MEJDS. 2020; 10:16.

Published online 2020 Apr. **Research Article**

Transactional Analysis Training on Reducing Symptoms of Premenstrual Syndrome and Alexithymia in 20-25 Years Old Females in Mashhad

Modares Gharavi M[1], *Janfada M[2], Seyed Hosseini A[3]

Author Address
1. Ph.D. in Clinical Psychology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran;
2. MA in General Psychology of Ferdowsi University, Mashhad, Iran;
3. MA in General Psychology of Ferdowsi University, Mashhad, Iran.
***Corresponding Author Email:** ma.janfadah12@gmail.com

Received: 2018 November 21; **Accepted:** 2018 December 28

Abstract

Background & Objective: Premenstrual syndrome (PMS) refers to physical and emotional symptoms that occur in the one to two weeks before a woman's period. Symptoms often vary between women and resolve around the start of bleeding. Common symptoms include acne, breasts tenderness, headache, increase in appetite and heart bit, depression, irritability, feeling tired, aggression and suicidal tendency. It is one of the most common disorders, which leads to women's malfunction. Therefore, it is necessary to apply low–cost and effective methods. One of the variables, which could be related to premenstrual syndrome, is alexithymia. Transactional analysis is one of the theories, which consider interpersonal relations, the process of life events, and people mutual reactions with each other and proposes practical solutions for interpersonal problems. The aim of this research was to determine the effectiveness of transactional analysis training on reducing symptoms of premenstrual syndrome and alexithymia.

Methods: This study was quasi–experimental with pretest– posttest and control group. The population included all female students of Ferdowsi university of Mashhad (Northeast of Iran) with premenstrual syndrome, ranging from 20 to 25 years old. Using availability sampling, 30 subjects, according to entry and exit criteria were chosen. Material consisted of Toronto alexithymia scale and premenstrual symptoms screening tool (PSST) (2003) questionnaire for diagnosis of premenstrual syndrome. These questionnaires performed as pre–test for both experimental and control groups. Then the experimental group receives the training program of transitional analysis therapy, and the control group received no intervention. At the end of program, both groups answered the post–tests. These questionnaires performed as pre–test for both experimental and control groups. Then the experimental group receives the training program of transitional analysis therapy, and the control group received no intervention. At the end of program, both groups answered the post–tests. For the sake of data analysis SPSS 21 and for comparing the effectiveness of two groups, multivariate analysis (MANCOVA) were used.

Results: The results of multivariate analysis showed that by controlling the effect of pre–test scores between two experimental and control groups, there was a significant difference in new variable out of linear composition of post test scores, as a dependent variables ($p<0.001$). In addition, there were significant difference in PMS components and alexithymia between the experimental and control groups ($p<0.001$). Mean of alexithymia in pretest was 57.88±12.04, which reduced to 46.94±3.38 in post–test. In addition, mean of premenstrual syndrome was 74.92± 1.82 in pretest which reduced to 69.23±1.02 in post–test.

Conclusion: Regarding chronic nature of this disorder and side effect of pharmacotherapy treatment, the use of no pharmacological treatment is preferable. Therefore, with regard to the results of this study and the effectiveness of transactional analysis training as a no pharmacological method, transitional analysis could be considered as an appropriate therapeutic method for reducing the symptoms of premenstrual syndrome and alexithymia.

Keywords: Transitional analysis, Premenstrual syndrome, Alexithymia.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.51.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۶.

انتشار برخط فروردین ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش علائم پیش‌ازقاعدگی و ناگویی هیجانی در دختران ۲۰ تا ۲۵ساله

مرتضی مدرس غروی[۱]، *مریم جان فدا[۲]، افسانه سادات سیدحسینی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران؛

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** ma.janfadah12@gmail.com

دریافت مقاله: ۳۰ آبان ۱۳۹۷؛ **پذیرش مقاله:** ۷ دی ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: سندرم پیش‌ازقاعدگی، شامل تغییرات فیزیکی و شناختی و خلقی است و از اختلالات بسیار شایعی است که باعث اختلال در عملکرد زنان می‌شود. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل بر کاهش علائم پیش‌ازقاعدگی و بهبود ناگویی هیجانی بود.

روش‌بررسی: این پژوهش یک طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ پژوهش حاضر، شامل تمام دانشجویان دختر ۲۰ تا ۲۵ سالهٔ دانشگاه فردوسی مشهد مبتلا به سندرم پیش‌ازقاعدگی بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به معیار ورود و خروج انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش، شامل پرسش‌نامهٔ ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی، ۱۹۹۴) و پرسش‌نامهٔ PSST (استینر و همکاران، ۲۰۰۳) به‌منظور تشخیص سندرم پیش‌ازقاعدگی بود. برای بررسی داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS و برای مقایسهٔ اثربخشی دو گروه، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). میانگین ناگویی هیجانی در پیش‌آزمون ۱۲/۰۴±۵۷/۸۸ که در پس‌آزمون به ۳/۳۸ ± ۴۶/۹۴ کاهش یافت. همچنین سندرم پیش‌ازقاعدگی در پیش‌آزمون ۱/۸۲ ± ۷۴/۹۲ که در پس‌آزمون به ۱/۰۲ ± ۶۹/۲۳ کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: بر طبق نتایج این مطالعه، درمان تحلیل رفتار متقابل، در درمان سندرم پیش‌ازقاعدگی دختران ۲۰ تا ۲۵ساله و ناگویی هیجانی در آنان مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: تحلیل رفتار متقابل، سندرم پیش‌ازقاعدگی، ناگویی هیجانی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.51.0]

۱ مقدمه

بسیاری از دختران در روزهای پایانی چرخهٔ قاعدگی خود، علائم جسمی از قبیل تورم و حساسیت پستان‌ها، سردرد، افزایش اشتها و تپش قلب و علائم روانی نظیر افسردگی، تحریک‌پذیری، خستگی، پرخاشگری و تمایل به خودکشی را تجربه می‌کنند. این ناراحتی‌های جسمی و روانی که به‌صورت دوره‌ای و راجعه احساس می‌شود و از نظر تعداد و شدت علائم می‌تواند متفاوت باشد، به‌عنوان سندرم پیش‌ازقاعدگی[1] تعریف می‌شوند (۱،۲). این سندرم از موضوعات بحث‌برانگیز در حوزهٔ زنان است (۳). سندرم پیش‌ازقاعدگی، به‌عنوان تغییرات جسمی یا شناختی، رفتاری، خلقی دوره‌ای تعریف می‌شود که از شدت کافی برای تداخل با جنبه‌های نرمال زندگی برخوردارند و ارتباط واضحی با قاعدگی دارند و یک اختلال روانی- عصبی- آندوکرین است که به‌عنوان عود دوره‌ای علائم جسمانی، روانی یا رفتاری که بعد از تخمک‌گذاری ظاهر می‌شود و در طی چند روز از شروع قاعدگی برطرف می‌شود، مشخص می‌شود (۴،۵).

شیوع سندرم پیش‌ازقاعدگی در زنان ایرانی شاغل در کارخانجات ۶۷/۷درصد گزارش شده است که ۲۷/۶درصد آن‌ها مبتلا به نوع متوسط و شدیدند. شایع‌ترین علائم خلقی این افراد، افسردگی، بی‌ثباتی عاطفی، خشم و تحریک‌پذیری و شایع‌ترین علائم جسمی، احساس درد و نفخ شکم و آکنه است (۶). علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی ممکن است در ارتباطات فردی و فعالیت‌های اجتماعی تأثیر بگذارد و باعث اختلال در روابط زوج‌ها، ناسازگاری، غیبت از محل کار و مدرسه شود و پیامدهای اجتماعی، مانند افزایش حوادث و سوءرفتار را به وجود آورد (۷). یک مطالعهٔ فراتحلیل و مرور سیستماتیک دربارهٔ میزان شیوع سندرم پیش‌ازقاعدگی در جهان نشان داده که شیوع کلی سندرم پیش‌ازقاعدگی، ۴۸ درصد است. فراوانی سندرم پیش‌ازقاعدگی در قارهٔ اروپا ۴۰درصد، قارهٔ آفریقا ۸۵درصد، قارهٔ آسیا ۴۶درصد و آمریکای جنوبی ۶۰درصد است (۸). در ایران، مطالعات متفاوت، شیوع آن را بین ۵۲/۹ تا ۹۸/۲درصد گزارش کرده‌اند (۸،۹).

سندرم پیش‌ازقاعدگی عارضه‌ای جدی است؛ ولی تاکنون متناسب با اهمیت ویژهٔ آن، به این موضوع پرداخته نشده است. این نشانگان که شامل تغییرات و اختلال در حالت‌های خلقی یا عاطفی زنان است، اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا حالت‌های خلقی، نقشی اساسی در تعیین راه و روش زندگی ایفا می‌کند (۱۰). علت اصلی سندرم پیش‌ازقاعدگی نامشخص است؛ اما آنچه مسلم است، این سندرم یک اختلال واحد نبوده، بلکه مجموعه‌ای از علائم با منشأ بیولوژیک است که جنبه‌های روانی و اجتماعی نیز در آن دخالت دارند (۹). والتون و همکاران در پژوهشی به بررسی رابطهٔ بین تغذیه، ورزش و استرس بر روی شدت علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی در ۷۵ زن سالم پرداختند. در یافته‌های پژوهش آن‌ها، رابطهٔ معناداری بین تغذیه و ورزش با شدت علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی مشاهده نشد؛ اما رابطهٔ مستقیم و معناداری بین استرس ادراک‌شده و شدت علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی وجود داشت. این پژوهش‌ها نشان‌دهندهٔ اهمیت وضعیت روانی در ادراک علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی است (۱۱).

یکی از مؤلفه‌های دیگری که با سندرم پیش‌ازقاعدگی در دختران می‌تواند مرتبط باشد، ناگویی هیجانی است. اوکسوز و گاونس در مطالعه‌ای، رابطهٔ بین علائم قاعدگی و پیش‌ازقاعدگی با ناگویی هیجانی در بین دانشجویان پرستاری را بررسی کردند. نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از وجود رابطهٔ مثبت و معنادار بین علائم قاعدگی و پیش‌ازقاعدگی با ناگویی هیجانی بود (۱۲).

ناگویی هیجانی سازه‌ای است که از چند وجه تشکیل شده است: ۱. دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به انگیختگی هیجانی؛ ۲. دشواری در توصیف احساسات برای دیگران؛ ۳. قدرت تجسم محدود که بر حسب فقر خیال‌پردازی‌ها مشخص می‌شود؛ ۴. سبک‌شناختی عینی (۱۳).

شواهد زیادی نشان می‌دهد که ناگویی خلقی و دشواری در شناسایی و ابراز هیجانات با بسیاری از مشکلات سلامتی فیزیکی چون اختلال درد بدنی (۱۴) و سردردهای تنشی (۱۵) ارتباط دارد. ماتیلا و همکاران نشان دادند که ناگویی هیجانی مستقل از بیماری جسمانی، افسردگی و اضطراب و متغیرهای جمعیت‌شناختی با علائم جسمانی‌سازی همراه است (۱۶). به‌باور کینگ و همکاران، ناگویی خلقی، ابرازنکردن هیجان‌ها به‌دلیل نارسایی در توانایی پردازش و تنظیم هیجان‌ها یا بازداری آگاهانه ابرازگری هیجانی است؛ ازاین‌رو آنان ناگویی خلقی را ساختاری دانسته‌اند که با گواه هیجانی ارتباط دارد. از طرفی، تجربه‌های کودکی با مراقبانی که هیجان‌های خود را نشان نمی‌دهند و ابراز نمی‌کنند، یا کسانی که هیجان‌های در حال تحول و شکل‌گیری کودک را به رسمیت نمی‌شناسند و با هیجان‌های کودک خوب رفتار نمی‌کنند، ممکن است تأثیری عمیق بر تنظیم عاطفه در مراحل بعدی زندگی داشته باشد (۱۷).

از آنجا که علت اصلی این اختلال ناشناخته است، روش‌های درمانی مختلفی، از جمله درمان دارویی و غیردارویی، مانند مشاوره و آموزش، تغییر در سبک زندگی یا رژیم غذایی، درمان شناختی‌رفتاری و روش‌های گواه استرس وجود دارد (۱۸). یکی از شیوه‌های مؤثر، آموزش تحلیل رفتار متقابل است. تحلیل رفتار متقابل یکی از نظریاتی است که به روابط بین فردی، فرایند حوادث زندگی و واکنش‌های متقابل افراد با یکدیگر توجه بسیار داشته و برای مسائل بین فردی، راهکارهای کاربردی ارائه داده است. طبق نظر اریک برن، پایه‌گذار رویکرد، این رویکرد نظریه‌ای دربارهٔ شخصیت و نوعی روان‌درمانی است که به‌منظور رشد و تغییرات شخصی به بررسی روابط و پیوندهای اجتماعی می‌پردازد. در حوزهٔ کاربرد عملی، تحلیل رفتار متقابل، به‌عنوان یک روان‌درمانی در درمان انواع اختلالات روانی، از مشکلات روزانه تا روان‌پریشی‌های بسیار عمیق به کار می‌رود. تأکید بر تغییر از طریق مسئولیت‌پذیری شخصی، تصمیم‌گیری و اقدامات عمدی، در رابطهٔ درمانی تمرکز درمان بر استقلال و چالش‌های تجربی در اینجا و اکنون بنیان نهاده می‌شود (۱۹). هدف نهایی تحلیل رفتار متقابل، رسیدن به خودمختاری از طریق آگاهی، سلامت فکر و خودانگیختگی است و به افراد کمک می‌کند از منِ بالغ خود، برای برقراری و ایجاد

[1]. Menstural syndrome

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.51.0]

ارتباط مکمل و آرام‌بخش استفاده کنند. ایجاد ارتباط صحیح از بسیاری از تنش‌ها و تعارض‌ها جلوگیری می‌کند و افراد می‌توانند از توانایی‌های خود حتی‌الامکان برای رشد و شکوفایی خود بهره ببرند (۲۰).

آموزش تحلیل رفتار متقابل در تحقیقات زیادی استفاده شده است. مک کیم و فورست به این نتیجه دست یافتند که مدل تحلیل رفتار متقابل، باعث رهایی از احساس ناامیدی سرپرستان می‌شود و امکان برقراری رابطهٔ مطلوب با کارآموزان را برای آنان فراهم می‌سازد. همچنین این روش می‌تواند روش کاربردی برای برقراری ارتباط بالغانه و بهبودبخشیدن به ارتباطات ضعیف والدین باشد (۲۱). نتایج پژوهش خدایی، بزازیان و جعفری نشان داد که آموزش تحلیل رفتار متقابل می‌تواند خودپنداره و عاطفهٔ مثبت را افزایش و عاطفهٔ منفی را در زنان کاهش دهد (۲۲).

با توجه به شیوع بالای سندرم پیش‌ازقاعدگی در دختران و ارتباط آن با تنظیم هیجانی و اثرات گوناگون آن بر موقعیت اجتماعی، اقتصادی و حرفه‌ای آنان، درمان و بهبود این اختلال در جهت بهبود وضعیت آنان در آینده قدمی مهم است. از طرفی این امکان وجود دارد که افزایش خودآگاهی، بهبود روابط بین فردی و بیان هیجانات، مانع از جسمانی‌سازی شود و در نتیجه از شدت علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی کاسته شود. این پژوهش با هدف اثربخشی تحلیل رفتار متقابل بر دختران مبتلا به سندرم قاعدگی، به‌منظور بهبودی این سندرم و بهبود ناگویی هیجانی انجام شد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر، یک طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ پژوهش حاضر، شامل تمام دانشجویان دختر ۲۰ تا ۲۵ سالهٔ دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۷ـ۱۳۹۶ بود که مبتلا به سندرم پیش‌ازقاعدگی بودند. برای انتخاب نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر از بین دانشجویانی که دارای نشانگان PMS بودند، انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: قاعدگی منظم ۲۱ تا ۳۵روزه و طول خون‌ریزی بین ۲ تا ۷ روز، داشتنِ سن ۲۰ تا ۲۵، مجردبودن، سلامت جسمانی و روانی، مصرف‌نکردن داروهای دیگر برای درمان سندرم پیش‌ازقاعدگی، مصرف‌نکردن الکل یا موادمخدر و داشتن ملاک‌های سندرم پیش‌ازقاعدگی، تمایل به شرکت در مطالعه. معیارهای خروج شاملِ سیکل‌های قاعدگی نامنظم، متأهل‌بودن، مصرف دارو به‌منظور بهبود سندرم پیش‌ازقاعدگی و تمایل‌نداشتن به شرکت در مطالعه بود.

در ابتدا فرم تشخیص موقت سندرم پیش‌ازقاعدگی توسط ۶۰ نفر دانشجو تکمیل شد که ۳۰ نفر از دانشجویان، حداقل پنج علامت از علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی را داشتند و به‌عنوان واحد پژوهش انتخاب شدند. قبل از جمع‌آوری اطلاعات، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان در هر گروه توضیح داده شد و از آنان رضایت‌نامهٔ آگاهانهٔ کتبی کسب شد. پیش از اجرای آموزش تحلیل رفتار متقابل، پرسش‌نامهٔ ناگویی هیجانی و پرسش‌نامهٔ PSST به‌عنوان پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. سپس برنامهٔ آموزشی تحلیل رفتار متقابل با استفاده از مطالعهٔ خدایی و همکاران (۲۲) و کتاب *درمان تحلیل رفتار متقابل* استوارت (۲۳) در گروه آزمایش اجرا شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام دورهٔ آموزش، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای بررسی معناداری تفاوت بین دو گروه، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) در سطح معناداری ۰/۰۵ و از آزمون باکس برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین برای بررسی نرمال‌بودن متغیرها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف استفاده شد.

جلسات آموزشی به‌صورت ۸ جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای بود که هفته‌ای یک بار برگزار می‌شد. محتوای جلسات آموزش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش تحلیل رفتار متقابل

جلسه	محتوا
اول	ایجاد ارتباط اولیه: آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی و توضیح دربارهٔ نظریهٔ تحلیل رفتار متقابل و سه الگوی شخصیتی والد، بالغ و کودک به زبان ساده و هدف تشکیل جلسات.
دوم	آشنایی با اولین بعد شخصیت: اولین بعد شخصیت در نظریهٔ تحلیل رفتار متقابل، یعنی «من کودک» و حالت‌های مختلف آن، یعنی کودک طبیعی، کودک تطابق‌یافته و کودک عصیانگر. ارائهٔ مثال‌هایی از من کودکی اعضا و بررسی مثال‌ها.
سوم	آشنایی با بعد والد: شخصیت و انواع والد (والد حمایت‌کننده، سرزنشگر و گواه‌کننده) و ارائهٔ مثال و بررسی مثال‌ها.
چهارم	آشنایی با بعد بالغ شخصیت: توضیحاتی دربارهٔ بعد بالغ شخصیت و توضیح دربارهٔ ناگویی هیجانی و ارائهٔ مثال‌هایی در زمینهٔ من بالغ در زندگی و نقش ناگویی هیجانی در زندگی و تشخیص احساسات تخریبی از احساسات اصیل.
پنجم	آموزش وضعیت‌های زندگی: «من خوب نیستم، تو خوب هستی»، «من خوب نیستم، تو خوب نیستی»، «من خوب هستم، تو خوب نیستی»، «من خوب هستم، تو خوب هستی» و پاسخ به سؤالات اعضا.
ششم	آشنایی با بیماری‌های شخصیت: شامل (طرد و آلودگی) و صحبت دربارهٔ حالت‌های خلقی قبل از قاعدگی.
هفتم	آموزش روابط بین فردی: انواع روابط فردی (یعنی موازی، متقاطع و پنهان) و پاسخ به سؤالات اعضا.
هشتم	آموزش رابطهٔ سالم: زندگی سالم و چگونگی رسیدن به آن، انتخاب وضعیت زندگی و تأکید بر به‌کارگیری بالغ.

ابزار پژوهش: پرسش‌نامهٔ سندرم پیش‌ازقاعدگی PSST: برای تشخیص سندرم پیش‌ازقاعدگی، از پرسش‌نامهٔ PSST که توسط استینر، مک دوگال و براون (۲۰۰۳) ساخته شده، استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای دو بخش و ۱۹ سؤال است. بخش اول شامل ۱۴ سؤال دربارهٔ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.51.0]

علائم خلقی‌رفتاری و جسمی است و بخش دوم ۵ سؤال دارد که تأثیر علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی را بر عملکرد زندگی افراد بررسی می‌کند. در این پرسش‌نامه، برای هر سؤال ۴ گزینه (اصلاً، خفیف، متوسط و شدید) ذکر شده است که بر اساس مقیاس لیکرت، از صفر تا ۳ امتیازبندی می‌شود. برای تشخیص سندرم پیش‌ازقاعدگی این سه شرط باید باشد: ۱. از سؤال ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد؛ ۲. علاوه بر مورد قبلی، از سؤال ۱ تا ۱۴ حداقل چهار مورد متوسط یا شدید باشد؛ ۳. در بخش تأثیر علائم بر زندگی (۵ سؤال آخر) یک مورد متوسط یا شدید باشد. ین و همکاران (۲۴) در پژوهش خود میزان آلفای کرونباخ برای ۱۴ آیتم نشانه‌های اختلال پیش‌ازقاعدگی و ۵ آیتم عملکرد را به‌ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی را برای آن‌ها، به‌ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. روان‌سنجی نسخهٔ ایرانی این پرسش‌نامه را شیوا سیه‌بازی و همکاران انجام داده‌اند. در بررسی پایایی پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا، به‌ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ به دست آمد و حاکی از آن است که این پرسش‌نامه از روایی محتوایی برخوردار است (۲۵).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو[1]: این مقیاس ۲۰آیتمی را بگبی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته‌اند و آلکسی تایمیا را در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر عینی (۸ ماده) می‌سنجد. روش نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌شیوهٔ لیکرت است. به پاسخ‌های کاملاً مخالف نمرهٔ ۱ و کاملاً موافق نمرهٔ ۵ تعلق می‌گیرد که حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ است. سؤالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. نمرهٔ ۶۰ به بالا به‌عنوان ناگویی خلقی با شدت کم در نظر گرفته می‌شود و نمرات ۵۲ و کمتر، عدم ناگویی خلقی را نشان می‌دهد. در این پرسش‌نامه، هرچه نمرات افراد در این مقیاس‌ها بیشتر باشد، نشان‌دهندهٔ مشکل بیشتر در زمینهٔ بیان و تشخیص احساسات است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه را مایکل بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) محاسبه کرده‌اند و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی ۰/۷۱ ($p<$۰/۰۱) به دست آمد (۲۶). همچنین بشارت، نسخهٔ فارسی مقیاس ناگویی خلقی را تهیه کرده است. گفتنی است بشارت ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده که نشانهٔ هم‌سانی درونی خوب است (۲۷).

۳ یافته‌ها

در جدول ۲، میانگین و انحراف‌معیار گروه‌ها در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر علائم پیش‌ازقاعدگی و ناگویی هیجانی آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار نمرات پیش‌آزمون‌پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
سندرم پیش‌ازقاعدگی	پیش‌آزمون	۷۴/۹۲	۱/۸۲	۷۳/۳۲	۲/۳۱
	پس‌آزمون	۶۹/۲۳	۱/۰۲	۷۲/۴۳	۱/۵۴
ناگویی هیجان	پیش‌آزمون	۵۷/۸۸	۱۲/۰۴	۴۸/۹۳	۴/۳۸
	پس‌آزمون	۴۶/۹۴	۳/۳۸	۴۹/۲۳	۵/۴۴

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات گروه گواه در پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت زیادی را بیان نکردند؛ در حالی که در گروه آزمایش، نمرهٔ سندرم پیش‌ازقاعدگی و ناگویی هیجانی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش را نشان می‌دهد. برای بررسی معناداری این تفاوت، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) استفاده شد. قبل از اجرای آزمون، به بررسی پیش‌فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس می‌پردازیم. پیش‌فرض نرمال‌بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف بررسی شد. آزمون کولموگروف در همهٔ متغیرها از لحاظ آماری معنادار نبود و فرض نرمال‌بودن داده‌ها تأیید شد ($p>$۰/۰۵). همچنین پیش‌فرض دیگر، شامل یکسانی واریانس‌ها بررسی شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌کوواریانس حاکی از این است که برابری واریانس و کوواریانس بین متغیرهای این پژوهش وجود داشت ($p=$۰/۲۳۱). چون $p>$۰/۰۵ است، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مانعی ندارد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، شاخص کلی لامبدای ویلکز برابر ۰/۲۰ بوده و نشان‌دهندهٔ وجود تفاوت معنادار بین میزان ناگویی هیجانی و سندرم پیش‌ازقاعدگی افراد گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، پس از گواه پیش‌آزمون است ($p<$۰/۰۰۱). به‌منظور بررسی تفاوت گروه‌ها در هریک از متغیرهای ناگویی هیجانی و سندرم پیش‌ازقاعدگی، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۳ ارائه می‌شود. بر اساس اطلاعات حاصله، تفاوت بین گروه‌ها در تمامی متغیرها معنادار بود ($p<$۰/۰۰۱).

بنابراین با توجه به کمتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون در مقایسه با گروه گواه چنین نتیجه‌گیری می‌شود که روش آموزش تحلیل رفتار متقابل، باعث بهبود علائم پیش‌ازقاعدگی و ناگویی هیجانی در دانشجویان شد ($p<$۰/۰۰۱).

[1]. Torento Alexi-thymia Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.51.0]

جدول ۳. نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا
سندرم پیش‌ازقاعدگی	۳۲۴/۷۶۱	۱	۳۲۴/۷۶۱	۳۱/۷۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
ناگویی هیجان	۲۹۷/۴۴۳	۱	۲۹۷/۴۴۳	۵۳/۳۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۷

۴ بحث

مطالعهٔ حاضر، به‌منظور بررسی اثربخشی آموزش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش علائم پیش‌ازقاعدگی و ناگویی هیجانی در دانشجویان صورت گرفته است. نتایج تحلیل روی نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل، بر کاهش علائم پیش‌ازقاعدگی و بهبود ناگویی هیجانی مؤثر بوده است. آموزش تحلیل رفتار متقابل با ایجاد شناخت حالات منِ خود (منِ کودک، منِ والد و منِ بالغ) و شناخت حالات منِ دیگران و تحلیل انواعِ روابط به‌ویژه رابطهٔ مکمل، متقاطع و نهفته، باعث می‌شود فرد ذهنیات و عواطف خود را همان گونه که هست، به‌جای وضعیت‌های کلی و مبهم، به‌صورتی مشخص و قابل‌لمس درک و بیان کند.

نتایج پژوهش با یافته‌های پژوهش خدایی، بزازیان و جعفری (۲۲)، مک کیم و فورست (۲۱) که اثربخشی تحلیل رفتار متقابل را بر مشکلات خلقی و هیجانی نشان دادند، هم‌سو است. در تبیین این یافته مبنی بر تأثیر آموزش تحلیل رفتار متقابل، می‌توان گفت دختران توانسته‌اند با تمرکز بر نوع رابطه، تأکید بر رفتار بالغانه، مسئولیت‌پذیری، درک متقابل و پرهیز از هرگونه خودمحوری، آگاهی بیشتری دربارهٔ الگوهای رابطه‌های خود و هیجانات خود کسب کنند. بنابراین یک ارتباط مناسب و بالغانه به فرد کمک می‌کند که در وضعیت «من خوب هستم، تو خوب هستی» قرار گیرد و موجب تقویت عزت‌نفس و رفتار قاطعانه شود. با روش‌های درست و منطقی و بر اساس واقعیت‌های حالت بالغ، چهارچوب‌هایی را تنظیم می‌کند که به حفظ حرمت فرد منجر می‌شود (۲۸). این برنامهٔ آموزشی، به‌عنوان روشی منظم برای درمان می‌تواند یکی از راه‌های بسیار مؤثر بهبود ارتباط با دیگران و برون‌ریزی هیجان به‌صورت درست باشد. غالباً در تحلیل رفتار متقابل، چهار هیجان اصیل خشم، غم، ترس و شادی را شناسایی می‌کنند. بنابراین چنانچه فرد هیجانی به غیر از این چهار هیجان را تجربه کند، شما متوجه می‌شوید که آن هیجان یک احساس تخریبی است. برخی از احساسات تخریبی از یک موقعیت پایین‌تر تجربه می‌شوند؛ مثل ناکامی، گناه، آشفتگی، اضطراب، ناتوانی و ناامیدی. تمام این احساسات تخریبی، چه برای کسانی که آن را تجربه می‌کنند و چه برای دیگران، می‌تواند ناخوشایند نباشد؛ مثلاً دختری که در کودکی یاد بگیرد نباید خشم خود را نشان دهد، در عوض برای پرتکاپوبودن و شادی و نشاط پاداش دریافت کند، به عنوان یک زن بالغ ممکن است این روش را ادامه دهد تا برای دیگران به‌عنوان زنی که زندگی را شادتر می‌سازد، جلوه کند. احساس تخریبی او شادی و نشاط است. او از شادی برای پوشاندن احساس عصبانیت اصیلی که در دوران کودکی‌اش ممنوع بوده و حالا نیز توسط او منع می‌شود، استفاده می‌کند. هر بار که این کار را می‌کند، لبخند را از خانواده‌اش دریافت می‌کند و برای مدت کوتاهی رضایت خاطر پیدا می‌کند؛ اما هیچ کاری را برای حل دخالت‌های نابه‌جا، حملات یا توهین‌هایی که او را عصبانی می‌کند، نکرده است. بنابراین طولی نمی‌کشد که مجدداً عصبانیتش را لمس می‌کند. تنها در صورتی که با احساس اصیلش مواجه شود، می‌تواند با آمادگی به تمام جریانات پاسخ دهد (۲۳).

گفتنی است نتایج تحقیقات نشان داده است که ناگویی هیجانی با شدت علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی رابطهٔ مثبت دارد (۱۳)؛ یعنی با افزایش ناگویی هیجانی، شدت علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی بیشتر می‌شود؛ ازاین‌رو برنامهٔ آموزشی تحلیل رفتار متقابل که به آگاهی از هیجانات و بیان بالغانهٔ آن‌ها می‌پردازد، جسمانی‌سازی و در نتیجه شدت علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی را کاهش داده است (۲۸).

پژوهش حاضر، واجد محدودیت‌هایی بود که عمده‌ترین آن‌ها به این شرح است: افراد نمونه شامل دانشجویان ۲۰ تا ۲۵سالهٔ دانشگاه فردوسی که مبتلا به سندرم پیش‌ازقاعدگی بودند؛ لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی و قومیتی باید احتیاط کرد. این پژوهش فاقد دورهٔ پیگیری بود؛ بنابراین اگرچه نتیجهٔ مداخله اثربخش بود، نمی‌توان دربارهٔ پایداری اثرات سودمند آن در طول زمان اطمینان داشت. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی دورهٔ پیگیری را هم به طرح تحقیق خود بیفزایند. از آنجا که سندرم پیش‌ازقاعدگی یکی از مشکلات شایع زنان است و درصد بالایی از مبتلایان به سندرم پیش‌ازقاعدگی دچار اختلالاتی در علائم خلقی‌رفتاری، جسمانی و کاهش کارایی و کیفیت زندگی می‌شوند، نیاز است درمان مناسب برای کاهش علائم این سندرم صورت گیرد. سندرم پیش‌ازقاعدگی و ناگویی هیجانی دانشجویان، با ابزارهای خودگزارشی اندازه‌گیری شده‌اند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود نتایج با استفاده از روش‌های اندازه گیری دیگر، نظیر مصاحبهٔ ساختاریافته تکرار شوند.

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به ماهیت مزمن این اختلال و وجود عوارض جانبی درمان‌های دارویی، استفاده از روش‌های غیردارویی ارجح است؛ بنابراین با توجه به نتایج این تحقیق و تأثیر آموزش تحلیل رفتار متقابل به‌عنوان یک روش غیردارویی، می‌توان استفاده از تحلیل رفتار متقابل را، روش درمانی مناسبی برای کاهش علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی و بهبود ناگویی هیجانی در دختران در نظر گرفت.

۶ تشکر و قدردانی

از همهٔ کسانی که داوطلبانه به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود. این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی است که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفت.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.51.0]

References

1. Petta CA, Osis MJD, de Pádua KS, Bahamondes L, Makuch MY. Premenstrual syndrome as reported by Brazilian women. Int J Gynaecol Obstet. 2010;108(1):40–3. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.07.041
2. Silva CML da, Gigante DP, Carret MLV, Fassa AG. Population study of premenstrual syndrome. Rev Saude Publica. 2006;40(1):47–56. [Portuguese] doi: 10.1590/s0034-89102006000100009
3. Freeman EW, Halberstadt SM, Rickels K, Legler JM, Lin H, Sammel MD. Core Symptoms That Discriminate Premenstrual Syndrome. J Womens Health (Larchmt). 2011;20(1):29–35. doi: 10.1089/jwh.2010.2161
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
5. Hillard PA, Berek JS, Novak E. Novak's gynecology. 13th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
6. Alavi A, Salahi Moghadam AAR, Ali Malayeri N, Ramezanpour A. Prevalence of clinical manifestations of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in students of Bandar Abbas Medical University. 2007;10(4):335–41. [Persian] https://www.sid.ir/FileServer/JF/63013850413.pdf
7. Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007;20(1):3–12. doi: 10.1016/j.jpag.2006.10.007
8. Direkvand Moghadam A, Kaikhavani S, Sayehmiri K. The worldwide prevalence of premenstrual syndrome: A systematic review and meta-analysis study. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013;16(65):8–17. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2013.1877
9. Ramezani Tehra F, Hashemi S, Robab Allameh M. Prevalence of premenstrual syndrome and some of its relative factors in reproductive age. The Horizon of Medical Sciences. 2012 ;18(3):121–7. [Persian] http://hms.gmu.ac.ir/article-1-1129-en.pdf
10. Karami J, Zalipoor S, Pourjavad M. Efficacy of emotional disclosure on premenstrual syndrome. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015;17(131):6–12. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2015.3711
11. Walton LM, Asumbrado RC, Machamer L, Behrens MA. Relationship between Nutrition (REAP), Exercise (VSAQ), and Stress on Premenstrual Syndrome Severity (PSST): Correlation, Cross-Section, Purposive Sample of 75 Females Ages 18-55. Journal of Physiotherapy & Physical Rehabilitation. 2018;3(2). doi: 10.4172/2573-0312.1000158
12. Öksüz E, Guvenc G. Relationship of premenstrual and menstrual symptoms to alexithymia among nursing students. Perspect Psychiatr Care. 2018;54(3):391–7. doi: 10.1111/ppc.12271
13. Besharat MA, Zahedi Tajrishi K, Nourbala AA. Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals: A comparative study. Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association. 2014;8(2):3–16. [Persian] http://bjcp.ir/article-1-384-fa.pdf
14. Burba B, Oswald R, Grigaliunien V, Neverauskiene S, Jankuviene O, Chue P. A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. Can J Psychiatry. 2006;51(7):468–71. doi: 10.1177/070674370605100709
15. Gatta M, Canetta E, Zordan M, Spoto A, Ferruzza E, Manco I, et al. Alexithymia in juvenile primary headache sufferers: A pilot study. J Headache Pain. 2011;12(1):71–80. doi: 10.1007/s10194-010-0248-6
16. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto A-M, Mielonen R-L, et al. Alexithymia and somatization in general population. Psychosom Med. 2008;70(6):716–22. doi: 10.1097/PSY.0b013e31816ffc39
17. King LA, Emmons RA, Woodley S. The structure of inhibition. Journal of Research in Personality. 1992;26(1):85–102. doi: 10.1016/0092-6566(92)90061-8
18. Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. Ann Pharmacother. 2008;42(7):967–78. doi: 10.1345/aph.1K673
19. Johnsson R. Transactional Analysis Psychotherapy-Three Methods Describing a Transactional Analysis Group Therapy [PhD dissertation]. [Lund Sweden]: Department of Psychology, Lund University; 2011.
20. Shilling LE. Perspectives on Counseling Theories. Arian Kh. (Persian translator). Tehran: Etela'at Publication; 2010.
21. McKimm J, Forrest K. Using transactional analysis to improve clinical and educational supervision: The Drama and Winner's triangles. Postgrad Med J. 2010;86(1015):261–5. doi: 10.1136/pgmj.2009.093310
22. Khodaei R, Bazzazian S, Jafari A. The effectiveness of transactional analysis training on self-concept and positive/negative affect of householders. J Woman and Family Studies. 2016;3(2):185–203. [Persian] doi: 10.22051/jwfs.2016.2212
23. Stewart I. Transactional Analysis Counselling in Action. Attarha N. (Persian translator). Tehran: Fararavan Publication; 2016.
24. Yen J-Y, Chang S-J, Long C-Y, Tang T-C, Chen C-C, Yen C-F. Working memory deficit in premenstrual dysphoric disorder and its associations with difficulty in concentrating and irritability. Compr Psychiatry. 2012;53(5):540–5. doi: 10.1016/j.comppsych.2011.05.016

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.51.0]

25. Siahbazi Sh, Hariri FZ, Montazeri A, Moghaddam Banaem L. Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). Payesh (Health Monitor). 2011;10(4):421–7. [Persian] http://payeshjournal.ir/article-1-495-en.pdf
26. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res. 1994;38(1):23–32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
27. Besharat MA. Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring (Persian Version). J Developmental Psychology. 2013;10(37):90–2. [Persian] http://jip.azad.ac.ir/article_512923_88b4b4f09522605b89fb9173c7f05e7e.pdf
28. Eghbali M, Mousavi SV, Hakima F. The effectiveness of transactional analysis on mothers' parenting styles. Journal of Family Psychology. 2017;3(2):17–26. [Persian] http://ijfp.ir/article-1-146-en.pdf

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.51.0]