

## مقایسه استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی بین دانشجویان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی و دختران عادی

یداله قاسمی‌پور<sup>۱</sup>، معصومه راوند<sup>۲</sup>، فریبا سعیدی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۱/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۳/۱۳

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** سندرم پیش از قاعدگی (PMS) شامل تغییرات فیزیکی، شناختی، خلقی و رفتاری است که به صورت دوره‌ای در فاز لوتئال سیکل قاعدگی در زنان رخ می‌دهد و اگر سندرم پیش از قاعدگی منجر به اختلال در فعالیت‌های خانوادگی، اجتماعی یا کاری شود؛ اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) نامیده می‌شود.

**مواد و روش کار:** هدف پژوهش حاضر مقایسه استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی بین دانشجویان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) و دختران عادی بود. برای این منظور ۲۰۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه ملایر در سال ۱۳۹۶ برای مقایسه به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. از این میان ۱۹۷ نفر از آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های آزمون غربالگری سندرم پیش از قاعدگی، استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی پاسخ دادند که با استفاده از آزمون غربالگری تعداد افراد  $PMS=100$ ،  $PMDD=21$  و افراد عادی ۷۶ نفر مشخص شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون‌های تعقیبی با نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد افراد سه نمونه در سازه راهبردهای مقابله‌ای در سه بعد هیجان‌مدار، ( $F=7/26, P<0/01$ )، هیجان‌مدار دوری‌گزینی، ( $P<0/01$ )، ( $F=6/65$ ) و هیجان‌مدار گریز-اجتناب، ( $F=5/94, P<0/01$ ) تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند. آزمون تعقیبی توکی نشان داد در متغیر راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، گروه عادی نمرات کمتری از گروه PMS ( $P<0/05$ ) و گروه PMDD ( $P<0/01$ ) داشت و در راهبرد گریز-اجتناب، گروه عادی سطوح کمتری از گروه PMS ( $P<0/05$ ) و PMDD ( $P<0/01$ ) داشت. در مورد متغیر دوری‌گزینی نیز، گروه عادی به طور معنی‌داری نمرات کمتری از گروه PMS ( $P<0/05$ ) و PMDD ( $P<0/01$ ) کسب کرد. یافته‌ها هیچ تفاوت معنی‌داری را در متغیرهای استرس ادراک شده و حمایت اجتماعی در بین سه گروه نشان نداد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد راهبردهای مقابله‌ای با سندرم و اختلال پیش از قاعدگی رابطه دارند. براساس این نتایج انجام مداخلات روانشناختی در گروه PMS و PMDD در جهت اصلاح راهبردهای مقابله‌ای معیوب ضروری می‌نماید. باتوجه به شرایط یکسان اکثریت گروه‌های نمونه یعنی سکونت در خوابگاه تفاوتی در استرس ادراک شده و حمایت اجتماعی آنان یافت نشد.

**واژه‌های کلیدی:** سندرم پیش از قاعدگی، اختلال ملال پیش از قاعدگی، استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره چهارم، پی‌درپی ۱۱۷، تیر ۱۳۹۸، ص ۳۰۹-۳۲۰

آدرس مکاتبه: دانشگاه ملایر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۲۴۵۷۲۰۷۷

Email: y.ghasemipour@malayeru.ac.ir

### مقدمه

شد که این علائم در مرحله پس از قاعدگی به طور کامل از بین می‌روند (۱). سندرم پیش از قاعدگی (Premenstrual Syndrome =PMS) از شایعترین اختلالات روان‌تنی مؤثر بر کیفیت و کارایی زنان می‌باشد (۲). ترکیبی از عوامل هورمونی، روانی، محیطی و

سندرم پیش از قاعدگی نخستین بار در سال ۱۹۵۳ به عنوان یک مفهوم تشخیصی وسیع، به صورت وجود علائم عودکننده در حین مرحله پیش از قاعدگی و یا نخستین روزهای قاعدگی مطرح

<sup>۱</sup> استادیار، روانشناسی سلامت، دانشگاه ملایر، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه ملایر، همدان، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه ملایر، همدان، ایران

پایدار و بی‌نظمی هیجانی را به بار می‌آورد که این آشفتگی در حوزه‌های جسمانی، اجتماعی و کل محیط زندگی نمود پیدا می‌کند و فرد از کیفیت زندگی مناسب جهت رشد و بالندگی برخوردار نخواهد بود. طبق پژوهش‌های صورت گرفته (۲۱) می‌توان گفت کیفیت زندگی دانشجویان تا اندازه‌هایی تحت تأثیر شیوه برخورد با وقایع زندگی قرار دارد. یکی از مهارت‌های مقابله‌ای، استفاده سازنده و مفید از سیستم حمایتی است (۲۲). درک حمایت‌های اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری کند و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد، تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی و روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و در نهایت به افزایش عملکرد منجر شود. حمایت اجتماعی به عنوان نوعی احساس ذهنی در مورد تعلق و پذیرش و مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نیاز است (۲۳). حمایت اجتماعی از قبیل برخورداری از شبکه قوی دوستان و خانواده می‌تواند در مراقبت بهداشتی فرد مؤثر باشد (۲۴). از طرفی، حمایت اجتماعی، مهم‌ترین ویژگی است که در رابطه با خنثی‌سازی تأثیرات نامطلوب و فشارهای روانی مورد مطالعه قرار گرفته است (۲۵). پژوهش‌هایی در رابطه با افسردگی و حمایت اجتماعی صورت گرفته که حمایت اجتماعی در آن مؤثر بوده است (۲۶). همچنین پژوهش‌های بسیاری حاکی از آن است که بین حمایت اجتماعی و عاطفی با رفتارهای بهزیستی از جمله رضایت از زندگی و کاهش استرس رابطه معنی‌دار وجود دارد. احساس رضایت از حمایت اجتماعی، موجب کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش عزت نفس و گسترش روابط اجتماعی در دختران دچار سندرم پیش از قاعدگی می‌شود (۲۷-۲۹). این سندرم یکی از بحث برانگیزترین موضوعات در مورد زنان است. بسیاری از پژوهشگران سندرم پیش از قاعدگی را به عنوان یکی از شایعترین اختلالات روان‌تنی در نظر می‌گیرند که زندگی زنان را به طور قابل توجهی مختل می‌سازد (۳۰) و باعث محدودیت‌هایی در پذیرش مسئولیت‌های روزمره زندگی و مشاغل خارج از منزل و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۳۱). زنان تحت تأثیر این سندرم گاهی ناراحتی‌های روانی پیدا می‌کنند و حتی اقدام به خودکشی می‌نمایند. سندرم پیش از قاعدگی یکی از شایعترین اختلالات بوده، و یک عارضه‌ی جدی است، و بر عملکرد زنان تأثیر منفی زیادی دارد (۳۲)، ولی تاکنون متناسب با اهمیت ویژه آن به این موضوع به خصوص با تفکیک PMS و PMDD پرداخته نشده است و همچنین پژوهش‌هایی که در رابطه با نقش متغیرهای استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی در شیوع سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی صورت گرفته باشد، یافت نشد. باتوجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر در پی بررسی این مسئله می‌باشد که آیا استرس

تغذیه در سبب‌شناسی آن مطرح شده است و شیوع آن در ایران تا ۷۴/۱ درصد، گزارش شده است (۴ و ۳). معیارهای تشخیص آن بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Manual of Mental Diagnostic and Statistical Disorders) ظاهر شدن نشانه‌های جسمانی، روانشناختی، عاطفی و رفتاری در دوره قاعدگی و تکرار آن در حداقل دو تا سه دوره قاعدگی بعدی می‌باشد (۳-۶). خلق افسرده، بیقراری، تنش و اضطراب، تحریک‌پذیری شدید، خشم آشکار و تعارض‌های بین فردی از نشانه‌های مهم روان‌تنی آن می‌باشند (۶). این اختلال را باید از اختلال ملال پیش از قاعدگی که در زنان شایع بوده و امروزه جزئی از اختلالات افسردگی قلمداد می‌شود، افتراق داد (۷). سندرم پیش از قاعدگی اگر منجر به اختلال در فعالیت‌های خانوادگی، اجتماعی یا کاری شود؛ اختلال ملال پیش از قاعدگی یا PMDD (Dysphoric Disorder Pre Menstrual) نامیده می‌شود. در حدود سه تا پنج درصد زنانی که در آنها تخمک‌گذاری صورت می‌گیرد؛ علایم آنقدر شدید است که می‌توان برای آنها تشخیص PMDD را مطرح کرد (۸-۱۰) که علاوه بر علایم جسمی، نشانه‌های خلقی بارز نیز وجود خواهد داشت. نوع و شدت علایم از فردی به فرد دیگر متفاوت است (۱۱-۱۰). از نظر میزان شیوع در ۹۵ درصد زنان علایمی با شدت متفاوت گزارش می‌شود؛ و تنها در ۵ درصد موارد شدت آن در حدی است که موجب اختلال جدی در عملکرد فرد می‌شود (۱۲). دوره قاعدگی در طول حیات هر زن تأثیرات عمیقی بر زندگی او برجای می‌گذارد که همراه شدن این تغییرات جسمی و هورمونی با استرس، تأثیرات منفی آن را شدت می‌بخشد (۱۳، ۱۴).

استرس همچنان در صدر عوامل مختل‌کننده سلامت جسمی و روانشناختی قرار دارد. استرس از عوامل مؤثر در افزایش علائم سندرم پیش از قاعدگی در ابعاد جسمانی، رفتاری، هیجانی ارتباط نزدیک با PMS دارد و پیامدهایی را نیز به دنبال دارد (۱۵). استرس در نتیجه ارزیابی‌های روانشناختی فرد از موقعیت و باورهای غلط ایجاد می‌شود (۱۶). از طرفی یکی از متغیرهایی که در کنترل استرس زنان در این دوره نقش دارد، برخورداری از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد است (۱۷، ۱۸). راهبردهای مقابله‌ای افراد مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری فرد است که در جهت تغییر، تفسیر و اصلاح موقعیت تنش‌زا به کار می‌رود تا رنج ناشی از آن کاسته شود (۱۹). مشخص شده است که استرس منجر به بیماری‌های جسمی و روانی، اختلال در عملکرد و قدرت سازگاری و در نهایت پایین آمدن کیفیت زندگی دانشجویان می‌شود (۲۰). کاربرد مقابله ناکارآمد در طولانی مدت طیف وسیعی از استرس

ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، اختلال ملال پیش از قاعدگی و دختران عادی تفاوت دارند؟

## مواد و روش کار

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان دختر دانشگاه ملایر در سال ۱۳۹۶ بود که نمونه‌ای با حجم ۲۰۰ نفر با بهره‌گیری از جدول کرجسی و مورگان<sup>۱</sup> (۳۳) به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. در این پژوهش جهت تفکیک سه گروه عادی، PMS و PMDD از آزمون غربالگری سندرم پیش از قاعدگی (۳۴) (PSST: Premenstrual Symptoms Screening Tool) استفاده شد. این ابزار در کل شامل ۱۹ سؤال است، که ۱۴ سؤال اول آن به سندرم پیش از قاعدگی از جمله نشانه‌های خلقی، رفتاری و جسمانی می‌پردازد. پنج سؤال در بخش دوم به تداخل نشانه‌های بخش اول با عملکرد روزانه می‌پردازد. نمره‌گذاری آن براساس ملاک‌های DSM-IV صورت می‌گیرد. برای هر سؤال چهار معیار اصلاً، خفیف، متوسط و شدید ذکر گردید که از صفر تا سه نمره‌بندی شده‌اند. جهت تشخیص PMS متوسط یا شدید سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشند ۱- از گزینه یک تا چهار حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد ۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه یک تا ۱۴ حداقل چهار مورد متوسط یا شدید باشد و ۳- در بخش تأثیر علایم بر زندگی (پنج گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. جهت تشخیص PMDD نیز سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: ۱- از گزینه یک تا چهار حداقل یک مورد شدید باشد ۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه یک تا ۱۴ حداقل چهار مورد متوسط یا شدید باشد و ۳- در بخش تأثیر علایم بر زندگی (۵ گزینه آخری) یک مورد شدید وجود داشته باشد. در ایران نسخه فارسی آن تهیه، روایی و پایایی آن توسط سپاهبازی و همکاران تأیید شده است (۳۵). برای گردآوری اطلاعات متغیرهای این پژوهش از سه پرسشنامه به شرح ذیل استفاده شد.

۱- میزان استرس ادراک‌شده توسط پرسشنامه استرس ادراک-شده ۱۴ ماده‌ای (۳۶) ارزیابی شد. این مقیاس دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک‌شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. به این معنی که افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه‌شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این

مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرآیند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ بدست آمده است (۳۶). نحوه نمره-گذاری پرسشنامه به این شکل است که بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت هرگز = ۰، تقریباً هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳ و بسیاری از اوقات = ۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. عبارات ۴- ۵- ۶- ۷- ۹- و ۱۰- به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (هرگز = ۴ تا بسیاری از اوقات = ۰). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر است.

۲- پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: این پرسشنامه توسط لازاروس و فولکمن<sup>۲</sup> (۳۷) تهیه شده است و دارای ۶۶ سؤال است که در مقیاس چهار گزینه‌ای از (یک تا چهار) نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون هشت شیوه مقابله با استرس را که به دو دسته مسأله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم می‌شوند، مورد سنجش قرار می‌دهد. شیوه‌های مقابله مسأله‌مدار عبارتند از: طلب حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت. شیوه‌های مقابله هیجان‌مدار عبارتند از: خودکنترلی، رویارویی، دوری‌گزینی و گریز-اجتناب. لازاروس و فولکمن همسانی درونی ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ را برای هر یک از سبک‌های مقابله‌ای گزارش کرده است (۳۷). رجبی دماوندی، پوشینه و غباری‌بناب و همکاران (۳۸) در پژوهش خود آلفای کرونباخ مقابله هیجان‌مدار را ۰/۷۲ و مقابله مسأله‌مدار را ۰/۷۹ محاسبه کرده‌اند. نمره‌گذاری این پرسشنامه به دو روش خام و نسبی صورت می‌گیرد. نمرات خام توصیف‌کننده تلاش مقابله‌ای برای هر یک از هشت نوع مقابله است و مجموع پاسخ‌های آزمودنی به مواد تشکیل‌دهنده مقیاس می‌باشد. نمرات نسبی، نسبت تلاشی که در هر نوع مقابله صورت گرفته را توصیف می‌کند. در هر دو روش نمره‌گذاری، افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند. انتخاب روش نمره‌گذاری بستگی به اطلاعات مورد نیاز توسط پژوهشگر دارد.

۳- پرسشنامه حمایت اجتماعی: این پرسشنامه توسط واکس<sup>۳</sup> و همکاران (۳۹)، در سال ۱۹۸۶ ساخته شد. این پرسشنامه که دارای ۲۳ ماده است، در سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین در نظر گرفته شد. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت چهار درجه‌ای بسیار موافق، موافق، مخالف، و بسیار مخالف است. ابراهیمی قوام (۴۰) ضریب پایایی آن را محاسبه کرد که در کل مقیاس ۰/۹۰ بدست آمد.

<sup>2</sup> Lazarus & Folkman

<sup>3</sup> Vaux

<sup>1</sup> Krejcie & Morgan

این متغیر در مرحله نمونه‌گیری کنترل شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دانشجو بودن، سکونت در خوابگاه، و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل باردار بودن، یائسگی و داشتن بیماری طبی و روانی مزمن بود. اطلاعات پرسشنامه‌ها به صورت جداگانه محاسبه و داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به این معنی که ابتدا شاخص‌های آمار توصیفی محاسبه شد و سپس با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، سه گروه نمونه به لحاظ متغیرهای پژوهش مقایسه شدند.

### یافته‌ها

در این قسمت ابتدا یافته‌های مربوط به توصیف نمونه‌های پژوهش پرداخته می‌شود و سپس، یافته‌های مربوط به مقایسه گروه‌ها آورده می‌شوند. جدول (۱) مربوط به فراوانی و درصد متغیرهای مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل و قاعدگی منظم یا نامنظم می‌باشد. همانطور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود بیشتر افراد نمونه مربوط به مقطع کارشناسی و مجرد هستند و قاعدگی منظم دارند.

برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از جامعه آماری دانشجویان دختر دانشگاه ملایر که در سال ۹۶ مشغول به تحصیل و ساکن خوابگاه بودند استفاده شد. مجوز ورود به خوابگاه‌ها، طی نامه‌ای از طرف دانشکده ادبیات و علوم انسانی به مدیریت امور دانشجویی دانشگاه ملایر اخذ شد. برای انتخاب نمونه، ابتدا پنج خوابگاه از ۱۰ خوابگاه دخترانه دانشگاه ملایر به تصادف انتخاب شد و سپس در هر خوابگاه ۱۰ اتاق به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش در بین ساکنان آن اتاق‌ها توزیع شد. پرسشنامه‌ها توسط خود آزمودنی‌ها پر شد و پژوهشگر در آنجا حضور داشت. در نهایت ۱۹۷ نفر از ۲۰۰ پرسشنامه پخش شده، به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. برای پر کردن پرسشنامه پژوهش، توضیحات کافی در مورد اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات دریافتی به آزمودنی‌ها داده شد. با استفاده از پرسشنامه غربالگری سندرم پیش از قاعدگی تعداد سه گروه مورد مطالعه به ترتیب:  $PMS=100$ ،  $PMDD=21$  و افراد عادی ۷۶ نفر مشخص شدند. با توجه به تفاوت احتمالی ساکنین خوابگاهی و غیرخوابگاهی به لحاظ میزان استرس ادراک شده و تأثیر آن در متغیرهای پژوهش، این سه گروه فقط ساکن خوابگاه بوده و

جدول (۱): فراوانی و درصد آزمودنی‌ها در مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل و قاعدگی منظم

گروه	فراوانی و درصد	مقطع تحصیلی			وضعیت تأهل			قاعدگی منظم
		کارشناسی ارشد	کارشناسی	کارشناسی	مجرد	متأهل	بله	خیر
عادی	فراوانی	۱۸	۵۸	۱۸	۷۲	۴	۵۵	۲۱
	درصد	۲۳/۷	۷۶/۳	۲۳/۷	۹۴/۷	۵/۳	۷۲/۴	۲۷/۶
PMS	فراوانی	۳۱	۶۹	۳۱	۹۳	۷	۶۶	۳۴
	درصد	۳۱	۶۹	۳۱	۹۳	۷	۶۶	۳۴
PMDD	فراوانی	۵	۱۶	۵	۱۸	۳	۱۴	۷
	درصد	۲۳/۸	۷۶/۲	۲۳/۸	۸۵/۷	۱۴/۳	۶۶/۷	۳۳/۳

یکدیگر نداشتند. لذا متغیرهای سن و معدل در تجزیه و تحلیل آماری مربوط به مقایسه گروه‌ها کنارگذاشته شدند. جدول (۲) مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای استرس ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی به تفکیک گروه‌های نمونه می‌باشد.

سن گروه عادی ( $M=22/22$ ،  $SD=3/40$ )، PMS ( $M=22/64$ ،  $SD=3/65$ ) و PMDD ( $M=22/60$ ،  $SD=3/07$ ) تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. هم‌چنین، معدل درسی گروه عادی ( $M=16/57$ ،  $SD=1/66$ )، PMS ( $M=16/87$ ،  $SD=1/35$ ) و PMDD ( $M=16/11$ ،  $SD=1/32$ ) نیز تفاوت معنی‌داری با

**جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد استرس ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی**

انحراف استاندارد	میانگین	متغیر	گروه
۵/۲۱	۴۲/۲۲	- استرس ادراک‌شده	عادی
۸/۲۲	۶۲/۵۶	- راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار	
۲/۹۱	۱۸/۱۷	۱. خود کنترلی	
۲/۹۳	۱۳/۷۹	۲. رویارویی	
۲/۶۱	۱۳/۵۳	۲. دوری‌گزینی	
۳/۵۷	۱۷/۰۶	۳. گریز-اجتناب	
۹/۹۶	۵۸/۴۴	- راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار	
۴/۰۲	۱۴/۴۵	۱. طلب حمایت اجتماعی	
۲/۳۴	۱۰/۴۹	۲. مسئولیت‌پذیری	
۲/۷۱	۱۵/۰۶	۳. مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده	
۳/۴۵	۱۸/۴۳	۴. ارزیابی مجدد مثبت	
۱۱/۳۷	۶۱/۶۰	- حمایت اجتماعی	
۴/۹۰	۱۸/۰۰	۱. دوستان	
۴/۴۳	۲۰/۸۴	۲. خانواده	
۳/۸۵	۲۲/۷۶	۳. دیگران	
۶/۱۲	۴۲/۸۶	- استرس ادراک‌شده	
۸/۵۷	۶۵/۸۴	- راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار	
۳/۰۵	۱۸/۵۶	۱. خود کنترلی	
۲/۷۹	۱۴/۱۲	۲. رویارویی	
۳/۱۵	۱۴/۶۷	۲. دوری‌گزینی	
۳/۵۷	۱۸/۴۷	۳. گریز-اجتناب	
۷/۸۰	۵۸/۴۴	- راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار	
۳/۹۱	۱۴/۴۲	۱. طلب حمایت اجتماعی	
۲/۰۶	۱۰/۹۲	۲. مسئولیت‌پذیری	
۲/۶۹	۱۴/۸۶	۳. مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده	
۲/۸۸	۱۸/۲۲	۴. ارزیابی مجدد مثبت	
۱۱/۳۷	۶۱/۳۲	- حمایت اجتماعی	
۳/۹۱	۱۸/۲۴	۱. دوستان	PMDD
۴/۲۵	۲۰/۵۵	۲. خانواده	
۳/۲۵	۲۲/۵۲	۳. دیگران	
۶/۰۱	۴۴/۱۹	- استرس ادراک‌شده	
۱۰/۰۳	۷۰/۱۳	- راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار	
۳/۷۴	۱۹/۲۸	۱. خود کنترلی	
۳/۱۶	۱۴/۹۷	۲. رویارویی	
۴/۱۶	۱۶/۱۱	۲. دوری‌گزینی	
۳/۷۴	۱۹/۷۶	۳. گریز-اجتناب	

۸/۵۳	۵۹/۱۸	- راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار
۳/۶۸	۱۵/۵۲	۱. طلب حمایت اجتماعی
۲/۵۶	۱۰/۱۷	۲. مسئولیت‌پذیری
۳/۰۷	۱۴/۹۲	۳. مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده
۲/۲۳	۱۸/۵۷	۴. ارزیابی مجدد مثبت
۱۰/۳۷	۵۸/۶۴	- حمایت اجتماعی
۴/۶۰	۱۷/۸۷	۱. دوستان
۳/۶۵	۱۹/۶۱	۲. خانواده
۴/۰۶	۲۱/۱۴	۳. دیگران

مطابق با جدول (۳) بین سه گروه نمونه پژوهش در سه متغیر راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، دوری‌گزینی و گریز-اجتناب تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به مقایسه استرس ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی را در سه گروه عادی، PMS و PMDD نشان می‌دهد.

**جدول (۳):** تحلیل واریانس چندمتغیری استرس ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی در سه گروه عادی، PMS و PMDD ( $P < 0.01$ )

منبع واریانس	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	ضریب ایتا
گروه	- استرس ادراک‌شده	۶۶/۰۴	۲	۳۳/۰۲	۰/۹۹	۰/۰۱۰
	- راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	۱۰۷۳/۵۷	۲	۵۳۶/۷۹	۷/۲۶*	۰/۰۷۰
	۱. خود کنترلی	۲۱/۵۶	۲	۱۰/۷۸	۱/۱۴	۰/۰۱۲
	۲. رویارویی	۲۲/۹۹	۲	۱۱/۵۰	۱/۳۸	۰/۰۱۴
	۲. دوری‌گزینی	۱۲۶/۴۰	۲	۶۳/۲۰	۶/۶۵*	۰/۰۶۴
	۳. گریز-اجتناب	۱۵۳/۰۴	۲	۷۶/۵۲	۵/۹۴*	۰/۰۵۸
	- راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار	۱۰/۴۵	۲	۵/۲۲	۰/۰۷	۰/۰۰۱
	۱. طلب حمایت اجتماعی	۲۲/۱۰	۲	۱۱/۰۵	۰/۷۲	۰/۰۰۷
	۲. مسئولیت‌پذیری	۱۳/۸۷	۲	۶/۹۳	۱/۳۹	۰/۰۰۱
	۳. مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده	۱/۶۷	۲	۰/۸۴	۰/۱۱	۰/۰۰۱
	۴. ارزیابی مجدد مثبت	۳/۰۳	۲	۱/۵۱	۰/۱۶	۰/۰۰۲
	- حمایت اجتماعی	۱۵۱/۰۳	۲	۷۵/۵۱	۰/۷۴	۰/۰۰۸
	۱. دوستان	۳/۷۷	۲	۱/۸۸	۰/۱۰	۰/۰۰۱
۲. خانواده	۲۴/۴۳	۲	۱۲/۲۱	۰/۶۷	۰/۰۰۷	
۳. دیگران	۴۳/۶۷	۲	۲۱/۸۴	۰/۱۸	۰/۰۱۷	
خطا	- استرس ادراک‌شده	۶۴۷۴/۵۲	۱۹۴	۱۹/۲۶		
	- راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	۱۴۳۵۱/۵۰	۱۹۴	۷۳/۹۸		
	۱. خود کنترلی	۱۸۳۹/۴۳	۱۹۴	۹/۴۸		
	۲. رویارویی	۱۶۱۷/۱۸	۱۹۴	۸/۳۴		
	۲. دوری‌گزینی	۱۸۴۳/۷۵	۱۹۴	۹/۵۰		
	۳. گریز-اجتناب	۲۴۹۹/۲۴	۱۹۴	۱۲/۸۸		

۷۶/۹۰	۱۹۴	۱۴۹۱۹/۱۶	-راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار	
۱۵/۴۴	۱۹۴	۲۹۹۴/۸۰	۱. طلب حمایت اجتماعی	
۴/۹۸	۱۹۴	۹۶۶/۵۳	۲. مسئولیت‌پذیری	
۷/۵۰	۱۹۴	۱۴۵۵/۲۹	۳. مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده	
۹/۳۷	۱۹۴	۱۸۱۷/۲۹	۴. ارزیابی مجدد مثبت	
۱۰/۱/۴۱	۱۹۴	۱۹۶۷۳/۶۵	- حمایت اجتماعی	
۱۹/۲۶	۱۹۴	۳۷۳۶/۴۰	۱. دوستان	
۱۸/۱۷	۱۹۴	۳۵۲۶/۰۳	۲. خانواده	
۱۲/۸۲	۱۹۴	۲۴۸۶/۴۹	۳. دیگران	
	۱۹۷	۳۶۶۶۳/۴۳	- استرس ادراک‌شده	
	۱۹۷	۸۴۸۵۳۸/۲۹	- راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	
	۱۹۷	۶۹۲۰۲/۴۱	۱. خودکنترلی	
	۱۹۷	۴۰۷۴۱/۵۸	۲. رویارویی	
	۱۹۷	۴۲۷۳۹/۳۴	۲. دوری‌گزینی	
	۱۹۷	۶۶۹۶۱/۹۶	۳. گریز-اجتناب	
	۱۹۷	۶۸۹۶۰۸/۷۱	- راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار	
	۱۹۷	۴۴۷۵۱/۲۱	۱. طلب حمایت اجتماعی	کل
	۱۹۷	۲۳۴۴۸/۵۸	۲. مسئولیت‌پذیری	
	۱۹۷	۴۵۴۶۸/۱۷	۳. مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده	
	۱۹۷	۶۸۰۸۳/۵۱	۴. ارزیابی مجدد مثبت	
	۱۹۷	۷۵۶۲۹۰/۷۱	- حمایت اجتماعی	
	۱۹۷	۶۸۳۶۷/۴۰	۱. دوستان	
	۱۹۷	۸۶۸۴۷/۴۹	۲. خانواده	
	۱۹۷	۱۰۱۹۷۲/۵۷	۳. دیگران	

استرس ادراک‌شده و حمایت اجتماعی و زیر مؤلفه‌های آن وجود نداشت.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد بین استرس ادراک‌شده، در بین دانشجویان دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی (PMS)، دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) و دختران غیر مبتلا تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

از پژوهش‌های غیرهمسو با این فرضیه می‌توان به پژوهش مقطعی جعفرنژاد، شاکری، نجف‌نجفی، صالحی فدردی (۱۶) که با هدف تعیین ارتباط استرس با ابتلاء به سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان انجام شد، اشاره کرد. مطابق با این مطالعه افراد با استرس کمتر، شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی را کمتر تجربه

به طور کلی یافته‌ها نشان داد افراد سه گروه نمونه در سازه‌های راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، ( $F=7/26, P<0/01$ )، هیجان‌مدار دوری‌گزینی، ( $F=6/65, P<0/01$ ) و هیجان‌مدار گریز-اجتناب، ( $F=5/94, P<0/01$ ) تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند. آزمون تعقیبی توکی نشان داد در متغیر راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، گروه عادی نمرات کمتری از گروه PMS ( $P<0/05$ ) و گروه PMDD ( $P<0/01$ ) داشت و در زیر مقیاس گریز-اجتناب، گروه عادی سطوح کمتری از گروه PMS ( $P<0/05$ ) و PMDD ( $P<0/01$ ) داشت. در مورد متغیر دوری‌گزینی نیز، گروه عادی به طور معنی‌داری نمرات کمتری از گروه PMS ( $P<0/05$ ) و PMDD ( $P<0/01$ ) کسب کرد. همانطور که جدول ۳- نشان می‌دهد هیچ تفاوت معنی‌داری بین سه گروه نمونه در متغیرهای

نشانه‌های این سندرم ناموفقند و با درماندگی این دوران را پشت سر می‌گذارند. بر این اساس می‌توان گفت سبک‌های مقابله‌ای هیجان-مدار مانند دوری‌گزینی و گریز-اجتناب به عنوان یک عامل در عدم کنترل و ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی نقش داشته باشد. از پژوهش‌های همسو با این یافته می‌توان به پژوهشی اشاره کرد که اوشر و پرز<sup>۵</sup> (۱۸) به انجام رساندند و طی آن مشخص شد که بین راهبردهای مقابله‌ای سالم و سندرم پیش از قاعدگی رابطه‌ی معنادار و منفی وجود دارد. بدین ترتیب که هر چه استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سالم از جمله گفتگو درباره نشانه‌های سندرم بیشتر باشد، شدت سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی کاهش می‌یابد. همچنین در پژوهش کایزر، کوئر، کلاینسایر، اندرسون و ویز<sup>۶</sup> (۱۷) زنان از راهبردهایی برای مقابله با اختلال‌های قبل از قاعدگی استفاده می‌کنند که ممکن است کارآمد باشند. در پژوهش رد و پرز<sup>۷</sup> (۴۱) که با تفسیر تحلیل عامل بر روی نظریه‌های تجربی و نظری مقابله قبل از قاعدگی متمرکز شد، بین عوامل پیش‌بینی کننده عواقب خطر، آگاهی و پذیرش تغییرات پیش از قاعدگی و مراقبت از خود ارتباط وجود داشت. این عوامل مقابله قبل از قاعدگی در ارتباط با کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی بودند.

براساس یافته‌ها تفاوت حمایت اجتماعی در سه گروه معنی‌دار نیست. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت با توجه به معنی‌دار نشدن تفاوت حمایت اجتماعی بین سه گروه، این عامل نمی‌تواند بروز سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال قاعدگی را پیش‌بینی کند. از آنجا که هر سه نمونه‌های پژوهش حاضر از جمعیت دانشجویی و خوابگاهی انتخاب شده بود، عدم تفاوت معنی‌دار در حمایت اجتماعی به ویژه حمایت خانواده نمی‌تواند دور از انتظار باشد. پژوهشی که رابطه حمایت اجتماعی را به ویژه با PMS و PMDD بررسی کرده باشد یافت نشد و پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته بیشتر در زمینه حمایت‌های تغذیه‌ای و ورزش می‌باشد (۳۰ و ۴۲). چون این اختلال یک اختلال فیزیولوژیکی می‌باشد می‌توان این تبیین رو داشت که حمایت‌هایی در زمینه تغذیه‌ای و راهکارهایی در ارتباط با ورزش مفید باشد.

اگرچه برخی از یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهش‌های دیگران همسو می‌باشد اما همچنان نتایج مفیدی را در جمعیت دانشجویی نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌ها، آموزش راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسأله‌مدار سالم به دانشجویان دارای PMS و PMDD ضروری می‌نماید. از محدودیت‌های این پژوهش تعمیم-ناپذیری یافته‌ها به جمعیت‌های غیردانشجویی است. پژوهش‌های

می‌کنند. از جمله دلایل احتمالی ناهمسو بودن یافته‌ها با این پژوهش می‌توان به ابزار مورد استفاده در پژوهش جعفرنژاد و همکاران (۱۶) اشاره کرد. ابزار مورد استفاده برای سنجش استرس در پژوهش مذکور، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بوده است که سؤالات مربوط به بخش استرس، نحوه مدیریت استرس و نه استرس ادراک‌شده را می‌سنجد. در پژوهش دیگر زارعی و بزازیان (۱۴) در رابطه با فشار روانی و سندرم پیش از قاعدگی در کیفیت زندگی دانشجویان دریافتند بین فشار روانی و سندرم پیش از قاعدگی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. این مطالعه نشان دهنده ارتباط بین فشار روانی و سندرم پیش از قاعدگی با کیفیت زندگی دختران بود که ابزار سنجش استرس با پژوهش حاضر متفاوت است. در پژوهش اخیر، آشفتگی‌های روانی از جمله ضعف حافظه، اضطراب و نگرانی، ناتوانی در تصمیم‌گیری و ترس از بیماری به‌عنوان فشار روانی سنجیده شده است که می‌تواند ناهمسو بودن نتایج با پژوهش حاضر را توضیح دهد.

در پژوهش واکنش‌پذیری استرس و احساسات در سندرم قبل از قاعدگی لئو، وانگ، ون هک و کووا<sup>۴</sup> (۱۳) نوسانات سطح هورمون در سراسر چرخه قاعدگی باعث می‌شود زنان احساسات منفی را تجربه کنند و همچنین بر تنظیمات خلقی و حساسیت استرس تأثیر می‌گذارند. با این حال، واکنش‌پذیری تنش و تفاوت‌های احساسی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی (PMS) که به ویژه در تغییرات دوره‌های هورمون حساس هستند، توضیح داده نشده است. از سوی دیگر پژوهش‌های همسو در ارتباط با تبیین این فرضیه یافت نشد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد بین راهبردهای مقابله‌ای، در بین دانشجویان دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی (PMS)، دختران مبتلا به PMDD و دختران عادی تفاوت وجود دارد. یعنی گروه PMS بیشتر از گروه عادی و گروه PMDD بیشتر از گروه PMS، از راهبرد هیجان‌مدار استفاده می‌کردند. همچنین در مورد راهبردهای هیجان‌مدار گریز-اجتناب و دوری‌گزینی نیز یافته‌ها مشابه بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد هرچه تداخل نشانه‌های پیش از قاعدگی شدیدتر (PMS) و با عملکرد روزانه تداخل پیدا کند (PMDD)، افراد به لحاظ هیجانی برانگیخته‌تر شده و به راهبردهای ناکارآمد کاهش هیجانات روی می‌آورند. بنابراین نمره بالاتر در دو گروه دارای سندرم و اختلال پیش از قاعدگی در سه مؤلفه راهبردهای هیجان‌مدار، گریز-اجتناب و دوری‌گزینی را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که افرادی که از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد نظیر گریز-اجتناب و دوری‌گزینی استفاده می‌کنند در تعدیل

<sup>6</sup> Kaiser, Kues, Kleinstäuber, Andersson & Weise

<sup>7</sup> Read & Perz

<sup>4</sup> Liu, Wang, Van Heck & Qiao

<sup>5</sup> Ussher & Perz



از آنجا که این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی در دانشگاه ملایر است، امکان اخذ کد اخلاق در دانشگاه مذکور وجود نداشت. از همه دانشجویان محترمی که در این پژوهش شرکت نموده و پرسشنامه‌ها را با صبر و حوصله پر کردند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

مشابه در مقایسه با جمعیت‌های دانشجویی غیرخوابگاهی و هم-چنین در نمونه‌های غیر دانشجویی پیشنهاد می‌شود.

## تشکر و قدردانی

### References:

1. Halbreich U. History and trajectory of PMS: towards a balanced adaptation and a biosocial homeostasis. *J Reprod Infant Psychol* 2006; 24(4): 336-346.
2. Direkvand Moghadam AS, Kaikhavani S, Sayehmiri K. Prevalence of premenstrual syndrome in the world: a meta-analysis and systematic review. *Iran J Obstet Gynecology Infertile* 2013; 16: 8-17. (Persian)
3. Bloch M, Schmidt PJ, Rubinow DR. Premenstrual syndrome: evidence for symptom stability across cycles. *Am J Psychiatry* 1997; 154(12): 1741-6.
4. Mehrollahi T. The relationship between gender identity and PMS in Azad university Kerman branch. [Dissertation]. Azad University Zarand branch; 2011.
5. Cerqueira RO, Frey BN, Leclerc E, Brietzke E. Vitex agnus castus for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2017; 20(6): 713-9.
6. Henz A, Ferreira CF, Oderich CL, Gallon CW, de Castro JRS, Conzatti M, et al. Premenstrual syndrome diagnosis: a comparative study between the daily record of severity of problems (drsp) and the premenstrual symptoms screening tool (psst). *Rev Bras Ginecol Obstet* 2018; 40(01): 20-5.
7. Moghtader L, Akbari B, Minaei H. Comparison of life expectancy, spiritual intelligence and depression in women with breast cancer and healthy women in Rasht. *J Women Fam Stud* 2015; 7(28): 115-28. (Persian)
8. Bakhshandehnosrat S, Salehi M, Mobasheri E, Asghari Z, Mohammadkhani M. Prevalence of clinical manifestations of pre-menstrual syndrome and pre-menstrual dysphoric disorder among medical students in Gorgan, Iran (2010). *J Gorgan Uni Med Sci* 2014; 16(3): 127-32. (Persian)
9. Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician* 2011; 84(8): 918-24.
10. Delara M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Tavafian SS, Kazemnejad A, Montazeri A. Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. *Health Qual Life Out* 2012. 10(1): 1-5.
11. Alavi A, Salahimoghadam A, Alimalayeri N, Ramezani A. Prevalence of clinical manifestation of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among Bandar Abbas medical students. *Med J of Hormozgan Univ of Med Sci* 2007; 10(4): 335-41. (Persian)
12. Talaei A, Fayyazi Bordbar MR, Nasiraei A, Pahlavani M, Dadgar S, Samari A. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS) in students of Mashhad University of Medical Sciences. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009; 12(2): 15-22. (Persian)
13. Liu Q, Wang Y, Van Heck CH, Qiao W. Stress reactivity and emotion in premenstrual syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017; 13: 1597-602.
14. Zarei Z, Bazzazian S. The relationship between premenstrual syndrome disorder, stress and quality of life in female students. *Iran J Psychiatric Nurs* 2015; 2(4): 49-58. (Persian)

15. Gonda X, Telek T, Juhasz G, Lazary J, Vargha A, Bagdy G. Patterns of mood changes throughout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32(8): 1782-8.
16. Jafarnejad F, Shakeri Z, Najaf Najafi M, Salehi Fardadi J. Evaluation the relationship between stress and the risk of premenstrual syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(76): 11-18. (Persian)
17. Kaiser G, Kues JN, Kleinstäuber M, Andersson G, Weise C. Methods for coping with premenstrual change: Development and validation of the German Premenstrual Change Coping Inventory. *Women Health* 2018; 58(9): 1062-79.
18. Ussher J.M, Perz J. PMS as a process of negotiation: Women's experience and management of premenstrual distress. *Psychol Health* 2013; 28(8): 909-27.
19. Mohammad Khani S, Hasani J, Moghadasin M, The relationship between the coping strategy and the psychological well-being among the women with breast cancer. *Yafteh* 2019; 20(4): 40-50. (Persian)
20. Sahin S, Ozdemir K, Unsal A. Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. *J Pak Med Assoc* 2014; 64(8): 915-922.
21. Woods NF, Mitchell ES, Lentz MJ. Social pathways to premenstrual symptoms. *Res Nurs Health* 1995; 18(3): 225-37.
22. Sahebazzamani M, Safavi M, Farahani H. Burnout of nurses employed at Tehran psychiatric hospitals and its relation with social supports. *Med Sci J Islamic Azad Univ* 2009; 19(3): 206-11. (Persian)
23. Alexopoulou M, Giannakopoulou N, Komna E, Alikari V, Toulia G, Polikandrioti M. The effect of perceived social support on hemodialysis patients' quality of life. *Mater Sociomed* 2016; 28(5):338-42.
24. Mensh IN, Psychology in medical education. *Am Psychol* 1953; 8(2): 83-5.
25. Keyvanara M, Hosseini SM, Emami P. Social support and diabetes control: a study among patients admitted to specialized clinic of Dr. Gharazi Hospital in Isfahan. *Med Arch* 2012; 66(1): 24-7.
26. Montilla P, Perales-Montilla CM, García León A, García-León A, Reyes del Paso G, Reyes-del Paso GA. Psychosocial predictors of the quality of life of chronic renal failure patients undergoing haemodialysis. *Nefrología (English Edition)* 2012; 32(5): 622-630.
27. Montes-Berges B, Augusto JM. Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14(2): 163-171.
28. Papadopoulos K, Papakonstantinou D, Montgomery A, Solomou A. Social support and depression of adults with visual impairments. *Res Dev Disabil* 2014; 35(7): 1734-41.
29. Yalçın İ, Social support and optimism as predictors of life satisfaction of college students. *Int J Adv Couns* 2011, 33(2): 79-87.
30. Freeman EW, Halberstadt SM, Rickels K, Legler JM, Lin H, Sammel MD. Core symptoms that discriminate premenstrual syndrome. *J Womens Health* 2011; 20(1): 29-35.
31. Karami J, Zalipoor S, Pourjavad M. Efficacy of emotional disclosure on premenstrual syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(131): 6-12. (Persian)
32. Indusekhar R, Usman SaB, O'Brien S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21(2): 207-20.

33. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970; 30(3): 607-10.
34. Steiner M, Peer M, Palova E, Freeman EW, Macdougall M, Soares CN. The Premenstrual Symptoms Screening Tool revised for adolescents (PSST-A): prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14(1): 77-81.
35. Siahbazi S, Hariri FZ, Montazeri A, Moghaddam BL. Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). *Payesh* 2011; 10(4): 421-7. (Persian)
36. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein RA. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24(4): 385-96.
37. Vollman MW, LaMontagne LL, Hepworth JT. Coping and depressive symptoms in adults living with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2007; 22(2): 125-30.
38. Rajabi-Damavandi G, Pooshineh K, Ghojari-Bonab B. Relationship between personality traits and coping strategies in parents with children with autism spectrum disorders. *Res Except* 2009; 9(2): 133-44. (Persian)
39. Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *Am J Community Psychol* 1986; 14(2): 195-218.
40. Ebrahimi Ghavaam S. Investigating of reliability cofitient of three concept of social support, locus of control, and self-esteem. (Dissertation). Tehran: Allameh Thabataba'i Univesity; 1991.
41. Read JR, Perz J, Ussher JM. Ways of coping with premenstrual change: development and validation of a premenstrual coping measure. *BMC Womens Health* 2014; 14(1): 1-15.
42. Rezaee H, Amidi-Mazaheri M. The Effect of Educational Intervention for the Spouse on Physical Activity among Women with Premenstrual Syndrome. *J Health Syst Res* 2017; 13(1): 24-31. (Persian)

## COMPARISON OF PERCEIVED STRESS, COPING STRATEGIES AND SOCIAL SUPPORT BETWEEN GIRL STUDENTS WITH PREMENSTRUAL SYNDROME (PMS), PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AND NORMAL GROUP

Yadollah Ghasemipour<sup>1</sup>, Masumeh Raavand<sup>2</sup>, Fariba Saeidi<sup>3</sup>,

Received: 12 Feb, 2019; Accepted: 04 June, 2019

### Abstract

**Background & Aim:** Premenstrual syndrome (PMS) consists of physiological, cognitive and behavioral changes that periodically occur in luteal phase of menstrual in women. It is defined as premenstrual dysphoric disorder if it leads to a disruption in family, social and work activities.

**Material & Methods:** In order to comparison of perceived stress, coping strategy, and social support between girl students with premenstrual syndrome (PMS), premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and normal group, 200 students of Malayer University were randomly selected in the year 2017. A questionnaire were designed and filled out that consists of screening test of premenstrual syndrome, perceived stress, coping strategies and social support scales. The screening test detected 100 people with PMS, 21 people with PMDD, and 76 people in normal group. Data were analyzed with multivariable analysis of variance (MANOVA).

**Results:** Results showed students with PMS, PMDD and normal group had significantly different scores in coping strategies in emotion-based coping ( $F=7.26, p < 0.01$ ), distancing ( $F=6.65, p < 0.01$ ), and flight-avoidance coping ( $F=5.94, p < 0.01$ ) than normal group. Pos hoc test of Tukey showed that PMDD group has significantly higher scores in emotion-based strategy than normal group ( $p < 0.01$ ). In flight-avoidance strategy, PMS group was higher than normal group ( $p < 0.05$ ) and PMDD group had higher levels than PMS group ( $p < 0.01$ ). In distancing strategy, PMDD group had significantly higher levels of scores than PMS group ( $p < 0.05$ ) and normal group ( $p < 0.01$ ). There was no significant differences in perceived stress and social support between sample groups.

**Conclusion & Discussion:** Research findings showed that coping strategies had significantly with PMS and PMDD, so the necessity of psychological interventions would result in healthy consequences. Regarding the same circumstances of dormitory, there was no significant differences in perceived stress and social support between sample groups.

**Keywords:** premenstrual dysphoric disorder, premenstrual syndrome, perceived stress, coping strategies, social support

**Address:** Hamedan, Malayer, 4th Km of Arak road, Malayer University, Department of Psychology

**Tel:** (+98) 9124572077

**Email:** y.ghasemipour@malayeru.ac.ir

<sup>1</sup> Assistant professor, Malayer University, Hamedan, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> M.Sc., General Psychology, Malayer University, Hamadan, Iran

<sup>3</sup> M.Sc., General Psychology, Malayer University, Hamadan, Iran