

مقایسه کیفیت زندگی، خودکارآمدی و افسردگی در دانشجویان دختر مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه در شهر تبریز در سال ۱۳۹۷

سمیه نقی زاده^۱

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۱/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۲/۰۴

چکیده

پیش زمینه و هدف: دیسمنوره اولیه یکی از شایع ترین دردها و بیماری های زنان می باشد که می تواند آثار منفی بر فعالیت های روزانه آنان داشته باشد و مختل کننده کیفیت زندگی و فعالیت اجتماعی زنان باشد. لذا این مطالعه باهدف تعیین و مقایسه کیفیت زندگی، خودکارآمدی و افسردگی در دانشجویان دختر مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره انجام گرفت.

مواد و روش کار: این مطالعه مقطعی، توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۷ با مشارکت ۳۷۰ نفر از دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز انجام شد. روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت در دسترس بود. داده ها با استفاده از پرسشنامه پنج قسمتی: مشخصات دموگرافیک و قاعدگی، مقیاس شدت درد قاعدگی (VAS)، پرسشنامه کیفیت زندگی، خودکارآمدی و افسردگی جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۱) و با آمار توصیفی و آزمون های تی مستقل، کای دو و ANOVA انجام یافت و $p \leq 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین کیفیت زندگی در بعد جسمانی کل ($p=0/002$)، سلامت عمومی ($p=0/046$)، درد جسمی ($p=0/005$)، عملکرد جسمی ($p=0/002$) و محدودیت نقش جسمی ($p=0/005$) در بین دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره تفاوت آماری معنی داری وجود داشت. هرچند در دانشجویان مبتلا به دیسمنوره میزان خودکارآمدی پایین تر و افسردگی بالاتر بود اما بین دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره، خودکارآمدی ($p=0/002$) و افسردگی ($p=0/002$) تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد، در دختران مبتلا به دیسمنوره کیفیت زندگی و خودکارآمدی پایین تر و افسردگی بالاتر از دختران غیرمبتلا بود لذا با افزایش آگاهی، آموزش و ارائه راهکارهای مناسب به این دختران در زمینه ارتقای سبک زندگی سالم و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی می توان کمک شایانی به این افراد کرد.

کلمات کلیدی: دیسمنوره، کیفیت زندگی، خودکارآمدی و افسردگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره چهارم، پی در پی ۱۱۷، تیر ۱۳۹۸، ص ۳۳۱-۳۲۱

آدرس مکاتبه: گروه مامایی، دانشکده پزشکی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران، تلفن: ۰۹۳۵۸۱۰۵۴۵۸

Email: s.naghizadeh@iaut.ac.ir

مقدمه

ممکن است تا ۴۰ سالگی ادامه پیدا کند (۴). میزان بروز آن در نوجوانان در سراسر جهان ۹۳-۶۰ درصد گزارش شده است (۵، ۶). در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت در ایران شیوع دیسمنوره خفیف ۴۱ درصد، متوسط ۲۸ درصد و شدید ۲۲ درصد گزارش شده و نشان داده شد که زنان جوان در مقایسه با زنان سنین بالاتر درد بیشتری را تجربه می کنند (۷). دیسمنوره اولیه اگرچه تهدیدکننده زندگی فرد نمی باشد اما یکی از عوامل اصلی مختل کننده کیفیت زندگی و فعالیت اجتماعی زنان است (۸). و از علل مهم غیبت های کوتاه مدت و مکرر دختران نوجوان، کاهش فعالیت های ورزشی و

یکی از شایع ترین دردها و بیماری های زنان دیسمنوره اولیه می باشد که می تواند آثار منفی بر فعالیت های روزانه آنان داشته باشد و عبارت است از بروز درد در زمان خونریزی قاعدگی بدون پاتولوژی لگنی، که دارای ماهیت انقباضی بوده و تقریباً ۶-۱۲ ماه (حداکثر ۲ سال) پس از اولین عادت ماهانه (منارک) یعنی هم زمان با تثبیت سیکل های تخمک گذاری شروع می شود (۱، ۲). دیسمنوره اولیه اختلال ژنیکولوژیک شایعی است که حدود ۵۰ درصد از زنان واقع در سنین باروری و ۹۰ درصد نوجوانان اتفاق می افتد (۳) و به ندرت

^۱ گروه مامایی، دانشکده پزشکی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

عملکرد اجتماعی و شغلی افزایش می‌دهد و احتمال واکنش به درمان پزشکی را کاهش می‌دهد (۲۱). علاوه بر این، سطح اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به میگرن یا سایر انواع سردرد بالاتر می‌باشد (۲۲). تصور می‌شود افسردگی که با بسیاری از انواع درد مرتبط است با دیسمنوره نیز همراه باشد. مشکلات عاطفی و رفتاری، مشکلات چرخه قاعدگی و دیسمنوره را افزایش می‌دهد (۲۳).

