

پرفاشگری در دختران نوجوان: تعیین نقش خلق افسرده، اختلال دیسفوریک و سندروم پیش از قاعدگی

دکتر سجاد رضائی^۱، سحر رشادتی^۲، فاطمه قلی پور بازکیاگوراب^۳، دکتر سیدولی اله موسوی^۴

۱. دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه مشاوره، آموزش و پرورش مرکز گیلان، رشت، ایران
۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

اخلاق/سال نهم / شماره ۳۳ و ۳۴ / پاییز و زمستان ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه: تجربه خشم به لحاظ اجتماعی و سلامت عمومی یک تجربه مخرب محسوب می‌شود. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش خلق افسرده، اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی (PMDD) و سندرم پیش از قاعدگی (PMS) در پرخاشگری دختران نوجوان بود.

مواد و روش‌ها: در یک پژوهش توصیفی-تحلیلی از ۵۱۰ دانش‌آموز دختر دبیرستان‌های لاهیجان و سنجر در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ به شیوه‌ی خوشه‌ای چند مرحله‌ای نمونه‌گیری شد و هریک از آنها به نسخه کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13)، ابزار غربالگری علائم پیش از قاعدگی (PSST) و پرسشنامه پرخاشگری اهواز (AAI) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی دورشته‌ای نقطه‌ای و پیرسون و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (UNIANCOVA) در قالب طرح فاکتوریل ۲×۳ و آزمون تعقیبی GT2 هاجبرگ تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری پس از کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده‌ی سن و سابقه بیماری جسمی نشان داد اثر اصلی وجود خلق افسرده ($F=31/50, df=1, P<0/0001$) و تشخیص‌های PMS یا PMDD ($F=11/39, df=2, P<0/0001$) با افزایش میزان پرخاشگری همراه بود. اما اثر تعاملی آنها بر سطوح پرخاشگری معنی‌دار نبود ($P>0/05$). همچنین آزمون‌های تعقیبی نشان دادند تفاوت معنی‌داری بین تشخیص‌های PMS یا PMDD از نظر میزان پرخاشگری وجود نداشت ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: دختران نوجوان افسرده و آنهایی که تشخیص‌های PMS یا PMDD را دارند، پرخاشگری بیشتری را از خود نشان می‌دهند. از این یافته‌ها می‌توان برای طراحی مداخلات آموزشی و سلامت محور به منظور کاهش و پیشگیری از خشم و عصبانیت دختران نوجوان در دبیرستان‌ها استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: پرخاشگری، افسردگی، اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی، سندروم پیش از قاعدگی، نوجوان.

آدرس مکاتبه: رشت، بزرگراه خلیج فارس، مجتمع دانشگاهی گیلان،
دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.
پست الکترونیک: Rezaei_psy@hotmail.com

مقدمه

پرخاشگری به عنوان یک مشکل شدید و رو به افزایش و یکی از موضوعات اساسی بهداشت روانی در میان نوجوانان به حساب می‌آید (۱، ۲). مشکلات مربوط به بیان نامناسب خشم و پرخاشگری در روابط میان فردی، توجه بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده و آن را به لحاظ اجتماعی و سلامت عمومی به عنوان یک تجربه‌ی مخرب دوران نوجوانی در کانون توجه قرار داده است (۳). نوجوانی به دلیل تغییرات فیزیکی، هیجانی و شناختی متعدد، عمدتاً دوره‌ای پرفراز و نشیب رشد انسان تلقی شده و با توجه به عوامل استرس‌زای متعددی که امروزه در جوامع وجود دارد، خشم یک تجربه مشترک برای بسیاری از مردم به‌ویژه نوجوانان است (۴).

عموماً خشم در نوجوانان از شدت بالایی برخوردار است (۴، ۵) و مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند که در صورت عدم درمان، خشونت‌ورزی این گروه سنی، به مدت طولانی باقی می‌ماند (۶). از نظر تاریخی خشونت در دختران اغلب در همه مواقع خیلی ملایم، ناشایع و موقتی فرض شده است (۷)؛ بنابراین پژوهش در مورد رفتار پرخاشگرانه عمدتاً روی پسران متمرکز بوده است. در این زمینه پژوهش پیشگامانه‌ی موفیت^۱ (۸) نشان داد گذرگاه‌های محدود دوران نوجوانی در ارتباط با مشکلات سلوک علاوه بر گروه پسران، گریبان گروه دختران را نیز می‌گیرد. علاوه بر آن مطالعات دریافته‌اند که دختران دارای شروع زود هنگام پرخاشگری در ابتدای نوجوانی، پیامدهای اجتماعی و عملکردی ضعیف و مشابه با گروه مردان و یا حتی بدتر از آنها، از خود نشان می‌دهند (۹، ۱۰).

به دلیل اینکه گروه دختران کمتر از پسران دست به رفتارهای پرخاشگرانه می‌زنند، طبیعی است که تصور شود دختران دارای سطوح پرخاشگری کمتری هستند (۱۱). با این حال مشاهده شده است که تجربه‌ی دختران در احساسات پرخاشگرانه همانند گروه مردان است (۱۲). در تایید این یافته یک مطالعه در ایران نشان داد نسبت رفتار پرخاشگرانه، در نوجوانان هر دو جنس تقریباً برابر است (۱۳). اما در مطالعه دیگری (۱۴) برخلاف انتظار مشخص شد شیوع خشم و خشونت‌ورزی در گروه دختران چشمگیرتر از گروه پسران است (۱۱/۲٪ در برابر ۳/۸٪).

رابطه‌ی مستقیم بین علائم افسردگی و رفتارهای پرخاشگرانه پیشتر در مطالعات بالینی (۱۵) و همه‌گیرشناختی (۱۶) گزارش شده است. توجه به این رابطه ضروریست زیرا ممکن است رفتار پرخاشگرانه، هسته‌ی مرکزی علائم افسردگی را پنهان نماید (۱۷) و تمرکز بیش‌از حد بالینگران روی رفتارهای آشکار پرخاشگری می‌تواند آنگاه منجر به عدم تشخیص اختلال افسردگی بیانجامد. این مسأله به‌ویژه زمانی بیشتر مایه تأسف خواهد شد که بدانیم بازشناسی و درمان به‌موقع خشم نوجوانان می‌تواند عملکرد مخرب آنها را کاهش دهد (۱۸). به علاوه دختران افسرده‌ی دچار مشکلات رفتاری (منجمله پرخاشگری) در مقایسه با پسران، پیامدهای سلامتی و کارکردی ضعیف‌تر، اختلالات همزمان روان‌پزشکی بیشتر و حتی نرخ مرگ و میر بالاتری از خود نشان می‌دهند (۱۹، ۲۰).

^۱. Moffitt

PMDD دوره‌ای هستند و همزمانی محکمی با سیکل قاعدگی دارند؛ به همین دلیل وقوع این دسته از علائم خلقی طی دوره‌ی حاملگی و یائسگی متوقف می‌شود (۲۵).

طی دوره‌ی پیش از قاعدگی، شروع رخداد‌های افسردگی ممکن است مشاهده شود. تقریباً ۶۵٪ از زنان مبتلا به افسردگی تک‌قطبی^۵ PMS را تجربه کرده‌اند (۲۶). زنان مبتلابه PMS با فراوانی بیشتری، تشخیص افسردگی پس از زایمان را دریافت می‌کنند (۲۷). همچنین زنان مبتلابه سردرد به احتمال بیشتری طی PMS از عود سردرد رنج می‌برند (۲۸). مشکلات رفتاری مهم (نظیر افسردگی، پرخاشگری، تحریک‌پذیری و غیره) طی PMS رخ می‌دهد و عملکرد اجتماعی و شغلی بانوان را تضعیف می‌کند. البته علامت شناسی دقیق و شیوع این اختلال طی مطالعات مختلف، متفاوت به دست آمده است (۲۹،۳۰).

با مرور مطالعات گذشته می‌توان دریافت اهمیت و جایگاه رفتارهای پرخاشگرانه در دختران نوجوان مورد بازشناسی قرار گرفته است اما هنوز یافته‌های مرتبط با ویژگی‌های جنسیتی این گروه اندک هستند (۲). در این مطالعه نقش خلق افسرده که در دختران آشکارا شیوع بیشتری نسبت به پسران دارد (۳۱) و همچنین تجربه‌ی وابسته به جنسیت و چالش‌برانگیز اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی (PMDD) و سندرم پیش از قاعدگی (PMS) به سبب نقش کلیدی که در ایجاد

از ابتدای نوجوانی نسبت جنسیتی برای ابتلا به افسردگی به نحو چشمگیری برای جمعیت دختران بیشتر (نسبت ۲ به ۱) است (۲۱). همچنین مشخص شده‌است که تظاهرات رخداد‌های افسرده‌ساز^۱ می‌تواند بین دو جنس متفاوت باشد به ویژه در تحریک‌پذیری که علامت مرکزی افسردگی در افراد جوان است و در دختران بیش از پسران دیده می‌شود (۲۲). همانطور که خلق تحریک‌پذیر از طریق واکنش‌پذیری مفرط به محرک‌های هیجانی منفی مشخص می‌گردد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که افراد تحریک‌پذیر به احتمال بیشتری در پاسخ به محرک‌های تحریک‌آمیز، عصبانی یا پرخاشگر می‌شوند (۱۶). با توجه به سطوح بیشتر تحریک‌پذیری در دختران افسرده در مقایسه با پسران، می‌توان انتظار داشت که دختران نوجوان افسرده، پرخاشگری بیشتری از خود نشان دهند.

سندرم پیش از قاعدگی^۲ (PMS) یک اختلال شایع در میان دختران و زنان جوان است که از طریق علائم جسمی و هیجانی تشخیص داده می‌شود و به‌طور مداوم طی فاز لوتئال^۳ سیکل قاعدگی رخ داده و معمولاً با بند آمدن جریان قاعدگی خاتمه می‌یابد (۲۳). علائمی که طی دوره‌ی پیش از قاعدگی بدتر می‌شود ممکن است در ۲۰ تا ۴۰٪ از جمعیت زنان وجود داشته باشد. اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی^۴ (PMDD) نیز توسط مجموعه‌ای از علائم شدید عاطفی و جسمی مشخص می‌شود که در اواخر فاز لوتئال رخ می‌دهد و در مدت زمان کوتاهی پس از شروع خونروی برطرف می‌شود (۲۴). برخلاف اختلالات خلقی، ناراحتی‌های خلقی مرتبط با

1. Depressive Episodes

2. Premenstrual Syndrome(PMS)

3. Luteal

4. Premenstrual Dysphoric Disorder(PMDD)

5. Unipolar

تحریک‌پذیری و پرخاشگری دختران نوجوان ایفا می‌کند (۳۲) مورد بازشکافی قرار گرفته است. با توجه به نکات مطرح شده پژوهش حاضر قصد دارد نقش خلق افسرده، اختلال دیسفوریک و سندروم پیش از قاعدگی را در تعیین سطوح پرخاشگری دختران نوجوان ارزیابی نماید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر و از نوع مشاهده‌ای (غیرآزمایشی) و تحلیلی بود که به روش مقطعی اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش آموزان دختر دبیرستانی بود که در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ در شهرستان لاهیجان و سنگر (شمال ایران) مشغول به تحصیل بودند. بر اساس استعلام از مدیریت آموزش پرورش شهرستان لاهیجان و سنگر در این سال ۴۰۰۰ دانش آموز دختر در دبیرستان‌های متوسطه این دو شهر شاغل به تحصیل بودند. از میان دانش آموزان مدارس لاهیجان و سنگر از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۵۱۰ دانش آموز انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه با توجه نسبت F ، اثرات اصلی و تعاملی متغیرهای مستقل و ورود ۲ متغیر همپراش از نسخه ۳.۱.۹.۲ برنامه نرم افزاری G*Power استفاده شد (۳۳) و با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول (آلفا)^۱ در سطح ۰/۰۱ (سطح اطمینان ۰/۹۹)، سطح بیشینه‌ی توان آزمون^۲ برابر با ۰/۹۹ و اندازه اثری^۳ به‌بزرگی ۰/۲۵ حجم نمونه معادل ۴۴۴ نفر به‌دست آمد که به منظور مقابله با مقادیر پرت و تکمیل ناموفق برخی از آزمون‌ها با لحاظ نمودن

۱۵٪ ریزش^۴ حجم نمونه نهایی به ۵۱۰ نفر افزایش یافت. هریک از دانش‌آموزان به پرسشنامه‌های پرخاشگری اهواز^۵، فرم کوتاه افسردگی بک^۶ و ابزار غربالگری علائم قبل از قاعدگی^۷ پاسخ دادند.

پرسشنامه پرخاشگری اهواز پرسشنامه‌ای مبتنی بر هنجار ایرانی است که توسط زاهدی‌فر (۳۴) ساخته شد. این ابزار مشتمل بر ۳۰ ماده است که ۱۴ ماده آن عامل خشم و ۸ ماده آن عامل تهاجم و ۸ ماده، عامل کینه توزی را می‌سنجد. در پژوهش حاضر از نمره کل این پرسشنامه برای تحلیل‌های آماری استفاده شد. ضرایب پایایی بازآزمایی به دست آمده بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت ۰/۷۰ بوده است. برای سنجش اعتبار پرسشنامه از اجرای همزمان چند مقیاس از جمله پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ) استفاده شد که ضرایب همبستگی این پرسشنامه با ابزارهای نامبرده در جهات مورد انتظار معنادار به دست آمد. در مجموع محققان نتیجه گرفتند که ضرایب اعتبار این پرسشنامه رضایت‌بخش می‌باشد (۳۴). در پژوهش حاضر پایایی همسانی درونی این پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شد.

1. Type I Error (Alpha)
2. Power
3. Effect Size
4. Dropout
5. Ahvaz Aggression Inventory
6. Short Version Of Beck Depression Inventory
7. Premenstrual Symptoms Screening Too

فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13) ابزاری برای تسهیل اجرای سریع سنجش علائم افسردگی در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی است (۳۵). این ابزار ۱۳ ماده‌ی خودگزارشی دارد که ابعاد شناختی، عاطفی و جسمانی افسردگی را می‌سنجد. هر گزاره این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گویه‌ای است که دامنه‌ی آن از صفر تا ۳ مرتب شده و بیشینه و کمینه نمره‌ی آن بین ۳۹ و صفر است. بر اساس تحلیل عاملی، در نمونه ایرانی دو عامل عاطفه منفی نسبت به خود و بی‌لذتی را شناسایی شده است. همچنین آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ و ضریب همبستگی همزمان آن را با فرم بلند همین آزمون (BDI-21) برابر با ۰/۶۷ به دست آمده است. در مجموع شواهد نشان می‌دهد که فرم کوتاه BDI واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و غربالگری افسردگی در جامعه بهنجار ایران است (۳۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد و از نقطه برش ۱۶ و بالاتر BDI-13 (۳۶) برای جدا کردن دختران نوجوان دارای خلق افسرده از سایر نمونه‌ها استفاده شد.

ابزار غربالگری علائم قبل از قاعدگی (PSST) برای تشخیص اختلال دیسفوریک و سندرم پیش از قاعدگی به کار می‌رود. PSST معیارهای طبقه‌بندی شده DSM-IV را به یک مقیاس درجه‌بندی براساس شدت بیماری تبدیل می‌کند و با مطرح کردن ۱۹ سوال سعی دارد، تاثیر علائم این سندرم را در زندگی افراد نشان دهد (۳۷). بخش اول این ابزار شامل ۱۴ سوال می‌باشد که علائم خلقی، جسمی و رفتاری را

می‌سنجد و بخش دوم این ابزار تاثیر علائم قسمت اول را بر زندگی افراد ارزیابی می‌کند و متشکل از ۵ سوال است. برای هر سوال ۴ معیار اصلا، خفیف، متوسط و شدید قرار داده شده که از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. جهت تشخیص PMS (با درجات متوسط و شدید) سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: الف) از سوال یک تا چهار حداقل یک مورد متوسط یا شدید توسط آزمودنی گزارش شده باشد. ب) علاوه بر مورد قبلی، از سوال یک تا چهارده حداقل ۴ مورد توسط آزمودنی متوسط یا شدید گزارش شده باشد. و د) در بخش تاثیر علائم بر زندگی (۵ سوال آخر) دست کم یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. جهت تشخیص PMDD نیز سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: الف) از سوال یک تا چهار حداقل یک مورد شدید گزارش شده باشد. ب) علاوه بر مورد قبلی از سوال یک تا چهارده حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید گزارش شده باشد. د) در بخش تاثیر علائم بر زندگی (۵ سوال آخر) یک مورد شدید وجود داشته باشد. در ایران پایایی همسانی درونی سوالات این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در بخش علائم ۰/۹۰ و در بخش تاثیر علائم بر زندگی ۰/۹۱ و در کل سوالات ۰/۹۳ به دست آمد. پژوهشگران همچنین روایی محتوایی مطلوبی را با بکارگیری پانل خبرگان برای PSST گزارش نمودند (۳۸). در پژوهش حاضر پایایی همسانی درونی این ابزار از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

از روش میدانی برای گردآوری داده‌ها و اجرای پرسشنامه‌ها در میان نوجوانان استفاده شد. توزیع پرسشنامه‌ها نیز با روش

کوواریانس تک‌متغیری (UNIANCOVA) در قالب طرح فاکتوریل ۲×۳ استفاده شد.

یافته‌ها

از ۵۱۰ پرسشنامه توزیع شده (AAI, BDI-13, PSST) ۴۷۵ نفر به‌طور کامل به آزمون‌ها پاسخ دادند (اعتبار پیمایش ۹۳٪) و این تعداد برای تجزیه و تحلیل‌های استنباطی مورد استفاده قرار گرفت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۵/۸۰±۱/۰۲ بود که در دامنه‌ی ۱۳ تا ۱۸ سال قرار داشت. آخرین معدل اکتسابی شرکت‌کنندگان نیز ۱۶/۵۶±۲/۹۰ گزارش شد که کمینه و بیشینه‌ی آن بین ۱۱ تا ۱۹/۹۶ به‌دست آمد. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

جدول شماره ۱: فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب پایه و رشته تحصیلی (n=۵۱۰)

متغیرها	فراوانی (n)	درصد (%)
پایه تحصیلی		
اول دبیرستان	۱۴۷	۲۸/۹
دوم دبیرستان	۱۰۶	۲۰/۸
سوم دبیرستان	۲۵۶	۵۰/۳
رشته تحصیلی		
اول (عمومی)	۱۴۷	۲۸/۹
علوم انسانی	۱۹۹	۳۹/۱
علوم تجربی	۹۴	۱۸/۵
ریاضی فیزیک	۳۹	۷/۷
کاردانش	۳۰	۵/۹

از میان ۵۱۰ شرکت‌کننده در این پژوهش تعداد ۹۳ نفر (۱۸٪) سابقه بیماری جسمی نظیر کم‌خونی، دیابت نوع اول، آسم، تیروئید، میگرن و سایر بیماری‌های جسمی را گزارش نمودند. تحلیل‌های همبستگی نشان داد بین متغیر وابسته (پرخاشگری) و متغیرهای جمعیت شناختی سن و سابقه

مراجعه حضوری به مدارس منتخب، به صورت گروهی و با کسب رضایت، حفظ گمنامی و محرمانه بودن اطلاعات انجام شد. پس از ارائه توضیحات کوتاهی به دانش‌آموزان در مورد پرسشنامه‌ها و نحوه تکمیل آنها، ابزارها در اختیارشان قرار می‌گرفت. به این ترتیب هر نوجوان می‌بایست ۳ پرسشنامه اصلی به همراه یک پرسشنامه مربوط به اطلاعات فردی که اطلاعاتی نظیر سن، پایه و رشته تحصیلی و سابقه بیماری جسمی را می‌پرسید، تکمیل می‌کرد. معیارهای ورود به مطالعه دربرگیرنده‌ی جنسیت دختر، رضایت برای شرکت در مطالعه، قرار داشتن در دامنه‌ی سنی ۱۲ تا ۱۹ سال بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل جنسیت پسر، دانش‌آموزانی که به هردلیلی هنگام اجرای نمونه‌گیری‌ها از مدرسه غیبت داشتند، عدم رضایت برای پاسخ به آزمون‌ها، قرار گرفتن در محدوده‌ی سنی زیر ۱۲ و بالای ۱۹ سال می‌شد.

در پژوهش حاضر برای توصیف داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی نظیر درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار (SD $M \pm$) و دامنه تغییرات به کار گرفته شد. در قسمت آمار استنباطی برای تعیین رابطه میان متغیرهای فاصله‌ای از ضریب همبستگی پیرسون و برای تعیین رابطه‌ی متغیرهای اسمی دو سطحی نظیر سابقه بیماری جسمی با متغیرهای فاصله‌ای از ضریب همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای^۱ استفاده شد. همچنین به منظور تعیین نقش متغیرهای مستقل (خلق افسرده و وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD) بر نمره کل پرخاشگری پس از کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده از تحلیل

بیماری جسمی (با کدگذاری تصنعی ۰ و ۱) رابطه معنی داری به ترتیب به میزان ۰/۱۱ و ۰/۱۳ وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بدین مفهوم که میزان پرخاشگری با افزایش سن و وجود سابقه بیماری جسمی در دختران نوجوان افزایش می‌یابد. از این رو به عنوان همپراش در تحلیل کوواریانس تک متغیری وارد شدند تا اثر مداخله‌کنندگی این متغیرها کنترل شود. علاوه بر آن بین متغیر پرخاشگری و معدل دختران نوجوان رابطه‌ای مشاهده نشد ($P < ۰/۰۵$).

جدول شماره ۲ مشخصه‌های آماری شامل میانگین و انحراف معیار نمرات پرخاشگری شرکت‌کنندگان در دختران با و بدون خلق افسرده و نیز وضعیت ابتلا به PMS و PMDD را نشان می‌دهد. هیچ نمره‌ی پرت تک و چندمتغیری در متغیر وابسته (نمره کل پرسشنامه پرخاشگری) بر حسب متغیرهای مستقل مشاهده نشد. نتایج آزمون لوین برای تحلیل کوواریانس تک

متغیری نشان داد واریانس خطای کلیه گروه‌ها در متغیر وابسته نمره کل خشم برابر می‌باشد ($F = ۰/۶۲۸$, $P = ۰/۶۷۸$). پیشنهاد شده است در مواقعی که تعداد گروه‌ها ۳ یا بیشتر است و فرض برابری واریانس گروه‌ها (یا وجود همگنی در واریانس‌های خطای متغیر وابسته) برقرار می‌باشد، از آزمون تعقیبی GT2 هاچبرگ^۱ استفاده شود که جهت مقایسه نمونه‌هایی با حجم بسیار متفاوت و نابرابر طراحی شده است (۳۹). از این رو در جدول ۳- نتایج UNIANCOVA نمره کل پرسشنامه پرخاشگری در گروه‌های مختلف از نظر خلق افسرده، تشخیص‌های PMS و PMDD و اثرات تعاملی میان آنها در قالب طرح فاکتوریل ۲×۳ اجرا شد (سه سطح از نظر وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD و دو سطح از نظر وجود یا عدم وجود خلق افسرده).

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمره کل پرسشنامه پرخاشگری در دختران نوجوان با و بدون خلق افسرده و نیز وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD (n=۴۷۵)

متغیرها	وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	آزمون‌های تعقیبی Hochberg's GT2	
وضعیت خلق افسرده	ندارد	۳۱/۸۷	۱۲/۷۶	۱۵۶		
	PMS	۴۱/۸۲	۱۳/۵۹	۱۸۷		
	PMDD	۴۳/۶۵	۱۵/۹۷	۶۸		
	جمع	۳۸/۳۱	۱۴/۶۱	۴۱۱		
	دارد	۴۲/۲۱	۱۴/۹۲	۱۴		
	PMS	۵۲/۰۳	۲۰/۱۴	۳۲		
	PMDD	۵۸/۰۵	۱۴/۸۵	۱۸		
	جمع	۵۱/۸۰	۱۸/۲۴	۶۴		
	جمع کل	ندارد (۱)*	۳۲/۷۲	۱۳/۲۸	۱۷۰	۲ < ۳
		PMS (۲)	۴۳/۳۱	۱۵/۱۱	۲۱۹	۳=۲
		PMDD (۳)	۴۶/۶۶	۱۶/۷۲	۸۶	
		جمع	۴۰/۱۳	۱۵/۸۲	۴۷۵	

* اعداد داخل پرانتز در ستون وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD به شماره‌هایی اشاره دارد که تفاوت‌های معنادار گروه‌ها از نظر پرخاشگری را در سطح اطمینان ۹۵٪ در ستون آخر، با عنوان آزمون‌های تعقیبی نشان می‌دهد

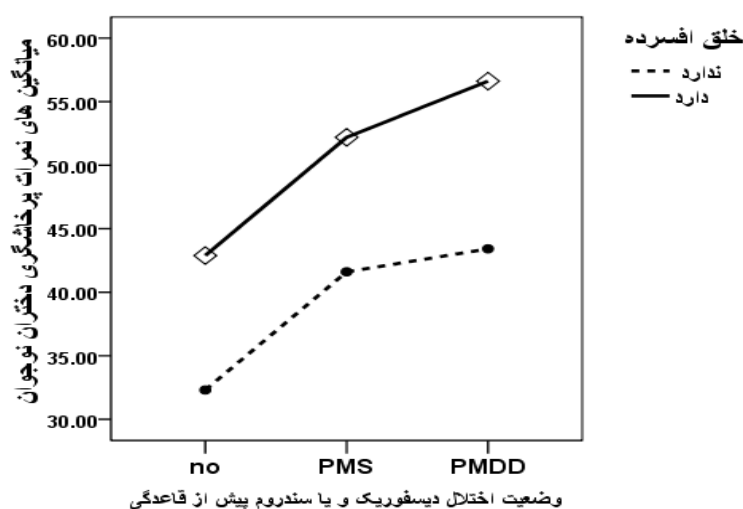
1. Hochberg's GT2

جدول ۳: نتایج UNIANCOVA نمره کل پرسشنامه پرخاشگری در دختران نوجوان با و بدون خلق افسرده و نیز وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD (n=۴۷۵)

شاخص‌های UNIANCOVA					منابع تغییر
P-Value	η^2	F	MS	df	
۰/۰۰۰۱	۰/۰۶	۳۱/۵۰	۶۳۰۱/۹۸	۱	اثر اصلی خلق افسرده
۰/۰۰۰۱	۰/۰۵	۱۱/۳۹	۲۲۷۹/۶۱	۲	اثر اصلی وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD
۰/۸۳۸	۰/۰۱	۰/۱۸	۳۵/۳۳	۲	اثر تعاملی خلق افسرده × وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD
۰/۸۳۸	۰/۰۱	۰/۱۸	۳۵/۳۳	۲	اثر تعاملی خلق افسرده × وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD

GT2 هاجبرگ در جدول ۲ می‌توان دریافت تفاوتی میان دوگروه دختران دارای PMS و PMDD از نظرت نمره پرخاشگری وجود ندارد. در این میان اثرات تعاملی خلق افسرده × وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD بر سطوح پرخاشگری معنی‌دار به دست نیامد؛ بدین مفهوم که اثر ابتلا به PMS یا PMDD در گروه‌های با و بدون خلق افسرده تفاوتی از نظر سطوح پرخاشگری ایجاد نمی‌کند. نمودار ۱- اثرات متغیرهای مستقل خلق افسرده و وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD بر نمره کل پرخاشگری را نشان می‌دهد

همانطور که نتایج ANCOVA تک‌متغیری در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، اثر اصلی متغیرهای خلق افسرده و وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD بر نمره کل پرخاشگری معنی‌دار است که با توجه به مقادیر میانگین‌ها در جدول ۲- می‌توان گفت دختران نوجوان دارای خلق افسرده و آنهایی مبتلا به PMS یا PMDD هستند سطح پرخاشگری بیشتری را از خود نشان می‌دهند. همچنین برحسب شاخص مجذور η^2 مشاهده می‌شود که تنها ۶ و ۵ درصد از تغییرات نمرات پرخاشگری به ترتیب مربوط به متغیرهای خلق افسرده و وضعیت ابتلا به PMS یا PMDD است. با توجه به نتایج آزمون آزمون تعقیبی



ارتکاب به خودکشی و رفتارهای خودزنی در دختران نوجوان افسرده بیشتر از همگروه پسران است (۲۰۱۵،۴۰).

سال‌ها پیش این اندیشه مطرح شد که زنان ممکن است، طی دوران پیش از قاعدگی زودنچ‌شده و رفتاری خشمناک از خود نشان دهند (۴۱). بنابراین به دست آمدن رابطه میان تشخیص‌های PMS و PMDD با سطوح افزایش‌یافته پرخاشگری به‌ویژه برای دختران نوجوانی که تجربه و آگاهی کمتری از این واقعه‌ی نو ظهور جسمی و عاطفی دارند، برای ما چندان دور از انتظار نبود. این یافته با نتایج سایر پژوهش‌ها در یک راستا قرار داشت (۴۲،۴۳،۴۴). اگرچه در مطالعات قبلی مشخص شده است که PMDD در دوران پیش از قاعدگی می‌تواند میزان پرخاشگری را تشدید نماید (۳۲)؛ اما مشاهده شده است که PMDD می‌تواند مستقل از افسردگی، به سطوح بالاتر خشم و تحریک‌پذیری بیانجامد (۴۴). محققان دریافته‌اند هر یک از سنجش‌های خشم حالتی و صفتی^۱ در زنان مبتلابه PMDD بیشتر از زنان گروه کنترل است و بیشتر احتمال دارد آنها پس از زایمان سابقه‌ی تشخیص روانپزشکی را دریافت نمایند (۴۲).

یافته‌های پژوهش حاضر به طور مشخص نشان داد تفاوتی میان دختران مبتلابه PMS و PMDD از نظر سطوح پرخاشگری در گروه‌های با و بدون خلق افسرده وجود ندارد و هر دو گروه با درجات مشابه خشم را تجربه می‌کنند اما وقتی دختران افسرده‌ی دارای این دو تشخیص با گروه بدون خلق افسرده و نیز بدون تشخیص‌های PMS و PMDD مقایسه

باتوجه به نمودار رسم شده و نیز اطلاعات جدول-۲ می‌توان دریافت سطوح پرخاشگری در میان دختران نوجوان فاقد خلق افسرده بدون PMS و PMDD کمتر است و در مقابل دختران نوجوان دارای خلق افسرده که مبتلابه PMS یا PMDD هستند بالاترین سطوح پرخاشگری را تجربه می‌کنند.

بحث

هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی نقش خلق افسرده، اختلال دیسفوریک و سندرم پیش قاعدگی در سطوح پرخاشگری دختران نوجوان بود. یافته‌های پژوهش حاضر فرضیه‌ی همراهی بین خلق افسرده و رفتار پرخاشگرانه در دختران نوجوان را تایید می‌کند. همسو با این مطالعه، پژوهش‌های گذشته نیز خاطرنشان کردند رفتارهای پرخاشگرانه با فراوانی بیشتری در افراد دچار اختلالات هیجانی و خلقی مشاهده می‌شود (۲۰۱۵،۲۱،۲۲). علاوه بر آن مشخص شده است که عنصر تحریک‌پذیری رفتار پرخاشگرانه با شدت بیشتری در جمعیت دختران می‌تواند نقش کلیدی در تشدید رابطه میان افسردگی و پرخاشگری ایفا نماید (۲۰۱۵،۲۲،۴۰). این یافته احتمالاً تصریح می‌کند که خلق افسرده می‌تواند وقوع رفتارهای تکانشی را در دختران تقویت نموده و به بروز رفتار پرخاشگرانه بیانجامد. اگر چنین تفسیری را بپذیریم؛ می‌توانیم انتظار داشته باشیم که میزان بالای رفتارهای پرخاشگرانه در دختران افسرده، بدون نقشه‌ی قبلی و تکانشی است. در همین زمینه مطالعات پیشین نشان داده‌اند که شیوع

^۱. state and trait

شدند، دریافتیم گروه اخیر پایین‌ترین سطح پرخاشگری را تجربه می‌کند. اگر ما علل زیست‌شناختی و روانی-اجتماعی پرخاشگری را در نظر بگیریم، خواهیم دید درمان‌هایی که منجر به کاهش میزان سروتونین در مغز شده‌اند می‌توانند میزان پرخاشگری را در مدل‌های حیوانی افزایش دهد (۴۵،۴۶). این یافته‌ها پیشنهاد می‌کند که خشم و سندرم پیش از قاعدگی احتمالاً ریشه‌های مشترکی در فرضیه کاهش سروتونین دارند. علاوه بر این در ادبیات پژوهش رابطه‌ی میان سطوح تستوسترون، کورتیزول و آندروژن با سنجش خشم در زنان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که البته نتایج متعارض و ناپایایی به بار آورده است (۴۷-۵۰). بنابراین تا مشخص شدن یک الگوی روشن از نحوه‌ی تاثیرگذاری آنها بر سطوح پرخاشگری نمی‌توان بر این نتایج کاملاً تکیه کرد.

مطالعه حاضر محدودیت‌هایی با خود به همراه دارد. خلق افسرده و تشخیص‌های PMS و PMDD از طریق تکیه بر داده‌های خودگزارشی^۱ و نقاط برش پیشنهادی پرسشنامه‌ها تعریف شده‌اند. بنابراین واضح است که با تغییر ابزارهای اندازه‌گیری و یا حتی نقاط برش، پایایی و تکرارپذیری نتایج کاهش یابد. همچنین طرح پژوهش به ما اجازه‌ی استنباط روابط علیتی را نداده و اطلاعاتی و در مورد جهت رابطه‌ی میان علائم افسردگی، تشخیص‌های PMS و PMDD و پرخاشگری فراهم نمی‌آورد. سرانجام مطالعه حاضر بر داده‌های مبتنی بر دبیرستان استوار بوده و نتایج آن قابل تعمیم به سایر دختران نوجوان نیست. با نگاهی ضرایب مجذور اتا می‌توان دریافت سهم اندکی از پرخاشگری نمونه حاضر قابل اسناد

مستقیم به متغیرهای مستقل است. بنابراین برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌کنیم نقش آسیب‌شناسی روانی والدینی و فشار درون خانوادگی روی دختران نوجوان به عنوان یک منبع مهم ایجاد تعارض و مقابله‌جویی بررسی شود. در مقایسه با پسران نوجوان، تصور می‌شود دختران نوجوان زودتر با دگرگونی‌های زیستی، هورمونی و چالش‌های هویت‌یابی مواجه شوند؛ بنابراین سنجش تفاوت‌های جنسیتی در زمینه‌های مذکور به منظور گردآوری اطلاعات بیشتر، پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع مطالعه‌ی حاضر روشن ساخت دختران نوجوان افسرده و آنهایی که تشخیص‌های PMS و PMDD را دریافت می‌کنند، پرخاشگری بیشتری را از خود نشان می‌دهند. همچنین تفاوتی از نظر وجود تشخیص‌های PMS و PMDD از نظر میزان پرخاشگری وجود ندارد. با همکاری کارشناسان بهداشت روان مدارس، از این یافته‌ها می‌توان برای طراحی مداخلات آموزشی و سلامت محور به منظور کاهش و پیشگیری از خشم و عصبانیت دختران نوجوان در دبیرستان‌ها استفاده نمود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بدینوسیله از کلیه همکارانی که امکان نمونه‌گیری بهتر را در مدارس شهرهای سنگر و لاهیجان فراهم نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. نتایج این پژوهش ارتباطی با منافع شخصی نویسندگان نداشته است.

1- self-report

References

1. Wang S, Zhang W, Li D, Yu C, Zhen S, Huang S. Forms of aggression, peer relationships, and relational victimization among Chinese adolescent girls and boys: roles of prosocial behavior. *Front Psychol*. 2015; 21(6):1-12.
2. Benarous X, Hassler C, Falissard B, Consoli A, Cohen D. Do girls with depressive symptoms exhibit more physical aggression than boys? A cross sectional study in a national adolescent sample. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2015;9(1):1-8.
3. Painuly N, Sharan P, Mattoo SK. Relationship of anger and anger attacks with depression: a brief review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;255(4):215-22.
4. Pullen L, Modrcin MA, McGuire SL, Lane K, Kearney M, Engle S. Anger in Adolescent Communities: How Angry Are They? *Pediatric nursing*. 2015;41(3):135-40.
5. Roberts JH. Adolescent Anger or Angst? *Br J Gen Pract*. 2008; 58(548): 207.
6. Bor W. Prevention and treatment of childhood and adolescent aggression and antisocial behaviour: a selective review. *Aust NZ J Psychiatry*. 2004;38(5):373-80.
7. Pajer KA. What happens to "bad" girls? A review of the adult outcomes of antisocial adolescent girls. *Am J Psychiatry* 1998;155(1):862-70.
8. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993;100(1):674-701.
9. Brennan LM, Shaw DS. Revisiting data related to the age of onset and developmental course of female conduct problems. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2013;16(1):35-58.
10. Odgers CL, Moffitt TE, Broadbent JM, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, et al. Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. *Dev Psychopathol* 2008;20(2):673-716.
11. Crick NR, Grotpeter JK. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Dev* 1995;66(3):710-22.
12. Apter A, Gothelf D, Orbach I, Weizman R, Ratzoni G, Har-Even D, et al. Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(7): 912-8.
13. Torshizi M, Saadatjoo SA. Aggressiveness and the related issue in secondary school students in Birjand. *Modern Care, Sci Quart Birjand Nurs Mid Facul*. 2012; 9 (4): 355-363. [In Persian]
14. Parvaz R, Delavar A, Dortaj F. Construction and standardization of multidimensional anger scale in high

- school students. *J Educ Meas.* 2012; 2(5): 41-66. [In Persian]
15. Holler K, Kavanaugh B. Physical aggression, diagnostic presentation, and executive functioning in inpatient adolescents diagnosed with mood disorders. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2013;44(4):573-81.
16. Wolff JC, Ollendick TH. The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2006;9(3-4):201-20.
17. Fallucco EM, Conlon MK, Gale G, Constantino JN, Glowinski AL. Use of a standardized patient paradigm to enhance proficiency in risk assessment for adolescent depression and suicide. *J Adolesc Health.* 2012;51(1):66-72.
18. Zuckerbrot RA, Jensen PS. Improving recognition of adolescent depression in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(7):694-704.
19. Diamantopoulou S, Verhulst FC, van der Ende J. Gender differences in the development and adult outcome of co-occurring depression and delinquency in adolescence. *J Abnorm Psychol.* 2011;120(3):644-55.
20. Pajer KA, Kazmi A, Gardner WP, Wang Y. Female conduct disorder: health status in young adulthood. *J Adolesc Health.* 2007;40(1):84.e1-7.
21. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Critical review.* *Br J Psychiatry.* 2000;177(6):486-92.
22. Nardi B, Francesconi G, Catena-Dell'osso M, Bellantuono C. Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013;17(11):1546-51.
23. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28(3):1-23.
24. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci.* 2000;25(5):459-68.
25. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders.* American Psychiatric Publishing . 2005.
26. Landén M, Eriksson E. How does premenstrual dysphoric disorder relate to depression and anxiety disorders? *Depress Anxiety.* 2003;17(3):122-9.
27. Sylvén SM, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(2):178-84.

28. Sundic A, Zidverc-Trajkovic J, Vujovic S, Sternic N. Perimenstrual headache: migraine without aura or premenstrual syndrome symptom? *Vojnosanit Pregl.* 2010;67(12):969-76.
29. Fornaro M, Perugi G. The impact of premenstrual dysphoric disorder among 92 bipolar patients. *Eur Psychiatry.* 2010;25:450-4.
30. Miyaoka Y, Akimoto Y, Ueda K, Ujiie Y, Kametani M, Uchiide Y, et al. Fulfillment of the premenstrual dysphoric disorder criteria confirmed using a self-rating questionnaire among Japanese women with depressive disorders. *Biopsychosoc Med.* 2011;5(5): 1-8.
31. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev.* 2008;115(2):291-313.
32. Firoozi R, Kafi M, Salehi I, Shirmohammadi M. The Relationship between Severity of Premenstrual Syndrome and Psychiatric Symptoms. *Iran J Psychiatry.* 2012;7(1):36-40.
33. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91.
34. Zahedifar Sh, Najarian F, Shokrkon H. Construction and Validation of a scale for measuring aggression. *Ahavz Shahid Chamran University of Educational Sciences and Psychology.* 2000; 7(3):73-102.
35. Rajabi GR. Psychometric Properties of Beck Depression Inventory Short Form Items (BDI-13). *Iran J Psychiatry.* 2005; 4 (1):291-298.[In Persian]
36. Fathi-Ashtiani A. Psychological Tests: personality and mental health. Tehran: Besat publication; 2009: 35-52.
37. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health.* 2003; 6(3): 203-9.
38. Siahbazi Sh, Hariri FZ, Montazeri A, Moghaddam Banaem L, Hajizadeh I. Article Title: Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). *Payesh.* 2011; 10(1): 421-427.[In Persian]
39. Habibpoor, K. and Safari, R., 2011, *Comprehensive Manual for Using SPSS in Survey Researches*, 1st Ed, Louye Press, Tehran. [In Persian]
40. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(8):831-40.

41. Spielberger CD, Gerard J, Russel S, Rosario C. Assesment of anger: the State-Trait Anger Scale. *Advances in Personality Assessment*. 1983;2(1):161-89.
42. Soyda Akyol E, Karakaya Arisoy EÖ, Cayköylü A. Anger in women with premenstrual dysphoric disorder: its relations with premenstrual dysphoric disorder and sociodemographic and clinical variables. *Compr Psychiatry*. 2013;54(7):850-5.
43. Adiguzel H, Taskın HO, Danacı AE. The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007;18(3):215-22.
44. Hartlage SA, Arduino KE. Toward the content validity of premenstrual dysphoric disorder: do anger and irritability more than depressed mood represent treatment-seekers' experiences?. *Psychol Rep*. 2002;90(1): 189-202.
45. Ho H, Olsson M, Westberg L, Melke J, Eriksson E. The serotonin reuptake inhibitor fluoxetine reduces sex steroid-related aggression in female rats: an animal model of premenstrual irritability? *Neuropsychopharmacology*. 2001; 24(1): 502-10.
46. Schneider T, Popik P. Attenuation of estrous cycle-dependent marble burying in female rats by acute treatment with progesterone and antidepressants. *Psychoneuroendocrinology*. 2007;32:6 51-97.
47. Barry JA, Hardiman PJ, Saxby BK, Kuczmierczyk A. Testosterone and mood dysfunction in women with polycystic ovarian syndrome compared to subfertile controls. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2011;32(2):104-11.
48. Sanchez-Martín JR, Azurmendi A, Pascual-Sagastizabal E, Cardas J, Braza F, Braza P, et al. Androgen levels and anger and impulsivity measures as predictors of physical, verbal and indirect aggression in boys and girls. *Psychoneuroendocrinology*. 2011;36(5):750-60.
49. Eriksson E, Sundblad C, Lisjo P, Modigh K, Andersch B. Serum levels of androgens are higher in women with premenstrual irritability and dysphoria than in controls. *Psychoneuroendocrinology*. 1992; 17(2-3): 195-204.
50. Bloch M, Schmidt PJ, Su TP, Tobin MB, Rubinow DR. Pituitary-adrenal hormones and testosterone across the menstrual cycle in women with premenstrual syndrome and controls. *Biol Psychiatry*. 1998; 43(12):897-903.

Aggression in Adolescent Girls: Role of Depressive Mood, Dysphoric Disorder and Premenstrual Syndrome

Rezaei S¹, Reshadaty S², Gholipoor-Bazkiagorab F³, Mousavi SV⁴

1. Ph.D in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
2. MSc in Psychology, Department of Counseling, Guilan Education and Training Organization, Rasht, Iran.
3. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad university central Tehran branch, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

Abstract

Background and Aim: Aggression is a destructive experience in terms of social and public health. The aim of the present research was to determine the role of depressive mood, Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) and Premenstrual Syndrome (PMS) in adolescent girls' aggression.

Materials and Methods: In the present cross-section-analytical study 510 female students were selected by multistage cluster sampling from Lahijan and Sangar high schools (northern Iran) in the 2014-2015 academic years and each of them responded to the short version of Beck Depression Inventory (BDI-13), Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and Ahvaz Aggression Inventory (AAI). Data were analyzed by Point-biserial and Pearson's correlation coefficients, Univariate Analysis of Covariance (UNIANCOVA) in the form of 2×3 factorial design and Hochberg's GT2 post hoc test were also employed.

Results: The questionnaires of 475 students were returned correctly (survey validity=93%). The results of UNIANCOVA after adjustment for confounding variables such as age and history of physical illness revealed that the existence of main effect for depressive mood ($F=31.50$, $df=1$, $P<0.0001$) and PMS and PMDD diagnoses ($F=11.39$, $df=2$, $P<0.0001$) is associated with increased aggression. But there were no significant interaction effects on levels of aggression ($P>0.05$). Also, post hoc tests revealed no significant differences between the diagnosis of PMS or PMDD in terms of aggression ($P>0.05$).

Conclusion: Depressed adolescent girls and those who receive a PMS or PMDD diagnosis, will develop more aggression. These findings can be used in high schools for designing the educational and health-based interventions in order to reduce and prevent from anger and resentment in adolescent girls.

Keywords: Aggression, Depression, Premenstrual Dysphoric Disorder, Premenstrual Syndrome, Adolescent