

بررسی تأثیر مشاوره بر عملکرد جنسی زنان پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی در مانی شهر همدان در سال ۹۲

زهرا حزبیان^{۱*}، بتول خداکرمی^۲، پریسا پارسا^۳، جواد فردمال^۴

^۱ کارشناسی ارشد، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ دانشیار، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ دانشیار، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماری های غیر واگیر و گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: زهرا حزبیان، کارشناسی ارشد، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: n.hezbiyan2626@gmail.com

DOI: 10.21859/nmj-24048

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۰۶

مقدمه: مشکلات جنسی جوانب مختلف زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می دهد. بنظر می رسد مشاوره در مراحل اولیه می تواند بسیاری از مشکلات آنان را برطرف نماید،

روش کار: این پژوهش به صورت نیمه تجربی بوده، که در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت همدان در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت، در بازه زمانی (۴ هفته تا ۳ ماه بعد از زایمان)، تعداد ۶۰ نفر مراجعه کننده به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. گروه مداخله چهار جلسه مشاوره دریافت نمودند. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه (FSFI) (Female sexual Function Index) استفاده شد. که در ابتدا به محض آشنایی و نوبت دوم پنج هفته بعد در اختیار مراجعه کننده قرار گرفت. نمره عملکرد جنسی افراد قبل و بعد از مداخله سنجیده شد. داده های در دو بخش توصیفی استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های تی زوجی و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** بیماران در دو گروه کنترل و مداخله از نظر تغییرات دموگرافیک همگن بودند. ($P < 0/05$) میانگین نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله قبل (۴۰/۰۷) و بعد از مشاوره (۶۱/۴۷) افزایش معنی داری با ($P < 0/01$) را نشان داد، در گروه شاهد قبل (۲۸/۵۳) و پس از یک ماه (۳۴/۳۷) تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بنظر می رسد که مشاوره به زنان پس از زایمان می تواند باعث بهبود عملکرد جنسی آنان شود.

واژگان کلیدی:

مشاوره جنسی

رفتار جنسی

دوره پس از زایمان

زنان

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

شده است [۳]. در مطالعه ای که توسط انیسی و همکاران

به صورت توصیفی _تحلیلی با هدف سنجش عملکرد جنسی زنان نخست زا و عوامل جنسی مرتبط با آن در سال ۱۳۸۴ انجام گرفت. این نتیجه حاصل شد، بین تغییرات میل جنسی با عوامل جنسی (سابقه درد حین مقاربت، زمان شروع مقاربت در دوره پس از زایمان، وجود درد در اولین مقاربت پس از زایمان، وجود دلهره در اولین مقاربت پس از زایمان) رابطه آماری معنی داری وجود داشت [۳]. زنان هسته مرکزی انرژی در خانواده می باشند، در نتیجه سلامت زن به مفهوم ایجاد انرژی و پویایی لازم در خانواده و انعکاس آن در جامعه تأثیر گذار می باشد [۴]. بنابراین باید عواملی که باعث مشکلات جسمی و عاطفی زنان می شود

سلامت جنسی یکی از جنبه های مهم سلامت به ویژه در زنان می باشد. پاسخ جنسی به منزله واکنش های فیزیولوژیکی است که در فرد به دنبال تحریک جنسی ایجاد می شود و مشتمل بر چهار مرحله میل، انگیزش، ارگاسم، و فرونشینی می باشد [۱] تمایلات جنسی درونی ترین احساسات و عمیق ترین آرزوهای قلبی انسانها در معنا بخشیدن به یک ارتباط است [۲]. همچنین بین رابطه جنسی و رضایت خاطر از زندگی زناشویی رابطه مستقیم وجود دارد. در نظرسنجی انجام شده در رابطه با مشکلات اساسی زوجین، از نظر زنان امور مالی و اخلاقیات شوهر، در حالیکه از نظر مردان مسئله ارتباط جنسی مهم ابراز

اخیر نیز میزان آن افزایش پیدا کرده است [۱۶]. یکی دیگر از عواملی که ما را برآن داشت تا این مطالعه را انجام دهیم شیوع گزارش شده برای اختلاف عملکرد جنسی در بین زنان بوده است که این شیوع ۲۵ تا ۶۳ درصد در بین زنان گزارش شده است [۱۷]. همچنین بیان شده است که یکی از مؤلفه‌های مهم یک ارتباط جنسی موفق دانش و آگاهی جنسی است [۳] دانش جنسی عبارتند از مجموعه معلومات، اطلاعات، دانش و آگاهی فرد در مورد مسائل جنسی از جمله جنبه‌های فیزیولوژی، تولید مثل، عملکرد و رفتار جنسی بسیار مهم می‌باشد و می‌توان بر همه ارتباطات و تعاملات زندگی زوجین تأثیر گذار باشد. لذا بررسی واکنش‌ها و رفتار جنسی زوجین به‌ویژه زنان از اولویت خاصی برخوردار است. با توجه به اینکه، اختلال عملکرد جنسی در ۴ مرحله پاسخ جنسی یعنی میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم، فرونشینی می‌باشد داشتن آگاهی کامل از این مراحل الزامی می‌باشد [۱۸]. میل جنسی در دوران مختلفی از زندگی زنان دستخوش تغییر می‌شود و می‌توان گفت که یکی از این دوران‌ها که سبب تغییر در میل جنسی می‌شود، دوره پس از زایمان می‌باشد [۱۹]. تغییرات وسیعی که از نظر جسمی و روحی در دوران بارداری و پس از زایمان رخ می‌دهد و از طرفی مسئولیت نگهداری از کودک و نگرانی مادر از تطابق با وضعیت جدید، داشتن ارتباطی مطلوب از نظر جنسی را مشکل‌دار خواهد نمود و به این دلیل اختلال در عملکرد جنسی پس از زایمان یک نوع ناخوشی محسوب می‌شود [۱۱]. کاهش تمایلات جنسی تا ۵۲٪ مشکلات بعد از زایمان را به خود اختصاص می‌دهد [۲۰]. میزان دانش جنسی به خصوص در کشور ما به علت مسائل فرهنگی و عقیدتی بسیار پایین است که این مساله در میان زنان شایع‌تر می‌باشد. بهترین راه برای افزایش دانش جنسی استفاده از روش مشاوره بین فردی می‌باشد، که علاوه بر افزایش دانش جنسی می‌توان به اصلاح اطلاعات نادرست قبلی نیز بپردازد [۲۱]. مشاوره اصطلاحی کلی است که برای فرآیندهای مختلف نظیر راهنمایی، مصاحبه کردن و اجرای آزمون‌ها به منظور کمک به افراد و یاری دادن به آن‌ها، برای حل مشکلاتشان و برنامه ریزی برای آینده آنان به کار می‌رود [۲۲]. مشاوره به معنای دیدار مشاور با مراجعه کننده در محیطی محرمانه و خصوصی است تا مشکل مراجعه کننده، ناراحتی تجربه شده احتمالی‌اش، نارضایتی وی از زندگی و از دست رفتن حس هدفمندی او مورد بررسی قرار بگیرد [۲۲]. مشاوره یک فرآیندی است

را شناخت و راههای پیشگیری از آنها را مشخص کرد تا بتوان سلامت زنان را ارتقاء بخشید [۴]. یکی از عوامل مهم در سلامت زنان، شناخت عملکرد جنسی طبیعی و غیر طبیعی در آنهاست [۴]. اگر روابط جنسی قانع کننده نباشد منجر به احساس محرومیت ناکافی و عدم احساس ایمنی می‌شود [۵]. نارضایتی از عملکرد جنسی ارتباط تنگاتنگی با بروز مشکلات اجتماعی دارد. لذا بررسی واکنشها و رفتار جنسی زوجین بویژه زنان از اولویت خاصی برخوردار است [۶]. تحقیقات در این مورد نیز نشان داده است که از ۴۳٪ از زنانی که دچار اختلال عملکرد جنسی هستند، تقریباً ۳۲-۲۵ درصد از آنان رابطه جنسی را فاقد لذت می‌دانند و ۲۲-۸۶ درصد آنان به طور ثابت نمی‌توانند به ارگاسم برسند و ۸-۲۱ درصد طی آمیزش جنسی دچار درد هستند [۷]. شیوع اختلال عملکرد جنسی در مطالعات کشورهای دیگر ۴۰٪ ایالت متحده و سوئد، ۲۹/۶٪ مالزی گزارش شده [۸] و در مطالعات ایران ۶۰/۳٪ در بیرجند، ۸۹٪ در قزوین و ۷۳/۲٪ در یزد گزارش شده است [۹]. در ایران ۴۰ درصد طلاق‌ها به علت عدم رضایت جنسی صورت می‌گیرد [۱۰]. مهم‌ترین دلیل جهت تشکیل زندگی مشترک آرامش زن و همسرش در کنار یکدیگر می‌باشد یکی از بارزترین دلایل ایجاد این آرامش رابطه جنسی سالم می‌باشد [۱۱]. زایمان و به دنیا آمدن فرزند رویدادی بزرگ در زندگی زناشویی می‌باشد و آثار جسمانی، عاطفی، اجتماعی زیادی بر زندگی زن می‌گذارد، که باعث تغییر در عملکرد جنسی زنان می‌شود. به همین دلیل در کشورهای مختلف توجه ویژه‌ای برای این دوران در نظر گرفته شده است [۱۲] در مطالعه‌ای که توسط ازگلی و همکاران به صورت مقطعی با هدف بررسی عملکرد و رضایت جنسی در زنان پس از زایمان در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت به این نتیجه دست یافتن که صرف نظر از نوع زایمان عملکرد جنسی در زنان تحت تأثیر عوامل مختلف جسمی و روحی می‌باشد، که این تغییرات موجب کاهش عملکرد جنسی پس از زایمان می‌شود [۱۳]. خانواده که مهمترین نهاد اجتماعی و هسته اصلی جامعه می‌باشد و نقش اساسی در سلامت جامعه را داراست [۱۴]. با برقراری رابطه زناشویی تشکیل می‌شود. بنابراین خانواده و جامعه سالم، وابسته به روابط زناشویی موفق است. رضایت از رابطه زناشویی موجب احساس شاد بودن و ایجاد صمیمیت در زوجین می‌شود [۱۵]. از سوی دیگر اختلال عملکرد جنسی که یک مشکل چند بعدی شامل اجزای بیولوژیک، بین فردی و روانشناختی می‌باشد، در جمعیت عادی نیز شیوع بالایی دارد و طی سال‌های

مورد مطالعه برابر ۵/۰۱ می‌باشد. با فرض همبستگی ۱/۲ = r بین نتایج قبل و بعد و یکسان بودن انحراف معیار (یا کمتر بودن آن) در بین دو گروه قبل و بعد از مشاوره می‌باشد.

توان آزمون برابر ۷۵٪ و سطح اطمینان حداقل ۹۵٪ در یک آزمون یک طرفه

استفاده از فرمول $n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 \cdot S^2 \cdot (Z_{1-\beta})^2}{d^2}$ که در آن d حداقل اختلاف بین تفاوت پاسخ دو گروه (۳/۱)، B-1 توان آزمون، a-1 ضریب اطمینان و S انحراف معیار مورد استفاده برای اختلاف نمرات گروه شاهد در دوبار ارزیابی (پراکندگی در دو گروه در قبل و بعد یکسان در نظر گرفته شده است) اعمال ضریب تصحیح ۱/۵ به دلیل استفاده از نمونه گیری خوشه‌ای

اضافه کردن ۱۰٪ ریزش احتمالی نمونه‌ها محاسبه شد. بر این اساس اندازه نمونه نهایی برابر ۶۰ نفر در هر دو گروه محاسبه شد.

معیار ورود به مطالعه متأهل بودن، ساکن بودن در شهر همدان، حضور مستمر در جلسات مشاوره، توانایی خواندن و نوشتن، عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی، توانایی تکلم به زبان فارسی می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز عدم تمایل افراد به همکاری در حین مطالعه، عدم حضور مستمر در جلسات مشاوره می‌باشد. در این مطالعه به روش خوشه‌ای ۱۰ درمانگاه در شهر همدان در نظر گرفته شد، که در هر درمانگاه نمونه‌ها بصورت تصادفی در دسترس انتخاب شده. ابتدا باتوجه به نقشه جغرافیایی و با کمک کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان همدان به صورت تصادفی شهر همدان به پنج قسمت (شمالی، جنوبی، شرقی و غربی و مرکزی) تقسیم، سپس مناطق از ۵-۱ شماره گذاری و از هر منطقه دو درمانگاه به صورت تصادفی (روش پرتاب سکه) انتخاب شده‌اند. از بین درمانگاه‌های انتخاب شده در هر منطقه با روش پرتاب سکه مراجعه کنندگان یک درمانگاه به صورت گروه مداخله و درمانگاه بعدی به صورت گروه کنترل تقسیم بندی شده‌اند. هر دو گروه از نظر سن و تحصیلات و اشتغال بیش از ۸۰٪ همسان بودند. ابزار جمع آوری اطلاعات و ارزیابی عملکرد پاسخگویان پرسشنامه سنجش عملکرد جنسی بوده است. ابزار جمع آوری داده در این مطالعه پرسشنامه استاندارد شده FSFI (Female sexual Function Index) بوده است، روایی و پایایی FSFI توسط محمدی و حیدری در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت، ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد و برای کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بوده (۲۴). پرسشنامه FSFI شامل ۱۹ سؤال

که با هدف کمک به فرد در برخورد با بحران یا مقابله با صدمات زندگی انجام می‌شود. روابط بین مشاور/مددجو و ماما/مادر باردار به منظور ایجاد فضای عاطفی در رابطه درمانی از طریق مشاوره قابل دسترسی می‌باشد. همچنین در این روابط امکان گوش دادن فعال، درک متقابل، پاسخ و مداخله هدفمند وجود دارد. نقش پرسنل بهداشتی استفاده از مهارت‌های غیر مستقیم مشاوره‌ای است که به عنوان یک کاتالیزور برای مراجعه کننده عمل می‌کند (۲۳). مشاوره جنسی از عناصر اصلی دستیابی به بهداشت جنسی مطلوب و ایجاد عملکرد جنسی مناسب در نتیجه بهره مندی از زندگی سالم و موفق است (۵). مشاوره جنسی فرآیندی است که طی آن افراد اطلاعات و دانش لازم را در جهت مسائل جنسی کسب می‌نمایند، که این افزایش اطلاعات باعث بهبود عملکرد جنسی افراد می‌شود (۲۴). با توجه به اهمیت مشاوره جنسی، انجام مشاوره جنسی جز یکی از ارکان ۸ گانه بهداشت خانواده و از وظایف ماماها می‌باشد (۲۴). در مطالعه‌ای که توسط راستگو و همکاران به صورت شبه آزمایشی با هدف اثربخشی افزایش دانش جنسی بر رضایت زناشویی در زنان در سال ۹۳ در تهران انجام گرفت. نتایج حاصل حاکی از آن است، که مشاوره جنسی و آگاهی دادن به زوجین ارتباط معنی داری با بهبود عملکرد جنسی زنان و افزایش رضایت زناشویی دارد (۲۵). از سوی دیگر به دلیل ارتباط مداومی که بین ماماها در مراکز بهداشتی و زنان در دوره پس از زایمان، به منظور انجام مراقبت‌های روتین انجام می‌پذیرد، ماماها می‌توانند نقش موثری بر شناخت اختلال عملکرد جنسی در زنان داشته باشند. همچنین با انجام مشاوره‌های اولیه در مورد عملکرد جنسی پس از زایمان می‌توان از بروز اختلال عملکرد جنسی در زنان جلوگیری نمود، و در صورت برطرف نشدن مشکل می‌توان فرد را به متخصص ذیصلاح ارجاع نمود. که در نهایت این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر عملکرد جنسی زنان پس از زایمان صورت گرفته است.

روش کار

این مطالعه از نوع نیمه تجربی می‌باشد که جامعه پژوهش خانم‌هایی که حداقل ۴ هفته از زایمانشان گذشته و به مراکز درمانی بهداشتی شهر همدان جهت گرفتن خدمات پس از زایمان (طی سال ۱۳۹۴) مراجعه کرده بودند. برای محاسبه اندازه نمونه، از نتایج مطالعه مریم مدرس و همکاران (۱۳۹۱) استفاده شد (۲۴). بر اساس این مطالعه میانگین انحراف معیارهای نمره رضایت جنسی در گروه‌های

جنسی، که به دین منظور از مرحله ۶ (GATHER) استفاده نمودیم. در انتهای یک هفته پس از آخرین جلسه مشاوره مجدداً سؤالات پرسشنامه طی یک جلسه مصاحبه از گروه آزمون و کنترل پرسیده شده است و پرسشنامه توسط مشاور تکمیل گردیده. همینطور جهت همکاری صادقانه افراد مورد مطالعه به جای مشخصات فردی هر فرد از کدهای تعیین شده استفاده شده است. پس از جمع آوری داده‌ها، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مرحله آنالیز داده‌ها صورت گرفته که در این قسمت از تحقیق از آزمون‌های شاخص مرکزی و پراکندگی برای گزارش اطلاعات توصیفی و آزمون‌های تی زوجی و تی مستقل برای ارزیابی عملکرد افراد در قبل و بعد از انجام مداخله در هر دو گروه مورد شاهد و همینطور بررسی وجود تفاوت معنی دار قبل و بعد از انجام مداخله در بین دو گروه مورد و شاهد استفاده گردیده است. تست leaving statistic در هر مورد چک شد. و سطح معناداری (test) برای همه پارامترها بالاتر از ۰/۰۵ بوده است.

یافته‌ها

نتایج موجود نشان دهنده وجود ۷۲ درصد افراد گروه مورد و ۷۳ درصد افراد گروه شاهد در رده سنی ۲۰ تا ۳۴ سال و می‌باشد. نتایج بدست آمده برای سن همسران گروه‌های مورد و شاهد قرار داشتن ۵۴ و ۵۶ درصد در همین رده سنی بوده است. ۹۴ درصد مادران در گروه‌های مورد و شاهد از نظر اشتغال بیکار بوده‌اند که همین نتایج برای پدران در گروه‌های مورد و شاهد ۱۰۰ درصد "شاغل" گزارش شده است. نتایج نشان داده‌اند که ۹۱ درصد افراد بیماری دیابت و فشارخون نداشته‌اند. عدم وجود اختلالات روانی تشخیص داده شده توسط پزشک در هر دو گروه از پاسخگویان گزارش گردیده است و تمام افراد در گروه‌های مورد و شاهد دارای عدم سابقه اختلالات جنسی تشخیص داده شده توسط پزشک قبل از زایمان بوده‌اند. تقریباً نیمی از افراد برای گروه‌های مورد (۴۸ درصد) و شاهد (۵۲ درصد) روش پیشگیری از بارداری خود را طبیعی گزارش کرده‌اند. در نهایت قسمت عملکرد جنسی پاسخگویان در ۶ حوزه مورد بررسی واقع شده است که حوزه‌ها به ترتیب عبارتند بوده‌اند از: میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی. نتایج به تفصیل در جداول (۱) و (۲) برای دو گروه مورد و شاهد ارزیابی و گزارش شده است.

عملکرد جنسی زنان می‌باشد که در ۶ حوزه مستقل میل (Desire)، تحریک روانی (Mental stimulation) رطوبت واژن (Abdication)، ارگاسم (Orgasm) رضایت مندی (Satisfaction) و دردجنسی (Pain) می‌باشد. نمرات در نظر گرفته شده برای هر یک از ۶ حوزه به طور جداگانه در نظر گرفته شده و در آخر نمرات تمام حوزه‌ها با هم جمع شده است. نمره دهیافراد به این صورت بوده‌است که؛ حوزه میل جنسی (۱-۵)، تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، حوزه درد (۰-۵)، حوزه رضایت جنسی (۰-۵) عدد صفر بیانگر عدم رابطه جنسی طی ۴ هفته گذشته بوده است. با جمع نمرات ۶ حوزه با هم نمره کل مقیاس بدست آمده است. بدین ترتیب نمره گذاری به گونه بوده که نمره بیشتر مبین کارکرد جنسی بهتر بوده و براساس هم وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ بوده است. حداقل نمره برای حوزه میل (۱/۲) حوزه تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و درد (۰) و حوزه رضایتمندی (۰/۸) و برای کل مقیاس حداقل نمره برابر ۲ بوده است. با توجه به استاندارد بودن این پرسشنامه روایی و پایایی آن قبلاً مورد تأیید قرار گرفته است [۲۶]. در این مطالعه پکیج آموزشی شامل لوح فشرده و جزوه آموزشی تهیه شده که در ابتدای جلسات در اختیار گروه آزمون قرار گرفته است و به منظور رعایت اصول اخلاقی پس از پایان جلسات مشاوره‌ای در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفته است. جهت انجام مشاوره از گام‌های مشاوره ایی (GATHER) استفاده شده است [۷]. مداخله شامل یک برنامه مشاوره‌ای ۴ جلسه‌ای بود که مدت هر جلسه ۶۰ دقیقه و فاصله هر جلسه یک هفته بود. با توجه به مراحل فوق اهداف جلسات به ترتیب شامل: جلسه اول: آشنایی با آناتومی دستگاه تناسلی و فیزیولوژی فعالیت جنسی و همچنین آموزش بهداشت جنسی جهت جلوگیری از انتقال بیماری‌ها می‌باشد. که بدین منظور از مراحل ۱، ۲، ۳ (GATHER) استفاده نمودیم. هدف جلسه دوم: تقویت رفتار جنسی در خانم‌ها جهت افزایش رضایت جنسی می‌باشد. که به دین منظور از مراحل ۴، ۵ (GATHER) استفاده نمودیم. هدف جلسه سوم: بهبود مهارت‌های ذهنی جهت تقویت تحریک و تهییج جنسی در خانم‌ها می‌باشد. که به دین منظور از مرحله ۵ (GATHER) استفاده نمودیم. وهدف جلسه چهارم: آموزش مهارت‌های لازم جهت ایجاد تنوع در رفتار جنسی خانم‌ها به منظور افزایش رضایت

جدول ۱: آماره‌های توصیفی حیطه‌های پرسشنامه عملکرد جنسی قبل و بعد از مشاوره در گروه کنترل

حیطه	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین نمره	انحراف استاندارد	تعداد
قبل از مشاوره					
میل	۲	۹	۴/۸۳	۲/۰۶۹	۳۰
تحریک روانی	۰	۱۹	۵/۳۳	۶/۱۴۹	۳۰
رطوبت	۰	۱۲	۳/۵۰	۴/۵۴۷	۳۰
ارگاسم	۰	۱۲	۳/۵۰	۴/۶۶۶	۳۰
رضایتمندی	۲	۱۵	۸/۳۰	۳/۵۵۴	۳۰
درد جنسی	۰	۱۳	۳/۰۷	۴/۱۲۷	۳۰
کل	۰/۶	۱۳/۳	۴/۷۵	۴/۱۷	۳۰
بعد از مشاوره					
میل	۲	۹	۴/۸۳	۲/۰۵۲	۳۰
تحریک روانی	۰	۱۸	۶/۲۳	۵/۴۱۸	۳۰
رطوبت	۰	۱۳	۵/۱۰	۴/۲۳۷	۳۰
ارگاسم	۰	۱۳	۵/۰۳	۴/۲۳۰	۳۰
رضایتمندی	۲	۱۳	۸/۶۷	۳/۲۴۱	۳۰
درد جنسی	۰	۱۲	۴/۵۰	۳/۷۸۵	۳۰
کل	۰/۶	۱۳	۵/۷۲	۳/۸۲۷	۳۰

جدول ۲: آماره‌های توصیفی حیطه‌های پرسشنامه عملکرد جنسی قبل و بعد از مشاوره در گروه مداخله

حیطه	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین نمره	انحراف استاندارد	تعداد
قبل از مشاوره					
میل	۲	۷	۴/۲۰	۱/۵۸۴	۳۰
تحریک روانی	۰	۱۹	۹	۴/۵۷۹	۳۰
رطوبت	۰	۱۶	۸/۲۰	۳/۴۵۸	۳۰
ارگاسم	۰	۱۱	۷/۰۳	۳/۲۱۱	۳۰
رضایتمندی	۲	۱۳	۹/۴۳	۲/۹۴۴	۳۰
درد جنسی	۰	۱۳	۶/۲۳	۳/۲۹۸	۳۰
کل	۰/۶	۱۳/۱۶	۷/۳۴	۳/۱۷۹	۳۰
بعد از مشاوره					
میل	۴	۱۰	۷/۵۳	۲۷۹/۱	۳۰
تحریک روانی	۵	۱۷	۱۲/۷۷	۳/۲۴۵	۳۰
رطوبت	۵	۱۷	۱۰/۸۳	۳/۰۰۷	۳۰
ارگاسم	۱	۱۲	۷/۵۳	۲/۵۰۱	۳۰
رضایتمندی	۵	۱۴	۱۰/۱۰	۲/۲۸۰	۳۰
درد جنسی	۲	۹	۵/۴۰	۲/۲۸۳	۳۰
کل	۳/۶۶	۱۳/۱۶	۹/۰۲	۲/۴۳۲	۳۰

جدول ۳: آماره‌های توصیفی برای تفاضل قبل و بعد از مشاوره برای پرسشنامه عملکردی جنسی در دو گروه			
گروه	میانگین نمره	انحراف استاندارد	تعداد
کنترل	۵/۸۳	۱۰/۴۲۶	۳۰
مداخله	۱۰/۰۷	۱۶/۸۵۲	۳۰

جدول ۴: آماره‌های توصیفی برای قبل و بعد از مشاوره پرسشنامه عملکرد جنسی به تفکیک گروه					
گروه	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین نمره	انحراف استاندارد	تعداد
عملکرد جنسی قبل از مشاوره					
کنترل	۴	۶۹	۲۸/۵۳	۲۲/۴۴	۳۰
مداخله	۹	۶۲	۴۰/۰۷	۱۴/۲۶	۳۰
عملکرد جنسی بعد از مشاوره					
کنترل	۴	۶۶	۳۴/۲۷	۱۹/۴۷	۳۰
مداخله	۴۱	۷۳	۶۷/۴۱	۷/۳۵	۳۰

مطلوب از نظر جنسی را مشکل ساز می‌کند [۲۷]. از طرفی شیر دهی هم می‌تواند یکی از عوامل تأثیر گذار بر عملکرد جنسی زنان باشد. شیر دهی سبب افزایش پرولاکتین شده، که این امر باعث کاهش گنادو تروپین های جنسی شده و باعث خشکی واژن و در نهایت درد جنسی می‌شود [۲۸]. اما برخی از محققین معتقد اند که در صورت مکیدن پستان توسط کودک میل جنسی زنان افزایش می‌یابد [۲۹]. لازم به ذکر است که در مطالعات متعددی مشکلات جنسی پس از زایمان ۵۰٪ بیان شده است. با توجه به این موضوع پاستور (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافت، که ۵۰٪ زنان در دوران پس از زایمان از ۲ یا چند مشکل جنسی به صورت همزمان رنج می‌برند [۲۷]. با توجه به مطالعه نیک پور و همکاران شیوع مشکلات عملکرد جنسی پس از زایمان در ۶ حیطه عملکرد جنسی به شرح زیر می‌باشد. درد در ابتدای دخول آلت تناسلی (۴۸/۷۵٪) درد در حین نزدیکی (۴۰٪) نرسیدن به اوج لذت جنسی (۱۳٪) نداشتن میل جنسی (۳۱/۲۵٪) خشکی مهبل (۱۸/۱۳٪) خارش پس از مقاربت (۱۰٪) بیان نمودند [۳۰]. با توجه به شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی زنان در دوران پس از زایمان، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر عملکرد جنسی زنان پس از زایمان انجام گرفته است.

در مطالعه حاضر با توجه به مطالب ذکر شده پیرامون مهم بودن توجه به عملکرد جنسی زنان، به بررسی عملکرد جنسی زنان قبل و بعد از انجام مشاوره با مراحل "GATHER" پرداخته شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مشاوره بر بهبود نمره عملکرد جنسی

برای بررسی وجود تفاوت معنی دار در قبل و بعد از مداخله در گروه های مورد و شاهد و همینطور بررسی وجود تفاوت معنی دار بین گروه‌های مورد و شاهد قبل و بعد از انجام مداخله از آزمون‌های تی زوجی و تی مستقل استفاده گردیده که نتایج آنها در جداول (۳ و ۴) آورده شده است. همانطور که نتایج جداول نشان می‌دهد قبل (۴۰/۰۷) و بعد (۶۷/۴۱) از انجام مداخله از نظر عملکرد جنسی تفاوت معنی دار در سطح ۹۹ درصد اطمینان برای گروه‌های مداخله وجود دارد. ولی در گروه شاهد قبل (۲۸/۵۳) و پس از یک ماه (۳۴/۳۷) تفاوت معنی داری مشاهده نشد. همینطور بین گروه‌های مورد و شاهد در قبل و بعد از انجام مداخله نیز تفاوت معنی داری در سطح اطمینان ۹۹ درصد وجود دارد. نتایج جدول توصیفی بالا بیانگر این مطلب می‌باشد که تفاوت قبل و بعد از مشاوره برای عملکرد جنسی برای گروه کنترل به طور متوسط ۵/۸ بوده است که بیانگر این موضوع می‌باشد که در گروه کنترل که هیچ گونه مشاوره‌ای دریافت نکردند وضعیت عملکرد جنسی به میزان بسیار کمی بهتر شده است که این مقدار در گروه مداخله حدود ۱۰ گزارش شده است که نسبت به گروه کنترل در وضعیت بهتری (لزوماً نه از جنبه آماری) بوده است.

بحث

عملکرد جنسی در دوران پس از زایمان دچار تغییرات وسیعی می‌شود. زیرا فرد در این دوران از نظر جسمی و روحی دچار تغییرات می‌شود. از طرفی مسئولیت نگهداری از کودک و نگرانی مادر از تطابق با وضعیت جدید، داشتن ارتباط

در مورد میزان تحصیلات در گروه مداخله حدود ۴٪ دانشگاهی بیشتر و حدود ۶٪ ابتدایی کمتر وجود داشت. لذا این تفاوت میزان تحصیلات و اشتغال می‌تواند باعث شود که در گروه مداخله نمره عملکرد جنسی قبل از مداخله به دلیل اطلاعات بیشتر خانم‌ها در این گروه باشد. تفاوت در این موارد باعث ایجاد اختلاف معنی دار در برخی سؤالات دموگرافیک (بهداشت جنسی، مدت زمان گذشته از آخرین زایمان، تعداد دفعات نزدیکی در هفته پس از زایمان) در دو گروه قبل از انجام مداخله گردید. که با استفاده از آزمون کواریانس اثر عامل مخدوش گر حذف گردید، و داده‌ها در دو گروه همسان سازی شد. پس از انجام مداخله میزان نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله ۶۷/۴۱ و در گروه شاهد این میزان به ۳۴/۲۷ رسیده است. به نظر می‌رسد که با اجرای برنامه مشاوره برای زنان پس از زایمان بهبودی در عملکرد جنسی زنان حاصل می‌گردد. با توجه به کم هزینه بودن برنامه مشاوره‌ای اگر کارشناسان محترم مراکز بهداشت از مشاوره جهت تشخیص اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان استفاده نمایند. می‌توان باعث تشخیص زود هنگام و حل مشکلات عملکرد جنسی زنان در مراحل اولیه گردند، و در صورت لزوم ارجاع به متخصص ذی صلاح در اولین فرصت انجام گردد. از آنجا که سلامت جنسی جز مهمی از سلامت جامعه بوده پرداختن به این امر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. در سیستم بهداشتی کشور در حال حاضر خدمات بسیاری در جهت سلامت باروری و مراقبت‌های لازم انجام می‌گیرد. اما مشاوره و آموزش جنسی هنوز جز برنامه‌های مراکز بهداشت قرار نگرفته است. به نظر می‌رسد که سیستم فعلی بهداشت از نظر نیروی مناسب برای ارائه این برنامه کمبود ندارند اما آموزش لازم باید برای این نیروها انجام شود، و این افراد را جهت ارائه خدمات آماده سازد [۳۲].

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داده که تفاوت عملکرد جنسی قبل و بعد از مشاوره در گروه مداخله ۱۲ گزارش شده است. که این میزان در مقایسه با گروه شاهد از تفاوت معنی داری برخوردار می‌باشد. این امر خود نشان دهنده تأثیر مشاوره بر بهبود عملکرد جنسی زنان می‌باشد. با توجه به این موضوع که در جلسات مشاوره‌ای آگاهی‌های لازم در مورد آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی، نحوه تقویت رفتار جنسی، بهبود مهارت‌های ذهنی جهت تقویت تحریک، و آموزش مهارت‌های لازم جهت ایجاد تنوع در روابط جنسی در

