

مقایسه برخی عوامل موثر بر دیسمنوره اولیه در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۷۷.

زهرا قرشی^۱

خلاصه

زمینه و هدف: دیسمنوره یک اختلال شایع ژنیکولوژیک است که سالانه باعث هدر رفتن میلیون‌ها ساعت کاری دختران و زنان جوان شده و شیوع آن در ایران ۷۱ تا ۸۶ درصد گزارش می‌شود. عوامل مختلفی از جمله شیوه زندگی، شاخص توده بدنی و وضعیت باروری می‌توانند شیوع و شدت دیسمنوره را تغییر دهند که تحقیق حاضر به منظور مقایسه عوامل تأثیرگذار فوق بر وقوع دیسمنوره اولیه در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی مقایسه‌ای، جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شهر تهران بوده که به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای، از نه دانشکده انتخاب و دانشجویان از نظر سال و رشته تحصیلی در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا همگون شدند. حجم نمونه در هر گروه ۴۰۰ و در مجموع ۸۰۰ نفر در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سه قسمتی بود که توسط دانشجویان تکمیل گردید. آزمون‌های آماری مورد استفاده کای دو، تی و آنالیز واریانس یک‌طرفه بود.

یافته‌ها: عوامل مربوط به شیوه زندگی شامل عادات غذایی، انجام ورزش به طور مرتب، مدت زمان انجام ورزش و ساعات خواب شبانه‌روز در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه تفاوت معنی‌دار آماری نشان ندادند. همچنین از لحاظ شاخص توده بدن و وضعیت تاهل بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره، اولیه اختلاف معنی‌دار آماری دیده نشد. دو گروه از لحاظ تعداد روزهای قاعدگی ($p=0/02$) و متوسط طول سیکل قاعدگی ($p=0/009$) با یکدیگر تفاوت داشتند. همچنین با وجودی که از لحاظ سابقه سزارین در دو گروه، اختلاف آماری معنی‌دار نبود در گروهی که سابقه زایمان طبیعی داشتند، ابتلا به دیسمنوره کمتر دیده شد ($p=0/04$).

نتیجه‌گیری: دیسمنوره اولیه با تغییرات خواب و انجام ورزش، افزایش نمی‌یابد و اضافه وزن آن را تشدید نمی‌کند. از طرفی انجام زایمان طبیعی به‌عنوان قسمتی از روند طبیعی زندگی یک زن، می‌تواند سبب بهبود آن شود، حال آن‌که سزارین، خود به عنوان یک مداخله ناپجا، می‌تواند این اثر تسکینی را خنثی نماید.

واژه‌های کلیدی: دیسمنوره اولیه، وضعیت تاهل، وضعیت باروری، شاخص توده بدنی، تهران.

مقدمه

دیسمنوره یک اختلال شایع ژنیکولوژیک است که ۵۰ درصد زنان با سیکل قاعدگی را مبتلا می‌کند [۱]. دیسمنوره اولیه به قاعدگی دردناک در غیاب بیماری‌های تأیید شده لگنی گفته می‌شود و شایع‌ترین شکایت جوانان از اختلالات قاعدگی است [۲]. این اختلال خاص زنان جوان است اما ممکن است تا ۴۰ سالگی باقی بماند [۳]. شیوع دیسمنوره در جوامع مختلف بین ۷۵-۲۵ درصد گزارش شده که این اختلاف می‌تواند ناشی از ابراز شکایت بیمار به پزشک یا پرسش پزشک از بیمار باشد [۱۳-۴]. در ایران شیوع این اختلال از ۷۱ تا ۸۶ درصد گزارش شده است [۱۸-۱۴].

گرچه دیسمنوره اولیه تهدید کننده حیات نمی‌باشد و سبب نقص عضو نمی‌گردد ولی می‌تواند کیفیت زندگی زنان را تحت تاثیر قرار داده و سبب ناتوانی و عدم کارایی در موارد شدید شود که به صورت غیبت از مدرسه یا محل کار، بروز می‌کند [۱۹]. تصور می‌شود که ۱۰ درصد علت عمده غیبت دختران دبیرستانی، دیسمنوره است [۲۰]. در بین زنان شاغل آمریکا که ۵۴-۴۲ درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند سالانه ۶۰۰ میلیون ساعت کار، به علت دیسمنوره، از دست می‌رود [۲۱]. از سوی دیگر دیسمنوره بر تصور دختران جوان از زن بودن و روش زایمان آن‌ها اثر گذاشته و باعث ایجاد بسیاری از مشکلات فردی می‌گردد که بر روی خانواده او تاثیرگذار است [۲۲].

