

# دانشور پزشکی

## مقایسه وضعیت روان‌شناختی دانش‌آموزان و دانشجویان دختر در دوران قاعدگی

نویسندگان: دکتر محمدرضا شعیری<sup>1\*</sup>، مهدیه عطری‌فرد<sup>2</sup>، پروین شجاعی<sup>3</sup> و مرضیه تقی‌زادورجوی<sup>3</sup>

1. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد
2. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس
3. دانش‌آموخته کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه شاهد

مسئول:

نویسنده

\* Email: atrifard@modares.ac.ir

### چکیده

مقدمه و هدف: تجربه فرایندهای روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی مرتبط با قاعدگی، استرس‌زا بودن این نشانه‌ها و گاه مداخله آن‌ها با زندگی روزمره فرد، اهمیت توجه به قاعدگی را مورد تاکید قرار می‌دهد.

روش کار: پژوهش حاضر پرو طرح علی-مقایسه‌ای است، به گونه‌ای که دو گروه از آزمودنی‌های دانش‌آموز و دانشجو در دوره قاعدگی و غیرقاعدگی مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه 50 دانش‌آموز دختر از یکی از مدارس مناطق مرکزی تهران و 100 دانشجوی دختر نیز از یکی از دانشگاه‌های تهران با روش نمونه‌گیری داوطلبانه برگزیده شدند. آزمودنی‌های تحقیق 2 بار مورد آزمایش قرار گرفتند: بار اول در فاصله هفته قبل از قاعدگی تا یکی دو روز اول قاعدگی (روزهایی که آن‌ها به‌عنوان روزهای ملال اعلام کرده بودند)، بار دوم در فاصله 10 تا 15 روز بعد از آخرین روز قاعدگی. در هر دو بار، آزمودنی‌ها به «نسخه تجدیدنظر شده چکلیست نشانگان 90 سؤالی» (SCL-90-R) در روزهای مورد نظر پاسخ دادند. این ابزار برای ارزیابی آسیب‌های روان‌شناختی در 9 بعد ساخته شده است. آیت‌های این پرسشنامه با شدت نشانه‌های روان‌شناختی طی هفته گذشته مرتبط است. هرکدام از آیت‌ها در یک مقیاس لیکرتی 5 درجه‌ای (0-4)، در دامنه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» ارزیابی می‌شود. داده‌های به‌دست‌آمده به وسیله برنامه نرم‌افزاری SPSS و بر اساس آزمون «تی» (t) وابسته» مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر آن است که در دختران دانش‌آموز، تفاوت معنادار ( $p < 0/05$ ) در ابعاد شکایات جسمانی، وسواس، افسردگی و اضطراب در هنگام قاعدگی و غیردوران قاعدگی و در دختران دانشجو تفاوت معنادار فقط در بعد شکایات جسمانی مشاهده شد.

بحث: نتایج این مطالعه حاکی از آن است که دختران دانشجو نسبت به دختران دانش‌آموز ممکن است فرصت بیشتری برای سازش با نشانه‌های پیش از قاعدگی داشته‌اند.

واژه‌های کلیدی: قاعدگی، ملال پیش از قاعدگی، وضعیت روان‌شناختی، دانش‌آموز و دانشجو

دوماهنامه علمی  
- پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال پانزدهم -  
شماره 76  
شهریور 1387

وصول:  
86/3/21  
ارسال اصلاحات:  
86/6/10  
دریافت اصلاحات:  
86/9/20

معنای توحید یافته از فرد همراه است. واقعیت این است که اگر قاعدگی یک رویه زیست‌شناختی است اما بلافاصله باید اشاره کرد که با شرایط روان‌شناختی و ارتباطی، در یک دیالکتیک مستمر قرار می‌گیرد. به دیگر سخن، قاعدگی با رفتار و محیط

مقدمه  
قاعدگی (Menstruation) در عین این‌که چرخه‌ای بیولوژیک در زنان محسوب می‌شود، دربرگیرنده نوعی تجربه روان‌شناختی است که با آغاز یلوغ در دختران نمایان می‌گردد، تجربه‌ای که با دستیابی به یک

ظهور و شدت این نشانه‌ها طی هفته پیش از قاعدگی و گاهی شامل اولین روزهای قاعدگی است که مربوط به دوره‌ای است بین تخمک‌گذاری و شروع قاعدگی و کاهش و فروکش کردن نشانه‌ها طی مرحله فولیکولی (5 تا 10 روز اول قاعدگی) [2,3,4,5,6,7,8]. یافته‌های دیگر، این فرضیه را تأیید می‌کند که مراحل فولیکولی و تخمدانی فنفسه خلق مثبت و منفی را تعیین نمی‌کنند، بلکه برای تضعیف کردن یا بزرگ جلوه دادن برانگیختگی هیجانی، این مراحل همراه با عوامل دیگر مرتبط با برانگیختگی، مثل سطوح هورمونی شبانه و روزانه و استرس محیطی عمل می‌کنند [3] و شاید یافته هرینگن (Heeringen, K.V.) و همکاران او [9] مبنی بر عدم ارتباط مرحله تخمدانی و رخداد فزاینده انزوا در زنان دچار اختلال روان‌پزشکی، همسو با یافته مطالعه قبلی، دال بر عدم تک عاملی بودن علت نشانه‌های پیش از دوره قاعدگی است.

ضمناً در حالی که نشانه‌های پیش از قاعدگی باید در مرحله خاصی رخ دهد، تغییرپذیری قابل‌ملاحظه‌ای در مدت نشانه‌ها وجود دارد. اکثر زنانی که در جستجوی درمان هستند، نشانه‌ها را 1 تا 2 هفته قبل از قاعدگی تجربه می‌کنند، ولی الگوی دیگری نیز مشاهده شده است. بعضی زنان گزارش می‌کنند که نشانه‌ها برای چند روز حول و حوش تخمک‌گذاری و سپس دوباره طی هفته پیش از قاعدگی مشکل‌زا هستند و مشخص نیست که آیا تغییر در الگوی نشانه‌ها همراه با تغییر در آسیب‌پذیری فیزیولوژیایی است یا خیر [3].

با توجه به مرور پیشینه پژوهشی در مورد تغییرات خلقی نزدیک به زمان قاعدگی، باید توجه داشت که تغییرات گذرای خلقی که برخی از زنان آن را در هنگام قاعدگی خود تجربه می‌کنند نباید به‌عنوان اختلال روانی تلقی شود و تنها وقتی علائم به‌طور قابل‌ملاحظه در کار، تحصیل، فعالیت‌های اجتماعی، و رابطه با دیگران تداخل می‌کند،

زندگی فرد و برعکس در تعامل است. البته باید در این بین، به نقش واسطه‌ای زمینه‌های زیستی، عاطفی و شناختی‌فرد توجه داشت. تجربه روان‌شناختی قاعدگی، طیفی از نشانگانی را دربرمی‌گیرد که بسته به شرایط محیطی و فردی، ممکن است نمود متفاوتی داشته باشد. نگاهی به دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، رفتاری و تحوی (ICD-10 International Classification of Mental, Behavioral and ) (Developmental Disorders. 10th revision. [1] و آخرین طبقه‌بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-IV-TR) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. ) (4th revision [2] به ترتیب بیانگر پیشنهاد سندرم پیش از قاعدگی (PMS) (Premenstrual Syndrom(s) (PMS) و اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) (Premenstrual Dysphoric Disorder) است.

البته باید توجه داشت که سندرم پیش از قاعدگی در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، رفتاری و تحوی، به‌عنوان جزئی از اختلال پزشکی زنان و نه اختلالات روانی طبقه‌بندی شده و نمایانگر جنبه موقتی اختلال در برهه زمانی خاص (پیش از قاعدگی) است؛ اما فاقد ملاک‌های مشخص همچون شدت و... و نوع رابطه با دیگر اختلالات است. نشانه‌های درمان‌دگی، رفتاری، آشفتگی خواب، تغییر اشتها، اشکال در تمرکز، کناره‌گیری اجتماعی، نشانه‌های خلقی، اضطراب، تنیدگی و نشانه‌های جسمانی، چون تورم و حساسیت سینه، سردرد و... در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، رفتاری و تحوی (ICD-10) مورد توجه قرار گرفته است. البته در چهارمین طبقه‌بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-IV-TR)، به حداقل 5 نشانه برای تشخیص PMDD که شدیدتر از دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، رفتاری و تحوی است، اشاره شده است [3].

در ارتباط با زمان بروز این نشانه‌ها نیز مطالعات و پژوهش‌های انجام شده دال بر

بی‌حوصلگی، کاهش انرژی، عصبانیت، تحریک‌پذیری، میل به خودکشی، غیبت‌کاری، کاهش کارایی شغلی، ضعف در انجام کار و انزوای اجتماعی است تا جا که در مبتلایان به نشانگان شدید، نگرش منفی نسبت به قاعدگی بیشتر است [16 و 17] و در این راستا نیز با توجه به آسیب‌شناسی‌های خاص این دوره، درمان‌های غیروارویی برای ملال پیش از قاعدگی، از جمله درمان‌شناختی رفتاری آرمیدگی و تمرین اروبیک، پیشنهاد شده است [18].

بر اساس دیدگاه چهارمین طبقه‌بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا [2] علائم پیش از قاعدگی می‌تواند در هر سنی پس از نخستین قاعدگی شروع شود و این علائم ضرورتاً در هر دوره رخ نمی‌دهد، اما در اغلب دوره‌ها وجود دارد و در بعضی از ماه‌ها علائم ممکن است شدیدتر از بقیه ماه‌ها باشد و شایع‌ترین سن شروع علائم نیز در خلال سال‌های پس از 10 تا اواخر 20 سالگی است. از سوی دیگر، با این‌که زنان معمولاً گزارش می‌کنند که علائم همراه با بالاتر رفتن سن آن‌ها شدیدتر می‌شود تا این‌که با شروع یائسگی از بین می‌رود، یافته‌های مربوط به یک مطالعه جدید بر روی زنان سنین 18-44 ساله نشان می‌دهد که شدت نشانه‌ها هنگامی که زنان به یائسگی نزدیک می‌شوند، کاهش می‌یابد، یعنی در گروه سنی 35-44 سال (4/5 درصد) در مقایسه با گروه سنی 18-24 ساله (8/7 درصد) و 25-34 ساله (10/4 درصد) کمتر احتمال دارد که PMS را تجربه کنند [19]. در این ارتباط بعضی پژوهش‌ها نشان‌دهنده افزایش نگرش مثبت نسبت به قاعدگی همراه با افزایش سن [16] و کاهش نسبت ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی با افزایش نیم سال‌های تحصیلی و سن دانشجویان بوده است [20]. اگرچه تفاوت‌هایی در شدت و مدت نشانه‌های سیکل قاعدگی و پدیده تنیدگی قاعدگی وجود دارد، اما اسوینسدوتیر و همکارانش [21] بر این باورند که

این اختلال مورد توجه قرار می‌گیرد [2].

نظر به قابل‌قیاس بودن علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی، نوعاً از نظر شدت و نه مدت با دوره افسردگی اساسی (Major depression) [2 و 3] و 2 بار بیشتر بودن شیوع افسردگی در زنان نسبت به مردان می‌توان به نقش مؤثر تغییرپذیری هورمون‌های تخمدان، یعنی کاهش استروژن (Estrogen) و پروژسترون (Progesteron) طی اواخر مرحله تخمدانی در شیوع بالاتر افسردگی در زنان اشاره کرد [5]. به‌طوری‌که اختلال ملال اواخر مرحله تخمدانی، شکلی از اختلال افسردگی را بازنمایی می‌کند و در این زمان، تغییرات زیستی روانی پیش از قاعدگی، نشانه‌ها و علائم افسردگی خفیف را وخیم‌تر می‌کند [8] و این در حالی است که بین میزان افسردگی و وجود و شدت سندرم پیش از قاعدگی ارتباط معناداری وجود دارد [10]. همچنین در حالی‌که شیوع اختلال دو قطبی نوع I بین زنان و مردان مشابه است، وی راسگون (Rasgon, N.) و همکارانش [11] نشان می‌دهند که فرایند بالینی این دو اختلال در دو جنس متفاوت است، به‌طوری‌که زنان نسبت به مردان، افسردگی و نوسانات خلقی را فراوان‌تر گزارش کرده، تغییرات خلقی را طی سیکل قاعدگی تجربه می‌کنند.

مطالعه دیگری نیز نشان داده که مثل زنان بهنجار و افسرده، در زنان اسکیزوفرنیک (Schizophrenic) هم طی مرحله پیش از قاعدگی و قاعدگی، نشانه‌های عاطفی و جسمانی نسبت به نشانه‌های سایکوتیک (Psychotic) وخیم‌تر شده است [12]. همچنین مطالعات متعددی نشان داده‌اند که در زنان دارای نشانگان یاد شده، بین شدت نشانه‌های قاعدگی و رفتار پرخاشگرانه، خصومت، تجربه سطوح بالاتر تنیدگی، و بیشتر شدن مصرف سیگار توسط زنان سیگاری رابطه وجود دارد [13، 14 و 15].

پژوهش‌های دیگری نیز به شایع‌ترین علائم جسمانی و غیرجسمانی اشاره می‌کنند که شایع‌ترین علائم غیرجسمانی، شامل

چکلیست نشانگان 90 سؤالی» (Symptom Checklist-90-Revised) (SCL-90-R) [22] است که برای ارزیابی آسیب روان‌شناختی ساخته شده است. ایت‌های این پرسشنامه به‌شدت نشانه‌های روان‌شناختی طی هفته گذشته اشاره دارد. هر کدام از ایت‌ها در یک مقیاس لیکرتی 5 درجه‌ای (0-4)، در دامنه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» ارزیابی می‌شود. در این مقیاس، نشانه‌ها در 9 بعد گروه‌بندی می‌شوند: اضطراب، افسردگی، خصومت، حساسیت بین‌فردی، اضطراب‌هراسی، تفکر پارانویید، روان‌پریش‌گرایی، بدنی‌سازی، و وسواس فکری- عملی. نتایج پژوهش مدبرنیا و همکاران او [23] حاکی از اعتبار همزمان مناسب 9 بعد این ابزار، با بیش‌ترین ضریب اعتبار برای اضطراب، افسردگی، وسواس فکری- عملی و روان‌پریشی ( $r=0/58$  و  $r=0/59$   $p<0/05$ ) و پایایی با روش بازآزمایی مناسب این ابزار، با بیش‌ترین ضریب بازآزمایی برای افسردگی ( $p<0/05$   $r=0/93$ ) است. نتایج پژوهش‌های میرزایی [24] و رضاپور [25] نیز حاکی از اعتبار همزمان و پایایی به روش بازآزمایی مناسب این ابزار در جمعیت ایرانی است. در پژوهش اسماعیلی [26] نیز واریانس اعتبار سازه این ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی، حاکی از آن است که این ابزار، در مجموع، از اعتبار خوبی در جمعیت ایرانی برخوردار است. آزمودنی‌های تحقیق 2 بار مورد آزمایش قرار گرفتند: بار اول در فاصله هفته قبل از قاعدگی تا یکی دو روز اول قاعدگی (روزهایی که آن‌ها به‌عنوان روزهای ملال اعلام کرده بودند) و بار دوم در فاصله 10 تا 15 روز بعد از آخرین روز قاعدگی. در هر دو بار، آزمودنی‌ها به پرسشنامه نسخه تجدیدنظرشده چکلیست نشانگان 90 سؤالی در روزهای مورد نظر پاسخ دادند. داده‌های به‌دست‌آمده به وسیله برنامه نرم‌افزاری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این تحقیق، علاوه بر استفاده از

اکثر زنان تجارب پیش از قاعدگی را معمول قلمداد می‌کنند و اعتقاد دارند که به همان شیوه‌ای که با تجارب تنیدگی برخوردار می‌کنند با قاعدگی نیز مواجه می‌شوند. بنابراین با توجه به تمهیدات فوق، پژوهش حاضر در پی واریانس‌سازی با قاعدگی در سنین بحرانی (سنین نزدیک به شروع اولین بار قاعدگی) و چند سال بعد از این سنین بحرانی است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر پیرو طرح علی-مقایسه‌ای است، به‌گونه‌ای که دو گروه از آزمودنی‌های دانش‌آموز و دانشجو در دوره قاعدگی و غیرقاعدگی مورد مطالعه قرار گرفتند.

جامعه آماری تحقیق حاضر دربرگیرنده دو گروه بوده است: گروه اول دانشجویان دختر مجرد دوره کارشناسی شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های تهران و گروه دوم دانش‌آموزان دختر مجرد دبیرستان‌های شهر تهران. در این پژوهش دو گروه نمونه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. گروه اول دربرگیرنده 100 دانشجوی دختر شاغل به تحصیل در یکی از دانشگاه‌های تهران، و میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های مورد بررسی به ترتیب 21/2 و 1/53 بوده است. همچنین متوسط سن شروع قاعدگی آن‌ها 14/04 و انحراف معیار آن برابر 1/18 بوده است. گروه دوم، دربرگیرنده 50 دانش‌آموز دختر شاغل به تحصیل در یکی از مدارس مناطق مرکزی تهران بوده است.

قابل ذکر است که به دلیل نیاز به همکاری آزمودنی‌ها در طول پانزده روز تا یک‌ماه و پیگیری مسائل آن‌ها، از نمونه‌هایی استفاده شد که پس از توضیح آزمایشگر، تعهد به همکاری خود را اعلام می‌کردند. بدین خاطر و به دلیل در تماس بودن با آزمودنی‌ها، همه آن‌ها از یک مکان دانشگاهی و دانش‌آموزی به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه برگزیده شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، «نسخه تجدیدنظرشده

میانگین‌های ابعاد نسخه تجدیدنظرشده چکلیست نشانگان 90 سؤالی در دو مقطع زمانی (هنگام و غیرهنگام قاعدگی) در مقایسه با مقادیر بحرانی، در ابعاد شکایت جسمانی، وسواس، افسردگی و اضطراب دارای تفاوت معناداری است.

نگاهی به نتایج مندرج در جدول 3 نشان می‌دهد که «تی» مشاهده شده ناشی از مقایسه میانگین‌های ابعاد نسخه تجدیدنظرشده چکلیست نشانگان 90 سؤالی در دو مقطع زمانی (هنگام و غیرهنگام قاعدگی) در مقایسه با مقادیر بحرانی، در بعد شکایت جسمانی دارای تفاوت معناداری است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

نظر به این‌که که هدف پژوهش حاضر بررسی سازگاری با قاعدگی در سنین بحرانی (سنین نزدیک به شروع اولین بار قاعدگی) و چند سال بعد از این سنین بحرانی است، لذا با انتخاب این دو دامنه سنی، وضعیت روان‌شناختی دختران دانش‌آموز و دانشجویان دوران قاعدگی، بررسی گردید. یافته‌ها بیانگر آن است که در دختران دانش‌آموز، تفاوت معناداری در ابعاد شکایت جسمانی، وسواس، افسردگی و اضطراب در هنگام قاعدگی و غیرقاعدگی مشاهده می‌شود و در دختران دانش‌آموز نیز تفاوت معنادار فقط در بعد شکایت جسمانی دیده می‌شود؛ یعنی میانگین دختران دانش‌آموز

شاخص‌های توصیفی، از آمار استنباطی (آزمون «تی» وابسته) (paired samples t-test) نیز استفاده شده است.

#### یافته‌ها

الف) در آغاز، به ارائه فراوانی و درصد مربوط به سن شروع قاعدگی در آزمودنی‌های دانش‌آموز و دانشجو می‌پردازیم.

یافته‌های جدول 1 نشان می‌دهد که بالاترین فراوانی در مورد سن شروع قاعدگی در دانش‌آموزان 13 سالگی و در دانشجویان 14 ساگی بوده و کم‌ترین فراوانی نیز در دانش‌آموزان مربوط به 10 سالگی و در دانشجویان مربوط به 17 سالگی است.

ب) در این قسمت به ارائه جدول 2 و 3 می‌پردازیم. جدول 2 دربرگیرنده شاخص‌های توصیفی مربوط به ابعاد مقیاس نسخه تجدیدنظرشده چکلیست نشانگان 90 سؤالی در آزمودنی‌های دانش‌آموز در هنگام و غیرهنگام قاعدگی، به‌علاوه، «تی» مشاهده شده ناشی از مقایسه میانگین‌های ابعاد نسخه تجدیدنظرشده چکلیست نشانگان 90 سؤالی در دو مقطع زمانی است. همچنین یافته‌های ارائه شده در جدول 3، علاوه بر شاخص‌های توصیفی مربوط به ابعاد مقیاس نسخه تجدیدنظرشده چکلیست نشانگان 90 سؤالی در آزمودنی‌های دانشجو، «تی» مشاهده شده ناشی از مقایسه میانگین‌های ابعاد نسخه تجدیدنظرشده چکلیست نشانگان 90 سؤالی در دو مقطع زمانی را نشان می‌دهد.

نگاهی به نتایج مندرج در جدول 2 نشان می‌دهد که «تی» مشاهده شده ناشی از مقایسه

جدول 1: فراوانی و درصد سن شروع قاعدگی در آزمودنی‌های دانش‌آموز

سن شروع قاعدگی	آزمودنی شاخص								
	10	11	12	13	14	15	16	17	کل
فراوانی	1	2	8	16	10	11	2	-	50
درصد	2	4	16	32	20	22	4	-	100
فراوانی	-	-	9	25	34	18	13	1	100
درصد	-	-	9	25	34	18	13	1	100

جدول 2: شاخص‌های توصیفی مربوط به ابعاد مقیاس نسخه تجدیدنظرشده چکلیست نشانگان 90 سؤالی در آزمودنی‌های دانش‌آموز، در هنگام و غیرهنگام قاعدگی، به‌علاوه «تی» مشاهده شده ناشی از مقایسه میانگین‌ها

شاخص	میانگین	انحراف	کمینه	بیشینه	t مشاهده	سطح
------	---------	--------	-------	--------	----------	-----

معناداری	شده	معیار				مقیاس زمان	
*p<0/01	-3/79	33	2	6/97	10/74	غیرهنگام قاعدگی	شکایت جسمانی
		44	2	10/4	16/12	هنگام قاعدگی	
*p<0/05	-2/14	25	0	6/75	9/26	غیرهنگام قاعدگی	وسواس
		27	1	6/66	11/6	هنگام قاعدگی	
p>0/05	-1/82	25	0	6/79	9/1	غیرهنگام قاعدگی	حساسیت در روابط متقابل
		31	0	6/6	10/3	هنگام قاعدگی	
*p<0/01	-2/66	37	1	10/37	13/86	غیرهنگام قاعدگی	افسردگی
		45	0	11/76	17/6	هنگام قاعدگی	
*p<0/05	-2/11	34	0	8/1	9/8	غیرهنگام قاعدگی	اضطراب
		36	0	8/83	12/84	هنگام قاعدگی	
p>0/05	-0/34	24	0	4/93	6/2	غیرهنگام قاعدگی	خصومت
		23	0	4/9	6/4	هنگام قاعدگی	
p>0/05	-0/32	17	0	4/54	5/9	غیرهنگام قاعدگی	روان پریشی
		19	0	4/5	6/1	هنگام قاعدگی	
p>0/05	-1/43	23	0	6/1	10/3	غیرهنگام قاعدگی	افکار پارانوید
		27	1	6/8	11/5	هنگام قاعدگی	
p>0/05	-1/83	14	0	3/14	3/3	غیرهنگام قاعدگی	ترس مرضی
		17	0	3/96	4/1	هنگام قاعدگی	
p>0/05	-1/07	16	0	4/2	7/5	غیرهنگام قاعدگی	سؤالات اضافی
		21	1	3/99	8/14	هنگام قاعدگی	

\* نشانگر معناداری «تی» مشاهده شده است.

رفتاری و خلقی در مرحله پیش از قاعدگی (هفته پیش از قاعدگی و گاهی اولین روز قاعدگی) و کاهش و فروکش کردن نشانه‌ها طی دوره قاعدگی (5 تا 10 روز بعد از آغاز قاعدگی) هماهنگ است. یافته این پژوهش در ارتباط با وجود نشانه‌های افسردگی در هنگام قاعدگی با نتایج پژوهش شورز (Shores, T.J) و لئونر (Leuner, B.) [5] در مورد نقش مؤثر کاهش استروژن و پروژسترون طی اواخر مرحله تخمدانی در شیوع بالاتر افسردگی در زنان نسبت به مردان، یافته‌های مطالعه رنجی

در ابعاد شکایت جسمانی، وسواس، افسردگی و اضطراب در هنگام قاعدگی بیش از هنگام غیرقاعدگی و در دختران دانشجو نیز میانگین بعد شکایت جسمانی در هنگام قاعدگی بیشتر از هنگام غیرقاعدگی است. نتایج پژوهش حاضر با دیدگاه چهارمین طبقه‌بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا [2] و دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، رفتاری و تحوی [1] و یافته‌های پژوهشی [3،4،5،6،7 و 8]، مبنی بر وجود نشانه‌های جسمانی،

(Ronchi, D.D.) و همکارانش [8] مبنی بر وخیم‌تر شدن نشانه‌های افسردگی خفیف طی این دوره، و همچنین با نتایج پژوهش مصطفوی [10] که جدول 3: شاخص‌های توصیفی مربوط به ابعاد مقیاس نسخه تجدیدنظرشده چکلیست نشانگان 90 سؤالی در آزمودنی‌های دانشجوی، در هنگام و غیرهنگام قاعدگی، به علاوه «تی» مشاهده شده ناشی از مقایسه میانگین‌ها

مقیاس زمان	شاخص	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	t مشاهده شده	سطح معناداری
شکایت جسمانی	غیرهنگام قاعدگی	11/3	7/7	0	42	4/17	* p>0/01
	هنگام قاعدگی	13/9	9/14	0	36		
وسواس	غیرهنگام قاعدگی	13/43	6/7	2	33	-0/92	p>0/05
	هنگام قاعدگی	12/98	7/6	1	33		
حساسیت در روابط متقابل	غیرهنگام قاعدگی	9/56	5/42	0	27	1/58	p>0/05
	هنگام قاعدگی	10/34	6/2	0	27		
افسردگی	غیرهنگام قاعدگی	14/63	8/6	0	36	1/08	p>0/05
	هنگام قاعدگی	15/32	9/62	1	41		
اضطراب	غیرهنگام قاعدگی	9/58	6/71	0	30	1/3	p>0/05
	هنگام قاعدگی	10/32	7/8	0	31		
خصوصیت	غیرهنگام قاعدگی	5/73	3/82	0	20	0/66	p>0/05
	هنگام قاعدگی	5/93	4/6	0	23		
روان پریشی	غیرهنگام قاعدگی	6/7	5/6	0	27	0/49	p>0/05
	هنگام قاعدگی	6/81	6	0	30		
افکار پارانوید	غیرهنگام قاعدگی	7/81	4/3	0	20	-1/83	p>0/05
	هنگام قاعدگی	7/3	4/64	0	20		
ترس مرضی	غیرهنگام قاعدگی	3/94	3/73	0	18	0/24	p>0/05
	هنگام قاعدگی	4/07	3/9	0	15		
سؤالات اضافی	غیرهنگام قاعدگی	6/6	4/5	0	16	0/33	p>0/05
	هنگام قاعدگی	6/7	4/4	0	19		

\* نشانگر معناداری «تی» مشاهده شده است.

از قاعدگی همسو است. در مورد بعد اضطراب نیز همین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، رفتاری و تحوی [1] به وجود اضطراب و تنیدگی در دوره پیش از قاعدگی اشاره می‌کند و نتیجه مطالعه کامینگ (Cumming, C.E.) و همکاران او [4] مبنی بر رابطه بین شدت نشانه‌های قاعدگی و رفتار پرخاشگرانه، خصوصیت و تجربه سطوح بالاتر تنیدگی و یافته پژوهشی سعادت [16] و تجدیدی [17] در مورد عصبانیت و تحریک‌پذیری و نشانه‌های مرتبط با

وجود و شدت سندرم پیش از قاعدگی است، هماهنگ است. وجود شکایت جسمانی در دوره پیش از قاعدگی در آزمودنی‌های این مطالعه نیز با یافته‌های مطالعه‌های سعادت [16]، تجدیدی [17] و مصطفوی [10] و همچنین توصیف چهارمین طبقه‌بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا [2] و همین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، رفتاری و تحوی [1] در مورد نشانه‌های جسمانی سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش

[16] و کاهش نسبت ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی با افزایش نیم سال‌های تحصیلی و سن دانشجویان [20] گزارش شده است. در مجموع، بهبود نشانه‌ها و حتی افزایش نگرش مثبت نسبت به قاعدگی همراه با افزایش سن، بر اساس «نظریه تغییر پاسخ» (Response shift theory) که در آن، فرایند انطباق با یک چالش مطرح می‌گردد، قابل تبیین است. تغییر پاسخ عبارت است از «تغییر در معیارهای درونی، ارزش‌ها و مفهوم‌سازی فرد» [27]. تغییر پاسخ توسط ویژگی‌های از قبل موجود، از جمله شخصیت تحت تأثیر قرار می‌گیرد و با استفاده از فرایندهای رفتاری، شناختی و عاطفی مختلف، مثل تعریف مجدد اولویت‌ها و تغییر انتظارات تسهیل می‌شود [28]. به‌عنوان مثال، سطوح پایین‌تر افسردگی و ناتوانی بیماران دارای دوره‌های طولانی‌تر درد مزمن، نسبت به بیماران دارای دوره‌های کوتاه‌تر درد را می‌توان با داشتن فرصت بیشتر این بیماران برای انطباق با زندگی روزمره، مطابق نظریه تغییر پاسخ تبیین کرد [ر. ک. 28]. بنابراین، کاهش تعداد ابعاد روان‌شناختی گزارش شده از دختران دانش‌آموز به دختران دانشجو را مطابق نظریه تغییر پاسخ، می‌توان با داشتن فرصت بیشتر دختران دانشجو (با توجه به افزایش سن و تحصیلات بالاتر آن‌ها) برای انطباق با نشانه‌های پیش از قاعدگی تبیین کرد. البته لازم به ذکر است که اگرچه عدم بررسی موارد یکنواختی سلامت روان‌شناختی هر دو گروه قبل از آزمون، از محدودیت‌های تحقیق حاضر است، ولی با توجه به این‌که صحبت از عدم سلامتی در صورت یکبار اجرا کردن آزمون مطرح است و در تحقیق حاضر، آزمودنی‌های هر گروه با دو بار اجرای آزمون، نوعی گروه کنترل خود هم محسوب می‌شوند، لذا نویسندگان مقاله حاضر سعی کرده‌اند بدین وسیله این محدودیت را تا حد امکان برطرف سازند. همچنین از محدودیت‌های دیگر این تحقیق، استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه است که به‌طور طبیعی

اضطراب طی این دوره، نتیجه مطالعه حاضر را تأیید می‌کنند. در مورد بعد وسواس نیز اگرچه مطالعات به‌طور مستقیم به وجود نشانه‌های وسواس گونه در این دوره اشاره نکرده‌اند، ولی به لحاظ گزارش‌های گسترده در مورد همبودی بین اضطراب و افسردگی با نشانه‌های وسواس (به‌عنوان مثال، چهارمین طبقه‌بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا)، می‌توان این یافته را تبیین کرد. همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، تفاوت معنادار در مقایسه ابعاد روان‌شناختی مربوط به هنگام قاعدگی و غیرقاعدگی، در دختران دانش‌آموز در 4 بعد و در دختران دانشجو تنها در 1 بعد گزارش شد. این یافته از دو جهت قابل تبیین است. یکی آن‌که با توجه به پایین‌تر بودن سن دختران دانش‌آموز و مطابقت سنی آن‌ها با دوره نوجوانی و رویارویی آن‌ها با استرس‌ها و بحران‌های خاص این دوره از یکسو و از سوی دیگر با توجه به این‌که اسوینسدوتیر (Sveinsdotir, H.) و همکارانش [21] بر این باورند که اکثر زنان تجارب پیش از قاعدگی را معمول قلمداد می‌کنند و اعتقاد دارند که به همان شیوه‌ای که با تجارب تنیدگی برخورد می‌کنند با قاعدگی نیز مواجه می‌شوند، طبیعی به نظر می‌رسد که نوجوانان هم به‌گونه‌ای با تجربه قاعدگی روبه‌رو می‌شوند که با استرس‌های خاص دوره نوجوانی مقابله می‌کنند. پس نشانه‌های قاعدگی را شدیدتر تجربه و گزارش می‌کنند، به‌طوری که فرین (Freeman, E.W.) [3] اظهار می‌دارد مراحل فولیکولی و تخمدانی فیئفسه خلق مثبت و منفی را تعیین نمی‌کنند، بلکه برای تضعیف کردن یا بزرگ جلوه دادن برانگیختگی هیجانی این دوره، این مراحل همراه با عوامل دیگر مرتبط با برانگیختگی، از جمله استرس محیطی عمل می‌کنند. دیگر آن‌که مطالعات حاکی از آن است که شدت نشانه‌ها، هنگامی که زنان به یائسگی نزدیک می‌شوند، کاهش می‌یابد [19]، به‌طوری‌که در این راستا افزایش نگرش مثبت نسبت به قاعدگی همراه با افزایش سن



پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، 1376.

11. Rasgon, N., et al. Sex-specific self-reported mood changes by patients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2005; 39, 77-83.
12. Harris, A.H. Premenstrual dysphoric disorder and its relation to schizophrenia symptom severity. *Schizophrenia Research*. 1997; 24, 5-6.
13. DeBon, M., Klesges, R.C., & Klesges, L.M. Symptomatology across the menstrual cycle in smoking and nonsmoking women. *Addictive Behaviors*. 1995; 20, 335-343.
14. Dougerty, D.M., et al. The relationship between self-reported menstrual symptomatology and aggression measured in the laboratory. *Personality and Individual Differences*. 1997; 22, 381-391.
15. Snively, T.A., et al. Smoking behavior, dysphoric states and the menstrual cycle: results from single smoking sessions and the natural environment. *Psychoneuroimmunology*. 2000; 25, 667-691.

16. سعادت، ن. بررسی رابطه بین نگرش نسبت به قاعدگی با شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بیماری‌های زنان و زایمان، تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، 1373.

17. تجیدی، ا. بررسی شیوع و شدت و علائم سندرم پیش از قاعدگی در زنان 15-45 سال شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بیماری‌های زنان و زایمان، تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، 1374.

18. Rapkin, A. A review of treatment of premenstrual syndrom & premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroimmunology*. 2003; 28, 39-53.
19. Deuster, P. A., Adera, T., South-Paul, J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrom. *Arch Fam Med*. 1999; 8, 122-128.

20. مهرمنش، م. بررسی مقایسه‌ای نسبت ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی و شدت آن در دانشجویان تربیت بدنی و سایر دانشجویان مراکز تربیت معلم وابسته به آموزش و پرورش شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، 1378.

21. Sveinsdotir, H., Lundman, B., Norberg, A. Women's perceptions of phenomena they label premenstrual tension: normal experiences reflecting ordinary behavior. *Journal of Advancing Nursing*. 1999; 30(4), 916-925.

22. Deragotis, L.R. SCL-90-R: Administration, scoring and procedures, Manual II Baltimore: Clinical Psychometric Research. 1993; PP: 1-20.

23. مدبرنیا، ج؛ شجاعی تهرانی، ح؛ فلاحی، م. هنجاریابی آزمون SCL-90-R در

می‌تواند باعث جذب افراد و نمونه‌های خاص شود (مثلاً افرادی که دارای مشکلاتی در ارتباط با قاعدگی هستند و موضوع تحقیق، آن‌ها را علاقه‌مند به شرکت در این تحقیق می‌کند) که با توجه به موضوع خاص تحقیق و پیگیری آزمودنی‌ها در دوره‌های مورد نظر با توجه به تمایل آن‌ها، امکان استفاده از روش‌های دیگر نمونه‌گیری وجود نداشت. در آخر باید توجه داشت که رسیدن به نتایج دقیق‌تر، در گرو گسترش تحقیقاتی مشابه با رفع محدودیت‌ها و همچنین در نظر گرفتن سنین متفاوت (مثلاً سنین نزدیک به یائسگی و میان‌سالی) و گروه‌های ویژه است.

## منابع

1. سازمان بهداشت جهانی. دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلال‌های روانی و رفتاری (ICD-10). 1991. ترجمه حمدرضا نیکخو، محی‌الدین غفرانی و هامایاک آوادیس یانس، تهران، 1375: انتشارات علمی و فرهنگی.
2. انجمن روان‌پزشکی آمریکا. متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR). 2000. ترجمه حمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس، تهران، 1381: انتشارات سخن.
3. Freeman, E.W. Premenstrual syndrom and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroimmunology*. 2003; 28, 25-37.
4. Cumming, C.E., Fox, E., & Cumming, D.C. Intermenstrual affect in woman with symptomatic premenstrual change. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995; 39, 261-269.
5. Shores, T.J., & Leuner, B. Estrogen-mediated effects on depression and memory formation in females. *Journal of Affective Disorder*. 2003; 74, 85-96.
6. Davidov, D.M., et al. Moods in everyday situations: effects of menstrual cycles, work, and stress hormones. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58, 343-349.
7. Meaden, P.M., Hartlage, S. N., & Cook-Karr, J. Timing and severity of symptoms associated with the menstrual cycle in a community-based sample in the Midwestern United States. *Psychiatry Research*. 2005; 134, 27-36.
8. Ronchi, D.D., et al. Symptoms of depression in late luteal phase dysphoric disorder: A variant of mood disorder? *Journal of Affective Disorder*. 2005; 86, 169-174.
9. Heeringen, K.V., et al. The risk of seclusion and the menstrual cycle in female psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995; 39, 269-632.
10. مصطفوی، ا. بررسی ارتباط بین شدت سندرم پیش از قاعدگی با میزان افسردگی در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، 1376.

26. رضاپور، م. هنجاریابی آزمون SCL-90-R بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز و شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری در روان‌سنجی. تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، 1376.

27. Sprangers, M.A.G. Schwartz, C.E. Integrating response shifts into health related quality of life research: a theoretical model. *Society Science Medicine*. 1999; 48, 1507-1515.

28. Kwan, K.S.H., Roberts, L.J., & Swain, D.M. Sexual dysfunction and chronic pain: the role of psychological variables and impact on quality of life. *European Journal of Pain*. 2005; 9, 643-652.

دانش‌آموزان دبیرستانی، پیش دانشگاهی استان گیلان سال 82-83. خلاصه مقالات هفتمین کنگره پژوهش‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی در ایران. 1384: 92-93.

24. میرزایی، ر. ارزیابی و پایایی آزمون SCL-90-R در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران: انیستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، 1384.

25. اسماعیلی، غ. هنجاریابی آزمون SCL-90-R و مقایسه سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران به منظور ارائه خدمات مشاوره‌ای مناسب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. تهران: دانشکده

