

## شیوع سندرم پیش از قاعدگی و برخی از عوامل مرتبط با آن در سن باروری

فهیمه رضانی تهرانی\* PhD

مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

سمیه هاشمی MSc

مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مطهره ریاب علامه PhD

معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** سندرم پیش از قاعدگی، تجربه برخی علائم جسمی و روانی به صورت دوره‌ای در روزهای پایانی چرخه قاعدگی است که در پاره‌ای از زنان بسیار ناتوان‌کننده بوده و با عملکرد شغلی، اجتماعی و روابط خانوادگی آنان تداخل می‌یابد. هدف از انجام این مطالعه بررسی شیوع سندرم پیش از قاعدگی و برخی عوامل مرتبط با آن بود.

**روش‌ها:** این مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت بین سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۰ در جامعه زنان ۱۸ تا ۴۵ ساله ایران انجام شد. ۱۲۰۰ نمونه آماری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی‌شده سهمیه‌ای، بر مبنای سهم متناسب با جمعیت، انتخاب شدند. پرسش‌نامه مورد استفاده مبتنی بر استاندارد کالج زنان و مامایی آمریکا بود. از نرم‌افزار آماری SPSS 15 و آزمون‌های مجذور کای و رگرسیون لجستیک در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** ۵۲/۹٪ نمونه‌ها مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و ۳۴/۵٪ مبتلایان به این سندرم، دچار فرم شدید این بیماری بودند. ارتباط آماری معنی‌داری بین سن، سطح تحصیلات و شغل افراد و ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی وجود داشت اما بین ابتلا به این سندرم و وضعیت تاهل و تعداد زایمان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. متغیرهای گروه سنی و تحصیلات قابلیت پیش‌گویی سندرم پیش از قاعدگی را داشتند ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بیش از نیمی از دختران و زنان در سنین باروری مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی هستند و این عارضه در سنین بالاتر و افراد با تحصیلات بیشتر شایع‌تر است.

**کلیدواژه‌ها:** سندرم پیش از قاعدگی، قاعدگی، باروری، زنان ایرانی

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۱۹

\* نویسنده مسئول: ramezani@endocrine.ac.ir

تپش قلب و علائم روانی نظیر افسردگی، تحریک‌پذیری، خستگی، پرخاشگری و تمایل به خودکشی را تجربه می‌کنند [۱-۳]. این ناراحتی‌های جسمی و روانی که به صورت دوره‌ای و راجعه احساس می‌شوند و از نظر تعداد و شدت علائم می‌توانند متفاوت باشند، به‌عنوان سندرم پیش از قاعدگی (PMS) تعریف می‌شوند [۴، ۵].

حدود ۹۰٪ خانم‌ها، تعدادی از علائم پیش از قاعدگی را در بعضی از چرخه‌ها گزارش می‌کنند. اما حدود ۲۰٪ خانم‌ها در سنین باروری، نشانه‌های رفتاری، هیجانی یا فیزیکی پیش از قاعدگی را به طور مکرر قبل از قاعدگی تجربه می‌کنند [۶-۸]. تقریباً ۷۰ تا ۹۰٪ زنان ایالات متحده در سنین باروری برخی از علائم رنج‌آور این سندرم را تجربه می‌کنند و در ۳ تا ۸٪ زنان، این علائم شدید و ناتوان‌کننده است [۹]. در مطالعه‌ای آینده‌نگر در دختران و زنان ۱۴ تا ۲۴ ساله آلمانی در دوره‌ای ۴ ساله، شیوع علائم شدید در شروع مطالعه ۵/۸٪ و در نهایت ۷/۴٪ گزارش شده است [۱۰].

شیوع سندرم پیش از قاعدگی در زنان ایرانی شاغل در کارخانجات ۶۷/۷٪ گزارش شده که ۲۷/۶٪ آنها مبتلا به نوع متوسط و شدید هستند. شایع‌ترین علائم خلقی این افراد افسردگی، بی‌ثباتی عاطفی، خشم و تحریک‌پذیری و شایع‌ترین علائم جسمی احساس درد، نفخ شکم و آکنه است [۱۱]. ۹۸/۲٪ دختران دانشجوی شهر زاهدان وجود حداقل یک علامت خفیف تا شدید از علائم سندرم پیش از قاعدگی را گزارش می‌کنند؛ ۱۶٪ این دختران مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) هستند. احساس خستگی و خواب‌آلودگی (۸۴٪)، افسردگی (۷۲/۳٪)، تحریک‌پذیری (۷۰/۳٪)، اضطراب (۷۰٪) و درد پشت (۶۹٪) شایع‌ترین علائم این اختلال است [۱۲]. در زنان ۲۱ تا ۳۵ ساله سوئسی شیوع انواع شدید و متوسط PMS به ترتیب ۸/۱ و ۱۳/۶٪ [۱۳] و در زنان برزیلی ۲۵/۲٪ است [۵]. سیلو و همکاران معتقدند که سن، شرایط اجتماعی- فرهنگی و نژاد از عوامل موثر بر این سندرم است [۵].

اختلاف در برآورد شیوع این سندرم، ناشی از عوامل متفاوتی است. نوع مطالعه و نحوه انتخاب جمعیت تحت مطالعه [۲] و عوامل فرهنگی- اجتماعی جامعه تحت مطالعه می‌تواند تاثیر شگرفی بر شیوع سندرم پیش از قاعدگی داشته باشد [۱۴، ۱۵]. به علاوه، معیارهای در نظر گرفته‌شده و نحوه سنجش این معیارها می‌تواند بر برآورد شیوع اثرگذار باشد [۵]. اغلب نتایج منتشرشده حاصل مطالعات انجام‌شده در درمانگاه‌های سرپایی زنان است و مطالعات مبتنی بر جمعیت محدودی، شیوع سندرم پیش از قاعدگی را بررسی کرده‌اند.

سندرم پیش از قاعدگی در ۳ تا ۸٪ زنان بسیار شدید و ناتوان‌کننده است و با عملکرد شغلی، اجتماعی و روابط خانوادگی آنان تداخل می‌یابد [۱۶، ۱۷]. به علاوه، بار اقتصادی ناشی از این سندرم بر افراد و جامعه نیز قابل توجه است. هزینه ناشی از این سندرم در ایالات متحده با محاسبه بازپرداخت بیمه و روزهای غیبت از کار

### مقدمه

بسیاری از زنان در روزهای پایانی چرخه قاعدگی خود، علائم جسمی از قبیل تورم و حساسیت پستان‌ها، سردرد، افزایش اشتها و

سندرم پیش از قاعدگی بر اساس معیارهای تشخیصی انجمن زنان و مامایی آمریکا بر مبنای وجود یک یا تعداد بیشتری از علائم آزاردهنده جسمی (سردرد، درد و حساسیت در سینه‌ها، نفخ شکم، تورم اندام‌های انتهایی) و روحی (زودرنجی، افسردگی، بروز خشم، پریشانی، اضطراب، انزوای اجتماعی) در ۵ روز قبل از شروع قاعدگی به‌طور متوالی در ۳ چرخه تعیین شد [۱۷، ۱۹]. افرادی که تنها ۱ یا ۲ علامت را ذکر کردند مبتلا به PMS خفیف و متوسط بودند و افرادی که ۳ یا بیش از ۳ علامت را در هر چرخه تجربه کرده بودند در گروه مبتلا به PMS شدید قرار گرفتند. پژوهشگر پس از مطالعه و بررسی کتب و نشریات مختلف و در نظر گرفتن اهداف پژوهش اقدام به تنظیم پرسش‌نامه نمود. در این پژوهش برای احراز روایی ابزار از روش روایی محتوی استفاده شد و پرسش‌نامه توسط ۱۰ نفر از متخصصان زنان و زایمان، پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی بررسی شد و مورد تایید قرار گرفت. برای تعیین پایایی ابزار، پرسش‌نامه برای ۵۰ نفر از واحدهای پژوهش تکمیل و با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، ضریب همبستگی ۰/۷۶ تعیین شد. این ۵۰ نفر در آنالیز نهایی در نظر گرفته نشدند.

تایید کمیته اخلاقی وزارت بهداشت قبل از انجام پروژه و اجازه‌نامه کتبی آگاهانه قبل از انجام پژوهش از نمونه‌های پژوهش اخذ شد. پرسشگری توسط کارکنان بهداشتی دوره‌دهنده انجام شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد با توجه به تجربه علائم در ماه‌های منتهی به مطالعه، به سؤالات پرسشگر پاسخ دهند. برای انجام مطالعه در هر استان یک تیم تحقیقاتی شامل هماهنگ‌کننده، رابطان و پرسشگران انتخاب و طی کارگاهی دوازده روزه با مراحل اجرای طرح آشنا شدند و ابهامات در خصوص پرسش‌نامه و پروتکل اجرایی رفع شد. شرکت‌کنندگان برای مصاحبه دعوت شدند. ۱۰۲ نفر (۸/۵٪) افراد واجد شرکت در مطالعه، حاضر به شرکت در مطالعه نشده و جایگزین شدند. ۲۷ پرسش‌نامه (۳/۲٪) مخدوش بود.

داده‌های به‌دست‌آمده برای انجام بررسی‌های آماری وارد نرم‌افزار آماری SPSS 15 شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های مجذور کای و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

## نتایج

۷۴/۱٪ افراد شرکت‌کننده در این مطالعه متاهل، ۵۱٪ دارای سابقه تحصیل بیش از ۹ سال و ۷۱/۶٪ خانه‌دار بودند (جدول ۱). بر اساس نتایج آزمون مجذور کای، ارتباط آماری معنی‌داری بین سن، سطح تحصیلات و شغل افراد و ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی وجود داشت و این عارضه در افراد بالای ۳۰ سال ( $p=0/001$ )، شاغلان در خارج از خانه ( $p=0/037$ ) و زنان دارای سطح تحصیلات بیش از ۹ سال ( $p=0/04$ ) از شیوع بالاتری برخوردار

سالانه به ازای هر فرد ۴۵۰۰ دلار تخمین زده می‌شود [۱۸]. لذا انجام مطالعات در این زمینه و تعیین شیوع و عوامل خطر این سندرم در جهت کاهش عوارض ناشی از این سندرم می‌تواند کمک‌کننده باشد. از سوی دیگر در ایران تاکنون مطالعه مبتنی بر جمعیت در رابطه با شیوع سندرم پیش از قاعدگی و عوامل موثر بر آن انجام نشده است. مطالعه حاضر بخشی از طرح کشوری "تعیین شیوع مرگ و میرهای باروری" است. هدف از انجام این مطالعه بررسی شیوع سندرم پیش از قاعدگی و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان ۱۸ تا ۴۵ ساله ایرانی در قالب مطالعه‌ای مقطعی بود.

## روش‌ها

این مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت بین سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۰ در جامعه زنان ۱۸ تا ۴۵ ساله ایران انجام شد. نمونه آماری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی‌شده سهمیه‌ای، بر مبنای سهم متناسب با جمعیت، انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول مطالعات توصیفی و با استفاده از فرمول تخمین فراوانی (نسبت) و بعد از اعمال ضریب ۲ به‌منظور رفع تورش ناشی از استفاده از این روش نمونه‌گیری، ۱۰٪ و افزایش ۱۰٪ (عدم پاسخدهی به سؤالات) ۱۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد. ۴ استان قزوین از مرکز، کرمانشاه از غرب، گلستان از شمال و هرمزگان از جنوب به شکل تصادفی از ۴ منطقه جغرافیایی کشور انتخاب شدند. لیست خانوارهای هر استان از مرکز بهداشت گرفته و پس از تعیین تعداد نمونه مورد نیاز از هر استان به تناسب جمعیت آن استان، تعداد خوشه‌های ۷ نفری هر استان تعیین شد. سپس فاصله نمونه‌گیری (k) با تقسیم تعداد کل خانوارها بر تعداد خوشه‌های مورد نیاز در هر استان به‌دست آمد و بر مبنای لیست خانوار موجود، شماره اولین خانوار انتخابی k-1 در نظر گرفته شد. هر خوشه از ۷ خانوار (بر اساس برآورد زمان لازم برای جمع‌آوری اطلاعات در یک روز) تشکیل شد. سرخوشه بعدی به‌وسیله اضافه‌کردن k به عدد اولین خانه مشخص شد. اگر بیشتر از یک خانم در هر خانه واجد شرایط مطالعه بود، فقط یک نفر از آنها که ابتدای نامش در فهرست الفبایی جلوتر بود، انتخاب شد. این فرآیند تا انتخاب ۷ زن واجد شرایط در هر خوشه ادامه یافت. نمونه‌های مطالعه از میان زنان و دختران ۱۸-۴۵ ساله ساکن در نقاط شهری استان‌های مذکور انتخاب شدند و زنان باردار، یائسه، دارای سابقه اوفورکتومی یا هیستریکتومی، مبتلا به اختلالات روانی و مصرف‌کننده قرص‌های پیشگیری از بارداری و داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی وارد مطالعه نشدند. در نهایت، ۱۰۱۰ نفر وارد مطالعه شدند.

پرسش‌نامه مورد استفاده در این مطالعه مبتنی بر استاندارد کالج زنان و مامایی آمریکا [۱۹] و شامل سؤالاتی در زمینه مشخصات جمعیت‌شناختی، سوابق بیماری، تاریخچه چرخه قاعدگی و باروری و نیز علائم جسمی و روانی افراد در طول چرخه قاعدگی بود. شدت

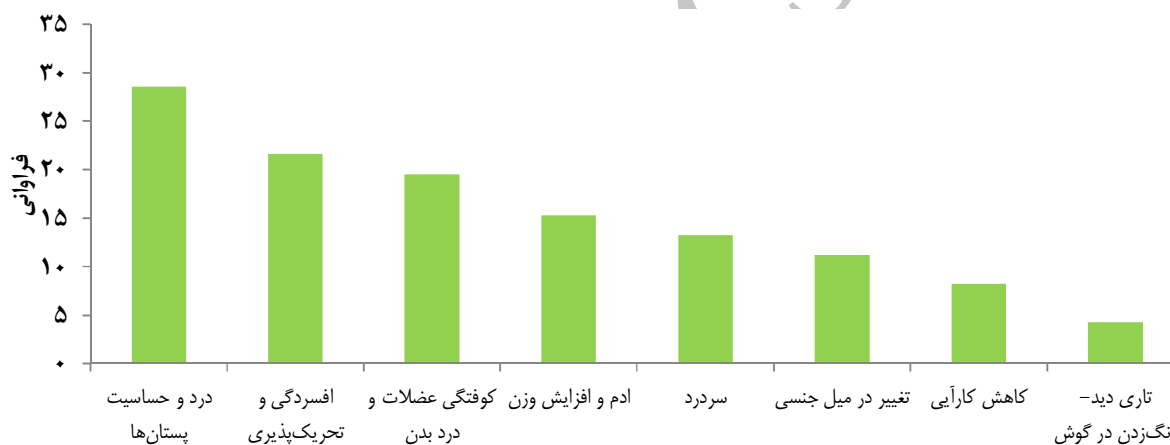
زایمان ( $p=0/83$ ) ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. ۵۲/۹٪ شرکت‌کنندگان در مطالعه مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و ۳۴/۵٪ مبتلایان به این سندرم، دچار فرم شدید این بیماری بودند. دردناک شدن پستان‌ها و حساسیت آنها در لمس (۲۸/۶٪) و افسردگی و تحریک‌پذیری (۲۱/۶٪)، شایع‌ترین علایم این سندرم بودند (نمودار ۱).

بر اساس نتایج مدل رگرسیون لجستیک پس از وارد کردن مرحله به مرحله متغیرهای زمینه‌ای گروه سنی (کمتر یا مساوی ۳۰ سال و بیشتر از ۳۰ سال)، تحصیلات (کمتر یا مساوی ۹ سال تحصیل و بیشتر از ۹ سال تحصیل)، وضعیت تاهل (ازدواج کرده و هرگز ازدواج نکرده)، وضعیت شغلی (شاغل و خانه‌دار) و تعداد زایمان (۰، ۱-۲، بیش از ۲)، متغیرهای گروه سنی و تحصیلات قابلیت پیش‌گویی سندرم پیش از قاعدگی را داشتند ( $p<0/05$ ). احتمال وجود این سندرم در زنان کمتر یا مساوی ۳۰ سال ۰/۶۶ کمتر از زنان با سن بیش از ۳۰ سال و در زنان شاغل ۰/۵۸ کمتر از زنان خانه‌دار بود (جدول ۲).

**جدول ۱) مشخصات جمعیت‌شناختی زنان ۱۸ تا ۴۵ ساله مورد مطالعه**

مقدار	شاخص
۳۲/۹±۷/۸	سن
۹/۰۲±۴/۴	تحصیلات
۲۰/۰۷±۳/۴	سن ازدواج
۲/۸±۱/۶	تعداد بارداری
۲/۵±۱/۵	تعداد زایمان
۰/۳۴±۰/۷	تعداد سقط
۲۹/۵±۹/۹	طول چرخه قاعدگی
۳۲/۲٪	بیشتر از ۳۰ هزار تومان
۶۷/۸٪	کمتر از ۳۰ هزار تومان
۸۴/۳٪	ازدواج کرده
۱۵/۷٪	هرگز ازدواج نکرده
۷۱/۶٪	خانه‌دار
۲۸/۴٪	شاغل

بود. اما بین ابتلا به این سندرم و وضعیت تاهل ( $p=0/1$ ) و تعداد



نمودار ۱) شیوع علایم سندرم پیش از قاعدگی بر اساس اظهار زنان مورد مطالعه

است که نه‌تنها عوارض نامطلوب جسمی - روانی به دنبال دارد، بلکه بر روابط زناشویی و فعالیت‌های اجتماعی نیز تاثیرگذار است. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بیش از نیمی از زنان ایرانی در سن باروری مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بودند. ۹۲٪ زنان چینی برخی از علایم PMS را تجربه می‌کنند [۲۰]. شیوع PMS در دختران نوجوان ژاپنی ۶۴/۶٪ [۲۱] و در جمعیت پاکستان ۵۳٪ [۱۴] و در جمعیت فرانسه ۳۰/۴٪ تخمین زده می‌شود [۲۲]. شیوع این سندرم در زنان ایرانی شاغل در کارخانجات [۲۳] و در دختران دانشجوی ایرانی ۹۸/۲٪ است [۱۲، ۱۵]. روش مطالعه، معیارها و پرسش‌نامه‌های استفاده‌شده، نحوه نمونه‌گیری، جمعیت مورد مطالعه [۲، ۲۴]، شرایط فرهنگی، تجارب و انتظارات روانی و سطح استرس افراد در بیان علایم و شکایت از علایم [۱۵] در نتایج

**جدول ۲) برآورد عوامل مدل رگرسیون لجستیک بر اساس عوامل خطر سندرم پیش از قاعدگی**

آماره - عامل	نسبت خطر	اطمینان ۹۵٪	سطح معنی‌داری
تعداد زایمان	۰/۶۵	۰/۲۳-۱/۸۳	۰/۴۰
وضعیت شغلی	۰/۷۸	۰/۵۴-۱/۱۴	۰/۲۰
وضعیت تاهل	۰/۷۷	۰/۵۰-۱/۸۸	۰/۲۴
سن	۰/۶۶	۰/۴۶-۰/۸۸	۰/۰۰۶
تحصیلات	۰/۵۸	۰/۴۳-۰/۸۰	۰/۰۰۱

## بحث

سندرم پیش از قاعدگی از شایع‌ترین اختلالات دوران باروری زنان

مطالعات تاثیرگذار است. ونگ و همکاران، فاکتورهای فرهنگی [۲۴] و محققان ژاپنی، نژاد و قومیت [۲۵] را بر شیوع و بیان علائم PMS تاثیرگذار می‌دانند.

طبق نتایج مطالعه حاضر، حدود یک‌سوم افراد مبتلا، از نوع شدید این بیماری رنج می‌برند. *استرنفلد* و همکاران فراوانی زنان ایالات متحده اظهارکننده علائم خفیف تا متوسط سندرم پیش از قاعدگی را ۸۲/۷٪ افراد مبتلا، علائم شدید ۱۲/۷٪ و مبتلایان به PMDD را ۴/۷٪ گزارش می‌کنند [۷]. *ادیگوزل* و همکاران، شدت این سندرم در ترکیه را ۴۰/۳٪ حالات خفیف و متوسط و تنها ۶/۱٪ شدید اعلام می‌دارند [۲]. در مطالعه ویکنین و همکاران، تنها ۳۱٪ افراد مبتلا به PMS معیارهای متوسط تا شدید را بیان می‌کنند [۲۶]. بیشتر افراد مبتلا (۹۳/۶٪) در ایران، PMS خفیف و متوسط دارند و تنها ۶/۴٪ از مبتلایان، نوع شدید را بیان می‌کنند [۲۳]. در مطالعات مختلف از تعاریف یکسانی برای PMS خفیف، متوسط و شدید استفاده نمی‌شود که این ممکن است دلیل تفاوت در شیوع به‌دست‌آمده در مطالعات برای شدت‌های مختلف PMS باشد.

علائم اظهارشده توسط افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در مطالعات گوناگون، تفاوت‌هایی دارد. در مطالعه حاضر شایع‌ترین علائم گزارش شده توسط افراد احساس افسردگی، درد و حساسیت در سینه‌ها، کوفتگی و درد عضلات بودند. در مطالعه *ادیگوزل* و همکاران در ترکیه، شایع‌ترین علائم گزارش شده تحریک‌پذیری، خستگی، اضطراب، احساس پُری، درد و ناراحتی در شکم هستند [۲]. همچنین شیوع بالایی از خلق ناپایدار، ناراحتی و خشم گزارش شده است [۲۷]. در مطالعه کلکنر و *اسمیت*، از شایع‌ترین علائم جسمی می‌توان به تورم سینه‌ها و ناراحتی شکم اشاره کرد [۲۸]. در بررسی *سیلوا* و همکاران، تحریک‌پذیری شایع‌ترین علامت است که در ۷۱/۴٪ بیماران دیده می‌شود و ناراحتی شکمی، دومین علامت شایع در افراد است. درد سینه‌ها در حدود نیمی (۵۱/۷٪) از مبتلایان به PMS گزارش می‌شود [۵]. ساختارهای جسمی افراد، سوابق باروری آنها و نیز وضعیت سلامت افراد می‌تواند در بیان علائم تاثیرگذار باشد [۱۲]. محققان معتقدند افرادی که در گروه‌های سنی [۲۸]، فرهنگی [۲۹]، قومی و نژادی [۳۰] متفاوت زندگی می‌کنند، به‌طور متفاوتی علائم و نشانه‌های خود را ابراز می‌کنند. از این رو، در مطالعات مختلف شیوع علائم متفاوت است.

نقش متغیرهای فردی در شیوع PMS هنوز مشخص نشده است. ادعا بر آنست که سطح تحصیلات بالاتر یا سطح اقتصادی-اجتماعی بهتر با شیوع بیشتر PMS همراه است که ممکن است به افزایش سطح درک این افراد و گزارش بیشتر این علائم توسط این گروه از افراد مربوط باشد. در مطالعه حاضر، در بررسی مستقل هر کدام از متغیرها، ارتباط معنی‌داری بین شغل افراد و PMS وجود داشت، به‌طوری‌که شیوع PMS در زنان شاغل بیش از زنان خانه‌دار بود، ولی در نتایج مدل رگرسیون لجستیک که با

شیوع سندرم پیش از قاعدگی و برخی از عوامل مرتبط با آن در سن باروری ۱۲۵ در نظر گرفتن تاثیر متغیرها روی یکدیگر ارتباط را می‌سنجد، این رابطه به‌دست نیامد. علت این امر می‌تواند آن باشد که در بررسی مستقل وضعیت اشتغال به‌واسطه نادیده انگاشتن اثر تحصیلات، این رابطه نمایان شده، اما پس از در نظر گرفتن وضعیت تحصیلات، دیگر اشتغال به‌عنوان عاملی با قابلیت پیشگویی این سندرم در مدل باقی نمانده است. *ادیگوزل* و همکاران، شیوع PMS شدید در زنان شاغل را بیش از زنان خانه‌دار گزارش می‌کنند [۲]؛ ولی *سیلوا* و همکاران چنین ارتباطی را نشان نمی‌دهند [۵]. در مطالعه حاضر، سطح تحصیلات با PMS ارتباط معنی‌داری داشت. مطالعات دیگری نیز رابطه معنی‌داری بین تحصیلات و PMS نشان دادند، به‌طوری‌که تحصیلات بیشتر با شیوع بالاتر همراه بود [۳۱، ۳۲]؛ درحالی‌که کیانی و همکاران ارتباطی بین سطح تحصیلات و PMS گزارش نمی‌کنند [۲۳]. براساس گزارش فریدمن و همکاران، زنان خانه‌دار و زنانی که تحصیلات پایین‌تر دارند نسبت به زنان شاغل یا زنان با تحصیلات بالاتر، PMS بیشتری را گزارش می‌کنند [۳۳]. نتایج متناقضی از ارتباط سن با شیوع PMS وجود دارد. در مطالعه حاضر، سن زنان مورد مطالعه با شیوع PMS ارتباط داشت. *دیگولی* و همکاران در مطالعه‌ای در کلینیک ژنیکولوژی، نتایج مشابهی گزارش می‌کنند مبنی بر این‌که شیوع PMS در زنان بالاتر از ۳۰ سال بیشتر است [۳۴]؛ درحالی‌که نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهند که با افزایش سن، علائم نیز افزایش می‌یابند [۳۵، ۳۶]. *گهلرت* و *هارتلج* ارتباطی بین سن و PMS گزارش نمی‌کنند [۳۷] و برخی مطالعات نیز شیوع بالاتر علائم را در زنان جوان‌تر گزارش می‌کنند [۷، ۳۸].

علی‌رغم بیشتر بودن شیوع PMS در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد، این اختلاف معنی‌دار نبود. در مطالعات دیگر نیز چنین نتیجه‌ای به‌دست آمده است [۵، ۳۱]. تعداد زایمان با PMS ارتباط نداشت. مطالعات دیگر نیز این نتیجه را تایید می‌کنند [۵، ۲۳]. نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که الگوی چرخه قاعدگی ارتباطی با PMS ندارد. *دنیل* و همکاران نیز چنین ارتباطی را بیان نمی‌کنند [۱۷]؛ درحالی‌که کیانی و همکاران ارتباطی بین طول مدت خونریزی قاعدگی و نیز فواصل بین چرخه‌ها گزارش می‌کنند و نشان می‌دهند که افراد دارای قاعدگی بیشتر از ۸ روز و آنهایی که فاصله بین چرخه‌های بیش از ۳۵ روز دارند، با احتمال بیشتری PMS را تجربه می‌کنند [۲۳]. در گزارش *دئوستر* و همکاران نیز PMS در زنانی که قاعدگی طولانی‌تری دارند، بیشتر است [۸]؛ درحالی‌که علائم PMS در زنان مبتلا به اولیگو‌منوره، کمتر دیده می‌شود [۳۶].

از مزایای پژوهشی مطالعه حاضر می‌توان به تعمیم‌پذیر بودن آن به دلیل مبتنی بر جمعیت بودن اشاره نمود. این مطالعه در ۴ استان از ۴ منطقه جغرافیایی مختلف ایران انجام شده و ۱۰۲ نفر (۸/۵٪) از دعوت‌شدگان برای تکمیل پرسش‌نامه مراجعه نکرده یا حاضر به

- 8- Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med*. 1999;8(2):122-8.
- 9- Ginsburg KA. Premenstrual syndrome. In: Ransom SB, editor. *Practical strategies in obstetrics and gynecology*. Philadelphia: WB Saunders; 2000.
- 10- 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.
- 11- Alavi AS, Alimalayeri N, Ramezanzpour A. Prevalence of premenstrual syndrome clinical signs. *Bandar Abbas Univ Med Sci*. 2006;4:335-41. [Persian]
- 12- 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.
- 13- Angst J, Sellaro R, Merikangas KR, Endicott J. The epidemiology of premenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(2):110-6.
- 14- Tabassum S, Afridi B, Aman Z, Tabassum W, Durrani R. Premenstrual syndrome: Frequency and severity in young college girls. *J Pak Med Assoc*. 2005;55(12):546-9.
- 15- Perez-Lopez CP, Perez-Roncero G, Lopez-Baena MT, Cuadros-Lopez JL. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Symptoms and cluster influences. *Psychiatry J*. 2009;3:47-57.
- 16- Johnson SR. Premenstrual syndrome therapy. *Clin Obstet Gynecol*. 1998;41(2):405-21.
- 17- Mishell DR. Premenstrual disorders: Epidemiology and disease burden. *Am J Manag Care*. 2005;11(16):473-9.
- 18- Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V, et al. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *J Reprod Med*. 2003;48(7):515-4.
- 19- ACOG. ACOG practice bulletin: Premenstrual syndrome. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;73(2):183-91.
- 20- Chang AM, Holroyd E, Chau JP. Premenstrual syndrome in employed Chinese women in Hong Kong. *Health Care Women Int*. 1995;16(6):551-61.
- 21- Takeda T, Koga S, Yaegashi N. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese high school students. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(6):535-7.
- 22- Serfaty D, Magneron AC. Premenstrual syndrome in France: Epidemiology and therapeutic effectiveness of 1000 mg of micronized purified flavonoid fraction in 1473 gynecological patients. *Contracept Fertil Sex*. 1997;25(1):85-90.
- 23- Kiani AAH, Mohamadi M, Faqihzade S. Evaluation of premenstrual prevalence, signs, symptoms and risk factors in working women. *Shahed Univ J*. 2009;81:45-54. [Persian]
- 24- Wang YP, Teng CT, Vieira Filho AH, Gorenstein C, Andrade LH. Dimensionality of the premenstrual syndrome: Confirmatory factor analysis of premenstrual dysphoric symptoms among college students. *Braz J Med Biol Res*. 2007;40(5):639-47.
- 25- Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(4):209-12.
- 26- Vichnin M, Freeman EW, Lin H, Hillman J, Bui S. Premenstrual Syndrome (PMS) in adolescents: Severity and impairment. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006;19(6):397-402.
- 27- Lajoie FDS. Improving treatment for premenstrual syndrome. *Can J CME*. 2006:81-93.
- 28- Cleckner-Smith CS, Doughty AS, Grossman JA. Premenstrual symptoms: Prevalence and severity in an adolescent sample. *J Adolesc Health*. 1998;22(5):403-8.

تکمیل آن نشده‌اند که این میزان درصد بالای پاسخگویی تحقیق را نشان می‌دهد. عدم استفاده از پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی و اکتفا به حافظه بیماران برای یادآوری علائم سندرم پیش از قاعدگی از محدودیت‌های مطالعه حاضر است. ابتلا به این سندرم می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی زنان شده و هزینه‌های اقتصادی و بار روانی قابل توجهی بر فرد و جامعه تحمیل نماید. پیشنهاد می‌شود که با تلاش در جهت اجرای برنامه‌های آموزشی و آگاهی‌دادن به دختران و زنان سنین باروری و درمان مناسب اشکال شدید این سندرم، گامی در راستای کاستن از عوارض نامطلوب آن برداشته شود.

## نتیجه‌گیری

بیش از نیمی از دختران و زنان سنین باروری مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی هستند و این عارضه در سنین بالاتر و افراد با تحصیلات بیشتر شایع‌تر است.

**تشکر و قدردانی:** این مطالعه در قالب پروژه بند "د" ماده ۴۵۰ قانون برنامه توسعه چهارم کشور و به سفارش اداره بهداشت خانواده معاونت سلامت وزارت متبوع انجام شد. بدین وسیله کمال تشکر و قدردانی خود را از جناب آقای دکتر پسته‌ای و خانم دکتر عابدینی از معاونت وزارت بهداشت، خانم دکتر هاشمی و خانم فرهادی، شاطرابادی و مرادی از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی قزوین، گلستان، کرمانشاه و هرمزگان که در اجرای پروژه، همکاری صمیمانه‌ای داشته‌اند، ابراز می‌داریم.

## منابع

- 1- Okeahialam BN, Obindo JT, Ogbonna C. Prevalence of premenstrual syndrome and its relationship with blood pressure in young adult females. *Afr J Med Med Sci*. 2008;37(4):361-7.
- 2- Adiguzel H, Taskin EO, Danaci AE. The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007;18(3):215-22.
- 3- Batra P, Harper M. Recognizing and treating pre menstrual dysphoric disorder. *J Clin Outcomes Manag*. 2002;2:87-98.
- 4- Petta CA, Osis MJ, de Padua KS, Bahamondes L, Makuch MY. Premenstrual syndrome as reported by Brazilian women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;108(1):40-3.
- 5- Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG. Population study of premenstrual syndrome. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):47-56.
- 6- Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28(3):25-37.
- 7- Sternfeld B, Swindle R, Chawla A, Long S, Kennedy S. Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. *Obstet Gynecol*. 2002;99(6):1014-24.

- 34- Diegoli M, Fonseca AM, Diegoli CA, Halbe H, Bagnoli VR, Pinotti JA. Premenstrual syndrome: A study of the incidence and variations symptomatological/Pre-menstrual syndrome: Incidence study and symptomalogical variations. *Rev Ginecol Obstet*. 1994;4:238-42.
- 35- Freeman EW, Halbreich U. Premenstrual syndromes. *Psychopharmacol Bull*. 1998;34(3):291-5.
- 36- Yonkers KA. Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry. J Clin Psychiatry*. 1997;58:4-10.
- 37- Gehlert S, Hartlage S. A design for studying the DSM-IV research criteria of premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1997;18(1):36-44.
- 38- 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.
- 29- Anson O. Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences. *Soc Sci Med*. 1999;49(1):67-80.
- 30- Rizk DE, Mosallam M, Alyan S, Nagelkerke N. Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(5):589-98.
- 31- Singh H, Walia R, Gorea RK, Maheshwari A. Premenstrual Syndrome (PMS) the malady and the law. *J Indian Forensic Sci*. 2004;26(4):129-31.
- 32- Shomali LJ, Montakhab ZH. Frequency of premenstrual syndrome and its common symptoms in the age group 30-20 years of female students of Qazvin university of medical sciences and housewives Kowsar hospitals [dissertation]. Qazvin: Qazvin University of Medical Sciences; 1997. [Persian]
- 33- Friedman D, Jaffe A. Influence of life-style on the premenstrual syndrome: Analysis of a questionnaire survey. *J Reprod Med*. 1985;30(10):715-9.

Archive of SID