

## اثربخشی افزودن مداخلات درمان جنسی PLISSIT به داروی بوپروپیون بر اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون

کوروش شیرانی<sup>۱</sup>، مهرداد صالحی<sup>۲</sup>، میترا ملایی نژاد<sup>۳</sup>، معصومه صفایی<sup>۴</sup>، بهزاد مهکی<sup>۵</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** یکی از عوارض درمان نگهدارنده با متادون اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی می باشد که باعث عدم تمایل به ادامه درمان در مراجعین می باشد. اثربخشی درمان های دارویی مانند بوپروپیون در این افراد در مطالعات قبل مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است، اما میزان اثربخشی مداخلات تخصصی درمان جنسی مانند Specific suggestions, Limited information, Permission و Intensive therapy (PLISSIT) تاکنون مطرح نشده است. از این رو، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی افزودن PLISSIT به داروی بوپروپیون بر اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

**روش ها:** در این مطالعه ی کارآزمایی بالینی، ۵۰ بیمار مرد تحت درمان نگهدارنده با متادون مبتلا به اختلال عملکرد جنسی از بین مراجعان به درمانگاه های ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس، به صورت تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تخصیص یافتند (n = ۲۵). هر دو گروه، بوپروپیون آهسته رهش را با دز معمول (۱۵۰-۳۰۰ میلی گرم) جهت بهبود عملکرد جنسی دریافت کردند. گروه مورد، به مدت شش هفته درمان PLISSIT را نیز دریافت کردند. عملکرد جنسی و رضایت زناشویی مشارکت کنندگان هر دو گروه توسط دو پرسش نامه ی تجارب جنسی Arizona (Arizona sexual experiences scale یا ASEX) و نسخه ی تجدید نظر شده ی سازگاری زوجی (Revised dyadic adjustment scale یا RDAS) مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین تغییرات ایجاد شده در نمرات کلی اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی طی مداخله، بین دو گروه مورد و شاهد دارای تفاوت معنی داری بود (P < ۰/۰۰۱ برای همه).

**نتیجه گیری:** افزودن PLISSIT به داروی بوپروپیون، باعث بهبود اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون می شود. پیشنهاد می گردد این مداخله توسط مشاورین در درمانگاه های ترک اعتیاد به کار گرفته شود.

**واژگان کلیدی:** بوپروپیون، متادون، اختلال عملکرد جنسی، کارآزمایی بالینی

**ارجاع:** شیرانی کوروش، صالحی مهرداد، ملایی نژاد میترا، صفایی معصومه، مهکی بهزاد. اثربخشی افزودن مداخلات درمان جنسی PLISSIT به داروی بوپروپیون بر اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۷؛ ۳۶ (۴۸۸): ۸۱۴-۸۲۲

۸۱۴-۸۲۲

بهداشت ایران، نزدیک به دو برابر این میزان از مردم ایران مصرف کننده ی مواد هستند (۱-۲). در بررسی سریع سوء مصرف مواد در سال ۱۳۸۶، شیوع اعتیاد در کشور یک میلیون و دویست هزار نفر برآورد شده است (۳). پژوهش ها نشان می دهد که مصرف مواد به

### مقدمه

اعتیاد به اختلال مصرف مواد مخدر، گسترش جهانی دارد و امروزه، بخش بزرگی از مبتلایان به این بیماری را جوانان تشکیل می دهند. بر اساس گزارش های سازمان ملل، ۲/۸ درصد و بر اساس آمار وزارت

۱- دستیار، گروه روان پزشکی، دانشکده ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دکتری تخصصی سلامت جنسی و باروری، استادیار پژوهشی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استادیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- استادیار، گروه آمار، دانشکده ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

هفته‌های اول درمان به سرعت کاهش می‌یابد، اما برخی دیگر نظیر بیوست، تعریق بیش از حد، کاهش میل جنسی و اختلال در عملکرد جنسی، پس از شروع درمان نیز ادامه دارند (۱۱).

بوپروپیون، یک مونوسیکلیک آمینوکتون است که به عنوان درمان برای افراد غیر افسرده‌ی مبتلا به اختلال کاهش میل جنسی (Hypoactive sexual desire disorder) کمک کننده می‌باشد (۱۶). مطالعه‌ی بر روی ۱۰۸ مرد تحت درمان Methadone maintenance therapy (MMT)، نشان داده است که ۶۸/۵ درصد آن‌ها مشکل اختلال نعوظ پیدا کرده‌اند (۱۷). همچنین، ۸۸/۶ درصد مردان معنادار ناراضی جنسی دارند (۱۸). به علاوه، بسیاری از بیماران به دلیل شرم، از بیان اختلال عملکرد جنسی و مراجعه به پزشک اجتناب می‌کنند (۱۹، ۱۷). برخی از آن‌ها که به دلیل مزوی شدن و اختلال عملکرد جنسی در صدد رفع مشکل توسط الکل، اوپوئید و بنزودیازپین هستند، در نهایت با پیامدهای بیشتری مواجه می‌شوند (۲۳-۲۰). مشاهدات بیشتر نشان داده است که دریافت عوامل ضد افسردگی Pro-Dopaminergic و بوپروپیون، باعث کاهش جذب مجدد اپی‌نفرین و دوپامین و در نتیجه، افزایش میل جنسی (Sexual desire) در برخی بیماران می‌شود (۱۹).

اگر چه مطالعات زیادی در سایر کشورها بر روی عارضه‌ی جنسی متادون انجام شده است، اما در ایران، مطالعات محدودی در این زمینه صورت گرفته است. طی یک کارآزمایی بالینی دو سو کور در مراکز ترک اعتیاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، نشان داده شده است که افزودن بوپروپیون به MMT، نه تنها باعث بهبود اختلال عملکرد جنسی می‌شود، بلکه باعث همکاری بیشتر بیماران در ادامه‌ی درمان MMT نیز خواهد شد و نتایج بهتری از درمان MMT حاصل شده است (۲۴). تجارب بالینی نشان می‌دهند یکی از دلایل عمده‌ی عدم همکاری درمانی و قطع مصرف داروی نگهدارنده (متادون) و بازگشت مجدد به مصرف مواد مخدر، بروز عوارض مربوط به اختلال عملکرد جنسی است. تشخیص این عوارض و مدیریت مشکلات ناشی از اختلال عملکرد جنسی، می‌تواند باعث پای بندی هر چه بیشتر بیمار به درمان نگهدارنده شود، به خصوص در بیمارانی که تحت درمان با دز بالای دارو قرار دارند یا طول دوره‌ی درمان آن‌ها طولانی است (۲۴).

با توجه به افزایش روزافزون افراد تحت درمان‌های نگهدارنده با داروهای مخدر (متادون) در ایران و اهمیت بالینی آن در راستای کاستن از عوارض مصرف مواد، توجه به عوامل احتمالی عدم همکاری با درمان‌های نگهدارنده، از جمله اختلال عملکرد جنسی در این بیماران و برنامه‌ریزی در جهت کنترل این عوامل، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به علاوه، درمان‌های مؤثر باید به صورت

صورت زنجیره‌ای گسترش می‌یابد و عدم درمان مصرف کنندگان، خود زمینه‌ای برای ابتلای دیگر افراد جامعه می‌شود (۴). از این رو، با وجود حرکت به سوی درمان، درصد زیادی از معتادان به دلیل مسایل و مشکلاتی که دارند، به طور ناگهانی روش‌های درمانی را قطع می‌کنند و سپس، طولی نمی‌کشد که دچار عود می‌شوند (۵). تجارب کشور آمریکا در دهه‌های ۵۰-۱۹۲۰ و تجارب کشور ایران در سال‌های ۷۵-۱۳۶۰ نشان دهنده‌ی عدم تأثیر زندان‌ها و مراکز بازپروری در کنترل مصرف مواد بوده است (۶). امروزه، درمان‌های نگهدارنده با ترکیبات دارویی مخدر (به ویژه متادون) به عنوان یکی از متداول‌ترین و با ارزش‌ترین درمان‌ها برای کاهش خطر ناشی از مصرف مواد به کار می‌رود.

در ۲۸ کشور اروپایی، حداقل ۵۳۰۰۰۰ بیمار وابسته به هروئین تحت درمان با آگونیس‌های اپیوئیدی قرار دارند. این آمار، در مقایسه با ۱۰ سال گذشته، ۷ برابر افزایش نشان می‌دهد. حدود ۸۰ درصد این بیماران، تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند (۷). این نسبت در کشورهای مختلف متفاوت است. در ایالات متحده‌ی آمریکا، بالغ بر ۱۵۰۰۰۰ بیمار وابسته به مواد مخدر تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌باشند (۸).

مطالعات مختلف در خارج از ایران، نشان می‌دهند که بیماران زیادی در درمان با مواد نگهدارنده‌ی مخدر را طی دوره‌ی کوتاهی رها می‌کنند و دچار عود مصرف خواهند شد. این درصد، بین ۵۰-۱۰ درصد در مطالعات مختلف متفاوت بوده است (۹-۸). مطالعات و تجربه نشان داده است که بیماران تحت درمان با داروهای نگهدارنده مانند متادون، دچار اختلال در عملکرد جنسی می‌شوند. میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون، بین ۳۳-۷ درصد گزارش شده است (۱۳-۹).

بسیاری از داروهای که برای درمان ناخوشی‌های همراه بیماران مصرف کننده‌ی متادون تجویز می‌شود، مانند داروهای ضد افسردگی، ضد روان‌پریشی، داروهای آرام‌بخش، داروهای ضد اضطراب، داروهای آنتی‌کولینرژیک‌ها و ... نیز به نوبه‌ی خود تأثیر منفی بر عملکرد جنسی دارند (۱۴). عملکرد و تمایلات جنسی، همواره کانون توجه، کنجکاوی، علاقه و تحلیل بشر بوده است (۱۵).

متادون، یک ترکیب صنعتی است که آگونیس‌گیرنده‌ی  $\mu$  است و به عنوان مخدر جان‌نشین در درمان اختلال مصرف مواد و با هدف کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد به کار می‌رود. با وجود آن که بی‌خطر بودن نسبی متادون در مصارف طولانی مدت آن، به طور کامل اثبات شده است، اما به دلیل کامل نبودن تحمل ایجاد شده نسبت به برخی اثرات آن، عوارض جانبی همراه با مصرف دارو در فرد بروز می‌کند. برخی از این اثرات، همچون سرخوشی و خواب‌آلودگی در

ماه درمان MMT را دریافت کرده بودند، مشارکت کردند. سایر معیارهای ورود عبارت از شکایت از اختلال عملکرد جنسی، عدم ابتلا به بیماری زمینه ای اساسی مؤثر بر عملکرد جنسی (بر حسب شرح حال) به طور مثال اپی لپسی (صرع)، دیابت، سندرم عضوی مغزی، عدم ابتلا به روان‌پریشی، عدم مصرف داروهای مؤثر بر عملکرد جنسی (بر حسب شرح حال) شامل Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)، سیلدنافیل، تستوسترون‌های خوراکی یا تزریقی، داروهای ضد روان‌پریشی، داروهای ضد افسردگی حلقوی، Monoamine oxidase inhibitors (MAO-Is)، لیتیم، آمفتامین‌ها، کلردیازپوکساید، کلونیدین، متیل دوپا، اسپروونولاکتون، هیدروکلرتیازید، باربیتورات‌ها، داروهای ضد پارکینسون، کلوپیرات، دیگوسکین، ایندومتاسین، پروپرانولول، فنتولامین، عدم مصرف داروها یا مواد محرک، عدم مصرف الکل، نمره‌ی کلی ۱۹ یا بیشتر در مهارت تجربه‌ی جنسی (Arizona sexual experiences scale) یا ASEX (ASEX) یا نمره‌ی ۵ یا بیشتر در یکی از موارد (ASEX) یا یک نمره‌ی ۴ یا بیشتر در یکی از ۳ مورد و نیز موافقت بیمار برای شرکت در مطالعه بودند.

معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم تمایل بیمار برای ادامه یا شرکت در مطالعه (به هر دلیل)، عدم پاسخ‌دهی کامل پرسش‌نامه، عدم تداوم درمان ترک اعتیاد با داروی نگهدارنده‌ی مربوط برای مدت سه ماه توسط بیمار و تصمیم درمانگر معالج به قطع درمان با بوپروپیون یا متادون به هر دلیل بودند.

پیش از ورود به مطالعه (جهت رعایت موازین اخلاقی)، توسط پژوهشگر اول در مورد هدف از انجام مطالعه، مراحل کار و روش پژوهش، توضیحات لازم به شرکت کنندگان ارائه گردید و در صورت رضایت و تمایل بیمار به شرکت در مطالعه، از وی رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی گرفته شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه ۲۵ نفره‌ی مورد و شاهد تقسیم شدند. سپس، با توجه به اثربخشی بوپروپیون در مطالعه‌ی دیگری (۲۳)، بوپروپیون آهسته رهش با دز ۱۵۰ میلی‌گرم روزانه برای هر دو گروه آغاز شد. سپس، از روز هشتم، به ۲ بار در روز (۳۰۰ میلی‌گرم) افزایش یافت. گروه مورد، روش PLISSIT را نیز به مدت شش هفته دریافت کردند (جدول ۱). در پایان شش هفته بعد از اتمام جلسات، بار دیگر پرسش‌نامه‌های ASEX و Revised dyadic adjustment scale (RDAS) تکمیل و ارزیابی شد. پی‌گیری‌های منظم با فواصل بین جلسات PLISSIT هفتگی، توسط دستیار روان‌پزشکی و با کمک استاد راهنما انجام شد و بیماران در مورد اختلالات جنسی خود مورد سؤال قرار گرفتند.

در ادامه ابزارهای پژوهش توضیح داده می‌شوند.

اختصاصی در افراد تحت درمان در نظر گرفته شود (۱۶). یکی از شناخته شده‌ترین و پرکاربردترین روش‌های بررسی و مداخله‌ی غیر دارویی در رابطه با مشکلات جنسی مراجعه کنندگان، مداخله‌ی PLISSIT است (۳۱). PLISSIT، در واقع علایم اختصاری چهار سطح از مداخله است که نخستین بار توسط روان‌شناسی به نام دکتر جک آنون در دهه‌ی ۱۹۷۰ برای بهبود اختلال عملکرد جنسی پیشنهاد شده است و امروزه، به صورت گسترده‌ای توسط بسیاری از درمانگران اختلالات جنسی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مدل، در برگرفته‌ی چهار سطح است.

P (Permission): مجوز دادن، اساسی‌ترین و عمومی‌ترین سطح مداخله است. در این مرحله، از سؤالات باز برای ارزیابی عملکرد و نگرانی‌های جنسی مراجع استفاده می‌شود و به او اجازه داده می‌شود تا نگرانی‌هایش را بیان کند. LI (Limited Information): اطلاعات محدود، SS (Specific suggestions): پیشنهادهای ویژه و IT (Intensive therapy): درمان ویژه که مجموع این سطوح با نام کلی مدل PLISSIT شناخته می‌شود (جدول ۱).

بیمارانی که در رابطه‌ی جنسی آسیب دیده‌اند، یا مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند یا دچار اختلال هویت جنسی هستند یا کسانی که اختلال عملکرد جنسی آن‌ها به درمان‌های معمول جواب نمی‌دهد، باید به یک مرکز خدمات حرفه‌ای سلامت روان در زمینه‌ی مسایل جنسی ارجاع داده شوند. وقتی که مشکل جنسی مشخص شد، یک برنامه‌ی زمان‌بندی شده برای پی‌گیری آن مشکل باید تنظیم شود و در صورت تأهل زوجین با هم در جلسات حضور داشته باشند (۲۸-۲۵). گرچه همان‌طور که گفته شد، اثربخشی افزودن داروی بوپروپیون به شیوه‌نامه‌ی درمان نگهدارنده با متادون در مطالعات محدودی مورد ارزیابی قرار گرفته است (۲۴)، اما توجه به اهمیت روزافزون مداخلات غیر دارویی در اختلالات جنسی جمعیت‌های مختلف و گزارش‌هایی مبنی بر افزایش تبعیت بیماران از این نوع مداخلات و نبود مطالعه‌ای مبنی بر بررسی اثربخشی افزودن مداخله‌ی PLISSIT به داروی بوپروپیون در اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون، انجام این مطالعه ضروری به نظر می‌رسد.

## روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی (Randomized controlled trial یا RCT) تصادفی کنترل شده با رویکرد آینده‌نگر بود. نمونه‌ی مطالعه شامل ۵۰ بیمار مرد با اختلال عملکرد جنسی تحت درمان هم‌زمان با MMT و بوپروپیون بودند که از میان مراجعان به مراکز ترک دسترس انتخاب شدند. در این مطالعه، مردان متأهل باسواد که به مدت حداقل شش

## جدول ۱. محتوای جلسات درمان به روش PLISSIT برای مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون

جلسه	موضوعات	محتوای برنامه‌ی آموزشی - درمانی
۱	ارزیابی اولیه و مصاحبه‌ی بالینی اجازه دادن به مراجع برای بیان مشکل جنسی	جلب همکاری و اطمینان‌بخشی، ارتباط کلامی و غیر کلامی، کسب رضایت شفاهی، اجازه دادن به مراجع برای بیان مشکل و صحبت در مورد عملکرد جنسی، تخیلات و فانتزی‌ها و مشکلات و نگرانی‌های جنسی، معرفی روش درمان و تأثیر اعتیاد و درمان نگهدارنده با متادون بر عملکرد جنسی. بررسی توقعات، انتظارات مراجع از این شیوه‌ی درمانی، اضطراب‌های مراجع در مورد درمان و تعدیل آن‌ها.
۲	آشنایی با اطلاعات جنسی و اراییه اطلاعات محدود به مراجع	بررسی پیشرفت مراجع، اجازه دادن به مراجع برای بیان مشکل علمی و صحبت در مورد عملکرد جنسی، تأیید و طبیعی‌سازی کردن در صورت لزوم با استفاده از آمار و شواهد، دادن اطلاعاتی در زمینه‌ی آموزش مسایل جنسی و آناتومی و فیزیولوژی جنسی به صورت کلی و با توجه به شکایت مراجع، شرایط زندگی و اعتیاد و تأثیر آن بر عملکرد جنسی افراد، اراییه‌ی اطلاعاتی در زمینه‌ی تأثیر درمان نگهدارنده با متادون بر عملکرد جنسی افراد با استفاده از آمار و شواهد علمی، بررسی و اصلاح اطلاعات غلط و باورهای اشتباه مراجع در این زمینه، بحث و اراییه اطلاعات، تنظیم اهداف واقع‌گرایانه در درمان.
۳	اراییه راه‌کارهای اختصاصی و پیشنهاد‌های ویژه شناسایی استرس، مقابله‌های سازگارانه	بررسی پیشرفت آزمودنی، خلاصه‌ی جلسات قبل و تأثیر آن بر رفتارهای جنسی فرد، اراییه راه‌کارهای اختصاصی شامل اصلاحاتی در سبک زندگی، تمرین‌های درمان جنسی Masters و Johnson مانند شروع، توقف، آموزش تمرین تمرکز لذت مرحله‌ی اول، آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده‌ی مربوط به فعالیت جنسی، ثبت رویدادهای ناگوار روزانه، عواطف و افکار منفی خودکار، شناسایی نشانه‌ها و علائم استرس، راهبردهای مقابله با استرس و آموزش‌های روانی
۴	ادامه‌ی اراییه راه‌کارهای اختصاصی و پیشنهاد‌های ویژه، شناسایی استرس، مقابله‌های سازگارانه توأم با بازسازی شناختی در زمینه‌ی مسایل جنسی	بررسی پیشرفت آزمودنی، مروری کوتاه بر جلسه‌ی قبل، آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۵ دقیقه، مرور افکار منفی یادداشت شده توسط بیمار، بررسی افکار با کمک بیمار و روش‌های جایگزینی افکار منطقی با افکار غیر منطقی، اطلاع‌رسانی صحیح درباره‌ی عملکرد جنسی و ضرورت پردازش تفکرات مثبت جنسی، تمرین تمرکز لذت مرحله‌ی دوم و اجرای آن به صورت تکلیف خانگی
۵	ادامه‌ی اراییه راه‌کارهای اختصاصی و پیشنهاد‌های ویژه، مقابله با هیجان‌ات منفی و بازسازی شناختی در زمینه‌ی مسال جنسی	بررسی پیشرفت آزمودنی، مروری کوتاه بر جلسات قبل و تکالیف خانگی با کمک مراجع، ارزیابی اهداف درمانی و تغییرات فرد در زمینه‌ی شکایت جنسی، بررسی هیجان‌های ناخوشایند، موقعیتی که این هیجان‌ها در آن رخ می‌دهند، افکار خوشایند مربوط به آن هیجان‌ها، ترسیم جدول افکار ناخوشایند و پاسخ منطقی برای آن‌ها و درخواست از بیمار برای انجام تکالیف، دریافت تکالیف جلسات قبل از بیمار و صحبت در مورد نقاط لذت‌بخش جنسی و غیر جنسی یافت شده، هیجان‌ها و افکار خوشایند و ناخوشایند در طی تمرین‌های تمرکز لذت مرحله‌ی سوم
۶	ادامه‌ی اراییه راه‌کارهای اختصاصی، آموزش وضعیت‌های جنسی و اطلاعات جنسی تکمیلی، ارجاع برای دریافت درمان‌های ویژه در صورت لزوم	بررسی پیشرفت آزمودنی، مروری کوتاه بر جلسات قبل و تکالیف خانگی با کمک مراجع، ارزیابی اهداف درمانی، بررسی پیشرفت آزمودنی، مرور جلسات، بررسی فعالیت‌های انجام شده توسط بیمار و تأثیر آن‌ها بر شکایت جنسی، انتخاب تکالیف و تمرین‌های تقویت‌کننده‌ی عملکرد جنسی، اراییه اطلاعات بیشتر در مورد وضعیت‌های جنسی و نحوه‌ی تعامل جنسی، آمادگی برای تکمیل و ادامه‌ی درمان و تعمیم آموخته‌ها، دریافت تکالیف جلسات قبل از بیمار و صحبت در مورد نقاط لذت‌بخش جنسی و غیر جنسی یافت شده، احساسات و افکار خوشایند و ناخوشایند در طی تمرین‌های تمرکز لذت، ارجاع برای دریافت درمان‌های ویژه در صورت لزوم و عدم پیشرفت در عملکرد جنسی، صحبت در مورد نحوه‌ی ارجاع به مراکز و امکانات دیگر درمانی و تخصص‌های مختلف، اطمینان‌بخشی به مراجع، تکمیل پرسش‌نامه‌های RDAS و ASEX

ASEX: Arizona sexual experiences scale; RDAS: Revised dyadic adjustment scale

عملکرد جنسی است. دامنه‌ی نمره‌ی ASEX بین ۳۰-۵ می‌باشد. کسب نمره‌ی کل ۱۹ یا بیشتر، یا نمره‌ی ۵ یا بیشتر در یکی از موارد یا نمره‌ی ۴ یا بیشتر در ۳ مورد، به طور قوی با تشخیص بالینی اختلال عملکرد جنسی همراهی دارد. این پرسش‌نامه، در هر دو نسخه‌ی اصلی و فارسی از روایی و پایایی برخوردار بوده است. در مورد نسخه‌ی اصلی پرسش‌نامه، Cronbach's alpha معادل ۰/۹۰ و در مطالعه‌ی رئیسی و همکاران، پایایی نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه در طی آزمون-بازآزمون، معادل ۰/۹۴ تعیین شده است (۲۹-۳۰).

(۱) جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک شامل سن، شغل و میزان تحصیلات  
(۲) پرسش‌نامه‌ی تجارب جنسی Arizona (ASEX) که یک پرسش‌نامه‌ی پنج قسمتی است که برای ارزیابی اجزای اصلی عملکرد جنسی شامل میل و برانگیختگی جنسی، توانایی رسیدن به ارگاسم و احساس رضایتمندی از ارگاسم، طرح‌ریزی و شامل ۵ مورد است که بیشینه‌ی نمره‌ی هر مورد، ۶ است. کمترین نمره، منعکس‌کننده‌ی افزایش عملکرد جنسی و بیشترین نمره، منعکس‌کننده‌ی اختلال

## یافته‌ها

در ابتدای این مطالعه، ۵۰ بیمار مرد با اختلال عملکرد جنسی از نظر ویژگی‌های فردی بین دو گروه بررسی و مقایسه شدند. هیچ کدام از سه سه متغیر سن، وضعیت تحصیلات و شغل بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۲). در گروه مورد، ۲ نفر از بیماران به دلیل حوادث ترفیکی و بستری در بیمارستان، و یک نفر نیز به دلیل عدم همکاری از مطالعه خارج شدند. بر همین اساس، تعداد افراد گروه شاهد نیز تعدیل و اصلاح گردید.

میانگین نمره‌ی کلی اختلال عملکرد جنسی در گروه مورد بر اساس پرسش‌نامه‌ی ASEX در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون و بوپروپیون قبل از مداخله  $2/04 \pm 20/41$  و بعد از آن،  $1/79 \pm 7/55$  بود. در حالی که در گروه شاهد، ASEX قبل از شروع بوپروپیون  $2/17 \pm 19/95$  و بعد از شش هفته  $3/46 \pm 15/77$  بود. میانگین نمره‌ی کلی اختلال عملکرد جنسی در گروه PLISSIT بعد از مداخله،  $12/86$  کاهش یافت، اما در گروه شاهد، این میانگین  $4/18$  کاهش نشان داد. آزمون Paired t نشان داد که میانگین نمره‌ی کلی اختلال عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه، کاهش معنی‌داری داشت ( $P < 0/001$ ). آزمون ANCOVA نیز نشان داد که میانگین تغییرات نمره‌ی کلی اختلال عملکرد جنسی بین دو گروه مورد و شاهد، دارای تفاوت معنی‌داری بود ( $P < 0/001$ ). به عبارت بهتر، هر چند در هر دو گروه، کاهش معنی‌داری در نمره‌ی اختلال دیده شد، اما کاهش اختلال عملکرد جنسی در گروه مورد، به طور معنی‌داری بیش از گروه شاهد بود (جدول ۳).

میانگین نمره‌ی کلی رضایت زناشویی بر اساس RDAS در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون در گروه PLISSIT، قبل از مداخله  $4/78 \pm 22/23$  و بعد از مداخله معادل  $4/68 \pm 46/00$  بود. در حالی که در گروه بوپروپیون به تنهایی، میانگین قبل از شروع بوپروپیون  $6/64 \pm 30/27$  و بعد از شش هفته  $37/77 \pm 7/12$  بود.

۳) فرم تجدید نظر شده‌ی مقیاس سازگاری زناشویی (RDAS) نیز یک پرسش‌نامه‌ی ۱۴ سؤالی است که به صورت طیف ۶ تایی بین ۰-۵ نمره‌گذاری می‌شود؛ به طوری که پاسخ کاملاً موافق نمره‌ی ۵ و پاسخ کاملاً مخالف نمره‌ی صفر می‌گیرد. این ابزار، از سه خرده مقیاس (هم‌فکری و توافق، رضایت و انسجام) تشکیل شده است که در مجموع، نمره‌ی کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند و نمرات بالا، نشان دهنده‌ی کیفیت زناشویی بالاتر است. این پرسش‌نامه، در هر دو نسخه‌ی اصلی و فارسی، از روایی و پایایی بالایی برخوردار است. پایایی نسخه‌ی اصلی پرسش‌نامه، به شیوه‌ی Cronbach's alpha در مطالعه‌ی هولیست و میلر بین  $0/80-0/90$  و در نسخه‌ی فارسی، Cronbach's alpha و تصنیف برای ۱۴ ماده و سه عامل در کل پرسش‌نامه (به ترتیب با مقادیر  $0/92$  و  $0/89$ ) رضایت‌بخش گزارش شده است (۳۱).

جهت تحلیل داده‌ها، ابتدا از آمار توصیفی شامل جداول فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی برای توصیف مهم‌ترین ویژگی‌های افراد مورد مطالعه استفاده شد. از آزمون ANCOVA برای مقایسه‌ی تغییرات بین دو گروه و از آزمون Paired t برای مقایسه‌ی قبل و بعد در هر گروه استفاده شد. پیش‌فرض‌های آزمون ANCOVA شامل طبیعی بودن توزیع متغیر وابسته و برابری واریانس آن در گروه‌های مورد مطالعه به ترتیب با آزمون‌های Levene و Kolmogorov-smirnov بررسی شد و نتایج نشان داد که این دو پیش‌فرض، برقرار هستند ( $P > 0/050$ ).

تمام تحلیل‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ ( $P < 0/050$  به عنوان سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها در نظر گرفته شد. این مطالعه، در کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشکده‌ی پزشکی با کد ۳۹۶۰۶۵ تصویب گردید و در سایت مرکز ثبت کارآزمایی بالینی (Iranian Registry of Clinical Trials یا IRCT) نیز ثبت شد.

جدول ۲. مقایسه‌ی مشخصات دموگرافیک بیماران در دو گروه مورد و شاهد ( $n = 22$  در هر دو گروه)

متغیر	گروه	مورد		شاهد		مقدار P
		تعداد (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	تعداد (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۵ (۲۲/۷)		۶ (۲۷/۳)		۰/۸۲۴
	دیپلم و بالاتر	۱۳ (۵۹/۱)		۱۴ (۶۳/۶)		
	لیسانس و بالاتر	۴ (۱۸/۲)		۲ (۹/۱)		
شغل	بی‌کار	۵ (۲۲/۷)		۶ (۲۷/۳)		> ۰/۹۹۹
	آزاد	۱۳ (۵۹/۱)		۱۲ (۵۴/۵)		
	اداری	۴ (۱۸/۲)		۴ (۱۸/۲)		
سن (سال)		$36/64 \pm 5/06$		$36/77 \pm 4/45$		۰/۹۲۵

جدول ۳. مقایسه‌ی مشخصات بالینی بیماران در دو گروه مورد و شاهد (n = ۲۲ در هر دو گروه)

