ORIGINAL ARTICLE

Efficacy of Sexual Counseling based on PLISSIT Model on Sexual Functioning in Women with Polycystic Ovarian Syndrome

Fahimeh Golbabaei[1],
Mansoureh Jamshidimanesh[2],
Hadi Ranjbar[3],
Seyed Ali Azin[4],
Sedighe Moradi[5]

[1] MSc Student in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3]Assistant Professor, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4]Associate Professor, Department of Health Promotion, Institute for Health Sciences Research, Avicenna Research Institute (ACECR), Tehran, Iran
[5]Associate Professor, Endocrine Research Center, Institute of Endocrinology and Metabolism, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received July 15, 2018 ; Accepted December 11, 2018)

Abstract

Background and purpose: Women with Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS) suffer from sexual dysfunction that is largely ignored in health clinics. This study was conducted to assess the efficacy of Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy (PLISSIT) model on sexual function of women with PCOS..

Materials and methods: This randomized clinical trial was performed in 66 women with PCOS aged 18-45 years old. They were divided into intervention and control groups (n=33 per group). Four weekly sessions of one hour individual counseling based on PLISSIT model were performed for the intervention group, while the control group received only routine care. Female Sexual Functioning Index questionnaire was completed at pre-test, and one month and three months after that in both groups. Data analysis was done applying Friedman, Mann–Whitney U, and Wilcoxon tests.

Results: There were homogeneity in subjects' mean age (29.26±5.96), educational level (12.02±2.65) and BMI (25.95±3.67). Also, the two groups were similar in terms of symptoms including hirsutism, acne, alopecia, infertility and menstrual status. The mean scores for sexual functioning were 20.39±2.56, 24.40±4.70 and 23.73±1.26 at pre-test, after the intervention, and follow-up in intervention group, respectively (P<0.001), but no significant differences were seen between the scores of the control group (P=0.405).Also, the scores for lubrication were not significantly different between the two groups at post-intervention (P=0.245) and follow-up (P=0.423).

Conclusion: The PLISSIT model improved sexual functioning in women with PCOS, therefore, it could be recommended as an assessment and management tool in investigating sexual problems at early stages in this group of women.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT201512023034N16)

Keywords: polycystic ovarian syndrome, sexual dysfunction, PLISSIT model

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (179): 43-52 (Persian).

* **Corresponding Author: Mansoureh Jamshidimanesh -** School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (E-mail: Jamshidimanesh.m@iums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۲ اردیبهشت سال ۱۳۹۸ (۵۲-۴۳)

اثر بخشی مشاوره جنسی بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک

فهیمه گل بابایی[۱]
منصوره جمشیدی منش[۲]
هادی رنجبر[۳]
سید علی آذین[۴]
صدیقه مرادی[۵]

چکیده

سابقه و هدف: زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک از اختلال عملکرد جنسی رنج برده که این مسئله در کلینیک ها نادیده گرفته می شود. این مطالعه با هدف اثر بخشی مدل مشاوره‌ای PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به این سندرم انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی ۶۶ زن ۴۵-۱۸ ساله مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک که به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند، انجام پذیرفت(۳۳ نفر هر گروه). چهار جلسه یک ساعته فردی بصورت هفتگی بر اساس مدل PLISSIT برای گروه مداخله برگزار شد. گروه کنترل تنها مراقبت روتین دریافت کرد. ابزار ارزیابی، شاخص عملکرد جنسی زنان بود که قبل از مداخله، یک ماه و دو ماه بعد از آن در دو گروه تکمیل گردید. نتایج با آزمون‌های فریدمن، من‌ویتنی‌یو و ویلکاکسون مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی ۵/۹۶ ± ۲۹/۲۶، سطح تحصیلات ۲/۶۵ ± ۱۲/۰۲ و شاخص توده بدنی ۳/۶۷ ± ۲۵/۹۵ در دو گروه همگن بود. همچنین دو گروه از نظر علائم مربوط به سندرم از جمله هیرسوتیسم، آکنه، طاسی، نازایی و وضعیت قاعدگی همسان بودند. میانگین نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله، قبل ۲/۵۶±۲۰/۳۹ و بعد از مداخله ۴/۷۰±۲۴/۴۰ و در پیگیری ۱/۲۶±۲۳/۷۳ بود(P <۰/۰۰۱)، در حالی که تفاوت معنادار در گروه کنترل دیده نشد(P=۰/۴۰۵). همچنین تنها حیطه رطوبت واژن بعد از مداخله (P= ۰/۲۴۵) و پیگیری(P=۰/۴۲۳) بین دو گروه دارای تفاوت معنی‌دار نبود

استنتاج: مدل PLISSIT باعث بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک شد و به عنوان ابزار ارزیابی و مدیریتی مشکلات جنسی در مراحل اولیه در این گروه از زنان توصیه می‌شود.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۵۱۲۰۲۳۰۳۴N۱۶

واژه های کلیدی: سندرم تخمدان پلی کیستیک، اختلال عملکرد جنسی، مدل PLISSIT

مقدمه

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک شایع‌ترین اختلال اندوکرینی در زنان سنین باروری است و شیوع آن در جمعیت‌های مختلف ۱۵-۵ درصد تخمین زده شده است(۱، ۲). در ایران بر اساس یک مطالعه متاآنالیز شیوع

مولف مسئول: منصوره جمشیدی منش- تهران: خیابان ولیعصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان رشید یاسمی، دانشکده پرستاری مامایی ایران E-mail: jamshidimanesh.m@iums.ac.ir
۱. دانشجوی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات سلامت روان، پژوهشگاه روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. دانشیار، پژوهشکده تولید مثل، پژوهشگاه فناوری های نوین علوم زیستی جهاد دانشگاهی- ابن سینا، تهران، ایران
۵. دانشیار، مرکز تحقیقات غدد، پژوهشگاه غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۴/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۵/۶ تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۹/۲۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک ۱۹/۵ درصد گزارش شده است(۳). علائم این سندرم، اختلال قاعدگی، هیرسوتیسم، ناباروری، آکنه، هیپرپیگمانتاسیون پوستی، ریزش مو و چاقی می‌باشد که در بعضی افراد مشاهده می‌گردد(۴). این علائم با ایجاد اضطراب و استرس، اعتماد به نفس و تصویر بدنی زنان مبتلا به این سندرم را به خطر انداخته و باعث کاهش احساس زنانگی، افسردگی، کاهش دفعات نزدیکی و اختلال عملکرد جنسی در آن‌ها می‌شود(۶،۵). شیوع اضطراب و افسردگی در زنان با سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بالا است و مکانیسم‌های روانشناختی حاکی از آن است که افسرگی و اضطراب در این گروه از زنان با تصویر بدنی منفی و کاهش کیفیت زندگی و اعتماد به نفس پایین همراه است(۷). از آن‌جایی‌که اعتماد به نفس نقش مهمی درسلامت جنسی دارد، می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد و سلامت جنسی در آن‌ها شود(۶). براساس نتایج مطالعه‌ای در ایران، عملکرد جنسی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک به شدت تحت تاثیر ناباروری است و ناباروری می‌تواند تاثیر منفی بر کیفیت زندگی، روابط زوجین و عملکرد جنسی آن‌ها داشته باشد(۸). در یک مطالعه مروری که در سال ۲۰۱۶ در روسیه انجام شد، زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک نسبت به زنان غیر PCO[1] اختلال عملکرد جنسی بیش‌تری داشتند و زنان در حیطه برانگیختگی اختلال بیش‌تری گزارش کرده بودند(۹).

در مطالعه مروری دیگر در کشور برزیل، زنان مبتلا به این سندرم، نمره کل عملکرد جنسی، برانگیختگی جنسی، درد، رطوبت واژن و رضایت جنسی کم‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند(۱۰). در ایران نیز نتایج مطالعه انجام شده نشان داد که زنان مبتلا به این سندرم دچار اختلالات عملکرد جنسی بیش‌تری بودند و بیش‌ترین درصد اختلال در حیطه‌های میل و انگیزش بوده است(۱۱). در مطالعاتی که به بررسی عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک پرداخته شد، با نتیجه‌گیری از یافته‌ها، ضرورت انجام مشاوره و ارزیابی مسائل جنسی در این گروه از زنان بیان شده است(۸،۶). سیستم مراقبت‌های بهداشتی در ایران در زمینه حل مسائل جنسی از کارآمدی کافی برخوردار نیستند و مردم اغلب از آموزش جنسی غیر رسمی استفاده می‌کنند. کسب اطلاعات از شبکه های اینترنتی، ماهواره‌ای، دوستان، مجلات و اطلاعات غلط و ناکارآمد، نه تنها انتظارات را برآورده نکرده، بلکه مشکلاتی در ارتباطات بین فردی و اختلالات جنسی به وجود آورده است(۱۲). در دهه‌های اخیر راه‌کارهای متعددی برای بهبود اختلالات جنسی به کار گرفته می‌شود که مدل ALARM[2] و مدل BETTER[3] نمونه‌هایی از این مدل‌ها هستند(۱۴،۱۳). یکی از شایع‌ترین مدل‌های مورد استفاده برای بهبود این اختلال، مدل PLISSIT[4] است که توسط Annon در سال ۱۹۷۴ ارائه شد و شامل چهار سطح مختلف مداخله (اجازه دادن، اطلاعات محدود، پیشنهادات اختصاصی و درمان پیشرفته) است(۱۵).

Annon معتقد بود که می‌توان ۷۰ درصد مشکلات جنسی را در سطح اول مداخله (اجازه دادن) و ۸۹ تا ۹۰ درصد آن‌ها را در سه سطح اول (اجازه دادن، دادن اطلاعات محدود، پیشنهادات اختصاصی) حل کرد. این مدل به راحتی و با مدت کوتاهی درباره ی مسائل جنسی به مراجع کمک می‌کند(۱۶). مطالعات انجام شده، موثر بودن این مدل را در بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به گروه‌های مختلف با اختلال جنسی تایید کردند(۱۹-۱۷). ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با تعداد کثیری از بیماران مواجه هستند که دانش جنسی بسیار کمی دارند. این کمبود اطلاعات به گونه‌ای است که مسائل جنسی حتی در محیط خانواده نیز بحث نمی‌گردد(۲۰). از طرفی افراد دارای مشکلات جنسی از کیفیت ضعیف آموزش و عدم تامین نیازهای فردی از

1. Polycystic Ovary

2. Activity, Libido, Arousal, Resolution, Medical Information
3. Bring up, Explain, Tell, Timing, Education, Record
4. Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

درمانگرها شکایت دارند(۱۷). با توجه به موارد ذکر شده، به مدلی نیاز است که ارائه دهندگان خدمات سلامت بتوانند اطلاعات مربوط به سلامت جنسی مراجعین را به‌دست آورند و به منظور ارزیابی و تشخیص مشکلات اطلاعات به دست آمده را مورد ارزیابی قرار دهند(۱۷). به نظر می‌رسد مدل PLISSIT در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بتواند تا حدودی مشکلات جنسی را کاهش دهد و با تلفیق اطلاعات مربوط به میل و رفتار جنسی، مراقبت های مورد نیاز بیمار را به آن‌ها ارائه دهد. با جستجوی فراوان مشخص شد که مشاوره یا آموزش در جهت بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در جامعه اندک است، لذا با توجه به موثر بودن مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان در سایر بیماری‌ها در مطالعات متعدد، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر بخشی مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام پذیرفت(۱۹،۲۱،۲۲).

مواد و روش ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی، پس از کسب اجازه و دریافت تاییدیه کمیته اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی ایران و دریافت کد IRCT201512023034N16 نمونه‌گیری به روش در دسترس و سپس با استفاده از روش تخصیص تصادفی با طرح بلوک بندی، در دو بیمارستان منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در تهران انجام پذیرفت. معیارهای ورود شامل متاهل بودن، سن ۴۵-۱۸ سال، عدم بارداری و شیردهی و یا تمایل به بارداری، عدم استفاده از هر نوع دارو یا هورمون موثر بر عملکرد جنسی در طی ۶۰ روز قبل از مداخله، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی دیگر ثبت در پرونده پزشکی بیمار، عدم مصرف الکل و مواد روان گردان توسط بیمار و یا همسر وی طبق گفته بیمار، عدم سابقه جراحی در ناحیه تناسلی و پستان بوده است و معیارهای خروج نیز شامل، عدم شرکت در یکی از جلسات و وقوع حادثه تنش زا در نظر گرفته شد. حجم نمونه مطالعه با احتساب حداکثر خطای نوع اول ۵ درصد و خطای نوع دوم ۲۰ درصد و انحراف معیار ۴/۶۵ و کشف حداقل تفاوت ۴/۵۸، ۳۰ نفر در هر گروه حساب شد و با ۱۰ درصد احتمال افت نمونه ۳۳ نفر محاسبه گردید. ۶۶ زن واجد شرایط با تشخیص PCO با در نظر گرفتن در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۵ درصد و اندازه اثر ۱/۲ برای اختلاف میانگین در دو گروه و انتظار ۲۰ درصد ریزش، وارد مطالعه شدند. ۶۶ زن مورد مطالعه به دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۳۳ نفر) تقسیم شدند به‌طوری که بلوک‌ها ۴ نفره در نظر گرفته شد که هر بلوک شامل دو نفر مداخله (A) و دو نفر کنترل (B) بوده است. فرم رضایت نامه و پرسشنامه دموگرافیک توسط زنان شرکت کننده تکمیل شد. تکمیل تمامی پرسشنامه‌ها، طی مصاحبه فردی و در یک اتاق جداگانه، توسط محقق صورت گرفت. مداخله از تیر ۱۳۹۶ تا دی ۱۳۹۶انجام شد. ارزیابی اولیه با گرفتن اطلاعات دموگرافیک و مشخصات مربوط به سندرم تخمدان پلی کیستیک، قبل از تصادفی سازی انجام گرفت که در جدول شماره ۱ و ۲ نشان داده شده است.

برای بررسی عملکرد جنسی از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) که دارای ۱۹ گویه است، استفاده شد.

این پرسشنامه اولین بار توسط روزن و همکارانش تهیه شد که به ارزیابی شش حیطه میل جنسی، انگیزش، رطوبت واژن، ارگاسم، رضایت جنسی و درد می‌پردازد(۲۳). حیطه‌های عملکرد جنسی به عنوان پیامد اولیه مطالعه در نظر گرفته شد. امتیاز بیش‌تر نشان دهنده عملکرد جنسی بهتر در زنان شرکت کننده بود. روایایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط محمدی و همکاران تایید شد و پایایی پرسشنامه و گزینه های آن با آلفا کرونباخ ۰/۷ تایید گردید(۲۴). پرسشنامه‌ها قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله (یک ماه پس از پیش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

آزمون) و پیگیری سه ماه پس از پیش آزمون برای هر دو گروه تکمیل شد (تصویر شماره ۱).

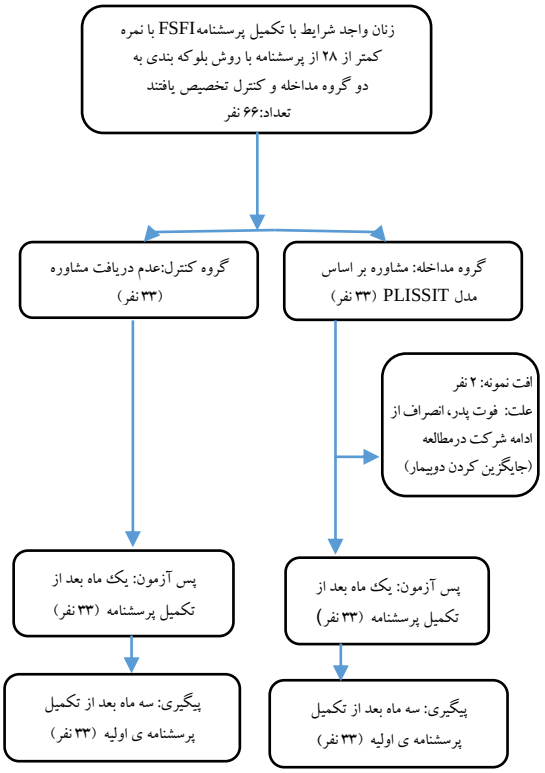
جدول شماره ۱: فراوانی مشخصات دموگرافیک زنان با سندرم تخمدان پلی کیستیک در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر ها	مداخله	کنترل	آزمون آماری
سن	۲۹/۷۵±۵/۶۲	۲۸/۷۸±۶/۴۳	t= -۰/۶۵۷ ،df=۶۴ ،p=۰/۵۱۳
سطح تحصیلات	۱۱/۷۲±۲/۶۰	۱۲/۳۳±۲/۷۰	t= -۰/۷۶۵ ،df=۶۴ ،p=۰/۴۷۷
شاخص توده ی بدنی (BMI)	۲۶/۱۴±۳/۳۱	۲۵/۷۶±۴/۰۳	t= -۰/۴۲۵ ،df=۶۴ ،p=۰/۶۷۲
مدت ازدواج (سال)	۸/۲۷±۶/۵۰	۵/۸۴±۵/۲۶	t= -۱/۶۶۴ ،df=۶۴ ،p=۰/۱۰۱
تعداد بارداری ها	۱/۴۵±۱/۲۲	۰/۸۴±۰/۹۳	t= -۲/۲۵۳ ،df=۶۴ ،p=۰/۰۴۲
تعداد سقط ها	۰/۳۶±۰/۶۵	۰/۲۱±۰/۴۱	t= -۱/۱۶۴ ،df=۶۴ ،p=۰/۲۴۹

جدول شماره ۲: فراوانی مطلق و نسبی علائم مربوط به سندرم تخمدان پلی کیستیک در زنان در دو گروه مداخله و کنترل

گروه		مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	آزمون آماری
هیرسوتیسم	نداشتن	۱۴ (۴/۴۲)	۱۰ (۳/۳۰)	$\chi2$ =۱/۸۰۲ ، P =۰/۶۱۵ ، df =۳
	خفیف	۷ (۲/۲۱)	۶ (۲/۱۸)	
	متوسط	۱۰ (۳/۳۰)	۱۳ (۴/۳۹)	
	شدید	۲ (۱/۶)	۴ (۱/۱۲)	
آکنه	نداشتن	۱۳ (۳۹/۴)	۱۲ (۳۶/۴)	$\chi2$ =۱/۵۶۷ ، P =۰/۸۲۲ ، df =۴
	خفیف	۹ (۲۷/۳)	۱۱ (۳۳/۳)	
	متوسط	۸ (۲۴/۲)	۶ (۱۸/۲)	
	شدید	۳ (۹/۱)	۳ (۹/۱)	
سابقه ی نازایی	بله	۵(۱۵/۲)	۵ (۱۵/۲)	$\chi2$ =۰/۰۰ ، P =۱/۰۰۰ ، df =۱
	خیر	۲۸(۸۴/۸)	۲۸ (۸۴/۸)	
طاسی	بله	۱۹(۵۷/۶)	۲۲ (۶۶/۷)	$\chi2$ =۰/۵۸۰ ، P =۰/۴۴۷ ، df =۱
	خیر	۱۴(۴۲/۴)	۱۱ (۳۳/۳)	
وضعیت قاعدگی	آمنوره	۱۴(۴۲/۴)	۶ (۱۸/۲)	$\chi2$ =۵/۵۸۳ ، P =۰/۶۱ ، df =۲
	اولیگومنوره	۱۴(۴۲/۴)	۱۴ (۴۸/۵)	
	منظم	۵(۱۵/۲)	۱۱ (۳۳/۳)	

در گروه مداخله زنان طی چهار جلسه مشاوره فردی به مدت یک ساعت به صورت هفتگی مطابق با مدل PLISSIT که شامل چهار سطح اجازه دادن (Permission)، ارائه اطلاعات محدود (Limited Information)، پیشنهادات اختصاصی (Specific Suggestion) و مداخله پیشرفته (Intensive Therapy) است، تحت مداخله قرار گرفتند. بر طبق این مدل، به عنوان اولین قدم که اجازه دادن است، مددجو تشویق به صحبت کردن در مورد مسائل جنسی و نگرانی‌های خود شد. در جلسه دوم (ارائه اطلاعات محدود)، درمانگر اطلاعاتی را در پاسخ به پرسش یا نگرانی افراد داده و پیشنهادات اختصاصی متناسب با مرحله سوم مدل با توجه به شرایط و مشکل بیمار به او داده شد. با توجه به مرحله چهارم (مداخله پیشرفته)، نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر نبود. محتوای جلسات در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است. جلسات توسط محقق دوره دیده برگزار شد.



تصویر شماره ۱: دیاگرام روش انجام مطالعه

جدول شماره ۳: محتوای جلسات

جلسه	موضوع جلسه	محتوای جلسه	مدل PLISSIT	مدت جلسه
هفته اول	مرور طرح	مقدمه	اجازه دادن (Permission)	یک ساعت
	پیش آزمون	تکمیل پرسشنامه FSFI		
	گرفتن شرح حال و گفتگو با بیمار	صحبت در مورد نگرانی ها، عقاید، فرهنگ و..		
هفته دوم	ارائه اطلاعات و ارتقاء دانش جنسی	چرخه جنسی، آناتومی و فیزیولوژی، سندرم تخمدان پلی کیستیک، ارتباط سندرم و عملکرد جنسی	دادن اطلاعات محدود (LimitedInformation)	یک ساعت
	ارتقاء عملکرد جنسی	راهکار های جسمی: ورزش، رژیم، لیزر		
هفته سوم		راهکار های روانی: تکنیک تمرکز ذهن، کاهش اضطراب	ارائه پیشنهادات اختصاصی (SpecificSuggestion)	یک ساعت
		راهکار های جنسی: ورزش کگل، تکنیک تمرکز حس، آموزش مهارت های زناشویی، استفاده از لوبریکانت		
هفته چهارم	جمع بندی و گفتگو	صحبت در ارتباط با تجارب جنسی در طی سه هفته گذشته، مشکلات، راه های به کار برده جهت غلبه بر مشکل	مداخله پیشرفته (Intensive Therapy)	یک ساعت
	پس آزمون	تکمیل پرسشنامه FSFI		

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

در گروه کنترل نیز محقق با صحبت کردن با زنان به بازگو کردن هدف مطالعه و تکمیل فرم رضایت از آن‌ها درخواست کرد پرسشنامه دموگرافیک و FSFI را تکمیل نمایند. زنان گروه کنترل خدمات روتین کلینیک در بیمارستان رو دریافت می‌کردند که این خدمات در دو بیمارستان یکسان بود. محقق کتابچه حاوی اطلاعاتی در خصوص سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، آناتومی و فیزیولوژی و چرخه جنسی را پس از پایان مطالعه در اختیار آن‌ها قرار داد که توسط اساتید مورد بررسی قرار گرفته بود(۱،۶، ۲۷-۲۵). متناسب با مشکل بیمار اطلاعات نمرات عمکلرد جنسی توسط آزمون کولموگروف اسمیرنوف از نظر توزیع نرمال بررسی شدند و با توجه به نرمال نبودن توزیع نمرات از آزمون‌های فریدمن، ویلکاکسون و من ویتنی یو برای آنالیز داده‌ها استفاده شد. سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها $p<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

بر اساس جداول شماره ۱ و ۲ نمونه‌های مطالعه، دو گروه آزمون و کنترل از نظر ویژگی‌های دموگرافیک و بیماری قبل از مداخله تفاوت معنی داری نداشتند. نمره عملکرد جنسی و ابعاد آن قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌دار نداشت. بلافاصله بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری در نمره عملکرد جنسی و تمام حیطه‌های آن به جز رطوبت واژن بین دو گروه دیده شد. در مرحله پیگیری نیز این تفاوت معنی‌دار حفظ شد.

بر طبق آزمون ویلکاکسون، نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله قبل از مداخله ۲/۵۶±۲۰/۳۹ بود و بلافاصله بعد از مداخله که به ۲/۷۰±۲۴/۴۰ تغییر کرده، به شکل معنی‌داری افزایش یافته بود و در پیگیری تغییر قابل توجهی نداشت (۱/۲۶±۲۳/۷۳). از طرفی نمره عملکرد جنسی در گروه کنترل بین، قبل (۲/۳۰±۲۱/۰۰)، یک ماه بعد(۲/۰۳±۲۰/۶۳) و سه ماه بعد از تکمیل پرسشنامه اولیه (۲/۴۴±۲۰/۷۵) تفاوت معنی‌داری نداشت. نتایج نشان داد در روند نمره میل جنسی، انگیزش، ارگاسم، رضایت جنسی و درد در گروه مداخله بلافاصله بعد از مداخله و دو ماه بعد از آن افزایش معنی‌داری به وجود آمده است ($p<۰/۰۵$). در حالی که تنها حیطه رضایت و درد جنسی در مقایسه بین، قبل و یک ماه بعد از پیش آزمون در گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌دار بود و در دوره پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در جدول شماره ۴، شاخص‌های عددی مربوط به شش حیطه و نمره کل عملکرد جنسی مربوط به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در زنان در دو گروه مداخله و کنترل بیان شده است.

جدول شماره ۴: شاخص‌های عددی مربوط به شش حیطه و نمره کل عملکرد جنسی مربوط به سندرم تخمدان پلی کیستیک در زنان در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	سطح معنی داری	میانگین	سطح معنی داری	میانگین	سطح معنی داری
میل	مداخله	۳/۲۳±۱/۰۰	۰/۲۷۸	۴/۴۳±۰/۷۳	<۰/۰۰۱	۴/۴۹±۰/۶۸	<۰/۰۰۱
	کنترل	۳/۵۰±۰/۸۷		۳/۳۲±۰/۷۰		۳/۲۹±۰/۹۵	
برانگیختگی	مداخله	۳/۳۷±۰/۸۳	۰/۱۲۱	۵/۴۴±۲/۴۷	<۰/۰۰۱	۴/۸۶±۰/۴۹	<۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۹۸±۰/۹۲		۳/۵۰±۰/۶۳		۳/۴۲±۰/۸۸	
رطوبت واژن	مداخله	۳/۲۱±۰/۳۸	۰/۴۸۹	۳/۲۵±۰/۳۰	۰/۲۴۵	۳/۲۷±۰/۳۴	۰/۴۲۳
	کنترل	۳/۲۰±۰/۲۴		۳/۲۰±۰/۲۹		۳/۳۰±۰/۲۷	
ارگاسم	مداخله	۳/۳۵±۰/۶۷	۰/۰۵۸	۴/۰۴±۰/۷۰	<۰/۰۰۱	۳/۹۱±۰/۲۷	۰/۰۳۰
	کنترل	۳/۶۳±۰/۵۴		۳/۶۲±۰/۳۷		۳/۵۶±۰/۷۰	
رضایت جنسی	مداخله	۴/۷۶±۰/۸۳	۰/۷۰۴	۵/۵۷±۰/۴۴	۰/۰۰۱	۵/۵۸±۰/۴۰	۰/۰۰۳
	کنترل	۴/۷۸±۰/۹۶		۴/۷۰±۰/۹۳		۴/۶۵±۰/۹۹	
درد	مداخله	۲/۸۳±۱/۲۵	۰/۲۴۲	۱/۶۴±۰/۵۷	۰/۰۲۹	۱/۶۰±۰/۷۶	<۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۴۸±۱/۱۹		۲/۲۶±۱/۱۲		۲/۵۰±۱/۱۹	
عملکرد جنسی	مداخله	۲۰/۳۹±۲/۵۶	۰/۳۹۶	۲۴/۴۰±۲/۷۰	<۰/۰۰۱	۲۳/۷۳±۱/۲۶	<۰/۰۰۱
	کنترل	۲۱/۰۰±۲/۳۰		۲۰/۶۳±۲/۰۳		۲۰/۷۵±۲/۴۴	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

به‌طور کلی آزمون فریدمن نشان داد که نمره عملکرد جنسی و تمام حیطه‌های آن در گروه مداخله بلافاصله بعد از مداخله و در دوره پیگیری نسبت به گروه کنترل به شکل معنی داری افزایش یافته است ($p<۰/۰۵$)، در حالی که نمره رطوبت واژن بین دو گروه دارای تفاوت معنی‌دار نبود

بحث

مطالعه کارآزمایی بالینی حاضر نشان داد که مدل PLISSIT توانست باعث بهبود عملکرد جنسی و تمام حیطه‌های آن به جز رطوبت واژن در زنان گروه مداخله شود. در گروه کنترل حیطه‌های درد و رضایت جنسی بین، قبل و یک ماه بعد از تکمیل پرسشنامه تفاوت معنی‌دار داشت ولی در پیگیری معنی‌دار نبود. در کلینیک‌های زنان، درمان زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک به‌طور ویژه روی اختلالات قاعدگی و ظاهر آن‌ها تمرکز دارد، در صورتی که مشکلات دیگر جنبه‌های زندگی این گروه از زنان مانند ارتباطات نامناسب اجتماعی، رضایت جنسی و افسردگی کم‌تر مورد بحث در طی درمان قرار می‌گیرد(۸). در مطالعه‌ای که در برزیل با هدف بررسی تاثیر ورزش استقامتی بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک انجام شد، در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در حیطه‌های میل جنسی، انگیزش، مرطوب شدن، درد، اضطراب و استرس بهبود حاصل گردید ($p<۰/۰۱$)(۲۶).

از طرفی مطالعات متعددی تاثیر مدل PLISSIT را بر بهبود تصویر بدنی نشان داده‌اند(۱۹،۲۸). با بهتر شدن تصویر بدنی و رضایت جنسی، مدل PLISSIT می‌تواند عملکرد جنسی زنان را بهبود بخشد(۱۸). مطالعات گذشته تاثیر این مدل را بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بررسی نکرده بودند.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ انجام شد، به کارگیری این مدل باعث بهبود عملکرد جنسی و همه حیطه‌های آن به جز درد جنسی در گروه مبتلا به استومی شده بود(۲۲). شاید درد ناشی از استومی تاثیرگذار بر درد جنسی آن‌ها بوده باشد. در مطالعه حاضر نیز هر چند میانگین نمره ی درد در گروه مداخله به مقدار بیش‌تری افزایش پیدا کرده بود، در گروه کنترل نیز تغییرات فزاینده‌ای داشت. دلیل این امر احتمالا برنامه درمانی روتینی است که به این بیماران پیشنهاد می‌گردد. در مراقبت‌های روتین، خط اول درمان سندرم تخمدان پلی کیستیک کاهش وزن و توصیه به انجام ورزش است(۱). ورزش می‌تواند تاثیر مثبتی بر هورمون‌ها و علائم مربوط به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و همچنین اضطراب و افسردگی در این بیماران داشته باشد(۲۹). شاید علت بهبود نمره درد در گروه کنترل در مطالعه حاضر به این علت بوده است. از طرفی، رضایت جنسی با یا بدون ارگاسم از ادامه تحریک و بدون پیامد منفی از جمله درد حاصل می‌شود که می‌تواند دلیلی احتمالی بهبود حیطه رضایت جنسی در زنان گروه کنترل باشد(۳۰). استفاده از مدل PLISSIT باعث بهبود رضایت زناشویی، تصویر ذهنی، عملکرد جنسی و حیطه‌های انگیزش، رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد بعد از مداخله در زنان مبتلا به سرطان بوده است، اما در حیطه میل جنسی تفاوت معنی‌دار دیده نشد(۲۱). خستگی، استرس و مسائل ارتباطی با میل جنسی زنان مرتبط است بنابراین وجود فاکتورهای متعدد در میل جنسی، تفاوت در یافته‌های مطالعات متعدد را توجیه می‌کند(۳۱). از طرفی نتایج مطالعه‌ای در یونان نشان داد که مشاوره جنسی براساس مدل PLISSIT باعث بهبود در نمره عملکرد جنسی، میل، انگیزش، ارگاسم، رضایت جنسی و درد جنسی نسبت به قبل از مداخله در زنان مبتلا به دیسپارونی شده بود، اما در حیطه رطوبت واژن اختلاف معنی‌داری بین قبل و بعد از مداخله دیده نشد(۳۲). یافته‌های این مطالعه با مطالعه حاضر مشابه است. این مسئله شناخته شده است که احتقان لگن و لوبریکاسیون حتی می‌تواند در برخی زنان با تحریکات جنسی ناخواسته نیز رخ دهد و عوامل فیزیولوژیک در این حیطه بیش‌تر مطرح است، لذا این

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

مسئله می‌تواند دلیلی برای عدم وجود اختلاف معنی‌دار بین دو گروه مداخله و کنترل در مطالعه حاضر باشد(۲۷).

به طور کلی یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مدل PLISSIT باعث بهبود عملکرد جنسی و حیطه‌های میل، انگیزش، ارگاسم، رضایت و درد در زنان گروه مداخله شده بود. از آن‌جا که زنان ایرانی هنگام صحبت حول مسائل جنسی احساس شرم می‌کنند، مدل PLISSIT فرصتی به آن‌ها می‌دهد تا مشکلات جنسی خود را با افزایش اعتماد به نفس و در یک فضای امن بیان کنند(۳۳). هم‌چنین راهکارهایی متناسب با مشکل خود دریافت کنند که می‌تواند منجر به بهبود عملکرد جنسی، بهبود تصویر بدنی (احساس جذابیت، زنانگی، عشق و تمایل) یا کاهش اضطراب و احساس گناه در ارتباط با بی‌کفایتی جنسی در آن‌ها شود(۳۴). پیشنهاداتی از قبیل ذهن آگاهی و تکنیک تمرکز حس به منظور کاهش افکار منفی، تمرکز بر لحظه حال، لذت از رابطه جنسی و کاهش اضطراب متناسب با نیاز بیمار در مرحله سوم این مدل ارائه شد(۳۶،۳۵). بنابراین شاید موثر بودن این مدل در بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در مطالعه حاضر، به علت اجازه دادن به آن‌ها در بیان نگرانی‌های خود، افزایش سطح آگاهی و دانش آن‌ها با دادن اطلاعات و ارائه راهکار متناسب با نگرانی هر بیمار باشد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه عدم حضور همسران زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بود که توصیه می‌شود در مطالعات بعدی در صورت داشتن شرایط مناسب، بیماران همراه با همسرانشان مشاوره شوند. طبق فرضیه مطالعه حاضر، احتمال دارد که ارائه مراقبت روتین از جمله ورزش، کاهش وزن و رژیم غذایی به زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک توسط متخصصان، توانسته بر حیطه درد و رضایت گروه کنترل نیز موثر باشد. این محدودیت از کنترل محقق خارج بود. پیشنهاد می شود مطالعه‌ای با مقایسه ورزش و مدل PLISSIT بر روی بیماران مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام شود.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی ار پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. بدین‌وسیله از متخصصین بیمارستان فیروزآبادی، پرسنل فیروزگر و همه بیماران که در انجام این طرح به ما یاری رساندند تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1. Berek JS, Novak E. Berek & Novak's gynecology. 15th ed. United State Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
2. Trikudanathan S. Polycystic ovarian syndrome. Med Clin North Am 2015; 99(1): 221-235.
3. Akbari Nasrekani Z, Fathi M. Efficacy of 12 weeks aerobic training on body composition, aerobic power and some women-hormones in polycystic ovary syndrome infertile women. Iran J Obstet Gynecol 2016; 19(5): 1-10 (Persian).
4. Sayehmiri F, Kiani F, Maleki F, Ahmadi M, Shohani M. Prevalence of polycystic ovary syndrome in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynecol Infertil 2014; 17(115): 11-21.
5. Amiri FN, Tehrani FR, Esmailzadeh S, Tohidi M, Azizi F, Basirat Z. Sexual function in women with polycystic ovary syndrome and their hormonal and clinical correlations. Internat J Impot Res 2018; 30(2): 54-61.
6. Pastoor H, Timman R, de-Klerk C, M-Bramer W, Laan ET, Laven JS. Sexual function in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Reprod Biomed Online 2018; 37(6): 750-760.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

7. Chaudhari AP, Mazumdar K, Mehta PD. Anxiety, depression, and quality of life in women with polycystic ovarian syndrome. Indian J Psychol Med 2018; 40(3): 239-246.
8. Hashemi S, Ramezani Tehrani F, Noroozzadeh M, Rostami Dovom M, Azizi F. Infertility, the Most Adverse Outcome Among Sexual Function Outcome Affecting of Iranian Women with Polycystic Ovarian Syndrome. IJEM 2014; 16(3): 197-204.
9. Lizneva D, Walker W, Gavrilova-Jordan L, Diamond M, Azziz R, Suturina L, et al. Sexual function and polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Int J Fertil Steril 2016; 106(3):e261.
10. Benetti-Pinto CL, Ferreira SR, Antunes A, Yela DA. The influence of body weight on sexual function and quality of life in women with polycystic ovary syndrome. Arch Gynecol Obstet 2015; 291(2): 451-455.
11. Dashti S, Latiff LA, Hamid HA, Sani SM, Akhtari-Zavare M, Abu Bakar AS, et al. Sexual Dysfunction in Patients with Polycystic Ovary Syndrome in Malaysia. Asian Pac Cancer Prev 2016; 17(8): 3747-3751.
12. Farnam F, Janghorbani M, Raisi F, MerghatiKhoei E. Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on Women's sexual problems in Tehran, Iran: a randomized controlled trial. J Sex Med 2014; 11(11): 2679-2689.
13. Andersen BL. How cancer affects sexual functioning. Oncology (Williston Park) 1990; 4(6): 81-88.
14. Mike J, Hughes M, Cohen MZ. Using the BETTER model to assess sexuality. Clin J Oncol Nurs 2004; 8(1): 84-86.
15. Annon JS. Behavioral treatment of sexual problems: Brief therapy. United States: Honolulu; 1974.
16. Annon J. PLISSIT therapy. Corsine RJ (ed). Handbook of Innovative Psychotherapies. New York: John Wiley and Sons; 1981.
17. Alvandi Jam A, Afshari A, Talebi M, Abasi R. The effect of Sexual rehabilitation on (Sexual) quality of life for hemodialysis patients referred to dialysis center in Labafinejad Hospital. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac 2015; 22(4): 45-52 (Persian).
18. Chun N. Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. J Korean Acad Nurs 2011; 41(4): 471-480.
19. Faghani S, Ghaffari F. Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy breast cancer survivors. Asian Pac J Cancer Prev 2016; 17(11): 4845-4851.
20. Nayebi Nia AS, Dolatian M, Hasan Pour Azghadi B, Ebadi A, Akbarzadeh Baghban A. Domestic violence and its association with domains of reproductive health in women: A systematic review. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 27(158): 205-217 (Persian).
21. Rosen C, Brown C Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000; 26(2): 191-208.
22. Mohammadi K, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh 2008; 7(3): 269-278 (Persian).
23. Lara LA, Ramos FK, Kogure GS, Costa RS, Silva de Sá MF, Ferriani RA, et al. Impact of physical resistance training on the sexual function of women with polycystic ovary syndrome. J Sex Med 2015; 12(7): 1584-1590.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

24. Saboula NE, Shahin MA. Effectiveness of Application of PLISSIT Counseling Model on Sexuality for Breast Cancer's Women Undergoing Treatment. Am J Nurse Sci 2015; 4(4): 218-230.
25. Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. J Clin Nurs 2009; 18(1): 89-98.
26. Omidali F. Effect of selected interval exercise on body composition and quality of life in students with polycystic ovary syndrome. Iran J Obstet Gynecol 2015; 18(165-166): 16-24 (Persian).
27. Manne SL, Kissane DW, Nelson CJ, Mulhall JP, Winkel G, Zaider T. Intimacy enhancing psychological intervention for men diagnosed with prostate cancer and their partners: A pilot study. J Sex Med 2011; 8(4):1197-1209.
28. Ahmed Shafik S, Hasan mohamadi Sh. Application of PLISSIT Counseling Model for Women with Cervical Cancer Undergoing Treatment on Enhancing Sexuality. Am J Nurs Sci 2016; 5(3): 85-95.
29. Graham CA, Mercer CH, Tanton C, Jones KG, Johnson AM, Wellings K, et al. What factors are associated with reporting lacking interest in sex and how do these vary by gender? Findings from the third British national survey of sexual attitudes and lifestyles. J Epidemiol Commun Health 2017; 7(9): e016942.
30. Mansour SE, Shebl AM, Waheda SM. The effect of sexual counseling program on pain level and sexual function among women with dyspareunia. J Educ Pract 2014; 5(3): 208-220.
31. Porst H, Reisman Y. The ESSM syllabus of sexual medicine. Amesterdam: Medix Publishers; 2012.
32. Maasoumi R, Lamyian M, Khalaj Abadi Farahani F, Montazeri A. Women's perception of sexual socialization in Iran: A qualitative study. J Qual Res Health Sci 2013; 2(3):221-233 (Persian).
33. Fouladi N, Pourfarzi F, Ali-Mohammadi H, Masumi A, Agamohammadi M, Mazaheri E. Process of coping with mastectomy: A qualitative study in Iran. Asian Pac J Cancer Prev 2013; 14(3): 2079-2084.
34. Avery-Clark C, Weiner L. Sensate Focus in Sex Therapy and Sexual Health: The Art and Science of Mindful Touch. J Sex Med 2017; 14(5): e254-e255.
35. Malboeuf-Hurtubise C, Lacourse E, Herba C, Taylor G, Amor LB. Mindfulness-based intervention in elementary school students with anxiety and depression: a series of n-of-1 trials on effects and feasibility. J Evid Based Complementary Altern Med 2017; 22(4): 856-869.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]