

تأثیر سختی هیجانی بر قاعدگی دردناک در زنان شاغل

مریم صراف^۱، مجتبی امیر مجد^۲

^۱ استادیار موسسه آموزش عالی بصیر آبیگ، گروه روان شناسی.

^۲ دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، گروه روان شناسی، ابهر، ایران.

نام نویسنده مسئول:

مریم صراف

چکیده

هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر سختی هیجانی بر قاعدگی دردناک بین زنان شاغل در بخش خدمات و صنعت در شهر تهران بود. ۴۷۵ شرکت کننده با روش تصادفی طبقه ای مورد تحلیل قرار گرفتند. سختی هیجانی با استفاده از پرسشنامه ساختار یافته، با دو خرده مقیاس کنش عمقی و کنش سطحی اندازه گیری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون مجذور کای دو و رگرسیون لجستیک استفاده گردید.

یافته ها نشان داد شیوع قاعدگی دردناک در بین کارکنان صنعت ۴۳/۴٪ و خدمات ۶۱/۵٪ است (OR) کنش عمقی و کنش سطحی برای قاعدگی دردناک در کارکنان بخش خدمات با فاصله اطمینان ۹۵٪ به ترتیب ۱/۹۲ و ۱/۷۶ بود. OR کنش عمقی و کنش سطحی برای قاعدگی دردناک در کارکنان بخش صنعت با فاصله اطمینان ۹۵٪ به ترتیب ۱/۷۵ و ۱/۱۹ بود. نتایج پژوهش حاکی از آن است که سختی هیجانی بر قاعدگی دردناک در کارکنان زن مرتبط است. لذا برای ارتقاء کیفیت سلامت در زندگی زنان شاغل، به مداخلاتی برای پیشگیری از قاعدگی دردناک نظیر آموزش استراتژی های مدیریت سختی هیجانی ضروری است.

واژگان کلیدی: سختی هیجانی، کنش عمقی، کنش سطحی، قاعدگی دردناک، کارکنان بخش خدمات، کارکنان بخش صنعت.

مقدمه

با افزایش تعداد زنان شاغل، جمعیت زنان شاغل در ایران در ۱۳۹۵ به ۳۸۸۰۰۰۰ نفر رسیده است. که ۱۴/۹٪ جمعیت شاغل در سال ۱۳۹۵ را در برمی گیرد [۱]. براساس طبقه بندی شغلی، زنان بیشتر در بخش خدمات (۵۲/۸) مشارکت بالایی دارند. در تهران در دو بخش خدمات ۵۱۴۵۳۱۰ کارمند (۷۷/۱) و بخش صنعت، ۱۴۶۸۲۹ (۲۲٪) کارمند را زنان تشکیل می دهند [۲].

یک تفاوت کلیدی بین مشاغل خدمات و تولیدی این است که کارکنان تولید، تجهیزات را برای تولید کالا مورد استفاده قرار می دهند در حالیکه کارکنان بخش خدمات در تعاملات با مشتریان نقشی اساسی دارند [۳]. در کتاب قلب مدیریت شده (۱۹۹۳)، هاکس چایلد سختی هیجانی را به عنوان مدیریت احساسات برای ایجاد یک نمایش بدنی و چهره ای که برای عموم قابل مشاهده است، تعریف کرده است. [۴] وی تعامل با مشتریان را نمایشی در نظر می گرفت که در آن مشتریان به عنوان تماشاچیان، کارکنان به عنوان بازیگران و محیط کار به عنوان صحنه نمایش بود [۵].

موریس و فلدمن (۱۹۹۶) سختی هیجانی را تلاش، برنامه ریزی و کنترل هیجانات مطلوب سازمانی در تعاملات بین فردی دانستند [۶]. مشاغل نیازمند استفاده از استراتژی های سختی هیجانی دارای سه ویژگی مشترک هستند. اولاً کارکنان دارای تماس چهره به چهره و صوت به صوت با مشتریان هستند. ثانیاً کارکنان باید به مشتریان پاسخ های هیجانی مناسب نشان دهند. سوماً کار فرمایان رفتار هیجانی کارکنان را از طریق آموزش دادن و نظارت، کنترل می کنند [۴]. هاکس چایلد استراتژی های مدیریت هیجانی را به «کنش سطحی» و «کنش عمقی» تقسیم می کند. [۴]. کنش سطحی زمانی است که احساسات فرد متفاوت از هیجانات مورد نیاز سازمان است فرد احساسات درونی خود را تعدیل نمی کند و رفتار بیرونی، هیجان مورد نیاز سازمان را ایجاد می کند. اما در کنش عمقی کارکنان احساسات خود را به شیوه ای که منطبق با نیازهای شغلی باشد با اتکا بر تعهد و وظایفی که آنها به واسطه آموزش یا احساساتی که در موقعیت های قبلی تجربه کرده اند، تعدیل می کنند [۴]. براساس تئوری هاکس چایلد، کرومل و گداز یک مدل دو بعدی برای سختی هیجانی پیشنهاد کردند که «کنش عمقی» را به «کنش عمقی فعال» و «کنش عمقی منفعل» تقسیم می کند [۷]. نخستین فاکتور مدل دو بعدی، اختلال هیجانی است که به معنای تعارض بین هیجان های ساختگی و واقعی است که در نقطه ای روی پیوستار بین کنش سطحی و کنش عمقی منفعل وجود دارد و فاکتور بعدی تلاش هیجانی که به کنش عمقی فعال برای تولید احساسات مناسب اشاره دارد. مطالعات قبلی پیامدهای منفی حاصل از سختی کار هیجانی را گزارش کرده اند [۷]. براساس این مطالعات سختی هیجانی با بیماری های جسمی مثل اختلالات قلبی - عروقی و همچنین مشکلات رفتاری و هیجانی مثل فرسودگی شغلی، عدم رضایت شغلی، خودکارآمدی پایین، افسردگی، بدبینی و خود بیزاری ارتباط دارد. [۸-۱۲].

دیس منوره اختلال ژنیکولوژیک شایعی است که حدود ۵۰٪ زنان واقع در سنین قاعدگی را مبتلا می کند و به ۲ نوع اولیه و ثانویه تقسیم می شود [۱۳]. دیس منوره اولیه به درد قاعدگی بدون پاتولوژی لگنی گفته می شود. معمولاً در یک تا دو سال پس از منارک بروز می کند اما ممکن است تا ۴۰ سالگی باقی بماند [۱۴].

شیوع دیس منوره در جوامع مختلف بین ۹۰-۵۰٪ گزارش شده و در ایران نیز شیوع این اختلال بین ۸۶/۱-۷۴٪ می باشد [۱۵]. اخوان اکبری قاعدگی درد ناک را در ۶۴٪ موارد گزارش کرد [۱۶] بصیرت وحاجی احمدی این میزان را ۵۲٪ ذکر کردند [۱۷]. شیوع دیس منوره در بررسی پنهانده و همکارانش ۷۳/۲٪ بر آورد شده است [۱۸]. اورتیز (۲۰۱۰) در مطالعه ای بر روی دانشجویان مکزیک، قاعدگی درد ناک را ۶۵٪ گزارش کرد [۱۹]. در مطالعه Sundeel، شیوع قاعدگی درد ناک ۷۲٪ گزارش گردید که ۱۵/۴٪ موارد آن با محدودیت فعالیت همراه بود و به عنوان بزرگترین علت کاهش کارایی در زنان کارمند و غیبت آنان از محل کار و تحصیل مطرح شد. [۲۰]. پژوهشگران تخمین می زنند ۲۰-۱۰٪ زنان در سر کار حاضر نمی شوند و منجر به کاهش عملکرد می شود [۲۱-۲۲-۲۳]. دیس منوره اولیه باعث کاهش کارایی شغلی و تحصیلی در زمان ابتلا می گردد. دیس منوره شدیداً تقریباً باعث از دست رفتن ۶۰۰ میلیون ساعت کاری سالانه (۲-۱ روز غیبت ماهانه) می شود [۲۴]. مکانیسم قاعدگی درد ناک اولیه، کاهش پروژسترون در مراحل انتهایی فاز لوتئال است که سبب پاره شدن لیزوزوم ها شده که این امر منجر به آزادسازی فسفو لیپاز A2 از آندومتر می شود. فسفولیپاز A2 نیز باعث افزایش پروستاگلاندین ها خصوصاً E2 و F2a می شود. پروستاگلاندین ها موجب انقباض عروق و افزایش تون عضلات رحمی می شوند که در نهایت با ایسکمی رحمی و در نتیجه درد همراه خواهد بود.

فاکتورهای متفاوتی از جمله سن کم تر از ۲۰ سال [۲۷-۲۹]، رژیم های لاغری، افسردگی، روابط اجتماعی، دوره قاعدگی طولانی، بی نظمی و حجم بالای خون ریزی، مصرف سیگار [۲۶ و ۲۵]، زایمان [۲۷، ۲۹، ۳۰]، شاخص توده بدنی (BMI) زیر 20 kg/m²، منارک قبل از ۱۲ سالگی، سابقه تجاوز جنسی [۳۱]، استرس [۲۲، ۲۳، ۳۲] به عنوان عوامل پرمخاطره برای قاعدگی درد ناک شناخته شده اند. با توجه به اینکه دیس منوره یکی از عوامل مختل کننده کیفیت زندگی و فعالیت های اجتماعی زنان جوان است [۳۳] و مطالعات در خصوص ارتباط

بین سختی هیجانی و قاعدگی دردناک در ایران نادر است، در این مطالعه ارتباط سختی هیجانی با قاعدگی دردناک در زنان شاغل مورد بررسی قرار گرفته است.

آزمودنی ها

یک پرسشنامه ساختار یافته را از ۱۰ مهر تا ۵ آذر ۱۳۹۵ برای نمونه در دسترس از زنان شاغل در شهر تهران مورد استفاده قرار گرفت. به طور تصادفی ۵۵۰ طبقه ای پرسشنامه بین زنان شاغل در بخش خدمات و صنعت توزیع شد. نمونه هایی که مایل به همکاری نبودند و یا قاعدگی منظم نداشتند از پژوهش حذف شدند و تنها ۴۷۵ شرکت کننده مورد تحلیل قرار گرفت. این مطالعه حاوی هیچ گونه اطلاعات شخصی نبود.

روش ها

ابزار اندازه گیری اطلاعات مشتمل بر مصاحبه، پرسشنامه و معیار استاندارد آندریش، میلیسوم بود. پرسشنامه در ۲ قسمت تنظیم شده است. فرم شماره یک مربوط به اطلاعات دموگرافیک فرد، مشخصات قاعدگی، تعیین شدت دیس منوره براساس معیار آندریش - میلیسوم و فرم شماره دو شامل اندازه گیری سختی هیجانی بود. سیستم آندریش - میلیسوم شامل ۴ درجه می باشد. این معیار استاندارد بوده و اعتماد و اعتبار آن در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است.

درجه صفر: عدم وجود قاعدگی دردناک، به طوری که تداخلی در فعالیت های روزانه ندارد.
درجه یک: قاعدگی با درد خفیف که به ندرت با فعالیت های روزانه تداخل داشته و علائم سیستماتیک خفیف است و نیاز به مسکن کم می باشد.

درجه ۲: شدت درد متوسط و فعالیت های روزانه دچار اختلال می شود ولی نیازی به غیبت از مدرسه یا محیط کار نمی باشد.
درجه ۳: درد شدید به طوری که فرد قادر به انجام فعالیت های روزانه نیست و علائم سیستماتیک شدید است [۲۸].
مقیاس سختی هیجانی: برای اندازه گیری سختی هیجانی، مقیاس ۸ آیتمی چو و همکاران مورد استفاده قرار گرفت [۲۳]. کنش عمقی و کنش سطحی دو مولفه ای است که سختی هیجانی را می سازد. سه تا از این ۸ آیتم نشان دهنده کنش عمقی و ۵ آیتم نشان دهنده کنش سطحی است [۷]. برای ارزیابی آیتم ها از مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (۱= کاملاً مخالفم، ۴= کاملاً موافقم) استفاده شد.
برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا توسط متخصصان مربوطه انجام شد و برای تعیین اعتماد آن از روش آزمون مجدد استفاده گردید و ضریب همبستگی ۰/۸۷ محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت. در نهایت اطلاعات به دست آمده از ۴۷۵ پرسشنامه تکمیلی، پس از ورود به رایانه، توسط نرم افزار آماری Spss 21 با استفاده از آمار توصیفی و آزمون مجذور کای دو و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

کواریانس ها

با استفاده از پرسشنامه ساختار یافته، فاکتورهای پرخطر برای اختلال قاعدگی دردناک از جمله سن، عدم زایمان، مصرف سیگار، BMI، سن شروع قاعدگی، و دیگر ویژگی های عمومی و کار مورد بررسی قرار گرفت. آزمودنی ها به سه گروه سنی کم تر یا مساوی ۲۹ سال، بین ۳۰ تا ۳۹ سال و بالاتر و مساوی و بالاتر از ۴۰ سال تقسیم شدند. BMI آزمودنی ها نیز سه گروه $20 < \text{kg/m}^2$ ، $20-25 \text{ kg/m}^2$ و $>25 \text{ kg/m}^2$ تقسیم شد.

بعلاوه سطح تحصیلات به صورت دیپلم، زیر دیپلم و بالاتر از دیپلم دسته بندی شد. همچنین شرکت کنندگان به عنوان مصرف سیگار یا عدم مصرف سیگار تقسیم بندی شدند. بعلاوه سن شروع قاعدگی به صورت زیر ۱۲ سال یا مساوی و بالای ۱۲ سال مشخص شد. میانگین ساعات کار نیز به دو گروه کمتر از ۴۵ ساعت در هفته یا مساوی ۴۵ ساعت در هفته و بالاتر تقسیم بندی شد. متأهل و مجرد بودن شرکت کنندگان و داشتن فرزند نیز در نظر گرفته شد.

یافته ها

در بین ۴۷۵ شرکت کننده ۲۵۲ نفر (۵۳/۱٪) دارای اختلال قاعدگی دردناک بودند. شیوع قاعدگی دردناک در گروه های سنی ۲۹ ≤ سال، ۲۹-۳۰ سال و ۴۰ ≥ به ترتیب به ترتیب ۷۴/۲٪، ۵۵/۵٪ و ۳۲/۴٪ بود. بنابراین گروه سنی پایین تر با شیوع بالاتر قاعدگی دردناک

ارتباط داشتند. ($p < 0.0001$) میزان قاعدگی دردناک در گروه مصرف کننده سیگار (۶۹/۵٪) به طور معناداری بالاتر از گروهی بود که سیگار مصرف نمی کردند (۴۸/۸٪، $p < 0.0001$). درصد قاعدگی دردناک در شرکت کنندگان با BMI، $\leq 20 \text{ kg/m}^2$ ، 25 kg/m^2 و $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ به ترتیب ۵۳/۹٪، ۵۳/۱٪، ۵۴/۳٪ بود. تفاوت معناداری بین این گروه ها مشاهده نشد. در زمینه سطح تحصیلات، میزان قاعدگی دردناک در بین کسانی که تحصیلات دانشگاهی یا بالاتر داشتند ۵۸/۴٪ بود که به طور معناداری بالاتر از گروه با تحصیلات دیپلم یا پایین تر بود ($p = 0.0207$ و ۵۰/۶٪). میزان قاعدگی دردناک بین متأهین ۳۹/۱٪ بود که به طور معناداری پایین تر از کسانی بود که مجرد بودند. (۶۵/۷٪، $P < 0.0001$). شیوع قاعدگی دردناک در بین کسانی که در سن کمتر از ۱۲ سال قاعده شده بودند ۷۴/۸٪ بود که به طور معناداری بالاتر از کسانی بود که در سن ۱۲ سال یا بالاتر قاعده شده بودند (۵۲/۵٪، $p = 0.072$). براساس ساعات کار هفتگی، میزان قاعدگی دردناک در بین کسانی که زیر ۴۵ ساعت در هفته کار می کنند ۵۳/۰٪ بود که به طور معناداری متفاوت از کسانی که مساوی ۴۵ ساعت یا بیشتر کار می کنند، نبود ($p = 0.6736$) (جدول ۱).

شیوع قاعدگی دردناک در بین گروه کسانی که از استراتژی کنش عمقی استفاده می کنند در گروه پرخطر ۶۸/۰٪ بود که به طور معناداری بالاتر از گروه با ریسک پایین بود ($p = 0.0007$ و ۵۱/۱٪). بعلاوه شیوع قاعدگی دردناک در بین گروه کسانی که از استراتژی کنش سطحی استفاده می کردند. با ریسک بالا ۶۳/۹٪ بود که به طور معناداری بالاتر از گروه با ریسک پایین بود ($P = 0.0007$ ، $P = 0.50/0$). بکارگیری استراتژی کنش سطحی در کارکنان بخش خدمات با ریسک بالا ۲۵/۱٪ بود که این نسبت بین کارکنان بخش صنعت ۱۸/۸٪ بود که به طور معناداری پایین تر از کارکنان بخش خدمات بود ($p < 0.0001$ و ۳۰/۱٪). بکارگیری استراتژی کنش عمقی در کارکنان بخش خدمات با ریسک بالا ۱۵/۰٪ بود و این نسبت بین کارکنان صنعت ۱۳/۷٪ بود که پایین تر از کارکنان بخش خدمات بود. با این حال تفاوت معنادار آماری بین این دو گروه وجود نداشت ($p < 0.3492$ ، $p < 0.16/0$) (جدول ۲).

نتایج رگرسیون لجستیک خام نشان داد، در بین همه کارکنان شیوع به کارگیری استراتژی کنش عمقی و کنش سطحی هر دو ارتباط معناداری با قاعدگی دردناک دارد. OR کنش عمقی بین کارکنان با قاعدگی دردناک ۱/۹۱ بود (۲/۸۰-۱/۲۶ CI و ۰/۹۵ CI)، OR کنش سطحی بین کارکنان با قاعدگی دردناک ۱/۵۳ بود (۲/۱۱-۱/۱۲ CI و ۰/۹۵ CI). نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که کنش عمقی به طور معناداری مرتبط با قاعدگی دردناک است. OR کنش عمقی در میان کارکنان صنعت با درد قاعدگی ۱/۷۵ (۰/۹۶-۳/۲۰ CI و ۰/۹۵ CI) بود. کنش سطحی به طور معناداری احتمال قاعدگی دردناک بین کارکنان بخش صنعت را بالا نمی برد. OR کنش سطحی در میان کارکنان صنعت با قاعدگی دردناک ۱/۱۹ (۲/۰۲-۰/۷۱ CI و ۰/۹۵ CI) بود. در بین کارکنان بخش خدمات، نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که کنش عمقی و کنش سطحی به طور معناداری با قاعدگی دردناک مرتبط است. OR کنش عمقی بین کارکنان بخش خدمات با قاعدگی دردناک ۱/۹۲ (۳/۳۲-۱/۱۱ CI و ۰/۹۵ CI) بود. بعلاوه OR کنش سطحی بین کارکنان بخش خدمات با قاعدگی دردناک ۱/۷۶ (۲/۶۷-۱/۱۷ CI و ۰/۹۵ CI) بود. (جدول ۳).

بحث

در این مطالعه ۵۳/۵٪ آزمودنی ها از قاعدگی دردناک شاکی بودند. شیوع قاعدگی دردناک در بین زنان جوانتر از ۳۰ سال ۷۴/۲٪ که همسو با نتایج مطالعات قبلی است [۳۴،۳۵،۳۶].

جدول ۱- ویژگی های آزمودنی ها براساس اختلال قاعدگی دردناک و نوع شغل

متغیرها	P-value ^t	شیوع قاعدگی دردناک				کارکنان صنعت		کارکنان خدمات		P-value ^t		
		کل		n=۲۵۲		کل		کل				
		۴۷۵n=	(%)	(%)	(%)	N=۱۰۹	(%)	N=۳۶۶	(%)			
سن	≤۲۹	۱۵۲	(۳۱/۹)	۱۱۱	(۴۴/۲)	۷۴/۲	</۰۰۰۱ [‡]	۳۰	(۲۷/۲)	۱۳۰	(۳۵/۶)	</۰۰۰۱ [‡]
	۳۰-۳۹	۱۶۲	(۳۴/۲)	۸۹	(۳۵/۵)	۵۵/۵		۲۴	(۲۲/۱)	۱۶۰	(۴۳/۹)	
	≥۴۰	۱۶۴	(۳۴/۵)	۵۳	(۲۰/۹)	۳۲/۴		۵۶	(۵۱/۳)	۷۷	(۲۱/۰)	
مصرف سیگار	مصرف	۱۵۷	(۲۳/۱)	۷۵	(۲۹/۹)	۶۹/۵	</۰۰۰۱ [‡]	۲۱	(۱۹/۰)	۹۶	(۲۶/۳)	۰/۰۰۹۷ [‡]
	عدم مصرف	۳۶۷	(۷۷/۱)	۱۷۸	(۷۰/۵)	۴۸/۸		۸۹	(۸۱/۵)	۲۷۱	(۷۴/۰)	
توده بدنی	< ۲۰	۱۵۹	(۳۳/۵)	۸۳	(۳۳/۸)	۵۳/۹	۰/۹۵۹۹ [‡]	۴۵	(۴۰/۹)	۱۰۱	(۲۷/۷)	</۰۰۰۱ [‡]
	۲۰-۲۴/۹	۲۶۱	(۵۴/۹)	۱۳۷	(۵۴/۴)	۵۳/۱		۷۲	(۶۵/۷)	۱۹۵	(۵۳/۴)	
	≥۲۵	۵۸	(۱۲/۲)	۳۱	(۱۲/۴)	۵۴/۲		۳	(۳/۰)	۷۱	(۱۹/۵)	
وضعیت تحصیلی	دیپلمو پایین تر	۲۹۷	(۶۲/۶)	۱۴۹	(۵۹/۱)	۵۰/۶	۰/۰۲۰۷ [‡]	۷۸	(۷۱/۶)	۲۰۳	(۵۵/۴)	</۰۰۰۱ [‡]
	بالتر از دیپلم	۱۷۹	(۳۷/۶)	۱۰۴	(۴۱/۳)	۵۸/۴		۳۱	(۲۸/۸)	۱۶۵	(۴۵/۰)	
زندگی با همسر	بله	۲۱۸	(۴۵/۸)	۸۴	(۳۳/۴)	۳۹/۱	</۰۰۰۱ [‡]	۷۲	(۶۵/۷)	۱۳۷	(۳۷/۳)	</۰۰۰۱ [‡]
	خیر	۲۵۹	(۵۴/۶)	۱۶۹	(۶۷/۰)	۶۵/۷		۴۸	(۴۳/۷)	۲۳۱	(۶۳/۰)	
داشتن فرزند	بله	۲۰۹	(۴۴/۰)	۷۶	(۳۰/۱)	۶۳/۵	</۰۰۰۱ [‡]	۵۹	(۵۴/۴)	۱۳۱	(۳۵/۸)	</۰۰۰۱ [‡]
	خیر	۲۶۸	(۵۶/۴)	۱۷۷	(۷۰/۳)	۶۶/۶		۵۰	(۴۶/۰)	۲۳۶	(۶۴/۶)	
سن شروع قاعدگی	< ۱۲	۲۲	(۴/۶)	۱۶	(۶/۵)	۷۴/۸	۰/۰۰۷۲ [‡]	۳	(۳/۲)	۲۱	(۵/۷)	۰/۰۸۶۱ [‡]
	≥۱۲	۴۵۵	(۹۵/۸)	۲۳۹	(۹۴/۸)	۵۲/۵		۱۰۶	(۹۷/۲)	۳۴۷	(۹۴/۷)	
ساعات کار هفتگی	≥۴۵	۳۱۴	(۶۶/۱)	۱۶۵	(۶۵/۴)	۵۳/۰	۰/۶۷۳۶ [‡]	۴۳	(۳۹/۳)	۳۲۰	(۸۷/۴)	</۰۰۰۱ [‡]
	≤۴۵	۱۶۳	(۳۴/۳)	۸۸	(۳۵/۰)	۵۴/۶		۶۷	(۶۱/۱)	۴۸	(۱۳/۰)	

معناداری با آزمون مجذور کای دو

جدول ۲- توزیع قاعدگی دردناک وسختی هیجانی با توجه به نوع شغل

متغیرها	P-value [†]	کارکنان خدمات		کارکنان صنعت		P-value [†]
		کل	شروع قاعدگی دردناک	کل	شروع قاعدگی دردناک	
		n=۴۷۵	n=۲۵۲	N=۱۰۹	N=۳۶۶	
درجه درد قاعدگی						
۱		۲۲۵ (۴۷/۳)	۰ (۰/۰)	۶۳ (۵۷/۴)	۱۴۴ (۳۹/۳)	
۲		۱۲۸ (۲۶/۹)	۱۲۷ (۵۰/۲)	۲۳ (۲۰/۹)	۱۱۶ (۳۱/۶)	
۳		۱۰۱ (۲۱/۳)	۱۰۰ (۳۹/۸)	۲۱ (۱۹/۰)	۸۵ (۲۳/۱)	
۴		۲۹ (۶/۱)	۲۸ (۱۱/۲)	۵ (۴/۳)	۲۸ (۷/۶)	
کنش عمقی						
ریسک بالا		۷۱ (۱۵/۰)	۴۸ (۱۸/۹)	۱۵ (۱۳/۷)	۵۹ (۱۶/۰)	۰/۳۴۹۲ [‡]
ریسک بالا						
کنش سطحی		۱۱۹ (۲۵/۱)	۷۵ (۲۹/۹)	۲۱ (۱۸/۸)	۱۱۰ (۳۰/۱)	<۰/۰۰۰۱ [‡]

معناداری با آزمون مجذور کای دو

هر دو فاکتور سختی هیجانی (کنش عمقی و کنش سطحی) به طور معناداری با قاعدگی دردناک در بین همه کارکنان مرتبط بود. سختی هیجانی باعث تولید استرس می شود [۳۸، ۳۷، ۹] که می تواند باعث اختلالاتی در ترشح هورمون های مرتبط با قاعدگی دردناک شود.

مکانسیم قاعدگی دردناک اولیه، کاهش پروژسترون در مراحل انتهایی فازلوتئال است که سبب پاره شدن لیزوزوم ها شده که این امر منجر به آزادسازی فسفولیپاز A2 از آندومتر می شود، فسفولیپاز A2 نیز باعث افزایش پروستاگلاندین ها خصوصاً F2a و E2 می شود. پروستاگلاندین ها موجب انقباض عروق و افزایش تون عضلات رحمی شده که در نهایت با ایسکمی رحمی و در نتیجه درد همراه خواهد بود [۴۰، ۳۹]. به علاوه افزایش هورمون کورتیزول باعث افزایش سنتز پروستاگلاندین F2 در سلول های میومتر می گردد که خود باعث قاعدگی دردناک می شود [۴۱]. به طور خلاصه سختی هیجانی می تواند یکی از استرس زاهای فیزیولوژیک باشد که باعث قاعدگی دردناک می شود. با این حال ارتباط بین سختی هیجانی و قاعدگی دردناک براساس نوع شغل متغیر است. هم کنش عمقی و هم کنش سطحی ارتباط معناداری با قاعدگی دردناک در بین کارکنان بخش خدمات دارد. در میان کارکنان بخش صنعت ارتباط کنش عمقی با قاعدگی دردناک به لحاظ آماری معنادار است. با این حال ارتباط معناداری بین کنش سطحی و قاعدگی دردناک وجود نداشت. این نتایج را می توان توسط عوامل زیر تبیین کرد.

اولاً فراوانی، دوره و شدت معاملات با مشتریان در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته است. براساس مطالعات گذشته فراوانی تعاملات، رخدادهای هیجانی، ساعات کاری کارکنان با فاکتورهای سختی هیجانی در محیط کار ارتباط دارند [۴۳، ۴۲، ۳۶]. از آنجایی که کارکنان بخش خدمات نسبت به کارکنان بخش صنعت به میزان فراوان تر و با شدت بیشتری با رخدادهای هیجانی مواجهه می شوند، یک ارتباط نیرومند بین سختی هیجانی و اختلال قاعدگی دردناک در بین کارکنان بخش خدمات وجود دارد.

جدول ۳- نسبت های احتمالی سختی هیجانی و قاعدگی دردناک

متغیرها		OR	95%CI	N=109	کارکنان صنعت		کارکنان خدمات	
					OR	95%CI	OR	95%CI
کنش عمقی	خام		۲/۰۷	۱/۴۱-۳/۰۰	۲/۰۴	۱/۱۹-۳/۵۶	۲/۰۶	۱/۲۴-۳/۴۴
	تعدیل شده		۱/۸۷*	۱/۲۶-۲/۸۰*	۱/۷۵*	۰/۹۶-۳/۲۰	۱/۹۲*	۱/۱۱-۳/۳۲*
کنش سطحی	خام		۱/۸۰	۱/۳۴-۲/۴۱	۱/۳۳	۰/۸۱-۲/۱۴	۱/۸۹	۱/۲۹-۲/۷۹
	تعدیل شده		۱/۵۳*	۱/۱۲-۲/۱۱*	۱/۱۹*	۰/۷۱-۲/۰۲	۱/۷۶*	۱/۱۷-۲/۶۷*

* مدل تعدیل شده از نظر سن، سیگار، تحصیلات، فرزند، سن شروع قاعدگی (منارک)، نوع شغل

‡ مدل تعدیل شده از نظر سن، سیگار، تحصیلات، فرزند، سن شروع قاعدگی (منارک)

❖ ثانیاً در حالیکه کارکنان بخش خدمات با مشتریان به صورت رو در رو ارتباط دارند، کارکنان مرکز تماس به صورت تلفنی ارتباط دارند، بنابراین ارتباط غیر کلامی تنها برای کارکنان بخش فروش قابل استفاده است. ارتباط غیر کلامی شامل اشاره ها، تماس چشمی، و تماس فیزیکی می شود که دو سوم ارتباط معمول را به خود اختصاص می دهد [۳۴، ۳۶]. وقتی ارتباط غیر کلامی وجود ندارد، کنش عمقی یا کنش سطحی می تواند افزایش پیدا کند. ارتباط غیر کلامی فی نفسه می تواند یک استرس را باشد که باعث قاعدگی دردناک می شود. در نتیجه فقدان ارتباط غیر کلامی بین کارکنان مرکز تماس محدود بوده و ارتباط بین کنش سطحی و قاعدگی دردناک را تحت تاثیر قرار می دهد.

❖ ثالثاً نیازهای متفاوت شغلی بین این دو گروه می تواند دلیلی برای تفاوت در تاثیر کنش سطحی بر اختلال قاعدگی دردناک بین دو گروه باشد. اگرچه آزادی عمل تصمیم گیری شغلی برای کارکنان خدمات پایین است [۴۴، ۳۶].

❖ محدودیت های این مطالعه شامل (۱) در این مطالعه مقطعی نمی توان رابطه علی بین سختی هیجانی و قاعدگی دردناک تعیین کرد. (۲) به علت حجم کم نمونه محدودیت هایی برای تعمیم پذیری یافته های ما وجود دارد. با این حال ما بر این باوریم نتایج مطالعه ما می تواند قابل کاربرد برای دیگر کارکنان در ایران باشد زیرا بررسی ما روی کارکنانی از شهر بزرگ مقیاس انجام شد. (۳) در ضمن درد شدید

قاعدگی می تواند بعلت اختلال قاعدگی دردناک ثانویه مثل اختلال عضوی یا بیماری های دیگر رخ دهد. با این حال این فاکتورها در این مطالعه کنترل نشده است.

نتایج

یک مساله مهم در بین مشاغل صنعت و خدمات ارتقاء کیفیت سلامت است، زیرا نسبت بالایی از پرسنل، زنان می باشند. از آنجایی که پژوهش در زمینه تأثیر سختی هیجانی بر سلامت کارکنان صنعت و خدمات بسیار محدود است. بررسی تأثیر سختی هیجانی بر قاعدگی دردناک مهم و معنادار است. تئوری هاکس چایلد با رویکرد متمرکز بر کارمند و آزمون استراتژی های سختی هیجانی به مساله نگاه می کند. لذا در این مطالعه متغیرهای فراوانی یا دوره تعامل با مشتریان در نظر گرفته نشد لذا بهتر است مطالعات آتی با تکیه بر رویکرد متمرکز بر شغل انجام شود که در آن فراوانی، طول مدت و شدت تعامل با مشتریان و قوانین نمایش هیجانی بررسی گردد [۱۱]. علاوه بر این بررسی بیشتری در خصوص فاکتورهای بالقوه حمایت کننده از جمله برنامه کاهش استرس، مشاوره حرفه ای پیشنهاد می شود. به طور خلاصه این مطالعه دریافت که سختی هیجانی باعث افزایش رسیک قاعدگی دردناک در کارکنان بخش خدمات می گردد و مطالعات بیشتری برای رفع محدودیت های پژوهش حاضر مورد نیاز است.

منابع و مراجع

- [1] <https://bimeh.mcls.gor.ir>
- [۲] قاسمی، موقر. (۱۳۹۶). نتایج طرح نیروی کار استان تهران سال ۱۳۹۵. سازمان برنامه و بودجه استان تهران-معاونت آمار و اطلاعات. شماره ۱-۹۶.
- [3] Chung JJ, Lee SH: Development of Guidelines for Woman Worker's Health Management (translated by Cho JJ). Incheon: Occupational Safety and Health Research Institute; 2003:199. Korean.
- [4] Hochschild A: The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling (Twentieth Anniversary Edition). Berkeley: University of California Press; 2003.
- [5] Hochschild, A. R. (1983). The managed heart: Commercialization of human feeling. Berkeley: University of California Press.
- [6] Morris J, Feldman D: The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. Acad Manage Rev 1996, 21(4):986-1010.
- [7] Kruml SM, Geddes D: Exploring the dimensions of emotional labor: the heart of Hochschild's work. Management Communication Quarterly 2000, 14(1):8-49.
- [8] Wharton A: The affective consequences of service work: managing emotions on the job. Work Occup 1993, 20(2):205-232.
- [9] Abraham R: Emotional dissonance in organizations: antecedents, consequences, and moderators. Genet Soc Gen Psychol Monogr 1998, 124(2):229-246.
- [10] Grandey A: Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. J Occup Health Psychol 2000, 5(1):95-110.
- [11] Brotheridge C, Grandey AA: Emotional labor and burnout: comparing two perspectives of "people work". J Vocat Behav 2002, 60:17-39.
- [12] Gelderen B, Heuven E, Veldhoven M, Zeelenberg M, Croon M: Psychological strain and emotional labor among police-officers: a diary study. J Vocat Behav 2007, 71(3):446-459.
- [13] Rayan K, Borkowitz RS, Barbic RI., editor. Kistneers Gynecology and Womens Health 7th ed ST Louis: Mosby; 1999. P.62-65.
- [۱۴] بیماری های زنان نواک، جانان برک. ترجمه دکتر مهرناز ولدان. دکتر امید گوران، پ. ویراست چهاردهم. ۲۰۰۷.
- [15] Namavar Jahromi B, Tartifizadeh A, Khabnadideh S. Comparison of fennel and Mefenamic Acid for Treatment of primary Dysmenorrhea Int J Gynecol Obstet 2003; 80(2):153-157.
- [۱۶] اخوان اکبری، پوران؛ آهنگر داوودی، شبنم. (۱۳۸۸). بررسی فراوانی و شدت قاعدگی دردناک اولیه و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان علوم پزشکی اردبیل. مجله سلامت و بهداشت اردبیل. دوره اول، شماره سوم - ص ۴۷-۴۱.
- [۱۷] بصیرت زهرا حاجی احمدی محمود. بررسی قاعدگی دردناک و سندرم پیش از قاعدگی در دختران دبیرستانی شهر بابل، مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره نهم، شماره اول، بهار و تابستان ۸۵.
- [۱۸] پناهنده زهرا پاک زاد، زهرا عاشوری روشن. بررسی شیوع. میزان آگاهی و عملکرد دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی گیلان نسبت به دیسمنوره، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۱۷ شماره ۶۶، تابستان ۱۳۸۷.
- [19] Ortiz MI. Primary dysmenorrhea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010, Sep; 152(1):73-7.
- [20] Sundel G, Milsom I. et al. Factor Influencing the Prevalence and Severity of Dysmenorrhea in Young Women Brj Obstetric & Gynecology 1990:97(7)588-94.
- [21] Laszlo KD, Gyorffy Z, Adam S, Csoboth C, Kopp MS: Work-related stress factors and menstrual pain: a nation-wide representative survey. J Psychosom Obstet Gynaecol 2008, 29(2):133-138.
- [22] Laszlo KD, Kopp MS: Effort-reward imbalance and overcommitment at work are associated with painful menstruation: results from the hungarostudy epidemiological panel 2006. J Occup Environ Med 2009, 51(2):157-163.
- [23] Chu S, Ryou H, Bae K, Song J, Lee S, Kim I: Association between emotional labor and symptoms of depression among bankers. Korean J Occup Environ Med 2010, 22(4):316-323. Korean.

- [24] Ying-fen.Chung-Hey.et al. Rose Tea for Relief of primary Dysmenorrhea in Adolescents ;A Randomized Controlled Thel in Taiwan. *Journal of Midwifery & Women Health* 2005;50:e51-e57.
- [25] Montrera P.Bernis C., Fernandez V,Castro S.Influence of body mass index and Slimming habits on menstrual pain and cycle irregularity. *J biosoc Sci.* 1996 jul; 28(3):15-23.
- [26] Gunilla MA, Sundell G. Factors influence the prevalence and severity of dysmenorrhea in young woman .Br .J Obstel Gynecol. 1990;97 (7)588-
- [27] Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lea R, Lefebvre G, Pinsonneault O, Robert M: Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2005, 27(8):765-770.
- [28] Andersch B, Milsom I: An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1982, 144(6):655-660.
- [29] Teperi J, Rimpela M: Menstrual pain, health and behaviour in girls. *Soc Sci Med* 1989, 29(2):163-169.
- [30] Messing K, Saurel-CubizollesMJ, BourguineM, KaminskiM: Factors associated with dysmenorrhea among workers in French poultry slaughterhouses and canneries. *J OccupMed* 1993, 35(5):493-500.
- [31] Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K: Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006, 332(7544):749-755.
- [32] Wang L, Wang X, Wang W, Chen C, Ronnennberg AG, Guang W, Huang A, Fang Z, Zang T, Wang L, Xu X: Stress and dysmenorrhoea: a population based prospective study. *Occup Environ Med* 2004, 61(12):1021-1026.
- [33] Dawood M.Y. Primary Dysmenorrhrea. *Obstat & Gynecl.* 2006; 108:428-44.
- [34] Schroeder B, Sanfilippo JS: Dysmenorrhea and pelvic pain in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1999, 46(3):555-571. Japanese.
- [35] Hirata M, Kumabe K, Inoue Y: Relationship between the frequency of menstrual pain and bodyweight in female adloescents. *Nihon Koshu Eisei Zasshi* 2002, 49(6):516-524.
- [36] Cho I-J , Kim H, lim S, oh ss, park S, kang H-T. E motional labor and dysmenorrhea in women working in sales and call centers. *Annals of Occupational and Environmental Medrcicine.*2014.
- [37] Erickson RJ, Wharton AS: Inauthenticity and depression: assessing the consequences of interactive service work. *Work Occup* 1997, 24(2):188-213.
- [38] Pugliesi K: The consequences of emotional labor: effects on work stress, job satisfaction, and well-being. *Motiv Emot* 1999, 23(2):125-154.
- [39] Kennedy S, Primary Dysmenorrhea. *Lancet* 1997; 349(9059): 1116-1117.
- [۴۰] عمویی رکن آباد، محبوبه؛ سرافراز، نسرين. (۱۳۹۰). تأثیر سوپر مینت (عصاره نعنا) دیس منوز اولیه در مقایسه با ایبوپروفن: کارآزمایی بالینی تصادفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. دوره پنجم، شماره سوم ص ۴۱-۳۷.
- [41] Morimoto K, Oku M: Effect of progesterone, cortisol and de hydro epiandrosterone-sulfate on prostaglandin production by cultured human myometrium cells. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi.*1995, 47(4):391-397.
- [42] Park CI, Lee SR, Shin HG, Kang BS, Moon MG, Kim JJ, Lee JH: Resarch on Emtional Labor in Service Industry: Sales Workers and Call Center Workers (Translated by Cho IJ). Korean: Korea Labor Institute; 2012.
- [43] Kim IA, Kim J, Kim HR, Kim HS, Kim HC, Oh SS, Yoon JH, Lee HE, Chang SJ, Jung JJ: Study of Health Management Strategies of Emotional Labor Workers (Translated by CHO IJ). Korean: Korea Occupational Safety and Health Agency; 2013.
- [44] Zapf D, Isic A, Bechtoldt M, Blau P: What is typical for call centre jobs? Job characteristics, and service interactions in different call centres. *Eur J Work Organ Psychol* 2003, 12(4):311-313.