

تأثیر مشاوره تلفیقی مبتنی بر مدل اکسپلیسیت بر اختلال ارگاسم زنان: یک مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی شده

مریم براتی^۱، راضیه معصومی^{۲،۱*}، سمیه نقی زاده^۳، ریحانه حسینی^۴

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: اختلال ارگاسم پس از اختلال کمبود تمایل جنسی، شایع‌ترین اختلال جنسی در زنان گزارش شده است. از عمده‌ترین رویکردهای موجود برای درمان این اختلال مشاوره با رویکرد تلفیقی است. با توجه به شیوع، اهمیت و تأثیرگذاری اختلال ارگاسم بر کیفیت زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی زنان، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مشاوره تلفیقی مبتنی بر مدل اکسپلیسیت بر اختلال ارگاسم زنان انجام گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه کار آزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده، با مشارکت ۶۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال ارگاسم مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان جامع بانوان آرش شهر تهران در سال ۱۳۹۸ انجام گرفته است. نمونه‌ها به روش تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. مشاوره در گروه مداخله به صورت جلسات فردی با رویکرد تلفیقی و براساس مدل اکسپلیسیت انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس ارگاسم زنان بود. میانگین نمره ارگاسم، رضایت از تعداد دفعات ارگاسم و رضایت از کیفیت ارگاسم، قبل از مداخله، ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و آزمون‌های کای‌دو، دقیق فیشر، تی مستقل، آنالیز واریانس داده‌های تکراری و آنالیز کواریانس انجام گرفت.

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن بودند ($p > 0/05$). میانگین نمرات تعداد دفعات ارگاسم، رضایت از تعداد دفعات ارگاسم و رضایت از کیفیت ارگاسم قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف آماری معناداری نداشت ($p > 0/05$). اما میانگین نمرات هر سه متغیر یاد شده در ۴ و ۸ هفته بعد از مداخله بین دو گروه اختلاف آماری معناداری را نشان داد ($p < 0/05$) و در هر دو زمان میانگین نمرات در گروه مداخله به صورت معناداری بیش‌تر از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده تأثیر مثبت مشاوره تلفیقی مبتنی بر مدل اکسپلیسیت روی میانگین نمره ارگاسم، رضایت از تعداد دفعات ارگاسم و رضایت از کیفیت ارگاسم در زنان است.

ثبت کار آزمایی بالینی: IRCT20160808029255N

نویسنده مسؤؤل:
راضیه معصومی؛
دانشکده پرستاری و
مامایی، دانشگاه علوم
پزشکی تهران، تهران،
ایران

e-mail:
r.masoomie@gmail.
com

واژه‌های کلیدی: ارگاسم، اختلال ارگاسم، مشاوره جنسی، مدل اکسپلیسیت، زنان

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۱ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۴۰۱ - انتشار الکترونیک مقاله: ۱۴۰۱/۷/۱۰

مقدمه

انسان دارای تمایلات و نیازهای متعددی است که نیاز جنسی یکی از مهم‌ترین آن‌ها است.

تمایلات و نیازهای جنسی به عنوان یکی از اصلی‌ترین جنبه‌های سلامت باروری در نظر گرفته می‌شود. تأمین این نیاز، علاوه بر امتداد نسل انسانی، فرد را از لحاظ روانی به آرامش می‌رساند (۱). در این میان، تأمین نیازهای جنسی در زنان در مقایسه با مردان اثرات

۱- گروه آموزشی مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
۴- گروه آموزشی بیماری‌های زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ بیمارستان جامع بانوان آرش، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

جدی‌تر و گسترده‌تری در سلامت روانی و جسمانی آن‌ها دارد (۲). بدن انسان در فعالیت‌های جنسی واکنش‌های خاصی را از خود نشان می‌دهد که این واکنش‌ها توسط Masters و Johnson به چهار مرحله تمایل، تحریک، ارگاسم و فرونشینی تقسیم‌بندی شده است (۳ و ۴). پاسخ جنسی از جمله ارگاسم در زنان به دخالت عوامل متعدد روحی- روانی، محیطی و فیزیولوژیکی وابسته است. ارگاسم عبارت از اوج هیجان و لذت جنسی (۵) و اختلال ارگاسم یعنی ناتوانی در رسیدن به ارگاسم، یا تأخیر ناراحت‌کننده در دستیابی به ارگاسم است (۶). اختلال ارگاسم در زنان به تأخیر مشخص یا کمبود مشخص یا فقدان ارگاسم و یا کاهش شدت ارگاسم در ۷۵٪ تا ۱۰۰٪ موارد از فعالیت‌های جنسی ایشان گفته می‌شود که به مدت حداقل ۶ ماه ادامه داشته باشد و این موضوع باعث ایجاد پریشانی بالینی قابل توجه در فرد بشود. همچنین، این اختلال نباید به دلیل اختلالات روان‌شناختی و نیز به تبع مصرف دارو و یا مواد مخدر یا سایر شرایط پزشکی قابل انتساب ایجاد شده باشد (۵).

اختلال ارگاسم می‌تواند موجب پریشانی شخصی یا مشکل بین فردی قابل ملاحظه‌ای شده (۶) و زمینه ایجاد مشکلات فردی، ناسازگاری و اختلافات زناشویی را نیز فراهم کند (۵). اختلال ارگاسم یکی از شایع‌ترین شکایات جنسی در بین زنان است (۷). این اختلال پس از اختلال کمبود میل جنسی، شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی در زنان گزارش شده است (۸). حدود دو سوم از زنان اختلال ارگاسم را تجربه می‌کنند و حداقل ۲۵٪

زنان به نوعی اختلال ارگاسم که نیازمند پیگیری است، مبتلا هستند. همچنین میزان شیوع اختلال ارگاسم براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-V) در آسیا نزدیک ۵۰٪ تخمین زده شده است (۴). میزان شیوع اختلال ارگاسم در زنان ایرانی حدود ۳۷٪ گزارش شده است (۹). رضانی تهرانی و همکاران در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت در بین زنان مناطق شهری چهار استان ایران گزارش کردند که ۲۷/۳٪ زنان درجات مختلفی از اختلالات جنسی، از جمله ۰/۸٪ اختلال شدید، ۲۰/۲٪ اختلال متوسط و ۶/۳٪ اختلال خفیف داشتند و اختلالات ارگاسم، ۲۷/۳٪ این اختلالات را شامل می‌شد (۱۰). در یک مطالعه مروری نظام‌مند که به بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی در بین جمعیت عمومی ایران پرداخته است، میزان شیوع اختلال ارگاسم بین ۱۰/۵٪ تا ۷۶٪ متفاوت بود (۱۱). مزینانی و همکاران در تهران میزان شیوع اختلال ارگاسم را در بین زنان ۲۵٪ گزارش کردند (۱۲).

