








Research Article

The Effect of Counseling Based on Problem-Solving Skills on Sexual Dysfunction and Satisfaction in Pregnant Women

Masoumeh Fathi¹ , Masoumeh Davoodabadi Farahani² , Fereshteh Farzan Azar^{3,*} ,
Efat Noroozi⁴ , Azam Moslemi⁵ 

¹ MSc in Midwifery Counseling, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Medicine, University of Medical Sciences, Arak, Iran

² MSc of Midwifery, Instructor of Midwifery, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

³ PhD of Reproductive Health, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

⁴ PhD of Clinical Psychology, Department of Psychology, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran

⁵ PhD of Biostatistics, Department of Biostatistics, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

* **Corresponding author:** PhD of Reproductive Health, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. Email: ???

DOI: [10.61186/jams.27.6.327](https://doi.org/10.61186/jams.27.6.327)

How to Cite this Article:

Fathi M, Davoodabadi Farahani M, Farzan Azar F, Noroozi E, Moslemi A. The Effect of Counseling Based on Problem-Solving Skills on Sexual Dysfunction and Satisfaction in Pregnant Women. *J Arak Uni Med Sci.* 2025;27(6): 327-36. DOI: 10.61186/jams.27.6.327

Received: 11.10.2024

Accepted: 04.01.2025

Keywords:

Pregnancy;
Sexual performance;
Sexual satisfaction;
Counseling; Problem-solving

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Deep physical and psychological changes in pregnancy can affect women's sexual relations. This study aims to investigate the effect of psychological counseling on problem-solving skills on sexual dysfunction and satisfaction of pregnant women.

Methods: In a pre-test-post-test intervention study, 70 pregnant volunteers meeting the inclusion criteria, referring to health centers in Arak City, and with sexual function and sexual satisfaction questionnaire scores of less than 28 and 42, respectively, were randomly assigned to two intervention groups of 35 and a control group. The intervention group received six counseling sessions based on problem-solving, and both groups received routine care. Rosen's sexual performance questionnaire and Larson's sexual satisfaction questionnaire were answered by both groups before, immediately, and one month after the intervention. Data analysis was done using Chi-square, Fisher's exact test, and Repeated measure tests.

Results: The repeated measure design test showed that immediately and one month after the intervention, the average sexual performance (26.82 ± 1.61 and 28.88 ± 1.1) and sexual satisfaction (39.22 ± 2.27 and 15.15) (43.19 ± 2) compared to the control group (23.69 ± 1.97 , 22.63 ± 2.08) (36.23 ± 2.44 , 35.06 ± 2.46) compared to the control group ($P < 0.05$).

Conclusions: This study showed that counseling based on problem-solving improves the performance and sexual satisfaction of pregnant women effectively and can be included in educational protocols during pregnancy to improve the quality of sexual life.

تأثیر مشاوره مبتنی بر مهارت‌های حل مسأله بر اختلال عملکرد و رضایت جنسی در زنان باردار

معصومه فتحی^۱، معصومه داودآبادی^۲، فرشته فرزنان آذر^{۳*}، عفت نوروزی^۴، اعظم مسلمی^۵

^۱ کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
^۲ کارشناس ارشد آموزش مامایی، مربی گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
^۳ دکتری تخصصی سلامت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
^۴ دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
^۵ دکتری تخصصی آمار زیستی، مدیر مرکز توسعه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

* نویسنده مسئول: فرشته فرزنان آذر، دکتری تخصصی سلامت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

ایمیل: dr.farzanazar@arakmu.ac.ir

DOI: 10.61186/jams.27.6.327

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۲۰
مقدمه: تغییرات فیزیکی و روانشناختی عمیق بارداری، می‌تواند بر روابط جنسی زنان تأثیرگذار باشد. هدف این مطالعه، بررسی تأثیر مشاوره روانشناختی مهارت‌های حل مسأله بر اختلال عملکرد و رضایت جنسی زنان باردار بود.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵
روش کار: در یک مطالعه مداخله‌ای پیش‌آزمون-پس‌آزمون، ۷۰ باردار داوطلب دارای معیارهای ورود به مطالعه، مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر اراک، که نمره پرسشنامه عملکرد جنسی و رضایت جنسی به ترتیب کمتر از ۲۸ و ۴۲ داشتند به روش تصادفی ساده در دو گروه ۳۵ نفره مداخله و گروه شاهد قرار گرفتند. گروه مداخله ۶ جلسه مشاوره گروهی مبتنی بر حل مسئله و هر دو گروه مراقبت‌های روتین را دریافت کردند. پرسشنامه عملکرد جنسی Rosen و رضایت جنسی Larson توسط هر دو گروه قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله پاسخ داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Chi-square، Fisher's exact test و طرح اندازه مکرر انجام شد.	واژگان کلیدی: بارداری؛ عملکرد جنسی؛ رضایت جنسی؛ مشاوره؛ حل مسأله
یافته‌ها: آزمون طرح اندازه مکرر نشان داد که بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله میانگین عملکرد جنسی ($26/82 \pm 1/61$) و $28/88 \pm 1/1$ و رضایت جنسی ($39/22 \pm 2/27$) و $43/19 \pm 2/15$ (گروه مداخله نسبت به گروه شاهد ($22/63 \pm 2/08$ ، $23/69 \pm 1/97$) (P < 0/05) از افزایش معنی‌داری برخوردار است.	تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.
نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد، مشاوره مبتنی بر حل مسأله در بهبود عملکرد و رضایت جنسی زنان باردار مؤثر است و می‌توان برای بهبود کیفیت زندگی جنسی، در پروتکل‌های آموزشی دوران بارداری گنجانده شود.	
ارجاع: فتحی معصومه، داودآبادی معصومه، فرزنان آذر فرشته، نوروزی عفت، مسلمی اعظم. تأثیر مشاوره مبتنی بر مهارت‌های حل مسأله بر اختلال عملکرد و رضایت جنسی در زنان باردار. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۱۴۰۳؛ ۲۷ (۶): ۳۲۷-۳۳۶.	

مقدمه

و عدم اعتماد به نفس زوجین گردیده و بهداشت روانی خانواده را برهم زند. مطالعات در زمینه عملکرد جنسی زنان باردار مؤید آن است که طی دوران بارداری و حتی پس از زایمان، تمایل به برقراری رابطه جنسی، میل جنسی، دفعات مقاربت، دفعات ارگاسم و رضایت از رابطه جنسی کاهش یافته و میزان اختلالات عملکرد جنسی افزایش می‌یابد (۲).

بایرامی و همکاران (۳) و Fuchs و همکاران (۴) در مطالعات خود نشان دادند که رابطه جنسی در بارداری در سه ماهه اول و سه ماهه سوم به علت ترس از سقط جنین و صدمه به جنین، زایمان زودرس و یا دردناک بودن آن، کاهش یافته و در سه ماهه دوم به علت اطمینان از سلامت جنین افزایش می‌یابد.

