

تأثیر مشاوره جنسی گروهی مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری بر عملکرد جنسی زنان

مریم سالاری هدکی^۱، مهین تفضلی^{۲*}، هادی طهرانی^۳، محمد جواد اصغری ابراهیم‌آباد^۴

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: عملکرد جنسی بخش مهمی از سلامت زنان است و از متغیرهایی که با اختلالات جنسی مرتبط است، ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی است. نظریه خودتعیین‌گری از مهم‌ترین نظریه‌های انگیزش است که علت اصلی رفتار را انگیزه درونی فرد می‌داند و همچنین سه نیاز روان‌شناختی خودمختاری، شایستگی و ارتباط را زیربنای رفتارهای انسان می‌داند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی جنسی مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری بر عملکرد جنسی زنان انجام گرفته است. **روش بررسی:** این کارآزمایی بالینی در مورد ۱۰۴ زن متأهل ۱۸ تا ۴۹ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد در دو گروه مداخله و کنترل در سال ۱۳۹۸ انجام گرفته است. گروه مداخله ۵ جلسه مشاوره جنسی گروهی ۲ ساعته مبتنی بر سازه‌های نظریه خودتعیین‌گری با فواصل یک هفته دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های عملکرد جنسی زنان و سازه‌های نظریه خودتعیین‌گری (نیازهای بنیادین روان‌شناختی در فعالیت جنسی) قبل و بعد از مداخله جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، من‌ویتنی و ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** میانگین نمره عملکرد جنسی قبل از مداخله بین دو گروه، اختلاف آماری معناداری نداشت، اما بعد از مداخله، اختلاف میانگین نمرات عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله، در گروه مداخله $2/77 \pm 2/02$ و در گروه کنترل $0/73 \pm 0/25$ بود که افزایش معناداری در نمره عملکرد جنسی گروه مداخله نسبت به کنترل مشاهده شد ($p < 0/001$). همچنین بعد از مداخله بین گروه مداخله و کنترل، اختلاف آماری معناداری در میانگین نمرات خودمختاری، ارتباط و شایستگی مشاهده شد ($p < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** ارایه مشاوره جنسی گروهی مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری می‌تواند باعث ارضای نیازهای بنیادین در فعالیت جنسی و ارتقای عملکرد جنسی زنان شود.

ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20180726040602N1

واژه‌های کلیدی: مشاوره جنسی، خودتعیین‌گری، عملکرد جنسی، زنان

نویسنده مسؤول: مهین تفضلی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
e-mail: tafazolim@mums.ac.ir

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۰ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۴۰۰ - انتشار الکترونیک مقاله: ۱۴۰۰/۷/۲۴

مقدمه

عملکرد جنسی بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و آن‌چنان با شخصیت فرد در هم آمیخته است که صحبت از آن به عنوان پدیده‌ای مستقل، غیرممکن به نظر می‌رسد.

عملکرد جنسی براساس تعریف Kaplan

جنبه‌های مهمی از کیفیت زندگی زناشویی، یک تجربه روانی- فیزیولوژیک واقعی و یک چرخه پاسخ چهار مرحله‌ای از میل جنسی، برانگیختگی، اوج لذت جنسی و فرونشینی است. هرگونه اختلال در یکی از مراحل ممکن است با عملکرد جنسی فرد تداخل کرده و منجر به اختلالات جنسی شود (۱). امروزه مشکلات و

۱ - گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲ - گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳ - گروه آموزشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴ - گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

اختلالات جنسی شایع‌تر از آن است که قبلاً تصور می‌شد. اختلالات جنسی به صورت اشکال در میل جنسی (لیبیدو)، اختلال در برانگیختگی یا تحریک جنسی، اختلال ارگاسم و درد تظاهر می‌کند (۳-۱) که ناشی از عوامل چندگانه آناتومیک، فیزیولوژیک، طبی و روان‌شناختی و یا مجموعه‌ای از آن‌ها می‌باشد و می‌تواند سبب ناراحتی شدید در فرد شده و بر کیفیت و ارتباطات بین فردی اثر گذارد (۴).

مطالعات مختلف جمعیتی در دنیا شیوع ابتلا به این اختلالات را در زنان بین ۲۵-۵۰٪ تخمین می‌زنند (۲). در مطالعه Mitchell و همکاران اختلال عملکرد جنسی در زنان ۵۱/۲٪ و در مردان ۴۱/۶٪ گزارش شده است (۵). طبق مطالعه محققان Harvard، شایع‌ترین اختلالات جنسی زنان آمریکایی شامل اشکال در میل جنسی ۳۹٪، اختلال در مرحله برانگیختگی ۲۶٪ و اختلال در رسیدن به ارگاسم یا رضایت کامل ۲۱٪ می‌باشد (۶) همچنین رنجبران و همکاران در یک مطالعه سیستماتیک فراتحلیل شیوع اختلالات جنسی زنان ایرانی را ۴۳/۹٪ اعلام نمودند که در ابعاد میل جنسی ۴۲/۷٪، تحریک جنسی روانی ۳۸/۵٪، رطوبت جنسی ۳۰/۶٪، ارگاسم ۲۹/۲٪، رضایت جنسی ۲۱/۶٪ و درد در هنگام مقاربت ۴۰/۱٪ می‌باشد. لذا اختلال در میل جنسی شایع‌ترین اختلال جنسی در زنان می‌باشد و توجهی جدی را می‌طلبد (۷).

میل جنسی یکی از ابعاد اصلی زندگی و نیروی محرکه در زندگی انسان است. میل جنسی دارای سه بعد بیولوژیک، روانی و اجتماعی است. انگیزه، جنبه روانی میل جنسی می‌باشد که به معنای تمایل برای انجام رفتار

جنسی در مقابل شریک جنسی است. گاه انگیزه کاهش می‌یابد به حدی که فرد مایل است که همواره آغازگر رفتار جنسی، شریک جنسی‌اش باشد. همچنین انگیزه به درک فرد از مفهوم ارتباطات (در مسایل جنسی و غیرجنسی) بستگی دارد. بسیاری از زنان رابطه جنسی را سخت و طاقت فرسا و مخالف یک تجربه لذت بخش می‌دانند و تمایل و انگیزه کافی برای شرکت در فعالیت جنسی را ندارند. اختلالات جنسی مربوط به تمایلات جنسی اغلب در افرادی بروز می‌کند که نیروی محرکه قوی دارند، اما انگیزه روانی آن‌ها برای اجتناب و دوری از رفتار شریک جنسی خود نیز قوی است. اکثر این‌گونه مشکلات زمانی آغاز می‌شود که فرد در عین برخورداری از سلامت کامل جسم، تمایلی به مشارکت و رفتار جنسی ندارد (۸).

طبق مطالعه Gravel و همکاران انگیزه درونی فرد نقش مؤثری در نحوه عملکرد جنسی و رضایت جنسی او دارد و همچنین بی‌انگیزگی در زنان بیش‌تر از مردان است و موجب اختلال عملکرد جنسی و کاهش رضایت جنسی در زنان می‌شود (۹). لذا این که چگونگی رفتار جنسی یک زن مربوط به انگیزه درونی اوست، نباید دست گرفته شود (۱۰). برخی اختلالات جنسی ممکن است تحت تأثیر عوامل شخصیتی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی پنهان باقی بماند و در مواردی خود را با علایم و نشانه‌های دیگری مثل ناراحتی‌های جسمانی، اختلال افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی نشان دهد و گاه تا مرز اختلافات شدید خانوادگی و جدایی پیش رود. طبق

