

مقایسه اثر بخشی اسیدهای چرب امگا-۳ با پلاسبو در درمان افسردگی خفیف تا متوسط پس از زایمان

ریحانه ایوان بقا^۱، لیلا نوروزی پناهی^۲، دکتر مرتضی قوجازاده^۳، دکتر فاطمه رنجبر کوچکسرای^۴، دکتر مهرانگیز ابراهیمی ممقانی^۵

^۱ نویسنده مسئول: مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران E-mail: rozaivan2006@yahoo.com
^۲ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز
^۳ استادیار فیزیولوژی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
^۴ دانشیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
^۵ استادیار تغذیه، دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی پس از زایمان یکی از شایعترین مشکلات زنان در سنین باروری می باشد. درمان های دارویی جدید متعددی برای درمان اختلال افسردگی معرفی شده اند ولی با توجه به عوارض جانبی داروهای ضدافسردگی و پذیرش بیشتر مادر در دوران شیردهی برای مصرف مکمل های تغذیه ای نسبت به داروهای شیمیایی، این تحقیق با هدف مقایسه اثر بخشی اسیدهای چرب امگا-۳ با پلاسبو در درمان افسردگی خفیف تا متوسط پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه یک کار آزمائی بالینی تصادفی شده دو سوکور بود که بر روی ۱۲۰ زن مبتلا به افسردگی خفیف تا متوسط پس از زایمان که شرایط لازم جهت ورود به مطالعه را داشتند انجام گرفت. در ابتدا افسردگی با استفاده از مقیاس تشخیص افسردگی پس از زایمان ادینبرگ در زنانی که ۲ هفته تا ۳ ماه از زمان زایمان آن ها گذشته، تشخیص داده شد. سپس جهت تعیین شدت افسردگی مقیاس تشخیص افسردگی بک مورد استفاده قرار گرفت. زنان با افسردگی خفیف و متوسط که امتیاز ۴۶ یا کمتر را کسب کرده و تمایل به مصرف داروهای ضد افسردگی توسط روانپزشک نداشتند، وارد مطالعه شده و بصورت تصادفی کپسول یک گرمی امگا-۳ یا پلاسبو به مدت ۸ هفته دریافت نمودند. شدت افسردگی قبل از درمان و هر هفته در طی درمان با مقیاس بک اندازه گیری شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های تی، تحلیل واریانس یکطرفه با اندازه گیری مکرر و رابطه مجذور کای در نرم افزار SPSS۱۴ استفاده شد.

یافته ها: از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف معنی داری در دو گروه امگا-۳ و پلاسبو مشاهده نشد. نتایج نشان داد که میانگین شدت افسردگی قبل از درمان از ۳۵/۴±۹/۲ در گروه امگا-۳، به ۱۷/۶±۷/۰ پس از درمان کاهش یافت که از لحاظ آماری معنی دار بود ($P < 0.0005$). میانگین شدت افسردگی قبل از درمان از ۳۴/۲±۸/۴ در گروه پلاسبو به ۳۳/۶±۹/۳ پس از درمان تغییر یافت که از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P = 0.57$). کاهش امتیاز شدت افسردگی پس از درمان در دو گروه اختلاف آماری معنی داری را نشان داد ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش، مصرف کپسول امگا-۳ با دوز یک گرم در روز به مدت ۸ هفته سبب کاهش شدت افسردگی پس از زایمان می گردد.

واژه های کلیدی: افسردگی، افسردگی پس از زایمان، اسید چرب امگا-۳

مقدمه

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ بیماریهای خلقی دومین عامل ناتوانی را در سراسر دنیا تشکیل خواهند داد [۱]. اختلالات خلقی بطور شایع در دوران بعد از زایمان مشاهده شده [۲] و افسردگی پس از زایمان^۱ یکی از شایعترین مشکلات بهداشت عمومی است که برخی از زنان بعد از زایمان آن را تجربه می نمایند [۳].

مطالعات کنترل شده، شیوع افسردگی پس از زایمان را حدود ۲۸-۱۰ درصد بر آورد کرده اند [۴]. شواهدی وجود دارد که زنان آسیایی در معرض خطر بیشتری بوده [۵] و شیوع این عارضه در تبریز ۳۰/۵٪ گزارش شده است [۶].

بر اساس گزارش کوکس^۲ و همکاران وقوع افسردگی پس از زایمان در ۳ ماه اول بعد از زایمان بیشتر و شدید تر است [۷]. علائم عمده آن شامل خلق پایین، احساس غمگینی و عدم لذت بردن از زندگی، از دست دادن اشتها، اضطراب و اختلال در خواب بوده و مادران از ناتوانی در مراقبت از نوزاد و اشکال در برقراری ارتباط با او، احساس گناه، کاهش اعتماد به نفس و اشکال در تمرکز شکایت دارند [۸].

این اختلال می تواند با مشکلات جسمی مانند بی اشتها، درد اندامها، کمر درد، درد مفاصل و مشکلات گوارشی و سر درد همراه باشد، که در نتیجه باعث کاهش توان مادر در مراقبت از کودک گردد [۹]. لازم به ذکر است که ۱/۰ تا ۲/۰ درصد از زنان به نوع شدید افسردگی به صورت سایکوز پس از زایمان مبتلا می شوند [۱۰]. عوارض افسردگی پس از زایمان شامل غفلت از کودک، جدایی خانواده، آسیب به خود و حتی اقدام به خودکشی است. از دیگر عوارض شایع و مهم این بیماری ایجاد مشکلات هیجانی، رفتاری و تاخیر

شناختی در کودکان مادران افسرده می باشد [۱۱،۱۲]. بایستی توجه داشت که نیمی از زنان با افسردگی پس از زایمان تشخیص داده نمی شوند و کمک و درمانی نیز صورت نمی گیرد [۳]. افسردگی تشخیص داده نشده در این دوران ممکن است منجر به پیشرفت افسردگی مزمن و همانگونه که ذکر شد در موارد شدید منجر به خودکشی شود [۱۳]. در بر خورد با این مشکل روش های گوناگونی وجود دارد، درمان های دارویی جدید نیز برای درمان اختلال افسردگی معرفی شده اند ولی از آنجائی که استفاده از داروهای پسیکوتروپیک در درمان مادران شیرده دارای مشکلاتی از جمله خواب آوری شدید بعضی از داروها و کاهش ظرفیت مادر در پاسخ به گریه های نوزاد در ضمن خواب، تغییر در وضعیت عملکرد جنسی با ایجاد خستگی و تغییر در نقش ها [۹]، گیجی، هیپوتاسیون، تاکیکاردی و غیره و اعمال اثر آرامبخشی بر شیر خوار از طریق شیر مادر می باشد، لذا مصرف این داروها در طی دوران شیر دهی غالباً با محدودیت هایی روبرو می گردد [۱۴]. لذا جستجو به منظور یافتن راه حل جدید و ساده تر که با ایجاد تأثیرات مفید، عوارض جانبی کمتر ی بر مادر و شیر خوار داشته باشند ضروری به نظر می رسد. برخی تحقیقات اخیراً ارتباط بین مصرف مکمل تغذیه ای اسید چرب امگا-۳ و افسردگی مآزور را نشان داده اند [۱۵،۱۶]. از جمله این تحقیقات می توان به کارآزمایی بالینی شاهد موردی دوسوکور کوان-پین^۳ در سال ۲۰۰۳ اشاره نمود که تفاوت چشمگیری را در کاهش نمره افسردگی افراد با اختلال افسردگی مآزور و دریافت کننده امگا-۳ نسبت به گروه شاهد مشاهده نمود [۱۷]. هر چند که لیورنت^۴ در تحقیق خود در سال ۲۰۰۳ نتوانست تأثیر جزو دکوزاپنتانوییک اسید این مکمل تغذیه ای را بر افسردگی نشان دهد [۱۸].

¹ Postpartum depression (PPD)

² Cox

³ Kuan-pin

⁴ Liorente

مکانیسم اصلی اثر امگا-۳ بر سیستم عصبی از طریق تاثیر بر فسفو لیپیدهای دیواره سلولهای عصبی و عملکرد صحیح و ترشح مناسب نوروترنسمیترها می باشد. دومین تاثیر آن از طریق کاهش سیتوکین ها است. سیتوکین ها دسترسی به پیش ساز نوروترنسمیترها و متابولیسم آنها و عملکرد هیپو تالاموس، هیپوفیز و سیستم عصبی را کاهش می دهند. سومین عملکرد آن که توسط کاهش سیتوکین ها می باشد کمک به افزایش پلی پپتید^۱BDNF است که در رشد و بقای سلولهای عصبی در طول دوره رشد و تکامل بسیار موثر است که افزایش این پلی پپتید ارتباط مستقیم با کاهش علائم افسردگی دارد [۱۹]. این مکمل تغذیه ای از دو اسید چرب ضروری بدن (ایکوزاپنتانوییک اسید و دوکوزاهگزانوییک اسید) تشکیل شده و در رشد طبیعی سیستم مغز و اعصاب خصوصا شبکه چشم شیر خوار ضروری است [۲۰]. این دارو توسط سازمان بهداشت و غذا تصویب شده و در کشور ما نیز این دارو با مجوز رسمی از وزارت بهداشت به صورت کپسول های ۱ گرمی مصرف می شود [۲۱]. با توجه به شیوع بالای PPD در ایران، عدم تحقیقات کافی در مورد قطعیت اثر این مکمل غذایی بر افسردگی و نیز اقدام در جهت درمان این اختلال با استفاده از روشی بی خطر یا کم خطر در دوران شیر دهی، پژوهش حاضر با هدف کلی "مقایسه اثر بخشی اسیدهای چرب امگا-۳ با پلاسبو در درمان افسردگی خفیف تا متوسط پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶" انجام گرفت.

