

# مداخله شناختی - رفتاری - هیجانی زوج محور بر کاهش مشکلات جنسی در بیماران مبتلا به روماتوئید آرتریت

## یک مطالعه مقدماتی

محمدعلی بشارت<sup>۱</sup> - مریم صالحی<sup>۲</sup> - عبدالرحمن رستمیان<sup>۳</sup> - نیما قربانی<sup>۴</sup>

### چکیده

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۵ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۲۰

هدف این پژوهش طراحی و آزمون اثربخشی یک مدل مداخله شناختی-رفتاری-هیجانی زوج محور و مقایسه آن با یک مدل بیمار محور در کاهش مشکلات جنسی در زنان مبتلا به روماتوئید آرتریت بود. طرح پژوهش از نوع شبه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه بود. به همین منظور، تعداد ۹۰ نفر از زنان مبتلا به بیماری روماتوئید آرتریت از درمانگاه روماتولوژی مجتمع بیمارستانی امام خمینی و دو مطب روماتولوژی خصوصی در شمال و مرکز شهرتهران از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه مداخله زوج محور، مداخله بیمار محور و یک گروه کنترل اختصاص یافتند. پیش از مداخله مقیاس وضعیت جنسی گلوبک-راست (GRISS-F) توسط شرکت کنندگان تکمیل شد و شاخص آنزیم التهاب (ESR) از طریق انجام آزمایش خون سنجیده شد. سپس گروه‌های آزمایش در برنامه مداخله زوج محور (۷ جلسه با حضور زوجین) و برنامه مداخله بیمار محور (۷ جلسه صرفاً حضور شخص بیمار) شرکت کردند و گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند. بعد از اجرای مداخله و نیز در پیگیری سه ماهه مجدداً کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه را تکمیل کردند و آزمایش خون صرفاً در مرحله پس آزمون مجدداً به عمل آمد. نتایج پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر

۱. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

(نویسنده مسئول: besharat2000@gmail.com).

۲. دکترای روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

۳. دانشیار گروه روماتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نشان داد که علیرغم موثر بودن هر دو مداخله، مداخله زوج محور تفاوت معنی داری با مداخله بیمار محور از نظر میزان تاثیر بر کاهش مشکلات جنسی افراد مبتلا به روماتوئید آرتریت دارد و این تاثیر در پیگیری سه ماهه نیز پایدار بود. علیرغم کاهش آنزیم التهابی (CRP) در پس آزمون در همه گروه ها، تفاوت معنی داری بین سه گروه وجود نداشت. بنابراین، مداخله شناختی - رفتاری - هیجانی زوج محور به عنوان مداخله ای موثر می تواند جهت کاهش مشکلات جنسی در بیماران روماتوئید آرتریت به کار گرفته شود. حتی اگر تأثیری بر کاهش آنزیم های التهابی ناشی از بیماری نداشته باشد.

**کلیدواژه ها:** بیماری روماتوئید آرتریت، مداخله زوج محور، مداخله بیمار محور، مشکلات جنسی.

## مقدمه

روماتوئید آرتریت<sup>۱</sup> (روماتیسم مفصلی) یکی از شایع ترین بیماری های خودایمنی<sup>۲</sup> است که در آن سیستم دفاعی بدن به اجزای سلولی بافت های سالم حمله می کنند و با تولید آنتی بادی باعث ایجاد درد، تورم، خستگی، محدودیت حرکتی و گاه بدشکلی و تخریب مفاصل می شود (هرینگمن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). علت دقیق ابتلا به روماتوئید آرتریت ناشناخته است. نیمی از این بیماران با گذشت ۱۰ سال از بیماری قادر به ادامه دادن به شغل خود نخواهند بود. بروز دوره هایی از بهبودی و به دنبال آن شعله ور شدن بیماری شایع است (کاسپر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). این بیماری در اروپا، روسیه و ترکیه سالانه ۴۳/۵ میلیارد یورو و در آمریکا ۴۱/۶ میلیارد یورو هزینه تحمیل می کند (لاندکویست، کاستانگ و کوبلت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸).

از آنجا که روماتوئید آرتریت بر اثر درد، کاهش تحرک مفاصل، افسردگی و مخدوش شدن تصویر بدنی روی سلامت جنسی تأثیر می گذارد (جوزفسون و اوبرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹) موجب کاهش تمایل جنسی و گاه بیزاری جنسی می شود. مطالعات نشان می دهند که ۳۶ تا ۷۰

1. Rheumatoid arthritis
2. Auto-immune
3. Haringman, J.J.
4. Kasper, D. L.
5. Lundkvist, J., Kastäng, F., & Kobelt, G..
6. Josefsson, K.A., & Öberg, U.

درصد از افراد مبتلا به روماتوئید آرتریت مشکلاتی را در رابطه جنسی خود تجربه می‌کنند (یاشینو و اوخیدا<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱؛ الست<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۴؛ رایان<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶؛ کرای مات، بیکر، جانسن و بیلسما، ۱۹۹۶). حدود ۴۲ درصد از بیماران RA از دارو یا وسیله خاص برای مشکلات جنسی استفاده می‌کنند و کاهش میل جنسی، خشکی واژن و درد مفصلی از عمده‌ترین مشکلات آن‌ها در رابطه جنسی است که به دنبال آن احساس گناه، ناکامی و تنش در ارتباط با شریک جنسی ایجاد می‌شود (کوبلت، تکسیر-ریچارد<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). هیل، برد و ثورپه<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) در بررسی ۵۷ بیمار مبتلا به RA دریافتند که این بیماری محدودیت‌هایی در عمل جنسی ایجاد کرده است این بیماران تمایلات جنسی کمتری دارند و حدود نیمی از بیماران در هر دو جنس در فعالیت جنسی مشکلاتی با مفاصلشان دارند.

