

## تأثیر مشاوره گروهی واقعیت‌درمانی بر عملکرد جنسی زنان باردار: یک مطالعه مداخله‌ای

فاطمه بهادری<sup>۱</sup>، مهتاب عطارها<sup>۲\*</sup>، فاطمه مهربانی رزوه<sup>۳</sup>

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: به دلیل تغییرات فیزیولوژیک طی بارداری و ترس از آسیب به جنین، بعضی از زنان از فعالیت جنسی طی این دوره اجتناب می‌کنند که می‌تواند منجر به مشکلاتی در سلامت جنسی شود. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر مشاوره گروهی واقعیت‌درمانی بر عملکرد جنسی زنان باردار بوده است. روش بررسی: این مطالعه مداخله‌ای در مورد ۸۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی اراک، در سال ۱۳۹۸ انجام گرفته است. افراد از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در یکی از دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۴۰ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله ۸ جلسه مشاوره گروهی واقعیت‌درمانی طی ۴ هفته متوالی و گروه کنترل مراقبت‌های معمول بارداری را دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه عملکرد جنسی زنان قبل و ۴ هفته بعد از مداخله جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶، با استفاده از آزمون‌های تی‌زوجی، تی‌مستقل، Mann-Whitney تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره عملکرد جنسی قبل از مداخله بین دو گروه، اختلاف آماری معناداری نداشت اما ۴ هفته بعد از مداخله، اختلاف میانگین نمرات عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله، در گروه مداخله ۲۷/۲۲±۲/۹۱ و در گروه کنترل ۲۰/۳۲±۰/۳۱ بود که افزایش معناداری در گروه مداخله نسبت به کنترل مشاهده شد ( $p < 0.01$ ).

نتیجه‌گیری: رایحه مشاوره جنسی گروهی مثبتی بر رویکرد واقعیت‌درمانی می‌تواند باعث ارتقای عملکرد جنسی زنان باردار شود. لذا کاربرد این رویکرد مشاوره‌ای توسط ماماها در بهبود عملکرد جنسی زنان طی بارداری توصیه می‌شود.

نویسنده مسؤول:  
مهتاب عطارها؛ دانشکده  
پزشکی، دانشگاه علوم  
پزشکی اراک، اراک، ایران

e-mail:  
m.attarha@arakmu.  
ac.ir

واژه‌های کلیدی: واقعیت‌درمانی، مشاوره، عملکرد جنسی، بارداری

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۳ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۴۰۳ - انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۷/۲۳

### مقدمه

زندگی هر فرد است، ممکن است باعث تغییر در فعالیت جنسی والدین آینده شود (۲). همچنین بارداری دوره خاصی از زندگی زن است که در طی آن تغییرات جسمی، هورمونی، روحی، روانی، اجتماعی و فرهنگی بر تمایلات جنسی در طی آن اثر می‌گذارد. این دوران سلامت جنسی زن و مرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. در دوران بارداری، میل جنسی و عملکرد جنسی زنان و همسران آن‌ها غیرقابل پیش‌بینی می‌شود، ممکن است افزایش یا کاهش یافته یا

رابطه جنسی بخش مهمی از زندگی انسان است، بخشی که به طور اساسی بهزیستی افراد را تعیین می‌کند (۱). روابط زناشویی به عنوان مهم‌ترین و اساسی‌ترین رابطه انسانی توصیف شده، زیرا ساختار اساسی برای ایجاد روابط خانوادگی و تربیت نسل آینده را فراهم می‌کند. از آن جا که بارداری یکی از مهم‌ترین دوره‌های

۱- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران  
۳- گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

به خطر انداخته است و این امر به ویژه در زوج‌هایی که از نحوه صحیح آمیزش و عوارض آن در دوران بارداری آگاهی ندارند، مشاهده شده است (۶).

آموزش بهداشت جنسی با افزایش رضایت جنسی همراه است، همچنین می‌تواند نتایج مثبتی از جمله ارتباط مناسب بین زوج‌ها، لذت بردن از رابطه جنسی، تقویت خودآگاهی و عزت نفس و تصمیم‌گیری آگاهانه در فرد و سطوح بین فردی ایجاد کند (۲). در مطالعه حیدری و همکاران، شاخص عملکرد جنسی زنان (Female Sexual; Function Index: FSFI) از  $22/35 \pm 9/90$  به  $27/32 \pm 4/02$  پس از آموزش جنسی بهبود یافت (۷). یافته‌های برخی مطالعات در ایران نشان داد که آموزش بهداشت جنسی در بهبود روابط زناشویی و عملکرد جنسی زنان مؤثر است (۸ و ۹).

ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مهم‌ترین مربی هستند و می‌توانند مشکلات متعدد سلامتی زوج‌ها را برطرف کنند. همچنین نتایج مطالعات نشان داده که بیمارانی که از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برند، در زمان مراجعه به کلینیک‌های مراقبت‌های بهداشتی، علاقه‌مند به ارتباط و صحبت در مورد مشکل خود با ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هستند. متأسفانه امروزه مراقبان بهداشتی این جنبه مهم زندگی شخصی یعنی مسایل مربوط به میل و رضایت جنسی را نادیده گرفته و حتی اگر از مهارت‌های لازم برخوردار باشند، بهانه‌هایی مانند زمان محدود، بی‌علاقگی و ناتوانی را ذکر کرده و نقش خود را در تشخیص و ارزیابی اختلالات جنسی نادیده می‌گیرند. اما با تبیین

بدون تغییر بماند (۳). باورها در مورد رابطه جنسی در دوران بارداری متفاوت گزارش شده است. برخی از زنان باردار معتقد بودند که رابطه جنسی در بارداری باعث بهبود روابط جنسی و همچنین سلامت جنین می‌شود. برخی از آن‌ها در این دوران، در مورد رابطه جنسی عقاید منفی داشتند، مانند سقط جنین، عفونت مادر و جنین، پارگی پرده، خون‌ریزی، زایمان زودرس (۴).

مطالعه‌ای که توسط Corbacioglu و همکاران انجام یافت، نشان داد که عملکرد جنسی در زنان پس از فهمیدن بارداری، کاهش یافته است (۵). تحقیقات بین‌المللی نشانگر آن است که میزان اختلال عملکرد جنسی در زنان غیرباردار ۶۶-۳۰٪ است، اما این میزان در زنان باردار ۵۷ تا ۷۵٪ است (۳). در ایران اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار ۵۴/۷٪ گزارش شده است (۲). این امر ممکن است نتیجه کاهش میل جنسی که اغلب توسط زنان باردار گزارش می‌شود و یا ناشی از ترس‌ها و افسانه‌های مرتبط با سلامت مادر و کودک باشد.

