

نقش اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان

ریحانه ایوان بقاء^۱، لیلا نوروزی^۲، دکتر مرتضی قوجازاده^۳، دکتر فاطمه رنجبر^۴، دکتر مهرانگیز ابراهیمی^۵

تاریخ دریافت ۸۷/۱/۲۱، تاریخ پذیرش ۸۷/۲/۳

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان از شایع‌ترین مشکلات زنان در سنین باروری می‌باشد. در سال‌های گذشته درمان‌های دارویی جدید برای درمان اختلال افسردگی معرفی شده‌اند ولی با توجه به عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی و پذیرش بیشتر مادر در دوران شیردهی برای مصرف مکمل‌های تغذیه‌ای نسبت به داروهای شیمیایی، این تحقیق با هدف بررسی تاثیر اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سوکور بود که بر روی ۱۲۰ زن مبتلا به افسردگی 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 زنان زایمان کرده‌ای که ۲ هفته تا ۳ ماه از زمان زایمان آن‌ها گذشته، تشخیص داده شد. جهت تعیین شدت افسردگی پرسش‌نامه تشخیص افسردگی یک مورد استفاده قرار گرفت. زنان با افسردگی خفیف و متوسط که امتیاز ۴۶ یا کمتر را کسب کردند وارد مطالعه شده و به صورت تصادفی ۱ گرم امگا-۳ یا دارونما 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 داده‌ها از آزمون‌های تی، تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری مکرر و رابطه مجذور کای در نرم افزار SPSS ۱۴، استفاده شد.

یافته‌ها: دو گروه امگا-۳ و دارونما از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف معنی‌داری نداشتند. نتایج نشان داد که میانگین شدت افسردگی قبل از درمان در گروه امگا-۳، $35/4 \pm 9/2$ که پس از درمان به $17/6 \pm 7/0$ کاهش یافت که از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/005$). میانگین شدت افسردگی قبل از درمان در گروه دارونما $34/2 \pm 8/4$ و پس از درمان به $33/6 \pm 9/3$ تغییر یافت که از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($P = 0/57$). تفاوت کاهش امتیاز شدت افسردگی پس از درمان در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری: مصرف کپسول امگا-۳ با دوز ۱ گرم در روز به مدت ۸ هفته سبب کاهش شدت افسردگی پس از زایمان می‌گردد. **واژه‌های کلیدی:** افسردگی پس از زایمان، اسید چرب امگا-۳.

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره ششم، شماره اول، ص ۹-۱۶، بهار ۱۳۸۷

آدرس مکاتبه: تبریز - خیابان شریعتی جنوبی - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه مامایی.

^۱ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

^۳ استادیار فیزیولوژی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

^۴ استادیار روانپزشکی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

^۵ استادیار تغذیه دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

مقدمه

و همچنین در موارد شدید منجر به خودکشی شود (۱۳). در برخورد با این مشکل روش‌های گوناگونی وجود دارد، درمان‌های دارویی جدید نیز برای درمان اختلال افسردگی معرفی شده‌اند ولی از آن جایی که استفاده از داروهای ضد افسردگی در درمان مادران شیرده دارای مشکلاتی از جمله خواب آوری شدید بعضی از داروها و کاهش ظرفیت مادر در پاسخ به گریه‌های نوزاد در ضمن خواب، تغییر در وضعیت عملکرد جنسی با ایجاد خستگی و تغییر در نقش‌ها (۹)، گیجی، هیپوتاسیون، تاکی کاردی و... و اعمال اثر آرام بخشی بر شیرخوار از طریق شیر مادر می‌باشد، لذا مصرف این داروها در طی دوران شیردهی غالباً با محدودیت‌هایی روبرو می‌گردد (۱۴). در این رابطه جستجو به منظور یافتن راه حل جدید و ساده‌تر که با ایجاد تأثیرات مفید، عوارض جانبی کمتری بر مادر و شیرخوار داشته باشند ضروری به نظر می‌رسد. برخی تحقیقات اخیر ارتباط بین مصرف مکمل تغذیه‌ای اسید چرب امگا-۳ و افسردگی مازور را نشان داده‌اند (۱۵، ۱۶). مکانیسم اصلی اثر امگا-۳ بر سیستم عصبی از طریق تأثیر بر فسفو لیپیدهای دیواره سلول‌های عصبی و عملکرد صحیح و ترشح مناسب نوروترنس میترها می‌باشد. دومین تأثیر آن از طریق کاهش سیتوکین‌ها است. سیتوکین‌ها دسترسی به پیش ساز نوروترنس میترها و متابولیسم آن‌ها و عملکرد هیپو تالاموس، هیپوفیز و سیستم عصبی را کاهش می‌دهند. سومین عملکرد آن که توسط کاهش سیتوکین‌ها می‌باشد کمک به افزایش پلی پپتید BDNF^۳ است که در رشد و بقای سلول‌های عصبی در طول دوره رشد و تکامل بسیار مؤثر است که افزایش این پلی پپتید ارتباط مستقیم با کاهش علائم

گزارش سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های خلقی دومین عامل ناتوانی را در سراسر دنیا تشکیل خواهند داد (۱). اختلالات خلقی به‌طور شایع در دوران بعد از زایمان مشاهده می‌شوند (۲). افسردگی پس از زایمان^۱ یک مشکل مهم بهداشتی عمومی است که برخی از زنان آن را تجربه می‌نمایند (۳).

مطالعات کنترل شده، شیوع افسردگی پس از زایمان را حدود ۲۸-۱۰ درصد برآورد کرده‌اند (۴). شواهدی وجود دارد که زنان آسیایی در معرض خطر بیشتری هستند (۵). شیوع این عارضه در تبریز ۳۰/۵ درصد گزارش شده است (۶).

بر اساس گزارش کوکس و همکاران^۲ وقوع افسردگی پس از زایمان در ۳ ماه اول بعد از زایمان بیشتر و شدیدتر 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 می‌تواند با مشکلات جسمی مانند بی‌اشتهایی، 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).

۱/۰ تا ۰/۲ درصد از زنان به نوع شدید افسردگی به‌صورت سایکوز پس از زایمان مبتلا می‌شوند (۱۰). عوارض افسردگی پس از زایمان شامل غفلت از کودک، جدایی خانواده، آسیب به خود و حتی اقدام به خودکشی می‌تواند باشد. از دیگر عوارض شایع و مهم این بیماری ایجاد مشکلات هیجانی، رفتاری و تأخیر شناختی در کودکان مادران افسرده می‌باشد (۱۱، ۱۲). بایستی توجه داشت که نیمی از زنان با افسردگی پس از زایمان تشخیص داده نمی‌شوند و کمک و درمانی نیز صورت نمی‌گیرد (۳). افسردگی تشخیص داده نشده در این دوران ممکن است منجر به پیشرفت افسردگی مزمن

1. Postpartum depression

2. Cox & etal

3. Brain Derived Nerotrophic Factor

برآورد نسبت و با در نظر گرفتن ($d=0/25$ ، $P=0/5$ و $\alpha=0/05$) تعداد ۶۰ نمونه برای هر گروه برآورد شد. روش گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه ادینبرگ^۱، پرسش‌نامه بک^۲ و چک لیست مشخصات فردی - اجتماعی بود.

ابتدا پژوهش‌گر اسامی مادرانی را که ۲ هفته تا ۳ ماه از زمان زایمان آن‌ها گذشته بود از دفاتر بهداشت خانواده استخراج نموده و به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) از میان آن‌ها تعدادی را انتخاب کرد. توسط شماره تلفن‌های موجود خانوارها در واحد بهداشت خانواده، با این مادران تماس گرفته شد و از آن‌ها دعوت گردید که به مرکز بهداشتی مورد نظر مراجعه کنند. پژوهشگر ضمن معرفی خود به مادر، هدف از انجام پژوهش را توضیح داده و چنانچه مشخصات واحدهای مطالعه را دارا بودند پرسش‌نامه ادینبرگ توسط مادر تکمیل می‌گردید. چنانچه نمره EPDS^۱،

