

Prevalence and Severity of Premenstrual Syndrome and Its Relationship with Psychological Well-Being in Students of Qom University of Medical Sciences, (Iran)

Seyed Reza Seyedtabaee¹ , Parvin Rahmatinejad^{2*} , Kosar Feridoni³ 

¹Department of Psychology, Faculty of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Forghani Hospital Research Development Committee, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

³Faculty of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

*Corresponding Author:
Parvin Rahmatinejad;
Forghani Hospital Research Development Committee, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
rahmatinejadp@yahoo.com

Received: 28 Sep, 2019
Accepted: 4 Jan, 2020

Abstract

Background and Objectives: Premenstrual syndrome is defined as a group of physical and psychological symptom, which happens during luteal phase of the menstrual cycle. Researches have indicated that premenstrual syndrome has significant effects on mental health and well-being of women. The purpose of the present study was to investigate the prevalence and severity of premenstrual syndrome and its relationship with psychological well-being in the students of Qom University of Medical Sciences.

Methods: In this descriptive–correlational study, a total number of 226 female students of Qom University of Medical Sciences, were selected using convenience sampling method during 2017-2018. The participants were asked to respond to the Premenstrual Syndrome Scale, Ryff Psychological Well-Being Scale, and demographic checklist. Data were analyzed using descriptive, correlation, and multivariate regression statistical techniques.

Results: In this research, 37% of the students reported mild symptoms, 49.8% moderate symptoms, and 13.2% severe symptoms of premenstrual syndrome. Pearson correlation coefficient test also showed that symptom severity had a significant correlation with psychological well-being ($p < 0.01$), which could predict 11% of psychological well-being variance.

Conclusion: The results of the current study revealed that premenstrual syndrome has a high prevalence in female students. Moreover, premenstrual syndrome is an appropriate predictor of psychological well-being in female students.

Keywords: Premenstrual syndrome; Mental Health; Prevalence; Students; Qom, Iran.

DOI: 10.29252/qums.13.10.72

شیوع و شدت سندرم پیش از قاعدگی و ارتباط آن با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم

سیدرضا سیدطبايي^۱، پروین رحمتی‌نژاد^{۲*}، کوثر فریدونی^۳

چکیده

زمینه و هدف: سندرم پیش از قاعدگی (PMS)، به صورت مجموعه‌ای از علائم جسمی و روان‌شناختی ایجاد شده در طول فاز لوتئال سیکل قاعدگی تعریف می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهند سندرم پیش از قاعدگی تأثیرات قابل توجهی در سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع و شدت سندرم پیش از قاعدگی و ارتباط آن با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شد.

روش بررسی: در این پژوهش به روش توصیفی - همبستگی، تعداد ۲۲۶ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ به صورت در دسترس انتخاب شدند. از شرکت کنندگان خواسته شد تا به سؤالات مقیاس‌های «سندرم پیش از قاعدگی»، «بهزیستی روان‌شناختی ریف (Ryff)» و چک‌لیست دموگرافیک پاسخ دهند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی، همبستگی و رگرسیون چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این پژوهش، میزان شدت ابتلا به PMS در دانشجویان، ۳۷٪ با علائم خفیف، ۴۹/۸٪ با علائم متوسط و ۱۳/۲٪ با علائم شدید سندرم پیش از قاعدگی گزارش شد. همچنین براساس ضریب همبستگی پیرسون، بین شدت علائم با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$)، که ۱۱٪ از واریانس بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کرد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد سندرم پیش از قاعدگی، شیوع بالایی در دختران دانشجو دارد. همچنین سندرم پیش از قاعدگی، یک عامل پیش‌بین مناسب برای بهزیستی روان‌شناختی در دختران دانشجو است.

کلیدواژه‌ها: سندرم پیش از قاعدگی؛ سلامت روانی؛ شیوع؛ دانشجویان؛ قم، ایران.

^۱گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فرقانی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

پروین رحمتی‌نژاد؛ واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فرقانی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

rahmatinejad@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۸/۷/۶

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۱۴

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Seyedtabaee SR, Rahmatinejad P, Feridoni K. Prevalence and severity of premenstrual syndrome and its relationship with psychological well-being in students of Qom University of Medical Sciences, (Iran). Qom Univ Med Sci J 2019;13(10):53-71. [Full Text in Persian]

سندرم پیش از قاعدگی (PMS)، به صورت مجموعه‌ای از علائم جسمی و روان‌شناختی تعریف می‌شود که این علائم در طول فاز لوتال سیکل قاعدگی رخ داده و با ختم چرخه از بین می‌روند (۱). زنان مبتلا به این سندرم اغلب علائم جسمی و روان‌شناختی متفاوتی را ذکر می‌کنند. مطالعات مختلف، مشکل‌سازترین علائم جسمی - روانی را سرگیجه، تپش قلب، مستالژی، دردهای شکمی، ادم، نوسانات خلق، تحریک‌پذیری، بی‌حالی، اضطراب/تنش و حساسیت به طردشدگی عنوان کرده‌اند (۲،۳).

در تحقیقات نقش ژنتیک، هورمون‌ها و انتقال‌دهنده‌های عصبی در سبب‌شناسی این اختلال، مهم دانسته شده است. نتایج برخی مطالعات نیز نشان می‌دهد این سندرم به علت ایجاد یک اختلال در غدد درون‌ریز (همچون هیپوگلیسمی، هیپرپرولاکتینمی، نوسانات سطوح گردش خون استرادیول و پروژسترون، مقدار بالای هورمون آلدوسترون یا هورمون آنتی‌دیورتیک، غلظت پایین ملاتونین شبانه) بوده نه یک بیماری روانپزشکی.

فرضیه‌های دیگر نقش انتقال‌دهنده‌های عصبی، به‌ویژه سروتونین و گاما آمینوبوتریک اسید را مهم‌تر می‌دانند؛ هرچند هیچ کدام از این فرضیه‌ها به‌طور قطعی مورد تأیید قرار نگرفته است (۴-۶).

در مطالعات شیوع‌شناسی، ۸۰٪ زنان دست‌کم یک تغییر فیزیکی یا روان‌شناختی را در دوره فاز لوتال چرخه قاعدگی گزارش داده‌اند (۷). پژوهش‌های صورت گرفته در سرتاسر جهان، شیوع PMS را ۳۰٪ گزارش کرده‌اند که تنها ۸-۱۳٪ از این زنان ملاک‌های لازم برای اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) را دارا هستند (۸-۱۱).

در مطالعات اغلب به تأثیرات علائم پیش از قاعدگی، به‌ویژه علائم متوسط تا شدید بر سلامت عمومی، کیفیت زندگی، هزینه‌های اجتماعی و پزشکی، فعالیت‌های اجتماعی و روابط بین‌فردی اشاره شده است (۱۳-۱۵). زنان مبتلا به PMS در مقایسه با زنان فاقد علائم، به‌طور قابل‌توجهی غیبت از کار، کارایی پایین‌تر در روابط کاری یا مدرسه، همچنین فعالیت‌های روزمره و روابط با همسالان را ذکر می‌کنند (۱۶). مطالعات نشان داده‌اند زنان مبتلا به PMS دارای سطوح بالاتری از اضطراب سلامتی و حساسیت نسبت به اضطراب و نشخوارهای فکری در مقایسه با

زنان سالم هستند (۱۷،۱۸). همچنین با وجود تغییرات یکسان در میزان هیجان منفی، زنان مبتلا به PMS در مقایسه با زنان فاقد علائم، در مواجهه با وقایع استرس‌زا تمرکز بیشتری روی آن داشته و عواطف منفی بیشتری را پردازش می‌کنند (۱۹). از سوی دیگر، اکثریت عمده زنان مبتلا به PMDD، تحریک‌پذیری و بی‌ثباتی را از علائم اصلی پیش از قاعدگی می‌دانند (۲۰). تعداد قابل‌توجهی از زنان مبتلا به PMS نیز اختلال در توانایی‌های شناختی از قبیل تمرکز، حافظه و هماهنگی حرکتی را گزارش می‌دهند که می‌تواند با کارکرد روزانه تداخل پیدا کند (۲۱). در مطالعه‌ای دیگر، ۶۰٪ از دانشجویان پرستاری گزارش دادند PMS فعالیت‌های روزمره آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است (۲۲).

از تحقیقات مختلف و مشاهدات بالینی می‌توان چنین استنباط کرد که زنان مبتلا به PMS اغلب از مسائل روان‌شناختی و جسمی عمده‌ای رنج می‌برند که مسلماً می‌تواند سلامت روان‌شناختی، بهزیستی و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد (۲۳،۲۴).

براساس شواهد پژوهشی، علائم PMS می‌تواند سلامت روان‌شناختی - اجتماعی زنان را نیز به درجات مختلف تحت تأثیر قرار دهد. امروزه، رویکردهای جدید نه تنها فقدان بیماری، بلکه سازگاری، مقابله مناسب با شرایط استرس‌زا، رضایت از زندگی، عزت‌نفس و ویژگی‌هایی از این قبیل را شاخص سلامتی می‌دانند و در این راستا، مفهوم بهزیستی روان‌شناختی را معرفی می‌کنند. بهزیستی روان‌شناختی تحت عنوان احساس مثبت و رضایت‌مندی کلی از زندگی (شامل حوزه‌های مختلف شغلی، خانوادگی، فردی و اجتماعی) تعریف شده است (۲۵). بنابراین بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی، از جمله عوامل جسمی، محیطی و روان‌شناختی قرار گیرد.

در حوزه علم روان‌شناسی، سلامت جسمی و روان‌شناختی، جزء اساسی بهزیستی و رضایت از زندگی افراد به‌شمار می‌آید (۲۶). در حقیقت بهزیستی روان‌شناختی، نشان از تجارب و عملکرد مطلوب در زندگی افراد دارد (۲۷). براساس نظریه بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روان فرد به کارکرد مثبت وی در ابعاد مختلف زندگی بستگی دارد. به‌عبارتی‌دیگر، برقراری روابط ثمربخش با دیگران، احساس تسلط بر شرایط زندگی، پذیرش خود و گذشته، خلق هدف و معنا برای زندگی، رشد شخصی و

به مدت سه دوره سیکل ماهیانه منظم، نداشتن هیجان‌ناشای روان‌شناختی به علت عواملی همچون طلاق یا فوت عزیزان طی یک‌سال گذشته، عدم مصرف سیگار و مواد مخدر.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: بارداری، سابقه اختلالات روانپزشکی، سابقه اختلالات غددی، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و اندومترئوز بود.

ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از:

مقیاس بهزیستی روانی کارول ریف (Ryff) - فرم کوتاه (RSPWB-SF): یک مقیاس ۱۸ ماده‌ای است که شش جنبه مجزا از بهزیستی روانی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی) را می‌سنجد. شرکت‌کنندگان براساس طیف لیکرت شش‌درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. نمره بالا در این مقیاس، نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است.

Ryff & Singer، همبستگی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانی را با مقیاس ۸۴ سؤال‌ی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش کردند (۲۷). خانجانی و همکاران نیز آلفای کرونباخ فرم فارسی مقیاس را ۰/۷۱ و همسانی درونی مؤلفه‌ها را مطلوب گزارش کردند (۲۸).

مقیاس سنجش سندرم پیش از قاعدگی: هدف از این مقیاس که شامل ۳۲ گویه است؛ ارزیابی علائم سندرم پیش از قاعدگی در دو بُعد روانی - رفتاری و جسمی است. شیوه نمره‌دهی آن براساس طیف لیکرت (۰= بدون علامت، ۱= خفیف، ۲= متوسط و ۳= شدید) می‌باشد. نمره کل مقیاس از جمع نمرات تمامی گویه‌ها به دست می‌آید. نمرات بین ۱ تا ۳۲ از نظر شدت در حد خفیف، ۶۶-۳۳ متوسط و ۹۶-۶۷ شدید محسوب می‌شوند. در پژوهش دل‌آرا و همکاران مقادیر نسبت و شاخص روایی محتوا به ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۹۰ بود. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های روانی - رفتاری و جسمی مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۷۹ به دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب آن است (۲۹).

چک‌لیست دموگرافیک شامل سؤالاتی در مورد سن، وضعیت تأهل، وزن، قد، رشته تحصیلی، تعداد روزهای ورزش هفتگی، تعداد روزهای دوره قاعدگی، سن شروع قاعدگی و سابقه ابتلا به بیماری جسمی (قلبی - عروقی، دیابت، سرطان، کلیوی، خودایمنی، کم‌کاری و پرکاری تیروئید، معلولیت جسمانی،

قدرت تصمیم‌گیری، از نشانه‌های سلامت روان در افراد است. در مطالعات بسیار اندکی به بررسی نقش سندرم پیش از قاعدگی در بهزیستی روان‌شناختی زنان پرداخته شده است. این در حالی است که PMS می‌تواند به نحوی تمام ابعاد زندگی زنان را تحت تأثیر قرار دهد و از آنجایی که با مسائل و عوارض متعددی همراه است؛ به نظر می‌رسد بررسی نقش آن در بهزیستی روان‌شناختی زنان از اهمیت به‌سزایی برخوردار باشد. با استفاده از نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان اطلاعات بیشتری در زمینه شیوع سندرم پیش از قاعدگی در زنان، دختران دانشجو و ارتباط آن با بهزیستی روان‌شناختی به دست آورد. در نهایت، این یافته‌ها می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های مربوط به بهبود و ارتقای وضعیت سلامت روان زنان جامعه، به خصوص دختران دانشجو نقش مؤثری ایفا کنند. از اهداف دیگر این تحقیق می‌توان به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی این دانشجویان، براساس علائم گزارش‌شده اشاره کرد.

با توجه به مطالب فوق؛ این مطالعه با هدف بررسی شیوع و شدت PMS در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی از نوع همبستگی، بر روی تمامی دختران دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی قم در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ انجام شد. در این میان، تعداد ۲۲۶ دانشجو به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪) و با استفاده از شیوع گزارش‌شده در مطالعات پیشین تعیین گردید. پس از توضیح در مورد اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان و جلب مشارکت آنان، رضایت آگاهانه از آن‌ها اخذ گردید تا به سؤالات مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، سندرم پیش از قاعدگی و چک‌لیست دموگرافیک پاسخ دهند. توزیع پرسشنامه‌ها در این پژوهش به صورت بی‌نام و با کد مدنظر صورت گرفت و به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات به دست آمده از پژوهش محرمانه باقی خواهد ماند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی قم حداقل

یافته‌ها

جدول شماره یک اطلاعات دموگرافیک گروه نمونه را نشان می‌دهد.

تشنج، و سایر موارد) و سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و از طریق شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندمتغیره گام به گام) تجزیه و تحلیل شدند.

جدول شماره ۱: اطلاعات دموگرافیک مربوط به افراد گروه نمونه

متغیر	فراوانی (درصد)	
وضعیت تأهل	مجرد ۱۸۵ (۸۱/۵)	
	متاهل ۳۸ (۱۶/۷)	
وضعیت سکونت	بومی استان ۳۹ (۱۷/۲)	
	غیربومی ۱۷۲ (۷۵/۸)	
رشته تحصیلی	پزشکی و دندانپزشکی ۴۲ (۱۸/۵)	
	پرستاری ۲۵ (۱۱)	
	اتاق عمل ۳۵ (۱۵/۴)	
	علوم آزمایشگاهی ۱۸ (۷/۹)	
	مامایی ۱۰ (۴/۴)	
	بهداشت محیط ۵۵ (۴۲/۲)	
	میانگین \pm انحراف معیار	
	سن ۲۳ \pm ۲/۳۴	
قد ۱۶۲/۰۵ \pm ۱۵/۱۴		
شاخص توده بدنی ۳۷/۳۹ \pm ۱۴/۴۷		

۱۳/۲٪ (۳۰ نفر) در گروه شدید ابتلا به PMS قرار داشتند (جدول شماره ۲).

در این مطالعه ۳۷٪ (۸۴ نفر) دانشجویان از نظر میزان شدت ابتلا به PMS در گروه خفیف، ۴۹/۸٪ (۱۱۳ نفر) در گروه متوسط و

جدول شماره ۲: توزیع و درصد فراوانی شدت ابتلا به PMS از مودنی‌ها

متغیر	شدت	فراوانی	درصد فراوانی
نمره کل مقیاس PMS	خفیف	۸۴	۰/۳۷
	متوسط	۱۱۳	۴۹/۸
	شدید	۳۰	۱۳/۲

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین بهزیستی روان‌شناختی و سندرم پیش از قاعدگی، رابطه معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$)، $F = ۲۸/۸۴$. براساس رگرسیون چندمتغیره نیز سندرم پیش از قاعدگی در مجموع، ۱۱٪ از واریانس بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کرد ($R^2 = ۱۱$) (جدول شماره ۳).

بین نمره کل سندرم پیش از قاعدگی و بهزیستی روان‌شناختی، همبستگی معنی‌داری وجود داشت ($r = ۰/۳۱۳$ ، $p < ۰/۰۱$). همچنین تجزیه و تحلیل‌ها حاکی از همبستگی معنی‌دار بین بهزیستی روان‌شناختی با ابعاد روانی - رفتاری و جسمی مقیاس "سندرم پیش از قاعدگی" بود. میان شاخص BMI با علائم رفتاری - روانی، نمره کل مقیاس PMS و بهزیستی روان‌شناختی نیز همبستگی معنی‌داری وجود داشت.

جدول شماره ۳: ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش در کل نمونه

متغیر	علائم روانی - رفتاری	علائم جسمی	نمره کل PMS	نمره کل RSPWB-SF	BMI
علائم روانی - رفتاری	۱				
علائم جسمی	۰/۵۰۰**	۱			
نمره کل PMS	۰/۹۶۵**	۰/۷۱۱**	۱		
نمره کل RSPWB-SF	۰/۳۱۹**	۰/۲۵۶**	۰/۳۱۳**	۱	
BMI	۰/۱۹۱*	۰/۱۲۶	۰/۱۹۴*	۰/۱۷۰*	۱

$p < 0/01$ **, $p < 0/05$ *

ضریب تأثیر نمره کل مقیاس سندرم پیش از قاعدگی در جدول شماره ۴ ذکر شده است. با توجه به یافته‌های فوق، سندرم پیش از قاعدگی، قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد.

جدول شماره ۴: نتایج رگرسیون چند متغیره گام‌به‌گام بین نمره کل مقیاس PMS و بهزیستی روان‌شناختی

مدل	متغیر	ضریب همبستگی R	R ²	ضریب B	خطای استاندارد برآورد	ضریب B	T	p
۱	ثابت			۶۰/۹۱۶	۱/۴۳۲		۴۲/۵۳۷	۰/۰۰۰
۲	نمره کل مقیاس PMS	۰/۱۱۴	۰/۱۱۰	۰/۱۷۶	۰/۰۳۳	۰/۳۳۷	۵/۳۷۱	۰/۰۰۰

بحث

در مطالعه حاضر بین بهزیستی روان‌شناختی و علائم روانی - رفتاری، جسمی و علائم کلی سندرم پیش از قاعدگی، همبستگی وجود داشت. تحلیل‌های بیشتر حاکی از آن است که علائم سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را در گروه نمونه پیش‌بینی کند. این یافته با نتایج سایر تحقیقات که به بررسی وضعیت روان‌شناختی زنان مبتلا به این اختلال پرداختند، همخوانی داشت. علائمی از قبیل تحریک‌پذیری، اضطراب، خستگی و افسردگی، علائم جسمانی، اختلال خواب و غیره به‌خود خود که توسط زنان مبتلا به PMS گزارش شده؛ می‌تواند باعث اختلال در روابط بین‌فردی، افت عملکردهای شناختی، اجتماعی، شغلی و احساس نارضایتی از زندگی شود و در نهایت، بهزیستی روان‌شناختی زنان را کاهش دهد. بسیاری از زنان گزارش داده‌اند علائم PMS، به‌ویژه PMDD به‌شدت فعالیت‌های اجتماعی، کیفیت زندگی و به درجات زیاد روابط بین‌فردی و بازدهی شغلی آن‌ها را کاهش داده است (۳۵،۳۴،۱۶). شواهد زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه روابط زناشویی زنان مبتلا به PMS در مقایسه با زنان فاقد این سندرم، دچار آشفتگی زیادی است (۳۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۳۷٪ از افراد گروه نمونه علائم خفیف، ۴۹/۸٪ علائم متوسط و ۱۳/۲٪ نیز علائم شدید سندرم پیش از قاعدگی را تجربه کرده‌اند. براساس این یافته، سندرم پیش از قاعدگی شیوع بالایی در گروه موردبررسی داشت. نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق با یافته‌های حاصل از مطالعات پیشین همخوانی داشت؛ به‌عنوان مثال مطالعه دیرکوند و همکاران در یک مطالعه متاآنالیز و سیستماتیک با بررسی میزان شیوع PMS در دنیا، نشان دادند بیشترین فراوانی PMS در ایران (۹۸/۲٪) بوده است (۳۰) از دیگر یافته‌های مطالعه فوق این بود که ۱۳/۲٪ از افراد گروه نمونه، علائم شدید PMS داشتند. در این راستا، نتایج پژوهش Bertone-Johnson و همکاران نیز نشان داد حدود ۱۰٪ از زنان مبتلا به PMS برای کنترل علائم نیاز به دارودرمانی پیدا می‌کنند (۳۱). در یک مطالعه دیگر مشخص گردید بیش از ۲۰٪ زنان مبتلا به PMS به دلیل شدت علائم، نیاز به درمان‌های بالینی دارند (۳۲). نتایج یک مطالعه دیگر حاکی از آن بود که اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی در میان دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، ۱۶/۹٪ بوده است (۳۳).

بهزیستی روان‌شناختی و سایر عوامل دخیل؛ از قبیل بحران‌های زندگی، میزان استرس‌های تحصیلی، شغلی و خانوادگی گروه نمونه که قابل کنترل نبود، اشاره کرد. بنابراین لازم است تا مطالعات طولی و مقطعی بیشتری در زمینه تأثیر سندرم پیش از قاعدگی روی بهزیستی روان‌شناختی و جسمی زنان و دختران صورت گیرد. بررسی مواردی همچون ارتباط میان سندرم پیش از قاعدگی با نحوه تنظیم هیجان، عملکرد در حوزه‌های فردی و اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی که مستقیم یا غیرمستقیم با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط هستند، می‌تواند در پژوهش‌های آتی در مدار توجه محققان قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد PMS شیوع بالایی در گروه نمونه موردبررسی دارد. در اکثریت گروه نمونه، شدت علائم در خدمتوسط گزارش شد. تجزیه و تحلیل‌های بیشتر نشان داد PMS یک متغیر پیش‌بین برای بهزیستی روان‌شناختی در گروه نمونه است. از آنجایی که بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان یک ملاک مهم برای ارزیابی سلامت روان افراد تعریف می‌شود، لازم است تا برنامه‌های آموزشی درمانی و نیز مداخلات پیشرفته بالینی جهت کمک به دانشجویان جهت مدیریت و کنترل علائم PMS/PMDD در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه‌ها و خوابگاه‌های دانشجویی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله از تمامی دانشجویانی که در پژوهش حاضر شرکت نمودند و تمامی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی قم که ما را در جمع‌آوری نمونه و اجرای پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

بدیهی است این مسائل می‌تواند روابط مثبت با دیگران، احساس تسلط بر محیط و رشد شخصی که از ابعاد اساسی بهزیستی روان‌شناختی هستند را به چالش بکشد. نتایج یک مطالعه مقدماتی بر روی زنان مبتلا به PMS نشان داد بین بُعد روان رنجورخویی پرسشنامه شخصیتی آیزنک و علائم هیجانی PMS، همبستگی بالایی وجود دارد، اما همبستگی میان روان رنجورخویی و علائم جسمانی پایین است. این در حالی است که روان رنجورخویی با اختلالات هیجانی و متعاقب آن بهزیستی روان‌شناختی پایین، همبستگی بالایی دارد (۳۷).

در راستای مبحث مربوط به هیجان، کارکرد هیجانی و اختلالات هیجانی، یکی از فرضیه‌های مطرح‌شده در مورد PMS مربوط به بدتنظیمی هیجانی در زنان مبتلا می‌باشد. براساس این فرضیه، زنان مبتلا به PMS دچار بدکارکردی تنظیم هیجانی هستند. تنظیم هیجانی مطلوب، تأثیر زیادی بر بهزیستی روان‌شناختی و نحوه عملکرد فرد در تکالیف مربوط به تجارب هیجانی دارد (۳۸)؛ برای مثال استفاده از راهبرد تنظیم هیجان «ارزیابی مجدد» با عاطفه مثبت، کارکرد بین فردی مناسب و بهزیستی روان‌شناختی بیشتر ارتباط دارد؛ درحالی‌که استفاده زیاد از راهبرد سرکوبی با کارکرد هیجانی ضعیف مرتبط می‌باشد (۳۹). براساس این فرضیه و سایر داده‌های به‌دست‌آمده می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که به‌احتمال قوی بدتنظیمی هیجانی در زنان مبتلا به PMS و استفاده از راهبردهای نامناسب و غیرپاسخگو برای تنظیم هیجان، منجر به کاهش بهزیستی روان‌شناختی فردی می‌شود.

از آنجایی که این تحقیق، یک مطالعه گذشته‌نگر محسوب می‌شود؛ لذا به دلیل ماهیت خودگزارشی مطالعه، احتمال تحریف حافظه افراد نمونه در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه سندرم پیش از قاعدگی و سوگیری اطلاعات به‌دست‌آمده مطرح است. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به پیش‌بینی

References:

1. Sekigawa I, Naito T, Hira K, Mitsuishi K, Ogasawara H, Hashimoto H, Ogawa H. Possible mechanisms of gender bias in sle: a new hypothesis involving a comparison of SLE with atopy. *Lupus* 2004;13(4):217-22. PubMed
2. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwitz M. Merck manual of diagnosis and therapy, 18th ed. Whitehouse Station (NJ): Merck Research Laboratories; 2006.
3. Hartlage SA, Freels S, Gotman N, Yonkers K. Criteria for premenstrual dysphoric disorder: secondary analyses of relevant data sets. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:300-5. PubMed
4. Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet* 2008;371(9619):1200-10. PubMed
5. Rapkin AJ, Akopians AL. Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Menopause Int* 2012;18(2):52-9. PubMed
6. Shechter A, Lesperance P, Ng Ying Kin NM, Boivin DB. Pilot investigation of the circadian plasma melatonin rhythm across the menstrual cycle in a small group of women with premenstrual dysphoric disorder. *PLoS One* 2012;7(12):e51929. PubMed
7. Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population based sample. *Arch Womens Health* 2010;13(6):485-94. PubMed
8. Yonkers KI, Simoni MK. Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynaecol* 2018;218(1):68-74. PubMed
9. Dennerstein L, Lehert P, Heinemann K. Epidemiology of premenstrual symptoms and disorders. *Menopause Int* 2012;18(2):48-51. PubMed
10. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003;28(Suppl 3):1-23. PubMed
11. Gehlert S, Song IH, Chang CH, Hartlage SA. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder in a randomly selected group of urban and rural women. *Psychol Med* 2009;39:129-36. PubMed
12. Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;19 (2):Cd003855. PubMed
13. Liu Z, Doan QV, Blumenthal P, Dubois RW. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and health care costs and utilization in abnormal uterine bleeding. *Value Health* 2007;10(3):183-94. PubMed
14. Schoep ME, Nieboer TE, van der Zanden M, Braat DM, Nap AW. The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220(6):569.e1-569.e7. PubMed
15. Halbreich U, Backstrom T, Eriksson E, O'Brien S, Calil H, Ceskova E, et al. Clinical diagnostic criteria for premenstrual syndrome and guidelines for their quantification for research studies. *Gynecol Endocrinol* 2007;23(3):123-30. PubMed
16. Dean BB, Borenstein JE. A prospective assessment investigating the relationship between work productivity and impairment with premenstrual syndrome. *J Occup Environ Med* 2004;46(7):649-56. PubMed
17. Craner J, Sigmon S, Martinson A, McGillicuddy M. Perceptions of health and somatic sensations in women reporting premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Nerv Ment Dis* 2013;201(9):780-5. PubMed
18. Craner JR, Sigmon ST, Martinson AA, McGillicuddy ML. Premenstrual disorders and rumination. *J Clin Psychol* 2014;70(1):32-47. PubMed

19. Craner JR, Sigmon ST, Martinson AA. Self-focused attention in response to laboratory stressors among women with premenstrual disorders. *Arch Womens Ment Health* 2015;18(4):595-606. PubMed
20. Pearlstein T, Yonkers KA, Fayyad R, Gillespie JA. Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphonic disorder. *J Affect Disord* 2005;85(3):275-82. PubMed
21. Steiner M, Brown E, Trzepacz P, Dillon J, Berger C, Carter D, Reid R, Stewart D. Fluoxetine improves functional work capacity in women with premenstrual dysphonic disorder. *Arch Womens Ment Health* 2003;6(1):71-7. PubMed
22. Karout N, Hawai SM, Altuwaijri S. Prevalence and pattern of menstrual disorders among Lebanese nursing students. *East Mediter Health J* 2012;18(4):346-52. PubMed
23. Hylan TR, Sundell K, Judge R. The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom, and France. *J Womens Health Gend Based Med* 1999;8(8):1043-52. PubMed
24. Campbell EM, Peterkin D, O'Grady K, Sanson-Fisher R. Premenstrual symptoms in general practice patients. Prevalence and treatment. *J Reprod Med* 1997;42(10):637-46. PubMed
25. Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. *Psychol Inq* 1998;9(1):1-28. Link
26. Bowling A, Windsor J. Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life. *J Happiness Stud* 2001;1:55-82. Link
27. Ryff CD, Singer BH, Dienberg Love G. Positive health: connecting well-being with biology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2004;359(1449):1383-94. PubMed
28. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *J Thought Behavior Clin Psychol* 2014;9(32):27-36. [Full Text in Persian] Link
29. Delara M, Ghofranipour F, Azad Fallah P, Tavafian S, Kazemnejad A, Koshki M. Development and psychometric testing of a scale for premenstrual syndrome in high school adolescents of Sabzevar in 2011. *J North Khorasan Univ Med Sic (Jnkums)* 2012;3(4):55-62. [Full Text in Persian] link
30. Direkvand Moghadam A, Kaikhavani S, Sayehmiri K. The worldwide prevalence of premenstrual syndrome: A systematic review and meta-analysis study. *Ijogi* 2013;16(65):8-17. [Full Text in Persian] link
31. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. *Am J Epidemiol* 2008;168(8):938-45. link
32. Henshaw C. PMS: diagnosis, etiology, assessment and management. Revisiting premenstrual syndrome. *Adv Psychiatry Treat* 2007;13(2):139-46. link
33. Nourjah P. Premenstrual syndrome among teacher training university students in Iran. *J Obstet Gynecol India* 2008;58(1):49-52. Link
34. Freeman EW. Effects of antidepressants on quality of life in women with premenstrual dysphoric disorder. *Pharmacoeconomics* 2005;23:433-44. PubMed
35. Chawla A, Swindle R, Long S, Kennedy S, Sternfeld B. Premenstrual dysphoric disorder: is there an economic burden of illness? *Med Care* 2002;40:1101-12. PubMed
36. Ryser R, Feinauer L. Premenstrual syndrome and the marital relationship. *Am J Fam Ther* 1992;20(2):179-190. link
37. Goldberg DP, Huxley P. *Common Mental Disorders: A Biosocial Model*. London: Routledge; 1991.
38. Gonda X, Fountoulakis KN, Csukly, Telek T, Pap D, Rihmer Z, Bagdy G. Association of a trait-like bias towards the perception of negative subjective life events with risk of developing premenstrual symptoms. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010;34(3):500-5. PubMed
39. Shiota MN, Levenson RW. Effects of aging on experimentally instructed detached reappraisal, positive reappraisal, and emotional behavior suppression. *Psychol Aging* 2009;24(4):890-900. PubMed