

بررسی اثر بخشی آموزش شناختی رفتاری به شیوه گروهی و تدابیر تغذیه ای مبتنی بر طب سنتی بر افسردگی و علائم جسمانی در سندرم پیش از قاعدگی

مینا سپهری راد^۱، دکتر حسن توزنده جانی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه علوم روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۶

خلاصه

مقدمه: یکی از شایع ترین اختلالات روان تنی در زنان، سندرم پیش از قاعدگی (PMS) است که تأثیر زیادی بر روی کیفیت زندگی زنان دارد و موجب افت کارایی شغلی در زنان شاغل و افزایش غیبت از محل کار می شود. اتیولوژی آن نامشخص و روش های درمانی به طور نسبی بر روی آن مؤثر بوده است. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای ترکیبی با استفاده از دو رویکرد تغذیه و روانشناسی انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی رویکرد درمانی تلفیقی بر اساس مبانی دانش روان شناسی بالینی و طب سنتی ایران و توجه به بُعد جسم و روان بر روی علائم سندرم پیش از قاعدگی انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی از شهریور سال ۱۳۹۳ تا مهر ماه سال ۱۳۹۴ بر روی ۴۵ زن شاغل در مرکز صدا و سیما مشهود انجام شد. ۴۵ فرد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره دریافت کننده درمان شناختی- رفتاری، دریافت کننده درمان شناختی- رفتاری به همراه تغذیه و گروه کنترل قرار گرفتند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه غربالگری علائم سندرم پیش از قاعدگی و پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و روش تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر، آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون ناپارامتری فریدمن انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: افراد دو گروه آزمون در نمره کل سندرم پیش از قاعدگی ($p < ۰/۰۱$) و نمرات افسردگی ($p = ۰/۰۰۰$) و علائم جسمانی ($p = ۰/۰۱۵$) کاهش معنی داری نسبت به گروه کنترل در پس آزمون نشان دادند. نتیجه گیری: گروه درمانی شناختی - رفتاری به همراه طب سنتی بر کاهش علائم جسمانی و افسردگی بیشتر از گروه درمانی شناختی - رفتاری به تنهایی مؤثر است.

کلمات کلیدی: سندرم پیش از قاعدگی، گروه درمانی شناختی- رفتاری، طب سنتی ایران، افسردگی، علائم جسمانی

* نویسنده مسئول مکاتبات: حسن توزنده جانی؛ دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۱۵۱۴۰۲؛ پست الکترونیک: h.toozandehjani@ymail.com

مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی (PMS)^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی^۲ در زنان است که کیفیت زندگی آنان را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد و موجب افت کارایی شغلی در زنان شاغل و افزایش غیبت از محل کار می‌شود (۱). اتیولوژی آن هنوز ناشناخته است، ولی به نظر می‌رسد ترکیبی از عوامل بیولوژیک (هورمونی)، روانی، محیطی، تغذیه و کمبود ریزمغذی‌ها در آن دخیل باشند (۲). دیرکوند مقدم و همکاران (۲۰۱۳) در یک مطالعه متآنالیز و مرور سیستماتیک به بررسی شیوع PMS در جهان پرداخته و شیوع آن را در قاره اروپا ۴۰٪، آفریقا ۸۵٪، آسیا ۴۶٪ و آمریکای جنوبی ۶۰٪ گزارش کردند (۱). در ایران بر اساس مطالعات مختلف، نتایج متفاوتی گزارش شده است.

PMS به مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمانی، روان‌شناختی، عاطفی و رفتاری اشاره دارد که به طور ادواری، در هر ماه حدود یک هفته قبل از قاعدگی ظاهر شده و با شروع خونریزی یا در چند روز اول آن از بین می‌رود (۲، ۳). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-V)^۳، معیارهای تشخیصی PMS شامل: ظاهر شدن نشانه‌های جسمانی، روان‌شناختی، عاطفی و رفتاری در دوره قاعدگی و تکرار آن در حداقل دو تا سه دوره قاعدگی بعدی اعلام شده است (۴).

روش‌های درمانی متعددی برای PMS پیشنهاد شده است که علائم جسمی و روانی را به طور نسبی کنترل می‌کند. استفاده از دارو به ویژه مسکن‌ها، ضد افسردگی‌ها، اصلاح تغذیه و مکمل‌های غذایی، رویکردهای روان‌شناسی، ورزش و روش‌های آرام‌بخشی مانند یوگا بیشتر مورد توجه بوده است، اگرچه بر اساس برخی مطالعات، مداخلات دارویی بر بهبود علائم متوسط و شدید PMS مؤثر بوده است، اما مطالعات دیگری نیز حکایت از تأثیر مثبت مداخلات غیردارویی (شیوه‌های روان‌شناسی) بر بهبود علائم و افزایش قدرت

تطابق زنان با PMS دارند (۵-۹). وجود روش‌های درمانی متعدد تا حدود زیادی ناشی از ماهیت چند عاملی، از جمله عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در پیدایش این سندرم می‌باشد. در مطالعات متعددی مداخلات روانشناختی در کنترل علائم روانی و تا حدودی جسمانی این سندرم و سندرم‌های دیگر نشان داده شده است که می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی قوی مطرح باشد (۵، ۱۰-۱۲).

از بین نشانه‌های متعدد PMS، خلق افسرده^۴، بی‌قراری^۵، تنش^۶ و اضطراب و از علائم بدنی نیز نفخ شکم، خستگی مفرط، دردناکی پستان، کمردرد و سردرد شایع‌تر است (۲، ۴).

بسیاری از زنان با توجه به سیر طولانی سندرم، به استفاده از طب تلفیقی که شامل طب‌های مکمل و طبیعی، رویکردهای روانشناختی و تغذیه در کنترل علائم بیماری می‌باشد، روی آورده‌اند. مطالعات انجام شده نشان داده‌اند ۸۰٪ زنانی که از PMS رنج می‌برند، خواهان استفاده از درمان‌های طب جایگزین مانند داروهای گیاهی^۷، طب فشاری^۸، طب سوزنی^۹، ورزش و مشاوره‌های روانشناسی می‌باشند (۱۳-۱۵). علاوه بر این، با افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی کشورها، کاربرد درمان‌های غیردارویی از جمله درمان‌های طب سنتی و مکمل روز به روز اهمیت بیشتری یافته است که یکی از مهم‌ترین این روش‌ها، تعدیل رژیم غذایی و اصلاح سبک زندگی می‌باشد (۱۶، ۱۷).

بررسی تحقیقات انجام شده در دو حیطه تغذیه و روانشناسی نشان می‌دهد که این مداخلات تأثیر مثبتی بر کاهش علائم دارند. یکی از روش‌های درمانی در حیطه روانشناسی بالینی، درمان شناختی رفتاری به صورت فردی یا گروهی است. در این رویکرد درمانی، با بهره‌گیری از شیوه‌های آزمایشی مبتنی بر رفتارگرایی و شناخت‌گرایی، به درمان و بهبود الگوهای پاسخ‌دهی پرداخته می‌شود. همچنین در شناخت رفتار درمانگری،

⁴ Dysphoria

⁵ Irritability

⁶ Tension

⁷ Herbal medicines

⁸ Acupressure

⁹ Acupuncture

¹ premenstrual syndrome

² Psychosomatic disorders

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

در مطالعه شبیری و همکار (۲۰۱۴) که به بررسی تأثیر مصرف ویتامین E بر تسکین دردهای عضلانی بر روی ۷۵ دانشجو به مدت ۲ ماه پرداختند، شدت درد در گروه آزمون دریافت کننده ویتامین E در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافت (۲۳).

در طب سنتی ایران، با قدمت چندین هزار سال و داشتن پزشکان و کتاب‌های معتبر نظیر قانون، الحاوی، ذخیره خوارزمشاهی که توسط سازمان جهانی بهداشت نیز پذیرفته شده، درمان و پیشگیری از بیماری‌ها با استفاده از رویکردهای تغذیه و گیاهان بیان شده است. استفاده از این منابع می‌تواند به توسعه سلامت و بهداشت کمک کند (۱۶، ۲۱، ۲۵).

با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای ترکیبی با استفاده از دو رویکرد تغذیه و روانشناسی انجام نشده است و از طرفی شواهد تحقیقاتی نشان دهنده تأثیر هر کدام از این حیطه‌ها در این سندرم می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی رویکرد درمانی تلفیقی بر اساس مبانی دانش روان‌شناسی بالینی و طب سنتی ایران و توجه به بُعد جسم و روان بر روی علائم سندرم پیش از قاعدگی در یک نمونه ایرانی انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی سه گروه و از نوع پیش آزمون - پس آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود که از شهریور سال ۱۳۹۳ تا مهرماه سال ۱۳۹۴ بر روی ۹۰ نفر از کارمندان زن صدا و سیما شهر مشهد انجام شد. در مرحله اول بعد از فراخوان و اخذ رضایت نامه آگاهانه از داوطلبین جهت شرکت در طرح با مصاحبه بالینی، تکمیل پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی و بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM-V، زنان مبتلا به PMS شناسایی شدند. سپس در مرحله دوم، ۴۵ زن مبتلا به PMS به صورت در دسترس و داوطلبانه از بین آنان انتخاب و بعد از اخذ رضایت نامه آگاهانه و ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف مطالعه، به طور تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از مطالعه راهنما و فرمول محاسبه

بر کاهش فراوانی و شدت پاسخ‌های سازش نیافته درمان جویان و آموزش مهارت‌های نوین شناختی و رفتاری در راستای کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش رفتارهای سازش یافته‌تر تأکید می‌شود. شناخت - رفتار درمان‌گری، یکی از انواع روان‌درمانگری است که از نظر تجربی بسیار معتبر است؛ به گونه ای که نتایج ۳۵۰ مطالعه انجام شده در این زمینه نشان‌دهنده کارایی این شیوه درمانی در درمان اختلال‌های روانپزشکی مانند افسردگی و اختلال‌های اضطرابی هستند (۱۸).

