

تأثیر آروماتراپی استنشاقی ترکیبی بر عملکرد جنسی

زنان یائسه: یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی

جمیله ملکوتی^۱، عزیزه فرشباغ خلیلی^۲، دکتر محمد اصغری جعفرآبادی^۳،

فرشته جباری^{۴*}

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۹/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱/۹

خلاصه

مقدمه: با توجه به افزایش امید به زندگی و رشد فزاینده جمعیت سالخوردگان، مسائل جسمی و جنسی مرتبط با یائسگی از دیدگاه بهداشتی حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آروماتراپی استنشاقی ترکیبی (اسطوخودوس، رازیانه و شمعدانی و گل سرخ) در کاهش اختلالات عملکرد جنسی زنان یائسه انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۲۰ زن یائسه ۴۵-۵۵ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شد. افراد به طور تصادفی به ۲ گروه ۶۰ نفره مصرف کننده محلول آروما و پلاسبوی آروما تخصیص یافتند که روزی ۳ بار محلول یا پلاسبوی آروما را هر بار ۲-۳ قطره روی پوست ناحیه ساعد دست به مدت ۶ هفته به صورت استنشاقی دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی- اجتماعی و شاخص عملکرد جنسی زنان بود. متغیرهای پیامد اولیه، میانگین نمره کلی عملکرد جنسی بعد از مداخله در گروه‌های مطالعه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های تحلیل کواریانس، کای دو، کای دو روند و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. آنالیز بر اساس قصد درمان انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی عملکرد جنسی در پایه (baseline) در گروه آروماتراپی $18/4 \pm 5/4$ و در گروه پلاسبو $15/8 \pm 5/7$ بود که پس از مداخله در گروه آروما به $22/9 \pm 0/4$ و در گروه پلاسبو به $17/2 \pm 4/2$ افزایش یافت. بر اساس آزمون تحلیل کواریانس با کنترل اثر متغیرهای مخدوشگر، تفاوت آماری معنی‌داری در نمره کلی ($p < 0/001$) و همه ابعاد عملکرد جنسی ($p < 0/003$) به جز درد حین مقاربت در گروه آروماتراپی در مقایسه با گروه پلاسبو وجود داشت.

نتیجه‌گیری: آروماتراپی استنشاقی ترکیبی باعث بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه می‌شود.

کلمات کلیدی: آروماتراپی استنشاقی، عملکرد جنسی، یائسگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: فرشته جباری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۲۱-۵۶۱۹۱۳۱۰؛ پست الکترونیک:

jabbari.freshte@yahoo.com

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت جنسی نشان دهنده سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در ارتباط با فعالیت جنسی است (۱). اختلال عملکرد جنسی زنان یائسه به صورت اختلال در میل جنسی، ارگاسم یا مرحله برانگیختگی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد (۲). شیوع اختلالات جنسی در بین زنان یائسه ۴ برابر زنان در دوران باروری است (۳). در زنان دارای سنین بالا، خطر اختلالات جنسی افزایش یافته و رضایت جنسی کاهش می‌یابد که تغییرات هورمونی بعد از منوپوز می‌تواند در ایجاد آن مؤثر باشد (۴). ارگاسم، انگیزش جنسی و لوبریکاسیون با افزایش سن کاهش می‌یابد. در یائسگی کاهش استروژن و آندروژن باعث کاهش جریان خون ولو و واژن شده و منجر به خشکی واژن، دیسپارونی و کاهش انرژی روانی - جنسی می‌شود (۵). در مطالعه دنراسیتین و همکاران (۱۹۹۴) اختلال عملکرد جنسی در یک سال پس از منوپوز ۴۲٪ و ۸ سال بعد از منوپوز ۸۸٪ گزارش شد که به طور قطع با منوپوز ارتباط داشت (۶). در ایران نیز مطالعات مختلفی کاهش میل جنسی و افزایش اختلالات جنسی در زنان یائسه را گزارش کرده اند (۷-۹). جهت درمان این اختلالات استفاده از استروژن می‌تواند باعث بهبود عملکرد جنسی شود، اما هنوز مطالعات زیادی لازم است تا حداقل دوز لازم درمانی با بهترین نتیجه مشخص شود (۱۰، ۱۱). تجویز هورمون استروژن عوارضی مانند خطر سکنه، آمبولی ریه و سرطان پستان و رحم را به دنبال دارد (۱۱، ۱۲). طی دهه گذشته استفاده از طب مکمل به جای هورمون درمانی افزایش یافته و زنان بیشتر به دنبال درمان های جایگزین طبیعی برای رفع عوارض یائسگی هستند (۱۳). افزایش استفاده از طب مکمل نه تنها به خاطر ارزانی و اثربخشی اثبات شده آن، بلکه این روش توسط نظریه های کل نگر مراقبتی و تئوری های مختلف پرستاری نیز توصیه شده است (۱۴). تعدادی از اسانس های معطر گیاهی موجود در آروما مانند رازیانه، گلپر و مریم گلی و نارنج (bergamot)، اسطوخودوس (lavender) و گل شمعدانی (geranium) می تواند

در کاهش علائم کلیماتریک مانند گرگرفتگی، اختلالات جنسی و افسردگی مؤثر باشند (۱۵-۱۸). با توجه به شیوع مشکلات جنسی در دوران یائسگی و علاقه مندی زنان به استفاده از طب مکمل در کاهش علائم ناشی از یائسگی (۱۳)، و با توجه به عدم وجود مطالعه ای در مورد تأثیر آروماتراپی بر روی عملکرد جنسی زنان یائسه، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آروماتراپی بر عملکرد جنسی زنان یائسه انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با هدف تعیین تأثیر آروماتراپی استنشاقی ترکیبی بر عملکرد جنسی زنان یائسه از مرداد تا اسفند ماه سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۲۰ زن یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی اردبیل انجام شد. حجم نمونه با توجه به نمره کل عملکرد جنسی در مطالعه امیری (۱۹) با فرمول پوکاک برای مقایسه اختلاف میانگین گروهها با در نظر گرفتن افزایش نمره عملکرد جنسی حدود ۳۰٪ و با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ ، توان آزمون ۸۵٪ و اطمینان ۹۵٪ و با در نظر گرفتن امکان ریزش ۲۰ درصدی تعداد نمونهها، ۶۰ نفر برای هر گروه محاسبه شد.

نحوه قرارگیری افراد در هر یک از گروههای مداخله و پلاسبو به صورت تصادفی بود که با استفاده از جدول اعداد تصادفی و بلوک های ۴ و ۶ تایی، افراد در دو گروه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان دارای یائسگی طبیعی، عدم استفاده از هرگونه داروی مؤثر بر پاسخ جنسی فرد، عدم مشکلات روانی یا بیماری سیستمیک شناخته شده مؤثر بر عملکرد جنسی، عدم اختلال در حس بویایی بنا به اظهار خود فرد و سایر اختلالات مربوط به بینی و عدم وجود اختلالات گوارشی مانند تهوع، استفراغ، دل درد و دل پیچه بود. بعد از توضیح اهداف مطالعه و امضای فرم رضایت نامه آگاهانه توسط زنان واجد شرایط ورود به مطالعه، پرسشنامه مشخصات فردی و شاخص عملکرد جنسی (FSFI) توسط افراد تکمیل شد. پرسشنامه FSFI، بار دوم بعد از اتمام دوره مداخله نیز توسط

¹ Sexual Function Index Female

استفاده شد. جهت مقایسه نمره کلی عملکرد جنسی و زیر دامنه های آن بین دو گروه قبل از مداخله از آنالیز واریانس یک طرفه، جهت مقایسه بین گروهی نمره کلی عملکرد جنسی و زیر دامنه های آن بین دو گروه بعد از مداخله از تحلیل کواریانس با تعدیل روی متغیرهای پایه و محدودشگر بالقوه (نمره عملکرد جنسی قبل از مداخله، تحصیلات، درآمد، تعداد اعضای خانواده و ...) و جهت مقایسه درون گروهی از آزمون تی زوج استفاده شد. جهت مقایسه مشخصات فردی از آزمون های کای دو، واریانس یک طرفه و آزمون کای دو روندی استفاده شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد. آنالیز بر اساس قصد درمان¹ انجام شد.

یافته ها

مشارکت کنندگان از مرداد تا اسفند ماه سال ۱۳۹۳ وارد مطالعه شده و از زمان ورود به مدت ۶ هفته پیگیری شدند. ۳ نفر از گروه پلاسبو و ۳ نفر از گروه آروماتراپی در طول مطالعه از ادامه مطالعه منصرف شدند، بنابراین ۵۷ نفر در گروه آروما و ۵۷ نفر در گروه پلاسبو مورد آنالیز قرار گرفتند (فلوچارت). اطلاعات فردی واحدهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. دو گروه از نظر سن، تعداد فرزند و افراد خانواده، شغل، سطح تحصیلات همسر و کفایت درآمد ماهیانه تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p < 0/05$) (جدول ۱).

شرکت کنندگان تکمیل شد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۷) در تهران بر روی ۵۳ زن با حساسیت ابزار ۸۳٪ و ویژگی ۸۲٪ تأیید شده است (۲۰).

جهت مخفی سازی تخصیص از پاکت های مات پشت سر هم شماره گذاری شده (به ترتیب توالی تخصیص) استفاده شد که شامل ۲ عدد شیشه حاوی محلول بود. داروها بر اساس توالی تصادفی تخصیص توسط فرد غیر درگیر در پژوهش داخل پاکت ها گذاشته شد. وارد کردن افراد به مطالعه و تحویل پاکت ها به ترتیب از شماره ۱ تا ۱۲۰ توسط خود پژوهشگر انجام شد. گروه مداخله ۳-۲ قطره محلول آروما (ترکیبی از گیاهان اسطوخودوس، رازیانه و شمعدانی و گل سرخ به نسبت مساوی) روزی ۳ بار به مدت ۶ هفته روی ناحیه ساعد دست به صورت استنشاقی و گروه پلاسبو، پلاسبوی آروما (حاوی پروبیلین گلیکول) را ۳-۲ قطره روزی ۳ بار به مدت ۶ هفته روی ناحیه ساعد دست به صورت استنشاقی (فقط جهت یکسان بودن نحوه استفاده همه شرکت کنندگان این ناحیه انتخاب شده بود) دریافت کردند. در این مطالعه ترکیب اسانس ها به صورت ۲۵٪ رازیانه، ۲۵٪ اسطوخودوس، ۲۵٪ ژرانیوم و ۲۵٪ گل سرخ بود که در شیشه های تیره رنگ ۱۵ سی سی بسته بندی و توسط پزشک داروساز فرموله شده و در هرباریوم دانشکده داروسازی تبریز ساخته شدند.

جهت اطمینان از مصرف شرکت کنندگان، هفته ای یک بار با آن ها تماس گرفته می شد و چک لیست روزانه نیز به افراد داده شده بود تا پایان هر روز پس از مصرف داروها علامت گذاری کنند. در این مطالعه پلاسبوی محلول آروما از نظر شکل، اندازه و رنگ همانند داروی اصلی ساخته شده بود، بنابراین از روش دو سوکور (مشارکت کننده و پژوهشگر) استفاده شده بود. اما پلاسبوی محلول آروما بدون رایحه بود که از نقاط ضعف مطالعه بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پس از جمع آوری داده ها از تمام افراد مورد مطالعه، از آمار توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) و فراوانی و درصد و از آمار استنباطی

¹ intention-to- treat

جدول ۱- مشخصات فردی- اجتماعی گروه های مورد مطالعه

مشخصات فردی	آروماتراپی تعداد (درصد)	پلاسبو تعداد (درصد)	سطح معنی داری
سن	۴۵-۵۰ ۲۹ (۴۸/۳)	۳۷ (۶۱/۷)	۰/۰۱*
میانگین \pm انحراف معیار	۵۱-۵۵ ۳۱ (۵۱/۷)	۲۳ (۳۸/۳)	۰/۰۰۲**
تحصیلات	ابتدایی ۴۰ (۶۶/۷)	۲۷ (۴۵)	۰/۲۷***
	راهنمایی ۸ (۱۳/۳)	۰ (۰/۰)	
	دبیرستان ۵ (۸/۳)	۸ (۱۳/۳)	
	دیپلم و دانشگاهی ۷ (۱۱/۷)	۵ (۸/۳)	
شغل همسر	کارمند ۵۲ (۹۱/۲)	۴۷ (۷۸/۳)	۰/۰۰۸*
	کارگر ۳ (۵/۳)	۱۳ (۲۱/۷)	
	سایر ۲ (۳/۳)	۰ (۰/۰)	
سطح تحصیلات همسر	ابتدایی ۴۰ (۶۶/۷)	۱۶ (۲۶/۷)	۰/۰۰۱***
	راهنمایی ۱۱ (۱۸/۳)	۱۷ (۲۸/۳)	
	دبیرستان ۲ (۳/۳)	۱۷ (۲۸/۳)	
	دیپلم ۳ (۵/۰)	۶ (۱۰/۰)	
	دانشگاهی ۴ (۶/۷)	۴ (۶/۷)	
کفایت درآمد ماهیانه	کافی ۲ (۳/۴)	۷ (۱۱/۹)	۰/۰۱***
	نسبتا کافی ۲۴ (۴۱/۴)	۳۳ (۵۵/۹)	
	ناکافی ۳۲ (۵۵/۲)	۱۹ (۳۲/۲)	
شاخص توده بدنی	۲۹/۸ (۵/۶)	۲۷/۵ (۳/۵)	<۰/۰۰۱**
تعداد فرزند	۵/۱ (۲/۱)	۳/۶ (۱/۷)	<۰/۰۰۱**
تعداد افراد خانواده	۳/۸ (۱/۶)	۳/۷ (۱/۲)	۰/۰۰۱**

*آزمون کای دو، **آنالیز واریانس یک طرفه، ***آزمون کای دو روند

تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0.05$) (جدول ۲).

بعد از مداخله میانگین نمره کلی عملکرد جنسی در گروه آروما $0.4 \pm 22/9$ و در گروه پلاسبو $0.2 \pm 17/2$ بود. از نظر ابعاد نمره عملکرد جنسی در بین نمونه ها میانگین میل جنسی در گروه آروما $0.1 \pm 4/0$ و در گروه پلاسبو $0.1 \pm 2/7$ ، میانگین برانگیختگی جنسی در گروه آروما $0.9 \pm 3/8$ و در گروه پلاسبو $0.9 \pm 2/4$ ، میانگین لیز شدگی واژن در گروه آروما $0.4 \pm 3/7$ و در گروه پلاسبو $0.9 \pm 2/6$ ، میانگین ارگاسم در گروه آروما $0.6 \pm 3/9$ و در گروه پلاسبو $0.1 \pm 2/7$ بود. میانگین رضایت جنسی در گروه آروما $0.2 \pm 4/3$ و در گروه پلاسبو $0.6 \pm 3/5$ بود. میانگین درد حین مقاربت در گروه آروما $0.7 \pm 3/2$ و در گروه پلاسبو $0.6 \pm 3/3$ بود (جدول ۲).

قبل از مداخله میانگین نمره کلی عملکرد جنسی در گروه آروما $0.4 \pm 5/18$ و در گروه پلاسبو $0.6 \pm 5/18$ ، میانگین میل جنسی در گروه آروما $0.9 \pm 2/9$ و در گروه پلاسبو $0.1 \pm 2/4$ ، میانگین برانگیختگی جنسی در گروه آروما $0.1 \pm 2/7$ و در گروه پلاسبو $0.1 \pm 2/0$ ، میانگین لوبریکاسیون واژن در گروه آروما $0.9 \pm 3/3$ و در گروه پلاسبو $0.2 \pm 2/3$ ، میانگین ارگاسم در گروه آروما $0.1 \pm 3/1$ و در گروه پلاسبو $0.2 \pm 2/5$ ، میانگین درد حین مقاربت در گروه آروما $0.5 \pm 3/5$ و در گروه پلاسبو $0.7 \pm 2/9$ ، میانگین رضایت جنسی در گروه آروما $0.4 \pm 2/9$ و در گروه پلاسبو $0.6 \pm 3/4$ بود. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، قبل از مداخله بین دو گروه از نظر نمره کلی و همه ابعاد عملکرد جنسی غیر از درد حین مقاربت و رضایت،

جدول ۲- مقایسه نمره کلی عملکرد جنسی و ابعاد آن در گروه‌های مطالعه

مؤلفه ها	پلاسبو (n=۶۰)		آروماتراپی (n=۶۰)		*P ₀	*Adjusted MD ₁ (CI 95%)	*P ₁
	قبل از مداخله	پس از مداخله	قبل از مداخله	پس از مداخله			
نمره کلی	۱۵/۸ (۵/۶)	۱۷/۲ (۴/۲)	۱۸/۵ (۵/۴)	۲۲/۹ (۰/۴)	۰/۰۳	۴/۷۸ (۳/۲۶-۶/۴۸)	<۰/۰۰۱
میل جنسی	۲/۴ (۱/۱)	۲/۷ (۱/۱)	۲/۹ (۱/۹)	۴/۰ (۱/۱)	۰/۰۴	۱/۱۱ (۰/۷۲-۱/۴۹)	<۰/۰۰۱
برانگیختگی جنسی	۲/۰ (۱/۱)	۲/۴ (۰/۹)	۲/۷ (۱/۱)	۳/۸ (۰/۹)	۰/۰۷	۱/۲۱ (۰/۷۳-۱/۵۱)	<۰/۰۰۱
لیز شدگی واژن	۲/۳ (۱/۲)	۲/۶ (۰/۹)	۳/۳ (۰/۹)	۳/۷ (۰/۴)	<۰/۰۰۱	۰/۸۴ (۰/۵۱-۱/۱۷)	<۰/۰۰۱
ارگاسم	۲/۵ (۱/۲)	۲/۷ (۱/۱)	۳/۱ (۱/۱)	۳/۹ (۰/۶)	۰/۰۳	۱/۰۱ (۰/۷۳-۱/۲۸)	<۰/۰۰۱
درد حین مقاربت	۲/۹ (۱/۷)	۳/۳ (۱/۶)	۳/۵ (۱/۵)	۳/۲ (۰/۷)	۰/۰۶	-۰/۱۳ (۰/۶۴-۰/۳۷)	۰/۶۰
رضایت جنسی	۳/۴ (۱/۶)	۳/۵ (۱/۶)	۲/۹ (۱/۴)	۴/۳ (۱/۲)	۰/۱۵	۱/۱۵ (۰/۰۵-۱/۷۱)	<۰/۰۰۱

تمام اعداد به جز موارد مشخص شده با * به صورت میانگین (انحراف معیار) نمایش داده شده است
P₀: تی تست بین گروهی قبل از مداخله

P₁: آنالیز کوواریانس بین گروهی بعد از مداخله با کنترل اثر نمره عملکرد جنسی پایه و متغیرهای مخدوشگر (نمره عملکرد جنسی قبل از مداخله، و متغیرهای دارای تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در پایه مانند تحصیلات، درآمد، شاخص توده بدنی تعداد اعضای خانواده و...) Adjusted MD₁ (CI 95%): تفاوت میانگین (فاصله اطمینان ۰/۹۵) بین گروهی بعد از مداخله با کنترل اثر نمره عملکرد جنسی پایه و متغیرهای مخدوشگر

بحث

در این مطالعه بین میانگین نمرات کلی مربوط به عملکرد جنسی، میل به داشتن روابط جنسی، لیز شدن واژن و ارگاسم بین گروه پلاسبو با آروماتراپی تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0.001$).

تعدادی از اسانس‌های معطر گیاهی موجود در آروما مانند رازیانه، گلپر و مریم گلی و نارنج، اسطوخودوس و گل شمعدانی دارای فیتواستروژن با فعال کردن سلول‌های عصبی مرکز بویایی نوروترانسمیترهای متفاوت (آندورفین، نورادرنالین و سروتونین) آزاد می‌کنند که با تأثیر بر احساسات انسان می‌تواند در کاهش علائم کلیماتریک مانند گرگرفتگی، اختلالات جنسی و افسردگی مؤثر باشند (۱۵-۱۷). مطالعه هار و همکاران (۲۰۰۸) بر روی ۲۵ زن یائسه در کره نشان داد که ماساژ با آروماتراپی با رایحه اسطوخودوس، شمعدانی، گل یاسمن در روغن بادام و گل پامچال باعث کاهش علائم کلیماتریک مانند گرگرفتگی، افسردگی و درد هنگام نزدیکی می‌شود. افراد شرکت کننده هفته ای ۳۰ دقیقه به مدت ۸ هفته از ماساژ آروماتراپی استفاده کرده بودند (۱۸). در مطالعه حاضر درد حین مقاربت بین دو گروه آروما و پلاسبو بعد از مداخله تفاوت معنی داری نداشت که علت عدم همخوانی می‌تواند به دلیل ماساژ، نوع داروی ترکیبی و یا دوز و نحوه مصرف محلول آروما باشد.

در مطالعه ملکوتی و همکاران (۲۰۱۲) در ایران، عملکرد جنسی در زنان شیرده ۴۰ روز پس از استفاده از آروماتراپی با رایحه گل سرخ، رازیانه، اسطوخودوس، شمعدانی و پرتغال در زنان شیرده بهبود یافت (۲۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت، هرچند نمونه این مطالعه زنان شیرده بودند.

در مطالعه گوئل و همکاران (۲۰۰۵) رایحه درمانی در افرادی که دچار بی خوابی بودند، منجر به بهبود کیفیت خواب شد (۲۲). در مطالعه لی و همکار (۲۰۰۶) در کره که به بررسی تأثیر رایحه درمانی استنشاقی با اسطوخودوس بر میزان بی خوابی و افسردگی دانشجویان دختر پرداختند، رایحه درمانی به طور معنی داری باعث کاهش میزان بی خوابی دانشجویان شد (۲۳). مطالعه سبحانی (۲۰۰۴) تأثیر اسانس لاواندور را در تسکین درد سزارین بررسی کردند و اثرات ضد دردی اسطوخودوس را تأیید کردند (۲۴). مطالعه متعددی کاهش دیسمنوره را با آروماتراپی در دانشجویان پرستاری (۲۰۱۳) و پرستاران (۲۰۱۱) نشان دادند (۲۵، ۲۶).

لینالول موجود در اسطوخودوس باعث افزایش سطح دوپامین و نورآدرنالین می‌شود. اثر ضد افسردگی اسطوخودوس به دلیل لینالول موجود در آن است که باعث افزایش سطح دوپامین و نورآدرنالین می‌شود

(۲۷). همین علت می تواند مکانیسم تأثیر احتمالی آن بر عملکرد جنسی نیز باشد.

مطالعه ترک زاهدی و همکاران (۲۰۰۷) در ایران نشان داد اسانس رازیانه باعث کاهش پروستاگلاندین E₂ و اکسی توسین و مهار درد می شود (۲۸). گل سرخ و مشتقات آن شامل گلاب، روغن گل سرخ و گل های خشک شده و معطر هستند که اجزاء اصلی آن شامل فنتیلالکل، سیترونلول، لینالول و ژرانیول است و اثرات دارویی مانند ضد التهابی، ضد دردی، ضد اکسیدانی، ضد سرطانی و ضد میکروبی دارند. مطالعه شافعی و همکاران (۲۰۱۱) در حوزه دارویی نشان داد که فلاونوئید موجود در گل سرخ باعث ایجاد اثراتی از قبیل خواب آوری، ضد اضطرابی و ضد افسردگی می شود (۳۱-۲۹).

مطالعه ای جهت بررسی تأثیر آروماتراپی بر روی عملکرد جنسی زنان یائسه یافت نشد تا نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه شود.

در مطالعه حاضر از آنجایی که پرسشنامه ها به روش خود تکمیلی توسط نمونه های پژوهش تکمیل شدند، بنابراین ممکن است افراد از سؤالات برداشت صحیح نداشته و پاسخ صحیح به آن ها ندهند. همچنین محرمانه بودن موضوع مطالعه، دسترسی به نمونه ها را دچار مشکل می ساخت. همچنین در این مطالعه تعدادی از شرکت کنندگان از عوارض دارویی مانند سردرد و دل درد شکایت داشتند که می تواند به عنوان نقاط ضعف و

محدودیت پژوهش محسوب شود. از نقاط ضعف دیگر این مطالعه عدم امکان تهیه پلاسبوی مناسب برای آروما بود. از نقاط قوت مطالعه دو سوکور بودن آن از نظر داروها و آنالیزکننده بود. انجام مطالعات بیشتر جهت مقایسه محلول آروما با سایر ترکیبات گیاهی مؤثر در درمان اختلالات عملکرد جنسی زنان یائسه توصیه می شود.

نتیجه گیری

آروماتراپی استنشاقی ترکیبی باعث بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه می شود، لذا پیشنهاد می شود که استفاده از آروما توسط ماماها برای رفع مشکلات جنسی زنان یائسه توصیه شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از طرح تحقیقاتی به شماره طرح 201111248170N2 می باشد که با شماره ۵/۵۵/۱۱۹۹ IRCT به ثبت رسیده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که حمایت مالی پروژه را تقبل نمودند و همچنین از مساعدت دانشگاه علوم پزشکی و ریاست محترم مرکز بهداشت اردبیل و کارکنان مراکز بهداشتی، درمانی استان اردبیل و زنان یائسه محترم در اجرای این پژوهش، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Health topics. Sexual health. World Health Organization. Available at: URL: http://www.who.int/topics/sexual_health/en; 2015.
2. Walton B, Thorton T. Female sexual dysfunction. Curr Womens Health Rep 2003; 3(4):319-26.
3. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfá L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. Maturitas 2000; 34(1):17-23.
4. Trompeter SE, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. Am J Med 2011; 125(1):37-43.e1.
5. Brizendine L. Managing menopause-related depression and low libido. OBG Manage 2004; 16(8):29-42.
6. Dennerstein L, Smith AM, Morse CA, Burger HG. Sexuality and the menopause. J Psychosom Obstet Gynecol 1994; 15(1):59-66.
7. Shouhani M, Rasouli F, Haji AP, Mahmoudi M. The survey of physical and mental problems of menopause women referred to liam health care centers. Iran J Nurs Res 2007; 2(4-5):57-65. (Persian).
8. Jahanfar S, Malaenezhad M. Textbook of sexual disorders. Tehran: Nadhr-e-Salemi, Bijeh; 2005.
9. Abedzadeh Kalarhoudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F. Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in kashan, Iran. Iran Red Crescent Med J 2011; 13(11):811-7.
10. Malacara JM, Pérez-Luque EL, Martínez-Garza S, Sánchez-Marín FJ. The relationship of estrogen receptor-alpha polymorphism with symptoms and other characteristics in post-menopausal women. Maturitas 2004; 49(2):163-9.

11. Nelson HD. Postmenopausal estrogen for treatment of hot flashes: clinical applications. *JAMA* 2004; 291(13):1621-5.
12. Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
13. Russell L, Hicks GS, Low AK, Shepherd JM, Brown CA. Phytoestrogens: a viable option? *Am J Med Sci* 2002; 324(4):185-8.
14. de Andrade D, Angerami EL. Self-esteem in adolescents with and without cleft-lip and/or palate. *Rev Lat Am Enfermagem* 2001; 9(6):37-41.
15. Panay N, Rees M. Alternatives to hormone replacement therapy for management of menopause symptoms. *Curr Obstet Gynaecol* 2005; 15(4):259-66.
16. Buckle J. *Clinical aromatherapy*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2003.
17. Bagetta G, Morrone LA, Rombolà L, Amantea D, Russo R, Berliocchi L, et al. Neuropharmacology of the essential oil of bergamot. *Fitoterapia* 2010; 81(6):453-61.
18. Hur MH, Yang YS, Lee MS. Aromatherapy massage affects menopausal symptoms in Korean climacteric women: a pilot-controlled clinical trial. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008; 5(3):325-8.
19. Amiri M, Taavoni S, Fatemi SN, Haghani H. A comparison between sexual function of menopausal women before and after using Ginkgo Biloba capsules. *Armaghan Danesh* 2012; 17(2):92-101. (Persian).
20. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh* 2008; 7(3):269-78. (Persian).
21. Malakoti J, Zamanzadeh V, Maleki A, Farshbaf Khalili A. Sexual function in breastfeeding women in family health centers of Tabriz, Iran. *J Caring Sci* 2013; 2(2):141-6.
22. Goel N, Kim H, Lao RP. An olfactory stimulus modifies nighttime sleep in young men and women. *Chronobiol Int* 2005; 22(5):889-904.
23. Lee IS, Lee GJ. Effects of lavender aromatherapy on insomnia and depression in women college students. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2006; 36(1):136-43.
24. Sobhani ET. Cesarean pain of lavender essential oil. *Guilan Univ Med Sci* 2004; 358(62):80-6. (Persian).
25. Marzouk TM, El-Nemer AM, Baraka HN. The effect of aromatherapy abdominal massage on alleviating menstrual pain in nursing students: a prospective randomized cross-over study. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013; 2013:742421.
26. Kim YJ, Lee MS, Yang YS, Hur MH. Self-aromatherapy massage of the abdomen for the reduction of menstrual pain and anxiety during menstruation in nurses: a placebo-controlled clinical trial. *Eur J Integrat Med* 2011; 3(3):e165-8.
27. Sköld M, Hagvall L, Karlberg AT. Autoxidation of linalyl acetate, the main component of lavender oil, creates potent contact allergens. *Contact Dermatitis* 2008; 58(1):9-14.
28. Torkzahrani S, Akhavan-Amjadi M, Mojab F, Majd HA. Clinical effects of *Foeniculum vulgare* extract on primary dysmenorrhea. *J Reprod Infertil* 2007; 8(1):45-51. (Persian).
29. Boskabady MH, Shafei MN, Saberi Z, Amini S. Pharmacological effects of *Rosa damascena*. *Iran J Basic Med Sci* 2011; 14(4):295-307.
30. Shobeiri F, Nazari M. Patterns of weight gain and birth weight amongst Indian women. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2006 Jun 1;31(2):94-7.
31. Shobeiri F, Nazari M. Assessment of cervical erosion in Hamedan city, Iran. *Pakistan journal of biological sciences: PJBS*. 2007 Oct;10(19):3470-2.