

بررسی تأثیر گیاه دارویی گل مغربی بر گرگرفتگی دوران یائسگی

بهاره متقی دستنائی^۱، فرانک صفدری^{۱*}، دکتر لعبت جعفرزاده^۲، زیبا رئیسی دهکردی^۳، محسن تقی‌زاده^۳، مریم نیکزاد^۳

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهر شهرکرد، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهر شهرکرد، ایران.
۳. پژوهشگر، واحد تحقیق و توسعه باریج اسانس، شهرکاشان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۰۵

خلاصه

مقدمه: منوپوز پدیده جهانی برای زنان است. از جمله علائمی که زنان در منوپوز تجربه می‌کنند می‌توان به گرگرفتگی اشاره کرد. درمانی که هم‌اکنون برای بهبود گرگرفتگی به کار گرفته می‌شود، روش جایگزین هورمونی است که عوارض زیادی به دنبال دارد. یکی از جایگزین‌های هورمون درمانی، استفاده از گیاهانی از خانواده فیتواستروژن‌ها مانند گل مغربی است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر گیاه گل مغربی بر گرگرفتگی دوران یائسگی انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی سه‌سوکور در سال ۱۳۹۴ بر روی ۱۰۰ نفر از زنان یائسه مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر دستنا انجام شد. افراد در دو گروه ۵۰ نفری دارونما و گل مغربی قرار گرفتند. زنان شرکت‌کننده در این مطالعه پرل یک گرمی گیاه گل مغربی یا دارونما را روزی دو بار به مدت یک ماه استفاده کردند. برای سنجش علائم یائسگی از پرسشنامه کوپرمین استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱) و آزمون‌های تی تست و کای اسکوئر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: استفاده از گل مغربی تأثیر بسزایی در کاهش شدت، مدت و دفعات گرگرفتگی در گروه گل مغربی در مقایسه با دارونما داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: استفاده از گل مغربی در کاهش گرگرفتگی زنان مؤثر بوده و می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل و یا جایگزین هورمونی در بهبود علائم یائسگی در زنان استفاده شود.

کلمات کلیدی: گرگرفتگی، گل مغربی، یائسگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: فرانک صفدری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهر شهرکرد، ایران. تلفن: ۰۳۸-۳۳۳۳۵۶۴۸؛ پست الکترونیک: safdari@yahoo.com

مقدمه

دوران کلیماکتریک (گذر) یکی از مهم‌ترین دوران زندگی زنان و سلامتی آنها محسوب می‌شود، زیرا این دوران با تغییرات مهم فیزیکی، فیزیولوژیکی و اجتماعی همراه است (۱، ۲). در واقع منوپوز یک پدیده جهانی برای زنان است و چیزی بین ۸۰-۷۴٪ زنان با علائم یائسگی دست و پنجه نرم می‌کنند (۳-۵). این دوران از شروع اولین علامت یائسگی شروع شده و به مدت ۱۰-۵ سال بعد از منوپوز طول می‌کشد (۶). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، منوپوز بعد از ۱۲ ماه آمنوره اتفاق می‌افتد. هرچند این دوران بر روی زنان منوپوز تمرکز دارد، ولی محدوده سنی بین ۴۵-۵۵ سال را شامل می‌شود (۲). با افزایش امید به زندگی، زنان تقریباً یک سوم دوران زندگی خود را در دوران یائسگی به سر می‌برند (۷). هم‌چنین از آنجا که امید به زندگی در حال افزایش است، این بخش از جمعیت جهان نیز در حال افزایش است (۸). این دوران که به دلیل کاهش استروژن‌های اندروژن رخ می‌دهد، با عوارض زودرس و دیررس متعددی همراه بوده که می‌تواند بر کار و فعالیت اجتماعی، لذت از زندگی و کیفیت کلی زندگی زنان تأثیر گذاشته و احساس مفید و سالم بودن در فرد را تضعیف نماید (۹-۱۱). از جمله علائمی که زنان در این دوران تجربه می‌کنند می‌توان به تعریق شبانه، خشکی واژن، دیسپارونیا، نوسانات اخلاقی، درد مفاصل و سختی آنها، تپش قلب، اختلال خواب، بی‌قراری، فراموش کاری، علائم ادراری، افزایش خطر استئوپوروز و گرگرفتگی اشاره کرد (۲، ۹، ۱۴-۱۲). گرگرفتگی توصیفی است از شروع ناگهانی قرمز شدن پوست سر و گردن و قفسه سینه به همراه احساس شدید گرما در بدن که گاهی اوقات با تعریق فراوان خاتمه می‌یابد. مدت آن از چند ثانیه تا چند دقیقه و به ندرت تا یک ساعت متغیر است. از نظر فرکانس ممکن است به ندرت یا مکرراً هر چند دقیقه یک‌بار اتفاق بیفتد (۱۵). گرگرفتگی‌های وازوموتور، شایع‌ترین و مشکل‌آفرین‌ترین علائم برای زنانی است که به دوران یائسگی پا گذاشته‌اند. تقریباً ۸۰٪ زنان در عرض ۳ ماه بعد از یائسگی طبیعی یا ایجاد شده توسط جراحی دچار گرگرفتگی می‌شوند (۱۶).

درمانی که هم‌اکنون برای بهبود و کاهش علائم گرگرفتگی به کار گرفته می‌شود، روش جایگزین هورمونی با دو هورمون استروژن و پروژسترون است. از عوارض هورمون درمانی در این سن می‌توان به تأثیر منفی روی لیپیدها و فعالیت لیپاز، افزایش خطر سکت، سرطان پستان و آندومتر، اختلالات ترومبوآمبولی، مشکلات کبدی، آلزایمر و ... اشاره کرد (۱۱). علاوه بر عوارض و پیامدهای سوء هورمون درمان، این روش درمانی پیگیری‌های مداوم را نیز می‌طلبد. این روش درمان نیز مانند تمام روش‌های درمانی با داروهای شیمیایی در عده‌ای منع مصرف داشته و گروهی راضی به مصرف آن نیستند (۱۷).

با توجه به افزایش نرخ سالمندی و جمعیت زیاد زنان یائسه و با توجه به مضرات بی‌شمار این دو هورمون، پیشگیری و درمان عوارض یائسگی با استفاده از گیاهان طبیعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هم‌چنین تحقیقات نشان داده‌اند تعداد زنانی که سعی دارند از درمان‌های دیگر برای درمان گرگرفتگی استفاده کنند، رو به افزایش است (۸، ۱۸). از طرفی نیز گیاهان از زمان‌های دور به وسیله زنان در فرهنگ‌های مختلف برای کاهش گرگرفتگی استفاده می‌شده است، زیرا برخی گیاهان حاوی موادی هستند که آثاری شبیه استروژن ایجاد می‌کنند (۱۹-۱۰). فیتواستروژن‌ها ترکیبات شبیه استروژن در محصولات گیاهی هستند که در صفر، ادرار، مایع منی، خون و مدفوع انسان و حیوان شناسایی شده‌اند. به نظر می‌رسد فیتواستروژن‌ها باعث کاهش خطر بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌های پستان و آندومتر، استئوپوروز و برطرف‌کننده علائم یائسگی به ویژه گرگرفتگی و افزایش دهنده حافظه و خلق و تغییر الگوهای خواب می‌باشند. از جمله فیتواستروژن‌های مهم گیاهی، گیاه گل مغربی است. گیاه گل مغربی گیاهی است از خانواده گل مغربی‌ها که قسمت‌های مختلف این گیاه دارای آثار بهبود علائم وازوموتور در یائسگی، تخفیف علامتی پسوریازیس، سندرم پیش از قاعدگی، قاعدگی دردناک، مهار تجمع پلاکتی و ... می‌باشد (۱۵، ۲۲-۲۰). با در نظر گرفتن این موضوع که علاقه‌مندی عمومی برای مصرف ترکیبات گیاهی بیشتر می‌باشد و با توجه به

مسائلی که در بالا به آن اشاره شد، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر گیاه گل مغربی (که از خانواده گیاهان فیتواستروژنی بوده) بر گرگرفتگی دوران یائسگی انجام شد. با امید به اینکه نتایج این پژوهش به زنان یائسه کمک کند تا دوران یائسگی را با آرامش بیشتری طی کنند.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی سه‌سوکور از مرداد لغایت اسفند ماه سال ۱۳۹۴ بر روی ۱۰۰ نفر از زنان یائسه مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر دستنا (از توابع استان چهارمحال و بختیاری) انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان منوپوز، سالم، بدون مصرف هرگونه داروی هورمونی و بیماری زمینه‌ای، سالم بودن جواب پاپ اسمیر آنها ظرف یک سال گذشته، شاکی بودن از علائم یائسگی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و تمایل جهت شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم استفاده صحیح از دارو، بروز اختلالات شدید گوارشی و علائم حساسیت به دارو و عدم مشارکت در تکمیل پرسشنامه بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول و با در نظر گرفتن مقدار خطای ۱٪ و توان ۹۰٪، حدود ۳۷ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش نمونه، ۴۶ نفر در نظر گرفته شد.

این مطالعه سه‌سوکور بود؛ بدین معنی که پژوهشگر، آنالیزور داده‌ها و واحدهای پژوهش از مداخلات صورت گرفته بی‌اطلاع بوده و دارو برای هر دو گروه (گروه دارو و دارونما) در جعبه مشابه با برچسب کددار استفاده شده بود. از آنجایی که شرکت سازنده (باریج اسانس شهر کاشان، کشور ایران) تمام پرل‌های گل مغربی و پلاسبو را هم‌شکل و در جعبه‌های همسان با تعداد مشابه و ۵۰ جعبه از هر کدام (دارونما و گل مغربی) قرار داده بود و جعبه‌ها از شماره ۱۰۰-۱ کدگذاری شده بود، شناسایی دارو و دارونما برای پژوهشگر و واحدها میسر نبود. واحدهای پژوهش در هنگام مراجعه، یکی از جعبه‌های دارویی را انتخاب و مورد استفاده قرار می‌دادند. پژوهشگر پس از اخذ موافقت‌نامه کتبی از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و کمیته اخلاق، به محیط پژوهش مراجعه و ضمن معرفی خود به مسئولین مرکز و توجیه کامل پرسنل مربوطه و پس از

کسب رضایت کتبی از واحدهای پژوهش، توضیحات لازم در زمینه اهداف و ویژگی‌های مطالعه و مراحل انجام کار را ارائه و پرسشنامه مشخصات فردی و چک لیست مصرف دارو و پرسشنامه سنجش علائم یائسگی را به واحدهای پژوهش تحویل داد و ضمن آموزش نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها، از آنان می‌خواست تا طی ۲۴ ساعت آینده اولین پرسشنامه را تکمیل و به پژوهشگر عودت نمایند. سپس از نمونه‌ها خواسته می‌شد تا یکی از جعبه‌های صدگانه را انتخاب کنند. در هر کدام از این جعبه‌ها ۳۰ پرل (نوعی شکل دارویی مانند کپسول و قرص و ...) و برای مصرف ۱۵ روزه تعبیه شده بود. در هنگام تحویل، ضمن توضیح نحوه مصرف (به صورت یک عدد کپسول یک گرمی صبح و یک عدد شب همراه یک لیوان آب در طول یک ماه توضیحاتی در زمینه عوارض جانبی ارائه و شماره همراه پژوهشگر در اختیارشان قرار داده شد تا در صورت بروز هرگونه مشکل در حین مصرف با پژوهشگر تماس حاصل فرمایند. در این ۱۵ روز پژوهشگر با پیگیری تلفنی و با بررسی هفتگی چک لیست از مصرف صحیح داروها اطمینان حاصل می‌کرد. دومین پرسشنامه پس از اولین دوره ۱۵ روزه مصرف تکمیل و دومین جعبه حاوی دارو یا دارونما با همان کد قبلی تحویل واحدهای پژوهش داده شد و مجدداً همان مراحل پیگیری تلفنی و تکمیل چک لیست مصرف همانند دوره اول صورت گرفت و سومین پرسشنامه در روز ۳۰ و پس از مصرف دوره دوم دارو یا دارونما تکمیل شد.

در این مطالعه جهت تعیین شدت گرگرفتگی از پرسشنامه ایندکس کوپرن استفاده شد که برای چند دهه توسط کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. غالباً در میان زنان غربی، زنان هندی و جمعیت‌های آسیایی استفاده شده و روا و پایا می‌باشد. همچنین این پرسشنامه در ایران نیز مورد استفاده قرار گرفته است؛ بدین ترتیب روایی و پایایی آن محرز است. در این پرسشنامه برای سنجش شدت گرگرفتگی، از زنان خواسته می‌شد میزان شدت گرگرفتگی خود را در ۲۴ ساعت گذشته بر حسب شدت مشخص کنند و در چک لیست مربوطه وارد نمایند. هم‌چنین از آنها خواسته می‌شد تا در چک لیست مربوطه، دفعات گرگرفتگی را

دلایلی مانند عدم تمایل به ادامه مطالعه، احتمال افزایش وزن و عدم تأثیر دارو از ادامه مطالعه خارج شدند و در نهایت ۴۶ نفر در گروه مداخله و ۴۴ نفر در گروه دارونما مطالعه را به پایان رساندند.

میانگین سنی زنان در گروه دارو $54/6 \pm 3/75$ سال و در گروه دارونما $54/7 \pm 4/56$ سال و میانگین مدت زمان گذشته از آخرین بار قاعدگی ۱۸ ماه بود. بر اساس نتایج جدول ۱، دو گروه مورد مطالعه از نظر ویژگی‌های فردی نظیر سن، میانگین مدت زمان گذشته از آخرین قاعدگی، میانگین سن منارک، تعداد بارداری، میانگین تعداد زایمان و سطح تحصیلات با هم همگن بودند. به جدول ۱ در متن اشاره شود.

وارد کرده و در مقابل هر دفعه، طول مدت گرگرفتگی را وارد نمایند. بدین‌گونه میانگین تعداد و مدت گرگرفتگی طی ۲۴ ساعت گذشته محاسبه شد (۲۰).

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱) و آزمون‌های آماری تی تست و کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از بین ۴۰۵ زنی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، ۲۰۹ نفر به دلیل نگرانی از ایمنی مطالعه و مطمئن نبودن از کارآمدی مداخله انصراف دادند و در نهایت ۱۰۰ نفر جهت شرکت در مطالعه رضایت دادند (۵۰ نفر در گروه دارو و ۵۰ نفر در گروه دارونما). ۱۰ نفر به

جدول ۱- مشخصات فردی شرکت‌کنندگان در دو گروه مطالعه در دو گروه دارو و دارونما

مشخصات فردی	گروه	دارو	دارونما	سطح معنی‌داری
میانگین سن زنان یائسه		$54/6 \pm 3/75$	$54/7 \pm 4/56$	۰/۹۰
میانگین مدت زمان گذشته از آخرین قاعدگی به ماه		$18/24 \pm 3/27$	$18/82 \pm 3/85$	۰/۴۲
میانگین سن منارک		$12/4 \pm 1/55$	$12/06 \pm 1/47$	۰/۹۴
میانگین تعداد زایمان		$5/84 \pm 1/37$	$5/5 \pm 1/50$	۰/۲۶
تعداد بارداری		$6/22 \pm 5/1$	$5/88 \pm 1/64$	۰/۹۸

نداشته و همگون بودند ($p > 0/05$). مقایسه شدت گرگرفتگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه دارو و دارونما در جدول ۲ نشان داده شده است.

جهت بررسی همگونی اطلاعات فردی از آزمون تی مستقل استفاده شد که بر اساس نتایج این آزمون، دو گروه از نظر اطلاعات فردی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری

جدول ۲- مقایسه شدت گرگرفتگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه دارو و دارونما

شدت گرگرفتگی	گروه	دارو	دارونما	سطح معنی‌داری*
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
قبل از شروع مداخله	ندارد	۰ (۰)	۰ (۰)	۰/۹۵۲
	خفیف	۷ (۱۵/۲)	۷ (۱۵/۹)	
	متوسط	۱۵ (۳۲/۶)	۱۳ (۲۹/۵)	
دو هفته بعد از شروع مداخله	ندارد	۳ (۶/۵)	۰ (۰)	< ۰/۰۰۱
	خفیف	۱۸ (۳۹/۱)	۶ (۱۳/۶)	
	متوسط	۲۲ (۴۷/۸)	۲۲ (۵۰)	
چهار هفته بعد از شروع مداخله	ندارد	۱۳ (۲۸/۳)	۰ (۰)	< ۰/۰۰۱
	خفیف	۲۱ (۴۵/۷)	۲ (۴/۵)	
	متوسط	۱۱ (۲۳/۹)	۱۴ (۳۱/۸)	
	شدید	۱ (۲/۲)	۲۸ (۳۶/۶)	

* آزمون کای اسکوئر

بر اساس نتایج آزمون، شدت یائسگی قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد ($p < 0.001$) و بر اساس نتایج جدول ۲، گیاه گل مغربی تأثیر بسزایی در کاهش شدت گرگرفتگی در ۲ و ۴ هفته بعد از مداخله داشته است ($p < 0.001$).

جدول ۳- مقایسه میانگین مدت گرگرفتگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه دارو و دارونما

گروه	دارو	دارونما	سطح معنی‌داری
مدت گرگرفتگی	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
قبل از شروع مداخله	۹/۶۹ \pm ۰/۴۸	۱۰/۰۲ \pm ۰/۴۹	۰/۶۴
دو هفته بعد از شروع مداخله	۸/۱۹ \pm ۰/۴۱	۱۰/۲۲ \pm ۰/۴۸	۰/۰۰۲
چهار هفته بعد از شروع مداخله	۶/۹۳ \pm ۰/۳۷	۱۰/۵ \pm ۰/۴۹	< ۰/۰۰۱

* آزمون تی تست

بر اساس نتایج جدول ۳، گیاه گل مغربی تأثیر بسزایی در کاهش مدت گرگرفتگی در ۲ و ۴ هفته بعد از مداخله داشت و در ۴ هفته پس از مداخله، میزان

جدول ۴- مقایسه میانگین تعداد دفعات گرگرفتگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه دارو و دارونما

گروه	دارو	دارونما	سطح معنی‌داری
تعداد گرگرفتگی	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
قبل از شروع مداخله	۱۳/۴۱ \pm ۰/۵۶	۱۳/۶۵ \pm ۰/۶	۰/۷۶
دو هفته بعد از شروع مداخله	۱۰/۰۸ \pm ۰/۴۵	۱۵/۲ \pm ۰/۵	< ۰/۰۰۱
چهار هفته بعد از شروع مداخله	۷/۸۹ \pm ۰/۳۷	۱۱/۱۶ \pm ۰/۵۶	< ۰/۰۰۱

* آزمون تی تست

گرگرفتگی به شدت کاهش یافته و منجر به بهبود حال عمومی زنان یائسه شرکت‌کننده در این مطالعه شده بود. مکانیسم عمل این گیاه مشخص نشده است، اما ممکن است این گیاه به صورت آگونیست، آنتاگونیست، استروژن عمل کرده و آثار آن از طریق تعامل با گیرنده استروژن اعمال شود (۱۱). در مطالعات مختلف تأثیر گیاهان فیتواستروژن‌دار بر روی گرگرفتگی زنان یائسه سنجیده شده است. برای مثال در مطالعه ناهیدی و همکاران (۲۰۱۱) استفاده از شیرین بیان ظرف مدت ۴ ماه، شدت و تعداد دفعات گرگرفتگی را کاهش داد (۲۶). هم‌چنین کاظمیان و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود با عنوان بررسی تأثیر والرین بر گرگرفتگی زنان یائسه به این نتیجه رسیدند که استفاده از این گیاه موجب کاهش شدت، مدت و دفعات گرگرفتگی زنان یائسه می‌شود (۲۰). در مطالعه باغداری و همکاران (۲۰۱۰) نیز استفاده از پودر دانه کتان باعث کاهش شدت و مدت گرگرفتگی در زنان یائسه مورد مطالعه شد (۲۷). تمامی این مطالعات با مطالعه حاضر

بر اساس نتایج جدول ۴، گیاه گل مغربی تأثیر بسزایی در کاهش تعداد دفعات گرگرفتگی در ۲ و ۴ هفته بعد از مداخله داشت.

بحث

فیتواستروژن‌ها، استروژن‌های گیاهی با ساختار و عملکرد مشابه استروژن تولید شده در بدن ما می‌باشند (۲۳، ۲۴). از این رو بسیاری از زنان گیاهان خانواده فیتواستروژنی را به عنوان مکمل و درمان جایگزینی هورمونی در دوران یائسگی جهت بهبود علائم این دوران استفاده می‌کنند (۲۵). از گیاهان دارای خواص فیتواستروژنی می‌توان گل مغربی را نام برد. در مطالعه حاضر که تأثیر گیاه گل مغربی بر گرگرفتگی دوران یائسگی زنان مورد بررسی قرار گرفت، با مصرف روزانه ۲ گرم پرل گیاه گل مغربی در ۲ نوبت و به مدت یک ماه، شدت، مدت و تعداد دفعات گرگرفتگی در مقایسه با دارونما کاهش آماری معنی‌داری داشت. از طرفی طی مدت ۲ هفته استفاده از این گیاه، تمامی علائم

که از گرگرفتگی شاکی بوده‌اند، این گیاه را به عنوان یک روش غیرتهاجمی تجویز کرد، به‌خصوص اینکه با دوز استفاده شده در این مطالعه هیچ آثار جانبی مشاهده نشد. نقطه قوت مطالعه حاضر، سه‌سورکور بودن مطالعه بود که تأثیر هر عامل مداخله‌گر را می‌تواند به شدت کاهش دهد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به کنترل نسبی دمای محیط اشاره کرد که می‌توانست بر گرگرفتگی تأثیر داشته باشد. به نظر می‌رسد گل مغربی باعث بهبود گرگرفتگی در زنان یائسه می‌شود، با این وجود مطالعات بیشتری نیاز است تا تأثیر این گیاه بر بهبود گرگرفتگی زنان را به اثبات برساند و زمان عود گرگرفتگی بعد از قطع دارو را نیز مشخص نماید.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۶۷ دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و تحت حمایت‌های مالی سازمان متبوع به انجام رسیده است. لذا از تمام کارکنان معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و تمام عزیزانی که ما را در انجام این طرح یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

همخوانی داشتند و استفاده از گیاهان فیتواستروژنی منجر به کاهش شدت، مدت و دفعات گرگرفتگی در زنان یائسه شده بود، ولی در مطالعه لوئیس و همکاران (۲۰۰۹) استفاده از پودر کتان منجر به کاهش شدت و مدت گرگرفتگی نشد و با تمامی مطالعات بالا به ویژه مطالعه باغداری تناقض دارد که می‌تواند ناشی از استفاده از دوز کمتر (۲۵ میلی‌گرم) دارو در مقایسه با مطالعه حاضر باشد (۲۱). هم‌چنین مطالعه کریمیان و همکار (۲۰۱۵) که به بررسی تأثیر طب گیاهی مورد استفاده در ایران بر درمان گرگرفتگی پرداختند، نشان داد که گیاه سویا می‌تواند به عنوان درمان در گرگرفتگی مورد استفاده قرار گیرد (۲۸). در مطالعه حاضر برای خنثی کردن و جلوگیری از تأثیر و تداخل مواد غذایی که حاوی فیتواستروژن بود، از طریق ارزیابی و ثبت روزانه مواد غذایی مورد مصرف توسط زنان یائسه، این متغیر مداخله‌گر کنترل و در صورت مصرف این مواد از مطالعه خارج می‌شدند. لذا با قوت بیشتری می‌توان گفت کاهش شدت و تعداد گرگرفتگی به علت تأثیر فیتواستروژن موجود در گل مغربی است.

نتیجه‌گیری

با توجه به مطلب بالا و زمان کوتاه استفاده از گیاه و تأثیر مثبت روی گرگرفتگی می‌توان برای زنان یائسه

منابع

1. Li S, Holm K, Gulanick M, Lanuza D. Perimenopause and the quality of life. Clin Nurs Res 2000; 9(1):6-23.
2. Rodríguez-Fuentes G, de Oliveira IM, Ogando-Berea H, Otero-Gargamala MD. An observational study on the effects of Pilates on quality of life in women during menopause. Eur J Integr Med 2014; 6(6):631-6.
3. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographic region. Climacteric 2010, 13(5):419-28.
4. Santoro N, Brown JR, Adel T, Skurnick JH. Characterization of reproductive hormonal dynamics in the perimenopause. J Clin Endocrinol Metab 1996; 81(4):1495-501.
5. Whelan TJ, Goss PE, Ingle JN, Pater JL, Tu DS, Pritchard K, et al. Assessment of quality of life in MA.17: a randomized, placebo controlled trial of letrozole after 5 years of tamoxifen in postmenopausal women. J Clin Oncol 2005; 23(28):6931-40.
6. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO scientific group. Geneva: World Health Organization; 1996.
7. International Programs Center. Global aging into the 21st century-The wall chart by US. New York: Census Bureau; 1996.
8. Pour Zahra A. The effects of isolated soy protein on hot flashes in postmenopausal women. Med J Khordad 2002; 36(18):9.
9. Poomalar GK, Arounassalame B. The quality of life during and after menopause among rural women. J Clin Diagnostic Res 2013; 7(1):135-9.
10. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
11. Novak E. Berek & Novak's gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.

12. Ağıl A, Abıke F, Daşkapan A, Alaca R, Tüzün H. Short-term exercise approaches on menopausal symptoms, psychological health, and quality of life in postmenopausal women. *Obstet Gynecol Int* 2010; 2010:274261.
13. Lima JE, Palacios S, Wender MC. Quality of life in menopausal women: a Brazilian Portuguese version of the Cervantes Scale. *Sci World J* 2012; 2012:620519.
14. Hess R, Thurston RC, Hays RD, Chang CC, Dillon SN, Ness RB, et al. The impact of menopause on health-related quality of life: results from the STRIDE longitudinal study. *Qual Life Res* 2012; 21(3):535-44.
15. Lobo RA, Kelsey J, Marcus R. *Menopause: biology and pathobiology*. New York: Academic Press; 2000. P. 215.
16. Lobo R. *Treatment of the post-menopausal women*. 2th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. P. 159.
17. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York: Mcgraw-Hill; 2014.
18. Proctor ML, Murphy PA. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 3:CD002124.
19. Asghar Nia M. *Basics medicine obstetrics and gynecology*. Tehran: Poursina; 2002. (Persian).
20. Kazemian A, Banaian SH, Parvin N, Delaram M. The effect of valerian on hot flash in menopausal women. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2006; 8(1):21-33. (Persian).
21. Rees M. Alternative treatments for the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23(1):151-61.
22. Montserrat-de la Paz S, Fernandez-Arche MA, Angel-Martin M, Garcia-Gimenez MD. Phytochemical characterization of potential nutraceutical ingredients from Evening Primrose oil (*Oenothera biennis* L.). *Phytochem Letters* 2014; 8:158-62.
23. Jassim GA. Strategies for managing hot flashes. *J Fam Pract* 2011; 60(6):333-9.
24. This P, De Cremoux P, Leclercq G, Jacquot Y. A critical view of the effects of phytoestrogens on hot flashes and breast cancer risk. *Maturitas* 2011; 70(3):222-6.
25. Akbari TN, Davoodabadi FM. Comparative effect of flaxseed, soy on menopausal hot flashes. *Complementary Med* 2012; 5:52-60. (Persian).
26. Nahidi F, Zare E, Mojab F, Alavi-majd H. Effects of licorice on relief and recurrence of menopausal hot flashes. *Iran J Pharmaceut Res* 2012; 11(2):541.
27. Baghdari N, Akbari A, Ayati S, Emami A, Esmaeili H. Effect of powder of flaxseed on hot flashes in women at the climacteric. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(1):37-47. (Persian).
28. Karimian Z, Keramat A. sHot flashes of menopause and herbal medicine in Iran: a systematic review. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(111):1-11.