مطالعات، حداقل ۵۰٪ طلاق‌هایی که در دادگاه‌های خانواده به بهانه‌های مختلف انجام می‌گیرد، ریشه در مسایل جنسی دارد. آمار طلاق از معتبرترین شاخص‌های آشفته‌گی زناشویی است که از مهم‌ترین مسایل اجتماعی نیز می‌باشد و می‌تواند پیامدهای متفاوت در سطوح فردی و اجتماعی ایجاد نماید. این پیامدها عوارضی را برای زنان، مردان و همین‌طور برای فرزندان به همراه دارد (۱۱ و ۳). اختلالات جنسی در زنان عارضه‌های وابسته به سن، پیش‌رونده و شایع بوده و به طور وسیع بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق و خوی و ارتباط با همسر تأثیر می‌گذارد. عدم توجه و درمان مناسب اختلالات جنسی موجب مزمن شدن این اختلالات می‌شود در حال حاضر روش‌های مختلفی به منظور پیشگیری از مشکلات جنسی و بهبود عملکرد جنسی زنان مورد استفاده قرار می‌گیرد که شامل مشاوره و درمان‌های دارویی و غیردارویی می‌باشد. فقدان آگاهی و عدم دسترسی به اطلاعات صحیح در این راستا باعث افزایش این مشکلات می‌شود که با مشاوره اصولی و علمی تا حد زیادی می‌توان از این مشکلات کاست (۱۲). در سال‌های اخیر استفاده از روش مشاوره در حل مشکلات بهداشتی و درمانی و کاهش عوارض بیماری‌ها و درمان‌های مربوط مورد توجه قرار گرفته و در آموزش کارکنان بهداشتی جایگاه ویژه‌ای یافته است. مشاوره و روان‌درمانی به افراد فرصت می‌دهد تا با کمک و رهبری درمانگر به کاوش و حل مسأله بپردازند و مسایلی چون مشکلات زناشویی و خانوادگی، استرس و

اضطراب و افسردگی را شامل می‌شود (۱۳). مشاوره جنسی از عناصر اصلی دستیابی به بهداشت جنسی مطلوب و ارتقای عملکرد جنسی می‌باشد. تأثیرگذاری برنامه‌های مشاوره‌ای بهداشتی به میزان قابل توجهی بستگی به کاربرد صحیح مدل و نظریه‌های بهداشتی دارد (۱۴).

اگرچه مطالعاتی در مورد آموزش و مشاوره جنسی مبتنی بر نظریه و الگو همچون نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (Plissit, Better, Wpshp) در زمینه عملکرد جنسی انجام یافته است، اما علی‌رغم اهمیت بسیار زیاد انگیزه در رفتار جنسی، انگیزش جنسی تأکید اصلی این مدل‌ها نبوده و یا به کارگیری این الگوها مختص دوره خاصی از زندگی جنسی زنان بوده است (۱۷-۱۵).

از نظریه‌های مطرح در مورد انگیزش، تغییر رفتار و ماندگاری رفتار که در سال‌های اخیر در مورد فعالیت و رفتار جنسی نیز مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، نظریه خودتعیین‌گری (Self-Determination Theory) می‌باشد (۱۸). این نظریه در زمینه تغییر رفتار و یا ایجاد رفتار سالم و ماندگار از طریق انگیزه درونی را توضیح می‌دهد که البته در مطالعاتی در زمینه رفتارهایی مانند تغذیه صحیح، کنترل وزن (۱۹)، فعالیت جسمانی (۲۰) و رفتار جنسی (۲۱) مورد استفاده قرار گرفته است. تاکنون مطالعات توصیفی معدودی در مورد نظریه خودتعیین‌گری و تمایلات جنسی انجام یافته است و نتایج نشان می‌دهد که انگیزه جنسی درونی به طور مثبتی با الگوهای جنسی، عزت نفس جنسی، فراوانی ارگاسم، احساسات

افراد ممکن است الزاماً از این نیازها آگاه نباشند ولی به شرایطی تمایل دارند که در آن، این نیازها برآورده شوند (۲۴).

مطالعه Smith نشان داد که داشتن تعاملات جنسی که در آن‌ها نیازهای خودمختاری، شایستگی و ارتباط (احساس تعلق) برآورده می‌شوند، با تجربیات رضایت بخش و مثبتی همراه است تجربه احساسات یاد شده در طی رابطه جنسی در نتایج رفتار جنسی یعنی رضایت و عملکرد و رفاه جنسی تأثیر دارد (۲۱). مطالعه Brunell و Webster نشان داد که انگیزه جنسی درونی به طور مثبتی سلامت جنسی و رضایت جنسی را پیش‌بینی نموده و با ارضای نیازهای خودمختاری و شایستگی و ارتباط به طور معناداری همراه است. طبق نظریه خودتعیین‌گری رفتارهای خودمختار برای انواعی از رفتار مثل روابط جنسی کاربرد دارد (۲۳). همچنین van Ree و همکاران با به‌کارگیری نظریه خودتعیین‌گری در برنامه آموزشی پیشگیری از ایدز نشان دادند که افزایش خودمختاری و شایستگی بر کاهش رفتارهای ناسالم جنسی نوجوانان آفریقایی مؤثر بوده است (۲۵). از آن‌جا که انگیزه درونی فرد نقش مؤثری در نحوه عملکرد جنسی فرد دارد و از طرفی انگیزه درونی جنسی تحت تأثیر مؤلفه‌های ارتباط و شایستگی و خودمختاری فرد می‌باشد (۹)، با اثر بر انگیزه درونی از طریق تمرکز بر اهمیت ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی در رابطه جنسی فرد قادر خواهد بود به سوی سلامت بیشتر در مسایل و روابط جنسی حرکت کند. لذا با توجه به اهمیت موضوع و شیوع بالای اختلالات

مثبت جنسی، لذت جنسی، رضایتمندی جنسی و تجربه احساسات خودمختاری، شایستگی و حس تعلق (ارتباط) در طی رابطه جنسی ارتباط دارد (۲۳-۲۱).

نظریه خودتعیین‌گری (Ryan و Deci) از مهم‌ترین نظریه‌های انگیزش است که سه نیاز روان‌شناختی خودمختاری، شایستگی و ارتباط (حس تعلق) را زیربنای رفتارهای انسان و علت اصلی یک رفتار را انگیزه درونی فرد می‌داند. تأکید این نظریه بر اثر انواع انگیزه افراد بر رفتار ایشان است و طبق نظریه یاد شده افراد در سه نوع جهت‌گیری انگیزشی قرار می‌گیرند: افراد با جهت‌گیری انگیزش بیرونی، جهت‌گیری انگیزش درونی و افراد بدون انگیزش. براساس نظریه Ryan و Deci، افراد زمانی دارای انگیزش درونی هستند که در خود درک شایستگی، خودمختاری و ارتباط (حس تعلق) کنند. البته همه رویدادهای بیرونی جنبه‌های کنترل‌کننده و آموزنده دارند و می‌توانند بر انگیزه درونی انسان تأثیر بگذارند (۱۸).

همان‌گونه که توضیح داده شد یکی از متغیرهایی که می‌تواند با مشکلات و اختلالات جنسی در ارتباط باشد، ارضای سه نیاز بنیادین روان‌شناختی است نیاز به قابلیت و شایستگی حالتی است که منجر می‌شود تا افراد چالش‌ها را جستجو نمایند و برای حفظ و افزایش قابلیت‌هایشان در حین درگیری در فعالیت، تلاش نمایند. نیاز به ارتباط (تعلق) یعنی افراد به درک ارتباط با دیگران و توجه به آنان و مورد توجه واقع شدن توسط آنان نیاز دارند و نیاز به خودمختاری (استقلال) به تجربه کردن انتخاب و عمل از روی علاقه اشاره دارد.

(دانش‌آموز- امام حسن- امیرالمومنین) جهت نمونه‌گیری انتخاب شدند و در نهایت پژوهشگر به صورت یک روز در میان به مراکز کنترل و آزمون مراجعه نمود و از بین مراجعه‌کنندگان واجد شرایط، نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: زن ایرانی و ساکن شهر مشهد باشد، در سنین باروری (۴۹-۱۸ سال)، متأهل و در حال زندگی با همسرش باشد و تنها شریک زندگی همسرش بوده و بیش‌تر از یک سال از زندگی زناشویی‌اش بگذرد و معیارهای عدم ورود شامل: زن و همسرش به بیماری روانی و بیماری‌های طبی خاص شامل: دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی، آسم، صرع و بیماری‌های مزمن تنفسی، کم‌خونی شدید، بیماری‌های مزمن کلیه مبتلا باشند، مصرف الکل یا سوء مصرف مواد داشته باشند و همچنین شوهر مشکلات جنسی همچون اختلال نعوظ، زودانزالی و دیرانزالی داشته باشد، مواجهه با هر نوع حادثه استرس‌زا در شش ماه اخیر داشته باشد، با توجه به مقیاس DASS-21، ابتلا به افسردگی متوسط و شدید داشته باشد و آموزش پیرامون مسایل جنسی گذرانده باشد. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از: انصراف فرد یا همسرش از ادامه شرکت در پژوهش، باردار شدن فرد، بروز حادثه‌ای استرس‌زا در طی مطالعه، کم‌تر از ۴ جلسه مشاوره را شرکت کند و یا کم‌تر از ۸۰٪ تکالیف را در طی مطالعه انجام دهد. در نهایت با توجه به معیارهای خروج ۱ نفر از گروه مداخله به علت فوت عزیزان و ۳ نفر در گروه

جنسی در زنان و اثر مثبت انگیزش جنسی درونی بر عملکرد جنسی، مطالعه حاضر با هدف «تعیین تأثیر مشاوره گروهی جنسی مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری بر عملکرد جنسی زنان» انجام گرفته است.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دارای گروه کنترل است که در سال ۱۳۹۸ در مورد زنان متأهل تحت پوشش مراکز جامع سلامت مشهد انجام گرفته است. با توجه به این که طی جست‌وجو در سایت‌های معتبر علمی مقاله مشابهی یافت نشد، برای تعیین حجم نمونه از جدول Cohen استفاده گردید و طبق جدول یاد شده برای آزمون دو دامنه در سطح ۰/۰۵، با اندازه اثر ۰/۶۰ و توان ۰/۸۰ و با در نظر گرفتن ۲۰٪ احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه در هر گروه ۵۴ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای و تصادفی انجام یافت. بدین ترتیب که از بین ۵ مرکز بهداشت، سه مرکز به صورت تصادفی از طریق قرعه‌کشی انتخاب شد به این صورت که نام مراکز در ۵ برگه نوشته شد و به صورت تصادفی ۳ برگه برداشته شد. از هر مرکز بهداشت منتخب که هر کدام دارای چند مرکز جامع سلامت شهری تحت پوشش بود، دو مرکز به صورت تصادفی (به روش قرعه‌کشی) انتخاب و سپس به طور تصادفی (شیر یا خط) یک مرکز به عنوان گروه مداخله و دیگری به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و در مجموع سه مرکز گروه مداخله (صدف - سیلو - هاشمی‌نژاد) و سه مرکز گروه کنترل

جنسی در عدد ۰/۴) حداقل و حداکثر نمره برای خرده مقیاس‌ها به این صورت است: میل جنسی ۶-۱/۲ و سایر خرده مقیاس‌ها ۶-۰، و حداقل نمره برای کل مقیاس ۲ و حداکثر نمره ۳۶ می‌باشد و در مجموع کسب نمره بیش‌تر نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است (۲) این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران در ایران روان‌سنجی شده و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷ مورد تأیید قرار گرفته است (۳). پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ در این مطالعه به تأیید رسید.

۳- پرسشنامه نیازهای بنیادین روان‌شناختی در رابطه جنسی (Need Satisfaction during Sexual Activity Scale) طبق نظریه خودتعیین‌گری جهت سنجش نیازهای پایه روان‌شناختی در رابطه جنسی توسط Brunell و Webster در سال ۲۰۱۳، ساخته شده و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تأیید گردیده است و مشتمل بر ۹ سؤال ۷ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت و در قالب سه خرده مقیاس نیازهای روانی استقلال (خودمختاری) با سه سؤال، شایستگی با سه سؤال و تعلق (ارتباط) با سه سؤال می‌باشد. هر کدام از سؤالات براساس طیف لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالفم) تا نمره هفت (کاملاً موافقم) تنظیم شده است. دامنه نمرات در هر خرده مقیاس بین ۳ تا ۲۱ است و نمره بیش‌تر به معنی ارضای بیش‌تر آن نیاز است (۲۳) این پرسشنامه اولین بار در ایران در این تحقیق پس از طی مراحل ترجمه و روایی مورد استفاده قرار گرفت. بدین صورت که روایی محتوی با دریافت نظرات هفت تن از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد به صورت حضوری کسب گردید و جهت

کنترل به علت عدم تمایل به ادامه پژوهش از مطالعه خارج شدند و حجم نمونه به ۵۳ نفر در گروه مداخله و ۵۱ نفر در گروه کنترل رسید (نمودار کانسورت).

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه مشخصات فردی، باروری و زناشویی، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان، پرسشنامه نیازهای بنیادین روان‌شناختی نظریه خودتعیین‌گری در رابطه جنسی (سازه‌های نظریه) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) بود.

۱- پرسشنامه مشخصات فردی، باروری و زناشویی محقق ساخته شامل مشخصات فردی، سابقه آموزش و اطلاعات جنسی و زناشویی و باروری است.

۲- پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index: FSFI) توسط Rosen و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شد که شامل نوزده سؤال در شش خرده مقیاس است. این خرده مقیاس‌ها شامل: ۱- میل جنسی، ۲- تحریک جنسی، ۳- رطوبت مهبل، ۴- ارگاسم، ۵- درد هنگام مقاربت، ۶- رضایت جنسی است. برای سؤال‌های میل جنسی امتیاز ۵-۱ و برای سؤال‌های سایر حوزه‌ها امتیاز ۵-۰ در نظر گرفته شده است، نمره صفر بیانگر آن است که فرد در طی یک ماه گذشته هیچ‌گونه فعالیت جنسی نداشته است. در نهایت جهت محاسبه نمره هر کدام از خرده مقیاس‌ها در ضریب عددی خاص ضرب می‌شود (میل جنسی در عدد ۰/۶، تحریک جنسی و رطوبت مهبل در ۰/۳، ارگاسم، درد هنگام مقاربت و رضایتمندی

و همکاران در مشهد با آزمون-آزمون مجدد ($r=0/9$) مورد تأیید قرار گرفت (۲۶). این پرسشنامه به منظور انتخاب افراد واجد شرایط از نظر افسردگی، استرس و اضطراب قبل از ورود به مطالعه استفاده شد و افراد با افسردگی، استرس و اضطراب متوسط و یا شدید وارد مطالعه نشدند.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شد و در پایگاه ثبت کارآزمایی بالینی وزارت بهداشت با کد IRCT20180726040602N1 به ثبت رسید. قبل از امضای فرم رضایت‌نامه کتبی به نمونه‌ها در مورد اهداف و روش مطالعه، داوطلبانه بودن مشارکت در پژوهش، رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات و اعلام نتایج به صورت کلی و امکان ترک مطالعه در هر زمان توضیح داده شد. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه، هر دو گروه پرسشنامه‌های مربوط به اطلاعات شخصی، باروری و زناشویی و پرسشنامه‌های عملکرد جنسی زنان و سازه‌های نظریه خودتعیین‌گری در رابطه جنسی را به روش خود گزارشی تکمیل نمودند. محتوا و ساختار مداخله براساس نیازسنجی نمونه‌ها و با استفاده از منابع علمی معتبر تهیه (۲۷) و پس از تأیید توسط متخصصان مربوط، مداخله آموزشی مبتنی بر سازه‌های نظریه خودتعیین‌گری به صورت مشاوره گروهی برای گروه مداخله توسط پژوهشگر اجرا شد. مشاوره در گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره، طی پنج جلسه دو ساعته و به صورت هفته‌ای یک بار در مدت پنج هفته متوالی با سرفصل‌های «جلسه اول: انواع انگیزه‌های جنسی و آشنایی

روایی صوری، پرسشنامه‌ها در اختیار ۲۰ نفر از زنانی که دارای معیارهای ورود بودند، قرار داده شد و به صورت کیفی از طریق مصاحبه، روایی صوری آن انجام یافت و پایایی آن در این مطالعه با آلفای کرونباخ $0/83$ مورد تأیید قرار گرفت.