اونسال و همکاران در ترکیه نشان دادند که شیوع افسردگی در دختران مبتلا به دیسمنوره نسبت به دختران غیرمبتلا بالاتر بود و همبستگی مثبتی بین شدت درد قاعدگی و میانگین نمره افسردگی وجود داشت (۲۴). همچنین اونسال در مطالعه دیگری در کشور ترکیه بر روی ۶۲۳ دختر دانشجو نشان داد که با افزایش شدت دیسمنوره در دختران مبتلا به دیسمنوره، نمرات کیفیت زندگی به‌جز در معیار عملکرد فیزیکی و نقش عاطفی، نمرات کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کند کیفیت زندگی در حضور دیسمنوره و با افزایش شدت آن کاهش می‌یابد (۲۵). آکاروال^۳ و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که ارتباط مثبتی بین دیسمنوره و شیوع افسردگی وجود دارد و آن‌ها نشان دادند که حدود ۴۱ درصد دختران در روز اول قاعدگی دچار افسردگی هستند (۲۶). ساهین^۴ و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در گروه مبتلا به دیسمنوره نسبت به گروه کنترل نمرات افسردگی بالاتر و کیفیت زندگی در نوجوانان مبتلا به دیسمنوره پایین‌تر بود و این میزان با افزایش شدت دیسمنوره در مورد افسردگی افزایش و در مورد کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کند (۲۱). جمشیدی و همکاران در مطالعه خود در تهران نشان دادند که تمام ابعاد کیفیت زندگی بین دو گروه زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره ارتباط آماری معنی‌داری دارد و میانگین کیفیت زندگی در مبتلایان به دیسمنوره ۹۷/۶۸ و در غیرمبتلایان ۷۷/۹۳ بود (۲۷). خیرجو و همکاران در دانشگاه شهید مدنی آذربایجان میانگین خودکارآمدی را در دانشجویان مبتلا به دیسمنوره ۲۵/۳ و میانگین کیفیت زندگی را ۳/۶ گزارش کردند و بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی کل و ابعاد سلامت کل، سلامت جسمی، روابط اجتماعی و سلامت روانی همبستگی مثبتی نشان دادند (۲۸).

با توجه به این مهم که افراد مبتلا به دیسمنوره اولیه اغلب زنان جوانی هستند که در دوره حساس و فعال زندگی به سر می‌برند و عوامل گوناگونی مانند افسردگی می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها اثرگذار باشد و همچنین از آنجاکه از اهداف اصلی بهداشت باروری، ارتقای سطح سلامت زنان، به‌ویژه زنان مبتلا به

ایجاد محدودیت‌های اجتماعی می‌باشد (۹، ۱۰). در ایالات متحده دیسمنوره بزرگ‌ترین علت از دست دادن کار و مدرسه گزارش شده است (۱۱).

سیستم بهداشتی کشور ایران همواره توجه ویژه‌ای به پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامتی مردم داشته است که در سطح جهانی نیز این هدف مورد توجه می‌باشد، به طوری که برنامه ده‌ساله چهارم (مردمان سالم ۲۰۲۰) علاوه بر تأکید بیشتر بر اهداف برنامه‌های قبلی، دو هدف جدید را مورد توجه قرار داده است. این دو هدف شامل تشویق رفتارهای سالم، ایجاد محیط اجتماعی و فیزیکی سالم برای ارتقای سلامتی مردم و جامعه است (۱۲). سازمان جهانی بهداشت^۱ عنوان کرده که ۶۰ درصد از کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی یک شخص به طرز رفتار و شیوه زندگی وی بستگی دارد (۱۳). اصلاح سبک زندگی یک استراتژی مهم و قابل توجه برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در طول قرن ۲۰ و ۲۱ می‌باشد (۱۴).

کیفیت زندگی^۲ نوعی احساس خوب بودن فردی است و از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای شخص مهم است ناشی می‌شود (۱۵). کیفیت زندگی مفهومی بسیار انتزاعی است که نمی‌توان تعریف جامعی برای آن ارائه داد و به‌طور کلی تعریف مفهومی آن چندان ساده نیست ولی برحسب نیاز می‌توان برای آن تعاریف عملیاتی ارائه کرد (۱۶). کیفیت زندگی جریانی فعال، پویا و چندوجهی از دریافت‌ها، نگرش‌ها و تغییرات رفتاری است و از مجموع تجربیات گوناگونی که در زندگی فرد اتفاق می‌افتد، حاصل می‌شود (۱۷، ۱۸).

امروزه نقش عوامل فردی، رفتاری و اجتماعی در ایجاد رفتارهای سالم مورد مطالعه قرار گرفته است. از جمله فاکتورهای فردی و رفتاری، خودکارآمدی است که از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بالایی در ایجاد رفتارهای بهداشتی نیز برخوردار است. خودکارآمدی اطمینان خاطر است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌نماید. افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، موانع را به‌وسیله بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار برمی‌دارند و در برابر مشکلات ایستادگی می‌کنند و بر امور کنترل بیشتری دارند، از این‌رو درک خودکارآمدی می‌تواند باعث حفظ و نگهداری رفتارهای ارتقادهنده سلامت گردد (۱۹).

امروزه شناخته شده است که بین درد و افسردگی رابطه نزدیک وجود دارد. شیوع سردرد یا درد گردن و شانه در افسردگی بالا است (۲۰). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی اثر درد را بر

³ Agarwal

⁴ Sahain

¹ WHO (World Health Organization)

² QoL (Quality of life)

عوارض تأثیرگذار بر کیفیت زندگی نظیر دیسمنوره می‌باشند. در حال حاضر، دیسمنوره در بسیاری از موارد، با وجود در دسترس بودن درمان‌های مختلف، کنترل نمی‌شود. بنابراین، برای دستیابی به درمان مؤثر، شناسایی عوامل مؤثر بر شدت دیسمنوره و همراهی آن اهمیت دارد. در ایران تعداد کمی از مطالعات به بررسی مشکلات روحی و کیفیت زندگی در افراد جوان مبتلا به دیسمنوره پرداخته است. با توجه به اهمیت موضوع و تأثیر آن در فعالیت‌های روزمره افراد و کمبود تحقیقات در این زمینه و عوامل مرتبط با آن در ایران مطالعه حاضر باهدف مقایسه کیفیت زندگی، خودکارآمدی و افسردگی در دانشجویان دختر مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه در شهر تبریز انجام شده است.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی، از نوع توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۷ با مشارکت دانشجویان دختر دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز که در یکی از رشته‌های مامایی، پرستاری، علوم آزمایشگاهی، پزشکی، اتاق عمل و هوشبری مشغول به تحصیل بودند انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام گرفت. حجم نمونه در این مطالعه ۳۷۰ نفر در نظر گرفته شد. این تعداد با توجه به مطالعه جمشیدی و همکارانش (۲۷) و بر اساس فرمول برآورد دو میانگین به دست آمد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times SD^2}{d^2}$$

با در نظر گرفتن بزرگ‌ترین انحراف معیار برای کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیسمنوره ۲۰/۳۸ در اطراف میانگین ۷۲/۴۳ و برای زنان غیر مبتلا ۲۱/۵۶ در اطراف میانگین ۷۸/۷۸ در نظر گرفته شد و با در نظر گرفتن خطای قابل قبول ۰/۰۵، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد تعداد حجم نمونه در هر گروه حداقل ۱۷۱ نفر به دست آمد. و در کل با در نظر گرفتن ۱۰ درصد افت حجم نمونه برای هر گروه ۱۸۵ نفر به دست آمد. مشارکت در مطالعه داوطلبانه و مبتنی بر رضایت بود و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله‌ای از ادامه مشارکت انصراف بدهند. به منظور رعایت حریم خصوصی، مشخصات هویتی مشارکت‌کنندگان ثبت نشد.

در این مطالعه معیارهای ورود به پژوهش شامل: دانشجویانی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، داشتن ۶ ماه قاعدگی دردناک و منظم (برای گروه مبتلا به دیسمنوره)، سن ۱۸ تا ۳۵ سال، تحصیل در دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، نداشتن سابقه بیماری‌های جسمی زمینه‌ای (صرع، بیماری قلبی، کلیوی، خونی و ...)، نداشتن اختلالات روانی، نداشتن پاتولوژی

لگنی، نداشتن استرس شدید روانی مثل فوت والدین و اعضاء درجه اول خانواده در ۶ ماه اخیر و جدایی والدین و معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود. شیوه انجام مطالعه بدین صورت بود که بعد از تصویب طرح مطالعه در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و کسب اجازه نمونه‌گیری از معاونت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و ریاست دانشکده پزشکی تبریز، پژوهشگر در دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز حضور پیدا می‌کرد و تمام دانشجویان دختر این دانشکده که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند مورد بررسی قرار می‌داد. در این مطالعه دیسمنوره اولیه بر اساس شرح حال افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشخیص داده شد و منظور از دیسمنوره اولیه در این مطالعه قاعدگی دردناک است که در غیاب پاتولوژی لگنی، معمولاً ۲-۱ سال پس از منارک و هم‌زمان با شروع سیکل‌های توأم با تخمک‌گذاری رخ می‌دهد و با شروع خونریزی قاعدگی و با فاصله کمی قبل یا بعد از آن رخ می‌دهد و ممکن است ۴۸ تا ۷۲ ساعت به طول انجامد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه پنج‌قسمتی بود:

قسمت اول، مشخصات دموگرافیک و قاعدگی واحدهای مورد پژوهش را بررسی می‌نماید: که شامل سن، وزن، قد، رشته و ترم تحصیلی، تحصیلات پدر و مادر، قومیت، وضعیت تأهل، وضعیت ورزش، مصرف دخانیات و حساسیت دارویی و غذایی و مشخصات قاعدگی شامل سن منارک، زمان شروع دردهای قاعدگی، زمان کاهش درد پس از شروع خونریزی، علائم همراه دیسمنوره، نوع داروی مسکن مصرف‌شده، کاهش درد قاعدگی به دنبال مصرف مسکن، بهبود درد با ماساژ و شدت دردهای قاعدگی می‌باشد.

قسمت دوم، مقیاس شدت درد قاعدگی (VAS) بود، ابتدا این ابزار در اختیار دانشجویان قرار داده شد تا شدت دیسمنوره تعیین گردد، مقیاس شدت درد قاعدگی (VAS) یک آنالوگ بصری است و شامل یک خط مدرج است و اعداد روی آن از ۰ (عدم وجود درد) تا ۱۰ سانتی‌متر (شدیدترین درد قابل تصور) بر اساس میلی‌متر درجه بندی شده است. ملاک شدت درد عددی بود که شرکت‌کننده دور آن خط کشیده بودند. در این مطالعه اعداد کم‌تر از ۵ به‌عنوان غیر مبتلا و ۵ و بیشتر از ۵ به‌عنوان مبتلا در نظر گرفته شد. این مقیاس به‌طور گسترده در پژوهش‌های مرتبط با درد مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مورد تأیید است.

قسمت سوم، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: این پرسشنامه خودگزارشی چندمنظوره که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود. دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی (۱۰ سؤال)، عملکرد اجتماعی (۲ سؤال)، محدودیت نقش جسمی (۴ سؤال)، محدودیت نقش هیجانی (۳ سؤال)، سلامت روانی

اصلاحات لازم اعمال گردید. در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه‌های حاضر با استفاده از روش همبستگی درونی با ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۸۱، برای پرسشنامه خودکارآمدی ۰/۸۳ و برای پرسشنامه افسردگی ۰/۸۶ به دست آمد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۱ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف مشخصات دموگرافیک و قاعدگی از آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار و جهت مقایسه مشخصات دموگرافیک و قاعدگی دو گروه از آزمون‌های تی مستقل، کای دو و ANOVA و جهت مقایسه متغیرهای مطالعه در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا از آزمون تی مستقل استفاده گردید و $p \leq 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌ها حاکی از آن است که میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان در گروه مبتلا به دیسمنوره $22/7 \pm 2/6$ و در گروه غیرمبتلا $21/1 \pm 22/3$ سال بود ($p=0/09$). میانگین و انحراف معیار BMI دانشجویان مشارکت‌کنندگان گروه مبتلا $22/7 \pm 3/6$ و غیرمبتلا $23/5 \pm 23/2$ بود ($p=0/23$). اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۷۵ درصد) در هر دو گروه مجرد بودند ($p=0/5$). در گروه مبتلا ۱۸۰ نفر (۹۷/۳ درصد) و در غیرمبتلا ۱۷۶ نفر (۹۵/۱ درصد) ساکن شهر بودند ($p=0/26$). به ترتیب ۷۲ نفر (۳۸/۹ درصد) در گروه مبتلا و ۸۳ نفر (۴۴/۹ درصد) در گروه غیر مبتلا ورزش منظم انجام می‌دادند ($p=0/17$). قومیت اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۵ درصد) در گروه مبتلا و ۸۰ درصد در گروه غیرمبتلا ترک بودند ($p=0/11$). در گروه مبتلا به ترتیب ۱۰۴ نفر (۵۶/۲ درصد) و ۷۷ نفر (۴۱/۶ درصد) از مادران و در گروه غیر مبتلا به ترتیب ۹۰ نفر (۴۸/۶ درصد) و ۵۸ نفر (۳۱/۴ درصد) از مادران واحدهای مورد پژوهش تحصیلات دانشگاهی داشتند. از کل مشارکت‌کنندگان فقط ۳ (۰/۸ درصد) نفر مصرف دخانیات داشتند ($p=0/31$).

بر اساس مقیاس شدت درد قاعدگی (VAS) نمرات ۱ تا ۳ مبتلا به دیسمنوره خفیف، ۴ تا ۷ دیسمنوره متوسط و ۸ تا ۱۰ مبتلا به دیسمنوره شدید بودند. در این مطالعه تعداد (۲۱/۶) ۸۰ نفر دیسمنوره خفیف، (۵۶/۲) ۲۰۸ نفر دیسمنوره متوسط و (۲۲/۲) ۸۲ نفر دیسمنوره شدید داشتند. مشخصات قاعدگی دانشجویان دختر مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

(۵ سؤال)، نشاط (۴ سؤال)، درد جسمی (۲ سؤال) و سلامت عمومی (۵ سؤال) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات گوناگون به اثبات رسیده است و نسخه فارسی آن نیز توسط منتظری و همکاران انجام شده و ضریب آلفای آن نیز ۰/۹ به دست آمده است (۲۹).

قسمت چهارم، پرسشنامه خودکارآمدی: این ابزار دارای ۱۷ سؤال است؛ که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق تنظیم شده است. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس کسب نماید نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. این مقیاس توسط براتی ترجمه و اعتباریابی شده است.

قسمت پنجم، پرسشنامه افسردگی بک II^۵: این پرسشنامه توسط بک^۶ و همکاران در سال ۱۹۹۶ ابداع گردیده که شامل ۲۱ آیتم می‌باشد که تمام بخش‌های افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی مورد بررسی قرار می‌دهد که هر آیتم متشکل از چهار گزینه است و فرد با انتخاب یکی از گزینه‌های هر بخش، احساس و رفتار خود را بیان می‌دارد. هر گزینه از ۳-۰ برحسب شدت وضعیت نمره‌دهی شده است. بنابراین نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای بین ۰-۶۳ خواهد داشت. با توجه به این مهم که این پرسشنامه فقط برای تشخیص به کار نمی‌رود، بلکه هم وجود و هم شدت آن را نیز مورد بررسی و ارزشیابی قرار می‌دهد، قابل استفاده در تمامی جمعیت‌های سیزده سال به بالا بوده و گویای احساسات افراد در طی دو هفته اخیر است و تفسیر آن به صورت ۱۳-۰ افسردگی جزئی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ افسردگی شدید می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط محمدخانی و همکاران ارائه گردیده و در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در صورت حذف هر آیتم، بالاتر از ۰/۹ بوده و ضریب اعتبار کل برای هر ۲۱ آیتم، برابر با ۰/۹۱۳ گزارش شده است (۳۰).

روایی و پایایی پرسشنامه‌های حاضر قبل از شروع نمونه‌گیری سنجیده شد، بدین صورت که جهت بررسی از لحاظ روایی محتوا، پرسشنامه به ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز داده شد و پس از دریافت نظرات،

⁶Beck

⁵BDI- II = Beck Depression Inventory-II

جدول (۱): مشخصات قاعدگی دانشجویان دختر مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه

آزمون	سطح معنی‌داری	مبتلا به دیسمنوره		غیر مبتلا به دیسمنوره		مشخصات قاعدگی
		مبتلا به دیسمنوره		غیر مبتلا به دیسمنوره		
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
T=۰/۳۴	P<۰/۷۳	۹۵(۵۱/۴)	۱۰۴(۵۶/۲)	۱۰-۱۳	سن اولین قاعدگی	
		۸۷(۴۷)	۷۰(۳۷/۸)	۱۴ و بالاتر	۱۳/۲±۱/۳	
X2=۰/۱۷	P<۰/۹۱	۷۷(۴۱/۶)	۷۵(۴۰/۵)	۱ یا ۲ روز قبل از شروع خونریزی	زمان شروع درد	
		۵۵(۲۹/۷)	۵۹(۳۱/۹)	چند ساعت قبل از شروع خونریزی		
		۵۱(۲۷/۶)	۵۰(۲۷)	بعد از شروع خونریزی		
X2=۷/۵	P<۰/۰۵	۱۱۷(۶۳/۲)	۱۳۲(۷۱/۴)	۲-۱ روز	زمان کاهش درد پس از شروع خونریزی	
		۶۸(۳۶/۷)	۵۳(۲۸/۷)	۳-۴ روز		
X2=۲۵/۵	P<۰/۰۰۰۱	۱۵۷(۸۴/۹)	۱۱۵(۶۲/۲)	درد زیر شکم		
X2=۱۷/۱	P<۰/۰۰۰۱	۱۳۹(۷۵/۱)	۱۰۱(۵۴/۶)	درد کمر	علائم همراه دیسمنوره	
X2=۱۳/۲	P<۰/۰۰۰۱	۸۸(۴۷/۶)	۵۴(۲۹/۲)	درد انتشار یابنده به ران		
X2=۲۰/۱	P<۰/۰۰۰۱	۱۲۴(۶۷)	۷۲(۳۸/۹)	تهوع و استفراغ		
X2=۱/۵	P<۰/۱۳	۳۹(۲۱/۱)	۳۰(۱۶/۲)	اسهال		
		۵۰(۲۷)	۶(۳/۲)	ژلوفن		
X2=۱۵/۰۴	P<۰/۰۰۵	۳۰(۱۶/۲۲)	۱۳(۷)	مفنامیک اسید	نوع داروی مسکن مصرف شده	
		۱۹(۱۰/۲۷)	۶(۳/۲)	ایبوپروفن		
		۴۵(۲۴/۳)	۱۰(۵/۴)	داروهای گیاهی		
		سایر (هیوسین، دیکلوفناک...)	۴(۲/۲)			
X2=۲۱/۰۹	P<۰/۰۰۰۱	۵۰(۲۷)	۶۵(۳۵/۱)	همیشه	کاهش درد قاعدگی به دنبال مصرف مسکن	
		۱۰۵(۵۶/۸)	۶۴(۳۴/۶)	اغلب		
		۱۹(۱۰/۳)	۲۶(۱۴/۱)	بندرت		
		۵(۲/۷)	۱۹(۱۰/۳)	هرگز		
X2=۳/۲۵	P<۰/۰۴	۹۶(۵۱/۸)	۱۱۰(۵۹/۴)		بهبود درد با ماساژ	

جهت حذف اثر مخدوش گر مسکن‌های مصرف شده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده گردید و طبق جدول شماره ۲ افرادی که مصرف مسکن داشتند ۰،۹۶ کم‌تر مبتلا به دیسمنوره بودند.

جدول (۲): آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مصرف مسکن

متغیر	مبتلا به دیسمنوره	غیر مبتلا به دیسمنوره	OR (CI 95%)
مصرف مسکن	ندارد	39 (19.7)	0.044 (0.025-0.075)
	دارد	159 (80.3)	
	ندارد	146 (84.9)	
	دارد	26 (15.1)	

و ۸۸/۲۸ و کمترین نمره در بعد محدودیت نقش هیجانی به ترتیب با میانگین ۵۴/۷۷ و ۵۵/۶۷ به دست آمد. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که کیفیت زندگی بین دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره در ابعاد سلامت عمومی ($p=0/046$)، درد جسمی ($p=0/05$)، عملکرد جسمی ($p=0/02$) و محدودیت نقش جسمی ($p=0/05$) تفاوت آماری معنی داری داشت. مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در دو گروه در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

نمره کلی کیفیت زندگی بین ۰ تا ۱۰۰ بود. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در بعد جسمانی (جمع زیر مقیاس‌های سلامت جسمانی) در بین دو گروه دانشجویان مبتلا ($67/77 \pm 17/59$) و غیرمبتلا ($73/31 \pm 16/39$) تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/002$). اما ارزیابی کیفیت زندگی از بعد روانی (جمع زیر مقیاس‌های سلامت روانی) بین دو گروه دانشجویان مبتلا ($60/73 \pm 19/64$) و غیرمبتلا ($59/42 \pm 19/66$) تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/5$). در هر دو گروه بیشترین نمره در بعد عملکرد جسمی به ترتیب با میانگین ۸۴/۲۸

جدول (۳): مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره

آزمون	سطح معنی داری	مبتلا به دیسمنوره		کیفیت زندگی
		غیر مبتلا به دیسمنوره	مبتلا به دیسمنوره	
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
T= ۱/۹۹	P=0/046	۶۷/۵۱ \pm ۱۷/۰۶	۶۳/۷ \pm ۱۹/۵۳	سلامت عمومی
T= ۱/۸۹	P=0/05	۶۸/۰۹ \pm ۲۵/۵۷	۶۳/۲۵ \pm ۲۳/۵۱	درد جسمی
T= ۲/۲۳	P=0/02	۸۸/۲۸ \pm ۱۵/۷۵	۸۴/۲۸ \pm ۱۸/۲۳	عملکرد جسمی
T= ۱/۹۴	P=0/05	۶۸/۲۴ \pm ۳۴/۲	۶۱ \pm ۳۷/۲۹	محدودیت نقش جسمی
T= ۰/۲	P=0/83	۵۵/۶۷ \pm ۴۱/۳۳	۵۴/۷۷ \pm ۴۳/۰۱	محدودیت نقش هیجانی
T= -۱/۷۵	P=0/08	۵۸/۹۱ \pm ۲۴/۹۹	۶۳/۳۷ \pm ۲۳/۹۹	عملکرد اجتماعی
T= -۰/۲۴	P=0/8	۶۳/۹۳ \pm ۱۷/۵۷	۶۴/۳۸ \pm ۱۷/۷۲	سلامت روانی
T= -۰/۶۶	P=0/5	۵۹/۱۸ \pm ۱۸/۱۲	۶۰/۴ \pm ۱۶/۸۹	نشاط

از سلامتی بهتری نسبت به سال گذشته برخوردار بودند. توزیع فراوانی و درصد فراوانی وضعیت سلامتی نسبت به سال گذشته در دو گروه در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که بعد سلامتی نسبت به سال گذشته بین دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا تفاوت آماری معنی داری داشت ($P=0/03$). دانشجویان غیرمبتلا به دیسمنوره نسبت به دانشجویان مبتلا

جدول (۴): توزیع فراوانی و درصد فراوانی وضعیت سلامتی نسبت به سال گذشته در دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره

آزمون	سطح معنی داری	مبتلا به دیسمنوره		سلامتی نسبت به سال گذشته
		غیر مبتلا به دیسمنوره	مبتلا به دیسمنوره	
		(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	
		۴۴(۲۴/۸)	۲۸(۱۵/۱)	بسیار بهتر از سال گذشته
		۵۰(۲۷)	۵۰(۲۷)	کمی بهتر از سال گذشته
		۶۹(۳۷/۳)	۸۰(۴۳/۲)	مثل سال گذشته
		۱۴(۷/۶)	۲۰(۱۰/۸)	کمی بدتر از سال گذشته
T= ۲/۱	P=0/03	۶(۳/۲)	۶(۳/۲)	بسیار بدتر از سال گذشته

۰/۵۴ \pm ۲/۸۱ بود. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که خودکارآمدی بین دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره تفاوت آماری

نمره کلی خودکارآمدی بین ۱۷ تا ۸۵ بود و محدوده نمره خودکارآمدی بین ۱ تا ۴ در نظر گرفته شد. میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به ترتیب $0/61 \pm 2/88$ و

معنی داری نداشت ($p=0/2$). مقایسه فراوانی و درصد فراوانی خودکارآمدی در دو گروه در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول (۵): مقایسه فراوانی و درصد فراوانی خودکارآمدی در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره

آزمون	سطح معنی داری	مبتلا به دیسمنوره		خودکارآمدی
		غیر مبتلا به دیسمنوره	مبتلا به دیسمنوره	
		(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	
		۱۰(۵)	۱۰(۵)	ضعیف
		۴۶(۲۴/۹)	۴۴(۲۳/۸)	متوسط
$T = -1/25$	$P = 0/2$	۱۲۶(۶۸/۱)	۱۱۶(۶۲/۷)	خوب
		۱۲(۶/۵)	۲۴(۱۳)	خیلی خوب

دیسمنوره بالاتر بود اما نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که افسردگی بین دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p=0/2$). مقایسه فراوانی و درصد فراوانی افسردگی در دو گروه دانشجویان در جدول شماره ۶ نشان داده شده است.

نمره کلی افسردگی بین ۰ تا ۶۳ بود و محدوده نمره افسردگی بین ۱ تا ۴ در نظر گرفته شد. میانگین و انحراف معیار افسردگی در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به ترتیب $1/01 \pm 1/76$ و $0/98 \pm 1/65$ بود. هر چند تعداد افراد مبتلا به افسردگی و شدت آن در گروه دانشجویان مبتلا به

جدول (۶): مقایسه فراوانی و درصد فراوانی افسردگی در دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره

آزمون	سطح معنی داری	مبتلا به دیسمنوره		متغیر
		غیر مبتلا به دیسمنوره	مبتلا به دیسمنوره	
		(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	
		۱۱۷(۶۳/۲)	۱۰۶(۵۷/۳)	افسردگی جزئی
		۲۸(۱۵/۱)	۳۱(۱۶/۸)	افسردگی خفیف
$T = -1/04$	$P = 0/21$	۲۶(۱۴/۱)	۳۳(۱۷/۸)	افسردگی متوسط
		۱۴(۷/۶)	۱۵(۸/۱)	افسردگی شدید

را در تمام ابعاد جسمانی در گروه مبتلا به دیسمنوره پایین تر نشان دادند (۲۷). فرناندز مارتینز و همکاران در مطالعه خود بر روی دانشجویان پرستاری نشان دادند که دانشجویان مبتلا به دیسمنوره از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند (۳۱).

ارزیابی کیفیت زندگی از بعد روانی کل، بین دو گروه دانشجویان مبتلا (۶۰/۷۳) و غیرمبتلا (۵۹/۴۲) به دیسمنوره تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p=0/5$) و در هر چهار زیر مقیاس بعد روانی: عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی و نشاط بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. میانگین کیفیت زندگی در هر چهار بعد روانی در هر دو گروه نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر بود. اونسال و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که از نمرات دریافت شده از ابعاد روانی، فقط نشاط در بین دو گروه دختران مبتلا و غیر مبتلا معنی دار بود. نتایج مطالعه اونسال با مطالعه حاضر همسو بود و در هر دو مطالعه میانگین کیفیت زندگی در هر دو گروه دختران مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره پایین بود (۲۵). جمشیدی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که

بحث

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر بیانگر آن است که میانگین کیفیت زندگی در بعد جسمانی کل، بین دو گروه دانشجویان مبتلا به دیسمنوره (۶۷/۷۷) و غیرمبتلا (۷۳/۳۱) تفاوت آماری معنی داری داشت ($p=0/002$). و در هر چهار زیر مقیاس بعد جسمانی: ابعاد سلامت عمومی ($p=0/046$)، درد جسمی ($p=0/05$)، عملکرد جسمی ($p=0/02$) و محدودیت نقش جسمی ($p=0/05$) بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری وجود داشت. بدین معنی که دانشجویان مبتلا به دیسمنوره نسبت به غیرمبتلا، در بعد جسمانی، کیفیت زندگی پایین تری داشتند. اونسال و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که نمرات دریافت شده از ابعاد عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی، سلامت عمومی، درد جسمانی در بین دو گروه دختران مبتلا و غیرمبتلا تفاوت معنی داری داشت. نتایج مطالعه اونسال با مطالعه حاضر همسو بود و در هر دو مطالعه دختران مبتلا به دیسمنوره، از کیفیت زندگی در بعد جسمانی پایین تری نسبت به گروه غیر مبتلا برخوردار بودند (۲۵). جمشیدی و همکاران نیز کیفیت زندگی

دیسمنوره عاملی مهم و مؤثر در بروز اختلالات روانی و افسردگی در دختران مبتلا می‌باشد بنابراین با کنترل علائم دیسمنوره می‌توان میزان رخداد افسردگی و سایر اختلالات روانی را در این دختران کاهش داد. لذا شناسایی هرچه سریعتر دختران مبتلا به این اختلال اقدامی مهم در جهت جلوگیری از پیامدهای ناشی از افسردگی و اجرای مداخلاتی در راستای تحت کنترل درآوردن عوامل اضطراب‌زا و افسردگی در این افراد خواهد بود تا بدین صورت بتوانند به راحتی با مشکلات موجود کنار آمده و زندگی خوشایندی را تجربه نمایند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به محدود بودن نمونه‌گیری بین دانشجویان یک دانشکده، بالا بودن تعداد سؤالات و استفاده از نمونه‌گیری دردسترس که تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌داد اشاره کرد. همچنین درد پدیده‌ای ذهنی می‌باشد و ممکن است درک هر فرد نسبت به آن متفاوت باشد و همچنین عوامل مختلفی نظیر فرهنگ، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و ... در آن تأثیرگذار باشد. از آنجائیکه دیسمنوره موجب مشکلات اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی گسترده‌ای می‌گردد، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در سایر مناطق جغرافیایی کشور انجام گیرد، سایر تعیین‌کننده‌های سلامت بر روی دختران مبتلا به دیسمنوره مورد بررسی قرار گیرد و همچنین این تعیین‌کننده‌های سلامت بر روی سایر گروه‌های زنان و دختران مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد، در دختران مبتلا به دیسمنوره کیفیت زندگی و خودکارآمدی پایین‌تر و افسردگی بالاتر از دختران غیرمبتلا بود لذا با افزایش آگاهی، آموزش و ارائه راهکارهای مناسب به این دختران در زمینه ارتقای سبک زندگی سالم و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی می‌توان کمک شایانی به این افراد کرد.

تقدیر و قدردانی

از همکاری معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز تشکر و قدردانی می‌شود. مطالعه حاضر، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1397.011 می‌باشد.

References:

1. Mohammadi B AJA, Fathollahi Shourabeh F. The Effect of Aerobic Exercise Training and Detraining on Some of the Menstrual Disorders in Non-athlete

کیفیت زندگی در هر ۴ بعد عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی و نشاط بین دو گروه تفاوت معنی‌داری دارد، علت تفاوت بین دو مطالعه شاید به دلیل متفاوت بودن جمعیت مورد مطالعه باشد (۲۷). ساهین و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که گروه مبتلا به دیسمنوره نسبت به گروه کنترل کیفیت زندگی پایین‌تر داشتند و این میزان با افزایش شدت دیسمنوره کاهش پیدا می‌کرد (۲۱). آهو جا^۱ و همکاران نشان دادند که دیسمنوره عمیقاً روی کیفیت زندگی دختران دانشجو تأثیر می‌گذارد (۳۲).

میانگین خودکارآمدی در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به ترتیب ۲/۸۸ و ۲/۸۱ بود. خودکارآمدی ($p=0/2$) بین دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. میانگین خودکارآمدی در هر دو گروه نشان‌دهنده سطح متوسط رو به بالا دارد. میانگین افسردگی در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به ترتیب ۱/۷۶ و ۱/۶۵ بود. هرچند تعداد افراد مبتلا به افسردگی و شدت آن در گروه دانشجویان مبتلا به دیسمنوره بالاتر بود اما افسردگی ($p=0/2$) بین دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. ۴۲/۷ درصد دانشجویان مبتلا به دیسمنوره و ۳۶/۸ درصد دانشجویان غیر مبتلا، افسردگی خفیف تا شدید داشتند. ساهین و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در گروه مبتلا به دیسمنوره نسبت به گروه کنترل نمرات افسردگی بالاتر داشتند و این میزان با افزایش شدت دیسمنوره افزایش پیدا می‌کرد (۲۱). اونسال و همکاران در ترکیه نشان دادند که شیوع افسردگی در دختران مبتلا به دیسمنوره نسبت به دختران غیرمبتلا بالاتر بود و همبستگی مثبتی بین شدت درد قاعدگی و میانگین نمره افسردگی وجود داشت (۲۴). آگاروال و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که ارتباط مثبتی بین دیسمنوره و شیوع افسردگی وجود دارد و آن‌ها نشان دادند که حدود ۴۱ درصد دختران در روز اول قاعدگی دچار افسردگی هستند (۲۶). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر تا حدودی همسو می‌باشد و میزان افسردگی در گروه مبتلا به دیسمنوره بالاتر می‌باشد. دلیل این امر می‌تواند وجود ارتباط شناخته شده بین درد افسردگی باشد چرا که تصور می‌شود افسردگی که با بسیاری از انواع درد مرتبط است و دیسمنوره از این امر مستثنی نیست.

Students in Lorestan Universities. Q Horizon Med Sci 2012;18(2): 5-12.

2. Panahande z pz, ashori r. prevalence, awareness and practic of female student of guilanuniversity of

¹Ahuja

- dismenorrhea. *J Guilan Univ Med Sci* 2008;17(66): 87-94.
3. Berek JS NE. Berek and Novak's gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
 4. Darabi r Amh, Jafari a, Sadegifardf, Hakopiyang. Effect of acupuncture in control of primary dysmenorrhea in women 15-30 years old women's clinic Hospital in the years 1387. *Med Sci J Islam Azad Univ Tehran Med Branch* 2010;20(3): 170-4.
 5. Banikarim C CM, Kelder SH. Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154: 1226-9.
 6. Parker MA SA, Arbon P. The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers. *BJOG* 2010;117:185-192.
 7. Tavallaee M JM, Corber S J, Bayanzadeh M, Rad MM. The prevalence of menstrual pain and associated risk factors among Iranian women. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37(5): 442-51.
 8. Burnett Ma A, black A feldmanK, GrenvilleA, Lea R,etal. Prevalance of primary dysmenorehea in canada. *journal of obstetrics and Gynecologycanada. JOGC abstetriquetGynocologie du Canada* 2005;27(8): 265-70.
 9. L F. Dysmenorrhea. *Am FAM Physician* 2005;71(2): 285.
 10. B Mariagiulia LL, P Federica,MR Fernando,P Felice Dysmenorrhea and related disorders. *F1000 Research* 2017;1: 1-7.
 11. Kumbhar S K RM, Sujana B, Reddy R, Divya Bhargavi K, Balkrishna C and Kumbhar S K Prevalence Of Dysmenorrhea Among Adolescent Girls (14-19 Yrs) Of Kadapa District And Its Impact On Quality Of Life: A Cross Sectional Study. *NJCM* 2011;2(2): 265-8.
 12. Anderson KJ PC. Physical activity with spiritual strategies intervention: a cluster randomized trial with older African American women. *Res Gerontol Nurs* 2013;6(1): 11-21.
 13. WH O. The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. *J Sch Health* 2004;74(6): 204-6.
 14. Suraj S SA. Study of sense of coherence health promoting behavior in North Indian students. *Indian J Med Res* 2011;134(5): 64-5.
 15. Sammarco A. Quality of life of breast cancer survivors: a comparative study of age cohorts. *JCN* 2009;32(5): 347-56.
 16. Nilforooshan P LZ, Abedi M, Ahmadi S. Comparison of quality of life and its dimensions in fertile and infertile women. *Behav Sci* 2008;4(1): 66-70.
 17. Phillips D. Quality of life: concept, policy and practice. ed n, editor. London: Routledge; 2006.
 18. Nikpoor M. Assessmnt of relationship between mode delivery to quality of life. *Mashhad: Med J Mashhad Univ Med Sci*; 2007.
 19. Roosta F AA. Self-efficacy and health promoting behaviors among women of reproductive ages in Shiraz during 2013. *SJIMU* 2016;24(2): 90-100.
 20. Bair MJ RR, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163: 2433-45.
 21. Sahin N1 KB, Kirli U3, Yeniceri N4, Topal Y3. Assessment of anxiety-depression levels and perceptions of quality of life in adolescents with dysmenorrhea. *Reprod Health* 2018;15(1): 13.
 22. Bigal ME SF, Rapoport AM, Tepper SJ, Weeks R, Baskin SMMMPI. Personality profiles in patients

- with primary chronic daily headache: a case-control study. *Neurol Sci* 2003;24: 103-10.
23. Dorn LD NS, Huang B, Pabst S, Hillman J, Braverman P, Susman EJ. Menstrual symptoms in adolescent girls: association with smoking, depressive symptoms, and anxiety. *JAH* 2009;44(3): 237-43.
24. Unsal A TM, Ayrancı U, Orsal Ö. Connection between dysmenorrhea and depression among a group of turkish high school female students. *Pak J Med Sci* 2012; 28(3): 424-427.
25. Unsal A AU, Tozun M, Arslan G, Calik E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Ups J Med Sci* 2010;115(2): 138-45.
26. Agarwal AK AA. A study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls. *Indian J Med Sci* 2010;35: 159-64.
27. Jamshidi F Amir Ali Akbar S, Afrakhteh M, Talebi A. Comparing the quality of life in women with and without primary dysmenorrhea and pain reduction strategies in patients referred to Shahid Beheshti health centers affiliated with the University of Medical Sciences in Tehran in 1393. *J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2016;26(92): 47-57.
28. Kheirjo E NR, Farshbaf F. Self-efficacy and quality of life in students with dysmenorrhea. *Contemporary psychology* 2015;10(suppl): 559-61.
29. Montazeri A GAaVM. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Payesh Health Monit* 2006;5(1): 49-56.
30. Dabson K MkP, Massah choolabi O. Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. *J Rehabil* 2007;8(2): 80-6.
31. Fernández-Martínez E DO-ZM, Laura Parra-Fernández M. The Impact of Dysmenorrhea on Quality of Life among Spanish Female University Students. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(713): 1-12.
32. Ahuja A sM, Singh A Impact of Dysmenorrhea on Quality of Life of Adolescent Girls of Chandigarh. *J Child Adolesc Behav* 2016;3(3): 2-5.

COMPARISON THE QUALITY OF LIFE, SELF-EFFICACY AND DEPRESSION IN FEMALE STUDENTS WITH AND WITHOUT PRIMARY DYSMENORRHEA IN TABRIZ, 2018

Somayyeh Naghizadeh^{1}*

Received: 13 Feb, 2019; Accepted: 24 Apr, 2019

Abstract

Background & Aim: Primary dysmenorrhea is one of the most common complaint in young women which can have negative affection on their daily activities and can upset their quality of life and social activities. This aim of this study was to compare quality of life, self-efficacy and depression in females with and without primery dysmenorrhea.

Materials & Methods: This cross-sectional, comparative-descriptive study was performed in 1397 with participation of 370 students of the Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Tabriz Branch. Sampling method in this study was accessible. Data was collected by using a five-part questionnaire: personal and menstrual characteristic, Visual Analog Scale (VAS), quality of life questionnaire, self-efficacy and depression. Data analysis was performed by using SPSS software version 21 and descriptive statics and independent t-test, chi squared and ANOVA. $P \leq 0.05$ was considered significant.

Finding: The mean of quality of life in the total physical aspect, ($p=0.002$), general health ($p=0.004$), bodily pain ($p=0.05$), physical functioning ($p=0/02$) and physical limitations ($p=0.05$) was significant difference between both group of female students with and without primary dysmenorrhea. However, in students with dysmenorrhea self-efficacy was lower and depression was higher. But self-efficacy ($p=0.2$) and depression ($p=0.2$) in students with and without dysmenorrhea didn't have a significant difference.

Conclusion: Results of study showed, in females with dysmenorrhea, Quality of life and self-efficacy were lower and depression was higher then females without dysmenorrhea. Therefore, with increasing awareness, educating and providing appropriate methods of improvement of healthy lifestyle to these girls and consequently, can be of great help them for improving quality of life.

Keywords: Dysmenorrhea, Quality of life, Self-efficacy and Depression

Address: Department of Midwifery, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Tel: +989358105458

Email: s.naghizadeh@iaut.ac.ir

¹ Department of Midwifery, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran