

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 روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۶/۱۷

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۵/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: تأمین سلامت زنان یکی از اهداف اصلی جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی جامعه محسوب می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم و فاجعه پنداری درد دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره‌ی پیگیری ۴۵ روزه بود. بدین منظور از بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، ۳۷۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه‌ی غربالگری علائم قبل از قاعدگی پاسخ دادند. ۳۰ نفر که تشخیص ملال پیش از قاعدگی را دریافت نمودند، به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. آن‌ها در سه مرحله به پرسشنامه‌های ثبت روزانه‌ی علائم و فاجعه پنداری درد پاسخ دادند. گروه آزمایش درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را طی ۸ جلسه‌ی گروهی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، اما بر گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. داده‌ها توسط SPSS-22 و با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم (جسمانی و روانشناختی) و فاجعه پنداری درد (نشخوار فکری، بزرگنمایی و درماندگی) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنا دار داشت ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک درمان اثربخش برای بهبود شدت علائم و کاهش فاجعه پنداری درد پیشنهاد می‌گردد.

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

مقدمه

ارتباط دارد اختلالات پیش از قاعدگی است^(۱). بسیاری از محققین اختلالات قاعدگی را به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات سنین باروری در جهان در نظر می‌گیرند، که زندگی زنان را به میزان قابل توجهی مختل می‌کند^(۲).

امروزه تأمین سلامت زنان یک هدف اصلی جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی جامعه محسوب می‌شود. یکی از مسائل روان‌تنی که با عملکرد دستگاه تولید مثل زنان

نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

پست الکترونیک: i.sajjadian@khuif.ac.ir

فاجعه پنداری که نسبت به درد خود دارند، آن را با شدت بیشتر ادراک نموده، در نتیجه از ناتوانی مرتبط با درد و فشار روان شناختی رنج می‌برند^(۱۲). فاجعه‌پنداری فرآیند شناختی-عاطفی منفی است که شامل مؤلفه‌های بزرگ نمایی درد، درماندگی و نشخوار فکری می‌باشد. میزان فاجعه پنداری درد یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده 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 می‌تواند 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، در این بین افزایش فاجعه پنداری نیز هیجانات منفی و استرس را افزایش می‌دهد و پیش از این

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 حدود ۳ 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 داشته‌اند. 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 متمرکز شده 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

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 طور جهانی 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 و یا 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 ذهن‌آگاهی باعث تجربه لحظه به لحظه در زمان حال می‌باشد و یکی از پیامدهای مهارت ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی روش مناسبی برای اختلالات قاعدگی می‌باشد^(۲۳). اخیراً پژوهش‌های روان‌شناسی 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 در مورد 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 فاجعه‌آفرینی و شدت درد^(۲۹) و کاهش فاجعه‌پنداری و شدت درد و افزایش پذیرش درد^(۲۹) مشخص شده است. نتایج پژوهش^(۳۲) نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد فاجعه‌پنداری 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 تأثیرات 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 ذهن‌آگاهی در کاهش استرس و تجربه اختلال روان‌شناختی 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 ذهن‌آگاهی بر شدت علائم و فاجعه‌پنداری درد دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) انجام شد.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۵ 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

شدید) درجه‌بندی می‌شود. برای تعیین روایی این فرم از مقیاس سازگاری اجتماعی پرسشنامه کیفیت رضایت و لذت از زندگی و مقیاس درجه‌بندی افسردگی Hamilton استفاده کردند. همبستگی نمره کل این پرسشنامه را با نمره کل مقیاس درجه‌بندی افسردگی Hamilton ۰/۳۸ با نمره کل مقیاس‌های سازگاری اجتماعی ۰/۴۵ 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 ۱۳ سؤال، به وسیله^(۳۳) طراحی شد و حداقل به ۶ کلاس سواد برای پاسخگویی نیاز دارد. مقیاس برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌پنداری درباره درد و درک بهتر مکانیزم تأثیر فاجعه‌پنداری 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 فاجعه‌پنداری کمتر بوده و با درد ناتوان‌کنند و وضعیت درد مزمن مرتبط است. این مقیاس پایایی و روایی خوبی در دو جمعیت بالینی و غیر 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 پیش‌قاعدگی، از فرم ثبت روزانه علائم که علائم (جسمانی و روانشناختی) را می‌سنجد^(۳۴) استفاده شد. که بعد از توجیه

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 استرس‌زا 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 ۱۹ سوال 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 ۴ تا ۴ حداقل یک مورد شدید ۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۴ حداقل ۴ مورد متوسط تا شدید
- ۳- در بخش تأثیر علائم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد شدید وجود داشته باشد. پایایی این ابزار، مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آمد^(۳۱).

به منظور ثبت علائم اختلال ملال پیش‌قاعدگی، 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 به صورت (۱= اصلاً تا ۶= خیلی

کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان مداخله پس از آزمون به عمل آمد. پس از ۴۵ روز مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش به منظور بررسی میزان تداوم اثر بخشی درمان (پیگیری)، توسط نمونه پژوهش تکمیل گردید. گروه مداخله در هشت جلسه آموزشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر طبق پروتکل kabat-Zinn^(۳۴) شرکت کردند مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود و موارد آموزشی عبارت بود.

در مورد نحوه ثبت علائم به صورت روزانه در طی دو ماه، متوالی شرکت‌کنندگان به آن پاسخ دادند. پس از احراز شرایط پژوهش، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر) و پرسشنامه‌های فاجعه پنداری درد^(۳۳)، توسط آنها پاسخ دادند. پس از اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش به مدت یک ماه تحت درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت ولی گروه

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

شماره جلسه	شرح جلسات
جلسه اول	خواندن و انعکاس مراقبه و تمرین آگاهی تمرین حضور ذهن نسبت به نفس بررسی فضای تنفس ۱ دقیقه لقمه‌های همراه با حضور ذهن. تکلیف: تمرین مراقبه رسمی و وارسی بدن و ثبت آن.
جلسه دوم	حضور ذهن و وارسی بدن ۵۴ دقیقه‌ای، انعکاس مقاله حضور ذهن و مراقبه تمرین مراقبه یوگا افزایش سطح آگاهی در طی فعالیت‌ها روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن و خواندن.
جلسه سوم	حضور ذهن و وارسی بدن ۵۴ دقیقه‌ای، باورهای غلط در مورد مراقبه مقاله افکار درباره تفکر تکمیل تقویم وقایع خوشایند و تداوم فعالیت‌های روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن و خواندن.
جلسه چهارم	مراقبه و وارسی بدن ۵۴ دقیقه، بحث در مورد استرس و واکنش یک فرد به موقیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتار جایگزین، تکنیک ایست، تکمیل تقویم وقایع ناخوشایند و تداوم فعالیت‌های روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن 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 خواندن مخصوصاً طی فعالیت با دیگران.
جلسه ششم	مراقبه وارسی بدن ۵۴ دقیقه، سبک مدیریت تعارض مدیریت خشم ذهن آگاهانه فرایند خشم و تداوم فعالیت‌های روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن و خواندن.
جلسه هفتم	مراقبه وارسی بدن ۵۴ دقیقه، درد و فرایند آن، رهایی از درد و تداوم فعالیت‌های روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن و خواندن تکمیل کار برگ 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 پیشگیری و بازگشت علائم.

شرکت کنندگان گروه کنترل نیز بعد از اتمام مرحله پیگیری در دوره فشرده‌ای از این درمان شرکت نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از SPSS-22 به کار برده شد. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

میانگین سن در گروه آزمایش برابر با ۲۶/۹۳ سال و در گروه کنترل ۲۷/۹۳ سال بود است. میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در روند اجرای پژوهش، کلیه افراد دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی با رضایت و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل اولویت با درمان بیماران بود تا اجرای پژوهش. علاوه بر این، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه‌ها به صورت فردی تفسیر نگردد و در صورت تمایل نتایج به اطلاع آن‌ها برسد، همچنین در تمامی مراحل پژوهش به دلیل عدم رضایت افراد مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی عکس‌برداری و فیلم‌برداری صورت نپذیرفت. ضمناً تمامی جزوات و سی‌دی‌های آموزشی به صورت رایگان در اختیار آنها قرار گرفت.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

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

($s=0/171, p=0/02$), ($s=0/199, p=0/114$), ($s=0/195, p=0/128$) و کنترل: ($s=0/124, p=0/2$), ($s=0/235, p=0/026$), ($s=0/233, p=0/027$) و همگنی ماترس کوواریانس 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=12/876, $p=0/369$) و ($p=0/17, \text{Box's M}=48/558$) لذا استفاده از تحلیل کوواریانس در داده‌های پژوهش بلامانع بود. جدول ۲ 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.

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: ($s=0/232, p=0/029$), ($s=0/223, p=0/053$) کنترل: ($s=0/155, p=0/2$), ($s=0/154, p=0/2$) 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:

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کوواریانس 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	۵۶/۱۰۵	۴	۳۲	۰/۱۰۰	۰/۹۱۹	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۵۶/۱۰۵	۴	۳۲	۰/۱۰۰	۰/۹۱۹	۱/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۱۱/۲۹۳	۴	۳۲	۰/۱۰۰	۰/۹۱۹	۱/۰۰۰
	بزرگترین ریشه‌روی	۱۱/۲۹۳	۴	۳۲	۰/۱۰۰	۰/۹۱۹	۱/۰۰۰
فاجعه پنداری درد	اثر پیلای	۱۵/۵۰۵	۶	۰۲	۰/۱۰۰	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۱۵/۵۰۵	۶	۰۲	۰/۱۰۰	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۵۱/۱۵۴	۶	۰۲	۰/۱۰۰	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰
	بزرگترین ریشه‌روی	۵۱/۱۵۴	۶	۰۲	۰/۱۰۰	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰

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 تاثیر برابر با ۹۱/۹ و ۹۳/۹ درصد است ($P=0/001$). یعنی ۱۰۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون شدت علائم و فاجعه پنداری

همان گونه که در جدول ۳، ملاحظه می‌شود آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به شدت علائم و فاجعه پنداری 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.

شده است. نتایج آزمون تحلیل تک متغیری برای مقایسه دو گروه در پس آزمون و پیگیری و یا بررسی تفاوت دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری در متغیرهای شدت علائم جسمانی و روانشناختی و ابعاد فاجعه‌پنداری درد (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی) در جدول ۴ آورده شده است.

مربوط به تاثیر میزان تاثیر عضویت گروهی می‌باشد. نتایج نشان داده است که نزدیک به ۹۱/۶ درصد از تفاوت‌های فردی در بهبود علائم جسمانی و روانشناختی در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. به عبارت دیگر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث بهبود شدت علائم در گروه آزمایش

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

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

این درمان بر کاهش شدت علائم جسمانی در مرحله پس آزمون برابر با ۴۱/۹ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۵۳/۷ درصد است. در حالی که تأثیر درمان بر شدت علائم روانشناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری برابر با ۷۹/۹ و ۹۰/۸ درصد به دست آمده است و به عبارت دیگر می‌توان گفت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری ابعاد فاجعه‌پنداری شامل نشخوار فکری،

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۴، میانگین نمرات شدت علائم جسمانی و روانشناختی و نمرات نشخوار فکری، بزرگنمایی، درماندگی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون ($p=0/001$) و در مرحله پیگیری ($p=0/001$) معنی‌دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری شدت علائم جسمانی و روانشناختی را کاهش داده است. میزان تأثیر

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، منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند می‌شود.

تداوم تمرین‌های ذهن آگاهی 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.

بزرگنمایی و درماندگی را کاهش داده است. میزان تأثیر این درمان بر کاهش نشخوارفکری در مرحله پس از زون برابر با ۸۶ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۸۵ درصد است. در حالی که تأثیر درمان بر بزرگنمایی در مراحل پس از زون 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 از زون 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 ۹۱/۶ و 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 می‌تواند 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

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) و احساس درماندگی نیز باعث ارزیابی برای مقابله در برابر درد می‌شود (ارزیابی ثانویه). مطالعات تجربی نشان می‌دهند که فاجعه‌پنداری 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 ذهن آگاهی بیشترین تلاش، جهت جلوگیری از فرایند نشخوار فکری در حل مشکل است چرا که این چرخه، تأثیر ناخوشایند دایمی فراوانی دارد. این رویکرد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نشخوار فکری، بیش‌تعمیمی در حافظه سرگذشتی و ارزیابی‌های خود انتقادگرایانه را کاهش و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده‌گری غیرقضاوتی محتوای ذهنی را افزایش می‌دهد. تمرین‌های مرتقبه و ذهن آگاهی 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 مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند. ماهیت ناسازگارانه فاجعه‌پنداری نیز می‌تواند عامل کمک‌کننده 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

نتایج پژوهش حاکی از اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد فاجعه‌پنداری درد (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی) بوده است که با تحقیقات^(۳۲) همسو می‌باشد. همچنین این یافته در بافتی کلی‌تر با نتایج پژوهش‌های^(۳۹) همسویی غیرمستقیم داشته است. در تبیین این یافته می‌توان فاجعه‌پنداری یک عامل تعیین‌کننده در تجربه درد می‌باشد و باورهای فاجعه‌پنداری 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. معمولاً 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 مجدداً 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 فاجعه‌پنداری نسبت به درد دارند، تجربه درد را از طریق افزایش سوگیری

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت که 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 فاجعه‌پنداری 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.

یک نگرش غیرقضاوتی دارد بر اساس عقیده Schutze و همکاران^(۱۷) حضور ذهن اندک آغازگر فاجعه‌پنداری 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 پژوهش حاضر نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم و فاجعه‌پنداری درد دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر بوده 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، فاجعه‌پنداری 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.

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, Femand 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 –

- 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.

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

Soodabe Bagheri¹, 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: Optimizing 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-catastrophizing (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-Catastrophizing of Premenstrual Dyhsphoric Disorder.

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

► Please cite this paper as:

Bagheri S, Sajjadian I [Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction treatment on the Severity of Symptoms 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

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