

تأثیر کرم واژینال دانه شنبلیله بر دیسپارونی و رضایت جنسی در زنان یائسه: یک کارآزمایی بالینی

فخریه مزعل زاده^۱، خدیجه حکمت^{۲*}، دکتر فروغ نامجویان^۳، دکتر امل ساکی مالچی^۴

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲

خلاصه

مقدمه: اکثر زنان در دوران یائسگی در اثر کاهش ترشح هورمون استروژن، دستخوش تغییراتی می‌شوند. این تغییرات ممکن است موجب کاهش میل جنسی در آنان گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر کرم واژینال دانه شنبلیله بر دیسپارونی و رضایت جنسی در زنان یائسه انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی دو سویه کور در سال ۱۳۹۶ بر روی ۶۰ نفر از زنان یائسه واجد شرایط مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره یک شرق اهواز و شاکای از مقاربت دردناک و عدم رضایت جنسی صورت گرفت. افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره جهت دریافت کرم واژینال دانه شنبلیله ۵٪ و دارونما به مدت ۸ هفته قرار گرفتند. دیسپارونی با استفاده از فرم اطلاعاتی و میزان رضایت جنسی بر اساس پرسشنامه لارسون محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون های کای اسکوئر، تی مستقل، تی زوجی، من ویتنی و معادلات برآورد تعمیم یافته‌ها انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: پس از مداخله، میانگین میزان رضایت جنسی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه دارو و پلاسبو مشاهده گردید ($p < 0.001$) ($51.1 \pm 2.02 - 74.18 \pm 1.94$).

نتیجه‌گیری: مصرف کرم واژینال دانه شنبلیله سبب کاهش مقاربت دردناک و افزایش میل جنسی در زنان یائسه می‌شود.

کلمات کلیدی: رضایت جنسی، کرم واژینال دانه شنبلیله، مقاربت دردناک، یائسگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: خدیجه حکمت؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۶۱-۳۳۷۳۸۳۳۱
پست الکترونیک: hekmat1346@gmail.com

مقدمه

زنان از مهم‌ترین ارکان خانواده و جامعه بوده و سلامت اجتماع در گرو تأمین نیازهای آنان می‌باشد (۱). هر زن در طول زندگی و طی مراحل رشد، بحران‌های مختلفی را پشت سر می‌گذارد. بحران‌ها زمانی رخ می‌دهند که فرد از یک مرحله به مرحله دیگر و یا از نقشی به نقش دیگر پا می‌گذارد. بحران‌های زندگی زن یعنی بلوغ، قاعدگی، چگونگی روابط جنسی، حاملگی، زایمان و بالاخره یائسگی، چون حلقه‌های زنجیره به هم وابسته است و سلامت روانی و حتی جسمانی او به طور انکارناپذیری در ارتباط با آنها است (۲). یائسگی یک بیماری محسوب نمی‌شود، بلکه روندی کاملاً فیزیولوژیک و طبیعی است که مرحله‌ای از زندگی زنان را تشکیل می‌دهد (۳). یائسگی در زنان با قطع کامل قاعدگی به مدت یک‌سال و متوقف شدن فعالیت‌های فولیکولی تخمدان‌ها و کاهش تولید استروژن اتفاق می‌افتد. تعیین سن یائسگی تا حدودی دشوار بوده و بر اساس تخمین حاصل از مطالعات مقطعی، متوسط آن حدود ۵۲-۵۰ سالگی است (۴). با وجود افزایش امید به زندگی، سن شروع یائسگی و قطع کامل قاعدگی تغییر نکرده است و زنان حدود ۳۰ سال یا بیشتر (بیش از یک سوم) از عمر خود را در دوران یائسگی یا حوالی آن سپری می‌کنند (۵). مطالعه رجایی و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان داد میانگین سن یائسگی طبیعی در زنان ایرانی برابر ۴۸/۲ سال می‌باشد که محدوده آن ۴۸/۹-۴۷/۵ سال می‌باشد (۶). جمعیت زنان یائسه در جهان در سال ۲۰۳۰ به یک میلیارد نفر خواهد رسید.

