

## مقایسه تأثیر مشاوره جنسی بر اساس مدل EX-PLISSIT و BETTER بر رضایت جنسی زنان نابارور پس از شکست درمان روش‌های کمک باروری

اکرم رحیمی شان‌دیز<sup>۱</sup>، فاطمه زهرا کریمی<sup>۲\*</sup>، راضیه معصومی<sup>۳</sup>، سید رضا مظلوم<sup>۴</sup>

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

**زمینه و هدف:** با توجه به این که کاهش رضایت جنسی به دنبال شکست درمان ناباروری، موجب کاهش کیفیت و رضایت از زندگی می‌شود، این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر مشاوره جنسی بر اساس مدل EX-PLISSIT و BETTER بر رضایت جنسی زنان پس از شکست درمان روش‌های کمک باروری انجام گرفت، تا آرایه‌کنندگان خدمات سلامت بتوانند با مقایسه مدل‌های مختلف مشاوره‌ای، بهترین رویکرد مشاوره‌ای جهت بهبود رضایت جنسی زنان به دنبال شکست درمان روش‌های کمک باروری را انتخاب نمایند.

**روش بررسی:** این کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۴۰۱ در مورد ۶۶ زن نابارور که به مرکز ناباروری میلاد بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد مراجعه کرده و با شکست درمان روش‌های کمک باروری مواجه شده بودند، صورت گرفت. جلسات مشاوره جنسی در دو گروه مداخله EX-PLISSIT و BETTER به صورت فردی توسط ماما در چهار جلسه هفتگی، به صورت دو جلسه حضوری و دو جلسه مجازی اجرا شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس چندبعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) انجام یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم-افزار SPSS نسخه ۲۵ و آزمون‌های تی مستقل، Mann-Whitney و Wilcoxon انجام گرفت.

**یافته‌ها:** پس از مداخله تفاوت آماری معناداری در نمره کل رضایت جنسی و حیطه‌های آن بین دو گروه دیده نشد ( $p > 0.05$ ) و تنها در حیطه اضطراب رابطه‌ای، تفاوت معنادار بود ( $p = 0.021$ ). نتایج مقایسه درون گروهی نشان داد که در دو گروه نمره کل رضایت جنسی و حیطه‌های آن پس از مداخله به طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله است ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** مشاوره جنسی بر اساس مدل EX-PLISSIT و BETTER به عنوان روش مؤثر، ساده، ارزان و بدون عارضه جانبی می‌تواند به افزایش رضایت جنسی زنان نابارور پس از شکست درمان روش‌های کمک باروری کمک کند.

**ثبت کارآزمایی بالینی:** IRCT20210211050324N1

**واژه‌های کلیدی:** ناباروری، روش‌های کمک باروری، شکست درمان، رضایت جنسی، مشاوره جنسی

نویسنده مسئول: فاطمه زهرا کریمی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
e-mail: KarimiFZ@mums.ac.ir

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۴۰۲ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۴۰۲ - انتشار مقاله: ۱۶/۳/۲۰۲۳

### مقدمه

رضایت جنسی عبارت است از احساس خوشایند فرد از رابطه جنسی. در واقع رضایت

جنسی فقط لذت جسمانی نیست و کلیه احساسات باقی‌مانده پس از جنبه‌های مثبت و منفی ارتباط جنسی را دربرمی‌گیرد (۱). Young و همکاران میزان خرسندی از روابط جنسی و توانایی افراد در ایجاد لذت دوطرفه را رضایت جنسی می‌نامند (۲). رضایت از رابطه جنسی یکی از عوامل مهم رضایت از

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 مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
۴- گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

اضطراب (۱۷ و ۱۸)، اختلال عملکرد و رضایت جنسی (۱۹) و مشکلات عاطفی (۲۰) می‌شود. مطالعات مختلف بیانگر پایین‌تر بودن میزان رضایت جنسی در افراد نابارور در مقایسه با افراد بارور است (۲۱).

با توجه به این که کاهش رضایت جنسی به دنبال شکست در درمان، موجب کاهش کیفیت و رضایت از زندگی می‌شود (۲۲) انجام مداخله در این خصوص ضرورت دارد. مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای مشاوره‌ای از جمله مداخلاتی هستند که می‌توانند تأثیر مثبتی بر رضایت جنسی داشته باشند (۲۳).

مدل EX-PLISSIT (Extended Permission, Limited information, Specific suggestion, Intensive therapy Bring up, Explain, ) BETTER و مدل (Tell, Timing, Educate, Record) نیز از جمله مدل‌های مشاوره‌ای هستند که می‌توانند در بیماری‌های مزمن و از جمله ناباروری و شکست درمان ناباروری به کار گرفته شوند. مدل EX-PLISSIT مدل توسعه یافته بر مبنای مدل PLISSIT است (Extended PLISSIT model). مدل PLISSIT دارای چهار مرحله زیر است: ۱- اجازه دادن (Permission): اجازه دادن به مددجو برای بیان نگرانی‌های خود در مورد عملکرد جنسی. ۲- اطلاعات محدود (Limited information): ارائه اطلاعات محدود به مددجو با شناسایی اطلاعات نادرست مددجو و برطرف نمودن باورهای نادرست او و جایگزین نمودن اطلاعات صحیح به جای آن‌ها. ۳- پیشنهادها (Specific suggestion): ارائه راهکار ویژه مرتبط با مشکل مددجو. ۴- ارائه

زندگی زناشویی است و کسانی که رضایت جنسی بیش‌تری دارند به طور قابل ملاحظه‌ای کیفیت زندگی بهتری را نسبت به آن‌هایی که رضایت جنسی ندارند، گزارش می‌دهند. ناباروری یکی از شرایطی است که موجب به خطر افتادن سلامت روانی و جنسی زوجها شده و با طیف گسترده آسیب‌های روان‌شناختی، مشکلات زناشویی و کاهش رضایت جنسی همراه است (۳ و ۴).

شیوع ناباروری در جهان حدود ۱۰ تا ۱۵٪ و در ایران حدود ۱۳٪ برآورد شده است (۶ و ۵). ناباروری با پیامدهای مختلفی مانند ایجاد افسردگی، اضطراب و استرس مزمن (۷)، کاهش حس خودکارآمدی جنسی و اعتماد به نفس جنسی (۸)، معطوف شدن عملکرد جنسی به هدف‌های تولیدمثل و باروری و کاهش لذت بردن از رابطه جنسی (۹)، از بین بردن اختیاری بودن عملکرد جنسی و معطوف نمودن رابطه جنسی صرفاً بر پایه بچه‌دار شدن و محدود به روزهای باروری دوره (۱۰) و اختلال در تصویر ذهنی از بدن (۱۱) باعث مختل شدن عملکرد جنسی و به دنبال آن کاهش رضایت جنسی می‌شود (۱۲).

استفاده از فناوری‌های کمک باروری (Assisted Reproductive Technologies)، یکی از شیوه‌های درمان ناباروری است که تمامی شیوه‌های دستکاری مستقیم اووسیت خارج از بدن را شامل می‌شود (۱۳). میزان موفقیت روش‌های کمک باروری در ایالات متحده در سال ۲۰۱۵ حدود ۲۹٪ (۱۳)، در انگلیس حدود ۲۵٪ (۱۴) و در ایران حدود ۲۳٪ (۱۵) گزارش شده است. شکست درمان کمک باروری، منجر به افسردگی (۱۶)،

درمان تخصصی (Intensive therapy): ارجاع به سایر متخصصین، جهت درمان در صورت لزوم (۲۶-۲۴).