شناسایی اختلال ارگاسم نیازمند مداخله و درمان مناسب است (۹). رویکردهای درمانی مختلفی برای اختلال ارگاسم وجود دارد که بیش از ۹۰٪ آن‌ها درمان‌های غیردارویی هستند. درمان‌های غیردارویی از نظر فلسفه و رویکرد درمان به انواع روش‌های روان‌کاوی، رفتار درمانی، شناختی- رفتاری و کاربرد ابزارهای کمکی در رابطه جنسی قابل تقسیم هستند (۱۳ و ۱۴). Moura و همکاران در مطالعه خود نشان دادند عوامل شناختی- عاطفی در ایجاد اختلال ارگاسم در زنان نقش برجسته‌ای دارد و

بهره‌گیری از کلیه راهکارهای درمان‌بخش در فرایند مشاوره است (۵).

علاوه بر انتخاب رویکرد مناسب، یکی دیگر از لوازم مشاوره جنسی کارآمد انتخاب و به کارگیری صحیح مدل‌های ارزیابی و مشاوره جنسی است. یکی از انواع این مدل‌ها، مدل اکسپلیسیت (EX-PLISSIT) است، مدل اکسپلیسیت یک مدل برای ارزیابی و ارایه مشاوره است (۱۵ و ۱۶). این مدل شامل مراحل اجازه، ارایه اطلاعات محدود، پیشنهادها، تخصصی در رفع مشکل، درمان ویژه، مرور و بازتاب است (۱۸-۱۵). این مدل به عنوان چارچوبی برای پشتیبانی و ارایه اطلاعات جنسی و بحث درباره تغییرات جنسی در سطوح مختلف بسیار توصیه می‌شود (۱۹). اگرچه مدل اکسپلیسیت به عنوان چارچوبی برای حل مشکلات جنسی در بسیاری از اختلالات عملکرد جنسی مفید شناخته شده است (۲۰)، اما مطالعات بسیار محدودی در کاربرد این روش در اختلال ارگاسم در زنان وجود دارد. از این رو، با توجه به شیوع، اهمیت و تأثیر اختلال ارگاسم بر جنبه‌های مختلف زندگی جنسی زنان، تیم تحقیق حاضر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر مشاوره تلفیقی مبتنی بر مدل اکسپلیسیت بر میزان ارگاسم و میزان رضایت از دفعات و کیفیت ارگاسم در زنان طراحی و اجرا کند.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده است که در بازه زمانی دوازده ماهه در سال ۱۳۹۸ در مورد زنان مبتلا

بر مزیت بالقوه مداخلات شناختی رفتاری و یا ذهن آگاهی برای حل اختلال ارگاسم تأکید کردند (۷). اگرچه اثربخشی روش‌های درمانی مختلف در مطالعات نشان داده شده است، اما آنچه در انتخاب رویکرد درمانی این بیماران مهم است، لحاظ کردن ملاحظات فرهنگی-اجتماعی و ایدئولوژیکی جامعه مورد مطالعه می‌باشد. بنابراین با توجه به این ملاحظات در جامعه ایرانی-اسلامی، استفاده از روش‌هایی چون خودتحریکی، استفاده از وسایل کمکی در رابطه جنسی، هیپنوتیزم و حساسیت‌زدایی سیستمیک که روش‌های نسبتاً کارآمد و قابل پیشنهاد به افراد دارای اختلال ارگاسم در کشورهای غربی می‌باشند، از مقبولیت فرهنگی-اجتماعی برخوردار نبوده و لذا باید بر دیگر روش‌های درمان اختلال ارگاسم نظیر ارتقای دانش جنسی، تصحیح نگرش‌های جنسی نادرست، مهارت آموزی ارتباطی و جنسی متعاقب آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر کلامی و غیرکلامی میان زوج‌ها و نیز سکس‌تراپی که استفاده از آن‌ها از صلاحیت فرهنگی پیش‌تری در جامعه ایران برخوردار است، متمرکز شد (۹).

مشاوره با رویکرد تلفیقی یکی از روش‌های مناسب برای حل تعارض بالینی یاد شده، است. در این نوع مشاوره از کلیه روش‌های ممکن اعم از رویکرد روان‌شناختی تا مهارت آموزی برای حل مشکل استفاده می‌شود. بنابراین رویکردهای مشاوره‌ای با هم تلفیق و به مراجع ارایه می‌شود. در مواردی نیز که درمان دارویی و طبی مورد نیاز باشد، مراجع می‌تواند در سرویس دریافت درمان دارویی و طبی قرار گیرد. مزیت چنین روشی

به اختلال ارگاسم مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان جامع بانوان آرش تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن ۱۸-۴۹ سال، داشتن رابطه تک همسری، داشتن رضایت زناشویی و معیارهای عدم ورود شامل ناباروری، استفاده از روش‌های کمک باروری، بارداری، یائسگی، ابتلای هم‌زمان به سایر اختلالات عملکرد جنسی بود. وجود اختلال ارگاسم براساس DSM-V به صورت تأخیر مشخص، کمبود مشخص یا فقدان ارگاسم، یا کاهش شدت ارگاسم به طور قابل توجه تقریباً در ۷۵٪ تا ۱۰۰٪ موارد فعالیت جنسی، تداوم اختلال ارگاسم برای حداقل ۶ ماه، اختلال ارگاسمی که باعث پریشانی بالینی قابل توجه در فرد شود، ابتلا به بیماری‌های جدی روانی و جسمی مؤثر بر عملکرد جنسی و استفاده از داروها و ترکیبات مؤثر بر عملکرد جنسی بود.

برای احراز دو معیار آخر، از نسخه‌های فارسی هنجاریابی شده شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) و پرسشنامه رضایت زناشویی Enrich نسخه ۳۵ سؤالی استفاده شد (۲۱). هدف از به کار بردن ابزار FSFI علاوه بر استفاده از زیرمقیاس ارگاسم و شناسایی افرادی که در فاز ارگاسم اختلال دارند، مشخص شدن افرادی بود که در سایر ابعاد عملکرد جنسی خود دارای اختلال بودند و هدف از استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی Enrich، کنترل متغیر رضایت زناشویی بود.

علت کنترل این متغیر این است که روابط جنسی از روابط زوجی تأثیر می‌پذیرد، بنابراین افرادی وارد مطالعه شدند که رابطه زوجی پایدار و رضایت زناشویی مطلوبی داشتند. به عبارت دیگر، کاربرد اصلی این پرسشنامه‌ها برای چک کردن معیارهای عدم ورود به پژوهش بود. از این‌رو، افرادی که به جز حیطه ارگاسم، در یکی یا بیش از یکی از حیطه‌های عملکرد جنسی FSFI نمره کم‌تر از نقطه برش را کسب می‌کردند، وارد مطالعه نمی‌شدند. همچنین افرادی که پس از تکمیل پرسشنامه رضایت زناشویی Enrich، نمره در سطح رضایت زناشویی کسب می‌کردند، وارد مطالعه می‌شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به تداوم مشارکت در پژوهش و نیز غیبت در بیش از یکی از جلسات مداخله بود.

برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با در نظر گرفتن اندازه اثر کوهن بالا در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل ($E.S=0/8$)، پس از مقدارگذاری در فرمول زیر حداقل حجم نمونه در هر گروه ۲۴ نفر محاسبه شد که با احتساب ۲۰٪ ریزش نمونه، حجم نمونه در هر گروه ۳۰ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{2 \times (z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{E.S^2} = \frac{2 \times (1.96 + 0.84)^2}{(0.8)^2} = 24$$

$$z_{0.975} = 1.96 \quad z_{0.8} = 0.8$$

محقق پس از اخذ کد اخلاق از کمیته سازمانی اخلاق مشترک دانشکده پرستاری و مامایی و توان‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد

IR.TUMS.FNM.REC.1396.2940 و ثبت مطالعه در پایگاه کارآزمایی بالینی ایران IRCT:IRCT20160808029255N شماره ۹۴۱۱۳۷۳۰۰۳، مجوزهای لازم جهت ورود به محیط نمونه‌گیری را اخذ کرده و سپس وارد محیط نمونه‌گیری شد. همچنین لازم به توضیح است که محقق اصلی، صلاحیت حرفه‌ای لازم برای انجام مداخله را با گذراندن دوره‌های آموزشی و مهارتی مرتبط قبل از شروع نمونه‌گیری کسب کرده بود.

روش انجام مطالعه بدین صورت بود که محقق در درمانگاه زنان بیمارستان جامع بانوان آرش تهران حضور یافته و تمام زنان مبتلا به اختلال ارگاسم که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، جهت ورود به مطالعه دعوت می‌کرد. سپس به ایشان درباره اهداف و روش مطالعه، مشارکت داوطلبانه، رعایت حریم خصوصی، حفظ اسرار و حق انصراف از ادامه در همه مراحل جمع‌آوری داده توضیحات لازم داده می‌شد. سپس از افرادی که تمایل به همکاری در مطالعه داشتند، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ می‌شد. در مرحله بعد اطلاعات مورد نیاز از طریق فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و نسخه فارسی هنجاریابی شده مقیاس ارگاسم زنان (Female Orgasm Scale or FOS) جمع‌آوری شد و افراد مبتلا به اختلال ارگاسم که شرایط ورود به مطالعه را داشتند شناسایی شدند و وارد مطالعه شدند.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت در دسترس و بدون کورسازی بود. به منظور تخصیص تصادفی، از تابع اعداد تصادفی با استفاده از اکسل استفاده شد و

افراد به دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) تقسیم شدند.

در گروه مداخله، جلسات مشاوره فردی با رویکرد تلفیقی و براساس مدل اکسپلیسیت انجام گرفت (۲۲). در واقع این مدل در مطالعه حاضر چارچوب مشاوره جنسی را برای مشاور مشخص کرده است، اما محتوای مشاوره براساس تلفیق رویکردهای مختلف به نمونه‌ها ارایه شده است و منظور از مشاوره تلفیقی در این پژوهش مشاوره‌ای است که در آن از پنج روش آموزش جنسی، بازسازی نگرش جنسی، تمرینات تمرکز حسی، سکس‌تراپی و آموزش مهارت ارتباط مؤثر استفاده شد. چهار جلسه مشاوره با بازه زمانی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه برای افراد گروه مداخله انجام یافت. جلسات مشاوره بعد از ظهرها و در یکی از فضاهای آموزشی بیمارستان جامع بانوان آرش طبق هماهنگی قبلی با زمان افراد در گروه مداخله و به صورت فردی برگزار شد. مداخله توسط نویسنده اول و پس از گذراندن دوره‌های آموزشی و مهارتی لازم برای کسب صلاحیت لازم انجام یافت. در هر جلسه مشاوره مبتنی بر مراحل مدل اکسپلیسیت سازمان‌دهی شد و محتوای جلسات آموزشی تلفیقی از بخش‌هایی از شناخت دستگاه تناسلی زنانه و مردانه، شناخت مراحل پاسخ جنسی در زن و مرد، شناخت باورهای غلطی که نسبت به مسایل و روابط جنسی وجود دارد و بازسازی نگرش جنسی، تمرینات تمرکز حسی (با هدف کاهش اضطراب، افزایش صمیمیت و یادگیری روش‌های تحریک‌کننده)، آموزش ۱۰ مهارت برقراری ارتباط مؤثر، روش‌های آموزش

جنسی و سکس‌تراپی به فراخور نیاز نمونه‌ها و در مرحله پیشنهادهای ویژه مدل اکسپلیسیت به کار گرفته شد (۲۲).

برای پیشگیری از نشست داده‌ها، هماهنگی‌های لازم با مشارکت‌کنندگان برای حضور در بازه‌های زمانی متفاوت انجام یافت و لذا ساعات متفاوتی جهت انجام مشاوره و تکمیل پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شد. گروه کنترل در این پژوهش هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، اما جهت رعایت موازین اخلاق در پژوهش، پس از اتمام مداخله، محقق به افرادی از گروه کنترل که تمایل به دریافت مشاوره داشتند، مشاوره جنسی ارائه شده به گروه مداخله را ارائه کرد. نسخه فارسی هنجاریابی شده مقیاس ارگاسم زنان قبل از مداخله، چهار و هشت هفته بعد از مداخله توسط نمونه‌های هر دو گروه به صورت خودگزارشی تکمیل شد (نمودار شماره ۱). از مجموع ۳۰ نفر شرکت‌کننده در گروه مداخله، یک نفر به علت عدم تمایل به ادامه شرکت از مطالعه خارج شد و در گروه کنترل کلیه افراد پرسشنامه را در بازه‌های زمانی تعیین شده، تکمیل کردند. به همه افراد شرکت‌کننده در مطالعه جهت حفظ محرمانگی و رازداری اطلاعات اطمینان کامل داده شد.

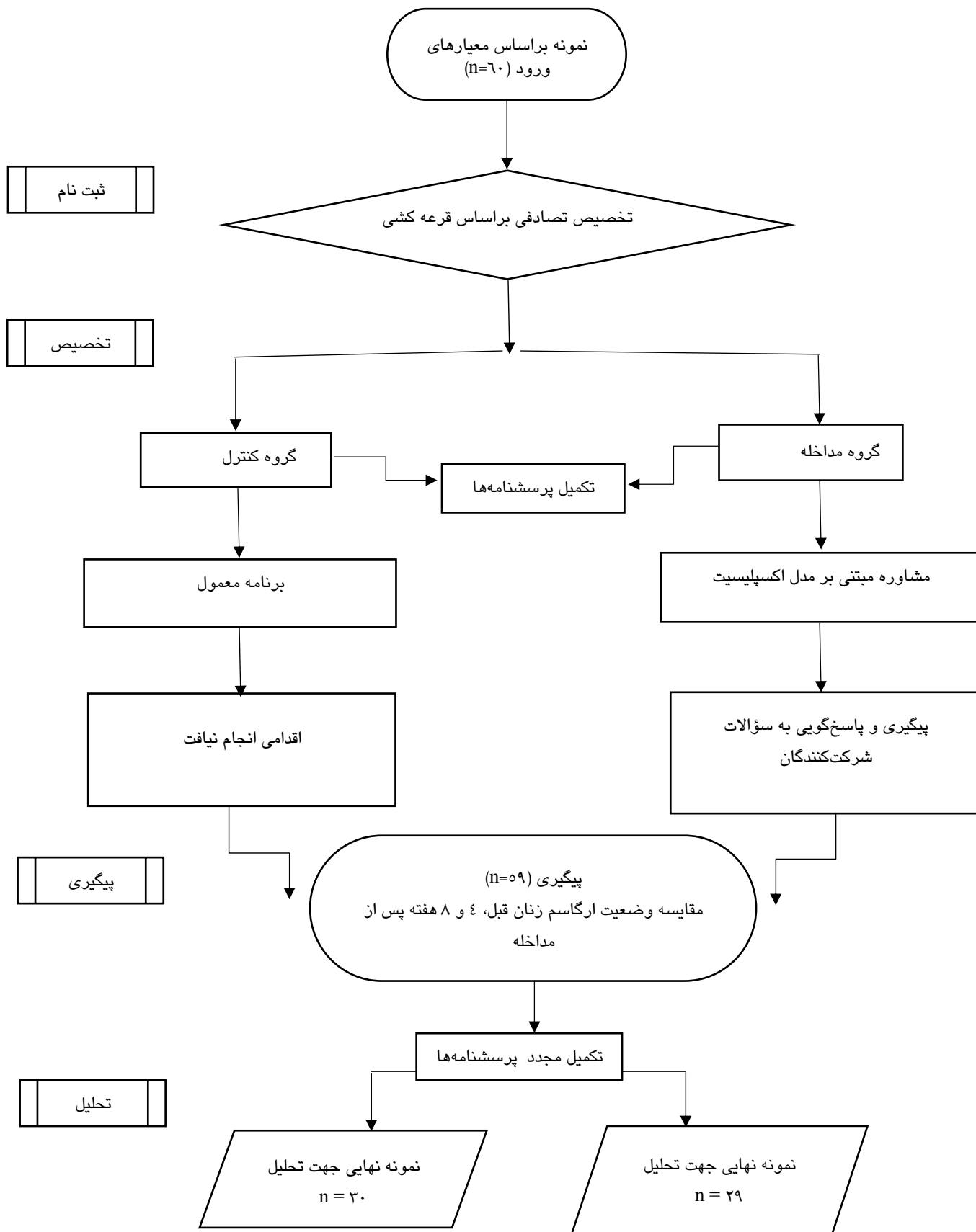
ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، و مقیاس ارگاسم زنان (FOS) بود. در فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و باروری داده‌های مربوط به سن، سن همسر، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، نوع آخرین زایمان و تعداد فرزند جمع‌آوری شد. با

استفاده از مقیاس ارگاسم زنان نیز میانگین نمره ارگاسم، رضایت از تعداد دفعات ارگاسم و کیفیت ارگاسم بررسی شد. مقیاس ارگاسم زنان توسط اسمیت و فیشر (۲۰۰۳) طراحی شده است. این مقیاس شامل ۷ سؤال است که ۵ سؤال ابتدایی آن تعداد دفعات ارگاسم در طی فعالیت‌های جنسی متفاوت به صورت درصد از ۰ تا ۱۰۰ است. گزینه صفر درصد نشان‌دهنده عدم رسیدن به ارگاسم در طی فعالیت جنسی و گزینه ۱۰۰٪ نشان‌دهنده رسیدن به ارگاسم کامل است. سؤالات ششم و هفتم مقیاس ارگاسم زنان نیز به ترتیب رضایت فرد از تعداد دفعات ارگاسم و رضایت از کیفیت ارگاسم را می‌سنجد. طیف پاسخ این دو سؤال از نوع لیکرت ۷ تایی و به ترتیب از عدم رضایت تا رضایت کامل و از بسیار ناراضی تا بسیار راضی است. اگرچه سؤالات ۱ تا ۵ به صورت درصد قابل پاسخ دادن است، اما نحوه نمره‌گذاری این ۵ سؤال به صورت طیف لیکرت پاسخ ده تایی است. از این‌رو، کم‌ترین و بیش‌ترین نمره برای سؤالات ۱ تا ۵ به ترتیب ۰ و ۱۰ و برای سؤالات ۶ و ۷ به ترتیب ۱ و ۷ است. نمره خام کل مقیاس از کلیه نمرات به دست می‌آید. نمره بیش‌تر نشان‌دهنده دفعات بیش‌تر رسیدن به ارگاسم و نیز رضایت بیش‌تر از تعداد دفعات و کیفیت رسیدن به ارگاسم است. پایایی کلی برای مقیاس اصلی به میزان ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۳). روایی و پایایی مقیاس ارگاسم زنان قبل از به کارگیری آن جهت جمع‌آوری داده در مطالعه حاضر، مورد بررسی قرار گرفت. برای این منظور، محتوای نسخه فارسی قبل از استفاده به روش کیفی و

با دریافت نظرات ۱۰ نفر از متخصصان حوزه سلامت جنسی و باروری، روان‌شناسی، روان‌پزشکی و زنان و زایمان مورد تأیید قرار گرفت. پایایی این مقیاس نیز به روش آزمون-بازآزمون و با مشارکت ۱۰ نفر از زنان حاضر در محیط پژوهش که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، اما جز نمونه‌های اصلی مطالعه نبودند، بررسی و به میزان $(p < 0/001)$ ۰/۷۹ تأیید شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov

بررسی و تأیید شد. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل فراوانی (درصد)، میانگین (انحراف معیار) استفاده شد. برای بررسی همگنی ویژگی‌های فردی و باروری دو گروه از آزمون‌های آماری مجذور کای و دقیق فیشر استفاده شد. برای مقایسه پیامدهای پژوهش بین دو گروه از آزمون آماری آنالیز واریانس دو طرفه با اندازه‌های مکرر استفاده شد. سپس، با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز کوواریانس، دو گروه در هر یک از زمان‌های مطالعه مورد مقایسه قرار گرفتند. سطح معناداری در کلیه آزمون‌ها $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.



نمودار ۱- نمودار کانسورت روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری مشارکت‌کنندگان

یافته‌ها

بیش از نیمی از زنان در هر دو گروه (گروه مداخله ۵۶/۷٪ و کنترل ۵۳/۴٪) در محدوده سنی ۲۹-۳۸ سال قرار داشتند. کم‌تر از نیمی از شرکت‌کنندگان در گروه مداخله (۴۳/۳٪) و بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در گروه کنترل (۵۶/۷٪) دارای تحصیلات دیپلم بودند. اکثر زنان هر دو گروه مداخله (۴۶/۷٪) و کنترل (۴۶/۷٪) خانه‌دار بودند. اکثر همسران زنان در هر دو گروه (به ترتیب ۴۰/۰٪ و ۶۳/۳٪ در گروه مداخله و کنترل) در محدوده سنی ۵۰-۳۱ سال قرار داشتند. کم‌تر از نیمی از همسران شرکت‌کنندگان (۴۶/۶٪) در گروه مداخله دارای تحصیلات دبیرستان و در گروه کنترل (۴۶/۷٪) دارای تحصیلات لیسانس بودند. مقایسه ویژگی‌های یاد شده دو گروه تفاوت آماری معناداری را نشان نداد ($p > 0/05$). لذا دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن بودند (جدول شماره ۱).

نتایج آزمون موخلی به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها برای مقایسه تعداد دفعات ارگاسم نشان داد که شرط همگنی واریانس‌ها برقرار بوده ($p = 0/698$) لذا از آزمون Sphericity Assumed استفاده شد و نتایج نشان‌دهنده آن بود که اثر زمان ($p < 0/001$)، اثر گروه ($p < 0/001$) و اثر متقابل ($p < 0/001$) معنادار بوده است. بنابراین می‌تواند بیان کرد صرف‌نظر از دو گروه، تعداد دفعات ارگاسم در طول زمان تفاوت معنادار آماری داشته است. همچنین با توجه به معنادار بودن اثر متقابل بین زمان و گروه می‌توان بیان کرد، تعداد دفعات ارگاسم در زمان‌های مختلف

با توجه به سطوح گروه متفاوت است و از آن جا که اثر متقابل گروه و زمان معنادار بوده، لذا مقایسه بین دو گروه در زمان‌های مختلف انجام یافت و نتیجه آزمون تی مستقل نشان‌دهنده آن بود که تعداد دفعات ارگاسم گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله اختلاف آماری معناداری وجود نداشت ($p = 0/078$). نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد میانگین تعداد دفعات ارگاسم ۴ هفته بعد از مداخله و نیز ۸ هفته بعد از آن بین دو گروه اختلاف آماری معناداری داشته است ($p < 0/001$) و در هر دو زمان میانگین تعداد دفعات ارگاسم در گروه مداخله به صورت معناداری بیش‌تر از گروه کنترل بوده است (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون موخلی به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها برای مقایسه رضایت از تعداد دفعات ارگاسم نشان داد که شرط همگنی واریانس‌ها برقرار بوده ($p = 0/672$)، لذا از آزمون Sphericity Assumed استفاده شد و نتایج نشان‌دهنده آن بود که اثر زمان ($p < 0/001$)، اثر گروه ($p < 0/001$) و اثر متقابل ($p < 0/001$) معنادار بوده است. بنابراین می‌تواند بیان کرد صرف‌نظر از دو گروه، رضایت از تعداد دفعات ارگاسم در طول زمان تفاوت معنادار آماری داشته است. همچنین با توجه به معنادار بودن اثر متقابل بین زمان و گروه می‌توان بیان کرد، ارگاسم در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح گروه متفاوت است و از آن جا که اثر متقابل گروه و زمان معنادار بوده، لذا مقایسه بین دو گروه در زمان‌های مختلف انجام یافت و نتیجه آزمون تی مستقل نشان‌دهنده آن بود که

رضایت از تعداد دفعات ارگاسم در گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله اختلاف آماری معناداری وجود نداشته است ($p=0/077$). نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد میانگین رضایت از تعداد دفعات ارگاسم ۴ هفته بعد از مداخله و نیز ۸ هفته بعد از آن بین دو گروه اختلاف آماری معناداری داشته ($p<0/001$) و در هر دو زمان رضایت از تعداد دفعات ارگاسم در گروه مداخله به صورت معناداری بیش‌تر از گروه کنترل بود (جدول شماره ۳).

نتایج آزمون موخلی به‌منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها برای مقایسه رضایت از کیفیت ارگاسم نشان داد که شرط همگنی واریانس‌ها برقرار بوده ($p=0/118$)، لذا از آزمون Sphericity Assumed استفاده شد و نتایج نشان‌دهنده آن بود که اثر زمان ($p<0/001$)، اثر گروه ($p<0/001$) و اثر متقابل ($p=0/02$) معنادار بوده است. بنابراین می‌تواند بیان کرد صرف‌نظر از دو گروه، رضایت از

کیفیت ارگاسم در طول زمان تفاوت معنادار آماری داشته است. همچنین با توجه به معنادار بودن اثر متقابل بین زمان و گروه می‌توان بیان کرد، رضایت از کیفیت ارگاسم در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح گروه متفاوت است و از آن جا که اثر متقابل گروه و زمان معنادار بوده، لذا مقایسه بین دو گروه در زمان‌های مختلف انجام یافت و نتیجه آزمون تی‌مستقل نشان‌دهنده آن بود که رضایت از کیفیت ارگاسم بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله اختلاف آماری معناداری وجود نداشته است ($p=0/07$). نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد میانگین رضایت از کیفیت ارگاسم ۴ هفته بعد از مداخله ($p=0/003$) و نیز ۸ هفته بعد از آن ($p<0/001$) بین دو گروه اختلاف آماری معناداری داشته و در هر دو زمان رضایت از کیفیت ارگاسم در گروه مداخله به صورت معناداری بیش‌تر از گروه کنترل بوده است (جدول شماره ۴).

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های فردی و باروری قبل از مداخله شرکت‌کنندگان در دو گروه مداخله و کنترل در زنان

مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان جامع بانوان آرش شهر تهران در سال ۱۳۹۸

p-value	متغیرها		
	مداخله (n=۳۰) تعداد(درصد)	کنترل (n=۳۰) تعداد(درصد)	
.۰/۰۷۰*	۱۸-۲۸	۱۲(۴۰/۰)	سن (سال)
	۲۹-۳۸	۱۶(۵۳/۴)	
	۳۹-۴۹	۲(۶/۶)	
	انحراف معیار± میانگین		۳۲/۱۴±۸/۹۱
.۰/۰۷۰*	ابتدایی	۶(۲۰/۰)	سطح تحصیلات
	دبیرستان	۱۷(۵۶/۷)	
	کارشناسی	۷(۲۳/۴)	
	کارشناسی ارشد	۲(۶/۶)	
	دکتری	۰	
.۰/۰۶۹*	خانه‌دار	۱۴(۴۶/۷)	شغل
	کارمند	۹(۳۰/۰)	
	شغل آزاد	۷(۲۳/۳)	
	سایر	۰	
.۰/۰۲۳**	واژینال	۲۰(۶۶/۷)	نوع آخرین زایمان
	سزارین	۱۰(۳۳/۳)	
.۰/۰۶۷*	≤۲۰	۷(۲۳/۴)	سن همسر (سال)
	۳۱-۵۰	۱۹(۶۳/۳)	
	۵۱-۷۰	۴(۱۳/۳)	
	میانگین± انحراف معیار		۱۱/۶۲±۳۷/۱۸
.۰/۶۰۴*	ابتدایی	۳(۱۰/۰)	سطح تحصیلات همسر
	دبیرستان	۵(۱۶/۷)	
	کارشناسی	۱۴(۴۶/۷)	
	کارشناسی ارشد	۶(۲۰/۰)	
	دکتری	۲(۶/۷)	
.۰/۲۱۰*	کارمند	۱۶(۵۳/۳)	شغل همسر
	شغل آزاد	۹(۳۰/۰)	
	سایر	۵(۱۶/۷)	
.۰/۲۳۱*	۰	۱۱(۳۶/۷)	فرزند زنده
	۱	۶(۲۰/۰)	
	≥۲	۱۳(۴۳/۳)	

* آزمون مجذور کای، ** آزمون دقیق فیشر، $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنادار

جدول ۲- تعیین و مقایسه تعداد دفعات ارگاسم در دو گروه مداخله و کنترل قبل، ۴ و ۸ هفته پس از مداخله در زنان

مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان جامع بانوان آرش شهر تهران در سال ۱۳۹۸

سطح معناداری نوع آزمون	گروه		زمان
	مداخله (n=۳۰)	کنترل (n=۳۰)	
$p=۰/۰۷۸, t=-۱/۷۹^*$	(۷/۳۹)۴۱/۱۷	(۶/۲۴)۳۸/۰۰	قبل از مداخله
$p<۰/۰۰۱, F=۲۸/۳۵^*$	(۸/۴۰)۵۱/۳۳	(۷/۵۳)۳۸/۶۷	۴ هفته بعد از مداخله
$p<۰/۰۰۱, F=۸۷/۸۸^{**}$	(۸/۳۸)۸۰/۷۶	(۹/۵۳)۵۴/۳۳	۸ هفته بعد از مداخله
	$F=۱۹۶/۴۰۷$	$p<۰/۰۰۱$	اثر زمان
	$F=۱۵۵/۵۵۷$	$p<۰/۰۰۱$	اثر گروه
	$F=۳۰/۳۸۶$	$p<۰/۰۰۱$	اثر متقابل

*آزمون تی مستقل، **آزمون کوواریانس

جدول ۳- تعیین و مقایسه رضایت از تعداد دفعات ارگاسم در دو گروه مداخله و کنترل قبل، ۴ و ۸ هفته پس از مداخله در

زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان جامع بانوان آرش شهر تهران در سال ۱۳۹۸

سطح معناداری نوع آزمون	گروه		زمان
	مداخله (n=۳۰)	کنترل (n=۳۰)	
$p=۰/۰۷۷, t=-۱/۸۰^*$	(۵/۴۲)۳۴/۱۷	(۶/۰۴)۳۱/۵۰	قبل از مداخله
$p<۰/۰۰۱, F=۵۵/۱۹^{**}$	(۷/۳۹)۴۷/۸۳	(۶/۳۴)۳۱/۶۷	۴ هفته بعد از مداخله
$p<۰/۰۰۱, F=۲۸/۰۳^{**}$	(۹/۸۸)۶۲/۸۳	(۸/۴۸)۴۷/۵۰	۸ هفته بعد از مداخله
	$F=۱۵۱/۶۷۲$	$p<۰/۰۰۱$	اثر زمان
	$F=۸۹/۶۹۱$	$p<۰/۰۰۱$	اثر گروه
	$F=۹/۱۷۹$	$p<۰/۰۰۱$	اثر متقابل

*آزمون تی مستقل، **آزمون کوواریانس

جدول ۴- تعیین و مقایسه رضایت از کیفیت ارگاسم در دو گروه مداخله و کنترل قبل، ۴ و ۸ هفته پس از مداخله در زنان

مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان جامع بانوان آرش شهر تهران در سال ۱۳۹۸

سطح معناداری نوع آزمون	گروه		زمان
	مداخله (n=۳۰)	کنترل (n=۳۰)	
$p=۰/۰۷۰, t=۱/۸۴^*$	(۵/۹۳)۲۴/۰۰	(۵/۲۴)۲۱/۳۳	قبل از مداخله
$p=۰/۰۰۳, F=۹/۳۹^{**}$	(۸/۰۶)۳۰/۶۷	(۵/۶۴)۲۱/۸۳	۴ هفته بعد از مداخله
$p<۰/۰۰۱, F=۳۱/۱۳^{**}$	(۸/۳۷)۵۲/۱۷	(۷/۰۳)۳۷/۶۷	۸ هفته بعد از مداخله
	$F=۱۸۶/۳۵۵$	$p<۰/۰۰۱$	اثر زمان
	$F=۷۸/۹۴$	$p<۰/۰۰۱$	اثر گروه
	$F=۴/۰۲۵$	$p=۰/۰۲$	اثر متقابل

*آزمون تی مستقل، **آزمون کوواریانس

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد مشاوره تلفیقی مبتنی بر مدل اکسپلیسیت به طور معناداری سبب کاهش اختلال ارگاسم در زنان می‌شود. به طوری که در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش میانگین نمره ارگاسم، افزایش رضایت از دفعات ارگاسم و افزایش کیفیت ارگاسم مشاهده شد. همچنین در گروه مداخله میانگین نمره ارگاسم، رضایت از دفعات ارگاسم و رضایت از کیفیت ارگاسم بین هفته ۴ و هفته ۸ اختلاف آماری معناداری داشت و در هفته ۸ نسبت به هفته ۴ به طور معناداری افزایش یافته بود. در توضیح احتمالی این یافته‌ها می‌توان گفت مشاوره جنسی با رویکرد تلفیقی و مبتنی بر مدل اکسپلیسیت توسط ارایه‌دهندگان خدمات مشاوره جنسی می‌تواند نقش به‌سزایی در بهبود اختلالات ارگاسم مراجعان داشته باشد.

با توجه به این که در جستجوی متون، مطالعه‌ای با عنوان مشاوره تلفیقی مبتنی بر مدل اکسپلیسیت بر اختلال ارگاسم زنان وجود نداشت، لذا نتایج حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعاتی که به بررسی تأثیر مدل پلیسیت و مدل اکسپلیسیت بر عملکرد جنسی زنان پرداخته‌اند، مورد بررسی و بحث قرار گرفته است.

در مطالعه‌ای که توسط گودرزی براساس مدل پلیسیت انجام گرفته است، بعد از ۱۰ جلسه آموزش، کاهش اختلال ارگاسم در گروه مداخله نشان داده شد که با نتایج مطالعه حاضر همسو است (۱۵). از این رو می‌توان گفت مشاوره

جنسی مبتنی بر مدل پلیسیت/ اکسپلیسیت در بهبود اختلال ارگاسم مؤثر است. رستمخانی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند مشاوره جنسی زنان براساس مدل پلیسیت در افرادی که طی ۵ سال گذشته ازدواج کرده بودند و حداقل یک مشکل جنسی داشتند، موجب کاهش مشکلات جنسی زنان می‌شود (۲۴). یافته‌های مطالعه ملکوتی و همکاران نشان داد مشاوره جنسی براساس مدل اکسپلیسیت می‌تواند عملکرد جنسی زنان را بهبود ببخشد (۲۵). نتایج به دست آمده در این مطالعه با نتایج حاصل از پژوهش حاضر هم‌خوانی داشت. بنابراین با مشخص شدن تأثیر مشاوره تلفیقی براساس مدل اکسپلیسیت بر بهبود ارگاسم زنان و با توجه به شیوع قابل توجه مشکلات جنسی و قابل اجرا بودن مدل اکسپلیسیت می‌توان از این مدل در آموزش و مشاوره جنسی توسط ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی استفاده کرد.

نتایج مطالعه نشان داد، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از مداخله میزان رضایت از تعداد دفعات ارگاسم و رضایت از کیفیت ارگاسم در گروه مداخله به طور معناداری بهبود یافته است. بنابراین انجام مشاوره تلفیقی براساس مدل اکسپلیسیت بر میزان رضایت از تعداد دفعات و کیفیت ارگاسم زنان تأثیرگذار است و باعث بهبود آن شده است. آذری برزندیق و همکاران در مطالعه خود نشان دادند مشاوره بر پایه مدل اکسپلیسیت در زنان متأهل مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس باعث بهبود کیفیت زندگی جنسی زنان می‌شود (۲۶). در مطالعه محمودی دنگسری و همکاران کیفیت زندگی جنسی زنان

در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معناداری بالاتر بود، که نشان‌دهنده مؤثر بودن مدل مشاوره اکسپلیسیت در بهبود عملکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی زنان است (۲۷). نتایج به دست آمده از این دو پژوهش علی‌رغم متفاوت بودن گروه‌های هدف با نتایج مطالعه حاضر، همسو می‌باشد.

در نهایت با توجه به این که درمان به موقع مشکلات جنسی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی زنان شود، بنابراین استفاده از مشاوره جنسی از جمله مشاوره تلفیقی مبتنی بر مدل اکسپلیسیت می‌تواند باعث بهبود عملکرد جنسی زنان و در نهایت بهبود کیفیت زندگی آنان شود. مشاوره جنسی به ویژه مشاوره براساس مدل اکسپلیسیت و با رویکرد درمانی تلفیقی می‌تواند روشی کارآمد و کم هزینه در درمان این بیماران باشد. از این رو بایستی این روش بسط و گسترش یابد. لذا پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران جنسی در کلینیک‌ها این روش را در کنار دیگر درمان‌ها در دستور کار قرار دهند.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به نحوه طراحی مشاوره جنسی با به کارگیری رویکرد تلفیقی جهت استفاده از کاربردی‌ترین رویکردهای درمانی در بهبود اختلال ارگاسم زنان براساس مرور متون و نیز آرایه مشاوره‌ای ساختارمند و مبتنی بر مدل اکسپلیسیت اشاره کرد. به عبارت دیگر برای ایجاد حداکثر اثربخشی مداخله، تیم تحقیق علاوه بر اتخاذ رویکرد تلفیقی که با استفاده از آن توان تأثیر پروتکل درمانی انتخابی خود را افزایش داد، محتوای مشاوره را براساس سه مرحله اول مدل اکسپلیسیت به نمونه‌ها آرایه کرد و با به

کارگیری مراحل بازتاب و مرور به طور متوالی در طول جلسات و نیز از یک جلسه به جلسه دیگر مشاوره سعی کرد تا اثربخشی مداخله را به حداکثر میزان خود برساند. با این حال، احتمال دریافت توصیه‌ها و راهکارهای درمانی برای اختلال ارگاسم از منابع خارج از چارچوب مداخله نظیر رسانه‌ها، شبکه‌های مجازی و ... توسط مشارکت‌کنندگان یک محدودیت قابل پیش‌بینی و قابل توجه در مطالعه حاضر بود. لذا برای به حداقل رساندن این محدودیت، مطالعه به روش تصادفی‌سازی طراحی شد تا این احتمال برای کلیه نمونه‌ها در هر دو گروه مورد مطالعه یکسان شود. با این حال، به کلیه افراد تأکید شد که تا حد امکان از جستجو و دریافت چنین اطلاعاتی تا پایان پژوهش اجتناب نمایند. با این حال، از آن جا که این احتمال برای کلیه افراد شرکت‌کننده در هر دو گروه یکسان بود، لذا این محدودیت نتایج مطالعه حاضر را به طور جدی تحت تأثیر قرار نداد.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده تأثیر مثبت مشاوره تلفیقی مبتنی بر مدل اکسپلیسیت روی اختلال ارگاسم در زنان می‌باشد. به طوری که در گروه مداخله بعد از استفاده از روش یاد شده، میانگین نمره ارگاسم، رضایت از تعداد دفعات ارگاسم و رضایت از کیفیت ارگاسم نسبت به قبل از مداخله به طور معناداری افزایش پیدا کرده بود. بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که با توجه به پیچیدگی و استرس‌زا بودن اختلالات ارگاسم، استفاده از رویکرد درمانی کارآمد نظیر مشاوره جنسی تلفیقی مبتنی بر مدل اکسپلیسیت می‌تواند نقش به‌سزایی در بهبود وضعیت مراجع داشته باشد. از این رو، به

تأثیر مشاوره تلفیقی مبتنی بر مدل اکسپلیسیت بر اختلال ارگاسم زنان» در سال ۱۳۹۸ است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام یافت. بدین وسیله از مسؤولان محترم دانشگاه علوم پزشکی تهران، کارکنان درمانگاه زنان بیمارستان جامع بانوان آرش دانشگاه علوم پزشکی تهران و کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

کارگیری این نوع مشاوره جنسی پس از گذراندن دوره‌های مهارتی ویژه توسط ارایه‌دهندگان زیربیط خدمات سلامت جنسی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر، حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مامایی با عنوان «بررسی

References

- 1 - Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sighaldehy Sh. [Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components]. Tehran University Medical Journal. 2015; 73(3): 210- 220. (Persian)
- 2 - Akbarzadeh M, Zeinalzadeh S, Zolghadri J, Mohagheghzadeh A, Faridi P, Sayadi M. Comparison of elaeagnus angustifolia extract and sildenafil citrate on female orgasmic disorders: a randomized clinical trial. J Reprod Infertil. 2014 Oct; 15(4): 190-8.
- 3 - Rowland DL, Medina M. Orgasmic disorders. Psychology Faculty Publications. 2017; 63: 1-5.
- 4 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
- 5 - Goldstein I, Clayton AH, Goldstein A, Kim NN, Kingsberg SA. Textbook of female sexual function and dysfunction: diagnosis and treatment. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2018.
- 6 - Graham CA. The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. Arch Sex Behav. 2010 Apr; 39(2): 256-70. doi: 10.1007/s10508-009-9542-2.
- 7 - Moura CV, Tavares IM, Nobre PJ. Cognitive-affective factors and female orgasm: a comparative study on women with and without orgasm difficulties. J Sex Med. 2020 Nov; 17(11): 2220-2228. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.08.005.
- 8 - Wheeler LJ, Guntupalli SR. Female sexual dysfunction: pharmacologic and therapeutic interventions. Obstet Gynecol. 2020 Jul; 136(1): 174-186. doi: 10.1097/AOG.0000000000003941.
- 9 - Salmani Z, Zargham-Boroujeni A, Salehi M, K Killeen T, Merghati-Khoei E. The existing therapeutic interventions for orgasmic disorders: recommendations for culturally competent services, narrative review. Iran J Reprod Med. 2015 Jul; 13(7): 403-12.
- 10 - Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Mehrabi Y, Malek Afzali H, Abedini M. [Prevalence of female sexual dysfunction and its correlated factors: a population based study]. Payesh. 2012; 11(6): 869-875. (Persian)
- 11 - Nasehi AA, Raisi F, Ghaeli P, Amini M, Yahyavi ST, Arabkheradmand J, et al. Prevalence of sexual dysfunction among general population of Iran: a systematic review. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2017; 11(4): e7643. doi: 10.5812/ijpbs.7643.
- 12 - Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. [Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women]. Razi Journal of Medical Sciences. 2013; 19(105): 59-66. (Persian)

- 13 - Marchand E. Psychological and behavioral treatment of female orgasmic disorder. *Sex Med Rev.* 2021 Apr; 9(2): 194-211. doi: 10.1016/j.sxmr.2020.07.007.
- 14 - Stuparu C. Female orgasm disorder. Anorgasmia. *International Journal of Advanced Studies in Sexology.* 2020; 2(2): 89-93. doi: 10.46388/ijass.2020.13.25.
- 15 - Gudarzi S. Female orgasmic disorder treatment using cognitive-behavioral approach. *Advances in Life Sciences.* 2014; 4(4): 196-199. doi: 10.5923/j.als.20140404.02.
- 16 - Ishak WW, Bokarius A, Jeffrey JK, Davis MC, Bakhta Y. Disorders of orgasm in women: a literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med.* 2010 Oct; 7(10): 3254-68. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01928.x.
- 17 - Lamyian M, Maasoumi R. How Iranian practitioners in primary health care setting can provide client's sexual problems? a case report study. *Health Education and Health Promotion (HEHP).* 2014; 2(3): 57-65.
- 18 - Rutte A, van Oppen P, Nijpels G, Snoek FJ, Enzlin P, Leusink P, et al. Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2015 Jun 2; 16: 69. doi: 10.1186/s12875-015-0283-0.
- 19 - Wylie K, Levin RJ. A self-treated case of female pleasure dissociative orgasmic disorder (PDOD). *Sexual and Relationship Therapy.* 2013; 28(3): 294-298. doi: 10.1080/14681994.2012.762087.
- 20 - Perz J, Ussher JM. A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities. *BMC Cancer.* 2015 Sep 9; 15: 629. doi: 10.1186/s12885-015-1638-6.
- 21 - Asoodeh MH, Khalili Sh, Daneshpour M, Lavasani MG. Factors of successful marriage: accounts from self described happy couples. *Procedia Social and Behavioral Sciences.* 2010; 5: 2042-2046. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.410.
- 22 - Hertlein KM, Weeks GR, Gambescia N. *Systemic sex therapy.* Philadelphia, PA: Taylor & Francis Group; 2009.
- 23 - Fisher TD, Davis CM, Yarber WL, Davis SL. *Handbook of sexuality-related measures.* 3rd ed. New York: Routledge; 2011.
- 24 - Rostamkhani F, Ozgoli G, Merghati Khoei E, Jafari F, Alavi Majd H. [Effectiveness of the PLISSIT-based counseling on sexual function of women]. *Advances in Nursing and Midwifery.* 2012; 21(76): 1-9. (Persian)
- 25 - Malakouti J, Golizadeh R, Mirghafourvand M, Farshbaf-Khalili A. The effect of counseling based on ex-PLISSIT model on sexual function and marital satisfaction of postpartum women: a randomized controlled clinical trial. *J Educ Health Promot.* 2020 Oct 30; 9: 284. doi: 10.4103/jehp.jehp_168_20.
- 26 - Azari-Barzandig R, Sattarzadeh-Jahdi N, Nourizadeh R, Malakouti J, Mousavi S, Dokhtvasi G. The effect of counseling based on EX-PLISSIT model on sexual dysfunction and quality of sexual life of married women with multiple sclerosis: a randomized controlled clinical trial. *Sexuality and Disability.* 2020; 38: 271-284.
- 27 - Mahmoodi Dangesaraki M, Maasoumi R, Hamzehgardeshi Z, Kharaghani R. Effect of the EX-PLISSIT model on sexual function and sexual quality of life among women after hysterectomy: a randomised controlled trial. *Sex Health.* 2019 Jun; 16(3): 225-232. doi: 10.1071/SH18107.

Effect of integrated consultation based on Ex-PLISSIT model on women's orgasmic disorder: A randomized clinical trial

Maryam Barati¹, Raziye Maasoumi^{1,2*}, Somayyeh Naghizadeh³, Reihaneh Hosseini⁴

Article type:
Original Article

Received: May 2022
Accepted: Aug. 2022
e-Published: 2 Oct. 2022

Abstract

Background & Aim: Following hypoactive sexual desire disorder, orgasmic disorder is the most commonly reported sexual dysfunction in women. Consultation based on an integrated approach is one of the suitable methods for treating this problem. Considering the prevalence, importance and impact of orgasmic disorder on the quality of individual, family and social life in women, the study aimed at investigating the effect of integrated consultation based on the Ex-PLISSIT model on women's orgasmic disorder.

Methods & Materials: This randomized clinical trial was performed on 60 women with orgasmic disorder referred to the women's clinic of Arash Women's Comprehensive Hospital in Tehran in 2019. Samples were randomly assigned either to intervention or control group. The intervention was done in the form of individual counseling sessions using an integrated approach based on the Ex-PLISSIT model. Data collection tool included the Female Orgasm Scale. Orgasm rate, satisfaction with the number of orgasms, and satisfaction with orgasm quality were assessed before the intervention, 4 and 8 weeks after the intervention. Data were analyzed by Chi-square test, Fisher exact test, independent *t*-test, repeated measures analysis of variance and analysis of covariance using the SPSS software version 21.

Results: The two groups were homogeneous in the demographic variables ($P>0.05$). The mean scores of the number of orgasms, satisfaction with the number of orgasms and satisfaction with orgasm quality were not significantly different between the two groups before the intervention ($P>0.05$). However, 4 and 8 weeks after the intervention, mean scores of the number of orgasms, satisfaction with the number of orgasms, and satisfaction with orgasm quality showed a statistically significant difference between the two groups ($P<0.05$), and in both times the mean scores in the intervention group was significantly higher than those of in the control group.

Conclusion: The results of the present study showed the positive effect of integrated consultation based on Ex-PLISSIT model on orgasm rate, satisfaction with the number of orgasms and satisfaction with orgasm quality in women.

Clinical trial registry: IRCT20160808029255N

Corresponding author:
Raziye Maasoumi
e-mail:
r.masoomic@gmail.com

Key words: orgasms, orgasmic disorder, sex counseling, Ex-PLISSIT model, women

Please cite this article as:

Barati M, Maasoumi R, Naghizadeh S, Hosseini R. [Effect of integrated consultation based on Ex-PLISSIT model on women's orgasmic disorder: A randomized clinical trial]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2022; 28(3): 226-242. (Persian)

1 - Dept. of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 - Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3 - Dept. of Midwifery, School of Medical, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
4 - Dept. of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Arash Women's Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

