

بررسی ارتباط استرس با ابتلاء به سندرم پیش از قاعدگی

فرزانه جعفرنژاد^۱، زهرا شاکری^{۲*}، دکتر مونا نجف نجفی^۳، دکتر جواد صالحی فدردی^۴

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دستیار تخصصی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۲۸

خلاصه

مقدمه: بررسی عوامل مرتبط با سندرم قبل از قاعدگی، باعث به وجود آمدن یک رویکرد کلی به استرس و همچنین راهکارهای مرتبط با کنترل آن می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط استرس با ابتلاء به سندرم قبل از قاعدگی در دانشجویان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۱۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. نمونه گیری به روش احتمالی و ابزار مطالعه شامل پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در بُعد استرس، پرسشنامه تشخیص موقت سندرم پیش از قاعدگی و ابزار ثبت روزانه علائم سندرم قبل از قاعدگی بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: از ۶۵ فرد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، ۲۴ نفر (۳۶/۹٪) افراد شدت علائم را خفیف، ۲۴ نفر (۳۶/۹٪) متوسط، ۱۰ نفر (۱۵/۴٪) شدید و ۷ نفر (۱۰/۸٪) بسیار شدید گزارش کردند. همچنین میانگین نمره استرس در دانشجویان غیر مبتلا به طور معنی داری کمتر از دانشجویان مبتلا به سندرم بود ($p < ۰/۰۰۱$) و در دانشجویان مبتلا، شدت علائم سندرم ارتباط آماری معنی دار و مستقیمی با افزایش نمره استرس داشت ($p < ۰/۰۰۱$).
نتیجه گیری: افراد با استرس کمتر، شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی را کمتر تجربه می کنند.

کلمات کلیدی: استرس، سندرم قبل از قاعدگی، قاعدگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا شاکری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک:

shakeriz901@mums.ac.ir

مقدمه

سلامتی در سال های اخیر، یکی از اولویت های حقوق زنان به شمار می آید زیرا علاوه بر نقش عاطفی زنان در خانواده، نقش های شغلی و اجتماعی آنان در جامعه پر رنگ تر شده است. زندگی یک زن از بدو تولد تا هنگام مرگ، با تغییرات جسمی و روحی متعددی همراه است که به طور مستقیم با ظرفیت تولید مثل او ارتباط دارد (۱). یکی از مسائل روان تنی مرتبط با عملکرد تولید مثل زنان که با اختلالات خلقی و عاطفی نظیر عصبانیت، اضطراب و تحریک پذیری همراه است، سندرم پیش از قاعدگی (PMS)^۱ می باشد (۲). سندرم پیش از قاعدگی در دهمین طبقه بندی بین المللی اختلالات روانی، رفتاری و تحولی، به عنوان جزئی از اختلال پزشکی زنان و نه اختلالات روانی طبقه بندی شده است که بیانگر حالت موقتی اختلال در زمان های خاص (قبل از قاعدگی) است (۳). سندرم پیش از قاعدگی، یک اختلال روانی - عصبی - اندوکرین می باشد که باعث عود دوره ای تغییرات جسمی، شناختی، رفتاری و خلقی شده و بعد از تخمک گذاری ظاهر می شود و طی چند روز اول شروع قاعدگی (هفته اول فاز فولیکولار) برطرف می شود و از شدت کافی برای تداخل با جنبه های طبیعی زندگی برخوردار است (۴). این اختلال از بیماری های شایع زنان بوده، اما به دلیل تفاوت های فرهنگی، اجتماعی و ابزارها و معیارهای تشخیصی و همچنین تفاوت در تعریف و جمعیت هدف، به دست آوردن شیوع واقعی این سندرم نسبتاً دشوار است (۵).

رضانی و همکار (۲۰۱۱)، شیوع سندرم پیش از قاعدگی را در ایران ۵۲/۹٪ اعلام کرد (۶) و شیوع این اختلال در کشورهای ایتالیا ۴۸٪، تایلند ۲۵٪، ترکیه ۶۱/۴٪ و برزیل ۲۵/۷٪ گزارش شده است (۷، ۸). یکی از پیچیدگی های سندرم پیش از قاعدگی، نامعلوم بودن علت و سبب شناسی اصلی آن است (۲۲). تئوری های متعددی در مورد علت این اختلال مطرح است که شامل علل روانشناختی، افزایش پروژسترون، پرولاکتین، پروستاگلندین و هیپوکلسمی می باشد (۹).

علائم سندرم پیش از قاعدگی می تواند فیزیکی (مانند: پرخوری، افزایش وزن، درد مفاصل) و روانی و هیجانی (مانند: اشکال در تمرکز، احساس تنهایی و انزوا، تحریک پذیری) باشد و به طوری که آمارها نشان می دهد، از هر ۵ جنابیتی که در زنان آمریکا رخ می دهد، ۴ مورد متعلق به زنانی است که روزهای پیش از قاعدگی را سپری می کنند (۱۰). پرخاشگری، عصبانیت و حساس شدن که می توانند عامل بسیاری از دعوها، طلاق ها و قتل و خودکشی ها باشد، در این برهه زمانی بیشتر مشاهده می شود.

از جمله مهمترین مشکلات زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، استرس و پیامدهای ناشی از آن است (۱۲). شواهد حاضر نشان می دهد در صورتی که فرد به طور معمول و به نحو صحیح، بر روی استرس کنترل داشته باشد و میزان استرس او در حد قابل قبول و طبیعی باشد، علائم کمتری از نشانه های روانی و رفتاری در او وجود خواهد داشت. نشانه های رفتاری در ۴ حیطه رفتاری، هیجانی، جسمانی و شناختی، ارتباط تنگاتنگی با سندرم پیش از قاعدگی دارند. باید توجه داشت که استرس در اثر نقص در اطلاعات و اشتباه بودن عقاید و باورها در افراد ایجاد می شود (۱۲). استرس از طریق کاهش بتا اندورفین های مغزی و افزایش کورتیزول آدرنال، منجر به بروز علائم خلقی در افراد می شود و همچنین از مکانیزم های مؤثر بر ایجاد علائم روانی و خلقی در این سندرم می باشد (۱۳). در مطالعه اسمیت و همکار (۲۰۰۵) در سوئیس، کاهش معنی داری در کارکرد حافظه های کوتاه مدت، بلند مدت و همچنین کاهش اندک در حافظه تصویری در زمان قبل از قاعدگی گزارش شد که این امر ممکن است به نحوی موقعیت های تحصیلی و آموزشی زنان مبتلا را به مخاطره بیاندارد (۲۵).

لرزاده (۲۰۰۶) مصرف ۲۰-۱۰ میلی گرم فلوکستین روزانه را یک هفته قبل از قاعدگی در بهبود خلق و خو، کارکرد اجتماعی و علائم قبل از قاعدگی مؤثر می داند (۲۶) نتایج مطالعه اخلاقی و همکار (۲۰۰۳) نشان داد مصرف روزانه ۱۰۰۰ میلی گرم کلسیم در نیمه دوم سیکل قاعدگی به مدت ۵ روز در زنان مبتلا به سندرم

¹ Premenstrual syndrom

نمونه (اعم از مبتلا و غیر مبتلا) تقریباً حدود ۷۸ تعیین شد که جهت اطمینان بیشتر به نتایج مطالعه، حجم نمونه به ۱۱۵ نفر ارتقاء یافت.

پس از تأیید کمیته اخلاق و اجازه دانشکده پرستاری، دانشجویان به صورت نمونه گیری تصادفی از بین اتاق های خوابگاه انتخاب شدند. نمونه گیری به صورت دو مرحله ای بود که واحدهای پژوهش در مرحله اول به صورت خوشه ای (اتاق های خوابگاه ها) و در مرحله دوم به صورت غیر احتمالی آسان (دانشجویان ساکن در اتاق) انتخاب شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه و کتبی از دانشجویان، در مرحله اول قد و وزن آنها اندازه گیری شد و در مرحله بعد، تمام واحدهای پژوهش پرسشنامه سبک زندگی در بُعد استرس و پرسشنامه تشخیص موقت سندرم را تکمیل کردند. در نهایت فقط افراد مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی، پرسشنامه ثبت علائم روزانه سندرم را تکمیل کردند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: دانشجو و ساکن خوابگاه، عدم بارداری، نداشتن بیماری طبی و روانی (مانند دیابت، فشار خون، افسردگی)، داشتن دوره های منظم عادت ماهیانه ۲۱-۳۵ روزه و نداشتن حوادث ناگوار و استرس زا (فوت نزدیکان، طلاق، تصادف شدید) طی ۶ ماه گذشته بود. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه شامل: چک لیست مشخصات فردی و مامایی، پرسشنامه ثبت موقت سندرم پیش از قاعدگی، پرسشنامه ثبت روزانه علائم سندرم پیش از قاعدگی و پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (HPLP2)^۱ بود.

جهت بررسی ابتلاء واحدهای پژوهش به سندرم پیش از قاعدگی، از پرسشنامه ثبت موقت سندرم پیش از قاعدگی استفاده شد، که ۱۱ علامت از علائم سندرم به وسیله این پرسشنامه بررسی می شود. فرد در صورت داشتن ۵ علامت از ۱۱ علامت؛ به گونه ای که حداقل یکی از علائم، جزء ۴ علامت اول باشد، مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی در نظر گرفته می شود. تقویم ثبت وضعیت روزانه علائم سندرم قبل از قاعدگی {شامل ۲۲ علامت (۱۰ علامت از شایع ترین علائم گزارش شده فیزیکی و ۱۲ علامت از شایع ترین علائم گزارش شده

پیش از قاعدگی، در کاهش و تخفیف ۶۲٪ از علائم روانی خلقی و ۶۱٪ از علائم جسمی مؤثر است (۲۷). برخی پژوهشگران نیز عواملی نظیر تغذیه، عدم وجود فعالیت های ورزشی و وجود فشارهای روانی را در ایجاد سندرم قبل از قاعدگی دخیل می دانند (۲۸).

لذا با توجه به وجود مشکلات و عوارض متعدد ناشی از سندرم قبل از قاعدگی و تا حدودی غیر قابل قبول بودن مداخلات گوناگون (شیمیایی) جهت بهبود یا درمان این سندرم (۱۲)، شناخت عوامل مؤثر بر آن از جمله میزان استرس، شاید بتواند عاملی جهت کاهش و سازش با عوامل استرس زا بوده و همچنین در عدم ابتلاء یا کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی مؤثر واقع شود. از آنجایی که دانشجویان علوم پزشکی که بعد از فارغ التحصیلی، کارکنان مراقبت از سلامت خواهند بود، نه تنها مسئولیت تأثیرگذاری بر سلامت دیگران را دارند، بلکه الگوی مناسبی برای انجام رفتارهای مراقبتی مانند مدیریت استرس می باشند (۲۱) و با توجه به اینکه مطالعات داخلی در زمینه بررسی ارتباط استرس با شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی محدود می باشد، لزوم مطالعات بیشتر در این زمینه احساس می شود، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط استرس با ابتلاء به سندرم قبل از قاعدگی و شدت علائم آن در افراد مبتلا انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی به منظور بررسی همبستگی بین دو متغیر سندرم پیش از قاعدگی و استرس انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مقاطع مختلف تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا) بودند که در ۴ ساختمان خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی مشهد سکونت داشته و در نیمسال دوم تحصیلی سال ۹۲-۱۳۹۱ در این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه با توجه به ضریب همبستگی ۰/۴۳ - بین امتیازات کسب شده از دو متغیر اصلی و با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ ، تعیین شد.

با در نظر گرفتن حجم نمونه در حالت حداکثر و با فرض اینکه حدود نیمی از دانشجویان دارای این سندرم می باشند (استخراج شده از مطالعه رضانی (۶))، حجم

¹ Health-Promoting Lifestyle Profile II

رفتاری می باشد) در شدت های مختلف (ندارم=۰، تا بسیار شدید =۴) توسط نمونه ها مشخص می شود} که در اختیار مبتلایان قرار داده شد تا به مدت ۲ ماه متوالی آن را به صورت روزانه تکمیل کنند. تکمیل پرسشنامه مذکور به وسیله تماس تلفنی محقق (۳-۲ بار در هفته) با واحدهای پژوهش پیگیری شد.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، ابعاد ۶ گانه سبک زندگی را می سنجد که در این مطالعه فقط از ۸ سؤال مرتبط با حیطه مدیریت استرس استفاده شد. سؤالات بر اساس مقیاس چهار گزینه ای لیکرت (هرگز، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) بود که محدوده نمره پرسشنامه ۳۲-۸ و نمره کمتر از نمره میانگین (نمره ۲۰)، نشان دهنده مدیریت استرس مطلوب در فرد بود.

در این مطالعه جهت تعیین روایی ابزار پژوهش (پرسشنامه تشخیص موقت سندرم و پرسشنامه ثبت روزانه علائم سندرم) از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه ها در اختیار ۱۰ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد قرار داده شد تا نظرات خود را بیان کنند. پایایی پرسشنامه تشخیص موقت سندرم و پرسشنامه ثبت روزانه علائم سندرم با روش تعیین ضریب آلفا کرونباخ (به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۸) مورد تأیید قرار گرفت. ابزار سبک زندگی،

ابزاری روا و پایاست که پایایی آن (در بُعد مدیریت استرس) قبلاً توسط محمدی زیدی (۱۳۹۰) با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۵ مورد تأیید قرار گرفت.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات توصیفی با استفاده از شاخص های آماری تمایل مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) و توزیع فراوانی گزارش شد. جهت بررسی اهداف پژوهش از آزمون تعیین همبستگی اسپیرمن و جهت مقایسه میانگین نمره افراد در بُعد استرس در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا و همچنین مقایسه میانگین این نمره در بین گروه های با شدت مختلف استرس با توجه به نرمال بودن توزیع داده ها، به ترتیب از آزمون های تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

مشخصات فردی واحدهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. ۲۴ نفر (۳۶/۹٪) از افراد مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی، شدت علائم را در حد خفیف، ۲۴ نفر (۳۶/۹٪) متوسط، ۱۰ نفر (۱۵/۴٪) شدید و ۷ نفر (۱۰/۸٪) سندرم را در حد بسیار شدید گزارش کردند.

جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای شاخص توده بدنی، گروه های سنی، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل در واحدهای پژوهش مبتلا و غیر مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی

متغیر	غیر مبتلا تعداد (درصد)	مبتلا تعداد (درصد)
شاخص توده بدنی	کمتر از ۱۸/۵ (لاغر)	۰
	۱۸/۶ - ۲۵ (طبیعی)	۳۷ (۷۴)
	۲۵/۱ - ۲۹ (اضافه وزن)	۱۳ (۲۶)
	بیشتر از ۲۹/۱ (چاق)	۰
کل	۵۰ (۱۰۰)	۶۵ (۱۰۰)
سن (سال)	کمتر از ۲۰	۲۱ (۴۲)
	۲۰-۳۰	۲۷ (۵۴)
	بیشتر از ۳۰	۲ (۴)
	کل	۵۰ (۱۰۰)
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۳۱ (۶۲)
	کارشناسی ارشد	۹ (۱۸)
	دکتری	۱۰ (۲۰)
	کل	۵۰ (۱۰۰)

مجرد	۴۰ (۸۰)	۵۰ (۷۶/۹)
متأهل	۱۰ (۲۰)	۱۵ (۲۳/۱)
مطلقه	.	.
بیوه	.	.
کل	۵۰ (۱۰۰)	۶۵ (۱۰۰)

میانگین و انحراف معیار نمره استرس در گروه غیر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی $18/9 \pm 2/2$ و در گروه مبتلا $32/2 \pm 3/3$ بود که بین این دو میانگین، تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد ($p < 0/001$, $t = -8/41$). میانگین نمره استرس در افراد مبتلا به شدت های مختلف سندرم پیش از قاعدگی (خفیف: $21/6 \pm 3/2$ ، متوسط: $23/0 \pm 2/9$ ، شدید: $24/7 \pm 2/8$ ، بسیار شدید: $27/1 \pm 1/5$) نیز تفاوت آماری معنی داری داشت ($p < 0/001$). بر اساس آزمون همبستگی اسپیرمن، بین نمره مدیریت استرس با شدت های مختلف سندرم پیش از قاعدگی ارتباط مستقیم و معنی داری وجود داشت ($r = 0/688$, $p < 0/001$). بر اساس آزمون آماری تی تست، بین میانگین شاخص توده بدنی ($p < 0/001$) و میانگین سن ($p < 0/001$) در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی تفاوت آماری معناداری وجود داشت. بر اساس آزمون اسپیرمن، بین تعداد بارداری ($p = 0/27$) و رتبه تولد ($p = 0/17$) با ابتلاء به سندرم پیش از قاعدگی ارتباط معناداری مشاهده نشد. همچنین این آزمون نشان داد که بین سطح تحصیلات و شدت های مختلف سندرم قبل از قاعدگی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت ($p = 0/51$).

بحث

نتایج مطالعه حاضر که با هدف تعیین ارتباط میزان استرس با ابتلاء به سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان انجام شد، نشان داد که نمره استرس در دانشجویان غیر مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی نسبت به افراد مبتلا، به طور معنی داری کمتر است و همچنین در بین دانشجویان مبتلا، افزایش شدت علائم سندرم، ارتباط مستقیم و معنی داری با افزایش نمره استرس دارد. احتمالاً با کنترل صحیح استرس در دانشجویان، بروز و شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی کاهش خواهد

یافت. استرس از طریق کاهش بتآندورفین ها مغزی و افزایش کورتیزول آدرنال، باعث بروز علائم خلقی در افراد (به خصوص مبتلایان به سندرم) می شود. در مطالعه کاتلین و همکاران (۲۰۰۶) ارتباط معناداری بین نمره استرس و شدت علائم سندرم وجود داشت؛ به گونه ای که میزان سطوح استرس بالاتر، با شدت علائم بیشتری در مبتلایان همراه بود (۲۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین شوهای چنگ و همکار (۲۰۱۳) نیز استرس را عاملی برای ابتلاء به سندرم و افزایش شدت علائم آن دانسته و ارتباط معنی داری بین این دو متغیر بیان کردند (۱۴). همچنین در مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی دانشجویان کارشناسی در هنگ کنگ چین انجام شد، بین سلامت روان، میزان استرس و سندرم پیش از قاعدگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد (۲۴). یکی از علل ارتباط بین شدت علائم سندرم با میزان استرس در مطالعه حاضر ممکن است ناشی از انجام مطالعه در قشر گروه های علوم پزشکی که آشنایی کامل با بحث های پزشکی دارند، باشد که با دقت بالا و بدون اینکه رفتار خاصی را در این فاز از نظر خارج کنند، علائم خود را در این مراحل مرور کردند و دیگر اینکه نتایج حاصل از این مطالعه تا حدودی به دلیل وجود مسائل خاص پیرامون زندگی دانشجویان می باشد که سرشار از استرس های گوناگون مانند دوری از خانواده، مشکلات اقتصادی، شرایط خاص محل سکونت دانشجویان، ناسازگاری ها و تضاد شخصی با افراد ساکن در آن محل می باشد که می تواند باعث ایجاد استرس در دانشجویان شود (۲۲). روانشناسان در مورد قدرت کنترل و مدیریت استرس به تعدادی از عوامل شخصی موجود در فرد اشاره می کنند که مهمترین آنها شامل: تسلط داشتن به زندگی خود، داشتن خانواده، اقوام و دوستانی که از سوی آنها حمایت شوند، امیدواری، فعال بودن و کار کردن می باشد (۲۲).

در این رابطه در مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۲)، مؤثر بودن عوامل پاتوفیزیولوژیک در ایجاد علائم سندرم قبل از قاعدگی، از جمله دلایل عدم ارتباط بین استرس و سندرم شمرده شد.

در مطالعه حاضر ۴۷٪ از دانشجویان، غیر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بودند و در واحدهای پژوهش مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، شدت علائم در ۳۶/۹٪ خفیف، ۳۶/۹٪ متوسط، ۱۵/۳٪ شدید و ۱۰/۷٪ بسیار شدید بود. در مطالعه سیلوا و همکاران (۲۰۰۸) در ترکیه که بر روی زنانی که اولین قاعدگی آنها در سن ۱۱ سالگی بود انجام شد، شیوع سندرم در حد خفیف ۸۰/۸٪، متوسط ۱۲/۴٪ و شدید ۵/۸٪ گزارش شد (۱۵). در مطالعه نیسار و همکاران (۲۰۰۸) شیوع شدت های مختلف سندرم در مبتلایان ۵۹/۵٪ خفیف، ۲۹/۲٪ متوسط و ۱۱/۲٪ شدید بود (۱۶). آمارهای به دست آمده از منابع و مقالات متعدد در کشورهای مختلف، تفاوت های آشکاری در میزان شیوع شدت های مختلف علائم سندرم نشان می دهند که بخشی از این اختلافات مربوط به تفاوت های فرهنگی و داشتن دیدگاه منفی در مواجهه با قاعدگی و متعاقب آن محدودیت های اعمال شده در واکنش زنان نسبت به قاعدگی و پیرامون آن بین جوامع مختلف می باشد. از سوی دیگر چون مطالعه حاضر بر روی دانشجویان علوم پزشکی انجام شد، این قشر از دانشجویان به دلیل بالا بودن علم پزشکی، دیدگاه منفی کمی در مورد قاعدگی دارند، از این رو قاعدگی را به عنوان یک رخداد فیزیولوژیک و طبیعی در نظر می گیرند. بنابراین آنها علائم پیرامون قاعدگی را با دقت زیاد بیان می کنند که این خود می تواند دلیلی برای اختلافات آماری آشکار به دست آمده در این مطالعه نسبت به سایر مطالعات در زمینه شیوع شدت های مختلف در مبتلایان به سندرم باشد (۲۳).

در مطالعه حاضر بین تعداد بارداری با سندرم پیش از قاعدگی ارتباطی وجود نداشت که با نتایج مطالعه پاتریک و همکاران (۱۹۹۹) و کیانی و همکار (۲۰۰۹) همخوانی داشت (۱۷، ۱۸). همچنین در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین سندرم پیش از قاعدگی با شاخص توده بدنی وجود داشت و دانشجویانی که شاخص توده

بدنی بالاتر از طبیعی (اضافه وزن و چاق) داشتند، درصد بیشتری از افراد مبتلا به سندرم را تشکیل می دادند که با نتایج مطالعه کرتز و همکاران (۱۹۹۹)، پاتریک و همکاران (۱۹۹۹) و کیانی و همکار (۲۰۰۹) همخوانی داشت (۱۷-۱۹). همچنین در مطالعه حاضر ارتباطی بین سطح تحصیلات با سندرم پیش از قاعدگی وجود نداشت که با نتایج مطالعه کیانی و همکار (۲۰۰۹) همخوانی داشت (۱۸). عدم تأثیر موقعیت تحصیلی با ابتلاء به سندرم قبل از قاعدگی نشان می دهد که این سندرم، احتمالاً بیشتر تحت تأثیر عوامل درونی افراد قرار می گیرد (۲۳). در مطالعه حاضر سندرم پیش از قاعدگی در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال بیشتر بود و کمترین درصد آن در گروه سنی زیر ۲۰ سال بود و بین سن و سندرم پیش از قاعدگی ارتباط معناداری وجود داشت که با نتایج مطالعه کیانی و همکار (۲۰۰۹) همخوانی داشت (۱۸).

در این مطالعه محدودیت هایی نیز وجود داشت که توجه به آنها می تواند باعث درک بهتر از وضعیت سندرم قبل از قاعدگی و استرس در جوانان شود؛ اول اینکه مبنای ارزیابی وضعیت استرس نمونه ها به صورت خود گزارش دهی بود که ممکن است پاسخ ها در برخی موارد، تحت تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی قرار گرفته باشد. هر چند سعی شد با توضیح بیشتر اهداف مطالعه و برقراری ارتباط های بیشتر، این محدودیت تا حدی کنترل شود اما کنترل کامل این محدودیت ممکن نبود. دوم اینکه دانشجویان از مقاطع تحصیلی و سنین متفاوت بودند که ممکن است درک یکسانی از سؤالات استرس در آنها حاصل نشده باشد. این محدودیت نیز می تواند تأثیراتی داشته باشد که از کنترل پژوهشگر خارج بود.

نتیجه گیری

افراد با استرس کمتر، با شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی کمتری روبرو می باشند. لذا پیشنهاد می شود در نظر گرفتن میزان استرس و تأثیر آن بر شدت های مختلف علائم این سندرم برای دانشجویان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی در موارد مشاوره و درمان در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی (کد ۹۱۰۸۵۴) مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. بدینوسیله از شورای محترم پژوهشی که حمایت مالی را

بر عهده داشته و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، همچنین از واحدهای پژوهش که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- Zamani M, Arab M, Nasrollahi SH, Manikashani KH. [Therapeutic effect of fish oil on primary dysmenorrhea] [Article in Persian]. J Gorgan Univ Med Sci 2005;7(1):39-42.
- Yarcheski A, Maho NE, Yarcheski TJ. Anger in adolescent boys and girls with health manifestation. Nurs Res 2002 Jul-Aug;51(4):229-36.
- Shoairi M, Shojaei P. [Students compare the psychological status of female menstruation] [Article in Persian]. J Shahed Univ 2008;15(76):34-45.
- Nadalogan estotland. Berek & Novak's gynecology. 15th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2012:299-329.
- Fritz MA, Speroff L. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 8th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2010.
- Ramzani F, Hashemi S. [Premenstrual syndrome and some related factors of reproductive age] [Article in Persian]. J Ofoghe-Danesh 2011;18(3):121-4.
- Allais G, Castagnoli Gabellari I, Burzio C, Rolando S, De Lorenzo C, Mana O, et al. Premenstrual syndrome and migraine. Neurol Sci 2012 May;33 Suppl1:S111-5.
- Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG. [Population study of premenstrual syndrome] [Article in Portuguese]. Rev Saude Publica 2006 Feb;40(1):47-56.
- BahramiF, AzarianZ. [The relationship between premenstrual syndrome and depression in women student metacognition] [Article in Persian]. J Sci Technol 2007;4(2):137-43.
- Mahmoodi Z, Parsa S.[Compared the effects of adding carbohydrates to the diet and supplement both the intensity of premenstrual syndrome] [Article in Persian]. J Kermanshah Univ Med Sci 2010;4(1):10-19.
- Nasiri M. [Social psychology for nurses]. Tehran:Bashar Publications;2011. [in Persian].
- Zare H, Taraj S. [The effect of premenstrual syndromes on the function of short-term, long-term and provident memory of afflicted women] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2009;12(3):1-8.
- ArmandA, TalaieA. [Efficacy of cognitive behavioral stress management training in reducing psychological problems and symptoms of premenstrual syndrome] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012;15(2):24-31.
- Cheng SH, Shih CC, Yang YK, Chen KT, Chang YH, Yang YC. Factors associated with premenstrual syndrome – a survey of new female university students. Kaohsiung J Med Sci 2013 Feb;29(2):100-5.
- 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 Apr;24(4):835-44.
- 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 Aug;18(8):481-4.
- Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. Arch Fam Med 1999 Mar-Apr;8(2):122-8.
- Kiani A, Heidari M. [Prevalence of symptomatology and risk of premenstrual syndrome in women] [Article in Persian]. J Shahed Univ 2009;16(81):45-54.
- Kritz-Silverstein D, Wingard DL, Garland FC. The association of behavior and lifestyle factors with menstrual symptoms. J Women Health Based Med 1999 Nov;18(9):85-93.
- Lustyk KB, Beam CR, Miller AC, Olson KC. Relationship among perceived stress, premenstrual syndrome and spiritual well-being in women. J Psychol Theol 2006;34(4):311-7.
- Wittayapun Y, Tanasirirug V, Butsrirupoom B, Ekpanyaskul Ch. Factors affecting health-promoting behaviors in nursing students of faculty of nursing, Srinakharinwirot University, Thailand. J Public Health 2010 May-Aug;40(2):215-25.
- BaradaranM, ShirvaniM. [Status and stress management in students] [Article in Persian]. J Nurs Midwifery Tabriz 2006;5:54-63.
- AlaviA, SelahiA. [Prevalence clinical signs of premenstrual syndrome in students] [Article in Persian] J Hormozgan Univ Med J 2006;10(4):335-41.
- Lee AM, Wel R, Chung KF, Hui KT, IP SK, Leung HL, et al. Premenstrual symptoms among Chinese female undergraduates: relationship with stress and mental health. HKJGOM 2005;5(1):10-21.

25. Schmitt JA, Jorissen B, Dye L, Markus CR, Deutz NE, Riedel WJ. Memory function in women with premenstrual complaints and the effect of serotonergic stimulation by acute administration of an alpha-lactalbumin protein. *J Psychopharmacol* 2005 Jul;19(4):375-84.
26. LorzadehN, KazemiRadS. [The Effects of Daily Fluoxetine in Treatment of Premenstrual]. *J Iranian obstetric and gynecology*, 2006,9(2),39-46
27. Dysphoric Disorder Akhlagi and obstetric F, Hamed AK. [Effect of calcium on]. *J Babol Univ Med Sci* 2003; premenstrual syndrome] [Article in Persian 37(10)• 669-676.
28. Mahmoodi Z, Parsa S. [Compared the effects of adding carbohydrates to the diet and supplement both the intensity of premenstrual syndrome]. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2010;4(1),10-19.