یائسگی با علائم متعددی همراه می‌باشد که زنان یائسه همه را تجربه نمی‌کنند. یائسگی شامل علائم زودرس و دیررس می‌باشد. علائم زودرس شامل افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی، گرگرفتگی و تعریق شبانه، کاهش میزان تمرکز ذهنی، کاهش میزان میل جنسی، آتروفی مخاط و پوست و عوارض دیررس نیز شامل بیماری‌های قلبی - عروقی و پوکی استخوان می‌باشد (۷). واژینیت آتروفیک، یکی از شایع‌ترین عوارض دوران یائسگی است. حدود ۱۵٪ زنان در هنگام یائسگی و ۴۰-۵۷٪ پس از یائسگی علائم ناشی از آتروفی واژن را تجربه می‌کنند و

این عوارض به‌دلیل کم شدن میزان استروژن در خون می‌باشد که به‌دنبال این کاهش استروژن، ساختار عروقی دیواره واژن تحت تأثیر قرار گرفته و نازک و شکننده و رنگ پریده می‌شود. آتروفی در سطح مخاطی واژن با عوارضی مانند واژینیت، خارش، دیسپارونی و خشکی واژن همراه است که کیفیت زندگی زنان را در این دوره متأثر خواهد ساخت (۸). یکی از مهم‌ترین علائم آتروفی واژن، خشکی واژن است که باعث مقاربت دردناک می‌شود (۹). در ایالت متحده آمریکا از ۵۶۰۰۰ زن یائسه در مورد مشکلات جنسی نظرخواهی شد که ۴۴٪ از این زنان از مقاربت دردناک و ۵۹٪ از کاهش میل جنسی شاکی بودند (۱۰). زنانی که در دوران یائسگی به روابط جنسی خود کمتر اهمیت داده و فعالیت جنسی کمتری دارند، نسبت به دیگر زنان علاوه بر اینکه دچار خشکی و آتروفی و متعاقب آن نزدیکی جنسی دردناک می‌شوند، از نظر خلقی نیز کناره‌گیرتر می‌باشند (۶). یکی از نگرانی‌های بهداشتی اصلی در اکثر زنان یائسه، مشکلات جنسی است که منجر به احساس شکست، ناکامی و احساس عدم امنیت می‌شود (۱۱). روابط جنسی، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر احساس خوشبختی زندگی زناشویی است (۱۲). بر اساس مطالعات مبتنی بر جامعه، اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه در کشورهای مختلف بین ۵/۸۶-۶۸٪ ذکر شده است (۱۳). امروزه نقش استروژن در بهبود آتروفی دستگاه تناسلی زنان یائسه بر کسی پوشیده نیست. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که استروژن درمانی چه به صورت سیستمیک و چه به صورت موضعی باعث افزایش ضخامت بافتی می‌شود. استروژن از طریق افزایش پلی‌ساکاریدها، اسید هیالورونیک و حفظ خاصیت عملکردی سلول‌های اپی‌تلیال واژن، باعث بهبود عوارض یائسگی می‌شود (۱۴). در دهه گذشته استفاده از درمان‌های گیاهی جهت کاهش عوارض دارویی نقش پررنگ‌تری یافته است (۱۵). عوارض ناشی از درمان هورمونی جایگزین مانند عوارض گوارشی، افزایش وزن، افزایش احتمال خطر سرطان پستان و آندومتر، ترومبو آمبولی و آندوم‌های کبدی می‌باشد (۱۶). بر این اساس محققان بر آن شده‌اند که از

گیاهانی با خاصیت فیتواستروژنی^۱ و در عین حال روشی بی‌ضرر با میزان موفقیت بالاتر برای پیشگیری از عوارض یائسگی مانند گرگرفتگی، تعریق شبانه، آتروفی واژن و پوکی استخوان استفاده کنند (۱۷). شنبلیله با نام علمی *Trigonella foenum-graecum*^۲ از تیره باقلانیان^۳ یکی از این گیاهان می‌باشد که دارای ترکیبات استروئیدی نظیر ساپونین است که به تعادل هورمونی کمک می‌کند (۱۸). ترکیبات ساپونین موجود در عصاره شنبلیله دارای اثراتی شبیه پروژسترون است و همچنین عصاره دانه این گیاه حاوی دیوسژنین^۴ می‌باشد که از لحاظ ساختمانی شبیه استروژن و هورمون‌های استروئیدی است و می‌توان جایگزین استروژن در یائسگی شود. ترکیبات فیتواستروژنی به‌وسیله خودتنظیمی مثبت و منفی، هیپوتالاموس و هیپوفیز را فعال کرده و باعث بروز تغییراتی در هورمون‌ها می‌گردند (۱۹). ساپونین و دیوسژنین موجود در عصاره شنبلیله، نوعی فیتواستروژن می‌باشند که با توانایی اتصال به گیرنده‌های استروژنی بتا موجب تأثیر مثبت بر دانسیته استخوان، حفظ عملکرد اندوتلیال عروق مخاط واژن، جلوگیری از آرترواسکلروز و کاهش میزان کلسترول و تری‌گلیسیریدها بدون افزایش بدخیمی‌های رحم و پستان می‌گردد (۲۰). در دهه گذشته استفاده از درمان‌های گیاهی نقش پررنگ‌تری را به جای درمان‌های دارویی جهت کاهش عوارض دارویی داشته است (۱۵).

دوران یائسگی یک سوم از دوران زندگی زنان می‌باشد و فعالیت جنسی هنوز هم برای خیلی از زنان ادامه دارد. با توجه به شرایط خاص فیزیولوژیک که زنان یائسه را در گروه پرخطر و آسیب‌پذیر جامعه قرار می‌دهد و با توجه به بالا بودن شیوع دیسپارونی و عدم رضایت جنسی در این دوران که همراه با نشانه‌های آزار دهنده‌ای می‌باشد و این که زنان یائسه در این دوران تمایل کمتری به پیگیری و درمان این مشکلات نشان می‌دهند، این مشکل می‌تواند به‌طور جدی کیفیت زندگی و راحتی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به عوارض هورمون

درمانی از قبیل خونریزی و لکه‌بینی و بالاتر رفتن خطر ابتلاء به سرطان و وجود کنتراست‌دیگاسیون‌های درمان‌های هورمونی در برخی زنان یائسه و به دلیل اینکه هیچ مطالعه‌ای در خصوص گیاه شنبلیله بر درمان دیسپارونی و عدم رضایت جنسی صورت نگرفته است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر کرم واژینال شنبلیله بر مقاربت دردناک و رضایت جنسی زنان یائسه انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده دوسویه‌کور در سال ۱۳۹۶ بر روی ۶۰ نفر از زنان یائسه واجد شرایط مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره یک شرق اهواز و شاکی از مقاربت دردناک و عدم رضایت جنسی صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان یائسه‌ای که حداقل یک سال از یائسگی آنها گذشته باشد، وجود علائم آتروفی واژن (خشکی و رنگ پریدگی واژن، مقاربت دردناک)، زنان دارای رابطه جنسی و تک همسر، زنان یائسه شاکی از درد هنگام مقاربت و دارای سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ناهنجاری‌های دستگاه ژنیتال، عفونت‌های واژینال نیاز به درمان، ابتلاء به خونریزی رحمی و لکه‌بینی با علت نامشخص، قرار داشتن تحت هورمون درمانی و یا مصرف هورمون‌های جنسی طی دو ماه قبل از مطالعه، داشتن بیماری‌های پستان با علت نامشخص، مصرف فراوان فیتواستروژن‌ها مانند سویا، شبدر قرمز، دانه کتان و شنبلیله طی یک ماه گذشته، داشتن اختلالات کلستاتیک کبد و نارسایی کلیه و عدم استفاده صحیح از کرم 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 در نظر گرفته شد که با احتمال ۲۰٪ افت نمونه، ۳۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد (۱۵).

جهت انتخاب نمونه‌های پژوهش، پژوهشگر ابتدا با مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی شماره یک شرق اهواز برای افرادی که طبق پرسشنامه واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، اهداف و نحوه اجرای پژوهش را توضیح داد و بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی، به نمونه‌ها در مورد

