

# تأثیر رازیانه (*Foeniculum vulgare*) بر پیشگیری از دیسپارونی بعد از زایمان در زنان نخست‌زا: یک کارآزمایی بالینی تصادفی

## شده

زهرة علیپور<sup>۱</sup>، دکتر مرضیه لری پور<sup>۲\*</sup>، دکتر زرین سرحدی نژاد<sup>۳</sup>، دکتر هاله تاج‌الدینی<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
۲. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
۳. استادیار گروه داروسازی سنتی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۴. دانشیار گروه طب ایرانی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۸

### خلاصه

**مقدمه:** دیسپارونی، شایع‌ترین مشکل جنسی دوره پس از زایمان است. احتمال اثربخشی رازیانه در پیشگیری و درمان دیسپارونی بعد از زایمان با توجه به ترکیبات و خواص رازیانه وجود دارد، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر رازیانه بر پیشگیری از دیسپارونی پس از زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده سه‌سوکور که از دی ۱۳۹۷ تا اردیبهشت ۱۳۹۸ انجام شد، ۷۶ زن نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر رفسنجان، ۲ هفته بعد از زایمان به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۳۸ نفره دریافت‌کننده کپسول ۵۰۰ میلی‌گرمی رازیانه ۲ بار در روز به مدت ۸ هفته و گروه دارونما تخصیص یافتند. ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله، هر دو گروه از نظر دیسپارونی با مقیاس مارینوف مورد بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های کای اسکوئر، تی مستقل و تی زوجی انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره دیسپارونی ۴ هفته بعد از مداخله در گروه رازیانه و دارونما به ترتیب  $۰/۶۹ \pm ۰/۸۳$  و  $(p=۰/۴۳۰)$  و ۸ هفته بعد از مداخله  $۰/۵۷ \pm ۰/۵۰$  و  $۰/۶۵ \pm ۰/۷۰$  ( $p=۰/۲۱۱$ ) بود. اختلاف میانگین نمره دیسپارونی ۴ و ۸ هفته بعد از زایمان در گروه مداخله از نظر آماری معنادار بود ( $p=۰/۰۱۱$ ). این اختلاف بین دو گروه معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** مصرف کپسول ۵۰۰ میلی‌گرمی رازیانه ۲ بار در روز از هفته دوم بعد از زایمان در پیشگیری از دیسپارونی بعد از زایمان تأثیری ندارد. مطالعات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

**کلمات کلیدی:** دیسپارونی پس از زایمان، رازیانه، نخست‌زا

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مرضیه لری پور؛ مرکز تحقیقات سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.  
تلفن: ۰۳۴-۳۴۲۶۵۹۰۰؛ پست الکترونیک: marzeyeiloripoor@yahoo.com

## مقدمه

دوره پس از زایمان به‌عنوان دورانی آسیب‌پذیر و تنش‌زا برای زنان با فرهنگ‌های متفاوت شناخته شده است که با تغییرات اجتماعی و فردی چشم‌گیری برای مادر همراه است (۱). تغییرات فیزیکی و روان‌شناختی در این دوره منجر به تغییراتی در فعالیت‌های جنسی شده و نگرانی‌ها و دغدغه‌هایی را در زنان ایجاد می‌کند (۲). محوریت نوزاد، شیردهی و مراقبت از نوزاد، علت مهمی برای کاهش روابط جنسی بعد از زایمان گزارش شده است (۳). در دوره پس از زایمان تغییراتی از قبیل دیسپارونی، نداشتن میل جنسی، خشکی واژن و عدم تجربه ارگاسم ایجاد می‌شود که می‌تواند بر روی چرخه پاسخ جنسی زن تأثیرگذار باشد (۴).

تخمین زده می‌شود که ۱۴-۳۴٪ زنان سنین باروری برای مدت طولانی یا به‌طور دائم دیسپارونی را تجربه کنند (۵). در دوره پس از زایمان شایع‌ترین مشکل جنسی، دیسپارونی می‌باشد و ۶۰٪ زنان را متأثر می‌کند (۶، ۷). در مرور سیستماتیک بنایی و همکاران (۲۰۱۹) شیوع دیسپارونی ۳۵٪ و در مطالعه لاگارت و همکاران (۲۰۱۷) شیوع دیسپارونی ۶ هفته و ۶ ماه بعد از زایمان به‌ترتیب ۵۱٪ و ۴۰/۷٪ گزارش شد (۸، ۹). در مطالعه ترک زهرانی و همکاران (۲۰۱۶) اکثر مشکلات جنسی پس از زایمان در ۲ ماه اول پس از زایمان مشاهده شده و بعد از ماه‌های دوم و به‌ویژه ماه ششم، این مشکلات کاهش یافته و بیشترین مشکل جنسی این دوران دیسپارونی گزارش شد (۱۰).

دیسپارونی بعد از زایمان ممکن است فیزیکی، روانی یا ترکیبی از هر دو باشد. ترومای زایمانی، پارگی‌ها، اپی‌زیاتومی، تشکیل بافت اسکار، ترمیم ضعیف پرینه، شیردهی، تنش والد شدن، افسردگی پس از زایمان، اضطراب و تصورات منفی زن از شرایط فیزیکی خود در این زمان، از عوامل مرتبط با دیسپارونی بعد از زایمان می‌باشند (۹، ۱۱-۱۸). نوع زایمان بر دیسپارونی بعد از زایمان تأثیر ندارد (۱۹، ۲۰).

دیسپارونی بعد از زایمان بر میل، رضایت و تناوب رابطه جنسی تأثیر دارد، کیفیت زندگی این زنان را کاهش

می‌دهد و می‌تواند منجر به اختلالات پیچیده‌تر جنسی شود (۶، ۹، ۱۱، ۲۱).

حمایت از زنان در معرض خطر مشکلات جنسی توصیه شده و بر اساس عوامل مؤثر، باید مداخلات خاصی برای آنها انجام شود (۲۲). علی‌رغم شیوع بالای دیسپارونی بعد از زایمان، به‌نظر می‌رسد این مشکل کم تشخیص داده شده و درمان می‌شود (۱۱، ۲۱، ۲۳). رویکرد مناسب درمان بر اساس علت زمینه‌ساز و شامل مشاوره، روان‌درمانی، درمان افسردگی و درمان علل فیزیکی است. درمان بر اساس شدت علائم و شامل اطمینان دادن و توصیه به پیش‌نوازش بیشتر برای لغزنده‌سازی مناسب واژن، استفاده از لوبرکانته‌های بر پایه آب هنگام نزدیکی، مرطوب کننده‌های واژن ۲-۳ بار در هفته، استروژن موضعی، بی‌حس‌کننده‌های موضعی، پرینوپلاستی، استفاده از دیلاتور، ماساژ و روش اصلاح شده فنتون است (۱۱، ۲۴-۲۶).

عوارض درمان‌های دارویی، قابل استفاده نبودن درمان‌های موجود برای همه افراد، هزینه بالای برخی روش‌ها و عدم تأثیر مطلوب ضرورت درمانی ساده‌تر، مقبول‌تر و در دسترس‌تر را نشان می‌دهد (۲۷، ۲۸). باید توجه داشت از آنجایی که زنان جهت رفع مشکل خود مراجعه نمی‌کنند، کارکنان بهداشتی درمانی باید از این اپیدمی خاموش و عوامل مؤثر بر آن آگاه باشند تا بتوانند اقدامات پیشگیرانه، درمانی و مشاوره‌ای لازم را انجام دهند (۲۹).

ترکیبات اصلی رازیانه با نام علمی *Foeniculum vulgare* که به‌نام عمومی *Fennel* مشهور است، شامل ترانس آنتول<sup>۱</sup>، لیمونن<sup>۲</sup> و فنچون<sup>۳</sup> است. آنتول خواص استروژنی را فعال می‌کند، هم‌چنین رازیانه به‌عنوان منبع غنی از فیتواستروژن‌ها به‌خصوص ایزوفلاون<sup>۴</sup> می‌باشد (۲۴، ۳۲-۳۰).

اکثر مطالعات انجام شده در رابطه با تأثیر رازیانه بر مشکلات جنسی در دوران یائسگی انجام شده‌اند که به‌علت شیوع بالای مشکلات جنسی در این دوران

<sup>1</sup> transanethole

<sup>2</sup> limonene

<sup>3</sup> fenchone

<sup>4</sup> Isoflavone

می‌باشد (۳۳). با توجه به تأثیر مثبت رازیانه در این مطالعات و تشابه نسبی وضعیت هورمونی این دوران با زمان شیردهی و نیز اثرات متنوعی که از رازیانه در سایر مطالعات مشاهده شده است مانند تأثیرات ضداضطرابی، ضدالتهابی و ضددردی، افزایش‌دهنده شیر مادر، بهبود آتروفی دستگاه تناسلی و افزایش میل جنسی (۱۲، ۳۷-۳۴) که همه با دیسپارونی بعد از زایمان مرتبط می‌باشند، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر رازیانه بر پیشگیری از دیسپارونی پس از زایمان انجام شد.

### روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده سه‌سوکور با دریافت کد اخلاق (IR.RUMS.REC.1397.161) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و کد IRCT20160308026971N9 از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران از دی ۱۳۹۷ تا اردیبهشت ۱۳۹۸ بر روی ۷۶ زن نخست‌زا در مراکز خدمات جامع سلامت رفسنجان انجام شد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها و با توجه به مطالعه نجار و همکاران (۳۸) برای هر گروه ۳۰ نفر (مداخله ۳۰ نفر و کنترل ۳۰ نفر) انتخاب شد که با در نظر گرفتن ۱۶ نفر برای ریزش احتمالی، در مجموع ۷۶ نفر وارد مطالعه شدند. مشارکت‌کنندگان ۲ هفته بعد از زایمان با در نظر گرفتن معیارهای ورود شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، زندگی با همسر و عدم تعارضات شدید زناشویی، نوزاد تک‌قلوی زنده و سالم، سن ۳۵-۱۸ سال، عدم ابتلاء به افسردگی پس از زایمان با استفاده از پرسشنامه ادینبورگ، تغذیه نوزاد با شیر مادر، عدم ابتلاء به بیماری مزمن شناخته شده، عدم وجود پارگی درجه ۳ و ۴ در زمان زایمان وارد مطالعه شدند و در صورت فراموشی مصرف ۲ دوز پشت سر هم دارو، شیردهی کمتر از ۳ نوبت در شبانه‌روز، ابتلاء به افسردگی بعد از زایمان، رخ دادن واقعه ناگوار (مرگ عزیزان، حوادث و تصادفات و ...)، نداشتن نزدیکی تا ۱۰ هفته پس از زایمان و عدم تمایل به ادامه همکاری از مطالعه خارج می‌شدند.

افراد شرکت‌کننده به‌روش در دسترس از بین زنان تازه زایمان کرده شکم اول که ۲ هفته بعد از زایمان جهت مراقبت پس از زایمان خود و نوزاد به مراکز خدمات جامع سلامت رفسنجان مراجعه کردند، انتخاب و با اخذ رضایت‌نامه کتبی و ثبت اطلاعات فردی در فرم مربوطه وارد مطالعه شده و تخصیص تصادفی افراد به دو گروه با اعداد تصادفی تولید شده در اکسل با تابع randbetween انجام شد. افراد گروه مداخله از پایان هفته دوم بعد از زایمان و شروع هفته سوم، کپسول ۵۰۰ میلی‌گرمی تهیه شده از دانه‌های آسیاب شده رازیانه ساخت دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان هر ۱۲ ساعت یک عدد و گروه کنترل، کپسول دارونما حاوی نشاسته که از نظر تمام خصوصیات ظاهری مشابه کپسول رازیانه بود را به‌همان ترتیب مصرف کردند. دوز تجویز شده رازیانه بر اساس منابع طب سنتی، مطالعات مشابه و مشاوره با همکاران متخصص طب و داروسازی سنتی طرح در نظر گرفته شد (۳۶، ۳۹).

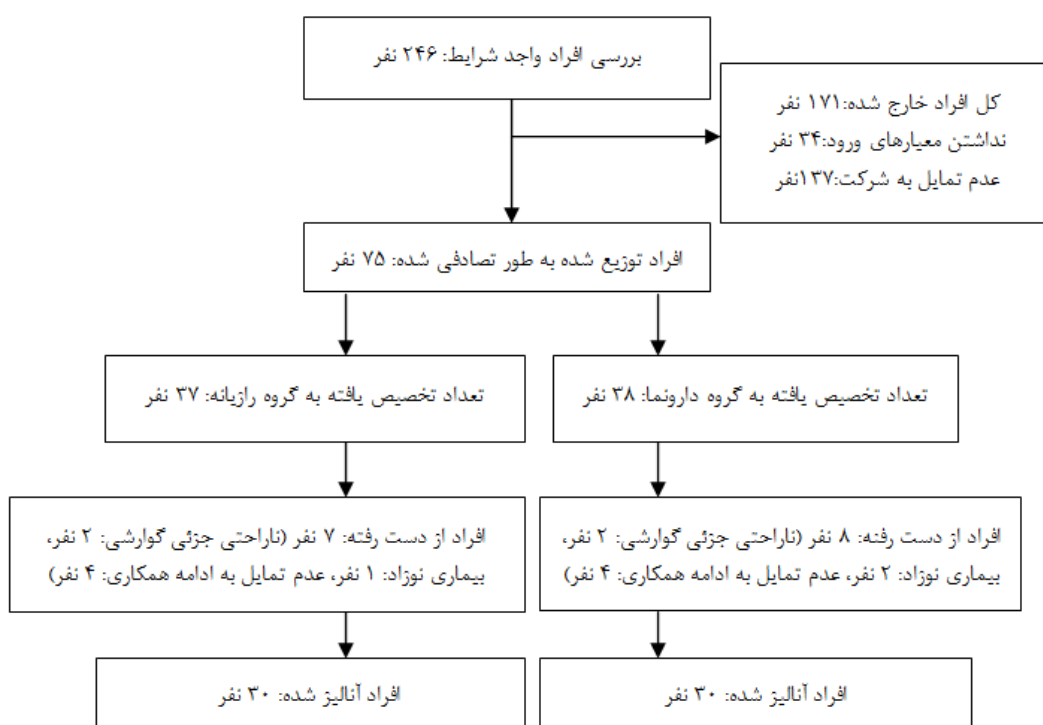
کپسول رازیانه و دارونما با کد F و FC از دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تحویل گرفته شدند و تا پایان آنالیز و مشخص شدن نتایج، محققین، مصرف‌کننده و مشاور آماری طرح، از کدها بی‌اطلاع بودند. برای اطمینان از مصرف مرتب کپسول، فرم ثبت روزانه در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت تا هر بار مصرف را در آن علامت بزنند. همچنین پژوهشگر هر ۷۲-۴۸ ساعت یک‌بار تماس تلفنی با واحدهای پژوهش (گروه مداخله و کنترل) گرفته تا علاوه بر پاسخ‌گویی به سؤالات احتمالی آنها، از استفاده منظم کپسول و تکمیل فرم ثبت روزانه نیز اطمینان حاصل کند. ۴ و ۸ هفته بعد از شروع مداخله دو گروه از نظر دیسپارونی با مقیاس دیسپارونی مارینوف<sup>۱</sup> که در مطالعات متعددی از آن استفاده شده (۱۸-۱۶)، مورد بررسی قرار گرفتند. این مقیاس ۴ گزینه‌ای و اختصاصی دیسپارونی و شامل موارد زیر است: صفر= هنگام نزدیکی درد ندارم، ۱= هنگام نزدیکی درد دارم، اما این درد مانع ادامه نزدیکی نمی‌شود. ۲= هنگام نزدیکی درد دارم و این درد اغلب

<sup>1</sup> Marinoff dyspareunia scale

### یافته‌ها

در این مطالعه از ۷۶ زن نخست‌زایی که وارد مطالعه شدند، ۱۶ نفر (۸ نفر گروه کنترل، ۷ نفر گروه مداخله) به دلایلی مانند عوارض جزئی دارو، بیماری نوزاد و عدم تمایل به ادامه مطالعه، از مطالعه خارج شدند و در نهایت آنالیز داده‌ها با ۶۰ نفر (۳۰ نفر در هر گروه) انجام شد (شکل ۱). بین متغیرهای دموگرافیک دو گروه مداخله و دارونما تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ( $p > 0.05$ ) و دو گروه از این نظر همگن بودند (جدول ۱).

مانع ادامه نزدیکی می‌شود، ۳ = هنگام نزدیکی درد دارم و این درد همیشه مانع نزدیکی می‌شود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های کای اسکوئر، تی مستقل (جهت مقایسه میانگین نمره دیسپارونی ۶ و ۱۰ هفته بعد از زایمان در دو گروه) و تی زوجی (جهت مقایسه درون‌گروهی میانگین نمره دیسپارونی ۶ و ۱۰ هفته بعد از زایمان) تحت نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.



شکل ۱- کنسورت چارت مطالعه

جدول ۱- ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان

متغیر	گروه رازیانه	گروه دارونما	سطح معنی‌داری
سن	۲۶/۱۰ ± ۴/۶۰	۲۵/۷۳ ± ۴/۶۵	*.۰/۷۵۸
شاخص توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع)	۲۶/۴۲ ± ۴/۴۴	۲۵/۱۸ ± ۴/۶۶	*.۰/۲۹۸
نمره دیسپارونی قبل از بارداری	۰/۴۳ ± ۰/۶۷۹	۰/۴۰ ± ۰/۵۶۳	*.۰/۸۲۷
طبیعی	۱۰ (۳۴/۵)	۱۰ (۳۳/۳)	
کاندوم	۱۷ (۵۵/۲)	۱۹ (۶۳/۳)	
آی یو دی	۰ (۰/۰)	۱ (۳/۳)	**۰/۹۳۴
لاینسترولول	۲ (۶/۹)	۰ (۰/۰)	
بدون روش پیشگیری	۱ (۳/۴)	۰ (۰/۰)	

	۲ (۶/۷)	۰ (۰/۰)	زیر دیپلم	
	۸ (۲۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)	دیپلم	
**۰/۰۹۵	۴ (۳/۳)	۰ (۰/۰)	فوق دیپلم	تحصیلات
	۱۱ (۳۶/۷)	۱۶ (۵۳/۳)	لیسانس	
	۵ (۱۶/۷)	۳ (۱۰/۰)	فوق لیسانس و بالاتر	
	۶ (۲۰/۰)	۳ (۱۰/۰)	ضعیف	
**۰/۲۸۳	۲۱ (۷۰/۰)	۲۰ (۶۶/۷)	متوسط	وضعیت اقتصادی
	۳ (۱۰/۰)	۷ (۲۳/۳)	خوب	
	۹ (۲۹/۹)	۱۲ (۴۰/۰)	واژینال با اپی زیاتومی	
**۰/۱۷۱	۳ (۱۰/۰)	۰ (۰/۰)	واژینال بدون اپی زیاتومی	نوع زایمان
	۱۸ (۵۹/۱)	۱۸ (۶۰/۰)	سزارین	
	۱۵ (۵۰/۰)	۱۲ (۴۰/۰)	۱	
**۰/۷۰۳	۱۱ (۶۳/۳)	۱۲ (۴۰/۰)	۲	تعداد نزدیکی در هفته گذشته
	۴ (۱۳/۳)	۶ (۲۰/۰)	۳	
	۲۹ (۹۶/۷)	۲۸ (۹۳/۳)	۱	
**۰/۹۹۹	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)	۲	تعداد بارداری
	۲۰ (۶۶/۷)	۲۳ (۷۶/۷)	خانه دار	
**۰/۵۶۷	۱۰ (۳۳/۳)	۷ (۲۳/۳)	کارمند	شغل مادر
	۷ (۲۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	زیر دیپلم	
	۹ (۳۰/۰)	۱۲ (۴۰/۰)	دیپلم	
**۰/۸۷۱	۳ (۱۰/۰)	۳ (۱۰/۰)	فوق دیپلم	تحصیلات همسر
	۹ (۳۰/۰)	۷ (۲۳/۳)	لیسانس	
	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰/۰)	فوق لیسانس و بالاتر	
	۲۴ (۸۰/۰)	۱۹ (۶۳/۳)	کارمند	
**۰/۲۵۲	۶ (۲۰/۰)	۱۱ (۳۶/۷)	آزاد	شغل همسر

\* آزمون تی مستقل \*\* کای اسکوتر

نمرات دیسپارونی در هفته هشتم مداخله نسبت به هفته چهارم، این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود ( $p=0/161$ ). اختلاف میانگین نمرات دیسپارونی بین دو گروه مداخله و کنترل در پایان هفته چهارم ( $p=0/430$ ) و پایان هفته هشتم معنادار نبود ( $p=0/211$ ) (جدول ۲).

بر اساس نتایج مطالعه در گروه مداخله میانگین نمرات دیسپارونی در پایان هفته هشتم مداخله نسبت به میانگین نمرات دیسپارونی در پایان هفته چهارم مداخله کاهش یافته و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ( $p=0/111$ ). در گروه دارونما با وجود کاهش میانگین

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار دیسپارونی در دو گروه رازیانه و دارونما ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله

متغیر	گروه	زمان		آزمون تی زوج
		۴ هفته بعد از مداخله	۸ هفته بعد از مداخله	
دیسپارونی	مداخله	۰/۶۹±۰/۶۱	۰/۴۶±۰/۵۸	سطح معنی داری**
	کنترل	۰/۸۳±۰/۶۹	۰/۷۰±۰/۶۵۱	
آزمون تی مستقل	سطح معنی داری*	۰/۴۳۰	۰/۲۱۱	

\* مقایسه بین گروهی، \*\* مقایسه درون گروهی. اعداد بر اساس میانگین± انحراف معیار بیان شده‌اند.

## بحث

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی تأثیر رازیانہ بر پیشگیری از دیسپارونی پس از زایمان انجام شد، نمره دیسپارونی در گروه رازیانہ در هفته هشتم نسبت به هفته چهارم پس از مداخله کاهش یافته و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. در گروه دارونما نیز این میانگین کاهش یافته بود، ولی اختلاف معنادار نبود. تفاوت میانگین نمره دیسپارونی بین دو گروه در هفته‌های چهارم و هشتم بعد از مداخله معنادار نبود. در مطالعه کوهورت آینده‌نگر لاگارت و همکاران (۲۰۱۷) با عنوان دیسپارونی و عملکرد جنسی پس از زایمان، نیز گزارش شد که ۶ هفته بعد از زایمان ۵۱٪ و ۶ ماه بعد از زایمان ۴۰/۲۷٪ زنان دیسپارونی را تجربه کرده و بهبود خودبه‌خودی مشاهده شد (۹). با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعه لاگارت و همکاران (۲۰۱۷) می‌توان چنین نتیجه گرفت که گذشت زمان خودبه‌خود باعث کاهش دیسپارونی بعد از زایمان می‌شود، اما مصرف رازیانہ به روند بهبودی کمک می‌کند که این تأثیر خود می‌تواند نتیجه قابل توجهی باشد، زیرا زمان اولین رابطه جنسی در این دوره گام مهمی برای ایجاد روابط صمیمانه برای زوجین است و تأخیر در از سرگیری رابطه به‌طور بالقوه بر سلامت جسمی، اجتماعی، عاطفی و کیفیت روابط صمیمی زوجین تأثیر می‌گذارد (۸، ۴۰).

مطالعاتی که به بررسی تأثیرات رازیانہ بر عملکرد جنسی و دیسپارونی پرداخته‌اند، در زنان یائسه این تأثیرات را بررسی کرده‌اند و مطالعه‌ای که این تأثیرات را در دوره بعد از زایمان بررسی کرده باشد، در جستجوی محققین یافت نشد. به دلیل شباهت نسبی وضعیت هورمونی دوران بعد از زایمان با یائسگی می‌توان انتظار تأثیرات مشابه را در این دوران نیز داشت. خدیوزاده و همکاران (۲۰۱۸) تأثیرات رازیانہ بر سلامت زنان یائسه را در مروری سیستماتیک بررسی کردند و نتیجه گرفتند که رازیانہ تأثیرات مفیدی بر خشکی و خارش واژن، دیسپارونی، عملکرد جنسی و رضایت جنسی این زنان دارد (۴۱). لی و همکاران (۲۰۲۱) در مرور سیستماتیک و متاآنالیز انجام شده بر

روی اثرات رازیانہ بر سلامت زنان یائسه چنین نتیجه‌گیری کردند که رازیانہ اثرات مفیدی بر عملکرد جنسی زنان یائسه و آتروفی واژن در این زنان دارد که نیاز به تأیید بیشتر توسط مطالعات آتی دارد (۴۲). محبوبی (۲۰۱۹) در مطالعه مروری خود نتیجه گرفت که رازیانہ گیاه دارویی با ارزشی در مدیریت بیماری‌های زنان است (۴۳).

نجار و همکاران (۲۰۱۵) به بررسی تأثیر کرم واژینال رازیانہ بر دیسپارونی و رضایت جنسی زنان یائسه پرداختند که نتایج آن نشان‌دهنده معنی‌دار بودن تفاوت دیسپارونی و رضایت جنسی در بین دو گروه رازیانہ و دارونما بود (۳۸). با توجه به این‌که در مطالعه حاضر دارو به‌صورت کپسول خوراکی تجویز شد، در حالی‌که نجار و همکاران (۲۰۱۵) از کرم واژینال پژوهش خود استفاده کردند، می‌توان تفاوت در نتایج به‌دست آمده در دو مطالعه را به نحوه تجویز دارو نسبت داد. در مطالعه یارعلیزاده و همکاران (۲۰۱۶) استعمال یک اپلیکاتور کرم واژینال رازیانہ (۵ گرم در روز) اختلاف آماری معناداری بر روی آتروفی واژینال زنان یائسه گروه رازیانہ نسبت به گروه کنترل ایجاد کرد (۳۷)، در حالی‌که در مطالعه غضنفرپور و همکاران (۲۰۱۷) مصرف ۳ کپسول نرم ۱۰۰ میلی‌گرمی رازیانہ در روز تأثیری بر آتروفی واژینال زنان یائسه نداشت (۴۴). با توجه به عدم اختلاف معنادار دیسپارونی در دو گروه رازیانہ و دارونما در مطالعه حاضر نیز چنین به‌نظر می‌رسد که استعمال موضعی و واژینال رازیانہ بر آتروفی واژن و بالطبع متعاقب آن دیسپارونی و رضایت جنسی که در مطالعه نجار و همکاران (۲۰۱۵) اشاره شده، تأثیر بهتر و بیشتری دارد. چنان‌که در مطالعه مروری دیزاوندی و همکاران (۲۰۱۹) با عنوان تأثیر فیتواستروژن‌ها از جمله رازیانہ بر سلامت واژن و دیسپارونی در زنان حوالی یائسگی و بعد از یائسگی نیز نتیجه‌گیری شد که تأثیر فیتواستروژن‌ها به راه تجویز دارو و نوع آتروفی واژن بستگی دارد (۴۵).

پیشنهاد می‌شود به دلیل جدید بودن موضوع و عدم وجود مطالعات مشابه در این زمینه و بدون عارضه بودن رازیانہ که در مطالعات انجام شده به آن اشاره شده

است، به استفاده از این داروی گیاهی در دوزهای بالاتر، مدت زمان طولانی‌تر و نیز به‌عنوان روش درمانی و نه پیشگیری و تجویز واژینال جهت بررسی بهبود دیسپارونی پس از زایمان در پژوهش‌های آتی پرداخته شود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نگرانی مادران از تأثیر سوء مصرف دارو در زمان شیردهی بر نوزاد و عدم تمایل به همکاری به این علت اشاره کرد که با ارائه توضیحات مربوطه، سعی در رفع این محدودیت شد، با این حال ریزش‌هایی به‌همین علت در طی مطالعه رخ داد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش به‌نظر می‌رسد مصرف ۵۰۰ میلی‌گرم رازیانه ۲ بار در روز از هفته دوم بعد از زایمان در پیشگیری از دیسپارونی بعد از زایمان

تأثیری ندارد. مطالعات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش مامایی می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به انجام رسید. بدین‌وسیله از همکاری معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان جهت همکاری و هماهنگی با مراکز خدمات جامع سلامت و مسئولین و ماماها شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت رفسنجان جهت کمک در نمونه‌گیری و فراهم نمودن امکان استفاده از امکانات مراکز و تمام مادران تازه زایمان کرده که ما را در انجام این مهم یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

1. Forouzi MA, Mohamadizadeh S, Soltanahmadi Z, Gazanfari Z. Postpartum stressors from mothers point of view. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010; 12(4):39-45.
2. Hasanzadehbeshstian M. Effective factors on woman's sexuality. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2006; 9(1):86-91.
3. Ghana S, Jouybari LM, Sanagoo A. Exploration of Women's Sexual Experiences during Pregnancy and Breast Feeding. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(60):18-24.
4. Adanikin AI, Awoleke JO, Adeyiolu A, Alao O, Adanikin PO. Resumption of intercourse after childbirth in southwest Nigeria. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2015; 20(4):241-8.
5. Reisman Y, Porst H, Lowenstein L, Tripodi F, Kirana PS. *The ESSM manual of sexual medicine*. Amsterdam: Medix; 2015.
6. Holanda JB, Abuchaim ED, Coca KP, Abrão AC. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paulista de Enfermagem* 2014; 27:573-8.
7. Rosen NO, Pukall C. Comparing the prevalence, risk factors, and repercussions of postpartum genito-pelvic pain and dyspareunia. *Sexual medicine reviews* 2016; 4(2):126-35.
8. Banaei M, Azizi M, Moridi A, Dashti S, Yabandeh AP, Roozbeh N. Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic reviews* 2019; 8(1):1-5.
9. Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H, Elaut E. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2017; 22(3):200-6.
10. Tork Zahrani S, Banaei M, Ozgoli G, Azad M. Investigation of the postpartum female sexual dysfunction in breastfeeding women referring to healthcare centers of Bandar Abbas. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(35):1-12.
11. Kettle C, Ismail KM, O'Mahony F. Dyspareunia following childbirth. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2005; 7(4):245-9.
12. Mehra N, Tamta G, Nand V. A review on nutritional value, phytochemical and pharmacological attributes of *Foeniculum vulgare* Mill. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry* 2021; 10(2):1255-63.
13. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2015; 122(5):672-9.
14. Serati M, Salvatore S, Khullar V, Uccella S, Bertelli E, Ghezzi F, et al. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2008; 87(3):313-8.

15. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *International Urogynecology Journal* 2005; 16(4):263-7.
16. Safarnejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. Retracted: the effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. Elsevier; 2009.
17. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—a prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2008; 137(2):152-6.
18. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American journal of obstetrics and gynecology* 2001; 184(5):881-90.
19. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* 2005; 32(4):306-11.
20. d Hodnett E, Chalmers B, Kung R, Willan A, Amankwah K, Cheng M, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Jama* 2002; 287(14):1822-31.
21. Novak E. *Berek & Novak's gynecology*. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
22. Shandiz FH, Karimi FZ, Rahimi N, Abdolahi M, Anbaran ZK, Ghasemi M, et al. Investigating sexual function and affecting factors in women with breast cancer in Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2016; 17(7):3583-6.
23. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2000; 107(2):186-95.
24. Krychman ML. Vaginal estrogens for the treatment of dyspareunia. *The journal of sexual medicine* 2011; 8(3):666-74.
25. Zolnoun DA, Hartmann KE, Steege JF. Overnight 5% lidocaine ointment for treatment of vulvar vestibulitis. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 102(1):84-7.
26. Chandru S, Nafee T, Ismail K, Kettle C. Evaluation of modified Fenton procedure for persistent superficial dyspareunia following childbirth. *Gynecological Surgery* 2010; 7(3):245-8.
27. Ahmadnia E, Haseli A, Karamat A. Therapeutic interventions conducted on improving women's sexual satisfaction and function during reproductive ages in Iran: a systematic review. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2017; 27(153):146-62.
28. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual medicine reviews* 2019; 7(2):223-50.
29. Ahmad Shirvani M, Bagheri Nesami M. Sexual dysfunction and related factors among breast feeding women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(5):38-44.
30. Rahimi R, Ardekani MR. Medicinal properties of *Foeniculum vulgare* Mill. in traditional Iranian medicine and modern phytotherapy. *Chinese journal of integrative medicine* 2013; 19(1):73-9.
31. Kooti W, Moradi M, Ali-Akbari S, Sharafi-Ahvazi N, Asadi-Samani M, Ashtary-Larky D. Therapeutic and pharmacological potential of *Foeniculum vulgare* Mill: a review. *Journal of HerbMed Pharmacology* 2015; 4(1):1-9.
32. Albert-Puleo M. Fennel and anise as estrogenic agents. *Journal of Ethnopharmacology* 1980; 2(4):337-44.
33. Karimi FZ, Pourali L, Hasanzadeh E, Nosrati SF, Pouresmaeili N, Abdollahi M. Sexual Dysfunction in Postmenopausal Women. *Acta Medica Iranica* 2021; 59(12):720.
34. Pourabbas S, Kesmati M, Rasekh A. Study of the the anxiolytic effects of fennel and possible roles of both gabaergic system and estrogen receptors in these effects in adult female rat. *Physiology and Pharmacology* 2011; 15(1):134-43.
35. Choi EM, Hwang JK. Antiinflammatory, analgesic and antioxidant activities of the fruit of *Foeniculum vulgare*. *Fitoterapia* 2004; 75(6):557-65.
36. Honarvar F, Tadayon M, Afshari P, Namjooyan F, Haghghi MH. The effect of *Foeniculum vulgare* on serum prolactin level in lactating women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(65):18-24.
37. Yaralizadeh M, Abedi P, Najar S, Namjooyan F, Saki A. Effect of *Foeniculum vulgare* (fennel) vaginal cream on vaginal atrophy in postmenopausal women: a double-blind randomized placebo-controlled trial. *Maturitas* 2016; 84:75-80.
38. Najar S, Yaralizadeh M, Abedi P, Namjooyan F. Effect of fennel vaginal cream on dyspareunia and sexual satisfaction among postmenopausal women: a double-blind randomized controlled trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(171):8-16.
39. Rather MA, Dar BA, Sofi SN, Bhat BA, Qurishi MA. *Foeniculum vulgare*: A comprehensive review of its traditional use, phytochemistry, pharmacology, and safety. *Arabian Journal of Chemistry* 2016; 9:S1574-83.
40. Triviño-Juárez JM, Romero-Ayuso D, Nieto-Pereda B, Forjaz MJ, Oliver-Barrecheuren C, Mellizo-Díaz S, et al. Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study. *Journal of advanced nursing* 2018; 74(3):637-50.
41. Khadivzadeh T, Najafi MN, Kargarfard L, Ghazanfarpour M, Dizavandi FR, Khorsand I. Effect of fennel on the health status of menopausal women: a systematic and meta-analysis. *Journal of menopausal medicine* 2018; 24(1):67-74.





42. Lee HW, Ang L, Kim E, Lee MS. Fennel (*Foeniculum vulgare* Miller) for the management of menopausal women's health: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2021; 43:101360.
43. Mahboubi M. *Foeniculum vulgare* as valuable plant in management of women's health. *Journal of menopausal medicine* 2019; 25(1):1-4.
44. Ghazanfarpour M, Shokrollahi P, Khadivzadeh T, Baharian Sharghi N, Mirzaii Najmabadi K, Babakhanian M, et al. Effect of *Foeniculum vulgare* (fennel) on vaginal atrophy in postmenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Post reproductive health* 2017; 23(4):171-6.
45. Dizavandi FR, Ghazanfarpour M, Roozbeh N, Kargarfard L, Khadivzadeh T, Dashti S. An overview of the phytoestrogen effect on vaginal health and dyspareunia in peri-and post-menopausal women. *Post Reproductive Health* 2019; 25(1):11-20.

