

درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر تعارضات زناشویی در زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی

مریم زنگنه*

۱. گروه مشاوره، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۱۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷

چکیده

مقدمه: سندرم پیش از قاعدگی یکی از مشکلات شایع زنان در سنین باروری است که ابعاد جسمانی، هیجانی و بین فردی زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نوسانات خلقی و هیجانی در این دوره می‌تواند تعارضات زناشویی را افزایش داده و کیفیت روابط زوجی را کاهش دهد. درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، با تأکید بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مهربانی نسبت به خود، به عنوان یک رویکرد نوین می‌تواند توانایی زنان در مدیریت هیجانات و کاهش تعارضات زناشویی را ارتقا دهد.

روش: این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل زنان متأهل دارای سندرم پیش از قاعدگی مراجعه‌کننده به متخصصین زنان و زایمان شهر همدان در سال‌های ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ بود. برای غربالگری اولیه شرکت‌کنندگان از پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی (PSST) استفاده شد. تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با تصادفی‌سازی ساده از طریق قرعه‌کشی کارت‌های A و B به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) تخصیص یافتند. در طول مداخله، تعداد نمونه‌ها در هر گروه به ۱۷ نفر کاهش یافت. گروه آزمایش ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت دریافت کرد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های مربوط به متغیر وابسته با استفاده از پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ) جمع‌آوری و با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت موجب کاهش معنادار تعارضات زناشویی در زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی شد ($\eta^2 = 0/526$, $P < 0/001$, $F(2, 32) = 36/685$). میانگین نمرات تعارضات زناشویی در گروه آزمایش از $135/29 \pm 6/13$ در مرحله پیش‌آزمون به $132/67 \pm 6/61$ در پس‌آزمون و $131/58 \pm 6/94$ در پیگیری یک‌ماهه کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد. این یافته‌ها نشان‌دهنده کاهش $2/62$ واحدی در پس‌آزمون و $3/71$ واحدی در پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش است. همچنین تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بود ($P < 0/001$) و میانگین نمرات در مرحله پیگیری همچنان پایین‌تر از پیش‌آزمون باقی ماند که بیانگر تداوم اثر درمان در طول زمان است.

نتیجه‌گیری: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت می‌تواند به کاهش تعارضات زناشویی زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی کمک کند. با این حال، تبیین دقیق سازوکارهای احتمالی این اثر، از جمله نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش واکنش‌های هیجانی منفی، نیازمند سنجش مستقیم این متغیرها در پژوهش‌های آینده است. بر این اساس، به کارگیری این رویکرد در مراکز مشاوره خانواده و کلینیک‌های سلامت زنان می‌تواند به بهبود کیفیت روابط زناشویی و ارتقای سلامت روان زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی کمک کند.

کلیدواژه‌ها: سندرم پیش از قاعدگی، تعارض زناشویی، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی.

*نویسنده مسئول: مریم زنگنه، ایمیل: Neginh637@gmail.com

ارجاع: زنگنه مریم. درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر تعارضات زناشویی در زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی. مجله دانشکده علوم پزشکی ساوه ۱۴۰۵؛ ۲(۱): - . doi:10.22034/sumsj.2026.585318.1121.

مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی^۱ یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت زنان در سنین باروری است که با مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری در دوره پیش از قاعدگی شناخته می‌شود (۱) و می‌تواند عملکرد فردی، اجتماعی و بین‌فردی زنان را تحت تأثیر قرار دهد (۲). گزارش‌ها نشان می‌دهند که درصد قابل توجهی از زنان در سنین باروری درجاتی از علائم این سندرم را تجربه می‌کنند (۳) و بخشی از آنان با نشانه‌های شدیدتر و اختلال‌آفرین مواجه‌اند (۴). در این میان، تمایز میان سندرم پیش از قاعدگی و اختلال دیس‌فوریک پیش از قاعدگی اهمیت دارد؛ زیرا اختلال دیس‌فوریک پیش از قاعدگی یک اختلال تشخیصی مستقل با معیارهای مشخص است، در حالی که سندرم پیش از قاعدگی به طیفی از علائم با شدت‌های متفاوت اشاره دارد (۵). در پژوهش حاضر تمرکز بر زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی است.

نشانه‌هایی مانند تحریک‌پذیری، اضطراب، خلق افسرده، اختلال خواب، خستگی و دردهای جسمانی از مهم‌ترین تظاهرات سندرم پیش از قاعدگی هستند که می‌توانند کیفیت زندگی زنان را کاهش داده و عملکرد روزمره آنان را مختل کنند (۶،۷). این نشانه‌ها تنها به حوزه فردی محدود نمی‌شوند، بلکه می‌توانند بر روابط بین‌فردی، به‌ویژه روابط زناشویی نیز اثر بگذارند (۸). در دوره پیش از قاعدگی، افزایش حساسیت هیجانی، زودرنجی، نشخوار ذهنی و دشواری در تنظیم هیجان ممکن است موجب شود اختلاف‌های روزمره زوجین به تعارضات گسترده‌تر تبدیل شود (۹،۱۰). در چنین شرایطی، واکنش‌های هیجانی شدید، سوءبرداشت‌های ارتباطی و الگوهای ارتباطی ناکارآمد می‌توانند چرخه تعارض زناشویی را تشدید کنند (۱۱-۱۳).

با توجه به این پیامدها، شناسایی مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای کاهش آشفتگی هیجانی و بهبود روابط زناشویی در زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی اهمیت دارد. یکی از رویکردهای نوین در این زمینه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ است که به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری^۳ بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۴ تأکید دارد (۱۴). این رویکرد از طریق فرایندهایی مانند پذیرش تجربه‌های درونی، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال و عمل متعهدانه به افراد کمک می‌کند رابطه متفاوتی با افکار و هیجان‌های خود برقرار کنند (۱۵،۱۶). افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به بهبود تنظیم هیجان، کاهش واکنش‌های تکانشی و افزایش آگاهی از الگوهای رفتاری در روابط بین‌فردی منجر شود (۱۹-۱۷)؛ از این رو، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند از طریق آموزش پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال و عمل متعهدانه، در کاهش رنج روان‌شناختی و بهبود تعاملات بین‌فردی مفید باشد (۲۰).

در سال‌های اخیر، مؤلفه‌های مبتنی بر شفقت^۵ نیز در مداخلات روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته‌اند. شفقت به خود به معنای برخورد مهربانانه و غیرقضاوتگرانه با خود در شرایط دشوار، درک مشترک بودن رنج انسانی و حفظ توجه‌آگاهی متعادل نسبت به تجربه‌های دردناک است (۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شفقت به خود با کاهش خودانتقادی، شرم و نشخوار ذهنی و افزایش تنظیم هیجان، همدلی و پذیرش در روابط بین‌فردی همراه است (۲۲، ۲۳). بنابراین، ترکیب مؤلفه‌های شفقت با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند از طریق تقویت تنظیم هیجان، کاهش واکنش‌های هیجانی منفی و افزایش نگرش‌های همدلانه در تعاملات بین‌فردی، به بهبود روابط زناشویی کمک کند (۲۴). پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی در زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی می‌توانند بر متغیرهایی

^۱Premenstrual syndrome^۲Acceptance and commitment therapy^۳Third wave cognitive-behavioral therapies^۴Psychological flexibility^۵Compassion-based components

مداخلات بر پیامدهای هیجانی یا کیفیت زندگی پرداخته‌اند، پژوهش‌های اندکی به‌طور مستقیم اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت را بر تعارضات زناشویی در این جمعیت بررسی کرده است.

از این رو، نوآوری پژوهش حاضر در بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر تعارضات زناشویی زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی است. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر این مداخله بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی بود.

روش

روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۱ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان متأهل دارای سندرم پیش از قاعدگی مراجعه‌کننده به متخصصین زنان و زایمان شهر همدان در سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۳ بودند. برای تعیین حجم نمونه، با استفاده از نرم‌افزار G*Power (نسخه ۳،۱،۹،۷) و با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط ($f = 0/40$)، سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha = 0/05$) و توان آزمون ۸۰ درصد ($1 - \beta = 0/80$)، تعداد نمونه برای هر گروه ۱۸ نفر برآورد شد که با احتساب احتمال ریزش ۱۰ درصدی، در نهایت ۲۰ نفر برای هر گروه (در مجموع ۴۰ نفر) در نظر گرفته شد.

جهت انتخاب نمونه‌ها، ابتدا با مراجعه به سه کلینیک تخصصی زنان و زایمان پرمراجعه در سطح شهر همدان، پوستر فراخوان پژوهش نصب گردید و از متخصصین این مراکز درخواست شد بیماران مشکوک به سندرم پیش از قاعدگی را ارجاع دهند. سپس از میان واجدین شرایط که تمایل خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کردند، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در ادامه، تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) به روش تصادفی‌سازی ساده انجام شد؛ به این صورت که برای هر شرکت‌کننده یک پاکت درسته حاوی کارت A (گروه آزمایش) یا کارت B (گروه کنترل) که پیش‌تر به صورت تصادفی توسط یک فرد خارج از فرآیند پژوهش تهیه شده بود، اختصاص یافت.

مانند شدت علائم، اضطراب، افسردگی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مؤثر باشند (۲۵-۲۷). همچنین، برخی مطالعات از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش آشفتگی روان‌شناختی و بهبود سازگاری هیجانی در زنان با مشکلات مرتبط با سلامت باروری حمایت کرده‌اند (۲۸، ۲۹). از سوی دیگر، مداخلات مبتنی بر شفقت نیز در کاهش خودانتقادی، شرم و دشواری‌های هیجانی در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی نتایج امیدوارکننده‌ای داشته‌اند (۳۰، ۳۱). با افزون بر این، شواهد اندکی درباره اثربخشی این مداخله در قالب گروه‌درمانی برای این جمعیت وجود دارد. اجرای این مداخله به‌صورت گروهی نیز می‌تواند از چند جهت اهمیت داشته باشد. درمان گروهی می‌تواند زمینه‌ای برای تجربه حمایت همتایان، به‌اشتراک‌گذاری تجربه‌های مشابه، کاهش احساس تنهایی و تمرین مهارت‌های هیجانی و ارتباطی فراهم آورد (۳۲). این ویژگی‌ها ممکن است در زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی، که با نوسانات هیجانی و چالش‌های ارتباطی مواجه هستند، سودمند باشد. با این حال، بیشتر این مطالعات بر پیامدهای فردی تمرکز داشته‌اند و کمتر به بررسی پیامدهای بین‌فردی مانند تعارضات زناشویی پرداخته‌اند، به‌ویژه در جمعیت زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی. از سوی دیگر، اجرای مداخلات روان‌شناختی در قالب گروهی می‌تواند مزایایی مانند تجربه حمایت همتایان، به‌اشتراک‌گذاری تجربه‌های مشابه، کاهش احساس تنهایی و فرصت تمرین مهارت‌های هیجانی و ارتباطی را فراهم آورد (۳۳). این ویژگی‌ها می‌تواند برای زنانی که با نوسانات هیجانی و چالش‌های ارتباطی مرتبط با سندرم پیش از قاعدگی مواجه هستند، سودمند باشد.

با وجود شواهد موجود درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخلات مبتنی بر شفقت، بررسی ترکیب این دو رویکرد در قالب گروه‌درمانی و با تمرکز بر تعارضات زناشویی در زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی در پژوهش‌های پیشین کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به عبارت دیگر، در حالی که برخی مطالعات به بررسی اثر این

به صورت تصادفی توسط یک ناظر بالینی (متخصص روان‌شناسی بالینی و آشنا به پروتکل) ارزیابی شد و میزان انطباق مداخله با پروتکل ۸۸ درصد برآورد گردید.

پروتکل درمانی این پژوهش در قالب طی ۸ جلسه گروهی، به صورت هفته‌ای یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، دریافت کرد. این مداخله بر اساس اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران^۷ (۳۴) طراحی شد، با این تفاوت که در کنار فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به عنوان بافت، شفاف‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه، از مؤلفه‌های شفقت‌محور نیز استفاده شد. این مؤلفه‌ها شامل آموزش شفقت به خود، کاهش خودانتقادی، مواجهه مهربانانه و غیرقضاوتگرانه با تجربه‌های هیجانی دشوار، درک انسانیت مشترک در تجربه رنج و تقویت گفت‌وگوی درونی حمایتگر بود. بنابراین، با توجه به تلفیق فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با فنون و تمرین‌های مرتبط با خودشفقتی، این مداخله با عنوان «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت» نام‌گذاری شد. اگرچه پروتکل‌های کلاسیک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) معمولاً در ۱۲ جلسه ارائه می‌شوند، اما در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت‌های زمانی جامعه هدف (زنان مبتلا به PMS که تغییرات خلقی دوره‌ای پویایی دارند) و با هدف افزایش نرخ ماندگاری شرکت‌کنندگان در درمان، تعداد جلسات به ۸ جلسه متمرکز تقلیل یافت. پایداری درمان و اثربخشی آن از طریق ترکیب پویای مفاهیم ACT با تمرین‌های خودشفقتی جبران گردید تا اثربخشی لازم در بازه زمانی کوتاه‌تر حاصل شود. ساختار جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

در طول فرآیند مداخله، تعداد نمونه‌ها در هر گروه به ۱۷ نفر کاهش یافت. دلایل ریزش در گروه آزمایش شامل غیبت بیش از دو جلسه در برنامه‌های درمانی (۲ نفر) و عدم انجام تکالیف درمانی (۱ نفر) بود؛ در گروه کنترل نیز ریزش به دلیل عدم همکاری و عدم حضور در مرحله پیگیری جهت پاسخگویی به پرسشنامه‌ها (۳ نفر) رخ داد. شایان ذکر است که با وجود کاهش حجم نمونه به ۱۷ نفر در هر گروه (در مجموع ۳۴ نفر)، این تعداد همچنان با برآورد اولیه نرم‌افزار G*Power (۱۸ نفر بدون احتساب ریزش) انطباق نزدیکی دارد و با توجه به اندازه اثر بزرگ مشاهده‌شده در بخش یافته‌ها، توان آماری پژوهش جهت دستیابی به نتایج معتبر و قابل اطمینان حفظ گردیده است. شرکت‌کنندگان در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه) به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: (۱) قرار داشتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال؛ (۲) گذشت حداقل ۲ سال از زندگی مشترک؛ (۳) رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش و (۴) عدم دریافت همزمان سایر مداخلات روان‌شناختی یا روان‌پزشکی. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، عدم انجام تکالیف خانگی، بروز بحران‌های شدید خانوادگی یا شخصی در طول دوره درمان، و اعلام عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش بود.

مداخله درمانی توسط پژوهشگر اول (کارشناسی ارشد روان‌شناسی و دارای گواهی دوره‌های تخصصی جامع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت درمانی) اجرا گردید. جهت اطمینان از پایایی درمان، تمامی جلسات بر اساس راهنمای درمانی مکتوب پیش رفت، صداهای ضبط‌شده جلسات

جدول ۱. پروتکل جلسات مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت هیز و همکاران (۳۴)

جلسه	هدف	محتوا و شرح عملیاتی تکنیک‌ها
آشنایی، ارزیابی اولیه	معرفی اعضا و قوانین گروه؛ تعریف مفهوم کنترل به عنوان مسئله (نه راه‌حل)؛ اجرای «تمرین ناامیدی خلاق» از طریق	
اول	و تبیین ناامیدی خلاق	بررسی اثربخشی روش‌های مقابله‌ای گذشته با علائم PMS؛ اجرای «تمرین پوشش سخت» (تجسم پوشیدن زره سنگین در برابر طوفان هیجانات به جای فرار از آن) جهت آماده‌سازی اعضا برای پذیرش احساسات ناخوشایند.

^۶ Treatment Fidelity

^۷ Hayes

دوم	پذیرش هیجانات و تماس با لحظه حال	تمایز بین رنج اولیه (درد قاعدگی/تغییرات هورمونی) و رنج ثانویه (تلاش برای جنگیدن با خلق منفی)؛ اجرای «تمثیل شخص ولگرد» (چگونگی خوش آمدگویی به مهمان ناخوانده و مزاحم بدون درگیر شدن با او)؛ تمرین «پیاده‌روی در باران» (تمرین پذیرش خیس شدن و احساس سرما بدون شکایت ذهنی و تلاش برای توقف باران).
سوم	خود به عنوان بافتار و ناهم‌آمیزی	آموزش تفکیک خود مشاهده‌گر از محتوای افکار؛ اجرای تمرین «بافتار انگاشتن خویشتن»؛ اجرای «تمثیل ریگ‌های روان» (تلاش برای دست و پا زدن در باتلاق باعث فرو رفتن بیشتر می‌شود، پس باید بدن را شل کرد)؛ استفاده از تکنیک ناهم‌آمیزی شناختی (مانند تکرار سریع کلمات منفی برای بی‌اثر کردن بار معنایی آن‌ها).
چهارم	گسلش شناختی و کاهش خودانتقادی	شناسایی تله‌های زبانی و افکار ارزیاب خودانتقادگر؛ اجرای «تمرین رویارویی با آدم‌آهنی غول‌پیکر» (تصور افکار منفی به شکل هیولای طناب‌کشی که با رها کردن طناب، تنش از بین می‌رود)؛ تکنیک «رو کردن بله، اماها» برای به چالش کشیدن بهانه‌های ذهنی اجتناب‌گرایانه؛ آموزش مهربانی با خود در لحظه هجوم افکار منفی.
پنجم	روشن‌سازی ارزش‌ها و خودشفقتی	شناسایی ارزش‌های فردی و زناشویی؛ اجرای «تمرین فرونشانی افکار» (نشان دادن اینکه تلاش برای فکر نکردن به فیل صورتی باعث تمرکز بیشتر بر آن می‌شود، بنابراین باید افکار را بدون قضاوت مشاهده کرد)؛ تلفیق خودشفقتی از طریق تمرین «لمس تسلی‌بخش» هنگام مواجهه با دردهای پیش از قاعدگی.
ششم	جهت‌دهی به اهداف زناشویی	استفاده از «قطب‌نمای ارزش‌ها» برای تعیین اهداف عینی در رابطه با همسر؛ اجرای «تمثیل اتوبوس و مسافران» (رانندگی در مسیر ارزش‌ها علیرغم وجود مسافران مزاحم یعنی افکار و علائم PMS)؛ برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه متعهدانه متناسب با ارزش‌های زناشویی.
هفتم	عمل متعهدانه و خودشفقتی در روابط	اجرای «تمرین مشاهده‌گر» و «تمثیل صفحه شطرنج» (ما صفحه شطرنج هستیم نه مهره‌های سیاه و سفید جنگجو)؛ تعهد به انجام رفتارهای سازنده با همسر حتی در روزهای اوج علائم جسمی؛ تمرین بخشش خود در صورت بروز لغزش یا رفتارهای تکانشی.
هشتم	جمع‌بندی، پیشگیری از عود و ختم جلسات	مرور کارت‌های ارزش‌ها و تعهدات؛ نوشتن تعهدنامه‌ای برای «مادام‌العمر زندگی کردن بر اساس ارزش‌ها»؛ آموزش پذیرش عودهای احتمالی خلق به عنوان بخشی از چرخه طبیعی و نحوه برخورد مهربانانه با خود در مواجهه با لغزش‌ها.

