



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND S.P.S. & G.P.S.P.F.
Ulrich Gumbert
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

تعیین اثربخشی آموزش سخت‌رویی بر سلامت روان و ادراک خویش‌ناشی از سندرم پیش از قاعدگی

دانشجویان مرکز علمی کاربردی جهاد دانشگاهی واحد

دکتر حمید رضا وطن‌خواه^۱ - امین روستایی^۲ - علیرضا نیک‌مراد^۳ - گوهر نظری بولانی^۴ - مهدیه السادات مدنی^۵

چکیده

تحقیق حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش سخت‌رویی بر سلامت روان و ادراک خویش‌ناشی از سندرم پیش از قاعدگی انجام گرفته است. روش تحقیق پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است، ابتدا ۱۲۰ پرسشنامه سلامت روان، ادراک خویش‌ناشی و سندرم پیش از قاعدگی در میان افراد جامعه تحقیق یعنی دانشجویان مرکز جهاد دانشگاهی - علمی کاربردی واحد کرج، توزیع شد، پس از اجرای آزمون ۳۰ نفر از خانمهایی که در تست سلامت روان و ادراک خویش‌ناشی و سندروم قبل از قاعدگی نمره بالا تر از نقطه برش را کسب کردند، بطور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری تقسیم کرده. یک گروه تحت آموزش سخت‌رویی و گروه دیگر در گروه لیست انتظار قرار گرفتند. گروه آزمایشی در طی ۹ جلسه تحت آموزش سخت‌رویی قرار گرفت که مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه است. در پایان دوره آموزشی هر دو گروه مورد پس آزمون قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) برای فرضیه اول استفاده شده. و از تحلیل کواریانس برای فرض دوم و سوم، با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی استفاده شده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که: با مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه مشخص می‌شود که بین میانگین ادراک خویش‌ناشی گروه سخت‌رویی و گروه کنترل به میزان (۷/۱۷۷) تفاوت وجود دارد که این تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است و با مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه مشخص می‌شود که بین میانگین سلامت روان گروه آموزش سخت‌رویی و گروه کنترل به میزان (۵/۳۲۸-) تفاوت وجود دارد که این تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است. با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین‌ها با

^۱ - نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن hamid_vatankhal1@yahoo.com

^۲ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

^۳ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

^۴ - کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی تهران

^۵ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

۰/۹۹ اطمینان بیان می شود که فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه آموزش سخت رویی بر سلامت روان و ادراک خویشتن ناشی از سندرم پیش از قاعدگی موثر است، تأیید می شود.

کلیدواژه ها: سخت رویی، سلامت روان و ادراک خویشتن، سندرم پیش از قاعدگی.

The effectiveness of hardiness training on mental health and self-perceptions of students with premenstrual syndrome Applied Science Center of university Jahad

Abstract

This research has performed to examine the effective of hardiness training on mental health and self-perception caused by premenstrual syndrome among students of Elmi-Karbordi University. 120 of them were selected as samples based on Morgan's table, 30 of them were selected randomly who were divided to 15 as the test group and 15 as the control group. The test group received training in 9 sessions during 2.5 month and the control group did not receive any training. After the training programmed ended a past-test was taken on both groups and the result of statistical indicators of covariance analysis showed that hardiness training had been effective on mental health and of self-perception caused by PMS among test group at level of $P < 0/01$. therefore, it can be concluded that hardiness training has an effective role on improving mental health and self-perception.

Keywords: hardiness, mental health, self-perception, pre-menstrual syndrome.

مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی یکی از مهمترین مشکلات بالینی را در بیماری های زنان تشکیل می دهد (وبرمن، ۱۹۹۷. به نقل از بابایان زاد اهری). این سندرم میلیونها زن را در سنین قبل از یائسگی مبتلا کرده و به عنوان یکی از شایعترین بیماری های زنان محسوب می شود (جاکوبس و همکاران، ۱۹۹۸. به نقل از بابایان زاد اهری). بروز پاره ای از مشکلات روانی و جسمی در دوره های خاصی از دوران قاعدگی زنان و طبیعت تکرار شونده آنها از دیرباز مورد توجه بوده و در منابع مختلف تاریخی به آنها اشاره شده است. (اسپراف، ۲۰۰۵) (سادوک، ۲۰۰۵). سخت رویی مفهومی روانشناختی است که به شیوه خاص و با ثبات، فرد در واکنش به رویدادهای زندگی اشاره دارد و مجموعه ای از ویژگی های شخصیتی (کوباسا، ۱۹۷۹) است که از نظریه های وجودی شخصیت و سلامت زایی (آنتوسکی، ۱۹۹۰) از جنبه سازگاری با وقایع استرس زای زندگی گسترش یافته است (کلارک و هارتمن^۱ ۱۹۹۶) به نقل از ایزکیان، (۱۳۸۱) مفهوم سخت رویی در اصل توسط کوباسا (۱۹۷۹) توسعه یافت. مفهومی که از تئوری وجود شخصیت ظاهر می شود و به عنوان

^۱ . Clark & Hartman

ویژگی شخصیتی تعریف می شود که فرد را با سه تمایل مرتبط توصیف می کند که عبارتند از چالش، تعهد و کنترل. اصلاح چالش دیدگاهی را در زندگی نشان می دهد که فرد را قادر می سازد تا تغییر را به عنوان فرصتی برای رشد درک کند تا اینکه آن را تهدیدی برای حس ایمنی و بقای فرد بداند. تغییر نسبت به ثبات حالت هنجار بنیاد زندگی به نظر می رسد. افرادی که در تعهد خود پایدار هستند بر این باورند که معنا و هدف در کار و روابط وجود دارد و به طور عمیق ترس، عدم اطمینان و کسالت را در بر می گیرند. اصلاح کنترل این اعتقاد را منعکس می سازد که فرد می تواند بر وقایع در دوران زندگی در چارچوب محدودیت‌های خاصی تاثیر گذارد. افراد قوی از حس درونی سخت رویی فردی برخوردارند که با اطمینان بر توانایی خود جهت اجرای راه حل های مؤثر با مسائل مواجه می شوند تا اینکه خود را ناتوان، بدون اعتماد به نفس و ابتکار عمل و قدرت انجام کارها و غیره بدانند. مطالعات دیگری نشان می دهد که سخت رویی تاثیر غیرمستقیمی بر سلامت از طریق افزایش اقدامات بهداشتی و روش های مقابله با جهت گیری راه دسترسی دارد. افراد با سخت رویی بالا رفتارهایی را انجام می دهند که رابطه مثبتی با سلامت و روش های مقابله با تمرکز بر مسئله یا راه دسترسی دارند در حالی که افراد کم سخت رویی رفتارهایی انجام می دهند که به رابطه منفی با سلامت و راه های مقابله ای متمرکز بر احساس و اجتناب بالاتر دارند (سودراستروم^۱، ۲۰۰۰). جیمز^۲ در نوشته های خود راجع به مفهوم خویشتن آن را به دو جنبه «خود محسوس» یا (خود تجربه شده، خود مفعولی) و خود منطقی یا خود استدلالی (خود فعال) تقسیم کرده و در همین راستا خود محسوس را شامل سه جز مادی، اجتماعی و معنوی می داند. بر اساس نظریه جیمز، تصور فرد از خود در حین تعاملات اجتماعی یعنی از زمانی که فرد متولد می شود و در ادامه زندگی، شکل می گیرد. وی شکست و ناتوانی انسان را ناشی از نداشتن ایمان نسبت به واقعیت وجود خود می داند. به اعتقاد وی هر چه موفقیت بیشتری بدست آوریم و انتظارات کمتری داشته باشیم عزت نفس ما بیشتر خواهد بود. وی میان دو سطح از کنش های روان شناختی، پیوند برقرار می کند: (۱) حرمت نفس: احساسی است که واژه هایی همچون رضایت، خشنودی، کف نفس و ... نشان دهنده آن است. (۲) منشاء این گونه احساسات مثبت در مرادفات موفقیت آمیز ما با دنیا نهفته است. (جیمز، ۱۸۹۰). آلپورت، شخص سالم را کسی می داند که اساساً خودانگار مثبتی داشته باشد بگونه ای که بتواند رویدادهای ناکام کننده و برخوردارنده را تحمل کند و کاستی های خود را بدون آن که از نظر درونی خشمگین یا ناراحت شود بپذیرد. او خود را به عنوان یک فرد منحصر به فرد می پذیرد و با حالت های عاطفی خود (مثل عصبانیت، افسردگی و ...) تا اندازه ای که در آسایش دیگران دخالت نکند کنار می آید و در نهایت شخص سالم باورها و احساسات خود را با در نظر گرفتن باورها و احساسات دیگران ابراز می کند. او به اندازه کافی احساس امنیت میکند به طوری که از جلوه های عاطفی خود و دیگران وحشت زده نمی شود (آلپورت، ۱۹۵۵). هرزن در طول زندگی و در طول مراحل رشد خویش بحران های مختلفی را پشت سر می گذارد. بحران های زندگی زمانی رخ می دهد که فرد از یک مرحله به مرحله دیگر و

^۱ Soderstrom

^۲ James

از یک نقش به نقش دیگر پا می گذارد. از مهم ترین بحرانه‌های زندگی زن یعنی بلوغ، قاعدگی، چگونگی روابط جنسی، حاملگی، زایمان و بالاخره یائسگی، همچون حلقه‌های زنجیر به هم پیوسته است و سلامت روانی و حتی جسمانی او بطور آشکار در ارتباط با این بحران‌ها است. سندرم پیش از قاعدگی عبارتست از وقوع دوره‌ای ترکیبی از تغییرات آزار دهنده فیزیکی، روانشناختی و یا رفتاری پر شدت در مرحله لوتئال قاعدگی که به اختلال ارتباطات بین فردی منجر شده و فعالیت‌های طبیعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (فیگرت، ۱۹۹۵). با افزایش سن و پس از هر بار آبستنی علائم و نشانه‌های pms^۱ شدیدتر می‌شود (نیکخو، ۱۳۸۴) و این شدت یافتن علائم نشان دهنده‌ی این است که نشانه‌های pms در سبک زندگی و ارتباطات اجتماعی این بیماران چقدر اختلال ایجاد می‌کند. در حدود ۹۰٪ خانم‌ها تعدادی از علائم پیش از قاعدگی را در بعضی از سیکل‌هایشان گزارش می‌کنند و تا حدودی از نشانه‌های pms رنج می‌برند. گرچه تقریباً ۳۰٪ خانم‌هایی که در فاز قاعدگی هستند، نشانه‌های رفتاری، هیجانی یا فیزیکی پیش از قاعدگی در حد متوسط دارند تنها ۸-۳ درصد آنها علائم شدید و ناتوان کننده‌ای دارند (فریمن، ۲۰۰۳). از ویژگی‌های شاخص سندرم pms تعدد و تنوع مؤلفه‌های اثرگذار در روند پیدایش این اختلال است بگونه‌ای که تاکنون در حدود ۲۰۰ نشانه مرتبط با این فرآیند شناخته شده است که از مهمترین آنها می‌توان به سه شاخه ملامت، تنش و تحریک‌پذیری اشاره کرد این سندرم دارای پیامدهای منفی در زمینه اقتصادی نظیر غیبت کاری، کاهش کارآیی، در زمینه تحصیلی مانند اثر بر عملکرد مثبت تحصیلی، در مسائل خانوادگی مانند کشمکش و مجادلات زن و مرد و همسر و فرزندان و پیامدهای منفی اجتماعی مانند افزایش حوادث، ارتکاب به قتل و جنایت است (گویه^۲، ۱۹۸۷). نتایج آزمایش و خطاهای بعمل آمده در درمان‌های بالینی pms به ارائه دیدگاه‌هایی در جهت تنظیم رژیم غذایی، ورزش و کنترل استرس منجر شده است که این کوششها خطرات کمتری نسبت به دارو درمانی بدنال دارد و بسیاری از زنان این روش را مفید می‌دانند (کارلسون و همکاران، ۱۹۹۷). در میان پیشرفت‌های ذهنی مؤثر بر اولین سالهای زندگی، می‌توان به تحول خویشتن، اشاره کرد. ما به طور دائم با انواع محرکهایی روبرو می‌شویم که برای انتخاب آن چه مورد توجه ماست لازم است از ساخت‌های ذهنی و طرحواره‌های خود استفاده کنیم. این ساخت عبارت است از «خویشتن» یا خودپنداره یعنی مجموعه افکار، احساسات و نگرش‌هایی که هر کس درباره خود پرورشی می‌دهد. اولین مرحله رشد خود پنداره، شخصی را به این آگاهی می‌رساند که متمایز از دیگران است، یعنی دارای «خویشتن وجودی» این آگاهی بر اساس کنش متقابل بین فرد و محیط انجام می‌گیرد (حسینی، ۱۳۸۰). خود پنداره فرد سالم از سه عنصر اساسی و کلیدی تشکیل یافته است. خودآرمانی یا مجموعه تصوراتی که فرد از «ایده‌آل» خود دارد. ایده‌آل فرد همه افرادی هستند که مورد تکریم و تجلیل فرد بوده و مدام به موفقیت دست می‌یابد. خودانگاره یا تصویر ذهنی: عبارت است از روشی که درباره خود فکر می‌کنیم و عملکرد و رفتار بیرونی ما را شکل می‌دهد و نظم می‌بخشد. «حرمت خود» که ریشه و اساس خودپنداره بوده و هسته اصلی

^۱ . Premenstrual Syndrome

^۲ guye

شخصیت انسان را شکل می‌دهد (ترسی^۱، ۱۹۹۹). شخصیت سخت رویی که کوباسا (۱۹۷۹) صورت‌بندی کرده است، بر پایه تئوری‌هایی است که روان‌شناسان وجودی (مدی و کوباسا، ۱۹۷۵ و ۱۹۷۷) در مورد درجه و شدت یک زندگی صحیح مطرح کرده‌اند. نظریات وایت^۲ (۱۹۵۹)، در مورد شایستگی، آلپورت^۳ (۱۹۵۵) در مورد تلاش اختصاصی^۴ در مورد جهت‌گیری بارور^۵ از دسته این تئوری‌ها هستند (قربانی، ۱۳۷۳). کوباسا (۱۹۷۹) با استفاده از روانشناسی وجودی^۶ در شخصیت، سخت رویی را ترکیبی از باورها در مورد خویش‌ترستن و جهان‌تعریف می‌کند که از سه مولفه تعهد، کنترل و چالش تشکیل شده است (کوباسا، ۱۹۸۸). شخصی که از تعهد بالایی (نقطه مقابل بیگانگی)^۷ برخوردار است به اهمیت، ارزش و معنای اینکه چه کسی هست و چه فعالیت‌هایی انجام می‌دهد باور دارد و بر همین معنا قادر است در مورد هر آنچه که انجام می‌دهد، معنایی بیابد و کنجکاوای خود را برانگیزد. این اشخاص با بسیاری از جنبه‌های زندگی‌شان همچون: شغل، خانواده، روابط بین فردی کاملاً در آمیخته می‌شوند. افرادی که در مولفه کنترل (نقطه مقابل ناتوانی)^۸ قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل‌پیش‌بینی و کنترل می‌دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش آنچه را که در اطرافشان رخ می‌دهد تحت تأثیر قرار دهند، چنین اشخاصی برای حل مشکلات به مسئولیت خود بیش از اعمال و یا اشتباهات دیگران تأکید می‌کنند. مبارزه جویی (نقطه مقابل احساس خطر یا ترس) نیز باور به این امر است که تغییر و نه ثبات و امنیت، جنبه طبیعی زندگی است. اشخاصی که مبارزه جویی بالایی دارند، موقعیت‌های مثبت و یا منفی را که به سازگاری مجدد نیاز دارند، فرصتی برای یادگیری و رشد بیشتر می‌دانند تا تهدیدی برای امنیت و آسایش خویش چنین باوری انعطاف‌پذیری شناختی و قدرت تحمل رویدادها و موقعیت‌های مبهم و ناراحت‌کننده زندگی را به همراه دارد (کوباسا، ۱۹۸۸ و مدی^۹، ۱۹۹۰). اگر چه افراد سخت رو هم استرس را تجربه می‌کنند اما آنها به شیوه منطقی آنرا درک و نسبت به آن واکنش نشان می‌دهند (فلوریان، مایکولینسرو و تومبن، ۱۹۹۵). برای مثال عده‌ای از محققان به این نتیجه رسیده‌اند که افراد سخت رو حوادث استرس‌زا را بیشتر از افراد غیر سخت رو تغییرپذیر ارزیابی می‌کنند (رودوال، آگوست، اسدوتیر، ۱۹۸۴). افراد سخت رو شرایط دشوار و بحرانی را به عنوان موقعیت‌های خاص و یا حتی جالب تلقی می‌کنند و نه تنها از وجود آنها ناامید و خسته نمی‌شوند، بلکه درگیر شدن با آنها را شیوه‌ای برای کسب بیشتر دانش و مهارت‌های زندگی می‌بینند. به اعتقاد کوباسا سخت رویی سپری در مقابل برانگیختگی شدید فیزیولوژی‌یایی در مواجهه با حوادث استرس‌زا است. پدیده‌ای که سلیه آنرا عامل آسیب‌پذیری در مقابل بیماری می‌داند (کریمی آتانی، ۱۳۸۱). تحقیقات دیگر نشان داده است

^۱ Tracy

^۲ white

^۳ Alport

^۴ Propriate Striving

^۵ Productive Orientation

^۶ Existential Psychology

^۷ alienation

^۸ Powerlessness

^۹ Maddi

که افراد سخت رو استرس را جالب و با اهمیت تلقی می کنند به گونه ای که به طور معناداری از راهبردهای «کنار آمدن گشتاری»^۱ استفاده می کنند که عبارت است از راهبردهای فعال حل مسأله که رویدادهای استرس زا را به تجربیات قابل کنترل تغییر می دهند (کوباسا، ۱۹۸۲، لاتاک، ۱۹۸۶، مدی و کوباسا، ۱۹۸۴). مثالهایی از کنار آمدن گشتاوری، شامل راهبردهای حل مسأله، توقف فعالیت های رقابتی، یافتن حمایت های اجتماعی و انجام فعالیت های سالم و مفید (برابر نمونه خواب و تمرین های کافی) است (کارور^۲، شیئر^۳، ونیتراب^۴، ۱۹۸۹). مدی (۱۹۹۰) در تبیین جامعتر و دقیق تری از مکانیزم مقاومت سخت رویی (که مورد ارزیابی مثبت رویدادها را نیز نیز در دل خود دارد) شیوه های مقابله ای گشتاوری واپس رونده^۵ را مطرح می کند. مقابله گشتاوری، رفتاری است که با راهبردهای خاصی یک رویداد منفی را به رویدادهای مثبت تبدیل می کند و یا جنبه مخرب و آسیب زننده آنرا کاهش می دهد. این شیوه مقابله از دو مولفه ذهنی و عملی تشکیل می شود. در مرحله ذهنی، فرد رویدادهای استرس زا را از چشم اندازی وسیع تر و با بلندنظری نگاه می کند. چنین برخورد ذهنی ای با استرس، باعث می شود تا آن رویداد خاص آنچنان هم ناراحت کننده به نظر نیاید. در این مرحله، فرد به صورت ذهنی، عامل استرس را به اجزایش تجزیه می کند و در اثر این تجزیه و تحلیل ذهنی، درک بهتر عامل استرس زا و شناسایی بهتر اعمالی که در جهت رفع آن مفید هستند، امکان پذیر می شود. پس از مرحله ذهنی، اقداماتی عملی به صورتی، قاطعانه در جهت رفع عامل استرس زا انجام می شود و بدین ترتیب مقابله گشتاوری پایان می یابد (مدی، ۱۹۹۰). شواهد زیادی دلالت بر این دارند که سخت رویی با سلامت روانی و جسمی ارتباط مثبت داشته و پی آمدهای منفی استرس میزان سلامتی را کاهش می دهد. پژوهش های متعدد حاکی از وجود اثرات سودمند سخت رویی بر سلامتی و نقش تعدیل کننده آن بر استرس است (ملک زاده، ۱۳۷۹). در پژوهش دیگری کوباسا و جنتری^۶ به سال ۱۹۸۴ درباره نقش سخت رویی و رابطه استرس - افسردگی چنین دریافتند که زنان غیر سخت رو در مقایسه با زنان سخت رو به طور معنادار و به میزان بیشتری تحت تأثیر حوادث استرس زا و نامطلوب قرار می گیرند و به احتمال بیشتری نشانگان^۷ افسردگی و به تبع آن رویدادهای منفی زندگی را تجربه می کنند.

روش

پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی است، از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است که از دو گروه آزمودنی تشکیل شده و هر دو گروه دوبار مورد سنجش قرار گرفتند. اندازه گیری اول با اجرای یک پیش آزمون و اندازه گیری دوم، پس از اعمال متغیر مستقل برای گروه آزمایشی با یک پس آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. گروهها به صورت تصادفی

¹ Transformation coping

² carver

³ schier

⁴ weintraub

⁵ regressive Coping

⁶ gentry

⁷ symptom

انتخاب و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی، نیمی از آزمودنی ها در گروه آزمایش و سنجی از آنها در گروه گراه قرار گرفتند. با استفاده از نمونه گیری تصادفی دو گروه مشابه همدیگر بوده و اندازه گیری متغیر وابسته برای هر دو آنها در یک زمان و تحت یک شرایط صورت می گرفت. نکته های زیر در این طرح به چشم می خوردند: (۱) دو گروه وجود دارند (۲) هر دو گروه در یک زمان و قبل از اجرای متغیر مستقل مورد اندازه گیری قرار می گیرند (۳) هر دو گروه در یک زمان و پس از اجرای متغیر مستقل مجدداً اندازه گیری می شوند (۴) آزمودنی ها به صورت تصادفی در داخل گروه ها جایگزین شده اند (۵) گروه اول در معرض متغیر مستقل قرار می گیرند ولی این متغیر برای گروه سوم اجرا نمی شود. در پژوهش حاضر جامعه شامل دانشجویان دانشگاه علمی کاربردی جهاد دانشگاهی واحد کرج است. برای نمونه گیری، در پژوهش حاضر ابتدا ۱۲۰ پرسشنامه سلامت روان، ادراک خویشتن و سندرم پیش از قاعدگی در میان افراد جامعه تحقیق توزیع شد، پس از اجرای آزمون ۳۰ نفر از خانمهایی که در تست سلامت روان و ادراک خویشتن و سندروم قبل از قاعدگی نمره بالا تر از نقطه برش را کسب کردند، بطور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری تقسیم کرده. یک گروه تحت آموزش سخت رویی و گروه دیگر در گروه لیست انتظار قرار گرفتند. گروه آزمایشی در طی ۹ جلسه تحت آموزش سخت رویی قرار گرفت که مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه است. در پایان دوره آموزشی هر دو گروه مورد پس آزمون قرار گرفتند.

ابزار سنجش

مقیاس سنجش ادراک خویشتن (SMSP)^۱ ای. ال. شوستروم^۲ در سال ۱۹۲۶ پرسشنامه تعیین موفقیت شخص را تهیه کرد که دارای ۱۵۰ سؤال و ۱۰ مقیاس فرعی است. ترکیب در مقیاس یعنی «حرمت نفس»^۳ و «خویشتن پذیری»^۴ با ۴۰ سؤال، ادراک خویشتن را اندازه گیری می کند، مقیاس اندازه گیری حرمت تنفس و خویشتن پذیری از پرسشنامه POI استخراج شده اند. وقتی این در مقیاس با هم ترکیب شوند، ادراک خویشتن را اندازه گیری می کنند. شوستروم (۱۹۶۸) مطالعه ای را توسط کلاوتر و مورگان گزارش می کند که در آن پایایی آزمون با روش آزمون مجدد POI تعیین گردید. این پرسشنامه دوبار با فاصله یک هفته بر روی یک نمونه ۴۸ نفری از دانشجویان دوره کارشناسی اجرا شد. ضریب پایایی برای مقیاس های حرمت نفس و خویشتن پذیری کاملاً در سطح بالایی بود (به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۰). یک نمونه مرکب از ۳۰ دانشجوی، پرسشنامه ادراک خویشتن توسط مؤلف به منظور تعیین پایایی آزمون مجدد با فاصله یک ماه اجرا شد. نتایج نشان داد که پرسشنامه دارای درجه پایایی بالایی است. برای خویشتن پذیری (۰/۷۹) و برای حرمت نفس (۰/۶۳) و برای ادراک خویشتن (۰/۷۳) است. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی را گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) طراحی نموده اند، (زارعان و همکاران، ۱۳۸۶). تحلیل عامل این پرسشنامه نشان دهنده چهار خرده مقیاس بوده که هر

^۱ Scale measurement of self perception

^۲ E.L.Shostroem

^۳ self regard

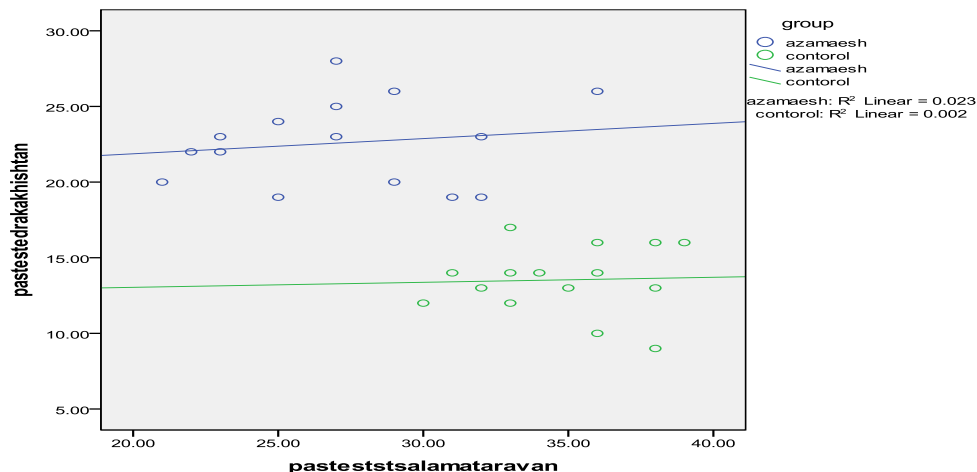
^۴ self perception

خرده مقیاس هفت پرسش را در برمی گیرد. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از علائم بدنی (۷ ماده)، اضطرابی (۷ ماده)، اختلال در کارکردهای اجتماعی (۷ ماده) و افسردگی (۷ ماده)، این آزمون علائم مرضی و حالت‌های گوناگون تندرستی فرد را از یک ماه پیش از اجرای آزمون ارزیابی می‌کند و بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. (استوار، ۱۳۷۷). پایایی این آزمون در پژوهش کافی، بوالهدی و پیروی (۱۳۷۷)، با بهره‌گیری از ضریب آلفا ۰/۸۹ بوده است. تقوی (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس در جامعه ایرانی ۰/۹۰ و روایی مقیاس را ۰/۵۵ گزارش نموده است. (شاهقلیان و همکاران، ۱۳۸۶). مولوی (۲۰۰۲) اعتبار و پایایی بازآزمایی ۰/۸۶ را برای پرسشنامه سلامت عمومی تعیین کرده است و شریفی نیز در بررسی همسانی درونی مواد پرسشنامه نشان داد که تمام ۲۸ سؤال با نمره کل، همبستگی بالایی دارد. ضریب پایایی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. پرسشنامه سندرم قبل از قاعدگی، این پرسشنامه محقق ساخته بوده و در بخش اول وجود و شدت سندرم را بر اساس علائم سه ماه گذشته تعیین میکند که این قسمت برگرفته از پرسشنامه علامت شناسی آبراهام تیلور (۱۹۹۰) و به نقل از بابایان زاد اهری (۱۳۷۸) و شامل ۱۵ علامت است (۱۰ علامت رفتاری و ۵ علامت جسمی) که شدت هر یک از علائم به صورت لیکرت به ۴ درجه تقسیم می‌شود و امتیاز ۰-۳ به آن تعلق می‌گیرد، بخش دوم شامل ۸ سؤال در مورد معیارهای انتخاب نمونه جهت تحقیق مورد نظر است مانند: سن آزمودنی، طول مدت قاعدگی، فاصله بین دو قاعدگی، وجود بیماری و... پایایی و اعتبار پرسشنامه توسط بابایان زاد اهری (۱۳۷۸) تعیین شده است. با استفاده از روش آزمون مجدد ضریب همبستگی سؤالات در دو مرحله $r=0.99$ بوده است. برای تعیین اعتبار ابزار نیز از روش اعتبار محتوا استفاده کرده که توسط شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته ها

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی از نمودار- میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کواریانس چند متغیره برای بررسی فرضیه ی پژوهش استفاده شده است. کلیه تجزیه و تحلیل آماری به کمک نرم افزار SPSS18 انجام شده است.

فرضیه پژوهش: آموزش سخت رویی بر سلامت روان و ادراک خویشتن ناشی از سندرم پیش از قاعدگی موثر است. جهت بررسی فرضیه فوق از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. چون این روش آماری به پژوهشگر اجازه می دهد تا اثر یک متغیر مستقل را بر متغیرهای وابسته بررسی نماید و اثر متغیرهای دیگر را از بین می برد. قبل از انجام تحلیل کواریانس چند متغیره، ابتدا پیش فرض های آن یعنی: همگنی رگرسیون، داشتن رابطه خطی، فاصله ای بودن داده ها، نرمال بودن توزیع و تصادفی بودن داده ها و همبستگی بین داده های متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت.



نمودار ۴.۱: میانگین ادراک خویشتن و سلامت روان در گروه آموزش سخت رویی و گروه کنترل

پس از بررسی نمودار (نمودار ۴.۱)، وجود رابطه خطی بین متغیرهای وابسته **ادراک خویشتن و سلامت روان** مشخص می شود. اگر رابطه خطی وجود نداشت پژوهشگر مجاز به اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره نبود. در اینجا رابطه خطی میان متغیرهای وابسته **ادراک خویشتن و سلامت روان** وجود دارد.

بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس در جدول ۴.۱ گزارش شده است.

جدول ۴.۱: آزمون باکس جهت بررسی ماتریس واریانس و کوواریانس.

Box's	F	df _۱	df _۲	P سطح معناداری
۳/۲۹۴	۱/۰۱۳	۳	۱۴۴۴۲۰	۰/۳۸۶

به منظور بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس، آزمون باکس انجام گرفت. با توجه به نتایج جدول ۴.۱، چون سطح معناداری بیشتر از $P=۰/۰۵$ است لذا F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نیست. پس فرض همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس زیر سؤال نرفته است.

بررسی میزان ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته ادراک خویشتن و سلامت روان در جدول ۴.۲ گزارش شده است.

جدول ۴.۲ همبستگی متقابل بین متغیرهای ادراک خویشتن و سلامت روان

متغیرهای وابسته	r	n	p
ادراک خویشتن و سلامت روان	۰/۶۰۸	۳۰	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴.۲ نشان می دهد که بین ادراک خویشتن و سلامت روان رابطه معناداری از لحاظ آماری وجود دارد. که این روابط نباید از ۰/۹۰ بیشتر باشد زیرا سهم نسبی هر کدام از متغیرها مشخص نمی شود. بررسی مفروضه برابری خطای واریانس ها در جدول ۴.۳ گزارش شده است.

