

## بررسی تاثیر کپسول روغن ماهی بر دیسمنوره‌ی اولیه

ماهرخ دولیتان<sup>۱</sup>، حاجیه جعفری<sup>۲</sup>، مهندس ناصر ولایی<sup>۳</sup>، دکتر مریم افراخته<sup>۴</sup>، دکتر فروغ اعظم طالبان<sup>۵</sup>، دکتر لطیف گجکار<sup>۶</sup>

نویسنده مسئول: تهران - خیابان دکتر شریعتی - دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی mhdolatian@yahoo.com

دریافت ۸۳/۵/۱۷، پذیرش ۸۳/۸/۱۸

### خلاصه

**سابقه و هدف:** با توجه به اهمیت و شیوع دیسمنوره در بین زنان و دختران سنین باروری و وجود گزارشاتی مبنی بر تاثیر روغن ماهی بر دیسمنوره، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر روغن ماهی در درمان دیسمنوره‌ی اولیه دانشجویان شهر تهران در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این کارآزمایی بالینی، بر روی ۸۰ دختر دانشجوی مجرد و مبتلا به دیسمنوره‌ی اولیه که شرایط لازم جهت ورود به مطالعه را داشتند انجام گرفت. ابتدا در طی یک سیکل قاعدگی پرسش نامه‌ای توسط نمونه‌های پژوهش در مورد مشخصات دموگرافیک، ورزش، عوامل استرس زا، استفاده از مسکن و شدت درد در اولین سیکل قاعدگی (با استفاده از نمودار سنجش درد) تکمیل شد. سپس افرادی که درد خفیف داشتند (درجه‌ی ۰ تا ۳ خط کش درد) از مطالعه حذف و بقیه در دو گروه متوسط (درجه‌ی ۴ تا ۷) و شدید (درجه‌ی ۸ تا ۱۰) بلوک بندی شدند. به تمام نمونه‌ها کپسول‌های ۱ گرمی روغن ماهی به مقدار ۲ گرم روزانه در دو دوز منقسم صبح و شب از روز ۱۵ سیکل قاعدگی به مدت ۴۵ روز متوالی تجویز شد. میزان مصرف مسکن و شدت درد در دو سیکل حین مصرف روغن ماهی و دو سیکل بعد از مصرف روغن ماهی به روش قبل توسط دانشجویان ثبت شد و تغییر وضعیت دیسمنوره‌ی متوسط و شدید با آزمون مک نمار و آزمون علامت مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین سنی افراد  $22/1 \pm 2/52$  سال بود. عوامل مؤثر بر شدت دیسمنوره‌ی قبل و پس از درمان اختلاف معنی داری نداشتند. فراوانی دیسمنوره‌ی شدید از ۵۰ درصد قبل از درمان به ۲۱/۲۵ درصد ( $P=0/0001$ ) بعد از درمان کاهش پیدا کرد. مصرف مسکن نیز بعد از درمان کاهش یافت. در ضمن عوارض جانبی جدی نیز با مصرف روغن ماهی مشاهده نگردید. دیسمنوره‌ی شدید از ۵۰ درصد در مرحله‌ی اول به ۲۱/۲ درصد بعد از درمان و پس از دو ماه پی‌گیری به ۱۶/۸ درصد کاهش یافت ( $P=0/0001$ ). نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: مصرف کپسول روغن ماهی با دوز دو گرم در روز به مدت ۴۵ روز، سبب کاهش دیسمنوره‌ی اولیه می‌گردد. بررسی تاثیر بلند مدت رژیم دارویی به مدت ۶ ماه توصیه می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** دیسمنوره‌ی اولیه، روغن ماهی

### مقدمه

تا ۷۲ ساعت به طول می‌انجامد و مشابه دردهای زایمانی همراه با کرامپ‌های فوق عانه‌ای می‌باشد. تهوع، استفراغ ثانویه به درد، اسهال و به ندرت سنکوپ همراه دیسمنوره اولیه گزارش شده است (۱). شیوع دیسمنوره‌ی اولیه در جوامع مختلف را بین ۵۰ تا ۹۰ درصد ذکر نموده‌اند (۲-۶). در ایران شیوع این اختلال بین ۷۴ تا ۸۶/۱ درصد گزارش شده است (۷-۹). گرچه دیسمنوره‌ی اولیه تهدید کننده‌ی

دیسمنوره یا قاعدگی دردناک یکی از شایع‌ترین مشکلات در زنان است (۱،۲). دیسمنوره به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود. دیسمنوره‌ی اولیه به قاعدگی دردناک در غیاب بیماری‌های تأیید شده‌ی لگنی گفته می‌شود و شایع‌ترین شکایت جوانان از اختلالات قاعدگی است (۳). درد همگام یا چندساعت قبل از شروع قاعدگی آغاز شده و به مدت ۱۲

<sup>۴</sup> متخصص زنان و زایمان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۵</sup> متخصص تغذیه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۶</sup> متخصص عفونی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد مامایی

<sup>۳</sup> عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

(نقش اصلی را در دیسمنوره ایفا می‌کنند) بیان کرده‌اند، که به این ترتیب سبب تسکین دیسمنوره و احتمالاً سایر علایم همراه آن می‌شود (۱۳). این دارو توسط FDA<sup>۱</sup> تصویب شده (۱۴) و به عنوان یک مکمل غذایی در حدود سه دهه در بیماران عروق کرونر، آرتریست روماتوئید و پسوریازیس مصرف شده و عارضه‌ی جانبی خاصی در صورت مصرف دوز درمانی تا ۱۸ گرم در روز مشاهده نشده است (۱۵). در کشور ما نیز این دارو با مجوز رسمی از وزارت بهداشت به صورت کپسول‌های ۵۰۰ میلی‌گرمی مصرف می‌شود (۱۴). با توجه به جوان بودن جمعیت ایران، شیوع بالای دیسمنوره، غیرشیمیایی بودن روش درمان انتخابی، عدم وجود تحقیقات کافی در مورد قطعیت اثر این مکمل غذایی در درمان دیسمنوره، پژوهش حاضر با عنوان تعیین تأثیر کپسول روغن ماهی بر دیسمنوره‌ی دانشجویان دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

تحقیق به روش کارآزمایی بالینی از نوع مقایسه‌ی قبل و بعد انجام گرفت. حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه با سطح اطمینان ۹۵ درصد و احتمال خطای ۵ درصد، ۸۰ نفر برآورد و به روش نمونه‌گیری بر اساس مشخصات نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. کلیه‌ی دانشجویان دختر دانشکده‌های پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران و ایران که دارای دیسمنوره بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. جهت افرادی که مبتلا به دیسمنوره‌ی اولیه، مجرد و متمایل به شرکت در مطالعه بودند پرسش‌نامه‌ی مشخصات فردی شامل خصوصیات سن، شاخص توده‌ی بدنی (BMI)<sup>۲</sup>، سطح تحصیلات و شغل پدر و مادر، انجام ورزش، وجود عامل استرس‌زا در سه ماهه‌ی اخیر، تعداد مسکن مصرف شده در

زندگی فرد نمی‌باشد و سبب نقص عضو نمی‌گردد ولی می‌تواند کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار داده و سبب ناتوانی و عدم کارایی در موارد شدید شود که به صورت غیبت از مدرسه یا محل کار بروز می‌کند (۱۰) به طوری که حدود یک درصد از زنان در سنین باروری به علت دیسمنوره‌ی شدید به مدت ۱ تا ۳ روز در ماه از کار باز می‌مانند و هر ماه حدود ۱۴ درصد دختران به علت انقباضات دردناک، از مدرسه غیبت می‌کنند و کسانی هم که در محل کار حاضر می‌شوند دچار کاهش کارایی شدید می‌گردند (۲)، که این امر اثرات زیان‌بار اجتماعی و اقتصادی بسیاری در جامعه خواهد داشت. از سوی دیگر دیسمنوره بر تصور دختران جوان از زن بودن و روش زایمان آن‌ها تأثیر گذاشته و باعث ایجاد بسیاری از مشکلات فردی می‌گردد که بر روی خانواده‌ی او نیز اثر می‌گذارد (۱۱). در برخورد با این مشکل روش‌های درمانی و تغذیه‌ای مختلفی از جمله روش‌های غیرتهاجمی مانند روان درمانی، TENS<sup>۱</sup>، استفاده از ویتامین‌ها و نیز درمان‌های دارویی همانند استفاده از داروهای مهارکننده‌ی پروستاگلاندین، مسکن‌های ضدالتهابی غیراستروئیدی و قرص‌های جلوگیری از بارداری خوراکی ذکر شده‌اند (۲). مصرف این داروها علاوه بر اثرات سودمند سبب بروز عوارض جانبی شده و برخی از آن‌ها نیز در فرهنگ ما مورد پذیرش قرار نگرفته‌اند، بنابراین جستجو به منظور یافتن راه حل جدید و ساده‌تر برای درمان دیسمنوره ضروری به نظر می‌رسد.

تحقیقات اخیر جهت درمان این مشکل استفاده از روغن ماهی را که یک مکمل غذایی می‌باشد توصیه نموده‌اند (۱۳، ۱۲). در این تحقیقات ارتباط بین مصرف نوع خاصی از اسیدچرب اشباع نشده (امگا-۳) با دیسمنوره نشان داده شده است. مکانیسم اصلی مصرف اسیدهای چرب امگا-۳ در درمان دیسمنوره را، اثر مهاری آن بر روی سنتز پروستاگلاندین‌ها

<sup>۱</sup> Food and Drug Administration (FDA)

<sup>۲</sup> Body Mass Index (BMI)

<sup>۱</sup> Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)

ورزش، عوامل استرس‌زا، مصرف مسکن، نوع مسکن مصرفی و میزان بروز بیماری خاص در طول مصرف روغن ماهی، تغییرات درد، مصرف مرتب دارو، عوارض جانبی احتمالی حین مصرف دارو، میزان پذیرش دارو توسط فرد و تمایل وی به مصرف مجدد دارو بررسی و نتایج حاصله توسط نمونه‌ها ثبت گردید. به تمامی نمونه‌های پژوهش در اولین ملاقات گفته شد در صورتی که نمونه‌ای نیاز به مسکن داشت قبل از مصرف مسکن خط‌کش درد را علامت بزند و بعد مسکن را مصرف نماید. در ضمن نوع دارو، میزان دارو و یا هر اقدامی را که جهت تسکین درد انجام داده یادداشت نماید. سپس نمونه‌ها به مدت دو سیکل بعد، از نظر طول مدت اثر دارو پی‌گیری شدند. اطلاعات استخراج و تغییرات شدت دیسمنوره با آزمون آماری مک نمار و آزمون علامت<sup>۴</sup> مورد قضاوت آماری قرار گرفتند.

#### یافته‌ها

در این تحقیق ۸۰ نفر دانشجوی مبتلا به دیسمنوره مورد بررسی قرار گرفتند. تمام نمونه‌ها مجرد بودند و بیشتر آن‌ها در گروه سنی ۱۸ تا ۲۳ سال (۶۹ درصد) قرار داشتند. ۶۳/۸ درصد دانشجویان مامایی و ۳۶/۲ درصد آنان دانشجویان پرستاری بودند. دانشجویان سال اول ۳۷/۵ درصد، سال دوم ۱۵ درصد، سال سوم ۲۳/۷ درصد، سال چهارم ۱۵ درصد بودند و ۸/۸ درصد بقیه‌ی دانشجویان در مقاطع کارشناسی ارشد به تحصیل اشتغال داشتند.

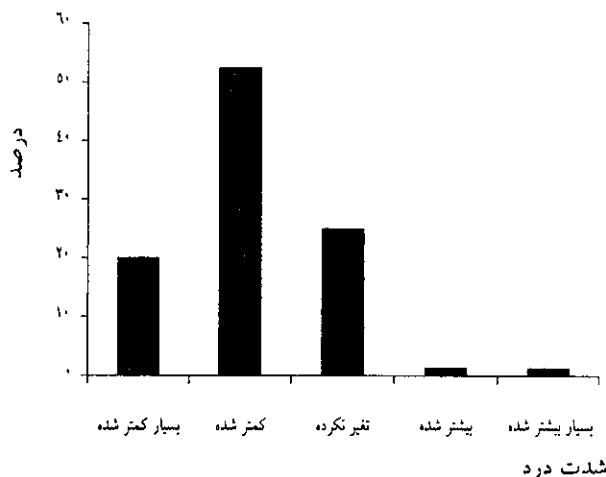
متوسط شاخص توده‌ی بدنی نمونه‌ها  $21.8 \pm 22.7$  بود و حداقل آن ۱۷/۳ کیلوگرم و حداکثر ۳۳/۷ کیلوگرم بر متر مربع بود. شاخص توده‌ی بدنی ۶۶/۲ درصد آن‌ها در محدوده‌ی ۱۹/۸ تا ۲۶ و ۳/۸ درصد بالاتر از ۲۶ کیلوگرم بر متر مربع (چاق) بود. میزان انجام ورزش و عامل استرس قبل و در مراحل مصرف روغن ماهی با هم مشابه بوده و اختلاف به لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

حین دیسمنوره و نمودار سنجش شدت درد تکمیل گردید. کسانی که سابقه‌ی ابتلا به بیماری خاص، اجبار به مصرف دارو، وجود علائمی مانند سوزش، خارش، ترشح و یا سیکل‌های قاعدگی نامنظم داشتند از مطالعه کنار گذاشته شدند. سپس ۴ عدد پرسش‌نامه‌ی حاوی تعیین شدت درد و مصرف مسکن در اختیار واحدهای پژوهش قرار داده شد تا طی دو سیکل درمان و دو سیکل پی‌گیری اثر درمان، در هر سیکل قاعدگی یکی از آن‌ها را تکمیل کنند. به افراد شرکت‌کننده در مطالعه آموزش داده شد که در هر سیکل نمودار سنجش شدت درد واقع در پرسش‌نامه را در طول سیکل برحسب شدت درد احساس شده، علامت‌گذاری کرده و اوج شدت درد را روی خط کش علامت بزنند. سپس توسط همین پرسش‌نامه وضعیت دیسمنوره با استفاده از خط کش درد، با استفاده از مقیاس آنالوگ بصری و مقیاس چند بعدی گفتاری اندازه‌گیری شد (۱۶). کسانی که امتیاز صفر تا ۴ گرفتند (دیسمنوره‌ی خفیف) از تحقیق حذف شدند. کسانی که امتیاز ۴ تا ۷ گرفتند دیسمنوره‌ی متوسط و کسانی که امتیاز بین ۷ تا ۱۰ گرفتند به عنوان دیسمنوره‌ی شدید در نظر گرفته شدند و به تعداد مساوی در بلوک‌های مجزا (دیسمنوره‌ی متوسط و دیسمنوره‌ی شدید) قرار گرفتند. برای هر بلوک ۴۰ نمونه در نظر گرفته شد و چون آفت نمونه نیز مطرح بود، حجم نمونه در هر بلوک ۴۵ نفر تعیین گردید و تحقیق در مجموع بر روی ۹۰ نفر انجام گرفت.

قبل از تحقیق از تمام افراد واجد شرایط رضایت‌نامه‌ی کتبی مبتنی بر اطلاع ایشان از درمان دارویی اخذ گردید. برای افراد به مدت ۴۵ روز، روزانه ۲ کیسول (صبح و شب) تجویز شد. کیسول‌ها حاوی ۸۵۰ میلی‌گرم امگا-۳ و ۴ میلی‌گرم ویتامین E بودند که از روز ۱۵ سیکل قاعدگی به مدت ۴۵ روز، صبح و شب همراه غذا مصرف می‌شدند. در اولین قاعدگی و نیز در قاعدگی بعدی (بعد از ۴۵ روز) وضعیت دیسمنوره همانند دفعه‌ی اول (قبل از مصرف روغن ماهی) توسط پرسش‌نامه تعیین و ثبت گردید. ضمناً وضعیت

<sup>۴</sup>Sign test

نظر نمونه‌های پژوهش در مورد تغییرات شدت درد در نمودار (۱) ارایه گردیده است. بر این اساس ۵۲/۵ درصد افراد مورد بررسی اظهار نمودند که درد آن‌ها با مصرف روغن ماهی کم‌تر شده است و ۲۰ درصد نمونه‌ها بیان کردند با مصرف روغن ماهی درد آن‌ها بسیار کم‌تر شده است.



نمودار ۱ - توزیع فراوانی نظر ۸۰ دانشجوی مبتلا به دیسمنوره در مورد تغییرات شدت دیسمنورهی اولیه پس از مصرف روغن ماهی، تهران ۱۳۸۲

نتایج حاصل از پی‌گیری شدت درد دو ماه پس از مصرف روغن ماهی در جدول (۲) ارایه شده و نشان می‌دهد که طی دو ماه پی‌گیری در کسانی که شدت دردشان پس از مصرف روغن ماهی کاهش پیدا کرده بود (از ۵۰ درصد به ۲۱/۲ درصد)، نه تنها این کاهش حفظ شده بلکه از ۲۱/۲ درصد به ۱۶/۲ درصد کاهش یافته است ( $P=0/0001$ ).

تعداد مسکن مصرف شده در طی سیکل  $2/6 \pm 1/3$  بوده و حداکثر تعداد آن ۸ قرص در روز بود. نتایج نشان داد که ۷۵ درصد دانشجویان ۱ تا ۴، ۱۷/۵ درصد ۴ تا ۶ مسکن و ۳/۷ درصد بیشتر از ۶ مسکن در روز برای کاهش دیسمنوره مصرف می‌کردند. ۳/۸ درصد نمونه‌ها هیچ نوع مسکنی مصرف نمی‌کردند. ۵۳/۷۵ درصد از نمونه‌ها جهت تسکین درد خود از کپسول مگنامیک اسید و ۲/۵ درصد آنان از استامینوفن استفاده می‌کردند.

نتایج نشان داد که در گروه دیسمنورهی متوسط بیشترین فراوانی شدت درد مربوط به درجه‌ی ۶ (۲۶/۲ درصد) و در گروه شدید بیشترین فراوانی شدت درد مربوط به درجه‌ی ۸ (۲۵ درصد) بود. وضعیت شدت درد دانشجویان قبل و پس از مصرف روغن ماهی در جدول (۱) ارائه شده و نشان می‌دهد درصد افرادی که دیسمنورهی شدید داشتند از ۵۰ درصد قبل از مصرف روغن ماهی به ۲۱/۲ درصد پس از مصرف آن کاهش یافته است ( $P=0/0001$ ). ۲ نفر که قبل از مصرف روغن ماهی دارای درد متوسط و شدید بودند، شدت درد آنان پس از مصرف روغن ماهی افزایش یافت. ۲۵ نفر، (۳۱/۳ درصد) که درد شدید داشتند شدت درد آنان پس از مصرف روغن ماهی به درد متوسط کاهش پیدا کرد. در ۴۷/۵ درصد از افراد (۳۸ نفر) درد در حد متوسط باقی ماند و در ۱۸/۷ درصد (۱۵ نفر)، درد شدید کماکان ادامه یافت. آزمون مک‌نمار نشان داد این تأثیر به لحاظ آماری معنی‌دار است ( $P=0/0001$ ).

جدول ۱ - توزیع دانشجویان مبتلا به دیسمنورهی اولیه برحسب شدت درد قبل و پس از مصرف روغن ماهی،

تهران ۱۳۸۲

جمع	شدت دیسمنوره پس از مصرف روغن ماهی		متوسط
	شدید	متوسط	
۴۰ (۵۰)	۲ (۲/۵)	۳۸ (۴۷/۵)*	متوسط
۴۰ (۵۰)	۱۵ (۱۸/۷)	۲۵ (۳۱/۳)	شدید
۸۰ (۱۰۰)	۱۷ (۲۱/۲)	۶۳ (۷۸/۸)	جمع

\* اعداد داخل پرانتز بیان‌گر درصد می‌باشند.

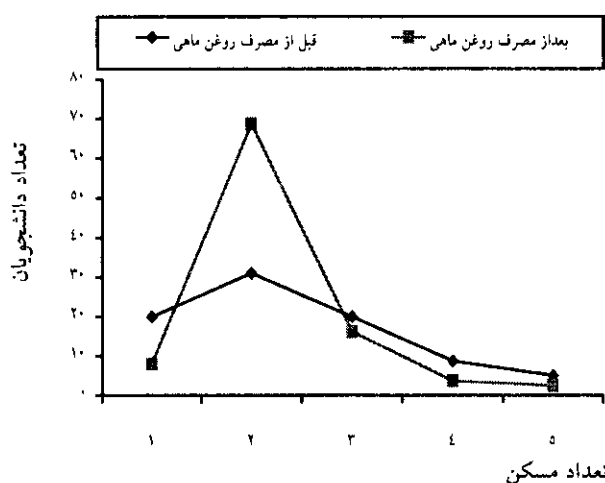
جدول ۲ - توزیع دانشجویان مبتلا به دیسمنورهی اولیه برحسب شدت درد قبل و پس از مصرف روغن ماهی در پی گیری دو ماهه، تهران ۱۳۸۲

شدت دیسمنوره پس از مصرف روغن ماهی			متوسط	شدید	جمع
شدت دیسمنوره قبل از مصرف روغن ماهی					
متوسط			۳۹ (۴۸/۸)*	۱ (۱/۲)	۴۰ (۵۰)
شدید			۲۸ (۳۵)	۱۲ (۱۵)	۴۰ (۵۰)
جمع			۶۷ (۸۳/۸)	۱۳ (۱۶/۲)	۸۰ (۱۰۰)

\* اعداد داخل پرانتز بیان گر درصد می باشند.

در آینده ادامه دهند، ۲۰ درصد تا حدودی تمایل به ادامه‌ی مصرف داشتند و ۱۵ درصد حاضر به ادامه مصرف روغن ماهی در آینده نبودند.

تعداد مسکن‌ها قبل از مصرف روغن ماهی  $2/6 \pm 1/304$  عدد و پس از مصرف آن  $0/8 \pm 0/6$  بود. مقایسه‌ی مصرف مسکن قبل و پس از درمان نشان داد که اختلاف معنی‌داری ( $P=0/000001$ ) بین تعداد مصرف مسکن و کپسول روغن ماهی وجود دارد. تعداد مسکن‌های مصرف شده در طی دیسمنوره قبل و بعد از درمان در نمودار (۲) نشان داده شده است.



نمودار ۲ - تعداد مصرف مسکن توسط ۸۰ دانشجوی مبتلا به دیسمنوره قبل و پس از مصرف روغن ماهی، تهران ۱۳۸۲

چنانچه در جدول (۳) مشاهده می شود ۷۳/۸ درصد نمونه‌های پژوهش هیچ عارضه‌ای بعد از مصرف روغن ماهی نداشتند. از بین افرادی که دچار عارضه شدند، بیشترین عارضه‌ی گزارش شده مربوط به تأخیر در شروع قاعدگی (۸/۷ درصد) بود که حداقل تأخیر ۷ روز و حداکثر آن ۱۵ روز بوده است. در ضمن ۱/۳ درصد از نمونه‌ها خشکی پوست، ۱/۳ درصد نفخ شکم، ۱/۲ درصد چاق شدن، ۱/۲ درصد لاغر شدن، ۱/۲ درصد افزایش خونریزی قاعدگی به دنبال مصرف روغن ماهی را عنوان نمودند. اکثریت واحدهای پژوهش (۶۵ درصد) تمایل داشتند که مصرف روغن ماهی را

جدول ۳ - توزیع فراوانی دانشجویان مبتلا به دیسمنورهی اولیه برحسب عوارض مصرف روغن ماهی، تهران ۱۳۸۲

عارضه جانبی	تعداد
بدون عارضه	۵۹ (۷۳/۸)*
تأخیر قاعدگی	۷ (۸/۷)
درد معده	۵ (۵)
تاری دید	۳ (۳/۸)
کهیر	۲ (۲/۵)
سایر عوارض	۵ (۶/۲)
جمع	۸۰ (۱۰۰)

\* اعداد داخل پرانتز بیان گر درصد می باشند.

## بحث

تحقیق حاضر نشان داد که کپسول روغن ماهی موجب کاهش دیسمنورهی متوسط و شدید می‌گردد ولی میزان تغییرات در گروه با دیسمنورهی متوسط بیشتر و بارزتر از دیسمنورهی شدید می‌باشد. هارل نیز گزارش کرد که مصرف روزانه ۲ گرم کپسول روغن ماهی در بیماران مبتلا به دیسمنوره مؤثر بوده و دیسمنوره را از ۶۹ درصد به ۴۴ درصد کاهش داده است، که این به طور مشخص در مورد افراد با دیسمنورهی متوسط بیشتر بوده است (۱۲). تحقیق دیگری نشان داد که در دخترانی که امگا - ۳ خون آن‌ها بیش‌تر از امگا - ۶ می‌باشد دیسمنوره به میزان ۶۵ تا ۷۵ درصد کاهش می‌یابد (۱۳). ویلسون و مورفی در بررسی خود گزارش کردند روغن ماهی به عنوان مکمل غذایی در مقایسه با دارونما موجب کاهش دیسمنوره می‌گردد. در این پژوهش، دختران شرکت کننده در گروه دیسمنورهی شدید و متوسط از نظر سن، شاخص توده‌ی بدنی، استرس و ورزش اختلاف معنی‌داری نداشتند و فقط از نظر شدت درد اختلاف داشتند. در رابطه با شدت درد بعد از درمان در دو گروه متوسط و شدید، نتایج نشان داد که شدت دیسمنوره با مصرف کپسول روغن ماهی در بیش از نیمی از افراد هر دو گروه متوسط و شدید به میزان ۸۲/۵ درصد پس از درمان کاهش یافته است. در ضمن بین دو گروه نیز از نظر میزان کاهش درد اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. در گروه با درد متوسط ۹۵ درصد نمونه‌ها و در گروه با درد شدید ۶۵ درصد نمونه‌ها کاهش دیسمنوره را گزارش کردند. بنابراین تأثیر کپسول روغن ماهی بر روی دیسمنورهی متوسط بیش‌تر و بارزتر از دیسمنورهی شدید است و این بهبودی در گروه با درد متوسط نسبت به گروه شدید بیشتر است. تحقیقی که در سال ۱۹۹۶ جهت تعیین تأثیر مصرف کپسول روغن ماهی بر روی دیسمنوره صورت گرفت، مشخص کرد که مصرف روغن ماهی سبب کاهش پروستاگلاندین‌ها شده و از این طریق موجب کاهش درد می‌گردد (۱۲). نتایج این مطالعه با

تحقیقات حاضر مطابقت داشت.

با توجه به خاصیت آنتی‌پروستاگلاندینی روغن ماهی، می‌بایست این دارو نیز بتواند مانند سایر مهارکننده‌های پروستاگلاندین موجب کاهش میزان خونریزی گردد (۱۸). البته این احتمال وجود دارد که با انجام مطالعه در سطح وسیع‌تر و با تعداد نمونه‌ی بیشتر این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار گردد اما در تحقیق ما معنی‌دار نبود. ولی زمان قاعدگی بعدی به علت اثر ضدپروستاگلاندینی دارو در ۸ نفر به مدت ۱۰ روز به تأخیر افتاد، گرچه آن هم به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در هر گروه علاوه بر شدت درد، میزان مسکن نیز مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد علی‌رغم این که در مواردی شدت درد به اظهار نمونه‌های پژوهش کاهش نیافته ولی مصرف مسکن آنان به میزان زیادی کاهش پیدا کرده است که خود می‌تواند نشان‌گر تأثیر روغن ماهی بر شدت درد باشد. همچنین رضایت از درمان در هر دو گروه به طور معنی‌داری نسبت به عدم مصرف دارو بالا بود. در نهایت این که کپسول روغن ماهی در دختران مصرف کننده، عارضه‌ی جانبی خاصی ایجاد نکرد. با توجه به تأثیر روغن ماهی در درمان دیسمنورهی اولیه تمایل به ادامه‌ی مصرف دارو توسط افراد زیاد بود. در ضمن در طی دو ماه پی‌گیری بعد از مصرف روغن ماهی کاهش معنی‌دار دیسمنوره نه تنها حفظ شد بلکه از ۸۲/۵ درصد در هر دو گروه به ۸۷/۵ درصد رسید و این امر شاید نشان‌گر آن است که امگا - ۳ در چربی‌های بدن ذخیره شده و بعد به تدریج آزاد و خاصیت آنتی‌پروستاگلاندینی خود را اعمال می‌کند. با توجه به این که روغن ماهی یک مکمل غذایی است نه دارو، می‌تواند به عنوان عاملی جهت درمان دیسمنورهی اولیه مورد استفاده گیرد. بنا به پیشنهاد سازمان‌های صاحب نظر در امر تغذیه، پیشنهاد می‌شود که در صورت عدم تمایل مصرف اسید چرب امگا - ۳ به صورت روغن ماهی می‌توان، ۲ تا ۳ وعده ماهی در برنامه‌ی غذایی هفتگی افراد گنجاند.

## تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر و کلیه‌ی دانشجویانی که در طرح همکاری نمودند اظهار می‌داریم.

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی به دلیل تامین بودجه‌ی

## منابع

- 1 – Sperrof I, Glass RH, Kase NG. *Clinical Gynecology, Endocrinology and Infertility*. 8 th ed. USA: Williams and Wilkins; 2001: 557 – 66.
- 2 – Berek JS, Adashi E, Hillard PA. *Novaks Gynecology*. 13th ed. USA: Williams and Wilkins, Mosby Co: 2002. 421 – 39.
- 3 – Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL. *Kistners Gynecology*. 6th ed. USA: Year Book Medical Publisher, INC; 1999: 23 – 52.
- 4 – Stirrate GM. *Gordon Obstetric and Gynaecology*. 4th ed. London: Churchill Livingstone; 1998: 196 – 9.
- 5 – Scott JR, Philips J. *Danforths Obstetrics and Gynecology*. 8th ed. USA: Riddick Liddick, Lippincott Co: 1999: 520 – 613.
- 6 – Lowdermilk DL, Perry ShE. *Maternity and Women's Health Care*. 5th ed. St louis: Mosby Co, Pery Bobak; 2000: 213.
- ۷ – محمدی خدیجه. بررسی آگاهی و نگرش عملکرد دختران سال چهارم دبیرستان شهر تهران درباره بهداشت و روند قاعدگی. **پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی**، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۱، صفحه ۱.
- ۸ – سالاری پروین. بررسی تأثیر آموزش روی روند قاعدگی و درد دختران دانش آموز مبتلا به دیسمنوره اولیه در دبیرستانهای دخترانه دولتی شهر مشهد. **پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد مامایی**، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۲، صفحه ۱۳۲.
- ۹ – امامقلی خوشه‌چین ترانه. بررسی تأثیر ویتامین E بر روی دیسمنوره اولیه. دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۷، صفحه ۱۳.
- 10 – Whittle GC, Slade P, Ranalds CM. Social support in women reporting dysmenorrhea. *J Psychosom Res* 1987; 31 (1): 79 – 84.
- 11 – Teperi J, Rimapela M. Menstrual pain, health and behavior in girls. *Soc Sci Med* 1989; 29 (2): 163–9.
- 12 – Harel Z, Biro FM, Kottenhahn RK, Rosenthal SL. Supplementation with omega-3 polyunsaturated fatty acid in the management of dysmenorrhea in adolescent. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174 (4) 1335 – 8.
- 13 – Deutch B. Menstrual pain in Danish women correlated with low n-3 plyunsaturated fatty acid intake. *Eur J Clin Nutr* 1995; 94: 508 – 16.
- ۱۴ – شهرآز سعید، غازیانی طاهره. **درسنامه‌ی جامع داروهای رسمی ایران**. تهران: ایران فارما، نشر تیمورزاده، ۱۳۸۱، صفحه ۵۱۲.
- 15 – Donovan M. Acute pain relief. *Nurs Clin North Am* 1990; 28(14): 851 – 61.
- 16 – Wall PD, Melzack R. Text book of pain. 5th ed. London: Churchill Livingstone; 1999:786–79.
- 17 – Wilson ML, Murphy PA. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhea. *Cochrane, Database of Systematic Review* 2001; (3CD, 002124).
- ۱۸ – پاشا اکبرزاده، پاشا حجتا... . **فرهنگ جامع کلینیکی داروهای ایران و جهان**. تهران: نشر پاشا، ۱۳۸۱، صفحه ۲۱۲.