

بررسی تأثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان باردار

فاطمه رستمخانی^{۱*}، راضیه مقدم^۱، عفت السادات مرقاتی خویی^۲، فاطمه جعفری^۳، گیتی ازگلی^۴

*نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده پرستاری و مامایی fatemarostamkhani@yahoo.com

دریافت: ۹۳/۱۰/۲۲ پذیرش: ۹۵/۰۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: بارداری با تغییرات متعدد بیولوژیکی، سایکولوژیک و اجتماعی همراه است که ممکن است بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان باردار انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی شاهددار تصادفی است که بر روی ۶۰ زن باردار که به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه تجربه و شاهد قرار گرفتند، انجام شد. گروه تجربه، مداخله بر اساس مدل PLISSIT و گروه شاهد مشاوره روتین را دریافت کردند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات فردی و مامایی و پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) استفاده شد. نمره عملکرد جنسی افراد قبل، ۲ و ۴ هفته بعد از مداخله سنجیده شد. نتایج با آزمون‌های آماری تی، کای دو، من ویننی و فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره عملکرد جنسی نمونه‌ها قبل از مداخله در گروه تجربه 24.76 ± 4.36 و دو هفته بعد 27.91 ± 4.24 و چهار هفته بعد 28.12 ± 4.50 بود که از نظر آماری این اختلاف‌ها معنی‌دار بود (به ترتیب $P = 0.001$ و $P < 0.001$). در حالی که میانگین گروه شاهد قبل از دریافت مشاوره روتین 25.13 ± 4.05 ، دو هفته بعد 25.03 ± 4.32 و چهار هفته بعد 23.72 ± 5.05 بود که از نظر آماری معنی‌دار شناخته نشد. بین نمرات عملکرد جنسی در گروه تجربه و شاهد قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار وجود نداشت ($P = 0.796$)، اما دو هفته و چهار هفته بعد از مداخله بین نمرات عملکرد جنسی دو گروه اختلاف معنی‌دار بود (به ترتیب $P = 0.004$ و $P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: مشاوره جنسی زنان بر اساس مدل PLISSIT می‌تواند موجب بهبود عملکرد جنسی زنان باردار شود.

واژگان کلیدی: مشاوره، مدل PLISSIT، عملکرد جنسی، زنان باردار، ایران

مقدمه

در بسیاری از زنان مقاربت مشکل و ناراحت کننده می‌باشد (۲). مشکلات مربوط به میل جنسی، رطوبت واژینال، تهییج جنسی، ارگاسم و رضایت از ارگاسم در سه ماهه دوم بارداری در مقایسه با سه ماهه‌های دیگر کمتر بود ولی حتی در این سه ماهه نیز در مقایسه با زمان پیش از حاملگی تعداد دفعات نزدیکی کاهش یافته بود (۶۲/۶ درصد). این کاهش در مورد رضایت جنسی و تمایل جنسی نیز مصداق داشت. گرچه در مورد همسران کاهش در دفعات ارگاسم نسبت به قبل از بارداری مشاهده نگردید (۳). نارضایتی از عملکرد جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم و

روابط جنسی دوران بارداری و عملکرد جنسی در حاملگی ابتدا توسط مسترز و جانسون (Masters & Johnson) مورد بررسی قرار گرفت و برای اولین بار فیزیولوژی مربوط به پاسخ‌های جنسی مختص انسان در حاملگی، در سال ۱۹۹۶ مطرح شد (۱). در سه ماهه اول بارداری به علت خستگی، تهوع و استفراغ کاهش میل جنسی وجود دارد، در سه ماهه دوم به علت احساس عمومی بهتر و احتقان عروق لگن تمایلات جنسی افزایش می‌یابد و در سه ماهه سوم رحم بزرگتر شده و به دلیل این افزایش اندازه و کوتاه شدن تنفس

۱- کارشناس ارشد مامایی، مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

۲- دکتری تخصصی سکسولوژی، فلوشیپ اعتیاد و رفتارهای پرخطر، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۳- دکتری بهداشت مادر و کودک، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران

۴- دکتری بهداشت باروری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران

تجاوزات جنسی یا بیماری‌های روانی و طلاق دارد و حتی گاهی تا ۴۰ درصد طلاق‌ها به علت عدم رضایت جنسی صورت می‌گیرد (۴).

اختلال عملکرد جنسی طبق تعریف به وجود هر گونه مشکل در فرد یا زوج در طی هر کدام از مراحل فعالیت جنسی شامل میل، رطوبت، تهییج و ارگاسم اطلاق می‌شود (۵). مطالعات انجام گرفته در کشور نشان می‌دهد که دو سوم زنان باردار دانش کافی در مورد رابطه جنسی در دوران بارداری نداشته و ۶۸ درصد نگرش منفی نسبت به رابطه جنسی در بارداری دارند (۶). تحریم رابطه جنسی و احساس گناه در مورد فعالیت جنسی در دوران بارداری، ترس از آسیب به جنین، ترس از زایمان زودرس، تغییر تصویر ذهنی فرد از بدنش، دردناک بودن رابطه جنسی از جمله این نگرش‌های منفی هستند (۷). مطالعه جمالی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که ۲۳/۴ درصد زنان در سه ماه اول بارداری، ۳۰/۵ درصد در سه ماهه دوم بارداری و ۴۶/۲ درصد در سه ماهه سوم بارداری اختلال عملکرد جنسی داشتند (۸). عدم اطلاعات صحیح و آموزش ناکافی در مورد فعالیت جنسی، نامناسب بودن فرایند ارتباط، درک ضعیف از نیازهای هر یک از طرفین و اضطراب در مورد عملکرد جنسی در بروز و تداوم اختلال‌های جنسی نقش داشتند (۹). از طرف دیگر عدم برآوردن نیازهای جنسی مردان از طرف همسرشان در طی دوران بارداری منجر به انحرافات جنسی، خود ارضایی، رابطه جنسی دهانی و مقعدی و برقراری رابطه جنسی با سایر شرکای جنسی می‌شد (۸).

یکی از روش‌های مشاوره در مورد روابط جنسی قابل استفاده ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، مدل PLISSIT (Permission- Limited Information - Specific Suggestion - Intensive Therapy) می‌باشد که در اواسط سال ۱۹۷۰ بطور شایع در مراکز بهداشتی و درمانی کشورهای توسعه یافته مورد استفاده قرار گرفت. این مدل دارای چهار سطح می‌باشد، که سطوح یک و دو قابل استفاده برای کارکنان

بهداشتی می‌باشد. در سطح اول آغاز صحبت با فرد توسط کارکنان بهداشتی می‌باشد که با بیمار در مورد مشکلات وی با ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد و به دور از داوری صحبت می‌شود. سپس به بیمار اجازه داده می‌شود در مورد عملکرد جنسی خود که بعضی مواقع می‌تواند مخالف اعتقادات، باورها و نگرش درمانگر باشد، صحبت کند. در سطح دوم کارکنان بهداشتی اطلاعات محدودی که به طور مستقیم به موارد جنسی و نگرانی‌های مددجو مربوط می‌باشد، در اختیارش قرار می‌دهند. سطح سوم ارائه پیشنهاد ویژه و مرتبط با مشکل و دادن راهکار توسط درمانگر دوره دیده می‌باشد. در سطح چهارم تشخیص اختلال جنسی و ارجاع به متخصص ذیصلاح جهت درمان ویژه مشکل صورت می‌پذیرد (۱۰، ۱۱). مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که استفاده از این مدل موجب بهبود عملکرد جنسی زنان می‌شود (۱۲-۱۰). گرچه عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در مراجعه این افراد برای درمان دخیل است، اما به نظر می‌رسد افراد دارای اختلالات جنسی معمولاً مسئله را پنهان و یا سعی در حل مشکل به روش غیرعلمی می‌نمایند. در ایران علی‌رغم نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار مؤثر و کارآمد، تنظیم خانواده، مراقبت‌های ادغام یافته مادران و کودکان و غیره، موضوع آموزش بهداشت جنسی بطور کامل مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد و خلاءهایی در این راستا وجود دارد (۱۳). لذا در صورت بروز مشکل جنسی جدی، زنان یا زوجین به متخصصین زنان، روانپزشکی مراجعه می‌نمایند و در مراحل اولیه بروز مشکل اقدامی صورت نمی‌گیرد، در صورتی که در مراحل اولیه شکل‌گیری و بروز مشکل، ماما یا ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با مشاوره و آموزش قادر به حل مشکل در مراحل اولیه بوده و در صورت برطرف نشدن مشکل به متخصصین ذیصلاح ارجاع داده می‌شود. گرچه در کشورهای دیگر این مدل کارایی خودش را نشان داده است، اما در کشور ما با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی لزوم اجرای این مدل احساس

می‌گردد. لذا این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان باردار انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه بصورت نیمه تجربی شاهددار تصادفی در سال ۱۳۹۳ در مراکز بهداشتی شماره پنج و ۱۵ شهر زنجان بر روی ۶۰ زن باردار (۳۰ نفر گروه آزمون و ۳۰ نفر گروه شاهد) که جهت دریافت خدمات به مرکز بهداشتی مراجعه نمودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: باردار بودن (۲۸-۱۴ هفته بارداری)، داشتن حداقل یک مشکل جنسی، تحصیلات راهنمایی و بیشتر، عدم وجود عفونت واژینال و سرویکال و عدم وجود بیماری‌های روانی و جسمی مزمن، در دسترس بودن طی یک ماه آینده. معیار خروج از مطالعه شامل زنانی بود که حین پژوهش درد یا خونریزی داشتند، یا زنانی که تعارضات شدید زناشویی و رخداد واقعه‌ای ناگوار (مرگ عزیزان، حوادث همراه معلولیت، غیره) را تجربه کرده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه دو قسمتی خود اجرا بود، که قسمت اول مربوط به مشخصات فردی و مامایی و قسمت دوم پرسشنامه شاخص عملکرد

جنسی زنان (FSFI: Female Sexual Function Index) بود که برای تعیین اعتبار قسمت مامایی از روش اعتبار محتوا و پایایی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ بدست آمد. شاخص عملکرد جنسی زنان شامل ۱۹ سؤال پنج گزینه‌ای بود که در ایران توسط محمدی و همکاران (۲۰۰۸) استاندارد سازی شده است (۱۴). میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاس‌ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ محاسبه شد. روایی نسخه فارسی با استفاده از سطح زیر منحنی (AUC: Area Under the Curve) راک برای کل مقیاس ۰/۹۱۷ محاسبه شده است. نمرات حاصل از مقیاس و خرده مقیاس‌ها و تشخیص روانپزشک با استفاده از منحنی راک و سطح زیر منحنی راک تحلیل شد. نمره برش مناسب کل مقیاس، برای تشخیص اختلال عملکرد جنسی ۲۸ تعیین گردید. نمره هر فرد در این شاخص مطابق جدول (۱) در شش حیطه میل، تهییج، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایتمندی و درد با جمع زدن نمرات سؤالات مربوط به آن حیطه و ضرب کردن حاصل جمع نمرات در ضریب هر حیطه محاسبه می‌گردد. نمره کلی عملکرد جنسی فرد، از حاصل جمع نمرات شش حیطه بدست می‌آید که نمره حداکثر ۳۶ بود (۱۴، ۱۵).

جدول ۱: سیستم نمره‌دهی پرسشنامه FSFI

بخش	سوالات	محدوده نمرات	ضریب	حداقل نمره	حداکثر نمره
میل جنسی	۱، ۲	۵-۱	۰/۶	۱/۲	۶
برانگیختگی	۳، ۴، ۵، ۶	صفر-۵	۰/۳	صفر	۶
خیس و نرم شدن واژن	۷، ۸، ۹، ۱۰	صفر-۵	۰/۳	صفر	۶
ارگاسم	۱۱، ۱۲، ۱۳	صفر-۵	۰/۴	صفر	۶
میزان رضایت	۱۴، ۱۵، ۱۶	صفر یا ۱-۵	۰/۴	صفر	۶
درد	۱۷، ۱۸، ۱۹	صفر-۵	۰/۴	صفر	۶

پژوهشگر پس از کسب مجوز از مسئولین محترم دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه علوم پزشکی زنجان و پس از گذراندن کارگاه آموزشی PLISSIT توسط متخصص سکسولوژی و

تأیید کسب مهارت در زمینه اجرای این مدل و دریافت گواهی، به مراکز بهداشتی و درمانی شماره پنج و ۱۵ مراجعه کرد و از زنان باردار ۱۴ تا ۲۸ هفته بارداری مراجعه کننده به

گروه شاهد بطور یکسان توسط یک ماما انجام شد. پس از مداخله، ۲ نفر از زنان گروه شاهد بدلیل مسافرت پیش‌بینی نشده و ۳ نفر بدلیل درد و خونریزی از مطالعه خارج شدند و در گروه تجربه ۲ نفر بدلیل خونریزی و یک نفر مسافرت پیش‌بینی نشده و یک نفر بستری شدن فرزندش و یک نفر هم بدلیل بستری شدن خودش از مطالعه خارج شدند و در نهایت تعداد نمونه برای هر گروه (تجربه و شاهد) به ۳۰ نفر رسید. محیط آموزش شامل مراکز بهداشتی درمانی شماره پنج و ۱۵ بود که گروه شاهد و تجربه مربوط به همین مراکز بودند. جهت به حداقل رساندن ملاقات زنان دو گروه تجربه و شاهد مشاوره در ساعت‌های مختلف انجام شد. در کلیه نمونه‌ها دو هفته و چهار هفته بعد از مشاوره، وجود مشکل با پرسش شفاهی و عملکرد جنسی با پرسشنامه FSFI مجدداً مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت. جهت مراجعه به موقع مددجو پیگیری تلفنی انجام می‌شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم افزار SPSS شد، جهت تعیین نرمالیتی داده‌ها از آزمون kolmogorov-smirnov استفاده شد که طبق این آزمون داده‌ها توزیع نرمال نداشتند بنابراین در مراحل بعد، از آزمون‌های نان پارامتریک جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد و با آزمون‌های آماری تی، کای دو، من ویتنی و فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس نتایج این مطالعه واحدهای مورد پژوهش مطابق جدول (۲) از جهت خصوصیات دموگرافیک و بارداری تفاوت معنی‌داری نداشتند. میانگین نمره عملکرد جنسی قبل از مداخله در گروه تجربه $24/76 \pm 4/36$ و دو هفته بعد $27/98 \pm 4/24$ و چهار هفته بعد $28/12 \pm 4/50$ بود که با انجام آزمون فریدمن این اختلاف‌ها معنی‌دار بود ($P < 0/001$). در گروه شاهد قبل از مداخله $25/13$ و دو هفته پس از مداخله $25/03$ و چهار هفته بعد $23/72$ بود که آزمون فریدمن این

مراکز بهداشتی و درمانی که دارای مشخصات واحدهای پژوهشی بودند، برای شرکت در مطالعه دعوت بعمل آورد. سپس توضیحات کافی در خصوص اهداف و اجرای پژوهش در سه مرحله و محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، داده شد. افراد در صورت داشتن رضایت در پژوهش شرکت داده شدند. سپس با تخصیص تصادفی از طریق نرم افزار انتساب تصادفی در کارآزمایی بالینی به دو گروه تجربه و شاهد تقسیم شدند. قبل از تکمیل پرسشنامه از زنان شماره تماس گرفته شد و به آنها یادآوری شد که برای تکمیل پرسشنامه‌های بعدی به مرکز مراجعه نمایند. سپس در زنانی که با اظهار خودشان مشکل جنسی داشتند، ۷۰ نفر (برای هر گروه ۳۵ نفر) پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی و پرسشنامه FSFI توسط خودشان تکمیل شد. در مرحله بعدی مشاوره در هر دو گروه بصورت انفرادی در یک اتاق جداگانه انجام شد. گروه آزمون بر اساس دو قدم اول مدل PLISSIT در یک جلسه، به مدت یک ساعت توسط مامای پژوهشگر دوره دیده مشاوره شدند. در قدم اول، برای برقراری رابطه نزدیک و توأم با اعتماد با مددجو، از مهارت‌ها و فنون مشاوره، بخصوص مهارت گوش کردن و توجه به اشاره‌های غیر کلامی (در یک اتاق جداگانه و بصورت انفرادی) استفاده شد. مشاور با پرسیدن چند سؤال باز، صحبت در مورد موضوع عملکرد جنسی را آغاز می‌نمود، سپس مددجو شروع به صحبت می‌کرد. مشاور در ضمن صحبت‌های مددجو متوجه افکار نادرست، باورهای غلط و اطلاعات کم و ناقص و نگرانی‌های مددجو می‌شد و با اخذ تاریخچه جنسی، سپس معاینه بالینی در صورت لزوم و با اخذ موافقت مددجو، نهایتاً مشکل جنسی مراجع مشخص می‌شد. سپس در قدم دوم درباره آناتومی دستگاه تناسلی، فیزیولوژی عملکرد جنسی، تغییرات عملکرد جنسی در بارداری و در راستای مشکل جنسی مراجع به وی توضیح داده می‌شد (از ۱۰ پوستر سیاه و سفید در اندازه A4 بعنوان ابزار کمکی استفاده می‌شد). مشاوره همه افراد

(نمودار ۱). همچنین در میانگین نمرات حیطه‌های مختلف عملکرد جنسی (میل، تهییج، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت و درد) در گروه تجربه، دو هفته و چهار هفته بعد از مداخله تغییرات معنی‌داری در مقایسه با گروه شاهد وجود داشت (جدول ۳).

اختلاف‌ها را معنی‌دار نشان نداد ($P=0/536$)، (جدول ۳). بین میانگین نمرات عملکرد جنسی در گروه شاهد و تجربه، قبل از مداخله با آزمون من ویتنی اختلاف معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/796$)، اما اختلاف معنی‌داری با آزمون من ویتنی، دو هفته ($p=0/004$) و چهار هفته ($P<0/001$) بعد از مداخله بین میانگین نمرات عملکرد جنسی دو گروه نشان داده شد.

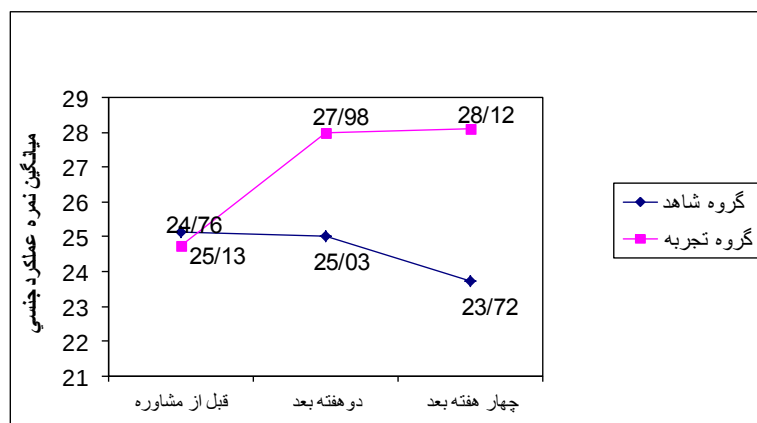
جدول ۲: مقایسه مشخصات دموگرافیک و باروری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی

شهر زنجان در گروه تجربه و شاهد

مشخصات	گروه تجربه (N=30)	گروه شاهد (N=30)	سطح معناداری		
				تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
شغل	خانه دار	۲۷ (۹۰)	$P=0/612$	آزمون فیشر	۲۹ (۹۶/۷)
	شاغل	۳ (۱۰)			۱ (۳/۳)
تحصیلات	راهنمایی	۷ (۲۳/۳)	$P=0/834$	آزمون من ویتنی	۸ (۲۶/۷)
	دبیرستان - دیپلم دانشگاه	۱۸ (۶۰) ۵ (۱۶/۷)			۱۷ (۵۶/۷) ۵ (۱۶/۷)
تحصیلات همسر	بیسواد - ابتدایی راهنمایی	۲ (۶/۷) ۱۱ (۳۶/۷)	$P=0/067$	آزمون من ویتنی	۱ (۳/۳) ۷ (۲۳/۳)
	دبیرستان - دیپلم دانشگاه	۱۵ (۵۰) ۲ (۶/۷)			۱۵ (۵۰) ۷ (۲۳/۳)
وضعیت درآمد	کمتر از ۳۰۰ هزار تومان	۶ (۲۰)	$P=0/893$	آزمون من ویتنی	۹ (۳۰)
	بین ۳۰۰-۵۰۰ هزار تومان بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان	۱۷ (۵۶/۷) ۷ (۲۳/۳)			۷ (۲۳/۳) ۱۴ (۴۶/۷)
مسکن	شخصی	۳ (۱۰)	$P=1/000$	آزمون کای دو	۱ (۳/۳)
	اجاره ای منزل اقوام	۱۲ (۴۰) ۱۵ (۵۰)			۱۶ (۵۳/۳) ۱۳ (۴۳/۳)
مشخصات باروری		گروه آزمون (N=30)	گروه شاهد (N=30)	سطح معناداری	
سن	میانگین - انحراف معیار حداکثر و حداقل	۲۵/۱۷ ± ۴/۱۹ سال ۱۹-۳۳	۲۴/۹ ± ۴/۵۸ سال ۱۸-۳۵	$P=0/815$	آزمون تی مستقل
طول مدت ازدواج	میانگین - انحراف معیار حداکثر و حداقل	۳/۵۷ ± ۲/۹۲ سال ۰/۳-۱۰	۳/۲۳ ± ۲/۷۳ سال ۰/۶-۱۰	$P=0/644$	آزمون تی مستقل
تعداد بارداری	میانگین - انحراف معیار حداکثر و حداقل	۱/۶ ± ۰/۹۳ ۱-۵	۱/۳۳ ± ۰/۵۴ ۱-۳	$P=0/182$	آزمون تی مستقل
تعداد فرزند	میانگین - انحراف معیار حداکثر و حداقل	۰/۴۷ ± ۰/۶۲ ۰-۲	۰/۳۳ ± ۰/۵۴ ۰-۲	$P=0/384$	آزمون تی مستقل

جدول ۳: میانگین نمرات عملکرد جنسی و حیطه های آن قبل و ۲ هفته و ۴ هفته بعد از مداخله در زنان
مورد مطالعه در گروه تجربه و شاهد

گروه مشکل	گروه آزمون			سطح معناداری			گروه شاهد			سطح معناداری	
	قبل میانگین $\pm$ انحراف معیار	۲ هفته بعد میانگین $\pm$ انحراف معیار	۴ هفته بعد میانگین $\pm$ انحراف معیار	قبل و ۲ هفته بعد از مداخله در گروه تجربه	قبل و ۴ هفته بعد از مداخله در گروه تجربه	P	قبل میانگین $\pm$ انحراف معیار	۲ هفته بعد میانگین $\pm$ انحراف معیار	۴ هفته بعد میانگین $\pm$ انحراف معیار	قبل و ۲ هفته بعد از مداخله در گروه شاهد	P
عملکرد جنسی	۲۴/۷۶ $\pm$ ۴/۳۶	۲۷/۹۸ $\pm$ ۴/۲۴	۲۸/۱۲ $\pm$ ۴/۵۰	P=۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱		۲۵/۱۳ $\pm$ ۴/۰۵	۲۵/۰۳ $\pm$ ۴/۳۲	۲۳/۷۲ $\pm$ ۵/۰۵	P=۰/۰۸۹۴	P=۰/۱۶۸
میل جنسی	۳/۶۸ $\pm$ ۰/۹۶	۴/۱۶ $\pm$ ۰/۹۹	۴/۲۸ $\pm$ ۱/۱۷	P=۰/۰۳۱	P=۰/۰۱۷		۳/۷۴ $\pm$ ۰/۸۸	۳/۶۲ $\pm$ ۰/۶۹	۳/۴۶ $\pm$ ۱/۱۸	P=۰/۴۸۹	P=۰/۲۸۲
تهییج جنسی	۳/۷۴ $\pm$ ۰/۸۸	۴/۳۸ $\pm$ ۰/۹۵	۴/۵۴ $\pm$ ۰/۹۷	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱		۳/۹۰ $\pm$ ۰/۸۰	۳/۹۶ $\pm$ ۰/۹۲	۳/۷۵ $\pm$ ۱/۱۱	P=۰/۷۰۵	P=۰/۵۳۳
رطوبت مهبلی	۴/۴۶ $\pm$ ۰/۹۲	۴/۹۰ $\pm$ ۰/۸۰	۴/۷۶ $\pm$ ۰/۹۶	P=۰/۰۲۵	P=۰/۰۴۸		۴/۴۸ $\pm$ ۰/۷۹	۴/۳۱ $\pm$ ۰/۸۸	۴/۱۹ $\pm$ ۰/۸۷	P=۰/۱۹۶	P=۰/۰۷۳
اوج لذت جنسی	۳/۸۴ $\pm$ ۱/۴۳	۴/۶۲ $\pm$ ۱/۱۴	۴/۵۷ $\pm$ ۱/۱۶	P=۰/۰۰۴	P=۰/۰۰۶		۴/۳۰ $\pm$ ۰/۹۵	۴/۲۸ $\pm$ ۰/۹۴	۴/۰۸ $\pm$ ۰/۹۷	P=۰/۹۰۲	P=۰/۳۵۱
رضایت متدی	۵/۰۱ $\pm$ ۰/۸۹	۵/۳۷ $\pm$ ۰/۶۹	۵/۴۰ $\pm$ ۰/۶۲	P=۰/۰۷۲	P=۰/۰۴۵		۴/۸۸ $\pm$ ۰/۹۹	۴/۷۷ $\pm$ ۱/۱۸	۴/۵۷ $\pm$ ۱/۲۳	P=۰/۶۰۸	P=۰/۱۶۵
درد	۳/۹۶ $\pm$ ۱/۱۲	۴/۵۴ $\pm$ ۱/۱۶	۴/۵۸ $\pm$ ۱/۱۸	P=۰/۰۲۱	P=۰/۰۳۷		۳/۹۶ $\pm$ ۱/۳۰	۴/۰۲ $\pm$ ۱/۲۳	۳/۶۶ $\pm$ ۱/۴۴	P=۰/۷۷۶	P=۰/۷۲۹



نمودار ۱: تغییرات میانگین نمرات عملکرد جنسی در گروه تجربه و شاهد

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد مشاوره بر اساس مدل PLISSIT نسبت به مشاوره روتین موجب افزایش معنی دار نمرات عملکرد جنسی و اکثر حیطه های مختلف آن در زنان باردار

می گردد به گونه ای که در گروه تجربه قبل از مداخله ۷۳/۳ درصد زنان، عملکرد جنسی نامطلوب داشتند که دو هفته بعد از مداخله به ۴۰ درصد و چهار هفته بعد به ۳۶/۷ درصد کاهش یافت که اختلاف معنی دار بود. در حیطه میل در گروه

تجربه قبل از مداخله ۳۶/۷ درصد زنان، عملکرد جنسی نامطلوب داشتند که دو هفته بعد از مداخله به ۱۰ درصد و چهار هفته بعد به ۱۳/۳ درصد کاهش یافت که اختلاف معنی‌دار بود. در حیطه تهییج در گروه تجربه قبل از مداخله ۲۶/۷ درصد زنان، عملکرد جنسی نامطلوب داشتند که دو هفته و چهار هفته بعد از مداخله به ۱۳/۳ درصد کاهش یافت که اختلاف معنی‌دار بود. در حیطه ارگاسم در گروه تجربه قبل از مداخله ۳۳/۳ درصد زنان، عملکرد جنسی نامطلوب داشتند که دو هفته بعد از مداخله به ۱۶/۷ درصد و چهار هفته بعد به ۱۳/۳ درصد کاهش یافت که اختلاف معنی‌دار بود. مطالعه ریاضی و همکاران (۲۰۱۳) در همدان بر روی ۶۰ زن باردار کمتر از ۳۳ هفته (۳۰ نفر گروه آزمون - ۳۰ نفر گروه شاهد) نشان داد که دو گروه قبل از انجام مداخله در هیچ یک از متغیرهای عملکرد جنسی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ولی بعد از مداخله (یک ماه پس از آموزش بهداشت جنسی) تفاوت بین دو گروه از نظر میل جنسی، تحریک جنسی، ارگاسم، دفعات نزدیکی و دیسپارونی معنی‌دار بودند، همچنین تغییرات متغیرهای عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوت معنی‌دار نشان دادند ولی در گروه شاهد برای هیچکدام از متغیرها تفاوت معنی‌دار نبود (۱۶).

در مطالعه دیگر که توسط ورال (Vural) و همکاران (۲۰۰۹) در ترکیه انجام شد، افزایش معنی‌داری در میل جنسی زنان گروه مداخله با روش مشاوره (Information-Motivation-IMB Behavior)، نسبت به گروه شاهد نشان داد و تفاوت ایجاد شده بین دو گروه معنی‌دار بود (۱۷). همین‌طور در مطالعه آیاز (Ayaz) و همکاران (۲۰۰۹) شش هفته و چهار ماه بعد از مداخله بر اساس مدل PLISSIT، در گروه مداخله افزایش میل معنی‌دار بود (۱۲).

مطالعه آیاز و همکاران (۱۲) با مشاوره بر اساس مدل PLISSIT و آیلین و همکاران (۱۸) با مشاوره بر اساس

برنامه آموزشی (EMS(Enhancing Marital Sexuality مانند نتایج این مطالعه، افزایش معنی‌داری در حیطه ارگاسم را نشان داد، در صورتی که در مطالعه ورال و همکاران (۱۷) تغییر در حیطه ارگاسم در گروه آزمون معنی‌دار نبود. در این مطالعه میانگین مدت ازدواج در گروه آزمون ۲/۷۳ سال و گروه شاهد ۲/۳۴ سال بود اما نمونه‌های مورد مطالعه ورال و همکاران زوجین تازه ازدواج کرده بودند و از آنجا که کسب تجربه با شریک جنسی، برای رسیدن به ارگاسم مؤثر است، شاید دلیل تفاوت نتیجه بین این مطالعات باشد.

در این پژوهش در حیطه رضایتمندی جنسی پس از مداخله افزایش معنی‌داری در جهت بهبود رضایتمندی در بین گروه تجربه و گروه شاهد وجود داشت ولی اختلاف نمرات داخل گروهی قبل و بعد از مداخله در گروه تجربه معنی‌دار نبود. در صورتی که مطالعه آیاز و کوبلی، ورال و تمل، آیلین و پاک گوهر افزایش حیطه رضایتمندی بعد از مداخله را نشان می‌دهند (۱۲، ۱۷، ۱۸، ۱۹). در این مطالعه واحدهای مورد پژوهش زنان باردار با حداقل یک مشکل جنسی بودند اما نمونه‌های مورد مطالعه آیاز و کوبلی بیماران با استومی و در مطالعات ورال و تمل و آیلین زوجین تازه ازدواج کرده بودند و از آنجا که باردار بودن و داشتن مشکل جنسی در حیطه رضایتمندی مؤثر است، شاید دلیل تفاوت نتیجه بین این مطالعات باشد.

در این پژوهش در حیطه درد پس از مداخله افزایش معنی‌داری در جهت بهبود درد در بین گروه تجربه و گروه شاهد وجود داشت. ولی اختلاف نمرات داخل گروهی قبل و بعد از مداخله در گروه تجربه معنی‌دار نبود. مشابه نتایج این مطالعه، نتایج مطالعه آیاز و کوبلی تغییر حیطه درد در گروه تجربه معنی‌دار نبود، در صورتی که در مطالعات ریاضی و همکاران (۲۰۱۴)، ورال و تمل، تغییر حیطه درد در گروه تجربه معنی‌دار بود. همچنین اختلاف معنی‌داری را در حیطه درد پس از مداخله بین دو گروه تجربه و شاهد نشان دادند،

صورت لزوم ارجاع به موقع آن انجام شود زیرا سلامت جنسی جزء مهمی از سلامت بوده و تأکید روز افزونی بر اهمیت پرداختن به آن وجود دارد، در حال حاضر، در سیستم بهداشتی کشور بسیاری از خدمات مرتبط با بهداشت جنسی از جمله تنظیم خانواده، مراقبت‌های پیش از بارداری، دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان، کلاس‌های آموزشی قبل از ازدواج، مشاوره و درمان بیماری‌های مقاربتی و ایدز، بهداشت دوران بلوغ ارائه می‌گردد، اما مشاوره و آموزش بهداشت جنسی هنوز وارد برنامه‌های آموزشی و ارائه خدمت بطور رسمی نگردیده است و به نظر می‌رسد سیستم فعلی خدمات بهداشتی از نظر نیروهای مناسب برای ارائه چنین برنامه‌ای کمبود ندارد بلکه فقط آموزش‌های لازم را باید به این نیروها داده و آنها را برای ارائه چنین خدمتی آماده سازد (۱۳). این پژوهش با محدودیت‌هایی از جمله سلامت روانی شرکت‌کنندگان، که به گفته آنها اکتفا شد و عدم همکاری برخی از شرکت‌کنندگان همراه بود. با توجه به شیوع بالا و اهمیت مشکلات جنسی و نبود آموزش کافی پیشنهاد می‌شود برنامه مشاوره و آموزش بهداشت جنسی در برنامه مراقبت‌های بهداشتی ادغام شود. با توجه به ساده و قابل اجراء بودن دو مرحله اول مدل PLISSIT توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی نظیر ماما، آموزش و اجرای آن پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان به شماره ۹۳/۱۳۷۶/د و تاریخ ۹۳/۰۳/۱۳ با عنوان: "بررسی تأثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان باردار" که با شماره ۱۳۸۹۰۴۱۲۴۲۹۴N1 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران و با شماره ۱۹/۳۳/۱۶۲۵ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان ثبت شده است. بدینوسیله از مسئولین محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین مراتب سپاس و قدردانی

شاید علت اختلاف بین نتایج به این دلیل باشد که نمونه‌های مطالعه ریاضی و همکاران زنان باردار و ورال و تمل زنان تازه ازدواج کرده بودند ولی نمونه‌های این مطالعه، زنان باردار با حداقل یک مشکل جنسی و نمونه‌های آیاز و کوبلی بیماران با استومی بودند که مشکل موجود در نمونه‌ها از تأثیر مشاوره بر کاهش درد می‌کاهد (۱۶، ۱۷، ۱۲).

نتایج مطالعه ستارزاده و همکاران (۲۰۰۶) در تبریز نشان داد حدود ۶۱ درصد مادران در دوره بارداری مشکل جنسی را گزارش کردند و حدود نیمی از آنها معتقد بودند که مقاربت می‌تواند به جنین آسیب برساند (۳). همچنین نتایج ازگلی و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که عملکرد جنسی به طور قابل توجهی در بارداری کاهش می‌یابد. همچنین برخی رفتارهای جنسی پر خطر (مقاربت مقعدی ۱۷/۶ درصد، مقاربت جنسی از طریق دهان ۳۸/۲ درصد و مقاربت اجباری ۳۹/۲ درصد) در بارداری نیز ادامه می‌یابد، که هر دو برای سلامت زن و جنین و روابط زناشویی اثرات سوئی می‌گذارد (۶).

نتایج مطالعات دیگر نیز، تأثیر مشاوره و آموزش بر اساس مدل‌های مختلف نظیر IMB (۱۷-۱۳)، (Tran Theoretical Model) TTM (۲۰)، EMS (۱۸) و مدل PLISSIT (۱۲) که روشی مفید برای برطرف کردن ۹۰-۸۰ درصد نگرانی‌های جنسی می‌باشد را نشان می‌دهد (۲۱). به عبارتی نتیجه مطالعات تأثیر مثبت روش‌های مشاوره و آموزش را نشان می‌دهد. اما اجرای یکی از روش‌ها و مدل‌ها با توجه به تفاوت‌های فرهنگی جوامع مختلف در قالب کارآزمایی‌های بالینی لازم است (۱۲)، به نظر می‌رسد اجرای مدل مشاوره PLISSIT در ساعات کاری روتین مراکز و در حین ارائه خدمات، خللی در برنامه‌های جاری مراکز بهداشتی درمانی حاصل نمی‌کند و برای اجرای آن نیاز به تکنولوژی‌های پیشرفته آموزشی نیست. کارشناسان مراکز بهداشتی قادر به استفاده از دو سطح اول مدل برای مراجعین خواهند بود، تا در مراحل اولیه مشکل تشخیص داده شده و حل شود و در

خود را از دانشگاه علوم پزشکی زنجان (معاونت و مدیریت و کارکنان محترم مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان زنجان پژوهشی) و کلیه عزیزانی که در این پژوهش شرکت کردند اعلام می‌دارم.

منابع

- 1- Nichols F, Humenick S. Childbirth Education: Practice, Research & Theory. 2thed. Philadelphia: Saunders; 2000. 68-72.
- 2- Stright B. Maternal Neonatal Nursing. 3thed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. 96-98.
- 3- Sattarzadeh N, Ranjbar Koocheksarai F, Pezashki M Z, Bayrami R. Sexual Experiences in Pregnant Women Referring to Health Centers of Tabriz Medical Science University, 2005. J Care Sci. 2006; 3: 46-55. [In Persian]
- 4- Anise B, tavani S, Ahmad Z, Hosseini F. Sexual changes and related sexual factors in primipara mothers during 3 to 6 months postpartum. Iran J Nurs. 2005; 18 (41-42): 69-75. [In Persian]
- 5- Nolen-Hoeksema S. Abnormal Psychology. 6thed. New York. McGraw-Hil; 2014. 366-67.
- 6- Ozgoli G, Khoshabi K, Valaei N, Dolatian M, Tarverdi M. Knowledge and attitude of pregnant women about sexual relationship in pregnant women referring to hospitals of Shahid Beheshti University. J Family Res. 2007; 6 (2): 38-47. [In Persian]
- 7- Heydari M, Kiani Asiabar A, Faghih zade S. Couples' knowledge and attitude about sexuality in pregnancy. TUMJ. 2006; 64(9): 83-89. [In Persian]
- 8- Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. Iran J Reprod Med. 2013; 11(6): 79-86.
- 9- Mehrabi F, Dadfar M. The role of psychological factors in sexual functional disorders. Iran J Psychiatry Clin. 2003; 9(1): 4-11. [In Persian]
- 10- Maclaren A. Primary care women comprehensive sexual health assessment. J of Nurse Midwifery. 1995; 40(2): 104 -119.
- 11- Esmail S, Esmail Mu. Sexuality and disability: The role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. Sex Disability J. 2001; 19(4): 276-282.
- 12- Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. J Clin Nurs. 2009; 18(1): 89-98.
- 13- Refaie-Shirpak Kh, Eftekhari Ardebili H, Chinichian M, et al. Incorporation of a sex education program in health care centers in Tehran. Payesh Health Monit. 2007; 6(3): 243-256. [In Persian]
- 14- Mohammadi Kh, Hedari M, Faghih Zadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI); Validation of the Iranian version. Payesh Health Monit. 2008; 7(3): 269-78. [In Persian]

- 15- Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nygaard I. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 10thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 954-977.
- 16- Riazi H, Banoozadeh S, Moghim Beigi A, Amini L. The effect of sexual health education on sexual function during pregnancy. Payesh Health Monit. 2013; 12(4): 67-74. [In Persian]
- 17- Vural B, Temel A. Effectiveness of pre-marital counseling program on sexual of recently marital couples. Sex Health. 2009; 6(3): 222-32.
- 18- Eileen NP, Harvey JH. Enhancing marital sexuality: An evaluation of a program for the sexual enrichment of normal couples. J Sex & Marital Therapy. 1985; 11(3): 157-164.
- 19- Pakgohar M, Babaei G, Ramazan Zadeh F, et al. Effect of counseling on sexual satisfaction among hnfertile women referred to Tehran Fertility Center. Hayat. 2008; 14(1): 21-30. [In Persian]
- 20- Lee J.T, Yen H.W. Randomized controlled evaluation of a theory-based postpartum sexual health education program. J Adv Nurs. 2007; 60(4): 389-401.
- 21- Berek JS. Berek and Novak`s Gynecology. 14thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 344-76.

Effect of Counseling using PLISSIT Model on Sexual Function of Pregnant Women

Rostamkhani F^{1*}, Moghadam R¹, Merghati Khoei E², Jafari F³, Ozgoli G⁴

¹MSc. Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery Sciences, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

²PhD, Assistant Professor, Dept. of Sexual health promotion, Drug & sexual Risk Behavior Management & Prevention, Fellow, Iranian National Center of Addiction Studies (INCAS), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³PhD, Assistant Professor, Maternal and child health, Zanjan Social Dept. of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

⁴PhD Associate Professor, Dept. of Reproductive health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery Sciences, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

Email: fatemarostamkhani@yahoo.com

Received: 12 Jan 2015 **Accepted:** 2 May 2016

Background and Objectives: The sexual function of pregnant women might be affected by multiple changes during pregnancy e.g. biological, psychological and sociological changes. This study was conducted to determine the effect of counseling using the PLISSIT (Permission-limited Information-Specific Suggestion-Intensive Therapy) Model on Sexual Function of Pregnant Women.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted on 60 pregnant women who were randomly assigned to control and intervention groups. The intervention group were counseled using the PLISSIT model, and the control group received routine sexual consultation. Data was collected using demographic, obstetric, and the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaires. Sexual function scores were assessed before, two and four weeks after intervention. Data was analyzed using T-tests, χ^2 , Mann Whitney, and Wilcoxon tests.

Results: The mean scores of sexual function in intervention groups were changed significantly from 24.76 ± 4.36 before intervention, to 27.98 ± 4.24 two weeks ($p=0.001$) and 28.12 ± 4.50 four weeks after ($p<0.001$) intervention. No significant difference was found among the mean scores of sexual function before intervention (25.13 ± 4.05), two ($25.03 \pm 4/32$) and four weeks (23.79 ± 5.05) after consultation in control group. Although, there was no significant difference in mean score of sexual function between control and intervention groups before the intervention ($p=0.796$), a significant difference was revealed between two groups in two ($p=0.004$) and four weeks ($p<0.001$) after intervention.

Conclusion: Using PLISSIT model for sexual counseling could improve sexual function of pregnant women.

Key words: Counseling, PLISSIT Model, Sexual Function, Pregnant Women, Iran

Please cite this article as follows:

Rostamkhani F, Moghadam R, Merghati Khoei E, Jafari F, Ozgoli G. The effect of Counseling using the PLISSIT Model on Sexual Function of Pregnant Women. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2016; 6(1): 18-28.