جدول ۴.۳: مفروضه برابری خطای واریانس ها.

سطح معناداری p	df _۲	df _۱	F	
۰/۹۶۰	۲۸	۱	۲/۹۶۷	ادراک خویشتن
۰/۰۰۵	۲۸	۱	۳/۹۸۸	سلامت روان

در بررسی مفروضه برای خطای واریانس ها، چون سطح معناداری متغیر وابسته **ادراک خویشتن** ، بیشتر از ۰/۰۵ است، لذا داده ها مفروضه تساوی خطای واریانس ها را زیر سؤال نبرده است. ولی سطح معناداری متغیر سلامت روان کمتر از ۰/۰۵ است لذا داده مفروضه تساوی خطای واریانس ها را زیر سؤال برده است
لذا نتایج تحلیل کواریانس با احتیاط گزارش شده است. بررسی مفروضه همگنی شیب های رگرسیون در جدول ۴.۴ گزارش شده است.

جدول ۴.۴: مفروضه همگنی شیب های رگرسیون

توان آزمون	اندازه اثر Eta	سطح معناداری P	f	میانگین مجذورات ms	درجه آزادی df	مجموع مجذورات SS	منبع تغییرات
۰/۳۸۴	۰/۱۱۱	۰/۹۶۰	۳/۰۰۳	۱۲/۵۴۸	۱	۱۲/۵۴۸	گروه مستقل و پیش تست ادراک خویشتن
۰/۱۴۸	۰/۰۳۶	۰/۳۵۴	۰/۸۹۲	۴/۰۳۱	۱	۴/۰۳۱	گروه مستقل و پیش تست سلامت روان

نتایج جدول (۴.۴) نشان می دهد چون سطح معناداری تعامل بین گروه مستقل و پیش تست ادراک خویشتن و تعامل بین گروه مستقل و پیش تست سلامت روان از $p=۰/۰۵$ بزرگتر است لذا f محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نیست بنابراین این چون تعامل معنادار نیست بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیون تأیید می شود و داده های فرض شیب رگرسیون را تأیید می کنند و فرض همگنی شیب

رگرسیون زیر سوال نرفته است. پس از بررسی به عمل آمده چون رابطه خطی و مفروضه های همگنی ماتریس واریانس و کواریانس و مفروضه برابری خطای واریانس ها و همگنی شیب خط رگرسیون زیر سوال نرفته پژوهشگر مجاز به استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره است.

بررسی میانگین و انحراف استاندارد میزان ادراک خویشتن و سلامت روان گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴.۵ گزارش شده است.

جدول ۴.۵: نمره های میانگین انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه سخت رویی و گروه کنترل

گروه کنترل		گروه آموزش سخت رویی		متغیرها
انحراف استاندارد S	میانگین \bar{X}	انحراف استاندارد S	میانگین \bar{X}	
۲/۰۸	۱۳/۰۶	۲/۴۹	۱۶/۶۶	پیش آزمون ادراک خویشتن
۱۳/۲۳	۱۳/۵۳	۲/۸۴	۲۲/۶۰	پس آزمون ادراک خویشتن
۲/۷۴	۳۵/۶۰	۴/۰۱	۳۳/۳۳	پیش آزمون سلامت روان
۲/۷۸	۳۴/۸۰	۴/۲۶	۲۷/۲۶	پس آزمون سلامت روان

میانگین تعدیل یافته و انحراف استاندارد میزان ادراک خویشتن و سلامت روان در جدول ۴.۶ گزارش داده شده است.

جدول ۴.۶: میانگین انحراف استاندارد، تعدیل شده

گروه کنترل		گروه آزمایش سخت رویی		متغیرها
انحراف استاندارد S	میانگین \bar{X}	انحراف استاندارد S	میانگین \bar{X}	
۰/۶۴۲	۱۴/۴۷۸	۰/۶۴۲	۲۱/۶۵۵	پس آزمون ادراک خویشتن
۰/۶۲۳	۳۳/۶۹۷	۰/۶۲۳	۲۸/۳۶۹	پس آزمون سلامت روان

جدول ۴.۷: میزان اثر η^2 (Eta) بر اساس آزمون لامبدای ویلکز ۲ برای متغیر ترکیبی

متغیر	ارزش Value	F	df ₁	df ₂	سطح معناداری p	اندازه اثر Eta	توان آزمون
گروه	۰/۲۳۸	۴۰/۰۴۷	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲	۱/۰۰۰

مجذور اتا به عنوان مقدار سهمی از واریانس است که به متغیر ترکیبی جدید مرتبط است. که در پژوهش حاضر، میزان ادراک خویشتن و سلامت روان را شامل می شود که می توان متغیر ترکیبی جدید را ؟ نامید. که این مقدار ۰/۷۶۲ است که نشان دهنده اندازه اثر آموزش سخت رویی بر میزان ادراک خویشتن و سلامت روان است. اندازه اثر محاسبه شده چون بالاتر از ۰/۱۴ (یا ۱۴٪) نشان دهنده اثر زیاد گروه سخت رویی است. سخت رویی می تواند میزان ادراک خویشتن و سلامت روان را برآورد کند.

جدول ۴.۸: تحلیل نتایج کواریانس برای متغیرهای ادراک خویشتن و سلامت روان بر اساس گروه آموزش سخت رویی و گروه

کنترل

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات ms	F	سطح معناداری p	اندازه اثر Eta	توان آزمون
ادراک خویشتن	۲۲۹/۸۳۴	۱	۲۲۹/۸۳۴	۴۹/۸۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	۱/۰۰۰
سلامت روان	۱۲۶/۶۴۴	۱	۱۲۶/۶۴۴	۲۹/۱۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹	۱/۰۰۰

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول شماره ۴.۸، و برای تحلیل متغیرهای وابسته **ادراک خویشتن و سلامت روان** در دو گروه آزمایش و کنترل، از آلفای میران شده بن فرونی (۰/۰۰۵) استفاده شده است. پس از تعدیل میانگین پیش آزمون **ادراک خویشتن** به میزان (۱۴/۸۶) همچنین، بر اساس نتایج بدست آمده از جدول شماره ۴.۸ برای متغیر **ادراک خویشتن**، با توجه به F محاسبه شده $\eta^2 = ۰/۶۵۷$ ، $p = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۴۹/۸۴۸$ (df₁ و ۲۶) با F، چون سطح معناداری کمتر از آلفای میزان شده بن فرونی (۰/۰۰۵) است، بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. لذا می توان گفت که نمرات پس آزمون **ادراک خویشتن** در دو گروه

1- Partial Eta Squared
2- Wilks Lambda

آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. پس از تعدیل میانگین پیش آزمون سلامت روان به میزان (۳۴/۴۶) همچنین، براساس نتایج بدست آمده از جدول شماره ۴۸ برای متغیر، با توجه به F محاسبه شده $\eta^2 = 0/529$ ، $p = 0/001$ و $F(24, 170) = 29/170$ ، با F، چون سطح معناداری کمتر از آلفای میزان شده بن فرونی (۰/۰۰۵) است، بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. لذا میتوان گفت که نمرات پس آزمون سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین های با ۰/۹۹ اطمینان بیان می شود که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش سخت رویی بر سلامت روان و ادراک خویشتن ناشی از سندرم پیش از قاعدگی موثر است، تأیید می شود.

فرضیه اول فرعی: آموزش سخت رویی بر افزایش ادراک خویشتن ناشی از سندرم پیش از قاعدگی موثر است.

