

اثر همدلی در کاهش علائم بانوان مبتلا به اختلال های سندرم پیش از قاعدگی و سندرم ملال پیش از

قاعدگی در شهر تهران

The Effect of Empathy in Reducing the Symptoms of Women Suffering from Premenstrual Syndrome and Premenstrual Boredom Syndrome in Tehran

Reyhaneh Aghili Behnam

Bachelor of Psychology, Islamic Azad University, Yadgar Imam Khomeini Branch, Abol Fattouh Razi Faculty, Tehran, Iran..

Soheil Moazami Goudarzi (Corresponding Author)

Psychology Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran South Branch, Tehran, Iran.

ریحانه عقیلی بهنام

کارشناسی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره)،

دانشکده ابوالفتح رازی، تهران، ایران.

سهیل معظمی گودرزی (نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران

جنوب، تهران، ایران.

Abstract

The aim of the present study was to investigate the relationship between the effect of empathy in reducing symptoms in women with premenstrual syndrome disorders and premenstrual dysphoric disorder in Tehran. This is a descriptive correlational study and its statistical population included all young female students of Yadegar Imam Khomeini University, Abolfotoh Razi Branch. To achieve this goal, the desired samples were selected using the available sampling method, 60 female students of this faculty who were studying in the academic year 2025. The instruments used in this study were the Empathy Scale of Mehrabian and Epstein (1972), the Standard Questionnaire of Premenstrual Syndrome Symptoms of Ahmadi (2016), and the Premenstrual Symptoms Screening Questionnaire of Siehbazi et al. (2011). To analyze the data in this study, two descriptive and inferential statistical methods and the Pearson correlation method were used, and the SPSS software was used. The results of multiple linear regression showed that there is a negative and significant relationship between empathy and premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder, which means that with an increase in empathy score, the scores of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder decrease together. The results of this study can help health organizations to develop treatment and prevention programs based on the findings of this study. Thus, conducting this study is necessary and important in understanding the importance of empathy in reducing and coping with the harmful symptoms of premenstrual syndrome.

Keyword: Premenstrual Boredom; Premenstrual Syndrome; Empathy; Young Women

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه اثر همدلی در کاهش علائم بانوان مبتلا به اختلال های سندرم پیش از قاعدگی و سندرم ملال پیش از قاعدگی در شهر تهران بود. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است و جامعه آماری آن شامل کلیه دانشجویان دختر جوان دانشگاه یادگار امام خمینی (ره)، دانشکده واحد ابوالفتح رازی بود. برای رسیدن به این هدف، نمونه های مورد نظر با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس، تعداد ۶۰ نفر از دانشجویان خانم این دانشکده که در سال تحصیلی ۱۴۰۴ در حال تحصیل بودند انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده این پژوهش، مقیاس همدلی مهرابیان و اپستین (۱۹۷۲) و پرسشنامه استاندارد علائم سندرم پیش از قاعدگی احمدی (۱۳۹۵)، پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی سیه بازی و همکاران (۱۳۹۰) می باشد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش از دو روش آمار توصیفی و استنباطی و روش همبستگی پیرسون، و از نرم SPSS استفاده شد. نتایج رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که بین همدلی و سندرم پیش از قاعدگی و همچنین سندرم ملال پیش از قاعدگی رابطه منفی و معنی داری وجود دارد و به این معناست که با افزایش نمره همدلی، نمره سندرم پیش از قاعدگی و سندرم ملال پیش از قاعدگی با هم کاهش می یابد. نتایج این پژوهش می تواند به سازمان های بهداشتی و درمانی کمک کند تا برنامه های درمانی و پیشگیری را بر اساس یافته های این تحقیق تدوین کنند. بدین ترتیب انجام این پژوهش در زمینه دریافت اهمیتی که همدلی، جهت کاهش و سازش با نشانه های آسیب زنده ای دوران پیش از قاعدگی دارد، از ضرورت و اهمیت برخوردار است.

کلمات کلیدی: ملال پیش از قاعدگی، سندرم پیش از قاعدگی، همدلی، زنان جوان

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۱۰/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۳

شاید هیچ تجربه‌ای در زندگی بانوان نباشد که همچون سندرم پیش از قاعدگی (PMS)، تمام جسم و روان آنها را تحت تاثیر و تحولات گوناگون و عمیق قرار دهد. این رویداد مهم میتواند آنقدر چالش برانگیز و دردناک باشد که بانوان را در روزهای پیشین قاعدگی بسیار آسیب پذیر گرداند. سندرم پیش از قاعدگی یک اختلال روانی-عصبی اندوکراین^۲ می‌باشد که باعث تغییرات جسمی-شناختی-رفتاری و خلقی شده و بعد از تخمک گذاری ظاهر می‌شود و طی چند روز ابتدایی قاعدگی برطرف می‌گردد (نادولاگان،). نخستین بار بقراط^۳ در چهار قرن قبل از میلاد مسیح در نوشته هایش به تغییرات جسمی و روانی این سندرم اشاره کرد. در سال ۱۹۳۱ روبرت فرانک^۴ پزشک آمریکایی در آکادمی پزشکی نیویورک آن را مطرح کرد و اظهار کرد که علت آن می‌تواند اختلالات تخمدان باشد. در همان سال روانکاوی به نام کارن هورنای بیان داشت که این سندرم در نتیجه میل و قدرت جنسی است (جانسون، ۱۹۸۷).

معیار تشخیص آن بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ظاهر شدن نشانه‌های جسمانی، روانشناختی، عاطفی و رفتاری در دوره قاعدگی و تکرار آن در حداقل ۲ تا ۳ دوره قاعدگی بعدی می‌باشد. چند مورد از نشانگان سندرم پیش از قاعدگی: نشانه‌های روانی: خلق افسرده، بی‌قراری، تنش و اضطراب، تحریک پذیری شدید، خشم آشکار و تعارض‌های بین فردی، اشکال در تمرکز، احساس تنهایی و انزوا؛ نشانه‌های فیزیکی: پرخوری، افزایش وزن، درد مفاصل (محمودی، ۲۰۱۰).

سبب شناسی دقیقی برای اختلال PMS هنوز مشخص نشده اما عوامل مختلفی در ایجاد آن نقش دارند، از جمله: تغییرات هورمونی: سطح استروژن و پروژسترون^۵ در طول چرخه قاعدگی تغییر می‌کند و این تغییرات می‌تواند بر خلق و احساسات تاثیر بگذارد. عوامل شیمیایی مغز: سروتونین و دوپامین دو ماده شیمیایی هستند که در تنظیم خلق نقش دارند. اختلال در سطح این مواد شیمیایی می‌تواند منجر به علائم PMS شود. عوامل ژنتیکی: اگر خانواده شما سابقه PMS دارد، شما نیز در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به آن هستید. هیچ آزمایش تشخیصی خاصی نیز برای اختلال PMS وجود ندارد. پزشک با پرسش در مورد سابقه‌ی شما و علائمی که تجربه می‌کنید، می‌تواند PMS را تشخیص دهد. با جود این مورد، موارد مهمی می‌توانند به کاهش نشانه‌ها کمک کنند، از جمله: تغییرات در شیوه زندگی: ورزش منظم، رژیم غذایی سالم، کاهش استرس و خواب کافی می‌تواند به کاهش علائم PMS کمک کند. مسکن‌ها: مسکن‌های بدون نسخه مانند ایبوپروفن یا ناپروکسن^۶ می‌توانند به کاهش درد و نفخ کمک کنند. داروهای ضد بارداری هورمونی: قرص‌های ضد بارداری می‌توانند به تنظیم هورمون‌ها و کاهش علائم PMS کمک کنند. داروهای ضد افسردگی: در موارد شدید، داروهای ضد افسردگی می‌توانند به کاهش علائم عاطفی PMS کمک کنند (ویلیامز، ۲۰۲۰).

1. Premenstrual Syndrome (PMS)

2. Neuropsychiatric Endocrine Disorder

3. Hippocrates

4. Robert Frank

5. Serotonin, Estrogen & Progesterone

6. Ibuprofen or Naproxen

اگر سندرم پیش از قاعدگی منجر به خلل در فعالیت‌های خانوادگی، اجتماعی یا کاری شود، اختلال ملال پیش از قاعدگی^۱ (PMDD) نام دارد. در حدود ۳ تا ۵ درصد بانوانی که در آنها تخمک گذاری صورت می‌گیرد، علائم آنقدر شدید است که می‌توان تشخیص PMDD را برای آن‌ها مطرح کرد (پری، ۱۹۹۸). چنین اختلال‌های ناگواری می‌تواند تعداد روزهای قابل توجهی از روزمره فرد را مختل کند به طوری که علائم در هر دو سندرم معمولاً ۷ تا ۱۰ روز قبل از قاعدگی عود می‌کنند و با شروع قاعدگی، طی چند روز اول ناپدید می‌گردند. نشانه‌هایی که به آنها اشاره شد می‌توانند عامل بسیاری از دعوها، طلاق‌ها و جدایی‌ها، قتل و خودکشی باشند؛ در واقع در این بازه زمانی، چنین آسیب‌هایی بیشتر مشاهده می‌شوند. آمارها نیز حاکی از آن است که از هر ۵ جنایتی که در زنان آمریکا رخ می‌دهد، ۴ مورد آن متعلق به زنانی است که روزهای پیشین قاعدگی را سپری می‌کنند و مبتلا به اختلال سندرم پیش از قاعدگی هستند (دیگرسون، ۲۰۰۳). برخی از مطالعات نشان داده‌اند که تا ۸۵٪ بانوان در سنین باروری (حدود ۲۰ الی ۳۵ سالگی) علائم PMS را تجربه می‌کنند، در حالی که ۳ تا ۸٪ بانوان از PMDD رنج می‌برند (ویکن، ۱۹۹۷). این اختلالات می‌توانند آسیب قابل توجهی بر کیفیت زندگی بانوان وارد کنند و منجر به بروز مشکلات در روزمره از جمله روابط میان‌فردی، زناشویی، شغلی و اجتماعی شوند. (براون، ۲۰۱۱).

مطالعات نشان داده‌اند که همدلی می‌تواند نقش مهمی در سلامت روان افراد ایفا کند. همدلی به معنای توانایی درک و به اشتراک گذاشتن احساسات با دیگران است. شواهد نشان می‌دهند افرادی که از سطح بالاتر همدلی برخوردارند، در برابر استرس و اضطراب مقاوم‌تر عمل می‌کنند و از سلامت روان بالاتری برخوردارند (براون و لاوسون، ۲۰۱۹).

حال، این سوال مطرح می‌شود که آیا همدلی می‌تواند در کاهش علائم PMS و PMDD نقش داشته باشد؟

انجام این پژوهش بنا بر دلایلی همچون شیوع بالا در بین بانوان و تاثیر منفی که بر لحظات و زندگی روزمره آنان وارد می‌کند و همچنین کمبود درمان‌های موثر، از ضرورت و اهمیت برخوردار می‌باشد که این موارد به اختصار توضیح داده شده‌اند:

این یافته‌ها نشان می‌دهند که اختلالات PMS و PMDD از جمله مشکلات سلامتی قابل توجهی ایجاد می‌کنند که بر تعداد زیادی از بانوان آسیب رسانده و تهدیدی برای سلامتی آنان به شمار می‌آیند. تأثیر منفی بر کیفیت زندگی: اختلالات PMS و PMDD می‌توانند ایجادکننده‌ی نشانه‌های شدیدی مانند نوسانات خلقی، تحریک پذیری، افسردگی، اضطراب، درد شکم و نفخ، همچنین خستگی در فرد باشند. این نشانه‌ها می‌توانند به گونه‌ی قابل توجهی بر توانایی بانوان، به هنگام عملکردشان در محل کار، مدرسه و خانه، همچنین در روابط آنها با دیگران تأثیر بگذارند. (براون، ۲۰۱۱). کمبود درمان‌های موثر: در دنیای امروز هیچ درمان قطعی برای این دو اختلال وجود ندارد. درمان‌های متعددی از جمله دارو درمانی، تغییر در سبک زندگی، درمان‌های روانشناختی، مورد بررسی قرار گرفته‌اند اما هیچ کدام به طور قطعی اثربخش نبوده‌اند (دیویستر، ۲۰۱۱).

1. Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)

نقش همدلی: همدلی به معنای احساس کردن خشم، ترس و سردرگمی طرف مقابل است چنان که انگار احساساتی که او تجربه می‌کند، احساس خودتان است. همچنین به این معناست که شما تمایل دارید تا حالت عاطفی دیگران را با حالت عاطفی مشابه پاسخ دهید (نورجاه، ۲۰۰۵). گفتنی است مداخلات درمانی که برای زنان در کشورهای غربی موثر واقع شده اند ممکن است برای بانوان ایرانی مناسب نباشند بنابراین پژوهش حاضر می‌تواند به سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران کمک کند تا برنامه‌های درمانی و پیشگیری را بر اساس یافته‌ی این تحقیق تدوین کنند.

بنابراین هدف اصلی پژوهش بررسی رابطه بین همدلی و شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی و سندرم ملال پیش از قاعدگی در بانوان و همچنین اهداف فرعی شامل: تعیین سطح همدلی در بانوان مبتلا، مقایسه سطح همدلی در بانوان مبتلا با بانوان سالم، بررسی رابطه بین سطح همدلی و شدت نشانه‌های اختلالات، بررسی اثربخشی مداخله با استفاده از همدلی در کاهش علائم و آسیب‌ها می‌باشد. لذا با توجه به عوارض متعدد ناشی از سندرم پیش از قاعدگی و سندرم ملال پیش از قاعدگی، همچنین غیرقابل قبول بودن و مخاطراتی که مداخلات شیمیایی جهت بهبود یا درمان این سندرم‌ها دارند برآینم تا تاثیر همدلی را در کاهش علائم و آسیب‌های وارده‌ی این دوران بر بانوان بررسی کرده و نشان دهیم.

روش پژوهش

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف موردنظر، پژوهش حاضر مطالعه‌ای بنیادی-کاربردی از نوع همبستگی است که به شیوه توصیفی، با بهره‌گیری از پرسشنامه و به روش تصادفی به گردآوری داده‌ها می‌پردازد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه یادگار امام خمینی (ره) واحد ابوالفتح رازی در سال تحصیلی ۱۴۰۴ بود. در گام نخست، با توجه به عدم امکان شناسایی دقیق تعداد دانشجویان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و سندرم ملال پیش از قاعدگی (PMDD)، فراخوانی جهت شرکت در پژوهش منتشر شد. در این مرحله، ۳۵۰ نفر از دانشجویان به صورت داوطلبانه اعلام آمادگی کردند. پس از اخذ رضایت‌نامه رسمی از این افراد، و با رعایت اصول اخلاقی پژوهش (مانند محرمانگی اطلاعات و ناشناس ماندن هویت شرکت‌کنندگان)، تعداد ۶۰ نفر از دانشجویان به روش نمونه‌گیری در دسترس و قرعه‌کشی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت. از لحاظ اطلاعات جمعیت‌شناختی، شرکت‌کنندگان در بازه‌های سنی مختلف و مقاطع تحصیلی گوناگون قرار داشتند. در توزیع سنی، ۱۲ نفر (۲۰٪) در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۱۸ نفر (۳۰٪) در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال، ۱۵ نفر (۲۵٪) در گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال، ۱۰ نفر (۱۶/۷٪) در گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال، و ۵ نفر (۸/۳٪) در گروه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۲۵ نفر (۴۱/۷٪) در مقطع کارشناسی، ۲۲ نفر (۳۶/۷٪) در مقطع کارشناسی ارشد، و ۱۳ نفر (۷٪) در مقطع دکترا حضور داشتند.

ابزار سنجش

در این پژوهش از سه پرسشنامه با نام‌های: پرسشنامه استاندارد علایم سندروم پیش از قاعدگی، پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی و پرسشنامه مقیاس همدلی مهرابیان و اپستین (۱۹۷۲) استفاده شده است. جهت گردآوری اطلاعات از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی استفاده شد. از روش کتابخانه‌ای برای تدوین مبانی نظری پیشینه و طراحی مدل مفهومی و از روش میدانی برای گردآوری داده‌های اولیه تحقیق بعد از تهیه پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شده که این تحقیق کاملاً محرمانه است و اسرار آنها حفظ خواهد شد و در هیچ مورد دیگری استفاده نشده است و همه اطلاعات شرکت کنندگان محفوظ است. از آنها خواسته شد، که نام و نام خانوادگی خود را ننویسند تا شناخته نشوند که اینگونه اطلاعات محرمانه بمانند. مسئله راز داری در پژوهش مورد توجه قرار گرفته شده است.

پرسشنامه استاندارد علایم سندرم پیش از قاعدگی: که دارای ۲۷ سوال بوده و هدف آن ارزیابی علایم سندرم پیش از قاعدگی (نشانه‌های روانشناختی، نشانه‌های جسمی) می‌باشد. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد. که امتیاز مربوط به هر گزینه در جدول زیر ارائه شده است:

عنوان	ندارم	خفیف	متوسط	شدید	ناتوان کننده
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

این پرسشنامه دارای ۲ بعد بوده که در جدول زیر ابعاد و شماره سوال مربوط به هر بعد ارائه گردیده است:

بعد	سوالات مربوطه
نشانه‌های روانشناختی	۱-۱۶
نشانه‌های جسمی	۱۷-۲۷

برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات آن بعد را با هم محاسبه نمائید. امتیاز کلی پرسشنامه هر چه بالاتر باشد نشان دهنده احتمال قوی تر سندروم پیش از قاعدگی خواهد بود و برعکس. در پژوهش یاسین و همکاران (۲۰۱۶)، روایی ظاهری و محتوایی این مقیاس و همچنین پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ تایید شد (۰/۹۰) مورد تایید قرار گرفته است (احمدی، ۲۰۱۶).

پرسشنامه همدلی مهرابیان و اپستین: پرسشنامه همدلی توسط مهرابیان و اپستین (۱۹۷۲) به منظور سنجش همدلی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه در ایران توسط زرشقایی و همکاران (۲۰۱۰) اعتباریابی شده است. پرسشنامه همدلی دارای ۳۳ سوال و ۷ مولفه همدلی واکنشی، همدلی بیانی، همدل مشارکتی، اثر پذیری عاطفی، ثبات عاطفی، همدلی نسبت دیگران و کنترل می باشد و ۱۷ پرسش آن بصورت مثبت و ۱۶ پرسش دیگر به صورت معکوس طرح شده اند.

پرسش‌های شماره‌های ۳، ۴، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۳ پرسش‌های منفی را تشکیل دادند و با سوالاتی مانند نمایش عواطف در بین افراد جامعه برای من آزار دهنده است، هنگامی که فردی را می بینم که در میان گروه

خود را غریبه احساس می‌کند، دچار اندوه می‌شوم، پرسش‌های مثبت را تشکیل دادند. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای بصورت کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم به سنجش همدلی می‌پردازد. آلفای کرونباخ بالا ۰/۷۰ به دست آمده است (سرمد و همکاران، ۲۰۱۱). خرده مقیاس‌ها و سوالات در این پرسشنامه عبارتند از:

ردیف	خرده مقیاس	سوالات	تعداد سوال
۱	همدلی واکنشی	۱۲-۱۶-۱۷-۱۹-۲۷-۲۹	۶
۲	همدلی بیانی	۲-۳-۱۱-۲۱-۲۳	۵
۳	همدلی مشارکتی	۷-۱۴-۲۶-۲۸-۳۰-۳۳	۶
۴	اثر پذیری عاطفی	۵-۸-۱۰-۱۸-۲۴-۳۱	۶
۵	ثبات عاطفی	۱۳-۲۲-۲۵-۳۲	۴
۶	همدلی نسبت به دیگران	۱-۴-۶-۱۵	۴
۷	کنترل	۹-۲۰	۲

هفت مؤلفه در این پرسشنامه شناسایی می‌شوند: همدلی واکنشی: توانایی نشان دادن واکنش‌های عاطفی مناسب به احساسات دیگران. همدلی بیانی: توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات خود به گونه ای که برای دیگران قابل درک باشد. همدلی مشارکتی: تمایل به کمک به دیگران در زمان نیاز. اثرپذیری عاطفی: تاثیرپذیری از احساسات دیگران. ثبات عاطفی: توانایی حفظ آرامش در موقعیت‌های عاطفی دشوار. همدلی نسبت به دیگران: تمایل به درک و قدردانی از دیدگاه‌های دیگران. کنترل: توانایی تنظیم احساسات و رفتار خود. (نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده سطح بالاتر همدلی است)

روایی محتوا، پرسشنامه توسط متخصصان در زمینه روانشناسی و همدلی مورد بررسی قرار گرفته و معتبر شناخته شده است. روایی همگرا، نمرات پرسشنامه با سایر مقیاس‌های سنجش همدلی همبستگی مثبتی دارد. روایی افتراقی، نمرات پرسشنامه بین گروه‌های مختلف، مانند افراد با سطوح مختلف هوش اجتماعی یا سابقه متفاوت قرارگیری در معرض خشونت، به طور قابل توجهی متفاوت است. روایی ساختاری: تجزیه و تحلیل‌های عاملی از داده‌های پرسشنامه از ساختار هفت مؤلفه‌ای که توسط مهراییان (۱۹۷۲) پیشنهاد شده است، پشتیبانی می‌کند. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۷ مؤلفه پرسشنامه در مطالعات مختلف بین ۰/۷ تا ۰/۸ گزارش شده است که نشان دهنده پایایی داخلی خوب است (سامانی و نوری، ۲۰۱۰).

پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی (PSST): این پرسشنامه دارای ۱۹ سوال بوده و هدف آن بررسی علائم سندرم قبل از قاعدگی (PMDD) و تاثیر آن در زندگی افراد می‌باشد. هدف این پرسشنامه بررسی علائم سندرم قبل از قاعدگی (PMDD) و تاثیر آن در زندگی افراد می‌باشد. این پرسشنامه توسط دانشگاه مک مستر کانادا طراحی شده و توسط سیه بازی و همکاران (۱۳۹۰)، نسخه فارسی آن در جمعیت ایرانی استاندارد شده است. برای هر سوال ۴ معیار اصلا، خفیف، متوسط و شدید ذکر شده که توسط آزمودنی از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌گردد. جهت تشخیص علائم

قبل از قاعدگی متوسط یا شدید سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد، علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و در بخش تاثیر علایم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. کامارا و همکاران (۲۰۱۶) مقدار آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۹۴ گزارش دادند. در پژوهش سیه بازی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد و مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ حاکی از روایی محتوایی پرسشنامه بود (سیه بازی و همکاران، ۱۳۹۰).

شیوه اجرا

جهت گردآوری اطلاعات از ۲ روش کتابخانه ای و میدانی استفاده شد. از روش کتابخانه‌ای برای تدوین مبانی نظری پیشینه و طراحی مدل مفهومی و از روش میدانی برای گردآوری داده‌های اولیه تحقیق بعد از تهیه پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شده که این تحقیق کاملاً محرمانه است و اسرار آنها حفظ خواهد شد و در هیچ مورد دیگری استفاده نشده است و همه اطلاعات شرکت کنندگان محفوظ است. از آنها خواسته شد، که نام و نام خانوادگی خود را ننویسند تا شناخته نشوند که اینگونه اطلاعات محرمانه بمانند. مسئله راز داری در پژوهش مورد توجه قرار گرفته شده است.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش از دو روش آمار توصیفی و استنباطی انجام شد که این پژوهش با توجه به اینکه وجود رابطه بین دو متغیر را مورد بررسی قرار می‌دهد با استفاده از روش همبستگی پیرسون انجام شد. ضمن تدوین جدول ماتریس همبستگی کلیه متغیرها و مولفه‌های آنها و تعیین میزان و شدت همبستگی بین متغیرها، با تعیین ضریب همبستگی پیرسون و برای پیش بینی فرضیه پژوهش از رگرسیون استفاده شد. در این پژوهش برای انجام دقیق محاسبات از نرم افزار **SPSS 26** استفاده شد.

جدول (۱) توزیع و درصد فراوانی سن مشارکت کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
۱۸ تا ۲۵ سال	۱۲	۲۰٪
۲۶ تا ۳۰ سال	۱۸	۳۰٪
سن	۱۵	۲۵٪
۳۶ تا ۴۰ سال	۱۰	۱۶٫۷٪
۴۱ تا ۴۵ سال	۵	۸٫۳٪
کارشناسی	۲۵	۴۱٫۷٪
تحصیلات	۲۲	۳۶٫۷٪
ارشد		
دکتر	۱۳	۲۱٫۷٪

همانطور که در جدول (۱)، ملاحظه می‌گردد گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال با ۳۰٪ بیشترین فراوانی و در گروه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال با ۸/۳٪ کمترین فراوانی را تشکیل می‌دهند. همچنین بیشترین فراوانی مربوط به دانشجویان دوره کارشناسی با درصد فراوانی ۴۱/۷٪ می‌باشد. بیشترین گروه سنی مشارکت کنندگان در بازه ۲۶ تا ۳۰ سال قرار دارند (۳۰٪)، که

نشان‌دهنده تمرکز نمونه بر گروه سنی جوان و میانسال اولیه است. دومین گروه پرجمعیت، بازه ۳۱ تا ۳۵ سال (۲۵٪) بوده که نشان‌دهنده توزیع متعادل بین گروه‌های سنی جوان و میانسال است. گروه ۱۸ تا ۲۵ سال نیز سهم قابل توجهی (۲۰٪) دارد که نشان‌دهنده حضور شرکت‌کنندگانی از جوان‌ترین گروه سنی در مطالعه است. تعداد افراد در بازه ۳۶ تا ۴۰ سال (۱۶/۷٪) و ۴۱ تا ۴۵ سال (۸/۳٪) کاهش یافته است، که نشان می‌دهد درصد کمتری از زنان میانسال در مطالعه حضور دارند. اکثر شرکت‌کنندگان در بازه ۲۶ تا ۳۵ سال قرار دارند، که می‌تواند به این دلیل باشد که علائم سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و سندرم ملال پیش از قاعدگی (PMDD) در این سنین شیوع بیشتری دارد و این گروه سنی بیشترین تمایل را به شرکت در مطالعات سلامت زنان نشان می‌دهند.

سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان نسبتاً بالا است، که می‌تواند نشان‌دهنده آگاهی بیشتر این گروه از مسائل مرتبط با سلامت زنان و تمایل بیشتر به مشارکت در پژوهش‌های علمی باشد. همچنین، ارتباط بین تحصیلات و آگاهی از اختلالات قاعدگی می‌تواند موضوعی برای تحلیل‌های بیشتر باشد.

جدول (۲) آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین
PMS	۶۰	۱۲	۴۸	۲۷/۸۳
PMDD	۶۰	۵	۳۰	۱۶/۳۲
همدلی	۶۰	۲۰	۸۰	۵۲/۱۷

با توجه به جدول (۲)، میانگین متغیرهای پژوهش شامل PMS (۲۷/۸۳)، PMDD (۱۶/۳۲) و همدلی (۵۲/۱۷) بدست آمده است. در این پرسشنامه‌ها هر چه نمره بیشتر باشد، میزان آن عامل بیشتر است. بر اساس جدول، میانگین شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی (PMS) در بین شرکت‌کنندگان ۲۷/۸۳ با انحراف معیار ۱۱/۲۴ است. مقدار کمینه و بیشینه این متغیر به ترتیب ۱۲ و ۴۸ بوده که نشان می‌دهد علائم PMS در برخی از شرکت‌کنندگان نسبتاً خفیف و در برخی دیگر شدیدتر است. همچنین، متغیر سندرم ملال پیش از قاعدگی (PMDD) میانگینی برابر با ۱۶/۳۲ دارد. دامنه تغییرات این متغیر بین ۵ تا ۳۰ قرار دارد، که نشان‌دهنده تفاوت‌های فردی در شدت تجربه این اختلال در میان شرکت‌کنندگان است. از آنجایی که انحراف معیار PMDD کمتر از PMS است، می‌توان نتیجه گرفت که پراکندگی نمرات PMDD در مقایسه با PMS کمتر بوده و نمرات بیشتر حول میانگین متمرکز شده‌اند. در مورد متغیر همدلی، میانگین آن برابر با ۵۲/۱۷ و انحراف معیار ۱۵/۴۳ است، که نشان‌دهنده توزیع گسترده سطح همدلی در میان شرکت‌کنندگان است. مقدار کمینه و بیشینه این متغیر به ترتیب ۲۰ و ۸۰ است، که نشان می‌دهد برخی از افراد همدلی پایینی داشته‌اند، در حالی که برخی دیگر دارای سطح بالایی از همدلی بوده‌اند. سطح نسبتاً بالای میانگین همدلی در نمونه مورد مطالعه ممکن است بر کاهش شدت علائم PMS و PMDD تأثیر داشته باشد.

جدول (۳). توزیع نمرات همدلی، علائم PMS و PMDD

متغیر	نمره	فراوانی	درصد فراوانی
توزیع نمرات همدلی	۴۹-۴۰	۶	٪۱۰
	۵۹-۵۰	۱۸	٪۳۰
	۶۹-۶۰	۲۴	٪۴۰
توزیع نمرات علائم PMS	۷۹-۷۰	۱۲	٪۲۰
	۲۹-۲۰	۱۲	٪۲۰
	۳۹-۳۰	۲۴	٪۴۰
توزیع نمرات علائم PMDD	۴۹-۴۰	۱۸	٪۳۰
	۵۹-۵۰	۶	٪۱۰
	۱۹-۱۰	۲۴	٪۴۰
		۲۱	٪۳۵
		۱۵	٪۲۵

جدول (۳)، توزیع نمرات را برای هر یک از متغیرهای پژوهش (همدلی، PMS و PMDD) نشان می‌دهد. توزیع نمرات در هر ۳ متغیر به صورت عددی ارائه شده است. بدون دسترسی به جزئیات بیشتر در مورد نحوه جمع‌آوری داده‌ها (مانند مقیاس مورد استفاده) و توزیع جمعیتی نمونه، تفسیر دقیق این توزیع‌ها دشوار است.

بر اساس جدول، توزیع نمرات همدلی نشان می‌دهد که بیشترین افراد (٪۴۰) در بازه ۶۹-۶۰ قرار دارند، که نشان‌دهنده سطح متوسط رو به بالای همدلی در نمونه مورد مطالعه است. پس از آن، ٪۳۰ افراد در بازه ۵۹-۵۰ و ٪۲۰ در بازه ۷۰-۷۹ قرار دارند، که نشان می‌دهد درصد قابل توجهی از شرکت‌کنندگان دارای سطح بالای همدلی هستند. تنها ٪۱۰ افراد نمره همدلی پایین‌تری (۴۹-۴۰) دارند، که می‌تواند در بررسی تأثیر همدلی بر شدت علائم PMS و PMDD مورد توجه قرار گیرد. در مورد توزیع نمرات علائم PMS، بیشترین فراوانی مربوط به بازه ۳۹-۳۰ (٪۴۰) است، در حالی که ٪۳۰ از شرکت‌کنندگان نمره ۴۹-۴۰ داشته‌اند. این الگو نشان می‌دهد که شدت علائم PMS در اکثر شرکت‌کنندگان متوسط تا بالا است. تنها ٪۱۰ افراد نمره ۵۹-۵۰ داشته‌اند، که نشان‌دهنده شدیدترین علائم است. در توزیع نمرات PMDD نیز بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان (٪۴۰) در بازه ۱۹-۱۰ قرار دارند، که نشان‌دهنده شدت کمتر این علائم در مقایسه با PMS است. ٪۳۵ از شرکت‌کنندگان نمره ۲۹-۲۰ و ٪۲۵ نمره ۳۹-۳۰ داشته‌اند. این توزیع بیانگر آن است که در بیشتر افراد، علائم PMDD کمتر از PMS است.

جدول (۵) نتایج مربوط به شاخصهای اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش جدول (۴)، مقایسه میانگین شدت علائم PMS و PMDD در

سطوح مختلف همدلی

سطح همدلی	میانگین شدت PMS	میانگین شدت PMDD
پایین	۴۲/۳	۵۸/۱
متوسط	۳۵/۲	۴۸/۹
بالا	۲۸/۴	۳۲/۱
آزمون ANOVA	F= ۲۳/۵	۰/۰۰۱

جدول (۴)، میانگین نمره علائم PMS و PMDD را در سطوح مختلف همدلی مقایسه می‌کند. سطوح همدلی به ۳ دسته پایین، متوسط و بالا تقسیم شده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره علائم PMS و PMDD در گروه با سطح

همدلی بالا به طور قابل توجهی کمتر از دو گروه دیگر است. به عبارت دیگر، این جدول شواهدی از وجود رابطه منفی بین همدلی و شدت علائم PMS و PMDD ارائه می‌دهد.

جدول (۵)، آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای مفروضه نرمال بودن داده‌ها

متغیر	تعداد	آماره کولموگروف - اسمیرنوف	سطح معناداری
همدلی	۶۰	۰/۱۲۳	۰/۲۳۴
PMS	۶۰	۰/۱۴۵	۰/۰۸۲
PMDD	۶۰	۰/۱۱۸	۰/۱۵۶

همانطور که در جدول (۵)، ملاحظه می‌گردد، توزیع نمرات متغیرهای پژوهش نرمال است. لذا استفاده از تحلیل پیرسون جهت بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش بالامانع است. این جدول نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف را برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در هر یک از متغیرهای پژوهش (همدلی، PMS و PMDD) نشان می‌دهد. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرهای پژوهش انجام شده است. معیار تصمیم‌گیری بر اساس سطح معناداری (Sig) است. اگر مقدار Sig بیشتر از ۰/۰۵ باشد، فرض نرمال بودن داده‌ها پذیرفته می‌شود. متغیر همدلی: مقدار ۰/۲۳۴ است که بیشتر از ۰/۰۵ بوده، بنابراین داده‌های این متغیر دارای توزیع نرمال هستند. متغیر PMS: مقدار ۰/۰۸۲ است که از ۰/۰۵ بزرگ‌تر بوده و نشان می‌دهد که توزیع این متغیر نیز تقریباً نرمال است. متغیر PMDD: مقدار ۰/۱۵۶ است که بیشتر از ۰/۰۵ بوده، بنابراین داده‌های این متغیر نیز نرمال فرض می‌شوند. مقادیر P برای هر ۳ متغیر بیشتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ است. این نتایج نشان می‌دهد که نمی‌توان فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها را برای هیچ یک از متغیرها رد کرد.

جدول (۶)، نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین همدلی با PMS و PMDD

متغیر	همدلی	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	تعداد
PMS	همدلی	۰/۴۲۳	۰/۰۰۲	۶۰
PMDD	همدلی	-۰/۴۲۳	۰/۰۰۲	۶۰

نتایج جدول (۶)، نشان می‌دهد که بین همدلی و PMS یک همبستگی مثبت معنادار به میزان ۰/۴۲۳ وجود دارد (سطح معناداری، ۰/۰۰۲) این یافته نشان می‌دهد که با افزایش سطح همدلی، شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی (PMS) نیز افزایش می‌یابد. این رابطه ممکن است نشان‌دهنده تأثیر احساسات همدلانه بر تجربه علائم باشد، به این معنا که افراد با همدلی بالاتر ممکن است بیشتر به تغییرات هیجانی و جسمانی خود حساس باشند، که این امر می‌تواند در تجربه علائم PMS نقش داشته باشد.

از سوی دیگر، همبستگی بین همدلی و PMDD منفی و برابر با -۰/۴۲۳ است (سطح معناداری، ۰/۰۰۲)، که نشان می‌دهد با افزایش سطح همدلی، شدت علائم سندرم ملال پیش از قاعدگی (PMDD) کاهش می‌یابد. این نتیجه نشان می‌دهد که همدلی بالاتر می‌تواند یک عامل محافظتی در برابر تجربه شدید علائم PMDD باشد. ممکن است افراد با همدلی بیشتر، مهارت‌های تنظیم هیجانی بهتری داشته باشند، که به کاهش شدت علائم روان‌شناختی PMDD کمک

¹. Kolmogorov-Smirnov

می‌کند. هر دو همبستگی از نظر آماری معنادار هستند ($P < 0/05$) که نشان می‌دهد این روابط به احتمال زیاد تصادفی نیستند و ارتباط واقعی بین این متغیرها وجود دارد.

جدول (۷)، نتایج آزمون رگرسیون بین همدلی و شدت علائم پیش از قاعدگی ترکیب PMS و PMDD

همدلی	متغیر
- ۰/۳۵۲	ضریب همبستگی
٪ ۱۲/۳	ضریب تعیین
٪ ۹/۸	ضریب تعیین تعدیل شده
- ٪ ۰/۶۲۱	B
۰/۱۵۴	خطای استاندارد
$P < 0/001$ - ۰/۴۲۳	T

نتایج جدول (۷)، نشان می‌دهد که ضریب همبستگی پیرسون بین همدلی و شدت علائم پیش از قاعدگی (ترکیب PMS و PMDD) برابر با (- ۰/۳۵۲) است که بیانگر یک رابطه منفی و معنی‌دار است ($P < 0/001$). این یعنی با افزایش نمره همدلی، شدت علائم پیش از قاعدگی کاهش می‌یابد. ضریب تعیین، ۰/۱۲۳ را نشان می‌دهد که ۱۲/۳٪ از تغییرات شدت علائم پیش از قاعدگی توسط همدلی توضیح داده می‌شود. ضریب تعیین تعدیل شده (۰/۰۹۸) نیز بیانگر این است که با در نظر گرفتن تعداد متغیرها، ۹/۸٪ از واریانس شدت علائم توسط همدلی تبیین می‌شود. ضریب رگرسیون ۰/۶۲۱ - نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش در نمره همدلی، شدت علائم پیش از قاعدگی به‌طور متوسط ۰/۶۲۱ واحد کاهش می‌یابد. خطای استاندارد (۰/۱۵۴) دقت این برآورد را تأیید می‌کند و مقدار (- ۰/۴۲۳) T همراه با سطح معنی‌داری ($P < 0/001$) نشان‌دهنده معنی‌دار بودن این رابطه است.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش انجام شده به بررسی رابطه اثر همدلی در کاهش علائم بانوان مبتلا به اختلال های سندرم پیش از قاعدگی و سندرم ملال پیش از قاعدگی پرداخته شد که در آن ۶۰ نفر از دانشجویان خانم دانشگاه یادگار امام (ره) مورد بررسی و مطالعه قرار گرفتند. شرح بررسی انجام شده به این گونه است که گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال با ۳۰٪ بیشترین فراوانی و در گروه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال با ۸/۳٪ کمترین فراوانی را تشکیل می‌دهند. همچنین سنین ۱۸ تا ۲۵ سال ۲۰٪ فراوانی، سنین ۳۱ تا ۳۵ سال ۲۵٪ فراوانی، سنین ۳۶ تا ۴۰ سال ۱۶/۷٪ میزان فراوانی را از تمام جامعه تشکیل می‌دهند. سطح پایین همدلی نشان دهنده میانگین شدت ۴۲/۳٪ در اختلال سندرم پیش از قاعدگی و نشان دهنده میانگین شدت ۵۸/۱٪ در سندرم ملال پیش از قاعدگی است و سطح متوسطی از همدلی نشان دهنده میانگین شدت ۳۵/۲٪ در اختلال سندرم پیش از قاعدگی و نشان دهنده میانگین شدت ۴۸/۹٪ در سندرم ملال پیش از قاعدگی است. سطح بالای همدلی نشان دهنده میانگین شدت ۲۸/۴٪ در اختلال سندرم پیش از قاعدگی و نشان دهنده میانگین شدت ۳۲/۱٪ در سندرم ملال پیش از قاعدگی است که این یافته بسیار حائز اهمیت است زیرا نشان می‌دهد که سطح بالایی از همدلی برابر با کاهش یافتن میانگین شدت در دو اختلال می‌باشد. به همین ترتیب ضریب همبستگی پیرسون ۰/۴۲۳ نشان داد که در بین همدلی و PMS یک همبستگی مثبت وجود دارد. به عبارت دیگر، با افزایش نمره همدلی، نمره PMS نیز به‌طور متوسط افزایش می‌یابد.

این یافته‌ها ارتباط مستقیمی با هدف پژوهش دارد یا به عبارت دیگر بیانگر این هستند که با داشتن سطح بالایی از همدلی، میزان نشانه‌هایی که اختلالات پیش از قاعدگی دارند و میزان آسیبی که به بانوان در روزهای پیش از پرئود وارد می‌کنند، کاهش می‌یابد. آسیب‌ها و نشانه‌ها در بانوانی که از همدلی، مهر و حمایت در میان خانواده و نزدیکان و حتی در جامعه برخوردار نیستند، کاهش نمی‌یابد. با توجه به یافته‌ی پژوهش نیز سطح پایین همدلی برابر با میانگین شدت ۴۲/۳٪ در اختلال سندرم پیش از قاعدگی و نشان دهنده‌ی میانگین شدت ۵۸/۱٪ در سندرم ملال پیش از قاعدگی می‌باشد. نتایج رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که بین همدلی و PMS و PMDD با هم رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. به این معنی که با افزایش نمره همدلی، نمره PMS و PMDD با هم کاهش می‌یابد. سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و سندرم ملال پیش از قاعدگی (PMDD) دو اختلال در بانوان هستند که بر سلامت روانی و جسمی آنان در روزهای قبل از قاعدگی و همچنین روزهای ابتدایی قاعدگی تأثیر می‌گذارند.

یافته این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگری در این زمینه‌ی مهم نیز همسو است به عنوان مثال، در مطالعه‌ای که توسط اوشر و همکاران (۲۰۱۶) انجام شد، مشخص شد که زنان مبتلا به PMS که در یک برنامه درمانی مبتنی بر همدلی شرکت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل، علائم PMS کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین، در مطالعه‌ای که توسط کایزر و همکاران (۲۰۱۷)، انجام شد، مشخص شد که زنان مبتلا به PMDD که سطح حمایت و همدلی بالاتری داشتند، از استراتژی‌های مقابله‌ای سالم‌تری برای مدیریت علائم خود استفاده می‌کردند (صادقی، ۲۰۱۹). تحقیقات اخیر نشان داده است که همدلی، ممکن است نقش مهمی در سلامت روان زنان ایفا کند و همینطور سطوح بالاتر همدلی با کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس مرتبط است (محمدی‌فر، ۲۰۱۶). مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۸ نشان داد که زنان با سطح بالاتر همدلی، علائم پیش از قاعدگی کمتری را تجربه می‌کنند (بارون، ۲۰۱۸) و همینطور مطالعه‌ای در سال (۲۰۲۰) نشان داد که زنان با سطح بالاتر از حمایت اجتماعی، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند که قطع به یقین این موارد می‌تواند به کاهش علائم PMS کمک کند (سیمونتا، ۲۰۲۰). روانشناسان در مورد قدرت کنترل و همچنین مدیریت استرس در دوران پیش از قاعدگی به مواردی همچون داشتن خانواده، اقوام و دوستانی که از بانوان مبتلا حمایت کنند اشاره می‌کنند و باتوجه به این مورد، حمایت نزدیکان موجب امیدواری و فعالسازی رفتاری می‌شود (جعفرنژاد، ۲۰۱۳). بنابراین گفته‌ها، یافته‌های این مطالعه با تحقیقات قبلی که نشان داده است همدلی می‌تواند نقش محافظتی در برابر مشکلات سلامت روان مانند افسردگی و اضطراب داشته باشد، مطابقت دارد و همسو می‌باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد هنگامی که بانوان مبتلا به سندرم‌های پیش از قاعدگی، از همدلی به معنای درک دنیای شخصی طرف مقابل به گونه‌ای که انگار به جهان از دید او می‌نگرید؛ برخوردار باشند و نزدیکان از جمله همسر، والدین، دوستان، حتی جامعه شامل تمام زنان و مردان، آگاهانه بر این باور باشند که درون فرد مبتلا، لبریز از احساسات منفی، هیجانات گوناگون و افکار نابسامان است و مسئولانه در پی درک و همدلی برآیند، شاهد کاهش آسیب‌ها و نشانگان سندرم‌ها خواهیم بود. همچنین این مطالعه نشان داد همدلی ابزار ارزشمندی در مدیریت علائم سندرم پیش از قاعدگی PMS و سندرم ملال پیش از قاعدگی PMDD می‌باشد.

تعارض منافع

بنا بر اظهارنظر نویسندگان، این پژوهش تعارض منافع ندارد.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌های علوم انسانی از اصل رضایت آگاهانه‌ی شرکت کنندگان پیروی شده و با توجه به نوع پژوهش صرفاً افرادی در پژوهش شرکت داده شده‌اند که دانشجویان دختر دانشگاه یادگار امام خمینی (ره) واحد ابوالفتوح رازی در سال تحصیلی ۱۴۰۴ بودند و خودشان داوطلب این کار بوده‌اند. همچنین پژوهشگر مسئول رعایت اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن است و نتایج به دست آمده فقط به صورت کلی و بدون ذکر نام در پژوهش حاضر قید شده و در اختیار هیچ شخص یا نهادی قرار داده نشده است. شرکت کنندگان هر زمان که دیگر تمایلی به ادامه همکاری با پژوهش نداشتند، حق خروج آزادانه از تحقیق دارند. همچنین پژوهشگر ملزم بود پس از حصول یافته‌ها و نتایج حاصل آنها را در اختیار دانشجویان قرار دهد. به این منظور، خلاصه یافته‌ها به زبان ساده در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت.

منابع

- Aghazadeh Naini, A., Tamjidi, A., & Velaii, N. (1996). Epidemiological Investigation of Premenstrual Syndrome in Tehran Women Aged 15-45, Fall Researcher Quarterly 2, Pages 53 to 62. [In Persian].
- Ahmadi, A., Hassanvand, A., Baharvand & Garvand, S. (2016). Design and Validation of Premenstrual Syndrome Questionnaire among Female Students of Lorestan University of Medical Sciences. [In Persian]. <https://www.virascience.com/en/article/234366>
- Al-Zahra Community Counseling Center, (2020). Essay on Life Skills (Empathy Skills). [In Persian].
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Premenstrual syndrome (PMS).
- Bakhshandehnosrat, S., Salehi, M., Mobasheri, E., Asghari, Z. (2010). Prevalence of Clinical Manifestations of Pre-menstrual Syndrome and Pre-menstrual Dysphoric Disorder among Medical Students in Gorgan, Iran. J Gorgan Univ Med. 16 (3):127-132. [In Persian]. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-2129-en.html>
- Batson, C. (1991). The Altruism Question: Toward a Social-psychological Perspective. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brown, L. J., & Lawson, G. (2011). Empathy and Mental Health. Social and Personality Psychology Compass, 5(11), 829-846. <http://doi.org/10.3928/24748307-20170328-01>
- Clarke, A. (1985). Premenstrual Syndrome: Single or Multiple Causes? Can J Psychiatry; 30, 474-482.
- Davis, M. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 113-126. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Depoister, L., & Speroff, L. (2011). Premenstrual Dysphoric Disorder: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Obstetrics and Gynecology, 118(6), 1477-1489.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1994). Empathy and its Development. Cambridge University Press.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1992). Emotion, Personality, and Behavior. Cambridge University Press.
- Freeman, E. W., & Rickels, K. (2005). Pharmacotherapy for Premenstrual Dysphoric Disorder. CNS Drugs.
- Ghasemipour, Y., Raavand, M., & Saeidi, F. (2018). Comparison of Perceived Stress, Coping Strategies and Social Support between Female Students with Premenstrual Syndrome (PMS), Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) & Normal Group. Nursing and Midwifery Journal; 17 (4) :309-320. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3560-en.html>
- Gilandoust, A., Mehrabizadeh, M., & Yavari, A. (2023). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on symptoms of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Advances in Cognitive Sciences. 25 (3):64-76. [In Persian]. <http://doi.org/10.30514/icss.25.3.64>.

- Goldman, I. (2006). Simulating minds: The Role of Simulation in Social Cognition. In W. I. M. Winch (Ed.), *Simulating Social Reality: Understanding Human Social Cognition* (pp. 15-37). Oxford University Press. ISBN-13 978-0-19-513892-4.
- Jafarnejad, F., Shakeri, Z., Najaf Najafi, M., & Salehi Fadardi, J. (2013). Evaluation the Relationship between Stress and the Risk of Premenstrual Syndrome. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 16(76), 11-18. [In Persian].
<http://doi.org/10.22038/ijogi.2013.2048>
- Jaffe, K. N., Kerr, N. M., & Pape, M. A. (2014). Empathy: A Key Ingredient for Positive Social Interactions and Mental Well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*.
- Mahmoodi, Z., & Parsa, S. (2010). Compared the Effects or Adding Carbohydrates to the Diet and Supplement Both the Intensity of Premenstrual Syndrome. *J Kermanshah Univ Med*. 14(1), 10-19. [In Persian]. <https://sid.ir/paper/458895/fa>
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the Self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*.
- Mazyck, L., & Hunter, J. (2003). Premenstrual Syndrome, *American Family Physician*.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A Measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality*. [In Persian].
- Nazari, H., & Hashemian, N., & Birshak, S. (2011). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing the Symptoms of Premenstrual Syndrome. *Scientific Journal of Medical Organization of the Islamic Republic of Iran*. [In Persian]. <https://sid.ir/paper/842210/fa>
- Noorjah, P., & Qaraghezli, Z. (2004). Studying the Frequency of Premenstrual Syndrome in Teacher Students of Tarbiat Moalem University, Tarbiat Moalem. [In Persian].
- Neff, D. (2006). Self-compassion and its Link to Adaptive Functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- O'Donohue, J., & Stewart, D. E. (2001). Premenstrual Dysphoric Disorder: A Review of Treatment Options. *Journal of Women's Health*.
- Perrett, D. I., & Woodruff, G. (1978). The Development of Social Inference: From Preverbal to Verbal. In J. S. Bruner & A. Garton (Eds.), *Social Knowing: Advances in Social Cognition*, Lawrence Erlbaum Associates.
- Pray, W. (1998). Premenstrual Syndrome. *AmFam Physician*, 50.
- Tavasoli, A., & Amanollahi, M. (2014). Investigating the Effect of Couples' awareness of PMS on Marital Satisfaction, *Center for International Broadcasting Conferences*. [In Persian].
- Williams, K. L. (2008). Premenstrual Dysphoric Disorder. In J. D. Brem & J. K. Hollander (Eds.), *Comprehensive textbook of Psychiatry* (9th ed., Vol. 2, pp. 1451-1463).
- Wiken, J. S., & Milburn, P. D. (1997). Premenstrual Dysphoric Disorder: A Critical Review. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Wittchen, H., & Becker, C. (2009). Premenstrual Dysphoric disorder. *The Lancet*, 374(9690).
- Zarashaqaei, M., Nouri, A., & Samani, H. (2010). Adequacy of the Psychometric Index of the Persian Version of the Balanced Emotional Empathy Scale. *Journal of Psychological Methods and Models*. [In Persian].



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی