Prevalence and Causes of Menstrual Disorders in Women Referring to medical Centers in Bojnurd

Mitra Mahdavian [1*], Mitra Hasanzade [2], Maede Shahedjoo [2]

1. PhD, Associate Professor, Department of midwifery, faculty of nursing and midwifery, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran
2. M.S, Department of midwifery, faculty of nursing and midwifery, Islamic Azad University of Bojnourd, Bojnourd, Iran

***Corresponding Author:** Mitra Mahdavian**, Email:** mitramahdavian1971@gmail.com

Received: 16 November 2023 **Accepted:** 15 December 2023

Abstract

Background & Aim: Menstrual disorders are one of the most common complaints among women, ranging from delayed menstrual cycles to cycles with hypermenorrhea, hypomenorehea and dysmenorrhea, which can reduce the quality of life of women during their reproductive years. The aim of this study was to determine the prevalence of menstrual disorders and their related causes in women referring to health centers in Bojnurd.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted in 2022. The random sampling method was used, and the study population consisted of 220 women aged 14-49 years referring to medical centers. To collect data, medical records of patients with menstrual disorders were reviewed in women's health clinics and specialists' offices. SPSS 23 software was used for data analysis, and descriptive statistics were used to describe the data.

Results: The mean age of the participants was 29.545± 9.21 years, 42.7 percent were single and 57.3 percent were married. The most common causes of menstrual disorders were related to polycystic ovary syndrome 30.9%, cysts 18.6%, hypothyroidism 16.1%, respectively. Oligo menorrhea was the most prevalent menstrual disorder, while dysmenorrhea had the lowest prevalence among women.

Conclusion: Considering the high prevalence of polycystic ovary syndrome among the causes of menstrual disorders, by checking on time and treatment can improve the quality of life of affected individuals.

Keywords: menstrual disorders, related causes, medical centers

How to cite this article: Mahdavian M*, Hasanzade M, Shahedjoo M. Prevalence and Causes of Menstrual Disorders in Women Referring to medical Centers in Bojnurd. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2023; Vol 9(2), fall, pp 200 - 211. **https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-576-fa.html.**

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

بررسی فراوانی اختلالات قاعدگی و علل مرتبط به آن در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان بجنورد

میترا مهدویان*[1]، میترا حسن‌زاده[2]، مائده شاهدجو[2]

۱.دکترای تخصصی بهداشت باروری،استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی ،دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران

۲. کارشناس مامایی،گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی ،دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران

***نویسنده مسئول:** میترا مهدویان، **ایمیل:**mitramahdavian1971@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۲۵ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۲/۰۹/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات قاعدگی از شایع‌ترین شکایات زنان است که از سیکل‌های قاعدگی به تعویق افتاده تا سیکل‌های با خونریزی کم یا زیاد و یا دردناک می‌باشد و باعث کاهش کیفیت زندگی زنان در دوره باروری می‌گردد. هدف از این مطالعه تعیین شیوع اختلالات قاعدگی و علل مرتبط با آن در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بجنورد می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی بود که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. روش نمونه‌گیری تصادفی و جامعه پژوهش ۲۲۰ خانم ۴۹-۱۴ سال مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بود. برای انجام نمونه‌گیری به مراکز درمانی و مطب‌های متخصصین زنان مراجعه و پرونده‌های بیماران دارای اختلالات قاعدگی موردبررسی قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-23 و به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار و توزیع فراوانی استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت‌کننده ۹/۲۱±۲۹/۵۴۵ بود که ۴۲/۷ درصد مجرد و ۵۷/۳ درصد متاهل بودند. بیشترین عوامل اختلالات قاعدگی ، مربوط به سندرم تخمدان پلی کیستیک۳۰/۹٪، عوامل ناشناخته ۲۳/۲٪، کیست‌ها ۱۸/۰۶٪ و هایپو تیروئیدی ۱۶/۸٪ بود. الیگومنوره با ۲۶/۸۱ ٪ دارای بیشترین فراوانی و دیسمنوره با ۳/۱ ٪ دارای کمترین فراوانی اختلال قاعدگی در بین خانم‌ها بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای سندرم تخمدان پلی کیستیک در میان علل اختلالات قاعدگی می‌توانیم با بررسی به‌موقع، پیگیری و درمان احساس رضایت را به افراد مبتلا هدیه دهیم و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشیم.

واژه‌های کلیدی: اختلالات قاعدگی ، علل مرتبط، مراکز درمانی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

قاعـدگی یکـی از خصوصـیات ویـژه زنـان در سـنین بـاروری می‌باشد که با بلوغ آغاز می‌شود و بـا یائسـگی پایـان می‌یابد. خونریزی قاعدگی عبارت است از ریزش دیواره رحم که در زنـان به طور منظم و با ریتم مشخصی اتفاق می‌افتد. غالباً فاصله بـین این دوره‌ها تا ۲۱ تا۳۸ روز بوده و میانگین آن ۴/۷ روز است (۱). برهم خوردن نظم قاعدگی نشان از اخـتلالات عمده‌ای نظیر نقص عملکرد در محور غـدد درون‌ریز- سیسـتم تولیدمثل، اختلالات ارگانیک، سندرم تخمـدان پلـی کیسـتیک و چاقی دارد. اختلال قاعدگی یکی از مشکلات رایج در زندگی روزمره افراد جامعه است که علل ساختمانی شامل پولیپ، آنومیوز، لیومیوم و بدخیمی‌ها و علل غیر ساختمانی شامل اختلالات انعقادی، تخمک‌گذاری، اندومتریال، ایاتروژنیک و طبقه‌بندی نشده است (۲). در واقع تشخیص این مشکلات نیازمند بررسی چهار مسیر موثر در تولیدمثل است که شامل تخمدان، رحم، مجاری خروجی، هیپوتالاموس و هیپوفیز است(۳). چرخه‌ی قاعدگی شامل فعالیت و تعاملات هورمونی است که از هیپوتالاموس هیپوفیز و تخمدان منتشر می‌شود و بروی اندومتر اثر می‌گذارد(۴). بی‌نظمی‌های قاعدگی شامل افزایش یا کـاهش فاصـله بـین دو قاعدگی (پلی منوره، الیگومنوره)، افزایش و یا کاهش طول مـدت قاعدگی (هیپو منوره)، لکـه بینی‌های میـان دوره‌ای، و افـزایش میزان خونریزی قاعدگی (هیپرمنوره) آمنوره، دیسمنوره و منوراژی می‌باشد(۳, ۵) . در مطالعـه دمیر۲/۶۲ ٪ از دختران از سیکل‌های نامنظم قاعدگی رنج می‌بردند(۶). الیگومنوره زمانی رخ می‌دهد که زمان بین سیکل‌ها بیش از ۳۸ روز باشد و یا اینکه کلا ۵ تا ۷ سیکل در سال باشد. در پلی منوره فاصله‌ی بین سیکل‌ها زیر ۲۱روز می‌شود. در دهه‌ای اخیر به دلیل تغییر سبک زندگی و افزایش میزان چاقی و کاهش فعالیت‌های بدنی و همچنین تغذیه ناسالم و استرس های عاطفی شیوع الیگومنوره رو به افزایش است (۲, ۷). منوراژی به معنای از دست دادن بیش از ۸۰ سی‌سی خون در هر سیکل است و شایع‌ترین عل کم خونی فقرآهن در زنان محسوب می‌شود. آمنوره به معنای قطع کامل خونریزی به مدت ۳ سیکل یا ۳ ماه گفته می‌شود(۲). دیسمنوره هم به عنوان یک اختلال قاعدگی یکی از عوامل اصلی مختل کننده‌ی کیفیت زندگی زنان جوان و عامل مختل‌کننده‌ی امور شغلی و فعالیت‌های روزانه می‌باشد(۱۰-۸). در مطالعه‌ای تحت عنوان شیوع اختلالات قاعدگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان ۴۵-۱۸ ساله ایرانی در چهار استان منتخب کشور، مشخص شد تقریبا یک نفر از هر چهار زن ایرانی در سنین باروری از حداقل یکی از اختلالات قاعدگی رنـج می‌برند (۱۱). طبق

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

تحقیقات انجام شده توسط جمعی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان از میان ۳۰۰ نفر ۳۳/۷۵ ٪ آن‌ها دیسمنوره را ثبت کرده‌اند(۱۲). در مطالعه دولتیان (۲۰۰۴)، شیوع دیسمنوره در دختران ایرانی بین ۳۰-۱۴ ٪ گزارش شده است(۱۳).

از دیگر علل ایجاد اختلالات قاعدگی سندرم تخمدان پلی‌کیستیک می‌باشد که پاتوفیزیولوژی پیچیده‌ای دارد و شایع‌ترین اختلال اندوکرینی و ناهمگونی متابولیک زنان و نوجوانان در سنین باروری می‌باشد و افزایش میزان آندروژن در بدن عامل اصلی این اختلال است که باعث اختلال در تخمک‌گذاری و ناباروری فرد می‌شود و احتمالا ریشه‌ی این بیماری در ژنتیک فرد وتحت تاثیر سبک زندگی قرار می‌گیرد(۲). طبق نتایج متاانالیز جلیلیان در سال ۲۰۱۵ شیوع سندرم تخمدان پلی‌کیستیک براساس سونوگرافی ۶/۸٪ برآورد شده است(۱۴). میزان شیوع آن در ایران براساس معیار روتردام در بین زنان ۱۸-۴۵ ساله ۱۴/۶ ٪ گزارش شده است(۱۵). از دیگر علل اختلالات قاعدگی، وجود توده‌های تخمدانی عملکردی و نئوپلاستیک می‌باشد که در نوع عملکردی،کیست فولیکولی وکیست جسم زرد از همه شایع‌تر می‌باشد. طبق تحقیقات انجام شده حدود دوسوم توده‌های تخمدانی در سنین باروری دیده می‌شود که ۸۰-۸۵٪ موارد خوش‌خیم و۶۰٪ آن‌ها در بازه‌ی سنی ۲۰-۴۲ سال اتفاق می‌افتد(۲). از موارد دیگر اختلال قاعدگی، بیماری‌های تیروییدی است که دومین اختلال اندوکرینی شایع در زنان سنین باروری می‌باشد. هورمون‌های تیروییدی در کنترل سیکل‌های قاعدگی نقش بسزایی داشته و روی هورمون‌های نخمدانی و بلوغ تخمدان اثردارد(۱۶).

هایپوتیروییدی به کم کاری تیروید گفته می‌شود و زمانی اتفاق می‌افتد که هورمون‌های تیروییدی کمتر از حد طبیعی ترشح شوند که نتیجه‌ی این اختلال؛ اختلال باروری و قاعدگی در فرد می‌شود. درواقع هایپوتیروئیدی به دلیل افزایش TSH و کاهش T4 و یا افزایشTSH و T3 نرمال مباشد(۱۶). روند هایپوتیروییدی تدریجی و آهسته است بطوریکه نوع خفیف منوراژی و نوع شدید امنوره و یا دیسمنوره در فرد ایجاد می‌کند (۲). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۲ توسط یاتیش انجام شد مشخص شد ۳۸٪ افراد هایپوتیروئید دچار اختلال قاعدگی بودند(۱۷). هایپرتیروییدی یا پرکاری تیروید معمولا به میزان کمتری روی چرخه‌ی باروری زنان اثر می‌گذارد و تخمک‌گذاری را برخلاف هایپوتیروییدی مختل نمی‌کند. اکثر زنان مبتلا به تیروتوکسیدوز می‌توانند هم مهار و هم افزایش گنادتروپینها را ثبت کنند که این ویژگی باعث حفظ تخمک‌گذاری و باروری فرد می‌شود(۱۸) . در مطالعه شارما در سال ۲۰۱۲روی اختلالات قاعدگی و مشکلات تیروئید مشخص شد، ۶۲٪ افراد هایپرتیروئید دارای اختلال قاعدگی بودند(۱۹).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

اختلالات قاعدگی در هر زمانی دارای تشخیص‌های افتراقی متفاوتی است و روش‌های تشخیصی و درمانی نیز با یکدیگر متفاوت می‌باشد (۲۰).

به دلیل شیوع بالای اختلال قاعدگی و بروز مشکلات فراوان در این زمینه و لزوم درمان آن‌ها و همچنین بدیل اینکه زنان غالبا قاعدگی را دلیل بر سلامت و باروری خود می‌دانند و اختلال در آن باعث حساسیت آن‌ها می‌شود، لذا بررسی وضعیت کلی این اختلال در زنان و دختران و انعکاس آن‌ها می‌توان باعث کاهش حساسیت آن‌ها شود، لذا این تحقیق با هدف تعیین فراوانی اختلالات قاعدگی و علل مرتبط به آن در خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان بجنورد انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی بود که در سال ۱۴۰۱ پس از کسب مجوز و گرفتن کد اخلاق انجام شد. روش نمونه‌گیری تصادفی و جامعه پژوهش ۲۲۰خانم در رده سنی ۴۹-۱۴ سال مراجعه‌کننده به مطب پزشکان و مراکز درمانی بودند. بدین صورت که با مراجعه به مطب‌های خصوصی پزشکان متخصص زنان و مراکز درمانی درچند منطقه از شهر بجنورد، پرونده‌های بیمارانی که به دلیل اختلالات قاعدگی مراجعه کرده بودند، بررسی شده و اطلاعات مربوطه در رابطه با سن، وضعیت تاهل و علت مراجعه به پزشک و تشخیص نهایی جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-23 و به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار و توزیع فراوانی استفاده گردید.

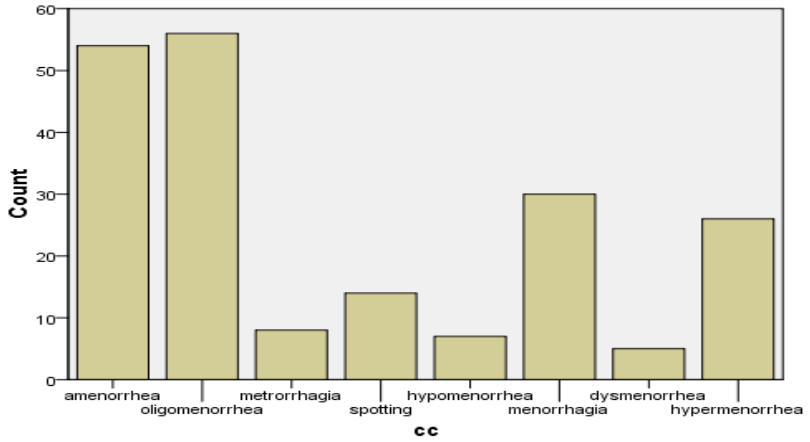
یافته‌ها

پژوهش حاضر ۲۲۰ نفر خانم در رده سنی ۴۹-۱۴ سال شرکت‌کننده وجود داشت که میانگین سنی آنها ۹±۲۱/۲۹/۵۴۵ بود و از این تعداد ۴۲/۷ درصد مجرد و ۵۷/۳ درصد متاهل بودند (جدول شماره۱).

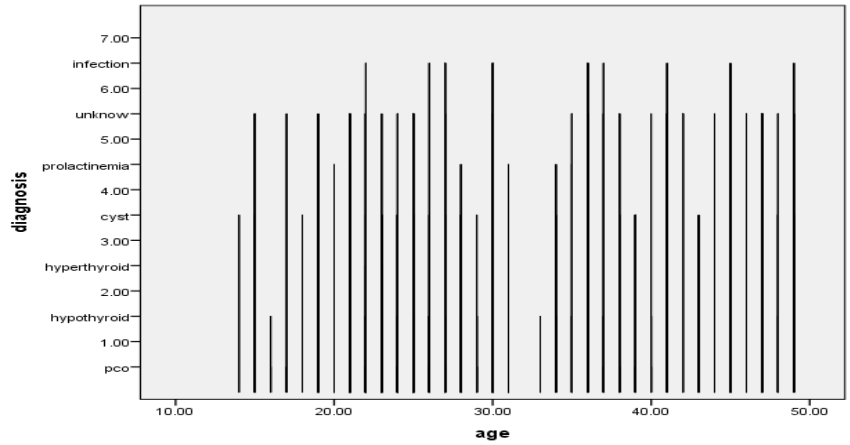
جدول شماره ۱:فروانی علل اختلالات قاعدگی به تفکیک تعداد و درصد در خانم های مراجعه کننده به مراکز درمانی

فراوانی مشکلات قاعدگی	تعداد	درصد
سندرم تخمدان پلی کیستیک	۶۸	۳۰/۹
هیپوتیروئیدی	۳۷	۱۶/۸
هایپرتیروئیدی	۳	۱/۴
کیست	۴۱	۱۸/۶
افزایش پرولاکتین	۸	۳/۶
ناشناخته	۵۱	۲۳/۲
عفونتها	۱۲	۵/۵
کل	۲۲۰	۱۰۰

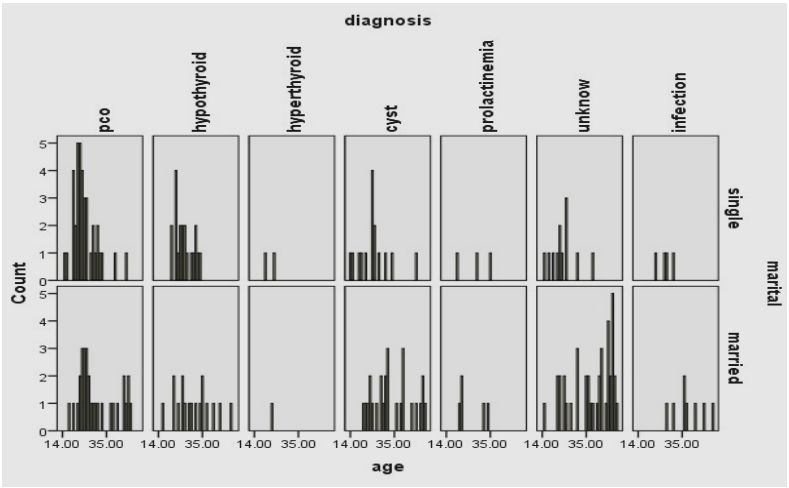
[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]



نمودار شماره ۱: فراوانی شکایات اختلالات قاعدگی در خانم های مراجعه کننده به مراکز درمانی



نمودار شماره ۲: فراوانی علل اختلالات قاعدگی به تفکیک سن در خانم های مراجعه کننده به مراکز درمانی



نمودارشماره ۳: فراوانی علل اختلالات قاعدگی به تفکیک سن و تاهل در خانم های مراجعه کننده به مراکز درمانی

براساس سن و شکایات مراجعه‌کنندگان خانم‌ها در را گزارش دادند. بین وضعیت تاهل و علت اختلال قاعدگی حول‌وحوش سن ۳۰ سالگی بالاترین میزان اختلال در قاعدگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت($P < ۰/۰۵$). بدین ترتیب

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

که فراوانی بعضی از علل مانند سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و هایپوتیروئیدی در خانم‌های مجرد و عللی مانند کیست‌ها و موارد ناشناخته در خانم‌های متاهل بیشتر بود.

جدول شماره ۲: فراوانی علل اختلالات قاعدگی بر حسب وضعیت تاهل در خانم های مراجعه کننده به مراکز درمانی

کل	تشخیص							وضعیت تاهل
	عفونت	ناشناخته	هایپرپرولاکتینمی	کیست	هایپرتیروئیدی	هایپوتیروئیدی	سندرم تخمدان پلی کیستیک	
۹۴	۴	۱۲	۳	۱۵	۲	۲۰	۳۸	مجرد
۱۲۶	۸	۳۹	۵	۲۶	۱	۱۷	۳۰	متاهل
۲۲۰	۱۲	۵۱	۸	۴۱	۳	۳۷	۶۸	کل

آمنوره و الیگو منوره از بیشترین شکایات و دیسمنوره از کمترین شکایات خانم های مراجعه کننده به مراکز درمانی بود.

جدول شماره ۳: فراوانی شکایات اختلالات قاعدگی در خانم های مراجعه کننده به مراکز درمانی

شکایت	تعداد	درصد
آمنوره	۵۷	۲۵/۹۰
الیگومنوره	۵۹	۲۶/۸۱
متروراژی	۱۰	۴/۵
لکه بینی	۱۶	۷/۲۷
هایپومنوره	۹	۴/۰۹
منوراژی	۳۳	۱۵
دیسمنوره	۷	۳/۱
هایپرمنوره	۲۹	۱۳/۱۸
جمع کل	۲۲۰	۱۰۰

بین سن و فراوانی شکایات و هم چنین تاهل و فراوانی شکایات ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت.($P>۰/۰۵$)

بحث

در این مطالعه که بر روی ۲۲۰ خانم در سنین باروری با هدف تعیین فراوانی اختلالات قاعدگی و علل مرتبط به آن انجام شد، بیشترین علت‌هایی که سبب اختلال قاعدگی گردیده به ترتیب مربوط به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک ۳۰/۹٪، علل ناشناخته ۲۳/۲٪، کیست‌های تخمدان ۱۸/۰۶٪ و هایپوتیروئیدی ۱۶/۸٪ بود. طبق مطالعه حاضر شایع‌ترین مشکلی که سبب اختلال قاعدگی گردید، سندرم تخمدان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

پلی‌کیستیک بود،که در سال ۲۰۲۰ هم در نواک شایع‌ترین اختلال در گروه اختلالات اندوکرینی افزایش اندروژن بوده که باعث ایجاد سندرم تخمدان پلی کیستیک می‌شود و اغلب با مقاومت به انسولین همراه است(۲). ولی در مطالعه پورحسینی در سال ۱۳۹۷ در دختران دبیرستانی ۱۴ تا ۱۹ سال مشهد فقط ۲/۹ درصد نتایج به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مربوط بوده که شاید اختلاف به علت تفاوت در سن گروه هدف می‌باشد(۱۵).

غضنفرپور و همکاران در سال ۱۴۰۰ به این نتیجه رسیدند میزان شیوع سندرم تخمدان در میان دانشجویان علوم پزشکی کرمان فقط ۱۰/۶درصد است که اغلب در افراد بالای ۲۲ سال و افراد مصرف‌کننده درمان‌های دارویی مختلف رخ می‌دهد(۱۲). این در حالی است که در مطالعات دیگر به نظر می‌رسد شیوع این اختلال با توجه به تغییر سبک زندگی، تغذیه، کم تحرکی و چاقی رو به افزایش باشد(۲۱, ۲۲). در بررسی انجام شده توسط شاهویی در سال ۱۳۹۷ در استان کردستان سندرم تخمدان پلی کیستیک ۲۱/۲۱٪ از کل داده‌ها را شامل می‌شد. هم چنین بیشترین اختلال قاعدگی مربوط به دیسمنوره و کمترین اختلال هایپومنوره گزارش‌شده که این اختلاف ، شاید ناشی از سبک زندگی دانشجویی باشد (۲۳).

در مطالعه احمد نوح که بر روی فراوانی سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بوده، در راستای مطالعه شاهویی در سال ۹۷، بیشترین میزان اختلال قاعدگی مربوط به دیسمنوره بود درحالی‌که در مطالعه ما دیسمنوره فقط ٪۵ موارد را شامل می‌شد که میزان بالای دیسمنوره در این دو مطالعه شاید به دلیل نمونه‌های دانشجویی و سنین پایین تر یا تفاوت زمینه‌های ژنتیکی، مسائل جغرافیایی و تغذیه باشد(۲۴). بر خلاف مطالعه ما که شیوع ۵ ٪ دیسمنوره را داشتیم، سلطانی و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی شیوع اختلالات قاعدگی در دختران دبیرستانی شیوع دیسمنوره را در بین اختلالات قاعدگی۷۸ درصد و فرهمند (۲۰۱۴) در زنان ۴۵-۱۸ ساله ایرانی ۶۷/۵٪ اعلام کرد(۱۰, ۱۱). در مطالعه‌ای در چین شیوع دیسمنوره را در بین اختلالات قاعدگی در دختران دانشجو ۱۶٪ گزارش داد (۲۵).که این میزان کمی از فراوانی دیسمنوره در مطالعه ما بالاتر و لی نسبت به مطالعه سلطانی و فرهمند فراوانی بسیار پایین‌تری داشته است.

در مطالعه حاضر، میزان فراوانی الیگومنوره ۲۶/۸۱ ٪ بود که با نتایج مطالعه کاظمی و همکاران که ۱۲/۳٪ بوده و هم چنین مطالعه مروری سامانی و همکاران که ۱۳/۱۱٪ بوده و مطالعه شاهویی که ۱۱٪ بوده ،مقداری متفاوت است و علت تفاوت در این میزان می‌تواند مربوط به تفاوت در سن یا تفاوت در تعریف فاصله بین دوره‌های قاعدگی باشد(۲۶, ۲۷). در این مطالعه ۲۵/۹۰٪ از خانم‌ها با شکایت آمنوره به مطب پزشکان و مراکز درمانی مراجعه کردند درحالی‌که این میزان در مطالعه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

سلطانی ۱۵/۲٪ و در مطالعه شاهویی صفر درصد به ثبت رسیده که علت این تفاوت می‌تواند مربوط به تفاوت سنی گروه‌ها و یا تفاوت‌های ژنتیکی باشد (۱۰, ۲۳). در مطالعه ما ۱۶/۸ درصد از خانم‌های دارای اختلال قاعدگی هایپوتیروئید و ۱/۴ درصد هایپرتیروئید بودند.هم راستا با نتایج ما، در مطالعه Sowers و همکاران که روی ۳۲۴۲ زن با نژادهای مختلف در رده ۴۰ تا ۵۰ سال جهت بررسی ارتباط تیروئید و اختلالات قاعدگی خانم‌ها در سال ۲۰۰۳ انجام شد بیشترین درصد داده‌ها مربوط به هایپوتیروئیدی با ۶/۲٪ و هایپرتیروئیدی با ۳/۲٪ بود که این اختلالات باکوتاه شدن و یا افزایش طول قاعدگی بودند، در این تحقیق اختلال هورمونی ناشی از کیست و مشکلات تخمدانی نسبت به اختلالات تیروئید در صدر قرار داشت(۲۸).

همان‌طور که در تحقیق انجام شده توسط قائمی و همکاران هم در گرگان که بر روی ۱۱۰ خانم ۱۸-۴۰ سال با اختلال قاعدگی باهدف بررسی ارتباط اختلالات هورمونی با اختلالات قاعدگی صورت گرفت به این نتیجه رسیدند که هایپوتیروئیدی نسبت به هایپرتیروئیدی تاثیر بیشتری در ایجاد اختلال قاعدگی دارد، که هم راستا با نتایج تحقیق ما بود(۲۹). در همین راستا، در مطالعه شارما (۲۰۱۲) هم در رابطه با اختلالات قاعدگی و تیروئید مشخص شد که ۲۲٪ خانم‌ها مبتلا به هایپوتیروئیدی و ۱۴٪ مبتلا به هایپرتیروئیدی بودند (۱۹).

با توجه به هم‌راستا بودن تمام مطالعات در جهت نقش داشتن اختلالات تیروئید در بروز اختلالات قاعدگی می‌توان به این نکته اشاره کرد که اختلالات تیروئید می‌توانند به طور مستقیم یا غیرمستقیم با اختلالات قاعدگی در زنان مرتبط باشند. اختلالات تیروئید می‌توانند باعث تغییرات در سطح هورمون‌های جنسی زنان شوند که ممکن است با اختلال در دوره قاعدگی همراه باشد. علاوه بر این، افزایش یا کاهش فعالیت تیروئید می‌تواند باعث تحریک یا کاهش تحریک مجدد سیستم تخمدان شود که ممکن است منجر به عدم تنظیم دوره قاعدگی شود. همچنین به دلیل تشابه ساختمانی هورمون‌های LH، FSH و TSH احتمالا کم یا زیادشدن TSH می‌تواند بر هورمون‌های LH و FSH تاثیرگذار بوده و اختلالاتی را در سیکل قاعدگی ایجاد کند(۳۰).

یکی دیگر از علل اختلال قاعدگی در مطالعه ما هایپرپرولاکتینمی بود که ۵٪ از تمام علل را به خود اختصاص داده بود، در مطالعه بامبولین (۲۰۰۳)که بر روی ۱۱۷دختر نوجوان ۱۴تا ۱۸ ساله لتونی بدون شواهد افزایش اندروژن که دچار اختلال قاعدگی بودند انجام شد به این نتیجه رسید که ۱۳/۸درصد افراد به علت سندرم تخمدان پلی کیستیک و پس از آن ۹/۲درصد افراد به علت هیپرپرولاکتینمی دچار این

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

اختلال شده بودند(۳۱)، در صورتی که در مطالعه ما هیپرپرولاکتینمی درصد ناچیزی را به خود اختصاص داده است که علت این تفاوت می‌تواند سبک زندگی و یا تفاوت‌های نژادی باشد. از نقاط ضعف این تحقیق می‌توان به عدم همکاری برخی از پزشکان در اختیار قرار دادن اطلاعات بیماران شان بود که باعث شد تعداد نمونه‌ها ریزش داشته باشند اشاره کرد و از نقاط قوت این مطالعه می‌توان از رنج گسترده سنی جهت بررسی اختلالات قاعدگی و مطالعه مبتنی بر جمعیت که کلیه اختلالات قاعدگی را به طور هم زمان بررسی کرد، نام برد.

نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع بالا اختلالات قاعدگی و اینکه در این مطالعه بالاترین علت مربوط به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بود، می‌توانیم با بررسی به موقع علایم، پیگیری و درمان آن سلامتی و احساس رضایت از زندگی و باروری را به افراد مبتلا هدیه دهیم و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشیم برقراری بستر و شرایطی مناسب مانند معاینات پزشکی، کنترل سالانه زنان، مدیریت استرس، تغییر سبک زندگی و رژیم غذایی و به خصوص کاهش وزن، حمایت خانوادگی، تشویق آنان به ازدواج در سنین باروری و فرزند آوری و آرامش روانی، جهت کاهش این اختلال می‌تواند موثر باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد جهت حمایت از این طرح تشکر می‌شود. لازم به ذکر است این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی با شناسه اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1400.011 مصوب گردید.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی را ذکر نمی‌کنند.

References

1. Rigon F, De Sanctis V, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, et al. Menstrual pattern and menstrual disorders among adolescents: an update of the Italian data. Italian Journal of Pediatrics. 2012;38(2012):1-8.
2. Berek JS. Berek & Novak's gynecology. Lippincott Williams & Wilkins; 2019 Mar 19.
3. Karout N. Prevalence and pattern of menstrual problems and relationship with some factors among Saudi nursing students. Journal of Nursing Education and practice. 2015;5(12):1-8.
4. Olowokere AE, Oginni MO, Olajubu AO, William AE, Irinoye OO. Menstrual disorders: The implications on health and academic activities of female undergraduates in a federal university in Nigeria. Journal of Nursing Education and Practice. 2014;4(5):126.
5. Adebimpe WO, Farinloye EO, Adeleke NA. Menstrual pattern and disorders and impact on quality of life among university students in South-Western Nigeria. Journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences. 2016;5(1):27-32.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

6. Demir SC, Kadayýfçý TO, Vardar MA, Atay Y. Dysfunctional uterine bleeding and other menstrual problems of secondary school students in Adana, Turkey. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2000;13(4):171-5.
7. Falahat F, Tavakkoli M, Mokaberinejad R, Ayati S, Feyzabadi Z. Natural treatments of oligomenorrhea based on persian medicine. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2018;21(Supplement):55-66. [Persian]
8. Aher JY, Rajole KM. A cross-sectional study of prevalence of dysmenorrhea among adolescent girls. reproductive health. 2016;7(9): 3421-23.
9. Zeru AB, Gebeyaw ED, Ayele ET. Magnitude and associated factors of menstrual irregularity among undergraduate students of Debre Berhan University, Ethiopia. Reproductive Health. 2021;18(1):101.
10. Soltani F, Shobeiri F. Menstrual patterns and its disorders in high school girls. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2011;14(1):28-33. [Persian]
11. Farahmand M, Hashemi S, Rezaee N, Azizi F. Prevalence of menstrual disorders and its related factors in 18-45 year-old Iranian women in four selected provinces. Hakim Research Journal. 2014;17(3):192-9. [Persian]
12. Ghazanfarpour M, Dolatabadi Z, Bamorovat Z, Mahmoodabadi M, Salari Nasab J, Basari S, et al. Prevalence of Symptoms of Polycystic Ovary Syndrome and Some Associated Factors in Medical Students. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2022;24(1):215-23. [Persian]
13. Dolatian M, Jafari H, Velaei N, Afrakhteh M, Azam Taleban F, Gachkar L. Effects of fish oil on primary dysmenorrhea. Journal of Advances in Medical and Biomedical Research. 2004;12(47):7-15.
14. Jalilian A, Kiani F, Sayehmiri F, Sayehmiri K, Khodaee Z, Akbari M. Prevalence of polycystic ovary syndrome and its associated complications in Iranian women: A meta-analysis. Iranian journal of reproductive medicine. 2015;13(10):591. [Persian]
15. Pourhoseini SA, Babazadeh R, Mazlom SR. Frequency of Polycystic Ovary Syndrome Phenotypes in Mashhad's Teenagers According to Rotterdam Criteria in 2017. IGOJ. 2021;24(2):14-22.
16. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine, 19e. New York, NY, USA:: Mcgraw-hill; 2015.
17. Yatish B, Sagar TV, Kumar S, Rath B, Mahapatra SK. Effect of Hypothyroidism on Menstrual Cycle Pattern and Fertility at a Tertiary Care Centre in South India. National Journal of Laboratory Medicine. 2022; 11(4):25-28.
18. Shahghaibi S, Darvishi N, Yousefinejad V, Moghbel N, Shahsavari S. Investigation of the incidence rate of menstrual disorders in 17 and 18 year old high school female students in Sanandaj city in 2005. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2009;14(3). [Persian]
19. Sharma N, Sharma A. Thyroid profile in menstrual disorders. JK science. 2012;14(1):14.
20. Delara M, Borzuei H, Montazeri A. Premenstrual disorders: prevalence and associated factors in a sample of Iranian adolescents. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2013;15(8):695.
21. Asgharnia M, Mirblook F, Soltani MA. The prevalence of polycystic ovary syndrome (PCOS) in high school students in Rasht in 2009 according to NIH criteria. International journal of fertility & sterility. 2011;4(4):156.
22. Zandi S, Farajzadeh S, Safari H. Prevalence of polycystic ovary syndrome in women with acne: hormone profiles and clinical findings. Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 2010;20(4):194-8.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

23. Shahoei R, Nouri B, Darvishi N, Rezaie K, Zandi H, Bayazidi S, et al. Prevalence of menstrual disorders and its related factors in the students of Kurdistan University Of Medical Science in 2018. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2020;25(4):31-41. [Persian]
24. Nooh AM. Menstrual disorders among Zagazig university students, Zagazig, Egypt. Middle East Fertility Society Journal. 2015;20(3):198-203.
25. Ansong E, Arhin SK, Cai Y, Xu X, Wu X. Menstrual characteristics, disorders and associated risk factors among female international students in Zhejiang Province, China: a cross-sectional survey. BMC women's health. 2019;19(1):1-10.
26. Kazemijaliseh H, Ramezani Tehrani F, Behboudi-Gandevani S, Khalili D, Hosseinpanah F, Azizi F. The prevalence of menstrual disorders in reproductive aged women and its related factors. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2015;17(2):105-12. [Persian]
27. Samani RO, Hashiani AA, Razavi M, Vesali S, Rezaeinejad M, Maroufizadeh S, et al. The prevalence of menstrual disorders in Iran: A systematic review and meta-analysis. International journal of reproductive biomedicine. 2018;16(11):665.
28. Sowers M, Luborsky J, Perdue C, Araujo KL, Goldman MB, Harlow SD. Thyroid stimulating hormone (TSH) concentrations and menopausal status in women at the mid-life: SWAN. Clinical endocrinology. 2003;58(3):340-47.
29. Ghaemi E, Joshaghani H. Correlation of hormonal disorders with menstrual disorders. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2011;13(2):86-92. [Persian]
30. Berek JS. Berek & Novak's gynecology. Lippincott Williams & Wilkins; 2019 Mar 19.
31. Bumbulienè Z. Casual analysis of menstrual disorders in adolescent girls. Ginekologia Polska. 2003;74(4):267-73.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]