





دانشگاه تربیت مدرس
دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه

دوره کارشناسی ارشد در رشته مامایی

عنوان:

بررسی اثر سولفات روی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی با
استفاده از پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی (PSST)
و کیفیت زندگی SF-12

نگارش

شیوا سیه بازی

استاد راهنما

دکتر لیدا مقدم بنائم

استاد مشاور

دکتر علی منتظری

آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی

دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهش‌های علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرح‌های تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

ماده ۱- حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آئین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته‌ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/ ۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

آئین‌نامه پایان‌نامه (رساله)‌های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان‌نامه (رساله)‌های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت‌های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش‌آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می‌شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان‌نامه (رساله)ی خود، مراتب را قبلاً به‌طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

" کتاب حاضر، حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد نگارنده در رشته مامایی است که در سال ۱۳۸۸ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم دکتر لیدا مقدم بنائیم، مشاوره جناب آقای دکتر علی منتظری از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه‌های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می‌تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به‌عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می‌کند در صورت خودداری از پرداخت‌های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می‌دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب شیوا سیه بازی دانشجوی رشته مامایی مقطع کارشناسی ارشد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می‌شوم.

نام و نام خانوادگی تاریخ و امضا

تقدیم به :

مادر و پدر عزیز و گرانقدرم، که خورشید وجودشان همواره گرمابخش زندگییم بوده است.

یار و همراه همیشگی ام در تمام لحظات زندگی، همسر مهربانم

ستارهٔ پرفروغ آسمان زندگییم، دختر نازنینم شاینا

خواهران و برادران بزرگوارم، که در تمامی مراحل زندگی مشوقم بودند. بدان امید که درخت زندگیشان همواره سرشار از شکوفه‌های سعادت و خوشبختی باشد.

استادان سخت کوش و پرتلاشم که از انجام هیچ کمکی دریغ نورزیدند

و همهٔ کسانی که دوستشان دارم.

تشکر و قدردانی

منت بی پایان خداوندی را که دگر بار به این بنده حقیر توفیق دیگر عطا نمود تا قدم کوچکی در جهت رشد و اعتلای علم مامایی بردارم اینک که در پرتو لطف پروردگار مهربان مراحل انجام این تحقیق به پایان رسیده است بر خود لازم می دانم که از تمامی عزیزانی که مرا در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایم .

با تشکر فراوان از استاد محترم راهنما، سرکار خانم دکتر لیدا مقدم بنائم که با روی گشاده و صبر فراوان بنده را پذیرا بوده و بزرگ منشانه با راهنماییهای ارزنده شان راه انجام این پژوهش را بر من هموار نمودند. با سپاس از محبت و زحمات ارزنده شان

با سپاس بی پایان از استاد محترم مشاور جناب آقای دکتر علی منتظری که در تمامی مراحل تحقیق مرا یاری نموده و کمک های دلسوزانه ایشان موجب سپاس و امتنان اینجانب است.

با قدردانی از مدیر گروه محترم مامائی سرکار خانم دکتر لمیعیان و با تشکر و سپاس از سایر اساتید گروه مامایی دانشگاه تربیت مدرس، سرکار خانم دکتر گشتاسبی، خانم دکتر ضیائی و خانم دکتر تهرانیان که همواره در جهت ارتقای آگاهی دانشجویان گام برداشته و درصدد رفع مشکلات آن بودند.

با تشکر فراوان از همکاری جناب آقای دکتر حاجی زاده و سرکار خانم ساکی که زحمت هدایت آنالیز آماری پایان نامه را بر عهده داشتند و همچنین دوست بسیار عزیزم فاطمه زهرا حریری که روایی و پایایی پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی با همکاری ایشان به سرانجام رسید.

از کارکنان دانشکده علوم پزشکی، امور پژوهشی، کلیه پرسنل و دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس و تهران و شرکت داروسازی الحاوی که در طی پژوهش با همکاری بیدریغشان راه را بر من آسان نمودند مراتب تشکر خود را ابراز می دارم.

چکیده

زمینه: سندرم پیش از قاعدگی یکی از شایع ترین اختلالات سنین باروری است. این اختلال بر فعالیتهای فرد در خانواده و اجتماع تأثیر میگذارد و با توجه به مشکلات ناشی از آن مداخلات درمانی اهمیت خاص خود را پیدا می کنند.

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثر مصرف سولفات روی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی بوده است.

روش کار: این پژوهش در دو مرحله انجام شد. مرحله اول برای تعیین فراوانی و شناخت افراد مبتلا به PMS متوسط تا شدید و مرحله دوم کارآزمایی بود که به روش دو سوکور انجام گردید. به این ترتیب که در مرحله اول دانشجویان دختر ساکن خوابگاههای دانشگاه تربیت مدرس و تهران به روش تصادفی وارد مطالعه شده، ۵۳۰ نفر پرسشنامه PSST (Premenstrual Symptomes Screening Tool) را تکمیل نمودند (روان سنجی پرسشنامه PSST برای اولین بار در ایران در این مطالعه انجام شد) و مبتلایان به PMS تشخیص داده شدند و در مرحله دوم از بین ۲۷۵ نفر مبتلا به PMS متوسط تا شدید، ۱۴۲ نفر واجد شرکت در کارآزمایی بودند که در نهایت با رضایت کتبی وارد مداخله گردیدند و به دو گروه مساوی مداخله و کنترل تقسیم شدند که در نهایت اطلاعات ۱۳۰ نفر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. دانشجویان در سه دوره قاعدگی سولفات روی و دارونما دریافت کرده و در پایان هر دوره شدت علائم تجربه شده را در فرم PSST ثبت می نمودند، ضمن اینکه پرسشنامه SF-12 نیز توسط آنان تکمیل میشد. پرسشنامه SF-12 فرم خلاصه پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 میباشد که (در ایران استاندارد سازی آن انجام شده است) در دو بعد جسمی و روانی خلاصه میگردد.

نتایج: در این پژوهش فراوانی PMS متوسط تا شدید ۵۱/۹٪ بر آورد شد. بین دیسمنوره ($P < 0/001$)، سطح تحصیلات ($P = 0/019$)، و وضعیت تاهل ($P = 0/019$)، انجام ورزش به طور حرفه ای ($P = 0/003$) و طول مدت خونریزی ($P = 0/04$) و ابتلا به PMS ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. یافته های پژوهش حاضر در بخش مداخله بیانگر آنست که سولفات روی در مقایسه با دارونما در کاهش شدت PMS و اکثر علائم واقع در پرسشنامه PSST مؤثرتر می باشد. علاوه بر اینکه در نمره بعد روانی پرسشنامه SF-12 نیز افزایش معنی داری نسبت به دارونما مشاهده گردید ($P = 0/046$).

نتیجه گیری: یافته های این پژوهش برتری سولفات روی را نسبت به دارونما در کاهش شدت PMS، علائم و افزایش نمره کیفیت زندگی در بعد روانی را تأیید نمود. به همین دلیل میتوان استفاده از آن را برای کاهش علائم این اختلال خصوصاً نوع شدید آن پیشنهاد نمود.

کلیدواژه ها: سندرم پیش از قاعدگی، سولفات روی، کیفیت زندگی

فهرست مطالب

۱۰.....	فصل اول: مقدمه و کلیات.....
۲.....	۱-۱. مقدمه.....
۶.....	۱-۱-۱. اهمیت موضوع و ضرورت پژوهش.....
۱۱.....	۱-۱-۲. بیان موضوع پژوهش.....
۱۳.....	۱-۱-۳. اهداف پژوهش.....
۱۴.....	۱-۱-۴. فرضیه.....
۱۴.....	۱-۱-۵. انواع متغیرها.....
۱۵.....	۱-۱-۶. تعریف واژه ها و مفاهیم.....
۱۶.....	۱-۱-۶-۱. سندرم پیش از قاعدگی.....
۱۷.....	۱-۱-۶-۲. طول سیکل قاعدگی.....
۱۷.....	۱-۱-۶-۳. شاخص توده بدنی.....
۱۷.....	۱-۱-۶-۴. مدت خونریزی قاعدگی.....
۱۷.....	۱-۱-۶-۵. پذیرش درمان از طرف بیمار.....
۱۷.....	۱-۱-۶-۶. کیفیت زندگی.....
۱۸.....	۱-۱-۶-۷. پلاسبو یا دارونما.....
۱۸.....	۱-۱-۶-۸. سولفات روی.....
۱۸.....	۱-۱-۶-۹. مؤثر بودن سولفات روی جهت درمان سندرم پیش از قاعدگی.....
۱۸.....	۱-۱-۶-۱۰. شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی.....
۱۹.....	۲-۱. کلیات.....
۱۹.....	۱-۲-۱. سندرم پیش از قاعدگی.....
۲۰.....	۲-۲-۱. شیوع سندرم پیش از قاعدگی.....
۲۱.....	۳-۲-۱. تاریخچه و تقسیم بندی.....

- ۲۲.....۴-۲-۱.علایم سندرم پیش از قاعدگی
- ۲۳.....۵-۲-۱.تشخیص سندرم پیش از قاعدگی
- ۲۵.....۶-۲-۱.تشخیص های افتراقی سندرم پیش از قاعدگی
- ۲۵.....۷-۲-۱.اتیولوژی سندرم پیش از قاعدگی
- ۲۷.....۱-۷-۲-۱.کمبود پروژسترون
- ۲۸.....۲-۷-۲-۱.عدم توازن پروستاگلندین ها
- ۲۹.....۳-۷-۲-۱.کاهش اندروفین ها
- ۳۰.....۴-۷-۲-۱.کاهش سروتونین
- ۳۱.....۵-۷-۲-۱.کاهش گلوکز
- ۳۲.....۶-۷-۲-۱.افزایش پرولاکتین
- ۳۳.....۷-۷-۲-۱.افزایش استروژن
- ۳۳.....۸-۷-۲-۱.تغذیه، ویتامین ها وفاکتورهای ریز مغذی
- ۳۴.....۱-۸-۷-۲-۱.ویتامین B6
- ۳۴.....۲-۸-۷-۲-۱.ویتامین E
- ۳۵.....۳-۸-۷-۲-۱.کلسیم
- ۳۵.....۴-۸-۷-۲-۱.مس
- ۳۶.....۵-۸-۷-۲-۱.منیزیم
- ۳۶.....۶-۸-۷-۲-۱.روی
- ۳۷.....۷-۸-۷-۲-۱.روغنهای گیاهی و چربیهای روغنی
- ۳۸.....۹-۷-۲-۱.نقش احتباس آب
- ۳۹.....۱۰-۷-۲-۱.تئوریهای روانی و اجنماعی
- ۴۰.....۸-۲-۱.الگوهای سندرم پیش از قاعدگی
- ۴۰.....۹-۲-۱.تست های استاندارد شده برای تشخیص سندرم پیش از قاعدگی
- ۴۱.....۱۰-۲-۱.عواقب سندرم پیش از قاعدگی و تاثیر آن بر کیفیت زندگی

- ۴۵.....کیفیت زندگی.۱۱-۲-۱
- ۴۵.....تعریف کیفیت زندگی.۱۱-۱-۲-۱
- ۴۶.....کیفیت زندگی وابسته به سلامت.۲-۲-۱۱-۱
- ۴۶.....ابزار سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت.۳-۱۱-۲-۱
- ۴۸.....کاربردهای ارزیابی کیفیت.۴-۱۱-۲-۱
- ۴۸.....ارزیابی بالینی.۱-۴-۱۱-۲-۱
- ۴۸.....ارزیابی بیماریهای مزمن.۲-۴-۱۱-۲-۱
- ۴۹.....بهبود رابطه پزشک-بیمار.۳-۴-۱۱-۲-۱
- ۴۹.....ارزیابی اثر بخشی و مزیت درمانهای مختلف.۴-۴-۱۱-۲-۱
- ۴۹.....ارزشیابی خدمات بهداشتی درمانی.۵-۴-۱۱-۲-۱
- ۴۹.....پژوهش.۶-۴-۱۱-۲-۱
- ۵۰.....سیاستگذاری بهداشتی درمانی.۷-۴-۱۱-۲-۱
- ۵۰.....ارزیابی اقتصادی و توزیع منابع.۸-۴-۱۱-۲-۱
- ۵۰.....پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه.۵-۱۱-۲-۱
- ۵۰.....پرسشنامه عمومی SF12.۱-۵-۱۱-۲-۱
- ۵۱.....پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی سندرم پیش از قاعدگی (PSST).۲-۵-۱۱-۲-۱
- ۵۱.....درمان سندرم پیش از قاعدگی.۱۲-۲-۱
- ۵۱.....درمان غیر دارویی سندرم پیش از قاعدگی.۱-۱۲-۲-۱
- ۵۴.....درمان دارویی سندرم پیش از قاعدگی.۲-۱۲-۲-۱
- ۵۶.....درمان جراحی.۳-۱۲-۲-۱
- ۵۶.....مواد معدنی.۱۳-۲-۱
- ۵۶.....مواد معدنی میکرو.۱۴-۲-۱
- ۵۷.....روی.۱۵-۲-۱
- ۵۸.....جذب، انتقال، ذخیره سازی و دفع.۱-۱۵-۲-۱

- ۶۰-۲-۱-۱۵-۲. منابع و دریافت های غذایی.....
- ۶۱-۲-۱-۱۵-۳. عوامل کاهش دهنده مقدار روی بدن.....
- ۶۲-۲-۱-۱۵-۴. تداخل های احتمالی.....
- ۶۲-۲-۱-۱۵-۵. موارد کاربردی مصرف روی.....
- ۶۲-۲-۱-۱۵-۶. عوارض حاصل از کمبود روی.....
- ۶۴-۲-۱-۱۵-۷. مسمومیت با روی.....
- ۶۴-۲-۱-۱۵-۸. میزان توصیه مصرف روی.....
- ۶۵-۲-۱-۱۶-۱. سولفات روی.....
- ۶۵-۲-۱-۱۶-۱. نحوه مصرف و موارد احتیاط.....
- ۶۷-۲-۱-۱۶-۱. فصل دوم: مروری بر مطالعات انجام شده.....**
- ۶۸-۲-۱-۱۶-۱. شیوع سندرم پیش از قاعدگی.....
- ۷۰-۲-۱-۱۶-۲. رابطه سندرم پیش از قاعدگی و میل جنسی.....
- ۷۰-۲-۱-۱۶-۳. درمان سندرم پیش از قاعدگی و ورزش.....
- ۷۲-۲-۱-۱۶-۴. بررسی اثر کربوهیدراتها بر سندرم پیش از قاعدگی.....
- ۷۳-۲-۱-۱۶-۵. درمان سندرم پیش از قاعدگی با داروهای گیاهی.....
- ۷۵-۲-۱-۱۶-۶. سندرم پیش از قاعدگی و داروهای مهار بازجذب سروتونین.....
- ۷۷-۲-۱-۱۶-۷. اسپیرونولاکتون و درمان سندرم پیش از قاعدگی.....
- ۷۷-۲-۱-۱۶-۸. بررسی تأثیر آلپرولازم در سندرم پیش از قاعدگی.....
- ۷۸-۲-۱-۱۶-۹. آگونیستهای هورمونهای آزادکننده گنادوتروپین ها و سندرم پیش از قاعدگی.....
- ۷۹-۲-۱-۱۶-۱۰. استفاده از قرصهای جلوگیری از بارداری در درمان سندرم پیش از قاعدگی.....
- ۸۰-۲-۱-۱۶-۱۱. استفاده از دانازول در درمان سندرم پیش از قاعدگی.....
- ۸۱-۲-۱-۱۶-۱۲. نقش بروموکریپتین در سندرم پیش از قاعدگی.....
- ۸۱-۲-۱-۱۶-۱۳. پروژسترون و درمان سندرم پیش از قاعدگی.....
- ۸۱-۲-۱-۱۶-۱۴. اسیدهای چرب و سندرم پیش از قاعدگی.....

۸۲.....	کاربرد ویتامین ها در درمان سندرم پیش از قاعدگی.....	۱۵-۲
۸۵.....	استفاده از مواد معدنی در درمان سندرم پیش از قاعدگی.....	۱۶-۲
۸۸.....	سندرم پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی.....	۱۷-۲
۹۱.....	فصل سوم: مواد و روشها.....	
۹۲.....	۱- نوع پژوهش.....	۳-۱
۹۲.....	۲- محیط پژوهش.....	۳-۲
۹۳.....	۳- جمعیت مورد مطالعه.....	۳-۳
۹۳.....	۴- معیارهای ورود به مطالعه.....	۳-۴
۹۳.....	۵- معیارهای خروج از مطالعه.....	۳-۵
۹۴.....	۶- روش نمونه گیری.....	۳-۶
۹۴.....	۷- برآورد تعداد نمونه.....	۳-۷
۹۵.....	۸- شرح اصول و ابزار کار.....	۳-۸
۹۸.....	۹- تکنیک کار و روش گردآوری اطلاعات.....	۳-۹
۱۰۱.....	۱۰- روشهای آماری مورد استفاده.....	۳-۱۰
۱۰۱.....	۱۱- برنامه‌های کامپیوتری مورد استفاده.....	۳-۱۱
۱۰۱.....	۱۲- محدودیت های تحقیق.....	۳-۱۲
۱۰۲.....	۱۳- ملاحظات اخلاقی.....	۳-۱۳
۱۰۳.....	فصل چهارم: نتایج.....	
۱۵۹.....	فصل پنجم: بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادها.....	
۱۶۰.....	۱- بحث.....	۵-۱
۱۶۶.....	۲- نتیجه‌گیری.....	۵-۲
۱۶۶.....	۳- محدودیت های پژوهش.....	۵-۳
۱۶۷.....	۴- پیشنهادات.....	۵-۴
۱۶۹.....	فهرست منابع.....	


۱۸۱.....ضمائم

۱۸۹.....چکیده انگلیسی

فهرست جداول

- جدول ۴-۱. توزیع فراوانی خصوصیات شرکت کنندگان در مطالعه ۱۰۵
- جدول ۴-۲. مقایسه علائم در دو گروه PMS خفیف یا عدم وجود آن PMS متوسط تا شدید ۱۰۸
- جدول ۴-۳. نتایج حاصل از ارزیابی متغیرهای مؤثر بر PMS متوسط تا شدید ۱۱۰
- جدول ۴-۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار سن، شاخص توده بدنی، طول سیکل قاعدگی و مدت خونریزی قبل از مداخله در گروه مداخله و کنترل ۱۱۲
- جدول ۴-۵. بررسی همسانی متغیرهای کیفی قبل از مداخله در گروه مداخله و کنترل ۱۱۲
- جدول ۴-۶. مقایسه توزیع فراوانی شدت عصبانیت/زودرنجی در گروه مداخله و کنترل ۱۱۴
- جدول ۴-۷. مقایسه توزیع فراوانی شدت اضطراب/تنش در گروه مداخله و کنترل ۱۱۶
- جدول ۴-۸. مقایسه توزیع فراوانی شدت گریه در گروه مداخله و کنترل ۱۱۸
- جدول ۴-۹. مقایسه توزیع فراوانی شدت خلق افسرده/نامیدی در گروه مداخله و کنترل ۱۲۰
- جدول ۴-۱۰. مقایسه توزیع فراوانی شدت کاهش علاقه به فعالیت های شغلی در گروه مداخله و کنترل ۱۲۲
- جدول ۴-۱۱. مقایسه توزیع فراوانی شدت کاهش علاقه به فعالیت های داخل منزل در گروه مداخله و کنترل ۱۲۴
- جدول ۴-۱۲. مقایسه توزیع فراوانی شدت کاهش علاقه به فعالیت های اجتماعی در گروه مداخله و کنترل ۱۲۶
- جدول ۴-۱۳. مقایسه توزیع فراوانی شدت دشواری در تمرکز در گروه مداخله و کنترل ۱۲۸
- جدول ۴-۱۴. مقایسه توزیع فراوانی شدت خستگی و کمبود انرژی در گروه مداخله و کنترل ۱۳۰
- جدول ۴-۱۵. مقایسه توزیع فراوانی شدت پرخوری/ولع غذایی در گروه مداخله و کنترل ۱۳۲
- جدول ۴-۱۶. مقایسه توزیع فراوانی شدت بی خوابی در گروه مداخله و کنترل ۱۳۴
- جدول ۴-۱۷. مقایسه توزیع فراوانی شدت پر خوابی در گروه مداخله و کنترل ۱۳۶

- جدول ۴-۱۸. مقایسه توزیع فراوانی شدت احساس آشفته‌گی در گروه مداخله و کنترل.....۱۳۸
- جدول ۴-۱۹. مقایسه توزیع فراوانی شدت علائم جسمانی در گروه مداخله و کنترل ۱۴۰
- جدول ۴-۲۰. مقایسه توزیع فراوانی تداخل علائم با کارآمدی شغلی/تحصیلی در گروه مداخله و کنترل ۱۴۲
- جدول ۴-۲۱. مقایسه توزیع فراوانی تداخل علائم با ارتباط همکاران/دوستان در گروه مداخله و کنترل ۱۴۴
- جدول ۴-۲۲. مقایسه توزیع فراوانی تداخل علائم با ارتباط با خانواده در گروه مداخله و کنترل ۱۴۶
- جدول ۴-۲۳. مقایسه توزیع فراوانی تداخل علائم با فعالیت‌های اجتماعی در گروه مداخله و کنترل..... ۱۴۸
- جدول ۴-۲۴. مقایسه توزیع فراوانی تداخل علائم با مسئولیت‌های خانوادگی در گروه مداخله و کنترل..... ۱۵۰
- جدول ۴-۲۵. مقایسه نمره کیفیت زندگی در بعد جسمی و روانی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل..... ۱۵۲
- جدول ۴-۲۶. مقایسه توزیع فراوانی سندرم پیش از قاعدگی در گروه مداخله و کنترل ۱۵۵
- جدول ۴-۲۷. مقایسه توزیع فراوانی تمایل به مصرف دارو در آینده در گروه مداخله و کنترل ۱۵۷
- جدول ۴-۲۸. مقایسه توزیع فراوانی ابتلا به دیسمنوره در گروه مداخله و کنترل ۱۵۷



فصل اول

مقدمه و کلیات

۱-۱. مقدمه

سالهای طبیعی تولیدمثل یک زن با تغییرات ماهانه و میزان ترشح هورمونهای زنانه و تغییراتی متناظر در تخمدانها و سایر اندامها مشخص می شوند که به این طرح ریتمیک چرخه قاعدگی میگویند [۱]. سیکل قاعدگی مهمترین نشانه کار دستگاه تولیدمثل در جنس مؤنث بالغ است ولی گاهی این پدیده با نشانه ها و علائمی همراه است که آزاردهنده بوده و باعث مشکلات جسمی و روانی برای زنان می شود. به این مجموعه علائم جسمانی، روحی و هیجانی که در برخی زنان به صورت دوره ای پیش از قاعدگی رخ داده و با شروع قاعدگی از بین میرود، سندرم پیش از قاعدگی^۱ (PMS) میگویند [۲]. سندرم پیش از قاعدگی یکی از شایعترین اختلالات سنین باروری است که زندگی زنان را به میزان قابل توجهی مختل میسازد [۳]. این سندرم در تمام فرهنگها وجود داشته و دارای اثرات گوناگون بر موقعیت های اقتصادی، اجتماعی و شغلی زنان می باشد [۴]. اکثر زنانی که سیکل های همراه با تخمک گذاری دارند در طی فاز ترشحي (لوتئال) سیکل قاعدگی، علائم پیش رس قاعدگی را تجربه می کنند [۵]. به همین دلیل اصطلاح سندرم سیکل تخمدانی نیز برای آن بکار برده میشود [۶]. تمام گروههای سنی تحت تأثیر این سندرم قرار دارند اما شایعترین سن ابتلاء را ۲۵-۴۵

1-premenstrual syndrome

سال و زمان مراجعه برای درمان را اواسط یا اواخر دهه سوم زندگی بیان کرده‌اند. همچنین به نظر می‌رسد که افزایش سن نقش مهمی در توسعه علائم داشته باشد [۳،۴،۷]. تاکنون بیش از ۲۰۰ علامت برای PMS شناخته شده است که مربوط به تغییرات جسمی، خلقی و رفتاری است که در این دوران رخ می‌دهد. زمان شروع این علائم متفاوت گزارش شده است، برخی ۷-۱۰ روز قبل از قاعدگی و برخی ۲-۱۲ روز قبل قاعدگی را زمان بحرانی برای شروع علائم اعلام نموده‌اند [۶،۸]. اما آنچه که همه بر آن اتفاق نظر دارند این است که این علائم در طی فاز ترشحي سيكل قاعدگی اتفاق می‌افتند و به محض شروع قاعدگی یا در طی چند روز اول آن فروکش می‌کنند [۷]. اگرچه بیشتر از ۵۰ سال از زمان تشخیص این سندرم می‌گذرد اما فقط در سالهای اخیر توجه بسیاری بر روی مجموعه کامل علائم متمرکز گردیده است که آن به علت درگیری زنان در مشاغل خارج از منزل و پذیرش موقعیتهای حساس و با اهمیت می‌باشد که گاهی اوقات این علائم، زنان را از بدست آوردن کارایی بیشتر باز میدارد [۹]. PMS بر روابط اجتماعی و زندگی خصوصی افراد تأثیر می‌گذارد بطوریکه در دادگاههای بعضی از کشورها از جمله انگلیس اثبات ابتلاء به PMS گاهی موجب تخفیف مجازات زنان متهم می‌شود [۹،۱۰]. متخصصان این سندرم را عاملی برای کم تحرکی، بی‌انگیزگی، دقت پائین در انجام کارها و از هم پاشیدگی زندگی زناشویی نیز بشمار می‌آورند. در ضمن در این دوران اگر زنان مجبور به شرکت در امتحان یا مصاحبه باشند به طور میانگین نمره امتحان آنها ۱۰-۵٪ کاهش می‌یابد [۶]. سختی‌ها و موارت‌هایی که به سبب سندرم پیش از قاعدگی ایجاد می‌شود نه تنها برای خود فرد، بلکه برای همسر و سایر اعضای خانواده نیز ایجاد مشکل می‌کند [۱۱].

از سال ۱۹۷۲ مطالعات در مورد شیوع PMS آغاز شد [۸] که در این زمینه آمارهای مختلفی نیز ارائه شده است، از جمله در یک بررسی که در ۱۰۸۳ زن ۱۸-۲۴ سال در آمریکا به عمل آمد، ۹۷٪ نمونه‌های پژوهش حداقل دارای یک علامت از علائم سندرم پیش از قاعدگی در فاز ترشحي بودند. در این میان ۷۰٪ علائم خلقی همراه با ادم بدن، ۴-۳۰٪ علائم خفیف تا متوسط و ۱۱٪ علائم شدیدی

که نیازمند کمک‌های پزشکی بود را گزارش کردند [۱۲]. پری و لودر میلک^۱ شیوع این سندرم را ۲۰ تا ۹۵٪ اعلام کردند که در این میان ۱۰-۲٪ از افراد دارای علائم شدیدی بودند که با فعالیت روزانه ایشان تداخل می‌کرد [۷]. در یک تحقیق انجام شده در ایران در سال ۱۳۸۴ توسط دکتر آذین علوی و همکاران شیوع سندرم پیش از قاعدگی در جمعیت مورد مطالعه شان حدود ۵۴٪ گزارش گردید [۱۳]. تفاوت بین شیوع این سندرم در جوامع مختلف می‌تواند به دلایل مختلفی بستگی داشته باشد. از جمله این عوامل می‌توان از سوابق خانوادگی نام برد. معمولاً افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی سابقه خانوادگی افسردگی را در وابستگان درجه اول خود ذکر می‌کنند [۱۴]. همچنین عوامل ژنتیکی نیز در ایجاد PMS نقش دارند، به طور مثال احتمال PMS در دوقلوهای منوزیگوت ۲ برابر بیشتر از دی‌زیگوت‌ها می‌باشد ولی شیوع این سندرم در میان زنان سفیدپوست و سیاه‌پوست برابر گزارش شده است [۱۵]، یعنی به دلیل وراثت، در بعضی از اقوام این سندرم بیشتر دیده می‌شود [۸]. اما آنچه مسلم است، این سندرم در تمام فرهنگ‌ها، نژادها و در تمام سنین وجود داشته و دارد [۴]. گزارشات کافی وجود این سندرم را در هند، ژاپن و کشورهای دیگر نشان داده‌اند و لذا این مسأله یک اختلال جهانی به حساب می‌آید [۱۵]. یکی از پیچیدگی‌های PMS، آنست که علت اصلی آن نامشخص می‌باشد و ممکن است ترکیبی از عوامل در ایجاد آن دخیل باشند از جمله تئوری‌هایی که برای توجیه سندرم پیش از قاعدگی پیشنهاد شده است عبارتند از: ترشح غیرطبیعی استروژن، کاهش پروژسترون، افزایش پرولاکتین، کاهش یا افزایش پروستاگلندینها، افزایش هورمون آنتی‌دیورتیک، اختلال ترشح اوپیوئیدهای اندوژن و ملاتونین، کمبود ویتامینهای A، E، B6، B1 یا املاحی مانند منیزیم، کلسیم، روی، عوامل روانی، اجتماعی، تکاملی و ژنتیکی [۱۵] به طور کلی عملکرد تخمدان برای ایجاد این سندرم لازم است زیرا قبل از بلوغ، بعد از یائسگی و یا در طول حاملگی که تخمدانها حالت خاموش دارند، این سندرم دیده نمی‌شود [۷]. با اینکه قرنهاست که فشارهای عصبی قبل از قاعدگی شناخته

1-Perey and Lowder milk

شده است ولی متأسفانه هنوز حتی اغلب پزشکان نیز آن را جدی تلقی ننموده اند [۹]. باید توجه کرد که PMS به علت شیوع بالای آن و به علت عوارض ناشی از آن که برای خود فرد و خانواده اش ایجاد می کند از اهمیت خاصی برخوردار است که میتواند باعث کاهش کیفیت زندگی افراد گردد. نوسانات هورمونها در طول سیکل قاعدگی می تواند بر رفتارهای تغذیه ای تأثیر بگذارد. غالباً متخصصین تغذیه را برای درمان سندرم پیش از قاعدگی توصیه می کنند [۱۶]. از آنجا که به طور کلی تنظیم یک تغذیه ثابت در این دوران مشکل می باشد و از طرفی رعایت رژیم های غذایی توصیه شده برای بسیاری از افراد سخت بوده و گاهی بدست فراموشی سپرده می شود، بنابراین استفاده از مکمل های غذایی نظیر ویتامین ها و املاح این مسیر سخت را آسان نموده و مورد قبول اکثریت افراد میباشد. با توجه به اهمیت موضوع و شیوع این مشکل و همچنین کم هزینه بودن این نوع درمانها بررسی اثر روی بر PMS مورد توجه قرار گرفت. روی یک ماده معدنی ضروری و لازم برای ادامه و بقای حیات است که بعد از آهن بیشترین میزان را در بدن داراست [۱۷].

به طور عمده روی، یون داخل سلولی است که در ارتباط با بیش از ۳۰۰ آنزیم مختلف عمل میکند. روی در واکنشهای سنتز یا تجزیه کربوهیدراتها، لیپیدها، پروتئین ها و اسیدهای نوکلئیک شرکت کرده و به صورت یک پیام داخل سلولی در سلولهای مغز عمل می نماید و در فرآیندهای انتقال، عملکرد ایمنی و بیان اطلاعات ژنتیکی نقش دارد [۱۸]. روی یک کوفاکتور مهم برای فعالیت آنزیم سوپراکسید دیسموتاز بوده که واکنشهای آنتی اکسیدانی را سرعت بخشیده و به حفاظت سلولها در مقابل رادیکالهای آزاد کمک میکند [۱۹]. مطالعات نشان داده که محتویات روی آندومتر انسان دستخوش تغییرات دوره ای می گردد. روی میتواند سنتز و ترشح پرولاکتین، هورمون رشد و هورمون لوتئینه کننده (هورمون مخصوصی که از قسمت قدامی غده هیپوفیز ترشح می شود و در زن موجب تشکیل جسم زرد در تخمدان می گردد) را در خارج از بدن موجود زنده تغییر بدهد. در ضمن چندین مکانیسم است که بوسیله آن روی می تواند روی ترشح نوروترانسمیترها و هورمونهایی که در ارتباط با موقعیت های فکری و احساسی زنان هستند تأثیر بگذارد [۲۰]. در مطالعاتی نیز مشاهده شده که