۱۱ و بالاتر از آن بود (نقطه برش EPDS در تبریز ۱۱ تعیین شده) (۲۰)، شدت افسردگی توسط BDI^۲ سنجیده می‌شد. به تمام زنان افسرده توصیه می‌شد که به روان‌پزشک مراجعه نمایند. زنانی که از BDI امتیاز ۴۷ و بالاتر را می‌گرفتند (افسردگی شدید) از تحقیق حذف و افرادی که امتیاز ۳۱ تا ۴۶ داشتند (افسردگی متوسط) و افرادی که امتیاز ۱۶ تا ۳۰ داشتند (افسردگی خفیف) در نظر گرفته می‌شدند (۲۱). برای آن‌ها چک لیست مشخصات فردی - اجتماعی تکمیل می‌گردید و یک هفته پس از ارجاع به روان‌پزشک پی‌گیری می‌شدند، چنانچه تمایل به مصرف دارو نداشتند و مایل به شرکت در مطالعه بودند با کسب رضایت‌نامه کتبی از ایشان وارد مطالعه می‌شدند.

مادران به صورت تصادفی یک در میان به دو گروه دریافت‌کننده امگا-۳ و دریافت‌کننده دارونما تقسیم می‌شدند و به هر یک از

افسردگی دارد (۱۷). این مکمل تغذیه‌ای از دو اسید چرب ضروری بدن (ایکوزاپنتانویک اسید و دوکوزاهگزانویک اسید) تشکیل شده و در رشد طبیعی سیستم مغز و اعصاب به خصوص شبکه چشم شیرخوار ضروری است (۱۸). این دارو توسط سازمان بهداشت و غذا تصویب شده و در کشور ما نیز با مجوز رسمی از وزارت بهداشت به صورت کپسول‌های ۱ گرمی مصرف می‌شود (۱۹). با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از زایمان 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 بی‌خطر یا کم‌خطر در دوران شیردهی، پژوهش حاضر با عنوان نقش اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان، بر روی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده دو سوکرو بود و از مرداد ۱۳۸۶ تا بهمن ۱۳۸۶ در ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهر تبریز که به صورت خوشه‌ای انتخاب شده بودند انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه مادرانی بود که ۲ هفته تا ۳ ماه از زمان زایمان آن‌ها گذشته و مشخصات نمونه‌های پژوهش را دارا بودند. نمونه‌های مورد مطالعه افراد با سواد، در رده سنی ۱۸-۴۰ سال، زایمان نوزاد ترم تک‌قلو، 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 بودند. عدم مصرف دارو طبق آموزش داده شده در طی نمونه‌گیری و وقوع هرگونه حادثه ناگوار سبب خروج نمونه از مطالعه می‌گردید. جهت تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول

^۱ Edinburgh Postnatal Depression Scale

^۲ Beck Depression Inventory

نمونه‌ها هر هفته یک پاکت با کد مشخص داده می‌شد. مکمل غذایی اسیدهای چرب امگا-۳ تولید شرکت داروسازی زهراوی (۱) گرم (۱ بار در روز) و دارونما ساخت شرکت داروسازی زکریا (روزی یک عدد)، به مدت ۸ هفته، برای واحدهای مورد مطالعه تجویز می‌شد و به آن‌ها آموزش داده می‌شد تا کپسول را پس از صرف غذا مصرف نمایند. نمونه‌ها در هفته‌های ۸-۰ درمان از نظر شدت افسردگی پس از زایمان توسط تست بک ارزیابی می‌شدند. ضمناً وضعیت عوامل استرس‌زا، بروز بیماری خاص در طول مصرف روغن ماهی، مصرف مرتب دارو، میزان پذیرش دارو توسط فرد و تمایل وی به مصرف مجدد دارو بررسی و نتایج حاصله توسط نمونه‌ها ثبت می‌گردید. در نهایت ۱۱۴ نفر تا پایان مطالعه باقی ماندند که ۵۸ نفر در گروه امگا-۳ و ۵۶ نفر در گروه دارونما قرار داشتند. متغیرهای مداخله‌گر جزو معیارهای خروجی از مطالعه بودند و متغیرهای خواسته بودن بارداری و جنس نوزاد، شدت افسردگی و رضایت از زندگی زناشویی تا حد امکان در دو گروه امگا-۳ و دارونما همسان گردید. داده‌های به دست آمده از مطالعه به وسیله روش‌های آماری توصیفی (میانگین \pm انحراف معیار و فراوانی درصد)، آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه، اندازه گیری‌های مکرر و آزمون رابطه مجذور کای و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۱۴ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که بین متغیرهای سن، شغل، تحصیلات، تعداد بارداری، سابقه و تعداد سقط، جنسیت نوزاد، سن نوزاد، نحوه زایمان، وزن نوزاد، خواسته بودن بارداری، خواسته بودن جنس نوزاد، نحوه تغذیه نوزاد، وضعیت مسکن، شدت افسردگی هیچ‌گونه تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه موجود نبود و هر دو گروه از این نظر همسان بودند.

میانگین سنی افراد در گروه امگا-۳، $29/54 \pm 5/18$ و در گروه دارونما $30/36 \pm 5/37$ سال بود. میانگین شدت افسردگی قبل از درمان در گروه امگا-۳، $35/44 \pm 9/2$ بوده است که پس از درمان به $17/62 \pm 7/04$ کاهش یافت که از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/005$). میانگین شدت افسردگی قبل از درمان در گروه دارونما $34/27 \pm 8/4$ بوده است که پس از درمان به $33/68 \pm 9/3$ تغییر یافت که از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($P = 0/57$). تفاوت شدت افسردگی پس از درمان در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P < 0/01$). به عبارت دیگر کاهش میانگین شدت افسردگی پس از زایمان $17/8$ امتیاز در گروه امگا-۳ و $0/6$ امتیاز در گروه دارونما بود. در نتیجه مصرف امگا-۳ (۱ گرم در روز به مدت ۸ هفته) نسبت به گروه دارونما $50/2$ درصد کاهش شدت افسردگی پس از زایمان را به‌طور معنی‌دار مشخص نمود.

بین دو گروه از نظر شدت افسردگی پس از زایمان در هفته‌های ۴ تا ۸ پس از آغاز درمان اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد. به عبارتی تأثیر امگا-۳ در کاهش شدت افسردگی از هفته چهارم پس از آغاز درمان مشاهده شده است. هم‌چنین روند کاهش شدت افسردگی در مدت مطالعه گروه امگا-۳ کاملاً معنی‌دار است ($P < 0/01$). لیکن در گروه دارونما بررسی‌ها نشان داد که هیچ تغییر معنی‌داری در کاهش شدت افسردگی نمونه‌های مورد پژوهش مشاهده نشده است ($P = 0/74$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره (۱): میانگین شدت افسردگی قبل و پس از درمان در گروه امگا ۳ و گروه دارونما

دوره درمانی گروه شاخص	قبل درمان	هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم	هفته پنجم	هفته ششم	هفته هفتم	هفته هشتم
امگا-۳	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±۷/۰۴
دارونما	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
نتایج آزمون	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

جهت مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان واحدهای مورد پژوهش برحسب دوره درمانی بین دو گروه امگا-۳ و دارونما ارائه شده که نشان گر آن است که در گروه امگا-۳ (۶۵٪) از نمونه قبل از درمان دارای افسردگی متوسط بودند درحالی که پس از درمان این میزان به (۶/۹٪) کاهش یافته است. همچنین (۳۵٪) دارای افسردگی خفیف که به (۳۷/۹٪) تغییر یافته است (جدول شماره ۳ و ۲).

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی شدت افسردگی پس از زایمان قبل و پس از درمان در دو گروه امگا-۳ و دارونما را نشان می‌دهد

دارونما		امگا-۳				گروه درمانی فراوانی شدت افسردگی		
قبل از درمان		هفته هشتم درمان		قبل از درمان				
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۸/۹	۵	۰	۰	۵۵/۱	۳۲	۰	۰	غیر افسرده
۲۶/۷	۱۵	۳۳/۳	۲۰	۳۷/۹	۲۲	۳۵	۲۱	خفیف
۵۷/۱	۳۲	۶۶/۶	۴۰	۶/۸	۴	۶۵	۳۹	متوسط
۷/۱	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	شدید

جدول شماره (۳): جهت مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان واحدهای مورد

پژوهش (قبل و پس از درمان) در دو گروه امگا-۳ و دارونما ارائه شده است

هفته هشتم درمان	قبل از درمان	دوره درمانی گروه شاخص
۱۷/۶±۷/۰۴	۳۵/۴±۹/۲	امگا-۳
۳۳/۶±۹/۳	۳۴/۲±۸/۴	دارونما
P<۰/۰۰۰۵		نتیجه آزمون بین دو گروه

در یافته‌های 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 ($P<۰/۰۰۱$) و دلخواه بودن جنس نوزاد ($P=۰/۰۰۴$) ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد (جدول شماره ۴).

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تمایل به مصرف مکمل

دریافتی در آینده را نشان می‌دهد

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

جدول شماره ۴، بیانگر این نکته است که بیشتر واحدهای پژوهش در گروه امگا-۳ (۶۷/۲٪) تمایل داشتند که مصرف روغن ماهی را در آینده ادامه دهند، در حالی که در گروه دارونما (۵۸/۹٪) تمایل به مصرف آن نداشتند.

بحث و نتیجه گیری

تحقیق حاضر نشان داد که کپسول امگا-۳ موجب کاهش شدت افسردگی متوسط و خفیف می‌گردد. در این زمینه تحقیقات متعددی در کشورهای پیشرفته انجام شده است. در مطالعه پیت^۱ که با عنوان تاثیر ایکوزا پنتانویک اسید در بیماران افسرده انجام شد، مصرف ۱ گرم در روز امگا-۳ نسبت به گروه دارونما ۵۰٪ کاهش شدت افسردگی را به‌طور معنی‌داری مشخص نمود (۱۶). مطالعه کوان پین^۲ به‌منظور بررسی تاثیر امگا-۳ بر افسردگی ماژور انجام شد. نمونه‌ها در هفته‌های ۲، ۴، ۶، ۸ و ۱۰ پس از آغاز درمان ارزیابی می‌شدند، در گروه امگا-۳ تفاوت آماری معنی‌داری در کاهش نمرات نمونه‌ها در هفته‌های ۶، ۸ و ۱۰ پس از آغاز درمان مشاهده شد که این کاهش بسیار چشم‌گیرتر از دارونما بود (۲۲). پژوهش نم‌تس^۳، که در بیماران افسرده تک قطبی هم‌زمان با مصرف داروهای ضد افسردگی انجام شد، کاهش میانگین شدت افسردگی ۱۲/۴ امتیاز در گروه امگا-۳ و ۱/۶ امتیاز در گروه دارونما بود. به عبارت دیگر با مصرف ۲ گرم در روز امگا-۳ به مدت ۴ هفته کاهش شدت افسردگی در ۶ نفر از ۱۰ بیمار گروه امگا و ۱ نفر از ۱۰ بیمار گروه دارونما گزارش شد. در این تحقیق به‌نظر می‌رسد مصرف هم‌زمان داروهای ضد افسردگی و مکمل امگا-۳ سبب کاهش بیشتری در شدت افسردگی بیماران می‌گردد. در پژوهش او تأثیر امگا-۳ به‌طور معنی‌داری از هفته ۳، ۴ و ۲ آشکار شد (۲۳). مطالعه لیورنت^۴ که به‌منظور بررسی تأثیر دکوزا پنتانویک اسید بر افسردگی پس از زایمان انجام شد نتوانست تفاوت آماری معنی‌داری در کاهش نمرات تست‌های خود

سنجش بک و ادین برگ را گزارش کند (۲۴). به‌نظر می‌رسد به‌دلیل تعداد محدود نمونه‌های افسرده پس از زایمان نتیجه پژوهش معنی‌دار نیست (۲۵).

به‌طور کلی می‌توان چنین بیان کرد که استفاده از مکمل غذایی امگا-۳ به‌صورت تک‌درمانی یا همراه با داروهای استاندارد ضد افسردگی روشی مناسب و بدون عارضه جانبی بر مادر و شیرخوار در درمان افسردگی پس از زایمان است. بنا به پیشنهاد سازمان‌های صاحب‌نظر در امر تغذیه، پیشنهاد می‌شود که در صورت عدم تمایل مصرف اسید چرب امگا-۳ به‌صورت روغن ماهی می‌توان ۲ تا ۳ وعده ماهی در برنامه غذایی هفتگی افراد گنجانند.

تشکر و قدردانی

از مسئولین مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر تبریز و نیز مادرانی که در به‌ثمر رسیدن تحقیق حاضر، کمک‌های شایانی نموده‌اند بی‌نهایت تشکر و قدردانی می‌نماید.

¹. Peet

². Kuan-pin

³. Nemets

⁴. Liorent

References:

1. Murry CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. 1997; Lancet, 349, pp: 1498-1504.
2. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. J. Clin Psychiatry. 1998; 59(2), pp: 34.
3. Varney H, Jan M, Carolyn L. Varneys Midwifery. Fifth Ed, Sadburg-Massachusetts: Jones and Bartlett; 2004; pp: 1098-1102
4. Ryan D, Kostaras X. Psychiatric disorders in the postpartum period. BCMJ 2005; pp: 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), pp: 227-236.
۶. روحی م. بررسی مشکلات سلامتی مادران ۶ هفته پس از زایمان در شهرستان تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی دانشکده پرستاری مامایی تبریز، چکیده، ۱۳۸۰. ص ۱.
7. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. British Journal of psychiatry, 1993; pp: 163, 27-31.
8. Ryan K. Kistner Gynecology and Women Health. Seventh Ed, London, Mosby, 1999; pp: 524-528.
۹. مصلی‌نژاد ل، اشکانی ح. مادر شدن و سلامت روانی. چاپ اول، تهران، انتشارات روش، ۱۳۸۳. ص ۲۱.
۱۰. قره‌خانی ب. اصول بارداری و زایمان. چاپ اول، تهران: نور دانش، ۱۳۸۰. ص ۳۴۱.
11. Evans J, Heron J, Fraocomb H, Oke S, Goldberg J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ, 2001; 323, pp: 257-260.
12. Dennis L. The Effect of pear supports on postpartum Depression. Can J Psychiatry, 2003; 48, pp: 115-124.
13. Bergasl, Parry BL, Cyranowski JM. Special area of Interest. In: Sadock V.A. Caplan & Sadocks, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed, Philadelphia: Williams & Wilkines, 2005; pp: 2293-2315.
14. Lowdermilk D. Maternity and women's Health care. Eight Ed, United state, Mosby, 2004; pp: 977-982.
15. Hung sy. Omega-3 Fatty acid in Major Depressive disorder a preliminary double blind placebo controlled trial. Eur Neuropsychopham, 2003; 13, pp: 267-71.
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, pp: 913-919.
17. Logan AC. Neurobehavioral aspects of Omega-3 fatty acids: Possible mechanisms and therapeutic value in major depression. Altern Med Rev, 2003; 8, pp: 410-425.
18. 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, pp: 1292-98.
۱۹. شهرزاد س، غازیانی ط. درس نامه جامع داروهای رسمی ایران. تهران: ایران فارما، نشر تیمور زاده، ۱۳۸۱، ص ۵۱۲.
۲۰. ابری اقدم ن. بررسی وضعیت مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ در تبریز. پایان نامه جهت اخذ دکترای عمومی. دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ۱۳۸۵، ص ۶۱.
۲۱. کاویانی ح، موسوی ا، محیط ا. مصاحبه و آزمون‌های روانی. چاپ اول، تهران، انتشارات سنا، ۱۳۸۰، صفحات ۱۸۴-۱۷۹.
22. 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, pp: 913-919.
23. Kuan-pin Su. Omega-3 fatty acid in major depressive disorders a preliminary double blind, placebo-controlled trial. Ear Nero psychiatric, 2003; 13, pp: 267-71.

24. Nemets B. Addition of Omega-3 Fatty acid to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 2002; 159, pp: 477-479.
25. Liorente A. Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation on postpartum depression and in formation processing. *Am J obstet Gynecol*, 2003; 188, pp: 1348-53.
26. 80-Hung SY To the editors. Omega-3 polyunsaturated fatty acids for postpartum depression. *Am J obstet gyncol*, 2004; pp: 582-583.