Volume 24, Issue 1 (January- February 2025)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The BETTER model-based counseling on sexual activity among women with multiple sclerosis

Faezeh Ghafoori[1*], Nahid Dehghan-Nayeri[2]

1. Department of Midwifery, Social Determinants of Health Research Center, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran
2. Nursing Management Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 1 July 2024
Accepted for publication: 23 November 2024
[EPub a head of print-29 December 2024]
Payesh: 2025; 24(1): 55- 67

Abstract

Objective (s): Multiple sclerosis (MS) can have negative effects via several pathways on sexual activity. The growing trend of the disease in Iran and high prevalence in women (sex ratio: 2.3) intensifies the importance of this issue. It seems that women in the reproductive age (20 to 40 years old) who are sexually active can be the most vulnerable patients. Therefore, this study aimed to investigate the effect of BETTER model-based couples counseling (Bring-up, Explain, Tell-resources, Time, Educate, Record) on six domains of sexual activity (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, pain) in women with MS.

Methods: This randomized controlled clinical trial was conducted on 72 married women recruited from Iranian MS Association. The intervention was the use of couple counseling based on the BETTER model during four sessions (each week). Six domains of sexual activity were measured using the Women Sexual Function Index (FSFI) at before, 2 and 3 months after the intervention. The control group received nothing.

Results: The score of each domains of sexual activity were compared between the intervention and control groups and no significant difference was observed before the intervention. After the intervention, a significant difference was observed between the two groups in the all domains of sexual activity except for sexual pain domain (p=0.2). However, in the intervention group, there was a significant difference compared to before the intervention with 2 months and before with 3 months after the intervention.

Conclusion: The BETTER model-based sexual counseling can help improve the desire, arousal, moisture, orgasm and sexual satisfaction in women with MS. Perhaps comprehensive interventions are needed to further improve the domain of sexual pain in this population.

Keywords: Educational models, Counseling, Sexual activity, Multiple Sclerosis.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

[*] Corresponding author: Department of Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran
E-mail: f.ghafoori1366@gmail.com

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

تاثیر مشاوره بر اساس مدل BETTER بر ابعاد عملکرد جنسی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

فائزه غفوری[1*]، ناهید دهقان نیری[2]

۱. گروه مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
۲. گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۱۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۹ دی۱۴۰۳]
نشریه پایش: ۶۷- ۵۵ :(۱)۲۴؛ ۱۴۰۳

چکیده

مقدمه: مولتیپل‌اسکلروزیس (MS) می‌تواند از راه‌های متعددی بر عملکرد جنسی تاثیر منفی داشته باشد. روند رو به رشد مبتلایان به این بیماری در ایران و همچنین شیوع بالای آن در زنان نسبت به مردان (نسبت جنسیتی: ۲/۳) بر اهمیت این موضوع می‌افزاید. به نظر می‌رسد زنان سنین باروری (۲۰ تا ۴۰ ساله) که به طور معمول از نظر جنسی فعال هستند آسیب‌پذیرترین افراد در برابر این بیماری باشند. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر اساس مدل BETTER بر شش بعد عملکرد جنسی (میل، برانگیختگی، رطوبت، ارگاسم، رضایت، درد) زنان متاهل مبتلا به MS انجام شد.

مواد و روش کار: این کارآزمایی بالینی تصادفی-شاهددار روی ۷۲ زن متاهل در انجمن MS ایران انجام شد. مداخله استفاده از مشاوره زوجی مبتنی بر مدل یادشده، طی چهار جلسه هفتگی بود. شش بعد عملکرد جنسی با استفاده از پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) در سه مقطع زمانی قبل، دو و سه ماه بعد از مداخله مورد سنجش قرار گرفتند.

یافته ها: امتیاز هر بعد عملکرد جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل مقایسه شد و تفاوت معنی‌دار قبل از مداخله مشاهده نشد. بعد از اجرای مداخله بین دو گروه از نظر تمامی ابعاد عملکرد جنسی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. باید اذعان داشت در بعد درد جنسی اگرچه تفاوت بین دو گروه مداخله و کنترل در زمان‌های مختلف معنادار نبود (p= ۰/۲) اما در گروه مداخله به تنهایی تفاوت معنی‌داری در مقایسه قبل مداخله با ۲ ماه بعد و قبل مداخله با ۳ ماه بعد دیده شد.

نتیجه گیری: مشاوره جنسی مبتنی بر مدل BETTER می تواند به بهبود میل، برانگیختگی، رطوبت، ارگاسم و رضایت‌جنسی زنان مبتلا به MS کمک کند. مداخلات جامع و گسترده‌تری برای بهبود بیشتر بعد درد جنسی نیاز است.

کلیدواژه ها: مدل‌های آموزشی، مشاوره، عملکرد جنسی، مولتیپل اسکلروزیس

کد اخلاق: IR.TUMS.VCR.REC.1395398
کدکارآزمایی بالینی: IRCT2017100936679N1

* نویسنده پاسخگو: ساوه، دانشکده علوم پزشکی ساوه، گروه مامایی
E-mail: f.ghafoori1366@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

مقدمه

مولتیپل‌اسکلروزیس (MS) می‌تواند از راه‌های متعددی بر زندگی جنسی افراد تاثیر منفی بگذارد [۱]. این بیماری شایع‌ترین اختلال نورولوژیکی در بین جوانان است و به عنوان سومین علت ناتوانی در جهان شناخته می‌شود [۲]. در سراسر دنیا حدود ۲/۵ میلیون نفر، مبتلا به این بیماری هستند و سالانه حدود ۳۰،۰۰۰ مورد جدید از این بیماری شناسایی می‌شود [۳]. در ایران آمار دقیقی از تعداد مبتلایان به این بیماری وجود ندارد اما طبق گزارشات انجمن مولتیپل‌اسکلروزیس تخمین زده می‌شود شیوعی حدود ۴۵ مورد در ۱۰۰ هزار نفر داشته باشد [۴]. آنچه اهمیت توجه به این بیماری به ویژه در کشور ما را دو چندان می‌کند، روند رو به رشد مبتلایان به این بیماری به خصوص در سال‌های اخیر است [۵, ۲]. در این میان، غالباً زنان بیشتر از مردان (نسبت جنسی: ۲/۳) مبتلا می‌شوند. به ویژه زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله، زنانی که در سنین باروری و در اوج فعالیت‌های جنسی خود قرار دارند، آسیب‌پذیرتر هستند [۶]. این بیماری گستره وسیعی از علایم ناخوشایند نظیر ضعف و خشکی عضلات، اختلال در تعادل و سیستم حرکتی، کاهش تمرکز و حافظه [۷]، اختلالات شناختی، اختلال در بینایی، خستگی، بی‌خوابی، سرگیجه، نارسایی در عملکرد روده‌ها و مثانه را ایجاد می‌کند [۳]. این درحالی است که درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد و افراد مبتلا، سالیان سال با این بیماری و مشکلات آن درگیر هستند [۸].

علائم ناخوشایند MS به نوبه خود زندگی جنسی زنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ به گونه‌ای که بسیاری از این زنان در زندگی زناشویی دچار شکست می‌شوند و در سراشیبی منتهی به افسردگی قرار می‌گیرند [۹]. سازمان سلامت جهانی نیز MS را به عنوان یک عامل تاثیرگذار بر رضایت جنسی افراد مطرح کرده است [۱۰]. انجمن بهداشت باروری آمریکا (۲۰۱۲) نیز اعلام می‌دارد، زنان دچار بیماری‌های ناتوان‌کننده از جمله MS بیشتر از زنان سالم در معرض خطر خشونت‌های جنسی خانگی قرار دارند [۴].

بنابراین، شیوع بالا و ماهیت این بیماری و علائم ناخوشایند آن [۱۱]، ناشناخته بودن علت دقیق بیماری، عدم وجود درمان قطعی برای این بیماری [۱۲]، غیرکشنده بودن بیماری و به تبع آن، زندگی طولانی با این بیماری (تخمین عمری نزدیک به طبیعی در مبتلایان) [۱۳]، سبب شده تا توجه به برنامه‌های سلامت جنسی جهت بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به MS در سیاست‌گذاری‌های سلامت کشورها حائز اهمیت گردند [۱۴, ۹]. باید توجه داشت بخش اعظم اختلالات جنسی این زنان قابل کنترل هستند و یا می‌توان آنها را به طور موثری اداره کرد [۹]. این مسئله بر لزوم توجه بیشتر به مداخلات و برنامه‌های بهداشتی در زمینه مسائل مربوط به سلامت جنسی زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس تاکید می‌کند.

یکی از مداخلات توصیه شده در این زمینه، آموزش و مشاوره جهت راهنمایی زنان مبتلا و همسران آن‌ها در مواجه با اختلالات جنسی است. مشاوره و آموزش می تواند به بیماران کمک کند تا رابطه زناشویی خوبی داشته باشند و صمیمیت خود را با همسرشان حفظ کنند [۱۵]. در دهه‌های اخیر مدل‌های مختلفی برای ارتقای مشاوره‌های جنسی پیشنهاد شده است، از جمله مدل ALARM که در ۵ مرحله بر ارزیابی عملکرد جنسی گذشته و حال، توانایی رسیدن به میل جنسی، برانگیختگی و ارگاسم، فرونشینی بعد از ارگاسم و تاریخچه پزشکی حال و گذشته بیمار تاکید می‌شود. بنابراین، این مدل تنها پاسخ‌های ژنیتال را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و احساسات و رضایت جنسی را در نظر نمی‌گیرد [۱۶]. مدل PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy) از چهار مرحله مشتمل بر اجازه دادن به بیمار برای مطرح کردن مشکلات جنسی، ارائه اطلاعات جنسی عمومی و محدود، فراهم کردن پیشنهادات ویژه و اختصاصی و درمان پیشرفته و تخصصی مشکلات جنسی تشکیل شده است [۱۷]. مدل BETTER (Bringing up the topic of sexuality, Explaining, Telling, Timing, Educate, and Recording) شامل شش مرحله مطرح کردن موضوع، توضیح اطلاعات عمومی، معرفی منابع اطلاعاتی، زمان دادن به بیمار، آموزش دادن و ارائه اطلاعات اختصاصی و ثبت کردن فرایند مشاوره تشکیل شده است. در ابتدا این مدل برای بررسی و رفع مشکلات جنسی افراد مبتلا به سرطان معرفی شد و بعدها در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نظیر بیماران قلبی و بیماران دارای ناتوانی نیز به‌کار برده شده است [۱۹, ۱۸]. توصیه می‌شود در وهله اول، مشاور شروع به گفتگو کند و اهمیت مسائل جنسی را روشن سازد، سپس مراجع به گفتگو ترغیب شود. بنابراین طبق این مدل، فراهم کردن مقدمات از سوی مشاور ممکن است خودافشایی و خوداظهاری جنسی را در زنان افزایش دهد [۲۰]. در حقیقت، مدل BETTER پس از ایجاد یک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

آمادگی ذهنی خوب در فرد، او را به بیان مسائل و مشکلات جنسی دعوت می‌کند. این مسئله به خصوص در جوامعی نظیر کشور ما که صحبت در مورد مسائل جنسی، انگ (Stigma) محسوب می‌شود، بسیار حائز اهمیت است. علاوه بر این، اگر بیمار در این مرحله، از گفتگو و ادامه جلسات مشاوره امتناع ورزد می‌توان امیدوار بود که اطلاعات عمومی و منابع مناسب برای کسب اطلاعات در زمینه سلامت جنسی را دریافت کرده است [۲۱].

بنابراین به طور خلاصه می‌توان بیان کرد که بر اساس مطالعات معتبر، عملکرد جنسی یک جزء اصلی از زندگی زنان مبتلا به MS است و این زنان در ابعاد مختلف عملکرد جنسی خود، مشکلات متفاوتی را بروز می‌دهند [۲۳, ۲۲, ۱۹]. با توجه به محدودیت‌های آموزش جنسی در ایران، زوج‌ها به‌ویژه خانم‌ها اطلاعات کمی در مورد مشکلات جنسی خود دارند و از این رو، رنج زیادی متحمل شده که بر رنج بیماری آنها می افزاید. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مشاوره جنسی با استفاده از مدل BETTER بر شش بعد عملکرد جنسی (بعد میل، تحریک، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی، درد) زنان مبتلا به MS طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار بر روی ۷۲ زن متاهل مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS ایران در تهران به منظور بررسی تاثیر مشاوره جنسی مبتنی بر مدل BETTER بر شش بعد عملکرد جنسی این زنان شامل بعد میل، برانگیختگی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد انجام شد.

زنان داوطلبی که حداقل یکسال از ازدواج آنها گذشته بود و در این انجمن ثبت نام کرده بودند (بنابراین تشخیص قطعی MS توسط متخصص مغز و اعصاب را داشتند) به این مطالعه وارد شدند. از زنان متاهل دارای سواد خواندن و نوشتن که ۱۵ تا ۴۹ سال سن داشتند و سابقه سوء مصرف الکل/ مواد مخدر یا هیچ بیماری مزمن دیگری به جز MS نداشتند، خواسته شد تا به یک پرسشنامه دموگرافیک و همچنین پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) پاسخ دهند.

تکمیل مقیاس شدت خستگی (Fatigue Severity Scale) و پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II) برای تعیین معیارهای ورود به مطالعه صورت گرفت. نمره‌ی کمتر از ۲۹ در پرسشنامه افسردگی بک و نمره کمتر از ۵/۱ در پرسشنامه خستگی و شدت ناتوانی (EDSS) کمتر از ۷ (زنانی که قادر بودند حداقل ۱۰۰ متر با کمک یا بدون کمک راه بروند)، برای ورود به مطالعه ضروری بود. شایان ذکر است از آنجا که شدت افسردگی، وضعیت ناتوانی و شدت خستگی در مطالعات قبلی به عنوان عوامل موثر بر عملکرد جنسی بیماران MS شناخته شده اند [۲۳, ۱۵, ۱] در این مطالعه به عنوان معیار ورود در نظر گرفته شده‌اند.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: بارداری، انجام هر نوع درمان جنسی و یا عود MS در ماه گذشته و همچنین بیمارانی که مایل به ادامه مطالعه نبودند از مطالعه خارج شدند.

با توجه به مطالعات مشابه و با فرض اینکه ۵۰ درصد زنان مبتلا به MS از اختلالات جنسی رنج می برند [۲۵, ۲۴]، انحراف معیار عملکرد جنسی در زنان مبتلا به MS، در نظر گرفته شد. با فرض اینکه میزان خطای قابل قبول باشد تا تاثیر مشاوره بر عملکرد جنسی زنان مورد بررسی از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ تعداد نمونه در هر گروه ۳۶ نفر برآورد گردید.

به این ترتیب پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و معرفی نامه برای حضور در محیط پژوهش، طرح در سامانه IRCT با شماره IRCT2017100936679N1 ثبت گردید. سپس با حضور در انجمن MS ایران ۷۲ زن واجد شرایط پس از ارائه توضیحات کامل در خصوص هدف مطالعه و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه وارد مطالعه شدند. همچنین به ایشان در خصوص محرمانگی اطلاعات، عدم تاثیر عدم مشارکت در مطالعه بر فرایند درمان و خدمات انجمن به آن‌ها اطمینان داده شد و اعلام گردید که هر زمان تمایل داشته باشند، امکان خروج از مطالعه برای آن‌ها فراهم است. سپس نمونه‌ها به روش بلوکی‌سازی تصادفی با بلوک های چهارتایی به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شد. بدین صورت که همه حالت‌های ممکن جهت قرارگیری حروف A و B در بلوک‌های چهارتایی در نظر گرفته شد که جمعاً ۶ حالت را شامل می‌شد. این ۶ حالت از شماره ۱ تا ۶ شماره‌گذاری شده و تعداد بلوک ۴ تایی مورد نیاز براساس تعداد نمونه مورد مطالعه مشخص شد. سپس با توجه به به تعداد بلوک مورد نیاز (۱۸ بلوک) و براساس جدول اعداد تصادفی، بلوک‌های مربوط به هر شماره جدول به ترتیب، لیست گردید. در نهایت در هنگام ورود نمونه‌ها به مطالعه، هر فرد حرف خاصی را طبق ترتیب بدست آمده تصاحب نمود. به‌عنوان مثال طبق ترتیب (AABB/ABAB) فرد پنجم در گروه A (مداخله) قرار گرفت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

مداخله شامل چهار جلسه هفتگی (هر جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه) مشاوره بر اساس مدل BETTER توسط پژوهشگر (دکتری بهداشت باروری و پس از شرکت در کارگاه آموزشی مهارت های مشاوره) برای زنان و همسرانشان بود. جلسات مشاوره برای هر زوج به صورت جداگانه تشکیل می شد (جلسات زوجی بودند) و در جلسه اول در مورد آناتومی و فیزیولوژی اندام های جنسی در زنان و مردان، چرخه پاسخ جنسی، دلایل اولیه اختلال عملکرد جنسی در بیماران MS و تأثیر این بیماری بر زندگی جنسی، اطلاعات دریافت کردند (مرحله Bring up و Explain). در این مرحله، پژوهشگر تلاش کرد تا دیدگاه ها و تصورات نادرست بیماران و شرکای آنها را در مورد رفتار جنسی اصلاح کند.

در جلسه دوم، زوج در مورد منابع در دسترس مانند کتاب ها، وب سایت ها و متخصصانی که بتوانند اطلاعات صحیح را از آنها دریافت کنند آموزش دیدند (مرحله Tell Source و Time step). همچنین به آنها فرصت داده شد تا نگرانی‌ها، نظرات و مشکلات مربوط به بیماری‌شان و دانش شان مربوط به عملکرد جنسی را در طول این جلسه بیان کنند. از آنها خواسته شد تا در مورد تغییرات در زندگی شخصی و جنسی خود و همچنین تغییرات در خلق و خو و روابط خود صحبت کنند.

در جلسه سوم که به دنبال انجام گام "Education" مدل BETTER بود، اولویت ها و خواسته های ضروری هر خانم برای بهبود عملکرد جنسی او شناسایی و بررسی شد. برای رسیدگی به مسائل جنسی زنان، توصیه ها و پیشنهادات خاصی مانند استفاده از روان کننده های پایه آب، پوزیشن های جنسی مناسب با توجه به محدودیت های حرکتی و انتخاب زمان مناسب برای رابطه جنسی (صبح هایی که خستگی جسمی وجود ندارد) به کار گرفته شد. علاوه بر این، به خانم ها توصیه شد که روی روابط عاطفی خود با شریک زندگی خود کار کنند و سعی کنند نگرانی های خود را به اشتراک بگذارند. در طول جلسات مشاوره، از مطالب بصری و بروشورهای آموزشی نیز برای ارائه اطلاعات تکمیلی در مورد MS، تأثیرات آن و روش های درمانی استفاده شد.

فرایند مشاوره در جلسه آخر به طور خلاصه بررسی شد و سوابق ثبت گردید (Record Step). از شرکت کنندگان خواسته شد تا نظرات خود را در مورد مشاوره به اشتراک بگذارند. به تمام سوالات شرکت کنندگان و ابهامات احتمالی پاسخ داده شد و شماره تلفن پژوهشگر برای پاسخگویی به سوالات احتمالی آنها ارائه شد.

در نهایت، برخی از شرکت کنندگان به یک روانشناس معرفی شدند (۲ مورد)، در حالی که به برخی دیگر پیشنهاد داده شد تا با متخصص مغز و اعصاب خود (۱ مورد) در مورد نگرانی های مربوط به تاثیر دارو و درمان های MS بر مشکلات جنسی صحبت کنند. فرایند مشاوره در جدول ۱ آمده است.

گروه شاهد فقط مراقبت های رایج انجمن MS، مانند داروهای یارانه ای، مشاوره رایگان مغز و اعصاب، خدمات فیزیوتراپی را دریافت کردند. همچنین در پایان مطالعه نیز به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز فایل‌های آموزشی و محتوای مشاوره ارائه شد.

لازم به توضیح است که در جلسات اول و سوم مشاوره که آموزش و ارائه اطلاعات صورت می‌گرفت، حضور شوهران الزامی بود؛ اما در جلسات دوم و چهارم به‌ویژه جلسه دوم که بنا بود زن مبتلا به MS در خصوص نگرانی‌ها و مشکلات جنسی خود صحبت نماید، جهت حفظ حریم خصوصی بیمار، با توجه به نظر وی ممکن بود شوهر حضور داشته یا نداشته باشد. بدین‌ترتیب در مطالعه ما تنها ۱۵ تن از شوهران (۴۱/۷٪) در جلسه دوم مشاوره حضور داشتند. علاوه بر اقدامات فوق، یک شماره تلفن مطمئن از مشارکت‌کنندگان اخذ می‌شد تا امکان دسترسی به آنان وجود داشته باشد. یک شماره تماس از پژوهشگر نیز در اختیار زنان شرکت‌کننده قرار داده می‌شد تا امکان پرسیدن سوال و دریافت پاسخ در بینابین جلسات را نیز داشته باشند.

در نهایت، وضعیت هر بعد عملکرد جنسی مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه مداخله و شاهد در فاصله ۲ و ۳ ماه بعد از آخرین جلسه مداخله، با استفاده از پرسشنامه استاندارد FSFI و به روش مصاحبه تلفنی توسط پرسشگر (همکار پژوهشگر) سنجیده شد. همچنین وضعیت خستگی و افسردگی مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه، مورد سنجش قرار گرفت.

حین مطالعه یک نفر در گروه مداخله و ۳ نفر از گروه کنترل به دلیل انصراف از ادامه شرکت در مطالعه و عود بیماری، از مطالعه خارج شدند. با استفاده از روش‌های آماری استنباطی و با در نظر گرفتن Intention to treat، نتایج قبل و بعد از اجرای مداخله در دو گروه کنترل و آزمون مورد مقایسه قرار گرفتند و مداخله‌ی طراحی شده تعیین تاثیر شد.

داده‌های مطالعه از طریق ۴ پرسشنامه مجزا جمع‌آوری شد:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

۱. پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک، سوابق مامایی و مشخصات مربوط به بیماری اماس فرد و اطلاعات مربوط به وضعیت بیماری فرد از جمله نوع اماس و طول‌مدت آن، سن شروع بیماری، نوع و طول‌مدت مصرف داروها و نمره‌ی مقیاس EDSS بود. مقیاس EDSS که به نام مقیاس Kurtzke _نام متخصص مغز و اعصابی که آن را ایجاد نمود_ معروف است، برای هر بیمار توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب حاضر در انجمن MS ایران تعیین و ثبت گردید. این مقیاس وضعیت عملکردی هشت سیستم هرمی، ساقه مغز، مخچه، حسی، روده و مثانه، بینایی و مغز را بررسی می‌کند و در نهایت نمره فرد در دامنه ۰ (طبیعی) تا ۱۰ (مرگ) قرار می‌گیرد. این دامنه ۱۰ امتیازی با فواصل نیم امتیازی تقسیم‌بندی می‌شود که امتیازات پایین‌تر نشان‌دهنده ناتوانی با شدت کمتر و اعداد بالاتر منعکس‌کننده درجه‌ی بیشتر ناتوانی است [۲۳]. در این مطالعه زنان با EDSS کمتر از ۷ (زنانی که قادر بودند حداقل ۱۰۰ متر با کمک یا بدون کمک راه بروند) وارد مطالعه شدند.

۲. پرسشنامه استاندارد شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) که از نوع خودگزارش‌دهی و شامل ۱۹ گویه است و ۶ حیطه‌ی عملکرد جنسی زنان را مورد سنجش قرار می‌دهد، توسط Rosen و همکاران ساخته شده است [۲۶]. از میان سوالات این پرسشنامه، دو گویه اول در مورد میل جنسی، چهار سوال (۳،۴،۵،۶) در مورد تهییج جنسی، چهار گویه (۷،۸،۹،۱۰) در مورد لغزنده شدن واژن، سه گویه (۱۱،۱۲،۱۳) در مورد ارگاسم، سه گویه (۱۴،۱۵،۱۶) در مورد خشنودی از رابطه جنسی و سه گویه (۱۷،۱۸،۱۹) در رابطه با درد در رابطه‌ی جنسی است. هر گویه پرسشنامه دارای ۵ یا ۶ گزینه با حداقل و حداکثر امتیاز ۰ یا ۱ تا ۵ است. برای محاسبه امتیازات در این پرسشنامه به این صورت عمل می‌شود که به گویه ۱ و ۲ ضریب ۰/۶، گویه‌های ۳ تا ۱۰ ضریب ۰/۳ و گویه‌های ۱۱ تا ۱۹ ضریب ۰/۴ تعلق می‌گیرد. بنابراین حداکثر نمره‌ی فرد ۳۶ و حداقل ۱/۲ امتیاز در نظر گرفته شد. امتیاز بهتر موید عملکرد جنسی بهتر در نمونه پژوهش بود و تقسیم‌بندی نهایی برای مجموع امتیازات پرسشنامه به صورت عملکرد جنسی طبیعی با امتیاز بیشتر از ۲۸ انجام گرفت [۲۶].

۳. پرسشنامه مقیاس شدت خستگی (FSS) شامل ۹ گویه است که توسط Krupp و همکارانش به منظور سنجش شدت خستگی در افراد مبتلا به MS و لوپوس، طراحی و مورد بررسی روانسنجی قرار گرفت [۲۷]. در این پرسشنامه فرد براساس میزان موافقت خود با هر یک از آیتم‌های ۹ گانه، به آن گویه امتیازی بین ۱ تا ۷ می‌دهد. امتیاز بالاتر، نشان‌دهنده میزان بالاتری از موافقت فرد با آن گویه مورد نظر است. بنابراین مجموع امتیازات فرد از ۹ گویه پرسشنامه، ۷ و حداکثر آن ۶۳ است که بر عدد ۹ تقسیم شده و نمره‌ی شدت خستگی فرد محاسبه می‌شود. این نمره برای هر فرد از ۱ تا ۷ متغیر بود که نمره‌ی ۲/۸ و کمتر به صورت خستگی خفیف، نمره‌ی بین ۲/۸ تا ۵/۱ به عنوان خستگی متوسط و نمره ۵/۱ و بیشتر از ۵/۱ به عنوان خستگی شدید در نظر گرفته شد [۲۷].

۴. پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، یک پرسشنامه ۲۱ گویه‌ای از نوع خودگزارش‌دهی است که توسط Beck و همکارانش برای ارزیابی نشانگان افسردگی طراحی شده است. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ مورد بازنگری قرار گرفت که با عنوان BDI-II شناخته می‌شود و شدت کمّی افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد. ۱۵ گویه این پرسشنامه محتوی علائم روانشناختی و ۶ پرسش آن محتوی علائم جسمانی است. تمامی گویه‌ها دارای پاسخ ۴ قسمتی با امتیاز ۰ تا ۳ بوده که امتیاز بیشتر حاکی از افزایش شدت علائم است. جمع نمرات پرسش‌ها، نمره فرد در پرسشنامه را منعکس می‌کند که دارای حداکثر نمره ۶۳ و حداقل نمره ۰ است. براساس پیشنهاد مولفان پرسشنامه، نمره ۱۳-۰ در آن نشانگر افسردگی کم و یا فقدان افسردگی، نمره ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، نمره ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و نمره ۶۳-۲۹ نشانه افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود [۲۸].

برای تجزیه و تحلیل یافته‌های حاصل از مطالعه، از آمار توصیفی به صورت ارائه اطلاعات در جداول توزیع فراوانی استفاده شد. برحسب نوع داده‌ها، از آزمون‌های کای‌اسکوئر و Independent t-test برای بررسی گروه‌ها از نظر متغیرهای دموگرافیک، سوابق مامایی و ویژگی‌های بالینی بیماری اماس استفاده شد. برای بررسی هر بعد از عملکرد جنسی افراد در دو گروه در برهه‌های زمانی مختلف در طول مطالعه از آزمون Repeated measures استفاده شد. تحلیل‌ها با در نظر گرفتن Intention to treat و سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ و با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS صورت گرفت. Intention to treat یا تحلیل با قصد درمان راه‌حلی برای فایق آمدن بر مشکل عدم پیروی شرکت‌کنندگان از اجرای مداخله است. بدین ترتیب در تحلیل آماری هیچ مشارکت‌کننده‌ای حذف نخواهد شد و تاکید آن بر اینست که «یک بار تخصیص تصادفی انجام دهید و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

سپس همه را تجزیه و تحلیل کنی» [۲۹]. بر همین اساس برای شرکت‌کنندگان خارج شده از مطالعه، داده‌های تکمیل شده در مرحله قبل برای مرحله بعد هم در نظر گرفته شدند.

یافته ها

در این مطالعه تنها ۴ نفر از ۷۲ شرکت کننده در مطالعه (۵/۵٪) پس از تصادفی سازی از مطالعه خارج شدند. دلایل خروج از مطالعه شامل عود بیماری (۲ نفر) وعدم تمایل به ادامه همکاری (۲ نفر) بوده است. تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک، بالینی و مامایی مانند وضعیت اقتصادی، شغلی و تحصیلی شرکت کنندگان و همسرانشان، مدت زمان ابتلا، سن شروع MS، سن ازدواج و تعداد بارداری‌ها مشاهده نشد (P<۰/۰۵) (جدول ۲). طول مدت ابتلا به MS در گروه مداخله ۹/۲۹ و در گروه کنترل ۹/۶۹ بود. امتیازات هر بعد عملکرد جنسی در ۳ مرحله مطالعه، یعنی قبل از مداخله، و ۲ و ۳ ماه بعد از مداخله، مقایسه شد (جدول ۳). قبل از مداخله، مقایسه امتیاز هر شش بعد عملکرد جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت معنی‌دار نشان نداد. پس از اجرای مداخله، بین دو گروه از نظر تمامی ابعاد عملکرد جنسی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. باید اذعان داشت در بعد درد جنسی اگرچه تفاوت بین دو گروه مداخله و کنترل در زمان‌های مختلف با p= ۰/۲ معنی‌دار نبود. اما در گروه مداخله به تنهایی، تفاوت معنی‌دار در مقایسه قبل مداخله با ۲ ماه بعد و قبل مداخله با ۳ ماه بعد دیده شد.

همچنین در گروه مداخله مقایسه ابعاد عملکرد جنسی، قبل از مداخله با ۲ ماه بعد و قبل از مداخله با ۳ ماه بعد معنادار شد اما در ۲ ماه با ۳ ماه بعد از اجرای مداخله تفاوت معنی‌دار نشان داده نشد. در گروه کنترل نیز مشاهده شد که تنها در بعد رطوبت و لغزانندگی در مقایسه قبل از مداخله با دو ماه بعد اجرای مداخله تفاوت معنی‌دار است (p= ۰/۰۴).

امتیاز کلی عملکرد جنسی بین دو گروه در طول مطالعه با استفاده از آزمون Repeated Measures مورد مقایسه قرار گرفت (جدول ۴) و نشان داده شد که میانگین امتیاز کلی در گروه مداخله حداقل در یکی از زمان‌های مورد مطالعه (قبل، ۲ و یا ۳ ماه بعد اجرای مداخله) با بقیه متفاوت است (p <۰/۰۰۱)، در حالیکه در گروه کنترل بین میانگین امتیاز کلی در زمان‌های مختلف مطالعه، اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد (p=۰/۷۱). همچنین با توجه به تعامل گروه و زمان نیز مشاهده شد که با در نظر گرفتن تغییرات زمانی در طی مطالعه، میانگین امتیاز کلی عملکرد جنسی بین دو گروه اختلاف معنادار آماری دارد (p <۰/۰۰۱).

جدول ۱: جلسات مشاوره بر اساس مدل BETTER

مشاوره جنسی بر اساس مدل BETTER		محتوای مشاوره
جلسه اول	Bring up و Explain	- اهمیت فعالیت جنسی در کیفیت زندگی و ... - آناتومی و فیزیولوژی اندام های جنسی در زنان و مردان - چرخه پاسخ جنسی و مراحل آن در زنان و مردان - تأثیر بیماری MS بر زندگی جنسی - دلایل اولیه اختلال عملکرد جنسی در بیماران MS - توصیه به ارتباط موثر با همسر - تشویق به ابراز احساسات، نگرانی ها، افکار و رفتارهای مرتبط با MS - توجه به ویژگی های اجتماعی و روانی زنان - باورها و احساسات ناکارآمد جنسی - آموزش راه حل های سازگاری با استرس و مشکلات مرتبط با MS - آموزش و تمرین تمرین آرام سازی بدن جاکوبسون - اصلاح دیدگاه ها و تصورات نادرست بیماران و همسران آنها در مورد رفتار جنسی
جلسه دوم	Tell Source و Time	- معرفی منابع در دسترس مانند کتاب، وب سایت و متخصصان ماهر برای دریافت اطلاعات صحیح از آنها - دادن زمان و فرصت به آنها برای بیان نگرانی‌ها، نظرات و مشکلات مربوط به بیماری‌شان و دانش شان مربوط به عملکرد جنسی خود - دادن زمان برای بیان تغییرات در زندگی شخصی و جنسی خود و همچنین تغییرات در خلق و خو و روابط خود
جلسه سوم	Education	- پیگیری اقدامات جلسات گذشته - شناسایی اولویت ها و خواسته های مهم جنسی هر دو زوج - تشویق به گسترش فانتزی های جنسی - ارائه توصیه هایی برای مدیریت اختلالات جنسی - آموزش تمرینات عضلات لگن - تجویز روان گردان در صورت نیاز

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

		- آموزش پوزیشن های مختلف جنسی - آموزش و تمرین تمرکز حواس - توصیه به انجام فعالیت جنسی در زمان مناسب (صبح ها که خستگی جسمی بیمار کمتر است) - توصیه به تقویت روابط عاطفی و صمیمیت زناشویی - توصیه به اشتراک گذاشتن نگرانی های خود با همدیگر - ارائه بروشور و پمفلت
جلسه چهارم	Record	- درخواست از شرکت کنندگان برای اشتراک نظرات خود در مورد مشاوره - پاسخگویی به سوالات شرکت کنندگان و ابهامات آنها - در اختیار قرار دادن شماره تلفن پژوهشگر برای پاسخگویی به سوالات احتمالی آنها - ارجاع در صورت نیاز_ به روانشناس (۲ مورد)، به متخصص مغز و اعصاب (۱ مورد)

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک، بالینی و مامایی دو گروه مداخله و کنترل

مشخصات	گروه کنترل	گروه مداخله	P value
سن خانم	۳۷/۷۵ ± ۷/۱	۳۶/۸۹ ± ۶/۴	۰/۵۹
سن همسر	۴۳/۳۳ ± ۹/۱	۴۱/۲۸ ± ۷/۲	۰/۲۹
شغل خانم			
خانه دار	۹۱/۶	۷۷/۸	
آزاد	۲/۸	۸/۳	۰/۱۷
کارمند	۲/۸	۱۳/۹	
بازنشسته	۲/۸	۰	
شغل همسر			
آزاد	۳۰/۶	۳۶/۱	
کارمند	۳۳/۳	۳۰/۶	
بازنشسته	۱۶/۷	۵/۵	۰/۴۷
کارگر	۱۳/۹	۱۶/۷	
بیکار	۵/۵	۱۱/۱	
سطح تحصیلات خانم			
ابتدایی	۵/۶	۰	
راهنمایی	۵/۶	۱۳/۹	۰/۲۸
دیپلم	۴۷/۲	۳۶/۱	
دانشگاهی	۴۱/۶	۵۰	
سطح تحصیلات همسر			
ابتدایی	۰	۲/۸	
راهنمایی	۱۳/۹	۵/۵	۰/۴۰
دیپلم	۴۴/۴	۳۸/۹	
دانشگاهی	۴۱/۷	۵۲/۸	
طول مدت ازدواج	۱۵/۲۶ ± ۹/۵	۱۲/۸۷ ± ۷/۶	۰/۲۴
تعداد بارداری ها	۱/۳۶ ± ۱/۱	۱/۱۴ ± ۰/۹	۰/۳۴
تعداد فرزندان زنده	۱/۱۱ ± ۰/۸	۱/۰۰ ± ۰/۸	۰/۵۶
طول مدت ابتلا به MS	۹/۶۹ ± ۵/۹	۹/۲۹± ۶/۱	۰/۷۷
سن شروع MS	۲۸/۱ ± ۷/۸	۲۷/۵۸ ± ۴/۹	۰/۷۴
نوع بیماری MS**			
عودکننده-فروکش کننده	۶۱/۱	۶۹/۴	۰/۵۶
پیشرونده اولیه	۱۶/۷	۱۳/۹	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

پیشرونده ثانویه	۲۲/۲	۱۶/۷	
شاخص ناتوانی (EDSS)	۳/۱۹ ± ۱/۳	۲/۶۹ ± ۱/۴	۰/۱۲
مقیاس شدت خستگی (FSS)	۳/۱۸ ± ۰/۹	۳/۵۸ ± ۰/۸	۰/۰۸
شاخص افسردگی بک (BDI-II)	۱۵/۱۱ ± ۵/۴	۱۵/۷۸ ± ۵/۱	۰/۵۹

* آزمون آماری Independent t test برای متغیرهای کمی با Mean ± SD و آزمون آماری Chi square test برای متغیرهای رتبه ای با n (%)

** لازم به ذکر است که نوع بیماری هیچ یک از واحدهای مورد پژوهش، پیشرونده-عودکننده ارزیابی نشده بود

جدول ۳: مقایسه امتیاز هر شش بعد عملکرد جنسی در قبل، ۲ و ۳ ماه بعد از مداخله در میان دو گروه مداخله و کنترل

ابعاد عملکرد جنسی	قبل مداخله	۲ ماه بعد از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	مقایسه قبل P value با ۲ ماه بعد مداخله	مقایسه قبل P value با ۳ ماه بعد مداخله	مقایسه ۲ ماه P value با ۳ ماه بعد مداخله
میل جنسی						
گروه مداخله	۳/۳۳ ± ۰/۱۳	۳/۶۳ ± ۰/۱۰	۳/۵۶ ± ۰/۱۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۷
گروه کنترل	۲/۹۴ ± ۰/۱۲	۲/۹۳ ± ۰/۱۳	۲/۹۷ ± ۰/۱۰	۰/۶۵	۰/۶۳	۰/۶۰
P value	۰/۰۶	۰/۰۱	<۰/۰۰۱			
برانگیختگی جنسی						
گروه مداخله	۳/۹۰ ± ۰/۲۳	۴/۵۶ ± ۰/۲۶	۴/۵۸ ± ۰/۲۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۶
گروه کنترل	۳/۱۲ ± ۰/۱۹	۳/۱۷ ± ۰/۲۱	۳/۱۶ ± ۰/۲۲	۰/۵۳	۰/۵۰	۰/۵۳
P value	۰/۷۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱			
رطوبت یا لغزانندگی						
گروه مداخله	۳/۵۴ ± ۰/۴۱	۴/۷۸ ± ۰/۳۹	۴/۷۷ ± ۰/۳۸	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۶
گروه کنترل	۳/۷۸ ± ۰/۳۲	۳/۵۳ ± ۰/۲۸	۳/۵۸ ± ۰/۲۳	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۰۶
P value	۰/۵۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱			
ارگاسم						
گروه مداخله	۲/۹۹ ± ۰/۱۵	۳/۵۰ ± ۰/۱۳	۳/۵۷ ± ۰/۱۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
گروه کنترل	۳/۱۷ ± ۰/۱۲	۳/۰۵ ± ۰/۱۰	۳/۰۲ ± ۰/۱۱	۰/۹۵	۰/۷۱	۰/۹۱
P value	۰/۰۹	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱			
رضایت جنسی						
گروه مداخله	۳/۴۸ ± ۰/۱۸	۴/۶۵ ± ۰/۱۲	۴/۶۰ ± ۰/۱۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
گروه کنترل	۴/۳۳ ± ۰/۱۸	۴/۳۹ ± ۰/۱۳	۴/۳۱ ± ۰/۱۲	۰/۷۵	۰/۷۱	۰/۷۹
P value	۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱			
درد جنسی						
گروه مداخله	۴/۳۶ ± ۰/۲۶	۴/۷۱ ± ۰/۱۶	۴/۷۹ ± ۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹
گروه کنترل	۴/۹۵ ± ۰/۲۰	۵/۰۷ ± ۰/۱۴	۵/۰۹ ± ۰/۱۳	۰/۳۹	۰/۷۱	۰/۷۹
P value	۰/۰۷	۰/۲۰	۰/۲۳			

جدول ۴: مقایسه امتیاز کلی عملکرد جنسی در قبل، ۲ و ۳ ماه بعد از مداخله در میان دو گروه مداخله و کنترل

مراحل مطالعه	گروه کنترل	گروه مداخله	نتایج آزمون
قبل از مداخله	۳/۵ ± ۲۴/۱۵	۳/۵ ± ۲۳/۴۹	
۲ ماه بعد از مداخله	۳/۶ ± ۲۴/۰۵	۲/۴ ± ۲۸/۰۹	F_{Time}= ۹۸/۲۷
۳ ماه بعد از مداخله	۳/۵ ± ۲۴/۱۶	۲/۳ ± ۲۸/۲۰	P <۰/۰۰۱
$F_{group*Time}$= ۱۰۲/۰۵	F_{group}= ۰/۱۶	F_{group}= ۱۴۹/۶۸	
P <۰/۰۰۱	P = ۰/۷۱	P <۰/۰۰۱	
			Post hoc test
	P = ۰/۹۸	P <۰/۰۰۱	قبل و ۲ ماه بعد از مداخله
	P = ۰/۹۹	P <۰/۰۰۱	قبل و ۳ ماه بعد از مداخله
	P = ۰/۴۴	P = ۰/۳۲	۲ و ۳ ماه بعد از مداخله

* Repeated Measures test

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعین تاثیر مداخله‌ی مشاوره زوجی مبتنی بر مدل BETTER بر ۶ بعد عملکرد جنسی مطابق با پرسشنامه FSFI زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس، صورت گرفت. از آنجا که براساس مروری بر متون انجام شده توسط محقق، ویژگی‌های دموگرافیک، سوابق مامایی و وضعیت بیماری MS به عنوان عوامل تاثیرگذار احتمالی بر عملکرد جنسی شناسایی شدند [۳۱, ۳۰]، لذا در مطالعه حاضر تلاش شد تا تمامی افراد شرکت‌کننده از نظر این متغیرها مورد برررسی قرار گیرند. در این رابطه افراد در هر دو گروه مداخله و کنترل از نظر ویژگی‌های ذکر شده مقایسه و در هیچ یک از موارد، اختلاف آماری معنادار نداشته و از نظر تمامی این متغیرها همگن بودند. بنابراین این متغیرها به عنوان عامل مخدوش‌گر عمل نکرده‌اند. نتایج این مطالعه بهبود در ابعاد عملکرد جنسی زنان مبتلا به MS مشتمل بر میل، برانگیختگی، رطوبت، رضایت و ارگاسم در ارزیابی قبل از مداخله با ۲ و ۳ ماه پس از مداخله را نشان داد. این یافته با یافته های مطالعات دیگری که از مدل PLISSIT و EXPLISSIT استفاده کرده اند همخوانی دارد [۳۲, ۲۳] و تنها در مطالعه آیاز و کوبیلای، عملکرد جنسی زنان مبتلا به استومی حاضر در گروه کنترل در بررسی ۶ هفته بعد از مداخله در مقایسه با مرحله قبل از مداخله دچار کاهش شده بود. محقق این کاهش را به تاثیرات منفی مشکلات جسمی و روحی مرتبط با استومی نسبت داده بودند [۳۳].

احمد قاضی و همکاران یک جلسه آموزش جنسی را طبق این مدل برای زنان به مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در پست پارتوم انجام دادند. آنها اثربخشی خوبی از این مدل آموزشی در کاهش اضطراب و استرس پس از زایمان و در نتیجه بهبود عملکرد جنسی زنان در این دوران گزارش کردند [۳۴]. در مطالعه حاضر مقایسه ابعاد عملکرد جنسی بین دو گروه، قبل از مداخله با ۲ ماه بعد و قبل از مداخله با ۳ ماه بعد معنادار شد اما در ۲ ماه با ۳ ماه بعد از اجرای مداخله تفاوت معنی‌دار نشان داده نشد. مطابق با مطالعه رضایی فرد و همکاران، نتیجه این مطالعه نیز تفاوتی بین نمره کل عملکرد جنسی در هفته های ۸ و ۱۲ پس از مداخله در زنان پس از زایمان نشان نداد [۳۵]. این مسئله شاید به دلیل فاصله کم پیگیری‌ها بوده باشد. لذا توصیه می‌شود در مطالعات بعدی فواصل پیگیری‌ها طولانی‌تر در نظر گرفته شوند. همچنین در مطالعه حاضر اگرچه تفاوت در بعد درد جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل در زمان‌های مختلف معنادار نشده بود اما باید اذعان داشت که در گروه مداخله به تنهایی، تفاوت معنی‌دار در مقایسه قبل مداخله با ۲ ماه بعد و قبل مداخله با ۳ ماه بعد دیده شد. این مسئله اهمیت وجود گروه کنترل/ شاهد را در ارتقای کیفیت مطالعات کارآزمایی بالینی روشن می‌کند. می توان بیان کرد که استفاده از مدل BETTER عملکرد جنسی زنان مبتلا به MS را به طور مثبت بهبود بخشید، اما برخی نیازهای این زنان در بهبود عملکرد جنسی پس از استفاده از این روش مشاوره، تازه شناخته می‌شد. این یافته ضرورت رویکرد چند رشته‌ای و احتمالاً مداخلات نورولوژیک، ارولوژی، فیزیوتراپی و ... را به صورت همزمان نشان می‌دهد. بنابراین با وجود آنکه مشاوره جنسی با استفاده از مدل BETTER توانسته بود ابعاد عملکرد جنسی را در مطالعه حاضر بهبود بخشد اما به نظر می‌رسد بهبود موثرتر برخی از این ابعاد نظیر بعد درد به مداخلات تخصصی‌تر نظیر مداخلات دارویی نیز نیاز داشته باشد. از اینرو، مداخلات چند رویکردی برای مطالعات آتی توصیه می‌شود. همچنین پژوهشگران کار تیمی قوی‌تری را برای تاثیربخشی بیشتر این مدل توصیه می‌کنند. این یافته با نتایج مطالعه محمدزاده و همکاران که مدل BETTER را در زنان نابارور بکار برده بودند، همخوانی دارد. این محققان دریافتند که دیسپارونیا بین دو گروه با ارائه مشاوره بهبود معنادار قبل و ۲ ماه بعد مداخله نشان نداده است [۳۶]. شاید وجود مشکلات پزشکی همراه با MS که همزمان باعث ایجاد رابطه جنسی دردناک می شود، یکی از دلایل اصلی عدم دستیابی به تفاوت معنادار در نمره درد در مقایسه بین دو گروه باشد. در مطالعه حاضر نیز از میان شرکت‌کنندگان ۳۶/۸ درصد از سرویسیت و ۱۴/۱ درصد از واژینیت‌های مکرر شکایت داشتند. همین مسئله می تواند با درد هنگام فعالیت جنسی این افراد ارتباط داشته باشد و لزوم مداخله دارویی را علاوه بر مداخله آموزشی برای کاهش دردهای جنسی این زنان نشان می‌دهد. Blackmore و همکاران نیز در مطالعه خود اظهار داشتند که بخش بزرگی از اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به MS ناشی از تاثیرات فیزیکی و جسمی MS است. لذا نیاز به مداخلات همزمان نظیر دارودرمانی، ماساژ و طب فشاری [۳۹-۳۷] برای تقویت مداخله مشاوره‌ای برای تاثیرگذاری بیشتر احساس می‌شود. در حقیقت پژوهشگران مداخلات چندرشته‌ای را برای بهبود همه ابعاد عملکرد جنسی بیماران مبتلا به MS توصیه می‌کنند. همچنین در مطالعه حاضر در گروه کنترل مقایسه امتیاز لغزانندگی و رطوبت در قبل از مداخله با دو ماه بعد از مداخله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

معنی‌دار شده بود که این مسئله می‌تواند به دلیل ماهیت بیماری MS باشد. این بیماری غالباً دوره‌های عود و فروکشی دارد که در دوره‌های فروکشی، علائم بیماری تخفیف می‌یابد. به تبع آن، اختلالات جنسی به ویژه مواردی که در ارتباط با مشکلات جسمی و فیزیکی هستند نظیر کاهش لغزانندگی که با کاهش حس واژینال در ارتباط است کاهش می‌یابد [۳۹]. شایع‌ترین نوع MS در مطالعه حاضر نیز عودکننده-فروکش‌کننده بوده است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی شرکت‌کنندگان زمانی که در مرحله فروکشی بیماری قرار دارند وارد مطالعه شوند و دوره‌های عود بیماری در طی مطالعه مورد سنجش قرار گیرد.

در این مطالعه محدودیت هایی وجود داشت، برای مثال عدم تمایل شرکت کنندگان به صحبت در مورد مسائل جنسی که مشکلاتی را در جلسات مشاوره ایجاد کرد، اما محقق با انتخاب مدل BETTER، برنامه ریزی چندین جلسه مشاوره، ایجاد یک فضای محرمانه و برقراری ارتباط مناسب، بر این محدودیت غلبه کرد.

علاوه بر این، به دلیل شرایط فرهنگی حاکم بر ایران، تنها زنان متاهل در مطالعه مشارکت داشتند و زنان مجرد یا بیوه همکاری نمی‌کردند. از اینرو، این مهم در معیارهای ورود مطالعه در نظر گرفته شد. مقایسه امتیازات سه ارزیابی تفاوت آماری معنی دار در امتیاز همه ابعاد عملکرد جنسی نشان داد. بنابراین، می توان ادعا کرد که با استفاده از مشاوره جنسی مبتنی بر مدل BETTER می توان به بهبود میل و برانگیختگی جنسی، رطوبت، ارگاسم و رضایت جنسی و تا حدودی درد جنسی زنان متاهل مبتلا به MS کمک کرد.

سهم نویسندگان

فائزه غفوری: اجرای مطالعه، نگارش مقاله

ناهید دهقان نیری: طراحی مطالعه، تجزیه وتحلیل داده‌ها

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاری دانشکده علوم پزشکی ساوه تقدیر و تشکر می شود.

منابع

1. Dehghan-Nayeri N, Khakbazan Z, Ghafoori F, Nabavi SM. Sexual dysfunction levels in iranian women suffering from multiple sclerosis. Multiple Sclerosis and Related Disorders 2017;12:49-53
2. Izadi S, Nikseresht A, Sharifian M, Sahraian MA, Jahromi AH, Aghighi M, Heidary A. Significant increase in the prevalence of multiple sclerosis in iran in 2011. Iranian Journal of Medical Sciences 2014;39:152-153
3. Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Marrie RA, Robertson N, La Rocca N, Uitdehaag B, van Der Mei I, Wallin M. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS. Multiple Sclerosis Journal 2020;26:1816-21
4. American Association of Reproductive Health. Women with Multiple Sclerosis: Improving Quality of Life and Reproductive Health Outcomes. American Association of Reproductive Health 2012. Available at: https://www.asrm.org/ 10/6/2021
5. Sahraian MA, Khorramnia S, Ebrahim MM, Moinfar Z, Lotfi J, Pakdaman H. Multiple sclerosis in Iran: a demographic study of 8,000 patients and changes over time. European Neurology 2010;64:331-6
6. Alizadeh T, Keshavarz Z, Mirghafourvand M, Zayeri F. Investigation of health promoting lifestyle and social support and their correlation among Iranian women with multiple sclerosis. International Journal Women's Health Reprot Sciences 2018;6:167-73
7. Zahiri N, Abollahi I, Nabavi SM, Ehsani F, Arab AM, Shaw I, Shariat A, Shaw BS, Dastoorpoor M, Danaee M, Sangelaji B. Interference effect of prior explicit information on motor sequence learning in relapsing-remitting multiple sclerosis patients. The Malaysian Journal of Medical Sciences 2017;24:69
8. Batchelor T, Cairncross J, Pfister S, Rutkowski S, Weller M, Wick W. Multiple sclerosis is a complex and heterogeneous. Acta Neuropathologica 2019;133:149-51
9. Zeydan B, Atkinson EJ, Weis DM, Smith CY, Gazzuola Rocca L, Rocca WA, et al. Reproductive history and progressive multiple sclerosis risk in women. Brain Communications 2020;2:185
10. World Health Organization. Developing sexual health programmes: A framework for action. WHO 2010. Available at: https://www.who.int 3/4/2021
11. Hauser SL, Cree BA. Treatment of multiple sclerosis: a review. The American Journal of Medicine 2020;133:1380-90
12. McGinley MP, Goldschmidt CH, Rae-Grant AD. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis: a review. The Journal of the American Medical Association 2021;325:765-79

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

13. Drulovic J, Kisic-Tepavcevic D, Pekmezovic T. Epidemiology, diagnosis and management of sexual dysfunction in multiple sclerosis. Acta Neurologica Belgica 2020;120:791-7
14. Houtchens MK. Pregnancy and reproductive health in women with multiple sclerosis: an update. Current Opinion in Neurology 2024;10:1097
15. Merghati-Khoei E, Qaderi K, Amini L, Korte JE. Sexual problems among women with multiple sclerosis. Journal of the Neurological Sciences 2013;331:81-5
16. Park S-M, Kim C-H, Hur H-K, Kim G-Y. A descriptive study on development of an ALARM sexual counseling program for patients with ostomy. Journal of Korean Public Health Nursing 2007;21:46-56
17. 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
18. Shalamzari KH, Asgharipour N, Jamali J, Kermani AT, Babazadeh R. The Effect of Sexual Counseling Based on BETTER and PLISSIT Model on Quality of Sexual Life in Women with Breast Cancer after Mastectomy. Journal of Midwifery & Reproductive Health 2022;10: 3490-3498
19. Salim HM, Abdelmonem MM, ElSayed AM. Nursing counseling utilizing BETTER model on sexuality, marital satisfaction and quality of life among cervical cancer women. Egyptian Nursing Journal 2023;20:57-67
20. Karimi F, Babazadeh R, Roudsari RL, Asgharipour N, Esmaily H. Comparing the effectiveness of sexual counseling based on PLISSITand BETTER models on sexual selfdisclosure in women with sexual problems after childbirth: A randomized trial. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2021;26:68-74
21. Fatehi S, Maasoumi R, Atashsokhan G, Hamidzadeh A, Janbabaei G, Mirrezaie SM. The effects of psychosexual counseling on sexual quality of life and function in Iranian breast cancer survivors: a randomized controlled trial. Breast Cancer Research and Treatment 2019;175:171-9
22. Guo Z-N, He S-Y, Zhang H-L, Wu J, Yang Y. Multiple sclerosis and sexual dysfunction. Asian Journal of Andrology 2012;14:530
23. 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
24. Nazari F, Shaygannejad V, Mohammadi Sichani M, Mansourian M, Hajhashemi V. Sexual dysfunction in women with multiple sclerosis: prevalence and impact on quality of life. BMC Urology 2020;20:1-10
25. Dastoorpoor M, Zamanian M, Moradzadeh R, Nabavi SM, Kousari R. Prevalence of sexual dysfunction in men with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews 2021;10:1-9
26. 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
27. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. Archives of Neurology 1989;46:1121-3
28. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. Journal of Personality Assessment 1996;67:588-97
29. Tripepi G, Chesnaye NC, Dekker FW, Zoccali C, Jager KJ. Intention to treat and per protocol analysis in clinical trials. Nephrology 2020;25:513-7
30. Ghasemi V, Simbar M, Ozgoli G, Nabavi SM, Alavi Majd H. Prevalence, dimensions, and predictor factors of sexual dysfunction in women of Iran Multiple Sclerosis Society: A cross-sectional study. Neurological Sciences 2020;41:1105-13
31. Köseoğlu M, ÇELİK RGG, TUTUNCU M, Bingöl A, ERBAS B, Deringöl D, et al. Sexual dysfunction and associated risk factors in multiple sclerosis. Journal of Surgery and Medicine 2020;4:779-83
32. Daneshfar F, Behboodi-Moghadam Z, Khakbazan Z, Nabavi SM, Nayeri ND, Ghasemzadeh S, et al. The influence of Ex-PLISSIT (extended permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy) model on intimacy and sexuality of married women with multiple sclerosis. Sexuality and Disability 2017;35:399-414

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]

33. 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
34. Ahmed Ghazi Mohamed G, Amin Hassan Fahmy Elsaba H, Samir Abdelmaksoud A, Ahmed Mohamed Ismail M, Kamal Mohamed Sweelam R. The Impact of BETTER Model-Based Counselling on Postpartum Women's Emotional Status Having Sexual Dysfunction. Egyptian Journal of Health Care 2023;14:958-71
35. Rezaei-Fard M, Lotfi R, Rahimzadeh M, Merghati-Khoei E. Effectiveness of sexual counseling using PLISSIT model to promote sexual function of women with spinal cord injury: a randomized controlled trial. Sexuality and Disability 2019;37:511-9
36. Mohammadzadeh M, Lotfi R, Karimzadeh M, Kabir K. The effect of sexual counseling using BETTER model on sexual function of women with infertility: A randomized controlled trial. International Journal of Sexual Health 2021;33:175-84
37. Huntley A, Ernst E. Complementary and alternative therapies for treating multiple sclerosis symptoms: a systematic review. Complementary Therapies in Medicine 2000;8:97-105
38. Miletta M, Bogliatto F, Bacchio L. Multidisciplinary management of sexual dysfunction, perineal pain, and elimination dysfunction in a woman with multiple sclerosis. International Journal of Mutiple Sclerosis Care 2017;19:25-8
39. Esteve-Ríos A, Garcia-Sanjuan S, Oliver-Roig A, Cabañero-Martínez MJ. Effectiveness of interventions aimed at improving the sexuality of women with multiple sclerosis: a systematic review. Clinical Rehabilitation 2020;34:438-49

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.55]