در برخورد با این مشکل، روش‌های درمانی و تغذیه‌ای مختلفی از جمله روش‌های غیرتهاجمی مانند روان درمانی، TENS، استفاده از ویتامین‌ها و نیز درمان‌های دارویی مانند استفاده از داروهای مهارکننده پروستاگلندین، ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی، مسکن‌ها، و قرص‌های جلوگیری از بارداری خوراکی ذکر شده‌اند [۵]. مصرف این داروها، علاوه بر اثرات سودمند سبب بروز عوارض جانبی شده و برخی از آن‌ها نیز در فرهنگ ما مورد پذیرش قرار نگرفته‌اند [۲۳]. از طرف دیگر، با شناخت عوامل موثر بر شیوع و شدت دیسمنوره اولیه، می‌توان با تغییراتی در شیوه زندگی و عادات غذایی و محیط مبتلایان، از شدت مشکل آنان کاست. Deutch ارتباط بین مصرف بیشتر ماهی و حیوانات دریایی را با وقوع کمتر دیسمنوره نشان داده است [۲۴]. هم‌چنین مصرف سیگار و الکل، احتمال ابتلا به دیسمنوره را افزایش می‌دهد [۲۵]. Ryan و دیگران می‌نویسند از آن‌جایی که ورزش‌های سنگین، خون‌رسانی به رحم را کم می‌کنند لذا باعث افزایش شدت دیسمنوره می‌شوند [۲]. این رابطه توسط Harlow و Park پذیرفته

نشده، اما آنان نشان دادند که اضافه وزن، باعث افزایش وقوع دیسمنوره تا میزان دو برابر می‌شود [۲۵]. در یک بررسی در Skierska و همکاران نشان دادند که دیسمنوره در زنانی که بچه‌دار نشده‌اند، بیشتر بروز می‌کند [۲۶]. این موضوع را Bieglmayer و همکاران نیز تأیید می‌کنند [۶].

دیسمنوره یک عامل شایع ناتوان‌کننده زنان جوان است که درمان قطعی ندارد و داروهای مورد استفاده نیز عوارض خاص خود را دارند و همان‌گونه که Ryan و همکاران می‌نویسند، عوامل بسیاری می‌توانند دیسمنوره اولیه را تعدیل نمایند [۲]. این تحقیق به منظور مقایسه عوامل تاثیرگذار بر وقوع و شدت دیسمنوره اولیه در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه انجام شد. نتایج این تحقیق می‌تواند جهت راهنمایی مبتلایان به دیسمنوره اولیه جهت کاهش شدت و تعداد دفعات دیسمنوره، مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک بررسی توصیفی مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش را کلیه دانشجویان دختر دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۷۷ تشکیل دادند. حجم نمونه با شیوع ۵۰ درصد برای دیسمنوره اولیه، ۳۸۴ نفر برآورد گردید که با نظر مشاور آمار، از هر گروه مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه ۴۰۰ نمونه و در مجموع ۸۰۰ نمونه از نه دانشکده، با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شد. نمونه‌ها در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا، از نظر سال و رشته تحصیلی، با یکدیگر همگون شدند. ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه بود که در سه بخش ۱- مشخصات فردی ۲- مشخصات سیکل قاعدگی ۳- عادات غذایی و شیوه زندگی تنظیم شد. برای تعیین اعتبار علمی از روش اعتبار محتوی و اعتماد علمی از آزمون مجدد استفاده شد. نمونه‌گیری با مراجعه پژوهشگر به ۹ دانشکده منتخب و تکمیل پرسشنامه توسط دانشجویان انجام شد. تشخیص ابتلاء یا عدم ابتلاء از طریق پرسشنامه، و معیار تقسیم‌بندی شدت دیسمنوره به وسیله جدول استاندارد تعیین گردید [۹]. شدت دیسمنوره بر اساس علائم و نشانه‌های بدنی و میزان درد، به سه گروه شدید، متوسط و خفیف تقسیم شد. موارد حذف نمونه شامل هر گونه بیماری یا مشکل در دستگاه تناسلی، حاملگی، استفاده از قرص ضدبارداری یا هر گونه داروی هورمونی و IUD بود. سپس اطلاعات وارد رایانه شده و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای‌دو، تی، فیشر و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده گردید.