روش کار

در این کار آزمائی بالینی شاهددار تصادفی شده دو سوکور که با اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش

دانشگاه علوم پزشکی تبریز صورت گرفت، از بین مراکز بهداشتی شهر تبریز، ۱۰ مرکز بصورت خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. پژوهشگر در ابتدا اسامی مادرانی را که ۲ هفته تا ۳ ماه قبل زایمان کرده بودند، از دفاتر بهداشت خانواده استخراج نموده و به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) از میان آنها تعدادی را انتخاب نموده و توسط شماره تلفن های موجود خانوارها در واحد بهداشت خانواده، با این مادران تماس گرفته شده و از آنها دعوت شد که به مرکز بهداشتی مراجعه نمایند. پس از مراجعه مادر و در اولین برخورد ضمن معرفی پژوهشگر به او، هدف از انجام پژوهش را توضیح داده و چنانچه مادر مشخصات واحدهای پژوهش را دارا بود (افرادی باسواد، در رده سنی ۴۰-۱۸ سال، زایمان نوزاد ترم تک قلو، زنده و سالم، عدم سابقه ابتلا به بیماری مزمن شناخته شده و یا سیستماتیک، نداشتن مشکلات طبی نظیر پره اکلامپسی و دیابت در طی بارداری، نداشتن سابقه مشکلات روانی با تشخیص افسردگی از نوع خفیف و متوسط، عدم مصرف ماهی بیش از یک وعده در هفته، عدم سابقه آلرژی به ماهی، عدم مصرف سیگار و مواد مخدر و داشتن نمره بک بالاتر از ۴۶)، پرسشنامه ادینبرگ^۲ توسط او تکمیل می گردید. چنانچه نمره پرسشنامه ادینبرگ ۱۱ و بالاتر از آن بود (نقطه برش EPDS^۳ در تبریز ۱۱ تعیین شده) [۲۲]، شدت افسردگی توسط پرسشنامه بک سنجیده شد. زنان افسرده پس از زایمان به روانپزشک ارجاع داده می شدند و از سوی پژوهشگر منعی برای درمان و مصرف دارو توسط زنان افسرده پس از زایمان نبود. کلیه زنانی که از پرسشنامه بک امتیاز ۴۷ یا بیشتر را کسب می نمودند، شدت افسردگی پس از زایمان آنان شدید بوده و از مطالعه خارج می شدند و در صورتی که امتیاز کسب شده ۴۶-۱۶ (خفیف و متوسط) بود [۲۳]، چک لیست

² Odinberg

³ Edinburgh Postnatal Depression Scale

¹ Brain Derived Neurotrophic Factor

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

با در نظر گرفتن $\alpha = 0.05$ و توان آزمون ۸۰ درصد برای هر گروه تعداد ۶۰ نمونه در نظر گرفته شد. مقادیر S_1, S_2 و μ_1, μ_2 از مطالعه پایلوت برآورد شد. در مطالعه پایلوت تغییرات این میانگین برای گروه بیماران اسیدهای چرب امگا-۳ ۳/۵ ± ۱۸/۲۴ و برای گروه بیماران پلاسبو ۱/۱۹ ± ۱۸/۲ بود.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، پرسشنامه و چک لیست، شامل تست استاندارد ادینبرگ، بک و چک لیست مشخصات فردی- اجتماعی بود. پرسشنامه ادینبرگ ابزار اندازه گیری اختصاصی برای غربالگری افسردگی در زنان بعد از زایمان می باشد. پرسشنامه ادینبرگ احساس مادران را در یک هفته اخیر مورد ارزیابی قرار می دهد و افرادی که از تست استفاده می کنند نیازی به داشتن تخصص مربوط به روانشناسی و روانپزشکی ندارند. تست استاندارد ادینبرگ شامل ۱۰ سؤال بوده و هر سؤال دارای ۴ قسمت می باشد و به هر سؤال بسته به نوع پاسخ نمره ۰-۳ تعلق می گیرد.

مشخصات دموگرافیک شامل سؤالاتی در زمینه سن، شغل، تحصیلات، درآمد، تعداد بارداری، تعداد سقط، تعداد فرزندان زنده، تاریخ زایمان اخیر، میزان درآمد، جنس و وزن نوزاد اخیر، نحوه زایمان اخیر، رضایت از زندگی زناشویی، خواسته بودن بارداری، خواسته بودن جنس نوزاد، نحوه تغذیه کودک و وضعیت مسکن بود.

در این پژوهش جهت تعیین روایی ابزار گردآوری داده ها از اعتبار محتوا استفاده گردید. با مطالعه کتب و مقالات و بر اساس اهداف پژوهش سؤالات چک لیست دموگرافیک تنظیم و با نظر خواهی از اعضاء هیأت علمی مورد بررسی و قضاوت قرار گرفت. به نظر کارشناسان اعتبار و پایایی پرسشنامه های

دموگرافیک تکمیل می گردید و یک هفته پس از ارجاع به روانپزشک پیگیری می شدند. چنانچه تمایل به مصرف داروهای ضد افسردگی تحت نظر روانپزشک را نداشتند و مایل به شرکت در مطالعه بودند، با اخذ رضایت نامه کتبی، وارد پژوهش می شدند. حجم نمونه ۱۲۰ نفر بود که بصورت انتساب تصادفی یک در میان به دو گروه امگا-۳ و پلاسبو تقسیم شدند (گروه امگا-۳ = ۶۰ نفر، گروه پلاسبو = ۶۰ نفر) و به هر یک از نمونه ها هر هفته یک پاکت با کد مشخص داده می شد. به دلیل نوع پژوهش، پژوهشگر و مادر از نوع داروی داخل پاکت اطلاعی نداشتند. کد گذاری پاکت ها توسط نفر سوم انجام می گرفت. مکمل غذایی اسیدهای چرب امگا-۳ (۱) گرم ۱ بار در روز به مدت ۸ هفته) و پلاسبو (پرسیده از نشاسته برای مدت ۸ هفته یک بار در روز) برای واحدهای مورد پژوهش تجویز می شد و به کلیه افراد آموزش داده می شد تا کپسول را پس از صرف غذا مصرف نمایند. نمونه ها در پایان هر هفته از زمان آغاز درمان از نظر شدت افسردگی پس از زایمان و پایش پذیرش مصرف کپسولها شامل (پایش مصرف مرتب روزانه کپسول، بروز احتمالی عوارض جانبی مصرف ماهی)، مورد بررسی قرار می گرفتند. در نهایت ۱۱۴ نفر تا پایان مطالعه باقی ماندند که ۵۸ نفر در گروه امگا-۳ و ۵۶ نفر در گروه پلاسبو قرار داشتند. متغیرهای مداخله گر از قبیل عدم مصرف دارو طبق آموزش داده شده در طی نمونه گیری و وقوع هرگونه حادثه ناگوار جزو معیارهای خروجی از مطالعه بودند و متغیرهای دموگرافیک و خواسته بودن بارداری و جنس نوزاد، شدت افسردگی و رضایت از زندگی زناشویی تا حد امکان در دو گروه امگا-۳ و پلاسبو همسان گردید. در این مطالعه برای تعیین حجم نمونه از فرمول تفاوت دو میانگین استفاده شد.

هیچ تغییر معنی داری بر حسب دوره درمان در کاهش شدت افسردگی در این گروه مشاهده نشد ($P > 0.05$).

با آزمون طرح تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین دو گروه از نظر میزان شدت افسردگی پس از زایمان در هفته ۸، ۶، ۵، ۴ پس از آغاز درمان، تفاوت معنی دار آماری مشاهده شد ($P < 0.01$) به عبارتی تاثیر امگا-۳ در کاهش شدت افسردگی از هفته چهارم پس از آغاز درمان مشاهده شده است (جدول ۱).

توزیع فراوانی شدت افسردگی پس از زایمان قبل و پس از درمان در دو گروه امگا-۳ و پلاسبو نیز حاکی از آن بود که در گروه امگا-۳ قبل از درمان ۶۵٪ از افراد دارای افسردگی متوسط بودند که پس از درمان به ۶۸٪ کاهش یافت.

همچنین ۳۵٪ افرادی که در این گروه قبل از درمان دارای افسردگی خفیف بودند، به ۳۷٪ تغییر یافت. ۵۵٪ افراد نیز پس از درمان در گروه امگا-۳ غیرافسرده شدند. در گروه پلاسبو قبل از درمان ۳۳/۳ و ۶۶/۶ درصد افراد به ترتیب دارای افسردگی خفیف و متوسط بودند که پس از درمان به ۲۶/۷ و ۵۷/۱ تغییر یافت. پس از اتمام دوره درمان، ۷/۱٪ افراد این گروه افسردگی شدید داشته و ۸/۹٪ آنان دارای افسردگی خفیف بودند. هیچیک از مادران در گروه امگا-۳ در پایان درمان افسردگی شدید نداشتند (جدول ۲).

نتایج حاصل از مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان واحدهای مورد پژوهش (قبل و پس از درمان) در دو گروه امگا-۳ و پلاسبو با آزمون آنالیز واریانس با طرح اندازه گیری های مکرر نشان داد که تفاوت آماری معنی داری در کاهش شدت افسردگی بین دو گروه وجود دارد ($P < 0.01$). کاهش میانگین شدت افسردگی پس از زایمان در گروه امگا-۳، ۱۷/۸ امتیاز و معنی دار بود ($P < 0.01$) و در گروه پلاسبو ۰/۶ امتیاز و معنی دار نبود ($P > 0.05$). در

استاندارد (ادینبرگ و بک) قبلاً تأیید شده و نیاز به سنجش اعتبار و پایایی نداشت.

داده های بدست آمده از مطالعه بوسیله روش های آماری توصیفی (فراوانی- درصد و میانگین \pm انحراف معیار)، آزمون تفاوت میانگین برای گروههای مستقل، تحلیل واریانس یکطرفه، طرح اندازه گیری های مکرر و آزمون کای اسکویر یا ضریب همبستگی اسپیرمن و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.14 مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نرمال بودن توزیع داده ها بوسیله آزمون اسمیرنوف- کلموگروف مورد ارزیابی قرار گرفت.

در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید. محققین برای انجام این تحقیق با محدودیتی مواجه نشدند.

یافته ها

پس از انجام شش ماه نمونه گیری، داده های حاصل از ۱۱۴ نمونه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. میانگین سنی افراد در گروه امگا-۳ ۲۹/۵۴ \pm ۵/۱۸ سال و در گروه پلاسبو ۳۷/۳۶ \pm ۵/۳۰ سال بود.

مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان واحدهای مورد پژوهش بر حسب دوره درمانی بین دو گروه امگا-۳ و پلاسبو نشانگر آن بود که این میانگین قبل از درمان در گروه امگا-۳ ۳۵/۴۴ \pm ۹/۲ بود که پس از درمان به ۱۷/۶۲ \pm ۷/۰۴ کاهش یافت.

روند کاهش شدت افسردگی در طول مدت مطالعه در گروه امگا-۳ بر اساس آزمون طرح تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر معنی دار بود ($P < 0.01$). در گروه پلاسبو بررسی ها نشان داد که میانگین شدت افسردگی قبل از درمان ۳۳/۶۸ \pm ۹/۳ بود که پس از درمان به ۳۴/۲۷ \pm ۸/۴ تغییر یافت.

جدول ۱. مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان افراد مورد پژوهش برحسب دوره درمان بین دو گروه امگا-۳ و پلاسبو در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی

دوره درمان شاخص	قبل از درمان	هفته اول درمان	هفته دوم درمان	هفته سوم درمان	هفته چهارم درمان	هفته پنجم درمان	هفته ششم درمان	هفته هفتم درمان	هفته هشتم درمان	آزمون مقایسه روند افسردگی درون هر گروه
امگا-۳ SD ± X	۳۵/۴±۹/۲	۳۳/۸±۹/۲	۳۱/۹±۸/۸	۳۰/۰±۸/۴	۲۶/۲±۷/۶	۲۳/۵±۷/۴	۲۰/۹±۷/۲	۱۹/۲±۷/۱	۱۷/۶±۷/۰	P<۰/۰۰۱
پلاسبو SD ± X	۳۴/۲±۸/۴	۳۳/۶±۹/۲	۳۳/۳±۹/۲	۳۲/۹±۹/۲	۳۲/۱±۹/۲	۳۱/۷±۹/۲	۳۱/۳±۹/۳	۳۲/۵±۹/۳	۳۳/۶±۹/۳	P>۰/۰۵
مقدار P										
آزمون مقایسه دو گروه	P>۰/۰۵	P>۰/۰۵	P>۰/۰۵	P>۰/۰۵	P>۰/۰۵	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱

جدول ۲. توزیع فراوانی شدت افسردگی پس از زایمان افراد مورد پژوهش (قبل و پس از درمان) در دو گروه امگا-۳ و پلاسبو در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی

شدت افسردگی	گروه درمان		امگا-۳		پلاسبو	
	قبل از درمان	هفته هشتم درمان	قبل از درمان	هفته هشتم درمان	قبل از درمان	هفته هشتم درمان
غیر افسرده	۰	۳۲	۰	۵۵/۱	۵	۸/۹
خفیف	۲۱	۲۲	۳۵	۳۷/۹	۱۵	۲۶/۷
متوسط	۳۹	۴	۶۵	۶/۸	۳۲	۵۷/۱
شدید	۰	۰	۰	۰	۴	۷/۱
جمع	۶۰	۵۸	۱۰۰	۱۰۰	۵۶	۱۰۰

جدول ۳. مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان افراد مورد پژوهش (قبل و پس از درمان) در دو گروه امگا-۳ و پلاسبو در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی

دوره درمان شاخص	قبل از درمان	هفته هشتم درمان	آزمون مقایسه روند افسردگی درون هر گروه
امگا-۳ SD ± X	۳۵/۴±۹/۲	۱۷/۶±۷/۰۴	P<۰/۰۰۱
پلاسبو SD ± X	۳۴/۲±۸/۴	۳۳/۶±۹/۳	P>۰/۰۵
نتیجه آزمون بین دو گروه			P<۰/۰۰۱

جدول ۴. توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش برحسب تمایل به مصرف مکمل دریافتی در آینده در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی

تمایل به مصرف مکمل دریافتی در آینده	امگا-۳		پلاسبو	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بله	۳۹	۶۷/۲	۸	۱۴/۳
تا حدودی	۱۴	۲۴/۱	۱۵	۲۶/۸
خیر	۵	۸/۶	۳۳	۵۸/۹
جمع	۵۸	۱۰۰	۵۶	۱۰۰

در یافته های جانبی این مطالعه ارتباط میان شدت افسردگی پس از زایمان با مشخصات فردی و سوابق مامایی بررسی شد. بین میانگین شدت افسردگی پس از زایمان و تحصیلات ($P<۰/۰۰۱$)، وزن نوزاد

نتیجه مصرف امگا-۳ (۱ گرم در روز به مدت ۸ هفته) نسبت به گروه پلاسبو کاهش معنی دار ۵۰/۲ درصدی را در شدت افسردگی پس از زایمان نشان داد (جدول ۳).

($P < 0.001$) و دلخواه بودن جنس نوزاد ($P = 0.004$) ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تمایل به مصرف مکمل دریافتی در آینده نشان داد که اکثریت مادران در گروه امگا-۳ (۶۷/۲٪) تمایل به ادامه مصرف روغن ماهی در آینده داشتند، در حالیکه در گروه پلاسبو، اکثر افراد (۵۸/۹٪) تمایل به مصرف آن در آینده نداشتند (جدول ۴).

بحث

این مطالعه جهت دستیابی به هدف کلی "مقایسه اثر بخشی اسیدهای چرب امگا-۳ با پلاسبو در درمان افسردگی خفیف تا متوسط پس از زایمان" انجام گرفت. بطور کلی ملاحظه شد که کپسول امگا-۳ موجب کاهش شدت افسردگی خفیف تا متوسط پس از زایمان می گردد.

بیش از نصف مادران (۵۵/۱٪ افراد) در گروه امگا-۳ پس از پایان درمان دارای خلق طبیعی و غیر افسرده بودند و نشان می دهد که مصرف امگا-۳ سبب بهبودی شدت افسردگی پس از زایمان در این گروه شده است.

در همین راستا کوان پین و همکاران نیز در تحقیق خود، کاهش نمره افسردگی را در افراد دریافت کننده امگا-۳ مشاهده نمودند [۱۷]. در تحقیق هانگ^۱ و همکاران نیز کاهش نمره افسردگی در زنان باردار دریافت کننده امگا-۳ ملاحظه شد [۱۵].

پیت^۲ و همکاران [۱۶]، نمتس^۳ و همکاران [۲۴] و استول^۴ [۲۵] نیز در مطالعات خود کاهش چشمگیری را در نمرات افسردگی افراد گروه دریافت کننده مکمل امگا-۳ مشاهده نمودند. نتایج این تحقیقات مؤید نتایج پژوهش حاضر می باشد.

درصد افرادی که در گروه پلاسبو فاقد افسردگی بودند از صفر درصد در قبل از درمان به ۸/۹٪ در پایان دوره درمانی رسید و درصد افراد دارای افسردگی خفیف از ۳۳/۳٪ در قبل از درمان به ۲۶/۷٪ در پایان مداخله رسیده است. در پایان درمان در این گروه ۷/۱٪ افراد دارای افسردگی شدید بودند. البته از هفته اول درمان تا پایان درمان همواره درصدی از افراد (بین ۷/۱-۵/۱ درصد) افسردگی شدید را دارا بودند. ملاحظه می گردد که فقط ۸/۹٪ افراد در این گروه غیر افسرده و طبیعی بودند و با توجه به جدول مربوطه مشاهده می شود که پلاسبو سبب بهبود شدت افسردگی پس از زایمان مادران نشده است. همسو با نتایج این قسمت از مطالعه، هانگ [۱۵]، پیت [۱۶]، کوان پین [۱۷]، نمتس [۲۴] و استول [۲۵] تغییری را در بهبود شدت افسردگی افراد پس از مصرف پلاسبو مشاهده نمودند و نتایج آنان مطابق با نتایج پژوهش حاضر بود.

تغییر شدت افسردگی در گروه امگا-۳ معنی دار ($p < 0.001$) و در گروه پلاسبو معنی دار نبود. تأثیر امگا-۳ در کاهش شدت افسردگی از هفته چهارم پس از زایمان آغاز شده و تا انتهای دوره درمان ادامه یافته است. کوان پین و همکاران نیز در مطالعه خود تفاوت آماری معنی داری را در کاهش نمرات افسردگی افراد در گروه امگا-۳ در هفته ۴، ۶ و ۸ پس از آغاز درمان مشاهده کردند که بسیار چشمگیرتر از گروه پلاسبو بود [۱۷]. نمتس نیز تأثیر امگا-۳ را در کاهش شدت افسردگی بطور معنی دار در هفته ۲، ۳ و ۴ مشاهده نمود [۲۴]. در مطالعه مذکور تأثیر درمانی از هفته دوم، آغاز شده است و دلیل آن احتمالاً مصرف داروهای استاندارد ضد افسردگی بدون تغییر در نوع و مقدار آن می باشد و شاید بهمین دلیل که افراد هم امگا-۳ و هم داروهای ضد افسردگی خویش را دریافت می کردند، کاهش شدت افسردگی زودتر از مطالعه ما مشاهده شده است. البته طبق گفته صاحب نظران روانپزشکی نیز در

¹ Huang

² Peet

³ Nemets

⁴ Stoll

کتر مراجعه می کنند و لذا عدم آگاهی مادر از علایم افسردگی پس از زایمان و نیز عدم شناسایی به موقع آنان موجب افزایش میزان افسردگی پس از زایمان در ایشان می شود [۱۴]. در مطالعات دیگری نیز ارتباط بین سطح تحصیلات و افسردگی پس از زایمان را نشان دادند که مطابق با نتیجه مطالعه حاضر می باشد [۲۹، ۲۸]. ولی با این حال یک مطالعه اشاره می کند که سطح تحصیلات فرد ارتباط معنی داری با افسردگی پس از زایمان ندارد [۳۰].

بین شدت افسردگی پس از زایمان و وزن نوزاد همبستگی معنی داری وجود داشت که میانگین شدت افسردگی پس از زایمان در مادرانی که نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند بالاتر از نوزادان با وزن بیشتر از ۲۵۰۰ گرم بود. در مطالعه دیگری بین افسردگی مادر و وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم ارتباط وجود دارد [۳۱]، شاید بدین دلیل باشد که هر چه وزن نوزاد کمتر باشد نیاز به مراقبت و رسیدگی بیشتری دارد و احتمالاً همین عامل خستگی و افسردگی مادر را به همراه داشته باشد، بخصوص اگر فرزند اول مادر باشد. در مطالعه بهبودی بین وزن نوزاد و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری مشاهده نشد [۳۲].

نمره افسردگی پس از زایمان در مادرانی که از جنس نوزاد خود راضی بوده اند پایین تر بود. خشم ناشی از نوزاد ناخواسته موجب کاهش ارتباطات و دل بستگی بین مادر و نوزاد و با شیوع بالای افسردگی پس از زایمان همراه است [۳۳]. مطالعه دیگری جنس دلخواه نوزاد را از ریسک فاکتورهای مهم در ایجاد افسردگی پس از زایمان می دانند [۳۴]. بهبودی بین خواسته بودن جنس نوزاد و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری را گزارش نمود [۳۲]. ولی صالحی کسائی بین خواسته بودن جنس نوزاد و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری مشاهده نکرد [۳۵].

میانگین شدت افسردگی پس از زایمان در مادران با حمایت اجتماعی پس از زایمان (۳۰/۷۹±۷/۹) و مادران

درمان بیماران افسرده، اغلب ۳ هفته وقت لازم است تا اثرات ضد افسردگی دارو آشکار شود. در مطالعه ما و مطالعات مشابه نیز اغلب کاهش شدت افسردگی و اثر بخشی به درمان از هفته چهارم ایجاد شده است و این مکمل حداقل ۳ هفته باید مصرف شود و اثرات درمانی ممکن است تا ۸-۴ هفته مشاهده نشوند.

هر چند این مطالعه و نیز سایر مطالعات از جمله مطالعه هانگ [۱۵] و استول [۲۵] به کاهش معنی داری در شدت افسردگی در گروه امگا-۳ نسبت به پلاسبو دست یافته اند، ولی مطالعه لیورنت نتوانست تفاوت معنی داری را در کاهش نمرات تست های افسردگی پس از زایمان گزارش نماید [۱۸]. بنظر می رسد محدود بودن تعداد نمونه ها در این پژوهش و نیز استفاده از یک جزء اسید چرب ضروری بدن (دوکوزاهگزانوئیک اسید) بجای هر دو جزو اسید که در ساختمان این مکمل تغذیه ای وجود دارد، (دوکوزاهگزانوئیک اسید و ایکوزاپنتانوئیک اسید) دلیل این امر باشد. مطالعه لارن^۱ نیز نتوانست تفاوت آماری معنی داری در امتیاز آزمون افسردگی در گروه امگا-۳ نسبت به پلاسبو نشان دهد [۲۶].

در تحقیق حاضر بین میانگین شدت افسردگی پس از زایمان قبل از مداخله با تحصیلات مادر ($P < 0/001$)، وزن نوزاد و حمایت اجتماعی بعد از زایمان ($P < 0/001$) و جنس نوزاد دلخواه ($P = 0/004$) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. در یک مطالعه طولی آینده نگر نیز به ارتباط بین افسردگی پس از زایمان با دلخواه نبودن جنس نوزاد، وزن نوزاد و تحصیلات مادر اشاره شده است [۲۷].

میانگین شدت افسردگی پس از زایمان در مادران با تحصیلات پایین تر از مقطع متوسطه بیشتر از مادران با تحصیلات بالاتر از مقطع متوسطه بود. شاید مادران با تحصیلات کمتر از مقطع متوسطه برای دریافت مراقبتهای بهداشتی و در قالب آن آموزش و مشاوره

¹ Lauren

درمان افسردگی خفیف تا متوسط پس از زایمان است.

پیشنهاد

مصرف چربی امگا ۳ در دوران پس از زایمان بمدت چند هفته توسط خانم زانو پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

از مسئولین مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر تبریز و نیز مادرانی که در انجام تحقیق حاضر، ما را کمک نموده اند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

فاقد حمایت اجتماعی پس از زایمان ($44/26 \pm 2/5$) بود. براساس نتایج بین میانگین شدت افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی پس از زایمان ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). مطالعات نیز اشاره شده است که عدم حمایت عاطفی مناسب بعد از زایمان احتمال افسردگی پس از زایمان را افزایش می دهد [۱۴].

نتیجه گیری

بطور کلی می توان چنین بیان کرد که استفاده از مکمل غذایی امگا-۳ بصورت تک درمانی روشی مناسب و بدون عارضه جانبی بر مادر و شیرخوار در

References

- 1- Murry CJL, Lopez AD. Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997; 349: 1498-1504.
- 2- Nonacs R, Cohen LS. Postpartum Mood Disorders: Diagnosis and Treatment Guidelines. Clin J Psychiatry. 1998; 59(2): 34.
- 3- Varney H, Jan M, Carolyn L. Varney's Midwifery. 5th ed, Sadburg-Massachusetts: Jones and Bartlett, 2004:1098-1102.
- 4- Ryan D, Kostaras X. Psychiatric Disorders in the Postpartum Period. BCMJ. 2005; 47:100-103.
- 5- Werret J, Clifford C. Validation of Punjabi Version of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). International Journal of Nursing Studies. 2006; 43(2):227-36.
- ۶- روحی مریم، بررسی مشکلات سلامتی مادران ۶ هفته پس از زایمان در شهرستان تبریز، پایان نامه کارشناسی ارشد، تبریز، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۸۰.
- 7- Cox JL, Murray D, Chapman G. A Controlled Study of the Onset, Duration and Prevalence of Postnatal Depression. British Journal of Psychiatry. 1993; 163:27-31.
- 8- Ryan K. Kistner Gynecology and Women Health. 7th ed. London: Mosby, 1999:524-28.
- ۹- مصلی نژاد لیلا، اشکانی حمید. مادر شدن و سلامت روانی. چاپ اول، تهران: انتشارات روش، سال ۱۳۸۳. ص ۲۱.
- 10-Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill, 2005:1241-44.
- 11- Evans J, Heron J, Fraocomb H, Oke S, Goldberg J. Cohort Study of Depressed Mood during Pregnancy and after Childbirth. BMJ. 2001; 323: 257-260.
- 12- Dennis L. The Effect of Pear Supports on Postpartum Depression. Can J Psychiatry. 2003; 48:115-124.
- 13- Sadock BJ, Sadock VA. Caplan & Sadocks. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Williams & Willkines, 2005: 2293.
- 14- Lowdermilk D. Maternity and Women's Health Care. 8th ed. USA: Mosby, 2004: 977-82.
- 15- Huang SY, Su KP, Chiu TH, Huang KC, Huang CL, Chang HC, et al. Omega-3 Fatty Acids for Major Depressive Disorder During Pregnancy: Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Clin J Psychiatry. 2008; 69(4), 633-4.
- 16- Peet M. A Dose Ranging Study of the Effect of Ethyl Eicosapentaenoate in Patients with Ongoing Depression Despite Apparently Adequate Treatment with Standard Drugs. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59: 913-919.

- 17- kuan-pin Su. Omega-3 Fatty Acid in Major Depressive Disorder s a Preliminary Double Blind, Placebo-Controlled Trial. *Ear Nuro Psychiatric*. 2003; 13,267-71.
- 18- Liorente A. Effect of Maternal Docosahexaenoic Acid Supplementation on Postpartum Depression and Information Processing. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188:1348-53.
- 19- Logan AC. Neurobehavioral Aspects of Omega-3 Fatty Acids : Possible Mechanisms and Therapeutic Value in Major Depression. *Altern Med Rev*. 2003; 8: 410-25.
- 20- Sangiovanni J. Meta-analysis of Dietary Essential Fatty Acids and Long-chain PUFA as They Relate to Visual Resolution Acuity in Healthy Preterm Infant. *Pediatrics*. 2000; 105: 1292-98.
- ۲۱- شهراز سعید، غازیانی طاهره . ایران فارما: درسنامه جامع داروهای رسمی ایران. تهران: نشر تیمور زاده، ۱۳۸۱. ص ۵۱۲
- ۲۲- ابری اقدم نادیا، بررسی وضعیت مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ در تبریز، پایان نامه جهت اخذ دکترای عمومی، دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ۱۳۸۵.
- ۲۳- کاویانی حسین، موسوی اشرف السادات، محیط احمد. مصاحبه و آزمونهای روانی. چاپ اول، تهران: انتشارات سنا، سال ۱۳۸۰، صفحات ۱۷۹ تا ۱۸۴.
- 24- Nemets B. Addition of Omega-3 Fatty Acid to Maintenance Medication Treatment for Recurrent Unipolar Depressive Disorder. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 477-79.
- 25- Stoll A. Omega-3 Fatty Acids in Bipolar Disorder a Preliminary Double Blind Controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56,407-12.
- 26- Lauren 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; 160,996-98.
- 27- Lee Dominic TS, Leung TY, Chung TKH. Identifying Women at Risk of Postnatal Depression: Prospective Longitudinal Study. *HKMJ*. 2000; 6,349-54.
- 28- Verdux H, Sutter AL, Dully E, Minisini A. Obstetrical Complications and the Development of Postpartum Depression Symptoms: A Prospective Survey of the MATQUID Cohort. *Acta Psychiatry Scand*. 2002; 106, 212-19.
- 29- Wang SY, Jiang XY, Jan WC, Chen CH. A Comparative Study of Postnatal Depression and Its Predictors in Taiwan and Mainland China. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189,1407-12.
- 30- Ritter C, Hobfoll SE, Cameron P, Hulsizer M. Stress, Psychosocial Resource and Depression Symptomatology During Pregnancy in Low-Income, Inner-City Women. *Journal of Health Psychology*. 2000; (19): 576-850.
- 31- Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between Early Postpartum Mood and Postnatal Depression. *Br Journal Psychiatry*.1992; 160,777-80.
- ۳۲- بهبودی مقدم زهرا. تعیین میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان و عوامل موثر بر آن در خانم های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهید بهشتی، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۰.
- 33- Mckinney E. *Maternal Child Nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005: 716-19.
- 34- Patel V, Rodrigues M, Desouza N. Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *Am J psychiatry*. 2002; 159, 43-47.
- ۳۵- صالحی کسائی پروین. بررسی مقایسه ای شیوع افسردگی پس از زایمان در دو گروه از مادران با زایمان طبیعی و سزارین، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، تهران، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۳.