

Original Article

Comparison of effectiveness of face to face and telephone-based counseling with EXPLISSIT approach on marital interaction and quality of life of women attending health centers of Tabriz city during Covid 19 epidemic: A Quasi-experimental study

Fatemeh Gheibi[✉], Sevil Hakimi[✉], Niloufar Sattarzadeh Jahdi^{*✉}

Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO**Article History:**

Received: 5 Feb 2023

Accepted: 17 Apr 2023

ePublished: 30 Dec 2023

Keywords:

- COVID-19 Pandemic
- Sexual Function
- Quality of Sexual Life
- Marital Satisfaction

Abstract

Background. Quarantine and social distancing due to COVID 19 has led to anxiety, anger, stress, and anger in people and has had a negative impact on physical and mental health and the quality of marital relationships. Due to the lack of sufficient studies and also the fact that no study was found in the literature review that compared this approach over the phone and face-to-face, this study was conducted with the aim of comparing the effect of telephone and face-to-face counseling with the explicit approach on women's marital interactions.

Methods. This quasi-experimental study was conducted in 2022 in the health centers of Tabriz city on women aged 18 to 40 with a sexual performance score of less than 28. The participants were assigned to two groups of face-to-face counseling and telephone counseling with a ratio of 1:1 using a computerized random number table with blocks of four and six. Counseling based on explicit approach was done in the face-to-face counseling group during three meetings of 60-90 minutes, and for the telephone counseling group, there were three individual telephone counseling sessions of 60-90 minutes. Pre-test questionnaires including sexual performance, quality of sexual life and marital satisfaction were completed before and eight weeks after the end of the intervention.

Results. The mean (standard deviation) score of the quality of sexual life after the intervention was significantly increased in both face-to-face and telephone counseling groups compared to before the intervention. Also the mean (standard deviation) of the total score of sexual performance and marital satisfaction after the intervention in the face-to-face counseling group was significantly higher than that of the telephone counseling group.

Conclusion. Using counseling based on ex-PLISSIT approach in both face-to-face and telephone counseling groups, are effective in sexual health. Therefore, during crises such as a pandemic, or other restrictions to hold face-to-face counseling sessions, telephone consultations are useful.

Practical Implications. Counseling based on ex-PLISSIT approach is effective for sexual health.

How to cite this article: Gheibi F, Hakimi S, Sattarzadeh Jahdi N. Comparison of effectiveness of face to face and telephone-based counseling with EXPLISSIT approach on marital interaction and quality of life of women attending health centers of Tabriz city during Covid 19 epidemic: A Quasi-experimental study. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2024;45(6):539-551. doi: 10.34172/mj.2024.006. Persian.

*Corresponding author; Email: sattarzadehn@gmail.com

© 2024 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Extended Abstract

Background

Quarantine and social distancing due to COVID 19 has led to anxiety, anger, stress, and anger in people and has had a negative impact on physical and mental health and the quality of marital relationships. Due to the lack of sufficient studies and also the fact that no study was found in the literature review that compared this approach over the phone and face-to-face, this study was conducted with the aim of comparing the effect of telephone and face-to-face counseling with the explicit approach on women's marital interactions.

Methods

This quasi-experimental study was conducted in the health centers of Tabriz city on women aged 18 to 40 with a sexual performance score of less than 28. The participants using a computerized random number table were assigned to two groups of face-to-face counseling and telephone counseling with equal sizes (allocation ratio=1:1) The allocation was performed using the block randomization method with 4 and 6 block sizes. Counseling based on explicit approach was done in the face-to-face counseling group during three meetings of 60-90 minutes. In this approach, emphasizing the role of permission in the stages, in each of the three levels of intervention, people were allowed to ask questions or express their concerns. For the telephone counseling group, there were three individual telephone counseling sessions of 60-90 minutes. The phone number of the researcher was provided to the people of both groups so that they could be contacted if they needed guidance or had questions and other problems during or after the study. Pre-test questionnaires including sexual performance, quality of sexual life and marital satisfaction were completed before and eight weeks after the end of the intervention. They were completed by the researcher through interviews or phone calls with the participants. After collecting information from all research units, the data results were analyzed using SPSS-Version 24 software. Normality of quantitative data was checked using Kolmogorov-Smirnov test. Chi-square test was used

to compare the socio-demographic characteristics between the two groups. In order to compare the mean score of the variables with normal distribution among the study groups, independent t-test, paired t-test and general linear model were used. All tests were performed based on intention-to-treat. The significance level was considered at 0.05.

Results

Sampling started from August 2022 and continued until January 2022. Among 305 married women aged 18 to 40 evaluated by the researcher, 80 met the inclusion criteria. All participants in both study groups participated until the end of the counseling sessions. After completing the interventions, a post-test was taken from 80 participants and the data was analyzed. According to the independent t-test, the mean (standard deviation) score of the quality of sexual life in the face-to-face counseling group was 59.9(14.4) and in the telephone counseling group was 61.6(14.9) before the intervention, and there was no statistically significant difference ($P=0.601$). According to the General Linear Model test, the mean (standard deviation) score of the quality of sexual life in the face-to-face counseling group was 3.100(5.9) and in the telephone counseling group was 2.98(9.4) after the intervention, and there was no statistically significant difference ($P=0.161$). The mean SD (standard deviation) score of the quality of sexual life after the intervention was significantly increased in both face-to-face 100.3(5.9) and telephone counseling 98.2(9.4) groups compared to before the intervention based on the paired t-test ($P<0.001$). The mean (SD) of the overall sexual performance score in the face-to-face counseling group was 21.01(4.85) and 21.33(6.11) before the intervention and based on the independent t-test, and there was no statistically significant difference ($P=0.793$). Also, based on the General Linear Model test, the mean (SD) of the total sexual performance score after the intervention in the face-to-face counseling group was 33.69(1.78) significantly more than the telephone counseling group 32.67(1.95), ($P=0.002$). In both face-to-face

and telephone counseling groups, based on the paired t-test, the mean (SD) of the overall score of sexual function increased significantly after the intervention ($P<0.001$). According to the independent t-test, the mean (SD) of the overall marital satisfaction score in the face-to-face counseling group was 136.40(24.02) significantly lower than the telephone counseling group 148.37(28.16) before the intervention ($P=0.044$). Based on the General linear model test, the mean (SD) of the overall score of marital satisfaction after the intervention was significantly higher in the face-to-face counseling group 219.02(9.07) than in the telephone counseling group 214.10(16.14), ($P=0.012$). The mean (SD) of the total score of marital satisfaction after the

intervention, in both face-to-face and telephone counseling groups, compared to before the intervention, based on the paired t-test, was significantly increased ($P<0.001$).

Conclusion

Using counseling based on ex-PLISSIT approach in both face-to-face and telephone counseling groups, are effective in sexual health. Therefore, during crises such as a pandemic, or other restrictions to hold face-to-face counseling sessions, telephone consultations are useful.

مقایسه تأثیر مشاوره تلفنی و حضوری با رویکرد اکسپلیسیت بر تعامل زناشویی و کیفیت زندگی زنان تحت پوشش مراکز سلامت شهر تبریز در دوران همه‌گیری کرونا: مطالعه شبه‌تجربی

فاطمه غیبی^۱، سوپیل حکیمی^۲، نیلوفر ستارزاده جهدی^{۳*}

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۶
پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸
انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۱/۰۹

کلید واژه‌ها:

- همه‌گیری کووید-۱۹
- عملکرد جنسی
- کیفیت زندگی جنسی
- رضایت زناشویی

چکیده

زنبه. قرنطینه و فاصله‌گذاری اجتماعی به دنبال همه‌گیری کووید-۱۹ منجر به اضطراب، استرس و عصبانی شدن در افراد شده و بر سلامتی جسمی و روانی و کیفیت روابط زناشویی نیز تأثیر منفی گذاشت. با توجه به عدم انجام مطالعات کافی در این زمینه و همچنین مطالعه‌ای که این رویکرد را به صورت تلفنی و حضوری مقایسه کرده باشد در مرور متون یافت نشد، بنابراین این مطالعه جهت مقایسه تأثیر مشاوره تلفنی و حضوری با رویکرد اکسپلیسیت بر تعامل زناشویی و کیفیت زندگی زنان انجام شد.

روش کار. این مطالعه شبه‌تجربی (مقاله اصیل) در سال ۱۴۰۰ در مجتمع‌های سلامت شهر تبریز روی زنان ۱۸ تا ۴۰ ساله با نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ انجام شد. مشارکت‌کنندگان با استفاده از جدول اعداد تصادفی کامپیوتری با بلوک‌بندی چهار و شش‌تایی به دو گروه مشاوره حضوری و مشاوره تلفنی با نسبت ۱:۱ اختصاص داده شدند. مشاوره با رویکرد اکسپلیسیت در گروه مشاوره حضوری طی سه جلسه ملاقات ۹۰-۶۰ دقیقه و برای گروه مشاوره تلفنی سه نوبت مشاوره تلفنی انفرادی ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای انجام شد. پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون شامل عملکرد جنسی، کیفیت زندگی جنسی و رضایت زناشویی قبل و هشت هفته بعد از اتمام مداخله تکمیل شد.

یافته‌ها. میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی جنسی بعد از مداخله، در هر دو گروه مشاوره حضوری و تلفنی نسبت به قبل از مداخله به‌طور معناداری افزایش یافته بود. همچنین میانگین (انحراف معیار) نمره کل عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بعد از مداخله در گروه مشاوره حضوری به‌طور معناداری بیشتر از گروه مشاوره تلفنی بود.

نتیجه‌گیری. بهره‌گیری از مشاوره با رویکرد اکسپلیسیت در هر دو روش حضوری و تلفنی موجب بهبود عملکرد جنسی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی جنسی می‌شود.

پیامدهای عملی. هر دو مدل مشاوره حضوری و تلفنی با رویکرد اکسپلیسیت در سلامت جنسی مؤثر است. بنابراین، در زمان بحران‌هایی مانند همه‌گیری و یا محدودیت‌های دیگر برای تشکیل جلسات مشاوره حضوری، از مشاوره‌های تلفنی می‌توان بهره برد.

مقدمه

میزان شیوع اختلالات ارگاسم ۹/۲، دیسپارونی ۹/۰ و خشکی واژن ۷/۰ درصد است.^۱ همچنین نشان داده شده است که در دوران همه‌گیری کووید، ۸۰ درصد زنان باردار دچار اختلالات جنسی شده بودند و عوامل مختلفی مانند شغل و سن همسر و محل سکونت زوج همراه با والدین می‌توانند بر این اختلالات تأثیرگذار باشند.^۲ سلامت جنسی حالتی از رفاه جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی در رابطه با تمایل‌های جنسی بوده که نیازمند احترام به حقوق جنسی هر فرد و امکان داشتن فعالیت جنسی لذت‌بخش است.^۳ اختلال عملکرد جنسی می‌تواند ناشی از استرس و اختلال در هر کدام از

بیماری کرونا ناشی از ویروس سارس کووید-۱۹ (SARS-CoV-2) اولین بار در ووهان چین در پایان سال ۲۰۱۹ گزارش و توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک بیماری همه‌گیر اعلام شد.^۱ در اکثر کشورها فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه‌سازی موجب محدودیت آزادی افراد و بروز علائم روانی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، و اختلال سازگاری شده است.^{۲-۵} عملکرد جنسی زنان و مردان نیز تحت تأثیر مشکلات روانی مرتبط با دوران همه‌گیری قرار گرفته است.^۶ شایع‌ترین مشکلات در زنان اختلال میل جنسی با ۴۵/۳ و اختلال برانگیختگی با ۳۸/۸۵ درصد است. همچنین

* نویسنده مسؤول: ایمیل: sattarzadehn@gmail.com

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز ۴.۰ (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) CC BY 4.0 منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

روش کار

این مطالعه اصیل با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1400.196 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأیید شد. مطالعه حاضر یک مطالعه شبه تجربی یک سوکور (آنالیزکننده آماری) است که روی ۸۰ زن متأهل ۱۸ تا ۴۰ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز از مرداد تا دی ماه سال ۱۴۰۰ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان سالم ازدواج کرده ۱۸ تا ۴۰ ساله، غیرحامله، داشتن پرونده در مجتمع های سلامت شهر تبریز، نمره عملکرد جنسی زیر ۲۸، سواد حداقل راهنمایی، تک همسری، تمایل به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن بیماری های جسمی و روانی شناخته شده بنابر اظهار خود فرد (ناشنوایی، ناتوانی ذهنی، دیابت، بیماری قلبی)، مصرف داروهای تأثیرگذار بر عملکرد جنسی (ضدافسردگی ها، دیازپین ها، باربیتورات ها، آمفتامین ها، داروهای ضد فشارخون)، اعتیاد به مواد مخدر و الکل در زوج ها، شرکت در سایر مطالعات مشابه و وقوع واقعه ناگوار در طی ۳ ماه قبل از مطالعه (فوت یا بیماری حاد در بستگان نزدیک) بود. حجم نمونه با استفاده از مطالعه ملکوئی و همکاران و با متغیر عملکرد جنسی محاسبه و بر اساس نمره FSFI، $M1=19/7$ با فرض ۱۵ درصد افزایش در میانگین نمره FSFI در گروه مداخله، $M2=22/6$ ، $SD1=SD2=0/8$ ، $\alpha=0/05$ و $Power=80\%$ ، حجم مطالعه ۳۶ نفر در هر گروه و با در نظر گرفتن ریزش ۱۰ درصد، ۴۰ نفر در هر گروه و ۸۰ نفر در کل تعیین شد.^{۱۹} نمونه گیری به روش آسان یا در دسترس انجام شد و پژوهشگر به مراکز بهداشتی مراجعه کرده و لیست زنان ۱۸-۴۰ سال متأهل در مرکز را تهیه و طی تماس تلفنی آنها را به شرکت در پژوهش دعوت کرد. در صورت تمایل خانم جهت شرکت در پژوهش در تماس تلفنی اول از نظر معیارهای ورود و خروج ارزیابی شده و در صورت داشتن معیارها برای شرکت در جلسه توجیهی دعوت شدند. در جلسه حضوری اهداف و روش مطالعه و مراحل اجرای تحقیق برای شرکت کنندگان توضیح داده شده و رضایت آگاهانه و کتبی گرفته شد. به شرکت کنندگان در خصوص نحوه انجام مشاوره انفرادی، حفظ حریم خصوصی و رازداری اطمینان خاطر داده شد. پرسش نامه های پیش آزمون شامل پرسش نامه مشخصات دموگرافیک، عملکرد جنسی و رضایت جنسی در پایان جلسه توجیهی تکمیل شد. با تحلیل پرسش نامه، زنان با نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ شناسایی و وارد مطالعه شدند. این افراد با استفاده از جدول اعداد تصادفی کامپیوتری با بلوک های چهار و شش تایی به طور تصادفی به دو گروه (گروه مشاوره جنسی به صورت حضوری و گروه مشاوره جنسی به صورت تلفنی) با نسبت

زمینه های رفاه جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی باشد که در دوران همه گیری تحت تأثیر قرار گرفته و موجب گزارش نمرات پایین عملکرد جنسی زنان (FSFI) شده است.^{۱۱،۱۰} شواهد علمی نشان می دهد که استرس بر عملکرد جنسی تأثیر منفی دارد^{۱۲} و از نظر روان شناختی از طریق تغییرات شناختی و عاطفی موجب عدم تمرکز بر محرک جنسی و سطوح پایین تری از برانگیختگی جنسی در زنان می شود.^{۱۳} از سوی دیگر اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی در دوران همه گیری شیوع بالایی داشت،^{۱۴} و موجب کاهش میل و برانگیختگی جنسی شد^{۱۵} و رضایت از زندگی جنسی فرد را کاهش داده و اختلال عملکرد جنسی را افزایش داد،^{۱۶} بنابراین در همه گیری کووید-۱۹، تعداد فعالیت جنسی افراد کاهش یافته و موجب کاهش کیفیت زندگی جنسی آنها شده است.^{۱۷، ۱۸} یکی از ساده ترین رویکردهای توصیه شده برای مشاوره جنسی، مدل پلیسیت (PLISSIT) است. مدل پلیسیت شامل چهار جز: مجوز دادن، اطلاعات محدود، پیشنهاد خاص و درمان اختصاصی است.^{۱۹} با توجه به محدودیت های رویکرد مشاوره پلیسیت، از یک مدل توسعه یافته (اکس-پلیسیت، ex-PLISSIT) که مجوز دادن ویژگی اصلی تمام مراحل است- استفاده می شود.^{۱۸} مطالعات انجام شده نشان داده اند که استفاده از این مدل موجب بهبود عملکرد جنسی و کاهش مشکلات جنسی زنان می شود.^{۲۰، ۱۹} این نوع مشاوره را می توان به روش های مختلفی مانند حضوری، تلفنی، ویدئویی یا برخط انجام داد. مشاوره حضوری روشی رایج برای آموزش و مشاوره افراد در نظام سلامت است.^{۲۱} با این حال، نسبت به روش های دیگر هزینه و زمان بیشتری دارد.^{۲۲} مشاوره تلفنی از موانع اجتماعی برای مراقبت مانند انگ (stigma) جلوگیری کرده و باعث صرفه جویی در هزینه ها می شود.^{۲۳} از سوی دیگر شیوع بیماری همه گیر کووید-۱۹ موجب بروز احساس نیاز مبرم برای ارائه خدمات بهداشتی تلفنی شده است.^{۲۴} مطالعات مختلفی با رویکرد مشاوره اکس-پلیسیت برای بررسی اختلالات جنسی انجام شده است. با این حال اکثر مطالعات روی افراد دارای شرایط خاص مانند بعد از جراحی هیستریکتومی، مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک و مولتیپل اسکلروزیس انجام شده اند.^{۲۵، ۲۶} همچنین مطالعه ای که این رویکرد را به صورت تلفنی و حضوری مقایسه کرده باشد در مرور متون یافت نشد. با توجه به بروز همه گیری و تأثیر منفی آن بر سلامت جنسی زنان و عدم انجام مطالعات کافی و همچنین هزینه کمتر و دسترسی بیشتر مشاوره های تلفنی برای زنان (در صورت مؤثر بودن) بنابراین این مطالعه جهت مقایسه تأثیر مشاوره تلفنی و حضوری با رویکرد اکس-پلیسیت بر تعامل زناشویی و کیفیت زندگی زنان انجام شد.

ابزار حاوی ۱۹ سؤال پنج گزینه‌ای است که گزینه‌ها به صورت لیکرت بوده و هر سؤال پنج امتیاز دارد. طیف پاسخ زیر شاخه‌ها از ۱ تا ۵ بوده که با هم جمع شده و در فاکتور آن حوزه ضرب می‌شود و پس از محاسبه ضریب هر یک از حیطه‌ها (میل جنسی ۰/۶، تحریک جنسی و لیزش‌دگی ۰/۳ و ارگاسم، رضایت و درد ۰/۴) امتیاز کلی از مجموع شش حیطه محاسبه می‌شود. نمره نهایی عملکرد جنسی هر زن عددی بین ۲ تا ۳۶ خواهد بود و با افزایش نمره، عملکرد جنسی بهتر می‌شود. امتیاز کمتر از ۲۸ اختلال عملکرد جنسی محسوب می‌شود. اعتبار و قابل اطمینان بودن این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۸ در تهران توسط حیدری و همکاران بررسی و قابل اطمینان بودن از شاخص کل و همچنین خرده مقیاس‌های آن با آلفا کرونباخ بیشتر از ۰/۷ تأیید شده است. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه عملکرد جنسی، ۰/۹۱ محاسبه شد.^{۲۷}

پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ (EMSS: Enrich Marital Satisfaction Index):

در این مطالعه برای سنجش رضایت زناشویی از فرم ۴۷ سؤالی پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ استفاده شد. پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ - که فرم ۴۷ سؤالی آن توسط اولسون (۱۹۹۸) تهیه شد - ۱۲ مقیاس شامل پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری عقیدتی دارد. این ابزار به صورت پنج گزینه‌ای براساس طیف لیکرت (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) در نظر گرفته شد. به هرکدام از ۱ تا ۵ امتیاز داده می‌شود. این پرسش‌نامه قبل و هشت هفته بعد از اتمام مداخله توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط جعفرزاده و همکاران با احتساب ضریب آلفاکرونباخ ۰/۹۵، به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ محاسبه شد.^{۲۸}

پرسش‌نامه کیفیت زندگی جنسی (SQOL-F: Sexual Quality of Life-Female):

در این مطالعه برای ارزیابی کیفیت زندگی جنسی از این پرسش‌نامه استفاده شد و شامل چهار حیطه احساسات روانی-جنسی، رضایت جنسی و ارتباطی، خود کم‌بینی و احساس بی‌ارزشی و بیان جنسی بوده و ۱۸ سؤال دارد که ارتباط بین اختلال عملکرد جنسی زنان با کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. هر

۱:۱ تقسیم شدند. مشاوره با رویکرد اکس-پلیسیت توسط پژوهشگر (نویسنده اول) در گروه مشاوره حضوری طی سه جلسه ملاقات ۶۰-۹۰ دقیقه و به صورت انفرادی با حفظ حریم خصوصی و برای گروه مشاوره تلفنی سه نوبت مشاوره تلفنی انفرادی ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. محتوای انجام مشاوره برای افراد هر دو گروه یکسان بود. مشاوره در سه سطح اول این مدل انجام شد. در سطح اول در آغاز محقق با مددجو در مورد مشکلات وی با ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد و به دور از داوری صحبت کرد. سپس به مددجو اجازه داده می‌شود در مورد عملکرد جنسی خود که گاهی می‌تواند مخالف اعتقادات، باورها و نگرش درمانگر باشد صحبت کند (Permission). در سطح دوم محقق اطلاعات محدودی که به صورت مستقیم به موارد جنسی و نگرانی‌های مددجو مربوط بود در اختیار وی قرار داد (Limited Information). در سطح سوم پیشنهاد ویژه و مرتبط با مشکل و راه‌کار مناسب توسط درمانگر دوره دیده داده شد (Specific suggestion). در سطح چهارم اختلال جنسی تشخیص و به متخصص مربوط جهت درمان ویژه مشکل ارجاع داده شد (Intensive therapy). سطح چهارم این مدل در مطالعه حاضر استفاده نشد. در این رویکرد با تأکید بر نقش اجازه‌دادن (Permission)، در هر یک از سه سطح مداخله، به افراد فرصت داده شد که سوالات خود را بپرسند یا نگرانی‌های خود را بیان کنند. شماره تلفن پژوهشگر در اختیار افراد هر دو گروه قرار داده شد تا در صورت نیاز به راهنمایی یا سوالات و مشکلات دیگر در طول مطالعه یا بعد از مطالعه، تماس گرفته شود. در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه دموگرافیک، پرسش‌نامه استاندارد عملکرد جنسی زنان (FSFI)، پرسش‌نامه رضایت زناشویی (EMSS) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی جنسی زنان (SQOL-F) استفاده شد. این پرسش‌نامه‌ها قبل و هشت هفته بعد از اتمام مداخله از طریق مصاحبه و یا تماس تلفنی با شرکت‌کنندگان توسط پژوهشگر تکمیل شد. پرسش‌نامه دموگرافیک شامل اطلاعات فردی و دموگرافیک افراد (سن، سطح تحصیلات، تأهل، کفایت درآمد ماهیانه خانواده برای هزینه‌های زندگی و ...) بود. در این پژوهش برای تعیین روایی پرسش‌نامه فردی-اجتماعی از روایی صوری و محتوایی استفاده شد.

پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index):

در این مطالعه عملکرد جنسی بر اساس پرسش‌نامه استاندارد شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) طی چهار هفته گذشته بررسی می‌شود و ۶ جز اصلی شامل تمایل جنسی، تهییج جنسی، لیزش‌دگی واژن، ارگاسم، رضایت جنسی و درد حین مقاربت دارد. این

آماري تفاوت معناداري نداشت ($P=0/372$). اكثر شركت‌كنندگان در گروه مشاوره حضوري ۸۷/۵ درصد و گروه مشاوره تلفني ۹۲/۵ درصد گروه مشاوره تلفني داراي مسكن مستقل بودند. نتايج آزمون كاي دو نشان داد كه وضعيت مسكن افراد شركت‌كننده در گروه‌هاي مشاوره حضوري و مشاوره تلفني از نظر آماري تفاوت معناداري نداشت ($P=0/356$). نيمي از شركت‌كنندگان در گروه مشاوره تلفني ۵۰ درصد تحصيلات ديپلم و حدود نيمي از شركت‌كنندگان در گروه مشاوره حضوري ۵۲/۵ درصد تحصيلات دانشگاهي داشتند. نتايج آزمون كاي اسكوئر نشان داد كه سطح تحصيلات افراد شركت‌كننده در گروه‌هاي مشاوره حضوري و مشاوره تلفني از نظر آماري تفاوت معناداري نداشت ($P=0/005$). بيش از نيمي از شركت‌كنندگان در هر دو گروه مشاوره حضوري ۶۰ درصد و مشاوره تلفني ۷۲/۵ درصد خانه‌دار بودند. نتايج آزمون كاي اسكوئر نشان داد كه وضعيت اشتغال افراد شركت‌كننده در گروه‌هاي مشاوره حضوري و مشاوره تلفني از نظر آماري تفاوت معناداري نداشت ($P=0/315$). بيش از نيمي از شركت‌كنندگان در گروه مشاوره حضوري ۵۷/۵ درصد و مشاوره تلفني ۶۲/۵ درصد اظهار كردند سطح درآمد خانواده براي هزينه‌هاي زندگي تا حدودي كفايت مي‌كند. نتايج آزمون كاي اسكوئر نشان داد كه كفايت درآمد خانواده براي هزينه‌هاي زندگي افراد شركت‌كننده در گروه‌هاي مشاوره حضوري و مشاوره تلفني از نظر آماري تفاوت معناداري نداشت ($P=0/582$). جدول ۱ نمره كلي متغيرها در گروه‌هاي مطالعه قبل و بعد از مداخله در جدول ۲ آورده شده است. بر اساس آزمون تي مستقل، ميانه (انحراف معيار) نمره كيفيت زندگي جنسي در گروه مشاوره حضوري ۱۴/۹۰۹ (۱۴/۴) و گروه مشاوره تلفني ۱۴/۹۱۱ (۱۴/۹) قبل از مداخله، تفاوت آماري معناداري نداشت ($P=0/601$). بر اساس آزمون مدل خطي كلي (General linear model)، ميانه (انحراف معيار) نمره كيفيت زندگي جنسي در گروه مشاوره حضوري ۱۰۰/۳ (۵/۹) و گروه مشاوره تلفني ۹۸/۲ (۹/۴) بعد از مداخله، تفاوت آماري معناداري نداشت ($P=0/161$). ميانه (انحراف معيار) نمره كيفيت زندگي جنسي بعد از مداخله در هر دو گروه مشاوره حضوري و تلفني نسبت به قبل از مداخله بر اساس آزمون تي زوجي، به‌طور معناداري افزايش يافته بود ($P=0/001$). ميانه (انحراف معيار) نمره كلي عملکرد جنسي در گروه مشاوره حضوري ۲۱/۰۱ (۴/۸۵) و تلفني ۲۱/۳۳ (۶/۱۱) قبل از مداخله بود و بر اساس آزمون تي مستقل تفاوت آماري معناداري نداشت ($P=0/793$). همچنين بر اساس آزمون مدل خطي كلي (General linear model)، ميانه (انحراف معيار) نمره كل عملکرد جنسي بعد از مداخله در گروه مشاوره حضوري

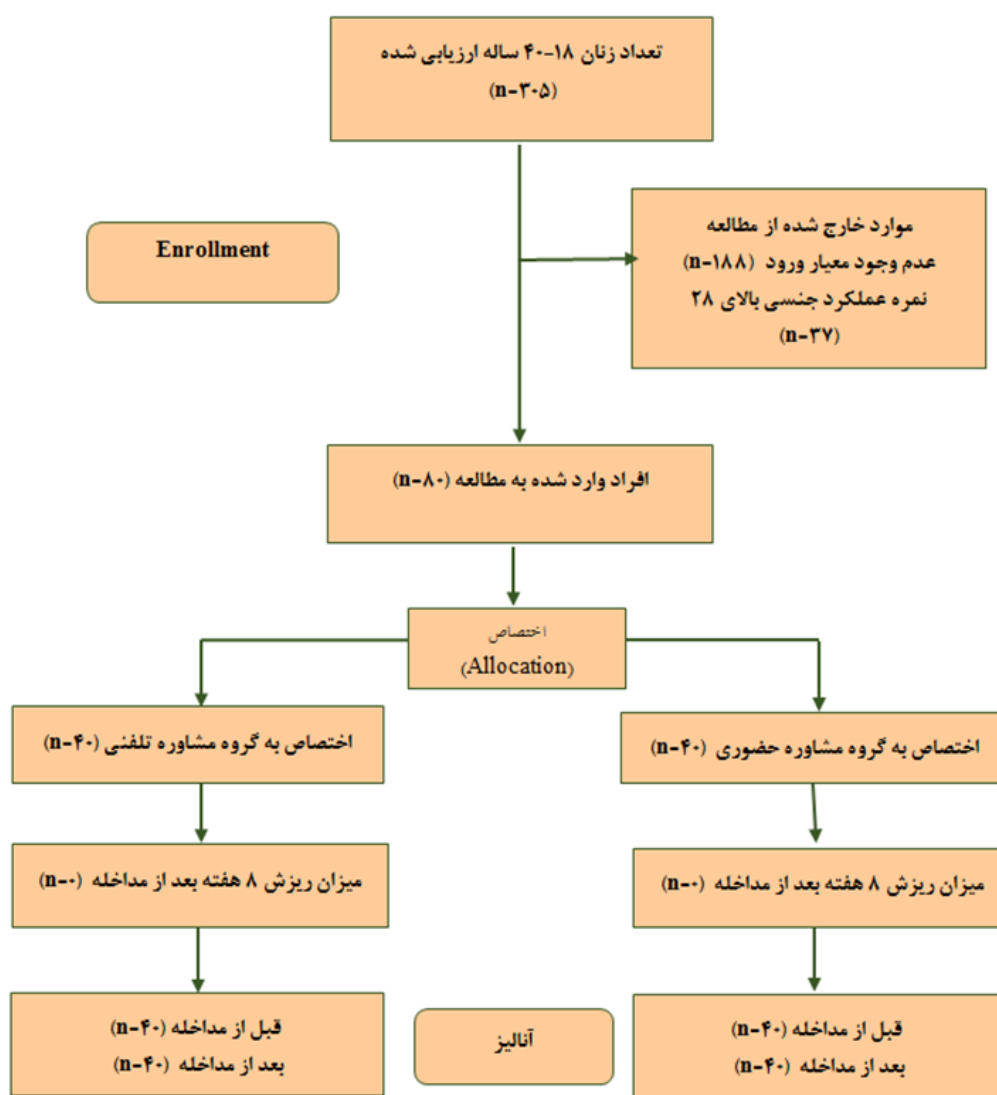
سؤال بر اساس طيف ليكرت از ۱ تا ۶ (كاملاً موافقم تا كاملاً مخالفم) نمره‌گذاري مي‌شود. نمره كلي بين ۱۸-۱۰۸ بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده كيفيت زندگي جنسي بالاتر است. اين ابزار توسط معصومي و همكاران بومي‌سازي شده است كه در آن ضريب آلفا كرونباخ ۰/۷۳ و ضريب همبستگي درون رده‌اي با فاصله دو هفته، ۰/۸۸ گزارش شد.^۹ پس از جمع‌آوري اطلاعات از تمام واحدهاي مورد پژوهش، نتايج داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزيه و تحليل شد. طبيعي بودن توزيع داده‌هاي كمي با آزمون كولموگروف اسميرنوف بررسي شد. مشخصات فردي-اجتماعي در بين دو گروه با آزمون كاي اسكوئر مقايسه شد. ميانه نمره متغيرها با توزيع طبيعي در بين گروه‌هاي مطالعه با آزمون تي مستقل و تي زوجي و مدل خطي كلي (General linear model) مقايسه شد. تمام آزمون‌ها براساس تمايل به درمان (Intention-To-Treat) انجام شد. $P<0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

يافته‌ها

نمونه‌گيري از مرداد سال ۱۴۰۰ شروع و تا دي سال ۱۴۰۰ ادامه يافت. از بين ۳۰۵ زن متأهل ۱۸ تا ۴۰ ساله ارزيابي شده توسط پژوهشگر، ۸۰ نفر واجد معيار ورود به مطالعه بودند. تمام افراد شركت‌كننده در هر دو گروه مطالعه تا اتمام جلسات مشاوره شركت كردند. پس از اتمام مداخلات، از ۸۰ شركت‌كننده پس‌آزمون گرفته شد و داده‌ها آناليز شدند شكل ۱. ميانه (انحراف معيار) سن افراد شركت‌كننده در گروه مشاوره حضوري ۳۳/۷۷ (۴/۹۳) و در گروه مشاوره تلفني ۳۳/۴۷ (۴/۴۹) بود. نتايج آزمون تي مستقل نشان داد كه تفاوت سن افراد شركت‌كننده در گروه‌هاي مشاوره حضوري و مشاوره تلفني از نظر آماري معنادار نبود ($P=0/459$). تعداد (درصد) افراد با طول مدت ازدواج كم‌تر از ۱۰ سال در گروه مشاوره حضوري ۱۸ (۴۵) و در گروه مشاوره تلفني ۵۰ (۵۰) نفر بود. تعداد (درصد) افراد با طول مدت ازدواج ۱۰ تا ۲۰ سال در گروه مشاوره حضوري ۱۸ (۴۵) و در گروه مشاوره تلفني ۱۷ (۴۲) نفر بود. تعداد (درصد) افراد با طول مدت ازدواج بيشتر از ۲۰ سال در گروه مشاوره حضوري ۴ (۱۰) و در گروه مشاوره تلفني ۳ (۷) نفر بود. نتايج آزمون كاي اسكوئر نشان داد كه تفاوت طول مدت ازدواج در گروه‌هاي مشاوره حضوري و مشاوره تلفني از نظر آماري معنادار نبود ($P=0/871$). اكثر افراد شركت‌كننده در مطالعه ۷۰/۵ درصد از شركت‌كنندگان در گروه مشاوره حضوري و ۷۰ درصد از شركت‌كنندگان در گروه مشاوره تلفني - يك يا دو فرزند داشتند. نتايج آزمون كاي اسكوئر نشان داد كه تعداد فرزند افراد شركت‌كننده در گروه‌هاي مشاوره حضوري و مشاوره تلفني از نظر

۳۷/۱۴۸ (۲۸/۱۶) قبل از مداخله بود ($P=0/044$). بر اساس آزمون مدل خطی کلی (General linear model)، میانگین (انحراف معیار) نمره کلی رضایت زناشویی بعد از مداخله به طور معناداری در گروه مشاوره حضوری $219/02$ ($9/07$) بیشتر از گروه مشاوره تلفنی $214/10$ ($16/14$) بود ($P=0/012$). میانگین (انحراف معیار) نمره کل رضایت زناشویی بعد از مداخله، در هر دو گروه مشاوره حضوری و تلفنی نسبت به قبل از مداخله، بر اساس آزمون تی زوجی به طور معناداری افزایش یافته بود ($P<0/001$).

به طور معناداری بیشتر از گروه مشاوره تلفنی $33/69$ ($1/78$) بود ($P=0/002$). در هر دو گروه مشاوره حضوری و تلفنی، بر اساس آزمون تی زوجی، میانگین (انحراف معیار) نمره کلی عملکرد جنسی بعد از مداخله به طور معناداری افزایش یافته بود ($P<0/001$). نمرات تمام زیر مجموعه‌های متغیر عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه و مقایسه آن‌ها در جدول ۳ آورده شده است. بر اساس آزمون تی مستقل، میانگین (انحراف معیار) نمره کلی رضایت زناشویی در گروه مشاوره حضوری $136/40$ ($24/02$)، به طور معناداری کمتر از گروه مشاوره تلفنی



شکل ۱. نمودار مطالعه

جدول ۱. مشخصات فردی-اجتماعی به تفکیک گروه‌ها

P*	گروه مشاوره تلفنی		گروه مشاوره حضوری		متغیر
	n=۴۰ تعداد (%)	n=۴۰ تعداد (%)	n=۴۰ تعداد (%)	n=۴۰ تعداد (%)	
۰/۴۵۹	۳۳/۴۷	۳۳/۷۷	سن #		
۰/۸۷۱	۲۰ (۵۰)	۱۸ (۴۵)	طول مدت ازدواج (سال)		
	۱۷ (۴۲/۵)	۱۸ (۴۵)	کمتر از ۱۰		
	۳ (۷/۵)	۴ (۱۰)	۲۰-۱۰		
۰/۳۷۲	۵ (۱۲/۵)	۹ (۲۲/۵)	بیشتر از ۲۰		
	۲۸ (۷۰)	۲۷ (۶۷/۵)	تعداد فرزندان		
	۷ (۱۷/۵)	۴ (۱۰)	صفر		
۰/۳۵۶	۳۷ (۹۲/۵)	۳۵ (۸۷/۵)	یک و دو		
	۳ (۷/۵)	۵ (۱۲/۵)	سه و چهار		
	۰ (۰)	۰ (۰)	وضعیت مسکن		
۰/۰۰۵	۱۳ (۳۲/۵)	۸ (۲۰)	دارای مسکن مستقل		
	۲۰ (۵۰)	۱۱ (۲۷/۵)	زندگی با خانواده همسر		
	۷ (۱۷/۵)	۲۱ (۵۲/۵)	زندگی با خانواده زن		
۰/۳۱۵	۸ (۲۰)	۱۴ (۳۵)	سطح تحصیلات		
	۳ (۷/۵)	۲ (۵)	راهنمایی		
	۲۹ (۷۲/۵)	۲۴ (۶۰)	دیپلم		
۰/۵۸۲	۱۴ (۳۵)	۱۴ (۳۵)	دانشگاهی		
	۲۵ (۶۲/۵)	۲۳ (۵۷/۵)	وضعیت اشتغال		
	۱ (۲/۵)	۳ (۷/۵)	شاغل در خارج از خانه		
			شاغل در خانه		
			خانه دار		
			کفایت درآمد خانواده برای هزینه‌های زندگی		
			کاملاً کفایت می‌کند		
			تا حدودی کفایت می‌کند		
			اصلاً کفایت نمی‌کند		

* آزمون کای اسکوتر^۲ آزمون تی مستقل # میانگین (انحراف معیار)

جدول ۲. مقایسه نمره کلی متغیرها در گروه‌های مطالعه قبل و بعد از مداخله

P	اختلاف میانگین تعدیل شده (AMD)	گروه مشاوره تلفنی		گروه مشاوره حضوری		متغیر
		n = ۴۰ میانگین (انحراف معیار)	n = ۴۰ میانگین (انحراف معیار)	n = ۴۰ میانگین (انحراف معیار)	n = ۴۰ میانگین (انحراف معیار)	
۰/۶۰۱ [‡]	-	۶۱/۶ (۱۴/۹)	۵۹/۹ (۱۴/۴)	قبل از مداخله	کیفیت زندگی جنسی	
۰/۱۶۱*	۲/۱۵	۹۸/۲ (۹/۴)	۱۰۰/۳ (۵/۹)	بعد از مداخله		
		<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		P [‡]	
۰/۷۹۳ [‡]		۲۱/۳۳ (۶/۱۱)	۲۱/۵۱ (۴/۸۵)	قبل از مداخله	عملکرد جنسی	
۰/۰۰۳*	۱/۱۶۳	۳۲/۶۷ (۱/۹۵)	۳۳/۶۹ (۱/۷۸)	بعد از مداخله		
		<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		P [‡]	
۰/۰۴۴ [‡]		۱۴۸/۳۷ (۲۸/۱۶)	۱۳۶/۴۰ (۲۴/۰۲)	قبل از مداخله	رضایت زناشویی	
۰/۰۱۳*	۶/۵۷۵	۲۱۴/۱۰ (۱۶/۱۴)	۲۱۹/۰۲ (۹/۰۷)	بعد از مداخله		
		<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		P [‡]	

‡ آزمون تی مستقل مدل خطی کلی * آزمون تی زوجی^۱

جدول ۳. مقایسه نمره کلی عملکرد جنسی و ابعاد آن در گروه‌های مطالعه بعد از مداخله

متغیر	گروه مشاوره حضوری میانگین		گروه مشاوره تلفنی میانگین	
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)
نمره کلی	۳۳/۶۹ (۱/۷۸)	۳۲/۶۷ (۱/۹۵)	۱/۱۶۳	۰/۴۲ تا ۱/۹۰
میل جنسی	۵/۱۸ (۰/۸۵)	۵/۲۸ (۰/۸۲)	۰/۱۰	۰/۳۱ تا ۰/۳۳
برانگیختگی جنسی	۵/۶۱ (۰/۴۹)	۵/۴۸ (۰/۵۰)	۰/۱۳۲	۰/۰۴ تا ۰/۳۱
لیز شدگی	۵/۸۳ (۰/۲۶)	۵/۷۳ (۰/۳۲)	۰/۰۸۱	۰/۱۹ تا ۰/۰۳
ارگاسم	۵/۵۲ (۰/۴۸)	۵/۳۴ (۰/۵۸)	۰/۱۵۰	۰/۰۴ تا ۰/۳۴
رضایت جنسی	۵/۷۰ (۰/۴۱)	۵/۳۰ (۰/۶۴)	۰/۳۴۷	۰/۱۳ تا ۰/۵۶
درد جنسی	۵/۸۵ (۰/۲۶)	۵/۵۳ (۰/۶۰)	۰/۲۸۵	۰/۰۸ تا ۰/۴۸

AMD: adjusted mean difference- CI95%: confidence interval 95% - *: General linear model

مقادیر قبل از مداخله به عنوان مخدوش‌گر در نظر گرفته شده است. دامنه تغییرات برای زیر مقیاس تمایل، ۱/۲-۶، زیر مقیاس رضایت ۰/۸-۶، بقیه زیر مقیاس‌ها ۰-۶ و برای کل عملکرد ۲-۳۶، نمرات بالاتر نشان‌دهنده عملکرد جنسی بهتر است. نقطه برش برای کل مقیاس ۲۸، تمایل ۳/۳، رطوبت ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایت مندی ۳/۸ و درد جنسی ۳/۸ است. (نمرات کمتر از ۲۸ اختلال عملکرد جنسی در نظر گرفته شد).

بحث

مشاوره جنسی با هر رویکردی در طول مراقبت‌های معمول دوران بارداری موجب بهبود عملکرد جنسی زوج می‌شود ($P < 0/001$)^{۲۰}. نتایج مطالعات فوق با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در مطالعه حاضر میانگین نمره عملکرد رضایت زناشویی در هر دو گروه مشاوره حضوری و تلفنی مبتنی بر اکس-پلیسیت بعد از مداخله به‌طور معناداری افزایش یافته بود ($P < 0/001$) اما میانگین نمره رضایت زناشویی زنان بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($P = 0/012$). در مطالعه کارآزمایی بالینی ملکوتی و همکاران در سال ۲۰۱۹ برای بررسی تأثیر مشاوره بر اساس مدل اکس-پلیسیت بر عملکرد جنسی و رضایت زناشویی زنان پس از زایمان، نتایج نشان داد میانگین نمره عملکرد جنسی و رضایت زناشویی در افراد گروه مداخله به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/001$)^{۱۹}. نتیجه این مطالعه با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در مطالعه حاضر میانگین نمره عملکرد کیفیت زندگی جنسی در هر دو گروه مشاوره حضوری و تلفنی مبتنی بر اکس-پلیسیت بعد از مداخله به‌طور معناداری افزایش یافته بود ($P < 0/001$) اما میانگین نمره کیفیت زندگی جنسی در هر دو گروه مشاوره حضوری و تلفنی مبتنی بر اکس-پلیسیت بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($P = 0/161$). محمدی و همکاران در سال ۲۰۲۲ در مطالعه کارآزمایی بالینی، تأثیر مشاوره بر اساس مدل اکس-پلیسیت بر کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی در زنان نجات یافته از سرطان‌های زنان را بررسی کردند. طبق نتایج این مطالعه میانگین نمرات کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی زنان در گروه مداخله به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/05$)^{۳۱}. همچنین در مطالعه محمودی و همکاران

هدف از انجام این مطالعه مقایسه تأثیر مشاوره مبتنی بر روش اکس-پلیسیت (ex-PLISSIT) در دو مدل تلفنی و حضوری بر تعامل زناشویی و کیفیت زندگی زنان در زمان همه‌گیری کووید-۱۹ بود که نتایج این مطالعه نشان داد که مشاوره مبتنی بر روش اکس-پلیسیت در هر دو مدل تلفنی و حضوری موجب بهبود نمره عملکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی و رضایت زناشویی شد و هیچ‌کدام از این دو مدل نسبت به دیگری برتری نداشت. با این حال تأثیر مشاوره در مدل تلفنی نشان داد که در زمان بحران‌هایی مانند همه‌گیری حاضر و یا محدودیت‌های دیگر برای تشکیل جلسات مشاوره حضوری، می‌توان از مشاوره‌های تلفنی - که به راحتی در دسترس هستند و هزینه کمتری دارند - استفاده کرد. در مطالعه حاضر میانگین نمره عملکرد جنسی زنان در هر دو گروه مشاوره حضوری و تلفنی مبتنی بر اکس-پلیسیت بعد از مداخله به‌طور معناداری افزایش یافته بود ($P < 0/001$) اما میانگین نمره عملکرد جنسی زنان بعد از مداخله، بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($P = 0/002$). همچنین در مطالعه فتاح و همکاران در سال ۲۰۲۲ با هدف مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر مدل اکس-پلیسیت و گتر (GATHER) بر عملکرد جنسی زنان شیرده مبتلا به دیابت بارداری، نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره عملکرد جنسی افراد گروه مداخله مبتنی بر مدل اکس-پلیسیت به‌طور معناداری بهتر از گروه دیگر بود ($P < 0/05$)^{۳۰}. در مطالعه کارآزمایی بالینی انجام شده توسط ضیایی و همکاران در سال ۲۰۲۲ برای مقایسه تأثیر مدل اکس-پلیسیت و مشاوره گروهی بر عملکرد جنسی و رضایت زنان باردار، نتایج نشان داد که ارایه

۲. پیشنهاد می‌شود که تأثیر مشاوره اکس-پلیسیت بر عملکرد و کیفیت زندگی جنسی و رضایت زناشویی زنان در طولانی مدت (۶ و ۱۲ ماه) بررسی شود.

قدردانی

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز که حمایت مالی این تحقیق را عهده داشت و تمام همکاران در انجام این مطالعه و تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه تشکر می‌کنیم. منبع تأمین مالی در طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و... دخالتی نداشت.

مشارکت پدیدآوران

تمام نویسندگان در ایده‌پردازی، طراحی اثر، جمع‌آوری، تحلیل یا تفسیر داده‌ها و تهیه پیش‌نویس یا نقد و بررسی آن از جهت محتوای فکری مشارکت داشتند.

منابع مالی

منابع مالی این طرح توسط معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی طبق قرارداد صورت گرفته تأمین شده است.

دسترس‌پذیری داده‌ها

داده‌های ایجاد شده در این مطالعه در صورت درخواست معقول از پدیدآور رابط آرایه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1400.196 تصویب شده است.

تعارض منافع

بدین‌وسیله پدیدآوران اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچ تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگر ندارد.

در سال ۲۰۱۹ با هدف بررسی تأثیر مدل اکس-پلیسیت بر عملکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی زنان پس از هیستروکتومی، معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0.001$).^{۳۲} نتایج مطالعات بالا با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در مطالعه آذری و همکاران در سال ۲۰۲۰ برای بررسی تأثیر مشاوره بر اساس مدل اکس-پلیسیت بر اختلال عملکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، نتایج نشان داد اگر چه مشاوره تأثیر مثبتی بر کاهش اختلالات عملکرد جنسی داشت ($P < 0.001$), اما نتوانست کیفیت زندگی جنسی زنان مبتلا به ام اس را بهبود بخشد ($P = 0.08$).^{۳۳} نتیجه مطالعه بالا با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. به نظر می‌رسد که بیماری MS و مشکلات زمینه‌ای ناشی از آن می‌تواند موجب تأثیر بر نتیجه مطالعه گردد. در این پژوهش از پرسش‌نامه‌هایی استاندارد استفاده شده است که تمام آنها در ایران روان‌سنجی شده‌اند. طراحی محتوا و مداخله مشاوره‌ای بر اساس ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی منطقه انجام شده است. در واحدهای پژوهش ریزی مشاهده نشد و تمام واحدهای وارد مطالعه شده، آنالیز شدند. نقطه ضعف این مطالعه، محدودیت در مراجعه حضوری افراد به مراکز سلامت برای جلسات مشاوره حضوری به علت فاصله‌گذاری‌های اجتماعی و اعمال قرنطینه در زمان همه‌گیری بود. بنا به ماهیت مداخله، امکان کورسازی فقط برای آنالیزکننده آماری وجود داشت.

نتیجه‌گیری

بهره‌گیری از مشاوره با رویکرد اکس-پلیسیت در هر دو روش حضوری و تلفنی موجب بهبود عملکرد جنسی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی جنسی می‌شود. بنابراین در موارد اضطراری مانند همه‌گیری‌ها و در موارد محدودیت مشاوره حضوری می‌توان از مشاوره تلفنی بهره برد.

پیشنهادها برای پژوهش‌های بعدی بر اساس یافته‌های پژوهشی

۱. پیشنهاد می‌شود که تأثیر مشاوره اکس-پلیسیت به صورت برخظ از طریق شبکه مجازی بر عملکرد و کیفیت زندگی جنسی و رضایت زناشویی زنان نیز بررسی شود.

References

1. Organization WH. World Health Organization announces COVID-19 outbreak a pandemic. World Health Organization, Geneva <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> Accessed. 2020;12.
2. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers

- involved with the SARS outbreak. *Psychiatric services*. 2004;55(9):1055-7. doi: 10.1176/appi.ps.55.9.1055.
3. Tucci V, Moukaddam N, Meadows J, Shah S, Galwankar SC, Kapur GB. The forgotten plague: psychiatric manifestations of Ebola, Zika, and emerging infectious diseases. *Journal of global infectious diseases*. 2017;9(4):151. doi: 10.4103/jgid.jgid_66_17
 4. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styrá R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*. 2004;10(7):1206. doi: 10.3201/eid1007.030703
 5. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*. 2020;287:112934. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934
 6. Moccia L, Janiri D, Pepe M, Dattoli L, Molinaro M, De Martin V, et al. Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;87:75-9. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.048
 7. Mohammadian S, Dolatshahi B. Sexual problems in Tehran: Prevalence and associated factors. *Journal of education and health promotion*. 2019;8:217. doi: 10.4103/jehp.jehp_231_19
 8. Mohammadi A, Effati-Daryani F, Zarei S, Yngyknđ SG, Hemmati E, Mirghafourvand M. Prevalence of Sexual Dysfunction and Related Factors in Iranian Pregnant Women During the COVID-19 Pandemic. *Current Women's Health Reviews*. 2021;17(3):237-43. doi: 10.2174/1573404816999200925151549
 9. Organization WH. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals: World Health Organization; 2018.
 10. Pennanen-Iire C, Prereira-Lourenço M, Padoa A, Ribeirinho A, Samico A. Sexual health implications of COVID-19 pandemic. *Sexual medicine reviews*. 2021;9(1):3-14. doi: 10.1016/j.sxmr.2020.10.004.
 11. Schiavi MC, Spina V, Zullo MA, Colagiovanni V, Luffarelli P, Rago R, et al. Love in the time of COVID-19: sexual function and quality of life analysis during the social distancing measures in a group of Italian reproductive-age women. *The journal of sexual medicine*. 2020;17(8):1407-13. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.06.006.
 12. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2017;295(4):873-83. doi: 10.1007/s00404-017-4305-0
 13. Arnold MR, Thallon CL, Pitkofsky JA, Meerts SH. Sexual experience confers resilience to restraint stress in female rats. *Hormones and behavior*. 2019;107:61-6. doi: 10.1016/j.yhbeh.2018.12.003.
 14. Kwek SK, Chew WM, Ong KC, Ng AW, Lee LS, Kaw G, et al. Quality of life and psychological status in survivors of severe acute respiratory syndrome at 3 months postdischarge. *Journal of psychosomatic research*. 2006;60(5):513-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.08.020.
 15. Janssen E, Macapagal KR, Mustanski B. Individual differences in the effects of mood on sexuality: the revised Mood and Sexuality Questionnaire (MSQ-R). *Journal of sex research*. 2013;50(7):676-87. doi: 10.1080/00224499.2012.684251.
 16. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS, et al. The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU international*. 2009;103:4-11. doi: 10.1111/j.1464-410X.2009.08371.x.
 17. Delcea C, Chirilă VI, Săucea AM. Effects of COVID-19 on sexual life—a meta-analysis. *Sexologies*. 2021;30(1):e49-54. doi: 10.1016/j.sexol.2020.12.001.
 18. Davis S, Taylor B. From PLISSIT to ex-PLISSIT. *Rehabilitation: The use of theories and models in practice*. 2006;1:101-29.
 19. 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. *Journal of education and health promotion*. 2020;9:284. doi: 10.4103/jehp.jehp_168_20.
 20. Ziaei T, 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. *Journal of Caring Sciences*. 2022;11(1):7. doi: 10.34172/jcs.2022.06.
 21. Rodda S, Lubman D. Ready to Change: A scheduled telephone counselling programme for problem

- gambling. *Australasian psychiatry*. 2012;20(4):338-42. doi: 10.1177/1039856212449671.
22. Park EJ. Telehealth technology in case/disease management. *Professional Case Management*. 2006;11(3):175-82. doi: 10.1097/00129234-200605000-00010.
23. Graves N, Barnett AG, Halton KA, Veerman JL, Winkler E, Owen N, et al. Cost-effectiveness of a telephone-delivered intervention for physical activity and diet. *PloS one*. 2009;4(9):e7135. doi: 10.1371/journal.pone.0007135.
24. Linnemayr S, Jennings Mayo-Wilson L, Saya U, Wagner Z, MacCarthy S, Walukaga S, et al. HIV care experiences during the COVID-19 pandemic: mixed-methods telephone interviews with clinic-enrolled HIV-infected adults in Uganda. *AIDS and Behavior*. 2021;25:28-39. doi: 10.1007/s10461-020-03032-8.
25. Dangesaraki MM, 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. *Sexual health*. 2019;16(3):225-32.
26. Shami M, Montazeri A, Faezi ST, Behboodi Moghadam Z. The Effect of Sexual Counseling Based on EX-PLISSIT Model on Improving the Sexual Function of Married Women with Systemic Lupus Erythematosus: A Randomized Controlled Trial. *Sexuality and Disability*. 2023;41(2):451-66.
27. Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh (Health Monitor)*. 2008;7(3):0-0. doi: 10.1001.1.16807626.1387.7.3.11.9
28. Jafarzadeh Fadaki SM, Amani P. Relationship of love and marital satisfaction with pornography among married university students in Birjand, Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2015;17(5):240-6.
29. Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reproductive health*. 2013;10(1):1-6. doi: 10.1186/1742-4755-10-25.
30. Fatah H, Vakilian K, Moslemi A, Janani F. The effect of EX-PLISSIT and GATHER models on sexual function with gestational diabetes. *Sexologies*. 2022;31(4):327-35. doi: 10.1016/j.sexol.2022.04.008.
31. Mohammadi Z, Maasoumi R, Vosoughi N, Eftekhari T, Soleimani M, Montazeri A. The effect of the EX-PLISSIT model-based psychosexual counseling on improving sexual function and sexual quality of life in gynecologic cancer survivors: a randomized controlled clinical trial. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30: 9117–26. doi: 10.1007/s00520-022-07332-8.
32. 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. *Sexual health*. 2019;16(3):225-32. doi: 10.1071/sh18107.
33. 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;38:271-84. doi: 10.1007/s11195-020-09617-4