

مقاله اصلی

اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر شادمانی درونی و رفتار غیر تکانشی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۴/۱۵

خلاصه

مقدمه

شیوع زیاد سندرم پیش از قاعدگی در جامعه و تأثیرات آن بر روی کارکرد فردی و اجتماعی مبتلایان، و با توجه به نقش مهم فردی و اجتماعی زنان در جامعه، هدف از این پژوهش بررسی تأثیر آموزش هشیاری حضور بر شادمانی درونی و رفتار غیر تکانشی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بود.

روش کار

جامعه آماری شامل کلیه مراجعه کننده زن متقاضی درمان اختلال پیش از قاعدگی به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های زنان و زایمان شهرستان ملایر در سال ۱۳۹۵ به تعداد ۲۰۰ نفر بود. با بهره‌گیری از یک طرح آزمایشی کنترل شده، نمونه‌ای مشتمل بر ۴۰ نفر از خانم‌های متقاضی از جامعه مذکور با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب، و به گونه تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری گروه کنترل و گروه آزمایش در نظر گرفته شدند. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه‌های پرسشنامه شادکامی آکسفورد آرجیل و مقیاس تکانشگری بارت و همکاران بود (۱). کلیه آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه‌های فوق را تکمیل کردند، و گروه آزمایش در دوره آموزشی هشیاری حضور شرکت کردند، اما گروه کنترل ملاقات‌های ساده با درمانگر داشتند. داده‌ها از پرسشنامه‌ها استخراج و با آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش هشیاری حضور بر افزایش شادمانی درونی و کاهش رفتار غیر تکانشی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری

مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به دلیل ایجاد نظارت فراشناختی، بر افزایش شادمانی درونی و رفتار غیر تکانشی مؤثر است.

کلمات کلیدی

رفتار غیر تکانشی، سندرم پیش از قاعدگی، شادمانی درونی، ذهن آگاهی.

فاطمه خالقی^۱

دکتر پرویز عسگری^{۲*}

دکتر علیرضا حیدری^۳

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

۲- دانشیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

* گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Email: Askary47@yahoo.com

مقدمه

ذهن آگاهی، نوید تازه‌ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است. ذهن آگاهی شیوه‌ای است برای پردازش توجه که از مراقبه شرقی نشأت گرفته و به‌عنوان توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه به لحظه، توصیف شده است. همچنین به‌عنوان پرداختن توجه به یک شیوه خاص در زمان حال، بدون قضاوت تعریف شده است (۲). در روان‌شناسی بالینی حضور ذهن عبارت است از توجه به لحظه حال، به شیوه غیر قضاوتی و متمرکز بر هدف.

باید ذهن آگاهی را به‌عنوان مشاهده فاقد قضاوت نسبت به جریان در حال پیشرفت درونی و بیرونی محرک‌ها و بروز آنها تعریف کرد (۳). قضاوت نکردن، ذهن آگاهی را پرورش می‌دهد وقتی شما با وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی روبه‌رو می‌شوید، قضاوت نکردن درباره تجربیات، بیشتر از آن چه که می‌بینید و هستید و چیزی که باید باشید، آگاه می‌شوید. البته این از پذیرش تجربیات لذت‌آور و دردناک ناشی می‌شود. پذیرش این نیست که چیزهایی که از نظر اخلاقی قابل قبول نیست را تصدیق کنیم، بلکه پذیرش در مورد رفتارها متفاوت است، به عبارت دیگر تغییر همسان پذیرش است اگر چه سریع‌تر اتفاق می‌افتد. ذهن آگاهی کیفیتی از هشیاری است که انسان باید در تمام ساعات شبانه روز در هر موقعیتی که هست سعی کند به آن دست یابد. مراقبه آگاهانه آغاز خوبی برای درک ذهن آگاهی است اما قصه همین جا تمام نمی‌شود و باید دریافت و بیداری حاصل از مراقبه در تمام لحظات زندگی و همه موقعیت‌ها گسترش یابد. هشیاری فقط در لحظات مراقبه و بعد نیمه خواب بودن در بقیه اوقات، ذهن آگاهی نیست. اگر وقتی داریم ظرف می‌شوریم با تمام حوصله و صبر این کار را انجام دهیم و همه دل و توجه خود را به ظرف شستن معطوف کنیم و وقتی کاری انجام می‌دهیم همه هوش و حواسمان به آن کار باشد در حقیقت درون حالت ذهن آگاهی هستیم. ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند

توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریپیج فروکاهنده خلق منفی- فکرمنفی- گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (۴). ذهن آگاهی نوعی آگاهی غیرقضاوتی از تجربه شخصی است و بدون آنکه قضاوتی در مورد آن صورت گیرد، لحظه به لحظه آشکار می‌شود. هر چند هدف اصلی ذهن- آگاهی آرام‌سازی نیست، اما مشاهده رویدادهای منفی درونی بدون هیچگونه قضاوتی درباره آن‌ها، یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز آرامش می‌شود. ذهن آگاهی مشاهده محرک‌های درونی و بیرونی همانگونه که اتفاق می‌افتد بدون هیچگونه قضاوت و پیش‌داوری است. ذهن آگاهی مهارتی است که به افراد اجازه می‌دهد که در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند، دریافت کنند. وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نمی‌کنند. بیشتر مشکلات روانی معمولاً با حوادث یک‌هادر گذشته رویدادهای در آینده اتفاق خواهد افتاد مربوط است. به‌عنوان مثال افرادی که افسرده‌اند درباره گذشته، اغلب احساس پشیمانی و گناه می‌کنند و کسانی که اضطراب دارند نگرانی از مشکلات آینده باعث ایجاد ترس و دلشوره در آنها می‌شود (۳).

ذهن آگاهی براساس آموزش یکسری تکالیف به صورت هشیار و خودآگاه است. هر تمرین به‌طور هدفمند و آگاهانه می‌تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات، را افزایش دهد. تمرین‌های ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک نظام هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب الوقوع شود. ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجان‌ناخوشایند می‌شود (۵).

یکی از مسائل مهمی که اغلب زنان در سنین باروری در قاعدگی‌شان با آن دست به‌گریبان هستند، سندرم قبل از قاعدگی می‌باشد، قاعدگی همچون سایر پدیده‌های

فیزیولوژیک بدن، ممکن است دچار اختلالاتی گردد. نشانگان پیش از قاعدگی بیماری جسمی- روانی محسوب می شود که با طیف وسیعی از تغییرهای عاطفی و جسمانی شناخته می شود. سندروم پیش از قاعدگی (PMS) را می توان به صورت عود دوره ای ترکیبی از تغییرات آزاردهنده فیزیکی، روانی یا رفتاری در خلال مرحله لوتئال سیکل قاعدگی که با فعالیت های خانوادگی، اجتماعی یا شغلی فرد تداخل می کنند، تعریف نمود. تقریباً یک درصد زنان در سنین باروری، با چنان شدتی مبتلا به PMS هستند که باعث تهدید روابط شغلی و بین فردی بیمار می شود. شایع ترین سن ابتلای زنان به این سندروم، ۲۵ الی ۴۵ سالگی است. علائم آن شامل: ولع برای خوردن، سردرد، تحریک پذیری عصبی، بی خوابی و حملات گریه، کمردرد، درد قسمت تحتانی شکم، افزایش موقت وزن به میزان ۱kg الی ۳kg، ورم دستها و پاها، تکرار ادرار و کاهش حجم ادرار در هر بار ادرار کردن، اختلال هماهنگی بین حرکات بدن، صرع و تنش، غش کردن (به دلیل افت قند خون و فشار خون) خواب آلودگی و بی حالی، گرفتگی عضلات پا، عدم تمرکز حواس، کاهش میل جنسی، تاری دید، یبوست و گاهی اسهال، نفخ شکم، سینوزیت، خلق ناپایدار، موی خشک و گاهی روغنی، پوست خشک، سردی دستها و پاها، خستگی فیزیکی و فکری، سردرد میگرنی، عصبانیت ناگهانی، احساس ناکامی، رنگ پریدگی، تیرگی زیرچشم ها، مستعد حوادث شدن به دلیل عدم تمرکز حواس، افسردگی شدید و گاهی برعکس سرخوشی های بی مورد و شادمانی بیمارگونه که در این میان سه شکایت اصلی زنان زودرنجی، کمردرد و درد عضلانی و ورم می باشد.

سندرم پیش از قاعدگی می تواند رفتار و بهزیستی زنان را تغییر دهد (۶)، و یک تاثیر معنادار بر سلامت فردی و عمومی داشته باشد (۷). زنان مبتلا در این دوره بیشتر از دیگر مواقع از حضور در محل کار خودداری می کنند و نیازمند بستری شدن در بیمارستان هستند، گاهی مصدوم می شوند و ناراحتی های روانی پیدا می کنند و حتی اقدام به خودکشی می نمایند. این افراد در این روزها به طور میانگین ۱۰٪ از نمره عملکردشان کاهش می یابد.

بطور عمده اضطراب، تحریک پذیری، تنش عصبی و خلق و خوی متغیر در مبتلایان، از اواسط فاصله ی بین دو عادت ماهانه شروع می شود، و هرچه به شروع آن نزدیک تر می شوند شدت می یابد. حتی گاهی ممکن است با نزدیک شدن عادت ماهانه از افسردگی خفیف شکایت داشته باشند. زنان می توانند با کنترل کردن نشانه های سندرم پیش از قاعدگی از بروز بسیاری از زیان ها در زندگی خود جلوگیری کنند و کارایی خود را افزایش دهند.

اضطراب معنایی جزیک حالت خاص حساسیت فردی ندارد و ناشی از برتر شمردن یا فروتر شمردن فلان یا فلان نقش سازگاری برای زندگی در جامعه است که منجر به نقص در توازن بین رفتار اجتماعی و احساس درونی شده است. آنچه که بیانگر اضطراب است، ساختارذهنی موجود زنده و واکنش های این ساختارکلی در قبال موقعیت های مواجه شده با آنهاست، به گونه ای که آنچه حل شدنی بود، به صورت لاینحل در می آید. در چنین موقعیتی هیجاناتی که بدون کاربرد مانده بودند به صورت واکنش های فاجعه آمیز مانند تنگی نفس، درد قفسه سینه و ناراحتی های جسمانی شدید و مختل کننده به تحریک درمی آیند. در اینجا با عوارضی محدود که نیازبه تاکید ندارد ظاهر می شود. مرموز بودن اضطراب آن را به صورت نکته ای درمی آورد که متنوع ترین و مهم ترین پرسش ها پیرامون آن مطرح می شوند (۸، ۹). واژه ی اضطراب هم به یک حالت روانی و عاطفی اشاره دارد که ممکن است از یک احساس ناراحتی کوچک به ترس یا وحشت حاد ادامه یابد. اضطراب طولانی یا شدید ممکن است منجر به بروز نشانگان جسمانی مثل تعریق، لرز، تهوع و احساس گیجی می شود. اضطراب عموماً واکنشی است که در شرایط ترس آور رخ می دهد و با نگرش های منفی و هراس آور تشدید می شود.

یکی از عوامل آسیب پذیری تحت شرایط فشارزای محیطی، نگرش های ناکارآمد است. بر اساس تعریف نگرش ناکارآمد فرض ها و باورهای سودار منفی درباره خود، جهان و آینده است. سطوح متوسطی از نگرش های ناکارآمد در افراد سالم وجود دارد. داشتن نگرش ناکارآمد یا باورهای ناکارآمد درباره

خود یا جهان بدین معنی است که روش‌های ارزیابی اولیه افراد از موقعیت‌های استرس‌زا توسط این نگرش‌ها تحت تاثیر قرار می‌گیرند. سطوح بالای نگرش‌های ناکارآمد با دوره‌های طولانی‌تر حملات افسردگی و بازمان‌های کوتاه‌تر بین دوره‌های عود همبستگی دارد (۱۰). نگرش‌های ناکارآمد معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن‌ها برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. این فرض‌ها یا طرح‌واره‌ها در سازماندهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرند و از آنجایی که این نگرش‌ها، انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر هستند بنابراین ناکارآمدند. اگر فرد دیدگاهی کمال‌گرایانه و غیرقابل انعطاف از جهان داشته باشد، به هنگام مواجهه با یک موقعیت استرس‌زا که مختل‌کننده دیدگاه‌های پیشین اوست، از راهبردهای غیرانطباقی نظیر اجتناب یا انکار استفاده می‌کند. عامل تکانشگری یکی از عوامل شخصیتی است که علی‌رغم تحقیقات زیادی که در مورد آن صورت گرفته است، اشتراک نظر کمی در مورد آن وجود دارد. محققین مختلف در رابطه با تکانشگری، ساختارهایی را با عناوین مختلف از قبیل کنترل، تامل، تهییج طلبی، نوجویی، سایکوزگرایی، خودنظم‌دهی و جسارت مطرح می‌کنند. این مفاهیم در عین داشتن همپوشی‌های مفهومی و محتوایی دارای تفاوت‌های مهمی نیز هستند (۱۱).

یکی از عواملی که افراد را در رویارویی با رویدادهای دشوار در مقابل افتادن در گرداب بی‌تفاوتی، ناامیدی و افسردگی مقاوم می‌سازد شادمانی است. شادکامی مفهومی است که چندین جزء اساسی دارد. نخست آنکه جزئی عاطفی و هیجانی دارد که باعث می‌شود فرد شادکام همواره از نظر خلقی شاد و خوشحال باشد. دوم جز اجتماعی آن که گسترش روابط اجتماعی را به دنبال دارد و سوم آنکه جزء شناختی دارد که موجب می‌گردد فرد شادکام نوعی تفکر و نوعی پردازش اطلاعات ویژه خود داشته باشد و وقایع روزمره را طوری تعبیر و تفسیر کند که خوشبینی وی را به دنبال داشته باشد. یکی از اجزای مهم شادکامی جزء شناختی آن است. شوارتز و استراک^۱ (۱۹۹۱)

اعتقاد دارند که افراد شادکام کسانی هستند که در پردازش اطلاعات سوگیری دارند، یعنی اطلاعات را به گونه‌ای پردازش و تفسیر می‌کنند که به خوشحالی آنها می‌انجامد (۱۲). تاثیر شادابی بر سلامت ذهن به فرآیندهای شناختی از قبیل نوع نگاه کردن به زندگی و متفاوت نگریستن به خویشتن مربوط است (۱۳).

افراد با شادکامی بالا به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، درحالی‌که افراد با احساس شادکامی پایین حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوبی ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (۱۱).

در مجموع می‌توان گفت، ذهن‌آگاهی می‌تواند به صورت همزمان بر روی متغیرهای شناختی، مانند: سبک‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد (۱۴)، متغیرهای هیجانی یا حتی ایجاد چرخه‌های مثبت از طریق باز ارزیابی مثبت به صورت یک ماریچ رو به بالا موثر واقع شوند. از چالش‌های فرا روی انسان‌ها در دنیای امروز احساس شادی است، زیرا علیرغم پیشرفت‌های چشمگیر در فناوری و تامین آسایش انسان، احساس شادمانی وی افزایش نیافته است (۱۵). تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که شاد هستند، احساس امنیت بیشتری می‌کنند، آسان‌تر تصمیم می‌گیرند و نسبت به کسانی که با آنها زندگی می‌کنند، بیشتر اظهار رضایت می‌کنند. فقدان شادی و نشاط نیز در جامعه نتایج منفی بسیاری به دنبال دارد که از آن جمله می‌توان به افسردگی، بدبینی، ارزیابی منفی رویدادها، بی‌علاقگی به کار و فقدان وجدان کاری، اعتیاد به مواد مخدر، ناهنجاری‌های اجتماعی، رواج خشونت در روابط اجتماعی، طلاق و گرایش به فرهنگ بیگانه و غیرخودی اشاره نمود. از سوی دیگر محققان معتقدند که مشارکت‌ها و فعالیت‌های اجتماعی می‌توانند بر شادی و رضایت افراد از زندگی تاثیرگذار باشند. بنابراین احتمال دارد فضایی که در آن مشارکت وجود داشته باشد، شادی آفرین باشد. با توجه به مطالب فوق این پژوهش بدنال پاسخگویی به این سوال است که:

¹ Schwartz and Struck

آیا آموزش ذهن آگاهی بر شادمانی درونی و رفتار غیرتکانشی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی تأثیر می‌گذارد؟

روش کار

پژوهش حاضر، پژوهشی نیمه آزمایشی است و از نوع گروه کنترل نابرابر با پیش آزمون - پس آزمون است. روش گردآوری اطلاعات این پژوهش میدانی بوده و از پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعه کننده زن متقاضی درمان اختلال پیش از قاعدگی به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های زنان و زایمان شهرستان ملایر در سال ۱۳۹۵ به تعداد ۲۰۰ نفر بود.

نمونه این پژوهش مشتمل بر ۴۰ نفر از خانم‌های متقاضی از جامعه مذکور می‌باشد که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده گردید و بصورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. چون طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است، پس حجم نمونه ۲۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد (۱۶).

میانگین سنی افراد شرکت کننده در هر دو گروه نزدیک به یکدیگر می‌باشد و جوانترین فرد شرکت کننده در پژوهش ۱۸ ساله و مسن‌ترین آنها ۵۰ ساله می‌باشد. ضمناً معیارهای ورود به پژوهش نیز شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم داشتن مشکل یا بیماری جسمانی خاص فقدان اختلال روانی، عدم مصرف مواد و نیز عدم استفاده از دارو در طول درمان

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه شادکامی آکسفورد

پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) دارای ۱۱ گویه است که هر گویه شامل ۴ عبارت است که عبارت اول نمره صفر، عبارت دوم نمره ۹، عبارت سوم نمره ۱ و عبارت چهارم نمره ۳ می‌گیرد. در نهایت فرد نمره‌ای بین ۰ تا ۹۸ به دست می‌آورد که نمره بالاتر نشانه شادکامی بیشتر است. این پرسشنامه دارای روایی و پایایی بالایی می‌باشد.

۲- مقیاس تکانشگری بارت

این پرسشنامه دارای ۳۰ پرسش می‌باشد، که سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامه‌گی را ارزیابی می‌کند، پرسش‌ها به صورت چهارگزینه‌ای تدوین شده‌اند و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است. این پرسشنامه دارای روایی و پایایی بالایی می‌باشد.

پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش ۸ جلسه درمانی نود دقیقه‌ای را به صورت گروهی دریافت کردند. برنامه درمانی طبق پروتکل کابات-زین و همکاران (۱۹۹۲) که در تحقیقات مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است و نتایج حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر افسردگی، اضطراب، استرس، نگرشهای ناکارآمد و سازگاری روانشناختی است (۱۷، ۱۸) اجرا خواهد شد:

جدول ۱- پکیج درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین واری بدن، تمرین خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات.
جلسه دوم	شامل آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، رانها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشمها و پیشانی است.
جلسه سوم	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دستها و بازوها، پاها و رانها، شکم و سینه، پیشانی و لبها و تکلیف خانگی تن آرامی است.
جلسه چهارم	آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب.
جلسه پنجم	آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حسهای فیزیکی و تمرین تنفس خانگی ذهن آگاهی خوردن.

جلسه آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها.
 ششم
 جلسه ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.
 هفتم
 جلسه بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی.
 هشتم

جوان‌ترین فرد شرکت کننده در پژوهش ۱۸ ساله و مسن‌ترین آن‌ها ۵۰ ساله می‌باشد. اکثر دارای تحصیلات دیپلم و ۱۰٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بوده و اکثر متاهل می‌باشند. در جدول ۲ خلاصه‌ای از اطلاعات آمار توصیفی هر دو گروه آورده شده است.
 الف: مشخصه‌های آماری متغیر شادمانی درونی قبل و بعد از مداخله درمانی

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش حاضر از نرم افزار SPSS ۲۳ استفاده شد. از روش آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و نمودار) و آمار استنباطی (آزمون t دو گروه همبسته و آزمون t دو گروه مستقل) و برای سنجش میزان تاثیر آموزش هشیاری حضور (ذهن آگاهی) استفاده گردید.

نتایج

نمونه این پژوهش ۴۰ نفر می‌باشند که میانگین سنی افراد شرکت کننده در هر دو گروه نزدیک به یکدیگر می‌باشد)

جدول ۲- مشخصه‌های توصیفی شادمانی درونی، دو گروه قبل و بعد از مداخله درمانی

شادمانی درونی	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه	کمینه	تعداد
آزمایش	۴۶/۶۵	۱۲/۷۲	۷۲/۰۰	۲۸/۰۰	۲۰
کنترل	۴۸/۹۰	۱۶/۷۲	۷۷/۰۰	۲۱/۰۰	۲۰
آزمایش	۵۵/۴۵	۱۲/۸۹	۷۷/۰۰	۳۶/۰۰	۲۰
کنترل	۴۷/۵۵	۱۲/۶۱	۷۲/۰۰	۲۸/۰۰	۲۰

در این پژوهش میانگین نمره شادمانی درونی در گروه آزمایش بعد از درمان برابر (۵۵/۴۵) بوده و قبل از درمان (۴۶/۶۴) می‌باشد و در گروه کنترل در پیش آزمون (۴۸/۹۰) و در پس آزمون (۴۷/۵۵) می‌باشد که بر این اساس تغییر میانگین در گروه آزمایش بارزتر بوده است.

جدول ۳- مشخصه‌های توصیفی متغیر تکانشگری و مولفه‌های گروه‌های آزمایش و کنترل قبل و بعد از ارائه مداخله درمانی

مولفه‌ها	گروه	مرحله	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	بیشینه	کمینه
بی برنامه‌گی	آزمایش	پیش آزمون	۲۰	۳۸/۷۵	۴/۴۸	۴۵/۰۰	۲۷/۰۰
		پس آزمون	۲۰	۳۳/۴۰	۵/۹۱	۴۲/۰۰	۲۲/۰۰
	کنترل	پیش آزمون	۲۰	۳۷/۵۵	۴/۶۲	۴۷/۰۰	۲۵/۰۰
		پس آزمون	۲۰	۳۸/۲۰	۳/۶۷	۴۳/۰۰	۳۰/۰۰
تکانشگری حرکتی	آزمایش	پیش آزمون	۲۰	۲۶/۹۵	۴/۵۹	۳۹/۰۰	۲۰/۰۰
		پس آزمون	۲۰	۲۵/۵۰	۴/۴۱	۳۷/۰۰	۱۹/۰۰
	کنترل	پیش آزمون	۲۰	۲۵/۸۵	۵/۰۳	۳۷/۰۰	۱۹/۰۰
		پس آزمون	۲۰	۲۶/۱۰	۳/۶۹	۳۳/۰۰	۱۸/۰۰
تکانشگری شناختی	آزمایش	پیش آزمون	۲۰	۲۴/۱۰	۳/۴۹	۳۱/۰۰	۱۸/۰۰
		پس آزمون	۲۰	۲۱/۵۵	۳/۹۴	۲۹/۰۰	۱۵/۰۰
	کنترل	پیش آزمون	۲۰	۲۳/۲۵	۳/۷۳	۲۹/۰۰	۱۵/۰۰

۱۴/۰۰	۳۱/۰۰	۳/۸۰	۲۲/۷۵	۲۰	پس آزمون	
۷۸/۰۰	۱۰۷/۰۰	۷/۷۸	۸۹/۸۰	۲۰	پیش آزمون	آزمایش
۶۵/۰۰	۹۷/۰۰	۹/۶۲	۸۰/۴۵	۲۰	پس آزمون	تکانشگری
۷۴/۰۰	۱۰۴/۰۰	۹/۹۹	۸۶/۶۵	۲۰	پیش آزمون	کنترل
۷۸/۰۰	۱۰۰/۰۰	۵/۷۸	۸۷/۰۵	۲۰	پس آزمون	

تکانشگری (بی برنامه‌گی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی) در گروه آزمایش و پس از درمان کاهش یافته‌اند. بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر شادمانی درونی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی رامورد تحلیل قرار داده ایم به منظور استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس ابتدا به بررسی مفروضات پرداخته می‌شود.

در این پژوهش میانگین نمره کل تکانشگری در گروه آزمایش بعد از درمان برابر (۸۰/۴۵) بوده و قبل از درمان (۸۰/۴۵) می‌باشد و در گروه کنترل در پیش آزمون (۸۶/۶۵) و در پس آزمون (۸۷/۰۵) می‌باشد که بر این اساس تغییر میانگین در گروه آزمایش بارزتر بوده است. در ادامه هر سه مولفه

جدول ۴- آزمون کلموگروف-اسمیرنف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع

متغیرها	تعداد	W ویلکاکسون	Z	سطح معناداری
شادمانی درونی	۴۰	۳۹۳/۵۰	-۰.۴۴۷	۰.۶۵۵

مفروضه نرمال بودن توزیع که با آزمون کلموگروف-اسمیرنف بررسی می‌شود، با توجه نتایج جدول ۴ توزیع نرمال است.

جدول ۵- آزمون F به منظور بررسی همگنی شیب ضرایب رگرسیون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	میانگین مجذورات	سطح معناداری
شادمانی درونی	۵۰/۶۲۵	۱	-۲۲۹	۵۰/۶۲۵	۰.۶۳۵

رگرسیون نیز برقرار می‌باشد. لذا می‌توانیم از تحلیل کوواریانس استفاده نماییم.

با توجه به مندرجات جدول ۵ F بدست آمده و سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهد مفروضه همگنی شیب ضرایب

جدول ۶- آزمون تحلیل کوواریانس شادمانی درونی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
شادمانی درونی	گروه	۲۲۲/۸۱۹	۱	۲۲۲/۸۱۹	۴/۷۴۱	۰.۰۳۶
	خطا	۱۶۹۱/۹۱۷	۳۶	۴۶/۹۹۸		
	کل	۱۱۲۸۹۸/۰۰۰	۴۰			

می‌توان گفت آموزش ذهن آگاهی بر افزایش میزان شادمانی درونی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی موثر است. آموزش ذهن آگاهی بر رفتار غیرتکانشی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی تاثیر می‌گذارد.

به منظور بررسی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش شادمانی درونی، طبق مشاهدات، این روش در گروه آزمایش باعث افزایش میزان شادمانی شده است. بنابراین با ۹۵٪ اطمینان

جدول ۷- آزمون کلموگروف-اسمیرنف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع

متغیرها	تعداد	W ویلکاکسون	Z	سطح معناداری
بی برنامه‌گی	۴۰	۳۷۷/۵۰	-۰.۸۴	۰.۳۷۷
تکانشگری حرکتی	۴۰	۳۸۰/۰۰	-۰.۸۱۵	۰.۴۱۵
تکانشگری شناختی	۴۰	۳۹۲/۵۰	-۰.۴۷۷	۰.۶۳۳

تکانشگری ۴۰ ۳۷۲/۰۰ ۱/۰۲۹ -۰۳۰۳

مفروضه نرمال بودن توزیع که با آزمون کلموگروف-اسمیرنف بررسی می شود، با توجه نتایج جدول فوق توزیع تکانشگری و تمامی مولفه هایش نرمال می باشد.

جدول ۸- آزمون F به منظور بررسی همگنی شیب ضرایب رگرسیون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	میانگین مجذورات	سطح معناداری
بی برنامه‌گی	۱۴/۴۰۰	۱	۰.۶۹۴	۱۴/۴۰۰	۰.۴۱۰
تکانشگری حرکتی	۱۲/۱۰۰	۱	۰.۵۲۰	۱۲/۱۰۰	۰.۴۷۵
تکانشگری شناختی	۷/۲۲۵	۱	۰.۵۵۲	۷/۲۲۵	۰.۴۶۲
تکانشگری	۹۹/۲۲۵	۱	۱/۲۳۷	۹۹/۲۲۵	۰.۲۷۳

با توجه به مندرجات جدول فوق، F بدست آمده و سطح ضرایب رگرسیون نیز برقرار می باشد. لذا می توانیم از تحلیل معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ نشان می دهد مفروضه همگنی شیب کوواریانس برای تکانشگری و سه مولفه اش استفاده نمایم.

جدول ۹- آزمون تحلیل کوواریانس تکانشگری و مولفه هایش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بی برنامه‌گی	گروه	۳۰۹/۹۸۸	۱	۳۰۹/۹۸۸	۲۰/۶۵۵	۰.۰۰۱
	خطا	۵۵۵/۲۸۴	۳۷	۱۵/۰۰۸		
	کل	۵۲۴۱۸/۰۰۰	۴۰			
تکانشگری حرکتی	گروه	۳۳/۵۳۲	۱	۳۳/۵۳۲	۹/۱۱۱	۰.۰۰۵
	خطا	۱۳۲/۴۹۸	۳۶	۳/۶۸۰		
	کل	۲۷۲۶۰/۰۰۰	۴۰			
تکانشگری شناختی	گروه	۵۷/۵۶۰	۱	۵۷/۵۶۰	۶/۸۹۲	۰.۰۱۳
	خطا	۳۰۰/۶۵۴	۳۶	۸/۳۵۱		
	کل	۲۰۲۱۰/۰۰۰	۴۰			
تکانشگری	گروه	۲۲۸/۸۵۳	۱	۲۲۸/۸۵۳	۹/۱۴۲	۰.۰۰۵
	خطا	۹۰۱/۲۳۳	۳۶	۲۵/۰۳۴		
	کل	۲۸۳۳۹۴/۰۰۰	۴۰			

به میزان f بیشترین میزان اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی یا هشیاری حضور بر مولفه بی برنامه‌گی (۲۰/۶۵) و کمترین میزان تاثیر بر مولفه تکانشگری شناختی (۶/۸۹) می باشد.

بحث و نتیجه گیری

ذهن آگاهی، نوید تازه‌ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است. ذهن آگاهی کیفیتی از هشیاری است که انسان باید در تمام ساعات شبانه روز در هر موقعیتی که هست سعی کند به آن دست یابد و امروزه مشخص شده تاثیر زیادی د

به منظور بررسی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی یا هشیاری حضور بر کاهش تکانشگری، طبق مشاهدات، این روش در گروه آزمایش باعث کاهش میزان تکانشگری شده است. بنابراین با ۹۹٪ اطمینان می توان گفت آموزش ذهن آگاهی بر کاهش میزان تکانشگری زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی موثر است. همچنین این مفروضه در مورد تمامی مولفه های تکانشگری (بی برنامه‌گی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی) نیز مورد تایید می باشد، این در حالی است که با توجه

درمان بسیاری از مشکلات دارد، لذا مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر شادمانی درونی و رفتار غیر- تکانشی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی پرداخته است. بطوریکه که نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش ذهن آگاهی یا هشیاری حضور بر افزایش میزان شادمانی درونی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی موثر بوده است. در تبیین آن می توان گفت که ذهن آگاهی فرد را به ایجاد رابطه ی اساساً متفاوت با تجربه احساس های درونی و حوادث بیرونی، از طریق ایجاد آگاهی لحظه به لحظه و جهت گیری رفتاری مبتنی بر مسؤولیت عاقلانه به جای واکنش پذیری اتوماتیک، قادر می سازد. سندرم پیش از قاعدگی یک اختلال واحد نبوده، بلکه مجموعه ای از علائم با منشأ بیولوژیک می باشد که جنبه های روانی و اجتماعی نیز در آن دخالت دارند، بنابراین با به کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از جمله توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاوی و دلسوزی، ذهن آگاهی می تواند به طور مؤثر بر واکنش های هیجانی از طریق بازسازی قشری سیستم لیمبیک کنترلی اعمال نماید (۱۹). بنابراین افرادی که سطوح بالاتر ذهن آگاهی را نشان می دهند تفکرات خودآیند منفی کمتری نشان می دهند و معتقدند که قادرند خود را از چنین تفکراتی رها نمایند (۲۰). استفاده، از ذهن آگاهی می تواند شیوه ی فراشناختی پردازش را به کار گیرد و انعطاف پذیری در پاسخ به تهدید را افزایش دهد (۲۰).

(۲۱) نیز دریافتند که ذهن آگاهی پیش بینی کننده ای قوی برای بهزیستی روانشناختی است. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجان ها و تجربه ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (۳).

از نتایج دیگر این پژوهش اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی است، تحریک پذیری از علایم سندرم پیش از قاعدگی است. درصد بالایی از مبتلایان نشانگان پیش از قاعدگی، از تحریک پذیری شدید شامل خشم آشکار و پایدار و تعارضهای بین فردی شکایت دارند، بروز رفتارهای تکانشی و خشم های پراکنده،

استرس، احساس درماندگی، احساس بی ارزشی و بی کفایتی، اضطراب و تشویش به ویژه در درمانهای طولانی و ناموفق، باورهای منفی نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس طرد شدگی، نگرانی شدید و کاهش عزت نفس از جمله مشکلات روانی هستند که از سوی محققین گزارش شده اند (۲۲).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با متمرکز کردن فرایند توجه موجب جلوگیری از عوامل ایجاد کننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخهای نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل گیری افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود (۲۳). در واقع تمرین های ذهن آگاهی با افزایش آگاهی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی نسبت به لحظه حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس، تمرکز و توجه به بدن، و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می گذارد و با آموزش مشاهده گری، پذیرش و کسب آگاهی بیشتر در مورد موقعیتها به زنان کمک می کند در برابر موقعیتها به طور آنی و ناکارآمد واکنش نشان ندهند.

از نتایج این پژوهش اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی یا هشیاری حضور بر کاهش نگرش ناکارآمد زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی است (۱۹). در تبیین این نتیجه می توان گفت که تمرینات ذهن آگاهی، اساساً در کاهش نشخوار فکری موثر است و این کاهش به نوبه خود، باعث کاهش محتوای شناختی ناسازگار و نشانه های عاطفی، به ویژه نشانه های اضطرابی، افسردگی و نگرش ناکارآمد می گردند (۲۴).

تمرین ذهن آگاهی می تواند به تغییر در الگوهای فکری یا تغییر در نگرش در مورد افکار فرد منجر شود. کابات زین و همکاران پیشنهاد می کنند که مشاهده بدون قضاوت درد و تفکرات مربوط به نگرانی می تواند منجر به درک این موضوع شود که آنها فقط فکر هستند و نه انعکاس حقیقت یا واقعیت و لزومی ندارد که از آنها اجتناب یا فرار شود، در واقع، مشاهده افکار و احساسات و برچسب زدن به آنها، این حالت را که افکار و احساسات همیشه انعکاس دقیقی از واقعیت نیستند، تقویت می کند (۱۹).

دارای علایم اضطرابی هستند، این است که چرخه ی وقوع اضطراب را متوقف کنیم و سپس راههای محدودکننده ی تجربه ی اضطراب را از طریق جایگزین کردن عاداتهای جدید که مبتنی بر افزایش عزت نفس و مهارتهای آرامسازی از قبیل ذهن آگاهی است، تغییر دهیم (۱۸).

تاییدسل و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند که روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عنصر اصلی بالابردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخهای مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه اضطراب می باشد و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیشگیرنده عمل می کند (۲۶).

در پایان با توجه به اینکه سندرم پیش از قاعدگی بر هیجانات و عملکرد زنان تأثیر منفی زیادی دارد، بررسی میزان شیوع و شناسایی عوامل مستعدکننده سندرم پیش از قاعدگی می تواند در پیشگیری از این اختلال و ارتقاء سطح سلامت زنان سهم عمده ای داشته باشد.

در مجموع به نظر می رسد مکانیسم اصلی ذهن آگاهی، خود کنترلی توجه باشد؛ چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجه مناسب به وجود می آورد (۲۵).

یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش هشیاری حضور بر کاهش میزان احساس اضطراب زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی موثر بوده است، در تبیین آن می توان گفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به زنان مضطرب اجازه می دهد تا الگوهای تفکر عادتت که مانع رسیدن افراد به یک زندگی با ثبات می شود را شناسایی کرده و از طریق جایگزینی راهبردهای نظم جویی هیجانی سازگارانه تر این الگوهای عادتت را اصلاح کنند.

پژوهشگران معتقدند که احساسات و حالات فیزیولوژیکی نیز می تواند باعث اضطراب بیشتر و فراهم آوردن شواهد کاذب برای مضطرب کردن فرد شوند و وقتی این شرایط برای فرد اتفاق می افتد، فرد از طریق آشفتنگی بیشتر، اجتناب و اضمحلال هیجانی پاسخ می دهد که فقط باعث بدتر شدن اضطراب شخص می شود. از این رو، اولین قدم در کمک به افرادی که

Reference

1. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Alan F. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatr*. 1997; 41:1045-61.
2. Eshaghi H, Ghamari M. The effect of mindfulness technique on premenstrual tiredness in married women of 20-45 years in Tehran. The 5th International Conference on Psychology and Social Sciences; Tehran, Iran; 2016.
3. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract* 2003; 10:125-43.
4. Bayrami M, Movahedi Y, Alizadeh Goradel J. The efficacy of mindfulness therapy cognitive in reduction on social anxiety and dysfunctional attitude in adolescent's. *Quart J Soc Cognition* 2015; 4:41-52.
5. Beyrami M, Abdi R. The effect of mindfulness-based techniques in reduction of students test anxiety. *J Educ Sci* 2009; 2:35-54.
6. Gonda X, Telek T, Juhasz G, Lazary J, Vargha A, Bagdy G. Patterns of mood changes throughout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders. *Progr Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32:1782-8.
7. Bagherpour M, Khadijeh K. The relationship between happiness and mindfulness with job motivation of teachers. *Quart J Educ Psychol Islamic Azad Univ* 2017; 7:39-49.
8. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60:410.
9. Rasmussen HN, Scheier MF, Joel B. Greenhouse. 2009. Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Ann Behav Med* 2009; 37:239-56.
10. Ebrahimi A, Neshatdoost H, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi G. Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2008; 9:52-8.
11. Myers DG. The funds, friends, and faith of happy people. *Am Psychol* 2000; 55:56.
12. Schwarz N, Strack F. Evaluating one's life: A judgment model of wellbeing'. *Subjective Well-Being*. Oxford: Pergamon Press; 1991.
13. Argyle M. *The psychology of happiness*. London: Routledge; 2013.
14. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. *Positive psychology: An introduction*. flow and the foundations of positive psychology. New York: Springer; 2014. P. 279-98.
15. Panahi M, Dehghani H. Factors influencing studentsâ happiness, with an emphasis on social participation. *J Appl Sociol* 2012; 23:1-18.
16. Delavar A. *Probability and practical statistics in psychology and education sciences*. Tehran: Roshd Publications; 2013.
17. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *J Psychosomatic Res* 2010; 68:539-44.
18. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion* 2010; 10:83.
19. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol* 2003; 10:144-56.
20. Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJ, Partridge K. Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Ther Res* 2008; 32:758-74.
21. Ahmadvand Z, Heydarinasab L, Shairi MR. Prediction of psychological well-being based on the comonents of mindfulness. *Quart J Health Psychol* 2012; 1:2.
22. van den Akker OB. Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Educ Counsel* 2005; 57:183-9.
23. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inquiry* 2007; 18:211-37.
24. Cardinal RN. Waiting for better things. *Psychologist* 2004; 17:684-87.
25. Dalrymple KL, Galione J, Hrabosky J, Chelminski I, Young D, O'Brien E, et al. Diagnosing social anxiety disorder in the presence of obesity: implications for a proposed change in DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28:377-82.
26. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consul Clin Psychol* 2002; 70:275.

*Original Article***The Effectiveness of Mindfulness of Internal Happiness, Impulsive Behavior in Women with Premenstrual Syndrome**

Received: 06/12/2018 - Accepted: 06/06/2019

Fatemeh Khaleghi¹
 Parviz Asgari^{2*}
 Alireza Heidari³

¹ PhD student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

² Assistant professor, Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran.

³ Assistant professor, Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran.

* Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran.

Email: Askary47@yahoo.com

Abstract

Introduction: The prevalence of premenstrual syndrome in the community and its effects on the individual and social function of the patients, and considering the important role of the individual and the social status of women in the society, the purpose of this study was to investigate the effect of awareness training on inner happiness, non-behavioral behavior, attitude Ineffective and anxiety sensation in women with premenstrual syndrome.

Methods: The statistical population consisted of all women referring to the applicant for treatment of premenstrual dysfunction in hospitals and gynecology clinics of Malayer in 2015 in 200 people. Using a controlled experimental design, a sample of 40 female applicants from the community was selected using non-random sampling method and randomly divided into two groups of 20 controls and experimental group were considered. The research tools consisted of Beck and Vismn's Ineffective Attitudes Questionnaire (1988), Beck Anxiety Inventory (1990), Oxford Armil's Happiness Questionnaire (1989), and Impact Scale (Bart et al., 2004). All subjects completed the questionnaires first, and the experimental group participated in the alumni training session, but the control group had simple appointments with the therapist. Data were extracted from questionnaires and analyzed by covariance analysis.

Results: The results of the covariance analysis showed that the awareness of being consciousness was effective in increasing internal happiness, and reducing impulsive behavior, ineffective attitude and anxiety in women with premenstrual syndrome.

Conclusion: Intervention of cognitive therapy based on mind-consciousness due to the establishment of metacognitive monitoring has been effective in increasing internal happiness and decreasing ineffective attitude, anxiety, and impulsive behavior.

Key words: non-affecting behavior, premenstrual syndrome, internal happiness, , presence