

طراحی الگوی اصلاح رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ

گیتی ازگلی^۱، دکتر سعیده ضیایی^{۲*}، دکتر فضل الله احمدی^۳، دکتر ماهیار آذر^۴

^۱. دانش آموخته دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. استادیار گروه بهداشت باروری و مامایی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۲. استاد گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
^۳. استاد گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
^۴. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
■ نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سعیده ضیایی ziaei_sa@modares.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات نشان داده اختلال نعوظ از مشکلات شایع مردان می باشد که بر زن و مرد هر دو اثر منفی می گذارد؛ در نتیجه روابط جنسی و زناشویی آسیب می بیند. تازمانی که این رابطه اصلاح نشود تلاش ها جهت درمان با موفقیت همراه نیست لذا هدف این مطالعه طراحی الگوی اصلاح رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ می باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت کیفی انجام شد. روش جمع آوری داده ها مصاحبه ساختار نیافته بر روی ۱۶ همسر مردان مبتلا به اختلال نعوظ، و یادداشت در عرصه بود. همزمان با جمع آوری داده ها تحلیل مقایسه ای مدام با روش اشتراوس کوربین انجام شد. با استفاده از روش نظریه مبنا (Grounded Theory) فرایند مواجهه با امور جنسی همسران مردان مبتلا به تبیین شد. سپس با استفاده از یافته های نظریه مبنا و مرور بر متون، الگوی اصلاح رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ به روش واکر و اوانت طراحی گردید. یافته ها: در طی مطالعه نظریه مبنا مشخص شد که دغدغه اصلی مشارکت کنندگان، ازدست رفتن صمیمیت است. و مفهوم مرکزی حفظ بنیان خانواده راهبرد غالب زنان در مواجهه با امور جنسی است. در این الگو برخلاف تمام الگوهای مداخلاتی موجود که نقطه شروع حل مشکل جنسی فرد مبتلا است، نقطه عزیمت و شروع حل مشکل زن معرفی شده است. این الگو در طی سه مرحله طراحی گردید: مرحله اول با هدف شناخت وضعیت موجود رابطه زناشویی، مرحله دوم با هدف توانمندسازی زن و به دنبال آن مشارکت همسر، مرحله سوم با هدف انجام مداخلات جامع نگر جهت اصلاح و تداوم رابطه زناشویی با کیفیت بود.

نتیجه گیری: با استفاده از این مدل در زمان بروز مشکل جنسی، ابتدا زن و سپس زوجین، به توانمندی می رسند تا ارتباط کلی زناشویی تخریب نشود و یا اگر این ارتباط آسیب دید از شدت آسیب و عوارض آن کاسته شود.
کلید واژه ها: رابطه جنسی، رابطه زناشویی، الگو، مشکل جنسی، اختلال نعوظ

مقدمه

اختلال نعوظ (Erectile dysfunction) یکی از اختلالات شایع مردان است، که در مطالعات اپیدمیولوژی شیوع ۲۰ درصد ذکر شده است (DeRogatis and Burnett, 2008). در مطالعه ایرانی که در ۲۸ استان کشور در سال ۲۰۰۳ منتشر شد، این شیوع ۱۸/۸ درصد ذکر گردید (Safarinejad, 2003). باوجود روش‌های درمانی مختلف، شیوع بالای اختلال نعوظ و تنش‌زا بودن آن، اما این مشکل جنسی هنوز از لحاظ بالینی مورد غفلت قرار می‌گیرد. Fisher و همکاران نقل می‌کند ۳۰ تا ۵۰ درصد مردان جهت خدمات تخصصی مراجعه می‌کنند و فقط حدود نیمی از آنان دارو دریافت می‌کنند و بیشتر آنان درمان را قطع می‌کنند (Fisher et al., 2005). در مطالعه کشوری ایران نیز، مراجعه جهت درمان ۱۰ درصد، ذکر شده است (Safarinejad, 2003). اختلال عملکرد جنسی هریک از زوجین به عنوان یک عامل میانجی موجب ایجاد و تشدید و ادامه نارضایتی زناشویی و در نتیجه کیفیت نامناسب و بی‌ثباتی زندگی زناشویی می‌گردد (Dzara, 2010; Karney & Bradbury, 1995; Lorenz, Wickrama, Conger, & Elder, 2006). وقتی مشکل جنسی حتی به ظاهر با منشأ مردانه، در زندگی زناشویی رخ می‌دهد مداخلاتی موفق‌تر خواهند بود که علاوه بر جامع‌نگری، هویت زوجی پیدا کند و هریک از زوجین خود دریابند که خود و یا دیگری به تنهایی مقصر در بروز مشکل نیستند (Dean et al., 2008; McCarthy, 2003). حتی اگر اختلال نعوظ کاملاً علت جسمی داشته باشد اما باز موجب اثرات روانی و ارتباطی بر زوجین می‌شود (Althof et al., 2005). با این وجود اغلب یک رویکرد و الگوی واحد نمی‌تواند مشکلات سلامتی را حل کند الگوهایی که به آسیب‌های روانی توجه کردند چند دسته هستند

الگوهای حقوقی به موضوعات از جنبه حقوقی و قانونی آسیب‌های روانی توجه کردند. الگوهای زیست-پزشکی اذعان دارد که بیماری‌ها، به علت نبود تعادل زیستی-شیمیایی در مغز یا حاصل نارسایی‌های عملکرد بدنی است و طبقه‌بندی بیماری‌ها را مورد توجه قرار می‌دهد و بر درمان‌های پزشکی و روانپزشکی تأکید دارد الگوهای روانشناختی: نظیر روانکاوی (psychoanalysis)، رفتاری، شناختی، شناختی-رفتاری (cognitive-behavioral)، انسان‌گراییی (humanism)

و اجتماعی فرهنگی (Sociocultural) می‌باشند. این الگوها بر فرایندهای روانشناختی درونی، بیشتر از تعیین‌کننده‌های زیستی یا عوامل بیرونی، تأکید می‌کند. الگوهای جامعه‌شناختی (Sociological) معتقد است، سلامت جسمانی و روانی افراد علاوه بر جنسیت، جهت‌گیری جنسی، نژاد و سن، تحت تأثیر طبقه اجتماعی و فقر و عواملی از این دست نیز می‌باشد. الگوهای جامعه‌شناسی و اجتماعی و فرهنگی، مشکلات روانشناختی را، نتیجه عوامل اجتماعی و اقتصادی زیانبار می‌داند (Davies & Bhugra, 2004). در روند کامل‌تر شدن الگوها و جامع‌نگری آن‌ها الگوی زیستی روانی اجتماعی (Biopsychosocial) مطرح شد. از منظر الگوهای زیستی روانی اجتماعی در شکل‌گیری مشکلات و اختلالات جنسی، عوامل متعدد اثر دارد. از جمله این عوامل مسائل فرهنگی نظیر پذیرش نقش جنسیتی، باورها، ارزش‌ها، باکره بودن، آموزش جنسی رسمی و غیر رسمی مناسب، وجود شرم و حیا در امور جنسی، مذهب، سیاست‌گذاری و عوامل اقتصادی اجتماعی فرهنگی اقتصادی سیاسی (Basson, 2003) است. درمان‌های موفقیت‌آمیز جامع نگر اختلالات کنشی (Sexual Dysfunction) جنسی که عوامل جسمانی روانشناختی و اجتماعی را در تعامل با یکدیگر در نظر گرفته و بررسی می‌کند، برگرفته از این الگو است (McCabe et al., 2010).

ارائه الگوهای مختلف نشان می‌دهد که هیچ‌یک از آن‌ها کاملاً موفق نیستند و از طرفی هر کدام به مشکلات جنسی از زاویه دیدگاه متفاوت پرداختند. اما نکته مشترکی که بین تمام این لگوها در رابطه با اختلالات کنشی جنسی از جمله اختلال نعوظ وجود دارد این است، که نقطه شروع درمان فرد مبتلا، یعنی مردان است و اگر از همسر هم دعوت می‌شود جهت تقویت نقش مداخلات درمانی است (Cuzin, 2006). در حالی که توجه به تغییرات و فرایند شکل‌گیری زندگی جنسی خود زن به عنوان یک طرف از رابطه دوطرفه جنسی مهم است و تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است که باید در دل هر فرهنگ زمینه‌ای که بروز کرده است بررسی شود. تا براساس این فرایند مواجهه الگوی را ارائه نمود که با توجه به داده‌های زمینه‌ای، کاربردی باشد و در عین حال پشتوانه‌های کافی علمی را باتوجه به مروری بر متون داشته باشد. در ایران عدم دسترسی زوجین به اطلاعات علمی و موثق در خصوص

مشخص شد. در این راستا جستجوی گسترده ادبیات پژوهشی با استفاده از کلید واژه‌های رضایت جنسی، عملکرد جنسی، اختلال نعوظ، اختلال عملکرد جنسی، رابطه زناشویی، سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی، رضایت جنسی کیفیت زناشویی، کیفیت زندگی جنسی، آسیب زناشویی، زوج درمانی، خانواده درمانی، الگوی سازگاری، سازگاری خانواده، استرس، راهبردهای مقابله‌ای صورت گرفت. مقالات و کتب از روی سایت‌هایی نظیر

Medline, Elsevier, Pub med
CINAHL, Prequest, Science Direct, Psych
Info, APA, SID, Coping stress, Lazarus

جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گرفتند. از میان منابع، مقالات و کتب مرتبط با مفاهیم اساسی الگو، انتخاب و بررسی کامل صورت گرفت. محقق بعد از مطالعه منابع منتخب به این نتیجه رسید که الگوی استرس و تطابق لازروس (Lazarus)، الگوی سازگاری خانواده با استرس، الگوی آسیب‌پذیری - فشارروانی - انطباق ازدواج دارای مفاهیم و راهبردهای مناسب برای طراحی الگوی بازسازی رابطه زنان با مردان مبتلا به اختلال نعوظ بودند. بعد از مرور منابع و تحلیل آن‌ها و یافته‌های نظریه مبنای حاضر در مرحله سوم، گزاره‌های مناسب انتخاب شد. این گزاره‌ها در عبارات و بیانیه‌هایی سازمان یافته و برای تعریف و توصیف پیش فرض‌ها، و مفاهیم و اهداف و راهبردهای الگوی بازسازی رابطه همسران مردان مبتلا به اختلال نعوظ استفاده شد.

این تحقیق توسط کمیته اخلاق و تحقیقات دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تأیید شد. رضایت نامه آگاهانه از مشارکت‌کنندگان جهت موافقت به شرکت در تحقیق و ضبط مصاحبه‌ها با رعایت راز داری و محرمانه بودن اخذ شد.

یافته‌ها

به دنبال بررسی الگوی استرس لازروس (Lazarus & Folkman, 1984) و الگوی سازگاری خانواده با استرس (Weber, 2010; McCubbin & Patterson, 1983) و الگوی آسیب‌پذیری - فشارروانی - انطباق ازدواج (Karney & Bradbury, 1995) موارد قابل استفاده هریک از این الگوها برای طراحی الگوی اصلاح رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ، تعیین شد. طبق الگوی استرس لازروس

اختلالات جنسی، محدود بودن مراکز درمانی مربوطه، نبودن آموزش‌های رسمی کافی در مورد مسائل جنسی شرم از مطرح کردن امور جنسی (Vahid-Vahdat et al., 2007) و عدم ارزیابی سلامت جنسی (رفایی شیرپاک و همکاران ۱۳۸۹) و تأکید بر ارزش قداست خانواده و اختصاص علائق زوجیت به همسر قانونی (مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی ۱۳۸۹) بسیاری از موارد هنجامی که یکی از همسرانی اهر دو رابطه همسری را در معرض خطر می بیند جهت حل مشکل و بهبودی رابطه تلاش نمی‌کنند (باستانی و همکاران ۱۳۸۹)، لذا با توجه تجربه موفق کشوری برنامه‌های مربوط به زوج که نقطه عزیمت‌شان زن بوده نظیر استفاده از کاندوم، و دسترسی راحت‌تر به ایشان و توجه به نقطه عزیمت از زن، الگوی بازسازی رابطه زنان با مردان مبتلا به اختلال نعوظ طراحی گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش کیفی انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه ساختار نیافته بر روی ۱۶ همسر مردان مبتلا به اختلال نعوظ، و یادداشت در عرصه بود. نمونه گیری هدفمند از بین مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و یک کلینیک سلامت خانواده انجام شد. شرط ورود به مطالعه همسران مردان مبتلا به اختلال نعوظ ابتلای حداقل ۶ ماه در مرد بود. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها تحلیل مقایسه‌ای مدام با روش اشتراوس کوربین و یکرد تحلیلی اشتراوس و کوربین (Straus and Corbin, 1998) انجام شد. با استفاده از روش نظریه مبنا (Grounded Theory) تجارب همسران مردان مبتلا به اختلال نعوظ در مواجهه با امور جنسی تبیین شد. بعد از مشخص شدن متغیر مرکزی و نظریه مرتبط، الگوی بازسازی رابطه همسران، با مردان مبتلا به اختلال نعوظ به روش ساخت نظریه واکر و اوانت، ارائه گردید.

رویکرد مطالعه در طراحی الگو، رویکرد بالین- تئوری (Meleis, 2011) با استفاده از روش ساختن تئوری واکر و اوانت بود (Walker & Avant, 2011). این روش سه مرحله دارد که در طی مرحله اول مفاهیم کلیدی برای توسعه الگو مشخص و تعیین گردید. در مرحله دوم با مروری بر متون عوامل وابسته به مفاهیم اصلی و ارتباطات آنها، حول محور مفاهیم اصلی،

استرس، حاصل ارزیابی، ادراک و تفسیر ارگانیزم از موقعیت‌ها و رویدادهاست. لذا بدنبال اختلال نعوظ و واکنش‌های اجتنابی مرد، را بطه زناشویی دچار آسیب می‌شود. زنان در ارزیابی این رویداد استرس‌زا با یکدیگر تفاوت دارند. زنانی که خودشان اختلال عملکرد جنسی دارند این رخداد برایشان استرس‌زا نیست. اما عده‌ای دیگر از زنان این اتفاق را به صورت استرس درک می‌کنند. درک زنان از این پدیده و راه‌های مقابله با آن موجب رفتار متفاوت زنان شده است و در نهایت در تعامل بین زنان و همسرانشان تسلیم و سازش نتیجه غالب است.

الگوی سازگاری خانواده با استرس به متغیرهای قبل از بحران و بحران می‌پردازد و در واقع به توصیف وضعیت خانواده در مواجهه با منبع ایجاد کننده استرس و پیامد آن می‌پردازد. موارد قابل استفاده از این مدل در الگوی بازسازی رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ بدین شرح است که: مشکلات مالی، تعاملات اجتماعی، جایگاه زنانگی زن در اجتماع از نظر قوانین، مشکلات ناشی از طلاق و انگ آن برای زنان، دردسترس نبودن سیستم‌های ارائه خدمات آموزشی و مشاوره‌ای حمایتی و مراقبتی می‌تواند به منبع ایجاد کننده استرس اولیه، که بحران آسیب ارتباط زناشویی ناشی از اختلال نعوظ و واکنش‌های آن است، اضافه شود. گاه رابطه زناشویی قبل از اختلال نعوظ نامناسب بوده در نتیجه استرس اولیه وجود داشته و اختلال نعوظ و واکنش‌های ناشی از آن به این استرس اولیه اضافه می‌شود. اما در هر حال، در غالب موارد سازگاری نامطلوب در جهت حفظ خانواده با رفتار منفعلانه و تسلیم گونه در زنانی که منابع ایجاد کننده استرس مضاعف را درک کردند وجود دارد.

مدل آسیب‌پذیری - فشارروانی - انطباق ازدواج به‌طور خلاصه چند دسته متغیر را مورد توجه قرار می‌دهد، یک دسته از متغیرها در بردارنده فرایندهای تطابقی، یا روش‌هایی که افراد و زوج‌ها با اختلاف عقاید و مشکلات فردی یا زناشویی کنار می‌آیند، است. مجموعه دوم متغیرها که این الگو بررسی می‌کند مربوط به رخدادها و تنش‌ها یا گذرهای تحولی، شرایط، حوادث و موقعیت‌های مزمن یا حاد است که زوج‌ها با آنها روبرو می‌شوند. نکته قابل تأمل دیگر در الگوی آسیب‌پذیری - فشارروانی - انطباق ازدواج توجه به متغیرهایی که زوجین وارد ازدواج می‌کنند است.

موارد قابل استفاده الگوی آسیب‌پذیری - فشارروانی - انطباق ازدواج در الگوی بازسازی رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ این است که این الگو با در نظر گرفتن پیشینه هر یک از زوجین و نحوه تعاملات خود زوجین، و شرایط درونی و بیرونی ایشان، براساس فرایند انطباقی، قادر به تبیین تفاوت رفتارها و واکنش‌ها در رویارویی با مشکل، در زوجین است. و در عین حال بر اساس آن علت بروز اختلاف در کیفیت ازدواج را توضیح می‌دهد. از آنجا که انطباق‌پذیری در مرکز این الگو قرار دارد. جهت تطابق مناسب استفاده از راه‌های مقابله‌ای سازنده لازم است. لذا باید الگوهای تطابقی در زوجین را شناسایی کرد، مناسب‌ترین فعالیت آموزشی مشاوره‌ای حمایتی مراقبتی را برای زنان به عنوان اولین حلقه زنجیره زوجی، برنامه‌ریزی کرد تا با افزایش کیفیت رابطه زوجی، بنیان خانواده استحکام یابد. فرایند تطابقی اغلب زوجین مطالعه حاضر به صورت هیجان مدار بوده است و لذا کیفیت زندگی زناشویی نامطلوب است اما بنیان خانواده حفظ شده است. **مفاهیم پارادایمیک اصلی الگو که برگرفته از مطالعه نظریه مبنا است شامل:** حفظ بنیان خانواده، گسست نقش همسری، فراز و نشیب زندگی زناشویی و جنسی زن، گذراژ مشکل جنسی، فرجام گذر است. در طی مطالعه نظریه مبنا مشخص شد که به دنبال بروز اختلال نعوظ مرد واکنش‌هایی نظیر امتناع و گریز از زن، عدم تعهد، بی توجهی به زن، پر خاشگری، انکار مشکل، و اماندگی، بروز می‌کند. در عین حال از درمان نیز اجتناب می‌کند. از طرفی زنان این مردان که با تأهل انتظار برآورده شدن طبیعی نیاز جنسی‌شان را دارند نه تنها آنرا برآورده شده نمی‌یابند بلکه با مردی مواجه می‌شود که با رفتارهایش او را از خود دور می‌سازد. بدین ترتیب با احساس تباهی زندگی جنسی که به دنبال رابطه جنسی غیرقابل قبول و اجتناب از رابطه و نادیده گرفته شدن نیاز جنسی شکل می‌گیرد، دچار پریشانی از ناتوانی همسر به دنبال شکل‌گیری احساس منفی نسبت به همسر و ازدست رفتن جایگاه زنانگی‌اش و شک به تعهد همسر می‌شود. برای گذر از این مشکل جنسی زوج در مصاف ناتوانی با نظرات مختلف زن نسبت به مشکل، که عمدتاً آنرا مشکلی مردانه می‌داند و نه زوجی، به مداخلات درمانی با انتظارات متفاوت، از رفع اختلال نعوظ تا ناباروری روی می‌آورند. یا در گذر از این مشکل جنسی

با انفصال رابطه زناشویی و رابطه معذب، ارتباط آسیب دیده زناشویی را را بدون حل شدن مشکل اصلی ادامه می‌دهند. یا تلاشی جهت صمیمیت بیشتر زناشویی انجام می‌دهند. و در فرجام گذر عده اندکی تعامل مؤثر جهت اصلاح رابطه را انجام می‌دهند در حالی که برآیند غالب تسلیم و سازش است. و زن با وجود این شرایط با ساختن و سوختن بنیان خانواده را حفظ کنند.

مفاهیم متا پارادایمیک شامل: زن به عنوان شخص، سلامت جنسی، محیط، خدمات سلامت باروری و جنسی هستند. در این الگو منظور از **شخص زن** است. زن با وجود فشارهای زندگی که همراه همسر خود بردوش می‌کشد، با گسست نقش همسرش نیز، مواجهه می‌شود و کیفیت را بطه به شدت تغییر می‌کند. در این راستا زن جهت حفظ این رابطه تلاش می‌کند. اما در این راه اغلب از روش‌های نامناسب استفاده می‌کند، لذا کیفیت رابطه اصلاح نمی‌شود. و زن تسلیم این رابطه آسیب دیده زوجی می‌شود. این تلاش‌های غیرمؤثری منجر به حفظ بنیان خانواده می‌شود. حفظ بنیان خانواده بدون کیفیت مناسب روابط زناشویی صدمات جبران‌ناپذیر نظیر طلاق و جدایی عاطفی زوجین را دربر دارد، لذا زنان که در این وضعیت احساس دوری از همسر را تجربه می‌کنند، با خلأ عاطفی بدون احساس داشتن تکیه‌گاه همسر، تسلیم شرایط پیش آمده می‌شوند. بدیهی است که در امتداد تحمل این شرایط، احتمال فروپاشی واقعی بنیان خانواده وجود خواهد داشت، اگر به زنان و به دنبال آن زوجین کمک نشود تا کیفیت این رابطه را ارتقا ببخشند.

منظور از **مراقبت بهداشت باروری و جنسی** مجموعه فعالیت‌هایی است که جهت بازسازی رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ صورت می‌گیرد. این فعالیت‌ها دربرگیرنده ارزیابی واکنش‌های هریک از زوجین در طی مراحل تطابق و عوامل مرتبط با آن و مداخله مؤثر جهت دستکاری این عوامل برای رسیدن به راهبردهای مقابله‌ای مثبت است. زنان باید بتوانند، بر اساس مداخلات آموزشی مشاوره‌ای حمایتی، رابطه زوجی‌شان را غنی کنند.

محیط منظور خانواده شامل زوج و عوامل خارج از رابطه زوجی است. فراز و نشیب‌های زندگی، از عوامل مؤثر بر کیفیت

رابطه زوجی، هستند. این عوامل می‌توانند تهدید کننده یا تسهیل کننده کیفیت مناسب زناشویی باشند. این عوامل ممکن است درون رابطه زوجی باشند نظیر صمیمیت، سبک‌های دلبستگی زوجین به یکدیگر، سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و جنسی، یا ممکن است بیرونی باشند نظیر سیستم ارا ئه خدمات، مشکلات فرزندان، اشتغال، تعاملات اجتماعی، قوانین و مقررات به عبارتی کلیه عوامل خارج از رابطه زوجین، می‌تواند این رابطه را تحت تأثیر قرار دهد.

سلامتی در این الگو یعنی رابطه‌ای با کیفیت و سالم بین زوجین که تمامیت وجود ایشان را پر کند، و احساس شادکامی، سرزندگی و خوشبختی را برایشان دربرداشته باشد

هدف نهایی الگو: بازسازی رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ

اهداف کاربردی این مدل شامل موارد زیر است

۱. شناخت و نیازسنجی وضعیت زوجین از لحاظ تعهد، صمیمیت و عزت نفس و کیفیت رابطه و سازگاری زناشویی
۲. اصلاح نگرش زن سپس مرد، نسبت به تغییرات رابطه زناشویی ناشی از اختلال نعوظ
۳. تعیین مداخلات مناسب آموزشی، مشاوره‌ای، حمایتی جهت اصلاح رابطه زناشویی
۴. تداوم رابطه با کیفیت زناشویی

جهت رسیدن به اهداف الگو و تأمین آن‌ها مراحل زیر طراحی گردید.

مراحل عملیاتی مدل بازسازی رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ

مرحله اول: بررسی وضعیت رابطه زناشویی زوجین در ابعاد گوناگون

هدف اول مرحله اول: شناخت وضعیت موجود از لحاظ ارتباط کلی زناشویی و عوامل مؤثر بر آن

گام اول: بررسی کیفیت رابطه کلی زوجین

گام دوم: کشف عوامل مرتبط با وضعیت رابطه زوجین

مرحله دوم: مشارکت زوجین در حل مشکل

هدف اول مرحله دوم: توانمندسازی زن

گام اول: بررسی تغییرات ناشی از اختلال نعوظ در زوجین

گام دوم: آشنا سازی زن نسبت به تغییرات رخ داده در اختلال نعوظ

گام سوم: دادن هویت زوجی به مشکل اختلال نعوظ

جویی، طرد، درخواست‌های ناروا، آزدگی و رنجش انباشته، را دارد (Gottman, 1993). بروز تعارضات در زندگی زناشویی اجتناب‌ناپذیر است، اما مدیریت آن مهم است. نحوه مدیریت تعارض، مهارت‌های ارتباطی، صمیمیت جنسی، رابطه قوی با رضایت زناشویی و حفظ یا انحلال رابطه صمیمی زناشویی، دارند (Lawrance & Byers, 1995).

برایند غالب مطالعه حاضر نشان داد در گذر از مشکل جنسی، با نبودن مرجع علمی مسئول سلامت جنسی، زوجین موفق نیستند زیرا این تلاش‌ها در زیر چتر مداخلات علمی جامع نگر نیست. از طرفی با توجه به فقدان مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض، زوجین در برطرف کردن اختلال نعوظ و مشکل جنسی، ناتوان هستند لذا رابطه زناشویی آسیب می‌بیند. و زن با تعهدی که به زندگی مشترک واردواج، و نه به همسر، دارد، رابطه زناشویی نامناسب توأم با عذاب را ادامه می‌دهد. و در عین حال در برزخ سردرگمی، بدون حل مشکل رابطه جنسی رابطه زناشویی آسیب دیده را تحمل می‌کند.

از اینرو در طی مرحله دوم که مشارکت زوجین در حل مشکلات زن و مرد باید نسبت به تغییرات ناشی از اختلال آشنا شوند تا بتوانند آنرا مدیریت کنند. زیرا پاسخ‌های روانی و رفتاری اختلال نعوظ در زوجین می‌تواند علاوه بر تغییر در عملکرد و رضایت جنسی زوجین (Shabsigh, Anastasiades, Cooper, & Rutman, 2006) باعث ایجاد یا تشدید تعارضات زناشویی شود (McCabe, 2008). در واقع این زوجین رابطه و مواجهه‌های جنسی کمتری با هم دارند، کمتر وقت باهم بودن دارند، در نتیجه رابطه صمیمی و نزدیک باهم ندارند. اختلال نعوظ می‌تواند اضطراب ایجاد کند. خودشیفتگی، کاهش اعتماد به نفس از عواقب روانی اختلال نعوظ است. موارد ذکر شده اضطراب را افزایش می‌دهد. و تغییرات رفتاری در بیمار، مانند اجتناب از صمیمی شدن و خلق و خوی پر خاشگرانه ایجاد می‌شود (Hedon 2003). این عوامل نیز منجر به افزایش اضطراب و افزایش اختلال نعوظ و در نتیجه یک چرخه معیوب از افزایش اضطراب و شکست می‌شود. چرخه معیوب از شکست و افزایش اضطراب ناشی از اختلال نعوظ نه تنها در بیمار، بلکه برای شریک زندگی بیمار نیز اتفاق می‌افتد. نیاز به شکستن چرخه معیوب در رابطه ایجاد شده توسط اختلال نعوظ تضمین‌کننده جهت درمان

گام چهارم: اصلاح رابطه زوجین با رویکرد شروع از طرف زن هدف دوم مرحله دوم: مشارکت همسر

گام اول: جلب همکاری همسر
گام دوم: آشنا سازی مرد نسبت به تغییرات رخ داده در اختلال نعوظ
گام سوم، دادن هویت زوجی به مشکل اختلال نعوظ

