

# 中部某教學醫院護理人員經前症候群盛行率及其相關因素之調查

陳淑真<sup>1</sup> 林隆堯<sup>1\*</sup> 林靜儀<sup>2</sup> 郭碧照<sup>3</sup> 楊瓊瑀<sup>4</sup>  
周明智<sup>1</sup>

困擾著很多職場婦女的經前症候群，其症狀及嚴重度表現不一，有些婦女之症狀可能嚴重到人際關係失調或影響工作效率。本研究以 Moos 氏之經期不適問卷 (MDQ) 調查台灣中部某教學醫院護理人員經前症候群之盛行率及相關因素。發出問卷 354 份，回收有效問卷 328 份。研究樣本年齡介於 19 至 48 歲，盛行率為 61%，最常出現之十個主要症狀依序為：乳房脹痛 (85%)、疲倦 (72%)、全身腫脹感 (72%)、呆在家裡不想出門 (69%)、不想參加社交活動 (67%)、想賴在床上 (66%)、全身酸痛 (63%)、情緒不穩 (62%)、飲食改變 (61%)、背痛 (59%) 等。經多變項統計檢定發現「無子女」、「有經痛」、「月經不規則」等三個變項與經前症候群有顯著相關。樣本中有經前症候群者對症狀大多順其自然不做處理 (76%)，有 20% 服用中西藥。本研究結論與過去研究發現：經前症候群在不同社會文化環境有不同程度盛行率，但是症狀分佈型態卻不一定相同。

關鍵詞：經前症候群、護理人員、Moos 經期不適問卷

## 前 言

經前症候群 (Premenstrual Syndrome, PMS) 這個現象在 1931 年首先由 Frank 醫師提出來<sup>[1]</sup>，而 PMS 這名稱在 1953 年首次出現<sup>[2]</sup>；是一種週期性發生的生理及心理症狀綜合體，其症

狀發生在黃體期，後在經期開始的一兩天內緩解。經前症候群是生育年齡期婦女常見的問題之一，大約百分之二十到九十的婦女都曾經有過一些經前生理或情緒的改變，但是嚴重到會影響一個婦女在社會及工作功能的只有百分之三到十<sup>[3-8]</sup>。半個世紀以來，已有成千的研究投入此領域。它是一個主觀經驗，與個人的生理、

<sup>1</sup> 中山醫學大學醫學研究所

<sup>2</sup> 中山醫學大學附設醫院婦產部

<sup>3</sup> 中山醫學大學護理系

<sup>4</sup> 弘光醫護技術學院

\* 通訊作者：林隆堯

通訊地址：402 台中市南區建國北路一段 110 號 電話：(04)24739595 轉 4830 電子信箱：l20006@csh.org.tw

心理及社會因素有很密切的關係，目前Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) 對經前緊張症候群 (Premenstrual dysphoric disorder) 及經前症候群 (PMS) 已經有臨床診斷的依據條件<sup>[9]</sup>，某些藥物也在臨床使用並有不錯的效果<sup>[10,11,12]</sup>；然而有關經前症候群的病因，至今仍未達成共識，雖有許多的學說解釋經前症候群，但是直到目前為止都尚無明確的病因被證實<sup>[13-18]</sup>。

經前症候群呈現多種症狀，包括焦慮、不安、體重增加、乳腺痛、腹脹、食慾改變、情緒改變、失眠、憂鬱和健忘等<sup>[3,19]</sup>，嚴重者甚至造成各種意外事件<sup>[20]</sup>、自殺<sup>[21]</sup>、暴力行為及家庭失和、夫妻離異、虐待子女等情況<sup>[22]</sup>。1960年美國婦女因經前症候群請假而造成的損失高達50億美元<sup>[23]</sup>，近年來更有幾個女性犯罪案例的判決，因當事人被診斷為經前症候群而獲判無罪<sup>[24]</sup>，因此使得經前症候群成為一個很受爭議的健康議題。

國內對經前症候群之相關研究不多<sup>[25-28]</sup>，因此對此問題的瞭解相當有限，不易發展出有效的防治計畫或協助婦女瞭解與處理月經週期的不適。為彌補國內此方面研究的欠缺，本研究針對中部某教學醫院的護理人員進行調查，本研究係以一般模式詢問護理人員的經前症候群，希望透過本研究瞭解護理人員經前症候群的盛行率及其相關因素，比較其與其他非護理人員為對象的研究是否有差異，也許可作為再進一步研究經前症候群的病因及尋找介入方法的先驅假說 (prior hypothesis)。

經前症候群的調查方式分為：

(一)MDQ (Moos Menstrual Distress Questionnaire) 包括四十七個題目，適用於詢問婦女在月經前期 (premenstrual)、月經期 (menstrual) 及月經期間 (intermenstrual) 是否出現生理與心理症狀。問卷又分為兩種版本，一為回溯版 retrospective form (C版)，係測量最近一次月經週期的經驗；二為前瞻版 prospective form (T版)，又稱為“今天”版 (Today form)，受測婦女必須每天填寫。每一個症狀依嚴重度分成五級。四十七個題目可集合為九大症狀：痛、注意力不集中、行為上的改變、自

主神經系統的反應、水份滯留、負向情緒反應、激發性正向情緒反應、控制、飲食改變等。

(二)PAF (Premenstrual Assessment Form) 的回溯版包括九十五個題目，詢問婦女前三次月經前期是否有出現生理、情緒、行為等不適症狀；前瞻版只有二十題。嚴重度分級為六級，主要是評估這些症狀在非經前其與經前期之“改變”程度。一般而言，相同的症狀，以PAF測量得到的盛行率大約是以MDQ測量結果的兩倍，因為PAF包含較多輕微症狀。

由於經前症候群的研究吸引了不同學科 (婦產科、精神科、流行病學、心理學、社會學與文化人類學) 研究者的投入，因此產生了不同的病因理論。英國學者Walker<sup>[13]</sup>將各種病因理論歸納為四種學派：

