Chula Med Bull Vol. 2 No. 1 January - June 2020; 15-25 DOI: 10.14456/chulamedbull.2020.2

Original article

Prevalence and associated factors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among psychiatric outpatients with mood and anxiety disorders

Natsara Dumrongpiwat[1], Chutima Roomruangwong[2*]

[1]Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

[2]Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Abstract

Background: Premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) are theoretically common comorbidities of mood and anxiety disorders. However, there are only few studies directly examine the prevalence of PMS and PMDD among patients with mood and anxiety disorders in Thailand.

Objectives: To examine the prevalence and associated factors of PMS and PMDD among psychiatric outpatients with mood and anxiety disorders.

Methods: Data were collected from 200 female psychiatric patients aged 18 - 45 years who were diagnosed with mood or anxiety disorders at the Psychiatric Outpatient Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital during March to August 2015. The questionnaires included, namely; (1) demographic information; (2) life styles information (e.g. diet and exercise); (3) medical and menstrual information; and, 4) Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) -Thai version.

Results: According to PSST**,** the prevalence of PMS and PMDD were 47.5 % and 13.0%, respectively. From logistic regression analysis, PMS was significantly associated with chocolate consumption ($P < 0.01$), no banana consumption ($P < 0.05$), weight change ($P < 0.05$), menstrual irregularity ($P < 0.05$), dysmenorhea ($P < 0.05$), myalgia ($P < 0.01$) and benzodiazepines use ($P < 0.05$), whereas PMDD was significantly associated with financial inadequacy ($P < 0.05$), chocolate consumption ($P < 0.01$), no banana consumption ($P < 0.05$), abnormal length of menstrual cycle ($P < 0.05$), and dizziness during menstrual period ($P < 0.05$).

Conclusion: PMS and PMDD are common in mood and anxiety disorders. Focusing on PMS and PMDD in these patients is necessary for appropriate treatment and improvement in quality of care.

Keywords: Premenstrual syndrome (PMS), Premenstrual dysphoric disorder (PMDD), Mood disorder, Anxiety disorder.

***Correspondence to:** Chutima Roomruangwong, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.
E-mail: jaomee@hotmail.com
Received: January 10, 2019
Revised: March 7, 2019
Accepted: March 12, 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล

นัฏศรา ดำรงค์พิวัฒน์[1], ชุติมา หรุ่มเรืองวงษ์[2]

[1]หลักสูตรสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[2]ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: ในทางทฤษฎีพบว่ากลุ่มอาการก่อนมีระดู (PMS) และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) เป็นภาวะที่พบร่วมได้บ่อยในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้โดยตรง โดยเฉพาะในประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล

วิธีการทำวิจัย: ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคทางอารมณ์ หรือโรควิตกกังวล มีอายุระหว่าง 18 – 45 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 ราย ที่มาตรวจในช่วงเดือนมีนาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2558 โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ (1) แบบสอบ ถามข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล (2) แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมในการดำรงชีวิต (พฤติกรรมการกินและการออกกำลังกาย) (3) แบบสอบถามข้อมูลด้านชีวภาพ และ (4) แบบสอบถามเพื่อคัดกรองกลุ่มอาการ PMS และ PMDD ใช้แบบสอบถาม Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)

ผลการศึกษา: ความชุกของกลุ่มอาการ PMS และ PMDD มีค่าเท่ากับร้อยละ 47.5 และร้อยละ 13.0 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ logistic regression analysis พบว่าการบริโภคช็อคโกแลต ($P < 0.01$) การไม่บริโภคกล้วย ($P < 0.05$) การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ($P < 0.05$) ความไม่สม่ำเสมอของรอบเดือน ($P < 0.05$) อาการปวดท้องประจำเดือน ($P < 0.05$) อาการปวดเมื่อยในช่วงมีรอบเดือน ($P < 0.01$) และการใช้ยา benzodiazepines ($P < 0.05$) มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการ PMS ในขณะที่ความไม่เพียงพอของรายได้ ($P < 0.05$) การบริโภคช็อคโกแลต ($P < 0.01$) การไม่บริโภคกล้วย ($P < 0.05$) ระยะเวลาของรอบระดูที่ผิดปกติ ($P < 0.05$) และอาการเวียนศีรษะในช่วงมีรอบเดือน ($P < 0.05$) มีความเกี่ยวข้องกับภาวะ PMDD

สรุป: กลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล การตระหนักถึงกลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูที่พบในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวลดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: กลุ่มอาการก่อนมีระดู, ภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู, โรคทางอารมณ์, โรควิตกกังวล.

สตรีวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่อาจมีอาการไม่สบายทางร่างกาย หรือทางอารมณ์อย่างหนึ่งอย่างใด หรือหลายอย่าง เกิดขึ้นในระยะก่อนมีระดู จากการสำรวจในสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวตะวันตกพบความชุก ของอาการเหล่านี้ได้สูงถึงร้อยละ 75 – 95 [1] อาการที่เกิดขึ้นพบว่ามีความรุนแรงในหลายระดับ ตั้งแต่อาการเล็กน้อยก่อให้เกิดความรำคาญ ในกรณีที่อาการรุนแรงจนมีผลกระทบนี้ รวมเรียกว่า กลุ่มอาการก่อนมีระดู (premenstrual syndrome; PMS) [2] พบอุบัติการณ์ของ PMS ได้ประมาณร้อยละ 20 - 40 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์[3] และในกรณีที่มีอาการทางอารมณ์และจิตใจเป็นอาการเด่น จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน เรียกภาวะนี้ว่า ภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (premenstrual dysphoric disorder; PMDD) [2] ซึ่งพบ PMDD ได้ประมาณร้อยละ 3 - 8 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์[3]

ข้อมูลในปัจจุบันพบว่ามีหลายปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการก่อนมีระดู ทั้งปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และไม่ได้ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น พฤติกรรมการกิน การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน เช่น กาแฟ การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง เช่น ช็อคโกแลต และอาหารที่มีรสเค็ม[4] นอกจากนี้ ภาวะเกลือแร่ในเลือดบางชนิดที่ต่ำ เช่น แมกนีเซียม แคลเซียม แมงกานิส วิตามินอี หรือภาวะขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี 6 ฯลฯ[5] การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะเครียดก็อาจเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการก่อนมีระดูเช่นกัน[6] ส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น มีประวัติโรคจิตเวชอยู่เดิม ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ[7] มีประวัติคนในครอบครัวเคยมีอาการก่อนมีระดู รวมถึงช่วงอายุที่มีความเสี่ยง (มักพบบ่อยช่วง 25 – 40 ปี) [8] อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวบางปัจจัยนั้น ยังไม่มีงานวิจัยที่รองรับชัดเจนถึงผลกระทบต่อกลุ่มอาการก่อนมีระดูว่ามีผลหรือไม่และมากหรือน้อยอย่างไร

ในปัจจุบัน วงการแพทย์ไทยยังให้ความสำคัญค่อนข้างน้อยต่อปัญหากลุ่มอาการก่อนมีระดู โดยเฉพาะกลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูในผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าไม่มีข้อมูลสรุปวินิจฉัยเป็นกลุ่มอาการก่อนมีระดูหรือภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูเลย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัญหานี้ในสตรีไทยอาจมีทั้งความชุกและความรุนแรงมากพอ ๆ กับที่พบในสตรีชาวตะวันตก[4] ดังนั้นการคัดกรองความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู จึงน่าเป็นประโยชน์ให้บุคลากรทางการแพทย์ เข้าใจและสามารถการเฝ้าระวัง ค้นหาผู้มีความเสี่ยงเพื่อให้ได้รับคำปรึกษาและการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยหญิงโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคทางอารมณ์ หรือโรควิตกกังวล ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2558 มีอายุระหว่าง 18 – 45 ปี สามารถ อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ ทำแบบสอบถามได้ด้วยตัวเอง และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยลงชื่อ ในใบยินยอมให้ความร่วมมือโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 ราย โดยการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยหมายเลข 209/57

แบบสอบถามที่ใช้มีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมในการดำรงชีวิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง จำนวน 4 ข้อโดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกาย ซึ่งอาจมีผลกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์เปลี่ยนแปลงก่อนมีระดู โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านชีวภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง จำนวน 7 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการโรคประจำตัว รวมถึงประวัติการรักษาจากแฟ้ม เวชระเบียนผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อคัดกรองกลุ่มอาการ PMS และ PMDD ใช้แบบสอบถาม Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) [9] มีความเที่ยงเมื่อประเมินตามวิธี Cronbach's โดยมีค่าแอลฟ่าสูงกว่า 0.9 ฉบับภาษาไทยแปลโดย มณี รัตนไชยานนท์ [2] แบ่งเป็น 2 ส่วน จำนวน 19 ข้อ เพื่อการวินิจฉัย moderate to severe premenstrual symptom (PMS) หรือ premenstrual dysphoric disorder (PMDD)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลทางจิตเวชจำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยกรอกข้อมูลด้านการวินิจฉัยและการรักษา จากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาด้วย Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงลักษณะ และ Unpaired *t* - test, one-way ANOVA และ Pearson's correlation สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณและใช้สถิติ logistic regression analysis โดยการนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาหาความสัมพันธ์และทำนายผลของตัวแปร