جدول (۱۳-۴): تحلیل آماری کواریانس گروه آموزش سخت رویی و گروه کنترل بر میزان ادراک خویشتن

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات	f	p
متغیر ادراک خویشتن	۲۲۹/۸۳۴	۱	۲۲۹/۸۳۴	۴۹/۸۴۸	۰/۰۰۱

جدول (۱۴-۴) برای مقایسه بین میانگین های گروه آموزش سخت رویی و گروه کنترل بر میزان ادراک خویشتن

گروهها	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	p
گروه آموزش و گروه کنترل	۷/۱۷۷	۱/۰۱۷	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول (۴-۹) F محاسبه شده $P = 0/001$ ، $F(9, 4) = 49/848$ ، $P = 0/001$ ، $F(24, 170) = 29/170$ ، چون سطح معناداری از سطح $P = 0/005$ کوچکتر است بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است و نتیجه گرفته می شود که سخت رویی بر ادراک خویشتن تاثیر دارد. و با مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه مشخص می شود که بین میانگین ادراک خویشتن گروه سخت رویی و گروه کنترل به میزان (۷/۱۷۷) تفاوت وجود دارد که این تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است. با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین ها با ۰/۹۹ اطمینان بیان می شود که فرضیه پژوهش مبنی بر آموزش سخت رویی بر ادراک خویشتن ناشی از سندرم پیش از قاعدگی موثر است، تأیید می شود.

فرضیه دوم فرعی: آموزش سخت رویی بر افزایش سلامت روان ناشی از سندرم پیش از قاعدگی موثر است.

جدول (۴-۱۵) تحلیل کواریانس بین آموزش سخت رویی و گروه کنترل بر میزان سلامت روان

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	f	p
متغیر سلامت روان	۱۲۶/۶۴۴	۱	۱۲۶/۶۴۴	۲۹/۱۷۰	۰/۰۰۱
خطا	۱۱۲/۸۸۰	۲۶	۴/۳۴۲		

جدول (۴-۱۶) برای مقایسه بین میانگین های گروه آموزش سخت رویی و گروه کنترل بر میزان سلامت روان

گروهها	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	p
گروه آموزش و گروه کنترل	-۵/۳۲۸	۰/۹۸۶	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول (۴-۱۶) F محاسبه شده $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۲۹/۱۷۰$ با $df = (۱ و ۲۶)$ با F چون سطح معناداری از سطح $p = ۰/۰۰۵$ کوچکتر است بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است و نتیجه گرفته می شود که آموزش سخت رویی بر سلامت روان موثر است. تاثیر دارد. و با مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه مشخص می شود که بین میانگین سلامت روان گروه آموزش سخت رویی و گروه کنترل به میزان $(-۵/۳۲۸)$ تفاوت وجود دارد که این تفاوت از لحاظ آماری در سطح $۰/۰۱$ معنادار است. با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگین ها با $۰/۹۹$ اطمینان بیان می شود که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش سخت رویی بر سلامت روان ناشی از سندرم پیش از قاعدگی موثر است، تأیید می شود.

بحث

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان می دهد که سلامت روان و ادراک خویشتن افرادی که تحت آموزش سخت رویی قرار میگیرند متفاوت از افرادی است که تحت آموزش سخت رویی قرار نمی گیرند. شواهد زیادی دلالت دارند بر اینکه سخت رویی با سلامت روانی و جسمی ارتباط مثبت دارد و پیامدهای منفی استرس بر روی سلامتی را کاهش می دهد. نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه حاکی از وجود اثرات سودمند سخت رویی بر روی سلامتی و نقش تعدیل کننده آن بر روی استرس است. اگر چه این امکان وجود دارد که سخت رویی به طور مستقیم بر روی سلامتی اثری نداشته باشد اما به طور غیر مستقیم با تأثیر بر روی سایر متغیرها مثل سبک زندگی اثرات سودمندی را بر روی سلامتی دارد. در این زمینه تحقیقات نشان داده اند که بعضی از اثرات سودمند سخت رویی بر

روی سلامتی به خاطر شیوه های بهتر زندگی در افراد سخت رو است. سخت رویی با کمک به افراد در شناخت نقاط ضعف شان و تلاش برای بهبود خویش، به آنها کمک می کند هدف های مشخص و قابل کنترلی برای خود برگزینند. (کنترل)، روش های کارآمد انتخاب کنند (چالشی) به طور دقیق تلاش های خود را زیر نظر گیرند و بازخورد دریافت کرده و پیشرفت خود را ارزیابی کرده و مسئولانه عمل کنند (تعهد). آموزش سخت رویی موجب افزایش مسئولیت افکار، احساسات و اعمال در زندگی فرد شده، انعطاف پذیری را در وی بالا می برد و در نهایت مقاومت فرد در ابتلاء به بیماری را افزایش داده و سلامت جسمی و روانی را تا حد زیادی تضمین میکند و نهایتاً به فرد احساس کامیابی می دهد. آموزش سخت رویی شامل برنامه ریزی، تأثیر بر افکار، احساسات و رفتار، احساس مسئولیت، نحوه برخورد متفاوت با مسائل و نگرش متفاوت به مسائل و شرایط زندگی می شود. این آموزش منجر به احساس کنترل و تعهد و کارایی بیشتر و در نتیجه مقاومت و تلاش بیشتر و در پی آن کسب موفقیت، احساس آرامش، شادی، مؤثر بودن و موفقیت و رضایت بیشتر از زندگی و نگرش مثبت تر نسبت به زندگی و شرایط و مسائل موجود می گردد. از این رو آموزشی سخت رویی با ایجاد تغییر در موارد فوق باعث تغییر و تفاوت در همان زمینه ها بین دو گروه آموزش دیده و گروه کنترل می شود (روث^۱ و همکاران، ۱۹۸۹ به نقل از بیاضی، ۱۳۷۶). طبق نظر دیمون و رزنبرگ^۲ ادراک خویشتن مثبت یا عزت نفس بالا، نتیجه مطلوب فرآیند تکامل است و با سلامت روان ارتباط معناداری دارد و همچنین با هیجانانگیز (هارتر)^۳، ادراک خویشتن بازتاب توانایی های شناختی فرد و شرایط اجتماعی اوست. احساس خود ارزشمندی، اساسی ترین عامل در رشد مطلوب شخصیت انسان است به طوری که داشتن اراده و اعتماد به نفس قوی، خلاقیت و ابتکار، سلامت فکر و بهداشت روانی رابطه مستقیمی با احساس خود ارزشمندی و حرمت خود دارد. اخیراً برای اصلاح بسیاری از اختلالات شخصیتی و رفتاری نظیر کمرویی، گوشه گیری، لجبازی، پرخاشگری، تنبلی و سستی به عنوان مهمترین اولین گام به ارزیابی و افزایش احترام به خود، تقویت اعتماد به نفس و تقویت مهارت های فردی اجتماعی توجه می شود همچنین برای این که فرد بتواند از حداکثر ظرفیت ذهنی و توانمندی خود بهره مند شود باید از نگرش مثبت به خود و اطرافیان بهره مند باشد (رمضان پور و مقدم، ۱۳۷۴). نتایج پژوهش فوق با نتایج مگدی (۲۰۱۰)، بک استروم (۲۰۰۶)، سارا (۲۰۰۸)، بنزار (۲۰۰۵)، مدی (۲۰۰۲)، کونولی (۲۰۰۱)، جمهری (۱۳۸۱)، و صادقی (۱۳۸۳) همخوانی دارد. نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد که آموزش سخت رویی بر افزایش ادراک خویشتن ناشی از سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است. ادراک خویشتن یک مفهوم شناختی اجتماعی است و با دیگر زمینه های شناخت اجتماعی ارتباط بیشتری دارد، تا با شناخت دنیای فیزیکی، زیرا به موازات رشد اجتماعی و دریافت هنجارهای رفتاری افراد خود را از دیگران مجزا می سازند. برای این منظور لازم است که آنها ویژگی های خصوصی و شخصیتی هویت خویش را ادراک کنند. به نظر می رسد ادراکی که افراد از خود دارند، بستگی به عملکرد آنها دارد و همینطور به نقشی که در جامعه و

¹ -Roth, D.L

² Damon & Rosenberg

³ Hurter

گروه‌های اجتماعی خود به دنبال آن هستند. فردی که ادراکش از خویشتن یا جایگاه اجتماعی‌اش هم‌نویی و هماهنگی ندارد، فردی ناسالم است. در ۲۵ سال گذشته سخت رویی به عنوان مجموعه‌ای از ساختارهای شخصیت مطرح شد که به افراد کمک می‌کند که از شرایط استرس‌زا به عنوان فرصتی برای بالا بردن عملکرد، رهبری، ارتباط، سلامتی و رشد روانشناختی استفاده کنند (مدی، ۲۰۰۶).

آموزش سخت‌رویی باعث ایجاد تقویت حس مسئولیت، تعهد، کنترل و تغییر در نحوه نگاه به مسائل، احساسات و رفتار برنامه‌ریزی متفاوت و جدید در برخورد با مسأله حاصل می‌شود. از این رو منجر به کسب موفقیت در فرد شده که احساس مؤثر بودن، کنترل داشتن بر زندگی و شرایط آن، همچنین احساس رضایت و شادکامی در فرد می‌شود. آموزش سخت‌رویی با اثر گذاشتن بر مبارزه‌جویی افراد استفاده از فرصت‌ها و چالش‌ها را در آن‌ها ایجاد کرده و افراد می‌آموزند که زندگی شامل تغییرات مداوم است و تغییرات را به عنوان فرصت‌هایی برای امتحان کردن و پیشرفت تلقی کنند. در مقابل تغییرات از روش‌های مسئله‌مدار استفاده کرده و سازگاری خود را بالا می‌برند. در مطالعاتی که توسط جود کینز^۱ (۲۰۰۱)، کرفوت^۲ (۲۰۰۰)، کلینمن^۳ (۲۰۰۴) و مانیون^۴ (۲۰۰۴) انجام گرفت. نشان داد که ارتقاء سخت‌رویی در طی برنامه آموزشی به دانشجویان کمک کرد که سطح بالایی از روش مسأله‌مدار را کسب کنند همچنین باعث شد بتوانند در موقعیت‌های استرس‌زا از سلامتی خود محافظت کنند. نفس و یا خویشتن یک انسان، یا به عبارتی عمیق‌ترین جوهر وجودی وی عبارت است از نیروی ذهن، آگاهی و ظرفیت و قابلیت وی برای تفکر خواست و اراده برای تفکر، شناسایی حقیقت واقعیت‌ها، پذیرفتن مسئولیت تشخیص درست یا غلط، مسئله‌اساسی در خود بیانگری انسان و پذیرش خویشتن است هرگاه و به هر میزان که انسان از پذیرفتن مسئولیت فکر کردن، دانستن و دوری بگریزد و از کوشش در این راه سرباز زند، عمل او به معنای کناره‌گیری و استعفای از خویشتن است و انصراف از تفکر در حکم ترک نفس است. نشانه‌های خود بیانگری سالم در کودک عبارت است از لذت مشهود او در عملیات ذهنی و تمایل به کشف چیزهای تازه و جدید و امتناع از پذیرفتن ارزش‌های بزرگ‌ترها، تعهد در به کار بردن کلمه چرا و عطش برای چیزهایی که مستلزم به کارگیری تمامی نیروها و توانایی‌ها او باشد. چنین کودکی خود منشاء و بنیانگذار هدف‌های خویش شده و اگرچه مایل و نیاز به کمک بزرگ‌ترها دارد ولی اجازه نمی‌دهد که هدف‌ها و ارزش‌های از پیش ساخته‌ای را برای او در نظر بگیرند و او شخصاً انتخاب‌کننده ارزش‌های خویشتن است و شخصاً به استقبال مسئولیت می‌رود و از آن بیمی ندارد (براندن^۵، ترجمه هاشمی، ۱۳۸۵). نتایج پژوهش فوق با نتایج دیر (۲۰۰۴)، دیمون و رزنبرگ (۱۹۸۲)، بیابانگرد (۱۳۸۴) و سیدی (۱۳۷۸) همخوانی دارد. نتایج دیگری که از پژوهش حاضر به دست آمد نشان داد آموزش سخت‌رویی بر افزایش سلامت روان ناشی از سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است و آموزش سخت‌رویی موجب افزایش مسئولیت افکار، احساسات و اعمال در زندگی فرد شده، انعطاف

¹ Judkins, 2001

² Kerfoot, 2000

³ Kleinman, 2004

⁴ Manion, 2004

⁵ bronden

پذیری را در وی بالا می‌برد و در نهایت مقاومت فرد در ابتلاء به بیماری را افزایش داده و سلامت جسمی و روانی را تا حد زیادی تضمین می‌کند و نهایتاً به فرد احساس کامیابی می‌دهد. در پژوهش انجام شده توسط رودوالد و زون^۱ (۱۹۸۹) به این نتیجه رسید که سخت‌رویی بر سلامت روانی و جسمانی زنان موثر است. تحقیقات همسو با این موضوع (برند و جانسون (۱۹۸۶) و کوییتس و مور (۱۹۸۶) نیز نشان دادند که کنترل و تعهد در کمتر شدن میزان مشکلات جسمانی عوامل مهمی محسوب می‌شوند. مدی (۲۰۰۶) نیز در پژوهشی به همبستگی منفی بین سخت‌رویی و فاکتورهای روان رنجوری در پرسشنامه NEO-FFI اشاره کرده است. یکی از مباحث مهم در روانشناسی مثبت‌گرا که بسیار مورد توجه قرار گرفته است، سخت‌رویی است. اصطلاح سخت‌رویی در مورد افرادی به کار برده می‌شود که در برابر فشار روانی مقاومتر هستند. و نسبت به بیشتر افراد کمتر مستعد بیماری هستند. افرادی که دارای این ویژگی هستند معمولاً بر زندگی خود کنترل بیشتری احساس می‌کنند، نسبت به آنچه انجام می‌دهند تعلق خاطر بیشتری دارند، و در قبال عقاید و تغییرات جدید پذیرا هستند. تحقیقات جدیدتر نشانگر پیوندی نه تنها بین سخت‌رویی و بیماری بلکه بین سخت‌رویی و طول عمر می‌باشد. شواهد زیادی دلالت دارند بر اینکه سخت‌رویی با سلامت روانی و جسمی ارتباط مثبت دارد و پیامدهای منفی استرس بر روی سلامتی را کاهش می‌دهد. نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه حاکی از وجود اثرات سودمند سخت‌رویی بر روی سلامتی و نقش تعدیل کننده آن بر روی استرس است. اگر چه این امکان وجود دارد که سخت‌رویی به طور مستقیم بر روی سلامتی اثری نداشته باشد اما به طور غیر مستقیم با تأثیر بر روی سایر متغیرها مثل سبک زندگی اثرات سودمندی را بر روی سلامتی دارد. در این زمینه تحقیقات نشان داده اند که بعضی از اثرات سودمند سخت‌رویی بر روی سلامتی به خاطر شیوه‌های بهتر زندگی در افراد سخت‌رو است (روث^۲ و همکاران، ۱۹۸۹ به نقل از بیاضی، ۱۳۷۶). نتایج پژوهش فوق با نتایج محققین دانشگاه آکسفورد (۲۰۰۷)، پینگلی و داد (۲۰۰۰)، سیمونز (۲۰۰۲)، مدی (۲۰۰۲)، بیسلی (۲۰۰۳).

منابع

- استوار، بنجامین (۱۹۹۸). تنیدگی با استرس، بیماری جدید تمدن، ترجمه: پریخ دادستان تهران: انتشارات رشد. ۱۳۷۷.
- اسپراف، لئون. گلاس، رابرت (۱۹۹۹). شناخت در مورد اختلالات قاعدگی. ترجمه: سید ریحان میردامادی، انتشارات شهرآب. ۱۳۷۸.
- اسپیروف، لئون و همکاران (۲۰۰۰). اندوکرینی بالینی زنان و نازایی، ترجمه: فرحناز امینی نائینی و همکاران، تهران: انتشارات تیمورزاده. ۱۳۷۹.

¹ Rhodewalt and Zone

² - Roth, D.L

بابایان زاداهری، شهناز (۱۳۷۸). بررسی تاثیر پیروکسین بر شدت سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

براندن، ناتانیل (۲۰۰۶). روانشناسی حرمت نفس، ترجمه: جمال هاشمی، تهران: نشر انتشار. ۱۳۸۵.

بیاضی، محمد حسین (۱۳۷۶). بررسی ارتباط بین تیپ های شخصیت سخت رویی، استرس و بیماری کرونری قلب در افراد مبتلا و عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

تقی زاده، مریم (۱۳۸۵). بررسی رابطه سخت رویی روان شناختی و باورهای خودکارآمدی در دانشجویان دختر و پسر دوره کارشناسی رشته مشاوره و راهنمایی و روانشناسی عمومی، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر.

جمهری، فرهاد (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سخت رویی و گرایش به افسردگی و اضطراب بین زنان و مردان دانشگاه های تهران، پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

حسینی، سید سعید (۱۳۸۰). مقایسه عزت نفس، خود پنداره، اضطراب و افسردگی در دانش آموزان پایه اول دبیرستان پسرانه تیزهوش و نمونه دولتی و عادی اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد.

رمضان پور، محمدرضا و مقدم، امیر (۱۳۷۴). بررسی ارتباط بین سطح مهارت در تنیس روی میز و ابعاد مختلف عزت نفس دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد.

زارغان، مصطفی؛ اسدا.. پور، امین؛ بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و سبک های حل مسأله با سلامت عمومی. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال سیزدهم، شماره ۲-۱۷۲-۱۶۶.

شاهقلیان، مهناز (۱۳۸۶). رابطه آلکسی تیمیا با سبک های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال سیزدهم. شماره ۳، ۲۴۸-۲۳۸.

شریفی در آمدی، پرویز؛ مولوی، حسین؛ رضوانی، فاطمه (۱۳۸۴). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان مادران کودکان فلج مغزی در شهر اصفهان. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. (اصفهان). شماره بیست و ششم. صص ۷۶-۶۲.

شولتز، دوان (۱۹۹۹). روانشناسی کمال، ترجمه: یوسف کریمی و همکاران، تهران، نشر ارسباران. ۱۳۷۸.

صادقی، زهره (۱۳۸۳). بررسی اثر بخش آموزش سبک سالم زندگی کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.

قربانی ، نیما (۱۳۷۳) . بررسی ارتباط الگوی رفتاری تیپ A ، رفتار مستعد بیماری کرونری قلب و سخت رویی ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه تربیت مدرس .

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۹۹۸). خلاصه دندانپزشکی (علوم رفتاری، روان پزشکی). مترجم نصرت ا.... پورافکاری (۱۳۷۷). تهران: انتشارات شهر آب، چاپ سوم. جلد اول.

کارلسون ، کارن حی و همکاران (۱۹۹۷) . بهداشت روانی زنان ، ترجمه: خدیجه ابولمعالی و دیگران، انتشارات ساوالان . ۱۳۷۶.

کافی، سید موسی؛ بوالهروی، جعفر، پیروی، حمید (۱۳۷۷). بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال سوم، شماره ۴، ۶۶-۵۹.

نیکخو، محمدرضا (۱۳۷۶). اصول روانپزشکی بالینی. تهران: انتشارات رشد.

Alport, G.W (1955), *Becoming a Psychology of Personality* New Haven: Yale University Press.

American Academy (2000). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. *Journal of Premenstrual Syndrome*. 300-10.

American psychiatric association (2000). Diagnostic premenstrual syndrome. *Journal of premenstrual syndrom* .550-20.

Beasley, M., Thompson, T., & Davidson (2003). Resilience in Response to life stress: The Effect of coping style and cognitive Hardiness. *Journal of personality and Individual Differences*, 34, 77-95.

Ben-Zar, H. Dadevang, H., Lury, L, (2005). Association of social support and Hardiness with Mental Healthy among Mothers of Adult Children with Intellectual Disability. *Journal of intellectual Disability Research*, 49(1), 45-62.

Blake , Fiona (1994) . *Cognitive therapy for Premenstrual Syndrome* , Sciencedirect , Available online 28 February 2006

Connolly, moira (2001). Premenstrual syndrome: an update on definitions, diagnosis and management, *Psychiatric Treatment*, 7: 469-477.

Clark, I, Hartma. M (1996). Effect soft hardiness and appraisal on the psychological and physical health of caregivers to elderly relatives, *journal of behavioral medicine*, vol 18.no-4. Pp (379-401).

Damon, w. & Hart, O (1998). The Development of self-understanding from Infancy through Adolescence *Journal of child Development*. Vol 53.

Eschipo (2000). treatment strategies for Premenstrual syndrome .journal of Premenstrual syndrome .175-50.

Esproff esphirof (2000). treatment for Premenstrual syndrome. Journal of Premenstrual syndrome .194-20.

Fersco, D.M., Segal, Z.V., Buis, M., Kennedy, s (2007).Relationship of post treatment decentering and hardiness instruction to younlcer relapses in major depression. Journal of consulting and clinical psychology.75 (3)

James W (1980). An Intend the Consciousness of self, the principle of psychological York University Toronto Ontario.

Kaltonhed, CD (2003). Medical treatment of premenstrual syndrom. Journal of premenstrual syndrome. 90-24.

Kessel B (2003) .Premenstrual syndrome advices in Diagnosis and treatment. Journal of Premenstrual syndrome .17-20.

Kobasa, S.C (1998). hardiness linzley; _hompson; and spring e d s, psychology, 3rded, New York: worth publisher S. I NC.

Kobasa, S.C (1979). Stressful life events. Personality and health: and inquiry into hardiness, journal of personality and social psychology, vol.37.pp (1-11).

Maddi,S.R;kobasa,D.M,Persico,M,LU,J,Harrey,R,&Blecher,F.,(2002).The personality construct of Hardiness, Relationships with comprehensive tests of personality and psychopathology. Journal of Research in personality, 36, 72-85.

Maddi, S.R; kobasa, S.C (1994). Hardiness and mental health. . Journal of Personality Assessment. 63(2). pp (262-274).

Maddi. Salvatore, (2002). the vole of hardiness and religiosity in abstractsy maddi presentation. htm

Simons. Carol, (2002). Coping resource availability and level of perceived stress as predictors of life satisfaction in a cohort of Turkish college students, [http: www. Elis.sk/psych/psy102](http://www.Elis.sk/psych/psy102).

Sara.L.D. Rosemarie, and A.Martin, Rohsenaw.J.hardiness instruction for stress abstinence: Pretreatment correlates and relationship to out comes, Addictive Behaviours, (2008). 33,678-688.

Simons. Carol, (2002). Coping resource availability and level of perceived stress as predictors of life satisfaction in a cohort of Turkish college students, [http: www. Elis.sk/psych/psy102](http://www.Elis.sk/psych/psy102).

Sodok, b j. sadok (2005). Kaplan and sadok comprehensive text book of psychiatry.

Soderstrom Mike,¹ Leiferman Jenn,¹ Steinhardt Mary (2000).The Relationship of Hardiness, Coping Strategies,and Perceived Stress to Symptoms of Illness Accepted for publication: January 12,

Sonstroem. R, J & Morgan, W.P (1989). Exercise and selfsteem: Rational and Modek. Journal of Personality Assessment.

Steiner M, Bornl (2000) .Diagnosis and treatment of premenstrual dysphonic disorder. Journal of Premenstrual syndrome .142-9.

Wiebe, D.J., Williams, P.G (1992). hardiness and health: A social p.schophysiological perspective on stress and adaptation. Journal of clinical psychology, 11, 23&262.