

# A Comparative Study of BETTER and PLISSIT Approaches in the Treatment of Common Sexual Dysfunction among Women in Isfahan, Iran

Mahsa Sadat Mousavi<sup>1,\*</sup> , Zahra Kazemi<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Department of Midwifery and Reproductive Health, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

## Article history:

**Received:** 11 October 2022

**Revised:** 06 November 2022

**Accepted:** 12 January 2023

**ePublished:** 19 March 2023

## \*Corresponding author:

Mahsa Sadat Mousavi,  
Department of Midwifery  
and Reproductive Health,  
Community Health Research  
Center, Isfahan (Khorasgan)  
Branch, Islamic Azad  
University, Isfahan, Iran.  
Email:  
[mousavi1315@gmail.com](mailto:mousavi1315@gmail.com)



## Abstract

**Background and Objective:** Healthy sexual performance leads to well-being with a high quality of life. The present study aimed to compare BETTER and PLISSIT approaches in the treatment of common sexual dysfunction among women referred to selected treatment centers in Isfahan, Iran in 2022.

**Materials and Methods:** This quasi-experimental study was conducted on 60 women with common sexual dysfunction (30 in the BETTER group and 30 in the PLISSIT group) who met the inclusion criteria, using a convenient sampling method. The female Sexual Function Index (FSFI) was the data collection tool. The members of the two groups individually participated in face-to-face counseling sessions. A follow-up test and completion of the questionnaires were performed one month and six months after the intervention. Data were analyzed using SPSS software (version 12).

**Results:** No significant difference was observed in the overall level of sexual function between the two groups before the intervention ( $P < 0.05$ ). However, one month and six months after the intervention, this level was significantly higher in the BETTER group than that in the PLISSIT group ( $P < 0.05$ ). The scores of sexual desire, sexual arousal, orgasm, and sexual satisfaction were significantly higher in the BETTER group one and six months after the intervention compared to those before the intervention, and the score of painful intercourse was significantly lower than that before the intervention.

**Conclusion:** The present study indicated that education and counseling in the form of a BETTER model can have better results on sexual function.

**Keywords:** BETTER; PLISSIT; Sexual Function

## Extended Abstract

### Background and Objective

Sexual performance is defined as an integral part of health and life to achieve sexual pleasure, which leads to well-being with a high quality of life. BETTER and PLISSIT are the models which help therapists to better assess the sexual relationship. The BETTER model was developed by Mick et al. (2004) which explains that sexuality is part of the quality of life and advises patients to discuss their sexual concerns with therapists. This model has six stages (Bring up, Explain, Tell resources, Time, Educate, and Record). This acronym helps therapists to assess sexuality more effectively. The PLISSIT model was designed by Annon in 1976. The first level is permission which the sex therapist allows the patient to comfortably talk about sexual topics. The second level is limited information, wherein the patient is supplied with limited and specific information on the discussed topics. This stage represents the important role of the therapist as a source to provide information on the impact of the disease on sexuality and the effects of treatment on sexual performance. The third level is specific suggestions, where the sex therapist gives the patient suggestions related to the specific situations and assignments to do to help the patient fix the mental or health problem. In the last stage, intensive therapy is offered to those who need more intervention. The present study aimed to compare BETTER and PLISSIT approaches in the treatment of common sexual dysfunction in patients referred to selected treatment centers in Isfahan in 2021.

### Materials and Methods

This experimental study was conducted on 60 patients (30 in the BETTER and 30 in the PLISSIT group) referred to selected treatment centers in Isfahan who met the inclusion criteria. The inclusion criteria include married women of reproductive age (15 to 49 years), at least one year has passed since marriage, no pregnancy at the moment, no mental illness as diagnosed by a psychiatrist, minimum literacy skills, and availability within the next month. All women were referred to the selected sexual health centers of Isfahan due to the diagnosis by sexologists. Data collection tools included demographic

survey questions and Female Sexual Function Index (FSFI). After the sampling stage, the research design which was pre-test and post-test was conducted. The members of BETTER and PLISSIT groups entered the study and participated in 6 and 4 face-to-face individual training and counseling sessions, respectively once a week for 45 to 75 min. Finally, all the subjects were asked to follow up and complete the questionnaires one month and six months after the intervention. Then, the questionnaires were collected and analyzed.

### Results

In the present study, the mean scores of sexual desire, sexual arousal, orgasm, and sexual satisfaction were significantly higher in the BETTER group one month after the intervention than before the intervention, and six months after the intervention were higher than one month after the intervention. However, no significant relationship was observed between the mean score of lubrication before the intervention and one month after the intervention, while the mean score of sexual desire was significantly higher six months after the intervention compared to one month after the intervention. In the study of Amini et al. (2021) which compares the effectiveness of two training methods, cognitive behavioral therapy and the EIS model on sexual performance in pregnant women, in the post-test, the EIS model was more effective than the cognitive-behavioral approach in terms of improving sexual performance and each of the subscales of sexual desire, sexual arousal, lubrication, orgasm, sexual satisfaction, painful intercourse.

### Conclusion

The findings concluded that sexual education and counseling can lead to a better understanding of sexual issues and ultimately improve mental health. The present study indicated that education and counseling in the form of a BETTER model can have better results than the PLISSIT model. One of the advantages of the BETTER model is providing a suitable framework for training. Also, implementation of this model requires no advanced educational technologies, and if health experts participate in the workshops, they can use the 6 levels of this model for patients to diagnose their sexual problems in the early stages.

