

تأثیر نشانگان پیش از قاعدگی بر عملکرد حافظه‌های کوتاه‌مدت، بلندمدت و آینده‌گرا در زنان مبتلا به این نشانگان

حسین زارع¹، شیرین تاراج^{2*}

1. استادیار روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور - مرکز تهران

2. مربی روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور - مرکز تهران

تاریخ پذیرش مقاله: 1388/4/4

تاریخ دریافت: 1387/12/15

خلاصه

مقدمه: نشانگان پیش از قاعدگی، تأثیرات متعددی بر سبک زندگی زنان دارد. پژوهش حاضر به بررسی تأثیر نشانگان پیش از قاعدگی بر حافظه‌های کوتاه‌مدت، بلندمدت و آینده‌گرای زنان مبتلا به این نشانگان پرداخته است. **روش کار:** این مطالعه، به عنوان یک پژوهش آزمایشی و میدانی بر روی 60 خانم مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی با میانگین سنی 33 سال، در دو مرحله قبل و بعد از قاعدگی اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس درون‌موردی (تحلیل کوواریانس) و آزمون t گروه‌های همبسته، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای ارزیابی حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت، از 30-WLT و برای ارزیابی حافظه آینده‌گرا، از درخواست انجام یک فعل از پیش تعیین‌شده به عنوان ابزار، استفاده گردید.

نتایج: نشانگان پیش از قاعدگی در افراد مورد بررسی، باعث کاهش کارکرد حافظه‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت می‌شد ($p < 0/001$)؛ ولی در میزان کارکرد حافظه آینده‌گرا تأثیری نداشت.

نتیجه‌گیری: نشانگان پیش از قاعدگی، نه تنها به عنوان نوعی اختلال در نوسانات خلقی و زوال حافظه مؤثر است، بلکه وجود بیماری‌های موجود در پس‌زمینه این اختلال در افراد مورد مطالعه در این پژوهش قابل طرح می‌باشد. بنابراین کنترل و درمان عوارض جسمی و روانی این نشانگان به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات زنان به منظور بهبود کارکردهای شغلی، تحصیلی و اجتماعی آنان پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: نشانگان پیش از قاعدگی، حافظه کوتاه‌مدت، حافظه بلندمدت، حافظه آینده‌گرا

* نویسنده مسئول مکاتبات: شیرین تاراج؛ تهران، جاده لشکرک، خیابان نخل، دانشگاه پیام نور - مرکز تهران. تلفن: 021-23322675
پست الکترونیک: shrintaraj@gmail.com

مقدمه

بخش مهمی از زندگی عاطفی زنان را ریتم‌های زیستی آنان تشکیل می‌دهد. ممکن است پاره‌ای از ویژگی‌های خلقی زنان مربوط به تغییرات ریتم‌های زیستی آنان باشد (1). پاره‌ای از این تغییرات به عنوان تنش پیش از قاعدگی مطرح می‌گردند. به طور کلی، تنش پیش از قاعدگی عبارت است از بروز دوره‌ای یک یا چند علامت از مجموعه‌ای از علائم خاص (بیش از صد مورد از نشانه‌ها) درست پیش از ظهور قاعدگی، به شکلی که زندگی یا شغل فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به دنبال آن، در طی دوره‌ای دیگر این علائم ناپدید می‌گردند. گرچه این تنش‌ها از سال‌ها قبل شناخته شده بودند، ولی توجه بر روی علائم و نشانه‌ها در سال‌های اخیر صورت گرفته است (2).

نشانگان پیش از قاعدگی (premenstrual syndrome; PMS) که در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) از آن به عنوان اختلال ملال پیش از قاعدگی (premenstrual dysphoric disorder; PMDD) یاد می‌شود، در زمره اختلالات خلقی طبقه‌بندی می‌گردد (3). نشانه‌های این نشانگان عبارتند از: علائم احساسی (غم‌گینی، اضطراب، خشم، تحریک‌پذیری، خلق ناپایدار)، علائم شناختی (کاهش تمرکز و حافظه، از بین رفتن قدرت تصمیم‌گیری، تفکرات انتحاری، پارانوایا، علائم عصبی (بی‌خوابی، پرخوابی، بی‌اشتهایی، خستگی، بی‌قراری، تغییرات میل جنسی، پرخوری)، علائم رفتاری (کاهش انگیزه، کاهش کارایی، کاهش کنترل تکانه، گوشه‌گیری اجتماعی) و علام مربوط به سیستم عصبی مرکزی و درد (کاهش مهارت‌ها، تشنج، سرگیجه، لرزش، سردرد، درد عضلات و مفاصل). هم‌اکنون بسیاری از محققین، نشانگان پیش از قاعدگی را به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات سایکوسوماتیک در نظر می‌گیرند (3).

برخی معتقدند که مبتلایان به این نشانگان، 50% مراجعین به کلینیک‌های بیماری‌های زنان را تشکیل می‌دهند. اساساً نشانگان پیش از قاعدگی، مشکلی روانی-اجتماعی است که از نظر بیولوژیک، روانشناسی یا جامعه‌شناسی، با سیکل قاعدگی گره خورده است. از

این رو لازم است نیازها و مشکلات زنان در این نشانگان مورد بررسی قرار گرفته و به آن رسیدگی شود. ولی علیرغم شیوع بالا و مطالعاتی که طی پنجاه سال اخیر در مورد این اختلال صورت گرفته‌اند، هنوز مطالعات صورت‌گرفته بر روی حافظه، اندک هستند (1). ذکر اهمیت حافظه در زندگی روانی افراد، بسیار مهم بوده و مهم‌تر از آن، فاکتورهایی هستند که ممکن است در عملکرد حافظه مداخله نموده و به نوعی آن را در معرض اختلال قرار دهند (4).

تالوینگ (1985) در نظریه خود، مشخصات و ویژگی‌های نظام و ساختار حافظه را تعریف کرده و بر اساس این تعریف، چهار نوع حافظه بلندمدت را معرفی می‌کند: (1) حافظه رویه‌ای، (2) حافظه ادراکی، (3) حافظه معنایی، (4) حافظه رویدادی (حوادث خاص) (4). البته وی در سال 1991 با اضافه کردن حافظه کوتاه‌مدت به چهار مورد ذکرشده، پنج سیستم حافظه را معرفی می‌کند که در دیدگاه چند سیستمی حافظه قابل طرح است (5).

اغلب مطالعات انجام‌شده بر روی حافظه انسانی با توجه به حافظه گذشته‌گرا صورت گرفته‌اند. در این نوع حافظه، بر گذشته تمرکز می‌شود. به ویژه بر روی توانایی مردم در یادآوری رویدادهایی که تجربه کرده‌اند یا دانشی که قبلاً آموخته‌اند. برعکس، در زندگی روزمره بیشتر با حافظه‌ای سر و کار داریم که مبتنی بر حافظه آینده‌گرا است که در آن، یادآوری به منظور انجام اعمال با قصد است. یکی از معدود تلاش‌ها برای مطالعه حافظه آینده‌گرا به روش کاملاً طبیعی، توسط Marsh، Hicks و Landaux در سال 1998 گزارش شده است (4). آنها دریافتند که مردم برای هفته آینده خودشان به طور متوسط 15 طرح دارند. تقریباً 25% از این طرح‌ها اجرا نمی‌شود. یکی از دلایل عدم اجرای آنها، زمان‌بندی مجدد و اولویت‌دهی دوباره است. در کل، فقط حدود 3% این طرح‌ها به دلیل فراموش کردن اجرا نمی‌شوند. فراموشی، بیشتر برای طرح‌هایی وجود داشت که هدف آن انجام کار یا ارتباط با کسی بود، تا اینکه برای تعهدات یا قرار ملاقات باشد. بین حافظه آینده‌گرای رویداد-مدار و زمان-مدار تمایز اساسی وجود دارد (4). حافظه آینده‌گرای زمان-مدار، یادآوری

کاهش فعالیت‌های شناختی از جمله تمرکز و حافظه توسط Schmitt (2005) در نوجوانانی که به استعمال سیگار مبادرت می‌ورزند، مورد پژوهش قرار گرفته است (8). این پژوهشگر، کاهش کارکردهای شناختی از جمله تمرکز و حافظه، اثرات خلق بر حافظه و حافظه فعال را با استفاده از تکلیف یادگیری کلمات، مطرح می‌سازد. این کاهش کارکرد در فعالیت‌های شناختی، در دختران مصرف‌کننده سیگار بیشتر بوده است.

طی مطالعات گزارش شده توسط Perry و همکارانش در امریکا (1998) در دو گروه از زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی، شاخص‌های روانی- حرکتی، حافظه، تمرکز و یادگیری کلامی اندازه‌گیری شد. گروه اول، شامل 19 زن دارای علایم شدید و گروه دوم، شامل 18 زن دارای علایم خفیف نشانگان پیش از قاعدگی بودند. با وجود کاهش در فرآیند روانی- حرکتی در زنان مبتلا در گروه اول، در شاخص‌های شناختی آنان تفاوت قابل ملاحظه‌ای یافت نشد (9).

طرح این سؤال که تأثیر نشانگان پیش از قاعدگی بر کدامیک از انواع حافظه بیشتر است، می‌تواند حائز اهمیت باشد. پژوهش حاضر، به بررسی تأثیر این نشانگان بر حافظه‌های کوتاه‌مدت، بلندمدت و آینده‌گرا پرداخته است تا بتواند میزان فعالیت حافظه را قبل و بعد از قاعدگی مورد بررسی قرار دهد (4). زیرا با توجه به مطالب فوق و نتایج پژوهش‌های صورت گرفته، مطالعه تأثیرات این نشانگان بر انواع حافظه حایز اهمیت بوده و می‌تواند گام مهمی در شناخت نیازها و مشکلات زنان بردارد.

روش کار

در این پژوهش آزمایشی و میدانی، در ابتدا از 300 خانم مراجعه‌کننده به دو مطب و سه درمانگاه خواسته شد تا فرم‌های پرسشنامه بهداشت و قاعدگی، پرسشنامه علامت‌شناسی آبراهام و تاپلر (MSQ)، جدول معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR، فرم ثبت علایم روزانه (DRF) و فرم دموگرافی را پر کنند (10). ثبت علایم آینده‌نگر حداقل در سه سیکل قاعدگی ضروری بود. در نهایت، 188 نفر شرایط اولیه ورود به تحقیق را داشتند که پس از مصاحبه فردی، خانم‌هایی

انجام عمل خاصی در زمان خاص است. برعکس، حافظه آینده‌گرای رخداد- مدار شامل به خاطر آوردن انجام یک عمل تحت شرایط مناسب است. طبق پژوهش Sellen و همکارانش (1997)، عملکرد آزمودنی‌ها در تکلیف حافظه رخداد- مدار در مقایسه با تکلیف حافظه زمان- مدار بهتر بود. این نتایج بر خلاف واقعیتی بود که غالباً در خصوص تکالیف زمان- مدار فکر می‌شد. Sellen و همکارانش، چنین تفسیر کردند که انجام تکالیف حافظه آینده‌گرای رخداد- مدار در مقایسه با تکالیف حافظه آینده‌گرای زمان- مدار آسانتر است؛ زیرا احتمال بیشتری وجود دارد که سرنخ‌های بیرونی برای انجام اعمال مورد نظر مهیا شود (4).

Hunter و همکارانش (2002) چنین تبیین می‌کنند که زنان دارای نشانگان پیش از قاعدگی، قدرت مقابله کمتری با مشکلات داشته و بیشتر ترجیح می‌دهند به جای معاشرت، منزوی و گوشه‌گیر باشند (6).

Caplan (1992) در مقایسه زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی و زنان غیر مبتلا به آن ابراز می‌دارد که زنان غیر مبتلا به این نشانگان، دارای قدرت مقابله بیشتری در برابر مشکلات بوده و مسئولیت‌پذیرترند (3).

Morgan در سال 2002، در گزارش تحقیقی در مورد علایم نشانگان پیش از قاعدگی، به افت حافظه، نوسانات خلقی، دل‌نازک‌شدن، و اشک‌ریختن اشاره می‌کند (7).

نتایج تحقیقات انجام شده در سوئیس بر روی 16 زن مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی که با استفاده از تکالیف 30-WLT (30-word learning task) و AVLT (abstract visual learning task) صورت گرفته است، نشان‌دهنده کاهش معنی‌داری در کارکرد حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت، و همچنین کاهش خفیف در حافظه تصویری بوده است (8). این پژوهشگران، کاهش میزان هورمون‌های استروئیدی خون را یکی از علل افزایش علایم و نشانه‌های سندرم پیش از قاعدگی مطرح کرده و اظهار می‌نمایند که افزایش هورمون آلفا-لاکتالبومین سبب افزایش فعالیت حافظه تصویری شده، ولی در میزان یادآوری لغات تأثیری نداشته است (6).

در مرحله اول اگر آزمودنی فعل مورد نظر را بدون هیچگونه راهنمایی و تداومی به خاطر می‌آورد (free-recall)، نمره یک و در غیر این صورت، نمره صفر به وی تعلق می‌گرفت. در صورتی که نمره وی صفر بود، آزمونگر با دادن نشانه (Q-recall) سعی می‌کرد فصل مورد نظر را به وی خاطرنشان سازد (12).

در این مرحله نیز در صورتی که آزمودنی فعل مورد نظر را به خاطر می‌آورد، نمره یک و در غیر این صورت، نمره صفر به وی تعلق می‌گرفت (12).

داده‌های فوق با روش تحلیل واریانس درون‌موردی (تحلیل کوواریانس) و آزمون t گروه‌های همبسته، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تعیین اعتبار و پایایی ابزار گردآوری اطلاعات، از روش اعتبار محتوا و آزمون مجدد استفاده گردید؛ بدین صورت که پرسشنامه‌ها با فاصله 15 روز، توسط 10 نفر از نمونه‌های واجد شرایط تکمیل گردیدند و نتایج حاصل از دو نوبت با حدود 83% اطمینان با هم تطبیق داده شدند.

نتایج

الف- بررسی حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت

میانگین نمرات حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت کلمات، پیش از قاعدگی (9/47) با میانگین نمرات حافظه کوتاه‌مدت و بلندمدت کلمات، بعد از قاعدگی (12/38) تفاوت معنی‌داری نشان داده و آزمون t گروه‌های همبسته ($t=11/14$) در سطح آلفای 5% معنی‌دار بود. بدین صورت، عملکرد حافظه در تکلیف یادگیری 30 کلمه‌ای پیش از قاعدگی (زمان وجود نشانگان) نسبت به بعد از قاعدگی (عدم وجود نشانگان)، پایین‌تر بود (جدول 1).

ب- بررسی حافظه آینده‌گرا

با توجه به عدم معنی‌داری در میزان میانگین پاسخ‌های داده‌شده در ارزیابی حافظه آینده‌گرا قبل و بعد از قاعدگی و با توجه به معنی‌دار نبودن آزمون تحلیل واریانس درون‌موردی ($F=1/67$) در سطح آلفای 5% می‌توان گفت نشانگان پیش از قاعدگی، بر عملکرد حافظه آینده‌گرا تأثیر ندارد. همانگونه که توضیح داده شد، حافظه آینده‌گرا به دو صورت و در دو مرحله "یادآوری آزاد" و "یادآوری همراه با نشانه"،

که به هر یک از بیماری‌های جسمی یا روانی دیگری مبتلا بودند از چرخه پژوهش خارج شده و در نهایت، 120 نفر واجد شرایط نهایی انتخاب شدند. از این تعداد، 60 نفر به شیوه تصادفی ساده برای شرکت در آزمون‌های حافظه انتخاب گردیدند.

افراد مورد بررسی، شامل خانم‌های مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی با میانگین سنی $33/5 \pm 8/5$ ، میانگین بهره هوشی 110، 58/3% متأهل، 38/3% مجرد، 3/3% متارکه کرده و 15% سیگاری بودند که در دو مرحله قبل از قاعدگی به عنوان گروه آزمایش و مرحله بعد از قاعدگی به عنوان گروه کنترل، مورد آزمون قرار گرفتند. اجرای آزمون به صورت انفرادی و زمان آن، حدود 90 دقیقه بود که در دو مرحله قبل و بعد از قاعدگی انجام می‌گرفت. به علت طولانی‌بودن زمان اجرای آزمون، آزمودنی‌ها با هماهنگی و وقت قبلی برای اجرای آزمون دعوت می‌شدند. برای ارزیابی حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت، از تکلیف 30-WLT استفاده گردید (8). این تکلیف، نمونه‌ای از آزمون انجام‌شده توسط (استرنبرگ، 1966)، (رایچ میکرز، 1992)، (تکینسون و شیفرین، 1971) می‌باشد (11). 30 کلمه انتخاب‌شده، بدون هیچگونه تداومی با یکدیگر، با توالی و توازن صوتی متناسب، روی نوار ضبط شدند. از جمله این کلمات می‌توان به "تلاش، او، یخ، زحمت، برو، با" اشاره نمود. پس از پخش نوار، آزمونگر از آزمودنی می‌خواست بلافاصله پس از اتمام کلمات، لغاتی را که به یاد می‌آورد، بدون در نظر گرفتن ترتیب آنها، بر روی کاغذ ثبت نماید. پس از ثبت کلمات یادآوری‌شده (یادآوری آزاد) کلمات توسط آزمودنی، آزمونگر پس از تصحیح پاسخ‌ها و حذف پاسخ‌های تکراری یا غلط که می‌توانست با بازنمایی ذهنی آزمودنی شکل گرفته باشد، تعداد کل کلمات پاسخ داده‌شده را به دست می‌آورد و درصد پاسخ‌های ثبت‌شده آزمودنی را مد نظر قرار می‌داد (4). به منظور ارزیابی حافظه آینده‌گرا، از آزمودنی خواسته می‌شد پس از اتمام آزمایش و هنگام خروج از اتاق، جمله‌ای را تکرار کند یا عملی را انجام دهد. برای مثال، در این پژوهش از آزمودنی خواسته شد هنگام خروج، چراغ را خاموش نماید یا قلم را به آزمونگر برگرداند (12).

جدول 1- میانگین پاسخگویی کلمات در حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت، قبل و بعد از قاعدگی در زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی ($p < 0/001$ ، t ، $df=59$ ، $N=11/4$ ، t ، $p < 0/001$)

خطای حافظه کوتاه‌مدت کلمات	پارامتر		
	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد
پیش از قاعدگی	9/47	60	2/404
بعد از قاعدگی	12/38	60	2/986

جدول 2- میانگین حافظه آینده‌گرا قبل و بعد از قاعدگی در زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی ($F=1/67$ و $N=60$)

حافظه آینده‌گرا	پارامتر	
	میانگین	انحراف استاندارد
مرحله اول پیش از قاعدگی	0/17	0/376
مرحله اول بعد از قاعدگی	0/13	0/343
مرحله دوم پیش از قاعدگی	0/22	0/415
مرحله دوم بعد از قاعدگی	0/07	0/252

بحث:

میانگین نمرات حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت کلمات پیش از قاعدگی با میانگین نمرات حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت کلمات بعد از قاعدگی، تفاوت معنی‌داری داشتند. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش (Schmitt و همکاران، 2005) همسو بوده (8) و چنین تبیین می‌گردد که نشانگان پیش از قاعدگی با کاهش کارکرد حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت بتواند به نوعی موقعیت‌های تحصیلی، شغلی، آموزشی و اجتماعی زنان را به مخاطره اندازد.

پژوهش‌های جدید در حیطه روان‌شناسی شناختی در زمینه بروز و شیوع این اختلال، به کاهش سنتز برخی از میانجی‌های شیمیایی خلق در مغز خصوصاً سروتونین اشاره دارند (Kessel، 2000، 13). در مورد اختلالات عاطفی یا خلقی از جمله افسردگی نیز به کاهش برخی از نوروترانسمیترها از جمله سروتونین اشاره شده است (13).

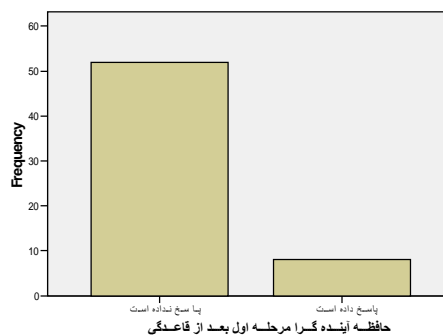
معنی‌دار بودن تفاوت میانگین پاسخگویی لغات، قبل و پس از قاعدگی (به ترتیب، 9/47 و 12/38)، در ارتباط با کارکرد حافظه کوتاه‌مدت و بلندمدت با در نظر گرفتن $t=11/14$ در سطح آلفای 5% در یادآوری آزاد کلمات نشان داد میزان کارکرد حافظه‌های کوتاه‌مدت و

نمره‌گذاری شد. با اینکه میانگین نمرات در مرحله دوم آزمون بیشتر از مرحله اول بود، ولی تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات حافظه آینده‌گرا در مرحله اول و دوم، ناشی از تأثیر نشانگان مشاهده نگردید (نمودارهای 1 و 2، و جدول 1).

ج- سیگار، سیکل قاعدگی، وضعیت تأهل:

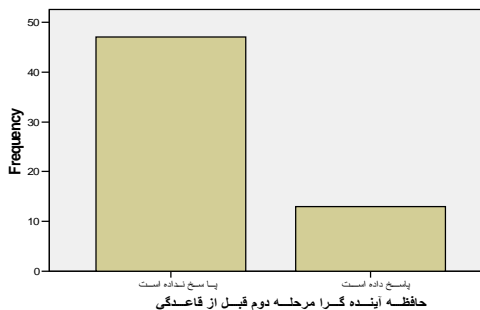
یافته‌ها نشان دادند با توجه به آزمون تحلیل واریانس درون‌موردی ($F=2/1$ و $p < 0/001$) در سطح آلفای 5%، استعمال سیگار باعث کاهش کارکرد حافظه می‌گردد. همچنین گرچه میزان میانگین‌های پاسخگویی کلمات پیش از قاعدگی در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد و متارکه‌کرده بالاتر بود؛ ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. اما با توجه به $F=5/7$ در سطح آلفای 5%، سیکل منظم قاعدگی بر عملکرد بهتر حافظه مؤثر بود؛ به عبارتی افرادی که دارای سیکل منظم قاعدگی بودند از حافظه بهتری برخوردار بودند.

حافظه آینده‌گرا مرحله اول بعد از قاعدگی



نمودار 1- توزیع فراوانی پاسخگویی حافظه آینده‌گرا در مرحله اول بعد از قاعدگی ($F=1/67$ و $N=60$)

حافظه آینده‌گرا مرحله دوم قبل از قاعدگی



نمودار 2- توزیع فراوانی پاسخگویی حافظه آینده‌گرا در مرحله دوم پیش از قاعدگی ($F=47/13$ و $N=60$)

می‌شود بوده است (4). Morgan (2002) در ارزیابی فعالیت‌های شناختی در زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی، تفاوت مشاهده‌شده را ناشی از تغییر یافتن ادراکات و انتظارات اجتماعی - فرهنگی می‌داند تا نوعی اختلال (7).

Steiner (2000)، کشیدن سیگار را عامل مهمی در کاهش فعالیت‌های شناختی از قبیل حافظه، کاهش استدلال کلامی، کاهش سیالی واجی و معنایی می‌داند (16). Cohen (2002) کشیدن سیگار را عامل مهمی در به‌وجود آمدن نشانگان پیش از قاعدگی دانسته و آن را به عنوان یک عنصر اساسی در شیوع و تشدید علائم این نشانگان ذکر می‌نماید (17). Sabias (2008) نیز کشیدن سیگار را عاملی برای تشدید نشانگان پیش از قاعدگی ذکر می‌کند (18).

طی مطالعات انجام‌شده در آمریکا، در دو گروه از زنان مبتلا و غیر مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی، شاخص‌های روانی - حرکتی، حافظه، تمرکز و یادگیری کلامی اندازه‌گیری شد. گروه اول، شامل 19 زن دارای علائم شدید PMDD و گروه دوم، شامل 18 زن دارای علائم خفیف PMDD بودند. با وجود کاهش در فرایند روانی - حرکتی در زنان مبتلا، در شاخص‌های شناختی تفاوت قابل ملاحظه‌ای یافت نشد. بنابراین، پژوهش ذکر شده به نوعی مغایر پژوهش‌های مطروحه است (9). علیرغم تفاوت‌های میانگین پاسخ‌ها در ارزیابی حافظه آینده‌گرا، قبل و پس از قاعدگی، تفاوت معنی‌داری در میزان میانگین‌ها مشاهده نشد. حافظه آینده‌گرای رخدادمدار به علت وجود نشانه‌های خارجی و محیطی بهتر برانگیخته می‌شود. همچنین این نوع حافظه در رابطه با طرح‌های عملی، از اولویت‌دهی بیشتری برخوردار است (12). این تبیین، همسو با گزارش Cohen (1989) است که اعلام می‌نماید طرح‌های از پیش تعیین‌شده مانند خوردن نهار یا خرید اتومبیل، بیشتر در حافظه باقی می‌مانند.

همچنین موریس (1992) به پژوهشی اشاره دارد که در آن شواهدی وجود داشت که یادآوری نشانه‌ها با طرح‌های از پیش تعیین‌شده در ارتباط بودند. این امر باعث موفقیت در عملکرد حافظه آینده‌گرا بود (4). از این رو سیستم‌های چندگانه حافظه هر کدام ضمن

بلندمدت تقریباً یک هفته پیش از قاعدگی پایین‌تر از کارکرد آن بعد از قاعدگی است.

بنابراین می‌توان چنین تبیین نمود که نشانگان پیش از قاعدگی، با کاهش کارکرد حافظه‌های کوتاه‌مدت و درازمدت می‌تواند به نوعی موقعیت‌های تحصیلی، آموزشی، شغلی و اجتماعی زنان را به مخاطره اندازد (1). این موضوع، همسو با پژوهش‌های صورت‌گرفته توسط Schmitt و همکاران در سال 2005 (8)، و Cohen و همکاران در سال 2008 می‌باشد (14).

بیش از یکصد علامت به عنوان بخشی از طرح نشانگان پیش از قاعدگی، شناسایی شده‌اند که تقسیم‌بندی این علائم بر مبنای روش Roy-Byrne و Rubinow و مورد علائم شناختی با کاهش تمرکز، حافظه و از بین رفتن قدرت تصمیم‌گیری با ترکیبی منحصر به فرد از علائم، که از نظر شدت و مدت متغیر هستند، مطرح گردیده است (15).

Hunter (2002) چنین تبیین می‌کند که زنان دارای نشانگان پیش از قاعدگی، قدرت مقابله کمتری با مشکلات داشته و بیشتر ترجیح می‌دهند به جای معاشرت، منزوی و گوشه‌گیر باشند (6).

Caplan (1992) در مقایسه زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی و زنان غیر مبتلا به آن ابراز می‌دارد که زنان غیر مبتلا به این نشانگان، دارای قدرت مقابله بیشتری با مشکلات بوده و مسئولیت‌پذیرترند (3).

Morgan (2002) در تحقیقی در مورد علائم نشانگان پیش از قاعدگی، به افت حافظه، نوسانات خلقی، دل‌نازک‌شدن و اشک‌ریختن اشاره می‌کند (7). نتایج تحقیقات صورت‌گرفته در سوئیس بر روی 16 زن مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی که با استفاده از تکلیف 30-WLT و AVLت انجام شده است، نشان‌دهنده کاهش معنی‌داری در کارکرد حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت و همچنین کاهش خفیف در حافظه تصویری بوده است (8).

در مطالعه‌ای در مورد حافظه سرگذشتی، در دو گروه آزمایش (زنان مبتلا به PMDD) و کنترل (زنان غیر مبتلا به PMDD)، افت حافظه در زنان مبتلا به PMDD مشاهده گردید. آنچه مهم به نظر می‌رسد، اختلاف بین آنچه واقعاً اتفاق افتاده و آنچه یادآوری

از: وضعیت روحی و روانی آزمودنی‌ها، نگرانی آنها نسبت به کیفیت حافظه، عدم استفاده از حداکثر بهره‌هوشی و دقت و توجه.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان دادند در افراد مورد بررسی، نشانگان پیش از قاعدگی باعث کاهش کارکرد حافظه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت شده، ولی در میزان کارکرد حافظه آینده‌گرا تأثیری ندارد.

به طور کلی، با افزایش آگاهی و تقویت توانایی‌های فردی می‌توان از بروز و تشدید بسیاری از بحران‌های خانوادگی جلوگیری کرده و به سلامت روانی و عاطفی زنان در جهت برخورد بهینه با استرس و چالش‌های موجود کمک کرد. همچنین، با توجه به نقش مراکز آموزشی، تحصیلی و بهداشتی در ارتقای سلامت و بهداشت زنان، پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های آموزشی مدون در زمینه‌های کنترل، تشخیص و درمان این نشانگان اجرا گردند. بنابراین، نقش آموزش و پرورش در آموزش دختران در سنین باروری و بالابردن عزت نفس آنان، با شناخت بیشتر این اختلال میسر خواهد شد.

تغییرات خلقی و استرس، و در پی آن، اختلال در نظام حافظه که خود تشدیدکننده استرس خواهد بود، ابتدا زنان را به عنوان پیکره خانواده تحت تأثیر خود قرار داده و سپس، موجب درگیری سایر اعضای سیستم یک خانواده می‌گردد.

بنابراین با ایجاد استراتژی‌های پویا، با استفاده از الگوهای زیستی و شناختی، با روشن‌تر کردن اطلاعات موجود در زمینه آشفتگی‌های ذهنی و روانی زنان، و علل و درمان آنها می‌توان به زنان کمک کرد تا در جهت هدفی مشترک که همان حصول بهداشت و سلامت روانی است گام برداشته شود، تا اکثر زنان مبتلا به این نشانگان بتوانند آسوده خاطر و فعال به زندگی خود ادامه دهند.

ارتباط و تعامل با یکدیگر به طور مستقل عمل می‌کنند (19).

علیرغم وجود نشانه‌های خارجی برای عملکرد بهتر حافظه آینده‌گرا، کارکرد این حافظه در نشانگان مورد نظر، قبل و پس از قاعدگی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. این مسئله می‌تواند بیانگر خوبی از وجود و تأثیر نشانگان بر حافظه باشد (14).

لازمه فکرکردن، انباشتن تجارب گذشته در یک طرح سازمان‌یافته، به نام حافظه است. تفکر تنها شامل درک رویدادهای کنونی محیط نیست. تجارب قبلی ما که از حافظه گرفته می‌شوند نیز بر نحوه تفسیر ما از وقایع مؤثر هستند.

انجمن روانپزشکی آمریکا، نشانگان پیش از قاعدگی را در گروه اختلالات افسردگی (یکی از اختلالات خلقی)، تحت عنوان اختلال ملال پیش از قاعدگی مطرح می‌سازد (3). این اختلال می‌تواند فعالیت‌های اجتماعی، آموزشی، شغلی و خانوادگی آنان را به مخاطره انداخته و بر کیفیت زندگی زیستی، روانی و اجتماعی آنان تأثیر بگذارد (2). تعیین میزان شیوع این عارضه، به علت تنوع در اشکال بروز علائم آن، امکان‌پذیر نیست.

با این حال، میزان وقوع این نشانگان در جوامع مختلف بین 5 تا 95 درصد برآورد شده است (1). وقوع و شیوع این نشانگان با توجه به عواملی مانند فرهنگ، نگرش، سن، ورزش، تغذیه و بیماری‌های زمینه‌ای، تغییرپذیر است. وجود استرس، صرف نظر از منشأ آن، زنان را برای ابتلا به این نشانگان، مستعد می‌سازد (20). نشانه‌شناسی این نشانگان، بسیار گسترده است؛ ولی آنچه در این پژوهش بیشتر مد نظر قرار گرفته است، علائم مربوط به کارکردهای شناختی از جمله حافظه می‌باشد. از جمله این علائم می‌توان به کاهش در کارکرد تمرکز و حافظه، عدم قدرت تصمیم‌گیری مناسب، افکار خودکشی، حساسیت به واپس‌زده‌شدن، فراموشکاری، گیجی و سوء‌ظن اشاره نمود (2). محدودیت‌های مطرح‌شده در این پژوهش عبارت بودند

منابع

1. Brek JS. Novak's gynecology. 14th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

2. Ryan KJ, Berkovitz RL, Dunaif A. *Kisner's gynecology & women's health*. 7th ed. St Louis: Mosby; 1999.
3. Caplan PJ, McCurdy-Myers J, Gans M. Should "premenstrual syndrome" be called a psychiatric abnormality? *Fem Psychol* 1992;2(1):27-44.
4. Eysenck MW, Keane M. *Cognitive psychology: A student's Handbook*, 5th ed. USA, New York: Psychology Press; 2005.
5. Tulving E, Hayman CA, Macdonald CA. Long-lasting perceptual priming and semantic learning in amnesia: A case experiment. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn* 1991;17(4):595-617.
6. Hunter MS, Ussher JM, Cariss M, Browne S, Jelley R, Katz M. Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: a study of treatment processes. *J Psychosom Res* 2002;53(3):811-7.
7. Morgan M, Rapkin A. Cognitive flexibility, reaction time, and attention in women with premenstrual dysphoric disorder. *Gend Specif Med* 2002;5(3):28-36.
8. Schmitt JA, Jorissen BL, Dye L, Markus CR, Deutz NE, Riedel WJ. Memory function in women with premenstrual complaints and the effect of serotonergic stimulation by acute administration of an alpha-lactalbumin protein. *J Psychopharmacol* 2005;19(4):375-84.
9. Resnick A, Perry W, Parry B, Mostofi N, Udell C. Neuropsychological performance across the menstrual cycle in women with and without Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatry Res* 1998;77(3):147-58.
10. Abraham G, Taulor R. *Current therapy in obstetrics and gynecology*. WB Saunders Company; 7th ed. USA, New York: McGraw-Hill; 1990.
11. Atkinson RC, Shiffrin RM. Human memory: A proposed system and its control processes. In: Spence KW, Spence JT (Eds.). *The psychology of learning and motivation*. USA, New York: Academic Press; 1968.
12. Kormi Nouri R. *Psychology of memory and learning, a cognitive approach*. 1st ed. Iran, Tehran: Samt Press; 2004. p.156-65.
13. Kessel B. Premenstrual syndrome. *Advances in diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;27(3):625-39.
14. Cohen G, Conway M, *Memory in the real world*. 3th ed. USA, New York: Psychology Press, Taylor & Francis Group; 2008.
15. Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002;23(3):193-9.
16. Steiner M, Pearlstein T. Premenstrual dysphoria and the serotonin system: pathophysiology and treatment. *J Clin Psychiatry* 2000;61 Suppl 12:17-21.
17. Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. *The Harvard Study of Moods and Cycles. J Affect Disord* 2002;70(2):125-32.
18. Sabia S, Marmot M, Dufouil C, Singh-Manoux A. Smoking history and cognitive function in middle age.
19. Tulving E. Episodic and Semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson (Eds). *Organization and memory*. USA, New York: Academic Press; 1972.
20. from the Whitehall II study. *Arch Intern Med* 2008;168(11):1165-73.
21. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder guidelines for managements. *J Psychiatry Neurosci* 2000;25(5):459-68.