متغیر	گروه	مورد	شاهد	مقدار *P (مقایسه‌ی درون گروهی)	مقدار *P (مقایسه‌ی بین گروهی)
میانگین نمره‌ی ASEX	قبل از مداخله	۲۰/۴۱ ± ۲/۰۴	۱۹/۹۵ ± ۲/۱۷	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۷/۵۵ ± ۱/۷۹	۱۵/۷۷ ± ۳/۴۶		
میانگین نمره‌ی RDAS	قبل از مداخله	۲۲/۲۳ ± ۴/۷۸	۳۰/۲۷ ± ۶/۶۴	< ۰/۰۰۱	
	بعد از مداخله	۴۶/۰۰ ± ۴/۶۸	۳۷/۷۷ ± ۷/۱۲		

\*نتیجه‌ی آزمون Paired t برای مقایسه‌ی میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله در هر گروه به طور جداگانه  
 \*نتیجه‌ی آزمون ANCOVA برای مقایسه‌ی تغییرات ایجاد شده طی مداخله‌ی بین دو گروه

ASEX: Arizona sexual experiences scale; RDAS: Revised dyadic adjustment scale

بوپروپیون به MMT نه تنها باعث بهبود اختلال عملکرد جنسی می‌شود؛ بلکه باعث همکاری بیشتر بیماران در ادامه‌ی درمان MMT نیز خواهد شد و نتایج بهتری از درمان MMT حاصل شده است. سایر نتایج حاصل از این مطالعه، نشان داد که بوپروپیون باعث بهبود در نمرات عملکرد جنسی در بیماران MMT می‌شود (۳۰). همچنین، مطالعه‌ی مشابهی توسط Tatari و همکاران، تأثیر بوپروپیون برای درمان اختلال عملکرد جنسی متأثر از متادون مثل اختلال نعوظ را نشان داده است (۱۹). برخی از مطالعات، دریافته‌اند که بوپروپیون می‌تواند برای درمان ارگاسم تأخیری استفاده شود (۲۳-۲۰).

نتایج مطالعه‌ی حاضر با یافته‌های پژوهش‌های نجاتی و همکاران مبنی بر افزایش میانگین عملکرد جنسی و حیطه‌های آن (با توجه به تأثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT توسط ایشان) هم‌خوانی داشت (۳۲). نتایج این مطالعه، در گروه آزمون برای تمام متغیرها اختلاف معنی‌داری میان قبل و بعد از مداخله و قبل و شش هفته بعد از مداخله نشان می‌دهد.

به طور کلی، مطالعه‌ی حاضر نشان داد که مشاوره بر اساس مدل PLISSIT، باعث بهبود نتایج درمان بوپروپیون شده است. از جمله‌ی دلایل آن می‌توان به آرایه‌ی جلسات متعدد با مراجع و ارتباط نزدیک بین مشارکت کنندگان و پزشک و راحتی طرح و تجزیه و تحلیل مسایل زناشویی و مشکلات جنسی و سپس، آگاهی دادن در زمینه‌ی آن مشکلات به صورت اختصاصی در زمینه‌ی اختلال عملکرد و یا فیزیوتراپولوژی اشاره نمود. سپس، در جلسات بعدی ارزیابی مجدد انجام شد و تکالیف جدیدی جهت ارتقای عملکرد به مراجع ارائه گردید. این تلاش‌ها، خود باعث اصلاح باورهای ذهنی نادرست ایشان و از طرف دیگر، پیوستن بیشتر آنان به این سیستم درمانی و بهبود بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد شد. ضمن این که مداخله‌ی PLISSIT خود به تنهایی هم می‌تواند در بیماران مختلف در بهبود اختلال عملکرد جنسی مؤثر باشد (۳۴-۳۳).

به طور مثال، مطالعات مشابه دیگری تأثیر کاربرد PLISSIT بر

افزایش ایجاد شده در میانگین در گروه مورد برابر ۲۳/۷۷ و در گروه شاهد برابر ۷/۵۵ بود. آزمون Paired t نشان داد که میانگین نمره‌ی کلی رضایت زناشویی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه، افزایش معنی‌داری داشته است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). آزمون ANCOVA نیز نشان داد که میانگین تغییرات نمره‌ی کلی رضایت زناشویی طی مداخله، بین دو گروه مورد و شاهد دارای تفاوت معنی‌داری بود ( $P < ۰/۰۰۱$ )؛ بدین معنا که گرچه در هر دو گروه افزایش معنی‌دار نمره‌ی رضایت زناشویی وجود داشت، اما این افزایش در گروه مورد، به طور معنی‌داری بیش از گروه شاهد بود (جدول ۳).

## بحث

مطالعه‌ی حاضر، با هدف بررسی اثربخشی افزودن PLISSIT به داروی بوپروپیون بر بهبود اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون صورت گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه، نشان می‌دهد که قبل از مداخله‌ی PLISSIT، گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد شدت اختلال عملکرد جنسی بیشتر و رضایت زناشویی کمتری داشته است. بعد از مداخله، میانگین نمره‌ی کلی اختلال عملکرد جنسی بر اساس ASEX در هر دو گروه مورد و شاهد کاسته شده است، اما این روند کاهش در گروه مورد، بیشتر و واضح‌تر بوده است که این خود بیانگر اثربخشی افزودن PLISSIT به بوپروپیون می‌باشد (۱۳). به طور مشابه، آمار به دست آمده در این مطالعه نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی کلی رضایت زناشویی بر اساس RDAS، در هر دو گروه مورد و شاهد افزایش یافته است، اما این روند افزایش در گروه مورد چشم‌گیرتر بوده است که باز هم نشانگر اثربخشی افزودن PLISSIT به بوپروپیون در این زمینه نیز بوده است.

در مطالعه‌ی مشابهی که توسط صالحی و همکاران طی یک کارآزمایی بالینی دو سو کور در مرکز آموزشی بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع) انجام گرفت، نشان داده شد که افزودن

روی بیماران مصرف کننده‌ی مواد را آزمون کرده باشد، انجام نشده بود. ضمن این که مطالعه‌ای که افزودن PLISSIT را به بوپروپیون در ارتقای عملکرد جنسی مورد بررسی قرار داده باشد و با بوپروپیون به تنهایی مقایسه کرده باشد، یافت نشده است.

بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد به دلیل مشکلات متعدد دارای اختلال عملکرد جنسی و عدم رضایت زناشویی در زندگی هستند. از طرف دیگر، عوارض جانبی داروهایی که برای درمان ترک اعتیاد و همچنین، درمان افسردگی آنان به کار می‌روند، باعث تشدید این مشکلات می‌شود که این خود، لزوم انجام این مطالعه را در این جامعه‌ی آماری خاص توجیه می‌کند.

دسترسی به افراد گروه شاهد و مورد جهت برگزاری منظم جلسات PLISSIT از محدودیت‌های مهم این مطالعه بود. مورد دیگر، عدم دانش کافی در جمعیت مورد مطالعه برای پر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ی ASEX بود که نیازمند توضیحات تکمیلی در این رابطه بود. با وجود این محدودیت‌ها، نتایج این مطالعه، اثربخشی مثبت افزودن PLISSIT به داروی بوپروپیون در اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون را نشان داد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده با پی‌گیری‌های طولانی‌تری جهت ماندگاری نتایج مثبت مداخله انجام شود. به عنوان نتیجه‌گیری، می‌توان مزایای مداخله‌ی PLISSIT را در درمان اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بیماران تحت درمان با متادون مشاهده و جهت بهبود پیامدهای درمان و تسریع روند MMT و همکاری بیشتر بیماران به کار برد.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه‌ی دستیاری تخصصی روان‌پزشکی است که با شماره‌ی ۳۹۶۰۶۵ در حوزه‌ی معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی تصویب و با حمایت‌های معنوی و مادی این معاونت انجام شده است. بدین وسیله، از زحمات این عزیزان سپاسگزاری می‌گردد.

عملکرد جنسی زنان متأهل مبتلا به Multiple sclerosis (MS) را مورد بررسی مقایسه‌ای قرار داده‌اند. این کارآزمایی بالینی تصادفی، در جامعه‌ی آماری ایرانی بیماران مبتلا به MS انجام شد. زنان شرکت کننده که تشخیص قطعی MS و اختلال عملکرد جنسی داشتند، چهار جلسه‌ی مشاوره‌ی جنسی هفتگی بر اساس مدل PLISSIT دریافت کردند. نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی کل عملکرد جنسی زنان بر اساس شاخص عملکرد جنسی Female sexual function index (FSFI) در ۲ و ۳ ماه پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله بهبود یافت ( $P < 0/050$ ). نتایج این مطالعه، با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد (۳۳).

در مطالعه‌ی دیگری، اثرات توان‌بخشی جنسی با استفاده از مدل PLISSIT برای کیفیت عملکرد جنسی در زنان با سرطان پستان که تحت عمل جراحی ماستکتومی قرار گرفته‌اند، بررسی شده است. این پژوهش شبه تجربی در بیماران پس از ماستکتومی و شوهران آنها انجام شده است. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی جنسی زنان (Sexual quality of life-female یا SQOL-F) و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) جمع‌آوری شد. نتایج نشان دهنده‌ی اختلاف معنی‌داری میان گروه‌ها پس از مداخله بود ( $P < 0/010$ ).

مطالعه‌ی Ayaz در ترکیه که روی ۶۰ نفر از بیماران دچار استوما (ایلئوستومی یا کلوستومی به دلیل سرطان روده یا کولیت اولسراتیو) انجام گرفته بود، نشان داد که ۴ ماه بعد 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 را تأیید می‌کند (۳۴). نتیجه‌ی مطالعه، نشان دهنده‌ی اثربخشی مدل PLISSIT در بهبود عملکرد جنسی بیماران و افزایش مشارکت آنان و همسرانشان در برنامه‌های گروهی برای ابراز احساسات و نگرش‌های آنان نسبت به زندگی جنسی و در نتیجه، افزایش کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی در این گروه بود (۲۶). بر اساس جستجوهای پژوهشگران، مطالعه‌ای که انجام روش PLISSIT بر

### References

1. Sarrami H, Ghorbani M, Minooei M. Survey of four decades of addiction prevalence researches in Iran. *Research on Addiction* 2013; 7(26): 29-52. [In Persian].
2. Dehghani F, Masoomi M, Haghdooost AA. Relation of opium addiction with the severity and extension of myocardial infarction and its related mortality. *Addict Health* 2013; 5(1-2): 35-42.
3. Narenjiha H, Rafiei H, Noori R, Shirinbayan R, Farhadi MH, Etemadi H. Rapid assessment of drug abuse in Iran. Tehran, Iran: Danjeh Publications; 2009.
4. Ali R, Chiamwongpae S, Isfandari S, Jirammakoon S, Mardiaty R, Murauskienė L, et al. The WHO collaborative study on substitution therapy of opioid dependence and HIV/AIDS. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
5. Lejuez CW, Zvolensky MJ, Daughters SB, Bornovalova MA, Paulson A, Tull MT, et al. Anxiety sensitivity: A unique predictor of dropout among inner-city heroin and crack/cocaine users in residential substance use treatment. *Behav Res Ther* 2008; 46(7): 811-8.
6. Oysu C, Tosun A, Yilmaz HB, Sahin-Yilmaz A,