## بررسی مقایسه‌ای رویکردهای بتر و پلیسیت در درمان اختلالات شایع عملکرد جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز منتخب درمانی استان اصفهان در سال ۱۴۰۰

مهسا السادات موسوی<sup>۱\*</sup>، زهرا کاظمی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

### چکیده

**سابقه و هدف:** عملکرد جنسی سالم به تندرستی همراه با کیفیت بالای زندگی منجر می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی مقایسه‌ای رویکردهای بتر و پلیسیت در درمان اختلالات شایع عملکرد جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز منتخب درمانی اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه نیمه‌تجربی روی ۶۰ زن با اختلالات شایع عملکرد جنسی (۳۰ نفر در گروه بتر و ۳۰ نفر در گروه پلیسیت) که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه عملکرد جنسی (FSFI) بود. اعضای دو گروه در جلسات آموزش و مشاوره فردی به صورت چهره‌به‌چهره شرکت کردند. پرسش‌نامه‌ها بعد از گذشت ۱ ماه و ۶ ماه پس از مداخله جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۲ تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** بین سطح کلی عملکرد جنسی قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0.05$ )، اما ۱ ماه و ۶ ماه پس از مداخله، در گروه بتر به‌طور معناداری بهتر از گروه پلیسیت بود ( $P < 0.05$ ). در گروه بتر میانگین نمرات میل، تحریک روانی، ارگاسم و رضایت‌مندی ۱ ماه و ۶ ماه پس از مداخله به‌طور معناداری بیشتر از قبل مداخله و میانگین نمره درد جنسی به‌طور معناداری کمتر بود.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد آموزش و مشاوره در قالب مدل بتر نتایج بهتری نسبت به مشاوره پلیسیت و همچنین تأثیر بهتری بر عملکرد جنسی دارد.

**واژگان کلیدی:** بتر؛ پلیسیت؛ عملکرد جنسی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۱۹  
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۱/۰۸/۱۵  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۲۲  
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

\* نویسنده مسئول: مهسا السادات موسوی، گروه مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.  
ایمیل: [mousavi1315@gmail.com](mailto:mousavi1315@gmail.com)

**استناد:** موسوی، مهسا السادات؛ کاظمی، زهرا. بررسی مقایسه‌ای رویکردهای بتر و پلیسیت در درمان اختلالات شایع عملکرد جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز منتخب درمانی استان اصفهان در سال ۱۴۰۰. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، زمستان ۱۴۰۱، ۱(۱): ۹-۱.

### مقدمه

زناشویی از جمله عدم تفاهم و سرخوردگی تا طلاق منجر شود [۵]. عملکرد جنسی بخش مهمی از سلامت و بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی برای رسیدن به لذت جنسی تعریف می‌شود که به تندرستی همراه با کیفیت بالای زندگی منجر می‌شود [۶]. از آنجاکه توجه به کیفیت زندگی افراد و ارتقای آن از مهم‌ترین اولویت‌های سازمان بهداشت جهانی است، توجه به عملکرد جنسی به‌عنوان یکی از متغیرهای مؤثر در کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد [۷]. هرگونه اختلال که به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی منجر شود، می‌تواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد [۸]. عوامل مختلفی بر تمایلات، عملکرد و رفتار جنسی انسان تأثیرگذار هستند که از آن جمله می‌توان به عوامل فیزیولوژیک، آناتومیک،

از مهم‌ترین فلسفه‌های تشکیل زندگی مشترک، آرامش یافتن زن و شوهر در کنار یکدیگر است. این آرامش به عواملی وابسته است و یکی از بارزترین آن‌ها، رابطه جنسی سالم است [۱]. سازمان بهداشت جهانی رابطه جنسی را به‌عنوان لذت، فعالیت جنسی، اروتیسم و گرایش جنسی تعریف می‌کند [۲]. دستیابی به سلامت جنسی به توانایی دسترسی به اطلاعات جامع درباره جنسیت شامل حفظ کردن، محترم شمردن و اجرا کردن حقوق جنسی تمام افراد بستگی دارد و نیازمند مجموعه‌ای از عوامل روانی، جسمانی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، معنوی و آموزشی است [۳، ۴]. این در حالی است که بی‌توجهی به ارزیابی و رها شدن افرادی که به بررسی سلامت جنسی نیاز دارند، ممکن است به اختلالات عملکرد جنسی و عوارض آن در زندگی

روان‌شناختی و فرهنگی-اجتماعی اشاره کرد [۹].

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی-روانی، اختلال عملکرد جنسی به‌عنوان اختلالی در چرخه پاسخ جنسی یا درد هنگام رابطه جنسی تعریف می‌شود [۸]. اعتقاد بر این است که اختلال عملکرد جنسی شایع‌ترین مشکل روانی در جمعیت عمومی است، به‌طوری‌که ۴۱ درصد از زنان سنین باروری و ۳۱ درصد از مردان در سطح جهان را درگیر کرده است [۱۰]. در پژوهش‌هایی که در حوزه سلامت جنسی در ایران انجام شده، مشخص شده است که میزان اختلالات عملکرد جنسی در زنان و مردان ایرانی به‌نسبت زیاد است. نرخ طلاق نیز در سال‌های اخیر سیر صعودی داشته که یکی از عوامل مؤثر در این طلاق‌ها، عدم ارضای غریزه جنسی و راضی نبودن از زندگی جنسی گزارش شده است [۳]. بر اساس آمار، میزان شیوع اختلالات جنسی در متقاضیان طلاق زیاد و این میزان در زنان بیشتر از مردان است [۱۱]. یکی از مؤلفه‌های مهم ارتباط جنسی موفق، دانش و آگاهی جنسی است [۱۲]. از آنجا که در دهه گذشته، نگرش اجتماعی درباره سلامت و بهداشت جنسی تغییر کرده است، با افزایش آگاهی فرد قادر خواهد بود به سوی سلامت بیشتر مسائل و روابط جنسی حرکت کند [۸]. نقش آگاهی و دانش فرد نسبت به مسائل جنسی بسیار مهم و بر ارتباطات و تعاملات زندگی زوجین تأثیرگذار است [۱۲].

برای درمانگرانی که می‌خواهند درک بهتری از ارزیابی نحوه انجام رابطه جنسی داشته باشند، دو مدل وجود دارد: مدل بتر (BETTER) و مدل پلیسیت (PLISSIT) [۱۳]. مدل بتر توسط میک و همکاران (۲۰۰۴) توسعه یافته است. در این مدل درمانگر توضیح می‌دهد که رابطه جنسی بخشی از کیفیت زندگی است و به بیماران توصیه می‌کند درباره نگرانی‌های مربوط به رابطه جنسی با او صحبت کنند [۱۳، ۱۴]. این مدل در افزایش دانش و مهارت متخصصان مفید است و روند ارتباطی راحتی را برای بحث درباره رابطه جنسی فراهم می‌کند [۱۵]. اگر مشاوره بهداشت جنسی کافی و مناسب ارائه شود، ۸۰ درصد از مشکلات جنسی قابل حل است [۱۶]. مدل بتر ۶ مرحله دارد که شامل مطرح کردن (Bring)، توضیح دادن (Explain)، آگاهی دادن (Tell)، زمان‌بندی (Timing)، آموزش (Educate) و ثبت کردن (Record) است [۱۵]. این مخفف اختصاری ایجاد شده است تا به درمانگران کمک کند ارزیابی جنسی را به‌طور مؤثرتری انجام دهند [۱۳].

اولین مرحله مطرح کردن موضوع رابطه جنسی و ایجاد فرصتی برای بحث درباره عملکرد جنسی و شناسایی هرگونه نگرانی است. استفاده از محیط خصوصی و توضیح در مورد اینکه این روش معمول است، راحتی بیمار را در بحث درباره این موارد با درمانگر در هر زمان افزایش می‌دهد، حتی اگر بیمار به صحبت تمایل نداشته باشد. مرحله دوم توضیح این نکته برای بیمار یا شریک زندگی است که رابطه جنسی بخشی از کیفیت زندگی است و می‌توان درباره آن بحث کرد. مرحله بعد شامل آگاهی دادن به بیماران درباره منابع در دسترس و کمک به آن‌ها برای دسترسی به آن منابع است. چهارمین مرحله شامل توجه به اهمیت زمان‌بندی و بحث کردن در زمانی است که زوجین آمادگی

دارند. آموزش دادن به بیمار درباره تغییرات بالقوه در عملکرد جنسی و درنهایت ثبت ارزیابی‌ها و مداخلات یا نتایج بهداشت جنسی در پرونده پزشکی بیمار مراحل پنجم و ششم مدل بتر است [۱۷، ۱۸].

مدل پلیسیت در سال ۱۹۷۴ توسط آنون طراحی شد [۱۹]. اولین سطح این مدل این است که به بیماران در محیط امن و قابل اعتماد اجازه داده شود درباره مسائل جنسی صحبت کنند. در سطح دوم، کارکنان بهداشتی اطلاعات محدودی را که مستقیماً به موارد جنسی و نگرانی‌های مددجو مربوط است، در اختیارش قرار می‌دهند. مرحله اطلاعات محدود نشان‌دهنده نقش مهم درمانگر به‌عنوان منبع اطلاعات است. در این مرحله باید اطلاعات مربوط به تأثیر بیماری بر تمایلات جنسی و اثرات درمان بر عملکرد جنسی داده شود. سومین سطح، ارائه پیشنهاد ویژه به بیماران است. پیشنهادات ویژه باید متناسب با نیازهای فردی باشد. در مرحله پیشنهادات ویژه، درمانگر باید به تمام جنبه‌های جنسیت و سلامت جنسی و نه تنها بر رفتار جنسی توجه داشته باشد. پیشنهاد ویژه با مشکل و دادن راه‌حل است. در مرحله آخر، به افرادی که به مداخله بیشتری نیاز دارند، درمان ویژه ارائه می‌شود [۲۰، ۲۱]. این مرحله شامل ارجاع مددجو به متخصصان مربوطه است. این مرحله برای مشکلات پیچیده جنسی یا مشکلاتی استفاده می‌شود که به‌طور مؤثر درمان نشده‌اند [۲۱، ۲۲]. هدف از این مطالعه بررسی مقایسه‌ای رویکردهای بتر و پلیسیت در درمان اختلالات شایع عملکرد جنسی در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز منتخب درمانی استان اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود.

## روش کار

این مطالعه تجربی در سال ۱۴۰۰ روی ۶۰ بیمار (۳۰ نفر در گروه بتر و ۳۰ نفر در گروه پلیسیت) مراجعه‌کننده به مراکز منتخب درمانی استان اصفهان انجام شد که واجد معیارهای ورود بودند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود. نمونه انتخاب‌شده در دو گروه بتر و پلیسیت جایگزین شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول آماری ۲۸ نفر در هر گروه محاسبه شد که با توجه به احتمال ریزش نمونه، ۱۰ درصد اضافه و ۳۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان متأهل در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال)، گذشتن حداقل یک سال از زمان ازدواج آن‌ها [۸]، باردار نبودن در زمان انجام مطالعه [۲۳]، عدم ابتلا به بیماری روانی با تشخیص روان‌پزشک [۲۴]، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن [۸] و در دسترس بودن طی یک ماه آینده بود. تمام این زنان به تشخیص درمانگر جنسی به دلیل اختلالات شایع عملکرد جنسی به مراکز منتخب سلامت جنسی استان ارجاع شده بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل تعارضات شدید زناشویی (با اظهار شرکت‌کننده)، باردار شدن حین انجام پژوهش، پاسخ‌های ناقص به پرسش‌نامه‌ها به‌طوری‌که بیشتر از ۲۰ درصد سؤالات هرکدام از پرسش‌نامه‌ها بدون پاسخ باشند و انصراف از ادامه مطالعه بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات

درد جنسی: شامل ۳ آیتم (۱۷، ۱۸، ۱۹) حداقل صفر و حداکثر ۶ (نمره گذاری معکوس).  
پس از انجام مرحله نمونه‌گیری، طرح پژوهش انجام شد که از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. اعضای گروه بتر و پلیسیت وارد مطالعه شدند و در ۶ و ۴ جلسه آموزش و مشاوره فردی به صورت چهره‌به‌چهره شرکت کردند که یک جلسه در هفته و زمان هر جلسه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه بود (جدول ۱ و ۲).  
در نهایت از تمام آزمودنی‌های پژوهش آزمون پیگیری و تکمیل پرسش‌نامه‌ها بعد از گذشت ۱ ماه و ۶ ماه پس از مداخله به عمل آمد و پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش، مداخله تا سطح سه مدل پلیسیت انجام شد و در انتها ۲ نفر برای درمان ویژه به متخصصان مربوطه ارجاع داده شدند. هر دو گروه بتر و پلیسیت بدون ریزش بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۲ انجام شد. همچنین از دو سطح آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد، فراوانی و درصد فراوانی و سطح آمار استنباطی با روش‌های آزمون تی مستقل، آزمون کای اسکور، آزمون من‌ویتنی، آزمون تعقیبی LSD و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جمعیت‌شناختی (سن، جنس، طول مدت ازدواج، تحصیلات، شغل، بیماری‌های زمینه‌ای و غیره) و پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان بود. پرسش‌نامه عملکرد جنسی (روزن و همکاران): شاخص عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index: FSFI) با ۱۹ سؤال عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی بررسی می‌کند. شیوه نمره‌دهی به سؤالات از صفر تا ۵ است و با جمع نمرات سؤال‌های هر بعد، نمره آن بعد به دست می‌آید. میزان پایایی مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۷۰ درصد گزارش شد که بیانگر پایایی مناسب این ابزار است. این شاخص روایی محتوایی ساختاریافته با ثبات درونی ۰/۹۱ دارد که بنا به نظرسنجی از اساتید و صاحب‌نظران، روایی محتوایی مناسبی نیز دارد [۲۳]. شماره سؤالات حیطة‌های شاخص عملکرد جنسی زنان به صورت زیر است:

میل: شامل ۲ آیتم (۱، ۲) حداقل ۱/۲ و حداکثر ۶  
تحریک روانی: شامل ۴ آیتم (۳، ۴، ۵، ۶) حداقل صفر و حداکثر ۶  
رطوبت: شامل ۴ آیتم (۷، ۸، ۹، ۱۰) حداقل صفر و حداکثر ۶  
ارگاسم: شامل ۳ آیتم (۱۱، ۱۲، ۱۳) حداقل صفر و حداکثر ۶  
رضایت‌مندی: شامل ۳ آیتم (۱۴، ۱۵، ۱۶) حداقل ۰/۸ و حداکثر ۶

#### جدول ۱: محتوای جلسات گروه بتر

جلسات	محتوای جلسات گروه بتر
جلسه اول	معرفی و آشنایی مشاور و مراجع با یکدیگر، توضیح جزئیات جلسات مشاوره، تشریح اهداف آن توسط مشاور، آشنایی مراجع با مدل بتر در قالب سطح اول آن، مطرح کردن موضوع رابطه جنسی و جنسیت و ایجاد فرصتی برای بحث درباره عملکرد جنسی و شناسایی هرگونه نگرانی. استفاده از محیط خصوصی و توضیح اینکه این روش معمول است، راحتی بیمار را در بحث درباره این موارد با درمانگر در هر زمان افزایش می‌دهد، حتی اگر بیمار به صحبت تمایل نداشته باشد.
جلسه دوم	توضیح برای بیمار یا شریک زندگی که رابطه جنسی بخشی از کیفیت زندگی است و می‌توان درباره آن بحث کرد. جمع‌بندی جلسه مشاوره و طرح‌ریزی جلسه بعد و اینکه این مرحله فرصت مناسبی است تا بر مشکلات فرد متمرکز شد و تمایل بیمار به دریافت اطلاعات اختصاصی‌تر را کشف کرد.
جلسه سوم	آگاهی دادن به بیمار درباره منابع در دسترس و کمک به آن‌ها برای دسترسی به آن منابع. جمع‌بندی جلسه مشاوره و طرح‌ریزی جلسه بعد.
جلسه چهارم	توجه به اهمیت زمان‌بندی و بحث کردن در زمانی که زوجین آمادگی دارند و در صورت نیاز، ارجاع برای درمان ویژه به افرادی که به مداخله بیشتری نیاز داشتند.
جلسه پنجم	آموزش دادن به بیمار درباره تغییرات بالقوه در عملکرد جنسی و ثبت جنبه‌های مهم بحث.
جلسه ششم	ثبت ارزیابی‌ها، مداخلات و نتایج بهداشت جنسی در پرونده پزشکی بیمار

#### جدول ۲: محتوای جلسات گروه پلیسیت

جلسات	محتوای جلسات گروه پلیسیت
جلسه اول	معرفی و آشنایی مشاور و مراجع با یکدیگر، توضیح جزئیات جلسات مشاوره، تشریح اهداف آن توسط مشاور، آشنایی مراجع با مدل پلیسیت در قالب سطح اول آن، بررسی آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی زنان و مردان (۶ طرح رنگی در قالب برگه A4). در این سطح به بیماران در محیط امن و قابل اعتماد اجازه داده شد درباره مسائل و مشکلات جنسی صحبت کنند.
جلسه دوم	تشریح مراحل چهارگانه چرخه پاسخ جنسی و تفاوت‌های جسمی و روانی زن و مرد در هر یک از مراحل چرخه جنسی (۳ طرح رنگی در قالب برگه A4)، پاسخگویی مشاور به سؤالات احتمالی مراجع بر اساس مدل پلیسیت. جمع‌بندی جلسه مشاوره و طرح‌ریزی جلسه بعد.
جلسه سوم	تشریح الگوی تغییرات جنسی در دوران بیماری، گرفتن تاریخچه دقیق و کشف مشکلاتی که برای بیماران وجود دارد، ارائه پیشنهادها و اختصاصی در این دوران مرتبط با مشکل مددجو، پیشنهادات شامل توصیه به استفاده از لوبریکانت، تمرین تمرکز حسی، تمرین گگل و معرفی پوزیشن خاص برای نزدیکی بود.
جلسه چهارم	جمع‌بندی جلسه مشاوره و طرح‌ریزی جلسه بعد. بررسی رضایت مددجو و جمع‌بندی کل فرایند مشاوره، در صورت نیاز، ارجاع برای درمان ویژه به افرادی که به مداخله بیشتری نیاز داشتند.

## نتایج

پلیسیت ۳۶/۳۶±۶/۹۸ سال بود. میانگین طول مدت ازدواج در گروه بتر ۱۲/۹۳±۸/۳۲ سال و در گروه پلیسیت ۱۳/۸۰±۸/۷۳ سال بود. بیشتر بیماران در این مطالعه خانه‌دار بودند و بیشترین میزان سطح تحصیلات در آن‌ها مربوط به سطح تحصیلات دانشگاهی بود (جدول ۳ تا ۵).

در مطالعه حاضر ۶۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز منتخب درمانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند (هر گروه ۳۰ نفر) ارزیابی شدند. بررسی متغیرهای کمی نشان داد میانگین سن زنان در گروه بتر ۳۵/۳۶±۶/۶۸ سال و در گروه

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره ابعاد عملکرد جنسی بین سه زمان در گروه پلیسیت

ابعاد عملکرد جنسی	قبل از مداخله		۱ ماه بعد از مداخله		۶ ماه بعد از مداخله		آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات
	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	
میل	۲/۹۶	۱/۱۱	۳/۱۴	۰/۷۱	۳/۷۸	۰/۵۹	F ۲۸/۳۹ P > ۰/۰۰۱
تحریک روانی	۳/۱۵	۱/۵۵	۳/۶۷	۰/۷۸	۴/۴۰	۱/۶۳	F ۹/۹۹ P > ۰/۰۱
رطوبت	۳/۵۲	۱/۹۳	۴/۶۱	۰/۹۶	۵/۰۷	۰/۵۹	F ۲۴/۲۰۳ P > ۰/۰۰۱
ارگاسم	۲/۶۲	۱/۴۳	۳/۵۳	۰/۶۲	۴/۱۰	۰/۴۴	F ۳۴/۷۰۲ P > ۰/۰۰۱
رضایت‌مندی	۳/۲۲	۱/۴۴	۳/۹۸	۰/۶۲	۴/۴۹	۰/۴۷	F ۲۴/۹۸ P > ۰/۰۰۱
درد جنسی	۳/۸۲	۲/۰۵	۵/۱۰	۰/۸۸	۵/۶۱	۰/۵۴	F ۲۲/۲۷ P > ۰/۰۰۱

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره ابعاد عملکرد جنسی بین سه زمان در گروه بتر

ابعاد عملکرد جنسی	قبل مداخله		۱ ماه بعد از مداخله		۶ ماه بعد از مداخله		آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات
	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	
میل	۲/۷۰	۱/۱۴	۳/۸۴	۰/۵۸	۴/۶۶	۰/۶۴	F ۸۶/۹۷ P > ۰/۰۰۱
تحریک روانی	۳/۲۵	۱/۵۶	۴/۶۱	۰/۶۱	۵/۵۴	۰/۳۵	F ۵۶/۹۴ P > ۰/۰۰۱
رطوبت	۴/۷۴	۳/۰۴	۵/۵۱	۰/۴۵	۵/۸۵	۰/۱۷	F ۱۹/۰۱ P > ۰/۰۰۱
ارگاسم	۲/۸۲	۱/۴۷	۴/۳۳	۰/۴۸	۵/۲۸	۰/۳۹	F ۶۶/۰۸ P > ۰/۰۰۱
رضایت‌مندی	۳/۳۴	۱/۵۲	۴/۶۲	۰/۷۱	۵/۴۹	۰/۶۱	F ۵۶/۲۹ P > ۰/۰۰۱
درد جنسی	۴/۸۹	۱/۸۳	۵/۷۴	۰/۵۱	۶/۰۰	۰/۰۰۱	F ۹/۶۷ P > ۰/۰۰۳

جدول ۵: مقایسه توزیع فراوانی سطح کلی عملکرد جنسی در زمان‌های مختلف بین دو گروه

زمان	گروه پلیسیت		گروه بتر		آزمون کای اسکوتر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	P	X <sup>2</sup>
قبل از مداخله	۲۸	۹۳/۳	۲۸	۹۳/۳	۱/۰۰	۰/۰۰۱
	۲	۶/۷	۲	۶/۷		
۱ ماه بعد از مداخله	۲۶	۸۶/۷	۱۲	۴۰/۰	۰/۰۰۱	۱۴/۰۶
	۴	۱۳/۳	۱۸	۶۰/۰		
۶ ماه بعد از مداخله	۱۸	۶۰/۰	۰	۰/۰	۰/۰۰۱	۲۵/۷۱
	۱۲	۴۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰		

## بحث

نمره درد جنسی در گروه بتر به‌طور معناداری بیشتر از گروه پلیسیت بود، اما میانگین نمرات میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم و رضایت‌مندی اختلاف معناداری نداشت. در مطالعه برومندفر و همکاران (۱۳۹۱) که به بررسی وضعیت عملکرد جنسی پس از زایمان و ارتباط آن با برخی عوامل فردی خانوادگی

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، متغیرهای سن، شغل، تحصیلات، سن همسر و طول مدت ازدواج بین دو گروه اختلاف معناداری نداشت. مطالعه افشاری و همکاران (۱۳۹۷) با نتایج این مطالعه همسو است [۸]. در پژوهش حاضر قبل از مداخله، میانگین



یائسگی یک عامل پیشگویی‌کننده منفی در نمره تمامی حیطه‌های عملکرد جنسی به‌جز حیطه رضایت و نیز نمره کلی FSFI بود که با نتایج این مطالعه همسو نیست. دلیل آن ممکن است تفاوت در نمونه‌ها و جوامع باشد [۳۱].

در پژوهش حاضر آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات نشان داد در گروه بتر میانگین نمره ابعاد عملکرد جنسی بین سه زمان اختلاف معناداری دارد و به‌طور معناداری بهتر از گروه پلیسیت است. در مطالعه Demir و همکاران (۲۰۱۸) که به بررسی مشاوره جنسی در زنان مبتلا به ناباروری اولیه و اختلال عملکرد جنسی پرداختند، پس از مشاوره بر اساس مدل بتر، در میانگین نمره عملکرد جنسی بهبود آماری معناداری مشاهده شد که با نتایج این مطالعه همسو است [۱۵].

در پژوهش حاضر آزمون تعقیبی LSD نشان داد در گروه بتر میانگین نمرات میل، تحریک روانی، ارگاسم و رضایت‌مندی ۱ ماه بعد از مداخله به‌طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله و ۶ ماه بعد از مداخله بیشتر از ۱ ماه بعد از مداخله بود. میانگین نمره درد جنسی نیز ۱ ماه بعد از مداخله به‌طور معناداری کمتر از قبل از مداخله و ۶ ماه بعد از مداخله کمتر از ۱ ماه بعد از مداخله بود، اما میانگین نمره رطوبت قبل از مداخله و ۱ ماه بعد از مداخله رابطه معناداری با هم نداشت. این در حالی است که میانگین نمره میل ۶ ماه بعد از مداخله به‌طور معناداری بیشتر از ۱ ماه بعد از مداخله بود. در مطالعه Kisa و همکاران (۲۰۱۴) که به بررسی کیفیت زندگی جنسی و اثر آن بر سازگاری زناشویی زنان در دوران بارداری پرداختند، متوسط نمره کیفیت زندگی جنسی ۳۵/۵ درصد بود که نشان داد با پیشرفت بارداری، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و با نتایج این مطالعه همخوانی دارد [۳۲]. آمینی و همکاران (۱۴۰۰) نیز با مقایسه اثربخشی دو روش آموزشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری و مدل EIS بر عملکرد جنسی در زنان باردار، در پس‌آزمون مدل EIS در زمینه بهبود عملکرد جنسی و هریک از خرده‌مقیاس‌های میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و مقاربت دردناک، اثربخشی بیشتری نسبت به رویکرد شناختی-رفتاری نشان دادند [۳۳].

در پژوهش حاضر آزمون کای اسکوتر نشان داد سطح کلی عملکرد جنسی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت، اما ۱ ماه و ۶ ماه بعد از مداخله در گروه بتر به‌طور معناداری بهتر از گروه پلیسیت بود. در مطالعه نادریان‌فر و همکاران (۱۳۹۵) که به بررسی تأثیر آموزش از راه دور بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع دو پرداختند، مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد در گروه مداخله، میانگین نمره کلی عملکرد جنسی از ۱۹/۳۶ به ۲۰/۹۲ افزایش یافت که این اختلاف میانگین از نظر آماری معنادار بود، درحالی‌که در گروه کنترل میانگین نمره کلی عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۱۸/۱۱ و ۱۸/۳۴ بود که نشان‌دهنده عدم افزایش معنادار عملکرد جنسی در این گروه بود و با نتایج این مطالعه همخوانی دارد [۳۴]. فرهادی و همکاران (۱۳۹۹) نیز در

پرداختند، اختلال در فاز درد بیشترین فراوانی (۵۱/۸ درصد) و اختلال در فاز تمایل کمترین فراوانی (۴۰/۹ درصد) اختلال عملکرد جنسی بعد از زایمان بود که با نتایج این مطالعه همسو است [۲۵]. در مطالعه میرمحمدعلی و همکاران (۱۳۹۵) نیز در گروه کنترل، قبل و ۲ ماه پس از آموزش در هیچ‌یک از ابعاد عملکرد جنسی اختلاف معناداری وجود نداشت، اما در گروه مداخله قبل و ۲ ماه پس از آموزش در تمام ابعاد عملکرد جنسی اختلاف آماری معنادار بود که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد [۲۶].

در پژوهش حاضر، ۱ ماه بعد از مداخله میانگین نمرات میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی در گروه بتر به‌طور معناداری بیشتر از گروه پلیسیت بود. در مطالعه مهدی‌زادگان و همکاران (۱۳۹۵) که به مقایسه عملکرد جنسی مردان و زنان عادی با مردان و زنان در آستانه طلاق شهر اصفهان پرداختند، بین میانگین ابعاد عملکرد جنسی در زنان عادی و زنان در آستانه طلاق اختلاف زیاد و معنی‌داری به‌دست آوردند که با نتایج این مطالعه همسو است [۲۷]. همچنین در مطالعه امان‌الهی و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان «پیش‌بینی اختلال کارکرد جنسی بر اساس عزت‌نفس جنسی و صمیمیت با همسر در دانشجویان زن با و بدون اختلال کارکرد جنسی»، میانگین عزت‌نفس جنسی و صمیمیت با همسر در گروه با اختلال عملکرد جنسی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه بدون اختلال عملکرد جنسی بود که با نتایج این مطالعه همسو است [۲۸].

در پژوهش حاضر، ۶ ماه بعد از مداخله میانگین نمرات میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی در گروه بتر به‌طور معناداری بیشتر از گروه پلیسیت بود. نتایج مطالعه خالقی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان «بررسی شیوع برخی عوامل مرتبط با اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی» با نتایج این مطالعه همسو نیست. دلیل این اختلاف ممکن است تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و آموزشی باشد [۲۹]. در مطالعه شعبانی و همکاران (۱۳۹۵) که به بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلالات جنسی و رضایت جنسی زنان دارای همسران با روابط فرازناشویی پرداختند، با توجه به اختلاف میانگین رضایت جنسی و عملکرد جنسی، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش یافت که با نتایج این مطالعه همسو است [۳۰].

در پژوهش حاضر، آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات نشان داد در گروه پلیسیت میانگین نمره ابعاد عملکرد جنسی بین سه زمان اختلاف معناداری دارد. در مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۱) که به بررسی تأثیر آموزش بهداشت جنسی بر رضایت جنسی زوجین پرداختند، در ابتدای مطالعه افراد دو گروه از نظر رضایت جنسی تفاوت آماری معناداری نداشتند و همگن بودند، اما ۳ ماه پس از آموزش، رضایت جنسی در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری داشت که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد [۲۴]. در مطالعه نظریور و همکاران (۱۳۹۴) نیز که به بررسی تأثیر شدت نشانه‌های یائسگی بر عملکرد جنسی پرداختند، شدت نشانه‌های

نگرانی‌ها و کمک به افراد برای بهبود عملکرد جنسی از محورهای اصلی دانش خانواده سالم در نظر گرفته شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارضی در منافع ندارند.

### ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) (IR.IAU.KHUISF.REC.1400.274) در سال ۱۴۰۰ انجام شده است.

### سهم نویسندگان

نویسنده اول: نوشتن پروپوزال، نظارت بر تجزیه و تحلیل داده‌ها و نظارت کلی بر تدوین مقاله؛ نویسنده دوم: انجام طرح تحقیقاتی، جمع‌آوری داده‌ها، تدوین و تفسیر مقاله و نظارت کلی.

### حمایت مالی

مقاله حاضر از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) استخراج شده است.

مطالعاتی با عنوان «بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان متأهل» به این نتیجه رسیدند که مداخلات زوج‌درمانی در بهبود رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی مؤثر است [۳۵].

### نتیجه‌گیری

از مجموعه یافته‌های حاصل از تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که آموزش و مشاوره جنسی سبب درک بهتر افراد نسبت به مسائل جنسی و درنهایت ارتقای بهداشت روانی می‌شود. این مطالعه نشان داد آموزش و مشاوره در قالب مدل بتر نتایج بهتری نسبت به مشاوره پلیسیت دارد. از مزایای مدل بتر می‌توان به داشتن چارچوب مناسب برای ارائه آموزش اشاره کرد. همچنین به نظر می‌رسد اجرای این مدل نیازی به فناوری پیشرفته آموزشی ندارد و اگر کارشناسان مراکز بهداشتی در کارگاه‌های بتر شرکت کنند، می‌توانند از ۶ سطح اول این مدل برای مددجویان استفاده کنند تا در مراحل اولیه مشکلات جنسی تشخیص داده و درمان شوند. از طرف دیگر، با توجه به مقاومت فرهنگی موجود در جامعه برای مسائل جنسی، اجرای مشاوره فردی و اعتمادسازی بین محقق و شرکت‌کنندگان بر نحوه پاسخگویی بیماران مؤثر است. درنهایت پیشنهاد می‌شود بهداشت جنسی به معنی مراقبت از سلامت جنسی، تشخیص

## REFERENCES

- Kamyabini Z, Azhari S, Mazloum R, Asgharipoor N. Relationship between Religion and Sexual Function of women of reproductive Age. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2016;**16**(10):9-19. DOI: 10.22038/IJOGI.2016.7110
- Hughes M. Sexuality and Cancer: The Final Frontier for Nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2009;**36**(5):241-6. PMID: 19726383 DOI: 10.1188/09.ONF.E241-E246
- Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sighaldehy S. Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. *Tehran Univ Med J*. 2015;**73**(3):210-20.
- Egerod I, Wulff K, Petersen M. Experiences and informational needs on sexual health in people with epilepsy or multiple sclerosis: a focus group investigation. *J Clin Nurs*. 2018;**27**(1):2869-76. PMID: 29633408 DOI: 10.1111/jocn.14378
- Ozgoli G, Sheikhan Z, Dolatian M, Valaee N. The survey of obstacle and essentiality health providers for sexual health evaluation in women referring to health centers related of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Pejouhandeh*. 2014;**19**(4):175-83.
- Ahmadnia E, Haseli A, Karamat A. Therapeutic interventions conducted on improving women's sexual satisfaction and function during reproductive ages in Iran: A systematic review. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2017;**27**(153):146-62.
- Rahimi A, Taghipour H, Ebadi A, Pourebrahimi M. Sexual function of male patients before and after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *IJRN*. 2018;**5**(2):41-6.
- Afshari P, Nik Bina M, Najjar S. Determination of factors related to sexual function in women; a case study. *J Health Res*. 2018;**3**(4):197-203. DOI: 10.29252/hriabaq.3.4.197
- Mazinani R, Akbari Mehr M, Kashanian M. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *RJMS*. 2013;**19**(105):61-8.
- Aradmehr M, Senbari M. Effect of Medicinal plant of roses on sexual dysfunction of female and male subjects: A systematic review of clinical trials. *JMS*. 2020;**7**(4):80-92.
- Hosseini Sarbazai M, Badami R, Taghian F. Effect of strength exercise on physical appearance, eating disorder and sexual function in slender females. *J Sport Psychol*. 2017;**1**(20):137-48. DOI:10.22089/SPSYJ.2017.3919.1398
- Ajeli LAhiji L, Zakeri H. Correlation between marriage and marital satisfaction with the components of sexual self-awareness of couples. *FPCEJ*. 2018;**3**(2):61-80.
- Ayaz S. Sexuality and nursing process: A literature review. *Sex Disabil*. 2013;**31**(1):3-12. DOI:10.1007/s1195-012-9280-6
- Quinn C, Happell B. Talking about sexuality with consumers of mental health services. *Perspect Psychiatr Care*. 2013;**49**(1):13-20. PMID: 23293993 DOI: 10.1111/j.1744-6163.2012.00334.x
- Demir S, Aslan E. Sexual counselling in women with primary infertility and sexual dysfunction: use of the BETTER Model. *J Sex Marital Ther*. 2019;**45**(1):21-30. PMID: 29757100 DOI: 10.1080/0092623X.2018.1474407
- 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;**21**(1):154-62. PMID: 22145637 DOI: 10.1111/j.1447-0349.2011.00783.x
- Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clin J of Oncol Nurs*. 2009;**13**(2):213-7. PMID: 19349268 DOI: 10.1188/09.CJON.213-217
- Althof S, Parish S. Clinical interviewing techniques and sexuality questionnaires for male and female cancer



- patients. *J Sex Med.* 2013;**10**(1):35-42 . [PMID: 23387910](#)  
[DOI: 10.1111/jsm.12035](#)
19. Teimourpour N. Sexual health and sexual dysfunction in women with cancer. *Rooyesh.* 2015;**4**(10):81-108.
  20. Kazemi Z, Mousavi M, Etemadifar M. The effect of counseling based on the PLISSIT model on sexual quality of life of married women with multiple sclerosis referring to MS center in 2019: a randomized, controlled trial. *Arch Women's Ment Health.* 2020;**24**(3):437-44. [PMID: 33175238](#) [DOI: 10.1007/s00737-020-01080-6](#)
  21. Kaplan M, Pacelli R. The sexuality discussion: tools for the oncology nurse. *Clin J Oncol Nurs.* 2011;**15**(1):15-7. [PMID: 21278036](#) [DOI: 10.1188/11.CJON.15-17](#)
  22. Oskay UY, Beji NK, Bal MD, Yilmaz SD. Evaluation of sexual function in patients with gynecologic cancer and evidence-based nursing interventions. *Sex Disabil.* 2011;**29**(1):33-41. [DOI: 10.1007/s1195-010-9188-y](#)
  23. Rabieepur S, Ebrahimi M, Sadeghi E. Relationship between sexual health and contraception methods in women. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2015;**25**(130):30-9.
  24. Karimi A, Dadgar S, Afiat M, Rahimi N. The effect of sexual health education on sexual satisfaction of couples. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2013;**15**(42):23-30. [DOI: 10.22038/IJOGI.2013.606](#)
  25. Boroumandfar KH, Farajzadegan Z, Hosseini H, Ghaed Rahmati M. Assessment of postpartum sexual function and its relationship with individual family factors. *AUMJ.* 2012;**1**(2):93-9. [DOI: 10.18869/acadpub.aums.1.2.93](#)
  26. Mirmohammad Aliei M, Ghelichkhani F, Pakghohar M, Mahmoodi Majd Abadi M. Effectiveness of a sex education program on sexual function in postmenopausal women with sexual dysfunction: a randomized trial. *Payesh.* 2016;**2**:181-92.
  27. Mahdizadegan I, Barekat E, Golparvar M. A Comparison between males/females and divorcing ones on sexual functioning in Isfahan. *J Knowl Res Appl Psycho.* 2015;**17**(1):16-24.
  28. Amanelahi A, Refahi N, Rajabi G. Predicting sexual dysfunction based on sexual self-esteem and intimacy with spouse among female college students with and without sexual dysfunction disorder. *IJPN.* 2017;**5**(5):18-25. [DOI: 10.21859/ijpn-05053](#)
  29. Khaleghinezhad K, Kariman N, Nahidi F, Ebadi A, Nasiri M. Prevalence of sexual dysfunction and some related factors among Iranian rural women. *Koomesh.* 2018;**20**(2):310-6.
  30. Shabani J, Abdi H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on sexual disorders and sexual satisfaction in women with spouses' extra-marital relationships. *J Res Behav Sci.* 2020;**18**(1):60-9. [DOI: 10.52547/rbs.18.1.6](#)
  31. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F. Effects of the severity of menopausal symptoms on sexual function in postmenopausal women. *JQUMS.* 2015;**19**(4):63-54.
  32. Kisaa S, Zeyneloğlu S, Yilmaz D, Günerç T. Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy. *J Sex Marital Ther.* 2014;**40**(4):309-22. [PMID: 24102194](#) [DOI: 10.1080/0092623X.2012.751071](#)
  33. Amini M, Guodarzi M, Shahgheibi S. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral couple therapy and eis model on sexual function, among pregnant women. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2021;**29**(3):233-44. [DOI: 10.30699/ajnmc.29.3.233](#)
  34. Naderyanfar F, Kadkhodaei F, Mansouri A, Rezaei Keykhahi KH, Nehbandani S. Evaluation of distance education using educational videos on the sexual function of women with Diabetes Type II. *J Diabetes Nurs.* 2019;**7**(2):740-51.
  35. Farhadi A, Salehin S, Aghayan S, Keramat A, Talebi S. The effectiveness of reality therapy based on choice theory on marital intimacy and sexual satisfaction of newly married women. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2020;**28**(2):83-92. [DOI: 10.30699/ajnmc.28.2.83](#)