

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی رابطه‌ی تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای با شدت دیسمنوره‌ی اولیه

خلاصه

مقدمه: عوامل متعددی بر شدت دیسمنوره تاثیر می‌گذارند. هدف از این بررسی، تعیین رابطه‌ی تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای با شدت دیسمنوره‌ی اولیه می‌باشد.

روش کار: این مطالعه‌ی از نوع توصیفی-همبستگی از آبان ۱۳۸۹ آغاز و در آذر ماه ۱۳۹۰ پایان یافت. در این پژوهش ۲۵۴ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی چالوس به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب و پرسش‌نامه‌های تعیین شدت دیسمنوره‌ی آندرش و میلوسوم، تصویر بدن فیشر و تعیین سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فالکمن توسط آنان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه‌ی ۱۶ و آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک‌سویه و آزمون تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه با تصویر بدن ($P \leq 0/01$) و سبک‌های مقابله‌ای (مسئله‌محوری $P \leq 0/01$ و هیجان‌محوری $P \leq 0/05$) و تمام مولفه‌های تصویر بدن رابطه‌ی معنی‌دار ($P \leq 0/01$) وجود دارد و مولفه‌های تصویر بدن از توانایی پیش‌بینی شدت دیسمنوره برخوردارند. هم‌چنین از بین مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای، بین شدت دیسمنوره با مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده ($P \leq 0/01$)، جستجوی حمایت اجتماعی ($P \leq 0/05$)، خویش‌داری ($P \leq 0/05$)، ارزیابی مجدد مسئله ($P \leq 0/05$) و مسئولیت‌پذیری ($P \leq 0/05$) رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشته و مولفه‌ی مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده از توانایی پیش‌بینی شدت دیسمنوره برخوردار است.

نتیجه‌گیری: دو عامل روان‌شناختی تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای با شدت دیسمنوره‌ی اولیه ارتباط دارند. لذا باید در اداره و کنترل شدت دیسمنوره‌ی اولیه به این دو مقوله، توجه نمود.

واژه‌های کلیدی: تصویر بدن، دیسمنوره، مقابله

سهیلا نظریور

دانشجوی دکتری بهداشت باروری، مربی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس

کامیان خزایی

دکترای علوم تربیتی، مربی دانشگاه آزاد
اسلامی واحد چالوس

*مؤلف مسئول:

ایران، چالوس، خیابان ۱۷ شهریور، دانشگاه
آزاد اسلامی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی
sn9547@gmail.com
تلفن: ۰۱۹۱۲۲۱۵۹۳۸

تاریخ وصول: ۹۱/۱/۳۰

تاریخ تایید: ۹۱/۵/۱۴

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری معاونت پژوهشی و مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس و تمام دانشجویان شرکت‌کننده در این تحقیق، تشکر و قدردانی می‌گردد.

Original Article

The study of correlation between body image and coping styles with severity of primary dysmenorrhea

Abstract

Introduction: There are many factors that affect the severity of dysmenorrhea. The objective of the present article is to investigate the relationship of body image and coping styles with the severity of primary dysmenorrhea.

Materials and Methods: This descriptive-correlational study begun in November 2010 and ended in December 2011. 254 Islamic Azad University students were selected through stratified random sampling method and filled in three questionnaires including Andersh and Milsom dysmenorrhea severity determination questionnaire, Fischer's body image questionnaire and Lazarus-Folkman coping styles questionnaire. To analyze the data, SPSS. 16, Pearson's correlation test, one-way ANOVA and stepwise regression analysis were applied.

Results: Significant relationship was observed between primary dysmenorrhea and body image ($P \leq 0.01$) and coping styles (problem-based $P \leq 0.01$ and emotional-based ($P \leq 0.05$). The same was observed between primary dysmenorrhea and all components of body image ($P \leq 0.01$). Body image components can predict the severity of dysmenorrhea. There were also significant relationship between dysmenorrhea and some components of coping styles such as programmed problem-solving ($P \leq 0.01$), seeking social support ($P \leq 0.05$), self-restraint ($P \leq 0.05$), problem reassessment ($P \leq 0.05$) and responsibility ($P \leq 0.05$). Programmed problem-solving component can predict the severity of dysmenorrhea.

Conclusion: Two psychological factors of body image and coping styles are related to the primary dysmenorrhea and need to be paid more attention in management and control of primary dysmenorrhea.

Keywords: Body image, Coping, Dysmenorrhea

*Soheila Nazarpour

Student in Ph.D. in reproductive health, Instructor of Islamic Azad University, Branch of Chalous

Kamian Khazai

Ph.D. in educational sciences, Instructor of Islamic Azad University, Branch of Chalous

*Corresponding Author:

Faculty of nursing and midwifery, Islamic Azad University, 17th Shahrivar St., Chalous, Iran
sn9547@gmail.com
Tel: +981912215938
Received: Apr. 18, 2012
Accepted: Aug. 04, 2012

Acknowledgement:

This study was approved and financially supported by the research committee of Islamic Azad University, branch of Chalous. The authors had no conflict of interest with the result.

Vancouver referencing:

Nazarpour S, Khazai K. The study of correlation between body image and coping styles with severity of primary dysmenorrhea. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2013; 14(4): 344-55.

مقدمه

دیسمنوره یک اختلال ژنیکولوژیک شایع است که تقریباً ۵۰ درصد از زنان دارای سیکل‌های قاعدگی منظم را درگیر می‌کند (۲،۱). بیش از ۱۰ درصد از زنان، دارای علائم شدید و نیازمند به استراحت بوده و در فعالیت‌های روزانه دچار ناتوانی می‌شوند (۴،۳)؛ به طوری که در هر سیکل قاعدگی برای یک تا سه روز به علت کرامپ‌های شدید رحمی قادر به انجام کارهای معمول روزانه نیستند. دیسمنوره، شایع‌ترین شکایت ژنیکولوژیک نوجوانان و زنان جوان است (۵). شیوع دیسمنوره در سطح جهان از ۱۵/۸ تا ۸۹/۵ درصد بوده و بالاترین شیوع آن در جمعیت نوجوان (۶۰ تا ۹۲٪) دیده می‌شود (۱۳-۶). دیسمنوره‌ی اولیه به درد قاعدگی در غیاب بیماری قابل اثبات لگنی اطلاق می‌شود که معمولاً بروز آن در ۱ تا ۲ سال اول پس از شروع قاعدگی و هنگامی است که تخمک‌گذاری برقرار می‌شود (۱۳-۱۵،۶). دیسمنوره‌ی اولیه بیماری زنان جوان است که بیشتر در طول سنین نوجوانی (سنین ۱۹-۱۳ سالگی) و ۲۰ سال اول زندگی رخ می‌دهد (۱۶،۵). میزان شیوع آن بعد از سن ۳۰ سالگی و به طور بارزی بعد از ۳۵ سالگی شروع به کاهش می‌نماید (۱۶).

