NOVIN Health Journal

مجله نوین سلامت

دوره دوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۶، صفحه ۱۸-۱۱

پژوهشی اصیل

بررسی فراوانی تظاهرات بالینی سندرم پیش از قاعدگی در زنان متأهل جوان شهر کرمان

مرادعلی زارعی پور(MSc) [۱]، احسان موحد(MSc)[۲*]، خیرمحمد جدگال(MSc)[۲]، بتول جباری(MSc)[۳]، محبوبه عامری(BSc)[۴]

دریافت: ۱۳۹۶/۴/۱۹ اصلاح: ۱۳۹۶/۴/۲۷ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۳۰

چکیده

سابقه و هدف: سندرم پیش از قاعدگی یکی از شایعترین اختلالات زنان در سنین باروری است که ترکیبی از اختلالات جسمی، عصبی و روانی است که در نتیجه آن، سازگاری اجتماعی، ارتباط درون فردی و فعالیت‌های طبیعی فرد با مشکل مواجه شده و بر کیفیت زندگی وی تاثیر منفی می‌گذارد. هدف از مطالعه حاضر بررسی فراوانی علائم و نشانه‌های سندرم قبل از قاعدگی در زنان متاهل شهر کرمان است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی ۲۴۰ زن متاهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر کرمان، پرسشنامه‌ای شامل: اطلاعات دموگرافیک (تعداد فرزندان، شغل، تحصیلات ، تعداد فرزندان) و علائم سندرم قبل از قاعدگی را تکمیل نمودند. افراد مورد بررسی، زنان متاهل غیر باردار کمتر از ۴۵ سال بودند. نتایج با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون T مستقل مورد پردازش قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان برابر ۷/۶ ± ۳۲/۴ سال بود که ۶۲/۹ درصد زنان مورد مطالعه علائم PMS متوسط یا شدید داشتند، همچنین ۱۵/۴ درصداز زنان مورد مطالعه دارای اختلال ملال قبل از قاعدگی (PMDD) بودند. با در نظر گرفتن شدت علائم، شایعترین تظاهرات" علایم جسمانی ۷۹٪،" عصبانیت و زودرنجی ۷۸٪،" خستگی و کمبود انرژی ۷۳٪،" کاهش علاقه به فعالیت‌های داخل منزل ۶۳٪ بودند. تأثیر علائم بر مسئولیت‌های خانوادگی با فراوانی ۶۰٪ بیشترین شدت را در بخش تاثیر علائم داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع گسترده‌ی علائم و نشانه‌های سندرم قبل از قاعدگی و تاثیر غیر قابل انکار علایم در زندگی و روابط اجتماعی و همچنین فقدان یک ابزار سنجش ملی و تفاوت‌های فرهنگی، جغرافیایی لازم است بررسی‌های بیشتری در زمینه شناخت این علایم و آموزش‌های برنامه‌ریزی شده انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: سندرم پیش از قاعدگی، زنان متأهل، جوان

۱- مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران.
۲- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران.
۳- مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران.
۴- مرکز بهداشت شهرستان کرمان، کرمان، ایران.

* **نویسنده مسئول:** احسان موحد
آدرس: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد ایران.
تلفن: ۹۱۳۳۹۰۸۳۱۹ ۹۸+
پست الکترونیک: ehsanmovahed89@yahoo.com

مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی PMS (Premenstrual Syndrome) یکی از شایعترین اختلالات زنان در سنین باروری است که ترکیبی از اختلالات جسمی، عصبی و روانی است که در نتیجه آن، سازگاری اجتماعی، ارتباط درون فردی و فعالیت های طبیعی فرد با مشکل مواجه شده و بر کیفیت زندگی وی تاثیر منفی می‌گذارد (۱, ۲). این سندرم در اواخر مرحله ترشحی سیکل قاعدگی و به طور متوسط ۵ تا ۷ روز قبل از قاعدگی شروع می‌شود و به مدت ۲ تا ۴ روز پس از شروع خونریزی ماهیانه ادامه دارد (۳, ۴). برآورد شده که حدود ۲۰ تا ۹۵ درصد زنان به جهات گوناگون به این سندرم مبتلا هستند(۵, ۶). این سندرم یکی از بحث انگیزترین موضوعات در مورد زنان است (۷). علائم بیماری را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد (۸)، ۱- تغییرات فیزیکی شامل: خستگی، سردرد، دردهای عضلانی، افزایش وزن و حساس شدن پستان‌ها است (۸). ۲- علائم روانی- خلقی شامل: افسردگی، عصبانیت،

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2025-11-18]

اضطراب، گریه بدون دلیل و اختلال در عملکرد روزانه است (۹, ۱۰). PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder) بیشتر روی علائم روانی متمرکز شده در حالی که PMS بیشتر به علائم جسمانی ارتباط داده می‌شود (۱۱). برای PMS حداقل یک علامت و برای PMDD حداقل پنج علامت حاد باید وجود داشته باشد (۱۲, ۱۳). سندرم پیش از قاعدگی بر روی فرد و خانواده وی تاثیر می‌گذارد، که می‌توان ناسازگاری با همسر، بد رفتاری با فرزندان را نام برد. همچنین موجب افزایش پیامدهای نامطلوب تحصیلی مانند کاهش عملکرد تحصیلی دانش آموزان می‌باشد. همچنین در این دوران پرخاشگری، عصبانیت و زود از کوره در رفتن می‌تواند خود عامل بسیاری از دعواها و حتی طلاق و قتل باشد (۱۴). در حدود ۳ تا ۸ درصد از زنان علائم را به صورت حاد نشان می‌دهند (۱۵, ۱۶). مطابق گزارش کالج امریکایی زنان و زایمان شیوع PMDD حدود ۳–۸ درصد است. اما مطالعه قابل اعتمادی از شیوع PMDD در زنان ایرانی یافت نشد (۱۷, ۱۸). جهت تشخیص سندرم قبل از قاعدگی ابزارهای مختلفی وجود دارد که یک نمونه از آن‌ها پرسشنامه سنجش علائم قبل از قاعدگی یا PSTT (Premenstrual Symptoms Screening Tool) است که معیارهای طبقه‌بندی شده شاخص تشخیصی – آماری و اختلال روانی DSM-IV را به یک مقیاس درجه‌بندی بر اساس شدت بیماری تبدیل می‌کند و شدت بیماری و همچنین تاثیر علائم را در زندگی روزانه فرد نشان می‌دهد(۱۹). عوامل خطر PMS هنوز مشخص نیست و به نظر می رسد پیچیده و ترکیبی از چند عامل از جمله کمبود ریز مغذی‌ها ی کلسیم، منگنز، منیزیم، کمبود ویتامین B6، مصرف قهوه و نوشابه‌ها و مواد غذایی کافئین دار، نمک، الکل، دخانیات، اختلال سنتز سروتونین، اختلال عملکرد فعالیت آلدوسترون و هایپر پرولاکتین می‌باشد. به علاوه چاقی، کم تحرکی، چند زایی، تغذیه، مدت خونریزی، قاعدگی دردناک، عادات ورزشی و فاکتورهای محیطی مثل استرس و فشارهای روانی تاثیر گذارند (۲۰–۲۲). با وجود اینکه علت دقیق PMS مشخص نشده ولی درمان های متعددی که تا حدی هم موثر بوده‌اند برای آن پیشنهاد شده است. درمان‌های کلینیکی شامل: هورمون درمانی، درمان‌های غیر هورمونی از قبیل مهار کننده‌های بازجذب سروتونین، دیورتیک‌ها، درمان‌های جراحی و درمان‌های مکمل شامل کلسیم، منیزیم، ویتامین B6 و ویتامین E است. درمان‌های رفتاری شامل درمان رفتاری– شناختی و مقابله با استرس و علائم PMS است (۲۳, ۲۴). مطالعه کیانی آسیابر شیوع PMS در زنان شاغل تهران را ۶۷/۸ درصد (۲۱)، و مطالعه سیه بازی در دانشجویان خوابگاه تربیت مدرس را ۵۶/۶ درصد(۱۹)،و مطالعه طلایی در دانشجویان مشهد ۴۸/۱ درصد (۲۵)، و مطالعه بخشانی در دانش آموزان دختر زاهدان ۸۳/۱ درصد (۲۰) و همچنین در مطالعه مروتی در زنان متاهل شهر یزد ۹۱/۳ درصد بود (۲۶). با شناخت علائم قبل از قاعدگی می‌توان زنان را در جهت شناخت بیشتر این علائم و راهکارهای بهبود آن‌ها تشویق نمود. با توجه به اینکه ممکن است این علائم در جوامع مختلف متفاوت باشند و تفاوت‌های فرهنگی، جغرافیایی و اقلیمی می‌تواند در شدت و بروز علائم تاثیرگذار باشد و از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای در شهر کرمان این تظاهرات را گزارش نکرده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی علائم و نشانه‌های سندرم قبل از قاعدگی در زنان متاهل شهر کرمان طراحی گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد و زوجین به طور تصادفی از بین مراجعین به ۴ مرکز بهداشتی از مجموع 29 مرکز بهداشتی مستقر در شهرکرمان انتخاب شدند، به این صورت که چهار موقعیت شهر (براساس وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی) انتخاب شده یعنی با تقسیم شهر کرمان به ۴ قسمت شمال، جنوب، شرق، غرب، تمام مراکز بهداشتی و پایگاه‌های بهداشتی مستقر در هر قسمت لیست شده و به قید قرعه از هر قسمت یک مرکز یا پایگاه بهداشتی انتخاب شد که در مجموع چهار مرکز یا پایگاه بهداشتی انتخاب شدند و زنان متاهل غیر باردار که کمتر از ۴۵ سال سن داشتند بطور تصادفی جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند (دلیل تأهل این است که علائم این سندرم بیشتر زنان متاهل و زندگی زناشویی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و در زنان مجرد ارتباطی با مشکلات زناشویی ندارد). که در انتها ۲۴۰ نفر از افراد وارد مطالعه شدند. در ابتدا ضمن ارائه هدف پژوهش و پس از کسب رضایت از افراد مورد مطالعه، پرسشنامه سنجش علائم یا PSST و پرسشنامه مربوط به مشخصات دموگرافیک به روش خودگزارش‌دهی توسط این افراد تکمیل شد. مشخصات دموگرافیک شامل: سن، مدت ازدواج، تعداد فرزند، تحصیلات و وضعیت اشتغال بود. پرسشنامه PSST شامل ۱۹ سؤال بوده که دارای دو بخش است. (بخش اول شامل 14 سوال، در مورد علایم خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علایم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل 5 سؤال است .) این پرسشنامه توسط دانشگاه McMaster کانادا طراحی شده و توسط سیه بازی و همکاران (۱۹)، نسخه فارسی آن در جمعیت ایرانی استاندارد شده است . شاخص‌های روان سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه فوق در سطح قابل قبول ارائه گردیده است به طوری که شاخص آلفای کرونباخ بالاتر از ۷/. بیانگر ثبات درونی (Internal Consistency) قابل قبول آن گزارش شده است و نیز جهت بررسی روایی محتوایی آن از قضاوت متخصصان مختلف از جمله زنان، مامایی، اپیدمیولوژی، پرستاری و بهداشت استفاده شده و مورد تأیید قرار گرفته است. جهت تشخیص PMS متوسط یا شدید لازم است سه شرط ذیل با هم وجود داشته باشند ۱– از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد. ۲–علاوه بر مورد قبلی، از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و ۳– در بخش تاثیر علائم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. جهت تشخیص PMDD نیز سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشند: ۱– از گزینه ۱تا ۴ حداقل یک مورد شدید باشد. ۲– علاوه بر مورد قبلی، از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد. ۳– در بخش تاثیر علائم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد شدید وجود داشته باشد. به افراد مورد پژوهش اطمینان داده شدکه کلیه اطلاعات اخذ شده محرمانه خواهند ماند . جهت تضمین محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب شده، از افراد مورد پژوهش در ابزار گردآوری داده‌ها، نام و نام خانوادگی افراد قید نشد . درصورت تمایل افراد مورد پژوهش نتایج در اختیار آن‌ها قرار گرفت. اطلاعات جمع آوری شده به صورت کد وارد رایانه و توسط نرم افزار آماری SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. و با توجه به ماهیت و نوع متغیر از جداول توزیع فراوانی، از آزمون های T-Test ، ANOVA و ضریب همبستگی استفاده گردید و اختلاف در سطح ۰/۰۵ معنی دار گزارش گردید.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2025-11-18]

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۴۰ زوج مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی زنان برابر ۷/۶ ± ۳۲/۴ سال بود و به طور میانگین ۷/۵ ± ۸/۳ سال از زندگی مشترک ایشان سپری شده بود. ۸۰ درصد زوجین ۲ و کمتر از ۲ فرزند داشتند. ۶۷ درصد زنان دارای تحصیلات دانشگاهی، و ۴۲ درصد زنان شاغل بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی زنان شرکت کننده بر حسب گروه‌های مختلف متغیرهای دموگرافیک

متغیر	آماره گروه	فراوانی	درصد
تحصیلات زنان	بی‌سواد	۲	۰/۸
	سیکل	۲۰	۸/۳
	دیپلم	۵۶	۲۳/۴
	فوق دیپلم	۶۰	۲۵/۰
	لیسانس	۱۰۲	۴۲/۵
شغل زنان	شاغل	۱۰۲	۴۲/۵
	خانه دار	۱۳۸	۵۷/۵
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۵۰	۲۰/۸
	یک فرزند	۶۲	۲۵/۸
	دو فرزند	۸۰	۳۳/۳
	سه فرزند و بیشتر	۴۸	۲۰/۱
جمع		۲۴۰	۱۰۰

نتایج مطالعه نشان داد که ۶۲/۹ درصد (۱۵۱ نفر) زنان مورد مطالعه علائم PMS متوسط یا شدید داشتند و ۳۷/۱ درصد (۸۹ نفر) دارای علائم خفیف یا فاقد علامت بودند. همچنین ۳۷ نفر (۱۵/۴ درصد) از زنان مورد مطالعه دارای اختلال ملال قبل از قاعدگی (PMDD) و ۲۰۳ نفر (۸۴/۶ درصد) فاقد این اختلال بودند. با توجه به داده‌های جدول شماره ۲ و ۳، علائمی که بیشترین فراوانی (بالای ۶۰ درصد) را از نظر درجه‌ی شدت متوسط تا شدید در بین زنان مورد مطالعه به خود اختصاص داده بودند به ترتیب عبارتند بودند از، داشتن علایم جسمانی مانند درد پستان، سر درد، دردهای عضلانی/مفصلی، نفخ شکم، افزایش وزن (۷۹ درصد)، عصبانیت / زودرنجی (۷۸ درصد)، خستگی / کمبود انرژی (۷۳ درصد) و کاهش علاقه به فعالیت‌های داخل منزل (۶۳ درصد). و در بین تأثیر بر زندگی بیشترین فراوانی مربوط به تأثیر بر مسئولیت‌های خانوادگی (۶۰ درصد) بود.

نتایج آزمون آماری نشان داد که ارتباط معنی دار آماری بین سطح تحصیلات زنان(P=۰/۶۳۳) و شغل (P= ۰/۰۹۱) آنها با شدت علائم PMS وجود ندارد. همچنین آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که ارتباط بین سن زنان و شدت علائم PMS از لحاظ آماری معنی دار نمی‌باشد (P= ۰/۵۲۸ r= ۰/۰۳۶).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی پاسخ زنان بر حسب شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی

علامت	اصلاً		خفیف		متوسط		شدید	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
عصبانیت / زودرنجی	۱۱	۴/۶	۴۱	۱۷/۱	۱۱۷	۴۸/۸	۷۱	۲۹/۶
اضطراب / تنش	۲۳	۹/۶	۸۶	۳۵/۸	۸۷	۳۶/۳	۴۴	۱۸/۳
گریه کردن / افزایش حساسیت در مقابل پاسخ منفی	۸۰	۳۳/۳	۷۳	۳۰/۴	۴۹	۲۰/۴	۳۸	۱۵/۸
خلق افسرده / نا امیدی	۷۵	۳۱/۳	۶۵	۲۷/۱	۶۹	۲۸/۸	۳۱	۱۲/۹
کاهش علاقه به فعالیتهای شغلی	۴۵	۱۸/۸	۵۹	۲۴/۶	۱۰۵	۴۳/۸	۳۱	۱۲/۹
کاهش علاقه به فعالیتهای داخل منزل	۳۰	۱۲/۵	۵۸	۲۴/۲	۱۰۴	۴۳/۳	۴۸	۲۰/۰
کاهش علاقه به فعالیتهای اجتماعی	۴۷	۱۹/۶	۶۸	۲۸/۳	۹۲	۳۸/۳	۳۳	۱۳/۸
دشواری در تمرکز	۵۶	۲۳/۳	۷۰	۲۹/۲	۸۳	۳۴/۶	۳۱	۱۲/۹
خستگی / کمبود انرژی	۱۹	۷/۹	۴۶	۱۹/۲	۸۷	۳۶/۳	۸۸	۳۶/۷
پر خوری / ولع غذایی	۱۳۷	۵۷/۱	۵۱	۲۱/۳	۴۰	۱۶/۷	۱۲	۵/۰
بی خوابی	۹۱	۳۷/۹	۵۰	۲۰/۸	۶۵	۲۷/۱	۳۴	۱۴/۲
پر خوابی (نیاز بیشتر به خواب)	۸۹	۳۷/۱	۵۵	۲۲/۹	۴۵	۱۸/۸	۵۱	۲۱/۳
احساس آشفتگی یا غیر قابل کنترل بودن	۶۲	۲۵/۸	۷۷	۳۲/۱	۷۷	۳۲/۱	۲۴	۱۰/۰
داشتن علایم جسمانی مانند درد پستان، سر درد، درد های عضلانی/مفصلی، نفخ شکم، افزایش وزن	۱۵	۶/۳	۳۴	۱۴/۲	۹۳	۳۸/۸	۹۸	۴۰/۸

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2025-11-18]

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی پاسخ زنان بر حسب شدت تأثیر علائم سندرم قبل از قاعدگی بر زندگی

تأثیر علائم بر زندگی	اصلاً		خفیف		متوسط		شدید	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کار آمدی شغلی/تحصیلی	۸۲	۳۴/۲	۵۷	۲۳/۸	۸۸	۳۶/۷	۱۳	۵/۴
ارتباط با همکاران ودوستان	۶۵	۲۷/۱	۶۷	۲۷/۹	۹۳	۳۸/۸	۱۵	۶/۳
ارتباط با خانواده	۴۹	۲۰/۴	۶۸	۲۸/۳	۷۵	۳۱/۳	۴۸	۲۰/۰
فعالیت های اجتماعی	۵۵	۲۲/۹	۶۲	۲۵/۸	۱۰۰	۴۱/۷	۲۳	۹/۶
مسئولیت های خانوادگی	۴۴	۱۸/۳	۵۰	۲۰/۸	۸۴	۳۵/۰	۶۲	۲۵/۸

جدول شماره٤: میانگین و انحراف معیار شدت علائم PMS به تفکیک سطح تحصیلات و شغل زنان

متغیر	گروه	شدت علائم PMS	
		میانگین	انحراف معیار
تحصیلات زنان	سیکل و پایین‌تر از سیکل	۲۹/۰۰	۱۱/۶۲
	دیپلم	۲۸/۷۳	۹/۵۴
	فوق دیپلم	۲۷/۴۷	۱۱/۵۷
	لیسانس	۲۶/۷۹	۹/۵۸
آزمون آنالیز واریانس یک طرفه		P= ۰/۶۳۳	
شغل زنان	شاغل	۲۶/۳۱	۹/۷۴
	خانه دار	۲۸/۵۸	۱۰/۵۷
آزمون T مستقل		P= ۰/۰۹۱	

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی علائم سندرم قبل از قاعدگی در زنان متاهل شهر کرمان صورت گرفت. با توجه به نتایج، ۶۲/۹ درصد از این زنان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی متوسط یا شدید و ۱۵/۴ درصد از آنان مبتلا به PMDD بودند. در مطالعه کریمیان و همکاران، ۹۱/۳درصد مبتلا به PMS و ۸/۷ درصد مبتلا به PMDD بودند (۲۶). در مطالعه کیانی آسیابر و همکاران، شیوع PMS ۸۷/۸ درصد به دست آمد که ۶/۴ درصد شدید بود (۲۱). در مطالعه Wilson و همکاران شیوع PMS ۸۶ درصد گزارش شده بود (۲۷). در مطالعه سیلوا و همکاران، شیوع سندرم قبل از قاعدگی در فرم خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۸۰/۸، ۱۳/۴ و ۵/۸ درصد بود (۲۸). نتایج گزارش شده متفاوت از یکدیگر است و در مطالعه حاضر این میزان نسبت به سایر نتایج کمتر برآورد شده است که احتمالا بیانگر آن است که تفاوت شرایط محیطی و اجتماعی در بین جوامع مختلف می‌تواند باعث تفاوت در شدت علائم گردد. در این مطالعه نتایج حاکی از این بود که علائم جسمانی بیشترین درصد شدت را داشته و بعد از آن عصبانیت و زود رنجی، خستگی و کمبود انرژی، اضطراب، کاهش علاقه به فعالیت‌های داخل منزل و کاهش علاقه به فعالیت‌های اجتماعی شدت بیشتری داشتند. در مطالعه کریمیان و همکاران نیز علائم جسمانی، عصبانیت و کمبود انرژی بیشترین درصد را به خود اختصاص داده بودند (۲۶). در مطالعه Tabassum و همکاران، ناراحتی عمومی بدن، اضطراب، کمر درد، خستگی و افسردگی علائمی بودند که با بیشترین فراوانی گزارش شده اند (۲۹). در مطالعه کیانی آسیابر و همکاران، علائم فیزیکی با ۸۷/۲ درصد و کاهش انرژی و زود خسته شدن با ۸۴/۳ درصد که با بیشترین فراوانی در زنان مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی گزارش شده بود (۲۱). در مطالعه بخشانی و همکاران، شایعترین علائم روانی گزارش شده به ترتیب خستگی و بی حالی، اضطراب و نگرانی، تغییر اشتها، اشکال در خواب و کاهش علاقه‌مندی به روابط اجتماعی و کار بود (۲۰). نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج مطالعات مذکور همسو بود، هرچند در مطالعه حاضر، نشانه‌ها و علائم PMS با شیوع بالاتر مشاهده شد، اما میزان بروز هر یک از این نشانه ها متفاوت است، اختلاف در مطالعات می‌تواند به دلیل عوامل تاثیر گذاری مثل: قاعدگی، شیردهی و یائسگی و احتمالا به علت نژاد، قومیت و تفاوت‌های فرهنگی در بیان کردن نشانه‌ها در جوامع مختلف باشد (۲۱). همچنین تفاوت در ابزار اندازه‌گیری علائم می‌تواند منجر به اختلاف بین آمار باشد. با این حال، با شناخت این علائم و تمرکز بر نشانه‌هایی که شدت بیشتری دارند می‌توان در جهت بهبود این علائم و کمک به زنان گام موثری برداشت. مطالعه حاضر نشان داد که در خصوص تاثیر علائم سندرم پیش از قاعدگی بر زندگی، تاثیر آن در ارتباط با مسئولیت‌های خانوادگی بیشترین فراوانی را داشته است. اکثر زنان از این شکایت داشتند که چرا در دوران قبل از قاعدگی، مردان شرایط روحی و جسمی آن‌ها را درک نمی‌کنند و این باعث بیتابی و استرس و احساس تناقض شده که در نتیجه باعث عدم انجام صحیح مسئولیت‌های خانوادگی شده است (۳۰).

بررسی ارتباط بین PMS و روابط زوجین نشان داد که هر چه علائم روی اختلال عملکرد اجتماعی زنان بیشتر تاثیر بگذارد، تداخل در روابط زوجین بیشتر و اختلالات شدیدتر می‌شود (۳۱). رابطه PMS و رابطه زوجین قبل و بعد از قاعدگی نشان داد که این ارتباط در قبل از قاعدگی نسبت به بعد از آن کاهش می‌یابد و با شدت یافتن علائم رابطه زوجین کمتر می‌شود(۳۱). یافته‌های بخشایی و همکاران، نشان داد که در ۲۸/۲ درصد از افراد مبتلا به PMS و ۲۶/۸ درصد از افراد مبتلا به PMDD علائم در حدی بود که اختلال در عملکرد (سازگاری) آن‌ها ایجاد می-نمود(۲۰). با توجه به این یافته‌ها نمی‌توان تاثیر علائم و تداخل آن‌ها را در زندگی

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2025-11-18]

روزمره، روابط خانوادگی و اجتماعی نادیده گرفت و با توجه به شناخت علائم و تاثیر آن‌ها باید در خصوص راهنمایی و آموزش زنان، همسران و خانواده‌شان اقداماتی صورت پذیرد. نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین شدت سندرم پیش از قاعدگی با تحصیلات و اشتغال وجود ندارد. در مطالعه کریمیان نیز رابطه معنی‌داری بین شدت سندرم پیش از قاعدگی با تحصیلات و اشتغال وجود نداشت (۲۶). در مطالعه کیانی آسیابر و همکاران نیز رابطه معنی‌داری بین PMS و تحصیلات مشاهده نشد (۲۱). در مطالعه طلایی و همکاران نیز رابطه معنی‌داری بین مقطع تحصیلی و PMS مشاهده نگردید (۲۵). نتایج حاصل از مطالعه حاضر با نتایج مطالعات مذکور مطابقت داشته و تاییدی بر این نکته است که تحصیلات نمی‌تواند در شدت علائم PMS نقش داشته باشد و در واقع، PMS به نوعی تحت تاثیر عوامل درونی است. با این حال در مطالعه، Sadler و همکاران شیوع کمتر علائم با سطح تحصیلات بالاتر همراه بود (۳۲). به نظر می‌رسد که تفاوت در فرهنگ‌های مختلف بتواند این اختلاف را توجیه کند. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که ارتباط بین سن زنان و شدت علائم PMS از لحاظ آماری معنی‌دار نمی باشد، هرچند در مطالعه کریمیان و همکاران، بین سن زنان و شدت علائم PMS رابطه معنی‌داری مشاهده شد (۲۶). در مطالعه علوی و همکاران نیز اختلاف معنی‌داری بین افراد با PMS در گروه‌های سنی مختلف وجود داشت (۳۱). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات مذکور همخوانی نداشت، شاید تفاوت فرهنگی، جغرافیایی باعث حساسیت زنان جوان نسبت به بروز علائم شده باشد. از جمله محدودیت های پژوهش توصیفی و مقطعی بودن مطالعه می‌باشد. از طرفی با توجه به اینکه شرکت کنندگان در گروه سنی نسبتا جوان قرار داشتند شاید نتوان نتایج را به تمامی گروه سنی تعمیم داد.

با توجه به اینکه علائم پیش از قاعدگی در صورت شدت یافتن می‌تواند تاثیرات نامطلوبی در زندگی زنان داشته باشد و همچنین زندگی زناشویی را تحت تاثیر قرار دهد، لذا ارتقاء اطلاعات عمومی در این زمینه و بررسی‌های بیشتر در گروه‌های دیگر اجتماعی کمک می‌کند تا وسعت این اختلالات شناخته شود و با انجام درمان‌های صحیح و به موقع و آموزش‌های لازم تا حد زیادی از اختلال عملکرد مبتلایان و متاثر شدن زندگی آنان جلوگیری نمود. همچنین با توجه به اینکه ممکن است سیمای این علائم در جوامع مختلف متفاوت باشد و از آنجایی که در مطالعه حاضر نیز مانند مطالعه کریمیان و همکاران (۲۶) تظاهراتی مثل"داشتن علائم جسمانی مانند درد پستان، سردرد، دردهای عضلانی/ مفصلی، نفخ شکم، افزایش وزن" و"عصبانیت و زودرنجی" شدیدترین علائم گزارش شده بودند، لازم است در این خصوص مطالعات بیشتری صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح پژوهشی شماره: ۹۴/۵۲۵ تاریخ: ۱۳۹۴ معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان می باشد. بدین وسیله از زحمات سرکار خانم محبوبه عامری کارشناس بهداشت مدارس و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان جهت همکاری بی دریغ در این پژوهش تشکر و قدردانی بعمل می آید.

تعارض منافع

هیچ تضاد منافعی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2025-11-18]

References

1. Trout KK, Basel-Brown L, Rickels MR, Schutta MH, Petrova M, Freeman EW, et al. Insulin sensitivity, food intake, and cravings with premenstrual syndrome: a pilot study. Journal of Women's Health. 2008;17(4):657-65.
2. Henshaw CA. PMS: diagnosis, aetiology, assessment and management. Advances in psychiatric treatment. 2007;13(2):139-46.
3. NIKBAKHT M, EBADI GH. The comparison of two training methods of walking and runing on the premenstrual syndrome (PMS) in high school girls of Ahwaz. 2007.
4. Moghadasi A, Abbasi M, Yousefi M, Kargarfard M. A comparison of prevalence of premenstrual syndrome symptoms between athlete and non-athlete female students. Article in Persian] J Sports Physiol Acti. 2009;3:199-208.
5. Ghanbari Z, Manshavi FD, Jafarabadi M. The effect of three months regular aerobic exercise on premenstrual syndrome. Journal of Family and Reproductive Health. 2008;2(4):167-71.
6. Dehghan Manshadi F, Emami M, Ghamkhar L, Shahrokhi B, Ghanbari Z. The effect of a three–month regular aerobic exercise on premenstrual syndrome. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2008;7(2):89-98.
7. Freeman EW, Halberstadt SM, Rickels K, Legler JM, Lin H, Sammel MD. Core symptoms that discriminate premenstrual syndrome. Journal of Women's Health. 2011;20(1):29-35.
8. C H. PMS: diagnosis, aetiology, assessment and management. evisiting Premenstrual Syndrome Advances in Psychiatric Treatment. 2007;13:139-46.
9. Reed SC, Levin FR, Evans SM. Changes in mood, cognitive performance and appetite in the late luteal and follicular phases of the menstrual cycle in women with and without PMDD (premenstrual dysphoric disorder). Hormones and behavior. 2008;54(1):185-93.
10. Huo L, Straub RE, Roca C, Schmidt PJ, Shi K, Vakkalanka R, et al. Risk for premenstrual dysphoric disorder is associated with genetic variation in ESR1, the estrogen receptor alpha gene. Biological psychiatry. 2007;62(8):925-33.
11. Rocha Filho EA, Lima JC, Pinho Neto JS, Montarroyos U. Essential fatty acids for premenstrual syndrome and their effect on prolactin and total cholesterol levels: a randomized, double blind, placebo-controlled study. Reprod Health. 2011;8(2).
12. Kaur G, Gonsalves L, Thacker HL. Premenstrual dysphoric disorder: a review for the treating practitioner. Cleveland Clinic journal of medicine. 2004;71(4):303-21.
13. Mahmoodi Z, Shahpoorian F, Bastani F, Parsay S, Hoseini F, Amini L, et al. The prevalence and severity of premenstrual syndrome (pms) and its' associated signs and symptoms among college students. Australian journal of basic and applied sciences. 2010;4(8):3005-9.
14. Bakr I, Ez-Elarab HS. Prevalence of premenstrual syndrome and the effect of its severity on the quality of life among medical students. The Egyptian Journal of Community Medicine. 2010;28(2):19-30.
15. De Berardis D, Serroni N, Salerno RM, Ferro FM. Treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) with a novel formulation of drospirenone and ethinyl estradiol. Therapeutics and clinical risk management. 2007;3(4):585.
16. Delara M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Tavafian SS, Kazemnejad A, Montazeri A. Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. Health and quality of life outcomes. 2012;10(1):1.
17. Lukes AS, McBride RJ, Herring AH, Fried M, Sherwani A, Dell D. Improved premenstrual syndrome symptoms after NovaSure endometrial ablation. Journal of minimally invasive gynecology. 2011;18(5):607-11.
18. Sassoon SA, Colrain IM, Baker FC. Personality disorders in women with severe premenstrual syndrome. Archives of women's mental health. 2011;14(3):257-64.
19. Siahbazi S, Hariri F, Montazeri A, Moghadam Banaem L. Standardization of premenstrual

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2025-11-18]

symptoms screening questionnaire PSST: translation and psychometric Iranian species. J Payesh. 2011;10:421-7.

20. Bakhshani N, Hasanzadeh Z, Raghibi M. Prevalence of premenstrual symptoms and premenstrual dysphoric disorder among adolescents students of Zahedan. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2012;13(8):29-34.
21. Kiani A, Haydari M, Mohammadi S, al e. Prevalence of signs, symptoms and risk factors of premenstrual syndrome in employed women. J Shahed Med Univ. 2009;16(81):45-54.
22. Shahpoorian F, Mahmoodi Z, Hosseini F, Bastani F, Parsay S. Premenstrual syndrome (PMS) and the related symptoms among students of Iran University of Medical Sciences (IUMS). Iran Journal of Nursing. 2006;18(44):57-66.
23. Busse JW, Montori VM, Krasnik C, Patelis-Siotis I, Guyatt GH. Psychological intervention for premenstrual syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. Psychotherapy and psychosomatics. 2008;78(1):6-15.
24. Indusekhar R, Usman SaB, O'Brien S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2007;21(2):207-20.
25. Talaei A, Bordbar M, Nasiraei A, Pahlavani M, Dadgar S. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS) in students of Mashhad University of Medical Sciences. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2009;12(2):15-22.
26. Morowati SMA, Karimiankakolaki Z, Bokaie M, Fallahzadeh H, Mirrezaii S. Frequency of Marital Dissatisfaction in Couples With Wives Who Suffer From Premenstrual Syndrome in The City of Yazd. 2014.
27. J W. Premenstrual syndrome. Clin Obstetric Gynecol. 1991;4(36):321-8.
28. Silva CMLd, Gigante DP, Minten GC. Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(4):835-44.
29. Tabassum S, Afridi B, Aman Z, Tabassum W, Durrani R. Premenstrual syndrome: frequency and severity in young college girls. Anxiety. 2005;45(27.3):4.5.
30. Hoga LAK, Vulcano MA, Miranda CM, Manganiello A. Male behavior in front of women with Premenstrual Syndrome: narratives of women. Acta Paulista de Enfermagem. 2010;23(3):372-8.
31. Alavi A, Salahimoghadam A, Alimalayeri N, Ramezanpour A. Prevalence of clinical manifestations of premenstrual syndrome and. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2007;10(4):335-41.
32. Sadler C, Smith H, Hammond J, Bayly R, Borland S, Panay N, et al. Lifestyle factors, hormonal contraception, and premenstrual symptoms: the United Kingdom Southampton Women's Survey. Journal of Women's Health. 2010;19(3):391-6.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2025-11-18]

NOVIN Health Journal

Original

Evaluation of The Frequency of Clinical Manifestations of Premenstrual Syndrome in Young Married Women in Kerman

Morad Ali Zareipour(MSc)[1], Ehsan Movahed (MSc)[2*], Khair Mohammad Jadgal (MSc)[2], Batool Jabari(MSc)[3], Mahboobeh Amery(BSc)[4]

Received: 10 Jul 2017 Revised: 18 Jul 2017 Accepted: 21 Jul 2017

1. Urmia health center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.
2. School of Public Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
3. Urmia health center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.
4. kerman city health center, Kerman, Iran.

*** Corresponding Author:**
Ehsan Movahed
Address: School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Science, Yazd, Iran.
Tel: +98 913 3908319
Email: ehsanmovahed89@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Premenstrual syndrome as a periodic event, a combination of physical disorders, neurological and psychiatric As a result, social adjustment, interpersonal relationships and normal activities difficult person and have a negative impact on quality of life Lays. The aim of this study was to evaluate the prevalence of signs and symptoms of premenstrual syndrome in women is married Kerman.

Methods: A descriptive study of 240 married women referred to health centers in Kerman, a questionnaire including demographic data (number of children, occupation, education, number of children) and premenstrual syndrome were completed. Of the study population, pregnant women were married less than 45 years. Results using one-way ANOVA and independent T tests were processed.

Findings: The mean age of women was equal to 32/4 ± 7/6 that 62/9% of the subjects had moderate or severe PMS symptoms, and premenstrual dysphoric disorder 15/4 percent of women studied (PMDD), respectively. Considering the severity of symptoms, the most common protests "somatic symptoms 79%," anger and irritability by 78%, "Fatigue and lack of energy by 73%," Less interest in activities, 63% were home. The impact of symptoms on family responsibilities with a frequency of 60% in the most severely affected had symptoms.

Conclusion: Due to the widespread prevalence of symptoms of premenstrual syndrome, the large outbreak of premenstrual symptoms as the lack of a national assessment tools and the impact of signs on life and social relationships is undeniable. Thus, there is a need for more studies to be done on understanding the symptoms and implementing training stssions.

Keywords: Premenstrual Syndrome, Married women, young

Please cite this article as: Zareipour MA, Movahed E, Jadgal KM, Jabari B, Amery M. Evaluation of The Frequency of Clinical Manifestations of Premenstrual Syndrome in Young Married Women in Kerman. NHJ. 2017; 2(1):11-18.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2025-11-18]