

اثر بخشی مشاوره جنسی بر اساس مدل BETTER بر نمره افسردگی در دوران بارداری: یک کار آزمایی بالینی تصادفی

مارال فرقانی فر^۱، امید گرکز^۲، سحر پاریاب^۳، مریم فرجام فر^۴، سولماز طالبی^۵، محبوبه پورحیدری^۶

۱- کارشناسی ارشد مشاوره مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۲- کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، مرکز مطالعات، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۳- کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۴- استادیار روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۵- استادیار آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۶- مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

DOI: [10.18502/ijre.v20i4.18873](https://doi.org/10.18502/ijre.v20i4.18873)

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت

۱۴۰۳/۱۱/۰۶

تاریخ پذیرش

۱۴۰۳/۱۲/۲۲

نویسنده رابط

محبوبه پورحیدری

ایمیل نویسنده رابط

poorheidari@shmu.ac.ir

نشانی نویسنده رابط

شاهرود، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود،

دانشکده پرستاری و مامایی، شاهرود، ایران

واژگان کلیدی: بارداری، مشاوره

جنسی، مدل BETTER

چکیده

مقدمه و اهداف: حاملگی از وقایع لذت بخش زندگی زنان محسوب می شود که با تغییرات متعدد بیولوژیکی، سایکولوژیک و اجتماعی همراه است، از جمله پیامدهای شایع این تغییرات افزایش افسردگی می باشد. مشاوره جنسی با مادر باردار به عنوان یکی از مداخلات کمک کننده در جهت بهبود کیفیت زندگی جنسی و افسردگی توسط چندین مطالعه پیشنهاد شده است و این مطالعه با هدف اثر بخشی مشاوره جنسی بر اساس مدل BETTER بر نمره افسردگی در دوران بارداری انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی با تعداد ۱۴۴ شرکت کننده است که به مراکز بهداشتی درمانی شهر بهمنی مراجعه کردند. شرکت کنندگان بر اساس تخصیص تصادفی به دو گروه مساوی ۷۲ نفره مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله در ۲ جلسه مشاوره جنسی ۶۰-۴۵ دقیقه ای بر اساس مدل BETTER شرکت کردند و گروه کنترل مراقبت های معمول دوران بارداری را دریافت کردند. نمره افسردگی با استفاده از پرسشنامه افسردگی ادینبرگ، قبل، بعد و همچنین یک ماه پس از آخرین جلسه مشاوره سنجیده شد. داده های جمع آوری شده وارد SPSS18 و با کمک آمار توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: در این مطالعه نتایج نشان داد که بین نمرات افسردگی در دو گروه کنترل و مداخله پیش از آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت، در حالی که بلافاصله بعد از مداخله و پیگیری یک ماه بعد، تفاوت معناداری در نمرات افسردگی بارداری بین گروه مداخله و کنترل مشاهده شد در گروه مداخله بعد از مشاوره میانگین افسردگی کاهش داشته است ($6/54 \pm 1/32$) و در زمان بعدی ($5/59 \pm 1/47$) هم همان اثر را حفظ کرده است.

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی مدل BETTER برنامه ریزی برای آموزش این مدل و استفاده از آن جهت کاهش افسردگی دوران بارداری پیشنهاد می شود.

مقدمه

حاملگی با تغییرات فیزیولوژیکی و روان شناختی پیچیده ای همراه است که زندگی زوجین از جمله روابط جنسی و زناشویی آنها را تحت تأثیر قرار داده و

می تواند منجر به عمیق تر شدن روابط زوجین و یا از هم گسیختگی آن شود (۱)، بارداری پرخطر به حاملگی گفته می شود که در طی این دوران مادر یا جنین روال طبیعی و عادی را نداشته و لازم است تحت نظر پزشک

مراقبت‌های خاص انجام شود. عواملی نظیر بارداری در سن پایین یعنی زیر ۱۸ سال و بارداری در سن بالا یعنی از سن ۳۵ تا ۴۰ سال می‌توانند بارداری‌های پرخطر را رقم بزنند و نیاز به مراقبت را به حداکثر برسانند (۲).

افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی با شیوع ۱۷ درصد در کل دنیا می‌باشد (۳). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، افسردگی چهارمین عامل از عوامل ایجادکننده بیماری در جهان و علت اصلی ناتوانی می‌باشد و تعداد ۲۶۴ میلیون نفر از این اختلال رنج می‌برند، همچنین شیوع افسردگی در زنان بیش از مردان می‌باشد (۴)، در ایران نیز میزان بروز افسردگی در زنان ۴/۸ درصد و در مردان ۲/۳ درصد گزارش شده است (۵). گذر از یک مرحله زندگی به مرحله دیگر مانند بارداری و یائسگی که همراه با تغییرات هورمونی مانند تغییرات سطح پرولاکتین و کورتیزول است، ازجمله عوامل مؤثر در ایجاد افسردگی می‌باشد. با توجه به آمار جهانی ۱۴/۸ درصد از زنان در دوران بارداری دچار افسردگی می‌شوند (۶)، متأسفانه این آمار در ایران با توجه به مطالعه‌ای متآنالیز در حدود ۴۱/۲۲ درصد تخمین زده شده است (۷).

علائم افسردگی در بارداری شامل احساس گناه، افکار خودکشی و احساس ناامیدی می‌باشد (۸). از مهم‌ترین عوامل تشدیدکننده افسردگی در دوران بارداری می‌توان به مرتبه حاملگی (حاملگی اول و سوم به بعد) وضعیت اقتصادی، رضایت زناشویی، حمایت اجتماعی، تحصیلات زن، وضعیت اشتغال همسر، خانه‌دار بودن مادر، ناخواسته بودن بارداری، سابقه سقط و مرده زایی اشاره کرد (۹). از عوارض افسردگی مادران در دوران بارداری می‌توان به پره اکلامپسی (۱۰)، اختلال خواب، کاهش اشتها و کاهش وزن، کاهش انرژی، افزایش شدت تهوع و استفراغ در بارداری (۱۱) و کاهش میل جنسی و عوارض جنینی شامل زایمان زودرس، وزن کم حین تولد، دور سر کم و پایین بودن نمره اپگار اشاره کرد (۸). افسردگی مادران در دوران بارداری و افسردگی پس از زایمان، مشکلات روانی در کودکان را پیش‌بینی می‌کند (۱۲، ۱۳)، همچنین تأثیر

منفی افسردگی در رضایت جنسی نیز گزارش شده است، تغییرات هورمونی فیزیولوژیک و روانی ایجادشده در طی بارداری باعث تغییراتی در چرخه پاسخ جنسی می‌شود که بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی مؤثر می‌باشد و ممکن است سبب نا به سامانی روابط زوجین و پریشانی زن و شوهر و عدم هماهنگی آن‌ها شود (۱۴). افسردگی بر عملکرد جنسی تأثیر منفی می‌گذارد و باعث ایجاد مشکل در تمام مراحل چرخه جنسی می‌شود (۱۵). با توجه به مطالعات صورت گرفته، احتمال بروز اختلالات جنسی در افراد دچار افسردگی حدود دو برابر بیشتر از افراد سالم می‌باشد (۱۶). بیشترین مشکل گزارش‌شده در افراد دچار افسردگی میل کم به روابط جنسی می‌باشد که به میزان ۴۰ درصد در زنان و ۵۰ درصد در مردان بروز پیدا می‌کند، همچنین بروز اختلالات جنسی با شدت و مدت افسردگی نیز ارتباط دارد (۱۷). ارتباط بین اختلالات جنسی و افسردگی ارتباطی دوطرفه می‌باشد و بروز هرکدام می‌تواند دلیل شروع یا افزایش دیگری باشد، ازاین‌رو اختلال در عملکرد جنسی نیز باعث ایجاد افسردگی می‌شود (۱۸). بوید می‌نویسد: معمولاً در اختلالات عملکرد جنسی فرد دچار کاهش اعتمادبه‌نفس و شرمساری می‌شود که به‌صورت اشتغال ذهنی درمی‌آید و درنهایت موجب افسردگی در فرد می‌شود (۱۹)، ربابه نوری و همکارانش نیز مطالعه‌ای انجام داده‌اند که نشان می‌دهد در زنان بارداری که از علائم افسردگی رنج می‌برند، بهبود کیفیت ارتباط زناشویی می‌تواند بر افسردگی آنان تأثیر کاهنده مشخصی بگذارد (۲۰).

درمان افسردگی در دوران بارداری با مصرف دارو با توجه به عوارض جانبی داروها و مهم‌تر از آن تأثیر سوء این داروها بر روی جنین، محدود شده است، ازاین‌رو سایر رویکردها ازجمله برگزاری جلسات مشاوره در طی سال‌های اخیر اهمیت ویژه‌ای یافته‌اند (۲۱)، در این زمینه چندین پژوهش دیگر نیز انجام شده است و در آن‌ها تأثیر شرکت در جلسات مشاوره بر پایه مدل‌های مختلف بر روی افسردگی بارداری و مشکلات مرتبط با آن

ازجمله کاهش کیفیت زندگی جنسی بررسی شده است، اما نتایج حاصل شده متفاوت می‌باشند، درحالی‌که برخی تأثیر مثبت این جلسات را گزارش نمودند، برخی مطالعات دیگر تأثیری قابل‌توجهی مشاهده نکردند. علاوه بر این تاکنون هیچ گزارشی از تأثیر جلسات مشاوره جنسی بر اساس مدل BETTER بر افسردگی در دوران بارداری چاپ نشده است، از این‌رو در این مطالعه تأثیر مشاوره جنسی بر پایه مدل BETTER بر روی نمره افسردگی در زنان باردار بررسی شد. مدل مشاوره‌ای جنسی BETTER در سال ۲۰۰۴ برای اولین بار توسط مایک و همکارانش به‌عنوان دیدگاهی ساختاری جهت بررسی مسائل جنسی در یک مرکز انکولوژی ارائه شد اما به این حیطه محدود نشد و در حال حاضر در سایر حیطه‌های بالینی نیز استفاده می‌شود. این مدل بر پایه حمایت بیماران جهت بیان مشکلات جنسی خود می‌باشد که شامل ۶ مرحله است (۲).

این مدل می‌تواند یک مدل ایده آل برای زمینه فرهنگی ایران در نظر گرفته شود، خود افشاگری جنسی به دست آمده از این مدل مشاوره‌ای و رفع موانع ارتباط جنسی بین زوجین می‌تواند بر کیفیت زندگی جنسی و رضایت جنسی موثر باشد. از نقاط قوت این مدل پرداختن به ترجیحات مدد جو می‌باشد که سبب تأثیر بیشتر آن شده است (۲۱، ۲۲)، با ارائه مشاوره در خصوص

مسائل جنسی مادران می‌توان آنها را برای سازگاری با تغییرات دوران بارداری آماده ساخت. این پژوهش با توجه به اهمیت کیفیت زندگی جنسی و ارتباط متقابل آن با کیفیت زندگی عمومی علی‌الخصوص افسردگی و با هدف حفظ، تحکیم و ارتقا سلامت خانواده انجام شده است. مدل‌های مختلفی جهت تأثیر مشاوره بر سلامت روان و افسردگی مادران باردار وجود دارد ولی از آنجایی که تاکنون هیچ گزارشی از تأثیر جلسات مشاوره جنسی بر اساس مدل BETTER بر روی افسردگی در دوران بارداری منتشر نشده است، این مطالعه با استفاده از مشاوره جنسی بر پایه مدل BETTER انجام شده است که گروه هدف آن زنان باردار می‌باشد.

روش کار

این مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی شده از نوع موازی دارای دو گروه (کنترل و مداخله) بر روی زنان باردار ۱۴ تا ۲۵ هفته مراجعه کننده به پایگاه‌های بهداشت شهرستان بهمنی از توابع استان کهگیلویه و بویر احمد صورت گرفت. نمره افسردگی در سه مرحله قبل، بعد و یک‌ماه پس از مداخله در دو گروه بررسی شد. حجم نمونه لازم با استفاده از مطالعه زمانی و همکاران و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان ۸۰ درصد و در نظر گرفتن ۳۰ درصد ریزش برابر با ۶۴ نفر برآورد شد (۲۱).

