

## The Effectiveness of Integrative Group Therapy on the Sexual Function of Women with Systemic Scleroderma

Shamkoeyan L.<sup>1</sup> *PhD*, Lotfi Kashani F.\* *PhD*, Seyrafi MR.<sup>1</sup> *PhD*, Ahadi H.<sup>1</sup> *PhD*, Kavosi H.<sup>2</sup> *MD*

\*Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

<sup>1</sup>Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

<sup>2</sup>Rheumatology Research Center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

**Aims:** Systemic scleroderma is a multiple chronic autoimmune disease that has important clinical and psychological consequences, including sexual dysfunction. The purpose of this study was to determine the efficacy of integrated treatment group on sexual function and its domains in women with scleroderma.

**Materials & Methods:** This research was a semi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up with the experimental and control groups. The statistical population included women with scleroderma referred to Shariati Hospital in Tehran and Iran's Rheumatism Center in the second half of 2017. Of these, 30 patients were selected as available samples and randomly were placed in the control and the experimental groups. The experimental group was subjected to an integrated approach intervention in 9 sessions of 90-minutes, where as the control group did not receive such an intervention. The instrument of this study was the Female Sexual Function Index (FSFI) Questionnaire. Data were analyzed using SPSS24 software and repeated measures ANOVA.

**Findings:** Unilateral psychotherapy intervention significantly increased the mean post-test of sexual function and its six sub-components in both control and experimental groups ( $p < 0.01$ ,  $F = 19.59$ ). The satisfaction component with 0.82 ( $p < 0.01$ ,  $F = 125.35$ ) and psychological stimulation with 0.74 ( $F = 77.9$ ,  $p < 0.01$ ) had the most effect on intervention, and the component of orgasm with 0.33 ( $F = 13.54$ ,  $p < 0.01$ ) had the least effect among the components. After three months, there was no statistically significant difference between the post-test and the follow-up of the experimental group, which indicated the stability of intervention effects.

**Conclusion:** Unified psychotherapy is effective in increasing the sexual function of patients with systemic sclerosis and can play a significant role in improving the quality of life of these people.

### Keywords:

Systemic Sclerosis (Scleroderma) [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012595>];

Sexual Function: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25004840>];

Integrative Psychotherapy : [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27893529>];

---

\* Corresponding Author

Tel: +98(21)88070642

Fax: +98(21)88070642

Address: Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

Lotfi.kashani@gmail.com

Received: 08 Feb 2018

Accepted: 23 May 2018

ePublished: 23 Jul 2018

## اثر بخشی گروه درمانی یکپارچه نگر بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکرودرمی سیستمیک

لیلا شامکوتیان PhD

دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

فرح لطفی کاشانی\* PhD

دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران.

محمدرضا صیرفی PhD

دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

حسن احدی PhD

دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

هدی کاوسی MD

مرکز تحقیقات روماتولوژی، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی و درمانی تهران، تهران، ایران.

### چکیده

**اهداف:** اسکرودرمی سیستمیک یک بیماری اتوایمیون چندگانه مزمن است که پیامدهای بالینی و روانی مهم، از جمله اختلال در عملکرد جنسی را به دنبال دارد. هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی گروه درمانی یکپارچه نگر بر عملکرد جنسی و حوزه‌های آن در زنان مبتلا به اسکرودرمی بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اسکرودرمی مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی تهران و مرکز رماتیسم ایران در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ بودند. تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۹۹ دقیقه‌ای تحت مداخله رویکرد یکپارچه نگر قرار گرفتند و گروه کنترل چنین مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار این پژوهش، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ارزیابی شدند.

**یافته‌ها:** مداخله روان‌درمانی یکپارچه نگر موجب افزایش معناداری در میانگین نمرات پس‌آزمون عملکرد جنسی و شش زیرمؤلفه آن در دو گروه کنترل و آزمایش گردید ( $F=19/09$ ,  $p<0/01$ ). مداخله در زیرمؤلفه رضایتمندی با  $F=18/2$  ( $p<0/01$ )،  $F=12/03$  ( $p<0/01$ ) و تحریک روانی با  $F=10/74$  ( $p<0/01$ )،  $F=7/90$  ( $p<0/01$ ) کمترین تأثیر و برای ارگاسم با  $F=13/04$  ( $p<0/01$ ) کمترین تأثیر را در بین مؤلفه‌ها داشته‌اند. پس از سه ماه نیز از نظر آماری اختلاف معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش مشاهده نشد که بیانگر ماندگاری اثر مداخله می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** روان‌درمانی یکپارچه نگر برافزایش عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکرودرمی مؤثر بوده و می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی این افراد نقش زیادی داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** روان‌درمانی یکپارچه نگر، عملکرد جنسی، اسکرودرمی سیستماتیک.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۰۲

\*نویسنده مسئول: Lotfi.kashani@gmail.com

### مقدمه

بیماری اسکرودرمی، یک اختلال مزمن، پیچیده و چند ارگانی می‌باشد که بافت همبند را درگیر می‌سازد و موجب آسیب عروقی، اختلال عملکرد ایمنی، فرآیندهای فیبروتیک غیرطبیعی و آسیب‌های میکرو و اسکولار می‌شود<sup>[1,2]</sup>.

پیامدهای جسمانی و روانی مرتبط با اسکرودرمی مانند؛ تنگی عروق و کاهش خون‌رسانی به اندام‌های بدن<sup>[3]</sup>، درد مفاصل، ضعف عضلانی، ناتوانی فیزیکی و حرکتی<sup>[4]</sup>، خستگی<sup>[5]</sup>، از شکل افتادگی و نارضایتی از تصویر بدنی<sup>[6]</sup>، افسردگی و اضطراب<sup>[7]</sup> را به دنبال دارد. همچنین پیامدهای

ناشی از مصرف بعضی داروها<sup>[8]</sup>، می‌تواند تأثیر منفی روی عملکرد جنسی این بیماران داشته باشد. به طوری که حدود ۸۰ درصد مردان مبتلا به اسکرودرمی اختلال در نعوظ و بیش از نیمی از زنان مشکلات در عملکرد جنسی را عنوان کرده‌اند، اگرچه درصد مشکلات جنسی در زنان کمتر به نظر می‌رسد اما جامعه فراگیری این بیماری در آنان بیشتر است و از طرفی مشکلات جنسی در زنان نسبت به مردان پیچیده‌تر است<sup>[9]</sup>.

اختلال عملکرد جنسی در زنان (FSD) توسط بنیاد بیماری‌های اورولوژی آمریکا (AFUD) این‌گونه تعریف شده است: احساس ناراحتی جنسی و کاهش میل و علاقه جنسی، درد مقاربتی، کاهش افکار و فانتزی‌های جنسی در پاسخ‌گویی به رابطه جنسی<sup>[10]</sup>. در یک مطالعه ارزیابی عملکرد جنسی در بین ۵۴۷ زن کانادایی مبتلا به اسکرودرمی نشان داد که، بیش از ۶۰ درصد اختلال عملکرد جنسی داشتند و ۱۷ درصد از آنان از نظر جنسی غیرفعال بودند<sup>[11]</sup>.

ابتلا به اسکرودرمی بیشتر در سنینی اتفاق می‌افتد که افراد از نظر جنسی طبیعتاً باید فعال‌تر باشند<sup>[3]</sup> ولی با پیشرفت بیماری و پیامدهای جسمانی و روانی گسترده آن از جمله؛ از شکل افتادگی صورت و بدن، بیماران دچار شرم و عدم احساس ارزشمندی و افکار خود آیند منفی می‌شوند که تخریب عزت‌نفس و کاهش منافع جنسی بیمار را به دنبال داشته و موجب اختلال در عملکرد جنسی و عدم رضایتمندی جنسی در بیمار می‌شود<sup>[7]</sup> و می‌تواند بر روی رفاه، صمیمیت و روابط عاطفی با شریک زندگی، اثر بگذارد<sup>[12]</sup>.

به طور کلی می‌توان گفت که با توجه به عوارض و محدودیت‌های متعدد در بیماری اسکرودرمی و ارتباط عملکرد جنسی با شرایط و ماهیت خاص بیماری، وجود مداخلات روانشناختی مناسب می‌تواند لزوم مراقبت‌های روانی در این بیماران و اهمیت آنرا در درمان و احساس بهزیستی، تداخل رفتار کنونی فرد را با اهداف مهم او در زندگی نشان دهد و شرایط را به نحوه بهینه‌ای کنترل و بهبود بخشد<sup>[13]</sup>.

یکی از رویکردهای روان‌درمانی که می‌تواند در مشکلات مربوط به حوزه سلامت جسمانی و روان‌شناختی کاربرد داشته باشد رویکرد یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل مشترک (رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی افزایشی و نظم‌بخشی رفتار) است<sup>[14]</sup>. تاریخچه نظریه یکپارچه‌نگر، از سال‌های میانی ۱۹۳۰ شکل گرفته است و احتمالاً روزنروایگ اولین نظریه‌پرداز بود که در جبهه عوامل مشترک به فعالیت پرداخت. نظریه‌پردازان حوزه عوامل مشترک معتقدند؛ علیرغم اینکه رویکردهای مختلف روان‌درمانی از لحاظ نظری باهم تفاوت‌های آشکاری دارند ولی حاوی عوامل مشترکی هستند<sup>[15]</sup>. پژوهش‌هایی در زمینه روان‌درمانی یکپارچه نگر صورت گرفته است که نشان می‌دهد این رویکرد موجب کاهش پریشانی‌های

(۱۹۸۶)، با توجه به آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر بزرگ ( $F=۰/۴$ ) و توان آزمون ۰/۶ استفاده کردیم<sup>[19]</sup>. شایان‌ذکر است که این تعداد نمونه با توجه به شرایط ناشی از بیماری و روش‌های علمی و نظری در پژوهش‌های روان‌شناختی نیمه‌آزمایشی که نیازمند تبادل اطلاعات و بحث (افکار، هیجان‌ها، و رفتار و ...) بین درمانگر و گروه می‌باشند، نیز منطبق است<sup>[17,20]</sup>.

قبل از شروع مداخله و در یک جلسه اختصاصی، ملاحظات اخلاقی برای بیماران بیان شد؛ افراد با ماهیت و نحوه همکاری در اجرای پژوهش آشنا و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند، آن‌ها محق بودند که در هر مرحله از پژوهش از ادامه همکاری انصراف دهند، کلیه اطلاعات بیماران نیز در نزد پژوهشگر محرمانه بود و بعد از اتمام طرح، برای گروه کنترل نیز ۳ جلسه روان‌درمانی یکپارچه نگر کوتاه‌مدت اجرا گردید. ارائه مداخله برای گروه آزمایشی به مدت ۹ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) در مرکز روماتیسم ایران اجرا گردید. لازم به ذکر است که فرایند روان‌درمانی یکپارچه نگر توسط پژوهشگر اصلی (پس از گذراندن دوره ۶ ماهه به‌صورت تئوری و عملی، زیر نظر اساتید متخصص روانشناس و اخذ مدرک مربوطه) انجام گرفته است. از نظر زمانی؛ پرسشنامه‌های موردنظر قبل از شروع مداخله، بعد از اتمام مداخله و سه ماه بعد از آخرین جلسه مداخله در هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید.

ابزار این پژوهش پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی در زنان (FSFI) روزن با ۱۹ سوال، جهت اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان در ۶ حوزه در طی چهار هفته گذشته می‌باشد که تمایلات جنسی، تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد را مورد بررسی قرار می‌دهد<sup>[21]</sup>. نمرات در نظر گرفته شده هر سؤال برای بعد میل جنسی (۱ تا ۵ امتیاز) و برای ابعاد برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، درد (صفر تا ۵) و رضایت جنسی (۵-۱ یا ۰) می‌باشد. نمره صفر به معنای اینکه فرد در طی ماه گذشته فعالیت جنسی نداشته و نمره ۵ بهترین عملکرد در آن حیطة است. به‌این‌ترتیب نمره‌گذاری در هر شش حوزه به‌گونه‌ای است که نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی است. اعتبار این پرسشنامه توسط روزن<sup>[21]</sup> معادل ۰/۸۹ و در تحقیقات کندی و مستون<sup>[22]</sup> معادل ۰/۷۴ و طبق گزارش ویگل<sup>[23]</sup>، ۰/۸۰ گزارش شد. در ایران همبستگی درونی سؤالات کل مقیاس در گروه‌های مورد، کنترل و کل افراد با استفاده از ضریب آلفای کرون باخ نیز ۰/۸۵ یا بالاتر بود<sup>[24]</sup>. روایی همگرایی این پرسشنامه با نمره‌های خرده مقیاس عواطف مثبت و سازگاری زناشویی لاک و والاس مورد تایید بود، همچنین روایی واگرایی بین FSFI با نمره‌های پرسشنامه مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس، فرم تجدیدنظر شده مقیاس پریشانی جنسی زنان و خرده مقیاس عواطف منفی تایید گردید<sup>[25]</sup>. در پژوهش حاضر

روانی<sup>[16]</sup>، افزایش عزت‌نفس جنسی<sup>[17]</sup> و نظم‌بخشی رفتار<sup>[18]</sup> در زنان مبتلا به سرطان شده است.

در این پژوهش با استفاده از این مداخله روان‌شناختی، سعی بر آن داشتیم که با ایجاد یک رابطه درمانی مناسب و متعهدانه، شرایطی فراهم شود که بیمار؛ اندیشه‌ها، نیازها، احساسات، مقاصد، ارزش‌ها و تعهداتش را به کمک درمانگر، کنکاش و با آن‌ها در ارتباط نزدیک قرار گیرد و نسبت به آن‌ها آگاه شود. وقتی ارزش‌ها و اهداف فرد مکان‌یابی می‌شوند تجارب و در نتیجه روایت فرد از زندگی‌اش بازنویسی می‌شود و فرد به پذیرش بیماری دست می‌یابد که باعث افزایش دید مثبت و استفاده از سبک‌های مقابله خوش‌بینانه‌تر برای حل مسائل و استفاده از شوخ‌طبعی و طنز بیشتر در زندگی روزمره می‌شود. این احساس امیدواری، ایجاد انگیزه کافی برای تغییر عادت‌های رفتاری غیرمنطقی و نظم‌بخشی رفتار را به ارمغان می‌آورد که در نهایت دستیابی به افزایش کیفیت زندگی و رفاه روان‌شناختی در فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران (از جمله بهبود عملکرد جنسی) را مهیا می‌سازد. لذا در این پژوهش، هدف تعیین تاثیر روان‌درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل مشترک برافزایش عملکرد جنسی و شش حوزه آن (تمایلات جنسی، برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد) در زنان مبتلا به اسکرودرمی بوده است.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با پیگیری بعد از گذشت سه ماه از مداخله بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به اسکرودرمی سیستماتیک مراجعه‌کننده برای معاینات دوره‌ای به بیمارستان شریعتی (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران) و مرکز روماتیسم ایران در نیم سال دوم ۱۳۹۵ بودند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: (۱) زنان مبتلا به اسکرودرمی سیستماتیک که حداقل یک سال از تشخیص بیماری آن‌ها گذشته باشد، (۲) داشتن تاهل (۳) سن بیماران در دامنه ۲۵ تا ۵۰ سال، (۴) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، (۵) سکونت در شهر تهران و اطراف آن، (۶) عدم تشخیص اختلالات روانی مطابق با DSM V، (۷) عدم مصرف داروهای روان‌گردان طی ۳ ماه گذشته و معیار خروج نیز شامل سه بار غیبت در جلسات مداخله بوده است. با استفاده از اطلاعات ثبت‌شده مراجعه‌کننده مراجعان در دفاتر بیمارستان و مرکز، و پس از انجام مصاحبه اولیه (معارفه و تشخیص بالینی روان‌شناختی) با هر بیمار، تعداد ۶۰ نفر دارای شرایط ورود و خروج بودند و در نهایت ۳۰ داوطلب مبتلا به بیماری اسکرودرمی سیستماتیک به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدف‌دار انتخاب گردیده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در این پژوهش برای برآورد حجم نمونه از جدول کوهن

اعتبار کل پرسشنامه عملکرد جنسی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، معادل  $0/903$  به دست آمده است.

خلاصه جلسات روان‌درمانی یکپارچه‌نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک، برای گروه آزمایش به شرح زیر ارائه شده است:

**جلسه اول:** برگزاری پیش‌آزمون، بیان دلایل تشکیل گروه و قوانین، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر (رابطه درمانی)، اشاره به پیامدهای جسمانی و روانی ابتلا به بیماری اسکرودرمی در جنبه‌های مختلف زندگی و تاثیر آن بر تصویر بدنی، توضیح لزوم مراقبت‌های روانی و اهمیت آن در روند درمان (ایجاد رابطه درمانی و آگاهی افزایشی)، ارائه شواهد علمی مبتنی بر تاثیرات روان‌درمانی بر مشکلات روان‌شناختی و سیستم ایمنی (آگاهی افزایشی و ایجاد امید و انتظار درمان)، جمع‌بندی جلسه، و ارائه تکلیف.

**جلسه دوم:** ادامه روشن‌سازی تأثیر بیماری و پیامدهای روان‌شناختی آن (آگاهی افزایشی و برقراری رابطه درمانی)، مرور جلسه گذشته و گرفتن بازخورد از اعضای گروه (رابطه درمانی و ایجاد امید)، درخواست از اعضای گروه در بیان تجارب درونی خود (آگاهی افزایشی)، همدلی و انعکاس احساسات توسط درمانگر (برقراری رابطه درمانی)، دورنمایی از مشکل موجود فراهم کردن و کشف موضع بیمار نسبت به مشکلیش (آگاهی افزایشی)، مقابله با فاجعه‌سازی (ایجاد امید)، جمع‌بندی جلسه، و ارائه تکلیف.

**جلسه سوم:** بررسی تکالیف (رابطه درمانی)، درمیان گذاشتن تجارب از هفته گذشته تاکنون (ایجاد امید و انتظار درمان)، لایه‌برداری از اندیشه و احساسات ناخوشایند بیمار (آگاهی افزایشی)، پیدا کردن عنصر اصلی احساس ناخوشایند و بررسی نقش افکار و رفتار (آگاهی افزایشی و ایجاد امید و انتظار درمان)، به دست آوردن انگیزه برای تغییر پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری و استرس‌های زندگی (ایجاد امید و انتظار درمان)، جمع‌بندی جلسه، و ارائه تکلیف.

**جلسه چهارم:** بررسی تجربه و برداشت بیمار در طول هفته گذشته از روند مداخله و تأثیر آن بر احساسات و رفتار (آگاهی افزایشی)، روشن‌سازی گریز از آگاهی که به‌عنوان مانع یادگیری است، ترغیب به فکر کردن در مورد جایگاه کنونی، آینده و بررسی رفتار فعلی در نزدیک شدن یا دور شدن از اهداف زندگی (آگاهی افزایشی)، ایجاد انگیزه برای همکاری در تعیین اهداف جدید و تغییر رفتار (ایجاد امید و نظم‌بخشی رفتار)، کمک به مراجع برای همدلی با خود، پذیرش خود در کنار بیماری، درک توان جسمی و روانی خود برای مقابله با موانع موجود و رسیدن به احساس لذت (آگاهی افزایشی و ایجاد امید و انتظار درمان).

**جلسه پنجم:** بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)، آموزش جرات‌مندی جهت برون‌ریزی صحیح عواطف و بهبود روابط

بین فردی (نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار)، آموزش شیوه‌های کاهش استرس و خشم در روابط بین فردی و زندگی روزمره (نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار)، جمع‌بندی جلسه، و ارائه تکلیف جهت اجرا.

**جلسه ششم:** بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)، کسب توانایی جهت کنترل ذهن و افکار ناخوشایند، زندگی در لحظه و به دست آوردن آرامش، بیان منطق ذهن آگاهی، آموزش ذهن آگاهی، تمرین زندگی در حال با استفاده از حواس پنجگانه، آموزش تمرین تنفس و ثبت آن، آموزش آرمیدگی (آگاهی افزایشی، نظم‌بخشی اندیشه، احساس و رفتار) ارائه تکلیف و تأکید بر انجام آن در طی هفته.

**جلسه هفتم:** بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد (ایجاد امید و انتظار درمان)، ادامه تمرین تکنیک‌های ذهن آگاهی برای تغییر رفتارهای انعکاسی، نشخوارها و افزایش اطلاعات تا مراجع امکان پاسخ مناسب را به محرک‌ها داشته باشد (آگاهی افزایشی و نظم‌بخشی)، دیدن و پذیرش واقعیت‌ها و تجربه تماشای آنچه در حال رخ دادن است، تجربه کامل احساسات، مسیریابی نابهنجار اضطراب، روشن کردن و خنثی‌سازی واکنش‌های دفاعی و خود تیره ساز، تقویت بخشیدن به آگاهی سالم (آگاهی افزایشی و نظم‌بخشی)، جمع‌بندی جلسه، و ارائه تکلیف.

**جلسه هشتم:** بررسی تکالیف و گرفتن بازخورد از مطالب گذشته (رابطه درمانی)، در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه (ایجاد امید و انتظار درمان)، تعیین اهداف و ارزش‌های بیمار در زندگی، بیان تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف، روشن‌سازی ارزش‌ها، بیان پاتولوژی ارزش‌ها، درخواست از بیماران تا اهداف و ارزش‌های خود را فهرست کنند (آگاهی افزایشی و ایجاد امید)، بررسی آنچه در زندگی بیمار ارزش است و چگونگی برخورد با ارزش‌ها (آگاهی افزایشی و نظم‌بخشی)، ارائه تکلیف: تهیه لیست ارزش‌ها و نمره‌گذاری آن.

**جلسه نهم:** اختتامیه، هدف: مرور تمامی مطالب جلسه اول تا هشتم و بازخورد گرفتن از بیماران، گرفتن پس‌آزمون. تجزیه و تحلیل داده‌های خام حاصل از این پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS 24 در دو بخش توصیفی و استنباطی صورت گرفته است و با توجه به این‌که هدف، مشاهده جداگانه تغییرات در روند زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) آزمودنی‌ها و همچنین تغییرات بین گروهی (کنترل و آزمایش) بوده است، به‌منظور به حداقل رساندن خطاهای ناشی از تفاوت‌های فردی، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measures) نرم‌افزار فوق‌الذکر استفاده شده است.

#### یافته‌ها

جدول ۱ آمارهای توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار

معناداری در میانگین این نمرات در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود. این شرایط برای زیر مؤلفه‌های عملکرد جنسی نیز حاکم می‌باشد. لازم به ذکر است که، نمره‌گذاری در هر شش حوزه به‌گونه‌ای است که نمره بیشتر، مبین کارکرد بهتر جنسی است.

متغیر عملکرد جنسی و همچنین شش حوزه آن را نشان می‌دهد. میانگین نمرات عملکرد جنسی از ۱۶/۹۹ (با انحراف معیار ۵/۴۹) در مرحله پیش‌آزمون به ۲۷/۴۶ (با انحراف معیار ۳/۵۰) در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است و از نظر آماری این اختلاف معنادار ( $P < 0/01$ ) بود لیکن تغییر

جدول ۱) آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیر اصلی و زیر مؤلفه‌های آن

متغیر اصلی	زیر مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عملکرد جنسی	آزمایش	۱۶/۹۹	۵/۴۹	۲۷/۴۶	۳/۵۰	۲۷/۸۳	۳/۲۲
	گواه	۱۷/۲۹	۵/۹۶	۱۶/۶۸	۵/۰۹	۱۵/۵۳	۵/۰۷
میل جنسی	آزمایش	۲/۹۶	۰/۸۶	۴/۴۴	۰/۷۸	۴/۴۸	۰/۷۱
	گواه	۲/۸۰	۱/۲۸	۲/۶۸	۱/۱۵	۲/۴۴	۱/۰۰
تحریک روانی	آزمایش	۲/۵۸	۱/۱۰	۴/۴۶	۰/۷۴	۴/۵۴	۰/۶۵
	گواه	۲/۷۴	۱/۲۳	۲/۵۲	۱/۰۷	۲/۲۶	۰/۸۹
رطوبت	آزمایش	۲/۸۴	۱/۲۲	۴/۵۶	۰/۸۰	۴/۶۸	۰/۸۱
	گواه	۳/۱۶	۱/۱۷	۳/۱۶	۰/۸۸	۲/۸۶	۱/۰۳
ارگاسم	آزمایش	۲/۶۱	۱/۰۸	۴/۶۷	۰/۷۴	۴/۶۴	۰/۷۴
	گواه	۲/۸۵	۱/۱۰	۲/۸۵	۰/۸۴	۲/۶۷	۰/۹۹
رضایت‌مندی	آزمایش	۲/۸۰	۰/۹۶	۴/۸۰	۰/۶۹	۴/۸۰	۰/۷۶
	گواه	۲/۵۹	۰/۸۴	۲/۴۰	۰/۷۶	۲/۲۷	۰/۶۹
درد جنسی	آزمایش	۳/۲۰	۱/۱۷	۴/۵۳	۰/۵۲	۴/۶۹	۰/۵۸
	گواه	۳/۱۵	۱/۲۵	۳/۰۷	۱/۱۷	۳/۰۴	۱/۱۴

برای متغیر عملکرد جنسی و زیر مؤلفه‌های مربوط به آن معنادار ( $P < 0/01$ ) بود. معناداری اثر روان‌درمانی نشان می‌دهد که در مجموع، بین میانگین نمرات گروه کنترل و آزمایش اختلاف وجود دارد. معناداری اثر زمان نیز نشان می‌دهد که میانگین نمره عملکرد جنسی در حداقل بین دو زمان (فرضاً بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، یا پیش‌آزمون و پیگیری و یا ... برای کل مشاهدات) اختلاف دارد. معنادار بودن اثر تعاملی زمان × گروه نیز نشان می‌دهد که روند تغییرات میانگین نمرات در دو گروه کنترل و آزمایش در طول سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متفاوت است، به‌عنوان مثال میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش برای کل شاخص عملکرد جنسی (۱۶/۹۹) با میانگین نمره پس‌آزمون این گروه (۲۷/۴۶) اختلاف معنی‌داری ( $F = 19/09$  در سطح  $P < 0/01$ ) دارد. ضریب اتا بیانگر میزان توضیح دهنده تأثیر مداخله می‌باشد. در مورد شاخص عملکرد جنسی این ضریب معادل ۰/۴۱ بوده است که بیانگر آن است که انجام مداخله روان‌درمانی حدود ۴۱ درصد در بهبود این شاخص نسبت به میانگین

نتایج آزمون توزیع طبیعی و همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای اندازه‌گیری شده در جدول ۲ درج شده است. نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها است. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس خطای متغیر عملکرد جنسی و زیر مؤلفه‌های مربوط به آن در بین دو گروه کنترل و آموزش، در هر سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری غیر معنادار است لذا پیش‌شرط همسان بودن واریانس متغیرها نیز برقرار است. نتایج آزمون کرویت ماشلی نیز نشان می‌دهد که شرط یا مفروضه کرویت برای متغیر میل جنسی، ارگاسم و رضایت‌مندی برقرار و برای متغیرهای عملکرد جنسی، تحریک روانی، رطوبت و درد جنسی برقرار نیست بنابراین برای متغیرهای اخیر از آزمون هینه فلت استفاده شد که نتایج حاصل از آن، بیانگر برقراری شرط کرویت برای این متغیرها بود. با توجه به برقراری پیش‌شرط‌های فوق، بررسی روابط متغیرها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس مکرر در جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر روان‌درمانی، زمان و گروه × زمان

و درد جنسی در گروه گواه، تغییر معناداری در نمره عملکرد جنسی در هیچ‌یک از مراحل پژوهش مشاهده نمی‌گردد. نتایج همچنین نشان داد که در گروه آزمایش، میانگین نمره عملکرد جنسی و تمام زیر مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنادار داشته است. لذا فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد بدین معنی که ارائه روان‌درمانی یکپارچه نگر در این بیماران مؤثر بوده است. همچنین میانگین نمره در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون تفاوت معنادار ندارد. بنابراین افزایش نمره عملکرد جنسی و زیر مؤلفه‌های آن در اثر روان‌درمانی یکپارچه نگر، در مرحله پیگیری پایدار مانده است.

نمرات در حالت پیش‌آزمون مؤثر بوده است. مداخله در زیر مؤلفه رضایتمندی با  $F=125/35$ ،  $P<0/01$  و تحریک روانی با  $F=77/90$ ،  $P<0/01$  بیشترین تأثیر و ارگاسم با  $F=13/54$ ،  $P<0/01$  کمترین تأثیر را بین مؤلفه‌ها داشته‌اند.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای سنجش تفاوت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه کنترل و آزمایش در جدول ۴ آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد که در گروه کنترل، کاهش معنادار نمره عملکرد جنسی و زیر مؤلفه‌های تحریک روانی و رضایتمندی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون مشاهده می‌گردد. در حالی که در زیر مؤلفه‌های میل جنسی، رطوبت، ارگاسم

جدول ۲) نتایج آزمون توزیع طبیعی و آزمون همگنی واریانس‌های متغیرها

متغیر اصلی	زیر مؤلفه	گروه	آزمون شاپیروویلک		آزمون لون		ماشلی (W)	
			آماره	مقدار p	آماره F	مقدار p	آماره	مقدار p
عملکرد جنسی	---	پیش‌آزمون	۰/۸۵۶	۰/۰۲۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸۴		
		پس‌آزمون	۰/۸۸۸	۰/۰۶۳	۱/۲۱۶	۰/۲۸	۰/۴۸۹	۰/۰۰۰
		پیگیری	۰/۸۵۸	۰/۰۲۳	۱/۲۹۹	۰/۲۶۴		
میل جنسی		پیش‌آزمون	۰/۹۱۲	۰/۱۱۴۵	۳/۵۴۸	۰/۰۷		
		پس‌آزمون	۰/۸۹	۰/۰۶۸	۳/۵۷۴	۰/۰۶۹	۰/۸۳۵	۰/۰۸۷
		پیگیری	۰/۹۰۶	۰/۱۱۶	۲/۴۰۵	۰/۱۳۲		
تحریک روانی		پیش‌آزمون	۰/۸۹۱	۰/۰۷	۰/۱۹۷	۰/۶۶		
		پس‌آزمون	۰/۹۵۱	۰/۵۳۳	۰/۸۸	۰/۳۵۶	۰/۶۷۶	۰/۰۰۵
		پیگیری	۰/۹۵۳	۰/۵۷۶	۰/۸۹۲	۰/۳۵۳		
رطوبت		پیش‌آزمون	۰/۸۶۵	۰/۰۲۸	۰/۰۸۸	۰/۷۶۹		
		پس‌آزمون	۰/۹۳۸	۰/۳۵۷	۰/۰۹۵	۰/۷۶	۰/۶۷۲	۰/۰۰۵
		پیگیری	۰/۹۴۵	۰/۴۴۸	۰/۰۳۸	۰/۸۴۷		
ارگاسم		پیش‌آزمون	۰/۹۲۶	۰/۲۳۷	۰/۰۰۸	۰/۹۲۸		
		پس‌آزمون	۰/۹۳	۰/۲۷۸	۰/۳۶۵	۰/۵۵	۰/۸۵۳	۰/۱۱۷
		پیگیری	۰/۸۹	۰/۰۶۷	۰/۳۲۶	۰/۵۷۲		
رضایتمندی		پیش‌آزمون	۰/۸۳۸	۰/۰۱۲	۰/۶۷	۰/۴۲		
		پس‌آزمون	۰/۹۰۲	۰/۱۰۱	۰/۰۸۵	۰/۷۷۲	۰/۹۲۱	۰/۳۲۹
		پیگیری	۰/۹۱۸	۰/۱۷۸	۰/۰۱	۰/۹۱۹		
درد جنسی		پیش‌آزمون	۰/۹۵۱	۰/۵۳۹	۰/۳۵۶	۰/۵۵۶		
		پس‌آزمون	۰/۹۵۳	۰/۵۷	۶/۲۳۱	۰/۰۱۹	۰/۵۸۲	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۹۷	۰/۸۵۲	۵/۵۸۲	۰/۰۲۵		

جدول ۳) خلاصه نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای متغیر عملکرد جنسی و زیر مؤلفه‌های آن

متغیر اصلی	زیر مؤلفه	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	ضریب اتا	توان آزمون
عملکرد جنسی	زمان	۳۷۰۷۹/۹۸	۱	۳۷۰۷۹/۹۸	۰/۹۵	**۵۵۹/۴۹	۱	۰/۹۹
	گروه × زمان	۱۲۹۸/۰۸	۱	۱۲۹۸/۰۸	۰/۴۱	**۱۹/۵۹	۱	۰/۹۹
	خطا	۱۸۵۵/۶۹	۲۸	۶۶/۲۷				
میل جنسی	زمان	۸/۰۹	۲	۴/۰۴	۰/۴۳	**۲۰/۹۷	۱	
	گروه × زمان	۱۵/۴۳	۲	۷/۷۲	۰/۵۹	**۴۰/۰۱	۱	
	خطا	۱۰/۸۰	۵۶	۰/۱۹				
تحریک روانی	زمان	۱۲/۴۵	۱/۶۴	۷/۶۱	۰/۵۷	**۳۷/۰۱	۱	
	گروه × زمان	۲۶/۲۰	۱/۶۴	۱۶/۰۱	۰/۷۴	**۷۷/۹۰	۱	
	خطا	۹/۴۲	۴۵/۸۱	۰/۲۱				
رطوبت	زمان	۱۳/۴۱	۱/۶۳	۸/۲۲	۰/۵۷	**۳۶/۷۷	۱	
	گروه × زمان	۱۹/۲۹	۱/۶۳	۱۱/۸۳	۰/۶۵	**۵۲/۹۰	۱	
	خطا	۱۰/۲۱	۴۵/۶۴	۰/۲۲				
ارگاسم	زمان	۱۰۲۹/۵۵	۱	۱۰۲۹/۵۵	۰/۹۴	**۴۴۳/۲۹	۱	۰/۹۴
	گروه × زمان	۳۱/۴۵	۱	۳۱/۴۵	۰/۳۳	**۱۳/۵۴	۱	۰/۹۴
	خطا	۶۵/۰۳	۲۸	۲/۳۲				
رضایت‌مندی	زمان	۱۵/۳۲	۲	۷/۶۶	۰/۷۳	**۷۴/۸۵	۱	
	گروه × زمان	۲۵/۴۵	۲	۱۲/۷۳	۰/۸۲	**۱۲۴/۳۵	۱	
	خطا	۵/۷۳	۵۶	۰/۱۰				
درد جنسی	زمان	۸/۷۸	۱/۵۲	۵/۷۹	۰/۴۷	**۲۵/۰۳	۱	
	گروه × زمان	۱۱/۴۸	۱/۵۲	۷/۵۷	۰/۵۴	**۳۲/۷۳	۱	
	خطا	۹/۸۲	۴۲/۴۴	۰/۲۳				

\* و \*\* به ترتیب معنی‌دار در سطح اطمینان ۵ و ۱ درصد.

### بحث

هدف از مطالعه حاضر، تعیین میزان اثر بخشی گروه‌درمانی یکپارچه نگر بر عملکرد جنسی و زیر مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به اسکرودرمی بوده است. نتایج مطالعه بیانگر تأثیر مثبت این اقدام در بهبود متغیرهای موردنظر می‌باشد.

یافته‌های به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش‌های گاندری در مورد بیماران مبتلا به سرطان<sup>[26]</sup>، حامل در مبتلایان به سرطان سینه<sup>[27]</sup>، دوماهل در مورد بیماران مبتلا به سرطان رکتوم و مقعد<sup>[28]</sup> مبنی بر تأثیر ارائه مداخلات روان‌شناختی بر افزایش عملکرد جنسی و کیفیت زندگی بیماران همسو بود. همچنین یک مطالعه مروری که به ارزیابی ۱۱ مطالعه در زمینه اثر بخشی مداخلات روان‌شناختی بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پرداخته بود، گزارش کرد: در مجموع ۱۱ مطالعه که حدود ۹۷۵ بیمار را در

برداشتند، موجب افزایش عملکرد جنسی و کاهش علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی شدند<sup>[29]</sup>. لگانا و همکاران با انجام گروه‌درمانی با محوریت زوج‌درمانی توانستند اختلال و مشکلات جنسی زوجین (که یکی از آن‌ها مبتلا به سرطان بود) را برطرف سازند و رضایت زناشویی را برای آن‌ها به ارمغان آورند<sup>[30]</sup>. مداخله رفتاردرمانی و مصاحبه انگیزشی در بیماران مبتلا به دیابت موجب افزایش تمرین ورزشی شد لذا این امر در مطالعه آدینی و همکاران نشان می‌دهد که این بیماران توانستند اختلال عملکرد جنسی ناشی از دیابت را مدیریت کنند<sup>[31]</sup>. همچنین در تحقیقات دیگری نیز بیان گردیده است که اجرای مداخلات روان‌شناختی موجب افزایش عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی در بیماران مزمن شده‌اند<sup>[17, 20, 32, 33]</sup>. در تبیین این یافته می‌توان گفت: عملکرد جنسی و رضایت حاصل از

جدول ۴) نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای سنجش اختلاف بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر اصلی	زیر مؤلفه	گروه	پیش آزمون-پس آزمون		پیش آزمون-پیگیری		پس آزمون-پیگیری	
			تفاوت میانگین	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	خطای استاندارد
عملکرد جنسی	میل جنسی	آزمایش	۱۰/۴۶۷**	۰/۷۰۸	۱۰/۸۴**	۰/۸۰۲	۰/۳۷۳ns	۰/۳۰۸
		گواه	-۰/۶۰۷ns	۰/۲۸۵	-۱/۷۵۳**	۰/۳۲۶	-۱/۱۴۷**	۰/۲۴۵
تحریک روانی	رطوبت	آزمایش	۱/۴۸**	۰/۲۰۲	۱/۵۲**	۰/۲۲۶	۰/۰۴ns	۰/۱۴۹
		گواه	-۰/۱۲ns	۰/۱۲	-۰/۳۶ns	۰/۱۲۸	-۰/۲۴ns	۰/۱۲
ارگاسم	رضایتمندی	آزمایش	۱/۸۸**	۰/۱۹۵	۱/۹۶**	۰/۲۳	۰/۰۸ns	۰/۱۲۹
		گواه	-۰/۲۲ns	۰/۰۹۵	-۰/۴۸**	۰/۱۱۳	-۰/۲۶**	۰/۰۷۱
درد جنسی	رضایتمندی	آزمایش	۱/۷۲**	۰/۲۱	۱/۸۴**	۰/۲۴۱	۰/۱۲ns	۰/۰۹۲
		گواه	۰/۰۰ns	۰/۱۱۷	-۰/۳ns	۰/۰۹۳	-۰/۳ns	۰/۱۱۳
رضایتمندی	درد جنسی	آزمایش	۲/۰۵۳**	۰/۱۴۵	۲/۰۲۷**	۰/۱۸۹	-۰/۰۲۷ns	۰/۱۱۴
		گواه	-۰/۰۰ns	۰/۰۹۶	-۰/۱۸۷ns	۰/۰۹۵	-۰/۱۸۷ns	۰/۱۰۲
رضایتمندی	درد جنسی	آزمایش	**۲	۰/۱۷۵	**۲	۰/۱۷۵	۰/۰۰۰ns	۰/۱۳۵
		گواه	-۰/۱۸۷*	۰/۰۶۶	-۰/۳۲**	۰/۰۷	-۰/۱۳۳ns	۰/۰۶۴
درد جنسی	رضایتمندی	آزمایش	۱/۳۳۳**	۰/۲۳۳	۱/۴۹۳**	۰/۲۵۴	۰/۱۶ns	۰/۶۹۸
		گواه	۰/۰۸ns	۰/۰۴۳	۰/۱۰۷ns	۰/۰۴۷	۰/۰۲۷ns	۱

ns: غیر معنی‌دار، \* و \*\* به ترتیب معنی‌دار در سطح اطمینان ۵ و ۱٪.

رضایت از زندگی، توانایی در تجربه لذت، روابط متقابل با دیگران و توانایی در ایجاد روابط صمیمانه با دیگران مختل می‌شود. اگر آسیب به عزت‌نفس جنسی شدید باشد، می‌تواند موجب اختلال شدید در کارایی فرد شود<sup>[38]</sup>. لذا به نظر می‌رسد که ماهیت بیماری اسکرودرمی و اختلال در عملکرد جنسی در این بیماران اثر متقابل بر هم دارد که حال بیمار را دگرگون می‌سازد. در درمان یکپارچه نگر سعی بر آن شد تا ضمن آگاهی‌افزایی در جهت بیان پیامدهای ابتلا به بیماری اسکرودرمی در حیطه‌های مختلف زندگی از جمله روابط زناشویی و نیز عملکرد جنسی و توضیح لزوم مراقبت‌های روانی در این بیماران و اهمیت آن در درمان و احساس بهزیستی، تداخل رفتار کنونی فرد را با هدف مهم او در زندگی نشان دهیم و شرایط را به گونه‌ای هدایت می‌کردیم تا مراجع دلیلی برای تغییر خود پیدا کند (مثلاً حضور در جلسات درمانی به‌عنوان نشانه تغییر). اکثر بیماران اسکرودرمی دائماً مشغول نشخوارهای آگاهی‌گرایانه در مورد تجربیات گذشته و نگرانی‌های آینده هستند که حتی نمی‌توانند تجارب جاری خود را در نظر بگیرند. یکی از منابع مهم گریز از آگاهی، پیش‌داوری معیوب فرد در مورد خودش و دیگران است. این پیش‌داوری موجب می‌شود که شرایط را تهدیدآمیز تلقی کرده و تصور می‌کند که تحمل وضعیت موجود را ندارد و به دنبال قطعیت

آن، به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی انسان مطرح است<sup>[34]</sup> و عملکرد جنسی سالم در زنان، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن کیفیت زندگی آنان دارد که می‌تواند تأثیر غیرقابل‌انکاری در زندگی زناشویی و انسجام و پایداری آن داشته باشد<sup>[35]</sup>، با توجه به ماهیت جسمانی، روانی و اجتماعی بیماری اسکرودرمی، بیش از نیمی از زنان مبتلا به آن، مشکلات در عملکرد جنسی را تجربه می‌کنند<sup>[36]</sup>. به‌طورکلی اختلال در عملکرد جنسی به هر علتی که ایجاد شود پیامدهای متفاوتی در پی خواهد داشت و خود یک عامل اساسی در ایجاد مشکلاتی از قبیل خشونت، افسردگی، اضطراب و نگرانی، اختلافات خانوادگی و نارضایتی از زندگی زناشویی و جدایی می‌باشد. همچنین بر عزت‌نفس، احساس خودکارآمدی، فعالیت‌های اجتماعی، تأثیرگذار است. عزت‌نفس و تصویر ذهنی از بدن خود، از عوامل روان‌شناختی مهم و مؤثر در عملکرد جنسی زنان است. می‌توان بیان کرد که عزت‌نفس جنسی تمایل کلی فرد، جهت ارزیابی مثبت ظرفیت خود برای مشارکت در رفتارهای جنسی سالم و تجربه جنسی به شکلی لذت‌بخش و رضایت‌مندانه تعریف شده که بر رفتار جنسی تأثیر می‌گذارد و شامل پاسخ هیجانی به افکار، احساسات و رفتار جنسی است<sup>[37]</sup>. زمانی که عزت‌نفس جنسی آسیب ببیند، نظر فرد درباره خویش،



زمان پایدار ارزیابی شد. بنابراین این درمان می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان‌های پزشکی ارائه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود حاصل این پژوهش جهت بهبود عملکرد جنسی، به‌صورت مکتوب، همراه با دستورالعمل‌های قابل اجرا و کاربردی به‌صورت مجازی (آنلاین) برای آن دسته از بیمارانی که در نقاط دوردست قرار دارند و محدودیت حرکتی دارند، انجام پذیرد و تحقیقات کیفی جهت شناسایی بهتر مسائل و مشکلات بیماران مبتلا به اسکرودرمی صورت گیرد.

**تشکر و قدردانی:** از اساتید راهنما و مشاور، استاد بزرگوار جناب آقای دکتر فرهاد غریب دوست و تمامی کارمندان محترم بیمارستان شریعتی، مرکز تحقیقات روماتولوژی این بیمارستان، مرکز روماتیسم ایران و همچنین بانوان عزیزی که در این پژوهش شرکت کردند، نهایت تشکر و تقدیر را به عمل می‌آورد.

**تاییدیه اخلاقی:** از شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد. این پژوهش دارای کد اخلاقی به شماره IRCT20171125037622N1 در مرکز ثبت کار آزمایشی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد.

**تعارض منافع:** در این خصوص موردی از طرف نویسندگان اعلام نشده است.

**سهم نویسندگان:** لیلیا شامکوئیان (نویسنده اول) پژوهشگر اصلی، (۲۵٪)؛ فرح لطفی کاشانی (نویسنده مسئول) (۲۵٪)؛ محمدرضا صیرفی (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی (۲۰٪)؛ حسن احدی (نویسنده چهارم) پژوهشگر کمکی (۱۵٪)؛ هدا کاوسی (نویسنده پنجم)، پژوهشگر کمکی (۱۵٪).

**منبع مالی:** این مطالعه تحت حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج انجام شده است.

#### منابع

- 1- Adigun R, Bhimji S. Systemic sclerosis (CREST syndrome). Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing. 2017 Jun. PMID: 28613625.
- 2- Gumuchian ST, Peláez S, Delisle VC, Carrier ME, Jewett LR, El-Baalbaki G, et al. Exploring Sources of emotional distress among people living with scleroderma: a focus group study. PLoS One. 2016; 11(3). PMID: PMC4805283
- 3- Frikha F, Masmoudi J, Saidi N, Bahloul Z. Sexual dysfunction in married women with Systemic Sclerosis. The Pan African Medical Journal. 2014; 17(82). (PMID:25452828 PMID:PMC4247730)
- 4- Racine M, Hudson M, Baron M, Nielson WR. Canadian scleroderma research group. The Impact of pain and itch on functioning and health-related quality of life in systemic sclerosis: an exploratory study. J Pain Symptom Manage. 2016;52(1):43-53.

است. با آگاهی افزایشی که یک فرایند مبتنی بر یادگیری و تمرین است به بیمار کمک کردیم تا امور را همان‌گونه ببیند که رخ می‌دهند و به‌وسیله سؤالات سقراطی فرد را متوجه تحریف واقعیت و فکر کردیم که چطور منحصرأ بر تهدید، خطر و درماندگی خود متمرکز هستند و این مسئله را به تمام جنبه‌های زندگی از جمله رضایت زناشویی و جنسی تعمیم می‌دهند. ایجاد آگاهی در کنار رابطه درمانی همدلانه، حرفه‌ای و هدایت‌گر (کنترل جلسات و تعامل با بیمار)، حضور در گروه و شنیدن تجارب درونی دیگر بیماران و نحوه مقابله دیگران در برابر پیامدهای ناشی از بیماری، دورنمایی از مشکل موجود برای بیمار ایجاد می‌کرد که او را از فاجعه سازی کردن موضوع به دور می‌دارد و امید و انتظار درمان را در بیمار ارتقا می‌بخشد. به نظر می‌رسد این تغییرات، احساس بهتر از خویشتن (بهبود تصویر بدنی) و جستجوی نکات ارزشمند دیگر (به‌جز سلامتی و زیبایی) را در بیمار فراهم می‌سازد. از طرفی این موارد می‌تواند، عزت‌نفس جنسی را افزایش دهد و به دنبال آن، عملکرد جنسی مناسب، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی را ارتقاء بخشد. افرادی که عزت‌نفس جنسی بالایی دارند در بیان نیازها و تمایلات جنسی خود تواناترند و از اینکه در رابطه جنسی موردپذیرش واقع می‌شوند، اطمینان دارند. آنان توانایی برقراری یک رابطه شاد و موفق با شریک خود را دارند. این افراد می‌توانند احساسات و روابط جنسی خود را کنترل کرده و از ترس‌های خود بکاهند، در نتیجه تمایل بیشتری به روابط جنسی داشته و رضایت جنسی بیشتری را تجربه می‌کنند. به‌طور کلی بیماران را از احساس و اندیشه و رفتارشان مطلع ساختیم و با آموزش برخی از مهارت‌ها (با توجه به سطح نیازها) رفتارهای گذشته‌شان را به چالش کشیدیم و در نهایت شاهد تغییرات در هیجان و افکار را با دیدن تغییر رفتار امکان‌پذیر کردیم. بنابراین زنان مبتلا به اسکرودرمی که به دلیل پیامدهای ناگوار جسمانی و روانی در مواجهه با رابطه جنسی خود و همسرشان، دچار نارضایتی و اختلال عملکرد جنسی بودند با نظم بخشی رفتار توانستند به احساس رضایتمندی جنسی دست یابند.

#### نتیجه‌گیری

بیماری اسکرودرمی یک بیماری با علت ناشناخته است. بیمار، نه‌تنها باید با پیامدهای جسمانی و ظاهری ناخوشایند مقابله نماید بلکه در برابر آسیب‌های عاطفی و اجتماعی نیز قرار دارد و از آنجایی که درمان قطعی برای بیماری وجود ندارد، لذا تمرکز بر بهبود کیفیت زندگی (با توجه به مشکلات روان‌شناختی و عملکرد جنسی) می‌تواند به‌عنوان یک چالش مهم بالینی باشد. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد، روان‌درمانی یکپارچه نگر مبتنی بر چهار عامل مشترک نقش مؤثری در افزایش عملکرد جنسی و زیرمقیاس‌های آن در زنان مبتلا به اسکرودرمی سیستماتیک دارد و حتی اثر بخشی آن در طول

- Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2015; 9(35): 77-87. [Persian].
- 16- Lotfi Kashani F, Vaziri Sh, Akbari ME, Mousavi M. Effectiveness of four-factor psychotherapy in decreasing distress of women with breast cancer. *Procedia-social and Behavioral Sciences*. 2014;159:214-8. [Persian].
- 17- Akbari M, Lotfi Kashani F, Vaziri Sh. The efficacy of four-factor psychotherapy on increasing sexual self-esteem in breast cancer survivors. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2017;10(1):48-60. [Persian].
- 18- Lotfi Kashani F, Vaziri Sh, Zeinolabedini SN, Zeinolabedini SN. Effectiveness of behavior regulation training on anxiety reduction among women with breast cancer. *Journal of Health Psychology*. 2015;4(13):52-61. [Persian].
- 19- Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavioral sciences. Publication of the Institute of Agahe; 2014. (Persian)
- 20- Asadpour I, Vaysi S. The effectiveness of emotional-couple therapy-based on sexual self-esteem and sexual function in women with multiple sclerosis. *Arak Medical Journal*. 2017;5(7):1-12.
- 21- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:191-208.
- 22- Cindy M, Meston. Validation of female sexual function index (FSFI) in the women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther*. 2003;29(1):39-46.
- 23- Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):1-20.
- 24- Mohammadi K, Heydari M, Faghihzadeh Socrates. Credits to the Persian version of the scale female sexual function index. *Journal Payesh*. 2008;7(3);269-78. [Persian].
- 25- Ghasami M, Shaeiri MR, Asghari Moghadam MA, Rahmati N. The study of the psychometric properties of the 6-Item version of the female sexual function index (FSFI-6) amongst Iranian Women. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2014,12(7):532-43. [Persian].
- 26- Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Tookman A, King M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 2; 2:CD005540. DOI:10.1002/14651858.CD005540.pub3.
- 5- Levis B, Kwakkenbos L, Hudson M, Baron M, Thombs BD. Canadian scleroderma research group. The association of sociodemographic and objectively-assessed disease variables with fatigue in systemic sclerosis: an analysis of 785 Canadian scleroderma research group registry patients. *Clin Rheumatol*. 2017;36(2):373-9.
- 6- Nusbaum JS, Gordon JK, Steen VD. African American race associated with body image dissatisfaction among patients with systemic sclerosis. *Clin Exp Rheumatol*. 2016; 34 Suppl 100(5):70-3.
- 7- Levis B, Rice DB, Kwakkenbos L, Steele RJ, Hagedoorn M, Hudson M, et al. Canadian scleroderma research group. Using marital status and continuous marital satisfaction ratings to predict depressive symptoms in married and unmarried women with systemic sclerosis: a Canadian scleroderma research group study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68(8):1143-9.
- 8- Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The association between sexual satisfaction and body image in women. *J Sex Med*. 2010;7(6):905-16.
- 9- Impens AJ, Seibold JR. Vascular alterations and sexual function in systemic sclerosis. *International Journal of Rheumatology*. 2010; Volume 2010, Article ID 139020, 5 pages.
- 10- Hollingsworth M, Berman J. The role of androgens in female sexual dysfunction. *Sexual Reprod Menopause*. 2006;4(1):27-332.
- 11- Levis B, Hudson M, Knafo R, Baron M, Nielson WR, Hill M, et al. Rates and correlates of sexual activity and impairment among women with systemic sclerosis. *Arthritis Care Res*. 2012;64(3):340-50.
- 12- Rosato E, Rossi C, Molinaro I, Di Giulio MA, Trombetta AC, Marra AM, et al. Sexual distress, sexual dysfunction and relationship quality in women with systemic sclerosis: correlation with clinical variables. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2014;27(2):279-85.
- 13- Maddali Bongi S, Del Rosso A, Mikhaylova S, Baccini M, Matucci Cerinic M. Sexual function in Italian women with systemic sclerosis is affected by disease-related and psychological concerns. *J Rheumatol*. 2013;40(10):1697-705.
- 14- Lotfi Kashani F, Ahadi H, Delaware Ali, Shafiabadi A. Common factors among of different approaches to psychotherapy and presenting, as an effective therapeutic approach. PhD dissertation, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran. (1997). [Persian]
- 15- Vaziri Sh, Lotfi kashani F. Fourfold approach in psychotherapy: foundations and achievements.

- in women with sexual dysfunction. *Journal of Behavioral Sciences*. 2017;15(1):84-92.
- 33- Barghi Irani Z, Pirbayati Z, Pir Gholi F. The role of the self-esteem, perceived stress, alexithymia and cognitive avoidance on the sexual function of the fertilized and unfertilized woman. *The Journal of Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017;15(2):105-95.
- 34- Litzinger, S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2005;31(5):409-24.
- 35- Nowroozi M, Gholamzadeh Baeyes M, Berzoui Sh. Evaluation of sexual dysfunction in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2016;10(8):62-70.
- 36- Impens AJ, Rothman J, Schiop E, Cole JC, Dang J, Gendraho N, et al. Sexual activity and functioning in female scleroderma patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2009; 27(3 suppl 54):38- 43.
- 37- Tavakolizadeh J, Amiri M, Nejad FR. Sexual self-esteem in mothers of normal and mentally-retarded children. *Journal of Pak Med Assoc*. 2017;67(6):929-32.
- 38- Romijnders KA, Wilkerson JM, Crutzen R, Kok G, Bauldry J, Lawler SM. Montrose center: strengthening social ties to increase confidence and self-esteem among sexual and gender minority youth. *Health Promot Pract*. 2017;18(3):341-7.
- 27- Hummel SB, Van Lankveld JJDM, Oldenburg HSA, Hahn DEE, Kieffer JM, Gerritsma MA, et al. Efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy in improving sexual functioning of breast cancer survivors: results of a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2017;20;35(12):1328-40.
- 28- Du Hamel K, Schuler T, Nelson C, Philip E, Temple L, Schover L, et al. The sexual health of female rectal and anal cancer survivors: results of a pilot randomized psycho-educational intervention trial. *Jou. Cancer Surviv*. 2016;10(3):553-63.
- 29- Chow KM, Chan JC, Choi KK, Chan CW. A review of psychoeducational interventions to improve sexual functioning, quality of life, and psychological outcomes in gynecological cancer patients. *Cancer Nurs*. 2016;39(1):20-31.
- 30- Lagana L, Fobair P, Spiegel D. Targeting the psychosexual challenges faced by couples with breast cancer: can couples group psychotherapy help? *Journal of Womens Health Care*. 2014;3(6). 3-205. DOI: 10.4172/2167-0420.1000205.
- 31- Adeniyi AF, Adeleye JO, Adeniyi CY. Diabetes, sexual dysfunction and therapeutic exercise: a 20 year review. *Curr Diabetes Rev*. 2010;6(4):201-6.
- 32- Tabatabai A, Sajjadian I, Motamedi M. Effectiveness acceptance and commitment therapy of sexual function and sexual immorality