پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال دوازدهم, شماره ۳, پي در پي ۵۷ ، صفحات ۱۷۷ تا ۱۸۴
مرداد و شهريور ۱۳۸۶

تاريخ دريافت مقاله ۸۵/۷/۲۴
تاريخ پذيرش مقاله ۸۵/۱۰/۱۵

بررسي تأثير مناستيل بر شدت ديسمنوره اوليه

نورالسادات كريمان[۱*]، فاطمه زارعي[۲]، دكتر حميد فراز مجاب[۳]، دكتر حميدعلوي مجد[۴]، محبوبه احمدي[۵]، دكتر لطيف گچكار[۶]

چكيده

سابقه و هدف: *با توجه به شيوع و اهميت ديسمنوره در زنان و دختران و اثرات آن بر كيفيت زندگي اجتماعي و فردي آنان، اقبال عمومي جهت استفاده از درمان هاي تكميلي، جايگزين و گياهي و محدود و جديد بودن درمان هاي موضعي، اين مطالعه با هدف تعيين تأثير مناستيل بر شدت ديسمنوره اوليه دانشجويان ساكن خوابگاه دانشگاه هاي شهرساوه درسال ۱۳۸۴ انجام گرفت.*

مواد و روش ها: *تحقيق به روش كارآزمايي باليني و دو سو كور بر روي ۷۲ دختر مبتلا به ديسمنوره اوليه در محدوده سني ۱۸ تا ۲۶ سال و مجرد داراي شرايط لازم جهت ورود به مطالعه انجام گرفت. ابتدا فرم شماره ۱ در طي يك سيكل قاعدگي توسط اين افراد تكميل شد كه علاوه بر پاسخ به سؤالات دموگرافيك و ورزش و عوامل استرس زا و استفاده از مسكن، شدت درد خود را در اولين سيكل قاعدگي برروي نمودار سنجش درد علامت زدند، سپس افرادي كه درد خفيف داشتند (درجه ۰ تا ۳) از مطالعه حذف و بقيه در دو گروه متوسط (درجه ٤ تا ۷)و شديد (درجه ۸ تا ۱۰) قرار گرفتند. با درنظر گرفتن ميزان شدت درد قاعدگي، افراد به طور تصادفي بر اساس ليست اسامي، در دو گروه دارو و دارونما قرر گرفتند. گروه دارو، يك ويال لوسيون موضعي مناستيل و گروه دارونما يك ويال مشابه ويال مناستيل دريافت نمودند تا در دو روز اول قاعدگي روزانه حداكثر سه دوز به مدت دو سيكل قاعدگي استفاده نمايند. سپس اطلاعات افراد در اين دو سيكل در پرسشنامه شماره ۲ تكميل گرديد و در صورت نياز به مسكن، نوع و تعداد مسكن مصرف شده نيز ثبت شد. شدت درد قاعدگي و علايم همراه و تغيير وضعيت ديسمنوره و علايم همراه در داخل گروه ها با آماره Freedman و در بين گروه ها با آماره Mann-Whitney مورد قضاوت آماري قرار گرفت.*

يافته ها: *در ارزيابي نمونه هاي مورد مطالعه از نظر سن، قد، وزن، وضعيت نظم قاعدگي، سطح تحصيلات و اشتغال پدر و مادر، رشته هاي تحصيلي و ورزش، اختلاف آماري معني دار بين دو گروه مشاهده نشد. اگر چه شدت درد و علايم همراه قاعدگي با مصرف دارو در هر دو گروه كاهش يافت، اختلاف تغييرات شدت درد و علايم بين دو گروه به لحاظ آماري معنا دار بود ($P < ۰/۰۰۱$). مصرف مسكن و ميزان خونريزي قاعدگي نيز بعد از درمان كاهش يافت و عوارض جانبي جدي نيز با مصرف مناستيل مشاهده نگرديد.*

نتيجه گيري: *مصرف مناستيل سبب كاهش ديسمنوره اوليه مي‌شود. بررسي تأثيربلند مدت مناستيل به مدت ٦ ماه توصيه مي شود*

واژگان كليدي: *ديسمنوره اوليه ، مناستيل ، خونريزي قاعدگي ، شدت درد*

مقدمه

از ديدگاه باليني ديسمنوره را غالباً به دو گروه وسيع اوليه و ثانويه تقسيم مي كنند. ديسمنوره اوليه يا قاعدگي دردناک بدون حضور بيماري پاتولوژيک لگني، هم زمان با شروع قاعدگي يا چند ساعت قبل از خونريزي قاعدگي شروع و

۱ *. نويسنده مسؤول :مربی، دانشكده پرستاري و مامايي، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي.آدرس براي مكاتبه: تهران، خيابان شريعتي ،جنب بيمارستان كودكان مفيد، دانشكده پرستاري مامايي شهيد بهشتي، پست الكترونيک: **n_kariman@sbmu.ac.ir***
۲ . دانشجوي كارشناسي ارشد مامايي، دانشكده پرستاري و مامايي، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
۳ . دانشيار، دانشكده داروسازی، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
۴ . مشاور آماري، عضو هيأت علمی دانشكده پيراپزشكی، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
۵ . مربی، دانشكده پرستاري و مامايي، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
٦ . دانشيار، مركز تحقيقات بيماري های عفوني و گرمسيري، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

٤٨ تا ٧٢ ساعت به طول مي انجامد. درد در قسمت تحتاني شكم و پايين كمر و قسمت فوقاني ران مي باشد كه حتي مي تواند سبب مشكلات گوارشي و خستگي نيز شود (۱و۲). ديسمنوره اوليه در بيش از ۹۰% از بالغين در سيكل هاي همراه با تخمک گذاري شايع است. تقريباً ۷۵% از زنان آن را تجربه كرده اند (۳). سالاري در سال ۱۳۷۲ در مطالعه روي دختران دانش آموز شهر مشهد شيوع آن را ٧٤% و Berek نيز در بين زناني كه قاعده مي شوند ۵% گزارش كرده اند (۴و۵). در يک نمونه تصادفي از زنان ۱۹ ساله شهر گوتنبرگ در سوئد،۷۲% ديسمنوره گزارش شده است كه ۱۵% از ديسمنوره ها فعاليت روزانه را محدود كرده و توسط آنالژزيک ها بهبود نيافتند، ۸% داراي غيبت از مدرسه يا محيط كار بوده و ۳۸/۲% نيز به طور منظم از درمان طبيعي استفاده نمودند (۶).

ديسمنوره به عنوان يك اختلال در سلامتي شخصي و اجتماعي مي باشد و در آمريكا غيبت از كار به علت ديسمنوره ٦۰۰ ميليون ساعت كاري و ۲ ميليون دلار زيان هاي اقتصادي در پي داشته است (۷). تنها ٤ ميليون ملاقات در مطب هاي خصوصي يا سالانه ۱/۵% از كل بيماري هاي زنان به اين خاطر اختلالات قاعدگي مي باشد و اين اختلال در زنان جوان شايع تر است (۸و۹).

در برخورد با ديسمنوره اوليه روش هاي متعدد درمان دارويي مثل قرص هاي ضدبارداري خوراكي، مهاركننده هاي ساخت پروستاگلاندين نظير اسيد پروپيونيك و فنامات ها مورد استفاده قرار مي گيرد (۴) كه علاوه بر اثرات سودمند داراي اثرات جانبي نظيرتاري ديد، سردرد، گيجي و مشكلات گوارشي مي باشند (۶).

امروزه استقبال عمومي در درمان ديسمنوره به گياه درماني و درمان هاي تكميلي و جايگزين شامل استفاده از گياهاني مثل هميشه بهار، رازيانه، نعناع، بابونه، زنجبيل، مرزنجوش و ريشه خشك شده هويج، كلم و شغلم متوجه شده است (۴و۱۰). در اين ميان لوسيون مناستيل (Menastil) حاوي روغن كالاندولا (نام علمي گل هميشه بهار) و روغن نعناع، از درمان هاي جديد و مورد بررسي در ديسمنوره مي باشد كه به لحاظ عوارض بسيار ناچيز و روش استفاده آسان مورد توجه واقع شده است (۱۳-۱۱). كالاندولا يا گل هميشه بهار نخستين بار در سال ١٥٥٤ ميلادي توسط Mathiol مطرح شد (١٤) كه روغن آن به طريق عصاره گيري به كمك مونوكسيد كربن از گلبرگ هاي اين گل به دست مي آيد (۱۵). در مورد تأثير كالاندولا بر ضايعات پوستي، يرقان، قطع قاعدگي، ضعف ناشي از مالاريا و اثر ضماد نعنا مطالعات متعددي موجود است كه در كتب گياه شناسي به آن ها اشاره شده است (۱۸-۱۶) و يک مطالعه نيز در مورد تأثير موضعي اين دارو موجود است (۱۱). با توجه به شيوع ديسمنوره و عوارض ناشي از آن، عوارض درمان هاي موجود و جديد بودن موضوع تأثير داروهاي گياهي موضعي جهت درمان ديسمنوره، اين مطالعه با هدف تعيين تأثير لوسيون موضعي مناستيل بر شدت ديسمنوره اوليه انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش به روش كارآزمايي باليني با كنترل پلاسبو و دو سوكور بر روي ۷۲ دانشجوي دختر مجرد ساكن خوابگاه دانشگاه هاي شهر ساوه در سال ۱۳۸۴ انجام گرديد. در ابتدا كليه دانشجويان مبتلا به ديسمنوره اوليه داراي تمايل به شركت در مطالعه، پرسشنامه شماره۱ (كه اعتماد پرسشنامه از طريق اعتبار محتوا و با استفاده از آزمون مجدد و ضريب همبستگي آلفا كرونباخ تأمين شده بود و شامل خصوصيات سن، BMI، سطح تحصيلات و شغل پدر و مادر، انجام ورزش، وجود عامل استرس زا درسه ماهه اخير، تعداد مسكن مصرف شده در حين ديسمنوره و نمودار شدت درد بود) را پركردند. كساني كه يكي از فاكتورهاي حذف كننده مانند ابتـلا به بيـماري خاص، سابقه بيـماري التـهابي لگن يا

