

## تأثیر مشاوره‌ی جنسی بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان باردار: یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده

بهناز نجاتی<sup>۱</sup>، فریده کاظمی<sup>۲</sup>، سیده زهرا معصومی<sup>۳</sup>، پریسا پارسا<sup>۴</sup>، منوچهر کرمی<sup>۵</sup>، عدرا مرتضوی<sup>۶</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** مشکلات جنسی در دوران بارداری، منشأ بسیاری از اختلافات بین فردی و زناشویی می‌باشد. الگوی تغییرات فعالیت جنسی در دوران بارداری، می‌تواند عملکرد جنسی و در نتیجه رضایت جنسی زن باردار را تحت تأثیر قرار دهد. مشاوره، می‌تواند مشکلاتی را که زن باردار در طی این دوران با آن روبه‌رو می‌شود، تا حد قابل قبولی کاهش دهد. مطالعه‌ی حاضر با هدف ارزیابی تأثیر مشاوره بر اساس مدل Permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy (PLISSIT) بر عملکرد جنسی زنان باردار انجام شد.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی بود که بر روی ۸۰ زن باردار ۲۶-۲۴ هفته که حداقل دارای یک مشکل جنسی تأیید شده از طرف روانپزشک بودند، انجام شد. افراد به صورت تصادفی به روش بلوک جای‌گشتی در دو گروه مورد و شاهد تقسیم گردیدند. گروه مورد، توسط مامای آموزش دیده، بر اساس مدل PLISSIT مشاوره دریافت کردند و گروه شاهد، تنها مراقبت‌های معمول بارداری توسط مامای درمانگاه را دریافت کردند. جهت گردآوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی و مامایی و پرسش‌نامه‌ی شاخص عملکرد جنسی زنان (Female sexual function index یا FSFI) جهت بررسی عملکرد جنسی زنان باردار در مراحل قبل، دو و چهار هفته بعد از مداخله استفاده شد.  $P < 0/050$  به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** پس از تعدیل اثر قبل از مداخله، بین میانگین نمره‌ی عملکرد جنسی و تمام حیطه‌های آن در دو گروه مورد و شاهد، در مرحله‌ی چهار هفته بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/050$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر مشاوره‌ی جنسی بر اساس مدل PLISSIT بر بهبود عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری، مشاوره‌ی جنسی در دوران بارداری توصیه می‌شود. در ضمن، پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات بعدی، تأثیر مشاوره‌ی جنسی در دوران بارداری بر رضایت جنسی نیز مورد سنجش قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** اختلال عملکرد جنسی، بارداری، مشاوره

**ارجاع:** نجاتی بهناز، کاظمی فریده، معصومی سیده زهرا، پارسا پریسا، کرمی منوچهر، مرتضوی عدرا. تأثیر مشاوره‌ی جنسی بر اساس مدل PLISSIT بر

عملکرد جنسی زنان باردار: یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۳۵): ۷۴۸-۷۳۹

### مقدمه

دوران بارداری، یک دوره تغییرات عمیق در زندگی یک زن است (۱). درک تغییراتی که در حاملگی اتفاق می‌افتد، از اهمیت بالایی برخوردار است که مهم‌ترین آن در این زمان مشکلات جنسی می‌باشد. این مشکلات، یا با شروع بارداری آغاز می‌شود یا به دلیل

عوامل مستعد کننده در دوران بارداری شدت می‌یابد (۲-۴) و اغلب، منجر به تنش‌های جنسی می‌شود که رابطه‌ی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و حتی به چالش می‌کشند (۵-۶). بارداری، نقش مهمی در عملکرد و رفتار جنسی زنان بازی می‌کند (۷-۹). مهم‌ترین هدف میل جنسی تولید مثل و باروری است (۱۰). میل و عملکرد جنسی

۱- گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲- دانشجوی دکتری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک و گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن و گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۵- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۶- متخصص روان‌پزشکی، بیمارستان امام حسین (ع) ملایر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

می‌شود (۲۶-۲۵).

این مدل، روش مفیدی برای مشاوره و درمان جنسی است که شامل چهار سطح از مداخله‌ی درمانی است؛ به طوری که با استفاده از سه سطح اول این مدل، به طور تقریبی ۹۰-۸۰ درصد نگرانی‌های جنسی را می‌توان برطرف کرد (۲۷). در سطح اول (اجازه دادن یا Permission)، به بیمار فرصت (Permission) این که بتواند اطلاعات مربوط به فعالیت جنسی‌اش را به اشتراک بگذارد و بگوید که فعالیت جنسی برای او و همسرش چه معنایی دارد، داده می‌شود و در نتیجه، هر گونه نگرانی در این زمینه مورد شناسایی قرار می‌گیرد (۲۸). در سطح دوم (اطلاعات محدود یا Limited information)، ارائه دهنده‌گان خدمات سلامت، نگرانی‌های شایع در مورد مسایل جنسی و نیز رفتارهای طبیعی جنسی را می‌شناسند و تلاش می‌کنند که اشتباهات و فقدان اطلاعات در این زمینه را تصحیح کنند. این توانایی آن‌ها، در جهت حل مشکلات غیر پیچیده به کار می‌رود (۲۹). سطح سوم (پیشنهادات اختصاصی یا Specific Suggestions)، شامل ارائه‌ی پیشنهادهای اختصاصی به زن باردار است و نیازمند سطح بالاتری از تخصص می‌باشد (۳۰). در سطح چهارم (ارجاع برای درمان تخصصی یا Intensive Therapy)، درمان باید در موارد مشکلات جنسی شدید یا مزمن صورت گیرد. نیاز است که افراد ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت در زمینه‌ی شناسایی موقعیت‌هایی که نیازمند درمان اختصاصی است، آموزش دیده باشند (۲۴). مطالعات قبلی در مورد تأثیر مشاوره‌ی جنسی بر اساس مدل PLISSIT در دوران بارداری در زنان انجام شده است (۳۱)، اما با توجه به بالا نبودن سطح آگاهی زنان نخست باردار در این زمینه و همچنین، عدم وجود مشاوره‌های مناسب در این خصوص برای این افراد، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره‌ی جنسی بر اساس مدل PLISSIT در زنان نخست باردار انجام شد.

### روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی تصادفی همراه با گروه شاهد بود که در سال ۱۳۹۴ در شهرستان ملایر بر روی ۸۰ زن باردار (۴۰ نفر در گروه مورد و ۴۰ نفر در گروه شاهد)، بر اساس نمونه‌گیری تصادفی به صورت بلوک جای‌گشتی و با در نظر گرفتن تخصیص مخفی (Allocation concealment) به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. با این روش، از اختصاص افراد مورد مطالعه به صورت سلیقه‌ای به گروه‌های مورد و شاهد پیش‌گیری شد. با توجه به این که ۵ مرکز بهداشتی-درمانی شهری در شهرستان ملایر وجود داشت، به طور تصادفی، ۴ مرکز بهداشتی-درمانی (مراکز بهداشتی-درمانی شماره‌ی ۱، ۲، ۳ و ۵ شهری) انتخاب شد

زن باردار و همسر وی تا حدود زیادی غیر قابل پیش‌بینی است. طیف تغییرات این دو شاخص در دوران بارداری، از کاهش تا عدم تغییر و یا افزایش میل و عملکرد جنسی متغیر می‌باشد (۱۱-۱۳). عملکرد جنسی یک فرد، مجموعه‌ای از ابراز تمایل، تهییج جنسی و رسیدن به ارگاسم است که به طور مداوم و منظم در یک فرد یا زوج اتفاق می‌افتد و زوجین را قادر می‌سازد تا عشق بورزند یا مورد عشق واقع شوند (۱۴). با توجه به مطالعات صورت گرفته، عملکرد جنسی در دوران بارداری از مهم‌ترین جنبه‌های زندگی فردی و زناشویی است و فرایند بارداری و زایمان نیز بر آن تأثیر می‌گذارند. تغییر در دفعات و کیفیت فعالیت جنسی که در اثر تغییرات فیزیکی و ذهنی در بارداری ایجاد می‌شود، می‌تواند منجر به اختلال عملکرد جنسی شود (۱۶-۱۵، ۱)؛ همان‌طور که در تحقیقات مشابه گزارش شده است، این اختلال می‌تواند سبب مشکلات جدی زناشویی شود و به خیانت از طرف همسر یا طلاق منجر شود (۱۹-۱۷، ۲). بنابراین، مهم است که پزشکان و ماماها به زنان و همسرانشان توضیح دهند که تغییرات روحی به اندازه‌ی تغییرات جسمی در طی بارداری طبیعی هستند. همچنین لازم است تأکید کنند که رابطه‌ی جنسی علاوه بر این که آسیب‌رسان نیست، به پرورش همبستگی زناشویی در بیشتر زوج‌ها کمک می‌کند. تغییر در تمایل و عملکرد جنسی در بارداری، ممکن است سبب تأثیرات جانبی بر رابطه‌ی زوج‌ها شود. پزشکان و ماماها باید که خدمات مراقبتی دوره‌ی بارداری را ارائه می‌دهند، باید به دادن اطلاعات در زمینه‌ی تغییرات جنسی در حین بارداری تشویق شوند (۲۰).

تشخیص به موقع و ارائه‌ی مشاوره و روش‌های درمانی مؤثر، به همراه آموزش صحیح مسایل جنسی به زوجین، می‌تواند مانع بروز بسیاری از این مشکلات گردد و به کیفیت بهتر زندگی مشترک بیانجامد (۲۱). راهبردهای مشاوره‌ی جنسی، می‌تواند به ارائه دهنده‌گان خدمات سلامت برای پیاده‌سازی یک رویکرد مناسب و مؤثر حمایتی برای مداخله در موارد نگرانی و مشکلات جنسی کمک کنند (۲۲). ارائه‌ی اطلاعات صحیح و علمی در رابطه با تغییرات فیزیکی و روانی دوران بارداری از طریق پرسنل بهداشتی به ویژه ماماها و همچنین، مشاوره‌ی جنسی در آموزش‌های دوران بارداری، بسیار کمک کننده است (۲۳). یکی از روش‌های مشاوره و آموزش در مورد روابط جنسی قابل استفاده ارائه دهنده‌گان خدمات بهداشتی، مدل مشاوره‌ی جنسی Permission, limited information, specific suggestions (PLISSIT) می‌باشد.

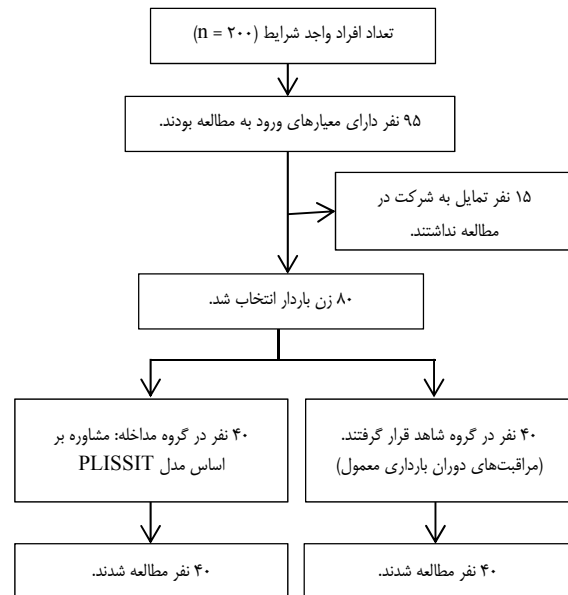
مدل TPLISSIT متداول‌ترین روش مداخله‌ای به کار برده شده در جهت بررسی و ارزیابی عملکرد جنسی است و می‌تواند برای تمام افراد مورد استفاده قرار بگیرد (۲۴). مطالعات انجام شده، نشان داده‌اند که استفاده از این مدل، موجب کاهش مشکلات جنسی در زنان

بررسی شد و میزان Cronbach's alpha  $0/7$  به دست آمد. این پرسش‌نامه، شامل ۱۹ سؤال در شش حوزه‌ی مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی بود. نمرات در نظر گرفته شده برای سؤال‌های حوزه‌ی میل (۵-۱)، حوزه‌های تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و درد (۵-۰) و حوزه‌ی رضایتمندی جنسی (۵-۱ یا ۰) بود. نمره‌ی صفر، حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته‌ی گذشته فعالیت جنسی نداشته است. در مورد نحوه‌ی نمره‌دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسش‌نامه، امتیاز از طریق جمع کردن نمرات در هر شش حوزه به دست آمد. به این ترتیب، نمره‌ی بیشتر، مبین کارکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم‌وزنی حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس برابر ۳۶ خواهد بود. حداقل نمره برای حوزه‌ی میل جنسی (۱/۲)، حوزه‌ی تهییج جنسی، رطوبت مهبل و ارگاسم و درد (۰) و حوزه‌ی رضایتمندی (۰/۸) و برای کل مقیاس کمترین نمره برابر ۲ و بیشترین نمره برابر ۳۶ بود (۳۳).

در ابتدا، تمامی زنان باردار ۲۶-۲۴ هفته با داشتن معیارهای ورود و تأیید روان‌پزشک و تعیین حیطه‌ی مورد اختلال (میل جنسی، برانگیختگی و ارگاسم) وارد مطالعه شدند و سپس، به صورت تصادفی و بلوک جای‌گشتی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. در ابتدا، هر دو گروه قبل از مداخله، پرسش‌نامه‌های مشخصات دموگرافیک و عملکرد جنسی FSFI را تکمیل کردند. سپس، برای گروه مورد جلسات مشاوره‌ای بر اساس مدل PLISSIT به صورت مشاوره‌ی چهره به چهره به صورت هفتگی طی ۴ جلسه‌ی ۹۰-۴۵ دقیقه‌ای و بر اساس کل حیطه‌ها با تأکید بر حیطه‌ی مورد اختلال برگزار گردید. جلسات طراحی شده، سطوح اول، دوم و سوم PLISSIT را در بر گرفتند. محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است. گروه شاهد، در طول مدت انجام پژوهش فقط مشاوره‌ی معمول را دریافت کردند. لازم به ذکر است که در هر دو گروه ریزش نمونه وجود نداشت؛ چرا که زنان باردار مورد پژوهش، برای انجام مراقبت‌های پره‌ناتال با پی‌گیری محقق به صورت مرتب به درمانگاه‌های محل انجام مطالعه، مراجعه می‌کردند.

پی‌گیری و تکمیل پرسش‌نامه‌ها در دو و چهار هفته پس از مداخله در هر دو گروه انجام گرفت. به منظور رعایت مسایل اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، یک بسته‌ی آموزشی در زمینه‌ی اختلالات عملکرد جنسی و راه‌های مقابله با آن به گروه شاهد نیز داده شد. لازم به ذکر است که فقط فرد آنالیز کننده‌ی داده‌ها از نوع مداخله‌ی انجام شده، بی‌اطلاع بود و در مورد مشارکت کنندگان و فردی که انجام مشاوره را به عهده داشت، کورسازی انجام نشده بود.

۲ مرکز در گروه شاهد و ۲ مرکز در گروه مورد قرار گرفت. افراد مراجعه کننده به هر مرکز نیز بر اساس جداول تصادفی انتخاب شدند که در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون قبل از مشاوره، پس‌آزمون دو و چهار هفته بعد از مشاوره مورد مطالعه قرار گرفتند (شکل ۱).



شکل ۱. فلوچارت شرکت کنندگان در مطالعه

PLISSIT: Permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy

معیارهای ورود شامل محدوده‌ی سنی ۱۸-۳۵ سال، حاملگی تک‌قلویی با سن حاملگی ۲۶-۲۴ هفته، عدم ابتلا به اختلالات روانی طبق نظر روان‌پزشک، نداشتن دیابت بارداری، پره‌اکلامپسی، خون‌ریزی، پارگی زودرس کیسه‌ی آب و ...، عدم مصرف داروهای خواب‌آور، داشتن اختلال عملکرد جنسی با تأیید روان‌پزشک در بارداری و بر اساس معیارهای Diagnostic and atastitcal manual of mental disorders-5 (DSM-5) جهت تشخیص اختلال، عدم سابقه‌ی اختلال عملکرد جنسی قبل از بارداری، اختلال جنسی ویژه‌ی زنان با تأیید روان‌پزشک بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل بروز هر گونه مشکل بارداری در طی مطالعه (سقط، دکولمان، وضعیت غیر طبیعی جنین، پرولاپس بند ناف، خون‌ریزی، دیابت، فشار خون، زایمان زودرس و ...)، الگوهای غیر طبیعی قلب جنین و یا کاهش حرکات جنین با نیاز به مداخله‌ی پزشکی بودند. در پژوهش حاضر، به منظور اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان باردار، از پرسش‌نامه‌ی شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI یا Female sexual function index) با ۱۹ سؤال استفاده شد. Rosen و همکاران، در مطالعه‌ی روایی این پرسش‌نامه را تأیید کرده‌اند (۳۲). پایایی این پرسش‌نامه، با مطالعه بر روی ۱۵ زن باردار

جدول ۱. محتوای جلسات مشاوره‌ی جنسی

تعداد جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی و آشنایی مشاور و مراجع با یکدیگر، توضیح جزئیات جلسات مشاوره، تشریح اهداف آن توسط مشاور و آشنایی مراجع با مدل PLISSIT در قالب سطح اول آن
جلسه دوم	بررسی آناتومی و فیزیولوژی مادر در دوران بارداری پاسخگویی مشاور به سؤالات احتمالی مراجع بر اساس مدل PLISSIT در قالب: - تشریح وضعیت‌های مختلف نزدیکی در دوران بارداری با توجه به محدودیت‌های این دوران - رعایت نکات لازم بهداشتی در هنگام نزدیکی در بارداری در قالب سطوح دوم و سوم مدل PLISSIT اجرای گام‌های مشاوره بر اساس مدل برای جلسه دوم
جلسه سوم	بررسی حیطه‌های عملکرد جنسی و تغییرات آن در دوران بارداری پاسخگویی مشاور به سؤالات احتمالی مراجع بر اساس مدل PLISSIT در قالب: - تشریح مراحل ۴ گانه‌ی چرخه‌ی پاسخ جنسی و تفاوت‌های جسمی و روانی زن و مرد در هر یک از مراحل چرخه‌ی جنسی - اصلاح باورهای غلط در مورد روابط جنسی در دوران بارداری در قالب سطوح دوم و سوم مدل PLISSIT - جمع‌بندی جلسه‌ی مشاوره و طرح‌ریزی جلسه‌ی بعدی - بررسی الگوی تغییرات جنسی در دوران بارداری
جلسه چهارم	- پاسخگویی مشاور به سؤالات احتمالی مراجع بر اساس مدل PLISSIT در قالب: - تشریح الگوی تغییرات جنسی در بارداری در قالب سطوح دوم و سوم مدل PLISSIT و آرایه‌ی پیشنهادها‌ی اختصاصی در این دوران مانند: - ماساژ کمر بعد از ارگاسم، جهت آرامش زن باردار - کمتر کردن طول مدت نزدیکی - عدم انجام نزدیکی با معده‌ی خالی - پرهیز از انجام نزدیکی به هنگام خستگی بدنی - به حداقل رساندن تحریک سینه‌ها - جمع‌بندی جلسه‌ی مشاوره و طرح‌ریزی جلسه‌ی بعد بررسی رضایت جنسی و به دنبال آن رضایت زناشویی در بارداری پاسخگویی مشاور به سؤالات احتمالی مراجع بر اساس مدل PLISSIT در قالب: - شرح عوامل مؤثر بر رضایت جنسی و به دنبال آن رضایت زناشویی در بارداری در قالب سطوح دوم و سوم مدل PLISSIT - جمع‌بندی کل فرایند مشاوره

PLISSIT: Permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy

مورد  $3/92 \pm 26/32$  سال و در گروه شاهد  $4/77 \pm 27/10$  سال بود. بیشتر افراد هر دو گروه، خانه‌دار و اغلب دارای تحصیلات دبیرستان و بالاتر بودند. همچنین، بیش از دو سوم افراد در هر دو گروه، خواستار حاملگی بودند. مقایسه‌ی دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی، تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد و بنابراین، زنان باردار در دو گروه مورد و شاهد همسان بودند (جدول ۲).

نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که نمره‌ی تمایل در گروه مورد در مرحله‌ی قبل از مداخله و دو و چهار هفته پس از مداخله و در گروه شاهد در مرحله‌ی قبل از مداخله، دارای توزیع طبیعی نبود. نمرات تحریک جنسی و ارگاسم نیز در مرحله‌ی قبل از مداخله در گروه مورد، توزیع طبیعی نداشت ( $P < 0/050$ ). سایر نمرات توزیع طبیعی داشتند و برای مقایسه‌ی نتایج آن‌ها، از آزمون‌های پارامتریک استفاده گردید.

آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) انجام شد. جهت بررسی توزیع متغیرهای کمی از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده شد. جهت مقایسه‌ی گروه‌ها از نظر متغیرهای مورد بررسی نیز از آزمون‌های  $\chi^2$ , Independent t, Mann-Whitney, Freedman, Repeated measures ANOVA و ANCOVA استفاده شد.  $P < 0/050$  به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر، تعداد ۸۰ نفر از زنان بارداری که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند (هر گروه ۴۰ نفر) مورد ارزیابی قرار گرفتند. بررسی متغیرهای کمی با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که همه‌ی متغیرها دارای توزیع طبیعی بودند. میانگین سنی افراد در گروه

جدول ۲. مقایسه‌ی برخی مشخصات دموگرافیک و بارداری زنان شرکت کننده در مطالعه

مقدار P	گروه شاهد	گروه مورد	متغیرهای مورد بررسی
۰/۴۳۰	۲۷/۱۰ ± ۴/۷۷	۲۶/۳۲ ± ۳/۹۲	سن (سال)
۱/۰۰	۲۴/۷۷ ± ۰/۸۰	۲۴/۷۷ ± ۰/۸۳	سن بارداری (هفته)
۰/۰۸۰	۱/۹۷ ± ۱/۰۴	۱/۶۲ ± ۰/۷۰	تعداد حاملگی
۰/۷۳۰	۶ (۱۵/۰)	۴ (۱۰/۰)	وضعیت اشتغال
۰/۸۹۰	۳۴ (۸۵/۰)	۳۶ (۹۰/۰)	تحصیلات
۰/۵۹۰	۳ (۷/۵)	۳ (۷/۵)	تحصیلات همسر
	۵ (۱۲/۵)	۳ (۷/۵)	
	۱۷ (۴۲/۵)	۱۷ (۴۲/۵)	
	۱۵ (۳۷/۵)	۱۷ (۴۲/۵)	
	۴ (۱۰/۰)	۳ (۷/۵)	
	۸ (۲۰/۰)	۴ (۱۰/۰)	
	۱۴ (۳۵/۰)	۱۶ (۴۰/۰)	
	۱۴ (۳۵/۰)	۱۷ (۴۲/۵)	
> ۰/۹۹۹	۳۹ (۹۷/۵)	۳۹ (۹۷/۵)	شغل همسر
	۱ (۲/۵)	۱ (۲/۵)	
	۳۱ (۷۷/۵)	۲۷ (۶۷/۵)	خواسته بودن حاملگی
> ۰/۹۹۹	۹ (۲۲/۵)	۱۳ (۳۲/۵)	

در سه ردیف اول، مقادیر به صورت میانگین ± انحراف معیار و مقادیر P بر اساس آزمون Independent t و در سایر ردیف‌ها، مقادیر به صورت تعداد (درصد) و مقادیر P بر اساس آزمون  $\chi^2$  آمده است.

ندارد. دو هفته پس از مداخله نیز مقایسه‌ی دو گروه شاهد و مورد تنها در حیطه‌ی تمایل تفاوت معنی‌داری نشان داد ( $P = ۰/۰۱۰$ ). در چهار هفته پس از مداخله نیز بین دو گروه از نظر حیطه‌های تمایل، تحریک جنسی و ارگاسم، تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ( $P < ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۳).

مقایسه‌ی نمرات گروه مورد در طی زمان در حیطه‌های تمایل، تحریک جنسی و ارگاسم، نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین نمرات این حیطه‌ها در گروه مورد وجود داشت ( $P < ۰/۰۰۱$ ). مقایسه‌ی گروه‌های مورد و شاهد در مرحله‌ی قبل از مداخله، نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه در این حیطه‌ها وجود

جدول ۳. مقایسه‌ی درون گروهی و بین گروهی ابعاد تمایل، تحریک جنسی و ارگاسم در گروه‌های مورد و شاهد

مقدار P	آماره‌ی آزمون	گروه شاهد میانگین ± انحراف معیار	گروه مورد میانگین ± انحراف معیار	متغیرها
۰/۳۳۰		۳/۲۷ ± ۰/۸۳	۳/۰۹ ± ۰/۶۶	تمایل
۰/۰۱۰		۳/۲۷ ± ۱/۰۶	۳/۹۷ ± ۲/۶۴	قبل از مداخله
< ۰/۰۰۱		۳/۳۰ ± ۱/۰۹	۴/۲۷ ± ۰/۵۱	دو هفته بعد از مداخله
		۱/۲۳۰	۵۳/۹۱۰	چهار هفته بعد از مداخله
		↑ ۰/۵۳۰	↑ < ۰/۰۰۱	آماره‌ی آزمون
				مقدار P
۰/۳۰۷		۳/۳۷ ± ۱/۱۲	۳/۱۷ ± ۰/۷۷	تحریک جنسی
۰/۱۵۰	۱/۴۵	۳/۴۶ ± ۱/۱۷	۳/۷۷ ± ۰/۵۷	قبل از مداخله
< ۰/۰۰۱	۴/۷۹	۳/۵۴ ± ۱/۱۰	۴/۴۷ ± ۰/۵۰	دو هفته بعد از مداخله
		۰/۵۳۰	۶۶/۰۹۰	چهار هفته بعد از مداخله
		‡ ۰/۵۸۰	‡ < ۰/۰۰۱	آماره‌ی آزمون
				مقدار P
۰/۲۴۰		۳/۴۸ ± ۰/۹۱	۳/۳۲ ± ۰/۶۲	ارگاسم
۰/۱۰۰	۱/۶۶	۴/۰۹ ± ۱/۱۹	۳/۷۴ ± ۰/۶۰	قبل از مداخله
< ۰/۰۰۱	۴/۶۰	۳/۵۸ ± ۰/۸۶	۴/۳۰ ± ۰/۴۹	دو هفته بعد از مداخله
		۶/۰۷۰	۵۵/۷۵۰	چهار هفته بعد از مداخله
		‡ ۰/۰۰۴	‡ < ۰/۰۰۱	آماره‌ی آزمون
				مقدار P

\*آزمون Mann-Whitney، \*\*آزمون Independent t، †آزمون Freedman، ‡آزمون Repeated measures ANOVA

جدول ۴. مقایسه‌ی درون گروهی و بین گروهی ابعاد رطوبت، رضایت و درد در گروه‌های مورد و شاهد

متغیرها	گروه مورد میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه شاهد میانگین $\pm$ انحراف معیار	آماره‌ی آزمون	مقدار P
رطوبت	قبل از مداخله	۲/۸۲ $\pm$ ۰/۴۶	۳/۰۲ $\pm$ ۰/۷۱	۰/۱۶۰
	دو هفته بعد از مداخله	۳/۲۷ $\pm$ ۰/۴۲	۳/۱۱ $\pm$ ۰/۷۳	۰/۲۴۰
	چهار هفته بعد از مداخله	۳/۷۷ $\pm$ ۰/۳۷	۳/۱۳ $\pm$ ۰/۶۶	< ۰/۰۰۱
	آماره‌ی آزمون	۷۱/۷۹	۰/۶۵	
مقدار P	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱		
رضایت	قبل از مداخله	۴/۱۴ $\pm$ ۰/۸۳	۴/۱۸ $\pm$ ۱/۱۹	۰/۷۰۰
	دو هفته بعد از مداخله	۳/۷۴ $\pm$ ۰/۶۰	۴/۱۴ $\pm$ ۱/۳۹	۰/۱۱۰
	چهار هفته بعد از مداخله	۵/۳۳ $\pm$ ۰/۶۲	۴/۲۶ $\pm$ ۱/۲۰	< ۰/۰۰۱
	آماره‌ی آزمون	۵۶/۶۲	۰/۲۷	
مقدار P	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱		
درد	قبل از مداخله	۲/۳۶ $\pm$ ۰/۷۶	۳/۰۴ $\pm$ ۱/۴۰	۰/۰۲
	دو هفته بعد از مداخله	۲/۸۳ $\pm$ ۰/۵۳	۳/۰۶ $\pm$ ۱/۱۷	۰/۲۴
	چهار هفته بعد از مداخله	۳/۰۹ $\pm$ ۰/۵۴	۲/۸۹ $\pm$ ۱/۱۶	۰/۳۷
	آماره‌ی آزمون	۲۴/۹۷	۰/۵۷	
مقدار P	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱		

\*آزمون Independent t. \*\*آزمون Repeated measures ANOVA

گروه مورد در طی زمان‌های پی‌گیری به طور معنی‌داری افزایش یافته است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). همچنین، نتایج نشان داد که نمره‌ی عملکرد جنسی در مرحله‌ی چهار هفته بعد از مداخله در گروه مورد  $۱/۸۱ \pm ۲۵/۲۴$  و در گروه شاهد  $۳/۹۰ \pm ۲۰/۷۴$  به دست آمد و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

با توجه به آزمون ANCOVA، پس از تعدیل اثر قبل از مداخله، بین میانگین تحریک جنسی، رطوبت و عملکرد جنسی در دو گروه مورد و شاهد، دو هفته بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $P < ۰/۰۵۰$ ). همچنین، بین میانگین عملکرد جنسی و تمام حیطه‌های آن در دو گروه مورد و شاهد، چهار هفته بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $P < ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۶).

مقایسه‌ی نمرات گروه مورد در طی زمان در حیطه‌های رطوبت، رضایت و درد، تفاوت آماری معنی‌داری را در بین نمرات این حیطه‌ها در گروه مورد نشان داد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). مقایسه‌ی گروه‌های مورد و شاهد نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری در حیطه‌ی درد در مرحله‌ی قبل از مداخله وجود داشت ( $P = ۰/۰۲۰$ ). همچنین، نتایج نشان داد که دو هفته پس از مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌های مورد و شاهد از نظر این سه حیطه وجود ندارد. در مرحله‌ی چهار هفته پس از مداخله نیز نمرات حیطه‌های رطوبت و رضایت در بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت آماری معنی‌داری نشان دادند ( $P < ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۴).

یافته‌های جدول ۵، نشان می‌دهد که نمره‌ی عملکرد جنسی در

جدول ۵. مقایسه‌ی درون گروهی و بین گروهی نمره‌ی عملکرد جنسی در گروه‌های مورد و شاهد

عملکرد جنسی	گروه مورد میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه شاهد میانگین $\pm$ انحراف معیار	آماره‌ی آزمون	مقدار P*
قبل از مداخله	۱۹/۹۵ $\pm$ ۲/۷۶	۲۰/۳۶ $\pm$ ۳/۶۵	-۱/۹۴۵	۰/۰۶۰
دو هفته بعد از مداخله	۲۲/۲۱ $\pm$ ۳/۰۱	۲۰/۴۸ $\pm$ ۳/۷۱	۲/۱۸۴	۰/۳۲۰
چهار هفته بعد از مداخله	۲۵/۲۴ $\pm$ ۱/۸۱	۲۰/۷۴ $\pm$ ۳/۹۰	۶/۴۸۵	< ۰/۰۰۱
آماره‌ی آزمون	۴۳/۷۹۰	۰/۱۹۰		
مقدار P**	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸۰		

\*آزمون Independent t. \*\*آزمون Repeated measures ANOVA

جدول ۶. مقایسه‌ی نمرات عملکرد جنسی و حیطه‌های آن قبل، دو و چهار هفته بعد از مداخله در دو گروه مورد و شاهد با استفاده از آزمون

ANCOVA				
متغیر	دو هفته بعد از مداخله		چهار هفته بعد از مداخله	
	آماره‌ی P	آماره‌ی آزمون	مقدار P	آماره‌ی آزمون
عملکرد جنسی	۸/۸۵	۰/۰۰۴	۵۴/۷۸	۰/۰۰۱
تمایل	۲/۸۳	۰/۱۰۰	۴۴/۱۰	۰/۰۰۱
تحریک جنسی	۶/۰۷	۰/۰۲۰	۳۳/۱۸	۰/۰۰۱
رطوبت	۵/۴۲	۰/۰۲۰	۳۴/۴۵	۰/۰۰۱
ارگاسم	۱/۸۶	۰/۱۸۰	۲۷/۳۸	۰/۰۰۱
رضایت جنسی	۲/۷۴	۰/۱۰۰	۳۲/۸۷	۰/۰۰۱
درد	۰/۱۷	۰/۶۸۰	۵/۵۴	۰/۰۲۰

نتایج این مطالعه در گروه آزمون برای تمام متغیرها اختلاف معنی‌داری میان قبل و بعد از مداخله و قبل و چهار هفته بعد از مداخله نشان می‌دهد؛ به طوری که مقایسه‌ی متغیرهای تمایل، تحریک جنسی، ارگاسم و رضایت در سه مقطع قبل از مداخله، دو و چهار هفته بعد از مداخله در گروه مورد، با توجه به عدم طبیعی‌سازی این متغیرها، از آزمون ناپارامتری Freedman استفاده شد و نشان داد که بین میانگین رتبه‌ی سه مقطع زمانی در متغیرهای تمایل، تحریک جنسی، ارگاسم و رضایت، اختلاف معنی‌داری وجود دارد. همچنین، بین رتبه‌ی میانگین متغیرهای تمایل، تحریک جنسی، ارگاسم و رضایت در گروه مورد، در دو و چهار هفته بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود داشت.

### بحث

پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره‌ی جنسی، می‌تواند عملکرد جنسی افراد را در دوران بارداری بهبود ببخشد. عملکرد جنسی بعد از مداخله‌ی مشاوره‌ای در دو گروه مورد و شاهد با توجه به آزمون ANCOVA، پس از تعدیل اثر قبل از مداخله، نشان داد که بین میانگین تحریک جنسی، رطوبت، درد و عملکرد جنسی در دو گروه مورد و شاهد، دو هفته بعد از مداخله و بین میانگین نمره‌ی عملکرد جنسی و تمام حیطه‌های آن در دو گروه مورد و شاهد چهار هفته بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری وجود دارد.

مقایسه‌ی عملکرد جنسی قبل از مداخله‌ی مشاوره‌ای در دو گروه مورد و شاهد نشان داد که میانگین نمره در متغیر درد در قبل از مداخله معنی‌دار و در دو و چهار هفته بعد از مداخله، غیر معنی‌دار شده است، که با تعدیل اثر قبل از مداخله با استفاده از آزمون ANCOVA در دو و چهار هفته بعد از مداخله، میانگین معنی‌دار شده است. نتایج مطالعه‌ی حاضر، با پژوهش رستمخانی و همکاران مبنی بر افزایش میانگین عملکرد جنسی و حیطه‌های آن (با توجه به تأثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT توسط ایشان) در دو و چهار هفته بعد هم‌خوانی داشت (۳۱).

در مطالعه‌ی حاضر پس از مداخله، تغییر در میانگین نمرات حیطه‌ی درد نیز مانند سایر حیطه‌ها ایجاد شد که با نتایج مطالعات رستمخانی و همکاران (۳۱) و نیز Vural و Temel (۳۵) هم‌خوانی داشت، اما در مطالعه‌ی Ayaz (۲۵)، تغییر حیطه‌ی درد در گروه مورد معنی‌دار نبود. یکی از علل اختلاف بین نتایج پژوهش حاضر و سایر مطالعات، به این دلیل است که بیماران در آن مطالعه، مبتلا به استوما بودند و این بیماری درد جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۵).

نتایج مطالعه‌ی ابراهیمی‌پور و همکاران در مشهد نیز با مطالعه‌ی حاضر تا حدودی هم‌خوانی داشت؛ به طوری که مؤلفه‌های میل جنسی و رضایت جنسی، افزایش آماری معنی‌داری را نشان دادند، اما افزایش نمره‌ی مؤلفه‌های تحریک جنسی، رطوبت تناسلی، ارضای جنسی و درد جنسی، از نظر آماری معنی‌دار نبود. پس با مطالعه‌ی حاضر در این قسمت هم‌خوانی نداشت (۳۴). مطالعه‌ی Temel و Vural در ترکیه که بر روی ۷۱ زوج انجام شد، نشان داد که ۴ ماه پس از آموزش (IBM) Integrative behavioral model، میانگین عملکرد جنسی زنان از ۲/۳۶ به ۳/۵۷ ارتقا یافته و میزان

در کل، مطالعه‌ی حاضر نشان داد که مشاوره بر اساس مدل PLISSIT، بر رضایت و عملکرد جنسی زنان باردار تأثیرگذار بوده و نسبت به مشاوره‌های معمول، موجب کاهش بیشتر مشکلات جنسی و افزایش معنی‌دار نمرات رضایت جنسی، عملکرد جنسی و حیطة‌های مختلف آن در زنان باردار می‌گردد. مطالعه‌ی Ayaz در ترکیه که بر روی ۶۰ نفر از بیماران دچار استوما (ایلئوستومی یا کولوستومی به دلیل سرطان روده یا کولیت اولسراتیو) انجام گرفته بود، نشان داد که ۴ ماه پس از مشاوره بر اساس مدل PLISSIT، میانگین عملکرد جنسی زنان ارتقا یافته و میزان عملکرد جنسی گروه مورد نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی‌داری داشته است. نتایج مطالعه‌ی Ayaz، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر در زمینه‌ی ارتقای عملکرد جنسی زنان پس از مداخله‌ی PLISSIT را تأیید می‌کند (۲۵).

آموزش و مشاوره‌ی جنسی، می‌تواند سبب درک و فهم بهتر افراد نسبت به مسایل جنسی و یادگیری شیوه‌ی مناسب برخورد با موقعیت تنش‌زای دوران بارداری و در نهایت ارتقای بهداشت روانی این دوران گردد (۳۷). از این رو، برنامه‌های مشاوره و توان‌بخشی مسایل جنسی به عنوان قسمتی از مراقبت‌های حین بارداری به خصوص برای افراد چندزا ضروری به نظر می‌رسد (۳۸). این مسأله، به حدی اهمیت دارد که حتی توصیه می‌شود آموزش مسایل جنسی برای زوجها در تمام مراحل پس از ازدواج و به خصوص برای مردان در دوران بارداری همسرانشان جدی تلقی شود (۳۹). در نهایت این که بهداشت جنسی به معنی مراقبت از سلامت جنسی زنان، تشخیص نگرانی‌ها و کمک به آن‌ها برای بهبود عملکرد و افزایش رضایت جنسی، باید از

محورهای اصلی دانش خانواده‌ی سالم، در نظر گرفته شود. نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر را می‌توان در امر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بهداشتی و درمانی مناسب به کار برد. تهیه و تدوین برنامه‌های مشاوره‌ای یا آموزشی و درمانی در این زمینه، به پزشکان متخصص زنان، ماماها، روان‌شناسان و کارمندان بهداشتی-درمانی در کلینیک‌های زنان و مطب‌های تخصصی زنان، مامایی، مراکز بهداشتی-درمانی و کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره‌ی خانواده، می‌تواند کمک‌کننده باشد. از این رو، پیشنهاد می‌شود هنگام مراجعه‌ی زنان به خصوص زنان باردار دارای اختلالات جنسی به مراکز درمانی و مشاوره‌ای؛ عملکرد و رضایت جنسی آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد و در صورت نیاز، آموزش و مشاوره‌ی لازم به این زنان داده شود. نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر را می‌توان در امر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بهداشتی و درمانی مناسب به کار برد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه با تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان (IR.UMSHA.REC.1394.225) در سال ۱۳۹۴ انجام و در پایگاه ثبت کارآزمایی‌های بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره‌ی IRCT2015070713405N11 ثبت شده است. این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی می‌باشد. همچنین، نویسندگان مراتب تشکر و سپاس خود را نسبت به کلیه‌ی عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، به ویژه سرکار خانم‌ها صغری بهرامی و زهرا نجاتی اعلام می‌دارند.

### References

- Escudero-Rivas R, Carretero P, Cano A, Cruz M, Florido J. Modifications of sexual activity during uncomplicated pregnancy: a prospective investigation of Spanish women. *Health* 2013; 5(8): 1289-94.
- von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999; 47(1): 27-49.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000; 107(2): 186-95.
- Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010; 7(1 Pt 1): 136-42.
- Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG* 2000; 107(8): 964-8.
- Babazadeh R, Najmabadi KM, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 120(1): 82-4.
- Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res* 2005; 17(2): 154-7.
- Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(10): 934-8.
- Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006; 46(4): 282-7.
- Masoumi SZ, Garousian M, Khani S, Oliaei SR, Shayan A. Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. *Int J Fertil Steril* 2016; 10(3): 290-6.
- DeJadicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002; 39(2): 94-103.
- Jahanfar S, Molaeezhad M. Textbook of sexual disorders. Tehran, Iran: Nashr-e-Salemi, Bijeh; 2001. [In Persian].
- Salehmoghaddam, Reza A, Aghebati F. Sexual dysfunction and related factors during pregnancy. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2011;37:116-29.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>th</sup> ed.



- Washington, DC: APA; 2003.
15. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med* 2008; 5(8): 1915-22.
  16. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med* 2010; 7(8): 2782-90.
  17. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Human sexuality*. New York, NY: Harper Collins College Publishers; 1995.
  18. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279(3): 353-6.
  19. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy* 2009; 110(7): 427-31.
  20. Rahmani A, Merghati Khoei E, Sadeghi N, Allahgholi L. Relationship between sexual pleasure and marital satisfaction. *Iran J Nurs* 2011; 24(70): 82-90. [In Persian].
  21. Ohadi B. *Human sexual behavior*. Isfahan, Iran: Sadegh Hedayat Press; 2004. [In Persian].
  22. Sunga KL, Bellolio MF, Gilmore RM, Cabrera D. Spontaneous retroperitoneal hematoma: etiology, characteristics, management, and outcome. *J Emerg Med* 2012; 43(2): e157-e161.
  23. Heydari M, Kiani Asiabar A, Faghihzade S. Couples' knowledge and attitude about sexuality in pregnancy. *Tehran Univ Med J* 2006; 64(9): 83-9. [In Persian].
  24. Allen L, Fountain L. Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes. *J Perinat Educ* 2007; 16(1): 32-6.
  25. Ayaz S. Approach to sexual problems of patients with stoma by PLISSIT model: An alternative. *Sex Disabil* 2009; 27(2): 71-81.
  26. MacLaren A. Primary care for women. Comprehensive sexual health assessment. *J Nurse Midwifery* 1995; 40(2): 104-19.
  27. Berek JS. *Berek and Novak's gynecology*. 15<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
  28. Rostamkhani F, Ozgoli G, Merghati Khoei E. Change in women sexual responses with using consultation based on PLISSIT model. Proceedings of the 1<sup>st</sup> International and 4<sup>th</sup> National Congress on health Education and Promotion; 2011 May 16-19; Tabriz, Iran.
  29. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *J Sex Marital Ther* 2006; 32(2): 173-82.
  30. Thorne FC. *Integrative psychology*. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing Co; 1967.
  31. Rostamkhani F, Ozgoli G, Merghati Khoei E, Jafari F, Alavi Majd H. Effectiveness of the PLISSIT-based counseling on sexual function of women. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2012; 22(76): 1-9. [In Persian].
  32. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2): 191-208.
  33. Mohammadi K, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the Iranian version. *Payesh Health Monit* 2008; 7(3): 269-78. [In Persian].
  34. Ebrahimipour H, Jalabadany Z, Peyman N, Ismaili H, Vafaii Najjar A. Effect of sex education, based on the theory of planned behavior, on the sexual function of the woman attending Mashhad health centers. *J Birjand Univ Med Sci* 2013; 20(1): 58-67. [In Persian].
  35. Vural BK, Temel AB. Effectiveness of premarital sexual counselling program on sexual satisfaction of recently married couples. *Sex Health* 2009; 6(3): 222-32.
  36. 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): 367-74. [In Persian].
  37. Bastani F, Haidarnia A, Vafaie M, Kazem-nejad A, Kashanian M. The effect of relaxation training based on self-efficacy theory on mental health of pregnant women. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 12(2): 109-16. [In Persian].
  38. Abouzari-Gazafroodi K, Najafi F, Kazemnejad E, Rahnama P, Montazeri A. Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy. *Reprod Health* 2015; 12: 72.
  39. Ebrahimian A, Heydari M, Saberi Zafar Ghandi MB, Delavari S. Comparing sexual dysfunctions in men before and during their wives' pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(33): 19-25.

## Efficacy of Sexual Consultation Based on PLISSIT Model (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy) on Sexual Function among Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial

Behnaz Nejati<sup>1</sup>, Farideh Kazemi<sup>2</sup>, Seyedeh Zahra Masoumi<sup>3</sup>, Parisa Parsa<sup>4</sup>,  
Manoochehr Karami<sup>5</sup>, Azra Mortazavi<sup>6</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Sexual problems during pregnancy are the source of many interpersonal and marital conflicts. The pattern of changes in sexual activity during pregnancy can have an impact on sexual function and thus on sexual satisfaction in pregnant women. Counseling can reduce pregnant women's sexual problems during this time greatly. This study was conducted to determine the effect of counseling based on the PLISSIT model (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy) on sexual function in pregnant women.

**Methods:** This randomized clinical trial study was conducted on 80 pregnant women with gestational age of 24-26 weeks, having at least one sexual problem confirmed by psychiatrists. They were divided randomly in basis of block permutation into two groups of intervention and control. The intervention group received counseling based on PLISSIT by a trained midwife and control group received regular prenatal care by a midwifery clinic. Demographic and midwifery, and Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire were used and completed for data collection before intervention, and 2 and 4 weeks after that. P-value of less than 0.05 was considered significant.

**Findings:** After adjusting for pre-intervention score, there were significant differences between the mean score of sexual function, and all its domains, among experimental and control groups at the fourth week after the intervention ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** As sexual counseling based on PLISSIT model improved sexual function in women during pregnancy in this research, using this model in primigravida is advised. Evaluation of this method in sexual satisfaction is recommended for future studies.

**Keywords:** Counseling, Pregnancy, Sexual dysfunction

**Citation:** Nejati B, Kazemi F, Masoumi SZ, Parsa P, Karami M, Mortazavi A. **Efficacy of Sexual Consultation Based on PLISSIT Model (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy) on Sexual Function among Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial.** J Isfahan Med Sch 2017; 35(435): 739-48.

1- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2- PhD Candidate, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Mother and Child Care Research Center AND Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

4- Associate Professor, Chronic Disease Research Center AND Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Iran

5- Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center AND Department of Epidemiology, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

6- Psychologist, Malayer Imam Hossein Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

**Corresponding Author:** Seyedeh Zahra Masoumi, Email: zahramid2001@yahoo.com