

وضعیت و شدت سندرم پیش از قاعدگی و ارتباط آن با مشخصات فردی و اجتماعی دانشجویان، گناباد-۱۳۹۲

فریبا رمضان پور^۱، نرجس بحری^{۲*}، لیلا باقری^۳، طاهره فتحی نجفی^۴

۱. کارشناس مامایی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد، گناباد، ایران.
۲. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد، گناباد، ایران.
۴. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۲۱

خلاصه

مقدمه: سندرم پیش از قاعدگی، یکی از شایع ترین اختلالات ژنیکولوژیک می باشد که می تواند منجر به غیبت از محل کار و یا افت وضعیت تحصیلی شود. از آنجایی که اولین قدم برای پیشگیری و درمان این اختلال شناخت شیوع و شدت آن است، مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع و شدت و عوامل مرتبط با سندرم پیش از قاعدگی انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۲۷۰ نفر از دانشجویان دختر مشغول به تحصیل شهر گناباد انجام شد. این دانشجویان سیکل های قاعدگی منظم داشته و بیماری جسمی یا روانی نداشتند. مشارکت کنندگان پس از تکمیل فرم مشخصات فردی و اجتماعی، به مدت دو سیکل متوالی فرم ثبت وضعیت روزانه علائم سندرم پیش از قاعدگی را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های کای اسکور و تی دانشجویی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: فراوانی سندرم پیش از قاعدگی ۷۸/۱٪ بود. شدت این عارضه در ۱۳ نفر (۴/۷٪) از دانشجویان شدید، در ۳۴ نفر (۱۲/۸٪) متوسط و در ۱۹۶ نفر (۷۲/۵٪) خفیف بود. سندرم پیش از قاعدگی در سنین بالاتر ($P=0/012$) و عدم رضایت از درآمد خانواده ($P=0/037$) به طور معنی داری بیشتر بود. سایر متغیرها از جمله وزن، شاخص توده بدنی، سن منارک، قومیت، مقطع تحصیلی، تحصیلات پدر و مادر، وضعیت اقتصادی، وضعیت واحد مسکونی و انجام ورزش هفتگی ارتباط آماری معنی داری با سندرم پیش از قاعدگی نداشتند ($P>0/05$).

نتیجه گیری: شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان شهر گناباد بالا و در اکثر موارد از نوع خفیف می باشد. با توجه به شیوع بالای این عارضه، برنامه ریزی های بهداشتی مناسب برای تعدیل آن پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: ایران، سندرم پیش از قاعدگی، فاکتورهای اجتماعی، فاکتورهای فردی، میزان بروز

* نویسنده مسئول مکاتبات: نرجس بحری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران. تلفن: ۰۵۳۳-۷۲۲۳۰۲۸؛ پست الکترونیک: nargesbahri@yahoo.com

مقدمه

امروزه تأمین سلامت زنان به عنوان یکی از حقوق مسلم آن‌ها و یکی از اهداف اصلی جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی جوامع محسوب می‌شود، بنابراین توجه به مشکلات و بیماری‌هایی که تهدیدکننده سلامت جسمی و روانی زنان است، از جمله اولویت‌های بهداشتی می‌باشد. سندرم پیش از قاعدگی (PMS)^۱، یکی از مشکلات شایع در بین زنان است که به عود دوره‌ای ترکیبی از تغییرات جسمی، روانی و رفتاری در فازلوتئال چرخه قاعدگی اطلاق می‌شود (۱).

مروری بر تاریخچه سندرم پیش از قاعدگی نشان می‌دهد که این اختلال حتی در عصر باستان نیز شناخته شده بوده است. بقراط اولین کسی بود که همراهی بین سیکل قاعدگی با تغییرات رفتاری را مطرح کرد. وی علت احساس سردرد و سنگینی پیش از قاعدگی را خون مضطربی می‌دانست که راهی برای خروج جستجو می‌کند (۲). با این وجود سندرم پیش از قاعدگی به عنوان یک مفهوم تشخیصی وسیع اولین بار در سال ۱۹۵۳ توسط گرین و دالتون به صورت علائم عودکننده در طی دوره قبل از قاعدگی یا اولین روزهای قاعدگی مطرح شد که این علائم در فاز پس از قاعدگی به طور کامل حذف می‌شوند. این سندرم بعدها در سال ۱۹۸۷ توسط انجمن روان پزشکی آمریکا تحت عنوان اختلال دیسفوریک اواخر فاز لوتئال (LLPDD)^۲ توصیف شد و در سال ۱۹۹۲ با اضافه شدن علائم دیگر مانند خارج از کنترل بودن، تحت عنوان اختلال دیسفوریک قبل از قاعدگی (PMDD)^۳ در طبقه بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) گنجانده شد (۳). میزان شیوع سندرم پیش از قاعدگی در جوامع غربی بین ۵۰-۲۰٪ و در ایران شیوع آن در میان دانشجویان حدود ۸۲/۵-۴۴/۵٪ (۴) و در مطالعه رضانی تهرانی (۱۳۹۱) شیوع آن در بین زنان ۴۵-۱۸ ساله در حدود ۵۲/۹٪ گزارش

شده است (۵). برخی دیگر از مطالعات نیز بیشترین شیوع سندرم پیش از قاعدگی در کشورهای جهان را به ایران نسبت داده اند (۶).

علائم بالینی سندرم پیش از قاعدگی را می‌توان به سه دسته جسمی، روحی و رفتاری تقسیم کرد که این علائم به صورت دوره‌ای درست پیش از قاعدگی رخ می‌دهند و با شروع خونریزی قاعدگی از بین می‌روند. علائم عمده جسمی شامل تورم، حساسیت پستان‌ها، سردرد، افزایش اشتها و تپش قلب و علائم روحی و رفتاری شامل افسردگی، تحریک پذیری، خستگی، پرخاشگری، تمایل به خودکشی و نوسانات خلقی، گوشه‌گیری اجتماعی و غیره می‌باشند (۴، ۷). حدود ۹۰-۲۵٪ زنان، برخی از علائم و تغییرات این سندرم را نشان می‌دهند و در ۴۰-۳۰٪ زنان علائم در حدی است که فرد را نیازمند درمان طبی می‌کند و در ۵٪ افراد اختلالات شدیدی به وجود می‌آورد (۸).

علت اصلی سندرم پیش از قاعدگی نامشخص است، اما آنچه که مسلم است این سندرم یک اختلال واحد نبوده، بلکه مجموعه‌ای از علائم با منشأ بیولوژیک می‌باشد که جنبه‌های روانی و اجتماعی نیز در آن دخالت دارند (۷). عوامل ژنتیکی، سن، حرفه، نوع تغذیه، مصرف قرص‌های ضد بارداری، عوامل اجتماعی و فرهنگی، سطح تحصیلات، عدم وجود عادات ورزشی و وجود فشارهای روانی، از جمله عواملی هستند که زنان را مستعد ابتلاء به سندرم پیش از قاعدگی می‌کنند (۹).

تحقیقات قبلی نشان داده اند که سندرم پیش از قاعدگی با مواردی همچون سوء رفتار در مدرسه، ضعف در انجام کار و تکالیف درسی همراه می‌باشد، همچنین در صورت همزمان شدن این عارضه با زمان امتحان و یا مصاحبه، به طور تقریبی باعث ۱۰-۵٪ افت نمره می‌شود (۱۰). در ضمن اکثر خودکشی‌های زنان، غیبت از کار و مدرسه و اشتباه آنان در حین کار در دوره سندرم قبل از قاعدگی آنان اتفاق می‌افتد (۱۱). برخی دیگر از مطالعات که تأثیر سندرم پیش از قاعدگی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان را مورد مطالعه قرار داده اند، بر اثرات منفی سندرم پیش از قاعدگی درمان نشده بر

¹ Premenstrual Syndrome

² Late Luteal Phase Disphoric Disorder

³ Premenstrual Disphoric Disorder

از داروهای ضد بارداری، داروهای هورمونی، مکمل های ویتامینی و داروهای گیاهی استفاده نمی کردند. در این مطالعه جهت گردآوری داده ها از دو فرم استفاده شد که شامل پرسشنامه مشخصات فردی- اجتماعی و فرم ثبت وضعیت روزانه علائم سندرم پیش از قاعدگی (DRSP)¹ بود. پرسشنامه مشخصات فردی و اجتماعی مشتمل بر سنجش متغیرهایی نظیر سن، وضعیت تأهل، قومیت، وضعیت اقتصادی، مقطع و رشته تحصیلی، تحصیلات، شغل والدین و برخی دیگر از متغیرها بود. فرم ثبت وضعیت روزانه علائم سندرم پیش از قاعدگی، ابزاری استاندارد است که علائم سندرم پیش از قاعدگی را به صورت آینده نگر مورد بررسی قرار می دهد و در سال ۱۹۹۶ توسط ادیکوت ابداع شد (۱۴). این مقیاس علائم سندرم پیش از قاعدگی را در پنج دسته علائم اضطرابی (تنش عصبی، نوسانات عاطفی، تحریک پذیری، اضطراب، کاهش تمرکز، ترس بی مورد)، افسردگی (افسردگی، ناامیدی، فراموشی، گریستن، گیجی، اختلال خلقی، اختلال خواب، گوشه گیری، کاهش علاقه به فعالیت های روزانه)، هیجانی (سردرد، تعریق، احساس گرگرفتگی، افزایش اشتها، تپش قلب، خستگی، بی حالی، کاهش انرژی، احساس عدم توانایی در انجام کارهای روزانه)، احتباسی (افزایش وزن، تورم انتهاها، حساسیت، سنگینی و احساس درد در سینه ها، درد کمر و شکم، درد مفاصل و عضلات، گرفتگی ساق پا، نفخ شکم) و جسمی (آکنه، التهاب بینی، تکرر ادرار، یبوست) طبقه بندی می کند (۱۵). برای نمره دهی شدت علائم از طیف لیکرت چهار نقطه ای استفاده می شود (فقدان علائم، قابل توجه ولی بدون ایجاد مشکل، وجود علامت تا حدی که بر انجام فعالیت های روزانه تأثیر می گذارد ولی موجب غیبت از محل کار نمی شود، فرد قادر به انجام فعالیت های روزانه نمی باشد) و برای هر علامت نمره ای بین صفر تا ۳ در نظر گرفته می شود. افرادی که طی دو سیکل حداقل ۵ علامت از علائم را از ۷ روز قبل از شروع قاعدگی و حداکثر تا ۴ روز اول قاعدگی داشته و بقیه سیکل بدون علامت باشند، مبتلا به این

پیشرفت تحصیلی و کارآیی دانشجویان تأکید کرده اند (۴، ۱۲). در عصر جدید که زنان به نقش های متنوع و موقعیت های پرمسئولیت در بازار کار دست یافته اند، سندرم پیش از قاعدگی می تواند زنان را از کسب بهترین میزان کارایی در انجام وظایف محروم سازد و این مسئله اهمیت مطالعه بیشتر در مورد علل مساعد کننده این ناخوشی را روشن می سازد. به عبارت دیگر نه تنها اختلال عملکرد ناشی از خود بیماری، بلکه همراهی آن با سایر اختلالات، باعث می شود که بررسی و تحقیق در مورد همه گیرشناسی که قدم نخست در بررسی این مشکل است، دارای اهمیت خاص باشد (۱۳). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع و شدت سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان مراکز آموزش عالی گناباد و ارتباط آن با برخی عوامل فردی و اجتماعی آنان انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی شهر گناباد انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه بر اساس نسبت در جامعه، شیوع سندرم پیش از قاعدگی در مطالعات قبلی (۴، ۶)، ضریب اطمینان ۹۵٪ و خطای نمونه گیری ۶٪، ۲۷۰ نفر تعیین شد که با توجه به احتمال عدم بازگشت پرسشنامه ها، ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه گیری به روش تصادفی- سهمیه ای انجام شد و از تمامی رشته های تحصیلی موجود در دانشگاه علوم پزشکی گناباد و دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد، با استفاده از لیست دانشجویان ورودی هر رشته، واحدهای پژوهش به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و به هر رشته بر اساس تعداد دانشجویان دختر، سهمیه ای از کل حجم نمونه اختصاص یافت. دانشجویانی وارد مطالعه شدند که باردار یا شیرده نبودند، سیکل های قاعدگی منظم ۳۵-۲۱ روزه داشتند، مشکلاتی مانند آمنوره، درد شدید لگنی، اختلالات روانپزشکی تأیید شده، اعتیاد به مواد مخدر و یا بیماری های جسمی مانند بیماری های قلبی، کلیوی و ریوی نداشتند. همچنین این دانشجویان

¹ Daily Record of Severity of Problems chart

سندرم شناخته می شوند (۱۶). جهت تعیین شدت سندرم پیش از قاعدگی، مجموع شدت علائم از ۷ روز قبل از قاعدگی تا حداکثر ۴ روز اول قاعدگی جمع و بر تعداد روزها تقسیم می شود. بر این اساس شدت علائم به سه دسته خفیف (نمرات صفر تا ۳۳)، متوسط (نمرات ۳۳-۶۶) و شدید (نمرات ۶۶ به بالا) تقسیم می شود (۱۷). فرم ثبت وضعیت روزانه علائم سندرم پیش از قاعدگی، مقیاسی استاندارد و جهانی است که روایی و پایایی آن در مطالعات بر روی زنان ایرانی نیز تأیید شده است (۱۲، ۱۶، ۱۷).

در شروع مرحله جمع آوری اطلاعات با واحدهای پژوهش که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، تماس گرفته و از آن‌ها جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در صورت تمایل ایشان، در یک جلسه حضوری اهداف مطالعه تبیین شده و از واحدهای پژوهش رضایت کتبی و آگاهانه اخذ می شد. در همین جلسه پرسشنامه مشخصات فردی - اجتماعی تکمیل شده و در مورد نحوه پر کردن فرم ثبت وضعیت روزانه علائم سندرم پیش از قاعدگی توضیحات کاملی ارائه می شد. از واحدهای پژوهش درخواست می شد که این فرم را به طور دقیق طی دو سیکل متوالی قاعدگی تکمیل کنند و در طول مدت مطالعه از مصرف قرص های ضد بارداری، داروهای هورمونی، انواع مکمل ها و داروهای گیاهی خودداری کنند. شماره تماس پژوهشگر نیز جهت طرح سؤالات و اشکالات احتمالی در اختیار آن‌ها قرار می گرفت. پس از تکمیل فرم ثبت وضعیت روزانه علائم سندرم پیش از قاعدگی، واحدهای پژوهش از نظر معیارهای خروج از مطالعه بررسی می شدند و در صورت وجود هر کدام از این معیارها، از مطالعه خارج می شدند. ۶ نفر به دلیل مصرف قرص های ضد بارداری (۱ مورد)، مصرف داروهای گیاهی (۴ مورد) و تجربه استرس شدید (۱ مورد) از مطالعه خارج شدند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های آماری توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی و آزمون های کای اسکوئر و تی دانشجویی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از بین ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شده در بین واحدهای پژوهش، ۲۷۶ مورد (۹۲٪) به طور کامل عودت داده شد و ۶ مورد خروج از مطالعه وجود داشت و در نهایت تجزیه و تحلیل داده ها بر روی ۲۷۰ نفر انجام شد. نتایج بررسی مشخصات فردی واحدهای پژوهش نشان داد که اکثر دانشجویان (۵۷٪) در محدوده سنی ۲۵-۲۰ سال و دارای میانگین سنی 20.77 ± 2.49 سال بودند. ۲۴۵ نفر از آن‌ها (۹۰/۷٪) دارای قومیت فارس، ۱۸۹ نفر (۷۰٪) آن‌ها از استان خراسان رضوی و ۲۲۱ نفر (۸۱/۹٪) ساکن خوابگاه های دانشجویی بودند. پدران اکثر دانشجویان دارای تحصیلات مقطع راهنمایی و دبیرستان (۶۶/۶٪ پدران)، کارمند عادی (۴۴/۱٪) و دارای درآمد در محدوده ۵ تا ۱۰ میلیون ریال (۵۵/۶٪) بودند. مادران اکثر دانشجویان دارای تحصیلات مقطع راهنمایی و دبیرستان (۸۰٪ مادران) و خانه دار (۷۹/۶٪) بودند.

بررسی شیوع سندرم پیش از قاعدگی نشان داد که ۲۱۰ نفر (۷۸/۱٪) از دانشجویان دارای علائم و نشانه های سندرم پیش از قاعدگی بودند. در این مطالعه شدت سندرم پیش از قاعدگی در ۱۳ نفر (۴/۷٪) از دانشجویان شدید، در ۳۴ نفر (۱۲/۸٪) متوسط و در ۱۹۶ نفر (۷۲/۵٪) خفیف بود.

نتایج آزمون کای اسکوئر در بررسی ارتباط سندرم پیش از قاعدگی با متغیرهای فردی و اجتماعی نشان داد که قومیت ($p=0.08$)، رشته تحصیلی ($p=0.23$)، شغل مادر ($p=0.460$)، میزان درآمد خانوادگی ($p=0.62$)، سطح زیربنای واحد مسکونی ($p=0.093$)، محل سکونت ($p=0.3$) و انجام ورزش هفتگی ($p=0.55$) در دو گروه وجود سندرم پیش از قاعدگی و عدم وجود سندرم پیش از قاعدگی اختلاف آماری معنی داری نداشت. بررسی ارتباط سندرم پیش از قاعدگی با متغیرهای سن، وضعیت تأهل، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، وضعیت واحد مسکونی و مقطع تحصیلی در جدول ۱ مشاهده می شود.

جدول ۱- توزیع فراوانی برخی از مشخصات فردی و اجتماعی دانشجویان بر حسب وجود یا عدم وجود سندرم پیش از قاعدگی

متغیر	وجود PMS		عدم وجود PMS	سطح معنی داری *
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۶۳ (۷۶/۵)	۵۰ (۲۲/۵)	p=۰/۴۴
	متأهل	۴۴ (۸۴/۶)	۸ (۱۵/۴)	
	مطلقه	۴ (۸۰/۰)	۱ (۲۰/۰)	
تحصیلات پدر	دانشگاهی	۶۸ (۸۸/۳)	۹ (۱۱/۷)	p=۰/۰۷۲
	دیپلم	۶۳ (۷۵/۹)	۲۰ (۲۴/۱)	
	راهنمایی	۷۰ (۷۲/۲)	۲۷ (۲۷/۸)	
تحصیلات مادر	ابتدایی و بی سواد	۱۰ (۷۶/۹)	۳ (۲۳/۱)	p=۰/۲۶۵
	دانشگاهی	۲۹ (۸۰/۶)	۷ (۱۹/۴)	
	دیپلم	۶۱ (۸۴/۷)	۱۱ (۱۵/۳)	
وضعیت واحد مسکونی	شخصی	۱۶۸ (۷۶/۷)	۵۱ (۲۳/۳)	p=۰/۱۷۲
	استیجاری	۲۵ (۸۰/۶)	۶ (۱۹/۴)	
	سازمانی	۱۸ (۹۰/۰)	۲ (۱۰/۰)	
مقطع تحصیلی	کارشناسی ارشد و بالاتر	۸ (۶۱/۵)	۵ (۳۸/۵)	p=۰/۳۲۶
	کارشناسی	۲۰۰ (۷۹/۱)	۵۳ (۲۰/۹)	
	کاردانی	۳ (۷۵/۰)	۱ (۲۵/۰)	

* آزمون کای اسکوئر

سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویانی که از درآمد خانوادگی رضایت نداشتند، بیشتر بود و این تفاوت در دو گروه از نظر آماری معنادار بود ($p=۰/۰۳۷$). نتایج آزمون تی دانشجویی در بررسی ارتباط سایر متغیرها از

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار برخی از متغیرهای فردی در دو گروه از دانشجویان با و بدون سندرم پیش از قاعدگی

متغیرهای فردی	میانگین ± انحراف معیار	سطح معنی داری
سن (سال)	۲۰/۹۱ ± ۲/۶۷	p=۰/۰۱۲
وزن (کیلوگرم)	۵۶/۱۳ ± ۸/۸۴	p=۰/۸۰
شاخص توده بدنی	۲۱/۹۷ ± ۳/۸۱	p=۰/۱۹۹
معدل سال تحصیلی گذشته (نمره)	۱۵/۷۶ ± ۱/۵۶	p=۰/۵۷
تعداد افراد خانواده (نفر)	۵/۴۶ ± ۲/۰۳	p=۰/۲۷
سن منارک (سال)	۱۳/۴۴ ± ۱/۱۶	p=۰/۷۰

پیش از قاعدگی را در میان دانشجویان دختر دانشگاه تربیت مدرس ۸۲/۵٪ گزارش کرد (۱۸). نتایج دو مطالعه دیگر که در ایران انجام شده است، تا حدی مغایر با مطالعه حاضر است و شیوع کمتری از سندرم پیش از قاعدگی در این مطالعات گزارش شده است. در مطالعه طلایی و همکاران (۲۰۰۹) میزان شیوع سندرم

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۷۸/۱٪ دانشجویان مورد مطالعه دارای علائم و نشانه های سندرم پیش از قاعدگی بودند. این یافته با نتایج برخی مطالعاتی که در ایران انجام شده است، همسو بود. از جمله می توان به مطالعه نورجاه (۲۰۰۸) اشاره کرد که شیوع سندرم

پیش از قاعدگی در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۴۸/۱٪ (۴) و در مطالعه علوی و همکاران (۱۳۸۵) در جنوب ایران، میزان شیوع سندرم پیش از قاعدگی در میان دانشجویان علوم پزشکی ۵۴/۱٪ گزارش شد (۱۹). در مطالعاتی که در کشورهای همسایه انجام شده اند نیز شیوع پایین تری از سندرم پیش از قاعدگی در مقایسه با نتایج مطالعه ما گزارش شده است. از جمله در مطالعه بالاها و همکاران (۲۰۱۰) در عربستان، شیوع سندرم پیش از قاعدگی در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ملک فیصل حدود ۳۵/۶٪ گزارش شد (۲۰). در مطالعه نیسار و همکاران (۲۰۰۸) در کشور پاکستان، میزان شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان رشته های علوم پزشکی ۵۱٪ گزارش شد (۲۱). در این میان نتایج برخی مطالعات کشورهای دیگر با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. به عنوان مثال در مطالعه پتا کارلوس و همکاران (۲۰۱۰) در کشور برزیل، شیوع سندرم پیش از قاعدگی ۷۸/۱٪ (۲۲) و در مطالعه ای که (۲۰۱۱) در کشور نیجریه، میزان شیوع سندرم پیش از قاعدگی در میان دانشجویان ۸۴/۵٪ گزارش شد (۲۳). در مطالعه دوس آس و همکاران (۲۰۱۰) در کشور اسپانیا میزان شیوع سندرم پیش از قاعدگی در میان زنان سنین باروری ۷۶/۷٪ گزارش شد (۲۴). عبدالمتمی و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای که در مصر انجام دادند، شیوع سندرم پیش از قاعدگی را در بین دانش آموزان دختر ۶۵٪ گزارش کردند (۲۵). در مطالعه زاجکوسکا (۲۰۱۵) که با هدف مقایسه شیوع و شدت سندرم پیش از قاعدگی در دو گروه زنان ورزشکار و غیر ورزشکار انجام شد، شیوع سندرم پیش از قاعدگی در زنان ورزشکار ۴۹/۳۳٪ و در گروه کنترل ۳۲٪ گزارش شد (۲۶).

به طور کلی مقایسه برآورد شیوع سندرم پیش از قاعدگی در مطالعه حاضر با مطالعات داخلی و خارجی نشانگر وجود مشابهت با برخی مطالعات و تفاوت هایی نیز با برخی مطالعات دیگر می باشد که به نظر می رسد تفاوت های موجود ممکن است ناشی از استفاده از تعاریف و ابزارهای مختلف برای ارزیابی سندرم پیش از

قاعدگی و یا خصوصیات فردی و اجتماعی متفاوت واحدهای پژوهش و یا معیارهای ورود و خروج متفاوت در این مطالعات باشد.

در مطالعه حاضر شدت سندرم پیش از قاعدگی نیز مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس یافته ها، ۱۹۶ نفر (۷۲/۵٪) از واحدهای پژوهش دارای سندرم پیش از قاعدگی خفیف، ۳۴ نفر (۲۲/۵٪) متوسط و ۱۳ نفر (۴/۷٪) شدید (اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی) بودند. در مطالعه نورجاه (۲۰۰۸) اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی در میان دانشجویان دختر دانشگاه تربیت مدرس ۱۶/۹٪ گزارش شد (۱۸). در مطالعه شاپوریان و همکاران (۲۰۰۶) که در شهر تهران انجام شد، شدت سندرم پیش از قاعدگی در ۶۲٪ خفیف، ۳۶٪ متوسط و اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی ۲٪ برآورد شد (۲۷). در مطالعه بالاها و همکاران (۲۰۱۰) شدت سندرم پیش از قاعدگی در میان دانشجویان به ترتیب ۴۲٪ خفیف، ۳۲/۶٪ متوسط و اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی ۲۲/۴٪ گزارش شد (۲۰). در مطالعه سیلوا و همکاران (۲۰۰۸) در جنوب نیجریه (۲۰۰۸) شدت سندرم قبل از قاعدگی در فرم خفیف ۸۰٪، متوسط ۱۳/۴٪ و فرم شدید ۵٪ گزارش شد (۲۸). نتایج مطالعه حاضر در مورد شدت سندرم پیش از قاعدگی با اکثر مطالعات قبلی همسو می باشد.

نتایج مطالعه حاضر در بررسی ارتباط سندرم پیش از قاعدگی با متغیرهای فردی و اجتماعی نشان داد که وجود سندرم پیش از قاعدگی در گروه های مختلف سنی مختلف معنی دار بود؛ به طوری که در گروه سنی ۲۵-۳۰ سال به طور معنی داری بیشتر از سایر گروه های سنی بود. در مطالعه آسیایر و همکاران (۲۰۰۹) شیوع سندرم پیش از قاعدگی در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال بیشترین میزان را به خود اختصاص داد و کمترین میزان شیوع سندرم در گروه سنی زیر ۲۰ سال بود (۹). در مطالعه بالاها و همکاران (۲۰۱۰) نیز در گروه های سنی بالاتر، شیوع سندرم پیش از قاعدگی بیشتر گزارش شد (۲۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه طلایی و همکاران (۲۰۰۹) ارتباطی بین سن و شیوع سندرم پیش از

می توان ناشی از جمعیت های آماری متفاوت و ابزارهای ارزیابی و تشخیصی متفاوت برای سندرم پیش از قاعدگی دانست.

از جمله محدودیت هایی که پژوهشگران در مطالعه حاضر با آن مواجه بودند این بود که ناچار از اعتماد به واحدهای پژوهش در تکمیل فرم ثبت علائم روزانه بودند و به این دلیل احتمال عدم دقت در تکمیل فرم ها وجود داشت. البته پژوهشگران با پایش منظم و توضیحات دقیق در مورد نحوه تکمیل این فرم سعی در کنترل این محدودیت داشتند. از طرفی دیگر استفاده از فرم ثبت علائم روزانه که به صورت آینده نگر تکمیل شد، نسبت به فرم های ثبت گذشته نگر، از نقاط قوت این مطالعه به شمار می آید.

نتیجه گیری

شیوع سندرم پیش از قاعدگی در میان دانشجویان از شیوع بالایی برخوردار است و با توجه به اینکه این سندرم بر هیجانات و عملکرد زنان تأثیر منفی زیادی دارد، بررسی میزان شیوع و شناسایی عوامل مستعد کننده سندرم پیش از قاعدگی می تواند در پیشگیری از این اختلال و ارتقاء سطح سلامت دانشجویان سهم عمده ای داشته باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح مصوب شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی گناباد است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد، واحد پژوهشگران انجام شده است. بدین وسیله از حمایت مالی و معنوی این مرکز تشکر و قدردانی می شود.

قاعدگی یافت نشد (۴). در توجیه این تناقض در یافته ها، قابل ذکر است که در مطالعه طلایی و همکاران تنوع چندانی از نظر سن در واحدهای پژوهش وجود نداشت و همه آنان کمتر از ۳۰ سال سن داشتند.

در مطالعه حاضر ارتباط آماری معناداری بین شیوع سندرم پیش از قاعدگی با قومیت مشاهده نشد. تاکدا و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود نژاد و قومیت را در بروز فراوانی نشانه های سندرم پیش از قاعدگی مؤثر دانستند (۲۹). سازمان جهانی بهداشت، شیوع تغییرات خلقی سندرم پیش از قاعدگی مانند تحریک پذیری، خواب آلودگی و افسردگی را در زنان اندونزیایی ۲۳٪ و در زنان مسلمان یوگسلاوی ۷۳٪ گزارش کرده است (۳۰). علت این تناقض در یافته ها را می توان ناشی از این موضوع دانست که در مطالعه حاضر جامعه پژوهش تنوع چندانی از نظر قومیت نداشته و اکثر آن ها فارس بودند.

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین شیوع سندرم پیش از قاعدگی با رشته و مقطع تحصیلی یافت نشد، در حالی که در مطالعه طلایی و همکاران (۲۰۰۹) ارتباط آماری معناداری بین رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی با شیوع سندرم پیش از قاعدگی وجود داشت (۴). همچنین در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین سندرم پیش از قاعدگی و محل سکونت و سطح درآمد یافت نشد، در حالی که در مطالعه بالاها و همکاران (۲۰۱۰) ارتباط آماری معناداری بین محل سکونت و سطح درآمد با شیوع سندرم پیش از قاعدگی گزارش شد (۲۰). در مطالعه حاضر اختلاف آماری معنی داری در مورد وضعیت تأهل با سندرم پیش از قاعدگی یافت نشد. اما در مطالعه آسیاب و همکاران (۲۰۰۹) ارتباط آماری معناداری بین شیوع سندرم پیش از قاعدگی و سطح تحصیلات و وضعیت تأهل یافت شد (۹). نتایج متفاوت در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات مشابه را

منابع

- Ryu A, Kim TH. Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas* 2015; 82(4):436-40.
- Kariman NS, Rezaeian M, Nassaji F, Valaei N, Gachkar L. The effect of exercise on premenstrual syndrome (PMS). *J Zanjan Univ Med Sci Health Serv* 2006; 13(53):8-15. (Persian).
- Teng CT, Filho AH, Artes R, Gorenstein C, Andrade LH, Wang YP. Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students:

- factor structure and methodological appraisal. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255(1):51-6.
4. Talaei A, Bordbar MRF, Nasiraei A, Pahlavani M, Dadgar SA. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS) in Students of Mashhad University of Medical Science. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009; 12(2):15-22. (Persian).
 5. Ramazani TF, Hashemi S, Robab AM. Prevalence of premenstrual syndrome and some of its relative factors in reproductive age. *Ofoghe Danesh* 2012; 18(3):121-7. (Persian).
 6. Dirkevand Moghaddam A, Kaikhavani S, Sayehmiri K. The worldwide prevalence of premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(65):8-17. (Persian).
 7. Pak Gouhar M, Mehran A, Ahmadi M, Salehi SM, Akhondzadeh S. Effect of hypericum perforatum L for treatment of Premenstrual Syndrome. *J Med Plants* 2005; 4(15):33-43.
 8. Sharifirad G, Rabiei L, Hamidizadeh S, Bahrami N, Rashidi Nooshabadi MR, Masoudi R. The effect of progressive muscle relaxation program on the depression anxiety, and stress of premenstrual syndrome in female students. *J Health Syst Res* 2014; Health Education Supplement:1786-96. (Persian).
 9. Kiani Asiabar A, Heidari M, Mohammadi Tabar SH, Faghihzadeh S. Prevalence, signs, symptoms and predisposing factors of premenstrual syndromes in employed women. *Daneshvar Med* 2009; 16(81):45-54. (Persian).
 10. Farahani LA, Farrokhi F, Abbasi A. Prevalence, severity, and clinical manifestations of premenstrual syndrome among the students residing in the dormitories of Arak University. *Qom Univ Med Sci J* 2014; 7(6):23-30. (Persian).
 11. Fotokian Z, Ghaffari F. Aerobic exercise program on the intensity of premenstrual syndrome. *Iran J Dermatol* 2006; 8(4):76-80.
 12. Mirghafourvand M, Asghari Jafarabadi M, Ghanbari Homayi S. Comparison of the diagnostic values of premenstrual syndrome screening tool (PSST) and daily record of severity of problems (DRSP). *J Babol Univ Med Sci* 2015; 17(8):27-33. (Persian).
 13. Maharaj S, Trevino K. A comprehensive review of treatment options for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Psychiatr Pract* 2015; 21(5):334-50.
 14. Endicott J, Freeman EW, Kielich AM, Sondheimer SJ. PMS: new treatments that really work. *Patient Care* 1996; 30(7):88-106.
 15. Endicott J, Halbreich U. Retrospective report of premenstrual depressive changes: factors affecting confirmation by daily ratings. *Psychopharmacol Bull* 1982; 18(3):109-12.
 16. Sharifi F, Simbar M, Mojab F, AlaviMajid H. A comparative study of the effects of *Matricaria chamomilla* extract and mefenamic acid on the severity of premenstrual syndrome symptoms. *Arak Med Univ J* 2013; 16(1):71-8. (Persian).
 17. Kialashaki A, Tofighi M, Shokouhi F, Zafari M, Zarenegad N. Effect of lavender essence on premenstrual syndrome. *J Mazand Univ Med Sci* 2010; 22(93):48-56. (Persian).
 18. Nourjah P. Premenstrual syndrome among teacher training university students in Iran. *J Obstet Gynecol India* 2008; 58(1):49-52.
 19. Alavi A, Salahimoghaddam AR, Alimalayeri N, Ramezanzpour A. Prevalence of clinical manifestations of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in students of Bandar Abbas Medical University. *J Hormozgan Univ Med Sci* 2007; 10(4):335-41. (Persian).
 20. Balaha MH, Amr MA, Saleh Al Moghannum M, Saab Al Muhaidab N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study. *Pan Afr Med J* 2010; 5:4-18.
 21. Nisar N, Zehra N, Haider G, Munir AA, Sohoo NA. Frequency intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. *J Coll Physicians Surg Pak* 2008; 18(8):481-4.
 22. Petta CA, Osis MJ, de Pádua KS, Bahamondes L, Makuch MY. Premenstrual syndrome as reported by Brazilian women. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 108(1):40-3.
 23. Eke AC, Akabuikwe JC, Maduekwe K. Predictors of premenstrual syndrome among Nigerian university students. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 112(1):63-4.
 24. Dueñas JL, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 156(1):72-7.
 25. Abdelmoty HI, Youssef MA, Abdallah S, Abdel-Malak K, Hashish NM, Samir D, et al. Menstrual patterns and disorders among secondary school adolescents in Egypt. A cross-sectional survey. *BMC Womens Health* 2015; 15:70-6.
 26. Czajkowska M, Drosdzol-Cop A, Gałazka I, Naworska B, Skrzypulec-Plinta V. Menstrual cycle and the prevalence of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder in adolescent athletes. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015; 28(6):492-8.
 27. Shahpourian F, Mahmoodi Z, Bastani F, Parsaei S, Hoseini F. Premenstrual syndrome and its related symptoms in students. *Q Iran J Nurs* 2006; 18(44):57-66. (Persian).
 28. Silva CM, Gigante DP, Minten GC. Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(4):835-44.
 29. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata, Y. Prevalence and premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9(4):209-12.
 30. Richardson JT. The premenstrual syndrome: a brief history. *Soc Sci Med* 1995; 41(6):761-7.