تأثیر گذار بوده. همچنین در هر یک از حیطه‌های عملکرد جنسی (میل، تحریک، رطوبت، ارگاسم، رضایت مندی، درد جنسی) این اختلاف معنی دار می‌باشد. که با مطالعه Ayaz, Kubilay در سال ۲۰۰۸ در ترکیه انجام گرفت همخوانی دارد. نتایج مطالعه Ayaz و Kubilay نشان می‌دهد که ۴ ماه پس از مشاوره میانگین عملکرد جنسی زنان از ۳۶/۷ به ۶۳/۸۰ ارتقا یافته و میزان عملکرد جنسی گروه مداخله نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی داری داشته است. (۰/۰۵ < P [۳۱]. در صورتی که با توجه به مطالعه Temel, Unral (۲۰۰۹) تغییر در حیطه ارگاسم در گروه آزمون معنی دار نبوده (۰/۴۵۹ < P [۱]. در مطالعه حاضر در گروه مداخله قبل از انجام مشاوره نمره کل عملکرد جنسی ۴۰/۰۷ و پس از انجام مشاوره به ۶۷/۴۱ تغییر یافته. که این تفاوت معنی دار می‌باشد (۰/۰۵ < P) در گروه شاهد نیز قبل از انجام مشاوره نمره کل عملکرد جنسی ۲۵/۵۳ و پس از گذشت ۴ هفته به ۳۴/۲۷ تغییر یافته، که تفاوت معنی داری را نشان نمی‌دهد. در مطالعه‌ای که توسط رستمخانی و همکاران با عنوان بررسی تأثیر مشاوره براساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان انجام گرفت میزان عملکرد جنسی زنان قبل از مداخله در گروه مداخله ۲۵/۳ و پس از مداخله ۲۹/۴ بود که از نظر آماری معنی دار بوده (۰/۰۰۱ < P). در صورتی که در گروه شاهد قبل از انجام مداخله ۲۴/۴۸ و پس از مداخله ۲۳/۷۴ از نظر آماری این اختلاف معنی دار نبوده (P = ۰/۹۴۶) [۳۲].

همچنین در مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر عملکرد جنسی زنان نخست‌زا در دوران شیردهی که توسط محمدی و همکاران در سال ۲۰۱۰ در تهران انجام گرفت، نتیجه حاصله نشان داد که با توجه به همگن بودن گروه مداخله و کنترل در ابتدای مطالعه، در انتهای مطالعه در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد میانگین کلی نمره عملکرد جنسی در هر ۶ حوزه عملکرد افزایش معنی داری داشته (۰/۰۵ < P) [۳۳]. اما در مطالعه Ayaz و Kubilay تغییر حیطه درد در گروه مداخله معنی دار نبود (P > ۰/۰۵). احتمالاً علت اختلاف نتایج ما و ایشان به دلیل این بوده، که گروه نمونه آن مطالعه دچار بیماری بوده (استومی) و این عامل درد جنسی این افراد را تحت تأثیر قرار داده است [۱]. در مطالعه حاضر میزان نمره عملکرد جنسی در ابتدا در گروه مداخله ۴۰/۰۷ و در گروه شاهد ۲۸/۵۳ می‌باشد. با توجه به عدم تفاوت معنی دار در اطلاعات دموگرافیک این تفاوت نمره کسب شده شاید به دلایل زیر باشد.

در بررسی وضعیت اشتغال دو گروه، گروه مداخله ۱۶/۸ شاغل بودند. در صورتی که گروه شاهد ۶/۷ شاغل داشتند.

سیاسگذاری

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد 1394.1.umsha.rec می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند که از زحمات سرکار خانم خداکرمی قدر دانی نمایند.

اختیار خانمها قرار گرفت، این افزایش آگاهی باعث بهبود عملکرد جنسی زنان گردید.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

REFERENCES

- Rostamkhani F, Ozgoli G, Khoei E, Jafari F, Majd H. [Effectiveness of the PLISSIT-based Counseling on sexual function of women]. J Shahid Beheshti Sch Nurs Midwifery. 2012;22(76): 1-9.
- Shams MZ, Shahsiah M, Mohebi S, Tabaraee Y. [The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples in Shiraz city]. Health Syst Res. 2010;6(3):417-24.
- Khodakarami B, Aligholi S. [The Effect of Education Based on James Brown Pattern on Knowledge of Reproductive & Sexual Health in Women Participant Marriage Council Classes in Hamadan]. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2011;19(1):52-62.
- Schuilng RD, Wilson SA, Power LM. Enhanced silicate weathering is not limited by silicic acid saturation. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011;108(12):E41; author reply E2. DOI: 10.1073/pnas.1019024108 PMID: 21368192
- Olfati F, Aligholi S. [A study on educational needs of teenager girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin]. J Qazvin Univ Med Sci. 2008;12(2):80-2.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Cancro R, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences : Clinical Psychiatry: Williams & Wilkins; 1988.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. Int J Obstet Gynaecol. 2000;107(2):186-95.
- Anise B, Tavoni S, Ahmade Z, Hosseini F. [Sexual changes and related sexual factors in primipara mothers during 3 to 6 months postpartum 1384]. Iran J Nurs. 2005;18(41):69-74.
- Bakouei F, Omidvar S, Nasiri F. [Prevalence of female sexual dysfunction in married women and its related factors (babol 2006)]. J Babol Univ Med Sci. 2007;9(4):59-64.
- Foroutan SK, Milani Jadid M. [The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested]. Daneshvar. 2008;16(78):37-42.
- Hicks TL, Goodall SE, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. J Midwifery Womens Health. 2004;49(5):430-6. DOI: 10.1016/j.jmwh.2004.04.007 PMID: 15351333
- Chadwick RJ, Foster D. Negotiating risky bodies: childbirth and constructions of risk. Health Risk Soc. 2013;16(1):68-83. DOI: 10.1080/13698575.2013.863852
- Ozgoli G, Dolatiyan M, Sheikhan Z, Valaie N. [Evaluation Of Sexual Function And Satisfaction In Women With Vaginal And Cesarean Delivery In Health Centers Under The Martyr Beheshti University Of Medical Sciences in 1388]. Pazhohandeh. 2009;15(6):257-63.
- Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström C-M, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. Obstet Gynecol. 2002;99(2):223-8. DOI: 10.1097/00006250-200202000-00011 PMID: 11814501
- Cox J. Postnatal depression in fathers. Lancet. 2005;366(9490):982. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67372-2 PMID: 16168775
- Apgar BS, Serlin D, Kaufman A. The postpartum visit: is six weeks too late? Am Fam Physician. 2005;72(12):2443-4. PMID: 16370401
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6. PMID: 3651732
- Pregler JP, DeCherney AH. Women's Health: Principles and Clinical Practice. USA: B.C. Decker; 2002.
- van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? BJOG. 2006;113(8):914-8. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.01017.x PMID: 16907937
- Broumandfar K, Farajzadegan Z, Hoseini H, Ghaed Rahmati M. [Reviewing Sexual Function After Delivery and Its Association with Some of the Demographic Marital Satisfaction Factors]. J Alborz Health. 2012;1(2):93-9.
- Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozcakar HT, Kizilkaya S, Caglar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. Int J Gynaecol Obstet. 2005;88(3):276-80. DOI: 10.1016/j.ijgo.2004.12.019 PMID: 15733881
- Ustunsoz A, Guvenc G, Akyuz A, Oflaz F. Comparison of maternal-and paternal-fetal attachment in Turkish couples. Midwifery. 2010;26(2):e1-9. DOI: 10.1016/j.midw.2009.12.006 PMID: 20172635
- Freshwater D. Counselling Skills for Nurses, Midwives and Health Visitors. UK: McGraw-Hill Education; 2003.
- Karimi A, Dadgar S, Afiat M, Rahimi N. [The Effect of Sexual Health Education on Couples' Sexual Satisfaction]. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2013;15(42):23-30.
- Rastgo N, golzari M, Barati F. [The effectiveness of sexual knowledge on marital satisfaction of married women]. J Clin Psychol Stud. 2014;17(5):150-4.
- Hossein Zadeh A. [Customs And Helthy Sexual Functioning View Of Islam And its Psychological Injuries]. Islam Pazhuheshaye Tarbiyati. 2011;13(1):77-132.
- Bromandfar K, Frajzadeh Z, Hoseini H. [Assessment of sexual function after childbirth and its relationship with some demographic characteristics family]. J Alborz Univ Med Sci. 2012;1(2):93-9.
- Nasiri F, Hajiahmadi M, Bakooi F. [The status of women's sexual functioning in the period of breast-feeding and its related factors in nulliparous women]. J Babol Univ Med Sci. 2007;9(4):52-8.
- Spencer NA, McClintock MK, Sellergren SA, Bullivant S, Jacob S, Mennella JA. Social chemosignals from breastfeeding women increase sexual motivation. Horm Behav. 2004;46(3):362-70. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2004.06.002 PMID: 15325237
- Nikpour S, Javaheri I, Yadavar Nikravesht M, Jamshidi R. [Study of Sexual problems resulting from delivery in primiparous women referred to outpatient clinics in west of Tehran]. Razi J Med Sci. 2006;13(50):189-96.
- Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. J Clin Nurs. 2009;18(1):89-98. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x PMID: 18637858
- Rafaie shirpak K, Eftekhari H. [Incorporation of a sex education program in health care center in Tehran]. Payesh. 2007;6(3):243-56.
- Mohamadi M, Gelian S, Kazemnejad A. [The effect counseling on sexual function nulliparous women during lactation]. J Tehran Med Univ. 2010;15(20):170-7.

The Effect of Counseling on Sexual Function of Women After Childbirth in Females Referred to Health Centers of Hamedan in 2013

Zahra Hezbiyan ^{1*}, Batool Khodakarami ², Parisa Parsa ³, Javad Faradmal ⁴

¹ MSc, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Instructor, Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Associate Professor, Department of Mother and Child Health, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Associate Professor, Modeling of Non Communicable Diseases Research Center & Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* Corresponding author: Zahra Hezbiyan, MSc, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
E-mail: n.hezbiyan2626@gmail.com

DOI: 10.21859/nmj-24048

Received: 14.04.2016

Accepted: 26.06.2016

Keywords:

Sexual Counseling
Sexuality
Postpartum
Women

How to Cite this Article:

Hezbiyan Z, Khodakarami B, Parsa P, Faradmal M J. The effect of postnatal counseling on sexual function in women referred to health centers in Hamedan in 1392. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(4):272-280. DOI: 10.21859/nmj-24048

© 2016 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: Sexual problems affect different aspects of women's lives. It seems that counseling at an early stage can solve many of their problems. This study was conducted to evaluate the effect of counseling on sexual function.

Methods: This study was a randomized clinical trial on women referred to health centers of Hamadan, conducted in 2015, at the return time (four weeks to three months after delivery). Sixty patients were randomly divided into two groups. The intervention group received four sessions. To gather the data, FSFI (Female Sexual Function Index) was used, which was given to the patients on the first visit, as well as five weeks later. Scores of sexual function were measured before and after the intervention. In two parts, descriptive and inferential data were analyzed using SPSS software, paired t-test and independent t-test.

Results: Patients in the intervention and control groups were matched in terms of demographic changes ($P < 0.05$); there was no difference between the intervention and control groups. The mean scores of sexual function in the interventional group had a meaningful difference before (40.07) and after (61.47) the intervention ($P < 0.01$), but in the control group there was no significant difference between time zero (28.53) and after one month (34.37), which represented the effective role of advisers in improving sexual function.

Conclusions: According to the results, it seems that counseling postpartum women can improve their sexual performance.