

شیوع، شدت و تظاهرات بالینی سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اراک

لیلا امیری فراهانی^{۱*}، فریبا فرخی^۲، عباسعلی عباسی^۳

چکیده

زمینه و هدف: سندرم پیش از قاعدگی یکی از مشکلات شایع در سنین تولیدمثلی زنان با مجموعه‌ای از علائم فیزیکی و روانی است، که به اشکال ضعیف، متوسط و شدید بروز می‌کند. با توجه به نتایج متفاوت تحقیقات انجام شده در این زمینه، این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع، شدت و تظاهرات بالینی سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اراک صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی روی ۵۰۰ دانشجوی ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۸۸ انجام شد. فرم خلاصه شده ارزیابی سندرم پیش از قاعدگی ۱۰ آیتمی و پرسشنامه سنجش استرس، اضطراب و افسردگی (DASS 21) توسط واحدهای پژوهشی تکمیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی دانشجویان شرکت کننده در پژوهش $21/47 \pm 2/55$ سال بود. ۹۶/۶٪ از افراد شرکت کننده در مطالعه دارای درجاتی از علائم سندرم پیش از قاعدگی بودند. فراوانی شدت سندرم پیش از قاعدگی برحسب درجه خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید به ترتیب ۵۲/۲٪، ۳۸/۸٪، ۵/۲٪ و ۰/۶٪ برآورد شد. از میان علائم گزارش شده؛ سندرم پیش از قاعدگی نظیر استرس، برافروختگی، تحریک پذیری، افسردگی، حساسیت پستان‌ها، کمر درد، افزایش وزن، درد شکم، نفخ و علائم روانی نسبت به علائم جسمی، شیوع بیشتری داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، از آنجایی که سندرم پیش از قاعدگی یکی از مشکلات شایع سنین تولیدمثلی زنان بوده و اثرات زیانباری بر روی کیفیت زندگی آنان دارد، لذا باید راهکارهای پیشگیری کننده و درمانی جهت حل این مسئله ارائه گردد.

کلید واژه‌ها: سندرم پیش از قاعدگی؛ شیوع؛ تظاهرات بالینی.

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

^۲ کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

^۳ پزشک عمومی، اداره سلامت شهرداری منطقه ۲، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

لیلا امیری فراهانی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
l.amirifarahani@arakmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۱/۵/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۱۶

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Amiri Farahani L, Farokhi F, Abbasi AA. Prevalence, severity, and clinical manifestations of premenstrual syndrome among the students residing in the dormitories of Arak University of Medical Sciences, Iran. Qom Univ Med Sci J 2013;7(6):34-40. [Full Text in Persian]

مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی با تغییرات دوره‌ای در وضعیت جسمی، روانی و رفتاری زنان ظاهر می‌شود، که شروع آن ۱۲-۶ روز پیش از خونریزی ماهانه و تداوم آن به مدت ۲ روز (حداکثر ۴ روز) بعد از شروع خونریزی ماهانه است (۲،۱). در مجموع، ۱۵۰ علامت و بیشتر به‌عنوان علائم سندرم پیش از قاعدگی شناسایی شده است، که شامل علائم روانشناسی مانند ضعف و خستگی، تحریک‌پذیری و تند مزاجی، خلق و خوی متغیر، افسردگی و غیره می‌باشد. علائم فیزیکی نظیر نفخ شکم، درد کمر، حساسیت پستان‌ها و غیره، بسته به شدت علائم طیف وسیعی از بیماری، از وضعیت خفیف تا شدید در سندرم پیش از قاعدگی بروز می‌کند (۱). در برخی منابع اختلال پیش از قاعدگی (Premenstrual Dysphoric Disorder) PMDD، به‌عنوان نوع شدید سندرم پیش از قاعدگی در نظر گرفته شده که باعث اختلال در فعالیت‌های روزانه فرد می‌شود (۲).

بیش از ۷۵٪ از زنان در سنین باروری، برخی از علائم و تغییرات دوره‌ای ناشی از این سندرم را ذکر کرده‌اند (۴-۲). در نتایج مطالعه‌ای که روی ۷۸ نوجوان انجام شد، گزارش گردید ۱۰۰٪ شرکت‌کنندگان حداقل یکی از علائم سندرم پیش از قاعدگی را دارا بوده‌اند (۵)، درحالی‌که در میان نمونه‌های انتخاب‌شده از جمعیت عمومی زنان، بیش از ۸۵٪ آنها یک یا بیشتر، علائم سندرم پیش از قاعدگی را داشتند (۶،۷). مطالعه‌ای که در شهر تهران انجام شد، نشان داد شیوع سندرم پیش از قاعدگی بیش از ۶۰٪ بوده، که ۶۴٪ از نوع خفیف، ۳۲٪ متوسط و ۳٪ شدید می‌باشد (۸). میزان شیوع سندرم قبل از قاعدگی شدید یا به عبارتی دیگر، PMDD، ۳-۱۰٪ ذکر شده است (۲،۹).

این عارضه نخستین بار در سال ۱۹۳۱ توسط Frank کشف شد. لیکن نتایج تحقیقات وی به دست فراموشی سپرده شد. گویا برای کسی اهمیت نداشت که زنان از این سندرم اعم از نشانه‌های جزیی آن مانند خستگی و عدم تمرکز حواس و یا عوارض مهم‌تر مانند تشنج‌های صرع، آسم و تشنج عصبی که گاهی در حد شدید، آنان را وادار به خودکشی می‌کرد، رنج می‌برند (۱،۹). تحقیقات نشان دادند سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند عامل افزایش وقوع جرم، حبس به دلیل الکلیسم، سوءرفتار در مدرسه، ناخوشی در مراکز صنعتی، بستری شدن در بیمارستان به دلیل حوادث و پذیرش

در بیمارستان عمومی (۱)، افزایش تلاش برای خودکشی، پذیرش روانپزشکی، ضعف در انجام کار و تکالیف درسی باشد (۱۰)، همچنین در مواردی که فرد مجبور به شرکت در امتحان یا مصاحبه باشد، به‌طور میانگین، ۵-۱۰٪ نمره کاهش می‌یابد (۱۱،۱۲) و از طرفی نیز، جستجوی مراقبت طبی برای علائم جسمی و انزوای اجتماعی را در پی دارد (۱۰)، همچنین این سندرم باعث افزایش میزان غیبت از کار (۱۹٪) (۱۳،۱۴) و کاهش کارایی شغلی در افراد شاغل (۱۷٪) می‌شود (۸). سندرم پیش از قاعدگی نه تنها بر خود فرد؛ بلکه بر خانواده وی نیز تأثیر به‌سزایی دارد و در موارد شدید نیز به‌عنوان یک بیماری می‌تواند سبب ایجاد تغییراتی در مشکلات فردی و رفتار زنان گردد (۱۵). نتیجه این تغییر رفتار ممکن است بر اعمال متقابل بین زن و سایر اعضای خانواده اثر گذاشته و با توجه به نقش کلیدی زنان در خانواده، بروز این سندرم، تأثیر مهمی بر عملکرد آنان داشته باشد. این آثار می‌تواند به‌صورت ناسازگاری با همسر و بدرفتاری با فرزند بروز کند (۱۵). در مطالعات مختلف با استفاده از معیارهای متفاوت برای سنجش سندرم پیش از قاعدگی؛ شیوع و شدت‌های متفاوتی برای این علائم ذکر شده است. در مطالعه‌ای که روی ۲۷۶ زن انجام شد جهت سنجش علائم پیش از قاعدگی، از معیار DSM-IV استفاده گردید، که شایع‌ترین علائم ذکر شده شامل: عصبانیت، تحریک‌پذیری (۷۶٪)، اضطراب (۷۱٪)، خستگی و لثاری (۵۸٪) و نوسانات خلقی (۵۸٪) بود (۱۶). با توجه به اینکه علائم پیش از قاعدگی دارای طیف وسیع با شدت‌های مختلف بوده و جمعیت زیادی از زنان و دختران را نیز درگیر می‌کند و از طرفی، درصد قابل توجهی از جمعیت کشور را زنان واقع در سنین باروری تشکیل می‌دهند، که ممکن است اثرات غیرقابل جبرانی روی کیفیت زندگی و کاهش کارایی آنها داشته باشد و براساس نتایج حاصل از مطالعات که در آنها شیوع علائم و شدت این سندرم با توجه به فرهنگ جوامع مختلف (۱۷)، متفاوت گزارش شده، همچنین بیشتر تحقیقات انجام‌شده در ایران نیز در مورد تدابیر درمانی اتخاذشده جهت بهبود علائم پیش از قاعدگی بوده و کمتر به بررسی شیوع، شدت و علائم شایع سندرم پیش از قاعدگی پرداخته است، این مطالعه با هدف تعیین شیوع، شدت و تظاهرات بالینی سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۸۸ صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی روی ۳۰ نفر از دانشجویان انجام شد. شیوع PMS در افراد با BMI بالا، ۸/۵٪ و در افراد با BMI پایین، ۲/۶٪ به دست آمد. سپس با استفاده از فرمول مقایسه نسبت‌ها و با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، حجم نمونه حدود ۵۰۰ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده در فاصله ماه‌های اردیبهشت تا آذر سال ۱۳۸۸ از میان دانشجویان ساکن خوابگاه حضرت معصومه (س) دانشگاه علوم پزشکی اراک در تمامی رشته‌های علوم پزشکی انجام شد. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۱۸-۳۵ سال، عدم ابتلا به استرس، اضطراب و افسردگی شدید براساس آزمون DASS 21، عدم مصرف سیگار، مواد مخدر و قرص‌های جلوگیری‌کننده از بارداری و داشتن قاعدگی‌های منظم، رضایت جهت شرکت در پژوهش، نداشتن هرگونه رژیم غذایی خاص (گیاهخواری، خامخواری، لاغری و چاقی)، عدم سابقه هرگونه عمل جراحی زنان و عدم وجود سابقه کیست تخمدان نیازمند به درمان دارویی یا جراحی. بعد از انتخاب افرادی که دارای شرایط ورود به مطالعه بوده و جهت شرکت در مطالعه رضایت داشتند، پرسشنامه وضعیت اجتماعی - دموگرافیک (۶ سؤال)، پرسشنامه وضعیت قاعدگی - تولیدمثلی و عادات غذایی توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. همچنین پرسشنامه DASS21، یک‌هفته پس از شروع سیکل قاعدگی توسط افراد تکمیل شد. این فرم شامل ۲۱ سؤال می‌باشد، که ۷ سؤال به بررسی استرس، ۷ سؤال به بررسی اضطراب و ۷ سؤال به بررسی افسردگی می‌پردازد. هر سؤال دارای ۴ سطح است، بدین صورت که عدم وجود علامت (نمره صفر)، علامت خفیف (نمره ۱)، علامت متوسط (نمره ۲) و علامت شدید (نمره ۳) دریافت می‌کند. کسب نمره ۰-۸ در هر بخش به معنی فرم خفیف، نمره ۸-۱۴ فرم متوسط و نمره ۱۵-۲۱ فرم شدید استرس یا اضطراب و افسردگی است (۱۸).

در صورت داشتن فرم شدید در هر بخش، فرد موردنظر از مطالعه خارج می‌شد. پرسشنامه استاندارد خلاصه‌شده ارزیابی سندرم پیش از قاعدگی (Hallbridge و همکاران) توسط واحدهای پژوهشی موردنظر در فاصله زمانی ۷ روز قبل از قاعدگی تا حداکثر

۲ روز بعد از قاعدگی به مدت یک سیکل تکمیل گردید. این فرم شامل ۱۰ عبارت است که با مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱-۶ درجه‌بندی شده است. نقطه ۱، نشان‌دهنده عدم وجود علامت بوده و عدددهای ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ به ترتیب درجات خیلی خفیف، خفیف، متوسط، شدید و بی‌نهایت شدید علامت‌های ذکرشده می‌باشد. محدوده نمرات کسب‌شده بین ۶۰-۱۰ و کسب نمره ۱۰ نیز به معنی نداشتن سندرم پیش از قاعدگی است و نمرات ۲۶-۱۰ فرم خفیف، ۴۰-۲۷ فرم متوسط، ۵۰-۴۱ فرم شدید و ۶۰-۵۱ فرم خیلی شدید سندرم می‌باشد (۵).

روایی فرم ارزیابی علائم سندرم پیش از قاعدگی توسط Hallbridge در سال ۱۹۹۲ اثبات شده (۱) و پایایی آن با استفاده از روش آلفا کرونباخ و $\alpha > 0.75$ مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه اظهري و همکاران نیز به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن با روش آلفا کرونباخ، $\alpha > 0.75$ تأیید شد (۱۵). پس از جمع‌آوری و کسب اطمینان از صحت داده‌ها از روش‌های توصیفی مانند درصد و فراوانی استفاده گردید.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۵۰۰ نفر از افراد واجد شرایط انجام شد. ۸۹/۴٪ از افراد در گروه سنی ۱۸-۲۵ سال قرار داشتند و ۸۱/۶٪ مجرد بودند. از نظر سن منارک ۵۱/۶٪ از نمونه‌ها، کمتر از سن ۱۳ سالگی، اولین قاعدگی را تجربه کرده بودند و مابقی افراد این تجربه را در سنین بین ۱۶-۱۳ سالگی داشتند. همچنین تعداد روزهای قاعدگی در ۵۱/۶٪ از واحدهای مورد پژوهش کمتر از ۷ روز بود. اکثریت دانشجوی مقطع کارشناسی بودند (۶۰/۶٪) و اشتغالی نداشتند (۸۱/۶٪). میانگین نمره سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه 25.3 ± 9.28 و میزان فراوانی شدت سندرم پیش از قاعدگی برحسب شدت آن، بدون علامت (۱۰-۰)، درجه خفیف (۲۶-۱۱)، متوسط (۴۰-۲۷) و شدید (۵۰-۴۱) و خیلی شدید (۶۰-۵۱) به ترتیب ۳/۴٪، ۵۲/۲٪، ۳۸/۸٪ و ۵/۲٪ بود. طبق نتایج حاصله، علائم روانی فراوانی بالاتری نسبت به سایر علائم داشت (جدول).

جدول: میزان فراوانی علائم گزارش شده سندرم پیش از قاعدگی بر حسب شدت آنها

علائم	بدون تغییر	خیلی خفیف	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید	کل
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
احساس تحت فشار بودن (استرس)	۲۵/۴۹۴	۲۳/۶۸۸	۱۹/۸۷۳	۱۸/۶۶	۱۱/۴۴۲	۲/۸۱۰	۷۴/۳۷۳
برافروختگی، تحریک پذیری یا بدخلقی	۱۷/۶۷۲	۲۳/۸۹۸	۲۳/۲۹۷	۱۸/۲۷۳	۱۳/۶۵۴	۴/۶۱۸	۸۲/۴۱۲
احساس افسردگی یا غمگینی	۲۲/۸۸۸	۲۵/۹۷	۱۸/۴۷۱	۱۷/۴۶۷	۱۱/۸۴۵	۴/۶۱۸	۷۷/۳۸۶
درد، حساسیت، بزرگی یا تورم پستانها	۳۵/۱۱۴	۲۵/۶۸۳	۲۰/۶۵	۱۲/۴۴۰	۵/۶۱۸	۱/۴۵	۶۵/۳۲۵
احساس ناتوانی در انجام کارهای معمولی	۳۷/۲۱۱۸	۲۳/۷۳	۱۴/۲۴۵	۱۵/۴۸	۷/۸۲۵	۱/۴۵	۶۲/۳۱۴
کمردرد، درد مفاصل و عضلات یا سفتی عضلات	۲۲/۶۸۶	۱۸/۷۰	۱۸/۷۰	۲۳/۴۸۹	۱۳/۵۰	۶/۲۲	۷۷/۳۸۷
احساس افزایش وزن	۴۷/۸۱۲۵	۲۰/۸۵۴	۱۳/۲۳۵	۱۳/۳۴	۳/۶۹	۱/۶۴	۵۲/۲۶۱
احساس سنگینی، ناراحتی یا درد شکم	۳۵/۲۱۱۴	۲۲/۶۷۳	۱۷/۲۵۶	۱۴/۲۴۶	۷/۲۲۳	۳/۶۱۲	۶۴/۳۲۴
نفخ (احساس باد کردن)	۳۸/۱۱۸	۲۱/۴۶۶	۱۳/۸۴۳	۱۶/۶۵۱	۵/۸۱۸	۴/۴۱۴	۶۲/۳۱۰
تورم (پف کردن)	۵۸/۴۱۲۲	۱۶/۴۳۵	۹/۸۲۰	۹/۴۱۹	۳/۴۷	۲/۶۵	۴۱/۶۲۰۸

بحث

براساس نتایج مطالعه حاضر که بر روی دانشجویان ۳۵-۱۸ ساله ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شد، ۹۶/۶٪ از جمعیت تحت مطالعه، درجات متفاوتی (خفیف به شدید) از سندرم پیش از قاعدگی را ذکر کردند. Cleckner و همکاران شیوع علائم قبل از قاعدگی را در میان نوجوانان ۱۰۰٪ گزارش کردند، که تمامی ۷۸ نفر افراد شرکت کننده در این پژوهش، حداقل یکی از علائم این سندرم را ذکر کرده بودند (۱۹). Chau و همکاران در مطالعه خود نشان دادند ۹۲٪ از زنان چینی، حداقل یکی از علائم پیش از قاعدگی را دارند (۲۰) و براساس نتایج مطالعه Tenkir و همکاران که روی دانشجویان دانشگاه Jimma انجام شد، ۹۹/۶٪ از دانشجویان حداقل به یکی از علائم سندرم پیش از قاعدگی مبتلا بودند (۲۱). در مطالعه Thu، بیش از ۹۸٪ دانشجویان تایلندی از یک یا بیشتر، علائم سندرم پیش از قاعدگی رنج می‌برند (۲۲). با توجه به شیوع بالای علائم پیش از قاعدگی، مطالعه حاضر در این زمینه با پژوهش‌های ذکر شده همخوانی داشت. در مطالعه نورمحمدی و همکاران نیز شیوع PMS، ۱۶٪ گزارش شد (۲۳). Chang در مطالعه خود بر روی دانشجویان دبیرستانی در هنگ کنگ، شیوع میزان سندرم پیش از قاعدگی را ۱۹٪ گزارش کرد (۲۴). Derman و همکاران نیز در مطالعه‌ای دیگر نشان دادند ۶۱/۴٪ از نوجوانان دختر ۱۷-۱۰ ساله از سندرم پیش از قاعدگی رنج می‌برند (۲۵). همچنین Silva و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی ۳۹۵ زن ۴۵-۱۵ ساله برزیلی انجام دادند، نشان دادند شیوع خودگزارشی سندرم پیش از

قاعدگی ۶۰/۳٪ بوده است (۲۶). در مطالعه حاضر، شدت علائم این سندرم براساس فرم خلاصه شده سندرم پیش از قاعدگی ۱۰ آیتمی مورد سنجش قرار گرفت، که بر حسب درجه خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید به ترتیب ۵۲/۲٪، ۳۸/۸٪، ۵/۲٪ و ۶/۰٪ گزارش شد. در مطالعه Masho و همکاران نیز با استفاده از همین فرم برای سنجش شدت PMS، زمانی افراد را مبتلا به این سندرم تلقی کردند، که افراد به فرم شدید و خیلی شدید PMS (کسب نمره بیش از ۴۰) مبتلا شده بودند (۴) و براساس این نقطه قراردادی، شیوع آن را ۱۰/۳٪ گزارش کردند (۴)، درحالی که در مطالعه حاضر براساس این نقطه قراردادی، ۵/۸٪ افراد به فرم شدید و خیلی شدید PMS مبتلا بودند، که این میزان کمتر از مطالعه Masho بود.

در مطالعه Tabassum و همکاران که از معیار ICD-10 برای سنجش PMS استفاده کرده بودند، گزارش گردید از میان ۱۸۶ دانشجو دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی به ترتیب شدت: خفیف در ۹۳ نفر (۵۰٪)، متوسط در ۳۴ نفر (۱۸٪) و شدید در ۵۹ نفر (۳۱٪) بوده است (۲۷)، که از نظر شدت خفیف، بین نتایج مطالعه حاضر و Tabassum همخوانی وجود داشت و در شدت متوسط و شدید این همخوانی مشاهده نشد. به نظر می‌رسد یکی از علل عمده تفاوت‌های گزارش شده در شیوع و شدت سندرم پیش از قاعدگی در مطالعات مختلف به جهت استفاده از معیارهای متفاوت جهت سنجش این سندرم و تفاوت مطالعات مختلف از نظر سن، وضعیت جغرافیایی و فرهنگی، محیط پژوهش، متدولوژی مطالعه، تفاوت در شرایط انتخاب واحدهای

از کل دانشجویان شرکت کننده در پژوهش، ۴۱۲ نفر هیچ گونه درمانی برای مشکلات قبل از قاعدگی خود دریافت نکردند، در حالی که در پژوهش Tenkir و همکاران، تعداد ۴۵ نفر از ۶۵ فرد شرکت کننده در مطالعه، تحت هیچ گونه درمانی برای مشکلات قبل از قاعدگی قرار نگرفتند (۲۱)، که این نتیجه از جهت شیوع بالا عدم تقاضا و خواست افراد برای درمان، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. علل احتمالی عدم درخواست درمان افراد مبتلا به مشکلات پیش از قاعدگی این است، که خیلی از افراد این علائم را طبیعی تصور کرده و با عوارض ناشی از آن آشنا نیستند. از طرفی دیگر، عده‌ای به درمان دسترسی نداشته و از نظر فرهنگی، شرایط خانوادگی و سبک زندگی، امکانات و تسهیلات درمان برای آنها وجود ندارد.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه PMS از مشکلات شایع در سنین تولیدمثلی در زنان بوده و درصد زیادی از آنها به علائم جسمی و روانی آن مبتلا هستند و از آنجایی که این عارضه می‌تواند باعث اثرات نامطلوب روی کیفیت زندگی زنان شود، لذا ضروری است راهکارهای حمایتی و درمانی جهت کاستن از شدت علائم و عوارض نامطلوب آن در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم آموزشی، شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، شورای پژوهشی، اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک و تمامی کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

پژوهش، نگرش‌های متفاوت زنان در جوامع مختلف به پدیده قاعدگی، گذشته‌نگر یا آینده‌نگر بودن مطالعه، آگاهی شرکت کنندگان از شرکت آنها در پژوهش و تفاوت آگاهی افراد از علائم سندرم پیش از قاعدگی، تداخل برخی علائم سندرم پیش از قاعدگی با استرس، اضطراب و افسردگی و سایر بیماری‌های مزمن می‌باشد. از طرفی می‌توان نتیجه گرفت به دلیل آشنایی کامل دانشجویان گروه علوم پزشکی با این سندرم که با دقت بالایی بدون بروز رفتار خاصی نسبت به این فاز، علائم خود را بیان می‌کنند و به جهت آگاهی آنها با ویژگی‌های فیزیولوژیک سیکل قاعدگی زنان و تغییرات هورمونی ناشی از آن، همچنین داشتن دیدگاه منفی کمتر نسبت به قاعدگی؛ میزان انزجار از علائم پیش از قاعدگی در آنان کمتر بوده و اختلالات پیش از قاعدگی را نیز به عنوان تغییرات طبیعی قاعدگی تلقی می‌کنند. براساس نتایج این مطالعه، شایع ترین علامت روانشناختی اختلالات پیش از قاعدگی، برافروختگی، تحریک پذیری و بدخلقی بود که ۴۱۲ نفر (۸۲/۴٪) از افراد شرکت کننده در پژوهش علائم را گزارش کردند و از میان علائم جسمی نیز شایع ترین اختلال گزارش شده پیش از قاعدگی؛ کمردرد، درد مفاصل و عضلات یا سفتی بود. در مطالعه Warner و همکاران، تحریک پذیری به عنوان شایع ترین علامت گزارش شد (۲۸). درحالی که در برخی مطالعات، نفخ شکم و حساسیت پستان‌ها به عنوان شایع ترین علائم گزارش شده است (۲۹، ۲۸، ۱۹). Cleckner در مطالعه خود افزایش اشتیاق برای خوردن را به عنوان شایع ترین علامت سندرم پیش از قاعدگی گزارش نمود (۱۹). با توجه به نتایج مطالعه حاضر، شدیدترین علائم مربوط به اختلالات روانشناختی، مشکلات پیش از قاعدگی است و اختلالات جسمی درصد کمتری از جمعیت تحت مطالعه را درگیر کرده است، که با نتایج مطالعه McMaster و Tenkir همخوانی دارد (۳۰، ۲۱).

References:

1. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 531-46.
2. Varney H, Kriebs MJ, Geger IC. Varney's midwifery. 3rd ed. London: Jones & Bertlett Publ; 1997.
3. Drief J, Magowan B. Clinical obstetrics and gynecology. New York: W.B Saunders Company; 2004.

4. Masho SW, Adera T, South-paul J. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005 Mar; 26(1):33-9.
5. Cleckner-Smith CS, Doughty AS, Grossman JA. Premenstrual symptoms. Prevalence and severity in an adolescent sample. *J Adolesc Health* 1998 May; 22(5):403-8.
6. American college of obstetrics and gynecologists (ACOG). Clinical management guidelines for obstetrician- gynecologists: Premenstrual syndrome. *ACOG Prac Bull* 2000;15:1-9.
7. Steiner M, Born L. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder: A update. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;(15 Suppl 3):S5-17.
8. Aghazadeh Naeini A, Tamjidi A, Vallaei N. Epidemiologic study of premenstrual syndrome in 15-45 years old women in Tehran during the year 1995. (*Pajouhandeh*) *Shahid Beheshti Univ Med Sci J* 1996;2(1):53-61. [Full Text in Persian]
9. Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif AE, Kistner RW, Ryan KJ. *Kistner's gynecology: Principle and practice*. 7th ed. Philadelphia: Mosby; 1999. p. 392-95.
10. Saadati N. Relationship between attitudes towards menstruation with the prevalence of premenstrual syndrome in nursing and midwifery students. [MSc Thesis]. Tehran University of Medical Sciences. Tehran: Tehran University Medical Sciences 1993. [Text in Persian]
11. Houston AM, Abraham A, Huang Z, D'Angelo LJ. Knowledge attitudes, and Consequences of mental health in urban adolescent female. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006 Aug; 19(4):271-5.
12. Willson R. *Obstetrics and gynecology*. 2nd ed. Translated by Kazemi D. Tehran: Daneshpajo Pub; 1995. p. 140-42. [Text in Persian]
13. [No authors listed]. Premenstrual symptoms. *Br Med J* 1973 Mar 24;1(5855):689-90.
14. Beca-Garcia E, Sanchez-Gonzalez A, Gonzalez Diaz-Corrallero P, Gonzalez-Garcia I, de-Leon J. Menstrual cycle and profiles of suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1998 Jan; 97(1):32-5.
15. Azhary S, Karimi Chatrudi A, Attarzadeh R, Mazloom R. Effect of an aerobic training group on the severity of premenstrual syndrome. *Iran J Obs Gyn Infertility (Mashhad Univ Med Sci)* 2005;2(14):160. [Full Text in Persian]
16. Pearlstein T, Stone AB. Premenstrual syndromes. *Psychiatr Clin North Am* 1998 Sep; 21(3):577-90.
17. Anson O. Exploring the bio-psycho--social approach to premenstrual experiences. *Soc Sci Med* 1999 Jul; 49(1):67-80.
18. Sahebi A, Asghari MJ, Salari R. Validation of depression, anxiety and stress scale (DASS-21) for the Iranian population. *J Iran Psychol* 2005;1(4):299-312. [Full Text in Persian]
19. Cleckner-Smith CS, Doughty AS, Grossman JA. Premenstrual symptoms. Prevalence and severity in an adolescent sample. *J Adolesc Health* 1998 May; 22(5):403-8.
20. Chau JP, Chang AM, Chang AM. Relationship between premenstrual tension syndrome and anxiety in Chinese adolescents. *J Adolesc Health* 1998 Mar; 22(3):247-9.
21. Tenkir A, Fisseha N, Ayele B. Premenstrual syndrome: Prevalence and effect on academic and social performances of students in Jimma University, Ethiopia. *Ethiop J Health Dev* 2003;17(3):181-8.
22. Thu M, Diaz EO, Sawhsarkapaw. Premenstrual syndrome among female university students in Thailand. *AUJT* 2006;9(3):158-62.
23. Bakhshani NM, Mousavi MN, Khodabandeh G. Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students. *J Pak Med Assoc* 2009 Apr; 59(4):205-8.

24. Chang AM, Holroyd E, Chau JP. Premenstrual syndrome in employed Chinese women in Hong Kong. *Health Care Women Int* 1995;16(6):551-61.
25. Derman O, Kanbur NO, Tokur TE, Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 Oct 15;116(2):201-6.
26. Silva CML, Giganate DP, Carret ML, Fassa AG. Population study of premenstrual syndrome. *Rev Saude Publica* 2006 Feb; 40(1):47-56.
27. Tabassum S, Afridi B, Aman Z, Tabassum W, Durrani R. Premenstrual syndrome: Frequency and severity in young college girls. *J Pak Med Assoc* 2005 Dec; 55(12):546-9.
28. Warner P, Bancroft J. Factors related to self reporting of PMS. *Br J Psychiatry* 1990 Aug; 157:249-60.
29. Cénac A, Maikibi DK, Develoux M. Premenstrual syndrome in Sahelian Africa. A comparative study of 400 literate and illiterate women in Niger. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1987;81(4):544-7.
30. McMaster J, Cormie K, Pitts M. Maternal and premenstrual experiences of women in a developing country. *Health Care Women Int* 1997;18(6):533-41.