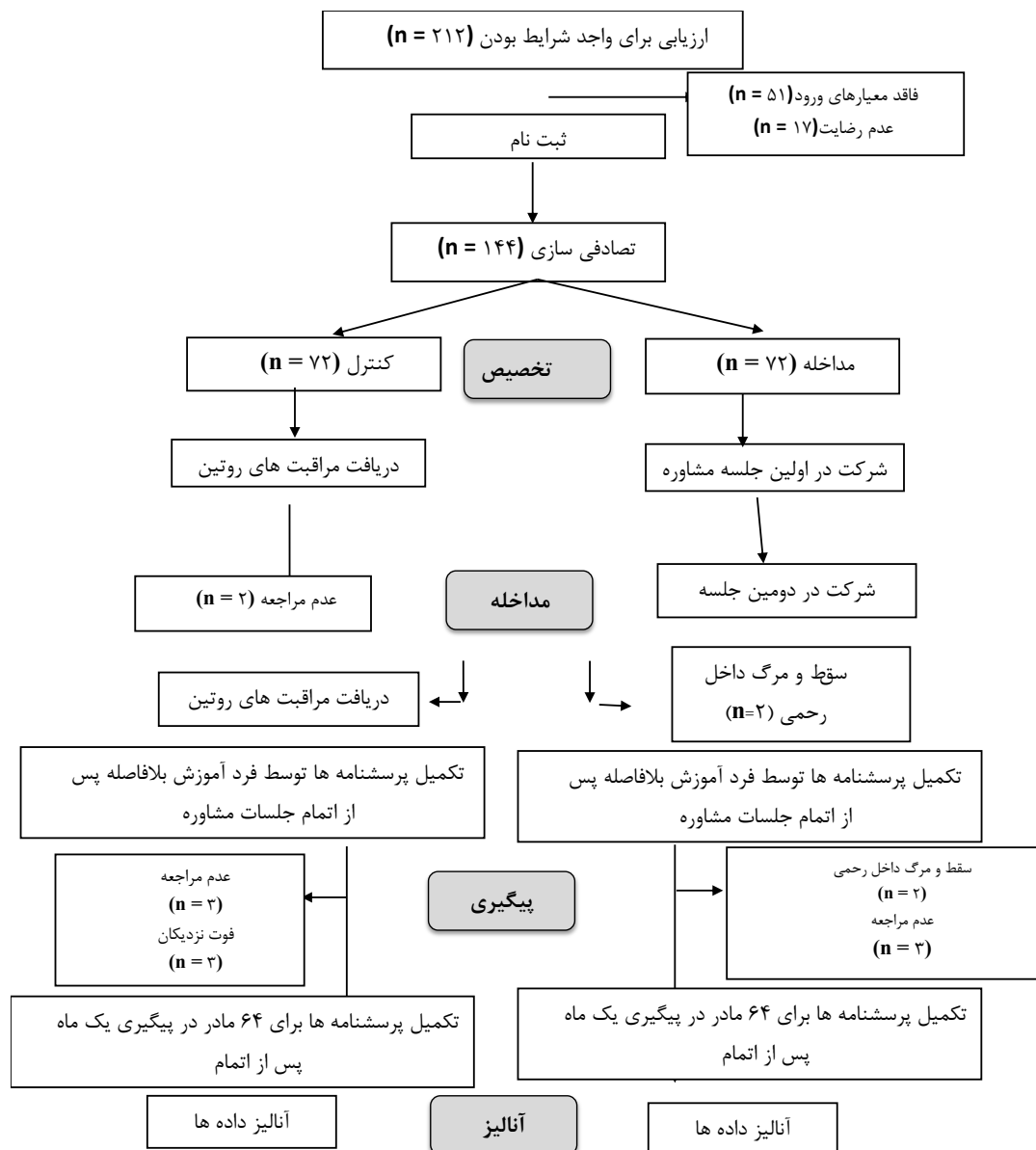
$$\begin{aligned} \mu_1 &= 9.8 & \sigma_1 &= 3 \\ \mu_2 &= 11.6 & \sigma_2 &= 2.9 \\ Z_{0.975} &= 1.96 & Z_{0.8} &= 0.85 \\ n &= \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \\ n &= \frac{(7.85)(9 + 8.41)}{3.24} \sim 42 * 30\% \sim 64 \end{aligned}$$

تیر تا آذر ۹۹ انجام شد. جامعه پژوهش شامل زنان ۱۵ تا ۲۵ هفته مراجعه کننده به دو مراکز جامع سلامت شهرستان بهمنی بودند. معیارهای ورود شامل خانم‌های

این مطالعه با کد اخلاق IR.SHMU.REC.1399.043 و کد کارآزمایی بالینی ایران (IRCT20200516047467N1) در بازه زمانی

باردار نخست را ۱۸ تا ۳۵ ساله، سن بارداری ۱۵ تا ۲۵ هفته، سواد خواندن و نوشتن، بارداری تک قلوئی، داشتن رضایت جهت شرکت، سابقه سقط یا مرگ نوزاد و ابتلای مادر به بیماری روانی قبل و حین بارداری، و معیارهای خروج شامل مصرف مواد مخدر یا الکل، داشتن آیت‌های بارداری پر خطر، مصرف داروهای مؤثر بر پاسخ جنسی فرد و سابقه افسردگی و مصرف دارو و فوت نزدیکان بود. برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه استفاده شد که شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک با ۱۳ آیت‌های حاوی اطلاعات دموگرافیک و بارداری مادران بود، و پرسشنامه افسردگی ادینبرگ: پرسشنامه افسردگی ادینبرگ توسط COX و همکاران در سال ۱۹۷۸ تدوین و در سال ۱۹۹۴ مورد بازبینی قرار گرفته شد. این پرسشنامه دارای ۱۰ سؤال چهار گزینه‌ای بوده که در برخی سوالات گزینه‌ها از شدت کم به زیاد (۱، ۲، ۴) و برخی دیگر از شدت زیاد به کم (۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰) مرتب شده اند، و هدف آن سنجش میزان افسردگی پس از زایمان و دوران بارداری است. مقیاس نمره‌ای آن بین صفر تا ۳۰ است و نمره ۱۲ و بالاتر نشانگر افسردگی می‌باشد. این پرسشنامه دارای اعتبار مناسب است. ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ است. مقدار همبستگی‌های درونی آزمون با آزمون کیزر-میر-اولکین برابر با ۰/۸۰ می‌باشد که نشان از صحت گویه‌های پرسشنامه در تشخیص افسردگی پس از زایمان است. مقدار آلفای کرونباخ برای آزمون ادینبرگ برابر ۰/۷۰ است. روایی آزمون ادینبرگ با مقیاس بک برابر با ۴۴/۰ است (۲۳، ۲۴)، شرط ورود به مطالعه نمره زیر

۱۲ از این پرسشنامه بود. پس از تخصیص مادران به دو گروه مداخله و کنترل، نمره افسردگی در دو نوبت بلافاصله بعد مداخله و یک‌ماه بعد نیز در هر دو گروه بررسی شد. در ادامه نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس از میان مادران نخست‌زای تحت پوشش پایگاه‌های بهداشتی درمانی شهرستان بهمنی انجام شد. اطلاعات اولیه مادران از طریق سامانه یکپارچه بهداشتی (سیب) بررسی، و مادرانی که معیارهای ورود را داشتند (۲۱۲ مادر)، برای بررسی دقیق‌تر، اخذ رضایت آگاهانه و تخصیص به گروه مداخله و کنترل به همان مرکز دعوت شدند. سپس توسط فرد آموزش دیده خارج از پژوهش اهداف مطالعه بیان و رضایت‌نامه آگاهانه از مادران اخذ گردید. مادران واجد شرایط (۱۴۴ مادر) در یک لیست مرکزی ثبت نام شده و با استفاده از توالی تخصیص تصادفی تولید شده با استفاده از وب سایت، به دو گروه کنترل (۷۲) و مداخله (۷۲) اختصاص یافتند. برای پنهان سازی تخصیص توالی در دست فردی خارج از تیم تحقیق قرار داده شد. افراد دو گروه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی ادینبرگ را تکمیل نمودند. نظارت بر تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله قبل و بعد از مداخله و مرحله پیگیری توسط یک مامای آموزش دیده که از گروه‌ها مطلع نبود و توانمندی پاسخ به سوالات احتمالی زنان را داشت صورت گرفت، فرد آنالیزکننده هم از گروه‌های افراد مطلع نبود. با توجه به ریزش مادران در نهایت آنالیز برای ۶۴ مادر در هر گروه انجام شد (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱- جریان فرایند مطالعه

مشاوره دعوت بعمل می‌آمد. زمان جلسه دوم با توجه به شرایط مادر بین دو (۵۰ درصد مادران) تا چهار هفته (۵۰ درصد مادران) فاصله از جلسه اول با توافق مادر تعیین شد. گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین بارداری را دریافت کردند. بلافاصله پس از پایان مشاوره و یک‌ماه بعد جهت پیگیری پرسشنامه افسردگی ادینبرگ برای مادران در هر دو گروه تکمیل شد. فاصله زمانی تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله دوم و سوم برای گروه کنترل با گروه مداخله یکسان انجام گرفت. بعد از اتمام پژوهش مشاوره جنسی گروهی برای گروه کنترل برگزار گردید.

جلسات مشاوره با هماهنگی‌های لازم در فضای واجد شرایط مشاوره فردی صورت پذیرفت. تغذیه مناسب (صبحانه در روز مداخله) و در صورت نیاز وسیله ایاب و ذهاب و ویزیت مامایی رایگان برای زنان باردار توسط پژوهشگر در نظر گرفته شد. مداخله شامل دو جلسه مشاوره جنسی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای با استفاده از مدل مشاوره جنسی BETTER بود که توسط دانشجو کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی انجام شد. مهارت دانشجو در این خصوص توسط استاد راهنما مورد تایید قرار گرفته بود (جدول ۱). بعد از تخصیص مادران به گروه مداخله و کنترل، از مادران گروه مداخله برای جلسه اول

برای هر فرد شرکت کننده یک کد شناسایی نیز داده شد تا محرمانه بودن حفظ گردد و دسترسی به پرسشنامه‌ها راحت باشد. آنالیزگر آماری نیز فقط کدهای مربوطه را داشت و برحسب کدها آنالیز انجام گرفت. همچنین از این

کدها برای پیگیری درمان بعد از یک ماه از پژوهش استفاده شد. فرد وارد کننده به مطالعه و فرد آنالیز کننده داده‌ها هیچ اطلاعی از گروه‌های مداخله و کنترل نداشتند.

جدول شماره ۱- مراحل مدل مشاوره جنسی BETTER

مرحله	هدف	محتوای مرحله در هر جلسه مشاوره
مطرح کردن B: Bring up	پیدا کردن راهی برای شروع گفت‌وگو در مورد مشکلات جنسی/پی بردن به مشکلات جنسی مددجو	مشاور به سادگی در مورد مسائل جنسی با مددجو صحبت می‌کند و از او درباره صمیمیت و روابط با همسر سوال می‌کند و به ایشان می‌گوید که می‌تواند کاملاً راحت صحبت کند. این مرحله به منظور ایجاد فرصتی برای مددجو برای بیان صحبت درباره مسائل جنسی و شناسایی نگرانی‌های وی است. اگر مددجو تصمیم به عدم صحبت در این باره بگیرد در این مرحله به مشاور اطلاع می‌دهد.
توضیح دادن E: Explain	کمک به عادی سازی گفت‌وگو جنسی و کاهش احساس شرم مددجو	در این مرحله مشاور برای مادر توضیح می‌دهد که رابطه جنسی جنبه‌ای مهم و ضروری از زندگی به شمار می‌رود و بر ابعاد مختلف زندگی زناشویی و کیفیت زندگی موثر است، مددجو را تشویق می‌کند تا در مورد مشکلات جنسی با همسرش بیشتر صحبت کند و همچنین به مددجو می‌گوید که برای صحبت در این زمینه کاملاً آزاد است.
صحبت کردن T: Tell	ادامه صحبت جهت اطمینان بخشی به مددجو برای حل مشکل جنسی فرد/جلب اعتماد مددجو/دادن اطلاعات اولیه	مشاور به مددجو اطمینان می‌دهد که تمام اطلاعات خود را برای حل مشکل وی در اختیارش قرار خواهد داد و مددجو می‌تواند در هر موردی درخواست اطلاعات داشته باشد. مشاور نیز آماده پاسخگویی است و در صورت نیاز برای حل مشکل به متخصص مربوطه ارجاع داده می‌شود.
زمان بندی T: Timing	تعیین زمان مناسب برای مشاوره با توجه به ترجیح مددجو	زمان مشاوره بر اساس ترجیح بیمار تعیین می‌شود در صورت تمایل مادر در همان جلسه به مسائل پرداخته می‌شود، یا زمانی برای آن تعیین می‌شود. در برخی از مطالعات مدل طی دو جلسه اجرا می‌شود تا مددجو برای صحبت در مورد مشکلات جنسی آمادگی لازم را پیدا کرده و زمان بندی آن با توجه به ترجیح مادر باشد. مددجو می‌تواند در آینده درخواست اطلاعات لازم را داشته باشد.
آموزش دادن E: Educate	آموزش مددجو بر حسب مشکل عنوان شده/دادن اطلاعات مورد نیاز فرد	در این مرحله طبق مشکلات مادر آموزش‌های لازم به مددجو داده می‌شود، به طور مثال در مورد ترس از مقاربت، درد حین مقاربت، خرافات جنسی مشاور درباره عوارض بارداری بر مسائل جنسی به مددجو آموزش می‌دهد. در این مرحله مشاور می‌تواند از منابع صوتی و تصویری برای آموزش بهتر استفاده کند. همچنین می‌تواند به مددجو ورزش‌های مفید را آموزش دهد.
ثبت کردن R: Record	ثبت کردن ارزیابی‌ها و مداخلات پزشکی جهت پیگیری‌های بعدی	ارزیابی، مداخلات و پیامدهای درمانی به صورت محرمانه ثبت می‌شود تا در صورت لزوم در جلسات بعدی به آنها دسترسی داشته باشیم. یکپارچه سازی اطلاعات می‌تواند به بهبود کیفیت روند مشاوره و بهبود نتایج کمک کند.

توصیفی از آزمون کای اسکوتر، t مستقل، آزمون خی – دو استفاده شده است. همچنین برای آنالیز داده‌های تحلیلی از آزمون تحلیل واریانس، اندازه‌گیری مکرر^۱ و آزمون موخلی^۲ استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه نتایج نشان داد که هر دو گروه از لحاظ میانگین سن مادر و همسر، هفته بارداری و مدت زمان

بعد از پایان جلسات و پیگیری یک ماه بعد، اطلاعات دموگرافیک و بارداری شرکت کنندگان و اثربخشی مشاوره جنسی مدل BETTER در دو گروه کنترل و مداخله توسط فردی خارج از پژوهش جمع‌آوری شده و نرمال بودن متغیرهای نمرات مربوط به پرسشنامه‌ها و متغیرهای کمی خصوصیات پایه افراد بررسی و تایید شد. سپس آنالیزها توسط پژوهشگری که در جریان گروه‌ها نبود و فقط کدها را در اختیار داشت، با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ انجام شد. داده‌ها شامل دو بخش توصیفی و تحلیلی بودند که برای بررسی داده‌های

¹ Repeated measure

² Mauchly test

ازدواج همگن بودند. همچنین هر دو گروه از لحاظ همسر، بیماری و مصرف دارو نیز همگن بودند (جدول تحصیلات خود و همسرانشان، شغل، سطح درآمد، شغل شماره ۲).

