اختلال ملال قبل از قاعدگی، نشانگان قبل از قاعدگی و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان دبیرستانهای دخترانه شهر کرمانشاه

فائزه تاتاری، جلال شاکر، منیر حسینی، منصور رضایی، مرضیه امیریان، فرهاد امیریان

چکیده

مقدمه: بسیاری از زنان در سنین باروری، در فاصله ۱۰-۷ روز قبل از قاعدگی (مرحله لوتئال) دچار علایم روانی و جسمی آزاردهنده‌ای می‌شوند که با شروع خونریزی از بین می‌رود. این بررسی فراوانی علایم نشانگان قبل از قاعدگی و نیز اختلال ملال قبل از قاعدگی را همراه با عوامل مرتبط با آن در دختران دانش‌آموز دبیرستانهای کرمانشاه ارزیابی کرده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، ۸۰۰ دانش‌آموز دبیرستانهای دخترانه کرمانشاه با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. پرسشنامه منطبق بر DSM.IV.TR (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder) برای تشخیص‌گذاری، و پرسشنامه اطلاعات فردی برای تعیین ویژگیهای جمعیت‌شناختی، به صورت رو در رو هر یک از داوطلبان تکمیل شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون مجذور کای، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: شیوع نشانگان قبل از قاعدگی ۴۱/۵ درصد و شیوع اختلال ملال قبل از قاعدگی ۹/۴ درصد به دست آمد. اختلال در دانش‌آموزان بالای ۱۶ سال شایع‌تر بود. شایع‌ترین علایم، علایم خلقی و سپس جسمی و رفتاری بود. فراوانی اختلال ملال قبل از قاعدگی در افراد دارای مادران با تحصیلات بالاتر (دیپلم و بالاتر) کمتر بود. فراوانی نشانگان قبل از قاعدگی در افراد دارای مادران با تحصیلات بالاتر (دیپلم و بالاتر) بیشتر بود. فراوانی نشانگان قبل از قاعدگی در افرادی که سابقه خانوادگی مثبت داشتند بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: شیوع بالای نشانگان قبل از قاعدگی و شیوع نسبتاً بالای اختلال ملال قبل از قاعدگی که باعث بروز مشکلاتی در ارتباط با عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان می‌شود نیازمند توجه جدی در زمینه ارتقای بهداشت روانی دانش‌آموزان و ارجاع موارد شدید به مراکز درمانی تخصصی است.

کلید واژه‌ها: اختلال ملال قبل از قاعدگی، نشانگان قبل از قاعدگی، دانش‌آموزان دبیرستان

مقدمه

بروز پاره‌ای از مشکلات روانی و جسمی در دوره‌های خاصی از دوران قاعدگی زنان و طبیعت تکرار شونده آنها از دیرباز مورد توجه بوده و در منابع مختلف تاریخی به آن اشاره شده است(۲،۱). در تجدید نظر چاپ سوم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات (DSM.III.R)، سندرم پیش از قاعدگی برای مشخص ساختن طبیعت، شدت و زمان علایم عاطفی و روان‌شناختی قبل از قاعدگی به کار رفت، که به فعالیت فرد آسیب می‌رساند.

انجمن روانپزشکان آمریکا در تجدید نظر سوم چاپ چهارم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM.IV.TR)، نام اختلال ملال قبل از قاعدگی را برای آن انتخاب کرد. در این اختلال، شدت علایم باید به حدی باشد که با فعالیت اجتماعی بیمار تداخل کند و با این ملاحظه، شیوع آن نسبت به سندرم پیش از قاعدگی کمتر برآورد می‌شد(۲). با این حال، در اکثر مقالات و بررسی‌های

آدرس مکاتبه: دکتر فائزه تاتاری (استادیار)، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه.fztatari@yahoo.com
دکتر منیر حسینی، استادیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، منصور رضائی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بیمارستان فارابی، دکتر مرضیه امیریان، استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و دکتر فرهاد امیریان، پزشک عمومی مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه.
اعلام وصول: ۸۶/۴/۵، اصلاح نهائی: ۸۶/۵/۶ و پذیرش ۸۶/۵/۷.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.4.3]

پس از DSM-IV هنوز نام نشانگان قبل از قاعدگی (Pre Menstural Syndrome-PMS) در کنار اختلال ملال قبل از قاعدگی (Pre Menstural Dysphoric Disorder-PMDD) و تا حدی متمایز از آن مطرح است.

نظریه‌های عصبی هورمونی هیچ یک به تنهایی قادر نیست تمام ابعاد اختلال را پوشش دهد. هیچ درمان واحدی هم برای تمام مبتلایان مؤثر نبوده است. اما اثربخشی بسیار موفق داروهای مهارکننده باز جذب سروتونین در تخفیف علایم، نظریه سروتونرژیک را بیشتر از همه تقویت کرده است. عوامل خطر متعددی هم در ارتباط با PMS نام برده شده که عبارتند از: مجرد بودن، تحصیلات پایین، نبودن تحرک و ورزش، سیگار کشیدن و مصرف زیاد الکل و نیز مصرف مواد شیرین و. آشامیدنی‌های دارای کافیین(۲-۴).

در خصوص شیوع این اختلال در ایران، اطلاعات جامعی در دست نیست. گزارش‌های موجود حاکی از تحقیقات پراکنده‌ای است که عمدتاً شیوع را بر اساس معیارهای DSM-III بررسی کرده‌اند و نتایج مربوط به شیوع نیز اندک بوده است. در یک مورد در دبیرستانهای کرمان، اختلال PMS را ۶۶/۵ درصد ارزیابی کرده که از این میزان در ۳۷/۶ درصد علایم متوسط تا شدید گزارش شده است(۵).

تحقیق حاضر در درجه نخست، به منظور تعیین فراوانی ملال قبل از قاعدگی در بین دختران دبیرستانی شهر کرمانشاه و در درجه بعد، بررسی بعضی از عوامل مرتبط با آن انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

حجم نمونه با فرض شیوع ۴۹ درصدی و با فرض اثر طرح نمونه‌گیری خوشه‌ای برابر ۱/۳، حداقل ۷۸۲نفر برآورد شده بود که برای سهولت کار، ۸۰۰ نفر انتخاب و به صورت خوشه‌ای تقسیم شدند. هر خوشه ۲۰ نفر و تعداد ۴۰ خوشه به صورت پراکنده در ۲۰ دبیرستان سطح شهر کرمانشاه تعیین می‌شود. تعداد افرادی هر خوشه به تناسب بین سه سال تحصیلی انتخاب شد. برای بررسی علایم PMDD، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۲۱ سؤال تنظیم شد. سؤالها بر مبنای جدول تشخیصی PMDD در DSM-IV-TR تدوین شده بود.

پرسشنامه دومی هم در خصوص اطلاعات فردی تهیه شد. این پرسشنامه موارد زیر را شامل بود: سن، شغل پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر، تعداد فرزندان خانواده، سن منارک و سابقه ی مشکلات مشابه در خانواده.

پرسشنامه‌ها به صورت رو در رو با هر یک از افراد شرکت‌کننده توسط پرسشگران، که خود پزشک بودند، تکمیل شد. معیار عدم ورود برای نمونه عدم تمایل به شرکت در پژوهش، سابقه‌ای از افسردگی بیماریهای جسمی مانند صرع، منتژیت، آنسفالیت، بیماریهای قلبی یا مصرف داروهای بتا بلوکر، داروهای قلبی، فنوباربیتال و سایر داروهای ضد تشنجی بود. اخذ سابقه فوق قبل از تکمیل پرسشنامه انجام می‌گرفت و کلیه افراد شرکت داده شده در نمونه‌گیری فاقد معیارهای فوق بودند.

در نهایت، داده‌ها به روش آمار توصیفی ارائه و با آزمون مجذور کای تحت نرم افزار SPSS-10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

فراوانی PMDD ۹/۴ درصد و فراوانی PMS ۴۱/۵ درصد مشاهده شد. علایم مختلف در جدول یک نشان داده شده است.

توزیع فراوانی PMDD و PMS بر حسب متغیرهای مورد بررسی در جداولهای ۲ و ۳ مشخص شده است.

بحث

در این بررسی فراوانی PMS ۴۱/۵ درصد به دست آمد. کاپلان شیوع آن را ۴۰ تا ۷۰ درصد ذکر کرده است(۲)، بان هارت آن را در ۷۵ درصد زنان تخمین زده است(۶)، ویلسون در دختران دبیرستانی این میزان را ۸۶ درصد نشان داد(۷)، برآورد چانگ در ۱۹۹۲ تا ۹۰ درصد شیوع آن را بالا برد(۸)، بررسی احمدی در سال ۱۳۷۲ در دانش-آموزان سال آخر دبیرستانهای کرمان شیوع آن را ۶۶/۵ درصد نشان داد(۵)، مطالعه شای نیز که در ۱۹۸۶ در دختران دبیرستانی انجام شد، آن را ۷۱/۳ درصد برآورد کرد(۹)، در عوض میزان PMS را شرشاه در ۱۹۸۹ در

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.4.3]

جدول ۱: توزیع فراوانی علایم مختلف PMDD† در دانش‌آموزان

نوع علائم	فراوانی (درصد)
علائم خلقی	
بدون علامت	۶۹(٪۸/۶)
خلق افسرده	۸۴(٪۱۰/۵)
اضطراب	۱۳۴(٪۱۶/۸)
تزلزل عاطفی	۱۸۷(٪۲۳/۴)
تحریک پذیری	۱۵۷(٪۱۹/۶)
کاهش علاقه به امور	۹۴(٪۱۱/۸)
تمرکز دشوار	۴۷(٪۵/۹)
عدم تسلط به خود	۲۸(٪۳/۵)
علائم جسمی	
بدون علامت	۱۳۴(٪۱۶/۸)
درد پستان ها	۳۳۲(٪۴۱/۵)
سر درد	۲۵۰(٪۳۱/۳)
درد مفاصل	۷۷(٪۹/۶)
پف کردگی	۷(٪۰/۹)
علائم رفتاری	
بدون علامت	۲۰۵(٪۲۵/۶)
تغییر اشتها	۳۰۰(٪۳۷/۵)
اختلال خواب	۲۱۸(٪۲۷/۳)
احساس عدم توانایی	۷۷(٪۹/۶)
جمع	۸۰۰(٪۱۰۰)

†Pre Menstural Dysphoric Disorder

پاکستان(۵) و تمکین در ۲۰۰۳ در اتیوپی(۱۰) به ترتیب ۳۳/۳ درصد و ۱۴ تا ۲۷ درصد ارزیابی کردند. برآورد ما نیز به این ارقام نزدیکتر است.

بعضی از مؤلفان اساساً PMS را نه اختلالی واقعی، بلکه ناشی از یک سوء تفاهم تاریخی می‌دانند(۱). آنان معتقدند در طول تاریخ، نگرش منفی مردسالارانه به قاعدگی، آن را به پدیده‌ای مذموم و پلید تبدیل کرده است و با گسترش دیدگاه‌های مخالف مردسالاری این تلقین ریشه‌دار فرهنگی رنگ خواهد باخت و جایی برای چنین برچسبهایی نخواهد ماند. حتی در DSM-IV-TR نیز در اثر ملاحظات اجتماعی از این دست، اختلال ملال قبل از قاعدگی در زمره «اختلالاتی که به نحو دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند» قرار داده شد(۲). اما نگاهی به آمارهای بالا، وضعیت را وارونه نشان می‌دهد. ظاهراً در کشورها و جوامعی که دیدگاه‌های مخالف مردسالارانه دارند و سالهاست پذیرفته شده و در فرهنگ و آموزش رسمی نیز جایگاه محکمی در اختیار گرفته است، PMS شیوع بیشتری دارد.

جدول ۲. توزیع فراوانی PMDD† در دانش‌آموزان بر حسب عوامل مرتبط

مشخصات	PMDD			P
	منفی	مثبت	جمع	
سابقه خانوادگی				
مثبت	۲۵۲(٪۵۵)	۲۰۶(٪۴۵)	۴۵۸(٪۱۰۰)	۰/۰۴۵
منفی	۲۰۳(٪۶۳/۸)	۱۱۵(٪۳۶/۲)	۳۱۸(٪۱۰۰)	
نامشخص	۱۳(٪۵۴/۲)	۱۱(٪۴۵/۸)	۲۴(٪۱۰۰)	
طعم مورد علاقه				
ترش	۲۰۳(٪۵۵/۵)	۱۶۳(٪۴۴/۵)	۳۶۶(٪۱۰۰)	۰/۰۷۷
شور	۳۸(٪۵۵/۹)	۳۰(٪۴۴/۱)	۶۸(٪۱۰۰)	
شیرین	۷۴(٪۵۴/۸)	۶۱(٪۴۵/۲)	۱۳۵(٪۱۰۰)	
سایر مزه‌ها	۱۴۹(٪۶۵/۹)	۷۷(٪۳۴/۱)	۲۲۶(٪۱۰۰)	
بدون تفاوت	۴(٪۷۵)	۱(٪۲۵)	۵(٪۱۰۰)	
نوشابه ترجیحی				
چای	۳۶۷(٪۵۸/۳)	۲۶۲(٪۴۱/۷)	۶۲۹(٪۱۰۰)	۰/۹۵۳
قهوه	۳۱(٪۵۶/۴)	۲۴(٪۴۳/۶)	۵۵(٪۱۰۰)	
نوشابه گازدار	۵۸(٪۶۰/۴)	۳۸(٪۳۹/۶)	۹۶(٪۱۰۰)	
بدون ترجیح	۲(٪۶۶/۷)	۱(٪۳۳/۳)	۳(٪۱۰۰)	

†Pre Menstural Dysphoric Disorder

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.4.3]

جدول ۳: توزیع فراوانی PMS†† و PMDD† در دانش‌آموزان بر حسب مشخصات فردی

مشخصات	PMS			P	PMDD			P
	منفی	مثبت	جمع		منفی	مثبت	جمع	
سن (سال)								
>۱۶	۲۴۹(٪۶۴/۵)	۱۳۷(٪۳۵/۵)	۳۸۶(٪۱۰۰)	۰/۰۱	۳۶۰(٪۹۳/۳)	۲۶(٪۶/۷)	۳۸۶(٪۱۰۰)	۰/۰۱۳
≤۱۶	۲۱۹(٪۵۲/۹)	۱۹۵(٪۴۷/۱)	۴۱۴(٪۱۰۰)		۳۶۵(٪۸۸/۲)	۴۹(٪۱۱/۸)	۴۱۴(٪۱۰۰)	
مقطع تحصیلی (دبیرستان)								
اول	۲۰۸(٪۶۰/۵)	۱۳۶(٪۳۹/۵)	۳۴۴(٪۱۰۰)		۳۱۵(٪۹۱/۶)	۲۹(٪۸/۴)	۳۴۴(٪۱۰۰)	
دوم	۱۷۰(٪۵۷/۸)	۱۲۴(٪۴۲/۲)	۲۹۴(٪۱۰۰)	۰/۵۵۴	۲۶۲(٪۸۹/۱)	۳۲(٪۱۰/۹)	۲۹۴(٪۱۰۰)	۰/۵۳۵
سوم	۹۰(٪۵۵/۶)	۷۲(٪۴۴/۴)	۱۶۲(٪۱۰۰)		۱۴۸(٪۹۱/۴)	۱۴(٪۸/۶)	۱۶۲(٪۱۰۰)	
فاصله از منارک								
۲-۱ سال	۱۵۳(٪۵۹/۸)	۱۰۳(٪۴۰/۲)	۲۵۶(٪۱۰۰)		۲۳۸(٪۹۳)	۱۸(٪۷)	۲۵۶(٪۱۰۰)	۰/۱۳۴
۳ سال	۱۷۹(٪۶۱/۹)	۱۱۰(٪۳۸/۱)	۲۸۹(٪۱۰۰)	۰/۰۱۱	۲۶۳(٪۹۱)	۲۶(٪۹)	۲۸۹(٪۱۰۰)	
۸-۴ سال	۱۳۶(٪۵۳/۳)	۱۱۹(٪۴۶/۷)	۲۵۵(٪۱۰۰)		(٪۸۷/۸)	(٪۱۲/۲)	(٪۱۰۰)	
شغل پدر								
فوت کرده	۸(٪۴۲/۱)	۱۱(٪۵۷/۹)	۱۹۹(٪۱۰۰)		۱۷(٪۸۹/۵)	۲(٪۱۰/۵)	۱۹(٪۱۰۰)	
بیکار	۸(٪۶۱/۵)	۵(٪۳۸/۵)	۱۳(٪۱۰۰)		۱۱(٪۸۴/۶)	۲(٪۱۵/۴)	۱۳(٪۱۰۰)	
کارگر	۴۳(٪۵۴/۴)	۳۶(٪۴۵/۶)	۷۹(٪۱۰۰)		۶۸(٪۸۶/۱)	۱۱(٪۱۳/۹)	۷۹(٪۱۰۰)	
کشاورز	۴(٪۵۷/۱)	۳(٪۴۲/۹)	۷(٪۱۰۰)	۰/۱۸۲	۶(٪۸۵/۷)	۱(٪۱۴/۳)	۷(٪۱۰۰)	۰/۶۹۴
شغل آزاد	۲۲۵(٪۶۳/۴)	۱۳۰(٪۳۶/۶)	۳۵۵(٪۱۰۰)		۳۲۵(٪۹۱/۵)	۳۰(٪۸/۵)	۳۵۵(٪۱۰۰)	
کارمند	۱۶۱(٪۵۶/۱)	۱۲۶(٪۴۳/۹)	۲۸۷(٪۱۰۰)		۲۶۳(٪۹۱/۶)	۲۴(٪۸/۴)	۲۸۷(٪۱۰۰)	
بازنشسته	۱۹(٪۴۷/۵)	۲۱(٪۵۲/۵)	۴۰(٪۱۰۰)		۳۵(٪۸۷/۵)	۵(٪۱۲/۵)	۴۰(٪۱۰۰)	
تحصیلات پدر								
بی‌سواد و کم سواد	۱۹(٪۷۳/۱)	۷(٪۲۶/۹)	۲۶(٪۱۰۰)		۲۲(٪۸۴/۶)	۴(٪۱۵/۴)	۲۶(٪۱۰۰)	
متوسطه و دیپلم	۲۷۹(٪۵۷/۶)	۲۰۵(٪۴۲/۴)	۴۸۴(٪۱۰۰)	۰/۲۹۸	۴۳۷(٪۹۰/۳)	۴۷(٪۹/۷)	۴۸۴(٪۱۰۰)	۰/۲۹۰
بالاتر از دیپلم	۱۷۰(٪۵۸/۶)	۱۲۰(٪۴۱/۴)	۲۹۰(٪۱۰۰)		۲۶۶(٪۹۱/۷)	۲۴(٪۸/۳)	۲۹۰(٪۱۰۰)	
شغل مادر								
فوت کرده	۴(٪۳۰/۸)	۹(٪۶۹/۲)	۱۳(٪۱۰۰)		۱۲(%۹۲/۳)	۱(٪۷/۷)	۱۳(%۱۰۰)	
خانه‌دار	۴۱۹(٪۵۹/۸)	۲۸۲(٪۴۰/۲)	۷۰۱(٪۱۰۰)	۰/۰۷۲	۶۳۲(٪۹۰/۲)	۶۹(٪۹/۸)	۷۰۱(٪۱۰۰)	۰/۰۷۲
کارمند	۱۶(٪۴۵/۷)	۱۹(٪۵۴/۳)	۳۵(٪۱۰۰)		۳۰(٪۸۵/۷)	۵(٪۱۴/۳)	۳۵(٪۱۰۰)	
بازنشسته	۲۹(٪۵۶/۹)	۲۲(٪۴۳/۱)	۵۱(٪۱۰۰)		۵۱(٪۱۰۰)	۰	۵۱(٪۱۰۰)	
تحصیلات مادر								
بی‌سواد و کم‌سواد	۲۵(٪۷۳/۵)	۹(٪۲۶/۵)	۳۴(٪۱۰۰)		۲۷(٪۷۹/۴)	۷(٪۲۰/۶)	۳۴(٪۱۰۰)	
منوسطه	۳۸۳(٪۵۹/۳)	۲۶۳(٪۴۰/۷)	۶۴۶(٪۱۰۰)	۰/۰۳۲	۵۸۱(٪۸۹/۹)	۶۵(٪۱۰/۱)	۶۴۶(٪۱۰۰)	۰/۰۰۲
دیپلم و بالاتر	۶۰(٪۵۰)	۶۰(٪۵۰)	۱۲۰(٪۱۰۰)		۱۱۷(٪۹۷/۵)	۳(٪۲/۵)	۱۲۰(٪۱۰۰)	

†Pre Menstural Dysphoric Disorder; †† Per Menstural Syndrome

به نظر می‌رسد بالا بودن سطح آموزش، باعث افزایش آگاهی و هشیاری زنان نسبت به مشکلات مربوط به دستگاه جنسی‌شان می‌شود و به جای بی‌توجهی یا کتمان این مشکلات، آن را بیان می‌کنند. در این خصوص، یافته دیگر این بررسی را نیز می‌توان شاهد آورد و آن پایین‌تر بودن میزان PMS در دخترانی بود که مادرانشان

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.4.3]

تحصیلات بالاتری داشتند. در این بررسی شیوع PMDD ۹/۴ درصد به دست آمد. آندرش آن را ۳ درصد و ویتچن ۹ درصد برآورد کرده اند. کورنی نیز در بررسی خود در ۹ درصد موارد PMS، شدت اختلال را موجب کاهش عملکرد کاری زنان نشان داد(۱۱-۱۳).

در بررسی چانگ نیز در ۵ تا ۱۰ درصد مواردی شدت علایم به ناتوانی انجامیده بود. از سوی دیگر، در گزارش ویلسون و شادی این ارقام به ترتیب ۱۷ درصد و ۲۴/۷ درصد بود(۷-۹). تنها باید توجه داشت که ویلسون و شای، میزان PMS را نیز به ترتیب ۸۶ درصد و ۷۱/۳ درصد برآورد کرده بودند و در ضمن در بررسی آنان ذکری از PMDD به میان نیامده است و در مطالعه شای نیز درد عامل غیبت ذکر شده است. یانکرز و پرگونیک هم بطور مشخص شیوع PMDD را ۲۰/۴ درصد تعیین کردند(۱۴).

از میان سه دسته علایم، علایم خلقی در مبتلایان شایع‌تر بود. این علایم علاوه بر افراد مبتلا در افرادی هم که همه معیارهای تشخیص را نداشتند، مشاهده شد. از دیرباز دیده شده که زنان در دوره نزدیک به قاعدگی، حساس و کج‌خلق می‌شدند و این اختلالات را به دلیل ارتباطی که بین دوره قاعدگی و ماه‌های قمری قائل بودند، ماه‌زدگی می‌نامیدند. طب بقراطی نیز تغییرات خلق‌وخو را با خون قاعدگی مرتبط می‌دانست(۲). بیلی در مطالعه اجتماعی زنان مبتلا به PMDD نشان می‌دهد این زنان به میزان بالاتری از اختلالات روانی همزمان رنج می‌برند، و اختلالات خلقی یک قطبی به ویژه شایع هستند(۱۵). پرگونیک آن را در ارتباط با وقایع تروماتیک زندگی جستجو کرده و به پاسخ مثبت رسیده است(۱۷). در عین حال، در بررسی لاندن و یانکرز میزان بالایی از اختلالات اضطرابی همزمان نیز مشاهده شده است(۱۶،۱۴). اما در بررسی ما، تزلزل عاطفی شایع‌ترین علامت خلقی بود. از سوی دیگر، شیوع بالاتر علائم جسمی نسبت به علائم رفتاری در بررسی ما، یافته‌ای است که در بررسی‌های دیگر مشاهده نشده است، و اهمیت احتمالی آن نیاز به بررسی‌های بعدی دارد.

کاپلان PMS را با افزایش سن مرتبط می‌داند(۲)، در بررسی ما PMS در افراد بالای ۱۶ سال شایع‌تر بود و علاوه بر آن، شیوع آن با افزایش فاصله از منارک بیشتر می‌شد. هر دو اینها را می‌توان تأییدی بر این نظر دانست. PMDD نیز در افراد بالای ۱۶ سال بیشتر دیده شد اما ارتباط آن با فاصله از منارک تأیید نشد. همچنین در افرادی که سابقه خانوادگی مثبت داشتند، PMS بیشتر دیده شد. کاپلان و کورنی به این رابطه اشاره داشته‌اند ولی کاپلان آن را قطعی نمی‌داند(۱۳،۲). در بررسی ما نیز این نسبت در PMDD مشاهده نشد. کاپلان رابطه احتمالی بین مصرف کافیین و PMS را بیان کرده است(۲). احمدی در دانش‌آموزان کرمان میان شیوع PMS و مصرف شیرینی و آشامیدنی‌های حاوی کافیین رابطه معناداری را گزارش کرده است(۵). از سوی دیگر، چانگ چنین ارتباطی را به دست نیاورد(۸). در بررسی ما نیز، هرچند PMDD و نه PMS در افرادی که چای و قهوه می‌نوشیدند بیشتر بود، اما این رابطه با اطمینان بالایی مشخص نشد.

از دیگر عواملی که کاپلان ارتباط آن را با PMS محتمل ذکر کرده است وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین است. شاخصهای ما برای جستجوی سطح اجتماعی، عبارت بود از شغل و میزان تحصیلات پدر و مادر. تنها شاخصی که ارتباط معنادار با شیوع PMS نشان داد، وجود مادرانی با تحصیلات بالاتر بود. این رابطه با PMDD تأیید نشد و به نظر می‌رسد این امر هنوز نیازمند بررسی‌های بیشتر است.

ارائه نتیجه این پژوهش به ادارات آموزش و پرورش اهمیت دارد. چنان که ملاحظه شد، اکثر مبتلایان و حتی غیر مبتلایان به PMS و PMDD دچار تغییرات خلقی در دوره قبل از قاعدگی می‌شوند. این تغییرات باید از سوی معلمان و مربیان شناخته شوند و در این دوره خاص، برخی ناسازگاری‌های احتمالی دانش‌آموزان را از تخلفات انضباطی متمایز کنند. این مطلب در ارتقای بهداشت روانی دانش‌آموز و مربی حایز اهمیت است. همچنین موارد غیبت از مدرسه در دوره قاعدگی را به عنوان هشداری از وجود یک اختلال جدی‌تر در نظر بگیرند و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.4.3]

این دانش‌آموزان را به مراکز درمانی تخصصی هدایت کنند. بررسی‌های آینده در خصوص این اختلال الزامی است. بررسی در گروه‌های سنی دیگر و در جامعه‌های آماری دیگر به شناخت بیشتر ابعاد مختلف PMDD کمک می‌کند. توصیه می‌شود بررسی‌هایی با پیگیری‌های دراز مدت انجام شود.

منابع

1- Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. 2005: 531-5.
2- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. 2005: 2315-22.
3- Ramcharan S, Love EJ, Fick GH, et al. The epidemiology of premenstrual symptoms in a population-based sample of 2650 urban women: attributable risk and risk factors. J Clin Epidemiology 1992; 45: 377-92.
4- Wittchen HU, Perkonning A, Pfister H. Trauma and PTSD: an over looked pathogenic pathway for premenstrual dysphoric disorder. Arch Women Mental Health 2003; 6: 293-7.
5- Ahmadi J. Prevalence and severity of the Pre-Menstrual Syndrome (PMS) in the last grade high school students of Kerman city. Quarterly Journal of Obstetrics and Nursing [in Farsi].1993 Aut & Win; 18: 99-101.
6- Banhart KT, Freeman EW, Sondheimer SJ. A clinican's guide to the premenstrual syndrome. Med Clin North Am 1995; 79: 1472-5.
7- Wilson J. Premenstrual syndrome. Clincal Obstetric and Gynecology 1991; 36(4): 321-8.
8- Chuong G, Dawson E. Critical evaluation of nutritional factors in the pathophysiology and trement of premenstrual syndrome. Clinical Obstetric and Gynecology 1992; 23(3): 121-9.
9- Shye D, Jaffe M. The epidemiology of premenstrual syndrome in adolescence. Journal of Clinic Epidemiology 1986; 211(1): .
10- Temhin N, Tenkir A, Ayele N. B. Premenstrual syndrome: prevalence and effect on academic and social performances of students in Jimma University. Ethip J Health 2003 Dec; 17(3): 181-3.
11- Andersch B, Wendestam C, Hahm L, et al. Premenstrual complaints 1: prevalence of premenstrual symptoms in a Swedish urban population. J Psychosom Obstet Gynaecol 1986; 5: 39-49.
12- Wittchen HU, Becker E, Lieb R, et al. Prevalence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. Psychol Med 2002; 32: 119-32.
13- Coeney E, Stanton J. Prementrual syndrome. Journal of Clinic Epidemiology 1992; 45(4): 345-55.
14- Yonkers K. The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. J Clin Psychiatry 1997; 58: 19-25.
15- Biley JW, Cohen LS. Prevalence of mood and anxiety disorder in women who seek treatment for premenstrual syndrome. J Women's Health Gend Based Med 1999; 8: 1181-54.
16- Landen M, Eriksson E. How does premenstrual dysphoric disorder relate to depression and anxiety disorders? Depress Anxiety 2003; 17: 122-9.
17- Perkonigg A, Yonkers K, Pfister H, Lieb R, Wittchen HU. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young: the role of traumatic events and post traumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 2004; 65: 10.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.4.3]

www.mui.ac.ir

Frequency of Pre-Menstrual Dysphoric Disorder (PMDD), PreMenstrual Syndrome (PMS) and some Related Factors in Students of Girls' High Schools of Kermanshah

Tatari F, Shaker J, Hosseini M, Rezaii M, Amirian M, Amirian F

Abstract

Introduction: Many women in fertile period of their lives experience some bothering mental and physical symptoms that begin around 7-10 days before menses (lutheal phase) and cease in the first days of menstrual bleeding. After presentation of the Text Revision of the Fourth version of Diagnostic and Statistical Manual of psychiatric disorders (DSM-IV), these symptoms already known as Pre-menstrual syndrome (PMS) were called Pre-menstrual dysphoric disorder (PMDD). This process was associated with addition of some criteria about duration and intensity. The prevalence of PMS has been estimated to be about 40% to 70% but severe signs (PMDD) have lower prevalence. This study has evaluated the frequency of PMS and PMDD and some related factors in students of girls' high schools in Kermanshah.

Methods and Materials: In this descriptive-analytic study, 800 students of girls' high schools were chosen by randomized cluster sampling. A researcher made questionnaire assessing PMS and PMDD according to DSM.IV.TR criteria as well as a demographic questionnaire were administered to participants. Data were analyzed running SPSS software -version 11.5.

Findings: Frequencies of PMS and PMDD were 41.5% and 9.4% respectively. The disorder was more frequent in students older than 16 years old. Mood symptoms were the most frequent presentation, followed by physical and behavioral symptoms. There was a lower frequency of the disorder despite a higher frequency of the syndrome in students with highly educated mothers. The frequency of PMS was higher in students with positive family history.

Discussion: Because of the potential adverse effects of PMS and PMDD on academic achievement and mental health of students, the high frequency of these problems need urgent attention. Planning mental health evaluations and interventions is necessary for these age group students. Diagnosis of severe cases and referring them should be considered in such programs.

Key words: Premenstrual dysphoric disorder, Premenstrual syndrome, Student.

Source: Journal of Research in Behavioural Sciences 2007; 5(1): 13-18.

Addresses:
Corresponding author: Faeze Tatari (Assistant professor), Psychiatry Department, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, IRAN. E-mail: fztatari@yahoo.com
Monir Hoseini, Assistant Professor of Psychiatry Department, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences; Mansour Rezaii, Master of Sciences in Clinical Psychology, Farabi Hospital; Marziyeh Amirian, Assistant, Biological Statistics Department, Kermanshah University of Medical Sciences; Farhad Amirian, General Physician, Kermanshah Central Health Office, Iran.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.4.3]

www.mui.ac.ir