

بررسی تأثیر روغن گل مغربی بر طول مدت اندوه پس از زایمان در زنان نخست‌زا: یک کارآزمایی بالینی دوسوکور کنترل شده

صغری نیکومذهب^۱، محمدرضا حق دوست^۲، اعظم هنرمندپور^{۳*}

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۰۵

خلاصه

مقدمه: از آنجایی که در تحقیقات مختلف بین سطح امگا-۳ و خلق افسرده ارتباط وجود دارد و روغن گل مغربی از منابع غنی امگا-۳ می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر روغن گل مغربی بر طول مدت اندوه پس از زایمان زنان انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی دوسوکور در سال ۹۲-۱۳۹۱ بر روی ۱۳۲ نفر از زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی اهواز صورت گرفت. افراد در دو گروه ۶۶ نفری جهت دریافت روزانه یک گرم کیسول روغن گل مغربی (گروه مداخله) و کیسول ژلاتینی خوراکی مشابه (گروه کنترل) از آغاز هفته ۳۷ بارداری تا ۲ هفته پس از زایمان قرار گرفتند. نمونه‌ها در روزهای ۴، ۱۰ و ۱۴ پس از زایمان با آزمون استاندارد ادینبرگ بررسی شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های آماری تی مستقل، کای اسکوئر و آنالیز مقادیر تکراری انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین طول مدت اندوه پس از زایمان دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که طول مدت اندوه پس از زایمان در گروه مداخله کمتر از گروه پلاسبو بود ($p=0/004$). میانگین نمره آزمون ادینبرگ به طور معنی‌داری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در روز چهارم ($p=0/001$)، دهم ($p=0/001$) و چهاردهم ($p=0/008$) پس از زایمان کمتر بود.

نتیجه‌گیری: مصرف روغن گل مغربی در کاهش طول مدت اندوه پس از زایمان مؤثر است.

کلمات کلیدی: پس از زایمان، روغن گل مغربی، زنان، نخست‌زا

* نویسنده مسئول مکاتبات: اعظم هنرمندپور؛ دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، ایران. تلفن: ۰۶۱-۳۶۲۲۹۵۴۴؛ پست الکترونیک:

honarmandpour.a@gmail.com

مقدمه

اختلالات روانی و نابسامانی‌های روحی، از جمله مشکلات رایج زنان در دنیای کنونی است؛ مشکلاتی که هر روز ابعادی تازه‌تر می‌یابند (۱). از طرف دیگر، زنان در دوران پس از زایمان به‌خصوص یک ماه اول آن، بالاترین میزان استرس را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند؛ به‌طوری‌که اختلالات روانی یک ماه پس از زایمان ۱۸ برابر شایع‌تر از دوران بارداری می‌باشد و استرس ناشی از تولد اولین فرزند در جداول استرس روانی اجتماعی جزء استرس‌های شدید طبقه‌بندی شده است (۲).

اندوه پس از زایمان، شایع‌ترین اختلال خلقی پس از زایمان است که تحت عناوین مختلفی از جمله غم پس از زایمان، غم مادری و غم کودک مشخص شده و برخی نیز آن را افسردگی موقتی پس از زایمان و یا افسردگی روز سوم، چهارم و یا دهم نامیده‌اند (۳). این اختلال با علائمی شبیه افسردگی شامل: بی‌خوابی، خلق پایین، تمایل به گریه، خستگی، تحریک‌پذیری و ناپایداری عاطفی بروز می‌کند. این زنان ممکن است چند ساعت اشک بریزند و سپس کاملاً آرام شوند و روز بعد دوباره گریه را از سر بگیرند (۴).

اختلال اندوه پس از زایمان از دهه‌های ۱۹۵۰ مورد بررسی قرار گرفته است (۵). شیوع اندوه پس از زایمان در ایالات متحده ۷۰٪ (۶)، یونان ۴۴/۵٪ (۷)، نیجریه ۳۱/۳٪ (۸) و چین ۴۴/۳٪ (۹) گزارش شده است. بیشترین میزان در تانزانیا (۸۳٪) و کمترین در ژاپن (۱۵٪) بوده است (۷). مسلمی (۲۰۰۷) شیوع آن را در ایران ۵۵٪ گزارش کرده است (۱۰).

نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که ۷۰٪ از زنان در دوره پس از زایمان، تغییرات خلقی را تجربه می‌کنند. اکین و همکاران (۲۰۱۱) علت این عارضه را به تغییرات سریع هورمونی و اشکال در محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال نسبت داده‌اند (۱۱).

شواهد نشان می‌دهد که اندوه این دوران، آغاز افسردگی بعد از زایمان است (۱۲)، همچنین وقوع افسردگی پس از زایمان در کسانی که اندوه پس از زایمان را تجربه کرده‌اند، افزایش می‌یابد (۱۳). در زنانی که دارای سابقه افسردگی نفاسی هستند و در حال حاضر دچار اندوه پس

از زایمان شده‌اند، احتمال ابتلاء به افسردگی ماژور به ۸۵٪ افزایش می‌یابد. افسردگی مادر در هفته‌ها و ماه‌های اول بعد از زایمان ممکن است باعث ضعیف شدن ارتباط مادر و کودک شده و به پیدایش مشکلات رفتاری بعدی در کودک بیانجامد (۱۴).