مرحله سوم: مداخلات جامع نگر جهت اصلاح و تداوم رابطه زناشویی

هدف اول مرحله سوم: مداخلات مناسب جامع‌نگر جهت اصلاح، نگهداری و تداوم رابطه مناسب زناشویی زوجین
گام اول توانمندسازی ارائه دهندگان خدمات اولیه بهداشتی جهت مداخلات

گام دوم انتخاب و اجرا و ارزشیابی برنامه مداخله‌ای مناسب
هدف دوم مرحله سوم: تداوم روابط زناشویی مناسب
گام اول: خودتوانمندی زوجین در تداوم رابطه مناسب زناشویی
گام دوم: پایش تداوم رابطه زناشویی مناسب

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد در فاز اول این مدل بررسی وضعیت رابطه زناشویی زوجین در ابعاد گوناگون باید صورت گیرد زیرا مشکلات جنسی و مشکلات رابطه کلی زناشویی با یکدیگر ارتباط تنگاتنگ داشته و مؤثر و متأثر از یکدیگر می‌باشند، رضایت زناشویی با رضایت جنسی همبستگی بالایی دارد (Sprecher, 2002). بسیاری از همسرانی که مشکلات جنسی دارند، در حیطه‌های دیگر روابط شان نیز مشکلاتی دارند. لذا اغلب باید رویکردی یکپارچه برای مداخلات مربوط به مشکلات جنسی بکار برد، تا بتوان جنبه‌های جنسی و غیر جنسی رابطه را به طور همزمان مورد توجه قرار داد (Spence, 1991) اکثر زوج‌ها تغییراتی در رضایت زناشویی تجربه می‌کنند که مجبور هستند با آن سازگار شوند. زوج‌هایی که در حل مسائل خود دچار ناکامی می‌شوند تلاش‌هایی را برای اصلاح رابطه خود انجام می‌دهند (Morris & Carter, 1999). اما اگر نتوانند به صورت سازنده و دوطرفه مسائل خود را حل کنند دچار تعارض می‌شوند (Christensen & Shenk, 1991). تعارض، نارضایتی حداقل یکی از زوجین است (Halford, Sanders, & Behrens, 2001). فرایندی است که اعمال یک زوج با دیگری تداخل می‌کند. تعارض، تعاملاتی نظیر، عیب

طولانی مدت مؤثر، خواهد بود. این امر نیاز به رویکرد جامع نگر با توجه به اضطراب و مشکلات رابطه وجود دارد. اگر با انجام هریک از درمان‌های موجود، اجازه شروع و تجربه دوباره سکس، بدون حل مشکل ارتباطی، به زوجین داده شود، مشکل بطور کامل حل نمی‌شود. اغلب زوجین دورانی متوسط یا طولانی تجربه اختلال نعوظ را دارند، لذا حل مشکل ارتباطی به سادگی نیست چون مرد قادر به نعوظ نیست مشکلات عمیق‌تر ایجاد شده است و بازیابی تعادل جسمی و روانی‌شان، لازم است (Almås & Landmark, 2010).

محیط اجتماعی که این زوجین را احاطه کرده نظیر منابع حمایتی در دسترس مانند دوستان و خانواده با افراد متخصص نیز اثرگذار بر این موضوع هستند، وقتی این منابع بیرونی اطرافیان و دوستان غیر متخصص هستند موجب افزایش استرس می‌شوند. اما وقتی این منبع افراد متخصص باشند، کمک به حل مشکل می‌کنند. لذا در مدل باز سازی رابطه، ارائه خدمات سلامت جنسی در طی مراقبت‌های اولیه در مراکز بهداشتی درمانی مد نظر است لذا مداخلات جامع‌نگر جهت اصلاح و تداوم رابطه زناشویی از دیگر مراحل این مدل است. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روانی معتقدند تجربه‌های انسانی چنان متنوع و متعدد هستند که یک رویکرد و مدل واحد نمی‌تواند تمام مسائل روانشناختی را حل کند لذا در دیدگاه‌های معاصر به رویکردهای التقاطی (Eclectic) و یا تلفیقی (Integrative) روی آورده شده است در رویکرد التقاطی، مداخلات مطلوب رویکردهای درمانی که مناسب هستند به کار گرفته می‌شود. و در دیدگاه تلفیقی دو یا چند مدل برحسب همسانی ترکیب می‌شود (Davies & Bhugra, 2004). خود نظم بخشی یک توسعه درزوج درمانی شناختی- رفتاری است. تلاشی برای ارائه یک چارچوب التقاطی به منظور استفاده از سایر زوج درمانی‌هاست. خودنظم بخشی جزو درمان‌های شناختی- عاطفی- عقلانی محسوب می‌شود. هدف اصلی‌اش اصلاح مشکلات ارتباطی توسط خود زوجین است (Halford et al., 2001). تلاش‌هایی منظم برای هدایت افکار، احساسات و رفتار، برای دستیابی به هدف است (Fereydoni, Tabrizi, & Nejad, 2009). و نقطه عزیمت آن اگر از طرف زن به تنهایی نیز باشد موفق خواهد بود.

در الگوی بازسازی رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ، ابتدا با شناخت وضعیت موجود رابطه زناشویی و آشناسازی زن با تغییرات ناشی از اختلال نعوظ ایشان را توانمند می‌سازد تا با افزایش آگاهی و تغییر نگرش با خودیاری به اصلاح رابطه پرداخته و بتواند جلب همکاری همسر را جهت حل مشکل بنماید. به دنبال مشارکت همسر و با تغییر در آگاهی و نگرش او این مشکل هویت جنسی پیدا می‌کند سپس ارائه خدمات سلامت جنسی جامع نگر مناسب با بهره‌گیری از ارائه‌دهندگان خدمت در سیستم بهداشتی درمانی موجود که جهت اهداف الگو توانمند شده‌اند، زوجین را قادر می‌سازد تا با خودیاری به اصلاح رابطه پرداخته و آن را تداوم بخشند.

