

## سندرم پیش از قاعدگی و نشانه های مرتبط با آن در دانشجویان

\*فرنگیس شاهپوریان<sup>۱</sup> زهره محمودی<sup>۲</sup> دکتر فریده باستانی<sup>۳</sup> دکتر سوسن پارسای<sup>۴</sup> فاطمه حسینی<sup>۵</sup>

### چکیده

سندرم پیش از قاعدگی (PMS) یکی از شایع ترین اختلالات سنین باروری است. تعیین فراوانی و شدت این سندرم و علایم و نشانه هایی که آن را همراهی می کنند هدف مطالعه حاضر می باشد. کلیه دانشجویان دختر که در دانشکده های پرستاری-مامایی و مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۴ مشغول به تحصیل بودند. (۵۰۰ نفر). در پژوهش شرکت داده شدند. هر یک از دانشجویان برای ۲ ماه فرم یادداشت روزانه علایم پیش از قاعدگی (PDS) را تکمیل کرده و عودت می دادند. معیار انجمن روانپزشکان آمریکا (APA) معیار تشخیصی PMS بود. برای تعیین شدت PMS و علائم و نشانه ها، میانگین امتیازات قابل شده برای دو سیکل قاعدگی، در نظر گرفته می شد که از صفر تا ۳ متفاوت بود. از مجموع ۵۰۰ نفر دانشجویی که در پژوهش شرکت داده شدند ۲۵۵ نفر فرمها را تکمیل نموده و باز گرداندند. از بین ۲۵۵ نفر، ۷۸/۴۳ درصد (۲۰۰ نفر) از PMS رنج می بردند. از بین مبتلایان ۶۲ درصد دارای PMS خفیف ۳۶ درصد متوسط و ۲ درصد شدید بودند. ۲۴ درصد از مبتلایان از نظر خلقی و ۳ درصد از نظر رفتاری دارای علایمی در حد شدید بودند، ولی از نظر علایم جسمی این درصد صفر بود. علایم و نشانه های جسمی و خلقی با علایم رفتاری ارتباط معنی دار و مثبت داشت (P=۰/۰۰). بین علایم جسمی و خلقی نیز ارتباط مثبت و معنی داری مشاهده شد (P=۰/۰۰). با توجه به شیوع بالای سندرم پیش از قاعدگی و وجود علایم خلقی در دانشجویان مورد پژوهش تحقیقات در زمینه یافتن عوامل موثر در PMS در جامعه زنان ایرانی و همچنین درمان این اختلال برای آینده پیشنهاد می شود. شناخت علایم و نشانه های PMS در گزینش استراتژی های درمان کمک کننده می باشد.

**واژه های کلیدی: سندرم پیش از قاعدگی، علایم و نشانه های سندرم پیش از قاعدگی سیکل قاعدگی، تشخیص و درمان PMS**

تاریخ دریافت: ۱۵/۶/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۵/۱۰/۱۷

<sup>۱</sup> عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، مربی عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران (\*مؤلف مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

<sup>۳</sup> استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

<sup>۴</sup> دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

<sup>۵</sup> مربی عضو هیأت علمی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

## مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی (Premenstrual Syndrome) مجموعه علائم و نشانه های تکرار شونده ای است که هر ماه حدود یک هفته قبل از قاعدگی ظاهر شده و با شروع خونریزی یا درچند روز اول آن از بین می روند. زمان شروع علائم متفاوت گزارش شده است اما آنچه که مسلم است بیش از ۱۶ روز وجود نداشته و هفته بدون علامت بدنبال قاعدگی است. (۳،۲،۱)

Premenstrual Syndrome (PMS)، در سراسر جهان، میلیون ها زن را در سنین باروری، متاثر می سازد در حدود ۴۰ درصد از زنان در مرحله ای از زندگی خود این سندرم را تجربه می کنند. شدت آن در ۱۰-۵ درصد به حدی است که زندگی روزمره آنان را مختل می نماید در ۵-۳ درصد موارد شدت علائم و نشانه ها در حد بیمار گونه وجود دارد که به آن Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) اطلاق می شود. در هر دو مورد PMS و PMDD علائم با شروع قاعدگی تخفیف یافته و یا کاملاً از بین می روند. (۴)

برای اولین بار حدود ۶۰ سال پیش تظاهرات سندرم پیش از قاعدگی و اثرات منفی علائم و نشانه های آن در زندگی زنان توسط فرانک تشریح شد. (۵) شدت علائم و نشانه ها در افراد مختلف و حتی در یک فرد از یک سیکل به سیکل دیگر متفاوت است. زنان در سنین باروری مستعد ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی هستند و سن خاصی برای آن مطرح نیست. برخی معتقدند این سندرم در میان دختران جوان شایع تر می باشد. (۶،۷)

و نیز برخی سنین ۴۰-۲۰ را سنین شایع ابتلا به علائم ذکر می نمایند. (۸) افزایش سن، قطع قرص های پیشگیری از بارداری و خاتمه حاملگی از جمله عواملی هستند که در تشدید این سندرم نقش دارند. (۳) PMS

می تواند روابط اجتماعی فرد را در خانواده، مدرسه و محل کار تحت تاثیر قرار دهد. گزارش ها حاکی از آن است که جنایت، خودکشی، تصادفات، مشاجره های خانوادگی و بستری شدن به علل مشکلات روانی، در این مرحله در زنانی که از PMS رنج می برند بیشتر از سایر زمان ها است. (۱،۳)

علائم و نشانه های PMS متنوع می باشند. تاکنون بیش از ۲۰۰ علامت برای این سندرم شناخته شده است. (۴)

شایع ترین علائم عبارتند از: اضطراب و نگرانی، حساسیت پستان ها، گریه های بی مورد، نفخ و ناراحتی های شکمی، افسردگی و غمگینی، خستگی، عصبانیت و زود از کوره در رفتن، تغییر در اشتها و درجات متفاوتی از ورم دست ها و پاها. اما مجموع علائم موجود در فرد همیشه دلیل بر وجود PMS نیست. PMS تنها از طریق ثبت دقیق علائم در طول سیکل قاعدگی قابل تشخیص است. بر اساس معیارهای American Psychiatric Association (APA) تشخیص PMS زمانی داده می شود که اولاً علائم با سیکل قاعدگی مرتبط بوده و در هفته آخر سیکل قاعدگی ظاهر شده و با شروع خونریزی از بین بروند، ثانیاً حداقل ۵ علامت از علائم ده گانه که در زیر به آن ها اشاره می شود، در فرد وجود داشته باشد و حداقل یکی از علائم از چهار علامت اول باشد. این علائم عبارتند از ۱) بی ثباتی خلقی و عاطفی مثل گریه های بی مورد، ۲) احساس عصبانیت و کج خلقی، ۳) نگرانی و اضطراب، ۴) احساس افسردگی و ناامیدی، ۵) کم شدن علاقه به انجام فعالیت های معمول، ۶) خستگی و کمبود انرژی، ۷) اشکال در تمرکز حواس، ۸) تغییر در اشتها و پرخوری، ۹) بی خوابی یا پر خوابی و ۱۰) علائم جسمی از قبیل حساسیت پستان ها، سردرد، ورم، درد عضلات و مفاصل و افزایش وزن. علاوه بر آن

علائم باید با شدتی بروز کنند که فعالیت های روزانه فرد و روابط وی با دیگران را تحت تاثیر قرار داده و صرفاً در ارتباط با قاعدگی باشند و مربوط به اختلالات روانی دیگری نباشند.<sup>(۹)</sup>

علت اصلی PMS هنوز ناشناخته است و به نظر می رسد پیچیده و ترکیبی از چندین عامل باشد.<sup>(۱۰)</sup> فرضیه های مختلفی در این زمینه توسط صاحب نظران ارائه شده است. از آن جمله می توان به افزونی هورمون استروژن، کمبود هورمون پروژسترون، کمبود ریز مغذی های کلسیم، منگنز و منیزیم، کمبود ویتامین B6، مصرف قهوه و نوشابه ها و مواد غذایی کافین دار، نمک، الکل، دخانیات و اختلال در سنتز واسطه های عصبی مانند سرتونین اشاره نمود.<sup>(۱۱)</sup>

با وجود آن که علت دقیق PMS نامعلوم است ولی درمان های متعددی، که تا حدودی هم موثر بوده، برای آن پیشنهاد شده است. هدف از درمان PMS به هر ترتیب که باشد، کاهش یا بر طرف کردن علایم و نشانه ها و اثرات مخرب آن بر فعالیت فرد و ارتباط مناسب با دیگران می باشد.<sup>(۱۰)</sup>

هدف مطالعه حاضر شناخت PMS، فراوانی و شدت نشانه های آن و ارتباط این علایم با یکدیگر در گروهی از دختران دانشجو بوده است. چرا که می توان گفت تشخیص PMS و شناخت علایم و نشانه هایی که آن را همراهی می کنند و شدت این علایم و نشانه ها قدم اولیه در برخورد با PMS بوده و پایه هرگونه مداخلات درمانی را تشکیل می دهد.

### روش بررسی

این مقاله قسمتی از یک مطالعه وسیع تر را تشکیل می دهد که در آن تاثیر دو نوع مداخله درمانی در مقایسه با پلاسبو به صورت کارآزمایی از نوع

CROSS OVER مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است. پس از کسب اجازه انجام پژوهش از کمیته مشترک اخلاق دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، جهت تشخیص و تعیین فراوانی PMS و علایم و نشانه های آن و شدت این علایم و نشانه ها به صورت مقطعی (cross sectional) کلیه دانشجویان دختر دانشکده های پرستاری - مامایی و مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران که در سال ۱۳۸۴ در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند مورد بررسی قرار گرفتند. پس از آگاه نمودن دانشجویان از هدف پژوهش و کسب رضایت نامه کتبی از آنان خواسته شد تا مشخصات فردی و قاعدگی خود را در پرسشنامه ای که به همین منظور تدوین شده بود ثبت نمایند. سپس ۲ فرم یادداشت روزانه علایم پیش از قاعدگی (Premenstrual Daily Symptom Diary) در اختیار آنان قرار می گرفت تا برای ۲ ماه نشانه های جسمی، خلقی و رفتاری که با آن مواجه می شوند را در فرم مذکور با ذکر شدت آن که می توانست از صفر تا ۳ باشد، روزانه ثبت نمایند. دانشجویان برای هر علامت در طول سیکل قاعدگی ارزش عددی قایل می شدند بدین ترتیب، چنانچه علامتی را تجربه نمی کردند به آن امتیاز صفر داده و در صورت وجود علامت به صورت خفیف امتیاز ۱، متوسط امتیاز ۲، شدید امتیاز ۳ را ثبت می نمودند. فرم PDS که توسط Dikerson و همکاران ارائه شده است دارای ۱۹ نشانه می باشد که عیناً ترجمه شد و مورد استفاده قرار گرفت.<sup>(۱)</sup> تغییری که در فرم داده شد این بود که یکی از نشانه های رفتاری یعنی feeling over whelmed حذف و به جای آن علامت ورم که در بسیاری از منابع دیگر به عنوان یکی از علایم شایع به آن اشاره شده

## نتایج

از مجموع ۲۵۵ نفر که فرم‌های PDSO را برای ۲ ماه کامل کرده و عودت نمودند بر اساس معیار تشخیصی APA ۷۸/۴۳ درصد (۲۰۰ نفر) به درجاتی از PMS مبتلا بودند. اکثریت نمونه‌ها در فاصله سنی ۱۸-۲۳ سال بودند. ۷۰/۵ درصد از مبتلایان به PMS و ۶۳/۶۴ درصد از غیر مبتلایان از دیسمنوره نیز شکایت داشتند. اکثر آنان دارای قاعدگی منظم با فاصله ۲۱ تا ۳۵ روز بودند (۸۳/۵ درصد از مبتلایان و ۸۸/۵ درصد از غیر مبتلایان). طول مدت قاعدگی ۹۶/۵ درصد از مبتلایان و ۷۸/۲ درصد از غیر مبتلایان ۳ تا ۷ روز و بقیه بیشتر یا کمتر از آن بود. از نظر شاخص توده بدنی (BMI) اکثر مبتلایان به PMS در حد طبیعی و دارای BMI برابر ۱۹-۲۶ بودند (۷۲/۵ درصد) بیش از نیمی از غیر مبتلایان لاغر بوده و BMI کمتر از ۱۹ داشتند (۵۴/۵ درصد). اکثر دانشجویان مجرد بودند (۹۷ درصد از مبتلایان و ۹۲/۷۳ درصد از غیر مبتلایان). بنابر اظهار نمونه‌ها از بین مبتلایان به PMS و غیر مبتلایان به ترتیب ۱۳/۵ درصد و ۹/۱ درصد کم کاری تیروئید، ۱۷/۵ درصد و ۳/۶۷ درصد کم خونی، ۲/۵ درصد و ۱/۸ درصد کیست تخمدان داشتند.

است به علایم فیزیکی اضافه شد و دیگر این‌که ناراحتی‌های گوارشی نه فقط به صورت حالت تهوع بلکه با اضافه کردن دو مورد بیوست و اسهال که در منابع دیگر به کرات از آن یاد شده است مورد سوال قرار گرفت. در طول این ۲ ماه دانشجویان حضوراً و یا از طریق تلفن یادآوری می‌شدند تا فرم‌ها را کامل نمایند. فرم‌های تکمیل شده در پایان هر ماه به‌طور جداگانه جمع‌آوری می‌شد. از مجموع ۵۰۰ دانشجویی که در پژوهش شرکت داده شدند، حدود ۵۰ درصد فرم‌ها را تکمیل نموده و باز گرداندند. تشخیص PMS براساس معیار انجمن روانپزشکان آمریکا (APA) مسجل می‌شد.

از نرم افزار SPSS جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای تعیین شدت هر یک از علائم، هر دسته علائم و نشانه‌ها و همچنین شدت PMS میانگین امتیازات قایل شده در دو سیکل قاعدگی در نظر گرفته می‌شد که می‌توانست از صفر تا ۳ متفاوت باشد. از آمار توصیفی برای توصیف شدت PMS و نشانه‌های آن و از ضریب همبستگی پیرسون جهت تعیین همبستگی بین نشانه‌ها استفاده شد.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی شدت PMS و هر دسته از علائم و نشانه‌ها

دسته نشانه‌ها	خفیف تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	شدید تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
PMS	۱۲۴ (۶۲)	۷۲ (۳۶)	۴ (۲)	۲۰۰ (۱۰۰)
خلقی	۵۷ (۲۸/۶)	۱۱۹ (۵۹/۵)	۲۴ (۱۲)	۲۰۰ (۱۰۰)
رفتاری	۱۰۸ (۵۴)	۸۹ (۴۴/۵)	۳ (۱/۵)	۲۰۰ (۱۰۰)
جسمی	۱۷۲ (۸۶)	۲۸ (۱۴)	۰ (۰)	۲۰۰ (۱۰۰)

مبتلایان به PMS و غیر مبتلایان به ترتیب ۴ درصد و ۱۲/۷۳ درصد از داروهای ضدافسردگی و ۷/۵ درصد و ۱۸/۲ درصد از قرص های پیشگیری از بارداری استفاده می نمودند علاوه بر آن از بین مبتلایان ۱/۵ درصد پرولاپس میترال و ۴/۵ درصد میگرن داشتند.

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی شدت هر یک از علائم و نشانه ها

علائم و نشانه ها	شدت	خفیف تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	شدید تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
علائم خلقی					
بیقراری-کج خلقی	۸۲ (۴۱)	۶۹ (۳۴/۵)	۴۹ (۲۴/۵)	۲۰۰ (۱۰۰)	
عصبانیت-زوداز کوره در رفتن	۸۹ (۴۴/۵)	۷۱ (۳۵/۵)	۳۸ (۱۹)	۱۹۸ (۹۹)	
اضطراب	۲۸ (۱۴)	۹۷ (۴۸/۵)	۷۰ (۳۵)	۱۹۵ (۹۷/۵)	
افسردگی-غمگینی	۲۷ (۱۳/۵)	۱۱۷ (۵۸/۵)	۵۶ (۲۸)	۲۰۰ (۱۰۰)	
گریه بی مورد	۱۴۰ (۷۰)	۲۹ (۱۴/۵)	۱ (۰/۵)	۱۷۰ (۸۵)	
احساس تنهایی-انزوای طلبی	۹۷ (۴۸/۵)	۷۵ (۳۷/۵)	۱۸ (۹)	۱۹۰ (۹۵)	
علائم رفتاری					
خستگی-کمبود انرژی	۷۱ (۳۵/۵)	۸۵ (۴۲/۵)	۴۱ (۲۰/۵)	۱۹۷ (۹۸/۵)	
بی خوابی	۱۳۳ (۶۱/۵)	۴۸ (۲۴)	۱ (۰/۵)	۱۷۲ (۸۶)	
تغییر در رفتار جنسی	۱۱۰ (۵۵)	۷ (۳/۵)	۶ (۳)	۱۲۳ (۶۱/۵)	
اشکال در تمرکز حواس	۱۰۳ (۵۱/۵)	۷۰ (۳۵)	۲۲ (۱۱)	۱۹۵ (۹۷/۵)	
اشتهای زیاد-پر خوری	۶۹ (۳۴/۵)	۹۳ (۴۶/۵)	۳۷ (۱۸/۵)	۱۹۹ (۹۹/۵)	
علائم فیزیکی					
سردرد	۱۲۹ (۶۴/۵)	۳۹ (۱۹/۵)	۱۲ (۶)	۱۸۰ (۹۰)	
تورم و حساسیت پستانها	۱۰۷ (۵۳/۵)	۶۶ (۳۳)	۱۲ (۶)	۱۸۵ (۹۲/۵)	
کمر درد	۱۱۰ (۵۵)	۳۸ (۱۹)	۲۲ (۱۱)	۱۷۰ (۸۵)	
دل درد	۱۳۴ (۶۷)	۴۴ (۲۲)	۶ (۳)	۱۸۴ (۹۲)	
درد عضلات و مفاصل	۱۱۸ (۵۹)	۳۸ (۱۹)	۱۱ (۵/۵)	۱۶۷ (۸۳/۵)	
افزایش وزن	۱۱۳ (۵۶/۵)	۱۹ (۹/۵)	۸ (۴)	۱۴۰ (۷۰)	
حالت تهوع- بیوسهت- اسهال	۱۳۲ (۶۶)	۳۶ (۱۸)	۶ (۳)	۱۷۴ (۸۷)	
ورم	۱۱۲ (۵۶)	۱۳ (۶/۵)	۰ (۰)	۱۲۵ (۶۲/۵)	

نشانه های دیگری که رایج تر بودند شامل اشتهاى زیاد یا پر خوری، عصبانیت یا زود از جا در رفتن، خستگی یا کمبود انرژی، اشکال در تمرکز حواس و احساس تنهایی و انزوای طلبی بود که ۹۵ درصد یا بیشتر از آن ها شکایت داشتند (جدول شماره ۲). ارتباط معنی دار و مثبتی بین

نتایج نشان داد که اکثر مبتلایان از درجه خفیف PMS شکایت داشتند. شدت نشانه های خلقی نسبت به دو دسته دیگر یعنی علائم رفتاری و جسمی شدیدتر بود (جدول شماره ۱). ۱۰۰ درصد دانشجویان از دو نشانه کج خلقی یا بیقراری و افسردگی رنج می بردند.

فرهنگی هر دو مطالعه باشد زیرا یکی از عوامل بسیار مهم در ایجاد این تفاوت‌ها، فرهنگ جامعه ای است که فرد در آن زندگی می کند.

براساس یافته ها (۱۲ درصد) از علایم خلقی شدید و (۱/۵ درصد) از علایم و نشانه های رفتاری شدید شکایت داشتند ولی هیچکدام از شرکت کنندگان علایم جسمی شدید نداشتند. در این پژوهش ۱۰۰ درصد از دانشجویان مبتلا به PMS از کج خلقی یا بیقراری و افسردگی یا غمگینی در این فاز شکایت داشتند که این نتیجه مشابه به نتایج مطالعه Baluch و همکارانش می باشد که Derman به نقل از ایشان می نویسد: در بین نشانه های PMS در گروه علایم خلقی، نگرانی، بیقراری و افسردگی شایع تر از دیگر نشانه ها هستند. در حالی که خود Derman و همکاران براساس نتایج پژوهش خود استرس و عصبانیت را جزو شایع ترین نشانه ها اعلام نمودند.<sup>(۱۰)</sup>

۹۹/۵ درصد از دانشجویان از اشتباهی زیاد و پرخوری در این دوران شکایت داشتند و ۹۹ درصد خیلی زود عصبانی می شدند و زود از کوره در می رفتند. مقدار این یافته بیشتر از مقدار گزارش شده در مطالعات دیگری بود که ما به آن دسترسی داشتیم. Mortola اشتباهی زیاد و پرخوری را در ۷۰ درصد و عصبانیت را در ۸۰ درصد زنان و Derman و همکارانش اشتباهی زیاد و پرخوری را در ۵۱/۴ درصد و عصبانیت و زود از کوره در رفتن را در ۸۷/۶ درصد گزارش کردند.<sup>(۷،۱۰)</sup> ولی Dye و Blundel دریافتند پرخوری و احساس خستگی شایع تر از دیگر نشانه ها بوده است.<sup>(۱۵)</sup> از دیگر نشانه ها و علایمی که رایج بودند و درصد بالایی از آن‌ها رنج می بردند به ترتیب عبارت بودند از احساس خستگی (۹۸/۵ درصد)، اضطراب و اشکال در تمرکز حواس (۹۷/۵ درصد)، احساس تهایی و

شدت علائم جسمی و رفتاری ( $P=0/00$ ,  $t=0/55$ ) و شدت علائم خلقی و رفتاری ( $P=0/00$ ,  $t=0/398$ ) دیده شد. علائم جسمی و خلقی نیز با یکدیگر ارتباطی مثبت و معنی داری را نشان دادند ( $P=0/00$ ,  $t=0/305$ ). علامت پرخوری که در ۹۹/۵ درصد از مبتلایان به PMS وجود داشت با افسردگی ( $P=0/001$ ,  $t=0/296$ )، اشکال در تمرکز حواس ( $P=0/00$ ,  $t=0/236$ ) و کمبود انرژی و خستگی ( $P=0/00$ ,  $t=0/359$ ) ارتباط مثبت و معنی داری را نشان داد.

### بحث و نتیجه گیری

شیوع PMS در منابع مختلف متفاوت گزارش شده است به نظر می رسد حدود ۳۰ درصد از زنان در سنین باروری از آن رنج می برند.<sup>(۱۰)</sup> در پژوهش حاضر از بین کسانی که فرم‌های ثبت علایم را کامل کرده و باز گرداندند (۷۸/۴۳ درصد) به درجاتی از PMS مبتلا بودند. ولی چنانچه فرض را بر این بگذاریم که کسانی که فرم‌ها را باز نگرداندند مشکلی در این رابطه نداشته و در نتیجه علاقه ای به پرکردن فرم‌ها نیز نداشتند، میزان ابتلا حدود ۴۰ درصد برآورد می شود که دور از واقعیت نیست. از جمله مطالعات دیگری که شیوع PMS را برآورد نمودند: Rasheed (۹۶/۶ درصد)، Derman (۶۱/۴ درصد)، Demichli (۷۵ درصد)، Steinner (۸۸/۵ درصد) می باشد که با کمی اختلاف، برخی شیوع بیشتر و برخی شیوع کمتر از پژوهش حاضر بوده است.<sup>(۱۳،۱۲،۱۰،۸)</sup> در پژوهش حاضر تنها (۲ درصد) دارای PMS شدید بودند. تمجیدی (۱۳۷۴) شیوع PMS شدید را ۳ درصد، Demicheli ۳-۸ درصد و Derman ۱۳/۴ درصد گزارش نمودند.<sup>(۱۰،۱۲،۱۴)</sup> یافته های این مطالعه نزدیکی بیشتری با نتایج تحقیق تمجیدی دارد که می تواند به علت تشابه

اختلالات در خواب و پرخوری شود. ایشان در تحقیق خود دریافتند که در فاز لوتئال میزان سرتونین در خون و پلاسمای زنان مبتلا به PMS در حد بسیار پایین می باشد.<sup>(۶،۱۶)</sup> علاوه بر آن حساسیت بالای انسولین در مقابل گلوکز خوراکی در مرحله پیش از قاعدگی منجر به هیپوگلیسمی در چند ساعت بعد از آن می شود و همین امر عامل بسیاری از مشکلات خلقی، رفتاری و جسمی در این مرحله است.<sup>(۱۷)</sup>

در پژوهش حاضر مشاهده شد بین پرخوری و افسردگی، پرخوری و اشکال در تمرکز حواس، پرخوری و کمبود انرژی و خستگی رابطه معنی دار و مثبت وجود دارد. با توجه به این که پرخوری عامل اصلی چاقی و چاقی یکی از معضلات جامعه امروزی است اهمیت توجه به این ارتباط ها مشخص می شود. شخصی که افسرده است اشتهاى بیشتری نیز به غذا خوردن دارد و پرخوری پیدا می کند. Blundel و Dye خود و به نقل از Kohen و همکاران، Benkrocht نیز اظهار می دارند، دو نشانه پرخوری و افسردگی با هم همزیستی داشته و همواره با هم دیده می شوند. آنان در تحقیق خود دریافتند شدت افسردگی در ارتباط مستقیم با میزان مصرف غذا در مرحله پیش از قاعدگی می باشد و نقش واسطه عصبی سرتونین را در این امر با اهمیت ذکر کردند.<sup>(۱۵)</sup>

Sayegh و همکاران، Benton افزایش کالری دریافتی را عاملی برای بهتر شدن حالت عصبانیت، افسردگی و دشواری در تمرکز حواس بیان کردند. ایشان دریافتند کودکانی که نوشیدنی های گلوکزی مصرف می کنند کمتر از هم کلاسی های خود در انجام بازی های کامپیوتری دچار مشکل می شوند. گلوکز خون تنها منبع انرژی سلول های عصبی می باشد و زمانی که این ماده غذایی کاهش یابد عملکرد سلول های عصبی دچار

انزوایلی (۹۵ درصد)، تورم و حساسیت پستان ها (۹۲/۵ درصد)، دل درد (۹۲ درصد) و سردرد (۹۰ درصد). اما این ترتیب در مطالعات دیگر صادق نبوده است. به طور مثال در مطالعه Derman اضطراب و استرس (۸۷/۶ درصد) دل درد (۷۰/۵ درصد) احساس خستگی (۶۹/۵ درصد) تورم و حساسیت پستان ها (۳۷/۱ درصد) و در مطالعه Mortola عصبانیت و غمگینی (۸۱ درصد) گریه بی مورد (۶۵ درصد) احساس تهایی و انزوایلی (۴۷ درصد) گیجی و اشکال در تمرکز حواس (۱۳ درصد) گزارش شدند.<sup>(۷،۱۰)</sup>

شناخت ارتباط هائی که بین علایم و نشانه های PMS وجود دارند نیز از اهمیت خاصی برخوردار است و می تواند در گزینش استراتژی های درمان کمک کننده باشد. در پژوهش حاضر هر دو دسته علایم و نشانه های جسمی و خلقی با علایم رفتاری ارتباط معنی دار و مثبت داشتند ( $P=0/000$ ). بین علایم جسمی و خلقی نیز ارتباط معنی دار و مثبت مشاهده شد ( $P=0/000$ ). لذا می توان چنین نتیجه گرفت که مشکلاتی که فرد با جسم و یا خلق خود پیدا می کند در رفتار وی نیز تاثیر می گذارند و تغییرات منفی خلقی رفتارهای منفی و مشکل زایی را نیز در پی دارند. تغییراتی که در رفتارهای فرد در این دوران پدید می آیند می توانند خلق وی را نیز متاثر سازند.

Rasgon و همکاران، Benton نقش واسطه های عصبی نظیر سرتونین را بر روی بسیاری از تغییرات خلقی و رفتاری نظیر افسردگی، اشتها، میل جنسی، اختلالات خواب و غیره عنوان نموده و اظهار می دارند سرتونین در کنترل برخی از رفتارها و خصوصیات خلقی نقش دارد و اختلال در سنتز این واسطه عصبی می تواند منجر به اختلالاتی مانند افسردگی، پرخاشگری، بیقراری،

همراهی مداخلات درمانی جهت تخفیف علایم جسمی، ضامن خلق بهتر، رفتار مناسب تر و زندگی بهتر برای زنان در این دوران شد.

### تقدیر و تشکر

این تحقیق در مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران با استفاده از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه (شماره ثبت ۷۰ م ت) و شرکت مکمل‌های غذایی پویان به صورت مشترک انجام گرفت و بدین وسیله محققین مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین دانشگاه، دانشکده پرستاری-مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، شرکت مکمل‌های غذایی پویان که امکان انجام آن را فراهم آوردند ابراز می‌دارند. از مسئولین دانشکده‌های پرستاری-مامایی و مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی که اجازه استفاده از محیط را داده و دانشجویان این دو دانشکده که در پژوهش ما شرکت نمودند قدردانی می‌شود همچنین مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه کارکنان کتابخانه، سایت کامپیوتر و بقیه عزیزانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، ابراز می‌داریم.

### منابع

- 1- Dickerson LM, Pharm D, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual Syndrome. American Family Physician. 2003; 68(67): 1743-1750.
- 2- Fredriksen MG. Obstetrics and Gynecology. 2000; 173-175.
- 3- Lowder milk DL, Perry SE. Maternity and Womens Health care. 7th ed. Mosby: Aharcourt Health Science Company 2004; P.161-163.
- 4- Bendich A. The potential for dietary supplements to reduce premenstrual syndrome (PMS) symptoms. Journal of The American college of Nutrition 2000; 19(1): 3-12.

اختلال می‌شوند و در نتیجه علایمی مانند سرگیجه و اشکال در تمرکز حواس در فرد ایجاد می‌شود.<sup>(۶،۱۸)</sup>

Blundel و Dye دریافته‌اند در زنان مبتلا به PMS افزایش کالری دریافتی و میل به غذا در مرحله پیش از اشتهای در زمان افسردگی شدیدتر نیز می‌شود و علت مهم و اساسی آن را جبران کاهش سرتونین مغز در این مرحله می‌دانند.<sup>(۱۵)</sup> بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که پرخوری در مرحله پیش از قاعدگی یک مکانیسم جبرانی برای افزایش سطح سرتونین مغز و جلوگیری از کاهش سطح گلوکز خون می‌باشد.

براساس یافته‌ها می‌توان گفت در جامعه پژوهش نیز PMS مشکل نسبتاً شایعی است که دختران و زنان را در سنین باروری تحت تاثیر قرار می‌دهد. جا دارد تحقیقاتی در جهت یافتن عوامل خطر آن در فرهنگ ما صورت گیرد. از آنجا که علت واقعی PMS شناخته شده نیست، درمان قطعی نیز برای آن یافت نشده است ولی با توجه به علایم و نشانه‌ها و ارتباط آن‌ها با یکدیگر می‌توان گفت، درمان‌های پیشنهاد شده برای علائم خاص می‌توانند علایم دیگر را نیز تخفیف بخشند. لذا انجام تحقیقات در مورد درمان این اختلال با به‌کارگیری استراتژی‌های متفاوت پیشنهاد می‌شود.

از آنجا که علایم خلقی شدیدترین و رایج‌ترین علایم PMS هستند، می‌توان در قدم اول از درمان‌های پیشنهادی مانند غذاهای کربوهیدراته استفاده نمود این غذاها همانند داروهای مهارکننده باز جذب سرتونین (نظیر فلوکسیتین)، سرتونین مغز را افزایش داده و از این طریق نقش درمانی خود را ایفا می‌کنند.<sup>(۱۸)</sup> با مداخلات درمانی که در این زمینه به عمل می‌آید علایم دیگر مثل پرخوری و در نتیجه چاقی ناشی از آن تخفیف می‌یابد. همچنین می‌توان با



- 13- Steinner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Womens Mental Health*. 2003; (6): 203-209.
- 14- تمجیدی اکرم. پایان نامه کارشناسی ارشد. بررسی شیوع و شدت علایم پیش از قاعدگی در زنان ۱۵-۴۴ ساله شهر تهران. دانشگاه شهید بهشتی. ۱۳۷۴.
- 15- Dye L, Blundell JE. Menstrual cycle and appetite control: implications for weight regulation. *Human reproduction*. 1997; 12(6): 1142-1151.
- 16- Rasgon N, McGuire M, Tanavoli S, Fairbanks L, Rapkin A. Neuroendocrin response to an intravenous L-tryptophan challenge in women with Premenstrual syndrome. *Fertility and Sterility*. 2000; 73(1): 144-149.
- 17- Havens CS, Sullivan ND, Tilton P. manual of out patient Gynecology 2nd ed. St.Louis: Mosby; 1991. 61-69.
- 18- Sayegh R, Schiff I, Wurtman J, Spiers PM, Dermott J & Wurtman R. The Effect of a Carbohydrate- Rich beverage on Mood, Appetite and cognitive function in women with premenstrual syndrome. *Obestetrics and Gynecology* 1995; 86: 520-528.
- 5- Speroff L, Glass RH, Kass NG. *Clinical Gynecology and endocrinology and infertility*. 6th ed. Lippincott: williams and wilkins: A Wolters Kluwer Company 1999; 558-566.
- 6- Benton D. Carbohydrate ingestion, blood glucose and mood. *Neuroscience and Bio behavioral Reviews*. 2002; 26: 293-308.
- 7- Mortola JF. Premenstrual syndrome. In, MB Goldman & MC Hatch. (Eds). *women and health*. NewYork: springer. Academic press 2000; 114-121.
- 8- Rasheed P, Saad AL, Sowiele L. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome among college-aged women in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*. 2003; 23(6). 381-387.
- 9- Berslin ET, Lucas VA. *Womens Health Nursing Toward evidence Based practice*. Sanders 2003; 513-515.
- 10- Derman O, Kanbur NO, Tokur TE, Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 116. 201-206.
- 11- Alexander M, Fawcelt JN, Punciman PJ. *The Reproductive systems. Nursing practice Hospital and Home*. Mosby 2000; 232-236 and 617 -619.
- 12- Demicheli FB, Ludick F, Lucas H, Chardonnens D. Premenstrual dysphoric disorder: current status of treatment. *SWISS MED. WKLY* 2002; 574(132): 578. www.smr.ch

## *Premenstrual Syndrome (PMS) and the Related Symptoms Among Students of Iran University of Medical Sciences (IUMS)*

\* F. Shahpoorian, MSc<sup>1</sup> Z. Mahmoodi, MSc<sup>2</sup> F. Bastani, PhD<sup>3</sup>  
S. Parsay, PhD<sup>4</sup> F. Hosseini, MSc<sup>5</sup>

### **Abstract**

Premenstrual syndrome is one of the most common disorder in women with reproductive age. The aim of this paper was to investigate the frequency and the intensity of this syndrome and the related signs and symptoms.

Five hundred students who were enrolled at BS level in the academic year 1384 at the schools of nursing-midwifery as well as the school Management of IUMS, were included in the study. They were asked to complete the premenstrual daily symptom diary (PDSD) for 2 months. The students with PMS, were confirmed according to the APA criteria and their intensity were assessed by the mean of scores of each sign which varied from 0 to 3.

In this study, the response rate was about 50% (255). Out of the 255 students, 200 students (78.43%) were suffering PMS to some degrees (62% mild, 36% moderate, 2% severe). Mood symptoms in 24% and the behavioral symptoms in 3% of the subjects were in severe level. None of the students suffered from sever physical symptoms.

The study results revealed a significant positive relationship between behavioral symptoms and physical mood symptoms ( $r=0.55$ ,  $r=0.398$ ,  $P=0.00$ ) respectively. Also there was a significant relationship between physical symptoms and mood symptoms ( $r=0.305$ ,  $P=0.00$ ).

In this study the investigators concluded that PMS can be considered as a common disorder in young iranian women at the reproductive age. To detect and diagnose the PMS related symptoms, could help provide the most effective treatment strategies. Future studies is recommended to find out the risk factors of the PMS and appropriate therapies.

**Key Words: Premenstrual syndrome, Menstrual cycle, Diagnosis and treatment of premenstrual syndrome**

<sup>1</sup> Member of the Nursing Research Center and a Faculty Member, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (\*Corresponding Author)

<sup>2</sup> Graduate Student in Master Degree of Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Assistant Professor at the Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Associate Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> Faculty Member of the Faculty of Management and Informatics, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.