

بررسی رابطه سندرم پیش از قاعدگی و تاب آوری در پیش بینی تعارضات زناشویی در بین زنان متأهل شهر تهران

سمیه تورانی¹

لیلا پاشائی²

دکتر زهرا قطره سامانی³

چکیده

هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه سندرم پیش از قاعدگی و تاب آوری در پیش بینی تعارضات زناشویی در بین زنان متأهل شهر تهران بود. روش پژوهش از نوع مطالعه مقطعی تحلیلی بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه زنان متأهل با شرایط سنی 25 تا 45 سال بودند که علاوه بر دارا بودن علائم سندرم قبل از قاعدگی، مشخصات واحدهای پژوهش را نیز دارا بودند. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری تصادفی در دسترس بود. 110 نفر از زنان متأهل که با استفاده از پرسشنامه (COPE) به عنوان زنان با نشانگان سندرم پیش از قاعدگی شناسایی شده بودند، در این پژوهش شرکت داشتند و از آنها خواسته شد که مجدداً از حدود 10-7 روز قبل از قاعدگی تا 3-2 روز پس از قاعدگی به مدت یک دوره، مقیاس‌های DASS-21 و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (2003)-(CD-RISC) و تعارضات زناشویی را تکمیل کنند. پس از اجرای پژوهش، داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و روش آماری تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که واکنش‌های هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از سندرم پیش از قاعدگی می‌توانند تعارضات زناشویی را در زنان متأهل با 95 درصد اطمینان پیش بینی کنند.

واژه‌های کلیدی: سندرم پیش از قاعدگی، استرس، افسردگی، اضطراب، تاب آوری،

تعارضات زناشویی

¹ کارشناس ارشد سنجش و اندازه‌گیری (روانشناسی)، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران - ایران S.1390@yahoo.com

² کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران - ایران (نویسنده مسئول) LePashaei@gmail.com

³ استادیار، گروه پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز - ایران

مقدمه

یکی از بیماریهای مهمی که اغلب زنان در سنین باروری در قاعدگی شان با آن دست به گریبان هستند، سندرم قبل از قاعدگی¹ می باشد (نادری، حمزه ای مقدم و بهرام پور، 1379). این سندرم که از نظر تاریخی تنش پیش قاعدگی² نامیده می شود، مجموعه ای از نشانه های بدنی، روان شناختی و هیجانی است که با تغییرات دوره ای مربوط به سیکل قاعدگی در خلق، احساس کلی، رفاه جسمی و روانی زنان مشخص می شود. به طور معمول علائم به فاصله ای کوتاه پس از تخمک گذاری شروع می شود، به تدریج شدت می یابد و در حدود پنج روز قبل از شروع عادت ماهانه به حداکثر می رسد. رخداد این نشانه های چرخشی، در دوران بارداری و یائسگی ناپدید می شود و این موضوع، به دلیل توقف دوره ای هورمونهای جنسی است، به طوری که درمان جانشین سازی هورمونها در بعد از یائسگی، پدیدآیی مجدد نشانه ها را در یک زن دارای سابقه سندرم پیش از قاعدگی ایجاد می کند (لطفی کاشانی، سرافراز و شریفی، 1386). اختلالات ناخوشی به طور مشخص در خلال چند روز از شروع مرحله فولیکولار³ سیکل قاعدگی بهبود می یابند. در مقابل، بیماری افسردگی شدید و یا سایر اختلالات خلق دیگر در تمام دوران سیکل قاعدگی وجود دارند و ممکن است حتی در این دوران (مرحله فولیکولار) نیز تشدید یابند (لرزاده و همکاران، 1385). در مجموع 150 علامت و بیشتر به عنوان علائم سندرم پیش از قاعدگی شناسایی شده است که شامل دو دسته علائم بالینی است: 1- علائم روانی شایع شامل ضعف و خستگی، تحریک پذیری و تند مزاجی، خلق و خوی متغیر، افسردگی، 2- علائم فیزیکی شایع نظیر نفخ شکم، درد کمر، حساسیت پستانها. بسته به شدت علائم، طیف وسیعی از بیماری از وضعیت خفیف تا شدید ایجاد می شود (اسپروف و فریتز⁴، 2004). عواملی از جمله عوامل روانی، اجتماعی و زیستی در بیماری زایی این سندرم موثر است و حتی برخی پژوهش ها این اختلال را برآیند اجتماع می دانند (لطفی کاشانی و همکاران، 1386).

این سندرم هم چنین دارای پیامدهای اقتصادی به دلیل غیبت کاری و کاهش کارایی و پیامدهای اجتماعی نظیر ارتکاب به قتل، جنایت و افزایش حوادث، پیامدهای

1 . Premenstrual Syndrome (PMS)

2 . Premenstrual Tention

3 . Follicular

4 . Speroff, & Fritz

تحصیلی نظیر تاثیر روی عملکرد تحصیلی دانش آموزان و به دلیل پیامدهای خانوادگی نظیر کشمکش‌ها بین زن و همسر و فرزندان به عنوان یکی از علل بسیار مهم مجادلات و ناراحتی‌های زوجین مطرح می‌باشد (عابدیان، شاه حسینی و دانش، 1385). بررسی‌های اپیدمیولوژیک حاکی از این است که حدود 75% زنان علائم فیزیکی و روانی قبل از قاعدگی را تجربه می‌کنند ولی موارد شدید آن تنها در 5% موارد گزارش شده است (صالحی و صالحی، 1386). در ایران، کریمی چترودی (1382) شیوع سندرم پیش از قاعدگی در زنان 15 تا 45 ساله را 62 درصد و نوراچه (1385) شیوع آن را 98/2 درصد اعلام نمودند (دادوندی، نوابی نژاد و لطفی کاشانی، 1390).

در مطالعه‌ای که بر روی 100 زن مبتلا به PMS در ارتباط با اختلالات رفتاری انجام گرفته است، 27/5 درصد کاهش کارایی شغلی، 22/1 درصد اختلال در ارتباطات کاری، 82/8 درصد اختلاف با همسر، 61 درصد اختلاف با فرزندان و 41/5 درصد اختلال در روابط اجتماعی دیده شده است (اندرو¹، 2001). واکنش‌های هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از سندرم پیش از قاعدگی نه تنها به خود فرد بلکه بر خانواده وی تاثیر به‌سزایی دارد و در موارد شدید به عنوان یک بیماری می‌تواند سبب ایجاد تغییراتی در رفتار زنان گردد. نتیجه این تغییر رفتار ممکن است بر اعمال متقابل بین زن و سایر اعضای خانواده اثر گذاشته و از آنجا که زنان نقش کلیدی را در خانواده دارند، بروز این سندرم می‌تواند تاثیر مهمی بر عملکردشان داشته باشد. این آثار شامل ناسازگاری با همسر و بدرفتاری با فرزند و همچنین تعارضات زناشویی می‌باشد (آظه‌ری و همکاران، 1384). وجود تعارضات زناشویی از واکنش نسبت به تفاوت‌های فردی ناشی می‌شود و زمانی قوت می‌گیرد که احساس خشم، خصومت، کینه، نفرت، حسادت، سوء رفتار کلامی و فیزیکی بر روابط زوج‌ها حاکم شود (کنث، ترجمه بهاری، 1388). همچنین می‌توان تعارض را به عنوان فرایندی در نظر گرفت که طی آن یکی از طرفین پی می‌برد که طرف مقابل او مسائل مورد علاقه او را سرکوب می‌کند (گریف و بروینی²، 2000). نقطه مقابل تعارضات زناشویی، رضایتمندی زناشویی است. پژوهش‌های بسیاری نقش واکنش‌های هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس را در پیش‌بینی رضایتمندی زناشویی نشان داده‌اند.

¹ . Andrews

² . Greef & Bruyne

به طور مثال بنائیان، پروین و کاظمیان (1385) نشان دادند که در ابعاد مختلف سلامت روان بین افسردگی و رضایت زناشویی بیشترین همبستگی منفی آماری مشاهده می‌شود (بنائیان، پروین و کاظمیان، 1385). بخشی، اسدپور و خدادی زاده (1386) در پژوهش خود بین افسردگی و رضایت از زوجین رابطه معکوس به دست آوردند. منصورى و مهرابى زاده هنرمند (1389) بین اختلال در سلامت روان و رضایت زناشویی زنان رابطه منفی معناداری به دست آوردند. از طرفی، از جمله عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی نقش تاب آوری¹ است (خلعتبری و بهاری، 1389).

تاب آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر²، 2001). البته تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال³ و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است (کونر و دیویدسون⁴، 2003). پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (لوتار، سیچتی و بکر⁵، 2000).

در زمینه پیامدهای تاب آوری، شماری از پژوهش‌ها به افزایش سطح سلامت روان و رضایتمندی از زندگی اشاره داشته‌اند (لازاروس⁶، 2004).

پژوهش خلعتبری و بهاری (1389) نشان داد که بین تاب آوری و رضایت از زندگی رابطه مثبت وجود دارد. بین مردان و زنان از نظر رضایت از زندگی تفاوت وجود دارد. بین زنان و مردان از نظر تاب آوری تفاوتی وجود ندارد (خلعتبری و بهاری، 1389). نتایج یافته‌های سامانی، جوکار و صحراگرد (1386) بیانگر معناداری نقش واسطه‌ای هیجانهای منفی (افسردگی، اضطراب و فشار روانی)، در رابطه میان تاب آوری خانواده و رضایت از زندگی بود (سامانی، جوکار و صحراگرد، 1386). پژوهش میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری (1391) نشان داد که تاب آوری توان پیش‌بینی رضایت زناشویی و سلامت روان را دارد.

1. resilience

2. Waller

3. active participant

4. Conner & Davidson

5. Luthar, Cicchetti & Becker

6. Lazarus

پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که برخی افراد تاب آور، پس از رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمولی عملکرد باز می‌گردند، حال آنکه برخی دیگر، پس از رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و دشواری‌ها نسبت به گذشته ارتقا پیدا می‌کند (کونر و دیویدسون، 2003).

سخت رویی به افراد کمک می‌کند تا در رویارویی با تغییرات تنش‌زا، دشواری‌ها را به فرصت‌هایی پر منفعت تبدیل کنند. نگرش‌های مورد نظر در سخت رویی، عبارتند از: تعهد، کنترل و چالش‌طلبی.

مقصود از تعهد آن است که فرد در رویارویی با شرایط دشوار، به جای ترک صحنه، ترجیح دهد حضور خود را در صحنه حفظ کرده، به افراد درگیر در آن موقعیت، در برطرف کردن دشواری کمک کند. مقصود از کنترل، آن است که فرد به توانایی‌های خود برای اثرگذاری بر نتایج رویدادها باور داشته باشد و مقصود از چالش‌طلبی، آن است که فرد در رویارویی با چالش‌ها به جای مقصر قلمداد کردن سرنوشت، درصدد ایجاد فرصت‌هایی برای رشد خود و دیگران باشد. همچنین در شکل‌گیری و بروز رفتارهای سخت‌روییانه، فرد باید مهارت‌های حل مسئله و تعامل با دیگران برای تعمیق حمایت‌های اجتماعی را نیز در خود پرورش دهد (کونر و دیویدسون، 2003).

با توجه به شیوع بالای این سندرم و طیف وسیعی از علائم که در زنان ایجاد می‌شود پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سندرم پیش از قاعدگی، تاب آوری و تعارضات زناشویی شکل گرفت. بنابراین پرسش این است که: آیا واکنش‌های هیجانی ناشی از سندرم پیش از قاعدگی و تاب آوری در پیش‌بینی تعارضات زناشویی نقش دارد یا خیر؟

روش

روش پژوهش یک مطالعه مقطعی تحلیل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان متاهل با شرایط سنی 25 تا 45 سال بودند که علاوه بر دارا بودن علائم سندرم قبل از قاعدگی، مشخصات واحدهای پژوهش (متاهل، عدم استفاده از سیگار یا الکل، چاق نبودن (وزن بالای 70 کیلو)، قرار نداشتن در شرایط استرس‌زا، داشتن قاعدگی منظم و نداشتن سابقه بیماری روانی - خلقی) را دارا بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس استفاده شد. در ابتدا 230 پرسشنامه و فرم مخصوص تشخیص و ارزیابی علائم سندرم قبل از قاعدگی به کلیه نمونه‌های پژوهشی داده شد که حداقل به

مدت دو سیکل قاعدگی، علائم خود را ثبت کنند که از این تعداد 170 پرسشنامه به پژوهشگر برگردانده شد که ضمن تجزیه و تحلیل آنها مشخص گردید که از این تعداد حدود 110 نفر از آنها به درجاتی دارای علائم سندرم قبل از قاعدگی می‌باشند. این تعداد به علت دارا بودن مشخصات واحدهای پژوهش و احتمال همکاری با پژوهشگر، با رعایت کلیه نکات اخلاقی وارد مطالعه شدند. پس از انتخاب گروه نمونه، توضیحات لازم توسط پژوهشگر به شرکت کنندگان ارائه شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه باقی خواهند ماند. سپس از نمونه انتخاب شده خواسته شد که مجدداً از حدود 7-10 روز قبل از قاعدگی تا 2-3 روز پس از قاعدگی به مدت یک دوره مقیاس‌های DASS-21 و مقیاس‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون (2003)-(CD-RISC) و تعارضات زناشویی را تکمیل کنند. لازم به ذکر است که تمامی این افراد کسانی بودند که از حدود 7-10 روز قبل از قاعدگی تا 2-3 روز پس از قاعدگی حداقل یکی از علائم PMS را دارا بودند. جهت سنجش و ارزیابی علائم PMS از مقیاس COPE که مقیاسی با ارزش، قابل اطمینان و آسان جهت ارزیابی علائم PMS می‌باشد استفاده گردید. همچنین برای بررسی واکنش‌های هیجانی تاثیرگذار بر روابط خانوادگی از مقیاس DASS-21 و برای بررسی میزان تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (2003)-(CD-RISC) و برای بررسی تعارضات زناشویی از پرسشنامه MCQ استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده، کدگذاری شد و با استفاده از نسخه 19 نرم افزار SPSS، آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار و روش

- مقیاس COPE برای سنجش علائم PMS: در این مقیاس هر علامت با عدد 0 تا 3 نمایش داده می‌شود که صفر نماینده عدم وجود علامت، 1: نماینده وجود علامت خفیف (عدم تداخل در فعالیتهای روزانه شخص)، 2: نماینده علامت متوسط (تداخل در بعضی از فعالیتهای روزانه شخص)، 3: نماینده علامت شدید (تداخل در تمام فعالیتهای روزانه شخص و ارتباط وی با سایر افراد) می‌باشد (مورتولا و همکاران¹، 1990). در این پرسشنامه علائم روانشناختی (مانند: افسردگی، اضطراب، بیقراری، خواب‌آلودگی، بی‌خوابی، فراموشی و تیرگی شعور) و علائم فیزیکی (مانند: تورم،

¹ . Mortola & et al

حساسیت پستان، نفخ شکم، تپش قلب، افزایش وزن، یبوست، سردرد و التهاب بینی) مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرد.

- پرسشنامه واکنش‌های هیجانی (DASS-21)¹: این پرسشنامه شامل 21 سوال می‌باشد که برای هر یک از حالات هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس هفت سوال در نظر گرفته است. این پرسشنامه در دو نسخه 42 و 41 سوالی توسط لایوینوند و لایوینوند² (1995) طراحی شده است که فرم 21 سوالی، نمونه کوتاه شده آن می‌باشد. این مقیاس دارای روایی همسان و افتراقی کافی است و در تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. لایوینوند و لایوینوند (1995) در یک نمونه بزرگ 717 نفر از دانشجویان، پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس DASS همبستگی بالایی ($r=0/74$) را نشان دادند، علاوه بر این آنتونی³ و همکاران (1998) الگوی مشابه بالینی اثر همبستگی را در نمونه‌های بالینی بدست آوردند. کرافورد و هنری (2003) نیز در نمونه 1771 نفری انگلستان این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این ابزار یعنی (DASS-21) را با آلفای کرونباخ برای افسردگی 0/95، اضطراب 0/90 و استرس 0/93 و برای نمرات کل 0/97 گزارش نمودند. در ایران توسط سامانی و جوکار (1386) مورد بررسی قرار گرفت که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب 0/80، 0/76 و 0/77 و آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس 0/81، 0/74 و 0/78 گزارش نمودند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه‌های آماری تحلیل عاملی از نوع تاییدی و به روش مولفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ 0/71 به دست آمد و نشان دهنده آن است که از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. هر یک از خرده مقیاس‌های (DASS-21) شامل هفت سوال که نمره‌های هر کدام، از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سوال دارای طیف لیکرت به صورت چهار درجه‌ای هرگز تا کاملاً است.

¹. Depression, Anxiety, Stress (DASS)

². Lovibond & Lovibond

³. Antony

- پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ): این پرسشنامه یک ابزار 54 سؤالی است که برای سنجیدن تعارضهای زن و شوهری و بر مبنای تجربیات بالینی ساخته شده است. این پرسشنامه هشت بعد از تعارضات زناشویی را می سنجد که عبارتند از کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر و کاهش ارتباط مؤثر. این پرسشنامه دارای نرم ایرانی بوده و برای هر سؤال پنج گزینه از یک تا پنج (هرگز تا همیشه) در نظر گرفته شده است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر و و تعارض کمتر است. میزان آلفای کراباخ در یک نمونه 270 نفری برابر 0/96 به دست آمد و همچنین مشخص شد که پرسشنامه از روایی مناسبی برخوردار است.

- مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (2003)-(CD-RISC): این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (2003) با مرور منابع پژوهشی 1979-1991 حوزه تاب آوری تهیه کردند و دارای 25 گویه است که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود (کانر و دیویدسون، 2003). این مقیاس توسط محمدی (1384) در ایران هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه سه ضریب های بین 0/41 تا 0/64 را نشان داد. سپس گویه های مقیاس به روش مؤلفه های اصلی مورد تحلیل قرار گرفتند. برای تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کراباخ بهره گرفته شد. ضریب پایایی 0/89 به دست آمد

یافته ها

در جدول 1 اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار آورده شده است. جدول مذکور بیانگر ویژگی های توصیفی متغیرهای واکنش های هیجانی شامل استرس، اضطراب و افسردگی ناشی از سندرم پیش از قاعدگی و مقیاس تعارضات زناشویی در بین زنان متأهل می باشد.

جدول 1: شاخص های توصیفی در متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی ناشی از سندرم پیش از قاعدگی، تاب آوری و تعارضات زناشویی

بیشترین مقدار	کمترین مقدار	انحراف معیار	میانگین	تعداد	متغیر	
					واکنش های هیجانی	استرس
28	15	6,29	20,14	110	استرس	واکنش های هیجانی
27	10	6,69	22,93	110	اضطراب	
26	14	6,87	25,60	110	افسردگی	
114	20	12,35	68,58	110	تاب آوری	
241	89	15,35	190,25	110	تعارضات زناشویی	

نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول 2 نشان داده شده است. بر اساس داده های این جدول، واکنش های هیجانی استرس، اضطراب و افسردگی در سطح $(P<0/01)$ به صورت مثبت و تاب آوری در سطح $(P<0/05)$ به صورت منفی با تعارضات زناشویی رابطه معنی داری دارند.

جدول 2: نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای واکنش های هیجانی ناشی از سندرم پیش از قاعدگی و تاب آوری با تعارضات زناشویی

متغیر	استرس	اضطراب	افسردگی	تاب آوری	تعارضات زناشویی
استرس	1				
اضطراب	0/64 **	1			
افسردگی	0/33 *	0/61 **	1		
تاب آوری	-0/41 **	-0/21 *	-0/14	1	
تعارضات زناشویی	0/55 **	0/73 **	0/66 **	-0/36 *	1

* همبستگی معنی دار در سطح 0/05 - ** همبستگی معنی دار در سطح 0/01

همچنین برای تعیین میزان سهم تغییرات مربوط به هر یک از واکنش های هیجانی و تاب آوری بر حسب تعارضات زناشویی، رابطه واکنش های هیجانی و تاب آوری به عنوان متغیرهای پیش بین و تعارضات زناشویی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون گام به گام تحلیل شدند. قبل از انجام تحلیل رگرسیون چند متغیره، مفروضه های مستقل بودن نمرات افراد، نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف¹ (K-S)، خطی بودن با استفاده از آزمون بررسی رابطه خطی در سطح

¹ . Kolmogorov – Smirnov – Test

($P < 0/05$)، رعایت شدند. همچنین رعایت مفروضه عدم هم خطی متغیرهای مستقل با استفاده از نرم افزار SPSS نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که هم خطی بین متغیرهای مستقل، با استفاده از شاخص عامل تورم واریانس (VIF) وجود ندارد. به عبارت دیگر می توان گفت که پیش بینی ها از همدیگر مستقل هستند و با یکدیگر همپوشی ندارند و از تمامی متغیرهای مستقل می توان در تحلیل رگرسیون استفاده کرد. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش بینی تعارضات زناشویی در جدول 3 ارائه شده است. داده های جدول حاکی از آن است که در متغیر وابسته تعارضات زناشویی، با سه پیش بین واکنش های هیجانی استرس، افسردگی و اضطراب، می توان 39/90 درصد تغییرات تعارضات زناشویی را پیش بینی کرد. معناداری نمو واریانس با F محاسبه شده و نشان می دهد که در هر سه گام، اثر پیش بینی ها در سطح ($P < 0/05$) معنادار هستند. همچنین لازم به ذکر است که اثر متغیر تاب آوری در تحلیل رگرسیون معنادار نبوده و از مدل حذف شده است.

جدول 3: خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام

P	F	SE	R ²	R	نام متغیرها	گام های ورود	متغیر وابسته
0/036	4/83	14/30	0/147	0/384	اضطراب	اول	تعارضات زناشویی
0/004	6/95	12/81	0/340	0/583	اضطراب، افسردگی	دوم	
0/002	9/12	10/52	0/399	0/632	اضطراب، افسردگی، استرس	سوم	

در جدول 4 ضرایب رگرسیونی پیش بین ها برای تعارضات زناشویی گزارش شده است. جدول ضرایب رگرسیون نشان می دهد که در هر گام تحلیل ضرایب واکنش های هیجانی در سطح ($P < 0/05$) معنادار هستند.

جدول 4: ضرایب رگرسیون گام به گام تعارضات زناشویی بر حسب سه پیش بین (واکنش های هیجانی)

متغیر وابسته	گام ها	متغیرهای وارد شده	B	SE _b	β	t	سطح معناداری	عدد ثابت
تعارضات زناشویی	اول	اضطراب	0/61	0/27	0/38	2/19	0/036	82/90
	دوم	اضطراب	0/85	0/26	0/53	3/23	0/003	50/96
		افسردگی	1/05	0/37	0/46	2/80	0/009	
	سوم	اضطراب	0/54	0/22	0/41	2/52	0/025	71/42
		افسردگی	0/66	0/21	0/51	3/32	0/002	
		استرس	1/01	0/35	0/47	2/71	0/021	

بحث

هدف از این پژوهش بررسی رابطه سندرم پیش از قاعدگی، تاب آوری و تعارضات زناشویی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که واکنش های هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از سندرم پیش از قاعدگی در پیش بینی تعارضات زناشویی نقش دارد. به عبارت دیگر نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که هر اندازه میزان واکنش های هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از سندرم پیش از قاعدگی در زنان بیشتر باشد میزان تعارضات و اختلافات زناشویی نیز بیشتر خواهد بود و همچنین متغیرهای مستقل مذکور توانستند تعارضات زناشویی را پیش بینی کنند. همچنین نتایج نشان داد که هر اندازه میزان تاب آوری در افراد بیشتر باشد تعارضات زناشویی کمتر خواهد بود. یافته های این پژوهش با یافته های بنائیان و همکاران (1385)؛ بخشی و همکاران (1386)؛ منصوری و مهرابی زاده هنرمند (1389)؛ خلعتبری و بهاری (1389)؛ سامانی و همکاران (1386) و پژوهش میکائیلی و همکاران (1391) همسو است. علائم روحی و خلقی که در این سندرم شایع است، زمانی که با استرس های دوران جوانی همراه می شود معمولاً سبب درگیری شخص با دیگران خصوصاً در روابط زناشویی می گردد. از سوی دیگر با توجه به عدم اطلاع اطرافیان از علت زمینه ای تغییر رفتار، این واکنش ها از جانب دیگران مخصوصاً همسر، منفی در نظر گرفته شده و در نتیجه، تنش، درگیری فیزیکی و رفتاری ایجاد می شود (کالت، ورتنبرگر و فیسک¹، 1999). بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر، آنچه که باید در نظر گرفته شود اطلاع و آگاهی زوجین از علائم و تغییرات خلقی و رفتاری ناشی از سندرم پیش از قاعدگی است که به نوعی می تواند بر اختلافات

¹ Callet, Wertebeger & Fiske

زناشویی و ایجاد تعارضات خانوادگی دامن زند. زنان نیز باید نسبت به تغییرات خلقی خود در این دوران با حساسیت بیشتری کنش و ارتباط خود را با اعضای خانواده مدیریت کنند.

با توجه به بررسی منابع و مقالات موجود در رابطه با علائم سندرم پیش از قاعدگی باید گفت که متغیرهای مداخله گر زیادی وجود دارند که می‌توانند روی نتایج این تحقیقات تاثیرگذار باشند. این متغیرها شامل سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت اقتصادی، محل سکونت و میزان استرس و... می‌باشد. در این بررسی سعی شد تا حد امکان متغیرهای مداخله گر حذف شود اما بهتر است در پژوهش‌های آتی این بررسی با حساسیت بیشتری در زمینه متغیرهای گوناگون صورت گیرد. دوره زمانی ثبت علائم این سندرم، فرصت خوبی را جهت ایجاد ارتباط قوی و آموزش لازم، بین محقق و شرکت‌کنندگان در این بررسی فراهم نمود. بنابراین با توجه به اینکه بیشتر زنان و خانواده‌های آنها با علائم جسمانی و روانی برهم زنده نظم ناشی از سندرم پیش از قاعدگی متأثر می‌باشند و با توجه به اینکه تعداد زیادی از زنان در عصر حاضر، در حیطه‌های شغلی، تحصیلی، خانوادگی و سایر مسوولیتها مشارکت دارند و استرس ناشی از این مسوولیتها با مسایل بهداشتی همچون سندرم پیش از قاعدگی ارتباط پیدا می‌کند تغییر شیوه‌ی زندگی، عضویت در گروههای حمایتی، به کارگیری روشهای کنترل استرس همراه با مکمل دارویی و ویتامینی ممکن است به تخفیف نشانه‌های بیماری منجر شود، پیشنهاد می‌گردد که درمان و کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی زنان از طریق درمان دارویی (تجویز کلسیم (اخلاقی، حامدی، جوادی و حسینی پور، 1382) و ویتاوین B6 (صالحی و صالحی، 1386) و غیره) و غیردارویی از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت افزایش کارایی و از سویی کاهش تعارضات زناشویی و خانوادگی مورد توجه قرار گیرد. ضمناً از کلیه افرادی که در این پژوهش، ما را یاری داده‌اند کمال تشکر و قدردانی را می‌نماییم.

منابع:

- اخلاقی، فریده؛ حامدی، عبدالکریم؛ جوادی، زهرا و حسینی پور، فاطمه (1382)، بررسی اثرات تجویز کلسیم در سندرم پیش از قاعدگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، 10(37)، 669-676.
- اظهار، صدیقه؛ کریمی نیک چترودی، اکرم؛ عطارزاده حسینی؛ سیدرضا و مظلوم، سیدرضا (1384)، تاثیر یک برنامه تمرینی هوازی گروهی بر شدت سندرم قبل از قاعدگی. مجله زنان مامایی و نازایی ایران، 8(2)، 119-128.
- بخشی، حمید؛ اسدپور، محمد و خدادادی زاده، علی (1386)، ارتباط رضایت از روابط زناشویی با افسردگی زوجین. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، 11(2)، 37-43.
- بنائیان، شایسته؛ پروین، ندا و کاظمیان، افسانه (1385)، بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامائی همدان، 14(2)، 52-58.
- خلعتبری، جواد و بهاری، صونا (1389)، ارتباط بین تاب آوری و رضایت از زندگی. فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، 1(2)، 83-94.
- داودوندی، مریم؛ نوایی نژاد، شکوه و لطفی کاشانی، فرح (1390)، اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری در کاهش علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، 21(2)، 114-120.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (1386)، تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، 13(3)، 290-295.
- صالحی، لیلی و صالحی، فرخنده (1386)، بررسی تأثیر ویتامین B6 بر کاهش علائم سندرم قبل از قاعدگی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، 12(3)، 42-49.
- عابدیان کاسگری، کبرا؛ شاه حسینی، زهره و دانش، ماه منیر (1385)، بررسی اثر رعایت رژیم غذایی نشاسته‌ای سه ساعته بر سندرم پیش از قاعدگی در دانش آموزان دبیرستان‌های دولتی و غیر دولتی شهر ساری. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، 18(65)، 19-27.
- کنث، دیویس. (بی. تا). راهنمای مفاهیم و فنون برای متخصص یابوری، یکصد فن مشاوره ازدواج و خانواده درمانی. ترجمه: بهاری، فرشاد (1388)، تهران: تزکیه.
- لرزاده، ناهید؛ کاظمی راد، سیروس؛ مؤمن نصب، مرضیه؛ لرزاده، مینا و صفا، میترا (1385)، تاثیر تجویز فلوکسیتین روزانه در درمان اختلالات سندرم قبل از قاعدگی. مجله زنان، مامائی و نازائی ایران، 9(9)، 39-46.

- لطفی کاشانی، فرح؛ سرافراز، خدیجه و شریفی، حسن پاشا (1386)، تاثیر آموزش آرمیدگی عضلانی در کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی. روان شناسی کاربردی، 74-63، (5)2.

- منصوری، زهره و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (1389)، رابطه اختلال در سلامت روانی و خشنودی شغلی با رضایت زناشویی در زنان شاغل. مجله زن و فرهنگ، 1(3)، 91-102.

- میکائیلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود و طالبی جویباری، مسعود (1391)، مقایسه تاب آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. مجله ناتوانی‌های یادگیری، 2(1)، 120-137.

- نادری، طیبه؛ حمزه ای مقدم، احمد و بهرام پور، عباس (1379)، شیوع میگردن و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، 5 (1)، 18-22.

- Andrews, G.(2001), woman's sexual health. 2d .ed. Barillisere Tindal published Assosiation with the RLN. 404 -405.
- Callet, M.E., Wertenbeger, G.E. & Fiske, V.M.(1999), The effect of age upon the patern of the menstrual cycle. Fertility sterility J, 5: 437.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003), an inventory for resilience construct. Personality & Individual Difference;35:41-53.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003), Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18, 76-82.
- Greef, A., & Bruyne, T. (2000), Conflict management style and marital satisfaction. Journal of sex and marital therapy, 26,321-334
- Lazarus, A. (2004), Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, 2001 tragedy. The Emory center for myth and ritual in American life.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000), the construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71, 543-562.
- Mortola, JF, Girton, Beck. L., Yen, SCC. (1990), Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple prospective and reliable

instrument: The calendar of premenstrual experiences. *Obstet Gynecol*; 76: 302.

- Speroff, L. & Fritz, M.A. (2004), *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Waller, M. A. (2001), Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290-297.

