

## اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری‌های تنظیم هیجان و

### بهزیستی روان‌شناختی در سندرم پیش از قاعدگی

\* مهشید شعبانی<sup>۱</sup>، جواد خلعتبری<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، تنکابن، ایران

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۱/۲۳ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۰۲)

## The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on emotion regulation difficulties and psychological well-being in premenstrual syndrome

\* Mahshid Shabani<sup>1</sup>, Javad Khalatbari<sup>2</sup>

1. Ph.D. Student in Counseling, Islamic Azad University, Branch of North Tehran, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Counseling, Islamic Azad University, Branch of Tonekabon, Tonekabon, Iran.

(Received: Apr. 12, 2018 - Accepted: Feb. 21, 2019)

### Abstract

**Objective:** The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on emotion regulation difficulties and psychological well-being in premenstrual syndrome. **Method:** The research method is semi-experimental with pre-test-posttest design with control group. The research population consisted of all women referring to Health Center of Dolatabad in the second half of 1396. A sample of 30 subjects was selected through purposeful sampling and randomly divided into two groups (15 subjects) and control (15 subjects). Then, the experimental group was trained by mindfulness-based stress reduction program in 8 sessions. To collect data, a short form reef psychological well-being scale (RSPWB-SF) and an emotional adjustment difficulty questionnaire (DERS) were used. The data were analyzed using covariance analysis and analyzed using SPSS software. **Results:** The results showed that mindfulness-based stress reduction had a significant effect on decreasing the emotion regulation difficulties and its components. Also, there was a significant effect on mindfulness-based stress reduction on psychological well-being and its components. **Conclusion:** The results of this study showed that mindfulness-based stress reduction can be used as a useful intervention method for increasing psychological well-being and decreasing emotion regulation difficulties in women with premenstrual syndrome.

**Keywords:** Mindfulness-based stress reduction, Emotion regulation difficulties, Psychological well-being, Premenstrual syndrome.

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری‌های تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در سندرم پیش از قاعدگی بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز سلامت دولت‌آباد در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ بود. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفت. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه تحت آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. جهت گردآوری اطلاعات از فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB-SF) و پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS) استفاده شد و داده‌های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن تأثیر معناداری داشت. همچنین آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن تأثیر معناداری داشت. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مفید، جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بکار رود.

**واژگان کلیدی:** کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، دشواری‌های تنظیم هیجان، بهزیستی روان‌شناختی، سندرم پیش از قاعدگی.

\* نویسنده مسئول: مهشید شعبانی

\* Corresponding Author: Mahshid Shabani

Email: mahshid.shabani2022@gmail.com

## مقدمه

بیشترین میزان شیوع PMS مربوط به زنان آسیایی (۹۸٪) است (تاسانی<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج بررسی‌های انجام‌گرفته در ایران نیز مؤید شایع بودن سندرم پیش از قاعدگی نزد زنان در سنین باروری بخصوص جوانان می‌باشد. شیوع این سندرم توسط دلارا و همکاران (۲۰۱۲) در نوجوانان ۱۹-۱۴ ساله ۲/۳۷ درصد، توسط بخشانی و همکاران (۱۳۹۰) در دانشجویان زاهدان ۱۶ درصد و توسط کیانی و همکارانش (۱۳۸۸) در زنان شاغل ۶۷/۷ درصد برآورد شده است. علائم سندرم پیش از قاعدگی، کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر زمینه‌های متعددی از جمله فعالیت‌های روزانه در منزل، فعالیت‌های اجتماعی، روابط بین فردی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، اعمال جنسی، کارآمدی فرد و بهزیستی هیجانی تأثیر می‌گذارد (چنگ<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). بهزیستی روان‌شناختی جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است که به‌عنوان درک افراد از زندگی در حیطه رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است (سولا کامرانو<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات نشان داده‌اند، سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) بهزیستی روان‌شناختی (تچودین، براتا و زامپ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۱؛

در طول دوره باروری، تغییرات جسمی و روان‌شناختی خاصی در بسیاری از زنان دیده می‌شود (اچیگوز، دایی و بینبای<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). سندرم پیش از قاعدگی<sup>۲</sup> (PMS) به‌عنوان فرایند دوره‌ای<sup>۳</sup> تعریف می‌شود که در مرحله لوتئال<sup>۴</sup> آغاز می‌شود و تقریباً ۴ روز پس از شروع قاعدگی خاتمه می‌یابد و در آن تغییرات جسمی، شناختی، هیجانی و رفتاری ظاهر می‌شوند (هافمیستر و بادن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶؛ هانتسو و اپرسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). شایع‌ترین علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی (PMS) عبارت است از گرفتگی شکم، خستگی، التهاب، درد سینه، افزایش آکنه و افزایش وزن (برامبات<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) و شایع‌ترین علائم عاطفی و رفتاری شامل تحریک‌پذیری، ناراحتی، تپش قلب، بدبینی، افسردگی، خستگی، کاهش دامنه توجه، فراموشی و ضعف در تصمیم‌گیری است (اپرسون<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ ایمای، اچیگوز، ماتسونامی و تاکاگی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵). علائم ذکرشده معمولاً با شروع قاعدگی از بین می‌روند (هانتسو و اپرسون، ۲۰۱۵). شیوع سندرم پیش از قاعدگی در کشورهای عربی (۳۷.۵٪)، در میان ژاپنی‌ها (۱۷.۵٪)، در میان آمریکایی‌ها (۴۱٪)، در زنان اروپایی (۱۰-۱۲٪) می‌باشد و

1. Acikgoz, Dayi & Binbay
2. Premenstrual syndrome
3. cyclical process
4. Luteal phase
5. Hofmeister & Bodden
6. Hantsoo & Epperson
7. Brahmhatt
8. Epperson
9. Imai, Ichigo, Matsunami & Takagi

10. Tacani
11. Cheng
12. Sola-Carmona
13. Tschudin, Berte& Zemp

و همکاران، ۲۰۱۶؛ پترسون<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۶ و یین<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به آنچه گفته شد، انجام مداخلاتی که بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم هیجانات این زنان مؤثر باشد، ضرورت می‌یابد. در دهه‌ی اخیر افزایش ناگهانی در استفاده از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، که مهارت‌های ذهن آگاهی را برای ارتقای سلامت و بهزیستی روان‌شناختی آموزش می‌دهد، دیده شده است و روزه‌روز این رویکرد در حال گسترش است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵). ذهن آگاهی روش خاصی از توجه است که به وسیله‌ی کابات-زین<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۰) به‌عنوان "آگاهی‌ای که از توجه به خواست و هدف و توجه غیر قضاوتی در گشودگی به تجربه در لحظه‌ی حال، نشأت می‌گیرد" توصیف می‌شود (به نقل از شاپیرو، کارلسون، آستین و فریدمن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶). مفهوم ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بپذیرند که اگرچه هیجانات منفی در زندگی همه‌ی انسان‌ها وجود دارد اما، بخش ثابتی از شخصیت و روند زندگی نیستند. پذیرش این مسأله فرد را قادر می‌سازد که بجای واکنش غیرارادی به هیجانات و رویدادهای برانگیزاننده‌ی آن‌ها آگاهانه واکنش نشان دهد و به شیوه‌های کارآمدتر با زندگی رابطه برقرار کند (سگال<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۰). این رویکرد، توجه بیمار را به سرنخ‌ها، پاسخ‌ها و خویشن‌داری در زمان حال جلب می‌کند و وی

براون و لوئیس<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) و بهزیستی هیجانی (نيسار<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸) زنان را کاهش می‌دهد. زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی (PMS) در طول چرخه قاعدگی دچار اختلالات هیجانی و دشواری‌های تنظیم هیجان<sup>۳</sup> می‌شوند (ویو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرایندها اشاره دارد که افراد از طریق آن‌ها به دنبال نظارت، ارزیابی و هدایت مجدد جریان خودکار هیجانات، مطابق با نیازها و اهداف خود هستند (گراس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). دشواری در تنظیم هیجانات شامل طیف وسیعی از نقایص می‌شود از جمله عدم درک و آگاهی از احساسات؛ مشکلات در پذیرش تجربیات هیجانی منفی؛ ناتوانی در کنترل تکانه‌ها؛ مشکلات در دستیابی به اهداف مورد نظر؛ و عدم توانایی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مناسب در هنگام مواجهه با هیجانات منفی (یاب<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

مطالعات نشان داده‌اند که زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و اختلال ملال پیش از قاعدگی<sup>۷</sup> (PMDD) که شکل شدیدتری از سندرم پیش از قاعدگی (PMS) می‌باشد (رونی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، از راهبردهای ناسازگارانه‌ای در تنظیم هیجانات استفاده می‌کنند (رونی و همکاران، ۲۰۱۶؛ ویو

9. Petersen,  
10. Yen  
11. Kabat-Zinn  
12. Shapiro, Carlson, Astin & Freedman  
13. Siegel

1. Brown & Lewis  
2. Nisar  
3. Emotion Regulation Difficulties  
4. Wu  
5. Gross  
6. Yap  
7. Premenstrual dysphoric disorder  
8. Reuveni

(اورکی و سامی، ۱۳۹۵؛ کاریستینی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، افراد با آسیب نخاعی (عبدی، خیرجو، جاویدفر و جابری، ۲۰۱۶) و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (لانگر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۷) مؤثر بوده است.

درمجموع زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی (PMS) از راهبردهای ناسازگارانه‌ای در تنظیم هیجانات استفاده می‌کنند و سطح دشواری تنظیم هیجانات در آنان نسبت به زنان غیر مبتلا بالاتر است (رونی و همکاران، ۲۰۱۶؛ ویو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ پترسون و همکاران، ۲۰۱۶ و یین و همکاران، ۲۰۱۷) و از بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند (تچودین، براتا و زامپ، ۲۰۱۱؛ براون و لوئیس، ۱۹۹۳؛ نیسار و همکاران، ۲۰۰۸).

بنابراین انجام مداخلاتی که به این افراد برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم هیجان کمک کند، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. شواهد پژوهشی مؤید تأثیر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و به‌ویژه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به‌صورت موفقیت‌آمیزی در بهبود تنظیم هیجانات (نادری و همکاران، ۱۳۹۳؛ گلدین و گراس، ۲۰۱۰؛ اکبالد، ۲۰۰۹؛ گودنایت، ۲۰۱۶؛ شهیدی، اکبری و زرگر، ۲۰۱۷) و اسدی و همکاران، ۲۰۱۶) و به‌یادآوری، تن و متیو، ۲۰۱۵؛ آنادی و شرما، ۲۰۱۵؛ کاریستینی و همکاران، ۲۰۱۷؛ عبدی و همکاران، ۲۰۱۶؛ لانگر و

را قادر می‌سازد تا به نشانه‌های بیماری به شیوه انعطاف‌پذیر پاسخ دهد (پورمحسنی کلوری و اسلامی، ۱۳۹۵). برنامه‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان یک فرایند ایجاد حالات شناختی، ذهنی و عاطفی انعطاف‌پذیر شناخته شده است که می‌تواند به کاهش باورهای خودتحریف‌کننده کمک کند (تورستون، گلدین، همبرگ و گراس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد آموزش می‌دهد، به مشاهده الگوهای عاطفی و شناختی پردازند و به پذیرش و دست یافتن به چشم‌انداز بدون قضاوت تشویق می‌کند (دال، لوتز، و دیویدسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). شواهد پژوهشی مؤید تأثیر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود تنظیم هیجان در زنان افسرده (نادری، حسنی، تقی زاده و رمضان زاده، ۱۳۹۳؛ بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (گلدین و گراس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰)؛ افراد عادی (اکبالد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹)؛ بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر (گودنایت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶)؛ دانش‌آموزان دختر دبیرستانی (شهیدی، اکبری و زرگر، ۲۰۱۷) و بازیکنان فوتبال (اسدی، ابوالقاسمی و پارسا، ۲۰۱۶) بوده‌اند. همچنین مطالعات نشان داده است این مداخلات بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه (جونسک، تن و متیو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵)؛ بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز

1. Thurston, Goldin, Heimberg & Gross
2. Dahl, Lutz, & Davidson
3. Goldin & Gross
4. Ekblad
5. Goodnight
6. Janusek, Tell & Mathews

7. Crescentini  
8. Langer  
9. Wu

همکاران، ۲۰۱۷) بوده‌اند.

با مروری بر پژوهش‌ها می‌توان گفت، تاکنون پژوهشی به تأثیر این مدل درمانی بر دشواری‌های تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی، در جامعه هدف پژوهش حاضر یعنی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی نپرداخته است. نتیجه چنین مطالعه‌ای به عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر برای این زنان خواهد بود و در ارائه خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی مناسب به این زنان مؤثر واقع شود. در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر دشواری‌های تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی انجام شد.

## روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز سلامت دولت‌آباد در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ بود. پرسشنامه علائم قبل از قاعدگی<sup>۱</sup> (PSST) در بین مراجعه‌کنندگان به بخش زنان مرکز سلامت دولت‌آباد توزیع شد و بعد از بررسی پرسشنامه‌ها و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)

قرار گرفت. با توجه به این‌که در تحقیقات آزمایشی، حجم نمونه دست‌کم برابر ۳۰ نفر کافی است (دلاور، ۱۳۹۰) حجم نمونه را می‌توان مناسب دانست. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: ۳۵-۱۸ ساله، تحصیلات حداقل دیپلم، رضایت از شرکت در پژوهش، عدم تجربه وقایع استرس‌آور در طی ۳ ماه قبل از شروع مطالعه مانند مرگ نزدیکان، جدایی والدین و وقوع تصادف و حوادث ناگوار. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی شناخته شده، استفاده از داروی خاص، سابقه شرکت در مطالعات تحقیقی مشابه با آموزش ذهن آگاهی و یوگا. پیش از اجرای برنامه‌ی مداخله‌ای برای هر دو گروه آزمایش و کنترل، فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۲</sup> (RSPWB-SF) و پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان<sup>۳</sup> (DERS) به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه به مدت ۲ ساعت تحت آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. خلاصه جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در (جدول ۱) ارائه شده است.

پس از پایان جلسات آموزش پس‌آزمون، برای هر دو گروه اجرا شد و داده‌های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

2. Ryff psychological well-being scale - short form

3. Difficulties in Emotion Regulation Scale

1. Premenstrual Symptoms Screening Tool

جدول ۱. شرح جلسات آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول	معرفی و آشنایی و تبیین مفهوم هدایت خودکار معرفی برنامه و شرح مختصری از ۸ جلسه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی با مفاهیم آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و لزوم آموزش ذهن آگاهی، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واریسی بدن و تنفس آگاهانه، تکلیف دهی
جلسه دوم	رویارویی با موانع مرور تکالیف هفته‌ی گذشته (انجام مراقبه واریسی بدن و بحث در مورد این تجربه)، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن و تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مراقبه در حالت نشسته، تکلیف دهی
جلسه سوم	آگاهی از تنفس یا تنفس آگاهانه تمرین دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه‌دقیقه‌ای فضای تنفسی، انجام تمرین‌های حرکات یوگا، تکلیف دهی.
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها، بدن و افکار (که مراقبه نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود). آموزش نحوه ماندن در زمان حال، مفهوم به تمرکز توجه، تکلیف دهی
جلسه پنجم	اجازه / مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات) مرور تکالیف هفته‌ی گذشته، تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته (آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات)، ارائه و اجرای حرکات یوگا، تکلیف دهی
جلسه ششم	افکار حقایق نیستند تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه‌ی تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ استفاده از شعر و استعاره و ارتباط آن با کیفیت ذهن آگاهی، تکلیف دهی.
جلسه هفتم	چطور می‌توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم؟ مراقبه نشسته و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود. ارائه تمرینی جهت تهیه فهرستی از رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی، تجربه آگاهی و پذیرش بدون قضاوت (غیرانتخابی)، تکلیف دهی.
جلسه هشتم	پذیرش و تغییر (استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید) مراقبه واریسی بدن، تمرین فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای، بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مراقبه، طرح سؤالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست‌یافته‌اند؟ آیا دوست دارند این تمرین‌های مراقبه را ادامه دهند؟ آیا مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته است؟ گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان و پس‌آزمون، آمادگی برای خاتمه جلسات و پایان مداخله.

ابزار

سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. فرم کوتاه این

فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB-SF) این مقیاس توسط ریف در

**پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS):** این پرسشنامه توسط گراتز و روئمر در سال ۲۰۰۴ طراحی شد و شامل ۳۶ عبارت است که شش خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای «۱= خیلی به ندرت» تا «۵= تقریباً همیشه» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی ۰/۸۷ را به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی و روایی سازه و پیش‌بین رضایت بخشی برای این ابزار گزارش کردند. همبستگی‌های درونی و همبستگی تمام خرده مقیاس‌های این مقیاس با سیاهه‌های افسردگی و اضطراب بک نیز نشان‌دهنده روایی سازه و ملاکی مطلوب این مقیاس بود. اعتبار این مقیاس نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای این خرده مقیاس‌ها، بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ در نوسان بود (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۱).

در پژوهش حاضر جهت تعیین پایایی پرسشنامه، از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. برای خرده مقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی و مقیاس کلی دشواری تنظیم هیجان برابر با ۰/۶۸، ۰/۷۷،

پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال و برگرفته از فرم اصلی با ۱۲۰ سؤال است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است که عبارت‌اند از: استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، عامل ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره‌ی بالاتر، نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتر است.

در ایران خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال را به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۳، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به دست آوردند.

همچنین این پژوهشگران آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش نمودند. خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند که تمامی عامل‌های این پرسشنامه از برازش خوبی برخوردار می‌باشند. در پژوهش حاضر جهت تعیین پایایی پرسشنامه، از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. برای خرده مقیاس‌های استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، عامل ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود و مقیاس کلی بهزیستی روان‌شناختی برابر با ۰/۷۱، ۰/۷۴، ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۸۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۵ بوده است.



۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱ و ۰/۸۱ بوده است.

**پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی (PSST):** این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال بوده که دارای دو بخش است (بخش اول که شامل ۱۴ علائم خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علائم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سؤال است).

برای هر سؤال ۴ معیار اصلاً، خفیف متوسط و شدید ذکر گردیده که از صفر تا ۳ نمره بندی شدند. در پژوهش سیه بازی و همکاران (۱۳۹۰) برای اعتبار سنجی این ابزار نمونه‌ای از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه‌های تهران به‌طور تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پایایی پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد، برای بررسی روایی پرسشنامه نیز از دو روش ظاهری و محتوایی استفاده گردید. در آزمون پایایی این ابزار، مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ حاکی از روایی محتوایی این پرسشنامه است. پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفا کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد.

#### یافته‌ها

در جدول (۲) اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین‌های نمرات گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تقریباً برابر است، اما پس از اجرای مداخله، میانگین گروه آزمایش در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و نمره کل آن افزایش و در مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان و نمره کل آن کاهش یافته است.

برای تعیین معناداری تغییرات حاصل شده آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. برای استفاده از این آزمون مفروضه‌های نرمال بودن توزیع، همسانی واریانس‌ها و همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کالموگراف اسمیرنوف نشان داد نمرات در دو گروه دارای توزیع نرمال است ( $p > 0/05$ ).

نتایج آزمون لوین نیز در بررسی برابری واریانس‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین واریانس‌ها وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). از دیگر پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، نیز همسانی کوواریانس‌ها بود که آزمون M باکس برای این بررسی استفاده شد و نتایج نشان داد که کوواریانس‌ها در دو گروه برابر هستند ( $p > 0/05$ )؛ بنابراین استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع بود.



جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمایش		کنترل	
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش خود	۷/۹۳	۳/۰۸	۸/۱۳	۳/۵۳
روابط مثبت با دیگران	۹/۲۰	۲/۲۴	۸/۷۳	۲/۴۰
خودمختاری	۳/۲۰	۲/۰۷	۳/۸۶	۱/۷۵
تسلط بر محیط	۹/۲۶	۲/۰۱	۹/۰۶	۲/۵۲
زندگی هدفمند	۶/۶۶	۳/۹۹	۷/۲۰	۳/۹۰
رشد فردی	۵/۸۶	۲/۰۳	۵/۶۰	۲/۴۷
بهبودی روان‌شناختی	۴۲/۱۳	۷/۳۳	۴۲/۶۰	۵/۹۱
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۶/۳۳	۲/۴۳	۱۷/۱۳	۲/۴۹
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۹/۳۳	۴/۵۷	۱۸/۷۳	۴/۰۶
دشواری در کنترل تکانه	۱۰/۳۳	۲/۳۱	۱۰/۴۰	۲/۲۴
فقدان آگاهی هیجانی	۱۷/۶۶	۲/۷۱	۱۵/۸۰	۲/۶۰
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۱۶/۲۰	۳/۷۸	۱۶/۶۶	۲/۷۱
عدم وضوح هیجانی	۲۱/۷۳	۴/۷۴	۱۷/۳۳	۴/۹۹
دشواری در تنظیم هیجان	۱۰/۶۰	۸/۸۲	۹۶/۰۶	۸/۶۸

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه دشواری تنظیم هیجان در گروه آزمایش و

کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۵۶۵/۳۱	۱	۵۶۵/۳۱	۱۱/۵۳	۰/۰۰۲	۰/۲۹
گروه	۳۷۱۳/۶۳	۱	۳۷۱۳/۶۳	۷۵/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
خطا	۱۳۲۳/۳۵	۲۷	۴۹/۰۱			
مجموع	۲۱۵۵۷۷	۳۰				

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش (کمکی) آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان زنان باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است ( $P < 0/01$ ) میزان تأثیر ۰/۷۳ بوده است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش دشواری تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد.

نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت کلی گروه‌ها در پس‌آزمون نمرات مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان (۴) آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی از مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان تفاوت معناداری دارند ( $P < 0/01$ ). به‌منظور پی بردن به این تفاوت آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده که نتایج آن در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت کلی گروه‌ها در پس‌آزمون نمرات مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثربخشی	۰/۸۴	۱۵/۰۸	۶	۱۷	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۵	۱۵/۰۸	۶	۱۷	۰/۰۰۱
اثرهتلینگ	۵/۳۲	۱۵/۰۸	۶	۱۷	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۵/۳۲	۱۵/۰۸	۶	۱۷	۰/۰۰۱

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت نمرات مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان

منبع تغییرات	مجموع	درجه آزادی	میانگین	نسبت	سطح	ضریب
	مجذورات		مجذورات	F	معناداری	اتا
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۸۶/۶۳	۱	۸۶/۶۳	۴۱/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۸۲/۰۵	۱	۸۲/۰۵	۶/۰۱	۰/۰۲۳	۰/۲۱
دشواری در کنترل تکانه	۵/۷۹	۱	۵/۷۹	۳/۸۲	۰/۰۶۳	۰/۱۴
فقدان آگاهی هیجانی	۴۱/۷۸	۱	۴۱/۷۸	۹/۸۵	۰/۰۰۵	۰/۳۰
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۲۰	۱	۲۰	۳/۸۸	۰/۰۶۱	۰/۱۵
عدم وضوح هیجانی	۲۴۲/۵۴	۱	۲۴۲/۵۴	۳۳/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰

به علاوه، بر اساس ضریب اتا بخش عمده‌ای از واریانس تغییرات در عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۰/۵۶)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۰/۲۱)، فقدان آگاهی هیجانی (۰/۳۰) و عدم وضوح هیجانی (۰/۶۰) در پس‌آزمون به تأثیر مداخله مربوط می‌شود. اما تفاوت بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در دشواری در کنترل تکانه و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار نیست. این بدین معناست که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری در کنترل تکانه و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی مؤثر نیست.

در جدول (۵) نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری یعنی آثار بین آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان ارائه شده است. همچنان که نتایج نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همپراش (کمکی): تفاوت بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار است. این بدین معناست که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل

ضریب اتا	سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۲۴	۰/۰۰۶	۸/۷۰	۲۹۱	۱	۲۹۱	پیش‌آزمون
۰/۶۲	۰/۰۰۱	۴۴/۷۲	۱۴۹۶/۹۳	۱	۱۴۹۶/۹۳	گروه
			۳۳/۴۱	۲۷	۹۰۲/۳۲	خطا
				۳۰	۸۱۳۹۵	مجموع

بنابراین می‌توان گفت که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد.

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره که در جدول (۷) آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی) آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است ( $P < 0/01$ ) میزان تأثیر ۰/۶۲ بوده است.

از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری دارند ( $P < 0/01$ ). به منظور پی بردن به این تفاوت آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده که نتایج آن در جدول (۸) ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت کلی گروه‌ها در پس‌آزمون مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

نام آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثربخشی	۱۱/۱۵	۶	۱۷	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۱۱/۱۵	۶	۱۷	۰/۰۰۱
اثربختلینگ	۱۱/۱۵	۶	۱۷	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۱۱/۱۵	۶	۱۷	۰/۰۰۱

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
روابط مثبت با دیگران	۶/۵۴	۱	۶/۵۴	۲/۴۶	۰/۱۳۱	۰/۱۰
خودمختاری	۳۸/۰۸	۱	۳۸/۰۸	۲۵/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳
تسلط بر محیط	۳۳/۵۰	۱	۳۳/۵۰	۶/۰۴	۰/۰۲۲	۰/۲۱
زندگی هدفمند	۱۲۸/۴۵	۱	۱۲۸/۴۵	۲۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱
رشد فردی	۱۱/۳۷	۱	۱۱/۳۷	۷/۶۱	۰/۰۱۱	۰/۲۵
پذیرش خود	۵۸/۷۱	۱	۵۸/۷۱	۶/۱۱	۰/۰۲۲	۰/۲۱

در دو گروه آزمایش و کنترل در خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد فردی و پذیرش خود در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار است. این بدین معناست که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند،

در جدول (۸) نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری یعنی آثار بین آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی ارائه شده است. همچنان که نتایج نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای همپراش (کمکی): تفاوت بین نمرات

ناخوشایند است و باعث افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی می‌شود (گلدین و گراس، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی، از طریق یک توجه لحظه‌به‌لحظه، غیرقضاوتی و کنترل آگاهی گام‌به‌گام، می‌تواند به بهبود خودتنظیمی افراد منجر شود (شهیدی و همکاران، ۲۰۱۷). درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق افزایش خلق مثبت، مهارت‌های تنظیم هیجان افراد را بهبود می‌دهد و با افزایش توجه هوشیاری و پذیرش هیجان‌هایی که بر فرد عارض می‌شوند و راهبردهای تنظیم هیجان بیماران را تعدیل می‌کند (نادری و همکاران، ۱۳۹۳).

افراد دارای مهارت ذهن آگاهی بالا در حالتی بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی هستند که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ات و پدیده‌های فیزیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند و همچنین به پذیرش وجود هیجان‌ات منفی و تحمل آن‌که جزئی از مهارت‌های تنظیم هیجان هست، کمک می‌کند (والاچ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین افرادی که از ذهن آگاهی بالایی برخوردارند از دانش و بینش مناسبی در مورد فرایندهای شناختی و توانمندی‌های خود برخوردارند و به خاطر رابطه‌ی عمیق ذهن آگاهی با هیجان‌ات و همچنین راهبردهای مؤثر برخورد با تکالیف، ذهن آگاهی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و دیگران، هیجان‌ات و موقعیت در زمان کنونی می‌شود و این افزایش آگاهی بر هر دو بعد هیجان و شناخت تأثیر مثبتی دارد (بریتون<sup>۲</sup>

رشد فردی و پذیرش خود شده است. به‌علاوه، بر اساس ضریب اتا بخش عمده‌ای از واریانس تغییرات در خودمختاری (۰/۵۳)، تسلط بر محیط (۰/۲۱)، زندگی هدفمند (۰/۵۱)، رشد فردی (۰/۲۵) و پذیرش خود (۰/۲۱) در پس‌آزمون به تأثیر مداخله مربوط می‌شود. اما تفاوت بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در روابط مثبت با دیگران در سطح  $P < 0.05$  معنی‌دار نیست. این بدین معناست که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روابط مثبت با دیگران مؤثر نیست.

### نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری‌های تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش میزان دشواری تنظیم هیجانی و مؤلفه‌های آن در زنان گروه آزمایش مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های نادری و همکاران (۱۳۹۳)؛ گلدین و گراس (۲۰۱۰)؛ اکبالد (۲۰۰۹)؛ گودنایت (۲۰۱۶)؛ شهیدی، اکبری و زرگر (۲۰۱۷) و اسدی و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، نقش ذهن آگاهی همچنین در کاهش واکنش‌پذیری و بهبود تنظیم هیجان در برابر موقعیت‌های تنش‌زا تأیید شده است (گودنایت، ۲۰۱۶). ذهن آگاهی دارای ظرفیت از بین بردن محرک‌های هیجانی

1. Walach  
2. Britton

می‌سازد که فرد از حالت‌های هیجانی ناخوشایند فاصله بگیرد (رهبری و کرد، ۱۳۹۶). ذهن آگاهی باعث ایجاد تجربه‌های روشن و واضح می‌شود و همچنین تجربه زندگی کردن در لحظه را به افراد می‌آموزد و در نتیجه می‌تواند، نشانه‌های روانی منفی را کاهش و بهزیستی روان‌شناختی را افزایش دهد (عبدی و همکاران، ۲۰۱۶). انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف ذهن آگاهی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن و عمل توأم با هوشیاری می‌شود. رشد این عامل‌ها نیز خود باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶).

همچنین در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از وجوه مثبت ذهن آگاهی است (اوگدن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت در هر زمینه معین می‌شود و حتی موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود (کمبرس، گالون و آلن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

در مجموع می‌توان استنباط کرد که از طریق آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان مهارت‌های ذهن آگاهی را تمرین کرد و از این طریق به بهبود بهزیستی روان‌شناختی

و همکاران، ۲۰۱۲). در مجموع می‌توان استنباط کرد که از طریق آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان مهارت در توانایی تنظیم هیجان را بهبود داد و از دشواری‌هایی که در این زمینه تجربه می‌شود، کاست.

در مجموع می‌توان استنباط کرد که از طریق آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان مهارت در توانایی تنظیم هیجان را بهبود داد و از دشواری‌هایی که در این زمینه تجربه می‌شود، کاست.

نتایج پژوهش نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در زنان گروه آزمایش مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های جونسک، تن و متیو (۲۰۱۵)؛ کاریستینی و همکاران (۲۰۱۷)؛ عبدی و همکاران (۲۰۱۶) و لانگر و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ذهن آگاهی روشی است برای ارتباط بهتر با زندگی که می‌تواند دردهای جسمانی را تسکین دهد و زندگی را غنی و معنادار کند. ذهن آگاهی این کار را با هماهنگ شدن با تجربه لحظه‌به‌لحظه و ارائه بینش مستقیم در مورد نقش ذهن در ایجاد دل‌شوره‌های بی‌مورد انجام می‌دهد (سگال، ۲۰۱۰).

ذهن آگاهی به عنوان یک آگاهی هدفمند و به‌دوراز پردازش ادراکی خودکار و خودآیند باعث ایجاد یک چارچوب متعادل ذهنی می‌شود که از بزرگنمایی‌های هیجانی و نامطلوب جلوگیری می‌کند و فرصتی فراهم

1. Ogden  
2. Chambers, Gullone & Allen

بنابراین پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی تا حد امکان مطالعات پیگیری نیز برای بررسی تداوم تأثیرات مداخله انجام پذیرد. هم‌زمان با آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، از یک روش آموزشی و درمانی دیگر نیز استفاده گردیده و به صورت مقایسه‌ای تأثیر هر کدام از روش‌ها مورد ارزیابی قرار گیرد.

### سپاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران و هم‌چنین از کارکنان محترم بخش زنان مرکز سلامت دولت‌آباد به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

کمک نمود. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مفید، جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بکار رود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که در تعمیم نتایج باید مدنظر قرار گیرد. محدودیت‌های قابل کنترل (محدودیت در حجم نمونه، عدم برگزاری مرحله پیگیری، استفاده از ابزارهای خودگزارشی) و محدودیت‌های غیرقابل کنترل (تفاوت‌های فردی آزمودنی‌ها، تفاوت‌های سطح انگیزش آزمودنی‌ها).

### منابع

بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲۰، ۴۸-۶۷.

حسینی، ش؛ عصمتی مقدم، م؛ دهنوخلجی، ح؛ سلطانی رباط، س. و محمدی، ع. (۱۳۹۵). بررسی اثر آموزش مدیریت استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی دانش آموزان دختر. فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، ۲ (۳)، ۶۵-۷۳.

خانجانی، م؛ شهیدی، ش؛ فتح آبادی، ج؛ مظاهری، م. و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار

اورکی، م. و سامی، پ. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲۰، ۵-۱۸.

بخشانی، ن؛ حسن زاده، ز. و رقیبی، م. (۱۳۹۰). شیوع علائم سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی در دانش آموزان نوجوان. تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۱۳ (۸)، ۲۹-۳۴.

پور محسنی کلوری، ف. و اسلامی، ف. (۱۳۹۵).



بهبود نشانه‌های سندرم پیش از قاعدگی (PMS). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

کرد، ب. و رهبری، پ. (۱۳۹۶). پیش بینی بهزیستی ذهنی براساس معنای زندگی و ذهن آگاهی در بین بیماران قلبی عروقی. روان پرستاری. ۵ (۶)، ۱۶-۲۳.

کیانی آسیابری، آ.؛ حیدری، م.؛ محمدی تبار، ش. و فقیه زاده، س. (۱۳۸۸). بررسی شیوع، علائم، نشانه‌ها و عوامل مستعدکننده سندرم پیش از قاعدگی در زنان شاغل. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور پزشکی، ۱۶ (۱۸)، ۴۵-۵۴.

نادری، ی.؛ حسنی، ج.؛ تقی زاده، م.؛ رمضان زاده، ف. (۱۳۹۳). کارآمدی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان زنان مبتلا به افسردگی اساسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۴ (۱۲۲)، ۵۳-۶۳.

عاملی و ویژگی های روان سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی، ۳۲، ۲۷-۳۶.

خانزاده، م.؛ سعیدیان، م.؛ حسین چاری، م. و ادیسی، ف. (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی های روانسنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی. مجله علوم رفتاری، ۶ (۱)، ۹۶-۸۷.

دلاور، ع. (۱۳۹۰). روش‌های تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی (رشته روان شناسی). تهران: ویرایش.

سیه بازی، ش.؛ حریری، ز.؛ منتظری، ف.؛ مقدم، ع. و بنائم، ل. (۱۳۹۰). استاندارد سازی پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی PSST: ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی، فصلنامه پایش، ۱۰ (۴)، ۴۲۷-۴۲۱.

عباس زاده، ف. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و

Abdi, R., Kheyrjoo, E., Javidfar, S., & Jabari, G. (2017). Effectiveness of Group Training of Mindfulness-Based Techniques on Improvement of Psychological Well-Being of Individuals With Spinal Cord Injury. *Journal of Modern Rehabilitation*, 10(4), 155-162.

Acikgoz, A., Dayi, A., & Binbay, T. (2017). Prevalence of premenstrual syndrome and its relationship to

depressive symptoms in first-year university students. *Saudi Medical Journal*, 38(11), 1125-1131.

Asadi, S., Abolghasemi, A., & Parsi, S. (2016). The Efficacy of Mindfulness Training on Cognitive Emotion Regulation in Football Players. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2356-5926*, 1(1), 2648-2657.

- Brahmbhatt, S., Sattigeri, B. M., Shah, H., Kumar, A., & Parikh, D. (2013). A prospective survey study on premenstrual syndrome in young and middle aged women with an emphasis on its management. *International journal of research in medical sciences*, 1(2), 69-72.
- Bränström, R., Duncan, L. G., & Moskowitz, J. T. (2011). The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample. *British journal of health psychology*, 16(2), 300-316.
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepsenwol, O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(2), 365-380.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Brown, M. A., & Lewis, L. L. (1993). Cycle-phase changes in perceived stress in women with varying levels of premenstrual symptomatology. *Research in nursing & health*, 16(6), 423-429.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review*, 29(6), 560-572.
- Cheng, S. H., Shih, C. C., Yang, Y. K., Chen, K. T., Chang, Y. H., & Yang, Y. C. (2013). Factors associated with premenstrual syndrome—A survey of new female university students. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 29(2), 100-105.
- Crescentini, C., Matiz, A., Cimenti, M., Pascoli, E., Eleopra, R., & Fabbro, F. (2017). The effect of mindfulness meditation on personality and psychological well-being in patients with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*.
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(9), 515-523.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1235-1245.
- Delara, M., Ghofranipour, F., Azadfallah, P., Tavafian, S. S., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2012). Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1.
- Ekblad, A. G. (2009). *Effects of mindfulness training on emotion regulation and attention* (Doctoral dissertation, Duke University).
- Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 465-475.

- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*(1), 83-91.
- Goodnight, J. R. M. (2016). Returning to presence: the effects of mindfulness on emotion regulation following worry among individuals with analogue generalized anxiety disorder.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26*(1), 41-54.
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion, 13*(3), 359.
- Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2015). Premenstrual dysphoric disorder: epidemiology and treatment. *Current psychiatry reports, 17*(11), 87.
- Hofmeister, S., & Bodden, S. E. T. H. (2016). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *American family physician, 94*(3), 236-240.
- Imai, A., Ichigo, S., Matsunami, K., & Takagi, H. (2015). Premenstrual syndrome: management and pathophysiology. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology, 42*(2), 123-128.
- Janusek, L. W., Tell, D., & Mathews, H. L. (2015). Mindfulness based stress reduction improves psychological well-being and restores immune function in women with breast cancer, from diagnosis through 6-months post-cancer treatment. *Brain, Behavior, and Immunity, 49*, e37-e38.
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Mayol, R., Díaz, M., Lecaros, J., Krogh, E., ... & Villar, M. J. (2017). The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 18*(1), 233.
- Nisar, N., Zehra, N., Haider, G., Munir, A. A., & Sohoo, N. A. (2008). Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. *J Coll Physicians Surg Pak, 18*(8), 481-4.
- Ogden, P. (2009). Emotion, mindfulness, and movement. *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development & clinical practice*, 204.
- Petersen, N., London, E. D., Liang, L., Ghahremani, D. G., Gerards, R., Goldman, L., & Rapkin, A. J. (2016). Emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of women's mental health, 19*(5), 891-898.
- Reuveni, I., Dan, R., Segman, R., Evron, R., Laufer, S., Goelman, G., ... & Canetti, L. (2016). Emotional regulation difficulties and premenstrual symptoms among Israeli students. *Archives of women's mental health, 19*(6), 1063-1070.

- Shahidi, S., Akbari, H., & Zargar, F. (2017). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on emotion regulation and test anxiety in female high school students. *Journal of Education and Health Promotion, 6*(1), 87.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology, 62*(3), 373-386.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Slade, K., & Griffiths, M. D. (2013). Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 18*(3), 365-372.
- Siegel, R. D. (2010). The mindfulness solution. *New York: Guilford*.
- Sola-Carmona, J. J., Lopez-Liria, R., Padilla-Góngora, D., Daza, M. T., & Sánchez-Alcoba, M. A. (2013). Anxiety, psychological well-being and self-esteem in Spanish families with blind children. A change in psychological adjustment?. *Research in developmental disabilities, 34*(6), 1886-1890.
- Tacani, P. M., de Oliveira Ribeiro, D., Guimarães, B. E. B., Machado, A. F. P., & Tacani, R. E. (2015). Characterization of symptoms and edema distribution in premenstrual syndrome. *International journal of women's health, 7*, 297.
- Thurston, M. D., Goldin, P., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2017). Self-views in social anxiety disorder: The impact of CBT versus MBSR. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Tschudin, S., Berteau, P. C., & Zemp, E. (2010). Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Archives of women's mental health, 13*(6), 485-494.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and individual differences, 40*(8), 1543-1555.
- Wu, M., Liang, Y., Wang, Q., Zhao, Y., & Zhou, R. (2016). Emotion Dysregulation of Women with Premenstrual Syndrome. *Scientific reports, 6*, 38501.
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychology, 74*(4), 695-709.
- Yen, J. Y., Wang, P. W., Su, C. H., Liu, T. L., Long, C. Y., & Ko, C.H. (2017). Estrogen levels, emotion regulation, and emotional symptoms of women with premenstrual dysphoric disorder: The moderating effect of estrogen receptor 1 $\alpha$  polymorphism. *Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry*.