

خصوصیات روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی Psychometric Properties and Factor Structure of Persian Version of Premenstrual Coping Measure

Marziyeh Sadeghzadeh, PhD[✉]

Meral Jafari, BA

Negar Ghomatipour, BA

مرضیه صادق‌زاده^۱

مرال جعفری^۲

نگار قوماتی‌پور^۲

Abstract

The present study was conducted with the aim of introducing and investigating the psychometric properties of the Persian version of the Premenstrual Coping Measure (PMCM). This research, in terms of method, is a descriptive-cross-sectional-correlation study that its population included all the female students in Salman Farsi University of Kazerun in the academic year of 2021-2022. The sample group included 303 female students who were selected by the available sampling method and participated in the present research by answering the online questionnaire. The research tools included Premenstrual Coping Measure (Read et al, 2014), Premenstrual Symptoms Screening Tool (Steiner et al, 2003), Multidimensional Health Locus of Control-C (Wallston et al, 1994), and the Menstrual Attitude Questionnaire (Brooks-Gunn & Ruble, 1980). Research data has been analyzed in SPSS-22, AMOS-22 and JASP-09. The results of exploratory and confirmatory factor analysis have confirmed the existence of a five-factor structure in the scores obtained from the Persian version of the premenstrual coping strategies scale. The values of Cronbach's alpha for the total scale and the its five subscales (Awareness and Acceptance of Premenstrual Change, Avoiding Harm, Self-care, Communicating, and Adjusting Energy) have been equal to 0.90, 0.89, 0.88, 0.81, 0.79, and 0.72, respectively. The correlation coefficients between PMCM, and three other research tools, while confirming the construct validity, suggested a close relationship between premenstrual strategies and an internal locus control for health and an attitude based on expectation and prediction of menstruation. Therefore, the Persian version of the PMCM scale can be recommended as a suitable tool for future research in the field of women's issues.

Keywords: Coping, Premenstrual, Reliability, Validity

چکیده

پژوهش حاضر با هدف معرفی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی (PMCM) انجام گرفت. این پژوهش به لحاظ روش در دسته پژوهش‌های توصیفی-همبستگی قرار گرفته و جامعه‌آماری آن شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه سلمان فارسی کازرون در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بوده است. گروه نمونه شامل ۳۰۳ دانشجوی دختر بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با پاسخ به نسخه الکترونیک پرسشنامه پژوهش حاضر در آن شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل اندازه‌گیری مقابله‌ای پیشاقاعدگی (رید و همکاران، ۲۰۱۴)، ابزار غربالگری نشانه‌های قبل از قاعدگی (استاینر و همکاران، ۲۰۰۳)، مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت (والستون و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسشنامه نگرش به قاعدگی (بروکس-گان و رابل، ۱۹۸۰) بوده است. داده‌های پژوهش در سه نرم‌افزار SPSS-22، AMOS-22 و JASP-09 مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج مربوط به تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی وجود یک ساختار پنج‌عاملی را در نمرات حاصل از نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی مورد تأیید قرار داده است. مقادیر آلفای کرونباخ مربوط به کل ابزار و پنج خرده‌مقیاس آن (آگاهی و پذیرش تغییرات قبل از قاعدگی، اجتناب از آسیب، مراقبت از خود، برقراری ارتباط و تنظیم انرژی) نیز به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۲ به دست آمده است. ضرایب همبستگی مقیاس PMCM با سه ابزار دیگر پژوهش نیز ضمن تأیید روایی سازه، رابطه نزدیک بین این راهبردها با یک منبع کنترل درونی سلامت و نگرش همراه با انتظار و پیش‌بینی قاعدگی را مطرح می‌سازد. از این رو می‌توان نسخه فارسی مقیاس PMCM را به‌عنوان ابزاری مناسب جهت پژوهش‌های آتی در حوزه مسائل زنان توصیه نمود.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای مقابله‌ای، پیشاقاعدگی، روایی، اعتبار

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۱۹ تصویب نهایی: ۱۴۰۳/۱/۸

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران.

● مقدمه

قاعدگی (menstruation) با اولین خونریزی در نوجوانی شروع شده، تا یائسگی ادامه می‌یابد و در ظاهر تنها یک پدیده زیست‌شناختی طبیعی است که توانایی باروری یک زن را به نمایش می‌گذارد (ورما، احمد و سریواستاوا، ۲۰۱۳). با این همه، در دهه‌های اخیر، موضوع قاعدگی و تأثیر آن بر ابعاد متفاوت زندگی زنان به‌عنوان یکی از بحث‌انگیزترین مسائل در حوزه‌های روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و حتی حقوق تبدیل شده است؛ به نحوی که در حال حاضر از قاعدگی به‌عنوان یک موضوع بنیادین (fundamental) در زندگی زنان یاد می‌شود (وینکلر، ۲۰۲۰).

البته مطالعه تأثیر قاعدگی بر زندگی روزمره زنان، امر چندان تازه‌ای به شمار نرفته و به لحاظ تاریخی به معرفی دو سازه «تنش پیشاقاعدگی» (premenstrual tension) در سال ۱۹۳۱ و «سندرم پیشاقاعدگی» (premenstrual syndrome) در سال ۱۹۵۶ بازمی‌گردد (آشر و پرز، ۲۰۲۰الف). در واقع، پیشینه پژوهشی گردآوری شده در طی هفتاد سال گذشته بیش از ۳۰۰ تغییر را در روزهای قبل از قاعدگی ثبت کرده (هالبریچ و همکاران، ۲۰۰۳) که علائم جسمانی شامل خستگی، سردرد، نفخ شکم و حساس شدن سینه‌ها و علائم عاطفی مانند تحریک‌پذیری، افسردگی، سردرگمی، اضطراب، طغیان‌های خشم و کناره‌گیری اجتماعی را در برمی‌گیرد (شامانی و همکاران، ۲۰۱۸). بعلاوه پیشینه پژوهشی موجود نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از زنان وجود چنین تغییراتی را در روزهای پیش از قاعدگی مورد تأیید قرار داده و از آن به‌عنوان موضوعی آزارنده یا لاقابل‌مختل‌کننده در زندگی فردی و اجتماعی خود یاد می‌کنند (سلطان و همکاران، ۲۰۲۲). حجم قابل توجهی از پژوهش‌های انجام گرفته (دنرستین، لیهرت و هاینمن، ۲۰۱۱؛ ریتن‌هاوس، ۱۹۹۱؛ شهاد و حمدان-منصور، ۲۰۱۸؛ گردندی، گابریل و کینگ، ۲۰۲۰؛ علی‌هانی، ۲۰۱۹؛ لی، ۲۰۰۲؛ هاردی و هانتز، ۲۰۲۱)، نیز پیامد تغییرات یا آشفتگی‌های پیشاقاعدگی را در کاهش کیفیت زندگی یا عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی زنان مورد توجه قرار داده‌اند.

از سوی دیگر، دانش پزشکی از اوایل دهه ۱۹۸۰ تاکنون راه‌کارهایی مثل پرتوافکنی بر تخمدان‌ها یا استفاده از مهارگر بازجذب سروتونین (serotonin reuptake inhibitor) را جهت بهبود یا کنترل این تغییرات ناخوشایند معرفی کرده‌اند (رید، پرز و آشر، ۲۰۱۴)، که به وضوح از یک دیدگاه زیست‌پزشکی صرف در این زمینه خبر می‌دهند. چنان‌که این دیدگاه، تغییرات مربوط به روزهای پیشاقاعدگی را آسیب‌شناسی ثابت جسم زنانه در نظر گرفته است و آن را به برهم خوردن توازن در هورمون‌ها یا انتقال‌دهنده‌های عصبی وابسته می‌داند (آشر و پرز، ۲۰۲۰الف). این در حالی است که پژوهش‌های دو دهه گذشته (ابوطالبی، دهقانی و اکبرزاده، ۲۰۲۰؛ ایسا، ۲۰۱۰؛ آشر و پرز، ۲۰۰۶؛ باس و همکاران، ۲۰۰۹؛ کانچوا-لندلت و ایوانف، ۲۰۲۱؛ کلاین‌اشتاوبر و همکاران، ۲۰۱۶؛ علی‌مرادی و همکاران، ۲۰۲۲؛ موسوی و خرم‌آبادی، ۱۴۰۱؛ میوتا، یهل و بارتز، ۲۰۱۹؛ هان، چا و کیم، ۲۰۱۹) شواهد روزافزونی را پیرامون نقش عوامل روانی-اجتماعی در ایجاد یا تشدید آشفتگی‌های پیشاقاعدگی و نیز بهبود یا کنترل آنها مهیا کرده‌اند؛ به ویژه پژوهش‌های ابوطالبی و همکاران (۲۰۲۰)، باس و همکاران (۲۰۰۹)، کانچوا-لندلت و ایوانف (۲۰۲۱) و علی‌مرادی و همکاران (۲۰۲۲) بر امکان مداخله‌های روان‌شناختی در نوع مواجهه زنان با تغییرات پیشاقاعدگی تأکید می‌نمایند.

در واقع چنین به نظر می‌رسد که پژوهش‌های اخیر به تدریج تمرکز بر راه‌حل‌های پزشکی صرف را ترک و توجه روزافزونی را به شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تغییرات پیشاقاعدگی نشان داده‌اند (آشر و پرز، ۲۰۲۰ب). این روش‌های خودمراقبتی و مقابله‌ای، گرچه تغییرات روزهای پیش از قاعدگی را حذف نکرده، اما با تأثیر مثبت در خلق زنان و بهبود توانایی آنها در کنترل تجربه و بیان عواطف منفی خود در این روزها، این تغییرات را آسیب‌زدایی (depathologize) کرده، حس عاملیت بیشتری را در قبال بدن ایجاد و از این طریق کاهش معناداری را در آشفتگی‌های پیشاقاعدگی زنان ایجاد کرده‌اند (آشر و پرز، ۲۰۱۷).

البته مطابق مدل بافتی-شناختی لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) منظور از مقابله (coping)، کیفیتی از تفکر، احساس و رفتار است که در نهایت به تسلط بر یک موقعیت دشوار و معنادار یا لاقابل‌تحمل مقتضیات آن بینجامد. روزهای پیشاقاعدگی نیز بنا به گواه پژوهش‌های گذشته مثال روشنی از همین موقعیت‌های دشوار و معنادار است که علاوه بر تغییرات زیست‌شناختی، به واسطه گفتمان غالب فرهنگی نیز فشار روان‌شناختی خاصی را بر زنان تحمیل می‌سازد (آشر و پرز، ۲۰۰۶). این گفتمان فرهنگی پیام‌های متناقضی را پیرامون قاعدگی زنان منتشر کرده است؛ چنان‌که در عین تکریم قدرت باروری برآمده از همین چرخه قاعدگی میسر، آشفتگی دوران پیشاقاعدگی را به

زلزل، غیرقابل اعتماد بودن و گاه حتی دیوانگی و خطرناک بودن زنان تعبیر کرده (هاکی، آشر و پرز، ۲۰۲۰؛ رید و همکاران، ۲۰۱۴) و در نتیجه به همراه تغییرات زیست‌شناختی، زنان را به سمت حساسیت مضاعف نسبت به هیجانات درونی یا تنش‌های بیرونی در این دوره سوق داده است (آشر، ۲۰۰۴؛ آشر و پرز، ۲۰۱۳).

بعلاوه، در حال حاضر گستره‌ای از شیوه‌های مقابله‌ای مانند پرهیز از فرارگرفتن در تعارض‌های بین‌فردی، شناسایی نیازهای فردی در روزهای قبل از قاعدگی، مراقبه، پرداختن به فعالیت‌های زنانه یا علاقمندی‌های شخصی، کاهش مصرف الکل و کافئین، سودجستن از شبکه حمایتی زنان، توجه به الگوی تغذیه مورد توجه پژوهش‌های این حوزه قرار گرفته است (آشر و پرز، ۲۰۲۰)؛ که رابطه میان آنها با کاهش نشانگان پیشاقاعدگی و بهبود سایر متغیرهای مربوط به سلامت روانی پیش از این مورد تأیید قرار گرفته است (ابوطالبی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ایسا، ۲۰۱۰؛ آشر، ۲۰۰۴؛ آشر و پرز، ۲۰۰۶ و ۲۰۱۳؛ کوچمیرچک، جانسون و لابروم، ۱۹۹۴؛ وارن و بیکر، ۱۹۹۲؛ وو-هولت و بوت، ۱۹۹۴؛ هاردی و هانتر، ۲۰۲۱؛ هاکی و همکاران، ۲۰۲۰؛ هان و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش رید و همکاران (۲۰۱۴) نیز با معرفی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی (premenstrual coping measure)، شیوه منسجم و یکپارچه‌ای را جهت ارزیابی این گستره وسیع از شیوه‌های مقابله‌ای در روزهای پیش از قاعدگی معرفی کرده است. تمایز و سودمندی این ابزار به ویژه از این موضوع برمی‌خیزد که شیوه‌های مقابله‌ای زنان برای مواجهه با تغییرات ناخوشایند این دوره را در قالب پنج مؤلفه مختلف اجتناب از آسیب (avoiding harm)، آگاهی و پذیرش تغییرات پیشاقاعدگی (awareness and acceptance of premenstrual change)، مراقبت از خود (self-care)، برقراری ارتباط (communicating) و تنظیم انرژی (adjusting energy) مورد توجه قرار گرفته است. مؤلفه نخست، یعنی اجتناب از آسیب، نماینده شیوه‌ای از مقابله است که طی آن، زنان می‌کوشند تا در روزهای پیشاقاعدگی خود از موقعیت‌ها، افراد، گفتگوها و افکاری که بالقوه امکان آشفته ساختن آنها را دارند، دور بمانند. این مؤلفه به وضوح، گزینش عامدانه انزوای اجتماعی و ساختاردهی به فرایندهای شناختی را به‌عنوان راه‌حلی مؤثر در مواجهه با آشفتگی‌های دوره پیشاقاعدگی مطرح می‌نماید. مؤلفه دوم یعنی آگاهی و پذیرش تغییرات پیشاقاعدگی، شیوه‌ای از مقابله است که یک زن از تمامی تغییرات فیزیکی و عاطفی ممکن در این دوره مطلع بوده و آن را به‌عنوان امری کاملاً طبیعی در حیات زنانه خود پذیرفته است. مؤلفه مراقبت از خود، شیوه‌ای از مقابله است که تمرکز یک زن بر نیازهای جسمی و فعالیت‌هایی که موجب آرامش و راحتی آنها می‌شود را در برمی‌گیرد. مؤلفه چهارم یعنی برقراری ارتباط نماینده شیوه‌ای از مقابله است که زنان از طریق گفتگوی با یکدیگر، می‌کوشند حمایت لازم برای نیازها و عواطف این دوره را فراهم آورند. در نهایت مؤلفه تنظیم انرژی، شیوه‌ای از مقابله است که یک زن با هماهنگ ساختن برنامه زندگی خود به تنظیم وضعیت عاطفی و جسمانی خود در روزهای پیش از قاعدگی می‌پردازد (رید و همکاران، ۲۰۱۴).

پژوهش‌هایی که تاکنون با این ابزار انجام گرفته است (دشبنده و همکاران، ۲۰۱۹؛ مدنا و همکاران، ۲۰۲۲؛ هاردی و هانتر، ۲۰۲۱)، نقطه قوت این ابزار را به معرفی همین پنج مؤلفه متفاوت ماکول می‌دانند. به بیان دیگر، همین دسته‌بندی شیوه‌های مقابله با تغییرات پیشاقاعدگی، امکان مطالعه سازمان‌یافته‌تر روابط همبستگی و همین‌طور مقایسه تأثیر میان شیوه‌های مختلف مقابله با تغییرات پیشاقاعدگی را در پژوهش‌های اخیر میسر ساخته است (پال، مندال و پادر، ۲۰۲۳). پژوهش حاضر با هدف معرفی نسخه فارسی این ابزار و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آن در نمونه‌ای از دانشجویان دختر ایرانی انجام گرفته است.

• روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی است و به لحاظ روش در دسته پژوهش‌های توصیفی-همبستگی قرار می‌گیرد. جامعه‌آماری شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه سلمان فارسی کازرون در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و گردآوری داده‌های پژوهش به شیوه آنلاین صورت گرفته است. بدین ترتیب که ۳۰۳ دانشجوی دختر که با پاسخ گفتن به لینک سوالات در مطالعه حاضر مشارکت کرده و شامل ملاک‌های خروج نبودند، به‌عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. گفتنی است ابتلا به عوارض جدی در چرخه قاعدگی با تشخیص پزشک زنان، زایمان و نازایی به‌عنوان ملاک خروج مورد توجه قرار گرفته بود. البته حجم نمونه فوق بنا به راهنمایی دو منبع کلاین (۲۰۱۵) و بتلر و چو (۱۹۸۷) کافی بود. چرا که مطابق منبع نخست، حداقل یک نمونه ۲۰۰

نفری جهت انجام الگوی معادلات ساختاری لازم است. بنا به منبع دوم نیز برای انجام تحلیل عاملی تأییدی نمونه باید شامل حداقل ۵ الی ۱۰ نفر به ازای هر ماده باشد که با توجه به ۳۲ ماده مقیاس PMCM در مورد نمونه پژوهش حاضر مصداق یافته است. در این پژوهش جهت دستیابی به نسخه فارسی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای پیش‌قاعدگی، سه مرحله به صورت پی‌درپی انجام گرفت. در گام نخست، نسخه اصلی پرسشنامه توسط پژوهش‌گر به فارسی ترجمه شد؛ در مرحله دوم نسخه اولیه فارسی توسط یک مترجم حرفه‌ای مجدداً به زبان انگلیسی بازگردانده شد و سپس توسط یکی از اساتید متخصص در حوزه آموزش زبان انگلیسی با نسخه اصلی ابزار مقایسه شد. در مرحله سوم به منظور بررسی روشنی و دقت عبارات ترجمه شده، هر دو نسخه فارسی و انگلیسی مورد بازبینی و اصلاح دو نفر از اساتید روان‌شناسی دانشگاه قرار گرفت. بعلاوه در این مرحله، نسخه فارسی در دسترس پنج دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی قرار گرفت تا نسبت به روشنی و مفهوم بودن جملات اطمینان حاصل شود. در نهایت، با ترکیب ابزارهای پژوهش و توضیحات ابتدایی که از دانشجویان دختر جهت مشارکت در این مطالعه دعوت می‌کرد، یک لینک گردآوری آنلاین داده‌ها روی سایت پرس‌لاین ایجاد شد. این لینک به مدت ۶۴ روز (از تاریخ ۲۳ آبان ۱۴۰۰ تا ۲۷ دی ۱۴۰۰) فعال بوده و در این مدت ۳۰۳ دانشجوی دختر دانشگاه سلمان فارسی کازرون به آن پاسخ داده‌اند.

• ابزارها

الف) اندازه‌گیری مقابله با پیش‌قاعدگی (PMCM): این ابزار توسط رید و همکاران (۲۰۱۴) طراحی شده و دارای ۳۲ ماده است که همگی روی یک لیگرت پنج‌درجه‌ای از «در مورد من صدق نمی‌کند» (معادل ۱) تا «تقریباً همیشه در مورد من صدق می‌کند» (معادل ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. چنان‌که گفته شد ماده‌های این ابزار علاوه بر یک نمره کل، نمرات مربوط به پنج خرده‌مقیاس اجتناب از آسیب (۸ ماده)، آگاهی و پذیرش تغییرات پیش‌قاعدگی (۱۰ ماده)، تنظیم انرژی (۵ ماده)، مراقبت از خود (۴ ماده) و برقراری ارتباط (۵ ماده) را فراهم می‌سازند. رید و همکاران (۲۰۱۴)، به منظور بررسی ساختار عاملی این ابزار از هر دو تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده و جهت بررسی همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ را محاسبه کرده‌اند. مقادیر آلفای کرونباخ در پژوهش آنها جهت پنج خرده‌مقیاس فوق به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۸۱ و ۰/۶۸ گزارش شده است. علاوه بر رید و همکاران (۲۰۱۴)، از ضرایب همبستگی میان پنج خرده‌مقیاس بالا به‌عنوان شاهدهی برای روایی سازه ابزار خود استفاده کرده‌اند. فرایند بررسی روایی و اعتبار نسخه فارسی این ابزار در بخش یافته‌های پژوهش حاضر به تفصیل مورد توجه قرار گرفته است. قابل ذکر است که علاوه بر دو فرایند تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، جهت بررسی همسانی درونی این نسخه از مقادیر آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد نیز استفاده شده است. همچنین جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر پیرامون روایی سازه نسخه فارسی، از همبستگی با سه پرسشنامه غربال‌گری علایم قبل از قاعدگی، مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت و پرسشنامه نگرش به قاعدگی نیز استفاده شده است.

ب) ابزار غربال‌گری نشانه‌های قبل از قاعدگی (PSST): این ابزار توسط استاینر، مک‌دوگال و براون (۲۰۰۳)، به منظور شناسایی بانوان مبتلا به نشانگان پیش‌قاعدگی (premenstrual syndrome) و اختلال ملال پیش‌قاعدگی (premenstrual dysphoric disorder) طراحی شده است. این ابزار دارای ۱۹ ماده است که در دو بخش علایم (۱۴ علامت خلقی، جسمی و رفتاری) و تأثیر علایم بر زندگی (۵ ماده) سازمان‌دهی شده‌اند. هر دو بخش نیز روی یک لیگرت چهاردرجه‌ای از «اصلاً» (معادل ۰) تا «شدید» (معادل ۳) نمره‌گذاری می‌شوند. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی ابزار نیز نخستین‌بار در پژوهش سیه‌بازی و همکاران (۱۳۹۰)، روی نمونه‌ای از دانشجویان مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش به منظور بررسی اعتبار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده و مقادیر آن برای بخش‌های علایم و تأثیر علایم روی زندگی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ ذکر شده است. سیه‌بازی و همکاران (۱۳۹۰)، مقادیر نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) برای نسخه فارسی ابزار را به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر مقادیر آلفای کرونباخ برای کل ابزار و دو خرده‌مقیاس علایم و تأثیر علایم روی زندگی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۸ و ۰/۸۹ برآورده شده است.

ج) مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت-فرم C (multidimensional health locus of control scale-C): فرم C از مقیاس‌های چندوجهی کنترل سلامت دارای ۱۸ ماده است و نخستین‌بار در پژوهش والتسون،

استین و اسمیت (۱۹۹۴) معرفی شده است. ماده‌های این مقیاس روی یک لیکرت شش درجه‌ای از «بسیار مخالف» (معدل ۱) تا «بسیار موافق» (معدل ۶) درجه‌بندی شده و ۴ خرده‌مقیاس منبع درونی کنترل سلامت (۶ ماده)، افراد مهم خارج از کادر درمان به‌عنوان منبع کنترل سلامت (۳ ماده)، پزشکان به‌عنوان منبع کنترل سلامت (۳ ماده) و منبع کنترل سلامت مرتبط با شانس (۶ ماده) را تشکیل می‌دهند. ویژگی‌های روان‌سنجی برای نسخه فارسی این مقیاس نیز در پژوهش مانی و همکاران (۱۳۹۷)، در نمونه‌ای از بزرگسالان نرمال مطالعه و ساختار چهار عاملی آن مورد تأیید قرار گرفته است. بعلاوه در پژوهش فوق، جهت بررسی روایی همزمان نسخه فارسی از همبستگی با فرم B مقیاس استفاده شده است. مانی و همکاران (۱۳۹۷)، مقدار آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و چهار خرده‌مقیاس منبع کنترل شانس، منبع کنترل درونی، منبع کنترل پزشکان و منبع کنترل افراد مهم غیر کادر درمان را به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷، ۰/۷۶ و ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز مقادیر آلفا برای کل مقیاس و چهار خرده‌مقیاس فوق به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۶۶ و ۰/۶۵ برآورده شده است.

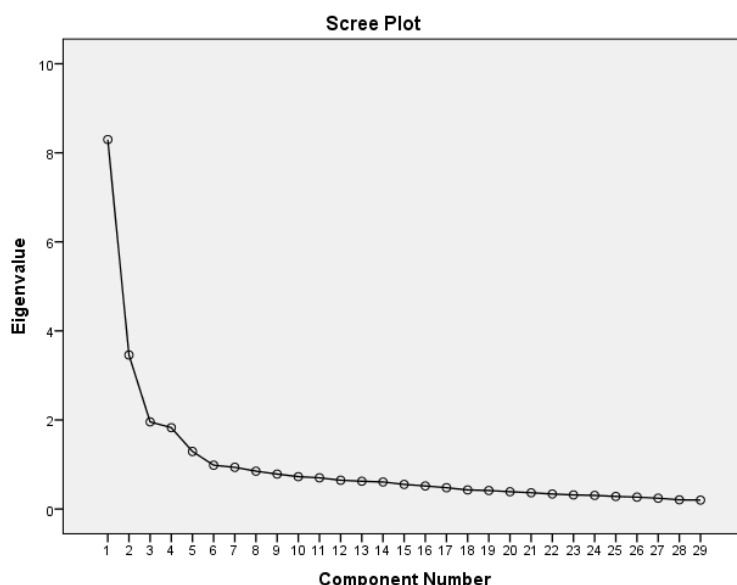
د) پرسشنامه نگرش به قاعدگی (menstrual attitude questionnaire (MAQ): نسخه اصلی پرسشنامه نگرش

به قاعدگی توسط بروکس-گان و رابل (۱۹۸۰) طراحی شده و دارای ۳۳ ماده است که همگی بر یک لیکرت هفت درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» (معدل ۱) تا «کاملاً موافقم» (معدل ۷) نمره‌گذاری می‌شوند. این ابزار دارای یک نمره کل نیست؛ اما ماده‌های آن پنج خرده‌مقیاس قاعدگی به‌عنوان یک رویداد ناتوان‌ساز (۸ ماده)، قاعدگی به‌عنوان یک رویکرد طبیعی (۵ ماده)، قاعدگی به‌عنوان یک رویداد آزاردهنده (۵ ماده)، انکار تأثیر قاعدگی (۷ ماده) و انتظار و پیش‌بینی قاعدگی (۸ ماده) را تشکیل می‌دهند. نسخه فارسی این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۳۹۱ در مطالعه محمدی‌ریزی، کردی و شاکری به کار رفته است. از میان پژوهش‌های اخیر که از نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به قاعدگی استفاده کرده‌اند نیز می‌توان به دو مطالعه غیائی (۲۰۱۹) و مختاری و دیگران (۲۰۲۰)، اشاره کرد. در پژوهش غیائی (۲۰۱۹) که روی نمونه‌ای از دانشجویان انجام گرفته، ضریب آلفای کرونباخ برای پنج خرده‌مقیاس این پرسشنامه در بازه‌ای از ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ و در پژوهش مختاری و همکاران (۲۰۲۰)؛ که روی بانوان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت تربیت حیدریه انجام گرفته، ضرایب آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۵ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفا برای پنج خرده‌مقیاس فوق در دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۸۰ محاسبه شده است.

• یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان دختر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر به ترتیب ۲۱/۲۲ و ۲/۷۳ است که در زمان انجام این مطالعه، ۲۷۹ نفر از آنها در مقطع کارشناسی، ۲۱ نفر در مقطع کارشناسی ارشد و سه نفر در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بوده‌اند. همچنین ۱۹ درصد از این نمونه، طول قاعدگی خود را «تا چهار روز»، ۶۹ درصد «بین ۴ تا ۷ روز» و ۱۲ درصد «بیشتر از ۷ روز» گزارش کرده‌اند.

برای بررسی مقدماتی ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیش‌قاعدگی از تحلیل عاملی اکتشافی در نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شده است. این تحلیل به‌روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس و براساس دو ملاک ارزش ویژه بزرگتر از یک و نمودار سنگریزه انجام شده است. مقادیر مربوط به دو شاخص کفایت نمونه‌گیری کایزر-میر-الکین ($KMO=0/88$) و آزمون کرویت بارتلت (با مقدار $4066/81$ ، درجه آزادی 406 و معناداری در سطح $p < 0/001$) مطابق نظر میرز، گامست و گارینو (۲۰۰۶)، بر کفایت همبستگی و قابلیت عاملی شدن در ماده‌های پرسشنامه دلالت دارند. همچنین با تکیه بر دو ملاک ارزش ویژه بزرگتر از یک و نمودار سنگریزه، پنج عامل استخراج شدند که روی هم رفته ۵۸ درصد واریانس موجود را تبیین می‌نماید. هر چند ماده‌های ۱۸، ۲۳ و ۳۱ پرسشنامه (به ترتیب «می‌دانم که برای کمک به خودم چه کاری لازم است انجام دهم»، «غذاهای شیرین بیشتری می‌خورم» و «سعی می‌کنم احساسم را بروز ندهم») به دلیل بار عاملی کوچکتر از ۰/۳۰ از فرایند تحلیل عاملی حذف شدند. نمودار سنگریزه در شکل ۱ و ارزش‌های ویژه مربوط به مؤلفه‌های استخراج شده در جدول ۱ گزارش شده است.



شکل ۱. نمودار سنگریزه مربوط به تحلیل عاملی اکتشافی

جدول ۱. بارعاملی ماده‌های نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیش‌قاعدگی، ارزش ویژه و درصد واریانس تبیین شده مؤلفه‌ها

بارعاملی					ماده *
عامل پنجم	عامل چهارم	عامل سوم	عامل دوم	عامل اول**	
				۰/۵۵	۹. می‌پذیرم که در این ایام، خلق و خویم متغیر است.
				۰/۶۸	۱۰. به این نکته واقف هستم که تغییرات من در این ایام موقتی است.
				۰/۶۷	۱۱. فکرمی‌کنم احساس متفاوت من در این ایام اشکالی ندارد.
				۰/۷۰	۱۲. از تغییرات بدنی خودم آگاه هستم.
				۰/۷۷	۱۳. فکرمی‌کنم هیجانی بودن یا حساس شدن من در این ایام اشکالی ندارد.
				۰/۷۴	۱۴. از تغییرات هیجانی‌ام آگاه هستم.
				۰/۷۹	۱۵. فکرمی‌کنم که تغییرات من در این ایام، بخش طبیعی تجربه‌های یک زن است.
				۰/۷۶	۱۶. می‌دانم که زنان دیگر نیز چنین احوالی را تجربه می‌کنند.
				۰/۶۹	۱۷. فکرمی‌کنم اشکالی ندارد در این ایام نیازهای بدنی متفاوتی داشته باشم.
			۰/۷۱		۱. از موقعیت‌هایی که ممکن است مرا عصبی کنند، اجتناب می‌کنم.
			۰/۷۵		۲. از افرادی که ممکن است باعث خشم و ناراحتی من شوند، دوری می‌کنم.
			۰/۶۹		۳. از طرح موضوعاتی که پتانسیل ایجاد تعارض با دیگران را دارند، طفره می‌روم.
			۰/۷۶		۴. اگر احساس کنم که موقعیتی مرا عصبی می‌کند، سریع خودم را از آن موقعیت بیرون می‌کشم.
			۰/۷۱		۵. از موقعیت‌هایی که می‌دانم در آنها احساس آسیب‌پذیری می‌کنم، دوری می‌کنم.
			۰/۷۳		۶. از گفتگوهایی که ممکن است باعث ناراحتی من شود، اجتناب می‌کنم.
			۰/۶۳		۷. سعی می‌کنم از پرداختن به مسائل دشوار خانوادگی خودداری کنم.
			۰/۶۸		۸. از پذیرش یا تأثیر گرفتن از افکار منفی‌ام سربازمی‌زنم.
		۰/۷۸			۲۸. برای این که به دیگران بگویم در این ایام چه حسی دارم، احساس اطمینان می‌کنم.
		۰/۷۷			۲۹. برای این که به دیگران بگویم در این ایام چه نیازهایی دارم، احساس اطمینان می‌کنم.
		۰/۷۵			۳۰. در مورد چیزی که در این ایام حس می‌کنم، با دیگران حرف می‌زنم.
		۰/۶۵			۳۲. از دیگران درخواست کمک می‌کنم.
	۰/۶۶				۲۴. برای انجام کارهایی که آرامم می‌کند (مثل حمام، ماساژ یا کتاب خواندن) وقت می‌گذارم.
	۰/۶۹				۲۵. برای تمرکز بر نیازهای خودم وقت می‌گذارم.
	۰/۵۵				۲۶. به خودم وقت بیشتری برای استراحت کردن می‌دهم.
	۰/۶۷				۲۷. کارهایی را برای راحت‌بودن خودم انجام می‌دهم.
۰/۵۴					۱۹. احساساتم را از طریق انفجارهای هیجانی تخلیه می‌کنم.
۰/۷۷					۲۰. فعالیت‌های اجتماعی‌ام را کاهش می‌دهم.
۰/۷۲					۲۱. کمتر روی رسیدگی به نیازهای دیگران تمرکز می‌کنم.
۰/۶۴					۲۲. کمتر ورزش می‌کنم.
۲/۲۶	۲/۳۸	۲/۵۴	۴/۴۶	۸/۳۰	ارزش ویژه
۷/۷۸	۸/۲۲	۸/۷۶	۱۵/۳۷	۱۷/۹۲	درصد واریانس تبیین شده
				۵۸/۰۵	درصد واریانس کل تبیین شده

* نکته (۱): تمامی ماده‌های پرسشنامه با عبارت «در روزهای پیش از قاعدگی» آغاز می‌شود. **نکته (۲): عامل ۱: آگاهی و پذیرش تغییرات قبل از قاعدگی؛

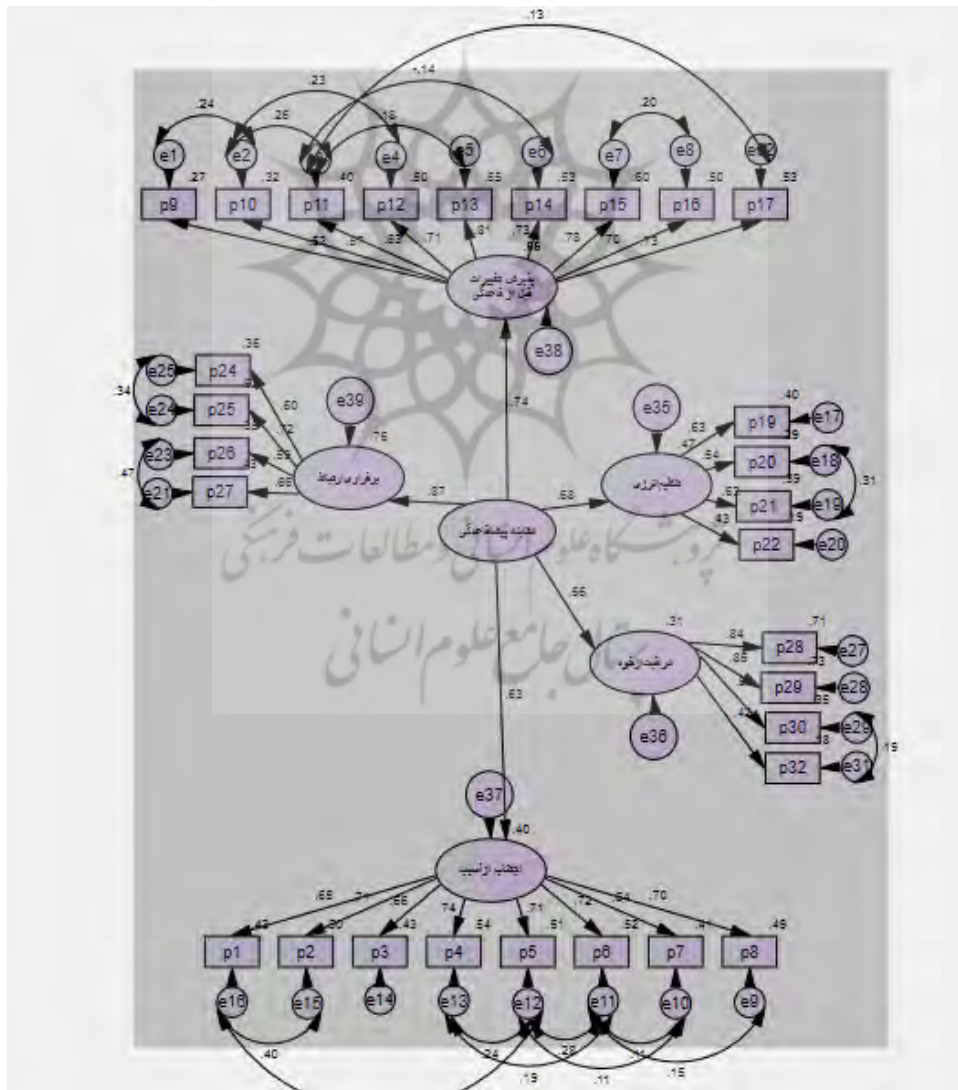
عامل ۲: اجتناب از آسیب؛ عامل ۳: برقراری ارتباط؛ عامل ۴: مراقبت از خود؛ عامل ۵: تنظیم انرژی؛

به منظور بررسی نهایی ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس PCMC، یک تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم نیز در نرم افزار AMOS-22 انجام و شاخص‌های برازش مربوط به آن در جدول ۲ گزارش شده است. مطابق این جدول، مقادیر مربوط به شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، برازش تطبیقی (CFI)، برازش هنجار شده (NFI)، برازش افزایشی (IFI) و شاخص توکر-لوییس (TLI) همگی بزرگتر از ۰/۹۰ هستند. مقادیر نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (CMIN/DF)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) و سطح احتمال برای تناسب نزدیک (PCLOSE) نیز به ترتیب کوچکتر از ۳، کوچکتر از ۰/۰۷ و بزرگتر از ۰/۰۵ است که در بازه قابل قبول کلاین (۲۰۱۶) برای این دو شاخص قرار می‌گیرد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مربوط تحلیل عاملی تأییدی

شاخص	PCLOSE	RMSEA	TLI	IFI	NFI	CFI	GFI	CMIN/DF
مقدار	۰/۸۱	۰/۰۵	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۹۰	۱/۶۵
مقدار مطلوب	>۰/۰۵	<۰/۰۸	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۳

نمودار مربوط به مدل ساختاری نیز در شکل ۲ به نمایش در آمده است. در این شکل، واریانس تبیین شده هر ماده و نیز واریانس که برای هر عامل تبیین شده نیز گزارش شده است.



۲. مدل ساختاری مربوط به تحلیل عاملی تأییدی

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات حاصل از این پنج مؤلفه که به ترتیب آگاهی و پذیرش تغییرات قبل از قاعدگی، اجتناب از آسیب، برقراری ارتباط، مراقبت از خود و تنظیم انرژی نامیده شده نیز در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های پنج‌گانه مقیاس PMCM

میانگین	انحراف معیار	کمینه مقدار	بیشینه مقدار	کجی	کشیدگی
۳۵/۶۳	۷/۲۷	۹	۴۵	-۰/۹۵	۰/۹۶
۲۱/۹۳	۶/۸۷	۸	۴۰	-۰/۰۴	-۰/۲۹
۱۴/۱۶	۳/۵۹	۴	۲۰	-۰/۲۹	-۰/۳۲
۱۱/۷۰	۳/۶۷	۴	۲۰	-۰/۰۷	-۰/۵۴
۱۱/۹۷	۳/۳۹	۴	۲۰	-۰/۱۰	-۰/۲۲

جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر پیرامون روایی سازه نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی نیز از همبستگی میان نمره کل و نمرات پنج خرده‌مقیاس این پرسشنامه با نمرات حاصل از خرده‌مقیاس‌های سه پرسشنامه نگرش به قاعدگی، پرسشنامه غربال‌گری علایم قبل از قاعدگی و مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت استفاده شده است. ماتریس همبستگی حاصل در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. ماتریس همبستگی نمرات حاصل از مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی و سایر ابزارهای پژوهش

مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی						
کل مقیاس	اجتناب از آسیب	پذیرش تغییرات	تنظیم انرژی	مراقبت از خود	برقراری ارتباط	
$\alpha=۰/۹۰$	$\alpha=۰/۸۹$	$\alpha=۰/۸۸$	$\alpha=۰/۷۲$	$\alpha=۰/۸۱$	$\alpha=۰/۷۹$	
۰/۳۹**	۰/۱۴*	۰/۳۶**	۰/۳۱**	۰/۳۶**	۰/۲۲**	قاعدگی به‌عنوان یک رویداد ناتوان‌ساز
۰/۳۹**	۰/۱۵*	۰/۴۵**	۰/۰۷	۰/۳۹**	۰/۲۳**	قاعدگی به‌عنوان یک رویداد طبیعی
۰/۰۱	۰/۰۸	-۰/۰۷	-۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۴	انکار هرگونه تأثیر برای عادت ماهیانه
۰/۴۲**	۰/۱۹**	۰/۴۱**	۰/۲۷**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	انتظار و پیش‌بینی شروع قاعدگی
۰/۲۵**	۰/۱۶**	۰/۱۹**	۰/۲۴**	۰/۲۳**	۰/۲۳**	قاعدگی به‌عنوان یک رویداد آزارنده
۰/۲۵**	۰/۱۴*	۰/۱۲*	۰/۴۶**	۰/۰۸	۰/۱۷**	شدت علایم قاعدگی
۰/۱۱	۰/۰۷	۰/۰۰	۰/۳۸**	-۰/۰۱	۰/۰۴	ناکارآمدی ناشی از قاعدگی
۰/۱۶**	۰/۱۸**	۰/۰۲	۰/۲۸**	۰/۰۱	۰/۱۳*	شانس
۰/۴۵**	۰/۲۳**	۰/۴۶**	۰/۱۳*	۰/۴۱**	۰/۲۷**	کنترل درونی
۰/۳۳**	۰/۱۸**	۰/۳۶**	۰/۱۱*	۰/۲۲**	۰/۲۱**	کنترل بیرونی - دیگران مهم
۰/۳۳**	۰/۱۷**	۰/۲۸**	۰/۱۶**	۰/۳۰**	۰/۲۴**	کنترل بیرونی - پزشکان

جدول ۳ همچنین حاوی مقادیر آلفای کرونباخ جهت تمامی ابزارهای پژوهش حاضر است. چنان که در این جدول نیز مشاهده می‌شود. مقادیر آلفا برای کل پرسشنامه و پنج خرده‌مقیاس آگاهی و پذیرش تغییرات قبل از قاعدگی، اجتناب از آسیب، مراقبت از خود، برقراری ارتباط و تنظیم انرژی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۲ به دست آمده است. مقادیر امگای مک‌دونالد نیز با استفاده از نرم‌افزار JASP-09 برای کل پرسشنامه و پنج خرده‌مقیاس فوق به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۸۸، ۰/۸۰ و ۰/۷۴ محاسبه شده است.

• بحث

پژوهش حاضر با هدف معرفی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی (PMCM) انجام گرفته است. چنان که پیش از این نیز گفته شد، تمایز و سودمندی این ابزار در دسته‌بندی شیوه‌های مقابله‌ای متنوعی است که در پیشینه پژوهشی جهت مواجهه زنان با تغییرات ناخوشایند روزهای پیشاقاعدگی مستند شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نیز گویای همین سودمندی در نسخه فارسی این مقیاس است. به عبارت دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر نیز همچون مطالعه رید و همکاران (۲۰۱۴)، وجود یک ساختار عاملی متشکل از پنج مولفه اجتناب از آسیب، آگاهی و پذیرش تغییرات پیشاقاعدگی، مراقبت از خود، برقراری ارتباط و تنظیم انرژی را در نسخه فارسی این ابزار مورد تایید قرار می‌دهد. گرچه بایستی به خاطر داشت که در فرایند تحلیل عاملی سه گویه به واسطه بار عاملی اندک حذف گردید و در نهایت، نسخه فارسی مقیاس از ۲۹ ماده باقیمانده تشکیل شده است. همسانی درونی نیز که با محاسبه دو شاخص ضریب آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد مورد بررسی قرار گرفته، گویای پایایی قابل توجه این نسخه در مفهوم

همسانی درونی است. جالب این که مقادیر آلفای کرونباخ بدست آمده در پژوهش حاضر نیز به مقادیر گزارش شده از سوی رید و همکاران (۲۰۱۴) بسیار نزدیک بوده است. به علاوه، ضرایب همبستگی نمرات ناشی از نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیش‌قاعدگی و سه ابزار پرسشنامه نگرش به قاعدگی، پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی و مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت، ضمن تایید روایی سازه این پرسشنامه، نکات قابل تاملی را پیرامون راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان دختر شرکت کننده در این پژوهش مطرح می‌سازد. نخست اینکه نمره کل بدست آمده از نسخه فارسی مقیاس PMCM دارای بیشترین همبستگی با خرده‌مقیاس انتظار و پیش‌بینی شروع قاعدگی (در پرسشنامه نگرش به قاعدگی) و کنترل درونی (در مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت) می‌باشد. به کلام روشن‌تر بهره‌مندی از راهبردهای مقابله‌ای در نزد بانوان جوان مرتبط با نگرشی است که چرخه قاعدگی را به عنوان بخشی اجتناب‌ناپذیر از حیات زیستی یک زن پذیرفته و امکان کنترل و کنارآمدن بهینه با آن را انکار نمی‌نماید. چنین نگرشی به طور واضح با انکار تفاوت‌های جنسیتی میان زن و مرد و تبعات چرخه قاعدگی برای زنان یا تلقی آن به عنوان تجربه‌ای آزارنده یا ناتوان‌کننده متفاوت است. همبستگی نسبتاً بالا میان نمره کل مقیاس راهبردهای مقابله‌ای و مولفه کنترل درونی مقیاس منبع کنترل سلامت نیز گویای همین پذیرش و باور به امکان کنترل و کنارآمدن بهینه است.

• نتیجه‌گیری

به هر حال، هدف از پژوهش حاضر تنها معرفی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای بوده و دقت و تأمل در رابطه این راهبردهای مقابله‌ای با سایر متغیرهای مربوط به زنان موضوعی است که بر عهده پژوهش‌های آتی خواهد بود. هرچند بایستی به محدودیت‌های خاص پژوهش حاضر، به ویژه در تکیه این مطالعه بر دختران دانشجو که به لحاظ برخورداری از دانش سلامت، سن باروری و آشنایی با راهبردهای مقابله‌ای نمونه خاصی تلقی می‌شوند، توجه کرد. به طور کلی می‌توان گفت که یافته‌های پژوهش حاضر، نسخه فارسی مقیاس PMCM را به عنوان ابزاری مناسب جهت پژوهش‌های آتی در حوزه مسائل زنان معرفی می‌کند. هرچند بایستی به محدودیت خاص این مطالعه در تمرکز بر یک نمونه دانشجویی نیز توجه کرد و در پژوهش‌های آتی به کاربرد نسخه فارسی این مقیاس در گروه‌های سنی مختلف زنان اقدام کرد. به علاوه، می‌توان در پژوهش‌های بعدی به مطالعه تأثیر عوامل مختلف روانی، اجتماعی، خانوادگی بر راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده دختران و زنان ایرانی پرداخت. به هر ترتیب، به نظر می‌رسد که وجود یک ساختار پنج عاملی در نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای قابلیت مناسبی جهت بررسی روابط همبستگی در سطحی ریزبینانه‌تر را به این پژوهش‌ها خواهد بخشید.

• تعارض منافع

نویسندگان متعهد می‌شوند که هیچ‌گونه تعارض منفعی در پژوهش وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله تشکر و قدردانی خود را از تمام دانشجویانی که در این پژوهش مشارکت کرده‌اند، اعلام می‌دارند.

• منابع

- سیه بازی، شیوا. حریری، فاطمه‌زهرا. منتظری، علی. و مقدم بنائم، لیدا. (۱۳۹۰). استانداردسازی پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی PSST: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. پایش، ۱۰(۴)، ۴۲۷-۴۲۱.
- مانی، آرش. احسنت، نگار. نخل‌پور، نیوشا. و اسدی‌پویا، علی‌اکبر. (۱۳۹۷). بررسی خصوصیات روان‌سنجی فرم C از مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت بر روی بزرگسالان نرمال. مجله علوم پزشکی صدر، ۷(۱)، ۵۷-۴۸.
- محمدی‌ریزی، سهیلا؛ کردی، معصومه؛ و شاکری، محمدتقی. (۱۳۹۱). ارتباط علائم پیرامون قاعدگی با نگرش نسبت به قاعدگی در دختران دانش آموز دبیرستانی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۱-۹۰. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۵(۸)، ۲۵-۳۱.

موسوی، سیده زهرا. و خرم‌آبادی، رضیه. (۱۴۰۱). شیوع نشانه‌های ملال پیش‌قاعدگی در زنان ایرانی و رابطه آن با دشواری در تنظیم هیجانی و تغییر شدت علائم طی همه‌گیری کووید ۱۹. *مجله روان‌شناسی*، ۱(۲۶)، ۲۳-۱۲.

- Abootalebi, M., Dehghani, M., & Akbarzadeh, M. (2020). Implementing of mental health training programs for promotion of health affected teenage girls to premenstrual syndrome: A community-based study. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(155), 1-6.
- Alimoradi, Z., Rajabalipour, S., Rahmani, K., & Pakpour, A. (2022). The effect of a social network-based cognitive behavioral therapy intervention on the severity of premenstrual syndrome symptoms: a protocol of a randomized clinical trial study. *Trials*, 23(1), 1-11.
- Allihibi, A. (2019). Premenstrual Syndrome-Prevalence, Severity and Effect on Academic Performance: A Comparative Study Between Students of Medicine and Literature. *Journal of Women's Health and Gynecology*, 6, 1-18.
- Bentler, P., & Chou, C. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological methods & research*, 16(1), 78-117.
- Brooks-Gunn, J., & Ruble, D. (1980). The menstrual attitude questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 42(5), 503-512.
- Busse, J., Montori, V., Krasnik, C., Patelis-Siotis, I., & Guyatt, G. (2009). Psychological intervention for premenstrual syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(1), 6-15.
- Dennerstein, L., Lehert, P., & Heinemann, K. (2011). Global study of women's experiences of premenstrual symptoms and their effects on daily life. *Menopause international*, 17(3), 88-95.
- Deshpande, S., Vaishampayan, N., Bevinamarad, S., & Patil, S. (2019). Assessment of prevalence and awareness regarding premenstrual syndrome and its coping techniques among the paramedical students—A research study. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 8(11), 893-896.
- Eissa, M. (2010). Personality and psychosocial factors affecting premenstrual syndrome. *Current Psychiatry*, 17(1), 55-62.
- Ghiasi, A. (2019). The effect of gender-role orientation on attitudes towards menstruation in a sample of female university students. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 20(3), 138.
- Grandey, A., Gabriel, A. S., & King, E. B. (2020). Tackling taboo topics: A review of the three Ms. in working women's lives. *Journal of Management*, 46(1), 7-35.
- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T., & Kahn, L. (2003). The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psych neuroendocrinology*, 28, 1-23.
- Han, J., Cha, Y., & Kim, S. (2019). Effect of psychosocial interventions on the severity of premenstrual syndrome: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(3), 176-184.
- Hardy, C., & Hunter, M. (2021). Premenstrual symptoms and work: Exploring female staff experiences and recommendations for workplaces. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 36-47.
- Hawkey, A., Ussher, J., & Perz, J. (2020). I Treat My Daughters Not Like My Mother Treated Me: Migrant and Refugee Women's Constructions and Experiences of Menarche and Menstruation. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, 99-113.
- Kancheva Landolt, N., & Ivanov, K. (2021). Cognitive behavioral therapy—a primary mode for premenstrual syndrome management: systematic literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 26(10), 1282-1293.
- Kleinstäuber, M., Schmelzer, K., Ditzen, B., Andersson, G., Hiller, W., & Weise, C. (2016). Psychosocial profile of women with premenstrual syndrome and healthy controls: a comparative study. *International journal of behavioral medicine*, 23(6), 752-763.
- Kline, R. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kuczmierczyk, A., Johnson, C., & Labrum, A. (1994). Coping styles in women with premenstrual syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(5), 301-305.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, S. (2002). Health and sickness: The meaning of menstruation and premenstrual syndrome in women's lives. *Sex roles*, 46(1), 25-35.
- Miota, P., Yahle, M., & Bartz, C. (2019). Premenstrual syndrome: A bio-psycho-social approach to treatment. In *Menstruation, Health, and Illness* (pp. 143-152). Taylor & Francis.
- Modena, R., Bisagno, E., Schena, F., Carazzato, S., & Vitali, F. (2022). How Do Elite Female Athletes Cope with Symptoms of Their Premenstrual Period? A Study on Rugby Union and Football Players' Perceived Physical Ability and Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11168.
- Mokhtari, N., Salavati, A., & Azmoude, E. (2020). The relationship between gender role and attitude toward menstruation with female sexual function: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 18(10), 847.
- Pal, S., Mandal, M., & Poddar, S. (2023). Coping Strategies for Menstrual and Premenstrual Distress: An Overview. In B. S. Parimal & Kavita Gupta, (Eds), *Perspectives on Coping Strategies for Menstrual and Premenstrual Distress*, pp. 133-155. London: Medical Info Science Reference.
- Read, J., Perz, J., & Ussher, J. (2014). Ways of coping with premenstrual change: development and validation of a premenstrual coping measure. *BMC women's health*, 14(1), 1-15.
- Rittenhouse, C. (1991). The emergence of premenstrual syndrome as a social problem. *Social Problems*, 38(3), 412-425.
- Shamnani, G., Gupta, V., Jiwane, R., Singh, S., Tiwari, S., & Bharti, S. (2018). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among medical students and its impact on their academic and social performance. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 8(8), 1205-1205.

- Shehadeh, J., & Hamdan-Mansour, A. (2018). Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspective in Psychiatric Care*, 54(2), 176-184.
- Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health*, 6(3), 203-209.
- Sultana, A., Rahman, K., Heyat, M., Alexiou, A., & Akhtar, F. (2022). An Integrative and Holistic Approach in Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder Management. In *The Psychology of Anger* (pp. 145-173). Springer, Cham.
- Ussher, J. (2004). Premenstrual syndrome and self-policing: Ruptures in self-silencing leading to increased self-surveillance and blaming of the body. *Social Theory and Health*, 2(3), 254-272.
- Ussher, J., & Perz, J. (2006). Evaluating the relative efficacy of a self-help and minimal psycho-educational intervention for moderate premenstrual distress conducted from a critical realist standpoint. *Journal of reproductive and infant psychology*, 24(4), 347-362.
- Ussher, J., & Perz, J. (2013). PMS as a process of negotiation: Women's experience and management of premenstrual distress. *Psychology and Health*, 28(8), 909-927.
- Ussher, J., & Perz, J. (2017). Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behavior therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. *PloS one*, 12(4), e0175068.
- Ussher, J. & Perz, J. (2020a). I feel fat and ugly and hate myself: Self-objectification through negative constructions of premenstrual embodiment. *Feminism & Psychology*, 30(2), 185-205.
- Ussher, J., & Perz, J. (2020b). Resisting the mantle of the monstrous feminine: Women's construction and experience of premenstrual embodiment. *The Palgrave handbook of critical menstruation studies*, 215-231.
- Verma, P., Ahmad, S., & Srivastava, R. (2013). Knowledge and practices about menstrual hygiene among higher secondary school girls. *Indian journal of community health*, 25(3), 265-271.
- Wallston, K., Stein, M., & Smith, C. (1994). Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of personality assessment*, 63(3), 534-553.
- Warren, C., & Baker, S. (1992). Coping resources of women with premenstrual syndrome. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(1), 48-53.
- Winkler, I. (2020). Introduction: Menstruation as fundamental. In Bobel et al, (Eds), *The Palgrave handbook of Critical Menstruation Studies*, pp. 9-13. New York: Palgrave MacMillan.
- Wu-Holt, P., & Boutte, J. (1994). The relationship between daily hassles, ways of coping, and menstrual cycle symptomatology. *International Journal of Stress Management*, 1(2), 173-183.