

تأثیر مشاوره راه حل محور بر میل جنسی کم کار در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان

بنفشه بوجارزاده^۱، فرزانه سلطانی^۲، آرزو شایان^۳، سیده زهرا معصومی^۴، مریم فرهادیان^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۱۰/۰۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: کاهش میل جنسی یکی از شایع ترین انواع اختلالات عملکرد جنسی است. انجام مشاوره با رویکرد راه حل محور به دلیل این که دیدگاهی خوش بینانه و امیدبخش نسبت به مشکلات زندگی دارد، می تواند کمک های مفیدی را به زوجین در حل این مشکل ارائه دهد. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره راه حل محور بر میل جنسی کم کار در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۹۵ روی ۱۲۰ زن با کاهش میل جنسی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان انجام شد. زنان به صورت تصادفی به دو گروه آزمون (۶۰ نفر) و کنترل (۶۰ نفر) تقسیم شدند. ۷ جلسه ۹۰ دقیقه ای برنامه مشاوره ای و مراقبتی برای گروه مداخله برگزار گردید. فرم های اطلاعات فردی و اجتماعی و پرسشنامه ارزیابی میل جنسی کم کار، قبل و بعد از جلسات مشاوره در هر دو گروه، تکمیل شدند. داده ها از طریق نرم افزار SPSS-16 و آزمون های آنالیز کوواریانس و آنالیز کوواریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد میانگین و انحراف معیار میل جنسی در گروه آزمون قبل از مداخله، $8/8 \pm 3/2$ بود که بعد از مداخله به $6/7 \pm 1/7$ رسید ($p=0/001$). در گروه کنترل، تفاوت معناداری بین نمرات قبل و بعد از مداخله دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج حاصل نشان دهنده موفقیت مشاوره با رویکرد راه حل محور در بهبود میل جنسی زنان بود، بنابراین از این روش مشاوره می توان در بهبود میل جنسی زنان سود برد.

کلمات کلیدی: میل جنسی کم کار، مشاوره راه حل محور، زنان

مجله پرستاری و مامایی، دوره هفدهم، شماره ۱۱، پی در پی ۱۲۴، بهمن ۱۳۹۸، ص ۸۹۶-۸۹۰

آدرس مکاتبه: همدان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، تلفن: ۰۹۱۶۶۶۲۸۴۸۷

Email: zahramid2001@yahoo.com

مقدمه

شایع ترین این اختلالات، اختلال میل جنسی کم کار یا سردمزاجی است. این اختلال در زنان شایع تر از مردان بوده و بیشترین شکایت جنسی زنان را به خود اختصاص می دهد، به طوری که بیش از یک سوم زنان بزرگسال از این مشکل رنج می برند (۴). طبق مطالعه ای در آمریکا، کم کاری میل جنسی زندگی حدود ۸/۹ درصد از زنان سنین ۱۸-۴۴ سال، ۱۲/۳ درصد از زنان ۴۵-۶۴ سال و ۷/۴ درصد از زنان بالای ۶۵ سال را تحت تأثیر قرار می دهد. در ایران، شیوع اختلال کم کاری میل جنسی در زنان سنین باروری بین

اختلال عملکرد جنسی، یکی از نگرانی های مهم برای سلامت عمومی است که بر ابعاد مختلف زندگی از جمله کیفیت زندگی و ارتباطات فردی و اجتماعی افراد تأثیر چشمگیری داشته (۱). و باعث شروع عوامل خطر قلبی-عروقی و سایر بیماری های جسمی و روانی در زنان و مردان می گردد (۲). شایع ترین اختلالات عملکرد جنسی به ترتیب شامل کاهش میل جنسی، درد جنسی به هنگام مقاربت، اختلال در ارگاسم و کمبود تحریک جنسی هستند (۳). یکی از

^۱ گروه مشاوره مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۵ گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

اختلال میل جنسی کم‌کار در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح قبل و بعد و با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری این تحقیق تمامی زنان متأهلی بودند که به دلیل مشکلات جنسی و تعارضات زناشویی به درمانگاه‌های شهر همدان مراجعه و طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V-TR) مبتلا به کم‌کاری میل جنسی بودند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، گذشتن حداقل یک سال از زندگی مشترک، محدوده سنی ۱۸ سال تا قبل از یائسگی، عدم وجود سایر اختلالات جنسی با تأیید روانشناس بالینی همکار طرح، عدم ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای و اختلالات روانی، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان و ضدبارداری و عدم بارداری و شیردهی بودند. نمونه‌های مورد مطالعه در صورت عدم شرکت در حداقل یک جلسه از جلسات مشاوره و وجود هرگونه تنازعات خانوادگی شدید حین مطالعه از پژوهش خارج می‌شدند.

بهمنظور نمونه‌گیری، کلیه درمانگاه‌های شهر همدان (۳۳ درمانگاه) بر اساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن‌ها در ۳ خوشه اصلی شمال، جنوب و مرکز قرار گرفتند. از هر خوشه به‌صورت تصادفی ۲ درمانگاه انتخاب شدند (در مجموع ۶ درمانگاه) و با قرعه‌کشی در هر خوشه یک درمانگاه به گروه آزمون و یک درمانگاه به گروه کنترل اختصاص یافت و مجموعاً سه درمانگاه در گروه مداخله و سه درمانگاه در گروه کنترل قرار گرفتند. از هر درمانگاه ۲۰ نفر از افراد واجد شرایط به‌صورت تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب و در دو گروه قرار گرفتند. در ابتدا توضیحات لازم در خصوص روند جلسات و نحوه اجرای آموزش‌ها به نمونه‌ها داده شد، سپس پرسشنامه ارزیابی میل جنسی کم‌کار تکمیل گردید و افرادی که نمره ۵ یا بالاتر دریافت کردند با تشخیص کم‌کاری میل جنسی وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ارزیابی میل جنسی کم‌کار (DSDS) بود. این پرسشنامه شامل ۵ سؤال است که با بله و خیر پاسخ داده می‌شود. بیماران در صورتی واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند که به سؤالات ۱ تا ۴ پاسخ بلی و به سؤال ۵ جواب خیر می‌دادند. سؤال ۵، خود دارای ۷ مورد است که امتیاز آن، همانند سؤالات قبل محاسبه می‌شود. پاسخ بله، امتیاز صفر و پاسخ خیر امتیاز ۱ را اخذ می‌کند و دامنه امتیازات کلی بین صفر تا ۱۱ می‌باشد. روایی و پایایی پرسشنامه ارزیابی میل جنسی کم‌کار توسط لویس و آگوستین (۲۰۱۱)، مورد تأیید قرار گرفته است (۵). در این

درصد عنوان شده است (۵). عوامل متعددی در ایجاد کم‌کاری میل جنسی دخالت دارند که می‌توان به دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی، دستگاه ادراری-تناسلی، اختلالات روان‌شناختی و بیماری‌های مزمن دیگر اشاره کرد (۶). همچنین بروز این اختلال به دنبال زایمان، ابتلا به سرطان، بیماری‌های مزمن کلیوی و افسردگی و نیز زنان با سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی، افزایش می‌یابد (۷). عدم وجود آموزش‌های کافی درباره فعالیت جنسی، اطلاعات ناکافی جنسی، پیش‌نوازش ناکافی، ناسازگاری در ارتباط، باورهای جنسی غلط، اضطراب جنسی و ترس از موفق نبودن در رابطه جنسی، روابط خانوادگی آشفته، تربیت محدودکننده والدین، داشتن تجارب نامطلوب جنسی قبل از ازدواج، احساس گناه درباره آمیزش جنسی و اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین عوامل روان‌شناختی در اختلالات میل جنسی محسوب می‌شوند (۸).

با توجه به ماهیت تأثیرگذار اختلال عملکرد جنسی زنان بر ابعاد مختلف زندگی، تحقیقات متنوعی در زمینه تشخیص و درمان آن صورت گرفته و از داروهای متعددی برای درمان این اختلال بهره گرفته شده است. برخی از این داروها، ترکیبات گشادکننده عروقی نظیر آلپروستادیل و سیلدنافیل و ترکیبات حاوی اسید آمینه آرژینین هستند که روی جریان خون ناحیه ژنیتال تأثیر می‌گذارند. از عوارض خطرناک این داروها، مشکلات قلبی-عروقی است، به همین جهت مصرف خودسرانه این داروها می‌تواند خطرناک باشد (۹). یکی از راهکارهای مهم مورد استفاده برای درمان این اختلال، مشاوره است. مشاوره به صورت‌های مختلفی انجام می‌شود که یکی از این روش‌ها مشاوره راه‌حل‌محور می‌باشد. این رویکرد مراجعین را آسیب‌شناسی نمی‌کند بلکه آن‌ها را به‌عنوان یک فرد گرفتار در پرداختن به مشکل در نظر گرفته و به‌جای تأکید بر نقایص و ناتوانی افراد، روی برجسته‌کردن قابلیت‌ها و موفقیت‌های افراد و ایجاد رابطه حمایتی طی فرایند درمان، متمرکز است (۱۰). رویکرد راه‌حل‌محور به‌واسطه تأکید بر خودافشائی اندک، درمان کوتاه‌مدت و مختصر و تأکید بر جنبه‌های مثبت و قوی، متفاوت با شیوه‌های قدیمی روان‌درمانی است (۱۱). این روش به دلیل محدودیت جلسات درمانی از طرف مراجعین نیز مورد استقبال قرار گرفته و به دلیل نگاه خوش‌بینانه و امیدبخش نسبت به مشکلات زندگی، راهکار مفیدی برای کمک به زوجین می‌باشد (۱۲). با توجه به اینکه تحقیقات کمی در زمینه بررسی علل و عوامل اختلال میل جنسی کم‌کار در زنان و مشاوره‌های مربوطه به‌منظور کاهش این اختلال در ایران انجام شده است و نیز با توجه به اهمیت مسائل جنسی در تحکیم بنیاد خانواده و همچنین تأثیر انکارناپذیر اختلال میل جنسی بر تعارضات زناشویی، مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره راه‌حل‌محور بر

نداشتند پس از اتمام جلسات مشاوره، به صورت انفرادی مورد مشاوره قرار گرفتند. همچنین در پایان هر جلسه با مراجعه‌کنندگانی که دارای سؤالات بیشتری بوده و نیاز به مشاوره تکمیلی داشتند به صورت فردی صحبت شده و مشاوره‌های لازم صورت گرفت. پس از اتمام جلسات و بعد از پایان دوره پیگیری (یک ماه بعد) پرسشنامه ارزیابی میل جنسی کم‌کار مجدداً توسط هر دو گروه آزمون و کنترل، تکمیل شد. با شماره تلفنی که از افراد در اختیار پژوهشگر قرار گرفت هماهنگی‌های لازم جهت حضور افراد در جلسات بعدی و همچنین پیگیری پس از اتمام جلسات مشاوره‌ای صورت پذیرفت. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی برای گروه کنترل نیز، یک جلسه کلاس مشاوره راه‌حل محور در پایان جلسات آموزشی برگزار شد.

مطالعه نیز، پایایی ابزار با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ برآورد شد و روایی آن توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی متخصص بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی همدان به تأیید رسید. برای افراد گروه آزمون (۶ گروه ۱۰ نفری)، دو جلسه مشاوره ۹۰ دقیقه‌ای در هفته به تعداد ۷ جلسه، در محل مراکز بهداشتی درمانی برگزار شد. مشاوره توسط پژوهشگر اصلی که دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی بوده و موفق به گذراندن دوره مشاوره راه‌حل محور تحت نظارت استاد مشاور روانشناس علمی این طرح در یکی از مراکز دانشگاهی بود انجام گرفت. افراد هر درمانگاه به صورت جداگانه ارزیابی شدند. با توجه به اینکه، مسائل مطرح شده بین شرکت‌کنندگان مشترک بود، لذا اغلب آن‌ها تمایل به حضور در جلسات بعدی را داشتند و افرادی که در بحث گروهی مشارکت

جدول (۱). برنامه جلسات مشاوره راه‌حل محور برای گروه آزمون

جلسه	محتوا
اول	ایجاد ارتباط و آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف، قوانین و روند کار جلسات
دوم	بررسی انتظارات، باورها و تصورات زنان در مورد صمیمیت و سازگاری زناشویی، نشان دادن تأثیر باورها بر احساسات و رفتارها
سوم	توضیح خطاهای شناختی، انواع تفکرات غیرمنطقی و انواع رفتارهای ناسازگارانه جنسی، تبیین اهداف و انتظارات واقع‌بینانه، آشنایی با انتظارات متقابل و توجه به ویژگی‌های مثبت یکدیگر
چهارم	متعهد و امیدوار ساختن شرکت‌کنندگان برای حل مشکل، رفع سوءتفاهم ناشی از برداشت‌های غلط یا متفاوت از یکدیگر، روش‌های مقابله با باورهای غیرمنطقی، آموزش روش مجادله برای اصلاح باورهای غیرمنطقی
پنجم	بیان اهمیت رابطه جنسی، آشنایی با مراحل رشد جنسی، آناتومی دستگاه تناسلی زنان و مردان، چرخه پاسخ جنسی زنان و مردان، اختلالات جنسی زنان و مردان و راه‌های درمان آن
ششم	عوامل بازدارنده رابطه صحیح جنسی، تشخیص اسطوره‌های جنسی غلط، از بین بردن باورها و اسطوره‌های منفی جنسی، آشنایی با نگرش‌های صحیح و غلط زوجین درباره مسائل جنسی، تشریح تأثیر افکار و نگرش‌های منفی بر تثبیت ارتباط جنسی، بازسازی شناختی افکار ناکارآمد جنسی زوجین
هفتم	آموزش چگونگی برقراری صمیمیت جنسی، آموزش هنر جنسی صحبت کردن، آشنایی با پیش‌نیازهای رفتار جنسی، آشنایی با تکنیک‌های صحیح روابط جنسی و فواید کاربردهای هر تکنیک، آشنایی با بهداشت جنسی، جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری

کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. با توجه به اینکه دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، سن همسر و مدت زمان ازدواج، سن زمان ازدواج و سن همسر هنگام ازدواج همگن نبودند، لذا متغیرهای مذکور در آنالیز کوواریانس به‌عنوان کوواریت در نظر گرفته شده و اثر آن‌ها تعدیل شد. آزمون‌های مورد استفاده شامل آزمون‌های آنالیز کوواریانس و آنالیز کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر بودند و برای محاسبه میانگین و فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای مربوط به

این طرح در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان به ثبت رسید. فرم رضایتنامه شرکت در پژوهش به صورت کتبی در ابتدای هر پرسشنامه درج شد و پژوهشگر قبل از توزیع پرسشنامه‌ها توضیحات لازم را در خصوص محرمانه بودن اطلاعات ارائه کرد و از آن‌ها خواست در صورت تمایل نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمایند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-16 استفاده شد. به‌منظور ارزیابی متغیرها از نظر نرمال بودن توزیع آن‌ها از آزمون

مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها، آمار توصیفی به کار برده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

تحصیلات دیپلم و بیشتر افراد گروه کنترل (۳/۳۸٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۲۷ درصد زنان شرکت‌کننده در گروه آزمون و ۲۳ درصد از افراد گروه کنترل سابقه زایمان طبیعی داشتند. سایر مشخصات فردی اجتماعی شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۲ آورده شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد در گروه آزمون $36/4 \pm 7/5$ و در گروه کنترل $32/1 \pm 6/7$ سال بود. بیشتر افراد گروه آزمون (۵۵٪) دارای

جدول (۲). مقایسه مشخصات دموگرافیک دو گروه آزمون و کنترل

نتیجه آزمون آماری	گروه		متغیر
	آزمون	کنترل	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
$P=0/002$ $t=-3/2$	۳۶/۴ (۷/۵)	۳۲/۱ (۶/۷)	سن (سال)
$P=0/004$ $t=-2/9$	۴۲/۳ (۸/۷)	۳۷/۹ (۷/۶)	سن همسر (سال)
$P=0/017$ $t=2/42$	۱۹/۱ (۴/۵)	۲۱/۳ (۵/۱)	سن زمان ازدواج
$P=0/012$ $t=2/55$	۲۴/۳ (۶/۰)	۲۷/۰ (۵/۲)	سن همسر در زمان ازدواج
$P=0/001$ $t=-3/2$	۱۶/۲ (۹/۰)	۱۰/۶ (۵/۹)	مدت ازدواج

آنالیز کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار آماری بین قبل و بعد از آزمون در گروه مداخله بود ($p < 0/001$). در گروه کنترل، میانگین نمرات قبل از مداخله $8/7$ (۲/۸) و بعد از مداخله $8/5$ (۲/۸) بود که اختلاف آماری معناداری را نشان نداد ($p=0/520$). جدول شماره (۳).

دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، سن همسر، سن زمان ازدواج، سن همسر در زمان ازدواج، مدت زمان ازدواج همگن نبودند. که با استفاده از آزمونهای آماری در این موارد اثر آنها کنترل شده است. میانگین امتیاز میل جنسی افراد مورد پژوهش در گروه آزمون قبل از مداخله $8/8$ (۳/۲) و بعد از مداخله $6/7$ (۱/۷) بود. نتایج آزمون

جدول (۳). مقایسه میانگین نمرات میل جنسی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

سطح معنی‌داری	گروه		متغیر
	آزمون	کنترل	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۳۴۹	۸/۸ (۳/۲)	۸/۷ (۲/۸)	میل قبل از مداخله
$<0/001$	۶/۷ (۱/۷)	۸/۵ (۲/۸)	جنسی بعد از مداخله
	۰/۰۰۱	۰/۵۲۰	سطح معنی‌داری

می‌تواند با بهبود دانش جنسی، باورهای جنسی، خودابرازی و مهارت جنسی، به افزایش میل جنسی زنان منجر شود (۱۳). مطالعات مختلف دیگر نیز بر تأثیر مشاوره راه‌حل‌محور در افزایش سازگاری زناشویی (استوارت ۲۰۱۱) (۱۴)، رضایت زناشویی (۱۵) (اسپلسبری ۲۰۱۱)، مهارت‌های ارتباطی زوجین (خوش

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر که باهدف تعیین تأثیر مشاوره راه‌حل‌محور بر میل جنسی کم‌کار در زنان انجام شد، نشان‌دهنده موفقیت مشاوره راه‌حل‌محور در بهبود میل جنسی زنان بود. در مطالعه علیزاده و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده شد که مشاوره شناختی- رفتاری

راه‌حل‌مدار به فعالیت‌هایی که زوجین از آن لذت می‌برند، توجه کرده و آن‌ها را به انجام مجدد این فعالیت‌ها تشویق می‌کند. درمانگر راه‌حل‌مدار یک موضوع غیر قضاوتی، غیرمواجهه‌ای، درک‌کننده و همکاری‌کننده اتخاذ می‌کند و بر نقاط مثبت و توانمندی‌های مراجعه‌کننده تمرکز می‌کند و از این طریق می‌تواند در جهت بهبود مسائل جنسی سودمند باشد (۲۲).

محدودبودن نمونه‌های پژوهش به زنان دارای مشکل جنسی، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی و نیز عدم ارتباط پژوهشگر با همسران و اخذ نظرات آنان در مورد رضایت زناشویی از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود که توجه به این موارد در پژوهش‌های آتی می‌تواند بستر لازم را برای قضاوت دقیق‌تر پیرامون این دو متغیر فراهم آورد.

نتایج مطالعه بیانگر موفقیت مشاوره راه‌حل‌محور در بهبود میل جنسی زنان مورد پژوهش بود. از آنجایی که اکثر زنان دسترسی مناسبی به مراکز بهداشتی-درمانی دارند، لذا به نظر می‌رسد توجه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، به خصوص کادر مامایی به مسائل مرتبط با زناشویی و برگزاری کلاس‌های آموزشی و مشاوره‌ای در زمینه مسائل جنسی با رویکرد ارتقای سلامت جنسی، مناسب‌ترین و در دسترس‌ترین راهکار جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان باشد.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1395.176 می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان و کلیه افرادی که در اجرای این پروژه یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

- Vakili Z, Noroozi M, Ehsanpoor S. Comparing the effects of two methods of group education and peer education on sexual dysfunction of menopausal women: A randomized controlled trial. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2019; 24(3): 187-92.
- Nejati B, et al., 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. *Journal of Isfahan Medical School* 2017; 35(435): 739-48.

اخلاق ۲۰۱۹(۱۶)، بهبود روابط زوجین (پناهی درچه ۲۰۱۷)(۱۷) صحنه گذاشته‌اند. در مطالعات رستم‌خانی و همکاران (۲۰۱۲)(۱۸) و مرادی و همکاران (۲۰۱۶)(۱۹) نیز آموزش مسائل جنسی منجر به بهبود عملکرد جنسی خصوصاً در بعد برانگیختگی و میل جنسی شده بود. نتایج مطالعه معصومی و همکاران (۲۰۱۶) باهدف تعیین تأثیر مشاوره جنسی بر رضایت زناشویی زنان باردار نشان داد که مشاوره باعث افزایش امتیاز رضایت جنسی می‌شود (۲۰). همچنین در مطالعه کفایی عطریان و همکاران (2019) که به‌منظور بررسی تأثیر آموزش شناختی رفتاری بر دانش و نگرش و اعتماد به نفس جنسی زنان انجام شد نتایج مطالعه نشان داد که از عوامل مهم کاهش میل جنسی، دانش جنسی پایین و نگرش جنسی منفی بود که آموزش و مشاوره باعث افزایش دانش جنسی، تغییر نگرش و در نتیجه بهبود میل جنسی شده بود (۲۱). اکثر مطالعات فوق، نشان‌دهنده تأثیرات مثبت مشاوره راه‌حل‌محور در بهبود روابط زناشویی می‌باشد ولی در مطالعه ما تأثیر این نوع روش مشاوره‌ای که دارای کیفیت بالایی بوده و خصوصیات منحصر بفردی داشته در اختلال میل جنسی کم‌کار در زنان استفاده شده است که نتایج حاکی از تأثیر مثبت آن بوده است. لازم به توضیح هست که این روش مشاوره‌ای تا کنون در اختلال میل جنسی کم‌کار کمتر بکار برده شده است.

از آنجا که بسیاری از مشکلات جنسی در اثر باورهای غلط و عوامل روانی و فرهنگی ایجاد می‌شود، مشاوره راه‌حل‌محور می‌تواند از طریق آموزش رابطه صحیح جنسی، تشخیص و از بین بردن باورهای جنسی غلط، آشنائی با نگرش‌های صحیح و غلط زوجین درباره مسائل جنسی، تشریح تأثیر افکار و نگرش‌های منفی بر تثبیت ارتباط جنسی و بازسازی شناختی افکار ناکارآمد جنسی زوجین منجر به بهبود روابط جنسی زوجین گردد. درمان کوتاه‌مدت

- Mazinani R. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *Razi J Med Sci* 2013; 19(105): 59-66.
- Ghorbany A, Ahangar N.E.-G, Naderi H. Investigating the Relationship of Women's sexual Frigidity with Their Marital Adjustment and Psychological Well-being. *J Current Res Sci* 2016; 2: 21-5.
- Nicolosi A, et al., Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries. *BJU Int* 2005; 95(4): 609-14.

6. Lewis, R.W., et al., Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1(1): 35-9.
7. Van Ek G.F. Discussing sexual dysfunction with chronic kidney disease patients: practice patterns in the office of the nephrologist. *J Sex Med* 2015; 12(12): 2350-63.
8. Shayan A., et al., Impact of a stress management intervention program on sexual functioning and stress reduction in women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2017; 18(10): 2787-93.
9. Nasehi AA. Prevalence of sexual dysfunction among general population of Iran: A systematic review. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2017; 11(4): e7643.
10. Mapp F, Wellings K, Hickson F, Mercer CH. Understanding sexual healthcare seeking behaviour: why a broader research perspective is needed *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 462.
11. Shakarami M, Davarniya R, Zaharakar K, Talaieian R. Effectiveness of brief solution-focused group couple therapy on improving marital quality in women. *Razi J Med Sci* 2015; 22(131): 1-13.
12. Mirzavand A, Riahi M, Mirzavand A, Malekitabar M. Effectiveness of Solution-Focused Therapy on Married Couples' Burnout. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2016; 10(4): e4983.
13. Alizadeh M. Effectiveness of cognitive behavioral counseling-based film therapy on the communication skills of females with low sexual Desire. *J Nurs Midwifery Sci* 2019; 6(1): 8-14.
14. Stewart JW. A pilot study of solution-focused brief therapeutic intervention for couples, in Family, Consumer, and Human Development. (Dissertation). Utah: Utah state university; 2011.
15. Spilsbury G. Solution-focused brief therapy for depression and alcohol dependence: A case study. *Clin Case Stud* 2012; 11(4): 263-75.
16. Khoshakhlagh H, Narimani A. Effectiveness of Solution-Focused Brief Couple Therapy on Happiness and Marital Conflict in Veterans' Spouses. *Teb-e-Janbaz Iran J War Public Health* 2019; 11(1): 7-13.
17. Dorche KP, Kimiaei SA, Ghahramanzadeh M. Evaluating the Effect of Solution-Focused Group Counseling on Improving Quality of Marital Relationships in Childless Couples. *Int J Psychol Stud* 2017; 9(1): 81-7.
18. Rostamkhani F, Ozgoli G, Khoei EM, Jafari F, Majd HA. Effectiveness of the PLISSIT-based Counseling on sexual function of women. *Adv Nurs Midwifery* 2012; 21(76): 1-9.
19. Moradi M. The effect of sexual counseling on sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Hayat* 2016; 22(2): 148-58.
20. Masoumi SZ, et al., Investigating the effects of sexual consultation on marital satisfaction among the pregnant women coming to the health centers in the city of Malayer in the year 1394. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2016; 24(4): 256-63.
21. Kafei Atrian M, Mohebbi Dehnavi Z, Kamali Z. The Relationship between Sexual Self-Efficacy and Sexual Function in Married Women. *J Midwifery Reproduc Health* 2019; 7(2): 1683-90.
22. Abbasi A, et al., Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Reducing Depression and Increasing Marital Satisfaction in Married Women. *Iran J Nurs* 2017; 30(105): 34-46.

THE EFFECT OF SOLUTION-FOCUSED APPROACH ON LOW SEXUAL DESIRE IN WOMEN

Banafsheh Boojarzadeh¹, Farzaneh Soltani², Arezou Shayan³,
Syyedh Zahra Masoumi^{4*}, Maryam Farhadiyan⁵

Received: 01 Sep, 2019; Accepted: 22 Dec, 2019

Abstract

Background & Aims: Sexual desire is one of the most common forms of sexual dysfunction. Counseling with a solution-focused approach can offer helpful support to couples in solving this problem because they have an optimistic and promising perspective on life problems. The aim of the current study was to determine the effect of the solution-focused approach on low sexual desire disorder in women referred to Hamadan health centers.

Materials & Methods: This quasi-experimental study was conducted on 120 women with decreased libido referred to health centers in Hamadan, 2016. They were randomly divided into intervention (n=60) and control (n=60) groups. The demographic and socio-demographic information forms, and the low libido assessment questionnaire (Decreased Sexual Desire Screener) were completed before and after the counseling sessions. Intervention group participated in seven sessions of 90 minutes of counseling and care. Data were analyzed by ANCOVA and repeated measure ANCOVA using SPSS software version 16.

Results: The findings showed that the mean and standard deviation of libido in the intervention group before and after the intervention were 8.8 ± 3.2 , and 6.7 ± 1.7 , respectively ($p = 0.001$). In the control group, there were no significant differences between pre- and post-intervention scores (8.7 ± 2.8 , 8.5 ± 2.8 respectively) ($p = 0.520$).

Conclusion: The results indicated the success of counseling with a solution-focused approach in improving female libido, so this method of counseling can be used to improve libido.

Keywords: Low-Libido, Solution-Focused Consultation, Women

Address: Department of Midwifery, Mother and Child Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Tel: +989166628487

Email: zahramid2001@yahoo.com

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

² Department of Midwifery, Mother and Child Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

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

⁴ Department of Midwifery, Mother and Child Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran (Corresponding Author)

⁵ Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran