

بررسی تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان

فاطمه ناهیدی^{۱*}، شیرین تقی زاده^۲، دکتر سعید صدر^۳، دکتر حمید علوی مجد^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات عفونی، بیمارستان کودکان مفید، تهران، ایران.
۳. دانشیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشیار آمار حیاتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۲/۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۴/۴

خلاصه

مقدمه: با در نظر گرفتن عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی و پذیرش مکمل های غذایی در دوران شیردهی، این مطالعه به منظور تعیین تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش کار: این کارآزمایی بالینی دوسوکور در سال ۱۳۸۶ روی ۷۰ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب دانشگاه شهید بهشتی تهران انجام شد. نمونه ها با انتساب تصادفی به دو گروه ۳۵ نفره دریافت کننده امگا-۳ (روزانه یک کپسول ۱ گرمی) و دارونما تقسیم شدند. برای تشخیص افسردگی پس از زایمان از تست استاندارد ادین برگ و برای سنجش شدت علائم از تست استاندارد بک و برای پایداری از آلفای کرنباخ و آزمون مجدد استفاده شد. شدت افسردگی قبل از درمان و در هفته های اول تا چهارم پس از درمان ارزیابی شد. داده ها با نرم افزار SPSS (نسخه ۱۰) و آزمون های تی زوجی، آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر، من ویتنی و کای دو تحلیل شد.

یافته ها: میانگین شدت افسردگی قبل از درمان در گروه امگا-۳، ۱۸/۱ بود و بعد از درمان به ۹/۰ کاهش یافت که به لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/001$). در گروه دارونما شدت افسردگی قبل از درمان ۱۷/۵ و بعد از درمان ۱۷/۲ بود که به لحاظ آماری معنی دار نبود ($p = 0/3$). روند کاهش شدت افسردگی پس از زایمان در گروه امگا-۳ نسبت به دارونما معنی دار بود ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: امگا-۳ دارویی مناسب و بدون عارضه جانبی برای مادر و شیرخوار در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان است. لازم است مطالعات با طول درمان بیشتر برای بررسی عود بیماری انجام گیرد.

کلمات کلیدی: پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان، ضد افسردگی ها، مکمل های غذایی، اسیدهای چرب امگا-۳

* نویسنده مسئول مکاتبات: فاطمه ناهیدی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲؛ پست الکترونیک: nahidi@sbmu.ac.ir

مقدمه

افسردگی پس از زایمان یک اختلال جدی و پایدار روانشناختی است که برخی از زنان آن را در دوره پس از زایمان تجربه می‌کنند (۱). این اختلال ۲ تا ۸ هفته پس از زایمان آغاز و به مدت ۲ هفته تا چند ماه پا برجای می‌ماند (۲). معمولاً با تغییرات خلقی و ناپایداری عاطفی و غمگینی، تغییر اشتها، خستگی اشکال در تمرکز و خواب رفتن و اختلال روانی حرکتی، ناامیدی، زود رنجی، تحریک پذیری، تند مزاجی (۲) و همچنین کاهش روابط بین اعضا خانواده، کاهش اعتماد به نفس، کاهش احساسات و روابط و امیال جنسی، نداشتن تمایل به انجام فعالیت‌های مختلف زندگی، کارهای روزمره خانه و نگهداری از کودکان همراه است، مشخص می‌شود. این مادران قادر به فراهم نمودن زمینه خوشنودی و تربیت کودکان خود نیستند (۳) و نسبت به آنها واکنش منفی دارند (۴) در نتیجه کودکان آنان بیش از سایرین آشوب گر، معترض، ناخشنود، تحریک پذیر، غمگین و کم تحرک هستند (۳، ۴). پیامدهای زاینبار دیگر افسردگی پس از زایمان برای نوزادان (۲)، تأخیر در رشد شناختی هیجانی-کلامی، مشکلات رفتاری و کاهش واکنشهای اجتماعی است (۵). شیوع افسردگی پس از زایمان حدود ۱۵ تا ۲۰٪ است (۳). در ایالات متحده آمریکا حدود ۴۰۰۰۰۰ مادر در ۶ تا ۸ هفته پس از زایمان این مشکل را تجربه می‌کنند و تنها نسبت کوچکی از این زنان توسط مراقبین بهداشتی شناخته می‌شوند (۴). این در حالی است که مطالعات انجام شده تنها در تهران شیوع افسردگی پس از زایمان را ۲۳٪ گزارش نموده‌اند (۶). زنان افسرده بیش از پیش به مراقبت و حمایت نیاز دارند (۳). بسیاری از محققین معتقدند افسردگی پس از زایمان اغلب بدون تشخیص باقی می‌ماند (۳) و تعداد زیادی بدون دریافت مراقبت بهداشتی این دوران را سپری می‌نمایند و فقط ۲۰٪ با متخصص مشورت می‌کنند (۱) این مادران ممکن است در امور خانه با فرزندان خود کنار بیایند اما علاقه آنها به زندگی شدیداً لطمه دیده و ممکن است در دراز مدت بر زندگی خانواده تأثیر بگذارد (۲)؛ بنابراین شناسایی و درمان زودرس این اختلال خلقی در آسایش مادر و نوزاد وی نقش حیاتی دارد.

روش‌های متعددی برای درمان افسردگی پس از زایمان از جمله روان درمانی- شناختی- رفتاری بیماران، افزایش حمایت‌های اجتماعی، مهارت‌هایی برای کنترل و درمان استرس (۷) و روش‌های درمانی تکمیلی جایگزینی مانند ماساژ درمانی، آرام سازی، یوگا، گیاه درمانی و عطر درمانی وجود دارد (۱). داروهای ضد افسردگی علاوه بر اثرات سودمند دارای عوارض جانبی چون خواب آلودگی، گیجی، هایپوتانسیون، تاکی کاردی بر مادر و از طریق شیر مادر باعث اعمال اثر آرام بخشی بر شیرخوار می‌شود؛ بنابراین مصرف آنها در این دوران با محدودیت مواجه است (۱). از طرفی این داروها از مقبولیت بسیار اندکی در بین زنان برخوردار هستند. مطالعات متعدد به استفاده از روش‌های درمانی که ضمن تأثیرات مثبت دارای عوارض جانبی کمتری باشد تأکید می‌نماید. یکی از این روش‌ها مکمل تغذیه‌ای امگا-۳ که دارای دو اسید چرب ضروری بدن (ایکوزاپنتانوئیک اسید یا EPA و دوکوزاهگزانوئیک اسید یا DHA) است. از طرفی مطالعات متعددی تأثیر اسید چرب امگا-۳ (DHA) را در رشد طبیعی کودکان، به‌ویژه سیستم مغز و اعصاب و شبکه چشم لازم و مثبت ارزیابی نموده‌اند (۸، ۹). در دیگر تحقیقات تأثیر مکمل تغذیه‌ای اسید چرب امگا-۳ را بر افسردگی ماژور بعد از زایمان معنی دار گزارش نموده‌اند (۱۰). با این حال، در برخی از تحقیقات تفاوت معنی‌داری بین مصرف امگا-۳ و افسردگی مشاهده نشده است (۱۱). امگا-۳ با تأثیر بر فسفو لیپیدهای دیواره سلول‌های عصبی باعث عملکرد صحیح آنان شده و علائم افسردگی را کاهش می‌دهد (۱۲).

با توجه به غیرشیمیایی و بی‌عارضه بودن امگا-۳ و عدم وجود مطالعات کافی در مورد قطعیت اثر این مکمل غذایی بر افسردگی پس از زایمان، مطالعه حاضر به منظور تعیین تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۶ انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر به روش کارآزمایی بالینی شاهد دار دوسوکور روی ۷۰ زن مراجعه کننده به‌منظور دریافت مراقبت‌های بهداشتی- درمانی بعد از زایمان برای خود و نوزادانشان که

درجات متفاوتی از افسردگی پس از زایمان را تجربه نموده بودند، انجام شد. تعداد نمونه با استفاده از رابطه تعیین حجم نمونه در مطالعات آنالیز واریانس با اندازه گیری های مکرر در هر گروه به دست آمد که در نتیجه تعداد نمونه در هر گروه ۳۵ نفر برآورد شد (۱۳).

نمونه‌ها ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس در مراکز بهداشتی درمانی شمیرانات (طالقانی، چیدر)، شمال (صاحب الزمان عج و امام حسن ع) و شرق (مسعودیه) انتخاب و سپس به صورت انتساب تصادفی به دو گروه ۳۵ نفره دریافت کننده دارو به میزان روزانه یک کیپسول یک گرم حاوی ۳۹۰ میلی‌گرم اسید چرب امگا-۳ (۱۲٪) DHA و ۱۸٪ EPA به اضافه ۳٪ ویتامین E ساخت شرکت Doppel Herz (آلمان) و دارونما حاوی ۳۳۰ گرم نشاسته در کیپسول‌های مشابه برای واحدهای مورد پژوهش به مدت ۴ هفته تجویز شد، تقسیم شدند. تمامی افراد برای ورود به مطالعه باید باسواد و ایرانی می‌بودند، همچنین لازم بود دو هفته تا سه ماه از زمان زایمان آنها گذشته باشد، زایمان تک قلو با سن ۳۷ هفته یا بیشتر داشته و در طی بارداری مشکلاتی مانند پره اکلامپسی، دیابت و اختلال تیروئید را تجربه نکرده باشند و افسردگی پس از زایمان آنها از نوع خفیف و متوسط بوده باشد و در صورتی که سابقه ابتلاء به بیماری عصبی و روانی در خود یا اعضاء خانواده، افسردگی پس از زایمان، جدایی از پدر و مادر قبل از سن ۱۵ سالگی، تجربه حوادث ناگوار طی ۱۲-۶ ماه گذشته، مصرف داروهای ضد افسردگی، سیگار، مواد مخدر، ابتلا به بیماری مزمن شناخته شد یا حساسیت به ماهی را داشتند وارد مطالعه نمی‌شدند. پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و توجیه زنان واجد شرایط جهت شرکت در مطالعه و به منظور جمع آوری اطلاعات از تست استاندارد ادین برگ برای سنجش افسردگی پس از زایمان استفاده شد که شامل ۱۰ سؤال چهار گزینه‌ای بود. بر اساس نوع پاسخ، نمرات صفر تا ۳ داده می‌شد. امتیاز ۹-۰ نشان دهنده عدم افسردگی، ۱۲-۱۰ خطر شروع افسردگی و ۱۳ و بالاتر به‌عنوان افسرده تلقی می‌شد (۱۴، ۱۵). سپس برای سنجش شدت علائم افسردگی زنان افسرده از آزمون استاندارد خود سنجش بک که حاوی ۲۱ سؤال بود،

استفاده شد. امتیازات کسب شده بر اساس نحوه پاسخی دهی به صورت ۹-۰ حالت طبیعی، ۱۵-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۳-۱۶ افسردگی متوسط و امتیاز ۲۴ یا بیشتر نشان‌دهنده افسردگی شدید بود (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰).

در این مرحله برای تمامی زنان افسرده توضیح داده می‌شد که باید جهت درمان به روانپزشک مراجعه نمایند. سپس بعد از یک هفته با آنها تماس گرفته می‌شد. در صورت عدم تمایل به مصرف دارو و عدم مراجعه به روانپزشک برای درمان، کسانی که مبتلا به افسردگی خفیف و متوسط بودند و تمایل داشتند در مطالعه شرکت نمایند با کسب رضایت نامه کتبی وارد مطالعه می‌شدند و پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی که اعتبار آن از طریق اعتبار محتوی سنجیده شده بود برای آنها تکمیل می‌شد. سپس برای سنجش حمایت اجتماعی که یک متغیر مداخله گر بود از پرسشنامه استاندارد وین فیلد و تابگمن، با ۱۶ سؤال استفاده شد که در ده سؤال اول، امتیاز صفر تا ۱۰ نشان‌دهنده حمایت اجتماعی کم، ۲۰-۱۱ متوسط و ۳۰-۲۱ زیاد بود و در صورتی که فرد مجموع امتیازش از ۶ سؤال باقیمانده ۳ یا کمتر بود از حمایت اجتماعی همسر در دوره بعد از زایمان برخوردار نبود (۲۲، ۲۱). برای سنجش رضایت از ازدواج به‌عنوان متغیر مداخله گر دیگر از پرسشنامه معتبر این ریچ با ۱۸ سؤال و نحوه امتیازدهی به صورت زیر ۵۸ رضایت از ازدواج کم، امتیاز ۷۷-۵۸ به طور نسبی، بالای ۷۷ رضایت زیاد، استفاده شد (۲۳). هر هفته به هر یک از نمونه‌ها یک پاکت مشابه در دو گروه امگا-۳ و دارونما با کد مشخص داده می‌شد و توصیه می‌شد که کیپسول‌ها را بعد از صرف غذا مصرف نمایند و در پایان هفته اول، دوم، سوم و چهارم از زمان آغاز تجویز امگا-۳ و دارونما از نظر شدت افسردگی پس از زایمان و برای اطمینان از مصرف مرتب و روزانه کیپسول‌ها و ارزیابی بروز احتمالی عوارض جانبی و مصرف ماهی، مولتی ویتامین و قرص آهن مورد بررسی قرار می‌گرفتند. افراد در صورت عدم مصرف کیپسول برای مدت سه روز متوالی، بروز عوارض جانبی و مصرف ماهی‌های حاوی اسید چرب امگا-۳ بیشتر از یکبار در هفته از مطالعه خارج می‌شدند. در پایان هفته چهارم هیچ یک از نمونه‌ها به علت عارضه جانبی از مطالعه خارج نشدند. تنها یک نفر از گروه امگا-۳ و ۲ نفر از گروه دارونما

ارتباط آماری و تحلیل یافته‌ها از آزمون کای دو استفاده شد.

یافته‌ها

خصوصیات فردی و مامایی، حمایت اجتماعی، حمایت بعد از زایمان، رضایت از ازدواج و شدت افسردگی به تفکیک در گروه امگا-۳ و دارونما در جدول ۱ ارائه شده و نشان می‌دهد دو گروه با هم مشابه بوده و یا اختلاف آنها به لحاظ آماری معنی دار نبوده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی خصوصیات فردی، مامایی، حمایت اجتماعی و رضایت از ازدواج به تفکیک در دو گروه امگا-۳ و دارونما

در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی		
گروه دارونما N=۳۵	گروه امگا-۳ N=۳۵	گروه‌های درمانی
۲۷/۶±۴/۹	۲۶/۹±۴/۷	مشخصات زنان افسرده
۳۱ (۸۸/۶)	۲۹ (۸۲/۹)	سن (سال)
۴ (۱۱/۴)	۶ (۱۷/۱)	وضعیت اشتغال: خانه دار
۴ (۱۱/۶)	۷ (۲۰)	شاغل
۵ (۱۴/۲)	۴ (۱۱/۵)	میزان تحصیلات: ابتدایی
۲۵ (۷۱/۴)	۲۱ (۶۰)	راهنمایی
۱ (۲/۸)	۳ (۸/۵)	متوسطه
۱/۹±۱/۲	۱/۸±۱/۱	دانشگاهی
۰/۳±۰/۶	۰/۲±۰/۵	تعداد بارداری
۱/۷±۰/۹	۱/۶±۰/۹	تعداد سقط
۱۳±۰/۹	۱۴±۰/۳	تعداد فرزند
۲۳ (۶۵/۷)	۱۹ (۵۴/۳)	سن نوزاد (به روز)
۱۲ (۳۴/۲)	۱۶ (۴۵/۷)	جنس نوزاد: پسر
۱۳ (۳۷/۲)	۹ (۲۵/۸)	دختر
۲۲ (۶۲/۸)	۲۶ (۷۴/۲)	نحوه زایمان: طبیعی
۳۰۷۳/۴±۵۹۴/۴	۳۱۱۷/۲±۵۸۲/۵	سزارین
۲۲ (۶۲/۸)	۲۴ (۶۸/۶)	وزن نوزاد (گرم)
۱۳ (۳۷/۲)	۱۱ (۳۱/۴)	خواسته بودن نوزاد: بله
۲۷ (۷۷/۲)	۲۹ (۸۲/۸)	خیر
۸ (۲۲/۸)	۶ (۱۷/۲)	جنس دلخواه: بله
۲۹ (۸۲/۸)	۲۸ (۸۰)	خیر
۱ (۲/۸)	۵ (۱۴/۳)	تغذیه کودک: شیر مادر
۵ (۱۴/۴)	۲ (۵/۷)	شیر خشک
۱۱ (۳۱/۴)	۹ (۲۵/۷)	شیر مادر و خشک
۱۷ (۴۸/۶)	۱۴ (۴۰)	وضعیت مسکن: شخصی
۷ (۲۰)	۱۲ (۳۴/۳)	اجاره‌ای
۹۹/۳±۵۱/۵	۹۸/۲±۵۳/۱	منزل اقوام
۱۴/۹±۶/۳	۱۴/۱±۵/۹	مساحت زیر بنای منزل (متر مربع)
۴/۲±۱/۸	۴/۰±۱/۸	حمایت اجتماعی
		حمایت بعد از زایمان

رسید. هیچ یک از نمونه‌های مورد بررسی قبل از درمان غیر افسرده نبودند، در حالی که بعد اتمام دوره درمان ۵۵/۸ درصد در گروه امگا-۳ و ۹ درصد در گروه دارونما غیر افسرده بودند.

جدول ۲ توزیع نمونه‌های مورد بررسی بر حسب شدت افسردگی پس از زایمان، قبل و بعد از درمان به تفکیک در گروه امگا-۳ و دارونما را نشان می‌دهد. شدت افسردگی متوسط قبل از درمان در دو گروه امگا-۳ و دارونما به ترتیب ۶/۶۸ و ۵/۸٪ و بعد از درمان به ۶/۵۴ و ۱/۹٪

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی شدت افسردگی پس از زایمان به تفکیک در دو گروه امگا-۳ و دارونما در مراجعین به مراکز

دارونما		امگا-۳		شدت افسردگی پس از زایمان
قبل از درمان N=۳۵	بعد از درمان N=۳۳	قبل از درمان N=۳۴	بعد از درمان N=۳۵	
غیر افسرده		۰	۱۹ (۵۵/۹)	۳ (۹)
خفیف		۱۱ (۳۱/۴)	۱۳ (۳۸/۳)	۱۲ (۳۴/۳)
متوسط		۲۴ (۶۸/۶)	۲ (۵/۸)	۱۸ (۵۴/۶)
شدید		۰	۰	۳ (۹/۱)

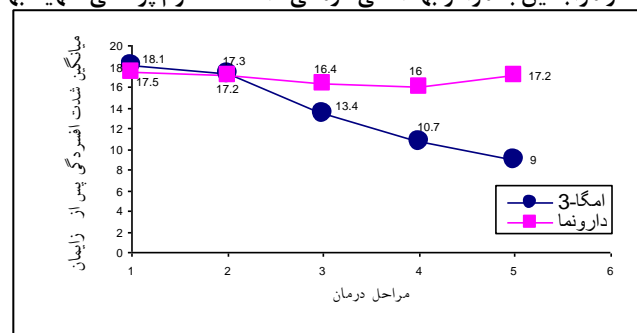
بر کاهش شدت افسردگی پس از زایمان از هفته دوم بعد از شروع درمان مشاهده شد. در حالی که در گروه دارونما میانگین شدت افسردگی پس از زایمان، قبل از درمان از ۱۷/۵ به ۱۷/۲ در هفته اول و چهارم بعد از درمان رسیده و اختلاف به لحاظ آماری در هفته‌های مختلف معنی‌دار نبود.

همچنین در آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بین تفاوت میانگین شدت افسردگی پس از زایمان در دو گروه امگا-۳ و دارونما در هفته‌های مختلف، تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.001$).

در نمودار ۱ میانگین شدت افسردگی پس از زایمان در دو گروه امگا-۳ و دارونما به تفکیک دوره درمان مشاهده می‌شود و بیان‌گر آن است که دو گروه از نظر شدت افسردگی قبل از درمان با هم مشابه بودند. میانگین شدت افسردگی پس از زایمان قبل از درمان در گروه امگا-۳ از ۱۸/۱ به ۱۷/۳ در هفته اول بعد از درمان و به ۹ بعد از اتمام دوره درمان تغییر یافت. آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بین تفاوت میانگین شدت افسردگی پس از زایمان در گروه امگا-۳ در دوره قبل از درمان و هفته‌های اول، دوم، سوم و چهارم پس از درمان اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد ($p < 0.001$). به عبارتی تأثیر امگا-۳

نمودار ۱- مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان، قبل از درمان، هفته‌های اول، دوم، سوم و چهارم بعد از درمان به

تفکیک دو گروه در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



بحث

مطالعه حاضر نشان داد اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان تأثیر بسیار خوبی دارد. کوان-پین و همکاران در سال ۲۰۰۳ در کشور چین تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ را بر کاهش افسردگی ماژور مثبت گزارش نمودند (۲۴). پیت و همکاران در سال ۲۰۰۲ در کشور انگلستان در مطالعه خود تأثیر مصرف روزانه یک گرم اتیل ایکوزاپنتانوئیک اسید را همراه با داروهای ضد افسردگی استاندارد در بیماران افسرده بسیار مؤثر دانستند. این در حالی است که در مطالعه آنها، تجویز مقادیر ۲ و ۴ گرم اتیل ایکوزاپنتانوئیک اسید به صورت روزانه سودمند گزارش نشده است (۲۵). نامتز و همکاران نیز در سال ۲۰۰۲ گزارش نمودند اسیدهای چرب امگا-۳ باعث کاهش شدت افسردگی در بیماران افسرده تک‌قطبی که همزمان داروهای ضد افسردگی را نیز مصرف می‌نمودند، شد (۲۶). همچنین نتایج مطالعه استول و همکاران در سال ۱۹۹۹ در کشور آمریکا بیان‌گر آن بود که امگا-۳ باعث کاهش علائم اختلال افسردگی دو قطبی می‌شود (۲۷). همچنین هیلن در مطالعه خود در سال ۲۰۰۲ در کشور آمریکا گزارش نمود که مصرف امگا-۳ باعث پیشگیری از افسردگی پس از زایمان می‌شود (۲۸). این در حالی است که لیورنت و همکاران در سال ۲۰۰۳ در کشور آمریکا دکوزاهگزانوئیک اسید را بر افسردگی پس از زایمان مؤثر ندانستند (۱۱). هانگ در سال ۲۰۰۴ در کشور آمریکا در رابطه با مطالعه لیورنت، علت عدم تأثیر را کم بودن تعداد بیمار افسرده و پایین بودن میزان مصرف دکوزاهگزانوئیک اسید دانسته و بیان نمود مصرف دو اسید چرب به صورت همزمان می‌تواند نتیجه مطلوبی به همراه داشته باشد (۲۹).

مارانگل و همکاران که در سال ۲۰۰۳ تأثیر اسید چرب امگا-۳ (دکوزاهگزانوئیک اسید) را در درمان افسردگی ماژور بدون تجویز داروهای ضد افسردگی به مدت ۶ هفته در کشور آمریکا مطالعه نموده بودند، آن را مؤثر ندانستند و پیشنهاد نمودند در تحقیقات بعدی از دو اسید چرب دکوزاهگزانوئیک اسید و ایکوزاپنتانوئیک اسید برای سودمندی بیشتر استفاده شود (۳۰). این

تأثیر در مطالعه حاضر با تجویز دو اسید چرب امگا-۳ کاملاً مثبت مشاهده شد.

همچنین در مطالعه حاضر تأثیر امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان از هفته اول شروع درمان آغاز شد، ولی از هفته دوم به بعد بسیار مؤثر مشاهده شد. نامتز و همکاران نیز تأثیر اسید چرب امگا-۳ را بر درمان بیماران افسرده تک قطبی از هفته دوم گزارش نمودند (۲۶)، در حالی که این تأثیر در مطالعه کوان-پین از هفته ۴ بعد از درمان شروع شد (۲۴).

در مطالعه حاضر هیچ‌یک از نمونه‌ها قبل از درمان غیر افسرده نبوده و اکثر آنها از افسردگی پس از زایمان با شدت متوسط رنج می‌بردند، در حالی که بعد از اتمام دوره درمان اکثر نمونه‌ها غیر افسرده و تعداد بسیار کمی دارای افسردگی متوسط بودند. مطالعه حاضر نشان داد امگا-۳ باعث کاهش شدت افسردگی پس از زایمان شده است. در مطالعه پیت و همکاران، نامتز و همکاران، فریمن و همکاران کاهش شدت افسردگی بسیار مؤثر گزارش شد (۳۱،۲۶،۲۴)، اما لیورنت در مطالعه خود امگا-۳ را در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان مؤثر ندانستند (۱۱) که شاید این امر به دلیل کم بودن تعداد نمونه افسرده بوده باشد. همچنین دومبوس و همکاران در سال ۲۰۰۹ در کشور نوترلند روزانه ۲۲۰ میلی گرم دکوزاهگزانوئیک اسید را بر پیشگیری از افسردگی بعد از زایمان مؤثر ندانستند (۳۲). در مطالعه اخیر محقق سطح سرمی اسیدهای امگا-۳ را در زنان آن منطقه به‌طور کلی پایین گزارش نموده بود.

از طرفی، با توجه به این‌که تجویز ۲۲۰ میلی گرم دکوزاهگزانوئیک اسید از هفته ۱۶ حاملگی تا ۳ ماه بعد از زایمان انجام شد، شاید دلیل عدم تأثیر سطح سرمی پایین و دوز کم تجویز بوده است. ریس و همکاران نیز در سال ۲۰۰۸ در کشور استرالیا اسیدهای چرب امگا-۳ را بر افسردگی شدید دوران حاملگی در دو گروه امگا-۳ و دارونما مؤثر ندانستند، اما آنها کاهش میزان شدت افسردگی در طی ۶ هفته مصرف امگا-۳ را به‌طور هفتگی گزارش نمودند (۳۳). شاید معنی‌دار نشدن تأثیر درمان بین دو گروه به دلیل این باشد که نمونه‌های مطالعه اخیر افسردگی شدید داشتند، در حالی که در مطالعه حاضر

جهت سلامت خانواده و رشد و تکامل نوزاد و کودک برداشت. با توجه به مطالعات بسیار اندک در زمینه تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان و تناقضات موجود در مورد تأثیر آن بر درمان افسردگی پس از زایمان، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با طول مدت بیشتر و همچنین بعد از اتمام دوره درمان به منظور بررسی عود یا عدم عود افسردگی انجام گیرد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم تمایل زنان نسبت به آگاهی افراد خانواده از مشکل آنان به‌ویژه فامیل و نزدیکان شوهر، در نتیجه دسترسی مشکل به بیماران و هماهنگی برای درمان آنها و همچنین انکار بیماری توسط بیماران و عدم مراجعه و اعتماد نسبت به روانپزشک و سایر کادر درمانی اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

درمان با امگا-۳ روش مناسب و بدون عارضه جانبی برای مادر و شیرخوار در کاهش شدت افسردگی پس از زایمان است و لازم است مطالعات با طول درمان بیشتر برای بررسی عود بیماری و زمان شروع عود افسردگی بعد از اتمام دوره درمان انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از معاونین محترم آموزشی، پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت فراهم نمودن امکان انجام این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین محققان از تمامی همکاران محترم ماما و مسئولین محترم مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تمامی مادران عزیز که در طول مطالعه با صبوری همراهی نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

نمونه‌ها دارای افسردگی خفیف و متوسط بودند. در مطالعه حاضر تمامی نمونه‌ها از نظر مصرف ماهی برای جلوگیری از تأثیر و تداخل ماهی‌های حاوی اسیدهای چرب امگا-۳، هر هفته با دقت کنترل شده و مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند و همچنین در طی مطالعه هیچ‌گونه عارضه جانبی در نمونه‌ها مشاهده نشد. به همین دلایل با اطمینان بیشتری می‌توان گفت امگا-۳ یک مکمل غذایی بی‌ضرر و مؤثر بر افسردگی پس از زایمان است که باعث حفظ عملکرد صحیح غشاء سلول‌های عصبی در سراسر بدن و نیز حفظ عملکرد صحیح سیستم خلق و خوی افراد می‌شود (۳۰). در نتیجه به راحتی می‌توان توصیه نمود برای زنانی که دچار افسردگی پس از زایمان شده‌اند، اسیدهای چرب امگا-۳ تجویز شود. از طرفی با توجه به عدم مقبولیت داروهای ضد افسردگی در بین عامه مردم و به‌ویژه زنان شیرده که در این مطالعه نیز به‌خوبی مشاهده شد به این ترتیب که با وجود تأکید زیاد به مادران افسرده برای مراجعه به روانپزشک و دریافت درمان دارویی، بیماران از این کار اجتناب می‌نمودند. با در نظر گرفتن نقش کلیدی و بسیار مهم و حساس مادر سالم از نظر روحی و جسمی در تربیت، رشد و پرورش نوزاد و کودک و ایجاد فضای آرام و اطمینان‌بخش برای همسر و دیگر اعضای خانواده، توصیه می‌شود تمامی مادران بعد از زایمان از نظر افسردگی پس از زایمان مورد بررسی دقیق قرار بگیرند و در صورت تشخیص افسردگی و تعیین شدت آن و با توجه به این که اسیدهای چرب امگا-۳ به‌عنوان یک مکمل غذایی نزد زنان شیرده نسبت به داروهای ضد افسردگی شیمیایی از مقبولیت بسیار بالایی برخوردار است، برایشان امگا-۳ تجویز شود. همچنین توصیه شود از ماهی نسبت به سایر فرآورده‌های پروتئینی بیشتر استفاده نمایند. شاید به‌این وسیله بتوان گام مؤثری در

منابع

1. Lowdermilk L, Perry E, Bobak M. Maternity and Women health care. 7th Editions. USA Mosby. 2002; pp: 940-964.
2. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. J psychosomatic Obstet Gynecol. 2003; 24(4):257-66. Review.
3. McKinney E. Maternal Child Nursing. Second Edition. Elsevier. 2005; pp716-721.
4. Beck CT, Gable RK. Post Partum depression screening scale: development and psychometric testing. Nursing Research. 2000; 49 (5):272-282.
5. Dennis L. the Effect of Pear supports on postpartum Depression. Can J psychiatry. 2003; 48:115-124.

6. Sadr SS, Dolatian M, Behboudi Moghadan Z. Prevalence of postpartum depression and factors affecting Tehran. *Nezam Pezeshki J.* 2004; 22(3) 189-193.
7. Break J S. Berek and Novak's *Genecology*. Fourteenth edition. Lippincott, Williams and Wilkins. 2007; pp 385- 430.
8. San Giovanni JP, Parra. Cabrera S. colditz GA. Berkey CS. Dwyer JT. Meta- analysis of dietary essential fatty acids and long- Chain polyunsaturated fatty acids (PUFA) as they relate to visual resolution acuity in healthy preterm. *Infant pediatrics.* 2000 Jun; 105(6): 1292-98.
9. Borja-Hart NL, Marinoy. Role of omefa-3 Fatty acids for prevention or treatment of prenatal depression. *Pharmacotherapy*, Feb, 2010; 30(2): 210-6.
10. Hung. Omega- 3 fatty acid in major depressive disorder a preliminary double blind Placebo controlled trial. *Eur Neuropsychopham.* 2003; 13:267-71.
11. Liorente AM. Jensen CL. Voigt RG. Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation on postpartum depression and information processing. *Am J obstetric Gynecology.* 2003 May; 188(5): 1348-53.
12. Logan AC. Omega-3 fatty acid and major depression: a primer for the mental health professional. *Lipids Health Dies.* 2004 Nov 9; 3:25.
13. Alavi Majd H. Sample size in clinical research. Tehran Shahid Behashti Med Sci university Publishing. 2006; pp 58-61.
14. Cox JI. Holden JM. Sagovsky R. Detection of postnatal Depression. Development of the 10 – Item Edinburgh postnatal Depression scale (EPDS). *British Journal of psychiatry.* 1987; 154: 732-786.
15. Harris B. co. the use of Rating Scales to Identify post partum Depression. *British Journal of psychiatry.* 1989; 154: 813-817.
16. Helen R. Brendon J. Meg Lewis. Eileen J. Alternative MIDSS version with just the adequacy questions: Attitudes of patients with breast cancer toward support groups. *J of psychology.* 2003; 21(2), 39-54.
17. Beck CT Gable RK. Post Partum depression screening scale. Spanish version. *Nurs Res.* 2003: Sep-oct; 52(5) 296-306.
18. Azkhash M. Usage of Psychological tests and Clinical assessment. Tehran, *Psychology.* 2008. pp. 224-226.
19. Dolatian M, Mazi r, Alavi –Majd H, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *Reproduction infertility Med J* 2007; 3 260-268.
20. Record SK, Rice M, Beek CT. Psychometric assessment of the postpartum depression predictor inventory- Revised. *Janus meas,* 2007; 15(3):189-202.
21. Helen R, Winfield, Anthony H, Marika Tiggemann. Social support and psychological well-Being in young adults: the multi-Dimensional support scale. *J of personality Assessment* 1992; 58(1) 198-210.
22. Georgina E, Stamp and Caroline A, Crowther. Postnatal Depression: A south Australian Prospective Survey. *Aust and NZ J Obstetrics and Gynecology* 1994; 34(2):164-167.
23. PREPARE/ ENRICH. Life Innovations, Inc. couple & Family INVENTORIES: ORDER form. www.prepare-enrich.com. 2007; Dec, 31.
24. Kuan – pin SU. Omega- 3 fatty acid in major depressive disorder a preliminary double- blind. Placebo controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacology* 2003; 13: 267-71.
25. Peet M. A Dose Ranging Study of the Effect of Ethyl Eicosapen taenoate in – patients with ongoing depression despite apparently adequate treatment with standard drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 913-919
26. Nemets B. Addition of OMEGA-3 Fatty Acid to Maintenance Medication Treatment for Recurrent unipolar depressive disorder. *Am j psychiatry* 2002; 159: 477-479.
27. Stoll A. omega-3 fatty acids in bipolar disorder a preliminary double-blind controlled trial. *Arch Gen psychiatry* 1999; 56(5):407-412.
28. Hibbeln JR. Seafood consumption, the DHA content of mother's milk and prevalence rates of postpartum depression. *J of Affective Disorders* 2002; 69(1-3) 15-29.
29. Hung SY. 10th Editors. Omega-3 fatty acids for postpartum depression. *AM J Obstetrics & Gynecology* 2004; 582-583.
30. Marangell LB. Martinez JM, Zboyan HA, Ketz B, Kim HF, Puryear LJ B. A Double – Blind placebo controlled study of the omega- 3 Fatty acid Docosahexaenoic Acid in the treatment of major depression. *Am J psychiatry* 2003; 160: 996-998.
31. Freeman MP, Hibbeln JR, Wisner KL, Watchman M, Gelenberg AJ. Randomized dose-ranging pilot trial of omega-3 fatty acids for postpartum depression. *Acta psychiatrica Scandinavia* Jan, 2006; 113(1):31-5.
32. Doornbos B, van Goor SA, Dijk-Brouwer DA, Schaafsma A, Korf J, Muskiet FA. Supplementation of a low dose of DHA or DHA+AA does not prevent puerperium depressive symptoms in a small population based sample. *Epub;* Feb. 2009; 1-33.
33. Rees AM, Austin MP, Parker GB. Omega-3 fatty acids as a treatment for perinatal depression: randomized double-blind placebo-controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008 May; 42(5):438.