طبق دیدگاه جامع‌نگر، تعداد زیادی از داروهای گیاهی را می‌توان برای درمان افسردگی، تجویز کرد (۱۵) گیاهان دارویی در بسیاری از بیماری‌ها می‌توانند مؤثر واقع شوند. در این خصوص، داروهای گیاهی که دستگاه‌های هورمونی، ایمنی و عصبی را تقویت می‌کنند، می‌توانند مورد توجه قرار گیرند. مصرف گیاهان دارویی می‌تواند به درمان علل زمینه‌ای ایجاد کننده عدم تعادل کمک نماید (۱۶). از میان گیاهان مؤثر در درمان افسردگی، می‌توان به افشرد پرتقال، گل‌ساعتی، عصاره گل گاوزبان و گل راعی اشاره کرد که همگی سرشار از امگا-۳ می‌باشند (۱۷، ۱۸). از بین گیاهان، گل‌مغربی، گیاهی از خانواده پاناسه‌آ و حاوی مقادیر زیادی از اسیدهای چرب ضروری، شامل اسیدلینولئیک (امگا-۳) (۷۰٪) و اسید گامالیئولئیک (۱۴-۸٪) است (۱۹).

در برخی تحقیقات، محققان دریافته‌اند که بین متابولیسم غیرطبیعی اسیدهای چرب و افسردگی، ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ به‌طوری‌که کاهش میزان اسید چرب غیر اشباع امگا-۳، تأثیر بسزایی در ایجاد خلق افسرده، ایجاد دیدگاه منفی نسبت به زندگی و خودکشی داشته است (۱۷، ۱۸).

اسیدهای چرب امگا-۳، در بسیاری از گیاهان و مواد غذایی به‌خصوص غذاهای دریایی یافت می‌شوند. در میان این اسیدهای چرب، دوکوزاهگزانوئیک اسید (DHA)^۱ و ایکوزا پنتانویی اسید (EPA)^۲، دو اسیدچرب بسیار فعال از نظر بیولوژیک هستند که در رشد سیستم مغز و اعصاب مؤثر گزارش شده‌اند (۲۰)، و در آبریان به‌وفور یافت می‌شوند. پیش‌ساز این دو اسیدچرب، اسید آلفا لینولئیک است که در گیاهان نیز یافت شده و در بدن حدود ۱۵-۱۰٪ آن به EPA و DHA تبدیل می‌شود (۲۱). مدارکی دال بر تأثیر امگا-

^۱Docosahexaenoic Acid

^۲Eicosapentaenoic Acid

۳ بر روی سروتونین مایع مغزی - نخاعی و کاهش سطح آن در غشاء سلولی و پلاسمایی بیماران با اختلالات افسردگی وجود دارد (۲۲، ۲۳). امگا-۳ با تأثیر بر فسفولیپیدهای دیواره سلول‌های عصبی، باعث عملکرد صحیح آنان شده و علائم افسردگی را کاهش می‌دهد (۲۴)، همچنین از طریق کاهش سیتوکین‌ها باعث عملکرد صحیح هیپوتالاموس، هیپوفیز و سیستم عصبی می‌شود. تأثیر دیگر آن، افزایش پلی‌پتید فاکتور نوروتروفیک مشتق شده از مغز است که در رشد و بقای سلول‌های عصبی و تکامل آنها بسیار مؤثر است (۲۵)، با این حال در برخی مطالعات تفاوت معنی‌داری بین مصرف اسیدچرب امگا-۳ و افسردگی مشاهده نشده است (۲۶).

روغن گل مغربی سرشار از امگا-۳ بوده (۸) و بر اساس برخی تحقیقات در درمان افسردگی (۲۲، ۲۹-۲۷)، کاهش علائم یائسگی نظیر گرگرفتگی، درد سینه‌ها، التهاب، احتباس مایعات، افسردگی و تحریک‌پذیری، بهبود علائم سندرم پیش از قاعدگی و علائم حین قاعدگی شامل حساسیت و دردناکی سینه‌ها، خستگی و اختلالات خلق‌و‌خو (۲۳، ۳۰، ۳۱)، آگزمای پوستی، آلرژی، آرتریت روماتوئید، بیماری‌های قلب و عروق، سیروز، مولتیپل اسکلروزیس، فشارخون بالا، مشکلات سیستم ادراری، سیستم عصبی، غدد و آسم به دلیل امگا-۳ موجود در این گیاه (۳۲) مؤثر گزارش شده است. در مطالعه داسیلوا و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف بررسی تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ در بیماران افسرده مبتلا به پارکینسون انجام شد، در گروه دریافت‌کننده اسیدچرب امگا-۳ کاهش واضح در میزان افسردگی مشاهده شد ($P < 0.001$) و تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ با داروهای ضد افسردگی قابل مقایسه بود (۳۳).

با توجه به اهمیت موضوع اندوه پس از زایمان و با نظر به اینکه موضوع اندوه پس از زایمان کمتر مورد توجه قرار گرفته است و از سوی دیگر، مصرف گیاه گل مغربی به طور سنتی در برخی کشورها مانند هندوستان و آمریکای شمالی بسیار مرسوم، ولی اثرات درمانی آن همچنان مبهم است (۳۴) و ایران یکی از مناسب‌ترین مناطق آب و هوایی جهت کشت و پرورش گیاه گل

مغربی محسوب می‌شود، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر درمانی گیاه گل مغربی بر طول مدت اندوه پس از زایمان زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی کنترل شده دوسوکور در سال ۹۲-۱۳۹۱ بر روی ۲۴۹ نفر از زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی اهواز مورد بررسی قرار گرفت که ۱۶ نفر در گروه مداخله و ۲۱ نفر در گروه کنترل به دلیل انجام سزارین اورژانس یا الکتیو از مطالعه خارج شدند. در گروه مداخله ۸ نفر به دلیل عدم مصرف مکمل به مدت ۷ روز، ۱۷ نفر به علت زایمان تأخیری، ۵ نفر به دلیل زایمان زودرس و ۱۲ نفر به دلیل عدم دسترسی پژوهشگر به آنان پس از زایمان از مطالعه خارج شدند. در گروه کنترل نیز ۹ نفر به دلیل عدم مصرف مکمل به مدت هفت روز و ۲۴ نفر به علت زایمان تأخیری و ۵ نفر به علت عدم دسترسی پژوهشگر به آنها پس از زایمان از مطالعه حذف شدند. در نهایت مطالعه بر روی ۱۳۲ نفر (هر گروه ۶۶ نفر) انجام شد، که پس از تأیید مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اهواز (کد E505) و ثبت عنوان در مرکز کارآزمایی بالینی ایران (کد IRCT2013052513452N1) نمونه‌گیری انجام شد. افراد با استفاده از روش بلوک تصادفی با نسبت ۱ به ۱ تقسیم‌بندی شدند؛ بدین‌صورت که تمامی کپسول‌ها از قبل به وسیله فردی غیر مطلع از محتوای طرح پژوهش بسته‌بندی و کدگذاری (با عدد ۱ برای پلاسبو و ۲ برای کپسول روغن گل مغربی) شده و در پاکت قرار گرفت، سپس پاکت‌ها در داخل یک جعبه قرار گرفتند و از افراد خواسته شد که یکی از پاکت‌ها را به‌طور تصادفی از جعبه برداشته و کد هر پاکتی که هر فرد برمی‌دارد، در پرسشنامه ثبت و به این ترتیب افراد، به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بارداری ۳۶ هفته کامل و بالاتر، همسر اول و تک همسر بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: نیاز به مداخله برای ختم بارداری (سزارین، اینداکشن یا زایمان ابزاری)، تولد نوزاد زنده با آپگار کمتر از ۱۰ و با نیاز به

بستری، مشکلات خانوادگی نظیر اختلاف با همسر و بستگان، سابقه نازایی، بیماری‌های سیستمیک (دیابت، بیماری قلبی، کلیوی و ...)، مصرف مکمل‌های مشابه در سه ماهه سوم بارداری، بارداری ناخواسته و دریافت امتیاز بیشتر از ۲۳ در تست سلامت عمومی بود.

حجم نمونه از طریق اطلاعات حاصل از مطالعه پایلوت بر روی ۱۰ نفر از نمونه‌ها با بررسی نمره تست ادینبرگ روز دهم از طریق فرمول مقایسه میانگین‌ها در دو گروه مستقل با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ ، ۶۶ نفر در هر گروه محاسبه شد.

جهت انتخاب واحدهای پژوهش، پژوهشگر ابتدا با مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی اهواز، نخست به افرادی که با توجه به سؤالات مندرج در پرسشنامه واجدالشرایط مطالعه و داوطلب شرکت در پژوهش بودند، اهداف و نحوه اجرای پژوهش را توضیح می‌داد و سپس از آنها رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید و ضمناً به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده محرمانه باقی خواهد ماند. به منظور تعیین شرایط ورود به مطالعه جهت آزمودنی‌ها بررسی سلامت روانی بیماران با انجام تست ۲۵-ASCL و تست سلامت روان GHQ انجام شد. تست ۲۵-ASCL پرسشنامه فهرست علائم روانی ۲۵ ماده‌ای، برگرفته از پرسشنامه SCL-90-R است (۳۵) که نجاریان و داوودی پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷٪ و روایی آن را از طریق همبسته کردن آن با پرسشنامه اضطراب عمومی کتل برابر ۰/۶۹٪ به‌دست آوردند (۳۶).

پرسشنامه سلامت روان یا سلامت عمومی (GHQ) ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر ۱۹۷۹ ساخته شده است (۳۷) و دارای ۴ مقیاس فرعی از جمله مقیاس نشانه‌های جسمانی و اضطرابی، اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی می‌باشد. در مطالعه عبادی اعتبار همسانی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ $I=0/87$ به‌دست آمد (۳۸). روایی پرسشنامه نیز از طریق روایی همگرا با پرسشنامه کیفیت زندگی به‌دست آمد.

مطالعه حاضر ۱۳ ماه به‌طول انجامید. مکمل تهیه شده شامل کپسول ۵۰۰ میلی‌گرمی روغن گل مغربی توسط شرکت ورنچرال کانادا و کپسول ژلاتینی مشابه (پلاسبو)

تهیه شده توسط شرکت داروسازی زهراوی که قبلاً به وسیله فردی غیر مطلع از محتوای طرح پژوهش بسته‌بندی و کدگذاری (عدد ۱ برای پلاسبو و ۲ برای کپسول روغن گل مغربی) و در پاکت قرار داده شده بود، در مرحله نخست به تعداد ۱۴ عدد به صورت هفته به هفته به هر آزمودنی جهت مصرف هفتگی از آغاز ۳۷ هفته تا زمان زایمان داده شد و از آنان خواسته شد تا روزانه ۱ گرم معادل دو عدد کپسول را همزمان مصرف نمایند و در صورت عدم مصرف مکمل به مدت یک هفته، از ادامه مصرف خودداری نمایند و پژوهشگر را مطلع نمایند که در این صورت از مطالعه خارج می‌شوند. قرار برنامه تماس تلفنی یا حضوری پژوهشگر با هر یک از آزمودنی‌ها جهت کنترل نحوه مصرف دارو، مشکلات و عوارض احتمالی آن، هر هفته یک‌بار و یا بیشتر بر حسب نیاز تا زمان زایمان تعیین شد. همچنین با در اختیار قرار دادن شماره پژوهشگر، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا در زمان مراجعه جهت زایمان با پژوهشگر تماس بگیرند تا مرحله دوم تحویل مکمل به تعداد ۲۸ عدد کپسول جهت مصرف طی دو هفته پس از زایمان، در آن زمان انجام شود. جهت مصرف مکمل در دوره پس از زایمان، پژوهشگر در روز زایمان در بیمارستان یا محل سکونت واحدهای پژوهش مکمل را تحویل می‌داد. با استفاده از تست ادینبرگ در فواصل معین، تغییرات خلقی پس از زایمان مورد بررسی قرار می‌گرفت. تست ادینبرگ توسط کوکس، هولدن و ارساگووکسی در بخش روان‌پزشکی دانشگاه ادینبرگ ولوینگستون ساخته شده است (۳۹). مقیاس شامل ۱۰ سؤال چهار گزینه‌ای است و آزمودنی باید گزینه‌ای که نزدیک‌ترین حالت با احساسی که فرد در این چند روز دارد را انتخاب نماید. نمره‌گذاری بر اساس شدت علائم و به صورت ۰-۲-۳ است نمره ۱۳ و بالاتر، نشانه بروز آندوه پس از زایمان در نظر گرفته شده است.

تست ادینبرگ در روز ۴ پس از زایمان، روز دهم (اولین روز مراجعه جهت مراقبت پس از زایمان) و ۱۴ روز پس از زایمان که روز پایان مصرف مکمل و حداکثر زمان ممکن جهت بهبود آندوه پس از زایمان است، توسط تمام آزمودنی‌ها تکمیل گردید و بدین ترتیب آزمودنی‌ها

از نظر طول مدت علائم اندوه پس از زایمان بررسی شدند. در نهایت در هر گروه ۶۶ نفر مطالعه را به پایان رساندند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه اختلاف بین گروه‌ها از آزمون‌های آماری کای اسکوئر، تی‌مستقل و آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، دو گروه از نظر مشخصات فردی اختلاف معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$). میانگین سن زنان شرکت‌کننده در مطالعه حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۳۰ سال بود.

میانگین سن همسر افراد شرکت‌کننده، حداقل ۲۱ و

حداکثر ۳۲ سال و میانگین سن ازدواج حداقل ۱۸ و حداکثر ۳۱ سال در کل نمونه‌ها بود. سطح تحصیلات اکثر افراد دو گروه دیپلم بود که ۳۲ نفر (۴۸/۵٪) در گروه کنترل و ۵۰ نفر (۵۰٪) در گروه مداخله دارای مدرک دیپلم بودند. سطح تحصیلات اکثر همسران دو گروه نیز دیپلم بود که ۳۱ نفر (۴۷٪) در گروه مداخله و ۳۴ نفر (۵۱/۵٪) در گروه کنترل دیپلم داشتند. اکثر افراد مورد مطالعه (۹۰/۹٪) خانه‌دار و ۱۲ نفر (۹/۱٪) شاغل بودند. از نظر شغل همسر در دو گروه، ۱۰۸ نفر (۸۱/۸٪) شغل آزاد و ۲۴ نفر (۱۸/۲٪) دارای شغل دولتی بودند. بیشترین فراوانی در زمینه وضعیت اقتصادی در واحدهای پژوهش حد متوسط بود که ۴۹ نفر (۷۴/۲٪) در گروه مداخله و ۵۱ نفر (۷۷/۳٪) در گروه کنترل به‌دست آمد (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات فردی افراد در دو گروه روغن گل مغربی و پلاسبو

مشخصات فردی	گروه		سطح معنی‌داری*
	گروه کنترل انحراف معیار ± میانگین	گروه مداخله انحراف معیار ± میانگین	
سن (سال)	۲۳/۵ ± ۳/۲۵	۲۳/۸ ± ۳/۰۵	۰/۷
سن همسر (سال)	۲۶/۳۴ ± ۱/۹۴	۲۶/۷۲ ± ۲/۶	۰/۳۴
سن ازدواج (سال)	۲۲/۰۴ ± ۳/۳۵	۲۱/۹ ± ۲/۶	۰/۷
شغل	خانهدار	۶۳ (۹۵/۵)	۰/۰۶۹
	شاغل	۳ (۴/۵)	۵۵ (۸۶/۴)
شغل همسر	دولتی	۱۱ (۱۶/۷)	۰/۶۵
	آزاد	۵۵ (۸۳/۳)	۱۳ (۱۹/۷)
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۳ (۳۴/۸)	۰/۰۶۷
	دیپلم	۳۲ (۴۸/۵)	۳۳ (۵۰)
	دانشگاهی	۱۱ (۱۶/۷)	۲۰ (۳۰/۳)
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۱۸ (۲۷/۳)	۰/۴۸
	دیپلم	۳۴ (۵۱/۵)	۱۵ (۲۲/۷)
	دانشگاهی	۱۴ (۲۱/۲)	۳۱ (۴۷)
وضعیت اقتصادی	خوب	۱۵ (۲۲/۷)	۰/۶۸
	متوسط	۵۱ (۷۷/۳)	۱۷ (۲۵/۸)
		۴۹ (۷۴/۲)	

* برای داده‌های کمی از آزمون تی مستقل و برای داده‌های کیفی از کای اسکوئر استفاده شد. متغیرهای کمی بر اساس میانگین ±

انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

معنی‌داری از نظر نمره سلامت روان در گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد ($p = 0/77$).

نتایج مقایسه نمره آزمون ادینبرگ با استفاده از آزمون مقادیر تکراری در سه مقطع زمانی افراد مبتلا به اندوه

میانگین نتایج آزمون سلامت عمومی روان در گروه مداخله $12/4 \pm 4$ و در گروه کنترل $11/9 \pm 6/4$ بود که بر اساس آزمون تست تی مستقل اختلاف آماری

پس از زایمان در دو گروه نشان داد که اختلاف نمره تست ادینبرگ در روز چهارم، دهم و چهاردهم پس از زایمان بین دو گروه معنی‌دار بود (به ترتیب $p=0/001$ ، $p=0/001$ ، $p=0/08$) (جدول ۲).

از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین تعداد روزهای ابتلاء به آندوه پس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل وجود داشت ($p=0/004$) (جدول ۳).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره ادینبرگ در سه مقطع زمانی پس از زایمان در گروه روغن گل مغربی و پلاسبو

گروه‌ها	گروه کنترل	گروه مداخله	*سطح معنی داری
چهارم	۱۳/۳±۳/۲۸	۱۰/۵±۰/۵۷	۰/۰۰۱
دهم	۱۴/۹±۳/۶	۱۱/۲±۱/۲۲	۰/۰۰۱
چهاردهم	۱۳/۰۵±۲/۶	۱۱/۷±۱/۳	۰/۰۸

جدول ۳- مدت ابتلاء به آندوه پس از زایمان در گروه دریافت روغن گل مغربی و پلاسبو

گروه‌ها	گروه کنترل	گروه مداخله	*سطح معنی داری
مدت ابتلاء به آندوه پس از زایمان	۴/۳±۴/۷	۲/۱±۳/۹	۰/۰۰۴
تعداد روزهای ابتلاء			

*آزمون مقادیر تکراری

بحث

گروه کنترل بود. اختلاف نمره ادینبرگ دو گروه به ترتیب در روزهای چهارم و دهم قابل توجه‌تر بود که این زمان، ابتدای بروز اختلال آندوه پس از زایمان محسوب می‌شود. این امر نشانگر تأثیر مثبت روغن گل مغربی در گروه مداخله در جهت کاهش چشم‌گیر مدت ابتلاء به آندوه پس از زایمان است.

در دهه اخیر، توجه خاصی به ارتباط بین مصرف کم امگا-۳ و بروز افسردگی در جمعیت‌های مختلف شده است. نتایج اغلب تحقیقات در این زمینه نیز نشان داده‌اند که افراد با میزان پایین امگا-۳ بیشتر مستعد دیدگاه منفی نسبت به زندگی بوده و رفتارهای تکانشی به ویژه خودکشی در آنها بالاتر می‌باشد. در مقابل، افراد با میزان امگا-۳ بالاتر در خون، کمتر تغییرات خلقی و افسردگی را تجربه کرده‌اند (۲۹) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. در بررسی‌های انجام شده پژوهشی که در ارتباط با تأثیر روغن گل مغربی بر افسردگی و یا آندوه باشد یافت نشد، از طرفی روغن گل مغربی منبع غنی امگا-۳ (۸) می‌باشد لذا، تأثیر امگا-۳ موجود در روغن گل مغربی در ارتباط با افسردگی بیان شده است.

در مطالعه حاضر، مدت ابتلاء واحدهای پژوهش به آندوه پس از زایمان در گروه دریافت‌کننده روغن گل مغربی و پلاسبو بر اساس تعداد روزهای وجود علائم بررسی شد. نتایج مقایسه نمره آزمون ادینبرگ در سه مقطع زمانی افراد مبتلا به آندوه پس از زایمان در دو گروه نشان داد که میانگین نمره تست ادینبرگ در روز چهارم ($p=0/0001$) با روز دهم ($p=0/0001$) و چهاردهم ($p=0/08$) اختلاف آماری معنی‌دار زیادی داشت؛ به این ترتیب که این نمره در روز چهارم در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به شدت کاهش یافت و در روز دهم و چهاردهم با شیب ملایمی افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل در روز چهارم بالا و در روزهای دهم و چهاردهم حالت کاهشی داشت. با این حال نمره آزمون ادینبرگ در روزهای چهارم، دهم و چهاردهم در گروه مداخله در مجموع بسیار کمتر از گروه کنترل بود که این امر بیانگر این است که با گذشت زمان هر دو گروه از نظر بروز آندوه پس از زایمان به وضعیت نرمال روانی نزدیک شده‌اند، ولی در دوره‌ای که خطر ابتلاء به آندوه پس از زایمان وجود دارد، نمره این آزمون که نشان‌دهنده وضعیت روانی مادر است در گروه مداخله بسیار کمتر از

مطالعه ادوارد و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد تغییرات سطح اسیدهای چرب و امگا-۳ در رژیم غذایی و گلبول قرمز افراد در بروز افسردگی مؤثر است (۴۰). در مطالعه نامتز و همکاران (۲۰۰۶)، امگا-۳ به طور قابل توجهی توانست علائم افسردگی را در کودکان کاهش و عملکرد آنها را افزایش دهد (۴۱). مطالعه سابلت و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد کاهش سطح اسیدهای چرب غیراشباع با زنجیره بلند با افزایش خطر خودکشی در افراد افسرده در ارتباط است (۴۲) که مطالعات بالا با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشتند.

در مطالعه هانگ (۲۰۰۳) تأثیر مکمل تغذیه‌ای امگا-۳ بر افسردگی ماژور بعد از زایمان معنی‌دار گزارش شد (۴۳). مطالعه مؤمنی و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف بررسی تأثیر گل‌مغربی، ویتاگنوس و ویتامین E بر افسردگی زنان انجام شد، نشان داد که ویتاگنوس و روغن گیاه گل‌مغربی می‌توانند به یک اندازه در کاهش میانگین نمره افسردگی مؤثر باشند، ولی ویتامین E اگرچه تا حدودی، امتیاز افسردگی را کاهش داد، ولی این کاهش از نظر آماری معنادار نبود (۴۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در زمینه ارتباط گل‌مغربی با اختلالات خلقی و افسردگی، مطالعه ساکی و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که روغن گیاه گل‌مغربی می‌تواند به اندازه داروهای ضد افسردگی در کاهش میانگین نمره افسردگی، علائم آن و بهبود عملکرد بیماران به شکلی چشمگیر مؤثر باشد و استفاده از آن را به عنوان خط اول درمان، در افسردگی‌های غیرسایکوتیک پیشنهاد کردند (۴۵) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه داسیلوا و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف بررسی تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ در بیماران مبتلا به پارکینسون انجام شد، نمونه‌ها در گروه دریافت‌کننده اسید چرب، روزانه ۴ عدد کپسول ۱ گرمی امگا-۳ و در گروه دریافت‌کننده پلاسبو، روغن معدنی مصرف کردند. نتایج نشان داد که در گروه دریافت‌کننده اسیدچرب امگا-۳ کاهش واضح در میزان افسردگی مشاهده شد ($p < 0.01$) و تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ با داروهای ضد افسردگی قابل مقایسه بود (۳۳) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر بین میانگین تعداد روزهای ابتلاء به اندوه پس از زایمان در گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p = 0.004$)، این امر مؤید تأثیر مثبت مصرف روغن گل‌مغربی بر کاهش تعداد روزهای ابتلاء به اندوه پس از زایمان در گروه روغن گل‌مغربی نسبت به گروه پلاسبو و در نتیجه کاهش مدت بروز اندوه پس از زایمان در این گروه بود.

در مطالعه ایوان بقا و همکاران (۲۰۰۹) گروه امگا-۳ قبل از درمان ۶۵٪ افسردگی متوسط و ۳۵٪ افسردگی خفیف داشتند که این میزان پس از ۸ هفته درمان، به ترتیب به ۳۷/۹٪ و ۶/۸٪ کاهش یافت و ۵۵/۱٪ افراد در پایان مطالعه در گروه امگا-۳ غیر افسرده شدند. در گروه پلاسبو قبل از درمان ۶۶/۶٪ افسردگی متوسط و ۳۳/۳٪ افسردگی خفیف داشتند که پس از درمان به ۵۷/۱٪ و ۲۶/۹٪ تغییر یافت و ۸/۹٪ افراد در گروه پلاسبو در پایان مطالعه غیر افسرده و ۷/۱٪ مبتلا به افسردگی شدید بودند که تفاوت آماری معنی‌داری از نظر شدت افسردگی پس از زایمان در دو گروه مشاهده شد ($p = 0.001$) که این نتایج با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت (۴۶). در مطالعه ناهیدی و همکاران (۲۰۱۱) که به بررسی تأثیر اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان پرداختند، تأثیر امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان از هفته اول شروع درمان آغاز شد، ولی از هفته دوم بسیار مؤثر گزارش شد (۴۷). این تأثیر در مطالعه کوان-پین (۲۰۰۳) از هفته چهارم بعد از شروع درمان نشان داده شد (۴۸). در مطالعه نم‌تیس (۲۰۰۲) که به بررسی تأثیر امگا-۳ و روغن زیتون (پلاسبو) بر روی ۲۲ بیمار پرداختند، تأثیر امگا-۳ در بیماران افسرده تک قطبی از هفته دوم مشاهده شد و گزارش کرد که افراد تحت درمان با امگا-۳، در چهارمین هفته درمان، افسردگی پایین‌تری داشتند؛ به طوری که افزودن امگا-۳ به داروهای ضد افسردگی در کاهش نمره مقیاس افسردگی هامیلتون مؤثر گزارش شد (۲۸). کلرمن و همکار (۱۹۸۹) در مطالعه خود افزایش افسردگی را با رژیم غذایی فقیر از نظر امگا-۳ مرتبط دانستند (۴۹) که تمام این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی داشتند.

غذای شرکت کنندگان به ویژه امگا-۳ اندازه‌گیری نشد. شاید با دانستن میزان امگا-۳، بتوان زنان با سطح پایین امگا-۳ را تشخیص داد. با این حال در مطالعه حاضر بیشتر زنان در هر دو گروه از سطح اجتماعی و اقتصادی یکسانی برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری

مصرف روغن گل مغربی در کاهش مدت زمان ابتلاء به اندوه پس از زایمان مؤثر است و هیچ‌گونه عارضه جانبی به دنبال ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل قسمتی از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی می‌باشد که در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2013052513452N1 ثبت و در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اهواز با کد اخلاق شماره E505 به تصویب رسید. بدین‌وسیله از تمام زنانی که در این کارآزمایی بالینی مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

با توجه به نقش مهم ماما در سلامت زنان و زایمان و به دنبال آن سلامت جامعه و بر اساس ترویج زایمان ایمن و پروتکل‌های مختلف در بیمارستان‌های دوستدار مادر و کودک در جهت بهبود وضعیت جسمی، روانی مادر و نوزاد، می‌توان از این مکمل جهت کاهش مدت زمان ابتلاء به اندوه پس از زایمان و بهبود افراد مبتلا به این اختلال روانی به عنوان روشی بی‌خطر و کارآمد استفاده کرد. مطالعه حاضر، اولین مطالعه‌ای است که به بررسی اثرات روغن گل مغربی بر اندوه پس از زایمان پرداخته است. انجام پژوهش به صورت دوسوکور و ورود واحدهای پژوهش به صورت تصادفی از دیگر نقاط قوت پژوهش بود. همچنین انجام تمام مراحل پژوهش اعم از انتخاب نمونه، ارزیابی و پیگیری واحدهای پژوهش و ثبت داده‌ها شخصاً توسط پژوهشگر انجام شد که این امر بر دقت پژوهش می‌افزاید و عوامل مداخله‌گر نظیر روش زایمان، زمان زایمان (ترم بودن) و سابقه بیماری‌های سیستمیک و سایر موارد مانند بارداری ناخواسته و سابقه نازایی و ... لحاظ شده است. از طرف دیگر، در این مطالعه زنان از هفته ۳۷ بارداری تا ۲ هفته پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفتند و مصرف

منابع

1. Glangeaud-Freudenthal NC, Crost M, Kaminski M. Sever post-delivery blues: associated factors. Arch Womens Ment Health 1999; 2(1):37-44.
2. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. Lancet 2004; 363(9405):303-10.
3. Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium. Arch Womens Ment Health 2003; 6(2):33-42.
4. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw Hill; 2014. P. 1488-9.
5. Held L, Rutherford A. Can't a mother sing the blues? Postpartum depression and the construction of motherhood in late 20th-century America. Hist Psychol 2012; 15(2):107-23.
6. Ricci SS. Essentials of maternity, newborn and woman's health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams and Wikins; 2006.
7. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kretsas G, Christodoulou GN. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. J Affect Disord 2007; 99(1):107-15.
8. Adewuya AO. The maternity blues in western Nigerian women: prevalence and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2006; 193(4):1522-5.
9. Hau FW, Levy VA. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. J Affect Disord 2003; 75(2):197-203.
10. Moslemi L. Prevalence of postpartum blues. [Master Thesis]. Ahvaz, Iran: Jundishapur University Medical Sciences; 2007. (Persian).
11. O'Keane V, Lightman S, Patrick K, Marsh M, Papadopoulos AS, Pawlby S, et al. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. J Neuroendocrinol 2011; 23(11):1149-55.
12. Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. Assessment 2012; 19(2):247-56.
13. Adewuya AO. The maternity blues in western Nigerian women; prevalence and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2005; 193(4):1522-5.
14. Janati Yadalalah KN. Psychiatric in nursing. Tehran: Community Oriented; 2005. (Persian).

15. Desari AK, Grossberge GT. Herbal and botanicals in geriatric psychiatry. *Am J Geriatric Psychiatry* 2003; 11(5):498-506.
16. Kamalipour M, Akhoundzadeh SH, Rezazadeh S. Herbal medicines in the treatment of depression and anxiety. *J Med Planets* 2008; 7(4):1-7. (Persian).
17. Grenyer BF, Crowe T, Meyer B, Owen AJ, Grigonis-Deane EM, Caputi P, et al. Fish oil supplementation in the treatment of major depression: A randomised double-blind placebo-controlled trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31(7):1393-6.
18. Kasper S, Angheliescu IG, Szegedi A, Dienel A, Kieser M. Placebo controlled continuation treatment with Hypericum extract WS 5570 after recovery from a mild or moderate depressive episode. *Wien Med Wochenschr* 2007; 157(13-14):362-6.
19. Ghasemnezhad A, Honermeier B. Yield, oil constituents, and protein content of evening primrose (*Oenothera biennis* L.) seeds depending on harvest time, harvest method and nitrogen application. *Indust Crops Prod* 2008; 28(1):17-23. (Persian).
20. Borja-Hart NL, Marinoy J. Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of prenatal depression. *J Hum Pharmacol Ther* 2010; 30(2):210-6.
21. Hibbeln JR, Salem N. Dietary polyunsaturated fats and depression: when cholesterol alone doesn't satisfy. *Am J Clin Nutr* 1995; 62:1-9.
22. Saki M, Jariani M, Saki K, Delfan B, Tarahi M, Gholami M. Effects of evening primrose oil on depression disorders on patients at the psycho-neurological clinic of Khoramabad. *J Ilam Univ Med Sci* 2008; 16(4):47-56. (Persian).
23. Lin PY, Su KP. A meta-analytic review of double blind, placebo-controlled trials of antidepressant efficacy of omega-3 fatty acids. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(7):1056-61.
24. Logan AC. Omega-3 fatty acid and major depression: a primer for the mental health professional. *Lipids Health Dis* 2004; 3:25.
25. Logan AC. Neurobehavioral aspects of omega-3 fatty acids: possible mechanisms and therapeutic value in major depression. *Altern Med Rev* 2003; 8(4):410-25.
26. Liorente AM, Jensen CL, Voigt RG, Fraley JK, Berretta MC, Heird WC. Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation on postpartum depression and information processing. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(5):1348-53.
27. Nemets B, Stahl Z, Belmaker RH. Addition of omega-3 fatty acid to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159(3):477-9.
28. Nemets H, Nemets B, Apter A, Bracha Z, Belmaker RH. Omega-3 treatment of childhood depression: a controlled double-blind pilot study. *Am J Psychiatry* 2006; 163(6):1098-100.
29. Coates PM, Blackman M, Betz JM, Cragg GM, Levine MA, Moss J, et al. *Encyclopedia of dietary supplements*. New York: Marcel Dekker; 2005.
30. Braun L, Cohen M. *Herbs and natural supplements: an evidence-based guide*. London: Churchill Livingstone; 2010.
31. Bayles B, Usatine R. Evening primrose oil. *Am Fam Physician* 2009; 80(12):1405-8.
32. Blommers J, de Lange-De Klerk ES, Kuik DJ, Bezemer PD, Meijer S. Evening primrose for severe chronic mastalgia: a randomized, double-blind, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(5):1389-94.
33. da Silva TM, Munhoz RP, Alvarez C, Naliwaiko K, Kiss A, Andreatini R, et al. Depression in Parkinson's disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled pilot study of omega-3 fatty-acid supplementation. *J Affect Disord* 2008; 111(2-3):351-9.
34. Wang W, Chen HS, Liu JP. *Evening primrose oil or other essential fatty acids for the treatment of premenstrual syndrome (PMS)*. New York: John Wiley & Sons; 2009.
35. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9(1):13-28.
36. Najarian B, Davoudi I. Construction and validation of short form for SCL-90-r (SCL-25). *J Psychol* 2001; 5(2):136-49. (Persian).
37. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(1):131-45.
38. Ebadi M, Harirchi A-M, Shariati M, Gormoodi GhR-, Fateh A, Montazeri A. Translation, Determining the Reliability and Validity of General Health Questionnaire (GHQ). 2002; 1 (3): 39-46.
39. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh postnatal depression scale. *J Affect Disord* 2004; 78(2):163-9.
40. Edwards R, Peet M, Shay J, Horrobin D. Omega-3 polyunsaturated fatty acid levels in the diet and in red blood cell membranes of depressed patients. *J Affect Disord* 1998; 48(2-3):149-55.
41. Nemets H, Nemets B, Apter A, Bracha Z, Belmaker RH. Omega-3 treatment of childhood depression: a controlled, double-blind pilot study. *Am J Psychiatry* 2006; 163(3):1098-100.
42. Sublette ME, Hibbeln JR, Galfalvy H, Oquendo MA, Mann J. Omega3 polyunsaturated, essential fatty acid status as a predictor of future suicide risk. *Am J psychiatry* 2006; 163(6):1100-2.
43. Su KP, Huang SY, Chiu CC, Shen WW. Omega-3 fatty acid in major depressive disorder a preliminary double blind Placebo controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13(4):267-71.
44. Momeni H, Salehi A, Seraji A. The comparison of Vitex agnus castus and evening primrose oil on women's depression: a clinical trial. *Yafte* 2013; 15(2):67-76. (Persian).



45. Saki M, Jariani M, Saki K, Delfan B, Tarahi M, Gholami M. Effects of evening primrose oil on depression disorders on patients at the psycho-neurological clinic of Khoramabad. *J Ilam Univ Med Sci* 2008; 16(4):47-56. (Persian).
46. Ivanbaga R, Norousi Panahi L, Ghojzadeh M, Ranjbar Koochaksaraee F. Comparison of effectiveness of Omega-3 Fatty Acids with placebo in treatment of mild to moderate postpartum depression. *J Ardabil Univ Med Sci* 2009; 9(1):23-32. (Persian).
47. Nahidi F, Taghizadeh S, Sadr S, Alavi Majd H. The effect of omega-3 fatty acids on postpartum depression. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(7):24-31. (Persian).
48. Su KP, Huang SY, Chiu CC, Shen WW. Omega- 3 fatty acid in major depressive disorder a preliminary double blind Placebo controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13(4):267-71.
49. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989; 261(15):2229-35.

Archive of SID