

فراوانی علایم بالینی سندرم پیش از قاعدگی و سندرم ملال پیش از قاعدگی دانشجویان رشته پزشکی (۱۳۸۹)

دکتر سیده بخشنده نصرت^۱، دکتر محمد صالحی^۲، دکتر الهام مبشری^۱، دکتر زینب اصغری^۳، دکتر مریم محمدخانی^{۴*}
۱- دانشیار، گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۲- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.
۳- پزشک عمومی. ۴- پزشک عمومی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به فراوانی بالای سندرم پیش از قاعدگی و سندرم ملال پیش از قاعدگی و اثرات آن بر فعالیت‌ها و رفتارهای خانوادگی، تحصیلی و شغلی؛ این مطالعه به منظور تعیین فراوانی علایم بالینی سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و سندرم ملال پیش از قاعدگی (PMDD) در دانشجویان رشته پزشکی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۱۶۲ دانشجوی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۸۹ انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه طراحی شده براساس کرایتریای انجمن متخصصین زنان و مامایی آمریکا برای تشخیص سندرم پیش از قاعدگی و کرایتریای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای تشخیص سندرم ملال پیش از قاعدگی استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی دانشجویان $22/2 \pm 2/5$ سال و سن منارک $13/3 \pm 1/2$ سال بود. ۱۷ نفر (۱۰/۵ درصد) متاهل و ۱۴۵ نفر (۸۹/۵ درصد) مجرد بودند. ۹۳ نفر (۵۷/۴ درصد) مبتلا به PMS و ۳۷ نفر (۲۲/۸ درصد) مبتلا به PMDD بودند. شایع‌ترین علامت جسمی و خلقی به ترتیب شامل احساس نفخ و افزایش وزن (۴۵/۷ درصد) و احساس کاهش انرژی خفیف و خستگی‌پذیری سریع (۵۷/۴ درصد) بود. احساس خفگی و تنگی نفس (۸ درصد) از علایم جسمی و کاهش شدید خواب (۱/۲ درصد) از علایم خلقی کمترین فراوانی را نشان دادند. ارتباط آماری معنی‌داری بین شیوع PMDD با سن و سن منارک یافت شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان از شیوع بالایی برخوردار است.

کلید واژه‌ها: سندرم پیش از قاعدگی، سندرم ملال پیش از قاعدگی، نفخ، تنگی نفس، سن منارک

* نویسنده مسؤل: دکتر مریم محمدخانی، پست الکترونیکی maryam.mohamadkhani@yahoo.com

نشانی: گرگان، مرکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، تلفن (داخلی ۲۵۴۳) ۲۲۵۱۳۷۲-۰۱۷۱، شماره ۲۲۶۱۱۷۵

وصول مقاله: ۹۲/۸/۴، پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۷

مقدمه

می‌گیرد؛ علایم آنقدر شدید است که می‌توان برای آنها تشخیص PMDD را مطرح کرد (۴-۲) که علاوه بر علایم جسمی، اختلالات خلقی بارز نیز وجود خواهد داشت. نوع و شدت علایم از فردی به فرد دیگر متفاوت است (۶و۵).

از نظر میزان شیوع در ۹۵ درصد زنان علایمی با شدت متفاوت گزارش می‌شود؛ ولی تنها در ۵ درصد موارد شدت آن در حدی است که موجب اختلال جدی در عملکرد فرد می‌شود (۷). در برخی گزارش‌ها تخمین زده شده که ۷۵ درصد زنان تغییرات اندک یا تک علامتی را در دوره قبل از قاعدگی تجربه می‌کنند (۸). میزان شیوع سندرم قبل از قاعدگی در اغلب مطالعات غربی بین ۵۰-۲۰ درصد گزارش شده است (۹). در حالی که طبق گزارش انجمن روانپزشکان آمریکا میزان اختلال دیسفوریک قبل از قاعدگی

در سنین باروری حدود ۹۰-۸۰ درصد از زنان، قبل از شروع قاعدگی دچار علایمی می‌شوند که آنها را از قریب الوقوع بودن قاعدگی آگاه می‌کند (۱). اکثر زنان تغییرات جسمی، خلقی و رفتاری را در ارتباط با چرخه قاعدگی ذکر می‌کنند که به آن سندرم پیش از قاعدگی (Pre Menstrual Syndrome) (PMS) گفته می‌شود (۴-۲). PMS شامل مجموعه‌ای از تغییرات پریشان‌کننده فیزیکی، سایکولوژیک یا رفتاری است که در طی فاز لوتئال هر سیکل ماهانه عود می‌کند و اگر منجر به اختلال در فعالیت‌های خانوادگی، اجتماعی یا کاری شود؛ سندرم ملال پیش از قاعدگی (Pre Menstrual Dysphoric Disorder) (PMDD) نامیده می‌شود. در حدود ۵-۳ درصد زنانی که در آنها تخمک‌گذاری صورت

تنها ۳-۵ درصد بوده است (۹ و ۱۰). در بررسی‌های داخل کشور نیز میزان متفاوتی از شیوع سندرم قبل از قاعدگی در دانشجویان بین ۴۴/۵ درصد تا ۸۲/۵ درصد گزارش شده است (۷ و ۱۱).

در مطالعه ای روی ۴۲۷ دانشجوی اتریشی، قاعدگی بر موفقیت تحصیلی دانشجویان اثرگذار ارزیابی شد (۱۲). اکثر خودکشی‌های زنان، غیبت از کار و مدرسه و اشتباه آنان در حین کار در دوره سندرم قبل از قاعدگی اتفاق می‌افتد (۱۳ و ۱۴).

با توجه به اثرات PMS و PMDD بر فعالیت‌ها و رفتارهای خانوادگی، تحصیلی و شغلی فرد و با توجه به تنوع علایم و احتمال تشخیص نادرست و در نتیجه دریافت درمان‌های نامناسب؛ این مطالعه به منظور تعیین فراوانی علایم بالینی سندرم پیش از قاعدگی و سندرم ملال پیش از قاعدگی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی به روش سرشماری روی ۱۶۲ دانشجوی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

از دانشجویان رضایت نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ شد. معیار خروج از مطالعه شامل بیماری شناخته شده سایکولوژیک و یا هر بیماری شناخته شده‌ای که بتواند علایمی شبیه PMS و یا PMDD ایجاد کند؛ نظیر افسردگی ماژور، سایکوز، اختلال دو قطبی، اختلال افسرده خوبی، اختلال شخصیت، اختلال هراسی بود. همچنین بیماری‌های جسمی مانند آرتрит، صرع، تومورهای مغزی، اختلالات تیروئید، لوکمی، اندومتریوز و عفونت‌های لگنی از دیگر معیارهای خروج از مطالعه بودند.

برای تشخیص PMS از کرایتریای انجمن متخصصین زنان و مامایی آمریکا (American Congress of Obstetricians and Gynecologists) (ACOG) و برای تشخیص PMDD از کرایتریای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) استفاده گردید.

در کرایتریای ACOG برای تشخیص سندرم پیش از قاعدگی تنها وجود یک علامت جسمی یا خلقی کافی است. به شرطی که علایم در اواخر فاز لوتئال ایجاد شده باشد و با شروع قاعدگی فروکش کند. علایم جسمی شامل حساسیت و احتقان پستان‌ها، نفخ شکم، سردرد، ادم اندام‌ها و علایم خلقی شامل افسردگی، تحریک‌پذیری، اضطراب، گیجی و کاهش تمرکز، کاهش علاقه نسبت به اجتماع و کناره‌گیری از اجتماع بود (۶ و ۱۵ و ۱۶).

کرایتریای DSM-IV-TR شامل موارد زیر بود:

الف) وجود علایم بیماری در هفته آخر فاز لوتئال، فروکش

کردن علایم در چند روز اول قاعدگی و برطرف شدن علایم در هفته اول پس از قاعدگی. ب) وجود حداقل ۵ مورد از علایم زیر و وجود حداقل یکی از آنها در میان ۴ علامت اول: ۱) خلق افسرده (احساس ناامیدی و بی‌کفایتی)، ۲) اضطراب (عدم توانایی در صبوری و بی‌حوصله شدن)، ۳) ناپایداری خلق (احساس ناگهانی غم، گریه ناگهانی، افزایش حساسیت به عدم پذیرش از سوی دیگران)، ۴) خشم و تحریک‌پذیری (درگیری بدون علت با دیگران، عصبانیت بی‌دلیل)، ۵) کاهش علاقه به فعالیت‌های همیشگی و خانواده و دوستان، ۶) بی‌حالی و احساس کاهش انرژی و خستگی‌پذیری آسان، ۷) تغییر قابل توجه در اشتها (پرخوری یا اشتیاق به خوردن مواد غذایی خاص)، ۸) افزایش خواب یا بی‌خوابی، ۹) احساس تحت فشار بودن یا خارج از کنترل بودن، ۱۰) علایم جسمی (حساسیت پستان‌ها، سردرد، ادم اندام‌ها، احساس نفخ یا افزایش وزن، درد عضلات یا مفاصل، سرگیجه، آکنه، احساس تنگی نفس). ج) علایم به وضوح سبب اختلال در فعالیت‌های شغلی، تحصیلی و اجتماعی فرد و روابط او با دیگران شده است. د) رد وجود علایم ناشی از تشدید علایم یک بیماری زمینه‌ای از قبیل اختلالات خلقی ماژور، اختلال هراسی، اختلال افسرده خوبی و یا اختلال شخصیتی (۱۵ و ۱۶).

برای جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بر اساس کرایتریای ACOG برای تشخیص PMS و کرایتریای DSM-IV-TR برای تشخیص PMDD طراحی و توسط دانشجویان تکمیل گردید.

در ابتدای پرسشنامه توضیح داده شد در صورتی که علایم در فاصله یک هفته قبل از قاعدگی شروع شده و در طی چند روز نخست قاعدگی از بین برود و حداقل در ۲ دوره سیکل ماهیانه در طی ۱۲ ماه گذشته تکرار شده باشد؛ به پرسش‌ها پاسخ داده شود. در ابتدا از اطلاعات فردی شامل سن، سن منارک، الگوی قاعدگی (منظم یا نامنظم)، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی (علوم پایه، فیزیوتراپولوژی، کارآموزی و کارورزی) پرسش شد. ۱۹ سؤال بعدی در رابطه با علایم خلقی، جسمی و سابقه بیماری‌های جسمی یا روانی فرد مطرح شد. برای ۱۷ سؤال اول که مربوط به علایم خلقی بود؛ ۳ پاسخ (خیر، شدید است، شدید نیست) در نظر گرفته شد. در ابتدای پرسشنامه توضیح داده شد در صورتی که علایم خلقی موجب اختلال واضح در فعالیت‌های روزانه و روابط بین فردی می‌شود؛ گزینه شدید انتخاب شود.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون‌های آماری کای اسکور و t-test تجزیه و تحلیل شدند. مقادیر کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطوح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی دانشجویان ۲۲/۲±۲/۵ سال با دامنه سنی ۱۸-۲۹

افراد PMDD داشتند (۱۷) که درصد پایین تری نسبت به مطالعه حاضر است. این اختلاف می تواند ناشی از تفاوت در شیوه جمع آوری داده ها باشد که در مطالعه مذکور روانپزشکان آموزش دیده با افراد مصاحبه کرده و پرسشنامه ها را تکمیل نمودند که احتمال برداشت ناصحیح از پرسش های مطرح شده در پرسشنامه کمتر بوده و یافته های دقیق تری حاصل شده است.

در مطالعه Nisar و همکاران (۱۸) انجام شده روی ۱۷۲ نفر از دانشجویان پزشکی در پاکستان، ۵۱ درصد PMS و ۵/۸ درصد PMDD داشتند که از نظر شیوع PMS به نتایج مطالعه حاضر نزدیک است.

در مطالعه Hotujac و Rojnic Kuzman (۱۹) انجام شده روی ۸۷ دانشجوی کره ای، ۱۷/۲۴ درصد PMDD داشتند که میزان آن به مطالعه حاضر نزدیک تر است.

میزان شیوع PMDD در مطالعه حاضر نسبت به کتاب مرجع (۲) ۳-۵ درصد بالاتر بود. شاید دانشجویان پزشکی مطالعه حاضر هر تغییری را هر چند غیر مرتبط با دوره پیش از قاعدگی، به PMDD نسبت داده باشند.

شایع ترین علامت جسمی در مطالعه ما احساس نفخ و افزایش وزن و کمترین میزان به احساس خفگی و تنگی نفس مربوط بود. در مطالعه علوی و همکاران (۵) شایع ترین علامت جسمی به ترتیب احساس درد، نفخ شکم و آکنه بود. در مطالعه آقازاده و همکاران (۲۰) شایع ترین علامت جسمی درد مفاصل بود. در مطالعه McHichi alami و همکاران (۲۱) شایع ترین علامت جسمی احساس نفخ و افزایش وزن بود. با توجه به مطالعات انجام شده قبلی (۵ و ۲۰) شایع ترین علامت جسمی، درد عضله و مفاصل، احساس نفخ و افزایش وزن است که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

شایع ترین علامت خلقی در مطالعه حاضر احساس کاهش انرژی و خستگی پذیری سریع و کمترین شیوع در بین علامت خلقی مربوط به کاهش خواب بود. در مطالعه McHichi alami (۲۱) شایع ترین علامت خلقی، احساس خستگی و خستگی پذیری بود که مشابه یافته مطالعه حاضر است. شایع ترین علامت خلقی در مطالعه آقازاده و همکاران (۲۰) بی حوصلگی و سپس کاهش انرژی بود که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی داری بین سن، سن منارک و ابتلا به PMDD مشاهده شد. به طوری که مبتلایان به PMDD سن بالاتری نسبت به سایر افراد داشتند و با افزایش سن احتمال ابتلا به PMDD افزایش می یافت. در مطالعه Adewuya و همکاران ارتباط معنی داری بین افزایش سن و میزان ابتلا به PMDD مشاهده شد (۱۷). در مطالعه حاضر بین سن و شیوع PMS ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد که با مطالعه طلایی و همکاران (۷)

سال و میانگین سن منارک $13/3 \pm 1/2$ سال با دامنه سنی ۱۷-۹ سال بود. ۱۷ نفر (۱۰/۵ درصد) متاهل و ۱۴۵ نفر (۸۹/۵ درصد) مجرد بودند.

جدول ۱: میزان شیوع علائم جسمی سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (۱۳۸۹)

علائم جسمی	تعداد (درصد)
نفخ	۷۴ (۴۵/۷)
درد عضله و مفاصل	۷۰ (۴۳/۲)
احتقان و حساسیت پستان	۶۷ (۴۱/۴)
آکنه	۶۵ (۴۰/۱)
سردرد	۵۸ (۳۵/۸)
ادم اندامها و صورت	۳۶ (۲۲/۲)
سرگیجه	۲۲ (۱۳/۶)
احساس خفگی و تنگی نفس	۱۳ (۸)

۱۳۰ نفر (۸۰/۲ درصد) قاعدگی منظم و ۳۲ نفر (۱۹/۸ درصد) قاعدگی نامنظم داشتند. ۵۶ نفر (۳۴/۵۶ درصد) در مقطع علوم پایه، ۲۷ نفر (۱۶/۶۶ درصد) در مقطع فیزیوپاتولوژی، ۴۰ نفر (۲۴/۶۹ درصد) در مقطع کارآموزی و ۳۹ نفر (۲۴/۰۷ درصد) در مقطع کارورزی مشغول به تحصیل بودند. ۹۳ نفر (۵۷/۴ درصد) مبتلا به PMS و ۳۷ نفر (۲۲/۸ درصد) مبتلا به PMDD بودند (جدول های ۱ و ۲).

میانگین و انحراف معیار سن در افراد مبتلا و غیر مبتلا به PMS به ترتیب $21/98 \pm 2/49$ سال و $22/07 \pm 2/64$ سال و سن منارک در افراد مبتلا و غیر مبتلا به PMS به ترتیب $13/34 \pm 1/17$ سال و $13/24 \pm 1/27$ سال تعیین شد و این اختلاف ها از نظر آماری معنی دار نبود. افراد مبتلا و غیر مبتلا به PMS از نظر الگوی قاعدگی، وضعیت تاهل و مقطع تحصیلی اختلاف آماری معنی داری نداشتند (جدول ۳). میانگین و انحراف معیار سن در افراد مبتلا و غیر مبتلا به PMDD به ترتیب $21/8 \pm 2/47$ سال و $22/78 \pm 2/68$ سال و سن منارک در افراد مبتلا و غیر مبتلا به PMDD به ترتیب $13/76 \pm 1/39$ سال و $13/19 \pm 1/14$ سال تعیین شد. اختلاف آماری معنی داری بین سن ($P < 0/033$) و سن منارک ($P < 0/039$) دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به PMDD مشاهده شد. افراد مبتلا و غیر مبتلا به PMDD از نظر الگوی قاعدگی، وضعیت تاهل و مقطع تحصیلی اختلاف آماری معنی داری نداشتند (جدول ۴).

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه ۵۷/۴ درصد از دانشجویان به PMS و ۲۲/۸ درصد به PMDD مبتلا بودند. در مطالعه علوی و همکاران (۵) انجام شده روی ۳۰۲ دانشجوی رشته پزشکی، ۵۴/۹ درصد به PMS و ۴/۳ درصد به PMDD مبتلا بودند که درصد موارد ابتلا به PMS با مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

در مطالعه Adewuya و همکاران انجام شد روی دانشجویان پزشکی کالج Lagos در نیجریه، از ۴۱۰ نمونه حدود ۶/۱ درصد

جدول ۲: میزان شیوع علایم خلقی سندرم ملال پیش از قاعدگی در دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (۱۳۸۹)

شدت		علایم خلقی
خفیف تعداد (درصد)	شدید تعداد (درصد)	
۸۹ (۵۴/۹)	۲۸ (۱۷/۳)	افسردگی
۸۸ (۵۴/۳)	۳۳ (۲۰/۴)	اضطراب
۵۹ (۳۶/۴)	۳۸ (۲۳/۵)	تحریک پذیری
۷۶ (۴۶/۹)	۳۴ (۲۱)	بی‌ثباتی عاطفی
۹۱ (۵۶/۲)	۳۰ (۱۸/۵)	کاهش علاقه نسبت به فعالیت
۴۶ (۲۸/۴)	۵ (۳/۱)	کاهش علاقه نسبت به خانواده و دوستان
۹۳ (۵۷/۴)	۳۵ (۲۱/۶)	کاهش انرژی و بی‌حالی
۴۶ (۲۸/۴)	۵ (۳/۱)	افزایش اشتها
۳۲ (۱۹/۸)	۶ (۳/۷)	اشتیاق به خوردن مواد غذایی خاص
۷۵ (۴۶/۳)	۲۰ (۱۲/۳)	افزایش خواب
۱۸ (۱۱/۱)	۲ (۱/۲)	کاهش خواب
۵۴ (۳۳/۳)	۱۴ (۶/۸)	احساس از پای در آمدن و خارج از کنترل بودن

جدول ۳: اطلاعات فردی دانشجویان رشته پزشکی مبتلا و غیرمبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در دانشگاه علوم پزشکی گلستان (۱۳۸۹)

p-value	مبتلا به PMS			
	غیر مبتلا به PMS تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۰/۵۸۴	۵۴ (۴۱/۵)	۷۶ (۵۸/۵)	منظم	الگوی قاعدگی
	۱۵ (۴۶/۹)	۱۷ (۵۳/۱)	نامنظم	
۰/۳۶۲	۶۰ (۴۱/۴)	۸۵ (۵۸/۶)	مجرد	وضعیت تاهل
	۹ (۵۲/۹)	۸ (۴۷/۱)	متاهل	
۰/۶۷۱	۲۴ (۴۲/۹)	۳۲ (۵۷/۱)	علوم پایه	مقطع تحصیلی
	۹ (۳۳/۳)	۱۸ (۶۶/۷)	فیزیوپاتولوژی	
	۱۷ (۴۲/۵)	۲۳ (۷۵/۵)	کارآموزی	
	۱۹ (۴۸/۷)	۲۰ (۵۱/۳)	کارورزی	

جدول ۴: اطلاعات فردی دانشجویان رشته پزشکی مبتلا و غیرمبتلا به سندرم ملال پیش از قاعدگی در دانشگاه علوم پزشکی گلستان (۱۳۸۹)

p-value	مبتلا به PMDD			
	غیر مبتلا به PMDD تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۰/۲۰۶	۱۰۳ (۷۹/۲)	۲۷ (۲۰/۸)	منظم	الگوی قاعدگی
	۲۲ (۶۸/۸)	۱۰ (۳۱/۳)	نامنظم	
۰/۴۹۵	۱۱۳ (۷۷/۹)	۳۲ (۲۲/۱)	مجرد	وضعیت تاهل
	۱۲ (۷۰/۶)	۵ (۲۹/۴)	متاهل	
۰/۰۵۷	۴۷ (۸۳/۹)	۹ (۱۶/۱)	علوم پایه	مقطع تحصیلی
	۲۱ (۷۷/۸)	۶ (۲۲/۲)	فیزیوپاتولوژی	
	۳۳ (۸۲/۵)	۷ (۱۷/۵)	کارآموزی	
	۲۴ (۶۱/۵)	۱۵ (۳۸/۵)	کارورزی	

مشاهده نشد که با مطالعه طلایی و همکاران (۷) هم‌خوانی داشت. در مطالعه ما بین مقطع تحصیلی و ابتلا به PMDD و PMS ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد و در موارد ابتلا به PMDD نزدیک به سطح معنی‌دار بود. یعنی در مقطع کارورزی شیوع PMDD بالاتر بود که به دلیل استرس بالای شغلی در دوره کارورزی و افزایش

هم‌خوانی داشت. در مطالعه علوی و همکاران (۵) که با روش نمونه‌گیری تصادفی روی ۳۰۲ دانشجوی گروه علوم پزشکی انجام شده؛ اختلاف آماری معنی‌داری بین افراد مبتلا به PMS در گروه‌های سنی مختلف وجود داشت که با مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت. در مطالعه حاضر ارتباط بین ابتلا به PMDD و PMS و تاهل

بالایی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه خانم زینب اصغری برای اخذ درجه دکتری عمومی در رشته پزشکی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. بدین وسیله از آقای مصطفی قربانی به خاطر تحلیل آماری تشکر می‌گردد.

References

1. James S, Gibbs R, Karlan B. [Danforth's obstetrics and gynecology]. Translated by Voldan M, Boozari B, Faghani Jadidi N. 10th. Tehran: Arjmand Publishers. 2008; p: 862. [Persian]
2. Berek J. [Berek and Novaks gynecology]. Traslated by Volad M, Orimi Gooran O, Rafiaie R. 14th. Tehran: Nasle Farad Publishers. 2007; pp: 391-3. [Persian]
3. Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Am Fam Physician. 2011 Oct; 84(8):918-24.
4. Delara M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Tavafian SS, Kazemnejad A, Montazeri A. Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2012; 10: 1.
5. Alavi A, Salahimoghadam AR, Alimalayeri N, Ramezani A. [Prevalence of clinical manifestations of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in students of Bandar Abbas Medical University]. Hormozgan Med J. 2007;10(4): 335-41. [Article in Persian]
6. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Rickels K, Sondheimer SJ. Clinical subtypes of premenstrual syndrome and responses to sertraline treatment. Obstet Gynecol. 2011 Dec;118(6):1293-300.
7. Talaie A, Fayyazi Bordbar MR, Nasiraei A, Pahlavani M, Dadgar S. [Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS) in students of Mashhad University of Medical Sciences]. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2009;12(2): 15-22. [Article in Persian]
8. Barnhart KT, Freeman EW, Sondheimer SJ. A clinician's guide to the premenstrual syndrome. Med Clin North Am. 1995 Nov; 79(6):1457-72.
9. Teng CT, Filho AH, Artes R, Gorenstein C, Andrade LH, Wang YP. Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students: factor structure and methodological appraisal. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2005 Feb;255(1):51-6.
10. Golub S, Harrington DM. Premenstrual and menstrual mood changes in adolescent women. J Pers Soc Psychol. 1981 Nov; 41(5):961-5.
11. Basirat Z, Haji Ahmadi M. [Evaluation of dysmenorrhea and premenstrual syndrome in high school girls in Babol]. Iran J Obstet

سن بوده که در ابتلا به PMDD موثر است. همچنین با افزایش اطلاعات و آگاهی در مورد PMDD و PMS، شیوع آن نیز بالاتر می‌رود که شاید ناشی از دقت بیشتر افراد نسبت به علائم این سندرم‌ها باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان از شیوع

Gynecol Infertil. 2006; 9(1): 19-26. [Article in Persian]

12. Boyle GJ. Effects of menstrual cycle moods and symptoms on academic performance: a study of senior secondary school students. Br J Educ Psychol. 1997 Mar;67 (Pt 1):37-49.
13. Chaturvedi SK, Chandra PS, Gururaj G, Pandian RD, Beena MB. Suicidal ideas during premenstrual phase. J Affect Disord. 1995 Jun;34(3):193-9.
14. Nourjah P. Pre-menstrual syndrome among teacher training university students in Iran. J Obstet Gynecol India. 2008; 58(1): 49-52.
15. Mustaniemi S, Sipola-Leppänen M, Hovi P, Halbreich U, Väärasmäki M, Räikkönen K, et al. Premenstrual symptoms in young adults born preterm at very low birth weight - from the Helsinki study of very low birth weight adults. BMC Women's Health. 2011; 11:25.
16. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock 's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry. 10th. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007; pp: 867-8.
17. Adewuya AO, Loto OM, Adewumi TA. Premenstrual dysphoric disorder amongst Nigerian university students: prevalence, comorbid conditions, and correlates. Arch Womens Ment Health. 2008;11(1):13-8.
18. Nisar N, Zehra N, Haider G, Munir AA, Sohoo NA. Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. J Coll Physicians Surg Pak. 2008 Aug;18(8): 481-4.
19. Rojnić Kuzman M, Hotujac L. Premenstrual dysphoric disorder--a neglected diagnosis? Preliminary study on a sample of Croatian students. Coll Antropol. 2007 Mar;31(1):131-7.
20. Aghazadeh Naeini A, Tamjidi A, Vallaei N. [Epidemiologic study of premenstrual syndrome in 15-45 years old women in Tehran during the year 1995]. Pejouhandeh. 1996;1(2):53-61. [Article in Persian]
21. McHichi alami Kh, Tahiri SM, Moussaoui D, Kadri N. [Assessment of premenstrual dysphoric disorder symptoms: population of women in Casablanca]. Encephale. 2002 Nov-Dec; 28(6 Pt 1):525-30. [Article in French]

Short Communication

Prevalence of clinical manifestations of pre-menstrual syndrome and pre-menstrual dysphoric disorder among medical students in Gorgan, Iran (2010)

Bakhshandehnosrat S (M.D)¹, Salehi M (M.D)², Mobasheri E (M.D)¹
Asghari Z (M.D)³, Mohammadkhani M (M.D)*⁴

¹Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ²Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ³General Physician. ⁵General Physician, Clinical Research Development Unit (CRDU), Shahid Sayad Shirazi Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Due to high prevalence of pre-menstrual syndrome (PMS) and pre-menstrual dysphoric disorder (PMDD) and its effect on the educational, professional activities and familial behaviors, this study was conducted to determine the prevalence of clinical manifestations of pre-menstrual syndrome and pre-menstrual dysphoric disorder in medical students.

Methods: This descriptive-analytic study was done on 162 female medical students of Golestan University of Medical Sciences in Gorgan, Iran during 2010. Demographic characteristics and PMS and PMDD clinical manifestations questionnaire based on DSM-IV-TR and ACOG criteria was filled for each subject.

Results: Mean age and menarche age of subjects was 22.2 ± 2.5 and 13.3 ± 1.2 years, respectively. 145 students (89.5%) were single. 57.4% and 22.8% of participants fulfilled the criteria of PMS and PMDD, respectively. The most frequent affective and somatic symptom was lethargy and fatigability (57.4%) followed by sensation of bloating and weight gain (45.7%). The lowest frequent somatic and affective symptoms were dyspnea (8%) and insomnia (1.2%), respectively. There was significant correlation between the prevalence of PMDD and chronological and menarche age ($P < 0.05$).

Conclusion: Pre-menstrual syndrome is a prevalent disorder in medical students of Golestan University of medical sciences in Iran.

Keywords: Pre-menstrual Syndrome, Pre-menstrual dysphoric disorder, Bloating, Menarche age

* **Corresponding Author:** Mohammadkhani M (M.D), E-mail: maryam.mohamadkhani@yahoo.com

Received 26 Oct 2013

Accepted 26 Feb 2014