

شیوع علایم سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی در دانش آموزان نوجوان

نورمحمد بخشانی^۱، زهرا حسن زاده^۲، مهوش رقیبی^۳

۱. دانشیار روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

۳. استادیار روانشناسی عمومی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۷/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: معمولاً باور بر این است که نوجوانان از قاعدگی دردناک رنج می‌برند، ولی سندرم پیش از قاعدگی در آن‌ها شایع نیست. اخیراً برخی از مطالعات Premenstrual Syndrome و Premenstrual Dysphoric Disorder را در نوجوانان سنجیده‌اند و نتایج متفاوتی در فرهنگ‌های مختلف به دست آمده است. هدف از انجام این مطالعه بررسی شیوع علایم سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی در دانش آموزان نوجوان زاهدان بود.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۴۲ نفر از دانش آموزان دختر با دامنه سنی ۱۸-۱۴ سال انجام گرفت. جهت بررسی شیوع علایم PMS و PMDD از پرسشنامه سنجش علایم PMS استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۱۱۸ نفر (۸۳/۱٪) مبتلا به PMS بودند که از این میان ۸۲ نفر (۵۷/۷٪) ملاک‌های DSM-IV برای PMDD را نیز داشتند. شایع‌ترین علایم گزارش شده به ترتیب درد سینه (۱۰۰٪)، دل درد (۵۳/۵٪)، خستگی و بی‌حالی (۵۱/۴٪)، کمر درد (۴۷/۲٪) و درد مفصل یا عضله (۳۸/۷٪) بودند. در ۲۸/۲ درصد از افراد مبتلا به PMS و ۲۶/۸ درصد از افراد مبتلا به PMDD شدت علایم در حدی بود که اختلال در عملکرد (سازگاری) آن‌ها ایجاد می‌نمود. میانگین شدت علایم در گروه سنی ۱۶ سال بیشتر بود ($p=0/05$).

نتیجه‌گیری: شیوع PMS و PMDD در بین نوجوانان بالا بود، لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعات و مداخلات لازم جهت پیشگیری و کنترل علایم طراحی و اجرا شود.

[م ت ع پ ز، ۱۳۹۰؛ ۱۳(۷): ۳۴-۲۹]

کلیدواژه‌ها: سندرم پیش از قاعدگی، شیوع، نوجوان

مقدمه

PMS نامشخص است.^{۱۱} در پژوهشی که اخیراً صورت گرفته است ۴۵ درصد دانشجویان علایم خفیف، ۳۲/۶ درصد علایم متوسط و ۲۲/۴ درصد علایم شدید داشتند.^{۱۲} سبب شناسی PMS چند عاملی است و اثر اختلالات هورمونی مخصوصاً سطح پایین پروژسترون در مرحله لوتئال، اختلال عملکرد فعالیت آلدسترون، اختلال ترشح نوروترانسمیترهایی با کارکرد هایپرپرولاکتینی و نیز عامل‌های محیطی نظیر الکل و استرس جزء علل آن مطرح شده‌اند.^{۱۱} اگرچه این عارضه در بزرگسالان به‌خوبی مطالعه شده، وجود آن در نوجوانان تنها اخیراً تشخیص داده شده است.^۲ باوری که عموماً در پزشکی پذیرفته شده است، این است که نوجوانان از قاعدگی دردناک رنج می‌برند، اما PMS در این گروه سنی غیر شایع است.^{۱۳} علایم روحی و خلقی که در این سندرم شایع است، زمانی که با استرس‌های دوران نوجوانی همراه می‌شود معمولاً سبب درگیری فرد با دیگران می‌شود و علاوه بر این با توجه به عدم اطلاع اطرافیان از علت زمینه‌ای تغییر رفتار، این واکنش‌ها منفی در نظر گرفته شده و نتیجتاً تنش درگیری فیزیکی و رفتاری ایجاد می‌شود.^{۱۴} با توجه به تأثیر PMS بر ابعاد گوناگون کیفیت زندگی و هم‌چنین اثر احتمالی فرهنگ و قومیت در تجلی نشانه‌های PMS هدف از انجام این مطالعه بررسی شیوع PMS و PMDD در دانش آموزان نوجوان زاهدان بود.

روش کار

در این مطالعه توصیفی تحلیلی جامعه آماری را کلیه دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر زاهدان تشکیل می‌دهد. بدین منظور پس از اخذ معرفی‌نامه از

سندرم پیش از قاعدگی یا PMS (Premenstrual Syndrome) اشاره به مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمانی، روانشناختی، عاطفی و رفتاری دارد که به‌طور ادواری در مرحله لوتئال قاعدگی اتفاق می‌افتد و به‌طور قابل توجهی در باقیمانده سیکل واپس روی می‌کند.^{۱۲} PMS در ادبیات پزشکی ابتدا توسط Karen hormay و Frank مطرح شد.^۳ Frank برای توصیف این سندرم اصطلاح "تنش پیش از قاعدگی" را به کار برد^۴ و ۱۲ سال بعد اصطلاح "سندرم پیش از قاعدگی" برای توصیف آن به کار برده شد.^{۵،۶} در اواسط دهه ۱۹۸۰ ملاک‌های فرم شدید PMS پیشنهاد و به‌وسیله DSM-III، تحت عنوان اختلال ملال اواخر مرحله لوتئال پذیرفته شد.^۷ در ویرایش چهارم DSM اصطلاح "اختلال ملال پیش از قاعدگی" یا PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder) جایگزین آن شد.^۸ گروه‌های مختلفی که تعاریفی در زمینه PMS منتشر کرده‌اند شامل کالج آمریکایی بیماری‌های زنان و زایمان (American College of Obstetrics and Gynecology; ACOG)، انجمن روان‌پزشکی آمریکا و انجمن ملی بهداشت روانی می‌شود.^۹ ملاک‌های تشخیصی ACOG، برای PMS عبارتند از حداقل یک نشانه عاطفی و یک نشانه جسمانی که قبل از قاعدگی رخ می‌دهد و پس از شروع دوره، بدون هیچ مداخله دارویی نشانه‌های آن قطع می‌شود.^{۱۰،۱۱} این ملاک‌ها با ملاک‌های DSM-IV برای PMDD همپوشانی دارند، اما PMDD بیش‌تر بر روی مشکلات خلقی (وضع روانی) تمرکز دارد که منجر به سطح بالاتر بدکارکردی می‌شود.^{۱۱} شیوع دقیق

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که تمام دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این مطالعه حداقل یک علامت PMS را در حد متوسط تا خیلی شدید تجربه کرده‌اند. فراوانی و درصد شیوع علایم در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: فراوانی (درصد) هر یک از علایم PMS

فراوانی (درصد)	علایم
۵۴(۳۸)	اضطراب و نگرانی
۴۱(۲۸/۹)	تغییر پذیری خلقی (احساس ناگهانی غمگینی، گریه کردن)
۲۱(۱۴/۸)	خشم پایدار یا زرد و خوردهای شخصی
۴۴(۳۱)	کاهش علاقه مندی به روابط اجتماعی و کار
۱۸(۱۲/۷)	احساس غوطه‌وری یا خارج از کنترل شدن
۴۸(۳۳/۸)	تغییر اشتها (پر خوری و کم اشتها)
۴۸(۳۳/۸)	اشکال در خواب (پر خوری و بی خوابی)
۴۵(۳۱/۷)	اشکال در تمرکز
۷۳(۵۱/۴)	خستگی و بی حالی
۱۴۲(۱۰۰)	درد سینه
۷۶(۵۳/۵)	دل درد
۵۵(۳۸/۷)	درد مفصل یا عضله
۲۸(۷/۱۹)	تکرر ادرار
۱۱(۷/۷)	افزایش وزن
۶۷(۴۷/۲)	درد کمر
۲۸(۷/۱۹)	آکنه
۴۷(۳۳/۱)	درد دست و پا
۱۳(۹/۲)	تهوع
۱۲(۸/۵)	نفخ شکم
۴۷(۳۳/۱)	اختلال در سازگاری

به منظور بررسی این موضوع که در نمونه مورد بررسی بین میانگین شدت علایم سندرم پیش از قاعدگی در گروه‌های سنی مختلف تفاوت معنی‌داری وجود دارد یا خیر از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) استفاده گردید. نتایج نشان داد که به صورت کل بین میانگین‌های شدت علایم گروه‌های سنی ۱۵ سال و کمتر $21/7 \pm 14/7$ ، ۱۶ سال $22/7 \pm 15/4$ و ۱۷ و بالاتر $15/9 \pm 10/8$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p=0/05$). به منظور تعیین این که تفاوت کدام جفت از میانگین‌ها معنی‌دار است آزمون تعقیبی توکی به کار برده شد و نتایج نشان داد که با ۹۵ درصد اطمینان بین میانگین شدت علایم گروه‌های سنی ۱۶ و ۱۷ سال و بالاتر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ۱۰۰ درصد نوجوانان مورد بررسی درجات مختلفی (متوسط تا خیلی شدید) از حداقل یک نشانه سندرم پیش از قاعدگی را دارند. ۱۱۸ نفر (۱/۸۳٪) از افراد نمونه مورد بررسی دارای ملاک‌های ACOG برای PMS بودند که از این میان ۸۲ نفر (۵۷/۷٪) آن‌ها ملاک‌های DSM-IV برای PMDD را نیز داشتند. شایع‌ترین علایم روانی گزارش شده با شدت متوسط تا خیلی شدید به ترتیب خستگی و بی حالی، اضطراب و نگرانی، تغییر اشتها، اشکال در خواب و کاهش علاقمندی به

معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه به ریاست آموزش و پرورش زاهدان و کسب مجوز اجرا از ریاست محترم ناحیه ۱ و ۲ زاهدان، با روش نمونه‌برداری تصادفی چند مرحله‌ای ابتدا با توجه به فهرست کلیه مدارس ناحیه ۱ و ۲ آموزش و پرورش استان، از هر ناحیه یک مدرسه انتخاب و سپس در هر یک از مدارس از هر مقطع تحصیلی (اول، دوم و سوم دبیرستان) یک کلاس به تصادف انتخاب گردید. تعداد نمونه پژوهش حاضر ۱۴۹ نفر (۷۳ نفر از ناحیه ۱ و ۷۶ نفر از ناحیه ۲) بود. ۲ نفر از شرکت‌کنندگان به دلیل نرسیدن به سن بلوغ و ۵ نفر نیز به دلیل ناقص پر کردن پرسشنامه‌ها از نمونه حذف شدند. در نهایت حجم نمونه حاضر به ۱۴۲ نفر رسید. افراد مورد مطالعه در محدوده سنی ۱۸-۱۴ سال با میانگین سنی ۸/۱۵ سال و انحراف استاندارد ۰/۹۵ قرار داشتند. گروه سنی ۱۵ و کمتر (۳۱/۷٪)، ۱۶ (۴۱/۵٪) و ۱۷ و بالاتر (۲۶/۸٪) نمونه را تشکیل می‌دادند.

جهت بررسی علایم سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی پرسشنامه سنجش علایم PMS در سه ماه متوالی (اسفندماه ۱۳۸۸، فروردین و اردیبهشت ماه ۱۳۸۹) اجرا شد. پرسش‌نامه سنجش علایم PMS شامل دو قسمت است، قسمت اول شامل سؤالات جمعیت‌شناسی نظیر سن، رشته تحصیلی و وضعیت تأهل و قسمت دوم شامل ۲۱ سؤال خودگزارشده می‌باشد که فراوانی و شدت نشانه‌های PMS را می‌سنجد و ۱۰ سؤال آن مربوط به علایم روانی، ۱۰ سؤال مربوط به علایم جسمانی و یک سؤال نیز مربوط به میزان اختلال در سازگاری می‌باشد. مواد پرسش‌نامه از ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای اختلال ملال پیش از قاعدگی و نشانه‌های PMS گزارش شده در ادبیات موجود استخراج شده است و به عنوان یک پرسش‌نامه معتبر شناخته می‌شود.^{۱۵} پرسش‌نامه مذکور به شکل انفرادی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا (بدون قید کردن نام) پس از ذکر سن علایمی را که طی یک‌ماه گذشته قبل از قاعدگی تجربه کرده بودند تعیین کنند. علاوه بر این از پاسخ‌دهندگان خواسته شد تا شدت علایم را بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۰= اصلاً نداشته‌ام، ۱= خفیف، ۲= متوسط، ۳= نسبتاً زیاد، ۴= خیلی زیاد) علامت‌گذاری کنند. به منظور تعیین شیوع سندرم پیش از قاعدگی، با توجه به ملاک‌های کالج آمریکایی بیماری‌های زنان و زایمان برای PMS، افرادی که از علایم ذکر شده در پرسش‌نامه سنجش علایم PMS، حداقل ۲ نشانه (حداقل یک نشانه عاطفی و یک نشانه جسمانی) با شدت متوسط و متوسط به بالا داشتند، با عنوان سندرم پیش از قاعدگی یا PMS تشخیص داده شدند (افرادی که علایم خفیف را ذکر کرده بودند، جزء افراد مبتلا محسوب نشدند). هم‌چنین با توجه به ملاک‌های DSM-IV برای PMDD^{۱۳} افرادی که ۵ نشانه یا بیشتر (شامل حداقل یکی از نشانه‌های خلق افسرده، اضطراب و نگرانی، تغییرپذیری خلقی (مانند احساس ناگهانی غمگینی یا گریه کردن)، خشم پایدار یا زرد و خوردهای شخصی) را داشتند، با عنوان اختلال ملال پیش از قاعدگی یا PMDD تشخیص داده شدند. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی (فراوانی و درصد) و نیز مقایسه میانگین‌ها (تحلیل واریانس یک-طرفه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

روابط اجتماعی و کار و شایع‌ترین علایم جسمانی گزارش شده به ترتیب درد سینه، دل درد، کمر درد، درد مفصل یا عضله و درد دست و پا بودند. نتایج مطالعه Antai و همکاران^{۱۶} نشان داد که ۸۵/۵ درصد از دانشجویان نوجوانی که از حد اقل یکی از نشانه‌های سندرم پیش از قاعدگی را دارند. در مطالعات انجام شده در بین نوجوانان نیز ۵۰ تا ۱۰۰ درصد از آن‌ها حد اقل یک نشانه پیش از قاعدگی را گزارش کرده‌اند که ۱۸-۱۳ درصد از این نشانه‌ها به صورت متوسط تا شدید توصیف شده‌اند.^۹ به‌طور متفاوت Chihal در گزارش خود به میزان پایین‌تر ۲۵ درصد شیوع برخی از نشانه‌های PMS در بین کل نوجوانان ۱۵-۱۴ ساله اشاره نموده است.^{۱۷}

یافته‌های Wilson^{۱۸} شیوع PMS در دختران دبیرستانی را ۸۶ درصد نشان داد که مشابه یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد. با این حال در مقایسه با نتایج قبلی در برخی از مطالعات دیگر در گروه‌های سنی نوجوان شیوع پایین‌تری از PMS گزارش شده است. میزان شیوع PMS در دانش‌آموزان دبیرستانی هنگ کنگ ۱۹ درصد و در مطالعه Raja بر روی ۳۸۴ نوجوان ۱۵ ساله ۱۴ درصد بوده است.^{۱۹،۲۰} همچنین مطالعه دیگری با بررسی نشانه‌های پیش از قاعدگی ۱۷۱ دختر نوجوان شیوع PMS را ۱۳/۴ درصد بیان کرده است.^{۱۶}

دلایل اختلاف میزان شیوع این مطالعه با مطالعات دیگر را می‌توان با چندین عامل تبیین نمود. مطالعات جمعیتی برطبق ملاک‌های استفاده شده شیوع مختلفی از PMS و PMDD را نشان داده‌اند.^{۲۰} بیولوژی محلی (Local biology) ممکن است شیوع سندرم را تحت تأثیر قرار دهد و احتمالات زیادی وجود دارد که درد و ناراحتی می‌تواند به شیوه‌های گوناگون وابسته به سنت‌ها باشد، به این معنی که تجربه PMS/PMDD می‌تواند حد اقل تا حدی یک عارضه خاص فرهنگی باشد.^{۲۰} در مطالعه‌ای که ارتباط بین باورهای زنان در باره شیوع PMS و سوگیری در یادآوری تغییرات پیش از قاعدگی را بررسی می‌کرد، عنوان شده است که بسیاری از زنان ادراک نادرستی از مفهوم PMS دارند که در نتیجه باعث می‌شود هنگام یادآوری، تغییرات پیش از قاعدگی خود را بزرگ جلوه دهند و این یادآوری بیشتر تصورات قالبی فرهنگ زنان را منعکس می‌کند تا آن چیزی که واقعا تجربه می‌کنند.^{۲۱،۲۲} در تبیین تفاوت میزان شیوع در مطالعات مختلف سبک‌های اسنادی، نگرش نسبت به نقش زن‌ها و درماندگی آموخته نیز نباید نادیده گرفته شوند.^{۲۳}

مشابه شیوع بالای PMDD در این پژوهش، Derman و همکاران نیز شیوع PMDD در بین دختران نوجوان را ۶۱/۴ درصد گزارش کرده‌اند.^{۱۷} برخلاف این یافته‌ها در مطالعات دیگر شیوع PMDD در میان دانشجویان ۲۷ درصد،^{۲۴} در میان نمونه‌ای از زنان ۱۸/۲ درصد^{۲۵} و در مطالعه دیگری تنها ۵/۴ درصد^{۲۶} گزارش شده است. در این رابطه می‌توان گفت که اختلال ملال پیش از قاعدگی یا PMDD در نوجوانان کمتر بررسی شده است و به احتمال زیاد عوامل تعیین‌کننده چندگانه‌ای در حیطه‌های بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی-فرهنگی دارد.^{۱۷} به این معنی که نه تنها عامل‌های بیولوژیکی بلکه هم‌چنین عامل‌های محیطی و نگرش‌ها، باورها، سبک‌های سازگاری و عامل‌های اجتماعی نقش مهمی در رابطه با PMDD دارند. وجود مسائل خاص پیرامون زندگی نوجوانان، ناامنی محیط اجتماعی، تحصیلی و زندگی

خانوادگی و نیز استرس‌های روانی و انتظار (پیش بینی) بیشتر نشانه‌های منفی همگی می‌توانند موجب تداخل با علایم خلقی و تشدید آن‌ها در نوجوانان گردد.^{۲۸} در پژوهش حاضر شایع‌ترین علایم گزارش شده با شدت متوسط تا خیلی شدید به ترتیب درد سینه، دل درد، خستگی و بی‌حالی، کمر درد و درد مفصل یا عضله بودند. در مطالعه Silva و همکاران^{۲۱} درد سینه، ناراحتی‌های شکمی، خستگی، تحریک‌پذیری، حالت عصبی و سردرد، و در مطالعه Tabassum و همکاران^{۲۵} ناراحتی‌های عمومی بدن، اضطراب، کمر درد، خستگی و افسردگی به عنوان علایمی هستند که با فراوانی بیشتری گزارش شده‌اند. در مطالعه دیگری نیز شایع‌ترین نشانه‌های دانشجویان درد قسمت‌های تحتانی شکم، جوش/تورم صورت، دردناک شدن سینه‌ها و افسردگی/تنش عنوان شده است.^{۱۶} با وجود این که سندرم پیش از قاعدگی یک مشکل جهانی است، اما فرهنگ‌های مختلف، به‌طور متمایزی بر نشانه‌های جسمانی و هیجانی آن تأکید می‌کنند.^{۳۳} محققان ژاپنی با اشاره به شیوع پایین‌تر PMS/PMDD در ژاپن نسبت به زنان غربی اظهار نمودند که نژاد و قومیت تجلی نشانه‌های پیش از قاعدگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^۸ به‌طور مشابه با پژوهش حاضر، در مطالعه‌ای روی دانشجویان در زاهدان خستگی، خلق افسرده، تغییرات خلقی، اضطراب و مشکلات خواب به عنوان شایع‌ترین علایم روانی و کمر درد، نفخ شکم، درد مفصل یا عضله، آکنه و سردرد به عنوان شایع‌ترین علایم جسمانی گزارش شده‌اند.^{۱۵} این در حالی است که Vichnin و همکاران^{۳۳} بیش‌ترین نشانه‌های شایع روانی در بین نوجوانان را تغییرات خلقی، اضطراب و تحریک‌پذیری گزارش کرده‌اند. هم‌چنین در مطالعه‌ای شامل ۱۰۵۳ زن ۴۰-۱۸ ساله در ۶ شهر بزرگ برزیل، شایع‌ترین علایم روانی نارسایی/اضطراب، تحریک‌پذیری/خشم/تجاوزگری، نوسانات خلقی/گریه کردن و شایع‌ترین علایم جسمانی سردرد، گرفتگی عضلانی، تورم یا دردناک شدن سینه‌ها گزارش شده‌اند.^{۲۹} بین یافته‌های این دو مطالعه با یافته‌های ما اختلاف وجود دارد.

برخی از نشانه‌های PMS ممکن است پیامدهای منفی جدی برای نوجوانان، خانواده‌هایشان و ارتباطات اجتماعی آن‌ها از جمله عزت نفس پایین، سطح تحمل پایین نسبت به استرس و احساس بی‌کفایتی ایجاد کند.^{۱۸} یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در ۲۸/۲ درصد از افراد مبتلا به PMS و ۲۶/۸ درصد از افراد مبتلا به PMDD علایم در حدی بود که اختلال در عملکرد (سازگاری) آن‌ها ایجاد می‌نمود. در مطالعه Vichnin و همکاران نشانه‌های ۳۱ درصد از نوجوانان ۱۸-۱۳ ساله، آسیب‌های متوسط تا شدید در یک بعد یا بیشتر ایجاد کرده بود.^{۱۳} نتایج تحقیق Keye و Wilson در بین دانش‌آموزان دبیرستانی نشان داد که اکثریت نوجوانان دختر PMS را به عنوان مشکلی که به‌طور معنی‌دار تحصیلات و عملکردشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، می‌شناسند.^{۳۰} در نهایت این که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شدت علایم در گروه سنی ۱۶ سال به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه سنی ۱۷ سال و بالاتر بود. این یافته با نتایج مطالعات Silva و همکاران، Kohan و همکاران و بخشانی و همکاران که ارتباط سن و شیوع علایم را عنوان نموده‌اند، مطابقت دارد.^{۱۵،۲۱}

فعالیت‌های خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی شود، وجود یک برنامه آموزشی در مدارس جهت بالا بردن اطلاعات عمومی نوجوانان درباره فیزیولوژی قاعدگی و ارتباط تغییرات هورمونی با نشانه‌ها و نیز به کاربردن راهبردهای پیشگیرانه و انجام درمان‌های صحیح و به‌موقع جهت کمک به سازگاری و بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء بهداشت و سلامت دختران نوجوان توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

از شورای تحقیقات آموزشی اداره کل آموزش و پرورش استان سیستان و بلوچستان که حمایت مالی این پژوهش را عهده‌دار بوده است، سپاسگزاری می‌گردد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر ناتوانی برای اندازه‌گیری مستقیم علائم PMS و در نتیجه استفاده از اطلاعات گذشته‌نگر و متکی بر خود گزارش‌دهی بود که این امر می‌تواند شیوع بالاتر PMS را نشان دهد. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات بعدی از ثبت آینده‌نگر علائم PMS و نمونه‌هایی با حجم زیاد استفاده گردد.

به عنوان نتیجه‌گیری برخلاف باوری که PMS در نوجوانان غیرشایع است، نتایج پژوهش حاضر همسان با اظهارات Vichnin و همکاران^{۱۳} و Derman و همکاران^{۱۷} بیان می‌کند که PMS یک مشکل عمده در بین نوجوانان است و با توجه به میزان شیوع بالاتر نشانه‌های این سندرم در بین دختران نوجوان و از آنجایی که این مسأله می‌تواند باعث تداخل در

References

- Baker FC, Colrain IM, Trinder J. Reduced parasympathetic activity during sleep in the symptomatic phase of severe premenstrual syndrome. *J Psychosom Res* 2008; 65(1): 13-22.
- Georgantopoulou C, Field S. Treatment of premenstrual syndrome with the desogestrel-only pill (Cerazette) in an adolescent girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009; 22(3): e1-e3.
- Weisz G, Knaapen L. Diagnosing and treating premenstrual syndrome in five western nations. *Soc Sci Med* 2009; 68(2009): 1498-1505.
- Abraham GE. Nutritional factors in the etiology of the premenstrual tension syndromes. *J Reprod Med* 1983; 28(7): 446-64.
- Connolly M. Premenstrual syndrome: An update on definitions, diagnosis and management. *Adv Psychiatr (APT)* 2001; 7(6): 469-477.
- William R, Keye Jr. Premenstrual syndrome (PMS). *Encyclopedia Endocrine Dis* 2004; 49(4): 73.
- Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet* 2008; 371(9619): 1200-10.
- Janice E, Daugherty MD. Treatment strategies for premenstrual syndrome. *Am Acad Family Physic (AAFP)* 1998; 12(3): 197.
- Paula K, Braverman MD. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20(1): 3-12.
- Milewicz A, Jedrzejuk D. Premenstrual syndrome: From etiology to treatment. *Int Sympos Phytomed Gynecol* 2006; 55 Suppl 1: s47-s54.
- Steiner M, Pearlstein T. Premenstrual dysphoria and the serotonin system: Pathophysiology and treatment. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 12: 17-21.
- Balaha MH, Abd El-Monem Amr M, Saleh Al-Moghannum M and Saab Al-Muhaidab N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: A cross sectional study. *Pan Afr Med J* 2010; 5: 4.
- Vichnin M, Freeman EW, Lin H, et al. Premenstrual syndrome (PMS) in adolescents: Severity and impairment. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19(6): 397-402.
- Callet ME, Wertenbeger GE, Fiske VM. The effect of age upon the pattern of the menstrual cycle. *Fertil Steril* 1954; 5(5): 437.
- Bakhshani NM, Mousavi MN, Khodabandeh G. Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students. *J Pak Med Assoc* 2009; 59(4): 205-208.
- Antai AB, Udezi AW, Ekanem EE, et al. Premenstrual syndrome: Prevalence in students of the university of Calabar, Nigeria. *Afr J Biomed Res* 2004; 7(2): 45-50.
- Derman O, Kanbur NO, Tokur TE and Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 116(2): 201-206.
- Wilson J. Premenstrual syndrome. *Clin Obstetric Gynecol* 1991; 36(4): 321-8.
- Chau J, Chang AM. Effects of an educational programme on adolescents with premenstrual syndrome. *Health Educ Res* 1999; 14(6): 817-830.
- Raja SN, Feehan M, Stanton WR and McGee R. Prevalence and correlates of the premenstrual syndrome in adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(5): 783-789.
- Silva C, Gigante D, Vidal C and Fassa A. Population study of premenstrual syndrome. *Rev Saude Publica* 2006; 40(1): 1-9.
- Marvan M, Cortes-Inistra S. Womens' beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. *Health Psychol* 2001; 20(4): 276-80.
- Gonda X, Telek T, Juhász G, et al. Patterns of mood changes throughout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32(8): 1782-1788.
- Tenkir A, Fisseha N, Ayele B. Premenstrual syndrome: Prevalence and effect on academic and social performances of students in Jimma university, Ethiopia. *Ethiop J Health Dev* 2003; 17(3): 181-188.
- Tabassum S, Afridi B, Aman Z, et al. Premenstrual syndrome: Frequency and severity in young college girls. *J Pak Med Assoc* 2005; 55(12): 546-549.
- Yonkers KA, Pearlstein T, Rosenheck RA. Premenstrual disorders: Bridging research and clinical reality. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6(4): 287-292.
- Nur M, Romano M, Siqueira L. Premenstrual dysphoric disorder in adolescent female. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20 (3): 201-204.

28. Rasheed P, Al-Sowielem L. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome among college-aged women in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2003; 23(6): 381-387.
29. Petta C, Osis M, De Padua K, et al. Premenstrual syndrome as reported by Brazilian women. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 108(1): 40-43.
30. Wison CA, Keye WR Jr. A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency: A model program for prevention, detection and treatment. *J Adolesc Health Care* 1989; 10 (4): 317-322.

Prevalence of premenstrual symptoms and premenstrual dysphoric disorder among adolescents students of Zahedan

Nourmohammad Bakhshani,¹ Zahra Hasanzadeh,² Mahvash Raghibi³

Received: 14/Oct/2010
Accepted: 10/Apr/2011

Background: It is believed that adolescents suffer from dysmenorrhea but premenstrual syndrome (PMS) is not a common and prevalent disorder. Recently, some studies indicated that PMS and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) were common problems among students and prevalence of premenstrual symptoms reported differently due to socio-cultural characteristics. The aim of the present study was to determine the prevalence of PMS and PMDD in a group of Iranian adolescent students.

Materials and Method: In this descriptive study, 142 students (aged 14-18years) from high schools of Zahedan (southeast of Iran) were selected and asked to complete the PMS questionnaire, including symptoms of PMS and demographic characteristics.

Results: The findings of current study showed that 142 participants 83.1% (n=118) of them had PMS and about 57.7% (n=82) met the criteria for DSM-IV for MDD. Also, 28.2% of participants with PMS and 26.8% of those with PMDD reported that severity of symptoms interfered with their function and adjustment. Most common symptoms were breast pain (100%), gastric pain (53.5%), tiredness or lethargic (51.4%), backache (47.2%) and joint or muscle pain (38.7%). Mean of severity of symptoms was higher in students aged 16 ($p=0.05$).

Conclusion: The prevalence of PMS and PMDD were common among the adolescents, thus systematic and well designed programs and interventions for prevention and management of PMS was highly recommended. [ZJRMS, 2011; 13(7): 29-34]

Keywords: Premenstrual syndrome, prevalence, adolescent

1. Associated Professor of Clinical Psychology, Research Center for Childrens and Adolescents Health, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.
2. MSc Student of Psychology, school of Education and Psychology, Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran.
3. Assistant Professor of Psychology, School of Education and Psychology, Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran.

Please cite this article as: Bakhshani N, Hasanzadeh Z, Raghibi M. Prevalence of premenstrual symptoms and premenstrual dysphoric disorder among adolescents students of Zahedan. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2011; 13(7): 29-34.