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหญิงโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในระหว่าง 21 – 30 ปี (ร้อยละ 35.5) มีการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62) มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 48) และมีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (ร้อยละ 57)

พฤติกรรมในการดำรงชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน (ร้อยละ 74.5) โดยนิยมบริโภคกาแฟมากที่สุด (ร้อยละ 86.5) ปริมาณ 1 - 2 แก้ว/วัน (ร้อยละ 57.5) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 88.5) และไม่มีการใช้สารกระตุ้นประสาท (ร้อยละ 97.5)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมสูงในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคขนมขบเคี้ยว (ร้อยละ 54) บริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (ร้อยละ 53.5) บริโภคอาหารแปรรูป (ร้อยละ 51.5) บริโภคขนมอบที่มีการใช้ผงฟู (ร้อยละ 81) บริโภคน้ำปลา/ซอส/ซีอิ้ว (ร้อยละ 97.5) และส่วนใหญ่ไม่บริโภคอาหารหมักดองและอาหารตากแห้ง (ร้อยละ 71)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตสูงในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคข้าว (ร้อยละ 61) บริโภคแป้งจากเส้นก๋วยเตี๋ยว (ร้อยละ 27) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่บริโภค พิซซ่า (ร้อยละ 65) ไม่บริโภคโดนัท (ร้อยละ66) ไม่บริโภคช็อคโกแลต (ร้อยละ 45.5) ไม่บริโภคไอศกรีม(ร้อยละ 43.5) ไม่บริโภคลูกอม (ร้อยละ 60) ไม่บริโภคกล้วย (ร้อยละ 42) และในส่วนของพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่ออกกำลังกาย < 1 ครั้ง/เดือน (เป็นร้อยละ 37)

ข้อมูลทางชีวภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่า body mass index เฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 57.5) ไม่ได้มีประวัติการใช้ยาใดเป็นประจำ(ร้อยละ 72.5) ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 58) ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติรอบเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรอบเดือนสม่ำเสมอ (ร้อยละ 70.5) มีรอบเดือนอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 92) มีรอบเดือนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 91) เมื่อประเมินอาการในช่วงที่มีรอบเดือน พบว่าอาการปวดเมื่อยตามตัวเป็นอาการที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 70.5) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิด (ร้อยละ 82.5) และกลุ่มที่มีการคุมกำเนิดมีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 8.5)

