

Original Article



# Effect of Group Counseling on Sexual Knowledge, Attitude, and Function of Young Women with Sexual Dysfunction: A Randomized Controlled Clinical Trial

Zahra Karami<sup>1</sup> , Farzaneh Soltani<sup>2</sup>, Mohammad Ahmadpanah<sup>3</sup>, Farideh Kazemi<sup>2</sup>, Soodabeh Aghababaei<sup>4,\*</sup> 

<sup>1</sup> Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>2</sup> Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>3</sup> Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Department of Community Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>4</sup> Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

## Article history:

**Received:** 18 December 2022

**Revised:** 12 March 2023

**Accepted:** 02 April 2023

**ePublished:** 20 September 2023

## \*Corresponding author:

Soodabeh Aghababaei,  
Nursing and Midwifery  
Faculty, Hamadan University  
of Medical Sciences,  
Hamadan, Iran.  
Email: aghababaei@yahoo.com



## Abstract

**Background and Objective:** Inadequate information and false sexual beliefs are common psychological factors in sexual disorders. This study aimed to determine the effect of counseling on the sexual knowledge, attitude, and performance of women with sexual dysfunction.

**Materials and Methods:** This randomized controlled clinical trial was conducted on 80 women aged 18 to 30 years with sexual dysfunction. Samples were randomly assigned to two test and control groups. The required data were collected using a demographic form, the Sex Knowledge and Attitude Test, and Female Sexual Function Index. The intervention was performed in 4 counseling sessions of 45-90 minutes weekly based on the rapport building, exploring, decision making, and implementing the decision (REDI) model. Data were gathered before and 4 weeks after the intervention and analyzed using Stata-13 software. The significance level was considered less than 5%.

**Results:** After the intervention, the mean scores of sexual knowledge, sexual attitude, and sexual knowledge and attitude, as well as the total score of sexual function in the test group were obtained at  $47.13 \pm 1.74$ ,  $51.16 \pm 2.34$ ,  $98.30 \pm 3.73$ , and  $26.29 \pm 2.46$ , respectively. These results showed a statistically significant increase compared to before the intervention and also compared to the control group ( $P < 0.001$ ). After the intervention, the mean scores of sexual desire, orgasm, and pain domains showed a significant difference between the two test and control groups ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was found that REDI model-based counseling was effective in improving the sexual knowledge, attitude, and function of young women with sexual dysfunction. Considering the simplicity and effectiveness of this method, it is recommended to use it in sexual counseling.

**Keywords:** Attitude; Counseling; Knowledge; Sexual Dysfunction; Sexual Function



## Extended Abstract

### Background and Objective

Sexual dysfunction in females, which is common among young women, is defined as a chain of psychological and sexual disorders, including problems with desire, arousal, orgasm, and pain. Sexual dysfunction can affect married life by reducing sexual satisfaction. It can also cause a decrease in the quality of life and general health. Couples' inadequate information and false sexual beliefs are common psychological factors in sexual disorders. Recent studies show that drug and hormonal treatments for sexual dysfunctions are associated with various side effects, such as the appearance of masculinity symptoms, cardiovascular diseases, and breast cancer. Comprehensive sexual education and counseling programs can prevent sexual dysfunction and increase positive health behaviors. This study aimed to determine the effect of counseling based on the rapport building, exploring, decision making, and implementing the decision (REDI) model on the sexual performance of young women with sexual dysfunction.

### Materials and Methods

The present study was conducted as a randomized controlled clinical trial on women referring to comprehensive health centers in Hamedan City in 2021-2022. Entry criteria were scoring less than 28 points in the Female Sexual Function Index, having the ability to speak, read, and write in Farsi, being 18-30 years old, living in Hamadan city, being married (first marriage), being monogamous, not being pregnant and breastfeeding, lacking a physical or mental illness, lacking addiction to drugs or alcohol by both the participant and her husband, and not using chemical or herbal medicines affecting sexual performance. On the other hand, failure to attend at least one counseling session, divorce, and significant psychological and emotional changes (such as the death of loved ones or severe family arguments) were the exclusion criteria. Sampling was performed on women who had sexual dysfunction and were under the coverage of comprehensive health centers in Hamedan. To assign women to two intervention and control groups, a

random block method of 4 was used. Among 330 women, 80 eligible individuals with sexual dysfunction were entered into the study. In the intervention group, 2 people were excluded from the study due to being absent more than once in the counseling sessions, while in the control group, 3 individuals were excluded due to getting divorced and voluntary withdrawal. The required data were collected through a demographic and midwifery information form, the Sex Knowledge and Attitude Test, and the Female Sexual Function Index. The intervention group participated in four weekly sessions of 60-90 minutes in groups of 6 people. The intervention was based on the REDI model and held by the researcher in one of the rooms dedicated to this aim in the comprehensive health centers. The training package, including CD and training booklet, was given to the intervention group and was also supplied to the control group at the end of the study to comply with ethical principles. Data were collected before and 4 weeks after the intervention and analyzed using Stata-13 software using descriptive and analytical tests. The significance level was considered less than 0.05.

### Results

After the intervention, the mean scores of sexual knowledge, sexual attitude, sexual knowledge and attitude, and the total score of sexual performance in the intervention group were  $47.1 \pm 13.74$ ,  $51.2 \pm 16.34$ ,  $98.3 \pm 30.73$ , and  $26.2 \pm 29.46$ , respectively. These findings showed a statistically significant increase compared to before the intervention and also compared to the control group ( $P < 0.001$ ). It was also found that the mean scores of sexual desire, orgasm, and pain were significantly different between the intervention and control groups ( $P < 0.05$ ).

### Conclusion

The results of the present study showed that sexual counseling based on the REDI model was effective in improving the sexual knowledge, attitude, and performance of young women with sexual dysfunction. Different methods of sexual counseling have been used in various studies; however, considering the simplicity and effectiveness of the REDI model, it is recommended that this model be used in sexual counseling.

**Please cite this article as follows:** Karami Z, Soltani F, Ahmadpanah M, Kazemi F, Aghababaei S. Effect of Group Counseling on Sexual Knowledge, Attitude, and Function of Young Women with Sexual Dysfunction: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2023; 31(3): 198-207. DOI: 10.32592/ajnmc.31.3.198

## تأثیر مشاوره گروهی بر دانش، نگرش و عملکرد جنسی زنان جوان با اختلال عملکرد جنسی: کار آزمایی بالینی کنترل شده تصادفی

زهرا کرمی<sup>۱</sup> ID، فرزانه سلطانی<sup>۲</sup>، محمد احمد پناه<sup>۳</sup>، فریده کاظمی<sup>۴</sup>، سودابه آقابابایی<sup>۴</sup> ID

<sup>۱</sup> دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران  
<sup>۲</sup> گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران  
<sup>۳</sup> گروه روانپزشکی و روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران  
<sup>۴</sup> گروه بهداشت مادر و کودک، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

### چکیده

**سابقه و هدف:** اطلاعات ناکافی و باورهای نادرست جنسی، از عوامل روان‌شناختی شایع در اختلالات جنسی است. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر مشاوره بر دانش، نگرش و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی بود. **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع کار آزمایی بالینی کنترل شده تصادفی در سال ۱۴۰۰ بر روی ۸۰ زن ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به اختلال عملکرد جنسی انجام شد. نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه جمعیت‌شناسی، پرسشنامه دانش و نگرش جنسی و شاخص عملکرد جنسی زنان بود. مداخله در چهار جلسه مشاوره ۹۰-۴۵ دقیقه‌ای در هفته بر اساس مدل REDI (ایجاد ارتباط، کاوش، تصمیم‌گیری و اجرای تصمیم) انجام شد. داده‌ها قبل و چهار هفته بعد از مداخله جمع‌آوری شدند و با استفاده از نرم‌افزار Stata-13 تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ بود.

**یافته‌ها:** پس از مداخله میانگین نمرات دانش جنسی، نگرش جنسی، دانش و نگرش جنسی و نمره کل عملکرد جنسی در گروه مداخله به ترتیب (۴۷/۱۳±۱/۷۴)، (۵۱/۱۶±۲/۳۴)، (۹۸/۳۰±۳/۷۳) و (۲۶/۲۹±۲/۴۶) بود و افزایش معنی دار آماری نسبت به قبل از مداخله و همچنین نسبت به گروه کنترل نشان داد ( $p<0/01$ )، مقایسه میانگین نمرات حیطه‌های تمایل جنسی، ارگاسم و درد بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری را نشان داد ( $p<0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** مشاوره مبتنی بر مدل REDI در بهبود دانش، نگرش و عملکرد جنسی زنان جوان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی مؤثر است. با توجه به سادگی و مؤثر بودن این روش استفاده از آن در انجام مشاوره‌های جنسی توصیه می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** مشاوره؛ عملکرد جنسی؛ اختلال عملکرد جنسی؛ آگاهی؛ نگرش

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۲۷  
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۱  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۱۳  
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

\* نویسنده مسئول: دکتر سودابه آقابابایی،  
دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.  
ایمیل: aghababaii@yahoo.com

**استناد:** کرمی، زهرا؛ سلطانی، فرزانه؛ احمد پناه، محمد؛ کاظمی، فریده؛ آقابابایی، سودابه. تأثیر مشاوره گروهی بر دانش، نگرش و عملکرد جنسی زنان جوان با اختلال عملکرد جنسی: کار آزمایی بالینی کنترل شده تصادفی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، تابستان ۱۴۰۲؛ ۳(۳): ۲۰۷-۱۹۸.

### مقدمه

جهان از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برد [۴] اختلال عملکرد جنسی ممکن است در تمام طول زندگی هر فرد وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی بروز نماید؛ علاوه بر آن می‌تواند به صورت مقطعی و موقعیتی، فراگیر و یا جزئی خود را نشان دهد [۵]. یک متاتالیز، شیوع اختلال عملکرد جنسی را در زنان ایرانی در سنین باروری ۵۲ درصد گزارش کرد [۶]. در حالی که این رقم

سلامت جنسی بخش مهمی از زندگی زنان است که معمولاً در مورد آن صحبت نمی‌شود و مشکلات همچنان ناشناخته می‌مانند [۱]. اختلال عملکرد جنسی زنان به عنوان زنجیره ای از اختلالات روانی جنسی شامل مشکلات میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و مقاربت دردناک تعریف می‌شود [۲]. اختلال عملکرد جنسی در زنان جوان شایع است [۳]، ۴۱ درصد از زنان در سنین باروری در سراسر

BETTER(Bring up, Explain, tell , Intensive Therapy)  
REDI(Rapport و resources, Time, Educate, and Record)  
building, Exploration, Decision making, and Implementing  
the decision) در این رابطه پیشنهاد شده است [۲۴]. هدف از  
مطالعه حاضر تعیین تأثیر مشاوره مبتنی بر مدل REDI بر عملکرد  
جنسی زنان جوان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی بود.

## روش کار

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی در  
سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ با هدف تعیین تأثیر مشاوره مبتنی بر مدل  
REDI بر عملکرد جنسی زنان جوان مبتلا به اختلال عملکرد  
جنسی انجام شد. پژوهش حاضر در پایگاه کارآزمایی های بالینی به  
شماره IRCT20120215009014N404 ثبت گردید و با کد اخلاق  
IR.UMSHA.REC.1400.501 مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه  
علوم پزشکی همدان قرار گرفت. جامعه پژوهش، شامل کلیه زنان  
مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر همدان در سال ۱۴۰۱-  
۱۴۰۰ بودند. نمونه های پژوهش گروهی از زنان جوان بودند که  
تمایل به شرکت در مطالعه داشته و دارای معیارهای ورود به مطالعه  
بودند. معیارهای ورود شامل کسب امتیاز کمتر از ۲۸ بر اساس  
شاخص عملکرد جنسی زنان، توانایی صحبت کردن و خواندن و  
نوشتن به زبان فارسی، سن ۱۸ تا ۳۰ سال، زندگی در شهر همدان،  
متأهل بودن (ازدواج اول)، تک همسر بودن، عدم بارداری و  
شیردهی، نداشتن بیماری جسمی یا روانی، عدم اعتیاد مشارکت-  
کننده و همسرش به مواد مخدر یا الکل و عدم استفاده از داروهای  
شیمیایی یا گیاهی تأثیرگذار بر عملکرد جنسی بودند. حضور  
نداشتن در حداقل یک جلسه مشاوره، جدایی از همسر و بروز  
تغییرات مهم روانی و عاطفی (مانند مرگ عزیزان یا مشاجرات شدید  
خانوادگی) از معیارهای خروج از مطالعه بودند.

بر اساس اطلاعات حاصل از مقاله بوجارزاده و همکاران [۲۵] و با  
در نظر گرفتن موارد فوق و با احتساب ۱۵ درصد ریزش، حجم نمونه با  
استفاده از نرم افزار Stata-13، برای هر گروه ۴۰ نفر محاسبه شد.

نمونه گیری از بین زنان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر  
همدان که بر اساس FSFI(Female Sexual Function Index)  
دارای اختلال عملکرد جنسی بودند، انجام شد. پس از تماس با زنان  
جوان و تشریح اهداف مطالعه، در صورت داشتن شرایط ورود به  
مطالعه و تمایل به شرکت در مطالعه، از آنها رضایت نامه کتبی  
برای شرکت در مطالعه گرفته شد. جهت تخصیص زنان به دو گروه  
مداخله و کنترل، از روش بلوک بندی تصادفی چهارتایی استفاده  
شد. جهت انجام این کار، ابتدا با استفاده از بلوک های چهارتایی  
AABB توالی تخصیص، پیش از شروع مطالعه تعیین شد. سپس  
نوع مداخله بر اساس توالی تعیین شده، در داخل پاکت های در بسته  
مات نوشته شد و به ترتیب توالی شماره گذاری شد. مشارکت-  
کنندگان قبل از ورود به مطالعه پرسشنامه ها را تکمیل نموده و  
پاکتی را دریافت کردند. سپس افراد بر اساس محتوای درون پاکت

برای مردان ۲۵ درصد بوده است [۷]. در مطالعه مروری که در سال  
۲۰۱۵ صورت گرفت، نشان داده شد که اختلال عملکرد جنسی در  
زنان جوان شیوع بالایی دارد و اختلال در تمایل و تحریک جنسی  
نیز جزء شایع ترین اختلالات عملکرد جنسی در زنان هستند [۸].  
اختلال عملکرد جنسی می تواند با کاهش رضایت جنسی، زندگی  
زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد؛ همچنین می تواند باعث کاهش  
کیفیت زندگی و سلامت عمومی شود [۹]. اختلال عملکرد جنسی  
باعث ایجاد عوامل خطر قلبی عروقی و سایر بیماری های جسمی و  
روانی در زنان و مردان می گردد [۱۰]. دیگر پیامدهای منفی  
اختلال عملکرد جنسی شامل ایجاد مشکل در روابط زناشویی،  
آشفته گی های روحی و روانی، کاهش کیفیت زندگی، طلاق،  
لغزش های اخلاقی و حتی جرائم جنسی هستند [۱۱، ۱۲]. در  
برخی از مطالعات منتشر شده در ایران حدود ۵۰ درصد از علل  
طلاق در این کشور ریشه در نارضایتی جنسی زوجین دارد [۱۳].

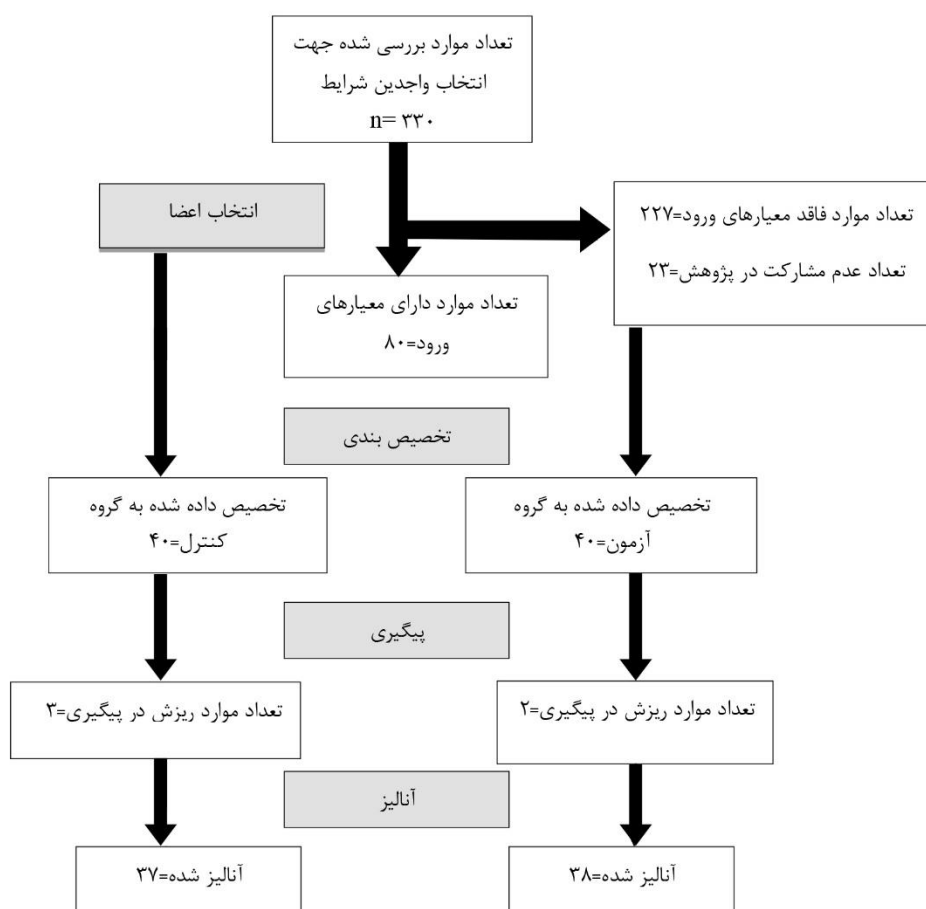
دانش جنسی مجموعه ای از اطلاعات است که به دانش و  
آگاهی فرد در مورد جنسیت و تمایلات جنسی [شامل جنبه های  
فیزیولوژیکی، تولیدمثل، عملکرد و رفتار جنسی فردی] اشاره دارد  
[۱۴، ۱۵]. فقدان دانش جنسی با افزایش آسیب پذیری همراه است  
که زمینه را برای بروز اختلالات جنسی ایجاد می کند [۱۶]. نگرش  
جنسی، به باورها و ارزش هایی اشاره دارد که فرد نسبت به تمایلات  
و رفتارهای جنسی دارد [۱۷]. این نگرش ها، تحت تأثیر دیدگاه های  
خانوادگی و فرهنگی در مورد تمایلات جنسی، آموزش جنسی و  
تجربیات جنسی قبلی هستند [۱۸]. اطلاعات ناکافی زوجین و  
باورهای نادرست جنسی، از عوامل روان شناختی شایع در اختلالات  
جنسی است [۱۹]. با توجه به ماهیت تأثیرگذار عملکرد جنسی  
زنان بر ابعاد مختلف زندگی، مطالعات متنوعی در زمینه تشخیص  
و درمان آن صورت گرفته و از روش های درمانی متعددی برای  
برطرف کردن این اختلال استفاده شده است [۲۰]. مطالعات نشان  
می دهند که برخی گزینه های درمانی برای اختلال عملکرد جنسی  
زنان، عوارض جانبی زیادی دارند [۲۱]. به عنوان مثال، یکی از  
عوارض خطرناک درمان های دارویی از جمله داروهای گشادکننده  
عروق که روی جریان خون ناحیه تناسلی تأثیر می گذارند، مشکلات  
قلبی عروقی است [۲۰]. علاوه بر این، پژوهش های اخیر نشان  
می دهد که درمان های دارویی و هورمونی در اختلالات عملکرد  
جنسی یا اختلال کاهش میل جنسی با عوارض جانبی از جمله  
ظاهر شدن علائم مردانگی، بیماری های قلبی عروقی و سرطان  
پستان همراه است [۱۱].

فقدان دانش و اطلاعات جنسی می تواند باعث اختلال در  
عملکرد جنسی شود [۲۲]. به گفته سازمان جهانی بهداشت،  
برنامه های جامع آموزش جنسی می تواند از اختلال عملکرد جنسی  
جلوگیری کرده و رفتارهای سلامتی مثبت را افزایش دهد [۲۳]. از  
روش های مداخله در زمینه اختلالات جنسی می وان به مشاوره  
اشاره نمود، مدل های مختلف مشاوره مانند PLISSIT(Permission, Limited Information, Specific Suggestions,

در یکی از گروه‌های کنترل یا مداخله قرار گرفتند. در طول شش ماه نمونه‌گیری، ۳۳۰ زن مورد بررسی قرار گرفتند و از بین آن‌ها ۸۰ نفر با اختلال عملکرد جنسی و دارای معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند. در گروه مداخله دو نفر به دلیل غیبت بیش از یک‌بار در جلسات مشاوره و در گروه کنترل سه نفر به دلیل جدایی از همسر و کناره‌گیری داوطلبانه از مطالعه حذف شدند (نمودار ۱). ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی و مامایی، پرسشنامه دانش و نگرش جنسی (SKAS) و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی شامل سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، مشارکت‌کننده، سن، تحصیلات و شغل همسر مشارکت‌کننده، قومیت، مذهب، وضعیت محل سکونت، وضعیت اقتصادی خانواده، نوع و مدت ازدواج، مدت زمان آشنایی قبل از ازدواج، میزان رضایت از زندگی زناشویی، تعداد فرزندان، روش جلوگیری از بارداری بود. روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید گروه پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان به روش روایی محتوا انجام و طبق نظر اساتید محترم راهنما و مشاور اصلاح گردید. پرسشنامه دانش و نگرش جنسی SKAS (Sexual Knowledge and attitude scale) که در سال ۱۳۹۳ توسط بشارت و همکاران طراحی شد، یک آزمون ۲۰ گویه‌ای است که برای

سنجش دو بعد دانش و نگرش جنسی (۱۰ سوال مربوط به هر یک از حیطه‌های دانش و نگرش جنسی) در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک تا پنج در جامعه ایرانی ساخته و هنجاریابی شده است. سوالات ۱۵ و ۱۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود، حداقل و حداکثر نمره در هر یک از مقیاس‌های دانش و نگرش جنسی به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده دانش و نگرش جنسی بالاتر است. همسانی درونی این مقیاس بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ مورد تأیید قرار گرفت [۲۶]. در مطالعه حاضر نیز همسانی درونی این مقیاس بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد گردید.

شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) توسط روزن (Rosen) و همکاران (۲۰۰۰) جهت اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان در طول چهار هفته گذشته ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۱۹ سوال است که در شش حوزه مستقل، میل جنسی، تهییج جنسی، لوبریکاسیون واژن، ارگاسم، رضایت مندی و درد جنسی، عملکرد جنسی زنان را می‌سنجد. نمرات در نظر گرفته شده برای هریک از حیطه‌ها به طور جداگانه در نظر گرفته شده و در آخر نمرات تمام حیطه‌ها با هم جمع شده است. جهت هم وزن کردن حیطه نمرات حاصل از سؤال‌های هر حوزه با هم جمع شده و در عدد فاکتور ضرب می‌شود. با جمع نمرات شش حیطه، نمره کل مقیاس به دست



نمودار ۱: روند انتخاب مشارکت‌کنندگان در مطالعه (فلو دیاگرام کانسورت)



جلسه	محتوای جلسات (مطابق با اصول مشاوره ای REDI)
اول	برقراری ارتباط - تشریح اهداف جلسات، خوشامدگویی و برقراری ارتباط با اعضا، تشریح اهداف جلسات مشاوره، تشریح اهمیت روابط جنسی مطلوب در سلامت افراد و استحکام خانواده، نظریه مثلث عشقی اشترنبرگ-اپیدمیولوژی اختلالات عملکرد جنسی، آموزش آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی و سیکل قاعدگی، نیازسنجی مراجعین، آموزش مفاهیم پایه و سیکل پاسخ جنسی و اختلالات عملکرد جنسی
دوم	کمک به مراجعین جهت بیان نیازها و مشکلاتشان در رابطه جنسی، تشریح مفاهیم هویت جنسی، جنسیت، جهت گیری جنسی، رفتار جنسی، تشریح سیکل پاسخ جنسی و عوامل موثر بر چرخه پاسخ جنسی، تشریح تفاوت‌های جسمی و روانی زن و مرد در زمینه عملکرد جنسی، تشریح انواع اختلالات عملکرد جنسی، تشریح عوامل موثر بر بروز اختلالات عملکرد جنسی
سوم	اصلاح باورهای غلط، آشنایی با مهارت‌های ارتباط با همسر، آموزش تکنیک‌های بهبود اختلالات عملکرد جنسی، آموزش مهارت‌های ارتباط با همسر، آشنایی با مهارت‌های ابراز هیجان به همسر و برقراری صمیمیت جنسی، آشنایی با شرایط و ویژگی‌های یک رابطه جنسی مناسب، آموزش و تاکید بر تاثیر مواردی از قبیل تصویر بدن، تعامل‌های کلامی و غیرکلامی، ارائه بازخورد اصلاحی پس از برقراری رابطه جنسی به همسر برای ارتقاء کیفیت روابط جنسی، آموزش راه‌های تقویت میل جنسی، آموزش مهارت‌های ذهنی جهت تقویت میل جنسی، تهییج، تحریک، تشریح نقاط حساس بدن، آموزش راه‌های مختلف ایجاد ارگاسم در زنان، تشریح مهارت‌های ایجاد تنوع در روابط جنسی، آموزش پوزیشن‌های مختلف روابط جنسی در صورت وجود اختلالات عملکرد جنسی خاص، اصلاح باورهای غلط در مورد روابط جنسی، بحث و تبادل نظر بین افراد شرکت‌کننده در جلسه مشاوره
چهارم	بررسی ابهامات و مشکلات اجرای فنون، تکرار مطالب و جمع‌بندی جلسات، بررسی موفقیت در اجرای مهارت‌های ذهنی و مهارت‌های فیزیکی جهت بهبود عملکرد جنسی، پاسخگویی به سوالات و ابهامات و اشکالات احتمالی مراجعین در اجرای فنون آموزش داده شده، بحث و تبادل نظر بین افراد شرکت‌کننده در جلسه مشاوره، تکرار مطالب مورد نیاز شرکت‌کنندگان و جمع‌بندی مطالب آموزشی فرایند مشاوره

بررسی توزیع متغیرهای کمی از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov Test) استفاده شد. توزیع همه متغیرهای کمی جمعیت‌شناسی نرمال بود. در مورد پیامدها توزیع نمره کل FSFI و حیطه‌های تحریک، لوبریکاسیون و ارگاسم دارای توزیع نرمال بود؛ بنابراین جهت مقایسه‌های بین گروهی در متغیرهای کمی در صورت نرمال بودن توزیع از آزمون تی مستقل (Independent T-test) و در صورت نرمال نبودن از آزمون من ویتنی (Mann-Whitney Test) استفاده شد. برای مقایسه‌های درون گروهی نیز در متغیرهایی که دارای توزیع نرمال بودند آزمون تی زوجی (Paired T-test) و در بقیه از آزمون ویلکاکسون (Wilcoxon Test) استفاده شد. مقایسه متغیرهای کیفی جمعیت‌شناسی با آزمون‌های کای دو (Chi-Squared Test) و آزمون دقیق فیشر (Fishers Exact Test) انجام شد. سطح معنی داری در تمامی آزمون‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### نتایج

میانگین و انحراف معیار سن زنان در گروه مداخله ۲۴/۳±۲۳/۰۹ سال و در گروه کنترل ۲۴/۱۸±۲/۹۹ سال بود و از نظر سنی تفاوت آماری معنی داری نداشتند ( $P=۰/۹۴$ ). سایر مشخصات جمعیت‌شناختی نیز در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری نداشت ( $P>۰/۰۵$ ) (جدول ۲).

می‌آید. نمره بیشتر نشان‌دهنده عملکرد جنسی بهتر است. حداکثر نمره برای هر حیطه ۶ و بیشترین نمره برای کل مقیاس ۳۶ که نمره کمتر از ۲۸ نشان‌دهنده عملکرد جنسی نامطلوب است. پایایی این پرسشنامه ۰/۷ بوده است [۲۷]. روایی و پایایی نسخه فارسی FSFI در جامعه ایرانی در مطالعه قاسمیا و همکاران (۲۰۱۳) به تأیید رسیده است [۲۸]. در مطالعه حاضر نیز پایایی کل ابزار برحسب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بود.

مداخله در قالب چهار جلسه مشاوره هفتگی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای توسط محقق بر اساس مدل REDI (تقریب سازی، کاوش، تصمیم‌گیری و اجرای تصمیم) در گروه‌های شش نفره برای گروه مداخله در یکی از اتاق‌های در نظر گرفته‌شده در مراکز جامع سلامت تشکیل داده شد. بسته آموزشی شامل لوح فشرده و جزوه آموزشی در اختیار گروه مداخله قرار گرفت و به منظور رعایت اصول اخلاقی پس از پایان مطالعه محتوای جلسات در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. محتوای جلسات مشاوره گروهی برای گروه مداخله در جدول شماره یک ارائه‌شده است (جدول ۱). تماس تلفنی جهت اطلاع رسانی و همچنین پاسخگویی به سوال‌های مشارکت‌کنندگان پس از پایان مداخله برقرار بود. میزان آگاهی، نگرش و عملکرد جنسی در دو مرحله قبل و چهار هفته بعد از مداخله اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Stata-13 تجزیه و تحلیل شدند، جهت

### جدول ۲: مقایسه مشخصات جمعیت‌شناسی دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	P - value
سن (سال)، میانگین (انحراف معیار)	۲۴/۲۳ (۳/۰۹)	۲۴/۱۸ (۳/۹۹)	۰/۹۴*
تحصیلات، تعداد (درصد)			۰/۰۷**

دبیرستان		۹ (۵/۲۲)	۶ (۰/۱۵)
دبیرستان		۱۲ (۰/۳۰)	۱۷ (۵/۴۲)
دانشگاه		۱۹ (۰۵/۴۷)	۲۴ (۵/۴۲)
وضعیت استخدام، تعداد (درصد)			
شاغل		۹ (۵/۲۲)	۱۷ (۵/۴۲)
غیر شاغل		۳۱ (۵/۷۷)	۲۳ (۵/۵۷)
سن همسر (سال)، میانگین (انحراف معیار)		۴۳/۲۸ (۲۳/۳)	۳۳/۲۸ (۹/۱۳)
تحصیلات همسر، تعداد (درصد)			
دبیرستان		۴ (۰/۱۰)	۵ (۵/۱۲)
دبیرستان		۱۳ (۵/۳۲)	۱۱ (۵/۲۷)
دانشگاه		۲۱ (۵/۵۷)	۲۴ (۰/۶۰)
وضعیت استخدام همسر، تعداد (درصد)			
شاغل		۳۸ (۰/۹۵)	۴۰ (۱۰۰)
غیر شاغل		۲ (۰/۵)	۰ (۰)
وضعیت اقتصادی، تعداد (درصد)			
خوب		۱۷ (۵/۴۲)	۱۸ (۰/۴۵)
متوسط		۲۳ (۵/۵۷)	۲۲ (۰/۵۵)
ضعیف		۰ (۰)	۰ (۰)
مدت ازدواج (سال)، میانگین (انحراف معیار)		۱/۳ (۹/۱)	۵/۲ (۶/۱)
روش پیشگیری، تعداد (درصد)			
طبیعی		۳۰ (۰/۷۵)	۲۵ (۰/۷۰)
قرص خوراکی		۰ (۰)	۲ (۵/۱۰)
کاندوم		۵ (۵/۱۲)	۶ (۰/۱۵)
وسيله داخل رحمی		۵ (۵/۱۲)	۴ (۰/۱۰)
رضایت زناشویی، تعداد (درصد)			
بالا		۱۷ (۵/۴۲)	۱۸ (۰/۴۵)
متوسط		۱۸ (۰/۴۵)	۱۵ (۵/۳۷)
پایین		۵ (۵/۱۲)	۷ (۵/۱۷)

\*آزمون تی مستقل، \*\*آزمون کای دو، \*\*\*آزمون دقیق فیشر

عملکرد جنسی با گروه کنترل از نظر آماری معنی دار بود ( $P < 0/05$ ) (جدول ۳).

تفاوت میانگین نمرات بین دو گروه در حیطه های میل جنسی، ارگاسم و درد بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار بودند ( $P < 0/05$ ) (جدول ۴).

پس از مداخله میانگین نمره دانش، نگرش و عملکرد جنسی در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود ( $P < 0/001$ )، میانگین نمرات به دست آمده در تمامی حیطه های عملکرد جنسی توسط گروه مداخله به طور معنی داری افزایش یافت ( $P < 0/001$ ) و تفاوت میانگین نمرات حیطه های تمایل جنسی، ارگاسم، درد و

**جدول ۳:** مقایسه نمرات دانش، نگرش و عملکرد جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله (SD) Adjusted mean	گروه کنترل (SD) Adjusted mean	F*	P-value
دانش جنسی در مرحله بعد از مداخله	۴۷/۱۳ (۱/۷۴)	۴۳/۸۰ (۱/۷۴)	۶۸/۱۷	<0/001
نگرش جنسی در مرحله بعد از مداخله	۵۱/۱۶ (۲/۳۴)	۴۵/۷۲ (۲/۳۴)	۱۰۰/۶۷	<0/001
دانش و نگرش جنسی در مرحله بعد از مداخله	۹۸/۳۰ (۳/۷۳)	۸۹/۵۲ (۳/۷۳)	۱۰۳/۲۷	<0/001
عملکرد جنسی در مرحله بعد از مداخله	۲۶/۲۹ (۲/۴۶)	۲۲/۹۲ (۲/۴۶)	۳۵/۰۲	<0/001

\* آزمون آنکوا

جدول ۴: مقایسه عملکرد جنسی و حیطه های آن در و بین گروه های مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله میانگین (انحراف معیار)	گروه کنترل میانگین (انحراف معیار)	سطح معنی داری
حیطه تمایل جنسی	قبل از مداخله ۳/۳۰ (۰/۷۴)	قبل از مداخله ۳/۲۵ (۰/۷۵)	*۰/۸۳
	بعد از مداخله ۴/۱۶ (۰/۵۹)	بعد از مداخله ۳/۲۹ (۰/۸۰)	*۰/۰۰۱
سطح معنی داری	**۰/۰۰۱	**۰/۱۸	
حیطه تهییج جنسی	قبل از مداخله ۳/۸۴ (۰/۹۳)	قبل از مداخله ۳/۷۳ (۰/۹۵)	***۰/۵۹
	بعد از مداخله ۴/۰۸ (۰/۷۵)	بعد از مداخله ۳/۷۰ (۱/۲۰)	***۰/۱۰
سطح معنی داری	***۰/۰۰۱	***۰/۵۲	
حیطه رطوبت مهبل	قبل از مداخله ۴/۴۸ (۱/۰۱)	قبل از مداخله ۴/۶۵ (۹/۴۳)	***۰/۴۳
	بعد از مداخله ۴/۶۵ (۰/۷۷)	بعد از مداخله ۴/۵۱ (۱/۳۳)	***۰/۵۹
سطح معنی داری	***۰/۰۲	***۰/۲۴	
حیطه ارگاسم	قبل از مداخله ۲/۹۶ (۰/۹۶)	قبل از مداخله ۲/۹۷ (۰/۹۵)	***۰/۹۶
	بعد از مداخله ۳/۵۸ (۰/۷۷)	بعد از مداخله ۲/۸۹ (۱/۰۸)	***۰/۰۰۲
سطح معنی داری	***۰/۰۰۱	***۰/۶۷	
حیطه رضایت جنسی	قبل از مداخله ۳/۹۴ (۱/۱۵)	قبل از مداخله ۴/۲۲ (۱/۰۵)	*۰/۱۸
	بعد از مداخله ۴/۶۵ (۰/۸۸)	بعد از مداخله ۴/۱۶ (۱/۲۰)	*۰/۱۱
سطح معنی داری	**۰/۰۰۱	**۰/۳۳	
حیطه درد	قبل از مداخله ۴/۵۹ (۱/۰۹)	قبل از مداخله ۴/۵۶ (۰/۷۷)	*۰/۵۳
	بعد از مداخله ۵/۰۲ (۰/۶۳)	بعد از مداخله ۴/۴۷ (۱/۲۲)	*۰/۰۱
سطح معنی داری	**۰/۰۰۱	**۰/۱۴	
نمره کل عملکرد جنسی	قبل از مداخله ۲۳/۱۲ (۵/۰۶)	قبل از مداخله ۲۳/۳۹ (۴/۶۷)	***۰/۸۰
	بعد از مداخله ۲۶/۱۷ (۳/۳۵)	بعد از مداخله ۲۳/۰۴ (۶/۲۵)	***۰/۰۰۸
سطح معنی داری	***۰/۰۰۱	***۰/۶۲	

\*آزمون ویلکاکسون، \*\*آزمون من ویتنی، \*\*\*آزمون تی زوجی، \*\*\*\*آزمون تی مستقل

