

بررسی تأثیر ژل واژینال افسنتین بر افسردگی زنان سنین باروری دارای اختلال عملکرد جنسی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده

نیلوفر حاجت پور^۱، دکتر روشنک سالاری^۲، دکتر جمشید جمالی^۳، دکتر راحله
بابازاده^{۴،۵*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دکترای تخصصی کنترل دارو، گروه علوم دارویی در طب ایرانی، دانشکده طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه آماری اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدیریت و تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۸

خلاصه

مقدمه: با توجه به ارتباط افسردگی و اختلال عملکرد جنسی و اثرات منفی آن بر کیفیت زندگی، مطالعه حاضر با هدف بررسی ژل واژینال افسنتین بر افسردگی زنان سنین باروری دارای اختلال عملکرد جنسی انجام شد. روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی، دو گروه و سه سوکور در سال ۱۴۰۰ بر روی ۷۶ زن مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان قائم (عج) مشهد انجام شد. ابزار این مطالعه شامل: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) و پرسشنامه افسردگی DASS-21 بود. در ابتدا افراد به طور تصادفی در دو گروه مداخله و دارونما قرار گرفتند و به مدت ۴ هفته از ژل واژینال استفاده کردند. پرسشنامه عملکرد جنسی و افسردگی DASS-21 قبل و ۴ هفته بعد از مداخله در دو گروه ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۵) و آزمون‌های تی مستقل، من‌ویتنی، تی زوجی، ویلکاکسون و کای دو انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله بین میانگین نمره کل عملکرد جنسی ($p=0/562$) و افسردگی ($p=0/140$) در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. بعد از ۴ هفته مداخله، میانگین نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله نسبت به گروه دارونما افزایش آماری معناداری داشت و میانگین نمره افسردگی در گروه مداخله نسبت به گروه دارونما به طور معناداری کاهش یافت ($p<0/001$) و زنانی که قبل مداخله، افسردگی متوسط یا خفیف داشتند، بعد از مداخله افسردگی خفیف داشتند یا افسردگی نداشتند.

نتیجه‌گیری: ژل افسنتین به طور مؤثری می‌تواند در زنانی که افسردگی متوسط یا خفیف دارند و دارای اختلال عملکرد جنسی هستند، سبب بهبود افسردگی گردد.

کلمات کلیدی: اختلال عملکرد جنسی، افسردگی، افسنتین

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر راحله بابازاده؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست

الکترونیک: BabazadehR@mums.ac.ir



مقدمه

سلامت جنسی به‌عنوان بخش مهم از کیفیت زندگی زنان، توسط سازمان جهانی بهداشت این‌گونه تعریف شده است: موقعیت فیزیکی، عاطفی، ذهنی و اجتماعی رفاه است که در ارتباط با رابطه جنسی است و تنها نبود بیماری، اختلال در عملکرد و ناتوانی نیست (۱). از فاکتورهای مؤثر بر عملکرد جنسی زنان می‌توان به شرایط پزشکی و جراحی، مسائل مرتبط با زنان و زایمان، مسائل روان‌شناختی نظیر افسردگی، استرس، اختلال وسواس فکری- عملی، سبک زندگی، فاکتورهای دموگرافیک و فاکتورهای دیگر مانند گرایش جنسی و نگرش جنسی منفی اشاره کرد (۲). طبقه‌بندی اختلال عملکرد جنسی مسترز و جانسون بر اساس چرخه پاسخ جنسی زنان شامل تهییج، ثابت یا کف‌های، ارگاسم و فرونشینی است (۱). اختلال عملکرد جنسی بر روی خلق‌وخو، اعتمادبه‌نفس و کیفیت زندگی تأثیر زیادی دارد و باعث از بین رفتن روابط بین فردی و استرس عاطفی می‌شود (۳). عدم رضایت جنسی بر کنش‌های روانی- اجتماعی زوجین و رشد و تحول کودکان و نوجوانان تأثیرگذار است (۴). بر اساس آخرین تحقیقات شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان بیش از مردان گزارش شده است (۵). اختلال عملکرد جنسی از جمله شایع‌ترین مشکلاتی است که حدود ۴۵-۴۰٪ زنان از آن در رنجند (۶). اختلال عملکرد جنسی حدود ۴۱٪ از زنان سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). در مطالعه معصومی و همکاران (۲۰۱۹) بیشترین فراوانی اختلال عملکرد جنسی، در زنان ۱۸-۴۹ ساله گزارش شد (۵). شایع‌ترین اختلالات جنسی گزارش شده در ایران به‌ترتیب شامل: اختلال برانگیختگی و تمایل جنسی، اختلال ارگاسمیک، اختلال درد جنسی و فقدان رضایت جنسی است (۸). مسائل مرتبط با رابطه جنسی بر روی روان، ذهن و رفتارهای اجتماعی فرد تأثیرگذار است و با به خطر افتادن رفتارهای جنسی اختلال در عواطف مرتبط با عملکرد جنسی، شخصیت، عملکرد اجتماعی و دوستی ایجاد می‌شود. بر اساس مطالعات مختلف، نارضایتی جنسی ارتباط نزدیکی با مشکلات اجتماعی همچون جرائم، تجاوزات جنسی یا بیماری‌های

روانی و طلاق دارد (۹). در مطالعه آذر و همکاران (۲۰۰۳) که بر روی ۱۶۵ بیمار سرپایی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی انجام شد، تفاوت آماری معناداری در میل جنسی و ارگاسم بیماران افسرده و شاهد گزارش شد (۱۰). از دست دادن میل جنسی ممکن است نشانگر افسردگی باشد و همچنین ممکن است کمبود تمایل جنسی قبل از ابتلاء به افسردگی اتفاق بیفتد. بر اساس مطالعات انجام شده، شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان افسرده بیشتر است. در مطالعه اسریلاکشمی (۲۰۱۷) اختلال تمایل جنسی، رایج‌ترین اختلال در بیماران افسرده بود (۱۱). افسردگی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی است که شیوع آن در زنان ۲ برابر مردان است و از عواملی است که در اختلال عملکرد جنسی باید مورد توجه قرار گیرد (۱۲). شیوع افسردگی در ایران ۴/۱٪ است و زنان ۱/۹۵ برابر بیشتر به افسردگی مبتلا می‌شوند (۱۳). اختلال عملکرد جنسی و افسردگی می‌توانند دیسترس قابل توجهی ایجاد کنند و اثرات چندگانه بر روی خوب بودن و عملکرد فرد دارند (۱۴). آتلاتتیس و همکار (۲۰۱۲) یک ارتباط دوطرفه را بین اختلال عملکرد جنسی و افسردگی گزارش کردند؛ به‌طوری‌که ۷۰-۵۰٪ افزایش خطر ابتلاء به اختلال عملکرد جنسی در بیماران افسرده وجود داشت و ۲۱۰-۱۳۰٪ خطر ابتلاء به افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال عملکرد جنسی وجود داشت (۱۵). از جمله داروهایی که برای درمان افسردگی ناشی از اختلال عملکرد جنسی تجویز می‌شود، می‌توان به فلیبانسیرین و بوپروپیون اشاره نمود. فلیبانسیرین، اثر مفیدی بر روی افسردگی ندارد و به‌دلیل ضرورت دوزاژ روزانه و داشتن کنتراندیکاسیون مطلق همراه با کنتراسپتیوهای خوراکی و وخامت عوارض جانبی، فروش کمی دارد (۱۶) و بوپروپیون در دوزهای بالا (۱۵۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز) بر افسردگی ناشی از اختلالات جنسی در زنان تأثیرگذار بوده است (۱۷). از داروهای گیاهی مؤثر بر عملکرد جنسی زنان می‌توان به آفرودیت اشاره کرد که دارای عارضه سکنه قلبی است (۱۸).

ژل افسنطین دارای طبع گرم و ترکیباتی همچون آلکالوئید، فلاونوئید و تریپنوئید و ترکیبات فنولیک مانند

تانن است که دارای اثرات گشادکنندگی عروق و افزایش خون‌رسانی در ناحیه تناسلی، انقباض عضلات واژن و در نتیجه تنگ شدن و افزایش لوبریکاسیون واژن می‌باشد که همین امر ممکن است موجب افزایش ارگاسم و رضایت جنسی زنان شود. اثرات آنتی‌اکسیدان که می‌تواند باعث احیاء و جوان‌سازی سلول‌های بافت واژن گردد و وجود اثرات جانبی مفید دیگری همچون اثرات ضد میکروب و ضد قارچ، افزایش‌دهنده هورمون‌های استرادیول است که همه این مکانیسم‌های احتمالی ممکن است موجب بهبود عملکرد جنسی و در نهایت رفع افسردگی ناشی از اختلال عملکرد جنسی گردد (۱۹-۲۳). افسنطین دارای مکانیسم اثر چندگانه بر عملکرد جنسی زنان است و ارزان، بومی (نواحی شمالی ایران) و عارضه جانبی شناخته شده‌ای ندارد، لذا با توجه به ارتباط دوطرفه افسردگی و اختلال عملکرد جنسی و شیوع بالای آن و تأثیر منفی اختلال عملکرد جنسی و افسردگی ناشی از آن بر روی کیفیت زندگی افراد و نبود مطالعه‌ای در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر ژل واژینال افسنطین بر افسردگی زنان سنین باروری دارای اختلال عملکرد جنسی انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی سه‌سوکور و دوگروهه (مداخله و دارونما) از تاریخ اردیبهشت تا آبان ماه ۱۴۰۰ بر روی ۷۶ نفر از زنان سنین باروری مراجعه‌کننده به بیمارستان قائم (عج) تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهر مشهد با هدف بررسی تأثیر ژل واژینال افسنطین بر افسردگی زنان سنین بارداری دارای اختلال عملکرد جنسی انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان متأهل ۱۸-۴۵ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن رضایت آگاهانه، ملیت ایرانی، ساکن شهر مشهد، متأهل و تنها همسر شوهر، عدم داشتن سابقه جراحی‌های لگنی، عدم وجود ناباروری، عدم مصرف مواد مخدر و الکل در زن یا همسر، عدم وجود هرگونه اختلال عملکرد جنسی در همسر، عدم وجود بارداری و شیردهی، عدم مصرف داروهای تأثیرگذار بر عملکرد جنسی توسط زن یا همسر،

عدم مصرف اخیر داروهای هورمونی، داشتن حداقل ۱ بار در هفته رابطه جنسی متعارف مهبل، عدم وجود خونریزی واژینال غیرطبیعی، داشتن سیکل قاعدگی منظم همراه با خونریزی طبیعی، عدم وجود سابقه شیمی‌درمانی و پرتودرمانی لگنی یا کل بدن، عدم وجود بیماری طبی و روان‌شناختی شناخته شده مؤثر بر عملکرد جنسی خود یا همسر، عدم افسردگی، اضطراب، استرس شدید و نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۱ بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: علائم حساسیت به دارو، مصرف هرگونه داروی مؤثر بر عملکرد جنسی در طی مطالعه، وقوع بارداری حین مطالعه، عدم رابطه جنسی در طی مطالعه، مصرف داروهای هورمونی حین پژوهش، تجربه حوادث ناگوار یا استرس‌زا در خانم یا همسر وی، عدم رضایت به ادامه همکاری و عدم مصرف دارو به مدت ۳ مرتبه متوالی یا ۴ مرتبه غیرمتوالی بود. بر اساس دانش محققان تاکنون، مطالعه‌ای به‌منظور ارزیابی تأثیر ژل واژینال افسنطین بر افسردگی زنان سنین باروری دارای اختلال عملکرد جنسی صورت نگرفته است؛ بنابراین، با توجه به نبود مطالعه کاملاً مشابه، حجم نمونه بر اساس فرمول اندازه اثر و در نظر گرفتن خطای ۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و اندازه اثر متوسط (۰/۵)، ۳۱ نفر در هر گروه تعیین گردید.

با توجه به موارد بیان شده در فوق، حجم نمونه ۳۱ نفر در هر گروه تعیین گردید و با توجه به مداخله‌ای بودن و احتمال ریزش ۲۰٪، حجم نمونه نهایی در هر گروه ۳۸ نفر (در مجموع ۷۶ نفر) تعیین گردید.

برای جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه از ۲ پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) و پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-21) و یک فرم ثبت مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی استفاده گردید. فرم ثبت مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی با مطالعه منابع، مقالات و کتب معتبر در ارتباط با عنوان پژوهش تهیه شد و شامل ۳۳ سؤال در سه حیطه (مشخصات فردی، اطلاعات مربوط به زندگی زناشویی و اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان) می‌باشد. قسمت

¹ Female Sexual Function Index

اول مشتمل بر مشخصات فردی (سن زن و همسر وی، سطح تحصیلات زن و همسر وی، شغل زن و همسر وی، شیفت شب در ماه زن و همسر وی، متوسط درآمد خانواده، وضعیت مسکن، قد، وزن، شاخص توده بدنی) واحدهای پژوهش، قسمت دوم شامل اطلاعاتی مربوط به زندگی زناشویی (مدت زندگی زناشویی، سن هنگام ازدواج زن و همسر وی، داشتن همسر دیگر، اتاق خواب مجزا، روش پیشگیری، دفعات مقاربت جنسی در هفته، استفاده از مرطوب کننده یا لیز کننده واژن در مقاربت، تماشای فیلم پورنو در زن یا همسر، پیش‌نوازی قبل از رابطه جنسی، رابطه عاطفی با همسر، رضایت‌مندی از زندگی زناشویی، سابقه کولپورافی یا عمل‌های زیبایی دستگاه تناسلی) و قسمت سوم شامل سؤالاتی در ارتباط با بارداری و زایمان (تعداد بارداری، تعداد سقط، تعداد زایمان، تعداد فرزندان، تعداد بارداری ناخواسته، سال آخرین حاملگی، سال آخرین زایمان طبیعی، نوع زایمان، شیردهی به فرزند، سابقه برش اپی‌زیاتومی یا پارگی ناحیه تناسلی هنگام زایمان طبیعی) بود. روایی این فرم با استفاده از روایی محتوا صورت گرفت؛ بدین‌صورت که در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی جهت تعیین روایی محتوی قرار گرفت و اصلاحات بر طبق نظر این اساتید صورت گرفت. پرسشنامه دوم، پرسشنامه استاندارد شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) بود که این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) ارائه گردیده است و شامل ۱۹ سؤال ۵ گزینه‌ای است که وضعیت فرد را در ۶ حوزه شامل: میل جنسی، تهییج جنسی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی جنسی و درد هنگام مقاربت ارزیابی می‌کند که بر اساس پاسخ‌گویی به سؤالات در طی ۴ هفته اخیر ارزیابی می‌گردد (۲۴). نمرات هر گزینه به‌صورت ۵ گزینه‌ای (نمره = ۰ فعالیت جنسی نداشته‌ام، نمره = ۵ تقریباً همیشه/همیشه، نمره = ۴ بیشتر اوقات، نمره = ۳ گاهی اوقات، نمره = ۲ دفعات کمی و نمره = ۱ تقریباً هرگز/ هرگز) است. نمره‌دهی به این صورت است که نمرات هر حوزه بر اساس جمع نمرات سؤال‌های هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور محاسبه می‌گردد. به‌دلیل اینکه تعداد سؤالات حوزه‌ها با

یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم‌وزن کردن حوزه‌ها، نمرات به‌دست آمده از هر حوزه با یکدیگر جمع و در نهایت در عدد فاکتور ضرب می‌شود. عدد فاکتور میل جنسی در حوزه میل جنسی (۰/۶)، تهییج و رطوبت مهبل (۰/۳)، ارگاسم، رضایت‌مندی جنسی و دیس‌پارونی (۰/۴) است. این پرسشنامه یک ابزار استاندارد است که در مطالعات متعدد اعتبارسنجی شده است. روایی این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران (۲۰۰۸) انجام شده است؛ به‌طوری‌که همبستگی حوزه‌ها در گروه اختلال عملکرد جنسی نسبت به گروه کنترل پایین‌تر بود و بیشترین همبستگی بین حوزه‌های میل با تهییج جنسی در گروه اختلال عملکرد جنسی (I=۰/۶۴) و در گروه کنترل (I=۰/۷۰) بود. همبستگی بین حوزه درد جنسی با سایر حوزه‌ها در گروه اختلال عملکرد جنسی از نظر آماری کم بود و یا حائز اهمیت نبود. پایایی این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران (۲۰۰۸)، به‌روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ تعیین شده است که میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و بالاتر بود (۲۵). پرسشنامه سوم، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 بود که این پرسشنامه دارای ۳ مقیاس خودگزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفی (افسردگی، اضطراب و استرس) است. هر یک از خرده مقیاس‌های داس شامل ۷ سؤال است (جمعاً ۲۱ سؤال) که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال مربوط به آن محاسبه می‌گردد. سؤالات افسردگی شامل (۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱)، سؤالات مربوط به اضطراب (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰) و سؤالات استرس (۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸) است که در طیف لیکرت از ۰-۳ نمره‌گذاری می‌گردد (۲۶، ۲۷). در مطالعه سامانی و همکاران (۲۰۰۷)، جهت ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس DASS، ضریب اعتبار بازآزمایی برای فشار روانی ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۸ بود و برای کل مقیاس ۰/۸۲ بود ($p < ۰/۰۰۱$) (۲۸).

پس از تصویب طرح تحقیقاتی و گرفتن مجوز و همچنین تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (IR.MUMS.NURSE.REC.1399.094) و

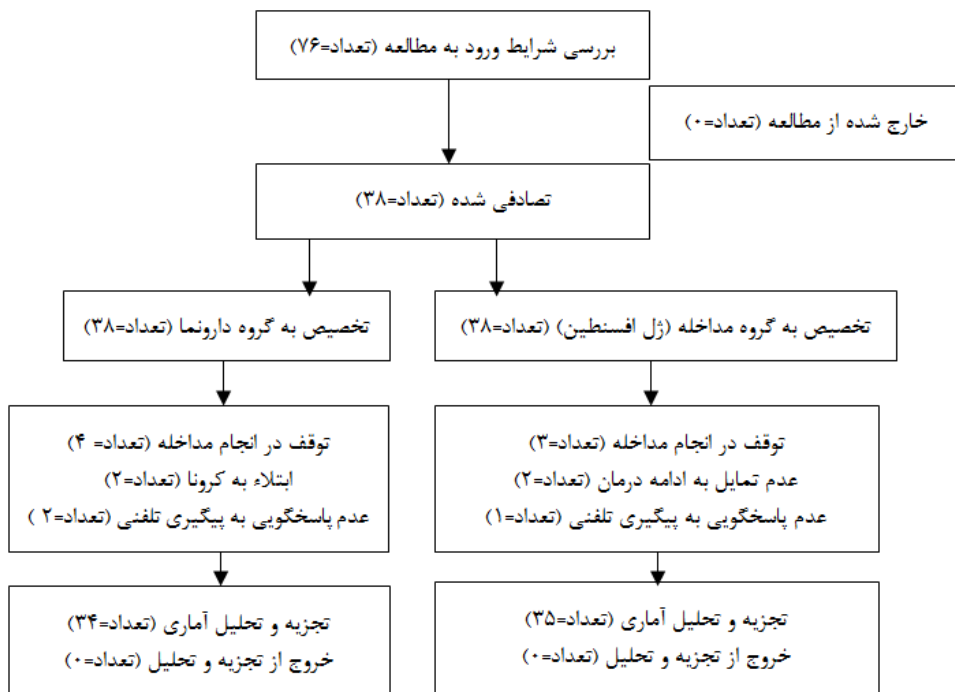
کسب مجوزهای لازم، نمونه‌گیری به‌صورت آسان و در دسترس در بیمارستان قائم (عج) انجام شد؛ به این ترتیب که پژوهشگر پس از معرفی خود به هر یک از واحدهای پژوهش و بیان هدف از انجام مطالعه و نحوه انجام کار و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی را از واحدهای پژوهش اخذ کرد. سپس بعد از بررسی معیارهای ورود در واحدهای پژوهش، فرم ثبت مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان و پرسشنامه DASS-21 توسط واحدهای پژوهش واجد شرایط تکمیل گردید. توالی تصادفی واحدهای پژوهش با استفاده از نرم‌افزار تصادفی‌سازی random allocation software در دو گروه A و B صورت گرفت. سپس تعدادی پاکت تهیه و هر یک از توالی‌های تصادفی بر روی یک کارت نوشته شد، کارت‌ها داخل پاکت به‌ترتیب قرار داده شدند و روی سطح خارجی پاکت‌ها به همان ترتیب شماره‌گذاری گردید. سپس در پاکت‌ها چسبانده شد و به‌ترتیب داخل جعبه جای‌گذاری گردید. در هنگام شروع ثبت‌نام، شرکت‌کنندگان، به‌ترتیب ورود شرکت‌کنندگان واجد شرایط، یکی از پاکت‌ها به‌ترتیب باز شده و گروه تخصیص یافته شرکت‌کننده مشخص گردید. بر اساس گروه تخصیص یافته، ژل A یا B که قبلاً توسط مشاور داروساز نام‌گذاری شده بود، به واحدهای پژوهش داده شد. لازم به ذکر است که واحدهای پژوهش، محقق و تحلیل‌گر آماری از محتوی تیوب حاوی ژل‌ها بی‌اطلاع بودند (سه‌سوکور). سپس از واحدهای پژوهش هر دو گروه خواسته شد به‌مدت ۴ هفته و ۳ نوبت در هفته و در صورت نزدیکی نیم ساعت قبل نزدیکی از ژل واژینال استفاده نمایند. جهت اطمینان از مصرف صحیح دارو، ضمن ارائه توضیحات شفاهی توسط پژوهشگر، یک پمفلت آموزشی که شامل طرز صحیح مصرف دارو و شماره تلفن ضروری برای تماس جهت پاسخ به سؤالات و هرگونه مشکل یا عارضه طی مداخله بود، به واحدهای پژوهش داده شد. همچنین یک چک‌لیست مصرف دارو جهت علامت‌گذاری دفعات مصرف دارو به واحدهای پژوهش داده شد. گروه دارونما نیز همان ژل پایه با

غلظت و رنگ و بسته‌بندی مشابه با ژل افسنتین را دریافت کردند. از واحدهای پژوهش خواسته شد که در دوران قاعدگی از ژل استفاده نکنند. بعد از پایان ۴ هفته از مداخله، از واحدهای پژوهش خواسته شد برای تکمیل پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی و DASS-21 به بیمارستان مراجعه کنند. در طی مدت مداخله جهت بررسی مصرف صحیح ژل و بررسی عوارض در پایان هر هفته توسط پژوهشگر با واحدهای پژوهش تماس حاصل شد. به‌منظور تهیه دارو افسنتین از مراکز مورد تأیید دانشگاه خریداری شد و تحت نظر مشاوره محترم داروساز طرح، پس از آسیاب کردن به‌مدت ۳ روز در محلول هیدروالکلی ۷۰٪ خوابانیده شد. پس از این، عصاره هیدروالکلی مورد نظر صاف و پس از حذف حلال، عصاره نهایی به‌دست آمد. سپس ژل واژینال این عصاره بر پایه کارباپول ۲٪ تهیه شد. جهت استانداردسازی، فرآورده مورد نظر برحسب فنل تام، توسط روش اسپکتروفوتومتری استانداردسازی انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۵) انجام شد. برای مقایسه متغیرهای کمی نرمال / غیرنرمال در دو گروه از آزمون تی مستقل و من‌ویتنی، برای ارزیابی تأثیر دارو برای متغیرهای کمی نرمال / غیرنرمال از آزمون تی زوجی، ویلکاکسون و برای مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد. نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرهای کمی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ارزیابی شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در ابتدای پژوهش ۷۶ نفر (۳۸ نفر در گروه ژل واژینال افسنتین و ۳۸ نفر در گروه دارونما) وارد مطالعه شدند، اما در پایان ۶۹ نفر (۳۵ نفر در گروه مداخله و ۳۴ نفر در گروه دارونما) در مطالعه باقی ماندند و ۷ نفر (۲ نفر به‌دلیل عدم تمایل به ادامه درمان و ۱ نفر به‌دلیل عدم پاسخ‌گویی به پیگیری تلفنی از گروه مداخله و ۲ نفر به‌دلیل ابتلاء به کرونا و ۲ نفر به‌دلیل عدم پاسخ‌گویی به پیگیری تلفنی از گروه دارونما) از مطالعه خارج شدند (نمودار ۱).



نموار ۱- طراحی مطالعه بر اساس کانسورت

در مطالعه حاضر میانگین سنی زنان در گروه ژل واژینال افسنطین $36/8 \pm 5/9$ سال و در گروه دارونما $37/1 \pm 7/3$ سال بود. سایر ویژگی‌های دموگرافیک زنان در گروه ژل واژینال افسنطین و دارونما در جدول ۱ ارائه شده است که افراد دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک تفاوت آماری معناداری نداشتند و همگن بودند ($p > 0/05$).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش به تفکیک گروه

نتیجه آزمون	گروه		متغیر	
	دارونما	مداخله		
$*p=0/651, Z=-0/5$	$37/1 \pm 7/3$	$36/8 \pm 5/9$	سن	(سال)
$**p=0/903, t=0/01$	$41/7 \pm 8/4$	$42/0 \pm 7/6$	سن همسر	(سال)
$**p=0/883, t=0/1$	$16/5 \pm 8/0$	$16/8 \pm 7/3$	مدت ازدواج	(سال)
$***p=0/573, Chi^2=2/0$	۱۱ (۳۲/۴)	۹ (۲۵/۷)	حداقل سواد خواندن و نوشتن	
	۶ (۱۷/۶)	۵ (۱۴/۳)	زیر دیپلم	تحصیلات
	۱۰ (۲۹/۴)	۱۶ (۴۵/۷)	دیپلم	
	۷ (۲۰/۶)	۵ (۱۴/۳)	تحصیلات دانشگاهی	
$***p=0/184, Chi^2=1/1$	۲۸ (۸۲/۴)	۲۴ (۶۸/۶)	خانه‌دار	شغل
	۶ (۱۷/۶)	۱۱ (۳۱/۴)	شاغل	
$***p=0/393, Chi^2=0/4$	۲۰ (۵۸/۸)	۱۷ (۴۸/۶)	کمتر از حد کفای خانواده	میزان متوسط درآمد در ماه
	۱۴ (۴۱/۲)	۱۸ (۵۱/۴)	در حد کفای خانواده	
$****p=0/753, Chi^2=3/2$	۲۱ (۶۱/۸)	۲۴ (۶۸/۶)	طبیعی	روش پیشگیری از بارداری
	۵ (۱۴/۷)	۵ (۱۴/۳)	کاندوم	
	۱ (۲/۹)	۲ (۵/۷)	آی یو دی	
	۱ (۲/۹)	۰ (۰/۰)	واژکتومی	
	۵ (۱۴/۷)	۲ (۵/۷)	بستن لوله	
	۱ (۲/۹)	۲ (۵/۷)	پیشگیری ندارم	

# $p > .0001$	۲۹ (۸۵/۳)	۳۰ (۸۵/۷)	بله	پیش‌نوازی قبل از
	۵ (۱۴/۷)	۵ (۱۴/۳)	خیر	رابطه جنسی
$*p = .0001, Z = -.01$	۳/۲ ± ۱/۵	۳/۱ ± ۱/۵		تعداد حاملگی
	۳/۰ (۲/۰, ۴/۰)	۳/۰ (۲/۰, ۴/۰)		
$*p = .0001, Z = -.07$	۲/۴ ± ۱/۱	۲/۲ ± ۱/۰		تعداد زایمان طبیعی
	۲/۰ (۱/۰, ۳/۰)	۲/۰ (۲/۰, ۳/۰)		
$*p = .0001, Z = -.03$	۱/۹ ± ۰/۸	۲/۱ ± ۱/۲		تعداد زایمان سزارین
	۲/۰ (۱/۰, ۳/۰)	۲/۰ (۱/۰, ۳/۰)		

برای متغیرهای کمی نرمال، انحراف معیار ± میانگین؛ برای متغیرهای کمی غیرنرمال انحراف معیار ± میانگین و (چارک سوم، چارک اول) میانه و برای متغیرهای کیفی (درصد) تعداد گزارش شده است. * من ویتنی، ** تی مستقل، *** کای اسکوتر، **** دقیق فیشر، فریمن، هالتون، # دقیق فیشر

میانگین نمره کل عملکرد جنسی ($p = .0562$) و میانگین نمره کل عملکرد جنسی ۴ هفته پس از مداخله افسردگی ($p = .0140$) زنان پیش از مطالعه در گروه ژل واژینال افسنتپین و دارونما تفاوت آماری معنی‌داری نداشت، لذا دو گروه از نظر این دو متغیر همگن بودند.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره کل عملکرد جنسی زنان مورد مطالعه طی مراحل به تفکیک گروه

نتیجه آزمون	گروه		نمره کل عملکرد جنسی
	دارونما	مداخله	
$*p = .0562, t = -.06$	۱۸/۲۳ ± ۳/۸۴	۱۷/۷۰ ± ۳/۶۶	قبل از مداخله
$**p < .001, Z = -7.1$	۲۱/۰۷ ± ۳/۲۲	۳۲/۱۱ ± ۲/۰۳	بعد از مداخله
$**p < .001, Z = -6.8$	۲۱/۹ (۱۹/۲, ۲۳/۵)	۳۲/۸ (۳۰/۶, ۳۳/۳)	بعد از مداخله در مقایسه با
	۲/۳ (۰/۲, ۴/۱)	۱۴/۱ (۱۰/۹, ۱۷/۷)	قبل از مداخله
	$t = -4.5$	$Z = -5.2$	نتیجه آزمون درون گروهی
	$***p < .001$	$**p < .001$	

برای متغیرهای کمی نرمال، انحراف معیار ± میانگین و برای متغیرهای کمی غیرنرمال انحراف معیار ± میانگین و (چارک سوم، چارک اول) میانه گزارش شده است. * تی مستقل، ** من ویتنی، *** ویلکاکسون، **** تی زوجی

در مطالعه حاضر میانگین نمره افسردگی پس از ۴ هفته در دو گروه ژل واژینال افسنتپین و دارونما تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p < .001$). بر اساس نتایج آزمون درون‌گروهی، روند نمره افسردگی قبل از مطالعه

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار افسردگی زنان مورد مطالعه طی مراحل به تفکیک گروه

نتیجه آزمون	گروه		افسردگی
	دارونما	مداخله	
$*p = .0140, Z = -1.5$	۱۴/۶ ± ۴/۷	۱۳/۲ ± ۳/۶	قبل از مداخله
$*p < .001, Z = -4.8$	۱۵/۰ (۱۱/۰, ۱۹/۰)	۱۴/۰ (۱۰/۰, ۱۶/۰)	بعد از مداخله
	۱۶/۱ ± ۵/۹	۸/۶ ± ۲/۲	بعد از مداخله در مقایسه
$*p < .001, Z = -5.3$	۱۷/۵ (۱۱/۰, ۲۱/۰)	۸/۰ (۷/۰, ۱۰/۰)	با قبل از مداخله
	۱/۵ ± ۴/۷	-۴/۶ ± ۳/۲	نتیجه آزمون درون گروهی
	$**p = .0001, Z = -2.1$	$**p < .001, Z = 4.8$	

برای متغیرهای کمی نرمال، انحراف معیار ± میانگین و برای متغیرهای کمی غیرنرمال انحراف معیار ± میانگین و (چارک سوم، چارک اول) میانه گزارش شده است. * آزمون من ویتنی، ** آزمون ویلکاکسون

بر اساس نتایج به دست آمده، استفاده از ژل واژینال افسنتین در واحدهای پژوهش با عارضه جدی همراه نبود.

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف تعیین تأثیر ژل واژینال افسنتین بر افسردگی زنان سنین بارداری دارای اختلال عملکرد جنسی انجام شد، ژل واژینال افسنتین در مقایسه با دارونما بعد از ۴ هفته به طور معناداری سبب بهبود افسردگی در زنان سنین بارداری که افسردگی متوسط یا خفیف داشتند و دارای اختلال عملکرد جنسی بودند، گردید. افسردگی از جمله شایع ترین مشکلات روان شناختی و از متغیرهای مورد بررسی در اختلال عملکرد جنسی است (۱۲). مطالعه آتلانتیس و همکاران (۲۰۱۲) یک ارتباط دوطرفه را بین افسردگی و اختلال عملکرد جنسی نشان دادند؛ به صورتی که در بیماران افسرده ۷۰-۵۰٪ افزایش خطر اختلال عملکرد جنسی وجود داشت و در ۲۱۰-۱۳۰٪ از افراد دارای اختلال عملکرد جنسی خطر ابتلاء به افسردگی وجود داشت (۱۵). در مطالعه مزده و همکاران (۲۰۱۳) آمده است که افسردگی، اضطراب و استرس بر عملکرد جنسی زنان تأثیر می گذارد (۹).

افسردگی در زنان با اختلال عملکرد جنسی در ارتباط است (۱۱). در مطالعه مقطعی کریشناکوتی و همکاران (۲۰۱۷) ۹۰٪ از بیماران دارای اختلال عملکرد جنسی بودند و شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در افراد افسرده، گزارش شد (۱۱). نتایج مطالعه بروتو و همکاران (۲۰۱۶) و مزده و همکار (۲۰۱۳) نشان داد که عملکرد جنسی با وضعیت روانی افراد ارتباط دارد و افسردگی با میل جنسی و ارگاسم ارتباط آماری معناداری داشت (۹، ۲۹). در مطالعه طهماسبی و همکار (۲۰۱۳) ارتباط آماری معناداری میان افسردگی و عملکرد جنسی وجود داشت (۳۰). در مطالعه موردی-شاهدی آذر و همکاران (۲۰۰۳) که بر روی ۱۶۵ نفر از بیماران سرپایی مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی که دارای افسردگی بودند، انجام گرفت، تفاوت آماری معناداری بین اختلال عملکرد جنسی و افسردگی در گروه مورد و شاهد وجود داشت (۱۰). نتایج مطالعات فوق الذکر در خصوص مؤثر بودن اختلال عملکرد جنسی بر افسردگی،

همسو با مطالعه حاضر بود و بر اساس یافته های مطالعه حاضر، بهبود عملکرد جنسی ناشی از مصرف ژل افسنتین باعث کاهش افسردگی در واحدهای پژوهش گردید. در واقع اختلال عملکرد جنسی موجب کاهش اعتماد به نفس در فرد می شود و به صورت یک مشغله ذهنی در می آید که در نهایت موجب افسردگی می شود و با بهبود عملکرد جنسی می توان به کاهش افسردگی این زنان کمک کرد (۳۰). پارک و همکاران (۲۰۱۵) نیز با مطالعه ای که بر روی زنان کره ای ۷۴-۵۰ ساله به منظور بررسی ارتباط میان عملکرد جنسی و اختلالات روانی انجام دادند، گزارش کردند که با تشخیص اختلال روانی در افراد، شیوع اختلال عملکرد جنسی ۲/۷ برابر افزایش می یابد (۳۱).

نقاط قوت این مطالعه، سه سوکور بودن و تخصیص تصادفی آن بود که امکان تأثیر متغیرهای مداخله گر را بر روی نتایج پژوهش کاهش می داد. همچنین بر اساس دانش ما، این مطالعه اولین پژوهش انجام شده بر روی تأثیر یک گیاه دارویی بر روی افسردگی زنان سنین باروری دارای اختلال عملکرد جنسی بود.

از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به تأثیر بیماری های جسمی و روان شناختی تشخیص داده نشده، خود گزارش بودن پرسشنامه های مطالعه و محدودیت های فرهنگی- مذهبی در ابراز مسائل جنسی اشاره کرد، بنابراین در تعمیم یافته های آن بر جامعه باید ملاحظات کافی را مدنظر داشت. انجام مطالعات بیشتر با حجم نمونه بالاتر پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

استفاده از ژل واژینال افسنتین توانست موجب تأثیرات مثبتی بر عملکرد جنسی و افسردگی زنان با شکایت از اختلال عملکرد جنسی گردد. در واقع افسنتین به دلیل داشتن طبع گرم و ترکیباتی همچون آکالوئید، فلاونوئید و تانن، سبب بهبود عملکرد جنسی و در نهایت بهبود افسردگی زنان سنین باروری دارای اختلال عملکرد جنسی می گردد. با مدنظر داشتن اثرات مثبت ژل واژینال افسنتین بر افسردگی ناشی از اختلال عملکرد جنسی زنان، می توان دوره های آموزشی مبنی بر استفاده از طب گیاهی نظیر ژل افسنتین را برای بهبود خدمات در برنامه های آموزشی ارائه دهندگان مراقبت های مامایی

گنجانند. بررسی تأثیر ژل افسنتین بر عملکرد جنسی زوجین در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی و طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۹۹۱۴۱۱ می‌باشد که در مرکز

کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20210223050471N1 ثبت شده است.

بدین‌وسیله از شورای محترم آموزشی و کمیته اخلاق دانشگاه پرستاری و مامایی مشهد و همچنین مراکز درمانی وابسته جهت همکاری در این طرح، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International urogynecology journal* 2014; 25(1):5-14.
2. Khajehi M, Doherty M, Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18(3):423-33.
3. Safdar F, Eng CL, Wai KL, Tey WS, Ang SB. Prevalence of female sexual dysfunction in allied health workers: a cross-sectional pilot study in a tertiary hospital in Singapore. *BMC women's health* 2019; 19(1):1-7.
4. Ghavami Z, Gamissi J, Ziaie T, Mollabashi N. Effect of herbal composition (Oak Gall, pomegranate peel and Fenugreek Seeds) on sexual satisfaction of women at reproductive age. *Iran J Obstet, Gynecol Infertil* 2021; 23(10):24-33.
5. Maasoumi R, Elsous A, Hussein H, Taghizadeh Z, Baloushah S. Female sexual dysfunction among married women in the Gaza Strip: an internet-based survey. *Annals of Saudi Medicine* 2019; 39(5):319-27.
6. Cunningham SD, Smith A, Kershaw T, Lewis JB, Cassells A, Tobin JN, et al. Prenatal depressive symptoms and postpartum sexual risk among young urban women of color. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2016; 29(1):11-7.
7. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sexual medicine reviews* 2016; 4(3):197-212.
8. Mehrabi S, Amirhasani S, Tahmouri F. The prevalence of female sexual dysfunctions in Fatemiyeh hospital, Hamedan, Iran during 1385. *Journal of Research in Urology* 2016; 1(1):18-23.
9. Mojdeh F, Mohamadi SZ. The relationship between depression and sexual function index among married women. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2013; 21(1):41-51.
10. Azar M, Iranpoor C, Noohi S. Sexual dysfunction relationship with psychiatric disorders in women. *Iranian Journal Of Psychiatry And Clinical Psychology* 2003; 9(2(34)):22-9.
11. Sreelakshmy K, Velayudhan R, Kuriakose D, Nair R. Sexual dysfunction in females with depression: a cross-sectional study. *Trends in psychiatry and psychotherapy* 2017; 39:106-9.
12. Hajnasiri H, Aslanbeygi N, Moafi F, Mafi M. Investigating the relationship between sexual function and mental health in pregnant females. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2018; 6(2):33-40.
13. Azin SA, Golbabaie F, Warmelink JC, Eghtedari S, Haghani S, Ranjbar F. Association of depression with sexual function in women with history of recurrent pregnancy Loss: descriptive-correlational study in Tehran, Iran. *Fertility Research and Practice* 2020; 6(1):1-9.
14. Clayton AH, Harsh V. Sexual function across aging. *Current psychiatry reports* 2016; 18(3):1-9.
15. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine* 2012; 9(6):1497-507.
16. Jonathan SB. Berek & Novak's Gynecology. 16th ed. Tehran: Golban; 2019.
17. Faubion SS, Rullo JE. Sexual dysfunction in women: a practical approach. *American family physician* 2015; 92(4):281-8.
18. Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them?. *Archives of sexual behavior* 2002; 31(5):445-50.
19. Shahnazi M, Azadmehr A, Hajiaghaee R, Mosalla S, Latifi R. Effects of Artemisia absinthium L. extract on the maturation and function of dendritic cells. *Jundishapur J Nat Pharm Prod* 2015; 10:e20163.
20. Batiha GE, Olatunde A, El-Mleeh A, Hetta HF, Al-Rejaie S, Alghamdi S, et al. Bioactive compounds, pharmacological actions, and pharmacokinetics of wormwood (*Artemisia absinthium*). *Antibiotics* 2020; 9(6):353.
21. Luna-Vázquez FJ, Ibarra-Alvarado C, Rojas-Molina A, Rojas-Molina I, Zavala-Sánchez MÁ. Vasodilator compounds derived from plants and their mechanisms of action. *Molecules* 2013; 18(5):5814-57.
22. Fathiazad F, Ahmadi-Ashtiani HR, Rezazadeh S, Jamshidi M, Mazandarani MA, Khaki AR. Study on phenolics and antioxidant activity of some selected plant of mazandaran province. *Journal of Medicinal Plants* 2010; 9(34):177-83.
23. 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. *Journal of ethnopharmacology* 2017; 196:186-92.
24. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy* 2000; 26(2):191-208.
 25. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *PAYESH* 2008; 7(3):269-78.
 26. Veiskarami P, Roozbahani M. Investigation into the effectiveness of auditory rehabilitation on the stress, anxiety, depression and life expectancy of parents of deaf children. *Yafteh* 2018; 20(2):13-21.
 27. Kamali Z, Tafazoli M, Ebrahimi M, Hosseini MA, Saki A, Fayyazi Bardbar MR, et al. Comparing spiritual health and perceived stress in women with preeclampsia, affected and unaffected by postpartum post-traumatic stress disorder. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2018; 28(166):116-28.
 28. Samani S, Joukar B. A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (DASS-21). *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University* 2007; 26(3(52)):65-77.
 29. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The journal of sexual medicine* 2016; 13(4):538-71.
 30. 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. (*Journal Of Health Breeze*) *Family Health* 2013; 1(3):40-4.
 31. Park JE, Sohn JH, Seong SJ, Cho MJ. Prevalence of sexual dysfunction and associations with psychiatric disorders among women aged 50 and older. *Journal of Women's Health* 2015; 24(6):515-23.