- Korkmaz D, Karaaslan A. Topical Nigella Sativa for nasal symptoms in elderly. *Auris Nasus Larynx* 2014; 41(3): 269-72.
7. Joseph H, Stancliff S, Langrod J. Methadone maintenance treatment (MMT): A review of historical and clinical issues. *Mt Sinai J Med* 2000; 67(5-6): 347-64.
  8. Mattick RP, Ali R, Lintzeris N. pharmacotherapies for the treatment of opioid dependence: Efficacy, cost-effectiveness and implementation guidelines. Boca Raton, FL: CRC Press; 2009.
  9. Quaglio G, Lugoboni F, Pattaro C, Melara B, Mezzelani P, Des Jarlais DC. Erectile dysfunction in male heroin users, receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend* 2008; 94(1-3): 12-8.
  10. Brown R, Balousek S, Mundt M, Fleming M. Methadone maintenance and male sexual dysfunction. *J Addict Dis* 2005; 24(2): 91-106.
  11. Bang-Ping J. Sexual dysfunction in men who abuse illicit drugs: A preliminary report. *J Sex Med* 2009; 6(4): 1072-80.
  12. Hallinan R, Byrne A, Agho K, McMahon C, Tynan P, Attia J. Erectile dysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *J Sex Med* 2008; 5(3): 684-92.
  13. Kiyani-Selmi A, Badami R, Thaghian F. Comparison of the effect of resistance training and lavender fragrances on erection function in men during methadone treatment of opioid dependence. *J Isfahan Med Sch* 2018; 35(458): 1755-61. [In Persian].
  14. Teusch L, Scherbaum N, Bohme H, Bender S, Eschmann-Mehl G, Gastpar M. Different patterns of sexual dysfunctions associated with psychiatric disorders and psychopharmacological treatment. Results of an investigation by semistructured interview of schizophrenic and neurotic patients and methadone-substituted opiate addicts. *Pharmacopsychiatry* 1995; 28(3): 84-92.
  15. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Williams and Wilkins; 1998.
  16. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
  17. Nik Jaafar NR, Mislán N, Abdul AS, Baharudin A, Ibrahim N, Midin M, et al. Risk factors of erectile dysfunction in patients receiving methadone maintenance therapy. *J Sex Med* 2013; 10(8): 2069-76.
  18. Zhang Y, Wang P, Ma Z, Xu Z, Li Y. Sexual function of 612 male addicts treated by methadone. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* 2011; 36(8): 739-43.
  19. Tatari F, Shakeri J, Farnia V, Heidari F, Rezaei M. Bupropion in methadone induced erectile dysfunction. *Ann Psychiatry Ment Health* 2014; 2(3): 1015.
  20. Maxwell S, Shinderman MS. Use of naltrexone in the treatment of alcohol use disorders in patients with concomitant major mental illness. *J Addict Dis* 2000; 19(3): 61-9.
  21. Wilczek H, Vesely Z, Presl J. Long-term follow-up of the health status of opiate abusers treated with methadone--pilot study. *Cas Lek Cesk* 2002; 141(12): 393-7. [In Czech].
  22. Yee A, Loh HS, Hisham Hashim HM, Ng CG. The prevalence of sexual dysfunction among male patients on methadone and buprenorphine treatments: A meta-analysis study. *J Sex Med* 2014; 11(1): 22-32.
  23. Palha AP, Esteves M. A study of the sexuality of opiate addicts. *J Sex Marital Ther* 2002; 28(5): 427-37.
  24. Hallinan R, Byrne A, Agho K, McMahon CG, Tynan P, Attia J. Hypogonadism in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *Int J Androl* 2009; 32(2): 131-9.
  25. Taylor B, Davis S. The extended plissit model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sex Disabil* 2007; 25(3): 135-9.
  26. Faghani S, Ghaffari F. Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy breast cancer survivors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17(11): 4845-51.
  27. Rutte A, van OP, Nijpels G, Snoek FJ, Enzlin P, Leusink P, et al. Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Fam Pract* 2015; 16: 69.
  28. Dixon KD, Dixon PN. The PLISSIT Model: Care and management of patients' psychosexual needs following radical surgery. *Lippincotts Case Manag* 2006; 11(2): 101-6.
  29. Delgado PL, McGahuey CA, Moreno FA, Laukes C, Gelenberg AJ. Treatment strategies for depression and sexual dysfunction. *Journal of Clinical Psychiatry Monograph Series* 1999; 17(1): 15-21.
  30. Salehi M, Barekatin M, Faghani F, Karimian N, Molaeinezhad M, Asadalloahi GA, et al. Bupropion efficacy on sexual dysfunction among male patients on methadone maintenance therapy: A double-blind placebo-controlled trial. *Sex Relation Ther* 2015; 30(3): 364-75.
  31. Hollist CS, Miller RB. Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Family Relations* 2004; 54(1): 46-57.
  32. 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. [In Persian].
  33. Khakbazan Z, Daneshfar F, Behboodi-Moghadam Z, Nabavi SM, Ghasemzadeh S, Mehran A. The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with multiple sclerosis who are sexually active. *Mult Scler Relat Disord* 2016; 8: 113-9.
  34. Ayaz S. Approach to Sexual Problems of Patients with Stoma by PLISSIT Model: An Alternative. *Sexuality and Disability* 2009; 27(2): 71-81.



## The Efficacy of PLISSIT as Adjuvant Therapy with Bupropion on Sexual Dysfunction and Marital Satisfaction among Men Patients on Methadone Maintenance Therapy

Koroush Shirani<sup>1</sup>, Mehrdad Salehi<sup>2</sup>, Mitra Molaeinezhad<sup>1</sup>, Masoumeh Safaee<sup>3</sup>, Behzad Mahaki<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Sexual and marital dissatisfaction seems to be one the most common complications among patients on methadone maintenance therapy (MMT), which may decrease adherence to continue treatment in patients. Efficacy of adding bupropion to MMT protocols has been investigated in previous studies; but evidence for implication of permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy (PLISSIT) method for these patients is limited. So, this study was designed to investigate the efficacy of adding PLISSIT as an adjuvant therapy to MMT protocol on sexual dysfunction and marital satisfaction among men patients.

**Methods:** During a clinical trial study conducted in the addiction quitting clinics of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, 50 men patients with sexual dysfunction receiving MMT were randomized into two equal treatment group of 6-week PLISSIT program and control. Both groups received slow-release bupropion with a usual dosage (150 to 300 mg/day) for improving sexual function. Sexual function and marital satisfaction for both groups were assessed accordingly using Arizona sexual experience scale (ASEX), and revised dyadic adjustment scale (RDAS).

**Findings:** During the intervention, the mean changes in the overall scores of sexual dysfunction and marital satisfaction were significantly different between the two groups ( $P < 0.001$  for all).

**Conclusion:** Adding PLISSIT to bupropion could improve sexual function and marital satisfaction among men under MMT. Further studies can support these findings for implication of PLISSIT by counselors in addiction treatment clinics.

**Keywords:** Bupropion, Methadone, Sexual dysfunction, Clinical trial

**Citation:** Shirani K, Salehi M, Molaeinezhad M, Safaee M, Mahaki B. **The Efficacy of PLISSIT as Adjuvant Therapy with Bupropion on Sexual Dysfunction and Marital Satisfaction among Men Patients on Methadone Maintenance Therapy.** J Isfahan Med Sch 2018; 36(488): 814-22.

1- Resident, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Professor, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- PhD in Sexual and Reproductive Health, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Assistant Professor, Department of Surgery, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

**Corresponding Author:** Mehrdad Salehi, Email: salehimehrdad1346@gmail.com