نتایج

از مجموع نمونه‌های مورد پژوهش (هر گروه ۴۰۰ نفر) بیشترین درصد نمونه‌ها، در گروه سنی ۲۰-۲۴ سال قرار داشتند (۵۸/۴ درصد گروه غیرمبتلا و ۶۹ درصد گروه مبتلا)، واکثر آن‌ها (۸۴/۵ درصد گروه غیرمبتلا و ۸۸/۴ درصد گروه مبتلا)، مجرد بودند. در رابطه با مصرف غذاهای موثر بر دیسمنوره شامل ماهی و کنسرو ماهی، سویا و بادام، قهوه و نوشابه گازدار قهوه‌ای رنگ، مصرف کلی در هر دو گروه کم بوده است. درصد بالایی از نمونه‌های غیرمبتلا (۶۳/۸ درصد) و مبتلا (۷۰/۳ درصد) به طور مرتب ورزش نمی‌کردند. هم‌چنین بیشترین درصد نمونه‌ها (۵۸/۵ درصد گروه غیرمبتلا و ۵۶/۱ درصد گروه مبتلا)، به میزان ۷-۸ ساعت در شبانه روز، می‌خوابیدند. بیشترین درصد نمونه‌ها در هر دو گروه غیر مبتلا (۶۹/۵ درصد) و مبتلا (۶۴/۴ درصد) BMI طبیعی ۲۰-۲۵ کیلوگرم بر مترمربع داشتند. اختلافات دو گروه از نظر نوع رژیم غذایی، نحوه ورزش کردن، میزان خواب، وضعیت تاهل و چگونگی BMI از نظر آزمون آماری کای دو، معنی‌دار نبود ($p > 0.05$). از لحاظ سابقه زایمان طبیعی در آزمون آماری فیشر بین دو گروه غیرمبتلا و مبتلا به دیسمنوره اولیه، اختلاف معنی‌دار آماری به دست آمد ($p = 0.04$). طول مدت قاعدگی در ۴۸/۱ درصد مبتلایان و ۴۴/۷ درصد غیرمبتلایان، در حدود ۷-۸ روز بود که بین روزهای قاعدگی در دو گروه، از نظر آزمون t اختلاف آماری معنی‌دار به دست آمد ($p = 0.02$) هم‌چنین بین دو گروه از لحاظ میانگین متوسط طول سیکل قاعدگی، اختلاف معنی‌دار آماری نشان داده شد ($p = 0.09$). و بالاخره از نظر شدت دیسمنوره، نزدیک به نیمی از مبتلایان (۴۸/۶ درصد)، دارای دیسمنوره اولیه با شدت متوسط بودند. بین شدت دیسمنوره و مدت روزهای خونریزی و طول سیکل قاعدگی در آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، ارتباط معنی‌دار آماری به دست نیامد.

بحث

یافته‌های پژوهش مشخص کرد که دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه در بعضی از فاکتورهای مقایسه شده، با هم اختلاف نشان داده و در بعضی دیگر، اختلاف معنی‌دار آماری نشان ندادند. در قسمت شیوه زندگی و در زمینه مصرف موارد مشخص شده تاثیرگذار عادات غذایی، بین دو گروه، اختلاف معنی‌دار آماری به دست نیامد. حال آن که Death در مطالعه خود نشان داده بود که دردهای قاعدگی با کم مصرف کردن ماهی و حیوانات دریایی، ارتباط دارد. وی معتقد است مصرف مقادیر زیاد اسیدهای چرب اشباع نشده

امگا سه، موجب تخفیف درد دیسمنوره می‌شود [۲۴]. احتمالاً عدم دسترسی به ارتباط فوق در تحقیق حاضر، کم بودن مصرف غذاهای حاوی امگا سه در رژیم غذایی ایرانی و به‌خصوص در رژیم دانشجویان است که نتوانسته بر دیسمنوره آنان، اثر گذارد. از نظر انجام ورزش بین گروه مبتلا و غیرمبتلا، اختلاف به دست نیامد که چنین نتیجه‌ای در تحقیق کامجو نیز حاصل شد [۲۷].

ساعات خواب شبانه روز در بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا، مشابه بود و اختلاف معنی‌دار نداشت. نظریه هم در تحقیق خود، ارتباطی میان ساعات خواب شبانه و شدت دیسمنوره اولیه و نیز ارتباطی میان اختصاص ساعتی از روز به استراحت و شدت دیسمنوره اولیه به دست نیامد [۲۸].

بین شاخص توده بدنی و ابتلا به دیسمنوره اولیه نیز ارتباط معنی‌دار آماری حاصل نشد. حال آنکه Harlow و Park اضافه وزن را عامل مستعد کننده ابتلا به دیسمنوره اولیه می‌دانند [۲۵] از طرفی Deutch و کامجو چنین ارتباطی را به دست نیامدند [۲۷، ۲۴].

در این تحقیق، بین وضعیت تاهل و ابتلا به دیسمنوره اولیه، ارتباطی به دست نیامد حال آن‌که نتایج دو مطالعه دیگر، حاکی است که دیسمنوره در زنان متاهل، شیوع کمتری دارد [۲۹، ۲۰]. به احتمال زیاد، علت عدم دسترسی به این ارتباط در تحقیق حاضر، این است که اکثر افراد متاهل مورد مطالعه، به تازگی ازدواج کرده و چون هنوز بچه‌دار نشده و به خصوص نقش زایمان در کاهش شیوع دیسمنوره در مورد آن‌ها اعمال نشده بود. در مطالعه ما، شیوع دیسمنوره اولیه در افراد با سابقه زایمان طبیعی، کمتر بود و از لحاظ سابقه سزارین بین دو گروه، اختلاف معنی‌دار آماری به دست نیامد. نقش زایمان طبیعی در کاهش شیوع دیسمنوره اولیه توسط سایر محققان تأیید شده است [۳۲-۳۰]. ناهیدی و همکاران در تحقیق خود نشان دادند در زنان سزارینی، نسبت به کسانی که زایمان طبیعی را تجربه می‌کنند، دیسمنوره به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد [۳۳]. در تحقیق حاضر بین میانگین تعداد روزهای خونریزی و سیکل قاعدگی در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا از لحاظ آماری، اختلاف معنی‌دار بود ($p = 0.02$) و ($t = 2/19$) و ($p = 0.09$ و $t = 2/63$) به طوری که با افزایش تعداد روزهای خونریزی و سیکل قاعدگی، شانس ابتلا به دیسمنوره اولیه افزایش یافت. چنین ارتباطی در تحقیق Harlow و park نیز به دست آمد [۲۵].

نتیجه‌گیری

severity of dysmenorrheal in young women. Br J Obstet Gynec, 1990; 97:588-94.

10- Dechereney AH, Pernoll M. Current Obstetric. Gynecologic Diagnosis, Treatment. 8th ed, London, Prentic-Hall, 1999: 664.

11- Freeman EW, Rickeles K, Soundheimer SJ. Premensutrual symptoms and Dsymenorrhea in relation to emotional distress factors in adolescent. J Psychos Obstet Gynecol, 1993; 14(1): 41-50.

12- Gomibuchi H, Taketani Y, Doi M, Yoshida K, Mizukawa H, Kaneko M, Kohda K, and et al. Is personality involved in the expression of dsymenorrhea in patient with endometriosis? Am J Obstet Gynecol. 1993; 169(3): 723-5.

13- Gordley LB, Lemasterers G, Simpson SR, Yin JH. Menstrual disorders and occupational, stress, and recial factors among military personal. J Occup Environ Med. 2000; 42(9): 871-81.

۱۴- محمدی خ. بررسی آگاهی و نگرش عملکرد دختران سال چهارم دبیرستان شهر تهران درباره بهداشت و روند قاعدگی. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی. دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۱. صفحه ۱.

۱۵- سالاری پ. بررسی تاثیر آموزش روی روند قاعدگی و درد دختران دانش آموز مبتلا به دیسمنوره اولیه در دبیرستانهای دخترانه دولتی شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۷۲. صفحه ۱۳۲.

۱۶- امامقلی خوشه‌چین ت. بررسی تاثیر ویتامین E بر روی دیسمنوره اولیه. دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۷۷. صفحه ۱۳.

۱۷- پوراسلامی م، امین الف و سرمست ح، بررسی سطح آگاهی و نگرش و عملکرد دانش آموزان دختر ۱۸-۱۵ ساله دبیرستانهای شهرستان کرج نسبت به دیسمنوره و بهداشت دوران قاعدگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد ۱۳۸۰، دوره ۹. شماره ۴: صفحات ۲۹-۲۳.

۱۸- خلیلی ز، صافی‌زاده ح و شمس‌پور ن. شیوع دیسمنوره اولیه در دانش آموزان پیش دانشگاهی سیرجان و نحوه برخورد

با توجه به نتایج تحقیق فوق، می‌توان نتیجه گرفت که دیسمنوره اولیه با تغییرات خواب و انجام ورزش افزایش نمی‌یابد و ظاهراً اضافه وزن آن را تشدید نمی‌کند. از طرفی انجام زایمان طبیعی به‌عنوان قسمتی از روند طبیعی زندگی یک زن، می‌تواند سبب بهبود آن شود، حال آن‌که سزارین، خود به‌عنوان یک مداخله نابجا، این اثر تسکینی را می‌تواند خنثی نماید. با توجه به این‌که مصرف ماهی امروزه در کشور رو به گسترش است و در بعضی مناطق رواج بیشتری دارد، تحقیق بر روی ارتباط دیسمنوره اولیه و مصرف ماهی و فراورده‌های دریایی حاوی امگا سه توصیه می‌شود.

منابع

- 1- Bajaj P, Bajaj P, Madsen H. Endometriosis is associated with central sensitization: a psychophysical controlled Study. J pain, 2003; 4: 372 – 380.
- 2- Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL. Kistners Gynecology. Oth ed. us 4: year Book Meical publisher, INC: 1999: 23-25
- 3- Howard FM. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol, 2003; 101:594–611.
- 4- Altchek A. Pediatric and adolescent. gynecology Compr Ther. 1995; 21(5):235-41.
- 5- Break JS, Adashi E, Hillard PA. Novasks Gynecology. 13th ed. USA: Williams and Wilkins, Mosby Co, 2002: 427-39.
- 6- Bieglmayer C, Hofer G, Kainz C, Reinthaller A, Kopp B, Janisch H. Concentration of various arachidonic acid metabolites in menstrual fluid are associated with menstrual pain and are influenced by hormonal contraceptives Geynecol Endocrinol. 1995; 9(4): 307-12
- 7- Bortner RW. A short rating scale as a potential measure of pattern a behavior. J Chronic Dis, 1969; 22(2): 87-91.
- 8- Christioni DC, Niut X. Occupationad stress and Dysmenorrhea in women working in cotton textile Mills. Int J Occup Environ Health, 1995; 1(1): 9-15.
- 9- Sundell G, Milsom I and Anderson B. Factors influencing the prevalence and

۲۸- نظریور س. بررسی عوامل موثر بر شدت دیسمنوره اولیه در دانشجویان دانشکده های پرستاری مامایی دانشگاه های وابسته به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۷۳، پایان نامه فوق لیسانس مامایی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۳.

ص ۲.

29- Pearson DL, Clarke D, Green S. Gynecology, Essentials of Clinical Practice. 4th ed. Boston. Toronto. London. Little Brown company, 1990:177.

30- Jones D, Leiwelly N: Fundamentals of Obstetrics and Gynecology. 6th ed London: Mosby Co, 1994: 13.

31- Kennedy S. Primary dysmenorrhea. Lancet, 1997; 19; 34(9059): 11116.

32- Herbest, Arthur, Danielk. and et al. A stench over and William Droegemueller. Comprehensive Gynecology, Second Edition. Mosby Year book, 1992:1064.

۳۳- ناهید ف، باقری ل، جانثاری ش. بررسی رابطه زایمان با دیسمنوره در زنان مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۵. خلاصه مقالات هفتمین کنگره بین المللی بیماری های زنان و مامایی ایران. آبانماه ۱۳۸۶.

با آن . پایش . فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی. دوره ۴، زمستان ۱۳۸۳ ، شماره ۱ : صفحات ۶۷-۶۱.

19- Whittle GC, Slade P, Ranalds CM. Social support in women reporting dysmenorrhea. J Psychosom Res. 1987; 31(1): 79-84.

20- Reeder SJ, Martin LI, Koniak L, Griffin C. Maternity nursing family, newborn and womens health care. 18th ed. Philadelphia. Newyork. Lippincott. 1997: 235.

21- Koziar B. Glenora E. Oliveri R. Fundamentals of Nursing; Concept, Process, and Practice 5th ed. Adisson Wesley, California, 2001: 644.

22- Teperi J, Rima pela M. Menstrual health and behavior in girls. Soc Sci Med, 1989; 29(2): 163-9.

۲۳- دولتیان م، جعفری ح، ولایی ن و همکاران. بررسی تاثیر کپسول روغن ماهی بر دیسمنوره اولیه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رنجان . شماره ۴۷. تابستان ۸۳. صفحه ۱۳-۷.

24- Deutch M. Menstrual Pain in Danish women correlated with low n-3 polyunsaturated. "eekatni dica yttaf. European Journal of Clinical Nutrition, 1995; (49): 508-516.

25- Harlow SD, Park M. A longitudinal study of risk factor for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. Br J Obstet Gynecol, 1996; 103(11): 1134-1142.

26- Skierska E, Leszcz Y, Bystrzanowska. J, Gajewski. AK. "Risk Analysis of menstrual disorders in young women from urban population". Przegł Epidemiology, 1996; 50(4): 467-740.

۲۷- کامجو آ. شیوع و شدت دیسمنوره اولیه و برخی عوامل مرتبط با آن در دانشجویان مقیم خوابگاههای بندرعباس در سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان. دوره ۵. پاییز ۱۳۸۰ شماره ۳: صفحات ۹-۶.

Comparative study of some factors effecting primary dysmenorrhea in students of Tehran universities of medical sciences 1998.

Z. ghorashi. MSc

Academic Member, Dep of midwifery Rafsanjan University Medical Sciences.
Tel: 03915225900

Background and Objective: Dysmenorrhea is a common gynecologic disorder causing wasting of millions of working hours among female employees. Its prevalence in Iran has been reported %71-%86. There are several therapeutics for dysmenorrhea with there own complications and some of these treatments have been rejected in our culture. Different factors including life style, BMI and reproductive status could change the prevalence and severity of dysmenorrhea. This study was conducted to compare the effects of these factors on primary dysmenorrhea in students of Tehran universities of medical sciences in 1998.

Material and Methods: In this descriptive comparative study, 800 female students from all Tehran universities of medical sciences were selected by multiple stages sampling. They were then divided in two equal groups based on having or not having primary dysmenorrhea. Year of study and major were matched in the two groups. Data collecting tool was a three-part questioner completed by students. Chi – squire, t test and one- way ANOVA were used to analyze the data.

Result: There was no significant difference in lifestyle items including nutrition habits, regular physical activities, and sleeping time and duration between these two groups. Also, same result was obtained regarding BMI and material status. Two groups showed a significant difference in term of number of bleeding days ($p=0/02$) and mean length of menstruation cycle ($p = 0/009$). While the frequency of cesarean section in the two group was not significantly different, those who had normal vaginal delivery experienced less dysmenorrhea ($p=0.04$).

Conclusion: Sleeping changes, physical activities and weight gain did not change the primary dysmenorrhea duration and intensity. However, contrary to cesarean section, normal vaginal delivery had a relief effect on dysmenorrhea. Accordingly, avoiding unnecessary deliveries might reduce the frequency of dysmenorrhea.

Key word: Primary dysmenorrhea, Marital status, Reproductive status, Body mass index, Tehran