¹ Phytoestrogen

² *Trigonella foenum-graecum*

³ Fabaceae

⁴ Diocogenin

همراه با اپلیکاتور و فرم استفاده از دارو جهت مصرف هر دو هفته آنان به مدت ۸ هفته داده شد تا هر شب از کرم واژینال استفاده کنند و اگر به هر دلیل دارو را استفاده نکردند، در فرم توضیح دهند. مدت زمان‌های استفاده و زمان‌های مراجعه برای پیگیری به نمونه‌ها آموزش داده شد و از آنان درخواست شد در روزهای ۱۴، ۲۸ و ۵۶ بعد از شروع درمان جهت بررسی مجدد و پیگیری مراجعه نمایند (۱۴). شماره تلفن مراجعه‌کنندگان گرفته شد و نحوه استفاده و زمان‌های پیگیری به آنها یادآوری شد و نیز تأکید شد که در این مدت از هیچ داروی هورمونی یا ترکیبات واژینال دیگری استفاده نکنند. آماده‌سازی پاکت‌ها توسط فرد غیر درگیر در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام گرفت؛ به این ترتیب فرد مصرف‌کننده، تجویز کننده و جمع‌آوری کننده و تجزیه و تحلیل کننده داده‌ها از نوع مداخله دریافتی مطلع نبودند. بعد از ۸ هفته درمان، پرسشنامه‌ها از نمونه‌ها جمع‌آوری شدند و داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت مقایسه اختلاف بین گروه‌ها از آزمون آماری کای اسکوئر، تی مستقل، تی زوجی، من ویتنی و معادلات برآورد تعمیم یافته‌ها^۱ GEE استفاده شد. میزان p کمتر ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه دو گروه از نظر مشخصات فردی - اجتماعی اختلاف معنی‌داری نداشتند ($p < 0/001$). بر اساس جدول ۱، میانگین سن در گروه شنبلیله $4/4 \pm 1/54$ سال و در گروه پلاسبو $4/6 \pm 1/55$ سال بود. همچنین میانگین سن یائسگی در گروه شنبلیله $1/8 \pm 2/348$ و در گروه پلاسبو $1/1 \pm 2/48$ سال بود که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد ($p < 0/001$). بیشترین فراوانی تحصیلات در دو گروه در رده زیردیپلم بود که ۱۵ نفر (۵۰٪) در گروه شنبلیله و ۱۶ نفر (۵۳/۴٪) در گروه پلاسبو بود. بیشترین فراوانی تعداد فعالیت جنسی یک بار در ماه بود که ۱۱ نفر (۳۷/۲٪) در گروه شنبلیله و ۱۲ نفر (۴۰٪) در گروه

محرمانه بودن اطلاعات کسب شده اطمینان داده شد. اطلاعات فردی، اقتصادی و اجتماعی نمونه‌ها در پرسشنامه مشخصات فردی ثبت شد. پرسشنامه‌های مربوط به شدت دیسپارونی قبل از درمان و بعد از درمان در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت که در این پرسشنامه دیسپارونی یکی از آیتم‌های علائم آتروفی بود که همه با مقیاس ۴ درجه‌ای (۰ = ندارد، ۱ = خفیف، ۲ = متوسط، ۳ = شدید) و به صورت خودگزارش‌دهی توسط خود نمونه‌ها تکمیل شدند. جهت تعیین میزان رضایت جنسی نیز از پرسشنامه استاندارد رضایت جنسی لارسون استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال بود که پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت امتیازدهی شد؛ به‌گونه‌ای که پاسخ به گزینه "هرگز، یک امتیاز" و گزینه "همیشه، ۵ امتیاز" داشت. امتیاز ۰-۳۳ رضایت جنسی ضعیف، ۳۴-۶۶ رضایت جنسی متوسط، ۶۷-۱۰۰ رضایت جنسی خوب را نشان می‌داد. در مطالعه حاضر جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ به این صورت که پرسشنامه توسط یک تیم پژوهشی تنظیم شد و سپس توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی اهواز مورد بررسی قرار گرفت و اصلاحات لازم بر اساس بازخورد کسب شده، انجام شد. ضریب پایایی پرسشنامه لارسون در این مطالعه با مطالعه پازنده و همکاران مشابه بود و ۰/۸۳ به‌دست آمد (۲۱). دارو و دارونما توسط داروساز در آزمایشگاه دانشکده داروسازی اهواز تهیه گردید؛ بدین‌صورت که از دانه گیاه شنبلیله با اتانول ۸۰٪ به مدت ۷۲ ساعت و به روش ماسراسیون عصاره‌گیری انجام شد. کرم گیاهی واژینال با مخلوط کردن سریع عصاره گیاهی حل شده در حامل مناسب و در غلظت ۵٪ و در شرایط مناسب تهیه گردید. کرم پلاسبو نیز با وارد کردن حامل حاوی رنگ مناسب تهیه شد. دارو و پلاسبو توسط دکتر داروساز کدگذاری شدند. پژوهشگر و داوطلب شرکت در این مطالعه از دارو یا پلاسبو بودن کرم‌های واژینال کاملاً بی‌اطلاع بودند. تخصیص افراد به گروه‌های مطالعه با روش تصادفی ساده انجام شد و افراد به‌طور کاملاً تصادفی در دو گروه (شنبلیله و گروه پلاسبو) قرار گرفتند. به هر نفر ۲ عدد تیوپ ۳۰ گرمی

¹ Generalized estimation equation

دارونما بود. ۲۱ نفر (۷۰٪) افراد در گروه شنبلیله و ۲۲ نفر (۷۲/۴٪) در گروه پلاسبو از نظر وضعیت اقتصادی در رده متوسط قرار داشتند. ۲۲ نفر (۷۲/۵٪) افراد در گروه شنبلیله و ۲۱ نفر (۷۰٪) در گروه پلاسبو را زنان خانه‌دار تشکیل می‌دادند.

جدول ۱- مشخصات فردی افراد مورد پژوهش به تفکیک واحدهای پژوهش (۶۰ نفر)

مشخصات فردی	شنبلیله	پلاسبو	سطح معنی‌داری
سن (سال)	۵۴/۱±۴/۴	۵۵/۱±۴/۶	۰/۳۹
سن یائسگی (سال)	۴۸/۳±۲/۸	۴۸/۱±۲/۱	۰/۷۹
سن منارک (سال)	۱۳/۱±۱/۳	۱۳/۶±۱/۷	۰/۲۹
شاخص توده بدنی	۲۵/۶±۳/۸	۲۶/۵±۳/۶	۰/۳۸
زیر دیپلم	۱۵ (۵۰)	۱۶ (۵۳/۴)	
تحصیلات	دیپلم	دیپلم	۰/۴۸
دانشگاهی	۶ (۲۰/۳)	۷ (۲۳/۳)	
شاغل	۲ (۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	
شغل	خانهدار	خانهدار	۰/۵۵
بازنشسته	۶ (۲۰/۸)	۵ (۱۶/۷)	
ضعیف	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	
وضعیت اقتصادی	متوسط	متوسط	۰/۸۱
عالی	۵ (۱۶/۷)	۳ (۱۰)	
۰	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰)	
۱	۱۱ (۳۷/۲)	۱۲ (۴۰)	
تعداد مقاربت در هفته	۲	۲	۰/۹۳
۳	۸ (۲۶/۴)	۵ (۱۶/۷)	
۴	۱ (۳/۳)	۳ (۱۰)	

* P در مورد متغیرهای کیفی با استفاده از آزمون کای دو و در متغیرهای کمی با استفاده از آزمون تی مستقل محاسبه شده است.

را ابراز داشتند که نشان دهنده تأثیر مثبت کرم واژینال شنبلیله بود.

برای تعیین روند بهبودی دیسپارونی طی ۸ هفته به دلیل رتبه‌ای بودن پاسخ مورد نظر از معادلات برآورد تعمیم یافته GEE استفاده شد که بر اساس نتایج به دست آمده، روند بهبودی بین دو گروه شنبلیله و دارونما تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/001$). همچنین جهت مقایسه بهبودی دیسپارونی به تفکیک مقاطع زمان پیگیری (هر ۲ هفته) بین دو گروه از آزمون آماری من ویتنی استفاده شد که بر اساس این آزمون، بهبودی علائم دیسپارونی از هفته دوم درمان در گروه شنبلیله مشاهده شد.

بر اساس آزمون فریدمن، شدت دیسپارونیا قبل و بعد از مداخله در گروه شنبلیله نسبت به گروه پلاسبو اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/001$). همچنین در گروه شنبلیله در ویزیت اول ۲۴ نفر (۸۰/۱٪) افراد دیسپارونی شدید، ۴ نفر (۱۳/۳٪) متوسط و ۲ نفر (۶/۶٪) افراد دیسپارونی خفیف را اظهار داشتند.

در ویزیت دوم، ۲ نفر (۶/۶٪) افراد دیسپارونی شدید، ۱۸ نفر (۵۹/۴٪) دیسپارونی متوسط، ۸ نفر (۲۷/۴٪) دیسپارونی خفیف و ۲ نفر (۶/۶٪) عدم دیسپارونی را گزارش کردند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). در پایان مداخله ۲۹ نفر (۹۶/۷٪) افراد عدم دیسپارونی و فقط ۱ نفر (۳/۳٪) افراد دیسپارونی خفیف

جدول ۲- مقایسه شدت دیسپارونی قبل از مطالعه و هفته‌های ۲، ۴ و ۸ بعد از مطالعه به تفکیک گروه در نمونه‌های پژوهش

زمان	شنبلیله	پلاسیبو	سطح معنی‌داری
قبل از درمان	ندارد	۰	۰/۸۳
	خفیف	۲ (۶/۶)	
	متوسط	۴ (۱۳/۳)	
هفته ۲	شدید	۲۴ (۸۰/۱)	۰/۰۰۱
	ندارد	۰	
	خفیف	۸ (۲۷/۴)	
هفته ۴	متوسط	۱۸ (۵۹/۴)	<۰/۰۰۱
	شدید	۲ (۶/۶)	
	ندارد	۰	
هفته ۸	خفیف	۵ (۱۶/۶)	<۰/۰۰۱
	متوسط	۱ (۳/۳)	
	شدید	۰	
سطح معنی‌داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱		

* P با استفاده از معادلات برآورد تعمیم یافته (GEE) محاسبه شده است.

میانگین امتیاز رضایت جنسی افراد مصرف کننده کرم واژینال شنبلیله قبل از مداخله $44/28 \pm 3/52$ و بعد از مداخله $74/18 \pm 1/94$ بود که در مقایسه با قبل از مداخله امتیاز رضایت جنسی به طور معنی‌داری افزایش یافته بود ($p < 0/001$) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین امتیازات رضایت جنسی در گروه‌های دریافت کننده کرم واژینال دانه شنبلیله و پلاسیبو (۶۰ نفر)

امتیازات رضایت جنسی	شنبلیله	پلاسیبو	سطح معنی‌داری
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
قبل از مداخله	$44/28 \pm 3/52$	$43/25 \pm 3/42$	۰/۲۵
بعد از مداخله	$74/18 \pm 1/94$	$51/1 \pm 2/02$	<۰/۰۰۱

* میانگین قبل و بعد از مداخله رضایت جنسی بر اساس پرسشنامه لارسون و با آزمون تی زوجی برآورد شده است.

بحث

به دستگاه تناسلی، ولو و واژن باعث ایجاد آتروفی در این نواحی می‌شود که با علائمی مانند خشکی، رنگ پریدگی و دیسپارونی و به دنبال آن مقاربت دردناک و کاهش میل جنسی همراه خواهد بود (۱۳). در مطالعه تدی چای و همکار (۲۰۱۲) که با هدف تأثیر عصاره ایزوفلاون شبدر قرمز بر علائم یائسگی و سیتولوژی واژن در زنان یائسه انجام شد، مکمل شبدر قرمز در افراد شرکت کننده تأثیر زیادی در روند بهبودی علائم یائسگی و بهبود آتروفی واژن و از جمله دیسپارونی داشت و به دنبال بهبود دیسپارونی و کاهش درد هنگام

در مطالعه حاضر که با هدف تعیین تأثیر کرم واژینال دانه شنبلیله بر دیسپارونی و میزان رضایت جنسی در زنان یائسه انجام شد، مصرف کرم واژینال دانه شنبلیله در مقایسه با قبل از مداخله و در مقایسه با گروه پلاسیبو، تأثیر مثبتی در افزایش رضایت جنسی در زنان یائسه داشت که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. در دوران یائسگی کاهش یا توقف ترشح هورمون استروژن و آندروژن به‌طور فیزیولوژیک با کاهش سرعت خون‌رسانی

مقاربت، افزایش رضایت جنسی در زنان یائسه مشاهده شد (۲۲) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه یارعلی زاده و همکاران (۲۰۱۶) که با هدف تعیین تأثیر کرم واژینال رازیانه بر آتروفی واژن زنان یائسه انجام شد، بهبودی در آتروفی واژن و علائم آن مانند دیسپارونی بعد از ۸ هفته درمان در مقایسه با گروه دارونما مشهود بود ($p < 0/001$) (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه حکیمی و همکاران (۲۰۰۶) تحت عنوان بررسی تأثیر دانه شنبليله بر برگرفتگی زنان یائسه، مصرف دانه شنبليله به مدت ۸-۴ هفته در تخفیف تعداد دفعات برگرفتگی و نمره نشانه‌های آزوموتور مؤثر بود (۱۶). در مطالعه روزالمیا و همکاران (۲۰۱۳) در برزیل با عنوان بررسی اثر درمانی ژل واژینال ایزوفلاون سویا بر علائم آتروفی واژن در زنان یائسه، شدت دیسپارونیا بعد از ۱۲ هفته درمان در گروه سویا بهبودی قابل توجهی را نشان داد ($p < 0/001$) (۱۵). شیخان و همکاران (۲۰۱۰) نیز طی یک مطالعه توصیفی با هدف تعیین وضعیت رضایت جنسی و برخی عوامل مؤثر بر آن در زنان یائسه نشان دادند که عواملی مانند تحصیلات می‌تواند بر رضایت جنسی در زنان یائسه تأثیر داشته باشد. افزایش میزان تحصیلات منجر به افزایش میزان آگاهی در مورد روند یائسگی و عوارض آن می‌گردد و می‌تواند موجب برقراری ارتباط صمیمانه بین زوجین و در نتیجه افزایش تعداد دفعات مقاربت و میزان رضایت جنسی گردد (۲۱). همچنین در مطالعه کارآزمایی بالینی دوسویه کور ایتو و همکاران (۲۰۰۱) استفاده از مکمل آرژنین ماکس^۱ که حاوی عصاره جینکوبیلوبا، جینسینگ و امیانا، ال - آرژنین، مولتی ویتامین‌ها و مواد معدنی می‌باشد، بعد از ۴ هفته، رضایت جنسی، ارگاسم و حساسیت کلیتوریس را بهبود بخشید (۲۴). در مطالعه مورالی و همکاران (۲۰۰۶) در ایتالیا که به صورت کارآزمایی بالینی باز- بدون شاهد و با هدف تعیین کارایی و ایمنی روش‌های درمانی ژل موضعی و داخل واژینال در زنان یائسه با آتروفی واژن انجام شد، زنانی که ژل واژینال حاوی نمک سدیمی هیالورونیک اسید،

فیتواستروژن مشتق شده از عصاره رازک، لیپوزوم و ویتامین E را مصرف کردند، کاهش معنی‌داری را در شدت دیسپارونیا از همان هفته اول پس از درمان نشان دادند؛ به طوری که در هفته اول پس از درمان با استفاده از نمره ۴ درجه‌ای ترکیبی، علائم واژن از میانگین شدت ۴/۸۱ در ویزیت پایه به ۱/۷۲ در ویزیت نهایی (۱۲ هفته بعد) گزارش شد ($p < 0/001$) (۲۵) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. نیمی از زنان یائسه از کاهش میل جنسی به دنبال شروع علائم یائسگی شاکی می‌باشند. تنها ۲۵٪ از زنان یائسه به دنبال درمان می‌روند و این علائم بر روی کیفیت زندگی و رضایت جنسی آنها تأثیر زیادی دارد (۲۶). مطالعات کارآزمایی بالینی متعددی بر روی اثر ترکیبات فیتواستروژنی انجام شده است که نشان داده‌اند این ترکیبات با کمترین عارضه تأثیر مثبتی بر درمان آتروفی واژن و علائم آن مانند مقاربت دردناک داشته‌اند. در این مطالعه با توجه به تأثیر کرم واژینال دانه شنبليله بر بهبود دیسپارونی و رضایت جنسی در زنان یائسه، می‌تواند جایگزین مناسبی برای درمان هورمونی باشد. این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که برای اولین بار در انسان انجام شده است. از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به تهیه دارو توسط خود دانشگاه علوم پزشکی اهواز اشاره کرد. همچنین این ترکیب دارویی هیچ‌گونه عوارضی را نشان نداده و به دلیل جدید بودن، بومی بودن و در دسترس بودن گیاه و همچنین داشتن گام ابتکاری و کاربرد صنعتی آن، پتانسیل حضور در بازار را دارد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم پیگیری بعد از قطع مصرف این کرم واژینال اشاره کرد، بنابراین بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه نمی‌توان در مورد اثرات بعد از قطع مصرف آن قضاوتی نمود.

نتیجه‌گیری

مصرف کرم واژینال دانه شنبليله به مدت ۸ هفته باعث کاهش مقاربت دردناک و افزایش رضایت جنسی در زنان یائسه می‌شود و هیچ‌گونه عارضه جانبی به همراه ندارد. امروزه درمان‌های جایگزین و مکمل در سیستم‌های

¹Argin Max

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به کد اخلاق شماره ۵۵۶ مورخ ۱۳۹۵/۰۹/۱۳ به تصویب رسیده است. بدین وسیله از حمایت‌های معاونت پژوهشی دانشگاه و تمام شرکت کنندگان که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

بهداشتی نقش مهمی را ایفا می‌کند و به‌طور روزافزون توسط افراد به‌ویژه زنان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد که در مرکز کارآزمایی بالینی با کد IRCT2017010331705N2 ثبت گردیده و در

منابع

1. Moghassemi S, Marjani A. The effect of short-term vitamin D supplementation on lipid profile and blood pressure in post-menopausal women: a randomized controlled trial. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19(5):517.
2. Shadman Z, Akhoundan M, Poorsoltan N, Larijani B, Arzaghi SM, Khoshniat M. Factors associated with sexual function in Iranian women with type 2 diabetes mellitus: partner relationship as the most important predictor. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(3):e14941.
3. Forouhari S, Rad MS, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004. *J Birjand Univ Med Sci* 2009; 16(1):39-44. (Persian).
4. Muhammed DO, Salih NA. Effect of application of Fenugreek (*Trigonella foenum-graecum*) on skin wound healing in rabbits. *Al-Qadisiya J Vet Med Sci* 2012; 11(2):86-93.
5. Abdolahi F, Azadbakht M, Shabankhani B, Rezaie Abhari F, Moslemizadeh N. Effect of aqueous Glycyrrhiza globra extract on menopausal symptoms. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2007; 16(56):75-82. (Persian).
6. Rajaeefard A, Mohammad-Beigi A, Mohammad-Salehi N. Estimation of natural age of menopause in Iranian women: a meta-analysis study. *Koomesh* 2011; 13(1):1-7. (Persian).
7. Ziagham S, Abbaspoor Z, Abbaspour MR. Effect of hyaluronic acid and vitamin E vaginal tablets on atrophic vaginitis: A randomized controlled trial. *Afr J Pharm Pharmacol* 2012; 6(45):3124-9.
8. Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
9. Leiblum S, Bachmann 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.
10. Ashrafi M, SKazemi A, Eshrati B, Kashfi F, Malekzadeh F, Amirchaghmaghi E, et al. The study of mean age of natural menopause and influencing factors in Iranian women living in Tehran. *Trauma Monthly* 2007; 2007(1):75-82.
11. Fadaei S, Janighorban M, Mehrabi T, Ahmadi SA, Mokaryan F, Gukizade A. Effects of cognitive behavioral counseling on body Image following mastectomy. *J Res Med Sci* 2011; 16(8):1047.
12. Beigi M, Javanmardi Z, Abdolahi M. A study on women's sexual functioning disorders before and after menopause. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul* 2008; 16(2):37-47.
13. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH, et al. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol* 2006; 107(4):755.
14. Karimi Afshar H. *Clinical evaluation of bucoadhesive paste containing trigonella foenum graecum liquid extract in comparison to control*. [Doctoral Dissertation]. Kerman, Iran: School of Pharmacy, Kerman University of Medical Sciences; 2015.
15. Lima SM, Bernardo BF, Yamada SS, Reis BF, da Silva GM, Galvão MA. Effects of Glycine max (L.) Merr. Soy isoflavone vaginal gel on epithelium morphology and estrogen receptor expression in postmenopausal women: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Maturitas* 2014; 78(3):205-11.
16. Hakimi S, Mohammad Alizadeh S, Delazar A, Abbasalizadeh F, Bamdad Mogaddam R, Siiahi M, et al. Probable effects of fenugreek seed on hot flash in menopausal women. *J Med Plants* 2006; 3(19):9-14.
17. Grodstein F, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Manson JE, Joffe M, et al. Postmenopausal hormone therapy and mortality. *New Engl J Med* 1997; 336(25):1769-76.
18. Abdali K, Dowran P, Emamghoreishi M, Kasraian M, Tabatabaei H. Comparison of the effect of *Foeniculum vulgare* and *St John's wort* (*Hypericum perforatum*) on the climacteric symptoms and sexual activity in menopausal woman. *Int J Bio Res* 2016; 7:148-54.
19. Yoshikawa M, Murakami T, Komatsu H, Murakami N, Yamahara J, Matsuda H. Medicinal foodstuffs. IV. Fenugreek seed.(1): structures of trigoneosides Ia, Ib, Iia, Iib, IIIa, and IIIb, new furostanol saponins from the seeds of Indian *Trigonella foenum-graecum* L. *Chem Pharm Bull* 1997; 45(1):81-7.

20. Krum H, Schlaich M, Whitbourn R, Sobotka PA, Sadowski J, Bartus K, et al. Catheter-based renal sympathetic denervation for resistant hypertension: a multicentre safety and proof-of-principle cohort study. *Lancet* 2009; 373(9671):1275-81.
21. 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.
22. Tedeschi C, Benvenuti C; Research Group EG. Comparison of vaginal gel isoflavones versus no topical treatment in vaginal dystrophy: results of a preliminary prospective study. *Gynecol Endocrinol* 2012; 28(8):652-4.
23. Yaralizadeh M, Abedi P, Najar S, Namjoyan 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.
24. Ito TY, Trant AS, Polan ML. A double-blind placebo-controlled study of ArginMax, a nutritional supplement for enhancement of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2001; 27(5):541-9.
25. Morali G, Polatti F, Metelitsa EN, Mascarucci P, Magnani P, Marrè GB. Open, non-controlled clinical studies to assess the efficacy and safety of a medical device in the form of gel topically and intravaginally used in postmenopausal women with genital atrophy. *Arzneimittelforschung* 2006; 56(03):230-8.
26. Malakouti J, Jabbari F, Asghari-Jafarabadi M, Javadzadeh Y, Farshbaf-Khalili A. The Impact of *Ginkgo biloba* tablet and aromatherapy inhaler combination on sexual function in females during postmenopausal period: a double-blind randomized controlled trial. *Int J Womenshealth Reprod Sci* 2017; 5(2):129-36.