

عوامل مؤثر بر شدت دیسمنوره اولیه در دانشجویان دانشگاه های دولتی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران سهیلا نظریپور^۱

چکیده

شدت دیسمنوره می تواند متأثر از عوامل متعددی باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر شدت دیسمنوره اولیه انجام گردیده است.

پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است. در این پژوهش ۴۰۰ دانشجوی واجد شرایط، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و پرسشنامه ای مشتمل بر مشخصات دموگرافیک، وضعیت و شدت درد قاعدگی، الگوی قاعدگی، عوامل مربوط به فعالیت بدنی، عوامل مربوط به طرز فکر و تمایلات فرد و زمینه ارثی در اختیار آنان قرار گرفت و با توجه به پاسخ آنان، در ۴ گروه شامل درجه صفر (فاقد دیسمنوره)، درجه ۱ (دیسمنوره خفیف)، درجه ۲ (دیسمنوره متوسط) و درجه ۳ (دیسمنوره شدید) تقسیم بندی شده و عوامل تحت بررسی در این چهار دسته با کاربرد آنالیز واریانس و مجذور کای به کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج حاصل نشان داد ۴۰/۸٪ از افراد دیسمنوره درجه یک، ۲۸٪ درجه دو و ۱۲/۵٪ درجه سه داشته و ۱۸/۷٪ فاقد درد قاعدگی هستند. در زمینه الگوی قاعدگی، همبستگی معنی دار آماری بین شدت دیسمنوره و سن منارک ($P < ۰/۰۰۵$)، طول مدت سیکل قاعدگی ($P < ۰/۰۲۵$) و نظم قاعدگی ($P < ۰/۰۲۵$) به دست آمد. در زمینه عوامل مربوط به فعالیت بدنی، همبستگی معنی دار آماری بین شدت دیسمنوره و متغیر

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، رئیس دانشکده پرستاری و مامایی، مدیر گروه مامایی و رئیس کمیته پژوهشی زنان واحد چالوس

نشانی محل کار: چالوس - دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس تلفن: ۰۱۹۱ - ۳۲۵۹۰۹۵۰

های احساس شادابی و سرحالی هنگام بیدار شدن در صبح ($P < 0/05$) و وضعیت جسمی و فیزیکی ($P < 0/025$) وجود داشت اما ارتباط معنی داری بین شدت دیسمنوره و ورزش حاصل نشد. بین شدت دیسمنوره اولیه و نگرش منفی نسبت به قاعدگی به صورت در نظرگیری قاعدگی به عنوان یک بیماری و نیز به عنوان مسئله ای پردردسر و مزاحم همبستگی معنی دار آماری به دست آمد ($P < 0/001$). همچنین زمینه ارثی دیسمنوره با شدت آن ارتباط معنی دار داشت ($P < 0/001$).

شدت دیسمنوره اولیه با منارک، طول مدت سیکل قاعدگی، نظم قاعدگی، وضعیت جسمی و فیزیکی، نگرش فرد نسبت به قاعدگی و زمینه ارثی درد قاعدگی همبستگی دارد.

کلید واژه ها: دیسمنوره اولیه ، شدت ، عوامل مؤثر

مقدمه

انسان همیشه در تلاش بوده است تا راهی برای درمان دردهای خود بیابد. در میان زنان ، درد لگنی شایعترین نشانه ای است که پزشک را به مبارزه می طلبد و از جمله شایعترین اتیولوژی های درد لگنی، دیسمنوره یا قاعدگی دردناک است (۱). دیسمنوره یک اختلال ژنیکولوژیک شایع است که حدود ۵۰٪ از زنان واقع در سنین قاعدگی را مبتلا می سازد (۱)(۲)(۳).

شیوع دیسمنوره در جوانان و نوجوانان از ۲۵٪ تا ۹۰٪ برآورد شده است (۴)(۵). در سنین باروری ۱۰٪ زنان به علت دیسمنوره شدید تا ۳روز در هر ماه به این علت، ناتوان می گردند (۶)(۷)(۸). حدود ۴۵٪ تا ۷۲٪ زنان در طول نوجوانی دچار دیسمنوره می شوند و این اختلال در ۱۴٪ تا ۲۵٪ آنان باعث غیبت از مدرسه می شود (۹).

دیسمنوره اولیه به درد قاعدگی در غیاب بیماری قابل اثبات لگنی اطلاق می شود که معمولاً در ۱ تا ۲سال اول پس از شروع قاعدگی، هنگامی که تخمک گذاری برقرار می شود،

بروزمی کند (۱)(۱۰)(۱۱). پاتوفیزیولوژی اصلی دیسمنوره اولیه، آزاد شدن پروستاگلاندین هایی است که در زمان قاعدگی از آندومتر رها می شوند (۱۱)(۱۲).

دیسمنوره اولیه یک بیماری زنان جوان است که بیشتر در طول سنین نوجوانی (سنین ۱۳-۱۹ سالگی) و ۲۰ سال اول زندگی رخ می دهد. میزان شیوع بعد از سن ۳۰ سالگی و به طور بارزی بعد از ۳۵ سالگی شروع به کاهش می نماید (۱۳)(۱۴).

کرامپ های رحمی ناشی از درد قاعدگی، در بیش از ۵۰٪ موارد با یک یا چند نشانه سیستمیک نظیر تهوع و استفراغ (۹۰٪)، خستگی (۸۵٪)، اسهال (۶۰٪)، درد پشت (۶۰٪) و سردرد (۴۵٪) همراه هستند (۲)(۱۵).

وجود دیسمنوره یکی از عوامل اصلی مختل کننده کیفیت زندگی و فعالیتهای اجتماعی زنان جوان می باشد (۱۶). خصوصاً اگر با علائمی مانند سردرد، خستگی، تهوع و استفراغ، اسهال، بی حوصلگی، لرز، گرفتگی عضلانی و... همراه باشد (۱۰)(۱۷). وجود دیسمنوره شدید نیاز به استراحت مطلق را ضروری ساخته، موجب می گردد که فرد از محل کار و یا تحصیل خود غیبت کند (۵)(۶)(۱۸). طبق برآورد، ۱۰٪ تا ۱۵٪ از زنان ماهانه درد قاعدگی شدید را تجربه می کنند که از فعالیت های روزانه آنها در مدرسه، کار و یا خانه جلوگیری می کند (۶). طی مطالعه ای در امریکا نشان داده شده که ۶۰٪ تمام نوجوانان که قاعده می شوند، دیسمنوره دارند و ۱۴٪ آنان به همین علت به طور مکرر از مدرسه غیبت می کنند (۱۸).

درد قاعدگی در تعدادی از زنان منجر به اختلال در انجام امور از جمله خانه داری، مشکل در انجام امور شغلی و فعالیتهای مربوط به تحصیل در طی چند روز در هر سیکل قاعدگی می شود. همچنین این درد می تواند منجر به از دست رفتن زمان مطالعه و تحصیل و کار در زنان بخصوص در سنین نوجوانی شود (۱۹)(۲۰).

دیسمنوره از نظر اثرات اقتصادی و اجتماعی همواره مورد توجه بوده است. این مشکل موجب به هدر رفتن میلیون ها ساعت کاری در سال گشته و بر روی روابط اجتماعی نیز تأثیرگذار است و موجب کم حوصلگی و تغییرات خلق در زنان می شود (۷)(۲۱).

همچنین افزایش احتمال حوادث و کاهش کیفیت کاری در افرادی که به کار خود علیرغم وجود درد قاعدگی ادامه می دهند، حائز اهمیت است (۲۲). از طرفی خسارات و عوارض جانبی و زیان های اقتصادی ناشی از مصرف داروها و هزینه هایی که صرف تهیه و تدارک آنها می شود نیز باید در نظر گرفته شود.

عوامل ایجاد کننده دیسمنوره اولیه و علائم همراه آن شامل فاکتورهای روحی و روانی، فاکتورهای اندوکرینی، فاکتورهای سرویکال، افزایش غیر طبیعی فعالیت رحمی، ساخت و ترشح بیش از حد پروستاگلاندینها می باشد (۲۳)(۲۴)(۲۵)(۲۶). طی بررسی های به عمل آمده، عوامل متعددی می توانند بر شدت دیسمنوره اولیه مؤثر باشند. ماساژ شکم، فشار روی رحم، فعالیت بیش از حد و حرکات ورزشی و بدنی، استرس ها، سرما، مصرف الکل، سیگار و رژیم غذایی پرچربی به عنوان عوامل تشدید کننده شناخته شده اند. خوردن کافئین، عوامل مسبب عدم تخمک گذاری (مثل OCP)، زایمان واژینال قبلی، افزایش سن و کاهش حرکات ورزشی در طی قاعدگی از جمله عوامل کاهنده درد قاعدگی هستند. همچنین طی برخی تحقیقات الگوی قاعدگی می تواند بر شدت دیسمنوره مؤثر باشد (۷)(۲۷)(۲۸).

بررسی حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر شدت دیسمنوره اولیه در دانشجویان دختر دانشکده های پرستاری و مامایی دانشگاه های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران انجام گردیده است.

مواد و روشها

پژوهش به روش توصیفی مقطعی (Cross sectional) انجام گرفته است و همبستگی بین شدت دیسمنوره اولیه و یکسری از عوامل مربوط به الگوی قاعدگی، عوامل مربوط به فعالیت بدنی و عوامل مربوط به طرز فکر و تمایلات فرد را مورد بررسی قرار می دهد.

جامعه پژوهش در این بررسی ، دانشجویان دختر مشغول به تحصیل در دانشکده های پرستاری و مامایی دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی، علوم پزشکی ایران و علوم پزشکی تهران می باشند.

نمونه های پژوهش در این بحث عبارت از ۴۰۰ دانشجوی دختر مجرد می باشند که در سن ۱۸ تا ۲۲ سالگی قرار داشته و فاقد سابقه بیماری های زمینه ای بالاخص مشکلات لگنی (شامل بیماریهای التهابی لگن، توده های لگنی مانند کیست تخمدان و اندومتریوز، اعمال جراحی لگنی مانند برداشت کیست) و نیز فاقد سابقه مصرف قرصهای جلوگیری از بارداری هستند. همچنین در صورت دارا بودن درد قاعدگی، مشخصات دیسمنوره اولیه را دارا هستند. این مشخصات عبارتند از : بهبود درد تا ۷۲ ساعت اول، محل درد در ناحیه سوپراپوبیک و غالباً همراه با درد پشت و درد منتشر به سطح داخلی رانها و نیز پیدایش درد بعد از منارک.

نمونه گیری به صورت در دسترس انجام پذیرفته است. بدین صورت که بعد از دعوت به همکاری از دانشجویان و بیان توضیحات لازم به ایشان، ۴۲۰ نمونه مناسب انتخاب و فرم پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت تا تکمیل نمایند. با حذف موارد مخدوش و یا ناکامل، ۴۰۰ نمونه به دست آمد.

فرم پرسشنامه حاوی ۶ بخش بوده است. شامل ۱- مشخصات دموگرافیک، ۲- وضعیت و شدت خونریزی قاعدگی [بر اساس سیستم درجه بندی شفاهی آندرش و میلوسوم (۲۲)]، ۳- عوامل مربوط به قاعدگی ، ۴- عوامل مربوط به فعالیت بدنی ، ۵- عوامل مربوط به طرز فکر و تمایلات فرد و ۶- زمینه ارثی (که عامل تحت نظر پژوهشگر می باشد). اعتبار علمی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوی (Content Validity) و اعتماد علمی آن از طریق آزمون مجدد (Test – Retest) مورد ارزیابی قرار گرفت.

با توجه به پاسخگویی نمونه ها به سوالات و بر اساس سیستم درجه بندی شفاهی آندرش و میلوسوم، افراد به چهار دسته فاقد دیسمنوره اولیه (درجه صفر)، دیسمنوره اولیه خفیف (درجه یک)، دیسمنوره اولیه متوسط (درجه دو) و دیسمنوره اولیه شدید

(درجه سه) تقسیم شده و عوامل مورد بررسی در این چهار دسته با کاربرد آنالیز واریانس و مجذور کای ، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها

اطلاعات به دست آمده نشان می دهد اکثریت واحدهای مورد پژوهش سن اولین قاعدگی شان (منارک) در فاصله سنی ۱۴-۱۲ سالگی (با میانگین ۱۳/۶ سالگی و انحراف معیار ۱/۳ سال) بوده، طول مدت سیکل قاعدگی ۲۴-۳۵ روزه (با میانگین ۲۸/۷ روز و انحراف معیار ۳/۷ روز) و طول مدت خونریزی قاعدگی ۷-۳ روزه (با میانگین ۵/۷ روز و انحراف معیار ۱/۵ روز) داشته و دارای قاعدگی منظم بودند.

نتایج نشان می دهد که ۸۱/۳٪ دچار درد قاعدگی به درجات مختلف بودند. به طوری که براساس سیستم درجه بندی شفاهی آندرش و میلسوم ۴۰/۸٪ دیسمنوره درجه یک، ۲۸٪ دیسمنوره درجه دو و ۱۲/۵٪ دیسمنوره درجه سه داشتند و ۱۸/۷٪ فاقد درد قاعدگی بودند. بررسی تحلیلی در بین این چهار دسته نتایج زیر را مشخص نمود:

با انجام آنالیز واریانس، اختلاف معنی دار آماری بین میانگین سن در چهار گروه به دست نیامد. همچنین بین متغیرهای محل کنونی زندگی، شلوغی محیط زندگی و میانگین مترآژ سرانه زیربنا (به عنوان شاخصی از شرایط اقتصادی) با شدت دیسمنوره اولیه همبستگی معنی دار آماری وجود نداشت.

در بین افرادی که سن منارک کمتر از ۱۲ سالگی داشتند ، تعداد افراد دارای درد قاعدگی خفیف، متوسط و شدید، یکسان و ۳۱/۳٪ بود. اما در افرادی که سن منارک خود را ۱۲-۱۴ سالگی ذکر نمودند، بیشترین تعداد (۲۶/۸٪) متعلق به گروه دارای درد متوسط و در سن منارک بالای ۱۴ سالگی بیشترین تعداد (۳۸/۷٪) متعلق به دسته دارای درد خفیف هستند. بررسی آماری و انجام آنالیز واریانس در جهت تعیین همبستگی بین میانگین سن منارک و شدت دیسمنوره اولیه ، اختلاف معنی دار آماری را با اطمینان بیش از ۹۹/۵٪ و نشان داد ($P < 0.005$) (جدول شماره ۱) .

بررسی نشان داد در گروه هایی که طول مدت سیکل قاعدگی آنها کمتر از ۲۴ روز و ۳۵-۲۴ روز است، به ترتیب، ۵۰٪ و ۴۱٪ افراد دارای درد قاعدگی خفیف و کمترین میزان (به ترتیب ۱۳/۳٪ و ۱۱/۸٪) متعلق به گروه دیسمنوره شدید است. اما در گروهی که طول مدت سیکل قاعدگی بیشتر از ۳۵ روز داشتند، کمترین تعداد (۱۴/۲٪) مربوط به گروه دیسمنوره خفیف بوده و گروه دیسمنوره متوسط و شدید هر یک ۲۸/۶٪ موارد را شامل می شدند. بررسی آماری نشان داد که بین میانگین طول مدت سیکل قاعدگی با شدت دیسمنوره اختلاف معنی دار آماری با اطمینان بیش از ۹۷/۵٪ وجود دارد ($P < 0/025$) (جدول شماره ۲). همچنین بررسی نشان داد در گروهی که طول مدت خونریزی قاعدگی ۳-۷ روزه داشتند، ۴۱/۴٪ دچار دیسمنوره خفیف و حداقل افراد (۱۱/۵٪) دچار دیسمنوره شدید بودند. در گروهی که طول مدت خونریزی قاعدگی بیشتر از ۷ روز داشتند، بیشترین تعداد مربوط به گروه های دیسمنوره خفیف و متوسط (هر یک ۳۳/۳٪) و حداقل افراد (۹/۱٪) قاعدگی بدون درد داشتند. انجام آنالیز واریانس، اختلاف معنی دار آماری بین میانگین طول مدت خونریزی قاعدگی و شدت دیسمنوره را نشان نداد.

بررسیها نشان داد که در بین افرادی که قاعدگی منظم دارند، بیشترین تعداد (۴۳٪) متعلق به گروه دیسمنوره خفیف و کمترین آن (۹/۱٪) مربوط به گروه دیسمنوره شدید است و در بین افرادی که قاعدگی نامنظم دارند، بیشترین تعداد (۳۵/۳٪) دیسمنوره خفیف و حداقل آنها (۱۹٪) قاعدگی بدون درد دارند. تجزیه و تحلیل آماری و انجام آزمون کای دو ، وجود همبستگی معنی دار آماری را با اطمینان بیش از ۹۷/۵٪ بین دو متغیر نظم قاعدگی و شدت دیسمنوره اولیه نشان داد ($P < 0/025$) . این همبستگی با استفاده از ضریب همبستگی چوپروف ۰/۱۲ می باشد ($P_T = 0/21$) (جدول شماره ۳).

پژوهش حاضر ارتباط معنی دار آماری، بین انجام ورزش، مدت و متوسط انجام ورزش و نوع ورزش با شدت دیسمنوره اولیه را نشان نداد. همچنین اختلاف معنی دار آماری

بین میانگین طول مدت متوسط خواب در شبانه روز و استراحت در طول روز با شدت دیسمنوره اولیه به دست نیامد.

بررسیها نشان داد در بین افرادی که به هنگام بیدار شدن در صبح، احساس شادابی و سرحالی می کنند، $4/44\%$ دیسمنوره خفیف و $5/12\%$ دیسمنوره شدید و در بین افرادی که این شادابی را نمی کنند، $7/35\%$ دیسمنوره خفیف و $5/12\%$ دیسمنوره شدید دارند. با انجام آزمون کای دو، همبستگی معنی دار آماری بین دو متغیر شادابی و سرحالی هنگام بیدار شدن در صبح و شدت دیسمنوره اولیه با اطمینان 95% به دست آمد $(P < 0/05) (P_T = 0/11)$.

همچنین در بین افرادی احساس خستگی بدنی در وسط روز می کردند، $2/42\%$ دیسمنوره خفیف و در بین افرادی که این احساس را نداشتند، $8/36\%$ دیسمنوره خفیف را دارا بودند که از نظر آماری معنی دار نبود.

نتایج نشان داد در بین افرادی که در خصوص سوال «چگونگی وضعیت جسمی و فیزیکی» پاسخ خیلی خوب و خوب و رضایتبخش دادند، بیشترین تعداد (به ترتیب $3/33\%$ و $9/42\%$) متعلق به گروه دیسمنوره خفیف و کمترین تعداد (به ترتیب 14% و $3/11\%$) مربوط به گروه دیسمنوره شدید بوده است. در گروهی که وضعیت جسمی و فیزیکی بدی داشتند، بیشترین تعداد ($5/43\%$) دیسمنوره متوسط و کمترین تعداد (0%) قاعدگی بدون درد داشتند. انجام آزمون کای دو، همبستگی معنی دار آماری بین دو متغیر وضعیت جسمی و فیزیکی و شدت دیسمنوره اولیه را با اطمینان بیش از $97/5\%$ نشان داد $(P < 0/025) (P_T = 0/13)$. (جدول شماره ۴)

در این پژوهش همبستگی معنی دار آماری بین متغیرهای اضطراب و نگرانی در اولین قاعدگی، حمایت روانی خانواده در اولین قاعدگی با شدت دیسمنوره اولیه به دست نیامد.

بررسی حاضر نشان داد در افرادی که قاعدگی را به عنوان یک بیماری می دانستند، $1/20\%$ دیسمنوره شدید و $2/7\%$ قاعدگی بدون درد داشته اما در گروهی که قاعدگی را به عنوان یک بیماری نمی دانستند، $4/8\%$ دیسمنوره شدید و $9/24\%$ قاعدگی

بدون درد داشتند. انجام آزمون کای دو، وجود همبستگی معنی دار آماری بین دو متغیر در نظر گرفتن قاعدگی به عنوان قاعدگی و شدت دیسمنوره اولیه را با اطمینان بیش از ۹۹/۹٪ نشان داد ($P < 0/001$) ($P_T = 0/2$). (جدول شماره ۵)

همچنین بین دو متغیر در نظر گرفتن قاعدگی به عنوان مسئله ای پر دردسر و مزاحم و شدت دیسمنوره اوله با اطمینان بیش از ۹۹/۹٪ همبستگی معنی دار آماری وجود داشت ($P < 0/001$) ($P_T = 0/28$).

در این بررسی بین آگاهی فرد در مورد فیزیولوژی روند قاعدگی، علت و درمان دیسمنوره با شدت دیسمنوره اوله ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت.

نتایج نشان داد بین دو متغیر زمینه ارثی (وجود دیسمنوره اولیه در مادر یا خواهر) و شدت دیسمنوره اولیه با اطمینان بیشتر از ۹۹/۹٪ همبستگی معنی دار آماری وجود دارد ($P < 0/001$) ($P_T = 0/18$).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه ها بر حسب شدت دیسمنوره و منارک

انحراف معیار	میانگین	جمع		>۱۴ سالگی		۱۲-۱۴ سالگی		<۱۲ سالگی		سن منارک / شدت دیسمنوره
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱/۳	۱۳/۹	۱۸/۷	۷۵	۲۴/۷	۲۳	۱۷/۵	۵۱	۶/۱	۱	عدم درد (۰)
۱/۲	۱۳/۷	۴۰/۸	۱۶۳	۳۸/۷	۳۶	۴۱/۹	۱۲۲	۳۱/۳	۵	درد خفیف (۱)
۱/۴	۱۳/۵	۲۸/۰	۱۱۲	۳۱/۲	۲۹	۲۶/۸	۷۸	۳۱/۳	۵	درد متوسط (۲)
۱/۳	۱۳/۱	۱۲/۵	۵۰	۵/۴	۵	۱۳/۸	۴۰	۳۱/۳	۵	درد شدید (۳)
۱/۳	۱۳/۶	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰	۹۳	۱۰۰	۲۹۱	۱۰۰	۱۶	جمع

$$F=1.93 \quad df=3.396 \quad P<0.005$$

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه ها بر حسب شدت دیسمنوره و طول مدت سیکل قاعدگی

انحراف معیار	میانگین	جمع		>۳۵		۲۴-۳۵		<۲۴		طول مدت سیکل شدت دیسمنوره
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴/۰	۲۹/۴	۱۸/۷	۷۵	۲۸/۶	۴	۱۸/۸	۶۷	۱۳/۳	۴	عدم درد (۰)
۳/۵	۲۸/۱	۴۰/۸	۱۶۳	۱۴/۲	۲	۴۱/۰	۱۴۶	۵۰/۰	۱۵	درد خفیف (۱)
۳/۳	۲۸/۷	۲۸/۰	۱۱۲	۲۸/۶	۴	۲۸/۴	۱۰۱	۲۳/۴	۷	درد متوسط (۲)
۴/۲	۲۹/۱	۱۲/۵	۵۰	۲۸/۶	۴	۱۱/۸	۴۲	۱۳/۳	۴	درد شدید (۳)
۳/۷	۲۸/۷	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰	۱۴	۱۰۰	۳۵۶	۱۰۰	۳۰	جمع

$F=3.12 \quad df=3.396 \quad P<0.025$

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه ها بر حسب شدت دیسمنوره و نظم قاعدگی

جمع		نامنظم		منظم		نظم قاعدگی شدت دیسمنوره
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۸/۷	۷۵	۱۹/۰	۲۲	۱۸/۷	۵۳	عدم درد (۰)
۴۰/۸	۱۶۳	۳۵/۳	۴۱	۴۳/۰	۱۲۲	درد خفیف (۱)
۲۸/۰	۱۱۲	۲۵/۰	۲۹	۲۹/۲	۸۳	درد متوسط (۲)
۱۲/۵	۵۰	۲۰/۷	۲۴	۹/۱	۲۶	درد شدید (۳)
۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۲۸۴	جمع

$P_T = 0.12 \quad df=3 \quad X^2 = 10.5 \quad P<0.025$

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه ها بر حسب شدت دیسمنوره و وضعیت جسمی و فیزیکی

جمع		خیلی بد		بد		خوب و رضایتبخش		خیلی خوب		وضعیت جسمی و فیزیکی شدت دیسمنوره
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۸/۷	۷۵	۰	۰	۰	۰	۱۸/۵	۵۹	۲۸/۱	۱۶	عدم درد (۰)
۴۰/۸	۱۶۳	۰	۰	۳۰/۴	۷	۴۲/۹	۱۳۷	۳۳/۳	۱۹	درد خفیف (۱)
۲۸/۰	۱۱۲	۱۰۰/۰	۱	۴۳/۵	۱۰	۲۷/۳	۸۷	۲۴/۶	۱۴	درد متوسط (۲)
۱۲/۵	۵۰	۰	۰	۲۶/۱	۶	۱۱/۳	۳۶	۱۴/۰	۸	درد شدید (۳)
۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰	۱	۱۰۰	۲۳	۱۰۰	۳۱۹	۱۰۰	۵۷	جمع

$P_T = 0.13 \quad df=6 \quad X^2 = 15.6 \quad P<0.025$

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه ها بر حسب شدت دیسمنوره و در نظر

گرفتن قاعدگی به عنوان یک بیماری

جمع		خیر		بلی		در نظر گرفتن قاعدگی به عنوان یک بیماری	شدت دیسمنوره
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۸/۷	۷۵	۲۴/۹	۶۵	۷/۲	۱۰		عدم درد (۰)
۴۰/۸	۱۶۳	۴۱/۸	۱۰۹	۳۸/۹	۵۴		درد خفیف (۱)
۲۸/۰	۱۱۲	۲۴/۹	۶۵	۳۳/۸	۴۷		درد متوسط (۲)
۱۲/۵	۵۰	۸/۴	۲۲	۲۰/۱	۲۸		درد شدید (۳)
۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰	۲۶۱	۱۰۰	۱۳۹		جمع

$$P_T = 0.20 \quad df=3 \quad X^2 = 27.9 \quad P < 0.001$$

نتایج

با توجه به نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آماری مشخص می گردد اکثریت نمونه ها (۳/۸۱٪) دارای دیسمنوره اولیه بودند که در سه دسته خفیف، متوسط و شدید تقسیم بندی می شود. میزان شیوع گزارش شده دیسمنوره اولیه در بررسی های متعدد، متفاوت است. به طوری که در یک بررسی بر روی ۱۱۳ نمونه شیوع ۲۹-۴۴٪ (۲۹) و در بررسی دیگر بر روی زنان ۱۸-۴۵ ساله شیوع ۹۰٪ به دست آمده است (۳۰). همچنین شیوع دیسمنوره در نوجوانان بالغ بر ۹۰ - ۲۵٪ بیان شده است (۴)(۵). نتایج حاضر نیز با پژوهشهای مذکور مغایرتی ندارد. همچنین در این بررسی در بین افراد دچار دیسمنوره اولیه ۴۰/۵٪ دارای دیسمنوره متوسط یا شدید بودند. در بررسی به عمل آمده توسط Silberg و همکاران (۱۹۸۶) نیز شیوع دیسمنوره اولیه متوسط یا شدید ۵۲٪ (۳۱) و در بررسی Burnett و همکاران (۲۰۰۵) این میزان ۶۰٪ تعیین گردید (۱۷) که به نظر می رسد بالاتر از میزان به دست آمده از پژوهش حاضر است. در بررسی حاضر همبستگی معنی دار آماری بین سن و شدت دیسمنوره به دست نیامد که بر خلاف نتایج حاصل از بررسی های دیگر نظیر بررسی Andersh و Milsom (۱۹۸۷)(۲۲) ،

Osuga و همکاران (۲۰۰۵) (۳۲) و Latthe و همکاران (۲۰۰۶) (۳۳) می باشد. این مسئله می تواند به این علت باشد که محدوده سنی مورد بررسی در این تحقیق محدود و فقط افراد بین ۱۸ تا ۲۲ سال را شامل می شد و تمام سنین باروری را در نظر نگرفته است.

طبق نتایج حاصل در این بررسی، در بین افراد دچار دیسمنوره، بیشترین تعداد متعلق به درد قاعدگی خفیف (۴۰/۸٪) و حداقل آنها مربوط به درد قاعدگی شدید (۱۲/۵٪) است. در بررسی Kelin و Litt (۱۹۸۱) نیز، شیوع دیسمنوره ۵۹٪ بوده که از بین آنها ۱۲٪ دیسمنوره شدید، ۳۷٪ دیسمنوره متوسط و ۴۹٪ دیسمنوره خفیف داشتند (۳۴) که تا حدود زیادی با تحقیق حاضر مطابقت دارد.

در این پژوهش میانگین سن منارک در افراد فاقد دیسمنوره ۱۳/۹ سالگی، در دیسمنوره درجه یک ۱۳/۷ سالگی، دیسمنوره درجه دو ۱۳/۵ سالگی و دیسمنوره درجه سه ۱۳/۱ سالگی تعیین گردید و وجود همبستگی معنی دار آماری بین سن منارک و شدت دیسمنوره به دست آمد ($P < 0/005$). Andersh و Milsom (۱۹۸۷) (۲۲) و Burnett (۲۰۰۵) (۱۷) نیز در بررسی خود به نتایج مشابهی دست یافتند و مشخص نمودند که کاهش سن اولین قاعدگی با افزایش شدت دیسمنوره اولیه ارتباط دارد. همچنین این نتیجه با نظر Anton Calis (۲۰۰۹) نیز مطابقت دارد (۷). همچنین Holder (۲۰۰۹) معتقد است که سن منارک کمتر از ۱۲ سالگی از عوامل خطر برای دیسمنوره اولیه است (۵).

نتایج حاصل از تحقیق حاضر همبستگی معنی دار آماری بین طول مدت سیکل قاعدگی و شدت دیسمنوره اولیه را نشان می دهد ($P < 0/025$). به طوری که به استثناء گروه بدون درد، با افزایش شدت دیسمنوره اولیه، طول مدت سیکل قاعدگی افزایش یافته است. این یافته بر خلاف یافته Andersh و Milsom (۱۹۸۷) است که ارتباطی بین این دو پیدا نکرد (۲۲). Anton Calis (۲۰۰۹) نیز طول مدت سیکل قاعدگی را بر شدت دیسمنوره بی اثر می داند (۷).

طبق بررسی به عمل آمده ارتباط معنی دار آماری بین طول مدت خونریزی قاعدگی و شدت دیسمنوره به دست نیامد که این نتیجه بر خلاف نتایج حاصل از پژوهشهای Andersh و Milsom (۱۹۸۷) (۲۲)، Anton Calis (۲۰۰۹) (۷) و همچنین Holder (۲۰۰۹) (۵) می باشد که نشان دادند با افزایش طول مدت خونریزی قاعدگی، شدت دیسمنوره افزایش می یابد. البته لازم به ذکر است که در بررسی حاضر با انجام کای دو و در سطح اطمینان بین ۹۵٪ و ۹۰٪ و $P < ۰/۱۰$ ، همبستگی معنی دار داشت. لذا بررسی دقیق تری لازم می باشد.

در بررسی حاضر بین وجود نظم قاعدگی و شدت دیسمنوره ارتباط معنی دار آماری بدست آمد ($P < ۰/۰۲۵$). Teperi و Rimpela (۱۹۸۹) نیز در بررسی خود به نتیجه مشابهی دست یافتند اما ایشان نتوانستند ارتباط معنی دار آماری را مشخص نمایند (۳۵). مسئله نظم قاعدگی می تواند منعکس کننده وجود تخمک گذاری مرتب و آزاد سازی سیکلیک پروستاگلاندین ها در انتهای سیکل به علت کاهش پروزسترون و در نتیجه بروز دیسمنوره اولیه در افراد دارای سیکل های منظم باشد.

در تحقیق حاضر همبستگی معنی داری بین ورزش و شدت دیسمنوره حاصل نشد. این مسئله تا حدودی با نظر Anton Calis (۲۰۰۹) ، که فعالیت های فیزیکی را در شدت دیسمنوره مؤثر نمی داند، مطابقت دارد (۷).

طبق پژوهش حاضر بین دو متغیر احساس شادابی و سرحالی در هنگام بیدار شدن در صبح و شدت دیسمنوره ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). Teperi و Rimpela (۱۹۸۹) نیز در بررسی خود به نتایج مشابهی دست یافتند و نشان دادند دخترانی که احساس فعال بودن به هنگام بیدار شدن در صبح را به ندرت داشته و یا هرگز نداشتند، شیوع بالاتری از درد قاعدگی شدید را نشان می دهند (۳۵).

طبق بررسی حاضر بین دو متغیر وضعیت جسمی و فیزیکی و شدت دیسمنوره اولیه همبستگی معنی دار آماری به دست آمد ($P < ۰/۰۲۵$). به طوری که در افراد با وضعیت جسمی و فیزیکی بهتر ، شدت دیسمنوره کمتری وجود داشت. Rimpela و Teperi

(۱۹۸۹) نیز در بررسی خود به همین نتیجه اشاره نمودند هر چند که در بررسی آنان این نتیجه معنی دار نبود (۳۵).

در تحقیق حاضر همبستگی معنی دار آماری بین شدت دیسمنوره اولیه با در نظر گرفتن قاعدگی به عنوان یک بیماری و نیز به عنوان یک مسئله پردردسر و مزاحم، که هر دو می توانند به نوعی منعکس کننده نگرش منفی در مورد قاعدگی باشند، وجود دارد ($P < 0/001$). این همبستگی می تواند به صورت یک همبستگی دو طرفه باشد. به طوری که وجود درد قاعدگی شدید خود منجر به بروز نگرش منفی در فرد می گردد و از طرفی طرز فکر و تمایلات فرد نسبت به قاعدگی می تواند بر شدت دیسمنوره مؤثر واقع شود. Benson و Pernol (۱۹۹۱) در زمینه عوامل روانی می نویسند، عوامل روانی ممکن است در دیسمنوره اولیه دخالت داشته باشد و شامل عوامل نگرشی می باشند که از مادر به دختر رسیده است (۳۶). مطالعات دیگر نیز نشان داده است که وجود عقاید و گرایشات منفی نسبت به قاعدگی، درد را تشدید می کند که می تواند ناشی از بروز پاسخ های هیجانی و روانی در فرد باشد (۳۷). طرز فکر و نگرش منفی فرد نسبت به قاعدگی که ناشی از شرایط استرس زا و دیدی است که اجتماع نسبت به قاعدگی دارد، باعث تشدید علائم می شود (۳۸).

بررسی حاضر ارتباط معنی دار قوی آماری را بین شدت دیسمنوره اولیه و زمینه ارثی نشان داد ($P < 0/001$). این یافته با نتایج حاصل از بررسی Andersh و Milsom (۱۹۸۷) مطابقت دارد (۲۲). همچنین Silberg (۱۹۸۷) نیز در بررسی خود نتیجه گرفت که زمینه ژنتیکی بر درد قاعدگی و نیز جریان خونریزی قاعدگی مؤثر است (۳۱).

منابع

- ۱- رایان کنت جی، برکوویتز راس راس ،باربیری رابرت ال، دونایف آندریا. اصول بیماریها و بهداشت زنان کیستتر ۱۹۹۹. ترجمه قاضی جهانی، بهرام و قطبی، روشنک، ویراست هفتم. تهران: انتشارات گلبن، ۱۳۸۲.
- ۲- ساداتیان، سید اصغر. تظاهرات اصلی CMMD بیماریهای زنان. تهران: انتشارات نور دانش، ۱۳۸۴.
- ۳- دیون کوردون جان، اسپیروف لیون. اندوکرینولوژی بالینی زنان و ناباروری اسپیروف ۲۰۰۲. ترجمه آرامش کیارش، حج فروش سپیده ، غوش نازنین، ۱۳۸۲، ص ۴۳۶.
- ۴- اکبرزاده پاشا، علی اکبر. ORDER زنان و زایمان. چاپ ۱۱، تهران: انتشارات پاشا با همکاران گلبن، ۱۳۸۳، ص ۸-۴۶۶.
- ۵- ذاکری حمیدی مریم، ضیایی سعیده ، کاظم نژاد انوشیروان. اثر درمانی ویتامین E در علائم گوارشی همراه با دیسمنوره. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۸۵، دوره ۶، شماره ۴: ص ۷۸-۳۷۴.
- ۶- نظریور سهیلا. درسنامه بیماریهای زنان و ناباروری. تهران: نشر بشری، ۱۳۸۶، صفحه ۲۴۲.
7. Berek JS. Berek & NOVAKS Gynecology. 4th ed. U.S.A: Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007.
- 8- Durain D. Primary dysmenorrhea: assessment and management update. J Midwifery Women's Health, 2004, Vol 49, No.6:520-8.
- 9- Holder A. Dysmenorrhea. eMedicine Specialties, Department of Emergency Medicine and Internal Medicine, 2009. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/795677>, 2009.
- 10- Dysmenorrhea Clinical Trials, Diagnosis, and Treatment, 2009. Available at: <http://en.wikipedia.org/wiki/Dysmenorrhea>, 2009.
- 11- Anton Calis K. Dysmenorrhea. eMedicine Specialties . Obstetrics and Gynecology, 2009. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/253812-followup>, 2009

- 12- Dawood MY. Ibuprofen and dysmenorrhea. Am J Med.1984, Vol 77, No. 1A:87-94.
- 13.Banikarim ch.2007. Available at:
<http://www.microsoft.com/isapi/redir.d//,prd=ie&pever=6&ar=msnhome>. 2009.
- 14-French L. Dysmenorrhea. Am Fam Physician, 2005, Vol 71,NO 2 :285-91.
15. Dawood MY. Dysmenorrhea. Clin . Obstet. Gynecol, 1999, Vol 33, No 1: 163-7.
- 16-Fraser IS. Prostaglandins, prostaglandin inhibitors and their roles in gynecological disorders. Baillieres Clin Obstet Gynaecol, 1992, Vol 6,NO 4:829-57.
17. Magowan B. Churchill's pocket book of obstetrics and Gynecology. 1st Ed, Singapore: Churchill Livingstone, 1997: 79 – 181.
18. Dawood MY. Primary Dysmenorrhea . Obstet & Gynecol, 2006, Vol 108: 428 – 41.
19. Burnett MA, et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. J-obstet-Gynecol-can, 2005, Vol 27, NO 8: 765 – 70.
20. Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. Pediatrics, 1981, Vol 68: 661.
21. French L. Dysmenorrhea . Am fam physician, 2005, Vol 71, NO 2:285-91?
22. Lentz GM. Primary and secondary dysmenorrheal, premenstrual syndrome, and premenstrual dysphoric disorder: Etiology, diagnosis, management. in : Katz VL, Lentz GM, lobo RA, Gershenson DM , eds. Comprehensive Gynecology , 5th ed. Philadelphia , pa : Mosby Elsevier , 2007, chap. :36.
23. Wood C. Dysmenorrheal. Hand book of Psychosomatics & Gynecology. Dennerstien Burrows. Elsevier Biomedical press, 1983.
24. Andersh B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrheal. Am. J. obstet. Gynecol, 1983, 144:655 – 61.
25. Frederickson H.L. Ob/Gyn secrets. 2nd ed. Philadelphia: hanleg & Belfus, 1977: 11-17.

26. Havens carols, sulliva nacy D, Tiltion. Manual of outpatient Gynecology. 2nd ed. U.S.A: carol, 1991: 113- 29.

27. Ogilvie AR. Dysmenorrhies. Women's Health complementary medicine, March /April 2005: 73-79.

28- Latthe P, et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. BMJ, 2006, Vol 332, NO 7544:749-55.

29- Sobczyk R, et al. A case control survey and dysmenorrhea in a family practice population: a proposed disability index. J Fam Pract, 1978, Vol 7, No 2:285-90.

30- Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. Obstet Gyneco, 1996, Vol 87, No 1:55-8.

31- Silberg L , Martin NG, Heath AC. Genetic and environmental factors in primary dysmenorrhea and its relationship to anxiety, depression, and neuroticism . Behavior Genetics, 1987, Vol 17, No 4: 363-383.

32- Osuga Y, et al. Dysmenorrhea in Japanese women. Int J Gynaecol Obstet, 2005, Vol 88, No 1:82-3.

33- Latthe P, et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. BMJ, 2006, Vol 332, No 7544 :749-55.

34- Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. Pediatrics, 1981, Vol 68, No 5:661-4.

35. Teperi J, Rimpela M. Menstrual pain, health and behavior in girls. Soc Sci Med, 1989, Vol 29, No 2: 163 – 9.

36. Pernol ML, Benson Rc. Current Obstetric and Gynecology and Treatment. 7th Ed, New Jersey: Appleton and Lange, 1991.

37. Willson JR., Carrington ER. Obstetrics and Gynecology. 12th ed. St. Louise: the C.V. Mosby co., 2003.

38. Gruber VA, Wildman BC. The impact of Dysmenorrhea on daily activities. Behav. Res . Ther, 1987, Vol 25, No 2: 123 – 28.