۴- مقیاس افسردگی اضطراب و استرس DASS-21 در سال ۱۹۹۵ توسط Lovibond و Lovibond تهیه شد و دارای دو فرم بلند و کوتاه است. در این مطالعه از فرم کوتاه آن که شامل ۲۱ سؤال می‌باشد، استفاده شد که ۷ سؤال آن (۱۸-۱۴-۱۲-۱۱-۸-۶-۱) استرس، ۷ سؤال (۳-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷-۲۱) اضطراب و ۷ سؤال دیگر (۲-۴-۷-۹-۱۵-۱۹-۲۰) افسردگی را می‌سنجد. مقیاس سنجش آن مبتنی بر یک مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای است که از صفر تا ۳ درجه‌بندی شده است، بدین ترتیب که در صورتی که گزینه موردنظر برای فرد صدق نکند امتیاز صفر و در صورتی که در اکثر مواقع در مورد فرد صدق کند حداکثر امتیاز یعنی ۳ و در مواقعی که گاهی اوقات یا زمان‌های نسبتاً زیادی در مورد فرد صدق کند، به ترتیب امتیاز ۱ یا ۲ تعلق می‌گیرد. کم‌ترین نمره در هر کدام از زیرگروه‌ها صفر و بالاترین نمره ۲۱ است. کسب نمره ۱۴-۰ بیانگر استرس نرمال، ۱۷-۱۵ استرس خفیف، ۲۱-۱۹ استرس متوسط تا شدید می‌باشد. به علاوه کسب نمره ۷-۰ بیانگر اضطراب طبیعی، ۹-۸ اضطراب خفیف و ۲۱-۱۴ متوسط و شدید می‌باشد. همچنین کسب نمره ۹-۰ بیانگر حالت طبیعی، ۱۳-۱۰ افسردگی خفیف و ۲۱-۱۴ متوسط و شدید می‌باشد. پایایی این ابزار توسط صاحبی

و پیش‌نوازی و ارایه تکلیف ثبت‌خاطراتی از درک احساس تعلق در رابطه جنسی، جلسه چهارم: اهمیت شایستگی و چگونگی افزایش قابلیت‌ها و به‌کارگیری راه‌حل‌های بهینه در رابطه جنسی و ارایه تکلیف ثبت‌خاطراتی از درک شایستگی در رابطه جنسی و جلسه پنجم: بحث و جمع‌بندی جلسات» انجام پذیرفت.

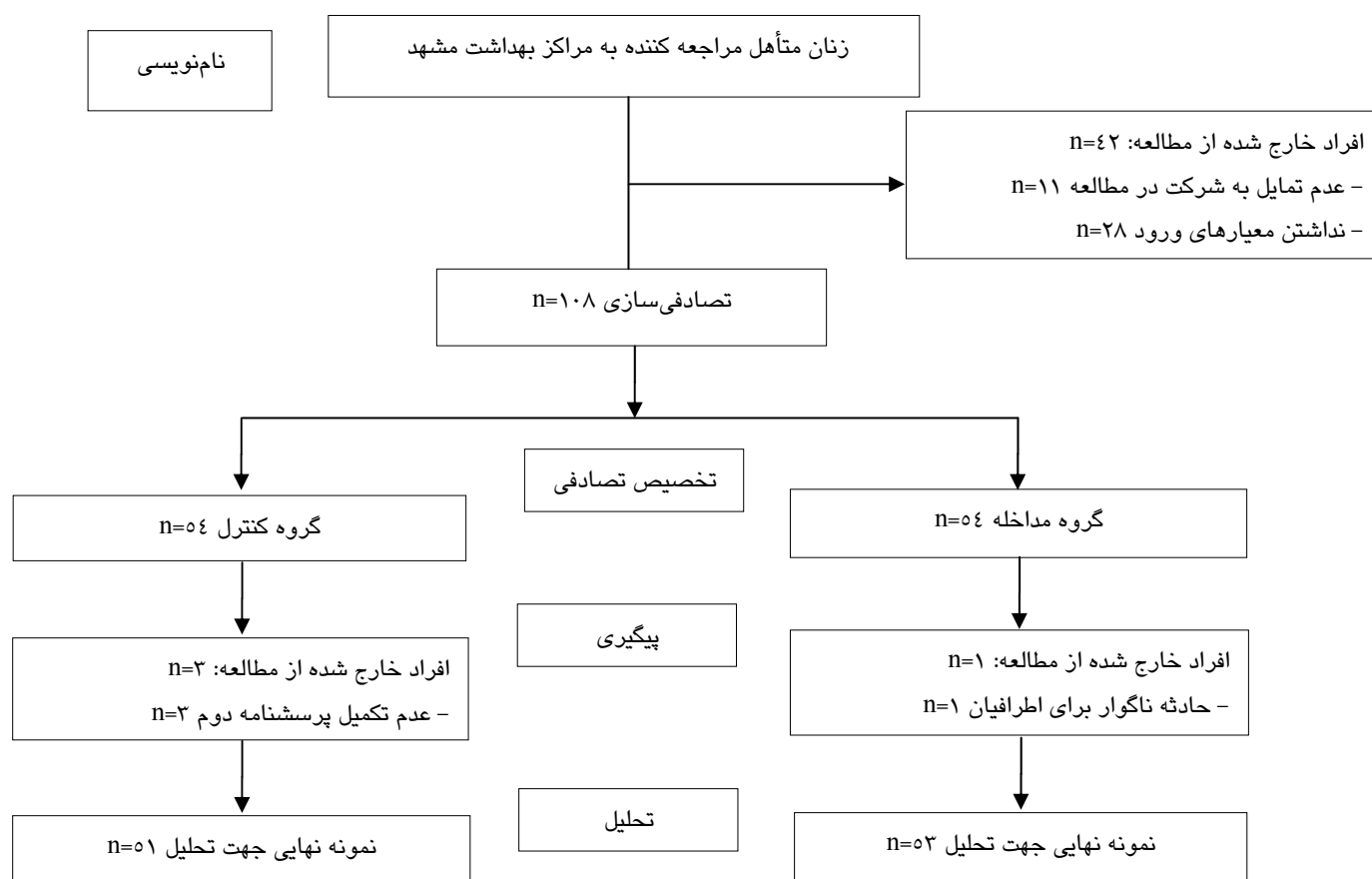
با فرآیند ارتباط جنسی صحیح و مطلوب و ارایه تکلیف جهت تعیین انگیزه‌ها، جلسه دوم: خودمختاری و اثر آن بر رابطه جنسی و پیش‌قدم شدن و نحوه درخواست رابطه جنسی و ارایه تکلیف ثبت‌خاطراتی از درک خودمختاری در رابطه جنسی، جلسه سوم: اهمیت نیاز به ارتباط و تعلق در رابطه جنسی و عشق ورزی

جدول ساختار و محتوای جلسات مشاوره جنسی گروهی مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری بر عملکرد جنسی زنان

