

بررسی تأثیر روغن عنصل بر عملکرد جنسی زنان سنین باروری

مریم عباسی پیروز^۱، دکتر عباس زجاجی^۲، دکتر محمدتقی شاکری^۳،
دکتر خدیجه میرزایی^{۴*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه داروسازی، دانشگاه آزاد مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۹

خلاصه

مقدمه: عملکرد جنسی طبیعی بخشی از سلامت جنسی و روانی زنان محسوب می‌شود. روغن عنصل در طب سنتی، جزء روغن‌های گرم محسوب و باعث اتساع عروق ناحیه دستگاه ژنیتال می‌شود و با افزایش جریان خون باعث تحریک‌پذیری جنسی می‌گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر روغن عنصل بر روی عملکرد جنسی زنان سنین باروری انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی دوسوکور در سال ۹۶-۱۳۹۵ بر روی ۶۰ زن ۴۵-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان قائم (عج) که از عملکرد جنسی خود رضایت نداشتند، انجام شد. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه روغن عنصل و دارونما قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پژوهش، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) بود. فعالیت جنسی زنان قبل و بعد از مداخله مورد سنجش و میانگین نمرات حیطة عملکرد جنسی و ابعاد آن در گروه‌ها بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های تی مستقل، کای دو و من ویتنی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره عملکرد جنسی و ابعاد آن قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p=0/273$)، ولی پس از ۴ هفته، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد و روغن عنصل نسبت به دارونما سبب بهبود عملکرد جنسی در حیطة میل، رطوبت، ارگاسم و تهییج زنان شد ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: روغن عنصل عملکرد جنسی (و ابعاد آن) زنان را بهبود می‌بخشد.

کلمات کلیدی: دارونما، روغن عنصل، عملکرد جنسی و ابعاد آن

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر خدیجه میرزایی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱
پست الکترونیک: dr.mirzai@gmail.com

مقدمه

از مهم‌ترین فلسفه‌های تشکیل زندگی مشترک، آرامش یافتن زن و شوهر در کنار یکدیگر است. این آرامش به عواملی وابسته است که یکی از مهم‌ترین و بارزترین آنها، رابطه جنسی سالم است (۱). در طول تاریخ، انسان‌ها حداقل به منظور تولیدمثل و تداوم نسل خود نیازمند برقراری آمیزش جنسی بوده‌اند، از این رو فعالیت جنسی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم زندگی محسوب می‌شود (۲). زنانی که از سلامت کامل جسمی، روانی و عاطفی برخوردارند، پایه‌های مستحکم خانواده سالم توأم با سعادت هستند. سرکوب نیازهای طبیعی و خدادادی زنان، آثار نامطلوبی بر صمیمیت و نشاط اعضای خانواده بر جای خواهد گذاشت (۳).

عملکرد جنسی، بر اساس تعریف کاپلان (۲۰۱۰)، جنبه مهمی از کیفیت زندگی زناشویی و یک تجربه روانی فیزیولوژیک واقعی و یک چرخه پاسخ چهار مرحله‌ای از میل جنسی، برانگیختگی، اوج لذت جنسی و فرونشینی می‌باشد. هرگونه اختلال در یکی از مراحل ممکن است با عملکرد جنسی فرد تداخل پیدا کرده و منجر به اختلالات جنسی شود (۴). بر اساس گزارش مرکز آمار ایران، جمعیت مؤنث حدوداً ۳۵ میلیون نفر بوده که از این تعداد، ۲۱ میلیون نفر در گروه سنی ۱۵-۴۹ سال (سنین باروری) قرار دارند، به عبارت دیگر بالاترین درصد از کل جمعیت مؤنث (حدود ۶۰٪) را زنان سنین باروری تشکیل می‌دهند و این در حالی است که سلامتی جنسی زنان، یکی از اولویت‌های سازمان جهانی بهداشت است و مکرراً در نشست این سازمان بر این موضوع تأکید می‌گردد (۵). لایومن و همکاران (۱۹۹۹) در ایالات متحده آمریکا دریافتند ۴۳٪ زنان و ۳۱٪ مردان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی می‌باشند (۶). در مطالعه میشل و همکاران (۲۰۱۳) اختلال عملکرد جنسی در زنان ۵۱/۲٪ و در مردان ۴۱/۶٪ گزارش شد (۷). در مطالعه جهان و همکاران (۲۰۱۳) که بر روی زنان بنگلادشی انجام شد، ۵۱/۸٪ از زنان به‌طور کلی دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. شیوع اختلال در مؤلفه مقاربت دردناک ۷۱/۸٪، کمبود میل جنسی ۵۴/۹٪، اختلال در

ارگاسم ۶۳/۶٪ و اختلال در تهییج جنسی ۳۲/۳۹٪ بود (۸).

در مطالعه مزینانی و همکاران (۲۰۱۳) که با هدف تعیین شیوع اختلال عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهر تهران انجام گرفت، شیوع کلی اختلال عملکرد جنسی ۳۱٪ و شیوع اختلال کمبود میل جنسی ۳۳٪، شیوع اختلال تهییج جنسی ۵۱/۶٪، اختلال ارگاسم ۲۵٪ و مقاربت دردناک ۴۵/۵٪ بود (۹). در مطالعه رضانی و همکاران (۲۰۱۱) شیوع کلی اختلال عملکرد جنسی ۶۴٪ بود و بیشترین فراوانی مربوط به مؤلفه درد (۳۷٪) و رضایت‌مندی جنسی (۲۰٪) بود (۱۰). همچنین مطالعه فروتن و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد در میان متقاضیان طلاق در ایران، ۶۸/۶٪ زنان از زندگی جنسی خود با همسرانشان راضی نبودند و این عدم رضایت در عملکرد جنسی زنان مؤثر می‌باشد (۱۱). نتایج مطالعات مختلف در ایران حاکی از آن است که اختلالات عملکرد جنسی در زنان شایع می‌باشد (۱۲).

عملکرد جنسی نامطلوب با افزایش مشکلات اجتماعی از قبیل جرایم، تجاوزات جنسی، خیانت به همسر و بیماری‌های روانی ارتباط تنگاتنگ داشته و می‌تواند بر احساس لیاقت، کارایی و اعتماد به‌نفس فرد مؤثر باشد. اختلال در سیستم جنسی منبع اصلی تعارضات ارتباطی است که می‌تواند موجب تردید در مورد عشق و علاقه، افزایش نگرانی زوجین نسبت به پایداری ارتباط و گرایش بیشتر به شرکای جنسی متعدد شود و ممکن است موجب طلاق و جدایی زن و شوهر گردد (۱۳). آمار طلاق که یکی از معتبرترین شاخص‌های آشفستگی‌های زناشویی است، مهم‌ترین مسئله اجتماعی بوده و می‌تواند پیامدهای متفاوت در سطوح شخصی و سطوح اجتماعی ایجاد کند. این پیامدها می‌توانند عوارضی را برای زنان، مردان و از سوی دیگر برای فرزندان به همراه داشته باشند (۱۴، ۱۵). بر اساس تحقیقات، حداقل ۵۰٪ طلاق‌هایی که در دادگاه خانواده به بهانه‌های مختلف صورت می‌گیرند، ریشه در مسائل جنسی دارد و به‌نظر می‌رسد آمار واقعی چیزی بیش از این باشد؛ چراکه عوامل مختلفی از جمله شرم و حیا، غالباً مانع از طرح

عملکرد جنسی زنان تأثیر داشته باشد، روغن عنصل می‌باشد. پیاز عنصل به شکل گل‌ابی و دارای قطر ۳۰-۱۵ سانتی‌متر است. این گیاه متعلق به خانواده لیلاسه بود و که به پیاز دشتی نیز معروف است. در دنیا ۱۶۰ گونه معرفی شده که ۹۹ گونه آن معتبر است. در استان‌های جنوبی و گاهی در جنگل‌های بلوط غرب ایران دیده شده، نام علمی آن *Drimyamaritima* و نام انگلیسی آن *squill, sea onion* می‌باشد. نام آن در کتب سنتی اسقیل، "بصل الفار" شناخته شده است. از منابع مهم آن، روغن فلاونوئیدها به‌خصوص کوئرستین است. کوئرستین و فلاونوئیدهای موجود در این گیاه آثار فیتواستروژنی را ایجاد می‌کنند. این فیتواستروژن‌ها سبب تقویت میل جنسی، تهییج جنسی می‌شود و با افزایش لوبریکاسیون، به داشتن ارگاسمی رضایت‌بخش‌تر کمک می‌کنند. همچنین دارای ترکیبات گوگردی، قند، کلسیم، املاح سدیم، پتاسیم، ید، سیلیس، آهن، فسفر و ویتامین‌های A, B, C و E می‌باشد. این ترکیبات به‌خصوص ویتامین C و E دارای اثرات آنتی‌اکسیدانی مناسبی بوده و توان سمیت‌زادایی برخی عوامل سرطان‌زا را دارا می‌باشند. ویتامین A دارای اثرات ضدالتهابی مؤثر می‌باشد و ویتامین B نقش مهمی در افزایش انرژی داشته، در ساخت هورمون‌های جنسی همچون استروژن و پروژسترون اثرگذار است، به بهبود جریان خون کمک می‌کند، سبب تشدید خون ناحیه ژنیتال، پوست شده و به این ترتیب به داشتن ارگاسمی رضایت‌بخش‌تر کمک می‌کند (۲۱). روغن عنصل از دیرباز در کتب سنتی به‌عنوان گیاهی که طبع گرم و خشک دارد و روغن آن جزء روغن‌های گرم محسوب می‌شود، مورد استفاده بوده است. روغن‌های گرم سبب اتساع عروق خونی منقبض شده گشته، جریان خون عصبی و محیطی را افزایش می‌دهند و باعث شهوت و میل جنسی می‌گردد. بر اساس کتاب گیاهان دارویی قرابادین کبیر عقیلی خراسانی، روغن عنصل در درمان اختلالات نعوظ و افزایش میل جنسی در مردان بسیار مورد استفاده قرار گرفته است و توانسته اثرات خوبی در افزایش میل جنسی مردان داشته باشد. گیاه مذکور به‌صورت خوراکی، روغن، ضماد و جوشانده مورد استفاده قرار

این موضوع به‌عنوان علت اصلی و زمینه‌ساز طلاق می‌شود (۱۶).

یکی از راهکارهای مورد استفاده جهت غلبه بر این مشکلات، استفاده از داروهای شیمیایی یا گیاهان دارویی می‌باشد. در حال حاضر محصولات خارجی خوراکی زیادی مانند فموره، واریگورل، آفرودیت، واریگورل و ... در بازار موجود است، اما این محصولات طبق مطالعات انجام شده نتوانسته‌اند تأثیرات مفیدی بر روی عملکرد جنسی زنان داشته باشند. مطالعه پامناری و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که ژل فموره و ژل دارونما به یک نسبت باعث بهبود عملکرد جنسی می‌شود (۱۷)، در حالی این محصول خارجی به قیمت خیلی گران در بازارهای ما به فروش می‌رسد. در مطالعه تعاونی و همکاران (۲۰۱۶)، آفرودیت باعث بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه شد (۱۸). آفرودیت یک داروی خوراکی، غیر بومی و در زنان یائسه و مردان مورد استفاده می‌باشد و برای آن عوارضی مانند عدم تحمل گوارشی، سردرد و برافروختگی گزارش شده است و همچنین در بیماران قلبی و فشارخونی منع مصرف دارد.

همچنین قرص وایاگرا (سلیدنافل) که در حال حاضر به‌علت تبلیغات ماهواره‌ای بسیار زیاد، بدون نسخه در دسترس مردم می‌باشد، بر اساس مطالعات بالینی، شایع‌ترین عوارض آن مشکلات قلبی-عروقی ذکر شده است (۱۹). دیگر مشکلات این محصولات خوراکی، غیر بومی و قیمت‌های گران می‌باشد. امروزه با توجه به عوارض جانبی داروهای شیمیایی، هزینه‌گزار تهیه مواد اولیه این داروها از کشورهای خارجی، مقبولیت پایین داروهای شیمیایی در بین مردم و منع مصرف این داروها در برخی افراد، از طرفی گرایش مشتاقانه به استفاده از داروهای گیاهی، تنوع داروهای گیاهی در ایران و عوارض جانبی ناچیز آنها، محققین به سمت استفاده از داروهای گیاهی گرایش پیدا کرده‌اند (۱۹، ۲۰). بنابراین جستجو برای یافتن داروی کم‌عارضه و در عین حال ساده، کم‌هزینه و بومی برای درمان اختلال عملکرد جنسی ضروری و پراهمیت به‌نظر می‌رسد. یکی از گیاهانی که امروزه به دلیل خواص بی‌شمار آن، توجه طب سنتی و محققین را به خود جلب کرده و امید است بر روی

می‌گیرد (۲۲). پیاز عنصل همچنین برای بیماری قلبی، رفع تنگی نفس، سرفه کهنه، مقوی معده، در رفع خون مردگی زیرپوست، بیماری سیاتیک و درد مفاصل و نقرس، درد شقیقه و سردرد سنگ مئانه و گرفتگی مجرای ادراری مفید است. نوشیدن دو قاشق غذاخوری عسلی که پیاز عنصل در آن پخته شده، برای رفع درد معده، سوء هاضمه، تقویت معده، یرقان، سرفه کهنه و مشکل دفع بول اثر قطعی دارد (۲۹). بنابراین به دلیل حائز اهمیت بودن عملکرد جنسی مطلوب در زنان و مشکلات فراوانی که طبق تحقیقات انجام شده به خصوص در زنان ایرانی مشاهده می‌شود و داروهایی که طبق مطالعات گزارش شده دارای عوارض جانبی، غیر بومی و گران هستند و نتوانسته‌اند مشکلات زنان ما را به خوبی بهبود دهند، لذا پژوهشگر بر آن شد که داروی کم عارضه و در عین حال ساده، کم‌هزینه و بومی برای درمان اختلال عملکرد جنسی را مورد تحقیق قرار دهد. یکی از گیاهانی که امروزه به دلیل خواص بی‌شمار آن، توجه بسیاری را به خود جلب کرده و امید است بر روی عملکرد جنسی زنان تأثیر داشته باشد روغن عنصل می‌باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر روغن عنصل بر روی عملکرد جنسی زنان سنین باروری انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی دو گروه دوسوکور در سال ۱۳۹۶ بر روی ۶۰ زن ۴۵-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های قائم (عج) و امام رضا (ع) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سواد خواندن و نوشتن، دارای سن ۴۵-۱۵ سال، متأهل بودن، گذشتن حداقل ۶ ماه از ازدواج وی، زندگی کردن با همسر خود در حال حاضر، فاقد زخم تناسلی (زن و شوهر)، حداقل تعداد نزدیکی ۱ بار در هفته، نداشتن بیماری طبی زن یا همسر و نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: زنان باردار یا ۳ ماه پس از زایمان، معتاد به مواد مخدر، دارای هرگونه معلولیت جسمی یا حرکتی، سابقه نازایی، تعداد نزدیکی بیشتر از

۴ بار در هفته، استفاده از کاندوم و گذراندن آموزش در مورد مسائل جنسی طی ۴ هفته اخیر بود. ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل دو بخش بود. بخش اول، پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی واحدهای پژوهش شامل: سن، سن ازدواج، وضعیت تحصیلات، وضعیت اشتغال، سن همسر، نوع زایمان، رابطه عاطفی با همسر، تعداد فرزندان، روش پیشگیری از بارداری، اتاق خواب مجزا و تعداد دفعات نزدیکی در هفته بود. بخش دوم ابزار، مقیاس شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۱ بود که وضعیت فعالیت جنسی زنان سنین باروری را مورد ارزیابی قرار می‌داد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ توسط روزن و همکاران تهیه شده و دارای ۱۹ سؤال با ۶ خرده مقیاس مشتمل بر میل جنسی، تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، درد هنگام مقاربت و رضایت‌مندی جنسی می‌باشد. برای سؤال‌های حوزه میل جنسی امتیاز ۵-۱ و برای تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد مقاربت امتیاز ۵-۰ در نظر گرفته می‌شود. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طی ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. جهت محاسبه نمره این پرسشنامه، هر کدام از خرده مقیاس‌ها در ضریب عددی خاصی ضرب می‌شود (میل جنسی در عدد ۰/۶، تهییج جنسی و رطوبت مهبل در عدد ۰/۳، ارگاسم، رضایت جنسی و درد جنسی در عدد ۰/۴) و حداقل و حداکثر نمره برای هر کدام از خرده مقیاس‌ها به صورت میل جنسی ۶-۱/۲، رطوبت مهبل ۶-۰، ارگاسم ۶-۰، تحریک جنسی ۶-۰، رضایت جنسی ۶-۰ و درد جنسی ۶-۰ می‌باشد که طبق روزن، نمره بیشتر در این مداخله بیانگر درد کمتر و حداقل نمره برای کل مقیاس ۲ و حداکثر نمره ۳۶ می‌باشد. نمره برش مقیاس کمتر از ۲۸ می‌باشد. در مجموع کسب نمره بیشتر، نشان‌دهنده عملکرد جنسی بهتر و مطلوب است. این پرسشنامه در ابتدا و بعد از اتمام دوره ۳۰ روزه مداخله تکمیل گردید (۲۳). برای تعیین روایی پرسشنامه مشخصات فردی از روش روایی محتوی استفاده شد؛ به این ترتیب که پس از مطالعه جدیدترین مطالعات علمی در زمینه موضوع پژوهش، برای بررسی روایی

¹ Female Sexual Function Index-FSFI

پیش‌آزمون گرفته شد و کسانی که نمره عملکرد جنسی آنها کمتر از ۲۸ بود و معیارهای ورود را داشتند، وارد مطالعه شدند. در مرحله بعدی واحدهای پژوهش به‌طور تصادفی از طریق برداشتن گوی زوج یا فرد داخل یک کیسه به دو گروه ۳۰ نفری تقسیم شدند؛ بدین‌صورت که اگر واحد پژوهش گوی زوج را برمی‌داشت، جعبه الف و اگر گوی فرد را برمی‌داشت، جعبه ب را دریافت می‌کرد. پس از توضیح اهداف پژوهش برای واحدهای پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از افراد، بررسی اولیه توسط پژوهشگر که شامل تکمیل فرم رضایت آگاهانه و فرم مصاحبه (در ارتباط با معیارهای ورود و خروج) بود، در محل اتاق زنان صورت گرفت. سپس در صورت مناسب بودن، فرم پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) توسط واحدهای پژوهش در همان محل تکمیل و در صورت نیاز به توضیحات بیشتر، راهنمایی‌های لازم توسط پژوهشگر صورت گرفت. همزمان با دریافت روغن‌ها در هر دو گروه، واحدهای پژوهش یک پمفلت آموزشی که نحوه استفاده از دارو و آناتومی دستگاه تناسلی و ناحیه کلیتوریس به زبان ساده و عکس توضیح داده شده بود، دریافت کردند. سپس واحدهای پژوهش به مدت ۴ هفته، ۳-۱ نوبت در هفته و هر نوبت ۵ دقیقه قبل از نزدیکی، ۳-۲ قطره (معادل ۵/۰ سی‌سی) روغن را به‌صورت موضعی کاملاً ملایم در ناحیه کلیتوریس (قسمت برجسته حساس در بالای مجرای ادراری) و اطراف آن به صورت دورانی می‌مالیدند. سپس هر هفته بر اساس چک لیستی که آماده شد، تعداد دفعات نزدیکی در هر هفته، تعداد دفعات استفاده شده از روغن، مقدار استفاده شده و عوارض آن به‌وسیله پیگیری تلفنی انجام و ثبت گردید. در پایان ۴ هفته در تماس تلفنی، تاریخ مراجعه به درمانگاه جهت پس‌آزمون یادآوری شد. در مراجعه به درمانگاه، مجدداً عملکرد جنسی با پرسشنامه FSFI در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت و همچنین عوارض جانبی و رضایت از درمان توسط پژوهشگر به روش مصاحبه بررسی شد. لازم به ذکر است که پس از دریافت مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه با کد ۹۵۱۶۴۳ و توضیح در مورد اهداف و روش پژوهش اجرای مطالعه به مسئولان مراکز و نمونه‌ها، از آنان

صوری و محتوایی، پرسشنامه‌های مربوطه زیر نظر اساتید راهنما و مشاور تهیه و جهت بررسی و تصحیح در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد قرار گرفت و پس از بررسی نظرات ایشان، منظور گردید (۲۴). روایی و پایایی شاخص عملکرد جنسی زنان در سال ۱۳۸۷ توسط محمدی به‌روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ تعیین شده است که میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاس‌ها برای کل افراد ۰/۷۰٪ بود. در مطالعه حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش پایایی همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد (۲۵). برای تعیین حجم نمونه با جستجوهای انجام شده در مقالات مشابه، مقاله‌ای بر روی انسان یافت نشد، لذا جهت تعیین حجم نمونه، مطالعه پایلوت انجام شد که ۲۰ نفر در گروه مداخله (روغن عنصل) و ۲۰ نفر در گروه کنترل (دارونما) در نظر گرفته شد که با احتساب ۱۰٪ ریزش و پیش‌بینی موارد حذف، حداقل ۳۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شدند.

در این پژوهش جهت انتخاب واحدهای پژوهش، از روشن نمونه‌گیری آسان (در دسترس) و جهت تقسیم آنها به دو گروه از روش تخصیص تصادفی استفاده شد؛ به‌این‌ترتیب که واحدهای پژوهش از بین زنان سنین باروری مراجعه‌کننده در زمان انجام پژوهش که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، بر اساس فرم انتخاب واحد پژوهش انتخاب شدند. سپس تخصیص تصادفی واحدهای پژوهش به دو گروه A (روغن عنصل) و B (دارونما) به‌صورت تصادفی انجام شد. روغن‌های مطالعه ظاهری یکسان داشتند و تهیه آن توسط داروساز (ابتدا پیاز عنصل تازه را با آب سرد شسته تا خاک آن کاملاً زدوده شود، حدود ۹۰۰ گرم پیاز عنصل را در ۳ کیلو روغن زیتون مخلوط نموده سپس به مدت ۱۰ ساعت در دمای ۵۰ درجه سانتی‌گراد حرارت داده و در نهایت روغن آن صاف می‌شود) انجام شد، در جعبه‌های کاملاً مشابه قرار داده شد. فقط پس از اتمام این مطالعه، نام و دیگر مشخصات شرکت‌کنندگان بر روی جعبه نوشته شده باز شد؛ به عبارت دیگر بیمار و پژوهشگر از نوع روغن داده شده اطلاع نداشتند (دوسوکور). در ابتدا یک

رضایت‌نامه آگاهانه گرفته شد. همچنین این طرح در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2017051033897N1 به ثبت رسیده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل، کای دو و من‌ویتنی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

افراد دو گروه از نظر میانگین سن ($p=0/984$)، میانگین سن همسر ($p=0/575$) و میانگین سن ازدواج ($p=0/346$) تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند.

در این مطالعه دو گروه کنترل و مداخله از نظر مشخصات فردی، در حیطه عملکرد جنسی و ابعاد آن (میل جنسی، تحریک و ...) تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و کاملاً همگن بودند.

میانگین عملکرد جنسی در حیطه میل جنسی در گروه مداخله $3/5 \pm 0/7$ افزایش و در گروه کنترل $0/3 \pm 0/6$ افزایش داشت که بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$)؛ به عبارت دیگر افزایش عملکرد جنسی در حیطه میل در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. عملکرد جنسی در حیطه تحریک در گروه مداخله $4/4 \pm 0/9$ افزایش و در گروه کنترل $0/3 \pm 0/8$ افزایش داشت که بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$)؛ به عبارت دیگر افزایش عملکرد جنسی در حیطه تحریک در گروه

مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. عملکرد جنسی در حیطه رطوبت در گروه مداخله $4/4 \pm 0/8$ افزایش و در گروه کنترل $0/8 \pm 1/5$ افزایش داشت که بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$)؛ به عبارت دیگر افزایش عملکرد جنسی در حیطه رطوبت در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. عملکرد جنسی در حیطه ارگاسم در گروه مداخله $4/5 \pm 0/8$ افزایش و در گروه کنترل $0/4 \pm 1/0$ افزایش داشت که بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$)؛ به عبارت دیگر افزایش عملکرد جنسی در حیطه ارگاسم در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. عملکرد جنسی در حیطه درد در گروه مداخله $3/2 \pm 1/1$ افزایش و در گروه کنترل $0/9 \pm 1/3$ افزایش داشت که بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$)؛ به عبارت دیگر افزایش عملکرد جنسی در حیطه درد در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. نمره کل عملکرد جنسی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله، در گروه مداخله $3/3 \pm 5/8$ افزایش و در گروه کنترل $24/5 \pm 4/5$ افزایش داشت که بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$)؛ به عبارت دیگر افزایش نمره کل عملکرد جنسی در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود.

جدول ۱- ویژگی‌های فردی و خانوادگی واحدهای پژوهش در دو گروه روغن عنصل و دارونما

مشخصات	روغن عنصل	دارونما	نتایج آزمون‌های آماری جهت همگون بودن
سن	$30/0 \pm 6/1$	$30/0 \pm 6/5$	$p=0/984, t=-0/0, df=58$
سن همسر	$34/9 \pm 5/8$	$33/9 \pm 8/2$	$p=0/575, t=0, df=58$
مدت ازدواج	$21/2 \pm 4/9$	$22/3 \pm 4/8$	$**U=386/5, p=0/346$

*آزمون تی مستقل، **آزمون من‌ویتنی

جدول ۲- مقایسه عملکرد جنسی و ابعاد آن در ۴ هفته گذشته در زنان سننن باروری مورد پژوهش به تفکیک قبل و بعد از مداخله در دو گروه روغن عنصل و دارونما

نتیجه آزمون بین گروهی	گروه مداخله		گروه	متغیر
	گروه کنترل	انحراف معیار ± میانگین		
*p=۰/۰۵۵, U=۳۵۶/۵ *p<۰/۰۰۱, U=۱۰/۰ *p<۰/۰۰۱, U=۷/۵	۱/۴±۰/۳	۱/۳±۰/۳	قبل از مداخله	میل جنسی
	۱/۸±۰/۶	۴/۸±۰/۷	بعد از مداخله	
	۰/۴±۰/۶	۳/۵±۰/۷	تفاوت بعد با قبل از مداخله	
	**p=۰/۰۰۳, Z=-۳/۰	p<۰/۰۰۱, Z=-۵/۰	نتیجه آزمون درون گروهی	
*p=۰/۴۱۰, U=۴۲۱/۰ U=۶/۵, P<۰/۰۰۱ *U=۰/۷, P<۰/۰۰۱	۱/۲±۰/۱	۱/۲±۰/۱	قبل از مداخله	تحریک جنسی
	۱/۶±۰/۸	۵/۶±۰/۹	بعد از مداخله	
	۰/۳±۰/۸	۴/۴±۰/۹	تفاوت بعد با قبل از مداخله	
	**p=۰/۰۱۷, Z=-۲/۴	**p<۰/۰۰۱, Z=-۴/۹	نتیجه آزمون درون گروهی	
*p=۰/۳۵۵, U=۴۰۵/۰ *p<۰/۰۰۱, U=۳۰/۰ *p<۰/۰۰۱, U=۳۴/۰	۱/۳±۰/۳	۱/۳±۰/۲	قبل از مداخله	رطوبت جنسی
	۲/۰±۱/۴	۵/۷±۰/۸	بعد از مداخله	
	۰/۸±۱/۵	۴/۴±۰/۸	تفاوت بعد با قبل از مداخله	
	**p=۰/۰۰۸, Z=-۲/۷	**p<۰/۰۰۱, Z=-۴/۹	نتیجه آزمون درون گروهی	
*p=۰/۱۵۴, U=۴۲۰/۰ *p<۰/۰۰۱, U=۹/۰ *p<۰/۰۰۱, U=۱۰/۰	۱/۲±۰/۰	۱/۲±۰/۱	قبل از مداخله	ارگاسم
	۱/۶±۱/۰	۵/۷±۰/۸	بعد از مداخله	
	۰/۴±۱/۰	۴/۵±۰/۸	تفاوت بعد با قبل از مداخله	
	**p=۰/۰۲۷, Z=-۲/۲	**p<۰/۰۰۱, Z=-۵/۰	نتیجه آزمون درون گروهی	
*p=۰/۰۵۲, U=۳۲۳/۵ *p<۰/۰۰۱, U=۴۰/۵ *p<۰/۰۰۱, U=۷۶/۵	۲/۲±۰/۵	۲/۵±۰/۶	قبل از مداخله	درد جنسی
	۳/۱±۱/۲	۵/۷±۰/۷	بعد از مداخله	
	۰/۹±۱/۳	۳/۲±۱/۱	تفاوت بعد با قبل از مداخله	
	**p=۰/۰۰۲, Z=-۳/۱	**p<۰/۰۰۱, Z=-۴/۸	نتیجه آزمون درون گروهی	
U=۳۷۶/۵, p<۰/۰۰۱ *p<۰/۰۰۱, U=۱۱/۰ *p<۰/۰۰۱, U=۱۳/۰ *p<۰/۰۰۱, U=۱۳/۰	۸/۵±۰/۷	۸/۸±۰/۷	قبل از مداخله	نمره عملکرد جنسی کل
	۱۲/۰±۵/۵	۳۳/۲±۴/۴	بعد از مداخله	
	۳/۴±۵/۸	۲۴/۵±۴/۵	تفاوت بعد با قبل از مداخله	
		۲۴/۵±۴/۵	نتیجه آزمون درون گروهی	

* آزمون من ویتنی، ** آزمون ویلکاکسون

بحث

از زندگی جنسی خود با همسرانشان راضی نبودند (۱۶). در مطالعه حاضر مداخله انجام شده به مدت ۴ هفته بر روی عملکرد جنسی زنان سننن باروری مؤثر بود و روغن عنصل باعث بهبودی میل جنسی، تحریک جنسی، ارگاسم، رطوبت جنسی، درد جنسی و رضایت جنسی زنان سننن باروری شد. مطابق این نتایج، در مطالعه کارآزمایی بالینی تعاونی و همکاران (۲۰۱۶)، استفاده از آفرودیت بعد از ۴ هفته توانست میل و ارگاسم را بهبود بخشد (۱۷). در مطالعه دیگر تعاونی و همکاران (۲۰۱۳) عصاره جینکوبیلوما عملکرد جنسی و ابعاد آن را بهبود بخشید، اما بر روی میل و رضایت جنسی تأثیر نداشت

بر اساس گزارش مرکز آمار ایران، جمعیت مونث حدوداً ۳۵ میلیون نفر بوده که از این تعداد، ۲۱ میلیون نفر در گروه سنی ۱۵-۴۹ سال (سننن باروری) قرار دارند، به عبارت دیگر بالاترین درصد از کل جمعیت مؤنث (حدود ۶۰٪) را زنان سننن باروری تشکیل می‌دهند (۵). تمایلات جنسی سالم بخش مهمی از سلامت را در تمام سننن شامل می‌شود. بیشترین اختلال عملکرد جنسی در حیطه میل جنسی، ترشح و لغزندگی واژن، ارگاسم و رضایت جنسی می‌باشد (۲۰). در مطالعه قدیری و همکار (۲۰۰۹)، در میان متقاضیان طلاق در ایران، ۶۸/۴٪ زنان

(۲۶). در مطالعه قربانی و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی تأثیر عصاره زعفران بر روی عملکرد جنسی زنان پرداختند، ۳۰ میلی‌گرم عصاره زعفران میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت جنسی، ارگاسم و رضایت جنسی را بهبود بخشید، اما در حیطه درد جنسی تأثیر نداشت (۲۷). مطالعه اختری و همکاران (۲۰۱۴) که به منظور بررسی تأثیر تریبولوس بر عملکرد جنسی زنان انجام گرفت، نشان داد که این گیاه می‌تواند باعث بهبود عملکرد جنسی و ابعاد آن در زنان گردد (۲۸) که این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر که روغن عنصل توانست بر تمام ابعاد جنسی زنان تأثیرگذار باشد و تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر روی درد جنسی، میل جنسی و رضایت جنسی داشته باشد، همخوانی داشت. داروهای گیاهی ذکر شده (آفرودیت، فموره، واریگول) غیربومی و خوراکی بوده و نتوانسته‌اند بر روی تمام ابعاد جنسی تأثیرگذار باشند (به جز تریبولوس). در مطالعه پامناری و همکاران (۲۰۱۵) که بر روی ۷۶ زن ۵۸-۱۹ سال انجام شد، ژل فموره و ژل دارونما هر دو به یک نسبت باعث بهبودی عملکرد جنسی زنان گردید و بین این دو دارو تفاوتی وجود نداشت (۱۷) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. ژل فموره تنها داروی موضعی است که در بازارهای ما با قیمت گران به فروش می‌رسد و مکانیسم اثر آن، افزایش جریان موضعی می‌باشد و طبق پژوهش بالا، با دارونما تفاوت معنی‌داری نداشته است، در حالی که در مطالعه حاضر روغن عنصل به صورت موضعی با مکانیسم افزایش جریان خون موضعی در مقایسه با دارونما (روغن زیتون) توانست عملکرد جنسی زنان را در تک تک حوزه‌ها بهبود ببخشد.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم کنترل تمامی فاکتورهای مؤثر بر عملکرد جنسی از جمله حالات روحی و روانی و ویژگی‌های فردی نمونه‌ها بود که راه قطعی جهت کنترل آن وجود نداشت. همچنین سیستم ایمنی و فیزیولوژیک افراد متفاوت بوده که این مسئله می‌تواند

بر پاسخ به درمان تأثیر بگذارد که کنترل آن خارج از عهده پژوهشگر بود، اما با تخصیص تصادفی افراد، این مسئله تا حدود زیادی برطرف شد.

در آخر باید به این مسئله اذعان کرد که عملکرد جنسی مطلوب در زنان به عوامل متعددی بستگی دارد که تجربه خوشایند جنسی، مهارت جنسی زن و نیز کیفیت روابط بین فردی و رابط عاطفی زوجین، از جمله متغیرهای تعیین‌کننده هستند و نمی‌توان نگاهی کاملاً بیولوژیک به مسائل جنسی داشت، ولی به دلیل تنوع درمان‌ها و روش‌های کمکی در بهبود مسائل جنسی که اکثراً غیربومی و گران می‌باشند، می‌توان نگاهی نیز به روغن عنصل که گیاهی کاملاً بومی، با قیمت مناسب و بدون هیچ عارضه جانبی است، انداخت و توصیه می‌شود از این مکمل به‌عنوان یک درمان بی‌خطر در کنار سایر روش‌های درمانی در زنان سنین باروری استفاده شود. همچنین با توجه به شیوع این مشکلات در سنین باروری و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، توصیه می‌شود کادر درمانی و بهداشتی به‌عنوان یک روش درمانی به زنان توصیه کنند. امید است این دارو به‌عنوان یک دارو بومی، موضعی و با حداقل عوارض جانبی بتواند به زنان ایرانی که بنیان‌گذار خانواده هستند، کمک بسزایی کند.

نتیجه‌گیری

مداخله انجام شده به مدت ۴ هفته بر روی عملکرد جنسی زنان سنین باروری مؤثر بود و روغن عنصل باعث بهبود عملکرد جنسی زنان سنین باروری (در کل و در تک تک حوزه‌های جنسی) شد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده بوعلی و مراکز درمانی وابسته به علوم پزشکی مشهد جهت همکاری در انجام این طرح، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Contractor CA. In the footsteps of the infallibles: the effects of Shia narratives on Shia political and social participation in the United States. Oklahoma: The University of Oklahoma; 2011.
2. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am Family Phys* 2000; 62(1):127-48.
3. Paul P. What to expect in sexual therapy. Canada: The University of Toronto; 1998 .
4. Read, Simon; King, Michael; Watson, James (1997). Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *Journal of Public*
5. Levine R, Beck T, Demirgüç-Kunt A. A new database on the structure and development of the financial sector. *World Bank Econ Rev* 2000; 14(3):597-605.
6. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281(6):537-44.
7. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain: findings from the third national survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013; 382(9907):1817-29.
8. Jahanfar S, Molaeezhad M. Textbook of sexual disorders. Tehran: Salemi & Bizhe Publication; 2002. P. 253.
9. Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *Razi J Med Sci* 2013; 19(105):59-66 .
10. Ramezani M, Dolatian M, Shams J, Alavi H. The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *Arak Med Univ J* 2011; 14(6):57-65.
11. Foroutans SK, Jadid MM. The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested. *Daneshvar Med* 2008; 16(78):37-42.
12. Tahmasebi H, Abasi E. Sexual Function and its Relation with depression in referring women to health centers affiliated to medical science University in Sari Township. *J Health Breeze* 2013; 1(3):40-4.
13. Salari P, Nayeby NA, Modarres GM, Vahid RF, Jabbari NH. Surveying the relationship between adult attachment style to parents with female sexual function. *J Fundam Mental Health* 2012; 13(4):346-55.
14. Rosen-Grandon JR, Myers JE, Hattie JA. The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *J Counsel Dev* 2004; 82(1):58-68.
15. Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Asghari Jafarabadi M, Tavananezhad N, Karkhane M. Socio demographic predictors of marital satisfaction in women of reproductive age, Tabriz, Iran, 2013. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(72):1-2. (Persian).
16. Ghadiri M, Foroutan SK. Sexual dysfunctions, the hidden cause of divorce: the necessity of the presence of a trained physician as a member of family counseling centers. *J Family Res* 2009; 4(16):585-608. (Persian.)
17. Pamenari A, Sadeghi Z, Shafiei K, Reyhani M. Efficacy of topical l-arginine on female sexual function. *J Res Behav Sci* 2015; 12(4):536-46. (Persian).
18. Taavoni S, Nazem Ekbatani N, Haghani H. The effect of aphrodite on orgasm and sexual desire in menopausal women: a randomized clinical trial. *J Hayat* 2016; 22(1):1-12. (Persian).
19. Cheitlin MD, Hutter AM, Brindis RG, Ganz P, Kaul S, Russell RO, et al. Use of sildenafil (Viagra) in patients with cardiovascular disease. *Circulation* 1999; 99(1):168-77.
20. Durain D. Primary dysmenorrhea: assessment and management update. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(6):520-8.
21. Modarres M, Mirmohammad AM, Oshrieh Z, Mehran A. Comparison of the effect of Mefenamic Acid and Matricaria Camomilla Capsules on primary dysmenorrhea. *J Babol Univ Med Sci* 2011; 13(3):50-8.
22. Nejatbakhsh F, Karegar-Borzi H, Amin G, Eslaminejad A, Hosseini M, Bozorgi M, et al. Squill Oxymel, a traditional formulation from *Drimia Maritima* (L.) Stearn, as an add-on treatment in patients with moderate to severe persistent asthma: a pilot, triple-blind, randomized clinical trial. *J Ethnopharmacol* 2017; 196:186-92.
23. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281(6):537-44.
24. Ter Kuile MM, Brauer M, Laan E. The female sexual function index (FSFI) and the female sexual distress scale (FSDS): psychometric properties within a Dutch population. *J Sex Marital Ther* 2006; 32(4):289-304.
25. Sutton AL. Complementary and alternative medicine sourcebook. Detroit, MI: Omnigraphics; 2010.
26. Taavoni S, Nazem Ekbatani N, Haghani H. The effect of aphrodite on orgasm and sexual desire in menopausal women: a randomized clinical trial. *J Hayat* 2016; 22(1):1-12. (Persian).
27. Ghorbani M, Sohrabi H, Nasehi A, Raisi F, Saroukhani S, Jamshidi A, et al. Effect of saffron on fluoxetine-induced sexual impairment in men: randomized double-blind placebo-controlled trial. *Psychopharmacology* 2012; 223(4):381-8.
28. Akhtari E, Raisi F, Keshavarz M, Hosseini H, Sohravyand F, Bioos S, et al. *Tribulus terrestris* for treatment of sexual dysfunction in women: randomized double-blind placebo-controlled study. *DARU J Pharm Sci* 2014; 22(1):40.
29. Gutiérrez RM, Mitchell S, Solis RV. *Psidium guajava*: a review of its traditional uses, phytochemistry and pharmacology. *J Ethnopharmacol* 2008; 117(1):1-27.