

بررسی تأثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان شیرده طی ۶ ماه پس از زایمان

شهناز ترک زهرانی^۱, مژده بنائی^{۲*}, گیتی ازگلی^۳, محسن آزاد^۴, فاطمه محمودی کهنی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۵/۱۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بارداری و زایمان دوره مشخصی از زندگی زن است که با تغییرات هورمونی و جسمی در فرد همراه می‌باشد، این تغییرات می‌تواند اثرات قابل توجهی بر عملکرد جنسی فرد داشته باشد. لذا مطالعه‌ی حاضر باهدف تعیین اثر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی در طی دوره‌ی ۶ ماه پس از زایمان در زنان شیرده انجام گردید.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی کار آزمایی بالینی شاهد دار تصادفی است. نمونه‌های مورد پژوهش شامل ۹۰ زن شیرده نخست زا طی شش ماه اول بعد از زایمان و حداقل دارای یک مشکل جنسی بودند. نمونه‌ها در دو گروه مداخله (دریافت مشاوره بر اساس مدل PLISSIT) و گروه کنترل (مشاوره روتین) به طور تصادفی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و مامایی و شاخص عملکرد جنسی زنان استفاده شد. عملکرد جنسی فرد در دو موجه قبل و ۴ هفته بعد از مداخله سنجیده شد. نتایج با آزمون‌های تی، کای دو، فیشر و من ویتنی با استفاده از نرمافزار SPSS و با سطح معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله، قبل از مداخله ۱۹/۳۵ و بعد از مداخله ۲۷/۹۰ و در گروه کنترل، قبل از مداخله ۲۰/۵۵ و بعد از مداخله ۲۲/۴۱ بود که از لحاظ آماری این اختلاف‌ها معنادار بود ($P < 0/001$). همچنین ۴ هفته بعد از مداخله، میانگین نمره کل در گروه مداخله و کنترل از لحاظ آماری تفاوت معناداری را نشان داد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش مشاوره جنسی بر اساس مدل PLISSIT موجب بهبود عملکرد جنسی زنان شیرده می‌گردد. لذا استفاده از این مدل در مراکز بهداشتی درمانی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مشاوره، عملکرد جنسی، مشکل جنسی، مدل PLISSIT، زنان شیرده

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره هفتم، پی در پی ۸۴، مهر ۱۳۹۵، ص ۶۴۷-۶۳۹

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان ولی‌عصر، تقاطع نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، تلفن: ۰۹۲۱۴۶۷۳۶۹۴

Email: mojdeh.banaei@gmail.com

مقدمه

میل جنسی، تحریک جنسی، ارگاسم و درد حین نزدیکی ظاهر می‌کنند (۳). عوامل متعددی از جمله تغییرات هورمونی، قاعدگی، بارداری و زایمان، شیردهی، یائسگی و چندزایی بر عملکرد جنسی تأثیرگذار است. بارداری و زایمان دوره‌ی مشخصی از زندگی زن است که تغییرات هورمونی و جسمی در فرد ایجاد می‌کند و اثرات قابل توجهی بر سلامت مادران و کیفیت زندگی آن‌ها دارد (۴). این تغییرات تا شش ماه پس از زایمان گزارش شده است (۵).

غربیه‌ی جنسی یکی از قوی‌ترین غراییز انسان است که بر رفتار فرد تأثیرگذار است (۱). عملکرد جنسی که بخشی از سلامت زن محسوب می‌شود، از اجزای اساسی زندگی است و پدیده‌ای است چندبعدی که تحت تأثیر بسیاری از عواملی زیستی روانی قرار می‌گیرد (۲). اختلال عملکرد جنسی زنجیره‌ای از اختلالات روانی جنسی و تجربه‌ی سخت فردی و زوجی‌اند که به صورت اختلال در

^۱ کارشناسی ارشد مامایی، مریبی گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهری بشتبختی، تهران، ایران

^۲ دانش آموخته کارشناسی ارشد مامایی گرایش بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهری بشتبختی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دکتری تحصصی بهداشت باروری، استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهری بشتبختی، تهران، ایران

^۴ کارشناسی ارشد آمار زیستی، مریبی گروه پرایزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۵ دانش آموخته کارشناسی ارشد مامایی گرایش آموزش مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهری بشتبختی، تهران، ایران

بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان شیرده در طی دوره‌ی ۶ ماهه‌ی پس از زایمان انجام گردید.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت کار آزمایی بالینی شاهددار تصادفی در سال ۱۳۹۴ در یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس (مرکز بهداشت نیایش) بر روی ۹۰ زن شیرده (۴۵ نفر گروه آزمون و ۴۵ نفر گروه شاهد) انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان نخست زا و شیرده بعد از یک زایمان ترم تک قلو، طی دوره شش ماه اول پس از زایمان، داشتن حداقل یک مشکل جنسی (نموده کمتر از ۲۸ از پرسشنامه FSFI)، عدم مواجهه با رویداد تنفس‌زا در طی حاملگی و پس از زایمان، داشتن افسردگی پس از زایمان، عدم وجود عارضه در بارداری و پس از زایمان، عدم وجود سابقه بیماری روانی و جسمی مزمن، در دسترس بودن طی یک ماه آینده. معیارهای خروج از مطالعه شامل: باردار شدن، از دست دادن نوزاد، دور بودن از همسر، تعارضات شدید زناشویی و رخ دادن واقعه‌ی ناگوار (مرگ عزیزان، حوادث و تصادفات...). این پژوهش با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده و در پایگاه ثبت کارآزمایی‌های ۲۰۱۵۰۶۲۵۲۲۹۲۱N1 (IRCT) به ثبت رسیده است. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و مامایی، پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و پرسشنامه شخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) است.

شاخص عملکرد جنسی زنان ابزاری ۱۹ آیتمی است که عملکرد جنسی زن را در ۶ حیطه از عملکرد جنسی شامل: میل جنسی، تهییج جنسی، رطوبت مهبلی، اوج لذت جنسی، رضایتمندی، درد حین مقاربت جنسی می‌سنجد. نمره کل فرد برابر با حاصل جمع نمرات فرد در هر حیطه است که نمره‌ی حداکثر ۳۶ است و نمره‌ی کمتر از ۲۸ نشان‌دهنده‌ی عملکرد جنسی نامطلوب می‌باشد (۲۳) که این ابزار در قبل و بعد از مداخله موردنی‌جش قرار گرفت. با توجه به مداخله‌گر بودن متغیر افسردگی پس از زایمان در این پژوهش، افراد مبتلا به افسردگی بعد از زایمان با پرسشنامه ادینبرگ مشخص و از مطالعه خارج شدند. شاخص عملکرد جنسی زنان که اعتبار و پایایی آن در پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی تأیید و تعیین گردیده است، در مطالعه حاضر جهت پایایی ابزار از شیوه‌ی محاسبه همسانی درونی استفاده شد و آلفا کرونباخ معادل ۰/۹۴ به دست آمد.

مامای پژوهشگر پس از گذراندن کارگاه آموزشی مشکلات جنسی و حل آن بر اساس مدل PLISSIT توسط متخصص سکسولوژی و تأیید کسب مهارت در زمینه اجرای این مدل و دریافت

مطالعات نشان داده است که ۹۱/۳ درصد از زنان در دوره پس از زایمان از مشکلات جنسی رنج می‌برند (۶). در مطالعه‌های مختلف در ایران، شیوع مشکلات جسمی و جنسی پس از زایمان بسیار متفاوت بین ۲۲-۸۶ درصد گزارش شده است (۱۰-۷). در دوره‌ی پس از زایمان تغییراتی از قبیل درد حین نزدیکی، نداشتن میل جنسی، خشکی واژن و نرسیدن به اوج لذت جنسی ایجاد می‌شود که می‌تواند بر روی چرخه‌ی پاسخ جنسی زن تأثیرگذار باشد. بعد از زایمان میل و فعالیت جنسی در مقایسه با بارداری بیشتر کاهش می‌یابد و مشکلات جنسی اغلب رخ می‌دهند (۱۱).

عوامل متعددی بر اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان مؤثر است همچون تعداد زایمان (۱۲)، شیردهی، نوع زایمان (۱۳) اپی زیاتومی (۱۴) خستگی و ناراحتی‌های جسمی و روانی همچون افسردگی پس از زایمان (۱۵). در این میان مسائل اجتماعی فرهنگی و کارکرد نامناسب واحدهای ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی درمانی در زمینه آموزش بهداشت جنسی و عدم تمایل مراقبین بهداشتی برای گفتگو در زمینه عملکرد جنسی از علل مهم بروز اختلالات جنسی در این دوران است (۱۶). از طریق مشاوره‌ی مختصر و آموزش توسط مراقبین بهداشتی در ارتباط با چرخه‌ی پاسخ جنسی، می‌توان وضعیت‌هایی را که در آن‌ها اختلال عملکرد جنسی رخ می‌دهد، شناسایی کرد (۲). چهارچوب‌های متعددی برای کمک به مراقبین بهداشتی جهت پیاده‌سازی استراتژی مناسب و مؤثر برای رفع نگرانی و مشکلات جنسی وجود دارد که یکی از پرکاربردترین مدل‌ها در زمینه‌ی ارزیابی و مشاوره جنسی مدل PLISSIT است.

مدل PLISSIT در واقع چارچوبی را برای توسعه و اجرای مداخلات جهت کمک به افراد برای حفظ ارتباط جنسی‌شان در سرتاسر دوره‌ی پس از زایمان فراهم می‌کند (۱۷).

این مدل ۴ مرحله دارد که دو مرحله اول آن قابل اجرا توسط مراقبین بهداشتی است. در مرحله اول به افاد "اجازه" بحث و صحبت در مورد مشکل جنسی‌شان فراهم می‌گردد. در مرحله دوم، "اطلاعات محدودی" که مستقیماً به موارد جنسی و نگرانی‌های مددجو مربوط می‌شود، در اختیارش قرار می‌دهد. فراهم کردن "پیشنهادات اختصاصی" را برای حل مشکل جنسی و رفع نگرانی‌های هر فرد با شریک جنسی‌اش در سومین مرحله از اجرای این مدل قرار می‌گیرد. درنهایت در مرحله آخر به افرادی که به مداخله بیشتری نیاز دارند، "درمان ویژه" ارائه می‌شود (۱۸). مطالعات مختلف داخلی و خارجی نشان داده است که استفاده از این مدل باعث کاهش مشکل جنسی و بهبود عملکرد جنسی زنان می‌شود (۱۹-۲۲). لذا محقق، از این مدل که در مطالعات فوق الذکر قابلیت اجرا داشته و تابه‌حال در مورد دوره بعد از زایمان استفاده نگردیده است، استفاده نموده و مطالعه‌ای باهدف تعیین اثر مشاوره

گروه آزمون و شاهد مربوط به همین درمانگاه بودند. درنهایت با توجه به اینکه شاخص FSFI عملکرد جنسی فرد را طی چهار هفته گذشته می‌سنجد، هر دو گروه مداخله و کنترل در هفته ۴ بعد از مشاوره، عملکرد جنسی‌شان از طریق پرسشنامه FSFI سنجیده شد. افراد گروه‌های مداخله و کنترل در روزهای مختلفی به درمانگاه مراجعه می‌نمودند تا با یکدیگر در ارتباط نباشند و مشاوره افراد دو گروه مداخله و کنترل در اتفاق‌های جداگانه صورت می‌گرفت. سپس داده‌ها 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 از طریق نرم‌افزار SPSS با سطح معنی‌دار کمتر از 0.05 مورد بررسی قرار گرفتند. درنهایت با تجزیه‌وتحلیل داده‌ها تأثیر آموزش و مشاوره جنسی بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان شیرده در دو گروه شاهد و تجربه بعد از مداخله مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. درنهایت به افراد گروه کنترل در صورت تمایل‌شان پس از پایان دوره‌ی یک ماهه‌ی پژوهش مشاوره بر اساس مدل PLISSIT داده شد.

یافته‌ها

در طول مدت نمونه‌گیری ۱۲۰ زن با شکایت مشکل جنسی مراجعه نمودند که پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، درنهایت ۹۰ زن نخست زا و شیرده که دارای معیارهای واحدهای پژوهش بودند، به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. تعداد موارد ریزش نمونه در گروه مداخله، ۱ نفر به علت دور بودن از همسر و در گروه کنترل ۲ نفر به علت باردار شدن و قوع اتفاق ناگوار (مرگ مادر) بود.

گواهی، به مرکز بهداشتی درمانی نیایش مراجعه نمود. جهت انجام پژوهش از کلیه زنانی دارای شرایط ورود به مطالعه قبل از تکمیل پرسشنامه، رضایت‌نامه کتبی و شماره تلفن مطمئنی اخذ گردید. در مرحله بعد پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) توسط تمام نمونه‌ها تکمیل گردید. سپس افراد با استفاده از نرم‌افزار کامپیوترا انتساب تصادفی برای کارآزمایی بالینی در دو گروه (گروه آزمون و گروه شاهد) قرار می‌گرفتند. در مرحله بعدی با بررسی مطالعات مشابه و به علت عدم دسترسی مکرر به زنان شیرده، مشاوره در هر دو گروه بهصورت انفرادی و اتفاقی جداگانه انجام می‌شد و مشکل جنسی فرد طبق اظهارات خودش مشخص می‌شد. در گروه آزمون مشاوره جنسی بر اساس دو مرحله اول مدل PLISSIT بهصورت انفرادی در یک جلسه‌ی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای توسط مامای پژوهشگر ارائه شد. به‌طوری‌که در ابتدا پژوهشگر با پرسیدن چند سؤال باز بحث را در مورد عملکرد جنسی شروع نمود و اجازه صحبت در مورد مشکل جنسی زن را به او می‌داد. پژوهشگر ضمن صحبت با مددجو، متوجه افکار و باورهای غلط، اطلاعات نادرست و کم و نگرانی جنسی مددجو می‌گردید و با گرفتن شرح حال جنسی و مامایی و انجام معاینه بالینی زنان البته با رضایت مددجو و پرسشنامه FSFI، مشکل جنسی فرد مشخص می‌شد. در مرحله‌ی بعد در مورد آناتومی دستگاه تولیدمثل، فیزیولوژی چرخه‌ی جنسی، تغییرات پس از زایمان و دوران شیردهی و اثرات آن بر چرخه‌ی جنسی و درنهایت مشکل فرد توضیح داده شد (از پوستر و پمبلت آموزشی به عنوان ابزار کمکی استفاده گردید).

در گروه کنترل آموزش روتین توسط مامای درمانگاه دریافت نمودند. محیط آموزش شامل مرکز بهداشتی درمانی نیایش بود که

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک و مامایی واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

سطح معنی‌داری	کنترل		مداخله		متغیرها
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
آزمون کای دو $P=0.439$	۲۲/۲۰	۱۰	۳۱/۱۰	۱۴	فamilی نزدیک
	۱۳/۳۰	۶	۱۷/۸۰	۸	فamilی دور
	۶۴/۴۰	۲۹	۵۱/۱۰	۲۳	غريبه
آزمون دقیق فیشر $P=1.000$	۸/۹۰	۴	۸/۹۰	۴	ابتدايی و راهنمایي
	۴۸/۹۰	۲۲	۴۶/۷۰	۲۱	دبیرستان و دипلم
	۴۲/۲۰	۱۹	۴۴/۴۰	۲۰	دانشگاهي
آزمون دقیق فیشر $P=0.463$	۶/۷۰	۳	۱۳/۲۰	۶	ابتدايی و راهنمایي
	۴۲/۲۰	۱۹	۴۸/۹۰	۲۲	دبیرستان و دипلم
	۵۱/۱۰	۲۳	۳۷/۸۰	۱۷	دانشگاهي همسر

سطح معنی‌داری	کنترل		مداخله		متغیرها
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
آزمون کای دو $P=0.396$	۸۶/۷۰	۳۹	۸۰/۰۰	۳۶	خانه‌دار
	۱۲/۳۰	۶	۲۰/۰۰	۹	شغل
آزمون کای دو $P=0.240$	۵۷/۸۰	۲۶	۴۰/۰۰	۱۸	کارمند
	۸/۹۰	۴	۱۲/۳۰	۶	کارگر
	۳۳/۳۰	۱۵	۴۶/۷۰	۲۱	شغل همسر
آزمون کای دو $P=0.864$	۱۰/۰۰	۹	۲۲/۲۰	۱۰	آزاد
	۴۲/۲۰	۱۹	۴۴/۴۰	۲۰	بین ۱/۵ میلیون تومان
	۳۷/۸۰	۱۷	۳۳/۳۰	۱۵	سطح درآمد
آزمون دقیق فیشر $P=1.000$	۹۱/۱۰	۴۱	۸۸/۹۰	۴۰	بارداری اول
	۸/۹۰	۴	۸/۹۰	۴	بارداری دوم
	۰/۰۰	۰	۲/۲۰	۱	تعداد بارداری
آزمون کای دو $P=0.396$	۴۸/۹۰	۲۲	۴۰/۰۰	۱۸	سازاریں
	۵۱/۱۰	۲۳	۶۰/۰۰	۲۷	نوع زایمان
سطح معنی‌داری	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	مشخصات متغیرهای کمی
آزمون تی مستقل - $P=0.705$	۲/۶۴	۲۳/۴۴	۳/۱۰	۲۴/۹۳	سن
آزمون تی مستقل - $P=0.274$	۴۵۱/۳۳	۳۱۹۱/۴۴	۳۶۳/۳۴	۳۱۱۱	وزن هنگام تولد نوزاد (گرم)
آزمون تی مستقل - $P=0.399$	۱/۱۳	۳۸/۸۹	۱/۱۰	۳۸/۶۹	سن حاملگی موقع زایمان (هفتاه)
آزمون من ویتنی - $P=0.453$	۱/۴۰	۲/۴۰	۱/۳۰	۲/۵۴	تعداد متوسط مقایرت قبل از حاملگی، در هفته
آزمون من ویتنی - $P=0.920$	۱/۲۹	۱/۴۰	۰/۷۵	۱/۲۴	تعداد متوسط مقایرت بعد از زایمان، در هفته
آزمون من ویتنی - $P=0.561$	۱/۵۸	۶/۵۶	۲/۶۱	۷/۰۹	زمان شروع اولین مقایرت پس از زایمان (هفتاه)
آزمون من ویتنی - $P=0.861$	۱/۸۰	۳/۵۶	۱/۵۸	۳/۵۶	مدت زمان پس از زایمان

مداخله ۱۹/۳۵ و بعد از مداخله ۲۷/۹۰ و در گروه کنترل، قبل از مداخله ۲۰/۵۵ و بعد از مداخله ۲۲/۴۱ بود که از لحاظ آماری این اختلاف‌ها معنادار بود ($P<0.001$) و ($P=0.002$). همچنین ۴ هفته بعد از مداخله، میانگین نمره کل در گروه مداخله و کنترل از لحاظ آماری تفاوت معناداری را نشان داد ($P<0.001$).

بر اساس نتایج این پژوهش، واحدهای دو گروه مطابق جدول ۱ از نظر خصوصیات دموگرافیک و مامایی و مدت زمان بعد از زایمان تفاوت معنی‌داری نداشتند. قبل از مطالعه ازنظر میانگین نمره کلی عملکرد جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. میانگین نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله، قبل از

جدول (۲): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) و شش حیطه‌ی آن قبل و بعد از مداخله در دو گروه

مداخله و کنترل												گروه‌ها	
سطح			مداخله			سطح			کنترل				
معناداری		معناداری	۴ هفته بعد از مداخله		قبل از مداخله	معناداری		۴ هفته بعد از مداخله		قبل از مداخله	متغیر		
میانگین	انحراف	میانگین	میانگین	انحراف	میانگین	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	میانگین	جنسي	
معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	درد	
<۰/۰۰۱	۳/۷۰	۲۷/۹۰	۴/۶۳	۱۹/۳۵	۰/۰۰۲	۳/۸۶	۲۲/۴۱	۳/۷۱	۲۰/۵۵	FSFI	نمره کل		
<۰/۰۰۱	۰/۷۰	۴/۵۱	۱/۱۷	۲/۸۰	۰/۰۲۴	۰/۸۰	۳/۴۷	۱/۰۷	۳/۱۵		تمایل جنسی		
<۰/۰۰۱	۰/۷۷	۴/۸۱	۱/۰۷	۳/۲۹	۰/۰۵۲	۰/۸۴	۳/۹۳	۰/۹۴	۳/۵۸		تهییج جنسی		
<۰/۰۰۱	۰/۸۷	۴/۹۶	۱/۲۷	۳/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۴/۱۶	۱/۰۳	۳/۸۰		روطوبت مهبلی		
<۰/۰۰۱	۰/۶۸	۳/۴۶	۰/۹۹	۲/۴۳	۰/۱۱۷	۰/۷۳	۲/۶۷	۰/۸۴	۲/۵۳		ارگاسم		
<۰/۰۰۱	۰/۷۳	۵/۱۸	۱/۱۴	۴/۳۸	۰/۹۸۷	۱/۰۱	۴/۲۴	۱/۰۳	۴/۲۷		رضایت جنسی		
<۰/۰۰۱	۱/۰۱	۴/۹۶	۱/۵۱	۲/۸۸	۰/۰۰۴	۱/۳۸	۳/۹۱	۱/۴۸	۳/۱۹		درد		

جنسي زنان به کاررفته است، در مطالعه‌ی حاضر مورد بررسی قرار گرفته است (۲۶).

۴ هفته بعد از مداخله، میانگین نمره کل عملکرد جنسی، میزان بهبود عملکرد جنسی و حیطه‌های شش گانه‌ی عملکرد جنسی در گروه مداخله و کنترل از لحاظ آماری تفاوت معناداری را نشان داد ($P < 0.001$). نتایج این مطالعه مبنی بر تأثیر مشاوره جنسی بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان شیرده در راستای نتایج حاصل از مطالعات مشابه قرار داشت، به طوری‌که فرنام و همکاران که باهدف بررسی مقایسه‌ای تأثیر مدل PLISSIT و مدل بهداشت جنسی گروهی بر مشکلات جنسی زنان در تهران صورت گرفت، یافته‌ها مؤید تأثیر مثبت این مدل در بهبود عملکرد جنسی و کاهش میزان دیسترس جنسی در این زنان بوده است (۲۰). در مطالعه رستم خانی و همکاران میانگین نمره FSFI زنان در گروه مداخله در فواصل ۲ هفته و ۴ هفته بعد از مداخله (۱۱ جلسه ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای) در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت معناداری را نشان داد (۱۹). آن هو نیز در مطالعه‌ی خود باهدف تأثیر این مدل در زنان مبتلا به سلطان‌های ژنیکولوژیک و همسرانشان چنین نتیجه‌گیری کرد که برگزاری این برنامه طی ۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توانسته است بر بهبود عملکرد جنسی و صمیمت زوجی، کاهش دیسترس جنسی زنان و نیز افزایش امیدواری در همسران آن‌ها تأثیر مثبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل داشته باشد (۲۲). توونکو و بیلیز در زنان تحت هیسترتکومی و چون در زنان مبتلا به کانسرهای ژنیکولوژیک بهبود عملکرد جنسی در گروه مداخله بر اساس این مدل را نشان دادند (۲۷). ایاز و کوبیلی به دنبال اجرای

بحث و نتیجه‌گیری
پژوهش حاضر یک مطالعه کار آزمایی بالینی شاهد دار تصادفی است که باهدف تعیین تأثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان شیرده صورت گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که مشاوره بر اساس مدل PLISSIT نسبت به مشاوره روتین موجب کاهش مشکلات جنسی و افزایش معنی‌دار نمرات عملکرد جنسی و حیطه‌های شش گانه‌ی آن در زنان شیرده می‌گردد.

گلازنر در مطالعه خود به این نتیجه دست یافت با وجود اینکه اکثر زنان در دوره‌ی پس از زایمان از مشکلات جنسی شکایت دارند، اما فقط ۱۳-۷ درصد آن‌ها درخواست کمک از پزشک یا ماما را داشتند (۲۴). در مطالعه‌ی باهدف "رفتارهای کمک طلبی برای اختلالات جنسی زنان" بر روی ۱۵۴۰ زن در ایران، نتایج نشان داد ۵۱ درصد از زنان حداقل از یکی از مشکلات جنسی شکایت داشتند ۳۵/۸ درصد از زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی به دنبال هیچ‌گونه کمکی از مراقبین بهداشتی برای حل مشکل جنسی خود نبودند. محدودیت زمان برای مراجعه به مراقبین بهداشتی و اعتقاد به عدم رخداد این اختلال برای آن‌ها از شایع‌ترین علل عدم مراجعه این افراد به مراقبین بهداشتی است (۲۵). اولسون و همکاران نشان دادند که بعد از زایمان به علت تغییر الگوی فعالیت جنسی، خستگی، کمبود زمان کافی برای انجام فعالیت جنسی به علت وجود نوزاد و تغییر تصویر ذهنی از بدن، زوجین استرس بیشتری را تجربه می‌کردند که تمامی این مباحث در چکلیست مختصر مشکلات

به طور کلی مشاوره روتین برای حل مشکلات جنسی زنان در دوره پس از زایمان کافی نبوده و یکی از واقعیت‌های موجود در سیستم بهداشتی کشور این است که بسیاری از اجزاء 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 مقاربی و ایدز، بهداشت دوران بلوغ در حال حاضر ارائه می‌گردد و مشاوره و آموزش بهداشت جنسی هنوز وارد برنامه‌های آموزشی و ارائه خدمات نگردیده‌اند. بنابراین به نظر می‌رسد سیستم فعلی خدمات بهداشتی از نظر نیروهای مناسب برای ارائه چنین برنامه‌ای کمبود ندارد بلکه فقط آموزش‌های لازم را باید به این نیروها داده و آن‌ها را برای ارائه چنین خدمتی آماده نمایند. لذا استفاده از این مدل توسط متخصصین زنان و زایمان، ماماها و کلیه‌ی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی برای آموزش بهداشت جنسی در دوره‌های مختلف زندگی زنان توصیه می‌شود. بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری نمود که برگزاری دوره‌های آموزشی در جهت توانمندسازی ماماها در استفاده از این مدل ساده و کاربردی برای مواجهه با مشکلات جنسی مراجعین خود، می‌تواند گام مهمی در جهت فعال نمودن ماماها در زمینه‌ی ایفای نقش در این حیطه‌ی مهم از وظایفشان باشد.

از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به تعداد مناسب نمونه و ریزش کم نمونه‌ها اشاره نمود. محدودیت‌ها و مشکلات پژوهش شامل شرایط خانوادگی، خستگی ناشی از زایمان و شیردهی، فشارهای شغلی، زمان کوتاه و تعداد کم جلسات مشاوره و عدم پیگیری طولانی‌مدت نمونه‌ها به‌دلیل پرمشغله بودن زنان شیرده و عدم امکان مشاوره با همسران می‌باشد که می‌تواند بر نتایج موردپژوهش مؤثر باشد. به طور کلی مشاوره روتین برای حل مشکلات جنسی زنان در دوره پس از زایمان کافی نبوده و به نظر می‌رسد علی‌رغم توجه به جنبه‌هایی مانند تنظیم خانواده، مراقبت‌های پیش از بارداری، دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان، کلاس‌های آموزشی قبل از ازدواج، مشاوره و درمان بیماری‌های مقاربی و ایدز و بهداشت دوران بلوغ، مشاوره و آموزش بهداشت جنسی هنوز موردن توجه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی قرار نگرفته است و لازم است برنامه‌ریزی‌های لازم برای برطرف کردن این کمبود اجرا شود. لذا استفاده از این مدل توسط متخصصین زنان و زایمان، ماماها و کلیه‌ی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی برای آموزش بهداشت جنسی در دوره‌های مختلف زندگی زنان توصیه می‌شود. بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری نمود که برگزاری دوره‌های آموزشی در جهت توانمندسازی ماماها در جهت استفاده از این مدل ساده و کاربردی برای مواجهه با مشکلات جنسی مراجعین خود، می‌تواند گام مهمی در جهت فعال نمودن ماماها در زمینه‌ی ایفای نقش در این حیطه‌ی

مدل PLISSIT طی ۸ ویزیت در منزل برای زنان مبتلا به استوما، عملکرد جنسی آن‌ها در مقاطع زمانی قبل و ۶ هفت‌هه بعد از مداخله با کمک پرسشنامه رضایت جنسی گلمبوك راست موردررسی قرار داد. نتایج حاصل نشان داد که کاربرد این مداخله در گروه آزمون، توانسته بود به بهبود عملکرد جنسی این زنان کمک کند (۲۸). در مطالعه خاکبازان و همکاران که باهدف بررسی مقایسه‌ای تأثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بهبود عملکرد جنسی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت، به دنبال اجرای این مدل، نتایج نشان داد که مداخله بر اساس این مدل PLISSIT بهاندازه رویکرد شناختی رفتاری منجر به بهبود عملکرد جنسی‌شان می‌شود (۲۹). با توجه به مطالعات متفاوت داخلی و خارجی می‌توان این‌گونه استنبط کرد که استفاده از این مدل در جوامع متفاوت نتیجه مثبت و اثربخشی را داشته است. نکته قابل توجه در موردررسی میانگین نمرات حیطه‌های مختلف عملکرد جنسی به تفکیک: میل، تهییج، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل بود که تفاوت آماری معناداری را در تمامی مطالعات ذکر شده نشان داد (۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۷). درحالی که در مطالعه چون (۲۹) در حیطه درد هنگام فعالیت جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود نداشت که این مسئله با توجه به نوع مشکل به عوارض داروهای شیمی‌درمانی نسبت داده شده بود. در مطالعه حاضر در بین افراد گروه کنترل در طول زمان از نظر میانگین نمرات حیطه‌های تمایل جنسی، رطوبت مهبلی و درد حین مقاربت تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ درحالی که از نظر نمره‌های حیطه تهییج جنسی، ارگاسم و رضایت جنسی در طول مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت. در مطالعه محمدی الموتی باهدف مشاوره جنسی گروهی بر روی زنان شیرده، در طول زمان از نظر نمره کل عملکرد جنسی و حیطه‌های تهییج جنسی، ارگاسم، رطوبت مهبلی و رضایت جنسی در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. به نظر می‌رسد باگذشت زمان ممکن است به علت سازگاری بیشتر افراد با شرایط بعد از زایمان، مشکلات آنان نیز کمتر شود (۳۰). در مطالعه خاکبازان در گروه کنترل بین میانگین نمره عملکرد جنسی و هیچ‌یک از حیطه‌های عملکرد جنسی به‌جز حیطه‌ی رطوبت مهبلی، تفاوت آماری معنی‌داری در طول مطالعه یافت نشد (۲۹). در مطالعه‌های محمدی الموتی (۳۰)، خاکبازان (۲۹)، آن هو (۲۲)، چون (۲۱)، توتونکو و بیلدیز (۲۷)، رستم خانی و همکاران (۱۹) و ایاز و کوبیلی (۲۸) در گروه مداخله (مشاوره بر اساس مدل PLISSIT)، در طول مطالعه افزایش آماری معناداری از نظر نمره کل عملکرد جنسی و حیطه‌های شش گانه آن نشان دادند.

بدینوسیله از مستولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی مژده بنائی به راهنمایی سرکار خانم شهناز ترک زهرانی است. همچنین مراتب تشکر و سپاس خود را نسبت به کلیه عزیزانی که در این پژوهش شرکت کردند و کارکنان مرکز بهداشتی و درمانی نیایش اعلام می‌داریم.

مهم از وظایفشان باشد و همچنین با توجه به شیوع بالای این مشکلات در دوران پس از زایمان پیشنهاد می‌شود نیازمنجی و آموزش در مورد مشکلات جنسی پس از زایمان در مردان و زنان جهت مشارکت بیشتر همسران و پیگیری عملکرد جنسی زنان طی ۶ ماه و یک سال پس از زایمان صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

References:

1. Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sex Med* 2013;1(2):54-61.
2. Berek JS, Et A. Berek & Novaks Gynocology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott ,Williams And Winlkinson; 2012. P. 270-304.
3. Kaplan & Sadocs. Synopsis Of Psychiatry: Behavior Sciences/Clinical Psychiatry.10th Ed. Philadelphia: Lippincott ,Williams And Winlkinson; 2007. P. 274-92.
4. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J* 2014;25: 5-14.
5. Peck SA. The importance of the sexual health history in the primary care setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30(3):269-74.
6. Acele EO, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs* 2012;21(7-8):929-37.
7. Dabiri F, Yabandeh AP, Shahi A, Kamjoo A, Teshnizi SH. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman Med J* 2014;29(4):276-9.
8. Moghimi Hanji. S, Mahdizadeh Torzani. Z. A Comparative Sexual Function After Childbirth In Nulliparous Women Who Delivered By Cesarean And Vaginal. *Q Horizon Med Sci*. 2011; 18: 225-31. (Persian)
9. Shirvani Ma, Nesami. MB, Bavand M. Maternal Sexuality after Child Birth among Iranian Women. *Pakistan J Biological Sci* 2010; 13: 385-38. (Persian)
10. Boroumandfar K, Rahmati MG, Farajzadegan Z, Hosseini H. Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the reproductive factors. *Iranian J Nurs Midwifery Res* 2010; 15: 220. (Persian)
11. Yildiz H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J sex Marital Therapy* 2015;2;41: 49-59.
12. Botros SM, Abramov Y, Miller J-JR, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A, et al. Effect of parity on sexual function: an identical twin study. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):765-70.
13. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med* 2008;1;5: 1915-22.
14. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YM, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum. *Int J Nurs Stud* 2011;30;48: 409-18.
15. Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly A, Moalli P, Brown MB, Weber A. Sexual function 6 months after first delivery. *Obstet Gynecol* 2008;111: 1040.
16. Wilmoth MC. Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. *Nurs Clin North Am* 2007;31;42: 507-14.
17. Yelton MM, Delfin NM. An Overview Of Sexuality In Clinical Practice. Presented to the faculty of the Division of Social Work California State University, Sacramento: 2015.
18. 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;1;25: 135-9.
19. Rostamkhani F, Jafari F, Ozgoli G, Shakeri M. Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-

- experimental study. Iran J Nurs Midwifery Res 2015;20: 139.
20. Farnam F, Janghorbani M, Raisi F, Merghati-Khoei E. Compare the Effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in Tehran, Iran: A randomized controlled trial. J Sex Med 2014; 11: 2679-89.
21. Chun N. Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. J Korean Acad Nurs 2011;41(4):471-80.
22. Nho JH. Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. J Korean Acad Nurs 2013;43: 681-9.
23. Gibbs RS. Danforth's Obstetrics and Gynecology.10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
24. Glazener C. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. Int J Obstet Gynecol 1997;104: 330-5.
25. Vahdaninia M, Montazeri A, Goshtasebi A. Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. BMC Womens Health 2009;9:3.
26. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. Scand J Car Sci 2005;19: 381-7.
27. Tutuncu B, Yildiz H. The Influence on Women's Sexual Functions of Education Given According to the PLISSIT Model after Hysterectomy. Procedia Soc Behav Sci 2012;47: 2000.
28. Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. J Clin Nurs 2009;18: 89-98.
29. Khakbazan Z, Daneshfar F, Behboodi-Moghadam Z, Nabavi SM, Ghasemzadeh S, Mehran A. The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy (PLISITT) 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.
30. Mohamadi almoti. M. impact of group's consultation on sexual function in lactating women. Thesis of master. Tehran University of medical sciences. Fac Nurs Midwifery 2010. (Persian)

THE EFFECTIVENESS OF CONSULTATION BASED ON PLISSIT MODEL ON SEXUAL FUNCTION OF LACTATING WOMEN

Shahnaz Torkzahrani¹, Mojdeh Banaei^{1}, Giti Ozgoli¹, Mohsen Azad⁴, Fatemeh Mahmoudikohani⁵*

Received: 30 May, 2016; Accepted: 5 Aug, 2016

Abstract

Background & Aims: Pregnancy and childbirth are important periods of women's life that cause hormonal and physical changes, and these changes could have significant effects on sexual function. The aim of this study was to assess the effectiveness of PLISSIT-based counseling model On Sexual Function of women during first six month after childbirth.

Material & Methods: This was a randomized controlled clinical trial study. Ninety lactating women during their first six month after delivery, and having at least one sexual problem were included in the study. The samples were selected and randomized into two groups; intervention group (consultation based on PLISSIT model) and control group (routine sexual consultation). Demographic and obstetric information and FSFI (Female Sexual Function Index) questionnaires were used to collect the data. The data were collected from participants at two different times: before consultation and 4 weeks after consultation.

Results: Mean scores of sexual function were 19.35 before consultation and 27.90 after consultation in experimental group. In the control group, mean score of sexual function were 20.55 before consultation and 22.41 after consultation. These differences were statistically significant ($P<0.001$ and $P=0.002$). Four weeks after consultation, there was significant difference in mean score of sexual function between control and experimental groups ($P<0.001$).

Conclusion: Based on the result of this study, sexual problems in lactating women decreased by using the PLISSIT model. Using the PLISSIT model is recommended in health care settings.

Keyword: Consultation, sexual function, sexual problem, PLISSIT model, lactating women

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Vali-Asr Avenue, Cross of Vali-Asr and Neiaiesh Highway, Opposite to Rajaee Heart Hospital, Tehran, Iran.

Tel: (+98) 9214673694

Email: Mojdeh.banaei@gmail.com

¹ Department Of Midwifery, Faculty Of Nursing And Midwifery, Shahid Beheshti University Of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Student Research Committee, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

³ Department Of Midwifery, Faculty Of Nursing And Midwifery, Shahid Beheshti University Of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Mother and Child Welfare Research Center ·Hormozgan University of Medical Sciences ·Bandarabbas ·Iran

⁵ Student Research Committee, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran