بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر مدل PLISSIT بر رضایتمندی جنسی زنان باردار در سه ماهه های بارداری

معصومه حیدری[1*]، فرخنده امین شکروی[2]، آزیتا کیانی آسیابر[1]

۱. دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هجدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۸ صص ۵۱۵- ۵۰۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۶/۲۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۳ مهر ۹۸]

چکیده

مقدمه: رضایتمندی جنسی زنان باردار در حاملگی تحت تاثیر شرایط فیزیولوژیک این دوران قرار گرفته و زوجین را با چالش های زیادی مواجه می کند. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر مدل PLISSIT بر رضایتمندی جنسی زنان باردار در سه ماهه های بارداری انجام گرفت.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی غیر تصادفی شاهد دار بود. زنان باردار نخست زا، مراجعه کننده به مرکز مراقبتهای بارداری بیمارستان نجمیه شهر تهران در سال ۱۳۹۶ در این پژوهش شرکت کردند. جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه رضایتمندی جنسی MWSSQ و عوامل دموگرافیک انجام شد. اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار آماری SPSS[19] و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های تی مستقل و کای اسکوئر و تحلیل واریانس اندازه های مکررانجام شد.

یافته ها میانگین رضایتمندی جنسی زنان باردار قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی دار نداشت (p=۰/۹۱۳)، اما ۴ هفته بعد از آموزش، رضایتمندی جنسی زنان باردار درگروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد افزایش معنی داری (p=۰/۰۲۷) نشان داد. رضایتمندی جنسی درگروه آزمون، پایان سه ماهه دوم و پایان سه ماهه سوم در مقایسه با گروه شاهد بالاتر بود ولی تفاوت معنی دار نشان نداد.

بحث و نتیجه گیری: به نظر می رسد با آموزش جنسی زنان باردار، رضایتمندی جنسی آنان در سه ماهه های بارداری ارتقاء می یابد، بنابراین پیشنهاد می شود آموزش جنسی در برنامه های رایج مراقبتهای دوران بارداری گنجانده شود.

کلیدواژه: رضایتمندی جنسی، آموزش، بارداری، مدل PLISSIT

کد اخلاق: IR.TMU.REC.2015039

کد کارآزمایی بالینی: TRCT2016101930388N1

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی
Email: heidari@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]

مقدمه

رضایتمندی جنسی در زندگی زناشویی یکی از اجزای مهم زندگی [۱] و یکی از نیازهای طبیعی زوجین به شمار می رود[۲]. رضایت جنسی به تصور یک فرد از رفتار جنسی خویش که آنرا شادی آور تصور می‌کند، اطلاق می‌شود. بطوری که ارتقای رضایت جنسی منجر به افزایش کیفیت زندگی زناشویی شده و باعث گرم شدن کانون خانواده می‌گردد [۴-۳]. Hulbert و همکاران اظهار می‌دارند، عدم رضایت جنسی با طلاق، مشکلات اجتماعی و بسیاری از بیماری های جسمی و روحی ارتباط دارد، بطوری که ماسترز و جانسون علل نیمی از طلاق هارا عدم رضایت جنسی می‌دانند [۵]. دوران بارداری با تغییرات خاصی در ابعاد جسمی و روانی همراه است بطوری که رضایتمندی جنسی زوجین را در این دوران حساس، تحت تاثیر قرار می دهد. عدم وجود اطلاعات صحیح از نحوه ارتباط جنسی در بارداری سبب کاهش رضایتمندی جنسی و افزایش تنش در مادران باردار می گردد، بطوریکه عدم رضایتمندی جنسی در بارداری درمطالعات مختلف گزارش شده است [۷-۶]. نتایج مطالعات متعدد، نشان دهنده این است که اغلب زوجین معتقدند باید در دوران بارداری، در زمینه روابط جنسی آموزش ببینند [۹-۸]. افزایش آگاهی جنسی منجر به کاهش اضطراب در بارداری و افزایش رضایتمندی جنسی در این دوران می شود [۱۰]. مراقبان بهداشتی در کلینیک های مراقبت های بهداشتی دوران بارداری، معمولاً در مورد چگونگی روابط جنسی در بارداری با خانم های باردار صحبت نمی کنند و گاهی بدون دلیل طبی، روابط جنسی در بارداری را منع می کنند [۱۳-۱۱]، بطوری که منع بی دلیل روابط جنسی توسط مراقبان بهداشتی در بارداری و عدم رضایتمندی جنسی زوجین در این دوران، منجر به گرایش مردان به روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده می‌گردد [۱۵-۱۴]. آموزش جنسی آگاهی فرد را نسبت به تمایلات جنسی افزایش داده و نگرش مربوط به آن را بهبود می‌بخشد و بدین ترتیب رضایتمندی جنسی را افزایش می دهد [۱۶].

مطالعه افشار و همکاران بهبود رضایت جنسی بدنبال آموزش به روش سخنرانی و بحث گروهی [۱۷]، شیرپاک تاثیر مشاوره براساس مدل IMB [۱۹]، Lee JT Yen اثر بخشی آموزش، مبتنی برمدل فرانظریه ای [۱۹] و Ayaz S Kubilay ، رستمخانی و کریمی و همکاران اثر بخشی آموزش جنسی براساس مدل PLISSIT را بر کارکرد جنسی زنان غیر باردار نشان دادند [۲۲-۲۰]. لذا با توجه به اینکه ورود به مسائل جنسی زوجین، وارد شدن به خصوصی ترین روابط آنها است و معمولاً زوجین ترجیح می‌دهند در فضایی خصوصی و بصورت انفرادی مسائل و مشکلات خود را بیان کنند، در این تحقیق از آموزش بر اساس مدل PLISSIT استفاده شد تا مراجع در فضایی آرام و مطمئن به صورت چهره به چهره در مورد عملکرد جنسی خود صحبت کند و اطلاعات لازم را دریافت کند [۲۴-۲۳]، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش روابط جنسی در دوران بارداری به روش پلیسیت بر رضایت جنسی زنان در دوران بارداری در سال ۱۳۹۶انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار غیر تصادفی بود. جامعه پژوهش، زنان باردار نخست زا، مراجعه کننده به مرکز مراقبتهای بارداری بیمارستان نجمیه شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. .نمونه پژوهش، زنان باردار نخست زا با سن حاملگی ۱۰-۸ هفته بودند که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بوده و جهت مراقبتهای رایج بارداری به این مرکز مراجعه کردند (شکل ۱). معیارهای ورود به مطالعه شامل نخست زا بودن، نداشتن منع فعالیت جنسی به دلیل پزشکی (حاملگی چندقلو، تهدید به سقط، جفت سرراهی و ...)، عدم اعتیاد یا مصرف عادتی الکل، عدم مصرف هرگونه داروی موثر بر پاسخ جنسی فرد، نداشتن بیماریهای جسمی یا روانی و طبی شناخته شده بنا به اظهار خود فرد، تک همسره بودن، زندگی دائم با همسر خود و حداقل سواد خواندن ونوشتن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل وقوع واقعه ناگوار در طی مطالعه (فوت یا بیماری حاد بستگان نزدیک)، رخداد موارد منع فعالیت جنسی به دلیل پزشکی در طی مطالعه (تشخیص تهدید به سقط، تشخیص سقط اجتناب ناپذیر، حاملگی چندقلو، پارگی زودرس پرده های جنینی، جفت سرراهی)، هر عاملی که باعث ختم حاملگی در نیمه اول بارداری شود مانند سقط و یا در نیمه دوم بارداری باعث زایمان زودرس شود مانند: پارگی زودرس کیسه آب و عدم تمایل نمونه ها به ادامه همکاری بود. در این پژوهش جهت تعیین حجم نمونه از نرم افزار PS(Power & sample size calculation)، version(3.1.2.2014) استفاده شد [۲۵]. تعداد نمونه ها با استفاده از میانگین و انحراف معیارمربوط به نمره کلی رضایتمندی جنسی برگرفته از نتایج مطالعه افشار و همکاران [۱۷] به شرح زیر بدست آمد:M1=۹۰/۱۲ و M2= ۹۷/۹۶ و SD1=۱۲/۱۰ و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]

SD2=۱۲/۰۸ و Power =۹۰/۰ و α = ۰/۰۵ ، تعداد نمونه در هر گروه۴۰ نفر محاسبه شد. جهت افزایش اعتبار مطالعه و با در نظر گرفتن احتمال ۱۰ درصد ریزش نمونه ها و افزایش دقت مطالعه، تعداد **۴۴** نفر برای هر گروه در نظر گرفته شدند. نمونه گیری در این پژوهش، به صورت نمونه گیری آسان یا در دسترس صورت گرفت. بدین معنی که همه زنان باردار تحت پوشش مرکز مراقبتهای بارداری بیمارستان نجمیه از نظر معیارهای ورود ارزیابی شدند. سپس افراد دارای معیارهای ورود که راضی به شرکت در مطالعه بودند، جهت شرکت در جلسه توجیهی از آنها دعوت به عمل آمد، در جلسه توجیهی پژوهشگر بعد از معرفی خود، اهداف و روش مطالعه را به طور کلی توضیح داده و از آنان خواسته شد تا فرم رضایت نامه کتبی را تکمیل کنند. سپس توضیحاتی در مورد نحوه پر کردن پرسشنامه ارائه گردید و پرسشنامه های پیش آزمون بصورت کددار (بدون درج نام و نام خانوادگی افراد) در اختیار آنها قرار داده شد و در همان مکان توسط زنان باردار در دو گروهآزمون و شاهد تکمیل شد، به هر فرد کد خاصی اختصاص یافت تا در مراحل تکمیل پرسشنامه آن را وارد نماید. سپس شماره تلفن افراد جهت انجام پیگیری های بعدی ثبت شد. در ادامه نمونه ها در گروه های آزمون و شاهد قرار گرفتند. درگروه آزمون،زنان باردار، انتهای سه ماهه اول (۱۲-۱۰ هفته) در کلاس آموزش روابط جنسی در بارداری به صورت انفرادی و چهره به چهره در یک مکان اختصاصی شرکت کردند و آموزش براساس سه گام اول مدل Plissit در دو جلسه۹۰ دقیقه ای انجام و کتابچه آموزشی به آنها تحویل داده شد و در طی بارداری متناسب با سه ماهه های بارداری، مطالب آموزشی از طریق تلگرام برایشان فرستاده شد. در گروه شاهد، زنان باردار فقط آموزش های رایج دوران بارداری را دریافت کردند و آموزش روابط جنسی در بارداری را دریافت نکردند، اما مطالب علمی در رابطه با تغذیه، فعالیت فیزیکی و مسائل شایع در بارداری از طریق تلگرام برای آنها فرستاده شد. ۴ هفته بعد از مداخله، پایان سه ماهه دوم (۲۸-۲۴ هفته) و پایان سه ماهه سوم (۳۶-۳۴ هفته) پرسشنامه رضایتمندی جنسی توسط دو گروه تکمیل شد. اخذ رضایت، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و جنسی، شرح اهداف مطالعه و تشریح روش کار از جمله مهمترین ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این مطالعه بود. در این تحقیق از پرسشنامه سنجش رضایت جنسی زنان متاهل (Married -MWSSQ Women's Sexual Satisfaction Questionnaire) جهت ارزیابی رضایت جنسی زنان،که توسط شاهواری طراحی شده است استفاده شد. این پرسشنامه بعنوان یک ابزار تحقیق معتبر درتحقیقات و کارهای بالینی است و دارای گویه های منحصر به فردی برای سنجش رضایت جنسی زنان متاهل است.

MWSSQ متشکل از ۴ زیر مقیاس است:

- پیشایندهای رضایت جنسی ۲- موانع ذهنی وجسمی رضایت جنسی ۳- ارزش های فرهنگی حاکم ۴- عوامل مربوط به شوهر

- پیشایندهای رضایت جنسی: ۸ گویه است و به مواردی اشاره می کند که باید قبل از وقوع مفهوم رضایت جنسی درزنان اتفاق افتاده باشد.

- موانع ذهنی وجسمی رضایت جنسی: ۹ گویه است وبه عوامل ایجاد کننده عدم انگیزه زن برای برقراری ارتباط و لذت از رابطه جنسی اشاره دارد.

- ارزش های فرهنگی حاکم: ۵ گویه است و به تقویت کننده های دیگر رابطه جنسی به جز عوامل مرتبط با لذت جسمی در زن اشاره می کند.

- عوامل مربوط به شوهر: ۵ گویه است و به موارد مربوط به مرد که درتمرکز زن در رابطه جنسی دخالت دارند، اشاره می کند.

پرسشنامهMWSSQ که توسط شاهواری طراحی واعتباریابی شد، برروی ۲۸۶ زن متاهل اجرا شد. پایایی با روش ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس اول ۰/۸۹۸، برای زیر مقیاس دوم ۰/۸۰۸، برای زیر مقیاس سوم ۰/۷۷۰ و برای زیر مقیاس چهارم ۰/۵۷۱ محاسبه شد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ درمورد کل پرسشنامه ۰/۹۱۶ بوده و نشان دهنده ثبات درونی مناسب پرسشنامه است. مقیاس اندازه گیری در این پرسشنامه لیکرت ۵ قسمتی با متیاز ۵ برای همیشه، ۴ برای اکثراً، ۳ برای گاهی و۲ برای بندرت وامتیاز ۱ برای هرگز است. نمره گزاری تعدادی از سئوالات به صورت معکوس است [۲۶]. محتوای کتابچه آموزش روابط جنسی در دوران بارداری براساس مطالب علمی موجود در منابع علمی مامایی، کتابهای بهداشت جنسی و همچنین بر اساس نتایج مطالعات انجام شده در زمینه بررسی نیازهای آموزشی زنان باردار در سه ماهه های بارداری [۲۸-۲۷] تهیه گردید و در اختیار تعدادی از متخصصان زنان و مامایی، بهداشت جنسی، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و اساتید علوم دینی قرار گرفت و طبق نظر آنان اصلاحات لازم انجام گرفت. به منظور بررسی روایی صوری از نظر نمونه ها، کتابچه آموزشی در اختیار ۱۰ زن باردار در دوران بارداری قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا کلمات و جملات مبهم را مشخص کنند. پس از جمع آوری نظرات متخصصان و نمونه ها، اصلاحات لازم صورت گرفت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]

مدلخله بر اساس مدل PLISST انجام شد. PLISSIT از حروف ابتدای کلمات permission (اجازه دادن)، limited information (اطلاعات محدود) ، Specific suggestion (پیشنهادات اختصاصی ویژه) وintensive therapy (درمان پیشرفته) تشکیل شده است. این مدل متداولترین ابزار به کاربرده شده برای ارزیابی رضایتمندی جنسی است و می تواند برای تمام افراد از جمله زنان باردار بکار برده شود [۲۵]. این مدل همچنین می‌تواند به فرد ارائه دهنده خدمات بهداشتی کمک کند که بفهمد بیمارش چه چیزی را در رابطه جنسی تجربه می‌کند، مشکل او چیست و چگونه می‌تواند سلامت جنسی او را بهبود بخشد (جدول شماره ۱). دراین تحقیق جلسات مشاوره مشتمل بر ۲ جلسه مشاوره خصوصی با مدت زمان ۹۰ دقیقه بود که به صورت هفتگی براساس ۳ گام اول، از گام های چهارگانه PLISST برای کلیه افراد حاضر در گروه آزمون برگزار شد. پژوهشگر پس از گذراندن کارگاه آموزشی plissit و دریافت گواهی کسب مهارت در زمینه آموزش جنسی بر اساس مراحل این مدل، جهت مشاوره خانم های باردار اقدام کرد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر نشان داد دو گروه از نظر ویژگیهای فردی، شامل سن، سطح تحصیلات، شغل و درآمد قبل از مداخله اختلاف معنی دار نداشتند و با هم همگن بودند. میانگین (انحراف معیار) سن زنان باردار در گروه آزمون (۳/۵۷)۲۵/۷۱ و در گروه شاهد (۳/۵۷)۲۵/۷۳ سال بود. سایر ویژگیها به تفضیل در جدول شماره ۲ آمده است. میانگین رضایتمندی جنسی زنان باردار در دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنی دار نداشت (p=۰/۹۱۳)، ۴ هفته بعد از آموزش، رضایتمندی جنسی زنان باردار در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد افزایش یافت و با p=۰/۰۲۷ تفاوت معنی دار داشت، رضایتمندی جنسی در گروه آزمون، پایان سه ماهه دوم و پایان سه ماهه سوم در مقایسه با گروه شاهد بالاتر بود ولی تفاوت معنی دار نشان نداد. تحلیل واریانس اندازه های تکراری نشان داد، اثر متقابل زمان و گروه با (p= ۰/۰۸۱) معنی دار نبود، اثر زمان با p= ۰/۰۰۱ معنی دار بود و اثر گروه با p= ۰/۲۹۶ معنی دار نبود. بعلاوه، نتایج نشان داد بیشترین تفاوت در میانگین رضایتمندی جنسی بین گروه آزمون و شاهد، ۴ هفته بعد از آموزش، ۵/۲۵ بود و این تفاوت در سه ماهه دوم و سوم به ترتیب به ۲/۶۱ و ۲/۳۵ رسید (جدول شماره ۳ و نمودار شماره۱). ۸۲ درصد زنان نگران صدمه به جنین در حین رابطه جنسی بودند و ۷۳ درصد اعلام کردند که در حین بارداری آموزشی در زمینه روابطه جنسی ندیده بودند و فقط خودشان از طریق مطالعه کتاب و اینترنت اطلاعات محدودی داشتند.

جدول ۱: جلسات آموزشی طبق گام های مدل PLISST

جلسات	گام های مدل PLISST		اقدامات انجام شده و محتوای آموزشی
جلسه اول	گام اول	Permission یا اجازه گرفتن	- معرفی وآشنایی مشاور و مراجع با یکدیگر - ارزیابی اطلاعات و آگاهی زن باردار با توجه به شرایط فیزیولوژیک بارداری و مشکلات او در این دوران. - یادداشت بیانات مراجع درمورد نگرانی ها و دغدغه های جنسی او در بارداری توضیح جزییات جلسات مشاوره و تشریح اهداف آن توسط مشاور و آشنایی مراجع با مدل PLISSIT
	گام دوم	Limited Information یا ارائه اطلاعات محدود	- ارائه مطالبی درمورد آناتومی دستگاه تناسلی در مرد و زن و دادن اطلاعاتی در زمینه فیزیولوژی بارداری و فیزیولوژی پاسخ جنسی و تغییرات آن در بارداری. -بیان نقاط حساس جنسی در هر دو جنس و چگونگی لمس و تحریک آنها -توضیحاتی درمورد تغییرات سیکل پاسخ جنسی در بارداری - پاسخگویی مشاور به سوالات احتمالی مراجع - جمع بندی جلسه مشاوره و طرح ریزی جلسه بعدی
جلسه دوم	گام سوم	Specific Suggestion ارائه پیشنهادات اختصاصی	-بررسی روند پیشرفت مشاوره وانگیزه مراجع برای ادامه جلسات - بحث در مورد مهارت های جنسی دربارداری - آموزش پوزیشن های جنسی مناسب در بارداری -روشهای مختلف معاشقه و عشق ورزی در بارداری -مطالبی جهت بر طرف کردن نگرانی های زوجین در مورد روابط جنسی دراین دوران. - آموزش نحوه ماساژ در بارداری و منع ماساژ در نواحی خاص - پاسخگویی مشاور به سوالات مراجع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]

جدول۲: ویژگیهای دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه

		گروه آزمون	گروه شاهد	P
سن	≤۲۰	۵ (۱۱/۹)*	۲ (۴/۹)*	۰/۹۱۳†
	۲۱-۳۰	۳۵(۸۳/۳)	۳۶(۸۷/۸)	
	۳۱-۴۰	۲(۴/۸)	۳(۷/۳)	
	M± SD	۲۵/۷۱(۳/۵۷)**	۲۵/۷۵(۳/۵۷)	
مدت ازدواج به سال		۲/۵۲(۱/۷۷)*	۲/۱۷(۱/۵۹)	۰/۰۲۷†
سطح تحصیلات	دیپلم	۱۱(۲۶/۲)	۱۲(۲۹/۳)	۰/۲۰۴††
	لیسانس	۲۸(۶۶/۷)	۲۶(۶۳/۴)	
	فوق لیسانس و بالاتر	۳(۷/۱)	۳(۷/۳)	
شغل	خانه دار	۳۲(۲۶)	۳۳(۰۸/۵)	۰/۲۶۸††
	شاغل	۱۰(۲۴)	۸(۱۹/۵)	
درآمد خانواده	کم	۴(۹/۵)	۷(۱۷/۱)	۰/۲۳۹††
	متوسط	۳۱(۷۳/۶)	۳۲(۷۸)	
	زیاد	۷(۱۶/۷)	۲(۴/۹)	

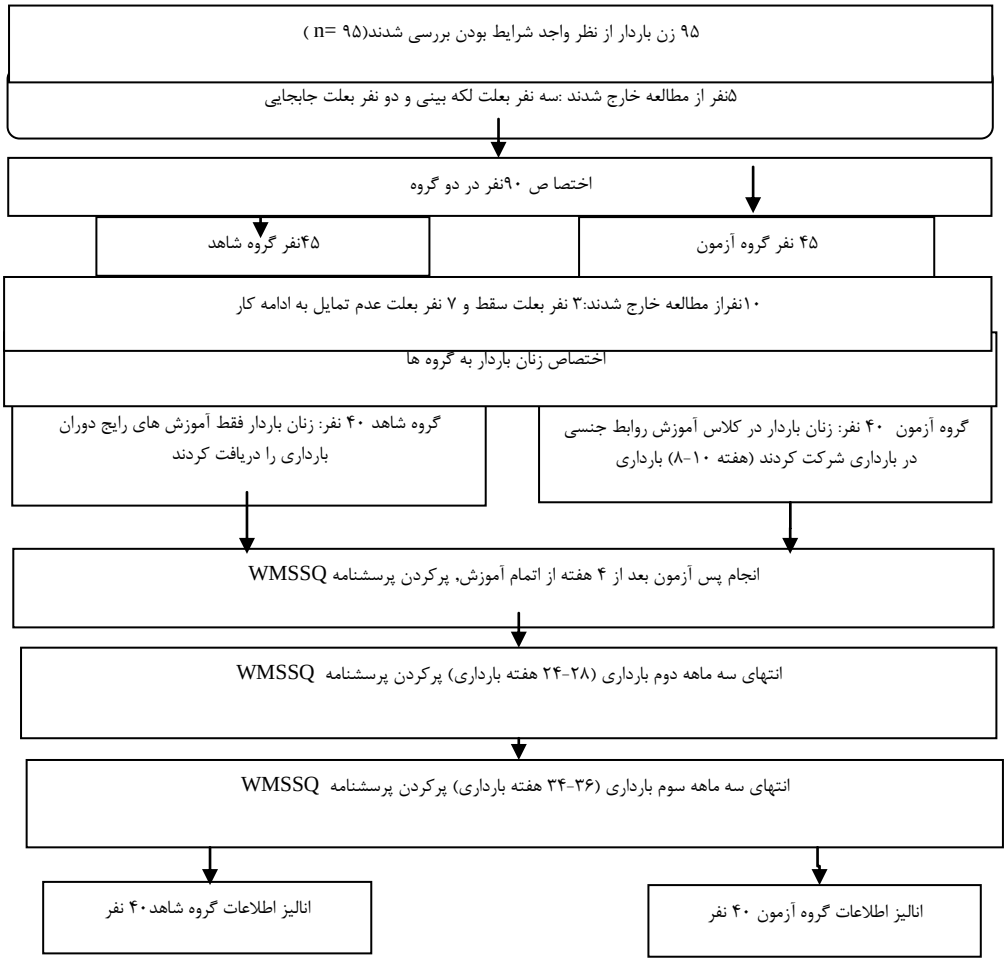
*فراوانی(درصد)، **میانگین (انحراف معیار)،†آزمون تی مستقل،††کا اسکوئر

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره رضایتمندی جنسی زنان باردار قبل و بعد از مداخله

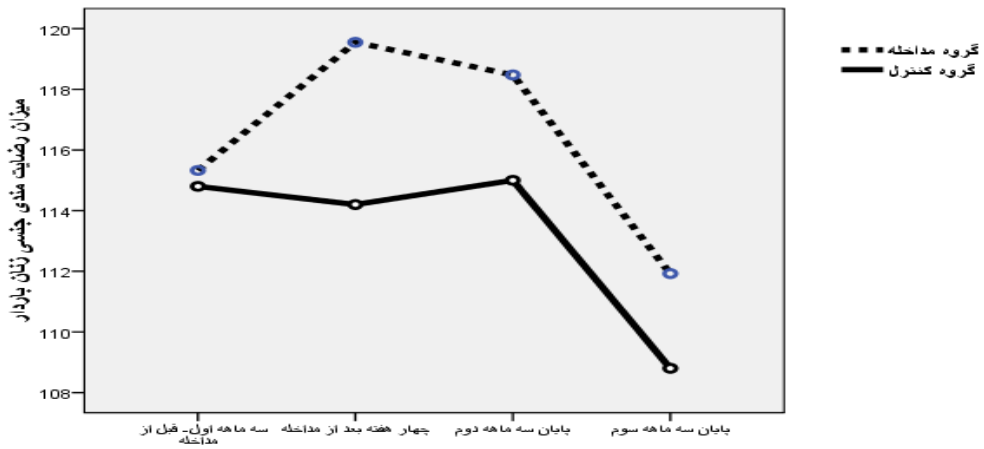
	گروه آزمون	گروه شاهد	P †
۱۲-۱۰ هفته بارداری (قبل از مداخله)	۱۱۵/۱۷ (۹/۲۱)*	۱۱۴/۹۰ (۱۲/۴۰)	۰/۹۱۳
	(۹۱ -۱۳۴)**	(۷۷ -۱۳۱)	
۴ هفته بعد از مداخله	۱۱۹/۵۷ (۷/۹۴)	۱۱۴/۳۲ (۱۲/۶۸)	۰/۰۲۷
	(۹۹ -۱۳۴)	(۷۷ -۱۳۵)	
۲۸-۲۶ هفته بارداری	۱۱۷/۸۱ (۱۰/۰۷)	۱۱۵/۲۰ (۱۳/۹۰)	۰/۲۰۴
	(۹۱ -۱۳۵)	(۸۰ -۱۴۱)	
۳۶-۳۴ هفته بارداری	۱۱۱/۶۲ (۱۰/۴۴)	۱۰۹/۲۷ (۱۴/۳۲)	۰/۲۶۸
	(۷۸ -۱۲۹)	(۷۷ -۱۳۵)	

*میانگین (انحراف معیار)، ** دامنه تغییرات، †آزمون تی مستقل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]



شکل ۱: نمودار مشارکت در مطالعه



نمودار ۱: روند تغییرات رضایتمندی جنسی زنان باردار در طول زمان به تفکیک سن بارداری و گروههای آزمون و شاهد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر که به روش کارآزمایی بالینی شاهد دار انجام شد، نشان داد رضایتمندی زنان باردار بعد از مداخله افزایش پیدا کرد به طوری که، میزان نمره رضایت جنسی زنان باردار‌درگروه آزمون از (۹/۲۱) ۱۱۵/۱۷ قبل از مداخله، به (۷/۹۴) ۱۹/۵۷ چهار هفته بعد از مداخله و به (۱۰/۰۷) ۱۱۷/۸۱ در پایان سه ماهه دوم رسید و در مقایسه با گروه شاهد، چهار هفته بعد از مداخله اختلاف معنی دار داشت. با توجه به اینکه در سه ماهه اول به دلیل حالت تهوع و خستگی مادر و هم چنین ترس از سقط معمولاً میل جنسی کاهش می یابد [۲۹]، با این حال با آموزش زنان باردار، رضایتمندی جنسی آنها درانتهای سه ماهه اول افزایش یافت و در سه ماهه دوم نیز ادامه یافته ولی درسه ماهه سوم با توجه به ترس های مربوط به زایمان زودرس و ترس از پارگی کیسه آب [۲۷]، رضایتمندی جنسی به رغم دریافت آموزش، کاهش یافت.

مطالعه حاضر با تحقیق منگلی و همکاران همخوانی دارد، نتایج تحقیق منگلی نشان داد با ارائه مطالب آموزشی بصورت پمفلت آموزشی، رضایت جنسی زنان افزایش پیدا می‌کند [۳۰]. هم چنین نتایج پژوهش های متعددی نشان داده است که رضایتمندی جنسی در اثر آموزش افزایش پیدا می‌کند و با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد [۳۳-۳۱]، با اینحال در گروه شاهد با پیشرفت بارداری، رضایتمندی جنسی کاهش یافت، در حالیکه در گروه آزمون بعلت کم شدن ترس و نگرانی زنان باردار از روابط جنسی در بارداری، رضایتمندی جنسی افزایش یافت. بابازاده و همکاران در تحقیق خود نشان دادند، آموزش روابط جنسی در بارداری باعث بهبود کارکرد و رضایتمندی جنسی زنان باردار شد ولی در گروه کنترل که آموزش دریافت نکردند، رضایتمندی جنسی در بارداری کاهش یافت [۳۴]. یکی از دلایل مهمی که شرکت کنندگان در این تحقیق، عامل کاهش رضایتمندی جنسی در بارداری بیان کردند، توصیه های مراقبان بهداشتی (متخصصان زنان و ماماها) بود که بدون هیچ دلیل طبی، زوجین را از داشتن روابط جنسی در بارداری به دلیل ترس از صدمه به جنین منع می‌کردند و دورانی که خانم باردار بیش از همه زمانها به حمایت عاطفی و روانی همسر احتیاج دارد، به دوران جدایی زوجین تبدیل شده و باعث ضعیف شدن ارتباط عاطفی آنان و کاهش رضایتمندی جنسی می‌شود. در مطالعات دیگر هم تاکید شده است که کاهش روابط جنسی و ارتباطات صمیمانه زوجین در بارداری باعث کاهش رضایتمندی جنسی شده و این سردی روابط می تواند مشکلاتی را در زندگی زوجین ایجاد کند [۳۵]. سیدو درمطالعه فراتحلیل خود در سال ۱۹۹۹ که بر روی ۵۹ مطالعه، در فاصله بین سال های ۱۹۹۶-۱۹۵۰ با عنوان فعالیت‌های جنسی در طول بارداری و پس از زایمان در انگلستان و آلمان انجام شد، نشان داد میل جنسی زنان در طی سه ماهه اول بارداری بدون تغییر مانده یا اندکی کاهش یافته، در اواخر سه ماهه‌ی سوم کاهش بارزی در تمایل جنسی مشاهده شد. اما در کل، این تغییر به خصوص در سه ماهه دوم بسیار متفاوت بود. تمایل جنسی مردان در طول بارداری همسرشان تا آخر سه ماهه دوم بارداری بدون تغییر و پس از آن به شدت کاهش یافته بود. شایعترین مشکل جنسی در بارداری ترس از صدمه به جنین بود. این ترس باعث می‌شد، در حدود یک چهارم تا نیمی از مادران باردار و حداقل یک چهارم از مردان از روابط جنسی خودداری کنند. در حدود یک چهارم تا نیمی از زنان باردار احساس جذابیت کمتری نسبت به گذشته می‌کردند. تصور جذابیت جنسی زنان باردار از خود و همسرانشان با دفعات نزدیکی و رضایت جنسی ارتباط مثبت و با درد حین مقاربت ارتباط منفی داشت. ۶۸٪ زنان بیان کردند که پزشک چیزی در مورد فعالیت جنسی در طول بارداری به آنها نگفته است. بقیه (۲۷٪) اغلب توصیه‌های بازدارنده دریافت کرده بودند. ۱۰-۸٪ زنان با دستور پزشک از فعالیت جنسی در طول بارداری منع شده بودند. زنانی که در طول بارداری از پزشک خود سئوال نکرده بودند، احساس جنسی بیشتری نسبت به زنانی که از پزشک خود سئوالات جنسی پرسیده بودند، داشتند. (به دلیل اینکه پزشکان توصیه های محدود کننده داده بودند) [۳۶].

برای اینکه زنان باردار یک بارداری ایمن را سپری کنند و رضایتمندی جنسی زوجین هم در بارداری برقرار باشد، باید مراقبان بهداشتی (متخصصان زنان و زایمان و ماماها) در هنگام گرفتن تاریخچه از زنان باردار در طی مراقبتهای بارداری، از چگونگی روابط جنسی و رضایتمندی آنها در این دوران سوال کنند و آموزش روابط جنسی در بارداری را جزء آموزش های رایج دوران بارداری قرار دهند و به سوالات جنسی مراجعان خود متناسب با شرایط آنها پاسخ دهند بطوری که با آموزش مهارت های جنسی در بارداری، هم سلامت جنین تامین گردد و هم نیازهای عاطفی و جنسی زوجین در این دوران مهم، برآورده شود. درصورتی که مراقبان بهداشتی زمان کافی جهت ارائه آموزش های جنسی لازم را ندارند، بایستی از یک متخصص امور جنسی و یا روانشناس کمک بگیرند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]

De Pierrepont معتقد است متخصصان زنان و مامایی باید با متخصصان امور جنسی هماهنگ باشند و بصورت تیمی عمل کنند، بطوریکه در این کار تیمی رواشناسان و سکسولوژیست ها دارای نقش منحصر به فرد هستند به ویژه در مراقبتهای بهداشتی دوران بارداری که مداخلات جنسی جزء مهم مراقبتهای پرناتال است [۳۷].

در تحقیق حاضر نشان داده شد که آموزش به روش Plissit موجب کاهش ترس و نگرانی زنان باردار از روابط جنسی در بارداری می گردد، به طوری که رضایتمندی جنسی آنان را در بارداری افزایش می دهد. نتایج تحقیق Ayaz، رستمخانی و کریمی و همکاران نتایج تحقیق حاضر را در زمینه بهبود رضایتمندی جنسی زنان پس از دریافت مشاوره به روش پلیسیت تایید می کند [۲۲-۲۰]. در مطالعه بهادوران که تاثیر آموزش جنسی بر کارکرد جنسی در دوران بارداری به دو روش انفرادی (رو در رو) و روش گروهی مقایسه شده بود، مشخص شد، با توجه به اینکه خانم های ایرانی در رابطه با صحبت در مورد مسائل جنسی شرم و حیا داشته و این مسئله مانع می شود که سوالات خود را در جمع بپرسند، اگر آموزش به صورت انفرادی باشد راحتتر می توانند سوالات خود را با مشاور درمیان بگذارند [۳۸]. بنابراین با توجه به اینکه پرداختن به سلامت جنسی در بارداری، جزیی از مراقبتهای دوران بارداری است [۴۰-۳۹]، ارائه آموزش های لازم دراین زمینه به روش Plissit فرصتی ایجاد می‌کند که زنان باردار، اطلاعات مفید و صحیحی دراین زمنیه دریافت کنند و بتوانند در محیطی خصوصی دغدغه های خود را براحتی با مشاور درمیان بگذارند.

اهمیت پژوهش حاضر، کاربرد یافته های آن در جهت افزایش آگاهی زنان باردار و افزایش رضایتمندی جنسی در بارداری می باشد. امید است با استفاده از یافته های این تحقیق، ضرورت آموزش روابط جنسی در بارداری در کنار آموزش های روتین دوران بارداری توسط مسئولین احساس شود و در برنامه های آموزشی این دوران گنجانده شود. تا زنان باردار و همسرانشان بتوانند بارداری ایمن و آرام همراه با رضایتمندی جنسی را تجربه کنند.

پیشنهادات: با توجه به اینکه در تحقیقات زیادی اثر بخشی آموزش بر بهبود رضایتمندی جنسی زنان در دوران بارداری مورد تاکید قرار گرفته با این حال در کلینیک های مراقبت های دوران بارداری هنوز آموزشی در مورد روابط جنسی به خانم های باردار داده نمی شود. پیشنهاد می شود که دوره های اموزشی به صورت آموزش مداوم و یا کارگاه های اموزشی در زمینه روابط جنسی مناسب و رضایت بخش در بارداری برای پزشکان متخصص زنان و ماماها برگزار گردد و تاکید گردد آموزش جنسی در بارداری جزء آموزش های روتین دوران بارداری قرار گیرد. هم چنین پژوهش هایی در مورد میزان آگاهی و نگرش پزشکان و ماماها در مورد آموزش های جنسی در بارداری صورت گیرد.

تضاد منافع: دراین مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

سهم نویسندگان

معصومه حیدری: طراحی پژوهش، اجرای طرح، تجزیه و تحلیل داده ها و نگارش مقاله

فرخنده امین شکروی: استاد راهنما، نویسنده مسئول و مشاور علمی

آزیتا کیانی آسیابر: کمک در طراحی پژوهش، کمک در اجرای طرح و نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه دکتری اموزش بهداشت و ارتقای سلامت است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس انجام گرفته است. بدین وسیله نویسندگان مقاله برخود لازم می‌دانند از کلیه بانوان محترم شرکت کننده دراین مطالعه که همکاری لازم را مبذول داشتند تشکر و قدردانی شود.

منابع

1. Kaplan H, Benjamin S.A summary of Kaplan psychology. 2st Edition, Arjmand: Tehran, 2001

2. Kavyani M. Health Psychology, 1st Edition, Smat: IRAN Tehran, 2013 [Persian]

3. Young M, Denny G, Young T, Luquis R. Sexual satisfaction among married woman. American Journal of Health Studies 2000; 16: 34-43

4. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: results froma decade of research. Archives of Sexual Behavior 2001; 30: 177-219

5. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexualityand sexual activity in pregnancy. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2000; 107: 964-8

6. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. Journal of Sex Research 2002; 39: 94-103

7. Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. Sexuality of pregnant women. Ginekologia Polska 2006; 77: 733-9

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]

8. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2005; 84: 934-8
9. Bayrami R, Satarzadeh N, Ranjbar Kouchaksarei F, Pezeshki M. Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. Journal of Reproduction & Infertility 2008; 9: 271-82
10. Zahraee HR, Shafie K, Bashardoost N, Reihani M, Jaberi P. Study of the related factors in couple sexual relationship during pregnancy. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2002; 5: 62-7 [Persian]
11. Rahimi S, Seyyed Rasooly E. Sexual behavior during pregnancy. Payesh 2004; 3: 291-9 [Persian]
12. Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. Journal of the Medical Association of Thailand 2004; 87: 45-9
13. Polomeno V. Sexual pregnancy: A perinatal educator's guide. Journal of Perinatal Education 2000; 9: 15-27
14. Lawoyin TO, Larsen U. Male sexual behaviour during wife's pregnancy and postpartum abstinence period in Oyo State. Nigeria. Journal of Biosocial Science 2002; 34: 51-63
15. Nichols FH, Humenick SS. Child birth education, 2nd Edition. WB sunders company: Philadelphia, 2000
16. Tabrizi, M. Beck and the effectiveness of couples therapy, cognitive therapy and family therapy book compilation on increasing marital satisfaction. Ph.D. Thesis. Tehran: Allameh Tabatabai University; 2003; 30-42 [Persian]
17. Afshar, M. Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. Merghti-Khoei, E.-S. & Yavarikia, P. The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. Journal of Caring Science 2012; 1: 73 [Persian]
18. Refaie-Shirpak Kh Eftekhar H Mohammad K. Incorporation of a sex education program in health care centers in Tehran. Payesh 2007; 6: 243 - 256 [Persian]
19. Lee JT Yen HW. Randomized controlled evaluation of a theory-based postpartum sexual health education program. Journal of Advanced Nursing 2007; 60: 389 - 401
20. Ayaz S Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. Journal of Clinical Nursing 2008; 18: 89-98
21. Rostamkhani F, Ozgoli G, Merghati Khoei E, Jafari F, Alavi M. Effectiveness of the PLISSIT-based Counseling on sexual function of women. Iran Journal of Nursing 2012; 22: 9-1
22. Karimi F, Babazadeh R, Latifnejad Roudsari R, Asgharipour N, Esmaily H. The Effectiveness of Counseling using PLISSIT Model on Depression, Anxiety and Stress, among Postpartum Women with Sexual Dysfunction: A Randomized Trial. Journal of Midwifery and Reproductive Health 2019; 7: 1912-1920
23. Annon JS. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. Journal of Sex Education and Therapy 1976; 2:1–15
24. Taylor B, Davis S. The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. Sexuality and Disability 2007; 25:135-9
25. Dupont, W. D., & Plummer, W. D. Power and sample size calculations for studies involving linear regression. Controlled Clinical Trials Journal 1998; 19: 589-601
26. Shahvari, Z, Raisi, F, Yekta, Z. P, Ebadi, A, & Kazemnejad, A. Married Women's Sexual Satisfaction Questionnaire; A Developmental and Psychometric Evaluation. Iranian Red Crescent Medical Journal 2015; 17: 26488 [Persian]
27. Onah, H, Iloabachie, G, Obi, S, Ezugwu, F, & Eze, J. Nigerian male sexual activity during pregnancy. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2002; 76: 219-223
28. Memarian Z, lamyianm M, Azin A. Compiling sex education package and assessing sexual satisfaction and function on nulliparous women in third trimester. [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University faculty of Medical Sciences 2014 [Persian]
29. Oh EJ, Kim MJ. Factors Affecting the Sexual Function of Pregnant Women. Korean Journal of Women Health Nursing 2019; 25: 73-85
30. Mangeli M, Ramezani T. The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women. Iranian Journal of Medical Education 2009; 8: 305-312 [Persian]
31. Schulz MS, Cowan CP, Cowan PA. Promoting healthy beginnings: A randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006; 74: 20-31
32. Zimmermann-Tansella C, Bertagni P, Siani R, Micciolo R. Marital relationships and somatic and psychological symptoms in pregnancy. Social Science & Medicine 1994; 38: 559-64

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]

33. Khalesi Z.B, Bokaie M, Attari S.M.Effect of pregnancy on sexual function of couples. African Health Sciences 2018; 18: 227-234
34. Babazadeh R, Mirzae Najmabadi K, Masumi Z. Investigating effect of teaching on sexual activity changes during pregnancy. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2012; 12: 18-26 [Persian]
35. Senkumwong, N, Chaovisitsaree, S, Rugpao, S, Chandrawongse, W, & Yanunto, S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. Journal of the Medical Association of Thailand 2006; 89: 124-129
36.von Sydow, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research 1999; 47: 27-49
37. De Pierrepont, C., Polomeno, V., Bouchard, L, & Reissing, E. What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatality-part 1. Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction 2016; 45: 796-808
38. Bahadoran P, MohammadiMahdiabadzade M, Nasiri H, GholamiDehaghi A. The effect of face-to-face or group education during pregnancy on sexual function of couples in Isfahan. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2015; 20: 582-7
39. Vural BK, Temel AB. Effectiveness of premarital counseling program on sexual satisfaction of recently married couples. International Journal of Sexual Health 2009; 6: 222 - 232
40. Mariusz J, Mariusz P, Iga K, Jarosława B, Tomasz K& Joanna G .Partner's support during pregnancy as the mediator of women's sexual satisfaction after childbirth. 2019, Published online: 14 Feb, Available from: https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1575507

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]

Payesh

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

ABSTRACT

The effect of an educational intervention based on the PLISSIT model on sexual satisfaction of pregnant women in the third trimester of pregnancy

Masumeh Heidari [1*], Farkhondeh Amin Shokravi [2], Azita Kiani Aciabar [1]

1. Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
2. Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Payesh 2019; 18(5): 505- 515
Accepted for publication: 15 September 2019
[EPub a head of print-5 October 2019]

Objective (s): Sexual functioning during pregnancy presents couples with many challenges. The purpose of this study was to determine the effect of an educational intervention based on PLISSIT model on sexual satisfaction of pregnant women in the third trimester of pregnancy.
Methods: This was a non-randomized clinical trial. A sample of pregnant nulliparous women who referred to a large general hospital in Tehran was entered into the study. The sexual satisfaction questionnaire (MWSSQ) and a demographic questionnaire were used to collect data. The Data were analyzed by SPSS software using descriptive statistics, independent t-test and chi-square and repeated measures analysis.
Results: While there was no significant difference in the mean sexual satisfaction of pregnant women before intervention ($p = 0.91$), 4 weeks after training, the sexual satisfaction of pregnant women in the intervention group was significantly higher than the control group ($p = 0.027$). However, at the end of the second trimester and the end of the third trimester sexual satisfaction were higher in the intervention group as compared to the control group, but did not show any significant difference
Conclusion: Sexual education during pregnancy seems improve sexual satisfaction in women. Indeed it is suggested that sexual education be included in routine prenatal care programs.

Key Words: Sex education, Pregnancy, Sexual Satisfaction, PLISSIT model

Clinical Trial Code: TRCT2016101930388N1

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.5.4]

[*] Corresponding author: Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
E-mail: heidari@shahed.ac.ir