جلسه	مرحله آشنایی	مرحله انتقال	مرحله فعالیت	مرحله پایان
جلسه اول	ایجاد ارتباط اولیه، معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر و با مشاور، بیان اهداف مطالعه، بیان قوانین گروه که باید توسط اعضا رعایت شود.	تشویق اعضا به بیان احساسات، نظرات و مشکلاتشان در مورد روابط جنسی و به بحث گذاشتن مطالبی که در مورد مسایل و مشکلات جنسی می‌دانند.	ارایه مشاوره گروهی در خصوص روابط جنسی با تمرکز بر نیاز مراجعان، باورها و انگیزه‌های جنسی که برای این قسمت از تابلوهای آموزشی موجود در مراکز، مولاژ و پاورپوینت استفاده شد.	ارایه تکلیف اول و دوم و تحویل پرسشنامه‌ای جهت سنجش دانش و نگرش جنسی به ایشان و از آنان درخواست شد، پرسشنامه یاد شده را به منزل برده و در اختیار همسر خود نیز قرار دهند.
جلسه دوم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و صحبت در مورد تکالیف هفته قبلی	تشویق اعضا به بیان احساسات و نظرات خود در مورد روابط جنسی و باورها و عقایدشان در مورد به‌کارگیری دیگر راهکارها	ارایه مشاوره گروهی در خصوص روابط جنسی با تأکید بر خودمختاری و اهمیت تصمیم‌گیری و چگونگی اثرگذاری بر رابطه جنسی توسط فرد با استفاده از پاورپوینت و ارایه کاربرگ صورت گرفت.	ارایه تکلیف شماره سه به ایشان تا به همراه همسر تکمیل نموده و برای جلسه بعد به همراه بیاورند.
جلسه سوم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و صحبت در مورد تکالیف هفته قبلی	تشویق اعضا به بیان احساسات و نظرات خود در مورد روابط جنسی و باورها و عقایدشان در مورد به‌کارگیری دیگر راهکارها	ارایه مشاوره گروهی در خصوص مباحث ارتباط عاطفی و اهمیت صمیمیت و حس تعلق به همسر و عشق ورزی در رابطه جنسی با استفاده از پاورپوینت و ارایه کاربرگ صورت گرفت.	ارایه تکلیف شماره چهار به ایشان تا به همراه همسر تکمیل نموده و برای جلسه بعد به همراه بیاورند.
جلسه چهارم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و صحبت در مورد تکالیف هفته قبلی	تشویق اعضا به بیان احساسات و نظرات خود در مورد روابط جنسی و باورها و عقایدشان در مورد به‌کارگیری دیگر راهکارها	ارایه مشاوره گروهی در خصوص شایستگی جنسی و چگونگی اثرگذاری بر رابطه جنسی و ارایه راهکار جهت بهبود رابطه جنسی	ارایه تکلیف شماره پنج به ایشان تا به همراه همسر تکمیل نموده و برای جلسه بعد به همراه بیاورند.
جلسه پنجم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و صحبت در مورد تکالیف هفته قبلی	تشویق اعضا به بیان احساسات و نظرات خود در مورد روابط جنسی و باورها و عقایدشان در مورد به‌کارگیری دیگر راهکارها	ارایه مشاوره گروهی به صورت جمع‌بندی کل جلسات و ارایه خلاصه‌ای از مباحث گذشته و پاسخ‌گویی به سؤالات صورت گرفت.	در مورد تکمیل پرسشنامه‌ها یک ماه بعد مجدد تأکید گردید و تلفن‌های افراد مجدد کنترل و ثبت گردید.

مشاوره و در گروه کنترل یک ماه پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در ابتدای مطالعه، عملکرد جنسی و سازه‌های نظریه مجدد تکمیل و سنجیده شد. برای مقایسه دو گروه جهت سنجش شرایط قبل از مداخله از آزمون‌های آماری t مستقل، مجذور کای دو و دقیق فیشر استفاده شد و برای مقایسه امتیاز شاخص عملکرد جنسی و حیطة‌های آن در مراحل قبل و یک ماه بعد از مشاوره در گروه‌های مداخله و کنترل، از آزمون t مستقل و برای مقایسه آن در هر گروه به صورت جداگانه از آزمون t زوجی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد استفاده قرار گرفت و سطح معناداری در آزمون‌ها $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

لازم به یادآوری است که کلیه تکالیف انجام گرفته توسط نمونه‌ها و همسرانشان در جلسات بعدی جمع‌آوری شد و به بحث و پرسش و پاسخ گذاشته شد. جهت مراجعه به موقع نمونه‌ها قبل از برگزاری هر جلسه، پیگیری تلفنی انجام گرفت و به منظور جلوگیری از ریزش نمونه و ادامه ارتباط با پژوهشگر، شماره تلفن پژوهشگر در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت و در مواقع نیاز به کمک و راهنمایی یا سؤال، با پژوهشگر در تماس بودند در ضمن گروه کنترل مراقبت معمول مرکز بهداشت را دریافت نمودند و جهت رعایت موازین اخلاقی در انتهای مداخله محتوی آموزشی به صورت جزوه در اختیار آنان قرار گرفت. در گروه مداخله یک ماه پس از اتمام آخرین جلسه



شکل ۱- نمودار کانسورت شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف تحقیق

یافته‌ها

در ابتدای مطالعه دو گروه از نظر تمام ویژگی‌های فردی، باروری و زناشویی از جمله سن، سن همسر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزند سن بزرگ‌ترین و کوچک‌ترین فرزند و شاخص توده بدنی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته ($p > 0/05$) و همگن بودند (جدول شماره ۱). یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد از نظر سطح تحصیلات بیش‌ترین فراوانی در مقطع دیپلم و بیش‌تر زنان خانه‌دار بودند.

مقایسه عملکرد جنسی بین دو گروه قبل از مداخله براساس نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین امتیاز کلیه حیطه‌های جنسی اختلاف معنادار آماری وجود نداشته و دو گروه همگن بوده‌اند ($p > 0/05$) و اندازه اثر آن نیز دارای مقدار کوچکی بود ($d = 0/015$). مقایسه عملکرد جنسی بین دو گروه در مرحله بعد از مداخله نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله $28/99 \pm 4/29$ و در گروه کنترل $26/05 \pm 4/21$ بوده است و آزمون تی مستقل این تفاوت را معنادار نشان داد ($p < 0/001$). مشاوره جنسی موجب بهبود عملکرد

جنسی افراد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد به طوری که اندازه اثر دارای مقدار بزرگی بود ($d = 0/691$). همچنین نمره عملکرد جنسی بعد نسبت به قبل از مداخله در گروه مداخله به میزان $2/76 \pm 3/02$ افزایش و در گروه کنترل به میزان $0/25 \pm 0/73$ کاهش داشت. این کاهش اندازه اثر بسیار بزرگی داشت ($d = 1/370$). آزمون تی مستقل این تفاوت را معنادار ($p < 0/001$) نشان داد (جدول شماره ۲).

براساس مقایسه نمرات کسب شده بین گروه مداخله و کنترل پس از انجام مداخله اختلاف آماری معناداری ($p < 0/001$) بین میانگین نمرات خودمختاری، ارتباط و شایستگی و عملکرد جنسی وجود داشت (جدول شماره ۳). همچنین در این مرحله بین دو گروه در تمامی حیطه‌های شش گانه (میل، برانگیختگی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت و درد) تفاوت معناداری وجود داشت و زنان گروه مداخله که مشاوره جنسی دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل به نمرات بالاتری در حیطه‌های یاد شده دست یافتند (جدول شماره ۴).

جدول ۱ - مقایسه ویژگی‌های فردی و باروری قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل در زنان مراجعه‌کننده به مراکز سطح شهر مشهد سال ۱۳۹۸

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه		متغیر
	کنترل (۵۱ نفر)	مداخله (۵۳ نفر)	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$p = 0/244$	$35/73 \pm 6/60$	$37/21 \pm 6/28$	سن (سال)
$p = 0/411$	$41/18 \pm 7/76$	$42/28 \pm 7/07$	سن همسر (سال)
$p = 0/348$	$15/05 \pm 7/24$	$16/48 \pm 8/19$	طول مدت ازدواج (سال)
$p = 0/433$	$2/21 \pm 1/02$	$2/04 \pm 0/94$	تعداد فرزند
$p = 0/807$	$14/97 \pm 6/86$	$15/23 \pm 7/41$	سن بزرگ‌ترین فرزند (سال)
$p = 0/322$	$9/23 \pm 7/70$	$10/94 \pm 6/82$	سن کوچک‌ترین فرزند (سال)
$p = 0/923$	$26/71 \pm 4/79$	$26/79 \pm 3/23$	شاخص توده بدنی (مترمربع/کیلوگرم)

جدول ۲ - مقایسه میانگین و اندازه اثر نمره عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله در زنان مراجعه‌کننده به مراکز سطح شهر مشهد در دو گروه مداخله و کنترل سال ۱۳۹۸

نتیجه آزمون تی‌مستقل	اندازه اثر (d کوهن)	گروه		نمره عملکرد جنسی
		کنترل (۵۱ نفر)	مداخله (۵۳ نفر)	
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
$p=0/928$	۰/۰۱۵	۲۶/۳۱±۴/۵۳	۲۶/۲۴±۴/۶۴	قبل از مداخله
$p<0/001$	۰/۶۹۱	۲۶/۰۵±۴/۲۱	۲۸/۹۹±۴/۲۹	بعد از مداخله
$p<0/001$	۱/۳۷۰	-۰/۲۵±۰/۷۳	۲/۷۶±۳/۰۲	تفاوت بعد نسبت به قبل از مداخله
		$p<0/018$	$p<0/001$	نتیجه آزمون درون‌گروهی (زوجی)

جدول ۳ - مقایسه میانگین متغیرهای خودمختاری، ارتباط، شایستگی قبل و بعد از مداخله در زنان مراجعه‌کننده به مراکز سطح شهر مشهد در دو گروه مداخله و کنترل سال ۱۳۹۸

نتیجه آزمون بین‌گروهی (تی‌مستقل)	گروه		
	کنترل (۵۱ نفر)	مداخله (۵۳ نفر)	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
$p=0/844$	۱۴/۶۱±۴/۰۲	۱۴/۷۷±۴/۵۱	قبل از مداخله
$p=0/002$	۱۴/۶۳±۳/۷۱	۱۶/۸۲±۳/۴۲	بعد از مداخله
$p<0/001$	۰/۰±۱/۳	۲/۱±۲/۳	تفاوت بعد نسبت به قبل از مداخله
	$p=0/918$	$p<0/001$	نتیجه آزمون درون‌گروهی
$p=0/975$	۱۵/۷۳±۴/۵۲	۱۵/۷۰±۴/۳۴	قبل از مداخله
$p=0/001$	۱۵/۲۷±۴/۳۹	۱۷/۸۵±۳/۴۶	بعد از مداخله
$p<0/001$	-۰/۵±۰/۹	۲/۲±۳/۲	تفاوت بعد نسبت به قبل از مداخله
	$p<0/001$	$p<0/001$	نتیجه آزمون درون‌گروهی
$p=0/660$	۱۶/۱۴±۳/۹۲	۱۵/۷۹±۴/۰۲	قبل از مداخله
$p=0/002$	۱۵/۷۸±۳/۹۶	۱۷/۹۲±۳/۹۷	بعد از مداخله
$p<0/001$	-۰/۴±۰/۹	۲/۱±۳/۲	تفاوت بعد نسبت به قبل از مداخله
	$p=0/009$	$p<0/001$	نتیجه آزمون درون‌گروهی

جدول ۴ - مقایسه میانگین نمرات عملکرد جنسی و حیطه‌های آن قبل و بعد از مداخله در زنان مراجعه‌کننده به مراکز سطح شهر مشهد در دو گروه مداخله و کنترل سال ۱۳۹۸

نتیجه آزمون بین‌گروهی (تی‌مستقل)	گروه		
	کنترل (۵۱ نفر)	مداخله (۵۳ نفر)	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
$p=0/628$	۲/۸۱±۰/۷۶	۲/۷۴±۰/۹۴	قبل از مداخله
$p=0/009$	۲/۸۰±۰/۷۴	۴/۱۳±۰/۷۶	بعد از مداخله
	$p=0/239$	$p<0/001$	نتیجه آزمون درون‌گروهی
$p=0/501$	۲/۹۲±۰/۸۷	۴/۰۵±۱/۰۱	قبل از مداخله
$p<0/001$	۲/۸۷±۰/۸۲	۴/۳۹±۰/۸۲	بعد از مداخله
	$p=0/019$	$p=0/002$	نتیجه آزمون درون‌گروهی
$p=0/499$	۴/۹۷±۱/۰۱	۴/۸۵±۰/۹۱	قبل از مداخله
$p=0/024$	۴/۸۶±۰/۹۴	۵/۲۵±۰/۷۵	بعد از مداخله
	$p=0/020$	$p<0/001$	نتیجه آزمون درون‌گروهی
$p=0/971$	۴/۴۶±۱/۱۹	۴/۵۱±۱/۱۴	قبل از مداخله
$p=0/004$	۴/۴۴±۱/۱۸	۵/۱۳±۰/۹۸	بعد از مداخله
	$p=0/217$	$p<0/001$	نتیجه آزمون درون‌گروهی
$p=0/869$	۴/۵۹±۱/۱۶	۴/۵۵±۱/۱۴	قبل از مداخله
$p=0/004$	۴/۵۶±۱/۱۴	۵/۱۳±۰/۹۸	بعد از مداخله
	$p=0/217$	$p<0/001$	نتیجه آزمون درون‌گروهی
$p=0/974$	۴/۵۵±۰/۹۴	۴/۵۵±۰/۸۱	قبل از مداخله
$p=0/004$	۴/۵۳±۰/۸۶	۵/۰۱±۰/۸۱	بعد از مداخله
	$p=0/554$	$p<0/001$	نتیجه آزمون درون‌گروهی

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره جنسی گروهی مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری بر عملکرد جنسی زنان سطح شهر مشهد انجام یافت. یک ماه پس از اتمام مداخله، عملکرد جنسی در گروه مداخله افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است که نشان می‌دهد مشاوره جنسی گروهی موجب ارتقای عملکرد جنسی زنان شده است. این نتیجه با نتایج مطالعه ابراهیمی‌پور و همکاران که به تعیین تأثیر آموزش جنسی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی بر عملکرد جنسی زنان متأهل پرداختند (۲۸) و همچنین با مطالعه نامنی و همکاران که به تعیین تأثیر آموزش‌های جنسی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر عملکرد جنسی زنان متأهل پرداختند که نشان می‌داد تفاوت میانگین عملکرد جنسی زنان بعد از مداخله افزایش معناداری یافته است (۲۹)، همخوانی دارد.

همچنین در مقایسه بین گروهی بعد از مداخله، تفاوت میانگین نمرات در تمامی حیطه‌های شش‌گانه عملکرد جنسی افزایش معناداری را در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داد و با نتایج مطالعه مرادی و همکاران که با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر عملکرد جنسی ۱۲۰ زن متأهل دیابتی شهر گرگان انجام یافت، همخوانی دارد (۳۰). اما با مطالعه بهبودی مقدم و همکاران که با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزش جنسی بر عملکرد جنسی ۹۰ زن متأهل در قزوین انجام یافت (۳۱)، همخوانی ندارد. در مطالعه بهبودی مقدم مداخله به صورت برگزاری ۴ جلسه آموزش

گروهی با فاصله یک هفته بود و سنجش عملکرد جنسی پس از ۸ هفته انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که نمرات حیطه‌های میل جنسی، برانگیختگی، رطوبت جنسی و رضایت جنسی افزایش یافته، ولی نمرات حیطه درد جنسی و ارگاسم تفاوت معناداری نشان نداد. اما در مطالعه کنونی علاوه بر افزایش نمرات حیطه‌های میل جنسی، برانگیختگی، رطوبت جنسی و رضایت جنسی، در حوزه ارگاسم و درد جنسی نیز افزایش نمرات وجود داشت که به نظر می‌رسد به این علت باشد که ارگاسم مهارتی است که نیاز به آموزش و تمرین با توجه به تفاوت‌های فردی و ارتباط زوج‌ها و نیز انگیزه درونی افراد دارد که در این آموزش گروهی ساده مدنظر نبوده است ولی در مطالعه حاضر، مشاوره گروهی جنسی طبق نظریه خودتعیین‌گری که به این موضوعات توجه دارد، انجام یافت. همچنین در مطالعه بهبودی مقدم درد جنسی نیز تغییر معناداری نداشت که به نظر می‌رسد علت آن به جز مسایل طبی میل و انگیزش واقعی فرد باشد، یعنی علت درد جنسی ریشه در مسایل روان‌شناختی نیز دارد که در برنامه آموزشی ساده مورد بررسی قرار نمی‌گیرد ولی در مطالعه کنونی به این موارد یعنی اهمیت انگیزه درونی فرد و برانگیختگی کافی به دنبال درخواست و پیش‌نوازی وی توسط همسر و نحوه عشق‌ورزی و درک ارتباط (تعلق) توجه شده است که این موارد پس از مداخله آموزشی با دادن تکلیف و تمرین زن و همسرش نیز تقویت شده است، ضمن این که افراد دارای مسایل طبی مؤثر بر درد جنسی در ابتدا وارد مداخله ما نشدند و از طرفی

ارزیابی عملکرد جنسی در مطالعه بهبودی ۸ هفته پس از مداخله بوده است که در مطالعه ما این ارزیابی ۴ هفته بعد انجام یافته است و می‌تواند به علت تفاوت فاصله زمانی از نظر پایداری اثر مداخله نیز باشد. همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه ضیایی و همکاران که با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های جنسی در مورد زنان متأهل انجام یافت (۳۲) نیز همخوانی ندارد به طوری که حیطة درد جنسی در زنان مورد مطالعه ایشان تغییر معناداری نداشت. همان‌طور که در مورد درد جنسی توضیح داده شد توجه به انگیزه جنسی درونی طبق نظریه خودتعیین‌گری و از طرفی توجه بیشتر به ارضای نیازهای پایه روان‌شناختی که بر انگیزه جنسی فرد مؤثر است، نیز از ویژگی‌های مؤثر بر کاهش درد جنسی می‌تواند باشد که در مطالعه کنونی به آن توجه شده است.

همچنین تفاوت و افزایش معنادار میانگین نمرات خودمختاری (۲/۱)، ارتباط (۲/۲) و شایستگی (۲/۱) بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهد مشاوره جنسی گروهی مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری بر ارضای نیازهای پایه روان‌شناختی تأثیر داشته و موجب ارتقای متغیرهای نظریه خودتعیین‌گری یعنی خودمختاری، ارتباط و شایستگی شده است. توجه به این نیازها در رابطه جنسی به صورت واسطه‌ای باعث تغییر نوع انگیزه‌ها به سمت انگیزه درونی فرد برای عملکرد جنسی مطلوب می‌شود که با نتایج تحقیقات Brunell و Webster که نشان داد ارضای نیازهای روان‌شناختی در طی رابطه

جنسی به صورت واسطه‌ای باعث انگیزه‌های خودمختاری مثل انگیزه درونی و ادغام شده می‌شود (۲۳)، همخوانی دارد.

نتایج به دست آمده در خصوص ارتقای متغیرهای مربوط به نظریه به کار رفته با نتایج مطالعه ابراهیمی پور و همکاران که با هدف تعیین تأثیر آموزش جنسی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده برای ۸۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی انجام یافته و نتایج آن نشان داده که همه متغیرهای نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده ارتقا نیافته از جمله هنجارهای انتزاعی تغییر معناداری نداشت (۲۸)، همخوانی ندارد که این می‌تواند به این علت باشد که محقق به هنجارهای انتزاعی و به ویژه متابعت از دیگران که همان منابع فشار بیرونی یا منابع انگیزش خارجی می‌باشند و در رابطه جنسی تأثیر داشته است، توجه نداشته و برای این متغیر در نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، مداخله‌ای در نظر نگرفته است. اما مطالعه حاضر طبق نظریه خودتعیین‌گری، رفتار جنسی را تحت تأثیر انگیزه درونی و درک نیازهای خودمختاری و ارتباط و شایستگی فرد می‌داند و به این متغیرها در آموزش‌ها توجه لازم نشان داده است و از طرفی در هر جلسه تکالیفی جهت زن و همسر ایشان تحویل نمونه‌ها شده است که انگیزه خارجی را تحت تأثیر قرار دهد، بنابراین ارتقای لازم حاصل شده است. همچنین نتایج این پژوهش در کنار پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که استفاده از نظریه‌ها یا الگوهای مناسب در مداخلات آموزشی در تغییر رفتار مؤثر می‌باشد و مداخله آموزشی مناسب و طبق نظریه یا الگو

می‌تواند به عنوان عاملی مستعدکننده برای ارتقای عملکرد جنسی باشد (۱۶، ۱۵ و ۲۷) و با استفاده از مداخلات مبتنی بر نظریه می‌توان با تأثیر بر آگاهی و نوع انگیزه جنسی زنان نسبت به رابطه جنسی رضایت بخش و مطلوب، باعث تشخیص زودرس، پیشگیری و درمان اختلالات جنسی شد.

به طور کلی پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره جنسی گروهی مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری موجب بهبود عملکرد جنسی زنان می‌شود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که با بهره‌گیری از آموزش بر پایه نظریه خودتعیین‌گری که بر روی عوامل مهم روان‌شناختی تمرکز نموده و بر تغییر و تداوم رفتار از طریق انگیزه درونی، تأکید می‌کند می‌توان عملکرد جنسی در زنان را ارتقا داد. بر این اساس هر زمان زنان، آگاهی کافی و صحیح و همراه با توجه به ارضای نیازهای پایه روان‌شناختی در روابط جنسی داشته باشند، این عامل موجب انگیزش درونی مثبت نسبت به رابطه جنسی صحیح در ایشان شده و در نهایت باعث می‌شود احساس کنند که برقراری رابطه رضایت‌بخش جنسی از نظر عوامل محیطی در اختیار و اراده آنان است و اقدام به رابطه جنسی با همسر به خوبی اتفاق می‌افتد و لذا به برنامه‌ریزان و مسؤولان پیشنهاد می‌شود پی‌ریزی به‌کارگیری مداخلات مشاوره‌ای مبتنی بر نظریه یاد شده که علاوه بر افزایش دانش، بر انگیزش درونی جنسی

زنان می‌پردازد، در کلاس‌های مختلف جنسی که توسط سایر سازمان‌ها مثل بهزیستی، وزارت بهداشت، شهرداری و دیگر سازمان‌ها برگزار می‌شود نمایند. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که مشاوره جنسی یاد شده برای مردان نیز براساس این نظریه انجام گیرد و با نتایج حاصل مقایسه شود.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این مهم اشاره داشت که اگرچه نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مشاوره جنسی مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری باعث ارتقای عملکرد جنسی در زنان شده است، اما یافته‌های این مطالعه قابل تعمیم و قابل ارایه در همین جمعیت است و برای این که بتوان نتایج را به جوامع بیش‌تری تعمیم داد، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده در دیگر محیط‌های پژوهشی و سایر اقوام، سطوح اجتماعی و فرهنگی نیز انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با کد تأیید اخلاق (IR.MUMS.NURSE.REC.1397.017) انجام یافت. بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه بانوان محترم شرکت‌کننده و کمک و همکاری همکاران محترم مراکز بهداشتی شهر مشهد در این مطالعه قدردانی و تشکر می‌نمایند.

References

- 1 - Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.

- 2 - Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000 Apr-Jun; 26(2): 191-208. doi: 10.1080/009262300278597.
- 3 - Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. [The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version]. *Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research.* 2008; 7(3): 269-278. (Persian)
- 4 - Rafeie Shirpak Kh, Eftekhari H, Mohammad K, Chinichian M, Ramezankhani A, Fotohi A, et al. [Incorporation of a sex education program in health care centers in Tehran, Iran]. *Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research.* 2007; 6(3): 243-256. (Persian)
- 5 - Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain: findings from the third national survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3). *Lancet.* 2013 Nov 30; 382(9907): 1817-29. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62366-1.
- 6 - Ghavam M, Tasbihsazan R. [Prevalence and diversity of sexual disorders among male and female patients in a family health care clinic, Tehran - Iran]. *Studies in Medical Sciences, The Journal of Urmia University of Medical Sciences.* 2008; 18(4): 634-639. (Persian)
- 7 - Ranjbaran M, Chizary M, Matory P. [Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: systematic review and meta-analysis]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences.* 2016; 22(7): 1117-1125. (Persian)
- 8 - Jahanfar Sh, Molaeinezhad M. [Text book of sexual disorders]. 1st ed. Tehran: Salemi Publications; 2002. (Persian)
- 9 - Gravel EE, Pelletier LG, Reissing ED. "Doing it" for the right reasons: validation of a measurement of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for sexual relationships. *Personality and Individual Differences.* 2016; 92: 164-173. doi: 10.1016/j.paid.2015.12.015.
- 10 - Kingsberg SA. The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Arch Sex Behav.* 2002 Oct; 31(5): 431-7. doi: 10.1023/a:1019844209233.
- 11 - Nasiri Amiri F, Haji Ahmadi M, Bakouei F. [Assessment of sexual function during breastfeeding and its related factors in primiparous women referred to Babol health centers (2005-2006)]. *Journal of Babol University of Medical Sciences.* 2007; 9(4): 52-58. (Persian)
- 12 - McKeown K, Lehane P, Rock R, Haase T, Pratschke J. *Unhappy marriages: does counselling help?* Dublin: ACCORD Catholic Marriage Care Service; 2002.
- 13 - Gibson RL, Mitchell MH. *Introduction to counselling and guidance.* New Jersey: Prentice Hall; 1999.
- 14 - Olfati F, Aligholi S. [A study on educational needs of teenager girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin]. *Journal of Inflammatory Diseases.* 2008; 12(2): 76-82. (Persian)
- 15 - Zamani M, Latifnejad Roudsari R, Moradi M, Esmaily H. The effect of sexual health counseling on women's sexual satisfaction in postpartum period: a randomized clinical trial. *Int J Reprod Biomed.* 2019 Mar 3; 17(1): 41-50. doi: 10.18502/ijrm.v17i1.3819.
- 16 - Torkzahrani Sh, Banaei M, Ozgoli G, Azad M, Mahmoudikohani F. [The effectiveness of consultation based on plissit model on sexual function of lactating women]. *Nursing and Midwifery Journal.* 2016; 14(7): 639-647. (Persian)

- 17 - Mick J, Hughes M, Cohen MZ. Using the BETTER model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs*. 2004 Feb; 8(1): 84-6. doi: 10.1188/04.CJON.84-86.
- 18 - Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press; 1985.
- 19 - Gorin AA, Powers TA, Koestner R, Wing RR, Raynor HA. Autonomy support, self-regulation, and weight loss. *Health Psychol*. 2014 Apr; 33(4): 332-9. doi: 10.1037/a0032586.
- 20 - Lonsdale C, Sabiston CM, Raedeke TD, Ha AS, Sum RK. Self-determined motivation and students' physical activity during structured physical education lessons and free choice periods. *Prev Med*. 2009 Jan; 48(1): 69-73. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.09.013.
- 21 - Smith CV. In pursuit of 'good' sex: self-determination and the sexual experience. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2007; 24(1): 69-85. doi: 10.1177/0265407507072589.
- 22 - Boislard-Pepin M, Green-Demers I, Pelletier LG, Chartrand J. The impact of the interpersonal style of the sexual partner on sexual competence, motivation, and satisfaction. *Revue Quebecoise de Psychologie*. 2002; 23(3): 105-121.
- 23 - Brunell AB, Webster GD. Self-determination and sexual experience in dating relationships. *Pers Soc Psychol Bull*. 2013 Jul; 39(7): 970-87. doi: 10.1177/0146167213485442.
- 24 - Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000; 11(4): 227-268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01.
- 25 - van Ree E, van der Schaaf M, Hulshof C, Knijn T, Slabbert M. HIV/AIDS preventive self-efficacy and self-determination effect on risky sexual behavior of South-African adolescents. MSc. Thesis, Utrecht University, The Netherlands, 2010-2011.
- 26 - Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. [Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population]. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2005; 1(4): 36-54. (Persian)
- 27 - Sepehri Shamlou Z, Salari M. [The key to lasting relationships in marital life]. Mashhad: Beh Nashr Publications; 2016. (Persian)
- 28 - Ebrahimipour H, Jalambadany Z, Peyman N, Ismaili H, Vafaii Najjar A. [Effect of sex education, based on the theory of planned behavior, on the sexual function of the woman attending Mashhad health centers]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2013; 20(1): 58-67. (Persian)
- 29 - Nameni F, Yousefzadeh S, Golmakani N, Najaf Najafi M, Ebrahimi M, Modares Gharavi M. [Evaluating the effect of religious-based sex education on sexual function of married women]. *Evidence Based Care Journal*. 2014; 4(2): 53-62. doi: 10.22038/EBCJ.2014.2914. (Persian)
- 30 - Moradi M, Geranmayeh M, Mirmohammadali M, Mehran A. [The effect of sexual counseling on sexual function in women with type 2 diabetes mellitus]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2016; 22(2): 148-158. (Persian)
- 31 - Behboodi Moghadam Z, Rezaei E, Khaleghi Yalegonbadi F, Montazeri A, Arzaqi SM, Tavakol Z, et al. The effect of sexual health education program on women sexual function in Iran. *J Res Health Sci*. 2015 Spring; 15(2): 124-8.
- 32 - Ziaee P, Sepehri Shamlou Z, Mashhadi A. [The effectiveness of sexual education focused on cognitive schemas, on the improvement of sexual functioning among female married students]. *Evidence Based Care Journal*. 2014; 4(2): 73-82. doi: 10.22038/EBCJ.2014.2921. (Persian)

Impact of group sexual counseling based on the self-determination theory on women's sexual function

Maryam Salari Hadki¹, Mahin Tafazoli^{2*}, Hadi Tehrani³, Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad⁴

Article type:
Original Article

Received: May 2021
Accepted: Aug. 2021
e-Published: 16 Oct. 2021

Abstract

Background & Aim: Sexual function is an important part of the health of women, and the satisfaction of basic psychological needs is among the variables related to sexual dysfunction. The self-determination theory is one of the most important motivational theories, which considers one's internal motive the main cause of behavior, and also views three psychological needs (autonomy, relatedness, and competence) as the basis of human behavior. This study was to determine the effect of sexual consulting based on the self-determination theory on women's sexual function.

Methods & Materials: This clinical trial was conducted on 104 married women aged 18 to 49 years referred to Mashhad health centers in two groups of intervention and control in 2019. The intervention group received five sessions of two-hour group counseling based on the constructs of self-determination theory, with intervals of one week. The data was collected using the sexual performance questionnaire and the constructs of self-determination theory (basic psychological needs) before and after the intervention. Data was analyzed using the SPSS software version 16 through independent t-test, paired t-test, Mann-Whitney and Wilcoxon tests.

Results: There was no statistically significant difference between the two groups in the average score of sexual function before the intervention. However, after the intervention, the difference in the average score of sexual function between before and after the intervention was 2.76 ± 3.02 for the intervention group and -0.25 ± 0.73 for the control group, which showed a significant increase in the sexual function score of the intervention group compared to the control ($P < 0.001$). Moreover, after the intervention between the intervention and control groups, a statistically significant difference was observed in the average scores of autonomy, competence and relatedness ($P < 0.001$).

Conclusion: Providing group sexual counseling based on the self-determination theory can satisfy the basic needs relating to sexuality and improve women's sexual performance.

Clinical trial registry: IRCT20180726040602N1

Corresponding author:
Mahin Tafazoli
e-mail:
tafazolim@mums.ac.ir

Key words: sex counseling, self-determination, sexual performance, women

Please cite this article as:

Salari Hadki M, Tafazoli M, Tehrani H, Asghari Ebrahimabad MJ. [Impact of group sexual counseling based on the self-determination theory on women's sexual function]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2021; 27(3): 245-261. (Persian)

- 1 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
- 2 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
- 3 - Dept. of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
- 4 - Dept. of Psychology, School of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