مطالعه کیفی تجربه سلامت جنسی در زنان مبتلا به بیماری روماتوئید آرتریت نشان داد که این بیماری در بعد هیجانی موجب مسایلی مانند اضطراب، نگرانی، ناکامی، مشکلات خواب، ترس از ترک شدن توسط همسر، احساس پیری و عصبانی شدن می‌شود و پیش بینی درد می‌تواند منجر به پرهیز از رابطه جنسی شود (جوزفسون و گارد<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). تصور بدنی منفی یکی دیگر از مشکلات این بیماری است. فیت و شر<sup>۷</sup> (۱۹۹۳) نشان دادند که هم در زنان و هم در مردان نگرش منفی به بدن، با اجتناب از روابط جنسی همراه است و زنان تمایل بیشتری به تصور بدنی منفی دارند تا مردان. همچنین زنان مبتلا به RA دارای خیال‌پردازی جنسی و خودارضایی کمتری هستند که نشان‌دهنده آن است که سلامت جنسی این بیماران فقط نگرانی از صرف رابطه جنسی و

1. Yoshino, S., & Uchida, S.

2. Elst, p.

3. Ryan, S.

4. Texier-Richard, B.

5. Hill, J., Bird, H., & Thorpe, R.

6. Gard, G.

7. Faith, M. S., & Schare, M. L.

مشکلات جسمانی نیست (ون برلو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

بیشترین راه حل ارائه شده برای مشکلات جنسی افراد مبتلا به روماتوئید آرتريت شامل افزایش اطلاعات و ارتباط بین پزشک و بیمار بوده است. برخی مطالعات نیز برای حل مشکلات جنسی بیماران روماتوئید آرتريت، فیزیوتراپی را پیشنهاد کرده‌اند (جوزفسون و اوبرگ، ۲۰۰۹) که نشان دهنده نگرش تک بعدی به رابطه جنسی و عدم توجه به مسایل هیجانی و ارتباطی است و این در حالی است که ادبیات تحقیق درباره بیماری‌های مزمن نشان می‌دهد که مهم‌ترین نگرانی درباره مسایل جنسی، کاهش تمایل جنسی زوجین است و خستگی، تغییرتصور بدنی، نگرانی درباره اجرای نقش‌های جنسیتی، ترس، وظایف مراقبان، بدکاری جنسی، شدت بیماری و درمان پزشکی از عوامل اختصاصی افت میل جنسی در زوجین به شمار می‌رود (ساملسون و هنون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). مشکلات عدیده این بیماران در حیطه رابطه جنسی، لزوم طراحی شیوه‌های مداخله‌ای مناسب برای سازگاری بهتر با بیماری روماتوئید آرتريت را برجسته می‌سازد.

با وجود تأیید تأثیر منفی بیماری RA بر روابط جنسی و درصد بالایی هم‌بودی این بیماری با مشکلات جنسی متعدد، هیچ مطالعه مداخله‌ای برای کاهش مشکلات جنسی در این بیماران یافت نشد. به نظر می‌رسد جامعه پژوهشی و درمانگران در این باره سکوت اختیار کرده‌اند. مداخلات روان‌شناختی موجود درباره بیماری RA یا بیمارمحور است که نوعاً شامل ترکیبی از آموزش درباره بیماری، آرامش‌آموزی، پس‌خوراند زیستی، آموزش انحراف توجه، حل مساله، بازسازی شناختی، جرئت‌ورزی، مهارت‌های ارتباطی و مدیریت شرایط پرخطر است (استین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ شارپ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳) و یا زوج‌محور است که اغلب به اجرای پروتکل درمان شناختی - رفتاری بیمارمحور همراه

1. Van Berlo, W. T. M.  
2. Samelson, D.A. & Hannon, R.  
3. stin, J.A.  
4. Sharpe, L.

با حضور همسر یا یکی از اعضای خانواده (رجوع شود به: لوریگ، مازونسون و هولمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳؛ ریسماسما<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳)، آموزش رفتاردرمانی و توجه مشروط اعضای خانواده هنگام بروز رفتارهای درد در بیمار و ارائه حمایت اجتماعی (راجوویک، نیکاسو و ویزمن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲)، مداخله شبکه اجتماعی (فیراند و همکاران، ۲۰۰۳) است. عدم تعریف عملیاتی مداخله مطابق ساختار نظری مناسب، کم توجهی به تاثیر بیماری بر روابط و نقش های زوجی و نیز مشکلات احتمالی در حوزه روابط جنسی از جمله خلاهای پژوهشی موجود در حوزه مداخلات روان شناختی برای افراد مبتلا به RA و خانواده های آنان است.

با توجه به این مسئله، هدف این پژوهش طراحی یک مداخله شناختی - رفتاری - هیجانی زوج محور ویژه افراد مبتلا به روماتوئید آرتریت بود که با تاکید بر تغییر اسنادهای ناکارآمد، نحوه ابراز هیجانات و عواطف، و استفاده از فنون سکس درمانی در حوزه این بیماری، به افزایش رضایت جنسی کمک نماید. مداخله زوج محور مزبور، با یک مداخله شناختی - رفتاری بیمار محور و نیز گروه گواه مقایسه شد و فرضیه های ذیل مورد بررسی قرار گرفت:

میزان اثربخشی مدل شناختی - رفتاری - هیجانی زوج محور در مقایسه با مدل مداخله شناختی - رفتاری بیمار محور در کاهش مشکلات جنسی بیماران روماتوئید آرتریت بیشتر است.

میزان اثربخشی مدل شناختی - رفتاری - هیجانی زوج محور در مقایسه با مدل مداخله شناختی - رفتاری بیمار محور در کاهش آنزیم التهابی CRP بیماران روماتوئید آرتریت بیشتر است.

