

The Effectiveness of Combined Cognitive Behavioral Therapy and Calcium Supplementation Plus Vitamin D on Reducing the Premenstrual Syndrome

Zahra Karimi^{1*}, Ahmad Alipour¹, Tayyebeh Mohtashami T¹

1- Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Received: 1 Dec 2014, Accepted: 28 Jan 2015

Abstract

Background: Premenstrual Syndrome (PMS) consists of repetitious physical and psychological symptoms that occurs in luteal phase of menstrual period and will be over when menstrual period starts. The goal of this study is to investigate the effect of calcium therapy plus vitamin D and cognitive behavioral therapy (CBT) on the parameters of PMS symptoms in women suffering from PMS.

Materials and Methods: This study has an experimental plan of pretest and post-test of the control group. The statistical society is 250 female staff of Tehran Universities in academic year 2013-2014. Premenstrual syndrome screening tool (PSST) questionnaire was used as an evaluation tool. The collected data were analyzed using the indexes of the descriptive statistics and covariance analysis ($p < 0.05$).

Results: The minimum age of the statistical society was 24, 52.5 % of them held a master's degree and 60% were single. Cognitive behavioral therapy method, calcium and vitamin D therapy were significant in improving the parameters of symptoms at $p < 0.05$ level of significance.

Conclusion: Combining cognitive behavioral therapy and calcium supplementation and vitamin D is significantly effective in improving components of PMS symptoms and applying these methods is recommended by the consultants and gynecologists.

Keywords: Calcium, Cognitive behavioral therapy, Luteal phase, Premenstrual syndrome, Vitamin D

*Corresponding Author:

Address: Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: karimi_z1391@yahoo.com

اثربخشی درمان تلفیقی شناختی- رفتاری و مکمل کلسیم با ویتامین D بر کاهش علائم سندرم قبل از قاعدگی

زهرا کریمی^{۱*}، احمد علیپور^۲، طیبه محتشمی^۱

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران
۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۸

چکیده

زمینه و هدف: سندرم قبل از قاعدگی (PMS)، مجموعه‌ای از نشانه‌های تکرارشونده فیزیکی و روان‌شناختی است که در فاز لوتئال چرخه قاعدگی رخ می‌دهد و با شروع قاعدگی برطرف می‌شود. هدف از مطالعه حاضر، بررسی تأثیر کلسیم درمانی با ویتامین D و رفتار درمانی شناختی بر مولفه‌های علائم سندرم قبل از قاعدگی در زنان مبتلا به این اختلال است. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل ۲۵۰ زن کارمند دانشگاه‌های شهر تهران در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بود. پرسش‌نامه سنجش علائم سندرم قبل از قاعدگی (PSST) به عنوان ابزار ارزش‌یابی به کار برده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری از طریق شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت ($p < 0.05$).

یافته‌ها: کمترین سن اعضای نمونه ۲۴ سال بود، ۵۲/۵ درصد از اعضای نمونه دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند و ۶۰ درصد مجرد بودند. روش درمانی شناختی-رفتاری و کلسیم درمانی و ویتامین D در بهبود مولفه‌های علائم سندرم قبل از قاعدگی در سطح $p < 0.05$ معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: تلفیق رفتار درمانی-شناختی و مکمل کلسیم و ویتامین D در بهبود مولفه‌های علائم سندرم قبل از قاعدگی به طور معنی‌داری موثر است و کاربرد این روش‌ها توسط مشاورین و متخصصین زنان توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: کلسیم، رفتار درمانی-شناختی، فاز لوتئال، سندرم قبل از قاعدگی، ویتامین D

*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه پیام نور تهران، گروه روان‌شناسی

Email: karimi_z1391@yahoo.com

مقدمه

امروزه سلامت زنان به طور گسترده‌ای مورد توجه قرار گرفته است (۱). سندرم قبل از قاعدگی (PMS) از مشکلات شایع سلامت زنان در سنین باروری است و به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌های هیجانی با یا بدون نشانه‌های فیزیکی مرتبط با چرخه قاعدگی تعریف می‌شود (۲). شیوع PMS در ۳۰ تا ۴۰ درصد جمعیت زنان در سنین باروری گزارش شده است (۳). نشانه‌های عمده برای تشخیص PMS عبارت‌اند از: اضطراب، تنش، نوسانات خلق، درد، و یار غذایی و تغییرات اشتها، گرفتگی عضلات، کاهش علاقه به فعالیت‌ها (۴)، تحریک‌پذیری، سردرد، افسردگی (۵)، خستگی، حساسیت پستان‌ها و اشکال در تمرکز (۶). تمام نشانه‌ها را می‌توان در سه دسته کلی قرار داد: اختلالات هیجانی، جسمانی و رفتاری (۷). نگاه سنتی به درمان سندرم قبل از قاعدگی عمدتاً پزشکی است (۸). در واقع درمان پزشکی، سندرم قبل از قاعدگی را تنها از دیدگاه زیستی-پزشکی می‌نگرد و عدم تعادل هورمون‌ها و انتقال دهنده‌های عصبی را به عنوان علت شناسی این سندرم تعریف می‌کند (۹). با این حال شواهد فزاینده‌ای موید فاکتورهای روانی-اجتماعی به عنوان مسبب و عوامل توسعه نشانگان قبل از قاعدگی است (۱۰). به علت اثرات جانبی داروها و یا منع مصرف دارو، درمان‌های روان‌شناختی و نیز درمان‌های جایگزین برای زنان مبتلا به PMS توصیه می‌شود (۱۱). رفتار درمانی شناختی مجموعه‌ای از تکنیک‌های روان‌درمانی است که روی اصلاح تفکرات، هیجان‌ها و رفتارهای مشکل ساز تمرکز دارد. اثرات مثبت رفتار درمانی شناختی (CBT) در مدیریت اختلالات عاطفی و جسمانی از جمله درد و اضطراب که دارای نشانه‌های مشترک با PMS هستند، کاربرد این روش را در مدیریت سندرم قبل از قاعدگی از لحاظ نظری توجیه می‌کند (۱۱). رفتار درمانی شناختی و آموزش آرمیدگی در کاهش علائم و افزایش توانایی زنان برای مقابله با تغییرات درطول چرخه قاعدگی موثر هستند (۱۲).

درمان‌های دارویی از جمله ضد افسردگی‌ها و قرص‌های جلوگیری از بارداری از جمله درمان‌های رایج PMS هستند، این درمان‌ها در عین حال که حداکثر ۷۰ درصد اثربخش هستند، دارای اثرات جانبی سوء بوده و هم‌چنین گران قیمت می‌باشند. به دلیل این محدودیت‌ها، راهبردهای موثر غیر دارویی برای جلوگیری از سندرم قبل از قاعدگی و درمان آن مورد نیاز است. از جمله جایگزین‌ها برای درمان‌های هورمونی مصرف مکمل‌های رژیم غذایی است. چندین پژوهش نشان داد که مصرف مکمل کلسیم، شدت و رخداد نشانه‌های PMS را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد (۱۳). یتس-جاکوبس و همکاران ارتباط بین هیپوکلسمی و نشانه‌های PMS از جمله خستگی، اضطراب، افسردگی، تغییرات خلق و گرفتگی عضلات را نشان دادند (۱۴). آنها پیشنهاد کردند که علائم PMS با علائم پوکی استخوان در طول یائسگی یکسان هستند. به طور جالب توجهی، تغییر در هموستاز کلسیم با تعدادی اختلال عاطفی ارتباط دارد. تحریک‌پذیری، اضطراب و شیدایی با هیپوکلسمی در ارتباط است. اخیراً مشخص شده است که متابولیسم غیر طبیعی کلسیم ممکن است در برخی نشانه‌های عاطفی و جسمانی PMS دخیل باشد. افزایش مصرف کلسیم به طور معنی‌داری برای چهار گروه بزرگ از نشانه‌های PMS مفید است: (نشانه‌های عاطفی منفی، نشانه‌های احتباس آب، و یار غذایی و نشانه‌های درد) (۱۵). تحقیق درباره ترکیب دارو درمانی و روان‌درمانی، شواهدی در مورد اثرات زیست شناختی روش‌های درمان شناختی - رفتاری فراهم آورده است و درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و دارو درمانی، اثربخشی درمان را بالا می‌برد (۱۶). بررسی اثرات سه روش درمانی شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیبی از دو روش فوق در درمان افسردگی به این نتیجه دست یافت که هر سه روش دارای تأثیرات معنی‌داری در درمان افسردگی اساسی هستند، اما درمان ترکیبی نسبت به سایر مداخلات بهتر بوده است (۱۷). در جدول ۱ ملاک‌های کالج مامایی و زنان آمریکا برای تشخیص سندرم قبل از قاعدگی نشان داده شده است.

هدف ما از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تلفیق رفتاردرمانی شناختی و مکمل کلسیم بر بهبود و کاهش علائم سندرم قبل از قاعدگی در زنان مبتلا به این سندرم است.

جدول ۱. ملاک های تشخیصی ACOG برای سندرم قبل از قاعدگی (۱۸)

* گزارش بیماران ≥ 1 از علائم عاطفی و جسمانی زیر در طول ۵ روز قبل از قاعدگی در هر ۳ چرخه قاعدگی قبلی	
عاطفی	جسمانی
افسردگی	حساسیت به لمس پستان
طغیان عصبی	نفخ شکم
تحریک پذیری	سر درد
گیجی	تورم اندام ها
انزوا اجتماعی	
* علائم در روز چهارم از شروع قاعدگی بدون عود، حداقل تا روز ۱۳ سیکل برطرف می شود.	
* علائم در غیاب هر گونه درمان دارویی، مصرف هورمون و یا سوء استفاده مواد مخدر یا الکل .	
* علائم به طور تجدیدپذیر در ۲ چرخه از ثبت آینده نگر رخ دهد.	
* بیمار از اختلال عملکرد قابل شناسایی در عملکرد اجتماعی و اقتصادی رنج می برد.	
ACOG (کالج مامایی و زنان آمریکا) ۲۰۰۰ (به نقل از راپکین، ۲۰۰۳)	

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی است و دارای طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. رفتار درمانی شناختی و مکمل کلسیم و ویتامین D متغیرهای مستقل و مولفه های سندرم قبل از قاعدگی (شدت علائم و تاثیر علائم بر زندگی) متغیر وابسته این مطالعه می باشند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان کارمند دانشگاه های شهر تهران در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بود. این مطالعه با تایید کمیته اخلاقی دانشگاه پیام نور و رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در پژوهش صورت گرفت و امکان انصراف از ادامه در هر مرحله از پژوهش وجود

داشت. از بین این دانشگاه ها سه دانشگاه علوم پزشکی تهران، صنعتی امیرکبیر و آزاد علوم-تحقیقات تهران به روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد، ۲۰ زن مبتلا به PMS با غربالگری از طریق پرسش نامه سنجش علائم سندرم قبل از قاعدگی (PSST) (۱۹) و به شیوه نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل تفکیک گردیدند. معیارهای ورود نمونه در این مطالعه عبارت بود از: ۱- داشتن سن ۴۸-۲۲ سال، ۲- ورزشکار نبودن، ۳- عدم ابتلا به بیماری جسمی و روانی و مصرف دارو، ۴- عدم انجام عمل جراحی در سه ماه گذشته، ۵- نداشتن استرس شدید طی سه ماه گذشته و ۶- داشتن سیکل های منظم ۲۱ تا ۳۵ روزه با طول مدت ۳ تا ۱۰ روز. معیارهای خروج نمونه عبارت بود از: ۱- داشتن سن کمتر از ۲۲ سال و بیشتر از ۴۸ سال، ۲- انجام ورزش به طور حرفه ایی و منظم، ۳- ابتلا به بیماری جسمی و روانی و مصرف دارو، ۴- انجام جراحی در سه ماهه اخیر، ۵- داشتن استرس شدید در سه ماهه اخیر، ۶- سیکل های نامنظم قاعدگی و ۷- عدم تمایل به همکاری. پس از انتخاب آزمودنی ها جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف این پژوهش به اعضای نمونه توضیح داده شد. سپس گروه آزمایش تحت مداخله رفتار درمانی شناختی قرار گرفتند و به مدت ۸ هفته، هر هفته جلسه ای ۴۵ دقیقه آموزش دیدند و هم چنین به مدت ۸ هفته (به شکل هم زمان) تحت درمان با مکمل کلسیم و ویتامین D (قرص کلسیم- دی از شرکت ایران دارو) قرار گرفتند. این قرص ها حاوی ۵۰۰ میلی گرم کلسیم و ۲۰۰ میلی گرم ویتامین D بودند و روزانه ۱۰۰۰ میلی گرم از این قرص در دو دوز منقسم توصیه شد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند.

جدول ۲. پروتکل رفتار درمانی شناختی در سندرم قبل از قاعدگی

اهداف جلسه	عنوان جلسه	ردیف جلسات
۱- بحث در مورد علائمی که هر کدام از اعضا در دوره سندرم پیش از قاعدگی خود تجربه می-کنند.		
۲- ارائه اطلاعات در مورد سندرم پیش از قاعدگی و نشانه های آن	آشنایی و آموزش	جلسه اول
۳- ارائه منطق درمان شناختی-رفتاری	آرمیدگی عضلانی	
۴- ارائه منطق آرمیدگی		
۵- آموزش آرمیدگی		
۱- استرس و آگاهی	استرس و آگاهی	جلسه دوم
۲- آگاهی از افکار خودآیند		
۳- آگاهی از تنش جسمی		
۱- درک ارتباط بین افکار و احساسات	ارتباط بین افکار و احساس	جلسه سوم
۲- یادگیری فرایند ارزیابی		
۳- درک چرخه افکار، هیجانات و حس های بدنی		
۱- بررسی انواع مختلف تفکر منفی و تحریفات شناختی		
۲- بررسی و شناسایی افکار منفی	شناسایی افکار منفی	جلسه چهارم
۳- درک تاثیر افکار منفی بر رفتار		
۴- آموختن گام های جایگزین افکار منفی		
۱- درک تعریف مقابله		
۲- درک انواع خطاهای شناختی	خطاهای شناختی و مقابله	جلسه پنجم
۳- آموختن گام هایی برای بازسازی شناختی		
۱- آموختن مسائلی در مورد خشم		
۲- آگاهی از پاسخ ها و الگوهای خاص خشم	خشم و گواه خشم	جلسه ششم و هفتم
۳- آموختن مدیریت خشم	ارتباط موثر	
۴- آموختن نحوه برقراری ارتباط موثر		
۵- مرور گام های رفتار ابرازگرانه		
۱- بررسی اثربخشی روش های درمان شناختی-رفتاری		
۲- حصول اطمینان از یادگیری آموزش ها و انجام منظم تکالیف		
۳- پرکردن مجدد پرسش نامه غربالگری علایم سندرم قبل از قاعدگی به عنوان پس آزمون	بررسی کلی روند درمان و گرفتن پسخوراند درمان	جلسه هشتم
۴- اجرای مجدد پرسش نامه های سازگاری بل و سلامت عمومی به عنوان پس آزمون		
۵- بررسی موانع و محدودیت های اجرایی پژوهش		

ابزار سنجش

افراد است. در آزمون تعیین پایایی این پرسش نامه، سازگاری درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، در بخش علایم ۰/۹ و در بخش تاثیر علایم بر زندگی ۰/۹۱ و در کل پرسش نامه ۰/۹۳ به دست آمد و هم چنین همبستگی درون خوشه بین دو بخش ۰/۸ بود. در بخش روایی که از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد، مقادیر این دو شاخص به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ به دست آمد. این پرسش نامه شامل ۱۹ سوال بود و برای هر سوال ۴ معیار اصلا، خفیف، متوسط و شدید ذکر گردید که از صفر تا ۳ نمره بندی می شد.

جهت تشخیص PMS متوسط تا شدید، ۳ شرط ذیل باید وجود داشته باشد:

۱- از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد.

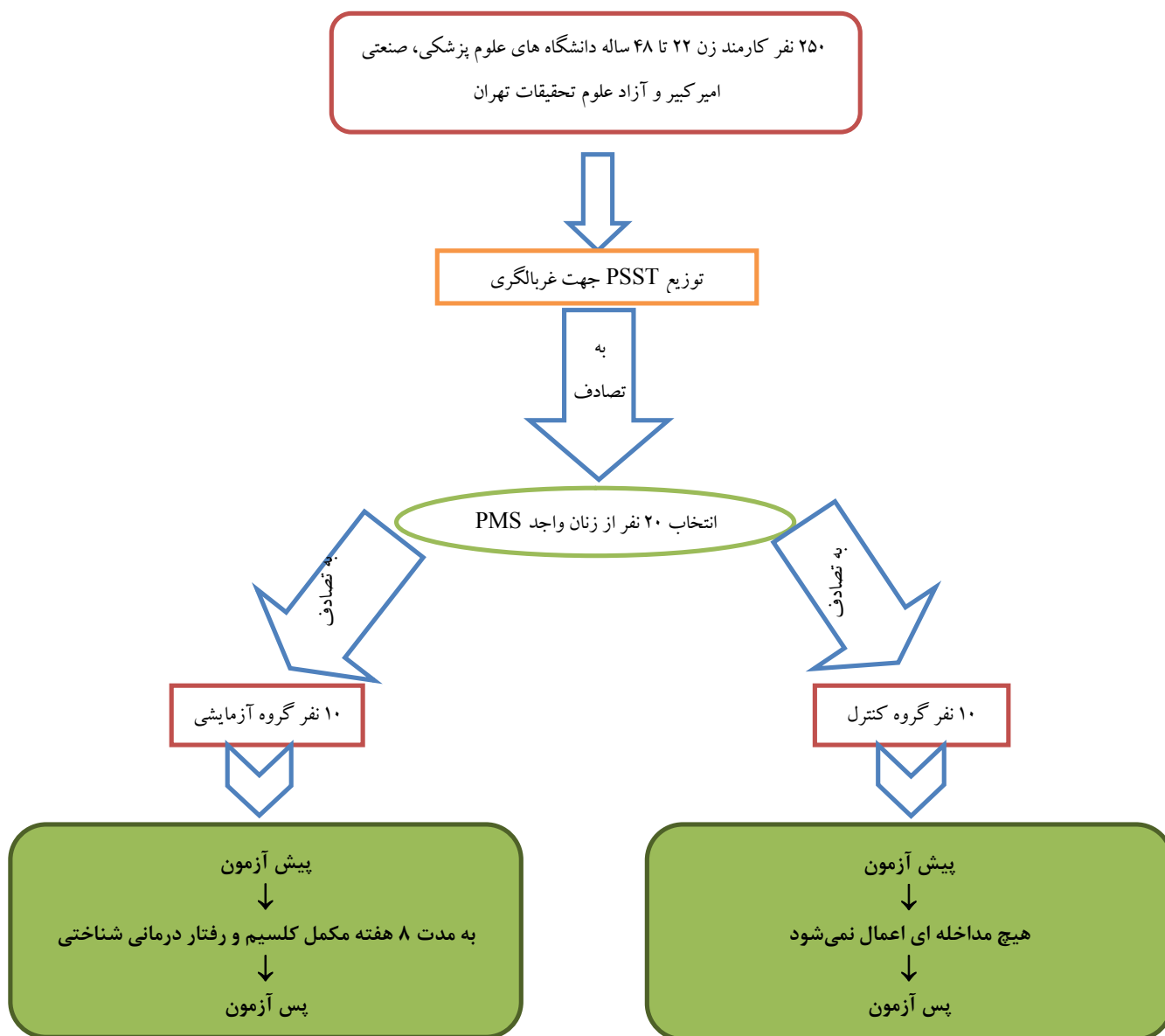
پرسش نامه غربالگری علایم سندرم قبل از قاعدگی (PSST): پرسش نامه PSST توسط استینر، مک دوگال و برون در سال ۲۰۰۳ در دانشگاه مک مستر کانادا ساخته شد و توسط سیه بازی، حریری، منتظری و مقدم بنائم در جمعیت ایرانی استاندارد شد. ابزارهای مختلفی برای اندازه گیری علایم قبل از قاعدگی وجود دارد که برای تشخیص سندرم قبل از قاعدگی و اختلال ملال قبل از قاعدگی به کار می رود. از جمله این ابزارها، پرسش نامه PSST است که شدت بیماری را در حد لزوم و تاثیر علایم را در زندگی افراد نشان می دهد و از چارت های دو سیکلی آینده نگر، علمی تر و از نظر زمانی به صرفه تر است. این پرسش نامه شامل دو بخش علایم و تاثیر علایم بر زندگی

آن و آشنایی با خشم و کنترل آن و یادگیری ارتباط موثر بود. جلسات آموزشی توسط خود پژوهشگر برگزار می‌شد، در جلسه هشتم که یک هفته قبل از شروع قاعدگی شرکت کنندگان برگزار گردید، با توزیع مجدد پرسش‌نامه‌های PSST پس از آزمون نمرات به دست آمد، شرح پروتکل درمانی در جدول ۲ آمده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. در شکل ۱ روند نمونه‌گیری به طور شماتیک نمایش داده شده است.

۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد.

۳- در بخش تاثیر علائم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید باشد (۲۰).

با توجه به سه روش تشخیص PMS در پرسش‌نامه PSST، ۲۵ نفر منتخب، حائز شرایط PMS بودند. ۵ نفر قبل از شروع مداخله به دلیل عدم پذیرش شرایط درمانی از ادامه همکاری انصراف دادند. جلسات آموزش شناختی-رفتاری شامل آموزش تکنیک آرمیدگی، آگاهی در مورد استرس، یافتن ارتباط بین افکار و احساس، شناسایی افکار منفی، شناسایی خطاهای شناختی و مقابله با



شکل ۱. شماتیک روند تعیین نمونه و اعمال مداخله

یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری به همراه کلسیم درمانی و ویتامین D بر بهبود و کاهش مولفه‌ها و علائم سندرم پیش از قاعدگی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از انجام این تحلیل پیش فرض‌های مربوط به آن بررسی شد و نتایج بیان‌گر برقراری پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره یا مانکوا بود. همگنی شیب رگرسیون و برابری واریانس‌های متغیرهای مورد پژوهش از مهم‌ترین پیش فرض‌های مانکوا می‌باشند. نتایج حاصل از این تحلیل در جداول زیر نشان داده شده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی زنان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی برحسب برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناسی

متغیر	دامنه	تعداد(درصد)
تحصیلات	دیپلم	۴(۱۰)
	فوق دیپلم	۴(۱۰)
	لیسانس	۱۱(۲۷/۵)
	فوق لیسانس	۲۱(۵۲/۵)
وضعیت تأهل	مجرد	۲۴(۶۰)
	متاهل	۱۶(۴۰)

جدول ۴. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر متغیرهای مورد پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	p
اثر پیلایی	۰/۸۴۹	۲۹/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۵۱	۲۹/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۵/۶۲	۲۹/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۵/۶۲	۲۹/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴، ملاحظه می‌شود که بین متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/05$ وجود دارد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که دست‌کم در یکی از متغیرها بین گروه‌ها، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی‌بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آنها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن MANCOVA بر مولفه‌های علائم سندرم قبل از قاعدگی

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر	توان آزمون
شدت علائم	۴۶۹/۹۳۱	۲۸/۱۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۳	۱
تأثیر علائم در زندگی	۷۲/۷۰۱	۱۶/۷۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۷	۱

بر اساس نتایج جدول ۵، پس از تعدیل نمرات، اثر تلفیق کلسیم و رفتار درمانی شناختی بر شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی ($F=28/148$ و $p=0/0001$)، و تاثیر علائم در زندگی ($F=16/777$ و $p=0/0001$) می‌باشد. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، روش درمانی شناختی رفتاری و کلسیم درمانی و ویتامین D در بهبود مولفه‌های علائم سندرم قبل از قاعدگی زنان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار است. توان آماری ۱ نیز نشان دهنده دقت آماری بسیار بالای این آزمون است. در جدول ۶ تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون شدت علائم و تاثیر علائم بر زندگی در گروه آزمایش نشان داده شده است. کاهش میانگین مولفه‌های سندرم قبل از قاعدگی در پس آزمون به طور واضح قابل مشاهده است و در شکل ۲ در نمودار ستونی میانگین‌های مولفه‌های سندرم قبل از قاعدگی نشان داده شده است.

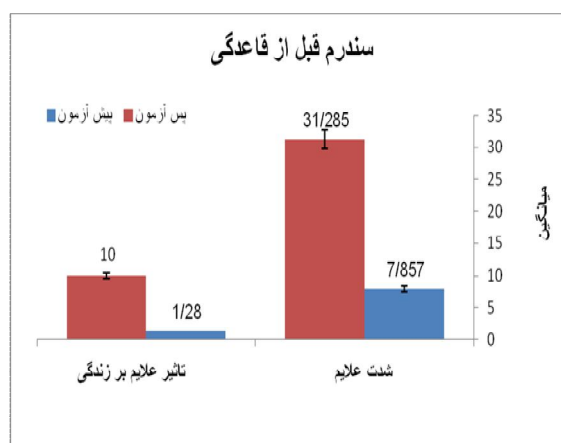
جدول ۶. خلاصه یافته‌های توصیفی تاثیر درمان تلفیقی کلسیم و رفتار درمانی شناختی بر مولفه‌های علائم سندرم قبل از قاعدگی

گروه	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
سندرم قبل از قاعدگی	۳۱/۲۸۵	۲/۱۳۸	۳۳	۲۹
پیش آزمون	۷/۸۵۷	۱/۰۶	۹	۶
پس آزمون	۱۰	۰/۰۰۰۱	۱۰	۱۰
تأثیر علائم در زندگی	۱/۲۸	۱/۶۰	۳	۰

قبل از قاعدگی رنج می‌برند و در ۵ تا ۱۰ درصد آنان شدت علایم به اندازه‌ای است که زندگی شان را در دو هفته آخر سیکل قاعدگی دچار مشکل می‌کند (۲۴). با توجه به پیامدهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی سندرم قبل از قاعدگی و شیوع بالای این سندرم و نیز پژوهش‌های اندکی که در این زمینه در ایران صورت گرفته است، اثربخشی رویکرد رفتار درمانی شناختی و مکمل کلسیم با ویتامین D در سندرم قبل از قاعدگی و مولفه‌های این سندرم را برای نخستین بار مورد بررسی قرار دادیم.

نتایج این مطالعه با یافته‌های دیگر مطالعات مبنی بر تاثیرات عمده CBT و هم‌چنین مصرف مکمل کلسیم بر بهبود علایم سندرم قبل از قاعدگی و نیز کاهش مشکلات روان‌شناختی، هم‌خوان و همسو است.

پژوهشی که توسط ایندوسخار و همکاران (۲۰۰۷) با هدف توصیف علت شناسی، نشانه شناسی، تشخیص و مدیریت PMS و هم‌چنین جنبه‌های روان‌شناختی PMS انجام گرفت، CBT را یک روش درمانی می‌داند که در تغییر افکار، احساسات و رفتارهای ناکارآمد تمرکز دارد و نشان می‌دهد که CBT از طریق مهارت‌های مقابله‌ای اثرات منفی PMS را کاهش می‌دهد و این تاثیر در طول زمان هم ادامه می‌یابد (۲۵). هانتر، یوشر، کاریس و برونر (۲۰۰۲) با هدف بررسی اثر روش درمان پزشکی (فلوکستین) و درمان روان‌شناختی (CBT) بعد از شش ماه درمان و هم‌چنین پی‌گیری بعد از یک سال، به این نتیجه دست یافتند که فلوکستین بر روی علایم اضطراب اثرات سریع‌تر و بیشتری دارد، در حالی که CBT از طریق افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای شناختی-رفتاری و تغییر دلایل پزشکی به زیستی-روانی موثر واقع می‌شود (۲۶). بنابراین ارائه این روش درمان برای زنان مبتلا به PMS نیز می‌تواند مفید و سودمند باشد. از آن جا که رفتار درمانی شناختی شامل تکنیک‌هایی از جمله چالش با افکار، نگرش‌های منفی خوآیند و بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد است، این روش درمان می‌تواند سطح استرس را کاهش دهد و در نتیجه می‌تواند در کاهش افسردگی ناشی از تصور سندرم



شکل ۲. نمودار میانگین مولفه‌های سندرم قبل از قاعدگی در پیش آزمون و پس آزمون

بحث

با توجه به نتایج تحلیل کواریانس که در جدول ۵ ارائه شده است، در مجموع گروه‌های آزمایش پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله‌گر کاهش معنی‌داری را در نمرات PMS نسبت به گروه کنترل به دست آوردند. لذا مطالعه حاضر نشان دهنده اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و مصرف مکمل کلسیم و ویتامین D در کاهش و بهبود مولفه‌های علایم PMS در زنان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی است. یکی از مشکلات رایج در سنین باروری که سلامت روان زنان را تحت الشعاع قرار می‌دهد، سندرم قبل از قاعدگی است و علایم جسمانی و هیجانی دارد که مرتبط با تغییرات دوره‌ای چرخه قاعدگی است (۲). شاید هیچ تجربه‌ای در زندگی زنان نباشد که مانند قاعدگی تمام ساختار وجودی آنان را دچار تحول و دگرگونی سازد. این کیفیت ممتاز زندگی زنانه، تاثیرات شگرفی بر حس هویت و احساس زن بودن هر فردی برجای می‌گذارد و روشن است که نحوه رو به رو شدن با این تحولات بنیادین نقش بسیار ارزشمندی در تندرستی زنان ایفا خواهد کرد (۲۱). PMS دارای تبعات اجتماعی بالایی است و نشانه‌هایی که در سیکل‌های طبیعی تکرار می‌شود سبب اختلالات قابل توجهی در روابط شخصی، خانوادگی و زندگی روزانه و کاهش کارایی تحصیلی و شغلی می‌گردد (۲۲، ۲۳). ۹۵ درصد زنان از علایم خفیف سندرم

به نتایجی از این قبیل به بررسی تاثیر درمان تلفیقی رفتار درمانی شناختی و مکمل کلسیم بر بهبود علائم PMS اقدام نمودیم و به دلیل افزایش جذب روده‌ای این ماده معدنی، مصرف آن را با ویتامین D همراه نمودیم (۳۱). به مدت ۸ هفته (۲ ماه) روزانه ۱۰۰۰ میلی‌گرم کلسیم و ویتامین D و نیز آموزش رفتار درمانی شناختی در این مدت به گروه آزمایش ارائه شد و نتایج تحلیل کواریانس، فرضیه پژوهش را مبنی بر اثربخشی این روش‌های درمان تایید کرد.

این پژوهش با بررسی و تأیید اثربخشی تلفیق رفتار درمانی شناختی و مصرف مکمل کلسیم و ویتامین D در بهبود علائم سندرم قبل از قاعدگی، نشان داد این روش‌ها می‌توانند به عنوان درمان‌های انتخابی و یا مکمل درمان‌های پزشکی در بهبود علائم سندرم قبل از قاعدگی به کار برده شوند. عدم پی‌گیری نتایج در گروه‌ها پس از اخذ پس آزمون، تعداد محدود افراد در گروه‌ها و اجرای مداخله‌های درمانی در بازه زمانی کوتاه دو ماهه و نیز عدم اندازه‌گیری سطح سرمی کلسیم از جمله محدودیت‌های این پژوهش به دلیل کمبود امکانات و وقت بوده است و بنابراین در تعمیم نتایج این مطالعه باید جانب احتیاط رعایت شود و مطالعات آینده با رعایت موارد یاد شده، به نتایج با ضریب اطمینان بیشتری دست یابند.

نتیجه‌گیری

تلفیق رفتار درمانی شناختی و مکمل کلسیم و ویتامین D در بهبود مولفه‌های علائم سندرم قبل از قاعدگی در زنان مبتلا به این سندرم به طور معنی‌داری موثر است و کاربرد این روش‌ها توسط مشاورین و متخصصین زنان برای بهبود علائم جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی زنان توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه امیرکبیر، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشگاه پیام نور تهران و نیز تمامی کارمندان خانم که با سعه صدر در این مطالعه، همکاری لازم را مبذول

قبل از قاعدگی به عنوان اختلالی غیرقابل کنترل و ناتوان کننده دخیل باشد. از دیگر تکنیک‌های مورد استفاده در رفتار درمانی شناختی، آموزش سبک ارتباط‌های بین فردی (سبک جرأت‌مندانه)، آموزش ابراز وجود، آموزش هنر گوش کردن، درخواست کردن و نه گفتن و تمرین مداوم این سبک رفتارها است که باعث بهبود کیفیت روابط اجتماعی و در نتیجه جلب حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و همکاران خواهد شد. از جمله عواملی که در کاهش خلق افسرده زنان مبتلا به PMS مؤثر است، آموختن سبک‌های مذکور است. یادگیری مدیریت خشم از طریق شناخت موقعیت‌های ایجاد کننده خشم، نحوه تجربه خشم توسط خود فرد، یادگیری سبک‌های ابراز سازگارانه خشم و ایجاد اصلاح و تغییر در رفتارهای نامطلوب می‌تواند (آنتونی، ایروسون، اسپنیدرمن؛ ۲۰۰۸) در بهبود علائم سندرم قبل از قاعدگی در زنان مبتلا بسیار موثر باشد (۲۷). برتون و همکاران (۲۰۰۵)، با بررسی ۱۰۵۷ زن مبتلا به PMS پس از ده سال پی‌گیری به این نتیجه دست یافتند که مصرف بالای کلسیم و ویتامین D ممکن است خطر PMS را کاهش دهد (۲۸). در سال ۲۰۰۸ در پژوهشی تحت عنوان تاثیر مکمل کلسیم درمانی روی PMS که توسط قنبری، حق الهی، شریعت، رحیمی فروشانی و اشرفی انجام شد، این نتیجه به دست آمد که علائم خستگی زودرس، تغییرات اشتها و افسردگی در گروه تحت درمان با کلسیم در مقایسه با گروه دارونما به میزان قابل توجهی بهبود یافته است (۲۹). تیس، جاکوبس، مک‌ماهان و بلزیکان در زمینه‌ی تاثیرات نوسانات ادواری هورمون‌های تنظیم کلسیم در فهم و درک برخی ویژگی‌های سوماتیک و روان‌شناختی PMDD در سال ۲۰۰۷ تحقیق کردند و به این نتیجه دست یافتند که نوسانات دوره‌ای هورمون تنظیم کننده کلسیم به فهم بهتر ویژگی‌های جسمانی و روان‌شناختی PMDD کمک می‌کند و عدم پاسخ‌گویی به سوخت و ساز ویتامین D و در نتیجه کاهش سطح ویتامین D فعال در فاز لوتئال چرخه قاعدگی، به عنوان یک عامل بیولوژیکی برای ویژگی‌های کلاسیک PMDD عمل می‌کند (۳۰). با توجه

study. *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 10(1):1-5.

8. Frank RT. The hormonal causes of premenstrual tension. *Archives of Neurology & Psychiatry*. 1931;26(5):1053-7.

9. Ussher JM. Premenstrual syndrome: reconciling disciplinary divides through the adoption of a material-discursive epistemological standpoint. *Annual Review of Sex Research*. 1996;7(1):218-51.

10. Read JR, Perz J, Ussher JM. Ways of coping with premenstrual change: development and validation of a premenstrual coping measure. *BMC women's health*. 2014;14(1):1-2.

11. Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Archives of women's mental health*. 2009; 12(2): 85-96.

12. Ussher JM, Hunter M, Cariss M. A woman-centred psychological intervention for premenstrual symptoms, drawing on cognitive-behavioural and narrative therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2002;9(5):319-31.

13. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Bendich A, Johnson SR, Willett WC, Manson JE. Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(11):1246-52.

14. Blake F. Cognitive therapy for premenstrual syndrome. *Cognitive and Behavioral Practice*. 1995; 2(1):167-85.

15. Thys-Jacobs S, McMahon D, Bilezikian JP. Cyclical changes in calcium metabolism across the menstrual cycle in women with premenstrual dysphoric disorder. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2007; 92(8):2952-9.

16. Wright J, Basco M, Thase M. Learning cognitive behavior therapy. translated by: Ghasemzadeh H, Hamidpour H. 1sted. Tehran: L: Jeihoon Publication: 2011. P. 32-3. [Persian]

17. Dana-Basig Z, Bahrainian AM, Dehghani-Firoozabadi M, Sharifzadeh GH. Therapeutic effects of drug therapy with and without cognitive behaviour therapy in post-stroke

داشتند صمیمانه کمال تشکر را داریم. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم زهرا کریمی با عنوان بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، درمان با مکمل کلسیم همراه با ویتامین D و ترکیبی از این دو روش بر سلامت عمومی، سازگاری و بهبود علایم زنان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی می‌باشد.

منابع

1. Direkvand-Moghadam A, Khosravi A. Evaluating Shirazi (*Thymus vulgaris*) on menstrual pain using verbal multidimensional scoring system (VMS). *Afr J Pharm Pharmacol*. 2012; 6(39):2766-7.

2. Ussher JM, Perz J. PMS as a process of negotiation: women's experience and management of premenstrual distress. *Psychology & health*. 2013;28(8):909-27.

3. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS)-A systematic review and meta-analysis study. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2014;8(2):106-7.

4. Tolossa FW, Bekele ML. Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in college of health science, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *BMC women's health*. 2014;14(1):52-3.

5. Knaapen L, Weisz G. The biomedical standardization of premenstrual syndrome. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. 2008;39(1):120-34.

6. Halbreich U, O'Brien PS, Eriksson E, Bäckström T, Yonkers KA, Freeman EW. Are there differential symptom profiles that improve in response to different pharmacological treatments of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder? *CNS drugs*. 2006; 20(7):523-47.

7. Delara M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Tavafian SS, Kazemnejad A, Montazeri A. Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional

- depression, Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2010;17(4):232-8. [Persian]
18. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder. Psychoneuroendocrinology. 2003; 28:39-53.
 19. Siahbazi SH, Harriri F, Montazari A, Banaem L. The questionnaire of premenstrual syndrome screening test (PSST). Translation and psychometry of Iranian type; 2010, In press.
 20. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Archives of Women's Mental Health. 2003;6(3):203-9.
 21. Nikkho M. Menstrual disorder. Iran, Tehran:Nashre sokhan publication; 2006.[Persian]
 22. Danno K, Colas A, Terzan L, Bordet M-F. Homeopathic treatment of premenstrual syndrome: a case series. Homeopathy. 2013; 102(1): 59-65.
 23. Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L, Bazi SS, Malehi AS, Montazeri A. The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): a validation study. Archives of women's mental health. 2013;16(6):531-7.
 24. Drife JO, Magowan B. Clinical obstetrics and gynaecology: Elsevier Health Sciences; 2004.
 25. Indusekhar R, Usman SaB, O'Brien S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2007;21(2):207-20.
 26. Hunter MS, Ussher JM, Cariss M, Browne S, Jelley R, Katz M. Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: a study of treatment processes. Journal of Psychosomatic research. 2002;53(3):811-7.
 27. Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management. Oxford:Oxford University Press.2008:230-3..
 28. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Bendich A, Johnson SR, Willett WC, Manson JE. Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. Archives of Internal Medicine. 2005;165(11):1246-52.
 29. Ghanbari Z, Haghollahi F, Shariat M, Foroshani AR, Ashrafi M. Effects of calcium supplement therapy in women with premenstrual syndrome. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2009;48(2):124-9.
 30. Thys-Jacobs S, McMahon D, Bilezikian JP. Cyclical changes in calcium metabolism across the menstrual cycle in women with premenstrual dysphoric disorder. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2007; 92(8):2952-9.
 31. Hall JE, Guyton AC. Textbook of medical physiology. Translated by: Nahavandi A. Tehran, Iran: Eshragheye publication; 2011.