جدول شماره ۲- متغیرهای جمعیت شناسی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه کنترل	گروه مداخله	p-value
سن مادر	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	۰/۴۹۳
	۲۷/۰۵ ± ۴/۷۵	۲۷/۶۱ ± ۴/۵۱	*۰/۴۹۳
سن همسر	۶/۲۳ ± ۳۱/۲۲	۳۱/۸۸ ± ۵/۰۰	*۰/۵۱۲
مدت ازدواج	۰/۸۷۳ ± ۲/۵۰	۲/۵۶ ± ۰/۹۵۷	*۰/۷۰۰
هفته بارداری	۲/۹۷ ± ۱۹/۳۹	۳/۰۴ ± ۱۹/۶۶	*۰/۶۱۸
متغیر	فراوانی و درصد گروه کنترل	فراوانی و درصد گروه مداخله	** p-value
تحصیلات مادر	دبستان	۴(۶/۲۵)	***۰/۳۴۱
	سیکل	۱۰(۱۵/۶۲)	
	دیپلم	۲۶(۴۰/۶۲)	
	دانشگاهی	۲۲(۳۴/۳۷)	
تحصیلات همسر	دبستان	۴(۶/۲۵)	***۰/۴۲۰
	سیکل	۹(۱۴/۰۶)	
	دیپلم	۳۹(۶۰/۹۳)	
	دانشگاهی	۱۲(۱۸/۷۶)	
شغل مادر	کارمند	۱۴(۲۱/۸۷)	***۰/۲۴۳
	آزاد	۲۲(۳۴/۳۷)	
	خانه دار	۲۸(۴۳/۷۵)	
	کارمند	۱۶(۲۵)	
شغل همسر	شغل آزاد	۴۷(۷۳/۴۴)	***۰/۸۱۷
	کارگر	۱(۱/۵۶)	
	کافی	۲۱(۳۲/۸۱)	
	نسبتا کافی	۳۵(۵۴/۶۸)	
وضعیت درآمد	ناکافی	۸(۱۲/۵)	***۰/۰۳۱
	استیجاری	۹(۱۴/۰۶)	
	شخصی	۴۴(۶۸/۷۵)	
	منزل والدین	۱۱(۱۷/۱۸)	
بیماری و مصرف دارو***	دارد	۷(۱۰/۹۳)	***۰/۷۵۹
	ندارد	۵۷(۸۹/۰۶)	

* طبق آزمون t test محاسبه شده است.

** طبق آزمون خی ۲ محاسبه شده است.

*** منظور از بیماری و مصرف دارو مثل سرماخوردگی و مصرف قرص آهن و مکمل ها می باشد.

جدول شماره ۳- میانگین و حدود اطمینان نمرات افسردگی ادینبرگ، قبل مداخله، بعد از مداخله و پیگیری در گروه

مداخله و کنترل

متغیر	زمان	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون t مستقل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	p-value
افسردگی بارداری	قبل از مداخله	۸/۱۷	۱/۳۵	۷/۴۵	۲/۸۴	۰/۰۷
	بعد از مداخله	۶/۵۴	۱/۳۲	۸/۲۵	۱/۹۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۵۹	۱/۴۷	۹/۰۸	۲/۱۶	۰/۰۰۴

گیس^۳ برای بررسی اثر زمان، اثر تعاملی زمان- گروه استفاده گردید که هر دو مورد معنادار شدند. همچنین اثر گروه نیز معنادار شد (جدول شماره ۳).

نتایج دیگر مطالعه نشان داد میانگین نمره افسردگی بارداری بدون در نظر گرفتن گروه‌های مداخله و کنترل، از یک زمان به زمان بعدی در حال تغییر است و این تغییر از لحاظ آماری معنادار (سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و برابر با ۰/۰۲) می‌باشد، یعنی اگر مشاوره داده نشود میانگین نمرات افسردگی بارداری در طول زمان تغییر می‌کند. معنادار شدن اثر متقابل گروه در زمان نیز به این معنا است که تغییرات نمره افسردگی بارداری در طول زمان در دو گروه تفاوت معنی‌داری دارد و میانگین یک گروه در طول زمان همانند میانگین گروه دیگر تغییر نکرده است. اثر گروه نیز معنادار به دست آمد، میانگین افسردگی بارداری در گروه کنترل ($8/25 \pm 1/91$) به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه مداخله ($6/54 \pm 1/32$) می‌باشد (جدول شماره ۴).

براساس نتایج دیگر مطالعه بین نمرات افسردگی در دو گروه کنترل و مداخله پیش از آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت، درحالی‌که بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله، تفاوت معناداری در نمرات افسردگی بارداری بین گروه مداخله و کنترل مشاهده می‌شود در گروه مداخله بعد از مشاوره میانگین افسردگی کاهش داشته است ($6/54 \pm 1/32$) و در زمان بعدی (یک ماه بعد) هم همان اثر را حفظ کرده است ($5/59 \pm 1/47$). درحالی‌که این میانگین در گروه کنترل سیر صعودی دارد. از آنجایی‌که ۳ زمان مورد بررسی قرار گرفته شده بود، از آزمون آنالیز اندازه‌گیری مکرر^۱ استفاده شد، پیش‌فرض آنالیز اندازه‌گیری مکرر، نرمال بودن نمرات افسردگی بارداری می‌باشد که با استفاده از آزمون شاپیرو ویلکس و نمودارها مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد. همچنین همگنی واریانس‌ها بین دو گروه در هر زمان مورد بررسی قرار گرفت که همگن بودند. آزمون موخلی^۲ آزمونی که فرض کرویت را مورد آزمون قرار می‌دهد، مورد بررسی قرار گرفت و به علت معناداری، از تحلیل گرینه‌هاوس-

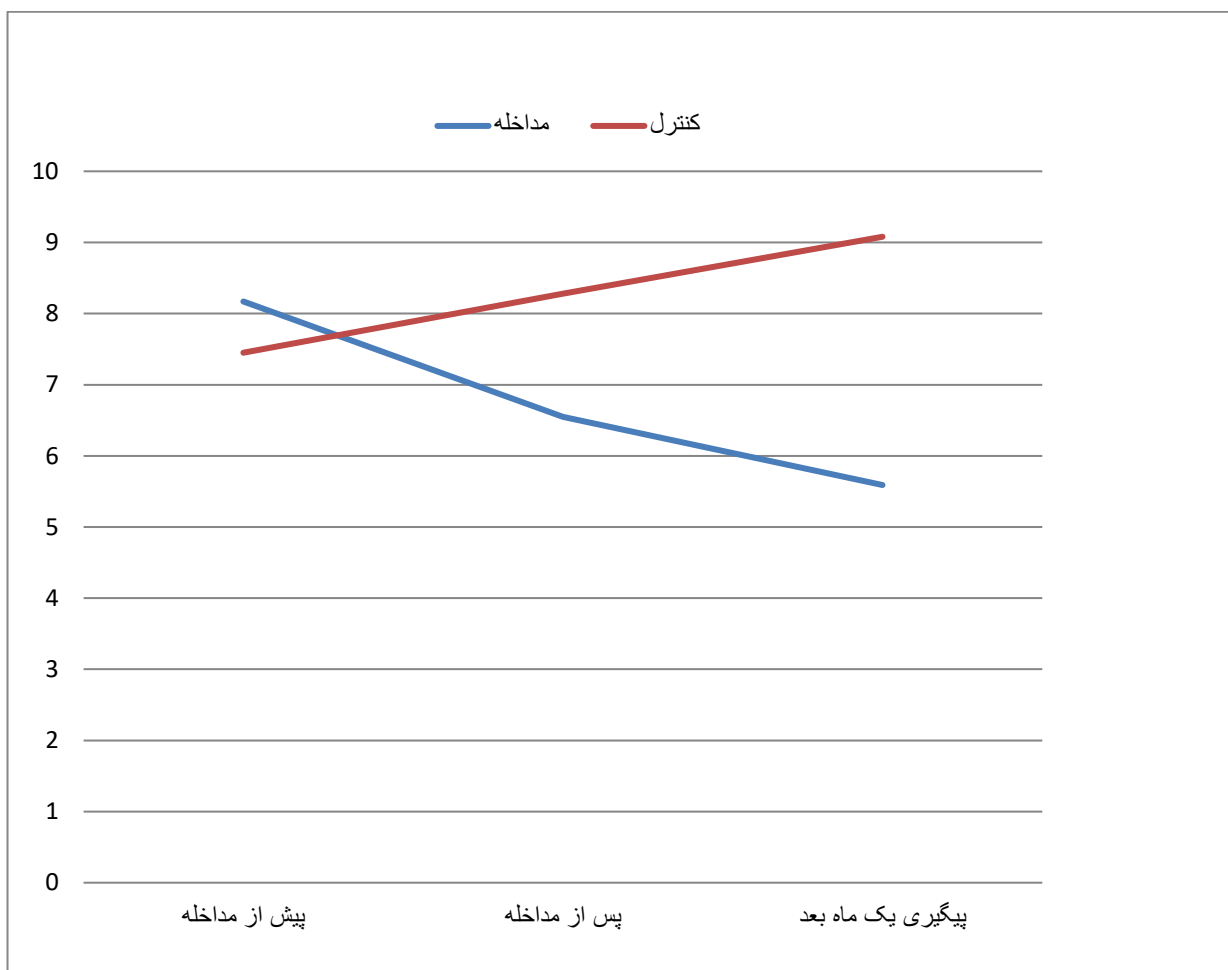
^۳ Greenhouse-Geisser

^۱ Repeated measure

^۲ Mauchly test

جدول شماره ۴- تحلیل آزمون واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر زمان و اثر متقابل زمان و مشاوره و اثر مشاوره بر نمره افسردگی مادران

منبع	df	میانگین مربع‌ها	F	Sig
آزمون اثرات درون موضوعی				
زمان	۱/۴۹	۱۱/۱۸	۶/۴۶	<۰/۰۰۵
زمان*گروه	۱/۴۹	۱۹۰/۶۶	۱۱۰/۲۷	<۰/۰۰۱
گروه	۱	۳۲۵/۹۸	۱۸۸/۵۴	<۰/۰۰۱



نمودار شماره ۲- نمودار میانگین افسردگی بارداری در دو گروه مداخله و گروه کنترل در سه زمان پیش از مداخله، بلافاصله

پس از مداخله و یک ماه بعد از مداخله

براساس نمودار شماره ۲ میانگین نمره افسردگی در گروه

پیدا کرده بود.

مداخله پس از مداخله و یک ماه بعد از مداخله کاهش

بحث

افسردگی در دوران بارداری و یک سال پس از زایمان از جمله مشکلات رایج می‌باشد که قابل درمان هستند، مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای می‌باشد که تأثیر مشاوره جنسی بر اساس مدل BETTER را بر روی نمره افسردگی دوران بارداری بررسی می‌کند و نتایج این مطالعه نشان داد که شرکت در جلسات مشاوره جنسی بر اساس مدل BETTER باعث بهبود قابل‌توجه نمره افسردگی پس از مداخله می‌شود، علاوه بر این تأثیرات مثبت مشاهده شده حتی در یک ماه پس از اتمام جلسات مشاوره نیز وجود داشت. این نتایج حاکی از کارآمد بودن روش مشاوره جنسی بر پایه مدل BETTER جهت بهبود افسردگی در دوران بارداری می‌باشد. نمره افسردگی در دوران بارداری، قبل، بعد و یک ماه بعد از مداخله (مشاوره جنسی مبتنی بر مدل BETTER) در گروه کنترل و مداخله تفاوت داشت که تأثیر مداخلات را بیان می‌کند.

همسو با نتایج این مطالعه، زمانی و همکاران در مطالعه‌ای با ۸۰ شرکت‌کننده (۴۰ مداخله و ۴۰ کنترل) تأثیر چهار جلسه ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای مشاوره جنسی مبتنی بر WPSHP^۱ را بر روی اضطراب، استرس و افسردگی پس از زایمان بررسی نمودند، نتایج این مطالعه حاکی از کاهش قابل‌توجه اضطراب، استرس و افسردگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود، این نتایج حتی در ۸ هفته پس از پایان جلسات مشاوره نیز مشاهده شد (۲۲). در مطالعه‌ای که کریمی و همکاران با عنوان بررسی تأثیر مشاوره بر اساس مدل BETTER بر اضطراب، استرس و افسردگی زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی در دوران پس از زایمان بر روی ۸۰ زن طی دوره ۴ هفته تا ۶ ماه پس از زایمان بر روی دو گروه مداخله و کنترل انجام دادند، نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره کل ۲۱ DASS-در گروه کنترل $9/5 \pm 9/1$ و ۴ هفته بعد $8/7 \pm 5/1$ بود و در گروه BETTER $7/5 \pm 8/4$ و ۴

هفته بعد از مداخله $3/1 \pm 3/5$ بود. همچنین نمره کل عملکرد جنسی با ضریب $30 / -0$ اثر منفی و معنی دار بر نمره کلداس- ۲۱ دارد، مدل مشاوره BETTER در کاهش اضطراب و استرس پس از زایمان اثربخش است (۲۵)، که همسو با نتایج مطالعه ما می‌باشد که بیان‌کننده عملکرد مدل BETTER در بهبود افسردگی زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی حتی در دوران پس از زایمان می‌باشد.

در مطالعه‌ای که زمانی و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد که آموزش و مشاوره زوجی مبتنی بر مدل BETTER بر رضایت جنسی مؤثر بوده است و این تأثیر تا ۳ ماه بعد از مداخله نیز اثر خود را حفظ کرده است و سلامت و رضایت جنسی زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی نادیده گرفته می‌شود. رضایت جنسی بر رضایت از زندگی و ارتقاء سلامت تأثیر بسیاری دارد (۲۶). ولی به طور کلی مطالعات محدودی به بررسی مشاوره مبتنی بر مدل BETTER بر بهبود رضایت جنسی بیماران پرداخته‌اند، با این وجود این یافته پژوهش حاضر مخالف یافته‌های پژوهش Cieza و همکاران است که تأکید می‌کنند مدل BETTER سبب رضایت‌مندی بیشتر بیماران از رابطه جنسی می‌شود (۲۷). البته باید تأکید کرد که پژوهش Bruce و همکاران با رویکرد کیفی و روی بیماران مراجعه‌کننده به دفتر خدمات سلامت روان صورت گرفته است (۲۸).

براون، هپل و کوئین (۲۹)، و کوئین و هپل (۳۰) نیز در یک پژوهش کیفی به بررسی تجارب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از کاربرد مدل بتر در مشاوره جنسی پرداختند. نتایج پژوهش آنها حاکی از آن است که این شیوه توانسته بود رضایت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بیماران را از مشاوره جنسی بهبود بخشد. مشارکت کنندگان بیان داشتند که این مدل شیوه‌ای ارزشمند برای مشاوره جنسی است که با ایجاد ساختار و چارچوب همانند راهنمایی به اجرای آسان‌تر مشاوره و در نتیجه حل مشکلات و نگرانی‌های جنسی بیماران کمک می‌کند.

^۱ Women's Postpartum Sexual Health Program

حد امکان سعی شد محیط خصوصی و مناسبی برای این بیماران جهت رابطه صمیمی انجام شود. پیشنهاد می شود مطالعاتی با حجم نمونه بالاتر و بر روی بیماری‌های دیگر با روش‌های درمانی دیگر انجام شود. همچنین با توجه به انجام این مطالعه فقط در یک شهرستان تعمیم آن به نتایج دیگر با احتیاط انجام شود.

نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر بررسی اثربخشی شرکت در جلسات مشاوره جنسی بر اساس مدل BETTER بر روی نمره افسردگی زنان باردار بود، افزایش نمره افسردگی از جمله مشکلات شایع در دوران بارداری می‌باشند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مدل مشاوره BETTER مدلی مناسب جهت بهبود نمره افسردگی زنان در دوران بارداری می‌باشد و می‌توان شرکت در این جلسات را به‌عنوان مداخله‌ای لازم در دوران بارداری دانست. اگرچه انجام تحقیقات بیشتر با جامعه آماری بزرگ‌تر از نژادهای مختلف جهت تأیید نتایج این مطالعه نیاز است.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، مادران باردار و همکاران مامای شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت و تمامی افرادی که در این تحقیق همکاری کرده‌اند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. این مقاله قسمتی از پایان نامه مقطع کارشناس ارشد مشاوره در مامایی در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود می‌باشد. بدینوسیله از حمایت مالی این دانشگاه در طرح پژوهشی شماره ۷۷۰ قدردانی می‌گردد.

برخلاف این نتایج، کریمی و همکاران در مطالعه‌ای جهت بررسی تأثیر شرکت در دو جلسه مشاوره جنسی به مدت ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای بر اساس مدل PLISSIT (مدلی جهت حفظ ارتباط جنسی پس از زایمان) بر روی استرس، اضطراب و افسردگی پس از زایمان در ۸۰ شرکت‌کننده (۴۰ کنترل و ۴۰ مداخله)، نشان داد که شرکت در این جلسات باعث کاهش اضطراب می‌شود، اما تأثیری بر روی استرس و افسردگی ندارد (۳۱). این نتایج متناقض می‌تواند به دلیل استفاده از روش متفاوت مشاوره جنسی باشد (مدل PLISSIT)، همچنین میزان حجم نمونه در این مطالعه کمتر از پژوهش حاضر بوده است که می‌تواند به عنوان محدودیتی برای مطالعه انجام شده در نظر گرفت و با توجه به نقش مهم حجم نمونه در افزایش دقت مطالعه، نتایج مطالعه حاضر می‌تواند بیشتر قابل استناد قرار گیرد. با وجود شواهد بسیاری که بیان‌گر ارتباط فعالیت جنسی با افسردگی می‌باشند، مطالعات کمی تأثیر مشاوره‌های جنسی بر روی افسردگی و سایر مشکلات مانند استرس و اضطراب را بررسی نموده‌اند، علاوه بر مطالعاتی که در بالا ذکر شد یک مطالعه نیز بر روی گروهی ۱۰ نفره از بیماران سکت قلبی جهت بررسی تأثیر مشاوره جنسی بر پایه نظریه شناختی اجتماعی بر روی فعالیت جنسی و افسردگی انجام شده است، در این مطالعه استینک^۱ و همکارانش نشان دادند که مشاوره جنسی در زمان‌های ۲، ۴ و ۶ هفته پس از سکت قلبی باعث کاهش استرس و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی جنسی خواهد شد (۳۲). که تمام مطالعات بالا بیان‌کننده ارزشمندی مداخله مناسب در جهت کاهش افسردگی در مادران می‌باشد.

از نقاط قوت این مطالعه عدم انجام چنین مطالعه‌ای و آن هم بر روی مسئله‌ای مهم مثل رضایت جنسی و از نقاط ضعف این مطالعه حجم نمونه کم افراد شرکت‌کننده و خط قرمزهای فرهنگی و درونی در جامعه ما و انجام این مطالعه در مراکز بهداشتی یک شهرستان می‌باشد که تا

¹ Steinke

References

1. Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, et al. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2008;34(2):89-106.
2. Nola Holness C. High-risk pregnancy. *Women's Health Across the Lifespan, An Issue of Nursing Clinics, E-Book*. 2018.53(2).241-250.
3. Sarkhel S. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*. 2009;51(4):331-340.
4. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789-858.
5. Gharraee B, Tajrishi KZ, Sheybani F, Tahmasbi N, Mirzaei M, Farahani H, et al. Prevalence of major depressive disorder in the general population of Iran: A systematic review and meta-analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2019;25(33):60-151.
6. de Jesus Silva MM, Peres Rocha Carvalho Leite E, Alves Nogueira D, Clapis MJ. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Investigación y educación en enfermería*. 2016;34(2):342-50.
7. Azami M, Badfar G, Shohani M, Mansouri A, Soleymani A, Beigom Bigdeli Shamloo M, et al. The prevalence of depression in pregnant Iranian women: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2018;12(3):e9975.
8. Nonacs R, Cohen LS. Assessment and treatment of depression during pregnancy: an update. *Psychiatric Clinics of North America*. 2003; 26(3), 547–562.
9. Lara MA, Berenzon S, García FJ, Medina-Mora ME, Natera Rey G, Villatoro Velázquez JA, et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;31:102-8.
10. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*. 2000;95(4):487-90.
11. Nikibakhsh A, NEISANI SL, Keshavarz M, Hoseini F. Incidence and severity of nausea and vomiting during pregnancy and its association with anxiety and depression in pregnant women. 2016; 29(101):1-11.
12. Lahti M, Savolainen K, Tuovinen S, Pesonen A-K, Lahti J, Heinonen K, et al. Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and psychiatric problems in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017;56(1):30-9. e7.
13. Omidvar S, Kheirikhah F, Azimi H. Depression during pregnancy and its related factors. *Hormozgan Med J*. 2007;11(3):213-9.
14. Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International journal of impotence research*. 2005;17(2):154-7.
15. Chang SR, Ho HN, Chen KH, Shyu MK, Huang LH, Lin WA. Depressive symptoms as a predictor of sexual function during pregnancy. *The journal of sexual medicine*. 2012;9(10):2582-9.
16. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2009;29(2):157-64.
17. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of affective disorders*. 1999;56(2-3):201-8.
18. Matthews AK, Hughes TL, Johnson T, Razzano LA, Cassidy R. Prediction of depressive distress in a community sample of women: The role of sexual orientation. *American Journal of Public Health*. 2002;92(7):1131-9.
19. TAHMASEBI H, Abasi E. Sexual function and its relation with depression in referring women to health centers affiliated to medical science university in Sari Township. 2013; 3(1).41-44
20. Noury R, Karimi N, Mohammadi M. Relationship between prenatal depression with social support and marital satisfaction. *Sarem Journal of Reproductive Medicine*. 2017;1(4):153-7.
21. Zamani M, Roudsari RL, Moradi M, Esmaily H. The effect of sexual health counseling on women's sexual satisfaction in postpartum period: A randomized clinical trial. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2019; 17(1).41-50
22. Zamani M, Latifnejad Roudsari R, Moradi M, Esmaily H. Effect of sexual counseling on stress, anxiety, and depression in women during postpartum period. *Evidence Based Care*. 2017;7(2):26-7.
23. Ahmadi kani Golzar A, GoliZadeh Z. Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2015;3(3):1-10.
24. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC psychiatry*. 2007;7:1-6.
25. Karimi, Farzaneh and Babazadeh, Raheleh and Latif Nejad-Roodsari, Rabab and Asgharipour, Negar and Esmaili, Habib Elah, investigating the effect of counseling based on the better model on anxiety, stress and depression of women with sexual dysfunction in the postpartum period. , the second women and family health congress, Qarchak, 2018; 13(2).1087-1102.
26. Zamani N, Rezaee Jamaee H, Behboodi Z, Moshki M, Peikari HR. Evaluation of the effect of intervention based on sexual concerns (couple counseling based on BETTER Model) on the sexual satisfaction of women with type 1 diabetes. *Navid No*. 2020;23(75):1-12.
27. Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Jones RN, Üstün TB, Kostanjsek N, et al. Health is not just the absence of disease.... *International journal of epidemiology*. 2016;45(2):586-7.

28. Bruce JM, Arnett P. Clinical correlates of generalized worry in multiple sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2009;31(6):698-705.
29. Daneshfar F, Behboodi-Moghadam Z, Khakbazan Z, Nabavi SM, Nayeri ND, Ghasemzadeh S, et al. The influence of Ex-PLISSIT (extended permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy) model on intimacy and sexuality of married women with multiple sclerosis. *Sexuality and Disability*. 2017;35:399-414.
30. Hudson WW, Harrison DF, Crosscup PC. A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*. 1981;17(2):157-74.
31. Karimi F, Babazadeh R, Asgharipur N, Esmaily H, Latifnejad Roudsari R. The Effectiveness of Counseling using PLISSIT Model on Depression, Anxiety and Stress, among Postpartum Women with Sexual Dysfunction: A Randomized Trial. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019;7(4):1912-20.
32. Steinke EE, Mosack V, Hertzog J, Wright DW. A Social-Cognitive Sexual Counseling Intervention Post-MI—Development and Pilot Testing. *Perspectives in psychiatric care*. 2013;49(3):162-70.

Tehran University of
Medical Sciences

Original Article

Effectiveness of Sexual Counseling Based on the BETTER Model on Depression Score during Pregnancy: A Randomized Clinical Trial

Maral Forghanifar¹, Omid Garkaz², Sahar Paryab³, Maryam Farjamfar⁴,
Solmaz Talebi⁵, Mahboobeh Pourheidari⁶

1- Master of Midwifery Counseling, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

2- Master of Epidemiology, Research Center, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

3- Master of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

4- Assistant Professor of Psychiatry, School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

5- Assistant Professor of Biostatistics, School of Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

6- Master of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

DOI: [10.18502/ijre.v20i4.18873](https://doi.org/10.18502/ijre.v20i4.18873)

Article Information

Received

25 January 2025

Accepted

12 March 2025

Corresponding author

Mahboobeh Pourheidari

Corresponding author E-mail

poorheidari@shmu.ac.ir

Keywords:

Pregnancy, Sexual counseling,
BETTER model

Abstract

Background and Objectives: Pregnancy is considered a pleasurable event in women's lives, which is accompanied by numerous biological, psychological, and social changes. Among the common consequences of these changes is increased depression. Sexual counseling with pregnant mothers has been suggested as one of the interventions to improve the quality of sexual life and depression by several studies, and this study aimed to evaluate the effectiveness of sexual counseling based on the BETTER model on depression scores during pregnancy.

Methods: This randomized clinical trial involved 144 participants who referred to the health centers of Bahmai, Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad province, Iran. Participants were randomly assigned to two equal groups of 72, including intervention and control. The intervention group participated in two sessions of 45-60 minutes of sexual counseling based on the BETTER model, and the control group received usual prenatal care. Depression scores were measured using the Edinburgh Depression Questionnaire before, after, and one month after the last counseling session. After collection, the data were entered into SPSS-18 and analyzed using descriptive and analytical statistics.

Results: The results showed no significant difference between depression scores in the control and intervention groups before the test. In contrast, a significant difference was observed in pregnancy depression scores between the intervention and control groups immediately after the intervention and one month later. In the intervention group, the mean depression decreased after counseling (6.54 ± 1.32) and maintained the same effect at a later time (5.59 ± 1.47).

Conclusion: Considering the effectiveness of the BETTER model, it is recommended that training in this model and using it to reduce depression during pregnancy be planned.

Copyright © 2025 The Authors. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.