

Comparison of Mental Health of Female Students with Early, Late, and Normal Menarche in Isfahan, Iran

Elham Irannezhad^{1,*} , Mohammad Soltanizadeh²

¹ PhD Candidate, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University (PNU), Iran

* **Corresponding Author:** Elham Irannezhad, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: elhamIrannegad@yahoo.com

Abstract

Received: 09.10.2020

Accepted: 28.01.2021

How to Cite this Article:

Irannezhad E, Soltanizadeh M. Comparison of Mental Health of Female Students with Early, Late, and Normal Menarche in Isfahan, Iran. *Avicenna J Clin Med.* 2021; 27(4): 253-260. DOI: 10.29252/ajcm.27.4.253

Background and Objective: The changes that occur in the female body with the onset of menstruation affect the psychological components, including mental health. This study aimed to compare the mental health of adolescent females with early, late, and normal menarche.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted based on a causal-comparative design. The statistical population included 9- to 17-year-old female students in Isfahan, Iran, who were selected through multistage random cluster sampling. The sample size was determined at 56, 37, and 43 cases in the group of students with normal, early, and late menarche, respectively. The data were collected using the Pediatric Symptom Checklist for school-aged children (age range: 3-18 years) (Jelink, Murphy, and Burns, 1986). Following that, the collected data were analyzed using SPSS software (version 25) through a covariance test.

Results: According to the results, no significant difference was observed between the two groups of female students with normal and early menarche regarding mental health and its subscales. However, the adolescent females with late menarche had better mental health, compared to those with early and normal menarche ($P < 0.01$).

Conclusion: Based on the results, it seems that the timing of the onset of menstruation affects mental health. The late menarche is associated with fewer mental health problems.

Keywords: Menarche, Mental Health, Students

مقایسه سلامت روان دانش آموزان دختر دارای قاعدگی عادی، زودرس و دیررس در شهر اصفهان

الهام ایران نژاد^{۱*}، محمد سلطانی زاده^۲

^۱ دانشجوی دوره دکتری، گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

^۲ استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

* نویسنده مسئول: الهام ایران نژاد، گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
elhamIrannegad@yahoo.com ایمیل:

چکیده

سابقه و هدف: دگرگونی‌های ایجاد شده همراه با شروع قاعدگی بر مؤلفه‌های روان‌شناختی از جمله سلامت روان اثر می‌گذارد. در این راستا این مطالعه با هدف مقایسه سلامت روان دختران دارای قاعدگی زودرس، دیررس و عادی انجام شد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۷/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱۱/۰۹

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک طرح توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود و جامعه آماری آن را دانش آموزان دختر ۹ تا ۱۷ ساله شهر اصفهان تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای و حجم نمونه ۵۶، ۳۷ و ۴۳ نفر به ترتیب برای گروه دارای قاعدگی عادی، زودرس و دیررس بود. ابزار این مطالعه پرسش‌نامه سلامت روان کودکان ۳ تا ۱۸ سال (PSC) جلینک، مورفی و بورنز (۱۹۸۶) بود. داده‌های گردآمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

یافته‌ها: بین دو گروه دختران دارای قاعدگی عادی و زودرس در سلامت روان و زیرمقیاس‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. دختران دارای قاعدگی دیررس سلامت روان بیشتری نسبت به دختران دارای قاعدگی زودرس و عادی داشتند ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد زمان شروع قاعدگی بر سلامت روان اثر می‌گذارد. هرچه سن شروع قاعدگی بالاتر باشد، مشکلات در سلامت روان کمتر می‌شود.

واژگان کلیدی: دانش آموزان، سلامت روان، نخستین قاعدگی

مقدمه

تفاوت است و بین ۱۲ تا ۱۶/۲ سالگی گزارش شده است. برخی دختران زودتر یا دیرتر از همسالان خود به سن قاعدگی می‌رسند [۲]. سن قاعدگی زودرس و دیررس را بر اساس دو انحراف استاندارد از میانگین جامعه در نظر می‌گیرند [۴]. در فراتحلیلی، میانگین سن نخستین قاعدگی در ایران ۱۲/۸۱ ($SD=0/25$) گزارش شده است [۵]. میانگین این سن در شهر اصفهان ۱۲/۵۶ ($SD=1/15$) به دست آمده است [۶].

تغییرات زیاد در زمان بلوغ می‌تواند بر مؤلفه‌های روانی نوجوان تأثیر بگذارد که یکی از این جنبه‌های روان‌شناختی، سلامت روان است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی یک وضعیت بهزیستی است که فرد در آن توانایی‌های خود را می‌شناسد و می‌تواند با فشارهای عادی زندگی مقابله، به شیوه‌ای مؤثر عمل و به جامعه خود کمک کند.

