

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 موردپژوهش شامل ۹۰ زن شیرده نخست زای 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) به‌طور تصادفی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و مامایی و شاخص عملکرد جنسی زنان استفاده شد. عملکرد جنسی فرد در دو مرحله 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 ($P < ۰/۰۰۱$ و $P = ۰/۰۰۲$). همچنین ۴ هفته بعد از مداخله، میانگین نمره کل در گروه مداخله و کنترل از لحاظ آماری تفاوت معناداری را نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$).

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، پی‌درپی ۸۴، مهر ۱۳۹۵، صص 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 تظاهر 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).

گریزه‌ی جنسی یکی از قوی‌ترین غرایز 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 به‌صورت اختلال در

^۱ کارشناسی ارشد مامایی، مربی گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران

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

^۳ دکتری تخصصی بهداشت باروری، استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران

^۴ کارشناسی ارشد آمار زیستی، مربی گروه پیراپزشکی، 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 شهیدبهشتی، 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 آزمایشی 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 (نمره کم‌تر از ۲۸ از پرسشنامه FSFI)، عدم مواجهه با رویداد تنش‌زا در طی حاملگی و پس از زایمان، نداشتن 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 و...). این پژوهش با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده و در پایگاه ثبت کارآزمایی‌های بالینی وزارت بهداشت به شماره IRCT (2015062522921N1) به ثبت رسیده است. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و مامایی، پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و پرسشنامه شاخص 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 مهبل، 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 موردسنجش 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 مطالعه‌ی 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 (۷-۱۰). 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 افراد "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. در نهایت 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 (۲۲-۱۹). لذا محقق، از این مدل که در مطالعات فوق‌الذکر قابلیت اجرا داشته و تا به حال در مورد دوره بعد از زایمان استفاده نگردیده است، استفاده نموده و مطالعه‌ی باهدف تعیین اثر مشاوره

گروه آزمون و شاهد مربوط به همین درمانگاه بودند. در نهایت 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 متفاوتی به درمانگاه مراجعه می‌نمودند تا با یکدیگر در ارتباط نباشند و مشاوره افراد دو گروه مداخله و کنترل در اتاق‌های 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 ۰/۰۵ مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت با تجزیه و تحلیل 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. در نهایت 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، در نهایت ۹۰ زن نخست‌زا 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 وقوع 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 تمامی نمونه‌ها تکمیل گردید. سپس افراد با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری انتصاب 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 اتاقی جداگانه انجام می‌شد و مشکل جنسی فرد طبق اظهارات خودش مشخص می‌شد. در گروه آزمون مشاوره جنسی بر اساس دو مرحله‌ی 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 اجازه‌ی 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 شرح‌حال 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 در نهایت مشکل فرد توضیح داده شد (از پوستر و پمفلت آموزشی به‌عنوان 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=۰/۴۳۹ | ۲۲/۲۰ | ۱۰ | ۳۱/۱۰ | ۱۴ | فامیل نزدیک |
| | ۱۳/۳۰ | ۶ | ۱۷/۸۰ | ۸ | فامیل دور |
| | ۶۴/۴۰ | ۲۹ | ۵۱/۱۰ | ۲۳ | غریبه |
| آزمون دقیق فیشر P=۱/۰۰۰ | ۸/۹۰ | ۴ | ۸/۹۰ | ۴ | ابتدایی و راهنمایی |
| | ۴۸/۹۰ | ۲۲ | ۴۶/۷۰ | ۲۱ | دبیرستان و دیپلم |
| | ۴۲/۲۰ | ۱۹ | ۴۴/۴۰ | ۲۰ | دانشگاهی |
| آزمون دقیق فیشر P=۰/۴۶۳ | ۶/۷۰ | ۳ | ۱۳/۳۰ | ۶ | ابتدایی و راهنمایی |
| | ۴۲/۲۰ | ۱۹ | ۴۸/۹۰ | ۲۲ | دبیرستان و دیپلم |
| | ۵۱/۱۰ | ۲۳ | ۳۷/۸۰ | ۱۷ | دانشگاهی |

| سطح معنی‌داری | کنترل | | مداخله | | متغیرها |
|----------------------------|--------------|---------|--------------|---------|--|
| | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | |
| آزمون کای دو P=۰/۳۹۶ | ۸۶/۷۰ | ۳۹ | ۸۰/۰۰ | ۳۶ | خانه‌دار |
| | ۱۳/۳۰ | ۶ | ۲۰/۰۰ | ۹ | شاغل |
| آزمون کای دو P=۰/۲۴۰ | ۵۷/۸۰ | ۲۶ | ۴۰/۰۰ | ۱۸ | کارمند |
| | ۸/۹۰ | ۴ | ۱۳/۳۰ | ۶ | کارگر |
| | ۳۳/۳۰ | ۱۵ | ۴۶/۷۰ | ۲۱ | آزاد |
| آزمون کای دو P=۰/۸۶۴ | ۱۰/۰۰ | ۹ | ۲۲/۲۰ | ۱۰ | بین ۵۰۰ هزار - ۱ میلیون تومان |
| | ۴۲/۲۰ | ۱۹ | ۴۴/۴۰ | ۲۰ | بین ۱-۱/۵ میلیون تومان |
| | ۳۷/۸۰ | ۱۷ | ۳۳/۳۰ | ۱۵ | بیشتر از ۱/۵ میلیون تومان |
| آزمون دقیق فیشر P=۱/۰۰۰ | ۹۱/۱۰ | ۴۱ | ۸۸/۹۰ | ۴۰ | بارداری اول |
| | ۸/۹۰ | ۴ | ۸/۹۰ | ۴ | بارداری دوم |
| | ۰/۰۰ | ۰ | ۲/۲۰ | ۱ | بارداری سوم |
| آزمون کای دو P=۰/۳۹۶ | ۴۸/۹۰ | ۲۲ | ۴۰/۰۰ | ۱۸ | سزارین |
| | ۵۱/۱۰ | ۲۳ | ۶۰/۰۰ | ۲۷ | طبیعی |
| سطح معنی‌داری | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | مشخصات متغیرهای کمی |
| آزمون تی مستقل - P=۰/۷۰۵ | ۲/۶۴ | ۲۳/۴۴ | ۳/۱۰ | ۲۴/۹۳ | سن |
| آزمون تی مستقل - P=۰/۲۷۴ | ۴۵۱/۳۳ | ۳۱۹۱/۴۴ | ۳۶۳/۳۴ | ۳۱۱۱ | وزن هنگام تولد نوزاد (گرم) |
| آزمون تی مستقل - P=۰/۳۹۹ | ۱/۱۳ | ۳۸/۸۹ | ۱/۱۰ | ۳۸/۶۹ | سن حاملگی موقع زایمان (هفته) |
| آزمون من ویتنی - P=۰/۴۵۳ | ۱/۴۰ | ۲/۴۰ | ۱/۳۰ | ۲/۵۴ | تعداد متوسط مقاربت قبل از حاملگی، در هفته |
| آزمون من ویتنی - P=۰/۹۲۰ | ۱/۲۹ | ۱/۴۰ | ۰/۷۵ | ۱/۲۴ | تعداد متوسط مقاربت بعد از زایمان، در هفته |
| آزمون من ویتنی - P=۰/۵۶۱ | ۱/۵۸ | ۶/۵۶ | ۲/۶۱ | ۷/۰۹ | زمان شروع اولین مقاربت پس از زایمان (هفته) |
| آزمون من ویتنی - P=۰/۸۶۱ | ۱/۸۰ | ۳/۵۶ | ۱/۵۸ | ۳/۵۶ | مدت‌زمان 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 $P = 0.002$) (جدول ۲). 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 مدت‌زمان بعد از زایمان تفاوت معنی‌داری نداشتند. قبل از مطالعه از نظر 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 حیطة‌ی آن قبل و بعد از مداخله در دو گروه

| گروه‌ها | کنترل | | مداخله و کنترل | | سطح معناداری |
|------------------|---------------|----------------------|----------------|----------------------|--------------|
| | قبل از مداخله | ۴ هفته بعد از مداخله | قبل از مداخله | ۴ هفته بعد از مداخله | |
| متغیر | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | سطح معناداری |
| شاخص عملکرد جنسی | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | سطح معناداری |
| نمره کل FSFI | ۲۰/۵۵ | ۳/۷۱ | ۱۹/۳۵ | ۴/۶۳ | ۰/۰۰۲ |
| تمایل جنسی | ۳/۱۵ | ۱/۰۷ | ۲/۸۰ | ۱/۱۷ | ۰/۰۲۴ |
| تهییج جنسی | ۳/۵۸ | ۰/۹۴ | ۳/۲۹ | ۱/۰۷ | ۰/۰۵۲ |
| رطوبت مهبل | ۳/۸۰ | ۱/۰۳ | ۳/۵۵ | ۱/۲۷ | ۰/۰۰۱ |
| ارگاسم | ۲/۵۳ | ۰/۸۴ | ۲/۴۳ | ۰/۹۹ | ۰/۱۱۷ |
| رضایت جنسی | ۴/۲۷ | ۱/۰۳ | ۴/۳۸ | ۱/۱۴ | ۰/۹۸۷ |
| درد | ۳/۱۹ | ۱/۴۸ | ۲/۸۸ | ۱/۵۱ | ۰/۰۰۴ |

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 حیطة‌های شش‌گانه‌ی آن در زنان شیرده می‌گردد.

گلازردر مطالعه خود به این نتیجه دست یافت باوجوداینکه اکثر زنان در دوره‌ی پس از زایمان از مشکلات جنسی شکایت دارند، اما فقط ۷-۱۳ 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 و 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

جنسی زنان به‌کاررفته است، در مطالعه‌ی حاضر موردبررسی قرارگرفته است (۲۶).

۴ هفته بعد از مداخله، میانگین نمره کل عملکرد جنسی، میزان بهبود عملکرد جنسی و حیطة‌های شش‌گانه‌ی 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، به‌طوری‌که فرنام و همکاران که باهدف بررسی مقایسه‌ی 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 رستم‌خانی و همکاران میانگین نمره FSFI زنان در گروه مداخله در فواصل ۲ هفته و ۴ هفته بعد از مداخله (۱ جلسه ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای) در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت معناداری را نشان داد (۱۹). آن‌ها نیز در مطالعه‌ی خود باهدف تأثیر این مدل در زنان مبتلا به سرطان‌های ژنیکولوژیک و همسرانشان چنین نتیجه‌گیری کرد که برگزاری این برنامه طی ۴ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای توانسته است بر بهبود عملکرد جنسی و صمیمیت زوجی، کاهش دیسترس جنسی زنان و نیز افزایش امیدواری در همسران آن‌ها تأثیر مثبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل داشته باشد (۲۲). توتونکو و ییلدیز در زنان تحت هیستریکتومی و چون در زنان مبتلا به کانسره‌های ژنیکولوژیک بهبود عملکرد جنسی در گروه مداخله بر اساس این مدل را نشان دادند (۲۷). ایاز و کوبیلی به دنبال اجرای

به‌طور 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 مقاربتی 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 کلیه 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 زمینه 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 به دلیل پرمشغله بودن زنان شیرده و عدم امکان مشاوره با همسران می‌باشد که می‌تواند بر نتایج مورد پژوهش مؤثر باشد. به‌طور 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 مقاربتی و ایدز و بهداشت دوران بلوغ، مشاوره و آموزش بهداشت جنسی هنوز مورد 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 کلیه 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 زمینه 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 هفته بعد از مداخله با کمک پرسشنامه رضایت جنسی گلمبوک راست مورد بررسی 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 و رویکرد شناختی رفتاری در بهبود عملکرد جنسی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلوئوزیس انجام گرفت، به دنبال اجرای این مدل، نتایج نشان داد که مداخله بر اساس این مدل PLISSIT به اندازه رویکرد شناختی رفتاری منجر به بهبود عملکرد جنسی‌شان می‌شود (۲۹). با توجه به مطالعات متفاوت داخلی و خارجی می‌توان این‌گونه استنباط کرد که استفاده از این مدل در جوامع متفاوت نتیجه مثبت و اثربخشی را داشته است.

نکته قابل توجه در مورد بررسی 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، ۲۲، ۲۷، ۲۸، ۲۹). در حالی که در مطالعه چون (۲۱) 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 مهبل و درد حین مقاربت تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ در حالی 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 مهبل 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 نمره‌ی عملکرد جنسی و هیچ‌یک از حیطه‌های عملکرد جنسی به‌جز حیطه‌ی رطوبت مهبل، تفاوت آماری معنی‌داری در طول مطالعه یافت نشد (۲۹). در مطالعه‌های محمدی الموتی (۳۰)، خاکبازان (۲۹)، ان‌هو (۲۲)، چون (۲۱)، توتونکو و بیلدیز (۲۷)، رستم خانی و همکاران (۱۹) و ایاز و کویلی (۲۸) در گروه مداخله (مشاوره بر اساس مدل PLISSIT)، در طول مطالعه افزایش آماری معناداری از نظر نمره کل عملکرد جنسی و حیطه‌های شش‌گانه آن نشان دادند.

بدین وسیله از مسئولین 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 مزده 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 نیازسنجی 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:

- Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sex Med* 2013;1(2):54-61.
- Berek JS, Et A. Berek & Novaks Gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams And Winlkinson; 2012. P. 270-304.
- Kaplan & Sadocs. Synopsis Of Psychiatry: Behavior Sciences/Clinical Psychaitry. 10th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams And Winlkinson; 2007. P. 274-92.
- Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J* 2014;25: 5-14.
- Peck SA. The importance of the sexual health history in the primary care setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30(3):269-74.
- Acele EÖ, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs* 2012;21(7-8):929-37.
- 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.
- Moghimi Hanji. S, Mahdizade 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)
- Shirvani Ma, Nesami. MB, Bavand M. Maternal Sexuality after Child Birth among Iranian Women. *Pakistan J Biological Sci* 2010; 13: 385-38. (Persian)
- 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)
- Yıldız H. The relation between pre-pregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J sex Marital Therapy* 2015;2;41: 49-59.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Wilmoth MC. Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. *Nurs Clin North Am* 2007;31;42: 507-14.
- 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.
- 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.
- 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; 1; 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 Ozgoli², 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 Rajaei 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