

رابطه علی احساس کهنتری و خودمهارگری با افسردگی، اضطراب و استرس از طریق میانجیگری حمایت اجتماعی در زنان دارای سندروم پیش از قاعدگی

مهشید احمدنژاد^۱، *مرضیه طالبزاده شوشتری^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۳۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۳۱)

The Causal Relationship between Inferiority Feeling and Self-Control with Depression, Anxiety and Stress through Mediation of Social Support in Women with Premenstrual Syndrome

*Mahshid Ahmadnezhad¹, *Marzieh Talebzadeh Shoshtari²

1. M.A, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Original Article

(Received: June. 21, 2021 - Accepted: May. 21, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the causal relationship between inferiority feeling and self-control with depression, anxiety and stress through mediation of social support in women with premenstrual syndrome. **Method:** The statistical population of this study was all women with premenstrual syndrome in ahvaz in the year 2020. The study was a correlational research based on structural equation modeling. In this regard, using targeted sampling method, a sample of 250 people were selected from those who completed the premenstrual symptoms questionnaire. Data were collected using premenstrual syndrome screening tool (2011), the Comparative feeling of inferiority index (1995), Self-control Questionnaire (2004), depression, anxiety and stress scale (2007) and Perceived social support scale (1986). SPSS25 and AMOS22 software were used to analyze the data. **Findings:** The results supported the suitability of the relationship between the patterns and the collected data. The results revealed that social support mediated the relationship between inferiority feeling on depression and stress, as well as the relationship between self-control on depression and stress. However, this study did not find on indirect effect of social support on the inferiority feeling with anxiety and self-control on anxiety ($p < 0/05$). Also, the direct path of inferiority feeling with stress and social support with anxiety was not confirmed and the final model was removed. **Conclusion:** Based on the results, social support can be considered as an effective factor in women with premenstrual syndrome in relation to the variables of inferiority feeling, self-control, depression, anxiety and stress.

Keywords: Premenstrual Syndrome, Inferiority Feeling, Self-Control, Depression, Anxiety, Stress, Social Support.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه علی احساس کهنتری و خودمهارگری با افسردگی، اضطراب و استرس از طریق میانجیگری حمایت اجتماعی در زنان دارای سندروم پیش از قاعدگی بود. روش: جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان دارای سندروم پیش از قاعدگی شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ را شامل می‌شود. طرح پژوهش همبستگی و به‌شیوه مدلیابی معادلات ساختاری بود. در همین راستا با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، نمونه‌ای برابر با ۲۵۰ نفر از بین کسانی که پرسشنامه علائم قبل از قاعدگی را تکمیل کرده بودند، انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از ابزار غربالگری علائم قبل از قاعدگی (۲۰۱۱)، شاخص مقایسه‌ای احساس کهنتری (۱۹۹۵)، پرسشنامه خودمهارگری - فرم کوتاه (۲۰۰۴)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (۲۰۰۷) و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده (۱۹۸۶) جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS25 و Amos22 استفاده شد. یافته‌ها: نتایج بیانگر برازندگی مدل پیشنهادی با داده‌ها بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی، رابطه احساس کهنتری بر افسردگی و استرس، همچنین رابطه خودمهارگری بر افسردگی و استرس را میانجیگری می‌کند. اما در این پژوهش اثر غیر مستقیم حمایت اجتماعی در رابطه احساس کهنتری بر اضطراب و خودمهارگری بر اضطراب یافت نشد ($P < 0/05$). همچنین مسیر مستقیم احساس کهنتری با استرس و حمایت اجتماعی با اضطراب تایید نشد و از مدل نهایی حذف شد. نتیجه‌گیری: بنابراین، حمایت اجتماعی می‌تواند یک عامل موثر در زنان دارای سندروم پیش از قاعدگی در رابطه با متغیرهای احساس کهنتری، خودمهارگری، افسردگی، اضطراب و استرس در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: سندروم پیش از قاعدگی، احساس کهنتری، خودمهارگری، افسردگی، اضطراب، استرس، حمایت اجتماعی.

*نویسنده مسئول: مرضیه طالبزاده شوشتری

*Corresponding Author: Marzieh Talebzadeh Shoshtari

Email: talebzadehmarzieh@gmail.com

مقدمه

نقش‌های شغلی و اجتماعی زنان در جامعه، اهمیت سلامت جسمی و روانی آنان را صدچندان می‌کند (جعفرنژاد، فرهادی، نجفی و شاکری، ۱۳۹۲، ص. ۱۱). در این بین، سندروم پیش از قاعدگی^۱ به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌های هیجانی، جسمانی و تغییرات رفتاری از مشکلات عمده سلامت زنان به شمار می‌آید (کریمین کاکولاک، مظلومی محمودآباد، حیدری، خدیبی، گریلو^۲ و همکاران، ۲۰۱۹، ص. ۳). در واقع سندروم پیش از قاعدگی یک مسئله روان‌تنی در زنان است که با دستگاه تولیدمثل ارتباط دارد (آتش‌زاده، شوریده، عباس زاده، بحرانی، فلاحتی و همکاران، ۲۰۱۴، ص. ۷۱). اولین بار این سندروم چنین تعریف شد: «بعضی از زنان از احساس ناخوشایند و مبهم عاطفی در ۷-۱۰ روز قبل از قاعدگی شکایت دارند که در بیشتر اوقات تا هنگام شروع قاعدگی طول می‌کشد. آنان از بیقراری و تحریک‌پذیری رنج می‌برند» (فریتز و اسپرو^۳، ۲۰۱۱). سندروم پیش از قاعدگی شامل مجموعه‌ای از نشانه‌های ناخوشایند است که به دلیل برهم خوردن تعادل هورمون استروژن و پروژسترون در یک دوره قبل از قاعدگی ایجاد می‌شود و پس از قاعدگی از بین می‌رود (کلهر، یوسف‌لو، کاوه‌ئی، محمدی و جوادی، ۱۳۹۷، ص. ۵۲). بیش از ۲۰۰ نشانه پیش از قاعدگی توسط زنان گزارش شده و علائم و میزان ناراحتی از فردی به فرد دیگر تفاوت دارد. با این

وجود حتی اگر نشانه‌ها به تشخیص سندروم پیش از قاعدگی منجر نشود، می‌تواند بر روابط بین فردی، تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های شغلی تاثیرگذار باشد (ماتسوموتو، ایگوا، کیمورا و تاتسویا^۴، ۲۰۱۹، ص. ۱). بر این اساس در طول فاز لوتئال چرخه قاعدگی، علائم جسمانی و روانی به‌عنوان یک پدیده دوره‌ای و مختل‌کننده ظاهر می‌شوند (برک و نوک^۵، ۲۰۰۷؛ راد، سبزواری و دهنوی، ۲۰۱۸، ص. ۶۴). در طول دوران باروری حدود ۸۰ درصد زنان نشانه‌های فیزیکی از جمله حساسیت سینه‌ها، احساس نفخ، آکنه، یبوست و تغییر اشتها را قبل از وقوع قاعدگی تجربه می‌کنند. از لحاظ هیجانی نیز نشانه‌ها به صورت نوسانات خلقی، غمگینی یا احساس ناخوشی، پرخاشگری، تنش و مشکل در تمرکز، خود را نشان می‌دهد (سارلا^۶، ۲۰۲۰، ص. ۱). میزان شیوع این سندروم بین ۴۸-۹۰ درصد گزارش شده است (الایس، کاستگنولی، بوریزو، رولاندو، دلورنزو^۷ و همکاران، ۲۰۱۲، ص. ۱۱۱). حدود ۷۵ درصد زنان در سنین باروری خوشه پیچیده نشانه‌ها را تجربه می‌کنند اما در ۲۰-۲۵ درصد زنان شدت علائم به حدی زیاد است که به مداخلات پزشکی نیاز دارند (علیشاهی قلعه‌جوقی و ریاحی‌راد، ۱۳۹۹). با وجود تدوین پرسشنامه‌هایی جهت غربالگری و مشخص کردن تاثیر این سندروم (سیاهبازی، حریری، منتظری، مقدم بنائم و حاجی زاده،

4. Matsumoto, Egawa, Kimura, & Tatsuya

5. Berek & Novak

6. Sarla

7. Allais, Castagnoli, Burizo, Rolando, De lorenzo

1. premenstrual syndrome (PMS)

2. Karimain kakolaki, Mazloomi, Mahmoodabad, Heidari, Khadibi, Gerayloo

3. Fritz & Speroff

۱۳۹۰، ص. ۴۲۱) هنوز منشا اصلی بروز آن مشخص نشده است. برخی بررسی‌ها سبک زندگی، نوع تغذیه و کمبود فعالیت فیزیکی مناسب را در بروز آن دخیل دانسته‌اند (ساروخانی، سایه‌میری، احمدی و مامی، ۱۳۹۹، ص. ۱۸۷). هرچند این سندروم برای زندگی زنان عامل تهدیدکننده‌ای نیست اما می‌تواند بر میزان باروری، سلامت روانی و کیفیت زندگی آنان تاثیر منفی داشته باشد (زر، حسینی، دهقانی و سپهری، ۱۳۹۶، ص. ۳۷؛ آرافا، سنوسی، هلمی و محمد^۱، ۲۰۱۸، ص. ۴۸۶).

بر این اساس شناسایی متغیرهای مرتبط با سندروم پیش از قاعدگی و نحوه تعامل این متغیرها با یکدیگر به درک بیشتر این مسئله پیچیده منجر می‌شود. یکی از این متغیرها، احساس کهنتری^۲ است. این احساس از دوران کودکی آغاز می‌شود، به ویژه هنگامی که کودک خود را در برابر والدین نیرومند، ناتوان و ضعیف در می‌یابد (واحدی‌خو، علیزاده و اسدروز، ۱۳۹۹، ص. ۹۵). احساس کهنتری یک باور عمیق، غیرواقعی و دائم در مورد پایین بودن توانایی‌های عقلانی و جسمانی است که به کاهش سطح ارزش‌ها و ناززنده سازی فرد منجر می‌شود (دوان و سیدنی^۳، ۲۰۱۲). از آن جا که احساس کهنتری همیشه در مقایسه خود با دیگران بکار می‌رود، داشتن چنین احساسی با انزوای اجتماعی و نداشتن تعلق همراه است (هاسپر^۴، ۲۰۱۳). احساس کهنتری نشانه غیر عادی بودن نیست بلکه

علت تمام پیشرفت‌ها و بهبودی‌ها در ابعاد متفاوت انسان به شمار می‌رود. در واقع تلاشی روانی تا افراد به وسیله آن بتوانند عدم کفایت و ترس خود را پنهان سازند (سلیمانی و طالب‌زاده شوشتری، ۱۳۹۸، ص. ۱). این در حالی است که احساس کهنتری عمیق و عدم تلاش برای جبران آن سبب بروز اختلال در سلامت روان و ابتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و وسواسی - جبری خواهد شد (نصیری، ۱۳۹۸، ص. ۱). به طوری که افراد دارای اختلال فوبی اجتماعی و وسواسی - جبری از خود و عملکردهای اجتماعی‌شان ارزیابی منفی‌تری دارند (یائو، کاتراکس و مارتین^۵، ۲۰۰۷). همچنین یوسفی، مظاهری و ادهمیان (۱۳۸۶) نشان دادند که نمره احساس کهنتری در بیماران هراس اجتماعی و وسواسی - جبری در مقایسه با گروه بهنجار بالاتر بود.

از سوی دیگر ابتلا به سندروم پیش از قاعدگی توانایی فرد برای رو به رو شدن با تکان‌ها و استرسورها را کاهش می‌دهد (خالقی، عسگری و حیدری، ۱۳۹۷، ص. ۳۸). همچنین در این افراد میزان خودمهارگری^۶ به عنوان نوعی قابلیت انسانی که به گنجایش مقاومت در برابر برانگیختگی‌های لحظه‌ای و توانایی مهار رفتارها، احساس‌ها و غرایز می‌انجامد (اوزار، میراندا، اوریول و مونتسرات^۷، ۲۰۱۹، ص. ۱۲۵)، پایین است. از سوی دیگر خودمهارگری بالا به توانایی کنترل تکانه، سازگاری روانشناختی بیشتر، علائم

5. Yau, Cottraux, & Martin

6. Self-control

7. Oruzar, Miranda, Oriol, & Montserrat

1. Arafa, Senosy, helmy, & Mohamed

2. inferiority feeling

3. Duane & Sydney

4. Hasper

آسیب‌شناختی کمتر، مدیریت خشم، احساس گناه و احساس شرم به هنگام افسردگی منتهی می‌شود (تانجی، بامیستر و بون^۱، ۲۰۰۴، ص. ۲۷۱). خودمهارگری با علائم روانشناختی مانند جسمانی‌سازی، الگوهای وسواسی - جبری، افسردگی، اضطراب، خصومت، خشم، فوبیا، تفکر پارانویید و روانپریشی همبستگی منفی دارد (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴). در نمونه‌های ایرانی نیز رابطه منفی خودمهارگری با اضطراب و افسردگی تایید شده است (هادی، قربانی و بشارت، ۱۳۹۸، ص. ۳۹۷؛ قربانی، واتسون، فرهادی و جن^۲، ۲۰۱۴، ص. ۱۱۵). همچنین نقش تعدیل‌کننده‌ای در ارتباط بین استرس و شاخص‌های سلامت روان دارد (باقری، قربانی و سالاری راد، ۱۳۹۴، ص. ۱۵). به علاوه آموزش خودمهارگری، علائم اختلالات روانی از جمله پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و استرس را بهبود می‌بخشد (دنسون، کوپر و فریسمگان^۳، ۲۰۱۱، ص. ۲۵۲). صالح میرحسینی، قربانی، علی‌پور و فرزاد (۱۳۹۴) دریافتند که تعامل خودمهارگری با خودانسجامی بیشترین نقش واسطه‌ای را در تنظیم رابطه بین استرس ادراک شده، اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی دارد. همانطور که پیشتر اشاره شد، سندروم پیش از قاعدگی رفتار و بهزیستی زنان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (گوندا، تلک، جوهاز، لازاری، وارگا^۴ و همکاران، ۲۰۰۸، ص. ۱۷۸۲). در همین راستا اضطراب، تحریک‌پذیری، تنش عصبی و خلق و

خوی متغیر در مبتلایان به سندروم پیش از قاعدگی، یک یافته تایید شده است (اسک، گاکدیمیر، سات و پیام^۵، ۲۰۱۵، ص. ۱۷۹). افسردگی بر روی احساس فرد نسبت به خودش، دنیایی که در آن زندگی می‌کند و کسانی که با او در ارتباط هستند، تاثیر می‌گذارد و یکی از مشکلات عمده در سندروم پیش از قاعدگی است (گری^۶، ۲۰۰۱، ص. ۱). در مطالعه‌ای مشخص شد که ۵۱ درصد زنان از علائم افسردگی پیش از قاعدگی رنج می‌برند و بین نشانگان پیش از قاعدگی، افسردگی، اضطراب، افکار منفی، خستگی مزمن، آسیب‌پذیری، درد، تغییر در اشتها و خواب رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (اربیل^۷، ۲۰۱۸، ص. ۵۴۹). تیموری، زالی‌پور و یزدان بخش (۱۳۹۴) نشان دادند که به ترتیب علائم جسمانی، افسردگی، نوسان خلق و اضطراب بیشترین شیوع را در بین مبتلایان به سندروم پیش از قاعدگی دارد. همچنین اربیل (۲۰۱۸) دریافت که زنان مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی علائم افسردگی بالاتری نسبت به زنان بدون سندروم پیش از قاعدگی داشتند.

در سندروم پیش از قاعدگی اضطراب و بی‌قراری نیز یک نشانه شایع است. بسیاری از زنان حساسیت، ناراحتی و خلق پایین را به دلیل به هم خوردن چرخه هورمونی در آستانه قاعدگی تحمل می‌کنند. بیشتر این افراد از افسردگی که پیامد اضطراب شدید است در طی قاعدگی و بعد از آن رنج می‌برند (آزاد، ۱۳۹۳). اضطراب فرد را در

5. Aşçı, Gökdemir, Süt, & Payam
6. Geary
7. Erbil

1. Tangey, Baumeister, & Boone
2. Ghorbani, Watson, Farhadi, & Chen
3. Denson, Copper, & Friesmegan
4. Gonda, Telek, Juhasz, Lazary, Vargha

با افزایش نمره استرس داشته و این مسئله سلامت افراد را تحت تاثیر قرار می دهد.

یکی دیگر از عوامل تعیین کننده سلامت که در چند سال اخیر به طور فزاینده ای مورد توجه قرار گرفته است، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی شناختی است که باعث می شود فرد باور کند مورد احترام و علاقه دیگران است، عنصری ارزشمند و دارای شان بوده و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد (لانگ و استین^۵، ۲۰۰۱). افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، در مقایسه با افرادی که از این موقعیت برخوردار نیستند، سلامت روان بهتری دارند و مشکلات روانی شان سریع تر بهبود می یابد (کارادماس^۶، ۲۰۰۶، ص. ۱۲۸۴). مطالعات مختلف نشان داده است که حمایت اجتماعی با علائم افسردگی و اضطراب در افراد بهنجار و جمعیت بالینی رابطه منفی دارد (لوک و وانگ^۷، ۲۰۱۴، ص. ۳۰۵؛ فیلیپ و میشل^۸، ۲۰۱۸، ص. ۲۹۵). جفر، عقیل، عباس، شاهر، عمان^۹ و همکاران (۲۰۱۷) نیز دریافتند حمایت اجتماعی به عنوان عامل میانجی می تواند به توضیح رابطه بین افسردگی، اضطراب و استرس کمک کند. علاوه بر این آدری، آیمان، گازیرو، رومین، لورنس^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند حمایت اجتماعی ادراک شده نقش مهمی در کاهش افسردگی و اضطراب ایفا می کند.

بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری

برابر خطر هوشیار می کند، به تدریج تحول می یابد و کارکردی سازگارانه در جهت تسهیل ردیابی و دوری از تهدید فراهم می آورد. با این وجود اضطراب زمانی به عنوان یک مشکل تلقی می شود که با کارکردهای روزمره تداخل پیدا کند و یا زمانی که تداوم یابد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳؛ به نقل از تقوی، میرزایی، ازندریانی و رضائی شجاعی، ۱۳۹۸، ص. ۴۶۰). طلایی، فیاضی بردبار، نصیری، پهلوانی، دادگر و همکاران (۱۳۸۸) دریافتند شایع ترین علامت گزارش شده در مبتلایان سندروم پیش از قاعدگی اضطراب، تنش و دلواپس بودن (۴۵/۷ درصد) است.

متغیر دیگری که در ارتباط با سندروم پیش از قاعدگی مطرح می شود، استرس است (والتون، ماچامر، آسومبرادو و بهرنس^۲، ۲۰۱۸، ص. ۱۵۸). فشارهای روانی و تجربه های تنش آمیز زندگی، زنان را برای ابتلا به سندروم پیش از قاعدگی مستعد می کند (نیلز و استوکین^۳، ۲۰۰۳، ص. ۳۷). استرس نوعی پاسخ به محرک ها و رویدادها است که موجب به هم خوردن تعادل شخص شده، از توانایی سازگاری فرد فراتر است و وی را تحت فشار قرار می دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). زمانی که فرد قابلیت منطبق شدن با تقاضای محیطی و موقعیتی را نداشته باشد، استرس رخ می دهد (یوو، لیم، هاو و گان^۴، ۲۰۱۵، ص. ۵۹). جعفرنژاد و همکاران (۱۳۹۲) دریافتند که در دانشجویان مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی شدت علائم رابطه مستقیم و معنی داری

5. Long & Stein

6. Karademas

7. Lauk & Wong

8. Philip & michael

9. Jaffar, Aqeel, Abbas, Shaher, Oman

10. Audrey, Ayman, Gauthier, Romain, Laurence

1. American Psychiatric Association

2. Walton, Machamer, Asumbrado, & Behrens

3. Nielz & Stokin

4. Yew, Lim, Haw, & Gun

اختلالات روانی (DSM)، نشانه‌ها در سندروم پیش از قاعدگی با ناراحتی قابل ملاحظه بالینی و یا اختلال واضح عملکرد اجتماعی و یا شغلی در هفته پیش از قاعدگی‌ها ارتباط دارد. همین فرآیند می‌تواند به اختلاف زناشویی و مشکلاتی در رابطه با فرزندان، اعضای دیگر خانواده یا دوستان منتهی شود (رید^۱، ۲۰۱۷). در واقع این سندروم یک پدیده‌ی چند بعدی است که تحت تأثیر تعامل ابعاد مختلف از جمله؛ فردی، اجتماعی، روانشناختی، فرهنگی و زیستی قرار دارد (زنه‌دل و الیاسی، ۲۰۱۸، ص. ۳۴۶) و عامل واحدی برای توضیح سندروم پیش از قاعدگی وجود ندارد. از سوی دیگر نتایج پژوهشی در بین زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله از ۱۹ کشور جهان نشان داد که ابتلا به نوع متوسط تا شدید این سندروم احتمال غیبت از کار و بهره‌وری پایین را افزایش می‌دهد (اسکوب، نیبور، واندرزاندن، برات و نپ^۲، ۲۰۱۹). علاوه بر همه این عوامل، با توجه به اینکه قاعدگی نوعی عملکرد طبیعی بدن محسوب می‌شود، بسیاری از افراد علائم رنج‌آور و دردناک و چالش‌های بهداشتی خود را گزارش نمی‌کنند و این مسئله احتمال رسیدگی به این مشکلات را کاهش می‌دهد. بنابراین در راستای ارتقای سلامت جسمی و روانی زنان جامعه لزوم انجام پژوهش‌هایی در این زمینه پررنگ‌تر می‌شود. در همین راستا مدلی طراحی و مورد آزمون قرار گرفت که پیش‌بین‌های مهم سندروم مذکور را بصورت همزمان در خود گنجانده است. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که؛

آیا در مدل تدوین شده احساس کهنتری و خودمهارگری با افسردگی، اضطراب و استرس از طریق میانجیگری حمایت اجتماعی برای زنان مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی، رابطه معنی‌داری دارد و آیا برازنده‌ی داده‌ها است؟

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از نوع همبستگی مبتنی بر مدلیابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی در شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ بود. جهت شناسایی این افراد از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. در همین راستا ابتدا ابزار غربالگری علائم قبل از قاعدگی^۳ به صورت آنلاین در بین ۱۰۰۰ نفر توزیع شد. در گام بعدی از بین افرادی که این ابزار را تکمیل کرده و دارای علائم قبل از قاعدگی بودند، نمونه‌ای برابر با ۲۵۰ نفر انتخاب شد. معیار ورود به پژوهش، ابتلا به سندروم پیش از قاعدگی و تمایل به همکاری در پژوهش بود و معیار خروج نیز شامل عدم تمایل به مشارکت در پژوهش و تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها بود. در نهایت سایر پرسشنامه‌ها در بین این ۲۵۰ نفر پخش شد.

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا توضیحاتی در خصوص پژوهش و هدف آن، نحوه همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها و اصل محرمانه ماندن اطلاعات به افراد داده شد. همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کسب شد و توضیح داده شد که اطلاعات بدست

1. Reid

2. Schoep, Nieboer, van der Zanden, Braat & Nap

3. Premenstrual symptoms screening tool (PSST)

آمده کاملاً مجرمانه خواهد ماند و نیازی نیست اطلاعاتی که ممکن است هویت شخصی افراد را آشکار کند، در جایی ثبت کنند. سپس شاخص مقایسه‌ای احساس کهنتری، پرسشنامه خودمهارگری فرم کوتاه (SC)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده و ابزار غربالگری علائم قبل از قاعدگی (PSST) اجرا شد. در راستای قابل قبول و معتبر بودن داده‌ها، پرسشنامه‌های مخدوش نیز حذف شد. از بین ۲۵۰ پرسشنامه توزیع شده، داده‌های مربوط به ۲۳۸ نفر نمره‌گذاری و وارد مرحله تحلیل آماری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از روش‌های آماری توصیفی و همبستگی استفاده شد. سپس تحلیل‌های پیچیده‌تر برای ارزیابی برازندگی مدل مفهومی از طریق مدلیابی معادلات ساختاری، با استفاده از برآورد حداکثر درست‌نمایی^۱ نرم‌افزار AMOS-22 اعمال شد. لازم به ذکر است؛ برای کلیه فرضیه‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ابزار غربالگری علائم قبل از قاعدگی (PSST): این ابزار توسط استینر، پییر، پالووا، فریمن، مک‌دوگال^۲ و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شده و شامل ۱۹ سوال است. ابزار مذکور دارای دو بخش است؛ بخش اول شامل ۱۴ سوال جهت سنجش علائم خلقی، جسمی و رفتاری، بخش دوم شامل ۵ سوال است که تاثیر این علائم را بر زندگی فرد می‌سنجد. برای هر سوال ۴ معیار اصلاً، خفیف، متوسط و شدید ذکر گردیده است

که از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. جهت تشخیص سندروم پیش از قاعدگی متوسط یا شدید سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد؛ ۱- از سوال 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 تاثیر علائم بر زندگی، یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. در ایران نسخه فارسی این ابزار تهیه و روایی و پایایی آن توسط سیاهبازی و همکاران (۱۳۹۰) مشخص شده است. پایایی این ابزار با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد و مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ بدست آمد.

شاخص مقایسه‌ای احساس کهنتری (CFII)^۳: این شاخص توسط استرانو و دیکسون^۴ (۱۹۹۰) ساخته شد و شامل دو بخش مقیاس خودسنجی و مقیاس خانواده‌سنجی است. هر دو مقیاس ۳۰ صفت شبیه به هم دارد. فرد باید نظر خود را درباره این صفات روی مقیاس ۶ درجه‌ای (۱= کاملاً موافقم تا ۶= کاملاً مخالفم) بیان کند. در مقیاس خودسنجی آزمودنی این صفات را درباره کودکی خود از شماره ۱ تا ۳۰ و در مقیاس خانواده‌سنجی از شماره ۳۱ تا ۶۰، جمله‌ها را در رابطه با خواهران و برادران خود کامل می‌کند. در صورت تک فرزند بودن به جای خواهران و برادران، جمله را در رابطه با والدین خود کامل می‌کنند. این شاخص سه مؤلفه دارد که احساس کهنتری را در سه حوزه بدنی، اجتماعی،

3. Comparative feeling of inferiority index (CFII)

4. Strano & Dixon

1. Maximum Likelihood Estimation

2. Steiner, Peer, Palova, Freeman, Macdougall

هدف‌ها و معیارها می‌سنجد. استرانو و دیکسون در بررسی اعتبار و روایی این شاخص، ضریب اعتبار آن را از طریق ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس خودسنجی برابر با ۰/۷۶۹ و برای مقیاس خانواده‌سنجی برابر با ۰/۸۱۷ و از طریق دو نیمه‌سازی برای مقیاس خودسنجی و خانواده‌سنجی به ترتیب ۰/۸۳۳ و ۰/۷۶۹ و از طریق بازآزمایی در مقیاس خودسنجی و خانواده‌سنجی به ترتیب ۰/۸۲۳ و ۰/۷۴۹ به دست آوردند. در ایران مقدار آلفای کرونباخ توسط صمدیان، باقریان و عسگری (۱۳۹۶) برای مقیاس خودسنجی ۰/۸۲ و برای متغیر خانواده‌سنجی ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد. پرسشنامه خودمهارگری- فرم کوتاه (SC)^۱: این پرسشنامه توسط تانجی و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شد و دارای ۱۳ ماده است که ظرفیت فرد را برای تغییر پاسخ‌های خود به منظور هماهنگ کردن بهینه آنها با محیط اجتماعی می‌سنجد. طیف پاسخ به هر ماده از ۱ (اصلاً) تا ۵ (همیشه) متغیر است. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر سطوح بالاتر خودمهارگری است. ضریب آلفای این مقیاس ۰/۸۳ و ۰/۸۵ و در نمونه ایرانی توسط قربانی و همکاران (۲۰۱۴)، ۰/۷۲ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)^۲: این مقیاس توسط لاویند و

لاویند^۳ (۱۹۹۵) طراحی شد؛ شامل ۲۱ سوال به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۰ = کاملاً متفاوت از من تا ۳ = کاملاً شبیه من) است که استرس (۷ سوال)، اضطراب (۷ سوال) و افسردگی (۷ سوال) را می‌سنجد. میزان استرس، اضطراب و افسردگی نمونه‌ها بر اساس میانگین نمرات محاسبه شد. میانگین بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از متغیر مورد نظر است. در مطالعه کروفورد و هنری^۴ (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز سه زیر مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ گزارش شده است. سامانی و جوکار (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی را برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ بدست آوردند و در این پژوهش مقدار بدست آمده برای این متغیرها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۷ و ۰/۸۸ است.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده^۵: این مقیاس توسط واکس، فیلیپس، هولی، تامسون، ویلیامز^۶ و همکاران (۱۹۸۶) ساخته شده است و دارای ۲۳ سوال است. مقیاس به کار رفته سه حیطه حمایت اجتماعی از طرف خانواده (۸ ماده)، دوستان (۷ ماده) و سایرین (۸ ماده) را می‌سنجد. نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت چهارگزینه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۴ = کاملاً موافقم) است. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس به ترتیب ۲۳ و ۹۲ در نظر گرفته شده و بالا بودن نمره بیانگر حمایت اجتماعی بیشتر است. ضریب

3. Lovibond & Lovibond

4. Henry & Crawford

5. Perceived social support scale

6. Vaux, Phillips, Holly, Thomson, Williams

1. Self-control Questionnaire

2. Depression, Anxiety and Stress Scale

کمترین فراوانی را داشتند و زنان با تحصیلات لیسانس با ۱۱۰ نفر (۴۶/۳ درصد) بیشترین و زنان با تحصیلات زیردیپلم با ۱۲ نفر (۵/۰ درصد) کمترین فراوانی را داشتند.

جدول ۱، یافته‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره کسب شده مربوط به متغیرهای پژوهش حاضر برای نمونه‌ی زنان دارای سندروم پیش از قاعدگی را نشان می‌دهد. جدول ۲، ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در نمونه‌ی زنان دارای سندروم پیش از قاعدگی را نشان می‌دهد.

پایایی این مقیاس را ۰/۸۷ گزارش کردند. در نمونه ایرانی مرادی و چراغی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۳ به دست آوردند و در این پژوهش مقدار آن ۰/۸۷ به دست آمد.

یافته‌ها

در نمونه مورد مطالعه، گروه سنی زیر ۲۵ سال با ۹۰ نفر (۳۷/۸ درصد) بیشترین و گروه سنی ۴۶ سال و بیشتر با ۹ نفر (۳/۸ درصد) کمترین فراوانی را داشتند. زنان غیرشاغل با ۱۴۳ نفر (۶۰/۱ درصد) بیشترین و زنان با شغل پاره وقت با ۲۹ نفر (۱۲/۱ درصد) کمترین فراوانی را داشتند. افراد متأهل با ۱۳۶ نفر (۵۷/۱ درصد) بیشترین و افراد مطلقه با ۷ نفر (۲/۹ درصد)

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره کسب شده مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرهای شاخص‌های توصیفی	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
احساس کهنتری	۱۲۷/۷۸	۱۱/۸۹	۹۰	۲۲
خودمهارگری	۳۴/۰۱	۴/۶	۲۱	۲۸
حمایت اجتماعی	۵۴/۳۹	۱۱/۲۲	۲۹	۲۶
افسردگی	۲۱/۴۴	۴/۶۳	۷	۴۴
اضطراب	۱۹/۸۹	۲/۷۵	۱۱	۹۶
استرس	۱۷/۲۴	۲/۰۳	۱۰	۱۵۸

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در نمونه زنان دارای سندروم پیش از قاعدگی

ردیف	متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	احساس کهنتری	-	-۰/۵۷۴*	-۰/۳۸۹*	۰/۵۰۵*	۰/۳۰۸*	۰/۰۸
۲	خودمهارگری	-	-	۰/۳۶۴*	-۰/۴۲۵*	-۰/۲۰۸*	-۰/۱۶۴*
۳	حمایت اجتماعی	-	-	-	-۰/۳۵۶	-۰/۳۴۴*	-۰/۱۶*
۴	افسردگی	-	-	-	-	۰/۵۳*	۰/۰۱۳
۵	اضطراب	-	-	-	-	-	۰/۲۱*
۶	استرس	-	-	-	-	-	-

p<0.05*

احمدنژاد و طالبزاده شوشتری: رابطه علی احساس کهری و خودمهاری با افسردگی، اضطراب و استرس از طریق...

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود اکثر ضرایب همبستگی به دست آمده بین متغیرهای پژوهش، در سطوح $P < 0/05$ معنی‌دار هستند. شده نهایی را نشان می‌دهد. جدول ۳، شاخص‌های برازش مدل اولیه‌ی پیشنهادی و نیز شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده نهایی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. مقایسه شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی و مدل اصلاح شده

شاخص‌های برازندگی	χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مدل پیشنهادی (اولیه)	۵۷/۲۲	۳	۱۹/۰۷	۰/۹۳	۰/۵۱۳	۰/۸۴۳	۰/۱۸۷	۰/۸۳۷	۰/۸۳۶	۰/۲۷
مدل اصلاح شده نهایی	۱۱/۷۷	۴	۲/۹۴	۰/۹۸۴	۰/۹۱۷	۰/۹۷۷	۰/۹۱۳	۰/۹۷۷	۰/۹۶۶	۰/۰۸

جدول ۴. مسیرها و ضرایب استاندارد مربوط به اندازه اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل پیشنهادی

مدل پیشنهادی				مسیر
برآورد استاندارد β	برآورد استاندارد B	نسبت بحرانی	سطح معنی‌داری P	
-۰/۵۰۹	-۰/۴۸	-۸/۹۶	۰/۰۰۱	احساس کهری ← حمایت اجتماعی
۰/۱۶۶	۰/۴۰۵	۲/۹۲	۰/۰۰۳	خودمهاری ← حمایت اجتماعی
۰/۳۴۵	۰/۱۳۴	۵/۰۷	۰/۰۰۱	احساس کهری ← افسردگی
۰/۲۵۸	۰/۰۶	۳/۴۶	۰/۰۰۱	احساس کهری ← اضطراب
۰/۰۴۶	۰/۰۰۸	۰/۵۸	۰/۵۵	احساس کهری ← استرس
-۰/۱۶	-۰/۱۶۱	-۲/۶۷	۰/۰۰۱	خودمهاری ← افسردگی
-۰/۲۵۶	-۰/۱۵۳	-۳/۹	۰/۰۰۱	خودمهاری ← اضطراب
-۰/۲۵۷	-۰/۱۱۳	-۳/۷۳	۰/۰۰۸	خودمهاری ← استرس
-۰/۱۶۹	-۰/۰۷	-۲/۵	۰/۰۱	حمایت اجتماعی ← افسردگی
-۰/۰۳	-۰/۰۰۸	-۰/۴۵	۰/۶۵	حمایت اجتماعی ← اضطراب
-۰/۲۳۲	-۰/۰۴	-۲/۹۹	۰/۰۰۳	حمایت اجتماعی ← استرس

جدول ۵. الگوی ساختاری: مسیرها و ضرایب استاندارد مربوط به اندازه اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل نهایی

مدل نهایی				مسیر
بـرآورد	بـرآورد	نسبت	سطح معنی	
β استاندارد	استاندارد B	بحرانی SE	P داری	
-۰/۵۰۹	-۰/۴۸	-۸/۹۷	۰/۰۰۱	احساس کهری ← حمایت اجتماعی
۰/۱۶۶	۰/۴۰۵	۲/۹۲	۰/۰۰۳	خودمهاری ← حمایت اجتماعی
۰/۳۳۸	۰/۱۳۲	۵/۰۹	۰/۰۰۱	احساس کهری ← افسردگی
۰/۲۴۱	۰/۰۵۶	۳/۷۳	۰/۰۰۱	احساس کهری ← اضطراب
-	-	-	-	احساس کهری ← استرس
-۰/۱۵۸	-۰/۱۵۹	-۲/۶۴	۰/۰۰۱	خودمهاری ← افسردگی
-۰/۲۵۰	-۰/۱۵	-۳/۸۸	۰/۰۰۱	خودمهاری ← اضطراب
-۰/۲۴۷	-۰/۱۰۹	-۳/۶۹	۰/۰۰۸	خودمهاری ← استرس
-۰/۱۸۱	-۰/۰۷۵	-۲/۹۷	۰/۰۰۳	حمایت اجتماعی ← افسردگی
-	-	-	-	حمایت اجتماعی ← اضطراب
-۰/۲۵۵	-۰/۰۴۶	۳/۸	۰/۰۰۱	حمایت اجتماعی ← استرس

* مسیر احساس کهری به استرس و مسیر حمایت اجتماعی به اضطراب مربوط به الگوی پیشنهادی بوده و به دلیل غیر معنی دار بودن از الگوی نهایی حذف شد.

باتوجه به نتایج مندرج در جدول ۳، شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) (۰/۲۷) و شاخص برازندگی توکر-لوئیس (TLI) (۰/۱۸۷) و شاخص برازش نیکوی انطباقی (AGFI) (۰/۵۱۳) حاکی از برازش نامناسب مدل پیشنهادی بوده و دو مسیر مستقیم غیرمعنادار بود. پس از حذف مسیرهای غیرمعنی دار به منظور اصلاح برازش مدل، یک بار دیگر مدل، مورد آزمون قرار گرفت. نتایج مندرج در جدول ۶، نشان می دهد که شاخص های

برازندگی مدل اصلاح شده شامل شاخص مجذور خی (۲/۹۴=χ²)، مجذور خی نسبی (۲/۹۴=χ²/df)، شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۹۸۴)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI =۰/۹۱۷)، شاخص برازش مقایسه ای (CFI =۰/۹۷۷)، شاخص برازندگی افزایش (IFI =۰/۹۷۷)، شاخص برازندگی توکر-لوئیس (TLI =۰/۹۱۳) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA=۰/۰۸) حاکی از برازش عالی مدل اصلاح شده است. بنابراین مدل

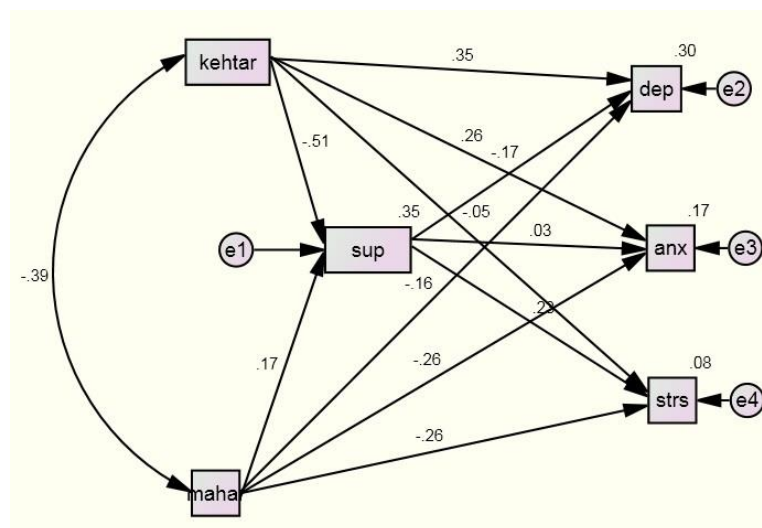
احمدنژاد و طالب‌زاده شوشتری: رابطه علی احساس کھتری و خودمهارگری با افسردگی، اضطراب و استرس از طریق...

مسیرهای غیر معنی‌دار از مدل نهایی حذف شد. از آن جا که در گام برآورد مدل، مشاهده پیشنهادی از برازندگی خوبی برخوردار بود، اما دو مسیر غیر معنی‌دار (احساس کھتری بر استرس و حمایت اجتماعی بر اضطراب) وجود داشت، در نتیجه اصلاحاتی در مدل انجام شد تا برازندگی آن بهبود یابد. شکل ۱، مدل پیشنهادی پژوهش حاضر را با ضرایب مسیر نشان می‌دهد.

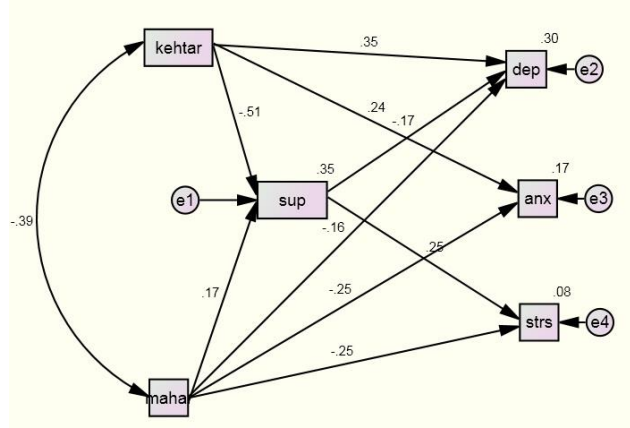
اصلاح شده یا نهایی از برازندگی مطلوبی برخوردار است.

جدول ۴، مسیرها و ضرایب استاندارد در مدل پیشنهادی اولیه را نشان می‌دهد و جدول ۵، مسیرها و ضرایب استاندارد در مدل نهایی را نشان می‌دهد.

براساس نتایج نشان داده شده در جدول ۵، همه‌ی ضرایب مسیر مربوط به مدل نهایی معنی‌دار هستند. همچنین همانطور که گفته شد



شکل ۱. برون‌داد مدل پیشنهادی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها



شکل ۲. برون‌داد مدل نهایی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها

جدول ۶. نتایج بوت استرپ بین متغیرهای مستقل، وابسته، میانجی

مسیر	داده	بوت استرپ	حد پایین	حد بالا	خطای	سوگیری
استاندارد						
احساس کهنتری به افسردگی از طریق حمایت اجتماعی	-۰/۰۲۸	-۰/۰۲۸	-۰/۰۶۲	-۰/۰۰۹	۰/۰۱۵	۰/۰۰۸
احساس کهنتری به اضطراب از طریق حمایت اجتماعی	۰/۰۰۳	۰/۰۰۶	-۰/۰۱۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۳	۰/۰۶۰
احساس کهنتری به استرس از طریق حمایت اجتماعی	۰/۰۱۷	۰/۰۳۸	۰/۰۱۵	۰/۰۸۷	۰/۰۲۱	۰/۰۰۹
خودمهارگری به افسردگی از طریق حمایت اجتماعی	۰/۰۳۳	۰/۰۸۶	۰/۰۲۸	۰/۱۵۷	۰/۰۳۷	۰/۰۰۷
خودمهارگری به اضطراب از طریق حمایت اجتماعی	-۰/۰۰۴	-۰/۰۱۷	-۰/۰۷۷	۰/۰۳۸	۰/۰۳۶	۰/۷۴۳
خودمهارگری به استرس از طریق حمایت اجتماعی	-۰/۰۰۲	-۰/۱۱۸	-۰/۱۹۲	-۰/۰۵۳	۰/۰۴۳	۰/۰۱۳

*مسیر احساس کهنتری به اضطراب از طریق حمایت اجتماعی و مسیر خودمهارگری به اضطراب از طریق حمایت اجتماعی مربوط به الگوی پیشنهادی بوده و به دلیل غیر معنی دار بودن از الگوی نهایی حذف شده است

همانطور که گفته شد مسیرهای غیر معنی دار از مدل نهایی حذف شد. شکل ۲، مدل نهایی پژوهش حاضر را به همراه ضرایب مسیر نشان می دهد. برای تعیین معنی داری هریک از روابط واسطه ای و اثرات غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته از طریق میانجی، از روش بوت استرپ استفاده شد. نتایج برای مسیرهای واسطه ای الگوی پیشنهادی در جدول ۶ آورده شده است.

میزان واریانس تبیین شده افسردگی، اضطراب

و استرس در زنان مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی بر حسب احساس کهنتری، خودمهارگری و حمایت اجتماعی ۰/۳۴ برآورد شد. بر این اساس می توان نتیجه گرفت که ۰/۳۴ درصد از تغییرات افسردگی، اضطراب و استرس در زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی متأثر از احساس کهنتری، خودمهارگری و حمایت اجتماعی است. بر اساس نظر کوهن (۱۹۸۸) ضرایب ۰/۳۰ و بیشتر به عنوان اندازه های اثر متوسط در نظر گرفته می شود.

ساختاری، مدل اصلاح شده ی نهایی برازش مطلوبی با داده های مشاهده شده، نشان داد.

با توجه به یافته ها، احساس کهنتری بر حمایت اجتماعی (۰/۵۰) اثر منفی معنی دار و بر افسردگی (۰/۳۳) و اضطراب (۰/۲۴) اثر مثبت معنی دار دارد. در حالی که رابطه ی معنی داری بین احساس کهنتری و استرس پیدا نشد. این یافته ها با

نتیجه گیری و بحث

در پژوهش حاضر با ارائه مدل پیشنهادی، فرض بر این بود که احساس کهنتری و خودمهارگری با افسردگی، اضطراب و استرس از طریق میانجیگری حمایت اجتماعی در زنان دارای سندروم پیش از قاعدگی رابطه علی دارد. به این منظور و با استفاده از روش مدلیابی معادلات

(۲۰۰۸) و لانگر و ردباگ^۳ (۲۰۱۴) است. از آنجا که احساس کهتری به عنوان یک باور عمیق، غیرواقعی و دائم در مورد پایین بودن توانایی‌های عقلانی و جسمانی که به کاهش سطح ارزش‌ها و نازنده‌سازی فرد شناخته می‌شود، در پژوهش‌های مختلف ارتباط آن با اضطراب و افسردگی سنجیده شده است (محمدپناه اردکان و یوسفی، ۱۳۹۰). به گونه‌ای که احساس کهتری یکی از ویژگی‌های شناختی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی نیز در نظر گرفته شده است (یاهو^۴ و همکاران، ۲۰۰۷، ص. ۳۰۵). بر این اساس زمانی که فرد سطح بالایی از بی‌کفایتی و حقارت را تجربه می‌کند و خود را در برابر مسائل زندگی ناتوان می‌بیند (مانند آنچه در زنان مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی رخ می‌دهد)، نگرانی و اضطراب افزایش می‌یابد. به علاوه نوسانات هورمونی در سندرم پیش از قاعدگی و حساسیت بالاتر زنان، بر شدت اضطراب می‌افزاید (نیلنی، تافیکس و رهان^۵، ۲۰۱۱).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر رابطه منفی خودمهارگری با افسردگی (۰/۱۵)، اضطراب (۰/۲۵)، استرس (۰/۲۴) و رابطه مثبت معنی‌دار با حمایت اجتماعی (۰/۱۶) است. این نتایج با پژوهش ربیعی، قربانی و پناغی (۱۳۹۹) و صالح میرحسینی و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. همانطور که پیشتر اشاره شد افسردگی، اضطراب، خستگی و تحریک‌پذیری بخشی از علائمی است که زنان در جریان ابتلا به سندروم پیش از

پژوهش‌های یوسفی و همکاران (۱۳۸۶)؛ پیام و اقدسی (۱۳۹۶)؛ فلیپ و میشل (۲۰۱۸) همسو و هماهنگ است. در تبیین رابطه احساس کهتری و حمایت اجتماعی در نمونه مورد پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که؛ زنان دارای سندروم پیش از قاعدگی با چالش‌ها و مشکلات جسمانی و روانشناختی متعدد و پیچیده رو به رو هستند (ماروان، واکيو و کریسلر^۱، ۲۰۱۴). این افراد بعضاً در برابر این مسائل خود را عاجز و ناتوان دیده و احساس کهتری، بی‌کفایتی و حقارت را تجربه می‌کنند. در این جریان طبیعی قلمداد کردن این سندروم نیز خود باعث دریافت حمایت اجتماعی کمتری از سوی خانواده و اطرافیان می‌شود.

از سوی دیگر سندروم پیش از قاعدگی به خودی خود سبب بروز اختلال در سلامت روان و ایجاد بیماری‌های روانی مثل افسردگی و اضطراب خواهد شد (هاوران، نینگ و بودا^۲، ۲۰۱۸). اما در صورتی که با احساس کهتری همراه شود، تاثیر منفی بر هیجانات و عملکرد زنان در جنبه‌های مختلف زندگی خواهد داشت. در واقع احساس کهتری و بی‌کفایتی فرد را به انزوا کشانده، احساس طرد شدن و درماندگی را در فرد افزایش داده و احتمال دریافت حمایت اجتماعی را نیز کم می‌کند. تمامی این تجربیات می‌تواند به افسردگی ختم شود.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، تایید فرضیه ارتباط بین احساس کهتری و اضطراب است. این نتیجه همسو با پژوهش یوسفی و مظاهری

3. Langer & Rodebaugh

4. Yao

5. Nillni, Toufexis, & Rohan

1. Marván, Vázquez, & Chrisler

2. Haoran, Ning, & Boddu

قاعدگی تجربه می‌کنند (اسک و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به این علائم ریسک تجربه افسردگی، اضطراب و استرس بالا می‌رود و آنچه سبب بهبود و ارتقا سلامتی می‌شود، خودمهارگری است (دنسون و همکاران، ۲۰۱۱). از نظر بندورا (۲۰۰۵) خودتنظیمی یا به عبارتی خودمهارگری با ارتقای سلامتی نه تنها مرتبط است بلکه اهمیت ویژه‌ای دارد. سعیدی، بهرامی احسان و علیپور (۱۳۹۵) نیز نشان دادند که خودمهارگری با سلامت همبستگی مثبت دارد. در خودمهارگری فرد به نحوی هیجانات و رفتارش را تنظیم می‌کند که آسیب کمتری ببیند، بتواند شرایط را کنترل کند و از سوی دیگر منابع حمایتی لازم را برای خود تدارک ببیند. بنابراین هرچه فرد در خودمهارگری تبحر بیشتری داشته باشد از حمایت اجتماعی بیشتر برخوردار است و ریسک اضطراب، افسردگی و اضطراب را کمتر خواهد کرد.

یافته دیگری که مورد انتظار بود اثر منفی معنی‌دار حمایت اجتماعی بر افسردگی (۰/۱۸) و استرس (۰/۲۵) بود، اما تاثیر حمایت اجتماعی بر اضطراب در این پژوهش دیده نشد. این یافته‌ها با پژوهش مقدم، منصورقناعتی، اسماعیل‌پور و عطرکار روشن (۱۳۹۹)؛ نریمان، حسن‌زاده، قمرانی و عمیدی مظاهری (۱۳۹۹)؛ باقری، فراهانی و حسن‌آبادی (۱۳۹۷)؛ قاسمی‌پور، راوند و سعیدی (۱۳۹۷)؛ زمانیان، امینی، جلالی، دریاافزون، آلا و همکاران (۲۰۲۱)؛ فلیپ و میشل (۲۰۱۸)؛ جفر و همکاران (۲۰۱۷)؛ اودری و همکاران (۲۰۱۸) همسو و هماهنگ است. حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل

موثر در کاهش خطرپذیری در مقابل رشد اختلالات روانی در نظر گرفته شود. حمایت اجتماعی با علائم افسردگی و اضطراب در افراد بهنجار و بالینی رابطه منفی دارد (لوک و همکاران، ۲۰۱۴) و افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند میزان کارآمدی بالاتر و اضطراب و افسردگی کمتری تجربه می‌کنند (باقری و همکاران، ۱۳۹۷). به طور مشخص در شرایطی که سطح حمایت اجتماعی پایین باشد علائم سندرم پیش از قاعدگی شدت می‌گیرد (هاتر، ۲۰۰۳). به این معنا که زنان در شرایطی که از حمایت اجتماعی برخوردار نیستند تلاش کمتری برای حل مشکلات‌شان می‌کنند و این مسئله به سطح پایین موفقیت در انجام کارها منجر می‌شود. به عبارت دیگر فقدان درک و حمایت اجتماعی زنان از سوی اطرافیان بر روی عملکرد آنان تاثیر منفی داشته و باعث کاهش احساس ارزشمندی و عزت‌نفس می‌شود. همین فرآیند می‌تواند به افسردگی و تجربه فشار و استرس ختم شود.

در پژوهش حاضر ۶ مسیر غیرمستقیم نیز تعبیه شده بود که به جز مسیر احساس کهنتری به اضطراب از طریق حمایت اجتماعی و خودمهارگری به اضطراب از طریق حمایت اجتماعی، بقیه مورد تایید قرار گرفت. معنی‌داری مسیر احساس کهنتری به افسردگی و استرس از طریق میانجیگری حمایت اجتماعی با پژوهش پیام و همکاران (۱۳۹۶)؛ صالح میرحسینی و همکاران (۱۳۹۴)؛ فلیپ و میشل (۲۰۱۸)؛ جفر و همکاران (۲۰۱۷)؛ اودری و همکاران (۲۰۱۸)

همهانگ است. انسان از بدو تولد، تا لحظات آخر زندگی برای تأمین کردن نیازهای خود به راهنمایی و حمایت دیگران نیاز دارد و احساس رضایت از حمایت اجتماعی می‌تواند موجب کاهش تجربه استرس، افسردگی و افزایش عزت‌نفس شود (یالسین^۱، ۲۰۱۱). از آن جا که حمایت اجتماعی در جهت کاهش افسردگی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی حائز اهمیت است (مقدم و همکاران، ۱۳۹۹)، می‌توان نتیجه گرفت، حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل میانجی در رابطه بین احساس کهنتری با افسردگی و استرس موثر است اما همسو با پژوهش قاسمی پور و همکاران (۱۳۹۷) بین احساس کهنتری و اضطراب از طریق حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری یافت نشد.

یافته‌های دیگر پژوهش مشتمل بر این است که رابطه بین خودمهارگری با افسردگی و استرس از طریق حمایت اجتماعی معنی‌دار است اما رابطه بین خودمهارگری با اضطراب از طریق حمایت اجتماعی معنی‌دار نیست. نتایج یافته‌ها با پژوهش جعفرنژاد و همکاران (۱۳۹۲)؛ تیموری و همکاران (۱۳۹۴)؛ صالح میرحسینی و همکاران (۱۳۹۴)، اربیل (۲۰۱۸)؛ اودری و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. آگاهی، تنظیم هیجانات و احساسات در جریان خودمهارگری فرد را از انزوا و تنهایی دور کرده، توانایی کنترل و مدیریت شرایط و هیجانات را افزایش داده و باعث افزایش حمایت اجتماعی می‌شود. فضای حمایتی و داشتن همدلی و دلگرم‌سازی خانواده، دوستان و اطرافیان در زنان مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی کمک می‌کند تا با شرایط تنش و استرس

سازگاری مناسبی داشته باشند و در پایان این چرخه، ریسک افسردگی نیز کاهش می‌یابد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جامعه پژوهش، کمبود منابع مرتبط جهت انجام پژوهش، استفاده از پرسشنامه آنلاین جهت جمع‌آوری اطلاعات به دلیل شیوع ویروس کرونا و در جهت رعایت پروتکل‌های بهداشتی اشاره کرد. ضمن این که این یک پژوهش مقطعی بود که در یک دوره خاص شرکت‌کنندگان را مورد بررسی قرار داد، لذا تعمیم‌پذیری کلی را دشوار می‌سازد. نظر به اینکه سندروم پیش از قاعدگی یک اختلال همه جانبه است و ابعاد مختلف زیستی، روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی بر آن تاثیر دارد، پیشنهاد می‌شود از روش‌های جامع‌تر پژوهش مثل مصاحبه و مدلیابی معادلات ساختاری بیشتر استفاده شود. به علاوه پژوهش‌های معتبر و علمی با همکاری صادقانه و همه جانبه‌ی افراد میسر می‌شود لذا آگاه‌سازی افراد در خصوص نقش پژوهش در پیشرفت و سلامت زنان و خانواده از دیگر پیشنهادات پژوهش حاضر است. از سوی دیگر شیوع و اثرگذاری سندروم پیش از قاعدگی بر عملکرد خانوادگی، شغلی و هیجانات افراد، لزوم اجرای برنامه‌های آموزشی و آگاهی بخشی برای زنان را ضرورت می‌بخشد.

سپاسگزاری

از همه افرادی که در به دست آوردن نتایج این پژوهش سهیم بودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- آزاد، ح. (۱۳۹۳). آسیب شناسی روانی. تهران: بعثت. باقری، ف؛ قربانی، ن و سالاری راد، ز. (۱۳۹۴). «نقش خودمهارگری در نحوه پاسخدهی به استرس ناشی از سرطان سینه». *مجله رویش روانشناسی*، ۴(۱۳)، ۱۵-۲۲.
- باقری، م؛ فراهانی، م.ن و حسن آبادی، ح.ر. (۱۳۹۷). «مدل یابی عوامل روانی-اجتماعی-فرهنگی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب». *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۸(۳۰)، ۷-۲۵.
- پیام، ر و اقدسی، ع.ن. (۱۳۹۶). «بررسی رابطه بین سلامت روان و احساس حقارت با اضطراب اجتماعی در دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان میاندوآب». *زن و مطالعات خانواده*، ۸(۳۶)، ۷-۲۷.
- تقوی، ف؛ میرزایی، پ؛ ازندریانی، م و رضائی شجاعی، س. (۱۳۹۸). «اثربخشی رواندرمانی پویشی کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی و شادکامی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر». *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲، ۴۶۶-۴۵۶.
- تیموری، ح؛ زالی پور، س و یزدانبخش، ک. (۱۳۹۴). «سندروم پیش از قاعدگی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه». *مجله علمی پژوهشی سازمان نظام پزشکی ایران*، ۳۵(۳)، ۲۷۶-۲۸۰.
- جعفرنژاد، ف؛ فرهادی، ج.س؛ نجفی، م.ن و شاکری، ز. (۱۳۹۲). «بررسی ارتباط استرس
- با ابتلا به سندروم پیش از قاعدگی». *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۶(۷۶)، ۱۱-۱۸.
- خالقی، ف.، و عسگری، پ.، و حیدری، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر شادمانی درونی و رفتار غیر تکانشی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱(ویژه نامه ۱)، ۳۸-۴۹.
- ربیعی، ف؛ قربانی، ن و پناغی، ل. (۱۳۹۹). «رابطه سرکوبی هیجانی و خودمهارگری با نشانه های بیماری». *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۲)، ۹۲۵-۹۳۴.
- زر، ع، حسینی، ع، دهقانی، خ و سپهری، ز. (۱۳۹۶). «بررسی رابطه سندروم پیش از قاعدگی با کیفیت خواب زنان معتاد سرپرستی شده مراکز ترک اعتیاد شیراز سال ۱۳۹۶». *مجله علمی دانشگاه ایلام*، ۲۶(۶)، ۴۶-۳۷.
- ساروخانی، م؛ سایه میری، ک؛ احمدی، و و مامی، ش. (۱۳۹۹). «الگوهای علائم سندروم قبل از قاعدگی در دانشجویان دانشگاه های شهر ایلام در سال ۱۳۹۹: یک مطالعه توصیفی». *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۰، ۱۸۷-۲۰۰.
- سامانی، س و جوکار، ب. (۱۳۸۶). «بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس». *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۶(۳)، ۶۵-۷۷.

(۱۳۸۸). «بررسی همه گیر شناسی سندروم قبل از قاعدگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد». *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۲(۲)، ۱۵-۲۲.

علیشاهی قلعه جوقی، الف و ریاحی راد، ص. (۱۳۹۹). «تاثیر سندروم پیش از قاعدگی در قصد ارتکاب جرم». *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۱۴(۵۵)، ۱۱۱-۱۳۹.

قاسمی پور، ی؛ راوند، م و سعیدی، ف. (۱۳۹۷). «مقایسه استرس ادراک شده، مهارت کنار آمدن و حمایت اجتماعی بین دانش آموزان کدختر مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی و گروه عادی». *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۷(۴)، ۳۲۰-۳۰۹.

کلهر، م؛ یوسف لو، س؛ کاوه ئی، ب؛ محمدی، ف و جوادی، ه. (۱۳۹۷). «بررسی تاثیر عصاره گیاه بومادران بر سندروم پیش از قاعدگی در دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی قزوین». *فصلنامه گیاهان دارویی*، ۱۸(۴)، ۶۳-۵۲.

محمدپناه اردکان، ع و یوسفی، ر. (۱۳۹۱). *بررسی باورها در مورد ظاهر و احساس کهتری در افراد داوطلب جراحی زیبایی. فصلنامه پوست و زیبایی*، ۲(۲)، ۸۵-۹۷.

مرادی، م و چراغی، ع. (۱۳۹۴). «رابطه حمایت های اجتماعی با بهزیستی روان شناختی و افسردگی: نقش واسطه ای حرمت خود و نیاز های اساسی روانشناختی». *مجله روانشناسی*

سعیدی، ض؛ بهرامی احسان، ه و علیپور، الف. (۱۳۹۵). «خودمهارگری و سلامت: نقش تعدیل کننده شفقت-خود». *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۵(۳)، ۱۰۰-۸۵.

سلیمانی، ز و طالب زاده شوشتری، م. (۱۳۹۸). «اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی و احساس کهتری بیماران کولیت اولسروزاهواز». *سومین همایش ملی روانشناسی تعلیم و تربیت و سبک زندگی، دانشگاه پیام نور قزوین*، ۹-۱.

سیاهبازی، ش؛ حریری، ف.ز؛ منتظری، ع؛ مقدم بنائم، ل و حاجی زاده، ا. (۱۳۹۰). «استاندارد سازی و رواسازی پرسشنامه علائم قبل از قاعدگی: PSTT ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی». *مجله پایش*، ۴(۱۰)، ۴۲۷-۴۲۱.

صالح میرحسینی، و؛ قربانی، ن؛ علیپور، الف و فرزاد، و. (۱۳۹۴). «نقش واسطه ای فرآیند خودشناسی و خودمهارگری در تنظیم ارتباط بین استرس ادراک شده و اضطراب و افسردگی و نشانه های جسمانی». *فصلنامه علمی پژوهشی در سلامت روانشناختی*، ۱۰(۳)، ۱۵-۱.

صمدیان، ش؛ باقریان، ف و عسگری، ع. (۱۳۹۶). «اعتباریابی، رواسازی و هنجارسازی شاخص مقایسه ای احساس کهتری». *مجله روانشناسی کاربردی*، ۱(۴۱)، ۱۲۰-۱۰۳.

طلایی، ع؛ فیاضی بردبار، م؛ نصیری، الف؛ پهلوانی، م؛ دادگر، س و ثمری، ع.الف.

- تحولی: روانشناسان ایران، ۱۱(۴۳)، ۳۱۲-۲۹۷.
- مقدم، ک؛ منصورقناعتی، ر؛ اسماعیل پوربندینی، م و عطرکارروشن، ز. (۱۳۹۹). «ارتباط حمایت اجتماعی و افسردگی در سالمندان شهرهای شرق گیلان». *ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد*، ۱۹(۲)، ۸۶-۹۰.
- نریمان، ه؛ حسن زاده، الف؛ قمرانی، الف و عمیدی مظاهری، م. (۱۳۹۸). «بررسی ارتباط افسردگی، اضطراب و استرس با حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم». *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۶(۳)، ۱۹۹-۲۰۵.
- نصیری، م. (۱۳۹۸). «ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس حقارت». *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۳(۷)، ۱-۱۸.
- واحدی خو، ج، علیزاده، م و اسدروز، م. (۱۳۹۹). «بررسی رابطه بین عقده حقارت و خودکارآمدی با آرمانگرایی تحصیلی دانش آموزان متوسطه اول شهر گچساران». *مجله پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۲۷، ۱۰۲-۹۵.
- هادی، م؛ قربانی، ن و بشارت، م.ع. (۱۳۹۸). «نقش واسطه ای فرآیندهای خودشناسی نوجوانان در رابطه بین سبک های والدگری و سلامت روانی». *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۶)، ۳۹۷-۴۰۶.
- یوسفی، ر؛ مظاهری، م.ع و ادهمیان، الف. (۱۳۸۶). «احساس کهنتری در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی و وسواس جبری». *مجله روانشناسان ایرانی*، ۵(۱۷)، ۶۳-۶۸.
- Allais, G., Castagnoli Gabellar, I., Burizo, C., Rolando, S., De Lorenzo, C., Mana, O., & et al. (2012). Premenstrual syndrome and migraine. *Neurological Sciences*, 33, 111-115.
- American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D. c.: American psychiatric association, 2013.
- Arafa, A. S., Senosy, S. A., Helmy, H. K., & Mohamed, A. A. (2018). Prevalence and pattern of dysmenorrhea and premenstrual syndrome among egyptain girls (12-25 years). *Middle East Fertility Society Journal*, 23(4), 486-490.
- Aşçı, Ö., Gökdemir, F., Süt, H. K., & Payam, F. (2015). The relationship of premenstrual syndrome symptoms with menstrual attitude and sleep quality in Turkish nursing student. *Journal of Caring Sciences*, 4(3), 179.
- Atashzadeh Shourideh, F., Abbaszadeh, A., Bohrani, F., Fallahi Khoshnasab, M., Firozkohi, M. R., Navabi Rigi, Sh., & et al. (2014). The impact of valerian root extract on mood and behavioral symptoms severity in premenstrual syndrome. *Med Surg Nurs J*, 3(2), 71-6.
- Audrey, H., Ayman, T., Gauthier, C., Romain, D., Laurence, M., Cedric, C., Olivier, G., & Michele, M. (2018). Anxiety and depression in patients with multiple sclerosis: the mediating effects of perceived social support. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 21, 46-51.
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Appl Psychol An Int Rev*, 54(2), 245-

- 254.
- Berek, J. S., & novak, E. (2007). Berek and Novak's gynecology, 14 ed. Lippincott Williams & Wilkins.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, NJ, 20-26.
- Denson, T., Copper, M., & Friesemegan, O. (2011). Self-control training decreases aggression response provocation aggressive individual. *Journal of Respersonal*, 45, 252-254.
- Duane, S. P., & Sydney, S. E. (2012). Theories of personality. 10th ed. Belmont CA: Cengage Learning.
- Erbil, N. (2018). Prevalence of depressive symptoms among Turkey women experiencing premenstrual symptoms and correlated factors. *Alexandria Journal of Medicine*, 54, 549-553.
- Fritz, M. A., & Speroff, L. (2011). Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility.
- Geary, A. (2001). Food and mood handbook. Find relief at last from depression, anxiety, pms, cravings and mood swings. London. Thomsons, 1-6.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Farhadi, M., & Chen, Z. (2014). A multi-process model of self-regulation: knowledge and self-control in iran. *International Journal of Psychology*, 49(2), 115-122.
- Gonda, X., Telek, T., Juhász, G., Lazary, J., Vargha, A., & Bagdy, G. (2008). Patterns of mood changes throughout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(8), 1782-1788.
- Haoran, Z., Ning, L. X., & Boddu, S. (2018). Effects of premenstrual syndrome related psychiatric disorder on physical and mental health status of adolescents—a short review. *Int J Womens Health Wellness*, 4(083), 2474-1353.
- Hasper, J. (2013). Management of inferior feeling and addictive behaviors. Available at: www.alfredadler.edu/.../Hasper%20MP%202013.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the depression, anxiety and stress scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*, 44(2), 227-239.
- Hanter, M. (2003). Cognitive behavioural interventions for premenstrual and menopausal symptoms. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 21(3), 183-193.
- Jaffar, A., Aqeel, M., Abbas, J., Shaher, B., Aman, J., Sundas, J., & Zhang, W. (2017). The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety and stress: evidence from Pakistani working and nonworking women. *Journal of Affective Disorders*, 244, 231-238.
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being. The mediating role of optimism. *Pers Individ Dif*, 40(6), 1281-1290.
- Karimain kakolaki, Z., Mazloomi Mahmoodabad, S. S., Heidari, F., Khadibi, M., Gerayllo, S., & Yoshany N. (2019). Comparison Quality of Life in the Three Groups: Women with Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder and General Population in Yazd. *JCHR*, 8 (1), 3-10.
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2001). Anxiety disorders: how to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Gerircs* 2001 may, 56(5), 24-27 & 31-34.
- Langer, J. K., & Rodebaugh, T. L. (2014). Comorbidity of social anxiety disorder and depression. In *The Oxford handbook of depression and comorbidity* (pp. 111-128). Oxford University Press.

- Lauk, Y., Wong, D. F. K., Wong, Y. K., Wong, D. H. K., & Wong, Y. (2014). The social support in helping Chinese woman with antenatal depressive and anxiety symptoms cope with perceived stress. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(5), 305-313.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Marván, M. L., Vázquez-Toboada, R., & Chrisler, J. C. (2014). Ambivalent sexism, attitudes towards menstruation and menstrual cycle-related symptoms. *International Journal of Psychology*, 49(4), 280-287.
- Matsumoto, T., Egawa, M., Kimura, T. & Tatsuya, H. (2019). A potential relation between premenstrual symptoms and subjective perception of health and stress among college students: a cross-sectional study. *BioPsychoSocial Med*, 26(13), 1-9.
- Niels, L., & Stokin, A. (2003). Premenstrual syndrome disorders. Translated by: Mahin Milani. Tehran, Dorsa, 37-38.
- Nilni, Y. I., Toufexis, D. J., & Rohan, K. J. (2011). Anxiety sensitivity, the menstrual cycle, and panic disorder: a putative neuroendocrine and psychological interaction. *Clinical psychology review*, 31(7), 1183-1191.
- Oruzar, H., Miranda, R., Oriol, X., & Montserrat, C. (2019). Self-control and subjective well-being of adolescents in residential care. The moderator role of experienced happiness and daily-life activities with caregivers. *Children and Youth Services Review*, 98, 125-131.
- Philip, B. G., Michael, D. B. (2018). The spit for science working group, multidimensional perfectionism, depression and anxiety: tests of social support mediation model. *Journal Personality and Individual Differences*, 13, 295-300.
- Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women *BMJ Open* 2019.
- Rad, M., Sabzevary, M. T., & Dehnavi, Z. M. (2018). Factors associated with premenstrual syndrome in female high school students. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 64.
- Reid RL. Premenstrual Dysphoric Disorder (Formerly Premenstrual Syndrome) [Updated 2017 Jan 23]. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279045/>.
- Sarla, G. S. (2020). Those few horrible days: premenstrual syndrome. *Biomedical Research Journal*, 7(1), 1-4.
- Schoep, M. E., Nieboer, T. E., van der Zanden, M., Braat, D. D., & Nap, A. W. (2019). The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 220(6), 569-e1.
- Steiner, M., Peer, M., Palova, E., Freeman, E. W., Macdougall, M., & Soares, C. N. (2011). The premenstrual symptoms screening tool revised for adolescent (PSST-A): prevalence of severe pms and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Arch Womens Mental Health*, 14(1), 77-81.
- Strano, D. A., & Dixon, P. N. (1990). The comparative feeling of inferiority index. *The Journal of Individual Psychology*, 46(1), 29-42.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324.

- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & et al. (1986). The social support appraisals (SSA) scale: studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-219.
- Walton, L. M., Machamer, L., Asumbradc, R., & Behrens, M. A. (2018). Relationship between nutrition (REAP), exercise (VSAQ) and stress on premenstrual syndrome severity (PSST): correlation, cross-section, purposive sample of 75 female ages 18-55. *Journal of Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 3(1), 158-166.
- Yalcin, I. (2011). Social support and optimism as predictors of life satisfaction of college students. *Int Journal Adv Couns*, 33(2), 79-87.
- Yao, S., Cottraux, J., Martin, R., & et al. (2007). Inferiority in social phobics, obsessive-compulsives and non-clinical controls: A controlled study with the inferiority scale. *Behavior and Cognitive Therapy Today*, 305-318.
- Yew, S., Lim, k. j., Haw, Y., & Gun, S. K. (2015). The association between perceived stress, life satisfaction, optimism, and physical health in the singapore Asian context. *Asian Journal of Humanities and Social Sciences*, 3(1), 56-66.
- Yousefi, R., & Mazaheri, M. A. (2008). Inferiority Feeling in Social Phobia and Obsessive Compulsive Disorder Patients. *Quarterly journal of developmental psychology*, 5(17), 63-8.
- Zamanian, H., Amini, M. A., Jalali, Z., Daryaafzoon, M., Ala, S., Tabrizian, S., & Forozanfar, S. (2021). Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among woman with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101892.
- Zendehdel, M., & Elyasi, F. (2018). Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: A narrative review. *Journal of family medicine and primary care*, 7(2), 346-356.