ข้อมูลจิตเวช พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยภาวะ major depressive disorder (ร้อยละ 49.5) ยาที่ใช้มากที่สุด คือ selective serotonin reuptake inhibitors (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะเวลา 3 เดือน (ร้อยละ 95.5) และไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในขณะเก็บข้อมูล (ร้อยละ 98.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย (n = 200)	Mean ± SD **หรือ** n (%)
อายุ (ปี)	31.75 ± 8.94
โสด	141 (70.5)
ศาสนาพุทธ	180 (90)
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	124 (62)
ที่อยู่ปัจจุบัน: กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	172 (86)
ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน (แก้ว / วัน)(n = 149)	1.53 ± 1.52
การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา (ครั้ง/สัปดาห์)	1.11 ± 1.42
มันฝรั่งทอด/ขนมขบเคี้ยว	0.96 ± 1.32
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	0.94 ± 1.44
อาหารแปรรูป (เช่น ไส้กรอก, แฮม)	0.49 ± 1.05
อาหารหมักดอง	2.23 ± 2.08
ขนมอบที่มีการใช้ผงฟู (เช่น ขนมปัง เบเกอรี่ต่าง ๆ)	2.15 ± 1.56
น้ำปลา, ซอส, ซีอิ้ว การบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา	
ข้าว (ทัพพี/วัน)	2.73 ± 1.57
แป้งจากเส้นก๋วยเตี๋ยว (ชาม/สัปดาห์)	1.85 ± 1.56
พิซซ่า (ชิ้น/ เดือน)	0.84 ± 1.71
โดนัท (ชิ้น/ เดือน)	0.87 ± 1.83
ช็อคโกแลต (แท่ง/สัปดาห์)	1.13 ± 2.06
ไอศกรีม (scoop/สัปดาห์)	1.13 ± 1.76
ลูกอม (เม็ด/สัปดาห์)	2.18 ± 4.70
กล้วย (ผล/สัปดาห์)	2.61 ± 4.11
การออกกำลังกาย (ครั้ง/เดือน)	2.24 ± 1.19
Body Mass Index	23.56 ± 5.15
ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย	116 (58)
ไม่มียารักษาโรคทางกายที่ใช้เป็นประจำ	145 (72.5)
ประวัติประจำเดือน	
รอบเดือนสม่ำเสมอ	141 (70.5)
อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก	13.3 ± 1.82
Length of menstrual cycle (วัน)	28.8 ± 9.29
จำนวนผ้าอนามัยที่ใช้ต่อวัน (ผืน/วัน)	3.5 ± 2.45
จำนวนวันที่มีรอบเดือน (วัน)	4.6 ± 1.64
อาการทางกายที่เกิดในช่วงมีรอบเดือน	
ปวดท้องประจำเดือน	133 (66.5)
ไม่ท้องเสีย,ถ่ายเหลว	127 (63.5)
ไม่บวมน้ำ	139 (69.5)
ปวดเมื่อย	141 (70.5)
ไม่หน้ามืด	118 (59)
ไม่ปวดศีรษะ	101 (50.5)
ไม่ได้คุมกำเนิด	165 (82.5)
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวช (ปี)	3.53 ± 3.68
ไม่มี suicidal idea ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	191 (95.5)
ไม่มี suicidal idea ณ วันที่เก็บข้อมูล	197 (98.5)

จากแบบสอบถาม Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) พบว่าความชุกของกลุ่มอาการก่อนมีระดู (moderate to severe PMS) เท่ากับร้อยละ 47.5 และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) เท่ากับร้อยละ 13

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการก่อนมีระดู (moderate to severe PMS) กับข้อมูลต่าง ๆ พบว่าภูมิลำเนาเดิม การบริโภคช็อคโกแลต การบริโภคมันฝรั่งทอด/ขนมขบเคี้ยว, อาหารแปรรูป, โดนัท, ลูกอม และกล้วย ผลรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงทั้งหมด ผลรวมการบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักปัจจุบัน การมีโรคประจำตัวทางกาย ความสม่ำเสมอของรอบเดือน อาการในช่วงมีรอบเดือน ได้แก่ ปวดท้องประจำเดือน ปวดเมื่อยท้องเสีย และถ่ายเหลว การใช้ยา benzodiazepines และการมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 3 เดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะอาการก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

หลังจากวิเคราะห์ด้วย Logistic regression analysis พบว่าการบริโภคช็อกโกแล็ต การบริโภคกล้วยปริมาณน้อยกว่า การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ความไม่สม่ำเสมอของรอบเดือน อาการปวดท้องประจำเดือน อาการปวดเมื่อยในช่วงมีรอบเดือน และการใช้ยา benzodiazepines ในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดู ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู (PMS)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n = 200)	**ไม่มีกลุ่มอาการก่อนมีระดู** (no moderate to severe PMS) (n = 105)		**มีกลุ่มอาการก่อนมีระดู** (moderate to severe PMS) (n = 95)			
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	X^2	*P* - value
มันฝรั่งทอด/ขนมขบเคี้ยว	50	45.5	60	54.5	4.866	0.033*
อาหารแปรรูป	43	44.3	54	55.7	5.042	0.033*
โดนัท	28	41.2	40	58.8	5.298	0.025*
ช็อคโกแลต	45	41.3	64	58.7	12.084.0	0.001**
ลูกอม	34	42.5	46	57.5	5.347	0.030*
กล้วย	69	59.5	47	40.5	5.400	0.022*
อาหารที่มีโซเดียมสูงทั้งหมด					13.328	< 0.001**
Low sodium diet	68	64.8	37	35.2		
High sodium diet	37	38.9	58	61.1		
อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงทั้งหมด					8.345	0.005**
Low carb diet	76	60.3	50	39.7		
High carb diet	29	39.2	45	60.8		
น้ำหนักปัจจุบันลดลงจากน้ำหนักเดิม	23	37.1	39	62.9	8.555	0.014*
โรคประจำตัวทางกาย	37	44.0	47	56.0	4.149	0.046*
ปวดท้องประจำเดือน	58	43.6	75	56.4	12.585.0	0.001**
ความสม่ำเสมอของรอบเดือน	81	57.4	60	42.6	4.690	0.043*
ท้องเสีย, ถ่ายเหลวในช่วงมีรอบเดือน	31	42.5	42	57.5	4.642	0.039*
ปวดเมื่อยในช่วงมีรอบเดือน	63	44.7	28.8	55.3	11.718.0	0.001**
การใช้ยา benzodiazepines	49	45.0	60	55.0	5.47	0.023*
มี suicidal idea เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือน	1	11.1	8	88.9	6.474	0.014*

*$P < 0.05$, **$P < 0.01$

ตารางที่ 3. ปัจจัยทำนายกลุ่มอาการก่อนมีระดู ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลด้วย logistic regression analysis.

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	*P - value*
การบริโภคช็อคโกแลต	4.146	2.076 - 8.281	< 0.001**
การบริโภคกล้วย	0.458	0.232 - 0.906	0.025*
การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว	2.189	1.086 - 4.413	0.029*
ความสม่ำเสมอของรอบเดือน	2.704	1.259 - 5.809	0.011*
อาการในช่วงมีรอบเดือน ได้แก่			
ปวดท้องประจำเดือน	2.111	1.034 - 4.309	0.04*
ปวดเมื่อย	3.678	1.658 - 8.156	0.001**
การใช้ยา benzodiazepines	2.026	1.033 - 3.974	0.04*

*$P < 0.05$, **$P < 0.01$

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) กับข้อมูลต่าง ๆ พบว่าอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การบริโภคโดนัท การบริโภคช็อคโกแลต ผลรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงทั้งหมด ระยะเวลาของรอบระดูที่ผิดปกติ (menstrual cycle < 21 หรือ > 35 วัน) อาการรบกวนในช่วงมีประจำเดือน ได้แก่ หน้ามืด ปวดท้อง ประจำเดือน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย และความคิดฆ่าตัวตาย ณ วันที่เก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

หลังจากวิเคราะห์ด้วย logistic regression analysis เพื่อหาปัจจัยทำนาย พบว่าความเพียงพอของรายได้ การบริโภคช็อคโกแลต ระยะเวลาของรอบระดู อาการหน้ามืดในช่วงมีรอบเดือน การบริโภคกล้วยในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n = 200)	**ไม่มีภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู** (n = 174)		**มีภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู** (n = 26)			
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	χ^2	*P - value*
อาชีพ	112	90.3	12	9.7	7.677	0.022*
รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ	90	93.8	6	6.3	9.903	0.021*
โดนัท	54	79.4	14	20.6	5.245	0.027*
ช็อคโกแลต	88	80.7	21	19.3	8.317	0.005**
กล้วย	55	65.5	29	34.5	5.469	0.023*
อาหารที่มีโซเดียมสูงทั้งหมด					5.659	0.021*
Low sodium diet	97	92.4	8	7.6		
High sodium diet	77	81.1	18	18.9		
Length of menstrual cycle	163	88.6	21	11.4	5.121	0.040*
ปวดท้องประจำเดือน	110	82.7	23	17.3	6.470	0.013*
ปวดเมื่อย	118	83.7	23	16.3	4.636	0.037*
หน้ามืด	65	79.3	17	20.7	7.346	0.012**
ปวดศีรษะ	81	81.8	18	18.2	4.654	0.036*
suicidal idea ณ วันที่เก็บข้อมูล	1	33.3	2	66.7	7.756	0.045*

*$P < 0.05$, **$P < 0.01$

ตารางที่ 5. ปัจจัยทำนายภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลโดยใช้สถิติ logistic regression analysis

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	*P* - value
ความไม่เพียงพอของรายได้	3.564	1.093 - 11.619	0.035*
การบริโภคช็อกโกแลตระยะเวลา	6.677	1.736 - 25.687	0.006**
ของรอบระดู (< 21 หรือ > 35 วัน)	5.114	1.032 - 25.338	0.046*
อาการเวียนศีรษะในช่วงมีรอบเดือน	3.317	1.231 - 8.941	0.018*
การบริโภคกล้วย	0.135	0.026 - 0.697	0.017*

*$P < 0.05$, **$P < 0.01$

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าความชุกของกลุ่มอาการก่อนมีระดู (moderate to severe PMS) ในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 47.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศก่อนหน้านี้ที่พบความชุกของภาวะ moderate to severe PMS คิดเป็นร้อยละ 31 - 58[4, 10 - 13] ในขณะที่ความชุกของภาวะ PMDD พบความชุกในผู้ป่วยหญิงที่มีโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 13 สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ก่อนหน้านี้ ซึ่งพบว่ามีความชุกของภาวะ PMDD ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 2.4 – 24 [10, 14 - 18] ซึ่งแต่ละการศึกษามีผลที่ค่อนข้างหลากหลาย อาจเป็นเพราะอายุ เชื้อชาติ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยด้านจิตเวชที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดู (moderate to severe PMS) และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) ในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล พบว่าภูมิลำเนาเดิมอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล มีความสัมพันธ์กับภาวะอาการก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wood C. และคณะ[19] พบว่าภูมิลำเนา (country of birth) ในเขตเมือง มีผลต่อ menstrual pain และ premenstrual tension ในขณะที่การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน และนักเรียน/นักศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเจนจิต ฉายะจินดา และคณะ[6] ซึ่งพบว่าการมีรายได้ต่ำ มีความเกี่ยวข้องกับอาการก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดู ในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคมันฝรั่งทอด/ขนมขบเคี้ยว, อาหารแปรรูป, โดนัท, ลูกอม และกล้วย ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ อารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู พบว่าพฤติกรรมการดำรงชีวิต ได้แก่ การบริโภคโดนัท การบริโภคช็อคโกแลต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rossignol AM. [20] พบว่าการบริโภคช็อคโกแลต มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และอาหารที่มีรสหวานหรือมีส่วนประกอบของน้ำตาลสูง เช่น โดนัท, ลูกอม มีความสัมพันธ์กับภาวะอาการก่อนมีระดูเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Willa Michener พบว่าการมีระดับ progesterone ที่ต่ำลง มีผลกับความอยากกินช็อคโกแลต (craving) ในช่วงก่อนและระหว่างรอบประจำเดือน และจากองค์ความรู้ที่ว่าช็อคโกแลตมีสังกะสี (zinc) เป็นส่วนประกอบ ซึ่งสังกะสี เป็นสารที่สำคัญในการช่วยกระตุ้นรังไข่ ให้หลั่ง progesterone จึงอาจเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคช็อคโกแลตกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคกล้วย พบว่าการบริโภคกล้วยช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการก่อนมีระดู อาจอธิบายได้จากกล้วยเป็น complex carbohydrate และในการศึกษาของ Pearlstein T. [21] พบว่าการบริโภค complex carbohydrate ช่วยเพิ่มระดับ tryptophan และมีผลทำให้เพิ่มระดับ serotoninในสมอง จึงช่วยลดกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูได้อย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นการบริโภคกล้วย ซึ่งเป็น complex carbohydrate จึงช่วยลดกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูได้ด้วย เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผลรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงทั้งหมดกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู พบว่ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูงในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson L.[22] พบว่าการมีระดับโซเดียมในเลือดสูง สัมพันธ์กับระดับ estrogen ที่สูงขึ้นด้วย ทำให้มีลักษณะอาการที่เรียกว่า high estrogen symptom ได้แก่ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ขี้กังวล อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อารมณ์อ่อนไหวง่าย ปัญหาเรื่องการนอน คัดตึงเต้านม บวมน้ำ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้องประจำเดือน ฯลฯ ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู

ส่วนการใช้สารคาเฟอีน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rossignol AM.[23] ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคาเฟอีน กับกลุ่มอาการก่อนมีระดู เช่นกัน

ปัจจัยทางชีวภาพที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดู ในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวลได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักปัจจุบัน การมีโรคประจำตัวทางกาย ความสม่ำเสมอของรอบเดือน อาการปวดท้องประจำเดือน ปวดเมื่อยและท้องเสีย/ถ่ายเหลวในช่วงมีรอบเดือน มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ปัจจัยทางชีวภาพสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู ได้แก่ ระยะเวลาของรอบระดู อาการปวดท้องประจำเดือน ปวดศีรษะ หน้ามืดและปวดเมื่อยในช่วงมีรอบเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Delara M. และคณะ[4] พบว่าน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไป มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของเจนจิต ฉายะจินดา และคณะ [6] พบว่าอาการปวดท้องประจำเดือนเป็นปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการก่อนมีระดู กับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักปัจจุบัน (น้ำหนักลดลงจากน้ำหนักเดิม) อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hong JP. และคณะ[14] พบว่าน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ สัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของ กลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Delara M. และคณะ[4] พบว่าน้ำหนักตัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ PMS และ PMDD อย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านจิตเวชที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดู ในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวลได้แก่ current medication คือ benzodiazepines มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก benzodiazepines ออกฤทธิ์ที่ gamma-aminobutyric acid (GABA) receptor และมีผลต่อสารสื่อประสาท GABA[4] โดย GABA เป็นสารสื่อประสาทที่มีความสำคัญกับภาวะ PMS ตามการศึกษาของ Lynn จึงอาจนำมาอธิบายความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการก่อนมีระดูกับ benzodiazepines ได้ด้วย นอกจากนี้ความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 3 เดือน มีความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ความคิดฆ่าตัวตาย ณ วันที่เก็บข้อมูล สัมพันธ์กับภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hong JP. และคณะ[14] พบว่าความคิดฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pilver CE. และคณะ[24] พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูกับความคิดฆ่าตัวตายและการลงมือฆ่าตัวตาย (suicidal ideation, plans and attempt) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อน มีระดู มีความเสี่ยงในการเกิด suicidal ideation สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู และความชุกของการพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีที่ไม่รุนแรง (non fatal suicidal behavior) นั้นแปรผันตามความรุนแรงของภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู

อย่างไรก็ตาม มีผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ที่แตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้าบางส่วน ได้แก่ การใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู ในขณะที่การศึกษาของ Rossignol A.[23] พบว่าการใช้แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความชุกของกลุ่ม

อาการก่อนมีระดู และทำให้อาการก่อนมีระดูรุนแรงขึ้น ซึ่งผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้ อาจเป็นผลจาก เชื้อชาติ พฤติกรรมการบริโภคอื่น ๆ และภาวะทางจิตเวช ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่ทำให้เกิดผลการศึกษาที่แตกต่างกัน

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study design) จึงบอกได้แค่เพียงความชุกและปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู โดยไม่ได้แสดงความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ทำในเฉพาะในผู้ป่วย โรคอารมณ์และโรควิตกกังวล ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้จะคัดเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เท่านั้น ดังนั้นประชากรที่ศึกษาไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอื่น ๆ ที่แตกต่างออกไปได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลบางส่วนจากการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย เพื่อความตระหนัก ช่วยเหลือและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์และโรควิตกกังวล ที่มีอาการก่อนมีระดู และภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูได้อย่างทันท่วงที

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยจากการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงและคาร์โบไฮเดรตสูง มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการก่อนมีระดูและภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในรายละเอียดของปริมาณความถี่และระยะเวลาในการบริโภคต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่นำไปศึกษาต่อยอดเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

สรุป

ความชุกของกลุ่มอาการก่อนมีระดู (PMS) และความชุกของภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) ในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 47.5 และร้อยละ 13.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณากลุ่มอาการก่อนมีระดู พบว่าภูมิลำเนาเดิม การบริโภคช็อคโกแลต การบริโภคมันฝรั่งทอด/ขนมขบเคี้ยว, อาหารแปรรูป, โดนัท, ลูกอม และกล้วย ผลรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงทั้งหมด ผลรวมการบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักปัจจุบัน การมีโรคประจำตัวทางกาย ความสม่ำเสมอของรอบเดือน อาการในช่วงมีรอบเดือน ได้แก่ ปวดท้องประจำเดือน ปวดเมื่อย ท้องเสีย และถ่ายเหลว การใช้ยา benzodiazepines และการมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 3 เดือน มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดู (PMDD) พบว่าอาชีพความเพียงพอของรายได้ การบริโภคโดนัท การบริโภคช็อคโกแลตผลรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงทั้งหมด ระยะเวลาของรอบระดูที่ผิดปกติ (length of menstrual cycle < 21 or > 35 days) อาการรบกวนในช่วงมีประจำเดือน ได้แก่ หน้ามืด ปวดท้องประจำเดือน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย และความคิดฆ่าตัวตาย ณ วันที่เก็บข้อมูล มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์แปรปรวนก่อนมีระดูในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. Psychoneuroendocrinology 2003;28 Suppl 3:25-37.
2. มณี รัตนไชยานนท์,ชาญชัย วันทนาศิริ, ตวงสิทธิ วัฒกนารา. สูตินรีเวชทันยุค OB-GYN in Practice. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2007.
3. Ismail KMK, O'Brien S. Premenstrual syndrome. Curr Obstet Gynaecol 2005;15:25-30.
4. Delara M, Borzuei H, Montazeri A. Premenstrual disorders: prevalence and associated factors in a sample of Iranian adolescents. Iran Red Crescent Med J 2013;15:695-700.
5. Speroff L, Fritz MA. Menstrual disorder. In: Speroff L, Fritz MA, editors. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 531-40.
6. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Kooptiwoot S, Phattharayuttawat S. Premenstrual syndrome in Thai nurses [Abstract OS009]. Siriraj Med J 2006;58:7.
7. Pilver CE, Libby DJ, Hoff RA. Premenstrual dysphoric disorder as a correlate of suicidal ideation, plans, and attempts among a nationally representative sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013;48: 437-46.

8. Ossewaarde L, Hermans EJ, van Wingen GA, Kooijman SC, Johansson IM, Backstrom T, et al. Neural mechanisms underlying changes in stress-sensitivity across the menstrual cycle. Psychoneuroendocrinology 2010;35:47-55.
9. Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L, Siah BS, Saki MA, Montazeri A. The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): a validation study. Arch Womens Ment Health 2013; 16:531-7.
10. Thaweesuksiri M, Waleeprakhon P. Premenstrual dysphoric disorder in major depression patients at the Outpatient Psychiatric Department of Ramathibodi Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2013;58:165-74.
11. Tolossa FW, Bekele ML. Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in College of Health Sciences, Mekelle University, Mekelle, northern Ethiopia. BMC Womens Health 2014;14:52.
12. Butsripoom B, Hanuchcharurnkul S, Arpanantikul M, Choktanasiri W, Vorapongsathorn T, Sinsuksi N. Premenstrual syndrome among Thai Nurses: prevalence, impact and self management strategies. Thai J Nurs Res 2009;13:285-301.
13. Tanaka E, Momoeda M, Osuga Y, Rossi B, Nomoto K, Hayakawa M, et al. Burden of menstrual symptoms in Japanese women - an analysis of medical care - seeking behavior from a survey-based study. Int J Womens Health 2013;6:11-23.
14. Hong JP, Park S, Wang HR, Chang SM, Sohn JH, Jeon HJ, et al. Prevalence, correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of premenstrual dysphoric disorder in a nationwide sample of Korean women. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47: 1937-45.
15. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). Psychoneuroendocrinology 2003;28 Suppl 3:1-23.
16. Segebladh B, Borgstrom A, Odlind V, Bixo M, Sundstrom - Poromaa I. Prevalence of psychiatric disorders and premenstrual dysphoric symptoms in patients with experience of adverse mood during treatment with combined oral contraceptives. Contraception 2009;79:50-5.
17. Ko CH, Long CY, Chen SY, Chen IJ, Huang TH, Yen JY. Depression, irritability, and anxiety in women with premenstrual dysphoric disorder. Int J Psychiatry Med 2013;46:39-55.
18. Kelderhouse K, Taylor JS. A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. Nurs Womens Health 2013;17: 294-305.
19. Wood C, Larsen L, Williams R. Social and psychological factors in relation to premenstrual tension and menstrual pain. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1979;19:111-5.
20. Rossignol AM, Bonnlander H. Prevalence and severity of the premenstrual syndrome. Effects of foods and beverages that are sweet or high in sugar content. J Reprod Med 1991;36:131-6.
21. Pearlstein T. Psychotropic medications and other non-hormonal treatments for premenstrual disorders. Menopause Int 2012;18:60-4.
22. Wilson L. Menstrual dysfunctions (premenstrual syndromes and others), post-menstrual syndromes, and cramps) [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 17]. Available from: http://www.drlwilson.com/articles/PMS.htm.
23. Rossignol AM. Caffeine-containing beverages and premenstrual syndrome in young women. Am J Public Health 1985;75:1335-7.
24. Pilver CE, Libby PJ, Hoff RJ. Premenstrual dysphoric disorder as a correlate of suicidal ideation, plans and attempts among a nationally representative sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidermiol 2013; 48:437-46.