بارداری با تغییرات فیزیکی و روانشناختی عمیق می‌تواند بر تمامی جنبه‌ها از جمله عملکرد جنسی تأثیرگذار باشند (۱). در تعریف، عملکرد جنسی یک فرد، مجموعه‌ای از ابراز، تمایل، تهییج جنسی و رسیدن به ارگاسم است که به طور مداوم و منظم در یک فرد یا زوج اتفاق می‌افتد و می‌تواند نقش مهمی در احساس سلامتی، بالا بردن کیفیت زندگی و احساس رفاه زوجین گردد. اختلال عملکرد جنسی، در تعریف به وجود هرگونه مشکل در فرد یا زوج در هر کدام از مراحل فعالیت جنسی شامل میل، رطوبت، تهییج و ارگاسم اطلاق می‌شود که می‌تواند موجب اضطراب

پس آزمون با گروه شاهد است که به بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر مهارت‌های حل مسأله بر اختلال عملکرد و رضایت جنسی در زنان باردار شهر اراک پرداخته است.

حجم نمونه در این مطالعه بر اساس مطالعات قبلی در زمینه عملکرد و رضایت جنسی و با توجه به $\alpha = 0.05$ ، $\beta = 0.2$ ، و با فرمول ذیل و با احتساب ریزش ۱۰ درصد، ۷۰ نفر تعیین گردید.

$$n \geq 2 \frac{(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

پس از تصویب طرح و دریافت مجوز کد اخلاق (IR.ARAKMU.REC.1403)، پژوهشگر با ارائه معرفی‌نامه و توضیح در مورد اهداف پژوهش به شبکه بهداشت و درمان شهر اراک ۲ مرکز خدمات جامع سلامت جهت گروه شاهد و دو مرکز خدمات جامع سلامت جهت گروه مداخله به صورت تصادفی ساده از مراکز واقع در شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر اراک انتخاب نمود.

جهت نمونه‌گیری لیستی از زنان باردار ایرانی ۳۵-۱۸ ساله و هفته بارداری ۲۶-۲۰ و دارای پرونده سلامت الکترونیک در پایگاه‌ها و مراکز جامع سلامت منتخب شهر اراک استخراج و در اختیار پژوهشگر قرار گرفت (تعداد ۴۱۲ نفر). از طریق تماس تلفنی و بیان اهداف مطالعه، ۱۹۲ زن باردار واجد معیارهای پژوهش با اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه عملکرد جنسی Rosen و پرسشنامه رضایت جنسی Larson را تکمیل کردند. در نهایت ۷۰ زن باردار که نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ و نمره رضایت جنسی کمتر از ۴۲ داشتند به روش تصافی ساده وارد مطالعه شدند و پس از کسب رضایت آگاهانه کتبی، در دو گروه ۳۵ نفره شامل: گروه مداخله و گروه شاهد قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه: سن ۳۵-۱۸ سال، بارداری نخست با سن حاملگی ۲۶-۲۰ هفته خواسته، ملیت ایرانی، سکونت در اراک، سن همسر ≥ 50 سال، ب اولین ازدواج هر یک از زوجین، شاغل بودن همسر در شهر اراک و عدم اقامت طولانی مدت (بیشتر از ۶ ماه) همسر خارج از شهر، فاصله سنی با همسر کمتر از ۱۰ سال زوجین، مدت ازدواج ≥ 5 سال، عدم تحصیل یا فارغ‌التحصیل در رشته روان‌شناسی یا مشاوره، عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی، توده بدنی در محدوده ۳۰، نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ از پرسشنامه عملکرد جنسی زنان، کسب نمره پایین (۴۱-۲۵) از پرسشنامه رضایت جنسی، نداشتن هیچگونه عوارض دوران بارداری، عدم منع نسبی یا مطلق مقاربت پزشکی، عدم سابقه مصرف الکل و مواد مخدر در زوجین، عدم مصرف داروهای مؤثر بر میل جنسی زوجین، عدم وقوع واقعه ناگوار در طی سه ماه قبل از مطالعه، زندگی با همسر دائم خود، تک همسر بودن و حداقل سواد خواندن و نوشتن.

معیارهای خروج از مطالعه: هر عاملی که باعث ختم حاملگی زودتر از موعد شود، بروز تعارض شدید با همسر در طول مطالعه، بروز هرگونه حادثه استرس‌زا برای زن باردار و خانواده او (بیماری، مرگ) در طول مطالعه، عدم شرکت در بیش از یک جلسه در فرآیند آموزش، انجام ندادن بیش از ۱۰ درصد از تکالیف درمانی، عدم تمایل به تداوم مشارکت در مطالعه.

همچنین مطالعات نشان می‌دهند که مردان اولین رابطه جنسی خارج از ازدواج خود را در دوران بارداری همسرشان تجربه می‌کنند (۵). در ایران مشکلات جنسی به عنوان یک مشکل شایع در دوران بارداری عنوان شده است. Hanafy و همکاران در مطالعه خود، میزان اختلالات عملکرد جنسی در ایران، در سه ماهه اول، سه ماهه دوم و در سه ماهه سوم به ترتیب ۶۸، ۵۱ و ۷۲ درصد گزارش کردند (۶).

Gumusay و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که الگوی تغییرات فعالیت جنسی در دوران بارداری می‌تواند علاوه بر عملکرد جنسی، رضایت جنسی زن باردار را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۷). رضایت جنسی عبارت است از قضاوت هر فرد راجع به رفتار جنسی خود که آن را لذت‌بخش تصور می‌کند. ناراضی جنسی ممکن است به مشکلات عمیق در روابط زوجها و ایجاد تنفر از همسر، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام‌گیری، احساس تحقیر، نداشتن اعتماد به نفس و نظایر آنها منجر شود و شکاف بین زوجین را عمیق‌تر سازد. Beşer و Güleroglu میزان اختلال رضایت جنسی در دوران بارداری را ۴۸ درصد گزارش کردند (۸).

با توجه به ماهیت چند بعدی اختلال عملکرد جنسی زنان و رضایت جنسی، گزینه‌های درمانی مختلفی از جمله داروهای شیمیایی، طب مکمل از جمله داروهای گیاهی و مداخلات رفتاری و روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. مطالعات نشان داده است که مشاوره جنسی، یکی از عناصر کلیدی در دستیابی به سلامت جنسی مطلوب، عملکرد جنسی مناسب و همچنین یک زندگی سالم و موفق است. یکی از انواع مشاوره‌های پرکاربرد در حوزه روانشناختی که در حل مشکلات خانوادگی کاربرد دارد مشاوره حل مسأله است. این رویکرد با فرضیات خوشبینانه‌ای آغاز می‌شود و اعتقاد بر این است که افراد توانمند و سلامت هستند و توانایی ارتقای زندگی خود با راه‌حل‌های شایسته‌ای دارند. مهم‌ترین ویژگی آن کمک به مراجعان برای یافتن استثنائات است. استثنائات زمانی‌هایی از گذشته هستند که مشکل با شدت کمتری وجود داشته یا اصلاً وجود نداشته است یا زمان‌هایی که مشکل وجود داشته، ولی مراجع با شیوه قابل قبولی با آن برخورد می‌کرده است. حل مسأله بر یک فرایند رفتاری-شناختی دلالت دارد که پاسخ‌های بالقوه مؤثر را برای موقعیت‌های مشکل‌زا فراهم نموده و احتمال انتخاب مؤثرترین پاسخ را تسهیل می‌کند. در این دیدگاه درمانگر و مراجع با همکاری یکدیگر چارچوب و نظام‌های سودمند جدیدی را می‌سازند که خود موجب حل مشکلات می‌شود. افرادی که مهارت‌های حل مسأله خوبی دارند، می‌توانند زندگی بهتری نسبت به دیگران داشته باشند، زیرا در یافتن بهترین راه‌حل‌های ممکن موفق‌تر هستند و می‌دانند چگونه در موقعیت‌های مشکل‌ساز رفتار کنند (۹).

با توجه به اینکه اختلالات عملکرد جنسی در بارداری بسیار شایع بوده و علت بروز آن بیشتر روانشناختی است و با توجه به اینکه مطالعات به استفاده از رویکرد روانشناختی حل مسأله در بروز مشکلات زناشویی و همچنین رضایت جنسی اشاره کرده‌اند، این مطالعه درصدد بررسی تأثیر رویکرد مهارت حل مسأله بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی پرداخته است.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله مشاوره‌ای و از نوع پیش‌آزمون-

جدول ۱. شرح جلسات مشاوره مبتنی بر حل مسأله

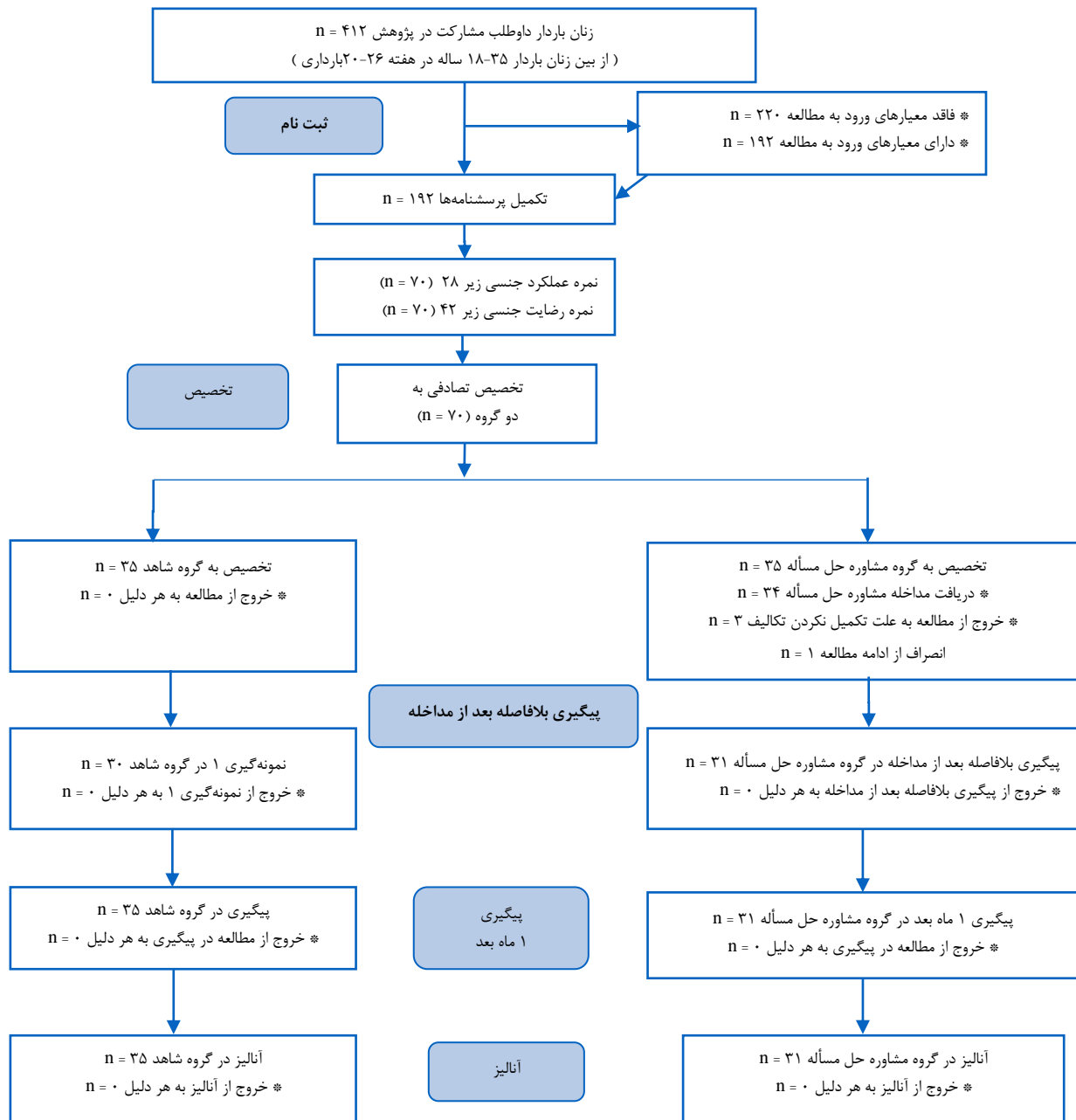
جلسات	شرح جلسات مداخله مشاوره مبتنی بر حل مسأله
جلسه اول	معارفه و ایجاد ارتباط، اجرای پیش‌آزمون، بیان اهداف و توضیحاتی در مورد آناتومی دستگاه تناسلی، چرخه جنسی و عوامل مؤثر بر آن‌ها، تغییرات چرخه پاسخ جنسی در دوره بارداری و شیوع رضایت جنسی در بارداری، تعیین چارچوب‌ها و بیان اصول کلی درمان حل مسأله، استراحت، پرسش از شرکت‌کنندگان در مورد تأثیر عملکرد و رضایت جنسی بر جسم و روان، زندگی روزانه، روابط با همسر و روابط اجتماعی، بیان اهمیت تمرینات منزل. تکلیف خانگی: مراجعان اهداف خود را از شرکت در جلسات برای جلسه آینده به صورت مکتوب بنویسند.
جلسه دوم	بررسی تکالیف خانگی، بررسی اهداف بیماران و منطبق کردن اهدافشان بر سه اصل مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه‌گیری، بیان توضیحات در مورد فرایند بارداری و اهمیت رابطه جنسی و تغییرات پاسخ جنسی در بارداری و عوامل تأثیرگذار بر پاسخ جنسی، توضیحات جامع در مورد هر یک از مراحل چرخه جنسی، از مراجعان خواسته شد در مورد عملکرد جنسی خود صحبت کنند تا بتوانند به وجود اختلال در مرحله چرخه جنسی خود پی ببرند و راه‌حلی که از دید خودشان در بهبود عملکرد جنسی مؤثر بود را بیان کنند. تکلیف خانگی: فهرستی از مهارت‌ها و اقداماتی که تا به حال برای بهبود عملکرد جنسی خود در طی بارداری استفاده کرده‌اید، تهیه کرده و به کلاس بیاورید.
جلسه سوم	بررسی تکالیف خانگی، آموزش مهارت حل مسأله، بارش فکری و بحث و تبادل نظر، ارائه راهکارهای مرتبط با اختلال در هر یک از مراحل چرخه جنسی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی برای رفع نگرانی در مورد عملکرد جنسی در بارداری، آموزش پوزیشن‌های جنسی مناسب در بارداری، مهارت مدیریت استرس، تمرینات کگل، رعایت رژیم غذایی سالم، تکنیک‌های ریلکسیشن. تکلیف خانگی: تمرین در مورد شناسایی احساسات منفی و غیر مفید، تمرین راهکارها و پیشنهادات در جلسه، در مورد لحظات استثنایی فکر کردن و توانمندی‌های خود را یادداشت کردن.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانگی، از مراجعان خواسته شد که در مورد رضایت جنسی خود صحبت کنند و نگرانی‌ها و انتظارات جنسی خود را به صورت دقیق و واضح بیان کنند تا بتوانند به ارزیابی امکانات خود در راستای رسیدن به خواسته‌هایشان بپردازند. بررسی وضعیت شرکت‌کنندگان با استفاده از فن پرسش مقیاسی، حذف الگوی مخل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه‌آسا و تأمل در مورد پاسخ‌شان در مورد سؤالات شرایط استثناء، آموزش مهارت ارتباطی و مهارت مذاکره با هسران‌شان. تکلیف خانگی: شرکت‌کنندگان چه راه‌حلی را به دیگری که مشکلات مشابه با خودشان را دارند، پیشنهاد خواهند کرد.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف، ایجاد و تثبیت راه‌حل‌ها و تحسین شرکت‌کنندگان برای یافتن راه‌حل‌های متفاوت و بدیع برای اهداف جدید تعیین طیفی از راه‌حل‌های ممکن، تجزیه و تحلیل راه‌حل‌ها، نقاط قوت و ضعف راه‌حل‌های فردی ارائه شده، پیش‌بینی پیامدها، شرکت‌کنندگان بایستی به این سؤالات جواب بدهند که اگر قرار باشد قدمی کوچک برای کاهش علائم ناراضی جنسی در این دوره بارداری بردارند، چه کار خواهند کرد. تکلیف خانگی: شرکت‌کنندگان لیستی از فنون انجام شده و اثرات آنها را بر عملکرد رضایت جنسی در بارداری بنویسند و به کلاس بیاورند و کارهای متفاوتی که در آنها حتی پس از اتمام این جلسات می‌توانند انجام دهند تا احساس توانمندی و خودکامی بیشتری داشته باشند را یادداشت کنند.
جلسه ششم	بررسی تکالیف خانگی، راهکارهای مناسب برای مقابله با عوارض ناشی از بارداری در مسائل جنسی، کاهش نگرانی از طریق مشاوره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از طول این مدت درمان و آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اتمام جلسات، از شرکت‌کنندگان پرسیده شد که از زمان شروع جلسات تا به الان آیا اعضا به اهداف خود در زمینه بهبود رضایت جنسی در دوره بارداری دست یافته‌اند؟ استفاده از فن پرسش مقیاسی و اینکه چه چیزی به حرکت آن‌ها از مقیاس پایین‌تر به بالاتر کمک کرد؟ از شرکت‌کنندگان خواسته شد، تغییرات ایجاد شده به دنبال بهبود عملکرد جنسی و افزایش رضایت جنسی در بارداری را توضیح دهند، تحسین و تمجید از شرکت‌کنندگان به دلیل رفتارهای مثبت و کاهش انجام رفتارهای منفی. اجرای پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان جلسات.

هرحوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ و نمره کمتر از ۲۸ نشانه اختلال عملکرد جنسی می‌باشد. در پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی مقیاس از طریق آنالیز ثبات یا ضریب همسان درونی سؤالات (Internal Consistency Coefficient) محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود که نشانگر پایایی خوب این ابزار است. مطالعه Rosen و همکاران، روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعه Rosen و همکاران پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. بر اساس نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۷) تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال جنسی و بدون اختلال وجود دارد. که نشانگر اعتبار (روایی) تمیزی این ابزار است. بر اساس نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۷) تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال جنسی و بدون اختلال وجود دارد. که نشانگر اعتبار (روایی) تمیزی این ابزار است (۱۱).

گروه مداخله (۳۵ نفر) مشاوره مبتنی بر حل مسأله، پس از تقسیم به ۳ گروه ۱۱-۱۲ نفره، هر گروه به صورت مجزا پروتکل مشاوره را در ۶ جلسه (هر هفته یک جلسه ۸۰ دقیقه‌ای) (۱۰) توسط پژوهشگر که قبلاً آموزش دوره تخصصی مشاوره مبتنی بر حل مسأله و اختلالات جنسی را گذرانده بود دریافت کردند (جدول ۱). هر دو گروه شاهد و مداخله بعد از جلسه ششم و همچنین ۱ ماه بعد از اتمام جلسات که از طریق تماس تلفنی توسط پژوهشگر فراخوان و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان و رضایت جنسی را تکمیل کردند. ۳ نفر از افراد گروه مداخله از مطالعه خارج شدند (چارت ۱).

ابزار پژوهش:

پرسشنامه عملکرد جنسی Rosen و همکاران: پرسشنامه استاندارد مقیاس عملکرد جنسی زنان Rosen و همکاران در سال ۲۰۰۰ جهت ارزیابی عملکرد جنسی شامل ۱۹ سؤال است که عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد. بر اساس هم وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای



چارت ۱. فرآیند نمونه‌گیری

روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش بهرامی و همکاران (۱۳۹۵) سنجش گردیده است (۱۲).

پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، مصوب معاون محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1403.048 می‌باشد. کلید ملاحظاتی اخلاقی IRCT2024102206346N1 از جمله رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در مطالعه و اطمینان دادن به آنان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آنها رعایت شده است.

پرسشنامه رضایت جنسی Larson پرسشنامه رضایت جنسی توسط Larson (۱۹۸۸) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال و ۴ مؤلفه تمایل به برقراری روابط جنسی، نگرش جنسی، کیفیت زندگی جنسی و سازگاری جنسی می‌باشد و بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت به سنجش رضایت جنسی می‌پردازد. حداقل امتیاز ممکن ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ خواهد بود. نمره بین ۲۵ تا ۴۱: میزان رضایت جنسی در حد پایینی، نمره بین ۴۲ تا ۸۴: میزان رضایت جنسی در حد متوسط و نمره بالاتر از ۸۴: میزان رضایت جنسی در حد بالا است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش بهرامی و همکاران (۱۳۹۵) بالای ۷۰ برآورد شد.

جدول ۲. مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک زنان باردار در دو گروه مداخله و شاهد

P	گروه				متغیر
	گروه شاهد		گروه مداخله		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
**۰/۲	۳۰	۳	۷۰	۷	۱۸-۲۱ (سال)
	۴۲/۹	۹	۵۷/۱	۱۲	۲۲-۲۵
	۶۴	۱۶	۳۶	۹	۲۶-۳۰
	۶۳/۶	۷	۳۶/۴	۴	۳۱-۳۵
***۰/۳۴	۴۱/۷	۱۰	۵۸/۳	۱۴	۲۰-۳۰ (سال)
	۵۶/۴	۲۲	۴۳/۶	۱۷	۳۱-۴۰
	۷۵	۳	۲۵	۱	۴۱-۵۰
***۱	۵۰	۳	۵۰	۳	تحصیلات همسر سیکل و کمتر
	۵۱/۷	۱۵	۳/۴۸	۱۴	دبیرستان/دیپلم
	۵۳/۱	۱۷	۴۶/۹	۱۵	دانشگاهی
***۰/۵۹	۴۲/۹	۳	۱۵۷	۴	تحصیلات مادر سیکل و کمتر
	۴۵/۸	۱۱	۵۴/۲	۱۳	دبیرستان/دیپلم
	۵۸/۳	۲۱	۴۱/۷	۱۵	دانشگاهی
***۰/۱۴	۲۵	۱	۷۵	۳	مدت ازدواج کمتر از یکسال
	۲۸/۱	۸	۶۱/۹	۱۳	۱-۳ سال
	۶۱/۹	۲۶	۱۳۸	۱۶	۳-۵ سال
***۰/۲۳	۷۷/۸	۷	۲۲/۲	۲	شغل مادر کارمند
	۶۶/۷	۲	۳۳/۳	۱	آزاد
	۴۷/۳	۲۶	۵۲/۷	۲۹	خانه‌دار
***۰/۱۶	۷۰	۱۴	۳۰	۶	شغل همسر کارمند
	۵۰	۴	۵۰	۴	کارگر
	۴۳/۶	۱۷	۵۶/۴	۲۲	آزاد
***۰/۱۷	۶۵/۴	۱۷	۳۴/۶	۹	درآمد خانواده کفایت می‌کند
	۴۳/۶	۱۷	۵۶/۴	۲۲	حدودی کفایت می‌کند
	۵۰	۱	۵۰	۱	کافی نیست

*آزمون Chi-square؛ **آزمون Fisher's exact test

یافته‌ها

بر اساس نتایج آزمون‌ها دو گروه از لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک همگن بودند (جدول ۲).

با استفاده از آزمون طرح اندازه مکرر مشخص گردید که میانگین نمره میل و درد بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$). میانگین نمره میل و درد با گذشت زمان در هر دو گروه تغییر کرد ($P < 0/05$). اثر متقابل گروه و زمان از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$). به طوری که قبل از مداخله، گروه شاهد، نمره بالاتری داشت و با گذشت زمان نمره گروه مداخله افزایش یافت و یکماه بعد از مداخله بیشتر از نمره گروه شاهد شد. با استفاده از آزمون طرح اندازه مکرر مشخص گردید که میانگین نمره تحریک روانی، ارگاسم، رطوبت، رضایتمندی و نمره کلی عملکرد جنسی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0/05$) بطوری که میانگین نمره تحریک روانی، ارگاسم، رطوبت، رضایتمندی و نمره کلی عملکرد جنسی طی زمان در گروه مداخله بیشتر از گروه شاهد بود. میانگین تحریک روانی، ارگاسم، رطوبت، رضایتمندی و نمره کلی عملکرد جنسی با گذشت زمان در هر دو گروه تغییر کرد ($P < 0/05$). اثر متقابل گروه و زمان از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$) به طوری که با گذشت زمان نمره گروه مداخله افزایش یافت و در یکماه بعد از مداخله بیشتر از

نمره گروه شاهد شد، اندازه مکرر این اختلاف‌ها معنی‌دار بود ($P < 0/05$) (جدول ۳).

همچنین این آزمون نشان داد میانگین نمره تمایل جنسی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$). میانگین نمره تمایل جنسی با گذشت زمان در هر دو گروه تغییر کرد ($P < 0/05$). اثر متقابل گروه و زمان از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$). به طوری که قبل از مداخله گروه شاهد نمره بالاتری داشت و با گذشت زمان نمره گروه مداخله افزایش یافت و یکماه بعد از مداخله بیشتر از نمره گروه شاهد شد. همچنین با استفاده از آزمون طرح اندازه مکرر مشخص گردید که میانگین نمره نگرش جنسی، کیفیت جنسی، سازگاری جنسی و نمره کلی رضایت جنسی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0/05$) بطوری که میانگین نمره نگرش جنسی، کیفیت جنسی، سازگاری جنسی و نمره کلی رضایت جنسی طی زمان در گروه مداخله بیشتر از گروه شاهد بود. میانگین نمره نگرش جنسی، کیفیت جنسی، سازگاری جنسی و نمره کلی رضایت جنسی با گذشت زمان در هر دو گروه تغییر کرد ($P < 0/05$). اثر متقابل گروه و زمان از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$) به طوری که قبل از مداخله میانگین نمره کلی رضایت جنسی در دو گروه تقریباً مشابه بود ولی بلافاصله بعد از مداخله و یکماه پس از آن تفاوت زیادی داشت و در گروه مداخله بیشتر از گروه شاهد بود (جدول ۴).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره عملکرد جنسی و ابعاد آن در زنان باردار نخست زا قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	یکماه بعد از مداخله	P*	
					گروه	زمان گروه×زمان
میل (Desire)	مداخله	۰/۷۳ ± ۳/۵۲	۰/۵۹ ± ۳/۹۱	۰/۴۴ ± ۴/۱۴	۰/۷۳	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۰/۶۴ ± ۳/۸۹	۰/۶۵ ± ۳/۸۲	۰/۷۲ ± ۳/۷۲		۰/۰۰۰۱
تحریک روانی (Arousal)	مداخله	۰/۸۸ ± ۳/۹۸	۰/۵۴ ± ۴/۳۶	۰/۴۸ ± ۴/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۰/۵۵ ± ۳/۸۱	۰/۵۷ ± ۳/۸۶	۰/۵۹ ± ۳/۶۵		۰/۰۰۰۱
رطوبت (Lubrication)	مداخله	۰/۹۳ ± ۳/۹۹	۰/۵۸ ± ۴/۶۹	۰/۴۶ ± ۴/۹۸	۰/۰۰۰۶	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۰/۵۲ ± ۴/۲۸	۰/۵۳ ± ۴/۱۷	۰/۵۳ ± ۴/۰۸		۰/۰۰۰۱
ارگاسم (Orgasm)	مداخله	۰/۹۲ ± ۳/۷۴	۴/۷۱ ± ۰/۷۴	۰/۴۸ ± ۵/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۰/۶۹ ± ۳/۶۵	۳/۶۳ ± ۰/۷۰	۰/۸۵ ± ۳/۴۰		۰/۰۰۰۱
رضایتمندی (Satisfaction)	مداخله	۰/۶۳ ± ۳/۸۳	۰/۶۰ ± ۴/۳۹	۰/۵۳ ± ۵/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۰/۹۸ ± ۳/۵۹	۰/۹۸ ± ۳/۵۰	۱/۰۰ ± ۳/۳۲		۰/۰۰۰۱
درد (Pain)	مداخله	۱/۰۰ ± ۴/۱۵	۰/۶۰ ± ۴/۷۶	۰/۴۳ ± ۵/۰۵	۰/۷۱	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۰/۵۲ ± ۴/۶۵	۰/۵۸ ± ۴/۷۰	۰/۶۴ ± ۴/۴۴		۰/۰۰۰۱
نمره کل عملکرد جنسی	مداخله	۴/۱۰ ± ۲۳/۲۲	۲۶/۸۲ ± ۱/۶۱	۱/۱۳ ± ۲۸/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۲/۰۳ ± ۲۳/۸۹	۲۳/۶۹ ± ۱/۹۷	۲/۰۸ ± ۲۲/۶۳		۰/۰۰۰۱

*: آزمون طرح اندازه مکرر

بحث

نتایج نشان داد، میانگین نمره کلی عملکرد جنسی و رضایت جنسی در گروه مداخله، بلافاصله و یکماه بعد از مداخله افزایشی و در گروه شاهد، میزان چشمگیری کاهش بود. مشابه با نتایج Hanafy و همکاران، می‌توان اینطور استنباط نمود که اختلال عملکرد جنسی زنان باردار نخست‌زا و اختلال مربوط به هر کدام از مراحل سیکل پاسخ جنسی در سه ماهه دوم بارداری کمتر و در سه ماهه سوم از بیشترین درصد برخوردار بود (۶). البته نتایج مطالعه ما همچنین نشان داد که مشاوره مبتنی بر مهارت حل مسئله نه تنها بر میانگین نمره کلی عملکرد جنسی و رضایت جنسی در زنان باردار در مرحله بلافاصله بعد از مداخله تأثیر معنی‌دار داشته، بلکه توانسته است تأثیر خود را در طول زمان نیز حفظ نماید. تأثیرات مثبت این رویکرد بر بهبود عملکرد جنسی با نتایج مطالعه Abdelhafez و همکاران، با عنوان تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر راهکار حل مسئله بر عملکرد جنسی زنان و رضایت جنسی بعد از ماستکتومی در

نمره کل و تمام حیطه‌های عملکرد جنسی و رضایت جنسی پس از مداخله با مطالعه ما همسو بود (۱۳).

اگرچه بویایی در زنان پس از جراحی ماستکتومی نشان داد اگر چه مؤلفه عملکرد جنسی بعد از مشاوره جنسی از نظر آماری معنی‌دار بود، اما این بهبود از نظر بالینی پیشرونده نیست (۱۴). البته بسیاری از زنانی که سینه خود را جراحی کرده‌اند ممکن است احساس خوشایندی نسبت به بدن خود به عنوان یک شریک جنسی نداشته و نمی‌توانند روی لذت جنسی خود تمرکز کنند. بنابراین از نظر جنسی کمتر فعال بوده و در نهایت بر عملکرد جنسی آنها تأثیر منفی می‌گذارد.

نتایج طرح تحقیقاتی Altunbaş و Gölbasi در ۲۰۲۳ بر اساس مدل EX-PLISSIT روی ۶۲ زن باردار اختلاف معنی‌داری در عملکرد جنسی زنان باردار قبل و بعد از مطالعه مشاهده نداد شد (۱۵). با وجود یکسان بودن جامعه مورد مطالعه ممکن است به دلیل ارزیابی ۱۰ هفته بعد از جلسات مداخله در این مطالعه تفاوت نتایج روی داده باشد (۱۵).

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره رضایت جنسی و ابعاد آن در زنان باردار نخست زا قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	یک ماه بعد از مداخله	P*	
					گروه	زمان گروه×زمان
تمایل جنسی	مداخله	۱/۳۹ ± ۷/۴۷	۱/۴۹ ± ۸/۱۹	۱/۴۰ ± ۹/۱۹	۰/۱۲	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۱/۳۳ ± ۹/۰۰	۱/۳۲ ± ۸/۸۸	۱/۴۲ ± ۸/۵۱		۰/۰۰۰۱
نگرش جنسی	مداخله	۱/۵۶ ± ۹/۰۰	۱/۶۰ ± ۹/۵۰	۱/۸۴ ± ۱۰/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۱/۴۴ ± ۸/۴۶	۱/۴۶ ± ۸/۴۰	۱/۳۵ ± ۸/۲۰		۰/۰۰۰۱
کیفیت جنسی	مداخله	۱/۶۳ ± ۱۱/۳۱	۱/۶۰ ± ۱۱/۶۶	۱/۷۲ ± ۱۲/۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۱/۳۷ ± ۱۰/۲۰	۱/۳۸ ± ۱۰/۱۷	۱/۲۷ ± ۹/۸۳		۰/۰۰۰۱
سازگاری جنسی	مداخله	۱/۹۵ ± ۹/۴۱	۱/۸۸ ± ۹/۸۷	۱/۸۲ ± ۱۰/۷۲	۰/۰۰۰۲	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۱/۳۹ ± ۸/۸۶	۱/۳۷ ± ۸/۷۷	۱/۴۲ ± ۸/۵۱		۰/۰۰۰۱
نمره کل رضایت جنسی	مداخله	۱/۹۱ ± ۳۷/۱۲	۲/۲۷ ± ۳۹/۲۲	۲/۱۵ ± ۴۳/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	شاهد	۲/۳۸ ± ۳۶/۵۱	۲/۴۴ ± ۳۶/۲۳	۲/۴۶ ± ۳۵/۰۶		۰/۰۰۰۱

*: آزمون طرح اندازه مکرر

Bokäie و همکاران با انجام همین مشاوره در زنان ماستکتومی شده نشان دادند، اگرچه مؤلفه رضایت جنسی بعد از مشاوره جنسی از نظر آماری معنی‌دار بود، اما این بهبود از نظر بالینی پیشرونده نیست. این تفاوت ممکن است به دلیل جامعه پژوهش زنان ماستکتومی شده باشد زیرا بسیاری از زنانی ماستکتومی شده، احساس خوشایندی نسبت به بدن خود به عنوان یک شریک جنسی نداشته و نمی‌توانند روی لذت جنسی خود تمرکز کنند و این می‌تواند بر رضایت جنسی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (۱۴).

همچنین نتایج مطالعه حاضر در رابطه با رضایت جنسی با نتایج مطالعات عابدی و همکاران (۲۴)، Banaei و همکاران (۲۵)، Najiabhary و همکاران (۲۶)، شاه سیاه (۲۷) و مفید و همکاران (۱۰) همسو می‌باشد. اگرچه جامعه مورد مطالعه در مطالعات مذکور با پژوهش حاضر متفاوت بود و به ترتیب زنان یائسه، زنان شیرده، زوجین، زنان باردار و زوجین را شامل می‌شد.

همچنین در مطالعه شاهواری و همکاران که به مقایسه برنامه بهبود جنسی و آموزش ارتباط بر رضایت جنسی زناشویی پرداختند، زوجین گروه آزمایشی برای ۴ هفته متوالی، هفته‌ای دو بار در جلسات شرکت می‌کردند، یک گروه شاهد نیز در نظر گرفته شده بود. هر سه گروه قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از اتمام جلسات ارزیابی شدند. تحلیل کواریانس نشان داد که همسرانی که در برنامه بهبود رابطه جنسی شرکت کرده بودند به لذت بیشتری از رابطه جنسی خود در مقایسه با دو گروه دیگر رسیدند. همچنین شرکت‌کنندگان در برنامه بهبود رابطه جنسی، مقدار بیشتری از بیان عاطفه و محبت را احساس می‌کردند و در مجموع رضایت زناشویی آن‌ها بهبود یافته بود (۲۸) و در مطالعه Rowland و Haynes نیز ۴ هفته بعد از برنامه آموزش رضایت جنسی، تعداد فعالیت جنسی و رضایت زناشویی به طور معنی‌داری افزایش یافت (۲۹). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

نتیجه‌گیری

مداخله مشاوره مبتنی بر مهارت‌های حل مسأله می‌تواند در بهبود عملکرد و رضایت جنسی زنان باردار مؤثر باشد. لذا توصیه می‌شود از مداخله مذکور در مراقبت‌های پرهناتال استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد ۷۲۱۱ می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی که حمایت مالی این طرح را به عهده گرفتند و همچنین از پرسنل و ماماها‌های محترم مراکز جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت شهر اراک و کلیه زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه به جهت همکاری در اجرای طرح تشکر و قدردانی می‌شود.

سهم نویسندگان

معصومه فتیحی: نمونه‌گیری، پیش‌نویس مقاله

معصومه داوآبادی: کمک به طراحی پژوهش و نظارت بر نمونه‌گیری

در مطالعه حاضر نتایج میانگین نمره عملکرد جنسی و حیطه‌های آن در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد با نتایج مطالعه بیدوکی و همکاران (۱۶)، Nezamnia و همکاران (۱۷)، Navidian و همکاران (۱۸) و Afshar و همکاران (۱۹) همسو می‌باشد. با این تفاوت که جمعیت هدف در مطالعه بیدوکی و همکاران زمانی بود که ۶ ماه تا یکسال از ازدواج آن‌ها گذشته بود و در سایر مطالعات مذکور جمعیت هدف همانند مطالعه حاضر زنان باردار بودند. دلیل احتمالی این همخوانی را می‌توان تأثیر مثبت آموزش بر آگاهی و نگرش زنان و تأثیر آن بر بهبود عملکرد جنسی دانست.

در بررسی نتایج مطالعه حاضر از نظر مقایسه حیطه‌های عملکرد جنسی نیز مشاوره مبتنی بر مهارت حل مسأله بر میل، تحریک روانی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایتمندی و درد بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله اثربخش بود. Nazarpoor و همکاران نیز مانند ما در زنان یائسه نشان داد که میانگین نمره عملکرد جنسی زنان یائسه نیز تفاوت معنی‌دار در تمامی ابعاد بجز ارگاسم در گروه دریافت‌کننده مشاوره حل مسأله با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری داشته است. شاید عدم همخوانی در حیطه ارگاسم به دلیل تغییرات هورمونی و اختلالات ارگاسمی در زنان یائسه باشد (۲۰).

نتایج مطالعه Smith و همکاران نیز نشان دادند که آموزش جنسی موجب بهبود معنی‌دار نمره کلی عملکرد جنسی و تمام ابعاد آن بجز دیسپارونی بود شاید البته سن زنان شرکت‌کننده در این مطالعه (۲۸ تا ۷۰ سال) بوده که دیسپارونی بدلیل عفونت‌ها، واژینیسموس، اندومترئوز و خشکی واژن افزایش می‌یابد (۲۱).

Rostamkhani و همکاران با استفاده از مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان باردار نیز مانند مطالعه حاضر میانگین نمره کلی عملکرد جنسی قبل از مداخله در گروه مداخله و در دو هفته بعد و چهار هفته بعد از مداخله اختلاف‌ها معنی‌دار بود. بعد از مداخله تفاوت بین دو گروه از نظر میل جنسی، تحریک روانی، ارگاسم و دیسپارونی معنی‌دار بودند ولی در حیطه رضایتمندی جنسی نمرات داخل گروهی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله، معنی‌دار نبود احتمالاً تفاوت تأثیر مداخله در حیطه رضایتمندی و حیطه درد می‌تواند به این دلیل باشد که این مطالعه بر زنان باردار با سن بارداری ۲۸- گنجانند مشاوره‌هایی در زمینه رضایت جنسی در جلسات مشاوره باشد (۲۲).

همچنین طبق نتایج پژوهش Vakili و همکاران، در خصوص ارتباط عملکرد جنسی با رضایت جنسی زنان، آزمون آماری نشان داد، هرچه نزدیکی با درد کمتری باشد رضایت جنسی بیشتر است (۲۳) و احتمالاً در مطالعه Rostamkhani و همکاران، همزمانی عدم تأثیر مداخله در حیطه درد و رضایت جنسی به این دلیل می‌باشد (۲۲).

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود، میانگین نمره کلی رضایت جنسی در گروه مشاوره مبتنی بر حل مسأله، بلافاصله بعد از مداخله و یکماه بعد از پایان مداخله از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری نسبت به گروه شاهد بود. تأثیرات مثبت این رویکرد بر بهبود رضایت جنسی با نتایج مطالعه Abdelhafez و همکاران با مشاوره گروهی مبتنی بر راهکار حل مسأله بر عملکرد جنسی زنان و رضایت جنسی بعد از ماستکتومی در نمره کل و تمام حیطه‌های عملکرد جنسی و رضایت جنسی با مطالعه ما همسو بود (۱۳).

اعظم مسلمی: تجزیه و تحلیل داده‌ها.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافع ندارند.

فرشته فرزبان آذر: پاسخگوی تمام جنبه‌های پژوهش، بازنگری، نوشتن

مقاله نهایی تا مرحله چاپ

عفت نوروزی: کمک به طراحی، پاسخگویی نظارت بر نمونه‌گیری

بخش روانشناسی پژوهش

References

1. Paulaeta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 1):136-42. **pmid:** 19845548 **doi:** 10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x
2. Cassis C, Mukhopadhyay S, Morris E, Giarenis L. What happens to female sexual function during pregnancy? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;258:265-8. **pmid:** 33485263 **doi:** 10.1016/j.ejogrb.2021.01.003
3. Bayrami R, Sattarzadeh N, Koocheksarai FR, Pezeshki M. Evaluation of sexual behaviors and some of its related factors in pregnant women, Tabriz, Iran 2005 [in Persian]. *Studies in Medical Sciences.* 2009;20(1):1-7.
4. Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual functioning in pregnant women. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(21):4216. **pmid:** 31671702 **doi:** 10.3390/ijerph16214216
5. Amini M, Guodarzi M, Shahgheibi S. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral couple therapy and EIS model on sexual function, among pregnant women [in Persian]. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2021;29(3):233-44. **doi:** 10.30699/ajnm.29.3.233
6. Hanafy S, Srour NE, Mostafa T. Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study. *Sex Health.* 2014;11(3):240-3. **pmid:** 24919550 **doi:** 10.1071/SH13153
7. Gumusay M, Erbil N, Canan Demirbag B. Investigation of sexual function and body image of pregnant women and sexual function of their partners. *Sexual and Relationship Therapy.* 2021;36(2-3):296-310. **doi:** 10.1080/14681994.2021.1883580
8. Güleroglu FT, Beşer NG. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *J Sex Med.* 2014;11(1):146-53. **pmid:** 24165092 **doi:** 10.1111/jsm.12347
9. Coşkun YD, Garipağaoğlu Ç, Tosun Ü. Analysis of the relationship between the resiliency level and problem solving skills of university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 2014;114:673-80. **doi:** 10.1016/j.sbspro.2013.12.766
10. Mofid V, Fatehi Zadeh M, Ahmadi A, Etemadi O. The effect of solution-focused counseling on sexual satisfaction and family function among women in Isfahan [in Persian]. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2017;17(3):73-80.
11. Mohamadi K, Haydari M, Faghihzadeh S. Validation of the Persian version of the Female Sexual Function Index-FSFI as an index of female sexual function [in Persian]. *Payesh* 2008;17(3):269-78.
12. Bahrami N, Yaghoob Zadeh A, Sharif Nia H, Soliemani MA, Haghdoost AA. Validity and reliability of the Persian version of Larson sexual satisfaction questionnaire in couples [in Persian]. *J Kerman Univ Med Sci.* 2016;23(3):344-56.
13. Abdelhafez A, O Abdullah S, Fathy Ahmed N, S Badia T. Effect of group counseling based on problem-solving solution on women's sexual function, quality of life and sexual satisfaction after mastectomy. *Egyptian Journal of Health Care.* 2024;15(1):2028-39. **pmid:** 35197028 **doi:** 10.21608/ejhc.2024.361388
14. Bokaie M, Firouzabadi O, Joulaee A. The effectiveness of group problem-solving therapy on women's sexual function and satisfaction after mastectomy surgery. *BMC Womens Health.* 2022;22(1):50. **doi:** 10.1186/s12905-022-01628-x
15. Altunbaş N, Gölbaşı Z. The effect of sex education and counseling based on the ex-plisist model on sexual life in primigravidas. *Clinical and Experimental Health Sciences.* 2024;14(2):367-76. **doi:** 10.33808/clinexphealthsci.1305002
16. Bidoki S, Sadeghian H, Bokaie M, Fallahzadeh H. Effect of post marriage marital skills educational program on sexual function of women referring to the marriage counseling center of Mehriz City [in Persian]. *J TOLOOE BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci.* 2021;20(3):1-11.
17. Nezamnia M, Iravani M, Bargard M, Latify M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *Int J Reprod Biomed.* 2020;18(8):625-36. **pmid:** 32923929. **doi:** 10.18502/ijrm.v13i8.7504
18. Navidian A, Kykhaee A, Imani M, Taimoori B, Soltani P. The effect of group sexual counseling on the sexual response of pregnant women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences.* 2017;5(1):60-5. **doi:** 10.15296/ijwhr.2017.11
19. Afshar M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Merghti-Khoei E-S, Yavarikia P. The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. *J Caring Sci.* 2012;1(4):173-81. **pmid:** 25276693 **doi:** 10.5681/jcs.2012.02
20. Nazarpour S, Simbar M, Ramazani F, Alavi-Majd H. Effects of sex education and kegel exercises on the sexual function of postmenopausal women: a randomized clinical trial. *J Sex Med.* 2017;14(7):956-67. **pmid:** 28601506 **doi:** 10.1016/j.jsxm.2017.05.006
21. Smith W, Beadle K, Shuster E. The impact of a group psychoeducational appointment on women with sexual dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;98(6): 697.e1-6. **pmid:** 18538158 **doi:** 10.1016/j.ajog.2008.03.028
22. Rostamkhani F, Moghadam R, Morghati-Khoei ES, Jafari F, Ozgoli G. The effect of Counseling using the PLISSIT Model on Sexual Function of Pregnant Women. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal.* 2016;6(1):18-28.
23. 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. **pmid:** 31057634 **doi:** 10.4103/ijnmr.IJNMR_160_1.
24. Abedi P, Jafarzadeh M, Abbaspoor Z, Bastami P, Haghhighizadeh M, Hassani M. Education for sexual satisfaction promotion in postmenopausal women: individual or group education? [in Persian]. *J Obstet Gynecol Infertil.* 2017;20(9):16-23. **doi:** 10.22038/ijogi.2017.9951
25. Banaei M, Zahrani S, Pormehr-Yabandeh A, Ozgoli G, Azad M. Investigating the impact of counseling based on PLISSIT model on sexual intimacy and satisfaction of breastfeeding women. *Int J Pharm Res Allied Sci.* 2016;5(3):489-99.
26. Najjabbary M, Tafazolim M, Asghari Pour N, Jamali J. The effect of mindfulness-based stress reduction group counseling on sexual satisfaction of pregnant women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health.* 2022;10(3):3405-16 **doi:** 10.22038/jmrh.2022.63817.1854
27. Shahsiah M. Effect of attachment-based couple therapy on sexual satisfaction and intimacy [in Persian]. *Journal of*

- Fundamentals of Mental Health. 2010;12(46):469-505. doi: [10.22038/jfmh.2010.1089](https://doi.org/10.22038/jfmh.2010.1089)
28. Shahvary Z, Gholizade L, Hoseiny S. Determination of some related factors on women sexual satisfaction Gachsaran (South-West of Iran) [in Persian]. J Gorgan Univ Med 2009;11(4):51-6.
29. Rowland K, Haynes S. A sexual enhancement program for elderly couples. J Sex Marital Ther. 1978;4(2):91-113. pmid: [722820](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/722820/) doi: [10.1080/00926237808403010](https://doi.org/10.1080/00926237808403010)