Volume 25, Issue 4 (July- August 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The comparison between the effectiveness of plissit and sexual health model on the sexual function and sexual quality of life in menopause: A randomized clinical trial

Zahra Zamiri Araste[1], Masoumeh Simbar[2*], Zohreh Keshavarz[2], Maliheh Nasiri[3]

1. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Basic Sciences, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 12 January 2025
Accepted for publication: 11 June 2025
[EPub a head of print- 6 June 2026]
Payesh: 2026; 25(4): 567- 582

Abstract

Objective (s): One of the problems of menopausal women is their sexual life and sexual health. The present study was aimed to compare the effectiveness of the PLISSIT model with the sexual health model on menopausal women's sexual function and quality of their sexual life.

Methods: The randomized controlled clinical trial study with the code: IRCT20230808059085N1 was conducted in 2023 on 102 postmenopausal women visiting comprehensive health service centers in Hamedan who met the criteria for entering the study. The samples were randomly divided into three groups: PLISSIT counseling model (33 participants), sexual health counseling model (34 participants) and control (35 participants). The data collection tools included a demographic and obstetric questionnaire, the Female Sexual Function Index (FSFI), and the Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F). Questionnaires were completed in the intervention and control groups before the intervention, and also 4 and 6 weeks after that. After collecting information, data analysis was done using SPSS statistical software (version 24) and statistical tests. $P<0.05$ was considered statistically significant.

Results: Before the intervention, there was no statistically significant difference in the mean total FSFI and SQOL-F scores in the three groups. Regarding the between-group results, there was a statistically significant difference in the mean FSFI and SQOL-F scores 4 and 6 weeks after the intervention in the three groups ($P=0.000$ and $P=0.000$) and ($P<0.001$ and $P<0.001$) respectively. Intra-group comparison of the study groups also showed that the mean FSFI and SQOL-F scores in the intervention groups increased significantly 4 and 6 weeks after the intervention compared to the score before the intervention ($P=0.000$ and $P=0.001$) and ($P=0.000$ and $P=0.003$), respectively. No significant increase was found in the control group ($P=0.577$) and ($P=0.969$).

Conclusion: Sexual function and quality of sexual life of postmenopausal women can be improved through counseling models such as the sexual health model and the PLISSIT model. Given the prevalence of sexual problems, it is recommended that sexual health counseling models, which is comprehensive and cost effective, be integrated and implemented at the first level of primary health services in the national service delivery system.

Keywords: Postmenopausal women, PLISSIT, Sexual Health Model, Sexual Function, Quality of sexual life

Clinical trial code: IRCT20230808059085N1

[*] Corresponding Author: School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: msimbar@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

سال بیست و پنجم، شماره چهارم، مرداد ـ شهریور ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

مقایسه اثربخشی مدل PLISSIT با مدل بهداشت جنسی برروی کارکرد وکیفیت زندگی جنسی زنان یائسه: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی

زهرا ضمیری آراسته[۱]، معصومه سیمبر [۲*]، زهره کشاورز[۲]، ملیحه نصیری[۳]

۱. کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران
۲. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. گروه علوم پایه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۲۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۶ خرداد ۱۴۰۵]
نشریه پایش: ۵۸۲- ۵۶۷ :(۴)۲۵؛ ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات زنان یائسه زندگی جنسی و سلامت جنسی آنان است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مدل PLISSIT با مدل بهداشت جنسی بر روی کارکرد وکیفیت زندگی جنسی زنان یائسه انجام شد.

مواد و روش‌کار: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی بود که در سال ۱۴۰۲ بر روی ۱۰۲ زن یائسه مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر همدان که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، انجام شد. واحدهای پژوهش به‌صورت تصادفی در سه گروه مدل مشاوره PLISSIT (۳۳نفر)، مدل مشاوره بهداشت جنسی (۳۴ نفر) و کنترل (۳۵نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مامایی، کارکرد جنسی زنان FSFI و کیفیت زندگی جنسی زنان SQOL-F بودند. پرسشنامه‌ها در گروه‌های مداخله و کنترل قبل، ۴ و ۶ هفته پس از مداخله تکمیل شدند. پس از جمع‌آوری اطلاعات داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری نیز کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌دار در میانگین نمره کل FSFI و SQOL-F در سه گروه وجود نداشت. در ارتباط با نتایج بین گروهی،در میانگین نمرات FSFI و SQOL-F ۴ و ۶ هفته پس از مداخله در سه گروه اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت (P≤۰/۰۰۱). مقایسه درون گروهی گروه‌های مورد مطالعه نیز نشان داد که میانگین نمرات FSFI و SQOL-F در گروه‌های مداخله ۴ و ۶ هفته پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی‌دار یافت به ترتیب (P≤۰/۰۰۱) و در گروه کنترل افزایش معنی‌دار یافت نشد (P=۰/۵۷۷) و (P=۰/۹۶۹).

نتیجه‌گیری: کارکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی زنان یائسه می‌تواند از طریق مدل‌های مشاوره‌ای نظیر مدل بهداشت جنسی و مدل PLISSIT بهبود یابد. با توجه به شیوع مشکلات جنسی پیشنهاد می شود که مدل مشاوره بهداشت جنسی که جامع و مقرون به صرفه است، در سطح اول خدمات بهداشتی اولیه در نظام ارائه خدمات کشوری ادغام و اجرا شود.

کلیدواژه ها: زنان یائسه، مدلPLISSIT، مدل بهداشت جنسی، کارکرد جنسی، کیفیت زندگی جنسی

کداخلاق: IR.SBMU.PHARMACY.REC.1402.081

کدکارآزمایی بالینی: IRCT20230808059085N1

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری
E-mail: msimbar@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

مقدمه

با توجه یائسگی یک رویداد طبیعی در زندگی همه زنان است که با افزایش سن آن را تجربه می‌کنند و به‌عنوان یکی از مسائل در طیف بهداشت باروری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۲, ۱]. یائسگی به معنی قطع دائمی قاعدگی‌ها است و به‌طور میانگین در ۵۲ سالگی رخ می‌دهد [۳]. بیش از ۴۶۰ میلیون زن در سراسر جهان بالای ۵۰ سال سن دارند و این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۱/۲ میلیارد زن تخمین زده می‌شود [۴]. در ایران نیز بر اساس سرشماری سال۱۳۹۵، از بین ۳۹/۴۲ میلیون زن ایرانی حدود ۷/۳۸ میلیون زن بالای ۵۰ سال سن دارند [۵]. زنان در این دوران ممکن است علائمی مانند گرگرفتگی [۶]، تعریق شبانه [۷]، تپش قلب [۸]، درد استخوان [۹]، آتروفی ولو و واژن [۱۰] و برخی عوارض دیگر مانند پوکی استخوان [۱۱]، تضعیف حافظه و تمرکز، افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه کنند [۱۲]. یکی از مشکلات زنان یائسه زندگی جنسی و سلامت جنسی و تمایلات جنسی آنان است [۱۳]. مطالعات نشان داده‌اند که رابطه جنسی به‌طور قابل‌توجهی به‌ویژه در دوران یائسگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد [۱۴]. علائم یائسگی نیز می‌تواند با کیفیت زندگی پایین همراه باشد [۱۵]. کیفیت زندگی جنسی یکی از ابعاد کیفیت زندگی است و به احساس جذابیت جنسی، علاقه‌مندی و شرکت در فعالیت جنسی و ادراک کارکرد جنسی اطلاق می‌شود [۱۷، ۱۶]. کیفیت زندگی جنسی یکی از موضوعات کلیدی در زمینه سلامت جنسی است [۱۸]. مطالعات متعدد حاکی از اثرات منفی پیری و یائسگی بر کیفیت زندگی جنسی زنان یائسه است [۱۹].

کارکرد جنسی نیز یک جز مهم از زندگی زنان است و ترکیبی از جنبه‌های روانی و اجتماعی مانند برانگیختگی جنسی، تمایل جنسی و تصورات جنسی است [۱ ، ۲۰]. شیوع اختلال کارکرد جنسی در بین زنان یائسه ایرانی ۶۱٪ گزارش‌شده است [۲۱].

از مهم‌ترین علل اختلالات جنسی در دوران یائسگی تغییرات فیزیولوژیکی بدن، مشکلات روانی و عدم آگاهی جنسی است [۲۲]. آموزش جنسی از مهم‌ترین مسائل در حوزه مسائل بهداشتی است که باعث ارتقای سطح بهداشت و سلامت جامعه می‌شود [۲۳]. مداخلات روان‌شناختی و مشاوره می‌تواند مداخلات امیدوارکننده و پیشگیرانه‌ای برای درمان اختلال کارکرد جنسی باشد. مزیت آن‌ها نسبت به گزینه‌های درمانی این است که آن‌ها هیچ‌گونه عواقب جسمی منفی ندارند و نیز می‌توانند کارکرد و رضایت جنسی را بهبود بخشند [۲۴]. در بین تمام روش‌های مداخله‌ای جهت بهبود کارکرد جنسی مدلPLISSIT یکی از مؤثرترین روش‌ها بوده که در مطالعات مختلف باعث افزایش کیفیت زندگی و کیفیت زندگی جنسی، بهبود تصویر بدن و ارتقای سلامت جنسی شده است [۲۵]. این مدل در سال ۱۹۷۶ توسط آنون ابداع شد و دارای ۴ مرحله است: مرحله یک: پذیرفتن بیمار، مرحله دو: اطلاعات محدود، مرحله سه: دادن پیشنهادات اختصاصی، مرحله چهار: درمان متمرکز آخرین مرحله مداخله است که نشان دهنده نیاز به مراجعه به متخصص است [۲۶]. با توجه به منابع انسانی، زمان و هزینه‌های مورد نیاز برای انجام مدل PLISSIT، نیازمند مدلی مقرون به‌صرفه تر هستیم. از سوی دیگر در هر کوششی برای بهبود سلامت جنسی آحاد مردم، باید بافت فرهنگی، مذهبی، اجتماعی و نقاط ضعف و قوت آن ملیت در نظر گرفته شود [۲۷].

یکی از مدل‌های مشاوره‌ای که به افراد کمک می‌کند تا نیازها و خواسته‌های جنسی خود را به شیوه‌ای شفاف و مسئولانه و محترمانه با همسرشان بیان کنند، مدل بهداشت جنسی است [۲۸]. مدل بهداشت جنسی ده جنبه ضروری از سلامت جنسی را شامل می‌شود: صحبت کردن در مورد رابطه جنسی، چالش‌های پیش روی سلامت جنسی، فرهنگ و هویت جنسی، آناتومی و کارکرد جنسی، مراقبت‌های بهداشتی جنسی و روابط جنسی ایمن، تصویر بدنی، تمایلات جنسی مثبت، خیال‌پردازی، روابط و صمیمت و معنویت است [۲۹]. مطالعات مختلف نشان دادند که مدل PLISSIT و مدل بهداشت جنسی در افزایش نمره کارکردجنسی و کیفیت زندگی زنان موثر بوده‌اند اما هیچ یک از مطالعاتی که در این زمینه انجام شده‌است، مدل بهداشت جنسی را به‌صورت انفرادی اجرا نکرده اند و برتری هیچ‌یک از مدل‌های مشاوره را برروی زنان یائسه نشان داده نشده است. به طور مثال مطالعه فرنام و همکاران نشان داد که هردو مدل PLISSIT و بهداشت جنسی در حل مشکل جنسی زنان اثربخش بوده اند [۳۰]. نتایج مطالعه خوئی و همکاران نیز نشان داد با این که مدل PLISSIT مدلی کارآمد و شناخته شده است اما مشاوره گروهی براساس مدل بهداشت جنسی به جهت همخوانی بیشتر با فرهنگ ایرانی در بهبود رفتارهای جنسی موثرتر کارآمدتر است [۳۱]. از آن‌جایی که مقبولیت مدل‌های مشاوره‌ای مختلف در جمعیت‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی متفاوت است بنابراین برای انتخاب مؤثرترین مدل، رویکردهای مختلف باید با هم مقایسه شوند [۳۲].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

بنابراین با توجه به کمبود اطلاعات در مورد مؤثرترین مدل ارائه مشاوره جنسی برای ارتقا کارکرد و کیفیت زندگی جنسی زنان یائسه پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی مدلPLISSIT با مدل بهداشت جنسی برکارکرد و کیفیت زندگی جنسی زنان یائسه انجام شد. انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی، در سال ۱۴۰۲ بر روی ۱۰۲ زن یائسه مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر همدان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران انجام شد.

معیارهای ورود مطالعه: زنان در محدوده سنی۶۴-۴۵ سال، متاهل بودن، داشتن سوادخواندن و نوشتن، حداقل یکسال از قطع قاعدگی آن‌ها گذشته باشد، فعال بودن ازنظر جنسی در یک ماه اخیر، عدم ابتلا یا سابقه ابتلا به بیماری شناخته‌شده روانی و جسمی که بر روی روابط جنسی تاثیرسوء داشته باشد، عدم مصرف داروهای کاهنده تمایل جنسی، عدم مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی، نداشتن سابقه هیسترکتومی، نداشتن واقعه ناگوار طی ۳ ماه قبل از شروع مداخله و عدم شرکت در کلاس‌های آموزش جنسی و یا دریافت خدمات مشاوره جنسی بودند.

معیارهای خروج از مطالعه: عدم حضور در بیش از یکی از جلسات مداخله، اختلاف زناشویی، مرگ و یا متارکه در طی مداخله، انجام عمل جراحی در حین مداخله بودند.

حجم نمونه: با توجه به مطالعه اسم‌خانی و همکاران [۳۳] با در نظر گرفتن با خطای نوع اول ۵٪ ($\alpha=0.05$) و توان ۹۰٪ (۱-$\beta=0.90$) حجم نمونه در هر گروه ۲۷ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش تعداد نمونه در هر گروه ۳۵ نفر در نظر گرفته شد. از جدول آنالیز واریانس برای تعیین حجم نمونه استفاده گردید. با توجه به وجود ۳ گروه در مطالعه، کمیت Δ/σ باید مشخص می‌شد، σ انحراف معیار است و Δ برابر تفاضل ماکزیمم و مینیمم میانگین نمره کیفیت زندگی است. کمیت Δ/σ برای مطالعه ۱ در نظر گرفته‌شد، بنابراین حجم نمونه ۱۰۵ نفر (۳۵ نفر درهر گروه) تعیین شد. **روش نمونه‌گیری:** به صورت چندمرحله‌ای بود. به این صورت بود که مناطقی که مراکز خدمات جامع سلامت در آن قرار داشتند به چهار ناحیه جغرافیایی شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شدند. در مرحله اول نمونه گیری به صورت خوشه‌ای انجام شد. ابتدا فهرستی از تمامی مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی همدان از مرکز بهداشتی درمانی کل شهرستان تهیه شد. سپس از هریک از مناطق چهارگانه دو مرکز خدمات جامع سلامت به صورت تصادفی انتخاب شد (مرکز خدمات جامع سلامت قدس، کوی خاتم، سمیعی مدرس، امام خمینی، شهدا، سمیعی استادان، محمود فرشچیان، نواب صفوی). براساس جمعیت تحت پوشش هرمرکز سهمیه‌ای به آن اختصاص یافت. در هر مرکز نیز نمونه‌گیری به صورت در دسترس و یا آسان تا تکمیل حجم نمونه انجام شد. به این نحو که محقق ۵ روز در هفته جهت نمونه‌گیری در محیط پژوهش حضور یافت. پژوهشگر با مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت منتخب، بر اساس پرونده‌های افراد، اسامی زنان یائسه را نوشته و زنان یائسه واجد شرایط را انتخاب کرد و طی تماس تلفنی افراد را جهت شرکت در مطالعه دعوت کرد و برای آنان یک جلسه توجیهی تشکیل داد و بعد از معرفی و آشنایی آنان با ماهیت پژوهش موردنظر، در صورت کسب رضایت آنان و داشتن معیارهای ورود به پژوهش، به مطالعه حاضر وارد شدند. سپس در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، پس از دادن رضایت کتبی آگاهانه ، پرسشنامه محقق ساخته در مورد اطلاعات فردی و مامایی، پرسشنامه کارکرد جنسی FSFI و پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی SQOL-F را تکمیل کردند.

برحسب حجم نمونه تعیین‌شده ۱۰۵ نفر در مطالعه شرکت کردند. این افراد به‌طور تصادفی با کاربرد جدول اعداد تصادفی به ۳ گروه ۳۵ نفره تقسیم شدند. برای تصادفی سازی و تخصیص افراد به گروه‌ها از تابع اعداد تصادفی استفاده شد. تصادفی سازی با استفاده از نرم‌افزار اکسل به این صورت انجام شد: ابتدا در یک ستون گروه‌ها به‌صورت A و B و C به‌صورت زیر هم وارد شدند و در ستون مقابل با استفاده از دستور RAND اعداد تصادفی تولید شدند؛ و در مرحله بعد اعداد تصادفی تولیدشده با استفاده از دستور sort از کوچک به بزرگ مرتب شدند که باعث شد ترتیب گروه‌ها یعنی A و B و C عوض شود . با استفاده از ترتیب جدید افراد به گروه‌های جدید تخصیص داده شدند؛ که شامل افراد دریافت‌کننده مدل مشاوره PLISSIT و افراد دریافت‌کننده مدل مشاوره بهداشت جنسی و افراد دریافت‌کننده آموزش‌های رایج در مورد یائسگی (گروه کنترل) بودند. این افراد با تعیین وقت قبلی در روزهای متفاوت در جلسات آموزشی فردی شرکت کردند و به آن‌ها بوکلت-های آموزشی نیز داده شد. سپس تمامی افراد به‌صورت هفتگی با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

تماس تلفنی مورد پیگیری قرار گرفتند؛ و پس از ۴ و ۶ هفته افراد مجدداً پرسشنامه هارا تکمیل کردند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مامایی، کارکرد جنسی زنان FSFI و کیفیت زندگی جنسی زنان SQOL-F بودند. **پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک** دارای ۱۴ گویه بود که ۱۰ گویه مربوط به اطلاعات فردی و ۴ گویه مربوط به اطلاعات مامایی بود. **پرسشنامه کارکرد جنسی زنانFSFI:** این پرسشنامه توسط روزن و همکاران در سال ۲۰۰۰ طراحی گردید. شامل ۱۹ گویه در ۶ حیطه مختلف کارکرد جنسی است. دو گویه (۱ و ۲) در مورد میل جنسی، چهار گویه (۶-۳) در مورد برانگیختگی جنسی، چهار گویه (۱۰-۷) در مورد لغزندگی واژن، سه گویه (۱۳-۱۱) در مورد ارگاسم، سه گویه (۱۶-۱۴) در مورد رضایت جنسی و سه گویه (۱۹-۱۷) در مورد دیسپارونی است. کلیه گویه‌ها این پرسشنامه چندگزینه‌ای است به‌طوری‌که برخی سوالات دارای ۵ گزینه (۵-۱) و برخی دارای ۶ گزینه (۵-۰) است. نحوه محاسبه امتیازات در پرسشنامه استانداردشده به قرار زیر است: گویه ۱ و ۲ حداقل و حداکثرنمره ۱/۲ تا ۶ با ضریب ۰/۶، گویه سه تا ده حداقل و حداکثر نمره صفرتا ۶ با ضریب ۰/۳، گویه‌های ۱۱ تا ۱۳ حداقل و حداکثر نمره صفرتا ۶ با ضریب ۰/۴، گویه‌های ۱۴ تا ۱۶ حداقل و حداکثر نمره ۰/۸ تا ۶ با ضریب ۰/۴، گویه‌های ۱۷ تا ۱۹ حداقل و حداکثر نمره صفر تا ۶ با ضریب ۰/۴ را دارا است. نمره فرد در هر حیطه با جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن بخش و ضرب کردن حاصل جمع نمرات در ضریب هر بخش محاسبه می‌گردد. حداکثر نمره کارکرد جنسی ۳۶ و حداقل آن ۲ است. نقطه برش جهت تعیین اختلال کارکرد جنسی نمره ۲۸ یا کمتر است [۳۴]. روایی کل مقیاس و ابعاد این پرسشنامه در مطالعه روزن و همکاران با روش بازآزمایی ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شد [۳۴]. نتایج مطالعه محمدی و همکاران تفاوت معنادار بین نمرات کل مقیاس و هریک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال کارکرد جنسی و بدون اختلال وجود دارد ($P\leq ۰/۰۰۱$) که نشانگر روایی تمیزی این ابزار است [۳۵]. در مطالعه روزن و همکاران پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است [۳۴]. پایایی پرسشنامه FSFI را محمدی و همکاران از طریق ضریب همسانی درونی سوالات با آلفای کرونباخ ۰/۷۰ محاسبه کردند [۳۵]. در مطالعه حاضر پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی و با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۳ تائید شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی زنان SQOL-F توسط سیموندر و همکاران در سال ۲۰۰۵ طراحی و برای مردان و زنان به‌صورت اختصاصی تدوین گردیده است. هم‌چنین این ابزار توسط معصومی و همکاران، مناسب با فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است. پرسشنامه دارای ۱۸ گویه و ۴ بعد، احساسات روانی جنسی (گویه‌های ۲، ۳، ۷، ۸، ۱۰، ۱۶،۱۷)، رضایت جنسی (۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۸)، خودبی ارزشی (۴، ۶، ۱۵)، سرکوب جنسی (۱۱، ۱۲، ۱۴) است. هر گویه به‌صورت مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای از یک (به‌طور کاملا موافق) تا شش (به‌طور کاملا مخالف) نمره‌گذاری شده است که حداقل و حداکثر نمره دریافتی به ترتیب ۱۸ و ۱۰۸ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی جنسی بالاتر است. پنج عبارت مثبت و سیزده عبارت منفی در این پرسشنامه وجود دارد قبل از محاسبه نمره می‌بایست نمرات این گویه‌ها به صورت معکوس در نظر گرفته شود [۳۷ ، ۳۶]. جهت بررسی روایی همگرا توسط سیموندز و همکاران از ابزار سنجش رضایت مندی از زندگی جنسی و روابط با همسر استفاده شد که نتایج آن نشان دهنده همسو بودن نمرات حاصل از پرسشنامه SQOL-F با ابزار مورد استفاده بود ($r=۰/۴۸$,$P=۰/۰۰۱$) [۳۶]. هم‌چنین نسخه فارسی آن توسط معصومی و همکاران به روش روایی محتوا با CVI=۰/۹۱ و CVR=۰/۸۴ تائید شد [۳۷]. پایایی این ابزار توسط سیموندز و همکاران به روش بازآزمایی و همبستگی درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ تائید شد [۳۶]. پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی زنان SQOL-F در مطالعه معصومی و همکاران به روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تائید شد [۳۷]. در مطالعه حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی و با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۴ تائید شد.

جلسات مدل مشاوره PLISSIT: مشاوره در سه جلسه حضوری و به صورت انفرادی انجام گرفت و طول مدت جلسات نیز ۶۰ الی ۹۰ دقیقه با فواصل یک‌هفته‌ای بود. در جلسات مشاوره از روش‌های سخنرانی و پرسش وپاسخ استفاده شد. در پایان جلسات بوکلت آموزشی به نمونه‌ها داده شد. محتویات جلسات مشاوره به شرح زیر است: ۱- در جلسه نخست: در این جلسه ارتباط اولیه محقق و مراجع شکل گرفت و به مددجو اجازه بحث و صحبت در مورد مشکل جنسی‌اش داده شد؛ و به او اطمینان داده شد که احساساتش طبیعی و قابل‌قبول است. در این مرحله از سوالات باز پاسخ، برای ارزیابی کارکرد و نگرانی جنسی مددجو استفاده شد و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

به او فرصت داده شد تا نگرانی‌هایش را بیان کند. هدف این گام خنثی‌سازی تمامی دانسته‌ها باورهای غلط قبلی بود.

۲- جلسه دوم: اطلاعات محدودی برحسب نیاز مددجو در ارتباط با آناتومی دستگاه تناسلی زنان و مردان و سیکل پاسخ جنسی داده شد. در این مرحله از تصاویر برای توضیح آناتومی و محل قرارگیری اندام‌های تناسلی استفاده شد.

۳- جلسه سوم: در این جلسه نیز باتوجه به مشکل هر فرد توضیحاتی در ارتباط با انواع اختلالات کارکرد جنسی و پیشنهادات اختصاصی برای حل مشکل جنسی و رفع نگرانی در اختیار مددجو قرار داده شد. در مرحله آخر بیماران در صورت عدم پاسخ به مراحل مشاوره و مشکلات جنسی پیچیده، برای درمان اختصاصی‌تر به متخصص سکسولوژیست ارجاع داده شدند.

جلسات مدل مشاوره بهداشت جنسی: درافراد مداخله بر اساس مدل بهداشت جنسی مشاوره در سه جلسه حضوری و به صورت انفرادی بود که بر حسب نیاز مددجو براساس توضیحات مولفه‌های مدل بهداشت جنسی صورت گرفت و طول مدت جلسات نیز ۶۰ الی ۹۰ دقیقه با فواصل یک‌هفته‌ای بود. در جلسات مشاوره از روش‌های سخنرانی و پرسش و پاسخ استفاده شد. در پایان جلسات بوکلت-های آموزشی به نمونه‌ها داده شد.

۱-جلسه نخست: در این جلسه ضمن آشنایی با مددجو و مصاحبه جنسی در راستای ارزیابی مولفه‌های مدل بهداشت جنسی و شرح-حال‌گیری بر حسب نیاز مددجو به سه مبحث (گفتمان جنسی)، (آناتومی وکارکرد جنسی) و (چالش‌های پیش روی سلامت جنسی) اختصاص یافت. در ارتباط با گفتمان جنسی اطلاعاتی درباره نحوه گفتمان جنسی و موضاعات موردبحث در گفتگوی جنسی و زمان مناسب و فواید آن به گروه هدف داده شد. در حیطه آناتومی و کارکرد جنسی نیز به ارائه اطلاعاتی در ارتباط با دستگاه تناسلی زنان و سیکل پاسخ جنسی پرداخته شد. مبحث چالش‌های پیش روی سلامت جنسی نیز شامل تعاریفی از اختلال رفتار جنسی اجباری وکارجنسی و نیز خشونت جنسی و پیامدهای آن برای سلامتی بود.

۲-جلسه دوم: در این جلسه نیز براساس نیاز مددجو در ارتباط با موضوعات (فرهنگ و سنت و امور جنسی)، (مراقبت‌های بهداشتی و رابطه جنسی ایمن‌تر) و (تمایلات جنسی مثبت) صحبت شد. اطلاعاتی در ارتباط با کلیشه‌های فرهنگی روابط جنسی میانسالان و توضیحات بهداشت جنسی و بیماری‌های منتقله از راه جنسی نظیر کلامیدیا، تریکومونا، ویروس پاپیلوماانسانی ویروس هرپس سیمپلکس و هپاتیت ب و بیماری نقص سیستم ایمنی و علائم و راه‌های انتقال این بیماری‌ها اطلاعاتی داده شد و نیز جنبه‌های مثبت تمایلات جنسی مانند لذت جنسی و عزت‌نفس جنسی و رضایت جنسی و خودکارآمدی جنسی نیز مورد بحث قرار گرفت.

۳-جلسه سوم: در این جلسه به چهار مولفه دیگر از مدل بهداشت جنسی شامل (تصویر بدن)، (خیال‌پردازی) و (صمیمیت) و (معنویت) پرداخته شد. در ارتباط با تصویر بدنی و تاثیرات یائسگی بر تصویر بدنی نکاتی برای تطبیق با تغییرات ظاهر بدن و نیز خیال‌پردازی‌های جنسی و نقش آن بر روابط جنسی و انواع صمیمیت بین زوجین و صمیمیت جنسی و نیز توصیه‌های دین اسلام بر روابط جنسی میان زوجین اطلاعاتی را به مددجو ارائه داده شد.

گروه کنترل: این گروه نیز مراقبت های رایج و نیز بوکلت آموزشی آشنایی با دوران یائسگی و علائم این دوران را دریافت کردند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی نرمالیتی متغیرهای کمی، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. در ارتباط با متغیرهای دموگرافیک برای مقایسه گروه‌ها از نظر متغیرهای کمی نرمال از آزمون آنالیزواریانس، برای متغیرهای کمی غیرنرمال از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. متغیرهای اسمی نیز با استفاده از آزمون کای اسکوئر در گروه ها آزمون و مقایسه شدند. در متغیرهای اصلی نیز برای مقایسه قبل و۴ هفته و۶ هفته بعد از مداخله در هریک از گروه‌ها از آزمون آنالیز واریانس تک عاملی استفاده شد. برای مقایسه دو به دو زمان‌های پیگیری نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. برای مقایسه بین گروهی نیز از آنالیز واریانس دو عاملی استفاده شد. برای مقایسه دو به دو گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. سطح معنی‌داری نیز کمتر از ۰/۰۵ و با فاصله اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته ها

ابتدا ۱۶۳ زن یائسه از نظر معیارهای ورود به مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند که ۱۰۵ نفر از آن‌ها دارای شرایط شرکت در مطالعه بودند. در طول مطالعه، ۳ نفر به علت فوت همسر، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه و جابجایی محل سکونت از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۱۰۲ نفر مورد بررسی و آنالیز آماری قرارگرفتند. بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیرهای سن، سن همسر، طول مدت ازدواج، نمای توده بدنی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

(BMI)، تعداد بارداری، تعداد فرزند، تعداد زایمان طبیعی و تعداد زایمان سزارین، شغل، شغل همسر، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر و میزان درآمد با هم تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند (P>۰/۰۵). جدول ۱ به مقایسه خصوصیات دموگرافیک و مامایی در گروه‌های مورد مطالعه می‌پردازد.

در مقایسه درون گروهی و بین‌گروهی میانگین نمره کارکرد جنسی با استفاده از آزمون آنالیز واریانس تک عاملی برای مقایسه درون-گروهی و آنالیزواریانس دو عاملی برای مقایسه بین‌گروهی ، گروه-های مورد مطالعه از نظر میانگین نمره کارکرد جنسی با هم تفاوت آماری معنی‌داری داشتند (جدول۲). مقایسه درون‌گروهی گروه‌های مورد مطالعه از نظر میانگین نمره کارکرد جنسی حاکی از تفاوت معنی‌دار میان میانگین نمرات قبل، ۴هفته و ۶ هفته پس از مداخله بود، نتایج مقایسه دو به دو نمرات کارکرد جنسی در قبل از مداخله، ۴ و۶ هفته پس از مداخله نیز با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۲ ارائه شده‌است. مقایسه بین‌گروهی گروه‌های مورد مطالعه از نظر میانگین نمرات کارکرد جنسی با استفاده از آزمون آنالیز واریانس دو عاملی نشان داد که میانگین نمرات کارکرد جنسی ۴ و۶ هفته پس از مداخله در گروه‌ها با هم تفاوت آماری معنی‌دار داشتند، نتایج مقایسه دو به دو گروه‌ها با استفاده از آزمون توکی نیز در ۴ و ۶ هفته پس از مداخله نشان داد میانگین نمره کل کارکرد جنسی گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به گروه کنترل بیشتر بود ، ولی با گروه مدل PLISSIT تفاوت معنی دار وجود نداشت و بین گروه کنترل و گروه PLISSIT نیز اختلاف معنی دار وجود نداشت (جدول ۲). براساس یافته‌های مطالعه، در مقایسه بین‌گروهی و درون‌گروهی میانگین نمرات کیفیت زندگی جنسی زنان با استفاده از آزمون آنالیز واریانس تک‌عاملی و دوعاملی حاکی از تفاوت معنی‌دار گروه‌ها از نظر میانگین نمرات کیفیت زندگی جنسی زنان در قبل و ۴ هفته و۶ هفته پس از مداخله بود (P<۰/۰۵) (جدول۳). در مقایسه درون‌گروهی با استفاده از آزمون آنالیز واریانس تک عاملی گروه‌های مورد مطالعه از نظر میانگین نمرات کیفیت زندگی جنسی قبل از مداخله و ۴ هفته و ۶ هفته پس از مداخله با هم تفاوت آماری معنی‌دار داشتند که برای مقایسه دو به دو زمان‌های پیگیری از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه گردید. هم‌چنین برای مقایسه بین-گروهی گروه‌های مورد مطالعه نیز از آزمون آنالیز واریانس دو عاملی استفاده گردید که گروه‌های مورد مطالعه از نظر میانگین نمرات کیفیت زندگی جنسی تفاوت آماری معنی‌دار داشتند برای مقایسه دو به دو گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج آزمون توکی در ۴ و ۶ هفته پس از مداخله نشان داد که میانگین نمره کل کیفیت زندگی جنسی گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به گروه کنترل و گروه PLISSIT بیشتر بود و بین گروه کنترل و گروه PLISSIT نیز اختلاف معنی دار وجود داشت (جدول۳).

جدول ۱: مقایسه گروه‌های مورد مطالعه براساس متغیرهای دموگرافیک و مامایی

اطلاعات مامایی و دموگرافیک		مدل بهداشت جنسی (۳۴نفر)	مدل PLISSIT (۳۳نفر)	کنترل (۳۵نفر)	سطح معنی داری
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
تحصیلات	در حد خواندن ونوشتن و سیکل	۱۵ (۴۴/۲)	۱۷(۵۱/۵)	۲۲(۶۲/۹)	P*=۰/۸۷۳
	دیپلم	۸ (۲۳/۵)	۷ (۲۱/۲)	۵ (۱۴/۳)	
	دانشگاهی	۱۱(۳۲/۳)	۹ (۲۷/۳)	۸ (۲۲/۸)	
تحصیلات همسر	در حد خواندن ونوشتن و سیکل	۱۹(۵۵/۸)	۱۴(۴۲/۵)	۱۸(۵۱/۴)	P*=۰/۹۲۱
	دیپلم	۹ (۲۶/۵)	۱۰(۳۰/۳)	۱۲(۳۴/۳)	
	دانشگاهی	۶ (۱۷/۷)	۹ (۲۷/۲)	۵ (۱۴/۳)	
شغل	شاغل	۹ (۲۶/۵)	۹ (۲۷/۲)	۱۲(۳۴/۳)	P*=۰/۸۲۷
	خانه‌دار	۲۵ (۷۳/۵)	۲۴ (۷۲/۸)	۲۳ (۶۵/۷)	
شغل همسر	کارمند	۶ (۱۷/۶)	۴ (۱۲/۱)	۴ (۱۱/۴)	P**=۰/۹۵۸
	کارگر	۲ (۵/۹)	۱ (۳)	۱ (۲/۹)	
	آزاد	۱۵(۴۴/۱)	۱۸(۵۴/۵)	۱۹(۵۴/۳)	
		۷ (۲۰/۶)	۵ (۱۵/۲)	۸ (۲۲/۹)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

	بازنشسته	۴ (۱۱/۸)	۵ (۱۵/۲)	۳ (۸/۶)	
	بیکار				
میزان درآمد	ناکافی	۱۰ (۲۴/۹)	۹ (۲۷/۳)	۱۰ (۲۸/۶)	P*=۰/۷۱۸
	کافی	۲۴ (۷۰/۵)	۲۴ (۷۲/۷)	۲۵ (۷۱/۴)	

	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	سطح معنی‌داری
سن (سال)	۵۲/۶۲ ± ۳/۴۴	۵۳/۴۵ ± ۳/۰۹	۵۲/۹۴ ± ۳/۷۱	P***= ۰/۶۰۵
سن همسر(سال)	۶۰/۶۸ ± ۳/۶۹	۵۹/۲۴ ± ۴/۶۹	۵۸/۸۳ ± ۴/۹۶	P***=۰/۲۰۷
طول مدت ازدواج (سال)	۳۰/۶۲ ± ۵/۸۸	۳۴/۳۰ ± ۶/۹۲	۳۲/۸۹ ± ۶/۰۲	P***=۰/۰۶
شاخص توده بدنی (کیلوگرم/ مترمربع)	۲۵/۱۳ ± ۲/۳۷	۲۵/۶۷ ± ۱/۸۸	۲۵/۵۶ ± ۲/۲۴	P***=۰/۵۶۳
تعداد بارداری	۳/۱۵ ± ۱/۱۸	۲/۵۸ ± ۱/۰۶	۳/۲۰ ± ۱/۳۰	P****=۰/۴۹۸
تعداد فرزند	۳/۰۹ ± ۱/۰۸	۲/۸۲ ± ۱/۰۷	۲/۸۶ ± ۱/۰۳	P****=۰/۴۷۶
تعداد زایمان طبیعی	۲/۱۵ ± ۱/۴۱	۱/۷۳ ± ۱/۲۰	۱/۹۷ ± ۱/۲۷	P****=۰/۳۴۱
تعداد زایمان سزارین	۱/۰۰ ± ۱/۰۴	۱/۰۶ ± ۰/۹۳	۱/۰۲ ± ۰/۸۹	P****=۰/۶۷۰

*آزمون کای اسکوئر، **آزمون دقیق فیشر،***آزمون ANOVA، ****آزمون کروسکال والیس

جدول۲: مقایسه بین‌گروهی و درون‌گروهی قبل از مداخله و مقایسه دو به دو گروه‌ها پس از مداخله براساس میانگین نمرات کارکرد جنسی

نمره کل کارکرد جنسی	مدل بهداشت جنسی (n=۳۴)	مدل PLISSIT (n=۳۳)	کنترل (n=۳۵)	نتایج مقایسهٔ بین گروهی آنالیزواریانس دو عاملی	نتایج مقایسه دو به دو گروه‌ها با استفاده از آزمون توکی
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		
قبل از مداخله	۲۴/۱۵ ± ۵/۰۸	۲۳/۶۰ ± ۵/۹۶	۲۳/۱۷ ± ۶/۴۲	P=۰/۷۸۵	معنی‌دار نیست
۴ هفته پس از مداخله	۲۷/۲۴ ± ۴/۰۳	۲۴/۶۵ ± ۵/۶۴	۲۲/۷۲ ± ۶/۷۳	P=۰/۰۰۱	تفاوت میان گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به گروه کنترل (P=۰/۰۰۳) تفاوت میان گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به گروه PLISSIT (P=۰/۱۴۶) تفاوت میان گروه PLISSIT و گروه کنترل (P=۰/۳۳۱)
۶ هفته پس از مداخله	۲۷/۴۱ ± ۴/۰۸	۲۴/۶۰ ± ۵/۸۵	۲۲/۷۱ ± ۶/۸۱	P=۰/۰۰۱	تفاوت میان گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به گروه کنترل (P=۰/۰۰۳) تفاوت میان گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به گروه PLISSIT (P= ۰/۱۱۴) تفاوت میان گروه PLISSIT و گروه کنترل (P= ۰/۳۶۱)
نتایج آزمون درون گروهی آنالیز واریانس تک عاملی	P=۰/۰۰۰	P=۰/۰۰۱	P=۰/۵۷۷		
نتایج مقایسه دو به دو گروه‌ها با استفاده از آزمون بونفرونی	تفاوت میان ۴هفته بعد نسبت به قبل(P=۰/۰۰۰) تفاوت میان ۶ هفته بعد نسبت به قبل(P=۰/۰۰۰) تفاوت میان ۴ هفته بعد نسبت به ۶ هفته بعد(P=۱/۰۰)	تفاوت میان ۴هفته بعد نسبت به قبل(P=۰/۰۱۲) تفاوت میان ۶ هفته بعد نسبت به قبل(P=۰/۰۱۰) تفاوت میان ۴ هفته بعد نسبت به ۶ هفته بعد(P=۱/۰۰)	تفاوت میان ۴هفته بعد نسبت به قبل(P=۰/۷۰۹) تفاوت میان ۶ هفته بعد نسبت به قبل(P=۱/۰۰) تفاوت میان ۴ هفته بعد نسبت به ۶ هفته بعد(P=۱/۰۰)		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

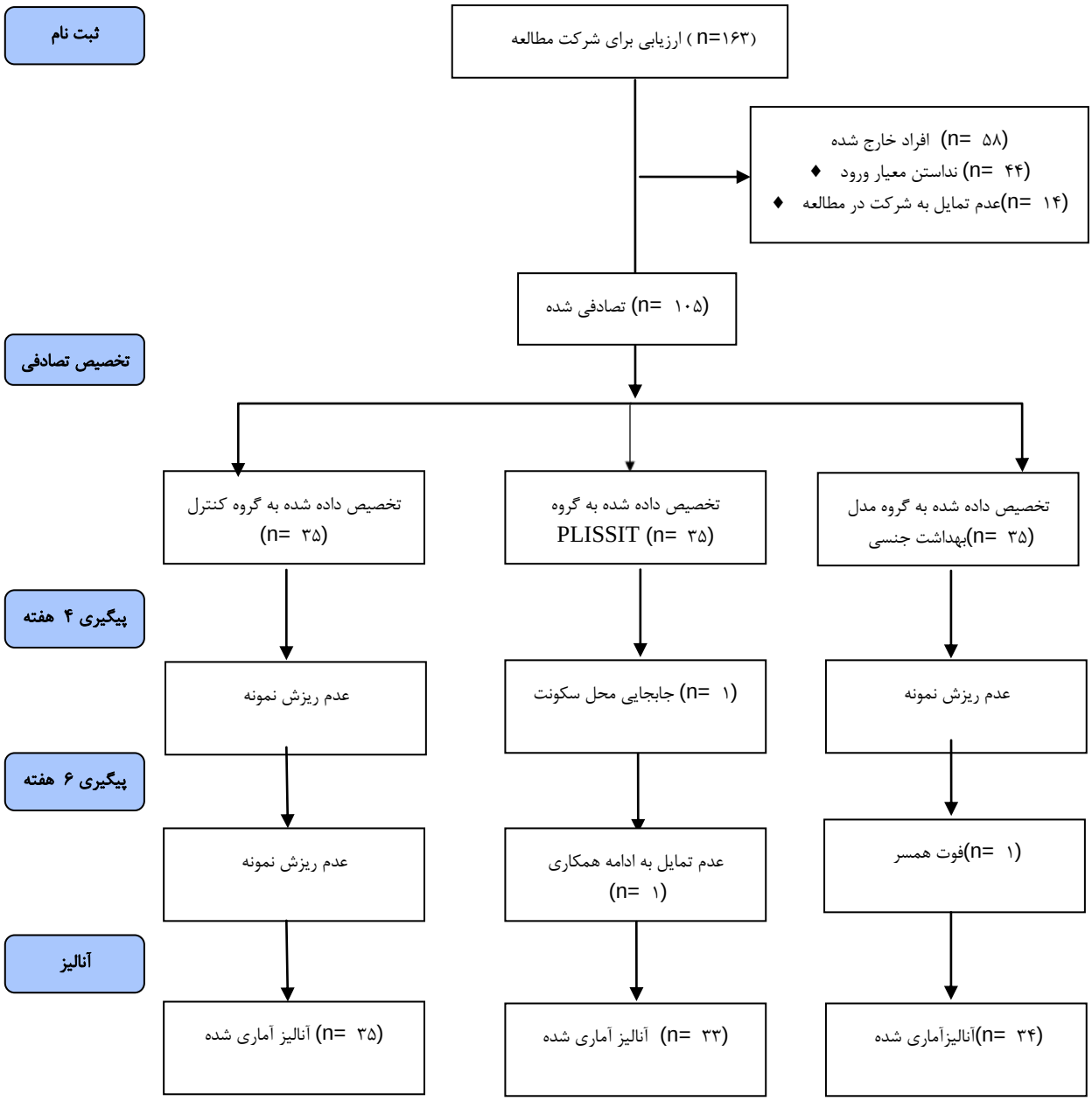
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

جدول ۳: مقایسه بین‌گروهی و درون‌گروهی قبل از مداخله و مقایسه دو به دو گروه‌ها پس از مداخله براساس میانگین نمرات کیفیت زندگی جنسی زنان

نمره کل کیفیت زندگی جنسی	مدل بهداشت جنسی (n=۳۴)	مدل PLISSIT (n=۳۳)	کنترل (n=۳۵)	**نتایج مقایسهٔ بین گروهی آزمون** ANCOVA	**نتایج مقایسه دو به دو گروه‌ها با استفاده از آزمون توکی**
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		
قبل از مداخله	۴۹/۷۴ ± ۱۱/۷۲	۵۰/۰۹ ± ۱۸/۷۸	۵۱/۸۳ ± ۱۸/۴۳	P=۰/۸۵۵	معنی‌دار نیست
۴ هفته پس از مداخله	۵۸/۲۳ ± ۴۰/۱۳	۵۳/۲۴ ± ۱۸/۶۵	۵۱/۸۶ ± ۱۷/۴۰	P=۰/۰۰۱	تفاوت میان گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به گروه کنترل (P=۰/۰۰۱) **(** تفاوت میان گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به گروه PLISSIT (P=۰/۰۰۱) **(** تفاوت میان گروه PLISSIT و گروه کنترل (P=۰/۰۱۴) **(**
۶ هفته پس از مداخله	۵۸/۴۴ ± ۱۴/۲۷	۵۳/۵۷ ± ۱۸/۰۸	۵۱/۶۳ ± ۱۶/۲۳	P=۰/۰۰۱	تفاوت میان گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به گروه کنترل (P<۰/۰۰۱) تفاوت میان گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به گروه PLISSIT (P= ۰/۰۰۲) تفاوت میان گروه PLISSIT و گروه کنترل (P= ۰/۰۳)
نتایج آزمون درون گروهی آنالیز واریانس تک عاملی	P=۰/۰۰۱	P=۰/۰۰۳	P=۰/۹۶۹		
نتایج مقایسه دو به دو گروه‌ها با استفاده از آزمون بونفرونی	تفاوت میان ۴هفته بعد نسبت به قبل (P=۰/۰۰۰) تفاوت میان ۶ هفته بعد نسبت به قبل (P=۰/۰۰۰) تفاوت میان ۴ هفته بعد نسبت به ۶ هفته بعد (P=۱/۰۰)	تفاوت میان ۴هفته بعد نسبت به قبل (P=۰/۰۰۴) تفاوت میان ۶ هفته بعد نسبت به قبل (P=۰/۰۳۸) تفاوت میان ۴ هفته بعد نسبت به ۶ هفته بعد (P=۱/۰۰)	تفاوت میان ۴هفته بعد نسبت به قبل (P=۱/۰۰) تفاوت میان ۶ هفته بعد نسبت به قبل (P=۱/۰۰) تفاوت میان ۴ هفته بعد نسبت به ۶ هفته بعد (P=۱/۰۰)		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]



نمودار ۱: فلوچارت روند ورود و تصادفی سازی شرکت کنندگان در مطالعه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر اولین کارآزمایی بالینی بود که اثرات مدل PLISSIT و مدل بهداشت جنسی را بر کارکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی زنان یائسه مقایسه کرد. از دیگر نوآوری‌های مطالعه حاضر می‌توان به اجرای انفرادی مدل بهداشت جنسی اشاره کرد، در مطالعات انجام شده توسط مروی و همکاران [۲۸]، اسم‌خانی و همکاران [۳۳]، خوئی و همکاران [۳۱] و اصغری وهمکاران [۳۸] از آموزش گروهی مدل بهداشت جنسی استفاده کردند. اگرچه آموزش گروهی از نظر زمان و هزینه مقرون به صرفه است [۳۹]، اما با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی و این‌که صحبت کردن در ارتباط با مسائل جنسی تابو تلقی می‌شود، افراد ممکن است در گروه کمتر راجب این مسائل صحبت کنند. براین اساس ممکن است استفاده از مشاوره فردی مناسب‌تر باشد [۴۰]. مزید بر اینکه مشاوره فردی فرصت ارائه آموزش مبتنی بر نیاز و ویژگی های فردی را فراهم می آورد [۴۱]. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که در هر دو متغیر کارکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی، گروه مدل بهداشت جنسی نسبت به سایر گروه ها (گروه کنترل و گروه PLISSIT) عملکرد بهتری داشته است. یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که در فواصل زمانی ۴ هفته بعد از مداخله و ۶ هفته بعد از مداخله میانگین نمره کارکرد جنسی زنان در گروه مشاوره براساس مدل PLISSIT نسبت به قبل از مطالعه افزایش آماری معنی‌دار پیدا کرده‌است. اما بین میانگین نمرات کارکرد جنسی افراد در دو مرحله پس از مداخله ۴ و۶ هفته تفاوت آماری معنی‌دار یافت نشد. در این مطالعه با آموزش چرخه پاسخ جنسی و ارائه اطلاعات در مورد سلامت جنسی به زنان یائسه کمک شد تا درک بهتری از رابطه جنسی داشته باشند و باورهای غلط جنسی خود را اصلاح کنند. هم‌چنین با ارائه پیشنهادات اختصاصی به زنان کمک شد تا اضطراب خود را کنترل کنند و به رابطه جنسی به عنوان جنبه‌ای لذت بخش از زندگی خود نگاه کنند. مطالعات نیز نشان میدهند که کارکرد جنسی با اضطراب و استرس [۴۱]،کیفیت زندگی مرتبط با سلامت [۴۲] و علایم یائسگی [۴۳] در ارتباط هستند. در نتیجه مشاوره توانست به بهبود میل و تهییج جنسی زنان کمک کند. با آموزش پوزیشن‌های مناسب زنان پس از جلسات مشاوره با اطمینان خاطر بیشتری ارگاسم را تجربه کردند. در ارتباط با دیسپارونی نیز استفاده از تمرین‌های تن‌آرامی و پوزیشن‌های مناسب نیز در بهبود علائم موثر بود. در زمینه تاثیر مشاوره جنسی براساس مدلPLISSIT نتیجه حاصل با نتایج تعدادی از مطالعات که در زمینه تاثیر مشاوره براساس مدل PLISSIT بر کارکرد جنسی زنان انجام شده اند (زنان مبتلا به سرطان پستان [۴۴]، زنان متاهل [۴۶ ، ۴۵]، زنان شیرده ۶ ماه پس از زایمان [۴۷]، زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس [۴۸]، زنانی که تحت عمل هیسترکتومی قرار گرفته‌اند [۴۹] و بیماران دارای استومی [۵۰]) به طور نسبی مشابهت دارد. بررسی یافته‌ها حاکی از آن است که در فواصل زمانی ۴ هفته پس از مداخله و ۶ هفته پس از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی جنسی زنان در گروه مشاوره براساس مدل PLISSIT نسبت به قبل از مطالعه افزایش آماری معنی‌دار پیدا کرده است. اما بین میانگین نمرات کیفیت زندگی جنسی افراد در دو مرحله پس از مداخله ۴ و۶ هفته تفاوت آماری معنی‌داری یافت نشد. در مطالعه حاضر مشاوره جنسی براساس مدل PLISSIT با افزایش دانش جنسی و ازبین بردن باورهای ناکارآمد در مورد روابط جنسی توانست سبب کاهش سرکوب جنسی و احساس گناه در فرد شود. به علاوه تدابیری چون توسعه مهارت‌های جنسی و زناشویی و افزایش مشارکت بین فردی می‌تواند در بهبود اعتماد به نفس، احساسات مثبت نسبت به رابطه جنسی و افزایش رضایت جنسی موثر واقع شده و در نتیجه منجر به بهبود کیفیت زندگی جنسی و حیطه‌های آن گردد. نتایج مطالعه حاضر با تعدادی از مطالعات انجام شده (زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس [۵۱]، زنان مبتلا به سرطان پستان [۵۲] و زنانی که تحت عمل جراحی قلب باز قرارگرفته‌اند [۲۵] که در خصوص تاثیر مدل PLISSIT بر کیفیت زندگی جنسی زنان انجام گرفته است، مطابقت دارد. بررسی یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در فواصل زمانی ۴ هفته پس از مداخله و ۶ هفته پس از مداخله میانگین نمره کارکرد جنسی زنان در گروه مشاوره براساس مدل بهداشت جنسی نسبت به قبل از مطالعه افزایش آماری معنی‌دار پیدا کرده است. اما بین میانگین نمرات کارکرد جنسی افراد در دو مرحله پس از مداخله ۴ و۶ هفته تفاوت آماری معنی‌دار یافت نشد. طبق مطالعه نظرپور و همکاران زنان در طول دوره یائسگی تغییراتی را در بدن خود از جمله افزایش شاخص توده بدنی، تغییرات در اندام‌های جنسی مانند افتادگی سینه‌ها، خشکی واژن و آتروفی و ظهور چین وچروک صورت و موهای زائد را تجربه می‌کنند. این تغییرات ممکن است منجر به نارضایتی از تصویر بدن و مشکلات روانی شود [۲۱]. ازآن‌جایی که یکی از مولفه‌های مدل بهداشت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

جنسی، آموزش در ارتباط با تصویر بدنی می‌باشد، بهبود تصویر بدنی نه تنها بر میل جنسی و تحریک زنان تاثیر می‌گذارد بلکه بر ارگاسم زنان نیز تاثیرگذار خواهد بود. از دیگر مولفه‌های مدل بهداشت جنسی توانایی صحبت کردن در مورد رابطه جنسی است، این مهارت نه‌تنها برای دستیابی به رضایت جنسی متقابل، بلکه برای تشخیص و حل مشکل‌های جنسی و بحث در مورد آن‌ها بسیار ضروری است. به‌طور مثال عدم توانایی رسیدن به ارگاسم، بیشتر به دلیل نداشتن مهارت و رفتارهای جنسی صحیح است که برای حل آن فرد باید بتواند خواسته‌هایش را به‌طور واضح و مبسوط برای همسرش بیان نماید [۲۹]. در مطالعه حاضر توصیه‌های لازم به زنان شرکت کننده در پژوهش در ارتباط با زمان و مکان مناسب و فنون و فوائد صحبت در ارتباط با رابطه جنسی داده شد. از طرفی بعضی باورهای فرهنگی، مانند اعتقاد به ارگاسم زنان در طی دخول و یا میل جنسی ذاتی کم و ناتوانی رسیدن به تحریک و ارگاسم در زنان، تاثیرهایی منفی بر سلامت جنسی زنان دارد [۲۹] ازجمله هنجارهای فرهنگی که به زنان ایرانی نسبت داده می‌شود، اجتناب از بیان تمایلات جنسی خود است [۵۳]. در مطالعه حاضر تلاش شد تا باتوجه به مولفه فرهنگ و هویت جنسی مدل بهداشت جنسی در ارتباط با برخی از کلیشه‌های فرهنگی رابطه جنسی زنان میانسال صحبت شود. از آن جایی که آموزش جنسی دانش لازم برای ارضای نیازهای جنسی به زنان می‌دهد [۵۴]. با استفاده از مولفه آناتومی و کارکرد جنسی مدل بهداشت جنسی سعی شد درک مناسبی از مکان و نحوه کارکرد جنسی اندام‌های جنسی و چگونگی ایجاد میل جنسی، تحریک و ارگاسم به زنان داده شود. مولفه خیال‌پردازی مدل بهداشت جنسی نیز به زنان کمک کرد که بین جسم و فکر خود ارتباط برقرارکنند که می‌تواند در جهت افزایش میل جنسی زنان موثر باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل بهداشت جنسی می‌تواند در بهبود کارکرد جنسی زنان یائسه تاثیرگذار باشد و به آن‌ها کمک کند تا با تغییرات جسمانی خود بهتر کنار بیایند و احساس رضایت بیشتری از زندگی جنسی خود داشته باشند. در مطالعه مروی و همکاران ۲۰۱۶ مشخص شد که آموزش جنسی بر اساس مدل بهداشت جنسی می‌تواند بر کارکرد جنسی زنان ناباروری که از اختلالات جنسی رنج می‌برند تاثیر مثبتی داشته باشد [۲۸]. نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همسو است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در فواصل زمانی ۴ هفته پس از مداخله و ۶ هفته پس از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی جنسی زنان در گروه مشاوره براساس مدل بهداشت جنسی نسبت به قبل از مطالعه افزایش آماری معنی‌دار پیدا کرده است. اما بین میانگین نمرات کیفیت زندگی جنسی افراد در دو مرحله پس از مداخله ۴ و۶ هفته تفاوت آماری معنی‌دار یافت نشد. کیفیت زندگی جنسی یک مفهوم کاملا ذهنی است که بر درک فرد از جنبه جنسی زندگی خود استوار است و شامل احساس جذابیت جنسی، علاقه-مندی و شرکت در فعالیت جنسی است [۱۷ ، ۱۶]. با استفاده از مولفه‌های خیال‌پردازی، تمایلات جنسی مثبت و روابط و صمیمیت مدل بهداشت جنسی سعی شد بر این نکته تاکید شود که رابطه جنسی یک جنبه زیبا و ضروری در زندگی انسان است به نظر می-رسد ارائه آموزش‌های لازم در خصوص انواع روش‌های خیال‌پردازی و همچنین افزایش صمیمیت بین زوجین و چالش‌های پیش روی سلامت جنسی توانست در بهبود رضایت جنسی واحساسات روانی جنسی موثر واقع شود. . از آن‌جایی که بسیاری از زنان در خانواده‌های مذهبی بزرگ شده‌اند و احساس وظیفه می‌کنند که بدون در نظر گرفتن علاقه جنسی خود، به‌راحتی برای همسرانشان از نظر جنسی در دسترس باشند [۲۹]. مطالعه حاضر توانست با ارائه توصیه‌های دین مبین اسلام در مورد رابطه جنسی و اهمیت آن موجب کاهش احساس گناه زنان از برقراری رابطه جنسی و بیزاری از فعالیت جنسی شود و سبب بهبود حیطه خودبی‌ارزشی جنسی شود. در ارتباط با حیطه سرکوب جنسی که شامل احساس خجالت و پرهیز از روابط جنسی است [۳۷] نیز با استفاده از مولفه-های صحبت کردن در ارتباط با رابطه جنسی، تصویربدنی، هویت و فرهنگ و روابط و صمیمیت تلاش شد که زنان بتوانند خواسته‌ها و امیال خود را بیان کنند و آن چه را می‌خواهند تقاضا نمایند و از آن چه نمی‌خواهند پرهیز کنند. مشاوره جنسی براساس مدل بهداشت جنسی توانست از طریق راه‌یابی به ساختارهای ذهنی مراجع و تغییر باورهای ناکارآمد سبب درک تجارب جنسی مثبت‌تر و بهبود بالاتری در کیفیت زندگی جنسی افراد گردد. از آن‌جایی که مطالعه‌ای جهت بررسی تاثیر مدل بهداشت جنسی برروی کیفیت زندگی جنسی زنان یائسه صورت نگرفته است، به بررسی مرتبط-ترین پژوهش‌ها در این زمینه پرداخته می‌شود. نتایج مطالعه اسم خانی و همکاران نشان داد که هر دو مدل PLISSIT و مدل بهداشت جنسی اثرات مشابهی بر بهبود کیفیت زندگی زنان دارند. شواهد کافی مبنی بر برتری یک مدل بر مدل دیگر وجود نداشت [۳۳]. از آن جایی که کیفیت زندگی جنسی یکی از ابعاد کیفیت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

زندگی می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که مطالعه اسم خانی و همکاران با مطالعه حاضر همسو است. بررسی نمره میانگین کارکرد جنسی افراد در گروه کنترل نشان داد که قبل از مداخله با هیچ‌کدام از مراحل ۴ هفته و ۶ هفته پس از مداخله و تفاوت معنی‌دار نداشت. بین میانگین نمرات کارکرد جنسی افراد گروه کنترل در دو مرحله پس از مداخله ۴ و۶ هفته نیز تفاوت آماری معنی‌دار یافت نشد. شایان به ذکر است یکی از تفاوت‌هایی که مطالعه حاضر را از دیگر مطالعات انجام شده متمایز می‌کند اشاره به این موضوع است که گروه کنترل در هیچ یک از مطالعات بررسی شده هیچ مشاوره‌ای دریافت نکردند در حالی که در مطالعه حاضر برای گروه کنترل نیز یک بوکلت آموزشی آشنایی با دوران یائسگی تهیه گردید. همانطور که اشاره شد رابطه جنسی به‌طور قابل‌توجهی به‌ویژه در دوران یائسگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد [۱۴]. کاهش چشمگیر سطح استروژن و آندروژن در گردش در طول دوره یائسگی طبیعی می‌تواند باعث اختلالات جنسی مختلف ازجمله میل جنسی کم، برانگیختگی ضعیف، دیسپارونی، اختلال ارگاسم و کاهش رضایت جنسی شود [۵۵]. در نتیجه دور از انتظار نیست که ارائه بوکلت آموزشی بدون استفاده از هیچ مدلی در حل مشکلات جنسی زنان یائسه تاثیرگذار نباشد.

نتایج حاصل از بررسی نمره میانگین کیفیت زندگی جنسی افراد در گروه کنترل نشان داد که قبل از مداخله با هیچ‌کدام از مراحل ۴ هفته بعد و ۶ هفته بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار نداشت. بین میانگین نمرات کیفیت زندگی جنسی افراد گروه کنترل در دو مرحله پس از مداخله ۴ و۶ هفته نیز تفاوت آماری معنی‌دار یافت نشد، که به نظر می‌رسد به دلیل ارائه بوکلت آموزشی به افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل بدون استفاده از هیچ مدل مشاوره جنسی باشد. از بین مطالعات مشابه صورت گرفته بر کیفیت زندگی جنسی زنان که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بودند، در مطالعه (افرادی که تحت عمل جراحی قلب باز قرار گرفته‌بودند [۲۵]، زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس [۵۱]، زنان بقا یافته از سرطان پستان [۵۲]) در کیفیت زندگی جنسی زنان حاضر در گروه کنترل تغییری مشاهده نشد. نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد. از بین مطالعات مشابه صورت گرفته بر کارکرد جنسی زنان که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بودند، در مطالعه (زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس [۴۸]، زنان متاهل [۴۵]، زنانی که تحت عمل هیسترکتومی قرار گرفته‌اند [۴۹] و زنان نابارور [۲۸] در کارکرد جنسی زنان حاضر در گروه کنترل تغییری مشاهده نشد. که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. ارزیابی مقایسه‌ای میانگین نمره کارکرد جنسی در سه گروه در هر دو مرحله ۴ هفته و ۶ هفته پس از مداخله، نشان داد بین گروه مشاوره براساس مدل بهداشت جنسی و گروه کنترل تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشته است و این یافته‌ها موید تاثیر مثبت این شیوه مشاوره بر بهبود کارکرد جنسی زنان مورد مطالعه بوده است. این یافته با نتایج مطالعه مروی و همکاران همسو است زیرا در مطالعه مروی و همکاران مدل بهداشت جنسی توانسته بود بر بهبود کارکرد جنسی زنان نابارور موثر واقع شود [۲۸]. در مطالعه فرنام و همکاران نتایج پژوهش نشان داد که در دو گروه متوسط نمره کلی کارکرد جنسی به‌طور معنی‌دار افزایش یافت و نمره دیسترس جنسی به‌طور معنی‌دار در دو گروه کاهش یافت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل PLISSIT با اختلاف حد مرزی موثرتر از مدل بهداشت جنسی بود، اما باتوجه به منابع انسانی قابل توجه، زمان و هزینه صرف شده بیشتر جهت انجام PLISSIT به نظر می‌رسد که آموزش مبتنی بر مدل بهداشت جنسی می‌تواند مقرون به صرفه‌تر و موثرتر باشد [۳۰]. ارزیابی مقایسه‌ای میانگین نمره کیفیت زندگی جنسی در سه گروه در هر دو مرحله ۴ هفته و ۶ هفته پس از مداخله، نشان داد بین میانگین کیفیت زندگی جنسی گروه مدل بهداشت جنسی و گروه کنترل و گروه PLISSIT تفاوت معنی‌دار وجود دارد و بین گروه کنترل و گروه PLISSIT نیزاختلاف معنی‌دار وجود دارد. بنابراین میانگین نمره کیفیت زندگی جنسی گروه مدل بهداشت جنسی بهتر از گروه PLISSIT و گروه PLISSIT نیز بهتر از گروه کنترل بود. مطالعه مرقاتی خوئی و همکاران نشان داد با اینکه مدل PLISSIT مدلی کارآمد و شناخته شده است اما مشاوره گروهی براساس مدل بهداشت جنسی به جهت همخوانی بیشتر با فرهنگ ایرانی در بهبود رفتارهای جنسی موثرتر و کارآمدتر است [۳۱]. نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد. بنابر نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که مشاوره مبنی بر مدل بهداشت جنسی و مدل PLISSIT می‌تواند سبب بهبود کارکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی زنان یائسه شود. اما در مقایسه بین گروهی مدل بهداشت جنسی موثرتر از مدل PLISSIT بود. مدل بهداشت جنسی یک چارچوب کلی برای بهبود سلامت جنسی کلی مردم ارائه می‌دهد و تمام جنبه‌های ضروری رفتار جنسی را در برمی‌گیرد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

بنابراین براساس نتایج مطالعه حاضر اجرای برنامه‌های آموزش جنسی براساس مدل بهداشت جنسی به عنوان یک زیر مجموعه از برنامه‌های آموزش جنسی موثر بر مسائل جنسی در زنان یائسه توصیه می‌شود. استفاده از مدل مشاوره PLISSIT و مدل بهداشت جنسی بر بهبود نمره کارکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی زنان یائسه موثر است. اما با توجه به اینکه در مطالعه حاضر مدل بهداشت جنسی موفق‌تر بوده است، می‌تواند به عنوان مدلی جامع و فرهنگ‌محور در مشاوره جنسی زنان یائسه به‌کار برده شود. با توجه به شیوع مشکلات جنسی پیشنهاد می شود که مدل مشاوره بهداشت جنسی در سطح اول خدمات بهداشتی اولیه در نظام ارائه خدمات کشوری ادغام و اجرا شود.

ملاحظات اخلاقی: در این مطالعه کلیه روش‌ها مطابق دستورالعمل‌ها و مقررات مربوطه انجام شد. رضایت آگاهانه از همه افراد شرکت کننده در پژوهش اخذ گردید و این پژوهش در کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHARMACY.REC.1402.081 تایید گردید.

سهم نویسندگان

معصومه سیمبر: نظارت بر پژوهش

زهرا ضمیری آراسته: طراحی مطالعه، تحلیل داده ها و نگارش مقاله

زهره کشاورز: مشاور علمی پژوهش، همکاری در نگارش مقاله

ملیحه نصیری: تجزیه و تحلیل داده ها

تشکر وقدردانی

این پژوهش با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد، بدین وسیله از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. Factors affecting sexual function in menopause: a review article. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology 2016;55:480-7
2. Carcelén-Fraile MdC, Aibar-Almazán A, Martínez-Amat A, Cruz-Díaz D, Díaz-Mohedo E , Redecillas-Peiró MT, et al. Effects of physical exercise on sexual function and quality of sexual life related to menopausal symptoms in peri-and postmenopausal women: a systematic review. International Journal of Environmental Research And Public Health 2020;17;2680
3. Berek JS, editor. Berek & Novak's gynecology. 16th Edition, Golban: Tehran, 2020 [in Persian]
4. Gozuyesil E, Gokyildiz Surucu S, Alan S. Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period. Journal of Health Psychology 2018;23: 69-80
5. Statistical Center of Iran. Iran Statistical Yearbook 2018–2019. 2020. Tehran, Iran: Statistical Center of Iran. Available at: https://www.amar.org.ir/en/Data-and-Statistical-Information/Environment-and-multi-domain-statistics/Yearbooks-and-similar-compendia/Yearbook (Accessed May 2023)
6. Freedman RR, Menopausal hot flashes: mechanisms, endocrinology, treatment. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology 2014;142:115-20
7. Carmona NE, Starick E, Millett GE, Green SM, Carney CE. Sleep effects of psychological therapies for menopausal symptoms in women with hot flashes and night sweats: A systematic review. Post Reproductive Health 2024;30;174-178
8. Sheng Y, Carpenter JS, Elomba CD, Alwine JS, Yue M, Pike CA, et al. Review of menopausal palpitations measures. Women's Midlife Health 2021;7:5
9. Wright VJ, Schwartzman JD, Itinoche R, Wittstein J. The musculoskeletal syndrome of menopause. Climacteric 2024;27:466-72
10. Phillips NA, Bachmann GA. The genitourinary syndrome of menopause. Menopause 2021;28:579-88
11. Yong E-L, Logan S. Menopausal osteoporosis: screening, prevention and treatment. Singapore Medical Journal 2021;62:159-166
12. Mehrnoush V, Darsareh F, Roozbeh N, Ziraeie A. Efficacy of the complementary and alternative therapies for the management of psychological symptoms of menopause: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of Menopausal Medicine 2021;27:115
13. Khadivzadeh T, Najafi MN, Ghazanfarpour M, Irani M, Dizavandi FR, Shariati K. Aromatherapy for sexual problems in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. Journal of Menopausal Medicine 2018 ;24; 56-61
14. Altuntuğ K, Ege E, Akın R, Koçak V, Benli S. Sexual quality of life in women during the climacteric period. International Journal of Caring Sciences 2016;9:296-307

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

15. Pérez-Herrezuelo I, Aibar-Almazán A, Martínez-Amat A, Fábrega-Cuadros R, Díaz-Mohedo E ,Wangensteen R, et al. Female sexual function and its association with the severity of menopause-related symptoms. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17:7235
16. Dogan T, Tugut N, Golbasi Z. The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women. Sexuality and Disability 2013;31:239-47
17. Beckjord E, Compas BE. Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. Journal of Psychosocial Oncology 2007;25:19-36
18. Sheikhan Z, Ozgoli G, Zahiroddin A, Khodakarami N, Nasiri M, Kavosi F. Effective factors on sexual quality of life in Iranian women: a path model. Advances in Nursing & Midwifery 2019;28:15-21[in Persian]
19. Riazi H, Madankan F, Azin SA, Nasiri M, Montazeri A. Sexual quality of life and sexual self-efficacy among women during reproductive-menopausal transition stages and postmenopause: a comparative study. Women's Midlife Health 2021;7:1-7
20. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. Maturitas 2009;63:138-41
21. Nazarpour S, Simbar M, Khorrami M, Jafari Torkamani Z, Saghafi R, Alavi-Majd H. The association between sexual function and body image among postmenopausal women: a cross-sectional study. BMC Women's Health 2021;21:1-9
22. Heidari M, Ghodusi M, Rezaei P, Abyaneh SK, Sureshjani EH, Sheikhi RA. Sexual function and factors affecting menopause: a systematic review. Journal of Menopausal Medicine 2019;25:15-27
23. MacLaren A. Comprehensive sexual health assessment. Journal of Nurse-Midwifery 1995;40:104-19
24. Naeij E, Moosazadeh M, Khani S, Firouzi A, Barzegari S. Effect of counseling and educational interventions on sexual functioning of women with natural menopause: A systematic review and meta-analysis. Menopause 2019;9:40-51
25. Tuncer M, Oskay ÜY. Sexual counseling with the PLISSIT model: a systematic review. Journal of Sex & Marital Therapy 2022;48:309-18
26. 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
27. World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals, report of a WHO meeting [held in Geneva from 6 to 12 February 1974]. Geneva: WHO; 1975.Availablefrom:https://iris.who.int/handle/10665/38247 [PDF: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38247/WHO_TRS_572_eng.pdf]
28. Marvi N, Golmakani N, Miri HH, Esmaily H. The effect of sexual education based on sexual health model on the sexual function of women with infertility. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2019;24:444
29. Robinson BE, Bockting WO, Rosser BRS, Miner M, Coleman E. The sexual health model: Application of a sexological approach to HIV prevention. Health Education Research 2002;17:43-57
30. Farnam F ,Janghorbani M, Raisi F, Merghati-Khoei E. Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on Women's sexual problems in Tehran, Iran: a randomized controlled trial. Journal of Sexual Medicine 2014;11:2679-89
31. Khoei EM, Kharaghani R, Shakibazadeh E, Faghihzadeh S, Aghajani N, Korte JE, et al. Sexual health outcomes of PLISSIT-based counseling versus grouped sexuality education among Iranian women with breast cancer: A randomized clinical trial. Sexual and Relationship Therapy 2022; 37:568-77
32. 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: 7
33. Esmkhani M, Kharaghani R, Shakibazadeh E, Faghihzadeh S, Korte JE, Merghati-Khoei E. Comparison of the effects of the PLISSIT model versus the sexual health model on quality of life among women with breast cancer. Sexuality and Disability 2021;39: 85-96
34. Rosen CB, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy 2000;26:191-208
35. Mohammadi K, Heidari M, Faghih Zadeh S. Validity of the Persian version of female sexual function index-FSFI scale as the female sexual function index. Journal Payesh 2008;7:269-78 [in Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]

36. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. Journal of Sex & Marital Therapy 2005;31:385-97
37. 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;10:1-6 [in Persian]
38. Asghari M, Moradi M, Nekoolaltak M, Jamali J, Danesh F. The Effect of Counseling Based on Sexual Health Model on Sexual Compatibility of Women at Risk of Emotional Divorce. Journal of Midwifery & Reproductive Health 2023;11:80-91
39. Gibson R L,Mitchell MH. Introduction to Counseling and Guidance. 6th Edition, Merrill/Prentice Hall Upper Saddle River: USA, 2002
40. Rahmanian SA, Khadivzadeh T, Esmaily H. Comparison of the effect of group counseling and integrated counseling (group and individual) on sexual knowledge and attitude in women on the verge of marriage. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2017;20:77-88 [in Persian]
41. Simbar M, Nazarpour S, Khorrami M, Torkamani ZJ, Saghafi R, Alavi-Majd H. The Relationship between Depression and Anxiety with Sexual Function in Postmenopausal Women: A Descriptive Correlational Study in Iran. Current Womens Health Reviews 2025;21:e290324228499
42. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Quality of life and sexual function in postmenopausal women. Journal of Women & Aging 2018;30:299-309
43. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR, Majd HA. The relationship between menopausal symptoms and sexual function. Women & Health 2018;58:112-123
44. Keshavarz Z, Karimi E, Golezar S, Ozgoli G, Nasiri M. The effect of PLISSIT based counseling model on sexual function, quality of life, and sexual distress in women surviving breast cancer: a single-group pretest–posttest trial. BioMed Central Women's Health 2021;21:417
45. Rostamkhani F, Jafari F, Ozgoli G, Shakeri M. Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: A quasi-experimental study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2015;20:139-46[in Persian]
46. Behboodi Moghadam Z, Rezaei E, Khaleghi Yalegonbadi F, Montazeri A, Arzaqi SM, Tavakol Z, et al. The effect of sexual health education program on women sexual function in Iran. Journal of Research in Health Sciences 2015;15:124-8
47. Banaei M, Torkzahrani S, Ozgoli G, Azad M, Mahmoudikohani F, Pormehr-Yabandeh A. Addressing the sexual function of women during first six months after delivery: Aquasi-experimental study. Mater Sociomed 2018;30:136
48. Khakbazan Z, Daneshfar F, Behboodi-Moghadam Z, Nabavi SM, Ghasemzadeh S, Mehran A. The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with Multiple Sclerosis who are sexually active. Multiple Sclerosis and Related Disorders 2016;8:113-9
49. Tutuncu B, Yildiz H. The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2012;47:2000-4
50. Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. Journal of Clinical Nursing 2009;18:89-98
51. Kazemi Z, Mousavi MS, Etemadifar M. The effect of counseling based on the PLISSIT model on sexual quality of life of married women with multiple sclerosis referring to MS center in 2019: a randomized, controlled trial. Archives of Women's Mental Health 2021;24:437-44
52. 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 Pacific Journal of Cancer Prevention 2016;17:4845
53. Merghati-Khoei E, Sheikhan F, Shamsalizadeh N, Haghani H, Yousofnia Pasha YR, Killeen T. Menopause negatively impacts sexual lives of middle-aged Iranian women: a cross-sectional study. Journal of Sex & MaritalTherapy 2014;40:552-60
54. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Effects of sex education and Kegel exercises on the sexual function of postmenopausal women: a randomized clinical trial. The journal of Sexual Medicine 2017;14:959-67
55. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F. Sexual function in postmenopausal women and serum androgens: a review article. International Journal of Sexual Health 2019;31:244-56

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.567]