

## نقش اسیدهای چرب امگا-۳ بر افسردگی پس از زایمان

ریحانه ایوان بقاء<sup>۱</sup>، لیلا نوروزی پناهی<sup>۲</sup>، دکترمرتضی قوجا زاده<sup>۳</sup>، دکتر فاطمه رنجبر کوچکسرای<sup>۴</sup>، دکتر مهر انگیز ابراهیمی ممقانی<sup>۵</sup>

### خلاصه

**سابقه و هدف:** افسردگی پس از زایمان از شایعترین مشکلات زنان در سنین باروری می باشد. در سالیان گذشته درمان های دارویی جدید 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 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 روش ها:** 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 کرده ای که ۲ هفته تا ۳ ماه از زمان زایمان آن ها گذشته، تشخیص داده شد. جهت تعیین شدت افسردگی پرسشنامه تشخیص افسردگی بک مورد استفاده قرار گرفت. زنان با افسردگی خفیف و متوسط که امتیاز ۴۶ یا کمتر را کسب کردند وارد مطالعه شده و بصورت 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 داده ها از آزمون های تی، تحلیل واریانس یکطرفه باندازه گیری مکرر و رابطه مجذور کای در نرم افزار SPSS۱۴، استفاده شد.

**یافته ها:** دو گروه امگا-۳ و دارونما از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف معنی داری 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 معنی دار می باشد ( $P < 0/005$ ). 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 معنی دار نمی باشد ( $P = 0/57$ ). تفاوت کاهش امتیاز شدت افسردگی پس از درمان در دو گروه اختلاف آماری معنی داری را نشان می دهد ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری و توصیه ها:** مصرف کپسول امگا-۳ با دوز ۱ گرم در روز به مدت ۸ هفته سبب کاهش شدت افسردگی پس از زایمان می گردد.

**واژگان کلیدی:** 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<sup>۱</sup>. اختلالات خلقی بطور شایع در دوران بعد از زایمان مشاهده می شوند<sup>۲</sup>. افسردگی پس از زایمان<sup>۱</sup> یک مشکل مهم بهداشتی عمومی است که برخی از زنان آن را تجربه می نمایند<sup>۳</sup>.

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

بر اساس گزارش کوکس و همکاران<sup>۲</sup> وقوع افسردگی پس از زایمان در ۳ ماه اول بعد از زایمان بیشتر و شدید تر است<sup>۷</sup>. 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<sup>۸</sup>. این اختلال می تواند با مشکلات جسمی مانند بی اشتهایی، 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<sup>۹</sup>. ۱/۰ تا ۰/۲ درصد از زنان به نوع شدید افسردگی به صورت سایکوز پس از زایمان مبتلا می شوند<sup>۱۰</sup>. عوارض افسردگی پس از زایمان شامل غفلت از کودک، جدایی خانواده، آسیب به خود و حتی اقدام به خودکشی می تواند باشد. از دیگر عوارض شایع و مهم این بیماری ایجاد مشکلات هیجانی، رفتاری و تاخیر شناختی در کودکان مادران افسرده می باشد<sup>۱۱،۱۲</sup>. بایستی توجه داشت که نیمی از زنان با افسردگی پس از زایمان تشخیص داده نمی شوند و کمک و درمانی نیز صورت نمی گیرد<sup>۳</sup>. افسردگی تشخیص داده نشده در این دوران ممکن است منجر به پیشرفت افسردگی مزمن و همچنین در موارد شدید منجر به خودکشی شود<sup>۱۳</sup>. 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<sup>۹</sup>، گیجی، هیپوتاسیون، تاکی کاردی و... 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<sup>۱۴</sup> لذا جستجو به منظور یافتن راه حل جدید و ساده تر که با ایجاد تاثیرات مفید، عوارض جانبی کمتر ی بر مادر و شیر خوار داشته باشند ضروری به نظر می رسد.

برخی تحقیقات اخیر ارتباط بین مصرف مکمل تغذیه ای اسید چرب امگا-۳ و افسردگی مازور را نشان داده اند<sup>۱۵،۱۶</sup>. 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 یه پیش ساز نوروترنسمیترها و متابولیسم آنها و عملکرد هیپو تالاموس، هیپوفیز و سیستم عصبی را کاهش می دهند. سومین عملکرد آن که توسط کاهش سیتو

<sup>1</sup> Postpartum depression

<sup>2</sup> Cox et al

کین‌ها می‌باشد کمک به افزایش پلی‌پپتید BDNF<sup>۱</sup> است که در رشد و بقای سلولهای عصبی در طول دوره رشد و تکامل بسیار موثر است که افزایش این پلی‌پپتید ارتباط مستقیم با کاهش علائم افسردگی دارد (۱۷). این مکمل تغذیه‌ای از دو اسید چرب ضروری بدن (ایکوزاپنتانویک اسید و دوکوزاهگزانوئیک اسید) تشکیل شده و در رشد طبیعی سیستم مغز و اعصاب خصوصاً شبکه چشم شیر خوار ضروری است (۱۸). این دارو توسط سازمان بهداشت و غذا تصویب شده و در کشور ما نیز این دارو با مجوز رسمی از وزارت بهداشت به صورت کپسول‌های ۱ گرمی مصرف می‌شود (۱۹). 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 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 سوکور بود و از مرداد ۱۳۸۶ تا بهمن ۱۳۸۶ در ۱۰ مرکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز که بصورت 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. افرادی وارد مطالعه شدند که باسواد، 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 برآورد نسبت و با در نظر گرفتن  $\alpha = 0.05$ ،  $P = 0.5$  و  $d = 0.25$  تعداد ۶۰ نمونه برای هر گروه برآورد شد. روش گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه ادینبرگ<sup>۲</sup>، پرسشنامه بک<sup>۳</sup> 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 (قرعه‌کشی) 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 شد 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 ۱۱ و بالاتر از آن بود (نقطه برش EPDS در تبریز ۱۱ تعیین شده) (۲۰)، شدت افسردگی توسط BDI 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

<sup>1</sup> Brain Derived Neurotrophic Factor

<sup>2</sup> Edinburgh Postnatal Depression Scale

<sup>3</sup> Beck Depression Inventory

(افسردگی خفیف) در نظر گرفته می شدند (۲۱) برای آنها چک لیست مشخصات فردی- اجتماعی تکمیل می گردید و یک هفته پس از ارجاع به روانپزشک پیگیری می شدند چنانچه تمایل به مصرف دارو نداشتند و مایل به شرکت در مطالعه بودند با کسب رضایتنامه کتبی از ایشان وارد مطالعه می شدند.

مادران بصورت تصادفی یک در میان به دو گروه دریافت کننده امگا-۳ و دریافت کننده دارونما تقسیم می شدند و به هر یک از نمونه‌ها هر هفته یک پاکت با کد مشخص داده می شد. 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 می شد و به آنها آموزش داده می شد 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 می شدند. 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 می گردید. 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 بدست آمده از مطالعه بوسیله روش‌های آماری توصیفی (میانگین  $\pm$  انحراف معیار و فراوانی درصد)، آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل، تحلیل واریانس یکطرفه، اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون رابطه مجذور کای و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 14 مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار 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 معنی دار 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 معنی دار می باشد ( $P < 0/005$ ). 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 معنی دار نمی باشد ( $P = 0/57$ ). تفاوت شدت افسردگی پس از درمان در دو گروه اختلاف آماری معنی داری را نشان می دهد ( $P < 0/001$ ). 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 بطور معنی دار مشخص نمود.

جدول (۱) جهت مقایسه میانگین شدت افسردگی پس از زایمان واحدهای مورد پژوهش برحسب دوره درمانی بین دو گروه امگا-۳ و دارونما ارائه شده که نشانگر آن است که در گروه امگا-۳ (۶۵ درصد) از نمونه قبل از درمان دارای افسردگی متوسط بودند در حالی که پس از درمان این میزان به (۹ درصد) کاهش یافته است. همچنین (۳۵ درصد) دارای افسردگی خفیف که به (۹/۳۷ درصد) تغییر یافته است.

جدول (۲) توزیع فراوانی شدت افسردگی پس از زایمان قبل و پس از درمان در دو گروه امگا-۳ و دارونما را نشان می دهد.

جدول (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.

بین دو گروه از نظر شدت افسردگی پس از زایمان در هفته های ۴ تا ۸ پس از آغاز درمان اختلاف معنی دار آماری مشاهده شد. به عبارتی تاثیر 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 معنی دار است ( $P < 0.001$ ). لیکن در گروه دارونما بررسی ها نشان داد که هیچ تغییر معنی داری در کاهش شدت افسردگی نمونه های مورد پژوهش مشاهده نشده است ( $P = 0.74$ ).

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 ( $P < 0.001$ )، وزن نوزاد ( $P < 0.001$ ) و دلخواه بودن جنس نوزاد ( $P = 0.004$ ) ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد.

جدول (۴) توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تمایل به مصرف مکمل دریافتی در آینده را نشان می دهد و بیانگر این نکته است که اکثریت واحدهای پژوهش در گروه امگا-۳ (۶۷/۲ درصد) تمایل داشتند که مصرف روغن ماهی را در آینده ادامه دهند، در حالی که در گروه دارونما (۵۸/۹) درصد تمایل به مصرف آن نداشتند.

## بحث و نتیجه گیری

تحقیق حاضر نشان داد که کپسول امگا-۳ موجب کاهش شدت افسردگی متوسط و خفیف می گردد. در این زمینه تحقیقات متعددی در کشورهای پیشرفته انجام شده است. در مطالعه پیت<sup>۱</sup> که با عنوان تاثیر ایکوزا پنتانویک اسید در بیماران افسرده انجام شد، مصرف ۱ گرم در روز امگا-۳ نسبت به گروه دارونما ۵۰ درصد کاهش شدت افسردگی را بطور معنی داری مشخص نمود (۲۲). مطالعه کوان پین<sup>۲</sup> به منظور بررسی تاثیر امگا-۳ بر افسردگی ماژور انجام شد. نمونه ها در هفته های ۰،۲،۴،۶،۸ پس از آغاز درمان ارزیابی می شدند، در گروه امگا-۳ تفاوت آماری معنی داری در کاهش نمرات نمونه ها در هفته های ۴،۶،۸ پس از آغاز درمان مشاهده شد که این کاهش بسیار چشمگیرتر از دارونما بود (۲۳). پژوهش نمش<sup>۳</sup>، 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

<sup>1</sup> Peet

<sup>2</sup> Kuan-Pin

<sup>3</sup> Nemets

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 بنظر می رسد مصرف همزمان داروهای ضد افسردگی و مکمل امگا-۳ سبب کاهش بیشتری در شدت افسردگی بیماران می گردد. در پژوهش او تاثیر امگا-۳ بطور معنی داری از هفته ۲، ۴ آشکار شد (۲۴). مطالعه لیورنت<sup>۱</sup> که به منظور بررسی تاثیر دکوزا پنتانویک اسید بر افسردگی پس از زایمان انجام شد نتوانست تفاوت آماری معنی داری در کاهش نمرات تستهای خود سنجش بک و ادین برگ را گزارش کند (۲۵)، بنظر می رسد به دلیل تعداد محدود نمونه های افسرده پس از زایمان نتیجه پژوهش معنی دار نیست (۲۶).

بطور کلی می توان چنین بیان کرد که استفاده از مکمل غذایی امگا-۳ بصورت تک درمانی 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 سازمان های صاحب نظر در امر تغذیه، پیشنهاد می شود که در صورت عدم تمایل مصرف اسید چرب امگا-۳ بصورت روغن ماهی می توان، 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 به ثمر رسیدن تحقیق حاضر، کمک های شایانی نموده اند بی نهایت تشکر و قدردانی می نماید.

## منابع

- 1- Murry CJL, Lopez AD . Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study 1997; Lancet 349: 1498-1504.
- 2- Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. J. Clin Psychiatry 1998; 59(2): 34 .
- 3- Varney H , Jan M, Carolyn L. Varneys Midwifery. Fifth Ed , Sadburg-Massachusetts: Jones and Bartlett; 2004. P.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): 227-236.
- 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.
- 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 . Seventh Ed . London .Mosby; 1999. P:524-528.
- ۹- مصلی نژاد ل، اشکانی ح . مادر شدن و سلامت روانی. چاپ اول، تهران: انتشارات روش، ۱۳۸۳. ص ۲۱
- ۱۰- قره خانی ب. اصول بارداری و زایمان. چاپ اول، تهران: نور دانش، ۱۳۸۰. ص ۳۴۱

<sup>1</sup> Liorent

- 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- Bergasl , Parry BL, Cyranowski JM. Special area of Interest. In: Sadock V.A. Caplan & Sadocks ,*Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8<sup>th</sup> Ed, Philadelphia: Williams & Willkines ;2005.P.: 2293-2315.
- 14- Lowdermilk D. Maternity and women's Health care. Eight Ed. United state: Mosby; 2004. P.977-982
- 15- Hung sy . Omega-3 Fatty acid in major Depressive disorder a preliminary double blind placebo controlled trial. *Eur Neuropsychopham* 2003; 13 : p: 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: p: 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: p: 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: p: 1292-98
- ۱۹- شهرآز س، غازیانی ط . درسنامه جامع داروهای رسمی ایران. تهران: ایران فارما، نشر تیمور زاده، ۱۳۸۱. ص ۵۱۲
- ۲۰- ابری اقدام ن. بررسی وضعیت مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینیورگ در تبریز، پایان نامه جهت اخذ دکترای عمومی: دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ۱۳۸۵.
- ۲۱- کاویانی ح، موسوی ا، محیط ا. مصاحبه و آزمونهای روانی. چاپ اول، تهران: انتشارات سنا، ۱۳۸۰. ص 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)59:913-919
- 23- kuan-pin Su . Omega-3 fatty acid in major depressive disorders a preliminary double blind, placebo-controlled trial. *Ear Nero psychiatric* 2003; 13:p: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:p:477-479
- 25- Liorente A. Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation on postpartum depression and in formation processing. *Am J obstet Gynecol* 2003; 188:1348-53
- 26- 80-Hung SY To the editors.Omega-3 polyunsaturated fatty acids for postpartum depression . *Am J obstet gyncol* 2004; 582-583

جدول (۱)

| دوره درمانی<br>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 | ۳۲/۳±۹/۲ | ۳۲/۹±۹/۲ | ۳۲/۸±۹/۲   | ۳۱/۷±۹/۲  | ۳۱/۳±۹/۳ | ۳۲/۵±۹/۳  | ۳۳/۶±۹/۳  |
| نتایج آزمون              | p>0.05    | p>0.05   | p>0.05   | p>0.05   | p<0.001    | p<0.001   | p<0.001  | p<0.001   | p<0.001   |

جدول (۲)

| دارونما         |       |              |       | امگا-۳          |       |              |       | گروه درمانی<br>فراوانی<br>شدت<br>افسردگی |
|-----------------|-------|--------------|-------|-----------------|-------|--------------|-------|------------------------------------------|
| هفته هشتم درمان |       | 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                               |
| ۳۶/۷            | 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 (۳)

| هفته هشتم درمان | قبل 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<0.0005        |           | نتیجه آزمون بین دو گروه |

جدول (۴)

| 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                                 |

***Role of omega-3 fatty acids on  
Postpartum depression***

**Abstract**

**Background & objectives:** Women at child-bearing age are at risk of postpartum depression. Several medications have been introduced for treatment, but according to their side effects and also breast feeding women's desire for dietary complements rather than chemical drugs, this study has been done to determine effect of omega-3 fatty acids on postpartum depression in women referring to health care centers affiliated to Tabriz medical university in 2008.

**Methods:** This study was a double-blind randomized placebo controlled trial, which was done on 120 women with postpartum depression, who had including criteria's. First by using Edinburgh postnatal depression scale in women who gave birth 2 weeks to 3 months before, postpartum depression approved; for determining the severity of depression, Beck depression Inventory scale was used. Women with mild to moderate depression who had a score  $\leq 46$  on the (BDI) enrolled in the study and randomly assigned to receive either placebo or 1gr of Omega-3 capsules for 8 weeks. Severity of depression was measured before treatment and weekly during treatment in both groups. The data was analyzed, T-Test, repeated measurements of one way ANOVA and chi square test in SPSS 14/Win.

**Results:** There were no significant differences between two groups with respect to demographic characteristics. Results show that mean depression scores before treatment in omega-3 group (35.4 + 9.2) was decreased after treatment (17.7+7.0), there was significant difference ( $p < 0.0005$ ). Mean depression scores before treatment in placebo group (34.2+3.4) decreased after treatment (33.6+9.3).there wasn't significant difference ( $p = 0.57$ ). There was significant deference between reductions of depression scores in two groups.

**Conclusion:** Use of omega-3 1gr/day for 8 weeks improves postpartum depression.

**Key words:** postpartum depression, omega-3 fatty acids.