

بررسی رضایت مصرف والرین در درمان اختلال خواب زنان یائسه

ندا ناظم اکباتانی¹، سیمین تعاونی^{2*}، حمید حقانی³، صدیقه غرایاق زندی⁴

- 1- مربی، کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- 2- مربی، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- 3- مربی، دانشجوی دکتری آمار حیاتی، گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- 4- کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: 90/7/20 تاریخ پذیرش: 90/10/7

چکیده

زمینه و هدف: بی‌خوابی اثرات منفی عمده‌ای بر کیفیت زندگی افراد یائسه دارد و سبب کاهش میزان عملکرد روزانه از نظر جنبه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌شود. حدود 64/8 درصد زنان استفاده از مکمل‌های گیاهی را جهت رفع مشکلات خواب ترجیح می‌دهند. هدف پژوهش حاضر بررسی نمره اختلال خواب و رضایت از مصرف والرین در درمان آن، در طول یک دوره زمانی 6 ماهه می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی، بر روی 100 زن واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گردید. ابزار پژوهش شامل سه قسمت برگه ثبت مشخصات فردی، شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ و خط کش دیداری ده نمره‌ای رضایت مصرف بود. جمع‌آوری اطلاعات در سه مقطع زمانی بلافاصله، یک ماه و شش ماه بعد از قطع مصرف والرین صورت گرفت.

یافته‌ها: در نمره اختلال خواب و رضایت مصرف تنها بلافاصله بعد از مصرف والرین بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید ($p=0/001$) و بعد از یک و شش ماه پس از قطع مصرف هیچ گونه تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نگردید. همچنین در مقایسه سه زمان فوق، تفاوت معنی‌داری دیده شد بدین صورت که با گذشت زمان این رضایت و بهبودی در نمره اختلال خواب رو به کاهش می‌باشد.

نتیجه‌گیری: والرین باعث بهبود اختلال خواب زنان یائسه تنها در طول دوره مصرف می‌شود و بعد از قطع مصرف، تفاوتی بین گروه دارونما و والرین وجود ندارد. بنابراین برای بهبودی اختلال خواب نیاز به مصرف مداوم این مکمل می‌باشد.

واژگان کلیدی: یائسگی، اختلال خواب، والرین

*نویسنده مسئول: میدان توحید، دفتر آموزش مداوم مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email: Staavoni14@yahoo.com

مقدمه

امروزه از نظر متخصصین بهداشت جامعه، فرایند یائسگی ممکن است دارای نشانه‌ها و عوارضی باشد که در زندگی فرد اثر گذاشته و ممکن است برای او مضر باشد (1). تغییر در طول عمر و افزایش امید به زندگی باعث شده است زنان بیش از یک سوم عمر خود را در دوران پس از یائسگی سپری کنند، لذا مشکلات و عوارض آن ملموس‌تر شده و از طرف اعضای بهداشتی جامعه مورد توجه قرار گرفته است (2). به طوری که در آستانه سومین هزاره، یائسگی از یک مشکل حاشیه‌ای به کانون توجه جوامع پزشکی و بهداشتی تبدیل شده و چه بسا که هزینه مراقبتی و بهداشتی زیادی را نیز به خود اختصاص دهد (3).

یکی از عوارض یائسگی که به دلیل کاهش هورمون‌های جنسی ایجاد می‌شود اختلال خواب می‌باشد که به طور چشم‌گیری کیفیت زندگی زنان را در این دوران تحت تاثیر قرار می‌دهد (4) در واقع خواب زمان استراحت مغز و بدن است که در حین آن هوشیاری به طور نسبی کاهش می‌یابد. پدیده خواب فرد را از استرس و مسئولیت‌ها رها می‌سازد. هم‌چنین سبب تجدید قوای روحی، روانی و جسمی می‌شود. با وجود آن که به طور قطع مشخص نیست که خواب چگونه می‌تواند برای بدن مفید واقع شود ولی همواره از خواب به عنوان یکی از اساسی‌ترین نیازهای بشر یاد شده است (5).