مدل PLISSIT، مدل مناسبی جهت مشاوره جنسی است، اما به دلیل داشتن ساختار خطی، مدلی یک طرفه است که بیمار دریافت‌کننده مداخلات مشاوره بوده و نقش فعالی در فرایند درمان خود ندارد. با اضافه نمودن دو مرحله مرور و بازتاب و معرفی مدل EX-PLISSIT تلاش شده تا این اشکال برطرف شده و این مدل از حالت خطی، به صورت دوره‌ای درآید. در مدل EX-PLISSIT اجازه دادن به بیمار، به عنوان یک ویژگی هسته‌ای در تمام مراحل مطرح شده و باعث ایجاد فضای بازتری برای گفتگو با مددجو می‌شود و از طرفی اضافه شدن مراحل مرور و بازتاب به این مدل، باعث تشخیص بهتر نیازهای مددجو توسط خود و بیان بهتر آن‌ها شده است و اثربخشی مدل EX-PLISSIT را افزایش داده است (۲۶-۲۴). مدل BETTER نیز در ابتدا جهت بررسی و رفع مشکلات جنسی بیماران مبتلا به سرطان ایجاد شد، اما استفاده از آن محدود به این گروه نیست و در سایر بیماری‌های مزمن و همچنین ناباروری نیز به کار گرفته شده و اثربخش است. مدل BETTER دارای شش مرحله زیر است: ۱- طرح موضوع (Bring up): فراهم نمودن شرایط مناسب جهت گفتگوی مددجو در خصوص مشکلات جنسی خود ۲- توضیح (Explain): ارائه توضیح توسط مشاور در مورد اهمیت و تأثیر مسایل جنسی بر کیفیت زندگی ۳- گفتن (Tell): اطمینان بخشی به مددجو جهت رفع

مشکل وی با تمام منابع موجود ۴- زمان‌بندی (Timing): طراحی زمان‌بندی جلسات مشاوره ۵- آموزش (Educate): توضیح عوارض جانبی شرایط طبی خاص بیمار، بر عملکرد جنسی وی جهت رفع نگرانی او ۶- ثبت (Record): ثبت نمودن نتایج ارزیابی و مداخلات طبی صورت گرفته (۲۷ و ۲۸). دلیل انتخاب دو مدل یاد شده این است که مدل BETTER برای ارائه مشاوره جنسی در بیماری‌های مزمن طراحی شده و اثربخشی آن بر عملکرد جنسی زنان نابارور نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۲۸)، اما مدل EX-PLISSIT، مدل جدیدتری است، هرچند در گروه‌های محدودی از جمله در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و همچنین در زنان مبتلا به سرطان‌های شایع زنان جهت بهبود مشکلات جنسی آنان به کار گرفته شده است (۲۹ و ۳۰). اما طبق جستجوهای انجام یافته، تاکنون مطالعه‌ای با استفاده از این مدل در زنان نابارور انجام نگرفته است. در نهایت با توجه به اهمیت توجه به سلامت جنسی گروه‌های مختلف زنان از جمله زنان نابارور و با توجه به بروز مشکلات جنسی در زنان به دنبال شکست درمان روش‌های کمک باروری و با توجه به مددجو محور بودن دو مدل، این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر مشاوره جنسی براساس مدل EX-PLISSIT و BETTER بر رضایت جنسی زنان پس از شکست درمان روش‌های کمک باروری انجام گرفت تا آرایه‌کنندگان خدمات سلامت بتوانند با مقایسه مدل‌های مختلف مشاوره‌ای، بهترین رویکرد مشاوره‌ای جهت بهبود رضایت جنسی زنان به دنبال شکست درمان روش‌های کمک باروری را انتخاب نمایند.

## روش بررسی

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده (با کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1400.011 و ثبت کارآزمایی بالینی IRCT20210211050324N1) با طرح دو گروهی است که در سال ۱۴۰۱ در مورد ۶۶ زن نابارور که به مرکز ناباروری میلاد بیمارستان امام رضا(ع) شهر مشهد مراجعه کرده بودند و با شکست درمان روش‌های کمک باروری مواجه شده بودند، صورت گرفت.

پژوهشگر با حضور در مرکز ناباروری میلاد با بررسی پرونده‌های موجود در مرکز، زنان ناباروری که حداقل شش ماه از شکست درمان کمک باروری آنان گذشته بود، شناسایی و تلفن تماس آنان را استخراج نمود. پس از تماس تلفنی با زنان، از افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، دعوت به مراجعه حضوری شد. پس از مراجعه حضوری، زنانی که سایر معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، جهت شرکت در مطالعه انتخاب می‌شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ایرانی و ساکن شهر مشهد بودن، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی، تشخیص ناباروری اولیه بر اساس اطلاعات موجود در پرونده بیمار، شکست یکی از روش‌های کمک باروری مانند تلقیح داخل رحمی (Intrauterine insemination: IUI)، لقاح آزمایشگاهی (In vitro fertilization: IVF)، میکرواینجکشن (Intracytoplasmic sperm injection: ICSI)، انتقال گامت (Gamete intrafallopian transfer: GIFT)

یا انتقال زیگوت (Zygote intrafallopian transfer: ZIFT)، گذشت حداقل شش ماه از آخرین شکست درمان ناباروری، داشتن حداقل یک بار نزدیکی در هفته و داشتن ابزار استفاده از فضای مجازی.

معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل: قرار داشتن تحت درمان ناباروری در حال حاضر و طی شش ماه گذشته، ابتلای زوج به بیماری‌های مؤثر بر عملکرد جنسی، مصرف داروهای مؤثر بر عملکرد جنسی (مانند داروهای ضدافسردگی و ضداضطراب، داروهای روان‌گردان، داروهای قلبی و ضدفشارخون، داروهای ضدتشنج)، مصرف دخانیات و الکل توسط زوج‌ها، وجود اختلال جنسی در همسر، داشتن افسردگی، استرس یا اضطراب شدید بر اساس مقیاس Depression Anxiety and Stress Scale 21 (DASS-21) (نمره افسردگی پایین‌تر از ۲۱، نمره اضطراب پایین‌تر از ۱۵ و نمره استرس پایین‌تر از ۲۶)، دریافت مشاوره جنسی طی ۶ ماه گذشته، معیارهای خروج حین مطالعه شامل: عدم حضور در بیش از یک جلسه مشاوره، عدم تمایل به ادامه همکاری، وقوع بارداری، وقوع حوادث تنش‌زا حین مطالعه بود. پس از اخذ رضایت کتبی از زنان واجد شرایط پژوهش، تخصیص تصادفی واحدهای پژوهش به دو گروه EX-PLISSIT و BETTER، به صورت تصادفی ساده توسط سایت <https://www.randomizer.org> صورت گرفت. حجم نمونه بر اساس مقادیر حاصل از مطالعه مقدماتی با تعداد ۱۰ نفر در هر گروه در جامعه مشابه، با ضریب اطمینان ۹۵٪ ( $Z_{1-\alpha/2}=1/96$ ) و توان آزمون ۸۰٪

مرحله یک تا چهار مدل، یعنی طرح اولیه موضوع، ارزیابی وضعیت جنسی بیمار با هدف مشخص نمودن ارتباط میان بیماری و وضعیت فعلی مددجو و اطمینان بخشی در این خصوص که وی در بحث پیرامون موضوع کاملاً آزاد است، آگاهی اولیه به مددجو با در اختیار قرار دادن اطلاعات صحیح و آموزش جنسی اولیه و زمان بندی جلسات مشاوره در جلسه اول صورت گرفت. مرحله پنج مدل در جلسات دوم و سوم اجرا شد. در این دو جلسه تکمیل آموزش و مهارت آموزی جنسی با تمرکز بر متغیر پیامد مداخله یعنی رضایت جنسی پیش رفت. در جلسه چهارم براساس مرحله شش مدل BETTER، نتایج بحث‌های انجام یافته و جلسات مشاوره ثبت و جمع بندی جلسات مشاوره انجام گرفت. زمان کلی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه، با هدایت پژوهشگر جهت هر جلسه اختصاص یافت که در ۱۵ دقیقه پایانی جمع بندی مطالب توسط پژوهشگر و تعیین زمان جلسه بعدی انجام یافت. ساختار و محتوای جلسات مشاوره در جداول شماره ۱ و ۲ ذکر شده است.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل فرم ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ناباروری و زناشویی و مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (The Sexual Satisfaction Scale for Women: SSS-W) بود.

فرم مشخصات ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ناباروری و زناشویی شامل سؤالات: سن زن و همسرش، سطح تحصیلات زن و همسرش، شاخص توده بدنی، شغل، سطح درآمد خانواده، مدت زمان ازدواج، مدت زمان تشخیص ناباروری، مدت زمان شروع

( $Z_{1-\beta}=0/85$ )، با استفاده از فرمول حجم نمونه مقایسه میانگین دو نمونه مستقل (میانگین و انحراف معیار نمره رضایت جنسی در گروه EX-PLISSIT  $24/1 \pm 2/5$ ، میانگین و انحراف معیار نمره رضایت جنسی در گروه BETTER  $23/1 \pm 2/1$ )، در هر گروه ۳۱ نفر محاسبه شد و با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش نمونه، ۳۶ نفر در هر گروه وارد مطالعه شدند.

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 \times (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

از ۷۲ نفر شرکت‌کننده در دو گروه، سه نفر در گروه EX-PLISSIT (دو نفر به دلیل انصراف از شرکت در جلسات و یک نفر به دلیل باردار شدن) و سه نفر در گروه BETTER (دو نفر به دلیل انصراف از شرکت در جلسات و یک نفر به دلیل فوت پدر) از مطالعه خارج شدند (نمودار شماره ۱).

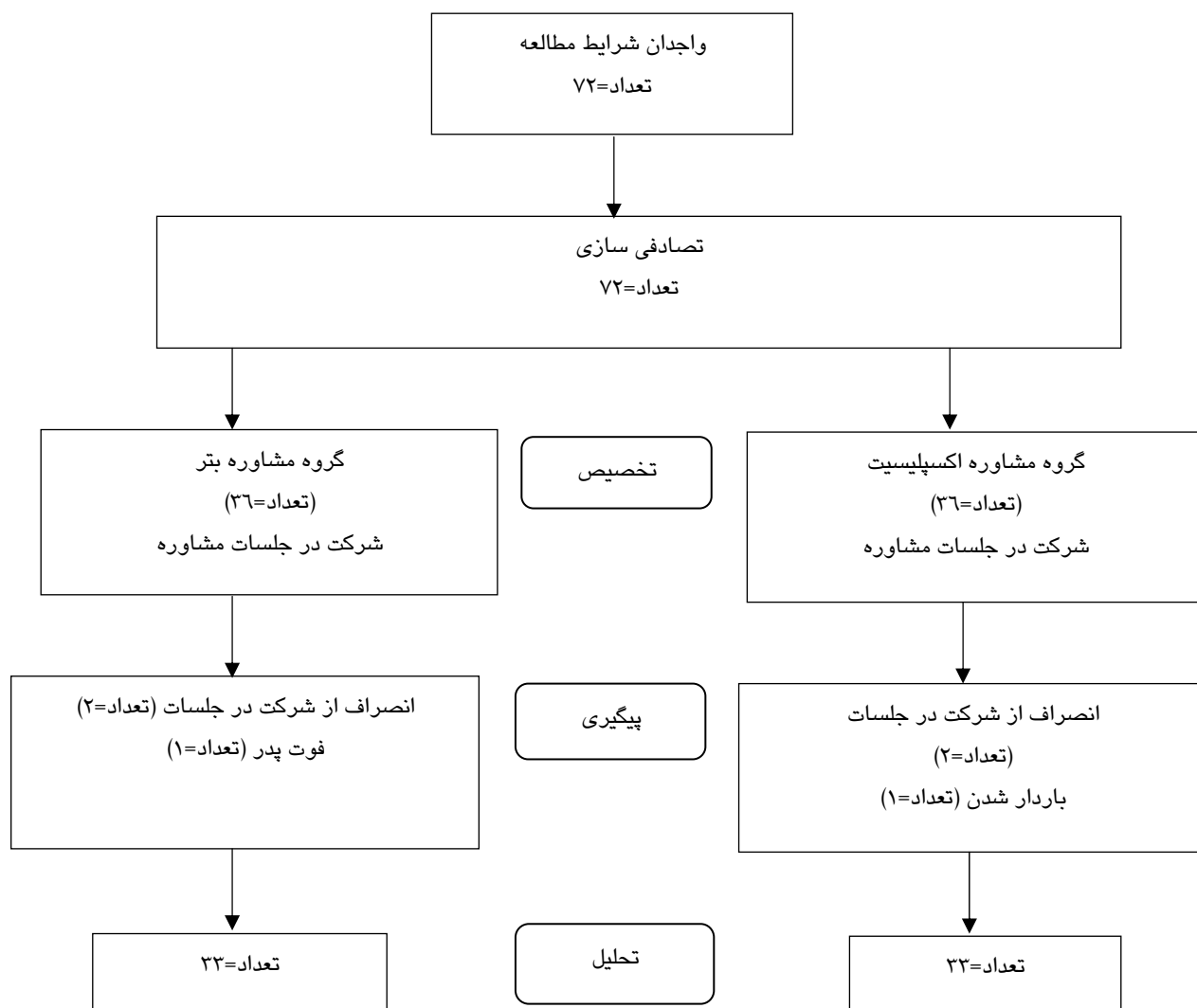
در دو گروه مشاوره EX-PLISSIT و BETTER، چهار جلسه مشاوره فردی به مدت ۶۰ تا ۹۰ دقیقه در چهار جلسه هفتگی پشت سر هم صورت گرفت که جلسات اول و چهارم، به صورت حضوری و جلسات دوم و سوم، به صورت مجازی (تماس تصویری در واتساپ) اجرا شد. در گروه مشاوره EX-PLISSIT، هر چهار مرحله مدل در جلسات اول، دوم و سوم اجرا شد، مرور و بازتاب در طول تمام جلسات جریان داشت و شروع هر جلسه با مرور مطالب جلسه قبل و بررسی انجام تکالیف توسط مددجو بود و جلسه چهارم به جمع بندی جلسات گذشته اختصاص یافت. در گروه مشاوره BETTER،

درمان ناباروری، علت ناباروری، میزان اطلاعات درباره میزان شکست روش‌های کمک باروری، درمان‌های کمک باروری انجام یافته و تعداد رابطه جنسی در هفته بود.

جهت سنجش رضایت جنسی زنان، مقیاس SSS-W به کار گرفته شد. این مقیاس توسط Trapnell و Meston طراحی شده است و دارای ۳۰ سؤال و پنج حیطه شامل رضایت (سؤالات ۱ تا ۶)، ارتباط (سؤالات ۷ تا ۱۲)، سازگاری (۱۳ تا ۱۸)، اضطراب رابطه‌ای (سؤالات ۱۹ تا ۲۴) و اضطراب شخصی (سؤالات ۲۵ تا ۳۰) است. رضایت به معنای احساس رضایت از رابطه جنسی، ارتباط به معنای ارتباط کلامی و گفتگو با همسر از جمله بیان راحت احساسات، انتقادات و پیشنهادات در مورد رابطه جنسی، سازگاری یعنی آگاهی هر یک از همسران از نیازهای جنسی طرف مقابل و تلاش برای سازگار شدن با او در رابطه جنسی، اضطراب رابطه‌ای به معنای نگرانی و دلواپسی‌های زنان از همسرانشان به جهت روی آوردن همسر به روابط خارج از خانواده به دلیل وجود مشکلات و مسایل جنسی در زن و اضطراب شخصی به معنای نگرانی فرد از داشتن مشکلات جنسی فردی و میزان تأثیر آن بر سایر ابعاد زندگی زنان که مانع از لذت بردن و آرامش در زندگی شخصی می‌شود، است. نمره‌گذاری براساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف = ۱، مخالف = ۲، نه موافق و نه مخالف = ۳، موافق = ۴، کاملاً موافق = ۵) است. سؤالات ۱، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات هر بعد از مجموع سؤالات آن بعد به دست می‌آید. نمره

کل به این صورت به دست می‌آید: رضایت + ارتباط + سازگاری + میانگین نمرات اضطراب رابطه‌ای و اضطراب شخصی. نمره بالاتر به معنای رضایت بیش‌تر است. روایی نسخه اصلی این مقیاس توسط Meston و Trapnell با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روایی و اگر و پایایی آن با روش همسانی درونی تأیید شده است (۳۱). ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی این مقیاس در ایران، توسط روشن چسلی و همکاران با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و پایایی آن با ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۶ و برای زیرمقیاس‌های آن از ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ تأیید شده است (۳۲). پایایی این ابزار در مطالعه حاضر با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ و برای ابعاد آن در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ تأیید شد. مقیاس SSS-W قبل از مداخله و چهار هفته پس از آخرین جلسه مشاوره توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام یافت. به منظور بررسی برخورداری متغیرهای کمی از توزیع نرمال از آزمون‌های Kolmogorov-Smirnov و Shapiro-Wilk استفاده شد. برای داده‌های با توزیع نرمال از آزمون تی مستقل و داده‌های با توزیع غیرنرمال از آزمون‌های ناپارامتریک Mann-Whitney و Wilcoxon و برای متغیرهای کیفی اسمی از آزمون مجذور کای و یا آزمون دقیق فیشر استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.



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

## جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات مشاوره جنسی بر اساس مدل EX-PLISSIT (۲۶-۲۴)

مرحله	محتوا
مرحله اول (مرحله اجازه دادن) فردی - حضوری (۶۰-۹۰ دقیقه) در مرکز ناباروری میلاذ مشهد	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیان اهداف مطالعه به مددجو</li> <li>- ایجاد محیطی امن، اطمینان بخش و قابل اعتماد جهت برقراری رابطه مؤثر دو طرفه میان مشاور و مددجو و با حفظ احترام کامل به مددجو</li> <li>- فراهم نمودن شرایط مناسب جهت بیان نمودن احساسات، مشکلات و نگرانی‌های جنسی ناشی از شکست درمان ناباروری توسط مددجو</li> <li>- طرح سؤالات باز جهت ورود به بحث</li> <li>- اجازه دادن به مددجو برای گفتگو در مورد دغدغه‌ها و نگرانی‌های جنسی خود</li> <li>- نرمال سازی نگرانی جنسی مددجو و اطمینان بخشی به وی</li> <li>- مرور احساسات بیان شده توسط مددجو در مورد امور جنسی خود و بازتاب دادن به وی</li> <li>- شناسایی خودگویی‌های منفی مددجو درباره رابطه شکست درمان ناباروری با بدن وی و هویت وی به عنوان یک زن</li> <li>- بررسی رابطه عاطفی و ارتباطی مددجو با همسرش</li> <li>- مطابق با ساختار مدل اکسپلیسیت مرور و بازتاب در طول جلسه مشاوره و در پایان جلسه جریان داشت</li> <li>- تکلیف: انجام تمرین آرمیدگی، گفتگو با همسر درخصوص نگرانی‌ها و مشکلات جنسی خود</li> </ul>
مرحله دوم (مرحله اطلاعات محدود) فردی - مشاوره از طریق تماس تصویری با تلفن همراه (۶۰-۹۰ دقیقه)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- آرایه اطلاعات عمومی در مورد آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی زن و مرد</li> <li>- آموزش و گفتگو درخصوص اهمیت روابط جنسی بر سلامت و کیفیت زندگی زوجها</li> <li>- آرایه اطلاعات عمومی درخصوص چرخه پاسخ جنسی در دوجنس و گفتگو در مورد تفاوت‌ها و شباهت‌های این چرخه در دو جنس</li> <li>- آرایه اطلاعات درخصوص نحوه کارکرد جنسی افراد و تأثیر عوامل جسمی، روانی، اجتماعی، ارتباطی زوجها بر عملکرد و رضایت جنسی</li> <li>- آگاه نمودن مددجو درخصوص اثرات قوی افکار و باورها بر عملکرد و رضایت جنسی و آموزش به مددجو جهت شناسایی طرحواره‌های شناختی و افکار خودآیند ناکارآمد و باورهای خودکار مخرب و تلاش برای تصحیح این باورهای غلط و جایگزینی آن با باورهای درست و سازنده توسط مشاور با گفتگو کردن و به چالش کشیدن مفروضات مددجو و آرایه شواهد علمی و منطقی جهت اصلاح این باورهای ناکارآمد</li> <li>- گفتگو درخصوص تأثیر شکست درمان ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی با تأکید بر امور جنسی</li> <li>- آموزش مهارت‌های جنسی و زناشویی با تأکید بر متغیر عملکرد و رضایت جنسی</li> <li>- اجازه‌دهی به مددجو جهت بیان احساسات و نگرانی‌های جنسی</li> <li>- مرور و بازتاب تمامی گفتگوها با مددجو</li> <li>- شناسایی باورهای نادرست در مورد شکست درمان ناباروری و جایگزین کردن آن‌ها با اطلاعات واقعی و صحیح</li> <li>- اجازه‌دهی صریح به مددجو در بیان نگرانی‌های جنسی خود</li> <li>- تکلیف: تکمیل جدول پایش افکار خودآیند توسط مددجو</li> </ul>
مرحله سوم (مرحله پیشنهادها) ویژه فردی - مشاوره از طریق تماس تصویری با تلفن همراه (۶۰-۹۰ دقیقه)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- آرایه اطلاعات و پیشنهادها اختصاصی مستقیماً مربوط به مشکل جنسی بیمار</li> <li>- کمک به آرایه راه حل برای نگرانی تشخیص داده شده مددجو به روش حل مسأله</li> <li>- مرور و بازتاب نگرش خود در مورد نگرانی جنسی مددجو و گفتگوی دوطرفه در مورد مشکل جنسی بیمار</li> <li>- اجازه‌دهی به مددجو جهت بیان نگرانی جنسی خود</li> <li>- مرور و بازتاب مداخلات با مددجو</li> <li>- مرور و بازتاب مباحث جلسات گذشته با مددجو</li> <li>- آرایه راه‌حل‌ها به صورت پیشنهاد و در نظر قرار دادن این مسأله است که مددجو تصمیم گیرنده نهایی می‌باشد</li> <li>- در این مرحله از مشاوره بر اساس مدل اکسپلیسیت با توجه به اجازه‌دهی به مددجو برای بیان مشکل جنسی خود در مراحل قبل، پیشنهادها اختصاصی فقط مربوط به مشکل جنسی فرد داده خواهد شد. در این مرحله اطلاعات دیگر جنبه عمومی نداشته و به طور اختصاصی پاسخگوی نیاز جنسی مددجو خواهد بود. به طور مثال در مورد خانم ناباروری که با اجازه‌دهی ما و بیان احساساتش توانسته در مورد نگرانی جنسی خود گفتگو کند و مشکل جنسی وی نرسیدن به ارگاسم است پیشنهادها ویژه مرتبط با مشکل رسیدن به ارگاسم داده می‌شود. در هر صورت مسأله‌ای که اهمیت ویژه دارد این است که تصمیم‌گیرنده نهایی در مورد انتخاب پیشنهادها ما، خود مددجو می‌باشد. در این مرحله نیز مرور و بازتاب جاری است و در تمامی مداخلات انجام می‌گیرد. مددجو فرصت دارد تا نظر و احساس خود را در مورد پیشنهادها ما بدون خجالت و ترس از قضاوت مشاور بازگو کند و از این طریق و با استفاده از مرور و بازتاب مشاور بهترین درمان را برای وی پیشنهاد دهد. در این فرآیند مشاوره دو طرفه، خودآگاهی مشاور از نگرش خود افزایش پیدا می‌کند و باعث مهارت بیشتر وی در رسیدگی به مشکل جنسی بیمار می‌شود. در صورتی که در جلسات قبل مددجو فرصت صحبت کردن در مورد نگرانی جنسی خود و تأثیرات نامطلوب ناباروری و شکست درمان بر زندگی جنسی خود را پیدا نکرده است، همچنان فرصت و اجازه این را دارد که در این مورد با مشاور گفتگو کند</li> <li>- تکلیف: تکالیف این مرحله با توجه به مشکل تشخیص داده شده برای هر مددجو آرایه می‌شد</li> </ul>
مرحله چهارم (مرحله درمان ویژه) فردی - حضوری (۶۰-۹۰ دقیقه) در مرکز ناباروری میلاذ مشهد	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شناسایی مشکلاتی که نیاز به درمان تخصصی‌تر دارند</li> <li>- چنانچه در هر یک از جلسات مشاوره، مشاور تشخیص می‌داد که مددجو مشکل و یا نگرانی دارد که از حیثه دانش مشاور خارج بوده و نیاز به بررسی تخصصی‌تر و اقدامات درمانی پیشرفته‌تر دارد ارجاع وی به متخصص مربوط (متخصص زنان، روان‌پزشک، روان‌شناس و غیره) صورت می‌گرفت</li> </ul>



## جدول ۲- ساختار و محتوای جلسات مشاوره جنسی براساس رویکرد BETTER (۲۸ و ۲۹)

جلسه	محتوا
جلسه اول فردی - حضوری (۶۰-۹۰ دقیقه) در مرکز ناباروری میلاذ مشهد (اجرای مراحل ۱ تا ۴) مدل شامل طرح موضوع، توضیح، گفتن و زمان بندی)	- در میان گذاشتن اهداف مطالعه با مددجو - ایجاد فضای امن و اطمینان بخش جهت برقراری رابطه مؤثر میان مشاور و مددجو - ایجاد فضای مناسب برای مددجو جهت بیان نمودن احساسات، مشکلات و نگرانی‌های جنسی ناشی از ناباروری - بررسی رابطه عاطفی و ارتباطی مددجو با همسرش - بررسی افکار و خودگویی‌های مددجو درخصوص ناباروری و شکست درمان و اثرات آن بر عملکرد جنسی وی و محدود کردن عوامل منفی - آموزش و گفتگو درخصوص اهمیت روابط جنسی بر سلامت و کیفیت زندگی زوجین - اطمینان بخشی به مددجو درخصوص رسیدگی و حل مشکلات و نگرانی‌های جنسی وی با تمام امکانات موجود - زمان بندی جلسات مشاوره تکلیف: انجام تمرینات آرمیدگی در صورت نیاز، گفتگو با همسر درخصوص نگرانی‌ها و مشکلات جنسی خود
جلسه دوم فردی - مشاوره از طریق تماس تصویری با تلفن همراه (۶۰-۹۰ دقیقه) (اجرای مرحله ۵ مدل، مرحله آموزش)	- بررسی و گفتگو پیرامون تکالیف داده شده - ارائه اطلاعات عمومی در مورد آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی زن و مرد - ارائه اطلاعات عمومی درخصوص چرخه پاسخ جنسی در دو جنس و گفتگو در مورد تفاوت‌ها و شباهت‌های این چرخه در دو جنس - ارائه اطلاعات درخصوص نحوه کارکرد جنسی افراد و تأثیر عوامل جسمی، روحی-روانی، اجتماعی، ارتباطی زوج‌ها بر عملکرد و رضایت جنسی - آگاه نمودن مددجو درخصوص اثرات قوی افکار و باورها بر عملکرد و رضایت جنسی و آموزش به مددجو جهت تلاش برای شناسایی طرحواره‌های شناختی و افکار خودآیند ناکارآمد مرتبط با ناباروری و شکست درمان و باورهای خودکار مخرب و سپس تلاش برای تصحیح این باورهای غلط و جایگزینی آن با باورهای درست و سازنده توسط مشاور با گفتگو کردن و به چالش کشیدن مفروضات مددجو و ارائه شواهد علمی و منطقی جهت اصلاح این باورهای ناکارآمد تکلیف: تکمیل جدول پایش افکار خودآیند توسط مددجو
جلسه سوم فردی- مشاوره از طریق تماس تصویری با تلفن همراه (۶۰-۹۰ دقیقه) (اجرای مرحله ۵ مدل، مرحله آموزش)	- بررسی و بحث پیرامون تکالیف داده شده - گفتگو درخصوص تأثیر ناباروری و شکست درمان بر جنبه‌های مختلف زندگی با تأکید بر امور جنسی - شناسایی باورهای ناکارآمد جنسی مرتبط با ناباروری و شکست درمان و جایگزین کردن آن‌ها با اطلاعات واقعی و صحیح - شناخت باورهای ناکارآمد مرتبط با عملکرد و رضایت جنسی و اصلاح آن‌ها - آموزش مهارت‌های جنسی و زناشویی با تأکید بر متغیر عملکرد و رضایت جنسی - آموزش به مددجو درخصوص راهکارهای مقابله با مشکلات جنسی وی تکلیف: تکالیف این مرحله با توجه به مشکل تشخیص داده شده برای هر مددجو ارائه می‌شود
جلسه چهارم فردی - حضوری (۶۰-۹۰ دقیقه) در مرکز ناباروری میلاذ مشهد (اجرای مرحله شش مدل، ثبت نتایج)	در این مرحله ضمن مرور مطالبی که در جلسات گذشته با مددجو مطرح کرده بودیم و بررسی مددجو از نظر میزان بهبودی مشکلات وی، به سؤالات او پاسخ داده و در انتها نتیجه جلسات را ثبت و ضبط می‌نمودیم

## یافته‌ها

وجود نداشت ( $p=0/339$ ). تغییرات نمره کل رضایت جنسی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله، در گروه EX-PLISSIT  $13/3 \pm 12/5$  نمره و در گروه BETTER  $14/1 \pm 13/8$  نمره افزایش داشت که این تفاوت معنادار نبود ( $p=0/758$ ). در مقایسه درون گروهی، نمره کل رضایت جنسی پس از مداخله در هر دو گروه EX-PLISSIT و BETTER به صورت معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود ( $p < 0/001$ ). یافته‌های مربوط به حیطه‌های رضایت جنسی در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، ناباروری و زناشویی نتایج نشان داد که بین دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود نداشته و دو گروه همگن بودند (جدول شماره ۳). قبل از مداخله، دو گروه از نظر نمره کل رضایت جنسی و حیطه‌های رضایت، ارتباط، سازگاری، اضطراب رابطه‌ای و اضطراب شخصی همگن بودند ( $p > 0/05$ ). پس از مداخله بین دو گروه EX-PLISSIT و BETTER تفاوت آماری معناداری از نظر نمره کل رضایت جنسی زنان

**جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ناباروری و زناشویی زنان مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری میلاد شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ برحسب گروه‌های مورد بررسی**

p-value	BETTER (نفر ۳۳)	EX-PLISSIT (نفر ۳۳)	متغیر	
°./۱۵۶	انحراف معیار ± میانگین ۳۳/۲۷ ± ۵/۴۸	انحراف معیار ± میانگین ۳۵/۲۴ ± ۵/۶۷	سن زن (سال)	
	میان (چارک سوم- چارک اول)	میان (چارک سوم- چارک اول)	متغیر	
**./۱۲۳	۳۵ (۳۳ - ۳۹/۵۰)	۳۸ (۳۴/۵۰ - ۴۴)	سن همسر (سال)	
**./۲۴۸	۲۵/۹۶ (۲۳/۹۳ - ۲۹/۳۰)	۲۵ (۲۲/۷۶ - ۲۷/۹۲)	شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)	
**./۱۶۰	۱۰ (۷/۵۰ - ۱۳)	۱۱ (۸ - ۱۴/۵۰)	مدت ازدواج (سال)	
**./۱۶۰	۸ (۶ - ۹/۵۰)	۹ (۶ - ۱۴)	مدت زمان تشخیص ناباروری (سال)	
**./۷۴۰	۷ (۴/۸۰ - ۹)	۶ (۳ - ۱۰/۵۰)	مدت زمان شروع درمان ناباروری (سال)	
**./۰۷۰	۲ (۲ - ۳)	۲ (۱ - ۲)	تعداد رابطه جنسی در هفته	
p-value	تعداد (درصد)		متغیر	
***./۸۱۷	۶ (۱۸/۲)	۸ (۲۴/۲)	زیردیپلم	سطح تحصیلات زن
	۱۸ (۵۴/۵)	۱۶ (۴۸/۵)	دیپلم	
	۹ (۲۷/۳)	۹ (۲۷/۳)	دانشگاهی	
***./۳۷۷	۱۵ (۴۵/۵)	۱۱ (۳۳/۳)	زیردیپلم	سطح تحصیلات همسر
	۱۴ (۴۲/۴)	۱۴ (۴۲/۴)	دیپلم	
	۴ (۱۲/۱)	۸ (۲۴/۲)	دانشگاهی	
***./۲۶۰	۲۲ (۶۶/۷)	۲۶ (۷۸/۸)	خانه‌دار	شغل زن
	۱۱ (۳۳/۳)	۷ (۲۱/۲)	شاغل	
	۴ (۱۲/۱)	۷ (۲۱/۲)	خیلی کم	
***./۹۶۹	۱۷ (۵۱/۵)	۱۶ (۴۸/۵)	کم	میزان اطلاعات درباره میزان شکست درمان روش‌های کمک باروری
	۸ (۲۴/۲)	۹ (۲۷/۳)	زیاد	
	۴ (۱۲/۱)	۱ (۳/۰)	خیلی زیاد	
	۲۷ (۸۱/۸)	۲۵ (۷۵/۸)	بلی	
***./۷۶۰	۶ (۱۸/۲)	۸ (۲۴/۲)	خیر	استفاده از روش‌های طب سنتی برای درمان ناباروری
	p-value	تعداد (درصد)		متغیر
#./۹۹۰	۱۰ (۳۰/۳)	۹ (۲۷/۳)	بیش‌تر از کفاف	سطح درآمد خانواده
	۲۳ (۶۹/۷)	۲۳ (۶۹/۷)	کم‌تر از کفاف	
	۰ (۰/۰)	۱ (۳/۰)	در حد کفاف	
#./۴۷۶	۱۱ (۳۳/۳)	۱۰ (۳۰/۳)	عامل مردانه	علت ناباروری
	۸ (۲۴/۲)	۷ (۲۱/۲)	عامل زنانه	
	۸ (۲۴/۲)	۹ (۲۷/۳)	عامل مردانه و زنانه	
	۶ (۱۸/۲)	۷ (۲۱/۲)	غیرقابل توجیه	
#./۵۰۵	۱۱ (۳۳/۳)	۷ (۲۱/۲)	IVF	درمان‌های کمک‌باروری انجام یافته
	۵ (۱۵/۲)	۶ (۱۸/۲)	IUI	
	۰ (۰/۰)	۱ (۳/۰)	ICSI	
	۱۳ (۳۹/۴)	۱۸ (۵۴/۵)	IVF AND IUI	
	۱ (۳/۰)	۱ (۳/۰)	IUI ICSI	
	۱ (۳/۰)	۰ (۰/۰)	GIFT	
	۲ (۶/۱)	۰ (۰/۰)	IVF-IUI-ICSI	
#./۶۷۰	۲۱ (۶۳/۹)	۲۹ (۸۷/۶)	بلی	استفاده از درمان‌های دارویی برای درمان ناباروری
	۲ (۶/۱)	۳ (۹/۴)	خیر	

\* آزمون t مستقل، \*\* آزمون من‌ویتنی، آزمون کای‌دو\*\*\*، # آزمون دقیق فیشر

**جدول ۴-** مقایسه نمرات حیطه‌های رضایت، ارتباط، سازگاری، اضطراب رابطه‌ای و اضطراب شخصی مقیاس SSSW در زنان مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری میلاد شهر مشهد در سال ۱۴۰۱، قبل و ۴ هفته بعد از مداخله برحسب گروه‌های مورد بررسی

p-value	BETTER (نفر ۳۳)	EX-PLISSIT (نفر ۳۳)	حیطه‌ها
<sup>*</sup> ۰/۳۳۱	۲۱/۳۶ ± ۵/۸۰	۲۲/۷۸ ± ۶/۰۰	قبل از مداخله (انحراف معیار ± میانگین)
<sup>**</sup> ۰/۱۲۸	۲۷ (۲۱/۲۹-۵۰)	۲۸ (۲۳/۳۰-۵۰)	۴ هفته بعد از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
<sup>**</sup> ۰/۹۳۳	۴ (۰-۷)	۴ (۰-۵)	تغییرات بعد نسبت به قبل از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
	<sup>∞</sup> ۰/۰۰۱	<sup>∞</sup> ۰/۰۰۱	نتیجه آزمون درون گروهی
<sup>**</sup> ۰/۶۴۳	۲۵ (۲۰/۲۸-۵۰/۵۰)	۲۶ (۲۱/۵۰-۲۹)	قبل از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
<sup>**</sup> ۰/۳۷۵	۲۷ (۲۳/۳۰-۵۰)	۲۸ (۲۵/۳۰-۵۰)	۴ هفته بعد از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
<sup>**</sup> ۰/۲۹۰	۲ (-۰/۴-۵۰/۵۰)	۲ (۰/۵۰-۴/۵۰)	تغییرات بعد نسبت به قبل از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
	<sup>∞</sup> ۰/۰۱۵	<sup>∞</sup> ۰/۰۰۱	نتیجه آزمون درون گروهی
<sup>**</sup> ۰/۶۶۷	۲۱ (۱۵-۲۶)	۲۳ (۱۴-۲۶/۵۰)	قبل از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
<sup>**</sup> ۰/۵۴۴	۲۶ (۲۰/۲۸-۵۰/۵۰)	۲۶ (۲۳/۲۹-۵۰)	۴ هفته بعد از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
<sup>**</sup> ۰/۹۵۹	۳ (۶-۲/۵۰)	۴ (۶-۲/۵۰)	تغییرات بعد نسبت به قبل از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
	<sup>∞</sup> ۰/۰۰۱	<sup>∞</sup> ۰/۰۰۱	نتیجه آزمون درون گروهی
<sup>**</sup> ۰/۰۹۴	۲۰ (۲۶-۱۶)	۲۵ (۱۷/۳۰-۵۰)	قبل از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
<sup>**</sup> ۰/۹۱۷	۲۷ (۳۰-۲۳)	۲۸ (۲۲/۳۰-۵۰)	۴ هفته بعد از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
<sup>**</sup> ۰/۰۲۱	۵ (۹-۱/۵۰)	۲ (۰-۴)	تغییرات بعد نسبت به قبل از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
	<sup>∞</sup> ۰/۹۷۰۰۱	<sup>∞</sup> ۰/۰۰۴	نتیجه آزمون درون گروهی
<sup>**</sup> ۰/۲۳۲	۲۱ (۱۶/۲۷-۵۰/۵۰)	۲۶ (۳۰-۱۷)	قبل از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
<sup>**</sup> ۰/۹۸۴	۲۹ (۳۰-۲۵)	۲۸ (۲۳/۳۰-۵۰)	۴ هفته بعد از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
<sup>**</sup> ۰/۲۷۲	۴ (۹-۰/۵۰)	۲ (۶-۰)	تغییرات بعد نسبت به قبل از مداخله میانه (چارک سوم- چارک اول)
	<sup>∞</sup> ۰/۰۰۱	<sup>∞</sup> ۰/۰۰۲	نتیجه آزمون درون گروهی

\* آزمون t مستقل، \*\* آزمون من ویتنی، <sup>∞</sup> آزمون ویلکاکسون

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف کلی «مقایسه تأثیر مشاوره جنسی براساس مدل EX-PLISSIT و BETTER بر رضایت جنسی زنان نابارور پس از شکست درمان روش‌های کمک باروری» انجام یافت. در مقایسه میانگین نمرات رضایت جنسی و حیطة‌های آن، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مشاوره با رویکرد EX-PLISSIT و BETTER بر نمره کلی رضایت جنسی و حیطة‌های آن مؤثر است، به طوری که در هر دو گروه، میانگین نمرات رضایت جنسی بعد از مداخله، نسبت به قبل از مداخله افزایش داشته و نتایج معنادار بوده است، اما مقایسه‌های بین گروهی به جز در بعد اضطراب رابطه‌ای تفاوت آماری معناداری را نشان نداد.

ناجی‌ابهری و همکاران مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر مشاوره گروهی ذهن آگاهی مبتنی برکاهش استرس بر رضایت جنسی زنان باردار طی هشت جلسه مشاوره گروهی هفته‌ای دو بار در هفته در گروه‌های ۱۰ تا ۱۲ نفره به مدت ۶۰-۴۵ دقیقه در مورد ۶۰ مادر باردار ۱۸ تا ۳۵ سال با سن حاملگی ۲۰-۲۶ هفته، مراجعه‌کننده به مراکز مراقبت سلامت شهر مشهد انجام دادند. یک ماه پس از مداخله مجدداً پرسشنامه SSSW تکمیل شد. یافته‌ها بیانگر افزایش نمرات تمامی حیطة‌های رضایت، سازگاری، ارتباط، اضطراب رابطه‌ای و اضطراب شخصی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود. نتایج مربوط به حیطة اضطراب رابطه‌ای در مطالعه یاد شده همراستا با نتایج حاصل از پژوهش ما می‌باشد که می‌تواند به دلیل آرایه تمرین‌های ذهن آگاهی و

آرام‌سازی ذهنی در جلسات مشاوره ما باشد (۳۳). تفاوت نتایج در سایر حیطة‌ها در دو مطالعه احتمالاً به دلیل این است که نوع مشاوره در مطالعه ناجی‌ابهری و همکاران مشاوره ذهن آگاهی بوده است در حالی که در مطالعه حاضر تمرین ذهن آگاهی به عنوان جزیی از برنامه مشاوره‌ای آرایه می‌شد.

Karakas و Aslan در پژوهشی به بررسی تأثیر مشاوره جنسی براساس مدل BETTER بر رضایت جنسی زنان نابارور مبتلا به اختلال عملکرد جنسی پرداختند. برای گروه مداخله دو جلسه مشاوره جنسی با رویکرد BETTER انجام یافت. قبل و سه ماه پس از مداخله رضایت جنسی با استفاده از پرسشنامه مقیاس رضایت جنسی GRISS بررسی شد. نتایج این پژوهش نشان داد که سه ماه پس از مطالعه در گروه مداخله، نمره رضایت جنسی زنان نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری داشته است. همچنین پس از مطالعه بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری در نمره رضایت جنسی وجود داشت (۲۸).

ضیائی و همکاران پژوهشی با هدف مقایسه تأثیر مشاوره جنسی براساس مدل EX-PLISSIT و مشاوره گروهی بر رضایت جنسی زنان باردار انجام دادند. جلسات مشاوره به صورت فردی در سه تا پنج جلسه با رویکرد EX-PLISSIT اجرا شد و مشاوره با رویکرد گروهی، در گروه‌های هفت تا هشت نفره و در چهار تا پنج جلسه اجرا شد. نتایج این پژوهش نشان داد که در گروه مشاوره با رویکرد EX-PLISSIT و در گروه مشاوره گروهی، نمره رضایت جنسی چهار هفته پس از

مداخله نسبت به قبل از مداخله به طور معناداری افزایش یافته است. همچنین پس از مداخله، بین گروه مشاوره با رویکرد EX-PLISSIT و گروه کنترل و گروه مشاوره گروهی و گروه کنترل، تفاوت آماری معناداری بین نمرات رضایت جنسی وجود داشت (۳۴).

نتایج آزمون درون گروهی در مطالعه ما نیز بیانگر معنادار بودن نتایج مربوط به نمره کل رضایت جنسی و حیطه‌های آن بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در دو گروه EX-PLISSIT و BETTER بود.

در مطالعه ناجی‌ابهری و همکاران (۳۳)، Karakas و Aslan (۲۸) و ضیائی و همکاران (۳۴) گروه کنترل، مشاوره‌ای را دریافت نکرده بودند، لذا معنادار بودن نتایج مربوط به نمرات رضایت جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل می‌تواند به دلیل عدم دریافت مشاوره در گروه کنترل باشد. در حالی که در مطالعه حاضر، گروه کنترل وجود نداشت و هر دو گروه EX-PLISSIT و BETTER مشاوره جنسی را دریافت کردند و این عامل، احتمالاً دلیلی بر معنادار نبودن نتایج مربوط به نمره رضایت جنسی و حیطه‌های آن در دو گروه بعد از مداخله است.

با توجه به این که در مطالعه حاضر دو گروه مورد مطالعه از نظر همه متغیرهای جمعیت‌شناختی، ناباروری و زناشویی مورد بررسی، همگن بودند، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مشاوره با رویکرد EX-PLISSIT و BETTER بر رضایت جنسی زنان نابارور پس از شکست درمان روش‌های کمک باروری مؤثر است. لذا با توجه به قابل اجرا بودن مشاوره با رویکرد EX-PLISSIT و BETTER

توسط ماماها و لزوم توجه به بهداشت جنسی زنان نابارور، پیشنهاد می‌شود این مدل‌های مشاوره‌ای به عنوان رویکردهایی مؤثر و کم هزینه جهت پیشگیری از آسیب‌های ناباروری در برنامه‌های مراقبت جنسی زنان نابارور ادغام شود تا فرصتی جهت بیان مشکلات جنسی آنان فراهم شده و به بهبود کیفیت زندگی جنسی آنان منجر گردد. همچنین، با توجه به مددجو محور بودن مدل مشاوره EX-PLISSIT و BETTER و ایجاد فضای مناسب جهت بیان مشکلات جنسی توسط مددجویان، در این روش‌های مشاوره‌ای امکان شناسایی دقیق مشکلات جنسی بیماران طی جلسات مشاوره فراهم است و راهکارهای مناسب درمانی جهت رفع مشکلات مددجویان به صورت مناسبی ارائه می‌شود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، محدودیت در خصوص گزارش انجام ناصحیح و ناکافی تکالیف مربوط به هر جلسه بود که با تماس و تأکید پژوهشگر جهت یادآوری و بررسی تکالیف در جلسه بعدی، به طور نسبی کنترل شد.

پیشنهاد می‌شود برای مطالعات آینده، پژوهشی با مشارکت همسران زنان طراحی و اجرا شود.

### شکر و قدردانی

این مقاله با کد کارآزمایی بالینی IRCT20210211050324N1 حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد 992091 دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خویش را از معاونت پژوهشی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اعلام می‌داریم.

## References

- 1 - Modarres M, Rahimikian F, Booriaie E. [Effect of pelvic muscle exercise on sexual satisfaction among primiparous women]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2013; 18(4): 10-18. (Persian)
- 2 - Young M, Denny G, Young T, Luquis R. Sexual satisfaction among married women age 50 and older. *Psychol Rep*. 2000 Jun; 86(3 Pt 2): 1107-22. doi: 10.2466/pr0.2000.86.3c.1107.
- 3 - Pakgozar M, Vizheh M, Babaee Gh, Ramezanzadeh F, Abedininia N. [Effect of counseling on sexual satisfaction among infertile women referred to Tehran fertility center]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2008; 14(1): 21-30. (Persian)
- 4 - Karimi FZ, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R, Kimiaee SA, Mazloum SR, Amirian M. [Psycho-social effects of male infertility in Iranian women: a qualitative study]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016; 19(10): 20-32. doi: 10.22038/IJOGI.2016.7111. (Persian)
- 5 - Omani-Samani R, Amini P, Navid B, Sepidarkish M, Maroufizadeh S, Almasi-Hashiani A. Prevalence of sexual dysfunction among infertile women in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Fertil Steril*. 2019 Jan; 12(4): 278-283. doi: 10.22074/ijfs.2019.5395.
- 6 - Rahmani Fard T, Kalantarkousheh SM, Faramarzi M. [The effect of mindfulness-based cognitive psychotherapy on quality of life in infertile women]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2017; 23(3): 277-289. (Persian)
- 7 - Ghodrati M, Mohammadpour A, Khorsand Vakilzadeh A, Tavakolizadeh J, Hadizadeh Talasaz F. [Effect of auriculotherapy on depression in infertile women: a randomized clinical trial]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2019; 22(9): 36-44. doi: 10.22038/IJOGI.2019.14000. (Persian)
- 8 - Wischmann T, Korge K, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. *Hum Reprod*. 2012 Nov; 27(11): 3226-32. doi: 10.1093/humrep/des293.
- 9 - Zabihi Rigcheshme M, Mirzaian B, Hasanzade R, Shahidi M. [Comparing sexual attitudes of fertile and infertile couples]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011; 20(1): 271-281. (Persian)
- 10 - Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007 Apr; 21(2): 293-308. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003.
- 11 - Younesi SJ, Salagegheh A. [Body image in fertile and infertile women]. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2001; 2(4): 14-21. (Persian)
- 12 - Wischmann T, Schilling K, Toth B, Rosner S, Strowitzki T, Wohlfarth K, et al. Sexuality, self-esteem and partnership quality in infertile women and men. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2014 Aug; 74(8): 759-763. doi: 10.1055/s-0034-1368461.
- 13 - Taghizadeh Z, Omani Samani R, Kazemnejad A, Reisi M. [Self-concept and self-discrepancy among the women receiving and donating oocyte]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2015; 21(3): 50-62. (Persian)
- 14 - Messinis IE, Messini CI, Daponte A, Garas A, Mahmood T. The current situation of infertility services provision in Europe. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016 Dec; 207: 200-204. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.10.004.
- 15 - Ebrahimzadeh Zagami S, Latifnejad Roudsari R, Janghorban R, Mousavi Bazaz SM, Amirian M, Allan HT. Infertile couples' needs after unsuccessful fertility treatment: a qualitative study. *J Caring Sci*. 2019 Jun 1; 8(2): 95-104. doi: 10.15171/jcs.2019.014.
- 16 - Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Omani Samani R. Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Sep; 130(3): 253-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.03.044.
- 17 - Taghipour A, Karimi FZ, Latifnejad Roudsari R, Mazlom SR. Coping strategies of women following the diagnosis of infertility in their spouses: a qualitative study. *Evidence Based Care Journal*. 2020; 10(1): 15-24. doi: 10.22038/ebcj.2020.42136.2120.

- 18 - Deka PK, Sarma S. Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*. 2010; 3(3): a336.
- 19 - Wirtberg I, Moller A, Hogstrom L, Tronstad SE, Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Hum Reprod*. 2007 Feb; 22(2): 598-604. doi: 10.1093/humrep/del401.
- 20 - Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaimaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update*. 2007 Jan-Feb; 13(1): 27-36. doi: 10.1093/humupd/dml040.
- 21 - Masoumi SZ, Garousian M, Khani S, Oliaei SR, Shayan A. Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. *Int J Fertil Steril*. 2016 Oct-Dec; 10(3): 290-296. doi: 10.22074/ijfs.2016.5045.
- 22 - Pepe MV, Byrne TJ. Women's perceptions of immediate and long-term effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction. *Family Relations*. 1991; 40(3): 303-309. doi: 10.2307/585016.
- 23 - Bakhtiar K, Ardalan A, Ebrahimzadeh F, Bastami F, Almasian M. Comparison of depression severity and sexual satisfaction between fertile and infertile women in Iran: a population based case-control study. 2020. doi: 10.21203/rs.3.rs-30104/v1.
- 24 - Davis S, Taylor B. From PLISSIT to Ex-PLISSIT. In: Davis S. *Rehabilitation: the use of theories and models in practice*. Edinburgh: Elsevier; 2006. P. 101-129.
- 25 - 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)
- 26 - Punjani NS, Papathanassoglou E. Application of the extended-PLISSIT model to improve sexual health in the adolescent population: a theory analysis. *J Comm Pub Health Nursing*. 2019; 5(4): 234.
- 27 - Quinn C, Happell B. Getting BETTER: breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *Int J Ment Health Nurs*. 2012 Apr; 21(2): 154-62. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00783.x.
- 28 - Karakas S, Aslan E. Sexual counseling in women with primary infertility and sexual dysfunction: use of the BETTER model. *J Sex Marital Ther*. 2019; 45(1): 21-30. doi: 10.1080/0092623X.2018.1474407.
- 29 - Daneshfar F, Behboodi-Moghadam Z, Khakbazan Z, Nabavi SM, Dehghan Nayeri N, Ghasemzadeh S, et al. The influence of Ex-PLISSIT (extended permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy) model on intimacy and sexuality of married women with multiple sclerosis. *Sexuality and Disability*. 2017; 35(4): 399-414. doi: 10.1007/s11195-017-9482-z.
- 30 - Oskay UY, Beji NK, Bal MD, Yilmaz SD. Evaluation of sexual function in patients with gynecologic cancer and evidence-based nursing interventions. *Sexuality and Disability*. 2011; 29(1): 33-41. doi: 10.1007/s11195-010-9188-y.
- 31 - Meston C, Trapnell P. Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: the sexual satisfaction scale for women (SSS-W). *J Sex Med*. 2005 Jan; 2(1): 66-81. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.20107.x.
- 32 - Roshan Chesli R, Mirzaei S, Nikazin A. [Validity and reliability of multidimensional sexual satisfaction scale for women (SSSW) in one sample of Iranian women]. *Clinical Psychology and Personality*. 2014; 12(1): 129-140. (Persian)
- 33 - Najjabhary 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): 3405-3416. doi: 10.22038/jmrh.2022.63817.1854.
- 34 - Ziaei T, Keramat A, Kharaghani R, Haseli A, Ahmadnia E. Comparing the effect of extended PLISSIT model and group counseling on sexual function and satisfaction of pregnant women: a randomized clinical trial. *J Caring Sci*. 2022 Jan 10; 11(1): 7-14. doi: 10.34172/jcs.2022.06.

# The effect of sexual counseling based on the EX-PLISSIT and BETTER models on the sexual satisfaction of infertile women following assisted reproductive treatment failure

Akram Rahimi Shandiz<sup>1</sup>, Fatemeh Zahra Karimi<sup>2\*</sup>, Raziye Masoumi<sup>3</sup>, Seyed Reza Mazlom<sup>4</sup>

Article type:  
Original Article

Received: Jan. 2024  
Accepted: Mar. 2024  
Published: 5 Jun. 2024

Corresponding author:  
Fatemeh Zahra Karimi  
e-mail:  
KarimiFZ@mums.ac.ir

## Abstract

**Background & Aim:** Considering that a decline in sexual satisfaction after assisted reproductive treatment failure can cause a decrease in the overall quality and satisfaction of life, the present study was conducted to compare the effect of sexual counseling based on EX-PLISSIT and BETTER models on the sexual satisfaction of infertile women following the failure of assisted reproductive technologies.

**Methods & Materials:** This randomized clinical trial, conducted in 2022, involved 66 infertile women who had experienced unsuccessful assisted reproductive treatments and were referred to the Milad Infertility Center of Imam Reza (AS) Hospital in Mashhad, Iran. The participants were divided into two intervention groups – EX-PLISSIT and BETTER – and received individual sexual counseling across four weekly sessions, comprising two face-to-face and two virtual sessions. Data were collected using the Sexual Satisfaction Scale for Women (SSSW) and subsequently analyzed using SPSS software version 25, through chi-square, independent *t*-tests, Mann-Whitney, and Wilcoxon tests.

**Results:** After the intervention, there were no statistically significant differences in the total scores of sexual satisfaction and its components between the two groups ( $P>0.05$ ), with the exception of relational anxiety ( $P=0.021$ ). Intra-group comparisons revealed a significant increase in the total scores of sexual satisfaction and its components within each group after the intervention, as compared to before the intervention ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** Sexual counseling utilizing the EX-PLISSIT and BETTER models was found to be an effective, affordable, and side-effect-free method in enhancing sexual satisfaction among infertile women after the failure of assisted reproductive methods, particularly by addressing relational anxiety.

**Clinical trial registry:** IRCT20210211050324N1

**Key words:** infertility, assisted reproductive technique, treatment failure, sexual satisfaction, sex counseling

## Please cite this article as:

Rahimi Shandiz A, Karimi FZ, Masoumi R, Mazlom SR. [The effect of sexual counseling based on the EX-PLISSIT and BETTER models on the sexual satisfaction of infertile women following assisted reproductive treatment failure]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2024; 30(1): 77-92. (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 Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 - Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

