مقایسه تأثیر گل‌مغربی، ویتاگنوس و ویتامین E بر افسردگی زنان: کارآزمایی بالینی

حمید مؤمنی[1]، اشرف صالحی[2]، ابوالفضل سراجی[3]

۱-مربی عضو هیئت علمی، کارشناسی ارشد پرستاری داخلی و جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

یافته / دوره پانزدهم / شماره ۲ / بهار ۹۲ / ویژه نامه گیاهان دارویی

چکیده

دریافت مقاله: ۹۲/۱/۲۰ ، پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۱۸

مقدمه: شمار قابل توجهی از مردم، برای درمان بیماری‌های مختلف، در جستجوی جایگزینی برای طب رایج، می باشند. افسردگی یکی از بیماری‌هایی است که در زنان دو برابر مردان دیده می‌شود و یکی از علل آن، اختلالات هورمونی می‌باشند. از آنجا که گیاهان دارویی در درمان این اختلالات مؤثرند؛ این مطالعه با هدف بررسی تأثیر سه داروی ویتاگنوس، گل مغربی و ویتامین E بر افسردگی زنان مبتلا به درد سینه دوره‌ای انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی، ۲۱۰ زن مبتلا به ماستالژی دوره‌ای که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند؛ به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و به‌صورت تصادفی به سه گروه، تقسیم شدند. در ابتدا، سطح افسردگی به‌وسیلهٔ پرسشنامهٔ بک سنجیده و سپس به مدت سه ماه، در گروه اول، داروی ویتاگنوس، در گروه دوم، کپسول روغن گل‌مغربی و در گروه سوم، ویتامین E داده شد. در پایان مجدداً امتیاز افسردگی، سنجیده و از طریق تست‌های آماری با هم مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری در سطح افسردگی بیماران، قبل از مداخله درمانی و بعد از آن، در دو گروه گل‌مغربی و ویتاگنوس مشاهده شد. در گروه ویتامین E، تفاوت آماری معنی‌داری قبل از مداخله درمانی و بعد از درمان، مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش، نشان داد که دو داروی گیاهی به میزان مشابه، باعث کاهش افسردگی شده‌اند. از آنجا که از نظر اقتصادی مصرف داروی ویتاگنوس بسیار با صرفه‌تر است؛ توصیه می‌شود از این دارو در زنان مبتلا به افسردگی استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: ویتاگنوس، گل مغربی، ویتامین E، داروهای گیاهی، افسردگی، درد سینهٔ دوره‌ای

آدرس مکاتبه: اراک، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی

پست الکترونیک: najm54@yahoo.com

مقدمه

شمار قابل‌توجهی از مردم، برای درمان بیماری‌های مختلف، در جستجوی جایگزینی برای طب رایج، می‌باشند. از این‌رو استفاده از طب مکمل و جایگزین به طور مداوم در حال افزایش است (۱). به‌عنوان یک درمان جایگزین، داروهای گیاهی ممکن است؛ برتری نسبی داشته باشند و باعث بهبود و پذیرش دارویی بیماران شوند (۲) این در حالی است که گیاهان دارویی فاقد عوارض جانبی بوده و در بسیاری از بیماری‌ها می‌توانند مؤثر واقع شوند (۳).

بیماری‌های جسمی و روحی زیادی هستند که افراد برای درمان آنها، رو به طب مکمل و جایگزین آورده‌اند. افسردگی، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی و یکی از بیماری‌هایی است که از نظر اقتصادی، هزینهٔ زیادی را به سیستم بهداشتی- درمانی تحمیل می‌کند (۴). پیش‌بینی می‌شود که افسردگی در سال ۲۰۲۰ به عنوان دومین بیماری شایع، پس از بیماری‌های قلبی- عروقی، قرار گیرد و ۱۵ درصد کل بیماری‌ها را شامل شود. تعداد مبتلایان در جهان، در هر مقطعی از زمان، در حدود ۳۴۰ میلیون نفر، تخمین زده شده است.

افسردگی، نوعی اختلال خلق است که در آن فرد احساس غم، عدم لذت و دلسردی کرده و قادر نیست مسرت و خوشی را احساس نماید (۵). شیوع افسردگی در زنان دو برابر بیشتر از مردان است که می‌تواند ناشی از عوامل بیولوژیکی و عوامل مربوط به سیستم تولید مثل آنان و هورمون‌ها از قبیل قاعدگی، یائسگی، درد سینه دوره‌ای (ماستالژی) و غیره باشد. علاوه بر آن عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مثل درآمد کم، استرس، داشتن مسئولیت‌های متعدد مثل خانه‌داری، مراقبت از کودکان و تعدد نقش‌ها به عنوان مادر، همسر، دختر و کارمند نیز سهم بسیاری در افسردگی زنان داشته و آنها را برای داشتن سطح بالای استرس، مستعد می‌کند.

درمان این اختلال به‌طور عمده با داروهای ضد افسردگی و مداخلات روانی- اجتماعی و در موارد شدید استفاده از شوک الکتریکی است (۶). در بین درمان‌های مکمل، داروهای گیاهی، تغذیه و رژیم غذایی و خصوصاً ویتامین ها نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مطالعه سبکتکین و همکاران، در راستای جستجوی ارتباط میان کمبود ویتامین و افسردگی در سال ۱۳۷۸ در ایران، مشخص شد که در ۹۵/۱۷ درصد نمونه‌ها، میزان برخی ویتامین‌ها در خون بسیار پایین بود (۷). همچنین طبق دیدگاه جامع‌نگر، تعداد زیادی از داروهای گیاهی را می‌توان برای درمان افسردگی، تجویز کرد (۸).

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 کنندهٔ عدم تعادل، کمک نماید (۳). از میان گیاهان مؤثر در درمان افسردگی، می‌توان به افشرهٔ پرتقال، گل ساعتی، عصارهٔ گل‌گاو زبان و گل راعی اشاره نمود. در بعضی تحقیقات، محققان دریافته‌اند که بین متابولیسم غیرطبیعی اسیدهای چرب و افسردگی، ارتباط معنی‌داری وجود دارد، به طوری که کاهش میزان اسید چرب غیر اشباع امگا ۳، تأثیر بسزائی در ایجاد خلق افسرده، ایجاد دیدگاه منفی نسبت به زندگی و خودکشی داشته است (۱۱-۹).

اسیدهای چرب امگا ۳، در بسیاری از گیاهان و مواد غذایی به‌خصوص غذاهای دریایی یافت می‌شود. در میان این اسیدهای چرب، دوکوزاهگزانوییک‌اسید (DHA)[1] و ایکوزا پنتانوییک اسید (EPA)[2]، دو اسید چرب بسیار فعال از نظر بیولوژیک هستند. که در آبزیان به‌وفور یافت می‌شود. پیش‌ساز این دو اسید چرب، اسید آلفا لینولئیک است که در گیاهان نیز یافت شده و در بدن حدود ۱۵-۱۰ درصد آن به EPA و

1. Docosa Hexaenoic acid
2. Eicosapentaenoic Acid

DHA تبدیل می‌شود. مدارکی دال بر تأثیر امگا ۳، روی سروتونین مایع مغزی- نخاعی و کاهش سطح آن، در غشاء سلولی و پلاسمایی بیماران با اختلالات افسردگی وجود دارد (۱۲).

گل‌مغربی[1]، گیاهی از خانواده پاناسه‌آ و حاوی مقادیر زیادی از اسیدهای چرب ضروری، شامل اسید لینولئیک (امگا ۳) و اسید گامالینولئیک است. در اغلب منابع، میزان اسید لینولیک این گیاه تا ۷۲ درصد گزارش شده است. تأثیر آن در افسردگی، اگزمای پوستی، آلرژی، آرتریت روماتوئید، درد سینهٔ زنان، سندرم پیش از قاعدگی، تغییرات یائسگی، بیماری‌های قلب و عروق، سیروز، مولتیپل اسکلروزیس، فشارخون بالا، مشکلات سیستم ادراری، سیستم عصبی، غدد و آسم ذکر شده است (۱۳).

مطالعات اخیر نیز نقش ویتاگنوس[2] را در درمان تعدادی از اختلالات و بیماری‌های زنان از جمله سندرم پیش از قاعدگی (۱۴)، علائم همراه با یائسگی (۱۵)، دیسمنوره (۱۶)، دردهای سینه در زنان و اختلالات ترشح پرولاکتین را که هر کدام دلیلی برای اضطراب و افسردگی در زنان است؛ به اثبات رسانده است. یک قرن بعد از میلاد، از عصارهٔ گیاه ویتاگنوس، جهت درمان خونریزی پس از زایمان استفاده می‌شد (۱۷) و بعدها با مطالعه اثر ضد پرولاکتین که از این گیاه مشاهده شد؛ نقش آن در درمان سندرم پیش از قاعدگی (به‌خصوص اختلالات خلقی این سندرم)، نازایی زنان، آندومتریوز، منوراژی و بیماری فیبروکیستیک سینه بیشتر شد (۱۸). به‌خصوص با مطالعهٔ این که دارو، آلرژی و مسمومیت ایجاد نکرده و عوارض خاصی ندارد مقبولیت آن افزایش یافت (۱۹).