1. Lorig, K.R., Mazonson, P.D., & Holman, H.R.

2. Riemsma, R. P.

3. Radojevic, V., Nicassio, P. M., & Weisman, M. H.

## روش

## جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این مطالعه به دلیل بررسی تاثیر دو روش مداخله شناختی - رفتاری - هیجانی زوج محور و مداخله شناختی - رفتاری بیمار محور، کاربردی و نیز از نوع نیمه آزمایشی است. به این معنا که در آن انتخاب شرکت کنندگان تصادفی نبوده است بلکه صرفاً گمارش آن‌ها به گروه‌های آزمایشی و گواه به صورت تصادفی انجام شده است. برای کار آزمایشی بالینی در این پژوهش از طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری سه ماهه با سه گروه استفاده شد. این پژوهش دارای دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران روماتوئید آرتريت مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران و نیز دو مطب خصوصی در شهر تهران (واقع در شمال شرقی و نیز مرکز شهر) بود. نمونه گیری اولیه شامل ۱۵۰ نفر بود که تعداد ۴۱ نفر به دلیل عدم انطباق ساعت کلاس با برنامه آنان، دوری مسیر، عدم رضایت همسر جهت شرکت در دوره و غیره از شرکت در پژوهش انصراف دادند. تعداد ۱۹ نفر نیز به دلیل عدم شرکت در همه جلسات، پاسخ ناقص به پرسشنامه و یا عدم دسترسی به آنان در مرحله پیگیری از تحلیل آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه نهایی پژوهش به ۹۰ نفر تقلیل یافت. کلیه شرکت کنندگان به صورت تصادفی به سه گروه اختصاص داده شدند: دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل. گروه آزمایشی اول (مداخله زوج محور) شامل ۳۰ نفر، گروه آزمایشی دوم شامل (مداخله بیمار محور) ۲۹ نفر و گروه کنترل شامل ۳۱ نفر بود. جلسات مداخله برای گروه زوج محور به صورت ۱۴ تا ۱۶ نفره برگزار گردید و جلسات گروه بیمار محور بین ۱۴ تا ۱۵ نفره اجرا شد. گروه‌ها عبارت‌اند از:

گروه آزمایشی مداخله شناختی - رفتاری - هیجانی زوج محور: شرکت در ۶ جلسه مداخله شناختی - رفتاری - هیجانی زوج محور توسط بیمار همراه با حضور و مشارکت همسر و ۱ جلسه به صورت تک جنسیتی برای هریک از زوجین

**گروه آزمایشی مداخله شناختی-رفتاری بیمار محور:** شرکت در ۷ جلسه مداخله شناختی-رفتاری توسط بیمار  
**گروه گواه:** دوبار تماس تلفنی و احوال پرسی (جهت کنترل سوگیری حمایت اجتماعی)

شرایط لازم برای شرکت در پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) دریافت تشخیص روماتوئید آرتریت توسط متخصص روماتولوژی؛ ب) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ ج) متأهل بودن د) داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل؛ ه) نداشتن بیماری روانپزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش. معیارهای اخلاقی مد نظر در این پژوهش عبارت بودند از رازداری، توجه به عدم آسیب دیدن شرکت کنندگان بر اثر مداخله، قطع مداخله به محض بروز احتمال آسیب و نهایتاً مجاز بودن شرکت کنندگان به انصراف.

### روش اجرا

نمونه گیری از تاریخ ۱۳۹۲/۱/۱۵ تا ۱۳۹۲/۵/۳۱ ادامه داشت. برنامه مداخله در طول شهریورماه و مهرماه انجام شد. شرکت کنندگان در سه زمان به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و نیز جهت بررسی شاخص التهاب یعنی آنزیم CRP از کلیه شرکت کنندگان پیش و پس از مداخله آزمایش خون به عمل آمد. برای هر گروه آزمایشی ۷ جلسه دوساعته به صورت هفتگی تشکیل گردید. در گروه آزمایشی زوج محور شش جلسه به صورت مشترک و با حضور زوجین تشکیل شد و به دلیل رعایت حریم افراد و مسایل فرهنگی، یک جلسه به صورت جداگانه برای زنان و مردان تشکیل شد تا افراد بتوانند بدون دغدغه و شرم از حضور جنس مخالف به طرح نظر و سوالات خود درباره مشکلات جنسی بپردازند. در گروه آزمایشی بیمار محور، صرفاً خود افراد مبتلا به بیماری RA بدون حضور همسر شرکت کردند. برای گروه کنترل، مداخله آموزشی صورت نگرفت لیکن برای کنترل کردن اثر توجه اجتماعی در طول برگزاری جلسات مداخله برای گروه‌های آزمایشی، دو بار با کلیه افراد

گروه کنترل تماس گرفته شد و احوال آنان پرسیده شد.

### محتوای آموزشی

مداخله شناختی- رفتاری - هیجانی زوج محور. اهداف مداخله زوج محور شامل موارد ذیل بود: (۱) آشنایی با بیماری روماتوئید آرتريت. (۲) شناسایی الگوهای تعاملی ناکارآمد زوجین در حیطه بیماری و ایجاد الگوهای تعاملی انطباقی؛ (۳) مهارت شناسایی و مدیریت هیجان های منفی مرتبط با بیماری؛ (۴) بهبود کیفیت رابطه جنسی. محتوای جلسات گروه آزمایشی زوج محور در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱- طرح مداخله شناختی- رفتاری - هیجانی زوج محور

جلسه	محتوا
۱	آشنایی با بیماری روماتوئید آرتريت / آموزش منطق درمان شناختی- رفتاری - هیجانی / هدف گذاری: بیماری مساله "ما" است نه من یا تو
۲	تأثیر بیماری بر ارتباط زوجین و نقش ها/ بررسی الگوهای تعاملی زوجین/ علیت چرخشی در تعارضات زناشویی /
۳	اهمیت رابطه جنسی / تغییرات رابطه جنسی بعد از بیماری / شناسایی نگرش های مشکل ساز نسبت به فعالیت جنسی؛ موضوع زنانگی- مردانگی، ایفای نقش ناتوان یا بیمار؛ نگرانی درباره جذابیت؛ پیش بینی درد/
۴	بررسی جنبه های مثبت و جنبه های منفی رابطه زناشویی و نیز روابط جنسی و هیجانات مربوطه / چالش با انتظارات و اسنادهای ناکارآمد زوجین
۵	آموزش خیال پردازی، آرامش آموزی / تصور بدنی مثبت /
۶	آموزش راهبردها: ۱- راهبردهای دارویی: مصرف داروهای ضد درد (در صورت نیاز) حدود ۳۰ دقیقه قبل از عمل جنسی، ۲- راهبردهای محیطی: برنامه ریزی فعالیت جنسی برای زمان مناسب و زمان کاهش نشانگان بیماری. آزمایش وضعیت های مختلف یا استفاده از بالش برای افزایش راحتی. افزایش آمادگی جسمانی در بالاترین حد ممکن. ۳- راهبردهای روان شناختی: افزایش بیانات جنسی از طریق استفاده از حس، افزایش استفاده از تماس صمیمانه غیر جنسی، توجه به علائق، نیازها و نیز وضعیت های دردناک ناخوشایند همسر، استفاده از خودتحریکی در صورت نیاز. تاکید بر کاهش بازدارندها و بیان انتظارات از رابطه جنسی. آموزش وضعیت های متنوع غیر دردناک در رابطه جنسی / استفاده از کتاب های خودیاری فعالیت جنسی. (این جلسه به صورت تک جنسیتی برگزار شد)
۷	جمع بندی، مدیریت عود



**مداخله شناختی-رفتاری بیمار محور:** محتوای دوره شناختی رفتاری بیمار محور برگرفته از برنامه خودمدیریتی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (شارپ، الارد و سنسکی، ۲۰۰۸) است که تأثیرات مثبت این مداخله حتی تا پنج سال نیز حفظ شده است. محتوای دوره شامل: (۱) مهارت حل مساله؛ (۲) مهارت جرئت ورزی؛ (۳) آرامش آموزی؛ (۴) فنون مدیریت درد و انحراف توجه؛ (۵) چالش با شناخت و باورهای ناکارآمد؛ و (۶) مدیریت زمان است. محتوای جلسات در جدول (۲) نشان داده شده است.

جدول ۲ - برنامه مداخله درمان شناختی - رفتاری بیمار محور

جلسه	محتوا
۱	آشنایی با بیماری روماتوئید آرتریت آموزش منطق درمان، هدف گذاری. رابطه هیجانات با درد
۲	آرامش آموزی مختصر، فنون انحراف توجه، تغییر شکل تصویری درد
۳	چالش با باورهای ناکارآمد مرتبط با بیماری، خودگویی مثبت مقابله ای
۴	مهارت حل مساله
۵	شناخت درمانی، افکار خودآیند، مدیریت زمان. برنامه ریزی برای فعالیت لذت بخش درجه بندی شده
۶	شناسایی نگرش های مشکل ساز، مهارت جرئت ورزی
۷	جمع بندی، مدیریت عود

### ابزار سنجش

پرسشنامه وضعیت جنسی گلوبیک - راست<sup>۱</sup> (گلوبیک و راست، ۱۹۸۶) یک آزمون ۲۸ سؤالی است. پرسش ها در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت، نوع و شدت مشکلات جنسی را در هفت زمینه و دو فرم جداگانه برای زنان و مردان از نمره صفر تا نمره چهار می سنجد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۱۱۲ خواهد بود. زیرمقیاس های

1. RustInventory of Sexual Satisfaction

پرسشنامه زنان شامل ندرت<sup>۱</sup> (نافراوانی)، فقدان ارتباط<sup>۲</sup>، ناکامروایی<sup>۳</sup>، اجتنابگری<sup>۴</sup>، ناشهوت‌انگیزی<sup>۵</sup>، انقباض مهبل<sup>۶</sup> و بی‌ارگاسمی<sup>۷</sup> است. علاوه بر نمره‌های تراز شده زیرمقیاس با، نمره کل تراز شده هر آزمودنی شدت و ضعف مشکلات جنسی وی را در یک پیوستار ۹ درجه‌ای از نمره ۱، کمترین حد مشکل جنسی تا نمره ۹، بیش‌ترین حد مشکل جنسی نشان می‌دهد. فرم فارسی این پرسشنامه در دو پژوهش اجراء شده است. در پژوهش اول که یک نمونه ۴۵ نفری از زنان مراجعه‌کننده برای سکس درمانی مورد مطالعه قرار گرفتند (بشارت، ۱۳۸۱). ضریب آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس برای زن‌ها ۰/۸۴ که نشانه همسانی درونی بالای پرسشنامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی با در دو نوبت با فاصله یک هفته  $r = 0/73$  نشانه پایایی بازمیابی<sup>۸</sup> خوب پرسشنامه است. در پژوهش دوم که در مورد ۴۵ زوج نابارور انجام شد (بشارت، حسین‌زاده بازرگانی، میرزمانی، ۱۳۸۲)، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از زیرمقیاس‌ها برای آزمودنی‌های زن به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۳، ۰/۸۹ که همسانی درونی پرسشنامه را تأیید می‌کنند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنیها در دو نوبت با فاصله سه هفته برای آزمودنی‌های زن  $r = 0/75$  بود که نشانه پایایی بازمیابی خوب مقیاس است.

**شاخص پاراکلینیکی:** شاخص پاراکلینیکی شامل میزان CRP<sup>۹</sup> (میزان پروتئین واکنشی سی) است. سرم CRP یکی از پروتئین‌های فاز حاد<sup>۱۰</sup> است که عمدتاً توسط کبد در پاسخ به اینترلوکین شش (IL-6) ساخته می‌شود (لیبی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲) و مفیدترین نشانگر

1. infrequency
2. non-communication
3. dissatisfaction
4. avoidance
5. non-sensuality
6. vaginismus
7. anorgasmia
8. test-retest reliability
9. C-Reactive Protein (CRP)
10. Acute Phase Proteins
11. Libby, P.

