مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۸، دی ۱۳۹۸، ۹۸۴-۹۶۹

تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد آموزشی روانی بر صمیمیت جنسی بعد از زایمان زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی رفسنجان: یک کارآزمایی آموزشی

زهرا اکبری‌نژاد[۱]، کتایون علیدوستی[۲]، زهره قرشی[۳]، زهرا اسداللهی[۴]

دریافت مقاله: ۹۸/۱/۲۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۸/۲/۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۸/۴/۵ پذیرش مقاله: ۹۸/۴/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات نشان می‌دهند پس از زایمان میل جنسی زنان کاهش می‌یابد که منجر به کاهش صمیمیت جنسی زوجین می‌شود. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد آموزشی روانی بر صمیمت جنسی زنان شیرده مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی آموزشی در جامعه زنان زایمان کرده شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۷ انجام شد. تعداد ۷۰ زن شیرده از دو مرکز بهداشتی انتخاب و به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابتدا هر دو گروه مداخله و کنترل پرسش-نامه صمیمیت جنسی را تکمیل کردند. سپس به افراد گروه مداخله ۶ جلسه آموزشی یک ساعته با توالی هر هفته یک جلسه آموزش داده شد. چهار هفته پس از پایان دوره آموزشی گروه مداخله، از افراد هر دو گروه خواسته شد تا دوباره پرسش‌نامه صمیمیت جنسی را تکمیل کنند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، t مستقل و تحلیل کواریانس یک متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج اختلاف معنی‌داری را بین میانگین نمرات صمیمیت جنسی دو گروه مداخله و کنترل در پس‌آزمون نشان داد که نشان دهنده تأثیر مثبت مشاوره گروهی بر صمیمیت جنسی زنان شیرده در گروه مداخله بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به این‌که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد مشاوره گروهی بر صمیمیت جنسی زنان شیرده تأثیر مثبت دارد و سبب افزایش صمیمیت جنسی می‌گردد، لذا پیشنهاد می‌گردد که تسهیلاتی جهت برگزاری دوره مذکور به صورت منظم در طول سال برای زنان باردار در مراکز بهداشتی برگزار گردد.

واژه‌های کلیدی: صمیمیت جنسی، پس از زایمان، زنان نخست‌زا، مشاوره گروهی آموزشی روانی، رفسنجان

۱- دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲- (نویسنده مسئول) مربی گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
تلفن: ۰۳۴۳۱۳۲۵۱۱۹ دورنگار: ۰۳۴۳۱۳۲۵۲۱۸، پست الکترونیکی: alidoosti@kmu.ac.ir
۳- دکترای سلامت باروری، استادیار گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴- مربی گروه آموزشی آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

مقدمه

ازدواج مهم‌ترین مرحله از زندگی انسان است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند سلامت کانون خانواده در مراحل مختلف طول عمر دست‌خوش تغییر می‌شود [۱]. حمایت عاطفی و اجتماعی که از طریق ازدواج به دست می‌آید بر سلامت جسمی، معنوی و اجتماعی زوج‌ها تأثیرگذار است [۲]. بخش مهمی از ازدواج موفق و استمرار آن وجود صمیمیت بین زوجین می‌باشد [۳]. Moss و Schwebel معتقدند که صمیمیت مواردی چون تعهد، صمیمیت عاطفی، صمیمیت شناختی، صمیمیت جنسی و تقابل رفتاری را شامل می‌شود [۴]. Bagarozzi صمیمیت را شامل ۹ بعد صمیمیت هیجانی، روان شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی، اجتماعی، تفریحی و زمانی می‌داند. در این میان صمیمیت جنسی موضوعی پیچیده است که نیاز به توجه ویژه‌ای دارد زیرا رضایت‌مندی در این زمینه بر جنبه‌های دیگر روابط همسران اثر می‌گذارد [۶-۵]. تمایلات جنسی برای سلامتی، کیفیت زندگی و هم‌چنین بهزیستی انسان‌ها امری اساسی است. صمیمیت جنسی نقش به‌سزایی در ایجاد رضایت جنسی و زناشویی دارد [۸-۷]. صمیمیت در روابط زناشویی، جنبه‌های عاطفی- هیجانی و اجتماعی نیرومندی دارد و بر پایه پذیرش، رضایت خاطر و عشق شکل می‌گیرد [۱۰-۹]. صمیمیت جنسی، یکی از عوامل در جلوگیری از گسیختگی و عنان بریدگی تمایلات در رفتارهای جنسی آنان و جستجوی ارضای جنسی در روابط غیرزناشویی و خارج خانوادگی است. به عبارت بهتر می‌توان گفت صمیمیت در روابط جنسی رضایت‌بخش با کیفیت زندگی زناشویی ارتباط دارد [۱۱].

در سال اول پس از زایمان اکثر زنان تجربه حداقل یک مشکل در ارتباط با عملکرد جنسی را بیان کرده‌اند [۱۲] Barret و همکاران اعلام نمودند که مشکلات عملکرد جنسی شامل کاهش میل جنسی، نرسیدن به ارگاسم، خشکی واژن، عدم رضایت جنسی، دیس پارونی و کاهش در تعداد دفعات فعالیت جنسی، بعد از زایمان نسبت به زمان قبل از حاملگی افزایش می‌یابد [۱۳]. هم‌چنین دامنه وجود اختلالات جنسی در دوران پس از زایمان ۸۶-۲۲ درصد بیان شده است [۱۴]. Avery و همکاران نیز در پژوهشی بیان کردند که در حالت معمول یک ارتباط جنسی خوب نیاز به وقت و انرژی کافی دارد که به دلیل شیردهی و مراقبت از فرزند، مادران اکثراً نیاز به خواب دارند و انرژی خود را بیش‌تر صرف مراقبت از نوزاد می‌کنند [۱۵]. در واقع رابطه جنسی به ویژه آمیزش جنسی بعد از دوران بارداری و پس از زایمان به دلیل زخم‌های پرینه و برش‌های ناشی از جراحی برای مدتی (چندین هفته یا ماه) به تأخیر می‌افتد و ممکن است رابطه زناشویی در این دوران برای زنان دردناک و مشکل باشد [۱۶,۱۸]. پس از زایمان، مشکلات متداولی که ممکن است حدود یک‌سال پس از زایمان به طول بی‌انجامد، عدم تعادل خواهش‌های جنسی زن و مرد و کاهش تمایلات جنسی زن است و معمولاً در این دوران، این تمایلات در مردها بیشتر از زنان می‌باشد [۱۹-۱۸]. طی تحقیقاتی در ترکیه مشخص شد ۴۷ درصد زنان

در ظرف ۶ هفته پس از زایمان مبادرت به آمیزش جنسی کرده‌اند [۲۰]، در بریتانیا و آمریکا این نسبت برای شش هفته ۵۷ درصد بوده است [۲۱] زنان اوگاندایی نزدیکی زناشویی را شش ماه پس از زایمان از سر می‌گیرند [۲۲]، ۵۲ درصد زنان چینی پس از دو ماه و ۹۵ درصد پس از شش ماه نزدیکی زناشویی را از سر می‌گیرند [۲۳]. بنابراین روند از سرگیری رابطه جنسی در دوران پس از بارداری در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد. طبق گزارش Heidari در ایران، فعالیت جنسی در ۳۸ درصد یک ماه بعد، ۴۴ درصد دو ماه بعد، ۱۱ درصد سه ماه بعد و ۶ درصد چهار ماه بعد از زایمان شروع شده بود [۲۴]. نتایج حاصل از مطالعه Shakarami و همکاران با هدف تعیین تأثیر آموزش جنسی بر صمیمیت جنسی زنان متأهل نشان داد که آموزش جنسی، صمیمیت جنسی زنان گروه مداخله را به طور معنی‌داری افزایش داده است [۷].

مرور موارد فوق نشان می‌دهد که مشکل ارتباط جنسی و مسئله صمیمیت جنسی پس از زایمان در کشورهای مختلف مطالعه شده است. بنابراین از سرگیری روابط جنسی صحیح، با کیفیت و رضایت بخش همسران بعد از زایمان، رضایت زناشویی و سلامت روان بالاتری را برای آنها به دنبال خواهد داشت. این روابط در صورتی که مسئولانه، در چارچوب خانواده و برطرف کننده نیازهای زن و شوهر باشد، سهم موثری در دوام و قوام خانواده دارد و مانع از فروپاشی این نهاد مقدس می‌شود [۲۵]. هم‌چنین مشاوره یکی از حرفه‌های یاورانه است و حرفه یاورانه را می‌توان حرفه‌ای توصیف کرد که اعضای آن از آموزش و گواهینامه ویژه برای انجام خدمتی خاص و مورد نیاز همنوعان جامعه خود برخوردارند [۲۶]. مشاوره آموزشی روانی نوع خاصی از مشاوره می‌باشد که در آن مراجعه‌کنندگان در هنگام مشاوره، آموزش داده می‌شوند. از دیگر ویژگی‌های مشاوره آموزشی-روانی هزینه کم و تأکید آن بر پیش‌گیری می‌باشد [۲۷]. از طرفی دیگر تأثیر آموزش جنسی بر صمیمیت جنسی نیز مورد بررسی قرار گرفته است، اما آنچه که تاکنون توجه چندانی به آن نشده است، بررسی تأثیر مشاوره گروهی آموزشی روانی بر صمیمیت جنسی زنان شیرده می‌باشد. ازین‌رو هدف از این پژوهش تعیین تأثیر مشاوره گروهی آموزشی روانی بر صمیمت جنسی زنان شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی رفسنجان بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت یک کارآزمایی آموزشی در جامعه آماری زنان تازه زایمان کرده شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۶ انجام شد. در این مطالعه حجم نمونه بر اساس مطالعه Shakarami و همکاران [۷] و از رابطهٔ $n_1=\frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}+Z_{1-\beta})^2\times(\sigma_1^2+\frac{\sigma_2^2}{k})}{\Delta^2}, n_2=k\times n_1$، تعیین گردید. در این مطالعه خطای نوع اول و دوم به ترتیب ۰/۰۵ و ۰/۲ در نظر گرفته شد. برآورد انحراف معیار نمرات صمیمیت جنسی در گروه دریافت کننده آموزش به‌صورت مشاوره و کنترل به ترتیب ۷/۳۳ و ۶/۷۸ در نظر گرفته شد. حداقل اختلاف

میانگین صمیمیت جنسی که در دو گروه از نظر بالینی اهمیت دارد $\Delta = 5$ است و حجم نمونه در دو گروه به تعداد مساوی k=۱ در نظر گرفته شد. به این ترتیب با توجه به فرمول حجم نمونه، در هر یک از دو گروه به تعداد ۳۱ نفر محاسبه شد که با توجه به ریزش‌های احتمالی (۱۰ درصد ریزش در هر گروه) ۳۵ نفر در هر گروه تعیین شد. این مطالعه دارای کد ثبت کارآزمایی بالینی و کد اخلاق به ترتیب به شماره‌های IRCT20151103024866N12 و rec.kmu.ir. 96000195 می‌باشد.

روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت تصادفی بود، به این صورت که با توجه به پراکندگی جمعیتی شهرستان رفسنجان مشخص گردید که هشت مرکز بهداشتی درمانی شهری از نظر عوامل اجتماعی و اقتصادی تفاوت قابل توجهی ندارند. لذا از بین هشت مرکز بهداشتی درمانی شهری با روش قرعه کشی، دو مرکز (مرکز شماره یک و هفت) برای نمونه گیری انتخاب شدند و سپس مجددا با قرعه کشی، یکی از مراکز به عنوان گروه مداخله (مرکز شماره یک) و یکی به عنوان گروه کنترل (مرکز شماره ۷) انتخاب گردید.

روش کار به این صورت بود که پژوهش‌گر ضمن معرفی خود، از زنان شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی رفسنجان در صورت واجد شرایط بودن جهت شرکت در مطالعه دعوت به همکاری نموده و پس از بیان اهداف پژوهش و اطمینان بخشی در خصوص بی‌نام بودن پرسش‌نامه و اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات، اقدام به اخذ رضایت‌نامه کتبی کرده و سپس اطلاعات دموگرافیک و مامایی مربوط به آنان را ثبت می‌نمود. به‌این ترتیب تعداد ۷۰ زن شیرده که در سنین ۲۰ تا ۴۰ سال و دارای وزنی بین ۸۰-۵۰ کیلوگرم بودند، به شیوه نمونه‌گیری آسان از دو مرکز بهداشتی انتخاب شدند. در مرحله بعد در هر مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شده، اسامی زنان نخست‌زا لیست گردید و پس از تکمیل پرسش‌نامه صمیمیت جنسی در مرحله پیش آزمون در صورت دارا بودن شرایط ورود به مطالعه در لیست قرعه کشی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: عدم مواجهه با رویداد تنش‌زا طی حاملگی و پس از زایمان، نداشتن افسردگی پس از زایمان، عدم وجود سابقه بیماری روانی و جسمی مزمن، عدم حضور قبلی در کلاس‌های آموزش جنسی و تمایل به شرکت در تمامی جلسات. معیارهای خروج از مطالعه شامل: باردار شدن، از دست دادن نوزاد، دور بودن از همسر، اختلافات شدید زناشویی و رخ دادن واقعه ناگوار (مرگ عزیزان، حوادث و تصادفات) بودند.

در این پژوهش از پرسش‌نامه استاندارد صمیمیت جنسی از مطالعه Botlani و همکاران [۱۷] به منظور سنجش صمیمیت جنسی استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال لیکرت ۴ گزینه‌ای، ۱- همیشه، ۲- گاهی اوقات، ۳- به ندرت و ۴- هیچ‌وقت می‌باشد. برای گزینه‌های ۱ تا ۴ به ترتیب نمرات ۴ تا ۱ داده شد. البته سؤالات ۲، ۶، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۷ و ۲۹ به صورت معکوس نمره گذاری شده‌اند. بر اساس این پرسش‌نامه کم‌ترین نمره

هر فرد ۳۰ و بالاترین نمره ۱۲۰ می‌باشد و نمره بالاتر نشان دهنده صمیمیت جنسی بیش‌تر می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای زیرمقیاس نمی باشد.

روایی محتوایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه Shakarami و همکاران بررسی شده است، به طوری‌که روایی محتوایی پرسش‌نامه توسط پنج متخصص مشاوره و روان‌شناسی در دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان تأیید شده است و برای تعیین پایایی درونی بر روی ۱۴۰ نفر (۷۰ زوج) اجرا و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ به‌دست آمده بود [۷]. ابتدا همه افراد پرسش‌نامه را در مرحله پیش آزمون تکمیل کردند و سپس افرادی که کم‌تر از نمره میانگین را کسب کردند به عنوان صمیمیت جنسی پایین در نظر گرفته و وارد مطالعه شدند و در نهایت با قرعه‌کشی از بین کل افراد واجد شرایط، ۳۵ نفر در هر مرکز به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب گردیدند.

سپس به افراد گروه مداخله ۶ جلسه آموزشی یک ساعته با توالی هر هفته یک جلسه آموزش داده شد. شیوه آموزش به‌صورت سخنرانی، طرح سؤال، بحث گروهی و ارائه تکالیف مشاوره آموزشی روانی بود. محتوای بسته آموزشی از رساله دکتری Kalantari با عنوان اثر بخشی برنامه آموزشی افزایش صمیمیت بر مبنای فرهنگ بومی ایران بر رضایت زناشویی زوج‌ها [۲۵] و هم‌چنین کتاب آموزش غنی سازی زندگی زناشویی تالیف Oulia [۲۸] گرفته شده که توسط اساتید هیات علمی مامایی مورد تأیید قرار گرفته بود. خلاصه‌ای از موضوع و مطالبی که در جلسات ارائه گردید در جدول ۱ ارائه شده است. مشاوره حدود ساعت ۱۰ صبح در یک مکان آرام که از نظر فیزیکی (نور و دما) شرایط مناسبی داشت انجام شد. به منظور حفظ آرامش و امنیت مددجویان درب اتاق بسته و از حضور سایر افراد پیشگیری می‌شد.

جهت جلوگیری از خستگی مددجویان فرصت استراحت ۱۰ دقیقه‌ایی همراه با پذیرایی به آنها داده شد و همه شرکت کنندگان دارای شرایط یک‌سانی بودند. در این مدت به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد و به منظور جلوگیری از مطلع شدن گروه کنترل از مطالب آموزشی و مخدوش شدن نتایج، گروه کنترل از یک مرکز بهداشتی و گروه مداخله از مرکز بهداشتی دیگر انتخاب شده بودند. هم‌چنین به منظور اطمینان بیش‌تر در این امر از گروه مداخله خواسته شد که در طول دوره آموزش در مورد محتوای آموزشی جز با همسرشان با افراد دیگر صحبت نکنند.

چهار هفته پس از پایان دوره آموزشی گروه مداخله از افراد هر دو گروه خواسته شد تا دوباره پرسش‌نامه صمیمیت جنسی را تکمیل کنند.

جدول ۱- برنامه مشاوره جنسی با رویکرد تأثیر بر صمیمیت جنسی بعد از زایمان زنان شیرده گروه مداخله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی رفسنجان در سال ۱۳۹۷

شماره جلسه	هدف آموزش	محتوای آموزش	استراتژی آموزش	زمان جلسه
جلسه اول	برقراری ارتباط حرفه‌ایی و همدلانه با شرکت‌کنندگان	ضرورت اقدام برای استحکام خانواده‌ها و ازدواج‌ها/ شیوع طلاق و عوارض آن	آموزش از طریق سخنرانی با استفاده از اسلایدهای آموزشی با به کارگیری روش‌های بحث گروهی و پرسش و پاسخ	۶۰ دقیقه
جلسه دوم	اصلاح بینش، باورهای ناکارآمد و استانداردهای همسران نسبت به هم و زندگی مشترکشان	قدر دان بودن و توقع نداشتن/تمرکز بر نقاط مثبت وعدم توجه به کاستی‌ها یا نبود ایده آل‌ها/پذیرش ویژگی‌ها و تفاوت‌های همسر	آموزش شناسایی انواع خطاهای شناختی/ آموزش شناسایی باورهای ناکارآمد	۶۰ دقیقه
جلسه سوم	توانایی افراد در درک نیازهای همسر و تلاش برای ارضای آن جهت افزایش صمیمیت، علاقه و محبت همسران	اهمیت قائل بودن برای همسر/ آموزش تفاوت اولویت‌های زن و مرد/ احترام متقابل / روابط عاطفی	آموزش بیان کلمات محبت آمیز و تعهد آور/ تکنیک‌هایی برای بیان و بروز احساسات	۶۰ دقیقه
جلسه چهارم	تعریف صمیمیت و ابعاد آن/ آموزش چگونگی برقراری صمیمیت/ تمرین شیوه‌های صمیمیت	آموزش تکنیک‌ها و فعالیت‌هایی برای ابعاد مختلف صمیمیت به-خصوص صمیمیت جنسی	انجام دو مورد از فعالیت‌هایی برای صمیمیت و رفتارهای جذاب آموزش داده شده	۶۰ دقیقه
جلسه پنجم	بیان اهمیت روابط جنسی/ بیان چرخه برانگیختگی جنسی/ عوامل بازدارنده رابطه صحیح جنسی صحیح/ تشخیص و درمان باورهای جنسی غلط	آموزش بهبود ارتباط جنسی	شناسایی انواع باورهایی که در عملکرد جنسی تداخل ایجاد می کنند/ شناسایی نقاط حساس بدن خود و کسب آگاهی درباره انواع تماس بدنی که لذت بخشی بیش‌تری دارد	۶۰ دقیقه
جلسه ششم	ارتباط مؤثر و مشارکت بیش‌تر	تلاش برای برقراری رابطه مطلوب با همسر و اختصاص زمان برای با هم بودن/ تعاملات کلامی و غیر کلامی اهمیت گفت و گوی همسران و ارتباط کلامی	مهارت‌های ارتباط مؤثر، گوش دادن فعالانه و همدلی	۶۰ دقیقه

اطلاعات پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS تحت نسخهٔ ۲۱/۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های کمی به صورت انحراف معیار ± میانگین و داده‌های کیفی به صورت تعداد (درصد) گزارش شد. ابتدا با استفاده از آزمون t مستقل و آزمون مجذور کای همگنی دو گروه از لحاظ متغیرهای کمی و کیفی بررسی شد و سپس به منظور سنجش تأثیر مشاوره گروهی بر صمیمیت جنسی و حذف اثر تفاوت نمرات پیش‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل از تحلیل کواریانس یک متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از انجام آزمون t مستقل، نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها توسط آزمون ناپارامتری Kolmogorov-Smirnov ارزیابی گردید و فرض نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها برقرار بود (p>۰/۰۵). پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیره نیز چک و نتایج مربوط به آن در قسمت نتایج گزارش شده است. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۷۰ زن شیرده که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند شرکت کردند. در گروه مداخله ۳ نفر به دلیل عدم حضور کامل در کلاس‌های آموزشی و در گروه کنترل ۲ نفر به دلایل وقوع اتفاق ناگوار (مرگ نزدیکان) و باردار شدن ناخواسته از مطالعه حذف شدند. نتایج جداول ۱ و ۲ نشان می‌دهد که زنان شیرده در دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ متغیرهای مورد بررسی با هم تقریباً هم‌سان بودند و اختلافی بین متغیرها در دو گروه از نظر آماری مشاهده نشد (p>۰/۰۵).

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی و مامایی زنان شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی رفسنجان در دو گروه مداخله و کنترل در سال ۱۳۹۷

متغیرها	طبقه‌ها	مداخله (n=۳۲) (درصد) تعداد	کنترل (n=۳۳) (درصد) تعداد	مقدار p
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۳ (۹/۴)	۱ (۳/۰)	۰/۱۴۷
	دیپلم	۱۱ (۳۴/۴)	۱۷ (۵۱/۵)	
	فوق دیپلم و لیسانس	۱۷ (۵۳/۱)	۱۱ (۳۳/۳)	
	فوق لیسانس و بالاتر	۱ (۳/۱)	۴ (۱۲/۱)	
سطح تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۲ (۶/۳)	۴ (۱۲/۱)	۰/۶۶۴
	دیپلم	۱۶ (۵۰/۰)	۱۴ (۴۲/۴)	
	فوق دیپلم و لیسانس	۱۴ (۴۳/۸)	۱۵ (۴۵/۵)	
شغل	خانه‌دار	۲۳ (۷۱/۹)	۲۸ (۸۴/۸)	۰/۴۴۰
	کارمند	۵ (۱۵/۶)	۳ ۹/۱)	
	آزاد	۴ (۱۲/۵)	۲ (۶/۱)	
شغل همسر	کارمند	۱۱ (۳۴/۴)	۵ (۱۵/۲)	۰/۱۳۶
	آزاد	۲۱ (۶۵/۶)	۲۷ (۸۱/۸)	

	بیکار	۰	۱ (۳/۰)	
نوع زایمان	سزارین	۱۷ (۵۳/۱)	۱۴ (۴۲/۴)	۰/۳۸۸
	طبیعی	۱۵ (۴۶/۹)	۱۹ (۵۷/۶)	
روش پیش‌گیری از بارداری بعد از زایمان	IUD	۱ (۳/۱)	۳ (۹/۲)	۰/۳۴۰
	کاندوم	۱۹ (۵۹/۴)	۱۵ (۴۵/۴)	
	روش طبیعی	۱۱ (۳۴/۴)	۱۵ (۴۵/۴)	
	قرص شیردهی	۱ (۳/۱)	۰	
جنس نوزاد	دختر	۱۵ (۴۶/۹)	۱۰ (۳۰/۳)	۰/۱۷۰
	پسر	۱۷ (۵۳/۱)	۲۳ (۶۹/۷)	
نوع تغذیه کودک	شیر مادر	۲۸ (۸۷/۵)	۲۶ (۷۸/۸)	۰/۱۱۰
	شیر مادر و شیر خشک	۴ (۱۲/۵)	۷ (۲۱/۲)	

آزمون مجذور کای

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مشخصات فردی و مامایی زنان شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی رفسنجان در دو گروه مداخله و کنترل در سال ۱۳۹۷

متغیرها	مداخله (n = ۳۲) انحراف معیار ± میانگین	کنترل (n = ۳۳) انحراف معیار ± میانگین	مقدار P
سن (سال)	۲۷/۵۶ ± ۴/۷۷	۲۷/۵۴ ± ۵/۱۳	۰/۹۸۹
وزن (کیلوگرم)	۶۲/۹۹ ± ۹/۳۱	۶۵/۲۲ ± ۸/۹۳	۰/۳۲۸
قد (سانتی‌متر)	۱۶۱/۵۳ ± ۶/۵۳	۱۵۹/۱۵ ± ۱۸/۷۴	۰/۴۹۹
وزن نوزاد هنگام تولد (گرم)	۳۱۲۸/۷۵ ± ۵۷۰/۱۷	۳۱۰۱/۸۱ ± ۵۳۶/۷۳	۰/۸۴۵
مدت ازدواج (سال)	۳/۲۳ ± ۱/۷۳	۴/۱۰ ± ۲/۳۶	۰/۰۹۹
تعداد متوسط مقاربت قبل از حاملگی (در هفته)	۲/۵۰ ± ۱/۰۵	۲/۱۵ ± ۱/۱۴	۰/۱۹۶
تعداد متوسط مقاربت بعد از زایمان (در هفته)	۱/۴۷ ± ۰/۸۴	۱/۳۴ ± ۰/۷۷	۰/۴۹۲
زمان شروع اولین مقاربت پس از زایمان (هفته)	۵۳/۳۴ ± ۱۷/۰۶	۵۵/۸۷ ± ۱۹/۴۷	۰/۵۷۹

آزمون t مستقل

جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات صمیمیت جنسی زنان گروه مداخله در پس‌آزمون افزایش یافته و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (p<۰/۰۰۱) اما میانگین نمرات صمیمیت جنسی زنان گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش یافته اما این اختلاف از نظر معنی دار نبود (p=۰/۱۲۳).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات صمیمیت جنسی زنان شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی رفسنجان در دو گروه مداخله و کنترل در سال ۱۳۹۷

گروه‌ها	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین
گروه مداخله (n = ۳۲)	۹۵/۴۶ ± ۹/۲۷	۱۰۸/۹۰ ± ۴/۷۳
گروه کنترل (n = ۳۳)	۹۴/۳۰ ± ۹/۱۱	۹۳/۳۶ ± ۹/۰۰

در این مطالعه به منظور سنجش تأثیر مشاوره گروهی بر صمیمیت جنسی و حذف اثر تفاوت نمرات پیش‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل از تحلیل کواریانس یک متغیره استفاده شده است. جهت استفاده از تحلیل کواریانس ابتدا پیش فرض‌های آن بررسی شد. از آزمون Kolmogorov-Smirnov به منظور بررسی نرمال بودن متغیرها استفاده شد و نتایج آن نشان داد داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند (P>۰/۰۵). نتایج آزمون Levene نشان داد فرض همگونی واریانس گروه‌ها برقرار است (P>۰/۰۵). هم‌چنین پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است به این معنی که اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون معنی‌دار نمی‌باشد (P=۰/۳۹۰).

جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس را نشان می‌دهد. معنی‌داری اثر پیش‌آزمون (p< ۰/۰۰۱) نشان می‌دهد که استفاده از تحلیل کواریانس و انتخاب متغیر پیش‌آزمون به عنوان متغیر مداخله گر صحیح بوده است. هم‌چنین اثر گروه معنی‌دار می‌باشد (p< ۰/۰۰۱)، یعنی پس از خارج کردن تأثیر نمرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات صمیمیت جنسی دو گروه مداخله و کنترل در پس‌آزمون وجود دارد که نشان دهنده تأثیر مثبت مشاوره گروهی بر صمیمیت جنسی زنان شیرده در گروه مداخله و افزایش نمرات صمیمیت جنسی این گروه می‌باشد. ۵۱/۶ درصد دقت مدل مربوط به متغیر پیش آزمون و ۷۰/۹ درصد تفاوت مشاهده شده بین دو گروه، ناشی از اثر مداخله می‌باشد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس یک متغیره به منظور سنجش تأثیر مشاوره گروهی بر صمیمیت جنسی زنان شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی رفسنجان در سال ۱۳۹۷

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مقدار F	اندازه اثر	مقدار p
اثر پیش‌آزمون	۱۶۹۵/۵۳۹	۱	۶۵/۹۹۸	۰/۵۱۶	<۰/۰۰۱
اثر گروه	۳۸۷۷/۲۲۱	۱	۱۵۰/۹۲۰	۰/۷۰۹	<۰/۰۰۱
خطا	۱۵۹۲/۸۱۶	۶۲			

تحلیل کواریانس یک متغیره p< ۰/۰۵ اثر معنی دار

بحث

طبق تحقیقات مختلف با تولد فرزندان، نارضایتی جنسی با کاهش میل جنسی شدت می‌گیرد، به طوری که رضایت زناشویی ابتدا در زنان و سپس در مردان کاهش می‌یابد [۱۸]، که طبق نتایج این پژوهش با استفاده از مشاوره گروهی آموزشی روانی می‌توان به میزان قابل توجهی صمیمیت جنسی پس از تولد اولین نوزاد در زنان را افزایش داد و امید است باعث استحکام بیش‌تر خانواده‌ها شود. Gottman و Notarius در زمینه تاثیر تولد فرزندان بر

صمیمیت جنسی و رضایت‌مندی زناشویی بر این عقیده‌اند که صمیمیت جنسی و رضایت زناشویی با تولد فرزندان روندی نزولی می‌یابد [۲۹]. هم‌چنین نتایج تحقیق Nikpour و همکاران نشان دادند که میل جنسی و نرسیدن به اوج لذت جنسی زنان پس از تولد اولین فرزند نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته است [۳۰]. با توجه به نتایج مطالعات فوق پژوهش حاضر به عنوان یک راهکار عملی به منظور جلوگیری از کاهش صمیمیت جنسی پس از تولد فرزند ارائه شد. Undiyaundeye بیان می‌کند که آموزش پریناتال در دوران پس از زایمان این اطمینان را می‌دهد که زوجین در این دوره از زندگی می‌توانند علاوه بر نقش والدینی و شیردهی مادر به فرزند، رابطه جنسی درست و پر نشاط را حفظ کنند [۳۱] و نتایج مطالعه وی نشان می‌دهد که این آموزش‌ها سبب افزایش تمرکز در تنظیم ارتباط فعالیت جنسی هماهنگ با شیردهی در خانواده و به ویژه برای زنان می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نیز در این راستا می‌باشد و تأیید می‌کند که نتایج مشاوره مثبت بوده و منجر به افزایش صمیمیت جنسی در بین زوجین می‌گردد.

در خصوص تعیین و مقایسه نمره صمیمیت جنسی زنان شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی رفسنجان در گروه کنترل قبل و بعد از مشاوره نشان دهنده آن است که نمره صمیمیت جنسی گروه کنترل قبل و بعد از مدت مشاوره تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. در مطالعه Moradi و همکارش نیز مشخص گردید که گروه کنترل پس از مدت مداخله هیچ تغییری در عملکرد جنسی نسبت به قبل از مداخله نداشتند [۳۲]. دلیل این که نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Moradi همسو می باشد می‌تواند عدم وجود دوره مشاوره برای گروه کنترل باشد. تعیین و مقایسه نمره صمیمیت جنسی زنان شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی رفسنجان در گروه مداخله قبل و بعد از مشاوره نشان داد که نمره صمیمیت جنسی گروه مداخله قبل و بعد از مشاوره تفاوت آماری معنی‌داری داشت. مطالعه Moradi مشخص کرد که نمره عملکرد جنسی در حیطه‌های مختلف در گروه مداخله قبل و بعد از مشاوره تفاوت آماری معنی‌داری داشته است [۳۲]. به نظر می‌رسد دلیل همسویی، نوع مشاوره باشد که در هر دو مطالعه از مشاوره آموزشی استفاده شده است. هم‌چنین مشاوره در مطالعه Moradi بر روی عملکرد جنسی بوده و مطالعه حاضر بر روی صمیمیت جنسی انجام شده است که زیر بنای عملکرد جنسی می‌باشد. لذا مشاوره آموزشی توانسته است هم بر روی عملکرد جنسی و هم صمیمیت جنسی تأثیرگذار باشد. Brotto و همکاران به بررسی اثر مشاوره آموزشی روانی بر اختلالات جنسی در زنان پرداختند، نتایج مطالعه آن‌ها نشان می‌دهد که آموزش‌ها تأثیر مثبت قابل توجهی بر میل جنسی و پریشانی جنسی گروه مداخله قبل و بعد از مشاوره داشته است [۱۳].

هر چند در مطالعه حاضر میل جنسی افراد مورد بررسی قرار نگرفته است اما افزایش صمیمیت جنسی افراد پس از مداخله می‌تواند بر افزایش میل جنسی افراد نیز تأثیرگذار باشد. هم‌چنین نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Kalantari و

همکارش که به اثربخشی برنامه آموزشی افزایش صمیمیت بر مبنای فرهنگ بومی ایران بر رضایت زناشویی زوج‌ها می پردازد نیز هم راستا می‌باشد. پژوهش Kalantari تفاوت معنی‌داری را بین عملکرد دو گروه کنترل و مداخله در رضایت کلی زناشویی و مؤلفه رضایت زناشویی، ارتباط‌ها، حل تعارض و تحریف آرمانی در مرحله پس‌آزمون و پس از دو ماه پی‌گیری نشان داد [۲۵] که به نظر می‌رسد استفاده از محتوای بومی و بر اساس فرهنگ منطقه باعث همسویی نتایج دو مطالعه شده باشد و نتایج تأیید کننده پژوهش فوق می‌باشد.

جمع‌بندی موارد فوق نشان می‌دهد که تأثیر مشاوره گروهی آموزشی روانی بر صمیمیت جنسی زنان شیرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری رفسنجان مثبت و مفید می‌باشد. بنابراین می‌توان با تکرار این دوره در این شهرستان و سایر شهرستان‌های کشور از آثار زایمان (به ویژه اولین زایمان) بر صمیمت جنسی بین زوجین کاست. لازم به ذکر است که نتیجه مطالعات مختلف مداخله آموزشی-روانی گروهی مثبت و با نتایج این مطالعه هم‌راستا بوده است و مطالعه‌ای که نتایج آن بدون تأثیر و یا با تأثیر منفی باشد پیدا نشد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به سخت بودن هماهنگی با زنان شیرده گروه مداخله جهت شرکت در کلاس‌های آموزشی به دلیل شیردهی و مراقبت از فرزند و عدم علاقه جدی به خصوص در جلسات اول اشاره کرد که البته با پیش رفتن جلسات آموزشی و آشنایی اعضای گروه با هم و جذابیت موضوع، این مشکل در جلسات بعدی تا حدودی کم‌تر شد. با توجه به این‌که مسائل مربوط به صمیمت جنسی و به ویژه صمیمیت جنسی پس از زایمان بسیار گسترده می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی به مقایسه و بررسی اثربخشی روش‌های مختلف مشاوره برای افزایش صمیمت جنسی پس از زایمان و در گروه‌های مختلف زنان در دوره‌های مختلف و بررسی عوامل مؤثر بر اثربخشی دوره‌های آموزشی ـ روانی در صمیمیت جنسی در زنان شیرده پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد مشاوره گروهی بر صمیمیت جنسی زنان شیرده تأثیر مثبت دارد و سبب افزایش صمیمیت جنسی می‌گردد، لذا توصیه می‌گردد که تسهیلاتی جهت برگزاری دوره مذکور به صورت منظم و در زمان‌های مشخص در طول سال برای زنان باردار در مراکز بهداشتی و درمانی به صورت رایگان برگزار گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره در مامایی از دانشکده پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم‌پزشکی کرمان می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان به جهت تأمین هزینه‌های مالی طرح و به طور خاص از مادرانی که در این پژوهش مشارکت داشتند، تقدیر و تشکر نمایند.

References

[1] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breast feeding and sexuality immediately postpartum. *Can Fam Physician Journal* 2005; 51(10): 1366-7.

[2] Kalkan, M. & Ersanli, E. The effect of the marriage enrichment program based on the cognitive behavioral approach on the marital adjustment of couple's educational science. Theory & Practice 2008; 8(3): 977-86.

[3] Stulhofer, A. Ferreira, L. C. & Landripet, I. Emotional intimacy, sexual desire, and sexual satisfaction among partnered heterosexual men. *Sexual and Relationship Therapy* 2014; 29(Suppl 2): 229-44.

[4] Moss BS, Schwebel AI, Marriage and romantic relationship: the fining intimacy in romantic relations. *Fam Relat* 1993; 42: 7-31.

[5] Bagarozzi, D.A. Enhancing intimacy in marriage: A clincian's guide. USA: Brunner & Routledge 2001.

[6] Liu H, Hsu P, Chen K. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sex Med* 2013; 1(2): 54-61.

[7] Shakarami M, Davarnia R, Zahrakar K, Gohari Sh. The effect of the sex education on sexual intimacy of married women. *Psychiatrics Nursing Journal* 2014; 2(1): 34-42. [Farsi]

[8] Farnam F, Pakgohar M, Mirmohamadali M, Mahmoodic M. Effect of sexual education on sexual health in Iran. Sex Education: Sexuality, Society and Learning 2008; 8(2): 159-68. [Farsi]

[9] TenHouten WD. A general theory of emotions and social life. 1st Ed. New York: USA: Rutledge 2007; 6-7.

[10] Khanjani veshki S, Botlani S, Shahsiah M, Sharifi E. The effect of sex education on marital quality improvement in couples of Qom. *Interdisciplinary Journal of*

Contemporary Research in Busines 2012; 4(7): 134-47. [Farsi]

[11] Azartash, F. The effectiveness of sexual education training on reducing marital conflict in women who referring to Regional2 of health home, Master thesis, University of Science and Research 2011. [Farsi]

[12] Susan S. Essentials of maternity new born women's health care nursing. Philadelphia: Lippincott Williams 2007; 145-63.

[13] Barret G, Pendry E, Peacock J, Victor Ch, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000; 107(12): 186.

[14] Birnie-Porter, C. & Lydon, J. E. A prototype approach to understanding sexual intimacy through its relationship to intimacy. *Personal Relationships* 2013; 20: 236-58.

[15] Avery MD, Drukett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breast feeding among primiparous women. *J Midw Women's Health* 2000; 4(3): 227-37.

[16] Pastore L, Owens A, Raymond C. "Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital". *J Sex Med* (Wiley-Blackwell/International Society for Sexual Medicine) 2007; 4(1): 115–23.

[17] Botlani S, Shahsiah M, Padash Z, Ahmadi A, Bahrami f. The effect of attachment based couple therapy on couples attachment style, sexual intimacy and sexual satisfaction. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business* 2012; 3(12): 375-90. [Farsi]

[18] Ann O, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. "Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth". Scandinavian *Journal of Caring Sciences* (Wiley-Blackwell/Nordic College of Caring Science) 2005; 19(4): 381–7.

[19] Dandurand C, Lafontaine MF. Intimacy and couple satisfaction: The moderating role of romantic attachment. *International Journal of Psychological Studies* 2013; 5(1): 74-90.

[20] Geçkil E, Sahin T, Ege E. "Traditional postpartum practices of women and infants and the factors influencing such practices in South Eastern Turkey". *Midwifery* 2009; 25(1): 62–71.

[21] Marie A, Thorp J, Pahel L. "Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study". *International Urogynecology Journal* (Springer London) 2005; 1(4): 263–7.

[22] Odar E, Wandabwa J, Kiondo P. "Sexual practices of women within six months of childbirth in Mulago hospital, Uganda". *Afr Health Sci* 2003; 3(3): 117–23.

[23] Wang H, Xiao-yang X, Zhen-wei Y, Qin Z. "Impact of Delivery Types on Women's Postpartum Sexual Health". *Reproduction & Contraception* 2003; 14(4): 237–42.

[24]Heidari M. Study of sexual behavior in the postpartum period in breastfeeding women. The second congress of family and sexual problems, Tehran, Shahed University, Family Health Clinic 2005. [Farsi]

[25] Kalantari M, Bagheri F, M. Sadeghi S, Effectiveness of educational program for enhancement of intimacy based on Iranian Native Culture on marital satisfaction of couples, *Journal of Applied Psychology* 2018; 12(1): 7-24. [Farsi]

[26] Mamdouhi A.A. The Persian Jobs dictionary, The Novin Publication, Tehran 2006. [Farsi].

[27] Shafi Abadi A, Nasser Gh. Theories of Counseling and Psychotherapy, University Publication Center Tehran 1992. [Farsi]

[28] Oulia N. The effect of marriage enrichment education on enhancing marital satisfaction in

couples of Isfahan city. [Dissertation]. University of Isfahan 2006.

[29] Gottman J, Notarius CI. Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Family Process Journal* 2002; 41: 159-97

[30] Nikpour S, Javaheri I, Yadavar Nikravesh M, Jamshidi R. Study of Sexual Problems Resulting from Delivery in Primiparous Women Referred to Outpatient Clinics in West of Tehran . *RJMS* 2006; 13 (50): 189-96. [Farsi]

[31] Undiyaundeye F, Sex and breastfeeding couples: Counselling implication, *International Journal of Management and Applied Science* 2016; 2(8): 7-9.

[32] Moradi M, Geranmayeh M. The effect of sexual counseling on sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Hayat* 2016; 22 (2): 148-58.

The Effect of Psychoeducational Group Counseling on Postnatall Sexual Intimacy of Lactating Women Referring to Urban Health Centers in Rafsanjan City: An Educational Trial

Z. Akbarinejad[۱], K. Alidoosti[۲], Z. Ghorashi[۳], Z. Asadollahi[۴]

Received: 4/04/2019 Sent for Revision: 28/04/2019 Received Revised Manuscript: 26/06/2019 Accepted: 02/07/2019

Background and Objectives: Research suggests that women lose their sexual desire after childbirth, leading to a reduction in couples' sexual intimacy. The purpose of this study was to determine the effect of group counseling with a psychological training approach on the sexual propensity of breastfeeding women.

Materials and Methods: This study is an educational trial that was conducted in the society of obstetric women of Rafsanjan city in 2018. 70 lactating women were selected from two health centers and divided into two intervention and control groups. At first, both intervention and control groups completed the sexual intimacy questionnaire. Then, the intervention group received 6 educational sessions (one session per week). After the end of the training period, both groups were asked to complete the sexual intimacy questionnaire again. Data were analyzed using Chi-square, independent t-test and single-variable covariance analysis.

Results: The results revealed a significant difference between the mean of sexual intimacy scores between the intervention and control groups in the post-test, which shows the positive effect of group counseling on the sexual intimacy of lactating women in the intervention group ($p<0.001$).

Conclusion: Considering the results of this study that indicate that group counseling has a positive effect on the sexual intimacy of lactating women and leads to increased sexual intimacy, it is recommended that facilities for this period be regularly held for pregnant women in health centers throughout the year.

Key words: Sexual intimacy, Postpartum, First delivery women, Psychoeducational group counseling, Rafsanjan

Funding: This research was funded by Kerman University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Kerman University of Medical Sciences approved the study (96000195.rec.kmu.ir).

How to cite this article: Akbarinejad Z, Alidoosti K, Ghorashi Z , Asadollahi Z. The Effect of Psychoeducational Group Counseling on Sexual Intimacy of Lactating Women Referring to Urban Health Centers in Rafsanjan City: An Educational Trial. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2020; 18 (10): 969-84 [Farsi]

1- MSc Student of Midwifery Counseling, Razi Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran, ORCID: 0000-0001-8594-1608.
2- Instructor, Dept. of Midwifery, Razi Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran, ORCID: 0000-0002-1206-4912.
(Corresponding Author) Tel: (034) 31325119,Fax: (034) 31325218, E-mail: alidoosti@kmu.ac.ir
3- PhD. In Reproductive Health, Assistant Prof., Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran, ORCID: 0000-0002-7417-3735
4- Instructor, Dept. of Statistics and Epidemiology, Faculty of Medical Sciences, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran, ORCID: 0000-0002-1503-8373