فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۹، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۷

اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم و فاجعه پنداری درد در دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی

سودابه باقری[۱]، ایلناز سجادیان[۲*]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، اصفهان، ایران
۲. استادیار گروه رواشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۲۰ **تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۵/۳۰** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۶/۱۷**

چکیده

زمینـه و هـدف: تأمیـن سـلامت زنـان یکـی از اهـداف اصلـی جهـت توسـعه اجتماعـی و اقتصـادی جامعـه محسـوب می‌شـود. ایـن پژوهـش بـا هـدف بررسـی اثربخشـی درمـان کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی بـر شـدت علائـم و فاجعـه پنـداری درد دانشـجویان مبتـلا بـه اختـلال مـلال پیـش از قاعدگـی انجـام گرفـت.

مـواد و روش هـا: روش پژوهـش نیمـه آزمایشـی از نـوع پیش آزمـون- پس آزمـون با گـروه کنتـرل و دوره‌ی پیگیـری ۴۵ روزه بود. بدیـن منظور از بیـن دانشـجویان دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد اصفهـان (خوراسـگان)، ۳۷۰ نفـر بـه شـیوه نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب و بـه پرسشـنامه‌ی غربالگـری علائـم قبـل از قاعدگـی پاسـخ دادنـد. ۳۰ نفـر کـه تشـخیص مـلال پیـش از قاعدگـی را دریافـت نمودنـد، بـه شـیوه تصادفـی در دوگـروه آزمایـش و کنتـرل جایگزیـن شـدند. آن‌هـا در سـه مرحلـه بـه پرسشـنامه‌های ثبـت روزانـه‌ی علائـم و فاجعـه پنـداری درد پاسـخ دادنـد. گـروه آزمایـش درمـان کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی را طـی ۸ جلسـه‌ی گروهـی ۹۰ دقیقـه‌ای دریافـت کـرد، امـا بـر گـروه کنتـرل هیـچ مداخلـه‌ای انجـام نشـد. داده‌هـا توسـط SPSS-22 و بـا آزمـون تحلیـل کوواریانـس چنـد متغیـره مـورد تجزیـه تحلیـل قـرار گرفـت.

یافته‌هـا: درمـان کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی برکاهـش شـدت علائم(جسـمانی و روانشـناختی)و فاجعـه پنـداری درد(نشـخوار فکـری، بزرگنمایـی و درماندگـی) در مراحـل پـس آزمـون و پیگیـری تأثیـر معنـا دار داشـت($p<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیـری: درمـان کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی بـه عنـوان یـک درمـان اثربخـش بـرای بهبـود شـدت علائـم و کاهـش فاجعـه پنـداری درد پیشـنهاد می‌گـردد.

واژه‌های کلیدی: شدت علائم، فاجعه پنداری درد، ملال پیش از قاعدگی، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

مقدمه

امـروزه تأمیـن سـلامت زنـان یـک هـدف اصلـی جهـت توسـعه اجتماعـی و اقتصـادی جامعـه محسـوب می‌شـود. یکـی از مسـائل روان‌تنـی کـه بـا عملکـرد دسـتگاه تولیـد مثـل زنـان ارتبـاط دارد اختـلالات پیـش از قاعدگـی اسـت[۱]. بسـیاری از محققیـن اختـلالات قاعدگـی را بـه عنـوان یکـی از شـایع‌ترین اختـلالات سـنین بـاروری در جهـان در نظـر می‌گیرنـد، کـه زندگـی زنـان را بـه میـزان قابـل توجهـی مختـل می‌کنـد[۲].

نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، گروه رواشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
پست الکترونیک: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

اختلال ملال پیش از قاعدگی شدیدترین شکل یک اختلال خلقی مربوط به چرخه‌ی قاعدگی است که در سن باروری روی می‌دهد[۳]. ویژگی اصلی اختلال ملال قبل از قاعدگی بروز تغییرات سریع خلقی، تحریک‌پذیری، ملال و علائم اضطرابی است که مکرراً در حین مرحله‌ی قبل از قاعدگی هر دوره دیده می‌شود و حول و حوش شروع خونریزی یا بلافاصله پس از آن فروکش می‌نماید این علائم گاهی با علائم جسمی و رفتاری همراه است[۴]. شیوع ملال پیش از قاعدگی بسیار متنوع گزارش شده و از جامعه‌ای به جامعه دیگر و از نمونه‌ای به نمونه‌ی دیگر متفاوت است[۵]. مطابق با گزارش دانشکده زنان و زایمان آمریکا شیوع این اختلال حدود۳ درصد تا ۸ درصد برآورد شده است[۶]. بررسی‌ها در مطالعات انجام شده بر روی زنان در ایران[۷] روی ۲۴۰ نمونه نشان می‌دهد که ۹۱/۳ درصد علائم قبل از قاعدگی متوسط یا شدید داشته و ۸/۷ درصد اختلال ملال پیش از قاعدگی دارند. در مطالعات[۸] بر روی ۱۷۲ نفر از دانشجویان پزشکی پاکستان مشخص شده که ۵۱ درصد سندرم پیش از قاعدگی و ۵/۸ درصد ملال پیش از قاعدگی داشته اند. در سال‌های اخیر به علت درگیری زنان در مشاغل خارج از منزل و پذیرش موقعیت‌های حساس و با اهمیت و همچنین با توجه به گزارش‌های که از رفتارهای خطرناک و اقدام به خودکشی ارائه شده است[۹] از این روی بر توجه بر علائم، عوارض و شیوع اختلالات قاعدگی متمرکزشده است[۵].

از آنجایی که چرخه‌ی قاعدگی زنان با تغییرات متعدد هورمونی، فیزیولوژیکی و روانی همراه است که زنانی که مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی هستند در هر دو فاز لوتئال و فولیکولار حساسیت به درد بیشتری نسبت به زنان سالم دارند که این به سطح بتا اندروفین مغز مربوط می‌شود[۱۰]. امروزه منابع پژوهشی گسترده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد اگرچه ممکن است عوامل رفتاری و روان شناختی در شروع درد نقش چندان بارزی نداشته باشند اما این عوامل در استمرار درد و ناتوانی ناشی از آن نقش قاطعی ایفا می‌کنند[۱۱]. افراد به دلیل فاجعه پنداری که نسبت به درد خود دارند، آن را با شدت بیشتر ادراک نموده، در نتیجه از ناتوانی مرتبط با درد و فشارروان شناختی رنج می‌برند[۱۲]. فاجعه‌پنداری فرآیند شناختی _عاطفی منفی است که شامل مؤلفه‌های بزرگ نمایی درد، درماندگی و نشخوارفکری می‌باشد. میزان فاجعه پنداری درد یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده نتایج درمانی درد است[۱۳]. فاجعه پنداری فرآیند شناختی اغراق یا بزرگ نمایی تهدید ادراک شده از احساسات درد است[۱۴]. که به تمرکز بیشتر روی جنبه‌های منفی موقعیت، تفسیر برانگیختگی‌های جسمی به عنوان نشانه‌های درد، ترس از درد و در نهایت رفتارهای اجتنابی منجر می‌شود[۱۵]. فاجعه پنداری درد تاثیر معنی‌داری در تجربیات درد دارد و یکی از ابعاد کوچک انطباق با درد است که ارتباط قوی و پایداری با تجربه درد دارد. مهم‌ترین تاثیر فاجعه پنداری درد آن است که بیماران مبتلا به درد یک ارزیابی از دردشان بدست می‌آورند که ممکن است باعث گوش به زنگی آنها نسبت به احساسات دردناک یا تهدید آمیز و ترس از تجربه احساسات دردناک در آینده شود[۱۶]. به عقیده Schutze و همکاران[۱۷] حضور ذهن اندک، آغازگر فاجعه پنداری کردن درد است. در واقع به نظر می‌رسد که تمایل به درگیر شدن در فرآیندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی باعث می‌شود که افراد بیش از پیش به درد فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار ذهنی زده و در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد کنند. مطالعات طولی و مقطعی مختلف نشان داده‌اند این عوامل می‌توانند باعث افزایش شدت درد، آشفتگی و ناتوانی، مصرف ضد دردها، مشکلات مربوط به کار و کاهش مشارکت در فعالیت‌های روزانه در بیماران مبتلا به دردهای مزمن شود. قضاوت و پیش داوری در بسیاری شرایط موجب ایجاد تنش، استرس و نا آرامی در افراد می‌شود و این امر آغازی است برای وقوع فاجعه پنداری درد، دراین بین افزایش فاجعه پنداری نیز هیجانات منفی و استرس را افزایش می‌دهد و پیش از این

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

ملاحظه شد که این چرخه مخرب می‌تواند منجر به افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد[۱۶]. مطالعات نشان دادند که فاجعه‌پنداری درد به طور معنی داری با درد و ناتوانی مرتبط با درد مستقل از تأثیر افسردگی رابطه دارد[۱۸].

علت اختلالات پیش از قاعدگی ناشناخته است، بنابراین در رابطه با اختلالات پیش از قاعدگی هیچ درمان واحدی که به طورجهانی پذیرفته شده باشد وجود ندارد و درمان آن به صورت علامتی می‌باشد، مداخلات درمانی متفاوتی مانند تغییر سبک زندگی، آموزش، مدیریت استرس، ورزش و درمان‌های گیاهی و دارویی وجود دارد[۱۹]. با توجه به اثرات جانبی درمان‌های دارویی استفاده از آن‌ها فقط در موارد شدید ویا در مواردی که بیمار به درمان‌های دیگر پاسخ نداده باشد توصیه می‌شود، از این رو درمان‌های غیر دارویی بیشتر مورد توجه محققین در زنان مبتلا به اختلالات قاعدگی قرار گرفته است[۲۰].

درمان شناختی- رفتاری در درمان سندرم پیش از قاعدگی و ملال پیش از قاعدگی مؤثر بود یکی از کاستی‌های که در این درمان مد نظر است این که تمام ابعاد علائم اختلال را در بر نمی‌گیرد و مطالعات بیشتری در این زمینه توصیه شده است[۲۱]. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را می‌توان به عنوان یک راهبرد مداخله‌ای در اختلال قاعدگی که باعث تعدیل استرس می‌گردد در نظر گرفت. از آن جایی تحریک‌پذیری و نوسانات خلقی از مشکلات اصلی در اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌باشد ذهن آگاهی باعث تجربه لحظه به لحظه در زمان حال می‌باشد و یکی از پیامدهای مهارت ذهن آگاهی فهم این موضوع که بیشتر افکار و عواطف در نوسان و ناپایدار هستند و این تجربه زمان حال می‌تواند در مقایسه با واقعیت به سادگی به عنوان پدیده‌های ذهنی در نظر گرفت[۲۲]. با توجه به این که نوسانات توسط هورمون‌ها ایجاد می‌شود، مهارت‌های ذهن آگاهی روش مناسبی برای اختلالات قاعدگی می‌باشد[۲۳]. اخیراً پژوهش‌های روان شناسی به مطالعه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و کاربردهای مهم آن بر سازگاری، بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی پرداخته‌اند[۲۴]. برای مثال کارایی این روش درمانی درمورد اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری[۲۵]، خلق، خستگی و اضطراب[۲۶]، فشار روانی، درد مزمن، پیشگیری از عود افسردگی، اضطراب فراگیر[۲۷]، کیفیت خواب[۲۸]، درکاهش فاجعه آفرینی و شدت درد[۲۹] و کاهش فاجعه پنداری و شدت درد و افزایش پذیرش درد[۲۹] مشخص شده است. نتایج پژوهش[۲۲] نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد فاجعه پنداری درد و برعلائم روانشناختی چون افسردگی، اضطراب، نوسانات خلقی، حساسیت، تحریک‌پذیری، درگیری با دیگران، مؤثر بوده اما بر علائم جسمانی مثل سردرد، درد مفاصل و کمبود خواب، اثربخش نبوده است. شیوع زیاد این سندرم در جامعه و تاثیرات آن بر روی کارکرد فردی و اجتماعی مبتلایان با توجه به نقش مهم فردی و اجتماعی زنان در جامعه و اینکه بخشی محدود اما مهم این اجتماع را دانشجویان شامل می‌شوند که نقش بسزایی در پیشبرد و اهداف علمی و سلامتی جامعه دارند و شواهد متعددی که در رابطه با جدید بودن این روش درمانی و اهمیت مفهوم ذهن آگاهی در کاهش استرس و تجربه اختلال روان شناختی وجود دارد، همچنین کمبود پژوهشی در این زمینه، استفاده از این شیوه درمانی برای افراد مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی ضرورت داد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم و فاجعه پنداری درد دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) انجام شد.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری۴۵ روزه بود. براساس جدول Cohen و همکاران[۳۰] از کل ۱۰۶۲۹ نفر دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۷۰ نفر انتخاب شدند و به

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی[۳۱]، پاسخ دادند. ۳۰ نفر که براساس نمره این پرسشنامه، تشخیص ملال پیش از قاعدگی را دریافت نمودند و سایر ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه را دارا بودند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تمایل آگاهانه به شرکت در مطالعه، سن ۲۰- ۳۰ سال و ملاک‌های خروج از مطالعه داشتن بیماری طبی مانند دیابت،کیست تخمدان و تیروئید، داشتن تجربه حوادث ناگوار و استرس زا در یک سال اخیر (فوت نزدیکان، طلاق، تصادف شدید) و ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی همزمان بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه‌ی غربالگری علائم قبل از قاعدگی شامل ۱۹سوال می‌باشد که دارای دو بخش است (بخش اول که شامل ۱۴ علامت خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علائم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سؤال است). جهت تشخیص ملال پیش از قاعدگی سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: ۱- گزینه ۱تا۴ حداقل یک مورد شدید ۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱تا۴ حداقل ۴ مورد متوسط تا شدید ۳- در بخش تاثیر علائم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد شدید وجود داشته باشد. پایایی این ابزار، مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۹به دست آمد[۳۱].

به منظور ثبت علائم اختلال ملال پیش قاعدگی، از فرم ثبت روزانه علائم استفاده شد که شامل ۲۵ علامت می‌باشد. ۱۰ علامت از شایع‌ترین علائم فیزیکی و ۱۱ علامت از شایع‌ترین علائم جسمانی و روان‌شناختی در ۲۱ ماده مجزا مطرح شده است به علاوه ۳ ماده نیز انواع خاص اختلال در عملکرد را توصیف می‌کند که به وسیله این علائم ایجاد شده‌اند. این ۳ ماده جهت تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی به کار می‌رود و در تشخیص سندرم پیش از قاعدگی کاربردی ندارد. بنابراین ۳ ماده در تحلیل آماری استفاده نمی‌شود. هر یک از ماده‌های این فرم روی یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای به‌صورت (۱= اصلاً تا ۶= خیلی شدید) درجه‌بندی می‌شود. برای تعیین روایی این فرم از مقیاس سازگاری اجتماعی پرسشنامه کیفیت رضایت و لذت از زندگی و مقیاس درجه‌بندی افسردگی Hamiltion استفاده کردند. همبستگی نمره کل این پرسشنامه را با نمره کل مقیاس درجه‌بندی افسردگی Hamiltion ۰/۳۸ با نمره کل مقیاس‌های سازگاری اجتماعی۰/۴۵ و با نمره کل پرسشنامه کیفیت رضایت و لذت از زندگی ۰/۴۴ گزارش دادند[۳۲]. در پژوهش حاضر مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس شدت علائم ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های علائم فیزیکی و علائم روانشناختی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۰ گزارش شد.

پرسشنامه فاجعه‌پنداری درد: این مقیاس ۱۳سؤالی، به وسیله[۳۳] طراحی شد و حداقل به ۶ کلاس سواد برای پاسخگویی نیاز دارد. مقیاس برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه پنداری درباره درد و درک بهتر مکانیزم تأثیر فاجعه پنداری بر تجربه‌ی درد، ساخته شده است. آزمودنی‌ها موافقت خود را با جملات در دامنه‌ای (از ۰ تا ۴، یعنی اصلاً، همه مواقع) اعلام می‌دارند، نمرات پایین‌تر نشان دهنده‌ی فاجعه پنداری کمتر بوده و با درد ناتوان کنند و وضعیت درد مزمن مرتبط است. این مقیاس پایایی و روایی خوبی در دو جمعیت بالینی وغیر بالینی داشته است. میزان پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب نشخوار فکری ۸۸ درصد، بزرگنمایی ۶۷ درصد، درماندگی ۸۹ درصد و برای کل مقیاس ۹۲ درصد به دست آمده است[۱۶]. این پرسشنامه برای اولین بار در تحقیقی توسط Sajjadian و همکاران[۳۵] به فارسی ترجمه و بر زنان مبتلا به کمردرد مزمن اجرا شد و ضریب پایایی کل مقیاس در پژوهش ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب نشخوار فکری ۰/۷۲، بزرگنمایی ۰/۵۹، درماندگی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس فاجعه‌پنداری درد ۰/۷۰ به دست آمده است.

روش اجرا: به منظور ثبت علائم اختلال ملال پیش قاعدگی، از فرم ثبت روزانه علائم که علائم (جسمانی و روانشناختی) را می‌سنجد[۳۲] استفاده شد. که بعد از توجیه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

در مـورد نحـوه ثبت علائم به صورت روزانه در طـی دو مـاه، متوالـی شـرکت‌کنندگان بـه آن پاسـخ دادنـد. پـس از احـراز شـرایط پژوهـش، بـه صـورت تصادفـی در دو گـروه آزمایـش و کنتـرل گمـارده شـدند (هـر گـروه ۱۵ نفـر) و پرسشـنامه‌های فاجعـه پنـداری درد[۳۳]، توسـط آنهـا پاسـخ دادنـد. پـس از اجـرای پیـش آزمـون، گـروه آزمایـش بـه مـدت یـک مـاه تحـت درمـان گروهی کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی قرارگرفـت ولـی گـروه کنتـرل هیـچ مداخلـه‌ای دریافـت نکـرد. در پایـان مداخلـه پـس آزمـون بـه عمـل آمـد. پـس از ۴۵ روز مجـدداً پرسشـنامه‌های پژوهـش بـه منظـور بررسـی میـزان تـداوم اثـر بخشـی درمـان (پیگیـری)، توسـط نمونه پژوهـش تکمیل گردید. گـروه مداخله در هشـت جلسـه آموزشـی درمـان کاهـش اسـترس مبتنی بـر ذهن آگاهـی بـر طبـق پروتـکل kabat-Zinn[۳۴] شـرکت کردنـد مـدت زمـان هـر جلسـه ۹۰ دقیقـه بـود و مـوارد آموزشـی عبـارت بـود.

جدول۱: خلاصه جلسات درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

شماره جلسه	شرح جلسات
جلسه اول	خوانـدن و انعـکاس مراقبـه و تمریـن آگاهـی تمرین حضور ذهن نسـبت به نفس بررسـی فضای تنفس ۱دقیقـه لقمه‌های همراه بـا حضور ذهن. تکلیف: تمرین مراقبه رسـمی و وارسـی بـدن و ثبت آن.
جلسه دوم	حضور ذهن و وارسی بدن ۵۴ دقیقه‌ای، انعکاس مقاله حضور ذهن و مراقبه تمرین مراقبه یوگا افزاش سطح آگاهی در طی فعالیت‌ها روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن و خواندن.
جلسه سوم	حضـور ذهـن و وارسـی بـدن ۵۴ دقیقـه‌ای، باورهـای غلـط در مـورد مراقبـه مقالـه افـکار دربـاره تفکـر تکمیـل تقویم وقایـع خوشـایند وتداوم فعالیت‌هـای روزانـه ماننـد عـذا خـوردن، حمـام کـردن، مسـواک زدن، ظـرف شسـتن و خوانـدن.
جلسه چهارم	مراقبـه و وارسـی بـدن ۵۴ دقیقـه، بحـث در مـورد اسـترس و واکنـش یـک فـرد بـه موقیت‌هـای دشـوار و نگرش‌ها و رفتـار جایگزیـن، تکنیک ایسـت، تکمیـل تقویـم وقـاع ناخوشـایند وتـداوم فعالیت‌هـای روزانـه ماننـد عذا خـوردن، حمام کـردن، مسـواک زدن، ظرف شسـتن و خواندن.
جلسه پنجم	مراقبه و وارسی بدن ۵۴ دقیقه مقاله اثرات مراقبه بر قشر خاکستری مغز خواندن مقاله گفتگوی بینشی تکمیل کاربرگ ارتباطی جهت تمرکز بر روی تعاملاتی که در هفته با افراد مهم زندگی تان دارید و تداوم فعالیت‌های روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن و خواندند مخصوصاً طی فعالیت با دیگران.
جلسه ششم	مراقبه وارسی بدن ۵۴ دقیقه، سبک مدیریت تعارض مدریت خشم ذهن آگاهانه فرایند خشم و تداوم فعالیت‌های روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن و خواندن.
جلسه هفتم	مراقبـه وارسـی بـدن ۵۴ دقیقـه، درد و فراینـد آن، رهایـی از درد وتـداوم فعالیت‌هـای روزانـه ماننـد عـذا خوردن، حمـام کردن، مسـواک زدن، ظـرف شسـتن و خوانـدن تکمیل کار بـرگ درد.
جلسه هشتم	مراقبه وارسی بدن ۵۴ دقیقه، مضمون این جلسه استفاده از آن چه تاکنون یاد گرفتن جمع بندی از کل روند جلسات و بررسی بهترین تمرین به منظور پیشگری و بازگشت علائم.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

بـه منظـور رعایـت ملاحظـات اخلاقـی در رونـد اجـرای پژوهـش، کلیـه افـراد دارای اختـلال مـلال پیـش از قاعدگـی بـا رضایـت و رغبـت شـرکت کردنـد. در همـه مراحـل اولویـت بـا درمـان بیمـاران بـود تـا اجـرای پژوهـش. عـلاوه برایـن، بـه شـرکت کننـدگان اطمینـان داده شـد کـه نتایـج پرسشـنامه‌ها بـه صـورت فـردی تفسـیر نگـردد و در صـورت تمایـل نتایـج بـه اطـلاع آن‌هـا برسـد، همچنیـن در تمامـی مراحـل پژوهـش بـه دلیـل عـدم رضایـت افـراد مبتـلا بـه اختـلال مـلال پیـش از قاعدگـی عکس‌بـرداری و فیلم‌بـرداری صـورت نپذیرفـت. ضمنـاً تمامـی جـزوات و سـی‌دی‌های آموزشـی بـه صـورت رایـگان در اختیـار آنهـا قـرار گرفـت. شـرکت کننـدگان گـروه کنتـرل نیـز بعـد از اتمـام مرحلـه پیگیـری در دوره فشـرده‌ای از ایـن درمـان شـرکت نمودنـد. بـرای تجزیـه و تحلیـل دادهـا از SPSS-22 بـه کار بـرده شـد. در سـطح توصیفـی از میانگیـن و انحـراف اسـتاندارد و در سـطح اسـتنباطی از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره اسـتفاده شـد.

یافته‌های پژوهش

میانگیـن سـن در گـروه آزمایش برابر بـا ۲۶/۹۳ سـال و در گروه کنتـرل ۲۷/۹۳ سـال بـود اسـت. میانگیـن و انحـراف اسـتاندارد دو گـروه در متغیرهـای وابسـته پژوهـش در مراحـل پیـش آزمـون، پـس آزمـون و پیگیـری در جـدول ۱ ارائـه شـده اسـت.

جدول۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

گروه‌ها		متغییر	آزمایش			کنترل		
			پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
ابعاد شدت علائم	علائم روانشناختی	میانگین	۶۱/۸۷	۴۱/۲۷	۳۷	۵۹/۴۷	۶۱/۸	۶۱/۹۳
		انحراف استاندارد	۵/۹۵	۶/۰۲	۳/۹۴	۳/۹۶	۶/۶	۴/۸۵
	علائم جسمانی	میانگین	۱۲/۴۷	۹/۴	۸/۳۳	۱۲/۴	۱۲/۴۷	۱۲/۴
		انحراف استاندارد	۱/۳۵	۱/۴۵	۲/۱۶	۲/۱۳	۲/۲۳	۱/۶۷
ابعاد فاجعه پنداری	نشخوار فکری	میانگین	۱۲	۶/۱	۶/۰۷	۱۳/۰۷	۱۳/۸	۱۲/۷۳
		انحراف استاندارد	۲/۳۹	۱/۸۱	۱/۳۸	۱/۷۹	۱/۷۸	۱/۴۳
	بزرگنمایی	میانگین	۹/۶	۴/۸	۴/۶	۹/۴۷	۹/۸	۹/۴
		انحراف استاندارد	۱/۴	۱/۶۹	۱/۳۵	۱/۳۵	۱/۲۶	۱/۲۴
	درماندگی	میانگین	۱۸/۸	۱۱/۸	۱۱/۱۳	۱۹	۲۰/۰۷	۱۹/۴۷
		انحراف استاندارد	۲/۴۲	۲/۶۷	۲/۴۴	۱/۷۳	۲/۵۲	۱/۵۵

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

برای بررسی معناداری و تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. مفروضه‌های زیر بنایی تحلیل کوواریانس برای ابعاد شدت علائم (روانشناختی و جسمانی) نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کلوگروف-اسمیرنف برای گروه به شرح زیر می‌باشد. آزمایش: (p=۰/۰۵۳، s=۰/۲۲۳)، (p=۰/۰۲۹، s=۰/۲۳۲) کنترل: (p=۰/۲، s=۰/۱۵۴)، (p=۰/۲، s=۰/۱۵۵) و همچنین ابعاد فاجعه پنداری درد (نشخوار فکری، بزرگنمایی و درماندگی) نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کلوگروف-اسمیرنف برای گروه به شرح زیر می‌باشد. آزمایش: (p=۰/۱۲۸، s=۰/۱۹۵)، (p=۰/۱۱۴، s=۰/۱۹۹)، (p=۰/۰۲، s=۰/۱۷۱) و کنترل: (p=۰/۲، s=۰/۱۲۴)، (p=۰/۰۲۶، s=۰/۲۳۵)، (p=۰/۰۲۷، s=۰/۲۳۳) و همگنی ماترس گوواریانس با Box's Test برای ابعاد شدت علائم و فاجعه پنداری به ترتیب بیش از انجام تحلیل کوواریانس بررسی و مورد تایید قرار گرفت (Box's M=۱۲/۸۷۶، p=۰/۳۶۹) و (Box's M=۴۸/۵۵۸، p=۰/۰۱۷) لذا استفاده از تحلیل کوواریانس در داده‌های پژوهش بلامانع بود. جدول۲ نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیری را در رابطه با تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم و فاجعه پنداری در دانشجویان نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیری را در رابطه با تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم و فاجعه پنداری

متغیر		ضریب	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
شدت علائم	اثر پیلای	۰/۹۱۹	۵۶/۱۰۵	۴	۳۲	۰/۱۰۰	۰/۹۱۹	۱/۰۰۰
	لامبدای ویکلز	۰/۱۸۰	۵۶/۱۰۵	۴	۳۲	۰/۱۰۰	۰/۹۱۹	۱/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۱۱/۲۹۳	۵۶/۱۰۵	۴	۳۲	۰/۱۰۰	۰/۹۱۹	۱/۰۰۰
	بزرگترین ریشه‌روی	۱۱/۲۹۳	۵۶/۱۰۵	۴	۳۲	۰/۱۰۰	۰/۹۱۹	۱/۰۰۰
فاجعه پنداری درد	اثر پیلایی	۰/۶۳۹	۱۵/۵۰۵	۶	۰۲	۰/۱۰۰	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۱۶۰	۱۵/۵۰۵	۶	۰۲	۰/۱۰۰	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۵۱/۱۵۴	۱۵/۵۰۵	۶	۰۲	۰/۱۰۰	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰
	بزرگترین ریشه‌روی	۵۱/۱۵۴	۱۵/۵۰۵	۶	۰۲	۰/۱۰۰	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰

همان گونه که در جدول۳، ملاحظه می‌شود آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به شدت علائم و فاجعه‌پنداری از لحاظ آماری معنادار هستند. بنابراین در گروه آزمایش و کنترل در دو مؤلفه‌های شدت علائم و فاجعه پنداری در مرحله پس آزمون دارای تفاوت معنادار هستند.

به عبارت دیگر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد شدت علائم و فاجعه پنداری بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون تاثیر داشته که میزان این تأثیر برابر با ۹۱/۹ و ۹۳/۹ درصد است (P=۰/۰۰۱). یعنی ۱۰۰درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون شدت علائم و فاجعه پنداری

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

مربـوط بـه تاثیـر میـزان تاثیـر عضویـت گروهـی می‌باشـد. نتایـج نشـان داده اسـت کـه نزدیـک بـه ۹۱/۶ درصـد از تفاوت‌هـای فـردی در بهبـود علائـم جسـمانی و روانشـناختی در دو مرحلـه پژوهـش بـه تفـاوت بیـن دو گـروه مربـوط اسـت. بـه عبـارت دیگـر درمـان کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی، باعـث بهبـود شـدت علائـم در گـروه آزمایـش شـده اسـت. نتایـج آزمـون تحلیـل تـک متغیـری برای مقایسـه دو گـروه در پـس آزمـون و پیگیـری و یـا بررسـی تفـاوت دو گـروه در مراحـل پـس آزمـون و پیگیـری درمتغیرهـای شـدت علائـم جسـمانی و روانشـناختی و ابعـاد فاجعه‌پنـداری درد (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی) در جـدول ۴ آورده شـده اسـت.

جدول ۴. نتایج تحلیل تک متغیری شدت علائم(جسمانی و روانشناختی) و فاجعه پنداری درد(نشخوار فکری، بزرگنمایی و درماندگی)

منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
علائم جسمانی	پس آزمون	۶۴/۷۶۹	۱	۶۴/۷۶۹	۱۸/۷۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹	۱/۰۰۰
	پیگیری	۱۱۹/۱۱۱	۱	۱۱۹/۱۱۱	۳۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	۱/۰۰۰
علائم روانشناختی	پس آزمون	۳۴۱۳/۴۷۱	۱	۳۴۱۳/۴۷۱	۱۰۳/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹	۱/۰۰۰
	پیگیری	۴۶۵۷/۲۲۴	۱	۴۶۵۷/۲۲۴	۲۵۵/۲۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸	۱/۰۰۰
نشخوار فکری	پس آزمون	۴۱۵/۱۴۵	۱	۴۱۵/۱۴۵	۱۵۳/۲۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰۰
	پیگیری	۲۸۱/۸۵۴	۱	۲۸۱/۸۵۴	۱۴۱/۹۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰۰
بزرگنمایی	پس آزمون	۱۶۳/۳۰۲	۱	۱۶۳/۳۰۲	۶۷/۲۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲۹	۱/۰۰۰
	پیگیری	۱۵۴/۶۹۳	۱	۱۵۴/۶۹۳	۸۳/۲۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶۹	۱/۰۰۰
درماندگی	پس آزمون	۴۹۸/۰۲۱	۱	۴۹۸/۰۲۱	۷۱/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱	۱/۰۰۰
	پیگیری	۵۰۸/۸۴۸	۱	۵۰۸/۸۴۸	۱۲۰/۱۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲۸	۱/۰۰۰

براسـاس نتایـج بـه دسـت آمـده در جـدول۴، میانگیـن نمـرات شـدت علائـم جسـمانی و روانشـناختی و نمـرات نشـخوار فکـری، بزرگنمایـی، درماندگـی دو گـروه آزمایـش و کنتـرل در مرحلـه پس‌آزمـون (p=۰/۰۰۱) و در مرحلـه پیگیـری (p=۰/۰۰۱) معنـی‌دار اسـت. بـه عبـارت دیگـر می‌تـوان گفـت درمـان کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی، در گـروه آزمایـش در مرحلـه پـس آزمـون و پیگیـری شـدت علائـم جسـمانی و روانشـناختی را کاهـش داده اسـت. میـزان تأثیـر ایـن درمـان بـر کاهـش شـدت علائـم جسـمانی در مرحلـه پـس آزمـون برابـر بـا ۴۱/۹ درصـد و در مرحلـه پیگیـری برابـر بـا ۵۳/۷ درصـد اسـت. در حالـی کـه تأثیـر درمـان بـر شـدت علائـم روانشـناختی در مراحـل پـس آزمـون و پیگیـری برابـر بـا ۷۹/۹ و ۹۰/۸ درصـد بـه دسـت آمـده اسـت و بـه عبـارت دیگـر می‌تـوان گفـت درمـان کاهـش اسـترس مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی، در گـروه آزمایـش در مرحلـه پـس آزمـون و پیگیـری ابعـاد فاجعه‌پنـداری شـامل نشـخوارفکری،

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

بزرگنمایی و درماندگی را کاهش داده است. میزان تأثیر این درمان بر کاهش نشخوارفکری در مرحله پس آزمون برابر با ۸۶ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۸۵ درصد است. در حالی که تأثیر درمان بر بزرگنمایی در مراحل پس آزمون و پیگیری برابر با ۷۲/۹ و ۷۶/۹ درصد به دست آمده است. هم چنین تأثیر این درمان بر کاهش درماندگی در مرحله پس آزمون برابر با ۷۴/۱ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۸۲/۸ درصد است.

بحث

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم، فاجعه پنداری درد دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی بود. نتایج نشان داد که آزمودنی‌هایی گروه آزمایش در پایان درمان، در مؤلفه‌هایی شدت علائم (جسمی و روانشناختی) و فاجعه پنداری درد (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی) نزدیک به ۹۱/۶و ۹۳/۹ درصد بهبود کلی دست یافته درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و در کاهش و بهبود علائم افراد مؤثر بوده است. و نتایج پژوهشی از [۳۲] نشان داد جلسات ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر ابعاد فاجعه پنداری درد و بر علائم چون افسردگی، اضطراب، نوسانات خلقی، حساسیت، تحریک پذیری، درگیری با دیگران، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنی داری پیدا کرده بود.که در همسویی مستقیم با این یافته از پژوهش حاضر می‌باشد و در علائمی چون سردرد، درد مفاصل،کم بود خواب، که با این یافته از پژوهش حاضر ناهمخوان می‌باشد که این ناهمخوانی می‌توانند به جهت محدود بودن جامعه آماری در پژوهش ذکر کرد.

در تبیین این یافته از تحقیق حاضر می‌توان گفت ذهن آگاهی منجر به کاهش علائم روان شناختی شامل اضطراب و افسردگی در بیماران مختلف می‌شود. ذهن آگاهی خود نظارت‌گری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که احتمالاً منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و بهبود مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، مراقبه ذهن آگاهی با افزایش فعال‌سازی پاراسمپاتیک همراه است که می‌تواند به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش تنش و برانگیختگی و در نهایت کاهش درد منجر شود[۳۶]. ذهن آگاهی ممکن است فرد را در برابر بد عملکردی خلق مرتبط با استرس و افزایش فرایندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند[۳۷]. رها کردن مبارزه و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است. در واقع، تغییر در پذیرش بدون قضاوت کردن با بهبود در شدت علائم (جسمانی و روانشناختی) ارتباط دارد. بنابراین آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته‌ساز بدون قضاوت، و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آنها، منجربه بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند می‌شود.

تداوم تمرین‌های ذهن‌آگاهی منجر به پذیرش بیماری از جانب فرد مبتلا و ایجاد تغییرات رفتاری برای خود مراقبتی بهتر و از بین بردن موانع روان شناختی موجود بر سر راه کنترل بیماری می‌گردد.

هدف ذهن آگاهی افزایش هشیاری لحظه حاضر می‌باشد. ذهن آگاهی روشی جدید و شخصی در مقابله کردن با استرس برای فرد فراهم می‌کند. استرسورهای بیرونی بخشی از زندگی هستند و غیر قابل تغییرند، اما روش‌های مقابله با استرس و نحوه پاسخ دهی به استرس‌ها می‌تواند تغییر کند. بنابراین، انتظار می‌رود با انجام تمرینات منظم ذهن آگاهی تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان شناختی مانند کاهش استرس، افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نهایت منجر به کاهش شدت علائم (جسمانی و روانشناختی) در بیماران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی شود.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد فاجعه پنداری درد (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی) بوده است که با تحقیقات[۲۲] همسو می‌باشد. همچنین این یافته در بافتی کلی‌تر با نتایج پژوهش‌های[۲۹] همسویی غیرمستقیم داشته است. در تبیین این یافته می‌توان فاجعه پنداری یک عامل تعیین کننده در تجربه درد می‌باشد و باورهای فاجعه پنداری درد، افکاری هستند که سبب تمرکز دائمی برعلائم بدنی و اجتناب از فعالیت می‌شوند که این اجتناب خود، درد و ناتوانی را در فرد تشدید می‌کند. معمولا افرادی که ادراک منفی از استرس دارند، زمان زیادی را صرف تجزیه و تحلیل مسائل کرده و مسائل را به گونه‌ای منفی برداشت می‌کنند؛ لذا به تدریج محتوای این افکار و مفاهیم به واقعیت تبدیل می‌شوند و فرد آگاهی خود را نسبت به زمان حال از دست داده و گرفتار نشخوارهای فکری می‌شود و همیشه در نگرانی به سر می‌برد. آموزش ذهن آگاهی شامل حفظ آگاهی به صورت ارادی و براساس توجه به موضوعات خاص مانند احساسات بدنی از یک لحظه به لحظه دیگر است. در حقیقت، به کار بردن تکنیک‌های ذهن آگاهی باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری فرد می‌شود. با این حال، زمانی که ذهن به سوی افکار، احساسات، صداها و به طور کلی تجربیات منحرف می‌شود، محتوای این تجربیات به خاطر سپرده شده و سپس توجه به آرامی اما به طور جدی به سمت اهداف محافظت شده مشخص بر می‌گردد. این فرایند بارها تکرار می‌شود. در واقع، با به کار بردن تکنیک‌های ذهن آگاهی نظیر تمرین تنفس آگاهانه، می‌توان مجددا برای بازگشت به زمان حال استفاده کرد. برای مثال، کاربرد تکنیک مشاهده افکار مرتبط با درد بدون قضاوت کردن درباره آن، می‌تواند منجر به فهم و درک این نکته گردد که این تجربیات تنها فکر هستند و نمایان‌گر حقیقت یا واقعیت نیستند. بنابراین، نباید باعث رفتارهای اجتنابی در بیماران شوند در واقع افرادی که فاجعه پنداری نسبت به درد دارند، تجربه درد را از طریق افزایش سوگیری توجه به اطلاعات حسی و عاطفی درد تقویت می‌کنند. از طرفی می‌توان گفت که بزرگنمایی و نشخوار ذهنی، ارزیابی از تحریک درد را بصورت بی‌نهایت تهدیدکننده می‌کند (ارزیابی اولیه) واحساس درماندگی نیز باعث ارزیابی برای مقابله در برابر درد می‌شود (ارزیابی ثانویه). مطالعات تجربی نشان می‌دهند که فاجعه پنداری درد تأثیر معنی‌داری بر تجربیات درد مزمن دارد و یکی از ابعاد کوچک انطباق با درد است که ارتباطات قوی و پایدار با تجربه درد دارد[۳۸]. پر واضح است افرادی که به هنگام تجربه درد، درگیر نشخوارهای فکری منفی درباره درد می‌شوند تا حد زیادی توانایی تمرکز بر تجربیات لحظه حال با یک دیدگاه غیرقضاوتی را از دست می‌دهند.

از بین بردن این چرخه‌ی مخرب لازم است تا افراد از قضاوت و داوری فاصله گرفته و احساسات، هیجانات و رویدادها را آنگونه که وجود دارند درک کنند. در ذهن‌آگاهی بیشترین تلاش، جهت جلوگیری از فرایند نُشخوار فکری در حل مشکل است چرا که این چرخه، تاثیر ناخوشایند دایمی فراوانی دارد.

این رویکرد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نُشخوار فکری، بیش تعمیمی در حافظه سرگذشتی و ارزیابی‌های خود انتقادگرایانه را کاهش و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده‌گری غیرقضاوتی محتوای ذهنی را افزایش می‌دهد. تمرین‌های مرتقبه و ذهن‌آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود، در بیماران منجر می‌شود. به این نکته می‌توان اشاره کرد که افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجعه با دامنه گستردهای از تفکرات هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خو شایند و نا خوشایند) دارند. ماهیت ناسازگارانه فاجعه‌پنداری نیز می‌تواند عامل کمک کننده مهمی برای اضطراب مرتبط با درد و رفتارهای ترسی-اجتنابی باشد.

پس می‌توان نتیجه گرفت که کاهش فاجعه‌پنداری یک عامل مهم در فرآیند درمان‌های درد محسوب می‌شود. در واقع این که فرد کمتر درگیر نشخوارذهنی با درد شود، بستگی به ماندن تمرکز او روی تجربیات زمان حال با

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

یک نگرش غیرقضاوتی دارد بر اساس عقیده Schutze و همکاران[۱۷] حضورذهن اندک آغازگر فاجعه پنداری کردن درد است. در واقع به نظر می‌رسد که تمایل به درگیر شدن در فرایندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی باعث می‌شود که افراد بیش از پیش به درد فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار ذهنی زده و در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد کنند. بر مبنای تعاریف موجود در رابطه با حضور ذهن به نظر می‌رسد که حالت بدون قضاوت و بدون ارزیابی موجود در حضور ذهن می‌تواند از آغاز شدن فرایندهای ارزیابی کننده شدت درد ممانعت کرده و با قطع و یا کاهش الگوهای عادت گونه در مواجهه با تجربیات مختلف باعث کاهش شدت درد شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره نمود که این پژوهش بر دختران مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) که دارای سن ۲۰- ۳۰ سال در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ بودند انجام شد. بنابراین در تعمیم نتایج به گستره‌های مکانی و زمانی و سنی دیگر بایستی جانب احتیاط رعایت شود. دوره کوتاه ۴۵ روزه پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این پژوهش در گستره‌های دیگر زمانی و مکانی و سنی بررسی و پایداری اثربخشی در دوره‌های طولانی‌تر پیگیری ارزیابی گردد. نتایج پژهش حاضر نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم و فاجعه پنداری درد دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثربوده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود متخصصین امور سلامت و بهداشت با استفاده از کارگاه‌های آموزشی متمرکز بر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی جهت کاهش مشکلات شدت علائم، فاجعه پنداری درد دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی استفاده نمایند. این امر می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های درمانی مربوط به مصرف داروها نیز در این بیماران شود.

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به دلیل دارا بودن تکنیک‌های آگاهانه و به دور از قضاوت می‌تواند در بهبود شدت درد و کاهش استفاده از راهبرد مقابله فاجعه پنداری اثرات سودمندی داشته باشد اما باید توجه داشت که تداوم این اثربخشی مستلزم انجام تمرینات مستمر و گسترش تکنیک‌های ذهن آگاهی در سراسر زندگی می‌باشد. به طوری که این شیوه به یک سبک برای زندگی تبدیل شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از دانشجویان گرامی و مسئولین محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) که در این پژوهش همکاری نمودند، کمال قدردانی را دارند.

منابع مالی

این مقاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد خانم سودابه باقری مصوب در شورای آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد به شماره تصویب ۱۰۵۲۰۷۰۱۹۴۲۰۲۳ و به راهنمایی سرکار خانم دکتر ایلناز سجادیان می‌باشد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

References

1. Fotokian Z, Ghaffari F. Aerobic exercise program on the intensity of premenstrual syndrome. J Babol Univ Med Sci. 2006; 8 (4):76-80.
2. Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM. Life style factors associated with premenstrual syndrome among El-Minia University Students, Egypt. ISRN Public Health. 2013 May 9;2013.
3. Kroll R, Rapkin AJ. Treatment of premenstrual disorders. J Reprod Med. 2006;51(4):359-70.
4. Rezaee F, Fakhraee A, Fermand A, Niloofari A, Ghasemi A, Shamloo F. American Psychiatric Association " Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, 5th DSM-5 (2013). First Edition, Arjmand Publication
5. Sharifi N. The Effect of Nutritional Behavior on Reducing Symptoms of Premenstrual Syndrome in Adolescents, Andish khatam. 2015;2(2):130-158.
6. Lukes AS, McBride RJ, Herring AH, Fried M, Sherwani A, Dell D. Improved premenstrual syndrome symptoms after NovaSure endometrial ablation. J Minim Invasive Gynecol. 2011 Oct 31;18(5):607-11.
7. Morowati sharifabad MA, Karimian kakolaki Z, Bokaie Z, Enjezab B, Gerayllo S, Motaghi B. Evaluation of the Frequency of Clinical Manifestations of Premenstrual Syndrome in Young Married Women in Yazd. Journal of community health research.2014;8(3):45-53.
8. Nisar N, Zehra N, Haider G, Munir AA, Sohoo NA. Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. J Coll Physicians Surg Pak. 2008 Aug 1;18(8):481-.
9. Pilver CE, Libby DJ, Hoff RA. Premenstrual dysphoric disorder as a correlate of suicidal ideation, plans, and attempts among a nationally representative sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Mar 1;48(3):437-46.
10. Straneva PA, Maixner W, Light KC, Pedersen CA, Costello NL, Girdler SS. Menstrual cycle, beta-endorphins, and pain sensitivity in premenstrual dysphoric disorder. Health Psychol Rev. 2002 Jul;21(4):358.
11. Craig KD. The social communication model of pain. Can Psychol. 2009 Feb;50(1):22.
12. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. Pain. 2007 Sep 30;131(1):38-47.
13. Rafiee S, Foroughi A, Momenzadeh S. Comparing the co morbidity of psychological disorder among women and men with chronic musculoskeletal pain. Hormozgan Med J. 2012; 15 (4):295-303
14. Turner JA, Aaron LA. Pain-related catastrophizing: what is it? Clin J Pain. 2001 Mar 1;17(1):65-71.
15. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain. 2000 Apr 1;85(3):317-32.
16. Davoudi I, Nasimifar N. "The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Method on Pain Improvement and Strategy."Coping Disaster in Women with Chronic Musculoskeletal Pain.Journal of social psychology.2012;7 (22): 62-45.
17. Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. Pain. 2010 Jan 31;148(1):120-7.
18. Geisser ME, Casey KL, Brucksch CB, Ribbens CM, Appleton BB, Crofford LJ. Perception of noxious and innocuous heat stimulation among healthy women and women with fibromyalgia: association with mood, somatic focus, and catastrophizing. Pain. 2003 Apr 30;102(3):243-50.
19. Ghaedi L, Moradi M. Assessment of the effects of massage therapy on premenstrual syndrome. Zahedan J Res Med Sci. 2011; 13 (2):38-43
20. Dehghan Manshadi F, Emami M, Ghamkhar L, Shahrokhi B, Ghanbari Z. The Effect of A Three –

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

Month Regular Aerobic Exercise on Premenstrual Syndrome. J Rafsanjan Univ Med Sci.2008; 7 (2):89-98

21. Lustyk MK, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2009 Apr 1;12(2):85.
22. Bluth K, Gaylord S, Nguyen K, Bunevicius A, Girdler S. Mindfulness-based stress reduction as a promising intervention for amelioration of premenstrual dysphoric disorder symptoms. Mindfulness. 2015 Dec 1;6(6):1292-302.
23. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical psychology: Science and practice. 2003 Jun 1;10(2):125-43.
24. Colle KF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. Complement Ther Clin Pract. 2010 Feb 28;16(1):36-40.
25. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. J Psychosom Res. 2010 Jun 30;68(6):539-44.
26. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. Conscious Cogn. 2010 Jun 30;19(2):597-605.
27. Motahhari ZS, Ahmadi KH, Behzadpoor S, Azmoodeh F. Effectiveness of Mindfulness in Marital Burnout Among Mothers of ADHD Children. Journal of family counseling & psychotherapy.2013;3(4):592-612.
28. Shapiro SL, Bootzin RR, Figueredo AJ, Lopez AM, Schwartz GE. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. J Psychosom Res. 2003 Jan 31;54(1):85-91.
29. Shafiei F, Amini M. Efficacy of mindfulness-based Stress reduction on reducing catastrophizing and pain intensity in patients suffering chronic musculoskeletal pain. Journal Anesthesiology and Pain.2016;7(3):1-12.
30. Cohen L, Manion L, & Morrison K. Research Methods in Education (5th Edition). London: Routledge Falmer. 2000.
31. Siahbazi SH, Hariri FZ, Montazeri A, Moghaddam Banaem L. Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). Payesh Health Monit. 2011; 10(4): 421-427.
32. Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. Arch Womens Ment Health. 2006 Jan 1;9(1):41-9.
33. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychological assessment. 1995 Dec;7(4):524.
34. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clinical psychology: Science and practice. 2003 Jun 1;10(2):144-56.
35. Sajjadian I, Neshat Dost HT, Molavi H, Bagherian Sararoudi R. Cognitive and emotional factors effective on chronic low back pain in women: Explanation the role of fear-avoidance believes, pain catastrophizing and anxiety. J Res Behav Sci. 2012;9(5):305-316.
36. Greeson JM. Mindfulness research update: 2008. Complement Health Pract Rev. 2009 Jan;14(1):10-8.
37. Garland E, Gaylord S, Park J. The role of mindfulness in positive reappraisal. Explore (NY). 2009 Jan 31;5(1):37-44.
38. Woby SR, Watson PJ, Roach NK, Urmston M. Adjustment to chronic low back pain- the relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control. Behav Res Ther. 2004 Jul 31;42(7):761-74.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2018, Vol 9, NO 1

Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Treatment on the Severity of Sympoms and Pain Catastrophizing in Students with Premenstrual Dysphoric Disorder

Soodabe Bagheri[1], Ilnaz Sajjadian[2*]

1. *M.A of clinical psychology, Department of Psychology, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran*
2. *Assistant professor, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran*

ABSTRACT

Aims and background: Optomizing Women's health should be one of the main goals of social and economic development of a society. The purpose of this study was to determine the efficacy of mindfulness-based stress reduction on the severity of symptoms and pain-catastrophizing in students with premenstrual dysphoric disorder.
Materials and methods: The method of this study was a pre-test, post-test, and control group with a follow-up period of 45 days. 370 subjects were selected by available sampling methods from the students of Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan) and were screened with a Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). 30 who were found to have premenstrual dysphoria and were randomly assigned to either the test or control group. The instruments used for measuring symptoms were a daily Record of Severity of Problems and the Pain Catastrophizing Scale. The experimental group received treatment consisting of 8 sessions of 90 minutes of mindfulness-based stress reduction. No intervention was performed on the control group. The data was analyzed by SPSS-22 software, using multivariate analysis of covariance analysis.
Findings: The treatment of mindfulness-based stress reduction had a significant effect on symptoms (physical and psychological) and pain-catasrophizing (rumination, magnification and helplessness) in post-test and follow up of 45 days ($P < 0.01$).
Conclusion: Mindfulness-based stress reduction is an effective treatment to improve the severity of symptoms and Pain-Catasrophizing of Premenstrual Dyhsphoric Disorder.

keywords: Severity of Symptoms, Pain-Catastrophizing, Premenstrual Dysphoric Disorder, Mindfulness-Based Stress Reduction

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-08]

Please cite this paper as:
Bagheri S, Sajjadian I[Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction treatment on the Severity of Sympoms and Pain Catastrophizing in Students with Premenstrual Dysphoric Disorder(Persian)]. J Anesth Pain 2018;9(1):52-65.

Corresponding Author: Ilnaz Sajjadian, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir