

## شیوع سندرم پیش از قاعدگی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان پزشکی مؤنث دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

حمیدرضا فرخ اسلاملو<sup>۱</sup>، بهرام نبی‌لو<sup>۲\*</sup>، سیما اشنویی<sup>۳</sup>، الهام اکبری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت 1392/04/26 تاریخ پذیرش 1392/06/31

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** سندرم پیش از قاعدگی یک اختلال شایع سایکوسوماتیک است که ارتباط واضحی با قاعدگی در زنان در سنین باروری داشته و بعد از تخمک‌گذاری ظاهر می‌شود و در طی چند روز از شروع قاعدگی بر طرف می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین شیوع، شدت و عوامل مؤثر بر سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان پزشکی دختر دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بوده است.

**ابزار و روش کار:** در این پژوهش تعداد ۱۴۲ نفر از دانشجویان دختر رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بدون نمونه‌گیری وارد مطالعه شدند و پرسشنامه استاندارد DSM-IV مربوط به سندرم پیش از قاعدگی و نیز پرسشنامه مقیاس سندرم پیش از قاعدگی را در طی دو دوره یک ماهه تکمیل نمودند. **یافته‌ها:** شیوع PMS در دانشجویان پزشکی بر حسب معیارهای DSM-IV ۳۹/۴ درصد و ICD-10 ۷۹/۶ درصد برآورد شد. شدت ابتلا به PMS در دانشجویان مبتلا به تفکیک ۶۰/۶ درصد خفیف، ۲۵/۱ درصد متوسط و در ۴/۲ درصد موارد شدید به دست آمد. شایع‌ترین علائم PMS، ناپایداری خلقی، کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره، خلق افسرده و بی‌قراری شدید بود. PMS به صورت قابل توجهی در دخترانی که سابقه فامیلی مثبت و سابقه استفاده از دارو برای رفع علائم بیماری را داشته‌اند، بیشتر بود ( $p < 0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** شیوع PMS در دانشجویان پزشکی نسبتاً بالاست ولی درصد کمتری از آن‌ها از اختلال با درجه شدید رنج می‌برند. شایع‌ترین علائم مرتبط با سندرم پیش از قاعدگی، علائم سیکولوژیک می‌باشد. **کلیدواژه‌ها:** سندرم پیش از قاعدگی، شیوع، دانشجویان پزشکی، ارومیه

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره نهم، ص ۷۱۰-۷۰۲، آذر ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، معاونت آموزشی، تلفن: ۰۹۱۴۳۴۹۱۲۱۹

Email: bnabil@umsu.ac.ir

### مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی<sup>۵</sup> یک وضعیت بالینی توأم با ابهامات زیادی در اتیولوژی است که در برگیرنده مجموعه‌ای از تغییرات فیزیکی، شناختی، رفتاری و خلقی بوده و به صورت دوره‌ای در مرحله لوتئال چرخه قاعدگی ظاهر شده و با شروع خونریزی قاعدگی کاهش یافته و از بین می‌رود (۱). طیف علائم این سندرم آنقدر وسیع است که تمام عملکرد نرمال یک زن را می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد. پیامدهای این تغییرات فیزیولوژیک و هورمونی بسیار متنوع بوده و گاهی

مثبت (مانند انرژی، میل جنسی و اعتماد به نفس بیشتر) و زمانی منفی هستند مانند اختلالات روانی (افسردگی، گوشه‌گیری اجتماعی و بی‌قراری) یا علائم فیزیکی (مانند سردرد، ناراحتی شکمی، درد و حساسیت پستان‌ها). بروز علائم منفی ناشی از تغییرات پیش گفته، سندرم پیش از قاعدگی نامیده می‌شود و طیف وسیعی از یافته‌های بالینی از خفیف، متوسط تا شدید را در بر می‌گیرد (۲-۳). مراجع علمی مختلف معیارهای متفاوتی را برای تشخیص این سندرم مورد استفاده قرار داده‌اند که سه مورد

<sup>۱</sup> دانشیار بهداشت مادر و کودک، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۲</sup> استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۴</sup> پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۵</sup> Pre Menstrual Syndrome (PMS)

## مواد و روش کار

این پژوهش از نوع مقطعی بوده و در طول سال ۱۳۹۱ به دنبال تصویب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و در عرصه مرکز تحقیقات بهداشت باروری انجام شد. کلیه دانشجویان پزشکی دختر و مجرد در حال تحصیل دانشکده پزشکی ارومیه که تمایل به مشارکت در طرح بررسی شیوع و شدت سندرم پیش از قاعدگی از طریق تکمیل پرسشنامه‌های استاندارد در طی دو دوره متوالی قاعدگی را داشتند (با مشارکت ۸۵ درصدی)، بدون نمونه‌گیری مورد بررسی قرار گرفتند. با تک‌تک دانشجویان به صورت فردی و گروهی مصاحبه به عمل آمد، اهمیت پژوهش در خصوص سندرم پیش از قاعدگی تشریح شد، موافقت شفاهی و نیز کتبی برای مشارکت در پژوهش اخذ شد و در نهایت نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها آموزش داده شد. دانشجویانی مورد مطالعه قرار گرفتند که سابقه بیماری‌های روانی مانند نوروزها و سایکوزها را نداشته و در صورت داشتن سابقه بیماری‌های داخلی از جمله اختلالات غددی، بیماری‌های خود ایمنی و بیماری‌های زنان از قبیل سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و اندومتریوز از مطالعه حذف شدند. داده‌ها از طریق سه پرسشنامه ساختارمند جمع‌آوری شد:

- فرم جمع‌آوری مشخصات اجتماعی و دموگرافی دانشجویان و خانواده‌هایشان همراه با داده‌های مربوط به عوامل خطر PMS مانند نمایه توده بدن، فعالیت فیزیکی و وضعیت باروری و قاعدگی
- نسخه فارسی پرسشنامه استاندارد ارزیابی PMS مبتنی بر معیارهای DSM-IV که پایایی و روایی آن برای جامعه ایرانی مورد پژوهش و تأیید قرار گرفته است (۱۳)
- پرسشنامه استاندارد "مقیاس سندرم پیش از قاعدگی"<sup>۴</sup> برای تعیین شدت PMS که پایایی و روایی این پرسشنامه نیز در ایران تأیید شده است (۸).

پرسشنامه ارزیابی PMS مبتنی بر معیارهای DSM-IV حاوی ۱۱ علامت کلیدی بدین شرح می‌باشد: خلق افسرده، اضطراب شدید، ناپایداری خلقی شدید، بی‌تابی شدید، کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره زندگی، احساس عدم توانایی تمرکز، فقدان شدید انرژی، تغییر اشتها، اختلال خواب، احساس خراج از کنترل بودن و علائم فیزیکی مانند تورم و تندرین پستان، سردرد و دردهای عضلانی و مفصلی. برای ارزیابی شدت اختلال PMS، شرکت‌کنندگان در دو دوره قاعدگی متوالی پرسشنامه PMSS را که حاوی ۴۴ سؤال پنج‌گزینه‌ای بر حسب مقیاس لیکرت می‌باشد،

از معتبرترین آن‌ها عبارتند از: نسخه چهارم تشخیص و آمار بیماری‌های روانی<sup>۱</sup>، کالج آمریکایی زنان و زایمان<sup>۲</sup> و نسخه دهم تقسیم‌بندی بیماری‌های سازمان جهانی سلامت<sup>۳</sup>. بر اساس معیارهای DSM-IV، علائم سندرم پیش از قاعدگی باید در نیمه دوم دوره قاعدگی ظاهر شده، یک دوره عاری از نشانه‌ها به مدت حداقل ۷ روز در نیمه اول وجود داشته و حداقل در طول ۲-۳ دوره قاعدگی نیز تکرار شود. علائم باید به حدی شدید باشند تا شغل یا ارتباطات خانوادگی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. وجود حداقل پنج مورد از ۱۱ علامت اختصاصی سندرم پیش از قاعدگی برای تشخیص الزامی است که این علامت‌ها عبارتند از: خلق افسرده، اضطراب شدید، ناپایداری خلقی، بی‌قراری شدید، کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره، حس مشکل در تمرکز، کاهش انرژی، تغییر اشتها، تغییر سیکل خواب، حس خراج از کنترل بودن و علائم فیزیکی مانند تورم و حساسیت پستان‌ها، سردرد و درد عضلانی (۴). معیارهای ACOG، وجود هم‌زمان حداقل یک علامت فیزیکی و یک علامت روانی را برای تشخیص PMS ضروری می‌داند (۵)، در حالی که طبق معیارهای ICD-10، وجود حداقل یک مورد از طیف متنوع علائم فیزیکی یا روانی، نشان دهنده وجود اختلال PMS می‌باشد (۶).

در یک بررسی مروری، شیوع سندرم پیش از قاعدگی از ۱۴ درصد تا ۸۸ درصد عنوان شده است که در ۵-۱۰ درصد موارد، زنان مبتلا از نوع شدید اختلال رنج می‌بردند (۷). تفاوت شیوع بسیار زیاد، به نوع معیارهای تشخیصی مورد استفاده، گروه سنی مورد بررسی و درجه‌ای از شدت اختلال که مورد نظر بوده است، قابل انتساب می‌باشد. مطالعات متعددی که در گروه‌های سنی مختلف زنان در سنین باروری ایران انجام شده است، شیوع سندرم پیش از قاعدگی را از ۷۸/۴-۱۶/۹ درصد گزارش نموده‌اند (۱۲-۸).

با توجه به اهمیت و شیوع بالای سندرم پیش از قاعدگی در زنان، پیامدهای جدی آن بر عملکرد فردی و اجتماعی مبتلایان و با توجه به اینکه دانشجویان پزشکی گروه هدف هیچ مطالعه مرتبطی در ایران نبوده‌اند، این بررسی طراحی و به‌مورد اجرا گذاشته شد. اهداف این پژوهش، تعیین شیوع سندرم پیش از قاعدگی، ارزیابی شدت اختلال و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان پزشکی بود.

<sup>1</sup> The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

<sup>2</sup> The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

<sup>3</sup> The WHO's International Classification of diseases (ICD-10)

<sup>4</sup> Premenstrual Syndrome Scale (PMSS)

کرده و به عنوان مبتلا به PMS شناسایی شدند، از شدت خفیف بیماری برخوردار بودند (۲۳/۹ درصد از کل دانشجویان) و تنها ۵/۶ درصد از کل دانشجویان از اختلال شدید رنج می‌بردند (جدول شماره ۱).

توزیع سنی دانشجویان نشان داد که میانگین سنی آنها ۲۳/۴۷±۱/۷۷ سال بود و سن اغلب آنها ۲۴ سال و به بالاتر بود. بیشتر دانشجویان همراه با خانواده خود زندگی می‌کردند (۵۹/۲ درصد) و اغلب از خانواده‌هایی با درآمد متوسط بودند (۶۰ درصد). والدین دانشجویان از سطح تحصیلات بالایی برخوردار بودند به نحوی که پدر ۶۱/۳ درصد دانشجویان و مادر ۴۴/۴ درصد آنها تحصیلات دانشگاهی داشتند. همان‌گونه که در جدول شماره ۲ دیده می‌شود، در مقایسه خصوصیات دموگرافیک و اجتماعی دانشجویان بر حسب ابتلا به PMS، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی، سطح درآمد، سطح تحصیلات پدر و محل زندگی دانشجویان وجود ندارد ( $p > 0.05$ ). در عین حال، دانشجویانی که به تنهایی زندگی می‌کردند یا مادرانشان تحصیلات بالاتری داشتند، ابتلا به PMS از شیوع بیشتری برخوردار بود ( $p < 0.05$ ).

در این بررسی برخی از عوامل مستقل مؤثر بر PMS در دانشجویان پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. نمایه توده بدن در ۸۱ درصد موارد در حد نرمال بود، ۸۵/۹ درصد دانشجویان کمتر از دو استکان قهوه روزانه مصرف می‌کردند، ۴۱/۵ درصد آنها سفره به غذا نمک اضافه می‌کردند و ۴۰/۸ درصد آنها سابقه PMS را در اقوام درجه یک داشتند. نتایج حاصله نشان داد که مصرف روزانه قهوه ( $P < 0.04$ )، سابقه سندرم پیش از قاعدگی در خانواده درجه یک ( $P < 0.001$ ) و مصرف دارو برای درمان این سندرم با افزایش معنی‌داری در شیوع PMS در دانشجویان همراه بود ( $P < 0.01$ ). نتایج این پژوهش نشان داد که متغیرهای مستقلی مانند نمایه توده بدن، فعالیت فیزیکی، مصرف نمک، سن منارک و قاعدگی منظم تأثیری در نمره PMS دانشجویان پزشکی ندارد ( $p > 0.05$ ) (جدول شماره ۳).

مطابق با نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای مستقل مؤثر بر PMS، دانشجویان پزشکی که مصرف روزانه و منظم قهوه داشتند با افزایش شانس ۳/۹۶ بار در ابتلا به PMS مواجه بودند ( $P < 0.01$ ). در عین حال، سابقه PMS در مادر یا خواهر دانشجویان پزشکی دختر، ۵/۴۸ بار شانس ابتلا به این اختلال را افزایش داده است ( $P < 0.001$ )، و دانشجویانی که جهت کنترل علائم بیماری از دارو استفاده می‌کردند، شانس ابتلا به PMS، ۳/۱۵ بار بیشتر از سایر دانشجویان بود ( $P < 0.01$ ) (جدول شماره ۴).

را تکمیل نمودند. توزیع نمرات بدست آمده از این پرسشنامه از حداقل ۴۴ تا حداکثر ۲۲۰ می‌باشد، لذا با افزایش نمره، شدت اختلال نیز بیشتر می‌باشد. تشخیص PMS زمانی داده شد که فرد ضمن دارا بودن حداقل پنج مورد از علائم یازده‌گانه معیارهای DSM-IV که حداقل یکی از آنها جزو چهار علامت اول بود، مجموع نمره حاصله از پرسشنامه PMSS نیز بیش از ۵۰ درصد حداکثر ممکن ( $\leq 111$ ) بود. برای تعیین درجات شدت PMS، نمرات حاصله از پرسشنامه PMSS به شرح نمرات کمتر از ۱۱۱، ۱۴۸-۱۱۱، ۱۸۴-۱۴۹ و ۲۲۰-۱۸۵ به ترتیب به عنوان فقدان PMS، خفیف، متوسط و شدید تقسیم‌بندی شد.

داده‌های مورد مطالعه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS16 مورد تحلیل قرار گرفت. برای توصیف خصوصیات دانشجویان از روش‌های آماری توصیفی استفاده شد و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته از آزمون آماری کای دو و رگرسیون استفاده شد. مقدار  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

## نتایج

هدف از این مطالعه تعیین شیوع و عوامل مؤثر بر سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان پزشکی دختر دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بود که در این ارتباط، ۱۴۲ نفر پرسشنامه‌های مربوطه را در طی دو دوره قاعدگی تکمیل کردند.

بررسی علائم سندرم پیش از قاعدگی نشان داد که ۲۹ نفر از دانشجویان (۲۰/۴ درصد) هیچ‌یک از علائم یازده‌گانه PMS را تجربه نمی‌کردند، بنابراین بر اساس معیارهای ICD-10 شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان پزشکی ۷۹/۶ درصد می‌باشد، در صورتی که شیوع PMS مطابق با معیارهای DSM-IV حدود ۳۹/۴ درصد برآورد گردید. بررسی شیوع تک تک علائم یازده‌گانه سندرم پیش از قاعدگی نشان داد که شایع‌ترین علامت در بین دانشجویان پزشکی، ناپایداری خلقی می‌باشد (۵۶/۳ درصد) و به دنبال آن علائمی که بیشترین شیوع را داشتند به ترتیب عبارت بودند از: کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره (۴۹/۳ درصد)، خلق افسرده (۴۵/۱ درصد)، بی‌قراری شدید (۴۴/۴ درصد)، کاهش انرژی (۳۷/۳ درصد)، تغییرات اشتها (۳۶/۶ درصد)، احساس مشکل در تمرکز (۳۰/۳ درصد)، تغییرات سیکل خواب (۲۱/۱ درصد)، احساس خارش از کنترل بودن (۱۹/۷ درصد)، اضطراب شدید (۱۳/۴ درصد)، سردرد (۱۲/۸ درصد) و درد عضلانی در اندام‌ها (۷/۷ درصد).

بر اساس نتایج حاصله از ثبت روزانه پرسشنامه‌های PMSS، اغلب دانشجویانی که معیارهای تشخیصی DSM-IV را تجربه

جدول شماره (۱): توزیع وضعیت دانشجویان پزشکی ارومیه بر حسب شدت و شاخص‌های گرایش به مرکز نمره PMS

| گروه بندی | تعداد | درصد  | میانگین نمره | انحراف معیار نمره PMS | حداکثر نمره PMS | حداقل نمره PMS |
|-----------|-------|-------|--------------|-----------------------|-----------------|----------------|
| PMS       |       |       | PMS          |                       |                 |                |
| فقدان PMS | ۸۶    | ۶۶/۶  | ۷۳/۶۵        | ۲۱/۳۶                 | ۴۴              | ۱۰۲            |
| PMS خفیف  | ۳۴    | ۲۳/۹  | ۱۳۱/۴۱       | ۱۸/۵۸                 | ۱۱۲             | ۱۶۲            |
| PMS متوسط | ۱۴    | ۹/۹   | ۱۸۲/۰۰       | ۱۲/۴۵                 | ۱۷۰             | ۱۹۴            |
| PMS شدید  | ۸     | ۵/۶   | ۲۱۱/۰۰       | ۹/۶۲                  | ۲۰۲             | ۲۲۰            |
| جمع       | ۱۴۲   | ۱۰۰/۰ | ۱۰۵/۹۰       | ۴۹/۵۰                 | ۴۴              | ۲۲۰            |

جدول شماره (۲): توزیع خصوصیات دموگرافیک و اجتماعی بر حسب ابتلا به PMS در دانشجویان پزشکی ارومیه \*

| متغیر            | PMS به ابتلا     |           | P**       |
|------------------|------------------|-----------|-----------|
|                  | دارد             | ندارد     |           |
| سن               | ۱۸ - ۲۰          | ۲ (۳/۶)   | ۳ (۳/۵)   |
|                  | ۲۱ - ۲۳          | ۲۳ (۴۱/۱) | ۳۹ (۴۵/۵) |
|                  | ۲۴ ≤             | ۳۱ (۵۵/۴) | ۴۴ (۵۱/۲) |
| وضعیت زندگی      | همراه با خانواده | ۳۱ (۵۵/۴) | ۵۳ (۶۱/۶) |
|                  | به تنهایی        | ۸ (۱۴/۳)  | ۰ (۰/۰)   |
|                  | همراه با دوستان  | ۱۷ (۳۰/۴) | ۳۳ (۳۸/۴) |
| سطح درآمد        | کم               | ۲ (۳/۶)   | ۶ (۷/۰)   |
|                  | متوسط            | ۳۷ (۶۶/۱) | ۶۱ (۷۰/۹) |
|                  | زیاد             | ۱۷ (۳۰/۴) | ۱۹ (۲۲/۱) |
| سطح تحصیلات مادر | ابتدایی یا کمتر  | ۸ (۱۴/۳)  | ۱۳ (۱۵/۱) |
|                  | کمتر از دیپلم    | ۴ (۷/۱)   | ۴ (۴/۷)   |
|                  | دیپلم            | ۱۲ (۲۱/۴) | ۳۸ (۴۴/۲) |
|                  | دانشگاهی         | ۳۲ (۵۷/۱) | ۳۱ (۳۶/۰) |
| سطح تحصیلات پدر  | ابتدایی یا کمتر  | ۶ (۱۰/۷)  | ۱۲ (۱۴/۰) |
|                  | کمتر از دیپلم    | ۴ (۷/۱)   | ۵ (۵/۸)   |
|                  | دیپلم            | ۹ (۱۶/۱)  | ۱۹ (۲۲/۱) |
|                  | دانشگاهی         | ۳۷ (۶۶/۱) | ۵۰ (۵۸/۱) |
| محل زندگی        | مرکز استان       | ۳۶ (۶۴/۳) | ۵۴ (۶۲/۸) |
|                  | شهرستان          | ۱۸ (۳۲/۱) | ۳۲ (۳۷/۲) |
|                  | روستا            | ۲ (۳/۶)   | ۰ (۰/۰)   |

\* مقایر بر حسب تعداد (درصد) قید شده‌اند.

\*\* مقدار P با استفاده از آزمون مجذور کای محاسبه شده است.

**جدول شماره (۳):** توزیع عوامل خطر PMS بر حسب ابتلا به PMS در دانشجویان پزشکی ارومیه \*

| متغیر                                         | ابتلا به PMS             |            | P          |
|-----------------------------------------------|--------------------------|------------|------------|
|                                               | دارد                     | ندارد      |            |
| نمایه توده بدن                                | $> 18$                   | $7(12/5)$  | $3(3/5)$   |
|                                               | $19 - 25$                | $41(73/2)$ | $74(86)$   |
|                                               | $\leq 26$                | $8(14/3)$  | $9(10/5)$  |
| فعالیت فیزیکی منظم<br>(حداقل ۳۰ دقیقه روزانه) | خیر                      | $49(87/5)$ | $72(83/7)$ |
|                                               | بلی                      | $7(12/5)$  | $14(16/3)$ |
| مصرف روزانه قهوه                              | $> 2$ دو فنجان در روز    | $44(78/6)$ | $78(90/7)$ |
|                                               | $\leq 2$ دو فنجان در روز | $12(21/4)$ | $8(9/3)$   |
| عادت به مصرف روزانه و مکرر نمک                | خیر                      | $36(64/3)$ | $47(54/7)$ |
|                                               | بلی                      | $20(35/7)$ | $39(45/3)$ |
| سابقه PMS در فامیل درجه اول                   | خیر                      | $20(35/7)$ | $64(74/4)$ |
|                                               | بلی                      | $36(64/3)$ | $22(25/6)$ |
| سن منارک (سال)                                | $> 12$                   | $13(32/2)$ | $13(15/1)$ |
|                                               | $\leq 12$                | $43(76/8)$ | $73(84/9)$ |
| قاعدگی منظم                                   | خیر                      | $13(23/6)$ | $26(30/2)$ |
|                                               | بلی                      | $43(76/8)$ | $60(69/8)$ |
| دریافت دارو برای رفع PMS                      | خیر                      | $36(64/3)$ | $72(85/7)$ |
|                                               | بلی                      | $20(35/7)$ | $12(14/3)$ |

\* مقایر بر حسب تعداد (درصد) قید شده‌اند.

\*\* مقدار P با استفاده از آزمون مجذور کای محاسبه شده است.

**جدول شماره (۴):** توزیع تحلیل رگرسیون متغیرهای مستقل مؤثر بر PMS در دانشجویان پزشکی دختر

| متغیر                           | نسبت شانس خام<br>(فاصله اطمینان ۹۵٪) | P        | نسبت شانس تعدیل شده<br>(فاصله اطمینان ۹۵٪) | P        |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------|--------------------------------------------|----------|
| برنامه ورزش روزانه منظم         | $1/36 (0/51 - 3/61)$                 | $0/53$   |                                            |          |
| مصرف روزانه منظم قهوه           | $2/65 (1/01 - 7)$                    | $0/04$   | $3/96 (1/31 - 11/93)$                      | $0/01$   |
| افزودن نمک به غذا سر سفره       | $0/67 (0/33 - 1/33)$                 | $0/25$   |                                            |          |
| سابقه PMS در اقوام درجه یک      | $5/23 (2/5 - 10/87)$                 | $<0/001$ | $5/48 (2/50 - 12/00)$                      | $<0/001$ |
| سن منارک (سال)                  | $0/60 (0/25 - 1/39)$                 | $0/23$   |                                            |          |
| نظم دوره‌های قاعدگی             | $1/43 (0/66 - 2/10)$                 | $0/36$   |                                            |          |
| استفاده از دارو جهت کنترل علائم | $3/33 (1/46 - 7/56)$                 | $<0/01$  | $3/15 (1/25 - 7/93)$                       | $0/01$   |
| نمایه توده بدن                  | طبیعی (۱۹ - ۲۵)                      | ۱        |                                            |          |
| لاغر ( $> 18$ )                 | $0/62 (0/22 - 1/74)$                 | $0/36$   |                                            |          |
| چاق ( $\leq 26$ )               | $0/50 (0/50 - 13/72)$                | $0/25$   |                                            |          |

## بحث و نتیجه گیری

در این بررسی شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با استفاده از دو معیار جهانی و اصلی مورد استفاده (DSM-IV – ICD-10) تعیین شد. طبق برآورد مطالعات قبلی بزرگ و معتبر در سطح جهان، تا ۸۰ درصد زنان در سنین باروری از درجاتی از حداقل یک علامت سندرم پیش از قاعدگی رنج می‌برند (۱۴). در صورتی که معیارهای سخت گیرانه تری مانند DSM-IV را مورد استفاده قرار دهیم شیوع اختلال کاهش یافته و در حدود ۴/۹ درصد تا ۳۵/۵ درصد متفاوت خواهد بود (۷، ۱۴-۱۵).

نتایج بررسی‌های انجام گرفته در ایران مؤید شایع بودن سندرم پیش از قاعدگی نزد زنان در سنین باروری بخصوص جوانان می‌باشد. محمودی و همکارانش با استفاده از معیارهای انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱</sup> شیوع PMS را در دانشجویان در حدود ۷۸/۴ درصد برآورد کرد (۱۱) در حالی که با استفاده از معیارهای DSM-IV این رقم توسط دلارا و همکاران در نوجوانان ۱۹-۱۴ ساله ۳۷/۲ درصد (۹)، توسط بخشانی و همکاران در دانشجویان زاهدان ۱۶ درصد (۸)، توسط نورجاه و همکاران در دانشگاه تربیت معلم ۱۶/۹ درصد (۱۲) گزارش شده است. در پژوهش حاضر شیوع PMS با استفاده از معیارهای DSM-IV در حد ۳۹/۴ درصد محاسبه شد. این وضعیت با شیوع اختلال در دختران نوجوان ایرانی که توسط دلارا و همکاران گزارش شده است، قابل مقایسه می‌باشد ولی بالا بودن شیوع در دانشجویان پزشکی ارومیه نسبت به سایر دانشجویان ایرانی، می‌تواند با این واقعیت توجیه پذیر باشد که دانشجویان پزشکی به دلیل آشنایی با علائم اختلال سندرم پیش از قاعدگی توانسته اند بخوبی آن را در پرسشنامه‌ها گزارش نمایند. در بررسی‌های محدودی که دانشجویان پزشکی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند نشانگر تفاوت‌هایی در شیوع PMS می‌باشد، ۸۹/۶ درصد در مصر (۱۶) و ۵۱ درصد در پاکستان (۱۷) با استفاده از معیار ICD-10، ۳۶/۶ درصد در عربستان سعودی با استفاده از معیارهای ACOG (۱۸)، از آنجایی که ما با استفاده از معیارهای ICD-10 نیز شیوع PMS را استخراج و آن را ۷۹/۶ درصد محاسبه نمودیم، می‌توان این نسبت را با مقادیر حاصله از مطالعات مصر (۸۹/۶ درصد) و پاکستان (۵۱ درصد) مقایسه کنیم.

در مطالعه‌ی حاضر شایع‌ترین علامت‌های PMS در دانشجویان پزشکی به ترتیب تغییرات خلقی (۵۶/۳ درصد)، کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره (۴۹/۳ درصد)، خلق افسرده (۴۵/۱ درصد) بدست آمد که این تابلو با نتایج بررسی‌های انجام

گرفته در نوجوانان و جوانان ایرانی و نیز سایر کشورها مطابقت دارد (۱۷-۱۹). شیوع اضطراب شدید (۱۳/۴ درصد) در دانشجویان پزشکی ارومیه کمتر از مقادیر بدست آمده در نزد دانشجویان ترکیه (۸۰/۷ درصد) و نیز مطالعه دیگری از ایران (۴۵/۳ درصد) می‌باشد (۱۹، ۱۲). این یافته می‌تواند با این واقعیت که دانشجویان پزشکی با ماهیت بیماری و علائم سندرم پیش از قاعدگی آشنا هستند، قابل توضیح باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، توزیع شدت اختلال در دانشجویانی که معیارهای DSM-IV برای تشخیص PMS را داشتند به نحوی است که ۶۰/۶ درصد، ۲۵/۱۳ درصد و ۱۴/۲۱ درصد از دانشجویان به ترتیب از فرم خفیف، متوسط و شدید اختلال رنج می‌برند. این یافته‌ها قابل مقایسه با بررسی‌های مختلف در ایران و جهان می‌باشد با این تفاوت که نسبت موارد متوسط و شدید بیماری در سایر مطالعات به مراتب بیشتر گزارش شده است.

در این مطالعه نشان داده شد که شیوع PMS با سطح سواد مادر، سابقه بیماری در فامیل درجه اول و سابقه مصرف دارو برای رفع علائم ناشی از سندرم پیش از قاعدگی ارتباط معنی‌داری دارد. در خصوص سایر عوامل خطر مورد بررسی مانند نمایه توده بدن، گروه‌های سنی مختلف، محل زندگی، وضعیت زندگی فردی، سطح درآمد خانواده این ارتباط مورد تأیید قرار نگرفت. برخی از یافته‌ها در بررسی‌های دیگر مورد تأیید قرار گرفته‌اند، به عنوان نمونه در بررسی دانشجویان ترکیه، ارتباط معنی‌دار آماری بین میزان شیوع PMS و مصرف قهوه و نمک وجود داشته است (۱۹). برخی دیگر از یافته‌های بررسی حاضر با سایر مطالعات مغایرت دارد، مانند تأیید ارتباط شیوع PMS با نمایه توده بدن در مطالعه‌ای روی جوانان دانشجوی هندوستان (۲۰).

استفاده از دانشجویان پزشکی به عنوان گروه هدف بررسی شیوع و شدت PMS برای افزایش دقت داده‌ها، استفاده همزمان از دو معیار تشخیصی مهم (DSM-IV & ICD-10) و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت روزانه و طولی در طول دو دوره قاعدگی متوالی برای افزایش دقت تعیین شیوع سندرم پیش از قاعدگی را می‌توان از نقاط قوت این پژوهش بشمار آورد. در مجموع این بررسی نشان داد که در مقایسه با نتایج بدست آمده از بررسی‌های داخلی و خارجی، شیوع PMS در دختران دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در حد بالا می‌باشد ولی خوشبختانه درصد کمتری از آن‌ها از اختلال با درجه شدید رنج می‌برند.

<sup>1</sup> American Psychiatric Association (APA)

## تشکر و سپاسگزاری

دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، همکاران محترم مرکز بهداشتی درمانی شماره ۶ ارومیه و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه انجام شده است، لذا همکاران طرح پژوهشی نهایت تشکر و قدردانی خود را از نامبردگان اعلام می‌دارد.

نتایج پژوهش حاضر بر گرفته از پایان‌نامه مقطع دکترای حرفه‌ای پزشکی سرکار خانم الهام اکبری بوده که در مرکز تحقیقات بهداشت باروری و با همکاری دانشجویان دانشکده پزشکی

## References:

1. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7<sup>th</sup> ed. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.P.531-5.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.P.2315-22.
3. Hillard PA, Berek JS, Novak E. Novak's gynecology. 13<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
4. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic & statistical Manual of mental disorders.4<sup>th</sup> ed. Washington (DC): APA; 1994. P.714-8.
5. American College of Obstetricians & Gynaecologists (ACOG). Premenstrual syndrome. Washington (DC): National Guideline Clearinghouse; 2000.
6. World Health Organization. Mental, behavioural and developmental disorders. In: Tenth revision of the International Classification of Diseases (ICD-10). Geneva: World Health Organization; 1996.
7. Silber TJ, Valadez-Meltzer A. Premenstrual dysphoric disorder in adolescents: case reports of treatment with fluoxetine and review of the literature. J Adolesc Health 2005; 37: 518-25.
8. Bakhshani NM, Mousavi MN, Khodabandeh G. Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students. J Pak Med Assoc 2009;59(4): 205-8.
9. 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 Qual Life Outcomes 2012;10:1.
10. Tatari F, Torkamani F, Shakeri J. Evaluation of the frequency of premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome in students of girls' high schools of Kermanshah-Iran. European Psychiatry 2011;26: 1688-91.
11. Mahmoodi Z, Shahpoorian F, Bastani F. 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.
12. Nourjah P. Premenstrual syndrome among Teacher Training University students in Iran. J Obstet Gynecol India 2009; 58(1): 49-52.
13. Ahmadi M. The Effect of Hypericum Perforatum on Premenstrual Syndrome in Student girls in Tehran University of Medical Sciences in 2004. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2004.
14. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. Psychol Med 2002;32(1):119-32.
15. Sveindottir H, Backstrom T. Prevalence of menstrual cycle symptom cyclicity and premenstrual dysphoric disorder in a random sample of women using and not using oral contraceptives. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79: 405-13.
16. Bakr I, Ez-Elarab SH. 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: 19-30.
17. Nisar N, Zehra N, Haider G, Munir AA, Sohoo NA. Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. J Coll Physicians Surg Pak 2008;18(8):481-4.
18. Balaha MH, Amr MAEM, Saleh Al Moghannum M, Saab Al Muhaidab N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study. Pan Afr Med J 2010;5:4.
19. Pinar G, Colak M, Oksuz E. Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. Sex Reprod Healthc 2011; 2(1): 21-7.
20. Anandha L, Priy M, Saraswathi I, Saravanan A, Ramam chandren C. Prevalence of Premenstural Syndrome and Association with College Absenteeism. India: SMR Medical College Hospital and Reserch Center, Kattankulathur, Kanchipuram district; 2010.P.203-603.

## THE PREVALENCE OF PREMENSTRUAL SYNDROME AND ITS ASSOCIATED FACTORS AMONG MEDICAL STUDENTS OF URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

Hamidreza Farokh-Eslamlou<sup>1</sup>, Bahram Nabilou<sup>2\*</sup>, Sima Oshnoee<sup>3</sup>, Elham Akbari<sup>4</sup>

Received: 17 Jul, 2013; Accepted: 22 Sep, 2013

### Abstract

**Background & Aims:** Premenstrual Syndrome (PMS) is a combination of psychological, physical, and behavioral symptoms which is seen in the late luteal phase of menstrual cycle in women at the age of sexual maturity that disappears within several days upon the start of the menstruation and repeats in many cycles. The purpose of this research was to estimate the prevalence of PMS in medical students and the factors affecting PMS.

**Materials & Methods:** The research was performed on 142 medical students of Medicine Faculty of Urmia University of Medical Sciences who accepted to take part in the research. The data of the research was compiled using DSM-IV criteria PMS questionnaire and Premenstrual Syndrome Scale questionnaire.

**Results:** PMS was detected in 39.4% of the students based on DSM-IV and 79.6% based on ICD-10 criteria. Distribution of the severity of symptoms was 60.6% mild, 25.1% medium, and 14.2% severe. The most frequent symptoms are mainly mood change, decreased tendency to life, depressed mood and early tiredness. PMS was found significantly high in those students who have positive history of PMS in their first degree relatives and who have used drugs to relieve PMS symptoms ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** PMS rate is relatively high in college students. This high prevalence provides a strong rationale for enhanced recognition and treatment of the disorder.

**Keywords:** PMS, Medical Students, Urmia

**Address:** Social Determinants of Health Research Center, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran Tel: +989143491219

**Email:** bnabil@umsu.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(9): 710 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Associate Professor of Maternal and Child Health, Reproductive Health Research Center, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor of Health services Management, Social Determinants of Health Research Center, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Master in Epidemiology, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>4</sup> General Practitioner, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran