

تعیین تاثیر مداخله‌ی مبتنی بر نگرانی‌های جنسی بر عملکرد جنسی (خستگی جنسی، تمایل جنسی، احقاق جنسی،

### ناکامی در روابط جنسی) زنان مبتلا به دیابت نوع ۱

نرگس زمانی<sup>۱</sup>، حسن رضایی جمالویی<sup>۲\*</sup>، زهرا بهبودی مقدم<sup>۳</sup>، مهدی مشکی<sup>۴</sup>، حمیدرضا پیکری<sup>۵</sup>

#### چکیده

**مقدمه:** یکی از مهمترین نگرانی‌های زنان مبتلا به دیابت، عملکرد جنسی است لذا این پژوهش با هدف، تعیین تاثیر مداخله مشاوره‌ای زوجی مبتنی بر عملکرد جنسی (خستگی جنسی، تمایل جنسی، احقاق جنسی، ناکامی در روابط جنسی) زنان مبتلا به دیابت نوع ۱ انجام گرفت.

**روش پژوهش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه پژوهش را تمام زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۱ شهرستان همدان تشکیل دادند که در انجمن دیابت پرونده داشتند. از این تعداد ۴۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب به صورت تصادفی به ۲ گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و به پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان، پرسشنامه شدت خستگی، پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت و پرسشنامه احقاق جنسی هالبرت به صورت پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماه بعد از مداخله پاسخ دادند و گروه مداخله در طی ۴ جلسه ۴۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش مداخله مشاوره‌ای زوجی مبتنی قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل تحت آموزشی قرار نگرفتند و نتایج حاصل با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با مقادیر تکراری انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، مشاوره‌ای زوجی بر عملکرد جنسی (خستگی جنسی، تمایل جنسی، احقاق جنسی، ناکامی در روابط جنسی) موثر بوده است و این تاثیر تا ۳ ماه بعد از مداخله نیز تاثیر خود را حفظ کرده است.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه، مدل مشاوره‌ای زوجی بر افزایش معناداری در عملکرد جنسی این زنان موثر بوده است و با توجه به کیفیت پایین زندگی این افراد نیز پیشنهاد می‌گردد در انجمن‌های حمایت از دیابت نیز از این آموزش استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** احقاق جنسی، تمایل جنسی، خستگی جنسی، دیابت نوع ۱، عملکرد جنسی، ناکامی در روابط جنسی، نگرانی‌های جنسی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۹/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۲

**استناد:** زمانی ن، جمالویی ح، بهبودی مقدم ز، مشکی م، پیکری ح. تعیین تاثیر مداخله‌ی مبتنی بر نگرانی‌های جنسی بر عملکرد جنسی (خستگی جنسی، تمایل جنسی، احقاق جنسی، ناکامی در روابط جنسی) زنان مبتلا به دیابت نوع ۱، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۹؛ ۱۰(۳): ۶۵-۸۲

<sup>۱</sup> - گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران ORCID: 0000-00029128-7224

<sup>۲</sup> - نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران، [hassan.rezaeejamalooei@iaun.ac.ir](mailto:hassan.rezaeejamalooei@iaun.ac.ir)

<sup>۳</sup> - دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

<sup>۴</sup> - استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت؛ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

<sup>۵</sup> - استادیار، گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

## مقدمه:

سلامت یکی از مهمترین ارکان زندگی و از حقوق اولیه و اساسی بشر به شمار می‌آید (۱). برخورداری از زندگی سالم حق تمام انسان‌ها است و این مسئله در گرو آگاهی از مسائل و مقوله‌هایی است که به نوعی بر سلامت آدمیان تاثیر می‌گذارد (۲) یکی از مقوله‌های مهم در بحث سلامت افراد، توجه به باروری آن‌ها است (۳). سلامت باروری به مجموعه‌ای از سلامت جسمی، روانی، فرهنگی و اجتماعی مرتبط با دستگاه تولیدمثل و عملکرد آن تلقی می‌شود (۴). این حیطه از سلامت، جنبه مهمی از سلامت عمومی به ویژه سلامت زنان را شامل می‌شود و نقش کلیدی در سلامت زنان دارد (۵). تحقیقات نشان داده اند مشکلات سلامت باروری، بار مسئولیت تقریباً ۴۶٪ از بیماری‌های زنان سن باروری را بر دوش دارند (۶، ۷).

سلامت باروری یکی از ضرورت‌ها و پیش نیازهای رسیدن به توسعه پایدار در جوامع کنونی به شمار می‌آید (۳) و سازمان‌های بین المللی متعددی نظیر یونیسف، صندوق جمعیت ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی اهمیت آن را مورد تاکید قرار داده‌اند (۴). اهمیت این حیطه از سلامت تا آنجاست که امروزه در مجامع علمی از آن به عنوان حقوق باروری که بخشی از حقوق بشر به شمار می‌آید، یاد می‌شود و گسترش آن یکی از گام‌های اساسی در تامین سلامت خانواده و جامعه به حساب می‌آید (۸) این در حالی است که بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و بیماری‌های سیستم عصبی می‌توانند از راه‌های متعددی بر سلامت باروری افراد تاثیر منفی بگذارند (۹) در این میان، سلامت باروری و زندگی جنسی بیماران دیابتی همواره چالش برانگیز بوده است.

دیابت که از آن به عنوان اپیدمی خاموش نام برده شده یک مشکل بهداشتی عمده و فراگیر محسوب می‌شود (۱۰) که شیوع آن به ویژه در کشورهای در حال توسعه افزایش چشمگیری در سال‌های اخیر داشته است (۱۱، ۱۲)، انواع مختلف دیابت شامل دیابت نوع ۱، دیابت نوع ۲، دیابت حاملگی و دیابت همراه با موقعیت‌ها و سندرم‌های دیگر می‌باشد (۱۳). افراد دیابتی به علت رشد جمعیت، پیری جمعیت، شهرنشینی و صنعتی شدن، افزایش شیوع چاقی و بی‌حرکی به سرعت در حال افزایش است (۱۴). دیابت به خصوص دیابت نوع ۱ مانند دیگر بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده برای فرد مشکلاتی بوجود می‌آورد که در نتیجه‌ی آن تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۵). برای فرد دیابتی مشکلات روانشناختی و اجتماعی ممکن است به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی، قلبی و مغزی، به وجود آید (۱۶). این بیماران بطور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی به دلیل جدال با بیماری و برنامه‌ریزی درمان آن گردیده و احساس خوب بودن روانی و اجتماعی آنان تحت تاثیر قرار می‌گیرد و بسیاری از آنان احساسات ترس، خشم، گناه در ارتباط با بیماری را گزارش می‌نمایند و اغلب انگیزه کافی مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری را ندارند (۱۷).

امروزه در مراقبت پزشکی، بهبودی در بیماری‌های مزمن غیر ممکن بوده ولی مرگ نیز قریب الوقوع نیست، لذا کنترل بیماری‌های مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، و یکی از اهداف مراقبت درمانی، مطلوب نمودن امید به زندگی است (۱۱). بیماری‌های مزمن اثر مخرب بر امید به زندگی بیماران دارند، زیرا آنها را مستعد ابتلا به استرس و اختلالات خلقی می‌نماید (۱۸). بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی، امید به زندگی در کنار کیفیت زندگی تعریف می‌شود که، درک افراد از موقعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ، سیستم ارزش‌ها، اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فرد می‌باشد (۱۹). بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (۲۰). در پژوهش‌های مختلفی نشان داده شده است که کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۱ پایین‌تر از افراد با بیماری‌های مزمن دیگر می‌باشد (۲۱).

بیماری دیابت نوع ۱، اغلب در سنین ۲۰ تا ۴۵ سالگی به صورت بیماری غیرقابل کنترل درمی‌آید و شیوع آن در زنان بالاتر از مردان است (۲۲). در حقیقت در میان زنان سنین باروری، زنانی که در اوج فعالیت‌های جنسی و باروری خود قرار دارند، با سرعت بیشتری

گسترش پیدا می‌کند (۲۳)، این در حالی است که درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد و هدف از درمان در این بیماران، جلوگیری از پیشرفت و عوارض بیماری است (۲۴). که این عوارض به نوبه خود سلامت باروری زنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و تاثیرات فراوان و عمیقی بر زندگی آنها می‌گذارد؛ به گونه‌ای که بسیاری از این زنان در زندگی زناشویی خود دچار شکست می‌شوند و در سراسری منتهی به افسردگی قرار می‌گیرند (۲۵)، سازمان جهانی بهداشت نیز بیماری‌های مزمن و روش‌های درمانی آن را به عنوان یک عامل تاثیرگذار بر سلامت باروری افراد مطرح کرده است (۳).

به نظر می‌رسد اختلال در سلامت باروری و جنسی مبتلایان به این بیماری، علاوه بر پیامدهای مستقیم، حاصل واکنش‌های روانی فرد نسبت به بیماری و ناتوانی خود و عوارض ناشی از مصرف برخی داروها باشد (۲۶). این اختلالات تا آنجا شایع هستند که گفته می‌شود در هر زمانی از جریان بیماری، حتی در مراحل اولیه بیماری نیز ممکن است دیده شوند (۲۷). انجمن بهداشت باروری آمریکا<sup>۶</sup> (۲۸) نیز اعلام می‌دارد، زنان دچار بیماری‌های ناتوان کننده بیشتر از زنان سالم در معرض خطر خشونت‌های خانگی و جنسی قرار دارند. از این رو، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها<sup>۷</sup> (۲۹) این زنان را جزء زنان برخطر از نظر ابتلا به عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر هیپاتیت B، C، HPV طبقه‌بندی می‌کند (۳۰)، طبق پژوهش‌های صورت گرفته توسط جامعه مبتلایان به دیابت آمریکا، ۸۹ درصد زنان مبتلا به دیابت از قاعدگی‌های نامنظم رنج می‌برند. آنها استرس‌های روانی، افسردگی و مصرف داروها و مصرف انسولین را در ایجاد اختلالات قاعدگی زنان موثر دانسته‌اند (۳۱).

بنابراین، شیوع بالا و ماهیت خاص بیماری‌های مزمن نظیر علائم ناخوشایند و عوارض دارویی آن چندگانه بودن علت بیماری و عدم وجود درمان قطعی برای آن، غیر کشنده بودن بیماری و به تبع آن، زندگی طولانی با این نقص، سبب شده تا توجه به برنامه‌های سلامت باروری جهت بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به این بیماری در سیاست‌گذاری‌های سلامت کشورها حائز اهمیت گردند (۳۲). باید توجه داشت بخش اعظم اختلالات سلامت باروری این زنان، قابل کنترل می‌باشند و یا می‌توان آنها را به طور موثری اداره کرد. این مسئله بر لزوم توجه بیشتر به مداخله‌ها و برنامه‌های مراقبتی در زمینه مسائل مربوط به سلامت باروری زنان مبتلا به دیابت تاکید می‌کند. سرمایه‌گذاری جهت تامین سلامت باروری این زنان به سبب نقش دوگانه آنها در ارتقای سلامت جامعه و سلامت نسل‌های آینده، یکی از مسیرهای اصلی تحقق توسعه پایدار می‌باشد. همچنین نشان داده شده تامین سلامت باروری در این زنان با کیفیت زندگی آنها ارتباط دارد و تاثیرات عمیقی بر آنها و خانواده‌هایشان دارد (۳۳).

این در حالی است که در کشور ما با وجود اقدامات بسیاری که جهت درمان و بهبود علایم حاد مبتلایان به این بیماری صورت می‌گیرد، به علت بار مالی سنگین ناشی از درمان و گستردگی علایم این بیماری، سلامت باروری و زندگی جنسی این بیماران کمتر مورد توجه سیاستگذاران و درمانگران قرار گرفته است (۳۴). لذا لازم است این حیطه از سلامت مورد توجه بیشتری قرار گیرد و دغدغه‌ها و نگرانی‌های خاص این زنان مورد شناسایی قرار گیرند (۳۵)، چرا که نگرانی‌های افراد با آثار و پیامدهایی در رفتار و سلامت آنها همراه است؛ به طوری که بسیاری از متخصصین معتقدند اکثر مشکلات جدی در سلامتی افراد به نگرانی‌ها و دغدغه‌های ذهنی آنها برمی‌گردد (۳۶).

بدیهی است، این نگرانی‌ها در گروه خاصی همچون زنان مبتلا به این بیماری که با دنیای گسترده‌ای از تغییرات و مشکلات مواجه هستند، بیشتر احساس می‌شوند و مطالعات انجام شده نیز حاکی از سطح بالای نگرانی‌ها در زنان مبتلا می‌باشند (۲۹). برای مثال، دستغیب و همکاران (۳۷) نشان دادند که ۸۵ درصد این زنان از درجات متفاوتی از نگرانی رنج می‌برند و این نگرانی‌ها و دغدغه‌های ذهنی سبب کاهش عزت نفس و احساس ارزشمندی در آنها می‌شود. اگرچه ممکن است این نگرانی‌ها به عنوان یک مشکل حاد برای

6. American Association of Reproductive Health

7. Centers for Disease Control and Prevention

سلامتی این زنان شناخته نشوند اما وجود آنها تهدیدی خواهد بود برای سلامت آینده آنها و در مواردی مقدمه ای برای شروع رفتارهای پرخطر نظیر اعتیاد و خودکشی در آنها است.

زنان مبتلا به این بیماری از جهات مختلفی نظیر همسر، فرزندان و اجتماع تحت فشار هستند؛ اما معمولاً برای کنترل نگرانی خود مجهز به اطلاعات و ابزار مناسبی نیستند (۳۸). از این رو نگرانی‌های آنها باید به هنگام طراحی و اجرای برنامه‌های بهداشتی مورد توجه قرار گیرند و درک ما از موضوعاتی که این بیماران در مورد آنها نگرانند، افزایش یابد (۳۹). این در حالی است که یافته‌های مطالعات میلر، فاسکاس، مونتلبان، رینگولد و تراجانو<sup>۸</sup> که در سال ۲۰۱۴ انجام شده است، نشان می‌دهند که یکی از موضوعات شناخته شده برای ایجاد نگرانی در زنان مبتلا مسائل مربوط به سلامت باروری و زندگی جنسی آنها است. این نگرانی‌ها بیانگر تمامی موضوعات مهم و اثرگذار بر سلامت دستگاه تولید مثل و عملکرد آن می‌باشند که می‌توانند بر سلامت عمومی و اجتماعی فرد نیز اثر داشته باشند (۴۰). به همین جهت لزوم توجه به نگرانی‌های سلامت باروری زنان مبتلا به دیابت به منظور طراحی و اجرای برنامه‌ها و مداخله‌ها حیله سلامت الزامی است. تنها در این صورت است که این مداخله‌ها موثر واقع خواهند شد، چراکه دقیقاً به آن چیزی که باید به آن توجه شود، پرداخته می‌شود. در حقیقت برای بهبود اثربخشی تلاش‌های ارتقای سلامت زنان مبتلا به دیابت نوع ۱ در محیط‌هایی با منابع محدود، لازم به شناسایی نگرانی‌ها و نیازهای خاص آنها و تعیین تاثیر مداخله مشاوره‌ای زوجی مبتنی بر عملکرد جنسی (خستگی جنسی، تمایل جنسی، احقاق جنسی، ناکامی در روابط جنسی) زنان مبتلا به دیابت نوع ۱ انجام گرفت.

### روش پژوهش:

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه پژوهش را تمام زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۱ شهرستان همدان تشکیل دادند که در انجمن دیابت پرونده داشتند. از این تعداد ۴۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب به صورت تصادفی به ۲ گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: سن (۲۰-۴۵ سال)؛ متاهل؛ تشخیص بیماری دیابت نوع ۱ در وی تایید شده باشد (عضویت در انجمن دیابت مستلزم ارائه تاییدیه کتبی بیماری توسط متخصص غدد یا زنان و زایمان باشد)؛ مبتلا به بیماری زمینه‌ای و یا مزمن دیگری به جز دیابت نوع ۱ نباشد؛ برای درمان مشکلات مربوط به مسائل جنسی خود در حال دریافت درمان ویژه‌ای (از جمله روان درمانی و یا کلاس‌های آموزشی) نباشد و امکان دسترسی به وی طی حداقل ۴ ماه آینده وجود داشته باشد.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از: پیدایش هر گونه بیماری جسمی و یا روانی با تایید پزشک در فرد و یا همسرش که بر عملکرد جنسی آنها تاثیر گذار باشد؛ عود یا حمله بیماری دیابت (مانند قطع عضو یا مشکل در سیستم بدنی که نیاز فوری به اقدام درمانی و استراحت مطلق دارد) در طول مطالعه؛ عدم تمایل شرکت کننده برای ادامه‌ی مطالعه (عدم حضور فرد در جلسه مشاوره) بود و بعد از انتخاب افراد، گروه نمونه به پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان، پرسشنامه شدت خستگی، پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت و پرسشنامه احقاق جنسی هالبرت به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماه بعد از مداخله پاسخ دادند.

**پرسشنامه مقیاس شدت خستگی (FSS):** این مقیاس شامل ۹ ماده می‌باشد که توسط کراپ، لروکا، مور، نوش، اشتنبرگ<sup>۹</sup> در سال ۱۹۸۹ به منظور سنجش شدت خستگی ساخته شد. ثبات درونی این مقیاس توسط طراحان پرسشنامه محاسبه و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ بدست آمد (۴۱). این پرسشنامه توسط شاهواروقی فراهانی، عظیمیان، فلاح پور و کریملو در سال ۱۳۹۱ برگردانده شده است و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ بدست آمد.

<sup>۸</sup> Miller, Fazekas, Montalban, Reingold, Trojano

<sup>۹</sup> Krupp, LaRocca, Muir-Nash, Steinberg

۲. پرسشنامه تمایل جنسی HISD هالبرت: این پرسشنامه توسط هالبرت در سال ۱۹۹۲ ساخته شد و شامل ۲۵ ماده است که میزان تمایل جنسی را مورد سنجش قرار می‌دهد (۴۱). پایایی پرسشنامه تمایل جنسی را به شیوه آزمون-بازآزمون ۰/۸۶ به دست آورد. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود که در سطح رضایت بخشی قرار دارد. اعتبار یابی داخلی این پرسشنامه توسط یوسفی، فارسانی، شکیبا، همتی و نبوی حصار در سال ۱۳۹۲ بر روی نمونه‌ای از زنان و مردان متأهل شهر اصفهان انجام گرفت و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ بدست آمد (۲۳).

۳. پرسشنامه استاندارد شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI): این پرسشنامه که از نوع خودگزارش‌دهی و شامل ۱۹ سوال است و ۶ حیطه‌ی عملکرد جنسی زنان را مورد سنجش قرار می‌دهد، توسط روسن، هیومان، لیبلام، مستون، شبسوگه، فرگوستن و دی آگوستین ۱۰ در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است (۴۳)، ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش روسن (۴۴) برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود که با نتایج تحقیقات مستون (۰/۷۴ یا بالاتر) و ویگل<sup>۱۱</sup> و همکاران (۰/۸۰ یا بالاتر)، هماهنگی دارد. مطالعه روسن و همکاران، روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعه روسن و همکاران (۴۳) پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. میزان پایایی داخلی مقیاس و خرده مقیاس‌ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش محمدی، حیدری و فقیه زاده (۱۳۸۷) به دست آمد که برای کل افراد  $70 \geq$  محاسبه شد. پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۴ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۱ تا ۰/۸۲. بررسی اعتبار یا روایی نسخه فارسی تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه‌ها در دو گروه مورد و کنترل نشان داد ( $0.01 \leq$  (p)(۴۴).

۴. پرسشنامه احقاق جنسی HISA هالبرت: این پرسشنامه توسط هالبرت ساخته شده و شامل ۲۵ سوال است و در انتخاب گزینه‌های آن از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده شده است. این پرسشنامه میزان تمایل جنسی آزمودنی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در اجرای شاخص تمایل جنسی هالبرت توسط هالبرت اعتبار آزمون - بازآزمون ۰/۸۶ به دست آمد. در اجرای آن توسط روی ۴۰ دانشجوی زن متأهل ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود (۴۱). اعتباریابی داخلی این پرسشنامه توسط یوسفی و همکاران (۴۲) انجام گرفت و دارای روایی محتوایی ساختار یافته با ثبات درونی ۰/۹۱ است.

مداخله شامل ۴ جلسه به مدت زمان حداقل ۴۵ و حداکثر ۹۰ دقیقه مطابق با مدل BETTER بود که توسط پژوهشگر به صورت یک بار در هفته اجرا شد که در جلسات اول و سوم مشاوره که آموزش و ارائه اطلاعات صورت گرفت، حضور شوهران الزامی بود؛ اما در جلسات دوم و چهارم به ویژه جلسه دوم، که بنا بود در خصوص نگرانی‌ها و مشکلات جنسی صحبت شود، جهت حفظ حریم بیمار، با توجه به نظر وی ممکن بود شوهر حضور داشته باشد یا نداشته باشد. علاوه بر اقدامات فوق، یک شماره مطمئن از مشارکت کنندگان اخذ شد تا امکان دسترسی به آنان وجود داشته باشد و یک شماره تماس محقق نیز در اختیار آنان قرار داده شد تا امکان پرسیدن سوالات و دریافت پاسخ در بینابین جلسات را نیز داشته باشند. در نهایت، وضعیت عملکرد جنسی مشارکت کنندگان در فاصله ۲ و ۳ ماه بعد از آخرین جلسه مداخله مورد بررسی قرار گرفته شد و نتایج حاصل با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با مقادیر تکراری انجام شد.

#### یافته‌ها:

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، اطلاعات حاصل از شرکت کننده در این بخش از مطالعه، با استفاده از آزمونهای توصیفی و تحلیلی به ترتیب زیر تهیه و تنظیم شده است که به شرح زیر به دست آمد.

<sup>10</sup> .Rosen, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson, D'Agostino

<sup>11</sup> .Wiegel

میانگین سن افراد شرکت کننده در این پژوهش در گروه مداخله  $32/28 \pm 6/68$  و در گروه کنترل  $33/78 \pm 7/75$  بود میانگین سنی همسر این افراد در گروه مداخله  $38/28 \pm 9/32$  و در گروه کنترل  $36/50 \pm 8/57$  بود. میانگین طول ازدواج در گروه آزمایش  $13/50 \pm 8/24$  و در گروه کنترل  $13/06 \pm 7/58$  بود.

بیشترین افراد در گروه آزمایش خانه دار و در گروه کنترل خانه دار و آزاد بودند و سطح تحصیلات در گروه مداخله افراد بیسواد و ابتدایی حدود ۱۷ درصد، گروه راهنمایی حدود ۲۲ درصد، افراد با تحصیلات دبیرستان و دیپلم حدود ۲۸ درصد و بیشترین افراد در گروه دانشگاهی قرار دارند که حدود ۳۴ درصد افراد شرکت کنندگان را تشکیل دادند و در گروه کنترل تعداد افراد با تحصیلات دبیرستان و دیپلم و بیسواد و ابتدایی مساوی و برابر با حدود ۲۳ درصد است و در گروه راهنمایی و دانشگاهی نیز با حدود ۲۸ درصد با یکدیگر مساوی هستند. در گروه همسران هر دو گروه، کمترین تحصیلات مربوط به سطح تحصیلات دانشگاهی بود و همسران اکثر واحدهای مورد پژوهش در ۶ گروه بیکار، کارگر، کارمند، آزاد، بازرگانی و بازنشسته بودند و در هر دو گروه افراد بیکار و بازنشسته مساوی و در حدود ۶ درصد بودند و بیشترین درصد در گروه مشاغل آزاد در گروه آزمایش با حدود ۳۸ درصد و در گروه کنترل با حدود ۳۴ درصد قرار داشتند. حدود ۳۹ درصد از واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله برای هزینه‌های ماهیانه زندگی را در سطح نسبتاً کافی (سطح متوسط با توجه به طبقه‌بندی جداول فصل ۴) داشتند و حدود ۳۴ درصد درآمد کافی و در نهایت کفایت درآمد ناکافی خانواده حدود ۲۸ درصد بوده است ولی در گروه کنترل در هر سه گروه افراد مساوی و برابر با ۳۴ درصد بودند. طول مدت ازدواج بین ۳ تا ۲۶ سال بوده است که تنها ۲ نفر در گروه مداخله ۲۵ و ۲۶ سال و در گروه کنترل ۲۵ سال زندگی مشترک را تجربه کرده بودند.

تعداد دفعات بارداری از نداشتن تجربه بارداری تا ۶ تجربه بارداری بوده است که از بین واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله ۵ نفر تجربه بارداری نداشتند، ۴ نفر یکبار بارداری را تجربه کردند، ۳ نفر، دو و چهار دفعه بارداری را تجربه کردند و ۲ نفر سه بار بارداری را تجربه کردند و ۱ نفر نیز ۶ بار بارداری را تجربه کرده است و در گروه کنترل بیشترین دفعات بارداری در یکبار بوده و بعد از آن دوبار تجربه بارداری داشتند و تجربه بارداری برای دفعه چهارم را تنها یک نفر تجربه کرده است.

حدود ۴۵ درصد واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه فرزندی نداشتند یا اینکه بارداری آنها منجر به تولد فرزند نشده بود و متداول‌ترین شیوه پیشگیری از بارداری در بین واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه، روش منقطع، سپس کاندوم بود و همین مساله منجر به بعد زناشویی (رضایت زناشویی نامطلوب) نامطلوب می‌گردد.

حدود ۷ بیماری شایع همراه با بیماری دیابت نوع ۱ وجود دارد که عبارتند از، بیماری و سکت قلبی، عوارض چشمی، مشکلات کلیوی، مشکلات پوستی، مشکلات مربوط به وزن و مشکلات معده و روده ای همراه با بیماری. اکثر واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله ۳ بیماری همراه با بیماری دیابت داشتند و در گروه کنترل اکثر واحدهای مورد پژوهش دارای ۲ و ۳ بیماری بودند که بر عملکرد و رضایت جنسی تاثیر مستقیمی دارد.

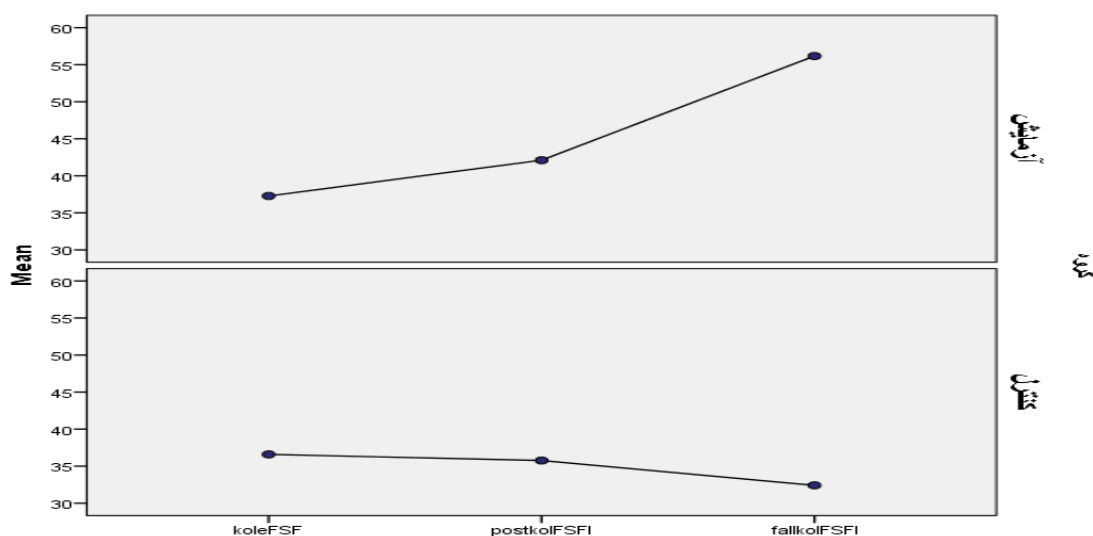
جدول (۱): توزیع فراوانی شاخص عملکرد جنسی (FSFI) در مراحل قبل، دو و سه ماه بعد از اجرای مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

Table 1: Frequency distribution of sexual function index (FSFI) in the previous stages, two and three months after the intervention in the intervention and control groups

نتیجه آزمون	گروه		زمان
	کنترل	مداخله	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
	۴/۳۳ $\pm$ ۳۶/۷۸	۵/۱۸ $\pm$ ۳۷/۲۸	قبل از مداخله
FTime = ۴۳۹۰/۱۴۴	۴/۴۳ $\pm$ ۳۵/۶۷	۵/۱۷ $\pm$ ۴۲/۱۱	دو ماه از مداخله
p < ۰/۰۰۱	۴/۹۴ $\pm$ ۳۲/۱۱	۴/۸۲ $\pm$ ۵۶/۱۷	سه ماه از مداخله
Fgroup*Time = ۷۲/۰۶۸	p = ۰/۵۲۱	p < ۰/۰۰۱	نتیجه آزمون
p < ۰/۰۰۱			

مطابق با یافته‌های آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری (Repeated Measures)

میانگین شاخص عملکرد جنسی در گروه مداخله حداقل در یکی از زمان‌های مورد مطالعه (قبل، ۲ و یا ۳ ماه بعد اجرای مداخله) با بقیه متفاوت است ( $p < ۰/۰۰۱$ )، در حالیکه در گروه کنترل بین میانگین شاخص عملکرد جنسی در زمان‌های مختلف مطالعه، اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد ( $p = ۰/۵۲۱$ ). همچنین با توجه به تعامل گروه و زمان نیز مشاهده شد که با در نظر گرفتن تغییرات زمانی در طی مطالعه، میانگین شاخص عملکرد جنسی بین دو گروه اختلاف معنادار آماری دارد ( $p < ۰/۰۰۱$ ). با توجه به معناداری آزمون Repeated Measures، نتیجه آزمون بن فرونی (Bonferroni) که به مقایسه دو به دوی نقاط مختلف مطالعه می‌پردازد، در جدول ۲ آمده است.



نمودار ۱: توزیع فراوانی شاخص عملکرد جنسی (FSFI) در مراحل قبل، دو و سه ماه بعد از اجرای مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

جدول (۲): مقایسه شاخص عملکرد جنسی (FSFI) در نقاط مختلف قبل و بعد از اجرای مداخله در گروه مداخله

Table 2: Comparison of sexual function index (FSFI) at different points before and after the intervention in the intervention group

مداخله		گروه	
p-value	اختلاف میانگین	زمان	
$p < 0/001$	-۴/۸۳	دو ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله
$p < 0/001$	-۱۸/۸۹	سه ماه بعد از مداخله	
$p < 0/001$	۱۴/۰۶	سه ماه بعد از مداخله	دو ماه بعد از مداخله

با توجه به آزمون بن فرونی مشاهده شد که در گروه مداخله بین میانگین امتیاز شاخص عملکرد جنسی، قبل از اجرای مداخله با ۲ ماه بعد ( $p < 0/001$ ) و ۳ ماه بعد از اجرای مداخله ( $p < 0/001$ ) اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد. به این صورت که میانگین امتیاز شاخص عملکرد جنسی قبل از اجرای مداخله در این گروه کمتر از دو زمان دیگر بود. یعنی امتیاز عملکرد جنسی در این گروه بعد از اجرای مداخله افزایش یافته است و بین مقاطع زمانی دو و سه ماهه بعد از اجرای مداخله نیز، از نظر میانگین شاخص عملکرد جنسی در گروه مداخله تفاوت معنادار آماری وجود دارد ( $p < 0/001$ ).

جدول (۳): توزیع فراوانی تمایل جنسی (HISD) در مراحل قبل، دو و سه ماه بعد از اجرای مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

Table 3: Frequency distribution of sexual desire (HISD) in the previous stages, two and three months after the intervention in the intervention and control groups

نتیجه آزمون	کنترل		مداخله	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار		میانگین $\pm$ انحراف معیار	
	۴/۰۵ $\pm$ ۵۰/۲۹		۱۰/۵۴ $\pm$ ۵۰/۲۸	قبل از مداخله
FTime = ۵۹۴۱/۸۸۳	۵/۹۳ $\pm$ ۴۹/۲۴		۵/۴۸ $\pm$ ۷۰/۱۷	دو ماه از مداخله
$p < 0/001$	۵/۴۹ $\pm$ ۴۴/۷۶		۳/۸۲ $\pm$ ۷۷/۳۸	سه ماه از مداخله
Fgroup*Time = ۳۹۲/۹۴۵	$p = 0/214$		$p < 0/001$	نتیجه آزمون
$p < 0/001$				

مطابق با یافته‌های آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری (Repeated Measures)

میانگین نمرات تمایل جنسی در گروه مداخله حداقل در یکی از زمان‌های مورد مطالعه (قبل، ۲ و یا ۳ ماه بعد اجرای مداخله) با بقیه متفاوت است ( $p < 0/001$ )، در حالیکه در گروه کنترل بین میانگین تمایل جنسی در زمان‌های مختلف مطالعه، اختلاف معنی‌دار



آماري وجود ندارد ( $p = 0/214$ ). همچنين با توجه به تعامل گروه و زمان نيز مشاهده شد که با در نظر گرفتن تغييرات زمانی در طی مطالعه، میانگین تمایل جنسی بین دو گروه اختلاف معنادار آماری دارد ( $p < 0/001$ ).  
 با توجه به معناداری آزمون Repeated Measures، نتیجه آزمون بن فرونی (Bonferroni) که به مقایسه دو به دوی نقاط مختلف مطالعه می‌پردازد، در جدول ۴ آمده است.

جدول (۴): مقایسه شاخص تمایل جنسی (HISD) در نقاط مختلف قبل و بعد از اجرای مداخله در گروه مداخله

Table 4: Comparison of sexual desire index (HISD) in different points before and after the intervention in the intervention group

مداخله	گروه	زمان
p-value	اختلاف میانگین	
$p < 0/001$	-۱۹/۸۹	قبل از مداخله
$p < 0/001$	-۲۷/۱۰	دو ماه بعد از مداخله
$p < 0/001$	۷/۲۱	سه ماه بعد از مداخله

با توجه به آزمون بن فرونی مشاهده شد که در گروه مداخله بین میانگین امتیاز تمایل جنسی، قبل از اجرای مداخله با ۲ ماه بعد ( $p < 0/001$ ) و ۳ ماه بعد از اجرای مداخله ( $p < 0/001$ ) اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد. به این صورت که میانگین امتیاز تمایل جنسی قبل از اجرای مداخله در این گروه کمتر از دو زمان دیگر بود. یعنی امتیاز تمایل جنسی در این گروه بعد از اجرای مداخله افزایش یافته است و بین مقاطع زمانی دو و سه ماهه بعد از اجرای مداخله نیز، از نظر میانگین شاخص تمایل جنسی در گروه مداخله تفاوت معنادار آماری وجود دارد ( $p < 0/001$ ).

جدول (۵): توزیع فراوانی احقاق جنسی (HISA) در مراحل قبل، دو و سه ماه بعد از اجرای مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

Table 5: Frequency distribution of sexual fulfillment (HISA) in the previous stages, two and three months after the intervention in the intervention and control groups

نتیجه آزمون	کنترل	مداخله	گروه
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	زمان
	۴/۹۹ $\pm$ ۵۱/۷۲	۳/۱۶ $\pm$ ۵۰/۸۳	قبل از مداخله
FTime = ۱۰۷۰۳/۰۶۰	۴/۵۵ $\pm$ ۴۹/۰۶	۵/۹۹ $\pm$ ۶۵/۲۲	دو ماه از مداخله
$p < 0/001$	۴/۸۶ $\pm$ ۴۷/۱۱	۶/۸۵ $\pm$ ۶۴/۷۷	سه ماه از مداخله
Fgroup*Time = ۱۹۴/۳۱۱	$p > 0/05$	$p < 0/001$	نتیجه آزمون
$p < 0/001$			

مطابق با یافته‌های آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری (Repeated Measures)

میانگین شاخص احقاق جنسی در گروه مداخله حداقل در یکی از زمان‌های مورد مطالعه (قبل، ۲ و یا ۳ ماه بعد اجرای مداخله) با بقیه متفاوت است ( $p < 0/001$ )، در حالیکه در گروه کنترل بین میانگین احقاق جنسی در زمان‌های مختلف مطالعه، اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد ( $p = 0/089$ ). همچنین با توجه به تعامل گروه و زمان نیز مشاهده شد که با در نظر گرفتن تغییرات زمانی در طی مطالعه، میانگین احقاق جنسی بین دو گروه اختلاف معنادار آماری دارد ( $p < 0/001$ ).  
با توجه به معناداری آزمون Repeated Measures، نتیجه آزمون بن فرونی (Bonferroni) که به مقایسه دو به دوی نقاط مختلف مطالعه می‌پردازد، در جدول ۶ آمده است.

جدول (۶): مقایسه احقاق جنسی (HISA) در نقاط مختلف قبل و بعد از اجرای مداخله در گروه مداخله

Table 6: Comparison of sexual orientation (HISA) at different points before and after the intervention in the intervention group

مداخله		گروه	
p-value	اختلاف میانگین	زمان	
$0/001 p <$	-۱۴/۳۹	دو ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله
$0/001 p =$	-۱۳/۹۴	سه ماه بعد از مداخله	
$0/001 p <$	-۰/۴۵	سه ماه بعد از مداخله	دو ماه بعد از مداخله

با توجه به آزمون بن فرونی مشاهده شد که در گروه مداخله بین میانگین امتیاز شاخص احقاق جنسی، قبل از اجرای مداخله با ۲ ماه بعد ( $p < 0/001$ ) و ۳ ماه بعد از اجرای مداخله ( $p < 0/001$ ) اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد. به این صورت که میانگین امتیاز احقاق جنسی قبل از اجرای مداخله در این گروه کمتر از دو زمان دیگر بود. یعنی امتیاز احقاق جنسی در این گروه بعد از اجرای مداخله افزایش یافته است. همچنین بین مقاطع زمانی دو و سه ماهه بعد از اجرای مداخله نیز، از نظر میانگین شاخص احقاق جنسی در گروه مداخله تفاوت معنادار آماری وجود دارد ( $p = 0/001$ ).

#### بحث و نتیجه‌گیری:

در واقع بیماران مزمن، به دلیل ماهیت و تداوم بیماری و عدم حمایت‌های لازم محیطی دچار افسردگی می‌گردند و همین مساله باعث ایجاد انزوا در افراد می‌شود و غیرقابل پیش بینی بودن بیماری موجب اضطراب و استرس شده و باعث ایجاد ترس و وابستگی می‌گردد و هنگامی که مراقبین به نیازهای مورد نظر بیمار نمی‌توانند پاسخ بدهند چرخه افسردگی و اضطراب تداوم می‌ابد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین شاخص عملکرد جنسی زنان حاضر در گروه مداخله در طی پژوهش افزایش معناداری پیدا کرده است ( $p < 0/001$ ). برخلاف آن، در گروه کنترل بین میانگین شاخص عملکرد جنسی در زمان‌های مختلف پژوهش، اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد ( $p = 0/521$ ). همچنین با توجه به تعامل گروه و زمان نیز مشاهده شد که با در نظر گرفتن تغییرات زمانی در طی پژوهش، میانگین شاخص عملکرد جنسی بین دو گروه اختلاف معنادار آماری دارد ( $p < 0/001$ ).

در پژوهش آیاز و کوبیلاری<sup>۱۲</sup> (۴۲) عملکرد جنسی زنان دارای اسومی حاضر در گروه کنترل در بررسی ۶ هفته بعد از مداخله در مقایسه با مرحله قبل از مداخله دچار کاهش شده بود. محقق این کاهش را به تاثیرات منفی مشکلات جسمانی و روانی مرتبط با استومی نسبت داده بود.

آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که با در نظر داشتن تغییرات زمانی در طی پژوهش، میانگین شاخص عملکرد جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری داشته است ( $p < 0/001$ )، که موید تاثیر مثبت مداخله طراحی شده بر بهبود عملکرد جنسی زنان نورد پژوهش می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کوئین و هپل<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۳) که با هدف بررسی تاثیر اجرای برنامه بهبود سلامت جنسی بر اساس مدل BETTER در مراجعه کنندگان دریافت خدمات سلامت روان در کوئینسلند<sup>۱۴</sup> استرالیا انجام گرفته بود، همسو است. زیرا در پژوهش فوق مداخله توانسته بود بر بهبود عملکرد جنسی، صمیمیت زوجیت و کاهش دیسترس جنسی مراجعه کنندگان موثر واقع شود.

براون، هپل و کوئین<sup>۱۵</sup> (۴۲) و کوئین و هپل (۴۳) نیز در یک پژوهش کیفی به بررسی تجارب ارائه دهندگان خدمات سلامت از کاربرد مدل BETTER در مشاوره جنسی پرداختند. نتایج پژوهش آنها حاکی از آن است که این شیوه توانسته بود رضایت ارائه دهندگان خدمات سلامت و بیماران را از مشاوره جنسی بهبود بخشد. مشارکت کنندگان بیان داشتند که این مدل شیوه ای ارزشمند برای مشاوره جنسی است که با ایجاد ساختار و چارچوب همانند راهنمایی به اجرای آسان تر مشاوره و در نتیجه حل مشکلات و نگرانی‌های جنسی بیماران کمک می‌کند.

مقایسه دو به دوی میانگین نمره شاخص عملکرد جنسی افراد گروه مداخله در مراحل مختلف پژوهش، نشان داد که بین این نمره در مرحله قبل از مداخله با هر دو مرحله بعد از مداخله (۲ ماه بعد و ۳ ماه بعد) تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). برخلاف پژوهش حاضر، در پژوهش مارتینز<sup>۱۶</sup> (۴۴) که به بررسی تاثیر مشاوره جنسی بر اساس مدل BETTER بر عملکرد و تعاملات جنسی بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی پرداخته است، میانگین نمره عملکرد جنسی افراد در مرحله ی سوم نسبت به مرحله دوم پیگیری بعد از اجرای مداخله، نیز افزایش معناداری داشته است.

تفاوت در یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش مارتینز (۴۴) می‌تواند به علت یکسان نبودن بیماری شرکت کنندگان، فواصل زمانی پیگیری‌ها و یا ابزارهای متفاوت سنجش عملکرد جنسی بیماران باشد. همچنین تفاوت در میانگین سنی شرکت کنندگان پژوهش مارتینز (۴۴)، (۴۵/۳ سال) با پژوهش حاضر (۳۲/۲۸ در گروه مداخله و ۳۳/۷۸ در گروه کنترل) نیز ممکن است در تفاوت نتایج موثر بوده باشد.

بررسی مقایسه‌ای رضایت جنسی زنان حاضر در گروه مداخله و کنترل نیز بیانگر آن است که میانگین نمره ISS زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، در طی پژوهش اختلاف آماری معناداری نداشته است ( $p = 0/001$ ). با این وجود قابل توجه است که میانگین نمره ISS زنان در گروه مداخله در طی پژوهش، افزایش آماری معناداری پیدا کرده بود ( $p = 0/205$ )، در حالیکه در گروه کنترل در زمانهای مختلف پژوهش، اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد. به بیان ساده تر، در پژوهش حاضر میانگین نمره رضایت جنسی در گروه مداخله به تنهایی معنادار شده بود و زمانی که این میانگین با نمره گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفت معنادار نشد. این یافته تایید می‌کند که حضور گروه کنترل در مطالعات کارآزمایی بالینی بسیار ارزشمند است.

<sup>12</sup> . Ayaz, Kubilay

<sup>13</sup> . Quinn C, Happell

<sup>14</sup> . Queensland

<sup>15</sup> . Browne G, Happell B, Quinn

<sup>16</sup> . Martinez

شاید نیاز باشد مشاوره مبتنی با روش‌ها و مداخلات دیگر ترکیب شود تا بتواند اثربخشی خود را بر رضایت جنسی بیماران هم ظاهر نماید. همچنین با توجه به  $P = 0/00$  شاید این مسئله متأثر از تعداد کم نمونه نیز باشد. لذا توصیه می‌شود در مطالعات آتی با حجم نمونه بالاتری به بررسی رضایت جنسی در بیماران مبتلا به دیابت پرداخته شود.

بنابراین براساس یافته‌های بخش کمی پژوهش، مشخص شد که مداخله طراحی شده توانسته است بر بهبود عملکرد جنسی زنان متاهل مبتلا به دیابت به طور معناداری تاثیر گذار باشد. همچنین با وجود آنکه عملکرد جنسی یکی از فاکتورهای موثر بر رضایت جنسی است اما به نظر می‌رسد بهبود عملکرد به تنهایی نمی‌تواند رضایت جنسی بیماران مبتلا به دیابت را به طور معناداری بهبود بخشد و توصیه می‌شود در مطالعات آینده برای بهبود رضایت جنسی بیماران مبتلا به دیابت علاوه بر مداخلات این پژوهش، مداخلات روانی و روانی اجتماعی نیز مورد توجه بیشتری قرار گیرند و مطالعات در حجم نمونه بالاتری اجرا شوند. با توجه به این که این مداخله برای بیماران جسمانی و مزمن طراحی شده است لذا به صورت گام به گام با همین مداخله جلو رفتیم و پژوهشی که خارج از سازنده این مدل باشد در این پژوهش یافت نشد و با توجه به اینکه این پژوهش در ایران برای اولین بار اجرا شده است لذا پژوهشی داخلی یافت نشد و در خارج از کشور تنها در طرح کشوری سازمان بهداشت هلند انجام شده است که بر روی صمیمیت و ابعاد روانی کار شده است.

### محدودیت‌های پژوهش

از آنجایی که مداخله‌ی این بخش از مطالعه در حیطه مسائل جنسی افراد است و در جامعه ما از نظر فرهنگی، خط قرمزهایی درونی برای افراد وجود دارد که ممکن است از شفاف و بی پرده صحبت کردن در مورد مشکلات زناشویی و اختلال عملکرد جنسی آنها ممانعت کند. محقق سعی شد تا با فراهم نمودن محیط خصوصی و مناسب و برقراری ارتباط صمیمی و نزدیک برای مشاوره از این محدودیت بکاهد.

### تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی با حقوق نویسندگان بیان نشده است.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه دکترای روانشناسی سلامت است که با شناسه اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1398.075 به ثبت رسیده است و از تمامی بیماران که در برابر بیماری سر تسلیم فرو نیاوردند تشکر و قدردانی را داریم.

### ملاحظات اخلاقی

برای اجرای مداخلات اخلاقی در پژوهش حاضر، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روانشناسی ایران و آمریکا (۲۰۰۳) و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۵) مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس، مؤلفه‌های زیر در مورد تمامی بیماران شرکت کننده در پژوهش (در هر یک از مراحل پژوهش) رعایت شد: اصل احترام به شأن و آزادی انسان؛ اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت پذیری؛ اصل سودمندی و عدم آسیب‌رسانی؛ اصل عدم تبعیض؛ اصل توجه به رفاه دیگران و اصل توجه به نظام ارزش‌های جامعه.

منابع:

1. 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.
2. Alizadeh T, Keshavarz Z, Mirghafourvand M, Zayeri F. Investigation of Health Promoting Lifestyle and Social Support and Their Correlation Among Iranian Women With Multiple Sclerosis. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences 2018; 6(2):167-73.
3. UNFPA. Sexual and reproductive health. United Nations Population Fund. 2016.
4. WHO. Sexual and reproductive health beyond 2014: Equality, Quality of care and Accountability. Geneva: World Health Organization. 2014.
5. ICPD. ICPD Beyond 2014, Cairo. International Conference of Population and Development. 2014.
6. Dwosh E, Guimond C, Sadovnick AD. Reproductive Counseling for MS: a Rationale. The International MS Journal. 2003.
7. Sponiar M, Sharpe L, Butow P, Fulcher G. Reproductive Choices of Women with Multiple Sclerosis. Int JMS Care. 2007;9:9-12.
8. Smeltzer SC. Reproductive Decision Making in women with Multiple sclerosis. Journal of Neuroscience Nursing. 2002;34(3):154-7.
9. Masoudi R, Abedi HA, Abedi P, Mohammadianinejad SE. Experiences of Iranian Multiple Sclerosis patients" and their caregivers" regarding care and treatment outcomes. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2014;3(1):21-3.
10. Raeispour Z, Noughjah S, Majdi Nasab N. Reproductive History and Contraceptive Methods in Women with Multiple Sclerosis. Jentashapir J Health Res. 2014;5(2):17-25.
11. Ritvo PG, Fischer JS, Miller DM, Andrews H, Paty DW, LaRocca NG. Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory: A User's Manual. The Consortium of Multiple Sclerosis Centers Health Services Research Subcommittee National Multiple Sclerosis Society. 1997:228-33.
12. Batchelor T, Cairncross J, Pfister S, Rutkowski S, Weller M, Wick W. Multiple sclerosis is a complex and heterogeneous. Acta Neuropathologica. 2017;133(1):149-51.
13. Alimohammadi N, Abazare SP. The experiences of patients with multiple sclerosis. Iranian Journal of Nursing and Midwifery. 2006;11(2):1-10.
14. Asche CV, Singer ME, Jhaveri M, Chung H, Miller A. All-cause health care utilization and costs associated with newly diagnosed multiple sclerosis in the United States. Journal of Managed Care Pharmacy. 2010;16(9):703-12.
15. MSIF. Mapping Multiple Sclerosis Around The World. ATLAS of MS 2013. Multiple Sclerosis International Federation. 2015.
16. Moghtaderi A, Rakhshanizadeh F, Shahraki-Ibrahimi S. Incidence and prevalence of multiple sclerosis in southeastern Iran. Clinical Neurology & Neurosurgery. 2013;115(3):304-8.

17. Izadi S, Nikseresht A, Sharifian M, Sahraian MA, Hamidian Jahromi A, Aghighi M, et al. Significant Increase in the Prevalence of Multiple Sclerosis in Iran in 2011. *Iran J Med Sci.* 2014;39(2):152-3.
18. Society. IM. Iran MS Society 14th International Congress of MS Online Available: <http://mscongresscom/> 30 June 2017. 2017:319-26.
19. Etemadifar M, Sajjadi S, Nasr Z, Firoozeei TS, Abtahi SH, Akbari M, et al. Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: a systematic review. *Eur Neurol.* 2013;70(5-6):356-63.
20. Etemadifar M, Maghazi AH. Sharp increase in the incidence and prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *Mult Scler.* 2011;17(8):1022-7.
21. Etemadifar M, Janghorbani M, Shaygannejad V, Ashtari F. Prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *Neuroepidemiology.* 2006;27(1):39-44.
22. Saadatnia M, Etemadifar M, Maghazi AH. Multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *International review of neurobiology.* 2007;79:357-75.
23. Sahraian MA, Khorramnia S, Ebrahim MM, Moinfar Z, Lotfi J, Pakdaman H. Multiple Sclerosis in Iran: A Demographic Study of 8,000 Patients and Changes over Time. *Eur Neurol.* 2010;64(6):331-6.
24. Maghazi AH. Increasing female preponderance of multiple sclerosis in Isfahan, Iran: a population based study. *Mult Scler.* 2010;16(3):359-61.
25. Vazirinejad R, Lilley J, Ward C. A health profile of adults with multiple sclerosis living in the community. *Mult Scler.* 2008;14(8):1099-105.
26. WHO. Developing sexual health programmers: A framework for action. Department of Reproductive Health and Research Geneva: World Health Organization. 2010.
27. London MS. MS Essentials: for people living with MS. Women's issues—pregnancy, menstruation, contraception and menopause. London Multiple Sclerosis Society Online Available: <http://www.msociety.org.uk> 28 October 2015. 2011.
28. AARH. Women with Multiple Sclerosis: Improving Quality of Life and Reproductive Health Outcomes. American Association of Reproductive Health. 2012.
29. CDC. Women with Disabilities. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities Centers for Disease Control and Prevention. 2014.
30. Merghati-Khoei E, Qaderi K, Amini L, Korte JE. Sexual problems among women with multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences.* 2013;331(1-2):81-5.
31. Murphy AM, Bethoux F, Stough D, Goldman HB. Prevalence of Stress Urinary Incontinence in Women with Multiple Sclerosis. *Int Neurourol J.* 2012;16(2):86-90.
32. Ashtari F, Rezvani R, Afshar A. Sexual dysfunction in women with multiple sclerosis: Dimensions and contributory factors. *J Res Med Sci.* 2014;19(3):228-33.

33. Mohammadi K, Rahnama P, Mohseni SM, Sahraian MA, Montazer A. Determinants of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. *BMC Neurology*. 2013;13(83):1-6.
34. Groce NE. HIV/AIDS and people with disability. *The Lancet*. 2003;361(9367):1401-2.
35. Pakpour AH, Yekaninejad MS, Keshavarz Mohammadi N, Molsted S, Zarei F, Patti F, et al. Health-related quality of life in Iranian patients with multiple sclerosis: a cross-cultural study. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 2009;43(6):517-26.
36. Courtney AM, Castro-Borrero W, Davis SL, Frohman TC, Frohman EM. Functional treatments in multiple sclerosis. *Curr Opin Neurol*. 2011;24(3):250-4.
37. Dastgheib Z, Ghobadi Dashdebi K, Gharlipour Z, Hoseini F, Vafae R. Investigation of the relationship between self-esteem and depressive symptoms among young patients with Multiple Sclerosis [Persian]. *Journal of Research on Religion & Health* 2015;1(2):28-35.
38. Forbes A, While A, Taylor M. What people with multiple sclerosis perceive to be important to meeting their needs? *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(1):11-22.
39. Bruce JM, Arnett P. Clinical correlates of generalized worry in multiple sclerosis. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009;31(6):698-705.
40. Miler GVS, John N, Sagar J. Reproductive health of women with and without disabilities in South India, the SIDE study (South India Disability Evidence) study: a case control study. *BMC Women's Health*. 2014;14:146.
41. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of neurology*. 1989;46(10):1121-3.
42. 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*. 2017:1-16.
43. 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.
44. Zamani M, Tavoli A, Khasti BY, Sedighimornani N, Zafar M. Sexual Therapy for Women with Multiple Sclerosis and Its Impact on Quality of Life. *Iranian journal of psychiatry*. 2017;12(1):58.