

Relationship between Mindfulness, Difficulties in Emotion Regulation, Self-Silencing and Perceived Stress with Premenstrual Syndrome: A Structural Equation Modeling Approach

Dashti, A., Zargar, *Y., Davoudi, I., Arshadi, N.

Abstract

Introduction: This study aimed to investigate mindfulness, difficulties in emotion regulation, self-silencing, and perceived stress as predictors of premenstrual syndrome.

Method: The research design was descriptive and correlational study with structural equation modeling procedure. In this regard, using a multi-stage random sampling method, a sample of 380 female students of the Shahid Chamran University of Ahvaz was selected. Premenstrual Syndrome Screening Tool (PSST), Freiburg Mindfulness Inventory - Short Form (FMI-SF), Difficulties in Emotion Regulation Scale (S-DERS), Silencing the Self Scale, and Perceived Stress Questionnaire was completed.

Results: The results showed that there is a significant direct and negative relationship between mindfulness and perceived stress, but there is a significant direct and positive relationship between difficulties in emotion regulation and self-silencing with perceived stress. There was also a strong significant relationship between perceived stress and premenstrual syndrome. The most important finding suggests that perceived stress mediates the effects of mindfulness, difficulty in emotion regulation, and self-silencing on premenstrual syndrome. According to the findings, the proposed model fits the data and is approved.

Conclusion: Based on the findings, it can be concluded that mindfulness, difficulty in emotion regulation, self-silencing, and perceived stress play an effective role in the risk of premenstrual syndrome. In this regard, lack of acceptance and awareness of emotions and suppression of emotions leads to high-stress perception. Ultimately, this pattern will culminate in experiencing more severe PMS symptoms.

Keywords: difficulties in emotion regulation, mindfulness, perceived stress, premenstrual syndrome, self-silencing, structural equation modeling.

ارتباط بین ذهن آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان، خودخاموشی و استرس ادراک شده با سندرم پیش از قاعدگی: رویکرد مدل یابی معادلات ساختاری

آمنه دشتی^۱، یداله زرگر^۲، ایران داودی^۳، نسریین ارشدی^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۵

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر ذهن آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان و خودخاموشی بر سندرم پیش از قاعدگی از طریق نقش میانجی استرس ادراک شده انجام گرفت.

روش: روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود که از طریق مدلیابی معادلات ساختاری انجام گرفت. در همین راستا با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای، نمونه‌ای برابر با ۳۸۰ نفر از میان دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز انتخاب شد. ابزار غربالگری سندرم پیش از قاعدگی (PSST)، پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ (FMI-SF)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (S-DERS)، مقیاس خودخاموشی و پرسشنامه استرس ادراک شده توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش، تکمیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین ذهن آگاهی و استرس ادراک شده رابطه مستقیم و منفی معنادار وجود دارد، اما بین دشواری در تنظیم هیجان و خودخاموشی با استرس ادراک شده رابطه مستقیم و مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین استرس ادراک شده و سندرم پیش از قاعدگی نیز رابطه معنادار یافت شد. مهمترین یافته حاکی از آن است که استرس ادراک شده در ارتباط بین ذهن آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان و خودخاموشی با سندرم پیش از قاعدگی به عنوان میانجی‌گر عمل می‌کند. با توجه به یافته‌ها، مدل پیشنهادی با داده‌ها برازش دارد و مورد تأیید است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که ذهن آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان، خودخاموشی و استرس ادراک شده در ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی نقش مؤثری ایفا می‌کند. در همین راستا، نداشتن پذیرش و آگاهی نسبت به هیجانات و سرکوب احساسات، زمینه ساز ادراک استرس بالا می‌شود. در نهایت، مجموعه این الگو به تجربه شدیدتر علائم سندرم پیش از قاعدگی ختم خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: استرس ادراک شده، خودخاموشی، دشواری در تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، سندرم پیش از قاعدگی، مدلیابی معادلات ساختاری.

مقدمه

تأمین سلامت زنان حق مسلم و یکی از اهداف اصلی توسعه اجتماعی و اقتصادی جوامع است. بر این اساس توجه به مشکلات و بیماری‌های تهدیدکننده سلامت جسمی و روانی زنان، اولویت بهداشتی است (۱). چرخه قاعدگی یکی از همین اولویت‌هاست که شامل تغییراتی در سیستم تولیدمثل زنان می‌شود (۲). چرخه مذکور در بازه سنی ۹ تا ۱۶ سال آغاز شده، تا سن یائسگی ادامه دارد (۳)، مختل‌کننده رفاه جسمی، روانی و اجتماعی زنان است (۴) و می‌تواند با سندرم پیش از قاعدگی^۱ همراه شود.

این سندرم در فاز لوتئال چرخه قاعدگی (تا ۱۴ روز قبل از قاعدگی) شروع می‌شود (۵). طیف وسیع علائم آن شامل: تغییر در احساسات، تحریک‌پذیری، اضطراب، کاهش انرژی، خلق‌وخوی افسرده، احساس ناتوانی، تغییر اشتها، سردرد، درد مفاصل و لگن، تغییر در میل جنسی، ورم و افزایش وزن، حساسیت سینه و مشکلات خواب می‌شود (۶، ۷، ۸). به علاوه مشکلات متعدد اجتماعی؛ کاهش سطح کارایی در انجام مسئولیت‌ها، افت تحصیلی، تنش فردی، مشکلات خانوادگی، ناسازگاری با همسر، غیبت از کار، جرائم قانونی و حتی خودکشی از پیامدهای این سندرم معرفی شده است (۶). بیش از ۷۹ درصد زنان درجاتی از سندرم پیش از قاعدگی را تجربه می‌کنند (۹) و نرخ شیوع آن بین ۵۹ تا ۷۹ درصد است (۱۰).

