

اثربخشی معادرمانی گروهی بر عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بیماران مولتیپل اسکلروزیس

فاطمه حق جو^۱

سارا جوانبخت کشیکانی^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معادرمانی بر عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. روش پژوهش، شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران زن مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام اس و مطب‌های پزشکان متخصص مغز و اعصاب منطقه ۴ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. با روش نمونه گیری در دسترس، تعداد ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش‌های معادرمانی قرار گرفتند. در این مطالعه، ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی ثنائی (۱۳۸۷) و عملکرد جنسی آریزونا بود که قبل و بعد از آموزش، اجرا گردید. داده‌های جمع آوری شده، با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۵ و روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که معادرمانی گروهی، باعث کاهش معنادار ($p < 0/01$) تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. بنابراین می‌توان از این درمان به عنوان یک درمان مکمل در کنار دارودرمانی برای بهبود زندگی این بیماران استفاده کرد.

واژه‌گان کلیدی: معادرمانی، رضایت زناشویی، عملکرد جنسی، مولتیپل اسکلروزیس.

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
n.haghjoo52@gmail.com

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس، بیماری مزمن پیش‌رونده و ناتوان‌کننده‌ای است که در آن واکنش‌های ایمنی به غلاف میلین آکسون‌ها در سیستم اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) آسیب می‌رساند. این بیماری باعث اختلال در عملکرد جنسی و ابراز هیجانات (زیبل و اسمارتکا^۱، ۲۰۱۱)، اختلال حسی، ضعف عضلانی، لرزش اندام‌ها، سرگیجه، خستگی، فراموشی، اختلال بینایی، کاهش شنوایی، و اختلال شناختی و گفتاری در فرد بیمار می‌شود. افراد مبتلا به موارد شدید این بیماری ممکن است توانایی راه رفتن یا صحبت کردن را از دست بدهند (هاپکی، هاپکی، ایلنبرگر، روستاسی، هامیل، استارک و گارتینر^۲، ۲۰۱۹).

تشخیص زودهنگام مولتیپل اسکلروزیس در دوره بیماری می‌تواند مشکل باشد، زیرا علائم اغلب ناپایدار هستند و گاهی اوقات نیز برای ماه‌ها ناپدید می‌شوند. هر چند این بیماری در هر سنی می‌تواند بروز کند، اما اغلب شروع آن در بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال بوده و احتمال ابتلای زنان به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به مردان بیشتر است (فونگ، چو، قوانت، دافی، پین، اوکونومی^۳، ۲۰۱۸). میزان شیوع این بیماری در سال‌های اخیر افزایش داشته است؛ به طوری که حدود دو و نیم میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا بوده که بر اساس پژوهش‌های اخیر، میزان شیوع آن در ایران ۱۱۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد (اسکندریه، الله‌آبادی، صادقی، سحرایان^۴، ۲۰۱۸).

همان‌طور که گفته شد، بیماری مولتیپل اسکلروزیس بیشتر در افراد ۲۰ تا ۴۰ ساله بروز می‌کند و از آنجایی که افراد در این سنین به طور معمول از نظر جنسی فعال بوده و در اوج مسئولیت‌های فردی و خانوادگی و در زمان رویارویی با موقعیت‌های تشکیل خانواده و ایجاد روابط نزدیک و

1. Zwibel, & Smrtka

2. Huppke, Huppke, Ellenberger, Rostasy, Hummel, Stark & Gärtner

3. Fong, Chau, Quant, Duffy, Pan, & Ogunyemi

4. Eskandarieh, Allahabadi, Sadeghi & Sahraian

صمیمانه خود نیز می‌باشند (برآگازی^۱، ۲۰۱۳)، لذا تجربه مشکلات جنسی باعث افت بیشتر کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (سورسون^۲، ۲۰۰۸). نحوه تاثیر گذاری بیماری ام اس بر کیفیت روابط جنسی در مدل فولی^۳ بیان شده است. بر اساس این مدل، اولین عارضه جنسی ناشی از مولتیپل اسکلروزیس، به دنبال ضایعه سیستم عصبی مرکزی بروز می‌کند. این ضایعات سبب مشکلات در میل جنسی، تحریک و ارگاسم، ترشحات مهبل و نعوظ می‌شود. دومین مسیر تاثیر گذاری از طریق تغییرات فیزیکی است. مشکلات ثانویه ام اس در این زمینه شامل مشکلات مثانه و روده، ضعف عضلانی، خستگی، اختلال در توجه و تمرکز، لرزش اندام‌های بدن و تغییرات حواس است. سومین مسیر مربوط به تغییرات روان‌شناختی، احساسی، اجتماعی و فرهنگی است که سبب تغییر تصویر ذهنی شخص، عزت نفس پایین، افسردگی، تخفیف احساس زنانگی و مردانگی و احساس کم شدن جذابیت می‌شود (کلیک، پوریز، بینگل، ایدمن، اوزاکیس و کایا^۴، ۲۰۱۳). عملکرد جنسی شامل ابراز تمایل، تهیج جنسی و رسیدن به ارگاسم است که به طور منظم و مداوم در یک زوج اتفاق افتاده، زوجین را قادر می‌سازد تا عشق بورزند یا مورد عشق واقع شوند (باکیود-فورست، لیت، گلینا، باکاگلینی، دکاروالهو فورست، بزرا و گلینا^۵، ۲۰۱۸). شیوع اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به ام اس، به ویژه زنان بسیار بالا است. در مطالعه کلیک و همکارانش (۲۰۱۳) در ترکیه ۶۰/۷ درصد مشارکت کنندگان دارای اختلال جنسی بودند که در این میان زنان وضعیت وخیم‌تری داشتند. در ایران این میزان در میان زنان مبتلا به ام اس ۸۷/۱ درصد بود (نجفی، صاحب الزمانی و فراهانی، ۱۳۹۹). در مطالعه دیگری این میزان در زنان ۸۰-

1. Bragazzi

2. Severson

3. Foley

4. Çelik, Poyraz, Bingöl, İdiman, Özakbaş, & Kaya

5. Bicudo-Fürst, Leite, Glina, Baccaglini, de Carvalho Fürst, Bezerra & Glina

۴۰ درصد گزارش شده است (کاردیو و کورتیزس^۱، ۲۰۱۴). اختلال جنسی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس به صورت تضعیف عملکرد جنسی و کاهش رضایت جنسی بروز می‌کند.

از طرف دیگر از جمله متغیرهایی که با عملکرد جنسی رابطه دارد، رضایت زناشویی است (پاک‌نیت و روشن چسلی، ۱۳۹۷). رضایت زناشویی یک تجربه شخصی در ازدواج است که تنها توسط خود فرد در پاسخ به میزان لذت رابطه زناشویی قابل ارزیابی است (کارنر و کومبس^۲، ۲۰۱۰). در یک ازدواج سالم وجود رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تامین رضایت زناشویی طرفین شود، نقش بسیار مهم و اساسی در موفقیت و پایداری کانون خانواده دارد. به عقیده مزلو نظریه‌پرداز انسان‌گرا در سال ۱۹۶۰ برآورده نشدن این نیاز، تعالی انسان را به شدت آسیب‌پذیر می‌کند (نیک‌آذین، روشن چسلی، میرزایی، ۱۳۹۳). پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که رضایت جنسی به طور گسترده‌ای با رضایت از رابطه زناشویی ارتباط دارد، همچنین نشان داده شده است که رضایت از رابطه جنسی رابطه مثبت با مولفه‌های کیفیت ارتباط زناشویی از قبیل دوست داشتن، تعهد و پایداری و رابطه معکوس با احتمال طلاق دارد (کوپر^۳، ۲۰۱۰).

همچنین تاجیک‌اسمعیلی و حکیم‌آبادی (۱۳۹۵) در پژوهشی به مقایسه عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بین افراد سالم و بیماران ام‌اس پرداختند که نتایج حاکی از تفاوت معنی‌دار بین دو گروه بود و بیماران ام‌اس در زمینه‌های عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی در مقایسه با گروه سالم عملکرد ضعیف‌تری داشتند. همچنین نتایج پژوهش‌های الودی (۲۰۰۸)؛ به نقل از تاجیک‌اسمعیلی و حکیم‌آبادی، (۱۳۹۵) نیز حاکی است که بیماری و مشکلات بیماران دارای ضایعه مزمن سیستم عصبی، بر رضایت زناشویی و زندگی جنسی بیماران اثرگذار است و منجر به کاهش ارتباطات

1. Cordeau & Courtois

2. Karney & Coombs

3. Cooper

جنسی و رضایت زناشویی می‌شود. از این رو این بیماران نیازمند مداخلات روان‌شناختی مناسب هستند تا از گسیختگی روابط زناشویی این بیماران جلوگیری گردد.

معادرمانی، فرآیند درمانی است که به دنبال بهبود توانایی برای رسیدن به خود حقیقی، گسترش دید درباره خود، دنیای پیرامون و روشن کردن چیزهایی است که به زندگی کنونی و آینده فرد معنا می‌بخشد (وونگ^۱، ۲۰۱۷). معادرمانی یکی از کاربردی‌ترین، مردم‌پسندترین و خوشبایانه‌ترین نظریه‌های هستی‌گرایی است که به اشخاص به عنوان افرادی که توانایی فراتر رفتن از محیط‌شان، آزادی و مسئولیت برای انتخاب کردن را دارند، نگاه می‌کند (باراکوا، باجراچاری، ویلمسن، لورنس و هوسکنس^۲، ۲۰۱۵؛ وونگ^۳، ۲۰۱۷). نتایج بررسی اثربخشی معادرمانی در متاهلین نشان می‌دهند، این درمان در بهبود مواردی مانند رضایت زناشویی، بی‌رمقی و بی‌آلایشی زناشویی، خستگی هیجانی و افسردگی اثربخش بوده است (دیدنی، تبریزی، مردانی و کرمی، ۱۳۹۹؛ جمشیدی، ترخان، اکبری و زارع، ۱۳۹۱؛ حاج‌عزیزی، بهمنی، مهدی، منطری، توکلی و برشان، ۱۳۹۶؛ سوتویک، لوترت و گوابر^۴، ۲۰۱۶؛ کریمی اوتاری، خلعتبری، رضای‌استوار، ۱۳۹۶). همچنین، نتایج دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهند معادرمانی به بهبود رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی، تعامل و همکاری زوجین و نیز بهبود عملکرد جنسی منجر می‌شود (اسچلنبرگ، اسپچنتر، ویترس و هوتزل^۵، ۲۰۱۰؛ اسپچلنبرگ، هوتزل، نسیف و روگینا^۶، ۲۰۰۸؛ سلیمانی و خسرویانی، ۱۳۹۵؛ کلافت و پسیرا^۷، ۲۰۱۲؛ کلافتر کوشه، حسن، کدیر و طالیب^۷، ۲۰۱۲).

1. Wong

2. Barakova, Bajracharya, Willemsen, Lourens & Huskens

3. Southwick, Lowthert & Graber

4. Schulenberg, Schnetzer, Winters, M. R., & Hutzell

5. Schulenberg, Hutzell, Nassif & Rogina

6. Kleftaras & Psarra

7. Kalantarkousheh, Hassan, Kadir & Talib

با این حال اگر چه تحقیقات زیادی در زمینه تاثیر معنادرمانی بر بیماران مولتیپل اسکlerوزیس صورت گرفته، ولی کمتر تحقیقی چه در خارج از کشور و چه در داخل کشور به بررسی اثربخشی معنادرمانی بر عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکlerوزیس پرداخته است و یا حداقل پژوهشی با این عنوان توسط پژوهشگر رویت نشد. با توجه به مشکلات جنسی و رضایت زناشویی که بر اثر ابتلا به بیماری مولتیپل اسکlerوزیس برای این بیماران به وجود می‌آید، لذا انجام پژوهش برای آموزش، مداخله و رفع این مسئله لازم و ضروری می‌باشد؛ چرا که از این طریق می‌توان به افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان و تقویت حمایت‌های اجتماعی از طریق خانواده برای این بیماران گام برداشت و از وخامت بیشتر بیماری و همچنین انزوای این افراد جلوگیری نمود. بنابراین با توجه به اهمیت عملکرد جنسی در این بیماران از یک سو و اثربخشی معنادرمانی بر رضایت زناشویی و عملکرد جنسی بر سایر جوامع در، به این خاطر پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی بر رضایت زناشویی و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به ام اس انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گروه گواه بود که نمونه آماری، شامل ۲۴ بیمار زن مبتلا به مولتیپل اسکlerوزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام اس و مطب‌های پزشکان متخصص مغز و اعصاب منطقه ۴ شهر تهران در سال ۱۳۹۸، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا از بین انجمن‌های ام اس و افراد مراجعه‌کننده به مطب‌های پزشکان مغز و اعصاب منطقه ۴ برای درمان ام اس، به صورت در دسترس و بر اساس همکاری مدیران و پزشکان برگزیده و پس از آن نیز به صورت در

دسترس تعداد ۱۳۰ نفر از بیماران زن مبتلا به ام اس مراجعه کننده به این مراکز، پرسشنامه تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی را تکمیل کردند. بعد از بررسی پرسشنامه ها، تعداد ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که میانگین نمره به دست آمده آن ها از پرسشنامه تعارضات زناشویی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود و همچنین نمره عملکرد جنسی آن ها از ۱۸ بالاتر بود و نیز سایر ملاک های ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی، ۱۲ بیمار زن در گروه آزمایش و ۱۲ نفر دیگر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بیماران بین ۳۰ تا ۵۰ سال، حداقل میزان تحصیلات دیپلم، گذشتن حداقل یک ماه از ابتلای آن ها به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، در سه ماه گذشته حمله نداشته باشند و در یک ماه گذشته کورتون استفاده نکرده باشند. عملکرد شناختی بیمار دچار آسیب شدید نشده باشد و توانایی شرکت در جلسات و انجام تکالیف را داشته باشد، نمره به دست آمده از پرسشنامه تعارضات زناشویی و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس بالاتر از حد میانگین باشد، یعنی دارای تعارض شدید یا روابط آسیب پذیر و عملکرد جنسی مختل باشند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس تجارب جنسی آریزونا^۱ (۲۰۰۸): پرسشنامه تجارب جنسی توسط اساتید روان- پزشکی دانشگاه آریزونا آماده سازی شده است؛ این مقیاس پنج ماده ای در سطح مراقبت های بهداشتی اولیه جهت غربالگری اختلال عملکرد جنسی به کار می رود. پنج عنصر عملکرد جنسی شامل تمایل جنسی، برانگیختگی جنسی، لغزندگی واژن، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم را ارزیابی می کند که بر اساس مقیاس شش گزینه ای لیکرت از ۱ تا ۶ تنظیم شده است.

^۱. Arizona's sexual function scale

اگر نمره کل بیشتر از ۱۸ و یا نمره یکی از سوالات ۵ یا بیشتر از ۵ بود، فرد دارای اختلال عملکرد جنسی محسوب می‌شود. مک‌گوی و همکاران (۲۰۰۰) پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و در پژوهش نوری‌زاده، بایرامی، رنجبر و پزشکی (۱۳۸۴) با روش بازآزمایی ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند همچنین در پژوهش دهقانی و خالقی‌پور (۱۳۹۵) میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه تعارضات زناشویی ثنائی^۱ MCQ: یک ابزار ۴۲ سؤالی است که برای سنجیدن تعارضات زن و شوهری و بر مبنای تجربیات بالینی ثنائی در سال ۱۳۷۹ ساخته شده است و تعارضات زناشویی را در هفت بعد: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری سوالات به روش لیکرت است. گزینه‌ها به شکل «همیشه، اکثراً، گاهی، به ندرت، هرگز» بیان می‌شوند که به صورت ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌گردد. نمره پایین حاکی از تعارض طبیعی و نمره بالاتر نشانه شدت تعارض است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۶۴ و ۰/۵۶ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ در هفت زیرمقیاس کاهش همکاری ۰/۸۱، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۱، افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۰، افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۳۳، افزایش رابطه با خویشاوندان خود ۰/۸۶، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۱ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۷۱ گزارش شد. در این پرسشنامه در مرحله تحلیل مواد آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه هبستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و زیرمقیاس‌های آن، ۱۳ سؤال از ۵۵

سؤال اولیه حذف شده است (ثانی، ۱۳۷۹). بشکار (۱۳۸۶) پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آورد. هم‌چنین روایی محتوایی پرسشنامه توسط گروهی از متخصصان و اساتید راهنما و مشاور، بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است (امینی نسب و فرحبخش، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۶ بود.

بسته معنادرمانی: محتویات جلسات معنادرمانی توسط آنتونی رابینز (۱۹۹۰) و بر اساس دیدگاه فرانکل طراحی گردیده و شامل ۸ جلسه می‌باشد که هفته‌ای یک جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه برگزار گردید.

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله معنادرمانی

جلسه	اهداف و تکالیف جلسه
اول	معرفی اعضای گروه و رهبر گروه برای آشنایی، بیان اهداف و قوانین گروه توسط رهبر گروه، معرفی بیماری ام اس و آثار روان‌شناختی آن و تأثیر ام اس بر عملکرد جنسی و روابط زناشویی. تکلیف جلسه: از مراجعین درخواست شد در مورد موضوع مطرح شده بیان‌بیشند و مطالبی را مکتوب نمایند.
دوم	ارائه خلاصه مختصری از زندگی‌نامه فرانکل بنیان‌گذار رویکرد معنادرمانی، شروع بحث معنادرمانی، تعریف معنادرمانی و معرفی اصول آن، خلاصه کردن مباحث مطرح در این جلسه. تکلیف: از اعضا خواسته شد درباره معنای زندگی خود بیان‌بیشند و یک معنا برای زندگی خانوادگی خود بیان‌بند.
سوم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، گفت‌وگو و ارائه بازخورد درباره تکلیف خانگی ارائه شده، بحث با اعضا در مورد یافتن معنا در رنج (در این باره در ابتدا در مورد جبر و اختیار بحث شد)، بحث با اعضا در مورد یافتن معنا در کار، بحث در مورد عشق، بازگو کردن نظر فرانکل و دیدگاه معنادرمانی در مورد عشق و یافتن معنا در آن، بحث در مورد خوش‌بینی به زندگی که در اثر تغییر نگرش‌ها و تغییر چهارچوب‌ها حاصل می‌شود. تکالیف: از اعضا خواسته شد در مورد این گفته فرانکل هر کدام مطلبی کوتاه بنویسند "چنان زندگی کن، گویی بار دومی است که به دنیا آمده‌ای تا اشتباهات گذشته‌ات را جبران کنی".
چهارم	شروع جلسه با بررسی تکلیف جلسه قبل، اجرای آشنایی گروه با یافتن معنا از طریق ارزش‌های آفرینندگی. تکالیف: اعضا در مورد زیباترین تجارب خود و یا تجاربی که دوست دارند داشته باشند، فکر کرده و مطالبی بنویسند.
پنجم	بررسی تکالیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، بحث در مورد مفهوم ارزش‌های

تجربی با اشاره به تکالیفی که اعضا انجام داده بودند، بحث در مورد توانایی فرارفتن از خود و خندیدن به مشکلات. تکلیف: درباره گذشته خود بیاندهید و تجربیاتی از گذشته‌تان که به شما احساس ارزشمندی می‌دهد، یادداشت کنید.

بررسی تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، بحث در مورد یافتن معنا از طریق مراجعه به گذشته، افزایش احساس مسئولیت برای یافتن معنا در زمان حال. تکلیف: هر کدام درباره یافتن معنا و ارزش‌هایی که تجربه کرده‌اند، جمله‌ای بیایید.

ششم

بررسی تکالیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، آموزش تکنیک قصد متناقض و روش بازتاب‌زدایی.

هفتم

بررسی تکالیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، بررسی کلی چک لیست تهیه شده ارزش‌های شخصی توسط هر فرد و بحث درباره معنای زندگی هر شخص، ارائه خلاصه‌ای از جلسات و جمع‌بندی کار گروه، دریافت بازخورد اعضای گروه درباره عملکرد گروه، اجرای دوباره پرسشنامه‌ها به عنوان پس‌آزمون و اتمام کار گروه.

هشتم

شیوه اجرا

بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، برای بیمارانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را دارا بودند، جلسه معارفه‌ای برگزار گردید و از آن‌ها به صورت کتبی رضایت آگاهانه جهت شرکت در جلسات مداخله گرفته شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. بسته مداخله معنادرمانی در طی ۸ جلسه و به صورت گروهی طی جلسات هفتگی در مدت زمانی دو ماه و نیم به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس گروه آزمایش ارائه شد. هر جلسه دو ساعت به طول می‌انجامید. در ابتدای هر جلسه در مورد تکالیف جلسه قبل بحث و گفتگو می‌شد، سپس مطالب آموزشی ارائه می‌شد که بیماران آن را به صورت مکتوب نیز دریافت می‌کردند و سپس در مورد آن گفتگو می‌شد. بعد از اتمام جلسات آموزشی هر دو گروه آزمایش و گواه مجدداً پرسشنامه تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی را به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. قابل ذکر است بعد از اتمام اجرای پژوهش، گروه گواه نیز در چهار جلسه مداخله

معنادرمانی شرکت نمودند. داده‌های به دست آمده نیز از طریق روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و روش آماراستنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره و با به کارگیری نرم-افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج این پژوهش میانگین سن بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس گروه آزمایش و کنترل، ۳۵ سال و ۴ ماه بود. در جدول (۲) اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر تعارض زناشویی و مولفه‌های آن و عملکرد جنسی به صورت تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی متغیرهای تعارض زناشویی و مولفه‌های آن و عملکرد جنسی به تفکیک مرحله سنجش در گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	مرحله سنجش	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
تعارض کلی	پیش‌آزمون	۱۲۳/۹۰	۴/۲۵	۱۱۵/۲۰
	پس‌آزمون	۱۰۰/۰۶	۷/۰۴	۱۱۴/۹۴
عملکرد جنسی کلی	پیش‌آزمون	۲۸/۴۵	۰/۲۲	۲۴/۲۵
	پس‌آزمون	۱۷/۲۰	۰/۲۱	۲۳/۱۲

چنان‌که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون، در متغیرهای تعارض زناشویی به صورت کلی کاهش محسوس نشان می‌دهد. هم-چنین در متغیر عملکرد جنسی با کاهش نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون روبرو هستیم که این کاهش در نمرات گروه کنترل محسوس نیست.

پیش‌فرض‌های توزیع نرمال و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته که از پیش فرض‌های آماری استفاده از آزمون‌های پارامتریک است به وسیله آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون m باکس با مقادیر ($p > 0/05$) مورد تایید قرار گرفت، لذا می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

برای آزمون این فرضیه که مداخله معنادرمانی بر کاهش تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر دارد، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

جدول ۳: آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای متغیر تعارض زناشویی

منابع تغییرات	میانگین مجذورات (MS)	درجه آزادی	مجموع مجذورات (SS)	F	معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۹۸۴۵/۵۶	۱	۹۸۴۵/۵۶			
گروه	۹۲۸۲/۴۵	۱	۹۲۸۲/۴۲	۷/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵
خطا	۲۹/۴۶	۲۱				
کل	۸۹۴۹	۲۴				

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F (۷/۴۵) محاسبه شده بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات تعارض زناشویی به صورت کلی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0/05$). هم‌چنین با توجه به اندازه اثر گزارش شده می‌توان گفت که ۵۵ درصد تغییرات در واریانس این متغیر ناشی از اجرای معنادرمانی گروهی است.

جدول ۴: آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای متغیر عملکرد جنسی

منابع تغییرات	میانگین مجذورات (MS)	درجه آزادی	مجموع مجذورات (SS)	F	معناداری	اندازه اثر
---------------	--------------------------	------------	------------------------	-----	----------	------------

پیش آزمون	۳۵/۴۵	۱	۳۵/۴۵		
گروه	۶/۱۰	۱	۶/۱۰	۱۱/۲۸	۰/۴۵
خطا	۱۹/۲۰	۲۱			
کل	۴۸۹۶	۲۴			

هم چنین نتایج جدول ۴ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه با ضریب $F(11/28)$ محاسبه شده، بین میانگین های تعدیل شده نمرات عملکرد جنسی در بیماران شرکت کننده بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود ($P < 0/05$). هم چنین با توجه به اندازه اثر گزارش شده می توان گفت که ۴۵ درصد تغییرات در واریانس این متغیر ناشی از اجرای مداخله معنادرمانی (گروهی) است. بنابراین این نکته بیانگر آن است که با احتمال ۹۵ درصد می توان اظهار کرد که فرض صفر پژوهش به صورت درست رد شده است.

بحث و نتیجه گیری

بیماری مولتیل اسکروزیس، جزء گروهی از بیماری های سیستم عصبی است که با تخریب غلاف میلین راه های عصبی همراه است. عوارض این بیماری به دلیل ماهیت ناتوان کننده آن تمام جنبه های زندگی فرد مبتلا را در بر می گیرد و در نتیجه امید به زندگی بیمار را کاهش می دهد. کاهش امید به زندگی نیز در به وجود آمدن تعارضات زناشویی و کاهش عملکرد جنسی در زندگی این بیماران نقش چشمگیری دارد (یوسفی کیا، خوش کنش، و فلاح زاده، ۱۳۹۷). در این راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معنادرمانی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش عملکرد جنسی در زنان مبتلا به ام اس انجام شد. نتایج پژوهش حاکی از کاهش تعارضات

زناشویی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس-آزمون بود. این یافته‌ها با پژوهش‌های جمشیدی و همکاران (۱۳۹۱)، سلیمانی و خسرویانی (۱۳۹۵)، حاج‌عزیزی و همکاران (۱۳۹۶)، کریمی اوتاری و همکاران (۱۳۹۶)، دیدنی و همکاران (۱۳۹۹)، سوتویک و همکاران (۲۰۱۶)، اسپلنبرگ و همکاران (۲۰۱۰)، اسپلنبرگ و همکاران (۲۰۰۸)، کلافر و پسیرا (۲۰۱۲)، کلانتر کوشه و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. پژوهش‌های ذکر شده در راستای بررسی اثربخشی معنادرمانی بر کاهش تعارضات زناشویی اجرا شدند، اما جمعیت‌های خاص از جمله زوجین دارای بیماری‌های خاص و یا دارای مشکلات جسمی مورد توجه قرار نگرفتند.

در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان چنین بیان کرد که بیماران مولتیپل اسکلروزیس به دلیل شرایط جسمانی و روانی که این بیماری برای بیماران به وجود می‌آورد و همچنین عدم درمان قطعی این بیماری باعث ایجاد یک نوع انزوا، افسردگی و در نهایت بی‌معنایی در زندگی این افراد می‌شود. بی‌معنایی نیز می‌تواند این حس را در فرد ایجاد کند که هیچ چیزی برای زندگی کردن ندارد و حتی آینده‌ای نیز ندارند و این امر باعث افزایش انزوا، تنها طلبی و فاصله گرفتن از دیگران و مخصوصاً همسر می‌شود که این جدایی عاطفی و یاس و بی‌هدفی که به مرور زمان به زندگی زناشویی نیز گسترش می‌یابد، می‌تواند زمینه را برای بروز تعارضات زناشویی، کاهش عواطف احساسی و در نهایت دلزدگی جنس فراهم کند. همچنین بر اساس دیدگاه معنادرمانی و وجودی، فرد منزوی احساس معنا داشتن نمی‌کند، او شکست را به عنوان یک فرد تجربه می‌کند و حس شکست و فقدان معنا، مهم‌ترین کمک‌کننده‌ها به بی‌معنایی و پوچی است (پینز^۱، ۲۰۰۲).

^۱. Pines

با این اوصاف، رویکرد معنادرمانی به افراد کمک می‌کند که به زندگی خود هدف و معنا ببخشند و با معرفی سایر منابع معنا، مانند ارزش‌های تجربی، ارزش‌های آفرینندگی، یافتن معنا از طریق لذت بردن از انجام کار، معنا را در سایر وجوه زندگی مانند کار، تجارب هنری و عشق به همسر و زندگی جستجو کنند و از این طریق بر یاس و ناامیدی، سرخوردگی‌ها و بی‌هدفی که منجر به کاهش رضایت زناشویی و متقابلاً کاهش عملکرد جنسی می‌شود، غلبه کنند. در واقع معنادرمانی چهارچوب جدیدی را برای فرد مهیا می‌کند تا بتواند از طریق آن از چشم‌انداز دیگری به زندگی نگاه کرده و به آن معنا دهد. وقتی بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌تواند معنای زندگی خود را بیابد، احساس ارزشمند بودن کرده و می‌تواند بر احساس پوچی و دلزدگی از زندگی خود غلبه کند که نتیجه آن افزایش شادابی و عملکرد جنسی سالم در زندگی است.

از طرف دیگر، معنادرمانی به طور خاص می‌تواند به این افراد کمک کند که با یافتن معنا در عشق به همسر و زندگی زناشویی، نه تنها بر انزوا و دوری از همسرشان غلبه کنند، بلکه صمیمیت بیشتری با همسر خود احساس کنند و کیفیت رابطه زناشویی خود را بهبود بخشند. چرا که این یک حقیقت است که عشق عالی‌ترین و نهایی‌ترین هدف است که بشر در آرزوی آنست. رهایی بشر از راه عشق و در عشق است. بشری که دیگر همه چیزش را در این جهان از دست داده، هنوز می‌تواند به خوشبختی و عشق بیاندیشد، ولو برای لحظه‌ای کوتاه. بشر در شرایطی که خللاً کامل را تجربه می‌کند و نمی‌تواند نیازهای دورنی‌اش را به شکل عمل مثبتی ابراز نماید، تنها کاری که از او بر می‌آید این است که در حالی که رنج‌هایش را به شیوه‌ای راستین و شرافتمندانه تحمل می‌کند، با مدد معناجویی از عشق، خاطر خود را خشنود گرداند (کانگ، ایم، کیم، کیم، سونگ، و سیم^۱، ۲۰۰۹) و این یکی از راهکارهایی است که در طی معنادرمانی به آن پرداخته می‌شود.

^۱. Kang, Im, Kim, Kim, Song & Sim

از محدودیت‌های این پژوهش فقدان سنجش پیگیری در طرح مطالعه به دلیل عدم دسترسی آسان به شرکت‌کننده‌های گروه به علت وضعیت جسمانی و بیماری آن‌ها که باعث شد تداوم تأثیرات درمانی در این پژوهش سنجیده نشود و نیز نمونه آماری پژوهش، زنان مبتلا به مولتیپل اسکیزوزیس شهر تهران بود که این نتایج قابل تعمیم به سایر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوزیس و نیز سایر افراد دارای بیماری مزمن در سطح کشور نیست. هم‌چنین با توجه به کارآمدی معنادرمانی گروهی در تقویت عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بیماران مزمن، پیشنهاد می‌شود تا بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها تسهیلات لازم برای تشکیل مستمر گروه درمانی با مداخلات روان‌درمانی را فراهم آورند.

منابع

- (۱) امینی نسب، زهرا، فرحبخش، کیومرث (۱۳۹۴). «تأثیر زوج درمانی دلبستگی محور بر بهبود انطباق پذیری خانوادگی و کاهش تعارضات زناشویی»، فصلنامه پژوهش های مشاوره، ۱۴(۵۴): ۲۵-۴.
- (۲) بشکار، سیدامین (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت های کنترل خشم در کاهش درگیری های زناشویی در زوجین مراجعه کننده به شوراهای حل اختلاف. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اهواز.
- (۳) پاک نیت، معصومه، روشن چسلی، رسول (۱۳۹۷). «پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس هیجان خواهی، صمیمیت، عملکرد جنسی و ویژگی های شخصیت در پرستاران»، روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۶ (۱): ۱۵۹-۱۷۸.
- (۴) تاجیک اسمعیلی، عزیزالله، گیلک حکیم آبادی، محلا (۱۳۹۵). «عملکردهای جنسی و سازگاری زناشویی در زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس»، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۰ (۲): ۹-۱.
- (۵) ثنائی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس اندازه گیری خانواده و ازدواج، تهران: انتشارات بعثت. ۱۱۶-۱۰۵.
- (۶) جمشیدی، سمانه، ترخان، مرتضی، اکبری، بهمن، زارع، حسین (۱۳۹۱). «اثربخشی معنادرمانی گروهی بر روی افسردگی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به تعارضات زناشویی شهر رشت»، پژوهش های نوین روانشناختی، ۲۷: ۶۰-۳۹.
- (۷) حاج عزیزی، امیرحسین، بهمنی، بهناز، مهدی، نفیسه، منطری توکلی، وحید، و برشان، ادیبه (۱۳۹۶). «اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و امید به زندگی سالمندان مقیم مراکز شبانه روزی شهر کرمان، سالمند»، مجله سالمندی ایران، ۱۲ (۲): ۲۳۱-۲۲۰.
- (۸) دیدنی، راضیه، تبریزی، مصطفی، مردانی راد، مژگان، کرمی، ابولفضل (۱۳۹۹). «مقایسه اثربخشی درمان مثبت نگر و معنادرمانی بر احساسات مثبت نسبت به همسر و تعارضات زناشویی در زنان متأهل»، پژوهش نامه روانشناسی مثبت، ۱(۳۱): ۹۸-۸۳.
- (۹) دهقانی، شیدا، خالقی پور، شهناز (۱۳۹۵). «مدل یابی معادلات ساختاری عملکرد جنسی زنان براساس ناگویی خلقی، سیستم بازداری-فعال سازی رفتاری و صفات شخصیت»، فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، ۸ (۲۹): ۴۶-۳۱.
- (۱۰) سلیمانی، اسماعیل، خسرویان، بهروز (۱۳۹۵). «تأثیر معنادرمانی گروهی در رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی همسران ناسازگار»، مجله مشاوره و روان درمانی خانواده، ۲ (۲۲): ۱۹-۱.

- ۱۱) کریمی اوتاری، بهزاد، خلعتبری، جواد، و رضای استوار، ژاله (۱۳۹۶). «هم سنجی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری با معنادرمانی بر بی رمقی زناشویی، رضایت زناشویی و بی آلایشی زوجین»، آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده، ۳(۲): ۸۱-۱۰۲.
- ۱۲) نجفی، فاطمه، صاحب الزمانی، محمد، فراهانی، حجت الله (۱۳۹۹). «تاثیر آموزش تنظیم هیجانی بر عملکرد و رضایت جنسی زنان مبتلا به مولتیپل اسکیزوپزیس (ام اس) مراجعه کننده به مرکز تحقیقات ام اس ایران»، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۳۰(۱): ۹۲-۱۰۰.
- ۱۳) نوری زاده، ربابه، بایرامی، رقیه، رنجبر، فاطمه، پزشکی، فاطمه (۱۳۸۴). «اختلال جنسی در زنان باردار»، دومین کنگره سراسر خانواده و مشکلات جنسی، دانشگاه شاهد.
- ۱۴) نیک آذین، امیر، روشن جسل، رسول، میرزایی، صدیقه (۱۳۹۳). «اعتبار و پایایی مقیاس چند بعدی رضایت جنسی در نمونه از زنان ایرانی»، نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۰(۴): ۴۴-۳۲.
- ۱۵) یوسفی کیا، مجتبی، خوش کش، ابوالقاسم، فلاح زاده، هاجر (۱۳۹۷). «اثربخشی واقعیت درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی و ناامیدی در زنان مبتلا به ام اس»، مجله ارمغان دانش، ۲۳(۳): ۳۶۴-۳۷۷.
- 16) A. McGahuey, Alan J. Gelenberg, Cindi A. Laukes, Francisco A. Moreno, Pedro L. Delgado, Kathy M. McKnight, Rachel Manber, C. (2000). The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25-40.
- 17) Barakova, E. I., Bajracharya, P., Willemsen, M., Lourens, T., & Huskens, B. (2015). Long-term LEGO therapy with humanoid robot for children with ASD. *Expert Systems*, 32(6), 698-709.
- 18) Bicudo-Fürst, M. C., Leite, P. H. B., Glina, F. P. A., Baccaglini, W., de Carvalho Fürst, R. V., Bezerra, C. A., & Glina, S. (2018). Female sexual function following surgical treatment of stress urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. *Sexual medicine reviews*, 6(2), 224-233.
- 19) Bragazzi, N. L. (2013). The gap in the current research on the link between health locus of control and multiple sclerosis: lessons and insights from a systematic review. *Multiple Sclerosis International*, 2013.
- 20) Çelik, D. B., Poyraz, E. Ç., Bingöl, A., İdiman, E., Özakbaş, S., & Kaya, D. (2013). Sexual dysfunction in multiple sclerosis: gender differences. *Journal of the Neurological Sciences*, 324(1-2), 17-20.
- 21) Cooper, M. L. (2010). Toward a person× situation model of sexual risk-taking behaviors: Illuminating the conditional effects of traits across sexual situations and relationship contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(2), 319.

- 22) Cordeau, D., & Courtois, F. (2014). Sexual disorders in women with MS: assessment and management. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 57(5), 337-347.
- 23) Eskandarieh, S., Allahabadi, N. S., Sadeghi, M., & Sahraian, M. A. (2018). Increasing prevalence of familial recurrence of multiple sclerosis in Iran: a population based study of Tehran registry 1999–2015. *BMC neurology*, 18(1), 1-6.
- 24) Fong, A., Chau, C. T., Quant, C., Duffy, J., Pan, D., & Ogunyemi, D. A. (2018). Multiple sclerosis in pregnancy: prevalence, sociodemographic features, and obstetrical outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(3), 382-387.
- 25) Huppke, P., Huppke, B., Ellenberger, D., Rostasy, K., Hummel, H., Stark, W., ... & Gärtner, J. (2019). Therapy of highly active pediatric multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 25(1), 72-80.
- 26) Kalantarkousheh, S. M., Hassan, S. A., Kadir, R. A., & Talib, M. A. (2012). Effects of existential issues training on marital satisfaction among Iranian women. *The New Educational Review*, 28(2), 29-38.
- 27) Kang, K. A., Im, J. I., Kim, H. S., Kim, S. J., Song, M. K., & Sim, S. Y. (2009). The Effect of Logotherapy on the Suffering, Finding Meaning, and Suffering, Well-being of Adolescents with Terminal Cancer. *Child Health Nursing Research*, 15(2), 136-144.
- 28) Karney, B. R., & Coombs, R. H. (2000). Memory bias in long-term close relationships: Consistency or improvement?. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(8), 959-970.
- 29) Kleftaras, G., & Psarra, E. (2012). Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: A comparative study. *Psychology*, 3(04), 337.
- 30) Pines, A. M. (2002). Teacher burnout: A psychodynamic existential perspective. *Teachers and Teaching*, 8(2), 121-140.
- 31) Schulenberg, S. E., Hutzell, R. R., Nassif, C., & Rogina, J. M. (2008). Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 447.
- 32) Schulenberg, S. E., Schnetzer, L. W., Winters, M. R., & Hutzell, R. R. (2010). Meaning-centered couples therapy: Logotherapy and intimate relationships. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 95-102.
- 33) Severson, B. (2008). Sexual dysfunction and multiple sclerosis. MS center at evergreen healthcare Kirkland.
- 34) Southwick, S. M., Lowther, B. T., & Graber, A. V. (2016). Relevance and application of logotherapy to enhance resilience to stress and trauma. In *Logotherapy and existential analysis* (pp. 131-149). Springer, Cham.

- 35) Wong, P. T. (2017). Meaning-centered approach to research and therapy, second wave positive psychology, and the future of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 45(3), 207.
- 36) Zwibel, H. L., & Smrtka, J. (2011). Improving quality of life in multiple sclerosis: an unmet need. *American Journal of Managed Care*, 17(5), S139.