Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2024, Vol 15, No 1



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Aggression and Pain Catastrophizing in Girls with Premenstrual Dysphoric Syndrome

Zahra Alizadeh[1], Delshad Sadegnezhadei[2], Seyedeh Sima Mahdilou[3], Hadi Smkhani Akbarinejhad[4*]

1. *MA in Counseling & Guidance, Islamic Azad University, Shabestar, Iran*
2. *MA in Counseling & Guidance, Islamic Azad University, Shabestar, Iran*
3. *MA in Counseling & Guidance, Islamic Azad University, Shabestar, Iran*
4. *Dept of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the aggression and pain catastrophizing in girls with premenstrual dysphoric syndrome.

Material and Methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest and follow-up with a control group design. The statistical population was made up of female high school students suffering from premenstrual dysphoric symptoms in Tabriz city in 2023. In total, 30 people were selected by purposive sampling method, and randomly divided into two groups (15 people each). Members of the experimental group received their treatment in eight sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Both groups answered the 29-question Bass and Perry aggression and 13-question Sullivan et al pain catastrophizing questionnaires before, after and 4 months after the intervention. Data were Analyzed using ANOVA with repeated measures.

Results: In the pre-test, the mean and standard deviation of ACT for aggression were 57.60±5.00 and for pain catastrophizing 37.13±4.79, and in the control group for aggression were 57.93±6.59 and for pain catastrophizing it was 38.40±5.27 ($P<0.05$). ACT reduced aggression (43.93±5.99) and pain catastrophizing (32.93±5.16) in girls with premenstrual dysphoric syndrome in the post-test ($p<0.001$). In the follow-up phase, the effect of this treatment for aggression (44.07±5.86) and pain catastrophizing (33.07±5.14) was lasting ($p<0.001$).

Conclusion: According to the results of the present study, it can be said that the acceptance and commitment therapy can probably reduce the aggression and pain catastrophizing in girls with premenstrual dysphoric syndrome.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Aggression, Pain Catastrophizing, Premenstrual Dysphoric Syndrome

Please cite this paper as:
Alizadeh Z, Sadegnezhadei D, Mahdilou SS, Smkhani Akbarinejhad H [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Aggression and Pain Catastrophizing in Girls with Premenstrual Dysphoric Syndrome (Persian)]. J Anesth Pain 2024;15(1): 35-44.

Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejhad, Dept of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran
Email: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-20]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۵، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی

زهرا علیزاده[۱]، دلشاد صادق‌نژادی[۲]، سیده سیما مهدیلو[۳]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۴*]

۱. کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران
۲. کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران
۳. کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران
۴. گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۹ تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۱۱/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱

چکیده

زمینـه و هـدف: پژوهـش حاضـر بـا هـدف تعییـن اثربخشـی درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر پرخاشـگری و فاجعه‌پنـداری درد دختـران مبتـلا بـه نشـانگان مـلال پیـش از قاعدگـی انجـام شـد.

مـواد و روش‌هـا: روش پژوهـش، نیمه‌آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگـری بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـه آمـاری را دانش‌آمـوزان دختـر دبیرسـتانی مبتـلا بـه نشـانگان مـلال پیـش از قاعدگـی شـهر تبریـز در سـال ۱۴۰۲ تشـکیل داد. ۳۰ نفـر بـا روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب، و به‌صـورت تصادفـی در دو گـروه (هـر کـدام ۱۵ نفـر) قـرار گرفتنـد. اعضـای گـروه آزمایـش درمـان مختـص گـروه خـود را در ۸ جلسـه ۱/۵ سـاعته دریافـت کـرد؛ امـا گـروه کنتـرل درمانـی دریافـت نکـرد. هـر دو گـروه، پیـش، پـس و ۴ مـاه پـس از مداخلـه به‌پرسشـنامه‌های ۲۹ سـوالی پرخاشـگری بـاس و پـری و ۱۳ سـوالی فاجعه‌پنـداری درد سـالیوان و همـکاران پاسـخ دادنـد. داده‌هـا توسـط آزمـون تحلیـل واریانـس بـا اندازه‌گیـری مکـرر تجزیـه و تحلیـل شـدند.

نتایـج: در پیش‌آزمـون، میانگیـن و انحـراف معیـار درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـرای پرخاشـگری ۵۷/۶۰±۵/۰۰ و بـرای فاجعه‌پنـداری درد ۳۷/۱۳±۴/۷۹، و در گـروه کنتـرل بـرای پرخاشـگری ۵۷/۹۳±۶/۵۹ و بـرای فاجعه‌پنـداری درد ۳۸/۴۰±۵/۲۷ بـود (P>۰/۰۵). درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد، پرخاشـگری (۴۳/۹۳±۵/۹۹) و فاجعه‌پنـداری درد (۳۲/۹۳±۵/۱۶) دختـران مبتـلا بـه نشـانگان مـلال پیـش از قاعدگـی را در پس‌آزمـون کاهـش داد (P<۰/۰۰۱). در مرحلـه پیگیـری، اثـر ایـن درمـان بـر پرخاشـگری (۴۴/۰۷±۵/۸۶) و فاجعه‌پنـداری درد (۳۳/۰۷±۵/۱۴) مانـدگار بـود (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیـری: بـا توجـه بـه نتایـج پژوهـش حاضـر می‌تـوان گفـت کـه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد احتمـالاً می‌توانـد سـبب کاهـش پرخاشـگری و فاجعه‌پنـداری درد دختـران مبتـلا بـه نشـانگان مـلال پیـش از قاعدگـی شـود..

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرخاشگری، فاجعه‌پنداری درد، نشانگان ملال پیش از قاعدگی

نویسـنده مسـئول: هادی اسمخانی اکبری‌نژاد، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-20]

مقدمه

عدم توجه به مشکلات و معضلات برآمده از ملال پیش از قاعدگی، زنان و دختران را دچار مشکلات عدیده‌ای چون پرداخت هزینه‌های زیاد جهت حل مشکلات‌شان می‌کند که این امر تأثیرات مخربی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد[۱۰]. با توجه به این‌که زنان و دختران نیمی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند، و با توجه به این‌که شیوع نشانگان ملال پیش از قاعدگی در دخترانی که تازه به دوران بلوغ می‌رسند زیاد است، باید در کنار مداخلات پزشکی به حل مشکلات روان‌شناختی آن‌ها از طریق مداخلات روان‌شناختی پرداخت. نتیجه یک بررسی نشان می‌دهد که انواع مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم ملال پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی دختران اثربخش هستند[۱۱] که یکی از آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy) است. دلیل استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش این است که این درمان جزو درمان‌های موج سوم رفتاری است و علاوه بر این‌که از مولفه‌های تغییرات شناختی برخوردار است، به مولفه مهم پذیرش فعالانه نیز توجه ویژه‌ای دارد و این می‌تواند بر غنای درمان بیفزاید[۱۲].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به‌شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار ادغام می‌کند. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد[۱۲]. با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود[۱۳]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر علائم قبل از قاعدگی، نگرش درباره قاعدگی و استرس ادراک‌شده[۱۴]، سندرم پیش از قاعدگی[۱۵]، همزمان با آغاز دوران بلوغ، تغییرات روانی و جسمانی در دختران اتفاق می‌افتد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها شروع قاعدگی یا عادت ماهانه است. یکی از مشکلات مربوط به قاعدگی، نشانگان ملال پیش از قاعدگی (premenstrual dysphoric symptoms) است[۱] که شامل مجموعه‌ای از تغییرات رفتاری، خلقی و جسمانی است که پیش از دوره قاعدگی یا در طول آن به‌صورت قابل پیش‌بینی و پیوسته رخ می‌دهد، و به‌قدری شدید است که بعضی از جنبه‌های زندگی دختران را تحت‌تأثیر قرار داده و منجر به کاهش عملکرد سالم، مشکلاتی در روابط بین‌فردی و اختلافات خانوادگی می‌شود[۱]. این چرخه گاهی آن‌قدر آزاردهنده می‌شود که باعث بروز مشکلات جسمانی و روانی در زنان و دختران[۲] نظیر تنش، اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری (aggression)[۳] و فاجعه‌پنداری درد (pain catastrophizing) می‌شود[۴] که این مشکلات اثرات منفی بر ابعاد روانی، عاطفی و جسمی گذاشته و باعث کاهش کیفیت و رضایت زندگی می‌شود[۵].

پرخاشگری حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه است که منجر به آسیب‌رساندن به شخص، شیء و یا سیستم دیگری می‌شود[۶]. پرخاشگری به دو صورت کلامی و غیرکلامی دیده می‌شود. افکار پرخاشگرانه نگرش پرخاشگرانه فراگیری است که فرد را به‌سوی رفتارهای خشونت‌آمیز سوق می‌دهد[۷].

فاجعه‌پنداری درد به‌مجموع پاسخ‌های شناختی و آشکار روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به‌عنوان اضطراب قلمداد، و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند[۸]. سطح بالای اضطراب مرتبط با درد و فاجعه‌سازی آن، به اجتناب از فعالیت‌هایی که گمان می‌رود درد را گسترش می‌دهند کمک می‌کند که به‌نوبه خود اغلب اوقات به شرطی‌زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی منجر می‌شود و سرانجام به‌صورت یک چرخه درمی‌آید. همچنین گوش‌به‌زنگی نسبت به‌محرک‌های درد را به‌دنبال دارد[۹]. نتایج یک بررسی نشان می‌دهد که فاجعه‌پنداری درد یک عامل برجسته مرتبط با درد قاعدگی در دختران است[۱۰].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-20]

ورود (ابتلا به سندرم ملال پیش از قاعدگی بر اساس تشخیص پزشک، توانایی حضور در جلسات مداخلات، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی قبل از پژوهش و در حین پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید عصب شناختی- روانی مانند افسردگی شدید، صرع، مشکلات بینایی، شنوایی شدید، عدم ابتلا به بیماری اختلالات شخصیتی (توضیح این‌که ارزیابی عدم ابتلا به این موارد توسط یک روان‌پزشک انجام شده است)، دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال، طبقه اجتماعی- اقتصادی متوسط، و عدم برخورداری از مشکلات هورمونی به تشخیص پزشک) ۳۰ نفر از بین ۸۹ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی (روش بلوک‌سازی تصادفی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر کدام ۱۵ نفر). چون اختصاص بیش از ۱۵ نفر برای گروه‌درمانی مانع شکل‌گیری مناسب پویایی گروه می‌شود، از این‌رو برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. توضیح‌این‌که برای مقابله با انتقال محتوای جلسات درمانی از طریق اعضای گروه آزمایش به اعضای گروه کنترل، ترتیبی اتخاذ شد که اعضای دو گروه از دانش‌آموزان یک مدرسه نباشند. ملاک خروج از مطالعه (غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان) بودند. شایان ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن و مقطع تحصیلی بود.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره، و ۳ مشاور با مدرک کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. یک‌بار در مرحله پس‌آزمون، یک‌بار بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و یک‌بار پس از گذشت چهار ماه از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش استرس ادراک‌شده و پرخاشگری[۱۶] و اضطراب، کیفیت زندگی و خودکارآمدی[۱۷] زنان و دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح‌شده، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین‌حال، فرضیه اساسی آن‌ها که معتقدند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد دختران موثر می‌باشد را مورد بررسی قرار دهد. با توجه به این‌که نتایج پژوهش‌های قبلی در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی کم‌تر بر متغیر پرخاشگری پرداخته‌اند و هیچ پژوهشی متغیرهای مربوط به درد از جمله فاجعه‌پنداری درد را در این دختران مورد توجه قرار نداده است، از این‌رو پرداختن به این متغیرها از جنبه‌های نوآوری پژوهش حاضر می‌باشد. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TABRIZU.REC.1402.063) بود. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان مدارس دولتی دخترانه دوره متوسطه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد که مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد؛ به‌طوری‌که پس از کسب رضایت از مسئولین، پرسشنامه پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد در بین دانش‌آموزان ۷ مدرسه که مایل به شرکت در پژوهش بودند توزیع شد (۱۸۷ نفر)، و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۱۳۲ نفر) (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور پژوهشگران پُر شدند)، با درنظر گرفتن معیارهای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-20]

این سه خرده مقیاس افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می‌کنند. پرسشنامه به‌صورت لیکرتی از صفر (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) می‌باشد و شرکت‌کنندگان از بین آن‌ها برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب می‌کنند. حداقل نمره فرد در این آزمون صفر و حداکثر ۵۲ می‌باشد. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی کم‌تر می‌باشد[۲۰]. روایی پرسشنامه در پژوهش Sullivan و همکاران[۲۰] با روش تحلیل عاملی در مجموع ۶۹/۲۱ درصد از واریانس آزمون تبیین شد که نشان‌دهنده روایی بالای پرسشنامه بود. در پژوهش Sullivan و همکاران[۲۰] آلفای کرونباخ خرده مقیاس نشخوار را ۰/۷۰، بزرگ‌نمایی را ۰/۵۹، درماندگی را ۰/۸۳ و نمره کل پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند. در ایران روایی همگرای این مقیاس با فرم کوتاه افسردگی بک محاسبه شده و همبستگی مثبت و مهنی‌داری (r=۰/۴۶) بین این دو مقیاس به‌دست آمده است[۲۱]. در پژوهش Mohammadi و همکاران[۲۲] آلفای کرونباخ خرده مقیاس نشخوار ۰/۶۵، بزرگنمایی ۰/۵۳، درماندگی ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. در این پژوهش، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه گردید.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Hayesو Lillis[۱۲] دریافت کردند (جدول ۱). برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS ورژن 24 استفاده شد. در این پژوهش از آزمون تی مستقل، خی‌دو و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. در این پژوهش سطح معناداری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند، اما به آن‌ها گفته شد که هروقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شودند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد.

پرسشنامه پرخاشگری Buss و Perry: این پرسشنامه ۲۹ سوالی توسط Buss و Perry در سال ۱۹۹۲ تهیه شده است و چهار جنبه از پرخاشگری (خشم، پرخاشگری بدنی-کلامی، رنجش و بدگمانی) را می‌سنجد. پرسشنامه پرخاشگری، پالایش‌شده پرسشنامه خصومت است که بیش از سی سال قبل توسط Buss تهیه شده است. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ می باشد[۱۸]. روایی پرسشنامه توسط Mosalman[۱۹] در سال ۱۳۹۵ از طریق همبستگی با پرسشنامه خشم برابر ۰/۴۴ در سطح ۰/۰۰۱ گزارش شد که نشان از روایی بالای پرسشنامه داشت. در تحقیقی دیگر Salamat[۱۸] روایی پرسشنامه را از طریق همبستگی با پرسشنامه خشم ۰/۴۱ در سطح ۰/۰۱ به‌دست آورد که نشان داد پرسشنامه روایی مناسبی دارد. Mosalman[۱۹] پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آورد. Salamat[۱۸] پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ، تصنیف ۰/۸۴، ۰/۸۳ گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آمد.

پرسشنامه فاجعه‌پنداری درد PCS: این پرسشنامه توسط Sullivan و همکاران ساخته شده[۲۰] و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درد و مکانیزم اثر این فاجعه‌سازی است. این پرسشنامه ۱۳ سوالی دارای سه خرده‌مقیاس نشخوار، بزرگ‌نمایی و درماندگی می‌باشد و

جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف و محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به‌پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-20]

دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی وکم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به‌مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به‌بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بُعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکر دهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمندکردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزآگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به‌عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار یافته‌های توصیفی دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p
سن (سال) **(میانگین ± انحراف معیار)**	۱۶/۸۰±۰/۷۷	۱۶/۴۷±۰/۶۴	۰/۲۰۹ •
مقطع تحصیلی			
دهم (تعداد- درصد)	۶ (۴۰)	۹ (۶۰)	۰/۰۹۸ ••
یازدهم (تعداد- درصد)	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	
دوازدهم (تعداد- درصد)	۳ (۲۰)	۱ (۶/۷)	

آزمون: تی مستقل•، خی‌دو•• * $p<0/05$ اختلاف معنی‌دار

نیستند. در آزمون ام باکس، از آن‌جایی که F متغیرهای پرخاشگری (F=۲/۸۷۶) و فاجعه‌پنداری درد (F=۲/۳۲۱) به‌ترتیب در سطح ۰/۳۰۱ و ۰/۴۹۹ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر پرخاشگری در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۳۲) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۰) متغیر فاجعه‌پنداری درد در سطح

نتایج

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار سن و شرکت‌کنندگان آورده شده است. همچنین، در جدول ۲، تعداد مقطع تحصیلی آزمودنی‌ها ذکر شده است.

در پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون Shapiro-Wilk نشان دادند که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر z محاسبه‌شده در سطح ($p>0/05$) معنی‌دار

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-20]

است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنادار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$)؛ در صورتی‌که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۵$). اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی صورت گرفته نمرات آن‌ها در پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد کاهش یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است.

خطای داده‌شده (۰/۳۷۸) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش معنادار پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی شده است.

همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ در بعد اثر بین‌گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها مشهود است، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به کاهش معناداری هم در پرخاشگری و هم در فاجعه‌پنداری درد شده

جدول ۳: ؟؟؟؟

متغیر	زمان	آزمایش	کنترل	آزمون اثرات
پرخاشگری	پیش آزمون	۸۷/۱۳±۶/۹۰	۸۸/۳۳±۴/۳۰	درون گروهی: ES=۰/۶۶، p=۰/۰۰۱، F=۹۱/۸۴
	پس آزمون	۸۳/۱۳±۶/۸۷	۸۸/۲۰±۴/۱۹	بین گروهی: ES=۰/۱۰، p=۰/۰۴۶، F=۳۱۰/۲۱
	پیگیری	۸۳/۰۰±۷/۰۷	۸۸/۰۰±۴/۲۹	متقابل: ES=۰/۶۲، p=۰/۰۰۱، F=۷۲/۶۸
فاجعه‌پنداری درد	پیش آزمون	۳۷/۰۰±۴/۷۹	۳۸/۲۷±۵/۱۲	درون گروهی: ES=۰/۶۷، p=۰/۰۰۱، F=۹۷/۴۹
	پس آزمون	۳۳/۰۷±۴/۹۹	۳۸/۳۳±۴/۹۰	بین گروهی: ES=۰/۱۴، p=۰/۰۳۸، F=۴/۷۵
	پیگیری	۳۳/۲۰±۴/۹۷	۳۸/۵۳±۵/۱۵	متقابل: ES=۰/۷۰، p=۰/۰۰۱، F=۱۱۵/۱۷

مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-20]

تفسیر مردم از احساس درد و پاسخ‌های آن‌ها نسبت به آن تعیین‌کننده تجربه درد در آن‌هاست. افکار فاجعه‌ساز درد پیش‌بینی‌کننده افسردگی و ناتوانی عملکرد در آینده است[۲۱]. در جلسات درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن و آگاهی و ضمیر مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود که در نمره‌های فاجعه‌پنداری درد پس‌آزمون و پیگیری گروه مداخله این تأثیر دیده می‌شود.

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته است به دختران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی کمک کنند تا مشکلات برآمده از آن را بهتر پذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند، که متعاقباً پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد آن‌ها کاهش پیدا کرده است.

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه دختران دوره متوسطه دوم ۱۶ تا ۱۸ ساله شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه دختران جوان‌تر و مسن‌تر را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به‌نظر می‌رسد. علاوه بر این‌ها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر کارکرد خانواده همتا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به نقش مهم اجتماعی دختران به‌عنوان مادران آینده، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه کاهش نشانگان ملال پیش از قاعدگی و فاجعه‌پنداری درد استفاده شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی کاهش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک‌شدن به پایان مداخله بر روی نمرات پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد افراد در گروه آزمایش مثبت بود. در این راستا نتایج پژوهش‌های Jung و همکاران[۱۴]، Shoaee و همکاران[۱۵]، Barzegar و همکاران[۱۶]، و Aleyasin و همکاران[۱۷] به‌ترتیب نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم قبل از قاعدگی، نگرش درباره قاعدگی و استرس ادراک‌شده؛ بر سندرم پیش از قاعدگی؛ استرس ادراک‌شده و پرخاشگری؛ و اضطراب، کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان و دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

تفسیر دختران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی از احساس درد و پاسخ‌های آن‌ها نسبت به آن تعیین‌کننده تجربه درد در آن‌هاست. افکار فاجعه‌ساز درد پیش‌بینی‌کننده افسردگی و ناتوانی عملکرد در آینده است[۲۰]. در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی و ضمیر مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود که در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش این تأثیر دیده می‌شود[۱۲]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییردادن افکار و احساسات فرد به‌دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این‌منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود[۲۱] که در این پژوهش، پرخاشگری و فاجعه‌پنداری درد را بهبود بخشیده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-20]

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله و شناسایی نمونه متشکل از دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور برابر برعهده هر چهار نویسنده بود.

References

1. Fernández M D M, Montes-Martínez A, Piñeiro-Lamas M, Regueira-Méndez C, Takkouche B. Tobacco consumption and premenstrual syndrome: A case-control study. PloS one 2019; 14(6): e0218794-e0218794.
2. Yen J-Y, Lin P-C, Hsu C-J, Lin C, Chen I-Ju, Ko C-H. Attention, response inhibition, impulsivity, and decision-making within luteal phase in women with premenstrual dysphoric disorder. Arch Womens Ment Health 2023; 26(3): 321-330.
3. Dózsa-Juhász O, Makai A, Prémusz V, Ács P, Hock M. Investigation of premenstrual syndrome in connection with physical activity, perceived stress level, and mental status-a cross-sectional study. Front. Public Health 2023; 11: 1223787.
4. Cosic A, Ferhatovic L, Banozic A, Kraljevic S, Maric A, Sapunar D, et al. Pain catastrophizing changes during the menstrual cycle. Psychol Health Med 2013; 18(6): 735-41.
5. Branecka-Woźniak D, Cymbaluk-Płoska A, Kurzawa R. The impact of premenstrual syndrome on women's quality of life - a myth or a fact? Eur Rev Med Pharmacol Sci 2022; 26(2): 598-609.
6. Shechtman Z, Tutian R. Teachers treat aggressive children: An outcome study. Teaching and Teacher Education 2016; 58: 28-34.
7. Vacher C, Romo X, Dereure M, Soler M, Picot MC, Purper-Ouakil D. Efficacy of cognitive behavioral therapy on aggressive behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder and emotion dysregulation: study protocol of a randomized controlled trial. Trials 2022; 23(1): 124.
8. Whitney CA, Dorfman CS, Shelby RA, Keefe FA, Gandhi V. Reminders of Cancer Risk and Pain Catastrophizing: Relationships with Cancer Worry and Perceived Risk in Women with a First-Degree Relative with Breast Cancer. Fam Cancer 2019; 18(1): 9-18.
9. Schreier AM, Johnson LA, Vohra NA, Muzaffar M. Post-Treatment Symptoms of Pain, Anxiety, Sleep Disturbance, and Fatigue in Breast Cancer Survivors. Pain Manag Nurs 2019; 20(2): 146-151.
10. Payne LA, Rapkin AJ, Lung KC, Seidman LC, Zeltzer LK, Tsao JCI. Pain Catastrophizing Predicts Menstrual Pain Ratings in Adolescent Girls with Chronic Pain. Pain Med 2016; 17(1): 16–24.
11. Puthusserry ST, Delariarte CF. Development and implementation of mindfulness-based psychological intervention program on premenstrual dysphoric symptoms and quality of life among late adolescents: A pilot study. Journal of Affective Disorders Reports 2023; 11: 100461.
12. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy. 2en ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016: 134-135.
13. Liu H, Liu N, Chong ST, Yau EKB, Badayai ARA. Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. Heliyon 203; 9(3): e14057.
14. Jung M-J, La M-O, Son C. Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Premenstrual Symptoms, Attitudes about Menstruation, and Perceived Stress of Women with Premenstrual Syndrome. Journal of Digital Convergence 2017; 15(1): 485-495.
15. Shoaee F, Pouredalati M, Dadshahi S, Parvin P, Bolourian B, Kiani A, et al. Evaluation of Non-Pharmacological Strategies, Therapeutic and Cognitive-Behavioral Interventions in the Treatment of Premenstrual Syndrome: A Review Study. IJP 2020; 8(2): 10929-10939. [in Persian]
16. Barzegar E, Esmail Z, Bostanipour A, Fotohabadi K, Ebrahimi S, Hoseinnia M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Perceived Stress and Aggression in Women with Premenstrual Syndrome. PSYS 2018; 163-178. [in Persian]
17. Aleyasin SE, Kakasoltani F, Farahanifar M. The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Anxiety, Quality of Life and

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-20]

Self-Efficacy in Women with Premenstrual Syndrome. NDHJ 2016; 7(2): 27-35. [in Persian]
18. Salamat A. The effectiveness of behavioral activation therapy on burnout and aggression in diabetic patients. Master's thesis, Islamic Azad University of Tehran; 2017. [in Persian]
19. Mosalman Z. The effect of cognitive therapy on irrational beliefs, ataxia, aggression of depressed people. Master's thesis, Islamic Azad University of Mashhad; 2016. [in Persian]
20. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. Psychol Assess 1995; 7(4): 524-532.
21. Davoudi I, Zargar Y, Mozaffaripour E, Nargesi F, Molah K. The Relationship Between Pain Catastrophizing. Social Support, Pain-Related Anxiety, Copying Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic Patients. Health Psychology, 1(1): 68-80. [in Persian]
22. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. J Behavior Sciences 2013; 7(1): 57- 66. [in Persian].
23. Schutze R, Rees C, Preece M, Schutze M. Low Mindfulness Predicts Pain Catastrophizing in a Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. Pain 2010; 148(1): 120-127.
24. Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. Cogn Behav Pract 2011; 18(4): 577-587.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-20]