داودی و همکاران (۲۰۱۲) ضمن تأکید بر مؤثر بودن روان‌درمانی گروهی شناختی - رفتاری در مطالعه خود که بر روی ۴۰ دانشجو در ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در دو گروه آزمون و کنترل انجام دادند، گزارش کردند که این درمان در کاهش علائم سندرم مؤثر است (۱۹).

داودوندی و همکاران (۲۰۱۱) نیز با مطالعه بر روی ۵۶ زن تهرانی در مدت ۱۰ جلسه، اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری در کاهش علائم جسمانی را گزارش کردند (۲۰). جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۳) در یک مطالعه مقطعی بر روی ۱۱۵ دانشجوی ساکن مشهد با ابزار پرسشنامه ارتقاء سبک زندگی، به بررسی نقش استرس در شدت علائم PMS پرداختند و به این نتیجه رسیدند که شدت علائم با افزایش نمره استرس ارتباط مستقیم و معنی داری دارد (۲۱).

کرمی و همکاران (۲۰۱۵) با استفاده از رویکردهای روان‌درمانی و استفاده از شیوه‌افشای هیجانی به بررسی آن در کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی بر روی ۳۰ دانشجو به مدت دو هفته و طی ۴ تا ۵ جلسه پرداختند و گزارش کردند که افشای هیجانی نوشتاری در کاهش علائم در مقایسه با گروه کنترل مؤثر است (۲۲). در مطالعه توفیقیان و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف بررسی نقش تغذیه در کاهش علائم PMS انجام شد، به بررسی تأثیر مصرف مکمل امگا-۳ به صورت دو کپسول یک گرمی به مدت دو ماه بر روی ۵۰ دانشجو پرداختند. امگا-۳ در مقایسه با دارونما، علائم عصبانیت، افسردگی، و احساس ناتوانی در انجام کارها را به طور موثری بهبود بخشیده بود (۲۲).

میانگین ها و مقالات مشابه از جمله مطالعه کرمی و همکاران (۲۰۱۵)، در هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد (۲۲). گروه اول، دریافت کنندگان آموزش گروه درمانی شناختی - رفتاری؛ گروه دوم، دریافت کنندگان آموزش گروه درمانی همراه با تغذیه مبتنی بر طب سنتی و گروه سوم، گروه کنترل و شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: افراد واجد ملاک های تشخیصی PMS (بر اساس شرایط ذکر شده در پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی)، نداشتن بیماری جسمی خاص، عدم استفاده از داروی خاص، نبودن در دوران بارداری و نداشتن شرایط روحی - روانی ویژه (فوت بستگان، طلاق، ازدواج، امتحان) و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل فرد جهت ادامه شرکت در طرح، استفاده از دارو به هر علت، پیش آمدن شرایط روحی - روانی خاص و باردار شدن بود.

گروه های مورد آزمون، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و به مدت ۲ ماه آموزش دریافت کردند. در گروه اول تنها آموزش شناختی - رفتاری به صورت گروهی و در گروه دوم همزمان با آموزش گروه درمانی شناختی - رفتاری، برنامه مشخص غذایی در دو گروه: توصیه ها و پرهیزها شامل نوع غذاها و کیفیت خوردن دریافت کردند و گروه سوم بدون دریافت اقدام خاصی پیگیری شدند. داده های به دست آمده از ۴۵ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بلافاصله پس از پایان جلسات و جهت پیگیری ۲ ماه پس از آن، اعضاء هر سه گروه به پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. این طرح به تأیید کمیته پژوهشی و اخلاق دانشگاه آزاد واحد نیشابور، واحد علوم و تحقیقات رسید.

ابزارهای پژوهش: پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی (PSST)^۱: این پرسشنامه ابزار ساده و در دسترس منطبق با معیارهای DSM-IV است که در ایران نیز نسخه فارسی آن تهیه و روایی و پایایی آن توسط سیه بازی و همکاران (۱۳۹۰) تأیید شده است. پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال بوده که دارای

^۱ Premenstrual Symptoms Screening Tool-PSST

دو بخش است. بخش اول شامل ۱۴ سؤال راجع به علائم خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علائم را بر زندگی افراد می سنجد، شامل ۵ سؤال می باشد. برای هر سؤال ۴ معیار اصلاً، خفیف، متوسط و شدید ذکر شده که از صفر تا ۳ نمره گذاری شده است (۱۹).

پرسشنامه افسردگی بک (BDI)^۲: این پرسشنامه به منظور سنجش بازخوردها و نشانه های بیماران افسرده ساخته شده و شامل ۲۱ سؤال است. هر سؤال به صورت مقیاس ۴ نقطه ای لیکرت از اصلاً (۰) تا خیلی زیاد (۳) نمره گذاری شده است. این پرسشنامه، خلق شخص را از دو هفته گذشته مورد بررسی قرار می دهد. در ایران نیز در مطالعه کاویانی، موسوی و محیط (۱۳۸۰) در دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) انجام شد و روایی و پایایی این آزمون در جمعیت سالم و بالینی مورد تأیید قرار گرفت (۲۶).

خلاصه محتوای جلسات درمان به این صورت بود که جلسه اول شامل: آشنایی افراد با یکدیگر، توضیح فرآیند گروه درمانی و مؤلفه های آن؛ جلسه دوم شامل: آموزش سیکل قاعدگی طبیعی، شناسایی PMS، نشانه ها و علائم آن؛ جلسه سوم شامل: معرفی رویکرد شناختی - رفتاری و تشریح مدل آن؛ جلسه چهارم شامل: آموزش مدل افسردگی در رویکرد CBT و توضیح مؤلف های آن و خطاهای شناختی^۳ (ذهن خوانی^۴، پیشگویی^۵، فاجعه سازی^۶، تعمیم افراطی^۷ و ...)؛ جلسه پنجم شامل: بررسی رابطه بین خلق و فعالیتها، توضیح جدول تنظیم فعالیت های روزانه؛ جلسه ششم شامل: آموزش مداخله ای رفتاری و اصلاح رفتار برای بهبود خلق، فعال سازی رفتاری؛ جلسه هفتم شامل: آموزش مداخله ای شناختی و افکار خودآیند منفی؛ جلسه هشتم شامل: توضیح مفهوم شناخت های عمیق (پیش فرض های شرطی و باورهای زیربنایی) و استفاده از تکنیک های مربوط به آن و روش های حل مسأله بود.

^۲ Beck Depression Inventory

^۳ Cognitive distortions

^۴ mindreading

^۵ prediction

^۶ catastrophizing

^۷ GeneralizedExtreme

صنعتی در صورت داشتن سردرد: پرهیز از دارچین، زعفران، گردو، زیره، سیر پیاز و فلفل توصیه شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و شاخص های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون ناپارامتری فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مقدار p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفره مورد بررسی قرار گرفتند. ویژگی‌های فردی افراد در جدول ۱ نشان داده شده است.

در دو گروه توصیه‌ها و پرهیزهای غذایی آموزش داده شد تا در یک برنامه غذایی منظم و روزانه نسبت به استفاده و یا پرهیز از مواد غذایی معرفی شده اقدام نمایند. این برنامه از متون طب سنتی استخراج شد (۲۷).

استفاده از انجیر خشک به صورت روزانه پنج عدد، شیر روزانه یک وعده عصرها، مربای هویج و زرده تخم مرغ در وعده صبحانه دو روز در میان، شیر برنج یا فرنی با خلال بادام، زعفران و دارچین در وعده شام یا صبحانه، عرق یا دم کرده بهار نارنج روزانه یک الی دو بار صبح و شب، روغن کنجد به عنوان روغن مصرفی در غذاها و پرهیز از کدو، خیار، هندوانه، آویشن، زنجبیل، کاسنی غذاهای ترش، ترشیجات، شوربجات، آبغوره عدس، بادجان، فست فودها، پروتئین های صنعتی و نوشیدنی‌های

جدول ۱- مشخصات عمومی و فردی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش دریافت کننده CBT و دریافت کننده CBT به همراه تغذیه و گروه کنترل

مشخصه عمومی	دامنه	گروه CBT تعداد (درصد)	گروه CBT به همراه تغذیه تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
وضعیت	مجرد	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳)	۴ (۲۷)
تأهل	متأهل	۱۲ (۸۰)	۱۸ (۸۷/۶)	۱۱ (۷۳)
تعداد فرزندان	۰	۶ (۴۰)	۲ (۱۳/۳)	۶ (۴۰)
	۱	۵ (۳۳)	۹ (۶۰)	۳ (۲۰)
	۲	۴ (۲۷)	۲ (۱۳/۳)	۶ (۴۰)
	۳	۰	۲ (۱۳/۳)	۰
میزان تحصیلات	فوق دیپلم	۲ (۱۳/۳)	۴ (۲۷)	۴ (۲۷)
	لیسانس	۱۲ (۸۹/۱)	۸ (۵۳)	۷ (۴۶)
	فوق لیسانس	۱ (۶/۶)	۳ (۲۰)	۴ (۲۷)
سن	۲۰-۳۰ سال	۱ (۶/۶)	۱ (۶/۶)	۳ (۲۰)
	۳۱-۴۰ سال	۸ (۵۳)	۱۱ (۷۳/۳)	۷ (۴۷)
	۴۱-۵۰ سال	۷ (۴۰/۱)	۳ (۲۰)	۵ (۳۳)

نمره شدت علائم افسردگی و علائم جسمانی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های سه‌گانه در جدول ۲ نشان داده شده است.

بر اساس آزمون تی تست، افراد از نظر مشخصات فردی نظیر سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل همگون بودند و اختلاف آماری معنی داری نداشتند. میانگین

جدول ۲- نتایج میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های افسردگی و علائم جسمانی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه آزمایش (CBT)	افسردگی	متغیر / مرحله آزمون	میانگین	انحراف معیار
		پیش آزمون	۲۱/۰	۱/۱۲۱
		پس آزمون	۱۱/۲	۸/۰۱
		پیگیری	۱۱/۰	۷/۳۴

۰/۹۲	۳/۰	پیش‌آزمون	علائم جسمانی	گروه آزمایش (CBT به همراه تغذیه)
۰/۹۴	۲/۴	پس‌آزمون		
۰/۸۹	۲/۸	پیگیری		
۱۰/۵۲	۲۳/۱	پیش‌آزمون	افسردگی	
۸/۲۶	۱۴/۹	پس‌آزمون		
۷/۸۰	۱۴/۵	پیگیری		
۱/۱۷	۳/۱	پیش‌آزمون	علائم جسمانی	
۰/۵۵	۱/۹	پس‌آزمون		
۰/۵۰	۱/۶	پیگیری		
۶/۸۹	۲۲/۱	پیش‌آزمون	افسردگی	
۶/۴۴	۲۱/۷	پس‌آزمون		
۷/۲۶	۲۱/۱	پیگیری		
۱/۰۱	۲/۸	پیش‌آزمون	علائم جسمانی	
۰/۸۹	۲/۸	پس‌آزمون		
۰/۸۰	۲/۷	پیگیری		

نتایج اثربخشی درمان CBT و CBT به همراه تغذیه اندازه‌های مکرر و بر علائم جسمانی با استفاده از آزمون ناپارامتری فریدمن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳- مقایسه میانگین تغییرات علائم سندرم بیش از قاعدگی در دوره درمان در گروه‌های CBT، CBT به همراه تغذیه و تغذیه

متغیر	گروه	میانگین تغییرات ابتدای مطالعه	میانگین تغییرات انتهایی مطالعه	سطح معنی داری
افسردگی	گروه CBT	۲۱	۱۱/۲	*.۰/۰۰۰
	کنترل	۲۲/۱	۲۱/۷	
	گروه CBT به همراه تغذیه	۲۳/۱	۱۴/۹	*.۰/۰۰۰
	کنترل	۲۲/۱	۲۱/۷	
علائم جسمانی	گروه CBT	۳	۲/۴	**۰/۰۱۵
	کنترل	۲/۸	۲/۸	
	گروه CBT به همراه تغذیه	۳/۱	۱/۹	**۰/۰۰۰
	کنترل	۲/۸	۲/۸	

* General Linear Model Repeated Measures

** Friedman Test

درمان تلفیقی بر علائم جسمانی اثربخش‌تر از سایر علائم مورد بررسی بود. براساس آزمون تحلیل واریانس، اندازه اثر درمان CBT بر روی کاهش افسردگی ۰/۴۷٪، در حالیکه اندازه اثر درمان CBT به همراه تغذیه ۵۶ درصد بود، متوسط درصد تغییرات کاهش علائم جسمانی در گروه با درمان CBT، ۱۳٪ اما متوسط درصد تغییرات در گروه CBT به همراه تغذیه ۴۳٪ بود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروه درمانی شناختی-رفتاری و تدابیر تغذیه‌ای مبتنی بر طب سنتی در افسردگی و علائم جسمانی PMS انجام

میزان افسردگی در بین گروه دریافت کننده درمان CBT به میزان ۴۷٪ کاهش پیدا کرد ($p=0/000$). یکسانی متوسط میزان افسردگی در دو مرحله پس از دریافت درمان نیز ثبات اثربخشی درمان را نشان داد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، توزیع نمرات افسردگی در مراحل سه‌گانه آزمایش نرمال بود. شدت علائم جسمانی نیز پس از درمان CBT در بین آزمودنی‌ها تغییراتی را نشان داد ($p=0/015$). متوسط میزان افسردگی گروه دریافت کننده درمان توأم CBT و تغذیه به میزان ۵۶٪ کاهش یافت ($p=0/05$). درمان توأم گروه درمانی و تغذیه، شدت علائم جسمانی را ۴۳٪ کاهش داد ($p=0/00$). بنابراین نتایج بیان شده،

جسمانی شامل ورم اندام ها، دردناک بودن پستان ها، نفخ شکم در گروه تحت درمان با امگا-۳ نسبت به دو گروه دیگر به طور معناداری بهبود یافت (۲۹).

در مطالعه ادوارد سیدهم و همکاران (۲۰۱۳) تحت عنوان عوامل مرتبط با سبک زندگی و PMS بر روی دانشجویان دانشگاه مصر، ارتباط معناداری بین سابقه خانوادگی مثبت، چاقی، مصرف فست فودها و کافئین و افزایش علائم PMS وجود داشت (۳۰). در مطالعه جوهانا ان. کواس و همکاران (۲۰۱۴) تحت عنوان خود مراقبتی شناختی رفتاری برای سندرم پیش از قاعدگی، نتایج حاکی از تأثیر مثبت CBT بر روی علائم PMS بود (۱۱).

در تبیین اثربخشی روش درمانی به کار رفته در مطالعه حاضر می توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- همان طور که در مبانی طب سنتی ایران ذکر شده، بدن انسان مرکب از عناصر و اخلاط چهارگانه دم (خون)، بلغم، صفرا و سودا است که اینها دائماً در حال تغییر و تبدیل و تحلیل اند و محتاج به جایگزین شدن هستند. از سوی دیگر، حاصل گوارش در بدن انسان، تبدیل غذا به اخلاط است و بعد از آن نیز تبدیل خلط به عضو و انرژی مورد نیاز بدن است.

غذا، خوردنی‌هایی است که جایگزین مواد و انرژی‌های (حرارت و رطوبت) از دست رفته می‌شود و زمینه رشد و نمو بدن را فراهم کرده و در نهایت به بقای بشر کمک می‌کند. از این رو نقش تغذیه سالم در تولید اخلاط طبیعی و به دنبال آن اعضاء سالم و عملکرد طبیعی فرد، به خوبی آشکار می‌شود. همچنین ارتباط تنگاتنگی بین مواد مغذی با جنبه های مختلف سلامت و بیماری وجود دارد. به طور کلی چهار گروه عمده کربوهیدرات و قندها، پروتئین‌ها، چربی‌ها، مواد معدنی و ویتامین‌ها، به تناسب طبیعی بودنشان نقش مؤثری در تنظیم هورمون‌ها و اندام های ارگانیک بدن دارند. از آن جمله خوردن مرتب مقدار محدود ماده نشاسته‌ای باعث می‌شود که سطح قند خون به طور مرتب در تمام مدت طول روز ثابت و بالا باشد و پروژسترون به سطح مناسب خود برگردد و علائم ناراحتی PMS برطرف شود. همچنین خوردن مواد هیدرات کربن باعث

شد. با توجه به نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری های مکرر که در جدول ۲ ارائه شده است، در مجموع گروه درمانی CBT با اندازه اثر ۴۷٪ و گروه درمانی CBT به همراه تغذیه با اندازه اثر ۵۶٪ باعث کاهش معنی‌دار میزان افسردگی شدند. همچنین بر اساس جدول ۳، توزیع فراوانی علائم جسمانی میزان کاهش علائم جسمانی در درمان CBT به همراه تغذیه به مراتب بیشتر از درمان CBT به تنهایی بود. بر اساس آمار توصیفی، درمان CBT باعث کاهش ۱۳ درصدی علائم جسمانی و درمان CBT به همراه تغذیه باعث کاهش ۴۳ درصدی علائم جسمانی شد.

نتایج مطالعه حاضر با نتایج سایر مطالعاتی که گزارش کردند CBT و همچنین مکمل‌های غذایی تأثیرات عمده بر کاهش مشکلات روانشناختی و علائم PMS دارند، همخوانی داشت. از جمله در مطالعه بخشانی و همکاران (۲۰۱۲) که به بررسی و مقایسه مواد غذایی مصرفی نوجوانان دانش آموز دارای علائم و بدون علائم PMS بر روی ۱۴۲ نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی با دامنه سنی ۱۸-۱۴ سال در شهرستان زاهدان انجام شد، میانگین مصرف ماهیانه لبنیات (شیر، ماست و پنیر) و میوه و سبزیجات در گروه بدون علائم PMS به طور معناداری بیشتر از گروه دارای علائم بود (۲۸). در مطالعه جمیلیان و همکاران (۲۰۱۳) نیز که به بررسی تأثیر مصرف خوراکی امگا-۳ و گل سرخ بر علائم پیش از قاعدگی پرداختند، این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی (تصادفی و کنترل شده با دارونما) بر روی ۱۲۰ بیمار مبتلا به PMS به که به طور تصادفی در سه گروه مساوی قرار گرفته بودند انجام شد. گروه اول با کپسول ۵۰۰ میلی‌گرمی امگا-۳، روزانه یک عدد؛ گروه دوم با قطره خوراکی گل سرخ، روزانه ۳۰ قطره و گروه سوم تحت درمان با دارونما قرار گرفتند. بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه، علائم روانی و خلقی شامل تنش عصبی، تحریک‌پذیری، اضطراب، افسردگی، خستگی، فراموش کاری، کاهش میل جنسی، عدم تمرکز حواس، گریه کردن، میل به خودکشی در گروه تحت درمان با عصاره گل سرخ به طور معناداری نسبت به امگا-۳ و دارونما کاهش داشت و در مقابل علائم

می‌شود مقدار بیشتری ماده سروتونین تولید شود که این ماده انتقال دهنده عصبی، نقش بسیار زیادی در افزایش خلق اشخاص دارد و میزان افسردگی را کاهش می‌دهد و نیز استفاده از گندم، سبوس، گیاهان خانواده کلم و انواع سبزی‌ها در نوسان مقدار هورمون استروژن مؤثرند. به علاوه مقدار چربی که با غذاها خورده می‌شود، در تنظیم مقدار هورمون‌های زنانه و مردانه تأثیر می‌گذارد و این عوامل باعث کاهش علائم این سندرم از طریق تغذیه می‌شود (۸، ۱۸، ۳۰).

۲- از طرف دیگر در بُعد روانشناختی به دلیل اینکه افراد افسرده غالباً هدف‌های انعطاف ناپذیر و کمال‌گرا برای خود تعیین می‌کنند که رسیدن به آن‌ها غیر ممکن است و معمولاً تجربیات موفقیت‌آمیزی را که با خودپنداره منفی آن‌ها سازگار نیستند کنار می‌گذارند و یکی از ویژگی اصلی این افراد، انتقاد کردن از خود است که در پس آن نگرش‌های ضعف، بی‌کفایتی و بی‌مسئولیتی و همچنین اغراق کردن درخواست‌ها، مشکلات و فشارهای بیرونی قرار دارد و با توجه به اینکه در شرایط قاعدگی بدن دچار یک سری ضعف‌های جسمانی می‌شود، از این رو علی‌رغم داشتن یک حس کمال‌گرایی، افکار بی‌لیاقتی و بی‌کفایتی در آن‌ها بیشتر شکل می‌گیرد. بنابراین استفاده از درمان شناختی - رفتاری که محتویات تفکر منفی فرد افسرده و تعبیر سوگیری شده او از رویدادها را مورد هدف قرار می‌دهد و بر روی نوع برداشت، تعبیر و تفسیر اشخاص از رویدادها، طرز تفکر، شناخت و باورهای شناختی افراد تأکید می‌کند، باعث بازسازی افکار و شناخت ناکارآمد در افراد می‌شود. حال با توجه به اینکه سندرم پیش از قاعدگی شامل هم علائم جسمانی و هم علائم روانی است، پس منطقی به نظر می‌رسد که درمان ترکیبی تغذیه به همراه CBT می‌تواند بر روی علائم این سندرم بسیار اثربخش باشد (۱۰، ۱۲).

بررسی منابع مطالعاتی موجود نشان داد که تاکنون مطالعه منتشر شده‌ای در زمینه بررسی اثربخشی آموزش گروه درمانی شناختی-رفتاری و تدابیر تغذیه‌ای

مبتنی بر طب سنتی در افسردگی و علائم جسمانی PMS وجود ندارد، لذا نوآوری و ابتکار مطالعه حاضر در استفاده از این آموزش برای زنان مبتلا به PMS بود و نتایج آن حاکی از اثربخشی بیشتر CBT به همراه تغذیه بر روی علائم PMS به ویژه افسردگی و علائم جسمانی بود.

یکی از نقاط ضعف این مطالعه، عدم نظارت دقیق بر مصرف صحیح تغذیه توسط بیماران بود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تعداد کم آزمودنی‌ها، جامعه آماری کوچک، کوتاه بودن مدت درمان، عدم صداقت و محدودیت اخلاقی برخی آزمودنی‌ها در پاسخ‌گویی اشاره کرد. استفاده از رویکرد تغذیه و توجه به جنبه‌های روحی روانی مراجعین از نقاط قوت مطالعه بود، لذا انجام این مطالعه در جامعه آماری بزرگ‌تر با همین رویکرد پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

اثربخشی درمان CBT بر روی کاهش علائم PMS به ویژه افسردگی و همچنین علائم جسمانی مؤثر است. اما بر اساس نتایج به دست آمده، اثربخشی تلفیق آموزش گروه درمانی شناختی - رفتاری و تدابیر مبتنی بر طب سنتی بر PMS، خصوصاً کاهش علائم افسردگی و علائم جسمانی بیشتر از آموزش گروه درمانی شناختی - رفتاری به تنهایی مؤثر است.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه، کارکنان زن صدا و سیمای مرکز خراسان رضوی، همچنین از همکاری صمیمانه آقای علیزاده مدیر واحد آموزش و پژوهش و همکاران آن واحد و تمامی کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Direkvand Moghadam A, Kaikhavani S, Sayehmiri K. The worldwide prevalence of premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(65):8-17.
2. Bloch M, Schmidt PJ, Rubinow DR. Premenstrual syndrome: evidence for symptom stability across cycles. *Am J Psychiatry* 2014; 154(12):1741-6.
3. Novak E. Textbook of gynecology. *Endocrinology* 1944; 35(3):198.
4. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & wilkins; 2000.
5. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28(Suppl 3):39-53.
6. Freeman EW. Therapeutic management of premenstrual syndrome. *Expert Opinion Pharmacother* 2010; 11(17):2879-89.
7. Özeren S, Çorakçı A, Yucesoy I, Mercan R, Erhan G. Fluoxetine in the treatment of premenstrual syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 73(2):167-70.
8. Dimmock PW, Wyatt KM, Jones PW, O'Brien PM. Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *Lancet* 2000; 356(9236):1131-6.
9. Valiani M, samadi z, shadman F. Comparison the effects of aerobic exercise and vitamin B6 in severity of symptoms of premenstrual syndrome in non-athlete girls. *Complement Med J Faculty Nurs Midwifery* 2013; 3(3):552-62.
10. Hassiotis A, Serfaty M, Azam K, Strydom A, Martin S, Parkes C, et al. Cognitive behaviour therapy (CBT) for anxiety and depression in adults with mild intellectual disabilities (ID): a pilot randomised controlled trial. *Trials* 2011; 12(1):95-102.
11. Kues JN, Janda C, Kleinstaeuber M, Weise C. Internet-based cognitive behavioural self-help for premenstrual syndrome: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014; 15(1):472-81.
12. Blake F. Cognitive therapy for premenstrual syndrome. *Cognit Behav Pract* 1995; 2(1):167-85.
13. Shafaie FS, Homaei HM, Zoodfekr L. Comparison the frequency of menstrual disorders (amenorrhea, oligomenorrhea, dysmenorrhea and premenstrual syndrome) between athletes and non-athletes female students of Tabriz universities, Tabriz, Iran. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(51):14-21.
14. Kamranpour SB, Farzad L, Rahbar T, Alizadeh S. The effect of valerian on the severity of premenstrual syndrome symptoms. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(161):1-9.
15. Mousavi P, Zaheri H, Najaf S, Afshari P, Hayati F. Effect of vitagnus on Premenstrual syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(138):1-9.
16. Naseri M. The school of traditional Iranian medicine: the definition, origin and advantages. *Iran J Pharmaceut Res* 2010; 3(2):20.
17. World Health Organization. National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO global survey. Geneva: World Health Organization; 2005.
18. Balbi C, Musone R, Menditto A, Di Prisco L, Cassese E, D'Ajello M, et al. Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 91(2):143-8.
19. Siahbazi S, Hariri FZ, Montazeri A, Moghaddam BL. Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). *Payesh* 2011; 10(4):421-7.
20. Jafarnejad F, Shakeri Z, Najaf Najafi M, Salehi Fadardi J. Evaluation the relationship between stress and the risk of premenstrual syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(76):11-8.
21. Karami J, Zalipoor S, Pourjavad M. Efficacy of emotional disclosure on premenstrual syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(131):6-12.
22. Tofighiyan T, Kooshki A, Rakhshani MH. The Effects of omega-3 fatty acids on premenstrual syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(32):23-8. (Persian).
23. Shobeiri F, Jenabi E. The effects of vitamin E on muscular pain reduction in students affected by premenstrual syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(96):1-5.
24. Ramezani M, Ashtiyani S, Shamsi M, Taheri S. The opinion and views of Rhaze, s, Avicenna, s and Jorjani, s views on fertility and infertility. *Complement Med J Faculty Nurs Midwifery* 2013; 3(2):504-15.
25. Ceric I, Mehic-Basara N. Ibn Sina--psychology and psychological disorders. *Med Arh* 1997; 51(1-2):21-3.
26. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the persian version of beck anxiety inventory (BAI). *Tehran Univ Med J* 2008; 66(2):136-40.
27. Choopani R, Emtiazy M. The concept of lifestyle factors, based on the teaching of avicenna (ibn sina). *Int J Prev Med* 2015; 6:30.
28. Jamilian M, Jamilian H, Mirzaie S. Rose Damascena vs. omega-3 in the treatment of premenstrual syndrome: a randomized, and placebo-controlled clinical trial. *Complement Med J Faculty Nurs Midwifery* 2013; 3(3):541-51.
29. Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM. Life style factors associated with premenstrual syndrome among El-Minia University Students, Egypt. *ISRN Public Health* 2013; 2013(617123):1-6.
30. Bendich A. The potential for dietary supplements to reduce premenstrual syndrome (PMS) symptoms. *J Am Coll Nutr* 2000; 19(1):3-12.