

تأثیر کرم واژینال رازیانه بر دیسپارونی و رضایت جنسی زنان یائسه: یک کار آزمایی بالینی تصادفی دوسوکور کنترل شده

شهناز نجار^۱، معصومه یارعلی زاده^{۲*}، دکتر پروین عابدی^۳،

دکتر فروغ نامجویان^۴، دکتر امل ساکی مالچی^۵

۱. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات یائسگی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات یائسگی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات یائسگی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۴. استادیار گروه داروسازی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۵. استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۱

خلاصه

مقدمه: در یائسگی کاهش استروژن و آندروژن به طور فیزیولوژیک منجر به کاهش جریان خون ناحیه ولو و واژن و در نتیجه کاهش میل و برانگیختگی جنسی می شود و خشکی واژن باعث کاهش آستانه حسی ناحیه ژنیتال، دیسپارونی و کاهش لیبیدو می شود، رضایت از رابطه جنسی در سلامت روحی افراد نقش بسزایی دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر کرم واژینال رازیانه بر مقاربت دردناک و رضایت جنسی زنان یائسه انجام شد.

روش کار: این مطالعه کار آزمایی بالینی دوسوکور در سال ۱۳۹۳ با هدف بررسی تأثیر مصرف کرم واژینال رازیانه بر رضایت جنسی زنان یائسه بر روی ۶۰ زن مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شماره یک شرق اهواز انجام شد. تعداد ۶۰ زن یائسه با تشخیص آتروفی واژن به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری جهت دریافت کرم واژینال رازیانه ۰.۵٪ و دارونما برای مدت ۸ هفته قرار گرفتند. میزان رضایت جنسی بر اساس پرسشنامه لارسون محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون های تی زوجی، تی مستقل، کای دو، من ویتنی و معادلات برآورد تعمیم یافته (GEE) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: پس از مداخله، میانگین میزان رضایت جنسی در افراد گروه مصرف کننده کرم واژینال رازیانه به طور معنی داری بهتر از گروه دارونما بود ($p < 0/001$) و کاهش قابل توجهی در درد حین مقاربت در گروه مصرف کننده کرم واژینال رازیانه مشاهده شد.

نتیجه گیری: مصرف کرم واژینال رازیانه سبب کاهش مقاربت دردناک و افزایش رضایت جنسی در زنان یائسه می شود.

کلمات کلیدی: رضایت جنسی، کرم واژینال رازیانه، مقاربت دردناک، یائسگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: معصومه یارعلی زاده؛ مرکز تحقیقات یائسگی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
تلفن: ۰۹۳۷۷۵۰۱۲۲۸؛ پست الکترونیک: m.yaralizade@gmail.com



مقدمه

زنان از گروه‌های آسیب‌پذیر هر جامعه‌ای هستند. شرایط فیزیولوژیک زن اساساً وی را در گروه پرخطر قرار می‌دهد. یائسگی یک دوره فیزیولوژیک در زندگی زنان بوده و آشکارترین نشانه آن به صورت توقف کامل قاعدگی به مدت یک سال و در پی فقدان فعالیت فولیکول‌های تخمدان و کاهش استروژن تعریف شده است (۲). شرایط دوران یائسگی ایجاب می‌کند که زن از نظر تأمین سلامت، بیشتر مورد توجه قرار گیرد (۱). افزایش امید به زندگی باعث شده است تا مدت زمانی که زنان در دوران یائسگی زندگی می‌کنند، طولانی‌تر شود. در ایالات متحده آمریکا، حدود ۳۳ میلیون زن یائسه وجود دارد که تا سال ۲۰۱۵ حدود ۵۰٪ زنان آمریکا را تشکیل خواهند داد (۳، ۴). زنان پس از ورود به دوره یائسگی عوارض متعددی را تجربه می‌کنند. نوح جاه و همکار (۲۰۰۵) در مطالعه خود بر روی زنان یائسه شهر اهواز، شیوع عوارض مختلف یائسگی را حدود ۳۱/۵٪ گزارش کردند؛ به طوری که ۲۲/۷٪ زنان یائسه از دو عارضه یا بیشتر رنج می‌بردند و شایع‌ترین عوارض مربوط به سیستم ادراری تناسلی (۴۶/۱٪) و در درجه بعدی عوارض قلبی عروقی (۳۳/۳٪) بود (۵). آتروفی واژینال یک علامت اغلب نادیده گرفته شده از یائسگی است، در حالی که تخمین زده می‌شود ۹۰٪ زنان تحت تأثیر نشانه‌های آن از قبیل خشکی، خارش، سوزش ادرار و مقاربت دردناک قرار می‌گیرند و یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی و سلامت دستگاه ادراری - تناسلی است (۶). استروژن باعث بهبود مخاط، افزایش الاستیسیته و افزایش جریان خون ناحیه ولوو و واژن می‌شود، آستانه حسی ناحیه ولوو و واژن را کاهش می‌دهد و باعث افزایش لذت جنسی و بهبود برانگیختگی می‌شود (۹-۷). این وضعیت می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت، رضایت و عملکرد جنسی داشته باشد و علائم آتروفی را تشدید کند. اختلال عملکرد جنسی در بین زنان یائسه بین ۴۲-۸۸٪ گزارش شده است (۱۰). در یک نظرسنجی در ایالات متحده بر روی ۵۶۰۰۰ از زنان یائسه، علائم شایع آتروفی ولووواژینال در زنان از

جمله مقاربت دردناک در ۴۴٪ و عدم لذت بردن از رابطه جنسی در ۵۹٪ از شرکت‌کنندگان گزارش شد (۱۱).

تخمین زده می‌شود که ۷۵٪ از زنان پس از یائسگی عوارض شدیدی دارند که تا سال‌ها باقی می‌ماند و در برخی موارد، زندگی روزمره را مختل می‌کند. مجموعه این عوامل باعث کاهش کیفیت زندگی زنان می‌شود که در برقراری ارتباط، رضایت جنسی و اعتماد بنفس آنان تأثیر منفی گذاشته و در حال حاضر این وضعیت شایع است (۱۲). اما علی‌رغم چنین وضعیتی ۷۵٪ از آنان تحت درمان قرار نمی‌گیرند و در این میان تنها ۲۵٪ زنان به دلیل این مشکلات به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه می‌کنند (۱۳).

اگرچه با گذشت زمان پیشرفت‌های زیادی در زمینه پیشگیری و درمان مسائل یائسگی به وجود آمده است، به نظر می‌رسد آنچه در این راستا کمتر مورد توجه قرار داشته، روابط جنسی و مشکلات آن باشد (۶) و این در حالی است که روابط جنسی بخش مهمی از سلامت و حس رفاه و بهزیستی زنان را تشکیل می‌دهد (۷). رضایت از رابطه جنسی، از مهم‌ترین شاخص‌های رضایت از زندگی است (۱۴). روابط جنسی در یائسگی می‌تواند متأثر از عوامل فیزیولوژیک، برخی ویژگی‌های فردی و اجتماعی، مشکلات روانی و کاهش دانش جنسی باشد و پرداختن به این مسائل، به بهبود روابط جنسی در زنان منجر می‌شود (۱۵). برخی زنان بر این باورند که نشانه‌های ناشی از یائسگی مربوط به روند پیری است. علاوه بر این، بسیاری از زنان از گزینه‌های درمانی آگاه نیستند و به جای دنبال گرفتن مسیر درمانی، معمولاً تغییرات شیوه زندگی برای مقابله با یائسگی را در پیش می‌گیرند. به عنوان مثال، ممکن است فعالیت جنسی به دلیل مقاربت دردناک ناشی از خشکی واژن را متوقف کنند. این وضعیت می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت، رضایت و عملکرد جنسی داشته باشد و علائم آتروفی را تشدید کند (۱۰).

پذیرش درمان با استروژن صناعی اندک است و عمده‌ترین علت آن، نگرانی‌های مربوط به عوارض اثربخشی آن است. این رژیم درمانی حوادث قلبی-عروقی،

ترومبولیک، سرطان پستان و هیپریلازی آندومتر را افزایش داده که باعث کاهش استفاده از این روش درمانی و در مقابل افزایش تمایل به درمان های جایگزین در تسکین علائم یائسگی شده است (۱۶).

طی دهه گذشته بهره‌گیری از درمان‌های مکمل به جای هورمون درمانی جایگزین به طور شگفت‌انگیزی افزایش یافته و زنان بیشتر به دنبال درمان‌های جایگزینی طبیعی برای رفع عوارض یائسگی هستند (۱۷). یکی از روش‌های غیر هورمونی، گیاه درمانی^۱ است. گونه‌های مختلف گیاهان ترکیباتی تولید می‌کنند که می‌توانند اثرات هورمون‌های استروژنی را در جانوران تقلید کنند. این ترکیبات که فیتواستروژن^۲ نامیده می‌شوند، ضعیف‌تر از استروژن‌های معمولی هستند. فیتواستروژن‌ها ترکیباتی غیراستروئیدی و متابولیت های ثانویه‌ای می‌باشند که باعث ایجاد پاسخ های بیولوژیکی در مهره داران می‌شوند و از نظر ساختمانی و عمل شبیه ۱۷-بتا- استرول هستند و یا اثراتی شبیه استروژن را در بدن پستانداران ایجاد می‌کنند (۱۸).

در سال های اخیر طی کارآزمایی های بالینی و تجربی، ترکیبات فیتواستروژنی به عنوان جایگزینی ایمن تر و اثر بخش تر هورمون درمانی اثبات شده اند (۱۷). فعالیت بیولوژیک فیتواستروژن ها در مطالعات متفاوتی به اثبات رسیده است (۲۱-۱۸).

رازپانه گیاهی با نام علمی فونوکوم ولگار^۳ از خانواده چتریان است. ترکیب‌های شاخص این گیاه ترانس آنتول^۴، لیمونن^۵ و فنچون^۶ هستند. میوه رازپانه شیرین، بهترین اندام برای استخراج ترانس آنتول می‌باشد که بالغ بر ۸۵٪ آن را تشکیل می‌دهد. رازپانه گیاهی سرشار از فیتواستروژن‌ها از جمله لیگنان^۷ می‌باشد، همچنین به عنوان منبع غنی یکی از فیتواستروژن‌های مهم به نام ایزوفلاون^۸ می‌باشد (۲۲). توانایی اتصال ایزوفلاون رازپانه به گیرنده‌های استروژنی بتا، باعث

تأثیر مثبت بر چگالی استخوان (۲۳)، اثرات ضدویروسی، ضدباکتریایی و ضدقارچی (۲۴)، حفظ عملکرد اندوتلیال عروق، مخاط واژن، جلوگیری از آترواسکلروز و کاهش میزان کلسترول و تری‌گلیسیریدها بدون افزایش خطر بدخیمی‌های رحم و پستان می‌شود (۲۷-۲۵). رازپانه در درمان دیسمنوره و دردهای گوارشی کاربرد دارد که اثر آنتی اسپاسمودیک آن از طریق مهار انقباضات ناشی از استیل کولین و هیستامین صورت می‌گیرد (۲۸). همچنین تأثیر آن بر رشد بیضه‌ها، افزایش وزن غدد پستانی (۲۹)، درمان پوکی استخوان (۳۰)، درمان پرمویی (۳۱) و کوپیک شیرخواری (۳۲) و افزایش دهنده شیر مادر از طریق آنتول موجود که آنتاگونیست دوپامین بوده و باعث تحریک ترشح پرولاکتین می‌شود، مورد تأیید قرار گرفته است (۳۳). از آنجایی که هیچ مطالعه‌ای در خصوص تأثیر گیاه رازپانه در درمان آتروفی واژن و علائم همراه آن صورت نگرفته است، لذا پژوهشگر به عنوان ماما که از نخستین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی به زنان می‌باشند، مطالعه حاضر را با هدف تعیین تأثیر کرم واژینال رازپانه بر مقاربت دردناک و رضایت جنسی در زنان یائسه طراحی نموده تا بدین ترتیب بتوان با استفاده از درمان گیاهی (فیتواستروژن‌ها) با حداقل عوارض به عنوان جایگزین مناسبی برای درمان‌های هورمونی- شیمیایی که با عوارض فراوانی همراه هستند، باعث کاهش عوارض درمانی شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی کنترل شده دوسوکور در سال ۱۳۹۳ بر روی ۶۰ یائسه مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی شماره یک شرق شهر اهواز انجام شد. پس از تأیید مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اهواز (کد ۲۴۹) و ثبت عنوان در مرکز کارآزمایی بالینی ایران (کد IRCT2014102919743N1) نمونه-گیری انجام شد.

افراد به صورت تصادفی ساده، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: محدوده سنی ۴۵-۶۵

¹ Herbal therapy

² phytoestrogen

³ Foeniculum vulgare

⁴ Transanethole

⁵ Limonene

⁶ Fenchone

⁷ Lignan

⁸ Isoflavone

در مطالعه حاضر جهت تعیین روایی پرسشنامه‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ به این صورت که پرسشنامه‌ها توسط یک تیم پژوهشی تنظیم شد و سپس توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری-مامایی و علوم پزشکی اهواز مورد بررسی قرار گرفت و اصلاحات لازم بر اساس بازخورد کسب شده انجام شد. ضریب پایایی پرسشنامه لارسون در مطالعه شیخان و همکاران ۰/۸۳ به دست آمده بود (۳۴).

از افراد خواسته شد که در طول مدت مداخله از سایر درمان‌ها استفاده نکنند. کرم واژینال رازیانہ در آزمایشگاه دانشکده داروسازی اهواز ساخته شد، بدین ترتیب که از دانه گیاه رازیانہ با اتانول ۸۰٪ به مدت ۷۲ ساعت به روش ماسراسیون عصاره گیری انجام شد. عصاره به کمک دستگاه روتاری و فریزدرایر کاملاً خشک شد و تا زمان تهیه فرمولاسیون در دمای یخچال و دور از نور نگهداری شد. کرم گیاهی واژینال با وارد کردن عصاره گیاهی حل شده در حامل مناسب و در غلظت ۵٪ و در شرایط مناسب تهیه شد. کرم واژینال تولید شده از لحاظ یکنواختی، پخش شونده‌گی و اسیدیته مورد آزمایش‌های کنترلی قرار گرفت.

تیوپ کرم واژینال رازیانہ یا کرم واژینال دارونما به ترتیب توالی در پاکت‌های مشابه شماره‌گذاری شده بسته‌بندی و به هر نفر ۲ عدد تیوپ ۳۰ گرمی کرم واژینال جهت مصرف هر ۲ هفته آنان به مدت ۸ هفته داده شد. آماده‌سازی پاکت‌ها توسط فرد غیر درگیر در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل کننده داده‌ها انجام گرفت. به این ترتیب فرد مصرف‌کننده، تجویز کننده، جمع‌آوری کننده داده‌ها و تجزیه و تحلیل کننده داده‌ها از نوع مداخله دریافتی مطلع نبودند.

پاکت‌های حاوی کرم و پرسشنامه‌های جمع‌آوری داده‌ها به ترتیب کد اولیه اختصاص داده شده به هر پاکت در اختیار شرکت‌گندگان به ترتیب مراجعه قرار داده شد و توضیحات کتبی و شفاهی در مورد طریقه مصرف کرم‌ها و تکمیل کردن پرسشنامه‌ها به آن‌ها داده شد. پرسشنامه‌ها قبل و بعد از مداخله به افراد داده شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

سال، گذشتن حداقل یک سال از آخرین قاعدگی زنان، داشتن آزمایش هورمونی با میزان FSH بیشتر از ۴۰ واحد بین‌المللی، وجود دیسپارونی، زنان دارای رابطه جنسی و تک همسر بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: عفونت واژینال، رخداد هرگونه بیماری مهم دستگاه ژنیتال، هورمون درمانی^۱ و یا مصرف هورمون‌های جنسی طی ۸ هفته قبل از مطالعه، مصرف سیگار و الکل، زنان مبتلا به خونریزی‌های رحمی یا لکه‌بینی و مصرف فراوان فیتواستروژن‌ها مانند سویا، شبدر قرمز، شنبلیله و ویتکس طی یک ماه گذشته بود.

حجم نمونه بر اساس برآورد حجم نمونه در آزمون مقایسه میانگین دو جامعه مستقل، با توان ۹۰٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪، ۲۶ نفر برای هر گروه محاسبه شد که با احتمال ۲۰٪ افت نمونه، ۳۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

جهت انتخاب نمونه‌های پژوهش، پژوهشگر ابتدا با مراجعه به مرکز بهداشتی شماره یک شرق اهواز نخست به افرادی که با توجه به سوالات مندرج در پرسشنامه انتخاب نمونه واجد شرایط مطالعه و داوطلب شرکت در پژوهش بودند، اهداف و نحوه اجرای پژوهش توضیح داده شد و سپس از آن‌ها رضایت نامه کتبی اخذ گردید و ضمناً به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه باقی خواهد ماند.

داده‌ها به روش خودگزارش‌دهی در پرسشنامه ثبت شد و شدت دیسپارونی با معیار ۴ درجه‌ای اندازه‌گیری شد. جهت تعیین میزان رضایت جنسی، از پرسشنامه استاندارد رضایت جنسی لارسون^۲ استفاده شد. این پرسشنامه حاوی ۲۵ سؤال بود و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت امتیازدهی شد؛ به گونه‌ای که پاسخ به گزینه "هرگز"، یک امتیاز "و گزینه "همیشه"، ۵ امتیاز "داشت. امتیاز ۰-۳۳ رضایت جنسی ضعیف، ۳۴-۶۶ رضایت جنسی متوسط و ۶۷-۱۰۰ رضایت جنسی خوب را نشان می‌داد.

¹ HRT

² Larson

جهت مقایسه اختلاف بین گروه‌ها از آزمون‌های آماری کای اسکوئر، تی مستقل، تی زوجی، من ویتنی و معادلات برآورد تعمیم یافته (GEE) استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه دو گروه از نظر مشخصات فردی-اجتماعی اختلاف معنی‌داری نداشتند ($p > 0/325$). بر اساس جدول ۱، میانگین سن در گروه رازیانه

۵۳/۷۳±۳/۶ سال و در گروه پلاسبو ۵۲/۹۰±۳/۴ سال بود. همچنین میانگین سن یائسگی در گروه رازیانه ۴۹/۵۳±۱/۹۹ سال و در گروه پلاسبو ۴۹/۰۳±۱/۹۰ سال بود. میانگین شاخص توده بدنی در گروه رازیانه ۲۴/۶۵±۳/۹ و در گروه پلاسبو ۲۴/۶۵±۳/۹ کیلوگرم بر متر مربع بود. بیشترین فراوانی تعداد دفعات فعالیت جنسی یک بار در هفته بود که در گروه رازیانه ۴۳/۳٪ و در گروه پلاسبو ۴۰٪ بود.

جدول ۱- مشخصات فردی افراد مورد مطالعه به تفکیک واحدهای پژوهش

مشخصات دموگرافیک	گروه	رازیانه	پلاسبو	سطح معنی‌داری*
سن (سال)		۵۳/۷۳±۳/۶	۵۲/۹۰±۳/۴	۰/۳۶۶
انحراف معیار ± میانگین				
سن یائسگی (سال)		۴۹/۵۳±۱/۹۹	۴۹/۰۳±۱/۹۰	۰/۳۲۵
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)		۲۴/۶۵±۳/۹	۲۳/۴۶±۳/۲۹	۰/۲۰۹
تحصیلات				
تعداد (درصد)				
زیردیپلم	۲۰ (۶۶/۷)	۱۶ (۵۳/۳)		
دیپلم	۷ (۲۳/۳)	۸ (۲۶/۷)		۰/۵۰۹
دانشگاهی	۳ (۱۰)	۶ (۲۰)		
شغل				
تعداد (درصد)				
شاغل	۵ (۱۶/۷)	۴ (۱۳/۳)		
خانه دار	۲۳ (۷۶/۷)	۲۱ (۷۰)		۰/۵۹۳
بازنشسته	۲ (۶/۷)	۵ (۱۶/۷)		
وضعیت اقتصادی				
تعداد (درصد)				
ضعیف	۹ (۳۰)	۱۱ (۳۶/۷)		
متوسط	۱۴ (۴۶/۷)	۱۲ (۴۰)		۰/۸۳۸
عالی	۷ (۲۳/۳)	۷ (۲۳/۳)		
تعداد مقاربت در هفته				
تعداد (درصد)				
۰	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰)		
۱	۱۳ (۴۳/۳)	۱۲ (۴۰)		
۲	۶ (۲۰)	۷ (۲۳/۳)		۰/۹۴۶
۳	۷ (۲۳/۳)	۵ (۱۶/۷)		
۴	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰)		

از نظر وضعیت اقتصادی ۱۴ نفر (۴۶/۷٪) در گروه رازیانه و ۱۲ نفر (۴۰٪) در گروه پلاسبو در رده متوسط قرار داشتند. ۲۳ نفر (۷۶/۷٪) در گروه رازیانه و ۲۱ نفر (۷۰٪) در گروه پلاسبو از نظر وضعیت اشتغال خانه‌دار بودند.

میانگین امتیاز رضایت جنسی افراد مصرف‌کننده کرم واژینال در قبل از مداخله ۴۳/۲۶±۳/۴۹ و بعد از مداخله ۷۳/۱۶±۱/۹۶ بود که در مقایسه با قبل از

مداخله امتیاز رضایت جنسی به طور معنی‌داری افزایش یافته بود ($p < 0/001$).

بر اساس آزمون فریدمن، شدت دیسپارونیا قبل و بعد از مداخله در گروه رازیانه اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$). همچنین در گروه رازیانه در ویزیت اول ۲۶ نفر (۸۶/۷٪) افراد دیسپارونی شدید، ۳ نفر (۱۰٪) متوسط و ۱ نفر (۳/۳٪) از افراد دیسپارونی خفیف را اظهار داشتند. در ویزیت دوم ۱ نفر (۳/۳٪)

افراد دیسپارونی شدید، ۲۱ نفر (۰/۷۰٪) متوسط، ۶ نفر (۰/۲۰٪) خفیف و ۲ نفر (۰/۶۷٪) عدم دیسپارونی را گزارش کردند که این اختلاف معنی دار بود ($p=0/001$)؛ و در پایان مداخله ۲۸ نفر (۰/۹۳/۳٪) افراد در گروه رازیانه عدم دیسپارونی و فقط ۲ نفر (۰/۶۷٪) دیسپارونی خفیف را ابراز داشتند که نشان دهنده تأثیر مثبت کرم واژینال رازیانه بود.

جدول ۲- مقایسه شدت دیسپارونی قبل از مطالعه و هفته های ۲، ۴ و ۸ بعد از مطالعه به تفکیک گروه در نمونه های پژوهش

سطح معنی داری *	گروه		زمان دیسپارونی
	پلاسیبو	رازیانه	
	تعداد (درصد)		
۰/۴۸	۰	۰	ندارد
	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۳)	خفیف
	۴ (۱۳/۳)	۳ (۱۰)	متوسط
۰/۰۰۱	۲۴ (۸۰)	۲۶ (۸۶/۷)	شدید
	۰	۲ (۶/۷)	ندارد
	۲ (۶/۷)	۶ (۲۰)	خفیف
۰/۰۰۱	۱۸ (۶۰)	۲۱ (۷۰)	متوسط
	۱۰ (۳۳/۳)	۱ (۳/۳)	شدید
	۰	۲۰ (۶۶/۷)	ندارد
<۰/۰۰۱	۳ (۱۰)	۹ (۳۰)	خفیف
	۱۸ (۶۰)	۱ (۳/۳)	متوسط
	۹ (۳۰)	۰	شدید
<۰/۰۰۱	۰	۲۸ (۹۳/۳)	ندارد
	۳ (۱۰)	۲ (۶/۷)	خفیف
	۲۲ (۷۳/۳)	۰	متوسط
<۰/۰۰۱	۵ (۱۶/۷)	۰	شدید
	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	سطح معنی داری
	۰/۰۰۱		سطح معنی داری
	۱/۷۹ (۰/۲۵)		B (SE)

* P با استفاده از آزمون معادلات برآورد تعمیم یافته محاسبه شده است.

برای تعیین روند بهبودی دیسپارونی در طی ۸ هفته، به دلیل رتبه ای بودن پاسخ مورد نظر از معادلات برآورد تعمیم یافته (GEE) استفاده شد که بر اساس نتایج به دست آمده، روند بهبودی بین دو گروه رازیانه و دارونما تفاوت معنی داری داشت ($p=0/001$). همچنین جهت

جدول ۳- مقایسه میانگین امتیازات رضایت جنسی در گروه های دریافت کننده کرم واژینال رازیانه با گروه پلاسیبو

سطح معنی داری *	گروه		امتیازات رضایت جنسی
	گروه پلاسیبو	گروه رازیانه	
	میانگین \pm انحراف معیار		
۰/۲۱	۴۲/۲۳ \pm ۳/۶۲	۴۳/۲۶ \pm ۳/۴۹	قبل از مداخله
<۰/۰۰۱	۷۰ \pm ۲/۰۸	۷۳/۱۶ \pm ۱/۹۶	بعد از مداخله

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف تعیین تأثیر کرم رازیانه بر میزان رضایت مندی جنسی زنان یائسه انجام شد، مصرف کرم واژینال رازیانه در مقایسه با قبل از مداخله و در مقایسه با گروه پلاسبو، تأثیر مثبتی در افزایش رضایت جنسی در زنان یائسه داشت و این تفاوت از نظر آماری هم معنی دار بود. استروژن به عنوان یک هورمون استروئیدی دارای توانایی عبور از سد خونی- مغزی و در نتیجه تحریک مراکز چو هیپوتالاموس^۱ و سیستم لیمبیک^۲ می باشد. این توانایی های استروژن باعث ترمیم سلول های مغزی و تحریک امیال جنسی است و بدیهی است که با کاهش آن از توانایی های جنسی نیز کاسته می شود. حدود یک سوم زنان یائسه در هنگام مقاربت، درد و عدم رطوبت و لغزندگی را گزارش می کنند که این موضوع باعث اختلال عملکرد جنسی و کاهش میل جنسی می شود (۱۵).

در مطالعه روزا لیما و همکاران (۲۰۱۳) که با هدف تأثیر ژل واژینال سویا برای درمان آتروفی واژن انجام شد، شدت دیسپارونی در گروه سویا بهبودی قابل توجهی را بعد از ۱۲ هفته درمان نشان داد ($p < 0.01$) (۱۷). در مطالعه داوران (۲۰۱۳)، کپسول خوراکی رازیانه و هایپران^۳ در روند بهبود علائم یائسگی مؤثر بود و تأثیر مثبتی بر بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه داشت (۳۵). لیبلموم و همکاران (۱۹۸۳) در رابطه با فراوانی مقاربت و شیوع آتروفی نشان دادند که شیوع آتروفی واژن در زنان یائسه دارای فعالیت جنسی در مقایسه با زنان بدون فعالیت جنسی کمتر است (۳۶).

در دوران یائسگی کاهش استروژن و آندروژن به طور فیزیولوژیک منجر به کاهش جریان خون ولو و واژن و در نتیجه کاهش برانگیختگی می شود و خشکی واژن باعث کاهش آستانه حسی ژنیتال، دیسپارونی و کاهش میل جنسی می شود. کاهش میل جنسی در سال های اول یائسگی حداقل ۴۰٪ تخمین زده می شود و در برخی موارد بیشتر است (۳۷).

بر اساس بررسی های انجام شده، مطالعه ای در زمینه تأثیر مصرف کرم واژینال رازیانه بر رضایت جنسی در زنان یائسه منتشر نشده است. نتایج این مطالعات حاکی از تأثیر معنی دار رازیانه بر درد حین مقاربت و به تبع آن رضایت جنسی زنان یائسه می باشند و از علل احتمالی چنین تأثیری نقش فیتواستروژن ها مطرح شده است که مکانیسم آن می تواند با اثر مداخله به کار برده شده در مطالعه حاضر همسو باشد.

بارت (۲۰۰۴) طی یک کارآزمایی بالینی دوسوکور نشان دادند که استفاده از مکمل آرژین ماکس که حاوی عصاره جینکوبیلوبا، جینسینگ، دامیانا، ال - آرژینین، مولتی ویتامین ها و مواد معدنی می باشد، بعد از ۴ هفته رضایت جنسی، میل جنسی، خشکی واژن، دفعات فعالیت جنسی، ارگاسم و حساسیت کلیتوریس را بهبود می بخشد (۲۳).

در مطالعه مورالی و همکاران (۲۰۰۶) در ایتالیا مطالعه ای را با هدف "تعیین کارایی و ایمنی روش های درمانی به صورت ژل موضعی و داخل واژینال در زنان یائسه با آتروفی واژن" انجام دادند. در این مطالعه که به صورت کارآزمایی بالینی باز- بدون شاهد انجام شد، بیماران ژل واژینال حاوی نمک سدیمی هیالورونیک اسید، فیتواستروژن مشتق شده از عصاره رازک، لیپوزوم و ویتامین E را مصرف کردند و نتایج کاهش معنی داری را در شدت دیسپارونیا از همان هفته اول پس از درمان نشان داد؛ به طوری که در همان هفته اول پس از درمان با استفاده از نمره ۴ درجه ای ترکیبی، علائم واژن از میانگین شدت ۴/۸۱ در ویزیت پایه به ۱/۷۲ در ویزیت نهایی (۱۲ هفته بعد) گزارش شد ($p < 0.01$) (۳۸) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

نتایج اغلب کارآزمایی های بالینی منتشر شده، نشانگر تأثیر مثبت فیتواستروژن ها در کاهش شدت نشانه های یائسگی می باشند. با توجه به تأثیر معنی دار کرم واژینال رازیانه بر دیسپارونی و افزایش رضایت جنسی و عدم گزارش هیچ گونه عارضه جانبی توسط افراد شرکت کننده در مطالعه، استفاده از این ترکیب در افراد یائسه می تواند، به ارتقاء سلامت آنان و در نهایت ارتقاء سلامت و اقتصاد جامعه کمک کند.

¹ Hypothalamus

² Limbic System

³ Hypericum perforatum

نتیجه گیری

مصرف کرم واژینال رازینانه به مدت ۸ هفته باعث کاهش مقاربت دردناک و افزایش رضایت جنسی در زنان یائسه می شود و هیچگونه عارضه جانبی به دنبال ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل قسمتی از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی می باشد که در مرکز کارآزمایی

منابع

بالینی ایران با کد IRCT2014102919743N1 ثبت و در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اهواز با کد اخلاق شماره ۲۴۹ در مورخ ۱۳۹۳/۰۷/۲۵ به تصویب رسید. بدین وسیله از تمام زنانی که در این کارآزمایی بالینی مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

1. Salehi K, Ehsanpour S, Zolfaghari B, Salehi Z, Honargoo M. Effect of red clover Isoflavones extract on menopausal symptoms. *J Gorgan Univ Med Sci* 2013; 5(2):21-7. (Persian).
2. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas* 2010; 67(3):233-8.
3. Semmens JP, Wagner G. Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women. *JAMA* 1982; 248(4):445-8.
4. Stanhopse M, Lancaster J. *Community & public health nursing*. St Louis: Mosby Co; 2000. P. 572.
5. Noughjah S, Mohammad JR, Latifi S. The mean age of menopause and its determinants factors: a cross-sectional study in Ahwaz. *Jundishapur Sci Med J* 2005; 4(46):216-22.
6. Castiglione C, Licciardello O, Rampullo A, Campione C. Representation of future changes in menopausal women. *Procedia Soc Behav Sci* 2014; 116:4993-7.
7. Novak E. *Berek & Novak's gynecology*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 1323-38.
8. Palacios S. Androgens and female sexual function. *Maturitas* 2007; 57(1):61-5.
9. Long CY, Liu CM, Hsu SC, Wu CH, Wang CL, Tsai E. A randomized comparative study of the effects of oral and topical estrogen therapy on the vaginal vascularization and sexual function in hysterectomized postmenopausal women. *Menopause* 2006; 13(5):737-43.
10. Bygdeman M, Swahn ML. Replens versus dienoestrol cream in the symptomatic treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women. *Maturitas* 1996; 23(3):259-63.
11. Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes) survey. *J Sex Med* 2013; 10(7):1790-9.
12. Labrie F, Archer DF, Bouchard C, Girard G, Ayotte N, Gallagher JC, et al. Prasterone has parallel beneficial effects on the main symptoms of vulvovaginal atrophy: 52-week open-label study. *Maturitas* 2015; 81(1):46-56.
13. Krapf JM, Belkin ZR, Goldstein AT. Advances in the treatment of vulvovaginal atrophy. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2013; 8(5):457-65.
14. Karimi A, Dadgar S, Afiat M, Rahimi N. The effect of sexual health education on couples sexual satisfaction. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(42):23-30. (Persian).
15. Utian WH, Maamari R. Attitudes and approaches to vaginal atrophy in postmenopausal women: a focus group qualitative study. *Climacteric* 2014; 17(1):29-36.
16. Poluzzi E, Piccinni C, Raschi E, Rampa A, Recanatini M, De Ponti F. Phytoestrogens in postmenopause: the state of the art from a chemical, pharmacological and regulatory perspective. *Curr Med Chem* 2014; 21(4):417-36.
17. Lima SM, Yamada SS, Reis BF, Postigo S, Galvão Da Silva MA, Aoki T. Effective treatment of vaginal atrophy with isoflavone vaginal gel. *Maturitas* 2013; 74(3):252-8.
18. Jefferson WN, Pedilla-Banks E, Newbold RR. Disruption of the female reproductive system by the phytoestrogen genistein. *Reprod Toxicol* 2007; 23(3):308-16.
19. Lof M, Weiderpass E. Epidemiologic evidence suggests that dietary phytoestrogen intake is associated with reduced risk of breast, endometrial, and prostate cancers. *Nutrit Res* 2006; 26(12):609-19.

20. Chen LC, Wang BR, Chen IC, Shao CH. Use of Chinese herbal medicine among menopausal women in Taiwan. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 109(1):63–6.
21. He W, Huang B. A review of chemistry and bioactivities of medicinal spice: *Foeniculum vulgare*. *J Med Plants Res* 2011; 5(16):3595–600.
22. Krenn L, Unterrider I, Ruprecht R. Quantification of isoflavones in red clover by high performance liquid chromatography. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci* 2002; 777(1-2):123–8.
23. Barrett B. Complementary and alternative medicine: What's it all about? *WMJ* 2001; 100(7):20–6.
24. Appt SE. Usefulness of the monkey model to investigate the role of soy in postmenopausal women's health. *ILAR J* 2004; 45(2):200–11.
25. Booth NL, Piersen CE, Banuvar S, Geller SE, Shulman LP, Farnsworth NR. Clinical studies of red clover (*Trifolium pratense*) dietary supplements in menopause: a literature review. *Menopause* 2006; 13(2):251–64.
26. Sefidcan F. Qualitative and quantitative study of fennel in various stages of growth. *Iran J Med Aromat Plants* 2001; 10(12):85–104.
27. Thompson LU, Robb P, Serraino M, Cheung F. Mammalian lignin production from various foods. *Nutr Cancer* 1991; 16(1):43–52.
28. Namavar Jahromi B, Tartifizadeh A, Khabnadideh S. Comparison of fennel and mefenamic acid for the treatment of primary dysmenorrheal. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 80(2):153–7.
29. Malini T, Vanithakumari G, Megala N, Anusya S, Devi K, Elango V. Effect of *Foeniculum vulgare* Mill. seed extract on the genital organs of male and female rats. *Indian J Physiol Pharmacol* 1985; 29(1):21–6.
30. Jaffary F, Ghannadi A, Najafzadeh H. Evaluation of the prophylactic effect of fennel essential oil on experimental osteoporosis model in rats. *Int J Pharmacol* 2006; 2(5):588–92.
31. Javidnia K, Dastgheib L, Mohammadi Samani S, Nasiri A. Antihirsutism activity of Fennel (fruits of *Foeniculum vulgare*) extract. A double-blind placebo controlled study. *Phytomedicine* 2003; 10(6-7):455–8.
32. Savino F, Ceratto S, De Marco A, Cordero di Montezemolo L. Looking for new treatment of infantile colic. *Ital J Pediat* 2014; 40(1):53-9.
33. Siah M, Shiravi A, Heydari M. The effect of fennel hydro extract of fennel on prolactin and lactation female Rat. *J Res Anim Boil Damghan* 2009; 1(33):55–63. (Persian).
34. Pazandeh F, Azar M, Ziaei T, Alavi Majd H. Survey on sexual satisfaction situation and some of affecting agents in postmenopausal women. *ZUMS J* 2010; 18(71):81–9. (Persian).
35. Davaran P. Comparison of the effect of *Foeniculum vulgare* and St John's wort (*Hypericum perforatum*) on the climacteric symptoms and sexual activity in menopausal woman attending in selected gynecology. [Tesis for Master]. Shiraz, Iran: Shiraz University of Medical Sciences; 2013. (Persian).
36. Leiblum S, Bachman G, Kemmann E, Colburn D, Swartzman L. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman: the importance of sexual activity and hormones. *JAMA* 1983; 249(16):2195–8.
37. Brizendine L. Managing menopause-related depression and low libido. *OBG Manag* 2004; 16(8):29-42.
38. Morali G, Polatti F, Metelitsa EN, Mascarucci P, Magnani P, Marre GB. Open, non-controlled clinical studies to assess the efficacy and safety of a medical device in form of gel topically and intravaginally used in postmenopausal women with genital atrophy. *Arzneimittelforschung* 2006; 56(3):230–8.