیش از قاعدگی منجر می‌شود که یک وضعیت مزمن و ناتوان‌کننده در سال‌های تولید مثل زنان می‌باشد (اگبه و همکاران، ۲۰۱۱). بازشناسی یک پیوستار از رنج پیش از قاعدگی و نیز همپوشانی بین تشخیص‌های دوگروه سندروم پیش از قاعدگی و ملال پیش از قاعدگی سبب شده تا محققان از یک طبقه تشخیصی واحد تحت عنوان "اختلالات پیش از قاعدگی" برای معرفی این گروه از اختلالات نام ببرند (نووت و همکاران، ۲۰۱۳).

چرخه قاعدگی یک فرآیند فیزیولوژیکی و مهم‌ترین نشانه کار دستگاه تولیدمثل در زنان است. در بدن زنان به طور متوسط در طول ۲۸ روز یک چرخه کامل و منظم رخ می‌دهد که با تغییراتی در دیواره رحم، فولیکول‌های تخمدانی و نوسانات هورمونی مربوطه همراه است (امرا، رومرو و وگنر، ۲۰۱۲). قاعدگی یا همان "عادت ماهیانه" پدیده‌ای طبیعی است که در سنین باروری زنان به طور منظم در فاز لوتئال چرخه تولیدمثل روی می‌دهد، ولی گاهی این پدیده طبیعی با علائم و تاثیرات آزاردهنده‌ای همراه است که منجر به بروز اختلالاتی در زنان می‌شود (دنرستاین، ۲۰۱۰). اختلالات پیش از قاعدگی از مشکلات شایع در بین زنان است و شامل علائم عودکننده روانی، جسمانی و رفتاری در مرحله پیش از قاعدگی یا روزهای نخست قاعدگی بوده و با آسیب‌های قابل توجهی در عملکرد طبیعی روزانه و کیفیت زندگی فرد در حوزه‌های مختلف همراه است و این علائم با شروع قاعدگی یا بعد از گذشت چند روز از بین می‌روند (یانکرز و سیمونی، ۲۰۱۷). از جمله علائم روانشناختی و فیزیکی مرتبط با تغییرات پیش از قاعدگی، تحریک‌پذیری، بی‌ثباتی عاطفی، خشم، اضطراب، خستگی یا فقدان انرژی، احساس از دست دادن کنترل، تغییر در اشتها، خواب و اشکال در تمرکز، حساسیت و درد در پستان‌ها، نفخ، سردرد، درد عضله تغییرات دیگر می‌باشند (جانادا و همکاران، ۲۰۱۹).

گرچه سبب‌شناسی دقیق این اختلالات مشخص نیست اما نظریه‌های مختلفی در سبب‌شناسی این اختلالات چند عاملی مطرح شده است. عوامل ژنتیکی (هو و همکاران، ۲۰۰۷)، طول دوره قاعدگی (دریکوند-مقدم و همکاران، ۲۰۱۴)، همبودی‌های روانپزشکی (کیم و همکاران، ۲۰۰۴)، عوامل مرتبط با شخصیت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، زیست‌شناسی، سبک زندگی و متغیرهای رفتاری، متغیرهای جمعیت‌شناختی، سن، خصوصیات جسمانی و سابقه تولید مثل و قاعدگی و نیز تفاوت‌های جنسیتی در پاسخ به فشار روانی، به عنوان عوامل خطر در سبب‌شناسی‌های این دسته از اختلالات معرفی شده است (دانراشتاین و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه به اینکه همه زنان، تغییرات روانشناختی (رومانس و همکاران،

۲۰۱۲)، علائم مرتبط با سلامت جسمانی (وولفرام و همکاران، ۲۰۱۱) و افت عملکرد قابل توجه (زیومکویکز و همکاران، ۲۰۱۲) در طول دوره قاعدگی خود تجربه نمی‌کنند، سبب‌شناسی‌های متفاوتی برای این اختلالات مطرح شده که چگونگی تأثیر این عوامل به طور کامل روشن نشده است (وو و همکاران، ۲۰۱۶)، برخی از مطالعات اولیه پیرامون سبب‌شناسی سندروم و ملال پیش از قاعدگی بر ترشح ناهنجار و بیش از حد هورمون‌های تولید مثل اشاره کرده‌اند (روبینو و همکاران، ۲۰۰۷). اما برخلاف این نتایج، یافته‌های مطالعات اخیر حاکی از آن است که بین زنان مبتلا به اختلالات پیش از قاعدگی و زنان بهنجار از نظر ترشح هورمون‌های تولید مثل تفاوت معناداری وجود ندارد (کیائو و همکاران، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر، زنان تغییرات هورمونی را متفاوت تجربه می‌کنند که این تفاوت تحت تأثیر عوامل روانشناختی قرار دارد؛ می‌توان گفت این عوامل روانشناختی هستند که تعیین می‌کنند زنان چگونه تغییرات طبیعی ناشی از چرخه قاعدگی را تجربه و به آن‌ها پاسخ دهند (آشر، ۲۰۱۳). مرحله قبل از قاعدگی چرخه به خودی خود یک فشار روانی است، و شدت پریشانی قبل از قاعدگی تحت تأثیر سبک مقابله‌ای زنان قرار می‌گیرد (آشر، ۲۰۱۳). زنان مبتلا به اختلالات پیش از قاعدگی از شیوه‌های مقابله‌ای متفاوتی نسبت به زنان غیرمبتلا استفاده می‌کنند. زنانی که از علائم پیش از قاعدگی رنج می‌برند از شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند و به تغییرات عاطفی با رفتارهای ناسازگارانه مانند خودسرزنی، عدم پذیرش تجربه، رفتارهای تکانشی پاسخ می‌دهند، درسوی مقابل برخی از شیوه‌های مقابله با تغییرات پیش از قاعدگی، به کاهش علائم و رنج همراه با این علائم کمک می‌کند (لاریا و همکاران، ۲۰۱۴). ارتباط شیوه‌های مقابله‌ای با شدت پریشانی پیش از قاعدگی در چندین پژوهش تأیید شده است، به عبارتی شدت پریشانی قبل از قاعدگی تحت تأثیر شیوه‌های مقابله‌ای قرار می‌گیرد (فرناندز و همکاران، ۲۰۱۹).

هرچند رویکردهای مختلفی برای مداخلات روانشناختی در تحقیقات مطرح شده‌اند، با توجه به پیشینه پژوهشی و مبانی نظری تأکید کننده بر نقش عمده کیفیت روابط عاطفی زوجین و شیوه‌های مقابله‌ای و با استناد به پشتوانه پژوهشی غنی اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار، پیشنهاد شده است. رویکرد هیجان‌مدار با هدف قرار دادن مکانیسم‌های روانی دخیل در اختلالات پیش از قاعدگی، بتواند در کاهش یا تعدیل مولفه‌های مربوطه تأثیرگذار باشد (رنا و همکاران، ۲۰۱۷). اثربخشی و کاربست درمانی این رویکرد بر اختلالات و وضعیت‌های روانشناختی متفاوتی تأیید شده است. مداخلات در وضعیت خلقی (واتسون، ۲۰۰۳) و آسیب‌های هیجانی (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۰) و اختلال شخصیت مرزی (پوس و گرینبرگ، ۲۰۱۲)، اضطراب و اختلالات خوردن (لافارنس رابینسون و همکاران، ۲۰۱۶) در نهایت زوج‌درمانی (جانسون، ۲۰۰۴) اثربخش بوده است. علاوه بر این، مشخص شده که زوج‌درمانی هیجان‌مدار در افزایش صمیمیت بین همسران اثربخش بوده است (سلطانی و همکاران، ۲۰۱۳) و به صورت معناداری به بهبود کیفیت ارتباطی بین زوجینی کمک کرده که همسرانشان از افسردگی رنج می‌برده‌اند (دنتون و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه دیگری مشخص شد که زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت زناشویی و کاهش افسردگی ناشی از عدم رضایت زناشویی اثربخشی معناداری داشته است (امانی و مجذوبی، ۲۰۱۳).

با توجه به اهداف رویکرد هیجان‌مدار می‌توان گفت این درمان سعی دارد با تسهیل آگاهی، ابراز و پذیرش هیجان، پاسخ‌های هیجانی سالم و سازگارانه را توسعه داده و با تنظیم هیجان به عنوان یک وظیفه درمانی

رشدی در درمان اختلالات اثرگذار باشد (گرینبرگ، ۲۰۱۹). در درمان هیجان‌مدار فردی با تاکید بر نمادسازی و تبدیل کلمات به احساسات به تنظیم عواطف و خودنظم‌دهی کمک کرده و با ایجاد فضای امن و همدلانه، مالک شدن و اعتبار بخشی نیازها همراه با حس عاملیت را تقویت می‌کند (گرینبرگ، ۲۰۱۴)، از سوی دیگر، در مداخلات زوجی هیجان‌مدار تمرکز بر دغدغه‌های دلبستگی، آشکار ساختن هیجان‌ات آسیب‌پذیر و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد پیوندهای هیجانی ایمن، ابراز خواسته‌ها در یک بافت ارتباطی همدلانه است (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۰۸). در درمان فردی عمق‌بخشی به تجربه‌های فرد و پذیرش جنبه‌های سرکوب شده تجربه‌ها، تحمل هیجان، درک و پذیرش خود توسط فرد بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد (گرینبرگ، ۲۰۱۹) و در مقابل در زوج‌درمانی بر ایجاد پیوندهای هیجانی ایمن و افزایش درک و پذیرش نسبت به نیازها و تجربه‌های همسر مورد هدف قرار می‌گیرد (جانسون، ۲۰۲۰). با توجه به مسائلی که زنان مبتلا به پیش از قاعدگی و به تبع آن خانواده درگیر هستند و همچنین مبانی نظری و پژوهشی بیان شده، اهمیت پرداختن به این موضوع را بیش از پیش روشن می‌کند بویژه اینکه تحقیقات انجام شده در این حوزه در کشور محدود بوده و شکاف تحقیقاتی در مقایسه اثربخشی و ماندگاری اثر درمان هیجان‌مدار فردی و زوجی بر شیوه‌های مقابله‌ای زنان مبتلا به اختلال پیش از قاعدگی را هر چه بیشتر نمایان می‌سازد؛ بنابراین هدف اصلی این پژوهش پاسخ به سؤال زیر بود:

۱. تاثیر درمان هیجان‌مدار فردی و زوجی بر شیوه‌های مقابله‌ای زنان مبتلا اختلال پیش از قاعدگی چه تفاوت دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی همراه با دو گروه مداخله و گروه کنترل بود که هر گروه مورد ارزیابی پیش از موم و پس از موم و پیگیری (دوماهه) قرار گرفته‌اند. جامعه آماری مورد نظر در پژوهش حاضر تمامی زنان متأهل در شهر تهران بود. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از میان زنان داوطلب برای شرکت در جلسات درمان انجام شد واز افراد با رعایت موازین اخلاقی و حرفه‌ای و نیز با کسب رضایت، مصاحبه بالینی جهت تشخیص اختلالات پیش از قاعدگی به انجام رسید تا در صورت برآورده کردن معیارهای لازم برای سندروم و ملال پیش از قاعدگی برای تکمیل دیگر پرسشنامه‌ها و آغاز جلسات درمانی همکاری نمایند. جهت انجام پژوهش آزمایشی لازم است حداقل تعداد ۱۲ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شود (دلور و کوشکی، ۱۳۹۲)، در نتیجه با احتساب احتمال ریزش نمونه‌ها در هر گروه ۱۸ نفر در نظر گرفته شد که از گروه‌های آزمایش یک نفر دچار ریزش شد و به ۱۷ نفر تقلیل یافت. ملاک‌های ورود و خروج پژوهش عبارت بود از مبتلا به علائم پیش از قاعدگی، داشتن علاقه برای شرکت در پژوهش و همچنین عدم دریافت مداخله درمانی دیگر، تاهل، داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن دوره‌های قاعدگی منظم (۲۱ تا ۳۵ روزه)، عدم مصرف هرگونه داروی هورمونی (به استثنای داروهای ضدبارداری)، داروهای روانپزشکی، عدم سابقه بیماری روانپزشکی تشخیص داده شده یا تحت درمان قرار گرفته، عدم بارداری یا زایمان در طول ۱۲ ماه گذشته، رضایت و تمایل همسر برای شرکت در جلسات زوج‌درمانی. افراد با مصاحبه بالینی براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و با

استفاده از ابزار غربالگری علائم پیش از قاعدگی به منظور تشخیص اختلالات پیش از قاعدگی ارزیابی شدند؛

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شیوه‌های مقابله‌ای با سندروم پیش از قاعدگی (PMCM). این پرسشنامه نخستین بار توسط آریید و همکاران (۲۰۱۴) تدوین شده است. تحلیل عاملی از ۳۲ گویه حاکی از ۵ عامل شامل اجتناب از درد، آگاهی از تغییرات پیش از قاعدگی، پذیرش تغییرات، تنظیم انرژی یا خود-مراقبتی و ارتباط تشکیل شده است. این خرده مقیاس‌ها از اعتبار و روایی سازه و محتوایی مطلوبی برخوردار بوده است. میانگین، انحراف استاندارد، ضریب تشخیص و آلفای کرونباخ راهبردهای مقابله با نشانگان پیش از قاعدگی به تفکیک هر سؤال را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ کل برای ۶۴ سؤال شیوه‌های مقابله با نشانگان پیش از قاعدگی برابر با ۰/۹۳ می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که تشخیص سؤالات در این متغیر در بهترین حالت با آلفای کرونباخ خوب می‌باشد. همچنین ضریب تشخیص سؤالات در حد مورد قبول می‌باشد. در مطالعه خاکباز و همکاران (۱۴۰۰) اعتبار مقیاس راهبردهای مقابله با تغییرات پیش از قاعدگی از طریق ضریب همسانی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ برای پنج عامل این پرسشنامه، براساس ساختار عاملی تاییدی نهایی (۳۵ ماده) برابر ۰/۸۶۴ به دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مناسب این ابزار بود. افزون بر آن ضریب آلفای کرونباخ هر یک از راهبردهای مقابله با تغییرات پیش از قاعدگی: خود مراقبتی، اجتناب از آسیب، پذیرش و آگاهی، تنظیم هیجان و تمایل به تنهایی به ترتیب برابر ۰/۸۷۱، ۰/۸۵۵، ۰/۸۶۹، ۰/۷۰۳ و ۰/۶۳۳ به دست آمد که نشان داد علاوه بر اعتبار مناسب مقیاس، سنجش راهبردها نیز از اعتبار مناسبی برخوردار است. از طرفی ضرایب همبستگی در بازآزمایی مقیاس (در فاصله زمانی یکماه) برای تمام عوامل بالا بود که نمایانگر ثبات آزمون در طول زمان است. همچنین روایی همزمان پرسشنامه (PMCM) مورد تایید قرار گرفت (خاکباز و همکاران، ۱۴۰۰).

۲. درمان هیجان‌مدار زوجی. خلاصه محتوای درمان هیجان‌مدار زوجی به کار رفته در پژوهش حاضر در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه بسته درمان هیجان‌مدار زوجی

ردیف	خلاصه محتوا
جلسه اول	پیش‌آزمون، خلق و ایجاد اتحاد درمانی و تبیین موارد تعارض ساز در محوریت تلاشهای دلبسته‌مدارانه.
جلسه دوم	توصیف و روشن‌سازی چرخه‌ی تعاملی منفی همزمان با پدیداری
جلسه سوم	دستیابی به هیجانات ناشناخته‌ای که زیر ساختار الگوهای تعامل را تشکیل می‌دهند
جلسه چهارم	قاب‌دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه‌ی منفی، هیجانات زیرساختاری و نیازهای دلبسته‌مدار
جلسه پنجم	افزایش شناخت در مورد هیجانات، نیازها و جنبه‌هایی از خود که هنوز به مالکیت شخص در نیامده‌اند، سپس یکپارچه ساختن و تلفیق نمودن این عناصر با تعاملات ارتباطی
جلسه ششم	ایجاد و افزایش پذیرش نسبت به تجربه‌ی پدیدار شونده‌ی هر یک از همسران توسط دیگری
جلسه هفتم	تسهیل ابراز نیازها خواسته‌ها و خلق درگیری هیجانی وقایع دلبسته‌سازی
جلسه هشتم	تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه‌ی ارتباطی

جلسه نهم	تثبیت و تقویت مواضع تازه و چرخه‌های نوین، پیرامون رفتارهای دلبسته‌مدار
جلسه دهم	بررسی احساسات ناتمام، توضیح و جمع بندی جلسات قبل، بازخورد اصلاحی، جمع بندی نهایی احساسات ناتمام
جلسه یازدهم	پس آزمون

۳. درمان هیجان‌مدار فردی. خلاصه محتوای درمان هیجان‌مدار فرد به کار رفته در پژوهش حاضر در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۲. خلاصه بسته درمان هیجان‌مدار فردی

ردیف	خلاصه محتوا
جلسه اول	پیش آزمون، ایجاد راپورت و رابطه حسنه، معرفی و شرح حال گیری، مثلث هیجان - تفکر - بدن
جلسه دوم	شناسایی و معرفی هیجان‌ات پایه در فرد
جلسه سوم	ادامه شناسایی و معرفی هیجان‌ات پایه در فرد
جلسه چهارم	شناسایی صحنه‌های هیجان‌زا منفی در مراجع و تجربه مجدد آن
جلسه پنجم	توضیح نقش زبان در ابراز و یا بازداري هیجانی و معرفی فن تاگشایی خاطره انگیز
جلسه ششم	ادامه توضیح نقش زبان در ابراز و یا بازداري هیجانی و معرفی فن تاگشایی خاطره انگیز
جلسه هفتم	معرفی هنرهای بیانگر و فراخوانی احساسات، صندلی خالی، نوشتن نامه
جلسه هشتم	توضیح ارتباط بین پردازش‌های هیجانی، شناختی و بدنی
جلسه نهم	توضیح نمادسازی و به عمل در آوردن احساسات، فرایند نمادسازی و پیچیده کردن جملات با استفاده از استعاره ها، کنایه و تمثیل
جلسه دهم	بررسی احساسات ناتمام، توضیح و جمع بندی جلسات قبل، بازخورد اصلاحی، جمع بندی نهایی احساسات ناتمام
جلسه یازدهم	بررسی احساسات ناتمام، توضیح و جمع بندی جلسات قبل، بازخورد اصلاحی، جمع بندی نهایی احساسات ناتمام
جلسه دوازدهم	پس آزمون

شیوه اجرا. افراد واجد شرایط تشخیص این اختلالات براساس نمرات کسب شده در ابزار و به طور تصادفی در یکی از سه گروه مداخله فردی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی هیجان‌مدار و گروه کنترل گماشته شدند. بدین ترتیب ابتدا هر سه گروه به پرسشنامه شیوه‌های مقابله با تغییرات پیش از قاعدگی پاسخ دادند و سپس رویکرد هیجان‌مدار زوجی برای گروه آزمایشی ۱، هیجان‌مدار فردی برای گروه آزمایشی ۲ اعمال شد اما گروه کنترل هیچ‌گونه‌ای مداخله‌ای دریافت نکردند، پس از اتمام دوره از هر سه گروه پس-آزمون بعمل آمد و دو ماه بعد از پس‌آزمون، آزمون پیگیری به منظور سنجش پایداری نتایج اجرا شد. بدین ترتیب داده‌های لازم جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۵۳ زن در سه گروه حضور داشت که میانگین سنی گروه هیجان مدار زوجی ۳۶/۴۳، هیجان مدار فردی ۳۷/۵۴ و گروه کنترل ۳۷/۶۴ بود. نتایج حاکی از این بود که بیشتر زنان در هر سه گروه مدت ازدواج کمتر از ۵ سال داشتند. بیشتر زنان شرکت کننده دارای تحصیلات دیپلم و کارشناسی بودند (۶۳ درصد) و ۲۰ درصد زیردیپلم و ۱۶ درصد تحصیلات بالای کارشناسی داشتند.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه گیری مکرر (طرح یک بین-یک درون) در

مؤلفه‌های شیوه‌های مقابله با تغییرات پیش از قاعدگی

منبع اثر	متغیر	SS	df	MS	F	P	η^2
اثر بین گروهی	مراقبت از بدن	۳۰۰/۰۲	۲	۱۵۰/۰۱	۱۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	برنامه ریزی	۸/۳۳	۲	۴/۱۶	۴/۱۷	۰/۰۲	۰/۱۴
	مراقبت از خود	۵۱۹/۷۶	۲	۲۵۹/۸۸	۵۳/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط	۹۶/۲۷	۲	۴۸/۱۳	۱۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	اجتناب از آسیب زدن به خود	۷۳۹/۹۵	۲	۳۶۹/۹۸	۸۷/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	پذیرش	۱۳۸/۵۲	۲	۶۹/۲۶	۱۵/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	آگاهی	۱۵۵/۶۹	۲	۷۷/۸۴	۲۹/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	تنظیم هیجان	۷۵۹/۵۰	۲	۳۷۹/۷۵	۷۹/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	میل به تنهایی	۳۴۹/۱۰	۲	۱۷۴/۵۵	۳۷/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	اثر تعامل گروه× زمان	مراقبت از بدن	۱۷۰/۱۵	۴	۴۲/۵۴	۱/۲۴	۰/۳۰
برنامه ریزی		۹/۲۲	۳/۵۳	۲/۶۱	۱/۰۰	۰/۴۱	۰/۰۴
مراقبت از خود		۸۰۵/۴۹	۴	۲۰۱/۳۷	۱۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹
حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط		۱۳۶/۰۰	۴	۳۴/۰۰	۴/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۱۶
اجتناب از آسیب به خود		۷۶۸/۲۱	۴	۱۹۲/۰۵	۱۸/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲
پذیرش		۱۰۵/۱۴	۳/۲۷	۳۲/۱۶	۲/۴۱	۰/۰۷	۰/۰۹
آگاهی		۵۲۲/۶۹	۴	۱۳۰/۶۷	۱۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸
تنظیم هیجان		۱۵۸۶/۲۸	۴	۳۹۶/۵۷	۲۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲
میل به تنهایی		۱۰۷۴/۳۶	۴	۲۶۸/۵۹	۲۸/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳

پس از معناداری اثر زمان و اثر متقابل نتایج مقابله‌ها بررسی شد. در مؤلفه‌های مراقبت از بدن، برنامه ریزی، مراقبت از خود، حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط، اجتناب از آسیب زدن به خود، پذیرش، آگاهی، کنترل عواطف، و میل به تنهایی پیش از آزمون با پس از آزمون تفاوت معناداری داشت ولی پس از آزمون با پیگیری تفاوت معناداری را نشان نداد. بدین معنی که میانگین این مؤلفه‌ها از پیش از آزمون تا پس از آزمون کاهش یافته است. اثر متقابل گروه×زمان نیز از پیش از آزمون به پس از آزمون در مؤلفه‌های مراقبت از خود، حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط، اجتناب از آسیب زدن به خود، آگاهی، کنترل عواطف، و میل به

تنهایی معنادار بود، و می‌توان گفت که این مؤلفه‌ها در گروه‌های مداخله‌ای هیجان مدار فردی و زوج درمانی هیجان مدار در طی زمان نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری داشته است.

. نتایج آزمون مقایسه بین سه مرحله. Error! No text of specified style in document. جدول

اندازه‌گیری در مؤلفه‌های شیوه‌های مقابله با تغییرات پیش از قاعدگی

منبع اثر	متغیر	مقایسه	SS	d f	MS	F	P	η^2
اثر درون آزمودنی	مراقبت از بدن	پیش آزمون با پس آزمون	۱۴۸۰/۲۴	۱	۱۴۸۰/۲۴	۲۰/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	برنامه ریزی	پس آزمون با پیگیری	۱۰/۶۵	۱	۱۰/۶۵	۰/۱۹	۰/۶۷	۰/۰۰۱
اثر تعامل گروه × زمان	مراقبت از خود	پیش آزمون با پس آزمون	۵۰/۱۶	۱	۵۰/۱۶	۸/۲۹	۰/۰۱	۰/۱۴
	حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط	پس آزمون با پیگیری	۱/۴۴	۱	۱/۴۴	۰/۴۶	۰/۵۰	۰/۰۱
اثر تعامل گروه × زمان	اجتناب از آسیب	پیش آزمون با پس آزمون	۱۱۰۳/۲۰	۱	۱۱۰۳/۲۰	۴۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	به خود پذیرش	پس آزمون با پیگیری	۳۳۶/۲۳	۱	۳۳۶/۲۳	۱۶/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۵
اثر تعامل گروه × زمان	آگاهی تنظیم	پیش آزمون با پس آزمون	۱۱۲۰/۲۱	۱	۱۱۲۰/۲۱	۸۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	هیجان میل به تنهایی	پس آزمون با پیگیری	۱۳/۲۴	۱	۱۳/۲۴	۰/۸۷	۰/۳۶	۰/۰۲
اثر تعامل گروه × زمان	مراقبت از بدن	پیش آزمون با پس آزمون	۳۵۹۲/۶۹	۱	۳۵۹۲/۶۹	۹۳/۱۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	برنامه ریزی	پس آزمون با پیگیری	۲۱۰/۷۶	۱	۲۱۰/۷۶	۹/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۱۶
اثر تعامل گروه × زمان	مراقبت از خود	پیش آزمون با پس آزمون	۸۳۷/۴۰	۱	۸۳۷/۴۰	۳۴/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط	پس آزمون با پیگیری	۴۸/۲۷	۱	۴۸/۲۷	۱/۶۵	۰/۲۰	۰/۰۳
اثر تعامل گروه × زمان	اجتناب از آسیب	پیش آزمون با پس آزمون	۱۰۷۷/۴۳	۱	۱۰۷۷/۴۳	۶۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	به خود پذیرش	پس آزمون با پیگیری	۲۳۸/۴۱	۱	۲۳۸/۴۱	۱۲/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۰
اثر تعامل گروه × زمان	آگاهی تنظیم	پیش آزمون با پس آزمون	۶۵۸/۴۰	۱	۶۵۸/۴۰	۲۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	هیجان میل به تنهایی	پس آزمون با پیگیری	۰/۲۳	۱	۰/۲۳	۰/۰۱	۰/۹۳	۰/۰۰۱
اثر تعامل گروه × زمان	مراقبت از بدن	پیش آزمون با پس آزمون	۱۰۸۲/۳۷	۱	۱۰۸۲/۳۷	۶۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	برنامه ریزی	پس آزمون با پیگیری	۲۷۱/۲۱	۱	۲۷۱/۲۱	۱۱/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸
اثر تعامل گروه × زمان	اجتناب از آسیب	پیش آزمون با پس آزمون	۲۲۹/۷۷	۲	۱۱۴/۸۸	۱/۵۸	۰/۲۲	۰/۰۶
	به خود پذیرش	پس آزمون با پیگیری	۲۲/۹۷	۲	۱۱/۴۸	۰/۲۰	۰/۸۲	۰/۰۱
اثر تعامل گروه × زمان	مراقبت از خود	پیش آزمون با پس آزمون	۱۸/۳۰	۲	۹/۱۵	۰/۵۱	۰/۲۳	۰/۰۶
	حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط	پس آزمون با پیگیری	۳/۹۹	۲	۱/۹۹	۰/۶۴	۰/۵۳	۰/۰۲
اثر تعامل گروه × زمان	اجتناب از آسیب	پیش آزمون با پس آزمون	۶۰۹/۱۴	۲	۳۰۴/۵۷	۱۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	به خود پذیرش	پس آزمون با پیگیری	۲۴۳/۹۴	۲	۱۲۱/۹۷	۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹
اثر تعامل گروه × زمان	مراقبت از خود	پیش آزمون با پس آزمون	۱۸۴/۱۶	۲	۹۲/۰۸	۷/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط	پس آزمون با پیگیری	۱/۸۰	۲	۰/۹۰	۰/۰۶	۰/۹۴	۰/۰۰۱
اثر تعامل گروه × زمان	اجتناب از آسیب	پیش آزمون با پس آزمون	۱۲۶۳/۶۵	۲	۶۳۱/۸۲	۲۸/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳

۰/۰۲	۰/۶۷	۰/۴۱	۸/۸۸	۲	۱۷/۷۶	پس آزمون با پیگیری	آسیب زدن به خود
۰/۰۸	۰/۱۲	۲/۲۳	۵۴/۱۵	۲	۱۰۸/۲۹	پیش آزمون با پس آزمون	پذیرش
۰/۰۱	۰/۸۱	۰/۲۱	۶/۲۸	۲	۱۲/۵۶	پس آزمون با پیگیری	
۰/۵۵	۰/۰۰۱	۳۰/۳۰	۵۲۱/۸۱	۲	۱۰۴۳/۶۳	پیش آزمون با پس آزمون	آگاهی
۰/۲۳	۰/۰۰۱	۷/۵۸	۱۴۹/۱۵	۲	۲۹۸/۳۰	پس آزمون با پیگیری	
۰/۶۷	۰/۰۰۱	۵۱/۰۱	۱۴۱۰/۴۴	۲	۲۸۲۰/۸۸	پیش آزمون با پس آزمون	تنظیم هیجان
۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱۰/۰۶	۳۳۳/۵۰	۲	۶۶۷/۰۰	پس آزمون با پیگیری	
۰/۷۱	۰/۰۰۱	۶۰/۹۶	۹۷۲/۵۲	۲	۱۹۴۵/۰۵	پیش آزمون با پس آزمون	میل به
۰/۵۰	۰/۰۰۱	۲۴/۵۴	۵۸۸/۱۸	۲	۱۱۷۶/۳۶	پس آزمون با پیگیری	تنهایی
			۲۳/۹۷	۵	۱۱۹۸/۶۳	پس آزمون با پیگیری	

نتایج تحلیل تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ گزارش شده است. با توجه به نتایج می‌توان گفت که در مؤلفه‌های مراقبت از بدن، برنامه ریزی، پذیرش، آگاهی، کنترل عواطف، و میل به تنهایی هر دو درمان هیجان‌مدار فردی و زوج درمانی هیجان‌مدار تفاوت معناداری با گروه کنترل داشتند بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این دو درمان بر روی این مؤلفه‌ها تاثیر معناداری داشته‌اند. در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری بین دو درمان مشاهده نشد. همچنین در مؤلفه‌های مراقبت از خود، حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط، و اجتناب از آسیب زدن به خود تفاوت معناداری بین دو گروه درمانی هیجان‌مدار فردی و زوج درمانی هیجان‌مدار با گروه کنترل مشاهده شد و می‌توان نتیجه گرفت که این دو درمان بر روی این مؤلفه‌ها موثر بوده‌اند. در این مؤلفه‌ها دو درمان هیجان‌مدار فردی و زوج درمانی هیجان‌مدار نیز تفاوت معناداری نشان دادند بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این دو درمان تاثیر یکسانی بر روی این مؤلفه‌ها نداشته‌اند. با توجه به نتایج می‌توان بیان کرد که زوج درمانی هیجان‌مدار در مؤلفه‌ی حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط تاثیر بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار فردی داشت. همچنین در مؤلفه‌های مراقبت از خود، و اجتناب از آسیب زدن به خود درمان هیجان‌مدار فردی تاثیر بیشتری نسبت به زوج درمانی هیجان‌مدار داشت.

جدول ۵. نتایج تحلیل تعقیبی بونفرونی در طی سه مرحله ی اندازه گیری بین سه گروه در شیوه‌های

مقابله با تغییرات پیش از قاعدگی

متغیر	گروه	MD	SD	P	حد پایین	حد بالا
مراقبت از بدن	هیجان‌مدار فردی	۱/۳۱	۱/۱۹	۰/۸۳	-۱/۶۴	۴/۲۶
	هیجان‌مدار					
	کنترل	*۵/۵۴	۱/۱۶	۰/۰۰۱	۲/۶۲	۸/۳۷
	زوج درمانی هیجان‌مدار	*۴/۱۸	۱/۱۶	۰/۰۰۱	۱/۳۱	۷/۰۵
برنامه ریزی	هیجان‌مدار فردی	-۰/۰۶	۰/۳۴	۱/۰۰	-۰/۹۱	۰/۷۹
	هیجان‌مدار					

کنترل	۰/۸۰*	۰/۳۳	۰/۰۶	-۰/۰۳	۱/۶۲
زوج درمانی هیجان مدار	۰/۸۵*	۰/۳۳	۰/۰۴	۰/۰۳	۱/۶۸
هیجان مدار فردی	۰/۷۶	۰/۰۱	۰/۰۱	۲/۷۱	۶/۴۷
مراقبت از خود					
کنترل	۰/۷۴	۰/۷۴	۰/۰۱	۵/۷۵	۹/۴۱
زوج درمانی هیجان مدار	۰/۷۴	۰/۷۴	۰/۰۱	۱/۱۷	۴/۸۲
هیجان مدار فردی	۰/۵۴	۰/۵۴	۰/۰۵	-۲/۷۰	۱/۰۱
حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط	۰/۳۵*				
کنترل	۰/۹۰*	۰/۵۳	۰/۰۱	۰/۵۸	۳/۲۱
زوج درمانی هیجان مدار	۰/۲۵*	۰/۵۳	۰/۰۱	۱/۹۴	۴/۵۶
هیجان مدار فردی	۰/۷۸*	۰/۷۱	۰/۰۱	۱/۰۳	۴/۵۳
اجتناب از آسیب زدن به خود					
کنترل	۰/۸۳*	۰/۶۹	۰/۰۱	۷/۱۳	۱/۵۳
زوج درمانی هیجان مدار	۰/۰۴*	۰/۶۹	۰/۰۱	۴/۳۴	۷/۷۵
هیجان مدار فردی	-۰/۴۹	۰/۷۲	۱/۰۰	-۲/۲۸	۱/۳۰
پذیرش					
کنترل	۰/۱۰*	۰/۷۰	۰/۰۱	۱/۳۶	۴/۸۴
زوج درمانی هیجان مدار	۰/۵۹*	۰/۷۰	۰/۰۱	۱/۸۵	۵/۳۳
هیجان مدار فردی	-۰/۰۴	۰/۵۶	۱/۰۰	-۱/۴۳	۱/۳۵
آگاهی					
کنترل	۰/۵۵*	۰/۵۵	۰/۰۱	۲/۲۰	۴/۹۰
زوج درمانی هیجان مدار	۰/۵۹*	۰/۵۵	۰/۰۱	۲/۲۴	۴/۹۴
هیجان مدار فردی	۱/۲۴	۰/۷۵	۰/۳۱	-۰/۶۲	۳/۰۹
تنظیم هیجان					
کنترل	۰/۴۴*	۰/۷۳	۰/۰۱	۶/۶۴	۱/۲۵
زوج درمانی هیجان مدار	۰/۲۱*	۰/۷۳	۰/۰۱	۵/۴۱	۹/۰۱
هیجان مدار فردی	۰/۱۲	۰/۷۴	۱/۰۰	-۱/۷۰	۱/۹۴
میل به تنهایی					
کنترل	۰/۴۱*	۰/۷۲	۰/۰۱	۳/۶۴	۷/۱۸
زوج درمانی هیجان مدار	۰/۲۹*	۰/۷۲	۰/۰۱	۳/۵۲	۷/۰۷

میانگین مؤلفه‌های مراقبت از بدن، برنامه ریزی، مراقبت از خود، حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط، اجتناب از آسیب زدن به خود، پذیرش، آگاهی، تنظیم هیجان، و میل به تنهایی نشان داده شده است. نتایج حاکی از این است که میانگین مؤلفه‌ها در طی زمان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش داشته است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه تاثیر درمان هیجان‌مدار فردی و زوجی بر شیوه‌های مقابله زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی انجام شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نشان داد درمان‌های هیجان‌مدار فردی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار در گروه‌های آزمایش در مراحل پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل موجب افزایش راهبردهای مقابله‌ای با تغییرات پیش از قاعدگی شده است ($\eta^2=0/44$) و این افزایش در زیر مولفه‌های (مراقبت از خود، $\eta^2=0/39$)، (حمایت اجتماعی و برقراری روابط $\eta^2=0/16$)، (اجتناب از آسیب به خود $\eta^2=0/42$)، (آگاهی $\eta^2=0/38$)، (تنظیم هیجان $\eta^2=0/52$)، (میل به تنهایی $\eta^2=0/53$) در طول زمان پایدار بوده است. همچنین نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان‌های هیجان‌مدار فردی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر مولفه‌های راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معنادار وجود دارد به طوری که زوج‌درمانی بر افزایش "مولفه حمایت اجتماعی و برقراری روابط" نسبت به درمان فردی تأثیر بیشتری داشته و از طرف دیگر درمان هیجان‌مدار فردی بر مولفه‌های "مراقبت از خود" و "اجتناب از آسیب" نسبت به زوج‌درمانی اثربخشی بیشتری داشته است.

یافته‌های به دست آمده با یافته‌های پژوهش آشور و پرز (۲۰۱۸) که در آن به مقایسه اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری زوج و فردی پرداخته بودند مبنی بر بهبود و توسعه راهبردهای مقابله‌ای با تغییرات پیش از قاعدگی از جمله افزایش ارتباطات و جستجوی کمک، افزایش درک شریک زندگی در هردو گروه و به ویژه در زوج‌درمانی مطابقت دارد همچنین نتایج با تحقیق ابراهیمی تازه کند و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش راهبردهای ناکارآمد همسو می‌باشد، پژوهش‌های بیشتری که منطبق بر یافته‌های فوق باشد یافت نشد. در تبیین یافته‌ها و نتایج فوق می‌توان با استناد بر پیشینه پژوهشی اظهار داشت به طور کلی زنان مبتلا به اختلالات پیش از قاعدگی در مواجهه با عوامل استرس‌زا از استراتژی‌های مقابله‌ای متفاوتی نسبت به زنان غیرمبتلا استفاده می‌کنند (کایزر، ۲۰۱۸) به عبارت دیگر این زنان با شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد به تغییرات چرخه‌ای پاسخ می‌دهند (کرینر، سیگمون و متینسون، ۲۰۱۵). سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد شامل برون‌ریزی‌های تکانشی، عدم درک و پذیرش خود، مسئولیت‌پذیری افراطی، رفتارهای خودآسیب‌رسان، اجتناب از تجربه هیجانات، اسناد علائم و احساسات منفی به عوامل درونی و بدن ناشی از ناتوانی و دشواری در تنظیم هیجان می‌باشد (کرینر و همکاران، ۲۰۱۴). از این منظر می‌توان گفت مداخلات هیجان‌مدار از طریق افزایش تحمل پریشانی، تمایز احساسات اصلی دردناک، تولید احساسات انطباقی از جمله حس شفقت خود (کونولی زوبات، تیمولاک، هیسونفکولمن، ۲۰۱۹) بر افزایش راهبردهای مقابله‌ای با تغییرات پیش از قاعدگی مؤثر بوده‌اند. به نظر می‌رسد درمان هیجان‌مدار فردی با ایجاد فضایی امن و پذیرا، دستیابی به هیجانات و نیازهای سازگارانه و آگاهی و تجربه احساسات را تسهیل نموده و به دنبال ابراز خالصانه و قدرتمند نیازها احساس شفقت پدیدار گشته (گرینبرگ، ۲۰۱۵) و رفتارهای شفقت به خود از نوع مراقبت از خود، اجتناب از شرایط وموقعیت‌های آسیب‌زا، اختصاص دادن زمان برای خلوت و لذت بردن از امور به تنهایی افزایش پیدا می‌کنند. به عبارت دیگر درمان‌های هیجان‌مدار با تسهیل رفتارهای خودتسکینی، حمایت و مراقبت از خود و شفقت خود به درک و پذیرش تغییرات پیش از قاعدگی و بهبود شیوه‌های مقابله زنان با این

تغییرات منجر می‌شوند. از آنجا که عمق‌بخشی و توجه و تمرکز بر تجارب بدنی و معتبرسازی تجربه اینجا و اکنون مراجع در جلسه درمان از ابزارهای اساسی درمان هیجان‌مداراست (الیوت و گرینبرگ، ۲۰۱۶). بنابراین می‌توان گفت به دنبال تمرینات توجه‌آگاهی و تکنیک‌های تنفس و بادی‌اسکن، درمان بر افزایش مولفه "آگاهی" از شیوه‌های مقابله اثرگذار بوده است. با توجه به اینکه زوج‌درمانی هیجان‌مدار با هدف ترغیب بیان نیازهای دلبستگی و ایجاد دلبستگی‌های جدید، به ردگیری و پردازش مجدد واکنش‌های هیجانی در تعاملات زوجها پرداخته و منجر به همدلی زوجها نسبت به یکدیگر و خلق الگوهای تعاملی جدید می‌شود (اصلاحی، عارفی، حسینی، امیری، ۱۳۹۷)، می‌توان اظهارکرد در یک بافت ارتباطی حمایتی و با هدف معتبرسازی و نرمال‌سازی تجربه هیجان‌ات، مداخلات زوج‌درمانی توانسته‌اند بر افزایش شیوه‌های مقابله اثرگذار باشند. همچنین در تبیین اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی بر مولفه "حمایت اجتماعی و برقراری روابط" می‌توان گفت مداخلات زوج‌درمانی از طریق اعتباربخشی نیازهای اساسی و آموزش و آگاه‌سازی مردان نسبت به تجربه و تغییرات پیش از قاعدگی در زنان (آشروپرز، ۲۰۱۴)، الگوهای ابراز نیاز و احساسات زنان و پاسخ‌های حمایتی مردان (گرینبرگ، واروار، مک‌لوم، ۲۰۱۰) را تسهیل می‌کنند. در مقابل در تبیین کارآمدی بیشتر درمان هیجان‌مدار فردی بر "مراقبت از خود" و "اجتناب از آسیب" را می‌توان بر تائید و اهمیت بیشتر بر مهارت‌های خودتسکینی، نیرومند کردن خود، تقویت حس عاملیت خود (گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۴) شناخت آسیب‌پذیری‌ها به منظور اجتناب از موقعیت‌های تنش‌زا در راهبردهای درمان فردی اشاره کرد.

در تبیین عدم پایداری اثربخشی درمان بر برخی مولفه‌ها از راهبردهای مقابله‌ای از جمله "برنامه‌ریزی"، "پذیرش"، "مراقبت از بدن" می‌توان به این موضوع اشاره کرد از آنجایی که مقابله با تغییرات پیش از قاعدگی ممکن است به دلیل ارزش‌ها، رفتارها و نگرش‌های مردم‌محور نسبت به زنان مبتلا به این سندروم، دشوار باشد (هوکا، ولکانو، میراندا و منگیللو، ۲۰۱۰) با وجود افزایش آگاهی و شناخت نسبت به تغییرات پیش از قاعدگی و هیجان‌ات و نیازهای مرتبط، آموزش و آگاه‌سازی مردان، برای رسیدن به "پذیرش" که امریست درونی و فرآیندی نیاز به زمان بیشتر و پیگیری‌های طولانی‌تر وجود دارد و همچنین می‌توان گفت بینش و آگاهی برای ایجاد یک تغییر بادوام در الگوهای تعاملی پرفشار، کافی به نظر نمی‌رسند (الیوت، واتسون، گلدمن، گرینبرگ ۲۰۱۵). از طرف دیگر با توجه به فرهنگ غالبی سرکوب‌نگر نسبت به هیجان‌ات منفی از جمله غم، خشم و ترس، زنان برای پذیرش تغییرات عاطفی و احساسات دچار تعارض می‌شوند. از طرف دیگر برای ایجاد و ثبت تغییرات پایدار در مؤلفه‌های برنامه‌ریزی و مراقبت از بدن که هردو شامل تغییرات در سبک زندگی، فعالیت‌های رفتاری مرتبط با تغذیه سالم، ورزش،... و نیز استفاده از ابزارهایی چون نرم‌افزارهای موبایل و تقویم برای یادآوری زمان قاعدگی برای برنامه‌ریزی می‌باشند، با توجه به تمرکز بیشتر بر جنبه‌های عاطفی از مقابله برای تنظیم احساسات منفی در جلسات هیجان‌مدار و تاکید کمتر بر اقدامات رفتاری جهت تنظیم وضعیت جسمی به نظر می‌رسد نیاز به غنی کردن جلسات درمانی با تکنیک‌ها و فعالسازی رفتاری و تقویت برای ایجاد و ثبات عادات سالم می‌باشد. همچنین می‌توان اضافه کرد احتمالاً تغییر در سبک زندگی و عادات برنامه‌ریزی در بلند مدت و با نهادینه شدن حس مراقبت و شفقت خود، پدیدار گردند.

استفاده از نمونه‌گیری غیر تصادفی در مرحله اول نمونه‌گیری مهمترین محدودیت این پژوهش بود. با توجه به نمونه انتخابی که شامل زنان متأهل در شهر تهران بود، در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت نمود؛ پیشنهاد می‌شود جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، مشابه این پژوهش روی دختران مجرد و در دامنه سنی گسترده‌تر و دوره زمانی طولانی‌تر نیز تکرار گردد تا نتایج با پژوهش حاضر مقایسه شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آینده با مد نظر قرار دادن تفاوت‌های قومی و فرهنگی، شخصیتی اثرات این دوره‌های درمانی را مورد بررسی قرار دهند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند تمامی شرکت‌کنندگان صمیمانه قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

ابراهیمی تازه کند، فریبا، وکیلی، پریش، و دکنه‌ای فرد فریده. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر راهبردهای مقابله‌ای در زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره تهران. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۱۷(۶۹)، ۵۸۱-۵۹۰.

References

- Amani, R., & Majzoobi, MR. (2014). Comparing Effectiveness of Emotional Focused, Cognitive Behavioral and Cognitive Behavior Emotional Couple Therapy on the Change Process of Spouse's Marital Satisfaction and Women Depression: Journal of Family Counseling & Psychotherapy, 3(3), 14-20.
- Dennerstein, L., Lehert, P., Keung, L. S., Pal, S. A., & Choi, D. (2010). A population-based survey of Asian women's experience of premenstrual symptoms. Menopause international, 16(4), 139-145
- Denton, W.H., Wittenborn, A.K., & Golden, R.N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for

- couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 23–38
- Direkvand-Moghadam, A., K. Sayehmiri, A. Delpisheh, and S. Kaikhavandi. 2014. "Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS) -A Systematic Review and MetaAnalysis Study." *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 8 (2): 106–9. doi:10.7860/JCDR/2014/8024.4021
- Ebrahimi Tazekand, F., Vakili, P., & Dokaneifard, F. (2018). The effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Coping Strategies in Couples Referred to Tehran Counseling Centers. *Journal of psychologicalscience*, 17(69), 581-590. (In Persian)
- El-Gizawy, Z. A., & O'Brien, P. S. (2018). Premenstrual Syndrome. *Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology*, 663-671
- Emera D, Romero R, Wagner G. The evolution of menstruation: a new model for genetic assimilation: explaining molecular origins of maternal responses to fetal invasiveness. *Bioessays* 2012; 34: 26-35
- Fernández, M. D. M., Regueira-Méndez, C., & Takkouche, B. (2019). Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. *PLoS One*, 14(3), 1-13.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power. American Psychological Association.
- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of marital and Family Therapy*, 36(1), 28-42.
- HUO, L., STRAUB, R. E., ROCA, C., SCHMIDT, P. J., SHI, K., VAKKALANKA, R., WEINBERGER, D. R. & RUBINOW, D. R. 2007. Risk for premenstrual dysphoric disorder is associated with genetic variation in ESR1, the estrogen receptor alpha gene. *Biological psychiatry*, 62, 925-933
- Janda, C., Asbrock, F., Herget, M., Kues, J. N., & Weise, C. (2019). Changing the perception of premenstrual dysphoric disorder-An online-experiment using the Stereotype Content Model. *Women & health*, 59(9), 967-984.
- Johnson, S. M. (2012). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge.
- Johnson, S. R. (2004). Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. *Obstetrics & Gynecology*, 104(4), 845-859.
- Kim, D. R., Gyulai, L., Freeman, E. W., Morrison, M. F., Baldassano, C., & Dube, B. (2004). Premenstrual dysphoric disorder and psychiatric co-morbidity. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), 37-47.
- Lafrance Robinson, A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., & Mayman, S. (2016). Emotion-focused family therapy for eating disorders across the lifespan: A pilot study of a 2-day transdiagnostic intervention for parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 14-23.
- Laryea, D. O., Amoako, Y. A., Spangenberg, K., Frimpong, E., & Kyei-Ansong, J. (2014). Contraceptive use and unmet need for family planning among HIV positive women on antiretroviral therapy in Kumasi, Ghana. *BMC women's health*, 14(1), 1-8.

- Marjoribanks, J., Brown, J., O'Brien, P. M. S., & Wyatt, K. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6).
- Nevatte, T., O'Brien, P. M. S., Bäckström, T., Brown, C., Dennerstein, L., Endicott, J.,... Halbreich, U. (2013). ISPMDS consensus on the management of premenstrual disorders. *Archives of women's mental health*, 16(4), 279-291.
- Ogebe, O., Abdulmalik, J., Bello-Mojeed, M. A., Holder, N., Jones, H. A., Ogun, O. O., & Omigbodun, O. (2011). A comparison of the prevalence of premenstrual dysphoric disorder and comorbidities among adolescents in the United States of America and Nigeria. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 24(6), 397-403.
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2012). Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(1), 84-107.
- Qiao, M., Zhang, H., Liu, H., Luo, S., Wang, T., Zhang, J., & Ji, L. (2012). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 162(1), 83-86.
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2017). Emotion regulation therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology*, 8, 98.
- ROMANS, S., CLARKSON, R., EINSTEIN, G., PETROVIC, M. & STEWART, D. 2012. Mood and the menstrual cycle: a review of prospective data studies. *Gender medicine*, 9, 361-384.
- Rubinow, D. R., Smith, M. J., Schenkel, L. A., Schmidt, P. J., & Dancer, K. (2007). Facial emotion discrimination across the menstrual cycle in women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and controls. *Journal of affective disorders*, 104(1-3), 37-44.
- Soltani, A., Molazadeh, J., Mahmoodi, M., & Hosseini, S. (2013). A study on the effectiveness of emotional focused couple therapy on intimacy of couples. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 82, 461-465. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.293>
- Ussher, J. M., & Perz, J. (2013). PMS as a process of negotiation: Women's experience and management of premenstrual distress. *Psychology & health*, 28(8), 909-927.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 773.
- Wolfram, M., Bellingrath, S., & Kudielka, B. M. (2011). The cortisol awakening response (CAR) across the female menstrual cycle. *Psychoneuroendocrinology*, 36(6), 905-912.
- Wu, M., Liang, Y., Wang, Q., Zhao, Y., & Zhou, R. (2016). Emotion dysregulation of women with premenstrual syndrome. *Scientific reports*, 6(1), 1-10.
- Yonkers K, Simoni M. Premenstrual Disorders: An Expert Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2017), doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.045
- Ziomkiewicz, A., Wichary, S., Bochenek, D., Pawlowski, B., & Jasienska, G. (2012). Temperament and ovarian reproductive hormones in women: evidence from a study during the entire menstrual cycle. *Hormones and behavior*, 61(4), 535-540.

Comparison of the effect of individual and couple emotion focused therapy on coping with postmenstrual changes in women with premenstrual disorder

Neda. Javadi¹, Shirin. Kooshki^{2*}, Fatemeh. Golshani³ & Anita. Baghdasarians⁴

Abstract

Aim: This study aims to determine the effect of individual and couple emotional therapy on coping **Method:** The research design was quasi-experimental pre-test and post-test with three experimental groups and control group. The statistical population of the study consisted of all married women in Tehran. From this population, 53 people were selected as a statistical sample by the available method and were randomly replaced in three groups (two experimental groups and one control group). The required findings were collected using a questionnaire on coping with premenstrual changes (Reid et al., 2014) in three rounds: pre-test, post-test and follow-up test, and using size analysis of variance test. Repeated capture was analyzed. **Results:** Findings showed that individual emotion-oriented therapies and couple-emotion-oriented therapies in the experimental groups in the post-test stages compared to the control group increased coping strategies with premenstrual changes and this increase was stable over time. **Conclusion:** There is a significant difference between the effectiveness of individual emotion-oriented therapies and emotion-oriented couple therapy on the components of coping strategies. "Self-care" and "avoidance of harm" have been more effective than couple therapy.

Keywords: Emotional therapy, Couple therapy, Postmenopausal coping strategies.

1. PhD Student, Department of General Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. *Corresponding author: Associate Professor, Department of Clinical Psychology and Health, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Email: Sh.kooshki@iauctb.com

3. Assistant Professor, Department of General Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4. Assistant Professor, Department of General Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran