



## نقش حس انسجام، ناگویی هیجانی و خود دلسوزی در پیش‌بینی روان‌شناختی دختران دارای دیسمنوره اولیه

کرانه ثاقبی سعیدی: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران  
عباس ابوالقاسمی: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (\*نویسنده مسئول) [abolghasemi\\_44@yahoo.com](mailto:abolghasemi_44@yahoo.com)  
بهمن اکبری: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

دیسمنوره اولیه،  
حس انسجام،  
ناگویی هیجانی،  
خود دلسوزی،  
بهبودی روان‌شناختی

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۲۹

تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۲۱

**زمینه و هدف:** سندرم پیش از قاعدگی، یکی از شایع‌ترین اختلالات سنین باروری است که زندگی زنان و دختران را به میزان قابل توجهی مختل می‌سازد، ولی در مورد عوامل روان‌شناختی و شخصیتی مرتبط با دیسمنوره اولیه اطلاعات کمی در دست است. هدف این پژوهش تعیین نقش حس انسجام، ناگویی هیجانی و خود دلسوزی در پیش‌بینی بهبود روان‌شناختی دختران دارای دیسمنوره اولیه بود.

**روش کار:** این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان دختر دارای دیسمنوره اولیه مشغول به تحصیل در دبیرستان‌های ناحیه یک شهرستان رشت در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند. نمونه پژوهش ۲۱۱ دانش‌آموز دختر دارای دیسمنوره اولیه بودند که از میان ۵۴۲ دانش‌آموز، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای شناسایی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی-PSST، پرسشنامه حس انسجام SOC، پرسشنامه خود دلسوزی SCS-SF، مقیاس الکسی‌تورنتو TAS و پرسشنامه بهبود روان‌شناختی ریف-RSPWB استفاده شد. داده‌های به دست آمده با SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که حس انسجام ( $\beta = ۰/۴۷۴$ ) و خود دلسوزی ( $\beta = ۰/۲۲۶$ ) پیش‌بینی‌کننده معناداری برای بهبود روان‌شناختی هستند ( $p < ۰/۰۰۱$ )؛ در صورتی که ناگویی هیجانی، بهبود روان‌شناختی دختران را پیش‌بینی نکرد. **نتیجه‌گیری:** این یافته‌ها حاکی از نقش حس انسجام و خود دلسوزی در پیشگیری از پیامدهای روان‌شناختی این سندرم است، بنابراین با آموزش روان‌شناختی خود دلسوزی و ایجاد حس انسجام قوی‌تر در دختران دارای این سندرم می‌توان بهبود روان‌شناختی این دختران را افزایش داد.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.  
**منبع حمایت‌کننده:** گزارش نشده است.

### شیوه استناد به این مقاله:

Saghebi Saeedi K, Abolghasemi A, Akbari B. The role of sense of coherence, alexithymia and self-compassion in predicting psychological well-being in girl with primary dysmenorrhea. Razi J Med Sci.2018;25(8):33-42.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 1.0** صورت گرفته است.



## The role of sense of coherence, alexithymia and self-compassion in predicting psychological well-being in girl with primary dysmenorrhea

**Karameh Saghebi Saeedi**, PhD Student in Psychology, Islamic Azad University of Rasht, Rasht, Iran

**Abbas Abolghasemi**, Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran (\*Corresponding author)  
abolghasemi\_44@yahoo.com

**Bahman Akbari**, Associate Professor, Department of Psychology, Azad University, Rasht, Iran

### Abstract

**Background:** Premenstrual syndrome is one of the most common disorders of reproductive ages that puts lives of women and girls at significant risk, but there is a little information available about psychological and personality factors related to primary dysmenorrhea. The aim of this research is to determine the role of sense of coherence, alexithymia and self-compassion with self in predicting psychological well-being.

**Methods:** This descriptive research is correlation type. Statistical population of this research is the all girl students with primary dysmenorrhea who are studying in district one high-schools of Rasht in 1395-96. Research sample included 211 girl students with primary dysmenorrhea which were identified among 542 students. Screening questionnaire of premenstrual syndrome (PSST), Antonovsky's sense of coherence scale (SOC), self-compassion scale (SCS-SF), Alexithymia Toronto's scale (TAS- Toronto) and Ryff's psychological well-being scale (RSPWB- Ryff), analyzed using were used for collecting data. Data were discriminant analysis through SPSS v.16. Multiple regression analysis was used for analyzing data.

**Results:** The results indicated that sense of coherence (Beta=0.474) and self-compassion (Beta=0.226) are significant predictors for psychological well-being ( $p=0.001$ ), while alexithymia didn't predict girls' psychological well-being.

**Conclusion:** These findings indicate the role of sense of coherence and self-compassion in preventing psychological effects of this syndrome. Therefore, with psychological training the self-compassion and the creation of a stronger sense of coherence in girls with this syndrome can increase the psychological well-being of these girls.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None.

### Keywords

Primary dysmenorrhea,  
Sense of coherence,  
Alexithymia,  
Self compassion,  
Well-being

Received: 05/19/2018

Accepted: 09/12/2018

### Cite this article as:

Saghebi Saeedi K, Abolghasemi A, Akbari B. The role of sense of coherence, alexithymia and self-compassion in predicting psychological well-being in girl with primary dysmenorrhea. Razi J Med Sci.2018;25(8):33-42.

\*This work is published under [CC BY-NC-SA 1.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) licence.

## مقدمه

پژوهش نشان داد که نمرات کسب شده از تمام ابعاد کیفیت زندگی در گروه مبتلا به دیسمنوره اولیه پایین تر بود. Knox و همکاران (۹)، گزارش کردند که نوجوانان مبتلا به دیسمنوره اولیه عملکرد فیزیکی کمتری نسبت به زنان جوان با دیگر مشکلات قاعدگی دارند. آن‌ها اشاره کردند که دختران نوجوان با مشکلات قاعدگی نمرات پایین تر برای سلامت جسمی و سلامت روانی در کیفیت زندگی می‌گیرند. در برخی مطالعات این نوجوانان سطح قابل توجهی افسردگی و اضطراب بالاتر نسبت به افراد سالم را گزارش می‌کنند (۱۰، ۱۱).

یکی از عواملی که می‌تواند بر روی بهزیستی روان‌شناختی تأثیر بگذارد، حس انسجام (Sense of coherence) است. به اعتقاد آنتونوسکی حس انسجام سازه‌ای است که جهت‌گیزی کلی فرد نسبت به زندگی و احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر را در زندگی و دنیای پیرامون وی نشان می‌دهد. حس انسجام باعث می‌شود افراد تحریکات درونی و بیرونی دریافت شده در زندگی را به صورت سازمان‌یافته‌تر، قابل پیش‌بینی‌تر و توضیح‌پذیر تر ادراک نمایند (۱۲). در سال‌های اخیر مفهوم حس انسجام توجه فزاینده‌ای را به عنوان یک مدل سلامتی‌زا (Salutogenesis) به خود جلب کرده است، به طوری که منبع ترویج سلامت در نظر گرفته شده است که عمدتاً قبل از سن ۳۰ سالگی شکل می‌گیرد (۱۳). به عنوان مثال، چگونه مردم به سوی سلامت حرکت می‌کنند و نه آنچه آن‌ها را بیمار می‌سازد، این پیوستار سلامتی است که باعث می‌شود مردم به سوی "آسودگی" به جای "بیماری" حرکت کنند (۱۴). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند حس انسجام با اضطراب و افسردگی ارتباط منفی و با کیفیت زندگی ارتباط مثبت دارد (۱۵، ۱۶).

عامل دیگری که بهزیستی روان‌شناختی را متأثر می‌سازد، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی (Alexithymia) را سازه‌ای روان‌شناختی در نظر می‌گیرند که آن را می‌توان به دو بعد شناختی و خلقی تقسیم کرد. بعد شناختی با مشکلاتی در تشخیص، ابراز

دیسمنوره یا قاعدگی دردناک (Dysmenorrhea) به عنوان یک مشکل زنانه شناخته شده که بر کیفیت زندگی زنان در تمام سنین و تمام نژادها تأثیر می‌گذارد. بسته به وضعیت آسیب‌شناختی، دیسمنوره را به دو نوع اولیه یا ثانویه تقسیم می‌کنند. در دیسمنوره اولیه، شرایط آسیب‌شناختی اساسی وجود ندارد، در حالی که دیسمنوره ثانویه از یک آسیب‌شناسی عضوی مانند اندومتریوز، عفونت و ... متأثر است. در بعضی زنان درد دیسمنوره خفیف است و در فعالیت‌های روزانه آن‌ها تأثیر نمی‌گذارد، در حالی که در برخی دیگر این درد شدید است و مانع فعالیت‌های روزانه آن‌ها می‌شود (۱). دیسمنوره اولیه باعث افزایش سطح پروستاگلاندین یا حساسیت پروستاگلاندین می‌شود، پروستاگلاندین‌ها، عامل ایجاد انقباض عروق و عضلات رحمی می‌باشند و در نهایت اسکمی رحمی و درد لگنی را به همراه خواهند داشت (۲). وجود دیسمنوره اولیه یک از عوامل اصلی مختل‌کننده کیفیت زندگی و فعالیت‌های اجتماعی زنان جوان می‌باشد و می‌تواند منجر به از دست رفتن زمان مطالعه و تحصیل و کار در زنان به خصوص در سنین نوجوانی گردد (۳). علاوه بر این، عدم توجه به چنین مشکلاتی به دلیل همراهی با بسیاری از بیماری‌ها از جمله تخمدان پلی کیستیک و آندومتریوز می‌تواند سلامت عمومی و بهداشت باروری فرد را به خطر بیندازد.

بهزیستی روانی (Psychological well-being) شامل احساس خوشبختی و رضایت از زندگی است (۴). همان‌طور که توسط هوپرت خلاصه شده است: "سلامت روانی، خوب پیش رفتن زندگی و ترکیبی از احساس خوب و عملکرد مؤثر است (۵). مطالعات متعددی تأثیر دیسمنوره اولیه دختران نوجوان بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و تأثیر منفی عمیق آن بر جنبه‌های مختلف زندگی را بررسی کرده‌اند (۶ و ۷) در پژوهش جمشیدی (۸)، کیفیت زندگی دو گروه از زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه مقایسه شد. نتایج این

دیسمنوره اولیه با ابعاد روان‌شناختی آن به‌ویژه در کشور، جستجوی انواعی از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط در کاهش دردهای دیسمنوره اولیه و آموزش آن‌ها جهت ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر نقش حس انسجام، ناگویی هیجانی و خود دلسوزی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر دارای دیسمنوره اولیه است.

### روش کار

این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان دختر دبیرستانی ناحیه یک شهرستان رشت در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند. با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین دبیرستان‌های دخترانه شهرستان رشت که در مجموع دوازده دبیرستان بودند، سه دبیرستان و از هر دبیرستان هفت کلاس، تعداد ۶۳۰ نفر انتخاب شدند. به دلیل تکمیل ناقص، پرسشنامه‌های ۸۸ نفر کنار گذاشته شد و ۵۴۲ پرسشنامه تکمیل شده مورد بررسی قرار گرفت. با استفاده از پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی تعداد ۲۱۱ نفر که مبتلا به دیسمنوره اولیه بودند، شناسایی و مورد بررسی قرار گرفتند.

در این پژوهش از پنج پرسشنامه استفاده شده است: (۱) پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی (PSST): این پرسشنامه دارای ۱۹ سؤال بوده و هدف آن بررسی علائم سندرم قبل از قاعدگی (PMS و PMDD) و تأثیر آن در زندگی افراد می‌باشد. پرسشنامه PSST شامل ۱۹ سؤال بوده که دارای دو بخش است (بخش اول که شامل ۱۴ علایم خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علایم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سؤال است) و این سؤالات بر اساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای (اصلاً، خفیف، متوسط و شدید) پاسخ داده می‌شوند. در پژوهش سیه بازی و همکاران (۲۸) برای اعتبارسنجی این ابزار نمونه‌ای از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه‌های تهران به‌طور تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. پایایی پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. برای بررسی روایی پرسشنامه نیز از دو روش ظاهری و محتوایی استفاده گردید. در آزمون

کلامی و تحلیل احساسات مشخص می‌شود و بعد خلقی آن کاهش سطوح تجارب و تصویرسازی ذهنی از هیجانات را شامل می‌شود (۱۷). ناگویی هیجانی به عنوان ویژگی مشترک افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی، پدیدآیی و استمرار بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸). میزان بالای ناگویی هیجانی با سطوح بالای افسردگی و عاطفه منفی و با سطوح پایین رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و شادی همراه داست (۱۹). Margiotta و همکاران (۲۰)، در پژوهش خود با بیماران لوپوس اریتماتوس دریافتند که ناگویی هیجانی با بیان احساس درد بدنی شدید، بالا بردن خلق منفی به‌صورت خصومت، گیجی، اضطراب و خستگی مرتبط است. در پژوهش Meaney و همکاران (۲۱)، رفتارهای بی‌ثبات افراد با اختلال شخصیت مرزی با درگیر شدن در نشخوار فکری، اشکال در شناسایی احساسات، اشکال در توصیف احساسات و سرکوبی بیان احساسات که نشانگر ناگویی هیجانی است، ارتباط داشت.

خود دلسوزی (Self-Compassion) نیز عاملی است که به نظر می‌رسد بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیرگذار باشد. بر اساس نظر نف، خود دلسوزی شامل تعامل بین سه مؤلفه زیر است: ۱. خود مهربانی در مقابل خود قضاوتی، ۲. نوع‌دوستی در مقابل انزوا، ۳. ذهن آگاهی در مقابل تشخیص افراطی (۲۲). خود دلسوزی موجب می‌شود وقتی فرد با سختی یا نقص انسانی مواجه می‌شود از نظر عاطفی نسبت به خود و دیگران حمایت‌کننده باشد (۲۳). پژوهش‌های بسیاری در زمینه ارتباط خود دلسوزی و سلامت صورت گرفته است (۲۴، ۲۵). Sirois و همکاران (۲۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خود دلسوزی استفاده از سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه-فعالیت، پذیرش-را در مقابل سبک‌های ناسازگارانه-عدم مشارکت، سرزنش خود، متارکه رفتاری- در زمینه بیماری‌های مزمن مثل التهاب روده و آرتریت ارتقا می‌بخشد. در پژوهش Dunne (۲۷)، خود دلسوزی رابطه مثبتی با رفتارهای ارتقادهنده سلامت داشت و یافته‌ها بر سودمندی خود دلسوزی بر ارتقای منافع بالقوه سلامتی تأکید می‌کرد.

