

The effect of coping skills training on premenstrual syndrome and coping strategies: a randomized controlled trial

Mojgan Mirghafourvand¹, Somayeh Abdolalipour², Behnaz Manouchehri^{3*}

¹Social Determinants of Health Research Center, Department of Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Department of Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Department of Nursing and Midwifery, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 30 Sep 2025

Revised: 25 Nov 2025

Accepted: 29 Nov 2025

ePublished: 21 Dec 2025

Keywords:

- Randomized controlled trial
- Premenstrual syndrome
- Coping skills
- Premenstrual stress
- Students

Abstract

Background. This study investigated the impact of coping skills training on premenstrual stress and coping strategies among 60 students with moderate to severe premenstrual syndrome (PMS) at Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Iran.

Methods. In this randomized controlled trial, participants were divided into an intervention group, which received twice-weekly coping skills training for 5 weeks, and a control group with no intervention. Data on premenstrual stress and coping styles were collected before the intervention and 3 months after the intervention using questionnaires. Statistical tests, including *t*-tests and ANCOVA, were applied to compare changes between the two groups while controlling for baseline differences.

Results. After the intervention, the coping skills training group experienced a significant reduction in premenstrual stress compared to the control group, with a mean difference of -20.1 (95% CI: -22.2 to -17.5; $P<0.001$). Their problem-focused coping score increased significantly by 30.7 points (95% CI: 25.6 to 35.9; $P<0.001$), and the avoidance coping score also increased by 17.9 points (95% CI: 14.3 to 21.4; $P<0.001$). In contrast, the emotion-focused coping subscale score was significantly lower in the intervention group compared to the control group, with a mean difference of -27.4 (95% CI: -31.4 to -23.4; $P<0.001$).

Conclusion. Considering the impact of coping strategy training on reducing premenstrual stress symptoms and improving coping strategies, it seems that teaching these strategies enables individuals to better manage stressful situations.

Practical Implications. Coping skills training can effectively reduce premenstrual stress symptoms and improve adaptive coping strategies among students, enabling them to better manage stress related to PMS.

How to cite this article: Mirghafourvand M, Abdolalipour S, Manouchehri B. The effect of coping skills training on premenstrual stress and coping strategies: a randomized controlled trial. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2025;47(5):500-511. doi: 10.34172/mj.025.35151. Persian.

Extended Abstract

Background

Premenstrual syndrome (PMS) causes significant physical and psychological symptoms during the luteal phase of the menstrual cycle, impairing daily functioning. Globally, about 956 million people had PMS in 2019, an increase of 46.5% since 1990, with 3 to 10% experiencing severe symptoms that disrupt

activities. Common symptoms include appetite changes, pain, mood swings, anxiety, and fatigue. PMS mainly affects women aged 25 to 35 but can occur at any age. Its prevalence is high among female students. For example, it is 65% in Egypt and 54.9% in Iranian university students. Risk factors include inactivity, smoking, diet, and cultural attitudes. PMS

*Corresponding author; Email: manouchehribehnaz@gmail.com

© 2025 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

impacts academic performance, social life, and work productivity. The management of PMS includes pharmacological and non-pharmacological methods, though drugs can have side effects. Coping skills training helps reduce premenstrual stress by promoting adaptive behaviors and emotional control. From a health perspective, women experiencing menstrual-related stress are considered vulnerable groups and require special healthcare to improve their well-being. In Iran, especially among the student population, the prevalence of PMS is high and it is associated with significant negative outcomes, which have been reported in previous studies. Despite the availability of various pharmacological and non-pharmacological treatments, there is still no definitive cure for this syndrome. Therefore, addressing this issue is crucial for improving women's health, reducing the economic consequences of stress, and comparing the efficacy of coping skills training with control groups, which should be seriously considered from a health policy perspective. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of coping skills training on premenstrual stress among undergraduate students at Islamic Azad University of Sanandaj, Iran.

Methods

This randomized controlled trial was conducted on undergraduate students at the Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran (IRCT20230618058517N1). Inclusion criteria were willingness to participate in the study, having moderate to severe PMS (score 3-0 on PSST), being single, and having regular menstrual cycles (28 ± 7 days). Exclusion criteria included any diagnosed physical or psychological illness, medication use, complementary treatments, physical disability, or recent severe mental health crises. Convenience sampling was used to select participants for this study. Initially, a total of 290 students completed the PMS questionnaire, with 10 excluded for incomplete data and 220 excluded for not meeting PMS criteria. Finally, 60 students with moderate or severe PMS completed socio-demographic, premenstrual stress, and coping questionnaires. Participants were randomly divided by block randomization into two

groups of 30 (e.g., coping skills training and control). Allocation concealment was maintained using opaque, sequentially numbered envelopes prepared by an independent person. The intervention group received weekly 60-minute coping skills training sessions for 5 weeks in groups of 6, led by a midwifery instructor. Students were encouraged to apply strategies for 3 months and review them in each session. Questionnaires were re-administered after 3 months. The controls received no training but completed questionnaires after 3 months and were given educational booklets at the end of the study for ethical reasons. Data were collected using self-reported questionnaires: socio-demographic questionnaire, Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), Premenstrual Stress Questionnaire (RSQ), and Stress Coping Styles Questionnaire (SCSQ). Data analysis was performed using SPSS version 24.0. Normality was tested using the Kolmogorov-Smirnov test. Descriptive statistics, such as frequencies and means, were used to summarize the data, and independent *t*-test and Chi-square test were used to assess group homogeneity. Baseline scores were compared using an independent *t*-test. ANCOVA was used to adjust for baseline differences when comparing premenstrual stress and coping strategies after the intervention. The intention-to-treat approach was used, with significance set at $P < 0.05$.

Results

Sampling began on May 22, 2023, and ended on July 22, 2023. A total of 60 participants were analyzed: 30 in the coping skills training group and 30 in the control group. Demographic characteristics showed no significant differences between groups.

Comparison of Premenstrual Symptoms Scores Between Groups. Before the intervention, the mean ($\pm$ SD) premenstrual stress score was 42.7 ± 9.3 in the training group and it was 43.9 ± 7.6 in the control group, indicating no significant difference ($P = 0.581$). After the intervention, the mean scores of premenstrual stress in the training and control groups were 23.7 ± 2.3 and 44.2 ± 2.7 , respectively. Adjusted ANCOVA showed significantly lower post-intervention stress scores in the intervention group,

with an adjusted mean difference of -20.1 (95% CI: -22.6 to -17.5; $P<0.001$).

Comparison of Coping Skills Scores between Groups. Before the intervention, the mean score of problem-focused coping strategies was 56.0 ± 11.7 in the intervention group and it was 30.5 ± 12.9 in the control group. Post-intervention mean scores were 75.4 ± 8.4 and 31.8 ± 12.1 , respectively. Adjusted ANCOVA showed significantly higher problem-focused coping scores in the intervention group, with an adjusted mean difference of 30.7 (95% CI: 25.6 to 35.9; $P<0.001$). Before the intervention, the mean score of emotion-focused coping strategies was 45.6 ± 10.2 in the intervention group and it was 61.1 ± 14.5 in the control group. Post-intervention mean scores were 24.2 ± 8.3 and 60.8 ± 13.5 , respectively. Adjusted ANCOVA showed significantly lower emotion-focused coping scores in the intervention group, with an adjusted mean difference of -27.4 (95% CI: -31.4 to -23.4; $P<0.001$).

Before the intervention, the mean score of avoidance coping was 45.4 ± 6.5 in the intervention group and it was 32.3 ± 7.3 in the control group. Post-intervention mean scores were 59.7 ± 5.1 and 34.5 ± 6.2 , respectively. Adjusted ANCOVA showed significantly higher avoidance coping scores in the intervention group, with an adjusted mean difference of 17.9 (95% CI: 14.3 to 21.4; $P<0.001$).

Conclusion

Coping skills training reduces premenstrual tension symptoms by increasing problem-focused and avoidance coping and decreasing emotion-focused coping strategies. Equipping individuals with coping skills allows better and more rational reactions to PMS-related stress, thereby reducing anxiety, depression, physical, and social difficulties. Healthcare providers should implement these interventions during care and education sessions.

تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر سندرم پیش از قاعدگی و راهبردهای مقابله‌ای: کارآزمایی تصادفی کنترل شده

مژگان میرغفوروند^۱، سمیه عبدالعلی پور^۲، بهناز منوچهری^{۳*}

^۱گروه مامایی، مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲دکترای تخصصی مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳گروه پرستاری و مامایی، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۷/۸
اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۹/۴
پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۸
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۹/۳۰

کلیدواژه‌ها:

- کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی
- سندرم پیش از قاعدگی
- مهارت‌های مقابله‌ای
- استرس پیش از قاعدگی
- دانشجویان

چکیده

زمینه. این مطالعه تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را بر سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و راهبردهای مقابله‌ای در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنج بررسی کرد.
روش کار. شرکت‌کنندگان شامل ۶۰ دانشجوی مبتلا به PMS متوسط تا شدید بودند که به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله طی ۵ هفته، هر هفته یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش مقابله‌ای دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها قبل و سه ماه پس از مداخله از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد و برای مقایسه تغییرات بین دو گروه، از آزمون تی مستقل و ANCOVA با کنترل نمره پایه استفاده شد.
یافته‌ها. پس از مداخله، میانگین نمره سندرم پیش از قاعدگی در گروه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای (تفاوت میانگین: ۲۰/۱؛ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۲/۶ تا ۱۷/۵؛ $P < ۰/۰۰۱$) به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. نمره خرده‌مقیاس مقابله مسئله‌مدار (تفاوت میانگین: ۳۰/۷؛ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۳۵/۹ تا ۲۵/۶؛ $P < ۰/۰۰۱$) و مقابله اجتنابی (تفاوت میانگین: ۱۷/۹؛ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۱/۴ تا ۱۴/۳؛ $P < ۰/۰۰۱$) در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر بود، درحالی که نمره مقابله هیجان‌مدار (تفاوت میانگین: ۲۷/۴-؛ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۳۱/۴ تا ۲۳/۴-؛ $P < ۰/۰۰۱$) کاهش معنی‌داری نشان داد.
نتیجه‌گیری. آموزش راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند نشانه‌های سندرم پیش از قاعدگی را کاهش داده و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه را بهبود بخشد.
پیامدهای عملی. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند به‌طور مؤثری علایم سندرم پیش از قاعدگی را کاهش داده و راهبردهای مقابله سازگارانه دانشجویان را تقویت کند.

مقدمه

ایران شیوع PMS در دانش‌آموزان دبیرستانی ۶۸/۹ درصد و در دانشجویان ۵۴/۹ درصد گزارش شده است.^۴ علایم معمولاً در زنان ۲۵ تا ۳۵ ساله شایع‌تر است، هرچند در هر سنی از نوجوانی تا یائسگی نیز دیده می‌شود.^۵ علایم PMS شامل تغییرات در اشتها، افزایش وزن، درد شکم، کمردرد، سردرد، تورم و حساسیت پستان‌ها، تهوع، بی‌خوابی، اضطراب، تحریک‌پذیری، خشم، خستگی، بی‌قراری، نوسانات خلقی و گریه است.^۱ دانشجویان دختر بیشتر تحت تأثیر PMS قرار می‌گیرند و اعتقاد بر این است که PMS در این جمعیت بالا بوده و تأثیر منفی بر زندگی و عملکرد تحصیلی آنها دارد.^۶

سندرم پیش از قاعدگی (Premenstrual Syndrome, PMS) به مجموعه‌ای از تظاهرات جسمی و روان‌شناختی قابل‌توجه در فاز لوتئال سیکل قاعدگی گفته می‌شود که منجر به پریشانی قابل ملاحظه و اختلال در عملکرد فرد می‌گردد. این علایم معمولاً چند روز پس از شروع قاعدگی برطرف می‌شوند.^۱ بر اساس برآوردها، شیوع جهانی PMS در سال ۲۰۱۹ حدود ۹۵۶ میلیون نفر بوده که در مقایسه با سال ۱۹۹۰ (۶۵۲/۵ میلیون نفر) حدود ۴۶/۵ درصد افزایش داشته است.^۲ حدود ۳ تا ۱۰ درصد زنان نیز علایم شدیدی را تجربه می‌کنند که فعالیت‌های روزانه آنان را مختل می‌سازد.^۳ در

*نویسنده مسؤول؛ ایمیل: manochehribehnaz@gmail.com

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز ۴.۰ (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

PMS همواره از نظر اثرات اقتصادی و اجتماعی مورد توجه بوده است. شیوع بالای اختلالات قاعدگی بر زندگی تحصیلی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد. دانشجویان از کلاس‌ها غیبت کرده و برخی از آنان نمرات پایین‌تری نسبت به دیگران گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، وجود برخی اختلالات در جنبه‌های مختلف زندگی مانند ملاقات با دوستان و همکاران، روابط با اعضای خانواده و شرکا در میان آنان گزارش شده است.^۶ همچنین، ۱۷ درصد کاهش بازده کاری، ۱۹ درصد افزایش غیبت از کار، کاهش دقت و عدم تمرکز در انجام وظایف در زنان مبتلا به PMS نیز مشاهده شده است.^۸

روش‌های مختلفی برای کنترل سندرم پیش از قاعدگی و عوارض همراه آن استفاده می‌شود که به دو دسته دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شوند. مهارکننده‌های پروستاگلندین سنتتاز برای درد مؤثرند، اما در بیماران مبتلا به زخم معده یا حساسیت شدید به آسپرین منع مصرف دارند و ممکن است عوارضی مانند تهوع، سوءهاضمه، اسهال و گاهی خستگی ایجاد کنند.^۹ بنابراین توجه به رویکردهای غیردارویی با عوارض کمتر، از جمله مداخلات آموزشی، ضروری است.^{۱۰}

با توجه به ناشناخته بودن علت قطعی PMS، درمان آن بیشتر حمایتی و علامتی است. امروزه بسیاری از زنان تمایل دارند علایم خود را با استفاده از طب مکمل و طبیعی درمان کنند.^{۱۱} یکی از راه‌های کاهش سندرم پیش از قاعدگی در دختران، استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای است. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای یکی از روش‌های مؤثر در میان رویکردهای درمانی برای مقابله با مشکلات رفتاری مختلف و اصلاح آنها در میان جوانان است.^{۱۲} در آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، هدف تغییر رفتارهای مشکل‌ساز، ایجاد رفتارهای جدید و سازگاری و انطباق بیشتر با محیط است. مهارت‌های مقابله‌ای روش‌هایی برای برخورد با مشکلاتی هستند که به‌طور آگاهانه توسط فرد ایجاد می‌شوند و موجب حل مشکل یا افزایش ظرفیت روانی فرد برای غلبه بر بحران‌ها و دور ماندن از آسیب‌های ناشی از آنها می‌شوند.^{۱۳} از نظر فیزیولوژیک، سبک‌های مقابله‌ای با مسیرهای سروتونرژیک و دوپامینرژیک قشر پیش‌فرونتال میانی و هسته آکیومبنس مرتبط هستند و نوروپپتیدهای وازوپرسین و اکسی‌توسین نیز در این مکانیسم نقش مهمی دارند.^{۱۴}

از نظر سلامت، زنان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی جزو گروه‌های آسیب‌پذیر هستند و برای بهبود سلامت خود به مراقبت‌های سلامتی ویژه نیاز دارند.^{۱۵} در ایران به‌ویژه در میان دانشجویان، میزان ابتلا به PMS بالا و همراه با پیامدهای منفی قابل توجه است که در مطالعات قبلی نیز گزارش شده است.^{۸،۷} با وجود روش‌های مختلف درمان، نبود درمان قطعی و تمایل به رویکردهای

کم‌خطر^{۱۱} باعث شده است که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به‌عنوان یک روش مؤثر مورد توجه قرار گیرد.^{۱۲،۱۱} علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند که اجرای صحیح آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در بین جوانان می‌تواند به توسعه مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه و کاهش سطح استرس و اضطراب آنها کمک کند.^{۱۲} با این حال، مطالعات بسیار کمی در مورد تأثیر مهارت‌های مقابله‌ای بر سندرم پیش از قاعدگی انجام شده است. بنابراین، توجه به این موضوع با هدف بهبود سلامت زنان، کاهش پیامدهای اقتصادی ناشی از این استرس و ارزیابی کارایی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در مقایسه با گروه کنترل، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و باید از منظر سیاست‌گذاری سلامت نیز به‌طور جدی مورد توجه قرار گیرد. بر همین این اساس، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی سمنان، ایران انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی شامل گروه مداخله آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و گروه کنترل بود. این مطالعه بر روی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی سمنان انجام شد و در سامانه ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT) با کد IRCT20230618058517N1 ثبت شده است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در مطالعه، ابتلا به PMS با درجه متوسط تا شدید (نمره بالاتر از ۱۳ بر اساس پرسشنامه PSST)، مجرد بودن، داشتن دوره‌های قاعدگی منظم با طول 28 ± 7 روز بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی تأیید شده توسط متخصص، مصرف داروهای دیگر، دریافت درمان مکمل، ناتوانی جسمی و تجربه بحران‌های شدید سلامت روان در ۳ ماه گذشته بود.

روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود؛ بدین صورت که ابتدا پژوهشگر کلاس‌های مقطع کارشناسی مراجعه کرد و پس از ارایه توضیحات کامل در مورد موضوع تحقیق، اهداف و روش مطالعه به دانشجویان، در صورت تمایل آنها به همکاری، پرسشنامه PMS را در میان آنها توزیع نمود. بدین ترتیب، در مرحله اول، پرسشنامه به ۲۹۰ دانشجو ارایه شد. در این مرحله، ۱۰ دانشجو به دلیل عدم تکمیل پرسشنامه از مطالعه خارج شدند. پس از بررسی پرسشنامه‌ها، افرادی که معیارهای PMS را داشتند برای ورود به مطالعه شناسایی شدند و در حدود ۲۲۰ نفر به دلیل عدم احراز معیارهای مورد نظر از مطالعه حذف شدند. ۶۰ نفر از دانشجویانی که در گروه متوسط یا شدید بودند (بر اساس پاسخ به پرسشنامه)،

ابزار گردآوری داده‌ها

داده‌ها به روش خودگزارشی و با استفاده از پرسشنامه‌های مشخصات فردی-اجتماعی، ابزار غربالگری علایم پیش از قاعدگی (Premenstrual Symptoms Screening Tool, PSST)، پرسشنامه علایم قبل از قاعدگی بازگشتی (Retrospective Symptom Questionnaire, RSQ) و پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس (Stress Coping Styles Questionnaire, SCSQ) جمع‌آوری شد.

پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی: این پرسشنامه شامل سؤالاتی مربوط به سن، مدت دوره خونریزی، تحصیلات والدین و تعداد افراد خانوار بود.

مقیاس غربالگری علایم پیش از قاعدگی (PSST): ابزار غربالگری علایم پیش از قاعدگی (PSST) توسط استینر و همکاران ابداع شده است. این مقیاس یک ابزار ساده و مفید برای شناسایی زنانی است که از PMS/PMDD شدید رنج می‌برند و احتمالاً به درمان پاسخ می‌دهند. پرسشنامه PSST شامل ۱۴ سؤال است که دو بخش دارد: بخش اول شامل ۹ علامت فیزیولوژیکی و رفتاری و بخش دوم تأثیر این علایم بر زندگی افراد را ارزیابی می‌کند و شامل ۵ سؤال است. پرسشنامه بر اساس چهار معیار (اصلاً، خفیف، متوسط و شدید) از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل از ۰ تا ۴۲ متغیر است. نمرات بالای ۱۳ نشان‌دهنده درجه متوسط (۱۴ تا ۲۷) تا شدید (۲۸ تا ۴۲) است.^{۱۷} روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط حریری و همکاران تأیید شده است.^{۱۸} پایایی پرسشنامه در این مطالعه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹ اندازه‌گیری شد.

پرسشنامه علایم قبل از قاعدگی بازگشتی: این پرسشنامه استاندارد دارای ۱۷ سوال است که بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (اصلاً، خفیف، متوسط، شدید و ناتوان‌کننده) از یک تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود.^{۱۹} دامنه نمرات بین ۱۷ تا ۸۵ متغیر است. پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ اندازه‌گیری شد.

مقیاس سبک‌های مقابله با استرس (SCSQ): سبک‌های مقابله با استرس مقیاسی ۴۸ سؤالی است که توسط پارکر و اندل (۱۹۹۰) توسعه یافته است. این پرسشنامه برای اندازه‌گیری سبک‌های مقابله با استرس در نوجوانان و بزرگسالان در بحران‌های استرس‌زا استفاده می‌شود و سه خرده‌مقیاس دارد. نمرات هر خرده‌مقیاس با جمع کردن سؤالات مربوطه به دست می‌آید. خرده‌مقیاس‌های سبک‌های مقابله با استرس شامل سبک مقابله مسئله‌مدار، سبک مقابله هیجان‌مدار و سبک مقابله اجتنابی است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۱ = هرگز تا ۵ = همیشه) انجام می‌شود. دامنه تغییرات در سه نوع رفتار مقابله‌ای به گونه‌ای است که نمره هر یک از سه رفتار مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار

پرسشنامه اطلاعات فردی-اجتماعی، پرسشنامه مربوط به علایم پیش از قاعدگی و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای را تکمیل کردند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی با استفاده از روش بلوک‌بندی تصادفی با اندازه بلوک‌های ۴ و ۶ تایی به دو گروه ۳۰ نفره تقسیم شدند (گروه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و گروه کنترل). برای اطمینان از پنهان‌سازی تخصیص، نوع مداخله روی کاغذ ثبت و در پاکت‌های مات و شماره‌گذاری شده متوالی قرار گرفتند. پاکت‌ها به ترتیب ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه گشوده شد و نوع مداخله دریافتی توسط هر شرکت‌کننده مشخص گشت. بلوک‌بندی و آماده‌سازی پاکت‌ها توسط فردی که در فرآیند نمونه‌گیری دخیل نبود، انجام شد. در این تحلیل، ۶۰ شرکت‌کننده (۳۰ نفر در گروه مهارت‌های مقابله‌ای و ۳۰ نفر در گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند.

حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از نرم‌افزار G-Power نسخه 3.1 محاسبه شد. با توجه به اطلاعات موجود در مطالعه حسونود^۴ در ارتباط با میانگین نمره سبک مقابله مسئله‌مدار و با در نظر گرفتن میانگین (انحراف معیار) گروه مداخله برابر ۴۴/۷۶ (۲/۷۱)، میانگین (انحراف معیار) گروه کنترل برابر ۴۲/۴۵ (۲/۷)، آلفای دو طرفه برابر ۰/۰۵ و قدرت مطالعه برابر ۰/۹، تعداد نمونه برای هر گروه ۳۰ نفر محاسبه شد. قدرت واقعی (actual power) به‌دست‌آمده ۰/۹۰۱۹ بود که نشان‌دهنده احتمال بالای تشخیص تفاوت معنی‌دار در صورت وجود آن است.

مداخله

گروه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای: دانشجویان این گروه، آموزش راهبردهای مقابله‌ای توسط پژوهشگر (مری مامایی) را به مدت ۵ هفته، هر هفته به مدت ۶۰ دقیقه در پنج گروه شش نفره دریافت کردند. از دانشجویان درخواست شد تا راهبردهای مقابله‌ای را به مدت ۳ ماه به کار گیرند. محتوای آموزش مهارت‌های مربوطه در جدول ۱ ارائه شده است. از گروه مداخله درخواست شد تا از اصولی که در آموزش دریافت کرده بودند، هنگام تجربه علایم استرس PMS استفاده کنند و در ابتدای هر جلسه آموزشی، مطالب و مهارت‌های آموخته شده در جلسه قبلی را توضیح دهند تا ابهامات احتمالی برطرف شود. در پایان ۳ ماه، دانشجویان مجدداً پرسشنامه علایم و مهارت‌های مربوطه را تکمیل کردند.

گروه کنترل: این گروه هیچ مداخله آموزشی دریافت نکردند. پرسشنامه‌ها توسط گروه کنترل نیز ۳ ماه بعد تکمیل شد. لازم به ذکر است که در پایان مطالعه، برای رعایت نکات اخلاقی، کلیه کتابچه‌ها و جزوات آموزشی در اختیار این گروه قرار گرفت تا بتوانند از مطالب آموزشی در دوره ماهانه خود استفاده کنند.

معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($P=0/581$). پس از مداخله، میانگین (انحراف معیار) نمره استرس پیش از قاعدگی در گروه راهبرد مقابله‌ای $23/7$ ($3/2$) و در گروه کنترل $44/2$ ($7/2$) بود. آزمون ANCOVA تعدیل‌شده، میانگین نمرات پس از مداخله علایم پیش از قاعدگی بازگشتی در گروه آموزش راهبرد مقابله‌ای (تفاوت میانگین تعدیل‌شده: $20/1$ ؛ فاصله اطمینان 95% : $22/6$ تا $17/5$ ؛ $P<0/001$) به‌طور قابل‌توجهی پایین‌تر از گروه کنترل بود (جدول ۳).

میانگین (انحراف معیار) نمره پیش از مداخله مهارت مقابله‌ای در خرده‌مقیاس مسأله‌مدار در گروه راهبرد مقابله‌ای $56/0$ ($11/7$) و در گروه کنترل $30/5$ ($12/9$) بود. میانگین نمرات پس از مداخله در خرده‌مقیاس مسأله‌مدار در گروه راهبرد مقابله‌ای $75/4$ ($4/8$) و در گروه کنترل $31/8$ ($12/1$) بود. بر اساس آزمون ANCOVA تعدیل‌شده، میانگین نمره خرده‌مقیاس مسأله‌مدار در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود (تفاوت میانگین تعدیل‌شده: $30/7$ ؛ فاصله اطمینان 95% : $25/6$ تا $35/9$ ؛ $P<0/001$).

میانگین (انحراف معیار) نمره پیش از مداخله مهارت مقابله‌ای برای خرده‌مقیاس هیجان‌مدار، در گروه راهبرد مقابله‌ای $45/6$ ($10/2$) و در گروه کنترل $61/1$ ($14/5$) بود. میانگین نمرات پس از مداخله برای خرده‌مقیاس هیجان‌مدار، در گروه راهبرد مقابله‌ای $24/2$ ($3/8$) و در گروه کنترل $60/8$ ($13/5$) بود که با استفاده از آزمون ANCOVA تعدیل‌شده، میانگین نمره خرده‌مقیاس هیجان‌مدار در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود (تفاوت میانگین تعدیل‌شده: $27/4$ ؛ فاصله اطمینان 95% : $31/4$ تا $23/4$ ؛ $P<0/001$).

میانگین (انحراف معیار) نمره پیش از مداخله مهارت مقابله‌ای برای خرده‌مقیاس اجتنابی، در گروه راهبرد مقابله‌ای $45/4$ ($6/5$) و در گروه کنترل $32/3$ ($7/3$) بود. میانگین نمرات پس از مداخله برای خرده‌مقیاس مقابله اجتنابی در خرده‌مقیاس اجتنابی، در گروه راهبرد مقابله‌ای $57/9$ ($5/1$) و در گروه کنترل $34/5$ ($6/2$) بود که با استفاده از آزمون ANCOVA تعدیل‌شده، میانگین نمره خرده‌مقیاس اجتنابی در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود (تفاوت میانگین تعدیل‌شده: $17/9$ ؛ فاصله اطمینان 95% : $14/3$ تا $21/4$ ؛ $P<0/001$) (جدول ۳).

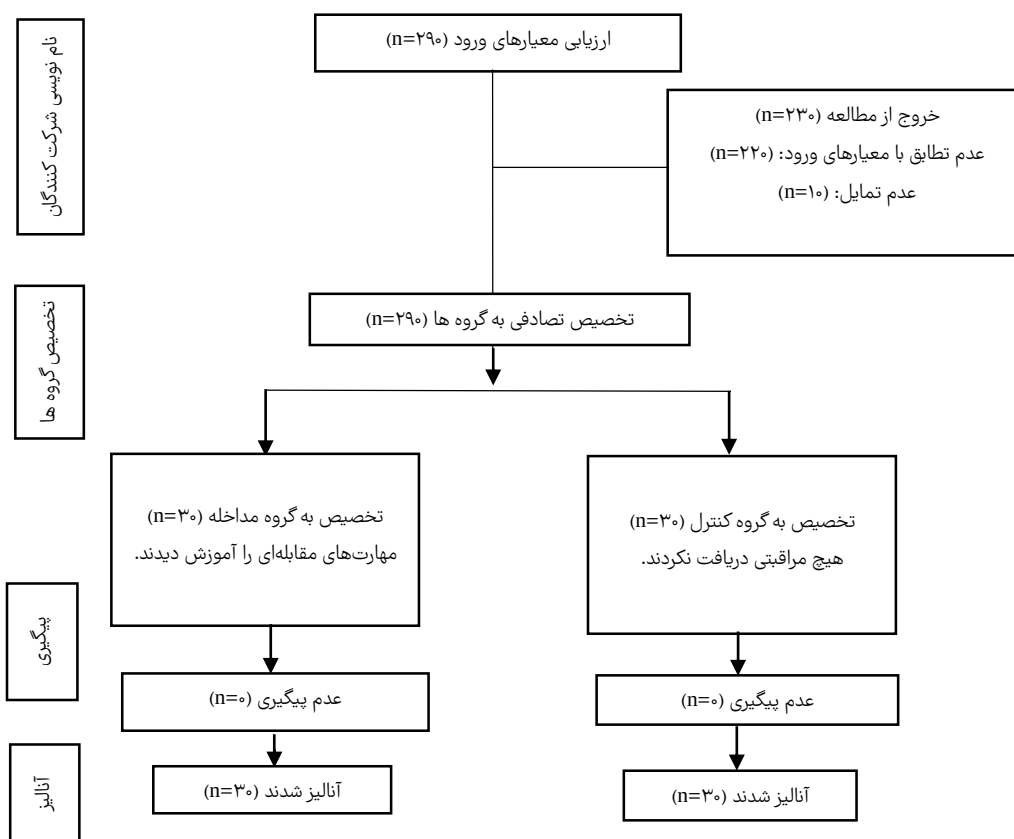
و اجتنابی، از 16 تا 80 متغیر است. یعنی هر یک از روش‌های مقابله‌ای شامل 16 سؤال است. روش غالب مقابله فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون دریافت می‌کند، تعیین می‌شود. بدین ترتیب، هر رفتاری که نمره بالاتری بگیرد، آن رفتار به عنوان روش مقابله‌ای فرد در نظر گرفته می‌شود.^{۲۰} در مطالعه‌ای بر روی جمعیت ایرانی، برای به دست آوردن پایایی پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس در گروه دانشجویان، از آلفای کرونباخ استفاده شد. مقادیر آلفای کرونباخ به شرح زیر بود: در خرده‌مقیاس مقابله مسأله‌مدار، مقادیر برای پسران $0/92$ و برای دختران $0/85$ ، در خرده‌مقیاس هیجان‌مدار، مقادیر برای پسران $0/82$ و برای دختران $0/85$ و در خرده‌مقیاس اجتنابی، مقادیر برای پسران $0/85$ و برای دختران $0/82$ بود.^{۲۱} در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس مسأله‌مدار $0/7$ ، برای خرده‌مقیاس هیجان‌مدار $0/68$ و برای خرده‌مقیاس اجتنابی $0/8$ بود.

تحلیل داده‌ها

داده‌های به‌دست‌آمده در این مرحله با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تعیین توزیع نرمال داده‌ها استفاده شد. داده‌ها برای همه متغیرهای این مطالعه توزیع نرمال داشتند. از آمار توصیفی شامل فراوانی (درصد) و میانگین (انحراف معیار) برای توصیف مشخصات فردی-اجتماعی استفاده شد. برای بررسی همبستگی بین گروه‌ها از آزمون‌های تی‌مستقل و مجذور کای استفاده شد. نمرات قبل از مداخله برای علایم قبل از قاعدگی و مهارت‌های مقابله‌ای بین گروه‌ها با استفاده از آزمون تی‌مستقل مقایسه شد. از آزمون ANCOVA برای مقایسه متغیرهای علایم قبل از قاعدگی و راهبردهای مقابله‌ای بین گروه‌های مطالعه با کنترل نمرات پایه استفاده گردید. تحلیل با استفاده از روش تحلیل قصد درمان (Intention-to-treat, ITT) انجام شد و $P<0/05$ به‌عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

فرآیند نمونه‌گیری در ۱ خرداد ۱۴۰۲ آغاز و در ۳۱ تیر ۲۰۲۳ به پایان رسید. در مجموع ۶۰ نفر در این تحلیل شرکت کردند که شامل دو گروه بودند: گروه مداخله آموزش راهبردهای مقابله‌ای (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر). ویژگی‌های افراد در جدول ۲ ارائه شده است. از نظر متغیرهای فردی-اجتماعی و نیز شدت علایم پیش از قاعدگی در غربالگری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. قبل از مداخله، میانگین (انحراف معیار) نمره علایم پیش از قاعدگی بازگشتی در گروه راهبرد مقابله‌ای $42/7$ ($9/3$) و در گروه کنترل $43/9$ ($6/7$) بود. بر اساس آزمون تی‌مستقل، تفاوت آماری



شکل ۱. فلوجارت مطالعه

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش مهارت‌های مقابله‌ای

جلسه	هدف	محتوا	روش آموزش	مدت زمان
اول	افزایش آگاهی در مورد قاعدگی	آموزش فیزیولوژی قاعدگی و سندروم پیش از قاعدگی، شامل مفهوم، علائم، و اثرات منفی آن بر جنبه‌های مختلف زندگی و راه‌های مقابله با آن	سخنرانی، بحث گروهی	۶۰ دقیقه
دوم	افزایش آگاهی در مورد استرس	بحث در مورد استرس و علائم آن و ارتباط آن با PMS	سخنرانی، پاورپوینت	۶۰ دقیقه
سوم	افزایش آگاهی در مورد خشم	آموزش در مورد خشم و راه‌های کنترل آن	سخنرانی، پاورپوینت	۶۰ دقیقه
چهارم	افزایش آگاهی در مورد مهارت‌های مقابله‌ای	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و انواع آن‌ها	سخنرانی، پاورپوینت، بحث گروهی	۶۰ دقیقه
پنجم	افزایش آگاهی در مورد تنش	آموزش مهارت‌های کنترل تنش و مرور خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبلی	سخنرانی، پاورپوینت، بحث گروهی	۶۰ دقیقه

جدول ۲. مشخصات فردی-اجتماعی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌های مطالعه

متغیر	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای (n=30)	کنترل (n=30)	P
میانگین (انحراف معیار)			
سن (سال)	۲۱/۴ (۲/۲)	۲۱/۵ (۱/۲)	۰/۸۲۹ ^a
مدت خونریزی (روز)	۵/۴ (۱/۱)	۵/۸ (۰/۹)	۰/۱۰۱ ^a
تعداد اعضای خانوار	۴/۷ (۱/۵)	۴/۹ (۱/۳)	۰/۵۳۳ ^a
تعداد (%)			
تخصیلات پدر	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	۰/۲۴۲ ^b
بی‌سواد/ابتدایی	۱۲ (۴۰/۰)	۵ (۱۶/۷)	
دیپلم	۸ (۲۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	
دانشگاهی	۹ (۳۰/۰)	۱۴ (۴۶/۷)	

متغیر	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای (n=۳۰)	کنترل (n=۳۰)	P
تحصیلات مادر	۳ (۱۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰/۰۶۱ ^b
بی‌سواد/ابتدایی	۱۳ (۴۳/۳)	۸ (۲۶/۷)	
دیپلم	۱۱ (۳۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)	
دانشگاهی	۳ (۱۰/۰)	۹ (۳۰/۰)	
محل سکونت			۰/۵۵۹ ^b
خوابگاه	۲۱ (۷۰/۰)	۲۳ (۷۶/۷)	
منزل مسکونی	۹ (۳۰/۰)	۷ (۲۳/۳)	
علایم پیش از قاعدگی			۰/۰۸۰ ^b
متوسط	۲۰ (۶۶/۷)	۲۵ (۸۳/۳)	
شدید	۱۰ (۳۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	

^a آزمون تی مستقل^b مجذور کای روند

جدول ۳. مقایسه نمرات استرس پیش از قاعدگی و مهارت‌های مقابله‌ای بین گروه‌های مطالعه

متغیر	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای (n=۳۰) میانگین (انحراف معیار)	کنترل (n=۳۰) میانگین (انحراف معیار)	تفاوت میانگین (%۹۵ فاصله اطمینان)	p-value
استرس پیش از قاعدگی (دامنه نمره: ۰-۴۲)				
قبل از مداخله	۴۲/۷ (۹/۳)	۴۳/۹ (۶/۶)	۱/۱ - ۵/۳ تا ۳/۰	۰/۵۸۱ ^a
بعد از مداخله	۲۳/۷ (۳/۲)	۴۴/۲ (۷/۲)	۲۰/۱ - ۲۲/۶ تا ۱۷/۵ -	<۰/۰۰۱ ^b
سبک مقابله مسأله‌مدار (دامنه نمره: ۱۶-۸۰)				
قبل از مداخله	۵۶/۰ (۱۱/۷)	۳۰/۵ (۱۲/۹)	۲۵/۵ (۱۹/۱ تا ۳۱/۹)	<۰/۰۰۱ ^a
بعد از مداخله	۷۵/۴ (۴/۸)	۳۱/۸ (۱۲/۱)	۳۰/۷ (۲۵/۶ تا ۳۵/۹)	<۰/۰۰۱ ^b
سبک مقابله هیجان‌مدار (دامنه نمره: ۱۶-۸۰)				
قبل از مداخله	۴۵/۶ (۱۰/۲)	۶۱/۰ (۱۴/۵)	۱۵/۴ (۲۱/۹ تا ۸/۹ -)	<۰/۰۰۱ ^a
بعد از مداخله	۲۴/۲ (۳/۸)	۶۰/۸ (۱۳/۵)	۲۷/۴ (۳۱/۴ تا ۲۳/۴ -)	<۰/۰۰۱ ^b
سبک مقابله اجتنابی (دامنه نمره: ۱۶-۸۰)				
قبل از مداخله	۴۵/۴ (۶/۵)	۳۲/۳ (۷/۳)	۱۳/۱ (۹/۵ تا ۱۶/۷)	<۰/۰۰۱ ^a
بعد از مداخله	۵۷/۹ (۵/۱)	۳۴/۵ (۶/۲)	۱۷/۹ (۱۴/۳ تا ۲۱/۴)	<۰/۰۰۱ ^b

^a آزمون تی مستقل^b آزمون ANCOVA با تعدیل نمرات پایه

بحث

مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی بررسی کرده است. نتایج نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای تأثیر قابل توجهی بر کاهش اضطراب داشتند. در یک مطالعه کیفی انجام شده توسط اوشر و همکاران،^{۲۴} سه مضمون اصلی که راهبردهای زنان برای مقابله با استرس پیش از قاعدگی را منعکس می‌کردند از مصاحبه‌های آنها استخراج شد، از جمله «خودنظارتی و آگاهی» (شامل شناخت و پذیرش تغییرات پیش از قاعدگی)، «مقابله از طریق خودتنظیمی» (شامل اجتناب از استرس و درگیری، فرار از خواسته‌ها و مسؤولیت‌ها، یا مراقبت از خود) و «مقابله به عنوان تجربه بین‌فردی» (شامل درک یا تفسیر مشترک یک تجربه بین دو یا چند نفر).

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که میانگین نمرات گروه راهبرد مقابله‌ای در خرده‌مقیاس‌های مسأله‌مدار و اجتنابی پس از انجام مداخله به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود، اما نمرات

نتایج این مطالعه نشان داد که علایم پیش از قاعدگی بازگشتی پس از مداخله در گروه آموزش راهبرد مقابله‌ای به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل کاهش یافت. همچنین، نتایج نشان داد که نمرات خرده‌مقیاس‌های مسأله‌مدار و اجتنابی در گروه راهبرد مقابله‌ای به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود و در خرده‌مقیاس هیجان‌مدار، به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل گزارش شد. مطابق با یافته‌های حاصل از این مطالعه، علایم پیش از قاعدگی بازگشتی در گروه آموزش راهبرد مقابله‌ای پس از مداخله به‌طور قابل توجهی کمتر از گروه کنترل بود. اگرچه مطالعات متعددی به روش‌های مختلف انجام شده‌اند، اما نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای تأثیر زیادی در کاهش اضطراب دارند.^{۲۲، ۲۱} مطالعه متولی و همکاران^{۲۳} تأثیر روش‌های مقابله‌ای را در کاهش اضطراب در دختران

کاهش احساس درماندگی و کمک به بهبود خلق منفی می‌شود.^{۳۰} استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد و عدم ریزش نمونه‌ها به دلیل پیگیری مستمر و منظم از نقاط قوت مطالعه حاضر بود. سطح دقت شرکت‌کنندگان هنگام پاسخ دادن به سؤالات و وضعیت روانی آنها بر نحوه پاسخگویی تأثیر می‌گذارد و در مطالعه حاضر کنترل کامل این عوامل امکان‌پذیر نبود. این امر می‌تواند نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، از آنجایی که نمونه‌گیری فقط از دانشجویان دانشگاه آزاد سمنان انجام شد، تعمیم‌پذیری به سایر جوامع زنان نیازمند مطالعات گسترده‌تری است.

آموزش مهارت‌های مقابله با استرس می‌تواند یک مداخله مؤثر در کاهش علائم پیش از قاعدگی باشد. ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید از این مداخلات در جلسات مراقبتی و آموزشی استفاده کنند. این مداخله می‌تواند در دختران و زنان جوان به تنهایی یا همراه با درمان دارویی (در صورت نیاز) به کار گرفته شود، به‌ویژه در افرادی که شرایط استفاده از داروها را ندارند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای به آنان اجازه می‌دهد تا در موقعیت‌های استرس‌زا مانند دوره قبل از قاعدگی، واکنش بهتر و منطقی‌تری نشان دهند، وضعیت را بهتر مدیریت کنند و در نتیجه، اضطراب، افسردگی، مشکلات جسمی و مشکلات اجتماعی کمتری احساس کنند.

نتیجه‌گیری

آموزش راهبردهای مقابله‌ای در کاهش علائم تنش پیش از قاعدگی مؤثر است. این آموزش‌ها می‌تواند موجب افزایش نمرات در خرده‌مقیاس‌های مقابله مسئله‌مدار، اجتنابی و کاهش نمرات در خرده‌مقیاس مقابله هیجان‌مدار شود. بنظر می‌رسد توانمندسازی افراد با مهارت‌های مقابله‌ای به آنها اجازه می‌دهد تا در موقعیت‌های استرس‌زا مانند PMS بهتر و منطقی‌تر واکنش نشان دهند و اضطراب، افسردگی، مشکلات جسمی و اجتماعی کمتری احساس کنند.

قدردانی‌ها

بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

مشارکت پدیدآوران

موضوع و ایده‌پردازی اولیه و نظارت بر نگارش مقاله توسط مژگان میرغفوروند و بهناز منوچهری انجام شده است. تهیه پیش‌نویس، جمع‌آوری، تحلیل یا تفسیر داده‌ها، نقد و بررسی مطالعه توسط بهناز منوچهری و سمیه عبدالعلی‌پور صورت گرفته

گروه مداخله در خرده‌مقیاس هیجان‌مدار پایین‌تر از گروه کنترل گزارش شد. بالاترین میانگین نمره در گروه راهبرد مقابله‌ای پس از مداخله مربوط به خرده‌مقیاس مسئله‌مدار و در گروه کنترل مربوط به خرده‌مقیاس هیجان‌مدار بود. هنگامی که افراد با مشکلات روبرو می‌شوند، واکنش‌های متفاوتی از نوع شناختی-عاطفی گرفته تا واکنش‌های رفتاری از خود نشان می‌دهند. این واکنش‌ها ممکن است منجر به حل مسئله یا اجتناب شوند.^{۳۳} راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار کمتر از سایر راهبردهای مقابله‌ای مؤثر است، اما راهبردهای مقابله‌ای فعال و مسئله‌مدار منجر به سازگاری بهتر با بیماری یا هر موقعیت استرس‌زای دیگری می‌شود.^{۳۵} به‌عنوان مثال، مطالعه انجام شده توسط قاسمی‌پورو همکاران^{۳۶} نشان داد که هرچه علائم پیش از قاعدگی شدیدتر باشد و بیشتر با عملکرد روزانه تداخل داشته باشد، افراد راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدتری را اتخاذ می‌کنند. طبق نظریه تعاملی استرس و مقابله فولکمن و لازاروس، افراد به‌طور مداوم محرک‌ها را در محیط خود ارزیابی می‌کنند. هنگامی که محرک‌ها به‌عنوان تهدیدکننده (استرس‌زا)، چالش‌برانگیز یا مضر ارزیابی شوند، راهبردهای مقابله‌ای برای مدیریت هیجانات یا تلاش برای پرداختن مستقیم به خود عامل استرس‌زا آغاز می‌شود.^{۳۷}

مطالعه والنتی و همکاران^{۳۸} نشان داد که درجه سازگاری با زندگی دانشگاهی در بین دانشجویان ایتالیایی با سبک مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار رابطه مستقیم دارد. در حالی که راهبردهای مقابله اجتنابی سطح سازگاری با زندگی تحصیلی یا هیچ‌یک از ابعاد فرعی خاص آن را پیش‌بینی نکرد. اخیراً استدلال شده است که مطالعات انجام شده در مورد سبک‌های مقابله‌ای به اشتباه رفتارهای اجتنابی و فرار را در یک دسته واحد ترکیب می‌کنند. اجتناب، پیش‌بینی فرد از یک موقعیت منفی یا استرس‌زا است که احتمال تجربه یک محرک بالقوه استرس‌زا را به حداقل می‌رساند، در حالی که فرار شامل تلاش برای دور کردن خود از یک عامل استرس‌زای قبلاً تجربه شده است. علاوه بر این، تأکید شده است که نه رفتارهای اجتنابی و نه فرار را نمی‌توان سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه در نظر گرفت، زیرا اگرچه هیچ یک از این دو مشکل یا عوامل استرس‌زا را حل نمی‌کنند، اما در کاهش تأثیرات منفی بر بهزیستی افراد مفید هستند.^{۳۹}

آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مناسب به بیماران و مراقبین آنها می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر درک آنان از وضعیت خود، شدت علائم و پریشانی روانی مرتبط داشته باشد. در رویکرد مقابله‌ای، اعتقاد بر این است که اگر درمانگر نتواند شرایط زندگی بیمار را تغییر دهد، می‌تواند نگرش‌ها نسبت به بیماری، رویدادهای زندگی و استرس‌های زندگی را تغییر دهد. درمانگر می‌تواند خودکارآمدی را با مقابله مؤثر با درد و رویدادهای مشکل‌ساز تقویت کند؛ به این ترتیب، منجر به

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر مستخرج از طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1401.100 می‌باشد. از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد. همه روش‌ها طبق دستورالعمل‌ها و مقررات مربوطه انجام پذیرفت.

تعارض منافع

بدین‌وسیله پدیدآوران اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچ‌گونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

است. همچنین، تمامی نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید کرده‌اند و در مورد بخش‌های مختلف آن هیچ اختلاف نظری ندارند.

منابع مالی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج بودجه انجام این مطالعه را تأمین نمود با این حال، هیچ نقشی در طراحی، انجام مطالعه و تصمیم‌گیری در مورد نگارش و ارسال این مقاله نداشت.

دسترس‌پذیری داده‌ها

داده‌ها به دلیل ملاحظات حریم خصوصی/محدودیت‌های اخلاقی در صورت درخواست از پدیدآور رابط قابل دسترسی خواهد بود.

References

1. Saglam HY, Orsal O. Effect of exercise on premenstrual symptoms: A systematic review. *Complementary therapies in medicine*. 2020;48:102272. doi: 10.1016/j.ctim.2019.102272
2. Liu X, Li R, Wang S, Zhang J. Global, regional, and national burden of premenstrual syndrome, 1990–2019: an analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019. *Human Reproduction*. 2024;39(6):1303-15. doi: 10.1093/humrep/deae081
3. Khazdoozi P, Javanmardifard S, Keshtkaran Z. The predictive role of common symptoms of premenstrual syndrome in the clinical practice of nurses: a cross-sectional study. *BMC nursing*. 2024;23(1):603. doi: 10.1186/s12912-024-02280-6
4. Ranjbaran M, Samani RO, Almasi-Hashiani A, Matourypour P, Moini A. Prevalence of premenstrual syndrome in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International journal of reproductive biomedicine*. 2017;15(11):679.
5. Dilbaz B, Aksan A. Premenstrual syndrome, a common but underrated entity: review of the clinical literature. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2021;22(2):139. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2021.2020.0133
6. Abdelmoty HI, Youssef MA, Abdallah S, Abdel-Malak K, Hashish NM, Samir D, et al. Menstrual patterns and disorders among secondary school adolescents in Egypt. A cross-sectional survey. *BMC women's health*. 2015;15(1):70. doi: 10.1186/s12905-015-0228-8
7. Maity S, Wray J, Coffin T, Nath R, Nauhria S, Sah R, et al. Academic and social impact of menstrual disturbances in female medical students: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in medicine*. 2022;9:821908. doi: 10.3389/fmed.2022.821908
8. Hannani S, Ghanbary Nekoo N, Nasiri Ziba F, Hosseini AF. The prevalence of premenstrual syndrome and its influential factors in operating room technologists. *Iran Journal of Nursing*. 2019;32(118):67-77. doi: 10.29252/ijn.32.118.62
9. Berek JS. *Berek & Novak's gynecology essentials*. Lippincott Williams & Wilkins; 2020.
10. Gobba S, Kibone W, Kiguba R. Self-reported gastrointestinal adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs in female students with dysmenorrhoea at Makerere University: prevalence, discontinuation and associated factors. a cross sectional study. *BMJ open*. 2024;14(6):e079660. doi: 10.1136/bmjopen-2023-079660
11. Mirghafourvand M, Abdolalipour S, Mohamadi Bolbanabad A, Manouchehri B. Comparison of the effect of teaching coping skills and acupuncture on premenstrual stress: a randomized controlled trial. *Discover Mental Health*. 2025;5(1):31. doi: 10.1007/s44192-025-00153-1
12. Özkan E, Altuntaş O. Effects of online coping skills training on stress, anxiety and social problem solving in young people: A randomised controlled study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2024;70(5):888-98. doi: 10.1177/00207640241239539
13. Dafei M. Investigating the Relationship between Coping Methods with Individual Characteristics and Mental Health of Infertile Couples in Yazd. MSc Thesis, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University. 2014.

14. Viana Machado A, Volchan E, Figueira I, Aguiar C, Xavier M, Souza GG, et al. Association between habitual use of coping strategies and posttraumatic stress symptoms in a non-clinical sample of college students: A Bayesian approach. *PloS one*. 2020;15(2):e0228661. doi: 10.1371/journal.pone.0228661
15. Kato T. Frequently used coping scales: A meta-analysis. *Stress and Health*. 2015;31(4):315-23.
16. Hasanvand Amozadeh M. Effect of life-skills training on social anxiety symptoms and stress coping methods in teens in families support with welfare organization. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2015;5(1):21-36.
17. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of women's mental health*. 2003;6(3):203-9. doi:10.1007/s00737-003-0018-4
18. Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L, Siah Bazi S, Saki Malehi A, Montazeri A. The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): a validation study. *Archives of women's mental health*. 2013;16(6):531-7. doi: 10.1007/s00737-013-0375-6
19. Vichnin M, Freeman EW, Lin H, Hillman J, Bui S. Premenstrual syndrome (PMS) in adolescents: severity and impairment. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2006;19(6):397-402. doi: 10.1016/j.jpag.2006.06.015
20. Endler N, Parker JD. Coping inventory for stressful situations. 1990. doi: 10.1037/t13031-000
21. Aminian Z, Mohammadzadeh S, Eslami Vaghar M, Fesharaki M. Effectiveness of teaching ways to deal with stress on quality of life in patients with acute coronary syndrome admitted to hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2013. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2014;24(3):168-74.
22. Chen JA, Gilmore AK, Wilson NL, Smith RE, Quinn K, Peterson AP, et al. Enhancing stress management coping skills using induced affect and collaborative daily assessment. *Cognitive and behavioral practice*. 2017;24(2):226-44. doi: 10.1016/j.cbpra.2016.04.001
23. Motavalli R, Sadrolmamaeki V, Ejder Apay S. The effect of coping methods in reducing anxiety among girls with premenstrual syndrome. *Journal of Research in Psychopathology*. 2021;2(4):30-4.
24. Ussher JM, Perz J. PMS as a process of negotiation: Women's experience and management of premenstrual distress. *Psychology & health*. 2013;28(8):909-27. doi: 10.1080/08870446.2013.765004
25. Kurogi T, Yokoi K, Hayashi R, Tanaka H. Emotion-oriented coping styles are Associated with higher stress response and lower quality of life in patients with Schizophrenia. *Current Psychology*. 2024;43:32993-3002. doi: 10.1007/s12144-024-06857-x
26. Ghasemipour Y, Raavand M, Saeidi F. Comparison of perceived stress, coping strategies and social support between girl students with premenstrual syndrome (pms), premenstrual dysphoric disorder (pmdd) and normal group. *Nursing and Midwifery Journal*. 2019;17(4(117):309-20.
27. Biggs A, Brough P, Drummond S. Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. 1st ed. 2017; PP:349-64. doi: 10.1002/9781118993811.ch21
28. Valenti GD, Faraci P. Predicting university adjustment from coping-styles, self-esteem, self-efficacy, and personality: Findings from a survey in a sample of Italian students. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2021;11(3):894-907. doi: 10.3390/ejihpe11030066
29. Haskell AM, Britton PC, Servatius RJ. Toward an assessment of escape/avoidance coping in depression. *Behavioural brain research*. 2020;381:112363. doi: 10.1016/j.bbr.2019.112363
30. Algorani EB, Gupta V. Coping Mechanisms. [Updated 2023 Apr 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>