نیز سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد شدید باشد؛ علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و در بخش تأثیر علائم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد شدید وجود داشته باشد. ستاینر و همکاران (۳۵) روایی و پایایی پرسش‌نامه در پژوهش ستاینر و همکاران (۲۷) با ضرایب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به سندرم پیش از قاعدگی و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ (همانندسازی) تا ۰/۹۴. برای خرده مقیاس‌های مربوط به اختلال دیس‌فوریک پیش از قاعدگی نیز آلفای کلی ۰/۹۶ همسانی درونی عالی دارد، این ضرایب آلفا را سازندگان مقیاس با اجرای پرسش‌نامه بر ۵۱۹ آزمودنی به دست آورده‌اند. این مقیاس در ایران توسط سیه‌بازی، حریری، منتظری و مقدم بنائم در سال ۱۳۹۱ ترجمه و هنجاریابی شد

ابزار پژوهش عبارت بود از پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی^۹ که توسط ستاینر، مک‌دوگال، براون^{۱۰} که در سال ۱۹۸۳ ساخته شد (۳۵). این پرسشنامه از ۱۹ سؤال تشکیل شده است که در دو بخش بود. بخش اول شامل ۱۴ علائم خلقی، جسمی و رفتاری و بخش دوم تأثیر این علائم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سؤال بود. برای هر سؤال ۴ معیار اصلاً، خفیف، متوسط و شدید ذکر گردیده که از صفر تا ۳ درجه بندی شدند. جهت تشخیص سندرم پیش از قاعدگی متوسط یا شدید سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: (۱) از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد؛ (۲) علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و (۳) در بخش تأثیر علائم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد و جهت تشخیص اختلال دیس‌فوریک پیش از قاعدگی

^۹premenstrual symptoms screening tool (PSST)

^{۱۰}Steiner, Macdougall, Brown

آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی است (۳۷). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی، از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی و نمرات متغیرهای پژوهش استفاده شد. به‌منظور بررسی همگنی اولیه دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، برای متغیرهای کمی آزمون t مستقل و برای متغیرهای کیفی آزمون کای‌دو به کار رفت.

در سطح استنباطی، به‌منظور بررسی اثر مداخله در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و نیز مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل، از تحلیل واریانس تک‌متغیره با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل، مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و کرویت به‌ترتیب با آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون و موچلی بررسی شد. در صورت عدم برقراری فرض کرویت، از اصلاح گرین‌هاوس-گایزر استفاده شد. افزون بر سطح معنی‌داری، اندازه اثر نیز بر اساس مجذور اتا جزئی (η_p^2) گزارش شد. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج آزمون کای‌دو نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سن $P = ۰/۲۲۵$ ، $df = ۲$ ، $\chi^2 = ۲/۹۸$ و مدت زمان ازدواج $P = ۰/۸۲۵$ ، $df = ۳$ ، $\chi^2 = ۰/۹۰$ و سطح تحصیلات $P = ۰/۸۲۴$ ، $df = ۲$ ، $\chi^2 = ۰/۳۹$ تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، دو گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن بودند.

و برای بررسی روایی پرسشنامه نیز از دو روش ظاهری و محتوای استفاده شده است. در آزمون پایایی این ابزار، مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ حاکی از روایی محتوایی این پرسشنامه است (۳۶). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

پرسشنامه تعارضات زناشویی: این پرسشنامه توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۵) ساخته و نمره کل تعارض زناشویی و ابعاد آن را به دست می‌دهد. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر. هر سوال آزمون دارای یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن نمره دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه‌کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۳، و برای خرده مقیاس کاهش همکاری ۰/۳۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۸۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۹۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۷۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۸۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۷۱ گزارش شده است. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده‌درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	طبقه	گروه کنترل تعداد (درصد)	گروه آزمایش تعداد (درصد)	χ^2	df	P
سن	کمتر از ۳۰ سال	۲ (۱۱/۷۶)	۴ (۲۳/۵۲)	۲/۹۸	۲	۰/۲۲۵
	۳۱ تا ۴۰ سال	۱۲ (۷۰/۵۹)	۷ (۴۱/۱۸)			
	۴۱ تا ۵۰ سال	۳ (۱۷/۶۵)	۶ (۳۵/۳۰)			
	جمع	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)			

مدت زمان ازدواج	کمتر از ۱۰ سال	۴ (۲۳/۵۲)	۴ (۲۳/۵۲)	۰/۹۰	۳	۰/۸۲۵
	۱۱ تا ۱۵ سال	۶ (۳۵/۳۱)	۴ (۲۳/۵۲)			
	۱۶ تا ۲۰ سال	۳ (۲۳/۵۲)	۴ (۲۳/۵۲)			
	بیش از ۲۱ سال	۳ (۱۷/۶۵)	۵ (۲۹/۴۵)			
تحصیلات	دیپلم	۶ (۳۵/۳۰)	۶ (۳۵/۳۰)	۰/۳۹	۲	۰/۸۲۴
	کارشناسی	۱۰ (۵۸/۸۲)	۹ (۵۲/۶۵)			
	کارشناسی ارشد	۱ (۵/۸۸)	۲ (۱۱/۷۹)			

پیش از تحلیل، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک تأیید شد ($p > ۰/۰۵$). همچنین فرض همگنی واریانس‌ها (آزمون لون) برقرار بود. برای بررسی اثر مداخله، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به دلیل نقض فرض کرویت (آزمون موچلی: $p < ۰/۰۵$)، از تعدیل گرین‌هاوس-گیسر استفاده گردید.

مقادیر گزارش شده به صورت تعداد و درصد ارائه شده‌اند. به دلیل طبقه‌ای بودن متغیرهای سن، مدت زمان ازدواج و تحصیلات، مقایسه دو گروه با استفاده از آزمون کای دو (χ^2) انجام شد. عدم معناداری مقادیر P نشان‌دهنده همگنی دو گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون است.

نتایج تحلیل استنباطی

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات تعارضات زناشویی در مراحل سه‌گانه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۳۵/۲۹	۶/۱۳	۱۳۲/۶۷	۶/۶۱	۱۳۱/۵۸	۶/۹۴
کنترل	۱۳۴/۸۰	۵/۸۰	۱۳۴/۹۵	۵/۹۰	۱۳۴/۸۵	۵/۸۵

کنترل در هر سه مرحله ثبات نسبی را نشان می‌دهند. تحلیل آماری دقیق این تفاوت‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات تعارضات زناشویی در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون روند کاهشی داشته است، در حالی که نمرات گروه

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (اثر تعاملی زمان $\times$ گروه)

منبع تغییر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P	η_p^2
زمان	۱۲۵/۴۰	۱/۵	۸۳/۶۰	۳۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
زمان $\times$ گروه	۸۸/۲۰	۱/۵	۵۸/۸۰	۲۵/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۰
خطا	۷۳/۶۰	۳۲	۲/۳۰	-	-	-

در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در طول زمان تفاوت معناداری داشته است و ۴۵ درصد از واریانس نمرات، تحت تأثیر مداخله (عامل تعاملی) بوده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی «زمان × گروه» معنادار است ($F(1/5, 32) = 25/57, p < 0/001$). این یافته بدین معناست که روند تغییرات نمرات تعارض زناشویی

جدول ۵. مقایسه‌های زوجی (آزمون بونفرونی) در گروه آزمایش

مقایسه مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p	آماره t
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲/۶۲	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۵/۸۲
پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۷۱	۰/۵۷	۰/۰۰۱	۶/۵۰
پس‌آزمون - پیگیری	۱/۰۹	۰/۲۲	۰/۰۰۱	۴/۹۵

روابط زناشویی همراه است (۳۸). در پروتکل حاضر، با استفاده از تکنیک‌های پذیرش و تعهد نظیر «گسلش شناختی»، شرکت‌کنندگان آموختند که چگونه به افکار و هیجانات ناشی از علائم جسمانی، نه به عنوان حقایق مطلق، بلکه به عنوان رویدادهای گذرا نگاه کنند. این فرایند باعث شد تا در زمان‌های اوج علائم،^{۱۴} فرد به جای درگیر شدن در چرخه معیوب «خشم-تلافی»،^{۱۵} با فاصله‌گذاری شناختی، عملکرد سازگارتری در رابطه با همسر خود داشته باشد.

افزون بر رویکرد پذیرش و تعهد، افزودن مؤلفه‌های «درمان متمرکز بر شفقت» لایه عمیق‌تری از تغییر را ایجاد کرد. شفقت به خود، طبق نظریه گیلبرت (۳۹)، نقشی کلیدی در تنظیم سیستم‌های هیجانی دارد و می‌تواند به کاهش احساس شرم، خودسرزنشگری و قضاوت‌گری کمک کند. بسیاری از این زنان به دلیل عدم آگاهی از ماهیت دوره‌ای علائم، دچار خودسرزنشگری و شرم درونی می‌شوند. مداخلاتی نظیر «تمرین‌های مدیتیشن شفقت‌ورزانه»^{۱۶} «تصویرسازی مهربانانه»^{۱۷} و «نامه نوشتن به خود»^{۱۸} به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا با خود آسیب‌پذیرشان با مهربانی برخورد کنند. نف و گرمر (۴۰) بیان می‌کنند که شفقت به خود نه تنها به کاهش خودانتقادی و تنظیم بهتر هیجان‌ها کمک می‌کند، بلکه ظرفیت فرد برای همدلی و شفقت نسبت به دیگران را نیز افزایش می‌دهد. همچنین، نف و برتواس (۴۱) نشان دادند

مطابق جدول ۵، در گروه آزمایش کاهش نمرات از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p < 0/001$). همچنین تفاوت پس‌آزمون و پیگیری حاکی از پایداری نتایج است. در گروه کنترل هیچ تفاوت معناداری میان مراحل مشاهده نشد. در نهایت، یافته‌ها اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت را در کاهش تعارضات زناشویی زنان دارای PMS تأیید می‌کند.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر تعارضات زناشویی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بود. نتایج نشان داد که این پروتکل درمانی، موجب کاهش معنادار در نمرات کلی تعارضات زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. این یافته همسو با پیشینه پژوهشی، بر کارآمدی رویکردهای موج سوم روان‌درمانی در مدیریت چالش‌های هیجانی-ارتباطی تأکید دارد.

یکی از تبیین‌های بنیادین برای اثربخشی این درمان، کاهش «اجتناب تجربی»^{۱۹} و ارتقای «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی»^{۲۰} است. زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، به دلیل تغییرات نوسانی هورمونی، مستعد تجربه هیجانات ناخوشایند شدیدی هستند که اغلب با واکنش‌های تکانشی در

^{۱۱} Experiential avoidance

^{۱۲} Psychological flexibility

^{۱۳} Cognitive dysfunction

^{۱۴} writing letters to yourself

^{۱۵}Experiential avoidance ^۱ Anger-retaliation

^{۱۶}Compassionate meditation exercises

^{۱۷}compassionate imagery

^{۱۸}Pre-menstrual

افرادی که از سطح بالاتری از شفقت به خود برخوردارند، در روابط صمیمانه و زناشویی رفتارهای حمایت‌گراانه‌تر، همدلانه‌تر و پذیراتر از خود نشان می‌دهند. بر این اساس، شواهد نظری پیشنهاد می‌کنند که وقتی فرد نسبت به رنج‌های شخصی خود شفقت می‌ورزد، به‌طور ضمنی ظرفیت همدلی او نسبت به دیگران، به‌ویژه همسر، نیز افزایش می‌یابد. یافته‌های پژوهش حاضر در راستای نتایج مطالعات پیشین در حوزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت قرار می‌گیرد. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای، که از فرایندهای کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هستند، به بهبود ارتباطات زوجین، کاهش تعارضات زناشویی و کاهش رفتارهای کلامی پرخاشگرانه منجر می‌شود (۴۲، ۴۳). نتایج پژوهش حاضر که کاهش تعارضات زناشویی را در گروه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت نشان می‌دهد، با این یافته‌ها همسو است. همچنین، مطالعات در زمینه درمان متمرکز بر شفقت تأیید کرده‌اند که پرورش نگرش شفقت‌ورزانه نسبت به خود و دیگران، حساسیت بین‌فردی، شرم و خودانتقادی را کاهش داده و به بهبود کیفیت روابط نزدیک و افزایش همدلی و صمیمیت در روابط زناشویی کمک می‌کند (۴۴-۴۶). یافته حاضر مبنی بر کاهش تعارضات زناشویی در گروه مداخله، با این نتایج نیز همخوانی دارد.

نکته حائز اهمیت در پژوهش حاضر، هم‌افزایی احتمالی این دو رویکرد در درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت که منجر به ایجاد یک مداخله یکپارچه می‌شود، یافته‌های ما نیز مؤید آن است. این یکپارچگی از آن رو رخ می‌دهد که پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش هیجانات ناخوشایند و عدم اجتناب از آن‌ها، به زوجین کمک می‌کند تا به‌جای واکنش‌های تکانشی یا پرخاشگرانه، با چالش‌های ارتباطی مواجه شوند. در کنار آن، درمان متمرکز بر شفقت با آموزش نگرش مهربانانه، پذیرنده و غیرقضاوت‌گر نسبت به خود، هیجانات و رنج‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی زناشویی، به کاهش خودانتقادی و افزایش تنظیم هیجانی کمک می‌کند

(۳۶، ۳۹)، ترکیب این دو رویکرد می‌تواند از طریق مکانیسم‌هایی مانند کاهش خودانتقادی، افزایش تنظیم هیجانی، ارتقای ظرفیت تحمل ابهام و موقعیت‌های پرتنش، و افزایش صبوری و همدلی در تعامل با همسر، زمینه‌ساز کاهش تعارضات زناشویی و برقراری ارتباط مؤثرتر زوجین شده باشد. افزایش آگاهی از هیجان‌ها و پاسخ‌دهی انعطاف‌پذیر به موقعیت‌های تنش‌زا، که توسط هر دو رویکرد تقویت می‌شود، می‌تواند زوجین را در مدیریت سازنده اختلافات یاری دهد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم پیگیری بلندمدت برای بررسی پایداری اثرات مداخله و حجم نمونه محدود است که تعمیم‌یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌کند. همچنین، استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی برای سنجش تعارضات زناشویی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری‌های مطلوبیت اجتماعی باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از مقیاس‌های مشاهده‌ای برای ارزیابی تعاملات زوجین و همچنین ارزیابی‌های فیزیولوژیک جهت سنجش دقیق‌تر مکانیسم‌های آرامش‌بخشی استفاده شود.

در نهایت، یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌دهد که مشاوران خانواده و درمانگران می‌توانند پروتکل‌های تلفیقی (ACT-CFT) را به عنوان یک مداخله مبتنی بر شواهد برای کمک به زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در جهت مدیریت بهتر روابط زناشویی به کار گیرند. آموزش شفقت به خود، نه تنها یک تمرین روان‌شناختی است، بلکه یک مهارت ارتباطی است که می‌تواند چرخه‌های معیوب تعارض را قطع کرده و بستری برای روابط مبتنی بر صمیمیت و پذیرش متقابل فراهم آورد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌طور معناداری تعارضات زناشویی زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی را کاهش دهد. این مداخله با تأکید بر پذیرش تجربه‌های هیجانی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربی و تقویت نگرش شفقت‌آمیز نسبت به خود، به زنان کمک می‌کند واکنش‌های هیجانی خود را در دوره‌های پیش

پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.H.REC.1402.163 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به تأیید رسیده است.

کد اخلاق

IR.IAU.H.REC.1402.163

تضاد منافع

در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب ۱ سامی آنها در مقاله ذکر شده است.

حمایت مالی

این پژوهش بدون دریافت هرگونه حمایت مالی از سازمان‌ها یا نهادهای مالی انجام شده است.

از قاعدگی بهتر مدیریت کنند و تعاملات سازگارانه‌تری با همسران خود داشته باشند. بر این اساس، به‌کارگیری این رویکرد در برنامه‌های مشاوره و مداخلات روان‌شناختی می‌تواند به بهبود کیفیت روابط زناشویی و ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی کمک کند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند، از کلیه شرکت‌کنندگان که در این پژوهش ما را یاری دادند و امکان انجام مطالعه را فراهم کردند، تشکر کنند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی بالینی نویسنده اول است و در شورای تخصصی

References:

1. Biggs WS, Romeu JM, Gaudard T. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2025;111(4):345-350. PMID: 40238977
2. Lambert E, Hunter M, Cocker H, Gurvich C, Chalder T. Emotion regulation in Premenstrual Dysphoric Disorder and Premenstrual Syndrome: a systematic review. *BMC Psychol*. 2025;13(1):1289. Published 2025 Nov 24. doi:10.1186/s40359-025-03587-y
3. Granda D, Szmidt MK, Surąła O, Malczewska-Lenczowska J. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among highly trained and elite female athletes: A systematic review and meta-analysis. *Biol Sport*. 2025;42(3):211-225. Published 2025 Mar 18. doi:10.5114/biol sport.2025.148542
4. Yang Y, Jia Y, Fu S, et al. The prevalence of premenstrual syndrome in China: a systematic review and meta-analyses. *Front Psychiatry*. 2025; 16:1640781. Published 2025 Sep 11. doi:10.3389/fpsy.2025.1640781
5. Arora A, Chakraborty S, Pandey R. Understanding premenstrual dysphoric disorder from a psychosomatic and a sensory perspective. *Front Glob Womens Health*. 2025; 6:1595083. Published 2025 Jul 21. doi:10.3389/fgwh.2025.1595083
6. Meth EMS, Nôga DA, Dubol M, Xue P, Sundström-Poromaa I, Benedict C. The impact of pharmacotherapy for premenstrual dysphoric disorder on sleep. *Sleep Med Rev*. 2025; 80:102069. doi: 10.1016/j.smrv.2025.102069
7. Wang Q, Lu D. Association between premenstrual disorders and quality of life: a cross-sectional study of 8311 women in Sweden. *European Psychiatry*. 2025;68(Suppl 1): S258. doi: 10.1192/j.eurpsy.2025.573
8. Yang J, Cheng M, Jiang Z, et al. Premenstrual dysphoric disorder as a potential predisposing factor for Alzheimer's disease: a review. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2025; 16:1580947. Published 2025 Oct 14. doi:10.3389/fendo.2025.1580947
9. Hodgetts, S., & Kinghorn, A. (2025). Examining the impact of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) on life and relationship quality: An online cross-sectional survey study. *PloS one*, 20(4), e0322314. doi.org/10.1371/journal.pone.0322314
10. Assali R, Jalal Marvi F, Ansari F, Lashkardost H. Premenstrual syndrome and the marital relationship. *North Khorasan University of Medical Sciences* 2015; 7 (2) :465-473. URL: <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-602-fa.html>
11. Karimiankakolaki, Z., Mazloomi Mahmoodabad, S. S., Heidari, F., Gerayllo, S., Khabiri, F. The Relationship between Premenstrual Syndrome and Women's Marital Satisfaction. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2019; 7(2): 1650-1655. doi: 10.22038/jmrh.2019.33287.1361
12. Shaahmadi F, Movahed E, Shojaei S, Zareipour M A, Lotfi mine blagh B, Ameri M et al. The Relationship between the Intensity of Premenstrual Syndrome Symptoms and Marital Satisfaction among the Couples of Kerman City. *J Res Dev Nurs Midw* 2018; 15 (2) :14-21. URL: <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-1059-en.html>
13. Assali R, Jalal Marvi F, Ansari F, Lashkardost H. Premenstrual syndrome and the marital relationship. *North Khorasan University of Medical Sciences* 2015; 7 (2) :465-473. URL: <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-602-fa.html>
14. Arch JJ, Finkelstein LB, Nealis MS. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for anxiety disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2025;48(3):443-456. doi: 10.1016/j.psc.2025.02.003
15. Aghili M, Haghparast Y, Babae E. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the fusion of thoughts, emotion regulation and health anxiety of girls with menstrual pain syndrome. *3 JNE* 2024; 13

- (1) :11-21. URL: <http://jne.ir/article-1-1550-fa.html>
16. Lee EB. Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2025;48(3):457-466. doi: 10.1016/j.psc.2025.02.004
17. Farnoosh M, Karimi J, Razani M, Piriaei H. The Effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" on Desperation and Feelings of Shame in Girls with Premenstrual Syndrome. *JHPM* 2025; 14 (2) :60-72. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1826-fa.html>
18. Tutty LM, Barry L, Nixon KL. "Mommy's having a bad day": the impact of premenstrual symptoms on mothering. *Women's Reproductive Health.* 2022;9(2):81-99. doi:10.1080/23293691.2021.2016137
19. Zettle RD. Acceptance and Commitment Therapy for Depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2025;48(3):467-477. doi: 10.1016/j.psc.2025.02.005
20. Barzegar E, Zohrei E, Bostanipour A, Fotohabadi K, Ebrahimi S, Hoseinnia M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on perceived stress and aggression in women with premenstrual syndrome. *Journal of Psychological Studies.* 2018;14(3):163-178. doi:10.22051/psy.2018.18095.1529
21. Olfatykia N, Eshagzadeh H, Smkhani Akbarinejad H. Impact of acceptance and commitment therapy on premenstrual dysphoric disorder and pain catastrophizing in adolescent girls. *Feyz Med Sci J* 2023; 27 (6) :650-657. URL: <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-5004-fa.html>
22. Ahmadi Malairi G, Rahmani MA, Asghar M. The effectiveness of compassion-based therapy on emotional ataxia and aggression in women with premenstrual dysphoria. *Islamic Lifestyle with a Focus on Health.* 2023;6(4):88-98.
23. Aghababae P, Alipour A. The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment with a focus on compassion on emotional processing and self-care in adolescent girls with premenstrual syndrome. *Rooyesh.* 2023;12(9):75-84. Available from: <http://frooyesh.ir/article-1-4496-fa.html>
24. Carvalho SA, Skvarc D, Barbosa R, Tavares T, Santos D, Trindade IA. A pilot randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy versus compassion-focused therapy for chronic illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2022;29(2):524-541. doi:10.1002/cpp.2643
25. Bluth K, Eisenlohr-Moul TA. Response to a mindful self-compassion intervention in young women with premenstrual syndrome. *Mindfulness.* 2017;8(4):1043-52. doi:10.1007/s12671-016-0677-2
26. Lustyk MKB, Gerrish WG, Douglas H, Bowen S. Relationships among premenstrual symptom reports, mindfulness, and emotional regulation. *J Clin Psychol.* 2011;67(1):62-78. doi:10.1002/jclp.20735
27. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavani S. Epidemiology of premenstrual syndrome, a systematic review and meta-analysis study. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(2):106-9. doi:10.7860/JCDR/2014/8024.4021
28. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavani S. Epidemiology of premenstrual syndrome, a systematic review and meta-analysis study. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(2):106-9. doi:10.7860/JCDR/2014/8024.4021
29. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change.* New York: Guilford Press. 2012.
30. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME, Schreurs KMG. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: A randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2012;42(3):485-95. doi:10.1017/S0033291711001206

31. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Mindfulness*. 2019;10(8):1455-73. doi:10.1007/s12671-019-01134-6
32. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behav Ther*. 2017;48(6):778-92. doi:10.1016/j.beth.2017.06.003
33. O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: The ISPMO Montreal consensus. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(1):13-21. doi:10.1007/s00737-010-0201-3
34. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006. PMID: 16300724.
35. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(3):203-209. doi:10.1007/s00737-003-0018-4
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) :421-427. URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-495-fa.html>
37. Bidari, F., Amirfakhraei, A., Zareei, E., Keramati, K. Effectiveness of Imago therapy on The Idealism and Inefficient Attitudes of the Women with Marital Conflict with Early Maladaptive Schemata. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*, 2021; 64(3): 3278-3291. doi: 10.22038/mjms.2021.18865
38. Farnoosh M, Karimi J, Razani M, Piriaei H. The Effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" on Desperation and Feelings of Shame in Girls with Premenstrual Syndrome. *JHPM* 2025; 14 (2) :60-72
URL: <http://jhpm.ir/article-1-1826-fa.html>
39. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):6-41. doi:10.1111/bjc.12043
40. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013 Jan;69(1):28-44. doi: 10.1002/jclp.21923.
41. Neff, K. D., Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78–98. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.639548>
42. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(4):751-70. doi: 10.1016/j.psc.2017.08.009.
43. Harris R. ACT Made Simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. 2nd ed. Oakland: New Harbinger Publications; 2019.
44. Gilbert P. *The Compassionate Mind*. London: Constable & Robinson; 2009.
45. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behav Ther*. 2017 Nov;48(6):778-792. doi: 10.1016/j.beth.2017.06.003.
46. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28-44. doi:10.1002/jclp.21923

Group-Based Acceptance and Commitment Therapy Focused on Compassion on Marital Conflicts in Women with Premenstrual Syndrome

Maryam Zangeneh ^{1*}

1. Department of Counseling, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran.

Received: 20/06/2026

E-Published: 06/07/2026

ABSTRACT:

Introduction: Premenstrual syndrome (PMS) is a prevalent condition among women of reproductive age, significantly impacting their physical, emotional, and interpersonal domains. Mood and emotional fluctuations during this period can exacerbate marital conflicts and diminish the quality of spousal relationships. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) focused on compassion, by emphasizing psychological flexibility and self-kindness, represents a novel approach that may enhance women's ability to manage emotions and reduce marital conflicts.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest-follow-up design with a control group. The study population consisted of married women with PMS who visited gynecologists in Hamedan between 2023 and 2024. For initial screening, the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) was utilized. Forty participants were selected via convenience sampling and randomly assigned (using card draw A and B) into experimental and control groups ($n=20$ per group). During the intervention, the sample size in each group decreased to 17. The experimental group received eight 60-minute sessions of compassion-focused ACT, while the control group received no intervention. Data regarding the dependent variable were collected using the Marital Conflict Questionnaire (MCQ) and analyzed using repeated measures ANOVA in SPSS version 23.

Results: The results indicated that the compassion-focused ACT group intervention significantly reduced marital conflicts in women with PMS ($F_{(2,32)} = 36.685, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.526$). Mean scores for marital conflict in the experimental group decreased from 135.29 ± 6.13 at pretest to 132.67 ± 6.61 at posttest and 131.58 ± 6.94 at the one-month follow-up, whereas no significant change was observed in the control group. These findings represent a reduction of 2.62 units at posttest and 3.71 units at follow-up compared to the pretest in the experimental group. Furthermore, the differences between pretest and posttest, as well as pretest and follow-up, were statistically significant ($p < 0.001$), and the mean scores remained lower at follow-up, indicating the sustained effect of the treatment over time.

Conclusion: Compassion-focused ACT can contribute to reducing marital conflicts in women with PMS. However, a precise explanation of the underlying mechanisms of this effect, including the role of psychological flexibility and the reduction of negative emotional reactions, requires direct assessment of these variables in future research. Accordingly, incorporating this approach into family counseling centers and women's health clinics can help improve marital relationship quality and enhance the mental health of women suffering from PMS.

Keyword: Premenstrual syndrome, Marital conflict, Acceptance and Commitment Therapy, Self-compassion, psychological flexibility

*Corresponding Author: Maryam Zangeneh, E-mail: Neginh637@gmail.com

CITATION: Zangeneh M. Compassion-focused acceptance and commitment group therapy on marital conflicts in women with premenstrual syndrome. *Journal of Saveh University of Medical Sciences*, 2026; 2(1): - . doi: [10.22034/sumsj.2026.585318.1121](https://doi.org/10.22034/sumsj.2026.585318.1121)