بلوغ دوره‌ای از رشد است که تغییرات هورمونی، روانی، شناختی و فیزیکی هم‌زمان در جریان است [۱]. نخستین قاعدگی به‌عنوان آخرین مرحله رشد فیزیکی زنان ناگهانی رخ می‌دهد [۳-۱] و اغلب باعث طغیان هیجانی می‌شود که بسیاری دختران تا مدت‌ها به یاد می‌آورند و آثار آن می‌تواند تا مدت‌ها برجای بماند و نگرش دختران به قاعدگی، رفتار سلامتی و تصویر بدن را تحت تأثیر قرار دهد. نخستین قاعدگی به دلیل اینکه در دوره بحرانی رشد هیجانی رخ می‌دهد، دوره‌ای که دختران نوجوان با تصویر خود، هویت، فشار هم‌سالان، تغییرات خلقی، پیچیدگی‌های خانوادگی و حتی افسردگی درگیر هستند، اهمیت زیادی می‌یابد. افسردگی، اضطراب و ناتوانی تمرکز علائم روانی معمول هستند که در قاعدگی گزارش شده‌اند [۳]. زمان نخستین قاعدگی در بین کشورها و اقوام گوناگون دنیا

مقایسه سلامت روان دختران دارای قاعدگی زودرس، دیررس و عادی است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک طرح توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر ۹ تا ۱۷ ساله منطقه ۱ و ۳ آموزش و پرورش شهر اصفهان بود. حجم کل نمونه‌گیری انجام شده ۵۹۸۴ نفر بود که از این تعداد ۱۹۶ نفر برای گروه عادی، ۲۸۹۲ نفر برای گروه زودرس و ۲۸۹۶ نفر برای گروه دیررس بودند. در نهایت حجم نمونه گروه‌ها به ترتیب برای گروه عادی، زودرس و دیررس ۵۶، ۳۷ و ۴۳ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری دختران دارای قاعدگی عادی به صورت خوشه‌ای تصادفی و نمونه‌گیری دختران زودرس و دیررس به روش هدفمند انجام شد.

برای گروه دختران دارای قاعدگی عادی دو ناحیه ۱ و ۳ آموزش و پرورش اصفهان به صورت تصادفی انتخاب شدند. در این دو ناحیه ۱۰ دبیرستان و در هر دبیرستان یک کلاس هفتم به صورت تصادفی انتخاب شد. انتخاب پایه هفتم به این دلیل بود که میانگین سن قاعدگی در اصفهان ۱۲/۵۶ (SD=۱/۱۵) سالگی گزارش شده است. از مجموع ۱۹۶ نفر دانش‌آموز این ۱۰ کلاس، ۱۱۴ نفر در پژوهش ماندند و پرسش‌نامه را به‌طور کامل پاسخ دادند. پس از گرفتن اجازه از مدیر دبیرستان و معرفی پژوهشگر به دانش‌آموزان، درباره هدف پژوهش، شیوه پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه و محرمانه‌بودن اطلاعات توضیحاتی به دانش‌آموزان داده و برگه‌های پرسش‌نامه پخش شد. به پرسش‌های دانش‌آموزان نیز پاسخ داده شد. برای پاسخ‌دهی محدودیت زمانی وجود نداشت. با پرسش درباره آغاز قاعدگی و سن شروع قاعدگی، ۵۶ نفر با سن قاعدگی طبیعی انتخاب شدند.

برای انتخاب نمونه دختران دیررس، ابتدا دبیرستان‌های دوره دوم ناحیه ۱ و ۳ آموزش و پرورش جست‌وجو شد و از ۱۱ مدرسه‌ای که به‌طور تصادفی انتخاب شدند و برای انجام تحقیق به آن مراجعه شد، در بین ۷۸۳ نفر دختر پایه دهم و یازدهم که در پژوهش شرکت کردند، مورد دیررسی یافت نشد؛ بنابراین، جست‌وجو در پایه نهم در دبیرستان‌های دوره اول متمرکز شد. از آنجاکه ممکن است در پرسش از گروه به‌صورت شفاهی برخی از دختران نخواهند وضعیت قاعدگی خود را بیان کنند، برای پیدا کردن نمونه‌های دیررس بدون نیاز به پرسش مستقیم در کلاس، درباره شروع قاعدگی پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی با نام ارائه شد. در ۳۴ دبیرستان دوره اول که حاضر به همکاری شدند، ۲۱۱۳ دانش‌آموز پایه نهم به پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی پاسخ دادند. پس از هماهنگی با مدیریت دبیرستان و دبیر مربوطه، در چند دقیقه ابتدایی یا پایانی کلاس درباره اینکه پژوهشی در حال اجراء است و این پرسش‌نامه برای پیدا کردن نمونه‌های مدنظر از بین دانش‌آموزان برای پاسخ به پرسش‌نامه‌های دیگری است و

Hauhan (۱۹۹۵) سلامت روان را وضعیتی از بلوغ روان‌شناختی تعبیر می‌کند و آن را بیشترین رضایت به‌دست‌آمده از کنش‌های فرد و اجتماع می‌داند [۷].

قاعدگی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان دختران نوجوان است. نخستین قاعدگی با احساس شرم، خجالت، نگرانی، ناراحتی، اضطراب، ناتوانی تمرکز، ترس، گیج‌شدن [۸، ۹، ۱۰]، احساس بیماری، تغییرات خلقی، خستگی و ناتوانی در انجام تکالیف مدرسه [۸] همراه است. از نظر دختران قاعدگی تحقیرآمیز و شرم‌آور است [۲]. این واکنش‌های هیجانی به سن آغاز قاعدگی وابسته است. پژوهش‌ها نشان دادند دختران با قاعدگی زودرس احساس افسردگی، اضطراب، خشم، نگرانی، ترس و وحشت، گنجی و خجالت و ناخوشنودی بیشتر و احساس سلامت کمتری دارند [۱۱-۹، ۲، ۱]. همچنین احتمال بروز رفتارهای بیرونی مانند مصرف مواد و الکل، خودآزاری و اختلال‌های روانی تغذیه، ایده خودکشی و رفتارهای پرخطر جنسی و بزهکاری بیشتر است [۱۱-۹، ۲، ۱]. در دختران با قاعدگی دیررس، پیش از آغاز قاعدگی نگرانی برای سلامتی جسمانی و عصبی‌بودن دیده می‌شود [۹] و پس از رخ دادن قاعدگی، احساس شرم بیشتری را تجربه می‌کنند، اما اضطراب و دلهره آن‌ها کمتر است [۱۲] و نیز احساس شادمانی و هیجان در میان آن‌ها دیده می‌شود [۹].