از عوامل مؤثر بر سندرم پیش از قاعدگی می‌توان به ذهن آگاهی^۲ اشاره کرد (۱۱) که از طریق معطوف کردن هدفمند توجه به زمان حال و بدون قضاوت، از تجارب لحظه به لحظه پدید می‌آید (۱۲، ۱۳). ذهن آگاهی به درک این نکته کمک می‌کند که هیجان‌های آزاردهنده رخ می‌دهند، اما جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند (۱۴). این فرآیند نوعی آگاهی بدون قضاوت از لحظه حال است و از آنجا که زنان در جریان سندرم پیش از قاعدگی علائم‌شان را همراه با قضاوت مشاهده می‌کنند؛ ذهن آگاه نبودن منجر به تجربه بیشتر علائم سندرم پیش از قاعدگی می‌شود (۱۱). همچنین پژوهش نشان داده است که آموزش ذهن آگاهی، میزان اضطراب و فرانگرانی را در زنان دارای سقط‌جنین مکرر

کاهش می‌دهد. در واقع با ذهن آگاهی، توانایی افراد برای کنترل و مدیریت اضطراب، استرس و افکار نگران‌کننده افزایش می‌یابد (۱۵). تحقیقات حاکی از آن است که ذهن آگاهی بر ذهن، جسم و رفتار تأثیر می‌گذارد و آموزش بیشتر روش ذهن آگاهانه با رنج روانی کمتر، وضعیت روحی خوشبینانه‌تر و بهبود کیفیت زندگی ارتباط دارد. بسیاری از مطالعات تجربی این یافته را تأیید می‌کند که ذهن آگاهی بر تنش و شدت علائم قبل از قاعدگی تأثیر دارد (۱۶، ۱۷، ۱۸). در واقع افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه‌ی گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (۱۹). مشاهده‌ی بدون قضاوت باعث پذیرش وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی که فرد با آن روبه‌رو است (مانند آنچه در سندرم پیش از قاعدگی رخ می‌دهد)، می‌شود (۲۰). بر همین اساس می‌توان به نقش دشواری در تنظیم هیجان در سندرم پیش از قاعدگی اشاره کرد (۲۱). از آنجا که چرخه قاعدگی توسط استروژن و پروژسترون کنترل می‌شود و این دو هورمون تولید مثل بر قشر جلوی مغز و آمیگدال تأثیر گذارند، پردازش احساسات و تنظیم هیجان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. دشواری در تنظیم هیجان نظیر؛ عدم کاربست راهبردهای تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، سرکوب هیجانات، بیقراری، رفتارهای تکانشی و تصمیم‌گیری‌های نادرست از جمله مهمترین نقاط ضعف زنان در دوران پیش از قاعدگی است که می‌تواند لطمات جبران‌ناپذیری را به زندگی آن‌ها وارد کند و شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی را تحت تأثیر قرار دهد (۲۱، ۲۲).

عامل دیگری که در دهه‌های اخیر به عنوان پیشاینده سندرم پیش از قاعدگی معرفی شده، خودخاموشی^۳ است. خودخاموشی یک استراتژی است که زنان اغلب برای حفظ روابط مثبت از آن استفاده می‌کنند و به معنای وجود شکاف بین آن چیزی است که فرد احساس می‌کند و می‌خواهد با آن چیزی که می‌گوید یا عمل می‌کند (۲۳). خودخاموشی به واسطه‌ی هدایت کردن زنان به سمت فرمانبرداری و پذیرفتن نیازهای دیگران، سانسور کردن تجارب، سرکوب کردن خشونت و عصبانیت، سرزنش، جلوگیری از فعالیت

1. premenstrual syndrome
2. mindfulness

3. Self- silencing

طریق کاهش بتا اندورفین‌های مغزی و افزایش هورمون کورتیزول آدرنال منجر به بروز علائم خلقی در افراد می‌شود و همچنین از مکانیزم‌های مؤثر بر ایجاد علائم روانی و خلقی در جریان این سندرم است (۳۴).

زنان مبتلا به این سندرم از تجربه نشانه‌ها رنج برده و تأثیرات نامطلوب آن را در جنبه‌های مختلف زندگی خود احساس می‌کنند اما نه خود و نه دوستان و خانواده‌شان آگاهی کافی در مورد چیستی نشانه‌ها نداشته، تأثیرات آن را جدی نمی‌گیرند و پیامدهای شدید همراه با آن را بدون درمان‌جویی می‌پذیرند (۳۵). با توجه به این عدم آگاهی و نقش زنان در خانواده و جامعه، باید عواملی که مانع ایفای نقش آنان در خانواده و جامعه می‌شود را بررسی کرده و برای آن چاره‌اندیشی شود. بر همین اساس در پژوهش حاضر الگویی طراحی و مورد آزمون قرار گرفت که برخی از پیش‌بین‌های مهم سندرم پیش از قاعدگی را در خود گنجانده است. متغیرهای پیش‌بین در الگوی پیشنهادی ذهن آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان و خودخاموشی است. در مدل طراحی شده استرس ادراک شده به عنوان میانجی‌گر ایفای نقش می‌کند. شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد:

های خودرهبری و قضاوت کردن درباره خود بر اساس یک خود موافق با تعریف فرهنگ از یک «زن خوب»، موجب افسردگی می‌شود. این سبک میان‌فردی در نتیجه تلاش بسیار زیاد برای خشنود کردن دیگران، گسترش می‌یابد (۲۴). در واقع زنانی که از ساختارهای هژمونیک زنانگی پیروی می‌کنند تمایل دارند تغییرات هیجانی و رفتاری در طول چرخه قاعدگی را به قاعدگی نسبت دهند و نه خود واقعی‌شان (۲۵). خودخاموشی در هر چرخه قاعدگی به شکل سندرم پیش از قاعدگی بروز می‌کند، زیرا چنین تغییرات خلقی و رفتاری در این زمان محتمل بوده و از نظر فرهنگی مورد تأیید است (۲۶). تحقیقات کمی و کیفی از ارتباط بین خود خاموشی و سندرم پیش از قاعدگی حمایت می‌کند (۲۷، ۲۸).

