MEJDS. 2020; 10:17.
Published online 2020 Apr. **Research Article**

Emotion Regulation Therapy on Depression and Marital Intimacy in Women with Premenstrual Syndrome

Rastgar D[1], *Farnam A[2], Shirazi M[3]

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

Received: 2019 September 1; **Accepted:** 2019 September 11

Abstract

Background & Objective: Many women experience mood and behavioral changes in their premenstrual period, and in many of them, the changes are so severe that they impair social and family activity. The syndrome involves a wide range of emotional, behavioral, and physical symptoms within a few days to two weeks before menstruation, which disappears a few days after the onset of bleeding. The American College of Obstetrics and Gynecology has divided the disorder into two mild forms of PMS and severe forms that are mainly psychological symptoms of the premenstrual dysphoric disorder. The premenstrual syndrome causes significant changes in the individual. Sometimes depression, anxiety, irritability, and aggression become so severe that one's family and social functioning are severely overshadowed. One of the symptoms of premenstrual syndrome is decreased marital intimacy. Intimacy is a basic need that requires awareness, deep understanding, and acceptance. Intimacy also means closeness, likeness, and a loving relationship with another. On the one hand, to treat human problems, in addition to drug treatments, numerous psychological therapies have been devised over the years. One of these treatments is emotion regulation therapy. Emotional adjustment involves the use of behavioral and cognitive strategies to change over time with the intensity of an emotion's experience, and it has been found that individuals exposed to stressful and anxious events have different emotion regulation strategies to modify by modifying the experience. They use their emotions. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of emotion regulation therapy on depression and marital intimacy in premenstrual syndrome women.

Methods: This study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with the control group. The statistical population of all women with premenstrual syndrome referred to a gynecology clinic in Razavi hospital of Mashhad in the second half of 2019. Three of them selected by sampling the available method and were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received eight sessions of 60-minute sessions of emotion regulation therapy, but the control group received no training. The groups completed the Beck Depression Inventory (1996) and Walker and Thomson's (1983) Marital Intimacy Questionnaire as pre-test and post-test. Data were analyzed by SPSS software using a one-way analysis of covariance. The level of significance set at 0.05.

Results: The results showed that there was a significant difference between experimental and control groups in marital depression and intimacy. In other words, emotion regulation therapy reduced depression and increased marital intimacy in women with PMS (p<0.001).

Conclusion: Based on the results, it can be concluded that emotion regulation therapy can help to reduce depression and increase marital intimacy in women with PMS. Therefore, counselors and therapists can use emotion regulation therapy as a new intervention method to reduce the symptoms of menstrual disorders.

Keywords: Emotion Regulation, Depression, Marital Intimacy, Premenstrual Syndrome.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.144.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۷.

انتشار برخط فروردین ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر افسردگی و صمیمیت زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش‌ازقاعدگی

داود رستگار[۱]، *علی فرنام[۲]، محمود شیرازی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران؛

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

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

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

تاریخ دریافت: ۱۰شهریور۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۰شهریور۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: از مشکلات اصلی زنان مبتلابه نشانگان پیش‌ازقاعدگی می‌توان به مشکلاتی در زمینهٔ افسردگی و صمیمیت زناشویی اشاره کرد؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر افسردگی و صمیمیت زناشویی زنان مبتلابه نشانگان پیش‌ازقاعدگی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی به‌صورت طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری تمامی زنان مبتلابه نشانگان پیش‌ازقاعدگی مراجعه‌کننده به کلینیک زنان و زایمان بیمارستان رضوی شهر مشهد در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ بودند؛ از میان آنان ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش در هشت‌جلسهٔ ۶۰ دقیقه‌ای درمان تنظیم هیجان، آموزش دیدند، اما گروه گواه هیچ آموزشی دریافت ننمود. گروه‌ها پرسشنامه‌های افسردگی بک (۱۹۹۶) و صمیمیت زناشویی واکر و تامسون (۱۹۸۳) را به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تحلیل شدند. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گواه در افسردگی و صمیمیت زناشویی تفاوت معناداری وجود داشت؛ به‌عبارت‌دیگر درمان تنظیم هیجان باعث کاهش افسردگی و افزایش صمیمیت زناشویی زنان مبتلابه نشانگان پیش‌ازقاعدگی شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج درمان تنظیم هیجان می‌تواند به کاهش افسردگی و افزایش صمیمیت زناشویی زنان مبتلابه نشانگان پیش‌ازقاعدگی کمک کند؛ بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند از درمان تنظیم هیجان به‌عنوان روش مداخله‌ای نوین در کاهش علائم اختلال‌های هیجانی زنان دچار قاعدگی بهره برند.

کلیدواژه‌ها: تنظیم هیجان، افسردگی، صمیمیت زناشویی، نشانگان پیش‌ازقاعدگی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.144.3]

۱ مقدمه

بسیاری از زنان در دورهٔ پیش‌ازقاعدگی خود دچار تغییرات خلقی و رفتاری می‌گردند و در تعداد زیادی از آن‌ها تغییرات به حدی جدی و شدید است که موجب اختلال در فعالیت اجتماعی و خانوادگی می‌شود، به این حالت نشانگان پیش‌ازقاعدگی[1] گفته می‌شود (۱). این نشانگان شامل رخداد طیف وسیعی از علائم عاطفی و رفتاری و جسمانی در طی چند روز تا دو هفته قبل از قاعدگی است که چند روز بعد از شروع خون‌ریزی از بین می‌روند (۲). بیش از ۲۰۰ علامت برای این نشانگان بیان شده است که برخی از این علائم شامل: عصبانیت، افزایش اشتها، نوسانات خلقی، زودرنجی، تحریک‌پذیری، تمرکز ضعیف، فراموشی، خستگی، نفخ، حساسیت پستان، آکنه، سردرد و علائم گوارشی است (۳). در ۲۰ تا ۴۰ درصد موارد، افراد مبتلا به نشانگان پیش‌ازقاعدگی دچار ناتوانی جسمی یا روانی و پنج‌درصد افراد، دچار پریشانی شدید می‌شوند (۴).

کالج آمریکایی زنان و زایمان، این عارضه را به دو فرم خفیف PMS و فرم شدید که علایم عمدتاً روانی هستند اختلال ملال قبل از قاعدگی[2] تقسیم کرده است (۵). یک مطالعهٔ فراتحلیل و مرور سیستماتیک در میزان شیوع سندرم پیش‌ازقاعدگی در جهان نشان داد که شیوع کلی سندرم پیش‌ازقاعدگی ۴۸ درصد است. فراوانی سندرم پیش‌ازقاعدگی در قارهٔ اروپا ۴۰ درصد، قارهٔ آفریقا ۸۰ درصد، قارهٔ آسیا ۴۶ درصد و آمریکای جنوبی ۶۰ درصد می‌باشد (۶). در ایران مطالعات متفاوت، شیوع آن را بین ۵۲/۹ تا ۹۸/۲ درصد گزارش نموده‌اند (۷).

نشانگان پیش‌ازقاعدگی باعث تغییرات بارزی در فرد می‌شود. گاهی افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری و پرخاشگری به حدی شدید می‌شود که عملکرد خانوادگی و اجتماعی فرد به شدت تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد (۸). افسردگی[3] یکی از مشکلات روانی و بیماری‌های روان پزشکی بسیار شایع است که با فقدان احساس لذت، دوری گزیدن از دوستان با خانواده، نداشتن انگیزه و تحمل نکردن شکست، کاهش میل جنسی، کم یا زیادشدن اشتها، کاهش انرژی و خستگی زودرس، اختلال خواب و غیره همراه است (۹). مطالعات نشان می‌دهد که ۴۰/۵ درصد از مبتلایان به PMS دچار افسردگی هستند. همچنین تحقیقات حاکی از آن است زنانی که افسردگی قبل از قاعدگی دارند، در آینده در خطر افسردگی ماژور می‌باشند (۱۰).

زنان در فاز قبل‌ازقاعدگی دچار اختلالاتی می‌شوند که انتظارات همسران خود را نمی‌توانند برآورده کنند و زمانی که زنان به دلایل گوناگون نتوانند انتظارات همسر خود را برآورده کنند روابط زناشویی آنان دچار اختلال می‌شود. یکی از علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی، کاهش صمیمیت زناشویی[4] است (۱۱). صمیمیت به‌عنوان نیازی اساسی مستلزم آگاهی، درک عمیق و پذیرش است. همچنین صمیمیت به‌معنای نزدیکی، تشابه و رابطهٔ دوست‌داشتنی با دیگری است (۱۲). صمیمیت را توانایی برقرارکردن ارتباط با دیگران و بیان عواطف تعریف می‌کنند. در نتیجه می‌توان گفت که صمیمیت نیازی اساسی انسانی بوده و فرایندی مهم در توسعهٔ روابط دوستانه شناخته شده است. همچنین فرآیندی تعاملی، پویا و ترکیبی شامل ابعاد عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، بدنی، معنوی، اجتماعی، تفریحی و زیباشناختی است (۱۳).

مطالعهٔ مروان و مارتینز نشان داد روابط زناشویی در دورهٔ قبل‌از قاعدگی در مقایسه با بعدازقاعدگی کاهش داشته، ولی در کسانی که سندرم قبل‌ازقاعدگی آن‌ها شدیدتر بود روابط زناشویی به‌شدت کاهش یافت (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد که بین نمرهٔ روابط زناشویی و سندرم پیش‌ازقاعدگی ارتباط معنادار است، همچنین افرادی که دارای سندرم پیش‌ازقاعدگی شدید و خیلی شدید بودند نمرات کمتری در روابط زناشویی کسب کردند (۱۵). در همین راستا نتایج مطالعهٔ تورانی و همکاران نشان داد واکنش‌های هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از سندرم پیش‌ازقاعدگی می‌توانند تعارضات زناشویی را در زنان متأهل با ۹۵ درصد اطمینان پیش‌بینی کنند (۱۶).

برای درمان مشکلات انسان‌ها، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. یکی از این درمان‌ها، درمان تنظیم هیجان[5] است. تنظیم هیجانی، شامل استفاده از استراتژی‌های رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربهٔ یک هیجان است و مشخص شده است که افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و اضطراب‌آور، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربهٔ هیجانی خود استفاده می‌کنند (۱۷). یکی از این راهبردها که بسیار متداول است، تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای شناختی است. شناخت‌ها با فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان‌ها مغلوب نشود و تاب‌آوری وی را در مقابل شرایط سخت نظیر بیماری‌ها و رویدادهای ناگوار افزایش دهد (۱۸). این روش درمانی که اساس ساختار روانی و تعیین‌کنندهٔ کلیدی برای سازمان‌دهی خود است، یکی از معدود مدل‌های درمانی است که ماهیتاً تلفیقی از رویکرد درمانی مراجع‌محور، گشتالت‌درمانی و اصول‌شناختی را شامل می‌شود و به‌عنوان رویکردی ساختاری‌تجربی در فعالیت‌های روان‌درمانی و نظریه‌های روان شناختی معاصر مطرح است (۱۹). در درمان متمرکز بر هیجان به بیماران کمک می‌شود به واسطهٔ افزودن به دانش هیجانی‌شان و کارکردن با آن‌ها (نه مقابله با هیجان‌ها) نگرش‌هایشان تغییر کند و بهبود یابند (۲۰). درمان متمرکز بر هیجان به شیوهٔ مؤثری توانایی محوریت‌دادن به هیجان‌ها و تمرکز بر آن‌ها را دارد (۲۱).

تاکنون پژوهش‌های مختلفی در زمینهٔ اثربخشی مداخلات روان‌درمانی بر کاهش علائم جسمانی و روانی PMS صورت گرفته است. یک

[1] Premenstrual Syndrome (PMS)
[2] Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)
[3] Depression
[4] Marital Intimacy
[5] Emotion Regulation Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.144.3]

تحقیق آزمایشی که بر روی ۳۰ زن صورت گرفت نشان داد که مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری می‌تواند در بهبود افسردگی و تحریک‌پذیری PMS مؤثر باشد (۲۲). مطالعهٔ مقتدر و همکاران در زنان با سندرم پیش‌ازقاعدگی نشان داد دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم شناختی به یک میزان در کاهش افسردگی و اضطراب مؤثرند (۲۳). یافته‌های پژوهشی آزمایشی نشان داد که نمایش درمانی در بهبود علائم قبل‌ازقاعدگی و دلزدگی زناشویی در زنان مبتلا به PMS مؤثر است (۲۴). در مطالعه‌ای عیسی‌نژاد و همکاران دریافتند که درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند میزان صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی را افزایش دهد (۲۵).

نتایج تحلیل کوواریانس پژوهش صبحی و همکاران نشان داد که نمرات استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان شرکت‌کننده در گروه آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون کاهش‌یافته است (۲۶). همچنین نتایج مطالعهٔ مؤمنی نشان داد که آموزش تنظیم هیجانی در جهت کاهش افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی دختران دانشجوی مبتلابه اختلال افسردگی اساسی مؤثر است (۲۷). نتایج مطالعهٔ اصغری و همکاران نشان داد که آموزش تنظیم هیجان به‌طور معناداری بر کاهش فرسودگی زناشویی و طلاق عاطفی زنان متقاضی طلاق مؤثر بوده است (۲۸). در همین راستا در مطالعهٔ درگاهی و همکاران نشان داده شد که آموزش تنظیم هیجانی می‌تواند به‌طور معناداری بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی در زنان نابارور را افزایش دهد (۲۹). مطالعهٔ شریفی‌پور و همکاران نشان داد که درمان تنظیم هیجان در کاهش علائم اختلال کندن مو، افسردگی، اضطراب، استرس، دشواری در تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلابه اختلال کندن مو مؤثر است (۳۰). مطالعهٔ ولی‌پور شیخی و میردریکوند نشان داد که آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش سازگاری زناشویی زوجین دچار تعارض زناشویی می‌گردد (۳۱).

نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که اگرچه درمان متمرکز بر هیجان برای درمان برخی اختلال‌ها استفاده شده و اثربخشی آن نشان داده شده است (۳۲،۳۳)، اما گزارش‌ها بیانگر به‌کارنگرفتن این روش درمانی برای زنان مبتلا به نشانگان پیش‌ازقاعدگی است؛ درحالی‌که بسیاری از متون روان‌شناختی و روان‌پزشکی در زمینهٔ سندرم پیش‌ازقاعدگی، به اهمیت پرداختن به مقولهٔ هیجان و کارکردن روی آن به منظور دستیابی به درمانی مفیدتر، اشاره داشته‌اند. از سویی با توجه به شیوع گستردهٔ نشانگان پیش‌ازقاعدگی در زنان و آثار گسترده‌ای که بر ابعاد جسمی و روانی آنان دارد و نیز با توجه به تأثیرگذاری آن بر نوع ارتباط با اطرافیان و سطح سازگاری اجتماعی زنان و اعمال کنترل دقیق‌تر متغیرهای بررسی‌شده از سوی دیگر و همچنین وجود خلأ پژوهشی در این زمینه، درمجموع، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر افسردگی و صمیمیت زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش‌ازقاعدگی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری مطالعه، تمامی زنان مبتلابه نشانگان پیش‌ازقاعدگی مراجعه‌کننده به کلینیک زنان و زایمان بیمارستان رضوی شهر مشهد در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه‌گیری پژوهش حاضر به این صورت بود که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر از مراجعه‌کنندگان که بالاترین نمره را در پرسشنامهٔ سنجش غربالگری پیش‌ازقاعدگی کسب کرده بودند و نیز با ملاک‌های ورود همخوانی داشتند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و گواه گمارده شدند. حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر توصیه شده است (۳۴). معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: افراد واجد ملاک‌های تشخیصی PMS براساس شرایط ذکرشده در پرسشنامهٔ غربالگری علائم پیش‌ازقاعدگی، عدم دریافت درمان‌های دارویی یا روان‌شناختی، متأهل بودن، سن ۲۰تا۴۵سال، تحصیلات بالای سیکل، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی و داشتن چرخهٔ قاعدگی منظم طی شش ماه گذشته. ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری در جریان پژوهش و غیبت در جلسات درمانی بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

۱ـ پرسشنامهٔ سنجش علائم نشانگان پیش‌ازقاعدگی[1]: این پرسشنامه توسط استینر و همکاران در سال (۲۰۰۳) ساخته شده است (۳۵)؛ این پرسشنامه شامل دو قسمت است که بخش اول آن مربوط به اطلاعات فردی و دموگرافیک و بخش دوم آن مربوط به ابزار استاندارد غربالگری علائم قبل‌ازقاعدگی است. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال می‌باشد که بر اساس لیکرت چهارتایی (اصلاً، خفیف، متوسط و شدید) تنظیم شده و از صفرتا ۳ نمره‌گذاری می‌گردد. تعداد ۱۴ سؤال اول پرسشنامه مرتبط با مشکلات خلقی، جسمی و رفتاری و ۵ سؤال دیگر مرتبط با تأثیر این علائم بر وضعیت تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی فرد است. در این پرسشنامه تأکید بر علائمی است که قبل از قاعدگی شروع شده و در طی چند روز اول قاعدگی از بین می‌روند. در مطالعهٔ حاضر علائم جسمی به تفکیک نیز اندازه‌گیری شد. برای تشخیص PMS متوسط یا شدید، باید سه شرط باهم وجود داشته باشند: ۱. از سؤال ۱ تا ۴ حداقل یک مورد، متوسط یا شدید باشد؛ ۲. از گزینهٔ ۱ تا ۱۴ حداقل چهار مورد، متوسط یا شدید باشد و ۳. در پنج سؤال آخر یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد (۳۵). ین و همکاران در مطالعهٔ خود میزان آلفای کرونباخ برای چهارده آیتم نشانه‌های پیش‌ازقاعدگی و پنج آیتم عملکرد را به‌ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۱ و اعتبار باز آزمایی را برای آن‌ها به‌ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۲ گزارش کردند (۳۶). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط سیه‌بازی و همکاران تأیید 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 ۰/۷ و ۰/۸ حاکی از روایی محتوایی این

[1] Premenstrual Symptoms Screening Tool

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.144.3]

پرسشنامه است (۳۷).

۲ـ ویرایش دوم پرسشنامهٔ افسردگی بک[1]: این پرسشنامه شکل بازنگری پرسشنامهٔ افسردگی بک در سال (۱۹۹۶) است که برای سنجش افسردگی در نوجوانان و بزرگ‌سالان تدوین شده است. این پرسشنامه ۲۱ ماده بر روی مقیاس چهاردرجه‌ای (کاملاً شبیه من است=۳، شبیه من=۲، متفاوت از من و کاملاً متفاوت با من= صفر) می‌باشد (۳۸). این پرسشنامه علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند و نمرهٔ کمتر از ده، نبود افسردگی و ده تا نوزده، افسردگی خفیف و ۲۰ تا ۳۰ افسردگی متوسط و نمرات بیشتر از ۳۰ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (۳۸). بک و همکاران همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳، پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ و روایی محتوایی آن را با استفاده از تحلیل عوامل ۰/۷۶ گزارش کردند (۳۸). پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به‌دست‌آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است. روایی همزمان و افتراقی این آزمون در ایران، بررسی و ضرایب مربوطه به‌ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۷۸ گزارش گردیده است (۳۹).

۳ـ پرسشنامهٔ صمیمیت زناشویی[2]: این پرسشنامه را واکر و تامسون در سال (۱۹۸۳) ساخته شده است و ۱۷ سؤال دارد که با استفاده از مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت (۱= هرگز تا ۷= همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. لذا دامنهٔ نمرات بین ۱۷ تا ۱۱۹ است و نمرهٔ بالاتر به معنای صمیمیت زناشویی بیشتر است (۴۰). واکر و تامسون روایی ابزار را با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن را در پژوهش‌های متفاوت با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش کردند (۴۰). در تحقیق حیدری و اقبال، ضرایب پایایی پرسشنامهٔ صمیمیت با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که به‌ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۵ به دست آمد که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامهٔ یادشده است (۴۱).

قبل از اجرای آزمون و اجرای روش طی جلسهٔ توجیهی برگهٔ رضایت‌نامه توسط اعضای دو گروه آزمایش و گواه تکمیل شد. روش مداخله‌ای درمان تنظیم هیجان مشتمل بر هشت جلسهٔ یک‌ساعته (هفته‌ای دو جلسه) به‌صورت گروهی روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در این پژوهش به افراد گفته شد اطلاعات شخصی آن‌ها و تمام حرف‌هایی که در طول جلسات می‌زنند محرمانه خواهد ماند و بدون ذکر نام و صرفاً برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. بر اساس مدل گروس و تامسون، تنظیم هیجان شامل همهٔ راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به‌کار برده می‌شود؛ بنابراین، مدل فرایند تنظیم هیجان شامل پنج مرحله بوده و هر مرحله شامل یک سری راهبردهای سازگار و یک‌سری راهبردهای ناسازگار است، به‌ویژه افراد دچار مشکلات هیجانی بیشتر از راهبردهای ناسازگار استفاده می‌کنند (مانند نشخوار فکری، نگرانی، اجتناب و ...). لازمهٔ مداخله در مشکلات هیجانی اصلاح یا حذف راهبردهای ناسازگار و آموزش راهبردهای سازگارانه است. مراحل اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان از طریق مدل گروس و تامسون عبارتند از: انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، گسترش توجه تغییر شناختی و تعدیل پاسخ (۴۲). خلاصهٔ جلسات روش درمان تنظیم هیجان که براساس نظریهٔ گروس و تامسون گرفته شده است (۴۲). که در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان تنظیم هیجان

جلسه	عنوان	هدف	تکلیف
۱	آشنایی و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطهٔ متقابل رهبر گروه (روان‌شناس) و اعضا؛ بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف فرعی و جمعی، بیان منطق و مراحل مداخله، بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه	یادداشت حالات هیجانی خود در طول هفتهٔ آینده
۲	انتخاب موقعیت	ارائهٔ آموزش هیجانی، در میان گذاشتن: تجارب هیجانی و رویدادهای برانگیزانندهٔ حالات هیجانی و بروز تغییرات بدنی و چهره‌ای و نتایج رفتاری اعضا با یکدیگر و تشویق و تصدیق یکدیگر، گفتگو راجع به چیستی هیجان، تهیهٔ کارت یادداشت روزانه ثبت هیجان‌ها، ایجاد فرصت تجربهٔ عملی هیجان توسط اعضا، تفکیک ابعاد بدنی، ذهنی و احساسی هر هیجان.	یادداشت حالات هیجانی خود در طول هفتهٔ آینده با توجه به رویداد برانگیزانندهٔ تغییرات بدنی، حالت چهره و تمایلات برای عمل.
۳	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا شامل سه بخش: ۱. خودارزیابی باهدف شناسایی تجربه‌های هیجانی شناسایی هیجانات، ۲. خودارزیابی باهدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی و نمره‌گذاری آن‌ها از صفرتا ده، ۳. خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای خودتنظیمی واکنش‌های افراد به هیجانات، تهیهٔ فهرست مهارت‌های فردی خود در تسکین	تمرکز بر مهارت‌های فردی خود در تغییر و تنظیم هیجانات و یادداشت آن‌ها در طول هفتهٔ آینده.

[1] Beck Depression Inventory-2

[2] Marital Intimacy Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.144.3]

		و تنظیم هیجانات و درجه‌بندی پاسخ‌های هیجانی خود.	
۴	اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزانندهٔ هیجان؛ فهرست اهداف فردی، اجتماعی و رابطه‌ای. بررسی روابط خود با اطرافیان، شناسایی موقعیت‌های فردی و بین فردی که باید بهبود یابند و تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌های مثبت. آموزش مهارت‌های موردنیاز برای حل مشکلات بین‌فردی، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب و توجه به نقش انزوا در افزایش هیجانات منفی و لزوم مقابله با میل به اجتناب و انزوا، آموزش مهارت‌های حل مسئله و حل تعارض.	تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌های مثبت خود در طول هفته.
۵	گسترش توجه	آموزش مهارت‌های تغییر توجه، معرفی مدل فرآیند تنظیم هیجان جیمز گراس به اعضا و توجه خاص به مهارت‌های تغییر توجه در این مدل، آموزش دو مهارت: ۱. متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی مهارت‌های کنترل فکر توقف فکر و جایگزین‌سازی افکار مثبت، ۲. آموزش توجه از مهارت‌های گسترش توجه و توجه انتخابی از طریق دیدن، شنیدن، بویایی و تحریک حس لامسه استفاده شده، مثلاً با آمدن افکار و هیجان منفی فرد یک ماز سخت را حل کند.	تمرین متوقف‌کردن نشخوار فکری، آموزش مهارت توجه همه‌جانبه
۶	ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابی‌های شناختی، افزایش و کاهش پاسخ هیجانی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد بازارزیابی.	گفتگو راجع به نقش ذهن در تولید نگهداری.
۷	تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان به مواجهه و توصیف پیامدهای جسمانی، ذهنی و احساسی به‌شیوهٔ نوشتاری و کلامی، شناسایی میزان و نحوهٔ استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مهارت‌آموزی آموزش و تمرین ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، راهبرد تخلیهٔ هیجانی، تغییر دادن پیامدهای هیجانی از طریق عمل معکوس، آرمیدگی جسمانی.	تمرین ابراز هیجان.
۸	ارزیابی و کاربرد	ارزیابی مجدد و برنامه‌ریزی برای کاربرد و تثبیت آموزش‌ها، تهیهٔ مجدد فهرست اهداف فردی و گروهی، درجه‌بندی میزان حصول هر یک از اهداف در مقیاسی از ۰ تا ۱۰، تشویق موفقیت‌های هر یک از اعضا (در نیل به اهداف گروهی و فردی) و تعهد اعضا در انجام تکالیف خود.	تهیهٔ مجدد فهرست اهداف فردی و گروهی.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) صورت گرفت. هم‌چنین برای تحلیل، بعد از تأیید مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام‌باکس، یکسان بودن شیب‌خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین)، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. سطح معناداری در آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در گروه گواه چهار نفر ۲۰ تا ۳۰ سال (۲۶/۶۶ درصد)، هفت‌نفر ۳۱ تا ۴۰ سال (۴۶/۶۶ درصد) و چهار نفر نیز بین ۴۱ تا ۴۵ سال (۲۶/۶۶ درصد) حضور داشتند، در گروه آزمایش نیز پنج نفر بین ۲۰ تا ۳۰ سال (۳۳/۳۳ درصد)، هشت نفر ۳۱ تا ۴۰ سال (۵۳/۳۳ درصد) و دو نفر نیز بین ۴۱ تا ۵۰ سال (۱۳/۳۳ درصد) سن داشتند. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های کالموگروف‌اسمیرنوف، باکس و لوین استفاده شد. سطح معناداری آمارهٔ محاسبه‌شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ بود، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته شد. براساس آزمون ام‌باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/ کوواریانس به‌درستی رعایت شد (p=۰/۴۶۹). بر اساس آزمون لوین و معنادار نبودن آن برای همهٔ متغیرها، شرط برابری واریانس‌ها رعایت شد.

بر اساس جدول ۲. درمان تنظیم هیجان بر کاهش افسردگی و افزایش صمیمیت زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش‌ازقاعدگی مؤثر بود (p<۰/۰۰۱)؛ مقدار ضریب اتا برای متغیر افسردگی (۰/۷۸۳) و صمیمیت زناشویی (۰/۸۲۱) به دست آمد که نشان‌دهندهٔ میزان تأثیر درمان تنظیم هیجان بر افسردگی و صمیمیت زناشویی زنان مبتلا به نشانگان پیش‌ازقاعدگی بود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.144.3]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و صمیمیت زناشویی در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
افسردگی	آزمایش	۲۷/۲۰	۶/۲۵۹	۲۴/۹۶	۶/۱۰۹	۹۷/۶۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۸۳
	گواه	۲۶/۷۳	۵/۲۷۵	۲۶/۱۳	۵/۰۲۷			
صمیمیت	آزمایش	۲۳/۳۳	۳/۰۳۹	۲۵/۴۰	۳/۱۱۲	۱۰۵/۳۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۱
	گواه	۲۱/۸۰	۳/۰۹۸	۲۲/۲۷	۳/۱۷۳			

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر افسردگی و صمیمیت زناشویی زنان مبتلابه نشانگان پیش‌ازقاعدگی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان تنظیم هیجان در کاهش افسردگی زنان مبتلابه نشانگان پیش‌ازقاعدگی مؤثر است. نتیجهٔ به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه به‌طور غیرمستقیم همسوست. مطالعهٔ شریفی‌پور و همکاران نشان داد که درمان تنظیم هیجان در کاهش علائم اختلال کندن مو، افسردگی، اضطراب، استرس، دشواری در تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلابه اختلال کندن مو مؤثر است (۳۰). نتایج تحلیل کوواریانس پژوهش صبحی و همکاران نشان داد که نمرات استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان شرکت‌کننده در گروه آموزش تنظیم هیجان درمقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون کاهش یافته است (۲۶). همچنین نتایج مطالعهٔ مؤمنی نشان داد که آموزش تنظیم هیجانی در جهت کاهش افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی دختران دانشجوی مبتلابه اختلال افسردگی اساسی مؤثر است (۲۷). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند با آگاه‌نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به‌موقع آن‌ها، نقش مهمی در کاهش علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی داشته باشد؛ زیرا تحقیقات قبلی نشان داده است که سطوح بالای هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی نقش مهمی در قضاوت و ادراک مثبت از خویش دارد (۴۳). تنظیم هیجان، فرایندها و راهبردهای تنظیمی بی‌شماری را در برمی‌گیرد که شامل ابعاد شناختی، جسمی، اجتماعی و رفتاری می‌شود. ازجملهٔ این راهبردها می‌توان به نشخوار فکری، خوداظهاری، اجتناب و بازداری اشاره کرد. جنبه‌های شناختی تنظیم هیجان همانند دیگر ابعاد رفتاری و اجتماعی آن درواقع باهدف مدیریت هیجان‌ها جهت افزایش سازگاری و تطابق به کار می‌روند و بخشی از راهبردهای تطابقی هستند که باتجربه و درمان ناراحتی‌های هیجانی و جسمانی مرتبط‌اند. لذا تنظیم هیجان و مخصوصاً راهبردهای مثبت تنظیم هیجانات باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود (۴۴). درنتیجه، آموزش تنظیم هیجان در موقعیت‌های زندگی، موجب می‌شود افراد احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به‌تبع آن میزان افسردگی ناشی از این احساسات منفی در آنان کاهش پیدا خواهد کرد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت مهارت‌های تنظیم هیجانی به افرادی که ازلحاظ هیجانی آسیب‌پذیر هستند، اجازه می‌دهد که در زمان حال (زمان و مکان کنونی) باشند و درنتیجه به‌جای آن‌که واکنشی بیش‌ازحد و اضطرابی به موقعیت نشان دهند، درک عمیق‌تری از میزان تهدید به دست آورند؛ بنابراین توجه عمدهٔ درمان تنظیم هیجان بر هیجانات مثبت و منفی و تقویت آن‌هاست. لذا با شناخت و آگاهی فرآیند هیجانی نوجوانان می‌توان سیستم شناختی و هیجانی این افراد را تصحیح کرد و اضطراب و افسردگی جلوگیری کرد.

دیگر یافتهٔ پژوهش نشان داد که درمان تنظیم هیجان در افزایش صمیمیت زناشویی زنان مبتلابه نشانگان پیش‌ازقاعدگی مؤثر است. همسو با یافتهٔ فوق مطالعهٔ ولی‌پور شیخی و میردریکوند نشان داد که آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش سازگاری زناشویی زوجین دچار تعارض زناشویی می‌گردد (۳۱). نتایج مطالعهٔ اصغری و همکاران نشان داد که آموزش تنظیم هیجان به‌طور معناداری بر کاهش فرسودگی زناشویی و طلاق عاطفی زنان متقاضی طلاق مؤثر است (۲۸). درهمین‌راستا در مطالعه‌ای نشان داده شد که آموزش تنظیم هیجانی می‌تواند به‌طور معناداری بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی را در زنان نابارور افزایش دهد (۲۹). در توجیه این یافته می‌توان گفت تنظیم هیجان تعدیل و مدیریت هیجان‌ها را به دنبال دارد و برخوردار بودن از مهارت‌های مثبت تنظیم هیجان باعث سازگاری مثبت می‌شود؛ بنابراین تنظیم هیجان می‌تواند نقش مهمی در زندگی ایفا کند و موجبات افزایش بهزیستی هیجانی را در زندگی فراهم آورد. همچنین در تبیین این یافته شاید بتوان به این نکته اشاره کرد که زنان دچار قاعدگی در دوران قاعدگی به‌احتمال‌زیاد نمی‌توانند از هیجانات مثبت به‌صورت مفید استفاده کنند و در مقابل به میزان زیادی دارای هیجانات منفی هستند و این امر موجب مشکلات دیگری ازجمله درک منفی از خویشتن، نگرانی دربارهٔ روابط با دیگران و عملکرد اجتماعی نامناسب در آن‌ها می‌شود که خود دلیلی بر مختل شدن بهزیستی هیجانی در آنانست (۴۵). این درحالی‌است که آموزش تنظیم هیجان باعث می‌شود از وجود هیجانات منفی و تأثیر منفی آن‌ها بر خویش آگاهی پیدا کنند یا برای بازیابی هیجانات در موقعیت‌های مختلف جهت سالم نگه‌داشتن هیجان تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات زناشویی کاهش یافته و درنتیجه صمیمیت زناشویی افزایش می‌یابد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت زنانی که در جلسات آموزش تنظیم هیجان شرکت کردند، دانش خود را در ارتباط با ماهیت هیجانات و انواع هیجانات خوشایند و ناخوشایند گسترش دادند و یاد گرفتند که هر کدام از این

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.144.3]

هیجانات دارای کارکردی مفید هستند و مهمتر از همه یاد گرفتند که در مواجهه با این هیجانات چگونه رفتار کنند. کاهش صمیمیت زناشویی نیز یکی از آسیب‌های زندگی زناشویی محسوب می‌شود که به‌دلیل آشفتگی‌های هیجانی مزمن شکل می‌گیرد و تداوم پیدا می‌کند، درحالی‌که یادگیری تنظیم هیجان با مدیریت و تعدیل به‌موقع هیجان مرتبط است و از تشدید آشفتگی و تداوم آن جلوگیری می‌کند. همچنین تنظیم هیجان شامل آموزه‌هایی است که یادگیری آن با بهبود عملکرد بین فردی به‌خصوص در ارتباطات زناشویی همراه است. به‌طور مثال گوش‌دادن فعال باعث می‌شود که فرد بتواند حتی بر تنظیم هیجان دیگران نیز تأثیرگذار باشد؛ بنابراین یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند روابط زنان را بهبود بخشد و زمینهٔ ارتقای صمیمت بین زوجین را فراهم کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر مختص‌بودن نمونه به شهر مشهد بود که تعمیم‌یافته‌ها را با سایر شهرها با محدودیت مواجه می‌سازد، یکی دیگر از محدودیت‌های عمدهٔ پژوهش، عدم برگزاری دورهٔ پیگیری برای بررسی تداوم نتایج درمان بود. پیشنهاد می‌شود در این راستا پژوهش‌های مشابهی در شهرهای مختلف و با حجم نمونهٔ بیشتر و متنوع‌تر انجام گیرد و نتایج پژوهش‌ها بررسی دقیق شود تا امکان تعمیم یافته‌ها را به سایر شهرها با مشکل مواجه نکند. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که با برگزاری دوره‌هایی مبتنی‌بر یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان در مراکز مشاورهٔ خانواده و سایر مراکزی که زوج‌ها برای دریافت خدمات مشاورهٔ زناشویی به آن مراجعه می‌کنند، گام مؤثری در زمینهٔ توانمندسازی روابط زوج‌ها برداشته شود و میزان افسردگی کاهش یافته و به‌تبع آن افزایش صمیمیت زناشویی افزایش یابد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که درمان تنظیم هیجان بر کاهش افسردگی و افزایش صمیمیت زناشویی زنان مبتلابه نشانگان پیش‌ازقاعدگی مؤثر است؛ بنابراین بر اساس یافته‌ها، درمان تنظیم هیجان می‌تواند به‌عنوان روش مداخله‌ای نوینی در کاهش علائم اختلال‌های هیجانی زنان دچار قاعدگی به کار رود.

۶ تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای دانشگاه آزاد زاهدان با شماره نامهٔ ۵/۵۱۷۱ مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر روی گروه مطالعه از کلینیک زنان دکتر زهرا زارع و مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاورهٔ پرتو با شماره نامه۹۷/۱۴۶۰۵۲/۱۲ صادر شده است. نویسندگان از تمامی کسانی که در این پژوهش همکاری کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌کنند و اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.144.3]

References

1. Mirzaei F, Neshatdoost H, Jabal Ameli S, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of Cognitive-Behavioral Stress Management on Depression and Irritability of Women with Premenstrual Syndrome: A Short report. JRUMS. 2013; 12 (1):79-86. [Persian] http://journal.rums.ac.ir/article-1-1671-en.html
2. Moasheri BN, Sharifzadeh GR, Miri MR, Rakhshany Zabol F. The effect of Iron and vitamin D supplementation on the severity of premenstrual syndrome symptoms through High school Female Students in the City of Birjand in 2015- 2016. J Birjand Univ Med Sci. 2018; 25 (3):213-22. [Persian] http://journal.bums.ac.ir/article-1-2407-en.html
3. Shamberger RJ. Calcium, magnesium, and other elements in the red blood cells and hair of normals and patients with premenstrual syndrome. Biological trace element research. 2003; 94 (2):123-9.
4. Kiani Asiabar A, Heidari M, Mohammadi Tabar S, Faghihzadeh S. Prevalence, Signs, Symptoms and Predisposing Factors of Premenstrual Syndromes in Employed Women. Daneshvar Med. 2009; 16 (81):45-54. [Persian] http://daneshvarmed.shahed.ac.ir/article-1-59-en.html
5. Lete I, Dueñas JL, Serrano I, Doval JL, Martínez-Salmeán J, Coll C, et al. Attitudes of Spanish women toward premenstrual symptoms, premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: results of a nationwide survey. Eurj obstet Gynrb. 2011; 159 (1):115-8. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.06.041
6. Direkvand Moghadam A, Kaikhavani S, Sayehmiri K. The worldwide prevalence of premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis study. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2013; 16 (65):8-17. [Persian] http://ijogi.mums.ac.ir/article_1877.html
7. Ramezani Tehra F, Robab Allameh M. Prevalence of premenstrual syndrome and some of its relative factors in reproductive age. HMS. 2012; 18 (3):121-7. [Persian] http://hms.gmu.ac.ir/article-1-1129-en.html
8. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. Danforth's obstetrics and gynecology: Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, New York, 2008.
9. Xiang X, Leggett A, Himle JA, Kales HC. Major depression and subthreshold depression among older adults receiving home care. AAGP. 2018; 26 (9):939-49. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.05.001
10. Graze K, Nee J, Endicott J. Premenstrual depression predicts future major depressive disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1990; 81 (2):201-5. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb06479.x
11. Karimian Kakolaki Z, Mazloomy Mohmoodabad SS, Gerayllo S, Heidari F, Motaghi B, Sharifi F. Path Analysis to Determine the Relationship Between Marital Dissatisfaction, Premenstrual Syndrome and Emotional Dimension of Quality of Life in Women. JCHR. 2018; 7 (3):140-6. [Persian] http://jhr.ssu.ac.ir/article-1-425-en.html
12. Zerach G, Anat B-D, Solomon Z, Heruti R. Posttraumatic symptoms, marital intimacy, dyadic adjustment, and sexual satisfaction among ex-prisoners of war. JSM. 2010; 7 (8):2739-49. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01784.x
13. Blume TW. Becoming a family counselor: A bridge to family therapy theory and practice: San Francisco, John Wiley & Sons; 2006.
14. Marván M, Martínez MM. Marital communication and premenstrual symptoms. Acta psiquiatrica y psicologica de America Latina. 1995; 41 (1) :24-8.
15. Assali R, Jalal Marvi F, Ansari F, Lashkardost H. Premenstrual syndrome and the marital relationship. J North Khorasan Univ Med Sci. 2015; 7 (2):465-73. [Persian]. http://journal.nkums.ac.ir/article-1-602-en.html
16. Torani S, Pashaee L, Ghatre-sarani Z. Investigating the Relationship between Premenstrual Syndrome and Tolerance in Predicting Marital Conflicts among the Married Women in Tehran. JWSF. 2012; 5 (17):51-66. [Persian] http://www.iaujournals.ir/article_519947.html
17. Zakeri M, Hasani J, Esmaeili N. Effectiveness of Processing Emotion Regulation Strategies Training (PERST) in Alexithymia of Patient with Psoriasis. JCP. 2017; 9 (2):97-111. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2723.html
18. Mohammadkhan S, Haddadi Kuhsar AA, Soleymani H, Eatemadi A, Naghei S-A. Prediction of resilience from cognitive emotion regulation in individuals with HIV infection. Journal of Health Psychology. 2017; 6 (21) :104-15. [Persian] http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_3702.html
19. Shameli L, Mehrabizadeh Honarmand M, Naa'mi A, Davodi I. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation Styles and Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive Disorder. IJPCP. 2019; 24 (4):356-69. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2828-en.html
20. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings (2nd Ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association,2015.
21. Soltani M, Shairi MR, Roshan R, Rahimi CH. The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. INTJ Fertility Sterility. 2014; 7 (4):337-44. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3901179/
22. Mirzaei F, Neshatdoost H, Jabal Ameli S, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of Cognitive-Behavioral Stress Management on Depression and Irritability of Women with Premenstrual Syndrome: A Short report. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2013; 12 (1):79-86. [Persian] http://journal.rums.ac.ir/article-1-1671-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.144.3]

23. Moghtader L, Hasanzade R, Mirzaeian B, Dusti Y. Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Cognitive Hypnotism on Anxiety and Depression in Women with Premenstrual Syndrome. J Holist Nurs Midwifery. 2016; 26 (3):96-105. [Persian] http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-758-en.html
24. Shahraki Ghadimi S, Khajevand Khoshli A, Asadi J. Effectiveness of Drama Therapy on Premenstrual Symptoms and Marital Burnout in Women. IJNR. 2019; 5 (2):18-24. [Persian] http://ijrn.ir/article-1-392-en.html
25. Eisanezhad Boshehri S, DashtBozorgi Z. Effectiveness of Behavioral Activation Treatment on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction of Women during Premenopause. JEHP. 2018; 6 (1):63-71. [Persian] http://journal.ihepsa.ir/article-1-843-en.html
26. Sobhi-Gharamaleki N, Porzoor P, Aghajani S, Narimani M. Effectiveness of Emotion Regulation Training on Reduction of Anxiety, Stress and Depression Symptoms among University Students. JEHP. 2015; 3 (1):5-13. [Persian] http://journal.ihepsa.ir/article-1-234-en.html
27. Momeni F. Effectiveness of Emotion Regulation Training on Depression, Anxiety, and Emotional Dysregulation in Female University Students Living in Dormitories. J Res Behav Sci. 2016; 14 (1):64-71. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/index.php/jrbs/article/view/782
28. Asghari F, Isapoor Haftkhani K, Ghasemi Jobaneh R. The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Couple Burnout and Emotional Divorce of Applied for Divorce Women. Quarterly Journal of Social Work. 2018; 7 (1):14-21. [Persian] http://socialworkmag.ir/article-1-298-en.html
29. Dargahi S, Zeraati M, Ghamari Givi H, Ayadi N, Haghanni M. The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Emotional Well- Being and Marital Satisfaction of Infertile Women. IJNR. 2015; 28 (93):151-62. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-1104-en.html
30. Sharifipour S, Dvazdahemami MH, Bakhtiari M, Mohamadi A, Saberi M. The efficacy of emotion regulation therapy on symptom's severity, anxiety, depression, stress and quality of life in individuals with trichotillomania. Dermatology and Cosmetic. 2017; 8 (2):100-10. [Persian] http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5255-en.html
31. Valipoursheikhi Z, Mirederikvand F. The Effectiveness of Emotion Regulation Instruction on Increasing of Marital Adjustment in Couples with Marital Conflict. Journal of Nursing Education. 2019; 7 (1):75-81. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-1104-en.html
32. Shahar B. Emotion-focused therapy for treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2014; 21 (6):536-47. https://doi.org/10.1002/cpp.1853
33. O'Brien K, O'Keeffe N, Cullen H, Durcan A, Timulak L, McElvaney J. Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. Psychotherapy Research. 2019; 29 (4):524-40. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373206
34. Delavar A. Research methodology in psychology and education. Tehran: Virayesh; 2015. [Persian]
35. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Archives of Women's Mental Health. 2003; 6 (3):203-9. https://doi.org/10.1007/s00737-003-0018-4
36. Yen JY, Chang SJ, Ko CH, Yen CF, Chen CS, Yeh YC, et al. The high-sweet-fat food craving among women with premenstrual dysphoric disorder: Emotional response, implicit attitude and rewards sensitivity. Psychoneuroendocrinology. 2010; 35 (8):1203-12. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.02.006
37. Siahbazi Sh, Hariri FZ, Montazeri A, Moghaddam Banaem L. Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). IHSR. 2011; 10 (4):421-7. [Persian] http://payeshjournal.ir/article-1-495-en.html
38. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996; 78 (2):490-8.
39. Emad Y, Hadianfard H. Forecasting Suicide Based on Sexuality, Marital Status, Coping Strategies, Religious Orientation, and Depression Rate. IJPCP. 2019; 25 (2):178-93. [Persian] DOI: 10.32598/ijpcp.25.2.178
40. Walker AJ, Thompson L. Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. Journal of Marriage and the Family. 1983:841-9. DOI: 10.2307/351796
41. Heydari A, Eghbal F. The Relationship between Difficulty in Emotion Regulation, Attachment Styles, and Intimacy with Marital Satisfaction in Ahwaz Steel Industry Couples. Journal of social psychology. 2011; 5 (5):115-34. [Persian]
42. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Nebraska, Conceptual foundations; 2007.
43. Richards JM, Gross JJ. Emotion regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. JPSP. 2000; 79 (3):410-24.
44. Tugade MM, Fredrickson BL. Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. Journal of happiness studies. 2007; 8 (3):311-33. https://doi.org/10.1007/s10902-006-9015-4
45. Abdi S, Babapoor J, Fathi H. Relationship between Cognitive emotion regulation styles and general health among university students. JAUMS, 2011; 8 (4): 258-64. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.144.3]