با توجه به شیوع بالای افسردگی به ویژه در زنان، از آنجا که استفاده از داروهای شیمیایی در درمان آن عوارض زیادی مانند تهوع، افزایش وزن، بی‌خوابی و غیره دارد (۶) و این‌که در سال‌های اخیر، توجه خاصی به منابع سرشار از امگا ۳ در درمان بسیاری از امراض به‌ویژه بیماری‌های روانی و افسردگی شده است (۱۱)، همچنین، استفاده از داروهای گیاهی که زنان برای مشکلات عدیدهٔ هورمونی خود مصرف می‌نمایند؛ پژوهشگر بر آن شد تا تأثیر درمانی ویتاگنوس، گل‌مغربی و ویتامین E را در درمان افسردگی زنان، مورد ارزیابی قرار دهد. از آنجا که قیمت داروی به دست آمده از گل‌مغربی بسیار بیشتر از داروی ویتاگنوس و ویتامین E است؛ مقایسه تأثیر این سه، در درمان افسردگی فوائد اقتصادی فراوانی به دنبال خواهد داشت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود. نمونهٔ این پژوهش شامل ۲۱۰ زن بود که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و به صورت تصادفی ساده، در سه گروه ۷۰ نفره قرار داده شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه با توجه به p1=۰/۲۳۱ و در نظر گرفتن p2=۰/۴۶ از طریق فرمول ذیل به دست آمد:

$$n=\frac{2\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}+z_{1-\beta}\right)^2\left[P_1(1-P_1)+P_2(1-P_2)\right]}{(\alpha)^2}=69.18\approx 70$$

بر اساس فرمول، حجم نمونه در مجموع، برابر ۲۱۰ نفر (۷۰ نفر در هر گروه) در نظر گرفته شد.

این افراد از بین زنان دچار ماستالژی مراجعه‌کننده و تکمیل کنندهٔ پرسشنامه، که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند و رضایت خود را برای شرکت در پژوهش به‌صورت کتبی اعلام نمودند؛ انتخاب گردیدند و پس از معاینه توسط متخصص زنان از نظر عدم وجود توده و یا وجود سابقهٔ خانوادگی سرطان سینه، تروما، بیوپسی، مورد مصاحبه و معاینه قرار گرفته و در پژوهش وارد شدند.

1. Evening Primrose Oil
2. Vitex agnus (Agnugol)

در حین انجام پژوهش، اگر هر یک از واحدهای مورد پژوهش، عدم رضایت خود را از ادامهٔ پژوهش به هر دلیلی اعلام می‌نمود و یا دچار بیماری جسمی و روانی خاص، بارداری، مصرف داروی خاص، تغییر آدرس منزل بدون اطلاع، عدم تکمیل یا تکمیل ناقص پرسشنامه و یا هر یک از معیارهای خروج از مطالعه شامل وی می‌شد؛ از نمونهٔ پژوهش، حذف گردید.

در ابتدا پرسشنامه، تکمیل و نمرهٔ تست افسردگی بک محاسبه گردید. سپس، واحدهای مورد پژوهش به صورت تصادفی در سه گروه، قرار داده شدند. در گروه مداخلهٔ ، قرص گیاهی ویتاگنوس (روزانه یک عدد قرص، بعد از غذا) و در گروه مداخلهٔ ۲، کپسول روغن گل‌مغربی (روزانه سه عدد کپسول خوراکی ۵۰۰ میلی گرمی) و در گروه سوم، کپسول ویتامین E (400IU، یک عدد روزانه)، به مدت ۳ ماه داده شد.

قابل ذکر است که در این پژوهش، از قرص گیاهی ویتاگنوس، محصول کشور ایران و ساخت شرکت دارویی گل‌دارو، کپسول گل‌مغربی، محصول کشور کانادا و ساخت شرکت دارویی Webber Natural و ویتامین E محصول کشور کانادا و ساخت شرکتWn Pharma استفاده شد. در پایان ماه‌های اول، دوم و سوم در یک دورهٔ سه ماهه، درجهٔ افسردگی به‌وسیلهٔ پرسشنامهٔ بک، مورد ارزیابی قرار گرفت.

پرسشنامه، دارای دو بخش بود. بخش نخست شامل سئوالاتی در مورد سن، سطح تحصیلات، شغل، محل سکونت و دیگر خصوصیات دموگرافیک و قسمت دوم پرسشنامه، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) بود که برای سنجش سطح افسردگی آزمودنی‌ها، استفاده شد. پرسشنامه، در ابتدا توسط آرون‌تی‌بک در دهۀ ۱۹۶۰ به منظور سنجش و ارزیابی وجود یا عدم وجود افسردگی و نیز شدت آن در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است و در سال ۱۹۷۱مورد تجدید نظر و درسال ۱۹۷۸ انتشار یافت. این پرسشنامه، دارای۲۱ عبارت سؤال است که هر پرسش آن چهار گزینه دارد. آزمودنی‌ها با کشیدن دایره دور شماره‌ای که با احساسشان در آن هفته، متناسب‌تر است، به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند.

پانزده عبارت پرسشنامه، مربوط به علایم روانشناختی و شش عبارت دیگر آن، مربوط به علایم جسمانی است. نمرهٔ کل افسردگی از طریق جمع نمرات به‌دست آمده از تمام عبارت‌ها، محاسبه می‌شود و دامنهٔ آن بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد. در این پرسشنامه، نمرهٔ ۹-۰ نشانهٔ نبودن افسردگی، نمرهٔ ۱۶-۱۰ نشانهٔ افسردگی ضعیف، نمرهٔ ۲۹-۱۷ نشانهٔ افسردگی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۰، گویای افسردگی شدید می‌باشد. اعتبار و روایی این پرسشنامه، در سال‌های ۱۹۸۶-۱۹۸۶ و ۱۹۷۵ به ترتیب توسط مارک[1]، مندلسون[2] و وارباف[3] مورد بررسی قرار گرفت (۴).

اخیراً در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، برای این آزمون روایی ۰/۷۰ و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۷۷ به‌دست آمده است (۲۰). در این پژوهش، از یک نفر، نمونه‌گیر (خانم) ثابت آموزش دیده و توجیه‌شده در مورد پژوهش (در مورد نحوهٔ تکمیل پرسشنامه و چگونگی راهنمایی واحدهای مورد پژوهش و ...) استفاده شد.

یافته‌ها

دامنهٔ سنی واحدهای مورد پژوهش، بین ۱۷ تا ۵۸ سال قرار داشت و میانگین سنی ۷/۴۵±۲۸/۱۲ سال بود. وزن واحدهای مورد پژوهش، در دامنهٔ ۴۰ تا ۸۴ کیلوگرم قرار داشت. میانگین وزنی ۷/۱۳±۶۱/۲۳ کیلوگرم بود. میانگین قد واحدهای مورد پژوهش نیز، ۵/۹۵±۱۶۳/۴۰ سانتیمتر بود. آزمون کولموگروف اسمیرینوف به منظور تعیین توزیع نرمال این متغیرها، تفاوت آماری معنی‌داری را در سه گروه، از نظر میانگین این متغیرهای کمی نشان نداد. از نظر میزان تحصیلات

1. Mark
2. Mendelson
3. Warbaf

واحدهای مورد پژوهش، بیشترین فراوانی ۲۹/۵ درصد مربوط به تحصیلات متوسطه و کمترین فراوانی ۲/۶ درصد مربوط به تحصیلات راهنمایی و کاردانی بود. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند، بیشترین فراوانی شغل واحدهای مورد پژوهش، مربوط به شغل خانه‌داری با ۴۶/۳ درصد و کمترین فراوانی مربوط به شغل‌های آموزشی و کارگری با ۲/۶ درصد بوده است.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که اکثر واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه، ساکن شهر بودند (۷۹/۵ درصد). همچنین، بیشترین فراوانی وضعیت‌تأهل واحدهای مورد پژوهش، مربوط به متأهلین با ۵۵/۶ درصد می‌باشد. آزمون کولموگروف اسمیرینوف به منظور تعیین توزیع نرمال این متغیرها، تفاوت آماری معنی‌داری را در سه گروه از نظر میانگین این متغیرهای کیفی نشان نداد.

میانگین نمرهٔ افسردگی بک در شروع مطالعه در گروه گل‌مغربی ۳/۴۲±۲۳/۳۴، در گروه ویتاگنوس ۳/۸۵±۲۲/۶۴ و در گروه ویتامین E ۳/۵۱±۲۳/۱۴ بود. آزمون‌های آماری، تفاوت معنی‌داری در نمرات افسردگی سه گروه، در بدو ورود به مطالعه نشان ندادند (جدول شماره ۱).

آزمون آماری، اندازهٔ تکرار شوندهٔ تفاوت معنی‌داری در سطح افسردگی بیماران، قبل از مداخله درمانی و ماه‌های اول، دوم و سوم بعد از شروع درمان، در دو گروه گل‌مغربی و ویتاگنوس نشان داد (تست Repeated Measures). ولی این تفاوت در گروه ویتامین E معنی‌دار نبود (جدول شماره ۱).

همچنین نتایج نشان داد میانگین نمرهٔ افسردگی بک در ماه اول بعد از درمان درگروه گل‌مغربی به ۴/۸۲±۲۰/۳۴، در ماه دوم، به ۳/۱۲±۱۷/۳۴ و به ۴/۳۷±۱۴/۳۴ در ماه سوم، کاهش یافت (جدول شماره۱).

در گروه ویتاگنوس نیز میانگین نمرهٔ افسردگی بک از ۳/۱۵±۱۹/۶۴ در ماه اول، به ۴/۶۵±۱۶/۶۴ در ماه دوم و به ۳/۲۲±۱۴/۶۴ در ماه سوم، کاهش یافت (جدول۱).

در گروه ویتامین E، میانگین نمرهٔ افسردگی بک از ۳/۸۴±۲۱/۴۲ در ماه اول به ۳/۹۱±۲۰/۱۲ در ماه دوم و به ۴/۰۲±۲۰/۴۵ در ماه سوم، رسید که تفاوت آماری معنی‌داری نداشته است (جدول شماره۱).

آزمون آماری Independent Sample T test تفاوت آماری معنی‌داری را بین سه گروه، از نظر امتیاز افسردگی بک در شروع پژوهش و ماه‌های اول، دوم و سوم نشان نداد (جدول شماره۱).

جدول ۱. مقایسهٔ میانگین و انحراف معیار «نمرهٔ بک» قبل و پس از مداخله در واحدهای مورد پژوهش.

نمرهٔ بک	مراحل بررسی			آزمون R M
گروه	قبل از مداخله	پایان ماه اول مداخله	پایان ماه دوم مداخله	پایان ماه سوم مداخله	p
گل مغربی	۳/۴۲±۲۳/۳۴	۴/۸۲±۲۰/۳۴	۳/۱۲±۱۷/۳۴	۴/۳۷±۱۴/۳۴	p=۰/۰۰۱
ویتاگنوس	۳/۸۵±۲۲/۶۴	۳/۱۵±۱۹/۶۴	۴/۶۵±۱۶/۶۴	۳/۲۲±۱۴/۶۴	p=۰/۰۰۱
آزمون t مستقل	t=۴/۱۵۴	t=۳/۲۴۳	t=۳/۷۴۲	t=۳/۵۴۳	
	P=۰/۸۵۱	P=۰/۲۳۶	P=۰/۳۵۱	P=۰/۷۹۱	

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر، ویتاگنوس و روغن گیاه گل‌مغربی توانستند به یک اندازه در کاهش میانگین نمرهٔ افسردگی، موثر باشند. ولی ویتامین E اگرچه تا حدودی، امتیاز افسردگی را کاهش داد ولی این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود. در زمینهٔ ارتباط گل‌مغربی با اختلالات خلقی و افسردگی ساکی و همکاران می‌نویسند: روغن گیاه گل‌مغربی، می‌تواند به اندازهٔ داروهای ضد افسردگی در کاهش میانگین نمرهٔ افسردگی، کاهش علائم افسردگی و بهبودی عملکرد بیماران به شکلی چشمگیر

مؤثر باشد (۲۱)، که با نتایج پژوهش حاضر، مطابقت دارد. البته تعداد مقالات در این زمینه کافی نیست و نیاز به پژوهش‌های بیشتر در شرایط مختلف دارد.

نتایج یک پژوهش کارآزمائی بالینی بر روی ۲۲ بیمار، (۱۴ نفر تحت درمان با امگا ۳ و ۱۵ نفر تحت درمان باروغن زیتون) نشان داد که در چهارمین هفتهٔ درمان، افراد تحت درمان با امگا ۳ امتیاز افسردگی کمتری داشتند (۲۲). در دههٔ 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 خون، بیشتر مستعد هستند که دیدگاه منفی به زندگی داشته و اختلالات روانی 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. کلرمن[1] نیز در تحقیقات خود، افزایش افسردگی را با رژیم غذایی فقیر از نظر امگا ۳ مرتبط دانسته است. این درحالی است که بعضی پژوهشگران در تحقیقات خود هرگونه ارتباط‌بین مصرف امگا ۳ و افسردگی را رد نموده‌اند (۲۳).

پیت[2] و همکاران، هفتاد نفر زن و مرد ۷۰ –۱۸ سال تحت درمان با داروهای ضد افسردگی را انتخاب و در چهار گروه مساوی قرار داد. گروه اول، یک گرم امگا ۳ همراه با سه کپسول پلاسبو، گروه دوم دو گرم امگا ۳ و دو عدد کپسول پلاسبو، گروه سوم ۴ گرم امگا ۳ و گروه چهارم، ۴ عدد کپسول پلاسبو دریافت نمودند. گروه مصرف‌کنندهٔ یک گرم امگا ۳ بهبودی قابل ملاحظه در افسردگی نشان دادند در حالی‌که گروه مصرف کنندهٔ ۴ گرم امگا ۳ کمتر بهبودی نشان دادند (۲۴).

در مورد داروی گیاهی ویتاگنوس، در درمان بیماری‌های زنان نیز، پژوهش‌های متعددی انجام شده که تمامی آنها از موفق بودن این دارو در برطرف کردن مشکلات و در نتیجه اضطراب و افسردگی ناشی از آن حکایت می‌کند (۱۵). به طوری‌که در مطالعه آقاجانی، ویتاگنوس بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی (نفخ شکم، درد سینه، ادم، افزایش وزن، سردرد، علائم روانی و ...) بسیار مؤثر بوده؛ و درد سینه از حدود ۵۰ درصد قبل از مداخله به حدود کمتر از ۲۰ درصد بعد از مداخله تقلیل یافته است. این نوع درد سینه عامل مهمی در اضطراب و افسردگی زنان است (۱۴).

همچنین در مطالعه پاک‌گوهر، ویتاگنوس باعث کاهش شدت علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی گردیده است ($P <$ ۰/۰۰۱) (۲۵). در مطالعه‌ی دونالد و براون[3]، پس از استفاده از ویتاگنوس، در ۵۲ درصد بیماران (مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی)، علائم کاهش یافته بود و مفیدترین اثر آن کاهش تحریک‌پذیری، تغییرات خلقی مثل افسردگی، سردرد و احساس درد و پری‌سینه بود (۲۶). در مطالعه‌ی کارمایکل[4]، بعد از مداخله در گروه ویتاگنوس ۵۰ درصد بیماران، درد شدید در دوران سیکل ماهیانه نداشتند (۲۷). در پژوهش هالاسکا[5] استفاده از محلول ویتاگنوس در مقایسه با دارونما بر مستالژی دوره‌ای مؤثر واقع شده است (۲۸).

در زمینه تأثیر روغن گل‌مغربی بر اختلالات هورمونی زنان که موجب اختلالاتی مثل اضطراب و افسردگی می‌گردند، نیز پژوهش‌های زیادی انجام شده از آن جمله می‌توان به مطالعه فتحی‌زاده که بر روی ۶۶ زن مراجعه کننده به دلیل درد یا حساسیت سینه انجام شد، اشاره نمود. بیماران به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه روغن گل مغربی روزانه ۳ گرم و گروه دیگر روزانه ۶۰۰ میلی‌گرم ویتامین E دریافت کردند. شدت درد بیماران به وسیلهٔ چارت کاردیف قبل و یک ماه بعد از مداخله ارزیابی شد.

نتایج نشان داد که شدت درد دوره‌ای در هر دو گروه کاهش عمده‌ای بعد از درمان داشته است ($P <$ ۰/۰۵). بر طبق یافته‌های پژوهش، روغن گل‌مغربی بر شدت درد مؤثرتر و بهتر از ویتامین E بود. در این مطالعه، هیچ یک از

واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه گل‌مغربی و ویتامین E، افرادی که شدت درد در آنها، قبل از مداخله بدون درد، باشد، وجود نداشته است اما بعد از مداخله، در گروه گل مغربی، ۶۱/۳ درصد و در گروه ویتامین E، ۲۶/۷ درصد بدون درد بوده‌اند. از مقایسهٔ هر دو گروه چنین بر می‌آید که گل مغربی مؤثرتر بوده است (۲۹).

در مطالعهٔ پروتی[1] که دوز ۱۲۰۰IU در روز ویتامین E و ۳ گرم عصارهٔ گل مغربی و ترکیب ویتامین E و عصارهٔ گل‌مغربی با هم مقایسه شدند، نشان داده شد که ترکیب این داروها با هم، در بهبود مستالژی دوره‌ای تأثیر داشته است ولی با توجه به حجم نمونه‌ی کم، نتوانستند نتیجه‌ی قاطعی ارائه نمایند (۳۰). در حالی‌که در مطالعهٔ کورشی[2]، ۶۴٪ در گروه دریافت کنندهٔ روغن گل‌مغربی پاسخ بالینی عمده، بعد از ۳ ماه درمان داشتند و در گروه ژل موضعی، ۹۲٪ بوده و این مطالعه نشان داد که ژل موضعی غیر استروئیدی بی‌ضرر و مؤثرتر جهت درمان ماستالژی دوره‌ای و غیر دوره‌ای است (P <۰/۰۰۱) (۳۱).

در مطالعه سعید[3]، بعد از مداخله، در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری بین میزان درد قبل و بعد از درمان در هر دو گروه به‌دست آمد که این اختلاف در گروه دارو (ترکیب بروموکریپتین و گل مغربی) در مقایسه با گروه لیزر درمانی بیشتر بود (۳۲).

نتایج پژوهش نشان داد که هر دو گیاه دارویی به میزان مشابه باعث کاهش افسردگی شده‌اند و این کاهش بیشتر از تأثیر ویتامین E بوده است. از آنجا که از نظر اقتصادی مصرف داروی ویتاگنوس بسیار با صرفه‌تر است، توصیه می‌شود از این دارو در زنان مبتلا به افسردگی ناشی از اختلالات هورمونی نظیر ماستالژی دوره‌ای استفاده نمود. البته با توجه به تعداد کم پژوهش‌های مشابه توصیه می‌شود، تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، برگرفته از طرح تحقیقاتی شمارهٔ ۵۰۰ مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک و دارای کد اخلاق ۵-۹۲-۸۹ می‌باشد، پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از این معاونت محترم که در انجام پژوهش ما را یاری نمودند؛ تشکر و قدردانی نمایند.

این پژوهش با شمارهٔ IRCT138811283227N2 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت گردیده است.

References

1. Nourbala A. A, Tahmasebipour N, Akhoundzadeh S, Khani M, Jamshidi A.H. Crocus Sativus L. in the treatment of mild to moderate depression: a double-blind, randomized and placebo controlled trial. Journal of medicinal planets. June 2004;3(10):31-38.

2. Akhoundzadeh S, Kashani L, Fotouhi A, Jarvandi S, Mobasheri M, Moein M, Khani M, Bagherian K, aghizadeh M. Comparison of Lavendula Tincture and Imipramine in the Treatment of mild to moderate depression. Iranian Red Crescent Medical Journal (IRCMJ). January 2003;5(2):24-30.

3. Kamalipour M, Akhoundzadeh SH, Rezazadeh SH.A. Herbal Medicines in the treatment of depression and anxiety. Journal of medicinal planets. March 2008;7(Supplement 4):1-7.

4. Zarepoor F, Kamali M, Alagheband M, Gheisari M, Sarlak SH. Evaluation of depression and its relationship to exercise in women over 20 years. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical science. 2012;20(1):64-72. (In Persian)

5. Salmalian H, Nasiri Amiri F, Khirkhah F. Prevalence of Pre and Postpartum Depression Symptoms and Some Related Factors. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2008;10(3):67-75 (In Persian).

6. Grohol JM. Depression in women, seniors and children. http://www. psychcentral. Com /lib/ psych central /2006.

7. Saboktakin M, Pourghassem Gargari B, Mahboob S, Pourafkari N. Assessment of Folate and Vitamin B_{12} in patients with major depressive disorder. Urmia Medical Journal. 2008;19(2):112-119.

8. Desari AK, Grossberge GT. Herbal and botanicals in geriatric psychiatry. Geriater Psychiatry. 2003;11(5):498-506.

9. Partiftt K. Supplementary drugs and other substance. Marthindale: The complete drug reference. Pharmaceutical press Company, 1999;1590.

10. Hypericum extract after recovery from a mild or moderate depressive episode. Wien Med Wochenschr. 2007;157(13-14):362-366.

11. Grenyer BF, Crowe T, Meyer B, Owen AJ, Grigonis-Deane EM, Caputi P, Howe PR. Fishoil supplementation in the treatment of major depression: A randomised double-blind placebo-controlled trial. Prog Neuropsycho- pharmacol Biol Psychiatry. 2007;31(7):1393-1396.

12. Hibbeln JR, Salem NJ. Dietary polyunsaturated fats and depression: when cholesterol alone doesn't satisfy. Am J Clin Nutr. 1995;62:1–9.

13. 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 Nov;187(5):1389-1394.

14. Aghajani Delavare M, Nasiri Amiri F, Hosseini SH. The study of effect of Vitagnus (compared double-blind) in the treatment of

premenstrual syndrome. Journal of Medicinal Plants. 2002;2:15-20(In Persian).

15. Kazemian A., Bromandfar KH, Ghanadi AR, Nuorian K. The effect of Vitex and Passipay on hot flashes after menopause in women. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2005;7(1):39-45(In Persian).

16. Shah-Hosseini Z, Amin GR, Salehi Surmaqi MH, Danesh MM, Abedian K. The study of dysmenorrhea clinical effects of Vitagnus drop. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2005;15(50):15-21(In Persian).

17. Barbara Chopin Lucks RA, Vitex agnus castus essential oil and menopausal balance: a research update. Complementary therapies in Nursing and Midwifery. 2003;9(3):157-160.

18. Tschivdin S, Huber R. Treatment of cyclic mastalgia with solution cantaining vitex agnus castus. Breast. 2000;3:162-164.

19. Claudia D, Coon T, Max PH. Vitex agnus castus: A Systematic Review of Adverse Events. Drug Safety. 2005;28:319-332.

20. Kaviyani H. Study of validity and reliability of hospital scale on anxiety and depression, general health questionnaire mood adjectives checklist and Beck depression inventory in clinical and nonclinical populations. Journal of Tehran University of Medical Sciences. 2009;66(2):136-140 (In Persian).

21. Saki M, Jariani M, Saki K, Delfan B, Tarrahi MJ, Gholami M. Effects of Evening Primrose Oil on Depression Disorders on Patients at Psycho-neurological Clinic of Khoramabad. Scientific Journal of Ilam Medical University. 2009;16(4):46-54(In Persian).

22. 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. Journal of Affect Disorders. 1998;48:149-155.

23. Klerman G, Weissman MM. Increasing rates of depression. JAMA 1989;261:2229-2235.

24. Peet M, Murphy B, Shay J, Horrobin D. Depletion of omega-3 fatty acid levels in red blood cell membranes of depressive patients. Biol Psychiatry, 1998;43:315–319.

25. Pak Gohar M, Moradi M, Jamshidi AH, Mehran A. Studied the effect of Vitex agnus-castus on The treatment of premenstrual syndrome. Quarterly herbs Drug. 2009;8(32):98-107 (In Persian).

26. Donald J, Brown ND. Herbal extract alleviates PMS symptoms. Current Medical Research and Opinion. 2003;18(4):621-628.

27. Carmichael A.R. Can Vitex Agnus Castus be Used for the Treatment of Mastalgia? What is the Current Evidence. Evid Based Complement Alternat Med. 2008;5(3):247-250.

28. Halaska M, Beles P, Gorkow C, Sieder C. Treatment of cyclic mastalgia with a solution containing a Vittex agnus castus extract: results of a placebo-controlled double-blind study. Breast. 1999;8(4):175-181.

29. Fathizadeh N, Takfallah L, Ehsanpour S, Namnabati M. Effect of evening primrose oil

and vitamin E on the severity of periodical breast pain, IJNMR. 2008;13(3):90-93(In Persian).

30. Pruthi S, Wahner-Roedler DL, Torkelson CJ, and et al. Vitamin E and Evening primrose oil for management of cyclical mastalgia: a randomized pilot study. Altern Med Rev. 2010;15(1):59-67.

31. Qureshi S., Sultan N., Topical Nonstroidal anti-inflammatory drugs versus oil of evening primrose in the treatment of mastalgia. Surgen. 2005;3(1):7-10.

32. Said GM, Kamel RM, Dessouki N. Low intensity laser therapy is comperable to bromocriptine- evening primrose oil for the treatment of cyclic mastalgia in Egyptian females. Tanzan Health Res Bull. 2007;9(3):196-201.