اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و خودکارآمدی در مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی

سید علی آل یاسین[1]، فرشته کاکاسلطانی[2]، مریم فراهانی فر[3]

۱. استادیار، گروه روان شناسی بالینی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی خمین، خمین، ایران

۲. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی خمین، خمین، ایران

۳. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی عمومی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی خمین، خمین، ایران

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره هفتم/ شماره ۲/ پاییز و زمستان ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: سندرم پیش از قاعدگی، یکی از شایع‌ترین اختلالات سنین باروری بوده که بر هیجانات و عملکرد زنان تأثیر منفی دارد و شامل گروهی از نشانه‌هایی است که یک تا دو هفته قبل از قاعدگی شروع می‌شود. در برخی از زنان، علائم به اندازه‌ای شدید است که موجب اختلال در زندگی می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و خودکارآمدی در مبتلایان سندرم پیش از قاعدگی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی نیمه تجربی است. ۳۰ نفر از ۱۰۰ نفر مراجعین به بیمارستان زنان و زایمان بیمارستان اقبال شهر تهران در سال ۱۳۹۵، به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت گروه درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. ابزار بررسی پرسشنامه‌های اضطراب *Beck*، خود کارآمدی عمومی *Sherer*، کیفیت زندگی *SF36* بود که قبل و بعد از آزمون توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. یافته‌ها با استفاده از نرم افزار *SPSS* نسخه ۱۹ و روش‌های آمار توصیفی و استباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: پس از انجام مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان اضطراب، کیفیت زندگی و خودکارآمدی در گروه مداخله به صورت معناداری کاهش یافت ($P=۰/۰۰۱$) و از نظر میزان سندرم پیش از قاعدگی تفاوت در دو گروه، پس از مداخله معنادار بود ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از تحقیق حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و خودکارامدی در مبتلایان *PMC* مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی

آدرس مکاتبه : خمین دانشگاه آزاد اسلامی

پست الکترونیکی: *Aleyasin_psychology@yahoo.com*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی *Premenstrual Syndrome (PMS)* اشاره به مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمانی، روان شناختی، عاطفی و رفتاری دارد که به طور ادواری در مرحله لوتئال قاعدگی اتفاق می‌افتد و به طور قابل توجهی در باقیمانده سیکل کاهش می‌یابد (۲و۱). *PMS* در ادبیات پزشکی ابتدا توسط *Hornay Karen* و *Frank* مطرح شد (۳).

اختلالات قاعدگی در زنان بسیار شایع است. شیوع ۱۲ ماهه اختلال ملال پیش از قاعدگی ۸/۱ تا ۸/۵ است. دقیق‌ترین ارزیابی اختلال ملال پیش از قاعدگی ۸/۱ درصد برای زنانی است که نشانه‌های آنها ملاک‌های کامل را بدون اختلال کارکردی برآورده می‌کند و ۳/۱ درصد برای زنانی است که نشانه‌های آنها ملاک‌های کنونی را همراه با اختلال کارکردی و بدون نشانه‌های همزمان اختلال روانی دیگر، برآورده می‌سازد (۴). سندرم پیش از قاعدگی مجموعه‌ای از تغییرات خلقی، رفتاری و جسمانی است که یک هفته قبل تا یک هفته بعد از شروع قاعدگی به صورت قابل پیش‌بینی و پیوسته رخ می‌دهد (۵). زنان ممکن است در هر زمانی در طول سال‌های باروریشان، سندرم پیش از قاعدگی را تجربه کنند که گاهی خفیف و گاهی شدید می‌باشد (۶). بیش از ۲۰ درصد زنان در دوران قاعدگی، علائم سندرم پیش از قاعدگی را تا حدی که مجبور به درمان بالینی می‌شوند، تجربه می‌کنند (۷). این سندرم یکی از بحث برانگیزترین موضوعات در زمینه زنان است (۸). علائم بیماری را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد (۹) : ۱- تغییرات فیزیکی که شامل خستگی، سردرد، دردهای عضلانی، افزایش وزن و درد سینه است (۱۰) ۲- علائم روانی- خلقی که شامل اختلالات افسردگی، عصبانیت، اضطراب، گریه بدون دلیل و اختلال در عملکرد روزانه است (۱۱) این علائم، به طور قابل توجهی کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان را تحت تأثیر قرار داده و موجب اضطراب و افسردگی در آنان می‌شود (۱۲).

برخی از محققان، کیفیت زندگی را با رویکرد عینی تعریف کرده و موارد آشکار و مرتبط با معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمی، شرایط شخصی (ثروت، شرایط زندگی و ...)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی یا دیگر عوامل اقتصادی و اجتماعی را با کیفیت زندگی معادل دانسته‌اند (۱۳) از طرفی اضطراب نیز در صورت عدم درمان باعث استمرار بیماری می‌گردد. اضطراب در این بیماران، موجب تشدید مشکل شده و افکار وسواسی را تشدید کرده و خودکار آمدی آنها را کاهش می‌دهد (۱۴). فردی که خودکار آمدی‌اش کاهش می‌یابد، احساس ناامیدی و کیفیت زندگی پایینی را تجربه خواهد کرد. خودکارآمدی به احساس و باور فرد به توانایی‌هایش اطلاق می‌شود (۱۵). سندرم قبل از قاعدگی نه تنها بر فرد بلکه بر خانواده وی نیز تأثیر داشته و سبب ایجاد تغییراتی در رفتار زنان می‌شود. از جمله این آثار می‌توان ناسازگاری با همسر و بدرفتاری با فرزندان را نام برد. همچنین این سندرم موجب افزایش پیامدهای اجتماعی مانند ارتکاب به قتل، جنایت و خودکشی می‌شود (۱۶). شیوع سندرم پیش از قاعدگی بالاست، به طوری که حدود ۸۰ درصد از زنان در سن باروری ممکن است از علائم فیزیکی و روانی رنج ببرند (۱۷). در حدود ۳ تا ۸ درصد از زنان، علائم را به صورت حاد نشان می‌دهند (۱۸). در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، سندرم پیش از قاعدگی در زیر مجموعه بیماری‌های سیستم ادراری تناسلی آورده شده است (۱۹). دلیل سندرم پیش از قاعدگی هنوز به درستی شناخته نشده است (۲۰). عوامل متعددی مثل نوسانات هورمونی اختلالات نوروآندوکرینی و تنوع گیرنده‌های استروژن و عوامل محیطی نظیر الکل و استرس پیشنهاد شده است (۲۱).

درمان سندرم پیش از قاعدگی با هدف بهبود علائم و باز گرداندن عملکرد صحیح بدن صورت می‌گیرد و اغلب نیز به ترکیبی از اصلاح شیوه زندگی و درمان دارویی نیاز دارد (۲۲).

برای درمان مشکلات انسان‌ها، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. یکی از این درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و چارجوب ارتباطی است. اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (*acceptance & commitment therapy*) روش‌های درمانی‌اش را در کلمات مراقبه یا هوشیاری توصیف نمی‌کند اما شامل آنها می‌شود. به مراجعان در درمان مبتنی بر

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

پذیرش و تعهد، آموزش داده می‌شود که خود مشاهده‌گری را که به دیدن حس‌های بدنی، افکار و هیجاناتشان تواناست، قبول کنند (۲۳). با توجه به تأثیر سندرم پیش از قاعدگی بر ابعاد گوناگون کیفیت زندگی و کارآمدی افراد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی انجام گرفته است و به بررسی این مسئله می‌پردازیم که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و خودکار آمدی مبتلایان سندرم پیش از قاعدگی تأثیر دارد؟

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی نیمه تجربی است که به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت تصادفی انجام شد. طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه تجربی از طریق پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه زنان مراجعه کننده به بیمارستان زنان و زایمان اقبال شهر تهران را شامل می‌شد. بر این اساس ۳۰ نفر از ۱۰۰ نفر مراجعه کننده که بالاترین نمره را در پرسشنامه سنجش علایم سندرم پیش از قاعدگی کسب نمودند، به صورت تصادفی در دو گروه مساوی (۱۵ نفر مداخله و ۱۵ نفرکنترل) جایگزین شدند.گروه مداخله به مدت ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته به صورت دو بار در هفته توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی عمومی تحت درمان گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرارگرفتند. در ابتدای این جلسات پیش آزمون و در انتهای آن پس آزمون گرفته شد. محتوای این جلسات شامل ارزیابی‌های فردی، ارزیابی هزینه های تلاش‌های رابطـه‌ای بی‌اثر، تمرکز حواس و پذیرش، هم جوشی شناختی، مشاهده افکار، انتخاب جهت ارزش‌ها، شناسایی موانع ارزش زنـدگی از طریـق پذیرش و مشاهده خود، ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه، خود به عنوان زمینه در رابطه پذیرش و اقدام متعهد بود. جلسات به صورت سخنرانی، بحث‌گروهی و نیز انجام تکلیف در خانه بود. پس از پایان مداخله مجدداً پرسشنامه‌های اضطراب *Beck*، خودکار آمدی عمومی *Sherer*، کیفیت زندگی *SF36* تکمیل شدند.

پرسشنامه کیفیت زندگی *SF36*: توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل ۳۶ سوال در دو حیطه اصلی جسمی و روانی می‌باشد که ۸ خرده مقیاس مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد. عملکرد جسمانی، درد بدنی، عملکرد پایین، سلامت عمومی، سر زندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی. در مطالعه (۱۷) ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های هشتگانه *SF36* بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است. برای تعیین روایی آن از روایی همگرا استفاده شد که دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ به‌دست آمده است (۲۴).

پرسشنامه خودکار آمدی عمومی *Sherer*: دارای ۱۷ سئوال است که هر سئوال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سئوال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سئوال‌ها به‌صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتبار یابی شده است. ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمده است (۲۵).

پرسشنامه اضطراب بک *(Beck Anxiety Inventory)*: پرسشنامه اضطراب بک *(BAI)* که توسط *Beck* و همکارانش در سال ۱۹۸۸ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که علایم اضطراب را فهرست کرده است و بیشتر به چک لیست شباهت دارد پرسشنامه اضطراب بک *(BAI)* برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است و هر یک از ماده‌های آن یکی از علایم شایع اضطراب یعنی علایم ذهنی، علایم بدنی و هراس را می‌سنجد. همانگونه که اشاره شد این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که هر گویه از

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. نمره ۰ نشان‌دهنده عدم وجود علامت، نمره ۱ نشان‌دهنده علامت خفیف، نمره ۲ نشان‌دهنده علامت متوسط و نمره ۳ نشان‌دهنده علامت شدید است. پس از به‌دست آمدن نمرات آن‌ها جمع بسته می‌شوند و نمره کلی فرد از ۰ تا ۶۳ به‌دست می‌آید. فرد با توجه به نمره کسب شده می‌تواند در این چهار طبقه قرارگیرد. طی یک پژوهش تحلیلی- مقطعی ۶۰۰ نفر به صورت تصادفی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک از طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب و پرسشنامه اضطراب بک را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها نشان داد که اختلاف معناداری بین میانگین اضطراب در دو جنس وجود ندارد و مقدار پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است. با استفاده از تحلیل آنالیز عاملی، ۵ مولفه به‌دست آمد که ۵۸/۵۴ درصد نمرات پرسشنامه را تبیین می‌کرد (۲۶).

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد میانگین گروه سنی در گروه مداخله۱±۳۱ گروه کنترل۵ /۱±۳۰ است. داده‌های به دست آمده از پیش آزمون و پس آزمون اجرا شده بر روی گروه‌های مداخله و کنترل را به تفکیک نمرات هر پرسشنامه نشان می‌دهد. براساس این جدول میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی و کیفیت زندگی گروه مداخله در پس‌آزمون افزایش یافته است که احتمالا، مقداری از این تغییر نشان‌دهنده تاثیر متغیر مستقل بر روی متغیر وابسته بوده است. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب گروه مداخله در پس آزمون کاهش یافته است. نتایج پژوهش پیرامون فرضیه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم پس از قاعدگی نشان داد مقدار F معنی دار است. به عبارت دیگر بین نمرات پس آزمون گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (F=۳/۹ ،P <۰/۰۵).

در فرضیه تأثیر مداخله بر میزان اضطراب نتایج نشان داد مقدار F معنی دار است به عبارت دیگر بین نمرات پس آزمون گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (P <۰/۰۵، F=۴/۶۲۸). در فرضیه تأثیر مداخله بر خودکارآمدی نتایج نشان داد مقدار F معنی دار است به عبارت دیگر بین نمرات پس آزمون گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (F=۸/۷۴۶ ،P <۰/۰۵).

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی، اضطراب و کیفیت زندگی

متغیر ها	گروه مداخله				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	۱۷/۵۳	۰/۹۱۵	۲۵/۶۰	۱/۵۰	۱۷/۷۳	۱/۱۶	۱۷/۸۶	۱/۱۸
کیفیت زندگی	۳۴/۷۳	۱/۳۸	۴۲/۷۳	۱/۴۸	۳۰/۱۳	۲/۰۴	۳۱/۸۶	۱/۸۴
اضطراب	۲۰/۴۳	۳/۵۷	۱۶/۸۳	۳/۹۳	۲۱/۱۴	۳/۲۱	۲۱/۴۸	۳/۱۶

جدول شماره ۲-نتایج آزمون کوواریانس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	*Df*	میانگین مجذورات	*F*	*Sig*	اندازه اثر
پیش- آزمون	۲۲۳/۳۷۰	۱	۲۲۳/۳۷۰	۷/۹	۰/۰۰۹	۰/۸۲۲
گروه	۱۱۰/۰۴۹	۱	۱۱۰/۰۴۹	۳/۹	۰/۰۰۵	۰/۶۵
خطا	۱۸/۹۹۱	۲۷	۱/۵۶	-	-	-

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

جدول شماره ۳- نتایج آزمون کوواریانس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب زنان مبتلا به سندرم پیش ازقاعدگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	*df1*	میانگین مجذورات	*F*	*Sig*	اندازه اثر
پیش- آزمون	۴۶/۴۷۰	۱	۴۶/۴۷۰	۱۸.۰۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۸
گروه	۱۱/۸۹۵	۱	۱۱/۸۹۵	۴/۶۲۸	۰/۰۰۴	۰/۴۴
خطا	۱۴/۲۷۲	۲۷	۱/۰۲۱	-	-	-

جدول شماره ۴- نتایج آزمون کوواریانس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی زنان مبتلا به سندرم پیش ازقاعدگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	*df1*	میانگین مجذورات	*F*	*Sig*	اندازه اثر
نمره پیش- آزمون	۲۴/۴۷۲	۱	۲۴/۴۷۲	۱۲/۱۰۳	۰/۰۰۲	۰/۷۶
گروه	۰/۲۳۳	۱	۰/۲۳۳	۸/۷۴۶	۰/۰۰۳	۰/۵۷
خطا	۱۴/۵۹۵	۲۷	۱/۰۲۲	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان دهنده تأثیر مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان بود. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با تحقیقات میرزایی و همکاران (۱۳۹۲)، رجبی و یزدخواهی (۱۳۹۳)، پورفرج ، طاولی (۱۳۹۲)، رحمانیان (۱۳۹۰)، *Schapiro* و همکاران و *Ossman* همسو می‌باشد.کیفیت زندگی مفهومی پیچیده، کلی و چند جانبه است که علاوه بر برداشت ذهنی فرد به شرایط جسمانی و اجتماعی او نیز بستگی دارد. بعد جسمانی کیفیت زندگی شامل ارزیابی فرد از دردهای جسمانی خود، نیاز او به درمان پزشکی برای انجام فعالیت‌های روزمره، داشتن انرژی برای انجام فعالیت‌های روزانه، رضایت فرد از وضعیت ظاهری، خواب، توانایی انجام فعالیت‌ها و توانایی اشتغال است. شناخت‌ها، باورها و افکار بنیادین فرد نقش تعیین کننده‌ای در ارزیابی فرد از وضعیت جسمانی‌اش دارد. بنابراین، توجه به دو نکته در این مقوله لازم است : اول آنکه کیفیت زندگی به شرایط فرد و ابعاد جسمانی او بستگی داشته (ارزیابی اولیه) و دوم اینکه کیفیت زندگی به ارزیابی فرد از این شرایط بستگی دارد (ارزیابی ثانویه). بنابراین، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که تمرکز اصلی آن بر تغییر باورها و افکار فرد است می‌تواند بر بعد جسمانی کیفیت زندگی فرد نیز اثرگذار باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی موثر می‌باشد. این نتایج با یافته‌های میرزایی و همکاران، رجبی و یزدخواهی، پورفرج، طاولی، رحمانیان، *Schapiro* و همکاران و *Ossman* همسو می‌باشد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود در این روش درمانی به افراد آموخته می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت های اضطراب زای اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آنها دارند و همچنین با ایجاد اهداف اجتماعی‌تر و تعهد به آنها، با این اختلال خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی‌تر را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست.

همچنین یافته‌ها بیانگر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخودکارآمدی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بود نتایج حاصل از پژوهش حاضر با تحقیقات مهردوست (۱۳۹۲) و *Masuda ,Hayes, Sackett ,Twohig* همسو می‌باشد. در همین راستا در پژوهشی به وسیله *Masuda ,Hayes, Sackett ,Twohig* در سال ۲۰۰۴ تاثیر تکنیک‌های گسلش شناختی بر افکار خود- انتسابی منفی، که یک نمونه از این

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

افکار، افکار مربوط به خودکار آمدی است، بررسی گردید و نتایج کاهش چشمگیری در مقدار این افکار با استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی نشان داد همچنین در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۳ انجام شد، مشخص گردید که یادگیری مهارت‌های مربوط به پذیرش و ذهن آگاهی در روش پذیرش و تعهد درمانی در بهبود کنش‌های روان‌شناختی، احتمالا به وسیله شکل‌گیری سازگارانه‌ای از توجه متمرکز بر خود که نشخوارهای ذهنی و اجتناب‌های هیجانی را کاهش داده و باعث پیشرفت در خود تنظیمی‌های رفتاری می‌شود، مؤثر است. بر طبق نتایج حاصل، این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و خودکار آمدی در مبتلایان PMS قابلیت کاربرد دارد. در تبیین این یافته با توجه رویکردهای نظری و تحقیقات انجام شده می‌توان گفت بیش از ۲۰۰ نوع علامت پیش از قاعدگی وجود دارد که به طور قابل توجهی کیفیت زندگی و خودکار آمدی زنان را تحت تأثیر قرار داده و موجب اضطراب و افسردگی در آنان می‌شود. کیفیت زندگی با رویکرد عینی و موارد آشکار و مرتبط با معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمی، شرایط شخصی (ثروت، شرایط زندگی و ...)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی یا دیگر عوامل اقتصادی و اجتماعی و همچنین رویکرد ذهنی همچون شادی یا رضایت فردی در نظر گرفته می‌شود. از طرفی اضطراب نیز در صورت عدم درمان باعث استمرار بیماری می‌گردد. اضطراب در این بیماران، موجب تشدید مشکل شده و افکار وسواسی را تشدید می‌بخشد و خودکار آمدی آنها را کاهش می‌دهد. فردی که خودکارآمدی او کاهش بیابد، احساس ناامیدی در او افزایش یافته و کیفیت زندگی پایینی را تجربه خواهد کرد. در این میان، یافته‌های پژوهش حاضر بر این ادعا است که درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر اضطراب و کیفیت زندگی و خودکار آمدی افراد مبتلا به PMS موثر است. در این درمان سعی می‌شود به جای تغییر در شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. مطالعات نشان داده است که از میان مداخلات صورت گرفته، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله اثر بخش‌ترین رویکردها بوده که نقش مهمی در اضطراب و افسردگی، بهبود روابط با اطرافیان، خودکار آمدی و به طور کلی کیفیت زندگی داشته است. پیشنهاد می‌شود جهت جلوگیری از تعمیم یک گروه به جامعه، این پژوهش بر روی گروه‌های دیگری از جامعه انجام گردد و به منظور بهتر شناخته شدن تأثیرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پژوهشگران روی سایر متغیرها نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را اجرا کنند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد واحد خمین می باشد، بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از تمامی کسانی که به نحوی در انجام مطالعه ما را یاری کردند اعلام می‌نماییم.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

References

1. Baker FC, Colrain IM, Trinder J. Reduced parasympathetic activity during sleep in the symptomatic phase of severe premenstrual syndrome. J Psychosom Res. 2008; 65(1): 13-22.

2. Georgantopoulou C, Field S. Treatment of premenstrual syndrome with the desogestrel-only pill (Cerazette) in an adolescent girl. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2009; 22(3): e1-e3.

3. Weisz G, Knaapen L. Diagnosing and treating premenstrual syndrome in five western nations. Soc Sci Med. 2009; 68(2009): 1498-1505.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 15 th ed. Trans: Seyed Mohammadi Y. Tehran: Press Publishing; 2013. P.264. [In Persian]

5. Öztürk S, Tanrıverdi D, Erci B. Premenstrual syndrome and management behaviors in Turkey. Aust J Adv Nurs. 2010; 28(3): 208-212.

6. Collins Reed SR, Levin FM, Evans S. Changes in Mood, Cognitive Performance and Appetite in the Late Luteal and Follicular Phases of the Menstrual Cycle in Women With and Without PMDD Premenstrual Dysphoric Disorder. Horm Behav. 2008; 54(1):185-193.

7. Henshaw C. Premestrul disphoric: diagnosis, etiology, assessment and management. Adv Psychiatr Treat. 2007; 13: 139-146.

8. Ellen W, Freeman S, Sondheimer J. Premenstrual Dysphoric Disorder: Recognition and Treatment. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2003; 5(1): 30-39.

9. Mustaniemi S, Sipola-Leppänen M, Hovi P, Halbreich U,Vääräsmäki V, et al. Premenstrual symptoms in young adults born preterm at very low birth weight-from the Helsinki Study of Very Low Birth Weight Adults. BMC Wom Health. 2001; 10: 11-25.

10. Freeman Ellen W, Halberstadt Steffanie M, Rickels K, Legler Julie M, Lin H, Sammel Mary D. Core Symptoms That Discriminate Premenstrual Syndrome. Women's Health. 2011; 20(1): 29 35.

11. Liu L. Quality of as a social representation in china: A qualitative study. SOC INDIC RES. 2006; 75: 217-240.

12. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press; 2010.

13. Bakr IS, Ezz-Elarab H. Prevalence of premenstrual syndrome and the effect of its severity on the quality of life among medical student. The Egy J Comm Med. 2010; 28(2): 18-23.

14. Delaram D, Ghofrani pour F, Azadfallah P, Tavafian S, Kazemnejad A, Montazeri. A Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. Health Qual Life Outcome. 2012; 10(1): 477-481.

15. Cunningham J, Yonkers K, O'Brien S, Frcog E. Update on Research and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. Harv Rev Psychiatry. 2009; 17(2):120-137.

16. Christine K, Elisabeth S, Carine W, Tschudin S. The interrelation between premenstrual syndrome and major depression: Results from a population-based sample. BMC Publ Health. 2011; 11:795-799.

17. Myint T, Edessa O, Sawhsarkapa W. Premenstrual Syndrome among Female University Students in Thailand. AUJT. 2006; 9(3): 58-162.

18 Babazadeh R, Keramat A. Premenstrual syndrome and complementary medicine in Iran: a Syst Rev. Journal of Kashan University of Medical Sciences. 2011; 15(2): 174-187. [In Persian]

19. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003; 10: 125-143.

20.Donald P. Cultural adaptation of a quality of life measure for urinary incontinence. European Urology. 1999; 36: 427-35.

21. Bakhtiar M. comparing personality traits, quality of life and religious orientation offending and non-offending drivers. [Thesis]. Tarbiat Modarres University. Tehran: 2009. [In Persian]

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

22. Shamaizade M, Abedi M. career counseling effect on increasing entrepreneurial self-efficacy of university students. 2004; 23: 29-38. [In Persian]
23. Rafiei M, Seyfi A. Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory students. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2013; 27: 37-47. [In Persian]
24. Mirzaee F, Neshatdoost H, Jabalameli R, Valley K, Nazim A, Kazerani F. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on depression and irritability in women with premenstrual syndrome. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2012; (12): 86-79. [In Persian]
25. Rajabi S, Yazd Khahy F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in women with MS disease. Journal of Clinical Psychology Issue. 2014; 1(21): 29-38. [In Persian]
26. Pourfaraj Omran, M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. J Knowl & Health. 2011; 6(2):1-5. [In Persian]
27. Tavoli A, Allahyari A, Azadfalah P, Fahi-Ashtiani A,Meliani M. compared the efficacy of interpersonal therapy and cognitive-behavioral therapy in reducing symptoms of social anxiety disorder. 2013; 7(3):3-4
28. Rahmanian Z, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on social anxiety of female students. Scientific-Research Journal of Shahed University. 2012; 19(96): 47-56.
29. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2006; 6(3): 397-416.
30. Schapiro RT. Managing the symptoms of multiple sclerosis. New York: Demos; 2007. P. 25-65.
31. Mehrdost Z, Neshat H, Abedi A Effectiveness acceptance and commitment therapy focused attention on reducing and improving social self-efficacy beliefs. Methods and psychological models. 2013; 11(3): 67-82. [In Persian]
32. Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. Behavior Research and Therapy. 2004; 42: 477-485.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Anxiety, Quality of Life and Self-Efficacy in Women with Premenstrual Syndrome

Aleyasin SE[1], Kakasoltani F[2], Farahanifar M[3]

1. Assistant Professor of Psychology Department, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran
2. MSc. in Psychology, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran
3. PhD Student, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran

Abstract

***Background & Aim**: Premenstrual syndrome is one of the most common disorders in childbearing age which has a negative effect on women's emotions and performance; it includes a group of symptoms that begins one to two weeks before menstruation. In some women, the symptoms are severe enough which cause disruption in their life. This study aims to examine the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on anxiety, quality of life and self-efficacy in women with premenstrual syndrome.*
***Material & Methods:** This is a semi-experimental study. 30 out of 100 patients referred to Tehran Eqbal maternity Hospital in 2016 selected randomly in intervention group (n=15) and control group (n=15). The intervention group was under the treatment of a therapeutic group for twelve (90-minute) sessions based on acceptance and commitment. Survey tools included questionnaires of Beck Anxiety, Sherer General Self-Efficacy, and SF36 Quality of Life which were completed by research units before and after the test. Findings were analyzed using SPSS software (version 19) and descriptive as well as inferential statistical methods.*
***Results:** After the intervention, anxiety, quality of life and self-efficacy significantly decreased in the intervention group (P=0/00). And there were significant differences in premenstrual syndrome in intervention group at the end of study (P <0/05).*
***Conclusion:** The results of this study showed that treatment based on acceptance and commitment on anxiety, quality of life and self-efficacy is effective in women with PMS.*

***Keywords:** Treatment based on acceptance and commitment, Anxiety, Quality of life, Self-efficacy, Premenstrual syndrome.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]