



## بررسی نشانگان پیش از قاعدگی در گروهی از زنان در شهر شیراز

دکتر سید مسعود موسوی نسب<sup>\*</sup>، دکتر شعله طوبایی<sup>\*\*</sup>

### چکیده

**هدف:** برای بررسی فراوانی، نشانه‌های بالینی و چگونگی برخورد با نشانگان پیش از قاعدگی پژوهشی بر روی پرستاران، دانشجویان پزشکی و آموزگاران ساکن شیراز انجام شد. روش: فرمهای ویژه نشانگان پیش از قاعدگی به مدت ۱۰۰ روزه در پی توسط گروه مورد بررسی تکمیل گردید. برای پیشگیری از اشتباه تشخیصی نشانه‌های مورد بررسی دست کم در دو دوره و به طور ثابت می‌بایست وجود می‌داشتند. ۷۲ نفر از ۱۸۰ نفری که پرسشنامه به آنان داده شده بود موفق گردیدند پرسشنامه‌ها را بطور کامل تکمیل کنند. یافته‌ها: این بررسی نشان داد که ۱۹/۷٪ از افراد مورد بررسی نشانه‌هایی از نشانگان پیش از قاعدگی داشتند. از لحاظ سنی و وضعیت تأهل تفاوت چشمگیری در میزان نشانه‌ها دیده نشد. و شایعترین نشانه‌های روانی احساس خستگی و ضعف، احساس بی‌ثباتی خلق، بی‌قراری، غمگینی و اختلال خواب و شایعترین نشانه بدنی سردرد، درد کمر، آکنه و تکرر ادرار گزارش گردید.

Andoosheh  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار  
۴

### کلید واژه: نشانگان پیش از قاعدگی، اختلال کج خلقی پیش از قاعدگی، پرستاران، دانشجویان، آموزگاران، شیراز

ناخشنود مراحل پایانی فاز لوتئال<sup>(۴)</sup> وارد راهنمای تشخیصی و آماری بیماریها، تجدید نظر چاپ سوم (DSM-III-R) شد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۷). در DSM-IV با اندک تغییری در ملاکهای تشخیصی، این اختلال با عنوان "اختلال خلق ناخشنود پیش از

سقراط نشانه‌های نشانگان پیش از قاعدگی<sup>(۱)</sup> را سردرد و احساس سنگینی دانسته است. اما فرانک<sup>(۲)</sup> برای نخستین بار در سال ۱۹۳۱ دانشواژه نشانگان پیش از قاعدگی را به کار برد (مورتولا<sup>(۳)</sup>، ۱۹۹۲). ملاکهای تشخیصی این اختلال از سال ۱۹۸۷ با عنوان "خلق

\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، بلوار ابوردی، بیمارستان حافظ، بخش روانپزشکی.

\*\* روانپزشک، شیراز، خیابان حافظ، بیمارستان ابن سینا، بخش روانپزشکی.

1-premenstrual syndrome (PMS)

2-Frank

3-Mortola

4-late luteal phase dysphoric disorder

قاعدگی<sup>(۱)</sup> آمده است تا به پژوهشگران و پزشکان در ارزیابی این تشخيص کمک کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

تاکنون پژوهشهای چندی در زمینه شیوع این اختلال صورت پذیرفته که به دلیل به کار نگرستن معیارهای تشخيصی پذیرفته شده و یکسان، یافته‌های متفاوتی را گزارش کرده‌اند (شرشاه<sup>(۲)</sup>، ۱۹۹۱؛ ریورا<sup>(۳)</sup> و فرانک، ۱۹۹۰؛ فلاحیان، ۱۳۷۲). بررسی عوامل ارثی، تغذیه‌ای، هورمونی و روانشناختی نیز نتایج یکسانی را در سبب‌شناسی بیماری ارائه نداده‌اند (تریجورن<sup>(۴)</sup>، بک ستورم<sup>(۵)</sup>، ۱۹۹۲؛ کوشیکوا<sup>(۶)</sup>، ۱۹۹۲؛ چونگ<sup>(۷)</sup>، ۱۹۹۲). نشانه‌های نشانگان پیش از قاعدگی شامل علائم خلقی (مانند بی‌ثباتی خلقی) نشانه‌های رفتاری (مانند شیوه تغذیه) و نشانه‌های بدنی (مانند ورم و سردرد) است که در زمان معینی از دوره قاعدگی روی می‌دهد و شدت آن به اندازه‌ای است که در برخی از جنبه‌های زندگی شخصی دخالت می‌کند. دو بعد این اختلال که در تمام تعاریف، برای توضیح آن کوشش شده است عبارتند از:

الف - نشانه‌های اختلال

ب - ماهیت ادواری و تکراری نشانه‌ها

- با ثبت روزانه نشانه‌ها می‌توان به چهار الگوی زیر در رابطه با زمان شروع و شدت نشانه‌ها دست یافت:
- ۱- شدت نشانه‌ها در فازلوتئال بتدریج افزایش یافته و ناگهان با شروع قاعدگی متوقف می‌شود.
  - ۲- شدت نشانه‌ها در طی فازلوتئال افزایش یافته، ولی بهبود نشانه‌ها ناگهانی نمی‌باشد.
  - ۳- نشانه‌های شدید محدود به چند روز در طی فازلوتئال است.

۴- نشانه‌های اختلال در دو زمان شدید است. یکی در هنگام تخمک‌گذاری و دیگری پیش از قاعدگی.

برای تشخيص می‌بایست مواردی مانند دیسمنوره (درد هنگام قاعدگی)، اختلال افسردگی، اختلال هراس و اختلال شخصیت را حذف کرد. در دیسمنوره نشانه درد در

هنگام قاعدگی وجود دارد، در صورتیکه نشانگان پیش از قاعدگی قبل از قاعدگی شروع می‌شود. اختلال افسردگی و هراس از نظر زمان بندی با نشانگان پیش از قاعدگی متفاوت هستند.

در این پژوهش میزان شیوع نشانگان پیش از قاعدگی در گروهی از زنان شیراز مورد بررسی قرار گرفته است.

### روش

آزمودنیهای پژوهش را ابتدا ۱۸۰ نفر از پرستاران، دانشجویان پزشکی و آموزگاران تشکیل داده‌اند. پرستاران از بخشهای مختلف بیمارستانهای نمازی (۲۸ نفر)، شهید فقیهی (۲۰ نفر) و حافظ (۱۲ نفر) انتخاب شده بودند و از کل ۶۰ نفری که پرسشنامه به آنها داده شده بود تنها ۲۰ نفر پرسشنامه‌ها را به طور کامل پر کردند.

دانشجویان پزشکی نیز از گروه علوم پایه (۴۰ نفر) و بالینی (۲۰ نفر) انتخاب شدند و تنها ۲۳ مورد پرسشنامه‌ها را کامل کردند. همچنین به ۶۰ نفر از دبیران سه دبیرستان ناحیه‌های ۱ و ۴ آموزش و پرورش شیراز نیز پرسشنامه‌ها داده شد که ۲۹ نفر از آنها پرسشنامه تحویل داده شده را کامل کردند. بنابر این در مجموع ۷۲ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

در گروه مورد بررسی، افرادی که به دلایل گوناگون (حاملگی، یائسگی و نداشتن رحم)، عادت ماهانه نداشتند از بررسی حذف شدند.

برای نمونه‌گیری نظر بر این بود که از دو روش خوشه‌ای - تصادفی استفاده شود، ولی به علت محدودیتهای عملی پژوهش مانند مدت طولانی پر کردن پرسشنامه و همکاری نکردن افراد در نهایت به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام گردید.

1-premenstrual dysphoric disorder

2-Shershah

4-Torbjorn

6-Koshikawa

3-Rivera

5-Backstorm

7-Chuong

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه تشخیصی نشانگان پیش از قاعدگی بود که در کتاب فرانک (بیماریهای زنان) ارائه شده بود (مورتولا، ۱۹۹۲). برای همخوان کردن این پرسشنامه با نشانه‌های موجود در ملاکها، تغییراتی در آن و شیوه اجرا داده شد. برای نمونه در جدول موجود در کتاب نواک روزهای دوره ماهانه یاد شده ۴۲ روز بود که به ۱۰۰ روز افزایش یافت. همچنین در پرسشنامه اصلی جدول دمای بدن، جدول علائم و جدول وزن روزانه گنجانیده شده بود. از آنجا که امکان سنجش این متغیرها به مدت ۱۰۰ روز برای پژوهشگران وجود نداشت تنها از آزمودنیها خواسته شد که خودشان روزهای دوره ماهانه خود را در جدول مشخص کنند.

در مجموع ۲۶ نشانه از نشانه‌های نشانگان پیش از قاعدگی که ۱۲ مورد آن را شکایات بدنی و ۱۴ مورد آنرا نشانه‌های هیجانی و روانی تشکیل می‌دادند در پرسشنامه گنجانیده شد. ۹ مورد از ۱۴ مورد نشانه‌های هیجانی با ملاکهای DSM-IV در مورد اختلال بدخلقی پایان فازلوتال یکسان بود. سه مورد از موارد باقیمانده شامل کاهش انگیزه برای گفتگو و حرکت، میل به خودکشی و غیبت از کار به عنوان نشانه‌های شدید نشانگان در نظر گرفته شد. دو مورد دیگر، واکنش شدید به رویدادها و بدبینی بود، که در بررسیهای گوناگون از نظر شیوع کم و بیش همانند نشانه‌های شایع در این نشانگان بوده‌اند. این دو مورد به موارد پیشین افزوده شدند تا از این نظر بررسی شوند. از افراد مورد بررسی خواسته شد تا نشانه‌ها و شکایات را بر اساس شدت بصورت اعداد ۰، ۱، ۲ و ۳ بر اساس ملاکهای زیر نمایش دهند:

۰- نبود نشانه‌ها، ۱- کم (قابل تحمل)، ۲- تا اندازه‌ای، ۳- شدید (اشکال در عملکرد)

برای نمره‌گذاری از روز ۵ تا ۱۰ پس از شروع قاعدگی به عنوان فاز فولیکولار و ۶ روز آخر دوره به عنوان فازلوتال در نظر گرفته شد.

در این بررسی برای تشخیص از دو روش استفاده شد:

۱- DSM-IV و معیارهای ارائه شده در آن

۲- روش اندازه اثر

این روش برای انجام کارهای پژوهشی بر روی نشانگان پیش از قاعدگی پیشنهاد شده است. در این روش میانگین نشانه‌های درد در فاز فولیکولار و لوتال و انحراف معیار کل نشانه‌ها محاسبه می‌شود. میانگین فازلوتال باید به اندازه یک انحراف معیار از میانگین نشانه‌های فاز فولیکولار بیشتر باشد، تا تشخیص نشانگان پیش از قاعدگی گذاشته شود. در هر دو روش تشخیصی می‌بایست نشانه‌ها در دو دوره قاعدگی وجود داشته باشند.

### یافته‌ها

همان گونه که گفته شد ۷۲ نفر پرسشنامه‌ها را بطور کامل پر کردند که یافته‌های بدست آمده به شرح زیر است:

۱- میزان فراوانی نشانگان پیش از قاعدگی به کمک ملاکهای DSM-IV ۱۹/۴٪، اندازه اثر ۲۲/۲٪ و ترکیب دو روش ۱۹/۷٪ بدست آمد.

۲- با استفاده از آزمون مجذور خی تفاوت معنی داری میان سه گروه دیده نشد (جدول ۱). گفتنی است که در روش اندازه اثر ۱۶ نفر، در روش ملاکهای DSM-IV جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنیهای پژوهش بر حسب ملاکهای بکار برده شده، گروه سنی و وضعیت تأهل

متغیرها	ملاکهای DSM-IV (n=14)	اندازه اثر (n=16)	ترکیب دوروش (n=7)
فراوانی درصد فراوانی درصد			
گروه سنی			
تا ۲۵ سال	۴	۶	۲
۲۶-۳۵	۲	۶	۲
۳۶ بالاتر	۸	۳	۳
وضعیت تأهل*			
مجرد	۱۰	۹	۵
متأهل	۴	۶	۱

\* دو نفر وضعیت تأهل خود را ذکر نکرده بودند

جدول ۲- توزیع فراوانی و میانگین سنی گروه مورد بررسی

شغل	فراوانی	میانگین سنی (سال)
پرستاران	۲۰	۳۲/۷
دانشجویان پزشکی	۲۳	۲۲/۶
دبیران	۲۹	۳۳/۴۱

و ضعف شایعترین نشانه‌ها بوده‌اند و پس از آنها احساس بی ثباتی خلق، بی قراری و غمگینی و اختلال خواب در شمار شایعترین نشانه‌ها بوده و فراوانی تقریباً یکسانی داشته‌اند. تغییر در اشتها نیز از نشانه‌های شایع گزارش گردیده است (جدول ۳).

۶- شایعترین نشانه‌های بدنی، سردرد، درد کمر، آکنه و تکرر ادرار گزارش شده است (جدول ۴).

جدول ۴- توزیع فراوانی نشانه‌های بدنی در آزمودنیهای پژوهش بر حسب ملاکهای به کار برده شده

نشانه‌ها	DSM-IV (%)	اندازه اثر (%)	ترکیب و روش (%)
کمر درد	۸۵/۷	۵۶/۲	۷۱/۲
سردرد	۷۸/۶	۶۲/۵	۷۱/۲
درد پستانها	۷۸/۶	۶۲/۵	۵۷/۱
نفخ شکم	۷۸/۶	۲۳/۷	۲۲/۸
آکنه (جوش)	۷۱/۲	۵۶/۲	۷۱/۲
تکرر ادرار	۷۱/۲	۵۰	۷۱/۲
گر گرفتگی	۵۷/۱	۳۱/۲	۲۲/۸
دل دره	۵۰	۳۷/۵	۲۲/۸
درد مفاصل	۵۰	۲۵	۲۲/۵
ورم دست و پا	۲۸/۶	۳۱/۲	۲۸/۶
تهوع	۲۸/۶	۲۵	۲۸/۶
وزن	۱۲/۳	۱۲/۵	۱۲/۳

بحث در یافته‌ها

در این پژوهش فراوانی نشانگان پیش از قاعدگی با استفاده از روش اندازه اثر ۰/۲۲/۲ بود که با یافته‌های پژوهش انجام شده در ایالات متحده بر روی ۶۷۰ زن و با استفاده از روش اندازه اثر و دو روش دیگر به عنوان ملاکهای تشخیصی هماهنگ است. در آن بررسی فراوانی نشانگان پیش از قاعدگی را بسته به روش ارزیابی ۵۴٪-۱۴٪ گزارش کرده بودند (هارت<sup>(۱)</sup>، ۱۹۹۲).

۱۴ نفر و در ترکیب دو روش ۷ نفر بر پایه ملاکهای مورد نظر معیارهای تشخیصی نشانگان پیش از قاعدگی را داشته‌اند که ویژگیهای جمعیت شناختی آنان در این جدول نشان داده شده است.

۳- از نظر وضعیت تأهل نیز تفاوتی معنی داری میان آزمودنیهای پژوهش دیده نشد (جدول ۱).

۴- میانگین سن دو گروه پرستاران و دبیران بالاتر از دانشجویان بود (جدول ۲).

۵- همان طور که در جدول ۳ آمده است احساس خستگی

جدول ۳- توزیع فراوانی نسبی نشانه‌های روانی در آزمودنیهای پژوهش بر حسب ملاکهای به کار برده شده

نشانه‌ها	DSM-IV (%)	اندازه اثر (%)	ترکیب و روش (%)
احساس خستگی و ضعف	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
احساس بی ثباتی سریع در خلق	۸۵/۷	۸۵/۷	۸۵/۷
بی قراری، عصبانیت و بداخلاقی	۸۵/۷	۹۳/۷	۸۵/۷
گرفتگی، غمگینی، احساس تنهایی	۸۵/۷	۸۱/۲	۸۵/۷
افزایش و کاهش خواب	۸۵/۷	۸۵/۷	۸۵/۷
از دست دادن علاقه در کارهای روزانه	۷۱/۲	-	-
افزایش و کاهش اشتها	۷۱/۲	۸۱/۲	۷۱/۲
کاهش انگیزه برای صحبت	۶۴/۲	۶۸/۷	۵۷/۱
واکنش شدید به وقایع	۵۰	۶۲/۵	۵۷/۱
حواس پرتی و اشکال در تمرکز	۵۰	۶۸/۷	۵۷/۱
بدبینی	۴۲/۸	۳۱/۲	۴۲/۸
کاهش اعتماد به نفس	۳۵/۷	۳۱/۲	۲۸/۵
میل به خودکشی	۷/۱	۲۱/۵	-
غیبت در کار	۷/۱	۱۲/۵	-

در این پژوهش فراوانی نشانگان پیش از قاعدگی با استفاده از ملاکهای DSM-IV، ۱۹/۴٪ و با استفاده از ترکیب دو روش ۱۹/۷٪ بود.

متفاوت نبودن فراوانی نشانگان پیش از قاعدگی در گروههای سنی زیر ۲۵ سال و بالای ۳۵ سال با بسیاری از بررسیهای انجام شده در سالهای اخیر هماهنگ است (کندلر<sup>(۱)</sup>، ریورا<sup>(۲)</sup>، فرانک، ۱۹۹۰).

در برخی از پژوهشهای انجام شده در این زمینه شایعترین علامت را حواس پرتی و اشکال در تمرکز گزارش کرده‌اند که در این بررسی تأیید نشد (ریورا و فرانک، ۱۹۹۰). سایر یافته‌های پژوهش با یافته‌های پژوهشهای پیشین تفاوتی نداشته‌اند. ۵۰٪ بیماران نشانه‌های اختلال را تحمل می‌کردند و ۲۱٪ انواع مسکنها و آرام بخشها را برای بهبود آنها به کار می‌برده‌اند. ۲۱٪ آزمودنیها گزارش نموده‌اند که پس از ازدواج نشانه‌های اختلال در آنان بیشتر شده است و ۷٪ گزارش کردند که پس از ازدواج نشانه‌های بدنی کاهش یافته ولی نشانه‌های خلقی افزایش یافته است.

از میان نشانه‌های موجود در نشانگان پیش از قاعدگی به طور کلی نشانه‌های روانی شایعتر از نشانه‌های بدنی بودند و از میان نشانه‌های روانی احساس خستگی و ضعف شایعترین نشانه (۱۰۰٪ موارد) در هر سه روش بوده است. در پژوهش ریورا و فرانک (۱۹۹۰) شایعترین نشانه، نداشتن تمرکز حواس، حواس پرتی و اشکال در خواب گزارش شده بود. دلیل این تفاوت ممکن است مربوط به تفاوت فرهنگی باشد. در هر حال پس از ضعف و خستگی، احساس بی ثباتی، بی قراری و افسردگی شایعترین نشانه‌ها بودند. از میان نشانه‌های بدنی، سردرد، درد کمر، نفخ شکم، آکنه و تکرر ادرار نشانه‌های شایع در افراد مورد بررسی بود که با دیگر بررسیهای انجام شده در این زمینه همخوانی دارد.

به طور کلی این بررسی نشان داد که نشانگان پیش از قاعدگی در زنان مورد بررسی نسبتاً شایع بوده است.

روش نمونه‌گیری، فراگیری تکمیل درست پرسشنامه، طولانی بودن مدت پژوهش و جلب رضایت آزمودنیها از محدودیت‌های این پژوهش بودند.

نظر به اینکه بررسیهای همه گیر شناسی وقت گیر، پرهزینه و پر زحمت هستند ولی می‌توانند در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی درمانی مؤثر واقع شوند نیاز به حمایت‌های مالی بیشتری دارند. همچنین پژوهشهایی که روشهای درمانی این نشانگان را مورد بررسی قرار می‌دهند می‌توانند در کاهش مشکلات خانمهایی که هر ماه چندین روز را با این مشکل روبرو هستند مؤثر واقع شوند.

#### منابع

فلاحیان، معصومه (۱۳۷۲). سندرم پیش از قاعدگی. مجله نظام پزشکی. دوره دوازدهم، ۲۷۲-۲۶۷.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-3rd ed. revised*. Washington: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed*. Washington: American Psychiatric Association.

Chuong, C.J. (1992). Critical evaluation of nutritional factors in the pathophysiology of PMS. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 35, 679-692.

Hurt, S. W. (1992). LLPDD in 670 women evaluated for PMS. *American Journal of Psychiatry*. 149. 525-530.

Kendler, K. S. (1992). Genetic and environmental factors in the etiology of P.M.S. *Psychological Medicine*, 22, 85-100.

- Koshikawa, N. (1992). P.G. & P.M.S. *Prostaglandins -leukot-Essent-fatty Acid*, 45, 33-36.
- Mortola (1992). Issues in the diagnosis and research of PMS. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 35, 585-597.
- Palmer, S. A. (1991). The MMPI and PMS. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 215-221.
- Rivera, A. D., & Frank, E. (1990). Late luteal phase dysphoric disorder in young women. *American Journal of Psychiatry* 147, 1634-1636.
- Shershah, S. (1991). Prevalence of P.M.S. in Pakistani women. *Journal of Pakistan Medical Association*, 41, 101-103.
- Torbjorn, T., & Backstorm, T. (1992). Neuroendocrinology of P.M.S. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 35, 612-627.

## سیروپیش آگهی افسردگی

گرچه در بیست سال گذشته دگرگونیهای زیادی در تشخیص اختلالهای افسردگی و اضطرابی پدید آمده است، در مورد سیربالینی دراز مدت این اختلالها بررسیهای مقایسه‌ای اندکی انجام شده است. بازنگری پژوهشهای انجام شده در زمینه سرانجام بالینی اختلالهای افسردگی و اضطرابی یا اختلال اضطرابی همراه با افسردگی در سالهای ۱۹۶۶ تا ۱۹۹۷ نشان داد که اختلال اضطرابی همراه با افسردگی پیش آگهی ضعیف‌تری نسبت به اختلال افسردگی و یا اختلالهای اضطرابی به تنهایی دارند. همچنین این بازنگری نشان داد که اختلالهای اضطرابی سرانجام بدتری نسبت به اختلالهای افسردگی دارند.

British Journal of Psychiatry 1998