1. 生物醫學學派：這派理論是以生理病理學來解釋經前症候群。根據這派理論，女性賀爾蒙濃度起伏所造成的月經週期變化會導致情緒“正常”的變化；當女性賀爾蒙分泌過多或異常時，才會產生異常或無法忍受的情緒。
2. 心身學派：這派理論認為有經前症候群的婦女女性賀爾蒙分泌大多沒有異常，主要是因為心理及先天氣質的差異，透過心身機轉 (psycho-somatic mechanism) 造成情緒的週期變化。這派學說希望以心理學層面來解釋經前症候群，其實與生物醫學學派差不多，都是希望找出單一病因答案。
3. 社會心理學學派：這派學說主要以“情緒”社會心理學研究為基礎。這派學說認為賀爾蒙分泌造成的週期變化只是一種中性的刺激，但是被標籤為快樂或是難過，卻是主觀的詮釋與經驗，會受到當事人所處的社會脈絡、文化價值觀與刻板印象所影響。
4. 女性主義學派：這派學說認為“經前症候群”根本是一個父權社會建構出來的一個概念，把不被父權社會接受的女性行為或會干擾女性功能角色的行為，如生氣、憂鬱、沒力氣做事等醫療化 (medicalization) 或病理化 (pathologized) 的過程。

近六十年來的研究吸引了各種不同學科的學者投入，看似百花爭鳴，其實不同學科學者都是界線分明，科技整合的研究並不多見。Walker<sup>[13]</sup>批評過去的研究對症狀的描述還是不夠深刻，尤其忽略女性本身的主觀感受；其次是沒有重視社會文化脈絡與歷史的影響，過於強調線性邏輯的思考。她主張未來研究應該以社會建構觀點 (social constructionist) 進行，讓女性主動瞭解自己的經前經驗，如何與她所獲得的訊息進行社會互動。唯有先把問題搞清楚，才有可能去找答案。表1為整理其它經前症候群盛行率研究的主要結果。

## 研究目的

1. 瞭解某教學醫院護理人員經前症候群盛行率與症狀分佈。
2. 瞭解某教學醫院護理人員在不同個人屬性、工作性質、月經週期特徵、及其他相關因素下經前症候群等之分佈。
3. 瞭解某教學醫院護理人員經前症候群之重要相關因素。

## 材料及方法

### 一、研究對象

本研究以方便取樣 (accidental or convenience sampling) 中部某區域教學醫院之護理人員為對象，包括護理長及書記，樣本人數354人。有效問卷328份，研究樣本平均年齡28歲，標準差為6歲，其中以25~29歲居多 (37%)，其次為≤24歲 (32%)。教育程度以專科畢業最多 (74%)。婚姻狀態以未婚者居多 (67%) 共218人。261位樣本 (80%) 未曾生產過，67位經產婦中，生產過兩次者有35人，只有9位產次超過三次 (含) 以上 (表2)。

研究樣本有一半是護理師，平均服務年資為5年，服務五年以上的樣本有126位 (38%)，服務單位以一般病房居多 (66%)。257位 (78%) 樣本表示自己平時皆有良好的談心對象，主要來自母親、姊妹及朋友。研究樣本的月經

週期特徵列在表3。平均初經年齡為13.9歲。多數研究樣本 (64%) 自認為自己的月經週期很規則。月經週期平均天數為32.5天週期天數，119位 (36%) 樣本的月經週期天數小於等於28天，129位 (39%) 研究樣本的月經週期天數為29~31天。行經天數以4~7天最多 (64%)，平均為6天。大多數研究樣本 (84%) 自認為自己的月經量適中。198位研究樣本 (60%) 曾有痛經現象。只有53位研究樣本 (17%) 曾使用過口服避孕藥。

### 二、研究工具

本研究的問卷包括兩部分：一是受試者的基本資料、工作情況、月經週期特徵；另一部份是有關經前症候群的診斷測量。本研究採用Moos氏之月經不適自填問卷 (The Moos Menstrual Distress Questionnaire, MDQ)，本問卷是測量經前症候群盛行率最常被使用的問卷 (參考表1)。由於該問卷是自填式，較適合大樣本之研究。

Moos氏之月經不適問卷包含47個題目，大略可劃分為九大症狀：痛 (六題)、注意力不集中 (八題)、行為上的改變 (五題)、自律神經系統的反應 (四題)、水份滯留 (四題)、負向情緒反應 (八題)、激發性正向情緒反應 (五題)、控制 (六題)、飲食改變 (一題) 等。每一題目的答案又分成六等級，以李氏量表 (Likert Scale) 六分法計分：1分表示沒有、2分表示輕度、3分表示中度、4分表示嚴重、5分表示很嚴重，6分表示不能忍受。將每一大題目中的各小題之得分加權平均，得分愈高表示該症狀愈嚴重。分數達到70分 (含) 以上，即符合經前症候群之定義。

為了確保翻譯後的量表與原始量表在語意上能一致，研究者以雙次翻譯 (double translation) 的方式來檢定。此問卷係原文經婦產科專科醫師翻譯成中文後，再經二位護理專家比較其異同，並適當修飾後併成一份量表。翻譯過的中文量表再經具中英文造詣的護理師轉譯成英文，再與原英文問卷對照，內容並無差異，再經由10位預試對象表示問卷內容及用語之修飾後始確定。

表1 1980年代以後主要經前症候群盛行率研究結果摘要

作者	研究樣本	測量工具	主要結果
Van Keep, 1981	2501位法國社區樣本	自行設計問卷，回溯	終生盛行率85%，經常出現症狀38%，嚴重症狀4-9%
Woods, 1982b	179位美國社區樣本	以MDQ <sup>1</sup> 訪視，回溯	30-40%有至少一個生理或心理症狀，2-8%屬於嚴重者
Andersch, 1986	1083位瑞典社區樣本	自行設計問卷，回溯	92%有經驗過一個症狀，31%中度，3%重度
Stout, 1986	783位美國社區樣本	PAF <sup>2</sup> ，回溯	黑人與白人的盛行率差不多，黑人較多生理症狀，白人較多情緒症狀
Hallman, 1986	1852位瑞典社區樣本	自行設計問卷，回溯	72.8%有經前症候群，7.5%覺得需要找醫師
Cenac, 1987	400位非洲社區樣本	自行設計問卷，回溯	95%曾經有過一個症狀，31%會影響社交活動
Boyle, 1987 <sup>58</sup>	520位美國醫院樣本	自行設計問卷，回溯	41-81%有經驗過至少一個症狀
Johnson, 1988	730位美國護理系畢業生	PAF郵寄問卷，回溯	終生盛行率87%，嚴重症狀3.2%
Rivera, 1990	217位美國大學女生	DSM-III-R <sup>3</sup> ，前瞻	4.6%符合診斷標準
Ramcharan, 1992 <sup>59</sup>	2650位加拿大社區樣本	MDQ，橫斷面	常見的經前期症狀盛行率並沒有比其他期高（只分析嚴重者）
Freeman, 1993	165位美國高中生婦產科門診樣本	MSQ <sup>4</sup> ，回溯	16%被界定為經前症候群
Rupani, 1993	400位肯亞醫院護理人員	自行設計問卷，回溯	95.5%至少有一症狀
Mongle, 1993	239位義大利社區樣本	以MDQ訪視，回溯	義大利與美國婦女在經前期症狀的盛行率差不多
Lin, 1996	9424位台灣高中生樣本	MDQ，回溯	94.7%至少有一症狀，最常見十個症狀的盛行率為48-67%
周勵志，民82	412位台灣醫院護理人員	RDC <sup>5</sup> ，回溯	盛行率為48.3%
周勵志，民83	1789位台灣大專女生	RDC，回溯	盛行率為5.3%

<sup>1</sup>MDQ: Moos Menstrual Distress Questionnaire; <sup>2</sup>PAF: Halbreich Premenstrual Symptom Assessment Questionnaire; <sup>3</sup>DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (3rd ed); <sup>4</sup>MSQ: Abraham Menstrual Symptom Questionnaire; <sup>5</sup>RDC: Steiner Research Diagnostic Criteria.

表2 研究樣本之基本基料

基本特徵	人數	%	基本特徵	人數	%
年齡			工作職稱		
≤ 24	105	32.0	護士	119	36.3
25-29	120	36.6	護理師	168	51.2
30-35	60	18.3	其他*	41	12.5
≥ 36	43	13.1	服務年資		
教育程度			<2	117	35.7
職校	43	13.1	2-4	85	25.9
專科	243	74.1	5-10	63	19.2
大學以上	42	12.8	>10	63	19.2
血型			服務單位		
A	98	29.9	一般病房	230	70.1
B	80	24.4	急護單位及手術室	73	22.3
O	128	39.0	門診	25	7.6
AB	22	6.7	曾否服用避孕藥		
婚姻狀況			有	53	16.5
已婚	110	33.5	無	268	83.5
未婚	218	66.5	支持系統		
有無子女			有	257	78.7
有	67	20.4	無	71	21.6
無	261	79.6			

\*其他：組長、護理長、督導、或書記

表3 研究樣本月經週期特徵相關資料

	人數	%	平均值±標準差
初經年齡			
≤ 13	125	38.1	13.9±1.22
14	123	37.5	
≥ 15	80	24.4	
規則性			
規則	209	63.7	
不規則	119	36.3	
經期週期(天)			
≤ 28	119	36.3	32.5±20.1*
29-31	129	39.3	
≥ 32	80	24.4	
行經天數			
≤ 3	16	4.9	6.4±4.5
4-7	209	63.7	
≥ 8	103	31.4	
月經量			
少量	41	12.5	
中量	276	84.1	
多量	11	3.3	
經痛			
有	198	60.4	
無	130	39.6	

\*經期週期天數中若去除130、365天各一個個案，則平均值±標準差=31.1±6.1

### 三、實施步驟

本研究為橫斷面之研究。首先進行問卷測試，先由研究者解釋研究目的及實施程序後，委託各單位護理長負責發放及回收問卷。於民國85年6月29日共發出問卷354份，於民國85年7月4日回收345份（回收率97.5%）。於民國85年7月26日再針對前次回收的研究對象，發出問卷345份，回收333份（回收率96.5%），去除不完整問卷5份，共得有效樣本328份。前後測採取同樣問卷，再測信度（test-retest reliability）之相關係數為0.78。顯示此問卷為內在一致性高之問卷。效度方面，則採用中文表面效度及建構效度，其信度與效度已得肯定。

### 四、資料處理與分析

所有資料以SAS統計套裝軟體程式進行資料處理與分析。以描述性統計表示各相關因素分層之經前症候群盛行率與症狀分佈，以分析性統計檢定經前症候群與相關因素之間之相關。所採用之分析法包括平均值（mean）、標準差（standard deviation）、卡方檢定（chisquare-test）、t檢定（t test）、單變異量分析（one-way ANOVA）、薛費氏事後檢定（Fisher's exact test）、皮爾遜相關係數檢定、無母數史皮爾曼等級相關檢定（Spearman's correlation）及羅吉斯迴歸多變項檢定（Logistic regression）。本研究各項變項檢定之顯著水準以0.05為標

準。

## 結 果

### 一、盛行率與症狀分佈

本研究以Moos月經不適問卷評估研究樣本在月經來潮前7-10天的身心狀態共四十七題，症狀依嚴重程度自一分至六分，將每一大題目中的各小題之得分加權平均，得分愈高表示該症狀愈嚴重。分數達到70分（含）以上，即符合經前症候群之定義。結果顯示總得分在47至202分之間，平均83.5分，標準差28.6分。在研究樣本328人中，有200位人員其總分70分以上者（含70分），盛行率為61%（平均值為100.5分，標準差為24.7分）。