بنا بر توضیحات مذکور، در نگاه جامع به مشکلات جنسی، باید به تفاوت‌های زوجین، دردرون رابطه زناشویی و خانواده، و عوامل متعدد فرهنگی اجتماعی توجه کرد. و اگر قرار باشد برنامه‌ریزی‌هایی در این زمینه صورت بگیرد باید با رویکردهای جامع‌نگر باشد (Althof, 2002). رویکردهایی که مداخلات مناسب را دربر داشته باشد، یعنی مداخلاتی که زوجین را جهت اصلاح و سپس حفظ و تداوم رابطه مناسب توانمند سازد (Halford, Markman, & Stanley, 2008). تا ایشان بتوانند در طول زندگی خودشان تعارضات و مشکلات شان را مدیریت کنند. از آنجایی که دسترسی به زنان، با توجه به مراجعاتشان به مراکز خدمات بهداشتی و درمانی، بیشتر است (موحد و عزیزی). لذا احتمالاً این مدل موفق‌تر از سایر مدل‌های موجود خواهد بود.

نتیجه‌گیری نهایی

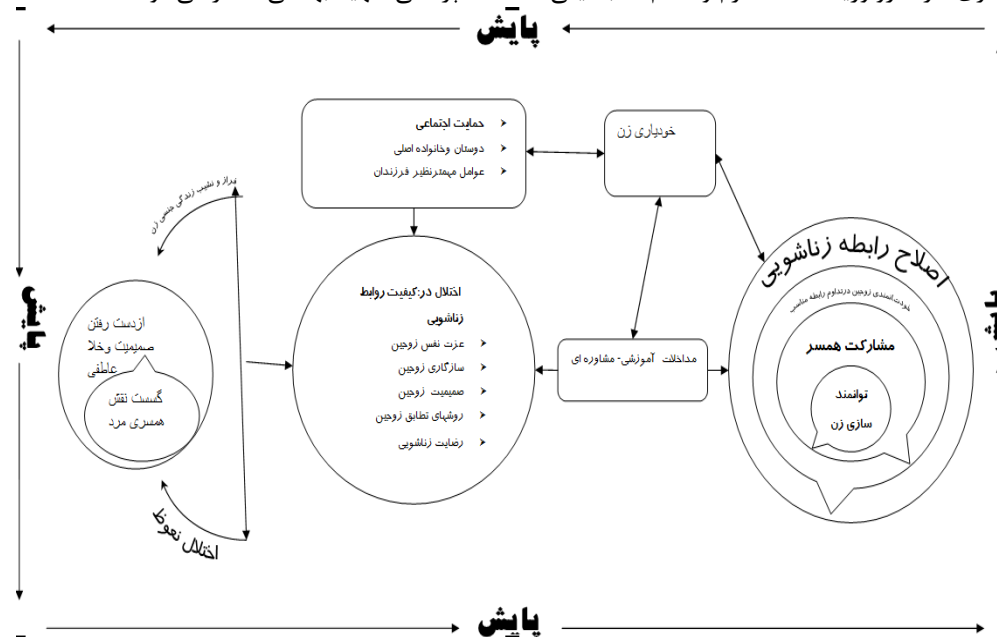
الگوی بازسازی رابطه همسران با مردان مبتلا به اختلال نعوظ این قابلیت را دارد تا با بکارگیری آن، در صورت بروز مشکل جنسی ابتدا زن و سپس زوجین، به توانمندی برسند تا ارتباط کلی زناشویی‌شان تخریب نشود و یا اگر این ارتباط آسیب دید از شدت آسیب و عوارض آن کاسته شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتایج بخشی از رساله دکترای تخصصی بهداشت باروری مصوب دانشگاه تربیت مدرس گیتی ازگلی به راهنمایی

و خسروی ماماهاایی که جهت دستیابی به مشارکت کنندگان، محقق را یاری نمودند و نیز معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکر می شود.

دکتر سعیده ضیایی می باشد. از کلیه مشارکت کنندگان و دانشگاه تربیت مدرس به جهت تصویب این طرح و آقای دکتر محمدرضا صفری نژاد ارجو میست محترم و خانم ها بدیعی



نمودار شماره ۱: مدل بازسازی رابطه همسران مردان با اختلال نعوظ

References

- Almâs E and Landmark B (2010). Non-pharmacological treatment of sexual problems—A review of research literature 1970–2008. *Sexologies*. 19(4) 202-211.
- Althof SE (2002). When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to lovemaking. *International journal of Impotence Research*. 14 (Suppl 1) S99-S104.
- Althof SE, Leiblum SR, Chevret -Measson M et al (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2 (6) 793-8.
- Bastani S, Gulzar M, Roshani sh (2010).[Mediation in divorce causes emotional conditions]. *Journal of Social Issues Iran*. 1(3) 1 -20(Persian).
- Basson R (2003). Biopsychosocial models of women's sexual response: applications to management of 'desire disorders'. *Sexual and Relationship Therapy*. 18(1) 107-115.
- Christensen A and Shenk JL (۱۹۹۱). Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59(3) 458.
- Cuzin B (2006). Managing erectile dysfunction from the point of view of the couple. *European Endocrine Disease*. 2006(1)93-96.
- Dily D, and Bhugra D (2004). *Models of Psychopathology*. Berkshire , McGraw-Hill International.
- Dean J, Rubio-Aurioles E, McCabe M et al (2008). Integrating partners into erectile dysfunction treatment: improving the sexual experience for the couple. *International journal of clinical practice*. 62(1) 127-133.
- DeRogatis LR, and Burnett A L (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *The journal of sexual medicine*. 5(2) 289-300.

- Dzara K (2010). Assessing the effect of marital sexuality on marital disruption. *Social Science Research*. 39(5) 715-724.
- Fereydoni K J, Tabrizi M, Nejad SN (2009). The impact " Self Regulation Brief Couple Therapy" increase couple's satisfaction in the Clients of babolsar Farhangian Clinic. *Journal of Family Research*. 4(15) 213-229
- Fisher WA, Meryn S, Sand M et al (2005). Communication about erectiledysfunction among men with ED, partners of men with ED, and physicians: The Strike Up a Conversation Study (Part I). *The journal of men's health & gender*. 2(1) 64-78.
- Gottman J M (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of Family Psychology*. 7(1) 57.
- Halford W K, Markman H J, Stanley S (2008). Strengthening couples' relationships with education: Social policy and public health perspectives. *Journal of Family Psychology*. 22(4) 497.
- Halford W K, Sanders MR, Behrens BC (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *Journal of Family Psychology*. 15(4) 750.
- Hedon F (2003). Anxiety and erectile dysfunction: A global approach to ed enhances results and quality of life. *International Journal of Impotence Research*. 15(Supp2) S16-S19.
- Karney B R, Bradbury TN (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*. 118(1) 3.
- Lawrance K, Byers ES (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model ofsexual satisfaction. *Personal Relationships*. 2(4) 267-285.
- Lazarus R S, Folkman S (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Amazon publication .
- McCabe M, Althof SE, Assalian P et al (2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 7(1pt2) 327-336.
- McCabe M P (2008). Relationship factors in the development and maintenance of ED: Implications for treatment effectiveness. *The Journal of Sexual Medicine*. 5(8) 1795-1804.
- McCarthy B (2003). Marital sex as it ought to be. *Journal of Family Psychotherapy*. 14(2) 1-12.
- McCubbin HI and Patterson JM. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*. 6(1-2) 7-37.
- Meleis A I (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. philadelphia ,Lippincott Williams & Wilkins.
- Morris ML, and Carter SA (1999). Transition to marriage: A literature review. *Journal of Family and Consumer Sciences Education*. 17(1) 1-21.
- Rafaie Shirpak Kh, Chinichian M, Eftekhari H (2010). [Need assessment :Sexual health education in family planning centers of Tehran]. *Payesh* 9(3) 251-260 (Persian).
- Revolution High Council of Cultural Revolution (1984). Family Principles, Objectives, Principles and Policies to Strengthen Families and Excellence of its 564 Meeting dated 07.04.1384 passed by the High Council of Cultural Revolution. (Persian).
- Safarinejad M (2003). Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in a population-based study in Iran. *International Journal of Impotence Research*. 15(4) 246-252.
- Shabsigh R, Anastasiades A, Cooper KL et al (2006). Female sexual dysfunction, voiding symptoms and depression: common findings in partners of men with erectile dysfunction. *World Journal of Urology*. 24(6) 653-656.
- Spence S H (1991). *Psychosexual Therapy: A Cognitive-Behavioural Approach*. beckenham ,Chapman & Hall.
- Sprecher S (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *Journal of Sex Research*. 39(3) 190-196.
- Straus A and Corbin J (1998). Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded theory. 2 nd Ed .London , Sage publication.

- Vahid-Vahdat S, Yousefi-Nooraie R, Raisi F etal (2007). Systematic review of prevalence of sexual disorders in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*.2(4)151-156
- Walker, and Avant (2011). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. Upper Saddle River, NJ, Person Prentice Hall co.
- Weber J G (2010). *Individual and Family Stress and Crises*. London, Sage publication
- Yeh HC, Lorenz FO, Wickrama K etal (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of Family Psychology*. 20(2) 339

Designing model for improving relationship of wives with men with erectile dysfunction

Ozgoli G¹, Ziaei S^{2*}, Ahmadi F³, Azar M⁴.

- ¹. Alumnus Ph.D of Reproductive Health , Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing & Midwifery ,Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 - ². MD, Professor, Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
 - ³. PhD, Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
 - ⁴. MD, Associate Professor Department of psychiatry ,faculty of medicine ,shahid Beheshti university of Medical Sciences and health Services. Tehran, Iran
- * Corresponding author. Ziaei S: Email: ziaei_sa@modares.ac.ir)

Abstract

Background and Aim: Studies have shown erectile dysfunction is a common problem in men which has negative impact on both man and his partner. This dysfunction causes sexual and marital relationship difficulties. Efforts are not effective until relationship has not been improved. Thus the purpose of this study is to design a model for improving relationship of wives with men with erectile dysfunction.

Materials and Methods: This is a qualitative study; data collecting method was unstructured interview with 16 female partners of men with erectile dysfunction. Field notes were also used as data. Constant comparison analysis was done simultaneously using Strauss and Corbin method. Sexuality in female partners of men with erectile dysfunction was explained using grounded theory. The model which improves the relationship between wives and men with erectile dysfunction was composed using the findings of grounded theory and literature review based on the Walker and Avant theory synthesis method.

Findings: results of this grounded theory indicted that loss of intimacy was the main concern of female partners of men with erectile dysfunction. And main strategy in facing with sexuality was preserving the family unity. In this model, unlike the existing models, the starting point for sexual dysfunction treatment is the female partner. This model designed through three phases: first phase was aimed to identify the status of marital relationship, second phase was aimed to empower women participation of spouses, and third phase was aimed to perform holistic interventions to stabilize desirable marital relationship.

Conclusion: Using this model, in sexual problem condition, at first woman, then couple will be empowered. Thus the overall marital relationship will not be damaged or the intensity of damage will be reduced.

Key word: Erectile dysfunction, Sexual problem, Sexual relationship, Marital relationship, Model