تغییرات روانی، شناختی و فیزیکی هم‌زمان با آغاز قاعدگی نتایج فردی و اجتماعی به همراه دارد. این تغییرات در خانواده تنش و نگرانی و در روابط با اعضای خانواده مشکل ایجاد می‌کند. دگرگونی‌های ایجادشده همراه با شروع قاعدگی در سطح فردی سبب افسردگی، اضطراب، خشم، نگرانی، ترس و وحشت، گیجی، خجالت، ناخوشنودی و احساس بیماری می‌شود و بر عملکرد نوجوان اثر می‌گذارد و باعث ناتوانی در انجام تکالیف خانه و مدرسه و انجام فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. در سطح اجتماعی نیز احتمال بروز رفتارهای ضداجتماعی و مشکل‌آفرین همچون مصرف مواد و الکل، خودآزاری و اختلال‌های روانی تغذیه، ایده خودکشی و رفتارهای پرخطر جنسی و بزهکاری را افزایش می‌دهد. پس شناخت آثار روان‌شناختی قاعدگی بر نوجوان به‌ویژه در قاعدگی زودرس و دیررس به فراهم آوردن آموزش‌ها و شرایط بهتر برای رشد و سلامت دختران نوجوان کمک می‌کند و با کمک به نوجوانان برای درک و نگرش بهتر درباره قاعدگی، به آرامش محیط خانه و سلامت اجتماع نیز کمک می‌شود.

با توجه به جست‌وجوی انجام‌شده، پیشینه‌ای درباره تأثیر قاعدگی بر سلامت روان در پژوهش‌های ایرانی یافت نشد. در اندک پژوهش‌های انجام‌شده خارجی در مورد بلوغ دیررس دختران و مقایسه آن‌ها با گروه‌های دیگر نیز موردی یافت نشد. همچنین پژوهش‌های موجود بر یک یا چند مؤلفه از سلامت روان مانند اضطراب و افسردگی تمرکز داشته و سلامت روان را به‌طور کلی بررسی نکرده‌اند. از این‌رو هدف انجام این مطالعه

زیر ۱۰/۵ سال و برای گروه دبیرس بالای ۱۴/۵ سال بود؛ رضایت والدین برای شرکت دانش‌آموز در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل پاسخ کامل ندادن به پرسش‌نامه‌ها، وجود بیماری یا نقص عضو جدی یا داشتن اختلال‌های روان‌شناختی حاد بود. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از روش‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

پرسش‌نامه سلامت روان کودکان ۳ تا ۱۸ سال (PSC: Pediatric Symptom Checklist)

Jellinek و همکاران (۱۹۸۶) این پرسش‌نامه را ساخته‌اند و صادقی (۱۳۸۸) آن را ترجمه و هنجاریابی کرده است. آزمون چک‌لیست تصویری شامل نشانه‌های مربوط به مشکلات کودکان است که با تغییرات ضروری به‌عنوان یک آزمون معتبر و بین‌المللی برای غربالگری اختلالات رفتاری-اجتماعی کودکان و نوجوانان با ۳۵ پرسش منتشر شد. Jellinek و همکاران (۱۹۸۸) پایایی آن را ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ بیان کردند. Murphy و همکاران و Pagano و همکاران (۱۹۹۶) آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به‌دست آوردند. Polaha در سال ۲۰۱۱ آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. پرسش‌نامه سلامت روان کودکان نقطه برش ۲۸، دقت ۰/۶۸ و حساسیت ۰/۹۵ دارد؛ به این معنی که ۰/۶۸ کودکانی که نمره مثبتی در این پرسش‌نامه گرفته‌اند، توسط متخصصان نیز شناسایی شده بودند. ۰/۹۵ از کودکان که نمره منفی گرفته‌اند، بدون اختلال شناسایی شدند.

پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ بوده است. پایایی کل و زیرمقیاس‌های آن شامل اختلال تمرکز و توجه، اختلال برون‌سازی و اختلال درون‌سازی با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۴۹، ۰/۶۱ و ۰/۶۲ به‌دست آمد. این پرسش‌نامه سه زیرمقیاس دارد که عبارت‌اند از: زیرمقیاس اختلال تمرکز شامل پرسش‌های ۴، ۷، ۸، ۹ و ۱۴؛ زیرمقیاس اختلال درون‌سازی شامل پرسش‌های ۱۱، ۱۳، ۱۹، ۲۲ و ۲۷ و زیرمقیاس اختلال برون‌سازی شامل پرسش‌های ۱۶، ۲۹، ۳۱ تا ۳۵. هر پرسش صفر تا ۲ نمره با توجه به پاسخ هرگز، گاهی و اغلب می‌گیرد. نمره کلی حاصل از این پرسش‌نامه بیانگر احتمال ابتلای کودک به مشکلات روانی اجتماعی است. نمره کل بین ۰ تا ۷۰ به‌دست خواهد آمد. نمره برش برای ۶ سال به بالا، ۲۸ یا بیشتر است که احتمال وجود مشکلات روانی اجتماعی (به‌صورت کلی) را نشان می‌دهد. نمره زیرمقیاس تمرکز با ۵ پرسش بین صفر تا ۱۰ و نقطه برش ۷ است. نمره زیرمقیاس اختلال درون‌سازی با ۵ پرسش بین صفر تا ۱۰ با نقطه برش ۵ است. نمره زیرمقیاس برون‌سازی با ۷ پرسش بین صفر تا ۱۴ با نقطه

اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و اینکه می‌توانند در این پژوهش شرکت نکنند و برگه‌ها را سفید بازگردانند، توضیحاتی داده شد. سپس پرسش‌نامه پخش شد و ابهام‌ها و پرسش‌های دانش‌آموزان پاسخ داده شد. پرسش‌نامه‌ها پس از تکمیل، بررسی شد. کسانی که به سؤال «آیا قاعدگی شما شروع شده است؟» پاسخ منفی داده بودند، برای پرکردن پرسش‌نامه‌های اصلی فراخوانده شدند.

درنهایت به ۴۶ دانش‌آموز با بلوغ دبیرس پرسش‌نامه‌های پژوهش ارائه شد که ۴۳ دانش‌آموز به‌طور کامل در پژوهش شرکت کردند. پرسش‌نامه‌های اصلی به‌صورت تک نفره یا در گروه‌های کوچک به دانش‌آموزان داده شد (تعداد دانش‌آموزان با بلوغ دبیرس در هر دبیرستان انگشت‌شمار بود). هنگام پاسخ‌گویی به ابهام‌ها و پرسش‌های آن‌ها پاسخ داده شد.

به‌منظور بررسی دانش‌آموزان با بلوغ زودرس، به دلیل سن کم، شمار دختران به قاعدگی رسیده انگشت‌شمار و حساسیت مدرسه و خانواده‌ها درباره ندادن اطلاعات به دختران زودتر از زمان مدنظر آن‌ها، امکان پرسش مستقیم و یا دادن پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی وجود نداشت. همچنین با توجه به اینکه در پژوهش‌های انجام‌شده سن زیر ۱۱ سال برای قاعدگی زودرس عنوان شده بود، دختران پایه چهارم دبستان بررسی شدند؛ بنابراین، در این گروه سنی ۶۱ دبستان ناحیه ۱ و ۳ آموزش و پرورش اصفهان به چند روش با کمک مدیریت دبستان‌ها و آموزگاران، دختران زودرس جست‌وجو شدند. روش‌های به‌کاررفته شامل پرسش از مربیان بهداشت، پرسش از مادران در جلسات هنگام دادن کارنامه و گفت‌وگوی دوره‌ای مادران با آموزگار، صحبت مستقیم پژوهشگر با مادران در جلسه مادران با آموزگار، ارسال نامه درخواست همکاری از سوی مدیریت دبستان به مادران بود.

پس از شروع بیماری کرونا و بسته‌شدن مدرسه‌ها کار نیمه‌تمام ماند و در بازگشایی مدرسه، با هماهنگی‌های انجام‌شده در روز ارائه کارنامه پرسش‌نامه در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت. از میان ۲۸۹۲ دانش‌آموز پایه چهارم، ۳۷ مورد قاعدگی زودرس یافت شد. هریک از دختران زودرس پیداشده جداگانه فراخوانده شد و پرسش‌نامه‌ها به همراه توضیح کامل داده شد. پرسش‌ها و ابهام‌ها هنگام پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها پاسخ داده شد. محدودیت زمانی برای پاسخگویی وجود نداشت.

با توجه به اینکه سن دبیرس یک‌چهارم بالای دامنه سن شروع قاعدگی است و در تعریف کلینیکی سن ۲ انحراف‌معیار بالاتر از سن میانگین شروع قاعدگی به شمار می‌رود [۴] و برخی محدوده سن قاعدگی دبیرس را تقریباً ۱ انحراف‌معیار بالای میانگین به‌دست‌آمده برای جامعه گزارش کرده‌اند و همچنین سن میانگین شروع قاعدگی در اصفهان ۱۲/۵۶ (SD=۱/۱۵) است [۶]. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن سن در نظر گرفته‌شده که برای گروه عادی ۱۱ تا ۱۳ سال، برای گروه زودرس

برش ۷ است.

پدران تحصیلاتی تا دیپلم، ۳۹/۶ درصد کاردانی و کارشناسی، ۸/۹ درصد کارشناسی ارشد و دکتری داشتند. ۰/۷ درصد از مادران فوت شده، ۲۹/۴ درصد شاغل و باقی خانه‌دار بودند. به‌طورکلی ۲/۲ درصد از پدران فوت شده، ۳۲/۳ درصد کارمند، ۱۱ درصد کارگر، ۳۹/۷ درصد آزاد، ۴/۴ درصد راننده، ۳/۷ درصد بازنشسته و ۶/۶ درصد در بخش پزشکی بودند. ۵/۱ درصد از دختران در طبقه پایین، ۷۵/۷ درصد در طبقه میانه و ۱۹/۱ درصد در طبقه بالای اقتصادی اجتماعی قرار داشتند.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه‌ها را نشان می‌دهد. میانگین نمره دختران گروه دارای قاعدگی عادی، زودرس و دیررس در زیرمقیاس اختلال تمرکز به ترتیب ۴/۴۲۹، ۴/۷۰۳ و ۲/۸۸۴، در زیرمقیاس اختلال درون‌سازی به ترتیب ۲/۹۲۹، ۳/۳۵۱ و ۱/۴۱۹ و در زیرمقیاس

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن دختران و پدران و مادران به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ آمده است. میانگین سن دختران دارای قاعدگی عادی، زودرس و دیررس به ترتیب ۱۲ سال و ۳ ماه، ۹ سال و ۷ ماه و ۱۴ سال و ۳ ماه بود. میانگین سن شروع قاعدگی در کل ۱۰ سال و ۴ ماه بود. میانگین سن مادران ۳۸ سال و میانگین سن پدران ۴۳ سال بود.

فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است. در کل ۵۳/۶ درصد از مادران تحصیلات تا دیپلم، ۳۹/۸ درصد کاردانی و کارشناسی، ۶/۶ درصد کارشناسی ارشد و دکتری داشتند. ۵۱/۵ درصد از

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد سن دختران، پدران و مادران به تفکیک گروه‌ها

سن (سال)	قاعدگی عادی		قاعدگی زودرس		قاعدگی دیررس		کل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
دختران	۱۲/۳	۰/۴۴	۹/۷	۰/۵۱	۱۴/۳	۰/۴۱	۱۱/۸۲
مادران	۳۷/۴۸	۶/۴۰	۳۵	۶/۰۲	۴۱/۱۹	۴/۷۸	۶/۲۶
پدران	۴۲/۹۵	۶/۶۲	۳۹/۵	۸/۲۶	۴۶/۰۹	۵/۸۳	۷/۲۷
سن شروع قاعدگی	۱۱/۵	۰/۶۵	۸/۹	۰/۵۴	-	-	۱۰/۴

جدول ۲: فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها

ویژگی	قاعدگی عادی		قاعدگی زودرس		قاعدگی دیررس		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
تحصیلات مادران	تا دیپلم	۳۲	۵۷/۲	۱۸	۴۸/۶	۲۳	۵۳/۶
	کاردانی و کارشناسی	۲۲	۳۹/۲	۱۹	۵۱/۴	۱۳	۳۹/۸
	ارشد و دکتری	۲	۳/۶	-	-	۷	۱۶/۳
تحصیلات پدران	تا دیپلم	۳۳	۵۹	۱۷	۴۵/۹	۲۰	۴۶/۶
	کاردانی و کارشناسی	۱۷	۳۰/۳	۱۹	۵۱/۴	۱۸	۴۱/۸
	ارشد و دکتری	۶	۱۰/۷	۱	۲/۷	۵	۱۱/۶
شغل مادران	فوت شده	-	-	-	-	۱	۲/۳
	شاغل	۱۲	۲۱/۴	۱۲	۳۲/۴	۱۶	۳۷/۲
	خانه‌دار	۴۴	۷۸/۶	۲۵	۶۷/۶	۲۶	۶۰/۵
شغل پدران	فوت شده یا طلاق	۱	۱/۸	-	-	۲	۴/۷
	کارگر	۴	۷/۱	۵	۱۳/۵	۶	۱۴/۰
	کارمند	۱۱	۱۹/۶	۱۴	۳۷/۸	۷	۱۶/۳
	آزاد (بازاری یا پیمانکاری)	۲۹	۵۱/۸	۸	۲۱/۶	۱۷	۳۹/۵
	پزشکی و بهداشتی	۲	۳/۶	۳	۸/۱	۴	۹/۳
	فرهنگی	۵	۸/۹	۱	۲/۷	۱	۲/۳
	راننده	-	-	۴	۱۰/۸	۲	۴/۷
	بازنشسته	۱	۱/۸	۱	۲/۷	۳	۷/۰
	نظامی	۳	۵/۴	۱	۲/۷	۱	۲/۳
	پایین اقتصادی-اجتماعی	۴	۷/۱	۱	۲/۷	۲	۴/۷
میانه	۴۲	۷۵/۰	۳۳	۸۹/۲	۲۸	۶۵/۱	
بالا	۱۰	۱۷/۹	۳	۸/۱	۱۳	۳۰/۲	

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروهها

متغیرها	قاعدگی عادی		قاعدگی زودرس		قاعدگی دیررس		کل
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	
توجه	۴/۴۲۹	۲/۳۱۱	۴/۷۰۳	۲/۷۸۸	۲/۸۸۴	۲/۲۶۱	۴/۰۱۵
اختلال درون‌سازی	۲/۹۲۹	۱/۸۲۸	۳/۳۵۱	۲/۱۲۴	۱/۴۱۹	۱/۸۲۹	۲/۵۶۶
اختلال برون‌سازی	۲/۸۷۵	۱/۹۵۵	۲/۴۸۶	۱/۶۶۰	۱/۳۷۲	۲/۰۸۲	۲/۲۹۴
کل	۱۹/۸۷۵	۷/۹۱۱	۲۰/۴۳۲	۷/۰۱۰	۱۲/۰۰۰	۸/۹۰۴	۱۷/۵۳۷

جدول ۴: نتیجه تحلیل کوواریانس بین گروهی سلامت روان

منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P	eta	Ob.P
عضویت گروهی	سلامت روان	۱۶۵۰/۲۴۹	۸۲۵/۱۲۴	۱۲/۹۰۵	۰/۰۰۱	۰/۱۶۵	۰/۹۹۷
	توجه	۶۶/۰۲۷	۳۳/۰۱۳	۵/۲۳۵	۰/۰۰۶	۰/۰۷۴	۰/۸۲۵
	اختلال درون‌سازی	۶۵/۸۶۹	۳۲/۹۳۵	۸/۹۹۸	۰/۰۰۱	۰/۱۲۱	۰/۹۷۱
سن پدران	اختلال برون‌سازی	۵۸/۱۵۷	۲۹/۰۷۹	۷/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۱۰۷	۰/۹۵۰
	سلامت روان	۱۲/۱۴۹	۱۲/۱۴۹	۱۲/۱۴۹	۰/۱۹۰	۰/۰۰۱	۰/۰۷۲
	توجه	۱/۷۰۱	۱/۷۰۱	۱/۷۰۱	۰/۲۷۰	۰/۰۰۲	۰/۰۸۱
وضعیت اقتصادی	اختلال درون‌سازی	۰/۵۵۵	۰/۵۵۵	۰/۱۵۲	۰/۶۹۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶۷
	اختلال برون‌سازی	۶/۴۰۴	۶/۴۰۴	۱/۷۳۶	۰/۱۹۰	۰/۰۱۳	۰/۲۵۸
	سلامت روان	۱۶۲/۵۱۲	۱۶۲/۵۱۲	۲/۵۴۲	۰/۱۱۳	۰/۰۱۹	۰/۳۵۳
	توجه	۰/۰۱۴	۰/۰۱۴	۰/۰۱۴	۰/۹۶۳	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	اختلال درون‌سازی	۵/۸۶۲	۵/۸۶۲	۱/۶۰۱	۰/۲۰۸	۰/۰۱۲	۰/۲۴۱
	اختلال برون‌سازی	۲/۹۰۸	۲/۹۰۸	۲/۹۰۸	۰/۷۸۸	۰/۰۰۶	۰/۱۴۳

۰/۱۹۲- همبستگی منفی وجود داشت ($P < ۰/۰۵$).
 جدول ۴ نشان می‌دهد تأثیر سن پدر و وضعیت اقتصادی-اجتماعی در تفاوت سلامت روان بین گروه‌ها معنی‌دار نبود. بین سلامت روان کل و زیرمقیاس‌های توجه، اختلال درون‌سازی و اختلال برون‌سازی سه گروه تفاوت معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$).
 جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره گروه‌های زودرس و عادی در هیچ‌یک از متغیرهای سلامت روان معنی‌دار

اختلال برون‌سازی به ترتیب ۲/۸۷۵، ۲/۴۸۶ و ۱/۳۷۲ بود. میانگین نمره کلی سلامت روان دختران دارای قاعدگی عادی ۱۹/۸۷۵، دختران دارای قاعدگی زودرس ۲۰/۴۳۲ و دختران دارای قاعدگی دیررس ۱۲/۰۰۰ بود. بین متغیر اختلال درون‌سازی و سن پدر با مقدار ۰/۱۶۹ و وضعیت اقتصادی-اجتماعی با مقدار ۰/۱۷۳ رابطه مثبت وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سلامت روان کلی با مقدار

جدول ۵: مقایسه‌های زوجی میانگین نمرات متغیرهای سلامت روان در سه گروه دختران

متغیرها	گروه‌های مقایسه	میانگین تفاوتها	انحراف استاندارد	P
سلامت روان کل	زودرس-عادی	۰/۵۵۷	۱/۶۹۸	۰/۷۴۳
	زودرس-دیررس	۸/۴۳۲**	۱/۷۹۷	۰/۰۰۱
	عادی-دیررس	۷/۸۷۵**	۱/۶۲۵	۰/۰۰۱
توجه	زودرس-عادی	۰/۲۷۴	۰/۵۲۹	۰/۶۰۵
	زودرس-دیررس	۱/۸۱۹**	۰/۵۵۹	۰/۰۰۱
	عادی-دیررس	۱/۵۴۵**	۰/۵۰۶	۰/۰۰۳
اختلال درون‌سازی	زودرس-عادی	۰/۴۲۳	۰/۴۰۵	۰/۲۹۹
	زودرس-دیررس	۱/۹۳۳**	۰/۴۲۹	۰/۰۰۱
	عادی-دیررس	۱/۵۱۰**	۰/۳۸۸	۰/۰۰۱
اختلال برون‌سازی	زودرس-عادی	-۰/۳۸۸	۰/۴۰۷	۰/۳۴۲
	زودرس-دیررس	۱/۱۱۴*	۰/۴۳۱	۰/۰۱۱
	عادی-دیررس	۱/۵۰۳**	۰/۳۹۰	۰/۰۰۱

** تفاوت در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است؛ * تفاوت در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

زودرس با خطر بیشتر درون‌سازی و برون‌سازی مشکلات روبه‌رو هستند [۱۴].

یافته‌های این مطالعه نشان داد در زیرمقیاس اختلال تمرکز و توجه تفاوت می‌تواند به این علت باشد که دختران دو گروه عادی و زودرس بیشتر احساس بی‌قراری و خیال‌پردازی می‌کنند و بیشتر حواسشان پرت می‌شود که می‌تواند ناشی از نگرانی برای فاش شدن قاعدگی‌شان باشد. همچنین در زیرمقیاس اختلال درون‌سازی تفاوت معنی‌دار می‌تواند به این سبب باشد که دختران دارای قاعدگی عادی و زودرس بیشتر احساس غم، ناامیدی و نگرانی دارند.

در پژوهش Alcalá-Herrera و همکاران دختران با قاعدگی زودرس نسبت به هم‌سالان علائم افسردگی بیشتری داشتند [۱۵]. Joinson و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که در ابتدا تا میانه نوجوانی شواهدی قوی از همراهی قاعدگی زودرس با نشانه‌های افسردگی وجود دارد. دختران با قاعدگی زودرس با افزایش سطح نشانه‌های افسردگی از آغاز تا میانه نوجوانی روبه‌رو هستند [۱۶]. Mendle و همکاران در سال ۲۰۱۸ دریافتند قاعدگی زودرس با نشانه‌های افسردگی بیشتر و رفتارهای ضداجتماعی در جوانی همراه است؛ زیرا مشکلات ایجاد شده در نوجوانی به مرور زمان کم نمی‌شود [۱۷]. یافته‌های پژوهش Stice و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان داد قاعدگی زودرس ریسک مشکلات روان‌شناختی را بین دختران نوجوان بالا برد، اما این ریسک به ناتوانی مشخصی مرتبط نبود [۱۱].

از محدودیت‌های مطالعه این بود که برای یافتن دختران زودرس و دیررس به دلیل کم‌شمار بودن نسبت به دختران عادی، منطقه بزرگ‌تری جست‌وجو شد و شمار مدارس بیشتری درگیر شدند، ولی برای نمونه‌گیری دختران عادی از مدارس کمتری نمونه‌گیری شد که ممکن است تفاوت‌هایی ایجاد کرده باشد. یکی دیگر از مشکلات این بود که ۸۲ دختر با قاعدگی عادی و ۳ نفر دیررس به پرسش‌نامه پاسخ ندادند که ممکن است با دیگران متفاوت و در نتایج مؤثر باشد. همچنین این پژوهش در شهر اصفهان انجام شده و نیاز است در دیگر نقاط کشور تکرار شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد به‌طور کلی سلامت روان دختران دارای قاعدگی عادی و زودرس به این دلیل که آن‌ها بیشتر از دیررس‌ها خسته می‌شوند، زودرنج‌ترند، در مدرسه بیشتر غیبت دارند، مشکلات خواب بیشتری دارند و بیشتر می‌خواهند با پدر و مادر باشند، مشکلات سلامت روان بیشتری دارند. همچنین با وجود اینکه در مقیاس سلامت روان هر سه گروه از سلامت روان برخوردار بودند (نمره کمتر از ۲۸)، مشکلات در گروه دیررس کمتر بود. به نظر می‌رسد زمان شروع قاعدگی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد. هرچه سن شروع قاعدگی دیرتر باشد مشکلات در سلامت روان کمتر می‌شود.

نبود. تفاوت میانگین نمره گروه‌های زودرس و دیررس و گروه‌های عادی و دیررس در متغیرهای سلامت روان، زیرمقیاس اختلال توجه و اختلال درون‌سازی ($P < 0/01$) و نیز در زیر مقیاس اختلال برون‌سازی معنی‌دار بود.

بحث

این مطالعه با هدف مقایسه سلامت روان دختران دارای قاعدگی زودرس، دیررس و عادی انجام شد. یافته‌های آن نشان داد از نظر سلامت روان، تفاوت معنی‌داری بین دختران دارای قاعدگی زودرس و عادی وجود ندارد. به نظر می‌رسد دختران زودرس و عادی با مشکلاتی همچون اضطراب، ترس، درد و نگرانی از فاش شدن شروع قاعدگی روبه‌رو شده‌اند که این مسائل بر سلامت روان آن‌ها تأثیر ماندگاری داشته و باعث شده است از نظر سلامت روان با دختران دارای قاعدگی دیررس متفاوت باشند. دختران دارای قاعدگی زودرس و عادی نسبت به دختران دارای قاعدگی دیررس آمادگی کمتری برای رویارویی با پدیده قاعدگی دارند. هرچند دختران دارای قاعدگی عادی دیرتر قاعده شده و فرصت بیشتری برای آمادگی داشته‌اند، به نظر می‌رسد نگرانی و ترس آن‌ها کم نشده است که می‌تواند به دلیل کمبود آگاهی و آموزش باشد.

یافته‌های Marvan و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد دختران دارای قاعدگی زودرس (قاعدگی پیش از ۱۱ سال) نسبت به دختران دارای قاعدگی عادی (شروع قاعدگی در ۱۱ تا ۱۲ سالگی) یا دختران دارای قاعدگی دیررس (۱۳ سال یا بالاتر) ناآگاه‌تر بودند، احساس آمادگی نمی‌کردند و احساس می‌کردند قاعده‌شدن خود را باید پنهان کنند. با توجه به واکنش عاطفی آن‌ها به اولین قاعدگی، دختران زودرس بیشتر احساس ترس، نگرانی و ناراحتی کرده بودند و کمتر احتمال داشت آرام بوده باشند [۲].

در یافته‌های این مطالعه، دختران دارای قاعدگی عادی و دیررس در زیرمقیاس اختلال توجه و تمرکز ($P < 0/05$)، اختلال درون‌سازی، اختلال برون‌سازی و کل سلامت روان ($P < 0/01$) تفاوت دارند. همچنین دختران دارای قاعدگی زودرس و دیررس در زیرمقیاس اختلال برون‌سازی ($P < 0/05$)، اختلال توجه و تمرکز، اختلال درون‌سازی و کل سلامت روان ($P < 0/01$) تفاوت دارند. تفاوت میانگین نمره دختران دارای قاعدگی عادی و زودرس نسبت به دختران دارای قاعدگی دیررس در زیرمقیاس اختلال برون‌سازی می‌تواند به این علت باشد که دختران عادی و زودرس بیشتر گناهمشان را گردن دیگران می‌اندازند و کمتر احساس دیگران را درک می‌کنند. همچنین دخترانی که زودتر قاعدگی را تجربه می‌کنند، خود را بزرگ و عاقل می‌دانند و بیشتر به کارهای خطرناک دست می‌زنند. این مورد در پژوهش Boden و همکاران (۲۰۱۱) نیز تأیید شده است [۱۳]. یافته‌های پژوهش DeRose و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد دختران قفقازی با بلوغ

IR.PNU.REC.1398.147 تأییدیه دارد و در انجام پژوهش رضایت دانش‌آموزان و والدین آن‌ها جلب شده است.

سهم نویسندگان

نویسنده اول (پژوهشگر اصلی): مسئول مکاتبات، تدوین چارچوب کلی طرح، نگارش مقدمه، تجزیه و تحلیل آماری، تدوین نتایج و بحث، نگارش مقاله (۵۰ درصد)؛ نویسنده دوم (پژوهشگر اصلی): استاد راهنمای طرح، مشارکت در تدوین و طراحی پروژه و ویرایش علمی مقاله (۵۰ درصد).

حمایت مالی

این پروژه حامی مالی نداشته است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه پیام نور اصفهان به شماره ۶۰۲۵۶ است. بدین‌وسیله از تمام مدیران و آموزگاران مدرسی که در انجام پژوهش همکاری داشتند، قدردانی و سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور با شناسه

REFERENCES

1. Marvan ML, Chrisler CJ. Menarcheal timing, memories of menarche, and later attitudes toward menstruation. *Cogent Psychol.* 2018;**5**(1):1-12. DOI: [10.1080/23311908.2018.1525840](https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1525840)
2. Marvan ML, Alcalá-Herrera V. Age at menarche, reactions to menarche and attitudes towards menstruation among Mexican adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2014;**27**(2):61-6. PMID: [24405634](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24405634/) DOI: [10.1016/j.jpag.2013.06.021](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.06.021)
3. Omari O, Abdel Razeq MN, Fooladi MM. Experience of menarche among Jordanian adolescent girls: an interpretive phenomenological analysis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015;**29**(3):246-51. PMID: [26463575](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26463575/) DOI: [10.1016/j.jpag.2015.09.005](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.09.005)
4. Remsberg EK, Demerath WE, Schubert C, Chumlea C, Sum SS, Siervogel MR. Early menarche and the development of cardiovascular disease risk factors in adolescent girls: the Fels longitudinal study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;**90**(5):2718-24. PMID: [15728207](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15728207/) DOI: [10.1210/jc.2004-1991](https://doi.org/10.1210/jc.2004-1991)
5. Bahrami N, Soleimani AM, Chan HY, Ghojzadeh M, Mirmiran P. Menarche age in Iran: a meta-analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014;**19**(5):444-50. PMID: [25400670](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25400670/)
6. Salek Ardestani M, Rostampour N, Hashemipour M, Moadab M, Hosseini SM, Hasanazadeh Kashani H, et al. Age of puberty in school-age girls living in Isfahan. *J Isfahan Med Sch.* 2007;**25**(86):1-8. [Persian]
7. Moghtaderi N, Refahi Z, Khosravi S. The effect of the life values training on mental health and social development of preschool students. *J Psychol Models Methods.* 2011;**1**(3):61-76.
8. Soltanahmadi Z, Borhani F, Kohan M. The first menstruation experience among student girls. *J Qualit Res Health Sci.* 2012;**1**(2):81-91. [Persian]
9. Radoš SN, Bikić ZM, Perić IR. Psychometric properties of the expected/experienced emotions related to menarche scale. 20th Psychology Days in Zadar: Book of Selected Proceedings, Zadar, Croatia; 2017. P. 165-75.
10. Stubbs LM. Cultural perceptions and practices around menarche and adolescent menstruation in the United States. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;**1135**:58-66. PMID: [18574209](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18574209/) DOI: [10.1196/annals.1429.008](https://doi.org/10.1196/annals.1429.008)
11. Stice E, Presnell K, Bearman KS. Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Dev Psychol.* 2001;**37**(5):608-19. PMID: [11552757](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11552757/) DOI: [10.1037//0012-1649.37.5.608](https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.5.608)
12. Tiwari H, Oza UN, Tiwari R. Knowledge, attitudes and beliefs about menarche of adolescent girls in Andand district, Gujarat. *East Mediterr Health J.* 2006;**12**(3):428-33. PMID: [17037713](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17037713/)
13. Boden MJ, Fergusson MD, Horwood LJ. Age of menarche and psychosocial outcomes in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;**50**(2):132-40. PMID: [21241950](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21241950/) DOI: [10.1016/j.jaac.2010.11.007](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.11.007)
14. DeRose ML, Shiyko PM, Foster H, Brooks-Gunn J. Associations between menarcheal timing and behavioral developmental trajectories for girls from age 6 to age 15. *J Youth Adolesc.* 2011;**40**(10):1329-42. PMID: [21203809](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21203809/) DOI: [10.1007/s10964-010-9625-3](https://doi.org/10.1007/s10964-010-9625-3)
15. Alcalá-Herrera V, Marvan LM. Early menarche, depressive symptoms, and coping strategies. *J Adolesc.* 2014;**37**(6):905-13. PMID: [25019174](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25019174/) DOI: [10.1016/j.adolescence.2014.06.007](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.06.007)
16. Joinson C, Heron J, Araya R, Lewis G. Early menarche and depressive symptoms from adolescence to young adulthood in a UK cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;**52**(6):591-8.e2. PMID: [23702448](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23702448/) DOI: [10.1016/j.jaac.2013.03.018](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.018)
17. Mendle J, Rayan MR, MnKone MP. Age at menarche, depression, and antisocial behavior in adulthood. *Pediatrics.* 2018;**141**(1):e20171703. PMID: [29279324](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29279324/) DOI: [10.1542/peds.2017-1703](https://doi.org/10.1542/peds.2017-1703)