

# شیوع تظاهرات بالینی سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی در دانشجویان علوم پزشکی بندرعباس

دکتر آذین علوی<sup>۱</sup>، دکتر عبدالرضا صلاحی مقدم<sup>۲</sup>، دکتر نوشین علی‌ملیری<sup>۳</sup>، دکتر افسانه رمضانپور<sup>۴</sup>  
<sup>۱</sup> متخصص زنان و زایمان، <sup>۲</sup> استادیار گروه انگل‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان <sup>۳</sup> دستیار بخش اعصاب و روان، <sup>۴</sup> متخصص اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مجله پزشکی هرمزگان سال دهم شماره چهارم زمستان ۸۵ صفحات ۳۴۱-۳۳۵

## چکیده

**مقدمه:** هدف این تحقیق تعیین فراوانی نسبی سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و نوع شدید آن و همچنین اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) در بین دانشجویان علوم پزشکی بندرعباس در سال ۷۸ با ارزیابی علائم فیزیکی و خلقی آن در طی ۲ سیکل پی در پی قاعدگی تداخل این علائم با عملکرد فردی، اجتماعی و روابط خانوادگی مبتلایان می‌باشد.

**روش کار:** تحقیق از نوع توصیفی و با روش نمونه‌گیری تصادفی روی ۳۰۲ نفر از دانشجویان زیرگروه علوم پزشکی انجام شد. با تهیه پرسشنامه‌های حاوی متغیرهای مربوط به کلیه جنبه‌های علائم خلقی و جسمی و توزیع آن در بین دانشجویان، اطلاعات در مورد تغییرات حالات روحی و جسمی آنها در طی یک هفته پیش از شروع قاعدگی تا حداکثر سه روز اول خونریزی در طول ۲ ماه پی در پی بر حسب شدت علائم و اختلال عملکرد ایجاد شده، جمع‌آوری و با استفاده از آزمونهای  $\chi^2$  و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** از تعداد افراد مورد مطالعه ۱۶۶ نفر (۵۴/۹٪) طی بررسی ۲ ماهه جزء معیارهای ICD-10 برای PMS و ۱۳ نفر (۴/۳٪) جزء معیارهای DSM-IV برای PMDD قرار گرفتند. محدوده سنی، ۲۰ تا ۲۴ سالگی (میانگین سنی ۲۲/۴ سال) بیشترین میزان ابتلا به PMS (۳۵/۸٪) را داشت. اختلاف آماری معنی‌داری بین افراد با PMS در گروههای سنی مختلف وجود داشت ( $P < 0/005$ ). شایع‌ترین علائم خلقی در اواخر فاز لوتئال مبتلایان به PMS و PMDD به ترتیب شامل افسردگی (۴۲/۵٪ و ۹۲/۳٪)، بی‌ثباتی بارز عاطفی (۲۲/۷٪ و ۵۴/۵٪)، خشم و تحریک‌پذیری (۲۸/۴٪ و ۶۹/۲٪) بود. عدم لذت از فعالیتهای (۶۹/۲٪ و ۸۶/۱٪) و کاهش کارایی (۴۰/۵٪ و ۷۱/۵٪) بیشترین میزان تداخل با عملکرد فردی و اجتماعی در مبتلایان ایجاد می‌نماید ( $P < 0/001$ ). شایع‌ترین علائم جسمی این افراد به ترتیب شامل احساس درد (۷۱/۵٪ و ۹۲/۳٪)، نفخ شکم (۷۱/۵٪ و ۸۸/۵٪) و آکنه (۵۸/۲٪ و ۶۸/۲٪) بود.

**نتیجه‌گیری:** کاهش کارایی و عدم لذت از فعالیتهای، بارزترین مشکل و اختلالی است که PMS و قطعاً PMDD در کیفیت کاری مبتلایان تأثیر خواهند گذاشت که می‌توان با درمانهای صحیح و به موقع و آموزشهای لازم تا حد زیادی از اختلال عملکرد فردی و اجتماعی مبتلایان جلوگیری نمود.

**کلیدواژه‌ها:** سندرم پیش از قاعدگی - دانشجویان پزشکی - بندرعباس - اختلالات خلقی

نویسنده مسئول:

دکتر آذین علوی

مرکز آموزشی درمانی

شریعی - دانشگاه علوم

پزشکی هرمزگان

بندرعباس - ایران

تلفن: ۰۷۶۱ ۳۳۳۲۴۴۴

پست الکترونیکی:

Azin-alavi@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۴/۱۲/۳ اصلاح نهایی: ۸۵/۳/۲ پذیرش مقاله: ۸۵/۵/۲۲

**مقدمه:** زنان از پزشکان ارائه‌کننده مراقبتهای بهداشتی این انتظار را دارند که هم به جنبه‌های فیزیکی و هم به جنبه‌های روان‌شناختی سلامتی آنها توجه داشته باشند. اگرچه در

مسائل جنسی، تولید مثل و سیستم باروری در فرهنگ ما همواره واکنشهای احساسی را بدنیا می‌آورند.

می‌بایست در هفته آخر فاز قاعدگی از فاز لوتئال بیشتر سیکل‌های قاعدگی در طی سال گذشته رخ داده باشد. شدت علائم توسط درجاتی از اختلال شغلی یا اجتماعی که می‌بایست شدید در نظر گرفت، سنجیده می‌شود. آنها بیماریهای همزمان دیگر نداشته اما ممکن است سابقه بیماریهای روانی در گذشته داشته باشند (۱،۵).

خانمی که تشخیص PMS برای وی در نظر گرفته می‌شود، معیارهای DSM-IV برای PMDD را نداشته اما معیارهای ICD-10 برای سندرم PMS که شامل ناراحتی‌های روانی خفیف و احساس درد نفخ، افزایش وزن، حساسیت پستان، تورم دست و پا، تمرکز حواس ضعیف، اختلالات و آشفتگی خواب و تغییرات اشتها است را دارا می‌باشد. تنها یکی از این نشانه‌ها برای تشخیص لازم است گرچه نشانه‌ها بایستی به فاز لوتئال سیکل قاعدگی محدود شوند و قبل از شروع قاعدگی به حداکثر برسند و با شروع فاز قاعدگی یا به سرعت پس از آن قطع شوند (۵،۶).

شیوع زیاد این سندرم در جامعه و تأثیرات آن بر روی کارکرد فردی و اجتماعی زنان در جامعه و اینکه بخشی محدود اما مهم این اجتماع را دانشجویان علوم پزشکی شامل می‌شوند که نقش بسزایی در پیشبرد اهداف علمی و سلامتی جامعه دارند، ما را بر آن داشت که فراوانی و شدت علائم بالینی PMS در بین دانشجویان زیرگروه پزشکی را مورد بررسی قرار دهیم.

### روش کار:

تحقیق از نوع توصیفی و به روش نمونه‌گیری تصادفی جهت بررسی علائم فیزیکی و خلقی سندرم پیش از قاعدگی در طی ۲ سیکل پی در پی قاعدگی می‌باشد. به منظور ارزیابی علائم بالینی PMS و PMDD در دانشجویان دختر زیرگروه علوم پزشکی که تعداد کل آنها ۶۷۲ نفر شامل ۲۲۰ نفر پزشکی و ۴۵۲ نفر پیراپزشکی می‌باشد، ۳۴۰ پرسشنامه حاوی متغیرهای مربوط به علائم جسمی، خلقی و رفتاری بصورت تصادفی بین دانشجویان بومی و ساکن در خوابگاه توزیع شد.

مامائی و بیماریهای زنان غالباً کمتر از حد لازم از مشاوره روانپزشکی استفاده می‌شود، اما ارتباط متقابل روانپزشکی و تخصص‌های مامائی سابقه‌ای دیرینه دارد. اولین بار Rt. Frank در سال ۱۹۳۱ سندرم پیش از قاعدگی را تعریف کرد. او با بکار بردن اصطلاح کنش پیش از قاعدگی و افزایش فعالیت صرع در اواخر مرحله لوتئال در گروهی از زنان مبتلا به اختلالات صرعی که با آغاز شدن خونریزی قاعدگی روبه بهبودی می‌رفتند، اعتبار پیدا کرد (۱،۲).

سندرم پیش از قاعدگی PMS بعنوان تغییرات جسمی یا شناختی، رفتاری، خلقی دوره‌ای تعریف می‌شود که از شدت کافی برای تداخل با جنبه‌های نرمال زندگی برخوردارند و ارتباط واضحی با قاعدگی دارند و یک اختلال روانی - عصبی - آندوکراین است که به عنوان عود دوره‌ای علائم جسمانی، روانی یا رفتاری که بعد از تخمک‌گذاری ظاهر می‌شود و در طی چند روز از شروع قاعدگی (هفته اول فاز فولیکولر) برطرف می‌شود، مشخص می‌گردد (۳،۴).

در حدود ۹۰٪ خانم‌ها، تعدادی از علائم پیش از قاعدگی را در بعضی از سیکل‌هایشان گزارش می‌کنند و تا حدودی از نشانه‌های PMS رنج می‌برند. گرچه تقریباً ۳۰٪ خانم‌هایی که در فاز قاعدگی هستند، نشانه‌های رفتاری، هیجانی یا فیزیکی پیش از قاعدگی در حد متوسط را دارند، تنها ۸-۳ درصد آنها علائم بسیار شدید و ناتوان کننده‌ای دارند که با عملکرد شغلی، اجتماعی و روابط خانوادگی‌شان تداخل می‌یابد. این فرم شدید علائم‌شناسی پیش از قاعدگی بعنوان بیماری دیسفوریک قبل از قاعدگی PMDD یا اختلال ملال در اواخر مرحله لوتئال LPPDD شناخته شده است (۵).

بیماری دیسفوریک قبل از قاعدگی PMDD براساس معیارهای DSM-IV تعریف می‌گردد که بدین منظور زنان می‌بایست علائم روزانه را برای ۲ سیکل قاعدگی ثبت نمایند. شکایت اصلی‌شان می‌بایست شامل یکی از ۴ نشانه اصلی (بی‌قراری، تنش روانی، بدخلقی، خلق بی‌ثبات) باشد و حداقل ۵ مورد از ۱۱ مورد کل علائم

### نتایج:

تعداد کل افراد مورد مطالعه ۳۰۲ نفر شامل ۱۲۵ نفر دانشجویان پزشکی (۴۱/۳٪) و ۱۷۷ نفر دانشجویان پیراپزشکی (۵۸/۷٪) بودند. از این تعداد ۵۰ نفر متأهل (۱۶/۶٪) و ۲۵۲ نفر مجرد (۸۳/۴٪) بودند. حداقل سن ۱۶ سال و حداکثر آن ۳۵ سال بود و بیشترین تعداد افراد مورد مطالعه در محدود سنی ۱۶ تا ۲۵ سال (میانگین سنی ۲۲/۴ سال) قرار داشتند. افراد بومی ۱۱۵ نفر (۳۸/۱٪) و غیربومی ۱۸۷ نفر (۶۱/۹۲٪) کل افراد مورد مطالعه را شامل می‌شدند. در طی بررسی انجام شده به طور کلی ۱۶۶ نفر (۵۴/۹٪) بر اساس معیارهای ICD-10 مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی PMS بودند و ۱۳ مورد (۴/۳٪) بر اساس معیارهای DSM-IV مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی PMDD بودند. محدوده سنی ۱۶ تا ۲۵ سالگی بیشترین میزان ابتلا به PMS و PMDD (۴۳/۱٪) را شامل می‌شد (جدول شماره ۱).

#### جدول شماره ۱- توزیع فراوانی PMS بر اساس محل تولد،

تأهل، رشته تحصیلی و گروه سنی در دانشجویان علوم پزشکی

نام متغیر	مبتلا به سندرم PMS		غیر مبتلا به سندرم PMS		کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
محل تولد	بومی	۵۶	۱۸/۵	۵۹	۱۹/۶
	غیربومی	۱۱۰	۳۶/۴	۷۷	۲۵/۵
	جمع	۱۶۶	۵۴/۹	۱۳۶	۴۵/۱
تأهل و وضعیت	متأهل	۲۸	۹/۲	۲۲	۷/۴
	مجرد	۱۳۸	۴۵/۷	۱۱۴	۳۷/۷
	جمع	۱۶۶	۵۴/۹	۱۳۶	۴۵/۱
رشته تحصیلی	پزشکی	۷۲	۲۳/۸	۵۳	۱۷/۶
	پیراپزشکی	۹۴	۳۱/۱	۸۳	۲۷/۵
	جمع	۱۶۶	۵۴/۹	۱۳۶	۴۵/۱
گروه سنی	۱۶-۲۵ سال	۱۲۱	۴۳/۳	۱۲۵	۴۱/۴
	۲۶-۳۵ سال	۳۵	۱۱/۶	۱۱	۳/۷
	جمع	۱۶۶	۵۴/۹	۱۳۶	۴۵/۱

تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین افراد با PMS و PMDD در گروه‌های سنی مختلف وجود دارد ( $P < 0/005$ ).

افراد مورد مطالعه، کلیه دانشجویان دختر زیرگروه علوم پزشکی را شامل می‌شد که در سن تولدمثل بودند و سیکلهای منظم عادت ماهیانه داشتند.

با توجه به اینکه بیماریهای روانی، داخلی و زنان می‌توانند علائم شدید PMS و PMDD را تقلید نمایند، افراد با سابقه بیماریهای روانی از قبیل افسردگی ماژور، اختلال هراسی (پانیک) و ادواری، اختلال دو قطبی، اختلال شخصیتی و سایکوز و همچنین سابقه بیماریهای داخلی از جمله اختلالات غددی، بیماریهای خود ایمنی و بیماریهای زنان از قبیل سندرم تخمدان پلی کیستیک، اندومتريوزیس و اختلالات روانی پس از زایمان از مطالعه حذف شدند.

تغییرات حالات روحی و جسمی دانشجویان در طی یک هفته پیش از شروع قاعدگی تا حداکثر دو سه روز اول خونریزی در طول ۲ ماه پی در پی بر حسب شدت علائم و اختلال عملکرد ایجاد شده، در پرسشنامه درج گردید.

کلیه جنبه‌های علائم خلقی (شناختی و رفتاری) شامل: احساس افسردگی بارز، عدم اعتماد به نفس، بی‌ثباتی بارز عاطفی، خشم و تحریک‌پذیری مداوم یا تعارض‌های بین فردی، احساس اضطراب، اشکال در تمرکز و حافظه، از بین رفتن قدرت تصمیم‌گیری، بدبینی و اقدام به خودکشی و همچنین جنبه‌های فیزیکی این سندرم شامل اختلالات خواب، تغییرات اشتها، علائم پوستی، احتباس مایع و احساس درد، مورد بررسی قرار گرفت. سؤالاتی نیز در مورد تداخل اختلالات با کار و فعالیت‌های اجتماعی و روابط خانوادگی با همسر و تربیت فرزندان و سابقه مصرف دارویی مطرح گردید.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دانشجویان و جمع‌آوری آنها تعداد ۳۰۲ مورد دریافت گردید که اطلاعات موجود در آن پس از ارائه به رایانه بر اساس معیارهای ICD-10 برای PMS و DSM-IV برای PMDD با برنامه آماری Ep info و با آزمونهای t و Chi-Square مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

اشتها ۶/۵۴٪ (افزایش اشتها ۵/۱۸٪، کاهش اشتها ۹/۳۶٪ و تمایل به کربوهیدرات ۸/۲۱٪)، علائم پوستی ۶/۴۸٪ (آکنه ۲/۶۸٪ و چرب شدن موها ۶/۲۲٪) و اختلالات خواب ۴/۴۲٪ (شامل: پرخوابی ۸/۶۴٪ و بی‌خوابی ۲/۳۵٪) بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ) (نمودار شماره ۲).

این مطالعه نشان داد که شایع‌ترین علائم جسمی این افراد در اواخر فاز لوتئال به ترتیب شامل احساس درد، علائم نفخ شکم و آکنه می‌باشد و ۶۳٪ افراد مبتلا سابقه دارویی مثبت جهت برطرف شدن علائم مربوط به PMS داشتند.

شایع‌ترین علائم جسمی افراد با PMDD شامل احساس درد (۳/۹۲٪)، اختلالات خواب (۲/۵۴٪) و تمایل به کربوهیدرات (۸/۳۰٪) بود و ۹۰٪ افراد سابقه مصرف دارویی جهت برطرف شدن علائم مربوط به PMDD را داشتند.

بررسی در مورد تداخل در کار و فعالیت نشان داد که عدم لذت از فعالیت‌ها، کاهش کارایی، کاهش انگیزه و گوشه‌گیری اجتماعی در بین مبتلایان PMDD به ترتیب ۱/۸۶٪، ۵/۷۱٪، ۲/۴۴٪ موارد را شامل می‌شود که عدم لذت از فعالیت‌ها و کاهش کارایی بیشترین میزان تداخل با عملکرد فردی و اجتماعی را نشان می‌دهد و حدود ۴۰٪ مبتلایان متأهل تداخل این اختلالات را در روابط خانوادگی عنوان نمودند.

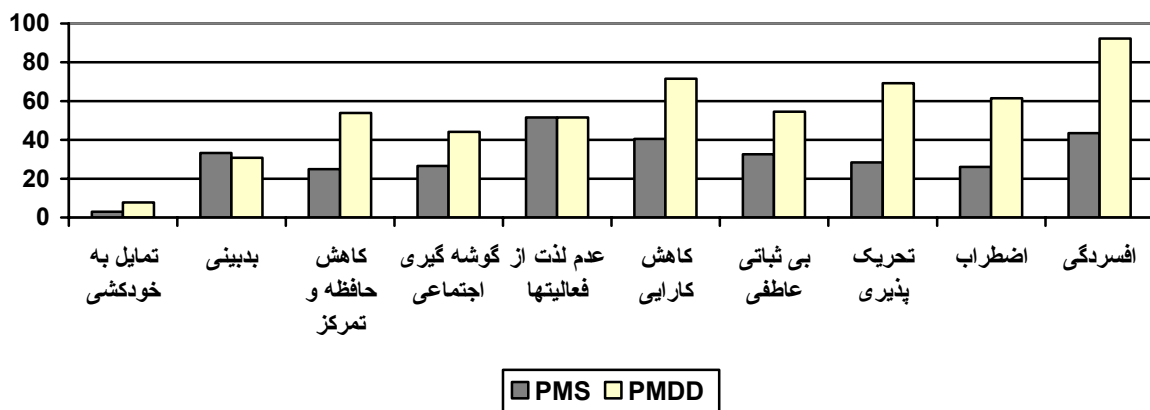
از افراد بومی حدود ۵/۱۸٪ و از افراد غیربومی ۹/۳۶٪ مبتلا به PMS بودند که هیچگونه تفاوت معنی‌داری بین افراد غیربومی و بومی در مبتلایان به PMS وجود نداشت (جدول شماره ۱).

در حالی که از افراد غیربومی ۶/۸۴٪ و از افراد بومی ۴/۱۵٪ دچار PMDD بودند که از نظر آماری بین دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت ( $P < 0/05$ ). میزان شیوع PMS و PMDD براساس تأهل و رشته تحصیلی اختلاف آماری معنی‌داری نداشت (جدول شماره ۱).

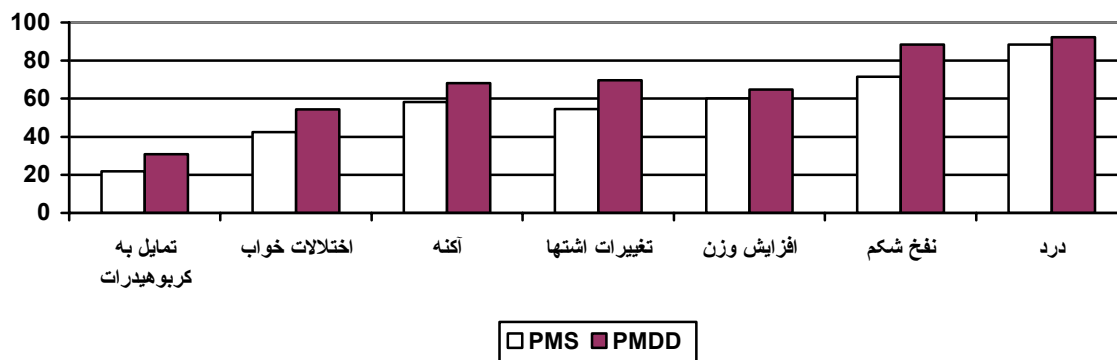
علائم خلقی همراه با PMS به ترتیب شیوع شامل افسردگی (۵/۴۳٪)، بی‌ثباتی بارز عاطفی (۷/۳۲٪)، خشم و تحریک‌پذیری مداوم (۴/۲۸٪)، اضطراب (۱/۲۶٪) و کاهش تمرکز و حافظه (۲/۲۱٪) بود (نمودار شماره ۱).

علائم خلقی افراد با PMDD به ترتیب شیوع شامل افسردگی (۳/۹۲٪)، عدم لذت از فعالیت‌ها (۱/۸۶٪)، بی‌قراری (۲/۶۹٪)، اضطراب (۵/۶۱٪) و کاهش تمرکز و حافظه (۸/۵۳٪) می‌باشد. پارانوئا (بدبینی) در ۸/۳۰٪ و اقدام به خودکشی در ۷/۷٪ وجود داشت که از نظر آماری اختلافات معنی‌دار است (نمودار شماره ۱).

علائم جسمی افراد با PMS شامل احساس درد (۵/۸۸٪) (به ترتیب شیوع: درد پستان ۲/۷۶٪، کمر درد ۵/۶۵٪، درد عضلانی ۹/۵۰٪ و سردرد ۱/۲۹٪) علائم احتباس مایع ۲/۶۹٪ (شامل: نفخ شکم ۵/۷۱٪، ادم ۸/۶۴٪، افزایش وزن ۶۰٪ و الیگوری ۱/۵۲٪)، تغییرات



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی نسبی علائم خلقی PMS و PMDD در دانشجویان علوم پزشکی



نمودار شماره ۲- توزیع فراوانی نسبی علائم جسمی PMS و PMDD در دانشجویان علوم پزشکی

### بحث و نتیجه‌گیری:

این تحقیق نشان داد که ۵۵٪ افراد تحت مطالعه مبتلا به PMS و ۴/۳٪ مبتلا به نوع شدید آن یعنی اختلال ملال پیش از قاعدگی PMDD بودند. در این بررسی میزان شیوع بدست آمده از این اختلالات مشابه مطالعات آینده‌نگر در مقالات و منابع دیگر بوده است که ممکن است به دلیل انجام بررسی در قشر زیرگروه علوم پزشکی که آشنایی کامل و برخورد علمی درستی با این قضیه داشته‌اند، نشأت گرفته باشد که با دقت بالایی بدون اینکه رفتار خاصی را به این فاز نسبت بدهند، علائم خود را در این مرحله مرور نموده‌اند و دیگر اینکه این قشر خاص بدلیل بالا بودن سطح علمی، دیدگاههای منفی و محدودکننده کمتری در مورد قاعدگی داشته باشند چون تلقی نمودن قاعدگی بعنوان یک حادثه فیزیولوژیک ناخوشایند و علائم شناختی منفی بدلیل افزایش میزان انزجار از علائم پیش از قاعدگی، تغییرات طبیعی پیش از قاعدگی را به علائم پیش از قاعدگی مبدل می‌سازد.

آمارهای بدست آمده از منابع و مقالات متعدد در کشورهای اروپایی و آمریکایی اختلافات آشکاری را نشان می‌دهد که بخشی از این اختلافات مربوط به تفاوت‌های فرهنگی و داشتن دیدگاه منفی در مواجهه با قاعدگی و متعاقب آن محدودیت‌های اعمال شده در واکنش زنان نسبت به قاعدگی بین جوامع مختلف است و علت دیگر این اختلافات مربوط به روش مطالعه می‌باشد، مطالعات گذشته‌نگر تا حدودی وابسته به نظر شخصی و

دقت افراد است و در مطالعه آینده‌نگر با بررسی روزانه علائم هر چند روشی دقیق می‌باشد ولی افراد تا حدی می‌آموزند که علائم را در فاز قبل از قاعدگی انتظار داشته باشند.

در مطالعه‌ای که توسط Tabassum S. و همکاران در سال ۲۰۰۵ صورت گرفت، شیوع علائم و شدت سندرم پیش از قاعدگی در دختران جوان دانشکده پزشکی Khyber مورد بررسی قرار گرفت. شیوع PMS مطابق با معیارهای ICD-10، ۵۳٪ بود که از این میان ۴۲٪ علائم خفیف، ۱۸/۲٪ علائم متوسط و ۳۱/۷٪ علائم شدید مربوط به آن را داشتند. ۱۸/۲٪ موارد بر اساس معیارهای DSM-IV از نوع شدید PMS و PMDD بودند که شدت علائم فیزیکی و خلقی مربوط به این سندرم و شیوع PMDD نسبت به مطالعه ما فزونی داشت که ممکن است این اختلافات مربوط به دیدگاههای فرهنگی و اجتماعی جوامع مختلف، نگرشها و باورهای منفی در مورد خونریزی قاعدگی و ناامنی محیط اجتماعی، تحصیلی و زندگی خانوادگی افراد باشد (۶).

در طی ۲ مطالعه که توسط Meaden در سال ۲۰۰۵ و Hichi در سال ۲۰۰۲ انجام شد به ترتیب حدود ۲/۷٪ و ۵-۳٪ خانمها، همراه با قاعدگی طبیعی، طبق معیارهای DSM-IV، علائم فیزیکی و خلقی شدید مربوط به PMDD در طی ۲ سیکل قاعدگی داشتند (۷،۸).

در مطالعه‌ای که توسط Yonkers در سال ۲۰۰۳ انجام شد، ۴۷٪ خانم‌ها علائم PMS و ۵/۴٪ علائم خلقی مربوط به PMDD را داشتند (۹).

Lenzinger در سال ۱۹۹۷ با بررسی آینده‌نگر، میزان بروز PMDD را حدود ۴/۶-۳/۴٪ ارزیابی نمود که درصد شیوع این مطالعات با بررسی ما همخوانی دارد (۱۰).

بین افراد بومی و غیربومی که PMS داشتند، هیچگونه اختلاف معنی‌داری بدست نیامد که این نشان می‌دهد PMS سندرمی است که بدلیل دخیل بودن عوامل پاتوفیزیولوژیک هورمونال در رابطه با تغییرات خلقی فاز لوتئال قاعدگی، کمتر تحت تأثیر عوامل محیطی و شرایط استرس‌زای زندگی افراد می‌باشد. اما در گروه PMDD اختلاف معنی‌دار قابل توجهی بین دانشجویان بومی و غیربومی مبتلا وجود داشت که بیشتر بودن فراوانی این اختلال در بین دانشجویان غیربومی ممکن است تا حدودی بدلیل وجود مسائل خاص پیرامون زندگی این افراد بوده باشد که سرشار از استرس‌های گوناگون مانند دوری از خانواده، مشکلات اقتصادی، شرایط خاص محل سکونت دانشجویان، ناسازگاریها و تضاد شخصی با افراد ساکن در آن محل و... می‌باشد که این مسائل می‌تواند موجب تداخل با علائم خلقی و تشدید آن گردد.

در زمینه رشته تحصیلی و PMS اختلاف معنی‌دار ارتباط منطقی پیدا نشد که این مورد نیز نشان‌دهنده عدم تأثیر موقعیت تحصیلی افراد در ایجاد سندرم پیش از قاعدگی است و اینکه علائم بالینی این سندرم احتمالاً بیشتر تحت تأثیر عوامل درونی می‌باشد.

بررسی ارتباط بین PMS و روابط زوجین نشان داد که هر چه شدت علائم روی اختلال عملکرد اجتماعی زنان بیشتر تأثیر بگذارد، تداخل در روابط زوجین بیشتر و اختلالات شدیدتر می‌شود به طوری که ۵۶٪ افراد متأهل حد کم تا شدید این اختلال را بیان داشتند. در مطالعه انجام شده

توسط Kaur در سال ۱۹۹۵ در رابطه با PMS و رابطه زوجین قبل و بعد از قاعدگی، مشاهده گردید که این ارتباط در قبل از قاعدگی نسبت به بعد از آن کاهش می‌یابد و با شدت یافتن علائم رابطه زوجین کمتر می‌شود که نتایج این بررسی مطابق با تحقیق ما می‌باشد (۱۱).

همچنین در این مطالعه نشان داده شد که تغییرات اشتها در افراد مبتلا ۵۴/۶٪ می‌باشد و از این تعداد ۲۱/۸٪ تمایل به کربوهیدراتها را عنوان نمودند که از نظر آماری نیز اختلاف معنی‌دار بود. در مقایسه با مطالعه صورت گرفته در سال ۱۹۹۵ توسط Grman در رابطه با PMS نشان داده شد که نوشابه غنی از کربوهیدرات که باعث افزایش تریپتوفان می‌گردد، موجب کاهش چشمگیر در میزان افسردگی، خشم، بی‌قراری در فاصله ۹۰-۱۸۰ دقیقه بعد از مصرف می‌گردد که در بررسی ما نیز این تمایل موجب تخفیف علائم شده بود (۱۲).

باید توجه کرد که کاهش کارایی و عدم لذت از فعالیتها، بارزترین مشکل و اختلالی است که PMS در کارکرد فرد ایجاد می‌کند. همانطور که ملاحظه گردید ۸۶/۱٪ و ۷۱/۵٪ افراد به ترتیب دچار کاهش کارایی و عدم لذت از فعالیتها (کار، تحصیل، تفریحات) بودند که بیشترین میزان تداخل با عملکرد فردی و اجتماعی را نشان می‌دهد، قطعاً PMDD که اختلال شدیدتری را ایجاد می‌نماید در کیفیت عملکردی آنان تأثیر بیشتری خواهد گذاشت. لذا بالا بردن اطلاعات عمومی در این زمینه و بررسی‌های بیشتر در گروه‌های دیگر اجتماعی کمک می‌کند تا وسعت این اختلالات شناخته شود و با انجام درمانهای صحیح و به موقع و آموزشهای لازم تا حد زیادی از اختلال عملکرد مبتلایان جلوگیری نمود.

## References

## منابع

1. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility, 7<sup>th</sup> ed: New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
2. Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif AE, Kistner RW, Ryan KJ. Kistner's gynecology: Principle and practice. 7<sup>th</sup> ed: Philadelphia: Mosby 1999:392-395.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7<sup>th</sup> ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
4. Hillard PA, Berek JS, Novak E. Novak's gynecology. 13<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
5. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definition & diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28(3):25-37.
6. McHichi alami Kh, Tahiri SM, Moussaoui D, Kadri N. [Assessment of premenstrual dysphoric disorder symptom]. *Encephale*. 2002;28(6):525-530.
7. Meaden PM, Hartlage SA, Cook-Karr J. Timing and severity of symptoms associated with the menstrual cycles in a community-based sample in the Midwestern United States. *Psychiatry Res*, 2005;134(1):27-36.
8. Harbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28:1-23.
9. Yonkers KA, Pearlstein T, Rosenheck RA. Premenstrual disorders: bridging research and clinical reality. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(4):287-292.
10. Clayton AH, Keller AE, Leslie C, Evans W. Exploratory study of premenstrual symptoms and serotonin variability. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9:51-57.
11. Robinson RL, Swindle RW. Premenstrual symptom severity: impact on social functioning and treatment-seeking behaviors. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9(7):757-768.
12. Frackiewicz EJ, Shiovitz TM. Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Am Pharm Assoc*. 2001;41(3):437-447.