Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 23, Issue 3

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 Derakhshan[1], **Felor Khayatan**[2], **Hajar Torkan**[3]

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@khuisf.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/.23.3.443]

مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی 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 قراردهد. لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان عقلانی–عاطفی بر شدت علائم ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی در زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: 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 مراجعه‌کننده به متخصص زنان و زایمان در شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۳ بود. در مجموع ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و با گمارش تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (طرحواره‌درمانی، درمان عقلانی–عاطفی، و کنترل) جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های ناپایداری عاطفی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳)، مشکلات زناشویی (اشتراوس، ۱۹۷۹) بود. گروه آزمایش اول طرحواره‌درمانی را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، گروه آزمایش دوم درمان عقلانی–عاطفی را در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت و گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار گرفت. هر سه گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند. محاسبات آماری به کمک نرم‌افزار آماری SPSS_V26 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد هر دو درمان طرحواره‌درمانی و درمان عقلانی–عاطفی بر شدت ناپایداری عاطفی ($p<۰/۰۵$)، مشکلات زناشویی ($p<۰/۰۵$) زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی اثر معنی‌دار داشته و پایداری این اثرات در طول زمان حفظ شده است، و در مرحله پیگیری اثربخشی آن معنی‌دار شد ($p<۰/۰۵$). طرحواره‌درمانی در مقایسه با درمان عقلانی–عاطفی اثربخشی بیشتری بر شدت ناپایداری عاطفی ($p<۰/۰۵$) و مشکلات زناشویی ($p<۰/۰۵$) داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش طرحواره‌درمانی و درمان عقلانی–عاطفی از جمله درمان‌های اثربخش برای بهبود شدت ناپایداری عاطفی و پیشنهاد می گردد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی، درمان عقلانی–عاطفی، علائم ناپایداری عاطفی، مشکلات زناشویی، ملال پیش از قاعدگی.

ارجاع: درخ شان دینا، خیاطان فلور، ترکان هاجر. **مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/23.3.443]

مقدمه

امروزه تأمین سلامت زنان یک هدف اصلی جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی جامعه محسوب می شود(۱). در این راستا، توجه به مسائل روان تنی 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[1] (PMS) یک بیماری پیچیده است که بخش قابل توجهی از زنان در سن باروری را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. که نوسانات خلقی، نگرانی غالب در این زمینه است (۳). که به طور قابل توجهی بر عملکرد روزانه و کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد (۴). مطالعات نشان می‌دهد که حدود ۷۵٪ از زنان در سن قاعدگی در سراسر جهان نوعی از علائم PMS را تجربه می‌کنند که ۳ تا ۸٪ از این افراد از PMS شدید رنج می‌برند(۵،۶). یک مطالعه مقطعی انجام شده توسط ابوالوفا و همکاران نشان داد که ۹۹,۷٪ از زنان علائم روانی را تجربه می‌کنند و ۸۵,۲٪ علائم رفتاری مرتبط با PMS را گزارش می‌کنند (۷). ملال پیش از قاعدگی[2] شامل دامنه‌ای از نشانه‌های هیجانی، جسمانی و رفتاری است که در مرحله لوتئال سیکل قاعدگی رخ داده و به‌دنبال شروع قاعدگی فروکش می‌کند، ولی پیامدهای منفی جدی برای زنان، خانواده‌ها و ارتباطات اجتماعی آنها ازجمله عزت‌نفس پایین، تحمل کم نسبت به استرس، احساس بی‌کفایتی و به‌هم‌ریختگی روانی را ایجاد می‌کند (۸). به‌هم‌ریختگی روانی مرتبط با چرخه قاعدگی می تواند منجر به عدم پایداری عاطفی‌شود. زنانی که این ناپایداری را تجربه می کنند، اغلب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کاهش‌یافته‌ای را نشان می‌دهند که در طی قاعدگی ضمن بروز مشکلاتی در بافت ارتباطی یا کل مسائل زندگی‌شان، می تواند به نوبه خود باعث تشدید ادراک علایم فیزیولوژیکی علائم فیزیولوژیکی ناشی از اختلال ملال پیش از قاعدگی ازجمله درد در آنها بیشتر آشکار شود (۹).

ناپایداری عاطفی[3] با تغییرات سریع، اغراق‌آمیز و غیرارادی در ابراز عاطفی مشخص می‌شود که اغلب با وضعیت عاطفی اساسی فرد ناهمخوان است. این دوره‌ها ممکن است شامل خنده، گریه یا طغیان‌های خشم غیرقابل کنترل باشد که با محرک نامتناسب هستند. (۱۰). از پژوهش‌های اخیر چنین بر می‌آید که افراد دچار ناپایداری عاطفی اغلب از نشانه‌های بیماری جسمی‌و درد شکوه دارند که گاهی با فاجعه‌پنداری درد همراه است. این الگو نشان‌دهنده‌ی 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 تاثیر 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).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان یکی از پدیده‌های شناختی کلیدی در درک و درمان مشکلات میان فردی نقش ایفا می‌کنند (۱۳). طرحواره‌های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند که به‌طورمعمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به‌خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند(۱۴). یانگ ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه و سازوکارهای مقابله ناسازگار را که به‌گونه خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر شده و درنتیجه منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می‌گردد معرفی کرده است که این طرحواره‌ها را در ۵ حوزه اصلی بریدگی و طرد/ خودگردانی و عملکرد مختل/ محدودیت‌های مختل/ جهت‌مندی و گوش‌به-زنگی و بازداری قرار داده اند(۱۳).

طرحواره درمانی با هدف شناسایی الگوهای عمیق شناختی–عاطفی (مانند رهاشدگی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی) که ریشه در کودکی دارند، عمل می‌کند. این طرحواره‌ها اغلب باعث ناپایداری عاطفی و تعارضات زناشویی می‌شوند. طرحواره درمانی با تغییر در سبک های مقابله ای ناسازگار و همچنین تکنیک‌هایی مانند باز والدسازی تجربی، منجر به بهبود تنظیم هیجان وکاهش ناپایداری عاطفی می‌گردد. و از طریق تغییر شناخت‌های ناسازگار با کاهش فاجعه‌سازی درد، به بهبود تحمل PMS، در مورد درد و کاهش علائم کمک می کند(۱۵).

درمان عقلانی–عاطفی[4] بر نقش فرآیندهای شناختی درونی به عنوان عوامل تعیین‌کننده اساسی عملکرد شخصیت تأکید دارد. این رویکرد از جلسات اولیه مداخله فعال را به کار می‌گیرد و به

[1]. premenstrual Syndrome
[2] premenstrual disorder
[3] emotional instability
[4] rational-emotional therapy

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]
[DOI: 10.48305/.23.3.443]

گونه‌ای طراحی شده است که به مراجعین کمک کند تا مشکلات عاطفی خود را در یک چارچوب کوتاه‌مدت (معمولاً ۱ تا ۱۰ 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 درمان های شناختی–رفتاری قرار می گیرند، اما از نظر سطح مداخله و مکانیسم عمل تفاوت های 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 قومیت های 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 می شود، 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 به‌صورت 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 اطلاعیه، با رعایت اصول اخلاقی ازجمله رعایت اصل امانتداری و رازداری و همچنین ارائه نتایج پژوهش به شرکت کنندگان 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 ۱۵نفر 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 ۳۰–۲۰ 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 پرسشنامه ها 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 گروه ها نمود. شرکت کنندگان در سه مرحله به پرسشنامه های ناپایداری عاطفی کسلرو همکاران وپرسشنامه 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) دریافت‌کردند(۱۸). ولی گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکرد. جلسات درمانی توسط مدرسین متخصص دوره-های درمانی مربوطه انجام گرفت. در مرحله پس آزمون و پیگیری هر سه گروه به پرسشنامه های مذکور پاسخ دادند. داده ها 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 شرکت کنندگان گرفته شد و به آنان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات پژوهش، جنبه کاملا محرمانه داردو فقط در راستای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار می گیرد.

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 می باشد که دارای دو بخش است (بخش اول که شامل ۱۴علامت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/23.3.443]

خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علائم را بر زندگی افراد می سنجد و شامل ۵سؤال است). هر سؤال دارای طیف لیکرت ۴ درجه ای است که از صفر تا ۳ نمره گذاری می شوند(اصلا، 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 می شوند (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). سیهبازی 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[1] 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 عمومی‌در سه مؤلفه زیر می‌پردازد: حضور آموزشی، حضور اجتماعی، حضور شناختی. جواب هر سؤال به‌صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ هیچوقت و ۴ همیشه است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام شده تأییدکننده تک‌عاملی بودن پرسشنامه ۱۰K- 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[2] (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، رفتارمثبت با سؤال‌های ۵، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳ و ۱۴، رفتارمنفی 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 دیباچی‌فروشانی 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 تحلیل ها مناسب تر است. همین طور این مقیاس و خرده مقیاس های آن از همسانی درونی مناسبی برخوردار هستند آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۶می باشد. به طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مقیاس تجدیدنظر شده تاکتیک های حل تعارض از روایی و پایایی مناسبی در جامعه ایرانی برخوردار است(۲۴).

شرح جلسات طرحواره درمانی.

پروتکل طرحواره درمانی براساس دستورالعمل و تکنیک های طرحواره درمانی یانگ و همکاران طی ده جلسه به صورت جلسات هفتگی شصت دقیقه ای 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 جمع آوری پرسشنامه های پژوهش.

جلسه دوم: توضیح مختصر در رابطه با اهداف و قوانین و مقررات گروه، تکمیل فرم تعهدنامه، آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار، شکل گیری 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

[1]. emotional instability questionnaire

[2]. Strauss marital problems questionnaire

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/.23.3.443]

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، جمع بندی.

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، اولویت-بندی رفتارهای مقابله‌ای، ارائه تکلیف 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 درایدن 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.

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 یاد آوری 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 یافته های 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 ارائه‌شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/.23.3.443]

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 گروه های مداخله (طرحواره درمانی و درمان عقلانی عاطفی) نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیری در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارد. با توجه به رعایت پیش فرض های اولیه جهت استفاده از آزمون های بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه ها، آزمون لوین جهت بررسی برابر واریانس نمرات و یکنواختی کوواریانس ها با استفاده از آزمون ماکلی در دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

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

	آزمون لوین		آزمون باکس		آزمون ماکلی		اپسیلون
متغیر	آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری	گرین‌هاوس- گیسر
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. همان طور که در جدول۲ مشاهده می شود، تمامی‌مقادیر 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 می توان 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 کواریانس‌ها 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 بین آزمودنی و درون آزمودنی 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/.23.3.443]

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 ($p<۰/۰۵$) و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز اثر خود را حفظ کرده است ($p<۰/۰۵$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین اثربخشی درمان طرحواره‌درمانی و درمان عقلانی-عاطفی بر شدت علائم ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی تفاوت وجود دارد ($p<۰/۰۵$) و اثر بخشی درمان طرحواره‌درمانی در مقایسه با درمان عقلانی-عاطفی بیشتر بوده است ($p<۰/۰۵$).

جدول ٤. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر زمان و گروه در متغیر های پژوهش به تفکیک گروه

		پیش آزمون- پس آزمون			پیش آزمون- پس آزمون		
متغیر	گروه –گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
علائم ناپایداری عاطفی	طرحواره درمانی – درمان عقلانی عاطفی	۲/۰۷۵	۰/۵۷۹	۰/۰۰٤	۲/۸۱۰	۰/۵۷۱	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی- گواه	٤/۱۸۵	۰/۵۹۲	۰/۰۰۱	٤/۹۹۹	۰/۳۳٦	۰/۰۰۱
	درمان عقلانی عاطفی – گواه	۲/۵۸۹	۰/٦۰۸	۰/۰۰۱	۲/۱۸۹	۰/۳٤۰	۰/۰۰۱
مشکلات زناشویی	طرحواره درمانی – درمان عقلانی عاطفی	۱/۷۱۹	۰/۴۷۴	۰/۰۰۴	۱/۳۱۰	۰/٤٦٤	۰/۰۳۹
	طرحواره درمانی- گواه	٦/۸۳۷	۰/٤۷۲	۰/۰۰۱	٦/۰٤۱	۰/٤٦۲	۰/۰۰۱
	درمان عقلانی عاطفی – گواه	۵/۱۱۷	۰/٤۷٦	۰/۰۰۱	٤/۷۳۰	۰/٤٦٦	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 ($p<۰/۰۵$) و پایداری آن نیز در طول زمان حفظ شده است ($p<۰/۰۵$)؛ همچنین بر اساس نتایج جدول، درمان عقلانی-عاطفی بر شدت ناپایداری عاطفی و مشکلات زنا شویی زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی اثر معنی‌داری داشته ($p<۰/۰۵$) و پایداری آن نیز در طول زمان حفظ شده است ($p<۰/۰۵$)؛ 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 تاثیر بیشتری بر شدت ناپایداری عاطفی و مشکلات زنا شویی زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی داشته است ($p<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

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 اندازه های تکراری بیانگر اثر بخشی معنادار طرحواره درمانی 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 زنا شویی 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/23.3.443]

(۱۴) که اثربخشی طرحواره‌درمانی را در کاهش نشانه‌های عاطفی و مشکلات زناشویی تأیید کرده‌اند، همخوانی دارد. در تبیین این یافته ها می توان گفت هنگامی که طرح وارههای ناسازگار اولیه فعال می شوند سطوحی از هیجان منتشر می شود و مستقیم و یا غیر مستقیم منجر به اشکال مختلفی از تعارض در زندگی زناشویی افراد می گردد. در مواردی نیز طرح واره های ناسازگار بیشتر از آنکه نتیجه وقایع تکان دهنده مجزا باشند، بیشتر به و سیله الگوی مداوم با اعضاء خانواده و همتایان ایجاد می شوند که به نحو فزاینده ای طرح واره ها را تقویت می کند. سازه طرح واره های ناسازگار، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می شوند. همچنین طرح واره های ناکارآمد در زنان مبتلا به سندرم PMS موجب ایجاد سوگیری در تفسیر فرد از رویدادها، نگرش های تحریف شده و گمانه های نادرست و غیرواقع بینانه در روابط با همسرشان می شود که موجبات تعارض در روابط و دل زدگی بین آن ها را فراهم می کند (۳۱). سادات مصطفی و همکاران (۱۴۰۲) دریافتند که طرحواره‌درمانی با اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد، راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را در افراد مبتلا به HIV تقویت می کند. دهمرد و همکاران (۲۰۲۳) اثربخشی طرحواره‌درمانی را در افزایش تحمل پریشانی 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 ملال پیش از قاعدگی) را ایجاد کنند (۱۳). جلسات طرحواره‌درمانی در این پژوهش، با بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی (مانند بازسازی شناختی)، تکنیک های تجربی (مانند تصویرسازی ذهنی و گفتگوهای خیالی)، و تکنیک های رفتاری (مانند الگوشکنی رفتار)، به اصلاح این ساختارها کمک کردند. در جلسات اولیه، آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار و دسته‌بندی آن‌ها به شرکت‌کنندگان 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 تحمل پریشانی 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 ملال پیش 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 ملال پیش 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 ملال پیش 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)، میری مینو و همکاران (۳۴)، صفارپور 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 می توان گفت، درمان عقلانی-عاطفی با تأکید بر شناسایی و تغییر باورهای غیرمنطقی که به پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناسازگار منجر می شوند، مشکلات زناشویی را کاهش می‌دهد(۳۵). این رویکرد بر این اصل استوار است که باورهای غیرمنطقی، مانند همسرم باید همیشه مطابق خواسته‌های من رفتار کند، تعارضات را تشدید می‌کنند. در این مداخله، آموزش اصول ABC-DC به زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی کمک کرد تا درک کنند چگونه باورهایشان بر احساسات و رفتارهایشان تأثیر می گذارد. برای مثال، شناسایی و مجادله با باورهای غیرمنطقی از طریق ایفای نقش و تصویر سازی عاطفی، به زنان دارای علائم ملال پیش از قاعدگی امکان داد انتظارات غیرواقعی از روابط

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/23.3.443]

خود را ا صلاح کنند، که این امر م ستقیماً تنش‌های زنا شویی را کاهش داد. و بحث گروهی در باره تأثیر باور ها بر بهزیستی روانشناختی، آگاهی عمیق‌تری نسبت به نقش افکار در ناپایداری عاطفی ایجاد کردند. همچنین، تکنیک‌هایی مانند ریلک سیـ شن و مدیر یت خود، م هارت های عملی برای م قابله 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 مداخ له (طرحواره‌در مانی، در مان عقلانی- عاطفی) تأثیر معنی داری بر کاهش ناپایداری عاطفی و مشکلات زناشویی زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی دارند. بااین 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 منافعی وجود ندارد.

حمایت مالی

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

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کد اخلاق پژوهشگر پس از در یا فت 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 دا شته ا ست. نویسنده دوم راهنمایی پژوهش را بر عهده دا شته است و نویسنده سوم مشاور پروژه بوده‌اند.

تقدیر و تشکر

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

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
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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/.23.3.443]

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

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. 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 Monit. 2011; 10(4): 421-427.

22. Tanhaye 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,

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/.23.3.443]

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. Rousta-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., Ghezelbash, 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., Zahrakar, 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

© 2025 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-14]

[DOI: 10.48305/.23.3.443]