بیوشیمیایی برای ارزیابی فعالیت التهابی (رازقی، پرخیده، احمدی و خشایار، ۲۰۰۸) و فعالیت بیماری در بیماران مبتلا به RA به شمار می‌رود (بیلدریم و همکاران، ۲۰۰۴). در این پژوهش میزان CRP در نتایج آزمایش خون کلیه شرکت کنندگان پیش از مداخله و پس از اتمام مداخله بررسی و ثبت شد. روش آماری به کاررفته برای تحلیل داده‌ها، تحلیل واریانس چند متغیری با رویکرد اندازه‌گیری مکرر (تحلیل پروفایل) است.

### یافته‌ها

میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۴۴/۵ سال با انحراف معیار ۶/۷، میانگین سنی گروه آزمایشی (۱) یا زوج محور ۴۳/۲۴ سال با انحراف معیار ۷/۹۶، میانگین سنی گروه آزمایشی (۲) یا بیمار محور ۴۷/۲۰ سال و با انحراف معیار ۸/۶۳ و میانگین سنی گروه گواه ۲۲/۲۲ سال ۴۳ و با انحراف معیار ۳/۶۴ بود. میانگین مدت ازدواج گروه زوج محور ۲۵ سال و مدت زمان بیماری ۵/۵۳ سال، میانگین مدت ازدواج گروه بیمار محور ۲۲ سال و مدت بیماری ۴/۷۹ سال، و نهایتاً میانگین مدت ازدواج گروه گواه ۲۲ سال و مدت بیماری ۵/۴۵ سال بود.

پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض برقرار بودن کرویت (یعنی برابر بودن واریانس تفاوت تمام زوج‌های اندازه‌گیری مکرر) با انجام آزمون موخلی بررسی شد. معنی دار شدن آماره موخلی ( $X^2=298/834$ ,  $df=2$ ,  $p<0/05$ ) نشان داد که پیش فرض کرویت برقرار نیست و بنابراین مبنای گزارش مقدار F با درجات آزادی تعدیل شده گرین هاووس - گیسر خواهد بود. جدول (۳) میانگین و انحراف معیار سه گروه در متغیر وضعیت جنسی را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه نشان می‌دهد.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سه گروه در متغیر وضعیت جنسی را در سه مرحله

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه
SD	M	SD	M	SD	M	
۱۱/۲۰	۳۵/۰۶	۱۱/۴۸	۳۳/۹۰	۱۹/۱۰	۶۳/۴۳	زوج محور

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه
SD	M	SD	M	SD	M	
۱۶/۹۸	۵۳/۱۷	۱۷/۶۱	۵۲/۸۶	۱۹/۱۸	۵۷/۸۶	بیمار محور
۹/۶۸	۵۴/۹۳	۹/۵۷	۵۴/۸۰	۱۸/۹۳	۵۲/۰۳	کنترل
۱۵/۶۵	۴۷/۷۴	۱۶/۱۷	۴۷/۲۱	۱۹/۵۴	۵۸/۰۴	کل

جدول (۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه میانگین وضعیت جنسی سه گروه زوج محور، بیمار محور و کنترل را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

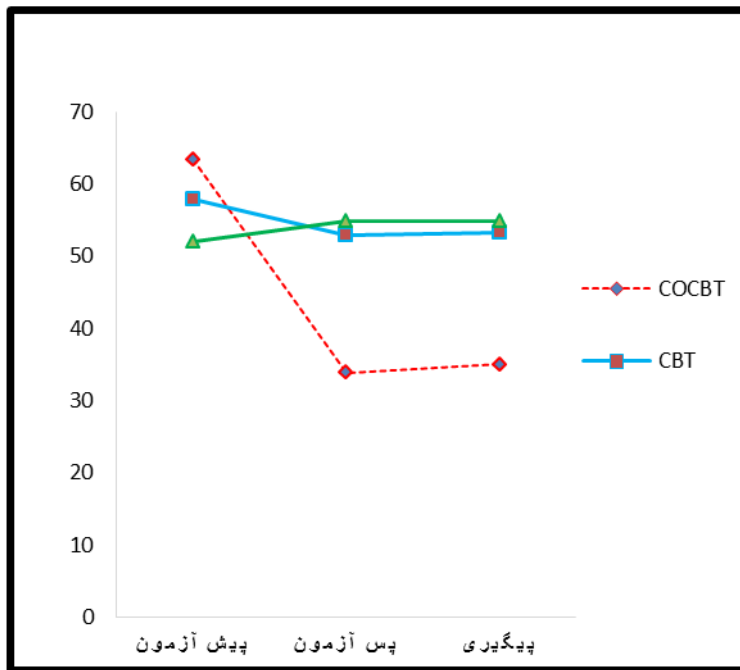
جدول ۴ - نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه

میانگین وضعیت جنسی سه گروه در سه مرحله

توان آزمون	اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۱	۰/۳۳۱	۰/۰۰	۴۳/۰۸	۶۷۱۰/۲۶۴	۱/۰۱۶	۶۸۱۶/۹	زمان
۱	۰/۱۰۸	۰/۰۰	۵/۲۷۸	۲۸۹۲/۴۴۸	۲	۵۷۸۴/۸۹۷	گروه
۱	۰/۴۶۳	۰/۰۰	۳۷/۵۲	۵۸۴۳/۲۹۶	۲/۰۳۱	۱۱۸۷۰/۳۹۱	تعامل (زمان و گروه)
				۱۵۵/۷۲۹	۸۸/۳۶۸	۱۳۷۶۱/۵۴۲	خطا (تعامل زمان و گروه)

بر اساس نتایج این جدول می‌توان ملاحظه نمود که بین نمرات وضعیت جنسی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (بدون توجه به عامل گروهی) تفاوت معنادار وجود دارد ( $F_{(1/02, 88/4)}=43/08 \quad p<0/001$ ). در ضمن اندازه اثر این آزمون برابر با ۰/۳۳ است یعنی ۳۳ درصد از تغییرات به وجود آمده در نمرات سه مرحله را می‌توان به عامل زمان منتسب کرد. روند تغییر نمرات وضعیت جنسی از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری در سه گروه زوج محور، بیمار محور و کنترل تفاوت معناداری داشته ( $F_{(2/31, 88/4)}=37/52 \quad p<0/05$ ) و با توجه به میانگین‌های مشاهده شده روند تغییر نمرات از پیش آزمون به پس آزمون در هر سه گروه کاهش یافته و شیب کاهش نمرات در گروه زوج محور نسبت به دو گروه دیگر

بیشتر است. در ضمن اندازه اثر این آزمون برابر با  $0/46$  است و به عبارتی ۴۶ درصد از تغییرات به وجود آمده در نمرات سه مرحله را می توان به کاربردی آزمایشی منتسب کرد. نمودار شماره (۱) میانگین نمرات وضعیت جنسی را در سه گروه زوج محور، بیمار محور و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.



نمودار ۱- میانگین نمرات وضعیت جنسی در سه گروه زوج محور، بیمار محور و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

چنانچه ملاحظه می شود بیشترین کاهش مشکلات جنسی در مرحله پس آزمون در گروه زوج محور بوده است. جدول (۵) مقایسه دو به دو گروهها را در مراحل سه گانه نشان می دهد.

جدول ۵- آزمون مقابله‌ها جهت مقایسه سه گروه در سه مرحله

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر شاخص	گروه
۰/۰۰۱	۳۴/۷۸۴	۹۶۱۳/۵۱۶	۱	۹۶۱۳/۵۱۶	پیش-پس آزمون	زوج محور و بیمار محور
۰/۰۰۱	۶۶/۳۶۴	۸۹۷۹/۵۰۴	۱	۸۹۷۹/۵۰۴	پس آزمون- پیگیری	
۰/۰۰۱	۳۵/۹۲۳	۱۶۹۱/۶۷۱	۱	۱۶۹۱/۶۷۱	پیش- پس آزمون	زوج محور و گواه
۰/۰۰۱	۶۰/۸۱۸	۱۵۸۷۶/۲۵۸	۱	۱۵۸۷۶/۲۵۸	پیش آزمون- پیگیری	
۰/۰۰۵	۵/۲۶۳	۹۰۵/۵۶۴	۱	۹۰۵/۵۶۴	پیش- پس آزمون	بیمار محور و گواه
۰/۰۲۵	۵/۰۵۱	۸۶۳/۸۱۷	۱	۸۶۳/۸۱۷	پیش آزمون- پیگیری	

تفاوت دو گروه آزمایشی زوج محور و بیمار محور با یکدیگر در بهبود وضعیت جنسی از پیش آزمون به پس آزمون ( $F=34/784$ ) ( $P<0/001$ ) و نیز از پیش آزمون به پیگیری ( $F=66/364$ ) ( $P<0/001$ ) معنی دار است. تفاوت گروه زوج محور با گروه گواه در وضعیت جنسی از پیش آزمون به پس آزمون ( $F=35/923$ ) ( $P<0/001$ ) و نیز از پیش آزمون به پیگیری ( $F=60/818$ ) ( $P<0/001$ ) معنی دار است. تفاوت گروه بیمار محور با گروه گواه در وضعیت جنسی از پیش آزمون به پس آزمون ( $F=5/263$ ) ( $P<0/005$ ) و از پیش آزمون به پیگیری ( $F=5/051$ ) ( $P<0/001$ ) معنی دار است.

نتیجه نهایی این است که هر چند که هر دو نوع مداخله تفاوت معنی داری با عدم مداخله دارد با این حال تاثیر مداخله زوج محور بر بهبود وضعیت جنسی تفاوت معنی داری با مداخله بیمار محور دارد و این تفاوت در پیگیری سه ماه بعد از مداخله نیز در پایدار بوده است. به این ترتیب فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه میزان اثربخشی مداخله زوج محور در بهبود وضعیت جنسی بیش از مداخله بیمار محور است، تأیید می شود. جدول (۶) نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای مقایسه میانگین CRP سه گروه زوج محور، بیمار محور و گواه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد.

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای مقایسه میانگین CRP سه گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
زمان	۹۲۱/۰۸	۱	۹۲۱/۰۸	۰/۷ ۳۳	۰/۰۰	۰/۲۷۵	۱
تعامل زمان و گروه	۱۸/۶	۲	۹/۳۰	۰/۳۳۴ ۰	۰/۷۱۷	۰/۰۰۸	۰/۱۰۲
خطا (زمان و تعامل با گروه)	۲۴۲۲/۶	۸۷	۲۷/۸۴				

بر اساس نتایج جدول فوق می توان ملاحظه نمود که بین نمرات CRP در پیش آزمون، پس آزمون (بدون توجه به عامل گروهی) تفاوت معنادار وجود دارد (  $F(1,87)=33/07$  ) و اندازه اثر این آزمون برابر با ۰/۲۷ است. با این که در هر سه گروه نمرات از پیش آزمون به پس آزمون کاهش چشمگیری داشته است ولی تعامل زمان و گروه معنی دار نیست (  $F(2,87)=0/33$   $p<0/۰۰۸$  ) و در نتیجه تفاوت معنی داری بین سه گروه در سه مرحله وجود ندارد. بنابراین فرضیه تفاوت میزان تاثیر دو نوع مداخله زوج محور و بیمار محور بر آنزیم التهابی CRP تایید نمی شود.

### بحث و نتیجه گیری

عملکرد جنسی یک حوزه غفلت شده در کیفیت افراد مبتلا به روماتیسم است که به طور طبیعی توسط پزشکان یا متخصصان سلامت مطرح نمی شود (تریستانو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). این در حالی است که بیماری روماتوئید آرتریت می تواند مشکلاتی را قبل از فعالیت جنسی (خیال پردازی و برانگیختگی محدود)، در حین عمل جنسی (درد و محدودیت حرکتی)

و یا بعد از عمل جنسی (عدم رضایت، افزایش درد) ایجاد کند (هلند<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش حاضر با اجرای دو نوع مداخله زوج محور و بیمار محور نشان داد که تفاوت معنی داری از نظر کاهش مشکلات جنسی پیش و پس از مداخله در بین سه گروه مورد مطالعه وجود دارد و تحلیل آماری داده‌ها مشخص کرد که هر دو نوع مداخله توانسته است منجر به کاهش مشکلات جنسی در گروه‌های آزمایشی گردد ولی مداخله شناختی-رفتاری - هیجانی زوج محور در مقایسه با مداخله شناختی-رفتاری بیمار محور تاثیر بیشتری در کاهش مشکلات جنسی افراد مبتلا به روماتوئید آرتريت پس از مداخله و حتی در پیگیری سه ماهه داشته است. این یافته با نتایج سایر پژوهش‌ها مبنی بر دخالت عوامل روان شناختی در مشکلات جنسی افراد مبتلا به روماتوئید آرتريت (عبدالناصر و علی، ۲۰۰۶)؛ تاثیر مثبت مداخله شناختی - رفتاری در کاهش میل جنسی و افزایش عملکرد زوجی در افراد سالم (ترودل<sup>۲</sup> و همکاران ۲۰۱۰)؛ افزایش نگرش مثبت به رابطه جنسی، کاهش مشکلات جنسی و افزایش رضایت جنسیدر افراد سالم (مککيب<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱؛ ون لانک ولد، اوربرد و گروژوهان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱) هم خوانی دارد. عدم تفاوت بین سه گروه از نظر شاخص آنزیم التهابی CRP و در عین حال کاهش میزان آنها در هر سه گروه نشان دهنده تاثیرات مصرف دارو است. چند تبیین احتمالی برای این یافته پژوهش مطرح می شود.

هرچند که عوامل درون فردی در آسیب شناسی و درمان بدکاری جنسی نقش دارند (مسترز و جانسون<sup>۵</sup>، ۱۹۶۶؛ کاپلان<sup>۶</sup>، ۱۹۷۴) به نظر می رسد که بویژه در بیماری های مزمن رویکردهای سیستمی و مدل های زیستی روانی اجتماعی که همزمان به تاثیرات بیماری بر رابطه زوجین در جنبه های جنسی و غیر جنسی، بافت رابطه و تعامل زوجین توجه

1. Helland, Y.

2. Trudel, G.

3. McCabe, M. P.

4. Van Lankveld, J. J., Everaerd, W., & Grotjohann, Y.

5. Masters, W. H. & Johnson, V. E.

6. Kaplan, H. S.



می‌کنند موثرتر از رویکردهای صرفاً رفتاری - شناختی و بیمار محور هستند. مداخله زوج محور از طریق تاکید بر علیت چرخشی و بافت رابطه در مشکلات بین زوجین و تصحیح اسنادهای ناکارآمد موجب بهبود روابط جنسی شده است.

انعطاف پذیری شناختی و رفتاری زوجین در مقابله با مشکلات جنسی مرتبط با بیماری منجر به افزایش رضایت جنسی می‌شود یافته‌های پژوهش حاضر تاییدی است بر مدل مقابله انعطاف پذیرانه<sup>۱</sup> (براسکی، فریدمن و روزن<sup>۲</sup> ۲۰۰۶) مبنی بر این که در مشکلات جنسی ناشی از بیماری‌های مزمن شناخت غیر منعطفی مانند "آمیزش تنها شکل واقعی فعالیت جنسی به شمار می‌رود" منجر به پرهیز از رابطه و در نتیجه افت خلق می‌شود در حالی که شناخت منعطفی مانند "آمیزش صرفاً یکی از راههای صمیمیت جنسی است" موجب گسترش خزانه رفتاری و آزمون راه‌های جدید در رابطه جنسی می‌شود.

یکی از عوامل تاثیر گذار در میزان رضایت جنسی، هیجانات هستند. تجربه و لمس هیجانات منفی مرتبط با تاثیر بیماری می‌تواند موجب پردازش هیجانی و کاهش تاثیرات منفی آن بر رابطه جنسی شود. درد، خستگی، افسردگی، نگرانی از رغبت همسر، ناکامی، احساس گناه، ترس از ترک شدن توسط همسر، منجر به احساس پیری و عصبانی شدن در افراد مبتلا به روماتوئید آرتریت می‌شود. این هیجان‌های منفی بر زندگی جنسی افراد مبتلا تاثیر می‌گذارد و می‌تواند منجر به پرهیز از رابطه شود (جوزفسون، اوبرگ، ۲۰۰۹؛ جوزفسون و گارد، ۲۰۱۰؛ کوبلتو همکاران، ۲۰۱۲؛ ون برل سوو همکاران، ۲۰۰۷ و هلند و همکاران، ۲۰۱۱). مداخله زوج محور از طریق تاکید بر تجربه هیجانات منفی مرتبط با بیماری، به اشتراک گذاشتن آنها بین زوجین و آموزش واکنش همدلانه زوجین نسبت به احساسات یکدیگر در این باره توانسته است منجر به کاهش مشکلات جنسی شود.

براین اساس می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره نمود. در سطح

1. flexibility in coping

2. Barsky, J. L., Friedman, M. A., & Rosen, R. C

عملی و بالینی تهیه و اجرای برنامه‌های آموزش گروهی درباره مشکلات جنسی در بیماری‌های مزمن به طور کلی و در بیماری روماتوئید آتریت به طور خاص می‌تواند منجر به کاهش مشکلات جنسی این بیماران شده و سازگاری با بیماری را هم در سطح فردی و هم در سطح زوجی افزایش دهد. هم چنین توجه به حیطه مشکلات جنسی و طرح سوال از بیماران در عرصه درمان‌های پزشکی می‌تواند برخی از مشکلات را کاهش دهد. در سطح نظری نیز یافته‌های پژوهش حاضر ضمن حمایت از نظریه‌های شناختی - رفتاری بر موثر بودن رویکردهای زیستی - روانی - اجتماعی و سیستمی تاکید می‌کند. مشکلات جنسی افراد مبتلا به روماتوئید آتریت صرفاً حاصل تاثیر نشانگان بیماری نیست بلکه بیشتر حاصل ناتوانی در مدیریت تأثیر بیماری بر رابطه است و سازگاری با بیماری علاوه بر حوزه درون فردی در یک بافت خانوادگی و اجتماعی رخ می‌دهد. طبق مدل سیستم‌های خانواده - بیماری<sup>۱</sup> رولاند<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) بهتر است زوجین بیماری را به عنوان مساله "ما" بازتعریف کنند تا مساله "تو" یا "من" و به عنوان دو شریک برای مدیریت چالش‌هایی که بر اثر بیماری هر دو با آن مواجه اند، عمل کنند.

نیمه آزمایشی بودن پژوهش و تک جنسیتی بودن نمونه آماری پژوهش (زنان مبتلا به روماتوئید آتریت) مشکلاتی را در تعمیم علی و جنستی داده‌ها مطرح می‌کند.

### تقدیر و تشکر

از افرادی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند، از اساتید و کارکنان محترم درمانگاه روماتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و اساتید محترمی که صمیمانه و خالصانه مطب خود را جهت اجرای این پژوهش در اختیار ما گذاشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Family Systems-Illness Model

2. Rolland, J.S.

## منابع

- Astin, J. A., Beckner, W., Soeken, K., Hochberg, M. C. And Berman, B. (2002). *Psychological Interventions for Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 47(3), 291-302.
- Elst, p., Sybesma T., Der Van Stadt, R. J., Prins, A. P. A., Hissink Muller, W., & Den Butter, D. (1984). *Sexual problems in rheumatoidarthritis and ankylosing spondylitis*. *Arthritis Rheum*, 27, 217-220.
- Faith, M. S., & Schare, M. L. (1993). *The role of body image in sexually avoidant behavior*. *Archives of Sexual Behavior*, 22(4), 345-365.
- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., & Glennås, A. (2003). *The Effect of Social Network Intervention for Women with Rheumatoid Arthritis*. *Family Process*, 42(1), 71-89.
- Haringman, J. J., Kraan, M.C., Smeets, T.J., Zwinderman, K.H., Tak, P.P. (2003). *Chemokine blockade and chronic inflammatory disease: proof of concept in patients with rheumatoid arthritis*. *Ann Rheum Dis*, 62, 715-721.
- Hill, J., Bird, H. & Thorpe, R. (2003). *Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships*. *Rheumatology*, 42, 280-286.
- Josefsson, k. A., & Öberg, U. (2009). *A literature review of the sexual health of women with rheumatoid arthritis*. *Musculoskeletal Care*, 7(4), 219 -226.
- Kaplan, H. S. (1974). *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kasper, D. L., Braunwald, E., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., Loscalzo, J. (2008). *Harrison's principles of internal medicine (17th Ed.)*. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Kobelt, G., Texier-Richard, B., Mimoun, S., Woronoff, A. S., Bertholon, D. R., Perdriger, A., Maugars, Y. & Combe, B. (2012). *Rheumatoid arthritis and sexuality: A patient survey in France*. *BMC Musculoskeletal Disorders* 13(170).
- Kraaimaat, F. W., Bakker, A. H., Janssen, E., Bijlsma, J. W. (1996). *Intrusiveness of rheumatoid arthritis on sexuality in male and female patients living with a spouse*. *Arthritis Care Res*, 9, 120- 125.
- Lorig, K. R., Mazonson, P. D., & Holman, H. R. (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis & Rheumatism*, 36, 439-446.
- Lundkvist, J., Kastäng, F. & Kobelt, G. (2008). *The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs*. *The European Journal of Health Economics*, 8(2), 49-60.
- Martire, L. M., Schulz, R., Helgeson, V. S., Small, B. J., & Saghabi, E. M. (2010). Review and Meta-analysis of Couple-Oriented Interventions for Chronic Illness. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(3), 325-342.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Toronto; New York: Bantam Books.
- Radojevic, V., Nicassio, P. M. & Weisman, M. H. (1992). *Behavioral intervention with and without family support for rheumatoid arthritis*. *Behavior*

- Therapy (23), 13-30.
- Riemsma, R. P., Kirwan, J. R., Taal, E & Rasker, H. J. J (2009). *Patient education for adults with rheumatoid arthritis*. Cochrane Database of Reviews (2).
  - Rolland, J. S. (2012). Mastering Family Challenges in Serious Illness and Disability: In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 452-482). New York: Guilford press.
  - Ryan, S. (1996). Living with rheumatoid arthritis: a phenomenological exploration. *Nursing Standard*. *Nursing Times*, 10(41), 45-48.
  - Samelson, D. A., & Hannon, R. (1999). *Sexual Desire in Couples Living With Chronic Medical Conditions*. *The Family Journal*, 7, 29-38.
  - Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., Allard, S. (2003). Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 42, 435-441.
  - Stephenson, E., DeLongis, A., Esdaile, J. M., & Lehman, A. J. (2014). *Depressive Symptoms and Rheumatoid Arthritis: Spouse Empathic Responding as a Buffer*. *Arthritis Care & Research*, 66(4), 532-541.
  - Van Berlo, W. T. M., Taal, E., Van de Wiel, H. B. M., Rasker, J. J., Weijmar Schultz, W. C. M., Van Rijswijk, M. H. (2007). *Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study*. *Clinical Rheumatology*, 26, 30-38.
  - Van Lankveld, W., van Helmond, T., Näring, G., de Rooij, D. J. & van den Hoogen, F. (2004). *Partner participation in cognitive-behavioral self-management group treatment for patients with rheumatoid arthritis*. *The Journal of Rheumatology*, 31(9), 1738-1745.
  - Yoshino, S., & Uchida, S. (1981). *Sexual problems of women with rheumatoid arthritis*. *PubMed*, 62(3), 122-123.