استاندارد سازی پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی PSST: ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی

شیوا سیه بازی: دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
فاطمه زهرا حریری: دانشجوی کارشناسی ارشد بهداشت مادر و کودک، دانشگاه تربیت مدرس
علی منتظری: استاد، گروه پژوهشی سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
لیدا مقدم بنائم: * استادیار، گروه مامایی، داشگاه تربیت مدرس

فصلنامه پایش
سال دهم شماره چهارم پاییز ۱۳۹۰ صص ۴۲۷-۴۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱/۱۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۳۰ شهریور ۱۳۹۰]

چکیده

این مطالعه به منظور ترجمه و اعتبارسنجی پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی (Premenstrual Symptoms Screening Tool-PSST) برای اولین بار در ایران انجام گردید.

ابزارهای مختلفی برای اندازه گیری علایم قبل ازقاعدگی وجود دارد که برای تشخیص سندرم قبل از قاعدگی و اختلال ملال قبل از قاعدگی به کارمی‌رود. از جمله این‌ها، پرسشنامه PSST است که شدت بیماری را در حد لزوم و تأثیر علایم را در زندگی افراد نشان می‌دهد و از چارت‌های دو سیکلی آینده نگر عملی‌تر و از نظر زمانی به صرفه‌تر است. این پرسشنامه شامل دو بخش علائم و تأثیر علائم بر زندگی افراد است.

برای اعتبار سنجی این ابزار نمونه‌ای از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه‌های تهران به طور تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. پایایی پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. برای بررسی روایی پرسشنامه نیز از دو روش ظاهری و محتوایی استفاده گردید.

در مجموع ۴۹۸ دانشجوی دختر وارد مطالعه شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۳/۰۵ با انحراف معیار ۳/۲۹ سال بود. میانگین شاخص توده بدنی ۳۴/۵±۲۱/۲ کیلو گرم بر متر مربع، میانگین روزهای خونریزی قاعدگی ۲۷/۳۳±۶/۱ و طول سیکل‌های قاعدگی ۴۸/۵۵±۲۹/۴ روز به دست آمد. در آزمون پایایی این ابزار، مقادیر آلفای کرونباخ ۹/ ۰به دست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ حاکی از روایی محتوایی این پرسشنامه است.

علاوه بر این، امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف، اختلاف معنی‌دار داشتند. نتایج به دست آمده حاکی از روایی و پایایی این ابزار در ایران است که می‌تواند در مطالعات مربوطه استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: روایی و پایایی، سندرم قبل از قاعدگی، پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی

* نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع بزرگراه شهید دکتر چمران و جلال آل احمد، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، گروه مامایی
تلفن: ۸۲۸۸۳۸۵۷
E-mail: moghaddamb@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.2.3]

مقدمه

سال‌های طبیعی تولید مثل یک زن با تغییرات ریتمیک ماهانه در میزان ترشح هورمون‌های زنانه و تغییراتی متناظر در تخمدان‌ها و سایر اندام‌ها مشخص می‌شوند که به این طرح ریتمیک چرخه قاعدگی می گویند [۱]. مجموعه‌ای بزرگ از علایم جسمانی، روحی و هیجانی به نام سندرم پیش از قاعدگی در برخی زنان به صورت دوره‌های پیش از قاعدگی رخ می‌دهد و با شروع قاعدگی از بین می‌رود [۲]. سندرم پیش از قاعدگی، یکی از شایع‌ترین اختلالات سنین باروری است که زندگی زنان را به میزان قابل توجهی مختل می‌سازد [۳]. این سندرم در تمام فرهنگ‌ها وجود داشته و دارای اثرات گوناگون بر موقعیت‌های اقتصادی، اجتماعی و حرفه‌ای زنان است [۴].

تاکنون بیش از ۲۰۰ علامت برای سندرم پیش از قاعدگی شناخته شده است که مربوط به تغییرات جسمی، خلقی و رفتاری است که در این دوران رخ می‌دهد [۵]. باید توجه کرد که سندرم پیش از قاعدگی به علت شیوع بالای آن و به علت عوارض ناشی از آن که برای خود فرد و خانواده اش ایجاد می‌کند از اهمیت خاصی برخوردار است.

نوع شدید علایم پیش از قاعدگی به عنوان بیماری دیسفوریک قبل از قاعدگی، یا اختلال ملال قبل از قاعدگی (Pre Menstrual Dysphoric Disorder-PMDD)، شناخته شده است که یکی از اختلالات شایع روانپزشکی در زنان است [۶].

جهت تشخیص این سندرم‌ها ابزارهای مختلفی وجود دارد که یک نمونه آنها پرسشنامه PSST است. طراحی این پرسشنامه به منظور دستیابی به یک ابزار غربالگری ساده و راحت برای تعیین افرادی که از PMS شدید یا اختلال دیسفوریک قبل از قاعدگی (PMDD) رنج می‌برند و یا کسانی که احتمالاً از درمان سود می‌برند بوده است. PSST معیارهای طبقه بندی شده DSM-IV را به یک مقیاس درجه بندی بر اساس شدت بیماری تبدیل می‌کند. افرادی که این پرسشنامه را طراحی کرده‌اند معتقدند که PSST شدت بیماری را در حد لزوم و همچنین تأثیر علایم را در زندگی افراد نشان می‌دهد و از چارت‌های دو سیکلی آینده نگر عملی‌تر و از نظر زمان به صرفه‌تر است. این ابزار یک وسیله غربالگری کارا و مؤثر است [۷] که در برخی ازکشورهای جهان از جمله آمریکا، ژاپن، آلمان، تایلند و کانادا استفاده گردیده است [۱۰-۷] و از آنجا که موارد استفاده زیادی می‌توان برای این ابزار نام برد از جمله تعیین شیوع PMS و PMDD، اثر دارو و درمان‌های مختلف بر بیماری، پیش بینی‌های بهداشتی و غیره. لذا این مطالعه با هدف تدوین نسخه ایرانی پرسشنامه PSST برای اولین بار در ایران انجام گردید.

مواد و روش کار

پرسشنامه PSST شامل ۱۹ سؤال بوده که دارای دو بخش است (بخش اول که شامل ۱۴علایم خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علایم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سؤال است). برای هر سؤال ۴ معیار اصلاً، خفیف، متوسط و شدید ذکر گردید که از صفر تا ۳ نمره بندی شدند. جهت تشخیص PMS متوسط یا شدید سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: ۱- از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد، ۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و ۳- در بخش تأثیر علایم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد.

جهت تشخیص PMDD نیز سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: ۱- از گزینه ۱تا۴ حداقل یک مورد شدید باشد، ۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و ۳- در بخش تأثیر علایم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد شدید وجود داشته باشد.

ابتدا پرسشنامه PSST توسط دو نفر پژوهشگر به فارسی ترجمه گردید که سرانجام یک نسخه نهایی فارسی تهیه شد. این نسخه به صورت جداگانه دو بار به انگلیسی ترجمه گردید، از این دو نسخه یک نسخه نهایی انگلیسی تهیه شد که با پرسشنامه اصلی مقایسه گردید. در نهایت تغییراتی در پرسشنامه اعمال گردید. از جمله در سؤال اول کلمه Anger به زودرنجی ترجمه شد و در سئوال هشتم (Difficulty concentrating) برای فهم بهتر مثال آورده شد. در بخش دوم نیز در سئوال الف (Your work efficiency or productivity) کلمه خلاقیت حذف شده و کلمه تحصیلی اضافه گردید. همچنین در گزینه ب،کلمه دوستان اضافه شد (ضمیمه ۱ و ۲).

سپس یک تست پایلوت برای ۳۰ دانشجوی دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه تربیت مدرس انجام شد. مدت متوسط برای تکمیل پرسشنامه ۴/۶ دقیقه بود. ۹۰ درصد از افراد اظهار داشتند که هیچ مشکلی درتکمیل پرسشنامه نداشتند و طبق اظهارات ۸۳ درصد از افراد هیچ پرسشی نامفهوم نبود. همچنین ۹۶ درصد بیان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.2.3]

نمودند کلمه یا عبارتی که باعث خجالت یا ناراحتی شان شود در پرسشنامه وجود نداشته است. ۹۰ درصد از افراد نیز گزینه‌های موجود (اصلاً، خفیف، متوسط و شدید) را واضح، روشن و کافی دانسته‌اند. طبق نتایج مطالعه پایلوت تغییرات مختصری در ترجمه پرسشنامه داده شد و نسخه نهایی تهیه و در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. نمونه گیری به صورت آسان بود و از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه تهران و تربیت مدرس درخواست انجام مصاحبه شد. از حدود ۵۵۰ دانشجو، ۴۹۸ نفر با انجام مصاحبه موافقت نموده و در کل ۴۹۸ پرسشنامه توسط پژوهشگران تکمیل گردید.

ورود داده‌ها و تجزیه و تحلیل آماری با نرم‌افزار SPSS16 انجام گردید و از آزمون های مجذور کای و آلفای کرونباخ در تحلیل داده‌ها استفاده شد. جهت ارزیابی پایایی پرسشنامه از آزمون ثبات درونی (Internal Consistency) استفاده گردید. آلفای کرونباخ مساوی و یا بالاتر از ۰/۷ به عنوان مقدار قابل قبول در نظر گرفته شد [۱۱]. جهت روایی از دو روش روایی ظاهری و روایی محتوایی استفاده گردید. برای تعیین روایی محتوایی از دو روش کیفی و کمی استفاده گردید که در بررسی روایی محتوایی از قضاوت متخصصان مختلف ازجمله زنان، مامایی، اپیدمیولوژی، پرستاری و بهداشت استفاده شد. در بررسی کیفی محتوا از متخصصان درخواست شد تا پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری آیتم‌ها در جای مناسب خود و امتیاز دهی مناسب بازخورد لازم را ارایه دهند که بر اساس آن اصلاحات لازم اعمال گردید. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی از دو میزان نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد. ابتدا برای تعیین نسبت روایی محتوا از پانل خبرگان (۱۰ نفر) درخواست شد تا هر سؤال را بر اساس طیف سه قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد) بررسی نمایند که مقدار بالاتر از ۰/۶۲ به عنوان حد قابل قبول در نظر گرفته شد [۱۲]. سپس برای بررسی شاخص روایی محتوا، سه معیار سادگی، اختصاصی بودن و وضوح به صورت مجزا در طیف لیکرتی ۴ قسمتی برای هر یک از سؤالات توسط متخصصان مورد بررسی قرار گرفت (مثلاً ۱: غیر مرتبط، ۲: تا حدودی مرتبط، ۳: مرتبط و۴: کاملاً مرتبط). بدین منظور امتیاز شاخص روایی محتوا به وسیله تجمع امتیازات موافق برای هر سؤال که رتبه ۳ و ۴ را کسب کرده‌اند بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد. پذیرش سؤالات بر اساس نمره شاخص روایی محتوا بالاتر از ۰/۷۸ بود [۱۳].

یافته‌ها

مشخصات شرکت کنندگان در جدول‌های شماره ۱ و ۲ نمایش داده شده است. میانگین سنی شرکت کنندگان به ترتیب ۲۳/۰۵ سال با انحراف معیار ۳/۲۹ بود. میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی به ترتیب ۲۱/۳۴ (کیلوگرم برمتر مربع) و ۲/۵، میانگین و انحراف معیار طول سیکل قاعدگی به ترتیب ۲۹/۴۸ (روز) و ۴/۵۵ و میانگین و انحراف معیار مدت خونریزی نیز ۶/۲۷ (روز) و ۱/۳۳ بودند.

سازگاری درونی(Internal consistency) سؤالات این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد. مقدار این شاخص در بخش علایم ۰/۹۰ و در بخش تأثیر علایم بر روی زندگی ۰/۹۱ و در کل سؤالات ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین همبستگی درون خوشه (Intra-class correlation) بین این دو بخش ۰/۸ بوده است.

در بررسی کیفی محتوا طبق نظر متخصصان امر تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال گردید. همچنین در بحث روایی محتوایی کمی که از دو میزان نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio-CVR) و (Content Validity Index-CVI) شاخص روایی محتوا استفاده شده، مقادیر CVR و CVI به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ به دست آمد. این مقادیر بالاتر از حد قابل قبول (۰/۶۲ برای CVR و ۰/۷۸ برای CVI) بوده و حاکی از این است که این پرسشنامه از روایی محتوایی برخوردار است. با استفاده از تحلیل آماری سه گروه از زنان مشخص شدند: گروه اول شامل ۲۵۳ نفر (۵۰/۸ درصد) بود که مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی نبودند و یا دچار PMS خفیف بودند. گروه دوم دانشجویان شامل ۱۶۶ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای معیارهای PMS بودند که علایم به طور متوسط تا شدید روی عملکرد و فعالیت روزانه آنها تأثیر داشته است. گروه سوم شامل ۷۹دانشجو (۱۵/۹ درصد) بود که معیار های DSM-IV برای اختلال ملال پیش از قاعدگی را داشتند.

علایم متوسط تا شدید جسمانی و خلقی و نیز تداخل علایم با عملکردهای گوناگون افراد در جدول شماره ۳ گزارش شده است. در بررسی آماری رابطه معنی‌داری بین سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی و علایم پاسخ دهندگان مشاهده شد؛

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.2.3]

بدین صورت که میزان علایم متوسط تا شدید در افراد مبتلا به هر دو سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی نسبت به افراد غیرمبتلا بسیار بیشتر بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی شرکت کنندگان در مطالعه

	سندرم پیش از قاعدگی خفیف/عدم وجود آن (n=۲۵۳)		سندرم پیش از قاعدگی متوسط تا شدید (n=۱۶۶)		اختلال ملال پیش از قاعدگی (n=۷۹)		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
گروه سنی (سال)								
۱۸-۲۰	۶۷	۵۱/۹	۴۴	۳۴/۱	۱۸	۱۴	۱۲۹	۱۰۰
۲۱-۲۵	۱۴۰	۵۱/۳	۹۲	۳۳/۷	۴۱	۱۵	۲۷۳	۱۰۰
> ۲۵	۴۶	۴۷/۹	۳۰	۳۱/۲	۲۰	۲۰/۹	۹۶	۱۰۰
وضعیت تأهل								
مجرد	۲۳۹	۵۱	۱۵۷	۳۳/۵	۷۳	۱۵/۵	۴۶۹	۱۰۰
متأهل	۱۴	۴۸/۳	۹	۳۱	۶	۲۰/۷	۲۹	۱۰۰
وضعیت سیکل قاعدگی								
منظم	۲۲۴	۴۹/۸	۱۵۱	۳۳/۵	۷۵	۱۶/۷	۴۵۰	۱۰۰
نامنظم	۲۹	۶۰/۵	۱۵	۳۱/۲	۴	۸/۳	۴۸	۱۰۰
رشته تحصیلی								
پزشکی	۱۳۳	۵۱	۹۰	۳۴/۵	۳۸	۱۴/۵	۲۶۱	۱۰۰
غیرپزشکی	۱۲۰	۵۰/۶	۷۶	۳۲/۱	۴۱	۱۷/۳	۲۳۷	۱۰۰
سطح تحصیلات								
کاردانی	۹	۲۸/۱	۱۶	۵۰	۷	۲۱/۹	۳۲	۱۰۰
کارشناسی	۸۴	۴۸/۳	۶۳	۳۶/۲	۲۷	۱۵/۵	۱۷۴	۱۰۰
کارشناسی ارشد	۹۴	۵۱/۱	۵۹	۳۲/۱	۳۱	۱۶/۸	۱۸۴	۱۰۰
دکتری حرفه‌ای	۶۰	۶۰/۶	۲۷	۲۷/۳	۱۲	۱۲/۱	۹۹	۱۰۰
دکتری تخصصی	۳	۶۰	۱	۲۰	۱	۲۰	۵	۱۰۰
دستیاری	۳	۷۵	۰	۰	۱	۲۵	۴	۱۰۰

جدول شماره۲- مشخصات جسمانی شرکت کنندگان در مطالعه

	سندرم پیش از قاعدگی خفیف/عدم وجود آن			سندرم پیش از قاعدگی متوسط تا شدید			اختلال ملال پیش از قاعدگی		
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
شاخص توده بدنی	۲۵۳	۲۱/۱	۲/۵۶	۱۶۶	۲۱/۳۵	۲/۴۴	۷۹	۲۱/۷۸	۲/۳۷
طول سیکل قاعدگی (روز)	۲۴۰	۲۹/۴۶	۴/۶۱	۱۵۹	۲۹/۶۹	۴/۴۱	۷۶	۲۹/۱۳	۴/۷
طول مدت خونریزی (روز)	۲۵۲	۶/۲۳	۱/۳۸	۱۶۶	۶/۳۳	۱/۲۱	۷۹	۶/۳	۱/۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.2.3]

جدول شماره۳- مقایسه علایم در سه گروه سندرم پیش از قاعدگی خفیف یا عدم وجود آن، سندرم متوسط تا شدید و اختلال ملال قبل از قاعدگی

علایم *	سندرم پیش از قاعدگی خفیف/عدم وجود آن (n=۲۵۳)		سندرم پیش از قاعدگی متوسط تا شدید (n=۱۶۶)		اختلال ملال پیش از قاعدگی (n=۷۹)		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
عصبانیت/زودرنجی	۱۰۶	۴۱/۹	۱۵۰	۹۰/۴	۷۶	۹۶/۲	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۴۲/۸,df=۲)
اضطراب/تنش	۵۹	۲۳/۳	۱۱۶	۶۹/۹	۶۷	۸۴/۸	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۳۶/۳,df=۲)
گریه کردن/افزایش حساسیت در مقابل پاسخ منفی	۵۲	۲۰/۶	۱۰۸	۶۵/۱	۶۷	۸۴/۸	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۳۸/۳,df=۲)
خلق افسرده/نا امیدی	۵۶	۲۲/۱	۱۲۳	۷۴/۱	۷۵	۹۴/۹	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۸۰/۸,df=۲)
کاهش علاقه به فعالیت‌های شغلی	۳۹	۱۵/۴	۱۰۵	۶۳/۳	۶۱	۷۷/۲	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۴۵/۱,df=۲)
کاهش علاقه به فعالیت‌های داخل منزل	۴۶	۱۸/۲	۱۰۸	۶۵/۱	۵۲	۸۶/۵	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۱۴,df=۲)
کاهش علاقه به فعالیت‌های اجتماعی	۴۲	۱۶/۶	۱۰۰	۶۰/۲	۵۹	۷۴/۷	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۲۵/۳,df=۲)
دشواری درتمرکز (مانند عدم تمرکز بر روی درس یا هر کار دیگر	۳۹	۱۵/۴	۹۳	۵۶	۵۴	۶۸/۴	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۰۹/۲,df=۲)
خستگی/کمبود انرژی	۸۹	۳۵/۲	۱۲۸	۷۷/۱	۶۴	۸۱	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۹۴/۷,df=۲)
پرخوری/ولع غذایی	۳۶	۱۴/۲	۵۳	۳۱/۹	۲۲	۲۷/۸	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۹/۰۹,df=۲)
بی خوابی	۱۵	۵/۹	۳۸	۲۲/۹	۱۷	۲۱/۵	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۲۸/۲,df=۲)
پر خوابی (نیاز بیشتر به خواب)	۵۵	۲۱/۷	۹۷	۵۸/۴	۴۶	۵۸/۲	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۶۹/۷,df=۲)
احساس آشفتگی یا غیرقابل کنترل بودن	۳۵	۱۳/۸	۷۹	۴۷/۶	۶۰	۷۵/۹	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۱۹/۷,df=۲)
داشتن علایم جسمانی مانند درد پستان، سردرد، دردهای عضلانی/مفصلی، نفخ شکم، افزایش وزن	۱۱۴	۴۵/۱	۱۲۱	۷۲/۹	۶۳	۷۹/۷	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۴۷/۷,df=۲)
کارآمدی شغلی/تحصیلی	۱۶	۶/۳	۹۱	۵۴/۸	۶۸	۸۶/۱	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۲۰۹,df=۲)
ارتباط با همکاران و دوستان	۲۱	۸/۳	۱۱۳	۶۸/۱	۷۰	۸۸/۶	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۲۳۶/۱,df=۲)
ارتباط با خانواده	۱۶	۶/۳	۱۰۲	۶۱/۴	۶۹	۸۷/۳	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۲۲۹,df=۲)
فعالیت‌های اجتماعی	۱۳	۵/۱	۹۴	۵۶/۶	۶۵	۸۲/۳	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۲۱۰,df=۲)
مسئولیت‌های خانوادگی	۱۲	۴/۷	۸۲	۴۹/۴	۵۶	۷۰/۹	P<۰/۰۰۰۱ (χ^2=۱۶۹,df=۲)

* وجود علایم متوسط یا شدید

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.2.3]

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به بحث پیرامون تبیین نسخه ایرانی پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگیPSST می‌پردازد که مناسب بودن آن برای جمعیت تحت مطالعه در این تحقیق اثبات شده و آلفای کرونباخ معادل ۰/۹ به دست آمده است.

طبق مطالعه‌ای در سوئیس شیوع علایم PMS به دست آمده در سطح ملی و با پایه جمعیتی با نتایج به دست آمده از PSST برای تشخیص PMS متوسط تا شدید منطبق بوده واستفاده از نسخه آلمانی این پرسشنامه برای PMS در جمعیت سوئیسی تأیید شده است [۱۴]. شیوع سندرم پیش از قاعدگی در این مطالعه ۳۳/۳ درصد بوده که مشابه برخی از تحقیقات در این زمینه در ایران است. از جمله در تحقیق انجام شده توسط دکتر آذین علوی و همکاران، شیوع سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان علوم پزشکی بندر عباس ۵۴/۹ درصد بود [۱۵]. همچنین در پژوهش انجام شده با هدف بررسی سندرم پیش از قاعدگی و نشانه‌های مرتبط با آن در دانشجویان توسط فرنگیس شاهپوریان و همکارانش ۴۳/۷۸ درصد از افراد به نوعی از PMS رنج می‌بردند [۱۶].

طراحان پرسشنامه PSST در سال ۲۰۰۳ میزان شیوع PMS و PMMD را به ترتیب۲۰/۷ و۵/۱ درصد گزارش نمودند [۷]. همچنین در مطالعه انجام شده در تایلند با عنوان بررسی شیوع سندرم پیش از قاعدگی در پرستاران تایلندی که از فرم استاندارد شده PSST برای تشخیص PMS استفاده گردید، شیوع آن نیز ۲۵/۱ درصد گزارش گردید [۱۷]. اما میزان شیوع PMS در پژوهش انجام شده در سال ۲۰۰۵ در کشور ژاپن ۵/۳ درصد بوده است [۱۸]. این داده‌ها حاکی از این است که شیوع سندرم پیش از قاعدگی در ایران با وجود پرسشنامه‌های متعدد (گذشته نگر و آینده نگر) تقریباً مشابه بوده و بالاتر از میزان مشاهده شده در کشورهای دیگر است. شیوع اختلال ملال قبل از قاعدگی نیز در این مطالعه نسبتاً بالا (۱۵/۹ درصد) گزارش گردید. میزان شیوع اختلال ملال قبل از قاعدگی در مطالعات انجام شده توسط پرسشنامه PSST در سایر کشورها ۱/۲ و۵/۱ درصد گزارش شده است [۱۸، ۷]. در پژوهش انجام شده دیگر در ایران توسط فائزه تاتاری و همکارانش شیوع اختلال ملال قبل از قاعدگی ۴/۹ درصد و تقریباً مشابه کشورهای دیگر گزارش شد [۱۹]. ولی شیوع اختلال ملال قبل از قاعدگی در این مطالعه نسبتاً بالا (۱۵/۹ درصد) گزارش گردید که باید با مطالعات بیشتر تأیید گردد.

شیوع PMDD در تحقیقات دیگر که با استفا ده از ابزارهای آینده نگر انجام شده مشابه پژوهش‌های انجام شده توسط PSST در سایر کشورها بوده است. به عنوان مثال در دو مطالعه‌ای که توسط Meaden در سال ۲۰۰۵ و Hichi در سال ۲۰۰۲ انجام شد، ۲/۷ و ۳/۵ درصد از زنان تحت مطالعه PMDD داشتند [۲۱، ۲۰]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بخشی از این اختلافات مربوط به تفاوت‌های فرهنگی و داشتن دیدگاه منفی در مواجهه با قاعدگی و متعاقب آن محدودیت‌های اعمال شده در واکنش زنان نسبت به قاعدگی بین جوامع و کشورهای مختلف است و این اختلافات نمی‌تواند صرفاً مربوط به نوع ابزار به کار گرفته شده باشد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی از جمله گذشته نگر بودن این پرسشنامه است که می‌تواند روی میزان گزارش علایم تأثیر بگذارد. با این حال درصد شیوع به دست آمده در این مطالعه مشابه بسیاری از مطالعات دیگر انجام شده است که از ابزارهای آینده نگر دو سیکلی استفاده نمودند. همچنین در این مطالعه بین زنانی که مبتلا به نوع خفیف سندرم پیش از قاعدگی بودند و آنهایی که این سندرم را نداشتند، تفاوتی قائل نشدیم. از آنجا که پرسشنامه PSST از جمله پرسشنامه‌های اختصاصی کیفیت زندگی است که فقط روی علایم تمرکز کرده و ابعاد دیگر را در نظر نمی‌گیرد، شاید بهتر باشد که پرسشنامه دیگری را طراحی نمود که بتواند ابعاد دیگر را هم مورد بررسی قرار دهد. در پایان، از آنجا که پرسشنامه PSST یک پرسشنامه غربالگری بوده و این مطالعه بر آن نبوده است تا به موضوع غربالگری این ابزار بپردازد و فقط جهت تهیه نسخه ایرانی پرسشنامه، این مطالعه انجام شده است، توصیه می‌شود پژوهشی دیگر با در نظر گرفتن یک ابزار استاندارد دیگر و مقایسه با این پرسشنامه و تعیین حساسیت و ویژگی آن انجام گردد.

این مطالعه نشان داد که پرسشنامه ترجمه شده فارسی PSST در شرایط کشور ما دارای روایی و پایایی قابل قبولی است. از آنجا که گزینه‌های این ابزار کم است، استفاده از آن در مطالعات مختلف آسان می‌باشد. از طرفی این ابزار در نقاط مختلف جهان مورد استقاده واقع شده است و از این رو، قابلیت مقایسه نتایج طرح‌های داخل کشور را با سایر نقاط فراهم می‌کند.

سهم نویسندگان

شیوا سیه بازی: جمع آوری داده‌ها، ورود داده‌ها به رایانه

فاطمه زهرا حریری: جمع آوری داده‌ها، ورود داده‌ها به رایانه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.2.3]

علی منتظری: راهنمایی در زمینه نحوه استاندارد سازی و استاندارد سازی نهایی پرسشنامه، راهنمایی در زمینه نگارش مقاله
لیدا مقدم بنائم: تحلیل داده ها، ویرایش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد رشته مامایی خانم‌ها شیوا سیه بازی و فاطمه زهرا حریری در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران است و بدین وسیله از دانشجویان خوابگاه‌های دانشگاه‌های تهران و تربیت مدرس که با گشاده رویی پاسخگوی پژوهشگران بودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Sloane E. Biology of women. 4th Edition, Delmar Thomson Learning: New York, USA, 2002
2. Berek Js. Berek & Novak's Gynecology. 14th Edition, Lippicott Williams & Wilkins (LWW): Philadelphia, USA, 2007
3. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecology endocrinology and infertility, 7th Edition, Lippicott Williams & Wilkins (LWW): Philadelphia, USA, 2005
4. Havens CS, Sllivan ND, Tilton P. Manual of outpatient Gynecology. 2th Edition. Mosby: St. Louis, USA, 1991
5. Ryan KJ, Berkowitz Rs, Barbieri RL, Dunaif, AE. Kistner's Gynecology and Women's Health Nursing. 7th Edition, Mosby: St. Louis, USA, 1999
6. Mortola J F, Premenstrual syndrome, In: Goldman MB, Hatch MC. Women and health. Springer Academic Press: New York, USA, 2000; 114-62
7. Steinner M, Macdougall, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Archives of Women's Mental Health 2003; 6: 203-9
8. Kayatekin KZ, Sabo AN, Halbreich U. Levetiracetam for treatment of premenstrual dysphonic disorder: a pilot, open-label study. Archives of Women's Mental Health 2008; 11: 207-11
9. Flintbox: The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). [http:\\www.flintbox.com/public/project/575]
10. Mass R, Moll B, Holldorfer M, Wiedemann K, Richter-Appelt H, Dahme B, et al. Effects of the premenstrual syndrome on facial expressions of sadness. Scandinavian Journal of Psychology 2008; 49: 293-98
11. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. Biomed central Health Services Research 2008; 8: 61
12. Pennington, D. Essential Personality. 1 st Edition, Arnold: London, UK, 2003
13. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Focus on research methods. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in Nursing & Health 2007; 30: 459-67
14. Tschudin S, Bitzer J, Zemp E. Premenstrual syndrome in Switzerland assessed by Premenstrual Symptoms Screening Tool [abstract]. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 2007; 28: 51
15. Alavi A, Salahi moghaddam A, Alimalayeri N, Ramezanpour A. Prevalence of clinical manifestation of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in students of Bandar Abbas medical university. Medical Journal of Hormozgan University 2007; 4: 335-41 [Persian]
16. Shahpourian F, Mahmoudi Z, Bastani F, Parsai S, Hoseini F. Premenstrual Syndrome (PMS) and the related symptoms among students of Tehran University of Medical Sciences (IUMS). Iran Journal of Nursing 2006; 18: 57-66 [Persian]
17. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Phattharayuttawat S, Kooptiwoot S. Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2008, 3: 203-9
18. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphonic disorder in Japanese women. Archives of Women's Mental Health, 2006; 9: 209-12
19. Tatari F, Shaker J, Hosseini M, Rezaii M, Amirian M, Amirian F. Frequency of premenstrual dysphoric disorder (PMDD), premenstrual syndrome (PMS) and some related factors in students of girls' high schools of Kermanshah. Journal of Research in Behavioral Sciences 2007; 1: 13-18 [Persian]
20. Meaden PM, Hartlage SA, 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
21. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn L. The prevalence, impairment, impact and burden of premenstrual dysphonic disorder (PMS/PMDD). Psychoneuroendocrinology 2003; 28: 1-23

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.2.3]