



Comparison Of The Effectiveness Of Schema Therapy And Rational-Emotional Therapy On The Severity Of Emotional Instability Symptoms And Marital Problems In Women With Premenstrual Dysphoric Disorder

Dina Derakhshan¹, Felor Khayatan², Hajar Torkan³

1. PhD. S, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. (Corresponding author) * Assistant Professor, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Premenstrual syndrome (PMS) can negatively affect the mental health of affected women. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and rational-emotional therapy on the severity of emotional instability symptoms and marital problems in women with premenstrual dysphoric disorder.

Methods and Materials: The research method was an experimental design with a pretest-posttest design and a one-month follow-up with the control group. The statistical population of the study included all women with premenstrual dysphoric disorder who referred to a gynecologist in Isfahan in the first half of 1403. A total of 45 people were selected using the available sampling method and randomly assigned to three groups of 15 people (schema therapy, rational-emotional therapy, and control). The research tools included emotional instability questionnaires (Kessler et al., 2003), marital problems (Strauss, 1979). The first experimental group received schema therapy during 10 90-minute sessions, the second experimental group received rational-emotive therapy during 10 90-minute sessions, and the control group was placed on a waiting list. All three groups were evaluated in three stages: pretest, posttest, and follow-up using research tools. The data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test. Statistical calculations were performed using SPSS_V26 statistical software.

Findings: The results of the Bonferroni post hoc test showed that both schema therapy and rational-emotional therapy had a significant effect on the severity of emotional instability ($p < 0.05$), marital problems ($p < 0.05$) of women with premenstrual dysphoric symptoms, and the stability of these effects was maintained over time, and in the follow-up phase, its effectiveness became significant ($p < 0.05$). Schema therapy was more effective than rational-emotional therapy on the severity of emotional instability ($p < 0.05$) and marital problems ($p < 0.05$).

Conclusions: According to the findings of the study, schema therapy and rational-emotional therapy are among the effective treatments for improving the severity of emotional instability and are recommended.

Keywords: Schema therapy, rational-emotive therapy, symptoms of emotional instability, marital problems, premenstrual dysphoria.

Citation: Derakhshan D, Khayatan F, Torkan H. Comparison Of The Effectiveness Of Schema Therapy And Rational-Emotional Therapy On The Severity Of Emotional Instability Symptoms And Marital Problems In Women With Premenstrual Dysphoric Disorder. Res Behav Sci 2025; 23(3): 443-454.

* Felor Khayatan.

Email: f.khayatan@khuif.ac.ir

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان عقلانی-عاطفی بر شدت علائم ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی در زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی

دینا درخشان^۱، فلور خیاطان^۲، هاجر ترکان^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سندرم پیش از قاعدگی (PMS) می تواند بهداشت روانی زنان مبتلا را به طور منفی تحت تأثیر قرار دهد. لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان عقلانی-عاطفی بر شدت علائم ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی در زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی مراجعه کننده به متخصص زنان و زایمان در شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۳ بود. در مجموع ۴۵ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شده و با گمارش تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (طرحواره درمانی، درمان عقلانی-عاطفی، و کنترل) جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه های ناپایداری عاطفی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳)، مشکلات زناشویی (اشتراوس، ۱۹۷۹) بود. گروه آزمایش اول طرحواره درمانی را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای، گروه آزمایش دوم درمان عقلانی-عاطفی را در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت و گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار گرفت. هر سه گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها به روش تحلیل واریانس با اندازه های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند. محاسبات آماری به کمک نرم افزار آماری SPSS_V26 انجام شد.

یافته ها: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد هر دو درمان طرحواره درمانی و درمان عقلانی-عاطفی بر شدت ناپایداری عاطفی ($p < 0/05$)، مشکلات زناشویی ($p < 0/05$) زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی اثر معنی دار داشته و پایداری این اثرات در طول زمان حفظ شده است، و در مرحله پیگیری اثربخشی آن معنی دار شد ($p < 0/05$). طرحواره درمانی در مقایسه با درمان عقلانی-عاطفی اثربخشی بیشتری بر شدت ناپایداری عاطفی ($p < 0/05$) و مشکلات زناشویی ($p < 0/05$) داشت.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش طرحواره درمانی و درمان عقلانی-عاطفی از جمله درمان های اثربخش برای بهبود شدت ناپایداری عاطفی و پیشنهاد می گردد.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، درمان عقلانی-عاطفی، علائم ناپایداری عاطفی، مشکلات زناشویی، ملال پیش از قاعدگی.

ارجاع: درخشان دینا، خیاطان فلور، ترکان هاجر. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان عقلانی-عاطفی بر شدت علائم ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی در زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۴؛ ۲۳(۳): ۴۴۳-۴۵۴.

*- فلور خیاطان،

رایانامه: f.khayatan@yahoo.com

مقدمه

امروزه تأمین سلامت زنان یک هدف اصلی جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی جامعه محسوب می شود (۱). در این راستا، توجه به مسائل روانی مرتبط با سلامت باروری، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یکی از این مسائل که به طور مستقیم با عملکرد دستگاه تولیدمثل زنان در ارتباط است، اختلالات پیش از قاعدگی (PMDs) می باشد. بر اساس یافته های جدید، چگونگی شروع و پیشرفت این اختلالات، ناشی از تعامل پیچیده بین نوسانات هورمونی چرخه قاعدگی و سیستم عصبی مرکزی است (۲). سندرم پیش از قاعدگی^۱ (PMS) یک بیماری پیچیده است که بخش قابل توجهی از زنان در سن باروری را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می دهد. که نوسانات خلقی، نگرانی غالب در این زمینه است (۳). که به طور قابل توجهی بر عملکرد روزانه و کیفیت زندگی آنها تأثیر می گذارد (۴). مطالعات نشان می دهد که حدود ۷۵٪ از زنان در سن قاعدگی در سراسر جهان نوعی از علائم PMS را تجربه می کنند که ۳ تا ۸٪ از این افراد از PMS شدید رنج می برند (۵،۶). یک مطالعه مقطعی انجام شده توسط ابوالوفا و همکاران نشان داد که ۹۹،۷٪ از زنان علائم روانی را تجربه می کنند و ۸۵،۲٪ علائم رفتاری مرتبط با PMS را گزارش می کنند (۷). ملال پیش از قاعدگی^۲ شامل دامنه ای از نشانه های هیجانی، جسمانی و رفتاری است که در مرحله لوتئال سیکل قاعدگی رخ داده و به دنبال شروع قاعدگی فروکش می کند، ولی پیامدهای منفی جدی برای زنان، خانواده ها و ارتباطات اجتماعی آنها از جمله عزت نفس پایین، تحمل کم نسبت به استرس، احساس بی کفایتی و به هم ریختگی روانی را ایجاد می کند (۸). به هم ریختگی روانی مرتبط با چرخه قاعدگی می تواند منجر به عدم پایداری عاطفی شود. زنانی که این ناپایداری را تجربه می کنند، اغلب انعطاف پذیری روان شناختی کاهش یافته ای را نشان می دهند که در طی قاعدگی ضمن بروز مشکلاتی در بافت ارتباطی یا کل مسائل زندگی شان، می تواند به نوبه خود باعث تشدید ادراک علایم فیزیولوژیکی علائم فیزیولوژیکی ناشی از اختلال ملال پیش از قاعدگی از جمله درد در آنها بیشتر آشکار شود (۹).

ناپایداری عاطفی^۳ با تغییرات سریع، اغراق آمیز و غیرارادی در ابراز عاطفی مشخص می شود که اغلب با وضعیت عاطفی اساسی

فرد ناهمخوان است. این دوره ها ممکن است شامل خنده، گریه یا طغیان های خشم غیرقابل کنترل باشد که با محرک نامتناسب هستند. (۱۰). از پژوهش های اخیر چنین بر می آید که افراد دچار ناپایداری عاطفی اغلب از نشانه های بیماری جسمی و درد شکوه دارند که گاهی با فاجعه پنداری درد همراه است. این الگو نشان دهنده ی ارتباط قوی بین اختلال در تنظیم عاطفی و افزایش آگاهی جسمی است (۱۱).

مشکلات زناشویی از جمله مسایلی که ممکن است در این دروان زوجین را تحت تأثیر قرار دهد. مشکلات زناشویی ناشی از نیازها و انتظارات ناهماهنگ، خودمحوری، الگوهای رفتاری واگرا و نگرش های غیرمسئولانه نسبت به تعهدات زناشویی و ازدواج است (۱۲).

طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان یکی از پدیده های شناختی کلیدی در درک و درمان مشکلات میان فردی نقش ایفا می کنند (۱۳). طرحواره های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند که به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند (۱۴). یانگ ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه و سازوکارهای مقابله ناسازگار را که به گونه خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر شده و در نتیجه منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می گردد معرفی کرده است که این طرحواره ها را در ۵ حوزه اصلی بریدگی و طرد / خودگردانی و عملکرد مختل / محدودیت های مختل / جهت مندی و گوش به - زنگی و بازداری قرار داده اند (۱۳).

طرحواره درمانی با هدف شناسایی الگوهای عمیق شناختی-عاطفی (مانند رهاشدگی، بی اعتمادی، محرومیت هیجانی) که ریشه در کودکی دارند، عمل می کند. این طرحواره ها اغلب باعث ناپایداری عاطفی و تعارضات زناشویی می شوند. طرحواره درمانی با تغییر در سبک های مقابله ای ناسازگار و همچنین تکنیک هایی مانند باز والدسازی تجربی، منجر به بهبود تنظیم هیجان و کاهش ناپایداری عاطفی می گردد. و از طریق تغییر شناخت های ناسازگار با کاهش فاجعه سازی درد، به بهبود تحمل PMS، در مورد درد و کاهش علائم کمک می کند (۱۵).

درمان عقلانی-عاطفی^۴ بر نقش فرآیندهای شناختی درونی به عنوان عوامل تعیین کننده اساسی عملکرد شخصیت تأکید دارد. این رویکرد از جلسات اولیه مداخله فعال را به کار می گیرد و به

³ emotional instability

⁴ rational-emotional therapy

¹. premenstrual Syndrome

² premenstrual disorder

گونه‌ای طراحی شده است که به مراجعین کمک کند تا مشکلات عاطفی خود را در یک چارچوب کوتاه‌مدت (معمولاً ۱۰ تا ۱۵ جلسه) شناسایی کنند و آنها را قادر سازد تا فلسفه زندگی منطقی‌تری را توسعه داده و تمرین کنند (۱۶). این درمان با شناسایی و چالش با باورهای غیرمنطقی و جایگزینی باورهای منطقی به جای باورهای غیرمنطقی و اصلاح انتظارات، همچنین تکنیک‌هایی مانند مقابله با فاجعه‌سازی، تمرین تحمل ناکامی و ایمن‌سازی روانی به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات خود را بهتر تنظیم کنند و از واکنش‌های تند عاطفی جلوگیری شود که به بهبود مشکلات زناشویی منجر گردد (۱۶).

لذا علیرغم اهمیت نقش زن در خانواده و سلامت روانی و جسمی، تحقیقات معدودی به مقایسه مداخلات روانشناختی و متغیرهای مطرح شده پرداخته است. اگرچه هر دو رویکرد در حیطه درمان‌های شناختی-رفتاری قرار می‌گیرند، اما از نظر سطح مداخله و مکانیسم عمل تفاوت‌های بنیادینی دارند: ازجمله باورهای غیرمنطقی فعلی در مقابل طرحواره‌های عمیق و ناسازگار اولیه، همچنین طرحواره درمانی (به دلیل تمرکز بر هیجان و روابط) ممکن است به طور خاص برای ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی مناسب‌تر باشد. لذا با توجه به عدم مطالعات کافی در شهرها و قومیت‌های مختلف ایران، همچنین با توجه به سودمندی طرحواره درمانی و درمان عقلانی عاطفی بر زنان دارای ملال پیش از قاعدگی، لزوم به کارگیری مداخلاتی جهت کمک به ارتقا بهداشت روان این زنان بیش از پیش احساس می‌شود، لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا اثربخشی طرحواره درمانی و درمان عقلانی-عاطفی بر شدت علائم ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی با هم متفاوت است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی مراجعه‌کننده به متخصصین زنان و زایمان در شهر اصفهان در نیم‌سال اول ۱۴۰۳ بود. جهت انتخاب نمونه فراخوان در فضای مجازی همچنین نصب اطلاعاتیه، با رعایت اصول اخلاقی ازجمله رعایت اصل امانتداری و رازداری و همچنین ارائه نتایج پژوهش به شرکت‌کنندگان در صورت تمایل آنها انجام گرفت. از بین مراجعه

کنندگان تعداد ۸۰ نفر که شکایت علائم ملال پیش از قاعدگی بودند به شیوه در دسترس انتخاب و همگی به پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی (PMS) پاسخ دادند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کافی است (۱۷). از بین آنها ۴۵ نفر که تشخیص ملال پیش از قاعدگی را دریافت نمودند و مایل به شرکت در پژوهش بودند، به عنوان نمونه آماری انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. معیارهای ورود به طرح شامل: سنجش براساس مصاحبه بالینی و گرفتن شرح حال، تشخیص ملال پیش از قاعدگی بر اساس پرسشنامه مذکور، زنان متأهل ۲۰-۳۰ ساله، عدم دریافت مداخله همزمان در طول برگزاری مداخله، نداشتن زایمان و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود؛ از جمله معیارهای خروج از پژوهش، عدم استفاده از مداخله همزمان، غیبت بیش از دو جلسه، ناقص پر کردن پرسشنامه‌ها و عدم تمایل به حضور در پژوهش بود. پژوهشگر پس از دریافت کد اخلاق به شماره

(IR.IAU.KHUISF.REC.1402.398) به منظور اجرای پژوهش، پس از انتخاب نمونه اقدام به جایگزینی آنها در گروه‌ها نمود. شرکت‌کنندگان در سه مرحله به پرسشنامه‌های ناپایداری عاطفی کسلرو همکاران و پرسشنامه مشکلات زناشویی اشتراوس پاسخ دادند. گروه‌های آزمایش به ترتیب طرحواره درمانی را طی ۱۰ جلسه گروهی شصت دقیقه‌ای (۲ بار در هفته) (۱۳) و درمان عقلانی-عاطفی را طی ۸ جلسه گروهی نود دقیقه‌ای (۲ بار در هفته) دریافت کردند (۱۸). ولی گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. جلسات درمانی توسط مدرسین متخصص دوره-های درمانی مربوطه انجام گرفت. در مرحله پس‌آزمون و پیگیری هر سه گروه به پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-25 تجزیه و تحلیل شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، برای گروه کنترل نیز یک دوره درمانی برگزار گردید. همچنین فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش از شرکت‌کنندگان گرفته شد و به آنان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات پژوهش، جنبه کاملاً محرمانه دارد و فقط در راستای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی

(PSST): این پرسشنامه توسط اشتاینر، مکدوگال، براون در سال ۲۰۰۳ ساخته شد که دارای ۱۹ سوال و ۲ خرده مقیاس می‌باشد که دارای دو بخش است (بخش اول که شامل ۱۴ علامت

با سؤال‌های ۵، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳ و ۱۴، رفتارمندی با سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۶ اندازه‌گیری می‌شود. آزمودنی به هر یک از سؤال‌ها به دو صورت پاسخ‌های مربوط به همسر پاسخ می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه هفت‌گزینه‌ای و در قالب هرگز-۱، یک مرتبه-۲، دو مرتبه-۳، سه تا پنج مرتبه-۴، شش تا ده مرتبه-۵، یازده تا بیست مرتبه-۶ و بیش از بیست مرتبه-۷ مشکلات زناشویی را ارزیابی می‌کند (۲۳). در تحقیق دیباچی‌فروشان و همکاران (۱۳۸۸) کمترین و بیشترین ضرایب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه به ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۹۳ و در تحقیق پناغی و همکاران (۱۳۹۰) نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که در نمونه ایرانی پژوهش حاضر تحلیل سه عاملی با استفاده از سه خرده مقیاس حمله، خشونت روانی و مذاکره نسبت به سایر تحلیل‌ها مناسب‌تر است. همین‌طور این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن از همسانی درونی مناسبی برخوردار هستند آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۶ می‌باشد. به‌طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مقیاس تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض از روایی و پایایی مناسبی در جامعه ایرانی برخوردار است (۲۴).

شرح جلسات طرحواره درمانی.

پروتکل طرحواره درمانی براساس دستورالعمل و تکنیک‌های طرحواره درمانی یانگ و همکاران طی ده جلسه به صورت جلسات هفتگی شصت دقیقه‌ای در گروه آزمایش اجرا شد. این درمان برگرفته از کتاب طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۱۳) است. جلسه اول: انتخاب و گمارش نمونه گروه آزمایش، معارفه، اهداف جلسات، تعداد جلسات، ایجاد انگیزه و اهمیت طرح آموزشی و پژوهشی، اجرا و جمع‌آوری پرسشنامه‌های پژوهش. جلسه دوم: توضیح مختصر در رابطه با اهداف و قوانین و مقررات گروه، تکمیل فرم تعهدنامه، آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار، شکل‌گیری و تداوم آن، حیطه‌ها و نیازهای مرتبط، دسته‌بندی طرحواره‌های اعضا، آغاز اجرای تکنیک‌ها و راهبردهای شناختی با هدف بهبود طرحواره‌ها، ارائه تکلیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه سوم: مرور جلسات قبلی، توضیح سبک‌های مقابله‌ای و تبادل نظر با اعضا، ارائه تکالیف مربوط به استفاده از سبک‌های مقابله‌ای در زندگی روزمره و ذکر موارد عینی آن، برقراری گفتگو

خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علائم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سؤال است). هر سؤال دارای طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است که از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند (اصلاً، خفیف، متوسط و شدید). دامنه نمرات برای این پرسشنامه ۰ تا ۵۷ است. براساس نمره کل حاصل از آن افراد به سه دسته سالم یا مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی خفیف، مبتلا به نشانگان قاعدگی متوسط تا شدید و مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی تقسیم می‌شوند (۱۹). در نمونه خارجی روایی این ابزار به روش تمیز محاسبه شد، این ابزار به خوبی توانست ۸۰٪ از بیماران افسرده را از افراد سالم متمایز کند، همچنین پایایی به روش همسانی درونی ۷۷٪ آلفای کرونباخ محاسبه شد (۲۰). سبهبازی و همکاران در پژوهش خود پایایی این ابزار به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۹۰٪ را گزارش کردند؛ همچنین شاخص روایی محتوایی این ابزار ۸۰٪ محاسبه کردند (۲۱).

پرسشنامه ناپایداری عاطفی^۱ کسلر و همکاران

(۲۰۰۳): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ توسط کسلر و همکاران به دو صورت ۱۰ سؤالی و ۶ سؤالی ساخته شد. پرسشنامه کسلر به شناسایی ناپایداری عاطفی در جمعیت عمومی در سه مؤلفه زیر می‌پردازد: حضور آموزشی، حضور اجتماعی، حضور شناختی. جواب هر سؤال به صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ هیچوقت و ۴ همیشه است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام شده تأییدکننده تک‌عاملی بودن پرسشنامه K-۱۰ می‌باشد و مقادیر بار عاملی برای سنجش عامل اصلی بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ به دست آمد. حساسیت، ویژگی و خطای کلی طبقه‌بندی برای بهترین نقطه برش پرسشنامه ناپایداری عاطفی که ۸ بود، به ترتیب ۸۱ درصد، ۸۰/۵ درصد و ۱۶/۵ درصد به دست آمد. همچنین نقطه برش با احتساب حساسیت حداکثری (۱۰۰ درصدی) نمره ۱ و ویژگی حداکثری (۱۰۰ درصدی) نمره ۲۷ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن-براون ۰/۹۱ به دست آمد (۲۲).

پرسشنامه مشکلات زناشویی اشتراوس^۲

(۱۹۷۹): این پرسشنامه توسط اشتراوس (۱۹۷۹) ساخته شده است. این پرسشنامه از ۲۳ سؤال و ابعاد سوءاستفاده، رفتار مثبت و رفتار منفی تشکیل شده است. سه مقیاس آن شامل سوءاستفاده که با سؤال‌های ۴، ۱۵، ۱۸، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳، رفتار مثبت

². Strauss marital problems questionnaire

¹. emotional instability questionnaire

جلسه دوم: شروع با یادآوری تکلیف جلسه گذشته، بیان نقش افکار و عقاید بر بهزیستی روانشناختی، کمک به اعضا برای آگاهی از نقش عقاید و باورها در ایجاد مشکل، ایجاد انگیزه برای مشاوره و درمان، تکلیف و خاتمه

جلسه سوم و چهارم: شروع با یادآوری تکلیف جلسه گذشته، ذکر نمونه‌هایی از حوادث زندگی و بحث گروهی در زمینه چگونگی تاثیر باورها در بهزیستی و سلامت روان، آموزش اصول ABC-DC، بررسی نقش بایدها و نبایدهای غیرمنطقی در ایجاد مشکل، تکلیف و خاتمه

جلسه پنجم و ششم: شروع با یادآوری تکلیف جلسه گذشته، کمک به اعضا برای شناسایی عقاید و باورهای غیرمنطقی، آموزش روشهای مجادله با باورهای غیرمنطقی از طریق ایفای نقش، تصویرسازی عقلانی عاطفی، تکلیف و خاتمه.

جلسه هفتم: شروع با یادآوری تکلیف جلسه گذشته، آموزش و اجرای فنون شناختی، عاطفی و رفتاری همانند ریلکسیشن، حمله علیه شرم، شوخی، مدیریت خود، معانی بیان، تکلیف و خاتمه.

جلسه هشتم: شروع با یادآوری تکلیف جلسه گذشته، آموزش راههای پیشگیری از مشکلات روانی، انجام تمرینهای عملی به شیوه گروهی و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری توسط اعضای گروه، تقدیر و تشکر، خاتمه.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش را ۴۵ نفر از زنان دارای ملال پیش از قاعدگی تشکیل دادند که در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. در ادامه بررسی یافته‌های جمعیت شناختی در نمونه پژوهش نشان داد که بیشترین ترکیب سنی در پژوهش، در گروه ۲۱ تا ۲۵ سال (برای گروه طرحواره درمانی برابر با ۴۶/۷ درصد و گروه درمان عقلانی عاطفی برابر با ۴۰ درصد) و در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال (برای گروه کنترل برابر با ۶۰ درصد) بوده‌اند. بیشترین ترکیب تحصیلات در گروه تحصیلی فوق لیسانس و دکتری (برای گروه طرحواره درمانی برابر با ۴۶/۶ درصد و گروه درمان عقلانی عاطفی برابر با ۶۰ درصد) و در گروه فوق دیپلم و لیسانس (برای گروه کنترل برابر با ۴۰ درصد) بوده‌اند. ابتدا نتایج آمار توصیفی در جدول ۱ ارائه شده است.

بین جنبه امیدوارکننده و ناامیدکننده ذهن، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه چهارم: مرور مباحث قبلی، به‌کارگیری تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و تن‌آرامی، گفتگوهای خیالی (در قالب تصویرسازی ذهنی)، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی.

جلسه پنجم: مرور مباحث قبلی، نوشتن نامه به باعث و بانی طرحواره، مرور و تکرار مجدد بر تکنیکهای شناختی و تجربی، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه ششم: مرور مباحث قبلی، رفتارهای مقابله‌ای، اولویت‌بندی رفتارهای مقابله‌ای، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث. جلسه هفتم: مرور مباحث قبلی، تغییر احتمالی رفتار، مرور تکنیک‌های رفتاری، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه هشتم: مرور مباحث قبلی، انجام گفتگوهای خیالی، نوشتن نامه به عنوان تکالیف خانگی، ارایه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان، کار با تصاویر ذهنی

جلسه نهم: الگوشکنی رفتار، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، اولویت بندی رفتارها برای الگوشکنی، آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتار

جلسه دهم: ادامه الگوشکنی رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی، توزیع و تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها (از هر دو گروه گواه و آزمایش)، پرسش و پاسخ به سؤالات، بحث و نتیجه‌گیری از کل جلسات، اختتام جلسه.

شرح جلسات درمان عقلانی - عاطفی.

پروتکل درمان عقلانی - عاطفی استفاده شده در این طرح پژوهشی بر مبنای پروتکل درمانی طراحی شده مبتنی بر درمان عقلانی عاطفی درآیدن و نیومن (۱۸) طی هشت جلسه نود دقیقه ای دوبار در هفته اجرا شد.

جلسه اول: انتخاب و گمارش نمونه گروه آزمایش، معارفه، اهداف جلسات، تعداد جلسات، ایجاد انگیزه و اهمیت طرح آموزشی و پژوهشی، اجرا و جمع‌آوری پرسشنامه های پژوهش، آشنایی بیشتر اعضا با رویکرد عقلانی- عاطفی و باورهای غیرمنطقی، بررسی مشکل از نظر هر یک از اعضا.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه و سه مرحله پژوهش

مرحله	متغیر	طرحواره درمانی		درمان عقلانی عاطفی		گروه کنترل (گواه)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	ناپایداری عاطفی	۳۲/۴۰	۳/۶۴	۳۳/۲۰	۲/۰۷	۳۰/۵۳	۲/۰۵
	مشکلات زناشویی	۶۵/۷۳	۷/۳۳	۶۳/۶۷	۵/۶۶	۶۶/۶۷	۹/۸۶
پس‌آزمون	ناپایداری عاطفی	۲۶/۸۰	۳/۴۹	۲۹/۵۳	۲/۶۱	۳۰/۰۷	۲/۷۳
	مشکلات زناشویی	۵۹/۰۷	۶/۱۰	۵۸/۸۰	۵/۵۴	۶۶/۸۰	۱۰/۱۴
پیگیری	ناپایداری عاطفی	۲۷/۳۳	۳/۱۷	۳۲/۲۰	۲/۸۱	۳۰/۸۰	۲/۷۸
	مشکلات زناشویی	۶۰/۱۳	۶/۳۱	۵۹/۴۷	۵/۶۴	۶۷/۰۷	۹/۸۱

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله (طرحواره درمانی و درمان عقلانی عاطفی) نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد. با توجه

به رعایت پیش‌فرض‌های اولیه جهت استفاده از آزمون‌های بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه‌ها، آزمون لوین جهت بررسی برابر واریانس نمرات و یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماکلی در دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام‌باکس و ماکلی در متغیر ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی

متغیر	آزمون لوین		آزمون باکس		آزمون ماکلی		اپسیلون
	آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری	
ناپایداری عاطفی	۲/۲۳۶	۰/۰۹۴	۴۰/۷۵۰	۰/۰۰۶	۰/۸۳۰	۰/۰۰۷	۰/۸۵۵
مشکلات زناشویی	۱/۳۰۰	۰/۲۸۴	۸۸/۵۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹۰	۰/۷۵۵	۰/۹۹۰

یکی از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر همگنی واریانس‌های خطاست. برای ارزیابی این پیش‌فرض، از آزمون لوین استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تمامی مقادیر آزمون لوین در ابعاد متغیر ناپایداری عاطفی غیرمعنی‌دار هستند ($p > ۰/۰۵$). به عبارتی دیگر، فرض صفر برابری واریانس‌های خطا در هر چهار گروه تأیید می‌شود و می‌توان گفت واریانس‌های خطا در گروه‌ها با هم همسان هستند و این پیش‌فرض مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین بر اساس نتایج جدول ۴-۷، بین کوواریانس‌های ابعاد متغیر ناپایداری عاطفی در گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$) و شرط همگنی

ماتریس کوواریانس‌ها به درستی رعایت نشده است، بنابراین از آزمون لامبدای ویلکز برای مقایسه نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل براساس مراحل مداخله استفاده شد. علاوه بر این اساس جدول ۲ نتایج آزمون کرویت در تمامی متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$)؛ لذا از این فرض تخطی شده و یکسان بودن واریانس‌ها در بین گروه‌ها در این متغیر رعایت نشده است. با توجه به برقرار نبودن این مفروضه به منظور ارزشیابی F از آزمون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	ضریب اتا
ناپایداری عاطفی	زمان	۲۵۴/۹۹۳	۱/۶۲۵	۱۵۶/۹۴۲	۹۶/۸۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۸
	زمان * گروه	۱۳۹/۷۶۳	۳/۲۵۰	۴۳/۰۱۰	۲۶/۵۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
	خطا	۱۱۰/۵۷۸	۶۸/۲۴۰	۱/۶۲۰			
مشکلات زناشویی	زمان	۳۷۰/۵۳۳	۱/۹۸۸	۱۸۶/۳۴۷	۱۶۴/۶۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷
	زمان * گروه	۲۲۴/۲۶۷	۳/۹۷۷	۵۶/۳۹۴	۴۹/۸۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳

جدول ۳. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	ضریب اتا
	خطا	۹۴/۵۵۳	۸۳/۵۱۳	۱/۱۳۲			

بر اساس نتایج جدول ۳، بین میانگین نمرات شدت علائم ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های مداخله ۱ (طرحواره‌درمانی) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$) و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز اثر خود را حفظ کرده است ($p < 0.05$). همچنین نتایج

نشان می‌دهد که بین اثربخشی درمان طرحواره‌درمانی و درمان عقلانی-عاطفی بر شدت علائم ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی تفاوت وجود دارد ($p < 0.05$) و اثر بخشی درمان طرحواره‌درمانی در مقایسه با درمان عقلانی-عاطفی بیشتر بوده است ($p < 0.05$).

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر زمان و گروه در متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه - گروه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون			پیش‌آزمون - پس‌آزمون		
		تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
علائم ناپایداری عاطفی	طرحواره درمانی - درمان عقلانی عاطفی	۲/۰۷۵	۰/۵۷۹	۰/۰۰۴	۲/۸۱۰	۰/۵۷۱	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی - گواه	۴/۱۸۵	۰/۵۹۲	۰/۰۰۱	۴/۹۹۹	۰/۳۳۶	۰/۰۰۱
	درمان عقلانی عاطفی - گواه	۲/۵۸۹	۰/۶۰۸	۰/۰۰۱	۲/۱۸۹	۰/۳۴۰	۰/۰۰۱
مشکلات زناشویی	طرحواره درمانی - درمان عقلانی عاطفی	۱/۷۱۹	۰/۴۷۴	۰/۰۰۴	۱/۳۱۰	۰/۴۶۴	۰/۰۳۹
	طرحواره درمانی - گواه	۶/۸۳۷	۰/۴۷۲	۰/۰۰۱	۶/۰۴۱	۰/۴۶۲	۰/۰۰۱
	درمان عقلانی عاطفی - گواه	۵/۱۱۷	۰/۴۷۶	۰/۰۰۱	۴/۷۳۰	۰/۴۶۶	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی بر شدت ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی اثر معنی‌داری داشته ($p < 0.05$) و پایداری آن نیز در طول زمان حفظ شده است ($p < 0.05$)؛ همچنین بر اساس نتایج جدول، درمان عقلانی-عاطفی بر شدت ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی اثر معنی‌داری داشته ($p < 0.05$) و پایداری آن نیز در طول زمان حفظ شده است ($p < 0.05$)؛ همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد بین اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان عقلانی-عاطفی بر شدت ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد و طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری بر شدت ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی داشته است ($p < 0.05$).

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان عقلانی-عاطفی بر شدت علائم ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی انجام شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری بیانگر اثر بخشی معنادر طرحواره‌درمانی و درمان عقلانی-عاطفی در مقایسه با گروه کنترل بر شدت علائم ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی بود و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی تأثیر معنی‌داری بر کاهش شدت ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی در زنان مبتلا به علائم ملال پیش از قاعدگی داشته است. بلکه پایداری اثر آن در طول زمان نیز حفظ شده است.

نتایج این بخش با مطالعات پیشین از جمله نیکان و همکاران (۲۵)، سادات مصطفی و همکاران (۲۶)، روستایی علیشاه و مصطفایی (۲۷)، شاکر دولق و سلمان پور (۲۸)، عرفان عارفه و همکاران (۲۹)، دهمر و همکاران (۳۰) و اندوز و همکاران

بحث و نتیجه‌گیری

امکان داد تا الگوهای عاطفی و رفتاری ناکارآمد خود را شناسایی کنند. این فرآیند، با تقویت خودآگاهی، زمینه‌ساز اصلاح شناختی شد. جلسات بعدی با تمرکز بر تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، تن‌آرامی، و گفتگوهای خیالی، به کاهش واکنش‌پذیری عاطفی و افزایش تحمل‌پذیری کمک کردند. همچنین، استفاده از تکنیک‌های رفتاری مانند الگوشکنی رفتار و تمرین رفتارهای سالم در جلسات پایانی، به ایجاد تغییرات پایدار در الگوهای مقابله‌ای منجر شد. همچنین، تمرین‌هایی مانند نوشتن نامه به باعث و بانی طرحواره، به زنان دارای علائم ملال‌پیش از قاعدگی اجازه داد با احساسات منفی خود مواجه شوند و دیدگاه‌های متعادل‌تری نسبت به روابط خود پیدا کنند (۳۲). این فرآیند با اصلاح باورهای ناسازگار، مانند انتظارات غیرواقعی از همسر، مستقیماً بر کاهش تعارضات زناشویی اثر گذاشت که در کاهش مشکلات زناشویی زنان دارای علائم ملال‌پیش از قاعدگی موثر واقع شد. پایداری اثر درمانی در مرحله پیگیری نیز نشان‌دهنده تأثیر عمیق این مداخله بر بازسازی شناختی-عاطفی است که با نظریه یانگ مبنی بر ضرورت اصلاح طرحواره‌ها برای تغییرات بلندمدت سازگار است (۱۳).

با توجه به نتایج بعدی پژوهش، درمان عقلانی-عاطفی بر کاهش شدت ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی زنان مبتلا به علائم ملال‌پیش از قاعدگی تأثیر معنی‌داری داشته است. و این اثر در مرحله پیگیری نیز باقی ماند. نتایج این بخش با مطالعات پیشین از جمله اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران (۳۳)، میری‌مینو و همکاران (۳۴)، صفاریپور و همکاران (۳۵)، الحسین و ابوزید (۳۶)، سیاح (۳۷) و پاپا و پریداتو (۳۸)، که اثربخشی عقلانی-عاطفی را در کاهش نشانه‌های عاطفی و مشکلات زناشویی تأیید کرده‌اند، همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان عقلانی-عاطفی با تأکید بر شناسایی و تغییر باورهای غیرمنطقی که به پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناسازگار منجر می‌شوند، مشکلات زناشویی را کاهش می‌دهد (۳۵). این رویکرد بر این اصل استوار است که باورهای غیرمنطقی، مانند همسر باید همیشه مطابق خواسته‌های من رفتار کند، تعارضات را تشدید می‌کنند. در این مداخله، آموزش اصول ABC-DC به زنان دارای علائم ملال‌پیش از قاعدگی کمک کرد تا درک کنند چگونه باورهایشان بر احساسات و رفتارهایشان تأثیر می‌گذارد. برای مثال، شناسایی و مجادله با باورهای غیرمنطقی از طریق ایفای نقش و تصویرسازی عاطفی، به زنان دارای علائم ملال‌پیش از قاعدگی امکان داد انتظارات غیرواقعی از روابط

(۱۴) که اثربخشی طرحواره‌درمانی را در کاهش نشانه‌های عاطفی و مشکلات زناشویی تأیید کرده‌اند، همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت هنگامی که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم و یا غیر مستقیم منجر به اشکال مختلفی از تعارض در زندگی زناشویی افراد می‌گردد. در مواردی نیز طرح‌واره‌های ناسازگار بیشتر از آنکه نتیجه وقایع تکان‌دهنده مجزا باشند، بیشتر به وسیله الگوی مداوم با اعضاء خانواده و هم‌تایان ایجاد می‌شوند که به نحو فزاینده‌ای طرح‌واره‌ها را تقویت می‌کند. سازه طرح‌واره‌های ناسازگار، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند. همچنین طرح‌واره‌های ناکارآمد در زنان مبتلا به سندرم PMS موجب ایجاد سوگیری در تفسیر فرد از رویدادها، نگرش‌های تحریف‌شده و گمانه‌های نادرست و غیرواقع‌بینانه در روابط با همسرشان می‌شود که موجبات تعارض در روابط و دل‌زدگی بین آن‌ها را فراهم می‌کند (۳۱). سادات مصطفی و همکاران (۱۴۰۲) دریافتند که طرحواره‌درمانی با اصلاح طرح‌واره‌های ناکارآمد، راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را در افراد مبتلا به HIV تقویت می‌کند. دهمر و همکاران (۲۰۲۳) اثربخشی طرحواره‌درمانی را در افزایش تحمل‌پذیری و کاهش نشانه‌های عاطفی منفی در مادران دارای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأیید کردند. همچنین احمدیان و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند که طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین را بهبود می‌بخشد، که این یافته با کاهش مشکلات زناشویی در پژوهش حاضر هم‌راستا است، زیرا بهبود باورهای ارتباطی می‌تواند تعارضات زناشویی را کاهش دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، به بهبود پایدار تنظیم عاطفی کمک می‌کند. طرحواره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح «طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه» می‌تواند پاسخ‌های هیجانی نامتناسب به محرک‌ها (مانند علائم ملال‌پیش از قاعدگی) را ایجاد کنند (۱۳). جلسات طرحواره‌درمانی در این پژوهش، با بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی (مانند بازسازی شناختی)، تکنیک‌های تجربی (مانند تصویرسازی ذهنی و گفتگوهای خیالی)، و تکنیک‌های رفتاری (مانند الگوشکنی رفتار)، به اصلاح این ساختارها کمک کردند. در جلسات اولیه، آشنایی با طرح‌واره‌های ناسازگار و دسته‌بندی آن‌ها به شرکت‌کنندگان

حمایت مالی

تمام هزینه های انجام این پژوهش به صورت شخصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کد اخلاق پژوهشگر پس از دریافت کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.1402.398) در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان به تأیید رسید.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول این مقاله است. نویسنده اول کارهای اجرایی و نگارش متن مقاله را بر عهده داشته است. نویسنده دوم راهنمایی پژوهش را بر عهده داشته است و نویسنده سوم مشاور پروژه بوده‌اند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

خود را اصلاح کنند، که این امر مستقیماً تنش‌های زناشویی را کاهش داد. و بحث گروهی در باره تأثیر باورها بر بهزیستی روانشناختی، آگاهی عمیق‌تری نسبت به نقش افکار در ناپایداری عاطفی ایجاد کردند. همچنین، تکنیک‌هایی مانند ریلکسیشن و مدیریت خود، مهارت‌های عملی برای مقابله با استرس و هیجانات منفی ناشی از ملال پیش از قاعدگی را تقویت کرد، که در بهبود تعاملات زناشویی مؤثر بود (۳۹).

مقایسه اثربخشی دو روش درمانی نشان داد که هر دو مداخله (طرحواره‌درمانی، درمان عقلانی-عاطفی) تأثیر معنی داری بر کاهش ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی دارند. با این حال، آزمون بنفرونی نشان داد که طرحواره‌درمانی در مقایسه با درمان عقلانی-عاطفی تأثیر بیشتری بر کاهش ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی داشته است. این نتایج حاکی از برتری نسبی طرحواره‌درمانی در کوتاه‌مدت و بلندمدت در مقایسه با درمان عقلانی-عاطفی است.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، در نتایج این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. World Health Organization. Position paper: Women's health and gender equality. 2024. <https://www.who.int/health-topics/women-s-health>
2. Yonkers, K. A., Simoni, M. K., & Premenstrual Disorders Working Group. Premenstrual disorders: pathogenesis and diagnosis. The Lancet, 2024. 401(10377), 862–874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00010-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00010-8)
3. Rahmawati, A & Arinda, P, F. "I Don't Know Why I'm Crying": Understanding Emotional Experiences of Premenstrual Syndrome in Women. World Psychology, 2025. 4(1), 168–176. <https://doi.org/10.55849/wp.v4i1.919>
4. Pedro AO, Perez Brandao JD, de Oliveira Silva SB. Impact of age on premenstrual syndrome prevalence and severity: A population-based survey in Brazil. Int J Gynaecol Obstet. 2024 Sep 25;168(3):1221–8.
5. Al-Hmaid Y, Beni Yonis O, Alkhalili M, Kheirallah K. Premenstrual Syndrome's Impact on Work-Related Quality of Life Among Jordanian Nurses. Cureus [Internet]. 2024 Feb 1;2(16). Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10909070/>
6. Upadhyay M, Mahishale A, Kari A. Prevalence of premenstrual syndrome in college going girls - A cross sectional study. Clinical Epidemiology and Global Health [Internet]. 2023 Mar [cited 2024 Aug 24];20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213398423000210>
7. Mamatha, S. D., Priya, S. A., & Smitha, M. C. Association of hemoglobin levels with symptoms of premenstrual syndrome in adults. Medical Journal of Dr. D.Y. Patil Vidyapeeth. 2023. 16(7), 51–54. Scopus. https://doi.org/10.4103/mjdrdypu.mjdrdypu_898_21

8. Hantsoo, L., & Epperson, C. N. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports*. 2023. 25(8), 343–350. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01431-x>
9. Pletzer, B., & Derntl, B. The cycling brain: menstrual cycle related fluctuations in hippocampal volume, brain energetics, and psychological functioning. *Trends in Neurosciences*. 2023. 46(12), 1013–1028. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2023.09.005>
10. Prada, P., Perrin, E., & Bourgeois, A. Emotional dysregulation in neuropsychiatric disorders: Clinical manifestations and diagnostic challenges. *The Lancet Psychiatry*. 2023. 10(4), 291-304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00058-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00058-7)
11. Dixon, E. A., & Thorn, B. E. Emotional regulation and pain perception: A systematic review of the role of emotional lability in somatic symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*. 2023. 164, 111078. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111078>
12. Ghimire, S., & Chhetri, N. Determinants of marital conflict: A systematic review of risk factors. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2023. 49(2), 345-362. <https://doi.org/10.1111/jmft.12645>
13. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. Schema therapy: A practitioner's guide. 2020. (3rd ed.). Guilford Press.
14. Andooz, z. and H. Hamidpoor, Investigating The Relationship Between Incompatible Schemas with Attachment Style And Marital Adjustment. Iranian Family Pathology Congress. Shahid Beheshti University. 2019. Tehran.
15. Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. Schema Therapy: The Model, Mechanisms, and Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2023. 19(1), 1–30. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-080256>
16. David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C., & Stefan, S. 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2023. 79(6), 1543-1575. <https://doi.org/10.1002/jclp.23514>
17. Delavar A. Research methodology in psychology and educational sciences (4th edition). Virayesh Publisher. 2023. 1-388. Tehran: Publishing edit.
18. Dryden W, Neenan M. Learning from mistakes in rational emotive behaviour therapy: Routledge. 2013.
19. Rezaee shojaee 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), 958-962. URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-79-fa.html>
20. Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health*. 2007. 30(4), 459–467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
21. Siabhazi 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 Monit*. 2011; 10(4): 421-427.
22. Tanhayeh Reshvanloo F, Kareshki H, Amani M, Esfandyari S, Torkamani M. Psychometric Properties of the Kessler psychological distress scale (K6) based on classical test theory and Item-response theory. *Razi J Med Sci*. 2020;26(11):20-33
23. Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*. 1996. 17(3), 283–316. DOI: <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
24. Panaghi L, Dehghani M, Abbasi M, Mohammadi S, Maleki Q. Investigating the reliability, validity and factor structure of the revised conflict resolution tactics scale. 2011;7(25):103-117. Available from: <https://sid.ir/paper/122325/fa>
25. Nikan, A., Torabi, A., Mohseni-Nasab, Z., Bahadori, A., Javanmard, Z., Hosseini-Rad, M. Comparing the effectiveness of schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy on stress,

- resilience, emotion regulation, and psychological well-being of cardiovascular patients. *Quarterly Journal of Research in Psychological Health*. 2023. 19(1), 46-60.
26. Sadat Mostafa, M., Sedaghat, M., Makvand Hosseini, S., Seyed Ali Naghi, S. The effectiveness of schema therapy on adaptive and maladaptive cognitive-emotional regulation strategies in people with human immunodeficiency virus (HIV). *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2023. 32(4), 334-349.
 27. Rosta-e-Alishah, S. and Mostafaei, N. The effectiveness of schema therapy on emotional alexithymia and marital conflicts in couples with family disputes. *Quarterly Journal of New Ideas in Psychology*. 2023. 16(20).
 28. Shaker Dolq, A., Salmanpour, H. The effectiveness of schema therapy on modifying early maladaptive schemas and reducing mood symptoms in patients with skin disorders. *Pars Journal of Medical Sciences*. 2022. 15(4), 46-52.
 29. Erfan, A., Ghezlbash, S., Kazemian, M., Noorbala, A. The effectiveness of emotional schema therapy on impulsivity and mood symptoms in women with bipolar disorder. *Behavioral Sciences Research*. 2019. 17(3), 388-399.
 30. Dahmar, Tahere, Mahmoud, Rahat, & Ali, Arab. The effectiveness of schema therapy on distress tolerance and resilience of mothers with mentally retarded students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2023. Nov/Dec2021, p443-451. 9p.
 31. Rabiepour S, Khezri S. Investigating The Relationship Between Menstrual Patterns and Menstrual Distress in Female Studies in Sardasht. *Nurs Midwifery J*. 2021;18(11):873-82.
 32. Arntz, A. Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implications and practical applications. *Frontiers in Psychology*. 2021. 12, 633872. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.633872
 33. Ismkhani Akbarinejad, E., Farooqi, P., Javanshir, M. The effectiveness of rational emotive behavior therapy on body image concerns and perceived stress in women who have experienced breast surgery. *Journal of Health and Care*. 2023. 26(4), 343-354.
 34. Miri, M., Zarban, A., Ghasemi, A., Vaziri, Sh. Effectiveness of Rational-Emotional-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Oxidative Stress in Patients with Hypertension. *Quarterly Journal of Medical Sciences, Islamic Azad University*. 2023. Tehran, 34(3), 264-273.
 35. Saffarpour, A., Zaharakar, K., Farzad, V. Studying the Effectiveness of Rational-Emotional-Behavioral Couple Therapy on Improving Quality of Life and Reducing Marital Burnout in Married Men and Women. *Psychology Evolution*. 2023. 13(2), 69-78.
 36. Alhuessain, R. A. A., & Abo-Zeid, A. M. G. E. The Effectiveness of Rational Emotive Behavior Counseling Program to Modify Irrational Thoughts for Mothers of Children with Intellectual Disabilities. *College of Special Education Journal*. 2024. 1(1), 236-308.
 37. Syah, M. E. Rational Emotional Behavior Therapy (REBT) to reduce anxiety bullying victims in adolescents. *Journal of Family Sciences*. 2020. 5(1), 36-46.
 38. Popa, C., & Predatu, R. The effect of an integrative CBT/REBT intervention in improving emotional functioning and emotional stability in Romanian medical students. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*. 2019. 19(1), 232-239.
 39. Amani, R., & Saeidi, Z. The effectiveness of rational-emotive behavior therapy (REBT) on premenstrual syndrome symptoms and emotional regulation in women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2021. 42(4), 327-334. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1758654>