由表4得知研究樣本在月經來潮前7~10天，最常出現之十個主要症狀依序為：乳房脹痛（85%）、疲倦（72%）、全身腫脹感（72%）、呆在家裡不想出門（69%）、不想參加社交活動（67%）、想賴在床上（66%）、全身酸痛（63%）、情緒不穩（62%）、飲食改變（61%）、背痛（59%）。

### 二、相關因素分析

#### (一)基本特徵

表5為研究樣本基本特徵與是否有經前症候群之卡方檢定結果，其中年齡、婚姻狀

表4 研究樣本最常見十種經前症狀分佈

經前不適症狀	人 數	%
乳房脹痛	279	85.1
疲倦	235	71.7
全身腫脹感	235	71.7
呆在家裡不想出門	227	69.2
不想參加活動	220	67.1
想賴在床上	216	65.9
全身酸痛	207	63.1
情緒不穩	204	62.2
飲食改變	199	60.7
背痛	192	58.5

表 5 不同基本特徵與是否有經前症候群之卡方檢定

基本特徵	經前症候群		X <sup>2</sup> value	df	P value
	有 (%)	無 (%)			
<b>年齡</b>					
≤24	65(61.9)	40(38.1)	13.642	3	0.003
25-29	86(71.7)	34(28.3)			
30-35	32(48.5)	34(51.5)			
≥36	17(45.9)	20(54.1)			
<b>教育程度</b>					
職校	22(51.2)	21(48.8)	3.228	2	0.199
專科	155(63.8)	88(36.2)			
大學以上	23(54.8)	19(45.2)			
<b>血型</b>					
A	63(64.3)	35(35.7)	4.206	3	0.240
B	49(61.3)	31(38.7)			
O	79(61.7)	49(38.3)			
AB	9(40.9)	13(59.1)			
<b>婚姻狀況</b>					
已婚	58(52.7)	52(47.3)	4.732	1	0.030
未婚	142(65.1)	76(34.9)			
<b>有無子女</b>					
有	25(37.3)	42(62.7)	19.812	1	0.000
無	175(67.0)	86(33.0)			
<b>工作職稱</b>					
護士	69(58.0)	50(42.0)	12.697	2	0.002
護理師	115(68.5)	53(31.5)			
其他*	16(39.0)	25(61.0)			
<b>服務年資</b>					
<2	77(65.8)	40(34.2)	13.985	3	0.003
2-4	59(73.8)	26(26.2)			
5-10	38(60.3)	25(39.7)			
>10	26(41.3)	37(58.7)			
<b>服務單位</b>					
一般病房	147(63.9)	83(36.1)	7.403	2	0.025
急護單位及手術室	44(62.0)	29(38.0)			
門診	9(36.0)	16(64.0)			
<b>支持系統</b>					
有	154(59.9)	103(40.1)	0.554	1	0.457
無	46(64.8)	25(35.2)			

\*其他：組長、護理長、督導、或書記

態、子女數、工作職稱、服務年資、工作單位等變項呈現統計顯著差異。

研究樣本年齡在 $\leq 24$ 歲組經前症候群盛行率為62%，25-29歲組為72%，顯著高於30~35歲組的49%與 $\geq 36$ 歲組的46%。也就是說經前症候群盛行率與年齡的相關並非線性關係，盛行率最高者為25~29歲組，其次為 $\leq 24$ 歲組，越高齡盛行率越低。未婚者經前症候群盛行率（65%）也顯著高於已婚者（53%）；無子女者經前症候群盛行率（67%）也顯著高於有子女者（經產婦）。

研究樣本工作職稱為護理師組經前症候群盛行率為69%，護士組為58%，組長、護理長、督導及書記組為39%，呈現統計顯著差異。服務年資的盛行率分佈是先增後減（66% $\rightarrow$ 74% $\rightarrow$ 60% $\rightarrow$ 41%）。服務單位在一般病房與急護單位及手術室者，盛行率分別是63%與62%，顯著高於門診組36%。

#### (二) 月經週期特徵

表6為研究樣本月經週期特徵資料與經前症候群盛行率之相關檢定結果，其中月經規則性、月經週期天數、是否有痛經以及是否使用口服避孕藥等變項呈現統計顯著差異。

研究樣本月經不規則者經前症候群盛行率為72%，顯著高於規則者（55%）。經期週期 $> 28$ 天者經前症候群盛行率高於 $\leq 28$ 天者，盛行率分別為65%與54%。有經痛者經前症候群盛行率為71%，顯著高於無經痛者（45%）。曾使用口服避孕藥者經前症候群盛行率顯著低於未曾服用者，盛行率分別為40%與65%。

若相關因素為等距變項（年齡、服務年資、經期週期）或序位變項者（教育程度、子女數）再與MDQ量表得分進行皮爾遜相關係數檢定或無母數史皮爾曼等級相關檢定，結果列在表7。其中只有服務年資與子女數與MDQ量表得分有統計顯著相關，服務年資長及子女數多，得分較低。

#### (三) 相關因素多變項分析

由於相關因素彼此間也有相關，譬如年齡較高者較多已婚、較多有子女、較多擔任組長護理長督導書記、服務年資較久、較多

在門診服務；因此必須進行多變項檢定，控制不同相關因素間的干擾。表8為經前症候群相關因素之羅吉斯迴歸多變項檢定。結果與卡方檢定差不多，但是達統計顯著者只剩下「有無子女」、「有無經痛」、「月經是否規則」等三個變項。經多變項統計檢定發現「無子女」、「有經痛」、「月經不規則」等三個變項與經前症候群有顯著相關。

#### (四) 因應行為

罹患經前症候群的研究樣本所採用的調適方法包括：順其自然不做處理（75%）、使用偏方與藥物（20%）、50%曾採用運動、聽音樂及休息等方法。

## 討 論

### 一、盛行率與症狀分佈

本研究以中部某地區教學醫院護理人員為研究樣本，以Moos月經不適問卷調查發現經前症候群盛行率為61%，高於周氏<sup>[26]</sup>以台北市一所中型綜合醫院護理人員所做的調查，該研究以Steiner氏自填問卷調查盛行率為48%，因Steiner氏自填問卷較偏重精神疾病診斷層面，由於國人對精神科的刻板印象，可能會影響到該結果的呈現。Rupani<sup>[29]</sup>以自行設計問卷調查400位肯亞醫院護理人員，95.5%的受訪樣本至少有一種經前症狀。本研究若也以至少有一種經前症狀來計算，盛行率為92.3%。Johnson<sup>[30]</sup>以PAF郵寄問卷調查730位愛荷華大學護理系畢業生，有87%的樣本曾經經歷過經前症狀；另一個以PAF問卷在1997年的研究得到有11%到32%婦女在月經前出現症狀變化<sup>[32]</sup>；一個以志願者的調查研究則得到6.4%的盛行率<sup>[32]</sup>；而在一個針對18歲以下女性的問卷調查發現，自述有經前症候群症狀者高達88%<sup>[33]</sup>。依定義不同、研究方法不同及受測者的不同，經前症候群的盛行率有很大差別。有研究者以同一受測群依四種方式對症狀分析，其盛行率出現由1.0%至7.1%的差別<sup>[34]</sup>。

進一步細看較常見經前症狀之排序，本研究主要症狀是是痛（三個）、行為上的改變（三個）、水份滯留（兩個），不同於周氏<sup>[26]</sup>



表6 不同月經週期特徵與是否有經前症候群之卡方檢定

基本特徵	經前症候群		X <sup>2</sup> value	P value
	有 (%)	無 (%)		
年齡				
≤ 13	76(60.8)	49(39.2)	0.397	0.820
14	73(59.3)	50(40.7)		
≥ 15	51(63.8)	29(36.2)		
規則性				
規則	115(55.0)	94(45.0)	8.576	0.003
不規則	85(72.3)	34(27.7)		
經期週期 (天)				
≤ 28	64(53.8)	55(46.2)	4.062	0.044
> 28	136(65.1)	73(34.9)		
行經天數				
≤ 5	101(60.5)	66(39.5)	0.035	0.851
> 5	99(61.5)	62(38.5)		
月經量				
少量	28(68.3)	13(32.7)	1.841	0.398
中量	164(59.4)	112(40.6)		
多量	8(72.7)	3(27.3)		
經痛				
有	141(71.2)	57(28.8)	21.999	0.000
無	59(45.4)	71(54.6)		
曾否服用避孕藥				
有	21(39.6)	32(60.4)	12.069	0.001
無	177(65.1)	95(34.9)		

表7 相關因素與MDQ量表得分之相關檢定

	相關係數(r)	P value
經前症候群量表得分	1.000	
年齡	-0.0643	0.2456
教育程度	0.0444	0.4234
服務年資	-0.1438	0.0091*
子女數	-0.1829	0.0009*
經期週期	0.0652	0.2392

表 8 經前症候群相關因素之羅吉斯迴歸多變項檢定

	對比值 (O.R.)	95%信賴區間
年齡 ≥ 30	0.693	0.321-1.496
已婚	1.904	0.846-4.287
無子女	3.884	1.534-9.838*
有服用口服避孕藥	0.603	0.268-1.360
工作職稱非護士之醫護人員	1.319	0.795-2.191
服務年資 ≥ 5年	0.981	0.456-2.111
服務於急護單位	0.672	0.372-1.213
有經痛	2.712	1.667-1.411*
月經不規則	1.767	1.034-3.020*
經期週期 > 28	1.017	0.613-1.688

以台北市一所中型綜合醫院護理人員所做的調查研究，最常出現的症狀依序為疲憊（97.5%）、情緒低落（97.0%）、煩躁與敵意（97.0%）、注意力障礙（87.4%）、社會功能障礙（73.3%）、飲食習慣改變（60.3%）、協調功能障礙（58.8%）、性慾改變（47.7%），大多是負向情緒反應為主。李氏<sup>[35]</sup>以簡短經前評估表（shortened premenstrual assessment form, SPAF）針對台灣地區護理師護士公會會員郵寄問卷，發現常見症狀排名依序為：精力減退、容易疲倦、胸悶不適或疼痛、情緒起伏變化大、脾氣差、易發怒、焦慮、背痛、關節及肌肉僵硬或疼痛、感覺受壓力等。根據Janiger<sup>[36]</sup>跨文化的調查，非西方國家較常出現生理的抱怨，本研究樣本也是以生理的抱怨居多。過去針對PMS出現症狀的研究，症狀群中最多出現的有混亂（turmoil）、水分滯留（fluid retention）、身體不適（somatic symptoms）及較警醒不穩定

（arousal symptoms）等症狀<sup>[37]</sup>。反覆在PMS會出現的症狀還包括焦慮（anxiety）、情緒不穩（mood lability）與敏感易怒（irritability），因此有些精神科觀點認為PMS也是屬於一種反覆出現的情緒失調疾病<sup>[38]</sup>。有不少精神科專家做PMS與其他精神疾病的研究，認為PMS與人格失常、憂鬱症、焦慮症、或季節性的情緒失調相關<sup>[39-43]</sup>，一個回溯性研究發現經前期會加重42%的強迫症（Obsessive-compulsive disorder）<sup>[44]</sup>，甚至認為月經週期的第一週自殺率會增加<sup>[45]</sup>。但也有些研究發現PMS和精神疾病、遺傳基因或環境因子都沒有相關性或特異性<sup>[46,47]</sup>。另外，Janiger<sup>[36]</sup>的調查發現日本的樣本只有7%抱怨乳房症狀，可是本研究樣本卻是以乳房脹痛為最常見症狀（85%），同為東方人，為什麼會有如此大差異，值得進一步探討；而另有研究發現小於36歲者出現乳房疼痛的現象是大於36歲者受測的4.7倍（48）。因此由上述研究可知：經前

症候群在不同社會文化環境都有很高盛行率，但是症狀分佈型態卻不一定相同。

## 二、相關因素分析

關於不同年齡層經前症候群盛行率差異第二的問題，不同研究調查常常有不同的結論。有些研究指出年齡層越高，經前症候群的盛行率越高<sup>[35,36,49]</sup>。相反地，也有不少研究指出年輕婦女與高齡婦女經前症候群的盛行率差不多<sup>[50-52]</sup>。本研究則呈現先升後降的變化趨勢，其中又以25~29歲組的盛行率最高。另有研究顯示PMS的症狀嚴重度隨年齡降低，以20至35歲的受測群出現較嚴重的症狀<sup>[53]</sup>。研究結果差異的可能原因是，有些研究的研究樣本年齡群分佈本身就比較窄，不容易比較年輕婦女與高齡婦女經前症候群的盛行率差異。本研究樣本的年齡層分佈較寬（19~47歲），比較可以看出年齡層之差異。

本研究以子女數來反映生產次數，在控制其他變項的情況下，「是否有子女」還是具有統計顯著相關。也就是說，沒有生產經驗婦女反而有較高的經前症候群盛行率，與van Keep<sup>[52]</sup>得到相同的結論。或許因為生產造成女性生理賀爾蒙或心理情緒之改變，使經前症候群之盛行率減少許多。

本研究關於月經週期特徵與經前症候群之卡方檢定發現「月經週期長短」、「經期是否規則」、「是否經痛」等特徵都達統計顯著差異，但是多變項對數邏輯迴歸檢定後，只有「經期是否規則」與「是否經痛」還具有統計顯著差異。Moos<sup>[49]</sup>與van Keep<sup>[52]</sup>的研究結果也是經期較不規則者經前症狀較嚴重。本研究有關經痛與經前症候群的關係是：有經痛的婦女經前症狀候群盛行率較高，與Johnson<sup>[5]</sup>的結果相反。不知是否是本研究樣本回憶偏差所造成，沒能清楚區分疼痛是發生在「經前」或「經期」。

本研究有關婚姻狀態與社經地位（教育程度）與經前症候群的關係，在多變項檢定並未達統計顯著差異。可能原因為：婚姻狀態可能已經被有「無子女」（生產）這因素所解釋掉，尤其後者所造成的生理與心理影響應該是大於前者。至於教育程度沒有出現統計顯著差異的原因是：本研究樣本教育程度的同質性大，變

異量太少所造成。

其它文獻也討論生活習慣對PMS的影響，抽煙習慣為PMS的危險因子，肥胖、運動習慣及飲酒則對PMS不影響<sup>[54]</sup>；另一個研究卻認為壓力與酒精對PMS盛行率的相對危險性（odds ratios）分別為2.5及3.7<sup>[55]</sup>。口服避孕藥的使用對PMS沒有影響<sup>[56]</sup>。另外，在不孕婦女出現經前腹痛的比例為40%，相較於同一研究中非不孕婦女有較高的盛行率<sup>[57]</sup>。

## 三、研究限制

本研究是橫斷面詢問受訪者，請個案“回溯”過去「經前期」經驗的“一般型態”，當然很難避免“回憶偏差”的發生。一些在「經期」發生的症狀，可能被回憶成發生在「經前期」。另外，已被確定診斷為經前症候群的患者，其症狀的種類與嚴重還是可能隨時間改變而改變，有時也很難明確認定一個“一般型態”。

為了統一比較的基準，本研究詢問受訪者“月經來潮前7至10天是否出現下列症狀……”作為「經前期」之界定。嚴格地說，“7至10天”只能算是「早經前期」，範圍窄了一些，所以本研究有關盛行率的估計可能還有低估。另外，每位婦女的月經週期長短並不相同，這時間對有些婦女而言還未到「經前期」。

本研究以加總計分70分及以上之個案定義為經前症候群，不是完全依照「精神疾病診斷及統計手冊第四版」DSM-IV的診斷標準，所以盛行率估計也會比以前瞻式記錄診斷所獲得的盛行率高。

本研究樣本是中部一所區域教學醫院的護理人員，不是社區抽樣樣本，自然外在效度有限。

本研究以量表來探討經前症候群，常常忽略了每位婦女對這些症狀的主觀詮釋與背後的價值前提，未來研究可參考「社會建構學派」<sup>[13]</sup>的研究取向進一步進行較深層的文化分析。

## 結論與建議

本研究調查發現經前症候群的確是普遍盛

行於育齡婦女當中，其中又以25~29歲婦女盛行率最高。主要症狀分佈排序的確出現不同社會文化環境之差異，這個差異究竟是病因學上的差異還是認知語言上的差異，有待進一步研究探討。有無子女與月經週期特徵（規則性與是否經痛）還是決定經前症候群盛行率差異的主要相關因素，這似乎意涵著生理賀爾蒙因素之影響力要大於心理社會因素。許多研究樣本都認為這些症狀是“正常的”或“女人該有的”，因此不覺得要採取任何因應行為。

護理人員在照護病患時，可能會有許多機會碰到罹患經前症候群的婦女。雖然對大部分的婦女而言，這些改變可能只是輕微的，對其家庭關係、社交或工作並不會造成很大的影響。但是對極少數的婦女而言，其症狀可能非常嚴重而且對患者的社交和工作會造成重大的困擾，因此護理人員應該對經前症候群有基本認識。畢竟，輕度的經前症候群的問題，可以由護理人員藉著一些簡單的方法如協談、支持、飲食上的修正、運動和放鬆技巧上獲得解決，不一定需要由精神科醫師或婦產科醫師來處理。

況且，護理專業對患者的主觀經驗感受詮釋較重視，因此作法上常常是不同於臨床醫師的。本研究一方面是要瞭解護理人員本身的經前症候群盛行率與相關因素；但是透過問卷填寫過程，許多護理人員也獲得許多新觀念。這除了可以幫助自己未來的因應，也對日後照護病人有更多助益。而本研究係以一般模式詢問護理人員的經前症候群，希望透過本研究瞭解護理人員經前症候群的盛行率及其相關因素，比較其與其他非護理人員為對象的研究是否有差異，也許可作為再進一步研究經前症候群的病因及尋找介入方法的先驅假說（prior hypothesis）。

### 參考資料

1. Frank RT: The hormonal causes of premenstrual tension. *Arch Neurol Psychiatry* 1931; 26: 1052.
2. Greene R, Daulton K: The premenstrual syndrome. *BMJ* 1953; 1: 1007.
3. 林煥然、林敏雄：經前症候群。基層醫學

- 1993; 11: 46-9。
4. Logue CM, Moos RH: Premenstrual syndrome: prevalence and risk factors. *Psychosomatic Medicine* 1986; 48: 388-414.
5. Johnson SR: The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 1987; 30: 367-76.
6. Osofsky HJ, Keppel W, Kuczmierczyk A: Evaluation and management of premenstrual syndrome in clinical psychiatric practice. *Journal of Clinical Psychiatry* 1988; 49: 494-7.
7. Hsia LSY, Long MH: Premenstrual syndrome: current concepts in diagnosis and management. *Journal of Nurse-Midwifery*, 1990; 35: 351-7.
8. Severino, SK, Moline ML: Premenstrual syndrome. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 1990; 17: 889-903.
9. World Health Organization. *Mental, Behavioral and Developmental Disorders. Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD 10)*. Geneva: World Health Organization, 1996.
10. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ et al: Differential response to antidepressants in women with premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 932-9.
11. Endicott J, Amsterdam J, Eriksson E et al: Is premenstrual dysphoric disorder a distinct clinical entity? *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine*. 1999; 8: 663-79.
12. Young SA, Hurt PH, Benedek DM et al: Treatment of premenstrual dysphoric disorder with sertraline during the luteal phase: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59: 76-80.
13. Walker, A: The theory and methodology in premenstrual syndrome research. *Social Sci-*

- ence & Medicine 1995; 41, 780-93.
14. Korzekwa MI, Steiner M: Premenstrual syndromes. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 1997; 40: 564-76.
  15. Rubinow DR, Schmidt PJ: Premenstrual syndrome: a review of endocrine studies. *Endocrinologist* 1992; 2: 47-54.
  16. Roca CA, Schmidt PJ, Bloch M, et al.: Implications of endocrine studies of premenstrual syndrome. *Psychiatr Ann.* 1996; 26: 576-80.
  17. Yatham LN: Is 5HT1A receptor subsensitivity a trait marker for late luteal phase dysphoric disorder? A pilot study. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 662-4.
  18. Freeman EW, Schweizer E, Rickels K: Personality factors in women with premenstrual syndrome. *Psychosom Med.* 1995; 57: 453-9.
  19. 歐陽培詮：月經困難和月經前緊張症候群。當代醫學 1979；6：1084-6。
  20. Patel S, Cliff, KS, Machin, D: The premenstrual syndrome and its relationship to accidents. *Public Health Londo* 1982; 99: 45-50.
  21. Mandell AJ, Mandell MP: Suicide and menstrual cycle. *JAMA* 1976; 200: 792-9.
  22. Dalton K: Cyclical criminal acts in premenstrual syndrome. *Lancet*, 1982 ii: 1070-1.
  23. Reid RL, Yen SSC: Premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1981; 139: 85-104.
  24. Reid RL: Premenstrual syndrome. *Current Problems in Obstetrics, Gynecology & Fertility* 1985; 8:1.
  25. 周勵志：大專女生月經週期身心症狀調查研究。公共衛生1994；20：343-52。
  26. 周勵志、江美珠、孫樂穎：某中型綜合醫院護理人員月經前緊張症候群及其相關因素之調查研究。公共衛生1993；20：99-109。
  27. 陳淑月：中部地區五專女生經期不適及其相關因素之探討。公共衛生1984；11：360-76。
  28. 黃定妹：婦女月經週期的身心變化及情緒穩定性之探討。師大輔導研究所碩士論文，1985。
  29. Rupani NP, Lema VM: Premenstrual tension among nurses in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal* 1993; 70: 310-3.
  30. Johnson SR, McChesney C, Bean JA: Epidemiology of premenstrual symptoms in a nonclinical sample I. prevalence, natural history and help-seeking behavior. *Journal of Reproductive Medicine* 1988; 33: 340-6.
  31. Campbell EM, Peterkin D, O' Grady K et al: Premenstrual symptoms in general practice patients. Prevalence and treatment. *Journal of Reproductive Medicine* 1997; 42: 637-46.
  32. Banerjee N, Roy KK, Takkar D: Premenstrual dysphoric disorder - a study from India. *International Journal of Fertility & Women Medicine.* 2000; 45: 342-4.
  33. Cleckner-Smith CS, Doughty AS, Grossman JA: Premenstrual symptoms. Prevalence and severity in an adolescent sample. *Journal of Adolescent Health* 1998; 22: 403-8.
  34. Gehlert S, Hartlage S: A design for studying the DSM-IV research criteria of premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1997; 18: 36-44.
  35. 李選：台灣地區護理人員經前症候群與相關因素之探討，行政院國科會專題研究計劃。
  36. Janiger O, Riffenburgh R, Kersh R: Cross cultural study of premenstrual syndrome. *Psychosomatics* 1972; 13: 226-35.
  37. Woods NF, Mitchell ES, Lentz M: Premenstrual symptoms: delineating symptom clusters. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine* 1999; 8: 1053-62.
  38. Bloch M, Schmidt PJ, Rubinow DR: Premenstrual syndrome: evidence for symptom stability across cycles. *American Journal of Psychiatry.* 1997; 154: 1741-6.
  39. Berlin RE, Raju JD, Schmidt PJ, Adams LF, Rubinow DR: Effects of the menstrual cycle on measures of personality in women with premenstrual syndrome: a preliminary study. *Journal of clinic psychiatry* 2001; 62: 337-42.
  40. Praschak-Rieder N, Willeit M, Neumeister A et al: Prevalence of premenstrual dyspho-

- ric disorder in female patients with seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorder* 2001; 63: 239-42.
41. Breaux C, Hartlage S, Gehlert S: Relationships of premenstrual dysphoric disorder to major depression and anxiety disorders: a re-examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2000; 21: 17-24.
  42. Yonkers KA: The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58 Suppl 15: 19-25.
  43. Maskall DD, Lam RW, Misri S et al: Seasonality of symptoms in women with late luteal phase dysphoric disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154: 1436-41.
  44. Williams KE, Koran LM: Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58: 330-4; quiz 335-6.
  45. Baca-Garcia E, Sanchez-Gonzalez A, Gonzalez Diaz-Corralero P et al: Menstrual cycle and profiles of suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97: 32-5.
  46. Roca CA, Schmidt PJ, Rubinow DR: A follow-up study of premenstrual syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60: 763-6.
  47. Kendler KS, Karkowski LM, Corey LA et al: Longitudinal population-based twin study of retrospectively reported premenstrual symptoms and lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 1234-40.
  48. Ader DN, Browne MW: Prevalence and impact of cyclic mastalgia in a United States clinic-based sample. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1997; 177: 162-32.
  49. Moos R: The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosomatic Medicine* 1968; 30: 853-67.
  50. Woods FN, Most A, Dery GK: Prevalence of premenstrual symptoms. *American Journal of Public Health* 1982; 72: 1257-64.
  51. Hargrove JT, Abraham GE: The incidence of premenstrual tension in a gynecologic clinic. *Journal of Reproductive Medicine* 1982; 27: 721-24.
  52. Van Keep PA, Lehert P: The premenstrual syndrome—an epidemiological and statistical exercise. Van Keep PA, Utian WH (Eds): *The Premenstrual Syndrome* Lancaster, England: MTP Press. 1981: 31-42
  53. Freeman EW, Rickels K, Schweizer E et al: Relationships between age and symptom severity among women seeking medical treatment for premenstrual symptoms. *Psychological Medicine* 1995; 25: 309-15.
  54. Kritz-Silverstein D, Wingard DL, Garland FC: The association of behavior and lifestyle factors with menstrual symptoms. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine* 1999; 8: 1185-93.
  55. Deuster PA, Adera T, South-Paul J: Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Archives of Family Medicine* 1999; 8: 122-8.
  56. Sveindottir H, Backstrom T: Prevalence of menstrual cycle symptom cyclicality and premenstrual dysphoric disorder in a random sample of women using and not using oral contraceptives. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2000; 79: 405-13.
  57. Sundby J, Schei B: Infertility and subfertility in Norwegian women aged 40-42 prevalence and risk factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1996; 75: 832-7.
  58. Boyle CA, Berkowitz GS, Kelsey JL: Epidemiology of premenstrual symptoms. *American Journal of Public Health* 1987; 77: 349-50.
  59. Ramchan S, Love EJ et al.: The epidemiology of premenstrual symptoms in a population-based sample of 2650 urban women: attributable risk and risk factors. *Journal of Clinical Epidemiology* 1992; 45: 377-92.

# Prevalence and Associated Factors of Premenstrual Syndrome among Nurses in a Teaching Hospital in Central Taiwan

Shu-Chen Chen<sup>1</sup>, Long-Yau Lin<sup>1\*</sup>, Ching-Yi Lin<sup>2</sup>,  
Bih-Jaw Kuo<sup>3</sup>, Chiong-Wu Yang<sup>4</sup>, Ming-Chin Chou<sup>1</sup>

This paper documents results of the Moos Menstrual Distress Questionnaire (MDQ) used to investigate the nature of premenstrual syndrome (PMS) in Taiwan. Symptoms, risk factors and duration were specific variables considered in the analysis. The target group was made up of the nursing staff (age range 19 to 47 years) of a teaching hospital in Taichung City. Three hundred twenty-eight questionnaires were returned, with a response rate of 92.7%. PMS symptoms and related behaviors included (in order of frequency): breast tenderness (85%), fatigue (72%), bloating (72%), missed work (69%), avoidance of social activities (67%), bed rest (66%), general

aches and pains (63%), mood swings (62%), change in eating habits (61%), and back pain (59%). Sixty-one percent reported that their PMS symptoms usually continued during menstruation. Risk factors associated with PMS were parity, a history of dysmenorrhea, and irregularity of menstruation cycles. Seventy-five percent of the respondents took no measures to counter the side effects of PMS; twenty percent took various medications to relieve their symptoms. This study supports the postulate conclusion that PMS is common in different socio-cultural settings and has a wide variety of symptoms.

Key words: premenstrual syndrome, nursing staff, Moos Menstrual Distress Questionnaire

<sup>1</sup> Institute of Medicine, Chung-Shan Medical University, Taichung, Taiwan (R.O.C.)

<sup>2</sup> Department of Obstetrics & Gynecology, Chung-Shan Medical University Hospital, Taichung, Taiwan (R.O.C.)

<sup>3</sup> School of Nursing, Chung-Shan Medical University, Taichung, Taiwan (R.O.C.)

<sup>4</sup> Hung-Kuang Institute of Technology, Taichung, Taiwan (R.O.C.)

\* Reprints and Corresponding Author: Long-Yau Lin

Address: No. 110, Sec. 1, Chien-Kuo N. Road, Taichung, 402, Taiwan, R.O.C. Tel: 886-4-24739595 ext 4830  
E-mail: l20006@csh.org.tw