در سال‌های اخیر زنان به عنوان نیروی انسانی در خیلی از زمینه‌های کاری از جمله حرفه‌های مختلف فنی به کار گماشته شده‌اند و تا حدودی به علت همین وظایف شغلی در حال توسعه‌ی زنان بوده است که اخیراً نسبت به علائمی که برخی از زنان در زمان قاعدگی ابراز می‌کنند، تجدیدنظری از نظر توجهات پزشکی به عمل آمده است (۱۷). وجود دیسمنوره یکی از عوامل اصلی مختل‌کننده‌ی کیفیت زندگی و فعالیت‌های اجتماعی زنان جوان می‌باشد (۱۸) به خصوص اگر با علائمی مانند سردرد، خستگی، تهوع و استفراغ، اسهال، بی‌حوصلگی، لرز، گرفتگی عضلانی و... همراه باشد (۱۲،۱۳). وجود دیسمنوره‌ی شدید نیاز به استراحت مطلق را ضروری ساخته و موجب می‌گردد که فرد از محل کار و یا تحصیل خود غیبت کند. درد قاعدگی در تعدادی از زنان منجر به اختلال در انجام امور از جمله خانه‌داری، دشواری در انجام امور شغلی و فعالیت‌های مربوط به تحصیل در طی چند روز در هر سیکل

قاعدگی می‌شود. همچنین این درد می‌تواند منجر به از دست رفتن زمان مطالعه و تحصیل و کار در زنان به خصوص در سنین نوجوانی گردد (۱۹،۲۰).

عوامل سببی دیسمنوره‌ی اولیه و علائم همراه آن شامل عوامل روحی و روانی، اندوکرینی، سرویکال، افزایش غیرطبیعی فعالیت رحمی و ساخت و ترشح بیش از حد پروستاگلاندین‌ها می‌باشد (۲۳-۲۱). طی بررسی‌های به عمل آمده، عوامل متعددی می‌توانند بر شدت دیسمنوره‌ی اولیه موثر باشند. فعالیت بیش از حد و حرکات ورزشی و بدنی، رتوروسيون رحم، تنش‌های روانی و اجتماعی، سرما، مصرف الکل و سیگار، رژیم غذایی پرچرب، چاقی، کمبود آهن و تاریخچه‌ی خانوادگی به عنوان عوامل تشدیدکننده شناخته شده‌اند. خوردن کافئین، عوامل مسبب عدم تخمک‌گذاری (مثل OCP^۱)، زایمان واژینال قبلی، افزایش سن و کاهش حرکات ورزشی در طی قاعدگی از جمله عوامل کاهنده‌ی درد قاعدگی هستند (۵،۶،۲۷-۲۴). همچنین بر خلاف درد شکمی ناشی از عوامل عفونی، این درد با ماساژ شکم، فشار متقابل یا حرکت بدن بهتر می‌شود (۱۵). برخی تحقیقات نیز نشان می‌دهند که الگوی قاعدگی می‌تواند بر شدت دیسمنوره موثر باشد. به طوری که در زنان دارای مدت و مقدار زیاد خونریزی قاعدگی، منارک زودرس و با سیکل‌های منظم، دیسمنوره شدت بیشتری دارد (۶،۲۶-۲۴).

از جمله عواملی که به نظر می‌رسد می‌تواند بر شدت دیسمنوره، موثر باشد عوامل روانی و رفتاری هستند (۶). اگر چه عوامل روحی-روانی، به طور متقاعدکننده‌ای به عنوان عوامل سببی اثبات نشده‌اند، اما می‌توانند سبب تشدید درد شوند و باید در موارد شکست درمانی در نظر گرفته شوند (۶،۲۷). همانند سایر اشکال درد، درد قاعدگی نیز ممکن است با اضطراب، تنش، ترس و یا احساس گناه همراه باشد (۲۷،۲۸). عوامل روانی ممکن است در دیسمنوره‌ی اولیه دخالت داشته باشند و شامل عوامل نگرشی می‌باشند که از مادر به دختر رسیده است (۲۹). بررسی‌ها نشان داده‌اند که در دخترانی که وضعیت روحی و عاطفی بی‌ثباتی دارند و آن‌هایی که در

^۱Oral Contraceptive Pill

جریان قاعدگی حس خوبی ندارند، دیسمنورهی اولیه بیشتری دیده می‌شود (۳۰).

با توجه به بازشناسی نقش متغیرهای روان‌شناختی در پدیدآیی و تداوم اختلالات جسمانی از سوی پژوهشگران حوزه‌های مختلف پزشکی و اختصاص یافتن انبوهی از ادبیات پژوهشی به ارتباط بین مولفه‌های روان‌شناختی و انواع شکایات جسمانی، این مطالعه بر آن است تا ارتباط شدت دیسمنورهی اولیه را با دو متغیر تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای مورد توجه قرار دهد.

تصویر بدن، احساس فرد از بدن و یک تجسم ذهنی از ظاهر فیزیکی خود است (۳۱، ۳۲). برخی از شواهد وجود دارد که نشان می‌دهد تصویر بدنی فرد با درد ارتباط دارد (۳۳) و ایجاد اختلال در تصویر بدن می‌تواند اثرات جسمی و روانی عمیقی داشته، بر احساس درد تاثیر بگذارد (۳۱، ۳۲).

سبک‌های مقابله‌ای، فرآیند مقابله‌ای فرد برای مدیریت تنش هستند (۲۲) که در برخی از مطالعات به ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و درد و ناتوانی در بیماران اشاره شده است.

لذا به نظر می‌رسد توجه به مقوله‌ی روانی می‌تواند افقی تازه را در درمان و کنترل دیسمنورهی اولیه باز نماید. شناخت این که چه عواملی در شدت دیسمنورهی اولیه دخیل می‌باشند، می‌تواند قدمی در مسیر شناخت بهتر این مسئله‌ی همگانی باشد تا شاید بتوان با تعدیل و تغییر برخی از این عوامل تغییرپذیر، در جهت بهبود این مشکل تلاش نمود.

این بررسی با هدف تعیین رابطه‌ی تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای با شدت دیسمنورهی اولیه انجام گردیده است.

روش کار

این مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی به منظور تعیین ارتباط و همبستگی بین تصویر ذهنی از بدن و سبک‌های مقابله‌ای با شدت دیسمنورهی اولیه در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام پذیرفته است. بررسی از آبان ۱۳۸۹ آغاز و در آذر ۱۳۹۰ پایان یافت و نمونه‌گیری از آذر تا بهمن ۱۳۸۹ به طول انجامید. جامعه‌ی آماری این مطالعه را تمام دانشجویان دختر شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس در سال تحصیلی ۹۰-

۱۳۸۹ به تعداد تقریبی ۳۵۰۰ نفر تشکیل می‌دادند. افراد تحت مطالعه، مجرد و بین ۲۵-۱۷ سال سن داشته و فاقد بیماری‌های زمینه‌ای لگنی (که موجب دیسمنورهی ثانویه می‌شوند) بوده و از هیچ‌گونه دارویی اعم از داروهای هورمونی استفاده نکرده و یا سابقه‌ی استفاده از آن را نیز نداشتند. با توجه به این که دیسمنورهی اولیه در طی چند سال بعد از منارک آغاز گشته و از سویی بروز دیسمنورهی ثانویه، معمولا بعد از ۲۵ سالگی است، لذا سن ۲۵-۱۷ سالگی، با توجه به زمان شروع تحصیل دانشجویان تعیین گردید.

در این بررسی نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای انجام گرفته است. به این ترتیب که از میان دانشکده‌های مختلف، سه دانشکده یا رشته‌ی مستقل به طور تصادفی تعیین شده و در هر یک با توجه به تعداد دانشجویان دختر و انتخاب تصادفی کلاس‌های درس، تعداد ۲۵۴ نفر (با احتساب نسبت هر یک از دانشکده‌ها)، از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. در این راستا ابتدا در هر کلاس توضیحات لازم و مناسب در زمینه‌ی پژوهش داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه‌ی افراد داوطلب، فرم مصاحبه‌ی مقدماتی در اختیار آنان قرار گرفت تا تکمیل نمایند. نمونه‌ها در رد یا قبول شرکت در پژوهش آزاد بودند. مصاحبه‌ی مقدماتی شامل سئوالات بالینی در جهت تشخیص دیسمنورهی اولیه و تمایز آن از دیسمنورهی ثانویه (وجود درد به علت بیماری‌های لگنی) بود. این سئوالات بر اساس مشخصات دیسمنورهی اولیه که در کتب مرجع جهت تشخیص بیان شده و در مراکز بالینی از آن برای تشخیص دیسمنوره استفاده می‌گردد، تهیه و تنظیم گردید. بر اساس داده‌های به دست آمده از مصاحبه‌ی مقدماتی که نشان‌دهنده‌ی وجود و یا عدم وجود شرایط لازم داوطلب به منظور شرکت در تحقیق بود، افراد حایز شرایط مشخص و با انتخاب تصادفی، فرم‌های پرسش‌نامه در اختیار آنان قرار گرفت تا تکمیل نمایند. تفهیم اطلاعات موجود در فرم‌های پرسش‌نامه به آزمودنی‌ها توسط محقق قبل از تکمیل انجام پذیرفت.

انجام نمونه‌گیری و تکمیل پرسش‌نامه‌ها در خارج از ساعات کلاس درس انجام پذیرفته و از دانشجویان خواسته شد که از درج نام و نام خانوادگی خود بر روی پرسش‌نامه‌ها خودداری

اندام‌های تحتانی شامل ۶ ماده (سؤال ۲۳ تا ۲۸) است. ۱۸ ماده‌ی دیگر، نگرش آزمودنی را نسبت به ویژگی‌های کلی بدن (سؤال ۲۹ تا ۴۶) می‌سنجند (۳۵). اعتبار این آزمون توسط یزدان‌جو در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی محاسبه شده‌ی آزمون در اجرای اول و اجرای دوم به روش پیرسون برای دانش‌آموزان سال اول ۰/۸۱، دانش‌آموزان سال دوم ۰/۸۴، دانش‌آموزان سال سوم ۰/۸۷ و جمع دانش‌آموزان ۰/۸۴ می‌باشد. با توجه به سطح معنی‌داری این ضرایب می‌توان پذیرفت که بین نمرات حاصل از اجرای اول و اجرای دوم آزمون تصویر، همبستگی معنی‌داری وجود دارد (به نقل از ۳۵ و ۳۶). در تحقیق حاضر نیز، پایایی و روایی پرسش‌نامه‌ی تصویر بدنی با سه روش آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن براون و ضریب تنصیف گاتمن محاسبه گردید که به ترتیب برابر ۰/۹۱۸، ۰/۸۶۱ و ۰/۸۶۱ به دست آمد.

ج- پرسش‌نامه‌ی تعیین سبک‌های مقابله‌ای تهیه شده توسط لازلاروس و فالکمن^۴: این پرسش‌نامه توسط لازلاروس و فالکمن در سال ۱۹۸۵ تهیه شده و شامل ۶۵ ماده است که ۸ روش مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه دو دسته روش‌های مسئله‌مدار (جستجوی حمایت‌های اجتماعی شامل ۶ سؤال، مسئولیت‌پذیری شامل ۶ سؤال، مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده شامل ۹ سؤال و ارزیابی مجدد مسئله شامل ۸ سؤال) و هیجان‌مدار (رویاریویی شامل ۶ سؤال، دوری‌گزینی شامل ۱۰ سؤال، خویشتن‌داری شامل ۱۰ سؤال و فرار و اجتناب شامل ۱۰ سؤال) را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی‌ها به سؤالات این پرسش‌نامه با انتخاب یکی از چهار گزینه‌ی به کار نبردم (نمره‌ی ۱)، تا حدی به کار بردم (نمره‌ی ۲)، بیشتر مواقع به کار بردم (نمره‌ی ۳) و زیاد به کار بردم (نمره‌ی ۴) پاسخ می‌دهند. فالکمن و لازلاروس ضریب همسانی درونی (پایایی) ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هر یک از سبک‌های مقابله‌ای گزارش نموده‌اند (۳۷). در پژوهش دژکام و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ گزارش شده است (به نقل از ۳۸). در این مطالعه نیز جهت بررسی پایایی و روایی ابزارهای اندازه‌گیری نسبت به محاسبه آلفای کرونباخ،

نمایند و به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان تنها کاربرد تحقیقاتی دارد. هم‌چنین سعی گردید در خصوص رفع مشکلات جسمی مربوط به درد قاعدگی راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها انجام گیرد.

در این بررسی سه نوع پرسش‌نامه به کار برده شد که عبارتند از: الف- پرسش‌نامه‌ی تعیین شدت درد قاعدگی طبق درجه‌بندی شفاهی چندبعدی^۱ آندرش و میلسوم^۲: بر اساس این پرسش‌نامه، شدت درد قاعدگی اولیه به چهار دسته‌ی عدم درد قاعدگی (درجه‌ی صفر)، درد قاعدگی خفیف (درجه‌ی ۱)، درد قاعدگی متوسط (درجه‌ی ۲) و درد قاعدگی شدید (درجه‌ی ۳) تقسیم‌بندی می‌شود و در برگیرنده‌ی ۴ مشخصه یا سؤال کلی شامل ماهیت درد (سؤال اول)، علایم عمومی (سیستمیک) (سؤال دوم)، توانایی انجام کار (سؤال سوم) و لزوم مصرف مسکن (سؤال چهارم) است و آزمودنی با توجه به شرایط این چهار مشخصه، شدت درد را تعیین می‌نماید (۳۴).

در این مطالعه جهت بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه‌ی مذکور از محاسبه‌ی آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن براون و ضریب تنصیف گاتمن استفاده گردید. نتایج به ترتیب برای آلفای کرونباخ ۰/۸۹۹، ضریب اسپیرمن براون ۰/۸۳۶ و ضریب تنصیف گاتمن ۰/۸۲۵ به دست آمد. هم‌چنین از روش آزمون-بازآزمون استفاده شد. به این ترتیب که به ۱۰ نفر از افراد مشابه با نمونه‌های مورد مطالعه، دو پرسش‌نامه با فاصله‌ی ده روز داده شد تا تکمیل نمایند و با استفاده از آزمون آماری ضریب همبستگی ۰/۹۴ به دست آمد.

ب- پرسش‌نامه‌ی تصویر بدن فیشر^۳: این آزمون در سال ۱۹۷۰ توسط فیشر ساخته شده و دارای ۴۶ ماده است. هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ (خیلی ناراضی=۱، ناراضی=۲، متوسط=۳، راضی=۴ و خیلی راضی=۵) می‌باشد. کسب نمره‌ی ۴۶ نشان‌دهنده‌ی اختلال و نمره‌ی بالاتر از ۴۶ و هرچه بالاتر (حداکثر ۲۳۰) عدم اختلال را نشان می‌دهد. حیطه‌های مورد سنجش در این آزمون شامل سر و صورت با ۱۲ ماده (سؤال ۱ تا ۱۲)، اندام‌های فوقانی شامل ۱۰ ماده (سؤال ۱۳ تا ۲۲) و

^۱Verbal Multidimensional Scoring System

^۲Andersh and Milsom

^۳Fisher Body Image Scale

^۴Lazarus and Folkman

نتایج

در مطالعه‌ی حاضر به منظور تعیین رابطه‌ی تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای با شدت دیسمنوره‌ی اولیه بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، میانگین سنی آزمودنی‌ها ۱/۵۷۸/۲۰ سال، میانه ۲۰ سال، نما ۲۰ سال، انحراف معیار ۱/۷۸۷ سال و خطای استاندارد میانگین ۰/۱۱۲ بوده است. نتایج توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد میانگین مربوط به آزمون‌های سه‌گانه این مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

ضریب اسپیرمن براون و ضریب تنصیف گاتمن اقدام گردید. نتایج به دست آمده به ترتیب ۰/۸۴۸ و ۰/۸۵۴، ۰/۹۰۸ به دست آمد. داده‌های این مطالعه از طریق شاخص‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و ترسیم جداول و نمودارها، طبقه‌بندی و خلاصه شده و همچنین جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک سویه و آزمون تحلیل رگرسیون گام به گام ضمن بهره‌مندی از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده شده است.

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد، خطای استاندارد میانگین مربوط به مولفه‌های تصویر بدنی، سبک‌های مقابله‌ای و شدت دیسمنوره‌ی اولیه در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس

مولفه‌ها	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد
سن	۲۵۴	۱۷	۲۵	۲۰/۵۷۸	۰/۱۱۲	۱/۷۸۷
سر و صورت	۲۵۴	۲۱	۱۰۰	۴۶/۸۳۴	۰/۵۱۴	۸/۲۰۱
اندام‌های فوقانی	۲۵۴	۱۶	۵۰	۳۹/۱۵۳	۰/۴۰۲	۶/۴۰۸
اندام‌های تحتانی	۲۵۴	۷	۵۱	۲۳/۱۷۷	۰/۲۷۱	۴/۳۲۹
ویژگی‌های کلی	۲۵۴	۲۹	۹۸	۶۷/۴۲۵	۰/۶۰۶	۹/۶۵۸
تصویر بدن	۲۵۴	۷۵	۲۶۱	۱۷۶/۵۹۰	۱/۵۶۷	۲۴/۹۷۴
جستجوی حمایت	۲۵۴	۵	۲۰	۱۲/۷۱۲	۰/۲۱۷	۳/۴۵۸
مسئولیت‌پذیری	۲۵۴	۷	۲۴	۱۶/۰۷۸	۰/۲۱۰	۳/۳۵۷
مشکل‌گشایی	۲۵۴	۱۱	۳۹	۳۲/۸۳۴	۰/۲۹۳	۴/۶۶۹
ارزیابی مجدد	۲۵۴	۱۰	۳۲	۲۰/۹۰۹	۰/۲۷۲	۴/۳۴۵
رویارویی	۲۵۴	۶	۲۱	۱۲/۲۰۸	۰/۱۷۲	۲/۷۴۹
دوری‌گزینی	۲۵۴	۱۳	۳۹	۲۲/۸۷۸	۰/۳۱۶	۵/۰۵۱
خویش‌داری	۲۵۴	۱۵	۵۵	۲۷/۷۸۳	۰/۳۴۴	۵/۴۸۶
فرار و اجتناب	۲۵۴	۱۱	۳۸	۲۴/۶۶۱	۰/۳۰۲	۴/۸۱۶
مسئله‌محوری	۲۵۴	۴۰	۱۰۷	۷۲/۵۳۵	۰/۷۹۸	۱۲/۷۲۹
هیجان‌محوری	۲۵۴	۴۷	۱۳۵	۸۷/۵۳۱	۰/۹۲۶	۱۴/۷۶۲
دیسمنوره‌ی اولیه	۲۵۴	۷۵	۲۶۱	۱۷۶/۵۹۰	۱/۵۶۷	۲۴/۹۷۴

منظور تایید فرضیه‌های پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای با شدت دیسمنوره از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج مشخص نمود با اطمینان ۰/۹۹ و سطح خطاپذیری $P \leq 0/01$ بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه و تصویر بدن، رابطه‌ی معنی‌دار قوی آماری وجود دارد. هم‌چنین در خصوص سبک‌های مقابله‌ای با اطمینان ۰/۹۹ و سطح خطاپذیری $P \leq 0/01$ بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه و سبک مسئله‌محوری و با اطمینان ۰/۹۵ و سطح خطاپذیری

نتایج نشان داد که ۱۶/۱ درصد فاقد دیسمنوره‌ی اولیه (درجه‌ی صفر)، ۳۵/۴ درصد از افراد تحت مطالعه به دیسمنوره‌ی خفیف (درجه‌ی یک)، ۳۲/۷ درصد به دیسمنوره‌ی متوسط (درجه‌ی دو) و ۱۵/۷ درصد به دیسمنوره‌ی شدید (درجه‌ی سه) مبتلا بودند. البته باید یادآور شد که برای تشخیص قطعی دیسمنوره‌ی اولیه و تمایز آن از دیسمنوره‌ی ثانویه نیاز به اقدامات و بررسی‌های فرابالینی و آزمایشگاهی می‌باشد که این مسئله در بررسی حاضر از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. به

$P \leq 0/05$ بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه و سبک هیجان‌محوری رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد (جدول ۲).

جدول ۲- همبستگی بین تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای با

شدت دیسمنوره‌ی اولیه در دانشجویان دانشگاه

آزاد اسلامی واحد چالوس

متغیر	آزمون آماری	تصویر بدن	مسئله‌محوری	هیجان‌محوری
شدت	همبستگی پیرسون	۱/۰۰	۰/۲۵۱	۰/۱۳۱
دیسمنوره‌ی اولیه	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۳۷
	تعداد	۲۵۴	۲۵۴	۲۵۴

معنی‌داری در سطح خطا پذیری $P \leq 0/01$

* معنی‌داری در سطح خطا پذیری $P \leq 0/05$

با بررسی همبستگی بین هر یک از مولفه‌های تصویر بدن و شدت دیسمنوره‌ی اولیه توسط کاربرد آزمون پیرسون مشخص گردید با اطمینان ۰/۹۹ و سطح خطا پذیری $P \leq 0/01$ ، بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه با تمامی مولفه‌های تصویر بدن، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد. به طوری که بیشترین ضریب همبستگی به ترتیب بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه با ویژگی‌های کلی، اندام‌های فوقانی، سر و صورت و کمترین ضریب همبستگی بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه با اندام‌های تحتانی بوده است (جدول ۳).

جدول ۳- همبستگی بین شدت دیسمنوره اولیه و مولفه‌های تصویر

بدن در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس

مولفه‌ها	آزمون آماری	شدت دیسمنوره‌ی اولیه
سر و صورت	همبستگی پیرسون	۰/۸۴۸
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰
	تعداد	۲۵۴
اندام‌های فوقانی	همبستگی پیرسون	۰/۸۹۵**
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰
	تعداد	۲۵۴
اندام‌های تحتانی	همبستگی پیرسون	۰/۷۹۷**
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰
	تعداد	۲۵۴
ویژگی‌های کلی	همبستگی پیرسون	۰/۹۱۵**
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰
	تعداد	۲۵۴

در این بررسی مولفه‌های چهارگانه‌ی تصویر بدن به عنوان متغیرهای پیش‌بینی و شدت دیسمنوره‌ی اولیه به عنوان متغیر ملاک وارد مدل رگرسیون گام به گام شدند و نتایج نشان داد

که ۰/۹۳۷ از تغییرات مربوط به شدت دیسمنوره‌ی اولیه توسط ویژگی‌های کلی به تنهایی تبیین می‌شود و با اضافه شدن سر و صورت به ۰/۹۴۶، با اضافه شدن اندام‌های فوقانی به ۰/۹۸۶ و بالاخره با اضافه شدن اندام‌های تحتانی ۱۰۰ درصد تغییرات شدت دیسمنوره‌ی اولیه تبیین می‌شود ($P \leq 0/01$). به عبارتی نتیجه نشان می‌دهد که مولفه‌های تصویر بدن از توانایی پیش‌بینی شدت دیسمنوره‌ی اولیه در دانشجویان برخوردارند.

با بررسی همبستگی بین هر یک از مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای و شدت دیسمنوره‌ی اولیه توسط کاربرد آزمون پیرسون مشخص گردید بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه با مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده در سطح خطا پذیری $P \leq 0/01$ ، بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه با جستجوی حمایت اجتماعی، خویش‌داری، ارزیابی مجدد مسئله و مسئولیت‌پذیری در سطح خطا پذیری $P \leq 0/05$ ، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد (جدول ۴).

در این بررسی، مولفه‌های هشت‌گانه سبک‌های مقابله‌ای (چهار مولفه مربوط به سبک هیجان‌محور و چهار مولفه مربوط به سبک مسئله‌محور) به عنوان متغیرهای پیش‌بینی و شدت دیسمنوره‌ی اولیه به عنوان متغیر ملاک وارد مدل رگرسیون گام به گام شدند و نتایج نشان داد که ۰/۱۲۳ از تغییرات مربوط به شدت دیسمنوره‌ی اولیه توسط مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده به تنهایی تبیین می‌شود ($P \leq 0/01$) و سایر مولفه‌ها در تغییرات شدت دیسمنوره‌ی اولیه، ارزش تبیینی ندارند. به عبارتی نتیجه نشان می‌دهد که از مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای، تنها مولفه‌ی مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده از توانایی پیش‌بینی شدت دیسمنوره‌ی اولیه در دانشجویان برخوردار است.

بررسی همبستگی بین مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای با مولفه‌های تصویر بدن با کاربرد آزمون پیرسون نشان داد که بین مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده با ویژگی‌های کلی، اندام‌های فوقانی، سر و صورت و اندام‌های تحتانی و بین مسئولیت‌پذیری با اندام‌های فوقانی و بین جستجوی حمایت اجتماعی با ویژگی‌های کلی و بین رویارویی با ویژگی‌های کلی در سطح خطا پذیری $P \leq 0/01$ رابطه‌ی معنی‌دار قوی آماری وجود دارد. همچنین بین خویش‌داری با ویژگی‌های کلی و بین ارزیابی مجدد مسئله با ویژگی‌های کلی و اندام‌های فوقانی و نیز بین

جستجوی حمایت اجتماعی با سر و صورت، در سطح خطاپذیری $P \leq 0/05$ رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد.

جدول ۴- همبستگی بین شدت دیسمنورهی اولیه و

مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای در دانشجویان

دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس

مولفه‌ها	شدت دیسمنورهی اولیه
جستجوی حمایت اجتماعی	همبستگی پیرسون ۰/۱۵۰*
	سطح معنی‌داری ۰/۰۱۷
	تعداد ۲۵۴
مسئولیت‌پذیری	همبستگی پیرسون ۰/۱۳۱*
	سطح معنی‌داری ۰/۰۳۷
	تعداد ۲۵۴
مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده	همبستگی پیرسون ۰/۳۵۱**
	سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰
	تعداد ۲۵۴
ارزیابی مجدد مسئله	همبستگی پیرسون ۰/۱۳۸*
	سطح معنی‌داری ۰/۰۲۸
	تعداد ۲۵۴
رویارویی	همبستگی پیرسون ۰/۱۲۰
	سطح معنی‌داری ۰/۰۵۶
	تعداد ۲۵۴
دوری‌گزینی	همبستگی پیرسون ۰/۰۸۵
	سطح معنی‌داری ۰/۱۷۵
	تعداد ۲۵۴
خویش‌داری	همبستگی پیرسون ۰/۱۴۹*
	سطح معنی‌داری ۰/۰۱۸
	تعداد ۲۵۴
فرار و اجتناب	همبستگی پیرسون ۰/۰۷۴
	سطح معنی‌داری ۰/۲۴۳
	تعداد ۲۵۴

** معنی‌داری در سطح خطاپذیری $P \leq 0/01$

* معنی‌داری در سطح خطاپذیری $P \leq 0/05$

بحث

بر اساس نتایج، میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۰/۵۸ سال، میانه ۲۰ سال، نما ۲۰ سال و انحراف معیار ۱/۷۸۷ سال می‌باشد. به طوری که بیشترین نمونه‌ها را دانشجویان ۲۰ ساله تشکیل می‌دادند. این دانشجویان همه مجرد بودند.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ۸۳/۹ درصد از نمونه‌ها دارای درد قاعدگی (خفیف، متوسط یا شدید) و ۱۶/۱ درصد فاقد دیسمنوره بوده‌اند.

اسپروف^۱ میزان دیسمنوره را در طول نوجوانی ۴۵ تا ۷۲ درصد (۳۹) و بنی کریم^۲ شیوع آن را در نوجوانان ۶۰ تا ۹۲ درصد (۱۳) گزارش نموده‌اند. راپکین^۳ نیز گروه سنی شایع برای دیسمنوره اولیه را بین ۱۷ تا ۲۲ سالگی می‌داند (۴). کالیس^۴ نیز شیوع دیسمنوره را در سطح جهان ۱۵/۸ تا ۸۹/۵ درصد برآورد نموده که در جمعیت نوجوانان بالاترین شیوع را دارا است (۶). نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نیز در راستای نتایج گزارشات قبلی می‌باشد. اما مطالعه‌ی بورت^۵ و همکاران در خصوص بررسی شیوع دیسمنورهی اولیه در کانادا که بر روی ۲۷۲۱ زن ۱۸ ساله و بالاتر انجام گرفت شیوع دیسمنورهی اولیه را ۶۰ درصد به دست آورد که نسبت به نتیجه‌ی حاصل از پژوهش حاضر، پایین‌تر بوده است (۱۲).

بر اساس یافته‌های حاصل از بررسی، در افرادی که دچار دیسمنورهی اولیه بودند، شدت دیسمنوره به ترتیب شیوع شامل ۳۵/۴ درصد دیسمنورهی خفیف (درجه‌ی یک)، ۳۲/۷ درصد دیسمنورهی متوسط (درجه‌ی دو) و ۱۵/۷ درصد دیسمنورهی شدید (درجه‌ی سه) می‌باشد. به عبارتی بالاترین میزان شیوع متعلق به دیسمنورهی خفیف و کمترین آن مربوط به نوع شدید است. یافته‌ی حاصل با نتایج به دست آمده از یک بررسی وسیع همه‌گیری‌شناسی ۴ ساله که توسط کلین و لیت^۶ بر روی هفتاد هزار دختر نوجوان انجام گرفت و مشخص نمود در بین افراد دچار دیسمنورهی اولیه، ۴۹ درصد دیسمنورهی خفیف، ۳۷ درصد دیسمنورهی متوسط و ۱۲ درصد دیسمنورهی شدید دارند (۴۰)، تا حدود زیادی مشابهت دارد. در مطالعه‌ی بورت و همکاران در کانادا، ۶۰ درصد از زنان دچار دیسمنورهی اولیه درد متوسط یا شدید داشتند (۱۲) اما در مطالعه‌ی حاضر این میزان ۴۸/۴ درصد می‌باشد.

نتایج نشان می‌دهد بین تصویر بدن و شدت دیسمنورهی اولیه، رابطه‌ی معنی‌دار قوی از نظر آماری وجود دارد. موسلی^۷ و

¹Speroff

²Banikarim

³Rapkin

⁴Calis

⁵Burnett

⁶Klein and Litt

⁷Moseley

مقابله‌ای بر روی درد بعد از عمل تاثیر داشته است. هم‌چنین در بررسی اصغری مقدم و همکاران که بر روی تجربه‌ی درد ماموگرافی زنان و سبک‌های مقابله‌ای انجام شد، نتایج نشان می‌دهد که درحالی‌که به‌کارگیری دو سبک مقابله‌ای تغییر تمرکز توجه و نادیده انگاشتن درد با درد خفیف‌تری به هنگام ماموگرافی همراه است، زنانی که به هنگام ماموگرافی از دو سبک مقابله‌ای گفتگو با خود و فاجعه‌آفرینی بیشتر استفاده کرده‌اند، درد شدیدتری را تجربه کرده‌اند (۴۴).

هرچند که در خصوص ارتباط بین درد قاعدگی و سبک‌های مقابله، پژوهش دیگری به دست نیامده است اما تحقیقات بیان شده همه به نوعی در راستای ارتباط سبک‌های مقابله و انواع درد بوده و تاییدکننده‌ی پژوهش حاضر می‌باشند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین ابراز نمود که افراد دارای سبک مقابله‌ی مسئله محوری با توجه به مواجهه‌ی مستقیم با موقعیت مسئله‌ای و اجتناب از روش‌های فرافکنانه بیشتر به انتخاب راه‌های منطقی برای مواجهه با دیسمنوره‌ی اولیه می‌پردازند. در حالی که افراد دارای سبک هیجان‌محور به جای مواجهه‌ی مستقیم با مسئله و کنار آمدن با تبعات آن به انکار یا استتار یا سانسور خود، از تبعات منطقی مسئله فرار می‌کنند. بنابراین، ارتباط بیشتر دیسمنوره‌ی اولیه با سبک مقابله‌ی مسئله‌محور نشانگر آن است که دیسمنوره‌ی اولیه نیز هم‌چون سایر مسایل در افراد دارای سبک مقابله‌ی مسئله‌محور، بیشتر از افراد دارای سبک هیجان‌محور مورد توجه قرار می‌گیرد.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه و تمامی مولفه‌های تصویر بدن (سر و صورت، اندام‌های فوقانی، اندام‌های تحتانی و ویژگی‌های کلی) رابطه وجود دارد و بیشترین ضریب همبستگی مربوط به ویژگی‌های کلی و کمترین آن مربوط به اندام‌های تحتانی است. این یافته گویای آن است که افرادی که تصویر بدنی مطلوبی داشته‌اند، دچار دیسمنوره‌ی اولیه‌ی کمتری بوده‌اند و این مسئله به خصوص در زمینه‌ی استنباط فرد از ویژگی‌های کلی تصویر بدن چشمگیرتر بوده است و بعد از آن به ترتیب تصور فرد از اندام‌های فوقانی، سر و صورت و اندام‌های تحتانی اهمیت داشته‌اند. دارا بودن تصویر بدنی مطلوب در دختران در شکل‌گیری هویت شخصی

همکاران نیز در بررسی خود در زمینه‌ی تصویر بدن و تاثیر اختلال در تصویر بدنی بر احساس درد نشان دادند که اختلال در تصویر بدن، احساس درد را تغییر دهد (۳۱). هم‌چنین هولملوند^۱، در تحقیقی با هدف تعیین ارتباط تجربه‌ی ذهنی دیسمنوره‌ی اولیه با نیازهای روانی مشخص نمود که زنان دچار دیسمنوره‌ی اولیه‌ی شدید در مقایسه با زنانی که چنین دردی را نداشتند، عزت نفس کمتری داشتند (۴۱). هر چند که در بررسی هولملوند به مقوله‌ی عزت نفس توجه شده اما این مقوله می‌تواند منعکس‌کننده‌ی چگونگی سخت‌فرد با تصویر ذهنی خویش باشد. لذا به نوعی نشان‌دهنده‌ی ارتباط تصویر ذهنی با شدت دیسمنوره و در راستای تایید پژوهش حاضر است. این یافته‌ها به این صورت تبیین می‌شوند که تصویر بدن به عنوان یک سازه‌ی بنیادین شخصیت در تشکیل هویت فردی و اجتماعی، سازنده‌ی شیوه‌های مواجهه با مسایل روزمره است. به نظر می‌رسد دیسمنوره‌ی اولیه با رضایت از خویشتن، رضایت از تن و ظاهر جسمانی و رضایت از جذابیت جسمانی ارتباط تنگاتنگی دارد. هم‌چنین، ارتباط قابل توجه بین این متغیرها حاکی از آن است که دیسمنوره‌ی اولیه از عوامل روان‌شناختی تاثیر زیادی می‌پذیرد.

بررسی حاضر مشخص می‌نماید که بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه و سبک مسئله‌محوری و بین شدت دیسمنوره‌ی اولیه و سبک هیجان‌محوری، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. استیلت جنس^۲ و همکاران نشان داده‌اند که در بیماران مبتلا به استئوآرتریت مفصل ران، بین سبک‌های مقابله‌ای با درد ناشی از بیماری استئوآرتریت مفصل ران ارتباط وجود دارد (۴۲). اسکون^۳ و همکاران نیز در تحقیقی با هدف تعیین اثر سبک مقابله‌ای منفی بر روی درد بعد از عمل و رفتارهای مرتبط با درد به این نتیجه رسیدند که بیماران برخوردار از سبک مقابله‌ای منفی، از درد برداشت بیشتر از حد معمول، داشته‌اند و سبک مقابله‌ای منفی بالا موجب اختلاف بین گزارش درد و رفتارهای مرتبط با درد می‌شود (۴۳). به عبارتی نوع سبک‌های

¹Holmlund²Stealtjens³Schon

و تشکیل اعتماد به نفس آنان از اهمیت بسیاری برخوردار است. با توجه به این که ویژگی‌های کلی به خصوص وزن، قد و حجم بدن در زندگی جوانان امروز در مرکز تمرکز تصویر بدنی قرار دارد، منطقی می‌نماید که از سایر مولفه‌های تصویر بدن، اهمیت بیشتری داشته باشد. با توجه به سنینی که دانشجویان به سر می‌برند، متمرکز بودن بر تصویر کلی و قرار داشتن آن در مرکز توجه دختران سنین ۱۸ تا ۲۳ سال، تعجب برانگیز نخواهد بود که بین این مولفه‌ها و شدت دیسمنورهی اولیه ارتباط بیشتری وجود داشته باشد. پس از تصویر کلی، اندام‌های فوقانی به خصوص سر و صورت از اهمیت قابل توجهی در جاذبه‌های جنسی دختران جوان برخوردار هستند. نقش جذابیت‌های مربوط به سر و صورت از آن جهت غیر قابل اغماض است که امروزه بیشترین اعمال زیبایی در خصوص این اندام‌ها صورت می‌گیرد و اعمال جراحی پیرامون اندام‌های مربوط به سر و صورت به طور روزافزونی در حال افزایش است.

بررسی مشخص می‌کند که تمام مولفه‌های تصویر بدن از توانایی پیش‌بینی شدت دیسمنورهی اولیه در دانشجویان برخوردارند. نتایج حاصل تاییدکننده‌ی همبستگی تمام مولفه‌های تصویر بدن و میزان تاثیر آن‌ها بر شدت دیسمنورهی اولیه است. هم‌چنان که ویژگی‌های کلی بدنی، آشکارترین نمود بدن در تنظیم خودسنجی و برقراری ارتباط شخصیت با جهان خارج تلقی می‌شود به همین علت در واریانس دیسمنورهی اولیه هم بیشترین سهم را بر عهده دارد و پس از آن تصویر سر و صورت و اندام‌های فوقانی هر کدام سهمی کمتر از آن بر عهده دارند. نکته‌ی جالب توجه این است که این مولفه‌ها تمامی واریانس دیسمنورهی اولیه را تبیین می‌کنند. این می‌تواند به این معنا تفسیر شود که دیسمنورهی اولیه با توجه به ارتباط بسیار زیاد با تصویر بدنی به خصوص تصویر کلی و سر و صورت و اندام‌های فوقانی، می‌تواند با اتخاذ تدابیر بهداشت روانی و دادن بازخورد مناسب از این مولفه‌ها به دختران جوان، مورد کنترل قرار گیرد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین شدت دیسمنورهی اولیه با مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده، جستجوی حمایت

اجتماعی، خویش‌داری، ارزیابی مجدد مسئله و مسئولیت‌پذیری، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد اما بین مولفه‌های رویارویی، دوری‌گزینی و فرار و اجتناب با شدت دیسمنورهی اولیه ارتباط معنی‌دار آماری به دست نیامد. بنابراین بین دیسمنورهی اولیه با تعدادی از مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای رابطه وجود دارد و این همبستگی در خصوص ارتباط بین دیسمنورهی اولیه و مولفه‌ی مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده، قوی‌تر از بقیه مولفه‌ها می‌باشد. این در حالی است که بین شدت دیسمنورهی اولیه با مولفه‌های مربوط به سبک هیجان‌محوری چنین رابطه‌هایی مشاهده نشده است. با نگاهی اجمالی به مولفه‌های سبک مسئله‌محوری می‌توان به ماهیت این مولفه‌ها در قیاس با مولفه‌های سبک هیجان‌محوری پی برد. هر یک از مولفه‌های سبک هیجان‌محوری به نوعی در صدد فرار از رویارویی و مواجهه‌ی مستقیم با مسئله هستند و تا حد امکان با نادیده‌انگاری صورت مسئله در پی آن هستند تا عواطف ناشی از رویارویی با مسئله را کم کرده و جنبه‌های تبلور موقعیت مسئله‌ای را در چهارچوب نادیده گرفته و احساسات منتج از آن را به کمترین حد ممکن برسانند. بنابراین، مولفه‌های سبک هیجان‌محور به جای نشان دادن رویکرد حل مسئله در پی نفی مسئله و درغلتیدن در هیجانات ناشی از مسئله هستند.

بالاخره یافته‌های این مطالعه در خصوص ارتباط چندگانه بین مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای با مولفه‌های تصویر بدن حاکی از آن است که بین مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده به ترتیب با ویژگی‌های کلی، اندام‌های فوقانی، سر و صورت و اندام‌های تحتانی و بین مسئولیت‌پذیری با اندام‌های فوقانی و بین جستجوی حمایت اجتماعی با ویژگی‌های کلی و بین رویارویی با ویژگی‌های کلی، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد. هم‌چنین بین خویش‌داری با ویژگی‌های کلی و بین ارزیابی مجدد مسئله با ویژگی‌های کلی و اندام‌های فوقانی و نیز بین جستجوی حمایت اجتماعی با سر و صورت، رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد.

لذا می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که بین مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای با مولفه‌های تصویر بدن، رابطه وجود دارد. این رابطه‌های چندگانه باز هم به نفع مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از این می‌باشد که دو عامل تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای به عنوان دو عامل روان‌شناختی با شدت دیسمنوره‌ی اولیه (به عنوان یک مسئله‌ی فیزیولوژیک) ارتباط دارند. لذا به نظر می‌رسد به منظور اداره و کنترل شدت دیسمنوره‌ی اولیه می‌توان بر مسایل روان‌شناختی نظیر تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای توجه خاصی نمود. از طرفی اداره و کنترل مناسب درد ناشی از دیسمنوره توسط روش‌های مختلف درمانی می‌تواند بر تصویر بدن و سبک‌های مقابله‌ای تاثیر بگذارد.

شده و تصویر کلی بدن و سر و صورت و اندام‌های فوقانی رقم خورده است. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم تشخیص و افتراق دیسمنوره‌ی اولیه از ثانویه، عدم پاسخ‌گویی صحیح و دقیق تعدادی از نمونه‌ها به سئوالات پرسش‌نامه، عدم اطلاع و آگاهی نمونه‌ها از بیماری‌های زمینه‌ای به خصوص بیماری‌های لگنی و عدم توانایی ارزیابی تمام عوامل موثر بر دیسمنوره‌ی اولیه اشاره نمود. باید متذکر شد که نتیجه‌ی حاصل از تعیین شدت دیسمنوره بر اساس پرسش‌نامه به کار برده شده به منزله‌ی تشخیص قطعی دیسمنوره‌ی اولیه نبوده و تشخیص قطعی با انجام اقدامات فرابالینی و آزمایشگاهی مقدور می‌باشد اما فرم مصاحبه‌ی مقدماتی تا حدود زیادی در تعیین دیسمنوره‌ی اولیه، کمک‌کننده بوده است.

References

1. Ryan KJ, Berkowitz RL, Barbieri RL, Donaif A. [Kistner' gynecology and women' health]. 7th ed. Ghazijahani B, Ghotbi R. (translators). Tehran: Golban; 2005: 62-5. (Persian)
2. Sadatian SA. Fundamental affectations of gynecology. 3rd ed. Tehran: Noordanesh; 2005: 72-4. (Persian)
3. Ogilvie AR. Dysmenorrhoea. [cited 2012]. Available from: URL; <http://trove.nla.gov.au/result?q=dysmenorrhoea>
4. Rapkin AJ, Gambone JC. Dysmenorrhea and chronic pelvic pain. In: Heker NF, Moore JJ. (editors). [Essential of obstetrics and gynecology]. 4th ed. Arian Mehr S, Mohamadi M. (translators). Tehran: Teymorzade-Tabib; 2005: 290-1. (Persian)
5. Dysmenorrhea. Available from: URL; <http://www.clinicalconnection.com/clinicaltrials/condition/dysmenorrheal.aspx>.
6. Calis KA. Dysmenorrhea. [cited 2009 Jan]. Available from: URL; <http://emedicine.medscape.com/article/253812-overview>
7. Ohde S, Tokuda Y, Takahashi O, Yanai H, Hinohara S, Fukui T. Dysmenorrhea among Japanese women. Int J Gynaecol Obstet 2008; 100(1): 13-7.
8. Sharma P, Malhotra C, Taneja DK, Saha R. Problems related to menstruation amongst adolescent girls. Indian J Pediatr 2008; 75(2): 125-9.
9. Lee LK, Chen PC, Lee KK, Kaur J. Menstruation among adolescent girls in Malaysia: A cross-sectional school survey. Singapore Med J 2006; 47(10): 869-74.
10. El-Gilany AH, Badawi K, El-Fedawy S. Epidemiology of dysmenorrhoea among adolescent students in Mansoura, Egypt. East Mediterr Health J 2005; 11(1-2): 155-63.
11. Cakir M, Mungan I, Karakas T, Giriskan I, Okten A. Menstrual pattern and common menstrual disorders among university students in Turkey. Pediatr Int 2007; 49(6): 938-42.
12. Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lea R, et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. J Obstet Gynaecol Can 2005; 27(8): 765-70.
13. Banikarim Ch. [cited 2007]. Available from: URL; <http://www.microsoft.com/isapi/redir.d//,prd=ie&pever=6&ar=msnhome>
14. Akbarzade Pasha AA. [Order of obstetrics and Gynecology]. 11th ed. Tehran: Pasha-Golban; 2003: 466-8. (Persian)
15. Berek JS. Berek and Novaks gynecology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 516-19.

16. Dawood MY. Dysmenorrhea. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 33(1): 163-7.
17. Teperi J, Rimpela M. Menstrual pain, health and behaviour in girls. *Soc Sci Med* 1989;29(2): 163-9.
18. Dawood MY. Primary dysmenorrhea. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 428-41.
19. French L. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician* 2005; 71(2): 285-91.
20. Lentz GM. Primary and secondary dysmenorrhea, premenstrual syndrome, and premenstrual dysphoric disorder: Etiology, diagnosis, management. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM. (editors). *Comprehensive gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007: 76.
21. Frederickson HL. *Obstetrics/gynecology secrets*. 2nd ed. Philadelphia: Hanleg and Belfus; 1997: 11-17.
22. Havens C, Sulliva N, Tiltion D. *Manual of out patient gynecology*. 2nd ed. USA: Carol; 1991: 113-29.
23. Zakeri Hamidi M, Ziai S, Kazemnezhad A. [Therapeutic effects of vitamin E in the gastrointestinal symptoms associated with primary dysmenorrheal]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2006; 6(4): 374-8. (Persian)
24. Primary dysmenorrhea basics for women. [cited 2010]. Available from: URL; <http://www.menstruation-info-with-doc.com/primary-dysmenorrhea.html>
25. Nazarpour S. [Textbook of gynecology and infertility]. 1st ed. Tehran: Boshra; 2007: 242. (Persian)
26. Schroeder B, Sanfilippo JS. Dysmenorrhea and pain in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(3): 555-71.
27. Hormonal imbalance general illness information. Available from: URL; <http://www.rxmde.com/b.main/b1.illness/b1.1.illnesses/dysmenorrhea.htm>
28. Willson JR, Carrington ER. *Obstetrics and gynecolog*. 12th ed. St. Louise: Mosby; 2003: 257-60.
29. Decherney AH, Nathan L. *Current obstetric and gynecology and treatment*. 9th ed. New Jersey: Appleton and Lange; 2003: 625-7.
30. Rara. Primary dysmenorrhea. [cited 2011 Feb]. Available from: URL; <http://www.bukisa.com/articles/449490-primary-dysmenorrhea>.
31. Moseley GL, Parsons TJ, Spence C. Visual distortion of a limb modulates the pain and swelling evoked by movement. *Curr Biol* 2008; 11: 1188-91.
32. Neurophilosophy. Distorting the body image affects perception of pain. [cited 2008 Nov 26]. Available from: <http://scienceblogs.com/neurophilosophy/2008/11/distorting-the-body-image-affects-perception-of-pain.php>
33. Lotze M, Moseley GL. Role of distorted body image in pain. *Curr Rheumatol Rep* 2007; 9(6): 488-96.
34. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 655-69.
35. [Fisher body image test]. 1st ed. Tehran: Testing company of Yar Puya; 2010: 1-3. Available from: URL; <http://www.azmonyar.com> (Persian)
36. Asgari P, Pasha Gh, Aminian M. [The relationship of emotional, psychological stressors of life and body image in women with eating disorders]. *Journal of psychiatry and clinical psychology* 2009; 4(13): 65-78. (Persian)
37. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984: 45-6.
38. Abolghasemi A, Narimani M. [Psychological tests]. Ardabil: Bagh-e Resvan; 2004: 155-89. (Persian)
39. Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecology, endocrinology and infertility*. 7th ed. USA: McGraw Hill; 2005: 539-40.
40. Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics* 1981; 68(5): 661-4.
41. Holmlund U. The experience of dysmenorrheal and its relationship to personalit, variables. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 82(2): 182-7.
42. Steultjens MP, Dekker J, Bijlsma JW. Coping pain, and disability in osteoarthritis: A longitudinal study. *J Rheumatol* 2001; 28(5): 1068-72.
43. Schon J, Geriach K, Happe M. Influence of negative coping style on post-operative pain reporting and pain related. *Behaviour* 2007; 21(2): 146-53.
44. Asghari Moghadam MA, Bisadi Z, Partovi Sh, Heydari Sh, Rezai M, Zekri M, et al. [The role and effectiveness of coping strategies in pain experience of mammography]. *Journal of pscycology* 2005; 9(4): 366. (Persian)