حدود یک سوم بزرگسالان در دنیا دچار اختلال خواب هستند. این مشکل با بالا رفتن سن و اضافه شدن بیماری‌های مزمن تشدید می‌گردد و تا حدود 69 درصد افزایش می‌یابد (5، 6).

در کتب و مقالات مختلف روش‌های متعددی جهت بهبود و درمان اختلالات خواب بیان شده که از جمله این روش‌ها به تغییر در سبک زندگی، استفاده از داروها، تغذیه درمانی، مکمل‌های محتوی اسید آمینه تریپتوفان، هیدروکسی تریپتوفان و ملاتونین می‌توان اشاره نمود. هم‌چنین روش‌های دیگر بهبود خواب شامل مواردی چون موسیقی درمانی، لمس درمانی، آرام‌سازی، یوگا و طب

سوزنی می‌باشد (2). لیکن اولین خط درمانی که معمولاً توسط پزشکان به کار گرفته می‌شود، تجویز هورمون‌ها می‌باشد ولی بسیاری از زنان ممکن است شرایط استفاده از هورمون درمانی را نداشته باشند (1).

تحقیقات جهانی نشان می‌دهد در سنین یائسگی و بعد از آن زنان تمایل زیادی به استفاده از گیاهان دارویی دارند به طوری که 50 درصد افراد میانسال از مکمل‌های گیاهی جهت کنترل بی‌خوابی خود استفاده می‌کنند (1). به همان اندازه که ورزش کردن در دوران یائسگی مهم و موثر گزارش شده است، به استفاده از طب مکمل و مواد طبیعی نیز برای کنار آمدن با تغییرات یائسگی تاکید شده است (7). نزدیک به 1/6 میلیون نفر آمریکایی از درمان‌های مکمل جهت رفع مشکلات خواب استفاده می‌کنند (6). یکی از قدیمی‌ترین گیاهان مورد استفاده در رفع اختلالات خواب، والرین می‌باشد که از قرن‌ها پیش در مصر، یونان، چین و اروپا استفاده شده است (2، 5، 8).

اندر و همکاران (2007) مطرح می‌کنند که یکی از دلایل استقبال مردم از گیاه والرین یا همان سنبل الطیب برای رفع مشکلات مربوط به خواب آنها، در دسترس بودن این گیاه و ارزان بودن آن است (9). در گزارشی که از طرف سازمان دارویی آمریکا منتشر شد، سنبل الطیب دارویی کاملاً بی‌خطر ذکر شده است (10). یکی از قدیمی‌ترین پژوهش‌ها در مورد کاربرد سنبل الطیب در بهبود مشکلات خواب مطالعه لیتوود و همکاران بود که در سال 1982 انجام شد. در این مطالعه مصرف سنبل الطیب تا 63 درصد موجب بهبودی اختلال خواب گشته بود هر چند که در گروهی که دارونما نیز دریافت کرده بودند تا 43 درصد بهبود اختلال خواب مشاهده گردیده بود (11). هادلی و همکاران (2003) در مقاله‌ای در مورد سنبل الطیب چنین نتیجه می‌گیرند که اگر سنبل الطیب به مدت یک تا دو هفته شبانه استفاده شود می‌تواند بی‌خوابی خفیف تا متوسط را بهبود بخشد. اما در مورد تاثیر تک دوز آن اختلاف نظر وجود دارد و هم‌چنین ذکر می‌کنند که این مکمل گیاهی در طول مصرف می‌تواند

باعث بهبود مشکلات خواب شود و در طولانی مدت بعد از قطع مصرف تاثیری ندارد (12).

در مطالعه‌ای که توسط کرنی و اشמיד (1999) انجام شده به علاقه و رضایت زیاد افراد جهت درمان مشکلات مربوط به بی‌خوابی با استفاده از انواع مکمل‌های گیاهی اشاره شده است و هم‌چنین توضیح می‌دهد که این مکمل‌ها بهتر است در مشکلات خفیف استفاده شوند و می‌توان این مکمل‌ها را به صورت تنها یا ترکیب با یکدیگر به کار برد (13). در مطالعه‌ای دیگر نالاکا (2008) ذکر می‌کند که حدود 74/3 درصد از بزرگسالان مبتلا به بی‌خوابی از درمان‌های مکمل استفاده می‌کنند و جالب این که 64/8 درصد آنها نوع مکمل‌های گیاهی را ترجیح می‌دهند و از مصرف آنها رضایت دارند، همین‌طور بیان می‌کند که تمایل به استفاده از مکمل‌های درمانی با بالا رفتن سن افراد افزایش می‌یابد (2).

از آنجائی که نتایج پژوهش‌های مختلف انجام شده به منظور بهبود نمره اختلال خواب به دنبال مصرف والرین ضد و نقیص بوده و تاکنون در مورد توالی رضایت مصرف و تداوم بهبود اختلال خواب بعد از قطع مکمل گیاهی پژوهشی در ایران ثبت نگردیده است، بنابر این پژوهشگران در این مطالعه بر آن شدند تا رضایت مصرف و نمره اختلال خواب بعد از قطع آن در سه زمان مختلف پس از قطع مصرف را مورد بررسی قرار دهند تا مشخص گردد بهترین میزان بهبودی و رضایت مصرف در چه زمانی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد که به منظور بررسی نمره رضایت مصرف والرین و اختلال خواب در سه مقطع زمانی بلافاصله، یک ماه و شش ماه بعد از قطع مصرف گیاه سنبل‌الطیب (والرین) در زنان یائسه 60-50 سال در مراکز بهداشتی و درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال 89 صورت گرفت. این مطالعه در ادامه کارآزمایی بالینی تصادفی با عنوان بررسی تاثیر

والرین بر اختلال خواب زنان یائسه 60-50 ساله انجام گرفت. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت تصادفی و مستمر بود. معیار ورود به مطالعه گذشت حداقل یک سال از زمان آخرین قاعدگی پس از شروع یائسگی طبیعی، سن 60-50 سال، نبود بیماری‌های جسمی و روانی، عدم مصرف دارو، دخانیات و الکل و کسب نمره حداقل 5 از پرسش‌نامه پیتزبرگ بود و معیار خروج از مطالعه شامل پیدایش هرگونه بیماری جسمی و روانی در طول انجام پژوهش که موجب اختلال خواب گردد، پیدایش تغییر قابل توجه شرایط خواب به صورت غیر قابل پیش‌بینی از جمله مسافرت، تغییر مکان و مصرف هرگونه دارو، مواد اضافی و عدم تمایل به ادامه در طول مطالعه بود.

با استفاده از فرمول حجم نمونه پوکاک و بعد از بررسی‌های مقدماتی تعداد 100 خانم واجد شرایط با تکمیل فرم رضایت‌نامه وارد مطالعه شدند. در مرحله بعدی نمونه‌ها به طور تصادفی از طریق زوج و فرد کردن کدهای مربوط به هر نمونه، به دو گروه 50 نفری (الف و ب) تقسیم شدند. به هر دو گروه آموزش نحوه استفاده از کپسول‌ها و اهمیت مصرف صحیح آن ارائه شد. جهت نظارت بر مصرف کپسول‌ها پژوهش‌گر هر هفته نحوه مصرف را از طریق تماس تلفنی با واحدهای پژوهش کنترل نموده و در صورت عدم مصرف به مدت 7 روز و یا داشتن هر یک از شرایط حذف، نمونه‌ها از مطالعه خارج می‌گردید. به نمونه‌ها توضیح داده شد که در صورت تداوم صحیح مصرف کپسول‌های ارائه شده تا پایان مطالعه یک معاینه رایگان جهت غربال‌گری سرطان پستان و معاینات بالینی توسط مامای مسئول پژوهش ارائه می‌شود. علیرغم این که این دارو فاقد عوارض جانبی جدی می‌باشد، ولی از نمونه‌ها خواسته شد هرگونه مشکلی به دنبال مصرف کپسول‌ها را به پژوهش‌گر اطلاع دهند و در صورت نیاز به مصرف دارو و یا تمایل به خروج از مطالعه مصرف خود را قطع نمایند.

گروه آزمون از کپسول خوراکی سدآمین محصول شرکت گل دارو که حاوی 530 میلی‌گرم عصاره ریشه والرین در هر کپسول است روزانه صبح و شب هر بار یک

است (15، 16). پایایی این پرسش‌نامه نیز در تحقیقات مختلف سنجیده شده است (14-16).

به مدت یک ماه از کپسول خوراکی سدآمین که حاوی 530 میلی‌گرم عصاره ریشه سنبل‌الطیب بود، و در گروه دیگر از کپسول حاوی نشاسته به میزان 5 میلی‌گرم به طور روزانه دو کپسول استفاده شد سپس یک بار بلافاصله بعد از اتمام مصرف و بار دوم یک ماه بعد و برای سومین بار شش ماه بعد از قطع مصرف، پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ و خط کش دیداری ده نمره‌ای جهت رضایت مصرف‌توسط نمونه‌ها تکمیل گردید. لازم به ذکر است که برگه ثبت مشخصات فردی در ابتدای ورود داوطلبین به مطالعه تکمیل گردیده بود، همچنین کلیه نمونه‌ها فرم رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل نموده بودند.

در مرحله بعد کلیه اطلاعات توسط رایانه ثبت و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی و استنباطی (تی مستقل و آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر) نیز جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه 14 استفاده شد. هم‌چنین لازم به ذکر است کد مجوز کمیته اخلاق این پژوهش در دانشگاه مربوطه 854 /م می‌باشد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی اولیه پرسش‌نامه PSQI نشان‌گر آن بود که 70 درصد زنان 50-60 ساله اختلال خواب داشتند که وارد مطالعه شدند. میانگین سنی زنان در گروه آزمون $52/7 \pm 3/2$ و در گروه کنترل $53/1 \pm 3/4$ ، سن یائسگی در گروه آزمون $46/9 \pm 3/9$ و در گروه کنترل $48/02 \pm 3/6$ ، میانگین تفاوت سنی با همسر در گروه آزمون $4/02 \pm 6/17$ و در گروه کنترل $4/45 \pm 6/2$ ، تعداد افراد خانواده در گروه آزمون $4/36 \pm 1/79$ و در گروه کنترل $4/56 \pm 2/3$ ، تعداد فرزندان در گروه آزمون $4/52 \pm 2/3$ و در

کپسول به مدت یک ماه استفاده نمود. به گروه کنترل نیز کپسول دارونما حاوی 50 میلی‌گرم نشاسته به همان ترتیب گروه آزمون داده شد. لازم به ذکر است که کپسول‌های فوق ظاهری یک شکل داشته و توسط دارو ساز ساخته شده و در داخل پاکت‌های الف و ب قرار گرفت. نمونه‌ها و کل گروه پژوهش، تا آخرین مرحله استخراج اطلاعات نهایی از محتوای پاکت‌های الف و ب بی‌اطلاع بودند، لذا پژوهش حاضر به صورت سه سوکور انجام گرفت. در انتهای پژوهش دارو ساز ذکر کرد که پاکت الف محتوی والرین و پاکت ب محتوی نشاسته می‌باشد.

ابزار به کار رفته در این پژوهش شامل خط کش ده نمره‌ای رضایت مصرف والرین و پرسش‌نامه شاخص اختلال خواب پیترزبرگ بود. این پرسش‌نامه اختلال خواب در طول یک ماه گذشته را مورد بررسی قرار می‌دهد و از 9 سوال اصلی تشکیل شده که سوالات 1-4 به صورت باز، کوتاه و تک جوابی و سوال 5-9 به صورت چهار جوابی می‌باشد. در کل، این پرسش‌نامه از هفت حیطه (توصیف کلی فرد از کیفیت خواب، تاخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب واقعی، کفایت خواب شامل بر طول مدت خواب واقعی از کل زمان سپری شده در رختخواب، اختلال خواب که به صورت بیدار شدن شبانه فرد تعریف می‌شود، میزان داروهای خواب آور مصرفی، عملکرد روزانه به صورت مشکلات تجربه شده ناشی از بی‌خوابی فرد) تشکیل شده است که پس از نمره‌بندی نهایی سوالات در صورت کسب نمره 5 و بیشتر نشانگر اختلال خواب می‌باشد.

اعتبار علمی پرسش‌نامه پیترزبرگ در ایران چندین بار در مطالعات مختلف از طریق روایی محتوا سنجیده شده است. چنانچه این پرسش‌نامه توسط حسین آبادی و همکاران (1386) در دانشگاه تربیت مدرس مورد استفاده و سنجش قرار گرفته است (14). هم‌چنین در دانشکده پرستاری و مامایی ایران نیز در دو پژوهش انجام شده توسط ملک زادگان و همکاران (1385) و نصیری زیبا و همکاران (1385) روایی ابزار از طریق روایی محتوا سنجیده شده

با گذشت یک ماه و شش ماه از قطع مصرف این رضایت کاهش یافته و بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوتی دیده نشد (جدول 2).

گروه کنترل $5/1 \pm 1/68$ ، تعداد زایمان در گروه آزمون $4/74 \pm 2/3$ و در گروه کنترل $5/34 \pm 1/72$ و تعداد فرزندان که ازدواج کرده‌اند در گروه آزمون $2/52 \pm 2/13$ و در گروه کنترل $2/94 \pm 2/06$ بود. (جدول 1)

جدول 1. مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها به تفکیک در دو گروه

والرین و دارونما		مشخصات دموگرافیک
دارونما	والرین	
$53/1 \pm 3/4$	$52/7 \pm 3/2$	سن
$48/02 \pm 3/6$	$46/9 \pm 3/9$	سن یائسگی
54%	48%	سطح تحصیلات بی سواد
44%	36%	ابتدایی
2%	16%	دیپلم
2%	4%	شاغل
98%	96%	وضعیت اشتغال خانه دار
6%	14%	وضعیت اقتصادی خوب
62%	56%	متوسط
32%	30%	بد
78%	82%	وضعیت تاهل متاهل
22%	18%	بیوه
$4/45 \pm 6/2$	$4/02 \pm 6/17$	تفاوت سنی با همسر
$5/34 \pm 1/72$	$4/74 \pm 2/3$	تعداد زایمان
$5/1 \pm 1/68$	$4/52 \pm 2/3$	تعداد فرزندان
$2/94 \pm 2/06$	$2/52 \pm 2/13$	تعداد فرزندان ازدواج کرده
$4/56 \pm 2/3$	$4/36 \pm 1/79$	تعداد افراد خانواده

در انتها مشاهده گردید که تنها بلافاصله بعد از قطع مکمل گیاهی والرین اختلال خواب بهبود یافته است و بین دو گروه آزمون و دارونما تغییر معنی‌داری دیده شد ولی یک ماه بعد از قطع مصرف و شش ماه بعد بین دو گروه هیچ تفاوتی وجود ندارد و مکمل گیاهی نتوانسته است در طولانی مدت اثر خود را حفظ کرده و باعث کاهش نمره اختلال خواب شود. همچنین نتایج نشان می‌دهد که در مقایسه سه زمان تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد بدین صورت که با گذشت زمان نمره اختلال خواب به وضعیت اولیه خود باز می‌گردد (جدول 2).

در مورد رضایت مصرف نیز مشاهده شد با گذشت زمان رضایت مصرف کنندگان کاهش یافته است بدین معنی که بلافاصله بعد از قطع کپسول‌ها رضایت مصرف کنندگان در بالاترین حد خود بوده است و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دارونما و آزمون مشاهده شد ولی

جدول 2. مقایسه نمره اختلال خواب (بازار شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ) و رضایت مصرف واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مصرف کننده والرین و دارونما در دوره های زمانی مختلف پس از قطع مصرف

گروهها	والرین	دارونما
زمان	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
بلافاصله پس از اختلال خواب	$64/2 \pm 02/6$	$95/3 \pm 9$
قطع مصرف رضایت از مصرف والرین	$7/04 \pm 2/26$	$4/6 \pm 2/75$
یک ماه پس از اختلال خواب	$7/22 \pm 1/69$	$11/1 \pm 1/51$
قطع مصرف رضایت از مصرف والرین	$3/22 \pm 1/69$	$2/48 \pm 1/51$
شش ماه پس از اختلال خواب	$44/3 \pm 88/9$	$35/4 \pm 14/11$
قطع مصرف رضایت از مصرف والرین	$2/7 \pm 1/61$	$1/72 \pm 1/03$

بحث

فولی و همکاران (1995) و تایبی و همکاران (2009) ذکر می‌کنند که اختلال خواب در زنان یائسه شیوع بالایی دارد (۱۷،۶) در مطالعه حاضر نیز نتایج مشابه به دست آمد، چنانچه 70 درصد از نمونه‌ها دارای اختلال خواب بودند.

هدف پژوهش حاضر بررسی نمره اختلال خواب و رضایت از مصرف درمان یک ماهه والرین، بلافاصله پس از قطع مصرف، یک ماه و شش ماه پس از قطع مصرف بود.

استفاده شوند و می‌توان این مکمل‌ها را به صورت تنها یا ترکیب با یکدیگر به کار برد (13). هادلی و همکاران (2003) نشان می‌دادند که والرین در زمان مصرف می‌تواند باعث بهبود اختلال خواب شود (12) همان طور که در مطالعه حاضر نیز دیده شد رضایت مصرف از مکمل گیاهی، بلافاصله بعد از مصرف در بالاترین حد می‌باشد که با سایر مطالعات انجام شده هم‌خوانی دارد ولی به مرور زمان این رضایت کاهش می‌یابد.

با بررسی چندین مطالعه از جمله پژوهش فراج (2003)، دی‌اپر (2004)، لیتوود (1982) و بالدرد (1985) دیده شد طول دوره مصرف مکمل گیاهی بسیار کوتاه بوده (یک روز) و این مدت نمی‌تواند تاثیر یا عدم تاثیر سنبل الطیب را نشان دهد (11، 24-22) به همین دلیل در پژوهش حاضر طول متوسط درمانی که همان یک ماه مصرف می‌باشد، استفاده گردید تا بتوانیم نتیجه‌گیری بهتری در این زمینه انجام دهیم. هم‌چنین در مطالعات نام برده از ابزارهای بسیار متنوعی استفاده شده که در برخی از آنها فقط دو سوال بهتر شدن یا نشدن اختلال خواب مد نظر قرار گرفته است که این نوع ابزار نمی‌تواند اطلاعات کاملی در مورد اختلال خواب در اختیار بگذارد و در این مطالعه نیز سعی شد با استفاده از ابزاری که تمام هفت حیطة را دربر می‌گیرد این مشکل برطرف گردد.

در بین 26 کارآزمایی که توسط بنت و همکاران مورد بررسی قرار گرفت (5) و هم‌چنین در مطالعه حاضر هیچ‌گونه عوارض جانبی گزارش نگردید، بنابراین می‌توان به بی‌خطر بودن این مکمل در دوزهای مصرف شده اشاره نمود. در دیگر کارآزمایی‌های بالینی انجام شده از دوزهای متغیری به میزان 225 تا 1215 میلی‌گرم و یا 75 تا 3000 میلی‌گرم استفاده گردیده، که برخی از این دوزها به گفته فارماکوپه بسیاری از کشورهای اروپایی بی‌تاثیر و ناکافی است (5).

با توجه به تناقض شواهد در زمینه به کارگیری این مکمل گیاهی و عدم وجود مطالعه در مورد رضایت

اوهایون و همکاران نیز ذکر کرده‌اند که یکی از مهم‌ترین دلایل اختلال خواب در دوران یائسگی کاهش سطح هورمون‌های جنسی است. هم‌چنین تغییرات جسمی و روانی وابسته به هورمون‌ها نیز می‌تواند باعث اختلال خواب در این سنین شود (18).

پویارز و همکاران (2002) در مطالعه‌ای که بر روی 19 بیمار در برزیل انجام دادند، مشاهده نمودند که والرین می‌تواند مکمل موثری در بهبود اختلال خواب در کسانی باشد که به مدت طولانی از داروی بنزودیازپین استفاده کرده‌اند و یک ماه بعد از قطع مصرف والرین توانسته است باعث بهبود اختلال خواب افراد شود و از لحاظ کاهش علائم قطع سایر داروی خواب آور مصرف کنندگان رضایت خوبی را بیان می‌کنند (19).

در مقابل کوکستر و همکاران (2003) در مطالعه‌ای گزارش نمودند که والرین نمی‌تواند باعث تداوم بهبود علائم اختلال خواب در افرادی شود که از بی‌خوابی مزمن رنج می‌برند (20) که در مطالعه حاضر نیز نتایج مشابه این تحقیق می‌باشد و والرین تنها در زمان مصرف آن می‌تواند علائم بی‌خوابی را تا حدودی کاهش دهد و در دراز مدت اثرات آن از بین رفته و وضعیت خواب به حالت قبل از مصرف این مکمل گیاهی باز می‌گردد.

گونریت (2008) در تحقیق خود نشان می‌دهد در سنین یائسگی و بعد از آن زنان تمایل زیادی به استفاده از گیاهان دارویی دارند به طوری که 50 درصد افراد میانسال از مکمل‌های گیاهی جهت کنترل بی‌خوابی خود استفاده می‌کنند (2). در آمریکا و انگلیس 80 درصد زنان یائسه داروهای گیاهی استفاده می‌کنند و 70-60 درصد آنان معتقدند که این مکمل‌ها مشکلات آنها را برطرف نموده و طبیعی و بدون عوارض می‌باشند و از مصرف این مکمل‌ها رضایت بالایی دارند (21). در مطالعه‌ای که توسط کرنی واشمید (1999) انجام شد، به رضایت بالای افراد جهت درمان مشکلات مربوط به بی‌خوابی با استفاده از انواع مکمل‌های گیاهی اشاره شده است و هم‌چنین توضیح می‌دهد که این مکمل‌ها بهتر است در مشکلات خفیف

- older adults. Clinics in geriatric medicine. 2008; 24(1): 121-38.
3. Nemati M. The effect of implementing self care plan according to Orem model on women Quality of life in Crisis of menopause. University of Tarbiat Modares. 2005. [persian]
4. Benagiano G, Farris M. In memory of Maria Orlando: physical and psychological health in menopause]. Annali dell'Istituto superiore di sanità. 2002; 38(4): 351-6.
5. Bent S, Padula A, Moore D, Patterson M, Mehling W. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. The American journal of medicine. 2006; 119(12):1005-12.
6. Taibi DM, Landis CA, Petry H, Vitiello MV. A systematic review of valerian as a sleep aid: safe but not effective. Sleep Medicine Reviews. 2007; 11(3): 209-30.
7. Stoppard M. Menopause, symptoms of the menopause. 1 ed: Dorling Kindersley Publishers Ltd; 1994.p.44-59.
8. Moline ML, Broch L, Zak R, Gross V. Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause. Sleep Medicine Reviews. 2003; 7(2): 155-77.
9. Oxman AD, Flottorp S, Håvelsrud K, Fretheim A, Odgaard-Jensen J, Austvoll-Dahlgren A, et al. A televised, web-based randomised trial of an herbal remedy (valerian) for insomnia. PLoS One. 2007; 2(10): e1040.
10. newhope.com [homepage on the Internet]. Nutrition Science News. Valerian Root Is a Safe Sedative. Available from: <http://www.newhope.com/nutritionsciencenews/>
11. Leathwood PD, Chauffard F, Heck E, Munoz-Box R. Aqueous extract of valerian root (*Valeriana officinalis* L.) improves sleep quality in man. Pharmacology Biochemistry and Behavior. 1982;17(1):65-71.
12. Hadley S, Petry JJ. Valerian. American family physician. 2003;67(8):1755-8.
13. Cerny A, Schmid K. Tolerability and efficacy of valerian/lemon balm in healthy volunteers (a double-blind, placebo-controlled, multicentre study). Fitoterapia. 1999;70(3):221-8.
14. Hosseyn abadi R. Effect of acupressure on sleep quality of elderly of Kahrizak. [MSc

مصرف مکمل‌های گیاهی به نظر می‌رسد هنوز تحقیقات بیشتری در این زمینه نیاز است.

نتیجه گیری

مصرف والرین می‌تواند باعث بهبود نمره اختلال خواب در زمان مصرف شود ولی بعد از قطع مصرف آن به مدت یک ماه و شش ماه تاثیری ندارد و در طولانی مدت اثرات آن پابرجا نمی‌ماند. توصیه می‌شود پژوهشی با طول مدخله طولانی‌تر در زمینه ماندگاری اثر، پیدایش احتمالی عوارض و رضایت‌مندی مصرف کنندگان صورت گیرد، هم‌چنین از آنجایی که تمام نمونه‌ها را زنان یائسه 50-60 سال تشکیل دادند، توصیه می‌شود تحقیقات بعدی در زمینه مقایسه اختلال خواب در دو گروه زنان و مردان و هم‌چنین در سنین مختلف صورت گیرد. با توجه به شیوع 70 درصدی اختلال خواب در این سنین و تاثیر آن بر کیفیت زندگی توصیه می‌شود کادر درمانی و بهداشتی در حین انجام معاینات بالینی این زنان اختلال خواب را مد نظر قرار دهند تا هر چه سریع‌تر برای رفع آن اقدام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر در ادامه طرح پایان نامه‌ای مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (کد: 854/پ) می‌باشد که بدین وسیله از معاونت محترم دانشگاه سپاسگزاری می‌گردد. هم‌چنین از شبکه بهداشت شهر قدس به واسطه همکاری لازم در جمع‌آوری نمونه‌ها و تمامی زنان شرکت کننده در این پژوهش قدردانی می‌نماییم.

منابع

1. Taibi DM, Vitiello MV, Barsness S, Elmer GW, Anderson GD, Landis CA. A randomized clinical trial of valerian fails to improve self-reported, polysomnographic, and actigraphic sleep in older women with insomnia. Sleep medicine. 2009; 10(3): 319-28.
2. Gooneratne NS. Complementary and alternative medicine for sleep disturbances in thesis]. University of Tarbiat Modares. 2007. [persian]

15. Malekzadegan A. Effect of relaxation training on sleep disorder in third trimester of pregnancy. [MSc thesis]. Nursing & midwifery faculty of Iran. 2006.[persian]
16. Nasiriziba F. Comparison of general health and quality of sleep in two groups of nursing with fixed shifts and rotation shift. [MSc thesis]. Nursing & midwifery faculty of Iran. 2006.[persian]
17. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM. Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine; Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*. 1995; 18 (6): 425-32.
18. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*. 2002;6(2):97-111.
19. Poyares DR, Guilleminault C, Ohayon MM, Tufik S. Can valerian improve the sleep of insomniacs after benzodiazepine withdrawal? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2002; 26(3): 539-45.
20. Coxeter PD, Schluter PJ, Eastwood HL, et al. Valerian does not appear to reduce symptoms for patients with chronic insomnia in general practice using a series of randomised n-of-I trials. *Complementary Therapies in Medicine*. 2003; 11: 215-22.
21. Geller SE, Studee L. Contemporary alternatives to plant estrogens for menopause. *Maturitas*. 2006; 55:3-13.
22. Balderer G, Borbély AA. Effect of valerian on human sleep. *Psychopharmacology*. 1985; 87(4): 406-9.
23. Diaper A, Hindmarch I. A double-blind, placebo-controlled investigation of the effects of two doses of a valerian preparation on the sleep, cognitive and psychomotor function of sleep-disturbed older adults. *Phytotherapy Research*. 2004; 18(10): 831-6.
24. Farag N, Mills P. A randomized-controlled trial of the effects of a traditional herbal supplement on sleep onset insomnia. *Complementary therapies in medicine*. 2003; 11(4): 223-5.

Archive