

شیوع نشانه‌های ملال پیش‌قاعدگی در زنان ایرانی و رابطه آن با دشواری در تنظیم هیجانی
و تغییر شدت علائم طی همه‌گیری کووید ۱۹
Prevalence of Premenstrual Dysphoric Symptoms in Iranian Women and its
Relationship with Difficulty in Emotional Regulation and Change in the Symptoms
during COVID-19 Pandemic

Seyede Zahra Mousavi MSc
Razieh Khorramabadi PhD ✉

سیده زهرا موسوی^۱
راضیه خرم‌آبادی^۲

Abstract

The aim of this study was to investigate the prevalence of premenstrual dysphoric disorder in Iranian women, its relationship with difficulty in emotional regulation as well as women's attitudes toward menstruation and the change in the severity of premenstrual dysphoric disorder and difficulty in emotion regulation during Covid 19 pandemic. The research method was descriptive-correlational and the statistical population was Iranian women of menstrual age in 2021, from which 287 people were selected. The research tools were demographic information form, difficulty in emotion regulation scale and premenstrual symptoms screening tool. Premenstrual dysphoric disorder were found to be higher than premenstrual syndrome, and most women considered menstruation to be normal for normal health. Symptoms were also unchanged during the Covid 19 Pandemic in most women. The highest frequency of severe premenstrual symptoms was related to fatigue/ lack of energy and the lowest frequency was related to insomnia. Based on regression analysis, difficulty in emotion regulation explained 16% of the changes in premenstrual symptoms and dimensions of difficulties engaging in goal-directed behaviors and lack of emotional clarity together explained 18% of the changes. Therefore, considering the predictive role of emotion regulation, designing interventions to regulate women's emotion may be able to reduce premenstrual symptoms.

Keywords: Premenstrual Dysphoric Disorder, Premenstrual Syndrome, Emotion Regulation, Attitude, COVID-19

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین شیوع نشانه‌های ملال پیش‌قاعدگی زنان ایرانی، رابطه آن با دشواری تنظیم هیجانی و نگرش زنان نسبت به قاعدگی و تغییر شدت علائم ملال پیش‌قاعدگی و دشواری تنظیم هیجان طی همه‌گیری کووید ۱۹ بود. روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و جامعه آماری، زنان ایرانی در سنین قاعدگی در سال ۱۳۹۹ بودند که از میان آن‌ها ۲۸۷ نفر به روش در دسترس انتخاب گردید. ابزار پژوهش، فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و غربالگری علائم قبل از قاعدگی بود. بر اساس یافته‌ها تعداد اختلال ملال پیش‌قاعدگی بیشتر از نشانگان پیش‌قاعدگی بود و اکثر زنان، قاعدگی را برای سلامتی طبیعی می‌دانستند. همچنین نشانه‌ها طی همه‌گیری کووید ۱۹ در اکثر زنان بدون تغییر بود. بیشترین فراوانی علائم شدید پیش از قاعدگی، مربوط به خستگی/ کمبود انرژی و کمترین فراوانی مربوط به بی‌خوابی بود. بر اساس تحلیل رگرسیون، دشواری تنظیم هیجان ۱۶ درصد از تغییرات نشانه‌های پیش‌قاعدگی و ابعاد دشواری در انجام رفتارهای هدفمند و فقدان وضوح هیجانی با هم ۱۸ درصد از تغییرات آن را تبیین نمودند. بنابراین با توجه به نقش پیش‌بین تنظیم هیجانی، طراحی مداخلاتی در جهت تنظیم هیجانی زنان شاید بتواند در جهت کاهش نشانه‌های پیش از قاعدگی نقش داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال ملال پیش‌قاعدگی، نشانگان پیش‌قاعدگی، تنظیم هیجان، نگرش، ویروس کرونا

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱/۲۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۰/۵/۱۳

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول)

✉ Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.

Email: Rkhorramabadi@pgu.ac.ir

● مقدمه

ویروس کرونا (coronavirus) که از سال ۲۰۱۹، مورد توجه سازمان جهانی بهداشت قرار گرفت (آروند و همکاران، ۱۴۰۰)، گروهی از ویروس‌ها هستند که می‌توانند از سایر گونه‌ها به انسان منتقل شوند و با علائمی مانند تب، سرفه، خستگی، مشکل تنفس و سردرد همراه است. اگرچه این ویروس در اکثر مواقع در انسان‌ها خفیف است اما می‌تواند با عفونتهای شدید دستگاه تنفسی تحتانی، سندرم دیسترس تنفسی حاد و مرگ همراه باشد (سگارس و همکاران، ۲۰۲۰). از همین رو ابهام موجود در ماهیت این ویروس و گونه‌های جهش یافته آن می‌تواند آثار منفی برای سلامت روانی افراد داشته باشد. به گونه‌ای که نتایج تعدادی پژوهش، نقش ویروس کرونا در افزایش اختلالهایی مثل افسردگی، اضطراب، ترس و اختلال استرس پس از سانحه و کاهش عملکرد را نشان داده است (کلوین و روبینو، ۲۰۲۰؛ فیوریلو و گوروود، ۲۰۲۰؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ زارعی، محبی و غرایاق زندی، ۱۴۰۰). از طرفی گزارش شده که زنان در سنینی که توانایی باروری دارند احتمال ناقل بودنشان بیشتر است و به همین دلیل، استرس ناشی از این ویروس می‌تواند در آن‌ها شدیدتر باشد (سگارس و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین استرس می‌تواند باعث تأخیر در پاسخدهی دستگاه عصبی خودمختار شود و علائم پیش قاعدگی بیشتر و نشانه‌های هیجانی منفی‌تری را در زنان ایجاد کند (منگ، هوانگ، هو و ژو، ۲۰۲۱). بر اساس نظریه فعال سازی رفتاری نیز کاهش فعالیت‌های افراد می‌تواند زمینه را برای بروز اختلالهای خلقی فراهم نماید (مارتل، دیمیدجیان و هرمان دون، ۱۳۹۴/۲۰۱۳). لذا با توجه به نقش استرس بر علائم پیش قاعدگی زنان و کاهش فعالیت‌ها در ایام قرنطینه، انجام پژوهش بر روی نشانه‌های پیش قاعدگی زنان در همه گیری ویروس کرونا نیز حائز اهمیت است.

اختلال ملال پیش قاعدگی یا PMDD (premenstrual dysphoric disorder) طبق تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (DSM-5) به این صورت تعریف می‌شود. در اکثر چرخه‌های قاعدگی، حداقل ۵ نشانه باید در هفته آخر قبل از شروع قاعدگی‌ها وجود داشته باشد، ظرف چند روز بعد از شروع قاعدگی‌ها رو به بهبود رود و در هفته بعد از قاعدگی، حداقل یا ناپدید شود. پنج علامت باید از دو دسته نشانه‌های عاطفی و نشانه‌های رفتاری و جسمی باشد. این نشانه‌ها باید حداقل در دو دوره وجود داشته باشد. اگر حداقل در دو دوره نباشد، اختلال ملال پیش قاعدگی موقتی است. همچنین اگر کمتر از ۵ نشانه وجود داشته باشد و نشانه‌های عاطفی در فرد، موجود نباشد، تشخیص نشانگان پیش از قاعدگی یا PMS (premenstrual syndrome) مطرح می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۷/۲۰۱۳). بر اساس منابع موجود، علائم این اختلال شامل علائم عاطفی مثل نوسانات خلقی، تحریک پذیری یا عصبانیت، خلق افسرده و احساس ناامیدی یا افکار خود کم بینی، اضطراب، تنش و همچنین علائم جسمی و رفتاری مانند عدم علاقه، مشکل در تمرکز، خستگی، تغییر در اشتها و الگوی خواب، احساس پریشانی، حساسیت/ تورم پستان، درد مفصل/ عضله و احساس نفخ می‌شود (تاکرار، بوکار و اوسوال، ۲۰۲۱). بر اساس مدل زیستی بیان شده در علت شناسی اختلالهای خلقی، کاهش سروتونین می‌تواند باعث ایجاد بعضی از علائم این اختلالها از جمله ملال پیش قاعدگی باشد (هانتسو و ریدل، ۲۰۲۱). از طرف دیگر بر اساس DSM-5، علائم PMDD و PMS با یکدیگر متفاوت است. همچنین فراوانی، شدت و بیانگری نشانه‌های PMDD می‌تواند در فرهنگ‌های مختلف متفاوت باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۷/۲۰۱۳).

در همین راستا طی سالیان، شیوع این دو اختلال در جوامع مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. در تعدادی پژوهش، فراوانی بیشتر PMS نسبت به PMDD گزارش شده است (مروتی شریف آباد و همکاران، ۱۳۹۳؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۵؛ آزولی و همکاران، ۲۰۲۰). در مورد فراوانی نشانه‌های PMDD نیز تعدادی پژوهش انجام شده که فراوانی‌های متفاوتی را برای آن اعلام نموده‌اند. مثلاً در پژوهش مروتی شریف آباد و همکاران (۱۳۹۳)، فراوانی علائم به ترتیب شامل علائم جسمانی، عصبانیت و زودرنجی، خستگی و کمبود انرژی، گریه کردن و افزایش حساسیت در مقابل پاسخ منفی، پرخواهی، اضطراب و تنش به دست آمد و بیشترین تأثیر عملکردی بر ارتباط فرد با خانواده بود. در پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۵) نیز بیشترین علائم به ترتیب شامل خستگی، داشتن علائم جسمانی، دشواری در تمرکز، کاهش علاقه به فعالیت‌های منزل، عصبانیت و

کمترین علامت، پرخوری بود. همچنین در پژوهش بانسال، رامن و رانو (۲۰۱۹)، شیوع علائم پیش‌قاعدگی ۴۶/۱ درصد بود که ۱۰/۲ درصد مبتلا به PMDD بودند. علائم فیزیکی و سپس عصبانیت و تحریک پذیری بیشترین فراوانی را در زنان با نشانه‌های پیش‌قاعدگی داشت و کمترین فراوانی مربوط به بی‌خوابی بود و بیشترین تأثیر این علائم بر روابط خانوادگی بود. همچنین پژوهش تاکدا، کای و یوشیمی (۲۰۲۱) نشان داد که زنانی که استرس بیشتری را نسبت به کووید ۱۹ تجربه کردند، نشانه‌های پیش‌قاعدگی بیشتری داشتند که این نتیجه ارتباط استرس در طی همه‌گیری ویروس کرونا بر علائم پیش‌قاعدگی زنان را بیش از پیش مشخص می‌نماید. از سوی دیگر، در تعدادی از پژوهش‌ها به ارتباط این اختلال با عملکرد افراد اشاره شده است. مثلاً به ارتباط نشانه‌های پیش‌از قاعدگی با عملکرد ضعیف در ریاضی (کشاورز و روزبهانی، ۱۳۹۱)، کیفیت زندگی پایین (کریمیان کاکولاجی و همکاران، ۲۰۱۹) و اضطراب (سوفیه، لیود و گراهام، ۲۰۲۰) اشاره شده است.

بنابراین با توجه به نقش منفی نشانه‌های دو اختلال ذکر شده در عملکرد افراد و نتایج متفاوت پژوهش‌ها در زمینه شیوع نشانه‌ها و همچنین فشار مضاعف ناشی از استرس کرونا بر زنان که به دلیل جدید بودن در سایر پژوهش‌های مربوط به نشانه‌های پیش‌قاعدگی مورد توجه قرار نگرفته، یکی از اهداف این پژوهش آن است تا مشخص کند که در طی همه‌گیری شیوع ویروس کرونا، این اختلال در زنان ایرانی بیشتر به صورت ملال پیش‌قاعدگی دیده می‌شود و یا به صورت نشانگان پیش‌از قاعدگی. همچنین با توجه به تفاوت فرهنگی ذکر شده در DSM-5 در مورد نشانه‌های این اختلال، پژوهش حاضر بر آن است تا نمونه خود را از زنان قومیت‌های مختلف ایران انتخاب نماید تا سوگیری فرهنگی در انتخاب نمونه تا حدی کاهش یابد. در این صورت نتایج پژوهش حاضر می‌تواند فراوانی علائم پیش‌قاعدگی و متغیرهای مربوط به این علائم را برای طیفی از زنان از قومیت‌های مختلف ایرانی گزارش دهد و به پزشکان و روان‌درمانگران اطلاعاتی را در مورد نشانه‌های شایع‌تر در طی همه‌گیری ویروس کرونا می‌دهد تا به عنوان اولویت درمان روی آن نشانه‌ها کار کنند.

علاوه بر تعیین فراوانی نشانه‌های پیش‌قاعدگی، شناسایی عواملی که می‌توانند پیش‌بینی‌کننده این نشانه‌ها باشند نیز می‌تواند زمینه‌ای را برای پژوهش‌های مبتنی بر مداخله فراهم نماید. از طرفی با توجه به اینکه استرس می‌تواند با هیجانات منفی در زنان رابطه داشته باشد (منگ، هوانگ، هو و ژو، ۲۰۲۱)، استرس ناشی از ویروس کرونا نیز ممکن است با علائم هیجانی زنان در طی همه‌گیری ویروس کرونا ارتباط داشته باشد. در همین راستا تعدادی از پژوهش‌های قبلی به نقش دشواری در تنظیم هیجان در افرادی که اختلال ملال پیش‌قاعدگی و نشانگان پیش‌از قاعدگی دارند، اشاره کرده‌اند (آزولی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ین و همکاران، ۲۰۱۷؛ داسون و همکاران، ۲۰۱۸). مفهوم تنظیم هیجان شامل مدیریت فعال هیجان‌ها در پیگیری اهداف هیجانی (امیری و همکاران، ۱۳۹۷) و همچنین آگاهی و درک احساسات، پذیرش پاسخ‌های عاطفی و نحوه پاسخگویی و عمل به این احساسات است در حالی که دشواری در تنظیم هیجانات به صورت مشکلاتی در این مؤلفه‌ها مشخص می‌گردد (گراتز و رومر، ۲۰۰۴؛ به نقل از آزولی و همکاران، ۲۰۲۰). مثلاً در پژوهش ین و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده شد که زنان PMDD سازگاری هیجانی پایینی در پیش‌از قاعدگی دارند و با دشواری در تنظیم هیجانات روبرو هستند. بر اساس پژوهش باکتر و همکاران (۲۰۲۱) نیز افرادی با دشواری تنظیم هیجان در طی همه‌گیری ویروس کرونا از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند. همچنین نشانه‌های هیجانی و عاطفی یک دسته از نشانه‌های پیش‌قاعدگی هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۷/۲۰۱۳). لذا در صورتی که فرد در تنظیم هیجان خود مشکل داشته باشد، ممکن است شدت این نشانه‌ها نیز دستخوش تغییر گردد. بنابراین مسأله دیگر پژوهش حاضر آن است تا مشخص نماید که دشواری در تنظیم هیجان در طی همه‌گیری کووید ۱۹ چه نقشی در پیش‌بینی نشانه‌های پیش‌قاعدگی زنان دارد؟

به علاوه، پژوهش‌ها در مورد رابطه متقابل شناخت و عواطف در زنان با ملال پیش‌قاعدگی، بسیار اندک است (بدیگ، رینهارد، ابنر پرایمر و کوهنر، ۲۰۲۰). اما در پژوهش اگرت، کلین استابر، هیلر و ویتهاف (۲۰۱۶)، نشانه‌های پیش‌قاعدگی با عوامل شناختی، در ارتباط بودند. در پژوهش لته و همکاران (۲۰۱۱) نیز گزارش شد که زنان با نشانگان و ملال پیش‌از قاعدگی به دلیل عادی جلوه دادن علائمشان، برای درمان به متخصص مراجعه نمی‌کنند. به این معنا که نگرش آن‌ها نسبت به این اختلالها

منجر به مراجعه کمتر آن‌ها برای درمان می‌گردد. بنابراین پژوهش حاضر بر آن است تا به عنوان یکی دیگر از اهداف خود، فراوانی نگرش زنان نسبت به قاعدگی را با در نظر گرفتن چهار گزینه مشخص کند.

• روش

طرح پژوهش حاضر، توصیفی-مقطعی و در زمره طرح‌های همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر، زنان ایرانی بودند که در سنین قاعدگی قرار داشتند. از این میان، ۲۸۹ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس در طول ماه‌های مهر تا آذر ماه ۱۳۹۹ انتخاب شدند. انتخاب این تعداد نمونه بر اساس حداقل تعداد افراد مورد نیاز جهت شرکت در پژوهش‌های رابطه‌ای که بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ نفر است انتخاب شد. اما جهت دقیق‌تر و به دلیل سنجش شیوع این اختلال به عنوان یکی از اهداف پژوهش حاضر، تعداد افراد نمونه بیش از حداقل تعیین شده، انتخاب گردید. از این میان، دو پرسشنامه به دلیل ناقص بودن کنار گذاشته شد و در نهایت، ۲۸۷ نفر جهت تحلیل انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در سایت پرس لاین طراحی شد و لینک مربوط به آن، در اختیار زنانی که ساکن شهرهای مختلف بودند قرار گرفت و از هر فرد خواسته شد که آن را برای سایر افرادی که می‌شناسد، ارسال نماید تا در پژوهش حاضر، شرکت نمایند تا تنوع شهرهای وارد شده به پژوهش افزایش یابد. ملاک ورود به پژوهش حاضر قرار داشتن زنان در سن قاعدگی و ملاک خروج، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. همچنین جهت رعایت اخلاق، توضیحاتی در مورد محرمانه ماندن هویت افراد، عدم نیاز به ذکر نام و مجاز بودن جهت عدم پاسخگویی به سؤالات در صورت عدم تمایل، پیش از شروع پاسخگویی به سؤالات داده شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیر	گروه	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد
سن				۲۸/۹۳	۷/۳۸
وضعیت تأهل	مجرد	۱۳۶	۴۷/۳۹		
	متأهل	۱۴۶	۵۰/۸۷		
	مطلقه	۵	۱/۷۴		
مدت ازدواج				۹/۴۸	۷/۲۱
تحصیلات	زیر دیپلم	۸	۲/۷۸		
	دیپلم	۵۰	۱۷/۴۲		
	دانشجوی لیسانس	۳۷	۱۲/۸۹		
	لیسانس	۱۰۸	۳۷/۶۳		
	فوق لیسانس	۷۰	۲۴/۳۸		
قومیت	دکتری	۱۴	۴/۸۷		
	قومیت فارس	۲۴۲	۸۴/۳۲		
	غیر فارس	۴۴	۱۵/۳۱		
گروه	بدون سندرم و ملال پیش قاعدگی	۱۴۰	۴۸/۷۸		
	PMS	۱۰۹	۳۷/۹۸		
	PMDD	۳۸	۱۳/۲۴		

• ابزارها

الف. فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی: اطلاعاتی مانند سن، وضعیت تأهل، مدت زمان گذشته از ازدواج، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات و قومیت، نگرش نسبت به قاعدگی (شامل ۴ گزینه: بخشی از سلامت جسمی زنان است که باید وجود داشته باشد؛ حالتی آزار دهنده است که زنان مجبورند آن را تحمل کنند؛ چیزی جز ظلم بر زنان نیست؛ سایر نظرات)، تغییر دشواری در تنظیم هیجانی در ایام کرونا (شامل سه گزینه: افزایش، بدون تغییر و کاهش) و تغییر علائم پیش‌قاعدگی در ایام کرونا (شامل سه گزینه: افزایش، بدون تغییر و کاهش) را شامل می‌شود.

ب. **مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale) DERS**: مقیاس دشواری تنظیم هیجان (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴) شامل ۳۶ ماده است که نارسایی تنظیم هیجان را در طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می‌کند. شامل ۶ خرده مقیاس است: فقدان آگاهی هیجانی (lack of emotional awareness)، فقدان وضوح هیجانی (lack of emotional clarity)، دشواری در درگیری در رفتارهای هدفمند (difficulties engaging in goal-directed behaviors)، دشواری‌های کنترل تکانه (impulse control difficulties)، نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی (non-acceptance of emotional responses) و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (limited access to emotion regulation strategies). سوالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس است. دامنه نمرات قابل دریافت در این مقیاس بین ۳۶ تا ۱۸۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده مشکل بیشتر در تنظیم هیجان است. در بررسی روایی همگرا، پژوهش کرمانی مامازندی و طالع پسند (۱۳۹۷) با پرسشنامه خشم سیگل همبستگی بین ۰/۱۴ تا ۰/۴۷ را گزارش نمود و تحلیل عاملی اکتشافی در نسخه اصلی نیز ساختار ۶ عاملی ذکر شده را به دست آورد. ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه اصلی این مقیاس برای خرده مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۵ و ۰/۸۸ و در پژوهش شعبانی و خلعتبری (۱۳۹۷)، ۰/۷۷، ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۷۷، ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۶۲ به دست آمد.

ج. **ابزار غربالگری نشانه‌های قبل از قاعدگی (Premenstrual Symptoms Screen Tool) PSST**: این ابزار توسط استینر و همکاران (۲۰۰۳) مطرح شد و شامل ۱۹ ماده در دو بخش می‌شود که ۱۴ ماده، علائم ۵ ماده، تأثیر عملکردی علائم را می‌سنجد. ماده‌ها در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت شامل اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) نمره گذاری می‌شود (بوستانی، ضیاغم، جهانگیر مهر و هنرمندپور، ۲۰۱۹). برای تشخیص PMS متوسط یا شدید، سه شرط باید با هم وجود داشته باشد: ۱. از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد ۲. از گزینه ۱ تا ۴، حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد ۳. در بخش تأثیر علائم بر زندگی (۵ ماده آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. جهت تشخیص PMDD نیز سه شرط باید همزمان وجود داشته باشد: ۱. از گزینه ۱ تا ۴، حداقل یک مورد شدید باشد ۲. از گزینه ۱ تا ۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد ۳. در بخش تأثیر علائم بر زندگی (۵ ماده آخر) یک مورد شدید وجود داشته باشد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۷ است که نمرات بالاتر نشانه علائم پیش قاعدگی بیشتر است. در پژوهش سیه بازی، حریری، منتظری و مقدم بنائم (۱۳۹۰) و پژوهش آزولسی و همکاران (۲۰۲۰)، ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ گزارش شد. در بررسی روایی نیز در پژوهش پولیت، بک و اوون (۲۰۰۷) روایی محتوایی بالاتر از ۰/۷۸ و در پژوهش سیه بازی و همکاران (۱۳۹۰)، نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه، ۰/۹۳ به دست آمد.

• یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-26 استفاده گردید و با استفاده از این نرم افزار، تحلیل‌های آماری با آزمون‌های همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک راهه و رگرسیون ساده و گام به گام انجام شد. یافته‌های جدول ۲، میانگین علائم پیش از قاعدگی و دشواری در تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد. از میان ابعاد دشواری در تنظیم هیجان، بالاترین میانگین مربوط به فقدان آگاهی هیجانی و پایین‌ترین میانگین، مربوط به فقدان وضوح هیجانی است. همچنین شاخص‌های چولگی و کشیدگی، نرمال بودن توزیع داده‌ها را نشان می‌دهد. در نتیجه امکان استفاده از آزمون همبستگی پیرسون جهت سنجش روابط متغیرها وجود دارد.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی ملال پیش‌قاعدگی، دشواری در تنظیم هیجان و ابعاد آن

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشدگی
نمره کلی غربالگری علائم قبل از قاعدگی	۲۶/۳۳	۱۲/۳۲	-۰/۰۸	-۰/۸۰
نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان	۸۷/۱۷	۲۱/۶۸	۰/۴۷	-۰/۲۹
فقدان آگاهی هیجانی	۱۹/۱۳	۶/۶۹	۰/۵۸	-۰/۳۷
فقدان وضوح هیجانی	۱۰/۳۶	۳/۷۰	۰/۸۲	۰/۳۲
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	۱۴/۱۱	۴/۴۱	۰/۲۹	-۰/۶۸
دشواری‌های کنترل تکانه	۱۴/۷۹	۴/۹۳	۰/۵۳	-۰/۱۹
نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی	۱۳/۳۸	۵/۱۰	۰/۹۱	۰/۶۰
دسترسی محدود به پاسخ‌های تنظیم هیجان	۱۵/۳۷	۳/۸۱	۰/۲۶	۰/۱۶

با توجه به یافته‌های جدول ۳ از میان چهار نگرش مطرح شده در مورد قاعدگی، بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به طبیعی دانستن قاعدگی برای سلامت زنان است. بیشترین فراوانی تغییر علائم پیش از قاعدگی و تغییر علائم تنظیم هیجانی در ایام کرونا به ترتیب شامل بدون تغییر بودن علائم، افزایش علائم و کاهش علائم بوده است.

جدول ۳. فراوانی نگرش نسبت به قاعدگی، تغییر علائم تنظیم هیجانی در ایام کرونا و تغییر علائم پیش از قاعدگی در ایام کرونا

متغیر	فراوانی	درصد
طبیعی دانستن برای سلامتی	۱۸۵	۶۴/۴۵
آزاردهنده دانستن	۸۲	۲۸/۵۷
ظلم بر زنان دانستن	۱۳	۴/۵۲
سایر نگرش‌ها	۷	۲/۴۳
کاهش علائم	۱۲	۴/۱۸
بدون تغییر ماندن علائم	۲۱۴	۷۴/۵۶
افزایش علائم	۶۱	۲۱/۲۵
کاهش علائم	۱۳	۴/۵۲
بدون تغییر ماندن علائم	۱۶۸	۵۸/۵۳
افزایش علائم	۱۰۶	۳۶/۹۳

بر اساس یافته‌های جدول ۴، بیشترین فراوانی علائم در حد متوسط مربوط به عصبانیت/زودرنجی و کمترین مربوط به پرخوری/ولع غذایی است. همچنین بیشترین فراوانی علائم شدید مربوط به خستگی/کمبود انرژی و کمترین مربوط به بی‌خوابی است.

با توجه به یافته‌های جدول ۵، همبستگی بین دشواری تنظیم هیجان و ابعاد آن با نشانه‌های پیش‌قاعدگی، در بعضی موارد، فقدان ارتباط و در بعضی موارد، همبستگی مثبت معناداری در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ را نشان می‌دهد.

با توجه به یافته‌های جدول ۶، تفاوت معناداری بین سه گروه PMS ($M=۸۹/۹۷$, $SD=۲۰/۳۵$)، PMDD ($M=۱۰۰/۲۸$, $SD=۲۱/۱۱$) و نرمال ($M=۸۱/۴۳$, $SD=۲۰/۹۸$) از نظر میانگین دشواری در تنظیم هیجانی وجود دارد. بر اساس میانگین‌های ذکر شده برای سه گروه، بیشترین مشکل دشواری در تنظیم هیجانی در PMDD و کمترین در گروه نرمال، گزارش شده است.

با توجه به یافته‌های جدول ۷، دشواری در تنظیم هیجان، قادر است ۱۶ درصد از تغییرات علائم پیش‌قاعدگی را در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ پیش‌بینی نماید. همچنین با توجه به معناداری بتا، با ۱ واحد تغییر در دشواری در تنظیم هیجان، ۰/۴۰ واحد افزایش در علائم پیش‌قاعدگی رخ می‌دهد. به علاوه با ورود شش بعد دشواری در تنظیم هیجان به عنوان متغیرهای پیش‌بین و نمره کلی علائم پیش از قاعدگی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون گام به گام، دو مدل معنادار به دست آمد. در مدل اول، تنها بعد مشکل در انجام رفتارهای هدفمند قادر به پیش‌بینی ۱۴٪ از تغییرات علائم پیش‌قاعدگی می‌باشد و با توجه به معناداری

بتا، با ۱ واحد تغییر در این بعد، ۰/۳۸ واحد افزایش در علائم پیش‌قاعده‌گی رخ می‌دهد. در مدل دوم، دو بعد مشکل در انجام رفتارهای هدفمند و فقدان وضوح هیجانی با هم قادر به پیش‌بینی ۱۸٪ از تغییرات علائم پیش‌قاعده‌گی هستند. با توجه به معناداری بتا نیز با ۱ واحد تغییر در ابعاد مشکل در انجام رفتارهای هدفمند و فقدان وضوح هیجانی، به ترتیب ۰/۳۱ و ۰/۲۰ واحد افزایش علائم پیش‌قاعده‌گی رخ می‌دهد.

جدول ۴. فراوانی نشانه‌های پیش از قاعده‌گی

درصد	فراوانی	شدت	نشانه‌ها
۴۶/۷	۱۳۴	متوسط	عصبانیت/ زودرنجی
۳۳/۱	۹۵	شدید	
۴۲/۵	۱۲۲	متوسط	اضطراب/ تنش
۲۲	۶۳	شدید	
۳۲/۸	۹۴	متوسط	گریه کردن/ افزایش حساسیت در مقابل پاسخ منفی
۲۵/۱	۷۲	شدید	
۳۸/۳	۱۱۰	متوسط	خلق افسرده/ ناامیدی
۱۶/۷	۴۸	شدید	
۳۴/۵	۹۹	متوسط	کاهش علاقه به فعالیت‌های شغلی
۱۰/۸	۳۱	شدید	
۴۲/۲	۱۲۱	متوسط	کاهش علاقه به فعالیت‌های داخل منزل
۱۷/۴	۵۰	شدید	
۳۴/۸	۱۰۰	متوسط	کاهش علاقه به فعالیت‌های اجتماعی
۸/۴	۲۴	شدید	
۲۸/۹	۸۳	متوسط	دشواری در تمرکز
۱۲/۹	۳۷	شدید	
۳۵/۲	۱۰۱	متوسط	خستگی/ کمبود انرژی
۳۵/۲	۱۰۱	شدید	
۱۷/۸	۵۱	متوسط	پر خوری/ ولع غذایی
۱۵/۳	۴۴	شدید	
۲۳/۷	۶۸	متوسط	بی‌خوابی
۳/۸	۱۱	شدید	
۳۱/۷	۹۱	متوسط	پر خوابی
۱۸/۱	۵۲	شدید	
۳۰/۳	۸۷	متوسط	احساس آشفتگی یا غیر قابل کنترل بودن
۱۴/۳	۴۱	شدید	
۳۸	۱۰۹	متوسط	علائم جسمی مثل درد پستان، سردرد، دردهای عضلانی/ مفصلی، نفخ شکم، افزایش وزن
۳۰/۷	۸۸	شدید	
۲۵/۴	۷۳	متوسط	اختلال در کارکرد شغلی/ تحصیلی
۵/۲	۱۵	شدید	
۲۳/۳	۶۷	متوسط	اختلال در ارتباط با همکاران/ دوستان
۴/۲	۱۲	شدید	
۳۰/۷	۸۸	متوسط	اختلال در ارتباط با خانواده
۱۱/۵	۳۳	شدید	
۲۲	۶۳	متوسط	اختلال در فعالیت‌های اجتماعی
۵/۲	۱۵	شدید	
۲۶/۸	۷۷	متوسط	اختلال در مسئولیت‌های خانوادگی
۹/۱	۲۶	شدید	

جدول ۵. همبستگی دشواری در تنظیم هیجانی و ابعاد آن با نشانه‌های ملال پیش قاعدگی

متغیرها	دشواری در تنظیم هیجانی	فقدان آگاهی هیجانی	فقدان وضوح هیجانی	دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	دشواری‌های کنترل تکانه	پذیرفتن پاسخ‌های هیجانی	دسترسی محدود به پاسخ‌های تنظیم هیجان
نمره کل قاعدگی	۰/۴۰**	۰/۳۷**	۰/۳۰**	۰/۳۸**	۰/۳۵**	۰/۲۳**	۰/۱۲*
عصبانیت/ زودرنجی	۰/۲۴**	۰/۲۲**	۰/۲۰**	۰/۲۶**	۰/۲۵**	۰/۰۹	۰
اضطراب/ تنش	۰/۳۱**	۰/۳۰**	۰/۲۳**	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۲۴**	۰/۰۵
گریه کردن/ افزایش حساسیت در مقابل پاسخ منفی	۰/۲۹**	۰/۳۱**	۰/۲۲**	۰/۲۵**	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۰/۰۷
خلق افسرده/ ناامیدی	۰/۳۶**	۰/۳۸**	۰/۲۲**	۰/۳۲**	۰/۳۰**	۰/۲۰**	۰/۱۲*
کاهش فعالیت‌های شغلی	۰/۲۵**	۰/۲۲**	۰/۲۰**	۰/۲۵**	۰/۲۱**	۰/۱۴*	۰/۰۷
کاهش فعالیت‌های داخل منزل	۰/۳۱**	۰/۲۸**	۰/۲۴**	۰/۳۱**	۰/۲۹**	۰/۱۴*	۰/۱۰
کاهش فعالیت‌های اجتماعی	۰/۲۷**	۰/۲۶**	۰/۱۸**	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۱۵**	۰/۰۹
دشواری در تمرکز	۰/۳۰**	۰/۲۹**	۰/۲۰**	۰/۳۲**	۰/۲۲**	۰/۲۲**	۰/۰۴
خستگی/ کمبود انرژی	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۲۰**	۰/۳۱**	۰/۲۳**	۰/۱۵**	۰/۰۳
پر خوری/ ولع غذایی	۰/۲۳**	۰/۱۹**	۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۱۸**	۰/۱۵**	۰/۱۳*
بی‌خوابی	۰/۲۷**	۰/۲۶**	۰/۱۹**	۰/۱۸**	۰/۲۴**	۰/۱۷**	۰/۱۲*
پر‌خوابی	۰/۱۹**	۰/۱۲*	۰/۲۴**	۰/۱۷**	۰/۱۶**	۰/۰۸	۰/۱۳*
احساس آشفتگی	۰/۴۲**	۰/۳۹**	۰/۳۰**	۰/۳۵**	۰/۴۵**	۰/۲۳**	۰/۱۱
علائم جسمی	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۱۰	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۱	-۰/۰۰۵
اختلال در شغلی/ تحصیلی	۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۲۱**	۰/۲۲**	۰/۱۴*	۰/۱۱	۰/۰۸
اختلال در ارتباط با همکاران/ دوستان	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۱۹**	۰/۲۵**	۰/۲۷**	۰/۱۹**	۰/۰۶
اختلال در ارتباط با خانواده	۰/۲۸**	۰/۲۵**	۰/۱۷**	۰/۲۹**	۰/۲۹**	۰/۱۶**	۰/۰۴
اختلال در فعالیت‌های اجتماعی	۰/۲۳**	۰/۲۰**	۰/۱۶**	۰/۲۴**	۰/۲۲**	۰/۰۹	۰/۱۱
اختلال در مسئولیت‌های خانوادگی	۰/۲۹**	۰/۲۶**	۰/۱۸**	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۱۵**	۰/۱۰

* معناداری در سطح ۰/۰۵

** معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۶. تفاوت دشواری در تنظیم هیجان در گروه‌های PMS، PMDD و افراد نرمال

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۱۲۰۰۰/۱۳۵	۲	۶۰۰۰/۰۶۷	۱۳/۹۱۶	۰/۰۰۰۱
درون گروه‌ها	۱۲۲۴۴۹/۱۵۵	۲۸۴	۴۳۱/۱۵۹		
کل	۱۳۴۴۴۹/۲۸۹	۲۸۶			

جدول ۷. پیش‌بینی نشانه‌های پیش از قاعدگی بر اساس دشواری در تنظیم هیجانی و ابعاد آن

مدل	متغیر پیش‌بین	R ²	R	F	P	B	Beta	T	P
دشواری در تنظیم هیجان		۰/۱۶	۰/۴۰	۵۴/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲	۰/۴۰	۷/۳۹	۰/۰۰۰۱
اول مشکل در انجام رفتارهای هدفمند		۰/۱۴	۰/۳۸	۴۸/۴۱	۰/۰۰۰۱	۱/۰۶	۰/۳۸	۶/۵۹	۰/۰۰۰۱
دوم مشکل در انجام رفتارهای هدفمند		۰/۱۸	۰/۴۲	۳۱/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۱۸۶	۰/۳۱	۵/۴۴	۰/۰۰۰۱
فقدان وضوح هیجانی						۰/۶۶	۰/۲۰	۳/۴۸	۰/۰۰۱

● بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع نشانه‌های ملال پیش قاعدگی و نشانگان پیش قاعدگی، رابطه این نشانه‌ها با دشواری در تنظیم هیجان و همچنین بررسی نگرش زنان نسبت به قاعدگی و تغییرات نشانه‌های پیش از قاعدگی و دشواری در تنظیم هیجان در طی همه گیری کووید ۱۹ بر روی نمونه‌ی ۲۸۷ نفری از زنان ایرانی انجام شد.

در اولین نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر، گزارش شد که از بین نمونه بررسی شده، تعداد مبتلایان به PMS در طی همه گیری کووید ۱۹ بیشتر از PMDD بود. این نتیجه با تعدادی از پژوهش‌های قبلی مبنی بر شیوع بیشتر PMS نسبت به PMDD (احمدی و همکاران، ۱۳۹۵؛ آزولی و همکاران، ۲۰۲۰؛ تاکرار، بوکار و اوسوال، ۲۰۲۱) همسو می‌باشد. این نتیجه را می‌توان بر اساس مدل زیستی تبیین نمود که بیان می‌کند شرایط استرس‌زا می‌تواند باعث تأخیر در پاسخدهی دستگاه عصبی خودمختار و ایجاد علائم بیشتر پیش‌قاعدگی شود (منگ، هوانگ، هو و ژو، ۲۰۲۱) اما با این حال نقش استرس ناشی از وجود کرونا و قرنطینه خانگی قادر نبوده است که فراوانی شیوع PMDD را نسبت به PMS بالاتر ببرد. لذا الگوی بیشتر بودن شیوع PMS در طی همه گیری کرونا نیز مشابه پژوهش‌های قبل به دست آمده است.

همچنین در نتیجه دیگری که از فراوانی سنجی نشانه‌های پیش‌قاعدگی در پژوهش حاضر به دست آمده، نشانه‌ها از بیشترین به کمترین فراوانی شامل این موارد می‌شود: خستگی / کمبود انرژی، عصبانیت / زودرنجی، علائم جسمی، گریه کردن / افزایش حساسیت در برابر پاسخ منفی، اضطراب / تنش، پرخواهی، کاهش علاقه به فعالیت‌های داخل منزل، خلق افسرده / ناامیدی، پرخوری / ولع غذایی، آشفتگی یا غیر قابل کنترل بودن، دشواری در تمرکز، کاهش علاقه به فعالیت‌های شغلی، کاهش علاقه به فعالیت‌های اجتماعی و بی‌خواهی. یافته مربوط به بیشترین فراوانی مربوط به خستگی / کمبود انرژی با پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۵) و تاکرار، بوکار و اوسوال (۲۰۲۱) که این نشانه را به عنوان فراوان‌ترین نشانه گزارش کردند همسو می‌باشد. در حالی که در تعدادی از پژوهش‌ها این نشانه به عنوان فراوان‌ترین نشانه شناخته نشده است (مروتی شریف آباد و همکاران، ۱۳۹۳؛ سی جازکوسکا و همکاران، ۲۰۱۵). این موضوع، تفاوت شیوع نشانه‌ها در نمونه‌های مختلف را نشان می‌دهد. تفاوت فراوانی نشانه‌ها در نمونه‌های مختلف می‌تواند به دلیل تفاوت افراد مورد بررسی از نظر سن، فرهنگ، تحصیلات و... استفاده از ابزارهای متفاوت برای بررسی این نشانه‌ها، تعداد متفاوت نمونه‌ها و گسترده نبودن تعداد نمونه‌ها در پژوهش‌های مختلف باشد. همچنین بیشترین فراوانی خستگی / کمبود انرژی در پژوهش حاضر را که همسو با پژوهش‌های فوق‌الذکر است می‌توان با مدل‌های زیستی کاهش سروتونین تبیین نمود. بر اساس این مدل، به دلیل کاهش سطح سروتونین قبل از شروع قاعدگی، بیشتر زنان خستگی و کمبود انرژی را تجربه می‌نمایند (هانتسو و ریدل، ۲۰۲۱). که با توجه به مدل فعال سازی رفتاری مبنی بر کاهش خلق در شرایط منفعلانه مانند قرنطینه خانگی (مارتل، دیمیدجیان و هرمان دون، ۲۰۱۳/۱۳۹۴)، کاهش سروتونین و ایجاد علائمی مانند خستگی و کمبود انرژی در طی همه گیری کرونا نیز قابل تبیین است.

همچنین بر اساس نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر، بیشترین تخریب کارکرد شدید ناشی از نشانه‌های پیش از قاعدگی نیز به ترتیب، شامل این موارد می‌شود: اختلال در ارتباط با خانواده، اختلال در مسئولیت‌های خانوادگی، اختلال در کارکردهای شغلی / تحصیلی و فعالیت‌های اجتماعی، اختلال در ارتباط با همکاران و دوستان. این نتیجه مبنی بر بیشترین اختلال نشانه‌های پیش‌قاعدگی در ارتباط با خانواده با پژوهش مروتی شریف آباد و همکاران (۱۳۹۳)، همسو می‌باشد. نتیجه به دست آمده با مدل عاطفه مرکزی (circumplex affect model affect) راسل قابل تبیین است که بیان می‌کند عواطف منفی که در طی دوران پیش‌قاعدگی ایجاد می‌شود می‌تواند با تعارضات بین فردی همراه باشد (بدیگ، رینهارد، ابنر پرایمر و کوهنر، ۲۰۲۰). از طرفی با توجه به اینکه در دوران قرنطینه کرونا افراد زمان بیشتری را در منزل و در ارتباط با خانواده خود هستند، در پژوهش حاضر نیز فراوانی تعارضات با خانواده بیشتر از تعارض با سایر افراد گزارش شده است.

در نتیجه به دست آمده مبنی بر فراوانی نگرش زنان نسبت به قاعدگی، بیشترین نگرش به این صورت است که زنان، قاعدگی را بخشی طبیعی از زندگی خود می‌دانند که در سلامتی آنان نقش مهمی دارد. بعد از آن، نگرش زنان مبنی بر این بود که قاعدگی، حالتی آزار دهنده است که زنان مجبورند آن را تحمل کنند. نگرش بعدی به این صورت است که زنان، قاعدگی را یک ظلم تحمیل شده بر خود می‌دانند. آخرین نگرش که کمترین فراوانی را شامل می‌شود، سایر نگرش‌ها را شامل می‌شود که به این صورت‌ها ذکر شده است: طبیعی است اما با گذشت سالیان، عادی نمی‌شود، همیشه آزار دهنده‌ست / برای سلامتی لازمه اما آزار دهنده‌ست و مجبورم تحملش کنم / حالتی چندش و عذاب آور است اما از نظر علمی و پزشکی، امری طبیعی و خوب است. ترجیح می‌دادم نباشد چون نوعی حال گیری است / کاش روند دیگری داشت چون درد زیادی را تحمل می‌کنم. هربار

نزدیک پیروید، نگرانی و درد و حالت‌های بد به همه مشکلاتم اضافه می‌شود/ واقعیت این است که باید برای سلامتی وجود داشته باشد ولی PMS که شدید باشد، کل زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد/ چیزی جز ظلم بر زنان نیست و با وجود نداشتن فرزند، تصمیم به جراحی و برداشتن رحم و تخمدان دارم تا از شرش راحت بشم. بسه دیگه ۲۵ سال درد مداوم، دقیقاً از ۱۰ سالگی / اگر سردرد میگرنی نداشت با بقیه موارد مشکلی ندارم و قابل تحمل است. این نتیجه را می‌توان با نتیجه پژوهش لته و همکاران (۲۰۱۱) همسو دانست که گزارش کردند که زنان با نشانگان و ملال پیش از قاعدگی، علائمشان را عادی جلوه می‌دهند و به همین دلیل برای درمان مراجعه نمی‌کنند. در پژوهش حاضر نیز نگرش زنان نسبت به قاعدگی، بیشتر مبنی بر طبیعی دانستن آن بوده و ممکن است به همین دلیل، شدیدترین علائم خود را نیز طبیعی بدانند و در جهت درمان مراجعه نمایند که البته برای بررسی این موضوع، نیاز است که سابقه مراجعه این افراد به درمان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

همچنین بر اساس نتایج پژوهش حاضر، علائم پیش از قاعدگی و دشواری در تنظیم هیجانی در ایام کرونا در نمونه پژوهش حاضر، در بیشتر افراد بدون تغییر مانده و بعد از آن، بیشترین فراوانی مربوط به افزایش علائم بوده است. افزایش علائم در ایام کرونا با پژوهش‌هایی که ارتباط وجود کرونا و افزایش اختلال‌های روانشناختی را گزارش داده‌اند (کلوین و روبینو، ۲۰۲۰؛ فیوریلو و گوروود، ۲۰۲۰؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۰)، همسو می‌باشد. این نتیجه با مدل فعال سازی رفتاری قابل تبیین است. چرا که زمانی که فعالیت‌های لذت‌بخش افراد کاهش یابد، به تبع آن خلق آنان نیز دستخوش تغییر می‌گردد و می‌تواند موجب اختلال‌های خلقی گردد (مارتل، دیمیدجیان و هرمان دون، ۲۰۱۳/۱۳۹۴). با توجه به محدودیت‌های ناشی از شرایط کرونا، قرنطینه خانگی و کاهش امکان انجام فعالیت‌های لذت‌بخش قبلی، انتظار می‌رود که احتمال اختلال‌های خلقی از جمله نشانگان و ملال پیش از قاعدگی نیز افزایش یابد.

به علاوه بر اساس نتیجه به دست آمده مبنی بر تفاوت معنادار بین سه گروه PMS، PMDD و نرمال از نظر دشواری در تنظیم هیجانی، بیشترین دشواری تنظیم هیجانی به ترتیب در گروه PMS، PMDD و افراد نرمال وجود دارد. یافته مکمل این نتیجه گیری برای مشخص کردن نقش دشواری در تنظیم هیجان در نشانه‌های پیش از قاعدگی نیز نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان به خصوص مشکل در انجام رفتارهای هدفمند و فقدان وضوح هیجانی می‌تواند به گونه‌ای مثبت، نشانه‌های پیش از قاعدگی را پیش‌بینی کند و بخشی از واریانس مربوط به این نشانه‌ها را تبیین نماید. این یافته با تعدادی از پژوهش‌ها که ارتباط بین نشانه‌های پیش از قاعدگی و دشواری در تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد (آزولی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ین و همکاران، ۲۰۱۷؛ داسون و همکاران، ۲۰۱۸)، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان به تبیین زیستی این نتیجه پرداخت که استرس می‌تواند پاسخدهی دستگاه عصبی خودمختار را با تأخیر مواجه کند. در نتیجه نشانه‌های منفی زیادی در زنان در پیش از قاعدگی ایجاد می‌شود در حالی که راهبردی برای تنظیم هیجان به صورت فوری ارائه نمی‌شود (منگ، هوانگ، هو و ژو، ۲۰۲۱). در نتیجه در شرایط کرونا نیز که اثر ناشی از این ویروس و قرنطینه خانگی بر فرد فشار وارد می‌کند، عدم پاسخدهی به موقع سیستم خودمختار منجر به دشواری بیشتر در تنظیم هیجانات زنان و در نتیجه افزایش علائم هیجانی و نشانه‌های پیش‌قاعدگی بیشتر می‌شود. بر اساس ضریب تعیین حاصل از تحلیل رگرسیون نیز نمره کلی دشواری در تنظیم هیجانی قدرت پیش‌بینی کننده قوی‌تری نسبت به بعد مشکل در انجام رفتارهای هدفمند به تنهایی دارد اما نسبت به مجموع دو بعد مشکل در انجام رفتارهای هدفمند و فقدان وضوح هیجانی، نقش پیش‌بینی کننده ضعیف‌تری را در پیش‌بینی نشانه‌های پیش‌قاعدگی ایفا می‌نماید. این یافته به این معناست که قدرت پیش‌بینی نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان تا حد زیادی به دو بعد مشکل در انجام رفتارهای هدفمند و فقدان وضوح هیجانی مربوط می‌شود.

• نتیجه گیری

بر اساس نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر مبنی بر پیش‌بینی میزانی از تغییرات نشانه‌های پیش قاعدگی بر اساس دشواری در تنظیم هیجان به نظر می‌رسد که طراحی مداخلاتی در جهت تنظیم هیجانی زنان در پژوهش‌های آینده شاید بتواند در جهت کاهش نشانه‌های پیش از قاعدگی نقش داشته باشد. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تأثیر درمان‌های تنظیم

هیجان بر نشانه‌های پیش از قاعدگی بررسی گردد و فراوانی علائم مختلف پیش از قاعدگی، قبل و بعد از درمان سنجیده شود. همچنین با توجه به نتیجه پژوهش حاضر، توجه به نشانه‌های خستگی / کمبود انرژی و عصبانیت/زودرنجی به عنوان فراوان‌ترین نشانه‌های پیش‌قاعدگی در طی همه‌گیری کووید ۱۹ باید به عنوان اولویت درمان نشانه‌های این افراد مورد توجه قرار گیرد. در پژوهش حاضر، به دلیل عدم دسترسی به پرسشنامه مناسب برای بررسی نگرش‌های مربوط به قاعدگی، ۴ گزینه توسط پژوهشگران در نظر گرفته شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که طی یک پژوهش کیفی جهت سنجش نگرش نسبت به قاعدگی، پرسشنامه‌ای تنظیم و در جمعیت عمومی، هنجاریابی گردد تا در پژوهش‌های آتی بتوان برای سنجش دقیق‌تر نگرش نسبت به قاعدگی از آن استفاده کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که به دلیل حجم پایین نمونه جهت شیوع سنجی در پژوهش حاضر و عدم استفاده از نرم افزارهای تعیین حجم نمونه در پژوهش‌های آتی جهت تعیین حجم نمونه از یکی از نرم افزارهای تعیین حجم نمونه مانند سمپل پاور استفاده گردد. به علاوه توزیع پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین می‌تواند محدودیت دیگری در پژوهش حاضر باشد که به دلیل شرایط همه‌گیری کووید ۱۹ به این شیوه اجرا گردید.

• منابع

- احمدی، فرشته؛ نقی زاده، محمد مهدی؛ دیرکوند مقدم، اشرف؛ محمدیان، فتح اله؛ و غضنفری، زینب. (۱۳۹۵). بررسی شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دختران دبیرستانی شهر ایلام، سال ۱۳۹۴. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۶، ۱، ۱۶۳-۱۵۴.
- امیری، سهراب؛ عیسی زادگان، علی؛ یعقوبی، ابوالقاسم؛ و عبداللهی، محمدحسین. (۱۳۹۷). تأثیر آزمایشی ارزیابی شناختی و سرکوبگری هیجانی بر کارکردهای اجرایی و حافظه هیجانی بر اساس ابعاد زیستی حساسیت پردازش حسی. *مجله روانشناسی*، ۸۵، ۲۲ (۱)، ۶۷-۸۳.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم*. مترجم: یحیی سید محمدی (۱۳۹۷). تهران: نشر روان.
- آروند، حمید؛ عبدی، بهنام؛ عسکرزاد، نسرین؛ و ارتقائی، حمیده. (۱۴۰۰). عوامل ارتقاء تاب آوری کارکنان پرستاری درگیر در مراقبت‌های بالینی از بیماران مبتلا به کووید ۱۹. *مجله روانشناسی*، ۱۰۰، ۲۵ (۴)، ۵۷۰-۵۶۰.
- زارعی، سحر؛ محبی، محمود؛ و غرایق زندی، حسن. (۱۴۰۰). مدل علی تحلیل رفتگی ورزشکاران نخبه بر اساس کمال‌گرایی ورزشکاران در دوران همه‌گیری کووید ۱۹: نقش واسطه‌ای سبک مربیگری. *مجله روانشناسی*، ۱۰۰، ۲۵ (۴)، ۶۰۴-۵۹۵.
- سیه بازی، شیوا؛ حریری، فاطمه زهرا؛ منتظری، علی؛ و مقدم بنائم، لیدا. (۱۳۹۰). استانداردسازی پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی PSST: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *فصلنامه پایش*، ۱۰، ۴، ۴۲۷-۴۲۱.
- شعبانی، مهشید؛ و خلعتبری، جواد. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری‌های تنظیم هیجان و بهزیستی روانشناختی در سندرم پیش از قاعدگی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۸، ۱، ۱۵۲-۱۳۴.
- کرمانی مامازندی، زهرا؛ و طالع پسند، سیاوش. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه سمنان. *نشریه آموزش و ارزشیابی*، ۱۱، ۴۲، ۱۴۲-۱۱۷.
- کشاورز، لقمان؛ و روزبهرانی، محبوبه. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر با علائم روحی توأم با سندرم پیش از قاعدگی و ورزش صبحگاهی. *مطالعات مدیریت ورزشی*، ۱۹، ۲۰۴-۱۸۹.
- مارتل، کریستوفر؛ دیمیدجیان، سونا؛ و هرمان دون، روت. (۲۰۱۳). *درمان افسردگی با فعال‌سازی رفتاری*. مترجمان: سامان نونهال و سید علی محمد موسوی (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.
- مروتی شریف آباد، محمدعلی؛ کریمیان کالکلی، زهره؛ بکایی، مهشید؛ انجذاب، بهناز؛ گرایلو، سکینه؛ و متقی، بهاره. (۱۳۹۳). بررسی فراوانی تظاهرات بالینی سندرم قبل از قاعدگی در زنان متأهل جوان شهر یزد. *مجله سلامت جامعه*، ۸، ۳، ۵۳-۴۵.
- Azoulay, M., Reuveni, I., Dan, R., Goelman, G., Segman, R., Kalla, C., Bonne, O., & Canetti, L. (2020). Childhood Trauma and Premenstrual Symptoms: The Role of Emotion Regulation. *Child Abuse & Neglect*, 108, 1-9.
- Buckner, J. D., Lewis, E. M., Abarno, C. N., Morris, P. E., Glover, N. I., & Zvolensky, M. J. (2021). Difficulties with emotion regulation and drinking during the COVID-19 pandemic among undergraduates: the serial mediation of COVID-related distress and drinking to cope with the pandemic. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(4), 261-275.
- Bansal, D., Raman, R., & Rao, T. S. (2019). Premenstrual dysphoric disorder: ranking the symptoms and severity in Indian college students. *Journal of Psychosexual Health*, 1 (2), 159-163.

- Beddig, T., Reinhard, I., Ebner-Priemer, U., & Kuehner, C. (2020). Reciprocal effects between cognitive and affective states in women with Premenstrual Dysphoric Disorder: An Ecological Momentary Assessment Study. *Behavior Research and Therapy*, 131, 1-9.
- Czajkowska, M., Droszol-Cop, A., Galazka, A., Naworska, B., & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Menstrual Cycle and the Prevalence of Premenstrual Syndrome/ Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescent Athletes. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 28, 6, 492-498.
- Dawson, D. N., Peters, J. R., Eisenlohr-moul, T. A., Rubinow, D. R., Paulson, J. L., & Girdler, S. S. (2018). Emotion-related impulsivity and rumination predict the perimenstrual severity and trajectory of symptoms in women with a menstrually related mood disorder. *J Clin Psycho*, 1-15.
- Eggert, L., Kleinstäuber, M., Hiller, W., & Withhöft, M. (2017). Emotional interference and attentional processing in premenstrual syndrome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 77-87.
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*, 63, 1, e32.
- Hantsoo, L., & Riddle, J. (2021). Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD). *Advanced in Psychiatry and Behavioral Health*, 1, 91-106.
- Karimiankabolaki, Z., Mazloomi Mahmoodabad, S. S., Heidari, F., Khadibi, M., Geraylo, S., Yoshany, N. (2019). Comparison of the quality of life in three groups: women with premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder and general population in Yazd. *Journal of Community Health Research*, 8, 1, 1-3.
- Kelvin DJ, & Rubino S. (2020). Fear of the novel coronavirus. *J Infect Dev Ctries*, 14, 1-2.
- Lete, I., Duenas, J. L., Serrano, I., Doval, J. L., Martinez-Salmean, J., Coll, C., Perez-Campos, E., & Arbat, A. (2011). Attitudes of Spanish women toward premenstrual symptoms, premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: results of a nationwide survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 159, 115-118.
- Meng, Y., Huang, D., Hou, L., & Zhou, R. (2021). Hypoactivation of autonomic nervous system-related orbitofrontal and motor cortex during acute stress in women with premenstrual syndrome. *Neurobiology of Stress*, 15, 1-8.
- Polit, DF., Beck, CT., & Owen, SV. (2007). Focus on research methods. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459-67.
- Segars, J., Katler, Q., McQueen, D. B., Kotlyar, A., Glenn, T., Knight, Z., Feinberg, E. C., Taylor, H. S., Toner, J. P., & Kawwass, J. F. (2020). Prior and novel coronaviruses, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), and human reproduction: what is known? *Fertility and Sterility*, 113, 6, 1140-1149.
- Sophie, H., Lloyd, A., & Graham, B. M. (2020). Physical and mental fatigue across the menstrual cycle in women with and without generalised anxiety disorder. *Hormones and Behavior*, 118, 1-6.
- Takeda, T., Kai, S., & Yoshimi, K. (2021). Association between Premenstrual Symptoms and Posttraumatic Stress Symptoms by COVID-19: A Cross-Sectional Study with Japanese High School Students. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 255(1), 71-77.
- Thakrar, P., Bhukar, K., & Oswal, R. (2021). Premenstrual Dysphoric Disorder: Prevalence, Quality of life and Disability due to illness among medical and paramedical students. *Journal of Affective Disorders Reports*, 9, 3, 118-122.
- Wang, S., Wen, X., Dong, Y., Liu, B., & Sui, M. (2020). Psychological Influence of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on the General Public, Medical Workers, and Patients with Mental Disorders and its Countermeasures. *Psychosomatics*, 61, 616-624.
- Yen, J. Y., Wang, P. W., Su, C. H., Liu, T. L., Long, C. Y., & Ko, C. H. (2017). Estrogen levels, emotion regulation, and emotional symptoms of women with premenstrual dysphoric disorder: The moderating effect of estrogen receptor 1 α polymorphism. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 1-8.