## بحث

مداخلات آموزشی و مشاوره ای میتواند عملکرد جنسی زنان را بهبود بخشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره مبتنی بر مدل REDI بر دانش، نگرش و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی انجام شد. در این مطالعه، تمامی شرکت کنندگان در هر دو گروه مداخله و کنترل بر اساس نتایج FSFI دارای اختلال عملکرد جنسی بودند که دانش و نگرش جنسی یکسانی داشتند. پس از چهار جلسه مشاوره بر اساس مدل REDI، میانگین نمرات دانش و نگرش جنسی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافت ( $P < 0.001$ ) که نشان دهنده اثربخشی مداخله در بهبود آگاهی و نگرش جنسی است. میانگین نمرات عملکرد جنسی در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0.001$ )، تفاوت های بین گروهی در حیطه های FSFI از جمله میل جنسی، ارگاسم و درد معنی دار بود، اما تفاوت در برانگیختگی جنسی، ترشحات واژن و رضایت جنسی از نظر آماری معنی دار نبود. همسو با مطالعه حاضر در پژوهش امینی و همکاران (۲۰۲۱) مشاوره بر بهبود عملکرد زنان باردار در مورد مسائل جنسی مؤثر بود [۲۹]، همچنین مطالعه چی و همکاران (۲۰۱۵) تأثیر معنادار مداخله را بر آگاهی

## سلامت جنسی دانشجویان نشان داد [۳۰].

مطالعات انجام شده در زمینه بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر مدل REDI بر عملکرد جنسی محدود است. در راستای تحقیق حاضر، مطالعه دیگری نیز تأثیر مثبت مشاوره مبتنی بر مدل REDI را بر عملکرد جنسی زنان شیرده تأیید کرده است [۳۱].

در دهه های اخیر مدل های مختلفی از جمله PLISSIT و BETTER برای بهبود مشاوره در اختلالات جنسی پیشنهاد شده است، مدل PLISSIT یک مدل استاندارد و یکی از رایج ترین مدل های مورد استفاده در مشاوره های جنسی است [۳۲]، مدل BETTER برای کاهش موانع فرهنگی برای ارائه و دریافت مراقبت های بهداشتی جنسی مناسب است [۳۳].

در مطالعه رضایی فرد و همکاران (۱۳۹۸)، مشاوره جنسی با استفاده از مدل PLISSIT در بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به ضایعه نخاعی مؤثر بود و میانگین نمره تمامی حیطه های عملکرد جنسی به طور معنی داری افزایش یافت [۳۴]. نتایج مطالعات فرنام و همکاران (۱۳۹۳) و رستمخانی و همکاران (۲۰۱۵) در مورد تأثیر مشاوره جنسی بر اختلال عملکرد جنسی با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد [۳۵، ۳۶]. در مطالعات دیگر نیز بر تأثیر استفاده از مدل PLISSIT در بهبود عملکرد جنسی تأکید شده



در انجام مشاوره های جنسی توصیه می گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان با شماره ۱۴۰۰۹۰۹۷۵۴۱ گرفته شده است. بدین وسیله از حمایت های معاونت و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی همدان و تمامی شرکت کنندگان تشکر و قدردانی می شود.

### تضاد منافع

نویسندگان پژوهش هیچ گونه تضاد منافع ندارند.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله از پایان نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان گرفته شده است که با شناسه اخلاقی (IR.UMSHA.REC.1400.501) مورد تأیید قرار گرفته و با کد (RCT20120215009014N404) در پایگاه کارآزمایی های بالینی ثبت گردیده است. از شرکت کنندگان نیز رضایت کتبی گرفته شد.

### سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بودند.

### حمایت مالی

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان حمایت مالی این پژوهش را عهده دار بود.

## REFERENCES

- Carosa E, Sansone A, Jannini EA. Management of endocrine disease: Female sexual dysfunction for the endocrinologist. *Eur J Endocrinol*. 2020;182(6):R101. PMID: 32234976 DOI: 10.1530/EJE-19-0903
- Parish SJ, Meston CM, Althof SE, Clayton AH, Goldstein I, Goldstein SW, et al. Toward a more evidence-based nosology and nomenclature for female sexual dysfunctions—part III. *J Sex Med*. 2019;16(3):452-62. PMID: 30846116 DOI: 10.1016/j.jsxm.2019.01.010
- Ljungman L, Lampic C, Wettergren L. Sexual dysfunction among young adults in Sweden—a population-based observational study. *Sex Med*. 2020;8(4):631-42. PMID: 33008775 DOI: 10.1016/j.esxm.2020.08.010
- McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*. 2018;18(1):1-15. PMID: 29929499 DOI: 10.1186/s12905-018-0602-4
- Sepehrian F. Female sexual dysfunction and its related factors in Urmia. *UMJ*. 2012;23(2):148-54.
- Ghiasi A, Keramat A. Prevalence of sexual dysfunction among reproductive-age women in Iran: a systematic review and meta-analysis. *JMRH*. 2018;6(3):1390-8. DOI: 10.22038/JMRH.2018.23708.1256
- Charandabi SM, Mirghafourvand M, Khaki-Rostami Z, Malakouti J, Jafarabadi MA, Ghanbari-Homayi S. Sexual dysfunction and help seeking behaviors in newly married men in sari city: a descriptive. *J Caring Sci*. 2015;4(2):143-53. PMID: 26161368 DOI: 10.15171/jcs.2015.015
- Matthies LM, Wallwiener M, Sohn C, Reck C, Müller M, Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;299(1):69-77. PMID: 30327862 DOI: 10.1007/s00404-018-4925-z
- Coskuner Potur D, Gungor Satilmis İ, Dogan Merih Y, Gun Kakasci C, Demirci N, Ersoy M. Does infertility affect the sexual function and sexual quality of life of women? A case control study. *Int J Sex Health*. 2020;32(1):22-32. DOI: 10.1080/19317611.2019.1692983
- Baldassarre M, Alvisi S, Mancini I, Moscatiello S, Marchesini G, Seracchioli R, et al. Impaired lipid profile is a risk factor for the development of sexual dysfunction in women. *J Sex Med*. 2016;13(1):46-54. PMID: 26755086 DOI: 10.1016/j.jsxm.2015.11.005
- Bakhtiari M, Sheydaei H, Bahreynian SA, Nori M. The effect of cognitive-behavioral therapy on low sexual desire and marital satisfaction. *JTBSP*. 2015;10(36):7-16.
- Fok WY, Chan LY-S, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(10):934-8. PMID: 16167907 DOI: 10.1111/j.0001-6349.2005.00743.x
- Shahhosseini Z, Gardeshi ZH, Pourasghar M, Salehi F. A review of affecting factors on sexual satisfaction in women. *Materia Socio-Medica*. 2014;26(6):378. PMID: 25685081 DOI: 10.5455/msm.2014.26.378-381
- Abdallah IY, ElHadi HM, Younis SI. Are There Differences in Female Sexuality Related to Educational Level? *BJAS*. 2020;5(4):187-91. DOI: 10.21608/BJAS.2020.136338
- Soltani F, Azizi R, Sourinegad H, Shayan A, Mohammadi Y, Khodakarami B. Sexual knowledge and attitude as predictors of female sexual satisfaction. *Biomed Res Ther*. 2017;4(12):1874-84.
- Salimi M, Fatehizadeh M. Investigation of effectiveness of sexual education based on behavioral-cognitive method on sexual intimacy, knowledge and self-expression of married woman in Mobarakeh. *J Mod Psychol Stud*. 2013;7(28):105-22.
- McAllister P, Astle S, Vennum A. Sex feelings: A mediated group path analysis of the association of perceptions of parent communicated sexual values with sexual attitudes and outcomes in emerging adulthood. *J Sex Res*. 2022;59(1):112-21. PMID: 33433243 DOI: 10.1080/00224499.2020.1869143
- Waite LJ, Laumann EO, Das A, Schumm LP. Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64(1):56-66. PMID: 19497930 DOI: 10.1093/geronb/gbp038
- Ghorbani S, Khalaj M. Assessment of education and

- consolation's effect on premarriage girls' attitude to sex in Qazvin. *AUMJ*. 2012;1(1):23-30. DOI: [10.18869/acadpub.aums.1.123](https://doi.org/10.18869/acadpub.aums.1.123)
20. Nasehi AA, Raisi F, Ghaeli P, Amini M, Yahyavi ST, Arabkheradmand J, et al. Prevalence of sexual dysfunction among general population of Iran: A systematic review. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2017;11(4):e7643. DOI: [10.5812/ijpbs.7643](https://doi.org/10.5812/ijpbs.7643)
  21. Jalili L, Najari S, Nezamivand-Chegini S, Yarzadeh M. The relationship between factors related to divorce request and mental health among divorce applicant women referred to legal medicine organization in Ahvaz, Iran. *J Family Reprod Health*. 2017;11(3):128-37. PMID: [30018649](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30018649/)
  22. Ford JV, Barnes R, Rompalo A, Hook III EW. Sexual health training and education in the US. *Public Health Rep*. 2013;128(1):96-101. PMID: [23450890](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23450890/) DOI: [10.1177/003335491312825111](https://doi.org/10.1177/003335491312825111)
  23. WHO. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: World Health Organization; 2006.
  24. Darooneh T, Ozgoli G, Keshavarz Z, Nasiri M. Educational programs and counseling models for improving postpartum sexual health: a narrative review. *Sex Relatsh Ther*. 2022;1-17. DOI: [10.1080/14681994.2022.2085250](https://doi.org/10.1080/14681994.2022.2085250)
  25. Boojarzadeh B, Soltani F, Shayan A, Masoumi SZ, Farhadiyan M. The effect of solutionfocused approach on low sexual desire in women. *Nursing Midwifery J*. 2020;17(11):890-6
  26. Besharat MA, Ranjbar Kelagari E. Development and validation of sexual knowledge and attitude scale. *BJCP*. 2013;8(1):21-32.
  27. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, et al. Ferguson, R. D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208. PMID: [10782451](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10782451/) DOI: [10.1080/009262300278597](https://doi.org/10.1080/009262300278597)
  28. Ghassamia M, Asghari A, Shaeiri MR, Safarinejad MR. Validation of psychometric properties of the Persian version of the female sexual function index. *Urol J*. 2013;10(2):878-85. PMID: [23801471](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23801471/)
  29. Amini M, Guodarzi M, Shahgheibi S. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral couple therapy and EIS model on sexual function, among pregnant women. *Avicenna J Nurs*. 2021;29(3):233-44. DOI: [10.30699/ajnm.29.3.233](https://doi.org/10.30699/ajnm.29.3.233)
  30. Chi X, Hawk ST, Winter S, Meeus W. The effect of comprehensive sexual education program on sexual health knowledge and sexual attitude among college students in Southwest China. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(2):2049-66. PMID: [23417908](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23417908/) DOI: [10.1177/1010539513475655](https://doi.org/10.1177/1010539513475655)
  31. Aghababaei S, Refaei M, Roshanaei G, Rouhani Mahmoodabadi SM, Heshmatian T. The effect of sexual health counseling based on REDI model on sexual function of lactating women with decreased sexual desire. *Breastfeed Med*. 2020;15(11):731-8. PMID: [32960073](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32960073/) DOI: [10.1089/bfm.2020.0057](https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0057)
  32. Torkzahrani S, Ozgoli G, Azad M, Mahmoudikohani F. The effectiveness of consultation based on plissit model on sexual function of lactating women. *Nursing Midwifery J*. 2016;14(7):639-47.
  33. Mick JM. Using the BETTER model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs*. 2004;8(1):84-6. PMID: [15043034](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15043034/) DOI: [10.1188/04.CJON.84-86](https://doi.org/10.1188/04.CJON.84-86)
  34. 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. *Sex Disabil*. 2019;37(4):511-9. DOI: [10.1007/s11195-019-09596-1](https://doi.org/10.1007/s11195-019-09596-1)
  35. 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. *J Sex Med*. 2014;11(11):2679-89. PMID: [25091932](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25091932/) DOI: [10.1111/jsm.12659](https://doi.org/10.1111/jsm.12659)
  36. 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. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(1):13946. PMID: [25709703](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25709703/)
  37. Elkazeh E, Maria MM, Mohamed R. Effect of PLISSIT Counseling Model on Sexual life for Women with Breast Cancer. *IOSR-JNHS*. 2020;9(5):42-52.
  38. Ross MW, Newstrom N, Coleman E. Teaching sexual history taking in health care using online technology: a PLISSIT-plus Zoom approach during the coronavirus disease 2019 shutdown. *Sex Med*. 2021;9(1):100290. PMID: [33445044](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33445044/) DOI: [10.1016/j.esxm.2020.100290](https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.100290)
  39. Tuncer M, Oskay ÜY. Sexual counseling with the PLISSIT model: a systematic review. *J Sex Marital Ther*. 2022;48(3):309-18. PMID: [34789082](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34789082/) DOI: [10.1080/0092623X.2021.1998270](https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1998270)
  40. Karakas S, Aslan E. Sexual counseling in women with primary infertility and sexual dysfunction: Use of the BETTER model. *J Sex Marital Ther*. 2019;45(1):21-30. PMID: [29757100](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29757100/) DOI: [10.1080/0092623X.2018.1474407](https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1474407)