

اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر گروهی بر سلامت اجتماعی و شکوفایی در زنان دارای اختلال ملال قبل از قاعدگی

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۹

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۱۰/۱۲

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی بر سلامت اجتماعی و شکوفایی در زنان دارای اختلال ملال قبل از قاعدگی بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون به همراه گروه کنترل نابرابر و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال ملال قبل از قاعدگی بود که در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ به مراکز درمانی و مشاوره شهر ستان سیاهکل مراجعه کرده بودند. از این میان، ۳۹ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی، سلامت اجتماعی کیز و پرسشنامه شکوفایی پرما جمع‌آوری گردید و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی منجر به افزایش معنادار میانگین نمرات سلامت اجتماعی و شکوفایی (و مؤلفه‌های آن‌ها) در زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($P < .001$). همچنین، یافته‌های آزمون تعقیبی حاکی از آن بود که تأثیر این مداخله بر متغیرهای پژوهش در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است ($P < .001$). نتایج بیانگر سودمندی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی بر بهبود سلامت اجتماعی و ارتقای سطح شکوفایی در زنان مبتلا به اختلال ملال قبل از قاعدگی است؛ بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند از این رویکرد در مداخلات بالینی خود بهره ببرند.

کلیدواژگان: روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی، سلامت اجتماعی، شکوفایی، اختلال ملال قبل

از قاعدگی

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



یلدا حبیبی لشکری^۱، سمیه تکلوی^{۱*}، رضا کاظمی^۱

۱. گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

staklavi@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: حبیبی لشکری، یلدا، تکلوی، سمیه، و کاظمی، رضا. (۱۴۰۵). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی بر سلامت اجتماعی و شکوفایی در زنان دارای اختلال ملال قبل از قاعدگی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۳)، ۱-۱۷.

The Effectiveness of Group Positive Psychotherapy on Social Well-Being and Flourishing in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder

Submit Date:
2026-01-02

Revise Date:
2026-03-29

Accept Date:
2026-04-04

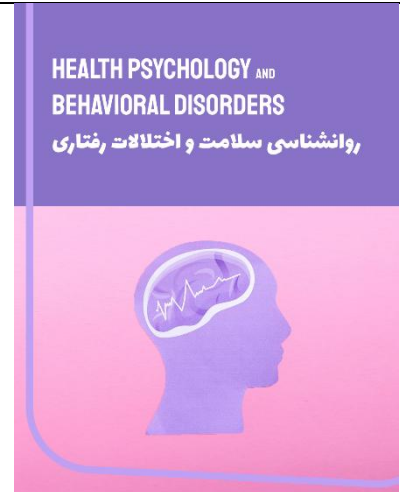
Initial Publish Date:
2026-05-02

Final Publish Date:
2026-07-23

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of group positive psychotherapy on the social well-being and flourishing of women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD). This was a semi-experimental study utilizing a pre-test, post-test design with an unequal control group and a follow-up phase. The statistical population comprised all women with PMDD who visited psychiatric, counseling, and health centers in Siahkal city during the second half of the year 1401. A total of 39 participants were selected via convenience sampling and randomly assigned into an experimental group ($n = 19$) and a control group ($n = 20$). The experimental group received 8 weekly sessions (90 minutes each) of group positive psychotherapy. Data were collected using the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), Keyes' Social Well-being Questionnaire, and the PERMA Flourishing Questionnaire. Data analysis was conducted using repeated-measures ANOVA and the Bonferroni post-hoc test. The results demonstrated that group positive psychotherapy significantly increased the mean scores of social well-being and flourishing (and their components) in women with PMDD compared to the control group ($P < 0.01$). Furthermore, post-hoc analysis indicated that the positive effects of the intervention remained stable during the follow-up phase ($P < 0.01$). The findings suggest that group positive psychotherapy is a highly beneficial intervention for enhancing social well-being and flourishing in women suffering from PMDD, and mental health professionals can effectively utilize this approach in their clinical treatments.

Keywords: *Group positive psychotherapy, Social well-being, Flourishing, Premenstrual dysphoric disorder*

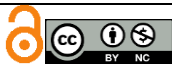


Yalda Habibie Lashkari¹, Somayyeh Taklavi^{2*}, Reza Kazemi³

1. Department of Psychology, Ard.C, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

*Corresponding Author's Email: staklavi@iau.ac.ir

How to cite: Habibie Lashkari, Y., Taklavi, S., & Kazemi, R. (2026). The Effectiveness of Group Positive Psychotherapy on Social Well-Being and Flourishing in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(3), 1-17.



سندرم پیش‌ازقاعدگی (PMS) و اختلال ملال پیش‌ازقاعدگی (PMDD) از جمله شایع‌ترین اختلالات و چالش‌های مرتبط با سلامت جسمی و روانی زنان هستند که با طیف گسترده‌ای از علائم روانی، جسمی و رفتاری مشخص می‌شوند. سبب‌شناسی این اختلالات ماهیتی چندبعدی و زیستی‌روانی اجتماعی دارد که نیازمند توجه به ابعاد مختلف زندگی فرد است (Zendehdel & Elyasi, 2018). تحقیقات متمرکز بر تصویربرداری عصبی نیز شواهدی از تغییرات نوروبیولوژیک مرتبط با اختلال ملال پیش‌ازقاعدگی ارائه داده‌اند که نشان‌دهنده پیچیدگی‌های مغزی در این سندرم است (Dubol et al., 2020). روند پژوهش‌ها از گذشته تا کنون نشان‌دهنده اهمیت روزافزون توجه به این اختلالات و پیامدهای آن‌ها در جوامع علمی است (Gao et al., 2021). این علائم به شکل چشمگیری می‌توانند بر درک ذهنی از سلامت عمومی و میزان استرس تجربه شده در زنان، به ویژه در میان دانشجویان، تأثیر منفی بگذارند (Matsumoto et al., 2019).

افراد مبتلا به این اختلالات، اغلب با مشکلات و اختلالات روان‌شناختی دیگری نیز دست‌وپنجه نرم می‌کنند. مرورهای سیستماتیک و فراتحلیل‌ها نشان‌دهنده همبودی بسیار بالای اختلال ملال پیش‌ازقاعدگی با اختلالات خلقی هستند که پیامدهای بالینی جدی و نوروبیولوژیک به همراه دارد (Bengi et al., 2025). همچنین، همبودی این اختلال با اختلال دوقطبی نیز به کرات در مطالعات گزارش شده است (Slyepchenko et al., 2021). یکی از نگران‌کننده‌ترین و خطرناک‌ترین پیامدهای ناشی از PMDD، شیوع افکار خودکشی در میان زنان مبتلا به این اختلال است که نیازمند مداخلات فوری و مؤثر می‌باشد (Anna et al., 2022). تاکنون درمان‌های دارویی مختلفی از جمله تعدیل‌کننده‌های گیرنده گابا مانند سپرانولون برای مدیریت علائم این اختلالات ارزیابی شده‌اند (Bixo et al., 2017). با این حال، اتکای صرف به دارودرمانی کافی نیست و توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و نیازهای اجتماعی مرتبط با سلامت زنان برای ارائه مراقبت‌های جامع و پایدار ضروری به نظر می‌رسد (Miller, 2024). علاوه بر این، مسائلی نظیر خودمراقبتی و تحقق خویشتن (خودشکوفایی) به عنوان پیامدهای مهم در بیماران مبتلا به شرایط مزمن جسمی و روانی، نیازمند توجه ویژه در مداخلات درمانی هستند (Gholamnejad et al., 2019).

سلامت اجتماعی یکی از ارکان اساسی و جدایی‌ناپذیر سلامت عمومی است که شامل کفایت اجتماعی، انسجام، مشارکت و مهارت‌های ارتباطی مؤثر با دیگران می‌شود (Zachrisson et al., 2019). در کنار سلامت اجتماعی، مفهوم «شکوفایی» به عنوان یکی از شاخص‌های اصلی سلامت روان مثبت، به معنای تحقق بخشیدن به توانمندی‌های درونی، تجربه هیجان‌های مثبت، روابط غنی و یافتن معنای گسترده‌تر در زندگی و کار است (Martela & Pessi, 2018). برنامه‌ها و مداخلات مبتنی بر تاب‌آوری نشان داده‌اند که می‌توانند به شکل معناداری بهزیستی روان‌شناختی و عوامل محافظتی را در افراد آسیب‌پذیر و در معرض خطر ارتقا دهند (Tam et al., 2020).

در همین راستا، روان‌شناسی مثبت‌نگر به عنوان یک رویکرد نوین، به جای تمرکز انحصاری بر آسیب‌شناسی و بیماری، بر شناسایی و تقویت توانمندی‌ها، بهزیستی و شکوفایی انسانی تمرکز دارد (Park & Corn, 2024). سلیگمن، به عنوان یکی از پیشگامان این رویکرد، شکوفایی را به عنوان درک جدید و جامعی از شادکامی و بهزیستی معرفی کرده است که فراتر از صرفاً نداشتن بیماری است (Seligman, 2021). مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر (PPIs) بر ابعاد مختلف سلامت اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و حتی معنوی تأثیرات مثبت و قابل توجهی بر جای می‌گذارند (Saberian et al., 2024). مطالعات فراتحلیلی کلان (مگاآنالیزها) اثربخشی و کارایی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر را به صورت گسترده و در جوامع مختلف تأیید کرده‌اند (Carr et al., 2024). مطالعات طولی نیز نشان داده‌اند که این نوع مداخلات می‌توانند شادکامی، سلامت روان و بهزیستی را در بلندمدت بهبود بخشند (Arslan et al., 2025). این اثربخشی حتی در دوران بحران‌های جهانی مانند پاندمی کووید-۱۹ از طریق مداخلات آنلاین بر سلامت روان و مشارکت تحصیلی دانشجویان نیز به اثبات رسیده است (Krifa et al., 2021).

روان‌درمانی مثبت‌نگر در گروه‌های بالینی و غیربالینی مختلفی با موفقیت به کار گرفته شده است. برای مثال، این مداخلات در بهبود شادکامی، امیدواری و شکوفایی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی بسیار مؤثر بوده‌اند (Shehata et al., 2024). مقایسه روان‌درمانی مثبت‌نگر

گروهی با رویکردهای کلاسیک نظیر درمان شناختی-رفتاری گروهی، نشان‌دهنده اثربخشی قابل توجه آن بر شکوفایی، شادکامی و رضایت از زندگی است (Furchtlehner et al., 2024). همچنین، اثربخشی این رویکرد در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شکوفایی زنان مبتلا به افسردگی نیز مورد تأیید قرار گرفته است (Nourian et al., 2022). علاوه بر این، آموزش‌های مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر توانسته‌اند بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بهبود بخشند (Assarzadegan & Raeisi, 2019). تأثیر این رویکرد بر افزایش شادکامی و شناسایی نقاط قوت منش در بیماران مبتلا به سرطان (Papeli et al., 2021)، و همچنین بهبود توانمندی‌های منش و بهزیستی روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر (Salmanzadeh, 2020) با نتایج درخشانی همراه بوده است. در سطح روابط فردی و بین‌فردی نیز، آموزش‌های گروهی مثبت‌نگر باعث ارتقای چشمگیر بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی در جامعه زنان شده است (Yazdkhasti, 2022).

در زمینه مشکلات و اختلالات مرتبط با چرخه قاعدگی زنان، درمان‌های روان‌شناختی نقش بسزایی در کاهش آلام و بهبود کیفیت زندگی ایفا می‌کنند. برای نمونه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت توانسته است پردازش هیجانی و رفتارهای خودمراقبتی را در دختران نوجوان مبتلا به سندرم پیش‌ازقاعدگی به طور معناداری بهبود بخشد (Aghababaei & Alipour, 2023). مطالعات متمرکز بر رویکرد مثبت‌نگر نیز نشان داده‌اند که این درمان بر بهبود کمیت و کیفیت روابط اجتماعی در زنان مبتلا به ملال پیش‌ازقاعدگی تأثیر چشمگیر و مثبتی دارد (Beka, 2020). افزون بر این، درمان مثبت‌نگر به طور مؤثری سلامت اجتماعی کل و همچنین میزان تحمل درد را در دختران دارای مشکلات قاعدگی ارتقا داده است (Mirahadi, 2022).

با وجود مطالعات متعدد و تأیید اثربخشی مداخلات مختلف، لزوم بررسی دقیق‌تر و جامع‌تر تأثیر «روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی» بر ابعاد خرد و کلان «سلامت اجتماعی» و «شکوفایی»، به ویژه با در نظر گرفتن اثرات پایداری درمان در مرحله پیگیری در قالب طرح‌های کنترل‌شده، همچنان در ادبیات پژوهشی احساس می‌شود. ادغام رویکردهای مثبت‌نگر و ارتقای همزمان مؤلفه‌های ارتباطی-اجتماعی و ظرفیت‌های شکوفایی فردی در قالب مداخلات گروهی می‌تواند دریچه‌ای تازه برای بهبود کیفیت زندگی گروه‌های هدف بگشاید. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی بر سلامت اجتماعی و شکوفایی انجام شده است.

روش‌شناسی

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر انجام شد. جامعه آماری این مطالعه کلیه زنان مبتلا به اختلال ملال قبل از قاعدگی بود که به منظور دریافت خدمات درمان پزشکی/ روان‌درمانی به مراکز روانپزشکی و مراکز مشاوره و خانه‌های بهداشت شهرستان سیاهکل در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ مراجعه کرده بودند (این افراد تشخیص اختلال ملال قبل از قاعدگی را توسط روانپزشک دریافت کرده بودند). تعداد نمونه مورد پژوهش ۳۹ نفر از افراد جامعه آماری مذکور بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و کنترل (۲۰) به صورت تصادفی ساده جایگذاری شدند (به منظور تشخیص دقیق‌تر از پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی استینر و براون (۲۰۰۳) استفاده شد). در پژوهش‌های آزمایشی حداقل تعداد آزمودنی ۱۵ نفر پیشنهاد شده است. ملاک‌های ورود عبارتند از: تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد سیکل به منظور پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، عدم ابتلاء به مشکلات روان‌شناختی حاد دیگر (براساس پرونده فرد) و ملاک‌های خروج عبارت از: عدم تمایل به شرکت در طول برنامه، شدت یافتن بیماری و غیبت دو جلسه متوالی در برنامه درمانی و دریافت برنامه روان‌درمانی دیگری در خصوص اختلال ملال قبل از قاعدگی بود.

پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی (PSST): این پرسشنامه توسط استینر و براون^۲ (۲۰۰۳) به منظور بررسی علایم قبل از قاعدگی طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال بوده که دارای دو بخش است (بخش اول که شامل ۱۴ سؤال خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علایم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سؤال است). برای هر سؤال ۴ معیار اصلا، خفیف، متوسط و شدید ذکر گردید که از صفر تا ۳ نمره بندی شدند. جهت تشخیص 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 علایم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. روایی این پرسشنامه توسط سازندگان مطلوب و پایایی آن برابر ۰/۸۵ گزارش شده است (استینر و براون، ۲۰۰۳). این پرسشنامه در ایران توسط سیه‌بازی و همکاران (۱۳۹۰) مورد استاندارد سازی قرار گرفت. در مجموع ۴۹۸ دانشجوی دختر وارد مطالعه شدند. در آزمون پایایی این ابزار، مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ حاکی از روایی محتوایی این پرسشنامه است. علاوه بر این، امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف، اختلاف معنی‌دار داشتند. نتایج به دست آمده حاکی از روایی و پایایی این ابزار در ایران بود (سیه‌بازی و همکاران، ۱۳۹۰). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۳۵ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت اجتماعی کیبیز (KSWBQ): پرسشنامه سلامت اجتماعی کیبیز (۲۰۰۴) شامل ۲۰ سؤال بوده و ۵ زیرمقیاس را مورد بررسی قرار می‌دهد. توسط کیبیز در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا ساخته شده است. ابعاد این پرسشنامه شامل سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که گزینه کاملا مخالف نمره ۱ و گزینه کاملا موافق نمره ۵ دریافت می‌کند. باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸، برای مشارکت اجتماعی ۰/۷۴، پذیرش اجتماعی ۰/۷۴، برای همبستگی اجتماعی ۰/۷۱، برای شکوفایی اجتماعی ۰/۷۰ و برای انسجام اجتماعی ۰/۷۷ گزارش کردند که می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. در مطالعه اهری (۱۳۹۲) روایی سازه و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت و همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه شکوفایی پرما: پرسشنامه شکوفایی پرما توسط باتلر و کرن^۳ (۲۰۱۶) ساخته شده و شامل ۲۳ گویه است که برای هر یک از مولفه‌های نظریه شکوفایی پرما ۳ سؤال اختصاص داده شده است. ابعاد پرسشنامه شامل هیجان مثبت، مجذوبیت، روابط، معنا و پیشرفت است که میانگین سه سؤال نمره مولفه مورد نظر و میانگین نمره ۱۵ سؤال، نمره کلی شکوفایی را تشکیل می‌دهد. پاسخگویی به سوالات از طریق طیف لیکرت ۱۱ گزینه‌ای (از ۰ هرگز تا ۱۰ برای همیشه) انجام می‌شود. در این پرسشنامه عبارت‌های ۳، ۱۳، ۲۲ برای سنجش هیجان‌های مثبت، عبارت‌های ۲، ۱۰، ۱۷ برای سنجش مجذوبیت، عبارت‌های ۸، ۱۹، ۲۱ برای سنجش روابط، عبارت‌های ۷، ۹، ۲۰ برای سنجش معنایابی و عبارت‌های ۱، ۵، ۱۵ برای سنجش پیشرفت در نظر گرفته شده است (باتلر و کرن، ۲۰۱۶). ۸ سؤال باقی مانده به عنوان سوالات مکمل می‌باشد که در بررسی خودشکوفایی نمره گذاری نمی‌شوند (قلی‌پور و همکاران، ۱۴۰۰). این پرسشنامه توسط سازندگان بر روی ۸ نمونه مختلف (از سراسر جهان، به صورت آنلاین) بررسی شده است (مجموعاً ۳۱۹۶۶ نفر) و دارای ساختار منطبق بر مدل و پایایی درونی و بازآزمون و روایی محتوا، همگرا و واگرایی مناسب بوده است. آلفای کرونباخ مولفه‌ها و نمره کل شکوفایی به ترتیب بالا برابر ۰/۸۸، ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۹۰، ۰/۷۹، ۰/۹۴ و ضریب گاتمن به ترتیب برابر ۰/۸۳، ۰/۶۴، ۰/۷۶، ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۹۵ گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه با مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف ۰/۷۳ و روایی واگرایی آن با مقیاس افسردگی بک ۰/۷۰- گزارش شده است (باتلر و کرن، ۲۰۱۶). در ایران

¹ Premenstrual Symptoms Screening Tool

² Steinner & Brown

³ Butler & Kern

نیز قلی پور و همکاران (۱۴۰۰) به بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه شکوفایی پرما پرداختند. ارزیابی روایی سازه با تحلیل عاملی تأییدی ساختار ۵ عاملی پرسشنامه را تأیید کرد. همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه با مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف ۰/۷۳ و رضایت از زندگی ۰/۸۱ و روایی واگرایی آن با افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۹، و ۰/۷۰-گزارش شده است. بعلاوه پایایی ابزار با ضرایب آلفای کرونباخ و گاتمن برای زیرمقیاس‌ها و نمره کل، مناسب ارزیابی شد (۰/۶۶ تا ۰/۹۵)، همچنین بازآزمایی با ضرایب بالا (۰/۷۴ تا ۰/۸۶) نشان دهنده ثبات ابزار بود. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۵ به دست آمد.

پروتکل مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. در جلسه اول، ضمن تشریح چگونگی انجام کار و علت انتخاب افراد، اعضا با مفهوم مثبت‌اندیشی، گروه و مقررات حاکم بر آن آشنا شدند و به عنوان تکلیف مقرر شد انتظارات خود را جهت شرکت در گروه تعیین کرده و نمودهایی از افکار مثبت و منفی را برای جلسه بعد آماده کنند. جلسات دوم و سوم به آشنایی با افکار منفی، راه‌های تعدیل آن‌ها و تأثیر تفکر مثبت بر سلامتی و طول عمر اختصاص یافت و از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا تجسم موضوعات مثبت و منفی در ذهن و همچنین شروع کردن صبح با یک موضوع مثبت (مانند طلوع خورشید، مرور خاطرات شیرین یا گفتگو با افراد لذت‌بخش) را تمرین کنند. در جلسه چهارم، آموزش مثبت بودن از طریق به چالش کشاندن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از زبان سازنده و تجدیدنظر در باورها ارائه شد و تکلیف این جلسه فهرست کردن ۵ عامل مثبت در زندگی (شامل افراد، فعالیت‌ها یا رویدادها) بود. جلسه پنجم بر نهادینه کردن استراتژی تفکر مثبت در زندگی، استمرار در تمرین افکار مثبت و ایجاد فرصت‌های تفکر مثبت از طریق سازگاری با مشکلاتی که غیرقابل حل هستند تمرکز داشت و مقرر شد اعضا فهرستی از کلمات مثبت تنظیم کرده و آن‌قدر تکرار کنند تا به تدریج وارد دامنه لغاتشان شود. در جلسه ششم، امتحان مثبت زندگی کردن از طریق ایجاد روابط مثبت، درک سلامتی به عنوان پیش‌نیاز مثبت‌نگری و برقراری ارتباط خوب و توأم با دوست‌داشتن قلبی با اطرافیان مطرح گردید و اعضا موظف شدند فهرستی از داشته‌های مثبت خود تهیه کرده و روی آن‌ها تمرکز کنند. در جلسه هفتم، رویکرد مثبت بودن از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرام‌سازی و تغییر نگرش‌ها شامل الزام، مهار کردن و مبارزه‌طلبی بسط داده شد و تمرین توانایی اعتماد به توانمندی‌های خود به عنوان تکلیف تعیین گشت. در نهایت، در جلسه هشتم به موضوعاتی نظیر وارد کردن خنده به زندگی، ایجاد اعتماد به نفس و شکل‌دهی عادت مطلوب ورزش متناسب با بیماری پرداخته شد و مجدداً بر تمرین اعتماد به توانمندی‌های فردی به عنوان تکلیف پایانی و استمرار مسیر درمان تأکید گردید.

جهت تحلیل داده‌ها در این مطالعه از دو بخش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر؛ با بررسی پیش فرض‌های این آزمون) استفاده شد که برای این منظور از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ بهره گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۹ نفر از زنان متأهل دارای اختلال ملال قبل از قاعدگی در دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند که در ادامه ویژگی‌های جمعیت شناختی آنها ارائه شده است. طبق نتایج جدول ۴-۱ در هر دو گروه کمترین فراوانی دارای تحصیلات سیکل و دیپلم و بیشترین فراوانی در هر دو گروه فوق دیپلم و لیسانس می‌باشند. طبق نتایج در هر دو گروه کمترین فراوانی شاغل و بیشترین فراوانی در هر دو گروه شاغل می‌باشند. همچنین، در هر دو گروه کمترین فراوانی دارای بیشتر از دو فرزند و بیشترین فراوانی در هر دو گروه بدون فرزند می‌باشند. علاوه بر این، میانگین و انحراف معیار سنی در گروه آزمایش به ترتیب ۳۲/۷۵، ۴/۹۳ و در گروه کنترل به ترتیب برابر ۳۳/۱۹، ۵/۰۸ می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره Z	P
همبستگی اجتماعی	کنترل	پیش آزمون	۱۰.۴۰۰۰	۲.۹۶۲۹۳	۰.۹۲۷	.۱۳۴
		پس آزمون	۱۰.۵۰۰۰	۲.۸۱۹۱۱	۰.۹۴۳	.۳۰۲
		پیگیری	۱۰.۴۰۰۰	۲.۴۷۹۳۹	۰.۹۸۲	.۹۵۶
روان درمانی مثبت نگر گروهی	کنترل	پیش آزمون	۱۰.۸۴۲۱	۲.۵۸۷۶۴	۰.۷۳۵	.۰۰۰
		پس آزمون	۱۵.۴۷۳۷	۲.۱۳۱۹۸	۰.۹۶۷	.۶۸۷
		پیگیری	۱۴.۴۲۱۱	۲.۲۴۹۶	۰.۹۲۰	.۱۱۲
انسجام اجتماعی	کنترل	پیش آزمون	۱۰.۳۰۰۰	۲.۱۵۴۵۵	۰.۹۱۰	.۰۶۵
		پس آزمون	۱۰.۲۰۰۰	۲.۵۰۴۷۳	۰.۹۴۵	.۳۲۹
		پیگیری	۹.۸۵۰۰	۲.۴۳۳۸۶	۰.۹۳۹	.۲۲۸
روان درمانی مثبت نگر گروهی	کنترل	پیش آزمون	۱۰.۵۲۶۳	۲.۱۹۵۱۶	۰.۹۵۹	.۵۵۴
		پس آزمون	۱۵.۲۶۳۲	۲.۹۴۰۹۴	۰.۹۰۹	.۰۶۲
		پیگیری	۱۴.۳۶۸۴	۲.۸۳۲۵۶	۰.۹۶۸	.۷۳۸
پذیرش اجتماعی	کنترل	پیش آزمون	۹.۴۰۰۰	۲.۴۷۹۳۹	۰.۹۱۸	.۰۹۲
		پس آزمون	۹.۸۰۰۰	۲.۳۰۷۸۸	۰.۹۱۱	.۰۷۸
		پیگیری	۱۰.۱۰۰۰	۲.۱۷۴۰۱	۰.۹۰۳	.۰۴۸
روان درمانی مثبت نگر گروهی	کنترل	پیش آزمون	۹.۹۴۷۴	۲.۵۷۰۶۴	۰.۹۲۸	.۱۳۵
		پس آزمون	۱۵.۵۲۶۳	۳.۰۴۳۵۴	۰.۹۴۹	.۳۲۸
		پیگیری	۱۳.۹۴۷۴	۲.۹۳۳۹۷	۰.۹۴۶	.۳۳۹
مشارکت اجتماعی	کنترل	پیش آزمون	۱۰.۳۵۰۰	۲.۲۳۰۷۷	۰.۹۰۹	.۰۶۴
		پس آزمون	۹.۷۵۰۰	۱.۹۹۶۷۱	۰.۹۶۰	.۵۶۵
		پیگیری	۹.۹۵۰۰	۱.۷۹۱۰۶	۰.۹۳۶	.۲۰۳
روان درمانی مثبت نگر گروهی	کنترل	پیش آزمون	۱۰.۱۰۵۳	۲.۲۰۸۴۴	۰.۹۶۵	.۶۸۲
		پس آزمون	۱۵.۰۵۲۶	۲.۷۷۸۳۶	۰.۹۵۴	.۴۳۹
		پیگیری	۱۴.۷۳۶۸	۳.۴۴۵۴۸	۰.۹۰۸	.۰۶۹
شکوفایی اجتماعی	کنترل	پیش آزمون	۱۰.۵۰۰۰	۲.۱۸۸۴۹	۰.۹۵۷	.۴۹۰
		پس آزمون	۱۰.۸۵۰۰	۲.۲۰۷۰۵	۰.۸۹۹	.۰۴۸
		پیگیری	۹.۵۰۰۰	۲.۱۶۴۳۰	۰.۹۱۷	.۰۸۶
روان درمانی مثبت نگر گروهی	کنترل	پیش آزمون	۱۰.۳۱۵۸	۲.۲۳۷۳۸	۰.۹۱۹	.۱۱۱
		پس آزمون	۱۶.۵۲۶۳	۳.۲۸۹۱۸	۰.۹۰۴	.۰۵۱
		پیگیری	۱۵.۱۵۷۹	۲.۷۱۳۴۱	۰.۹۷۱	.۷۹۴
سلامت اجتماعی کل	کنترل	پیش آزمون	۵۰.۹۵۰۰	۵.۰۶۲۵۰	۰.۹۴۷	.۳۲۵
		پس آزمون	۵۱.۱۰۰۰	۴.۶۱۰۰۶	۰.۹۸۳	.۹۷۳
		پیگیری	۴۹.۸۰۰۰	۴.۵۶۰۷۰	۰.۹۳۳	.۱۷۸
روان درمانی مثبت نگر گروهی	کنترل	پیش آزمون	۵۱.۷۸۹۵	۴.۲۸۹۲۵	۰.۹۴۶	.۳۴۰
		پس آزمون	۷۷.۸۴۲۱	۷.۳۸۰۶۳	۰.۹۴۶	.۳۳۹
		پیگیری	۷۳.۰۵۲۶	۷.۱۷۶۱۵	۰.۹۱۰	.۰۶۵
هیجان‌های مثبت	کنترل	پیش آزمون	۱۳.۰۵۰۰	۲.۶۶۵۰۸	۰.۹۲۷	.۱۳۴
		پس آزمون	۱۲.۶۰۰۰	۳.۰۵۰۴۵	۰.۹۴۳	.۳۰۲
		پیگیری	۱۲.۶۰۰۰	۲.۷۹۸۵۰	۰.۹۸۲	.۹۵۶
روان درمانی مثبت نگر گروهی	کنترل	پیش آزمون	۱۲.۳۶۸۴	۲.۷۹۳۰۶	۰.۷۳۵	.۰۰۰
		پس آزمون	۲۰.۴۷۳۷	۳.۸۵۱۱۶	۰.۹۶۷	.۶۸۷
		پیگیری	۱۸.۸۹۴۷	۳.۷۴۵۷۱۰	۰.۹۲۰	.۱۱۲

روابط	کنترل	پیش آزمون	۱۲.۶۵۰۰	۲.۵۸۰۸۰	۰.۹۱۰	۰.۰۶۵
		پس آزمون	۱۲.۷۵۰۰	۲.۶۱۳۲۳	۰.۹۴۵	۰.۳۲۹
		پیگیری	۱۲.۳۰۰۰	۲.۶۳۷۷۸	۰.۹۳۹	۰.۲۲۸
	روان درمانی مثبت نگر	پیش آزمون	۱۱.۸۹۴۷	۲.۴۰۱۲۷	۰.۹۵۹	۰.۵۵۴
	گروهی	پس آزمون	۱۸.۵۲۶۳	۳.۱۷۴۵۷	۰.۹۰۹	۰.۰۶۲
		پیگیری	۱۷.۶۸۴۲	۲.۸۸۷۷۶	۰.۹۶۸	۰.۷۳۸
معنایابی	کنترل	پیش آزمون	۱۰.۸۵۰۰	۲.۲۳۰۷۷	۰.۹۱۸	۰.۰۹۲
		پس آزمون	۱۱.۳۵۰۰	۲.۰۸۴۴۰	۰.۹۱۱	۰.۰۷۸
		پیگیری	۱۱.۶۵۰۰	۲.۶۸۰۸۳	۰.۹۰۳	۰.۰۴۸
	روان درمانی مثبت نگر	پیش آزمون	۱۱.۳۱۵۸	۲.۱۸۷۱۵	۰.۹۲۸	۰.۱۳۵
	گروهی	پس آزمون	۱۹.۵۲۶۳	۳.۰۲۵۲۳	۰.۹۴۹	۰.۳۲۸
		پیگیری	۱۸.۷۸۹۵	۲.۷۹۳۹۵	۰.۹۴۶	۰.۳۳۹
پیشرفت	کنترل	پیش آزمون	۱۲.۱۳۰۰	۲.۱۳۴۳۱	۰.۹۰۹	۰.۰۶۴
		پس آزمون	۱۲.۴۱۰۰	۲.۱۸۶۰۸	۰.۹۶۰	۰.۵۶۵
		پیگیری	۱۲.۰۹۰۰	۲.۲۴۷۸۱	۰.۹۳۶	۰.۲۰۳
	روان درمانی مثبت نگر	پیش آزمون	۱۱.۸۹۴۷	۲.۴۶۹۷۰	۰.۹۶۵	۰.۶۸۲
	گروهی	پس آزمون	۱۷.۳۱۵۸	۳.۱۲۹۵۲	۰.۹۵۴	۰.۴۳۹
		پیگیری	۱۵.۶۸۴۲	۳.۰۱۹۴۳	۰.۹۰۸	۰.۰۶۹
مجنوبیت	کنترل	پیش آزمون	۱۲.۴۲۰۰	۲.۰۸۷۵۶	۰.۹۵۷	۰.۴۹۰
		پس آزمون	۱۲.۲۵۰۰	۱.۹۹۶۷۱	۰.۸۹۹	۰.۰۴۸
		پیگیری	۱۲.۸۱۰۰	۱.۸۹۴۴۲	۰.۹۱۷	۰.۰۸۶
	روان درمانی مثبت نگر	پیش آزمون	۱۲.۸۴۲۱	۱.۸۳۳۷۳	۰.۹۱۹	۰.۱۱۱
	گروهی	پس آزمون	۱۵.۷۸۹۵	۳.۰۷۴۹۶	۰.۹۰۴	۰.۰۵۱
		پیگیری	۱۵.۲۱۰۵	۲.۷۱۹۸۶	۰.۹۷۱	۰.۷۹۴
شکوفایی	کنترل	پیش آزمون	۶۱.۱۰۰۰	۵.۴۳۷۶۹	۰.۹۴۷	۰.۳۲۵
		پس آزمون	۶۱.۳۵۰۰	۵.۸۳۳۴۳	۰.۹۸۳	۰.۹۷۳
		پیگیری	۶۱.۴۰۰۰	۵.۱۲۱۸۳	۰.۹۳۳	۰.۱۷۸
	روان درمانی مثبت نگر	پیش آزمون	۶۰.۳۱۵۸	۵.۶۰۸۰۶	۰.۹۴۶	۰.۳۴۰
	گروهی	پس آزمون	۹۱.۵۷۸۹	۸.۵۱۳۴۹	۰.۹۴۶	۰.۳۳۹
		پیگیری	۸۷.۰۵۲۶	۶.۹۷۹۹۲	۰.۹۱۰	۰.۰۶۵

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای سلامت اجتماعی و شکوفایی (و مؤلفه‌های آن‌ها) را در دو گروه آزمایش و گواه طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، همراه با نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها نشان می‌دهد. بررسی‌ها حاکی از آن است که در گروه گواه، نمرات در طول مراحل ارزیابی تفاوت چشمگیری نداشته‌اند؛ اما در گروه آزمایش (که تحت مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی قرار گرفتند)، نمرات مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و شکوفایی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. به عنوان نمونه، میانگین نمره کل سلامت اجتماعی در گروه آزمایش از ۵۱،۷۹ در پیش‌آزمون به ۷۷،۸۴ در پس‌آزمون ارتقا یافته و در مرحله پیگیری در سطح ۷۳،۰۵ باقی مانده است. روند مشابهی برای میانگین کل شکوفایی نیز مشاهده شد که از ۶۰،۳۲ در پیش‌آزمون به ۹۱،۵۸ در پس‌آزمون افزایش یافته و در پیگیری عدد ۸۷،۰۵ را ثبت کرده است که نشان‌دهنده حفظ نسبی اثرات درمان است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در گروه‌ها و در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجزورات آزادی	درجه	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
سلامت اجتماعی	عامل	۱۹۷۰.۸۳۲	۱	۱۹۷۰.۸۳۲	۶۰.۷۱۱	.۰۰۰	.۶۲۱	۱.۰۰۰
	عامل * گروه	۲۴۴۷.۳۴۴	۱	۲۴۴۷.۳۴۴	۷۵.۳۹۰	.۰۰۰	.۶۷۱	۱.۰۰۰
	خطا	۱۲۰.۱۱۱۷	۳۷	۳۲.۴۶۳				
شکوفایی	عامل	۳۵۶۱.۲۳۷	۱	۳۵۶۱.۲۳۷	۱۱۲.۰۵۱	.۰۰۰	.۷۵۲	۱.۰۰۰
	عامل * گروه	۳۴۰۴.۹۳۰	۱	۳۴۰۴.۹۳۰	۱۰۷.۱۳۳	.۰۰۰	.۷۴۳	۱.۰۰۰
	خطا	۱۱۷۵.۹۴۲	۳۷	۳۱.۷۸۲				
همبستگی اجتماعی	عامل	۶۲.۴۰۲	۱	۶۲.۴۰۲	۷.۵۳۸	.۰۰۹	.۱۶۹	.۷۶۲
	عامل * گروه	۶۲.۴۰۲	۱	۶۲.۴۰۲	۷.۵۳۸	.۰۰۹	.۱۶۹	.۷۶۲
	خطا	۳۰۶.۳۱۶	۳۷	۸.۲۷۹				
انسجام اجتماعی	عامل	۵۶.۰۵۷	۱	۵۶.۰۵۷	۱۰.۲۳۰	.۰۰۳	.۲۱۷	.۸۷۶
	عامل * گروه	۸۹.۷۴۹	۱	۸۹.۷۴۹	۱۶.۳۷۹	.۰۰۰	.۳۰۷	.۹۷۶
	خطا	۲۰۲.۷۳۸	۳۷	۵.۴۷۹				
پذیرش اجتماعی	عامل	۱۰۷.۶۱۸	۱	۱۰۷.۶۱۸	۱۳.۹۱۸	.۰۰۱	.۲۷۳	.۹۵۳
	عامل * گروه	۵۳.۰۵۴	۱	۵۳.۰۵۴	۶.۸۶۱	.۰۱۳	.۱۵۶	.۷۲۳
	خطا	۲۸۶.۱۰۰	۳۷	۷.۷۳۲				
مشارکت اجتماعی	عامل	۸۷.۲۳۶	۱	۸۷.۲۳۶	۱۲.۵۲۹	.۰۰۱	.۲۵۳	.۹۳۱
	عامل * گروه	۱۲۳.۳۳۸	۱	۱۲۳.۳۳۸	۱۷.۷۱۵	.۰۰۰	.۳۲۴	.۹۸۴
	خطا	۲۵۷.۶۱۱	۳۷	۶.۹۶۲				
شکوفایی اجتماعی	عامل	۷۱.۹۱۶	۱	۷۱.۹۱۶	۱۳.۶۹۷	.۰۰۱	.۲۷۰	.۹۵۰
	عامل * گروه	۱۶۶.۲۷۵	۱	۱۶۶.۲۷۵	۳۱.۶۶۹	.۰۰۰	.۴۶۱	۱.۰۰۰
	خطا	۱۹۴.۲۶۳	۳۷	۵.۲۵۰				
هیجان‌های مثبت	عامل	۱۷۹.۸۷۵	۱	۱۷۹.۸۷۵	۱۶.۳۹۹	.۰۰۰	.۳۰۷	.۹۷۶
	عامل * گروه	۲۳۷.۱۰۵	۱	۲۳۷.۱۰۵	۲۱.۶۱۶	.۰۰۰	.۳۶۹	.۹۹۵
	خطا	۴۰۵.۸۴۳	۳۷	۱۰.۹۶۹				
روابط	عامل	۱۴۴.۱۴۶	۱	۱۴۴.۱۴۶	۲۲.۳۲۹	.۰۰۰	.۳۷۶	.۹۹۶
	عامل * گروه	۱۸۳.۶۳۳	۱	۱۸۳.۶۳۳	۲۸.۴۴۶	.۰۰۰	.۴۳۵	.۹۹۹
	خطا	۲۳۸.۸۵۴	۳۷	۶.۴۵۶				
معنایابی	عامل	۳۳۳.۴۹۳	۱	۳۳۳.۴۹۳	۶۳.۲۸۸	.۰۰۰	.۶۳۱	۱.۰۰۰
	عامل * گروه	۲۱۶.۹۸۰	۱	۲۱۶.۹۸۰	۴۱.۱۷۷	.۰۰۰	.۵۲۷	۱.۰۰۰
	خطا	۱۹۴.۹۶۸	۳۷	۵.۲۶۹				
پیشرفت	عامل	۶۴.۵۳۱	۱	۶۴.۵۳۱	۱۷.۳۲۰	.۰۰۰	.۳۱۹	.۹۸۲
	عامل * گروه	۷۵.۶۰۸	۱	۷۵.۶۰۸	۲۰.۲۹۳	.۰۰۰	.۳۵۴	.۹۹۲
	خطا	۱۳۷.۸۵۴	۳۷	۳.۷۲۶				
مجزوبیت	عامل	۳۸.۶۹۹	۱	۳۸.۶۹۹	۱۰.۹۵۷	.۰۰۲	.۲۲۸	.۸۹۷
	عامل * گروه	۱۷.۹۳۰	۱	۱۷.۹۳۰	۵.۰۷۶	.۰۳۰	.۱۲۱	.۵۹۳
	خطا	۱۳۰.۶۸۶	۳۷	۳.۵۳۲				

در جدول ۲، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیر اصلی زمان و گروه و همچنین اثر متقابل آن‌ها بر متغیرهای پژوهش ارائه شده است. یافته‌ها نشان‌دهنده اثر معنادار عامل زمان بر سلامت اجتماعی ($F=۶۰.۷۱۱$ ، $P=۰.۰۰۰$) و شکوفایی ($F=۱۱۲.۰۵۱$ ، $P=۰.۰۰۰$) می‌باشد. افزون بر این، اثر متقابل عامل زمان و گروه نیز برای سلامت اجتماعی کل ($F=۷۵.۳۹۰$ ، $P=۰.۰۰۰$) و شکوفایی کل

تغییرات نمرات در طول زمان در دو گروه یکسان نبوده و مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی توانسته است تأثیر معنادار و مثبتی بر ابعاد سلامت اجتماعی و شکوفایی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه بر جای بگذارد.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای میانگین متغیرهای پژوهش با توجه به عوامل درون گروهی و بین گروهی در گروه‌ها

متغیر	مراحل درون - بین گروهی	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معنی داری	کران پایین	کران بالا
سلامت اجتماعی	پیش - پس آزمون	-۱۳.۱۰۱*	۱.۳۷۶	.۰۰۰	-۱۶.۵۵۱	-۹.۶۵۱
	پیش - پیگیری	-۱۰.۰۵۷*	۱.۲۹۱	.۰۰۰	-۱۳.۲۹۳	-۶.۸۲۰
	پس - پیگیری	۳.۰۴۵	۱.۳۵۹	.۰۹۳	-۰.۳۶۲	۶.۴۵۲
شکوفایی	پیش - پس آزمون	-۱۵.۷۵۷*	۱.۵۸۵	.۰۰۰	-۱۹.۷۳۱	-۱۱.۷۸۳
	پیش - پیگیری	-۱۳.۵۱۸*	۱.۲۷۷	.۰۰۰	-۱۶.۷۲۱	-۱۰.۳۱۶
	پس - پیگیری	۲.۲۳۸	۱.۳۲۰	.۲۹۵	-۱.۰۷۳	۵.۵۴۹
همبستگی اجتماعی	پیش - پس آزمون	-۲.۳۶۶*	۰.۶۳۲	.۰۰۲	-۳.۹۵۱	-۰.۷۸۱
	پیش - پیگیری	-۱.۷۸۹*	۰.۶۵۲	.۰۲۸	-۳.۴۲۴	-۰.۱۵۵
	پس - پیگیری	۰.۵۷۶	۰.۶۴۸	۱.۰۰۰	-۱.۰۴۸	۲.۲۰۰
انسجام اجتماعی	پیش - پس آزمون	-۲.۳۱۸*	۰.۵۲۹	.۰۰۰	-۳.۶۴۵	-۰.۹۹۲
	پیش - پیگیری	-۱.۶۹۶*	۰.۵۳۰	.۰۰۸	-۳.۰۲۶	-۰.۳۶۶
	پس - پیگیری	۰.۶۲۲	۰.۶۹۰	۱.۰۰۰	-۱.۱۰۸	۲.۲۵۲
پذیرش اجتماعی	پیش - پس آزمون	-۲.۹۸۹*	۰.۶۷۳	.۰۰۰	-۴.۶۷۸	-۱.۳۰۱
	پیش - پیگیری	-۲.۳۵۰*	۰.۶۳۰	.۰۰۲	-۳.۹۳۰	-۰.۷۷۰
	پس - پیگیری	۰.۶۳۹	۰.۶۶۹	۱.۰۰۰	-۱.۰۳۷	۲.۳۱۶
مشارکت اجتماعی	پیش - پس آزمون	-۲.۱۷۴*	۰.۵۳۰	.۰۰۱	-۳.۵۰۴	-۰.۸۴۳
	پیش - پیگیری	-۲.۱۱۶*	۰.۵۹۸	.۰۰۳	-۳.۶۱۵	-۰.۶۱۷
	پس - پیگیری	۰.۰۵۸	۰.۵۵۱	۱.۰۰۰	-۱.۳۲۳	۱.۴۳۹
شکوفایی اجتماعی	پیش - پس آزمون	-۳.۲۸۰*	۰.۵۳۲	.۰۰۰	-۴.۶۱۴	-۱.۹۴۷
	پیش - پیگیری	-۱.۹۲۱*	۰.۵۱۹	.۰۰۲	-۳.۲۲۳	-۰.۶۱۹
	پس - پیگیری	۱.۳۵۹*	۰.۵۰۰	.۰۳۰	۰.۱۰۵	۲.۶۱۴
هیجان‌های مثبت	پیش - پس آزمون	-۳.۸۲۸*	۰.۶۴۹	.۰۰۰	-۵.۴۵۴	-۲.۲۰۱
	پیش - پیگیری	-۳.۰۳۸*	۰.۷۵۰	.۰۰۱	-۴.۹۲۰	-۱.۱۵۷
	پس - پیگیری	۰.۷۸۹	۰.۷۰۰	.۸۰۰	-۰.۹۶۶	۲.۵۴۵
روابط	پیش - پس آزمون	-۳.۳۶۶*	۰.۶۳۱	.۰۰۰	-۴.۹۴۸	-۱.۷۸۳
	پیش - پیگیری	-۲.۷۲۰*	۰.۵۷۶	.۰۰۰	-۴.۱۶۳	-۱.۲۷۶
	پس - پیگیری	۰.۶۴۶	۰.۵۳۹	.۷۱۶	-۰.۷۰۶	۱.۹۹۹
معنایابی	پیش - پس آزمون	-۴.۳۵۵*	۰.۴۹۷	.۰۰۰	-۵.۶۰۲	-۳.۱۰۹
	پیش - پیگیری	-۴.۱۳۷*	۰.۵۲۰	.۰۰۰	-۵.۴۴۱	-۲.۸۳۳
	پس - پیگیری	۰.۲۱۸	۰.۵۶۰	۱.۰۰۰	-۱.۱۸۵	۰.۲۱۸
پیشرفت	پیش - پس آزمون	-۲.۸۳۶*	۰.۵۷۰	.۰۰۰	-۴.۲۶۵	-۱.۴۰۶
	پیش - پیگیری	-۱.۸۲۰*	۰.۴۳۷	.۰۰۱	-۲.۹۱۶	-۰.۷۲۳
	پس - پیگیری	۱.۰۱۶	۰.۵۶۳	.۲۳۸	-۰.۳۹۶	۲.۴۲۸
مجدوبیت	پیش - پس آزمون	-۱.۳۹۹*	۰.۴۲۱	.۰۰۶	-۲.۴۵۴	-۰.۳۴۳
	پیش - پیگیری	-۱.۴۰۹*	۰.۴۲۶	.۰۰۶	-۲.۴۷۷	-۰.۳۴۲
	پس - پیگیری	-۰.۰۱۱	۰.۴۹۱	۱.۰۰۰	-۱.۲۴۱	۱.۲۲۰

جدول ۳ به ارائه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی مراحل ارزیابی پرداخته است تا محل دقیق تفاوت‌های معنادار مشخص گردد. نتایج نشان داد که در گروه آزمایش برای متغیر سلامت اجتماعی کل، تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اختلاف میانگین $P=0.000$ ، $13,101=-$) و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری (اختلاف میانگین $P=0.000$ ، $10,057=-$) وجود دارد؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری ($P=0.000$ ، $3,045$) از نظر آماری معنادار نیست ($P=0.093$). به طور مشابه برای متغیر کل شکوفایی، تفاوت مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون (اختلاف میانگین $P=0.000$ ، $15,757=-$) و پیش‌آزمون با پیگیری (اختلاف میانگین $P=0.000$ ، $13,518=-$) معنادار بود، در حالی که تفاوت افت نمرات بین پس‌آزمون و پیگیری ($P=0.000$ ، $2,238$) معنادار ارزیابی نشد ($P=0.295$). این الگو که در اکثر مؤلفه‌های پژوهش نیز تکرار شده است، تأیید می‌کند که افزایش نمرات پس از مداخله چشمگیر بوده و اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی در طول دوره پیگیری نیز پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی بر سلامت اجتماعی و شکوفایی انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی به طور معناداری باعث افزایش نمرات سلامت اجتماعی و شکوفایی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. علاوه بر این، نتایج مرحله پیگیری حاکی از آن بود که این تأثیرات مثبت در طول زمان پایدار مانده‌اند. این یافته‌ها نشان‌دهنده کارایی بالایی رویکرد مثبت‌نگر در ارتقای ابعاد روانی و اجتماعی افراد است.

در تبیین یافته نخست پژوهش مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر ارتقای «سلامت اجتماعی» و مؤلفه‌های آن (همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی)، می‌توان گفت که این نتایج با یافته‌های مطالعات پیشین همسو است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر تأثیرات مثبت و قابل توجهی بر ابعاد مختلف سلامت از جمله سلامت اجتماعی بر جای می‌گذارند (Saberian et al., 2024). به طور خاص، در زمینه مشکلات مرتبط با زنان، مطالعات نشان داده‌اند که درمان مثبت‌نگر به طور مؤثری سلامت اجتماعی را ارتقا می‌دهد (Mirahadi, 2022). روان‌درمانی مثبت‌نگر با تمرکز بر توانمندی‌های منش و ایجاد هیجان‌های مثبت، به افراد کمک می‌کند تا دیدگاه بازتر و پذیراتری نسبت به محیط پیرامون و اجتماع خود پیدا کنند. این رویکرد به جای تمرکز بر نقص‌ها و تعارضات بین‌فردی، بر تقویت ارتباطات مثبت، همدلی و قدردانی تأکید دارد. زمانی که افراد یاد می‌گیرند جنبه‌های مثبت دیگران و جامعه را شناسایی کرده و ارج بنهند، پذیرش اجتماعی در آن‌ها افزایش یافته و تمایل بیشتری برای مشارکت در فعالیت‌های گروهی و اجتماعی پیدا می‌کنند. این امر به نوبه خود باعث افزایش انسجام و همبستگی اجتماعی می‌شود. همسو با این تبیین، تحقیقات نشان داده است که درمان مثبت‌نگر بر بهبود کمیت و کیفیت روابط اجتماعی تأثیر چشمگیر و مثبتی دارد (Beka, 2020). آموزش‌های گروهی مثبت‌نگر با ایجاد یک فضای حمایتی و امن، بستری را فراهم می‌کنند تا افراد مهارت‌های ارتباطی خود را تمرین کرده و بازخوردهای مثبتی دریافت کنند که این موضوع به ارتقای چشمگیر رضایت از روابط و بهزیستی در سطح فردی و بین‌فردی منجر می‌شود (Yazdkhasti, 2022). همچنین، ایجاد تاب‌آوری از طریق مداخلات ساختاریافته می‌تواند عوامل محافظتی و بهزیستی روان‌شناختی را در تعاملات اجتماعی بهبود بخشد (Tam et al., 2020).

در تبیین یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله بر «شکوفایی» و مؤلفه‌های آن (هیجان‌های مثبت، روابط، معنایابی، پیشرفت، مجذوبیت)، نتایج با ادبیات نظری و تجربی موجود تطابق کامل دارد. روان‌شناسی مثبت‌نگر ماهیتاً با هدف شناسایی و تقویت توانمندی‌ها، بهزیستی و شکوفایی انسانی شکل گرفته است (Park & Corn, 2024). سلیگمن در نظریه بهزیستی خود، شکوفایی را هسته مرکزی سلامت روان مثبت معرفی می‌کند که شامل تجربه هیجان‌های مثبت، درگیری و مجذوبیت در کارها، روابط مثبت، یافتن معنا در زندگی و احساس پیشرفت و دستاورد است (Seligman, 2021). نتایج ما همسو با پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند مداخلات مثبت‌نگر باعث افزایش شکوفایی

روان‌شناختی، شادکامی و امیدواری می‌شوند (Shehata et al., 2024). روان‌درمانی مثبت‌نگر به افراد آموزش می‌دهد تا با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر ثبت وقایع مثبت، پرورش خوش‌بینی و شناسایی نقاط قوت خود، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه کنند. این هیجان‌های مثبت نه تنها احساس خوبی ایجاد می‌کنند، بلکه طبق نظریه ساخت و گسترش، باعث توسعه منابع شناختی، روانی و اجتماعی فرد شده و او را در مسیر شکوفایی قرار می‌دهند. مقایسه روان‌درمانی مثبت‌نگر با سایر رویکردها نیز نشان‌دهنده اثربخشی قابل توجه آن بر شکوفایی و رضایت از زندگی بوده است (Furchtlehner et al., 2024). همچنین اثربخشی این رویکرد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شکوفایی در گروه‌های بالینی تأیید شده است (Nourian et al., 2022).

یکی از نقاط قوت این مداخله، کمک به افراد برای یافتن معنا و هدف در زندگی است که ارتباط تنگاتنگی با تحقق خویشتن و شکوفایی دارد (Martela & Pessi, 2018). مطالعات طولی نیز تأیید کرده‌اند که مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌توانند شادکامی، سلامت روان و بهزیستی را در بلندمدت بهبود بخشند و اثرات پایداری ایجاد کنند (Arslan et al., 2025). این پایداری اثر، همان‌طور که در نتایج مرحله پیگیری مطالعه حاضر نیز مشاهده شد، به این دلیل است که روان‌درمانی مثبت‌نگر مهارت‌هایی را به مراجعان می‌آموزد که می‌توانند آن‌ها را در زندگی روزمره خود نهادینه کنند. این تمرینات به مرور زمان تبدیل به عادات فکری و رفتاری سازگاری می‌شوند که اثرات درمانی را حتی پس از اتمام جلسات حفظ می‌کنند. فراتحلیل‌های گسترده نیز اثربخشی و کارایی این مداخلات را به صورت جامع تأیید کرده‌اند (Carr et al., 2024). اثربخشی این مداخلات به قدری است که حتی در شرایط بحرانی و از طریق بسترهای آنلاین نیز توانسته سلامت روان و نشاط را ارتقا دهد (Krifa et al., 2021). در نهایت، اجرای این مداخله به شیوه گروهی، خود عامل مهمی در اثربخشی آن بوده است؛ زیرا پویایی گروه، فرصت یادگیری مشاهده‌ای، هنجارسازی تجربیات و دریافت حمایت اجتماعی را فراهم می‌کند که همگی در تسهیل مسیر شکوفایی و بهبود سلامت اجتماعی نقش تسریع‌کننده دارند.

پژوهش حاضر، مانند هر مطالعه علمی دیگری، با محدودیت‌هایی مواجه بود که تعمیم‌پذیری نتایج را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. نخستین محدودیت به روش نمونه‌گیری و حجم نمونه مربوط می‌شود؛ استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن حجم نمونه ممکن است نماینده کاملی از کل جامعه هدف نباشد. محدودیت دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌هاست. پرسشنامه‌های خودگزارشی همواره در معرض سوگیری‌های پاسخ‌دهی نظیر مطلوبیت اجتماعی و سوءتفاهم در درک گویه‌ها قرار دارند که ممکن است دقت نتایج را کاهش دهد. سومین محدودیت، عدم استفاده از یک گروه کنترل فعال (گروه دارونما یا دریافت‌کننده یک مداخله جایگزین) است؛ وجود تنها یک گروه گواه بدون مداخله، تفکیک اثرات اختصاصی روان‌درمانی مثبت‌نگر از اثرات غیراختصاصی مانند توجه درمانگر و حضور در گروه را دشوار می‌سازد. در نهایت، محدود بودن دوره پیگیری به چند ماه، امکان ارزیابی اثربخشی و پایداری بلندمدت (مثلاً یک‌ساله یا دوساله) این مداخله را محدود کرده است.

با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌های مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی با حجم نمونه بزرگتر و در جوامع آماری متنوع‌تر (از نظر جنسیت، سن، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و گروه‌های بالینی مختلف) استفاده شود تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. همچنین، به منظور کاهش سوگیری‌های ناشی از ابزارهای خودگزارش‌دهی، پیشنهاد می‌گردد علاوه بر پرسشنامه، از روش‌های ارزیابی چندگانه نظیر مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته، گزارش‌های هم‌تایان و خانواده، و ارزیابی‌های رفتاری استفاده شود. اجرای پژوهش‌هایی با طرح‌های کنترل‌شده تصادفی شامل گروه‌های کنترل فعال و مقایسه روان‌درمانی مثبت‌نگر با سایر رویکردهای درمانی استاندارد (مانند درمان شناختی-رفتاری یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) می‌تواند به درک بهتر مکانیسم‌های اثربخشی این رویکرد کمک کند. در نهایت، انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری طولانی‌مدت جهت بررسی میزان ماندگاری اثرات درمانی این رویکرد بر سلامت اجتماعی و شکوفایی اکیداً توصیه می‌شود.

بر اساس نتایج این پژوهش که حاکی از اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی بر ارتقای سلامت اجتماعی و شکوفایی است، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناختی و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان، این رویکرد را به عنوان یک مداخله کارآمد و مقرون‌به‌صرفه در برنامه‌های درمانی و توانبخشی خود بگنجانند. برگزاری کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های توانمندسازی مبتنی بر اصول روان‌شناسی مثبت‌نگر در سازمان‌ها، مدارس و دانشگاه‌ها می‌تواند به پیشگیری از افت سلامت روان و ارتقای بهزیستی، تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی افراد در محیط‌های آموزشی و کاری کمک شایانی نماید. همچنین، به سیاست‌گذاران حوزه بهداشت و سلامت روان پیشنهاد می‌شود با حمایت از تدوین بسته‌های آموزشی بومی‌سازی شده مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر و آموزش گسترده روان‌درمانگران و مشاوران در این زمینه، بستر مناسبی را برای ارتقای سطح نشاط اجتماعی، همبستگی همگانی و شکوفایی روانی در سطح جامعه فراهم آورند. استفاده از ظرفیت‌های رسانه‌های جمعی و پلتفرم‌های دیجیتال برای آموزش مفاهیم و تکنیک‌های این رویکرد به عموم مردم نیز می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقای سواد سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی شهروندان باشد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) represent highly prevalent and challenging conditions affecting women's physical and mental health, characterized by a complex array of psychological, somatic, and behavioral symptoms. The etiology of these disorders is multidimensional and biopsychosocial, requiring comprehensive approaches that address various aspects of a patient's life (Zendehdel & Elyasi, 2018). Neuroimaging studies have further highlighted the neurobiological complexities and brain alterations associated with PMDD (Dubol et al., 2020). Historically, there has been a growing scientific recognition of these disorders' severe impacts (Gao et al., 2021), particularly how they negatively influence subjective well-being and elevate perceived stress among women, such as university students (Matsumoto et al., 2019). Women suffering from PMDD frequently experience high rates of psychiatric comorbidities, notably mood disorders (Bengi et al., 2025) and bipolar disorder (Slyepchenko et al., 2021), which carry serious clinical implications. One of the most alarming consequences of PMDD is the elevated prevalence of suicidal ideation, underscoring the urgent need for effective interventions (Anna et al., 2022). While pharmacological treatments, such as GABA receptor modulators, have been evaluated (Bixo et al., 2017), relying solely on medication is insufficient; integrating social determinants of health is crucial for comprehensive care (Miller, 2024). Consequently, fostering self-care, social well-being—which encompasses social integration, contribution, and coherence (Zachrisson et al., 2019)—and psychological flourishing has become paramount (Gholamnejad et al., 2019). Flourishing, defined as actualizing one's potential, experiencing positive emotions, and finding meaning (Martela & Pessi, 2018), can be significantly enhanced through resilience-based programs (Tam et al., 2020). Positive psychology focuses on building these exact strengths rather than merely treating pathology (Park & Corn, 2024). Grounded in Seligman's theory of well-being, flourishing is seen as the ultimate goal of psychological health (Seligman, 2021). Positive psychotherapy interventions have demonstrated robust effectiveness across various domains (Saberian et al., 2024), supported by large-scale meta-analyses (Carr et al., 2024) and longitudinal studies showing sustained improvements (Arslan et al., 2025). This approach has been successfully adapted for diverse clinical populations, including depression (Shehata et al., 2024), (Furchtlehner et al., 2024), (Nourian et al., 2022), chronic illnesses (Assarzagdegan & Raeisi, 2019), (Papeli et al., 2021), substance dependence (Salmanzadeh, 2020), and relationship enhancement (Yazdkhasti, 2022). Furthermore, positive psychological interventions, including online formats (Krifa et al., 2021), have shown great promise in addressing menstrual-related challenges by improving social relations (Beka, 2020), social well-being (Mirahadi, 2022), and promoting self-compassion (Aghababaei & Alipour, 2023). Building on this foundation, the current study aimed to investigate the effectiveness of group positive psychotherapy on the social well-being and flourishing of women suffering from PMDD.

Methods and Materials

The present study utilized a quasi-experimental research design featuring a pre-test, post-test, and follow-up assessment, incorporating an unequal control group. The statistical population comprised all women diagnosed with premenstrual dysphoric disorder (PMDD) who sought treatment at health and counseling centers in Siahkal city during the second half of the year 1401. A convenience sampling method was employed to select 39 eligible participants, who were then randomly assigned to either the experimental group ($n = 19$) or the control group ($n = 20$). The experimental group participated in an eight-week intervention program consisting of weekly 90-minute sessions of group positive psychotherapy. The therapeutic protocol was highly structured and focused on core positive psychology constructs, including cultivating positive thinking, modifying and challenging negative automatic thoughts, internalizing a positive mindset, building positive interpersonal relationships, utilizing thought-stopping techniques, practicing relaxation, shifting maladaptive attitudes, boosting self-confidence in personal capabilities, integrating humor and laughter into daily life, and engaging in physical exercise tailored to the condition. Each session had distinct therapeutic objectives and included

homework assignments to ensure the practice of skills between sessions. Conversely, the control group received no psychological intervention during this period. Data collection was conducted using three primary standardized tools: the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) for diagnostic screening, Keyes' Social Well-being Questionnaire (KSWBQ) to measure dimensions of social integration and contribution, and the PERMA Flourishing Questionnaire to assess positive emotion, engagement, relationships, meaning, and accomplishment. The collected data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics, specifically Repeated-Measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post-hoc tests, utilizing SPSS software to determine the significance of the intervention across the three temporal phases.

Findings

The descriptive statistical analysis, following the confirmation of data normality via the Shapiro-Wilk test, revealed that the control group exhibited no significant changes in their scores across the three assessment stages. In stark contrast, the experimental group demonstrated a substantial increase in both social well-being and flourishing scores following the intervention. For instance, the mean score for total social well-being in the experimental group surged from 51.79 at pre-test to 77.84 at post-test, while the total flourishing score increased from 60.32 to 91.58. The inferential analysis using Repeated-Measures ANOVA demonstrated a highly significant main effect of time, as well as a significant time-by-group interaction for both total social well-being ($F = 75.390, P < 0.001$) and total flourishing ($F = 107.133, P < 0.001$). These results indicate that the trajectory of scores over time differed significantly between the two groups, confirming the profound impact of group positive psychotherapy. Furthermore, the Bonferroni post-hoc test was utilized to conduct pairwise comparisons between the assessment stages. The results highlighted a significant difference between the pre-test and post-test stages, as well as between the pre-test and follow-up stages for both total social well-being and total flourishing ($P < 0.001$). Crucially, the comparison between the post-test and follow-up stages yielded no significant differences for either social well-being ($P = 0.093$) or flourishing ($P = 0.295$). This lack of significant decline between the post-test and the follow-up phase provides strong empirical evidence that the therapeutic gains achieved during the intervention were successfully maintained and remained stable over time. An analysis of the individual components of both constructs mirrored this overarching pattern, further validating the comprehensive and enduring efficacy of the intervention.

Conclusion

The findings of this research conclusively demonstrate that group positive psychotherapy is a highly effective and sustainable intervention for enhancing social well-being and psychological flourishing in women suffering from premenstrual dysphoric disorder. By shifting the therapeutic focus away from mere symptom reduction and toward the active cultivation of personal strengths, positive emotions, and meaningful interpersonal connections, the intervention empowered participants to achieve a higher state of holistic well-being. The group format of the therapy played a pivotal role in these outcomes, as it provided a safe, validating, and supportive environment where participants could practice social skills, experience social acceptance, and build a sense of community, thereby directly addressing the social isolation often accompanying PMDD. Furthermore, the stability of the intervention's effects during the follow-up period strongly suggests that the positive psychology exercises and cognitive-behavioral skills taught during the sessions—such as gratitude, optimism, and proactive relationship building—were successfully internalized by the participants and integrated into their daily routines as enduring coping mechanisms. Despite the promising results, the study acknowledges limitations, including a small sample size obtained through convenience sampling, reliance on self-report questionnaires, the absence of an active control group, and a relatively brief follow-up period. Future research should prioritize randomized controlled trials with larger, more diverse populations, employ multiple assessment methods, and utilize extended longitudinal designs to verify long-term efficacy against

other standard treatments like Cognitive Behavioral Therapy. In practical terms, it is highly recommended that mental health clinics and counseling centers integrate group positive psychotherapy into their standard rehabilitation programs for women with PMDD, and that policymakers support the widespread training of mental health professionals in these strength-based, culturally adapted interventions.

References

- Aghababaei, P., & Alipour, A. (2023). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy focusing on compassion on emotional processing and self-care in adolescent girls with premenstrual syndrome. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 12(9), 75-84.
- Anna, W., Julia, S., Marie, B., Angelica, L. H., Neill, E., & Inger, S. P. (2022). Prevalence and correlates of current suicidal ideation in women with premenstrual dysphoric disorder. *BMC Womens Health*, 22, 35-45.
- Arslan, G., Aydoğdu, U., & Uzun, K. (2025). Longitudinal Impact of the ACT-Based Positive Psychology Intervention to Improve Happiness, Mental Health, and Well-Being. *Psychiatric Quarterly*, 1-22.
- Assarzagdegan, M., & Raeisi, Z. (2019). Effectiveness of positive psychology training on psychological well-being and its dimensions among patients with type II diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 7(2), 793-808.
- Beka, N. M. (2020). The effect of positive treatment on social relations in women with premenstrual dysphoria. *Journal of Women's Studies*, 11, 24-30.
- Bengi, D., Strawbridge, R., Drorian, M., Juruena, M. F., Young, A., Frey, B. N., & Yalin, N. (2025). A systematic review and meta-analysis on the comorbidity of premenstrual dysphoric disorder or premenstrual syndrome with mood disorders: prevalence, clinical and neurobiological correlates. *The British Journal of Psychiatry*, 1-14.
- Bixo, M., Ekberg, k., Poromaa, I. S., Hirschbery, A. L., Jonasson, A. F., Andreen, L., Timby, E., Marianne, W., Ehrenborg, A., & Backstrom, T. (2017). Treatment of premenstrual dysphoric with the GABA receptor modulating steroid antagonist sepranolone (UC1010)- A randomized controlled trial. *Jornal of Psychoneuroendocrinology*, 80, 46-55.
- Carr, A., Finneran, L., Boyd, C., Shirey, C., Canning, C., Stafford, O., & Burke, T. (2024). The evidence-base for positive psychology interventions: a mega-analysis of meta-analyses. *The Journal of Positive Psychology*, 19(2), 191-205.
- Dubol, M., Epperson, C. N., Lanzenberger, R., Sundström-Poromaa, I., & Comasco, E. (2020). Neuroimaging premenstrual dysphoric disorder: a systematic and critical review. *Frontiers in neuroendocrinology*, 57, 100838.
- Furchtlehner, L. M., Fischer, E., Schuster, R., & Laireiter, A. R. (2024). A comparative study on the efficacy of group positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy on flourishing, happiness and satisfaction with life: A randomized controlled trial. *Journal of Happiness Studies*, 25(7), 104.
- Gao, M., Gao, D., Sun, S., Cheng, C., & Li, A. (2021). Trends in Research Related to Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder From 1945 to 2018: A Bibliometric Analysis. *Front Public Health*, 9, 59-65.
- Gholamnejad, H., Darvishpoor-Kakhki, A., Ahmadi, F., & Camelia, R. (2019). Self-Actualization: Self-Care Outcomes among Elderly Patients with Hypertension. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 24(3), 206-212.
- Krifa, I., Hallez, Q., van Zyl, L. E., Braham, A., Sahli, J., Ben Nasr, S., & Shankland, R. (2021). Effectiveness of an online positive psychology intervention among Tunisian healthcare students on mental health and study engagement during the Covid-19 pandemic. *Appl Psychol Health Well Being*, 12, 126-131.
- Martela, F., & Pessi, A. B. (2018). Significant work is about self-realization and broader purpose: defining the key dimensions of meaningful work. *Frontiers in psychology*, 9, 363.
- Matsumoto, T., Miho, E., & Tetsuya, K. (2019). A potential relation between premenstrual symptoms and subjective perception of health and stress among college students: a cross-sectional study. *Biopsychosoc Med*, 13(31), 26.
- Miller, J. W. (2024). Vital signs: mammography use and association with social determinants of health and health-related social needs among women—United States, 2022. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 73.
- Mirahadi, M. (2022). Effectiveness of positive therapy on social health and pain tolerance in girls with menstrual problems. Second International Conference on Psychology of Iran, Tehran, Iran.
- Nourian, L., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2022). Effectiveness Distinctions of Positive Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Flourishing and Psychological Flexibility of Depressed Women. *JARCP*, 3(4), 15-29.
- Papeli, R. M., Meftagh, S. D., & Shahangian, S. S. (2021). The effect of positive psychotherapy on happiness and character strength in cancer patients. *Journal of education and health promotion*, 10, 119-128.

- Park, G. H., & Corn, A. (2024). Positive psychology. In *Applied Exercise Psychology* (pp. 483-497). Routledge.
- Saberian, H., Aghamohammadian Sharbaf, H., & Talebian Sharif, J. (2024). *Investigating the effectiveness of positive psychology interventions on physical, mental, social and spiritual health: A systematic review* [Hekmat Razavi Higher Education Institute].
- Salmanzadeh, M. (2020). Effectiveness of positive psychotherapy on improving character strengths and psychological well-being in substance-dependent individuals. National Conference on Research in Psychology, Sari, Iran.
- Seligman, M. E. P. (2021). *Flourish (A visionary new understanding of happiness and well-being)*. Ravan Publisher.
- Shehata, H. S. E., Farag, N. A. K., & Mohamed, B. E. S. (2024). Effect of Positive Psychology Interventions on Psychological Flourishing, Optimism, and Hope among Depressive Patients. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 12(46), 280-292.
- Slyepchenko, A., Minuzzi, L., & Benicio, N. F. (2021). Comorbid Premenstrual Dysphoric Disorder and Bipolar Disorder: A Review. *Front Psychiatry*, 12, 719-725.
- Tam, C. C., Li, X., Benotsch, E. G., & Lin, D. (2020). A resilience-based intervention programme to enhance psychological well-being and protective factors for rural-to-urban migrant children in China. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(1), 53-76.
- Yazdkhasti, A. (2022). The effect of Positive Group Training on psychological well-being and marital satisfaction in women. *Positive Psychology Research*, 8(2), 33-50.
- Zachrisson, H. D., Janson, H., & Lamer, K. (2019). The Lamer Social Competence in Preschool (LSCIP) scale: Structural validity in a large Norwegian community sample. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 63(4), 551-565.
- Zendehtel, M., & Elyasi, M. (2018). Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: A narrative review. *J Family Med Prim Care*, 7(2), 346-356.