

بررسی تاثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان

فاطمه رستمخانی^۱، گیتی ازگلی^{۲*}، دکتر عفت السادات مرقاتی خوبی^۳، فاطمه جعفری^۴، دکتر حمید علوی مجد^۵

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، شعبه بین الملل، تهران، ایران
۲. مربی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه بهداشت خانواده، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، زنجان، ایران
۵. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات جنسی در بین زنان شیوع بالایی دارد و جوانب مختلف زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. مشاوره در مراحل اولیه می تواند بسیاری از مشکلات آنها را برطرف نماید و در صورت تشخیص اختلال جنسی، زن به متخصص ذیصلاح ارجاع داده می شود. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT (Permission- Limited Information-Specific Suggestion- Intensive Therapy) بر عملکرد جنسی زنان انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی است که بر روی ۸۰ زن متاهل که طی ۵ سال گذشته ازدواج کرده و حداقل دارای یک مشکل جنسی بودند، انجام شد. افراد بصورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم گردیدند، که گروه آزمون، مشاوره بر اساس مدل PLISSIT توسط مامای دوره دیده و گروه شاهد، مشاوره روتین توسط مامای درمانگاه را دریافت کردند. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه اطلاعات فردی و مامایی و از پرسشنامه FSFI (شاخص عملکرد جنسی زنان) جهت بررسی عملکرد جنسی زنان استفاده شد. نمره عملکرد جنسی این افراد قبل از مداخله، ۲ هفته و ۴ هفته بعد سنجیده شد. نتایج با آزمون های تی، کای دو، فیشر و من ویتنی مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره عملکرد جنسی نمونه ها قبل از مداخله، در گروه آزمون ۲۵/۳ و دو هفته پس از مداخله ۲۸/۸ و چهار هفته بعد ۲۹/۴ بود که از نظر آماری این اختلافها معنی دار بود (به ترتیب $P < 0/001$ و $P < 0/001$)، در گروه شاهد قبل از مداخله ۲۴/۴۸ و دو هفته پس از مداخله ۲۴/۴۴ و چهار هفته بعد ۲۳/۷۴ بود که از نظر آماری این اختلافها معنی دار نبود (به ترتیب $P = 0/946$ و $P = 0/375$). بین نمرات عملکرد جنسی در گروه شاهد و آزمون قبل از مداخله اختلاف معنی دار وجود نداشت ($P = 0/408$)، اما دو هفته و چهار هفته بعد از مداخله بین نمرات عملکرد جنسی دو گروه اختلاف معنی دار بود (به ترتیب $P < 0/001$ و $P < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش میتوان اذعان داشت که مشاوره سلامت جنسی زنان بر اساس مدل PLISSIT موجب کاهش مشکلات جنسی زنان میشود. استفاده از این مدل در مراکز مراقبت های بهداشتی توصیه میشود.

کلید واژه ها: پاسخ های جنسی، مشاوره، مدل PLISSIT، عملکرد جنسی

مقدمه

سلامت جنسی جنبه مهمی از سلامت عمومی و به ویژه سلامت زنان می باشد (Gibbs, 2008). پاسخ جنسی یعنی واکنش های فیزیولوژیکی که فرد به دنبال تحریک جنسی نشان می دهد و مشتمل بر چهار مرحله میل جنسی، انگیزش، ارگاسم و فرونشینی است (Kaplan و Sadock, 2007). رضای

نویسنده مسئول مکاتبات: گیتی ازگلی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

آدرس پست الکترونیک: Gozgoli@yahoo.com

بهداشت و سلامت مراجعه می نمایند و در مراحل اولیه بروز مشکل اقدامی صورت نمی گیرد، در صورتی که در مراحل اولیه شکل گیری 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 می شود.

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 به طور شایع در مراکز بهداشتی و درمانی کشورهای نظیر انگلستان مورد استفاده قرار گرفت. این مدل دارای ۴ 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 بعضاً می‌تواند مخالف اعتقادات، باورها و نگرش درمانگر باشد، صحبت کند. در سطح دوم کارکنان بهداشتی اطلاعات محدودی که مستقیماً به موارد جنسی و نگرانی‌های مددجو مربوط می‌باشد در اختیارش قرار می‌دهند. در 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 (Maclaren و همکاران، ۱۹۹۵، Esmail و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات انجام شده نشان داده اند که استفاده از این مدل موجب کاهش مشکلات جنسی زنان می‌شود (Maclaren و همکاران، ۱۹۹۵، Kubilay و Ayaz، ۲۰۰۸). 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 تاثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه بصورت کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی در سال ۱۳۸۹ در مرکز بهداشتی شماره ۹ شهر زنجان بر روی ۸۰ زن متاهل (۴۰ نفر گروه آزمون و ۴۰ نفر گروه شاهد) که جهت دریافت خدمات به مرکز بهداشتی مراجعه نمودند، انجام

نیازهای جنسی و رضایتمندی حاصل از آن از عوامل مهم بهداشت جسم و روان افراد است و بر دوام و استحکام بنیان خانواده می‌افزاید (ستارزاده و همکاران، ۱۳۸۵). نارضایتی از عملکرد جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم و تجاوزات جنسی یا بیماری‌های روانی و طلاق دارد و حتی گاهی تا ۴۰ درصد طلاق‌ها به علت عدم رضایت جنسی صورت می‌گیرد (انیسی و همکاران، ۱۳۸۴).

شیوع اختلال عملکرد جنسی در مطالعات کشورهای دیگر: ۴۰ درصد در ایالت متحده و سوئد، ۲۹/۶ درصد در مالزی (باکویی و همکاران، ۱۳۸۵) گزارش شده و در مطالعات ایران: ۶۰/۳ درصد در بیرجند (رفائی شیر پاک، ۱۳۸۶)، ۸۹ درصد در قزوین و ۷۳/۲ درصد در یزد (بلوریان و گنجلو، ۱۳۸۶) گزارش شده است. علیرغم شیوع بالای اختلال جنسی توجه کمی به آن شده است و عده کمی از زنان برای درمان آن مراجعه می‌کنند. عدم پرسش روتین در مورد مسائل جنسی از سوی ارائه دهندگان خدمت در سیستم‌های بهداشتی و درمانی، در نتیجه عدم کشف و درمان مناسب آن موجب مزمن شدن علائم، ایجاد عوارض ناشی از آن نظیر اختلالات روانی و در نهایت سلب آرامش و آسایش زوجین می‌گردد (بلوریان و گنجلو، ۱۳۸۶). نبود اطلاعات صحیح و آموزش ناکافی در مورد فعالیت جنسی و به دنبال آن، پیش نوازش ناکافی، نامناسب بودن فرایند ارتباط، باورهای جنسی نادرست، درک ضعیف از نیازهای هر یک از طرفین، اضطراب در مورد عملکرد جنسی و ترس از عدم موفقیت در رابطه جنسی در بروز و تداوم اختلال‌های جنسی نقش دارند (مهرابی و دادفر، ۱۳۸۲). کسب اطلاعات از شبکه‌های اینترنتی، ماهواره ای، دوستان، مجلات، لطیفه‌ها و داستان‌های مستهجن و اطلاعات غلط و ناکارآمد، نه تنها انتظارات را برآورده نمی‌کند، بلکه مشکلاتی در ارتباطات بین فردی، بیماری‌های مقاربتی و یا نارضایتی‌ها و اختلالات جنسی بوجود آورده است (رفائی شیر پاک، ۱۳۸۹). گرچه فاکتورهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در مراجعه این افراد برای درمان دخیل است، اما به نظر میرسد افراد دارای اختلالات جنسی معمولاً یا مسئله را پنهان و یا سعی در حل مشکل به روش غیر علمی می‌نمایند. در ایران علی‌رغم سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار موثر و کارآمد، موضوع آموزش بهداشت جنسی بطور کامل مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد و خلاء‌هایی در این راستا وجود دارد (رفائی شیر پاک، ۱۳۸۶). لذا در صورت بروز مشکل جنسی جدی، زنان یا زوجین به متخصصین زنان، روانپزشکی یا درمانگاه‌های

در یک اتاق جداگانه انجام می شد و مشکل جنسی فرد با اظهار خودش مشخص می شد. گروه آزمون بر اساس دو سطح اول مدل PLISSIT در یک جلسه یک ساعته مشاوره توسط مامای پژوهشگر دوره دیده مشاوره می شدند. در سطح اول، برای اینکه برقراری رابطه نزدیک و توأم با اعتماد با مددجو راحت باشد از مهارتها و فنون مشاوره بخصوص مهارت گوش کردن و توجه به اشاره های غیر کلامی (در یک اتاق جداگانه و بصورت انفرادی) استفاده می شد. مشاور با پرسیدن چند سؤال باز، صحبت در مورد موضوع عملکرد جنسی را آغاز می نمود، سپس مددجو شروع به صحبت می کرد. مشاور در ضمن صحبت های مددجو متوجه افکار نادرست، باورهای غلط و اطلاعات کم و ناقص و نگرانی های او می شد و با اخذ تاریخچه جنسی، سپس معاینه بالینی با اخذ موافقت مددجو و پرسشنامه FSFI، نهایتاً مشکل جنسی مددجو مشخص می شد. سپس در سطح دوم درباره آناتومی دستگاه تناسلی، فیزیولوژی عملکرد جنسی و مشکل جنسی مددجو به وی توضیح داده می شد (از ۱۰ پوستر سیاه و سفید در اندازه A4 بعنوان ابزار کمکی استفاده می شد). مشاوره همه افراد گروه شاهد توسط یک ماما انجام می شد. محیط آموزش شامل درمانگاه شماره ۹ بود که گروه آزمون و تجربه مربوط به همین درمانگاه بودند. در کلیه نمونه ها ۲ هفته و ۴ هفته بعد از مشاوره، عملکرد جنسی با پرسشنامه FSFI، مجدداً مورد بررسی و ارزیابی قرار می گرفت. جهت مراجعه به موقع مددجو پیگیری تلفنی انجام می شد. افراد دو گروه تبادل اطلاعات نداشتند. سپس داده ها استخراج گردید و با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمونهای تی مستقل و زوج، کای دو، فیشر و من ویتنی، مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها

بر اساس نتایج این مطالعه واحد های مورد پژوهش مطابق جدول ۱ از جهت خصوصیات دموگرافی و بارداری تفاوت معنی داری نداشتند. بین زنان باردار از نظر تعداد و سه ماهه های بارداری در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P=0/068$, $P=0/073$).

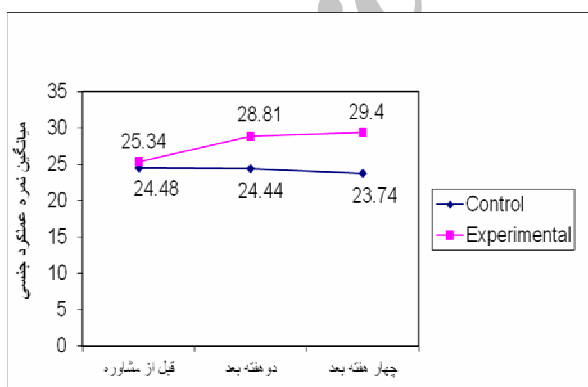
شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ازدواج در ۵ سال گذشته، داشتن حداقل یک مشکل جنسی، تحصیلات راهنمایی و بیشتر، عدم وجود عفونت واژینال و سرویکال و عدم وجود بیماریهای روانی و جسمی مزمن، در دسترس بودن طی یک ماه آینده. معیار خروج از مطالعه شامل: باردار شدن در حین انجام پژوهش، تعارضات شدید زناشویی (با اظهار خود) و رخ دادن واقعه ای ناگوار (مرگ عزیزان، حوادث همراه معلولیت،...). این مطالعه با تایید کمیته اخلاق شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شده و در پایگاه ثبت کارآزماییهای بالینی وزارت بهداشت به شماره IRCT (138904124294n1) به ثبت رسیده است. ابزار گرد آوری داده ها شامل پرسشنامه دو قسمتی خود اجرا بود، که قسمت اول مربوط به مشخصات فردی و مامایی و قسمت دوم پرسشنامه FSFI (شاخص عملکرد جنسی زنان) بود که برای تعیین اعتبار قسمت مامایی از روش اعتبار محتوی استفاده شد. شاخص عملکرد جنسی زنان شامل ۱۹ سؤال ۵ گزینه ای بود که اعتبار و پایایی آن در پژوهش های متعدد خارجی و داخلی تعیین و تایید گردیده است و پایایی این ابزار از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ $0/70$ بدست آمد (محمدی و همکاران ۱۳۸۷، Markus و همکاران ۲۰۰۵، Meston، ۲۰۰۳). نمره هر فرد در این شاخص در ۶ حیطه میل، تهییج، خیس و نرم شدن واژن، 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 ۶ حیطه بدست می آید که نمره حداکثر ۳۶ بوده و نمره کمتر از ۲۸ اختلال عملکرد محسوب می شد (Gibbs، ۲۰۰۸؛ محمدی و همکاران، ۱۳۸۷).

مامای پژوهشگر پس از گذراندن کارگاه آموزشی PLISSIT توسط متخصص سکسولوژی و تایید کسب مهارت در زمینه اجرای این مدل و دریافت گواهی به مرکز بهداشتی شماره ۹ مراجعه و افراد واجد شرایط را وارد مطالعه می نمود و با ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف و اجراء، از نمونه و همسرش رضایت نامه کتبی اخذ می کرد. سپس افراد را به صورت تصادفی با استفاده از نرم افزار انتصاب تصادفی برای کارآزمایی بالینی در دو گروه (گروه آزمون و گروه شاهد) قرار می داد. قبل از تکمیل پرسشنامه از زنان شماره تلفن مطمئن گرفته می شد و به آنها یاد آوری می شد که برای تکمیل پرسشنامه های بعدی به مرکز بیایند. مشاوره در هر دو گروه بصورت انفرادی

Archive of SID

جدول ۱: مشخصات دموگرافی و بارداری زنان مراجعه مراجعه کننده به مرکز بهداشتی ۹ شهر زنجان در سال ۱۳۸۹ در گروه آزمون و شاهد

مشخصات	گروه آزمون (N=۴۰)	گروه شاهد (N=۴۰)	سطح معناداری
شغل	خانه دار	۳۶ - ٪۹۰	NS
	شاغل	۴ - ٪۱۰	
تحصیلات	راهنمایی	۱ - ٪۲/۵	NS
	دبیرستان - دیپلم	۲۶ - ٪۶۵	
	دانشگاه	۱۳ - ٪۳۲/۵	
تحصیلات همسر	بیسواد - ابتدایی	۲ - ٪۵	NS
	راهنمایی	۶ - ٪۱۵	
	دبیرستان - دیپلم	۲۰ - ٪۵۰	
	دانشگاه	۱۲ - ٪۳۰	
وضعیت درآمد	کمتر از ۳۰۰ هزار تومان	۱۵ - ٪۳۷/۵	NS
	بین ۳۰۰-۵۰۰ هزار تومان	۲۱ - ٪۵۲/۵	
	بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان	۴ - ٪۱۰	
مسکن	شخصی	۴ - ٪۱۰	NS
	اجاره ای	۱۸ - ٪۴۵	
وضعیت حاملگی	منزل اقوام	۱۸ - ٪۴۵	NS
	حامله	۱۳ - ٪۳۲/۵	
مشخصات متغیرهای کمی	غیر حامله	۲۷ - ٪۶۷/۵	NS
	میانگین - انحراف معیار	۲۸ - ٪۷۰	
سطح معناداری	میانگین - انحراف معیار	میانگین - انحراف معیار	
	حداکثر و حداقل	حداکثر و حداقل	
سن	۲۳/۷ ± ۳/۳۳	۲۳/۱ ± ۲/۹۳	NS
	سال ۱۸-۳۲	سال ۱۸-۲۸	
طول مدت ازدواج	۲/۷۳ ± ۱/۴۱۲	۲/۳۴ ± ۱/۲۹۴	NS
	سال ۰/۱-۵	سال ۰/۱-۵	
تعداد بارداری	۱/۱ ± ۰/۵۹۱	۰/۸۸ ± ۰/۵۱۶	NS
	۳- صفر	۲- صفر	
تعداد فرزند	۰/۶۵ ± ۰/۵۸	۰/۵۵ ± ۰/۵۵	NS
	۲- صفر	۲- صفر	



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

میانگین نمره عملکرد جنسی قبل از مداخله در گروه آزمون ۲۵/۳ و دو هفته پس از مداخله ۲۸/۸ و چهار هفته پس از مداخله ۲۹/۴ بود که با انجام آزمون تی زوج این اختلاف ها معنی دار بود (به ترتیب $P < 0/001$ و $P < 0/001$)، در گروه شاهد قبل از مداخله ۲۴/۴۸ و دو هفته پس از مداخله ۲۴/۴۴ و چهار هفته پس از مداخله ۲۳/۷۴ بود که آزمون تی زوج این اختلاف ها را معنادار نشان نمی داد (به ترتیب $P = 0/946$ و $P = 0/375$) (جدول ۲). بین میانگین نمرات عملکرد جنسی در گروه شاهد و آزمون قبل از مداخله با آزمون من ویتنی اختلاف معنی دار وجود نداشت ($P = 0/408$)، اما اختلاف معنی دار با آزمون من ویتنی، دو هفته ($P < 0/001$) و چهار هفته ($P < 0/001$) بعد از مداخله بین میانگین نمرات عملکرد جنسی دو گروه نشان داده شد (نمودار ۱).

گروه آزمون، دو هفته و چهار هفته بعد از مداخله تغییرات معنی داری در مقایسه با گروه شاهد وجود داشت (جدول ۲).

همچنین در میانگین نمرات حیطة های مختلف عملکرد جنسی (میل، تهییج، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت و درد) در

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات عملکرد جنسی و حیطة های آن قبل و ۲ هفته و ۴ هفته بعد از مداخله در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی ۹ شهر زنجان در سال ۱۳۸۹ در گروه آزمون و شاهد

نتیجه آزمون	گروه شاهد			گروه آزمون			مشکل
	قبل	۲ هفته بعد	۴ هفته بعد	قبل	۲ هفته بعد	۴ هفته بعد	
عملکرد جنسی	۲۴/۴۸	۲۴/۴۴	۲۳/۷۴	۲۴/۴۸	۲۸/۸۱	۲۹/۴۰	عملکرد جنسی
میل جنسی	۳/۷۰	۳/۶۷	۳/۴۳	۳/۷۰	۴/۳۹	۴/۵۰	میل جنسی
تهییج جنسی	۳/۶۷	۳/۸۱	۳/۶۹	۳/۶۷	۴/۵۹	۴/۶۱	تهییج جنسی
رطوبت مهبل	۴/۳۸	۴/۳۵	۴/۲۶	۴/۳۸	۵/۰۲	۵/۱۹	رطوبت مهبل
اوج لذت جنسی	۴/۱۵	۴/۰۵	۳/۹۳	۴/۱۵	۴/۶۳	۴/۶۷	اوج لذت جنسی
رضایتمندی	۴/۶۹	۴/۵۷	۴/۶۳	۴/۶۹	۵/۵۱	۵/۵۵	رضایتمندی
درد	۳/۸۸	۳/۹۷	۳/۷۸	۳/۸۸	۴/۶۶	۴/۸۸	درد

بحث و نتیجه گیری

Kubilay یافته های مطالعه ما را در زمینه ارتقاء عملکرد جنسی زنان پس از مداخله PLISSIT تایید می کند. مطالعه Vural و Temel (۲۰۰۹) در ترکیه که بر روی ۷۱ زوج انجام شد، نشان داد که ۴ ماه پس از آموزش (مدل Information-Motivation-Behavior (IMB) میانگین عملکرد جنسی زنان از ۲/۳۶ به ۳/۵۷ ارتقاء یافته و میزان عملکرد جنسی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معنادار داشت (P=۰/۰۰۷).

در این مطالعه با وجود اینکه میانگین نمرات حیطة های مختلف عملکرد جنسی به تفکیک: میل، تهییج، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد، قبل از مداخله بین گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی دار نداشت، ولی پس از مداخله اختلاف

نتایج این مطالعه نشان داد مشاوره بر اساس مدل PLISSIT نسبت به مشاوره روتین موجب کاهش بیشتر مشکلات جنسی و افزایش معنی دار نمرات عملکرد جنسی و حیطة های مختلف آن در زنان می گردد. مطالعه Kubilay و Ayaz (۲۰۰۸) در ترکیه که بر روی ۶۰ نفر از بیماران استومایی (ایلئوستومی یا کولوستومی بدلیل کانسر روده یا کولیت اولسراتیو) انجام گرفته بود نشان داد که ۴ ماه پس از مشاوره بر اساس مدل PLISSIT میانگین عملکرد جنسی زنان از ۳۶/۷ به ۶۳/۸۰ ارتقاء یافته و میزان عملکرد جنسی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معنادار داشت (P<۰/۰۵). نتایج Ayaz

اولسراتیو) درد جنسی را نیز تحت تاثیر قرار می داد. نتایج مطالعه آرمان و همکاران در سال ۱۳۸۴ نشان داد که فراوانی نسبی اختلالات جنسی زنان در دوره باروری ۳۸/۵ درصد است که در حیطه ها به ترتیب اختلال در میل ۴۹/۲ درصد، دیسپارونیا ۳۴/۳ درصد، اختلال در برانگیختگی ۲۶/۸ درصد، اختلال در ارگاسم ۲۳/۸ درصد و واژینسموس ۱۶/۴ درصد گزارش گردید. همچنین نتایج تحقیقی در ترکیه شیوع اختلال عملکرد جنسی را ۴۸/۳ درصد نشان داد که ۴۸/۳ درصد در تمایل، ۳۵/۹ درصد اختلال در تحریک، ۴۰/۹ درصد اختلال در لوبریکانت، ۴۲/۷ درصد اختلال در ارگاسم، ۴۵ درصد عدم رضایت جنسی و ۴۲/۹ درصد درد حین نزدیکی بیان شد (Oksuz و همکاران ۲۰۰۶).

نتایج مطالعات متعدد مانند مطالعه ما، تاثیر مشاوره و آموزش بر اساس مدل‌های مختلف نظیر IMB (رفائی شیر پاک ۱۳۸۶؛ Temel و Vural، ۲۰۰۹)، مدل فرانظری یا Trans Theoretical Model (Lee و Yen، ۲۰۰۷)، برنامه آموزشی EMS (Eileen و همکاران ۱۹۸۵)، و مدل PLISSIT (Ayaz و Kubilay، ۲۰۰۸) که روشی مفید برای برطرف کردن ۸۰-۹۰ درصد نگرانی‌های جنسی می‌باشد (Berek، ۲۰۰۷)، را نشان می‌دهند. به عبارتی نتیجه مطالعه ما تا حد زیادی قابل پیش بینی بود. به نظر می‌رسد با اجرای مدل مشاوره PLISSIT در ساعات کاری روتین مراکز و در حین ارائه خدمات خللی در برنامه های جاری مراکز بهداشتی درمانی حاصل نگردد و برای اجرای آن نیاز به تکنولوژی‌های پیشرفته آموزشی نیست. اگر کارشناسان مراکز بهداشتی در کارگاه‌های PLISSIT شرکت نمایند، قادر به استفاده از دو سطح اول مدل PLISSIT برای مددجویان خواهند بود، تا در مراحل اولیه مشکل تشخیص داده شود و حل شود و در صورت لزوم ارجاع به موقع آن انجام شود. زیرا سلامت جنسی جزء مهمی از سلامت بوده و تاکید روز افزونی بر اهمیت پرداختن به آن وجود دارد. 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 و بهداشت دوران بلوغ در حال حاضر ارائه می‌گردد، اما مشاوره و آموزش بهداشت جنسی هنوز وارد برنامه های آموزشی و ارائه خدمت بطور رسمی نگردیده است و به نظر می‌رسد سیستم فعلی خدمات بهداشتی از نظر نیروهای مناسب برای ارائه چنین برنامه ای کمبود ندارد بلکه فقط

معنی دار بود. مشابه یافته ما، نتایج مطالعه Temel و Vural (۲۰۰۹) افزایش معنی داری در میل جنسی زنان گروه مداخله با روش مشاوره IMB نسبت به گروه شاهد نشان داد و تفاوت ایجاد شده بین دو گروه معنی دار بود ($P < 0/05$). همینطور در مطالعه Ayaz و Kubilay (۲۰۰۸) ۶ هفته و ۴ ماه بعد از مداخله PLISSIT در گروه مداخله افزایش میل معنی دار بود ($P < 0/05$).

مطالعه Ayaz و Kubilay (۲۰۰۸) با مشاوره بر اساس مدل PLISSIT و همکاران (۱۹۸۵) با مشاوره بر اساس برنامه آموزشی EMS Enhancing Marital Sexuality (EMS) مانند نتایج مطالعه ما افزایش معنی داری در حیطه ارگاسم را نشان داد ($P < 0/05$) در صورتیکه در مطالعه Temel و Vural (۲۰۰۹) تغییر در حیطه ارگاسم در گروه آزمون معنی دار نبود ($P = 0/459$). در مطالعه ما میانگین مدت ازدواج در گروه آزمون ۲/۷۳ سال و گروه شاهد ۲/۳۴ سال بود اما نمونه های مورد مطالعه Temel و Vural زوجین تازه ازدواج کرده بودند و از آنجا که کسب تجربه با شریک جنسی برای رسیدن به ارگاسم موثر است، شاید دلیل تفاوت نتیجه بین دو مطالعه باشد.

در این مطالعه، در حیطه رضایتمندی پس از مداخله افزایش معنی داری در جهت بهبود رضایتمندی وجود داشت. مشابه مطالعه حاضر، علاوه بر مطالعه Ayaz و Kubilay (۲۰۰۸)، مطالعه Temel و Vural (۲۰۰۹) و مطالعه Eileen و همکاران (۱۹۸۵) که افزایش حیطه رضایتمندی بعد از مداخله را نشان می‌دهند. مطالعه دیگر توسط پاک گوهر و همکاران در سال ۱۳۸۷ در تهران بر روی ۱۰۰ زن نابارور نشان داد که تغییرات رضایت جنسی زنان گروه مشاوره شده قبل و ۳ ماه پس از مداخله با گروه شاهد تفاوت آماری معناداری دارند ($P = 0/002$).

در مطالعه حاضر پس از مداخله، تغییر در میانگین نمرات حیطه درد نیز مانند سایر حیطه ها ایجاد شد. نتایج Vural و Temel (۲۰۰۹) نشان داد، تغییر حیطه درد در گروه آزمون معنی دار بود ($P < 0/05$). همچنین اختلاف معناداری را پس از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل نشان داد ($P = 0/035$) ولی در مطالعه Ayaz و Kubilay (۲۰۰۸) تغییر حیطه درد در گروه آزمون معنی دار نبود ($P > 0/05$). شاید علت اختلاف بین نتایج ما و ایشان به این دلیل باشد که بیماران در آن مطالعه مبتلا به استومی بودند و درد گوارشی ناشی از استومی (ایلئوستومی یا کولوستومی بدلیل کانسر روده یا کولیت

تشکر و قدردانی

بدینوسیله ازمسئولین محترم شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکر و قدر دانی می شود. این مقاله حاصل پایان نامه ارشد مامایی فاطمه رستمخانی به راهنمایی سرکارخانم ازگلی است. همچنین مراتب تشکر و سپاس خود را نسبت به کلیه عزیزانی که در این پژوهش شرکت کردند و کارکنان مرکز بهداشتی و درمانی شماره ۹ سرکار خانم همتایی و خانم کاوه اعلام می داریم.

آموزشهای لازم را باید به این نیروها داده شود و آنها را برای ارائه چنین خدمتی آماده سازد (رفائی شیر پاک ۱۳۸۶).
با توجه به شیوع بالا و اهمیت مشکلات جنسی و نبود آموزش کافی پیشنهاد می شود برنامه مشاوره و آموزش بهداشت جنسی در برنامه مراقبت‌های بهداشتی ادغام شود. با توجه به ساده و قابل اجرا بودن دو مرحله اول مدل PLISSIT توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی نظیر ماما، آموزش و اجرای آن پیشنهاد می شود.

یافته های پژوهش نشان داد مشاوره بر اساس مدل PLISSIT در کاهش مشکل جنسی و بهبود عملکرد جنسی زنان موثر است.

REFERENCES

- Anise B et al (2005). [Sexual changes and related sexual factors in primipara mothers during 3 to 6 months postpartum]. *Iran Journal of Nursing*. 18 (41-42) 69-75. (Persian)
- Arman S Fahami F Hassan Zahraee R (2005). A comparative study on women's sexual functioning disorders before and after menopause. *Arak Medical University Journal (AMUL)*. 8 (3) 1- 7. (Persian)
- Ayaz S Kubilay G (2008). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (1) 89-98.
- Bakouei F Omidvar Sh, Nasiri F (2007). [Prevalence of female sexual dysfunction in married women and its related factors in Babol]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 9 (4) 59-64. (Persian)
- Berek J S (2006). *Berek and Novak's Gynecology*. 14th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Bolourian Z Ghanjloo J (2007). [Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar health care centers]. *Journal of Reproduction & Fertility*. 8 (2) 163-170. (Persian)
- Meston CM (2003). Validation of Female Sexual Function Index (FSFI) in the women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of sex & Marital Therapy*. 29 (1) 39 - 49.
- Eileen NP Harvey JH (1985). Enhancing marital sexuality: An evaluation of a program for the sexual enrichment of normal couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 11 (3) 157-164.
- Esmail S et al (2001). Sexuality and disability: The role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. *Sexuality and Disability*. 19 (4) 276-282.
- Gibbs RS et al (2008). *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 10th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavior Sciences/ Clinical Psychiatry*. 10th edition. Philadelphia. Lippincott, Williams and Wilkins.
- Lee JT Yen HW (2007). Randomized controlled evaluation of a theory-based postpartum sexual health education program. *Journal of Advanced Nursing*. 60 (4) 389 - 401.
- Maclaren A et al (1995). Comprehensive sexual health assessment. *Journal of Nurse-Midwifery*. 40 (2):104 -119.
- Mehrabi F Dadfar M (2003). [The role of psychological factors in sexual functional disorders]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 9 (1) 4 -11. (Persian)
- Mohammadi Kh Hedari M Faghizadeh S (2008). [The Female Sexual Function Index (FSFI); Validation of the Iranian version]. *Payesh*. 7 (3) 269 - 278. (Persian)
- Oksuz E Malhan S (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*. 175 (2) 654 - 658
- Pakgozar M et al (2008). Effect of counseling on sexual satisfaction among hnfertile women referred to Tehran Fertility Center. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences Hayat*. 14 (1) 21-30. (Persian)

- Refaie-Shirpak Kh Eftekhar H Mohammad K (2007). [Incorporation of a sex education program in health care centers in Tehran]. Payesh. 6 (3) 243 - 256. (Persian)
- Refaie Shirpak Kh Chinichian M Eftekhar H (2010). Need assessment: Sexual health education in family planning centers of Tehran. Payesh. 9 (3) 251-260. (Persian)
- Sattarzadeh N et al (2006).[The comparison between sexual satisfaction in fertile and infertile couple referring to educational center of Alzahra in Tabriz] .Nursing Midwifery Journal Tabriz University of Medical Sciences. 2 (5) 47 - 56. (Persian)
- Vural BK Temel AB (2009). Effectiveness of premarital counseling program on sexual satisfaction of recently married couples. Journal of Sexual Health. 6 (3) 222 - 232.
- Wiegel M Meston C Rozen R (2005). The female sexual function index (FSFI): Cross validation and development of clinical cutoff scores. Journal of sex and Marital Therapy. 31 (1) 1-20.

Archive of SID

Effectiveness of the PLISSIT-based Counseling on sexual function of women

Rostamkhani Fatemeh¹, Ozgoli Giti^{2*}, Merghati Khoei Efat³, Jafari Fatemeh⁴, Alavi Majd H⁵

1. Master Student in Midwifery, International Branch of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Lecturer, Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Assistant Professor, Faculty of Health, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran
5. Associate Professor, Dept. of Biostatistic, Faculty of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and aim: Sexual dysfunction is common among women. It affects on all aspects of women's life. Majority of these problems can be treated in early stages with counseling and a few numbers of them need to be treated by specialists. The aim of this study was to assess the effectiveness of PLISSIT-based counseling model on sexual function of women.

Methods: This was a randomized clinical trial study. It was conducted in an urban health center in Zanzan. Eighty women who were married in the previous 5 years, and had sexual problems, randomly assigned to control and experimental groups. The experimental group received consultation based on PLISSIT model (Permission-limited Information-Specific Suggestion-Intensive Therapy) by a trained midwife and the control group received routine sexual consultation. Demographic and obstetric information were gathered through standard questionnaire. FSFI (Female Sexual Function Index) questionnaire were used for assessing sexual function. Data were collected from participants at three points: before consultation, 2 weeks and 4 weeks after consultation. Mann-Whitney, T-tests and χ^2 used for data analysis.

Results: Mean scores of sexual function were 25.3 before consultation, 28.8 two weeks after and 29.4 four weeks after consultation in experimental group. These differences were statistically significant ($p < 0.001$ and $p < 0.001$ respectively). In control group, mean scores of sexual function were 24.48, 24.44, 23.74 before, 2 weeks, 4 weeks after consultation respectively. These differences were not statistically significant ($p = 0.946$ and $p = 0.375$). There was no significant difference in mean score of sexual function between control and experimental groups before intervention ($p = 0.408$). However 2 weeks and 4 weeks after the consultation this difference was significant ($p < 0.001$ and $p < 0.001$ respectively).

Conclusion: Based on the result of this study, we can claim that sexual problem in women decreased by using the PLISSIT model. Using the PLISSIT model is recommended in health care setting.

Keyword: sexual responses, consultation, PLISSIT model, sexual function

Corresponding Author: Giti Ozgoli, Department of Reproductive Health and Midwifery (Second Floor), Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Vali-Asr Avenue, Cross of Vali-Asr and Neiaiesh Highway, Opposite to Rajaei Heart Hospital, Tehran, Iran;

Email: Gozoli@yahoo.com