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





# The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on emotional self-awareness, emotional dyslexia and pain intensity in girls suffering from menstrual pain

**Seyed Mojtaba Aghili[1*], Zahra Hosseinzadeh Shandiz[2]**

1. *Department, Payam Noor University, Tehran, Iran*
2. *Master's degree in psychology, Payam Noor University, Golestan, Iran*

## ABSTRACT

**Aim and background:** Menstrual pain syndrome appears as a clinical disease with the occurrence of physical and mental cycles unrelated to any natural disease during the five days before menstruation. This research was conducted with the aim of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on emotional self-awareness, emotional dyslexia and pain intensity in girls suffering from menstrual pain.

**Material and Methods:** The present study was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the research were all female students in the second year of high school in Mashhad in the academic year of 2022-2023, who were selected by cluster sampling of 30 people and randomly placed in two experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group received commitment and acceptance therapy during 8 sessions of 90 minutes, but the control group did not receive any intervention. The research tools were Riff's emotional self-awareness questionnaire (2008), Toronto's emotional dyslexia (1994) and menstrual pain intensity scale. The research data were analyzed by multivariate analysis of covariance test.

**Results:** The findings showed that treatment based on acceptance and commitment has a significant effect on emotional self-awareness, emotional dyslexia and pain intensity in girls suffering from menstrual pain ($p<0.05$). In fact, treatment based on acceptance and commitment increased emotional self-awareness and reduced emotional ataxia and pain intensity in girls suffering from menstrual pain.

**Conclusion:** According to the findings, it can be concluded that the treatment based on acceptance and commitment teaches girls how to experience thoughts, feelings and emotions without judgment and emotional disturbance in mind. This process, by helping the therapist to understand the physical feelings, the ability to recognize and separate emotions, leads to reduction in the intensity of menstrual pain.

**Keywords:** treatment based on acceptance and commitment, emotional self-awareness, emotional dyslexia, pain intensity, menstruation

Please cite this paper as:
Aghili SM, Hosseinzadeh Shandiz Z [The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on emotional self-awareness, emotional dyslexia and pain intensity in girls suffering from menstrual pain (Persian)]. J Anesth Pain 2024;15(1): 70-81.

**Corresponding Author:** Seyed Mojtaba Aghili, Department, Payam Noor University, Tehran, Iran
**Email:** dr_aghili1398@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 خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی و شدت درد در دختران مبتلا به دردهای قاعدگی

**سید مجتبی عقیلی[1]*، زهرا حسین زاده شاندیز[2]**

۱. گروه علمی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران

**تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱** **تاریخ بازبینی: ...** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۲۰**

**چکیده**

**زمینـه و هـدف:** سـندرم درد قاعدگـی بـه عنـوان یـک بیمـاری بالینـی، بـا وقـوع چرخ‌هـای جسـمی و روحـی غیـر مرتبـط بـا هـر بیمـاری طبیعـی در طـی پنـج روز قبـل از قاعدگـی ظاهـر می‌شـود. ایـن پژوهـش بـا هـدف اثربخشـی درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر خودآگاهـی هیجانـی، ناگویـی هیجانـی و شـدت درد در دختـران مبتـلا بـه دردهـای قاعدگـی انجـام شـد.

**مـواد و روش‌هـا:** پژوهـش حاضـر نیمـه آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمون_پـس آزمـون و گـروه گـواه بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش کلیـه دانش‌آمـوزان دختـر دوره دوم متوسـطه دبیرسـتان‌های دخترانـه مشـهد در سـال تحصیلـی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودنـد کـه به‌صـورت نمونه‌گیـری خوشـه‌ای تعـداد ۳۰ نفـر انتخـاب و بـه صـورت تصادفـی در دو گـروه آزمایـش و گـواه (هـر گـروه ۱۵ نفـر) جای‌دهـی شـدند. گـروه آزمایـش طـی ۸ جلسـه ۹۰ دقیقـه‌ای تحـت درمـان مبتنـی بـر تعهـد و پذیـرش قـرار گرفـت امـا گـروه گـواه هیـچ مداخلـه‌ای دریافـت نکـرد. ابـزار پژوهـش پرسشـنامه خودآگاهـی هیجانـی ریـف (۲۰۰۸)، ناگویـی هیجانـی تورنتـو (۱۹۹۴) و مقیـاس شـدت درد قاعدگـی بـود. داده‌هـای پژوهـش بـا آزمـون تحلیـل کوواریانـس چنـد متغیـره تجزیـه و تحلیـل شـد.

**نتایـج:** بیـن نمـرات فاجعه‌پنـداری درد و رضایـت از زندگـی در گـروه آزمایـش و کنتـرل در پیش‌آزمـون تفـاوت معنـی‌داری وجـود یافته‌هـا نشـان داد درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر خودآگاهـی هیجانـی، ناگویـی هیجانـی و شـدت درد در دختـران مبتـلا بـه دردهـای قاعدگـی تاثیـر معنـادار دارد ($p<۰/۰۵$). در واقـع درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد باعـث افزایـش خودآگاهـی هیجانـی و کاهـش ناگویـی هیجانـی و شـدت درد در دختـران مبتـلا بـه دردهـای قاعدگـی میشـود.

**نتیجه‌گیـری:** بـا توجـه بـه یافته‌هـا می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـه دختـران می‌آمـوزد چطـور افـکار، احساسـات و هیجان‌هـا را بـدون قضـاوت و آشـفتگی هیجانـی در ذهـن تجربـه کننـد. ایـن فراینـد بـا کمـک بـه درک احساسـات بدنـی بـه درمان‌جـو توانایـی شـناخت و تفکیـک هیجانـات منجـر بـه کاهـش شـدت درد قاعدگـی می‌شـود.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی، شدت درد، قاعدگی

**نویسـنده مسـئول**: سید مجتبی عقیلی، گروه علمی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

**پست الکترونیک: dr_aghili1398@yahoo.com**

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

**مقدمه**

اکثر زنان در سنین باروری اختلالات خلقی و رفتاری مرتبط با چرخه قاعدگی به نام سندرم پیش از قاعدگی را تجربه می‌کنند و یکی از مشکلات دیسمنوره یا سندرم درد قاعدگی در زنان است [۱]. سندرم درد قاعدگی به عنوان یک بیماری بالینی، با وقوع چرخه‌ای جسمی و روحی غیر مرتبط با هر بیماری طبیعی در طی پنج روز قبل از قاعدگی ظاهر می‌شود و در چهار روز پس از شروع قاعدگی در سه چرخه متوالی با شدت کافی به پایان می‌رسد [۲]. این علائم در افراد متفاوت مختلف است و می‌تواند باعث تأثیر در کار، زندگی شخصی و ایجاد استرس در روابط اجتماعی شود [۳] و شامل کمر درد، تورم دست یا پا، افزایش اشتها و عامل سوم از تحریک‌پذیری، حساسیت یا درد پستان، درد شکم، سردرد است [۴]. علائم این سندرم طی ۱۰-۷ روز قبل از شروع قاعدگی مشاهده می‌شوند و بعد از شروع خونریزی یا قاعدگی کوتاه مدت بعد از آن فروکش می‌کنند [۵]. دیسمنوره در زنان مبتلا، باعث اختلال در عملکرد شغلی، تحصیلی در هر دوره سیکلیک و کم‌حوصلگی و تغییرات خلق در زنان می‌شود [۶]. احتمال افزایش حوادث و کاهش کیفیت کاری در افرادی که باوجود دیسمنوره به کار خود ادامه می‌دهند، حائز اهمیت است. علاوه بر مشکلات اقتصادی، بر روابط اجتماعی نیز تأثیر می‌گذارد. در این زمان زنان برای انجام کارهای روزمره کم‌حوصله بوده و تغییرات خلقی که ایجاد می‌شود، بر روی روابط آن‌ها با همسر و فرزندان تأثیر می‌گذارد [۷].

خودآگاهی هیجانی از عواملی است که نقشی مرکزی در تاب‌آوری روانشناختی پس از وقایع منفی دارد [۸]. خودآگاهی هیجانی به صورت آگاهی فرد از واکنش های هیجانی خود یا دیگران تعریف می شود که در روان درمانی، به آگاهی درمانجو از فشارهای هیجانی، از جمله تعارض های درونی یا تجربه های آسیب زا گفته می شود که زیربنای نشانه های اختلال را تشکیل می دهند [۹]. خودآگاهی هیجانی به افراد کمک می‌کند در مقابل محرکات محیطی بهتر فکر و عمل کنند. زمانی که شخص ادراک صحیحی از هیجانات خود دارد گستره‌ای از اطلاعات را جهت مقابله با احساسات و هیجانات به دست می‌آورد [۱۰]. توانایی درک هیجانات خود و دیگران یا خودآگاهی هیجانی، فرآیند توجهی در تعامل پیوسته با عملکرد، ارزیابی و تفسیر فرد است؛ به عبارت دیگر این فرآیند توجه، شخص را قادر به نظارت بار هیجاناتش و تشخیص تمایز کیفی میان هیجانات مختلاف می‌گرداند [۱۱]. از سوی دیگر خودآگاهی هیجانی شامل جنبه‌های نگرشی نیز است مانند اینکه فرد هیجانات را به عنوان بخش مثبت یا منفی خود ارزش‌گذاری می‌کند، یا اینکه تجربه هیجانی را فرآیندی شخصی و ذهنی تلقی می‌کند یا به عنوان فرآیند بین‌فردی مایل است آن را با دیگران به اشتراک بگذارد [۱۲].

یکی از بیماری‌هایی که ممکن است با سندرم پیش از قاعدگی همراه شود، ناگویی خلقی_هیجانی یا الکسی‌تایمیا است [۱۳]. زنان با علائم درد قاعدگی در کنترل هیجانات منفی چون خشم، غم، و ... دچار مشکل هستند [۱۴]. بنابراین تنظیم هیجانی ناکارامد یکی از عوامل پیش بینی کننده مهم تعامل منفی در زنان مبتلا به درد قاعدگی است. ناگویی هیجانی به دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی اطلاق می‌شود [۱۵]، دو جنبه شناختی (به معنای ناتوانی در شناسایی، فهم و تفسیر احساسات) و عاطفی (به معنای ناتوانی در پاسخ‌دهی و ابراز احساسات) است [۱۶]. پژوهش ها نشان دادند که سازمان عصبی در افراد مبتلا به ناگویی هیجانی بیشتر در سطوح فیزیولوژیکی و حرکتی فعال‌سازی می‌شود و فعال‌سازی کمتری را در سطوح شناختی تجربی سیستم پاسخ‌گویی هیجانی دارد [۱۷]. قاعدگی، درد کرامپی در ناحیه شکم، کمر و کشاله ران در حوالی قاعدگی را به همراه دارد و باعث اختلال در سلامت شخصی و اجتماعی زنان می‌شود [۱۸]. درد منجر به احساس ناکامی، نگرانی، افسردگی، اضطراب و به



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

طورکلی پریشانی روانشناختی می‌شود؛ به خصوص، اگر درد ماهیتی مزمن داشته باشد [۱۹].

زنانی که از سندرم پیش از قاعدگی و مشکلات روانشناختی همراه با آن رنج می‌برند معمولاً به دنبال درمان‌های پزشکی نمی‌روند و در صورت مراجعه نیز در بسیاری از موارد پاسخ مناسبی دریافت نمی‌کنند از این‌رو تعداد زنانی که در جستجوی راه درمانی برای مشکلات روانشناختی سندرم پیش از قاعدگی رو به افزایش است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان‌های که برای کاهش مشکلات روانشناختی استفاده شده است [۲۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله روانشناختی عاملی شفادهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند در سازگاری با مشکلات است [۲۱]، و به عنوان یکی از درمان‌های نسل سوم به علت تأکید بر چرخه‌های کارکردی و در نظرگرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، موجب تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی این درمان نسبت به دیگر درمان‌هاست [۲۲]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را قادر می‌کند با پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند، پریشانی هیجانی را مستقیماً هدف قرار دهد. در واقع این درمان با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عملکرد فرد را بهبود می‌بخشد تا پریشانی فرد را کم کند [۲۳]. اجتناب از احساسات ناخوشایند (اجتناب تجربه‌ای) رنج روان‌شناختی را دوام می‌بخشد. آمادگی برای تجربه‌کردن احساسات ناخوشایند و اجتناب‌نکردن از آن‌ها که به عنوان پذیرش به آن اشاره شده است و تشویق به آن فرایندی کلیدی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است [۲۴]. در این راستا نتایج مطالعات شعبان و همکاران [۲۵] نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش خودآگاهی هیجانی نوجوانان می شود. سیبینگا و همکاران [۲۶] نیز در پژوهشی نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در خود آگاهی و تنظیم هیجانی جوانان اثربخش است. پژوهش های عراقی و همکاران [۲۷] نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برکاهش ناگویی هیجانی و ناامیدی تاثیر معنادار دارد. رضوی و همکاران [۲۸] در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدیریت درد در زنان مبتلا به درد مزمن اثربخش است. مک کراکان و همکاران [۲۹] در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست شدت احساس درد مزمن افراد را به شکل معناداری کاهش دهد. پژوهش جانستون و همکاران [۳۰] نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست موجب کاهش شدت درد در افراد مبتلا به درد شود.

با توجه به آنچه گفته شد، انجام مداخلاتی که در بهبود سلامت روان این زنان موثر باشد، ضرورت می یابد. مفهوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می کند تا بپذیرند که اگرچه هیجانات منفی در زندگی همه انسان ها وجود دارد اما، بخش ثابتی از شخصیت و روند زندگی نیستند. پذیرش این مساله فرد را قادر می سازد که به جای واکنش غیرارادی به هیجانات و رویدادهای برانگیزاننده آنها آگاهانه واکنش نشان دهد و به شیوه کارآمدتر با زندگی رابطه برقرار کند. نتیجه چنین مطالعه ای به عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی های بیشتر برای این زنان خواهد بود و در ارائه خدمات مشاوره ای و روان شناختی مناسب به این زنان موثر واقع شود. در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی و شدت درد در دختران مبتلا به دردهای قاعدگی انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون و گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دبیرستان‌های دخترانه مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ هستند. که به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه



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

آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفت اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک های ورود به پژوهش، تشخیص دردهای سیکلیک دیسمنوره اولیه توسط مربی بهداشت مدارس، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود و ملاک‌های خروج عبارت بودند از درمان دارویی فعال برای درد قاعدگی، عدم تمایل به شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کلوموگروف اسمیرنف و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) با رعایت مفروضه های آن و نرم افزار تحلیل داده های spss_22 استفاده شد.

روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از دریافت کد اخلاق از شورای پژوهش دانشگاه پیام نور (IR.PNU.REC.1401.385) و هماهنگی با مسئولین مربوطه در اداره آموزش و پرورش، با همکاری مددکار و مشاور مدارس، رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، ضمن آگاه‌سازی شرکت کنندگان، و تشخیص دردهای سیکلیک دیسمنوره اولیه در دانش آموزان توسط مربی بهداشت مدارس، رضایت آنان برای شرکت در این پژوهش جلب شد. پس از آن شرکت کنندگان به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. ضمن توجیه شرکت کنندگان و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کنند. قبل از شروع مداخله هر دو گروه مورد مطالعه به عنوان پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. و گروه آزمایش تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای قرار گرفتند، اما در طی این جلسات به گروه گواه هیچ نوع آموزشی داده نشد. پس از اتمام دوره آموزش، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. لازم به ذکر است که پس از اتمام پس‌آزمون به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه گواه هم برگزار شد. محل جلسه‌ها به شکل گروهی در اتاق مشاوره مدارس که از لحاظ محیط، فضا و تجهیزات مناسب است، برگزار شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل حضور داوطلبانهٔ اعضا در جلسات، تکمیل کردن پرسشنامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، برنامه ریزی مناسب برای اجرای جلسات، محرمانه ماندن اطلاعات و نام افراد در پژوهش کاملا رعایت شد.

در پژوهش حاضر برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

**پرسشنامه آگاهی هیجانی:** این پرسشنامه به منظور شناسایی و ارزیابی نحوه احساس و تفکر دانش آموزان درباره هیجان های خودشان از نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه هیجان آگاهی ریف و همکاران که در سال ۲۰۰۷ ساخته شده، استفاده شد. این پرسشنامه برای توصیف ۶ جنبه از کارکرد هیجانی (تمایز هیجان ها، مشارکت کلامی هیجان ها، آشکار سازی هیجان ها، آگاهی بدنی، توجه به هیجان های دیگران و تحلیل هیجان ها) طراحی شده است. پرسشنامه دارای ۳۰ گویه است [۳۱]. ریف و همکاران در یک نمونه ۶۶۵ نفری از دانش آموزان، همسانی درونی گویه های پرسشنامه را در نسخه اصلی برای ۶ جنبه هیجانی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۷، ۰/۷۶، ۰/۷۴، ۰/۷۷، ۰/۷۷ به دست آورده اند (۲۰۰۹). همچنین در تحلیل عاملی انجام شده بر روی نسخه اصلی پرسشنامه هیجان آگاهی که نشانگر ساختار عاملی مناسب پرسشنامه است، ۶ عامل را شناسایی کرده اند که مجموعا ۴۹٪ واریانس را تبیین می کنند [۳۳]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵ به دست آمد.

**پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو:** این پرسشنامه توسط بگبی در سال ۱۹۹۴ ساخته شده و دارای ۲۰ ماده است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها با ۷ ماده، دشواری در توصیف احساس‌ها با ۵ ماده و جهت‌گیری فکری بیرونی با ۸ ماده را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرتی از نمره ۱ (کاملاً



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

مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیر مقیاس برای نارسایی هیجان کل محاسبه می‌شود. نمره‌ی آزمودنی در هر یک از سه خرده مقیاس با جمع عبارات متعلق به تمامی عبارات آن خرده مقیاس حاصل می‌آید. کسب نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر است [۳۴]. بشارت در پژوهش خود، با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و جهت گیری فکری بیرونی را در نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی ۲۰ ماده‌ای تأیید کرده و ضرایب آلفای کرونباخ نیز برای نارسایی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و جهت گیری فکری بیرونی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه کرده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. همچنین اعتبار ابزار با روش بازآزمایی در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از r=۰/۸۰ تا r=۰/۸۷ برای نارسایی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های مختلف گزارش شده است [۳۵]. ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش براری و ابراهیمی [۳۶] برای نارسایی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و جهت‌گیری فکری بیرونی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۸۹ و ۰/۸۶ به دست آمد.

**مقیاس شدت درد قاعدگی:** مقیاس شدت درد قاعدگی، یک آنالوگ بصری است و شامل یک خط مدرج است و اعداد روی آن از ۰( عدم وجود درد) تا ۱۰ سانتیمتر (شدیدترین درد قابل تصور) بر اساس میلی‌متر درجه بندی شده است. ملاک شدت درد عددی بود که شرکت‌کننده دور آن خط کشیده بودند. در این مطالعه اعداد کمتر از ۵ به عنوان غیر مبتلا و ۵ و بیشتر از ۵ به عنوان مبتلا در نظر گرفته شد. این مقیاس به طور گسترده در پژوهش‌های مرتبط با درد مورداستفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مورد تأیید است.

### مداخله درمانی

ساختار محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس کتاب "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای نوجوانان درمان فردی و گروهی نوجوانان" نوشته تورل و بل، ترجمه زنجانی و آقایی [۳۷] برای ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای تهیه شد که محتوای آن در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱:** جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | موضوع | محورها |
|---|---|---|
| اول | معرفی مبانی اساسی درمان | آشنایی با اعضا گروه، تعیین قوانین حاکم برجلسات درمان، تصریح رابطه درمانی، معرفی و سنجش اختلال بدشکلی بدن، درماندگی خلاق |
| دوم | درماندگی خلاق | ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله |
| سوم | کنترل مسئله است | معرفی کنترل به عنوان مسئله، تفاوت دنیای درون و بیرون، استعاره پلی گراف |
| چهارم | پذیرش جایگزینی برای اجتناب | معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان، بیان احساسات پاک و ناپاک |
| پنجم | گسلش | گسلش، استعاره اتوبوس |
| ششم | خود به عنوان زمینه و بودن در زمان حال | معرفی انواع خود، استعار شطرنج، آشنایی با گذشته و آیند مفهوم‌سازی شد |
| هفتم | ارزش‌ها | حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر، شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع |
| هشتم | تعهد به عمل | تعهد به عمل و پایبندی به ارزش‌ها با وجود موانع، استعاره نهال، ارزیابی تعهد به عمل و پیشگیری ازعود |



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

**یافته‌ها**

یافته های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۱۶/۵ و انحراف معیار ۲/۳ بود. از میان شرکت کنندگان در پژوهش ۵۷/۲ اولین قاعدگی در ۱۳ سالگی، ۳۲/۴ در ۱۲ سالگی و ۱۰/۴ در ۱۴ سالگی بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی و شدت درد برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد که پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات گروه آزمایش تفاوت معنادار داشته است. همچنین آزمون کولموگروف اسمیرنوف که نشان می‌دهد فرض نرمال بودن برقرار است، برای تمامی متغیرهای خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی و شدت درد برقرار است ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون لون نشان داد که که فرض همگنی واریانس نیز برای تمامی متغیرهای خودآگاهی هیجانی ($F=۴/۵۲$)، ناگویی هیجانی ($F=۱/۳۹$) و شدت درد ($F=۱/۲۴$) برقرار است ($p<۰/۰۵$). نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۳ گزارش شده است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، یافته های حاصل از تحلیل وواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که F به دست آمده در تمامی آزمون ها، با درجه آزادی ۵ و ۱۹ در سطح $P>۰/۰۵$ معنادار است. یافته‌های حاصل نشان داد که در متغیرهای پژوهش پس از حذف اثر پیش آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۵$ و (۵ و ۱۹=Df) و ($F=۶۴/۸۹۴$ و PillaisTrace=۰/۱۳۵). نتیجه می‌گیریم که بین گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه گواه، حداقل دریکی از متغیرها خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی و شدت درد تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه برای درک دقیق تر و بررسی تاثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می شود.

**جدول ۲:** میانگین و انحراف معیار متغیر خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی و شدت درد در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| مقیاس | گروه | آزمایش | | گواه | | کولموگروف اسمیرنف | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | آماره | معناداری |
| **شدت درد** | پیش‌آزمون | ۷/۶ | ۵۸/۱ | ۵۳/۵ | ۳۶/۱ | ۰/۷۹ | ۰/۴۶ |
| | پس‌آزمون | ۴۰/۳ | ۶۸/۱ | ۷۳/۵ | ۴۹/۱ | ۰/۸۶ | ۰/۶۵ |
| **خودآگاهی هیجانی** | پیش‌آزمون | ۸۷/۵۸ | ۸۷/۸ | ۹۳/۵۴ | ۷/۷ | ۱/۳۶ | ۰/۸۳ |
| | پس‌آزمون | ۶۰/۶۴ | ۲۸/۶ | ۲۷/۵۳ | ۲۵/۷ | ۰/۹۳ | ۰/۷۳ |
| **ناگویی هیجانی** | پیش‌آزمون | ۳۳/۴۷ | ۷۱/۱۰ | ۲۰/۴۹ | ۴۸/۷ | ۱/۰۹ | ۰/۸۵ |
| | پس‌آزمون | ۹۳/۳۹ | ۹۶/۸ | ۱۳/۴۹ | ۴۸/۹ | ۰/۶۸ | ۰/۹۹ |

**جدول ۳.** نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

| آزمون | مقدار | F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| **اثر پیلایی** | ۰/۱۵۳ | ۶۴/۸۹۴ | ۵ | ۱۹ | ۰/۰۰۱ |
| **لامبدای ویلکز** | ۰/۰۶۷ | ۶۴/۸۹۴ | ۵ | ۱۹ | ۰/۰۰۱ |
| **اثر هتلینگ** | ۱۷/۳۲۹ | ۶۴/۸۹۴ | ۵ | ۱۹ | ۰/۰۰۱ |
| **بزرگترین ریشه روی** | ۱۷/۳۲۹ | ۶۴/۸۹۴ | ۵ | ۱۹ | ۰/۰۰۱ |



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

**جدول ۴:** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی پس‌آزمون خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی و شدت درد گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

| گروه | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | میزان تأثیر | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | شدت درد | ۵۸/۵۴ | ۱ | ۵۸/۵۴ | ۱۲۵/۱۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۳ | ۱/۰ |
| | خودآگاهی هیجانی | ۲۸۸/۷۸ | ۱ | ۲۸۸/۷۸ | ۷/۱۴ | ۰/۰۱ | ۰/۲۲ | ۰/۷۳ |
| | ناگویی هیجانی | ۴۳۳/۵ | ۱ | ۴۳۳/۵ | ۹/۵۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۸ | ۰/۸۴ |
| خطا | شدت درد | ۱۱/۶۹ | ۲۵ | ۰/۴۷ | | | | |
| | خودآگاهی هیجانی | ۱۰۱۰/۴۸ | ۲۵ | ۴۰/۴۲ | | | | |
| | ناگویی هیجانی | ۱۱۳۱/۷۳ | ۲۵ | ۴۵/۲۷ | | | | |

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی و شدت درد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

## بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی و شدت درد در دختران مبتلا به دردهای قاعدگی انجام شد. یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش منجر به بهبود خودآگاهی هیجانی، ناگویی هیجانی و کاهش شدت درد در دختران مبتلا به دردهای قاعدگی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات شعبان و همکاران [۲۵]، عراقی و همکاران [۲۷]، رضوی و همکاران [۲۸]، مک‌کراکان و همکاران [۲۹]، جانستون و همکاران [۳۰] و سیبینگا و همکاران [۲۶] همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از مهم‌ترین و موثرترین مفاهیم و تکنیک‌ها ذهن آگاهی می‌باشد. بدین منظـور ابتدا درمانجـو طی جلسات درمانی با تمرین بودن در زمان حال، هر لحظه از افکار، احساسات هیجان‌ها و حالات جسمانی خود آگاه می‌شود. سپس به وسیله ساز و کارهای نهفته در ذهن آگاهی از جمله پذیرش، می‌آموزد چطور افکار، احساسات و هیجان‌ها را بدون قضاوت و آشفتگی هیجانی در ذهن تجربه کند. این فرایند با کمک به درک احساسات بدنی به درمانجو توانایی شناخت و تفکیک هیجانات را می‌دهد. به این ترتیب فرد قادر به کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجانات خود می‌شود. از طرف دیگر این درمان توسط تغییر الگوهای شناختی، افزایش توانایی کنترل افکار و بهبود برخورد با افکار خود آیند را فراهم می‌آورد و فرد را قادر می‌سازد به جای پاسخ‌های خودکار بتواند آگاهانه پاسخ بدهد [۲۶].

از آنجا که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج‌های بدنی نابهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند و درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند. فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آزمودنی‌ها سبب رشد هوشمندانه و توانایی تعدیل احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن و ارتباط مناسب با یک هیجان منفی به صورت مناسب و توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب بهبود تفسیرهای شناختی از هیجانات و افزایش تحمل پریشانی و در نهایت بهبود ناگویی هیجانی آزمودنی‌ها می‌گردد [۱۶]. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم‌انداز شخصی



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

از هیجان‌ها، خودآگاهی و ذهن‌آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و با تکیه بر آن، سیستم جنگ و گریز مغز را به تعویق انداخته و کم کم مغز را از واکنش های خودکار مبتنی بر دفاع از خود رها سازند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در فرآیند درمان می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجان‌های مثبت و منفی شود و در مجموع ناگویی هیجانی را بهبود بخشد [۲۷].

به عنوان نخستین گام در جهت کاهش شدت درد در دختران، تلاش شد تا آنان بجای اجتناب کردن، با دردهای مسیر رسیدن به سلامتی مواجه شوند چرا که این مواجهه، نقش زیادی در کاهش مشکلات دارد. هنگامی که افراد دچار درد تلاش می‌کنند از مشکلات فعلی‌شان اجتناب کنند، اگرچه در کوتاه مدت وضعیت بهتری می‌یابند اما در طولانی مدت، دچار وخامت اوضاع می‌شوند. در این مرحله، دختران یاد گرفتند که حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی (در اینجا سلامتی)، دردها و سختی‌هایی به همراه دارد که با اجتناب از این رنج‌ها، نمی‌توان به یک زندگی ارزشمندانه دست یافت. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراد از پذیرش، تمایل به روبرو شدن با این دردها و سختی‌هاست [۲۹]. انتظار می‌رود با انجام تمرینات منظم پذیرش و تعهد، تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روانشناختی مانند کاهش اسـترس، افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نهایت منجـر به کاهش شدت درد شود [۲۸].

## نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودآگاهی هیجانی و کاهش ناگویی هیجانی و شدت درد در دختران مبتلا به دردهای قاعدگی گردید که در مراکز مشاوره و درمانی می توانند در برنامه ریزی جهت افزایش سلامت روان از این درمان استفاده کنند. محدودیت پژوهش این است که جامعه آماری پژوهش را دختران دوره متوسطه شهر مشهد تشکیل دادند. بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. امکان پیگیری نتایج در طولانی مدت به دلیل کمبود وقت وجود ندارد. پیشنهاد می گردد برای به دست آوردن حمایت تجربی و پژوهشی بیشتر، پژوهش های مشابه در سایر نقاط کشور با در نظر گرفتن متغیرهای بالینی ذکر شده انجام شود. پیشنهاد می شود، در دوران قاعدگی به مشکلات هیجانی افراد توجه ویژه گردد و برنامه های درمانی مدون جهت افزایش سازگاری روانشناختی با محوریت ارتقاء کیفیت هیجانی در مراکز درمانی در نظر گرفته شود.

## ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه نکات اخلاقی طبق پروتکل‌های مصوب با کد اخلاق IR.PNU.REC.1401.385 انجام شد. همچنین فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش توسط همه شرکت کنندگان کننده ها امضا شد.

## سپاسگزاری

این مقاله حاصل از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه پیام نور واحد گرگان می باشد و بدین گونه مراتب تقدیر و تشکر از دانشگاه پیام نور واحد گرگان به عمل می آید. همچنین از کلیه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند نهایت قدردانی به عمل می آید.

## تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می نمایند که هیچ گونه تعارض منافعی ندارد.



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

## References


1 Peng L, Ying W, Yingyinga F, Haia L, GeliangaL W, Duan R, Deng G, & QinWeia D. Cortical and subcortical changes in patients with premenstrual syndrome. Journal of Affective Disorders 2018; 23(5): 191-197.DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.046

2 Chumpalova P, Iakimova R, Stoimenova-Popova M, Aptalidis D, Pandova M, Stoyanova M. Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. Annals of General Psychiatry 2020; 19(3): 174-185. DOI: 10.1186/s12991-019-0255-1

3 Sarukhani M, Sayeh Miri K, Ahmadi V, Mami Sh. Patterns of premenstrual syndrome symptoms in university students in Ilam city: a descriptive study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2021; 20(2): 187-200.20.1001.1.17353165.1400.20.2.1.3

4 Arafa A, Senosy S, Helmy H, & Mohamed A. Prevalence and patterns of dysmenorrhea and premenstrual syndrome among egyptian girls (12–25 years). Middle East Fertility Society Journal 2018; 23(4): 486-490. DOI: 10.1016/j.mefs.2018.01.007

5 Dehimi M, Nouri M. Effectiveness of group therapy based on stress reduction based on mindfulness on rumination and feelings of loneliness of women with premenstrual syndrome. Psychological Studies 2019; 15(3): 39-54. DOI: 10.22051/PSY.2019.23964.1821

6 Akbarian M, Saeedi N, Barjali A, Abolqasemi S, Hasanabadi H. The effect of acceptance and commitment therapy on the psychological outcomes of anxiety, pain intensity and fatigue of women with fibromyalgia: a study with the expectancy effect. Ibn Sina Clinical Medicine Journal 2021; 28(4): 252-244. DOI: 10.52547/ajcm.28.4.244

7 Tarhani M, Fathi M, Rahmati M. The effect of aerobic exercises with different intensities on pain, menstrual symptoms and quality of life in adolescent girls with primary dysmenorrhea. Armaghane Danesh 2022; 27(1): 11-26. DOI: 10.52547/armaghanj.27.1.11

8 Armstrong A, Galligan R, & Critchley C. Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. Journal of Personality and Individual Differences 2021; 51(1): 331-336. DOI: 10.1016/j.paid.2011.03.025

9 Smith R, Alkozei A, Bao J, Smith C, Lane R, & Killgore W. Resting state functional connectivity correlates of emotional awareness. Journal of NeuroImage 2018; 159(1): 99-106. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2017.07.044

10 Hayeri Meybodi M, Jafari Rozji F, Shahvardi M, Hayati Mutlaq M. The role of emotional self-awareness, referential thinking and mental vitality in predicting the return to addiction in female drug users. Development of Psychology 2021; 10(1): 108-97. 20.1001.1.2383353.1400.10.1.2.2

11 Rieffe C, Oosterveld P, Miers A, Terwogt M, & Ly V. Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The Emotion Awareness Questionnaire revised. Personality and Individual Differences 2018; 45(8): 756-761. DOI: 10.1016/j.paid.2008.08.001

12 Bromandian N, Mohammadi N, Rahimi T. Comparing the effectiveness of "group therapy based on interactive methods and psychodemonstrating" on the emotional self-awareness of adolescent girls with psychological distress. Psychological Achievements 2020; 27(1): 1-22. DOI:10.22055/psy.2020.29101.2312

13 Alpaslan A, Avcı K, Soylu N, Taş H. Association between premenstrual syndrome and alexithymia among Turkish University students. Gynecol Endocrinol 2019; 30(5): 377–380. DOI: 10.3109/09513590.2014.887066

14 Zahedi Fard T, Firouzi M. Review of studies related to primary dysmenorrhea in terms of menstrual pain measurement tools. Iranian Journal of Women, Midwifery and Infertility 2016; 19(4): 17-27. DOI: 10.22038/ijogi.2016.6900

15 Williams Z, & Gotham K. Improving the measurement of alexithymia in autistic adults: a psychometric investigation and refinement of the




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

twenty -item Toronto Alexithymia Scale. Molecular autism 2021; 12(1): 1-23.
16 Martino G, Caputo A, Schwarz P, Bellone F, Fries W, Quattropani M, & Vicario C. Alexithymia and inflammatory bowel disease: a systematic review. Frontiers in Psychology 2020; 11(1): 176-183.
17 Pahlan M, Basharat M, Barjali A, & Farahani H. Prediction of pain intensity in patients with chronic pain based on alexia: the mediating role of the behavioral inhibition system. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2019; 25(1): 56-71. DOI:10.32598/ijpcp.25.1.56
18 Bahmanesh E, Nabi-Meibdi R, Makbari-nejad R, Tansaz M, Muzaffarpour A, Shirouye P. Explanation of menstrual pain from the perspective of Iranian traditional medicine and comparison with common medicine: a review article. Iranian Journal of Women, Midwifery and Infertility 2016; 19(35): 22-31. DOI:10.22038/ijogi.2016.8061
19 Sarmasti Emami A, Peymani J, Aghajani T. Structural relationships of pain intensity and self-efficacy with fear of movement mediated by psychological distress in women with rheumatoid arthritis. Applied Family Therapy 2022; 3(3): 1-19. DOI:10.22034/aftj.2022.334721.1492
20 Barzegar I, Zohraei I, Bustanipour A, Fatuhabadi K, Ebrahimi S, Hossein Nia M. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on perceived stress and aggression of women with premenstrual syndrome. Psychological Studies 2018; 14(3): 163-178. DOI: 10.22051/psy.2018.18095.1529
21 Ahmadi V, Walizadeh H. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the quality of life and death anxiety of the elderly. Psychology of Aging 2021; 7(2): 166-153. DOI: 10.22126/jap.2021.6370.1528
22 Mirzai Dostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety and mental health of women with AIDS in Abadan city. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2019; 25(1): 2-13. DOI: 10.32598/ijpcp.25.1.2
23 Ferreira M, Mariano L, Rezende J, Caramelli P. Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders 2022; 309(7): 297-308. DOI: 10.1016/j.jad.2022.04.134
24 Fishbein J, Judd C, Genung S, Arch J. Intervention and mediation effects of target processes in a randomized controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy for anxious cancer survivors in community oncology clinics. Behaviour Research and Therapy 2022; 153(6): 104-113. DOI: 10.1016/j.brat.2022.104103
25 Shaban N, Dehghani M, Rifati E, Ghorbani S, Amani O. The effect of cognitive therapy based on mindfulness on emotional self-awareness and metacognitive beliefs of adolescents with generalized anxiety disorder. Psychiatric Nursing 2020; 8(5): 55-66. http://ijpn.ir/article-1-1580-fa.html
26 Sibinga E, Perry-Parrish C, Thorpe K, Mika M, Ellen J. A small mixed-method RCT of mindfulness instruction for urban youth. Healing and Science of Journal 2019; 10(3): 180-186. DOI: 10.1016/j.explore.2014.02.006
27 Iraqi Y, Bazazian S, Amiri Majd M, Qamari M. The effectiveness of the approach based on acceptance and commitment to reduce emotional ataxia and despair of couples applying for divorce. Cognitive Analytical Psychology Quarterly 2020; 11(42): 83-97.
28 Razavi B, Abul Qasimi S, Akbari B, Naderi B. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on feelings of hope and pain management in women with chronic pain. Anesthesia and Pain 2019; 10(1): 49-36. http://jap.iums.ac.ir/article-1-5423-fa.html
29 McCracken L, Ayana S, Gordon J. A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. Pain 2021; 14(11): 1398-1406. DOI: 10.1016/j.jpain.2013.06.011
30 Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey NJ, Johnson A. The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. Pain 2020; 26(5): 393-402 .DOI: 10.1097/AJP.0b013e3181cf59ce
31 Rieffe C, Meerum Terwogt M, Petrides K, Cowan C, Miers A, Tolland A. Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children.



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

Personality and Individual Differences 2007; 43(1): 95-105. DOI: 10.1016/j.paid.2006.11.015

32 Rieffe C, Villanueva L, Adrián J, & Górriz A. Somatic complaints, mood states and emotional awareness in adolescents. Psicothema 2009; 21(1): 459-464.

33 Gholamrezae H, Sabri H. Determining the validity and reliability of the emotional awareness questionnaire in primary school students in Tehran. Psychometric scientific-research quarterly 2018; 7(4): 85-98.

34 Taylor G, & Bagby R. The Handbook of Emotional Intelligence: "An overview of the alexithymia construct", in ed. R. Bar-On & J. D. A. Parker., San Francisco: Jossey-Bass Inc. 2000.

35 Basharat M. Toronto emotional dyslexia scale: questionnaire, implementation and scoring method (Persian version). Evolutionary psychology: Iranian psychologists 2013; 10(37): 90-102. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.020

36 Barari Baziarkheli Z, Ebrahimi S. Prediction of psychological helplessness and tolerance of failure based on emotional failure in women with breast cancer. Iranian Journal of Nursing 2021; 34(129): 108-96. DOI: 10.52547/ijn.34.129.96

37 Turrell S, Bell M. Therapy based on acceptance and commitment for adolescents, individual and group therapy for adolescents. Translated by Zahra Zanjani and Elham Aghaei. Respected publications. 2010.



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