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

توده هاي لگني، اجبار به مصرف دارو و وجود علايمي مانند سوزش و خارش و ترشح غيرطبيعي، سيکل هاي قاعدگي نامنظم و سابقه آلرژي به گياهان خانواده کاسني را داشتند از مطالعه خارج شدند. افراد باقي مانده پس از دريافت اطلاعات لازم از درمان دارويي و تکميل فرم رضايت نامه وارد مطالعه شدند. سپس به اين افراد آموزش هاي لازم براي ثبت شدت درد در طول سيکل و نحوه علامت گذاري روي خط کش داده شده و ۲ نسخه پرسشنامه شماره ۲ در اختيار آنان قرار داده شد تا طي دو سيکل درمان، در هر سيکل قاعدگي آن را تکميل کنند. که اين علامت ها با استفاده از مقياس آنالوگ بصري و مقياس چندبعدي گفتاري (۱۹) اندازه‌گيري شد. نمونه هايي که بر اساس خط کش درد، امتياز صفر تا ٤ گرفتند (ديسمنوره خفيف) از مطالعه حذف شدند و افراد داراي امتياز ٤ تا ۷ ديسمنوره متوسط و افراد داراي امتياز بين ۷ تا ۱۰ به عنوان ديسمنوره شديد در نظر گرفته شدند.

افرادي با شدت درد متوسط و شديد به تعداد مساوي و با انتساب تصادفي به دو گروه دارو و دارونما تقسيم شدند. نمونه هاي گروه دارونما يك ويال با کدA (ويال هم شکل و اندازه مناستيل محتوي روغن بچه جانسون واسانس نعناء با نام علمي *منتا هيبريد*/ ساخته شده در دانشکده داروسازي شهيدبهشتي) و گروه دارو، نيز يك ويال با کدB (مناستيل يك ويال با وزن ۳/۵ گرم حاوي کالاندولا و روغن نعناء ساخت کارخانه Clear Ellen کانادا و به صورت لوسيون موضعي) دريافت نمودندکه مجريان طرح و افراد مورد مطالعه از کد ها اطلاع نداشتند. قبل از استفاده از دارو جهت تعيين حساسيت، دارو روي پوست دست اين افراد تست شده و موارد داراي حساسيت از مطالعه خارج شدند. دارو به صورت لوسيون موضعي در قسمت بالاي عانه محل حداکثر درد به صورت دايره وار از نقطه مرکز به اندازه کف دست، در روز اول قاعدگي يا هم زمان با احساس شروع درد استفاده شد. چنان چه ديسمنوره بعد ازگذشت ۱۵ تا۲۰ دقيقه بهبود نمي يافت، اين افراد مي توانستند مجدداً از دارو استفاده نمايند که دفعات مصرف دارو نيز ثبت مي شد و در صورت نياز روز دوم نيز دارو را به همين نحو مصرف نمودند. اگر درد افراد بعد از مصرف داروي مورد پژوهش تسکين نمي يافت، مي توانستند مسکن استفاده نمايند. در اين موارد نيز ساعت مصرف مسکن و ميزان شدت درد روي خط کش درد قبل و بعد از مصرف مسکن در پرسشنامه ثبت مي شد. در ضمن نوع دارو، ميزان دارو يا هر اقدامي را که جهت تسکين درد انجام مي دادند در پرسشنامه ثبت مي شد. در نهايت افرادي که دارو را نامرتب مصرف مي نمودند نيز از مطالعه خارج شدند. به اين شکل در اولين قاعدگي و نيز در قاعدگي بعدي وضعيت ديسمنوره توسط دومين و سومين پرسشنامه تعيين و ثبت گرديد. ضمناً وضعيت ورزش، عوامل استرس‌زا، مصرف مسکن، نوع مسکن مصرفي و ميزان بروز بيماري خاص در طول مصرف دارو، تغييرات درد، مصرف مرتب دارو، عوارض جانبي احتمالي حين مصرف دارو، ميزان پذيرش دارو توسط فرد و تمايل وي به مصرف مجدد دارو بررسي و نتايج حاصله توسط افراد وارد مطالعه شده ثبت گرديد.

در پايان داده هاي پرسشنامه هاي تحقيق طبقه بندي و استخراج شد. جهت تجزيه و تحليل داده ها، از نرم افزار SPSS 10 استفاده و تغييرات علايم در داخل گروه ها با آماره Wilcoxon، Paired T-test، Freedman و در بين گروه ها با آماره Mann-Whitney U مورد قضاوت آماري قرار گرفت و $P < ۰/۰۵$ معني دار تلقي شد.

يافته ها

در اين مطالعه ۷۲ دانشجوي دختر مجرد ساکن در خوابگاه دانشگاه هاي شهر ساوه (آزاد، پيام نور و پرستاري) مورد مطالعه قرار گرفتند که۵۰ % نمونه ها از دانشگاه آزاد اسلامي ، ۲۵ % از دانشگاه پيام نور و ۲۵ % از دانشکده پرسـتاري وابسته به دانشگاه علوم پزشکي اراك بودند. در اين

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

پژوهش نمونه هاي مورد مطالعه از نظر سن، قد، وزن، وضعيت نظم قاعدگي، سطح تحصيلات و اشتغال پدر و مادر، رشته هاي تحصيلي و ورزش بررسي گرديدند و اختلاف آماري معني دار بين دو گروه مشاهده نشد (جدول شماره۱). اين افراد در محدوده سني ۱۸ تا ۲۶ سال بودند هرچندكه ازنظر سني بيش ترين فراواني سني (۵۰%) در گروه سني ۲۰-۱۸ سال قرار داشتند. تعداد مسكن مصرف شده طي روزهاي قاعدگي در گروه دارونما ۰/۲ ± ۱/۶ و در گروه مناستيل ۰/۳ ± ۲/۳ و تا حداكثر ۶ قرص در روز بود.

در جدول۲ نيز توزيع فراواني دانشجويان بر حسب شدت درد (خفيف ، متوسط و شديد) در دو گروه دارونما و مناستيل به تفكيك قبل از درمان، سيكل اول و دوم بعد از درمان نشان داده شده است. در ارزيابي دوره اول و دوم درمان و پيش از آن از نظر تغييرات شدت درد در داخل گروه ها با آماره فريدمن و در بين گروه ها با آماره من ويتني مورد قضاوت آماري قرار گرفت كه تغييرات شدت درد بين دو گروه با P <۰/۰۰۱ به لحاظ آماري معنادار بود، بدين ترتيب كه كاهش شدت درد در گروه مناستيل بيش تر از گروه دارونما بود.

جدول ۱ - توزيع فراواني دانشجويان مبتلا به ديسمنوره اوليه بر حسب متغيير هاي همسان شده در گروه دارونما و مناستيل

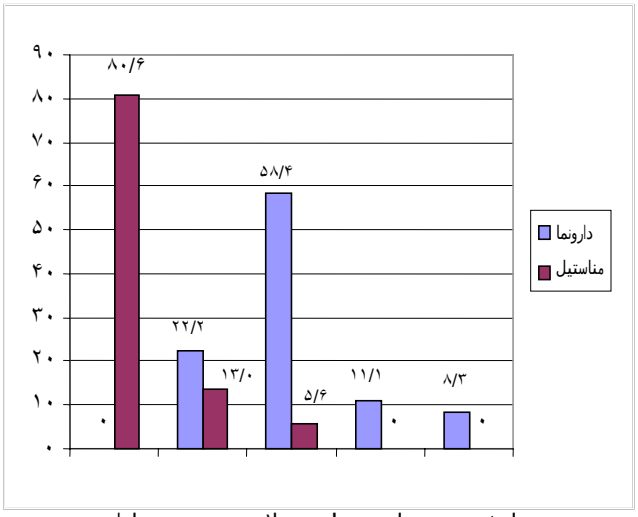
متغيير هاي همسان شده	دارونما	مناستيل	مقدار
سن دانشجويان	۲۱/۸۵ ±۱/۹	۲۱/۰۶ ± ۲/۳	P = ۰/۱
معيار توده بدني دانشجويان	۲۲/۰۹ ± ۲/۵	۲۱/۰۷ ± ۲/۶	P =۰/۱
سن منارک دانشجويان	۱۳/۹± ۱/۲	۱۴/۲ ± ۱/۳	P = ۰/۲
سن شروع قاعدگي دردناک	۱۵/۵ ± ۲/۱	۱۵/۶ ± ۲/۱	P = ۰/۱
گروه آموزشي	۲۲/۲ درصد پرستاري	۳۳/۳ (پرستاري)	P = ۰/۱
وضعيت اشتغال مادر دانشجويان	۸۶/۱% خانه دار	۸۸/۹% خانه دار	P = ۰/۷
وضعيت اشتغال پدر دانشجويان	۳۳/۳% كارمند	۲۶/۵% كارمند	P = ۰/۸
سطح تحصيلات مادر دانشجويان	۵۱/۴% متوسطه-ديپلم	۴۷/۲% متوسطه-ديپلم	P = ۰/۷
سطح تحصيلات پدر دانشجويان	۵۷/۱% متوسطه-ديپلم	۵۰/۰% متوسطه-ديپلم	P = ۰/۳
تعداد مسكن مصرف شده قبل از مصرف	۶۹/۴% (۳-۱) عدد	۶۳/۸% (۳-۱) عدد	P = ۰/۰۶
نحوه ورزش قبل از درمان	۴۷/۱ ندرتا ورزش مي كنند	۵۲/۹% ندرتا ورزش مي كنند	P = ۰/۴

جدول ۲- توزيع فراواني دانشجويان مبتلا به ديسمنوره اوليه بر حسب شدت درد،گروه و مراحل درماني، خوابگاه دانشگاهي شهر ساوه ۱۳۸۴

شدت ديسمنوره	قبل از درمان با دارو		دوره اول درمان با دارو		دوره دوم درمان با دارو	
	دارو نما تعداد (درصد)	مناستيل تعداد (درصد)	دارو نما تعداد (درصد)	مناستيل تعداد (درصد)	دارو نما تعداد (درصد)	مناستيل تعداد (درصد)
خفيف	-	-	۶ (۱۶/۷)	۱۴ (۳۸/۸)	۶ (۱۶/۷)	۱۹ (۵۲/۶)
متوسط	۲۰ (۵۵/۶)	۲۰ (۵۵/۶)	۲۰ (۵۵/۶)	۲۰ (۵۵/۶)	۲۲ (۶۱/۱)	۱۵ (۴۱/۸)
شديد	۱۶ (۴۴/۴)	۱۶ (۴۴/۴)	۱۰ (۲۷/۷)	۲ (۵/۶)	۸ (۲۲/۲)	۲ (۵/۶)
جمع كل	۳۶ (۱۰۰)	۳۶ (۱۰۰)	۳۶ (۱۰۰)	۳۶ (۱۰۰)	۳۶ (۱۰۰)	۳۶ (۱۰۰)

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

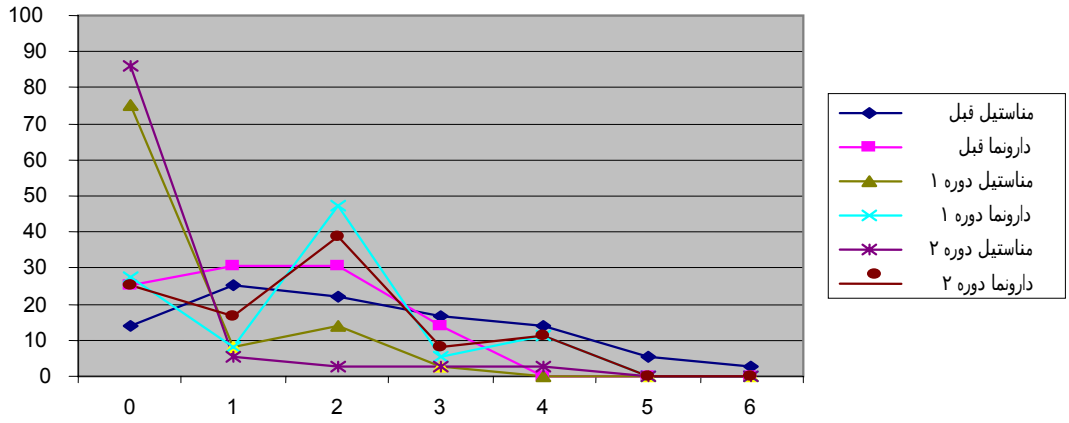
تغييرات شدت درد بر اساس اظهار نمونه ها در نمودار ۱ نشان داده شده است. ۸۰/۶ درصد افراد در گروه مناستيل اظهارنمودند که شدت درد آنها بسسيار کمتر شده، درحالي که ۵۸/۴ درصد گروه دارونما هيچ تغييري را در شدت درد خويش اعلام نکردند. آزمون من ويتني نيز اختلاف معني دار آماري بين دو گروه دارو نما و مناستيل نشان داد (P =۰/۰۰۱).



نمودار ۱- توزيع دانشجويان مبتلا به ديسمنوره اوليه بر حسب گروه درماني و تغييرات شدت درد به اظهار دانشجويان مورد مورد مطالعه

ميانگين تعداد مسکن ها در گروه دارونما و مناستيل به ترتيب قبل از مداخله۰/۲± ۱/۶ و ۰/۳± ۲/۳ و در دوره اول درمان ۰/۱± ۱/۰ و ۰/۲± ۰/۸۵ و در دوره دوم درمان ۰/۲± ۱/۲ و ۰/۱± ۰/۵۵ بوده است. همانطور که مشخص است ميانگين تعداد مسکن در هر دو گروه در سيکل اول بعد از درمان نسبت به قبل از درمان کاهش داشت و اين کاهش در گروه دارو بيش تر از گروه دارونما مي باشد. هرچند در سيکل دوم بعد از درمان در گروه دارو ميانگين تعداد مصرف مسکن نسبت به سيکل اول بسيار کاهش يافته، اما در گروه دارونما مختصري افزايش نشان داده شده است. آماره من ويتني نيز بين دو گروه اختلاف معني دار آماري نشان داد (P<۰/۰۰۱). تعداد مسکن هاي مصرف شده در طي ديسمنوره قبل و دو دوره درمان در نمودار ۲ نشان داده شده است که بيانگر آن است که مصرف مناستيل سبب کاهش مصرف مسکن مي گردد.

در گروه دارونما و مناستيل به ترتيب قبل از درمان ۱۹/۱% و ۱۳/۹% از هيچ مسکني استفاده نمي کردند و اين آمار در دو گروه دارونما و مناستيل به ترتيب در سيکل اول درمان ۲۷/۷ % و ۷۵% و در سيکل دوم درمان ۲۵% و۸۶% بوده است.



نمودار شماره ۲ ـ توزيع دانشجويان مبتلا به ديسمنوره اوليه بر حسب تعداد مسکن مصرفي ، گروه و مراحل درماني

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

۹۱/٦% گروه دارونما و ۸۳/٤% گروه مناستيل در ماه اول درمان، و به ترتيب ۳/٤ % و۸۸/۸% در ماه دوم درمان داراي تغيير ميزان ورزش نسبت به قبل از درمان نبوده اند. ۲/۸% افراد گروه دارونما و۸/۳% افراد گروه مناستيل در سيكل اول بعد از درمان داراي افزايش در ميزان ورزش شده بودند، در حالي كه اين مقدار در افراد گروه مناستيل در سيكل دوم درمان ٥/٦% بود كه تفاوت معني دار آماري بين دو گروه مشاهده نگرديد. (P= ۰/۳ , P =۰/۲). عوامل استرس زا در مراحل مختلف درمان با قبل از مصرف مشابه بوده و يا اختلاف آن ها به لحاظ آماري معنادار نبود. تمايل دانشجويان مبتلا به ديسمنوره براي مصرف دارو در آينده در جدول ۳ نشان داده شده است كه اختلاف معني داري بين دو گروه دارونما و دارو از لحاظ تمايل به مصرف مناستيل در آينده وجود داشت (P=۰/۰۰۰۱).

جدول ۳ ـ توزيع دانشجويان مبتلا به ديسمنوره اوليه بر حسب گروه درماني وتمايل آنها به مصرف دارو در آينده

تمايل به مصرف داروها	دارونما تعداد (%)	مناستيل تعداد (%)	جمع تعداد (%)
بله	۶ (۱۶/۶)	۳۴ (۹۴/۴)	۶۲ (۶۸/۱)
تا حدودي	۲۸ (۷۷/۸)	۲ (۵/٦)	۸ (۱۱/۱)
خير	۲ (۵/٦)	ـ	۲ (۲/۸)

تعداد پدهاي مصرفي در گروه دارونما و مناستيل به ترتيب قبل از مصرف دارو ۰/۴± ۳/۷ و ۰/۳± ۴/۰ ، در دوره اول درمان ۰/۵± ۴/۰ و ۰/۳± ۳/۹ و در دوره دوم درمان ۰/۴± ۴/۲ و ۰/۴± ۳/۷ بوده است. ميانگين تعداد پدهاي مصرف شده در گروه دارونما و مناستيل قبل از درمان مشابه مي باشد (P= ۰/۹). در حالي كه بعد از درمان تعداد پدها درگروه مناستيل كاهش يافته است كه به لحاظ آماري معني دار بوده است(P= ۰/۰۱).

مناستيل در دختران مصرف كننده عارضه جانبي خاصي ايجاد نكرد، فقط در دو نفر از ايجاد سردرد و تهوع نمود.

بحث

دختران شركت كننده (داراي درد متوسط وشديد بر اساس خط كش درد مك گيل) در گروه دارونما و مناستيل از نظر سن، سن منارك، سن شروع قاعدگي دردناك، معيار توده بدني، گروه آموزشي، تحصيلات و اشتغال پدر و مادر در ابتداي مطالعه مشابه و همگون بودند. همچنين دو گروه از نظر شدت درد در سيكل قبل از درمان تفاوت آماري معني دار نداشتند. پس از سيكل اول درمان ۳۸/۸% در گروه مناستيل و ۱٦/۷% در گروه دارونما، ديسمنوره خفيف را گزارش كردند و در سيكل دوم درمان نيز ٥۲/٦% در گروه مناستيل و ۱٦/۷% در گروه دارونما ميزان درد قاعدگي آن ها كاهش يافته و در گروه خفيف قرار گرفتند. در حالي كه قبل از درمان اين افراد در گروه متوسط يا شديد بودند. بر اساس نتايج حاصل از اظهار نظر بيماران در مورد تأثير دارو، ۹٤/٤% افراد گروه مناستيل و ۲۲/۲% افراد گروه دارونما درد قاعدگي خود را به ميزان زياد كاهش يافته، بيان كردند. در اين مطالعه علاوه بر شدت درد، ميزان مصرف مسكن نيز مورد بررسي و نشان داده شد كه مناستيل موجب كاهش مصرف مسكن نيز مي شود.

اگرچه درد ناشي از ديسمنوره از اعصاب يوتروساكرال منشأ گرفته و اين اعصاب ۲/٥ اينچ با سوپرا پوبيك فاصله دارند، به نظر مي رسد به كار بردن مناستيل به صورت مستقيم در اين ناحيه باعث كوتاه كردن آكسون هاي عصبي انتقال دهنده ی درد از سلول هاي حسي عصبي رحم به مغز مي شود و پيام درد از مغز ديرتر به سلول هاي عصبي رحم مي رسد. همچنين ترشح استيل كولين را نيز تحت تأثير قرار مي دهد و ارتباط سيناپسي اعصاب را مخدوش مي نمايد (۱۳).

توجيه ديگر در مورد مكانيسم اثر مناستيل بر كاهش ديسمنوره، فلاونوئيدهاي موجود در كالاندولا افيسينياليس (جزء اصلي مناستيل) است، كه مي توانند از آزاد شدن

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

هيستامين و توليد پروستاگلاندين ها جلوگيري کرده و باعث تثبيت غشاء ليزوزومي و تأثير بر نفوذپذيري و مقاومت مويرگي مي گردند. ساپونين هاي کالاندولا نيز از آزاد شدن هيستامين، برادي کينين و بعضي از آنزيم هاي پروتئوليتيک جلوگيري مي کنند (۱٤).

تأثير مناستيل برکاهش شدت ديسمنوره در مطالعه ما تقريباً مشابه تحقيق Blum و همکاران (۱۳) در سال ۲۰۰۲ در مورد تعيين تأثير مناستيل بر ديسمنوره اوليه بود که در مطالعه ايشان در تسکين ديسمنوره، مناستيل ۸۱% و دارونما ۱٤/۳% مؤثر بود. نکات قابل توجه درپژوهش حاضر نسبت به پژوهش Blum، شامل استفاده از خط کش درد مك گيل جهت سنجش شدت درد نمونه ها علاوه بر اظهار نظر افراد است، در حالي که معيار سنجش تأثير دارو در مطالعه وي، فقط نظرسنجي از بيماران بوده است. تعداد نمونه بيش تر و برابر در دو گروه دارونما و مناستيل از ديگر نقاط قوت اين پژوهش نسبت به تحقيق Blum و همکاران مي باشد.

با توجه به خاصيت آنتي پروستاگلانديني مناستيل و اين نکته که کتاب هاي سنتي گل هميشه بهار و نعناء (دو جزء ترکيب مناستيل) را به عنوان قابض خون قاعدگي معرفي نموده اند، اين دارو نيز مي بايست بتواند مانند ساير مهارکننده هاي پروستاگلاندين موجب کاهش خونريزي قاعدگي نيز گردد. لذا در اين پژوهش ميزان خونريزي قاعدگي افراد نيز مورد بررسي قرار گرفت که نتايج بيانگر آن بود که مقدار خونريزي قاعدگي در گروه مناستيل به طور معناداري کاهش يافته است. همچنين رضايت از درمان و کاهش مصرف مسکن در گروه مناستيل به طور معنا داري نسبت به گروه دارونما بالا بوده است. در نهايت، مناستيل در دختران مصرف کننده عارضه جانبي خاصي ايجاد نکرد، فقط در دو نفر از افراد ايجاد سردرد و تهوع نمود.

نتيجه نهايي آن که با توجه به خاصيت ضد اسپاسم و ضد التهاب بودن گل هميشه بهار، مناستيل مي تواند به عنوان عاملي جهت درمان ديسمنوره اوليه مورد استفاده قرار گيرد. نتايج مطالعه حاضر با در نظر گرفتن تأثير مناستيل به عنوان ضد اسپاسم، ضد التهاب و تأثير مستقيم بر آکسون هاي عصبي، توانست نتايج تحقيق فوق را تأييد نمايد.

تشکر و قدرداني

بدين وسيله مراتب تشکر وقدرداني خود از معاونت پژوهشي دانشگاه علوم پزشکي شهيد بهشتي جهت تأمين بودجه پژوهش حاضر که حاصل طرح تحقيقاتي آن دانشگاه بوده، اظهار مي داريم.

از کليه دانشجويان محترم ساکن در خوابگاه هاي شهر ساوه، مسؤولين محترم دانشگاه هاي شهر ساوه و مسؤولين دلسوز خوابگاه هاي دانشجويي دخترانه شهر ساوه به خاطر همکاري در مراحل اجرای پژوهش، صميمانه سپاسگزاري مي نماييم.

REFERENCES

1. Beckmann CRB, Ling FW, Smith RP, Barzansky BM. Obestetrics and Gynecology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2004; P:407-15.
2. Drife J, Magowan B. Clinical Obstetrics & Gynecology. Edinburg: Saunders. 2004; P:213-5.
3. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed. Philadelphila: Lippincott Williams &Wilkins. 2003; P:678-87.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

4. Berek J. Novak`s Gynecology. 13th edition. Philadelphia: Lippincott Wiiliams &Wilkins. 2002; P:431-50.

۵. سالاري پ. بررسي تأثير آموزش روي روند قاعدگي در دختران دانش آموز مبتلا به ديسمنوره اوليه در دبيرستان هاي دخترانه دولتي شهر مشهد. پايان نامه كارشناسي ارشد مامايي، دانشكده پرستاري مامايي شهيد بهشتي،۱۳۷۲.

6. Speroff L, Frit MA. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 7th ed. Philadelphila: Lippincott Williams & Wilkins. 2005; P:531-70.

7. Howard FM, Perry CP, Carter JE. Pelvic Pain: Diagnosis & Management. 1st ed. Philadelphila: Lippincott Williams & Wilkins. 2000; P:100-7.

8. Gordley LB, Lemasters G, Simpsom SR, Yiin JH. Menstrual disorders and occupational, stress, and racial factors among military personnel. J Occup Environ Med 2000;42(9):871-81.

9. Ryan K, Berkowitz RS, Barbieri RL. Kistner's Gynecology & Women's Health .6th ed. St.Louis: Mosby 1999; P:620-5.

10. Miriam S. Family Health Guide .1st ed. New York. 2002; P:247-9.

11. Ross Sm. An Integrative approaches to eczema (atopic dermatitis). Holist Nurs Pract 2003;17(1):56-62.

۱۲. حاجي آخوندي ع. راهنماي كاربردي گياهان دارويي چاپ اول ، تهران ، مركز انتشارات دانشگاه آزاد اسلامي، ۱۳۸۱.

13. Blum M. Clinical Trial effective Menastil on Primary dysmenorrhea. Canada. 2002;P:1-10.

14. Blumenthal M, Goldberg A, Brinckmann J. Herbal Medicine. 1st ed. Expanded Commission E Monographs. Austin American. 2000; P: 138-42.

۱۵. دهپور م. درسنامه جامع داروهاي رسمي ايران . چاپ دوم، تهران ، مركز انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۳.

16. Greunwald J, Brendler T, Jaenicke C. PDR for Herbal Medicine. 2nd ed. Medical Economics. Mont vale Company. 2000; P:500-10.

۱۷. فرضيان م. بررسي تأثير ضماد نعناء بر شدت كمردرد مراجعه كنندگان به درمانگاه ارتوپدي بيمارستان مباشر كاشاني شهر همدان سال ۱۳۷۷، پايان نامه كارشناسي ارشد دانشكده پرستاري مامايي شهيد بهشتي، ۱۳۷۸.

18. Dermaderosian A, Liberti L. The review of natural products .1st ed. Wolters Kluwer Company. 2001; PP:110-2.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]