بیش‌ترین نگرانی‌هایی که در مورد فعالیت جنسی در دوران بارداری ذکر می‌شود، خون‌ریزی، القای زایمان، عفونت، آسیب جنین و پارگی پرده‌هاست (۱). از طرفی باورهای غلط گاهی منجر به اختلال در روابط زوج‌ها و شکل‌گیری رفتار جنسی ناسالم به ویژه در دوران بارداری می‌شود. در واقع عدم رضایت جنسی با مشکلات اجتماعی مانند جرایم، تجاوزات جنسی، انزجارهای روانی و طلاق ارتباط تنگاتنگی دارد (۳). مطالعات نشان داده که در برخی موارد آمیزش جنسی، حاملگی را

عوارض مؤثر بر میل و رضایت جنسی و همچنین تشویق به عملکرد مثبت، می‌توانند در این زمینه مؤثر واقع شوند (۳).

ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مادران (ماماها)، هنگام برخورد با زوج‌ها، باید تغییرات دوران بارداری را مورد بحث قرار دهند و با استفاده از مطالعات مبتنی بر شواهد، راهنمایی‌های لازم را ارائه کنند (۱۰). اگرچه تمایلات جنسی غریزی و غیرارادی است، نگرش‌ها و رفتارهای جنسی قابل آموزش هستند. بنابراین، رفتارهای جنسی مشابه، می‌تواند برای افراد مختلف معانی متفاوتی داشته باشد و همچنین می‌تواند هر از گاهی برای یک فرد تغییر کند. از آن جا که نگرش اجتماعی نسبت به سلامت جنسی در دهه گذشته تغییر کرده، با افزایش آگاهی، فرد می‌تواند به سمت سلامتی بیش‌تر در مسایل و روابط جنسی حرکت کند. متأسفانه در ایران مطالعات کمی در زمینه آموزش مسایل جنسی که بخش مهمی از سلامت باروری است، انجام یافته است (۳).

از آن جا که هدف اصلی آموزش ارتقای سطح سلامت و یا تغییر یا اصلاح رفتارهای نامناسب و نامطلوب مددجو است، یکی از عوامل مؤثر در کیفیت آموزش، روش آموزش است. انتخاب روش مناسب، به عوامل مختلفی بستگی دارد و مهم‌ترین آن‌ها تناسب روش با موضوع موردنظر، محتوا، مواد، شرایط، مربی و یادگیرنده است (۱۱).

واقعیت‌درمانی از جمله روش‌های آموزشی / مشاوره‌ای نوینی است، که در دهه ۱۹۵۰ میلادی به وسیله روان‌پزشکی به نام

ویلیام گلاسر (William Glasser) براساس نظریه انتخاب بنا شده است. این روش مجموعه‌ای از اصول نظری و عملی است که در آن سعی شده با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت و امور درست و نادرست در زندگی فرد، به رفع مشکلات او کمک کند. در واقع مشاوره واقعیت‌درمانی، رویکرد نسبتاً صریحی است که مراجع به وسیله آن می‌تواند برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک روند منطقی یا واقع‌بینانه عمل کنند (۱۲).

از نظر Glasser تمام اعمالی که انجام می‌دهیم رفتار است، که شامل چهار مؤلفه تفکر، عملکرد، احساس و فیزیولوژی است و تقریباً تمام رفتارهای ما با غرایز درونی و نیازهای اساسی شامل: نیاز عشق و تعلق خاطر، قدرت، آزادی، بقا و تفریح هدایت می‌شود. در این رویکرد افراد یاد می‌گیرند که تفکر، رفتار و احساسی که تجربه می‌کنند، تحت کنترل خودشان باشد (۱۳). نتایج حاصل از مطالعه محمدی و همکاران حاکی از آن است که مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی می‌تواند سبب افزایش رضایت‌مندی جنسی در زنان شود (۱۴). مطالعات محمدی و خانی، حیدری و همکاران و نویدیان و همکاران هم حاکی از تأثیر مثبت آموزش و مشاوره گروهی بر کلیه ابعاد عملکرد جنسی و باورهای سنتی و نگرش زنان در خصوص رابطه جنسی در دوران بارداری است (۳، ۷، ۱۵، ۱۶).

اما منابع علمی اطلاعاتی در این زمینه بسیار محدود است و از سوی دیگر تجارب محققان مقاله حاضر در زمینه مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان، به عنوان مامای ارایه‌دهنده

استفاده شد به این ترتیب که با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان ۸۰٪ و اندازه اثر ۰/۶۵ و در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش افراد در طول مطالعه، حجم نمونه در کل ۸۰ نفر (در هر گروه ۴۰ نفر) برآورد شد (۱۷).

$$n \geq \frac{2(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{\epsilon^2}$$

نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انجام یافت. بدین ترتیب که از بین ۵ مرکز خدمات جامع سلامت، سه مرکز به صورت تصادفی از طریق قرعه‌کشی انتخاب شد به این صورت که نام مراکز در ۵ برگه نوشته شد و به صورت تصادفی ۳ برگه برداشته شد. از هر مرکز منتخب که هر کدام دارای چند پایگاه سلامت شهری تحت پوشش بود، دو پایگاه به صورت تصادفی (به روش قرعه‌کشی) انتخاب و سپس به طور تصادفی (شیر یا خط) یک پایگاه به عنوان گروه مداخله و دیگری به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. در مجموع سه پایگاه سلامت گروه مداخله (ارسطو و ابوریحان هر کدام ۱۵ نفر و رودکی ۱۰ نفر) و سه مرکز گروه کنترل (شادپور و مرسلی هر کدام ۱۵ نفر و هپکو ۱۰ نفر) جهت نمونه‌گیری انتخاب شدند و در نهایت پژوهشگر به صورت یک روز در میان به پایگاه‌های گروه‌های مداخله و کنترل مراجعه نمود و از بین مراجعه‌کنندگان واجد شرایط، نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام می‌گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: زن ایرانی، متأهل، در حال زندگی با همسرش و تنها شریک زندگی همسرش بوده

مراقبت‌های بهداشتی مادران، نیز نشان داده مطالعات محدودی در مراکز بهداشتی در مورد عملکرد جنسی یا اختلالات آن در دوران بارداری انجام یافته است. مراقبان سلامت نه تنها به سؤالات مراجعان پاسخ ناقص می‌دهند، بلکه بیش‌تر زنان باردار هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد مشکلات جنسی در این دوران دریافت نمی‌کنند (۲). از این رو، توسعه برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای با تأکید بر واقعیت‌درمانی در این حوزه می‌تواند به ارتقای سلامت جنسی زنان باردار و بهبود روابط خانوادگی کمک کند (۲و۶). بنابراین به طور کلی، در ایران نیاز به مطالعات بیش‌تری برای بهبود مسایل جنسی و سلامت باروری احساس می‌شود، از این رو، ضروری است که برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای در زمینه جنسیت و روابط جنسی در دوران بارداری و پس از زایمان توسط ماماها و متخصصان بهداشت جنسی ارایه شود (۳). لذا به منظور بررسی تأثیر نقش ماماها در مراقبت‌های دوران بارداری و با توجه به مطالعات بالینی محدود در مشاوره جنسی، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی واقعیت‌درمانی بر عملکرد جنسی زنان باردار انجام گرفته است.

## روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای (با رویکرد مشاوره‌ای) تصادفی شده، با گروه کنترل است که در سال ۱۳۹۸ در مورد زنان باردار تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت اراک انجام گرفته است. جهت محاسبه حجم نمونه، بر طبق فرمول زیر، از اندازه اثر

و بیش‌تر از یک سال از زندگی مشترک‌شان بگذرد، بارداری نخست، تریمستر دوم بارداری، تک‌قلویی، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلای زوج‌ها به بیماری روانی و طبیی خاص شامل: دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی، آسم، صرع و بیماری‌های مزمن تنفسی، کلیوی، کم‌خونی شدید، عدم ابتلای شوهر به مشکلات جنسی مانند اختلال نعوظ، زودانزالی و دیرانزالی، عدم استفاده از داروهای مؤثر بر پاسخ‌های جنسی (براساس خودگزارش‌دهی)، عدم وقوع رخداد‌های ناگوار طی حداقل ۳ ماه گذشته، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم گذراندن آموزش پیرامون مسایل جنسی طی یک سال گذشته و فقدان سابقه جراحی بر روی دستگاه ژنتیال. در صورت بروز هرگونه مشکل در حین مطالعه (مانند عوارض بارداری، اعتیاد به الکل و مواد مخدر، طلاق، یا وقوع هرگونه حادثه ناگوار) یا عدم تمایل به ادامه همکاری و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مشاوره‌ای، شرکت‌کننده از مطالعه خارج می‌شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه مشخصات فردی، باروری و زناشویی و پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index: FSFI) بود.

۱- پرسشنامه مشخصات فردی، باروری و زناشویی محقق ساخته شامل مشخصات فردی، سابقه اطلاعات زناشویی و باروری بود.

۲- پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) توسط Rosen و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شد که شامل ۱۹ سؤال در ۶

خرده‌مقیاس است: میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، درد هنگام مقاربت و رضایت جنسی. برای سؤال‌های میل جنسی امتیاز ۵-۱ و برای سایر حوزه‌ها امتیاز ۵-۰ در نظر گرفته شده، نمره صفر بیانگر آن است که فرد در طی یک ماه گذشته هیچ‌گونه فعالیت جنسی نداشته است. در نهایت جهت محاسبه، نمره هر یک از خرده‌مقیاس‌ها در ضریب عددی خاص ضرب می‌شود (میل جنسی در عدد ۰/۶، تحریک جنسی و رطوبت مهبل در ۰/۳، ارگاسم، درد هنگام مقاربت و رضایت جنسی در عدد ۰/۴). دامنه نمره برای خرده‌مقیاس‌ها به این صورت است: میل جنسی ۶-، ۱/۲ و سایر خرده‌مقیاس‌ها ۶-۰، حداقل نمره برای کل مقیاس ۶ و حداکثر نمره ۳۶ است و در مجموع کسب نمره بیش‌تر نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است (۱۸) این پرسشنامه توسط فخری و همکاران در ایران روان‌سنجی شده و روایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ در مطالعه آن‌ها به تأیید رسیده است (۱۹).

این مطالعه با کد اخلاق (IR.ARAKMU.REC1398.051) در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک تأیید شد. قبل از امضای فرم رضایت‌نامه کتبی، به نمونه‌ها در مورد اهداف و روش مطالعه، مشارکت داوطلبانه در پژوهش، رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات، اعلام نتایج به صورت کلی و امکان ترک مطالعه در هر زمان توضیح داده شد. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه، هر دو گروه پرسشنامه‌های مربوط به اطلاعات

شخصی، باروری و زناشویی و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان را به روش خودگزارشی تکمیل نمودند. محتوا و ساختار مداخله براساس نیازسنجی نمونه‌ها و با استفاده از منابع علمی معتبر (۲۰ و ۲۱) تهیه و پس از تأیید توسط متخصصان مربوط، مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد واقعیت‌درمانی، به صورت مشاوره گروهی برای گروه مداخله توسط پژوهشگر اجرا شد (جدول شماره ۱). مشاوره در گروه‌های ۱۵-۱۲ نفره، طی ۸ جلسه متوالی ۲ ساعته، دو بار در هفته، طبق سرفصل‌های قید شده در جدول شماره ۱ انجام پذیرفت. کلیه تکالیف انجام گرفته توسط شرکت‌کنندگان و همسرانشان در جلسات بعدی جمع‌آوری، به بحث و پرسش و پاسخ گذاشته می‌شد. لازم به یادآوری است که جهت مراجعه به موقع شرکت‌کنندگان، قبل از برگزاری هر جلسه، پیگیری تلفنی انجام می‌گرفت و به منظور جلوگیری از ریزش نمونه و ادامه ارتباط، شماره تلفن پژوهشگر در اختیار نمونه‌ها قرار داده شد تا در مواقع نیاز به کمک و راهنمایی یا سؤال، با ایشان در تماس باشند در ضمن گروه کنترل مراقبت‌های معمول بارداری شامل: کنترل علائم حیاتی، وزن مادر، انجام مانورهای لئوپولد (Leopold)، شنیدن صدای قلب جنین، تجویز مکمل‌های یدوفولیک، آهن و مولتی ویتامین متناسب با سن بارداری را دریافت می‌نمودند. در پایان مطالعه، به منظور رعایت موازین اخلاقی محتوی آموزشی به صورت جزوه در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. در گروه مداخله و کنترل یک ماه پس از اتمام آخرین جلسه مشاوره، عملکرد جنسی مجدد سنجیده و پرسشنامه‌ها تکمیل شد.

برای مقایسه امتیاز شاخص عملکرد جنسی و حیطة‌های آن در مراحل قبل و یک ماه بعد از مشاوره بین دو گروه مداخله و کنترل، از آزمون  $t$  مستقل، برای مقایسه متغیرهای شاخص عملکرد جنسی درون گروهی در هر مرحله قبل و یک ماه بعد از مشاوره، در هر گروه به صورت جداگانه از آزمون  $t$  زوجی استفاده شد. آزمون‌های مجذور کای دو و دقیق فیشر، جهت متغیرهای کیفی به کار گرفته شد. با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف Kolmogorov-Smirnov test (K.S.)، توزیع نرمال متغیرهای کیفی بررسی شد. به منظور انجام تمام آزمون‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده و سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

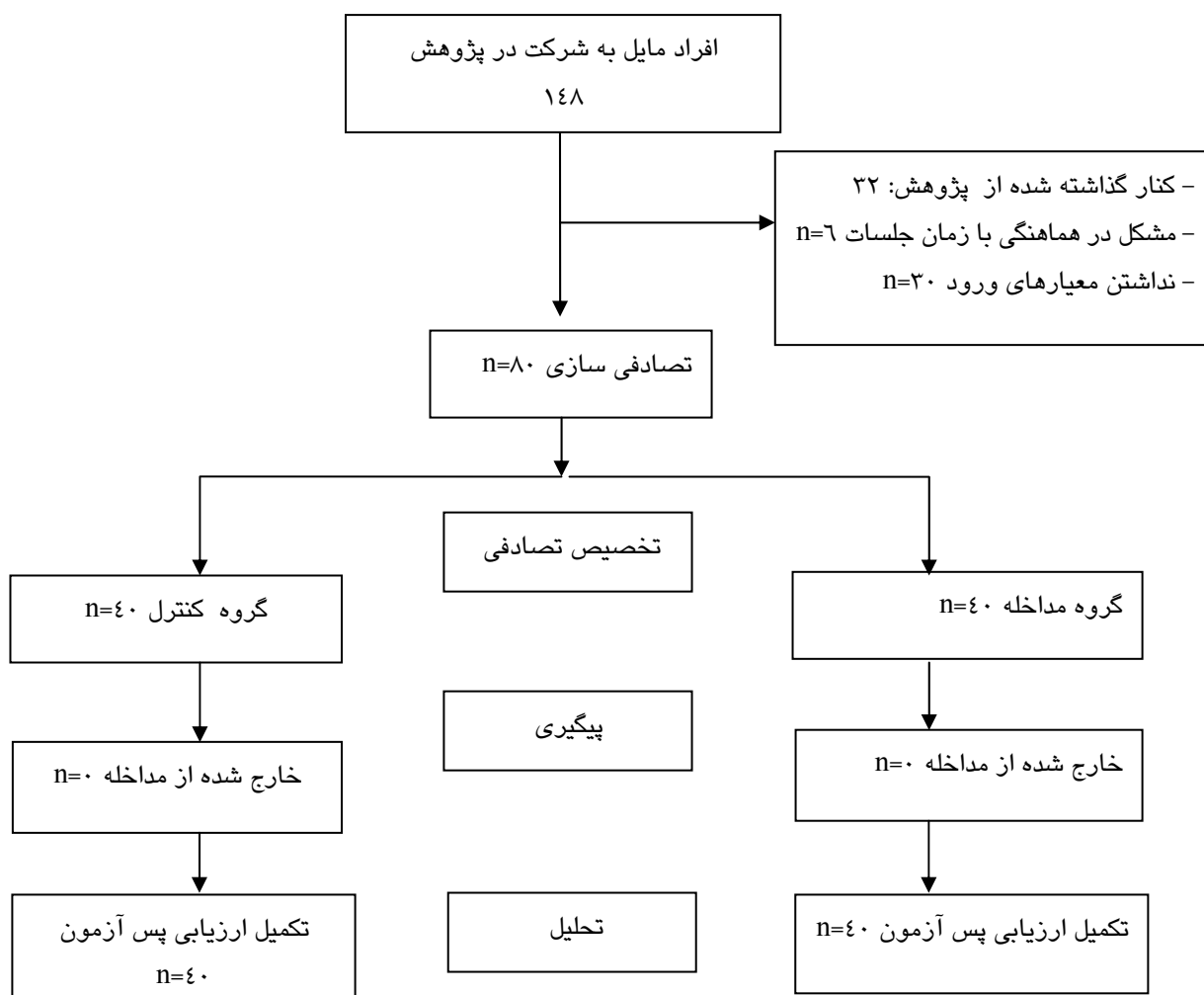
در مجموع ۸۰ نفر وارد مطالعه شدند (۴۰ نفر در هر گروه، شکل شماره ۱ نمودار کنسورت). در ابتدای مطالعه دو گروه از نظر تمام ویژگی‌های فردی، باروری و زناشویی از جمله سن، سن همسر، سن اولین قاعدگی، سن ازدواج، سن بارداری، تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته ( $p > 0/05$ ) و همگن بودند. یافته‌های پژوهش نشان داد از نظر سطح تحصیلات بیش‌ترین فراوانی در مقطع دانشگاه و همچنین بیش‌تر زنان خانه‌دار بودند (جدول شماره ۲). فرض توزیع نرمال عملکرد جنسی و حیطة‌های آن برقرار بود ( $p > 0/05$ ) مقایسه عملکرد جنسی، بین دو گروه قبل از مداخله نشان داد که بین میانگین امتیاز کلیه حیطة‌های جنسی، براساس نتایج آزمون

و یک ماه بعد از مشاوره در گروه مداخله از نظر آماری معنادار بود ( $p < 0.001$ ). ولی در گروه کنترل، قبل و بعد از مشاوره اختلاف معنادار ( $p > 0.05$ ) نبود (جدول شماره ۳). همچنین در این مرحله بین دو گروه در تمامی حیطه‌های شش‌گانه (میل، برانگیختگی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت و درد) تفاوت معناداری وجود داشت و زنان گروه مداخله که مشاوره جنسی دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل به نمرات بالاتری در حیطه‌های یاد شده دست یافتند (جدول شماره ۴).

تی‌مستقل اختلاف معنادار آماری وجود نداشته و دو گروه همگن بودند ( $p > 0.05$ ). مقایسه عملکرد جنسی بین دو گروه یک ماه بعد از مداخله نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله  $27/22 \pm 2/91$  و در گروه کنترل  $20/32 \pm 0/31$  بوده که آزمون تی‌مستقل این تفاوت را معنادار نشان داد ( $p < 0.001$ ). مشاوره جنسی با رویکرد واقعیت‌درمانی موجب بهبود عملکرد جنسی افراد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد. به طوری که اختلاف بین میانگین نمره عملکرد جنسی قبل

#### جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات مشاوره جنسی گروهی مبتنی بر رویکرد واقعیت‌درمانی بر عملکرد جنسی زنان باردار

جلسه	مرحله آشنایی	مرحله فعالیت	مرحله پایان
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر بیان اهداف مطالعه، بیان قوانین گروه که باید توسط اعضا رعایت شود	ارایه مشاوره گروهی در خصوص عملکرد و روابط جنسی با تمرکز بر نیازهای مراجعین، باورها و انگیزه‌های جنسی، با استفاده از تابلوهای آموزشی، مولاژ و پاورپوینت	تحویل پرسشنامه‌ای جهت سنجش دانش و نگرش جنسی به ایشان، درخواست تکمیل آن در منزل با همسر
جلسه دوم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و پرسش در مورد تکالیف هفته قبلی	ارایه مشاوره گروهی در خصوص انتظارات در رابطه جنسی با تمرکز بر عملکرد جنسی در بارداری، باورهای غلط و تابوها با تأکید بر رفتار کلی، از دیدگاه واقعیت‌درمانی	آموزش تکنیک تن آرامی، درخواست انجام آن در منزل
جلسه سوم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و پرسش در مورد تکالیف هفته قبلی	ارایه مشاوره گروهی در خصوص انتخاب‌های کنونی، ماشین رفتار و نیازهای اساسی با استفاده از پاورپوینت و ارایه کاربرگ	آموزش تمرین حسی یک و درخواست انجام آن با همسر در منزل
جلسه چهارم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و پرسش در مورد تکالیف هفته قبلی	ارایه مشاوره گروهی در خصوص دنیای مطلوب زنان باردار متمرکز بر روابط جنسی و مقایسه آن با دنیای واقعی با استفاده از پاورپوینت	آموزش تمرین حسی دو، درخواست انجام آن با همسر در منزل
جلسه پنجم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و پرسش در مورد تکالیف هفته قبلی	ارایه مشاوره گروهی در خصوص روابط ناکارآمد جنسی و دلایل ناکارآمدی آن، به کارگیری نظریه انتخاب با تأکید بر کنترل درونی، با استفاده از پاورپوینت	آموزش تمرین خیال‌پردازی جنسی، درخواست انجام آن در منزل
جلسه ششم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و پرسش در مورد تکالیف هفته قبلی	ارایه مشاوره گروهی در خصوص پذیرش مسئولیت جهت بهبود روابط جنسی، شناسایی نیازهای اساسی و هم‌خوانی با شخصیت افراد متمرکز بر روابط جنسی	آموزش تمرین دیالوگ جنسی، درخواست انجام آن با همسر در منزل
جلسه هفتم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و پرسش در مورد تکالیف هفته‌های قبلی	ارایه مشاوره گروهی در خصوص راه‌های پیشگیری از اختلالات جنسی و بهبود روابط با بهره‌گیری از تئوری خلاقیت در نظریه انتخاب	
جلسه هشتم	یادآوری قوانین گروه، دریافت و پرسش در مورد تکالیف هفته‌های قبلی	ارایه مشاوره گروهی در خصوص دایره حل زناشویی، دنیای کیفی جدید، بررسی انتخاب‌ها، مرور مباحث گذشته و پاسخ‌گویی به سؤالات	تأکید در خصوص تکمیل پرسشنامه‌ها یک ماه بعد و کنترل مجدد تلفن‌های افراد



شکل ۱- روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری زنان باردار

## جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های فردی و باروری قبل از مداخله در گروه مداخله و کنترل در زنان مراجعه‌کننده به مراکز

جامع سلامت سطح شهر اراک در سال ۱۳۹۸

p-value*	گروه		متغیر
	کنترل (۴۰ نفر)	مداخله (۴۰ نفر)	
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
۰/۳۰۱	۳۰/۱۲±۴/۵۴	۲۸/۵۸±۴/۶۱	سن (سال)
۰/۰۸۲	۳۳/۳۸±۴/۵۲	۳۱±۳/۸۱	سن همسر (سال)
۰/۳۲۱	۱۴/۱۲±۲/۱۸	۱۳/۸۷±۱/۴۴	سن اولین قاعدگی (سال)
۰/۷۱۲	۲۳/۲۷±۶/۶۸	۲۴±۴/۳۶	سن ازدواج (سال)
۰/۷۱۴	۲۳/۸۳±۴/۱۹	۲۴/۱۲±۴/۴۹	سن بارداری (هفته)

\* آزمون t مستقل،  $p < 0.05$  اختلاف معنادار



**جدول ۳- مقایسه میانگین نمره عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل در زنان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت سطح شهر اراک سال ۱۳۹۸**

p-value*	گروه		نمره عملکرد جنسی
	کنترل (۴۰ نفر)	مداخله (۴۰ نفر)	
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
۰/۰۷۳	۲۰/۵۱±۳/۱۳	۲۰±۲/۶۲	قبل از مداخله
۰/۰۰۱	۲۰/۳۲±۰/۳۱	۲۷/۲۲±۲/۹۱	بعد از مداخله
۰/۰۰۱	۰/۱۹±۰/۱	۷/۲۲±۰/۲	تفاوت بعد نسبت به قبل از مداخله
-	۰/۳۴۸	۰/۰۰۱	p-value**

\* آزمون t مستقل، \*\* آزمون t زوجی،  $p < ۰/۰۵$  اختلاف معنادار

**جدول ۴- مقایسه میانگین نمرات عملکرد جنسی و حیطه‌های آن قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل در زنان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت سطح شهر اراک سال ۱۳۹۸**

p-value*	گروه		زمان	حیطه
	کنترل (۴۰ نفر)	مداخله (۴۰ نفر)		
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین		
$p = ۰/۲۵۹$	۳/۶۹±۰/۸۸	۳/۳۸±۰/۷۱	قبل از مداخله	میل جنسی
$p < ۰/۰۰۱$	۳/۷۲±۰/۹۲	۴/۱۳±۰/۹۱	بعد از مداخله	
-	$p = ۰/۰۵۲$	$p < ۰/۰۰۱$	p-value**	
$p = ۰/۱۳۹$	۳/۵۸±۰/۸۱	۳/۳۶±۰/۶۲	قبل از مداخله	برانگیختگی
$p < ۰/۰۰۵$	۳/۵۲±۰/۷۷	۴±۰/۷۸	بعد از مداخله	
-	$p = ۰/۴۹۷$	$p < ۰/۰۰۱$	p-value**	
$p = ۰/۲۳۶$	۳/۸۸±۰/۷۲	۳/۷۱±۰/۶۹	قبل از مداخله	رطوبت جنسی
$p = ۰/۰۴۳$	۳/۸۸±۰/۷۲	۴/۰۱±۰/۷۸	بعد از مداخله	
-	$p = ۰/۲۲۸$	$p = ۰/۰۰۹$	p-value**	
$p = ۰/۹۹۲$	۳/۰۳±۰/۸۱	۳/۰۵±۰/۸۲	قبل از مداخله	ارگاسم
$p < ۰/۰۰۱$	۳/۰۳±۰/۸۱	۵/۱۹±۰/۸۱	بعد از مداخله	
-	$p = ۰/۶۲۰$	$p < ۰/۰۰۱$	p-value**	
$p = ۰/۸۶۵$	۲/۸۸±۰/۸۱	۲/۸۸±۰/۸۱	قبل از مداخله	رضایت‌مندی
$p < ۰/۰۰۱$	۲/۸۹±۰/۷۹	۵/۵۲±۰/۸۹	بعد از مداخله	
-	$p = ۰/۸۲۳$	$p < ۰/۰۰۱$	p-value**	
$p = ۰/۶۹۴$	۳/۴±۰/۴۱	۳/۵±۰/۸۹	قبل از مداخله	بهبود درد جنسی
$p < ۰/۰۰۱$	۳/۳۱±۰/۵۱	۴/۳۸±۰/۵۹	بعد از مداخله	
-	$p = ۰/۲۰۵$	$p < ۰/۰۰۱$	p-value**	

\* آزمون t مستقل، \*\* آزمون t زوجی،  $p < ۰/۰۵$  اختلاف معنادار

## بحث و نتیجه‌گیری

باردار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر اراک انجام یافت. طبق نتایج یک ماه پس از اتمام مداخله، عملکرد جنسی در

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی واقعیت درمانی بر عملکرد جنسی زنان

گروه مداخله افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل داشت که نشان‌دهنده مشاوره جنسی گروهی مبتنی بر رویکرد واقعیت‌درمانی، موجب ارتقای عملکرد جنسی زنان باردار شده است.

نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه نظام‌نیا و همکاران، که با هدف تأثیر مشاوره شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) بر عملکرد جنسی و عزت نفس زنان در دوران بارداری انجام گرفت و یافته‌ها نشان‌دهنده مشاوره با روش CBT در مقایسه با آموزش‌های معمول دوران بارداری، منجر به بهبودی عملکرد جنسی و عزت نفس زنان باردار می‌شود (۲۲)، همچنین با نتایج مطالعات محمدی و خانی که با هدف مقایسه روش آموزش چهره‌به‌چهره با فیلم‌های آموزشی بر اختلال عملکرد جنسی زوجها طی بارداری انجام یافت (۳) و حیدری و همکاران که تأثیر آموزش جنسی بر عملکرد جنسی زوجها حین بارداری (۷)، را مورد بررسی قرار دادند، در یک راستا است.

همچنین در مقایسه بین گروهی بعد از مداخله، تفاوت میانگین نمرات در تمامی حیطه‌های شش‌گانه عملکرد جنسی افزایش معناداری را در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داد.

علیزاده و همکاران در یک مطالعه کارآزمایی بالینی تأثیر آموزش بهداشت جنسی بر فعالیت جنسی، کیفیت زندگی جنسی و خشونت جنسی در بارداری را بررسی کردند. تعداد ۱۵۴ زن باردار که جهت دریافت مراقبت‌های بارداری به مراکز بهداشتی رشت

مراجعه می‌کردند، به صورت تصادفی به یکی از ۳ گروه A: آموزش جنسی، B: خودآموزشی و C: کنترل تقسیم شدند. ابعاد سلامت جنسی قبل از شروع مداخله در ابتدای هر سه ماهه بارداری و سپس انتهای بارداری (۴۰-۳۶ هفتگی)، اندازه‌گیری شد. نتایج حاکی از تأثیر معنادار بسته آموزشی بر بهبود فعالیت جنسی، کیفیت زندگی و مشکلات جنسی، از ابتدا به انتهای بارداری، در گروه مداخله A، نسبت به گروه‌های مداخله B و کنترل، بود. آنان به منظور حفظ و ارتقای سلامت جنسی زنان باردار، آموزش سلامت جنسی هم‌راستا با سایر مراقبت‌های بهداشتی، طی حاملگی توسط ماماها را پیشنهاد دادند (۲۳). نتایج مطالعه حاضر در بهبود عملکرد جنسی زنان طی بارداری هم‌راستا با مطالعه علیزاده و همکاران است. در حالی که مطالعه ما شامل ۸ جلسه مشاوره در نیمه دوم بارداری، برای تنها گروه مداخله (۴۰ نفر) و ارزیابی مراقبت‌های معمول بارداری برای گروه کنترل (۴۰ نفر) بوده و همچنین ابزار پژوهش نیز پرسشنامه FSFI بود.

نویدیان و همکاران تأثیر مشاوره سکس‌درمانی بر پاسخ جنسی زنان باردار را در یک مطالعه نیمه تجربی بررسی کردند. در این پژوهش صد زن باردار که جهت دریافت مراقبت‌های معمول بارداری به مراکز بهداشتی شهر زاهدان مراجعه می‌کردند، به یکی از دو گروه مداخله یا کنترل وارد شدند (در هر گروه ۵۰ نفر). داده‌ها با استفاده از پرسشنامه پاسخ جنسی بارداری (Pregnancy Sexual Response Inventory: PSRI) جمع‌آوری

شده که از طریق مصاحبه قبل و ۶ هفته پس از پایان پنج جلسه مشاوره جنسی تکمیل شد. در گروه مداخله، مشاوره منجر به بهبود عملکرد و کیفیت رابطه جنسی، تعداد دفعات مقاربت و رضایت جنسی شد (۱۵)، نتایج مطالعه ما نیز حاکی از تأثیر مشاوره بر بهبود عملکرد جنسی زنان حین بارداری بود، لیکن در مطالعه حاضر مادران ۸ جلسه مشاوره را دریافت کردند و پیگیری ۴ هفته بعد انجام گرفت.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه محمدی و همکاران که در آن به تأثیر مشاوره گروهی واقعیت‌درمانی بر رضایتمندی جنسی زنان پرداخته شده و یافته‌ها حاکی از بهبود رضایت جنسی زنان و تأثیر مثبت مشاوره بر تعامل جنسی زوجین بوده (۱۴)، هم‌راستا است. همچنین در مطالعه نیمه تجربی که توسط اسماعیلی و همکاران با هدف تأثیر بسته آموزشی ساختارمند، بر عملکرد جنسی زنان باردار انجام گرفت، نتایج نشان‌دهنده افزایش معنادار تأثیر مشاوره جنسی بر نمره کلی عملکرد جنسی و ابعاد آن بود (۲۴).

اما نتایج مطالعه حاضر با مطالعه وکیلان و همکاران که با هدف تأثیر مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی صد زن باردار انجام گرفت، هم‌خوانی ندارد. در مطالعه وکیلان، مداخله به صورت برگزاری ۷ جلسه مشاوره‌ای هفتگی بود، سنجش عملکرد جنسی پس از ۱۲ هفته انجام گرفت. نتایج نشان داد که نمرات در هیچ یک از حیطه‌های میل جنسی، برانگیختگی، تفاوت معناداری ندارد (۲۵). با انجام مقایسه‌های بالا، لازم به یادآوری است که در مطالعه حاضر نمرات در تمام

حیطه‌های چرخه پاسخ جنسی، افزایش معناداری داشته و مشاوره گروهی جنسی طبق رویکرد واقعیت‌درمانی، طی ۸ جلسه ۲ ساعته دو بار در هفته انجام یافته و سنجش مجدد عملکرد جنسی ۴ هفته بعد، صورت گرفت. همچنین در مطالعه حاضر به موارد اهمیت انتظارات در رابطه جنسی، باورهای غلط و تابوها، دنیای مطلوب زنان باردار متمرکز بر روابط جنسی، راه‌های پیشگیری از اختلالات جنسی و بهبود روابط با بهره‌گیری از نظریه خلاقیت در نظریه انتخاب و برانگیختگی کافی به دنبال درخواست، پیش‌نوازی توسط همسر، نحوه عشق ورزی و پذیرش مسؤولیت جهت بهبود روابط جنسی، توجه شد. در نظریه انتخاب بر انتخاب رفتار توسط فرد و احساس مسؤولیت‌پذیری تأکید زیادی شده، تا آن‌ها احساس کنند که برقراری رابطه رضایت‌بخش جنسی از نظر عوامل محیطی در اختیار و اراده آنان بوده و اقدام به رابطه جنسی با همسر به خوبی رخ می‌دهد. بنابراین دریافت‌کننده آموزش از این طریق می‌تواند برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک روند منطقی یا واقع‌بینانه عمل کند (۱۲). همچنین این موارد پس از مداخله آموزشی با دادن تکلیف و تمرین به زوجها نیز تقویت شد. همچنین ارزیابی عملکرد جنسی در مطالعه وکیلان ۱۲ هفته پس از مداخله، ولی در مطالعه ما این ارزیابی ۴ هفته بعد انجام یافت که تفاوت می‌تواند به علت تفاوت فاصله زمانی از نظر پایداری اثر مداخله نیز باشد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: این که عملکرد جنسی، به

دلیل عوامل مزاحم ممکن است تحت تأثیر مشاوره و آموزش قرار نگیرد. همچنین گرچه نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مشاوره جنسی مبتنی بر رویکرد واقعیت‌درمانی باعث ارتقای عملکرد جنسی زنان باردار شده، اما یافته‌های این مطالعه قابل تعمیم و قابل ارایه در همین جمعیت است و برای این که بتوان نتایج را به جوامع بیش‌تری تعمیم داد، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده در سایر محیط‌های پژوهشی و دیگر سطوح اجتماعی و فرهنگی نیز انجام گیرد.

با توجه به یافته‌های به دست آمده از این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که مشاوره جنسی یاد شده برای مردان نیز براساس این رویکرد انجام و با نتایج حاصل مقایسه شود. همچنین سودمندی روش درمانی به کار گرفته شده به صورت طولی مورد ارزیابی قرار گیرد تا از ادامه نتایج در طول زمان اطمینان بیش‌تری حاصل گردد.

در مجموع پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره جنسی گروهی مبتنی بر رویکرد واقعیت‌درمانی، موجب بهبود عملکرد جنسی زنان می‌شود. نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر آن است که با بهره‌گیری از آموزش بر پایه این رویکرد که بر عوامل مهم روان‌شناختی تمرکز نموده و بر انگیزه‌های جنسی، کنترل درونی با به کارگیری نظریه انتخاب، پذیرش مسئولیت جهت بهبود

روابط جنسی، تأکید می‌کند، می‌توان عملکرد جنسی زنان باردار را ارتقا داد. بر این اساس هر زمان زنان باردار، دانش کافی و همراه با توجه به ارضای نیازهای پایه روان‌شناختی در روابط جنسی داشته باشند، این عامل موجب انگیزش درونی مثبت نسبت به رابطه جنسی صحیح در ایشان شده و در نهایت با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت امور درست و نادرست در زندگی فرد، به رفع مشکلات او کمک می‌شود. لذا به مدیران و برنامه‌ریزان بهداشتی پیشنهاد می‌شود با پی‌ریزی به کارگیری مداخلات مشاوره‌ای مبتنی بر رویکرد یاد شده موجبات ارتقا و بهبود سلامت جنسی زنان باردار در طی مراقبت‌های دوران بارداری، بهبود کیفیت روابط زناشویی، زندگی جنسی سالم، به دنبال آن استحکام و دوام پیوند زوجها و خانواده، از طریق راه‌اندازی بخش مشاوره مامایی، در مراکز بهداشتی/درمانی را فراهم کنند.

### تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، که ما را در انجام مطالعه حمایت کردند سپاسگزار می‌شود. این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی، جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد اخلاق (IR.ARAKMU.REC1398.051) است.

### References

- 1 - Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual functioning in pregnant women. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct 30; 16(21): 4216. doi: 10.3390/ijerph16214216.

- 2 - Bokaie M, Gashiri MZ, Khoshbin A, Salimi H. The effectiveness of sexual health counseling based on cognitive-behavioral therapy on sexual satisfaction and inefficient sexual beliefs of primigravida women. *J Educ Health Promot.* 2022 Feb 26; 11: 67. doi: 10.4103/jehp.jehp\_521\_20.
- 3 - Mohammadi M, Khani M. Comparing the effect of face-to-face education and using educational films on couples' sexual dysfunction during pregnancy. *J Educ Health Promot.* 2021 Sep 30; 10: 335. doi: 10.4103/jehp.jehp\_1535\_20.
- 4 - Ribeiro MC, de Tubino Scanavino M, do Amaral MLS, de Moraes Horta AL, Torloni MR. Beliefs about sexual activity during pregnancy: a systematic review of the literature. *J Sex Marital Ther.* 2017 Nov 17; 43(8): 822-832. doi: 10.1080/0092623X.2017.1305031.
- 5 - Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med.* 2012 Jul; 9(7): 1897-903. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02740.x.
- 6 - Nakic Rados S, Soljacic Vranes H, Sunjic M. Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers? *J Sex Marital Ther.* 2015; 41(3): 282-93. doi: 10.1080/0092623X.2014.889054.
- 7 - Heidari M, Aminshokravi F, Zayeri F, Azin SA. Effect of sexual education on sexual function of Iranian couples during pregnancy: a quasi-experimental study. *J Reprod Infertil.* 2018 Jan-Mar; 19(1): 39-48.
- 8 - Khalesi ZB, Bokaie M. The association between pregnancy-specific anxiety and preterm birth: a cohort study. *Afr Health Sci.* 2018 Sep; 18(3): 569-575. doi: 10.4314/ahs.v18i3.14.
- 9 - Sheikhi ZP, Navidian A, Rigi M. Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women. *J Educ Health Promot.* 2020 Apr 28; 9: 87. doi: 10.4103/jehp.jehp\_591\_19.
- 10 - Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med.* 2011 May; 8(5): 1267-84. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02223. x.
- 11 - Mirzabeigi A. Curriculum planning and lesson plan in formal education and human resource training. . 4rd ed. Tehran: Yastaron; 2011.
- 12 - Khalily SH, Barzegar kahnamouel S, Sahebi A, HJ. F. Explore the impact of choice therapy and reality therapy interactions on couples' marital satisfaction. *Applied Psychological Research* 2016;7(1):1-23.
- 13 - Ramzi Eslambooli L, Alipour A, Sepehri Shamloo Z, Zareh H. [The effectiveness of group therapy based on reality therapy on rebuild of relationship beliefs in working married women of Mashhad]. *Journal of Family Research.* 2015; 10(4): 493-509. (Persian)
- 14 - Mohammadi M, Akbari Torkestani N, Mehrabi Rezveh F. [Effectiveness of group counseling based on reality therapy on sexual satisfaction in women]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences.* 2017; 27(155): 27-36. (Persian)

- 15 - Navidian A, Kykhaee A, Imani M, Taimoori B, Soltani P. The effect of group sexual counseling on the sexual response of pregnant women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2017 Jan; 5(1): 60-65.
- 16 - Navidian A, Navabi Rigi S, Soltani P. Effects of group sexual counseling on the traditional perceptions and attitudes of Iranian pregnant women. *Int J Womens Health*. 2016 Jun 13; 8: 203-11. doi: 10.2147/IJWH.S104887.
- 17 - Keyghobadi Sh, Darvizeh Z, Asadzadeh H. [Effects of group reality therapy based on choice theory on responsibility in married women]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2021; 11: 19. doi: 10.29252/mejds.0.0.124. (Persian)
- 18 - Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000 Apr-Jun; 26(2): 191-208. doi: 10.1080/009262300278597.
- 19 - Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The female sexual function index: translation and validation of an Iranian version. *J Sex Med*. 2012 Feb; 9(2): 514-23. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02553.x.
- 20 - Salari Hadki M, Tafazoli M, Tehrani H, Asghari Ebrahim Abad MJ. [Impact of group sexual counseling based on the self-determination theory on women's sexual function]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2021; 27(3): 245-261. (Persian)
- 21 - Parizadeh H, Hasan Abadi H, Mashhadi A, Taghizadeh Kermani A. [Investigating effectiveness of existential and reality group-therapy in treatment of body-image problem in women who undergo mastectomy]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012; 15(22): 27-35. doi: 10.22038/IJOGI.2012.5659. (Persian)
- 22 - Nezamnia M, Irvani M, Bargard MS, Latify M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: an RCT. *Int J Reprod Biomed*. 2020; 18(8): 625-636. doi: 10.18502/ijrm.v13i8.7504.
- 23 - Alizadeh Sh, Riazi H, Alavi Majd H, Ozgoli G. The effect of sexual health education on sexual activity, sexual quality of life, and sexual violence in pregnancy: a prospective randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(1): 334. doi: 10.1186/s12884-021-03803-8.
- 24 - Esmaili M, Bahrami N, Oveisi S. Effect of a structured educational package on women's sexual function during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 Feb; 148(2): 225-230. doi: 10.1002/ijgo.13051.
- 25 - Vakilian K, Kheiri M, Majidi A. Effect of cognitive-behavioral sexual counseling on female sexual function during pregnancy: an interventional study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2018; 6(3): 369-373. doi: 10.15296/ijwhr.2018.60.

# The effect of reality therapy group counseling on pregnant women's sexual function: An interventional study

Fatemeh Bahadori<sup>1</sup>, Mahtab Attarha<sup>2\*</sup>, Fatemeh Mehrabi Rezveh<sup>3</sup>

**Article type:**  
**Original Article**

Received: May 2024  
Accepted: Aug. 2024  
Published: 14 Oct. 2024

Corresponding author:  
Mahtab Attarha  
e-mail:  
m.attarha@arakmu.ac.ir

## Abstract

**Background & Aim:** Pregnant women experience physiological changes and may fear harming themselves or their fetus, leading some to avoid sexual intercourse during pregnancy. This avoidance can lead to sexual health issues. This study aimed to investigate the effect of reality therapy group counseling on the sexual function of pregnant women.

**Methods & Materials:** This interventional study was conducted with 80 pregnant women referred to health centers in Arak in 2019. Participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to either the intervention group or the control group (40 participants in each group). The intervention group received eight sessions of reality therapy group counseling over four consecutive weeks, while the control group received routine prenatal care. Participants completed the standard Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire before the intervention and four weeks after the sessions. Data was analyzed using SPSS software version 16, employing paired *t*-tests, independent *t*-tests, and the Mann-Whitney U test.

**Results:** There was no statistically significant difference in the mean score of sexual function between the two groups before the intervention ( $P=0.573$ ). However, four weeks after the intervention, the mean score of sexual function in the intervention group ( $27.22\pm 2.91$ ) significantly increased compared to the control group ( $20.32\pm 0.31$ ) ( $P<0.001$ ).

**Conclusion:** Implementing group sexual counseling based on the reality therapy approach can improve sexual performance among pregnant women. Thus, it is recommended that midwives employ this approach to improve the sexual function of pregnant women.

**Key words:** reality therapy, counseling, sexual health, pregnancy

## Please cite this article as:

Bahadori F, Attarha M, Mehrabi Rezveh F. [The effect of reality therapy group counseling on pregnant women's sexual function: An interventional study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2024; 30(3): 235-249. (Persian)

1 - Dept. of Midwifery, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran; Students Research Committee, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2 - Dept. of Midwifery, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3 - Dept. of Psychology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