با توجه به شیوع بالای دیسمنوره اولیه (به‌ویژه در دختران نوجوان) و اهمیت بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای دیسمنوره اولیه و کمبود منابع پژوهشی حول

پایایی این ابزار، مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ حاکی از روایی محتوایی این پرسشنامه است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در نمونه پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد. در این پژوهش نمره برش ۳۱ منظور شده است. (۲) پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف (فرم کوتاه): این پرسشنامه توسط ریف (۱۹۸۹) ساخته شده و ۱۸ سؤال دارد و بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه ۶ مؤلفه استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود را می‌سنجد. در پژوهش خانجانی و همکاران (۲۹) نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس از برازش خوبی برخوردار است. ضریب همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد. بیانی و همکاران (۳۰) ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف را ۰/۸۲ گزارش کردند. ضریب همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۱۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به دست آمد. (۳) پرسشنامه حس انسجام آنتونوسکی فرم کوتاه-SOC: مقیاس حس انسجام توسط آنتونوسکی ساخته شده است. این مقیاس ۱۶ گویه دارد که مؤلفه‌های معنی‌دار بودن، قابل‌درک بودن و کنترل‌پذیری را می‌سنجد. هر آزمودنی به این مقیاس به صورت بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات پاسخ می‌دهد. حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب ۱۴ و ۴۲ می‌باشد. ضریب آلفای این مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم‌های کوتاه و بلند مقیاس حس انسجام معنی‌دار می‌باشد (۰/۷۴). در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۳۱)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است (۰/۰۱ < p). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد. (۴) مقیاس ناگویایی هیجانی: مقیاس الکسی تایمی تورنتو ۲۰-TAS: این پرسشنامه ۲۰ گویه دارد و با یک مقیاس پنج‌درجه‌ای

لیکرت پاسخ داده می‌شود. این مقیاس مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویایی هیجانی ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین بشارت (۳۲) ضریب پایایی از آزمایشی ناگویایی هیجانی تورنتو ۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله ۴ هفته را  $r=0/80$  تا  $r=0/87$  گزارش کرد. ضریب اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس هوش هیجانی  $r=-0/80$ ، بهزیستی روان‌شناختی  $r=-0/78$  و درماندگی روان‌شناختی  $r=0/44$  معنی‌دار گزارش شد (۰/۰۱ < p). در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه گردید. (۵) مقیاس خود دلسوزی فرم کوتاه SCS-SF: این مقیاس ۱۲ گویه ای توسط Reas و همکاران (۳۳) ساخته شده است و بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. ریس و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کردند. در مطالعه سبزه آرای لنگرودی (۳۴) در نمونه ایرانی، آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۶۸ گزارش شد. در مطالعه قربانی و همکاران (۳۵) همسانی درونی مقیاس ۰/۸۴ گزارش شد. در پژوهش مومنی و همکاران (۳۶)، با عنوان ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خود شفقت ورزی، جهت بررسی روایی همگرا و واگرا از مقیاس حرمت خود روزنبرگ و مقیاس‌های افسردگی و اضطراب بک استفاده گردید و به ترتیب نمرات ۰/۲۲، ۰/۳۴ و ۰/۴۱ به دست آمد (۰/۰۱ < p). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد. داده‌های به دست آمده با SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روش آماری به کار گرفته در این پژوهش همبستگی و رگرسیون چند متغیره گام به گام بود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها ابتدا با مراجعه به اداره آموزش و پرورش ناحیه یک رشت و دریافت مجوز رسمی برای اجرای پرسشنامه‌ها در مدارس، کار جمع‌آوری داده‌ها آغاز شد و سپس با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین تمام دبیرستان‌های دخترانه رشت در شیفت صبح و عصر، سه مدرسه (دو مدرسه در شیفت صبح و یک مدرسه در شیفت عصر)، انتخاب گردیدند. از هر دبیرستان دخترانه هفت کلاس با نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و با مراجعه به کلاس‌های

روان‌شناختی توسط حس انسجام، ۳/۷ درصد از آن توسط ناگویایی هیجانی و ۱۲/۲ درصد واریانس آن از طریق خود دلسوزی تبیین می‌شود. بنا بر مقادیر بنا، هر یک از متغیرهای حس انسجام ( $Beta = ۰/۴۷۴$ )، ناگویایی هیجانی ( $Beta = -۰/۱۹۳$ ) و خود دلسوزی ( $Beta = ۰/۱۵۷$ ) به تنهایی قویاً پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر دارای دیسمنوره اولیه می‌باشند ( $p < ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۳).

با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین-واتسون برابر ۲/۰۸ می‌باشد و از مقدار ۱/۵ بیشتر و از ۲/۵ کمتر است، خطاها از یکدیگر مستقل می‌باشند. لذا فرض عدم وجود همبستگی بین خطاها برقرار است. همچنین با توجه به معنی‌داری آماره ( $F = ۲۴/۵۳$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ ) مفروضه خطی بودن رگرسیون برای بررسی نقش متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی مهارت‌های بین فردی رعایت شده است. با توجه به اینکه آماره همخطی چندگانه برای متغیرهای پیش‌بین کمتر از ۱۰ و مقدار تلرانس بزرگتر از ۰/۲ می‌باشد، همخطی چندگانه وجود ندارد و این مفروضه برقرار است.

برای تعیین نقش هر یک از متغیرها حس انسجام، ناگویایی هیجانی و خود دلسوزی به عنوان متغیر پیش‌بین و بهزیستی روان‌شناختی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. مقدار  $R^2$  نشان داد که ۲۷/۸ درصد از واریانس بهزیستی

موردنظر و دادن توضیحات درباره نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها و گرفتن رضایت از دانش‌آموزان جهت شرکت در پژوهش و دادن اطمینان از اینکه اطلاعات آن‌ها و اسرارشان محفوظ خواهد ماند، پرسشنامه‌ها توزیع شده و توسط دختران دانش‌آموز کامل گردیدند. در طول پر کردن پرسشنامه‌ها پژوهشگر در مدرسه حضور داشت و نحوه اجرای پرسشنامه‌ها و دریافت آن‌ها را کنترل می‌نمود. پس از توزیع پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری آن‌ها که یک هفته به طول انجامید کار ورود داده‌ها و عملیات آماری با نرم‌افزار SPSS، نسخه ۱۶ آغاز گردید.

## یافته‌ها

میانگین سنی دانش‌آموزان  $۱۶/۵۲ \pm ۰/۷۰$  با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال می‌باشد. توزیع نرمال متغیرها با آماره کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۱) که در دامنه  $KS-Z < ۱/۶۱ < ۰/۸۴$  معنی‌دار نبودند بنابراین در این پژوهش توزیع متغیرها، تابع توزیع نرمال بود.

در جدول ۲ نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که حس انسجام ( $r = ۰/۴۷$ )، خود دلسوزی ( $r = ۰/۳۵$ ) و ناگویایی هیجانی ( $r = -۰/۱۹$ ) بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارند ( $p < ۰/۰۰۱$ ). نتایج نشان داد که ۲۲/۵ درصد از واریانس بهزیستی

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرها و همبستگی متغیرها

کولموگروف - اسمیرنوف		متغیر	
Sig	آماره	S D	M
۰/۴۷۸	۱/۰۴	۱۱/۱۱	۷۰/۷۷
۰/۲۷۵	۱	۳/۵۱	۲۸/۰۲
۰/۳۹۵	۰/۹۰	۱۰/۲۸	۶۳/۹۷
۰/۴۷۸	۰/۸۴	۴/۵۹	۳۴/۱۵
۰/۱۹	۱/۶۱	۴/۸۰	۳۶/۳۵

جدول ۲- ماتریس همبستگی بهزیستی روان‌شناختی با حس انسجام، ناگویایی هیجانی و خود دلسوزی

متغیرها	حس انسجام	ناگویایی هیجانی	خود دلسوزی	بهزیستی روان‌شناختی
حس انسجام	۱			
ناگویایی هیجانی	-۰/۲۳۷**	۱		
خود دلسوزی	۰/۲۸۲**	-۰/۲۰۷**	۱	

**جدول ۳-** نتایج رگرسیون ساده هر یک از متغیرهای حس انسجام، ناگویی هیجانی و خود دلسوزی با بهزیستی روان‌شناختی

متغیرهای پیش‌بین	R	R <sup>۲</sup>	R <sup>۲</sup> اصلاح یافته	B	SE	$\beta$	Sig
حس انسجام	۰/۵۲۷	۰/۲۷۸	۰/۲۲۵	۱/۵۰۳	۰/۱۹۳	۰/۴۷۴	۷/۷۸
ناگویایی هیجانی	۰/۵۲۷	۰/۲۷۸	۰/۲۲۷	-۰/۲۰۸	۰/۰۷۳	-۰/۱۹۳	۰/۰۰۵
خود دلسوزی	۰/۱۲۲	۰/۰۱۲	۰/۱۲۲	-۰/۲۰۸	۰/۸۴۵	۰/۱۵۷	۰/۰۰۰۱

**جدول ۴-** نتایج رگرسیون چندگانه حس انسجام، ناگویی هیجانی و خود دلسوزی با بهزیستی روان‌شناختی

متغیرهای پیش‌بین	R	R <sup>۲</sup>	R <sup>۲</sup> اصلاح یافته	B	SE	$\beta$	Sig
مقدار ثابت			-	۲۰/۲۹	۸/۸۱	-	۰/۰۲۲
حس انسجام	۰/۲۲۶	۰/۰۵۱	۰/۲۲۱	۱/۵۰۳	۰/۱۹۳	۰/۴۷۴	۷/۷۸
ناگویایی هیجانی	۰/۲۷۸	۰/۰۷۷	۰/۲۲۴	-۰/۰۹۲	۰/۰۶۸	-۰/۰۸۵	۰/۱۷۴

افزایش می‌دهد درحالی‌که پایین بودن حس انسجام، آسیب‌پذیری در برابر بیماری را افزایش می‌دهد (۴۰). حس انسجام قوی با تندرستی مرتبط است زیرا افرادی که حس انسجام قوی را پرورش می‌دهند به انتخاب رفتارهای زندگی مثبت مانند عدم استفاده از تنباکو و الکل، شرکت بیشتر در فعالیت‌های فیزیکی و انتخاب عادات غذایی بهتر تمایل دارند و استرس و رویدادهای منفی زندگی را بهتر مدیریت می‌کنند (۱۴). در تبیین این امر می‌توان گفت کسانی که حس انسجام قوی‌تری دارند، حتی اگر با شرایط استرس‌زایی مانند دیسمنوره اولیه روبرو باشند، چون روش‌های مقابله‌ی سالم‌تری را برمی‌گزینند، بهزیستی روان‌شناختی بیشتری را گزارش می‌کنند.

نتایج نشان داد که ۳/۷ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی توسط ناگویی هیجانی پیش‌بینی می‌شود. ارتباط مستقیم میان ناگویی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی با پیشینه پژوهشی مبنی بر ارتباط ناگویی هیجانی با انواع مشکلات جسمانی و ابعاد روانی آن (۴۱-۴۴) و اختلالات و مشکلات روان‌شناختی (۱۹،۴۵،۴۶،۴۷) همسو است. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزتگی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند (۴۷). اگرچه ناگویی هیجانی پیش‌بینی کننده معناداری برای بهزیستی روان‌شناختی در دختران دارای دیسمنوره اولیه نبود اما ناگویی هیجانی با اشکال در شناسایی، توصیف و پردازش احساسات همراه است؛ و این نقایص شناختی و عاطفی با تجربه بهزیستی

روان‌شناختی توسط حس انسجام، ناگویی هیجانی و خود دلسوزی تبیین می‌شود. بنا بر مقادیر بتا، حس انسجام (Beta= ۰/۴۷۴) و خود دلسوزی (Beta=۰/۲۲۶) به ترتیب به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر دارای دیسمنوره می‌باشند (p<۰/۰۰۱) و ناگویایی هیجانی پیش‌بینی کننده بهزیستی روان‌شناختی نیست (جدول ۴).

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی ارتباط حس انسجام، ناگویی هیجانی و خود دلسوزی با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر دارای دیسمنوره اولیه انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که ۲۲/۵ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی توسط حس انسجام، پیش‌بینی می‌شود. اگرچه در خصوص ارتباط بین حس انسجام، ناگویی هیجانی و خود دلسوزی با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر دارای دیسمنوره اولیه پژوهش دیگری به دست نیامده است؛ ارتباط مستقیم میان بهزیستی روان‌شناختی و حس انسجام با پیشینه پژوهشی (۳۷،۳۸) مبنی بر ارتباط حس انسجام با سلامت جسمی و روانی همسو می‌باشد. آنتونوسکی در پژوهش خود نشان داد که حس انسجام قوی و رشد یافته سلامت جسمانی را ارتقا می‌بخشد و این تأثیرات از طریق رسیدن به یک نیمرخ روان‌شناختی قوی که شرایط استرس‌زای آسیب‌رسان جسمی را کنترل می‌کند محقق می‌شود (۳۹). حس انسجام بالا تمایل به کنترل بهتر و مؤثرتر استرس را

روان‌شناختی کمتر همراه می‌شود.

نتایج نشان داد که ۱۲/۲ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی توسط خود دلسوزی پیش‌بینی می‌شود. نتایج این پژوهش با یافته‌های پیشین (۲۴،۱۴،۴۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت خود دلسوزی دارای منابع مقابله‌ای مناسب است که به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای منفی زندگی خود مواجه شوند (۴۸). در خود دلسوزی حس مهربانی فرد نسبت به خود و سایرین موجب می‌شود علاوه بر اینکه نسبت به خود و دیگران حمایت‌کننده باشد، از حمایت دیگران نیز برخوردار گردد؛ بنابراین در شرایط استرس‌زا از پشتوانه و منابع مقابله‌ای کارآمد و سالم بهره‌مند می‌شود و بدین ترتیب رضایت فرد از عملکرد و زندگی خود افزایش یافته و از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردار می‌گردد.

همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که ۲۷/۸ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی توسط حس انسجام، ناگویی هیجانی و خود دلسوزی تبیین می‌شود. این نتیجه حاکی است که حس انسجام و خود دلسوزی به ترتیب به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر دارای دیسمنوره می‌باشند ( $p < 0/001$ ).

نتایج نشان داد که خود دلسوزی و حس انسجام در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دختران دارای دیسمنوره اولیه نقش معناداری دارند و ناگویی هیجانی با بهزیستی روان‌شناختی پایین مرتبط است. این یافته نشان می‌دهد که بهزیستی روان‌شناختی در دیسمنوره اولیه نقش بسزایی داشته و می‌تواند افراد را در جهت سلامت هرچه بیشتر سوق دهد. خود دلسوزی و حس انسجام نیروهای مثبت روان‌شناختی در فرد ایجاد کرده که می‌تواند بهزیستی روانی افراد را ارتقا بخشد. با توجه به نقش این متغیرها در بهزیستی روان‌شناختی می‌توان در زمینه پیشگیری و برنامه‌ریزی‌های بهزیستی روان‌شناختی در افراد دارای دیسمنوره اولیه گام برداشت. لذا آموزش خود دلسوزی و ایجاد حس انسجام قوی‌تر که بر بهبود بهزیستی روانی افراد دارای دیسمنوره اولیه می‌تواند مؤثر باشد، پیشنهاد می‌گردد. خود دلسوزی قابلیت چگونگی تعامل با دیگران را بالا می‌برد و کیفیت سرو کار داشتن با هیجانات را به روش

روشن‌تر فراهم می‌سازد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند باعث افزایش دانش روان‌شناختی در زمینه عوامل تأثیرگذار بر ایجاد بیماری‌های جسمانی و تداوم آن‌ها شود. از طرفی با توجه به افزایش طول مدت درمان و پرهزینه بودن آن‌ها برای فرد، جامعه و سیستم بهداشت و درمان، شناسایی عوامل تأثیرگذار و استفاده از اقدامات آموزشی مناسب مانند تدوین برنامه‌های آموزشی جهت بالا بردن سطح بهداشت روانی و با به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی مؤثر در کنار درمان‌های رایج و سنتی، می‌تواند به بهبود این اختلال کمک کند.

هر پژوهشی در روند اجرا با محدودیت‌هایی مواجه است. این پژوهش فقط بر روی دختران مقطع دبیرستان صورت گرفته است؛ بنابراین در تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر نقاط جغرافیایی، گروه‌های سنی و تحصیلی صورت پذیرد.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم آموزش و پرورش ناحیه یک رشت و دانش‌آموزانی که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، قدردانی نمایند.

### References

1. Aksu H, Özsoy S. Primary Dysmenorrhea and Herbs. *J Healthcare Commun*; 2016. 1(23):1-3.
2. Terzi, Rabia. Terzi, Hasan. Kale, Ahmet. Evaluating the relation of premenstrual syndrome and primary dysmenorrhea in women diagnosed with fibromyalgia. *Rev bras reumato*; 2015.5,5(4):334-339.
3. Abaraogu UO, Tabansi-Ochuogu CS. As Acupressure Decreases Pain, Acupuncture May Improve Some Aspects of Quality of Life for Women with Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review with Meta-Analysis. *J Acupunct Meridian Stud*; 2015.8 (5):220-228.
4. Aghayosefi A, Sharif N. [Analysis of the relationship between Sense of Coherence and Emotional Intelligence in university students]. *Quarterly Journal of Psychological Studies*; 2011.7(3)51-74. (Persian)



5. Tennur Yerlisu L. Physical Activity Levels and Psychological Well-Being: A Case Study of University Students. *Procedia Soc Behav Sci*; 2015.186, 739–743.
6. Charu S, Amita R, Sujoy R, Thomas GA. Menstrual characteristics' and 'prevalence and effect of dysmenorrhea' on quality of life of medical students. *Int J Collaborative Res Internal Med Pub Health*; 2012. 4,276-94.
7. Nayana S, George, Sangeetha Priyadarshini, Sheela Shetty. Dysmenorrhea among adolescent girls characteristics and symptoms experienced during menstruation. *Nitte Uni J Health Sci*; 2014. 4(3):49-52.
8. Jamshidi F, Amir Ali Akbari S, Afrakhteh M, Talebi A. [Comparing the quality of life in women with and without primary dysmenorrhea and painreduction strategies in patients referred to Shahid Beheshti health centers affiliated with the University of Medical Sciences in Tehran in 1393]. *J Shahid Beheshti Uni Med Sci*; 2015.26(95):47-57. (Persian)
9. Knox B, Abdul ghani N, Grover SR. Quality of life and menstruation in adolescents. *Adolesc Pediat Gynecol*; 2015. 27(5):309-314.
10. Gagua T, Tkeshelashvili B, Gagua D, Mchedlishvili N. Assessment of Anxiety and Depression in Adolescents with Primary Dysmenorrhea: A Case-Control Study. *J Obstet Gynecol*; 2013.26(6): 350–354.
11. Ibrahim N.K, M.S. AlGhamdi A.N. Al-Shaibani F.A. AlAmri H.A. Alharbi A.KAl-Jadani et al. Dysmenorrhea among female medical students in KingAbdulaziz University: prevalence, predictors and outcome. *Pak J Med Sci*; 2015.31(6):1312–1317.
12. Abolqasemi A, Ansar H & Servyn. [Research and practice of healthy promotion: what makes people stay health? "well-being model and Antonovsky's sense of coherence"]. Arena Publishing, Printing, Tehran, 2014. (Persian)
13. Lentz GM. Primary and secondary dysmenorrhea, premenstrual syndrome, and premenstrual dysphoric disorder: Etiology, diagnosis, management. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, *Comprehensive gynecology*, Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007.P. 76.
14. Chittem M, Lindström B, Byrapaneni R, Espnes GA. Sense of coherence and chronic illnesses: Scope for research in India. *J Soc Health Diabet*; 2015. 3(2):79-83.
15. Moksnes K.U. Espnes A G. Lillefjell M. Sense of coherence and emotional health in adolescents. *J Adolesc*; 2011. 35(2):433-41.
16. Zielińska-Więczkowska H. Ciemnoczołowski. W, Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M. The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research and exemplified by the students of University of the Third Age (U3A). *Arch Gerontol Geriatr*; 2012.54(1): 238–241.
17. Van der Velde J, Gromann PM, Swart M, Wiersma D, de Haan L, Bruggeman R, et al. Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci*; 2014.10(2): 285-93.
18. Besharat M, Koochi S, Dehghani M, Farahani H, Momenzadeh S. [Survey of Moderating Role of Positive and Negative Affections on the Relationship between Alexithymia and Experience of Pain in Chronic Pain Patients]. *Clin Psychol Personal*; 2013.2 (7):103-113. (Persian)
19. Holder MD, Love A, Timony L. The poor subjective well-being associated with alexithymia is mediated by romantic relationships. *J Happi Stud*; 2015. 16: 117-133.
20. Margiotta D, Vadacca M, Navarini L , Basta F, Afeltra A. Alexithymia in Systemic Lupus Erythematosus: A Tight Relation with Mood States. *Rheumatology (Sunnyvale)*; 2016. 6:192.
21. Meaney R, Hasking P, Reupert A. Borderline Personality Disorder Symptoms in College Students: The Complex Interplay between Alexithymia, Emotional Dysregulation and Rumination. *J Pone*; 2016.11(6):1-13.
22. Neff KD, Beretvas S. The roll of Self-compassion in Romantic Relationship. *Self Identity*; 2012.1-21.
23. Yanell LM, Neff KD. Self-compassion, Interpersonal conflict, Resolution, and Well- being. *Self and Identity*; 2013.12:146- 159.
24. Taghipor B. [The role of kindness with self and dimensions of temperament in predicting the quality of life of patients with pain. *Psychology Master's thesis*]. Ardabil: Mohaghegh Ardabili University; 2014. (Persian)
25. Akin A, Akin U. Self-compassion as a predictor of social safeness in Turkish university students. *Revista Latinoamericana de Psicología. Sakarya University, Turkey*; 2015.47(1):43-49.
26. Sirois M, Fuschia A self-regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions in emerging adults. *Prev Med Report*; 2015. 2: 218–222.
27. Dunne S, Sheffield D, Chilcot J. Brief report: Self-compassion physical health and the mediating role of health-promoting behaviour. *J Health Psychol*; 2016:1–7.
28. Siahbazi SH, Zahra Hariri F, Montazeri A, Moghaddam Banaem L, Hajizadeh I. [Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)]. *Payesh*; 2011.10(4):421-427. (Persian)
29. Khanjani M, Shahidi SH, Fathabadi J, Mazaheri M, Shokri SH. [Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of

- Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students]. *J Andisheh Raftar*; 2014.8(32): 27-36. (Persian)
30. Bayani AA, Koocheky AM, Bayani A. [Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales]. *Iran J Psychiat Clin Psychol*; 2008.14(2);146-151. (Persian)
31. Abolghasemi A, Zahed F, Narimani M. [The correlation of sense of coherence and type -D personality with health in coronary artery patients]. *J Fund Mental Health*; 2009. 3(43):213-222. (Persian)
32. Besharat MA. [Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students]. *Psychological Reports*; 2007: 209-220. (Persian)
33. Reas F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clin Psychol Psychotherap*; 2011.18:250-255.
34. Sabzeh Aray Langrodi M. [The relationship between ambition and dependence of the value of self-compassion, unhealthy narcissism, self-integration and self-esteem]. Psychology master's thesis. Tehran: Tehran University.2012. (Persian)
35. Ghorbani N, Watson PJ, Zhuo C, Norballa F. Self-Compassion in Iranian Muslims: Relationships with Integrative Self-Knowledge, Mental Health, and Religious Orientation. *Int J Psychol Religion*; 2012. 22,106-118.
36. Momeni F, Shahidi SH, Mootabi F, Heydari M. [Psychometric properties of a Farsi version of the Self-Compassion Scale(SCS)]. *Contemp Psychol*; 2014. 8(2), 27-40. (Persian)
37. Togari T, Yamazaki Y, Sasaki T, Yamaki CK, Nakayama K. Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Pers Individ Dif*; 2002. 44(6):1335-47.
38. Simonsson BO, Nilsson KW, Lepert J, Vinod K. Psychosomatic complaints and sense of coherence among adolescents in a county in Sweden: A cross-sectional study. *Biopsychosoc Med*; 2008. 2(1):4.
39. Hart K, Wilson E, Tobil LW, Hittner JB. A Psychological Resilience Model to Account for Medical Well-being in Relation to Sense of Coherence. *J Health Psychol*; 2006. 11(6): 857-62.
40. Groholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Kohler L. Is parental sense of Coherence associated with child health? *Eur J Public Health*; 2003.13(3):195-201.
41. Lumley MA, Smith JA, Longo DJ. The Relationship of Alexithymia to Pain Severity and Impairment among Patient Chronic Myofascial Pain Comparison with Self-efficacy, Catastrophizing and Depression. *J Psychosomat Res*; 2002. 53:823-830.
42. Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of emotion regulation difficulties and Positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Ind J Soc Sci Res*; 2010. 7:20-31.
43. Richards HL, Fortune DC, Griffiths CEM, Main CJ. Alexithymia in patients with psoriasis; clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale -20. *J Psychosomat Res*; 2005. 58:89-96.
44. Taylor GJ, Bagby M. New trends in alexithymia research. *Psychotherap Psychosomat*; 2004.73:68-77.
45. Liss M, Mailloux J, Erchull MJ. The relationships between sensory processing sensitivity, Alexithymia, autism, depression, and anxiety. *Personal Individ Differ*; 2008. 4(5):255-259.
46. Taylor GJ, Parker JDA, Bagby M, Acklin MW. Alexithymia and Somatic Complaints in Psychiatric Out-patients. *J Psychosom Res*; 1992. (36): 417-424.
47. Terry LM, Leary RM. Self-compassion, self-regulation and health. *J Self Identity*; 2011.10(3): 352-362.
48. Allen A, Leary M. Self-Compassion, Stress, and Coping. *Soc Personal Psychol Compass*; 2010. 4(2):107-118.