MEJDS. 2021; 11:24.

Published online 2021 May. **Research Article**

Presenting a Causal Model of Premenstrual Syndrome in Adolescent Girls

Valizadeh H[1], *Ahmadi V[2]

Author Address
1. Master's Degree Student of General Psychology, Faculty of Humanities, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran;
2. Assistant Professor of Psychology Department, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
***Corresponding author's email:** Vahid_ahmadi@ilam-iau.ac.ir

Received: 2021 January 18; **Accepted:** 2021 April 20

Abstract

Background & Objectives: Premenstrual Syndrome (PMS) is a combination of biopsychological and behavioral symptoms that occur in the luteal phase of the menstrual cycle, in some individuals. These symptoms are very debilitating and interfere with social functioning, education, and family relationships. The prevalence of PMS in adolescent girls and its associated physical symptoms and psychological stress indicate a research gap respecting the relationship between PMS and social support; anxiety; academic stress; the duration of menstruation, and especially the role of attitudes toward menstruation. Thus, studies are required to explain the relationship between these characteristics. Considering the above–mentioned issues and the lack of integrated research concerning the aforementioned variables, the present study evaluated this process in the framework of a causal model; therefore, the current study aimed to present a causal model of PMS in adolescent girls.

Methods: This correlational study used structural equation modeling .The statistical population of this study included all adolescent girls (aged 13–18 y) in Kermanshah City, Iran, in 2020. The study sample consisted of 381 subjects who were selected by the convenience sampling method. Some responses were discarded due to incomplete data or incomplete questionnaires, and a total of 372 responses were eventually analyzed. The inclusion criteria of the study included having completed at least one year from the onset of menstruation and consent to complete the research questionnaires. Moreover, the exclusion criteria of the study were over 18 years of age, not providing a consent form, and not completing research questionnaires. The study participants were requested to complete the following questionnaires: the Stiner Premenstrual Symptom Screening Tool (Steiner et al, 2003), Menstrual Attitude Questionnaire (Brooks–Gunn & Ruble, 1980), Social Support Appraisals Scale (Vaux et al, 1986), Beck Anxiety Inventory (Beck & Steer, 1990), and Student–Life Stress Inventory (Gadzella, 1991). The obtained data were analyzed in SPSS and AMOS by the structural modeling method at $p<0.05$.

Results: The current research results suggested a significant relationship between the research variables. Therefore, due to the high volume of the correlation matrix between the research variables among the 23 observed variables, there was a greater correlation between anxiety and menstrual duration (r=0.534, p=0.001); mood symptoms and daily functioning (r=0.512, p=0.001); physical symptoms and menstruation, as a disturbing event (r=0.501, p=0.000); family support and menstruation, as a natural occurrence (r=0.497, p=0.000); daily performance and failures (r=–0.418, p=0.001self–imposed stress and the duration of menstruation (r=0.399, p=0.001), as well as peer support and cognitive assessment (r=0.384, p=0.000). The collected results indicated that among the research variables, anxiety had a greater overall effect on PMS (β=0.404) and the standardized direct effect was equal to 0.367 ($p<0.001$). The variable of menstrual attitude could determine the relationship between PMS and social support (β=–0.055, $p<0.001$); anxiety (β=0.037, $p<0.001$); academic stress (β=0.044, $p<0.001$), and the duration of menstruation (β=–0.050, $p<0.001$). The calculated goodness of fit indices of the relationships between the research variables demonstrated that attitude towards menstruation could mediate the relationship between PMS and social support, anxiety, academic stress, and the duration of menstruation (RMSEA=0.027, AGFI=0.914).

Conclusion: Based on the present study findings, social support, anxiety, academic stress, and the duration of menstruation, with the mediating role of PMS, can be a desirable model for explaining premenstrual syndrome.

Keywords: Premenstrual syndrome, Attitude, Social support, Anxiety, Academic stress, Menstrual cycle.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]

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

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۲۴.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

ارائهٔ مدل علّی سندرم پیش از قاعدگی در دختران نوجوان شهرستان کرمانشاه

حدیث ولی‌زاده[۱]، *وحید احمدی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران؛

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

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Vahid_ahmadi@ilam-iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۹ دی ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۱ فروردین ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: سندرم پیش از قاعدگی تجربهٔ برخی نشانگان جسمانی، روانی و رفتاری است که در برخی افراد این علائم بسیار ناتوان‌کننده است و با عملکرد اجتماعی، تحصیلی و روابط خانوادگی آنان تداخل می‌یابد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر ارائهٔ مدل علّی سندرم پیش از قاعدگی در دختران نوجوان بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر همبستگی با استفاده از مدل‌سازی تحلیل مسیر بود. جامعهٔ آماری را تمامی دختران نوجوان شهرستان کرمانشاه با دامنهٔ سنی ۱۳ تا ۱۸ سال در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش شامل ۳۸۱ نفر از این دختران نوجوان بود که به‌روش دردسترس انتخاب شدند. تعدادی از پاسخ‌نامه‌ها به‌علت داده‌های پرت یا تکمیل‌نکردن پرسشنامه‌ها کنار گذاشته شد و درمجموع پاسخ‌نامه‌های ۳۷۲ نفر تحلیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامهٔ غربالگری قبل از قاعدگی استینر (استینر و همکاران، ۲۰۰۳)، پرسشنامهٔ نگرش به قاعدگی (بروکس‌ـ گان و رابل، ۱۹۸۰)، مقیاس ارزیابی حمایت اجتماعی (واکس و همکاران، ۱۹۸۶)، پرسشنامهٔ اضطراب بک (بک و استیر، ۱۹۹۰) و پرسشنامهٔ استرس زندگی دانشجویی (گادزلا، ۱۹۹۱) به‌کار رفت. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۵ و AMOS نسخهٔ ۲۳ استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از میان متغیرهای پژوهش، اضطراب اثر کل بیشتری بر سندرم پیش از قاعدگی داشت ($p<۰/۰۰۱$ و $\beta=۰/۴۰۴$). متغیر نگرش به قاعدگی توانست رابطهٔ بین سندرم پیش از قاعدگی را با حمایت اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$ و $\beta=-۰/۰۵۵$)، اضطراب ($\beta=۰/۰۳۷$, $p<۰/۰۰۱$)، استرس تحصیلی ($p<۰/۰۰۱$ و $\beta=۰/۰۴۴$) و طول مدت قاعدگی ($p<۰/۰۰۱$ و $\beta=-۰/۰۵۰$) میانجیگری کند. شاخص‌های نکویی برازش نشان داد، متغیر نگرش به قاعدگی رابطهٔ بین سندرم پیش از قاعدگی را با حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی میانجیگری می‌کند (AGFI=۰/۹۱۴ و RMSEA=۰/۰۲۷).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی با نقش میانجی سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند مدل مطلوبی برای تبیین سندرم پیش از قاعدگی باشند.

کلیدواژه‌ها: سندرم پیش از قاعدگی، نگرش، حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی، مدت قاعدگی.

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]

۱ مقدمه

بلوغ[1]، روندی فیزیولوژیک است که در آن اندام‌های تولیدمثل و غدد جنسی از نظر عملکردی بالغ می‌شود. این فرایند، مرحله‌ای از رشد است که با گذار تدریجی از کودکی به بزرگسالی مشخص می‌شود (۱). بر این اساس، بلوغ واقعی در دختران براساس اولین قاعدگی[2] ظاهر می‌شود. اولین قاعدگی در دختران نوجوان به‌صورت ناگهانی و آشکار رخ می‌دهد (۲)؛ ازاین‌رو ممکن است در پاره‌ای از اوقات علائم و نشانه‌هایی در آنان ظاهر شود که منجربه بروز مشکلات و نشانه‌های جسمی و روانی در آن‌ها شود. یکی از این علائم آزاردهنده، سندرم پیش از قاعدگی[3] است که تأثیرات منفی بر زندگی این دختران می‌گذارد (۳). سندرم پیش از قاعدگی درواقع ترکیبی از علائم روان‌شناختی و جسمانی است که در چرخهٔ قاعدگی[4] (از ۱ تا ۱۴ روز قبل از قاعدگی) شروع شده و به‌عنوان قاعدگی دردناک[5] تعریف می‌شود. معیارهای تشخیصی این اختلال را می‌توان با ظاهرشدن نشانه‌هایی همچون تغییر در رفتارهای جسمانی، روانی و عاطفی در دوران قاعدگی و تکرار آن طی حداقل دو تا سه دورهٔ قاعدگی بعدی تشخیص داد (۴). بسیاری از عوامل نظیر ناهنجاری‌های هورمونی، کمبود ویتامین، استرس، اضطراب، استعمال دخانیات، برخی از عادات غذایی و نبود ورزش با ایجاد و تشدید نشانگان این سندرم مرتبط است (۵). نتایج پژوهش آمیل کاسترو و همکاران حاکی‌از آن بود که بین ۳ تا ۸ درصد از دختران نوجوان سوئیسی قبل از آغاز سیکل قاعدگی، دچار سندرم پیش از قاعدگی شدید می‌شوند؛ همچنین حدود ۴۰ درصد از آن‌ها علائم خفیف سندرم پیش از قاعدگی را تجربه کرده‌اند (۶). براساس مطالعهٔ لاندن و همکاران، حدود ۸۰ درصد از دختران مبتلا به این سندرم تغییرات خلق، کم‌اشتهایی و اختلال‌هایی همچون استرس و اضطراب را در سطح بیشتری تجربه می‌کنند (۷). در ایران نیز پدیدآمدن علائم سندرم پیش از قاعدگی تا ۷۴ درصد گزارش شده است (۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد، دختران نوجوان باتوجه به قرارگیری در دوران بلوغ، درمقایسه با دیگران، بیشتر درمعرض سندرم پیش از قاعدگی قرار می‌گیرند؛ همچنین دختران مبتلا به این سندرم، اغلب مسائلی همچون نبود حمایت اجتماعی، شرایط استرس‌زای خانوادگی، افزایش درگیری خانوادگی، طلاق و غیبت طولانی بیش‌ازحد پدر در خانه را تجربه می‌کنند (۹،۱۰). ازطرفی، نتایج تحقیق لیو و همکاران نشان داد که بروز علائم سندرم پیش از قاعدگی در دختران نوجوان سبب افزایش اضطراب[6] و استرس[7] در آن‌ها می‌شود (۱۱).

در زمینهٔ عوامل مؤثر بر سندرم پیش از قاعدگی می‌توان به عامل‌هایی نظیر نبود حمایت اجتماعی[8] در دختران نوجوان اشاره کرد که باعث تشدید این علائم می‌شود. والدین از منابع اصلی حمایت اجتماعی در دوران کودکی هستند که در اکثر مواقع حمایت مادی و عاطفی را ارائه می‌دهند؛ درحالی‌که روابط با دوستان و حمایت اجتماعی آن‌ها در گذار از کودکی به نوجوانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۱۲). بر این اساس، حمایت اجتماعی چه در محیط خانه ازطریق تعامل والدین و چه در جامعه می‌تواند نوعی احساس ذهنی و تصورات مثبت را در افراد دچار سندرم پیش از قاعدگی به‌وجود آورد؛ از این طریق منجربه کاهش آسیب‌های جسمانی و روانی در این افراد می‌شود (۱۳). کیوان‌آرا و همکاران در پژوهشی نشان دادند، حمایت‌های اجتماعی تأثیر بسزایی بر کاهش علائم جسمانی و فشارهای روانی ناشی‌از سندرم پیش از قاعدگی در دختران نوجوان دارد (۱۴). یالسین نیز تأکید کرد، احساس خشنودی از حمایت‌های اجتماعی، منجربه کاهش استرس، اضطراب، افزایش عزت‌نفس[9] و گسترش روابط اجتماعی در دختران دچار سندرم پیش از قاعدگی می‌شود (۱۵).

یکی از مؤلفه‌هایی که نقش اساسی در تبیین مدل روان‌کاوی سندرم پیش از قاعدگی دارد، اضطرابی است که دختران در دوران قاعدگی تجربه می‌کنند. تحقیقات نشان داده است، عواملی مانند اضطراب بر بروز نشانگان این سندرم تأثیر می‌گذارد (۱۶،۱۷). لوستیک و همکاران شایع‌ترین علائم سندرم پیش از قاعدگی را به‌ترتیب تحریک‌پذیری[10]، اضطراب، عصبانیت[11]، استرس و افسردگی[12] دانستند (۱۸).

مشکل دیگر دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، استرس تحصیلی و پیامدهای ناشی‌از آن است. استرس تحصیلی به احساس نیاز فزاینده به دانش و به‌طور هم‌زمان، ادراک فرد مبنی‌بر نداشتن زمان کافی برای دستیابی به آن دانش اشاره می‌کند (۱۹). در پژوهشی چنگ و همکاران، استرس را عاملی برای ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی و افزایش شدت علائم آن دانستند و ارتباط معناداری بین این دو متغیر بیان کردند (۲۰)؛ همچنین اکپنیانگ و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که رابطهٔ معناداری بین استرس تحصیلی و سندرم پیش از قاعدگی در بین دانشجویان مقطع کارشناسی در جنوب شرقی نیجریه وجود دارد (۲۱)؛ بنابراین تصور می‌شود استرس تحصیلی تجربه‌شده توسط دختران ممکن است تأثیر منفی بر علائم قاعدگی و بروز علائم و نشانگان این سندرم داشته باشد.

از عوامل مؤثر دیگر در بروز سندرم پیش از قاعدگی باتوجه به شکل ۱، طول مدت قاعدگی است که می‌تواند در ایجاد و تشدید این سندرم تأثیر بسزایی داشته باشد (۲۲). چوی و همکاران در پژوهش خود بیان کرده‌اند که مدت طولانی‌تر قاعدگی، در بروز سندرم پیش از قاعدگی نقش دارد. ازآنجاکه طول مدت قاعدگی با عملکرد استروئیدهای تخمدان مرتبط است، تأثیر عوامل مختلف بر عملکرد این هورمون‌ها بر مدت قاعدگی و درنتیجه بر این سندرم مشهود است (۲۳).

نکتهٔ دیگر اینکه افراد دارای سندرم پیش از قاعدگی نمی‌توانند دید مثبتی به قاعدگی داشته باشند. به دیگر سخن با بروز سندرم پیش از قاعدگی در دختران نوجوان و شیوع اثرات نامطلوب آن، نحوهٔ نگرش آن‌ها به قاعدگی[13] منفی می‌شود؛ بنابراین به هر میزان که نگرش به قاعدگی در

[1]. Maturity
[2]. Menstruation
[3]. Premenstrual syndrome
[4]. Menstrual cycle
[5]. Painful menstruation
[6]. Anxiety
[7]. Stress
[8]. Social support
[9]. Self-esteem
[10]. Irritability
[11]. Anger
[12]. Depression
[13]. Attitudes towards menstruation

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]

دختران منفی باشد، احتمال افزایش فراوانی علائم نشانگان پیش از قاعدگی نیز وجود دارد (۳). ازطرفی، نگرش به قاعدگی از متغیرهایی است که می‌تواند در رابطهٔ بین حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی با سندرم پیش از قاعدگی، نقش میانجی داشته باشد (۲۴). یافته‌های مطالعهٔ چن و چن حاکی‌از آن بود که هرچه دختران در محیط از حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، نحوهٔ نگرش به قاعدگی در آن‌ها مثبت خواهد بود و دید مثبتی به قاعدگی خواهند داشت؛ همچنین به تبعیت از آن این مسئله باعث کاهش علائم و نشانگان سندرم مذکور خواهد شد (۲۵). نحوهٔ نگرش به قاعدگی می‌تواند بر عوامل و فشارهای روانی نظیر اضطراب و استرس نیز تأثیرگذار باشد. آلونسو و کئو در ژاپن نشان دادند، در افراد دارای نگرش منفی به قاعدگی، علائم مرتبط با سندرم پیش از قاعدگی افزایش می‌یابد و تحمل تغییرات دوره‌ای مرتبط با قاعدگی برایشان دشوار می‌شود (۲۶). همچنین اربیل در پژوهش خود تأکید داشت، دخترانی که دارای نگرش خوشبینانه‌تر به قاعدگی هستند، بیشتر به خود اهمیت می‌دهند و میزان اضطراب و استرس کمتری دارند. این امر تأثیر بسزایی بر جلوگیری از بروز سندرم پیش از قاعدگی دارد (۲۷).

شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دختران نوجوان (۸) و علائم جسمانی و فشارهای روانی ناشی‌از این سندرم (۱۸) و همچنین مرور پژوهش‌های انجام‌شده و مطالب مذکور، نشان‌دهندهٔ وجود خلأ پژوهشی در زمینهٔ ارتباط بین سندرم پیش از قاعدگی با حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی، طول مدت قاعدگی و خصوصاً نقش نگرش به قاعدگی و تبیین روابط بین این متغیرها است. حال باتوجه به مطالب مذکور و فقدان پژوهش یکپارچه در بررسی متغیرهای ذکرشده، در پژوهش حاضر ارزیابی این فرایند در چارچوب مدل علّی ضروری به‌نظر رسید؛ ازاین‌رو براساس مدل پیشنهادی شکل ۱، هدف پژوهش تدوین مدل علّی سندرم پیش از قاعدگی در دختران نوجوان شهرستان کرمانشاه بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر همبستگی با استفاده از مدل‌سازی تحلیل مسیر بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی دختران نوجوان شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. تعداد این دختران ۳۷۹۶۳ نفر بود. برای تعیین تعداد نمونه در پژوهش مدل‌یابی، براساس روش کلاین به‌ازای هر متغیر آشکار ۱۵ تا ۲۰ نفر نیاز است (۲۸)؛ ازاین‌رو تعداد متغیرهای آشکار موجود در پژوهش برابر با ۲۳ و عبارت بود از: چهار خرده‌مقیاس برای سندرم پیش از قاعدگی (نشانه‌های خلقی، رفتاری، جسمانی، عملکرد روزانه)؛ پنج خرده‌مقیاس برای نگرش به قاعدگی (قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای توان‌فرسا، قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای مزاحم، قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای طبیعی، قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای قابل پیش‌بینی ، قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای بی‌اثر بر رفتار فردی)؛ سه خرده‌مقیاس برای حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان، سایر افراد)، اضطراب؛ نُه خرده‌مقیاس برای استرس تحصیلی (ناکامی‌ها، تعارض، تغییرات، فشار، استرس خودتحمیل‌شده، فیزیولوژیک، هیجانی، رفتاری، ارزیابی شناختی)؛ طول مدت قاعدگی. درنهایت باتوجه به مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱، تعداد نمونه باید بین ۳۴۵ تا ۴۶۰ نفر باشد. نمونهٔ پژوهش شامل ۳۸۱ نفر از دختران نوجوان شهرستان کرمانشاه بود که به‌روش دردسترس انتخاب شدند. تعدادی از پاسخ‌نامه‌ها به‌علت داده‌های پرت یا تکمیل‌نکردن پرسشنامه‌ها کنار گذاشته شد و درمجموع پاسخ‌نامه‌های ۳۷۲ نفر تحلیل شد؛ ازاین‌رو نمونه‌ها از میان دختران دارای تمایل به شرکت در این پژوهش و با درنظرگرفتن شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود دختران شرکت‌کننده به پژوهش شامل سپری‌شدن حداقل یک سال از شروع قاعدگی و داشتن رضایت برای پرکردن پرسشنامه‌های پژوهش بود؛ همچنین معیارهای خروج دختران شرکت‌کننده از پژوهش داشتن سن بیشتر از ۱۸ سال، نداشتن فرم رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش و تکمیل‌نکردن پرسشنامه‌های پژوهش بود. ضمناً در اجرای پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و والدین آنان اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده خواهد شد؛ حفظ گمنامی، صداقت و تحریف‌نشدن داده‌ها در هنگام تجزیه‌وتحلیل رعایت شد. در این پژوهش باتوجه به متغیرهای مطالعه‌شده، پنج پرسشنامه به‌کار رفت که در ادامه دربارهٔ هریک توضیح داده می‌شود.

ـ پرسشنامهٔ غربالگری قبل از قاعدگی استینر[1]: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ توسط استینر و همکاران با هدف بررسی علائم سندرم قبل از قاعدگی و تأثیر آن در زندگی افراد ساخته شد (۲۹). این پرسشنامه دارای نوزده سؤال است: چهارده سؤال اول آن به نشانگان پیش از قاعدگی ازجمله نشانه‌های خلقی، رفتاری و جسمانی می‌پردازد؛ پنج سؤال در بخش دوم به تداخل نشانه‌های بخش اول با عملکرد روزانه اشاره دارد. شیوهٔ نمره‌دهی پرسشنامهٔ غربالگری قبل از قاعدگی براساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای (اصلاً: صفر، خفیف: ۱، متوسط: ۲، شدید: ۳) است. حداقل امتیاز ممکن صفر و حداکثر ۵۷ است. نمرات بیشتر، علائم سندرم قبل از قاعدگی شدید را نشان می‌دهد (۲۹). در پژوهش استینر و همکاران، شاخص روایی محتوای این پرسشنامه به‌ترتیب برای عامل اول و عامل دوم برابر با ۰/۷۸ و ۰/۹۰ بود. همچنین برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برای عامل اول ۰/۹۱ و برای عامل دوم ۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۹). ین و همکاران در پژوهشی میزان آلفای کرونباخ را برای چهارده آیتم نشانگان اختلال ملال پیش از قاعدگی و پنج آیتم عملکرد به‌ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی را برای آن‌ها به‌ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۲ عنوان کردند (۳۰). در پژوهش بنتز و همکاران برای نسخهٔ آلمانی این ابزار ضریب ثبات ۰/۶۹ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد (۳۱). در پژوهش سیه‌بازی و همکاران مقادیر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ و مقادیر نسبت محتوا و شاخص روایی محتوا به‌ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ به‌دست آمد که حاکی از روایی محتوای مناسب این پرسشنامه است (۳۲).

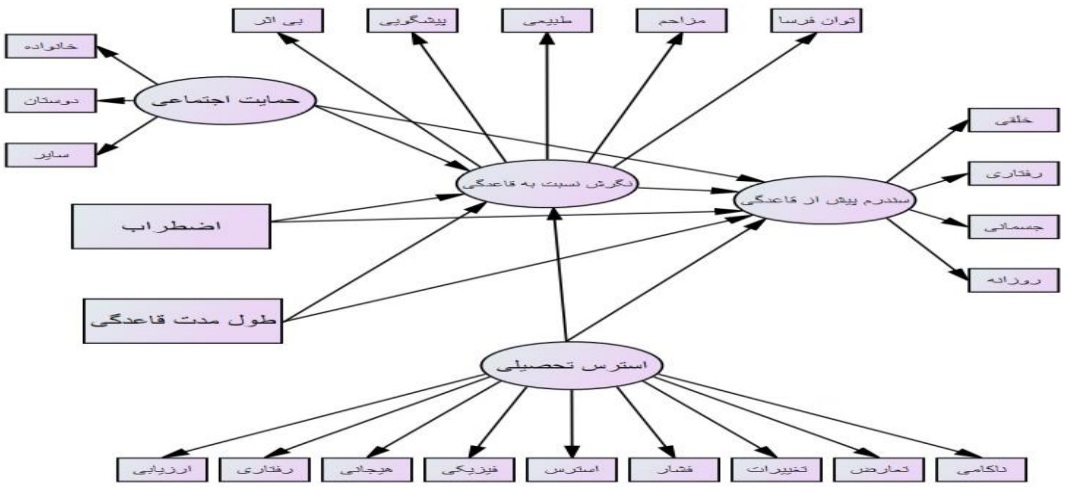
[1]. Stiner Premenstrual Symptom Screening Tool

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]

ـ پرسشنامهٔ نگرش به قاعدگی[1]: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۰ توسط بروکس ـ گان و رابل ساخته شد (۳۳). این پرسشنامه شامل ۳۴ عبارت در پنج خرده‌آزمون با عناوین قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای توان‌فرسا (دوازده عبارت)، قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای مزاحم (شش عبارت)، قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای طبیعی (پنج عبارت)، قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای قابل پیش‌بینی (پنج عبارت) و قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای بی‌اثر بر رفتار فردی (شش عبارت) است. در شیوهٔ نمره‌دهی این پرسشنامه امتیازات برای هر عبارت با مقیاس هفت‌نقطه‌ای لیکرت (بسیار موافقم: ۷، نسبتاً موافقم: ۶، موافقم: ۵، نظری ندارم: ۴، مخالفم: ۳، نسبتاً مخالفم: ۲، بسیار مخالفم: ۱) نمره‌گذاری شده است. حداقل امتیاز ممکن ۷ و حداکثر ۲۳۸ است. نمرات بیشتر، نگرش پاسخگویان را به قاعدگی، بد و ضعیف نشان می‌دهد (۳۳). بروکس ـ گان و رابل مقدار آلفای کرونباخ را برای مؤلفه‌های پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۶۴، ۰/۷۹، ۰/۷۸، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ محاسبه کردند (۳۳). اسویی و همکاران در بررسی خود پایایی کل این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای هر مؤلفه به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۸۱ گزارش کردند (۳۴). در مطالعهٔ محمدی‌ریزی و همکاران، همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ بود؛ همچنین همبستگی بین مؤلفه‌های این پرسشنامه بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۱ به‌دست آمد (۳۵).

ـ مقیاس ارزیابی حمایت اجتماعی[2]: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط واکس و همکاران بر مبنای تعریف کوب[3] از حمایت اجتماعی ساخته شد (۳۶). این مقیاس ۲۳ سؤال دارد که خرده‌مقیاس برخورداری افراد را از محبت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌سنجد. خرده‌مقیاس خانواده هشت سؤال (۲۲، ۱۸، ۱۳، ۱۱، ۹، ۷، ۴، ۲) و خرده‌مقیاس دوستان هفت سؤال (۲۳، ۱۹، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۶، ۱) دارد و بقیهٔ سؤالات نیز مربوط به حمایت سایرافراد است. در شیوهٔ نمره‌دهی پرسشنامه امتیازات برای هر عبارت با مقیاس پنج‌نقطه‌ای لیکرت (بسیار زیاد: ۵، زیاد: ۴، تاحدودی: ۳، کم: ۲، بسیار کم: ۱) نمره‌گذاری شده است. حداقل امتیاز ممکن ۲۳ و حداکثر ۱۱۵ است. نمرات بیشتر، میزان حمایت اجتماعی را در حد زیادی نشان می‌دهد (۳۶). پایایی پرسشنامه توسط واکس و همکاران به‌وسیلهٔ ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های خانواده، دوستان و سایر افراد به‌ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ گزارش شد (۳۶). در پژوهش کاستلا سریرا و همکاران با نمونهٔ برزیلی پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد (۳۷). در پژوهش حق‌شناس روایی ابزار ازطریق روایی سازه تأیید شد؛ همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بود (۳۸).

ـ پرسشنامهٔ اضطراب بک[4]: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط بک و استیر به‌منظور سنجش اضطراب ساخته شد (۳۹). این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال است و براساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای (اصلاً: صفر، خفیف: ۱، متوسط: ۲، شدید: ۳) نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ امتیاز این پرسشنامه بین صفرتا۶۳ است؛ نمرات بیشتر، درجهٔ اضطراب شدید را نشان می‌دهد. درواقع هرچه امتیاز حاصل از این پرسشنامه بیشتر باشد، بیانگر میزان بیشتر اضطراب خواهد بود و برعکس (۳۹). در مطالعهٔ لی و همکاران، اعتبار این ابزار ۰/۸۴ به‌دست آمد و همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد (۴۰). مطالعهٔ موسوی و همکاران نشان داد که این پرسشنامه از پایایی زیادی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصلهٔ یک‌هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات آن از ۰/۳۹ تا ۰/۷۶ متغیر بود (۴۱).



شکل ۱. مدل مفهومی مفروض‌شده برای تبیین روابط بین سندرم پیش از قاعدگی، نگرش به قاعدگی، حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی

[1]. Menstrual Attitude Questionnaire
[2]. Social Support Appraisals Scale
[3]. Coub
[4]. Beck Anxiety Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]

ـ پرسشنامهٔ استرس زندگی دانشجویی[1]: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۱ توسط گادزلا ساخته شد (به نقل از ۴۲). وی این ابزار را به‌منظور مطالعهٔ عوامل استرس‌زای زندگی دانش‌آموزی و واکنش آنان به این عوامل طراحی کرد. این پرسشنامه شامل ۵۱ سؤال در نُه طبقه است که پنج طبقهٔ آن عامل استرس‌زای تحصیلی (ناکامی‌ها، تعارض، تغییرات، فشار، استرس خودتحمیل‌شده) و چهار طبقه واکنش به عوامل استرس‌زا (فیزیولوژیک، هیجانی، رفتاری، ارزیابی شناختی) را ارزیابی می‌کند. در شیوهٔ نمره‌دهی امتیازات برای هر عبارت با مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (بیشتر اوقات: ۵، اغلب: ۴، گاهی اوقات: ۳، به‌ندرت: ۲، هرگز: ۱) نمره‌گذاری شده است. حداقل امتیاز ممکن ۵۱ و حداکثر ۲۵۵ است. نمرات بیشتر در این پرسشنامه، میزان استرس تحصیلی بسیار زیاد را نشان می‌دهد (به نقل از ۴۲). در پژوهش توسط گادزلا و بالوگلو دامنهٔ ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ به‌دست آمد (۴۲). در مطالعه‌ای که در ایران توسط غنایی و همکاران انجام پذیرفت همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ و روایی آن با آزمون تحلیل آماری اکتشافی ازطریق آزمون کفایت نمونه‌برداری KMO ۰/۹۳ گزارش شد (۴۳). در پژوهش عباسی در بخش عامل استرس‌زای تحصیلی آلفای کرونباخ برای ناکامی‌ها، تعارض، تغییرات، فشار و استرس خودتحمیل‌شده به‌ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۳، ۰/۷۱، ۰/۷۵ و ۰/۶۹ بود و در بخش واکنش به عوامل استرس‌زا آلفای کرونباخ برای فیزیولوژیک، هیجانی، رفتاری و ارزیابی شناختی به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ گزارش شد (۴۴).

مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است. در این مدل، در رابطهٔ بین حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی با سندرم پیش از قاعدگی، نگرش به قاعدگی نقش میانجی ایفا می‌کند.

در این پژوهش از آمار توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی آزمودنی‌ها به‌منظور محاسبهٔ فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. علاوه‌براین روش آمار استنباطی نیز به‌کار رفت. از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای تشخیص نرمال‌بودن داده‌ها و از ضریب همبستگی پیرسون و از مدل تحلیل مسیر برای ارزیابی نکویی برازش مدل مفهومی پژوهش استفاده شد. در راستای ارزیابی نکویی برازش مدل پیشنهادی پژوهش شاخص مجذور خی‌دو، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، نسبت مجذور خی‌دو به درجهٔ آزادی (X^2/df)، شاخص نکویی برازش (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI) و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) ارزیابی شد. به‌منظور برازش الگو ضروری است که شاخص‌های مذکور استانداردهای لازم را داشته باشد. چنانچه (X^2/df) کوچک‌تر از ۳، شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۵ و شاخص‌های برازش GFI، AGFI، CFI بزرگ‌تر از ۰/۹۵ باشد، بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد؛ اگر شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۸ و شاخص‌های برازش GFI، AGFI، CFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشد، برازش مطلوب و خوب را نشان می‌دهد (۴۵). برای تحلیل داده‌های پژوهش از دو نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ و AMOS نسخهٔ ۲۳ استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۱/۱۳۸±۱۵/۹۶۰ سال بود. در این پژوهش ۳۷۲ نفر شرکت کردند. از این تعداد ۳۸ نفر (۱۰/۲ درصد) در طبقهٔ سنی ۱۳ تا ۱۴ سال، ۱۰۱ نفر (۲۷/۱ درصد) در طبقهٔ سنی ۱۴ تا ۱۵ سال، ۱۰۵ نفر (۲۸/۱ درصد) در طبقهٔ سنی ۱۵ تا ۱۶ سال، ۹۶ نفر (۲۵/۷ درصد) در طبقهٔ سنی ۱۶ تا ۱۷ سال و ۳۲ نفر (۸/۹ درصد) در طبقهٔ سنی ۱۷ تا ۱۸ سال بودند. لازم به ذکر است ۸ نفر (۲/۴ درصد) از آنان طول مدت قاعدگی‌شان سه روز، ۹۸ نفر (۲۶/۷ درصد) طول مدت قاعدگی‌شان پنج روز و ۲۶۶ نفر (۷۰/۹ درصد) طول مدت قاعدگی‌شان هفت روز بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مشاهده‌شدهٔ پژوهش

متغیرهای مشاهده‌شده	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال حاصل از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف
نشانه‌های خلقی	۹/۱۴۷	۲/۲۴۷	۰/۲۸۴
نشانه‌های رفتاری	۸/۵۴۱	۲/۱۴۱	۰/۱۴۷
نشانه‌های جسمانی	۱۰/۴۱۲	۲/۳۶۲	۰/۳۴۱
عملکرد روزانه	۱۰/۲۳۱	۲/۲۴۱	۰/۲۱۷
قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای مزاحم	۵۴/۶۲۰	۲/۲۹۳	۰/۲۳۵
قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای قابل پیش‌بینی	۳۲/۱۲۱	۲/۸۳۱	۰/۱۸۹
قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای طبیعی	۲۹/۹۷۱	۲/۷۹۹	۰/۲۴۷
قاعدگی به‌عنوان رویدادی توان‌فرسا	۲۱/۹۶۳	۱/۸۶۸	۰/۲۱۳
انکار هرگونه تأثیرات قاعدگی	۳۰/۵۱۵	۳/۷۶۱	۰/۳۰۱
حمایت خانواده	۳۰/۳۸۸	۳/۴۷۴	۰/۲۱۹
حمایت دوستان	۲۵/۲۲۶	۳/۵۹۹	۰/۲۶۷

[1]. Student-Life Stress Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]

حمایت سایر افراد	۲۸/۶۶۸	۴/۴۲۵	۰/۱۹۶
ناکامی‌ها	۲۶/۴۱۰	۲/۹۷۶	۰/۱۵۴
تعارضات	۱۱/۲۲۳	۲/۶۱۶	۰/۲۶۱
تغییرات	۱۰/۰۲۸	۲/۴۲۹	۰/۳۱۴
فشار	۱۵/۰۶۲	۲/۶۸۸	۰/۳۷۴
استرس خودتحمیل‌شده	۳۳/۰۲۸	۴/۱۶۰	۰/۲۴۱
فیزیولوژیک	۵۴/۴۸۷	۷/۳۴۱	۰/۳۶۴
هیجانی	۱۵/۹۰۳	۲/۵۱۷	۰/۲۸۷
رفتاری	۳۰/۹۷۱	۴/۲۰۱	۰/۲۳۱
ارزیابی شناختی	۸/۰۷۹	۱/۱۸۹	۰/۱۷۹
اضطراب	۳۶/۷۹۳	۳/۹۷۰	۰/۲۰۸
طول مدت قاعدگی	۶/۳۴۸	۱/۰۴۱	۰/۱۱۲

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مشاهده‌شدهٔ پژوهش، آورده شده است. ماتریس همبستگی مبنای تجزیه‌وتحلیل مدل‌های علّی است. قبل از تحلیل داده‌ها پیش‌فرض نرمال‌بودن با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف مشخص شد و توزیع داده‌ها نرمال بود (p>۰/۰۵). بر این اساس، ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مشاهده‌شدهٔ پژوهش در ماتریس همبستگی ۲۳ در ۲۳ چک شد و نتایج به‌دست‌آمده نشان‌دهندهٔ وجود ارتباط معنادار میان متغیرهای پژوهش بود؛ ازاین‌رو، به‌دلیل حجم زیاد ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش از میان ۲۳ متغیر مشاهده‌شده، میان اضطراب و طول مدت قاعدگی (r=۰/۵۳۴، p=۰/۰۰۱)، نشانه‌های خلقی و عملکرد روزانه (r=۰/۵۱۲، p=۰/۰۰۱)، نشانه‌های جسمانی و قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای مزاحم (r=۰/۵۰۱، p=۰/۰۰۰)، حمایت خانواده و قاعدگی به‌عنوان واقعه‌ای طبیعی (r=۰/۴۹۸، p=۰/۰۰۰)، عملکرد روزانه و ناکامی‌ها (r=-۰/۴۱۸، p=۰/۰۰۱)، استرس خودتحمیل‌شده و طول مدت قاعدگی (r=۰/۳۹۹، p=۰/۰۰۱) و حمایت دوستان و ارزیابی شناختی (r=۰/۳۸۴، p=۰/۰۰۰) رابطهٔ بیشتری وجود داشت.

جدول ۲. ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش در الگوی پژوهش

متغیر پاسخ	متغیر پیش‌بین	اثر مستقیم				اثر غیرمستقیم	اثر کل
		برآورد غیراستاندارد	خطای معیار	برآورد استاندارد	مقدار احتمال	برآورد استاندارد	برآورد استاندارد
سندرم پیش از قاعدگی	حمایت اجتماعی	-۰/۴۹۲	۰/۰۲۸	-۰/۳۱۲	<۰/۰۰۱	-۰/۰۵۵	-۰/۳۶۷
	اضطراب	۰/۵۹۱	۰/۰۳۲	۰/۳۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۷	۰/۴۰۴
	استرس تحصیلی	۰/۴۳۷	۰/۰۱۸	۰/۲۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۰۴۴	۰/۲۸۷
	طول مدت قاعدگی	-۰/۳۴۱	۰/۰۲۱	-۰/۱۴۹	<۰/۰۰۱	-۰/۰۵۰	-۰/۱۹۹
	نگرش به قاعدگی	۰/۳۸۱	۰/۰۱۵	-۰/۱۹۸	<۰/۰۰۱	-	-۰/۱۹۸
نگرش به قاعدگی	حمایت اجتماعی	۰/۵۱۲	۰/۰۱۶	۰/۲۸۱	<۰/۰۰۱	-	۰/۲۸۱
	اضطراب	-۰/۴۰۸	۰/۰۱۴	-۰/۱۹۱	<۰/۰۰۱	-	-۰/۱۹۱
	استرس تحصیلی	-۰/۳۱۲	۰/۰۳۱	-۰/۲۲۶	<۰/۰۰۱	-	-۰/۲۲۶
	طول مدت قاعدگی	۰/۵۸۱	۰/۰۲۸	۰/۲۵۴	<۰/۰۰۱	-	۰/۲۵۴

در جدول ۲ یافته‌های ضرایب مسیرهای کل، مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود؛ همان‌طورکه نتایج نشان داد، از میان متغیرهای پژوهش، اضطراب اثر کل بیشتری بر سندرم پیش از قاعدگی دارد (β=۰/۴۰۴) که استانداردشدهٔ اثر مستقیم آن ۰/۳۶۷ است (p<۰/۰۰۱)؛ همچنین ضریب مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و سندرم پیش از قاعدگی (p<۰/۰۰۱، β=-۰/۳۱۲) و بین طول مدت قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی (p<۰/۰۰۱، β=-۰/۱۴۹) و بین نگرش به قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی (p<۰/۰۰۱، β=-۰/۱۹۸) منفی و معنادار است؛ همچنین ضریب مسیر مستقیم بین اضطراب و سندرم پیش از قاعدگی (p<۰/۰۰۱، β=۰/۳۶۷) و بین استرس تحصیلی و سندرم پیش از قاعدگی (p<۰/۰۰۱، β=۰/۲۴۳) مثبت و معنادار است. از طرفی ضریب مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و نگرش به قاعدگی (p<۰/۰۰۱، β=۰/۲۸۱) و بین طول مدت قاعدگی و نگرش به قاعدگی (p<۰/۰۰۱، β=۰/۲۵۴) مثبت و معنادار است؛ همچنین ضریب مسیر مستقیم بین اضطراب و نگرش به قاعدگی (p<۰/۰۰۱، β=-۰/۱۹۱) و بین استرس تحصیلی و نگرش

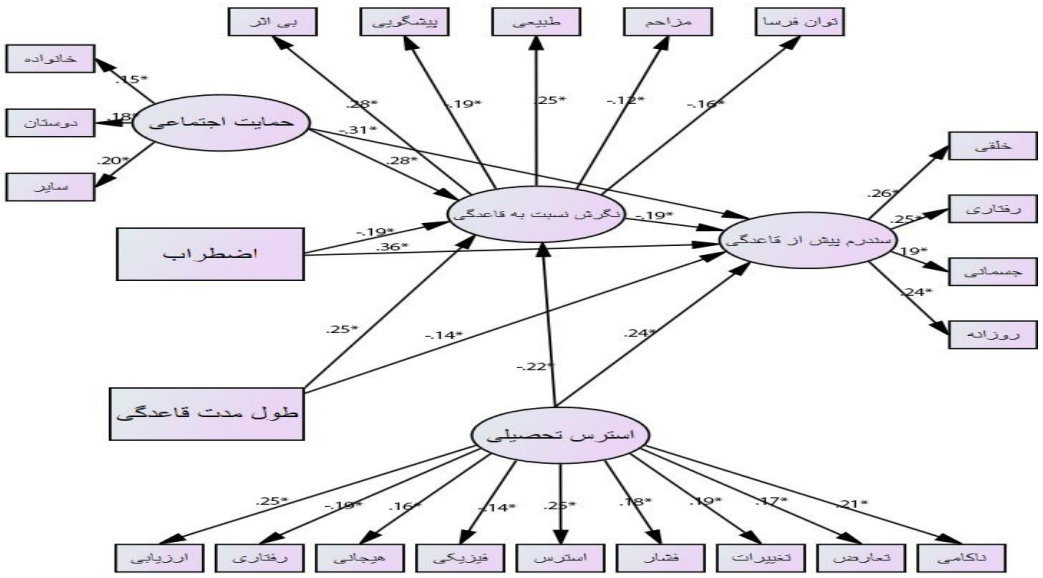
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]

به قاعدگی ($p<$۰/۰۰۱، $\beta=-$۰/۲۲۶) منفی و معنادار است . ازاین‌رو، نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که متغیر نگرش به قاعدگی توانسته است رابطهٔ بین سندرم پیش از قاعدگی را با حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی میانجیگری کند ($p<$۰/۰۰۱). الگوی ساختاری پژوهش در شکل ۲ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های نکویی برازش مدل ساختاری

	RMSEA	X^2/df	GFI	AGFI	CFI	NFI
مقادیر محاسبه‌شده	۰/۰۲۷	۱/۶۱۵	۰/۹۲۸	۰/۹۱۴	۰/۹۵۲	۰/۹۱۰

به‌طور کلی نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد شاخص‌های نکویی برازش بیانگر برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده است.



.شکل ۲ . مدل ساختاری پژوهش برای تبیین روابط بین سندرم پیش از قاعدگی، نگرش به قاعدگی، حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی (ضرایب استاندارد)

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف ارائهٔ مدل علّی سندرم پیش از قاعدگی در دختران نوجوان شهرستان کرمانشاه انجام شد. نتایج نشان داد، حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی با نقش میانجی نگرش به قاعدگی می‌توانند سندرم پیش از قاعدگی را تبیین کنند. اکثر پژوهش‌های پیشین نشان داده است، میان حمایت اجتماعی و سندرم پیش از قاعدگی ارتباط وجود دارد؛ به‌عنوان مثال چن و چن بیان کردند، هرچه دختران در محیط از حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، نحوهٔ نگرش به قاعدگی در آن‌ها مثبت خواهد بود و این مسئله باعث کاهش نشانگان این سندرم می‌شود (۲۵). آلکس پلو و همکاران مشخص کردند حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد دارای سندرم پیش از قاعدگی تأثیر معناداری دارد (۱۳). جین و همکاران به ارتباط بین حمایت اجتماعی و سندرم پیش از قاعدگی تأکید داشتند (۹). نتایج پژوهش مندل و همکاران نشان داد در افرادی که حمایت اجتماعی مثبت دارند، علائم سندرم پیش از قاعدگی خفیف‌تر شده است (۱۰). در پژوهش لیو و همکاران مشخص شد، نوسانات سطح هورمون در سراسر چرخهٔ قاعدگی باعث می‌شود زنان و دختران احساسات منفی را تجربه کنند؛ همچنین این نوسانات بر تنظیمات خلقی و استرس تحصیلی تأثیر می‌گذارد (۱۱). لوستیک و همکاران شایع‌ترین علائم سندرم پیش از قاعدگی را به‌ترتیب تحریک‌پذیری، اضطراب، عصبانیت، استرس و افسردگی دانستند (۱۸) که در این پژوهش نیز اضطراب و استرس جزئی از علائم شایع در تبیین سندرم پیش از قاعدگی بود. از طرفی دیگر، متأسفانه پژوهشی یافت نشد که رابطهٔ مدت قاعدگی را با سندرم پیش از قاعدگی بررسی کند. پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته بیشتر در زمینهٔ بررسی الگوی زمانی قاعدگی و قاعدگی دردناک و مشخصات قاعدگی این دختران بوده است (۴۶ـ۳۵). بر این اساس می‌توان این‌گونه استدلال کرد که طول مدت قاعدگی یکی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان است و می‌تواند منجربه تشدید علائم سندرم پیش از قاعدگی شود؛ ولی باتوجه به اینکه هر چقدر زمان و مدت قاعدگی در دختران نوجوان بیشتر باشد، به‌تبع درد و خونریزی کمتری دارند (۳۵). کم‌بودن درد و خونریزی در دوران قاعدگی باعث می‌شود اثرات نامطلوب قاعدگی کمتر شود. کمترشدن این اثرات نامطلوب مسلماً بر نحوهٔ نگرش به قاعدگی آنان تأثیر خواهد گذاشت؛ درنتیجه افزایش این نگرش موجب بهبود علائم و نشانگان این اختلال می‌شود.

همچنین در پژوهش حاضر بین نگرش به قاعدگی با سندرم پیش از

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]

قاعدگی ارتباط معنادار منفی وجود داشت که با پژوهش چن و چن (۲۵) همخوان است و با پژوهش‌های گِهلرت و همکاران (۴۷) و ونگ (۴۸) ناهمخوان است. نتایج پژوهش گِهلرت و همکاران مشخص کرد، بین نگرش به قاعدگی در دو بعد (احساس ناراحتی و خستگی در هنگام قاعدگی) با سندرم پیش از قاعدگی ارتباط معناداری وجود نداشت (۴۷). علاوه‌براین پژوهش ونگ نشان داد، بین شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی با نگرش به قاعدگی ارتباط معناداری مشاهده نشد (۴۸)؛ درحالی‌که در پژوهش چن و چن میان نگرش به قاعدگی با علائم سندرم پیش از قاعدگی ارتباط معنادار منفی وجود داشت (۲۵). تأثیری را که حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی به‌صورت غیرمستقیم بر سندرم پیش از قاعدگی ازطریق نگرش به قاعدگی می‌گذارد، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که با نگرش مثبتی که دختران نوجوان به دوران قاعدگی‌شان دارند، تا حدودی می‌توانند فشارهای جسمی و روانی ناشی‌از سندرم پیش از قاعدگی را تحمل کنند (۴۷). ازطرفی اگر این افراد احساس کنند، دیگران برچسب منفی به آن‌ها می‌زنند و حمایت‌هایشان به‌دلیل اعتقاد به ناتوانی آنان در این دوران است، این امر باعث کاهش سلامت روان و همچنین به‌وجودآمدن علائم و نشانگان سندرم پیش از قاعدگی ازجمله اضطراب، افسردگی، نوسانات خلقی، تغییرات اشتها، دوری از اجتماع، مشکل در تمرکز، سردرد، خستگی و... در این دوران می‌شود (۱۳)؛ زیرا نگرش مثبت فرد در این دوران پشتوانه‌ای مهم‌تر است که فرد را در مواجهه با وقایع پرتنش حمایت می‌کند؛ همچنین اگر فرد با رفتار نادرست دیگران با خود و نبود حمایت‌های آنان نگرش منفی به قاعدگی پیدا کند (۴۸). این امر باعث کاهش سلامت او می‌شود؛ درنتیجه بروز علائمی ازجمله علائم و نشانگان سندرم پیش از قاعدگی را در پی دارد (۲۵).

همچنین می‌توان اشاره کرد که درصد زیادی از دختران قبل از قاعدگی علائم شدیدی را متحمل می‌شوند که این علائم ممکن است سندرم پیش از قاعدگی را در آنان تشدید کند (۲۱). از علائمی که منجربه تشدید سندرم پیش از قاعدگی در دختران نوجوان می‌شود، میزان اضطراب و استرس آنان است (۱۸)؛ به سخن دیگر هرچه میزان این علائم بیشتر باشد، شدت علائم و نشانگان سندرم پیش از قاعدگی در آن‌ها بیشتر است (۲۶)؛ اما به‌نظر می‌رسد یک سر طیف این علائم یعنی میزان کمتر درجهٔ اضطراب و استرس از این امر مستثنی باشد و این چیزی است که در پژوهش‌ها به آن اشاره نشده است. این موضوع به آن معنا است که وقتی علائم مذکور به چهار سطح میزان کمتر درجه، خفیف، متوسط و شدید تقسیم می‌شود، مشاهده خواهد شد میزان کمتر درجه و همچنین درجهٔ اضطراب و استرس خفیف با سندرم پیش از قاعدگی رابطه‌ای ندارد و تنها اضطراب در سطح متوسط و زیاد است که می‌تواند با سندرم پیش از قاعدگی همبستگی داشته باشد (۴۸) و آن را پیش‌بینی کند. همچنین به‌نظر می‌رسد که رابطهٔ میان اضطراب و استرس با سندرم پیش از قاعدگی، رابطه‌ای دوسویه است؛ از یک سو در افرادی که دچار اضطراب و استرس باشند، علائم و نشانگان سندرم پیش از قاعدگی افزایش می‌یابد. علاوه‌براین، سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند اضطراب و استرس زیادی را در فرد ایجاد کند و به‌تبع افزایش نگرش به قاعدگی تا حدودی اضطراب و استرس را کاهش می‌دهد؛ درنتیجه منجربه بهبودی علائم و نشانگان سندرم پیش از قاعدگی می‌شود (۲۲).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت که عمده‌ترین آن‌ها به این شرح است: افراد نمونه شامل دختران نوجوان شهرستان کرمانشاه بود؛ ازاین‌رو در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی و قومیتی باید احتیاط کرد؛ همچنین باتوجه به موضوع پژوهش و نگرش‌های منفی و تابوهای زیادی که دربارهٔ قاعدگی وجود دارد، نبود همکاری نوجوانان، پنهان‌کاری و شرم برای پاسخ به برخی سؤالات در پرسشنامه‌ها وجود داشت؛ ازاین‌رو، باتوجه به شیوع زیاد نشانگان پیش از قاعدگی و نبود آگاهی از وجود چنین نشانگانی و مراجعه‌نشدن به متخصصان روان‌شناسی به‌نظر می‌رسد آموزش‌هایی درجهت ارتقای دانش، نگرش و آگاهی افراد در زمینهٔ درمان و مدیریت این سندرم انجام گیرد. براساس نتایج، مناسب است به‌کمک سیاست‌گذاران بهداشتی و آموزشی کشور برنامه‌ریزی و اجرای طرح‌های آموزشی و خدماتی شامل تدوین متون آموزشی با زبان ساده، تأسیس مراکز مشاوره مخصوص نوجوانان و والدین آن‌ها و برگزاری سمینارها و کارگاه‌های آموزشی در این زمینه صورت گیرد، تا نسلی آینده‌ساز، سالم و مولد داشته باشیم.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد، حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی دارای قدرت تبیین سندرم پیش از قاعدگی در میان دختران نوجوان است؛ همچنین نگرش به قاعدگی در رابطهٔ میان حمایت اجتماعی، اضطراب، استرس تحصیلی و طول مدت قاعدگی با سندرم پیش از قاعدگی نقش میانجی دارد.

۶ تشکروقدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله مستخرج از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام با شمارهٔ ۲۰۱۲۹۶۱۶۹۹۸۱۴۲۳۱۳۹۸۱۰۴۱۰۵ است که در تاریخ ۳۰ مهر ۱۳۹۹ از پایان‌نامه دفاع شده است. تمامی یافته‌های این پژوهش به‌طور دقیق و شفاف ارائه شده است. تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به‌طورکتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده خواهد شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]

منابع مالی
این مطالعه بدون حمایت مالی سازمانی یا نهادی انجام شده است.
مشارکت نویسندگان
نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندهٔ دوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. در پایان، همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Alotaibi MF. Physiology of puberty in boys and girls and pathological disorders affecting its onset. J Adolesc. 2019;71:63–71. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.12.007
2. Marván ML, Alcalá-Herrera V. Age at menarche, reactions to menarche and attitudes towards menstruation among Mexican adolescent girls. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2014;27(2):61–6. doi: 10.1016/j.jpag.2013.06.021
3. Arafa AE, Senosy SA, Helmy HK, Mohamed AA. Prevalence and patterns of dysmenorrhea and premenstrual syndrome among Egyptian girls (12–25 years). Middle East Fertility Society Journal. 2018;23(4):486–90. doi: 10.1016/j.mefs.2018.01.007
4. Gnanasambanthan S, Datta S. Premenstrual syndrome. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. 2019;29(10):281–5. doi: 10.1016/j.ogrm.2019.06.003
5. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. Obstet Gynecol. 2006;108(2):428–41. doi: 10.1097/01.aog.0000230214.26638.0c
6. Amiel Castro RT, Pataky E, Ehlert U. Associations between premenstrual syndrome and postpartum depression: a systematic literature review. Biol psychol. 2018;147:1-28. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.10.014
7. Landén M, Nissbrandt H, Allgulander C, Sörvik K, Ysander C, Eriksson E. Placebo-controlled trial comparing intermittent and continuous paroxetine in premenstrual dysphoric disorder. Neuropsychopharmacology. 2007;32(1):153–61. doi: 10.1038/sj.npp.1301216
8. Ghasemipour Y, Raavand M, Saeidi F. Comparison of perceived stress, coping strategies and social support between girl students with PreMenstrual Syndrome (PMS), PreMenstrual Dysphoric Disorder (pmdd) and normal group. Nursing And Midwifery Journal. 2019;17(4):309–20. [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3560-en.pdf
9. Jean RT, Wilkinson AV, Spitz MR, Prokhorov A, Bondy M, Forman MR. Psychosocial risk and correlates of early menarche in Mexican-American girls. Am J Epidemiol. 2011;173(10):1203–10. doi: 10.1093/aje/kwq498
10. Mendle J, Turkheimer E, D'Onofrio BM, Lynch SK, Emery RE, Slutske WS, et al. Family structure and age at menarche: a children-of-twins approach. Dev Psychol. 2006;42(3):533–42. doi: 10.1037/0012-1649.42.3.533
11. Liu Q, Wang Y, van Heck CH, Qiao W. Stress reactivity and emotion in premenstrual syndrome. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017;13:1597–602. doi: 10.2147/ndt.s132001
12. Nilsen W, Karevold E, Røysamb E, Gustavson K, Mathiesen KS. Social skills and depressive symptoms across adolescence: social support as a mediator in girls versus boys. J Adolesc. 2013;36(1):11–20. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.08.005
13. 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. doi: 10.5455/msm.2016.28.338-342
14. 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 Arh. 2012;66(1):24–7. doi: 10.5455/medarh.2012.66.24-27
15. Yalçın İ. Social support and optimism as predictors of life satisfaction of college students. Int J Adv Counselling. 2011;33(2):79–87. doi: 10.1007/s10447-011-9113-9
16. Reid RL, Soares CN. Premenstrual dysphoric disorder: contemporary diagnosis and management. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(2):215–23. doi: 10.1016/j.jogc.2017.05.018
17. Câmara RA, Köhler CA, Maes M, Nunes-Neto PR, Brunoni AR, Quevedo J, et al. Affective temperaments and emotional traits are associated with a positive screening for premenstrual dysphoric disorder. Compr Psychiatry. 2016;71:33–8. doi: 10.1016/j.comppsych.2016.08.008
18. Lustyk MKB, Widman L, Paschane A, Ecker E. Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology. Women Health. 2004;39(3):35–44. doi: 10.1300/j013v39n03_03
19. Shokri O, Kadivar P, Naghsh Z, Daneshvarpour Z. The academic stressors and reactions to them in male and female students. Advances in Cognitive Science. 2007;8(4):40–9. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-267-en.pdf
20. Cheng S-H, Shih C-C, Yang Y-K, Chen K-T, Chang Y-H, Yang Y-C. Factors associated with premenstrual syndrome - a survey of new female university students. Kaohsiung J Med Sci. 2013;29(2):100–5. doi: 10.1016/j.kjms.2012.08.017
21. Ekpenyong CE, Davis KJ, Akpan UP, Daniel NE. Academic stress and menstrual disorders among female undergraduates in Uyo, South Eastern Nigeria - the need for health education. Niger J Physiol Sci. 2011;26(2):193–8.
22. James Saddock B, Alkot Zadok V, Ruiz P. Kaplan and Sadocks synopsis of psychiatry; Updated with DSM-5. Eleventh edition; 2015. Rezaei F (Persian translator). Tehran: Arjmand; 2020. pp. 179-85.
23. Choi D, Lee D-Y, Lehert P, Lee IS, Kim SH, Dennerstein L. The impact of premenstrual symptoms on activities of daily life in Korean women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2010;31(1):10–5. doi: 10.3109/01674820903573920
24. Jeam J, Hwang S. A structural equation modeling on premenstrual syndrome in adolescent girls. J Korean Acad Nurs. 2014;44(6):660-71. doi: 10.4040/jkan.2014.44.6.660
25. Chen H-M, Chen C-H. Related factors and consequences of menstrual distress in adolescent girls with dysmenorrhea. Kaohsiung J Med Sci. 2005;21(3):121–7. doi: 10.1016/s1607-551x(09)70288-8
26. Alonso C, Coe CL. Disruptions of social relationships accentuate the association between emotional distress and menstrual pain in young women. Health Psychol. 2001;20(6):411–6.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]

27. Erbil N. Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. Alexandria Journal of Medicine. 2018;54(3):241–6. doi: 10.1016/j.ajme.2017.05.012
28. Kline RB. Software review: software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. Journal of Psychoeducational Assessment. 1998;16(4):343–64. doi: 10.1177/073428299801600407
29. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Arch Womens Ment Health. 2003;6(3):203–9. doi: 10.1007/s00737-003-0018-4
30. Yen J-Y, Chang S-J, Long C-Y, Tang T-C, Chen C-C, Yen C-F. Working memory deficit in premenstrual dysphoric disorder and its associations with difficulty in concentrating and irritability. Compr Psychiatry. 2012;53(5):540–5. doi: 10.1016/j.comppsych.2011.05.016
31. Bentz D, Steiner M, Meinlschmidt G. SIPS--screening instrument for premenstrual symptoms. The German version of Premenstrual Symptoms Screening Tool to assess clinically relevant disturbances. Nervenarzt. 2012;83(1):33–9. [German] doi: 10.1007/s00115-010-3210-6
32. Siahbazi Sh, Hariri F, Montazeri A, Moghaddam-Banaem L. Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). Payesh. 2011;10(4):421-27. http://payeshjournal.ir/article-1-495-fa.html
33. Brooks-Gunn J, Ruble DN. The menstrual attitude questionnaire. Psychosom Med. 1980;42(5):503–12. doi: 10.1097/00006842-198009000-00005
34. Eswi A, Elarousy W. menstrual attitude and knowledge among Egyptian female adolescents. Journal of American Science,. 2012;8(6):555–65.
35. Mohamadirizi S, Kordi M, Shakeri MT. The relationship between perimenstrual symptoms and menstrual attitude in high-school girls in Mashhad city in years 2011-2012. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012;15(8):25–31. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2012.5713
36. 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 Commun Psychol. 1986;14(2):195–218. doi: 10.1007/BF00911821
37. Castella Sarriera J, Bedin L, Casas F, Abs D, Calza T. Relationship between social support, life satisfaction and subjective well- being in Brazilian adolescents. Universitas Psychologica. 2015;14:459–74.
38. Haghshenas L. The mediating role of social support in predicting general health based on emotional control in mothers of children with cancer. Contemporary Psychology. 2017;12(1):85–98. [Persian] https://bjcp.ir/article-1-1238-en.pdf
39. Beck AT, Steer RA. Beck anxiety inventory (BAI). San Anto: Psychological Corporation; 1990.
40. Lee H, Lee E, Hwang S, Hong S, Kim J. Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory in the community-dwelling sample of Korean adults. Korean Journal of Clinical Psychology. 2016;35(4):822-30. http://dx.doi.org/10.15842/kjcp.2016.35.4.010
41. Mousavi M, Parvin S, Farid F, Bahrainian A, Asghanejad Farid A. Evaluation of emotional intelligence training efficiency aimed at improving the quality of life, reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly in Tehran nursing home. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2016;18(Special Issue):520–6. [Persian] doi: 10.22038/jfmh.2016.8303
42. Gadzella BM, Baloglu M. Confirmatory factor analysis and internal consistency of the Student-life Stress Inventory. Journal of Instructional Psychology. 2001;28(2):84–94.
43. Ghanaie Z, Naghsh Z, Kadivar P, Shokri O, Daneshvar Z, Molaie M. Sefat shakhsiat, stress tahsili va amalkard tahsili [Personality traits, academic stress and academic performance]. Journal of Psychological Studies. 2007;3(3):25–48. [Persian] doi: 10.22051/psy.2007.1701
44. Abbasi M, Dargahi S, Mohammad alipor Z, Mehrabi A. The role of student stressors in predicting procrastination and academic burnout among nursing students. Iranian Journal of Medical Education. 2015;15(0):293–303. [Persian] http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3465-en.pdf
45. Nadi MA, Yarmohammadian MH. Reliability, validity, and fitness for purpose of the organizational learning capability model among the faculty members of Isfahan University of Medical Sciences, Iran. Health Information Management. 2012;8(8):1073–85. [Persian] http://him.mui.ac.ir/index.php/him/article/download/530/666
46. Farshbaf Manei Sefat F, Abolghasemi A, Barahmand U, Hajloo N. A survey of menstruation pattern and prevalence of dysmenorrhea in ardabil second high school students. Iranian Journal of Epidemiology. 2017;13(3):235–43. [Persian] https://irje.tums.ac.ir/article-1-5821-en.pdf
47. Gehlert S, Song IH, Chang C-H, Hartlage SA. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder in a randomly selected group of urban and rural women. Psychol Med. 2009;39(1):129–36. doi: 10.1017/s003329170800322x
48. Wong LP. Premenstrual syndrome and dysmenorrhea: urban-rural and multiethnic differences in perception, impacts, and treatment seeking. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011;24(5):272–7. doi: 10.1016/j.jpag.2011.03.009

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.225.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.214]