



The Effectiveness of “Acceptance and Commitment Therapy” on Desperation and Feelings of Shame in Girls with Premenstrual Syndrome

Maryam Farnoosh¹, Javad Karimi^{2*}, Mohsen Razani³, Hassan Piriaei⁴

1- PhD. Student of Counseling, Department of Psychology and Counseling, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, The University of Malayer, Malayer, Iran.

3-Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Mathematics, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Corresponding author. Javad Karimi, Associate Professor, Department of Psychology, The University of Malayer, Malayer, Iran.

Email: j.karimi@malayeru.ac.ir

Received: 25 Sep 2024

Accepted: 24 Dec 2024

Abstract

Introduction: Premenstrual syndrome can have unpleasant personal and academic consequences for female students. Therefore, the implementation of psychological interventions in this group is of great importance. The aim of the present study was to determine the effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" on the desperation and shame in girls with premenstrual syndrome.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design of 2 months with a control group. The statistical population included all female students of the first secondary schools of Mashhad in the academic year of 2023-2024. Among them, 30 people were selected through purposive sampling using a diagnostic interview and identified with premenstrual syndrome and were randomly assigned to the intervention and control groups using a simple lottery. The research instruments included a demographic questionnaire, "State Desperation Scale" and "Guilt and Shame Proneness Scale". Content validity of instruments was measured by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. After conducting 8 sessions of "Acceptance and Commitment Therapy" for the intervention group, the data were analyzed in SPSS. 22.

Results: "Acceptance and Commitment Therapy" over time has been effective in reducing desperation state ($P=0.001$, $F=10.654$) and shame ($P=0.001$, $F=8.413$) in the intervention group compared to the control group.

Conclusions: "Acceptance and Commitment Therapy" was effective in reducing the desperation state and shame of girls with premenstrual syndrome. It is suggested that "Acceptance and Commitment Therapy" be held for students in order to reduce the state of despair and shame.

Keywords: Shame, Desperation State, Acceptance and Commitment Therapy, Premenstrual Syndrome, Female Adolescence.



اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر حالت استیصال و شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی

مریم فرنوش^۱، جواد کریمی^{۲*}، محسن رازانی^۳، حسن پیریائی^۴

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۴- استادیار، گروه ریاضی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

نویسنده مسئول: جواد کریمی، گروه روانشناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

ایمیل: j.karimi@malayeru.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۳

چکیده

مقدمه: سندرم پیش از قاعدگی می تواند پیامدهای ناخوشایندی در زمینه فردی و تحصیلی برای دانش-آموزان دختر به دنبال داشته باشد. لذا اجرای مداخلات روانشناختی در این گروه از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد" بر حالت استیصال و شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری ۲ ماه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه دانش آموزان دختر متوسطه اول مدارس شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. از میان آن ها ۳۰ تن به روش نمونه گیری هدفمند با استفاده از مصاحبه تشخیصی با سندرم پیش از قاعدگی شناسایی انتخاب و با تصادفی ساده با استفاده از قرعه کشی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس حالت استیصال" (State Desperation Scale) و "مقیاس آمادگی شرم و گناه" (Guilt and Shame Proneness Scale) بود. روایی محتوای ابزارها به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. پس از اجرای ۸ جلسه "درمان پذیرش و تعهد" برای گروه مداخله، داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ تحلیل شد.

یافته ها: "درمان پذیرش و تعهد" در طول زمان بر کاهش حالت استیصال ($F=10.654, P=0.001$) و شرم ($P=0.001$)، $F=8.413$) گروه مداخله نسبت به کنترل، موثر بوده است.

نتیجه گیری: "درمان پذیرش و تعهد" در کاهش حالت استیصال و شرم دختران با سندرم پیش از قاعدگی موثر بود. پیشنهاد می شود که در جهت کاهش حالت استیصال و شرم "درمان پذیرش و تعهد" برای دانش آموزان برگزار شود.

کلیدواژه ها: شرم، حالت استیصال، درمان پذیرش و تعهد، سندرم پیش از قاعدگی، نوجوانان دختر.

مقدمه

است و شایع ترین آن ها حساسیت سینه، نفخ، سردرد، نوسانات خلقی، افسردگی، اضطراب، عصبانیت و تحریک پذیری است. به طوری که در زندگی شخصی و شغلی روزانه تداخل ایجاد می کند (۲). علت این سندرم هنوز مبهم است (۳)، اما درگیری هورمون ها و مسائل روانشناختی همچون تنش به طور آشکار نمایان است (۴).

در مطالعات همه گیرشناسی نشان داده شده است که حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد از زنان حداقل یکی از علائم سندرم پیش

سندرم پیش از قاعدگی (premenstrual syndrome) یک اختلال شایع در زنان در سنین باروری است و با حداقل یک علامت فیزیکی، احساسی یا رفتاری مشخص می شود که در مرحله لوتئال چرخه قاعدگی یعنی در ۱۴ روز آخر چرخه قاعدگی (از زمان تخمک گذاری تا شروع قاعدگی) رخ می دهد و به طور خود به خود طی ۴ روز پس از شروع قاعدگی برطرف می شود (۱). طیف علائم گسترده

از قاعدگی را دارند. همچنین بین ۴۰ الی ۶۰ درصد نوجوانان علائم خفیف تا شدید سندرم پیش از قاعدگی را گزارش کرده اند (۵). به طوری که اکثریت دختران در دوران تحصیل تحت تأثیر این سندرم قرار می گیرند. مبنی بر اینکه میزان سندرم پیش از قاعدگی در میان این جمعیت زیاد است می تواند بر زندگی و عملکرد تحصیلی آن ها تأثیر منفی گذارد (۶). مطالعات در ایران نیز نشان داد که بیش از ۳۰ درصد از دانش آموزان دختر سندرم پیش از قاعدگی را با درجات خفیف یا متوسط تجربه کردند (۷). به نظر می رسد سندرم پیش از قاعدگی در دختران سبب استیصال (desperation) و ایجاد اختلال در زندگی فرد و روابط اجتماعی فرد با سایر افراد می شود (۸).

مطالعات دلالت بر این دارند که استیصال یک عامل مهم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی است. استیصال یک احساس منفی است که با موقعیت های فاقد کنترل، تنش، اضطراب همراه است که در نهایت موجب برانگیختن رفتارهای فرد می شود (۹)، و نیز با سایر حالات عاطفی منفی مانند خشم، ترس، خشم یا شوک همراه است (۱۰). با این حال، این یک فرض است، زیرا هیچ معیار شناخته شده ای برای استیصال، به غیر از نشانه شناسی بودن سایر سازه های مرتبط با سلامت (مانند افسردگی) وجود ندارد (۱۱). وقتی که افراد دچار اختلال افسردگی می شوند ممکن توجه خود را بر عیوب و نقص هایشان متمرکز کنند. همچنین تمرکز روی مشکلات در مورد علائم پیش از قاعدگی نیز در افراد افسرده می تواند وجود داشته باشد و شاید یکی از دلایل افزایش شدت سندرم پیش از قاعدگی در افراد باشد (۱۲).

مطالعات نشان داده است که شرم (shame) یکی از پیامدهای روانشناختی ناسازگار در نوجوانان با سندرم پیش از قاعدگی است. شرم یک عاطفه اجتماعی متمرکز بر خود است (۱۳)، که شامل ارزیابی هایی منفی و مزمن و مورد انتقاد از خود است (۱۴). شرم، هویت و تمامیت وجود فرد را در اجتماع درگیر و آسیب پذیر ساخته و با حالاتی از بی ارزشی، احساس حقارت، خشم، بی کفایتی و اختلال شخصیت همراه است (۱۵). درباره چرخه تجربه قاعدگی و شرم مطالعات نشان داده است که تجربه قاعدگی به عنوان یک تابوی فرهنگی شرم را در دختران افزایش می دهد (۱۶). نتایج پژوهش Lamont (۱۷) نشان داد که شرم از بدن موجب افزایش تمرکز منفی بر علائم مرتبط با قاعدگی می شود. با توجه به سطوح

بالای شرم و نقش استیصال و سایر هیجانات منفی در سندرم پیش از قاعدگی، لزوم اجرای مداخلات روانشناختی در این گروه را برجسته می سازد.

نتایج پژوهش ها نشان داده شد که رویکردهای فراتشخیص (trans diagnostic approaches) در روان درمانی به سبب داشتن نگاه یکپارچه و عدم تمرکز بر نشانه شناسی، نقش موثری بر افزایش ظرفیت های روانشناختی و در نتیجه عملکرد فردی دارند. در واقع طبق رویکرد های فراتشخیص، مشکلات روانشناختی، خانوادگی، تحصیلی و غیره ناشی از ضعف در ظرفیت های روانشناختی می باشد (۱۸).

«درمان پذیرش و تعهد» (Acceptance and Commitment Therapy) از درمان های فراتشخیص موج سوم رفتاردرمانی است که اخیراً مورد توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است (۱۹). از این درمان می توان برای درمان سندرم پیش از قاعدگی و تسکین علائم و کاهش اثرات آن بر فعالیت های روزمره، همچنین کاهش تأثیر منفی حالت استیصال، شرم، گناه و عدم تأخیر در بلوغ عاطفی بهره جست (۱۱)، هدف اصلی این درمان افزایش انعطاف پذیری روانی می باشد، یعنی توانایی انتخاب در بین گزینه های مختلف که مناسب تر است، به طوری که با هدف قرار دادن اجتناب تجربه ای، تجربیات ناخوشایند را تحت کنترل فرد در می آورد (۲۲). «درمان پذیرش و تعهد» برای رسیدن به انعطاف پذیری روانشناختی از ۶ اصل پیروی می کند: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه (۲۳). در مطالعات اخیر از «درمان پذیرش و تعهد» در حوزه های مختلف روانشناختی به کار گرفته شده است. مطالعات اثربخشی این نوع درمان را بر عملکرد و شرم دانش آموزان دبیرستان (۲۰)، بر کاهش شرم درونی و ترس از شکست (۲۱)، کاهش احساس شرم درونی شده (۲۳)، کاهش احساس تنهایی و شرم و گناه زنان (۱۴)، درمان خودانگاری و شرم در اختلالات مصرف مواد (۲۴، ۲۵) مورد تأیید قرار داده اند.

نتایج مطالعات نشان دادند که اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر کاهش مشکلات روانی بسیار امیدوارکننده می باشد، ولی برای کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی بیشتر از روش دارودرمانی استفاده شده است. با توجه به پیامدهای جدی و اثرات منفی این سندرم بر فعالیت و عملکرد افراد، سلامت جسمانی و روانی و نقش بسیار مهم زنان در خانواده و جامعه، مطالعات «درمان پذیرش و تعهد»

استفاده شد.

«مقیاس حالت استیصال» (State Desperation Scale)، توسط Hannan & Hackathorn در ایالات متحده آمریکا سال ۲۰۲۲ با هدف سنجش حالت استیصال با ۹ عبارت طراحی شده است و دارای ۲ زیرمقیاس هیجان (emotion) و ۵ عبارت شامل ۱، ۳، ۴، ۵، ۹) انگیزه (motivation) و ۴ عبارت شامل ۲، ۶، ۷ و ۸ است. پاسخ دهی به صورت ۹ درجه ای لیکرت از «اصلاً مرا توصیف نمی کند» (نمره صفر) تا «خیلی خوب من را توصیف می کند» (نمره ۹) نمره گذاری می شود. دامنه نمره بین صفر الی ۸۱ می باشد و نمره بالاتر نشان دهنده حالت استیصال بیشتر است و هیچ سطح بندی برای آن گزارش نشده است (۱۱). روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس حالت استیصال» روی ۳۵۸ نوجوان و جوان کشور آمریکا با میانگین و انحراف معیار سنی $19/48 \pm 3/27$ سال اجرا و نتایج نشان داد که مقیاس دارای ۲ زیرمقیاس هیجان و انگیزه می باشد (۱۱). نتایج روایی سازه به روش روایی همگرا با «ابزار تنش ادراک شده» (Perceived Stress Measure) $0/61$ ، با «مقیاس اضطراب اجتماعی حالت» (State Social Anxiety Scale) $0/63$ و زیر مقیاس عواطف منفی $0/30$ در «مقیاس عواطف مثبت و منفی» (Positive and Negative Affect Scale) گزارش شد. همچنین نتایج روایی سازه به روش واگرا با «مقیاس حالت عزت نفس» (State Self-Esteem Scale) $0/30$ - نشان داد. پایایی روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه های فوق بررسی و برای زیر مقیاس هیجان $0/89$ و انگیزه $0/90$ محاسبه شد (۱۱). هیچ مطالعه ای در ایران از این پرسشنامه استفاده نکرده است.

«مقیاس آمادگی شرم و گناه» (Guilt and Shame Proneness Scale)، توسط Cohen و همکاران در دانشگاه کارولینای شمالی آمریکا در سال ۲۰۱۱ طراحی شده است که میزان تمایل افراد به هیجان شرم و احساس گناه را اندازه گیری می کند. این مقیاس دارای ۱۶ عبارت است که دارای ۲ زیرمقیاس شرم (shame) ۸ عبارت شامل ۱ الی ۸ و گناه (guilt) ۸ عبارت شامل ۹ الی ۱۶ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری در این آزمون به صورت ۵ درجه ای لیکرت (اصلاً=۱) تا (خیلی زیاد=۵) است. کمترین نمره اکتسابی در زیرمقیاس شرم ۸ و بیشترین نمره ۴۰ است که نشان دهنده سطوح بیشتر احساس شرم است (۲۷). در مطالعه حاضر از

برای سندرم پیش از قاعدگی بسیار اندک است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر حالت استیصال و شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۲ ماه بود. جامعه آماری شامل همه دانش آموزان دختر متوسطه اول مدارس شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. تعداد نمونه با استفاده از جدول Cohen (۲۶) با توجه به تعداد گروه ها (۲ گروه)، سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون $0/8$ و اندازه اثر $0/40$ ، تعداد نمونه برای هر یک از گروه ها ۱۲ تن محاسبه شد. جهت پیشگیری از ریزش احتمالی تعداد نمونه برای هر یک از گروه ها ۱۵ تن در نظر گرفته شد. به منظور شناسایی دانش آموزان با سندرم پیش از قاعدگی از مصاحبه تشخیصی استفاده شد. برای این منظور یک روانشناس خانم با مدرک کارشناسی ارشد با مراجعه به ۲ مدرسه دخترانه به صورت انفرادی با دانش آموزان صحبت کرد و افرادی که معیارهای لازم تشخیص سندرم پیش از قاعدگی (تحریک پذیری، اضطراب، ناتوانی هیجانی، افسردگی، درد در پستان و سردرد و در طول ۵ روز قبل از شروع قاعدگی) را احراز کردند، به عنوان نمونه به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده با استفاده از قرعه کشی در ۲ گروه مداخله (۱۵ تن) و کنترل (۱۵ تن) جایگزین شدند. معیار های ورود شامل مجرد بودن، تشخیص سندرم پیش از قاعدگی به مدت حداقل ۶ ماه با استفاده از مصاحبه بالینی توسط متخصص روانشناسی در مدارس، عدم تجربه سوگ و تروما (طلاق والدین، تجربه خشونت فیزیکی و بستری شدن در بیمارستان) در ۶ ماه اخیر، عدم ابتلا به بیماری های جنسی و زنان (کیست تخمدان، تنبیلی تخمدان، قاعدگی نامنظم) و سابقه مردودی و ترک تحصیل بود؛ که به صورت خوداظهاری توسط دانش آموزان ثبت شد. معیار خروج شامل عدم شرکت در حداقل ۲ جلسه درمانی و عدم تکمیل پرسشنامه ها به طور کامل (۱۰ درصد عبارت ها پاسخ داده نشده باشد) در پس آزمون و پیگیری در نظر گرفته شده بود.

به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن و پایه تحصیلی دانش آموزان و ابزارهای زیر

پس از اعمال اصلاحات، نسخه اصلاحی در اختیار همان متخصصان قرار داده شد. روایی محتوا به روش کیفی به-طور کامل مورد تایید قرار گرفت. نسخه فارسی اولیه پس از تایید روایی محتوا به روش کیفی، روی در ۲۳۳ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد به روش در دسترس با بهره گیری از یک فرم نظرسنجی آنلاین اجرا شد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و ساختار ۲ عاملی هیجان و انگیزه تایید شد.

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس آمادگی شرم و گناه» و «مقیاس حالت استیصال» بر اساس نظر ۵ تن از متخصصان رشته روانشناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد (از منظر جامع بودن سوالات در سنجش سازه، قابل درک بودن سوالات) بررسی و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «مقیاس حالت استیصال» و «مقیاس آمادگی شرم و گناه» روی نمونه های پژوهش حاضر بررسی شد. نتایج برای زیرمقیاس های هیجان و انگیزه «مقیاس حالت استیصال» به ترتیب ۰/۸۹ الی ۰/۷۵ و نمره کل ۰/۸۶ و زیرمقیاس شرم «مقیاس آمادگی شرم و گناه» ۰/۷۷ و نمره کل ۰/۷۹ محاسبه شد.

«درمان پذیرش و تعهد» را بر اساس دیدگاه Hayes و همکاران (۳۲) و ترجمه ایزدی و عابدی (۳۳) طراحی شده است. همچنین «درمان پذیرش و تعهد» در مطالعه ولی زاده و همکاران (۳۴) نیز اجرا شده است، جهت بررسی روایی و قابلیت کاربرد در مطالعه حاضر، «درمان پذیرش و تعهد» توسط ۳ متخصص روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد مورد بازنگری و ویرایش قرار گرفت و سپس جهت بررسی روایی توسط ۲ متخصص دیگر در حوزه روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد مورد تایید قرار گرفت. گروه مداخله، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هر هفته ۲ جلسه) «درمان پذیرش و تعهد» را دریافت کردند.

محتوای جلسات «درمان پذیرش و تعهد»

جلسه اول: در این جلسه برای ایجاد روابط حسنه از اعضا خواسته شد تا خود را معرفی نمایند و رهبر گروه نیز توضیحاتی در مورد خود جهت آشنایی بیشتر با اعضا ارائه داد. فهرستی حضور و غیاب از اعضا تهیه گردید تا در طی جلسات نسبت به حضور هر کدام آگاهی بدست آید. رهبر گروه در رابطه با موضوع پژوهش و هدف های پژوهش و

زیرمقیاس شرم استفاده شده است. روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس آمادگی شرم و گناه» روی ۴۵۰ دانشجوی مقطع کارشناسی دانشگاه کارولینای شمالی کشور امریکا بررسی و ۲ عامل شرم و گناه شناسایی شد. پایایی روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای زیرمقیاس شرم ۰/۷۳ و گناه ۰/۷۷ گزارش کردند (۲۷).

Alabèrnia-Segura و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس آمادگی شرم و گناه» روی ۲۷۷ دانشجو در کشور اسپانیا بررسی و نتایج ۲ زیرمقیاس گناه و شرم را نشان داد. پایایی روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای زیرمقیاس شرم ۰/۷۳ و گناه ۰/۷۱ گزارش شد (۲۸).

قتبری طلب و خرمایی روایی سازه به روش واگرا «مقیاس آمادگی شرم و گناه» با «پرسشنامه کمک طلبی» (Help-Seeking Questionnaire) روی ۲۱۳ تن از دانش آموزان مقطع متوسطه شهرستان لردگان انجام و ۰/۵۳- گزارش شد. پایایی روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای زیرمقیاس شرم ۰/۷۲ و گناه ۰/۷۱ گزارش کردند (۲۹). در پژوهش دیگری یارالهی و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «پرسشنامه کمک طلبی» روی ۶۶۲ تن از بزرگسالان فعال در شبکه های اجتماعی مجازی انجام و ساختار ۲ عاملی (شرم و گناه) تایید شد. پایایی روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای زیرمقیاس شرم ۰/۸۸ و گناه ۰/۷۳ محاسبه شد (۳۰).

«مقیاس حالت استیصال» برای اولین بار در ایران در پژوهش حاضر ترجمه و روانسنجی شد فرایند ترجمه و اعتباریابی بر اساس الگوی Brislin انجام شد (۳۱). در گام اول ابتدا عبارت های مقیاس توسط یک متخصص زبان انگلیسی و یک متخصص در حوزه روانشناسی به فارسی ترجمه شد. در گام دوم جهت بررسی روایی محتوایی و تطابق عبارت های نسخه انگلیسی و نسخه فارسی اولیه در اختیار ۵ تن از متخصصان روانشناسی و ۵ تن از متخصصان زبان انگلیسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد قرار داده شد. در این مرحله نظر هر ۱۰ متخصص در مورد انتخاب واژگان، سلیس و قابل درک بودن مورد ارزیابی قرار گرفت. از ۱۰ متخصص ۷ تن از آن ها نسخه اولیه را تایید و ۳ تن اصلاحات جزئی دادند.

به کمک ارائه توضیحاتی در رابطه با تفاوت های خود مشاهده گر و خود بافتار، روشن سازی مفهوم خود و وقایع را در بافت و زمینه دیدن با کمک استعاره شاهزاده و گدا و استعاره کلاس درس، آسمان و وضع هوا انجام شد. نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی رفتار، تمرین های این جلسه شامل: قایق روی آب، شوت کردن توپ فوتبال، چیزی را که می گویی انجام نده، بود.

جلسه ششم: تشریح کاربرد فنون ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با کمک تمرین های: آموزش ذهنی و تمرین اسکن بدنی جهت متمرکز نمودن دقت و توجه انجام شد. آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرآیند با کمک تمرین های ذهن آگاهی و تمرکز بر علائم بدنی و جسمی و روانی و احساسی نظیر مراقبه، توجه تنفس به صورت گام به گام، تمرین پاکت چپیس، ساختن حباب، توجه آگاهی آرام باش انجام شد.

جلسه هفتم: معرفی ارزش و فرآیند ارزش گذاری در زندگی با کمک انجام تمرین های مربوط به این بخش مانند: برنامه تلویزیونی پربیننده، ماشین ذهن خوان، قهرمانان و ... انجام شد. نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج با کمک مثال های ملموس ارائه شد. کشف ارزش های عملی زندگی هر کدام از اعضای گروه با توجه به توضیحات مربوط به مبحث ارزش ها و درونیات افراد انجام شد.

جلسه هشتم: درک ماهیت تمایل و تعهد با تشریح مبحث، تمرین هایی برای کمک به اقدام متعهدانه در این بخش: بزرگ بیگانه، هم سفران، پلی از جنس طناب انجام شد. تعیین الگوهای عمل، متناسب با ارزش ها با کمک کاربرگ ارزش ها و اقدام متعهدانه انجام شد. همچنین در این جلسه پس آزمون اجرا شد.

جهت اجرای پژوهش پس از تصویب پروپوزال، معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد و کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد دریافت شد. ۲ مدرسه به صورت در دسترس انتخاب شد که مدیران این مدارس حاضر به همکاری بودند.

سپس به مدارس منتخب دخترانه مقطع متوسطه اول شهر مشهد مراجعه شد و از پس از بیان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش به مدیران، همکاری آن ها جهت انجام پژوهش جلب شد. با همکاری مدیریت مدرسه دانش آموزان با سندرم پیش از قاعدگی توسط یک روانشناس خانم با استفاده از مصاحبه تشخیصی شناسایی شدند و با والدین

قرارداد درمانی صحبت شد. در این قرارداد تعداد جلسات، ساعات برگزاری، نحوه برگزاری و حضور افراد، میزان فعالیت آن ها، ملزم بودن به انجام پیش آزمون و پس آزمون قید گردید. رهبر گروه جهت ایجاد آمادگی روانی در اعضای گروه توضیحاتی کلی در رابطه با موضوعاتی مانند: آگاهی از زمان حال و فعالیت هایی که در زمان حال انجام می گیرد، ذهن آگاهی، تجربیات انسان ها و نحوه دریافت تجربیات و تغییر تجربیات و ایجاد تغییرات ارائه داد.

جلسه دوم: بحث درباره تجربیات شرکت کنندگان در موقعیت های تنش زا با کمک تمرین گروهی و استفاده از استعاره های مربوط و قرار دادن آن ها در یک موقعیت با کمک تصویرسازی ذهنی انجام شد. بررسی سطح کارآمدی شرکت کنندگان به عنوان موضوع بحث و بررسی عواملی نظیر احساسات و جسم و روان با طرح سوالاتی مانند: از وضعیت و حال و هوایت بگو، چه احساس هایی در بدنت داری، در همین لحظه به چه چیزی فکر می کنی و ... پرسیده شد. ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره ماسه روان و صحرای داغ و پرسش و پاسخ در حیطه این استعاره انجام شد. ارائه تکلیف خانگی با کمک جدول تحلیل کارکرد و ثبت تجربیات و افکار و احساسات انجام شد.

جلسه سوم: بیان و بحث درباره موضوع کنترل گری به عنوان مشکل، توضیح ۶ ضلعی انعطاف ناپذیری شناختی جهت آگاهی و آشنایی با مفاهیم «درمان پذیرش و تعهد»، انجام تمرین با کمک استعاره های سایه رنج، سوال چوب جادو، مرد در چاله، انجام شد. معرفی و تمایل به عنوان پاسخی متفاوت مورد بحث قرار گرفت. برخی اعمال به صورت هدفمند انتخاب شده و با ارائه توضیحاتی در رابطه با آن و پرسش و پاسخ فرصتی ایجاد شد تا اعمال هدفمند به چالش کشیده شوند.

جلسه چهارم: تشریح کاربرد فنون گسلش شناختی، ارائه توضیحاتی از روی شش ضلعی و انجام تمرین های مربوط به گسلش شناختی، استفاده از استعاره برگ های روان برکه جهت تصویرسازی برای تماشای افکاری که دارند و اجرای تمرین تکرار کردن کلمه آلیمو و ترشی انجام شد. انجام مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان با کمک استعاره ببر گرسنه انجام شد. تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف با کمک تمرین و استعاره نوشتن کور انجام شد.

جلسه پنجم: مشاهده خود به عنوان زمینه یا بافتار

و اجرای آزمون پیگیری؛ به آن‌ها این فرصت داده شد که در صورت تمایل می‌توانند از خدمات مشاوره و روانشناختی رایگان به تعداد ۵ جلسه بهره‌مند شوند. جهت آزمون اثر مداخله در طول زمان از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ تن در ۲ گروه ۱۵ تن مشارکت داشتند که در پایان مرحله پیگیری هر یک از گروه‌ها به ۱۰ تن تقلیل یافتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله ($13/2 \pm 1/03$) و کنترل ($14/3 \pm 1/83$) بر حسب سال همگون بود و تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/401$). در هر ۲ گروه به‌طور همگون دانش آموزان از پایه‌های هفتم الی دهم مشارکت داشتند. در ادامه در جدول ۱ اطلاعات توصیفی متغیرهای حالت استیصال و شرم به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش ارائه شده است، همچنین در این نتایج نرمال بودن داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون شاپیرو-ویلک ارائه شده است.

آن‌ها جهت کسب رضایت برای اجرای مداخله برای فرزندان تماس گرفته شد و رضایت آگاهانه به صورت شفاهی از آن‌ها دریافت شد. دانش آموزان متقاضی در ۲ گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی ساده با استفاده از قرعه‌کشی انتخاب شدند. افراد گروه مداخله متعهد شدند که درمورد محتوای دوره درمانی با سایر دانش آموزان تا پایان دوره تعاملی نداشته باشند. برنامه درمانی برای گروه مداخله توسط نویسنده اول مقاله حاضر در یک مدرسه در ماه‌های بهمن و اسفند ۱۴۰۲، هر هفته یک جلسه حضوری به شیوه گروهی انجام شد. برنامه درمانی چون گروهی بود، همه افراد در یک مدرسه جهت شرکت در جلسات حاضر شدند. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله تحت درمان قرار گرفتند و سپس از هر ۲ گروه پس‌آزمون و پس از گذشت ۲ ماه مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد؛ در طول این دوران گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاحظات اخلاقی همچون رضایت آگاهانه، عدم آسیب فیزیکی و روانی، رازداری و حفظ کرامت انسانی مشارکت‌کنندگان توسط پژوهشگران رعایت شد. جهت حفظ حقوق انسانی مشارکت‌کنندگان گروه کنترل، پس از اتمام پژوهش

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای حالت استیصال و شرم به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	مقدار احتمال
حالت استیصال	پیش‌آزمون	مداخله	۴۱/۹۰۰	۱۲/۳۷۷	۰/۸۹۶	۰/۲۰۰
		کنترل	۴۰/۶۰۰	۱۱/۲۸۶	۰/۹۶۰	۰/۸۷۷
	پس‌آزمون	مداخله	۲۳/۴۰۰	۷/۹۱	۰/۸۶۰	۰/۱۲۵
		کنترل	۴۱/۱۰۰	۱۱/۲۱	۰/۹۳۲	۰/۴۶۷
شرم	پیش‌آزمون	مداخله	۱۹/۵۰۰	۹/۰۵۸	۰/۸۴۷	۰/۰۵۴
		کنترل	۴۰/۳۰۰	۱۰/۰۳۳	۰/۹۲۷	۰/۴۱۵
	پس‌آزمون	مداخله	۲۸/۴۰۰	۶/۰۵۶	۰/۹۶۳	۰/۸۷۹
		کنترل	۲۹/۴۹۹	۶/۶۸۶	۰/۹۹۰	۰/۹۹۶
پیگیری	پیش‌آزمون	مداخله	۱۸/۷۰۰	۵/۷۱۶	۰/۸۰۴	۰/۰۶۶
		کنترل	۲۸/۸۰۰	۶/۶۴۶	۰/۹۳۹	۰/۵۳۹
	پس‌آزمون	مداخله	۱۸/۰۰۰	۴/۵۹۴	۰/۸۴۰	۰/۰۴۶*
		کنترل	۲۸/۶۰۰	۶/۰۹۵	۰/۹۶۵	۰/۸۴۲

آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند ($P>0/05$)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگنی خطای واریانس‌ها

در جدول ۱ نتایج نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای حالت استیصال و شرم داشته است؛ پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهشی بوده است. همچنین نتایج

مریم فروش و همکاران

درجه آزادی در متغیرهای وابسته نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن ها از این آزمون استفاده شده است.

در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری ارائه شده است.

از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد که خطای واریانس ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها در حالت چندمتغیره برقرار است ($P > 0.05$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر حالت استیصال ($W = 0.78, P = 0.09$) معنادار نمی باشد اما در متغیر احساس شرم ($W = 0.71, P = 0.06$) معنادار می باشد، بر این اساس

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری برای متغیرهای حالت استیصال و شرم

اثر	آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	مقدار احتمال	اندازه اثر اتا	توان آماری
درون گروهی (اثر زمان)	اثر پیلاپی	۰/۷۰۵	۹/۸۰۷	۴	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
درون گروهی (زمان * گروه)	اثر پیلاپی	۰/۶۵۶	۸/۷۹۱	۴	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱

زمان و گروه نشان می دهد، تغییرات متغیرهای ذکر شده در ۲ گروه روند مشابهی را دنبال نمی کند. به عبارتی، یافته های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در ۲ گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از متغیرها این چنین بوده است. برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن چند متغیری ارائه خواهد شد (جدول ۳).

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می دهد نشان داد که بین نمره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب متغیرهای وابسته به طور همزمان ($F = 9.807, P = 0.001, \eta^2 = 0.705$) اثر پیلاپی) بدون توجه به عامل بین گروهی تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین روند تغییرات در اثر تعاملی زمان و گروه معنادار بود ($F = 8.791, P = 0.001, \eta^2 = 0.656$) اثر پیلاپی) و اندازه اثر آن ها به ترتیب ۵۳ و ۳۳ درصد بود. معناداری اثر متقابل

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متن چند متغیری برای حالت استیصال و شرم

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازه اثر اتا	توان آماری
حالت استیصال	زمان	۱۴۳۵/۶۳۳	۲	۷۱۷/۸۱۷	۱۳/۱۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱	۱
	زمان * گروه	۱۴۳۱/۷۰۰	۲	۷۱۵/۸۵۰	۱۳/۰۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۲	۱
	خطا	۱۹۷۰/۶۶۷	۳۶	۵۴/۷۴۱				
شرم	بین گروهی	۲۳۰۶/۴۰۰	۱	۲۳۰۶/۴۰۰	۱۰/۶۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷	۱
	زمان	۳۸۷/۲۳۳	۲	۱۹۳/۶۱۷	۳۲/۸۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶	۱
	زمان * گروه	۲۹۲/۰۳۳	۲	۱۴۶/۰۱۷	۲۴/۷۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹	۱
	خطا	۲۱۲/۰۶۷	۳۶	۵/۸۹۱				
	بین گروهی	۷۸۴/۸۱۷	۱	۷۸۴/۸۱۷	۸/۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۱	۱

جهت بررسی روند تغییرات در گروه ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی به تفکیک گروه ها در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که بین گروه ها در متغیرهای حالت استیصال ($P = 0.001, F = 10.654, \eta^2 = 0.327$) و شرم ($P = 0.001, F = 8.134, \eta^2 = 0.311$) تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی متغیرهای حالت استیصال و شرم در مراحل سنجش

متغیرها	مراحل سنجش	گروه مداخله		گروه کنترل	
		اختلاف میانگین	مقدار احتمال	اختلاف میانگین	مقدار احتمال
استیصال	پیش آزمون	۱۸/۵۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۰	۱/۰۰۰
	پیش آزمون پیگیری	۲۲/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۰	۱/۰۰۰
	پس آزمون پیگیری	۳/۹۰۰	۰/۹۸۸	۰/۸۰۰	۱/۰۰۰
شرم	پیش آزمون	۹/۷۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰	۱/۰۰۰
	پیش آزمون پیگیری	۱۰/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰	۱/۰۰۰
	پس آزمون پیگیری	۰/۷۰۰	۱/۰۰۰	۰/۲۰۰	۱/۰۰۰

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان می دهد که در گروه درمانی تغییرات متغیرهای حالت استیصال و شرم بین پیش آزمون و پس آزمون ($P=0/01$) و پیش آزمون و پیگیری ($P=0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما در هر ۲ متغیر در گروه درمانی بین پس آزمون و پیگیری ($P=1/00$) تفاوت معناداری وجود ندارد؛ که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه مداخله در طول زمان است. در در گروه کنترل نتایج نشان داد که بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد. با استناد به میانگین ها ارائه شده در جدول ۴ می توان گفت که این مداخله باعث کاهش حالت استیصال و شرم در گروه مداخله نسبت به کنترل شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر حالت استیصال و شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی بود. یافته اول نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد» بر کاهش استیصال دختران با سندرم پیش از قاعدگی گروه مداخله تا مرحله پیگیری موثر بوده است. در بررسی سوابق پژوهشی مطالعه ای یافت نشد که دقیقاً اثر این درمان را بر حالت استیصال مورد ارزیابی قرار داده باشد؛ اما با توجه به اینکه حالت استیصال یکی از نشانگان افسردگی است؛ مطالعات قبلی همچون Zhao و همکاران (۳۵)، Bai و همکاران (۳۶) و Coto-Lesmes و همکاران (۳۷) نشان داده اند که «درمان پذیرش و تعهد» بر کاهش نشانگان افسردگی موثر بوده است. به طور نمونه Zhao و همکاران (۳۵) در پژوهشی نشان دادند که «درمان پذیرش و تعهد» به سبب افزایش انعطاف پذیری روانشناختی نقش موثری بر بهبود نشانگان افسردگی همچون احساس استیصال، ناامیدی و بدبینی وضعیتی داشته است. Coto-Lesmes و

همکاران (۳۷) در پژوهشی نشان دادند که «درمان پذیرش و تعهد» نقش موثری بر کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب همچون احساس استیصال، بی قراری و نگرانی داشته است. در تبیین این یافته می توان گفت «درمان پذیرش و تعهد» به چند دلیل می تواند در رفع حالت استیصال در دختران با سندرم پیش از قاعدگی موثر باشد. «درمان پذیرش و تعهد» شامل روش های ذهن آگاهی است که می تواند به افراد کمک کند بدون قضاوت از افکار و احساسات خود آگاه شوند (۱۷). «درمان پذیرش و تعهد» می تواند به ویژه برای دخترانی که در مدت سندرم پیش از قاعدگی دچار استیصال می شوند مفید باشد، زیرا می تواند به آن ها کمک کند تا احساسات و افکار خود را بدون غرق شدن در آن ها مشاهده کنند. این درمان به افراد می آموزد که افکار و احساسات خود را به جای تلاش برای سرکوب یا کنترل آن ها بپذیرند (۳۶). این درمان به افراد کمک می کند تا ارزش های خود را روشن کنند و اهدافی را که با آن ارزش ها همسو هستند تعیین کنند. این امر می تواند برای دختران با سندرم پیش از قاعدگی مفید باشد و به آن ها کمک کند تا بر آنچه واقعاً برای آن ها مهم است تمرکز کنند و با وجود چالش هایی که در طول چرخه قاعدگی خود با آن مواجه هستند، برای داشتن یک زندگی رضایت بخش قدم بردارند (۱۷). همچنین این درمان افراد را تشویق می کند تا اقدامات متعهدانه ای را نسبت به ارزش های خود انجام دهند، حتی در صورت وجود افکار و احساسات دشوار؛ می تواند به دختران با سندرم پیش از قاعدگی پیش از قاعدگی کمک کند تا راهبردهای مقابله ای را توسعه دهند و رفتارهایی را انجام دهند که با ارزش های آن ها مطابقت دارد، احساس ناامیدی را کاهش دهد و بهزیستی کلی آن ها را افزایش دهد (۳۵). یافته دیگر نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد» بر کاهش

نگر ارائه می‌کند که پذیرش، ذهن‌آگاهی، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تغییر رفتاری، و گسلش شناختی را ترکیب می‌کند (۲۱)؛ تا به افراد، از جمله دختران با سندرم پیش از قاعدگی، کمک کند تا احساسات دشواری مانند استیصال و شرم را به شیوه‌ای سالم و سازنده هدایت کنند. با گنجاندن این اصول در درمان، دختران می‌توانند مهارت‌هایی را برای مدیریت مؤثر شرم و داشتن زندگی رضایت‌بخش‌تری توسعه دهند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد» نقش مؤثری بر کاهش حالت استیصال و شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی داشته است. پیشنهاد می‌شود که جهت بهبود حالت استیصال و شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی «درمان پذیرش و تعهد» در کنار سایر مداخلات اجرا گردد. پژوهش حاضر با محدودیت‌های چون استفاده از ابزار خودگزارش دهی و نمونه‌گیری غیرتصادفی و عدم توجه به شدت سندرم پیش از قاعدگی در انتخاب افراد روبرو بود. بنابراین، در تعمیم نتایج احتیاط باید صورت گیرد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه دکترای مریم فرنوش در مقطع دکتری مشاوره با راهنمایی آقای دکتر جواد کریمی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد می‌باشد. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد با شناسه IR.IAU.B.REC. 1402.049 در تاریخ ۱۴۰۲/۴/۵ ثبت شده است. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، والدین محترم، دانش‌آموزان و مدرسی که در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

شرم دختران با سندرم پیش از قاعدگی گروه مداخله تا مرحله پیگیری مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های Ghaleh Emamghaisi & Atashpour (۲۱)، A-tjak و همکاران (۲۲)، حجت‌خواه و مصباح (۲۳) و Gul & Aqeel (۲۴) همسو است. Ghaleh Emamghaisi & Atashpour (۲۱) در پژوهشی نشان دادند که «درمان پذیرش و تعهد» نقش مؤثری بر کاهش خودانتقادی و احساس شرم در مصرف‌کنندگان متامفتامین داشته است. در تبیین می‌توان گفت «درمان پذیرش و تعهد» به دلایل مختلفی می‌تواند برای کاهش شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی مؤثر باشد؛ «درمان پذیرش و تعهد» افراد را تشویق می‌کند تا افکار و احساسات خود از جمله احساس شرم را بدون قضاوت بپذیرند (۲۳). این پذیرش می‌تواند به دختران با سندرم پیش از قاعدگی کمک کند تا احساس شرم خود را بدون احساس غرق شدن یا کنترل شدن توسط آن‌ها بشناسند و از آن استفاده کنند. این درمان به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود و آنچه برایشان مهم است را روشن کنند. دختران با سندرم پیش از قاعدگی با تمرکز بر ارزش‌های خود، می‌توانند به جای اینکه تحت تأثیر احساس شرم قرار بگیرند، در جهت هماهنگ کردن اعمال خود با آنچه برایشان مهم است، تلاش کنند. روش‌های ذهن‌آگاهی در این درمان می‌تواند به افراد کمک کند تا افکار و احساسات خود را بدون درگیر شدن در آن‌ها مشاهده کنند. این می‌تواند به ویژه برای دخترانی که سندرم پیش از قاعدگی را تجربه می‌کنند مفید باشد، زیرا به آن‌ها اجازه می‌دهد با احساس آگاهی و درک به احساسات خود نزدیک شوند. این درمان شامل روش‌هایی است که به افراد کمک می‌کند از افکارشان فاصله بگیرند و آن‌ها را همان‌طور که هستند ببینند - فقط افکار، نه لزوماً بازتاب واقعیت (۱۱). «درمان پذیرش و تعهد» می‌تواند برای دختران با سندرم پیش از قاعدگی که ممکن است افکار شرم‌آور را تجربه کنند ارزشمند باشد، زیرا می‌تواند به آن‌ها کمک کند تأثیر این افکار را بر احساسات و رفتارهای خود کاهش دهند. به طور کلی، «درمان پذیرش و تعهد» رویکردی کل

References

1. Siminiuc R, Țurcanu D. Impact of Nutritional Diet Therapy on premenstrual syndrome. *Frontiers in Nutrition*. 2023; 10:1079417. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1079417>
2. Tiranini L, Nappi RE. Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Faculty Reviews*. 2022;11(12):1-11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9066446/> <https://doi.org/10.12703/r/11-11>
3. Kanala S, Gudipalli S, Perumalla P, Jagalanki K, Polamarasetty PV, Guntaka S, Gudala A, Boyapati RP. Aetiology, prevalence, fracture site and management of maxillofacial trauma. *The Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2021;103(1):18-22. <https://europepmc.org/article/NBK/nbk560698> <https://doi.org/10.1308/racsann.2020.0171>
4. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Archives of Women's Mental Health*. 2006;9(2):209-912. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0137-9>
5. Fatemi M, Allahdadian M, Bahadorani M. Comparison of serum level of some trace elements and vitamin D between patients with premenstrual syndrome and normal controls: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive biomedicine*. 2019;17(9):647-652. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i9.5100>
6. Itriyeva K. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2022;52(5):1-17. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2022.101187>
7. Noviyanti NI, Mappaware NA, Ahmad M. The effect of estrogen hormone on premenstrual syndrome (PMS) occurrences in teenage girls at Pesantren Darul Arqam Makassar. *Gaceta Sanitaria*. 2021;35(12):571-575. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.103>
8. Martin E. Premenstrual syndrome, work discipline, and anger. In *Women, Science, and Technology* 2010, 29.pp. 357-374. Routledge. [eBook ISBN: 9780203895658] <https://doi.org/10.4324/9780203895658-34>
9. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koesstner B, Hendin H, Nemeroff CB. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*. 2008;25(6):482-488. <https://doi.org/10.1002/da.20321>
10. Hendin H, Maltzberger JT, Haas AP, Szanto K, Rabinowicz H. Desperation and other affective states in suicidal patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(4):386-394. <https://doi.org/10.1521/suli.34.4.386.53734>
11. Hannan CE, Hackathorn J. Desperate times call for a desperate measure: Validating a measure of state desperation. *Current Psychology*. 2022;41(7):44-50. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00961-4>
12. Garcia-Estève L, Navarro P, Ascaso C, Torres A, Aguado J, Gelabert E, Martín-Santos R. Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*. 2008;11(12):193-200. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0012-y>
13. Duarte C, Matos M, Stubbs RJ, Gale C, Morris L, Gouveia JP, Gilbert P. The impact of shame, self-criticism and social rank on eating behaviors in overweight and obese women participating in a weight management programme. *PloS One*. 2017;12(1): e0167571. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167571>
14. Abosaidi Moghadam N, Sanagouye Moharer G, Shirazi M. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on feelings of loneliness, shame, and guilt in female applicants for divorce]. *Journal of Applied Psychology*. 2020;14(1):35-54. https://apsy.sbu.ac.ir/article_97310.html
15. Huff JL, Okai B, Shanachilubwa K, Sochacka NW, Walther J. Unpacking professional shame: Patterns of white male engineering students living in and out of threats to their identities. *Journal of Engineering Education*. 2021;110(2):414-436. <https://doi.org/10.1002/jee.20381>
16. Schooler D, Ward LM, Merriwether A, Caruthers AS. Cycles of shame: Menstrual shame, body shame, and sexual decision-making. *Journal of Sex Research*. 2005;42(4):324-334. <https://doi.org/10.1080/00224490509552288>
17. Lamont JM. Trait body shame predicts menstrual-related symptoms: evidence for extending

- the menstrual reactivity hypothesis. *Women's Reproductive Health*. 2023;10(1):24-42. <https://doi.org/10.1080/23293691.2022.2034275>
18. Dalgleish T, Black M, Johnston D, Bevan A. Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2020;88(3):179-183. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-10232-001.html> <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
 19. Moradi F, Ghadiri-Anari A, Dehghani A, Vaziri SR, Enjezab B. The effectiveness of counseling based on Acceptance and Commitment Therapy on body image and self-esteem in polycystic ovary syndrome: An RCT. *International Journal of Reproductive Biomedicine*. 2020;18(4):243. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v13i4.6887>
 20. Haj Akbari E, Abbasi GA. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on internalized Shame and fear of failure in female students at elementary school]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2021;10(4):133-142. <http://frooyesh.ir/article-1-2595-fa.html>
 21. Ghaleh Emamghaisi Z, Atashpour SH. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on self-criticism and feeling of shame in methamphetamine users. *Journal of Substance Use*. 2020;25(4):372-376. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1704082>
 22. A-tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2015;84(1):30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
 23. Hojatkah SM, Mesbah I. [Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment on social adjustment and internalized shame mothers of children with mental retardation]. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2016;6(24):153-180.
 24. Gul M, Aqeel M. Acceptance and Commitment Therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: A double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. *Journal of Substance Use*. 2021;26(4):413-419. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1846803>
 25. Gul M, Aqeel M, Sehrish S. A parallel-group, double-blind, randomized controlled feasibility trial in Pakistan for treatment of self-stigma and shame in substance use disorders through Acceptance and Commitment Therapy. *Nurture Journal of Psychology*. 2022;1(2):1-0.
 26. Cohen J. Approximate power and sample size determination for common one-sample and two-sample hypothesis tests. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(4):811-831. <https://doi.org/10.1177/001316447003000404>
 27. Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the GASP Scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011;100(5):947-966. <https://doi.org/10.1037/a0022641>
 28. Alabèrnia-Segura M, Feixas G, Gallardo-Pujol D. Guilt and shame proneness scale adaptation and psychometric properties in Spanish population. *Psychological Test Adaptation and Development*. 2022;3(1):1-9. <https://doi.org/10.1027/2698-1866/a000019>
 29. Ghanbari Talab M, Khormayi F. [The anticipation of help seeking behavior by intelligence beliefs with the mediational role of shame and guilt feelings]. *Educational and Scholastic Studies*. 2016;5(2):105-28. https://pma.cfu.ac.ir/article_572.html
 30. Yarollahi N, Imani M, Taghavi MR, Sarafraz MR. [Psychometric properties of the Persian version of the moral orientation guilt scale in the general population]. *Journal of Psychological Science*. 2024; 23(140):1843-1860. <http://psychologicalscience.ir/article-1-2319-fa.html> <https://doi.org/10.61186/jps.23.140.85>
 31. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 1970;1(3):185-216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
 32. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press; 2011. <https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>
 33. Izadi R, Abedi M. [Treatment Based on Acceptance and Commitment]. Tehran Jangal Publication; 2015. ISBN: 978-600-316-008-8
 34. Valizadeh S, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020; 9 (4) :78-

89. <http://jhpm.ir/article-1-1174-en.html>
35. Zhao B, Wang Q, Wang L, Chen J, Yin T, Zhang J, Cheng X, Hou R. Effect of Acceptance and Commitment Therapy for depressive disorders: A meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*. 2023;22(1):34-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10486021/> <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00462-1>
36. Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020;260(17):728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
37. Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2020;263 (11):107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>