در جریان سندرم پیش از قاعدگی، استرس و پیامدهای ناشی از آن نیز نقش پررنگی ایفا می‌کند (۲۹). استرس عبارت است از واکنش‌های فیزیکی، ذهنی و عاطفی که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد تجربه می‌شود (۳۰). به طور کلی عوامل زیستی، هورمونی، چرخه زندگی و اجتماعی در بروز استرس در زنان مؤثر است (۳۱) و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استرس و تجربیات تنش‌زا، زنان را مستعد ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی می‌کند (۲۹، ۳۲، ۳۳). استرس از



شکل ۱) مدل مفهومی پژوهش حاضر

علی میان مجموعه‌ای از متغیرها و برازندگی مدل مفروض بررسی می‌شود (۳۶).

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز در سال تحصیلی ۹۹-

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی و از نوع مدلیابی معادلات ساختاری^۱ است. در این روش ساختار

1. Structural Equation Model (SEM)

ابزار مذکور با ۱۴ گویه، بر روی مقیاس لیکرت از به ندرت (۱) تا همیشه (۴) تنظیم شده است. همچنین گویه ۱۳، به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پایین‌ترین نمره ۱۴ و بالاترین نمره ۵۶ است. نمره بیشتر نشانگر ذهن‌آگاهی بیشتر است (۴۱). ضریب پایایی کل پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمد. پایایی بازآزمایی فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ بررسی شد. براساس نتایج دوبرابر اجرای آزمون و همسانی درونی آن بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ و نتایج ترتیبی در مورد گروه نمونه تأیید شد. همچنین روایی همزمان آن با مقیاس‌های خودکنترلی و تنظیم هیجان نیز به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۶۸ گزارش شد (۴۲).

۳. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۳: این مقیاس توسط گرتز و رومر در سال ۲۰۰۴ ساخته شد. مقیاس مذکور با ۳۶ آیتم، مؤلفه‌های مربوط به دشواری در تنظیم هیجان (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان وضوح هیجانی) را می‌سنجد. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرد و نمره کلی این مقیاس از مجموع زیر مقیاس‌های آن بدست می‌آید (۴۳). همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۳ و پایایی آزمون - بازآزمون در فاصله ۴ تا ۸ هفته ۰/۸۸ گزارش شده است (۴۳). پایایی مقیاس مذکور با دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن آزمون به ترتیب برابر با ۰/۸۶ و ۰/۸۰ برآورد گردید (۴۴). روایی همگرا و تشخیصی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت‌روانی، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و فهرست عواطف مثبت و منفی درمورد نمونه‌های بالینی و غیربالینی محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت (۴۵). در پژوهش حاضر ۴ خرده‌مقیاس عدم‌پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان وضوح هیجانی مورد سنجش قرار گرفت.

۱۳۹۸ بود. حجم نمونه جهت آزمون فرضیه‌ها با رجوع به راهکار کلاین برای مطالعاتی که از روش مدلیابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده می‌کنند، تعیین شد (۳۷). بدین صورت که حداقل نسبت حجم نمونه برای هر پارامتر برآورد شده ۵ نفر است، نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و نسبت ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می‌شود. بنابراین در پژوهش حاضر برای دستیابی به نتایج قابل قبول نمونه‌ای برابر با ۳۸۰ شرکت کننده در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: سن ۱۸ سال یا بیشتر، دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز، عدم سابقه ابتلا به اختلال روانشناختی قابل تشخیص و موافقت با شرکت در ارزیابی‌های تحقیقاتی و استفاده از پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش بود. معیار خروج از پژوهش، نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

ابزار

۱. ابزار غربالگری سندرم پیش از قاعدگی^۱: این ابزار جهت تشخیص علائم سندرم پیش از قاعدگی طراحی شده است و دو بخش علائم و تأثیر علائم بر زندگی افراد را می‌سنجد. ابزار مذکور شامل ۱۹ گویه است که ۱۴ گویه اول، سندرم پیش از قاعدگی از جمله نشانه‌های خلقی، رفتاری و جسمانی را اندازه‌گیری می‌کند و پنج گویه بعدی به تداخل نشانه‌های بخش اول با عملکرد روزانه می‌پردازد. ابزار غربالگری سندرم پیش از قاعدگی بر اساس ملاک‌های DSM-5 نمره‌گذاری می‌شود. برای هر گویه ۴ ملاک اصلاً، خفیف، متوسط و شدید در نظر گرفته شده است که از ۰ تا ۳ نمره‌بندی می‌شود (۳۸، ۳۹). در صورتی فرد تشخیص PMS متوسط یا شدید می‌گیرد که سه شرط زیر با هم وجود داشته باشد؛ ۱. از گویه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد، ۲. علاوه بر شرط قبلی از گویه ۱ تا ۱۴ حداقل چهار مورد متوسط یا شدید باشد و ۳. در ۵ گویه پایانی ۱ مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ گزارش شده است (۴۰).

۲. پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ (فرم کوتاه)^۲: این پرسشنامه توسط والچ و همکاران (۴۱) ساخته شده است.

3. The State Difficulties in Emotion Regulation Scale (S-DERS)

1. Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)
2. Freiburg Mindfulness Inventory_ Short Form (FMI-SF)

دانشجویان داوطلب با رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. پس از اجرای پژوهش، از ۳۸۰ پرسشنامه توزیع شده، ۳۵۰ پرسشنامه تکمیل شد (نرخ بازگشت ۰/۹۲ درصد). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا از روش‌های آماری توصیفی و همبستگی با نرم‌افزار SPSS-25 استفاده شد. سپس تحلیل‌های پیچیده‌تر جهت ارزیابی برازندگی مدل مفهومی از طریق مدلیابی معادلات ساختاری نرم‌افزار AMOS-22 با استفاده از برآورد حداکثر درست‌نمایی^۳ انجام شد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی و ضرایب همبستگی در جدول ۱ و شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی در جدول ۲ ارائه شده است.

شاخص‌های مختلفی جهت بررسی تطابق مدل پیشنهادی با داده‌ها وجود دارد. در این پژوهش، میزان χ^2 (df) برابر با ۲/۶۷ است و این حاکی از برازندگی مدل با داده‌هاست. شاخص‌های GFI، AGFI، NFI و CFI به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۳، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ بدست آمد که نشان‌دهنده‌ی برازش مطلوب مدل است. شاخص RMSEA به عنوان مهم‌ترین شاخص و ملاک پذیرش یا رد یک مدل مفروض، برابر با ۰/۰۶ محاسبه شد که برازندگی قابل قبول مدل را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌ها، مدل پیشنهادی با داده‌ها برازش دارد و مورد تأیید است. شکل ۲ مدل پیشنهادی پژوهش را همراه با ضرایب مسیر نشان می‌دهد.

۴. مقیاس خود خاموشی^۱: این مقیاس توسط جک و دیل (۴۶) ساخته شده است. این مقیاس، دارای ۳۱ گویه ۵ گزینه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است و چهار خرده‌مقیاس؛ خودخاموشی، درک ظاهری از خویش، قربانی کردن آگاهانه خود و تقسیم کردن خود را شامل می‌شود (۴۶). ابزار خودخاموشی توسط ذبیحی‌دان (۴۷) مورد سنجش قرار گرفت و پایایی کل مقیاس در نمونه‌های گوناگون از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ گزارش شد (۴۷). روایی عامل این مقیاس مورد تأیید و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برآورد گردید (۴۷). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دانشجویان زن ۰/۸۶، در زنان باردار ۰/۸۹ و در زنان پناهنده ۰/۹۴ محاسبه شده است (۴۶). علاوه بر این ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی در خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۷۹، ۰/۶۳ و ۰/۷۶ و برای کل مقیاس ۰/۸۸ گزارش شد (۴۸).

۵. پرسشنامه استرس ادراک شده^۲: این پرسشنامه توسط کوهن و همکاران (۴۹) طراحی شده است و استرس عمومی ادراک شده را در یک ماه گذشته می‌سنجد (۴۹). پرسشنامه استرس ادراک شده، افکار و احساسات در مورد رویدادهای استرس‌زای اخیر، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را می‌سنجد (۳۹). این ابزار با ۱۴ گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) تنظیم شده است. کمترین نمره کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شده است (۵۰). همسانی درونی این پرسشنامه برای آزمودنی‌های ایرانی معادل ۰/۸۲ برآورد شده است (۵۱).

روند اجرای پژوهش: نمونه مذکور قبل از شیوع بیماری کرونا با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از میان ده دانشکده‌ی دانشگاه شهید چمران اهواز انتخاب گردید. در همین راستا نمونه مورد نظر از میان دانشجویان دختر دانشکده‌های مختلف انتخاب شد، به این ترتیب که ابتدا از میان ۱۰ دانشکده، ۵ دانشکده و سپس از هر دانشکده، ۳ گروه آموزشی و از هر گروه، ۵ کلاس و در نهایت از میان دانشجویان کلاس‌ها، ۵ تا ۱۰ دانشجو انتخاب شد.

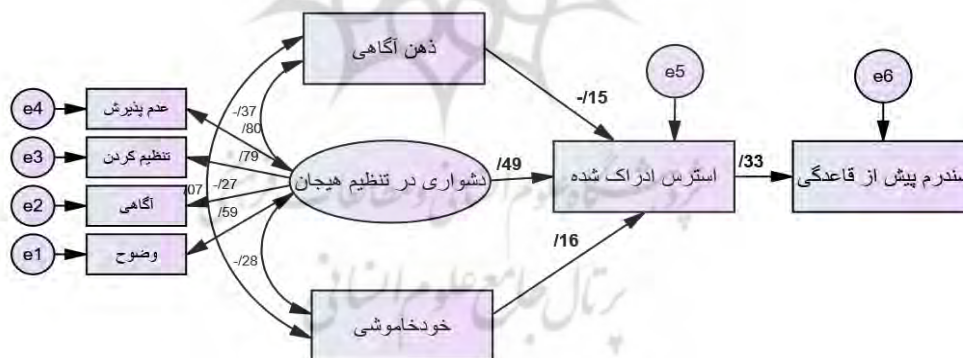
جدول ۱) آماره‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضرایب همبستگی			
			۱	۲	۳	۴
۱	۲۷/۸۰	۹/۶۵				
۲	۳۴/۱۴	۶/۱۶	-۰/۰۴			
۳	۵۷/۹۴	۱۲/۳۴	۰/۱۹**	-۰/۲۸**		
۴	۲۵/۵۰	۶/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۷	-۰/۲۱**	
۵	۳۳/۴۹	۶/۳۴	۰/۳۳**	-۰/۳۱**	۰/۳۹**	۰/۰۱

**p < ۰/۰۱

جدول ۲) شاخص‌های برازش مدل تدوین شده

شاخص‌های برازش	بازه قابل قبول	بازه مطلوب	شاخص مشاهده شده	نتیجه
χ^2	-	-	۴۵/۵۲	-
df	-	-	۱۷	-
χ^2 (df)	< ۵	< ۳	۲/۶۷	مطلوب
P-value	-	-	< ۰/۰۰۰۲	مطلوب
GFI	> ۰/۸۵	> ۰/۹۰	۰/۹۶	مطلوب
AGFI	> ۰/۸۵	> ۰/۹۰	۰/۹۳	مطلوب
NFI	> ۰/۹۰	> ۰/۹۵	۰/۹۱	قابل قبول
CFI	> ۰/۹۰	> ۰/۹۵	۰/۹۴	قابل قبول
IFI	> ۰/۹۰	> ۰/۹۵	۰/۹۴	قابل قبول
TLI	> ۰/۹۰	> ۰/۹۵	۰/۹۱	قابل قبول
RMSEA	< ۰/۰۸	< ۰/۰۵	۰/۰۶	قابل قبول



شکل ۲) مدل ساختاری پژوهش حاضر همراه با ضرایب مسیر

نمونه‌گیری مجدد بوت‌استرپ ۲۰۰۰ لحاظ شد. با توجه به جدول ۳ و اینکه این فواصل اطمینان صفر را در بر نمی‌گیرد، روابط میانجی معنی‌دار است. بنابراین در رابطه بین ذهن آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان و خودخاموشی با سندرم پیش از قاعدگی، استرس ادراک شده نقش میانجی را ایفا می‌کند.

نتایج مندرج در شکل ۲ نشان‌دهنده معناداری مسیرهای مستقیم است. همچنین جهت سنجش نقش میانجی استرس ادراک شده در رابطه بین ذهن آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان و خودخاموشی با سندرم پیش از قاعدگی از دستور بوت‌استرپ در نرم‌افزار AMOS استفاده شد. در جدول ۳ نتایج بوت‌استرپ مربوط به مسیرهای غیرمستقیم درج شده است. سطوح اطمینان برای این فواصل اطمینان ۹۵ و تعداد

جدول ۳) نتایج بوت استراپ مربوط به مسیرهای غیرمستقیم

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	β (ضرایب استاندارد)	سطح معنی داری (p)	حد پایین	حد بالا
ذهن آگاهی	استرس ادراک شده	سندرم پیش از قاعدگی	-۰/۰۸	۰/۰۰۵	-۰/۱۳۷	-۰/۰۳۲
دشواری در تنظیم هیجان	استرس ادراک شده	سندرم پیش از قاعدگی	۱/۳۹	۰/۰۰۰۸	۰/۹۰۲	۲/۰۴۲
خودخاموشی	استرس ادراک شده	سندرم پیش از قاعدگی	۰/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۰۳۱	۰/۱۶۰

بحث

در پژوهش حاضر با ارائه مدل پیشنهادی، فرض بر این بود که ذهن آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان و خودخاموشی از طریق میانجی استرس ادراک شده با سندرم پیش از قاعدگی ارتباط دارد و یافته‌ها نیز این فرض را تأیید نمود. نتایج نشان داد مدل تدوین شده با داده‌ها از برآزش مطلوبی برخوردار است. رابطه منفی معنادار ذهن آگاهی با استرس ادراک شده تأیید شد. ذهن آگاهی به عنوان یک رویکرد درمانی به دنبال اصلاح، کنترل و پردازش افکار منفی است و یکی از مهمترین جنبه‌های آن افزایش توانایی فرد برای شناسایی ابعاد مشکل آفرین یک فکر و برقراری ارتباط با محتوای ذهنی است (۵۳). در واقع ذهن آگاهی می‌تواند فرآیندهای شناختی و هیجان‌های منفی را بهبود بخشد و هیجان‌های مثبت را در فرد تقویت کند (۵۴). با تکنیک‌های ذهن آگاهی، آگاهی فرد از اندیشه‌ها، هیجان‌ها و الگوهای رفتاری افزایش می‌یابد و از طریق توقف جریان اندیشه‌های منفی، کاهش هیجان‌های منفی و جایگزینی هیجان‌های سازگارانه‌تر، استرس ادراک شده در فرد را کاهش می‌دهد (۵۲، ۵۵).

یافته دیگر این پژوهش حاکی از رابطه مثبت معنادار دشواری در تنظیم هیجان با استرس ادراک شده بود. در این رابطه، مؤلفه‌های مختلف دشواری در تنظیم هیجان، نقش مهمی ایفا می‌کند. همانطور که آگاهی از هیجان‌ها، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها زمینه‌ساز کاهش علائم جسمانی، استرس و افسردگی می‌شود (۵۶) و رفتار سازگارانه را افزایش می‌دهد (۵۷)، دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند آگاهی ضعیف از هیجان‌ها و توانایی تقلیل یافته تفکر و گفتگو در مورد احساسات را دنبال داشته باشد. در واقع با ادراک تنش و عدم تشخیص منبع و ماهیت احساسات، فرد کمتر از استراتژی‌های انطباقی برای حل تعارضات احتمالی بین فردی استفاده می‌کند و دنبال آن، آسیب‌پذیری روانی در مقابل استرس‌های زندگی افزایش می‌یابد (۵۸).

رابطه مثبت معنادار بین خودخاموشی و استرس ادراک شده، یافته دیگری بود که در پژوهش حاضر مورد تأیید واقع شد. بر این اساس خودخاموشی که به صورت تمایل به مراقبت اجباری، خشنودسازی دیگران، مهار ابراز وجود در روابط و تلاش برای دستیابی به صمیمیت و نیازهای رابطه‌ای تعریف شده است (۵۹)، دارای مؤلفه‌های مختلفی است. این مؤلفه‌ها شامل؛ قضاوت کردن خود بر اساس استانداردهای بیرونی، قربانی کردن آگاهانه خود (در الویت قرار دادن نیازهای دیگران) و جلوگیری از خودابرازی و پنهان کردن عواطف، هیجان‌ها، اعمال عقاید خود برای اجتناب از بوجود آوردن تعارض در ارتباط و یا از دست دادن رابطه، می‌شود (۶۰). لازم به ذکر است که؛ زنانی که استرس‌های اصلی زندگی‌شان به روابط شخصی مربوط می‌شود، نسبت به زنانی که عوامل استرس‌زای زندگی‌شان غیررابطه‌ای است، خودخاموشی بیشتری بروز می‌دهند (۶۱). خودخاموشی می‌تواند منجر به مشکلات بین‌فردی بعدی، ارزیابی منفی از خود و سرکوب هیجان‌ها شود، در نتیجه یک الگوی منفی از مشکلات بین فردی ایجاد کند که می‌تواند به کناره‌گیری اجتماعی و استرس منتهی شود.

رابطه مثبت و مستقیم بین استرس ادراک شده و سندرم پیش از قاعدگی نیز در پژوهش حاضر تأیید شد. این یافته همسو با پژوهش‌های کلین استوبر و همکاران (۲۸) و والتون، ماچامر، آسومباردو و برنز (۶۲) است که شدت علائم PMS را با متغیرهای روانی - اجتماعی و استرس ادراک شده، مرتبط می‌دانند. استرس ادراک شده نوعی متغیر روانی - اجتماعی است که به عنوان عدم توانایی سازگاری با تقاضاها و تهدیدهای ادراک شده‌ی محیط تعریف شده است (۶۳). وقتی مطالبات و تغییرات محیط داخلی و خارجی از منابع انطباقی فرد بیشتر ارزیابی شود، استرس را تجربه کرده و از سلامت جسمی و روانی فاصله می‌گیرد. در این شرایط علائم سندرم پیش از قاعدگی شدت گرفته و آزاردهنده می‌شود (۶۴).

سرکوب کرده و سعی می‌کنند با شریک زندگی خود صمیمیت برقرار کنند (۶۷، ۳۵). خودخاموشی به عنوان یک گرایش رفتاری، زمینه‌ساز نادیده گرفتن خود و اولویت دادن به نیازهای دیگران می‌شود و این جریان استرس‌های زنان را بیش از پیش می‌کند (۲۶). عدم حمایت که در خودخاموشی تجربه می‌شود بر ادراک استرس می‌افزاید و شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی را افزایش می‌دهد (۶۸).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که ذهن‌آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان، خودخاموشی و استرس ادراک شده با سندرم پیش از قاعدگی رابطه دارد. در واقع زمانی که فرد نسبت به هیجانات خود پذیرش و آگاهی نداشته و هر چه بیشتر برای جلب رضایت و تأیید دیگران احساساتش را سرکوب کند، با این الگوی رفتاری استرس بیشتری را ادراک و تجربه می‌کند و در نهایت این فرآیند، زمینه‌ساز تجربه شدیدتر علائم سندرم پیش از قاعدگی خواهد شد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن آن به جامعه آماری دانشجویان اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جمعیت‌های آماری به خصوص جمعیت‌های بالینی را با محدودیت مواجه می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده علاوه بر استفاده بیشتر از روش مدلیابی و در نظر گرفتن نقش همزمان چندین متغیر، نوع استرس (استرس ناشی از تغییرات روان‌تنی یا استرس ناشی از روابط بین‌فردی) نیز دقیق‌تر بررسی شود. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند در روند درمان بیماران زن مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، مورد توجه درمانگران و متخصصان حوزه سلامت روان قرار گیرد.

منابع

1. Ramezanpour, F., Bahri, N., Bagheri, L., Fathi Najafi, T. Incidence and Severity of Premenstrual Syndrome and its relationship with Social and ee mogrpphcc Chrrccrrrrssccs among Suddenss' College, Gonabad - 2013. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 2015; 18(170.169): 21-28. [Persian].
2. Speroff L, Fritz MA, editors. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. lippincott Williams & wilkins; 2005.
3. Stenstrom EP, Saad G, Hingston ST. Menstrual cycle effects on prosocial orientation, gift giving, and charitable giving. Journal of Business Research. 2018 Mar 1; 84:82-8.
4. Critchley HO, Babayev E, Bulun SE, Clark S, Garcia-Grau I, Gregersen PK, Kilcoyne A, Kim JY,

در پژوهش حاضر علاوه بر مسیرهای مستقیم، سه مسیر غیرمستقیم نیز تعبیه شده بود. تأثیر غیرمستقیم ذهن‌آگاهی بر سندرم پیش از قاعدگی از طریق متغیر میانجی استرس ادراک شده، یکی از مسیرهایی بود که تأیید شد. قضاوت، افکار منفی و نشخوارهایی از قبیل (چرا این علائم را دارم) یا (باز هم این علائم شروع شدند و باید درد را تحمل کنم) در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی فراوان است؛ بنابراین به جای ماندن در لحظه و آگاهی از زمان حال، زمان خود را صرف قضاوت کردن و نپذیرفتن علائم خود می‌کنند که این خود بر شدت درد آن‌ها می‌افزاید (۱۱). از سوی دیگر در جریان ذهن‌آگاهی فرد هشیارانه، با علاقه و پذیرش، آگاهی خود را بر اینجا و اکنون متمرکز می‌کند. بر این اساس آگاهی از حالات شناختی، رفتاری و احساسی افزایش می‌یابد. بنابراین افکار و احساسات به جای سرکوب یا انکار، پذیرفته و مشاهده می‌شوند (۶۵). ذهن‌آگاهی، استرس ادراک شده فرد را از طریق متوجه کردن خود بر زمان حال و رهایی از آینده و یا گذشته کاهش می‌دهد. با نظاره کردن هیجانات، احساسات و افکار، زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی حتی با وجود استرس، شرایط را کم‌تر تهدیدکننده می‌یابند.

رابطه بین دشواری در تنظیم هیجان و سندرم پیش از قاعدگی از طریق نقش میانجی استرس ادراک شده، یکی دیگر از فرضیه‌هایی بود که مورد تأیید قرار گرفت. زنانی که دشواری در تنظیم هیجان را تجربه می‌کنند به دلیل عدم کاربست راهبردهای تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، بیقراری، رفتارهای تکانشی و تصمیم‌گیری‌های نادرست، استرس بیشتری را ادراک می‌کنند (۲۱). بدنبال این فرآیند، افراد زمان زیادی را صرف برداشت منفی از علائم و سرکوب تجارب هیجانی خود می‌کنند. سرکوب هیجانی مزمن سطح برانگیختگی سمپاتیک را افزایش می‌دهد و در نهایت میزان استرس ادراک شده در فرد بالاتر می‌رود (۶۶). افزایش علائم شناختی، هیجانی و فیزیولوژیک استرس می‌تواند موجب تجربه شدیدتر علائم سندرم پیش از قاعدگی شود.

مسیر غیرمستقیم آخر، رابطه بین خودخاموشی و سندرم پیش از قاعدگی از طریق نقش میانجی استرس ادراک شده بود. خودخاموشی سبک خاصی از ارتباط و تعامل است که زنان نقش "مراقبت‌کننده، خشنودکننده و همسر خوب" را ایفا می‌کنند، بر این اساس نیازهای فردی و ابراز خود در روابط را

- Depression research and treatment. 2016 Nov 29; 2016.
18. Bluth K, Gaylord S, Nguyen K, Bunevicius A, Girdler S. Mindfulness-based stress reduction as a promising intervention for amelioration of premenstrual dysphoric disorder symptoms. *Mindfulness*. 2015 Dec; 6(6):1292-302.
 19. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003; 10(2):125.
 20. Askari S, Behroozi N, Abbaspoor Z. The effect of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on premenstrual syndrome. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2018 Feb 1; 20(2):e57538.
 21. Assali R, Jalal Marvi F, Ansari F, Lashkardost H. Premenstrual syndrome and the marital relationship. *JNKUMS*. 2015; 7(2): 465-473. [Persian].
 22. Wu M, Liang Y, Wang Q, Zhao Y, Zhou R. Emotion dysregulation of women with premenstrual syndrome. *Scientific reports*. 2016 Dec 6; 6(1):1-0.
 23. Riahi, M., mahmoudabadi, Z. Sociological explanation of gender differences in depression: with emphasis on self-silence in family institution. *Biquarterly Journal of Sociology of Social Institutions*, 2016; 3(8): 193-159. [Persian].
 24. Rajabi, G., Malik Mohammadi, F., Amanallahifar, A., Sudani, M. Self-criticism, internal religious orientation, depression, and feeling of loneliness with mediation of silencing the self among students involved in romantic relationships: A path analysis model. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2015; 17(6): 284-291. [Persian].
 25. Chrisler JC, Gorman JA, Streckfuss L. Self-silencing, perfectionism, dualistic discourse, loss of control, and the experience of premenstrual syndrome. *Women's Reproductive Health*. 2014 Jul 3; 1(2):138-52.
 26. Ussher JM. The ongoing silencing of women in families: An analysis and rethinking of premenstrual syndrome and therapy. *Journal of Family Therapy*. 2003 Nov; 25(4):388-405.
 27. Perz J, Ussher JM. Women's experience of premenstrual syndrome: a case of silencing the self. *Journal of reproductive and infant psychology*. 2006 Nov 1; 24(4):289-303.
 28. Kleinstäuber M, Schmelzer K, Ditzen B, Andersson G, Hiller W, Weise C. Psychosocial profile of women with premenstrual syndrome and healthy controls: a comparative study. *International journal of behavioral medicine*. 2016 Dec; 23(6):752-63.
 29. Jafarnejad, F., Shakeri, Z., Najaf Najafi, M., Salehi Fadardi, J. Evaluation the Relationship between Stress and the Risk of Premenstrual Syndrome. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2013; 16(76): 11-18. [Persian].
 - Lavender M, Marsh EE, Matteson KA. Menstruation: science and society. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020 Nov 1; 223(5):624-64.
 5. Gnanasambanthan S, Datta S. Premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2019 Oct 1; 29(10):281-5.
 6. Reberte LM, de Andrade JH, Hoga LA, Rudge T, Rodoppho JR. ee n's prreepoons nnd uuuuuus toward the partner with premenstrual syndrome. *American Journal of Men's Health*. 2014 Mar; 8(2):137-47.
 7. Temel S, Terzioglu F, Isik Koc G. Premenstrual syndrome in university students: its correlation with their attitudes toward gender roles. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2018 Jul 3; 39(3):228-36.
 8. üüt ,, Pyyam .. The relationship of premenstrual syndrome symptoms with menstrual attitude and sleep quality in Turkish nursing student. *Journal of Caring Sciences*. 2015 Sep; 4(3):179.
 9. Hoyer J, Burmann I, Kieseler ML, Vollrath F, Hellrung L, Arelin K, Roggenhofer E, Villringer A, Sacher J. Menstrual cycle phase modulates emotional conflict processing in women with and without premenstrual syndrome (PMS)—a pilot study. *PloS one*. 2013 Apr 24; 8(4):e59780.
 10. Cirillo PC, Passos RB, Bevilaqua MC, López JR, Nardi AE. Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2012; 34:467-79.
 11. Lustyk MK, Gerrish WG, Douglas H, Bowen S, Marlatt GA. Relationships among premenstrual symptom reports, menstrual attitudes, and mindfulness. *Mindfulness*. 2011 Mar; 2(1):37-48.
 12. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*. 2003 Jul 1; 8(2):73.
 13. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010 Feb; 10(1):83.
 14. Siegel DJ. The science of mindfulness. *Shambhala Sun*. 2010; 18(4):66-9.
 15. Akhteh, M., Alipor, A., Sarifi Saki, S. Effectiveness of Stress Management Training in Reducing Anxiety and Meta-worry of Women Who Had Abortion Several Times. *Quarterly journal of health psychology*, 2014; 3(11): 120-129. [Persian].
 16. Tayel AM, Fouad NM, Masoud AO, Mousa AA. Relationship between Mindfulness and Premenstrual Syndrome among Faculty Nursing Students. *Alexandria Scientific Nursing Journal*. 2018 Dec 1; 20(2):15-28.
 17. Panahi F, Faramarzi M. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on depression and anxiety in women with premenstrual syndrome.

42. Ghasemi Jobaneh R, Arab Zadeh M, Jalili Nikoo S, Mohammad Alipoor Z, Mohsenzadeh F. Survey the Validity and Reliability of the Persian Version of Short Form of Freiburg Mindfulness Inventory. *JRUMS*. 2015; 14 (2): 137-150. [Persian].
43. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004 Mar; 26(1):41-54.
44. Soltan Mohammadolou, S., Gharraee, B., Fathali Lvasani, F., Gohari, R. The Relationship of Behavioral Activation and Inhibition Systems (BAS/BIS), Difficulty of Emotional Regulation, Metacognition with Worry. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2013; 3(2): 85-100. [Persian].
45. Besharat, M., Ranjbar Shirazi, F., Hafezi, E., Ranjbari, T. Emotion regulation difficulties and attachment styles in patients and normal samples. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2019; 13(47): 77-87. [Persian].
46. Jack DC, Dill D. The Silencing the Self Scale: Schemas of intimacy associated with depression in women. *Psychology of women quarterly*. 1992 Mar; 16(1):97-106.
47. Zabihudan, S. The Relationship between Family Communication Patterns and Loneliness with Self-Cashing and Self-Extinguishing Mediation, M.Sc. Thesis, Shiraz, Shiraz University. 2010; May. [Persian].
48. Sadeghzadeh, M. Beshardeh, Sh. Khormaei, F. The Relationship between Conformity to Feminine Norms and Perceptions of Gender Discrimination with Quality of Life of Iranian Women: The Mediating Role of Self-silencing. 2022; Jan. [Persian].
49. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983 Dec 1:385-96.
50. Lee EH. Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian nursing research*. 2012 Dec 1; 6(4):121-7.
51. Rahimi, K., Hosseinsabet, F., Sohrabi, F. Effectiveness of Stress Management and Resiliency Training (SMART) on Perceived Stress and Attitude toward Drug Use among Addicted Men Prisoners. *Clinical Psychology Studies*, 2016; 6(22): 1-19. [Persian].
52. van Wietmarschen H, Tjaden B, van Vliet M, Battjes-Fries M, Jong M. Effects of mindfulness training on perceived stress, self-compassion, and self-reflection of primary care physicians: a mixed-methods study. *BJGP open*. 2018 Dec 1; 2(4).
53. Maharjan, Sailesh, "is the relationship between trait mindfulness and psychological distress indirect?" (2017). Electronic Theses, Projects, and Dissertations. 498.
30. McKay G. Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. Baum Andrew, Taylor Shelley E, Singer Jerome E., editors. *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1984:253-67.
31. Mahdieh Momayyezi, Fatemeh Farzaneh, Mohammad Hasan Lotfi, Mental Health Status (Depression, Anxiety and Stress) of Employed and Unemployed Women in Yazd, Iran, *Health and Development Journal*, 2018; 7(3): 239-249. [Persian].
32. Enayat F, Atae Far R, Abaspoor Azar Z. The Effectiveness of Training Mindfulness Skills on Depression, Anxiety and Stress of Female with Premenstrual Syndrome. *Aumj*. 2021; 10(4): 427-438. [Persian].
33. Zareh, H., Taraj, S. The Effect of Premenstrual Syndrome on Short Term, Long Term and Prospective Memory in Affected Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2009; 12(3): 1-8. [Persian].
34. Armand, A., Talae, A. Investigating the Efficacy of Cognitive- Behavioral Stress-Management Training on Decreasing the Psychological Problems and Symptoms of Premenstrual Syndrome of Afflicted Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2012; 15(21): 24-31. [Persian].
35. Eggert L, Witthöft M, Hiller W, Kleinstäuber M. Emotion regulation in women with premenstrual syndrome (PMS): Explicit and implicit assessments. *Cognitive Therapy and Research*. 2016 Dec; 40(6):747-63.
36. Bashlideh, K. Analysis of statistical data using SPSS and AMOS software, Ahvaz: Chamran University Press. 2016 May. [Persian].
37. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2015 Nov 3.
38. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for women. *Arhhivss of Womnn's ee nlll aaa tth*. 2003 Aug; 6(3):203-9.
39. 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. *Nurs Midwifery J*. 2019; 17 (4): 309-320. [Persian].
40. Shiva Siahbazi, Fatemeh Zahra Hariri, Ali Montazeri, Lida Moghaddam Banaem. Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). *Payesh*. 2011; 10 (4): 421-427. [Persian].
41. Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and individual differences*. 2006 Jun 1; 40(8):1543-55.

66. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*. 2006 Nov; 6(4):587.
67. Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: Women and depression*. Harvard University Press.
68. Temel S, Terzioglu F, Isik Koc G. Premenstrual syndrome in university students: its correlation with their attitudes toward gender roles. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2018 Jul 3; 39(3):228-36.
54. hatampour E, mostafai A, sohrabi Z. The Effectiveness of Mindfulness Training Program on Perceived Stress, Anxiety Sensitivity and Anxiety Symptoms in Adolescents with Symptoms of Social Anxiety Disorder. *JNE*. 2021; 9 (6): 37-48. [Persian].
55. akhondi M, kamiabi M, sayadi A, zeinadini Z. The Effectiveness of Mindfulness Training on Perceived Stress and Psychological Hardship in Nursing Students. *IJPN*. 2021; 8 (6): 11-19. [Persian].
56. Khalili Khezrabadi M, Shafqati S, Eshaghi Moghaddam F, Rafiepoor A. Expectancy Test Anxiety Based on Basic Psychological Needs and Cognitive Emotional Regulation among Students at Farhangian University. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2020 Feb 20; 12(48):85-102. [Persian].
57. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26.
58. Elison J, Garofalo C, Velotti P. Shame and aggression: Theoretical considerations. *Aggression and Violent Behavior*. 2014 Jul 1; 19(4):447-53.
59. Maji S, Dixit S. Self-silencing and women's health: A review. *International Journal of Social Psychiatry*. 2019 Feb; 65(1):3-13.
60. Smolak L. Gender as culture: The meanings of self-silencing in women and men. *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world*. 2010 Apr 28:129-46.
61. Ali A, Oatley K, Toner BB. Life stress, self-silencing, and domains of meaning in unipolar depression: An investigation of an outpatient sample of women. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2002 Dec 1; 21(6):669-85.
62. Walton LM, Machamer L, Asumbrado RC, Behrens MA. Relationship between Nutrition (REAP), Exercise (VSAQ), and Stress on Premenstrual Syndrome Severity (PSST): Correlation, Cross-Section, Purposive Sample of 75 Females Ages 18-55. *Physiother Rehabil*. 2018; 3(158):2573-0312.
63. Chang MW, Brown R, Wegener DT. Perceived stress linking psychosocial factors and depressive symptoms in low-income mothers. *BMC Public Health*. 2021 Dec; 21(1):1-1.
64. Yew SH, Lim KM, Haw YX, Gan SK. The association between perceived stress, life satisfaction, optimism, and physical health in the Singapore Asian context. *Asian Journal of Humanities and Social Sciences (AJHSS)*. 2015 Feb; 3(1):56-66.
65. Barzegar, E., zohrei, E., Bostanipour, A., Fotohabadi, K., Ebrahimi, S., Hoseinnia, M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Perceived Stress and Aggression in Women with Premenstrual Syndrome. *Journal of Psychological Studies*, 2018; 14(3): 163-178. [Persian].