

تأثیر آفرودیت بر ارگاسم و میل جنسی در زنان یائسه: یک کار آزمایشی بالینی تصادفی

سیمین تعاونی* ندا ناظم اکباتانی** حمید حقانی***

چکیده

زمینه و هدف: فقدان ارگاسم در روابط جنسی و کاهش میل جنسی در دوران یائسگی بسیار شایع بوده و می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی زنان شود. هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین تأثیر آفرودیت بر ارگاسم و میل جنسی در زنان یائسه بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه از طراحی کارآزمایی بالینی تصادفی همراه با گروه کنترل استفاده شد. شرکت‌کنندگان را ۸۰ زن یائسه ۶۰-۵۰ ساله تشکیل می‌دادند. ابزار مورد استفاده شامل فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه مقیاس اندازه‌گیری عملکرد جنسی Sabatsbrg بود که بخشی از آن وضعیت ارگاسم و میل جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. از آمارهای توصیفی و آزمون‌های تی‌زوجی و تی‌مستقل در نرم‌افزار SPSS v.16 جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره ارگاسم قبل از مداخله در گروه آفرودیت $20/6 \pm 30/20$ و در گروه دارونما $21/99 \pm 29$ بود. بعد از یک ماه مداخله این نمره در گروه آفرودیت به $10/08 \pm 41/12$ و در گروه دارونما به $12/66 \pm 29/29$ رسید که از لحاظ آماری تفاوت بین دو گروه معنادار بود ($p=0/02$). همچنین در بعد نمره میل جنسی بین دو گروه آفرودیت و دارونما بعد از مداخله تفاوت معناداری دیده شد ($p=0/008$).

نتیجه‌گیری: مصرف آفرودیت می‌تواند وضعیت ارگاسم و میل جنسی را در زنان یائسه بهبود ببخشد. بنابراین آشنایی مراقبان بهداشتی با این مکمل‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

نویسنده مسؤول: ندا ناظم اکباتانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: neda40012@gmail.com

واژه‌های کلیدی: یائسگی، ارگاسم، مقیاس Sabatsbrg، آفرودیت، میل جنسی

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۴ - پذیرش مقاله: فروردین ماه ۱۳۹۵

مقدمه

زنان اغلب بیش از یک سوم عمر خود را در دوران یائسگی سپری می‌کنند (۲۱). جمعیت زنان یائسه در جهان تا سال ۲۰۳۰ به میزان یک میلیارد و ۲۰۰ هزار نفر با افزایش سالانه ۴۷ میلیون مورد جدید در سال خواهد رسید (۳). بسیاری از زنان در این دوران، عوارض شروع یائسگی را نیز تجربه می‌کنند (۲). یکی از مهم‌ترین نشانگان زنان این دوران

مشکلات جنسی است که علی‌رغم پیشرفت‌های زیاد در زمینه پیشگیری و درمان عوارض یائسگی، به نظر می‌رسد کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است (۴). علت اصلی مشکلات یائسگی قطع فعالیت تخمدان‌ها در این دوران می‌باشد (۵). لذا با وجود این مشکلات، عملکرد جنسی از اهمیت ویژه‌ای در یائسگی برخوردار می‌باشد، همچنان که Masters و Johnson فعالیت جنسی را در زنان مسن نیز ضروری می‌دانند (۶).

از سوی دیگر زنانی که بعد از یائسگی به روابط جنسی خود کمتر اهمیت می‌دهند و

* عضو وابسته مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی ایران، مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران و دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
** دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
*** استادیار گروه آموزشی آمار حیاتی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

یائسگی و پیشگیری و درمان این عوارض حایز اهمیت است و مداخلات طبی در این مقطع از زمان، از طریق ارائه خدمات بهداشتی پیشگیرانه و درمانی سال‌های مفیدی را برای زنان فراهم خواهد نمود (۱۳). به طور کلی روش‌های درمانی جهت بهبود عملکرد جنسی در دوران یائسگی به دو دسته تقسیم می‌شود. دسته اول شامل هورمون درمانی جایگزینی و دسته دوم درمان‌های مکمل و جایگزین است (۱۴).

از جمله درمان‌های هورمونی، درمان با استروژن می‌باشد که بر اختلالات یائسگی مؤثر است، ولی فقط کمتر از ۲۰٪ زنان یائسه استروژن دریافت می‌کنند. در ایران نیز طبق پژوهشی که در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت، مشخص شد که فقط ۸/۵۷٪ از خانم‌های یائسه از درمان‌های جایگزینی هورمونی استفاده می‌کنند. در برخی از زنان نیز، روش درمان جایگزینی هورمونی ممکن است، انتخاب گردد (۱۵). در مطالعه انجام یافته توسط تعاونی و همکاران نتایج حاکی از تشابه وضعیت عملکرد جنسی زنانی که از هورمون درمانی استفاده نموده بودند با دوران قبل از یائسگی بوده است و در گروهی که استفاده نکرده بودند، افت فاحش عملکرد جنسی مشاهده گردید (۱۱). در واقع این روش درمانی در گذشته به عنوان بهترین درمان در برابر علائم یائسگی در نظر گرفته می‌شد (۱۶). ولی از آن جا که مصرف یا عدم مصرف درمان‌های جایگزینی هورمونی تاحدودی بستگی به شدت علائم، آگاهی و درک فرد از این درمان‌ها دارد (۱۷) و تصمیم‌گیری نهایی جهت انتخاب روش درمان به بیمار

تماس جنسی کم‌تری دارند، علاوه بر این که نسبت به دیگر زنان بیش‌تر دچار خشکی و آتروفی واژن و متعاقب آن نزدیکی جنسی دردناک می‌شوند، از نظر خلقی نیز کناره‌گیرتر می‌شوند (۷). همچنین عدم رابطه جنسی مناسب در زنان می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی در آنان شود (۸)، چرا که یکی از مهم‌ترین عوامل خوشبختی در زندگی زن‌اشویی و کیفیت زندگی خوب، روابط لذت‌بخش جنسی است و رضایت‌بخش نبودن آن، سبب ایجاد محرومیت و ناکامی در همسران گشته و در نهایت ممکن است موجب طلاق و از هم‌گسیختگی زندگی زن‌اشویی شود (۹). از سوی دیگر منابع مختلف، شیوع مشکلات عملکرد جنسی منجر به طلاق در ایران را ۴۰٪ ذکر می‌نماید و این در حالی است که عدم رضایت و مشکلات عملکرد جنسی، همچنین می‌تواند منجر به مشکلاتی از قبیل افسردگی فرد (۴ و ۱۰) و تخریب بهداشت روان خانواده گردد (۴). زن ممکن است احساس کند در نظر همسرش از زیبایی و جذابیت او کاسته شده است (۱۱)، لذا رفته رفته زوجها از همدیگر کناره‌گیری نموده و زندگی آنان سرد و تاریک می‌شود (۱۲).

در ایران، طی مطالعه‌ای که بیگی و همکاران انجام دادند، فراوانی نسبی اختلالات عملکرد جنسی در یائسگی ۷۲/۴٪ گزارش شد، به ترتیب: اختلال در فاز برانگیختگی ۷۵/۳٪، اختلال در فاز تمایل ۶۲/۶٪، اختلال در ارگاسم ۵۶/۳٪، مقاربت دردناک ۳۴/۹٪ و واژینیسموس ۱۵/۸٪ (۴). بنابراین با توجه به اهمیت عملکرد جنسی در یائسگی و نیز شیوع نسبتاً بالای مشکلات آن در این دوران، پرداختن به مسأله

واگذار می‌گردد، از سوی دیگر برخی از مطالعات ارایه شده نگرانی‌هایی را در مورد اثربخشی و یا بی‌خطری این درمان ذکر نموده‌اند، این مسایل موجب شده که پژوهشگران بیشتر در جستجوی داروهایی مشابه هورمون‌ها ولی با عوارض کمتر از آنها باشند (۱۶).

طب مکمل و جایگزین یکی از روش‌های درمانی می‌باشد که امروزه به شکل روزافزون به خصوص در میان زنان مورد استفاده قرار گرفته است (۱۸). از جمله این روش‌ها می‌توان به تکنیک‌های کاهش استرس (آرام‌سازی، ورزش، یوگا، عبادت، طب سوزنی ...) آموزش و مشاوره اشاره نمود (۱۹). در مطالعه مروری سیستماتیک که توسط Modelska و Cummings انجام پذیرفته، نتایج نشانگر آن است که زنان یائسه تمایل بیشتری به استفاده از درمان‌های مکمل جهت رفع مشکلات جنسی خود دارند (۲۰). Al-Azzawi و همکاران ذکر می‌کنند از بین تمام درمان‌های رایج برای بهبود عملکرد جنسی زنان باید ابتدا روش‌های غیردارویی مانند گیاهان سنتی و رفتار درمانی مدنظر قرار گیرد (۲۱).

آفرویدیت یک مکمل گیاهی است که از ترکیب چند گیاه مانند زنجبیل، زعفران، دارچین و خارخاسک تشکیل شده است که هر یک از ترکیبات بالا تأثیر درمانی ویژه‌ای دارد. Sellandi و همکاران از میوه خارخاسک به عنوان یک مکمل گیاهی مؤثر بر میل جنسی در زنان نام برده‌اند (۲۲)، در مقابل Neychev و Mitev ذکر می‌کنند در کارآزمایی بالینی انجام یافته این مکمل گیاهی نتوانسته است تأثیری در

مشکلات جنسی مردان داشته باشد (۲۳). در مطالعه Oketch-Rabah نشان داده شد مکمل گیاهی زعفران و زنجبیل می‌تواند بر بهبود میل جنسی در افراد افسرده تأثیر داشته باشد (۲۴). در بسیاری از متون قدیمی از چای دارچین به عنوان یک مکمل مؤثر بر میل جنسی نام برده شده است و از سده‌های ۱۶ در طب سنتی چین در رفع ناتوانی‌های جنسی به خصوص در مردان مورد استفاده قرار گرفته است (۲۵). کپسول آفرویدیت مکملی بی‌خطر می‌باشد و تاکنون عوارض خاصی برای آن ذکر نشده است (۲۲).

با توجه به نبودن پژوهش‌های کافی در مورد مشکلات جنسی زنان یائسه، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آفرویدیت بر ارگاسم و میل جنسی در زنان یائسه انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی سه سوکور است. جامعه مطالعه را تمامی زنان یائسه ۶۰-۵۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب دانشگاه تهران در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دادند.

حجم نمونه بعد از مطالعه مقدماتی طبق فرمول پوکاک در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ به تعداد ۷۰ نفر (دو گروه ۳۵ نفری آزمون و دارونما) برآورد شد. این تعداد با توجه به تجربه قبلی گروه پژوهش در زمینه ریزش نمونه‌ها در تحقیقات مشکلات جنسی، به ۸۰ نفر افزایش داده شد. محیط پژوهش شامل دو مرکز امام خمینی و امام حسین از مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم

پزشکی تهران بودند که به علت وجود کلینیک یائسگی و کثرت مراجعان انتخاب گردید. نمونه‌گیری به صورت مستمر و با مراجعه هر روزه پژوهشگر به مراکز موردنظر تا رسیدن به حجم برآورد شده انجام یافت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۶۰-۵۰ سال، گذشتن یک سال از زمان یائسگی، داشتن همسر و زندگی با او، عدم مصرف هورمون درمانی جایگزین، فقدان هرگونه بیماری جسمی یا روانی ثابت شده در زن و همسرش، داشتن حداقل دو بار رابطه جنسی در طول یک ماه زمان مداخله بود (۲). معیارهای خروج از مطالعه نیز مصرف هرگونه داروی دیگر در طی مطالعه، وجود حساسیت احتمالی به کپسول‌ها، عدم مصرف کپسول‌ها به مدت یک هفته یا بیشتر و عدم تمایل به ادامه درمان بود.

ابزار به کار رفته در این پژوهش شامل دو پرسشنامه بوده است. پرسشنامه اول مربوط به مشخصات فردی نمونه‌ها شامل: سن، سن آخرین قاعدگی، دفعات نزدیکی جنسی در ماه، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سن همسر، و وضعیت اقتصادی بود. پرسشنامه دوم، مقیاس اندازه‌گیری عملکرد جنسی Sabatsbrg بود که بخشی از آن وضعیت ارگاسم و میل جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال بسته به صورت مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد که ۶ سؤال آن وضعیت عملکرد جنسی را از جنبه های مختلف میل به روابط جنسی، فعالیت جنسی، رضایت از روابط جنسی، لذت از روابط جنسی، توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی

(ارگاسم) و اهمیت روابط جنسی در حال حاضر و ۶ سؤال دیگر تغییرات آن را نسبت به گذشته (قبل از یائسگی) مورد بررسی قرار می‌دهد. سؤالات ۱ و ۲ مربوط به میل جنسی می‌باشد. سؤال ۱ وضعیت میل جنسی را طی ماه گذشته نشان داده و سؤال ۲ میل جنسی را در سال‌های قبل از یائسگی با وضعیت فعلی مقایسه می‌کند. سؤالات ۳ و ۴ مربوط به میزان فعالیت جنسی است که سؤال ۳ میزان فعالیت جنسی را در طی ماه گذشته و سؤال ۴ میزان فعالیت جنسی در حال حاضر را در مقایسه با دوران قبل از یائسگی را نشان می‌دهد. سؤالات ۵ و ۶، رضایت جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند که سؤال ۵ رضایت جنسی در ماه گذشته را نشان داده و سؤال ۶ رضایت جنسی قبل از یائسگی را با وضعیت کنونی مقایسه می‌نماید. سؤالات ۷ و ۸ لذت جنسی را ارزیابی می‌کنند. سؤال ۷، لذت جنسی در طی ماه گذشته و سؤال ۸ لذت جنسی کنونی را با وضعیت قبل از یائسگی مقایسه می‌کند. سؤالات ۹ و ۱۰ اوج لذت جنسی را مورد بررسی قرار می‌دهد. سؤال ۹ اوج لذت جنسی را در طی ماه گذشته نشان می‌دهد و سؤال ۱۰ وضعیت فعلی را با قبل از یائسگی مقایسه می‌نماید. در نهایت سؤالات ۱۱ و ۱۲ مربوط به اهمیت روابط جنسی می‌باشد. بدین ترتیب که سؤال ۱۱ اهمیت روابط جنسی در حال حاضر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و سؤال ۱۲ آن را در مقایسه با قبل از یائسگی بررسی می‌نماید.

نحوه امتیازدهی به صورت نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ است، سپس هر یک از سؤالات در نهایت به ۱۰۰ تبدیل می‌شود. به طور مثال

پاکت الف وب را تحویل دهد و فقط پس از این که نام و دیگر مشخصات شرکت کننده روی پاکت نوشته شد، باز شود.

هر کیپسول آفرودیت حاوی ۴۰ میلی گرم میوه خارخاسک، ۱۲/۲۷ میلی گرم زنجبیل، ۳۳ میلی گرم زعفران و ۱۱ میلی گرم دارچین می باشد که روزانه دو کیپسول تا ۴ هفته استفاده می شود. این کیپسول توسط شرکت دارویی گل دارو تهیه شده است و وزنی در حدود ۷۰ گرم دارد. کیپسول دارونما نیز که حاوی ۶۰ گرم نشاسته بود توسط داروساز تهیه گردید و به همان صورت دو عدد در روز تا ۴ هفته استفاده شد. از آن جایی که مطالعه سه سویه کور بود، فقط داروساز از محتویات پاکت های الف و ب مطلع بود و پژوهشگر و تحلیلگر آماری تا بعد از پایان آنالیزهای آماری از محتویات آن ها آگاهی نداشتند.

با پیگیری های تلفنی هفتگی هیچ نوع عارضه ای گزارش نشد، از ۸۰ نمونه ای که در مرحله اول وارد پژوهش شدند، ۶۳ نفر موفق شدند پروتکل مطالعه را کامل نموده و مورد بررسی نهایی قرار گیرند. در نتیجه افت نمونه در این مطالعه شامل ۹ نفر از گروه مداخله و ۸ نفر از گروه دارونما (۲۱٪) بود. دلایلی که نمونه ها از پژوهش خارج شدند، شامل عدم نزدیکی به تعداد یک بار در ماه (۳ نفر)، مهاجرت (۱ نفر)، انجام جراحی در طی مطالعه (۳ نفر)، تشخیص اخیر فشارخون بالا (۲ نفر)، مصرف داروهای دیگر (۲ نفر)، مصرف نامنظم کیپسول های آفرودیت یا دارونما (۶ نفر). در نهایت بعد از گذشت اتمام مدت زمان مداخله (یک ماه)، کمک پژوهشگر پرسشنامه ارزیابی

فردی که سؤال ۱ را به صورت خیلی زیاد پاسخ دهد نمره وی از این سؤال بالاترین نمره یعنی ۴ و میل جنسی این فرد ۱۰۰ خواهد بود. نمرات هر یک از سؤالات جداگانه محاسبه می شود. سپس کل نمرات ۱۲ سؤال جمع و عملکرد جنسی اندازه گیری می گردد. بالاترین امتیاز قابل کسب کل سؤالات ۴۸ است که بالاترین عملکرد جنسی را نشان می دهد و کمترین نمره صفر که کمترین عملکرد جنسی را نشان می دهد. همچنین، براساس نتایج منحنی های ROC، نقطه برش مناسب برای تشخیص اختلال در عملکرد جنسی ۲۸ تعیین شده است (۲۶). اعتبار محتوایی و اعتماد علمی ابزار به وسیله Garratt و همکاران در انگلستان بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۵ بوده است (۲۶). روایی و پایایی ترجمه این ابزار در چند مطالعه در ایران به وسیله تعاونی و همکاران تأیید شده (۲۷ و ۲۸) و در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ آن به میزان ۰/۹۲ برآورد گردید.

در مرحله بعدی نمونه های واجد شرایط به طور تصادفی از طریق برداشتن گوی زوج یا فرد داخل یک کیسه به دو گروه ۴۰ نفری تقسیم شدند. بدین صورت که اگر نمونه گوی زوج را برمی داشت پاکت الف و اگر گوی فرد را برمی داشت، پاکت ب را دریافت می نمود. کیپسول های مطالعه نیز که ظاهری یکسان داشتند و توسط داروساز در پاکت های کاملاً مشابه قرار داده شده بودند، به الف و ب تفکیک شدند. جهت پنهان سازی تخصیص از کمک پژوهشگر در درمانگاه های منتخب استفاده گردید تا به ترتیب زوج و فرد بودن نمونه ها

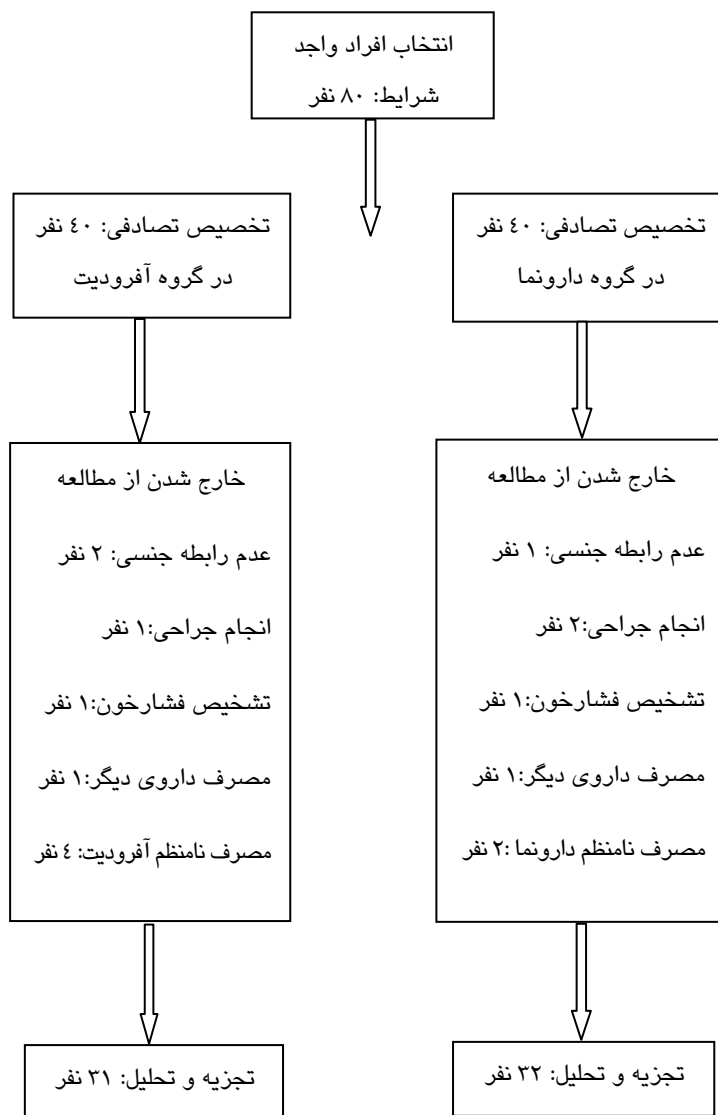
اجرای مطالعه به مسؤلان مراکز و نمونه‌ها، از آنان رضایت‌نامه آگاهانه گرفته شد. همچنین این طرح در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT201107122172N11 به ثبت رسیده است.

در این مطالعه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (تی زوجی و تی مستقل) در نرم‌افزار SPSS v. 16 استفاده گردید. سطح معناداری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

عملکرد جنسی Sabatsbrg را که یک بار قبل از شروع مداخله تکمیل شده بود، مجدداً جهت تکمیل به نمونه‌ها داده و پس از تکمیل آن، عملکرد جنسی در هر یک از مراحل و نیز به طور کلی ارزیابی شد و در نهایت نمرات میل جنسی و ارگاسم در بین دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت.

لازم به ذکر است که پس از دریافت مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه با کد 90-03-116-14537 و توضیح در مورد اهداف و روش

شکل ۱- دیاگرام کارآزمایی بالینی



یافته‌ها

همچنان که در جدول شماره ۳ نیز مشاهده می‌شود بعد از انجام مداخله بیش‌ترین درصد نمونه‌ها در گروه آزمون (۵۴/۸۳٪) در ماه گذشته ارگاسم متوسط داشتند و بیش‌ترین درصد نمونه‌ها در گروه دارونما (۳۷/۵۰٪) ارگاسم کم داشتند. نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که میانگین نمره ارگاسم در گروه آفرودیت و دارونما به ترتیب قبل از مداخله $30/25 \pm 20/6$ و $29 \pm 21/99$ بوده که بعد از یک ماه مداخله این نمره در گروه آفرودیت به $41/12 \pm 10/08$ و در گروه دارونما به $29/12 \pm 29/66$ رسیده و تفاوت بین دو گروه معنادار می‌باشد ($p=0/02$). همچنین با آزمون تی زوجی نشان داده شد قبل و بعد از مداخله تفاوت در گروه آفرودیت معنادار است، ولی این تفاوت در گروه دارونما دیده نشد.

مشخصات نمونه‌ها در جدول شماره ۱ ارائه شده است. از لحاظ میل به روابط جنسی در ماه گذشته میانگین در گروه آفرودیت قبل از مداخله $29/03 \pm 20/51$ و در گروه دارونما $28/12 \pm 18/78$ بود. بعد از یک ماه مداخله این نمرات در گروه آفرودیت به $48/35 \pm 19/05$ و در گروه دارونما به $31/21 \pm 23/10$ تغییر یافت که براساس آزمون تی مستقل تفاوت بین دو گروه معنادار است. همچنین نتایج آزمون تی زوجی نشان می‌دهد که در گروه آفرودیت قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد ولی در گروه دارونما این تفاوت دیده نمی‌شود (جدول شماره ۲).

جدول ۱- ویژگی‌های فردی و خانوادگی نمونه‌های مورد مطالعه در دو گروه دارونما و آفرودیت از زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۹۱

| مشخصات | دارونما | آفرودیت | نتایج آزمون‌های آماری جهت همگون بودن |
|-------------------|------------------|------------------|--------------------------------------|
| سن | $54/25 \pm 3/31$ | $55/3 \pm 53/64$ | $t=0/7, df=61, p=0/54$ |
| سن یائسگی | $48 \pm 1/94$ | $45/22 \pm 2/36$ | $t=1/52, df=46, p=0/15$ |
| تفاوت سنی با همسر | $6/2 \pm 4/02$ | $4/6 \pm 2/7$ | $t=1/21, df=61, p=0/2$ |
| تعداد بارداری | $2/1 \pm 4/8$ | $3 \pm 4/13$ | $t=1/47, df=98, p=0/15$ |
| تعداد فرزندان | $3/66 \pm 1/77$ | $2/1 \pm 3/42$ | $t=0/54, df=61, p=0/58$ |
| وضعیت اشتغال | خانه‌دار (۸۱٪) | خانه‌دار (۸۰٪) | Fisher test, $p=0/07$ |

جدول ۲- مقایسه میل به روابط جنسی در ماه گذشته در زنان یائسه مورد پژوهش به تفکیک قبل و بعد از مداخله در دو گروه آفرودیت و دارونما

| گروه‌ها | آفرودیت | دارونما |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| میل به روابط جنسی (نمره بر مبنای ۱۰۰) | انحراف معیار \pm میانگین | انحراف معیار \pm میانگین |
| قبل از مداخله | $29/03 \pm 20/51$ | $28/12 \pm 18/78$ |
| بعد از مداخله | $48/35 \pm 19/05$ | $31/21 \pm 23/10$ |
| نتایج آزمون تی زوجی | $t=4/43, df=20, p<0/0001$ | $t=-1, df=31, p=0/32$ |
| نتایج آزمون تی مستقل | $t=-2/2, df=61, p=0/008$ | |

جدول ۳- مقایسه ارگاسم در ماه گذشته در زنان یائسه مورد پژوهش به تفکیک قبل و بعد از مداخله در دو گروه آفرودیت و دارونما

| گروه‌ها | آفرودیت | دارونما |
|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ارگاسم (نمره بر مبنای ۱۰۰) | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین |
| قبل از مداخله | ۳۰/۲۵ ± ۲۰/۶ | ۲۹ ± ۲۱/۹۹ |
| بعد از مداخله | ۴۱/۱۲ ± ۱۰/۰۸ | ۲۹/۱۲ ± ۲۹/۶۶ |
| نتایج آزمون تی زوجی | $t = -۲/۷۵$ ، $df = ۳۰$ ، $p = ۰/۰۱$ | $t = -۱/۱۶$ ، $df = ۳۱$ ، $p = ۰/۲۵$ |
| نتایج آزمون تی مستقل | $t = -۲/۳۰۶$ ، $df = ۶۱$ ، $p = ۰/۰۲$ | |

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج نشان داد، مصرف خوراکی کپسول آفرودیت موجب بهبود ارگاسم و میل جنسی در زنان یائسه شده است. مطابق این نتایج Modabbernia و همکاران طی یک کارآزمایی بالینی نشان دادند که استفاده از مکمل گیاهی حاوی عصاره زعفران بعد از چهار هفته توانست رضایت جنسی و میل جنسی را بهبود ببخشد (۲۸). در مطالعه دیگری که توسط Oketch-Rabah در آمریکا انجام گرفت، نتایج نشان داد مکمل گیاهی زعفران و زنجبیل می‌تواند بر بهبود میل جنسی در افراد افسرده تأثیر داشته باشد (۲۴). همچنین زعفران می‌تواند باعث بالا بردن سطح اندورفین‌ها در خون افراد مصرف‌کننده شود و از این طریق کاهش میل جنسی و فقدان ارگاسم ناشی از آن را در افراد افسرده بهبود بخشد (۲۹).

در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۸ در سنگاپور انجام یافت، تأثیر مکمل‌های گیاهی در مورد زنان نزدیک به دوره یائسگی و بعد از یائسگی بررسی شد، نتایج مطالعه یاد شده نشان داد که درمان‌های مکمل تأثیر ناچیزی بر مشکلات جنسی زنان یائسه دارد و بهترین روش برای آن‌ها هورمون درمانی بوده است

(۳۰). Brewer و Waynberg در فرانسسه مطالعه‌ای را در مورد ۲۰۰ زن یائسه انجام دادند، از بین مکمل‌های گیاهی مختلف که به مدت یک ماه استفاده گردید، فقط جینکو بیلوبا توانست قدرت رسیدن به ارگاسم و تمایل جنسی زنان را افزایش دهد (۳۱). در پژوهش دیگری که در سال ۲۰۱۰ توسط Mazarro-Costa و همکارانش به منظور بررسی تأثیر گیاه خارخاسک بر عملکرد جنسی زنان انجام یافته، نیز دیده شد که این گیاه می‌تواند باعث بهبود میل جنسی و دیگر جنبه‌های عملکرد جنسی در زنان گردد (۲۵) که نتایج آن مشابه پژوهش حاضر می‌باشد. برخلاف این مطالعه Neychev و Mitev در کارآزمایی بالینی خود مشاهده کردند که این مکمل نمی‌تواند تأثیر مثبتی در مشکلات جنسی داشته باشد (۲۳).

Leach و Kumar نیز در مطالعه خود گزارش کردند، مصرف دارچین در افراد دیابتی باعث بهبود کیفیت زندگی از منظر مشکلات جنسی آنان می‌شود (۳۲). Shalaby و Hamowieh نیز نشان دادند، در مردان مصرف‌کننده میوه خارخاسک در مقایسه با دارونما، میل جنسی تفاوت آماری معناداری دارد و همچنین از لحاظ عوارض جانبی این

عوامل متعددی بستگی دارد که تجربه خوشایند جنسی از قبل از یائسگی، مهارت جنسی زن و نیز کیفیت روابط بین فردی و روابط عاطفی زوج‌ها از جمله متغیرهای تعیین‌کننده هستند و نمی‌توان نگاهی کاملاً بیولوژیک به مسأله ارگاسم و میل جنسی داشت، ولی به دلیل تنوع درمان‌ها و روش‌های کمکی در بهبود مسایل جنسی می‌توان نگاهی نیز به مکمل‌های گیاهی از جمله آفرودیت که در این مطالعه بررسی گردید، افکند.

به علاوه با توجه به فقدان عوارض جانبی برای مکمل گیاهی آفرودیت در این پژوهش و مطالعات مشابه بررسی شده، می‌توانیم توصیه کنیم از این مکمل به عنوان یک درمان بی‌خطر در کنار سایر روش‌های درمانی در زنان یائسه استفاده شود. همچنین با توجه به شیوع این مشکلات در سننن یائسگی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی توصیه می‌شود کادر درمانی و بهداشتی در حین انجام معاینات بالینی این زنان علایم را مدنظر قرار دهند تا هرچه سریع‌تر به رفع آن اقدام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران می‌باشد که بدین‌وسیله از این مرکز تشکر می‌شود. همچنین از شبکه بهداشت شهر قدس و تمامی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش قدردانی می‌نمایم.

مکمل بی‌خطر بوده و به راحتی در نمونه‌ها تحمل می‌شود (۳۳) که این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. بر خلاف نتایج پژوهش حاضر، در یک مطالعه کنترل شده همراه با دارونما در مورد ۲۱ مرد و زن، بعد از ۴ هفته تجویز مکمل‌ها، هیچ‌گونه تفاوت معنادار آماری در بهبود عملکرد جنسی گزارش نگردید (۲۳).

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، عدم کنترل تمامی عوامل مؤثر بر رضایت جنسی از جمله حالات روحی و روانی و ویژگی‌های فردی نمونه‌ها بود که امکان کنترل آن برای گروه تحقیق وجود نداشت. همچنین ریزش نمونه‌ها که حجم نمونه‌ها را به کم‌تر از عدد برآورد شده اولیه رساند، یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود.

در این پژوهش تأثیر آفرودیت بر عملکرد جنسی زنان یائسه‌ای مورد بررسی قرار گرفت که هیچ‌گونه بیماری مزمن و طبی دیگری نداشتند در صورتی که شیوع بیماری‌هایی مانند فشارخون، دیابت، افسردگی، مشکلات قلبی و ... در این سننن بسیار بالا می‌باشد. بنابراین بسیاری از زنان به این دلایل وارد مطالعه نمی‌شدند که توصیه می‌شود با همکاری گروه‌های تخصصی پزشکی تأثیر این مکمل‌های گیاهی در زنان مبتلا به بیماری‌های مزمن سنجیده شود و از نظر احتمال بروز عوارض در مقایسه با گروه سالم مورد بررسی قرار گیرد.

در آخر باید به این مسأله اذعان نمود که این مرحله از دوره پاسخ جنسی در زنان به

منابع

- 1 - Berek JS. Berek & Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 1063-74.
- 2 - Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*. 2009 Jun 20; 63(2): 138-41.
- 3 - Geller SE, Studee L. Contemporary alternatives to plant estrogens for menopause. *Maturitas*. 2006 Nov 1; 55 Suppl 1: S3-13.
- 4 - Beigi M, Fahami F, Hassanzahraei R, Arman S. Associative factors to sexual dysfunction in menopause women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2008; 13(1): 32-35.
- 5 - Hickey M, Saunders CM, Stuckey BGA. Non-hormonal treatments for menopausal symptoms. *Maturitas*. 2007; 57: 85-89.
- 6 - Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000 Mar; 163(3): 888-93.
- 7 - Taavoni S, Nazem Ekbatani N, Haghani H. [Effect of Afrodite on sexual satisfaction in menopausal women]. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*. 2014; 17(3): 10-18. (Persian)
- 8 - Wylie K, Mimoun S. Sexual response models in women. *Maturitas*. 2009 Jun 20; 63(2): 112-5.
- 9 - Foroutan SK, Jadid Milani M. [The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested]. *Daneshvar Medicine, Scientific Research Journal of Shahed University*. 2009; 16(78): 39-44. (Persian)
- 10 - Boyd M. *Psychiatric nursing: contemporary practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- 11 - Taavoni S, Unesie Kafshgiry M, Shahpoorian F, Mahmoudie M. Hormone replacement therapy: post-menopausal sex life and attitudes towards sex. *Psychogeriatrics*. 2005; 5: 9-14.
- 12 - Taavoni S, Nazem Ekbatani N, Gooshegir A, Haghani H. [Effect of Aphrodite capsule on somatic symptoms of postmenopausal women]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2016; 17(4): 10-15. (Persian)
- 13 - Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999 Feb 10; 281(6): 537-44.
- 14 - Warren MP, Shortle B, Dominguez JE. Use of alternative therapies in menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002 Jun; 16(3): 411-48.
- 15 - Taghizadeh Z, Rezaipour A, Kazemnejad A, Mirsaeedi Z. [The study of the effect of vitex agnus-castus on the early menopausal complications in menopausal women]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2006; 12(1): 67-76, 93. (Persian)
- 16 - Mfenyana C, DeBeer D, Joubert E, Louw A. Selective extraction of Cyclopia for enhanced in vitro phytoestrogenicity and benchmarking against commercial phytoestrogen extracts. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2008 Nov; 112(1-3): 74-86.
- 17 - Baheiraei A, Ghazizadeh Sh. [Translation of Menopause and hormone replacement therapy]. Abernethy K (Author). Tehran: Boshra Publications; 1999. (Persian)

- 18 - Sajadiyan A, Maftoon F, Alavi A, Safavi M, Parsay S. [Translation of Women's health in complementary and integrative medicine: a clinical guide]. Low Dog T, Micozzi MS (Authors). Tehran: Noavar Publications; 2007. P. 102-110. (Persian)
- 19 - Chen LC, Wang BR, Chen IC, Shao CH. Use of Chinese herbal medicine among menopausal women in Taiwan. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010 Apr; 109(1): 63-6.
- 20 - Modelska K, Cummings S. Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebo-controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Jan; 188(1): 286-93.
- 21 - Al-Azzawi F, Bitzer J, Brandenburg U, Castelo-Branco C, Graziottin A, Kenemans P, et al. Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction. *Climacteric*. 2010 Apr; 13(2): 103-20.
- 22 - Sellandi TM, Thakar AB, Baghel MS. Clinical study of Tribulus terrestris Linn. in Oligozoospermia: A double blind study. *Ayu*. 2012 Jul; 33(3): 356-64.
- 23 - Neychev VK, Mitev VI. The aphrodisiac herb Tribulus terrestris does not influence the androgen production in young men. *J Ethnopharmacol*. 2005 Oct 3; 101(1-3): 319-23.
- 24 - Oketch-Rabah HA. *Mondia whitei*, a medicinal plant from Africa with aphrodisiac and antidepressant properties: a review. *J Diet Suppl*. 2012 Dec; 9(4): 272-84.
- 25 - Mazaro-Costa R, Andersen ML, Hachul H, Tufik S. Medicinal plants as alternative treatments for female sexual dysfunction: utopian vision or possible treatment in climacteric women? *J Sex Med*. 2010 Nov; 7(11): 3695-714.
- 26 - Garratt AM, Torgerson DJ, Wyness J, Hall MH, Reid DM. Measuring sexual functioning in premenopausal women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995 Apr; 102(4): 311-6.
- 27 - Taavoni S, Anisi B, Ahmadi Z, Hoseini F. [Assess of sexual function changes on primi para women]. MSc. Thesis, Iran University of Medical Sciences, 2005. (Persian)
- 28 - Modabbernia A, Sohrabi H, Nasehi AA, 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 (Berl)*. 2012 Oct; 223(4): 381-8.
- 29 - Lopresti AL, Drummond PD. Saffron (*Crocus sativus*) for depression: a systematic review of clinical studies and examination of underlying antidepressant mechanisms of action. *Hum Psychopharmacol*. 2014 Nov; 29(6): 517-27.
- 30 - Mattar CN, Chong YS, Su LL, Agarwal AA, Wong PC, Choolani M. Care of women in menopause: sexual function, dysfunction and therapeutic modalities. *Ann Acad Med Singapore*. 2008 Mar; 37(3): 215-23.
- 31 - Waynberg J, Brewer S. Effects of Herbal vX on libido and sexual activity in premenopausal and postmenopausal women. *Adv Ther*. 2000 Sep-Oct; 17(5): 255-62.
- 32 - Leach MJ, Kumar S. Cinnamon for diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12; 9: CD007170.
- 33 - Shalaby MA, Hamowieh AR. Safety and efficacy of Zingiber officinale roots on fertility of male diabetic rats. *Food Chem Toxicol*. 2010 Oct; 48(10): 2920-4.

The effect of aphrodite on orgasm and sexual desire in menopausal women: A randomized clinical trial

Simin Taavoni* (MSc.) - Neda Nazem Ekbatani** (MSc.) - Hamid Haghani*** (Ph.D).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2016
Accepted: Mar. 2016

Background & Aim: Lack of orgasm during intercourse and loss of libido in menopause is very common and can reduce women's quality of life. The aim of the present study was to determine the effect of Aphrodite on orgasm and sexual desire in postmenopausal women.

Methods & Materials: The study design was a randomized clinical trial with a control group. Participants were comprised of 80 postmenopausal women 50-60 years old. The instruments consisted of the demographic characteristics form and the Sabbatsbergsexual function scale that a part of it evaluates orgasm and sexual desire. Descriptive statistics, paired *t*-test and independent *t*-test were used to analyze data through SPSS software v.16.

Results: The mean score of orgasm before intervention in the Aphrodite group was 30.25 ± 20.6 and in the placebo group was 29 ± 21.9 . One month after intervention, this score increased to 41.12 ± 10.08 in the Aphrodite group and was 29.12 ± 29.66 in the placebo group, that the difference between the two groups was statistically significant ($P=0.02$). As well, for the sexual desire score, there was a significant difference between the two groups of Aphrodite and control after intervention ($P=0.008$).

Conclusion: The use of Aphrodite can improve sexual desire and orgasm in menopausal women. So, it is essential that healthcare providers be familiar with this herbal supplement.

Corresponding author:
Neda Nazem Ekbatani
e-mail:
neda40012@gmail.com

Key words: menopause, orgasm, sabbatsbergscale, aphrodite, sexual desire

Please cite this article as:

- Taavoni S, Nazem Ekbatani N, Haghani H. [The effect of aphrodite on orgasm and sexual desire in menopausal women: A randomized clinical trial]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2016; 22(1): 1-12. (Persian)

* Member of Research Institute for Islamic & Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences; Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Ph.D Student in Medical Education, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** Ph.D Student in Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Dept. of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran