MEJDS. 2022; 12:92.

Published online 2022 Aug. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and the Quality of Marital Relationships in Women with Premenstrual Symptoms

Rastgar D[1], *Farnam A[2], Shirazi M[2]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran;
2. PhD in Psychology, Associate Professor, University of Sistan and Baluchestan Zahedan, Iran.
***Corresponding Author Email:** farnam@ped.usb.ac.ir

Received: 2020 May 8; **Accepted**: 2020 May 18

Abstract

Background & Objectives: One of the most common menstrual disorders is premenstrual syndrome. Premenstrual symptoms are recurrences of periods of physical, psychological, or behavioral symptoms that appear after ovulation and resolve within a few days of the onset of menstruation (the first week of the follicular phase). One of the significant problems with premenstrual symptoms is mood swings that affect women's feelings about themselves, the world in which they live, and those who interact with them. In this regard, depression is one of the major problems in women with premenstrual syndrome. The premenstrual syndrome includes a wide range of emotional, mood, and physical changes, leading to a decline in the quality of the marital relationship and, as a result, marital dissatisfaction among women with this syndrome. New non–pharmacological treatments include acceptance and commitment therapy (ACT). This study aimed to determine the effectiveness of treatment of acceptance and commitment on depression and the quality of the marital relationship of women with premenstrual syndrome.

Methods: The present research method was quasi–experimental with a pretest–posttest design with a control group. The statistical population included all women with premenstrual syndrome referred to the Obstetrics and Gynecology Clinic of Razavi Hospital in Mashhad City, Iran, from September 2018 to February 2019 for 6 months. Among them, 30 eligible candidates were selected by the available sampling method and randomly assigned to the experimental and control groups. The inclusion criteria were as follows: meeting the diagnostic criteria of premenstrual syndrome (PMS) based on the conditions mentioned in the Premenstrual Symptoms Screening Tool (Steiner et al., 2003), not receiving medical or psychological treatments, being married, being between 20 and 45 years old, having education more than junior high school, not suffering from physical and mental diseases, and having a regular menstrual cycle for the past six months. The exclusion criteria were non–cooperation during the research and absence from therapy sessions. The experimental group was trained in 8 one–hour ACT sessions, but the control group did not receive any training. The groups completed the Beck Depression Inventory–II (Beck et al., 1996) and Marital Relationship Quality Scale (Rust et al., 1990) in the pretest and posttest. Data analysis was done in SPSS version 24 using descriptive statistics (mean and standard deviation). Also, at the level of inferential statistics, univariate covariance analysis was used. The Chi–square test was used to compare the age distribution of the two groups. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results showed that the depression scores of women with premenstrual symptoms after ACT significantly decreased in the experimental group compared to the control group (p<0.001). Also, ACT increased the quality of the marital relationship of women with premenstrual syndrome (p<0.001).

Conclusion: Based on the research results, counselors and therapists can use ACT as a complementary treatment to reduce depression and increase the quality of the marital relationship.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Depression, Quality of marital relationship, Premenstrual symptoms.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.197.6]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.186]

Copyright © 2022, 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 ۱۴۰۱؛ (۱۲):۹۲.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت رابطهٔ زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی

داود رستگار[۱]، *علی فرنام[۲]، محمود شیرازی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** farnam@ped.usb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۹ اردیبهشت ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: سندرم پیش از قاعدگی، با طیف گسترده‌ای از علائم عاطفی، جسمی، رفتاری و خانوادگی همراه است؛ ازاین‌رو هدف مطالعهٔ حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت رابطهٔ زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی مراجعه‌کننده به کلینیک زنان و زایمان بیمارستان رضوی شهر مشهد در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از میان آنان سی فرد واجد شرایط داوطلب به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش در هشت جلسهٔ یک‌ساعتهٔ مداخلهٔ پذیرش و تعهد، آموزش دید؛ اما گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامهٔ غربالگری علائم پیش از قاعدگی (استینر و همکاران، ۲۰۰۳)، ویرایش دوم پرسش‌نامهٔ افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و مقیاس کیفیت رابطهٔ زناشویی (راست و همکاران، ۱۹۹۰) به‌کار رفت. داده‌ها به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و آزمون مجذور خی در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، نمرات افسردگی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی پس از درمان پذیرش و تعهد در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافت ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین، درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش کیفیت رابطهٔ زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، مشاوران و درمانگران می‌توانند از درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان روشی درمانی مکمل برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت رابطهٔ زناشویی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، افسردگی، کیفیت رابطهٔ زناشویی، نشانگان پیش از قاعدگی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، 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 jdisabilstud.org on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.197.6]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.186]

۱ مقدمه

از اختلالات شایع‌تر قاعدگی، نشانگان پیش از قاعدگی[1] (PMS) است (۱). این سندرم میلیون‌ها زن را درگیر می‌کند و از اختلالات و ناتوانی‌های بسیار مهم در زنان شناخته شده است (۲). نشانگان پیش از قاعدگی به‌عنوان تغییرات جسمی همراه با تغییرات شناختی، رفتاری و خُلقی دوره‌ای تعریف می‌شود که دارای شدت کافی برای تداخل با جنبه‌های نرمال زندگی است و ارتباط واضحی با قاعدگی دارد. این اختلال، اختلال روانی‌ـ عصبی‌ـ آندوکرینی[2] به‌شمار می‌رود و به‌منزلهٔ عود دوره‌های علائم جسمانی، روانی یا رفتاری است که بعد از تخمک‌گذاری ظاهر شده و در طی چند روز از شروع قاعدگی (هفتهٔ اول فاز فولیکولر) برطرف می‌شود (۳). برای تأیید نشانگان پیش از قاعدگی، داشتن حداقل یک نشانهٔ عاطفی و یک نشانهٔ جسمانی که با شدت متوسط تا شدید قبل از قاعدگی رخ می‌دهد، نیاز است (۴). نشانگان پیش از قاعدگی شیوع زیاد و رو به رشدی دارد؛ به‌طوری‌که میزان فراوانی این سندرم در اغلب مطالعات غربی، ۲۰ تا ۵۰ درصد و در مطالعات ایرانی، ۷۴/۱ درصد گزارش شده است (۵). تخمین زده می‌شود، حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد از زنان در سنین باروری، مشکلات درخورتوجهی را در ارتباط با سیکل قاعدگی تجربه می‌کنند. از سوی دیگر، برخی پژوهشگران تخمین می‌زنند، حدود ۲۰ تا ۹۵ درصد از زنان به‌جهات گوناگون به این سندرم مبتلا هستند (۶،۷). علائم قبل از قاعدگی نه‌تنها فرد، بلکه خانوادهٔ وی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و باعث تغییراتی در رفتار زنان می‌شود که ازجملهٔ این آثار می‌توان به ناسازگاری با همسر، بدرفتاری با فرزندان و کاهش کارایی شغلی اشاره کرد (۸).

یکی از مشکلات عمدهٔ نشانگان پیش از قاعدگی، اختلالات خُلقی است که بر احساس فرد به خودش، دنیایی که در آن زندگی می‌کند و افراد مرتبط با او تأثیر می‌گذارد (۹). در همین راستا افسردگی[3] از مشکلات عمدهٔ افراد مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی است (۱۰). افسردگی نوعی اختلال روانی است که با نوسانات خُلقی مشخص می‌شود. این اختلال، بیماری مزمن مکرر و بالقوه تهدیدکنندهٔ زندگی است که با علائم نارضایتی، ازبین‌رفتن قدرت و علایق گذشته، عزت‌نفس ضعیف، احساس غم و احساس گناه، تغییر در اشتها و الگوهای خواب همراه است (۱۱). افسردگی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی، افسردگی شدید نیست؛ بلکه گذرا و کم‌دوام است. در زنانی که افسردگی شدید و بادوام نشان می‌دهند، اغلب سابقهٔ ژنتیکی و خانوادگی در آن‌ها مشاهده می‌شود (۱۲). نتایج پژوهشی بر زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی، مشخص کرد که ۵۱ درصد از زنان مطالعه‌شده از علائم افسردگی پیش از قاعدگی رنج می‌برند و بین نشانگان پیش از قاعدگی، افسردگی، اضطراب، افکار منفی، خستگی مزمن، آسیب‌پذیری، درد، تغییر در اشتها و خواب رابطهٔ مثبت و معناداری وجود دارد (۱۳). پژوهش دیگری نشان داد، میزان بروز علائم افسردگی به موقعیت اقتصادی‌اجتماعی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی بستگی دارد (۱۴).

سندرم پیش از قاعدگی طیف وسیعی از تغییرهای عاطفی، خُلقی و جسمانی را در بر می‌گیرد و منجربه افت کیفیت رابطهٔ زناشویی[4] و درنتیجه نارضایتی زناشویی در زنان مبتلا به این سندرم می‌شود (۴). کیفیت رابطهٔ زناشویی مفهومی چندبُعدی است و شامل ابعاد گوناگون روابط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادی، انسجام و تعهد می‌شود (۱۵). در مطالعهٔ عسلی و همکاران مشخص شد، بین نمرهٔ روابط زناشویی و سندرم پیش از قاعدگی ارتباط معنادار وجود دارد و افراد دارای سندرم پیش از قاعدگی شدید و خیلی شدید، نمرات کمتری در روابط زناشویی کسب می‌کنند (۸). تورانی و همکاران در پژوهشی دریافتند، واکنش‌های هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس ناشی‌از سندرم پیش از قاعدگی می‌توانند تعارضات زناشویی را در زنان متأهل با ۹۵ درصد اطمینان پیش‌بینی کنند (۱۶).

سندرم قبل از قاعدگی تهدیدی جدی نیست، اما می‌تواند بر کیفیت زناشویی، سلامت روان و باروری افراد تأثیر بگذارد (۱۷)؛ بنابراین باتوجه به وجود مشکلات و عوارض متعدد ناشی‌از نشانگان پیش از قاعدگی، اهمیت درمان آن بدیهی است؛ همچنین پیشرفت مداخلات موفق مانند روش درمان وجودی (۱۸)، طرح‌واره‌درمانی (۱۹) و ذهن‌آگاهی (۲۰) برای کاهش علائم پیش از قاعدگی، امری چالش‌برانگیز است و مداخلات بر جنبه‌های خاصی از نشانه‌شناسی پیش از قاعدگی نظیر آموزش و مشاوره، ژرف‌اندیشی، تغییر سبک زندگی، درمان گیاهی، درمان‌های دارویی، روان‌درمانی، درمان جراحی و درمان پلاسبو تمرکز کرده‌اند (۲۱).

علت نشانگان پیش از قاعدگی ناشناخته است؛ بنابراین هیچ درمان قطعی برای آن وجود ندارد و درمان فقط به‌صورت علامتی است؛ ازاین‌رو بیش از سیصد درمان پزشکی، روان‌پزشکی و شناختی برای این سندرم پیشنهاد شده است (۲۲). از درمان‌های غیردارویی جدید می‌توان به درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[5] اشاره کرد. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نوعی از تحلیل رفتارهای بالینی است که در روان‌درمانی استفاده می‌شود. این روش مداخلهٔ روان‌شناختی مبتنی‌بر شواهد است که راهکارهای پذیرش و توجه به آگاهی را از جهات مختلف با تعهد و استراتژی‌های تغییر رفتار در هم می‌آمیزد (۲۳). پیروان روش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد معتقد هستند که شناخت افکار و هیجان‌ها باید در بافت مفهومی رویدادها انجام شود. به همین دلیل برخلاف روش‌های شناختی‌رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می‌کنند تا هیجان‌ها و رفتارها اصلاح شوند، در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد فرد یاد می‌گیرد که در گام اول افکار و هیجان‌های خود را بپذیرد، در اینجا و اکنون زندگی کند و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشد (۲۴). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد شش فرایند اصلی دارد که منجربه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند، پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، شناخت ارزش‌ها و عمل متعهد هستند (۲۵). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به افراد برای برخورداری از زندگی رضایت‌بخش‌تر حتی باوجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب تأکید می‌کند (۲۶).

[1]. Premenstrual syndrome
[2]. Endocrine
[3]. Depression
[4]. Quality of marital relationships
[5]. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.197.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.186]

یافته‌های مطالعهٔ برزگر و همکاران بر اهمیت تأثیر کاربرد درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک‌شده و پرخاشگری زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی و ارائهٔ افق‌های جدید در مداخلات بالینی این زنان تأکید دارد (۲۷). نتایج پژوهش آرمند و طلایی نشان داد، آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و علائم سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است (۲۸). در پژوهشی میرزایی و همکاران دریافتند، مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری می‌تواند در بهبود افسردگی و تحریک‌پذیری نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر باشد (۲۹). پژوهش آل یاسین و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و خودکارآمدی در مبتلایان نشانگان پیش از قاعدگی تأثیر دارد (۳۰). گراهام و همکاران در پژوهشی به‌مرور نظام‌مند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در درمان بیماری‌های مزمن و با شرایط بلندمدت پرداختند. آن‌ها دریافتند، هرچند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله‌ای اثربخش و مستقیم تثبیت نشده است، در شرایط طولانی برای بیماری‌های مزمن می‌تواند منجربه کنترل هیجان‌ها و احساسات، انعطاف‌پذیری روانی و خودمدیریتی در بیماران شود (۳۱).

به‌طور کلی هدف از درمان نشانگان پیش از قاعدگی، کاهش یا برطرف‌کردن علائم و اثرات آن بر فعالیت‌ها و روابط شخصی و کاهش اثرات مضرش و به‌طور کلی، ارتقا و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن است (۳۲)؛ بنابراین باتوجه به کمبود مطالعات در زمینهٔ بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت رابطهٔ زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی و وجود خلأ پژوهشی، لزوم تحقیقات بیشتر در این زمینه احساس می‌شود. ازسویی لازم است در زمینهٔ آموزش تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد به زنان دارای اختلال پیش از قاعدگی بررسی و مطالعه‌ای دقیق صورت پذیرد تا اثربخشی آموزش فنون درمان مذکور بر ارتقای وضعیت روان‌شناختی این افراد سنجیده شود؛ بنابراین هدف مطالعهٔ حاضر، تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت رابطهٔ زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی مراجعه‌کننده به کلینیک زنان و زایمان بیمارستان رضوی شهر مشهد در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. سی فرد واجد شرایط داوطلب به‌روش نمونه‌گیری دردسترس از مراجعه‌کنندگان دارای نمرهٔ بیشتر در پرسش‌نامهٔ غربالگری علائم پیش از قاعدگی[1] (۳۳) و نیز همخوان با ملاک‌های ورود، انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده‌نفرهٔ آزمایش و گواه قرار گرفتند. حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی سی نفر توصیه شده است (۳۴). معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: افراد واجد ملاک‌های تشخیصی PMS براساس شرایط ذکرشده در پرسش‌نامهٔ غربالگری علائم پیش از قاعدگی؛ دریافت‌نکردن درمان‌های دارویی یا روان‌شناختی؛ متأهل‌بودن؛ سن ۲۰ تا ۴۵ سال؛ تحصیلات بیشتر از سیکل؛ مبتلانبودن به بیماری‌های جسمی و روانی؛ داشتن سیکل قاعدگی منظم طی شش ماه گذشته. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش، همکاری‌نکردن در جریان پژوهش و غیبت در جلسات درمانی بود.

قبل از اجرای پژوهش طی جلسهٔ توجیهی، اعضای گروه آزمایش و گروه گواه برگهٔ رضایت‌نامه را تکمیل کردند. در این پژوهش به افراد گفته شد اطلاعات شخصی آن‌ها و تمام صحبت‌هایی که در طول جلسات می‌گویند، محرمانه می‌ماند و بدون ذکر نام و فقط برای مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود. برای رعایت اصول اخلاقی، برای گروه گواه نیز آموزش‌ها پس از برگزاری پس‌آزمون ارائه شد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ غربالگری علائم پیش از قاعدگی: این پرسش‌نامه توسط استینر و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شد (۳۳). این ابزار شامل دو قسمت است: بخش اول به اطلاعات فردی و دموگرافیک مربوط می‌شود؛ بخش دوم به ابزار استاندارد غربالگری علائم قبل از قاعدگی مربوط است. این پرسش‌نامه نوزده سؤال دارد که براساس طیف لیکرت چهارتایی (اصلاً، خفیف، متوسط، شدید) تنظیم شده است و از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. چهارده سؤال اول پرسش‌نامه مرتبط با مشکلات خُلقی، جسمی و رفتاری و پنج سؤال دیگر مرتبط با تأثیر این علائم بر وضعیت تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی فرد است. در این پرسش‌نامه تأکید بر علائمی است که قبل از قاعدگی شروع می‌شود و در طی چند روز اول قاعدگی از بین می‌رود (۳۳). در مطالعهٔ حاضر علائم جسمی به‌تفکیک نیز اندازه‌گیری شد. برای تشخیص PMS متوسط یا شدید، باید سه شرط با هم وجود داشته باشد: ۱. از سؤال ۱ تا ۴ حداقل یک مورد، متوسط یا شدید باشد؛ ۲. از گزینهٔ ۱ تا ۱۴ حداقل چهار مورد متوسط یا شدید باشد؛ ۳. در پنج سؤال آخر یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. برای تشخیص اختلال دیسفریک پیش از قاعدگی[2] PMDD باید سه شرط با هم وجود داشته باشد: ۱. از سؤال ۱ تا ۴ حداقل یک مورد شدید باشد؛ ۲. از گزینهٔ ۱ تا ۱۴ حداقل چهار مورد شدید باشد؛ ۳. در پنج سؤال آخر یک مورد شدید وجود داشته باشد (۳۵). ین و همکاران در مطالعهٔ خود میزان آلفای کرونباخ برای چهارده آیتم نشانه‌های پیش از قاعدگی و پنج آیتم عملکرد را به‌ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی را برای آن‌ها به‌ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۲ گزارش کردند (۳۵). روایی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران توسط سیه‌بازی و همکاران تأیید شد. در بررسی پایایی این ابزار، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹ به‌دست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به‌ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ بود که حاکی‌از روایی محتوایی پرسش‌نامه بود (۳۶).

ـ ویرایش دوم پرسش‌نامهٔ افسردگی بک[3]: این پرسش‌نامهٔ ۲۱ سؤالی شکل بازنگری پرسش‌نامهٔ افسردگی بک است که در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران ارائه شد (۳۷). این پرسش‌نامه بر مقیاس چهاردرجه‌ای

[1]. Premenstrual Symptoms Screening Tool
[2]. Premenstrual Dysphoric Disorder
[3]. Beck Depression Inventory-II

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.197.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.186]

(کاملاً شبیه من است=۳، شبیه من است=۲، متفاوت از من است=۱، کاملاً متفاوت با من است=صفر) نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ کمتر از ۱۰ نبود افسردگی، ۱۰تا۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰تا۳۰ افسردگی متوسط و نمرات بیشتر از ۳۰ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (۳۷). بک و همکاران همسانی درونی این پرسش‌نامه را ۰/۹۳، پایایی بازآزمایی را ۰/۷۵ و روایی محتوایی آن را با استفاده از تحلیل عوامل ۰/۷۶ گزارش کردند (۳۷). پایایی پرسش‌نامه از راه ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی حاصل از روش تصنیف ۰/۷۰ به‌دست آمد؛ همچنین روایی هم‌زمان و افتراقی این پرسش‌نامه در ایران، بررسی شد و ضرایب مربوط به‌ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۷۸ بود (۳۸).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان تعهد و پذیرش

جلسه	محتوای جلسه	هدف	تکلیف
اول	معرفی اعضای گروه، قوانین و بحث دربارهٔ مدل ACT، به‌کارگیری استعارهٔ دو کوه توسط درمانگر برای ایجاد رابطهٔ گرم، همنوا و مطمئن	کسب توافق آگاهانه برقراری اتحاد درمانی	ارائهٔ کاربرگ Dots راه‌حل‌های به‌کارگرفته‌شده و تأثیرات آن‌ها در بلندمدت صورت گرفت.
دوم	آموزش روان‌شناختی دربارهٔ هیجانات و ریشه‌های تحولی آن (هیجانات اصلی و نام‌گذاری)، تبیین تجارب درونی و تجارب بیرونی تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی، به‌کارگیری استعاره (استعارهٔ مردی در گودال، طناب‌کشی با هیولا) توهم کنترل استعاره، برای مثال به این موضوع فکر نکن، آموزش تمثیل طوفان هیجانی و لنگرانداختن	کاهش و تضعیف کنترل هیجانی و تسهیل تمایل به هیجانات و تجارب منفی	ثبت نمونه‌هایی که در مُراجعان موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شدند.
سوم	آموزش جداکردن ارزیابی از تجارب شخصی (استعارهٔ صندلی بد) نام‌گذاری افکار و احساسات جسمانی با استفاده از استعاره (من این فکر را دارم)	ارزش‌ها به‌عنوان راهنمای مداوم اعمال اتخاذ موضع مشاهدهٔ افکار بدون قضاوت	ثبت نمونه‌هایی که مُراجعان موفق به مشاهده و ارزیابی‌نکردن تجارب و هیجانات شدند.
چهارم	روشن‌کردن تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف و به‌کارگیری استعاره‌ها (استعارهٔ معروف قطب‌نمای زندگی) به‌کارگیری استعاره‌ها (استعارهٔ شطرنج، آسمان و آب‌وهوا) آموزش روان‌شناختی دربارهٔ مفهوم توجه‌آگاهی (تمرکز محدود و تمرکز گسترده، به‌کارگیری استعاره‌ها و یک تمرین تجربی) تمرین تنفس توجه آگاهانه، مراقبهٔ دست‌ها	تأکید بر نقش انتخاب در زمینه‌های ارزش مدنظر مُراجعان (استعارهٔ اسکی‌بازی)	ارائهٔ فایل صوتی (mp3) و مراقبهٔ کشمش صورت گرفت.
پنجم	مراقبهٔ برگ‌های رودخانه، روشن‌کردن ارزش‌ها و ارتباط با آن‌ها با به‌کارگیری استعارهٔ جشن تولد هشتادسالگی و برگهٔ ارزش‌های رایج	پایه‌ای برای همجوشی‌زدایی و پذیرش حضور در لحظه	مُراجعان چه زمانی براساس ارزش‌هایشان عمل کردند و تفاوت‌ها را حس نمودند.
ششم	تمرین تنفس توجه آگاهانه بازکردن فرایند پذیرش هیجانات (جسمانی‌سازی) تعیین اهداف مبتنی‌بر ارزش‌ها و استفاده از استعاره (استعارهٔ باغبانی و غیره)	کشف و جست‌وجوی رویدادهای شخصی درونی برانگیخته‌شده در رابطه با علائم	در فاصلهٔ بین جلسات در صورت تمایل به‌محض تشخیص کشمکش با احساساتشان تمرین را آغاز کرده و مراحل را یادداشت کردند.
هفتم	تمرین تنفس توجه آگاهانه تشخیص موانع با استفاده از الگوی FEAR[1] (همجوشی، اهداف افراطی، اجتناب از ناراحتی و دوری از ارزش‌ها)، سپس هدف قراردادن آن‌ها با الگوی DARE[2] (همجوشی‌زدایی، پذیرش ناراحتی، اهداف واقع‌گرایانه و در آغوش‌گرفتن ارزش‌ها)	ایجاد الگویی برای بازگشت مجدد به ارزش‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد به پیگیری ارزش‌ها	گزارش از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن دربارهٔ دستاوردهای جلسات صورت گرفت.
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم: درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامهٔ آن‌ها در زندگی، اجرای پس‌آزمون		

ـ مقیاس کیفیت رابطهٔ زناشویی[3]: این مقیاس ۲۸ سؤالی توسط راست و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شد (۳۹). این مقیاس دارای طیف لیکرت چهارگزینه‌ای (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۴) است. نمرهٔ بیشتر نشانهٔ وخیم‌بودن کیفیت زناشویی است. این مقیاس ارزیابی کلی فرد را از زندگی زناشویی خویش نشان می‌دهد (۳۹). در مطالعهٔ راست و همکاران، روایی این ابزار با ۲۴ زوج سنجیده شد و همبستگی میان

[1]. Fusion, Excessive goals, Avoidance of discomfort, Remoteness from values

[2]. Defusion, Acceptance of discomfort, Realistic goals, Embrace values

[3]. Marital Relationship Quality Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.197.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.186]

بهبودی زوج‌ها و مقیاس درمانگر ۰/۹۱ بود؛ همچنین در زمینهٔ پایایی پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برای زنان و ۰/۸۵ در مردان گزارش شد (۳۹). در پژوهش عیسی‌نژاد و همکاران، روایی محتوایی این مقیاس با کمک پنج نفر از مشاوران خانواده به تأیید رسید که نشان‌دهندهٔ روایی محتوایی زیاد این مقیاس بود. پایایی مقیاس به‌شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد (۴۰).

ـ جلسات درمان تعهد و پذیرش: این جلسات مشتمل بر هشت جلسهٔ یک‌ساعته (هفته‌ای یک جلسه) به‌صورت گروهی روی گروه آزمایش توسط محقق اجرا شد. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. خلاصهٔ جلسات درمان پذیرش و تعهد براساس نظریهٔ هیز و همکاران (۴۱) مطابق با جدول ۱ است.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) انجام شد. همچنین در سطح آمار استنباطی، بعد از تأیید مفروضه‌های روش تحلیل کوواریانس (نرمال‌بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، بررسی فرض همسانی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام‌باکس و بررسی فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون)، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. برای مقایسهٔ توزیع سنی دو گروه نیز آزمون خی‌دو به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس نتایج توصیفی، در گروه گواه ۴ نفر بین ۲۰تا۳۰ سال (۲۶/۶۶درصد)، ۷ نفر بین ۳۱تا۴۰ سال (۴۶/۶۶درصد)، ۴ نفر بین ۴۱تا۴۵ سال (۲۶/۶۶درصد) و در گروه آزمایش ۵ نفر بین ۲۰تا۳۰ سال (۳۳/۳۳درصد)، ۸ نفر بین ۳۱تا۴۰ سال (۵۳/۳۳درصد) و ۲ نفر بین ۴۱تا۵۰ سال (۱۳/۳۳ درصد) سن داشتند. برای مقایسهٔ توزیع سنی دو گروه، از آزمون خی‌دو استفاده شد. باتوجه به معنادارنبودن مقدار آماره (p=۰/۰۵۲ و χ^2=۳/۳۶۹) نتیجه گرفته شد که فرض همسانی توزیع سنی دو گروه رد نشد.

قبل از استفاده از روش تحلیل کوواریانس، مفروضات آن بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای بررسی نرمال‌بودن توزیع متغیرها نشان داد، مقدار احتمال آمارهٔ محاسبه‌شده برای متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه گواه و گروه آزمایش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود (p>۰/۰۵)؛ بنابراین فرض نرمالیتی رد نشد. براساس آزمون ام‌باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود، فرض همسانی کوواریانس‌ها رد نشد (p=۰/۶۳۱). طبق آزمون لون و معنادارنبودن آن برای همهٔ متغیرها، شرط برابری واریانس‌ها رعایت شد (p>۰/۰۵). در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گروه گواه در پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و کیفیت رابطهٔ زناشویی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
افسردگی	آزمایش	۲۷/۲۰	۶/۲۵۹	۲۴/۹۶	۶/۱۰۹	۴۳/۳۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۶
	گواه	۲۶/۷۳	۵/۲۷۵	۲۶/۱۳	۵/۰۲۷			
کیفیت رابطهٔ زناشویی	آزمایش	۲۳/۳۳	۳/۰۳۹	۲۵/۴۰	۳/۱۱۲	۳۰/۵۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۱
	گواه	۲۱/۸۰	۳/۰۹۸	۲۲/۲۷	۳/۱۷۳			

براساس جدول ۲، درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت رابطهٔ زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر بود (p<۰/۰۰۱). براساس مقدار ضریب اتا، ۶۱/۶درصد از تغییرات افسردگی و ۵۳/۱درصد از تغییرات کیفیت رابطهٔ زناشویی در گروه آزمایش در اثر درمان گروهی پذیرش و تعهد بوده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت رابطهٔ زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی انجام شد. نتایج نشان داد، درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر بود. این یافته با یافته‌های مطالعات پیشین در این زمینه به‌طور غیرمستقیم همسوست؛ به‌طور مثال پژوهش برزگر و همکاران مشخص کرد، درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک‌شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است (۲۷). آرمند و طلایی در پژوهشی دریافتند، آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و علائم سندرم پیش از قاعدگی تأثیر دارد (۲۸). در پژوهشی میرزایی و همکاران نشان دادند، مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری می‌تواند در بهبود افسردگی و تحریک‌پذیری نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر باشد (۲۹).

در تبیین یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، درمان پذیرش و تعهد، تغییر در الگوهای اجتنابی را هدف قرار می‌دهد و در طول مداخلات، کاهش اجتناب‌های تجربی به‌عنوان تلاش برای فرار از افکار و خاطره‌های افسرده‌کننده تعریف می‌شود که ازطریق این درمان فرد افسرده آگاهی پیدا می‌کند (۴۲). در این درمان تمرین‌های پذیرش و بحث دربارهٔ ارزش‌ها و اهداف فرد، افسردگی زنان مبتلا به نشانگان

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.197.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.186]

پیش از قاعدگی را کاهش می‌دهد. در این درمان به افراد آموزش داده می‌شود که چگونه عقاید اجتنابی خود را رها کنند و به‌جای تلاش برای کنترل، آن‌ها را بپذیرند. اگر اجتناب تجربه‌ای در کوتاه‌مدت اثری کاهنده بر تجارب ناخوشایند دارد، در بلندمدت دارای اثرات مخرب زیادی است و می‌تواند به نبود انعطاف‌پذیری و نفی کارکرد منجر شود (۴۳). در این درمان افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را براساس اینکه آیا استراتژی‌هایی که به‌کار می‌برند موفقیت‌آمیز است، ارزیابی کنند. بیماران افسرده معمولاً به‌دنبال دلیل‌آوردن برای افسردگی هستند و این امر سبب افزایش نشخوار فکری می‌شود و تجارب خود را انتقاد منفی می‌کنند (۴۴). در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ازطریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی، خودمشاهده‌گری و آگاهی از وضع اندام و تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تقویت می‌شود؛ در این راستا درجهت افزایش پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی تلاش صورت می‌گیرد (۴۵)؛ بنابراین افراد افکار افسرده‌زای خویش را مشاهده می‌کنند و خود را از نشخوارهای فکری منتج از افسردگی نجات می‌دهند و افسردگی آنان کاهش می‌یابد. به عبارتی دیگر می‌توان گفت، درمان مذکور با کاهش همجوشی با افکار و احساسات ناکارآمد می‌تواند باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی این بیماران شود. پذیرش به‌عنوان شاه‌مفهوم درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند که به‌عنوان تماشاگران از بیرون، این اقیانوس مواج و طوفانی را فقط نظاره‌گر باشند و بدون هیچ‌گونه قضاوت و پیش‌داوری و با پذیرش فعال، نیروهای خود را برای چیره‌شدن بر مشکلات ناشی‌از بیماری بسیج کنند و بر آن فایق آیند (۴۶).

دیگر یافتهٔ پژوهش نشان داد، درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت رابطهٔ زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر بود. با بررسی محقق، در زمینهٔ یافتهٔ مذکور مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم در جامعهٔ هدف انجام نشده است؛ اما این یافته به‌طور غیرمستقیم با نتایج تقریباً مشابه هرچند در جوامع متفاوت با پژوهش حاضر، همسوست؛ برای مثال پژوهش آل‌یاسین و همکاران نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و خودکارآمدی در مبتلایان نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است (۳۰). گراهام و همکاران، در پژوهشی با مرور نظام‌مند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در درمان بیماری‌های مزمن و با شرایط بلندمدت، دریافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله‌ای اثربخش و مستقیم تثبیت نشده است؛ اما در شرایط طولانی برای بیماری‌های مزمن می‌تواند منجربه کنترل هیجان‌ها و احساسات، انعطاف‌پذیری روانی و خودمدیریتی در بیماران شود (۳۱).

در تبیین یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، هدف اصلی درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد، کمک به هریک از زوجین است تا از فرایندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی خود چه به‌تنهایی و چه در رابطهٔ دونفره آگاهی یابند، ارزش‌هایی که آن‌ها را در رابطه نگه داشته است، روشن کنند و به عمل در روش‌هایی که به‌طور مداوم متناسب با این اهداف است، حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند (۴۷). همچنین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با درمان اجتناب هیجانی، بهبود عکس‌العمل‌ها، شناسایی ارزش‌ها و ایجاد تعهد درقبال تغییرات رفتاری توانست به زنان متأهل کمک کند تا رابطهٔ زناشویی خود را بهبود بخشند. به‌علاوه با به‌کارگیری مهارت گسلش زنان توانستند به‌طور مستقیم و به‌ویژه در جلسات درمان با احساسات ناخوشایند سروکار داشته باشند و به‌جای کنترل‌کردن و به چالش کشیدن افکار و احساسات نامطلوب، آن‌ها را تجربه کنند. درواقع این درمان پاسخ‌های صمیمانه و تبادل احساسات مثبت را در آن‌ها افزایش داد (۴۸). این فرایند به آن‌ها کمک کرد تا به تمایلات عمیق‌تر قلبی خود پی ببرند و اهمیت رابطهٔ زناشویی را در زندگی خود دریابند. همچنین ایدهٔ زیربنایی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد این است که آنچه را از تسلط و ارادهٔ ما خارج است، بپذیریم و نیروی خود را به‌جای مصرف‌کردن در مسیری که به تغییری مثبت و سازنده منتهی نمی‌شود، به‌سوی آنچه برای زندگی ارزش و اهمیت دارد، هدایت کنیم؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد مانند رابطهٔ زناشویی، همین پذیرش و تعهد بیشتر باعث می‌شود احساس ارزشمندی زندگی در افراد تقویت شود و زمینه برای افزایش سطح کیفیت رابطهٔ زناشویی فراهم آید (۴۹).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر مقطعی‌بودن اجرای پژوهش و برگزارنشدن دورهٔ پیگیری برای بررسی تداوم نتایج درمان بود؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود به‌منظور تعمیم‌پذیری نتایج در پژوهش‌های آینده دورهٔ پیگیری برگزار شود. باتوجه به یافته‌های این پژوهش توصیه می‌شود با برگزاری دوره‌های آموزش پذیرش و تعهد در مراکز مشاورهٔ خانواده و سایر مراکزی که زوج‌ها برای دریافت خدمات مشاورهٔ زناشویی به آن مراجعه می‌کنند، می‌توان گام مؤثری در زمینهٔ توانمندسازی روابط زوج‌ها برداشت و میزان افسردگی را کاهش داد و به‌تبع آن کیفیت رابطهٔ زناشویی را افزایش داد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت رابطهٔ زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است؛ بنابراین درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان روشی درمانی مکمل توسط مشاوران و درمانگران برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت رابطهٔ زناشویی به‌کار رود.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

قبل از اجرای پژوهش طی جلسهٔ توجیهی، اعضای گروه آزمایش و گروه گواه برگهٔ رضایت‌نامه را تکمیل کردند. در این پژوهش به افراد گفته شد اطلاعات شخصی آن‌ها و تمام صحبت‌هایی که در طول جلسات می‌گویند، محرمانه می‌ماند و بدون ذکر نام و فقط برای مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود. برای رعایت اصول اخلاقی، برای گروه گواه نیز آموزش‌ها پس از برگزاری پس‌آزمون ارائه شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.197.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.186]

تضاد منافع
نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای دانشگاه آزاد زاهدان با شماره نامهٔ ۵/۵۱۷۱ مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از کلینیک زنان دکتر زهرا زارع و مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاورهٔ پرتو با شماره نامهٔ ۱۴۶۰۵۲/۹۷/۱۲ صادر شده است.

References

1. Mirzaei F, Neshat Doost HT, Mahani K, Jabal Ameli S, Mehrollahi T. The effect of cognitive-behavioral stress management on anxiety and somatic symptoms of women with premenstrual syndrome. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2012;12(46):61–71. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533808.html?lang=en
2. Shin KR, Ha JY, Park HJ, Heitkemper M. The effect of hand acupuncture therapy and hand moxibustion therapy on premenstrual syndrome among Korean women. West J Nurs Res. 2009;31(2):171–86. doi:10.1177/0193945908323650
3. Hartlage SA, Breaux CA, Yonkers KA. Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in DSM–5. J Clin Psychiatry. 2014;75(01):70–6. doi:10.4088/jcp.13cs08368
4. Balaha M, Amr M, Moghannum M, Muhaida N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study. Pan African Medical Journal. 2010;5(1):5–23. doi:10.4314/pamj.v5i1.56194
5. Rezaee H, Amidi Mazaheri M. The effect of educational intervention for the spouse on physical activity among women with premenstrual syndrome. Health System Research. 2017;13(1): 24–31. [Persian] http://hsr.mui.ac.ir/article-1-921-en.html
6. Yekke Fallah L, Azimi H, Sadeghi T. The effect of aerobic and walking exercise on physical and psychological symptoms and pain of premenstrual syndrome. Iran Journal of Nursing. 2013;25(80):46–55. [Persian] http://ijn.iums.ac.ir/article-1-1489-en.html
7. Abplanalp JM. Premenstrual syndrome: a selective review. In: Golub S; editor. Lifting the curse of menstruation a feminist appraisal of the influence of menstruation on women's lives. First edition. New York: Routledge; 1985. pp:107–23.
8. Assali R, Jalal Marvi F, Ansari F, Lashkardost H. Premenstrual syndrome and the marital relationship. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2015;7(2):465–73. [Persian] doi:10.29252/jnkums.7.2.465
9. Forrester-Knauss C, Zemp Stutz E, Weiss C, Tschudin S. The interrelation between premenstrual syndrome and major depression: results from a population-based sample. BMC Public Health. 2011;11(1):795. doi:10.1186/1471-2458-11-795
10. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. Arch Womens Ment Health. 2013;16(3):219–25. doi:10.1007/s00737-012-0323-x
11. Brody DJ, Pratt LA, Hughes JP. Prevalence of depression among adults aged 20 and over: United States, 2013-2016. NCHS Data Brief. 2018;(303):1–8.
12. Kousha S, Varasteh A. The effectiveness of music therapy on depression, quality of life and happiness of women with depression. Rooyesh-e Ravanshenasi. 2018;6(4):149–70. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-271-en.html
13. Erbil N. Prevalence of depressive symptoms among Turkish women experiencing premenstrual symptoms and correlated factors. Alexandria Journal of Medicine. 2018;54(4):549–53. doi:10.1016/j.ajme.2017.10.003
14. Padhy SK, Sarkar S, Beherre PB, Rathi R, Panigrahi M, Patil PS. Relationship of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with major depression: relevance to clinical practice. Indian Journal of Psychological Medicine. 2015;37(2):159–64. doi:10.4103/0253-7176.155614
15. Troxel WM. Marital quality, communal strength, and physical health [PhD dissertation]. Art and Sciences Faculty, University of Pittsburgh; 2006.
16. Tourani S, Pashaei L, Ghatreh Samani Z. Investigating the relationship between premenstrual syndrome and tolerance in predicting marital conflicts among the married women in Tehran. Journal of Woman and Study of Family. 2012;5(17):51–66. [Persian] http://jwsf.iaut.ac.ir/article_519947.html?lang=en
17. Karimiankakolaki Z, Mazloomy Mahmoodabad SS, Heidari F, Khadibi M, Gerayllo S, Yoshany N. Comparison of the quality of life in three groups: women with premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder and general population in Yazd. Journal of Community Health Research. 2019;8(1):3–10. [Persian] doi:10.18502/jchr.v8i1.556
18. Farhangi Z, Mashhadi Farahani M, Shian Bagheri M. Comparing the effectiveness of existential psychotherapy and Lazarus multimodal therapy to alleviate the symptoms of premenstrual syndrome (PMS). Mashad University of Medical Sciences. 2019;62(5.1):600–13. [Persian] doi:10.22038/mjms.2020.15523

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.197.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.186]

19. Mohtadijafari S, Ashayeri H, Banisi P. The effectiveness of schema therapy techniques in mental health and quality of life of women ith premenstrual dysphoric disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019;25(3):278–91. [Persian] doi:10.32598/ijpcp.25.3.278
20. Rezaei Shojaei S, Farokhzad P, Ghaemi F, Farrokhi N. A comparison of effectiveness of mindfulness training and pilates on reducing symptoms of premenstrual syndrome in girl. Journal of Psychological Science. 2019;17(72):957–62. [Persian]
21. Gibbs RS, Danforth DN. Danforth's obstetrics and gynecology. 10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
22. Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. Annals of Pharmacotherapy. 2008;42(7–8):967–78. doi:10.1345/aph.1K673
23. Khademi A, Tasbihsazan Mashad R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological well-being and happiness of mothers of children with cancer. Journal of Pediatric Nursing. 2019;5(4):71–8. [Persian] http://jpen.ir/article-1-378-en.html
24. Ivanova E, Lindner P, Ly KH, Dahlin M, Vernmark K, Andersson G, et al. Guided and unguided acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the internet and a smartphone application: a randomized controlled trial. Journal of Anxiety Disorders. 2016;44:27–35. doi:10.1016/j.janxdis.2016.09.012
25. Herbert JD, Forman EM, Hitchcock P. Contextual approaches to psychotherapy defining, distinguishing, and common features. In: Zettle RD, Hayes SC, Barnes-Holmes D, Biglan A; editors. The wiley handbook of contextual behavioral science. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2016. doi:10.1002/9781118489857.ch14
26. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior Therapy. 2013;44(2):180–98. doi:10.1016/j.beth.2009.08.002
27. Barzegar E, Zohrei E, Bostanipour A, Fotouhabadi K, Ebrahimi S, Hoseinnia M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on perceived stress and aggression in women with premenstrual syndrome. Psychological Studies. 2018;14(3):163–80. [Persian]
28. Armand A, Talaee A. Investigating the efficacy of cognitive- behavioral stress-management training on decreasing the psychological problems and symptoms of premenstrual syndrome of afflicted women. Iranian Journal of Obstetric, Gynecology and Infertility. 2012;15(21):24-31. [Persian] https://ijogi.mums.ac.ir/article_5663.html?lang=en
29. Mirzaei F, Neshatdoost HT, Jabal Ameli SH, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of cognitive-behavioral stress management on depression and irritability of women with premenstrual syndrome: a short report. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2013;12(1):79–86. [Persian] http://journal.rums.ac.ir/article-1-1671-en.html
30. Aleyasin SE, Kakasoltani F, Farahanifar M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on anxiety, quality of life and self-efficacy in women with premenstrual syndrome. Nursing Development in Health. 2016;7(2):27–35. [Persian] http://ndhj.lums.ac.ir/article-1-140-en.html
31. Graham CD, Gouick J, Krahé C, Gillanders D. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. Clinical Psychology Review. 2016;46:46–58. doi:10.1016/j.cpr.2016.04.009
32. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. American Family Physician. 2003;67(8):1743–52.
33. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) for clinicians. Archives of Women's Mental Health. 2003;6(3):203–9. doi:10.1007/s00737-003-0018-4
34. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh; 2020. [Persian]
35. Yen JY, Chang SJ, Ko CH, Yen CF, Chen CS, Yeh YC, et al. The high-sweet-fat food craving among women with premenstrual dysphoric disorder: emotional response, implicit attitude and rewards sensitivity. Psychoneuroendocrinology. 2010;35(8):1203–12. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.02.006
36. 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. 2011;10(4):421–7. [Persian] http://payeshjournal.ir/article-1-495-en.html
37. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II: Beck depression inventory. Second edition. San Antonio: Psychological Corp; 1996.
38. Emad Y, Hadianfard H. Forecasting suicide based on sexuality, marital status, coping strategies, religious orientation, and depression rate. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019;25(2):178–93. [Persian] doi:10.32598/ijpcp.25.2.178
39. Rust J, Bennun I, Crowe M, Golombok S. The GRIMS. A psychometric instrument for the assessment of marital discord. Journal of Family Therapy. 1990;12(1):45–57. doi:10.1046/j..1990.00369.x

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.197.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.186]

40. Isanejad O, Ahmadi SA, Etemadi O. Ravabete sakhtari miyan sabk haye eshgh varzi va keyfiyat ravabete zanashoo'I [Structural relationship between loving styles and marital quality]. Counseling Research & Developments. 2012;11(41):27–36. [Persian]
41. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. Second edition. New York: Guilford Press; 2011.
42. Cheraghian H, Heidari N, Ghedami SA, Zarei BH. Efficacy of acceptance and commitment therapy on depressed pregnant women. Journal of Community Health. 2015;9(2):56–64. [Persian] http://chj.rums.ac.ir/article_45755.html?lang=en
43. Asghari M, Faleh Kar A, Zaree A, Mirza Hoseini F, Amani O. Comparison of the efficacy of acceptance commitment therapy and electrical stimulation with alternating current on mood symptoms in depressed patients. Iranian Journal of Nursing Research. 2018;13(4):16–23. [Persian] http://ijnr.ir/article-1-2111-en.html
44. Ezadee M, Rasouli A. Effectiveness of acceptance and commitment psychotherapy in improving depression and quality of sleep-in women with postpartum depression. Iranian Journal of Nursing Research. 2019;14(1):21–8. [Persian] http://ijnr.ir/article-1-2159-en.html
45. Zettle RD. ACT for depression: a clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. New York: New Harbinger Publications; 2007.
46. Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019;25(1):2–13. [Persian] doi:10.32598/ijpcp.25.1.2
47. Amanelahi A, Heydarianfar N, Khojastehmehr R, Imani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of distressed couples. Biannual Journal of Applied Counseling. 2014;4(1):103–19. [Persian] https://jac.scu.ac.ir/article_12561.html?lang=en
48. Amani A, Eisa Nejad O, Alipour E. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on marital distress, marital conflict and optimism in married women visited the counseling center of Imam Khomeini relief foundation in Kermanshah. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018;5(1):42–64. [Persian] doi:10.29252/shenakht.5.1.42
49. Mohammadi E, Keshavarzi Arshadi F, Farzad V, Salehi M. Effectivness of acceptane and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction on depressive women with marital confilicts. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2016;17(2):26–35. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_534011.html?lang=en

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.197.6]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.186]