

# مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و هیپنوتیزم درمانی بر خودکارآمدی درد و شدت درد در دختران با دیسمنوره اولیه

فرناز فرشباف مانی صفت<sup>۱\*</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۲</sup>، اوشا برهمند<sup>۱</sup>، نادر حاجلو<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، <sup>۲</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱۰/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۵

## چکیده

**زمینه و هدف:** شروع قاعدگی یک مسئله مهم دوران نوجوانی و درد قاعدگی یک مشکل رایج در نوجوانان است. با توجه به ارتباط خودکارآمدی درد با شدت درد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی و مقایسه درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی بر شدت درد و خودکارآمدی درد در دختران با دیسمنوره اولیه صورت پذیرفت.

**روش بررسی:** طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل دختران مبتلا به دیسمنوره اولیه شهر اردبیل در فروردین سال ۱۳۹۴ بود که از بین آنها، ۱۶۰۰ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای مورد غربالگری قرار گرفتند. پس از بررسی ملاک‌های ورود، ۷۵ نفر از این دانش‌آموزان به روش تصادفی به سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از درجه بندی دیداری درد، پرسشنامه خودکارآمدی درد و پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. برای گروه‌های آموزشی، آموزش کنترل درد مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری و آموزش خودهیپنوتیزمی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد. در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشتند. داده‌های جمع‌آوری شده با آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های تحلیل کواریانس چندمتغیره، کروسکال والیس و یومان ویتنی مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میزان اثربخشی درمان‌ها بر خودکارآمدی درد با توجه به مجذور اتا در تحلیل کواریانس تک متغیره حدود ۴۹ درصد بود. بین گروه‌های هیپنوتیزم درمانی و شناختی - رفتاری در مقایسه میانگین‌های تعدیل شده با اصلاح بونفرونی تفاوت معنی‌دار وجود نداشت، ولی بین میانگین‌های تعدیل شده خودکارآمدی درد در گروه هیپنوتیزم درمانی و گروه کنترل و همچنین گروه آموزش شناختی - رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار بود ( $p < 0/01$ ). نتایج آزمون کروسکال - والیس نشان داد تفاوت معنی‌داری بین سه گروه در شدت درد وجود دارد. آزمون یومان ویتنی برای مقایسه بین گروه‌ها نشان داد شدت درد در گروه شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی در مقایسه با گروه کنترل به صورت معنی‌دار کاهش یافته است ( $p < 0/01$ ) و هیپنوتیزم درمانی مؤثرتر از آموزش شناختی - رفتاری است.

**نتیجه‌گیری:** درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی در افزایش خودکارآمدی درد و کاهش شدت درد دختران با دیسمنوره اولیه اثربخش است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی - رفتاری، هیپنوتیزم درمانی، شدت درد، خودکارآمدی درد، دیسمنوره اولیه

\*نویسنده مسئول: فرناز فرشباف مانی صفت، اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، گروه روانشناسی

Email: maneisefat@yahoo.co.in

## مقدمه

دیسمنوره<sup>(۱)</sup> شایع‌ترین اختلال تجربه شونده در زمینه اختلالات قاعدگی و بیماری‌های زنان به خصوص در میان دختران جوان است (۱). بسته به وضعیت پاتولوژی آناتومیک، دیسمنوره را به دو نوع اولیه یا ثانویه تقسیم می‌کنند. منظور از دیسمنوره اولیه، قاعدگی دردناکی است که در سیکل‌های همراه با تخمک‌گذاری در غیاب بیماری‌های مشخص لگنی رخ می‌دهد و معمولاً در طی ۶ تا ۱۲ ماه بعد از اولین قاعدگی شروع می‌شود (۲). مشکلات مرتبط به قاعدگی علاوه بر اختلال در عملکرد تحصیلی، بر روابط با خانواده و دوستان تأثیرگذار بوده و از شایع‌ترین دلایل غیبت از مدرسه و مراقبت‌های پزشکی در این دوران می‌باشد. علاوه بر این عدم توجه به چنین مشکلاتی به دلیل همراهی با بسیاری از بیماری‌ها از جمله تخمدان پلی‌کیستیک و آندومترئوز می‌تواند سلامت عمومی و بهداشت باروری فرد را به خطر بیندازد (۳). در ایران، طی مطالعه‌های مشابه شیوع دیسمنوره اولیه در بین دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشجویان حدود ۷۱-۸۵/۵ درصد گزارش شده است (۴). نتایج مطالعه در دانش‌آموزان دبیرستانی مشهد نشان داد که ۵۵/۸ درصد از دختران قاعدگی دردناک داشتند که از این تعداد ۱۲/۳ درصد درد خفیف، ۶۰/۴ درصد درد مبه و سیله و ۲۷/۳ درصد درد شدید داشتند (۵). دنیسون و لیندبرگ (۶) خودکارآمدی را از جمله عوامل روانشناختی مرتبط با درد می‌دانند، از نظر آن‌ها خودکارآمدی یعنی باور

شخص به این که می‌تواند رفتار لازم برای رسیدن به نتیجه مطلوب را انجام دهد. آن‌ها در تحقیقی نشان دادند که خودکارآمدی ظرفیت فرد برای مقابله با درد را افزایش می‌دهد. پژوهش دیگر نیز نشان داد خودکارآمدی ۲۰ درصد واریانس سطح درد را پیش بینی می‌کند (۷). خودکارآمدی مربوط به درد می‌تواند پیش‌بینی کننده درد و ناتوانی‌های مربوط به درد در بیماران مبتلا به درد مزمن باشد (۸) و افزایش خودکارآمدی با کاهش درد رابطه دارد (۹).

استفاده از قرص‌های جلوگیری از بارداری، به عنوان اولین درمان درد مبتلایان به دیسمنوره اولیه می‌باشد و در صورتی که منع مصرف برای فردی وجود داشته باشد و یا بیمار به این نوع درمان پاسخ مثبت ندهد از مهارکننده‌های پروستاگلاندین استفاده می‌شود، که دارای عوارض جانبی مختلفی است (۱۱) و (۱۰). همچنین هر مولکول دارویی یک دوام در عملکرد دارد که به میزان زمانی که در بدن می‌ماند بستگی دارد. داروی غیراستروئیدی مدت زمان کوتاهی از عملکرد در بدن دارند. بنابراین افراد مجبور هستند دو یا سه بار در روز از آن‌ها استفاده کنند. تأثیر این درمان‌های متداول زیاد است با این وجود نرخ شکست (شکست در هدف قرار دادن همه نشانه‌ها به طور مناسب) هنوز حدود ۲۵-۲۰ درصد است (۱۲). بنابراین ضرورت ارایه یک روش درمانی غیر دارویی برای بیمارانی که به دارو پاسخ نمی‌دهند، یا از اثرات جانبی

1- Dysmenorrhea

ایران تأثیر آرام‌سازی بر دیسمنوره اول بررسی شد. روش آرام‌سازی پیشرونده عضلانی موجب کاهش شدت درد دیسمنوره شده بود (۲۰ و ۱۹). در طول ۳۰ سال گذشته، بیش از ۱۰۰ مطالعه درمانی برای مدیریت درد با استفاده از درمانی شناختی - رفتاری و مداخلات خود مدیریتی در بیماران انجام شده است. و به طور کلی، طبق گزارش‌های متاآنالیزی انجام شده اثرات سودمند برای درد، ناتوانی، خلق و خوی، فاجعه درد، و خودکارآمدی بلافاصله پس از درمان در مقایسه با مراقبت‌ها و مداخلات معمول نشان داده شده است (۲۱). در پژوهشی با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دبیرستانی نشان داده شد که این درمان باعث افزایش خودکارآمدی در گروه آزمایش می‌شود (۲۲). همچنین در افراد مبتلا به میگرن درمان دارویی به همراه روش بیوفیدبک در کاهش علایم سردرد و افزایش خودکارآمدی مربوط به درد در مقایسه با دارو درمانی به تنهایی مؤثرتر و کارآمدتر است (۲۳).

روش درمانی دیگری که می‌تواند بر دیسمنوره موثر باشد، هیپنوتیزم درمانی است. هیپنوتیزم یکی از روش‌های کاهش درد به شمار می‌رود (۲۴). هیپنوتیزم حالت‌گذاری است که از تغییر در دقت فرد به وجود می‌آید و شامل پدیده‌هایی همچون تغییر در آگاهی و حافظه، افزایش حساسیت، تلقین پذیری و بروز پاسخ‌ها و تصوراتی است که در حالت عادی در فرد نیست. علاوه بر این، حذف یا به

آن رنج می‌برند و یا عدم تمایل به مصرف دارو دارند، کاملاً آشکار می‌باشد (۱۱ و ۱۰).

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در افراد مبتلا به دیسمنوره مؤثر باشد، درمان شناختی رفتاری است. هدف درمانگری‌های شناختی متمرکز بر درد، تغییر اسنادها و انتظارات فرد از مهارگری درد است که در بیشتر آنها درمانگری‌های شناختی معطوف به کاهش تنیدگی بر اساس الگوهای بک و آموزش مهارت‌های حل مسئله بنا شده‌اند (۱۳). بیشتر مطالعه‌ها در زمینه درمان شناختی - رفتاری بر درد مزمن متمرکز کرده است. اگر چه درمان شناختی رفتاری می‌تواند از مزمن شدن درد حاد پیشگیری کند علاوه بر این می‌توان آن را برای هر نوعی از درد به کار برد (۱۴). برخی از پژوهش‌ها تأثیر تکنیک‌های شناختی رفتاری بر درد دیسمنوره را بررسی کرده‌اند. دنی و جرال (۱۵) نه مطالعه را که از درمان حساسیت‌زدایی برای دیسمنوره استفاده کرده بودند مرور کردند. هفت مطالعه کاهش در نشانه‌های دیسمنوره را گزارش کرده بودند. در پژوهش‌های دیگر تأثیر پس‌خوراند زیستی به همراه آرام‌سازی عضلانی و آرام‌سازی عضلانی به همراه تنظیم فعالیت‌های روزانه را در کاهش شدت درد دیسمنوره نشان داده شد (۱۶ و ۱۷). نتایج مرور نظام مند و فراتحلیل پروکتر و همکاران (۱۸) در بررسی اثر بخشی درمان‌های رفتاری برای دیسمنوره، نشان داد آرام‌سازی عضلانی با و یا بدون تصویرپردازی در کاهش درد قاعدگی زنان مبتلا به دیسمنوره مؤثر است. در

هدف بررسی تأثیر شناختی رفتاری گروهی با هیپنوتیزم برای درمان فیبرومیالژی (سندرم درد اسکلتی - عضلانی مزمن) نشان داده شد که بیمارانی که شناختی رفتاری گروهی با هیپنوتیزم را دریافت کرده بودند نسبت به بیمارانی که فقط شناختی رفتاری گروهی و یا فقط هیپنوتیزم و یا تنها دارو درمانی را دریافت کرده بودند، شدت درد، پریشانی روانی، عملکرد، و اختلالات خواب کمتری را تجربه می-کردند (۳۶).

اگرچه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر شدت درد دیسمنوره بررسی شده است، اما اکثر پژوهش‌ها صرفاً آرام‌سازی عضلانی را به کار بردند و به بعد شناختی درمان نپرداخته‌اند و پژوهش‌های محدودی اثر آموزش خودهیپنوتیزمی بر شدت درد دیسمنوره را بررسی کردند و پژوهشی که اثر این دو درمان را در کاهش شدت درد دیسمنوره مقایسه کند یافت نشد. از سوی دیگر، اثر درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی بر خودکارآمدی درد این افراد مطالعه نشده است. با توجه به شیوع بالای دیسمنوره اولیه و ارتباط خودکارآمدی درد با شدت درد و تأثیر دیسمنوره بر عملکرد تحصیلی و پژوهش‌های محدود در این زمینه و عدم مقایسه درمان‌ها با هم، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی بر شدت درد و خودکارآمدی درد در دختران با دیسمنوره اولیه صورت پذیرفت.

وجود آوردن پدیده‌هایی مانند بی‌حسی، بی‌حرکی، سفتی ماهیچه و تغییر در جریان خون در حالت هیپنوز ممکن است (۲۵). اثربخشی هیپنوتیزم در کنترل نشانه‌های جسمانی هم‌چون درد پیشینه طولانی دارد (۲۶). محدوده دردهایی که به وسیله هیپنودرمانی به صورت مؤثر درمان می‌شوند بسیار گسترده است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند دردهای سوختگی، زایمان، عوارض قبل و بعد از جراحی، دردهای بیماران سرطانی، درد در بیماران مسن بستری شده و طیف وسیعی از دردهای مزمن به صورتی مؤثر به وسیله هیپنودرمانی کنترل می‌شوند (۲۷). از هیپنوتیزم می‌توان در دیسمنوره و خون‌ریزی غیرطبیعی، مقاربت دردناک و واژینیسم (گرفتگی عضلات مهبل)، عدم قاعدگی روانی - ارثی، جسمانی کردن موقعیت‌های روانشناختی به صورت بیماری‌های زنان استفاده کرد (۲۸). تعدادی از پژوهش‌ها تأثیر هیپنوتیزم بر دیسمنوره را تأیید کرده‌اند (۳۲-۲۹). در پژوهشی تأثیر هیپنوتیزم و دارودرمانی بر دیسمنوره بررسی شد. پس از سه دوره قاعدگی در هر دو گروه نسبت به خط پایه کیفیت زندگی بهبود معنی‌دار داشت و تأثیر هیپنوتیزم و دارو درمانی بر کیفیت زندگی در دوره‌های سوم تا ششم قاعدگی مشابه بود (۳۳). در متآنالیزی که برای اولین بار انجام شد اندازه اثر ۰/۷۱ را به عنوان اثر ضد درد هیپنوتیزم گزارش کردند (۳۴). بررسی تأثیر هیپنوتیزم بر خودکارآمدی ورزشکاران نشان داد هیپنوتیزم می‌تواند در ارتقاء و حفظ خودکارآمدی مؤثر باشد (۳۵). در پژوهشی با

## روش بررسی

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. روش‌های درمانی (هیپنوتیزم درمانی و شناختی- رفتاری) به عنوان متغیر مستقل و خودکارآمدی درد و شدت درد به عنوان متغیر وابسته است.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مبتلا به دیسمنوره اولیه مدارس مبه وسیله دوم (پایه‌های ۱۰، ۱۱ و ۱۲) شهر اردبیل در فروردین سال ۱۳۹۴ بود که از بین آن‌ها، ۱۶۰۰ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای مورد غربالگری قرار گرفتند. بدین منظور پس از دریافت معرفی نامه از دانشگاه محقق اردبیلی و مجوز از اداره آموزش و پرورش و دریافت معرفی نامه و لیست مدارس از اداره ناحیه یک و دو و ارائه آن به مسئولین مدارس منتخب و هماهنگی جهت زمان توزیع پرسشنامه انجام شد. برای نمونه‌گیری از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی دو مرحله‌ای (خوشه اول: مدارس، خوشه دوم: کلاس) استفاده شد، به این صورت که ابتدا ۷ مدرسه از ۲۱ مدرسه ناحیه یک و ۵ مدرسه از ۱۵ مدرسه ناحیه ۲ به صورت تصادفی ساده (اختصاص کد به هر مدرسه و قرعه‌کشی) انتخاب شدند. سپس از هر مدرسه به طور میانگین ۵ کلاس به شیوه تصادفی ساده (اختصاص کد به هر کلاس و قرعه‌کشی) انتخاب شد سوالات مربوط به دوره قاعدگی و شدت درد در اختیار دانش‌آموزان قرار داده شد. از دانش‌آموزانی که تجربه درد و تمایل

به شرکت در جلسه‌های درمانی داشتند خواسته شد شماره تماس خود را در پرسشنامه یادداشت نمایند. پس از بررسی پرسشنامه‌ها و تماس با دانش‌آموزان و برگزاری مصاحبه در نهایت ۷۵ دانش‌آموزی که شدت درد ۸ یا بزرگتر از ۸ داشتند و دارای فاصله قاعدگی منظم، فاصله قاعدگی کمتر از ۳۵ روز، فاقد بیماری لگنی و سندروم پیش از قاعدگی بودند و شش ماه از اولین تجربه قاعدگی آنها گذشته بود و تمایل برای استفاده از دارو برای کاهش درد در دوره پژوهش نداشتند انتخاب شدند. همچنین مادران آن‌ها بعد از یک جلسه توجیهی رضایت‌مندی کتبی مبنی بر حضور فرزند در جلسه‌ها و انجام تمرین‌ها در منزل را امضا کردند. افراد انتخاب شده به صورت تصادفی به ۲ گروه آزمایشی (یک گروه درمان کنترل درد با رویکرد شناختی- رفتاری و گروه دیگر آموزش خودهیپنوتیزمی) و یک گروه کنترل تقسیم شدند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشت. پس از اتمام روند پژوهش، جهت رعایت اخلاق پژوهشی، برای آزمودنی‌های گروه کنترل به صورت گروهی سه جلسه آموزش آرام سازی عضلانی ارائه شد. افراد شرکت کننده هر ۳ گروه پیش از درمان و در اولین تجربه قاعدگی پس از مداخله درمانی به پرسشنامه خودکارآمدی مربوط به درد و مقیاس شدت درد پاسخ دادند. به دلیل افت شرکت‌کننده‌ها در گروه هیپنوتیزم درمانی به ۱۸ نفر و گروه درمان شناختی- رفتاری به ۲۱ نفر به منظور ایجاد گروه‌های برابر در پایان

جلسات داده‌های ۵۴ نفر با انتخاب تصادفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ): بر پایه مفهومی که بندورا آزمون خودکارآمدی مربوط به درد از خودکارآمدی مطرح کرده است، قرارداد. این پرسشنامه دارای ده عبارت است و به منظور ارزیابی باور بیمار از تواناییش در انجام فعالیت‌های گوناگون علی‌رغم وجود درد به وسیله نیکلاس ساخته شده است. پاسخگویی به این پرسشنامه براساس یک مقیاس لیکرت ۷ بخشی صفر تا شش درجه می‌باشد. نمره بالاتر مبین احساس خودکارآمدی بالاتر و باور قدرتمندتر در انجام فعالیت‌های روزمره علی‌رغم وجود درد است. نیکلاس پایایی پرسشنامه را به شیوه همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آورد. روایی پرسشنامه، همبستگی بالایی با مقیاس ناتوانی ناشی از درد را منعکس می‌کند (۳۷). جهت بررسی اعتبار پرسشنامه ضرایب بازآزمایی پرسشنامه را با فاصله زمانی ۹ روز ( $p=0/001$ ) گزارش کرده‌اند. ضرایب اعتبار آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش تصنیف و روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به دست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت‌بخش آزمون است (۳۸). هم‌چنین در پژوهش دیگر پایایی این آزمون به شیوه درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۴ به دست آمد (۲۳).  
درجه‌بندی دیداری درد؛ یک معیار ۱۰ سانتی‌متری است، که طرف چپ آن (عدد صفر) بیانگر

درد و طرف راست آن (عدد ۱۰) بیانگر شدیدترین درد است. کسب نمره ۳-۱ نشان دهنده درد خفیف، ۴-۷ درد مبه و سیله و ۸-۱۰ نشان دهنده درد شدید می‌باشد. این ابزار پرکاربردترین ابزار سنجش درد در دنیاست. علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این ابزار سادگی استفاده از آن می‌باشد (۳۹).  
مطالعه‌های متعدد در خارج از کشور روایی و پایایی این ابزار را تأیید کرده‌اند (۴۰). پایایی این مقیاس در پژوهش داخلی با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تأیید شده است (۴۱).

پرسشنامه محقق ساخته؛ برای جمع‌آوری اطلاعات قاعدگی از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. پرسشنامه محقق ساخته شامل ۲۰ سؤال مربوط به الگو و مشخصات قاعدگی بود که با استفاده از پژوهش‌های پیشین طراحی شد. برای تعیین پایایی و اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و پایایی بازآزمایی استفاده شد. اعتبار پرسشنامه به وسیله سه متخصص تأیید شد و بر روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان با فاصله زمانی دو هفته پرسشنامه اجرا شد که به طور کلی ضریب همبستگی سوالات در دامنه ۰/۹۸-۰/۹۴ به دست آمد.

معرفی برنامه‌های مداخله‌ای؛ الف) درمان شناختی-رفتاری، برای گروه آزمایشی اول شیوه آموزش کنترل درد مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه) در گروه‌های پنج نفری ارائه شد (۴۳ و ۴۲). ب) هیپنوتیزم

درمانی، برای گروه آزمایشی دوم خودهیپنوتیزی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای ( هفته‌ای ۲ جلسه) در گروه‌های پنج نفری آموزش داده شد (۴۴ و ۴۵).  
در جدول زیر، راهبردهای کلی این مداخلات در طی جلسه‌های آموزشی ارائه شده است.

جدول ۱: روش‌های مداخله‌ای آموزش کنترل درد مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری و آموزش خودهیپنوتیزی

جلسه	درمان شناختی - رفتاری	هیپنوتیزم درمانی
اول	توضیح درد و مولفه‌های مرتبط با درد و توضیح منطق درمان شناختی - رفتاری و آموزش تنفس شکمی	توضیح منطق درمان و معرفی مولفه‌های هیپنوتیزم و پاسخ به سوالات افراد، تست تلقین‌پذیری، تلقین آرامش برای آماده‌سازی افراد برای جلسه بعد
دوم	آموزش آرام‌سازی عضلانی و انجام آن در جلسه و ارایه تکلیف برای منزل	ایجاد خلسه سبک و برگشت مجدد به شرایط عادی و تکرار این فرآیند به منظور تمرین عمیق‌تر کردن خلسه و شرطی‌سازی برای جلسه بعد
سوم	تمرین آرام‌سازی عضلانی و ارایه تکلیف برای منزل	عمیق کردن خلسه در سطح مبه و وسیله و شرطی‌سازی با راهکار درمانی تمرین بی‌حسی دست از طریق تلقین‌های مستقیم سرد شدن و بی‌حس شدن دست و استفاده از بسته یخ برای کمک به فرآیند بی‌حسی و شرطی‌سازی
چهارم	تمرین آرام‌سازی عضلانی و آموزش حذف انقباضات و آموزش ترکیب عضلات و ارایه تمرین برای منزل	ورود به خلسه و بی‌حس کردن دست با تلقین‌ها و استفاده از دست برای بی‌حس کردن ناحیه شکم و کمر و شرطی‌سازی
پنجم	توضیح در مورد راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و ناسازگارانه و شناسایی راهبردهای مقابله‌ای افراد در مقابل درد و تمرین برای جایگزینی راهبردهای ناسازگارانه و آموزش تکنیک‌های حواس‌پرتی و ارایه تکلیف برای منزل	آموزش خودهیپنوتیزی و انجام خودهیپنوتیزی به وسیله افراد در جلسه و ارایه تمرین برای منزل
ششم	بررسی تکالیف، آموزش تکنیک‌های پردازش هیجانی به ویژه در مورد تجربه قاعدگی و درد (یادآوری تجارب و شناسایی هیجان از طریق دقت به احساسات بدنی و تمرکز بر آن‌ها و تجربه کردن احساسات، شناسایی افکار همراه هیجان و بازگو کردن حالت هیجانی و بیان- نیازها، شناسایی گره‌های کور و افشای هیجانی به صورت نوشتاری و تکنیک بازسازی تصویر ذهنی) و ارایه تکلیف برای منزل	خودهیپنوتیزی افراد در جلسه و ارایه تلقین‌ها برای سیستم گوارش به منظور رفع حالت تهوع و شرطی‌سازی و ارایه تمرین برای منزل
هفتم	بررسی تکالیف، توضیح افکار خودآیند منفی و رابطه آن با رویداد فعال‌ساز و پیامد رفتاری یا هیجانی، آموزش راه‌های شناسایی افکار خودآیند منفی و ارایه تکلیف برای منزل	خودهیپنوتیزی افراد در جلسه و تجسم سازی ذهنی به منظور گرم کردن پا، انبساط رحم و شرطی‌سازی و ارایه تمرین برای منزل
هشتم	بررسی تکالیف، ارزیابی صحت افکار خودآیند و چالش کشیدن افکار خودآیند منفی و ارایه تکلیف برای منزل	خودهیپنوتیزی افراد در جلسه و تجسم سازی ذهنی به منظور تغییر شکل و رنگ درد و استخراج آب گرم و شرطی‌سازی
نهم	بررسی تکالیف، آموزش تحریف‌های شناختی و جایگزینی آن‌ها و ارایه تکلیف برای منزل	آموزش شیوه ارائه تلقینات و تبدیل حسی (تبدیل خاطرات بد به خاطرات خوب) و خودهیپنوتیزی افراد در جلسه و تمرین تبدیل حسی و ارایه تمرین برای منزل
دهم	بررسی تکالیف، مرور جلسات	مرور جلسه‌های قبلی

## یافته‌ها

با احتساب مقادیر افت آزمودنی‌ها، داده‌های به دست آمده از سه گروه ۱۸ نفره یعنی ۵۴ دانش‌آموز وارد تحلیل شد. نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در سه گروه هیپنوتیزم درمانی، درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه به ترتیب  $۱۵/۷۳ \pm ۰/۸۸$ ،  $۱۵/۵۳ \pm ۰/۷۲$ ،  $۱۵/۵۰ \pm ۰/۹۸$  و طول قاعدگی در سه گروه هیپنوتیزم درمانی، درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه به ترتیب  $۶/۶۷ \pm ۱/۱۷$ ،  $۵/۷۱ \pm ۰/۰۵$ ،  $۷/۰۵ \pm ۰/۹۴$  و فاصله بین دو قاعدگی در سه گروه هیپنوتیزم درمانی، درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه به ترتیب  $۲۸ \pm ۴/۹۱$ ،  $۲۶/۶۰ \pm ۵/۸۵$ ،  $۲۶/۸۳ \pm ۵/۰۹$  بود.  $۶۶/۷$  درصد شرکت کنندگان کم‌درد،  $۸۷$  درصد شکم درد،  $۲۷/۸$  سردرد،  $۲۵/۹$  درصد تهوع،  $۱۱/۱$  درصد استفراغ و  $۷/۴$  درصد اسهال در قبل از شروع قاعدگی یا پس از شروع آن را تجربه می‌کردند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های درمانی و گواه ارائه شده است.

جهت اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. توزیع نرمال متغیرها با آماره کالموگروف - اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت که برای متغیر خودکارآمدی درد در سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دامنه  $KS-z < ۰/۰۸$  قرار داشت که معنی‌دار نبود و در نتیجه توزیع این متغیرها نرمال است، ولی برای متغیر شدت درد در دامنه  $KS-z < ۰/۱۴$  قرار داشت که

معنی‌دار بود و در نتیجه توزیع متغیر شدت درد در سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال نبود. بنابراین برای مقایسه خودکارآمدی در سه گروه از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس یک راهه (آنکوا) و برای مقایسه شدت درد از آزمون‌های ناپارامتریک کروسکال والیس و یومان ویتنی استفاده شد.

جهت بررسی اثربخشی روش‌های درمانی بر نمره خودکارآمدی درد دختران مبتلا به دیسمنوره اولیه از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون با اثر تعامل پیش‌آزمون و متغیر وابسته خودکارآمدی درد در گروه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه به دست آمده با اطمینان ۹۵ درصد معنادار نبود ( $F(۳, n=۵۴)=۲/۹۶, p=۰/۰۶$ ). در نتیجه داده‌ها از مفروضه همگنی شیب رگرسیون پشتیبانی می‌کرد. نتیجه آزمون لوین ( $F(۲, ۵۱)=۲/۷۸, p=۰/۰۷$ ) هم نشان داد که تساوی خطای واریانس‌ها هم برقرار بود. در جدول ۳ نتیجه تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای نمره کل خودکارآمدی درد ارائه شده است.

با توجه به جدول ۳ مشاهده می‌شود که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های پژوهش وجود داشت ( $F(۵۰, ۲)=۲۴/۲۲, p<۰/۰۱, \eta^2=۰/۴۹$ ). براساس مقایسه‌های جفتی گروه‌های پس‌آزمون، مقدار سطح معنی‌داری به دست آمده ( $p<۰/۰۰۱$ ) از مقدار آلفا با اصلاح بن‌فرونی ( $\alpha=۰/۱۲۵$ ) کوچک‌تر بود در نتیجه تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود داشت و میزان



مقایسه با گروه کنترل با اطمینان ۹۹ درصد در افزایش خودکارآمدی درد نوجوانان مبتلا به دیسمنوره اولیه نقش داشته‌اند.

با توجه به عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر شدت درد در گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک کروسکال-والیس، یومان ویتنی استفاده شد. در جدول ۵ نتایج آزمون کروسکال-والیس و یومان ویتنی ارائه شده است.

میانگین رتبه‌های پس آزمون در گروه هیپنوتیزم درمانی ۱۲/۷۲، آموزش شناختی- رفتاری ۲۷/۸۳ و گروه کنترل ۴۱/۹۴ بود. آماره خی دو آزمون کروسکال - والیس برای مقایسه سه گروه پژوهش ۳۱/۶۲،  $p < ۰/۰۱$  به دست آمد به عبارتی تفاوت معنی‌داری بین سه گروه به لحاظ رتبه میانگین شدت درد ( $\chi^2_{(27,=54)}=31/62, p < 0/01$ ) وجود داشت. برای مقایسه بین گروه‌ها از آزمون یومان ویتنی استفاده شد. با توجه به مقادیر آماره یومان ویتنی مشاهده می‌گردد که تفاوت رتبه میانگین بین گروه‌ها معنی‌دار بود. با توجه به میانگین‌ها، میانگین شدت درد گروه هیپنوتیزم درمانی کمتر از میانگین شدت درد گروه درمان شناختی- رفتاری و میانگین‌های شدت درد گروه‌های درمانی کمتر از گروه کنترل بود.

اثر بخشی درمان‌ها بر خودکارآمدی درد با توجه به مجذور اتا در حدود ۴۹ درصد بود. جهت پاسخ به این پرسش که کدام یک از روش‌های هیپنوتیزم درمانی و شناختی- رفتاری بر بهبود خودکارآمدی مؤثرتر است؟ به بررسی میانگین‌های تعدیل شده و مقایسه تفاضل میانگین‌ها پرداخته شد.

میانگین تعدیل شده و خطای انحراف استاندارد هیپنوتیزم درمانی و شناختی - رفتاری و گواه به ترتیب  $۱/۵۲ \pm ۳۶/۹۳$ ،  $۱/۵۰ \pm ۳۴/۹۸$ ،  $۱/۵۳ \pm ۲۲/۸۱$  بود. جهت تفکیک معنی‌داری اثر بخشی گروه‌های آموزشی اثرات اصلی با اصلاح بن‌فرونی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۴ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۴ مشاهده می‌گردد که بین مقادیر میانگین تعدیل شده گروه‌های هیپنوتیزم درمانی و شناختی- رفتاری تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ( $Md=1/95, p > 0/05$ )، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد اثر هیپنوتیزم درمانی و آموزش شناختی - رفتاری بر خودکارآمدی یکسان بود. تفاوت میانگین‌های تعدیل شده گروه هیپنوتیزم درمانی و گروه کنترل ( $p < 0/01$ )، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده گروه آموزش شناختی - رفتاری و گروه کنترل ( $p < 0/01$ )،  $Md=14/15$  و تفاوت میانگین‌های تعدیل شده گروه آموزش شناختی - رفتاری و گروه کنترل ( $p < 0/01$ )،  $Md=12/16$  معنی‌دار بود. در نتیجه هر دو گروه در

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار شدت درد و خودکارآمدی درد به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های درمانی و کنترل

متغیر	هیپنوتیزم درمانی				درمان شناختی-رفتاری				گواه		
	پیش‌آزمون	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	پس‌آزمون	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
خودکارآمدی درد	۲۲/۷۸	۷/۲۵	۲۵/۳۳	۹/۴۶	۲۴/۳۹	۶/۲۳	۳۴/۶۷	۶/۳۶	۲۷/۱۶	۶/۹۸	۲۴/۷۲
شدت درد	۸/۶۷	۰/۶۸	۴/۳۹	۱/۲۹	۹/۰۵	۰/۸۷	۶/۶۱	۱/۹۴	۸/۶۱	۰/۶۹	۸/۵۵

جدول ۳: نتیجه تحلیل کوواریانس تک‌متغیره جهت بررسی اثربخشی درمان‌ها بر خودکارآمدی درد

منابع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی داری	مجزورات
پیش آزمون	۱۵۱۹/۹۱۷	۱	۱۵۱۹/۹۱۷	۳۷/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۴۲
گروه‌ها	۱۹۶۸/۵۰۸	۲	۹۸۴/۲۵۴	۲۴/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۴۹
خطا	۲۰۳۱/۶۹۵	۵۰	۴۰/۶۳۴			

جدول ۴: تفاوت میانگین خودکارآمدی درد و دامنه اطمینان تفاوت‌ها به تفکیک گروه‌های پژوهش

(ا) گروه‌ها	(ل) گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها (ل-ا)	انحراف استاندارد	سطح معنی داری	دامنه اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت‌ها
					دامنه بالا / دامنه پایین
هیپنوتیزم درمانی	آموزش شناختی-رفتاری	۱/۹۵	۲/۱۴	۱/۰۰۰	۳/۳۴ - ۷/۲۴
	کنترل	۱۴/۱۵**	۲/۲۰	۰/۰۰	۸/۶۶ - ۱۹/۵۷
آموزش شناختی-رفتاری	هیپنوتیزم درمانی	-۱/۹۵	۲/۶۱۴	۱/۰۰	-۷/۲۴ - ۳/۳۴
	کنترل	۱۲/۱۶**	۲/۱۶	۰/۰۰	۶/۸۲ - ۱۷/۵۰

\*\*P ≤ ۰/۰۱

جدول ۵: نتایج آزمون یومان‌وینتی (n= ۵۴)

آماره خی‌دو آزمون یومان‌وینتی	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	سطح معنی داری
یومان‌وینتی	آماره	استاندارد آماره	
مقایسه گروه هیپنوتیزم درمانی و آموزش شناختی-رفتاری	-۱۵/۱۱**	-۲/۹۱	۰/۰۱
مقایسه گروه هیپنوتیزم درمانی و کنترل	-۲۹/۲۲**	-۵/۶۲	۰/۰۰
مقایسه گروه آموزش شناختی-رفتاری و کنترل	-۱۴/۱۱*	-۲/۷۱	۰/۰۲

\*\*P ≤ ۰/۰۱ و \*P ≤ ۰/۰۵

## بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی بر شدت درد و خودکارآمدی درد در دختران با دیسمنوره اولیه انجام شد. نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی بر کاهش شدت درد مؤثر هستند و اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است. این یافته هم‌سو با نتایج پژوهش‌هایی است که اثربخشی درمان رفتاری بر شدت درد

دیسمنوره شایع‌ترین اختلال تجربه شونده در زمینه اختلالات قاعدگی و بیماری‌های زنان به خصوص در میان دختران جوان است (۱). با توجه به شیوع بالای دیسمنوره اولیه و ارتباط خودکارآمدی درد با شدت درد و تأثیر دیسمنوره بر عملکرد تحصیلی و پژوهش‌های محدود در زمینه درمان‌های اثربخش بر دیسمنوره و عدم مقایسه درمان‌ها با هم،

دیسمنوره را نشان داده‌اند (۳۱ و ۲۰-۱۶). شواهد مطالعه‌ها نشان داده است درمان شناختی رفتاری برای درمان دیسمنوره مؤثر است (۱۸). در طول ۳۰ سال گذشته، بیش از ۱۰۰ مطالعه درمانی برای مدیریت درد با استفاده از درمانی شناختی - رفتاری و مداخلات خود مدیریتی در بیماران انجام شده است. به طور کلی، طبق گزارش‌های متاآنالیزی انجام شده اثرات سودمند برای درد، ناتوانی، خلق و خوی، فاجعه درد، و خودکارآمدی بلافاصله پس از درمان در مقایسه با مراقبت‌ها و مداخلات معمول نشان داده شده است (۲۱). همچنین این یافته همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که به منظور بررسی اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر دیسمنوره صورت گرفته است (۲۹-۳۴). طبق پژوهش‌ها، مدل‌های شناختی- رفتاری با اتخاذ تدابیر هدفمند و توجه به باورها و شناخت‌های ناکارآمد، در کاهش تجربه درد و بهبود پیامدهای منفی آن و نیز پرورش راهبردهای مقابله‌ای سالم، کارآمد و مؤثرند (۴۷ و ۴۶). در میان فنون شناختی - رفتاری، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای خاص، اصلاح شناخت‌های ناکارآمد، آموزش آرمیدگی و آموزش مدیریت فشار روانی، بازسازی شناختی و حل مسأله در مدیریت درد استفاده زیادی دارند و در حال حاضر از حمایت تجربی قوی برخوردارند (۴۸). در تبیین اثربخشی هیپنوتیزم می‌توان گفت اثربخشی هیپنوتیزم در تسکین و تقلیل درد تنها به علت ایجاد حالت آرام بخشی آن نیست بلکه هیپنوتیزم خود اثر ضد دردی دارد تا آنجا که در بسیاری از موارد درد

را به طور کامل از بین می‌برد. این عمل هیپنوتیزم مرهون تلقیناتی است که به فرد بیمار داده می‌شود (۴۹). درد قاعدگی در بسیاری از شرایط به دلیل شرطی شدن این گونه درد در کرتکس مغز می‌باشد، مشابه درد کسانی که یکی از اعضای بدنشان قطع شده و احساس درد هنوز در جای قطع شده وجود دارد. وجود نداشتن ضایعات عضوی مشخص در بیمار نشان دهنده ریشه روانی این گونه اختلال است. هیپنوتراپ با شناسایی و علت‌یابی دردهای شدید قاعدگی با تلقینات لازم در خواب هیپنوتیزی و همچنین آموزش خود هیپنوتیزم می‌تواند بیمار را به جهت هدایت کند که بیمار با به دست آوردن آرامش عمیق و دور نمودن کلیه تنش‌ها و اضطراب‌هایی که ریشه بیماری و درد وی هستند علاوه بر برطرف کردن دردهای شدید، به یک آرامش مطبوع و عمیقی دست یافته و دوره قاعدگی را به وضعیت عادی بازگرداند، قاعدگی به صورت منظم و به طور طبیعی ظاهر شود و دردهای بی‌مورد و شدید از بین رفته و ناپدید شود (۵۰). با توجه به این که در جلسه‌های درمانی شناختی - رفتاری از آرام‌سازی عضلانی، آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، تکنیک‌های حواسپرتی و به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد استفاده شده است تبیینی بر اثربخشی این درمان بر شدت درد است. همچنین در تبیین اثربخشی هیپنوتیزم درمانی می‌توان گفت در این پژوهش به افراد با شرطی سازی و خودهیپنوتیزی آموزش داده شد تا در ساعات نزدیک قاعدگی اقدام به ایجاد

بی‌حسی در ناحیه شکم نمایند. هم‌چنین در صورت وجود درد در سایر نقاط از گرم کردن منطقه مورد نظر استفاده نمایند. هم‌چنین از تلقینات مستقیم استفاده نمایند. این موارد می‌تواند منجر به کاهش درد شود. هم‌چنین اثربخشی هیپنوتیزم درمانی در کاهش درد بیشتر از درمان شناختی- رفتاری بود. شاید علت این یافته را آسان بودن خودهیپنوتیزمی نسبت به تکالیف شناختی- رفتاری در شرایط درد قاعدگی دانست.

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی بر افزایش خودکارآمدی درد مؤثر هستند و تفاوت معنی‌دار در اثربخشی آن‌ها مشاهده نشد. این یافته با پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی را نشان دادند (۳۵ و ۲۳، ۲۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در دیدگاه بندورا خودکارآمدی منعکس‌کننده اعتماد فرد به توانایی‌اش در دست‌یابی به نتیجه‌ای دلخواه است، در این دیدگاه خودکارآمدی، تعیین‌کننده میزان مقاومت افراد در برابر موانع و تجربیات ناخوشایند است (۳۸). بر اساس شواهد پژوهشی، از آنجا که عوامل روانشناختی- رفتاری در پیدایش ناتوانی مرتبط با درد بسیار مؤثر هستند، افراد از درمان بین‌رشته‌ای مشتمل بر درمان شناختی- رفتاری سود می‌برند (۵۱ و ۴۸). رویکرد درمان شناختی- رفتاری درد، بر اساس این فرض استوار است که بیمار با این باور که بسیاری از مشکلات او غیر قابل کنترل است وارد مرحله درمانی

می‌شود. بنابراین، اهداف درمان شناختی- رفتاری این است که در ابتدا این انتظار در بیماران به وجود آورد که می‌توانند مشکلات خود را به نحوی مؤثر کنترل کنند و سپس لازم است مهارت‌هایی را به آنها آموزش داد تا بتوانند به نحوی مؤثر هم به مشکلات فعلی و هم به مشکلات جدیدی که بعد از پایان درمان به وجود می‌آیند، پاسخ دهند. برنامه شناختی- رفتاری کنترل درد به طور آشکار تلاش می‌کند تا به بیمار در شناسایی و ایجاد تغییر در باورها، شناخت‌ها و راهبردهای مقابله غیرانطباقی یا غیر سودمند کمک کند (۵۲). از نظر بخشایش (۱۳۸۹) استفاده از روش‌های استاندارد و غیردارویی در کنار درمان‌های پزشکی و دارویی و یا حتی به تنهایی سبب کنترل بیشتر فرد بر بیماری، استفاده کمتر و یا حتی قطع مصرف دارو و به طبع آن کاهش عوارض دارویی و هزینه‌های مربوط به آن می‌شود و بدین طریق سبب بالارفتن بهزیستی روانشناختی، بهبود کارکرد در امور روزمره و شغل این افراد می‌شود. بهترین راه برای کسب توانایی این است که فرد، توانایی و موفقیت خود را در کنترل و تغییر خودش مشاهده کند. این اعتماد به توانایی‌های خود علی‌رغم وجود درد، می‌تواند افزایش خودکارآمدی مربوط به درد را به دنبال داشته باشد (۲۳). در این پژوهش از افراد خواسته شد بدون مصرف دارو از درمان غیردارویی مثل هیپنوتیزم و شناختی- رفتاری برای کنترل درد قاعدگی استفاده نمایند که خود نقش فعالی در کاهش شدت درد داشتند. هم‌چنین هدف این درمان‌ها این است که فرد

اذعان کرد که اجرای چنین مداخلاتی می‌تواند در کاهش درد قاعدگی و افزایش خودکارآمدی درد مؤثر باشد.

#### تقدیر و تشکر

نتایج این پژوهش مستخرج از رساله دکتری مصوب در دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۱۳۹۳ با کد اخلاق ۱۲۵۲ است. بدین وسیله از همکاری مسئولین آموزش و پرورش ناحیه یک و دو شهر اردبیل، مدیران و معلمان مدارس منتخب، دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش و کارمندان موسسه علوم ذهنی زنده رود به دلیل همکاری در روند انجام پژوهش تشکر و قدرانی می‌شود.

را به مقابله مؤثر با درد توانمند کنند. مشارکت فعالانه فرد عاملی برای افزایش خودکارآمدی می‌شود. در تبیین عدم تفاوت درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتیزم درمانی در افزایش خودکارآمدی درد می‌توان گفت هر دو درمان مداخلاتی هستند که بر تلاش خود فرد بر کنترل درد متکی می‌باشند. در نتیجه نتیجه مشابهی بر خودکارآمدی درد دارند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش نداشتن دوره پیگیری بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی، جهت بررسی اثر ماندگاری این آموزش‌ها، دوره پیگیری را نیز در نظر بگیرند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثر بخشی این درمان‌ها بر سایر مولفه‌های مرتبط با درد در دختران با دیسمنوره بررسی شود. با توجه به موثر بودن آموزش کنترل درد مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری و آموزش خودهیپنوتیزمی بر شدت و خودکارآمدی درد بر دیسمنوره پیشنهاد می‌شود چنین آموزش‌هایی برای کنترل درد و آشنایی با اختلالات قاعدگی در سن بلوغ به وسیله مشاوران به دختران در مدارس ارایه شود.

#### نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی بر کاهش شدت درد قاعدگی مؤثر هستند و اثر بخشی هیپنوتیزم درمانی بیشتر از درمان شناختی - رفتاری است. هم‌چنین درمان شناختی - رفتاری و هیپنوتیزم درمانی بر افزایش خودکارآمدی درد مؤثر هستند، لذا می‌توان

**REFERENCES:**

1. Berek JS. Berek & Novak's Gynecology .14<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007; 93-5.
2. Andrea J, Rapkin RC, Gambone JC. Dysmenorrhea and chronic pelvic pain: Essentials of Obstetrics and Gynecology. 4<sup>th</sup> ed. In: Symonds E.M, Symonds IM(editors). Chirchill: Edinburgh; 2004; 287.
3. Agarwal A, Venkat A. Questionnaire study on menstrual disorders in adolescent girls in Singapore. Journal of Pediatric adolescent gynecology 2009; 22(6):365-371.
4. Shabani Nashtaie M, Mohammad Alizadeh S. Primary dysmenorrhea among dormitory students of Tabriz. Nursing and Midwifery Studies 2010; 5(18):15-21.
5. Kordi M, Mohamadirizi S, Shakeri M. The Survey of menarche, dysmenorrhea and menstruation characteristics menstruation in Mashhad's high school girls in the year of 2010. Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility 2011; 15(33): 10-18.
6. Denison E, Lindberg P. Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in sub-acute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. Journal of Pain 2004; 11(3): 245-52.
7. Larsen KE, Ohara MW, Brewer KK. A prospective study of self-efficacy expectancies and labor pain. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2001; 19(3): 203-14.
8. Meredith P, Strong J, Feeney JA. Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors. J Pain 2006; 123(1-2): 146-54.
9. Wells-Federman W, Arnstein P, and Caudill M. Nurse-led pain management program: Effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. Journal of Pain Management Nursing 2002; 4: 131-40.
10. Lefebvre GU, Pinsonneault OD. Primary dysmenorrheal consensus guideline. Journal of Obstetrics and Gynecology Canada 2005; 27(12): 1117-146.
11. Lewis SH, Heitkemper MM, Obrien PG, Buchar L. Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems. Canada: Mesby; 2007; 114.
12. Rahnama P, Montazeri A, Fallah Huseini H, Kianbakht S, Naseri M. Effect of zingiber officinale r. rhizomes (ginger) on pain relief in primary dysmenorrhea: a placebo randomized trial. BMC Complementary and Alternative Medicine 2012; 12(1): 92-7.
13. Vlaeyen J, Crombez G, Goubert L. The psychology of chronic pain and its management. Phys Therapy Reviwe 2007; 12: 179-88.
14. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain. American Psychologist 2014; 69(2): 153-66.
15. Denney DR, Gerrard M. Behavioral treatment of primary dysmenorrhea: A review. Research and Therapy 1981; 19: 303-19.
16. Bennink CD, Hulst LL, Benthem JA. The effects of EMG biofeedback and relaxation training on primary dysmenorrhea. Journal of Behavioral Medicine 1982; 5: 329-41.
17. Sigmon ST, Nelson RO. The effectiveness of activity scheduling and relaxation training in the treatment of spasmodic dysmenorrhea. Behavior Med 1998; 11(5): 483-95.
18. Proctor M, Murphy PA, Pattison HM, Suckling JA, Farquhar C. Behavioral interventions for dysmenorrhea (Review). JohnWiley & Sons Ltd 2007; 3: 1-3.
19. Rasolzade N, Zebardast J, Zolfaghari M, Mehran A. The effective of relaxation on dysmenorrhea. The Journal of Faculty of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Science (Hayat) 2005; 13 (2): 23-30.
20. Kamali S, Ghoreyshi Zadeh MA, Mohammad Ali Zadeh S. Effects of relaxation techniques on primary dysmenorrhea in female dormitory Tabriz 1999-2000. Medical Journal of Tabriz University of Medical Science & Health Service 2002; 24(4): 63-8.
21. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Published: John Wiley & Sons, Ltd. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; 14(11): 20.
22. Khaneh Keshi A, Basavarajappa K. Effectiveness of cognitive behavior therapy on self-efficacy among high school students. Asian Journal of Management Sciences & Education 2013; 2 (4): 68-79.
23. Mirzamani M, Tajali P, Mazarezade P. The comparison of effectiveness of medications and medication combination with biofeedback on headache and pain self-efficacy in patient with migraine. Counseling and Psychotherapy 2014; 13(4): 35-57.

24. Matthews M, Steve RM. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of migraine. *Nursing Standard* 1999; 14(7): 33-6.
25. Khadivizand MM. hypnosis, knowledge, art or philosophy in clinical science. *Psychotherapical Novelties* 1996; 2: 18-28. (Persian)
26. Lee JS, Pyun YD. Use of hypnosis in the treatment of pain. *Korean Journal of Pain* 2012; 25: 75-80.
27. Jahangiri M, Montazeri K, Mohammadian F. The effect of two types of analgesic suggestion on the reduction of cold pressor pain in hypnotic state. *Journal of Anesthesia and Critical Care* 2000; 29(57): 52-7.
28. Ferraris G. Hypnosis in obstetrics and gynecology. *Minerva Medica* 1982; 73: 523-9.
29. Dorcus RM, Kirkner FJ. The use of hypnosis in the suppression of intractable pain. *Journal of Abnorm Sco Psychol* 1948; 43 (2): 237-9.
30. Kroger WS, Freed SC. Treatment of dysmenorrhea by hypnosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1943; 46: 817.
31. Denney DR, Gerrard M. Behavioral treatment of primary dysmenorrhea: A review. *Research and Therapy* 1981; 19: 303-19.
32. Leckie FH. Hypnosis in gynecological disorders. *International Journal of Cincial and Experimental Medicine* 1964; 12: 121-46.
33. Shah M, Monga A, Patel S, Shah M, Bakshi S. The effect of hypnosis on dysmenorrhea. *Clinical and Experimental Hypnosis* 2014; 62(2): 164-78.
34. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2000; 48: 138-53.
35. Barker J, Jones M, Greenlees I. Assessing the Immediate and Maintained Effects of Hypnosis on Self-Efficacy and Soccer Wall-Volley Performance. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 2010; 32: 243-52.
36. Castel A, Cascón R, Padrol A, Sala J, Rull M. Multicomponent Cognitive-Behavioral Group Therapy with Hypnosis for the Treatment of Fibromyalgia: Long-Term Outcome. *The Journal of Pain* 2012; 13(3): 255-65.
37. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behavior: A prospective study. *Pain* 2001; 94: 85-100.
38. Asgharimoghadam M, rahmati N, shoeiri MR. The moderated role of pain self-efficacy and fear of movement in explained of relationship between acute pain and disability. *Clinical Psychology Studies* 2011; 2(6): 90-118.
39. Mendelson G, Selwood TS. Measurement of chronic pain: A correlation study of verbal and nonverbal scales. *Journal of Behavioral Assessment* 1981; 3(4): 263-9.
40. Vickers ER, Cousins MJ, Woodhouse A. Pain description and severity of chronic or facial pain conditions. *Australian Dental Journal* 1998; 43(6): 403-9.
41. Rezvaniamin M, Siratinayer M, Ebadi A, Moradian T. Correlation between visual analogue scale and short form of McGill questionnaire in patients with chronic low back pain. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2012; 6(1): 31-34.
42. Hamidpour H, Andooz Z. *Translating Cognitive therapy techniques a practitioner s guide*. Leahy R (Author). Tehran: Arjmand; 2009; 150-350.
43. Golchin N. *Translating cognitive therapy for chronic pain a step by step Guide*. Thorn BE(Author). Tehran: Arjmand; 2010; 137-295.
44. Chegini S. *Translating Hypnosis: a comprehensive guide*. Roberta T (Author). Tehran: Rravan; 2013; 50-175.
45. Mohadesi G. education: self-hypnosis. *Psychotherapical Novelties* 1998; 9(3): 101-10.
46. Sanders SH. Operant conditioning with chronic pain: Back to basics. In: Turk DC, Gatchel RJ(editors). *Psychological approaches to pain management*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Press; 2002 ; 128-137.
47. Magnussen L, Rognsvag T, Tveito TH, Eriksen HR. Effect of a brief cognitive training programme in patients with long lasting back pain evaluated as unfit for surgery. *Journal of Health Psychology* 2005; 10(2): 233-43.
48. Jungquist CR, O'Brien C, Matteson-Rusby S, Smith MT, Pigeon WR, Xia Y, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain. *Sleep Medicine* 2010; 11(3): 302-9.

49. Mary FM, Arred FB, Marian B. Effective of active alert and relaxation hypnotic induction on cold pressor pain. *Abnormal Psychology* 1991; 100(2): 223-6.
50. Najati H. Education of hypnotism and self-hypnotism. Tehran: Bikaran Publishers; 2000; 55-60.
51. Buhrman M, Nilsson-Ihrfeldt E, Jannert M, Ström L, Andersson G. Guided internet-based cognitive behavioral treatment for chronic back pain reduces pain catastrophizing: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2011; 43(6): 500-5.
52. Otis J. *Managing chronic pain: therapist guide, a cognitive therapy approach*. Oxford University Press; 2007; 34-35.



# Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis Therapy Pain Self-Efficacy and Pain Severity in Girls with Primary Dysmenorrhea

Farshbaf Manei Sefat F<sup>1\*</sup>, Abolghasemi A<sup>2</sup>, Barahmand U<sup>1</sup>, Hajloo N<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran, <sup>2</sup>Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

Received: 30 Dec 20165 Accepted: 25 May 2017

## ABSTRACT

**Background & aim:** Menstruation as an important issue in adolescence and menstrual pain is a common problem in adolescents. Regarding the relationship between pain severity and pain self-efficacy, this study aimed to investigate and compare the efficacy of cognitive-behavioral therapy and hypnosis therapy on pain and pain self-efficacy in girls with primary dysmenorrhea.

**Methods:** The method of research is Quasi experimental and research design is pretest- posttest with control group. The study population included all second high school girls with primary dysmenorrhea in Ardabil city on 2015. a sample of 1,600 girls was screened by multi-stage cluster sampling method. After checking of entry criteria, 75 of those were assigned in 3 groups (two experimental groups and one control group) randomly. Self-efficacy questionnaire, visual analogue and scale Researcher- made questionnaire was used for collection data in pre-test and post-test stage. In order to collect data on pre and post grading, visual analog scale pain self-efficacy and self-administered questionnaire was used. For experimental groups, Pain control training based on cognitive-behavioral approach and self-hypnotism training was executed at 10 sessions in 45 minutes whereas control groups was in waiting list. Data collected were analyzed by descriptive statistics (mean and standard deviation) and multivariate analysis of covariance, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U.

**Results:** According to the chi Eta in one way covariance analysis The effectiveness of therapies on pain self-efficacy was 49 percent. There was no significant difference between cognitive behavioral group and hypnotherapy on pain self-efficacy justified mean with Bonferroni correction but there was significant difference between cognitive behavioral group and control group and between hypnotherapy group and control group on pain self-efficacy justified mean. The results of Kruskal Wallis showed that there is significant difference between 3 groups in pain severity. For comparison amongs groups, U-Mann Whitney index showed that the pain severity reduced significantly in cognitive behavioral and hypnotherapy group compared with control group and hypnotherapy which is More effective than cognitive behavioral therapy.

**Conclusion:** Cognitive behavioral therapy and hypnotherapy are effective in increased pain self-efficacy and reducing pain severity in girls with primary dysmenorrhea.

**Key words:** Cognitive Behavioral Therapy, Hypnotherapy, Pain Self-Efficacy, Pain Severity, Primary Dysmenorrhea

---

**Corresponding author:** Farshbaf Manei Sefat F, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

**Email:** Email: maneisefat@yahoo.co.in

## Please cite this article as follows:

Farshbaf Manei Sefat F, Abolghasemi A, Barahmand U, Hajloo N. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis Therapy Pain Self-Efficacy and Pain Severity in Girls with Primary Dysmenorrhea . Armaghane-danesh 2017; 22 (1): 87-103.