



JURNAL PEMBANGUNAN SOSIAL

<http://e-journal.uum.edu.my/index.php/jps>

How to cite this article:

Siti Hajar, J., & Azlizamani, Z@S. (2021). Persepsi Pakar Terhadap Kecelaruan Disforik Prahaid. *Jurnal Pembangunan Sosial*, 24, 75-107. <https://doi.org/10.32890/jps2021.24.4>

**PERSEPSI PAKAR TERHADAP KECELARUAN
DISFORIK PRAHAID**

(Experts Perception Toward Premenstrual Dysphoric Disorder)

¹Siti Hajar Jelani &

²Azlizamani Zubir @Salim

Pusat Pengajian Psikologi Gunaan,

Dasar dan Kerja Sosial, Universiti Utara Malaysia

¹Corresponding author : sitihajarjelani05@gmail.com

Received: 1/10/2021 Revised: 5/12/2021 Accepted: 27/12/2021 Published: 30/12/2021

ABSTRAK

Kajian ini dijalankan untuk mengenalpasti persepsi pakar yang terdiri daripada pakar psikiatri dan pakar sakit puan berkenaan kecelaruan disforik prahaid (PMDD). Kajian ini merangkumi persepsi masyarakat dan tahap pengetahuan dari sudut pandangan pakar, faktor-faktor PMDD dan simptom-simptom yang dipercayai adalah simptom PMDD. Kajian lepas mengandungi kajian-kajian baru diterbitkan memfokuskan kepada sindrom prahaid (PMS) dan PMDD. Reka bentuk kajian ini berbentuk kualitatif dengan memberikan penekanan kepada kaedah temu bual. Seramai empat orang pakar dipilih sebagai responden kajian iaitu dua orang pakar psikiatri dan dua orang pakar sakit puan. Kaedah pengumpulan data dalam kajian ini adalah melalui temu bual bersemuka dan melalui telefon dengan menggunakan soalan semi-struktur dan terarah. Data yang diperolehi telah diproses melalui analisis data tematik. Dapatan kajian menunjukkan bahawa

masyarakat masih lagi tidak mengetahui apa itu PMDD dan terdapat kepelbagaian faktor membawa kewujudan seperti ketidakstabilan hormon wanita, genetik, persekitaran dan gaya hidup. Dapatan kajian juga menunjukkan bahawa simptom-simptom PMDD seringkali melibatkan simptom fizikal dan simptom psikologikal. Kajian ini akan dapat membantu masyarakat mendapatkan gambaran yang lebih jelas dan terperinci mengenai PMDD.

Kata Kunci: *Sindrom Prahaid, Kecelaruan Disforik Prahaid, Kualitatif, Analisis Data Tematik, Semi Struktur, Terarah.*

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify perception from perspective specialist among psychiatrists and gynecologists regarding premenstrual dysfunctional disorders (PMDD). This study identifies perception and knowledge level from experts' point of view regarding PMDD factors and symptoms which believed to be occurrence PMDD. Literature review will present recent literature focusing on premenstrual syndrome (PMS) and PMDD. The design of this study is qualitative by using interview as approach to collect the data. This study involved four respondents consisting of two psychiatrists and two gynecologists. In this research, the data was collected through interview face to face and also by telephone by using semi structure question and directed interview approach. Data was analysis through thematic analysis. The findings of the study revealed that community still have a limited knowledge regarding PMDD. Findings from interview also listed a variety of factors leading PMDD such as female hormonal instability, genetics, environment and lifestyle. The findings also show that the symptoms of PMDD often involve physical symptoms and psychological symptoms. This study can help the community pay attention more and gain more knowledge related to PMDD.

Keyword: *Premenstrual Disorder, Premenstrual Dysphoric Disorder, Qualitative, Thematic Analysis, Semi Structure, Directed Interview.*

PENGENALAN

Menurut Cherry (2020), Kecelaruan Disforik Prahaid (PMDD) merupakan gangguan emosi yang muncul sebelum kitaran haid

bermula. Walaupun mempunyai simptom yang hampir sama dengan sindrom prahaid (PMS), simptom PMDD lebih parah dan boleh membawa perubahan emosi yang ekstrim serta mengganggu kehidupan seharian. PMDD boleh ditakrifkan sebagai gangguan endokrin merujuk kepada gangguan yang berkaitan dengan hormon. Individu menghadapi PMDD berkemungkinan mempunyai masalah kesihatan mental seperti kemurungan, keinginan untuk membunuh diri dan kebimbangan.

Oleh itu, American Psychiatric Association (2013) telah mengkategorikan Kecelaruhan Disforik Prahaid (PMDD) sebagai salah satu kecelaruhan dalam Diagnostik dan Statistik Manual Kecelaruhan Mental-5 (DSM-5) di bawah kategori Kecelaruhan Kemurungan. Chung et al. (2014) menerangkan simptom PMDD bermula selama 5 hingga 7 hari dan mula berkurangan semasa kitaran bermula bergantung kepada individu. Terdapat kontroversi dalam membezakan sindrom prahaid PMS dan kecelaruhan disforik prahaid PMDD (Lustyk & Gerrish, 2010).

Simptom PMDD muncul pada minggu pertama atau kedua semasa kitaran haid berlaku. Simptom-simptom mula berkurangan selama beberapa hari pada awal kitaran haid. Simptom-simptom utama iaitu perasaan marah, tertekan, kemurungan dan mengelak melakukan aktiviti seharian. Dalam pada itu, simptom-simptom yang lain ialah kesukaran untuk bernafas, berasa letih, selera makan bertambah, mempunyai kesukaran untuk tidur atau sebaliknya diikuti simptom fizikal. Simptom-simptom fizikal terutama sakit dada, sembab, lenguh, penambahan berat badan dan lain-lain. Bagi mendiagnosis PMDD perlu mempunyai lima simptom secara keseluruhannya (Chisholm, 2017).

Tambahan lagi, PMDD berlaku kepada 3% hingga 8% wanita yang subur (usia ideal wanita hamil). Hal ini telah mengganggu kehidupan wanita di seluruh dunia dan ianya tidak dipengaruhi oleh geografi atau budaya. Dalam merawat PMDD, sangat mencabar kepada para perubatan untuk diagnos atau diubati disebabkan kekurangan alat penilaian atau pengukuran, tidak mahir dengan praktis berdasarkan bahan bukti di samping perlu merawat mengikut keperluan pesakit PMDD (Rajic & Verala, 2018). Oleh itu, kesedaran masyarakat tentang PMDD ini perlu diberikan perhatian supaya dapat membantu wanita menjalani kehidupan dengan lebih baik dan sihat.

PERNYATAAN MASALAH

Dalam konteks Malaysia, kajian lepas dalam bidang ilmu ini lebih memfokuskan kepada isu PMS berbanding PMDD iaitu dengan menggunakan *American College of Obstetrics and Gynaecology* (ACOG) yang dikenali sebagai ujian PMS (Hashim & Abdul Khaiyom, 2019). Dalam kajian tersebut tidak melaporkan sebarang proses kesahan atau ujian psikometrik secara tidak langsung hasil kajian tidak boleh menentukan kadar kelaziman PMDD dalam kalangan masyarakat. Secara tidak langsung menyebabkan masalah PMDD tidak dapat dikenal pasti dan diubati. Di era serba moden ini, wanita lebih mementingkan pendidikan dan kerjaya. Wanita bukan sahaja memegang peranan sebagai isteri malah sebagai penjaga ahli keluarga, pengurus rumah tangga dan bertanggungjawab dalam kerjaya. Johari seperti yang dinyatakan dalam Jaafar dan Sazili (2017) menyatakan lebih 700,000 wanita yang bekerja dalam pelbagai sektor dan menyumbang 0.3% kepada Keluaran Dalam Negara Kasar (KDNK). Ini bermakna wanita pada masa kini akan lebih terdedah dengan masalah kesihatan.

Menurut Hm Digital (2017), wanita bukan sahaja perlu memastikan kesihatan fizikal dalam keadaan yang baik, malah tahap kesihatan mental turut diambil kira kerana tahap kesihatan mental mempengaruhi seseorang dalam kehidupan seharian. Umumnya, kadar masalah kesihatan mental dalam kalangan wanita lebih kurang sama dengan lelaki. Namun, terdapat masalah tertentu atau lebih teruk yang dihadapi berbanding lelaki. Hal ini terjadi apabila wanita akan mengalami perubahan hormon pada fasa tertentu semasa kitaran hidup mereka. Ini menyebabkan wanita lebih terdedah dengan risiko masalah kesihatan.

Tambahan lagi, terdapat beberapa fasa dalam perkembangan diri wanita iaitu sewaktu prahaid, semasa mengandung, berpantang selepas mengandung atau selepas menopause (Hm Digital, 2017) yang boleh mengganggu mereka daripada menjalani kehidupan yang normal dan teratur. Perubahan hormon dalam setiap fasa ini akan memberikan kesan kepada wanita dalam memenuhi tanggungjawab yang diberikan. Tambahan lagi, kaum wanita juga terdedah untuk mengalami kesihatan mental tanpa mengira asal usul, tahap-tahap pendidikan, status ekonomi, dan sebagainya disebabkan faktor biologi, psikososial dan budaya. Sebagai contoh, faktor psikososial seperti diskriminasi terhadap wanita, penderaan seksual dan keganasan rumah tangga.

Selain itu, tanggungjawab yang perlu dipikul seorang wanita semakin bertambah tanpa pertambahan sistem sokongan yang sepatutnya boleh menimbulkan kesukaran untuk mencapai kesempurnaan sendiri. Menurutny lagi, wanita di negara Barat lebih berpeluang berinteraksi dalam masyarakat dan bebanan yang dialami seimbang semasa di rumah atau di luar. Wanita di negara membangun, berkemungkinan kurang mendapat sokongan masyarakat malah sering melalui diskriminasi dan penderaan. Walaupun pengalaman wanita berbeza di seluruh dunia, mereka secara keseluruhannya terdedah kepada masalah atau kecelaruan mental yang sama.

Menurut Pakar Psikiatri yang juga ahli MedTweetMY, masih ramai wanita yang tidak tahu mengenai PMDD menyebabkan kehidupan mereka terganggu (Rostam, 2019). Tambahan lagi, pandangan masyarakat yang memberikan pandangan yang kurang elok di mana mereka yang menghadapi PMDD ini dianggap sebagai wanita yang bermasalah dan perlu dielak juga turut memberikan kesan kepada tahap psikologikal wanita. Menurutny lagi, kefahaman masyarakat terhadap PMDD boleh memberi impak besar kepada wanita yang mengalami masalah ini di mana ia akan mengganggu fungsi harian individu itu termasuk pekerjaan, sosial dan lain-lain.

Menurut Mat (2019), terdapat juga segelintir individu dalam kalangan masyarakat mempercayai perubahan hormon yang menjejaskan kehidupan harian walaupun keadaan sebenar tidak menunjukkan sedemikian. Walaupun mempunyai simptom yang hampir sama tetapi kesan PMDD terhadap pesakit lebih ketara sehingga menjejaskan kehidupan seharian. Segelintir daripada masyarakat bertindak di luar kawalan sehingga menjejaskan hubungan dengan orang yang terdekat. Nagashekara et al. (2015) menjelaskan tiada pengetahuan dan pemahaman mengenai PMS dalam kalangan wanita Asia secara tidak langsung menimbulkan salah faham terhadap PMS secara berterusan. Salah faham dalam kalangan masyarakat di mana PMS adalah sebahagian daripada kehidupan sehingga masyarakat hanya membiarkan simptom tersebut tanpa diubati.

Dari sudut pandangan barat, Daw (2003) menjelaskan pandangan masyarakat terhadap PMDD sangat rumit. Pelbagai pandangan yang diutarakan oleh masyarakat di mana ada sebahagian masyarakat menyatakan PMDD ialah satu penyakit yang wanita alami manakala ada sebahagian masyarakat berpendapat wanita menggunakan PMDD

sebagai alasan untuk dilabelkan mempunyai masalah mental. Diikuti dengan sindrom terikat budaya masyarakat iaitu masyarakat hanya mengetahui penyakit kesihatan mental tertentu antaranya kemurungan dan kebimbangan. Selain daripada pandangan masyarakat, pandangan psikologi turut diutarakan menyatakan PMDD tidak wujud. Tambah lagi, pakar tersebut menyatakan kemungkinan berlaku kekeliruan antara simptom PMDD dan simptom kemurungan.

TINJAUAN LITERATUR

Menurut Yahya et al, (2015), budaya Melayu beranggapan kitaran haid merupakan perkara yang sensitif dan tidak boleh dibincangkan secara terbuka. Hal ini menyebabkan mereka tidak mendapatkan rawatan susulan. Kajian-kajian lepas juga turut menyatakan perkara yang sama mengenai pemahaman masyarakat terhadap PMDD. Justeru itu, kajian-kajian lepas mengenai PMS dan PMDD dijadikan panduan dalam melihat PMDD dengan lebih mendalam. Dalam kajian Hasim dan Abdul Khaiyom (2019) menerangkan bahawa kajian lepas lebih berfokuskan PMS berbanding PMDD iaitu lima kajian mengenai PMS dijalankan manakala tiada kajian yang dijalankan mengenai PMDD.

Kajian yang dijalankan oleh Omar et al, (2009) iaitu terhadap wanita yang mendapatkan rawatan di klinik kampung Hulu Langat. Antara kriteriany adalah mempunyai simptom kitaran haid sama ada simptom yang ringan atau parah. Hasil kajian didapati majoriti responden mempunyai simptom kitaran haid yang ringan manakala sebanyak 7% mengalami simptom kitaran yang parah. Walaupun majoriti responden mengalami simptom yang ringan, namun dinasihat responden tersebut mendapatkan rawatan susulan agar kehidupan seharian dapat dijalani dengan lebih baik. Manakala, untuk responden yang mempunyai simptom yang parah perlu mendapatkan rawatan susulan sama ada simptom tersebut merupakan PMDD. Kajian ini juga menjelaskan salah satu puncanya kerana budaya masyarakat dalam kalangan komuniti sosioekonomi rendah tidak mahu membincangkan mengenai PMS kerana beranggapan itu fenomena yang normal.

Wong (2011) menjalankan kajian terhadap tingkah laku remaja terhadap kitaran haid di sekolah luar bandar. Dapatan kajian mendapati perbezaan kepercayaan dan tingkah laku terhadap kitaran haid antara gadis bandar dan luar bandar. Kajian menunjukkan

gadis luar bandar gembira apabila kedatangan haid yang bermaksud mereka sudah beralih ke alam dewasa. Walaupun, simptom yang dialami oleh mereka sangat parah namun tahap ketahanan mereka terhadap simptom tersebut tinggi kerana budaya konservatif yang mahu menyembunyikan, rasa malu dan tidak ingin membincangkan mengenai isu kitaran haid.

Tambahnya lagi, pengaruh budaya sosial yang membentuk tingkah laku wanita dalam penerimaan simptom kitaran haid sebagai bukan penyakit. Oleh itu, gadis luar bandar menunjukkan tingkah laku yang positif walaupun simptom mereka agak parah. Keadaan ini berbeza dengan gadis bandar yang beranggapan simptom kitaran haid menyebabkan mereka tidak rasa selesa di samping membuatkan mereka kotor. Hasil keseluruhan kajian didapati tingkah laku responden dipengaruhi spesifik budaya, sosial dan persekitaran keluarga.

Dua kajian melaporkan kekerapan PMDD yang berlaku dalam kalangan pelajar di universiti dan kolej. Satu kajian dijalankan untuk melihat kekerapan PMS dalam kalangan wanita di kawasan luar bandar dan cara mereka mengubati. Dua kajian lagi mengenai tingkah laku dan persepsi dalam kalangan remaja terhadap PMS. Sebagai contoh, dalam kajian yang dijalankan oleh Nagashekara et al, (2015) mengenal pasti tahap kesedaran pelajar Masterskill terhadap PMS. Hasil analisis kajian mendapati sebanyak 40% daripada responden tidak pernah mendengar tentang PMS dan hasil jumlah tersebut menggambarkan kurang pengetahuan mengenai simptom PMS. Menurut Rodrig (2008) seperti yang dinyatakan dalam Nagashekara et al, (2015) tiada pengetahuan dan pemahaman mengenai PMS dalam kalangan wanita Asia secara tidak langsung menimbulkan salah faham terhadap PMS secara berterusan. Salah faham dalam kalangan masyarakat di mana PMS adalah sebahagian daripada kehidupan sehingga masyarakat hanya membiarkan simptom tersebut tanpa diubati. Kajian ini menunjukkan masyarakat masih lagi tidak mengetahui PMS, ini bermakna pengetahuan masyarakat terhadap PMDD sangat rendah atau pun tidak mempunyai apa-apa pengetahuan mengenai PMDD.

Lebih-lebih lagi, pengetahuan PMDD masih tidak didalami oleh para perubatan. Sebagai contoh, dalam kajian yang dijalankan oleh Suaidi et al. (2020) di mana mengkaji pengetahuan, tingkah laku, dan praktis dalam kalangan ahli farmasi terhadap pengurusan kitaran haid. Hasil kajian menunjukkan sebahagian daripada responden tidak dapat

membezakan simptom PMS dan PMDD apabila responden tidak dapat mengenal pasti penggunaan ubat yang sesuai untuk mengubati simptom PMS. Walau bagaimanapun, responden berpendapat kursus pengurusan penyakit wanita tidak efektif namun apabila kajian dijalankan terhadap kitaran haid dijalankan, kajian ini menunjukkan kursus tersebut meningkatkan pengetahuan mengenai PMS. Kajian lepas yang mengutarakan punca dan simptom PMDD turut dijadikan sebagai rujukan. Smith (2018) menyatakan punca utama PMDD dan PMS masih belum diketahui. Pandangan ini dipersetujui oleh sebahagian pakar lain di mana turut mengutarakan pandangan yang sama bahawa punca utama PMS dan PMDD masih belum diketahui. Para pengkaji juga berpendapat kemungkinan disebabkan perubahan hormon (Martinez, 2020).

Dalam pada itu, sesetengah pendapat menyatakan bahawa etiologi gangguan kitaran ialah *multifaktorial* iaitu suatu interaksi yang kompleks merangkumi kecenderungan genetik, sistem saraf pusat, kelenjar seks dan bahagian yang lain (Consultan, 2009). Menurut Plinta et al. (2010) menjelaskan punca PMDD adalah gabungan daripada faktor biologikal, psikologikal dan gaya hidup. Faktor biologikal merujuk kepada jarak masa kitaran dan hamil. Faktor psikologikal adalah kualiti hubungan interpersonal dan kerjasama, harga diri jangkaan dan persepsi kitaran haid. Manakala, faktor gaya hidup lebih kepada tabiat pemakanan, aktiviti fizikal dan rangsangan. Ada sebahagian pengkaji mengutarakan pandangan yang sama di mana faktor biologikal, psikologikal, persekitaran dan sosial memainkan peranan dalam mempengaruhi simptom PMDD (Khajehei, 2015). Disokong dalam kajian oleh Perlstein dan Steiner (2008), menyatakan etiologi PMDD adalah *multifaktorial* iaitu perbezaan sensitiviti dan dari segi genetik bagaimana PMDD boleh berlaku.

Menurut Kalsoom et al. (2018), menyatakan simptom PMDD terdiri daripada ringan, sederhana dan parah. Simptom ringan tidak mengganggu rutin harian manakala simptom sederhana dan parah boleh mengganggu kehidupan seharian wanita. Menurut Hofmeister dan Bodden (2016), kebiasaannya simptom PMS akan muncul semasa fasa luteal dan hilang selepas kitaran bermula. Keadaan lain seperti kemurungan atau kebimbangan menjadi lebih teruk semasa berada dalam fasa luteal iaitu fasa kedua kitaran haid selepas berlakunya ovulasi. Simptom PMDD muncul pada waktu yang berbeza di mana ianya berlaku sebelum kitaran haid. Migrain (pening),

anemia (kekurangan zat besi), endometriosis (penyakit sakit puan) dan hipotiroidisme (sakit kalenjar tiroid) mungkin akan menghasilkan simptom yang agak sama.

Jadual 1

Simptom yang Memerlukan Diagnosis PMDD

Kriteria <i>Minor</i>		Kriteria <i>Major</i>	
1.	Perasaan tertekan, rasa tidak berguna atau permikiran yang negatif	5.	Kurang minat dengan aktiviti seharian
2.	Kebimbangan dan <i>stress</i>	6.	Kesukaran untuk fokus
3.	Perubahan emosi, ketidak stabilan emosi	7.	Tidak semangat, cepat letih dan tidak bertenaga
4.	Rasa marah, menyampah dan peningkatan konflik dalaman	8.	Perubahan selera makan terlebih makan atau mengidam makanan yang spesifik
		9.	Insomnia, hypersomnia
		10.	Hilang kawalan dan tertekan
		11.	Fizikal simptom: sakit kepala, sakit sendi, sakit otot, dada lebam dan sembab

Sumber: Carta Simptom Lopez et al, 2009)

Tambah lagi, untuk mendiagnosis PMDD, individu itu perlu mengalami sekurang-kurangnya lima simptom yang disenaraikan seperti dalam (jadual 1) seminggu sebelum kitaran haid berlaku. Simptom ini akan meningkat selepas beberapa hari kitaran bermula dan berterusan sepanjang tahun. Selain itu, simptom perlu mengganggu hubungan personal dan sosial. Kriteria simptom perlu dipastikan dalam diari PMDD. Jadual 1 di atas merujuk kriteria minor bermakna simptom ringan manakala kriteria major ialah simptom parah.

Selain daripada simptom yang melibatkan simptom psikologikal atau simptom emosi, simptom fizikal juga memainkan peranan dalam bagaimana PMDD bermula. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) seperti yang dinyatakan dalam Marfuah (2018) di mana diagnosis PMDD berdasarkan diari simptom yang melibatkan fizikal simptom, psikologi dan tingkah laku. Biggs & Demuth (2011) menyenaraikan simptom-simptom fizikal terdiri

daripada lenguh anggota badan, dada bengkok, senggugut, letih, pening kepala, rasa loya, berat badan naik, badan bengkok secara ekstrim dalaman dan luaran.

OBJEKTIF KAJIAN

Objektif utama kajian ini untuk mengenal pasti persepsi pakar terhadap PMDD. Terdapat empat objektif khusus kajian merangkumi mengenal pasti pandangan pakar terhadap persepsi masyarakat mengenai PMDD, mengenal pasti pandangan pakar terhadap tahap pengetahuan masyarakat mengenai PMDD, mengenal pasti pandangan pakar terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi PMDD dan mengenal pasti pandangan pakar terhadap simptom-simptom PMDD yang dialami oleh pesakit.

Berdasarkan objektif kajian, kajian ini dapat menjawab persoalan yang berikut iaitu pertama, apakah pandangan pakar terhadap persepsi masyarakat mengenai PMDD? Kedua, apakah pandangan pakar terhadap tahap pengetahuan masyarakat mengenai PMDD? Ketiga, apakah pandangan pakar terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi berlakunya PMDD? Keempat, apakah pandangan pakar terhadap simptom-simptom PMDD yang dialami oleh pesakit?

Persepsi masyarakat, tahap pengetahuan masyarakat, faktor-faktor yang mempengaruhi PMDD serta simptom-simptom PMDD yang dialami oleh pesakit juga dikenalpasti dalam kajian ini. Dalam pada itu, kajian ini juga dijalankan untuk memberi kesedaran kepada orang awam terutama wanita mengenai kepentingan PMDD. Pengetahuan masyarakat mengenai PMDD di Malaysia sangat rendah kerana kurang kajian dan pendedahan yang dijalankan terhadap PMDD. Dengan kajian ini, dapat memberi pendedahan kepada masyarakat mengenai PMDD supaya masyarakat boleh mengambil langkah pencegahan.

METODOLOGI KAJIAN

Reka Bentuk Kajian dan Responden Kajian

Kajian ini dijalankan menggunakan pendekatan kualitatif untuk memahami fenomena yang berlaku terhadap isu kajian. Hsiung

(2014) menyatakan pendekatan kualitatif dapat membantu dalam meningkatkan kefahaman yang mendalam mengenai subjek yang dikaji serta memberi fokus kepada aspek proses berbanding *output* di mana bukan semata-mata mementingkan penemuan kajian atau pun pengesahan teori dan dapatan kajian. Kajian ini dijalankan secara fenomenologikal iaitu kajian yang mengungkapkan makna konsep atau fenomena pengalaman yang terjadi kepada individu. Moleong (2001) seperti yang dinyatakan dalam Jasmi (2012) menyatakan pengkaji dalam pandangan fenomenologis berusaha memahami erti peristiwa dan kaitan-kaitannya terhadap orang yang berada dalam situasi tertentu. Sebagai contoh, responden menyatakan pandangan mereka mengenai PMDD berasaskan pengalaman mereka mengubati pesakit tersebut.

Kajian ini menggunakan kaedah persampelan bukan kebarangkalian (*non-probability sampling*). Persampelan bertujuan dijalankan untuk memilih sesuatu sampel dari satu populasi mengikut tujuan kajian. Kaedah persampelan bertujuan dipilih disebabkan persampelan bertujuan memilih sesuatu sampel dari satu populasi mengikut tujuan kajian. Dalam persampelan ini, pengkaji menggunakan pertimbangannya dalam memilih responden yang sesuai dengan tujuan kajian. Pengkaji akan memilih individu yang akan meningkatkan nilai maklumat yang hendak dikaji iaitu terhadap situasi atau individu mahupun tingkah laku individu.

Pemilihan responden yang mempunyai maklumat, perspektif, kontak atau apa sahaja yang mengikut tujuan yang dikaji. Jenis persampelan ini akan memudahkan pengumpulan maklumat mengenai isu PMDD disebabkan sampel daripada populasi itu sudah dipilih berdasarkan tujuan kajian. Sekiranya, menggunakan kaedah persampelan yang lain maka untuk mendapatkan maklumat agak sukar kerana isu kajian ini agak baru diperkenalkan di Malaysia. Target responden fokus kepada pakar yang mempunyai pengalaman dalam menangani PMDD. Pemilihan responden yang berbeza mengikut tahap umur untuk mendapatkan seberapa banyak maklumat yang penting dalam mendalami pengetahuan responden terhadap PMDD. Populasi kajian ini terdiri daripada empat pakar iaitu dua pakar sakit puan dan dua pakar psikiatri. Dua orang lelaki dan perempuan. Setiap pakar mempunyai pengalaman lebih daripada 10 tahun. Taraf pendidikan berbeza bergantung kepada kepakaran masing-masing.

Responden pertama ialah Dr. Siti Rohayu bt Dato' Kamarul Baharain iaitu doktor dalam bidang obstetrik dan ginekologi. Beliau merupakan

salah pakar sakit puan di Puteri Ayu Medical Center Sungai Petani. Beliau berpengalaman dalam bidang obstetrik dan ginekologi selama sepuluh tahun. Tujuan beliau dijadikan responden kerana kecekapan beliau dalam bidang obstetrik dan ginekologi supaya dapat melihat pandangan pakar mengenai PMDD secara menyeluruh. Beliau mempunyai pengetahuan meluas mengenai PMDD kerana beliau pernah menjalankan kajian-kajian mengenai PMS dan PMDD. Semasa temu bual dijalankan, doktor memberi kerjasama yang baik dalam menjawab apa yang ditanyakan oleh penemu bual.

Responden kedua ialah Dr. Ahmad Rostam bin Md Zain iaitu doktor pakar di Hospital Sultanah Bahiyah dan pada masa yang sama bekerja sambilan di Singapura. Di samping itu, beliau merupakan Presiden *Early Career Psychiatrist* iaitu Persatuan Psikiatri Malaysia dan ahli Alumni Muslim Profesional Kesihatan Malaysia (IMPAK). Beliau dijadikan responden kajian kerana berpengalaman dalam mengendalikan masalah kesihatan mental yang berlaku di Malaysia kerana kesihatan mental di Malaysia jarang disentuh. Beliau banyak memberi ceramah mengenai kesedaran kesihatan mental terutamanya di Institusi Pengajian Tinggi. Beliau juga sering menjadi panel di kaca televisyen atau melalui saluran *youtube* bagi berbicara mengenai masalah kesihatan mental yang berlaku. Pendapat-pendapat beliau berkaitan kesihatan mental sering diterbitkan di akhbar-akhbar seperti Metro Harian, Berita Harian dan Utusan.

Responden ketiga ialah Dr. Wan Mohd Rushidi bin Haji Wan Mahmud iaitu doktor Pakar Perunding Psikiatri dan Psikologi di Kedah Medical Centre. Beliau berpengetahuan mengenai keclaruan mental disebabkan pengalaman beliau dalam bidang psikiatri selama 30 tahun. Selama 30 tahun berkhidmat, beliau banyak mengendalikan kes-kes kesihatan mental terdiri daripada kemurungan, kebimbangan, bipolar dan lain-lain. Pendapat beliau sering diterbitkan dalam akhbar-akhbar dan blog suara sarawak mengenai kesihatan mental. Oleh kerana beliau arif dalam kesihatan mental, Dr. Rushidi dijadikan responden bagi melihat persepsi pakar mengenai PMDD.

Responden keempat ialah Dr. Zuraini binti Abd. Hamid iaitu pakar sakit puan di Kedah Medical Centre yang merupakan hospital yang sama dengan responden kedua. Beliau juga merupakan ahli beberapa persatuan di Malaysia seperti Persatuan Perubatan Kedah dan Perlis,

Persatuan Perancangan Keluarga Kedah, Persatuan Obstetrik dan Ginekologi Malaysia dan Persatuan Praktikal Perubatan Swasta Kedah dan Perlis. Beliau berpengalaman dalam bidang pakar sakit puan selama 30 tahun. Pengalamannya selama 30 tahun sangat membantu kajian dalam melihat persepsi pakar terhadap PMDD. Beliau banyak menjalankan kajian-kajian berkenaan pakar sakit puan.

Temu Bual

Sebelum temu bual dijalankan, pengkaji menyediakan protokol temu bual dan borang temu bual untuk kemudahan responden. Protokol temu bual meliputi soalan-soalan yang dibina untuk temu bual diikuti borang temu bual sebagai surat kebenaran untuk ditemu bual. Setelah itu, protokol temubual dan borang temu bual dihantar terlebih dahulu untuk membuat temujanji temu bual. Kemudian, pengkaji mendapatkan persetujuan daripada responden, temu bual dijalankan secara bersemuka dan melalui telefon. Temu bual bersemuka dipilih oleh tiga responden kerana mahu membahaskan topik perbincangan dengan lebih teliti serta memastikan keselesaan responden sepanjang sesi.

Justifikasi temu bual dijalankan secara telefon kerana seorang responden berada tempat yang jauh dari pengkaji. Soalan temu bual berbentuk semi struktur. Responden boleh menambah soalan mengikut kesesuaian bagi mendapatkan jawapan yang lebih mendalam. Temu bual diadakan di empat tempat berbeza iaitu Puteri Ayu Medical Centre, Kedah Medical Centre dan pejabat Pusat Pengajian Psikologi Gunaan, Dasar dan Kerja Sosial (SAPSP). Setiap temu bual dijalankan selama satu jam supaya proses penerokaan temu bual berjalan dengan lebih mendalam.

Analisis Data

Temubual yang dijalankan direkod dan setelah memperolehi data-data linguistik yang relevan, data tersebut akan diproses dan ditranskripsikan. Data akan dianalisis dan diuraikan dengan terperinci menggunakan kaedah kualitatif. Kaedah ini digunakan untuk menganalisis perbualan responden berkenaan demografi, persepsi masyarakat, tahap pengetahuan masyarakat, faktor-faktor PMDD dan simptom-simptom PMDD mengikut pandangan pakar. Pengkaji

membaca transkrip dan mendengar berulang kali rakaman temubual supaya pengkaji boleh mendapatkan maklumat melalui percakapan pengkaji bersama responden. Pengkaji juga membuat catatan peribadi bagi mencatatkan isi-isi penting dan seterusnya proses analisis data diikuti pengkodan.

Untuk menganalisis data temu bual, pendekatan analisis data yang dicadangkan oleh Miles et al, (2014) digunakan. Dalam mengenal pasti tema, konsep dan makna maka analisis tematik digunakan. Menurut Heriyanto (2018) analisis tematik merupakan kaedah untuk menganalisa data bertujuan mengenalpasti pola atau untuk menemukan pola atau tema melalui data yang dikumpulkan. Transkrip dibentuk melalui pengkaji menulis semula dapatan temu bual yang dijalankan berbentuk transkrip di ikuti dengan membangunkan kategori berteraskan matlamat kajian.

Sistem pengkodan perlu dibentuk sebaik sahaja pengumpulan data pertama dijalankan. Sistem pengkodan memudahkan pengkaji dalam memahami informasi yang diterima serta dijadikan sebagai rujukan dalam menentukan apa yang perlu difokuskan untuk informasi selanjutnya. Sistem pengkodan boleh dilaksanakan secara semantik iaitu menggambarkan secara langsung apa yang ketara dari data. Selain itu, sistem pengkodan juga dijalankan dengan menulis makna yang terkandung di dalam data.

Pengkaji menginterpretasi apa yang tersembunyi di sebalik perbualan responden. Sistem pengkodan boleh dijalankan secara pengkodan deskriptif supaya dapat meringkaskan pusat tema. Apabila pengkodan transkrip selesai, pengkaji akan membaca kembali supaya pengkaji dapat menentukan sama ada melakukan perubahan terhadap sistem pengkodan atau tidak. Seterusnya, pengkaji akan meletak kod yang mempunyai erti yang sama dalam satu kategori yang sama. Pembentukan kategori pengkodan perlu dilakukan secara berterusan ini bermakna setiap kategori harus diperhalusi sehingga kategori-kategori tertentu boleh menggambarkan tema kajian.

Dalam pembentukan tema, pengkaji melihat kembali semua kod dan kategori yang sudah dibentuk. Langkah pertama dalam menentukan tema ialah menentukan tema tentatif. Tema tentatif merujuk kepada hasil pemerhatian pengkaji terhadap kod dan kategori yang memiliki

persamaan. Kod yang mempunyai persamaan dikategorikan dalam kategori yang sama.

Jadual 2

Proses Analisis Tematik Secara Ringkas

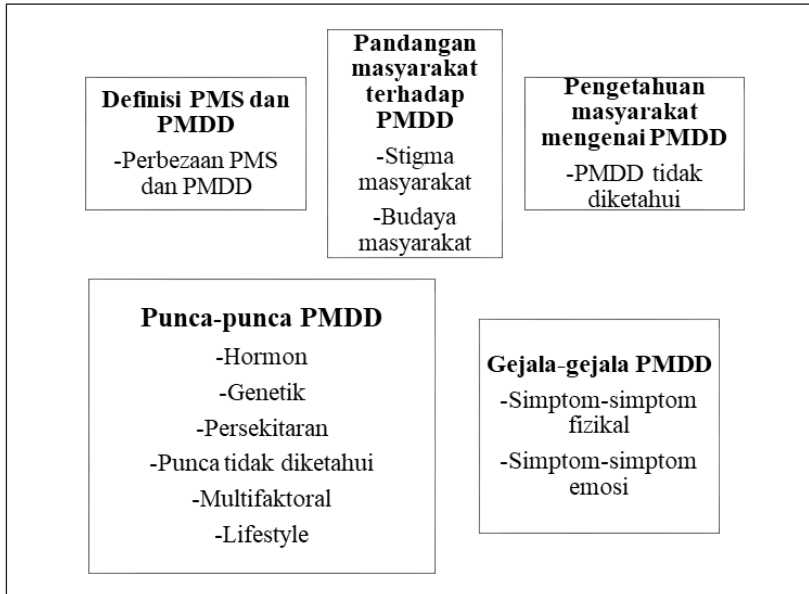
Proses Analisis Tematik	
1.	Memahami data: membaca dan memeriksa transkrip berulang kali supaya makna data dapat dijalankan dengan tepat
2.	Menentukan sistem pengkodan: pengkodan secara sistematik melalui teknik pengkodan satu persatu
3.	Menyusun sistem pengkodan: sistem pengkodan disusun dan dikategorikan dalam satu kategori sama
4.	Mencari tema: penelitian yang menentukan tema yang bersesuaian
5.	Membentuk dan menamakan tema: menyusun dan menerangkan tema bersesuaian

DAPATAN KAJIAN

Terdapat empat tema dan 11 subtema yang dapat dikenal pasti daripada analisis data yang dijalankan. Setiap tema membawa konsep penuh mengenai PMDD secara spesifik. Pengkaji menentukan tema yang muncul bersesuaian dengan data yang dimiliki. Tema-tema yang dikenalpasti adalah definisi PMS dan PMDD, pandangan masyarakat terhadap PMDD, pengetahuan masyarakat mengenai PMDD, punca-punca PMDD, gejala-gejala PMDD. Rajah 1 menunjukkan keseluruhan aspek mengenai PMDD.

Rajah 1

Aspek berkenaan PMDD



Tema 1: Definisi PMS dan PMDD

Tema pertama daripada empat tema utama yang mengulas mengenai pengertian penuh mengenai PMS dan PMDD. Definisi juga boleh membawa makna pernyataan mengenai satu pernyataan atau ayat untuk membezakan sama ada ianya sesuatu objek, bunyi atau gambar. Definisi PMS dan PMDD yang diberikan oleh responden menggunakan perkataan yang berbeza namun membawa kepada maksud yang sama. Mereka juga menggunakan istilah atau terma yang mudah difahami berbanding istilah yang digunakan dalam buku atau kajian-kajian lepas. Kebanyakan pakar berpendapat yang sama bahawa simptom PMS dan PMDD berkait antara satu sama lain.

Perbezaan PMS dan PMDD

Kebanyakan pakar mempunyai pandangan yang sama bahawa simptom PMS dan PMDD berkait antara satu sama lain. Kenyataan yang diberikan oleh responden ketiga hampir sama dengan kenyataan yang diberikan oleh responden keempat di mana PMS dan PMDD dikategorikan dalam satu simptom yang sama namun perbezaannya terletak kepada bilangan simptom PMS dan PMDD yang ditunjukkan.

“spektrum dia lebih serius la berbanding PMS okay, biasanya PMS simptom dia kurang serius sedikitla simptom dia berbanding dengan PMS ni eh berbanding dengan PMDD. Perbezaan simptom dia.” (Responden 4)

“satu kebanyakan orang letak under PMS tapi bila PMDD beza dia dengan PMS very simple sebab dia tengok, boleh refer apa yang saya bagi tadi dia punya, dia satu subset, PMS tu banyak tapi PMDD ni sikit,” (Responden 3)

“PMS dan PMDD ni sebenarnya satu apa itu masalah kesihatan yang sama tetapi spektrum dia berbeza.” (Responden 4)

Tema 2: Pandangan masyarakat terhadap PMDD

Majoriti responden berpendapat yang sama di mana masyarakat masih lagi tidak mengetahui PMDD. Menurut responden pertama menyatakan persepi masyarakat kurang kerana tiada kesedaran kewujudan PMDD. Kenyataan responden pertama disokong oleh responden kedua di mana masyarakat tidak mengetahui mengenai PMDD dan beranggapan golongan yang ada PMDD buat perangai apabila datang bulan sahaja dan beransur normal apabila tidak datang bulan. Responden ketiga juga mempunyai pandangan yang sama di mana dari segi kesedaran masih lagi kurang jika dibandingkan dengan pelajar undang-undang yang berpengetahuan mengenai PMDD.

Stigma Masyarakat

Tanggapan buruk masyarakat mengenai PMS dan PMDD mempengaruhi kesedaran masyarakat terhadap PMS dan PMDD. Persepsi responden pertama menyatakan stigma masyarakat mengenai PMS dan PMDD merupakan faktor utama masyarakat tidak ada kesedaran mengenai PMS dan PMDD. Oleh kerana masyarakat tidak bersifat terbuka dalam menerima masalah psikiatri yang berlaku dalam kehidupan menyebabkan para doktor sukar mendapatkan kerjasama daripada pesakit untuk menjalankan rawatan susulan.

“di Malaysia makin ramai orang coming out to look for help for depression so it just matter of time untuk orang yang kena PMDD ni pun patient ramai juga yang tak nak

mengaku PMS yang betul-betul lebih kepada sakit perut yang biasa, dia tak nak cakap yang dia PMS, dia rasa PMS tu macam satu stigma jugak” (Responden 1)

“Kebanyakan orang tidak akan mau sebab bila mai jumpa pakar jiwa stigma tang tu dah. Dalam private ni gagah lagi kalau dekat govern you kena pergi wad jiwa tu bahagian jiwa tu taubat orang tak mau. Bila u diagnosed as depression dia satu benda yang besar dia kata ada masalah jiwa, masalah mental bila you letak come you cop PMDD maksudnya secara official dia dah ada depressive simptom”. (Responden 3)

Budaya Masyarakat

Masyarakat secara generalisasi beranggapan kesihatan mental tidak penting. Masyarakat tidak mengambil berat mengenai kesihatan mental malah menganggap PMS dan PMDD perkara normal yang berlaku terhadap wanita. Menurut responden kedua, punca masyarakat tidak sedar kepentingan PMS dan PMDD adalah disebabkan sikap masyarakat yang tidak mahu ambil kisah berkenaan kesihatan mental. Bukan sahaja berkenaan PMS dan PMDD, malah sememangnya masyarakat tidak beranggapan kesihatan mental adalah perkara yang serius. Mereka tidak mengambil berat untuk mengetahui jenis kesihatan mental yang ada sehingga beranggapan PMS dan PMDD adalah perkara yang sama. Masyarakat berpendapat wanita yang mengalami PMDD merupakan perkara yang normal dan biasa dialami oleh wanita.

“masyarakat ni nampak PMDD ni PMS jaa so orang tak ambil bukan tak ambil berat, orang tak nampak ini sebagai perkara yang serius sangat la. Dan orang layan benda tu sebagai normal untuk seseorang wanita untuk mengalami masalah ini.” (Responden 2)

“budaya kita maksud kita benda ni normal dia akan hilang kan semua orang beranggapan masalah ini normal sebab tu diorang tak bincang sebab tu masyarakat dia tak berapa kisah lah walaupun ada dia takkan forward”. (Responden 4)

Tema 3: Pengetahuan masyarakat mengenai PMDD

Berdasarkan temu bual mengenai pengetahuan masyarakat mengenai PMDD, semua responden mempunyai persepsi yang sama berkenaan pengetahuan masyarakat. Mereka menyatakan tahap pengetahuan masyarakat terhadap PMS dan PMDD sangat rendah. Sekiranya, kesedaran mereka mengenai PMDD kurang diketahui maka kebarangkalian masyarakat untuk mengetahui apa itu PMDD adalah sangat rendah. Seperti yang dikatakan oleh responden keempat, masyarakat hanya mengetahui PMS jika dibandingkan dengan PMDD. Menurutnya lagi, memerlukan banyak pendedahan dalam menyebarkan maklumat mengenai PMDD terhadap masyarakat.

PMDD tidak diketahui

Hasil inisiatif temubual responden, sememangnya pengetahuan masyarakat kurang mengenai PMDD mengikut hasil pemerhatian dan pengalaman responden sepanjang bertugas sebagai doktor pakar. Responden daripada dua bidang yang berbeza namun bersetuju sememangnya pengetahuan atau kesedaran bahawa PMDD merupakan penyakit kesihatan mental tidak diketahui oleh masyarakat.

“Saya rasa persepsi masyarakat di Malaysia ni mungkin ramai yang tak tahu pun ada benda yang macam PMDD, nampak ramai jugak tak orang aware lah yang memang ada such thing macam PMDD”. (Responden 1)

“Sangat rendah sebenarnya, sebab orang tak tahu pun macam yang saya bagitahu tadi tak banyak sebab semua orang tak tahu (Responden 2)

“Dekat Malaysia I don't think so tak ramai lagi la setakat ni” Saya kerja dua puluh tahun lebih la, bilangan yang saya diagnos PMDD ni boleh kira dengan jari tak tahu la dekat government dekat private ni dia kira ramai lagi satu orang tak berapa apa nama bilangan orang”. (Responden 3)

“PMS tu mungkin tahu, saya rasa kalau PMS dibandingkan dengan PMDD ramai yang tahu PMS. Tapi depa tak tau tahap PMS tu tahap PMS yang boleh sampai ke tahap PMDD tu. “Bagi depa, depa rasa semua tu adalah PMS kan. (Responden 4)

“Nampak ramai jugak orang awarelah yang memang ada such thing macam PMS la iaitu kalau kita period kita ada mood swing, kita ada sakit perut, kita ada problem macam tu la tapi pengetahuan sampai kat situ ja it doest not go with other level of PMDD saya rasa baru sampai kat situ la” (Responden 1)

Dalam pada itu, terma PMDD bukan sahaja asing kepada masyarakat malah kebanyakan para perubatan di Malaysia kurang mengetahui apa yang dimaksudkan dengan PMDD. Seperti responden pertama nyatakan bahawa kemungkinan doktor-doktor perubatan lain tidak tahu mengenai PMDD berbanding doktor pakar. Responden pertama menjelaskan dirinya mengetahui serba sedikit mengenai PMDD kerana beliau menjalankan kajian terhadap PMS secara tidak langsung mengetahui terma PMDD.

“even I think doctors pon mungkin tak berapa nak aware sangatla macam saya aware dengan PMDD sebab saya ada buat research lebih la pasal treatment PMS sebab dalam research tu kita dapat tahu yang dia punya cut off point dia kalau you ada neurotic punya sainsla maknanya you memang kena refer dengan pakar psikiatri la that the reason I know well about PMDD but I not sure if doctor-doktor yang biasa aware benda-benda yang macam ni”. (Responden 1)

“Untuk jiwa ada, pakar jiwa akan tau tapi pakar O & G mungkin tau PMS, PMDD ni tak tahu la level setara mana kan tapi selalunya pakar O&G ni akan tahu la tapi soalnya ialah whether dia boleh refer or not. Soalnya satu pengetahuan, yang kedua kalau dia tahu pun dan depa tengok pon adakah depa akan refer sebabnya orang tak mau kalau you ada fizikal symptoms, you jugak ada psikologikal symptoms you pergi jumpa tak pakar O & G”. (Responden 3)

“PMS tu mungkin tahu, saya rasa kalau PMS dibandingkan dengan PMDD ramai yang tahu PMS. Tapi depa tak tau tahap PMS tu tahap PMS yang boleh sampai ke tahap PMDD tu. “Bagi depa, depa rasa semua tu adalah PMS kan. Doktor biasa juga tak berapa tahu. (Responden 4)

“Kalau depa diagnos kadang-kadang bila mai lekat bahagian jiwa diorang wonder nak bagi ubat apa sebab not all doctors pandai benda ni. Saya kerja dua puluh tahun lebih la, bilangan yang saya diagnos PMDD ni boleh kira dengan jari tak tahu la dekat government dekat private ni dia kira ramai lagi satu orang tak berapa apa nama bilangan orang refer ke bahagian jiwa kalau you pi kerana PMS orang tak refer pada peringkat jiwa, peringkat O & G pun tak refer mai kat jiwa dia treat under lighter PMS habis la (Responden 3)

Pandangan yang sama dikongsikan oleh responden ketiga di mana PMDD mungkin lebih diketahui oleh doktor pakar sakit puan berbanding pakar psikiatri kerana simptom-simptom fizikal yang dialami oleh pesakit PMDD. Namun, responden ketiga tidak menyangkal kemungkinan tahap pengetahuan para perubatan agak kurang untuk mendiagnos PMDD terutama pakar psikiatri kerana tidak mengetahui ubat-ubatan yang bersesuaian. Pakar psikiatri hanya mampu memberi rawatan berdasarkan simptom emosi yang dialami dan bukannya simptom fizikal yang dialami oleh pesakit PMDD.

Tema 4: Gejala-gejala PMDD

Hormon

Salah satu punca yang mempengaruhi kewujudan PMS dan PMDD disebabkan hormon seseorang individu yang tidak stabil. Responden pertama menyatakan pendapatnya bahawa salah satu faktor yang utama mempengaruhi PMS dan PMDD adalah ketidakseimbangan hormon. Punca PMS berlaku disebabkan jumlah hormon progesteron yang dikeluarkan tidak selaras dan sepatutnya menggunakan hormon tersebut untuk merawat PMS. Berbeza dengan faktor PMDD, jumlah serotonin yang berlebihan menyebabkan PMDD berlaku.

“hormon banyak teori kalau you baca satu teori kata hormon pergerakan hormon macam orang kata apa nama postpartum depression dia kata ada hormon jugak estrogen dan progesterone fuhh terus mendadak itulah yang menyebabkan postpartum depression because the luteal phase tu dia kacau masa tu dia menyebabkan depression ni tak la kuat sangat”. (Responden 3)

“Perubahan hormon pada wanita itu suatu perkara yang biasa, fisiologikal maksudnya normal so ada sikit gangguan pada emosi tetapi tidak sampai menyebabkan penyakit. Akan ada so memang tak boleh nak salahkan hormon la”. (Responden 2)

“hormon banyak teori kalau you baca satu teori kata hormon pergerakan hormon macam orang kata apa nama postpartum depression dia kata ada hormon jugak estrogen dan progesterone fuhh terus mendadak itulah yang menyebabkan postpartum depression because the luteal phase tu dia kacau masa tu dia menyebabkan depression ni tak la kuat sangat”. (Responden 3)

Genetik

Genetik adalah satu faktor yang memainkan peranan penting dalam pembentukan simptom PMDD. Responden pertama menyatakan selain daripada hormon, genetik adalah satu faktor yang memainkan peranan penting dalam pembentukan simptom PMDD. Responden pertama tidak menerangkan secara terperinci bagaimana genetik mempengaruhi pembentukan simptom-simptom PMDD. Responden pertama hanya mengaitkan kekurangan serotonin mempengaruhi dalam pelbagai bentuk factor

“Genetik mungkin jugak environment pon mungkin jugak bila kita cakap pasal molecular level memang kekurangan serotonin la”. (Responden 1)

Persekitaran

Faktor-faktor persekitaran juga mempengaruhi PMDD di samping mengganggu kehidupan seharian dari sudut perhubungan. Responden pertama juga menyatakan selain daripada faktor hormon dan genetik, faktor persekitaran juga memainkan peranan yang penting dalam pembentukan PMDD. Faktor-faktor persekitaran juga mempengaruhi PMDD di samping mengganggu kehidupan seharian dari sudut perhubungan. Responden tidak menjelaskan secara terperinci mengenai bagaimana persekitaran mempengaruhi PMDD. Tsegaye dan Getachew (2019) menjelaskan persekitaran adalah keadaan sekeliling pesakit iaitu status pendidikan ibu dan taraf kehidupan secara tidak langsung mempengaruhi PMDD.

“ada faktor-faktor dalam environment dia atau pun dalam relationship.” (Responden 1)

Lifestyle

Gaya hidup seseorang individu mempengaruhi pembentukan PMDD. Responden keempat tidak memberi penjelasan secara menyeluruh bagaimana gaya hidup seseorang boleh mempengaruhi pembentukan PMDD. Berdasarkan kajian Plinta et al., (2010) menyatakan gaya hidup yang dimaksudkan responden ialah aktiviti fizikal, merokok, jangka masa waktu merokok, jumlah punting rokok sehari dan indeks jisim tubuh.

“Mungkin-mungkin ini kerana adalah kajian sahaja. Kajian menunjukkan kemungkinan just faktor-faktor hormon tapi kalau rawatan kita kena mungkin jugak la life style apa semua tu go toward tu juga”. (Responden 4)

Punca Belum Dapat Dikenal Pasti

Sejajar dengan kajian-kajian yang lepas menyatakan punca sebenar PMDD masih belum dapat dikenal pasti. Responden kedua menyatakan masih belum ada punca spesifik yang dikenal pasti yang menyebabkan kewujudan PMDD. Responden kedua menyatakan setakat ini punca yang dikenal pasti adalah kerana gabungan faktor (combination faktor) di mana faktor-faktor luaran dan dalaman di ambil kira.

“Punca yang sebenarnya dia tidak yang betul-betul exact”. (Responden 4)

Multifaktorial

Menurut responden pertama ada banyak faktor-faktor yang terlibat merangkumi genetik, persekitaran, perubahan hormon seperti jumlah serotonin yang sedikit. Tambahannya lagi kekurangan serotonin di *molecular level* (tahap molekul dalam otak) mempengaruhi PMDD. Persekitaran yang melibatkan interaksi individu dengan individu yang lain mempengaruhi dalam perhubungan. Responden pertama kurang menjelaskan secara menyeluruh bagaimana genetik mempengaruhi PMDD. Tambahannya lagi, setiap faktor-faktor diambil kira dalam kewujudan PMDD.

“multifaktorial, pelbagai faktor; habis cerita hormon banyak teori kalau you baca satu teori kata hormon pergerakan hormon macam orang kata apa nama postpartum depression dia kata ada hormon jugak estrogen dan progesterone fuhh terus mendadak itulah yang menyebabkan postpartum depression because the luteal phase tu dia kacau masa tu dia menyebabkan depression ni tak la kuat sangat tapi kita tak boleh kata dak kita kena kata ya faktor psikologikal ada tu yang dia kata biopsikologikal sosial tu satu biologikal, apadia genetic you tengok studies, adoption studies you tengok macam mana hereditary punya berapa percent, you tengok psikososial stress macam tu la. (Responden 3)

Responden kedua juga berpendapat yang sama dengan responden pertama bahawa banyak faktor yang mempengaruhi PMS dan PMDD. Kewujudan PMS dan PMDD adalah disebabkan gabungan faktor-faktor dan bukan semata-matanya disebabkan hormon. Tambahnya lagi, sehingga sekarang masih belum ada faktor yang jelas atau faktor yang utama penyebab PMS dan PMDD.

“Punca yang sebenarnya dia tidak yang betul-betul exact uhh, macam mana nak kata dia combination of many faktor la bukannya sebab dari hormon sahaja so bila kita nak cari exactly cause tu memang masih lagi tidak clear; tidak jelas punca utama dia.” (Responden 2)

Responden ketiga juga memberikan pernyataan yang sama dengan responden kedua di mana punca PMS dan PMDD adalah disebabkan pelbagai faktor iaitu multifaktorial. Hormon juga dikategorikan sebagai pelbagai faktor kerana ia juga salah satu kriteria yang mempengaruhi PMDD. Selain hormon, responden menyatakan faktor psikologikal, biopsikologikal sosial, biologikal, genetik, warisan dan psikososial stress. Pandangan responden ketiga disokong oleh responden keempat dimana multifaktorial merupakan punca-punca PMDD.

“multifaktorial, pelbagai faktor; habis cerita hormon banyak teori kalau you baca satu teori kata hormon pergerakan hormon macam orang kata apa nama postpartum depression dia kata ada hormon jugak

estrogen dan progesterone fuhh terus mendadak itulah yang menyebabkan postpartum depression because the luteal phase tu dia kacau masa tu dia menyebabkan depression ni tak la kuat sangat tapi kita tak boleh kata dak kita kena kata ya faktor psikologikal ada tu yang dia kata biopsikologikal sosial tu satu biologikal, apadia genetic you tengok studies, adoption studies you tengok macam mana hereditary punya berapa percent, you tengok psikososial stress macam tu la". (Responden 3)

"Multifaktorial la" (Responden 4)

Symptom-symptom Fizikal

Symptom-symptom fizikal merujuk kepada simptom yang boleh dilihat kepada individu yang mengalami PMDD. Symptom fizikal adalah seperti keletihan, susah untuk menumpukan perhatian dan mengganggu kehidupan seharian dan perhubungan. Menurut responden pertama, tanda-tanda fizikal adalah apabila individu itu mempunyai 12 simptom –simptom PMDD. Symptom-symptom fizikal yang biasa berlaku adalah sakit perut yang kuat, sembab di kawasan badan, rasa malas dan kurang selera makan bergantung kepada individu tersebut.

"ada simptom fizikal la macam rasa sakit pada buah dada, bengkak, sakit kepala, sakit otot, rasa kembung macam tu la". (Responden 2)

Responden ketiga memberitahu simptom-symptom dalam definisi PMDD dimana terdapat simptom fizikal dan emosi ditunjukkan apabila berlakunya PMDD. Berdasarkan temu bual diatas, pakar psikiatri hanya melihat faktor emosi dan bukannya faktor fizikal. Responden memberikan lampiran mengenai PMDD dan meminta merujuk simptom-symptom fizikal dengan lebih lanjut disitu.

"dia tahu pun dan depa tengok pon adakah depa akan refer sebabnya orang tak mau kalau you ada fizikal symptoms". (Responden 3)

Responden keempat menyatakan untuk membezakan antara PMS dan PMDD boleh dibandingkan antara simptom yang ditunjukkan. PMDD lebih menunjukkan mental psikologikal berbanding PMS

yang ada simptom fizikal. Simptom fizikal ialah sakit perut, kejang pada anggota badan, sakit dada dan lain-lain.

“perbezaan antara PMS dan PMDD itu more to mental psikologikal effect la dan lebih kalau nak dibanding daripada PMS yang ada banyak fizikal simptom tu”.

(Responden 4)

Simptom-simptom Emosi

Berikutan dengan kajian-kajian lepas, simptom emosi merujuk kepada perubahan emosi yang berlaku dalam kalangan individu yang mengalami PMDD. Kebiasaannya simptom emosi berlaku seminggu sebelum kedatangan haid dan simptom tersebut hilang apabila darah haid telah keluar. Responden pertama berpendapat simptom PMDD yang ditunjukkan lebih kepada emosi. Dan sekiranya pesakit PMS mempunyai simptom emosi yang banyak akan dirujuk kepada pakar psikiatri bagi mendiagnos simptom mereka sebagai PMDD. Responden pertama menyenaraikan simptom-simptom emosi yang lebih spesifik untuk melihat sejauh mana simptom yang akan ditunjukkan oleh individu yang mengalami PMS dan PMDD. Antaranya ialah kemarahan dan kesedihan yang terlampau, keinginan bunuh diri, tekanan, kebimbangan, serangan panik, emosi tidak stabil, tidak minat, tidak aktif, tidak mahu bercakap, susah untuk berfikir dan lain-lain. Simptom emosi merujuk kepada perubahan emosi yang berlaku dalam kalangan individu yang mengalami PMDD.

“PMDD ni dia ada emotional term enforcement la, kita tengok patient PMS kita punya tanda-tanda psikiatri problem tu lebih kepada psikiatri la dia punya emotion tu problem lebih banyak”. **(Responden 1)**

“simptom emosi yang turun naik dengan ketara. Yang keempat mungkin ada masalah kemarahan atau pun berlaku banyak konflik dengan orang lain”. **(Responden 2)**

Menurut responden ketiga, kebiasaan simptom fizikal dan simptom emosi berlaku sekali sehingga menyukarkan pakar untuk mendiagnos simptom mereka sebagai satu penyakit tertentu. Simptom-simptom emosi tidak dinyatakan secara spesifik kerana responden melampirkan nota mengenai PMS dan PMDD. Namun, responden ada menyatakan kebiasaan simptom emosi yang ditunjukkan adalah kemurungan.

“problemnya dia ada dua-dua psikologikal simptom dan dan fizikal simptomnah, tapi bila orang ada fizikal dengan psikologikal simptom sekali, selalu orang jarang nak diagnos sebab apa tau fizikal. you jugak ada psikologikal symptoms, dia ada emotion component tu ja”.

(Responden 3)

PERBINCANGAN

Dapatan dan analisis kajian adalah berteraskan kepada objektif kajian yang dibina. Terdapat empat objektif kajian iaitu mengenal pasti pandangan pakar terhadap persepsi masyarakat, tahap pengetahuan masyarakat, faktor-faktor PMDD dan simptom-simptom PMDD.

Bagi objektif pertama iaitu pandangan pakar terhadap persepsi masyarakat mengenai PMDD menunjukkan keempat-empat responden sebulat suara menyatakan masyarakat masih lagi tidak mengetahui apa itu PMDD. Kebanyakan masyarakat percaya apa yang dialami merupakan norma semulajadi wanita. Oleh kerana ini merupakan budaya masyarakat yang diamalkan secara turun-temurun walaupun negara sudah membangun. Responden-responden yakin stigma dalam kalangan masyarakat mempengaruhi pemikiran masyarakat untuk mendapatkan rawatan susulan.

Objektif kedua iaitu pandangan pakar terhadap tahap pengetahuan masyarakat mengenai PMDD. Majoriti pakar berpendapat bahawa pengetahuan masyarakat sangat rendah. Hal ini kerana masyarakat masih tidak dapat mengenal pasti jenis kecelaruan mental sehingga masyarakat tidak memandang isu PMDD dengan serius. Tambahan lagi, sifat masyarakat yang masih berfikir tertutup menyukarkan isu PMDD diperluaskan. Menurut pakar lagi, masyarakat tidak dapat menerima sekiranya mereka mengalami masalah mental malah mereka beranggapan mengalami PMS sahaja. Dalam pada itu, responden menjelaskan bukan sahaja masyarakat tidak mengetahui berkenaan PMDD malah para doktor perubatan berkemungkinan tidak mempunyai pengetahuan berkaitan PMDD. Hal ini kerana, perbezaan simptom yang dialami oleh pesakit PMDD menyukarkan para perubatan mendiagnosis PMDD. Hashim dan Abdul Khaiyom (2019) menyatakan pesakit PMDD tidak dapat dikesan dan diubati kerana kekurangan praktis dalam alat penilaian psikologi yang berdasarkan

budaya Malaysia. Dengan intervensi rawatan yang bersesuaian dapat mengurangkan beban pesakit PMDD.

Objektif ketiga iaitu pandangan pakar terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi PMDD. Kesemua responden bersetuju bahawa terdapat kepelbagaian faktor mempengaruhi PMDD. Cassoobhoy (2020) menerangkan para pengkaji tidak dapat menentukan punca utama berlakunya PMDD. Kebanyakan pengkaji berpendapat reaksi kepada perubahan hormon menyebabkan terjadinya PMDD. Majoriti responden menjelaskan kepelbagaian faktor membawa kewujudan PMDD. Antara faktor-faktor tersebut ialah ketidakstabilan hormon wanita, genetik, persekitaran dan gaya hidup. Pandangan-pandangan pakar disokong oleh kajian-kajian lepas membuktikan kesahihan analisis data. Menurut Santamaria dan Lago (2015) menyatakan PMDD merupakan kesan semulajadi yang berlaku dalam kepelbagaian faktor yang berkemungkinan dibentuk melalui interaksi genetik, dan persekitaran.

Di samping itu, objektif keempat berdasarkan pandangan pakar terhadap simptom-simptom yang dialami pesakit PMDD. Koleva (2018) menyatakan PMDD adalah keadaan dimana dua hingga lima peratus bermula seminggu sebelum kedatangan haid. Majoriti responden menyatakan pendapat yang sama berkenaan simptom-simptom PMDD melibatkan simptom fizikal dan simptom psikologikal. Menurut pakar lagi, diagnosis PMDD berlaku apabila pesakit ada lima simptom daripada 12 kriteria PMDD. Hofmeister dan Bodden (2016) menyenaraikan simptom-simptom PMDD bertepatan pandangan majoriti responden berikan.

CADANGAN KAJIAN

Cadangan dibahagikan kepada dua iaitu cadangan untuk kerajaan dan pakar bagaimana mendedahkan PMDD dalam kalangan masyarakat.

Cadangan untuk kerajaan merangkumi empat cadangan. Pertama, menguatkuasakan polisi baru berkenaan kesihatan mental PMDD. Menurut Jenkins (2003) penting bagi kerajaan dalam menguatkuasakan polisi kesihatan mental PMDD dan integrasikan polisi tersebut dengan polisi kesihatan awam dan polisi sosial. Polisi kesihatan mental PMDD membantu masyarakat bagi memahami kesihatan mental

PMDD supaya dapat mengurangkan stigma masyarakat mengenai kesihatan mental terutamanya PMDD.

Kedua, mengadakan kempen kesedaran PMS dan PMDD. Kesedaran masyarakat mengenai PMS dan PMDD sangat rendah dalam kalangan masyarakat oleh kerana kurang pendedahan mengenai isu ini. Kempen yang dijalankan perlu menggunakan pelbagai jenis media yang ada termasuk televisyen, radio, cetak atau secara online dan kaedah yang lain bagi mencapai jumlah maksimum masyarakat.

Ketiga, menubuhkan satu perbadanan khusus untuk PMS dan PMDD. Dalam meningkatkan kesedaran dan pengetahuan masyarakat, kerajaan perlu menubuhkan satu perbadanan khusus PMS dan PMDD. Tujuan penubuhan adalah untuk meningkatkan kesedaran masyarakat mengenai kewujudan PMDD. Perbadanan yang khusus juga boleh merangka satu kerangka PMDD untuk disebarkan kepada orang awam. Perbadanan khusus mengadakan pelbagai aktiviti dalam menyebarkan maklumat berkenai PMS dan PMDD. Setiap pesakit-pesakit yang mengalami PMDD boleh berehat di situ di samping menurut serta pergerakan dalam menyampaikan maklumat.

Yang terakhir ialah penyebaran maklumat kesihatan mental PMDD di institusi kerajaan dan swasta. Selain daripada penyebaran maklumat yang dijalankan melalui sebaran maklumat menggunakan media cetak dan elektronik, kerajaan perlu meletakkan target kepada golongan yang berpotensi tinggi dalam mendapatkan PMDD. Sasaran yang ditetapkan adalah dalam umur 12 tahun hingga 45 tahun. Kerajaan perlu menjalankan penyebaran mengenai PMDD di sekolah menengah, institusi tinggi, syarikat, hospital dan pusat membeli belah. Justifikasi pemilihan tempat berdasarkan sasaran wanita yang ditetapkan.

Dalam pada itu, cadangan untuk para pakar dalam bagaimana meningkatkan kemahiran dalam mendiagnos PMDD. Antaranya ialah yang pertama, menghadiri konvensyen PMDD. Konvensyen kebiasaanya mempunyai tetamu undangan dalam berbicara mengenai topik yang ingin dibincangkan, sesi mengeluarkan pendapat, sesi interaksi antara tetamu undangan dan lain-lain. Sama seperti seminar, pakar dan doktor boleh menghadiri sekurang-sekurangnya tiga kali bagi memperolehi maklumat yang mendalam mengenai PMDD. Bukan sahaja dapat mengenal pasti simptom PMDD malah dapat

mendiagnos PMDD walaupun mereka merupakan doktor biasa sahaja. Dengan menghadiri konvensyen bukan sahaja mengetahui mengenai PMDD malah dapat mendalami perspektif supaya dapat mengasah kemahiran sebagai seorang pakar dan doktor.

Kedua, mempraktikkan alat penilaian psikologikal adaptasi daripada barat (DSRP). Seperti yang dilaporkan dalam kajian Hashim dan Abdul Khaiyom (2019) menyatakan pakar di Malaysia tidak mempraktikkan alat penilaian psikologikal daripada barat disebabkan tiada kemahiran untuk menggunakannya. Pakar boleh mempraktikkan penggunaan alat penilaian melalui seminar, konvensyen dan kajian yang dijalankan.

Ketiga, mengadaptasi Rekod Harian Keparahan Simptom (DSRP). Hashim dan Jamilah Abdul Khaiyom (2019) menjelaskan mengadaptasi pengukuran atau alat penilaian yang digunakan dalam menilai PMDD sebagai contoh Rekod Harian Keparahan Simptom (DSRP) atau dikenali sebagai *Daily Record of Severity of Problems*. Kebiasaannya, DSRP banyak digunakan oleh pakar barat dalam mengenal pasti PMS dan PMDD. 21 item dalam pengukuran dapat mengukur simptom fizikal dan psikologikal yang berkaitan dengan kitaran haid. Mengadaptasikan DSRP dalam Bahasa Melayu dan kegunaan dalam kehidupan seharian dapat membantu pakar mengenalpasti PMDD yang dihadapi oleh pesakit.

RUMUSAN

Secara keseluruhannya, kajian ini melihat bagaimana persepsi masyarakat, tahap pengetahuan masyarakat dan pakar, faktor-faktor yang mempengaruhi PMDD diikuti dengan simptom-simptom PMDD. Berdasarkan perbincangan yang dijalankan, sememangnya persepsi dan pengetahuan mengenai PMDD di Malaysia sangat kurang. Ianya boleh dibuktikan dengan jumlah kajian lepas yang sangat terhad oleh kerana kekurangan pengetahuan mengenai PMDD.

PENGHARGAAN

Penyelidikan ini tidak mendapat geran khusus dari mana-mana agensi pembiayaan di sektor awam atau komersial.

RUJUKAN

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aida, A., M., (2019, Disember,5). Gangguan disforia prahaid. *MyMetro*. <https://www.hmetro.com.my/WM/2019/12/523650/gangguan-disforia-prahaid>
- Cherry, K., (2020, Mac,21). What Is Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD). *VeryWellMind*. <https://www.verywellmind.com/premenstrual-dysphoric-disorder-4767096>
- Chisholm, A., (2017, Mei, 30). Premenstrual dysphoria disorder: It's biology, not a behavior choice. *Harvard Health*. <https://www.health.harvard.edu/blog/premenstrual-dysphoria-disorder-its-biology-not-a-behavior-choice-2017053011768>
- Consultant Volume, 9., (2009Januari). Premenstrual Disorders: A Primary Care Primer, *Consultant* 360. <https://www.consultant360.com/content/premenstrual-disorders-primary-care-primer>
- Daw, J., (2002, October,22). Is PMDD real. *American Psychological Association*. <https://www.apa.org/monitor/oct02/pmdd>
- Hashim, S. I., & Abdul Khaiyom, J. H., (2019). Adaptation and Validation of the Malay Version of Daily Record of Severity of Problems (DRSP) among Undergraduate Students in a University in Malaysia. *MJP Online Early*, 1-12.
- Heriyanto, (2018). Themathic Analysis sebagai Metode Menganalisa Data untuk Penelitian Kualitatif. *ANUVA Volume 2 (3)*: 317-324.
- Hm Digital (2017, November 2). Kaum hawa lebih terkesan. *MyMetro*. <https://www.hmetro.com.my/hati/2017/11/279769/kaum-hawa-lebih-terkesan>
- Hofmeister, S. dan Bodden, S. (2016). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *American Family Physician*, 94 (3): 236-240.
- Hsiung, P. C., (2010, Ogos) What is Qualitative Analysis. *Live & Legacies*. <http://www.uts.utoronto.ca/~pchsiung/LAL/about/qualitative>
- Jaafar, S., & Sazili, S., (2017, September, 5). Wanita dalam sektor pekerjaan 54.3 peratus. *Berita Harian Online*. <https://www.bharian.com.my/wanita/keluarga/2017/09/321572/wanita-dalam-sektor-pekerjaan-543-peratus>
- Jasmi, K. A. (2012). Metodologi Pengumpulan Data dalam Penyelidikan Kualitatif dalam Kursus Penyelidikan Kualitatif

- Siri 1 2012 at Puteri Resort Melaka on 28-29 Mac 2012. Organized by Institut Pendidikan Guru Malaysia Kampus Temenggong Ibrahim, Jalan Datin Halimah, 80350 Johor Bahru, Negeri Johor Darul Ta'zim.
- Jenkins, R. (2003). Supporting governments to adopt mental health policies. *World Psychiatry*, 2 (1):14-19.
- Kalsoom, U., Sultana, A., Amjad, T., & Bairan, S., (2018). Prevalence of Premenstrual Syndrome and Knowledges Assessment Regarding Its Prevention Among Medical Students of Private Medical College of Islamabad. *Pak Armed Forces Med J*, 68 (1): 159-64.
- Koleva, H. K. (2018, April). Premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Universiti of Iowa Hospital andClinics*. <https://uihc.org/health-topics/premenstrual-dysphoric-disorder-pmdd>
- Lustyk M.K.B., & Gerrish W.G. (2010). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise. In: Preedy, 1963.
- Martinez, L., (2020, March,12). Premenstrual dysphoric disorder, *Medline Plus*. <https://medlineplus.gov/ency/article/007193.htm>
- Marfuah, D., (2018). Premenstrual Dysphoric Disorder Cause Discomfort and Interfere Adolescent's Social Relationship. *Indonesian Journal of Nursing and Midwifery*,6(3):219-225.
- Mat, A. A., (2019, Disember,5). Gangguan disforia prahaid. MyMetro. <https://www.hmetro.com.my/WM/2019/12/523650/gangguan-disforia-prahaid>
- Miles, M. B. Huberman, A. M. & Saldana, J. (2014). Qualitative Data Analysis A Method SourceBook, (Edition 3). United States America: Sage Publication Inc.
- Mohd Nasir Tak, A., (2014, September,1). Fisiologi Kitaran Haid. *My Health*. <http://www.myhealth.gov.my/fisiologi-kitaran-haid/>
- Nagashekhara, M. Tumkur, A. dan Nilugal, K. C. (2016). "Study of Premenstrual Syndrome among future health care professionals in Masterskill Global College." *Int. J. Pharm. Pharm*, 8(2):66–71.
- Nor Asyikin, Y. Nani, D. Nor Azwany, Y. & Shamsul Kamal A. (2015). Knowledge of and attitudes towards menstrual disorders adults in north-eastern state of Peninsular Malaysia. *Malays Fam Physician*, 10(3):2-10.
- Omar, K., Mohsin, S. S., Muthupalaniappen, L., Idris, I. B., Amin, R. M., & Shamsudin, K. (2009). Premenstrual symptoms and remedies practiced by Malaysian women attending a rural primary care clinic. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 1(1), 018.

- Pearlstein, T. & Steiner, M. (2008). Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci*, 33(4), 293-294.
- Pérez-López, F. R., Chedraui, P., Pérez-Roncero, G., López-Baena, M. T., Cuadros-López, J. L. (2009). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Symptoms and Cluster Influences. *The Open Psychiatry Journal*, 3:47-57.
- Plinta, V.S. Drosdzol, A. Nowosielski, K. Plinta, R. (2010). The complexity of premenstrual dysphoric disorder -risk factors in the population of Polish women. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 8:141 1-6.
- Rajic, J. & Varela, S. A. (2018). Premenstrual Dysphoric Disorder Diagnosis and Management in Primary Care. *Clinician Reviews*, 40-45.
- Siti Inarah, H. & Jamilah Hanum, A. K. (2019). Adaptation and Validation of the Malay Version of Daily Record of Severity of Problems (DRSP) among Undergraduate Students in a University in Malaysia. *MJP Online Early*, 1-12.
- Smith, L. (2018, Julai 10). Premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Medical News Today*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/308332.php>
- Suaidi, M. T., Wong, P. K., Mohd Tahir, N. A., & Chua, E. W. (2020). Community Pharmacists' Knowledge, Attitude, and Practice in Providing Self-Care Recommendations for the Management of Premenstrual Syndrome. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(4): 141.
- Tsegaye1, D., & Getachew, Y. (2019). Premenstrual dysphoric disorder and associated factors among female health science students in Wollo University, Ethiopia, 2017/18. *Maternal Health, Neonatology, and Perinatology*, 5:8, 2-8.
- Wong, L., P. Attitudes toward menstruation, menstrual-related symptoms, and premenstrual syndrome among adolescent girls: a rural school-based survey. *Women & Health*, 51(4): 340-364.
- Yahya, N. A., Draman, N., Yaacob, N. A., & Abdullah, S. K., Ahmad, I., Ismail, S. B., & Muhamad, R., (2015). Knowledge of and attitudes towards menstrual disorders adults in north-eastern state of Peninsular Malaysia. *Malays Fam Physician*, 10(3):2-10.