

مقایسه‌ی کیفیت زندگی، تیپ شخصیتی و وضعیت تاهل در دانشجویان و مبتلا و غیرمبتلا به سندرم پیش از قاعدگی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۸/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۹/۲۹

دکتر فرهاد جمهری*

دکتر حمید یعقوبی**

نوشین نعمتی زاده***

چکیده

در پژوهش به منظور مقایسه کیفیت زندگی، تیپ شخصیتی و وضعیت تاهل در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به سندرم پیش از قاعدگی نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای سنجش متغیرها از پرسشنامه سندرم پیش از قاعدگی (ابراهام و تیلور، ۱۹۹۰)، پرسشنامه تیپ شخصیتی رویتر (سال) و پرسشنامه کیفیت زندگی (سال) استفاده شده است. یافته‌ها حاکی از آن است که بین شیوع سندرم پیش از قاعدگی و وضعیت تاهل رابطه معنادار مشاهده نشد. شیوع سندرم پیش از قاعدگی با تیپ شخصیتی رابطه معنادار دارد، به نحوی که در افراد دارای تیپ شخصیتی A از شیوع بیشتری برخوردار بوده است. همچنین از بین متغیرهای سه گانه‌ی وضعیت تاهل، سندرم پیش از قاعدگی و تیپ شخصیتی، تنها رابطه وضعیت تاهل با نمرات کل کیفیت زندگی و مقیاس سلامت جسمانی معنادار نبود. این متغیر با سلامت روانی رابطه داشته و رابطه سندرم پیش از قاعدگی و تیپ شخصیتی بر کیفیت زندگی و مقیاس‌های آن معنادار بود.

واژگان کلیدی: سندرم پیش از قاعدگی، کیفیت زندگی، تیپ شخصیتی A, B، وضعیت تاهل و دانشجویان.

*استادیار گروه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی

**استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شاهد

***کارشناس ارشد رشته روانشناسی عمومی واحد علوم و تحقیقات

Email: hyaghubi@yahoo.com

Email: nooshin.nemati@gmail.com

قاعدگی یک روند طبیعی و فیزیولوژیکی است که توسط زنان و به مدت ۴۰ سال در طول زندگی تجربه می‌شود (کرنی و دیگران^۱، ۱۹۹۱). اغلب زنان در روزهای قبل از قاعدگی یک سری تغییرات جسمی و خلقی تحت عنوان سندرم پیش از قاعدگی^۲ (PMS) تجربه می‌کنند که در سلامتی و پرورش زندگی آنان تأثیر می‌گذارد. اکثر زنانی که سیکل‌های همراه با تخمک‌گذاری دارند در طی فاز ترشحی سیکل قاعدگی علائم پیش‌رس قاعدگی را از خود نشان می‌دهند. در بعضی از زنان این تغییرات به قدری شدید است که به غلظت عارضه طبی در نظر گرفته می‌شود (ویلسون و دیگران^۳، ۱۹۹۱). زنی که از سندرم پیش از قاعدگی رنج می‌برد معتقد است که زندگی او به دو بخش تقسیم شده است: در قسمت اول جنون را در درون خویش احساس می‌کند و در بخش دیگر از گفته‌ها و اعمال خود وحشت زده و مضطرب است، به نحوی که ممکن است در مدت زمان قبل از قاعدگی خود، پیاپی کودکانش را کتک بزند، انگیزه‌ای برای انجام امور خویش نداشته باشد، ناسازگاری زناشویی و حتی مقدمات قتل و خودکشی را برای خود فراهم آورد (امانتی، ۱۳۸۵).

یکی از پیچیدگی‌های PMS آن است که علت اصلی آن نامشخص ترکیبی از عوامل در ایجاد آن دخیل هستند. عوامل متعددی زنان را مستعد ابتلا به این سندرم می‌کند. از جمله، عوامل ژنتیکی، چندزایی، شغل، تغذیه، سطح تحصیلات، عوامل اجتماعی، فرهنگ، مدت خونریزی قاعدگی دوران قاعدگی و فشارهای روانی. به عنوان مثال، احتمال آن در دوقلوهای منوزیگوت دو برابر بیشتر از دی‌زیگوت‌ها است (لودرمیلک و پری^۴، ۲۰۰۴).

اگرچه حدود ۵۰ سال از زمان تشخیص این سندرم می‌گذرد اما فقط در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران روی مجموعه کامل علائم متمرکز شده است (ویلسون، ۱۹۹۱). تاکنون بیش از ۲۰ علامت برای PMS شناخته شده که مربوط به تغییرات جسمی، خلقی و رفتاری است که در این دوران رخ می‌دهد. زمان شروع این علائم متفاوت گزارش شده است. اما آن‌چه که همه بر آن اتفاق نظر دارند این است که این علائم در طی فاز ترشحی سیکل قاعدگی اتفاق می‌افتد و به محض شروع قاعدگی و یا در طی چند روز اول آن فروکش می‌کند (لودرمیلک، ۲۰۰۴). به طور مثال، پژوهشگران زمان ۷ تا ۱۰ روز قبل از قاعدگی را زمان شروع این سندرم مطرح کردند. یا پیرسون و دیگران (۲۰۰۲) دوره ۲ تا ۱۲ روز قبل از قاعدگی را زمان بحرانی زنان اعلام داشتند (قرشی، ۱۳۷۸).

از طرفی سندرم پیش از قاعدگی با مشکلات و بیماری‌های بسیاری همراه است. در مطالعه‌ای که توسط کورزکوا و استینر^۵ (۱۹۹۷) انجام شد، مشخص شد تنها ۲۰ درصد از افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی فاقد مشکل بودند. در حالی که ۲۰ درصد مشکلات روانی و ۸ درصد بیماری‌های جسمی و ۱۷ درصد دچار عوارض قبل از یائسگی شده بودند. مصطفوی (۱۳۷۶) مطرح می‌کند ۶۳/۲ درصد از زنان در هفته سوم سیکل قاعدگی خود مبتلا به افسردگی می‌شوند، در حالی که این نسبت در هفته اول سیکل قاعدگی ۴۴/۹ درصد است. میرس و برس^۶ (۱۹۹۷) نشان دادند ۵۰ درصد از افراد مبتلا به افسردگی اساسی و ۳۷/۵ درصد از افراد دچار افسردگی خفیف به سندرم پیش از قاعدگی مبتلا هستند (رشادتی، ۱۳۷۴).

-
1. Corny and et al
 2. prementstrual syndrome (PMS)
 3. Wilson and et al
 4. Lowdermilk & Perry
 5. Kurzkuva & Steiner
 6. Mire & Beres

مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی استرس بیشتری را پذیرا هستند. از طرفی دیگر احتمال دارد اختلال بیش از قاعدگی خود استرس درونی باشد و آن هنگام که بیمار استرس بیرونی را هم دریافت می کند ترکیب استرس درونی و بیرونی موجب شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی می گردد، به طوری که ۲۵ تا ۴۵ درصد از زنانی که سندرم پیش از قاعدگی دارند افسردگی مزمن دارند (سوزیک و کنالت^{۱۰}، ۱۹۹۷). دالتون (۱۹۶۱) اعلام کرد ۴۹ درصد از ۱۵۶ زن زندانی مورد مطالعه وی؛ در مرحله قبل از قاعدگی خود در جرائم خشن شرکت کرده اند (تمجیدی، ۱۳۷۴).

شکی وجود ندارد که در بعضی موارد اختلالات زناشویی یا مشکلات عاطفی در زوجین به خاطر وجود این سندرم پایدار و وخیم باقی میماند همچنین، این سندرم بر عملکرد تحصیلی دختران نیز تأثیر گذار و با مشکلات اجتماعی بی شماری همراه است (کیز^{۱۱} و دیگران). نتایج پژوهشی که بر روی ۶۵ زن مبتلا به این سندرم انجام شده نشان داده است که ۵۵ درصد از افراد در روابط با همسر ۴ درصد با فرزندان و ۱۳ درصد در روابط با دیگران مشکل دارند. همچنین، در ۷۲ درصد افراد عصبانیت و تحریک پذیری و ۲۹ درصد میل به خودکشی، به چشم میخورد (کرنی و استانتون^{۱۲}، ۱۹۹۱). در واقع، سندرم پیش از قاعدگی موجب کاهش میل جنسی (۳۱ درصد)، کاهش انگیزه انجام کارهای منزل (۵۴ درصد)، عصبانیت و تحریک پذیری (۷۱) و میل به خودکشی (۲۹ درصد) می شود (تمجیدی، ۱۳۷۴).

این سندرم در تمام فرهنگ ها، نژادها و در تمام سنین وجود داشته و دارد (هاونز^{۱۳}، ۱۹۹۱). اما شیوع سندرم بسیار متنوع گزارش شده است و از جامعه ای به جامعه دیگر، و از نمونه ای به نمونه ای دیگر، متفاوت است (لوسی^{۱۴} و دیگوان، ۲۰۰۴)؛ (پری و لودرمیلک^{۱۵}، ۲۰۰۴)؛ (ویلسون^{۱۶}، ۱۹۹۱)؛ (دچرنی و پرنول^{۱۷}، ۱۹۹۴). تفاوت بین شیوع این سندرم در جوامع مختلف می تواند به دلایل مختلفی بستگی داشته باشد از جمله این عوامل می توان به سوابق خانوادگی اشاره کرد (لودرمیلک، ۲۰۰۴). در ایران نیز تمجیدی (۱۳۷۴) در مطالعه ای که بر روی ۵۰۰ نفر از زنان ۴۵-۱۵ سال شهر تهران انجام داد شیوع این سندرم را ۶۲/۲ درصد ذکر کرده است که ۶۴ درصد به درجه خفیف و ۳۳ درصد به درجه متوسط و ۳ درصد به درجه شدید این سندرم مبتلا بوده اند.

از سویی دیگر، نظریه های شخصیت در واقع تلاشی است برای چگونگی تکوین الگوهای رفتاری و پیش بینی چگونگی واکنش های افراد در مقابل الزام های زندگی (راس^{۱۸}، ۱۳۷۸) و نظریه های زمینه محدود بر جنبه خاصی از شخصیت تمرکز می کنند. بیش از ۱۲ رویکرد در مورد زمینه محدود معرفی شدند از جمله، شخصیت خودکامه، تیپ شخصیتی B,A، ناهماهنگی شناختی درماندگی آموخته شده و ... از این میان به نظر می رسد تیپ شخصیتی B,A با سندرم پیش از قاعدگی ارتباط داشته باشد (شولتز^{۱۹}، ۱۳۸۳).

تقسیم افراد به دو گروه دارای تیپ B,A برای اولین بار توسط دو پزشک متخصص قلب به نامهای فریدمن و روزمن انجام شد. خصوصیات کسانی که دارای شخصیت نوع B هستند مخالف خصوصیات برشمرده شده در

1. Suzik & Konalt
2. Kase and et al
3. Kereny & Estanton
4. Havens
5. Luesley DM, Baker
6. Perry & lowder milk
7. Vanselo
8. Dechemri & Peronol
9. Russ
10. Schultz

مورد گونه A است. این افراد غالباً صبور، شکیب، بردبار، خونسرد و آرام هستند. در مقابل، افراد دارای الگوی رفتاری نوع A افراد بسیار خشن، متخاصم و منتقد و پرتوقع محسوب می شوند (کاپلان و دیگران، ۲۰۰۰). این الگوی رفتاری جنبه های مختلف عملی و شناختی در الگوی شناختی، رفتار تیپ A با سبک بیانگر همراه است. سبک بیانگر عبارت است از الگویی کمیت پذیر در ابراز علایم غیرکلامی از سوی فرد (کمپبل^{۲۰} و دیگران، ۱۹۹۷). همچنین، افراد تیپ A در علت یابی مسائل زندگی جدیت دارند، علت یابی مسائل به اندازه خود مسائل برای آنان اهمیت دارد. پس می توان چنین عنوان کرد که این افراد با سبکهای اسنادی بیشتر سروکار دارند. بسیاری از رفتارهای مشخص کننده تیپ A غیرکلامی اند ولی افراد دارای تیپ A میل شناختی اساسی نیز دارند. یعنی میل به نوعی شیوه اندیشیدن، تحرک بیش از حد این افراد نه تنها به دلیل امور فیزیکی بلکه علاوه در واکنش به امور روانی نیز رخ می دهد این نوع تحرک از نظر زمانی به شکل «فوریت زمانی» و نیز خشم به کسانی که وقت را تلف می کنند جلوه گر می شود. این افراد به دلیل حالت آماده باش ه می شکی بیشتر از افراد دیگر عملکرد دستگاه سمپاتیک را تجربه می کنند و میزان نور آدرنالین و آدرنالین در خون آنها بالاتر از حد طبیعی است. با توجه به اینکه سیستم ایمنی بدن این افراد فعالیت زیادی دارد بعد از مدتی دچار خستگی و فرسودگی می شود، به دلیل تضعیف سیستم ایمنی بدن این افراد بسیار آن را تجربه می کنند، باعث تنگی رگ های خویش شده و این در حالی است که قلب با شدت تمام مشغول فرستادن خون به اعضای بدن است، پس رگ های بدن دچار آسیب و فرسودگی می شوند و شاید این یکی از دلایل احتمال بالای ابتدای افراد تیپ A به بیماری کرونر قلبی باشد (تریگو^{۲۱}، ۲۰۰۵).

کیفیت زندگی نیز یکی از متغیرهای مهم است که به نظر می رسد تحت تاثیر چنین اختلالی باشد. تعاریف متعددی از کیفیت زندگی ارائه شده است (سلاوتولسکی^{۲۲} ۱۹۹۰)؛ (آدینگتون، ۲۰۰۱)؛ (تایلور، جونز و برنز^{۲۳}، ۱۹۹۵) بدون در نظر گرفتن رویکردی که برای تعریف کیفیت زندگی انتخاب شده است توافق عمومی بر این است که کیفیت زندگی ساختاری چند بعدی است گرچه در بین پژوهشگران راجع به تعداد حیطه هایی که کیفیت زندگی را تشکیل می دهند، اختلاف وجود دارد. توافق عمومی بر این است که جسم، ذهن و روح باید در این مقوله مد نظر قرار گیرند (شی و جفی، ۱۹۹۱). گفته شده است تنها بالابودن استاندارد زندگی برای دستیابی به رضایت یا خشنودی کافی نیست بلکه بهبود کیفیت زندگی نیز باید در نظر گرفته شود و به این معنا تاکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی به منظور قابل زندگی تر کردن زندگی برای آنهایی است که زنده مانده اند (کار^{۲۴}، ۲۰۰۱). در این خصوص مقیاس های کیفیت زندگی دورنمای فرد از بیماری و درمان آن و نیز نیاز درک شده او برای مراقبت از سلامتی و همچنین، ترجیح او برای درمان و نتایج آن را می سنجد (کار و دیگران، ۲۰۰۱). گفته شده است که تنها با بالا بودن استاندارد زندگی برای دستیابی به رضایت یا خشنودی کافی نیست بلکه بهبودی کیفیت زندگی نیز باید در نظر گرفته شود. و این به معنای تأکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی تا به منظور قابل زندگی کردن زندگی، برای آنهایی است که زنده مانده اند (آدینگتون و دیگران^{۲۵}، ۲۰۰۱). اصلاح کیفیت زندگی قضاوت در مورد ارزشها در ارتباط با زندگی شخصی را می رساند که مستلزم نوعی درجفدی است. (شی و جفی، ۱۹۹۱).

-
1. Champble
 2. Trigo
 3. Cella, Tulskey
 4. Taylor, Jones, Burns
 5. Carr et al
 1. Addington et al

منظور از کیفیت زندگی اعمال ارادی عاداتها و الگوی زندگی روزمره فرد است. سبک زندگی معمولاً با طبقه اقتصادی- اجتماعی پیوند دارد و در تصویری که از فرد ساخته می شود بازتاب می یابد (آدینگتون و دیگران، ۲۰۰۱). مفهوم کیفیت زندگی عملکرد جسمانی، کارکرد نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی عملکرد اجتماعی، کارکرد نقش هیجانی، سلامت روانی و تغییر وضعیت سلامت را شامل می شود. با توجه به این که پژوهشها نشان می دهد استرس و فشار روانی و پرخاشگری در افراد مبتلا به این سندرم بیشتر است و نیز افراد دارای تیپ شخصیت A این علائم را بیشتر دارند انتظار می رود افراد دارای تیپ شخصیتی A این سندرم را بیشتر داشته باشند. پژوهشها نشان می دهد نوع زندگی افراد، استراحت، فعالیت روزانه، نوع تغذیه در سلامت روانی آنها تاثیر دارد.

با توجه به این که سندرم پیش قاعدگی یکی از شایعترین اختلالات سنین باروری است که به همراه دسیمنوره^{۲۶}، زندگی زنان را به میزان قابل توجهی مختل می سازد. این سندرم در تمام فر هنگ ها وجود داشته و دارای اثرات گوناگون بر موقعیتهای اجتماعی، اقتصادی و حرفه ای زنان است. (ملیحه مهرمنش، ۱۳۷۸) شناسایی عوامل تاثیرگذار بر آن و متغیرهایی که از آن تاثیر می پذیرند حائز اهمیت است. از طرفی از آنجا که دانشمندان طب زنان فشار روانی بر فرد را در وقوع سندرم پیش از قاعدگی دخیل می دانند بنابراین، انتظار می رود تیپ شخصیتی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به سندرم پیش از قاعدگی تفاوت داشته باشد. همچنین، با توجه به پیامدهای این اختلال، به نظر می رسد سندرم پیش از قاعدگی بر کیفیت زندگی نیز تاثیرگذار باشد. با توجه به شیوع بالای سندرم پیش از قاعدگی، پژوهش حاضر از دو منظر حائز اهمیت است نخست این که، سندرم پیش از قاعدگی نه تنها برای فرد مبتلا بلکه برای کل اعضای خانواده، سبب اختلال در زندگی می شود. دوم و مهمتر این که گزارشات متعددی حاکی از وجود رفتارهای خطرناک ناشی از علائمی چون افسردگی، اضطراب، تنش و تحریک پذیری است که سبب گوشه گیری، افکار انتحاری، افزایش حوادث و برخوردهای خشونت آمیز در زنان می شود و دلالت بر وجود اختلالات روحی در زمان قبل از قاعدگی دارد (ویلسون، ۱۹۹۱). بر این اساس، در پژوهش حاضر کیفیت زندگی و تیپ شخصیتی در دانشجویان مجرد و متأهل مبتلا و غیرمبتلا به سندرم پیش از قاعدگی مقایسه شده است.

روش

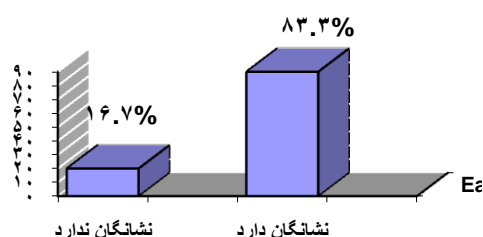
پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی است که به روش علی- مقایسه ای در جامعه آماری دانشجویان دختر دانشگاه های شهر تهران و در نمونه ای به حجم ۳۰۰ نفر که به روش نمونه گیری چرخ مرحله ای انتخاب شدند، اجرا شده است. در نمونه گیری ابتدا از بین دانشگاه های شهر تهران سه دانشگاه تحت پوشش وزارت علوم به صورت تصادفی انتخاب و سپس از میان دانشجویان آنها تعداد مورد نظر گزینش شدند. برای سنجش متغیرهای مورد بررسی نیز از پرسشنامه سندرم پیش از قاعدگی (ابراهام و تیلور، ۱۹۹۰)، پرسشنامه تیپ شخصیتی برن رویتر^{۲۷}، و پرسشنامه کیفیت زندگی بررسی سلامت (SF-36) با اعتبار روایی مناسب استفاده شده است. در بررسی اعتبار و روایی این تست علاوه بر شواهد مناسبی که رشادتی (۱۳۷۴) مبتنی بر روایی پرسشنامه اعلام کرده، نتایج باز آزمایی پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز حاکی از همبستگی ۰/۹۹ در نمونه ای ۲۰ نفری با فاصله ی ۱۰ روز بوده است.

پرسشنامه برن رویتر نیز تیپ های شخصیتی A, B را از یکدیگر تشخیص می دهد. این پرسشنامه ی ۲۵ سوالی

بارها در ایران اجرا شده و روایی صوری آن توسط بیشتر ص احبظران تایید شده است و از اعتبار بالایی نیز برخوردار بوده است (گنجی، ۱۳۸۴). پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) نیز هشت مفهوم عمده مربوط به سلامت (عملکرد جسمانی^{۲۸}، کارکرد نقش- جسمی^{۲۹}، درد بدنی^{۳۰}، سلامت عمومی^{۳۱}، سرزندگی^{۳۲}، عملکرد اجتماعی^{۳۳}، کارکرد نقش- هیجانی^{۳۴}، سلامت روانی^{۳۵}) را دربرمی گیرد و به طور وسیعی در پژوهش های مربوط به سلامت به کار گرفته شده است. در اعتباریابی به روش بازآزمایی ضرایب همبستگی برای کل نمونه بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ برای آزمودنی های دختر بین ۰/۳۳ تا ۰/۷۰ و برای آزمودنی های پسر بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۸ متغیر بوده است. همچنین در بررسی هماهنگی درونی ضرایب آلفای به دست آمده برای کل نمونه بین ۰/۷ تا ۰/۸۵ برای آزمودنی دختر بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ و برای آزمودنی های پسر بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ متغیر بوده است. پس از جمع آوری اطلاعات داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی، شاخص های پراکنندگی و نمودار استفاده شد و در سطح استنباطی نیز از با بهره گیری از روش مانوا فرضیه های آماری مورد آزمون قرار گرفت.

یافته ها

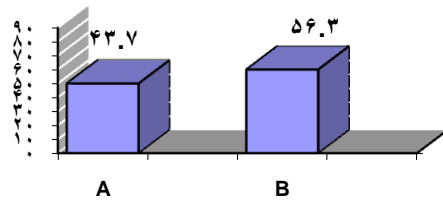
یافته های به دست آمده از پژوهش حاضر در بخش توصیفی حاکی از آن است که ۸۳/۳ درصد از آزمودنی ها عارضه سندرم پیش از قاعدگی را تجربه کرده اند اما شیوع آن در حد شدید نبوده است و تنها ۱۶/۷ درصد از آزمودنی ها چنین عارضه ای نداشته اند.



شکل ۱: نمودار میزان شیوع سندرم پیش از قاعدگی در نمونه مورد بررسی

۴۳/۷ درصد از آزمودنی ها دارای تیپ شخصیتی A و ۵۶/۳ درصد تیپ شخصیتی B داشته اند (شکل ۱)

2. Physical functioning
3. Role functioning- physical
4. Bodily pain
5. General Health
6. vitality
7. Social functioning
8. Role functioninh- Emotional
9. Mental Health



شکل ۲: نمودار توزیع فراوانی آزمودنی ها از لحاظ تیپ شخصیتی

از میان ۱۹ مؤلفه‌ی پرسشنامه، متوسط مؤلفه تحریک پذیری (با میانگین ۱/۸۵) نسبت به سایر مؤلفه ها، شیوع بیشتری داشته و در رتبه اول قرار داشته است. مؤلفه تنش عصبی (با میانگین ۱/۵۹) نیز در رتبه دوم فراوانی و مؤلفه اضطراب، خستگی زیاد و حساس و دردناک شدن پستانها (به ترتیب با میانگین های ۱/۳۱، ۱/۲۷ و ۱/۲۵)، با تفاوتی اندک در رتبه سوم قرار داشته است.

در مورد وضعیت کیفیت زندگی و خرده مقیاس های آن نیز، می توان گفته که میانگین نمرات کل کیفیت زندگی در نمونه مورد بررسی ۱۰۷/۷۴، و انحراف استاندارد آن ۱۶/۵۶ بوده است. همچنین میانگین نمرات کل کیفیت جسمانی ۶۱/۴۲، و انحراف استاندارد آن ۸/۱۴، میانگین نمرات کل کیفیت روانی ۴۶/۳، و انحراف استاندارد آن ۱۰/۵۴، میانگین نمرات خرده مقیاس های کیفیت جسمانی (شامل عملکرد جسمانی، سلامت عمومی، درد بدنی و کارکرد نقش - جسمی) به ترتیب ۲۶/۷۳، ۱۸/۹۹، ۹/۰۷، ۶/۶۵، بوده و میانگین نمرات خرده مقیاس های کیفیت روانی (شامل سلامت روانی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و کارکرد نقش - هیجانی) نیز به ترتیب ۱۹/۲۶، ۱۵/۱۰، ۷/۳۵، ۴/۵۹ بوده است. (جدول ۱)

جدول ۱: شاخص های آماری نمرات کیفیت زندگی در نمونه ی مورد بررسی

مقیاس ها	میانگین	میانه	انحراف استاندارد	واریانس	دامنه تغییرات
نمرات کل کیفیت زندگی	۱۰۷/۷۴	۱۰۹/۸	۱۶/۵۶	۲۷۴/۴۸	۷۹/۶۰
نمرات کل کیفیت جسمانی	۶۱/۴۲	۶۲/۸	۸/۱۴	۶۶/۳۸	۴۱/۸۰
نمرات کل کیفیت روانی	۴۶/۳	۴۷/۵	۱۰/۵۴	۱۱۱/۲۰	۵۰
نمرات عملکرد جسمانی	۲۶/۷۳	۲۸/۰۰	۳/۴۶۱	۱۱/۹۷۵	۱۶
نمرات سلامت روانی	۱۹/۲۶	۲۰/۰۰	۵/۲۳۶	۲۷/۴۱۲	۲۴
نمرات سلامت عمومی	۱۸/۹۹	۱۹/۴۰	۳/۸۶۴	۱۴/۹۳۴	۱۷
نمرات سرزندگی	۱۵/۱۰	۱۶/۰۰	۳/۹۶۱	۱۵/۶۹۳	۱۸
نمرات درد بدنی	۹/۰۷	۹/۴۰	۱/۹۳۶	۳/۷۴۸	۸
نمرات عملکرد اجتماعی	۷/۳۵	۸/۰۰	۱/۷۲۰	۲/۹۵۷	۸
نمرات کارکرد نقش - جسمی	۶/۶۵	۷/۰۰	۱/۴۳۵	۲/۰۶۰	۴

یافته‌های تحلیل مانوا تیپ شخصیتی، و وضعیت تاهل با متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روانی و کیفیت زندگی حاکی از آن است که به طور کلی رابطه متغیرهای مورد نظر از لحاظ آماری معنادار بوده است. به عبارت دیگر بردارهای میانگین های گروه ها با هم تفاوت معناداری دارن اما به طور دقیق تر درمورد وضعیت تاهل می توان اظهار داشت که رابطه متغیر مستقل (وضعیت تاهل تنها بر سلامت روانی معنادار بوده $(P<0/05)$ و بر متغیرهای سلامت جسمانی و نمرات کل کیفیت زندگی رابطه معناداری نداشته است. همچنین در مورد متغیر سندرم پیش از قاعدگی برای هر سه متغیر وابسته (کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی) می توان اظهار داشت که رابطه متغیر مستقل (سندرم پیش از قاعدگی) بر سه متغیر وابسته (کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی) نیز معنادار بوده است $(P<0/01)$. علاوه بر این در مورد متغیر تیپ شخصیتی برای هر سه متغیر وابسته (کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی) می توان اظهار داشت که رابطه متغیر مستقل (تیپ شخصیتی) بر سه متغیر وابسته (کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی) معنادار بوده است $(P<0/01)$.

بررسی فرضیه سوم: ابتدا به سندرم پیش از قاعدگی، تیپ شخصیتی، وضعیت تاهل بر سلامت جسمانی، سلامت روانی و کیفیت زندگی تاثیر دارد.

جدول ۴-۷: نتایج آزمونهای معناداری چندگانه

سطح معناداری	خطای درجه آزادی	درجه آزادی	مقادیر بحرانی F	مقادیر آزمون	آزمون های آماری
۰/۰۰۰۱	۲۹۴/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۶۲۶/۱۱۲ (a)	۰/۹۶۹	آزمون معیار پیلا
۰/۰۰۰۱	۲۹۴/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۶۲۶/۱۱۲ (a)	۰/۰۳۱	آزمون لامبدایویلیکس
۰/۰۰۰۱	۲۹۴/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۶۲۶/۱۱۲ (a)	۳۱/۴۷۰	آزمون معیار هتلینگ
۰/۰۰۰۱	۲۹۴/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۶۲۶/۱۱۲ (a)	۳۱/۴۷۰	آزمون بزرگترین ریشه ری

جدول فوق که دربرگیرنده آزمون های معناداری متعدد است، نشانگر این است که با توجه به اینکه مقادیر سطح معناداری از ۰/۰۱ تجاوز نمی کند، بنابراین اثرات متغیرهای مورد نظر از لحاظ آماری معنادار بوده است. که عبارت دیگر بردارهای میانگین های گروه ها با هم تفاوت معناداری دارند.

جدول ۲: نتایج آزمون مانوا در بررسی رابطه ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی: تیپ شخصیتی، و وضعیت تاهل با متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روانی و کیفیت زندگی

سطح معناداری	F مقادیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرهای وابسته	متغیرهای مستقل	منبع تغییرات
			۱	۳۶۵/۶۴۳	کیفیت زندگی		گروه
			۱	۰/۸۳۲	سلامت جسمانی		و
		۳۶۵/۶۴۳	۱	۴۰۱/۳۵۵	سلامت روانی		
۰/۲۰۸	۰/۵۹۰	۰/۸۳۲	۱	۲۸۶۶/۶۵۲	کیفیت زندگی		
۰/۹۰۷	۰/۰۱۴	۴۰۱/۳۵۵	۱	۴۴۴/۴۵۳	سلامت جسمانی	وضعیت تاهل	
۰/۰۳۹	۴/۳۰۰	۶۵۲۲۸۶۶	۱	۱۰۵۳/۵۹۰	سلامت روانی		
۰/۰۰۰	۱۲/۴۶۸	۴۴۴/۴۵۳	۱	۵۳۰۰/۹۷۴	کیفیت زندگی		
۰/۰۰۷	۷/۳۴۲	۵۹۰/۱۰۵۳	۱	۷۰۸/۵۳۸	سلامت جسمانی	سندرم پیش از قاعدگی	
۰/۰۰۱	۱۱/۲۸۷	۹۷۴۵۳۰۰	۱	۲۱۳۳/۴۶۲	سلامت روانی		درون گروهها
۰/۰۰۰	۲۳/۰۵۵	۷۰۸/۵۳۸	۲۹۵	۶۷۸۲۷/۸۰۸	کیفیت زندگی		(خطا)
۰/۰۰۱	۱۱/۷۰۵	۶۴۲۲۱۳۳	۲۹۵	۱۷۸۵۲/۲۷۲	سلامت جسمانی		
۰/۰۰۰	۲۲/۸۵۶	۲۲۹/۹۲۵	۲۹۵	۲۷۵۳۶/۲۴۱	سلامت روانی	تیپ شخصیتی	
		۹۶۰/۵۳۳	۲۹۹	۳۵۵۲۶۵۰/۸	کیفیت زندگی		
			۲۹۹	۱۱۴۷۹۹۵/۴	سلامت جسمانی		
			۲۹۹	۶۷۴۵۹۴/	سلامت روانی		مجموع

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می شود با توجه به اینکه در مورد وضعیت تاهل، سطح معناداری محاسبه شده برای متغیر سلامت روانی کمتر از ۰/۰۵ است بنابر این می توان اظهار داشت که اثر متغیر مستقل وضعیت تاهل تنها بر سلامت روانی معنادار بوده است همچنین با توجه به اینکه در مورد متغیر سندرم پیش از قاعدگی سطح معناداری

محاسبه شده برای هر سه متغیر وابسته (کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی) کمتر از ۰/۰۱ است بنابراین می توان اظهار داشت که اثر متغیر مستقل (سندرم پیش از قاعدگی) بر سه متغیر وابسته (کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی) نیز معنادار بوده است علاوه بر این با توجه به اینکه در مورد متغیر تیپ شخصیتی سطح معناداری محاسبه شده برای هر سه متغیر وابسته (کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی) کمتر از ۰/۰۱ است.

بحث

در مورد یافته های مربوط به شیوع سندرم پیش از قاعدگی، شیوع سندرم بسیار متنوع گزارش شده است و از جامعه ای به جامعه دیگر، و از نمونه ای به نمونه دیگر، متفاوت است اما بسیاری از یافته های مشابه در پیشینه پژوهش وجود دارد که یافته های پژوهش حاضر با آنها همخوانی دارد، از جمله می توان به پژوهش های تمجیدی (۱۳۷۴)، سلطان احمدی (۱۳۷۳)، سعادت (۱۳۷۳)، لودرمیلک و پری (۲۰۰۴)، ویلسون (۱۹۹۱)، شی و جفی (۱۹۹۱) و تمجیدی (۱۳۷۴) اشاره کرد.

پری و لودرمیلک (۲۰۰۴) شیوع این سندرم را ۲۰ تا ۹۵ درصد اعلام کردند که در این میان ۲ تا ۱۰ درصد از افراد دارای علائم شدیدی بودند که در فعالیت روزانه ایشان تداخل می کرد. استینر ۲ و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی که در کانادا انجام دادند شیوع این سندرم را ۸۰ درصد اعلام نمودند. اوبرین و ابوخلیل (۱۹۹۹) نیز در همین مورد شیوع بالای ۹۰ درصد را ذکر می کنند، که ۲۰ الی ۴۰ درصد از لحاظ روانی یا فیزیکی دچار ناتوانی و ۸ درصد ناراحتی شدید را تجربه می کنند (تمجیدی ۱۳۷۴). ویلسون (۱۹۹۱) در کتاب خود شیوع این سندرم را در جمعیت های مطالعه شده ۵۰ تا ۹۵ درصد گزارش کرده است. شی و جفی (۱۹۹۱) دریافته بودند که ۸۰ درصد دختران نوجوان، علائم پیش از قاعدگی را تجربه کرده بودند همچنین پژوهش سلطان احمدی (۱۳۷۳) نشان داد که ۶۶/۵ درصد از دختران سال چهارم دبیرستان به این سندرم مبتلا بودند به گونه ای که ۶۲/۵ درصد از این افراد علائم خفیف و ۳۷/۵ درصد علائم متوسط تا شدید را تجربه نموده اند. تمجیدی (۱۳۷۴) در مطالعه ای که بر روی ۵۰۰ نفر از زنان ۱۵-۴۵ سال شهر تهران انجام داد شیوع این سندرم را ۶۲/۲ درصد ذکر کرده است که ۶۴ درصد به درجه خفیف و ۳۳ درصد به درجه متوسط و ۳ درصد به درجه شدید این سندرم مبتلا بوده اند. پژوهش سعادت (۱۳۷۳) نیز حاکی از آن است که ۶۵/۵ درصد از دختران دانشجو در شهر تهران به این سندرم مبتلا بودند. همچنین کلاکز اسمیت و همکاران (۱۹۹۸) به منظور ارزیابی شیوع و شدت علائم پیش از قاعدگی و مقایسه شدت علائم پیش از قاعدگی در نوجوانان ۱۵-۱۳ و ۱۶/۱۸ سال در شهر ایلینویس آمریکا دریافتند که از میان شرکت کنندگان، ۱۰۰ درصد حداقل یک علامت با شدت خفیف، ۸۸ درصد متوسط ۷۳ درصد شدید و ۵۶ درصد بسیار شدید را تجربه کرده بودند (سلطان احمدی، ۱۳۷۶).

در مورد رابطه تیپ شخصیتی با سندرم پیش از قاعدگی باید گفت که خصوصیات کسانی که دارای شخصیت نوع B می باشند مخالف خصوصیات برشمرده شده در مورد گونه A است. این افراد کسانی هستند که غالباً صبور و شکیب و بردبارند. خونسرد و آرام می باشند، افراد دارای الگوی رفتاری نوع A افراد بسیار خشن، متخاصم و منتقد و پرتوقع هستند. از آنجا که دانشمندان طب زنان فشار روانی بر فرد را در وقوع سندرم پیش از قاعدگی دخیل می دانند بنابراین انتظار می رفت که تیپ شخصیتی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به سندرم پیش از قاعدگی تفاوت داشته باشد.

در مورد رابطه سندرم پیش از قاعدگی بر روابط خانوادگی نیز کیز و دیگران (۱۹۹۱) می نویسد شکی وجود ندارد

که در بعضی موارد اختلالات زناشویی یا مشکلات عاطفی در زوجین به خاطر وجود این سندرم پایدار و وخیم باقی می ماند. همچنین، پژوهش کرنی و استانتون (۱۹۹۱)، روی ۶۵۸ زن مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی نشان داد که ۵۵ درصد از افراد در روابط با همسر، ۴۳ درصد با فرزندان و ۱۳ درصد در روابط با دیگران مشکل دارند. همچنین در ۷۲ درصد افراد عصبانیت و تحریک پذیری و در ۲۹ درصد میل به خودکشی، به چشم می خورد (کرنی و استانتون، ۱۹۹۱). سندرم پیش از قاعدگی موجب کاهش میل جنسی (۳۷ درصد)، کاهش انگیزه انجام کارهای منزل (۵۴ درصد)، عصبانیت و تحریک پذیری (۷۱ درصد) و میل به خودکشی (۲۹ درصد) می گردد (تمجیدی، ۱۳۷۲). بنابراین کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد.

در هر پژوهشی با این که ماهیتاً بدنبال ارتباط بین عوامل و میزان تاثیر آن هستیم به هر حال در بطن خود یک سری محدودیت هایی را خواهد داشت این محدودیتها ممکن است بر سر راه تحقیق ظاهر شوند و امر تحقیق را دچار مشکلاتی نمایند و تعمیم نتایج را با دشواری مواجه کنند. پژوهش حاضر نیز مانند تمامی پژوهش ها دارای محدودیت هایی بوده است از جمله: (۱) محدود بودن جامعه آماری به دانشجویان دانشگاه های تهران تعمیم نتایج را به سایر زنان و دانشجویان سایر شهرها با محدودیت مواجه ساخته است. (۲) عدم همکاری لازم از برخی دانشجویان که امر تکمیل پرسشنامه را با سختی مواجه نمود. (۳) داوطلبانه بودن نمونه گیری روایی بیرونی پژوهش را تهدید نموده و ممکن است تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه نماید (عدم امکان کنترل متغیرهای مزاحم می تواند در نتایج تاثیرگذار بوده باشد).

با توجه به محدودیت های مذکور و براساس تجربه پژوهش گر و یافته های پژوهش پیشنهاد می شود: (۱) با توجه به محدود بودن جامعه آماری به دانشگاه های تهران، پیشنهاد می شوؤ و کوشش مشابهی در جامعه آماری وسیع تری شامل دانشگاه های استان تهران و یا سایر استان ها اجرا شود. (۲) در پژوهش های مشابه در صورت امکان از نمونه گیری داوطلبانه استفاده نشود. (۳) از آنجا که شیوع سندرم پیش از قاعدگی با توجه به آمار و ارقام بالا است، لذا دست یافتن به آمار و ارقام دقیق در رابطه با شیوع سندرم در سطح کشور اهمیت دارد. لذا انجام پژوهشی تحت عنوان بررسی فراوانی سندرم پیش از قاعدگی، در سطح وسیع تری در سطح کشور پیشنهاد می شود. (۴) با توجه به نقش رژیم های غذایی یکسان برای افراد، توصیه می شود تا با اطمینان بیشتر بتوان به چگونگی تاثیر کربوهیدرات ها در این زمینه دست یافت. (۵) به نظر می رسد علل و عواملی نظیر میزان سازگاری زناشویی می تواند عامل کاهش یا افزایش سندرم پیش از قاعدگی باشد لذا توصیه می شود پژوهشهایی در این زمینه صورت گیرد. (۶) نشانه نگرانی یا اضطراب نشانه بارزی از سندرم پیش از قاعدگی است به نظر می رسد علل و عوامل دیگری نظیر رشته تحصیلی، شرایط کارآموزی مسبب این یافته ها باشد و به همین دلیل انجام تحقیقی در این زمینه، با شناسایی علل و عوامل زمینه ساز اضطراب پیشنهاد می شود تا بتوان با شناخت و حذف آن عوامل به نتایج جدیدی دست یافت. (۷) تاثیر ورزشهای مختلف از قبیل پیاده روی - شنا و سایر ورزشها بر سندرم پیش از قاعدگی مورد بررسی قرار گیرد. (۸) تاثیر آموزش مراقبت از خود بر شدت این سندرم بعد از شش ماه مورد بررسی قرار گیرد. (۹) وضع اجتماعی، اقتصادی، میزان تحصیلات مادر و پدر خانواده از عواملی هستند که احتمالاً نقش مهمی در آگاهی و درک این سندرم دارند بنابراین پیشنهاد می شود که تحقیقات آتی به بررسی ارتباط این متغیرها بر شدت سندرم پیش از قاعدگی مورد بررسی قرار گیرد. (۱۰) تاثیر درمانهای شناختی را نیز می توان با کاهش یا افزایش این سندرم بررسی کرد. (۱۱) با توجه به این نکته که اظهار شده افراد متأهل شانس کمتری را برای ابتلا به سندرم اولیه دارند و با توجه به عدم دسترسی به چنین نتیجه ای در تحقیق حاضر، پژوهش مقایسه با همگون کردن گروهها از نظر دو گروه متأهل و مجرد از نظر شیوع و شدت سندرم پیش از قاعدگی انجام داد. (۱۲) پژوهشی در مورد بررسی میزان تاثیر

استرس بر شدت سندرم پیش از قاعدگی انجام داد.

منابع

- امانتی، لوئیز (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن و زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- تمجدی، اکرم (۱۳۷۴)، بررسی شیوع و شدت علائم پیش از قاعدگی در زنان ۱۵-۴۵ ساله شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- راسل، آلن (۱۳۷۸)، روانشناسی شخصیت، ترجمه سیاوش جمالفر، انتشارات بعثت.
- رشادتی، طاهره (۱۳۷۴)، بررسی تاثیر آموزش مراقبت از خود بر کاهش شدت سندرم پیش از قاعدگی در دانش آموزان دبیرستانهای شهر اراک.
- سعادت، نسرین (۱۳۷۳)، رابطه بین نگرش نسبت به قاعدگی با شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- سلطان احمدی، ژیلا (۱۳۷۶)، بررسی شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دانش آموزان سال آخر دبیرستان های شهر کرمان، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- شولتز، داون، شولتز، سیدنی آلن (۱۹۹۸)، نظریه های شخصیت ترجمه ی یحیی سید محمدی (۱۳۷۸). تهران، انتشارات هما.
- قرشی، زهره (۱۳۷۸)، بررسی و مقایسه و شیوه زندگی، تیپ شخصیتی A/B، شاخص توده بدنی، و وضعیت تاهل و باروری دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۷۷.
- گنجی، حمزه (۱۳۸۴)، ارزشیابی شخصیت، تهران: نشر ساوالان.
- مصطفی، اشرف، (۱۳۷۶)، بررسی ارتباط سندروم پیش از قاعدگی با میزان افسردگی در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- مهرمنش، ملیحه (۱۳۷۸)، بررسی مقایسه ای نسبت ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی و شدت آن و دانشجویان تربیت بدنی و سایر دانشجویان مرکز تربیت معلم وابسته به آموزش پرورش شهر تهران، سال ۱۳۷۸.
- **Addington- Hallj. (2001).** Kalral. Who should measure Quality of life Bmj, 322: 1417-1420
- **Campllell, Elizabet M. et al. (1997).** “Premenstrual Symptoms in general Practice Patients”. Journal of Reproductive medicine. Vol. 42, NO.10, Oct.PP:637-46.
- **Cella DF, Tulsky Ds. (1990).** Measuring Quality of Life today: Methological aspects. On cology. A (5), 29-38.
- **Carr Aj, Gibson B. Robinson PG. (2001)** Is quality Of life determined by Expectations or Experienced? Bmh 322: 1240- 1243. Corny, R.Hand Staton. (1991). “A survery of 658 Woman who reports symptoms of premenstrual syndrome”, Jounal of psychomatic Research. Vol.35, No. 45.pp: 471- 482.
- **Decherney. A., Hand Pernoll M.L., (1994).** Current obstetric and Gynecologic diagnosis and treatment 8th Edit London: prentice- holl international, Inc.
- **Havenz, C.S. and Sullivan, N.D and Tilton, P.(1991).** “Manual of out Patient Gynecology”. 2nd Edit Boston: Little, Brown and Company.
- **Kaplan H. Sadock B. (2000).** Comprehensive Text Book of psychiatry. 7 th ed.

Lippincott Williams and Wilkins: A Wolters Kluwer Company; P . 1952- 1958.

Kase, N. G and Weingold, A.B. and Gershenson, D.m. (1990) Principles and Practice of Clinical Gynecology, 2 nd Edit. London: Churchill Living Stone.

- **Korzecowa. M. and Steiner. M. (1997).** “Premenstrual Syndrome”. Clinical obstetrics and Gynecology, Vol. 40, No. 3. PP: 564-575.

- **Lowder milk DL. And Perry. SE. (2004)** Maternity and women Health Care. 7 th ed. Mosby: Aharcourt Health Science Company; 161-163.

- **Luesley DM. Baker PN. (2004)** Premenstrual Syndrome Obstetrics and Gynecology An evidence- based Text for MrcoG; Sa unders. P. 555-559.

- **Shy. D. and jaffe, B. (1991)** “Prevalence and correlates of Prementstrual Symptoms: A study of Israeli Teenage Girls”. Journal of Adolescent Health. Vol. 12, No.3, PP: 217-224.

- **Taylor Ej., Jones P., Burns M.(1995).** Quality of life-In: Lubkin IM Editor. Chronic illness: Impact and intervention. 3 rd ed. 1995 Boston: jones and Bartlett P.

- **Trigo, Miguel (2005).** Psychosocial risk factorsim Coronary heart disease: beyond type A behavior: Portuguese Journal of Cardiology. An official Journal of the Portuguese society of cardiology. 24 (2): 261-281.

- **Willson JR. (1991), Carrington ER.** Obstetrics and Gynecology, 5 th. Mosby: Year Book; p.115.