

روان درمانی چهار عاملی بر افزایش احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخشی

محبوبه اکبری^۱، * فرح لطفی کاشانی^۲

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، ۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، عضو هیات

علمی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۷/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۶/۲۴)

The efficacy of four-factor psychotherapy on increasing sexual assertiveness in breast cancer survivorsMahboobeh Akbari¹, * Farah Lotfi Kashani²

1- M.A in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch. 2- Associate Professor of Psychology Department, Islamic Azad University, Roudehen Branch; Cancer Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

(Received: Oct. 09, 2016 - Accepted: Sep. 15, 2017)

Abstract**چکیده**

Introduction: One of the most important factors in sexual and marital satisfaction is sexual assertiveness. Recording to survivors of breast cancer shows unsatisfactory for most of them with a same pattern of sexual activity; this study was conducted to determine the efficiency of four-factor psychotherapy (therapeutic relationship, expectancy to therapy, increasing awareness and behavior regulation) on increasing sexual assertiveness survivors of breast cancer. **Method:** This research was performed using semi-experimental study with pre-test/post-test control group design and 2/5 months follow-up. The statistical population included all married breast cancer survivors who were referred to Shohada-e Tajrish hospital in 2015. The samples were 30 survivors who selected available and randomly divided into two groups of 15 (a control and an experimental group). Hurlbert index of sexual assertiveness (HISA) was completed as pre-test, post-test and follow up by participants. The experimental group attended in ten-weekly, 90 minutes sessions of psychotherapy. At the end, factorial analysis of variance was applied to analyze the data. **Results:** showed no significant difference between levels of sexual assertiveness in experimental and control group after treatment. On the other hand this psychotherapy could increase sexual assertiveness in survivors with high sexual assertiveness in pre-test though this Significance was unstable in 2/5 months follow up. **Conclusion:** four-factor psychotherapy is not effective way to increasing sexual assertiveness in breast cancer survivors.

Keywords: Four-factor psychotherapy, sexual assertiveness, Breast cancer.

مقدمه: احقاق جنسی عاملی مهم در رضایت جنسی و زناشویی است. با توجه به اینکه بازماندگان سرطان پستان گویایی از فعالیت جنسی دارند که برای اغلب آنها رضایت بخش نیست، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روان درمانی چهارعاملی (رابطه-درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی‌افزایی و نظم‌بخشی رفتار)، بر ارتقاء احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌باشد. روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۲/۵ ماهه است. جامعه آماری، زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای تجریش در سال ۱۳۹۳ بودند که از آنها ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پرسشنامه احقاق جنسی هالبرت (HISA) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت روان‌درمانی قرار گرفت. در پایان به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل واریانس عاملی استفاده شد. **یافته‌ها:** نشان می‌دهد گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای درمان، تفاوت معناداری در متغیر احقاق جنسی ندارند. از سویی، این درمان توانسته احقاق جنسی زنانی که در پیش‌آزمون احقاق جنسی بالاتری داشته‌اند افزایش دهد اما این معناداری در پیگیری ۲/۵ ماهه ناپایدار بود. **نتیجه‌گیری:** روان‌درمانی چهار عاملی، روش موثری برای ارتقاء احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان نمی‌باشد. واژگان کلیدی: روان‌درمانی چهار عاملی، احقاق جنسی، سرطان پستان.

مقدمه

سرطان عارضه‌ای جدی در کشورهای توسعه یافته و نیز کمتر توسعه یافته می‌باشد. نرخ شیوع سرطان به علت بالا رفتن سن جمعیت و همچنین افزایش عوامل خطری همچون مصرف دخانیات، اضافه وزن، عدم فعالیت جسمانی، تغییر الگوهای باروری در زندگی شهری و با توجه به توسعه اقتصادی در حال افزایش است (تره و همکاران^۱، ۲۰۱۵). بر اساس تخمین انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۱۶، روند بروز سرطان در ۱۳ سال اخیر بین زنان ثابت بوده است اما در میان مردان ۳/۱٪ کاهش یافته است. همچنین میزان مرگ و میر ناشی از سرطان در این کشور از سال ۱۹۹۱ به میزان ۲۳٪ کاهش یافته است (سیگل، میلر و جمال^۲، ۲۰۱۶). بنابراین داده‌ها نشان می‌دهند در طول سال‌های اخیر این عارضه بیشتر به سمت کشورهای کمتر توسعه یافته سوق داشته به طوری که در حال حاضر حدود ۵۷٪ موارد ابتلا به سرطان و ۶۵٪ مرگ و میر ناشی از سرطان را در خود جای داده‌اند (تره و همکاران، ۲۰۱۵).

در ایران سرطان سومین علت مرگ و میر می‌باشد. میزان بروز آن بر اساس استانداردهای سنی زنان و مردان، ۹۸ و ۱۱۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و میزان مرگ و میر ناشی از آن در میان زنان و مردان ۴۱/۱ و ۶۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۴ بوده است (موسوی و همکاران، ۲۰۰۹). بر اساس یافته‌ها سرطان پستان در بین زنان ایرانی بالاترین نرخ شیوع و پنجمین علت مرگ و میر را به خود اختصاص داده است. بررسی مطالعات نشان می‌

دهد مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در ایران در طول سالهای ۱۹۹۵ - ۲۰۰۴، ۴/۱۵۱٪ افزایش یافته؛ علاوه بر این میزان بروز آن در میان زنان ۱۵ - ۴۹ ساله در مقایسه با افراد بالای ۵۰ سال افزایش چشمگیری داشته است (تقوی و همکاران، ۲۰۱۲).

با توجه به این که سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان و در زمره سرطان‌های قابل پیشگیری و تشخیص زودرس می‌باشد، می‌توان با ارائه راهکارهای ویژه‌ای به درمان‌های مؤثر در جهت افزایش بقاء، کاهش مرگ و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران پرداخت. عوامل زیستی تشخیص و درمان سرطان پستان، معمولاً در ارتباط با مسائل روان‌شناختی و رضایتمندی زناشویی قرار می‌گیرند (گرازیوتن^۳، ۲۰۰۸؛ بهمنی و همکاران، ۱۳۹۴). برخی عوارض بعدی مانند سرطان دوم یا اختلالات قلبی عروقی^۴ می‌توانند تهدیدکننده زندگی این بازماندگان باشند در حالی که امکان دارد مشکلات دیگری مثل ناباروری^۵، اختلالات جنسی، هیپوگوناדיسم^۶، خستگی مزمن^۷ نگرانی و انزوا، کاهش درآمد به علت تغییر وضعیت اشتغال، کاهش حمایت دوستان و خانواده - که تهدیدکننده زندگی نیستند- بر میزان پریشانی روانشناختی و کیفیت زندگی این زنان تاثیر بگذارند (گورلینگ^۸، ۲۰۱۴؛ برهیلی و همکاران^۹، ۲۰۱۷؛ کاردوسو و همکاران^۱، ۲۰۱۶).

- 3- Graziottin
- 4-Diovascular disorders
- 5-Infertility
- 6-Hypogonadism
- 7-Chronic fatigue
- 8- Goerling
- 9- Berhili et al

- 1- Torre et al
- 2 -Siegel, Miller& Jemal

گاهی این پیامدها تا مدتها پس از عمل بازسازی^{۱۱} پستان نیز از بین نرفته و منجر به کژکاری جنسی درازمدت در بازماندگان می‌گردند (کلمن^{۱۲}، ۲۰۱۲ به نقل از دیزن، سوزین و مکلوآنا، ۲۰۱۴؛ دیزن، سوزین و مکلوآنا^{۱۳}، ۲۰۱۴؛ فولبیورک و همکاران، ۲۰۱۳^{۱۴}؛ راجیو و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۴).

از سوی دیگر شیمی درمانی و درمان‌های هورمونی خوراکی که معمولاً برای زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار می‌گیرند، مشکلات قابل توجهی از قبیل تحلیل واژن، تنزیل اندازه بافت واژن، بی‌رنگی، خشکی و از دست دادن روان‌سازی ایجاد می‌کنند. این مشکلات با پیامدهایی از قبیل کاهش میل جنسی، مقاربت دردناک و ناتوانی در ارگاسم همراهند که در مقایسه با زنان سالم چندین برابر بیشتر است (کریچمن، کلاگ اسپات و فاین استون^{۱۶}، ۲۰۱۰؛ مک کان^{۱۷}، ۱۹۹۶ به نقل از تورس، بروکل و جاکوبسن^{۱۸}، ۲۰۰۱). بر اساس یافته‌های پژوهشی صمیمیت جنسی^{۱۹} می‌تواند به‌طور چشمگیری تحت تأثیر کاهش میل و افسردگی، دشواری در برانگیختگی جسمانی و روانی، مقاربت دردناک^{۲۰} ناشی از خشکی واژن^{۲۱} و مشکلات ارگاسمی، به دلیل عوامل زیستی و روانی-جنسی قرار بگیرد (گرازیوتن، ۲۰۰۸). در

از آنجا که تشخیص سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه به خوبی صورت می‌گیرد، بازماندگان درازمدت^۲ آن، که با پیامدهای درمانی سرطان پستان زندگی می‌کنند رو به افزایش بوده (برنان و هوسامی^۳، ۲۰۱۱) و پرداختن به کیفیت زندگی این بازماندگان اهمیت بیشتری پیدا کرده است (فالک و دیزن^۴، ۲۰۱۳). در سال ۱۹۸۰ مایروتس^۵ سه پاسخ روانی عمده به سرطان پستان را شناسایی کرد: ۱- ناراحتی روانی از جمله اضطراب، افسردگی و خشم. ۲- تغییرات رفتاری ناشی از ناراحتی‌های جسمانی، اختلال زناشویی یا جنسی و تغییر سطح فعالیت. ۳- نگرانی‌های ناشی از تصویر بدنی^۶، عود بیماری و مرگ (هالند و همکاران^۷، ۲۰۱۰)؛ از این-رو تشخیص سرطان پستان می‌تواند یکی از منقلب‌کننده‌ترین رویدادهایی باشد که زنان تجربه می‌کنند. درمان‌های پزشکی سرطان پستان می‌توانند به صورت مستقیم و غیر مستقیم منجر به نارضایتی جنسی شوند. برای مثال جراحی پستان با تأثیر مستقیم بر آناتومی (مثل تخلیه پستان^۸) و پرتودرمانی با ایجاد بدشکلی، تیره شدن رنگ پوست، ورم پستان^۹ و تصلب بافت‌های پستان^{۱۰} تغییرات ظاهری ناخوشایندی را در زنان پدید می‌آورند که با پیامدهای منفی در تصویر بدنی، عزت نفس و احساس راحتی حین رابطه جنسی، همراه می‌باشند.

11- Reconstruction

12- Kelemen

13- Dizon, Suzin & McIlvenna

14-Fallbjörk et al

15- Raggio et al

16-Krychman, Kellogg Spadt & Finestone

17-MC Caughn

18- Thors, Broeckel & Jacobsen

19- Sexual intimacy

20-Dyspareunia

21-Vaginal dryness

1- Cardoso et al

2-Long-term survivors

3- Brennan & Houssami

4-Falk & Dizon

5- Meyerowitz

6-Body image

7- Holland et al

8-Mastectomy

9-Breast edema

10-Breast fibrosis

شرکت کنندگان در مطالعه و ۶۰٪ شرکت کنندگانی که فعالیت جنسی داشتند گزارش نمودند. مطالعه آینده نگرانه‌ای که در ایران در خصوص عملکرد جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان قبل از شروع و پس از اتمام درمان انجام شد نشان داد، میزان اختلالات جنسی قبل و پس از درمان این بیماران ۵۲٪ و ۸۴٪ می باشد (حریرچی و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به شیوع بالای اختلالات جنسی در بازماندگان سرطان پستان و نقش آن در کاهش کیفیت زندگی (پومو و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۲)، درمانی که برای مشکلات جنسی زنان در نظر گرفته می‌شود باید با توجه به نیازهای بیمار طراحی شده باشد و می‌تواند شامل آموزش روان‌شناختی، بهبود ارتباطات بین فردی، درمان شناختی- رفتاری و در صورت لزوم، درمان مشکلات پزشکی باشد (لوریا^{۱۲}، ۲۰۰۹). مطالعاتی که به منظور بررسی تاثیر آموزش جنسی صورت گرفته‌اند اثربخش بودن آموزش های جنسی را بر درمان اختلالات جنسی زنان (کاویانی و همکاران، ۲۰۱۴)، رضایت جنسی زنان ناراضی از تصویر بدنی (موسوی ترکمن و حسینی فلاح، ۲۰۱۶) و تعدیل باورهای ناکارآمد جنسی زوجین (دشتستان نژاد، عشقی و افخمی، ۱۳۹۳) مورد تأیید قرار می‌دهند؛ بنابراین لازم است متصدیان، فعالانه درباره سلامت جنسی با بیمارانشان صحبت کنند یا مشاوره با یک متخصص سلامت جنسی را برای بیماران در نظر بگیرند (دیزن، سوزین و مکلوآنا، ۲۰۱۴).

امروزه مداخلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان به عنوان بخشی اساسی از یک برنامه جامع

مطالعه‌ای که منیف و همکاران^۱ (۲۰۱۱)، به ارزیابی تأثیر سرطان پستان در مسائل جنسی بیماران پرداختند میزان مقابرت دردناک ۶۱/۵٪، خشکی واژن ۶۱/۳٪، عملکرد ضعیف جنسی ۴۵/۳٪ و رضایت جنسی ۴۳/۹٪ گزارش شد؛ علاوه بر این میانگین تصویر بدنی ۴۷/۷٪ بود و ترمیم^۲ پستان تأثیر معناداری در عملکرد جنسی آنان نداشت. بنابر یافته‌های پژوهشی یکی از عواملی که در عملکرد جنسی زنان نقش دارد احقاق جنسی است (بای و همکاران، ۱۳۹۱). احقاق جنسی به معنای توانایی افراد برای شروع فعالیت جنسی، امتناع از فعالیت جنسی ناخواسته، به کارگیری روش‌های پیشگیرانه و توسعه رفتارهای جنسی سالم می‌باشد (مورکوف و همکاران^۳، ۱۹۹۷). از این رو می‌تواند به زنان در افزایش رضایت جنسی (سانتوس- ایگلاسیاس، سیرا و والیو-مدینا^۴، ۲۰۱۳)؛ (منارد و اومن^۵، ۲۰۰۹)؛ (هارلبرت^۶، ۱۹۹۱)، رضایت زناشویی (اسفندیاری باغبمیدی و رحیمی پور، ۱۳۹۳)؛ (اسدی و همکاران، ۲۰۱۱) و امتناع از روابط جنسی ناخواسته (شری و وایت^۷، ۲۰۱۳)؛ (وایت^۸، ۲۰۰۶) کمک کند.

راجیو و همکاران (۲۰۱۴)، شیوع ناخوشی^۹ جنسی در بازماندگان درازمدت سرطان پستان بر اساس شاخص عملکرد جنسی زنان^{۱۰} (FSFI) را ۷۷٪

- 1- Mnif et al
- 2- Alteration
- 3- Morokoff et al
- 4- Santos-Iglesias, Sierra & Vallejo-Medina
- 5- Menard & Offman
- 6- Hurlbert
- 7- Schry & White
- 8- Whyte
- 9- Morbidity
- 10- Female Sexual Function Index

11 - Pumo et al

12- Luria

مداخلات روانشناختی نشان می‌دهند هم‌دلی و رابطه‌درمانی مثبت بر کاهش علائم افسردگی مزمن (آرنو و همکاران^۵، ۲۰۱۳)، تاثیر ایجاد امید بر کاهش پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲) و کاهش علائم روان‌پزشکی در زنان ناباور (مصلی نژاد، عبدالله فرد و جهرمی، ۲۰۱۳)، و اثربخش بودن نظم‌بخشی رفتار بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان مورد تأیید قرار گرفته‌اند (وزیری و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهش دیگری که به بررسی نقش ایجاد آرمیدگی، آگاهی افزایی، و امید افزایی در بهبود سلامت روانی افراد مبتلا به سرطان پرداخته است نیز حاکی از اثربخشی این سه عامل بر ارتقاء سلامت روان این افراد می‌باشد (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۸۹).

به نظر می‌رسد زنان مبتلا به سرطان پستان با توجه به مشکلاتی که در عملکرد جنسی و تصویر بدنی‌شان مواجه‌اند، در احقاق جنسی نیز با مشکلاتی روبرو باشند. نظر به نرخ بالای اختلالات جنسی در بازماندگان سرطان پستان، نقش میانجی احقاق جنسی در بهبود عملکرد و رضایت جنسی زنان (لیکرک و همکاران^۶، ۲۰۱۵؛ سانتوس-ایگلاسیاس، سیرا و والیو-مدینا، ۲۰۱۳؛ و قیصری و کریمیان، ۱۳۹۲) و اثربخشی درمان چهار عاملی در ارتقاء کیفیت زندگی زناشویی زوجین و زنان مبتلا به سرطان پستان، در این پژوهش بر آن شدیم تا به بررسی اثربخشی روان‌درمانی چهار عاملی بر افزایش احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان بپردازیم.

توان‌بخشی سرطان شناخته شده و مبتنی بر رویکردهای مختلفی صورت می‌گیرند. رویکرد ما در این مطالعه تحت تاثیر پژوهشی قرار دارد که لطفی کاشانی (۱۳۷۵) تحت عنوان "بررسی عوامل مشترک میان رویکردهای مختلف روان‌درمانی و ارائه آن به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر" انجام داد. این پژوهش نشان داد عوامل مؤثر در رویکردهای مختلف روان‌درمانی را می‌توان در چهار عامل رابطه‌درمانی^۱، امید و انتظار درمان^۲، آگاهی افزایی^۳ و نظم‌بخشی رفتار^۴ خلاصه کرد. چهار عامل فوق، فرایند مشترک نظام‌داری را در روان‌درمانی ایجاد می‌کند که ویژه رویکرد خاصی نیست. در این فرایند طی برقراری رابطه‌درمانی و به‌کارگیری اصول یادگیری و نظم‌بخشی رفتار، زمینه برای ایجاد امید و انتظار درمان و افزایش آگاهی در مراجع مهیا شده و به بهبودی مراجع می‌انجامد (لطفی کاشانی، ۱۳۷۷).

پژوهش‌هایی که در زمینه اثربخشی درمان چهارعاملی (رابطه‌درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی افزایی و نظم‌بخشی رفتار) صورت گرفته‌اند اثربخشی این روان‌درمانی را در ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان (منعمی مطلق و شعاع کاظمی، ۱۳۹۱)، کاهش پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان (لطفی کاشانی و همکاران، ۲۰۱۴) و افزایش رضایتمندی زناشویی زوجین (دوست، ۱۳۹۳) نشان داده‌اند. علاوه بر این اثربخشی هر یک از این چهار عامل به‌طور مجزا در پژوهش‌های گوناگون مورد تأیید قرار گرفته‌اند. به عنوان مثال

- 1-Therapeutic relationship
- 2-Expectancy to therapy
- 3-Increasing awareness
- 4-Behavior regulation

5- Arnow et al
6- Leclerc et al

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماه و نیمه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای تجریش در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ بودند که از میان آنها ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود (جنسیت، مونث، متأهل بودن، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، تحصیلات حداقل سیکل، سپری کردن یک دوره حداقل یک ساله و حداکثر ۵ ساله از درمان‌های مربوطه شامل: جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی، شرکت نداشتن همزمان در سایر دوره‌های روان-درمانی) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های خروج عبارت بودند از متاستاز و ابتلاء مجدد به سرطان و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات گروه درمانی. شرکت‌کنندگان این پژوهش در ابتدا از روش انجام مطالعه و اهداف آن آگاهی یافتند و از آنها جهت حضور در برنامه درمانی رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. ابزار این پژوهش پرسشنامه احقاق جنسی هالبرت (HISA) بود که در سال ۱۹۹۲ توسط دیوید فارلی هالبرت برای سنجش میزان احقاق جنسی زنان در تعامل با دیگران تدوین شد و در سال ۱۳۸۷ توسط باقر ثنائی ترجمه گردید. این ابزار شامل یک پرسشنامه ۲۵ سؤالی است، در انتخاب گزینه‌های آن از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده شده و گزینه‌ها از هیچ تا هرگز درجه بندی شده‌اند. دامنه نمرات آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است که نمره بیشتر نشان احقاق جنسی زیاد و نمره کمتر

بیانگر احقاق جنسی اندک می‌باشد. در اجرای این شاخص توسط هالبرت اعتبار آزمون - پس آزمون ۰/۸۶ به دست آمد، در اجرای آن توسط شفیع (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرانباخ ۰/۹۲ و توسط بای (۱۳۸۷) ضریب آلفای کل آزمون ۰/۹۵ حاصل شد. این شاخص دارای روایی محتوایی ساختار یافته با ثبات درونی ۰/۹۱ است و بنا به نظرسنجی از اساتید و صاحب‌نظران از روایی محتوایی مناسبی برخوردار است (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷). پس از آن که آزمودنی‌ها آزمون احقاق جنسی هالبرت (HISA) را تکمیل کردند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار درمان چهار عاملی (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۹۳) را به صورت گروهی دریافت کرد در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. در پایان جلسات درمانی جهت بررسی تاثیر جلسات درمانی، هر دو گروه آزمایش و کنترل با آزمون احقاق جنسی هالبرت (HISA) مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. پس از گذشت دو ماه و نیم از انجام پس آزمون، به منظور سنجش پایا بودن اثر درمانی، بار دیگر این آزمون در بین دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس عاملی و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS۲۰ مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات روان درمانی چهار عاملی

عنوان	رئوس محتوای جلسات
جلسه اول	<p>رابطه درمانی: توزیع بروشور بین اعضا، معرفی درمانگر و بیان اهداف جلسات، معرفی اعضا و برقراری رابطه درمانی. رابطه درمانی در همه جلسات تکرار می شود.</p> <p>ایجاد امید و انتظار درمان: اشاره به پیشرفت های علمی در درمان سرطان پستان. آگاهی افزایشی: اشاره به عوارض ابتلا به سرطان پستان، توضیح لزوم مراقبت های روانی. آگاهی افزایشی در جهت اهمیت رابطه جنسی.</p>
جلسه دوم	<p>ایجاد امید و انتظار درمان: اشاره به قابل یادگیری بودن عملکرد جنسی. آگاهی افزایشی: جلب توجه اعضا به تغییر یا عدم تغییر عملکرد جنسی شان نسبت به قبل از بیماری، نگرانی درباره تصویر بدنی و تأثیر آن در عملکرد جنسی و عوامل مؤثر در جذابیت جنسی، بررسی احساس و افکار اعضا نسبت به عملکرد جنسی شان در حال حاضر</p> <p>نظم بخشی رفتار: ارزیابی رضایت و عملکرد جنسی اعضا از دید خود و همسرانشان و تأثیر آن بر کیفیت زندگی آنها</p>
جلسه سوم	<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضا گروه</p> <p>آگاهی افزایشی: بررسی احساس، عقاید و افکار اعضا نسبت به عملکرد جنسی و ریشه یابی آنها، آگاهی افزایشی جهت لزوم تفکیک رابطه جنسی از مسائل دیگر در روابط زناشویی</p> <p>نظم بخشی رفتار: آموزش شیوه های افزایش میل جنسی و استفاده از بارش مغزی، آموزش چگونگی مقابله با خشکی واژن</p>
جلسه چهارم	<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضا گروه</p> <p>آگاهی افزایشی: آموزش چرخه جنسی، بررسی و شناخت افکار قالبی و نادرست در حیطه روابط جنسی و آموزش چگونگی تأثیر متقابل افکار احساس و رفتار بر یک دیگر</p> <p>نظم بخشی رفتار: تمرین ایجاد میل توسط افکار و تصویر سازی ذهنی، آموزش تمرینات کگل</p>
جلسه پنجم	<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضا گروه</p> <p>آگاهی افزایشی: آگاهی افزایشی در رابطه با اهمیت افکار حین ارتباط جنسی، تأکید بر قدرت ذهن، آگاهی افزایشی در رابطه با تأثیر استرس بر عملکرد جنسی، آگاهی افزایشی جهت تأثیر عوامل درون فردی در افزایش برانگیختگی</p> <p>نظم بخشی رفتار: آموزش تصویر سازی ذهنی، آموزش ذهن آگاهی جنسی، آموزش تمرین تنفس و آرمیدگی و استفاده از آن جهت افزایش میل و برانگیختگی و کاهش درد جنسی</p>
جلسه ششم	<p>ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه های مثبت و موفق اعضا گروه</p> <p>آگاهی افزایشی: آگاهی افزایشی جهت تأثیر فیزیولوژیک ارگاسم بر سلامت، آگاهی افزایشی در رابطه با استرس نرسیدن به ارگاسم و تأثیر آن بر میل و برانگیختگی، آگاهی افزایشی جهت اهمیت بیان احساسات و خواسته ها با شریک زندگی</p> <p>نظم بخشی رفتار: ادامه آموزش ذهن آگاهی جنسی، آموزش شیوه های رسیدن به ارگاسم، آموزش چگونگی بیان احساسات و نحوه درخواست، آموزش شیوه کاهش استرس نرسیدن به ارگاسم</p>

- جلسه** ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه
- هفتم** آگاهی‌افزایی: آگاهی‌افزایی جهت تفاوت محرک‌های جنسی در زنان و مردان، تفاوت‌های جنسیتی تجربه ارگاسم، اهمیت مدیریت مغز در رسیدن به ارگاسم
- نظم‌بخشی رفتار: مرور جلسات گذشته، نحوه انجام تکالیف و پاسخگویی به سؤالات
- جلسه** ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه
- هشتم** آگاهی‌افزایی: شناخت عواملی که مانع از اجرای تکنیکها و ورود به روابط جنسی می‌شود، مرور مطالب جلسه گذشته
- نظم‌بخشی رفتار: ارائه راهکار جهت رفع موانع، مرور مطالب جلسه گذشته و رفع اشکال در انجام تمرینات
- جلسه** ایجاد امید و انتظار درمان: در میان گذاشتن تجربه‌های مثبت و موفق اعضای گروه
- نهم** آگاهی‌افزایی: شناخت عواملی که مانع از اجرای تکنیکها و ورود به روابط جنسی می‌شود، مرور مطالب جلسه گذشته
- نظم‌بخشی رفتار: ارائه راهکار جهت رفع موانع، مرور مطالب جلسه گذشته و رفع اشکال در انجام تمرینات
- جلسه** مرور تمامی مطالب جلسه اول تا نهم و اجرای پس‌آزمون
- دهم**

در گروه آزمایش ۲ نفر از ۵ نفر و در گروه کنترل ۳ نفر از ۶ نفری که تحت ماستکتومی قرار گرفته بودند عمل بازسازی پستان انجام داده بودند. ویژگی‌های توصیفی پژوهش حاضر در جدول ۲ آورده شده است.

خلاصه جلسات گروهی روان‌درمانی چهار عاملی به شرح جدول ۱ می‌باشد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش شامل ۳۰ زن متأهل مبتلا به سرطان پستان در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال بودند. بیشترین فراوانی تحصیلات در سه مقطع زیر دیپلم، دیپلم و دانشگاهی مربوط به زنان دارای مدرک تحصیلی دیپلم (گروه کنترل ۴۰٪ و گروه آزمایش ۴۶/۷٪) بود.

جدول ۲. شاخص های توصیفی احقاق جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه آزمایش		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱۸/۸۱۹	۵۸/۲	۱۷/۸۸۱	۴۵/۲	پیش آزمون
۱۶/۶۴۸	۵۷/۲	۱۴/۲۴۵	۵۸/۹۳	پس آزمون
۱۸/۲۲۶	۵۴/۸	۱۵/۱۰۸	۶۲/۶	پیگیری

دیگر، نتایج حاکی از این هستند که پیش آزمون تأثیر معنی داری دارد و

اندازه اثر آن اندک است. از این رو کنترل اثر آن ضروری است. برای حل مشکل عدم رعایت این پیش فرض، نمرات افراد در پیش آزمون به دو قسمت بالا و پایین تقسیم و پیش آزمون به عنوان یک عامل در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۴ نشان می دهد که بین گروهها از نظر احقاق جنسی تفاوت معناداری وجود ندارد. ($F=2/109, DF 1, 26P>0/05$)

اندازه اثر در پرس آزمون ۰/۰۷۵ و پیگیری ۰/۰۴۷ در حد ناچیز است. به عبارتی عامل عضویت در گروه کنترل و آزمایش تأثیر معناداری بر احقاق جنسی ندارد. از طرف دیگر، عامل پایین یا بالا بودن در پیش آزمون احقاق جنسی تأثیر معناداری دارد.

($F=11/036, DF 1, 26P<0/01$)

به دلیل این که تعامل در مدل چند متغیری معنادار بود اما در آزمون اثرات بین گروهی معنی دار نبود، فرضیه تعامل از طریق مقایسه های جفتی پیشبینی

در جدول ۲ ملاحظه می شود که نمرات گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش یافته در حالی که تفاوت قابل توجهی در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه کنترل وجود نداشته است. به منظور تحلیل دقیق تر تفاوت موجود و آزمون فرضیه پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس، پیش فرض های مربوط به تحلیل کوواریانس بررسی شدند. در این بررسی پیش فرض های تساوی واریانس نمرات گروه آزمایش و کنترل و توزیع نرمال نمرات در آزمون شاپیرو - ویلک تأیید شدند اما بررسی اثرات تعاملی گروهها در پیش آزمون نشان داد تعامل شیب خط رگرسیون در گروهها به لحاظ آماری معنادار و بنابراین پیش فرض استفاده از تحلیل کوواریانس رعایت نشده است.

جدول ۳ نشان می دهد که تعامل شیب خط رگرسیون در گروهها در احقاق جنسی از نظر آماری معنی دار است و پیش فرض استفاده از تحلیل کوواریانس یک طرفه رعایت نشده است. از طرف

بررسی شدند. نتایج در جدول شماره ۵ ارائه شده

است.

جدول ۳. آزمون اثرات تعاملی گروه و پیش آزمون در احقاق جنسی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذورات
مدل	۳۰۳۵/۱۵۵	۳	۱۰۱۱/۷۱۸	۷/۰۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۵
گروه	۱۱۷۵/۴۶۴	۱	۱۱۷۵/۴۶۴	۸/۲۴۱	۰/۰۰۸	۰/۲۴۱
پیش آزمون احقاق جنسی	۲۰۳۰/۳۹۱	۱	۲۰۳۰/۳۹۱	۱۴/۲۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴
پیش آزمون احقاق جنسی * گروه	۸۴۰/۸۶۴	۱	۸۴۰/۸۶۴	۵/۸۹۵	۰/۰۲۲	۰/۱۸۵
خطا	۳۷۰۸/۷۱۱	۲۶	۱۴۲/۶۴۳			
کل	۶۷۴۳/۸۶۷	۲۹				

جدول ۴. آزمون اثرات بین گروهی در احقاق جنسی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذورات
گروه	پس آزمون	۳۵۵/۲۶۷	۱	۳۵۵/۲۶۷	۲/۱۰۹	۰/۱۵۸	۰/۰۷۵
	پیگیری	۳۶۰/۱۵	۱	۳۶۰/۱۵	۱/۲۷۵	۰/۲۶۹	۰/۰۴۷
پیش آزمون	پس آزمون	۱۸۵۹/۲۶۷	۱	۱۸۵۹/۲۶۷	۱۱/۰۳۶	۰/۰۰۳	۰/۲۹۸
	پیگیری	۱۲/۱۵	۱	۱۲/۱۵	۰/۰۴۳	۰/۸۳۷	۰/۰۰۲
* گروه	پس آزمون	۴۸۱/۶۶۷	۱	۴۸۱/۶۶۷	۲/۸۵۹	۰/۱۰۳	۰/۰۹۹
پیش آزمون	پیگیری	۴۸۷/۳۵	۱	۴۸۷/۳۵	۱/۷۲۵	۰/۲۰۱	۰/۰۶۲
خطا	پس آزمون	۴۳۸۰/۴	۲۶	۱۶۸/۴۷۷			
	پیگیری	۷۳۴۶/۵	۲۶	۲۸۲/۵۵۸			
کل	پس آزمون	۶۷۴۳/۸۶۷	۲۹				
	پیگیری	۸۳۰۲/۳	۲۹				

جدول ۵. مقایسه های جفتی در احقاق جنسی به تفکیک گروه ها

فاصله اطمینان ۹۵%		معنی داری	t	خطای معیار		احقاق جنسی	گروه	متغیر وابسته
حد بالاتر	حد پایتتر			میانگین	خطای معیار			
۵۲/۳۳۲	۲۸/۴۶۸	P<۰/۰۱	۸/۱۲	۵/۸۰۵	۴۰/۴	پایین	کنترل	پس آزمون
۷۴/۰۳۷	۵۷/۱۶۳			۴/۱۰۵	۶۵/۶	بالا	آزمایش	
۶۴/۶۳۷	۴۷/۷۶۳			۴/۱۰۵	۵۶/۲	پایین		
۷۶/۳۳۲	۵۲/۴۶۸			۵/۸۰۵	۶۴/۴	بالا		
۷۶/۸۵۲	۴۵/۹۴۸	P<۰/۰۱	۴/۵۷۸	۷/۵۱۷	۶۱/۴	پایین	کنترل	پیگیری
۶۲/۴۲۶	۴۰/۵۷۴			۵/۳۱۶	۵۱/۵	بالا	آزمایش	
۷۱/۱۲۶	۴۹/۲۷۴			۵/۳۱۶	۶۰/۲	پایین		
۸۲/۸۵۲	۵۱/۹۴۸			۷/۵۱۷	۶۷/۴	بالا		

پیش آزمون نمرات بالاتری داشته‌اند افزایش دهد اما این اثربخشی تا زمان پیگیری دو و نیم ماهه ناپایدار بوده است.

یافته‌های این پژوهش با سایر مطالعاتی که تا کنون به بررسی اثربخشی درمان چهار عاملی در ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته‌اند (منعمی مطلق و شعاع کاظمی، ۱۳۹۱؛ لطفی کاشانی و همکاران، ۲۰۱۴) و همچنین یافته‌های حاصل از بررسی اثربخشی درمانی چهارعاملی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی زناشویی زوجین (دوست، ۱۳۹۳) ناهمخوان می باشد. طبق مطالعات پژوهشی که قبلا بدان پرداختیم سرطان پستان و درمان-های پزشکی آن پیامدهای طولانی مدتی دارند که می-توانند تا سالها بازماندگان را تحت تاثیر قرار داده و به صورت مستقیم و غیرمستقیم در عملکرد جنسی‌شان خلل ایجاد کنند. از جمله عواقب مهمی که پس از درمان سرطان پستان موجب کژکاری جنسی گشته و مانع صمیمیت زوجین می گردد می‌توان به دو عامل مهم اشاره

جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین پس آزمون احقاق جنسی افراد گروه آزمایش که در پیش آزمون احقاق جنسی بالا بودند به طور معناداری بالاتر از میانگین کسانی است که در گروه کنترل در پیش آزمون پایین بودند. میانگین پیگیری احقاق جنسی افراد گروه آزمایش که در پیش آزمون احقاق جنسی بالا بودند به طور معناداری بالاتر از میانگین کسانی است که در گروه کنترل در پیش آزمون بالا بودند. از طرف دیگر مشخص شد که بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی روان‌درمانی چهار عاملی بر افزایش احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد روان‌درمانی چهار عاملی تاثیر معناداری در افزایش احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان نداشته است. از طرف دیگر این درمان توانسته احقاق جنسی زنانی را که در

بپردازد. همچنین تلاش گردید با آموزش تکنیک‌هایی همچون ریلکسیشن، تصویرسازی ذهنی، تمرینات کگل و ذهن‌آگاهی جنسی، به نظم‌بخشی رفتار گروه آزمایش در زمینه میل جنسی، خشکی واژن و مقاربت دردناک پرداخته و با در میان گذاشتن تجربیات مثبت اعضاء، امید و انتظار درمان در میان آنها ارتقاء یابد. با این وجود عوامل بالقوه-ای که به آنها اشاره شد می‌توانند افزایش احقاق جنسی را در زنانی که چندین برابر بیش از زنان سالم از تصویر بدنی نامطلوب و خشکی واژن رنج می‌برند با دشواری مواجه سازند.

مسئله دیگری که در راستای این پژوهش مطرح می‌شود، وجود کژکاری‌های جنسی در همسران برخی از اعضاء گروه آزمایش است. از آنجا که احقاق جنسی مفهومی است که در رابطه جنسی با همسر تحقق می‌یابد در صورتی که طرف مقابل دچار ناتوانی یا کژکاری جنسی باشد این امر محقق نمی‌گردد. بنابراین در راستای یافته‌ای که نشان می‌دهد احقاق جنسی تنها در زنانی بالا رفته که در پیش‌آزمون نمرات بالاتر داشته‌اند می‌توان این تبیین را مطرح نمود که روان‌درمانی چهار عاملی توانسته احقاق جنسی را تنها در زنانی افزایش دهد که از ابتدا در معرض مشکلاتی همچون تصویر بدنی منفی و مقاربت دردناک در خود و کژکاری جنسی در همسرانشان نبوده‌اند.

از سوی دیگر نتایج نشان دادند این اثر بخشی تا زمان پیگیری پایداری نداشته است. این ناپایداری می‌تواند ناشی از رویداد‌های غیر قابل کنترل و پیش‌بینی‌پساز درمان باشد. زنان مبتلا به سرطان پستان بنا به ماهیت بیماری‌شان، مشکلات جسمانی و روان‌شناختی گسترده‌ای را تجربه می‌کنند و آنچه کوتاه مدت یا بلند مدت بودن تأثیر روان‌درمانی بر احقاق جنسی را پیش‌بینی می‌کند تا اندازه‌ای به تجربیاتی از این دست بستگی دارد.

نمود. نخست، ایجاد تصویر بدنی منفی ناشی از جراحی یا رادیو تراپی که با تغییرات مستقیم در بافت پستان و ظاهر جسمانی به عنوان یک مانع روان‌شناختی عمل کرده و فرصت صمیمیت جنسی و ابراز مستقیم خواسته‌های جنسی را از بین می‌برد. تأثیر این عامل به اندازه‌ای است که حتی پس از تخیله موضعی پستان هم می‌تواند اتفاق افتد و امکان دارد عمل بازسازی پستان نیز تأثیر چندانی بر افزایش تصویر بدنی بازماندگان سرطان پستان نداشته باشد (دیزن، سوزین و مکلوونا، ۲۰۱۴؛ فولیبورک و همکاران، ۲۰۱۳؛ راجیو و همکاران، ۲۰۱۴؛ کلمن، ۲۰۱۲ به نقل از دیزن، سوزین و مکلوونا، ۲۰۱۴).

دومین عاملی که از جمله شکایت‌های معمول زنان گروه آزمایشی پژوهش حاضر بود و به طور مستقیم تحت تأثیر درمان‌هایی همچون شیمی‌درمانی و درمان‌های هورمونی قرار دارد، مشکلاتی از قبیل آتروفی، خشکی و حساس شدن بافت واژن می‌باشد که با ایجاد مقاربت دردناک در کمیت و کیفیت رابطه جنسی تداخل کرده و مانع احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌گردد (منیفو همکاران، ۲۰۱۱؛ گرازیوتن، ۲۰۰۸؛ کریچمن، کلاگ اسپات و فاین استون، ۲۰۱۰). بنابراین به نظر می‌رسد درمان‌های روان‌شناختی در مورد زنانی که تحت تأثیر عوارض ناشی از درمان پزشکی یک عضو جنسی هستند نیاز به راهکارهای ویژه و شاید مشارکت کادر پزشکی و روان‌شناسی داشته باشد.

در این پژوهش روان‌درمان چهار عاملی بر آن بود که در جهت افزایش احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان، با ایجاد رابطه‌درمانی مناسب به افزایش آگاهی این زنان در مورد چرخه جنسی، تفاوت‌های جنسی زنان در تجربه ارگاسم، تأثیر سرطان و افکار منفی بر عملکرد جنسی و شناسایی موانع روان‌شناختی در برقراری رابطه جنسی

سپاسگزاری

با سپاس و قدردانی از همکاری ریاست محترم مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه شهید بهشتی، جناب آقای دکتر محمد اسماعیل اکبری و تمامی کارمندان محترم بیمارستان شهدای تجریش که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند. همچنین از تمامی بانوانی که در این پژوهش شرکت داشتند تقدیر و تشکر می‌شود.

با در نظر گرفتن محدودیت‌هایی که مطالعه حاضر با آن مواجه بوده است؛ از جمله روش نمونه‌گیری، نداشتن غربالگری در زمینه تصویر بدنی و مقاربت دردناک و همچنین وجود مشکلات جنسی در همسران برخی از آزمودنی‌ها باید در تعمیم نتایج محتاط بود. لذا بررسی روان‌درمانی چهارعاملی در ارتقاء احقاق جنسی زنانی که از تصویر بدنی و مقاربت دردناک رنج می‌برند و برگزار کردن همزمان این مداخله برای بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- اسفندیاری باغمیدی، فاطمه. و رحیمی پور، سعید. (۱۳۹۳). بررسی رضایت از زندگی زناشویی در زنان شاغل از طریق تبیین نقش‌های احقاق حق جنسی و افسردگی. نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- بای، فاطمه. بهرامی، فاطمه. فاتحی زاده، مریم. احمدی، سید احمد. اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۱). بررسی نقش جرئت ورزی و خودآگاهی در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان. اندیشه و رفتار، ۷، (۲۶): ۷-۱۶
- بهمنی، بهمن. نقیائی، مانده. قنبری مطلق، علی. خراسانی، بیژن. دهخدا، آیدا. علی محمدی، فهیمه. (۱۳۹۴). رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان در طی دوره نمایش تکمیلی پزشکی: یک مطالعه مقایسه‌ای. فصلنامه روانشناسی سلامت. ۴، (۱۴): ۵-۱۷
- ثنائی، باقر. علاقبند، ستیلا. فلاحتی، شهره. و هومن، عباس. (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. ویراست دوم. تهران: انتشارات بعثت.
- دشتستان نژاد، آمنه. عشقی، روناک. و افخمی، اینانه. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های جنسی بر باورهای ناکارآمد جنسی زوجین در شرف ازدواج شهر اصفهان. مجله مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی، ۸، (۲): ۱۴-۲۲
- دوست، زهرا. (۱۳۹۳). اثربخشی ترکیب چهار عامل رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی افزایشی و نظم‌بخشی رفتاری بر افزایش رضایتمندی زناشویی.
- لطفی کاشانی، فرح. کریمیان، نادر. (۱۳۹۲). بررسی مدل علی رضایت جنسی بر اساس متغیرهای کیفیت زناشویی، رضایت از رابطه، اضطراب ارتباط جنسی، احقاق جنسی و دفعات آمیزش در دانشجویان زن متأهل بندرعباس. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۴، (۱۶): ۸۵-۱۰۶
- لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۷۵). عوامل مشترک میان رویکردهای مختلف روان‌درمانی و ارائه آن به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر. پایان نامه دکتری. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۷۷). راهبردهای یکپارچه‌نگر در مشاوره و روان‌درمانی. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ۴، (۱)
- لطفی کاشانی، فرح. و وزیری، شهرام. (۱۳۸۹). نقش آگاهی‌افزایی در بهبود سلامت روانی افراد مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی، خلاصه مقالات سومین کنگره بین‌المللی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان.
- لطفی کاشانی، فرح. وزیری، شهرام. اکبری، محمد اسماعیل. و موسوی، سید مهدی. (۱۳۸۹). نقش ایجاد آرمیدگی، آگاهی‌افزایی و امید افزایشی در بهبود سلامت روانی افراد مبتلا به سرطان پستان، خلاصه مقالات سومین کنگره بین‌المللی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان، ص ۱۲۲
- لطفی کاشانی، فرح. وزیری، شهرام. زین العابدینی، سیده نرگس و زین العابدینی، سیده نیلوفر. (۱۳۹۲). اثربخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی

- Berhili S. Kadiri S. Bouziane A. Aissa A. Marnouche E. Ogandaga E. Echchikhi Y. Touil A. Loughlimi H. Lahdiri I. El Majjaoui S. El Kacemi H. Kebdani T. Benjaafar N. (2017). Associated factors with psychological distress in Moroccan breast cancer patients: A cross-sectional study. *The Breast*, 31: 26 - 33
- Brennan ME. Houssami N. (2011). Overview of long term care of breast cancer survivors. *Journal Metrics*, 69, (2): 106 - 112
- Cardoso F. Harbeck N. Mertz S. Fenech D. (2016). Evolving psychosocial, emotional, functional, and support needs of women with advanced breast cancer: Results from the Count Us, Know Us, Join Us and Here & Now surveys. *The Breast*, 28: 5 - 12
- Dizon DS. Suzin D. McIlvanna S. (2014). Sexual Health as a Survivorship Issue for Female Cancer Survivors. *The Oncologist*, 19, (2): 202 - 210
- Falk SJ. Dizon DS. (2013). Sexual dysfunction in women cancer. *Fertility and Sterility*, 100, (4): 916 - 921
- Fallbjörk U. Rasmussen BH. Karlsson S. Salander P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer – A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, (3): 340 - 345
- Goerling U. (2014). *Psycho-Oncology. Recent Results in Cancer Research*. Springer, 197: 105
- Graziottin A. (2008). How breast cancer can affect sexual function and intimacy. *Sexologies*, 17, (1): 22
- Harirchi I. Montazeri A. Zamani Bidokhti F. Mamishi N. Zendejdel K. (2012). Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 31, (1): p 20
- Holland JC. Breitbart Williams SJ. Lederberg M. Loscalzo MJ. Mc Corkle R. (2010). روان‌شناختی زنان دچار سرطان پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴، (۲۸): ۴۵ - ۵۸
- منعمی مطلق، شیوا. شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی ۴ عاملی (آگاهی افزایی، امید، رابطه درمانی و نظم دهی رفتار) بر ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۵، (۳ و ۲): ۵۰ - ۵۹
- نظری، علی محمد. بیرامی، منصور. بای، فاطمه. (۱۳۸۹). تأثیر سکس تراپی گروهی فمینیستی بر احقاق جنسی در زنان تحصیل کرده. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۵، (۱۹): ۱۵۹ - ۱۷۵
- وزیری، شهرام. لطفی کاشانی، فرح. زین العابدینی، سیده نیلوفر. و زین العابدینی، سیده نرگس. (۱۳۹۴). اثربخشی نظم‌بخشی رفتار بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۴، (۱۳): ۳۰ - ۴۵

References

- Arnow BA. Steidtmann D. Blasey C. Manber R. Constantino MJ. Klein DN. Markowitz JC. Rothbaum BO. Thase ME. Fisher AJ. Kocsis JH. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, (4): 627 - 638
- Asadi M. Siavoshi H. Shiralipour A. Nazry AM. Miri MM. Shayad S. (2011). The relationship between aggression and communicational belief with sexual assertiveness on women. 3rd World Conference on Educational Sciences. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 15: 922 - 926

- breast cancer on sexuality: what's about the tunisian women? *European Psychiatry*, 26, (1): 1550
- Moosavi Torkaman F. Hosein Falah M. (2016). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction in Women Dissatisfied with Body Image. *International Journal of Academic Research*, 2: 886 - 893
 - Morokoff PJ. Quina K. Harlow LL. Whitmire L. Grimley DM. Gibson PR. Burkholder GJ. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women: Development and Validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, (4): 790 - 804
 - Mosalanejad L. Abdolahifard K. Jahromi MG. (2013). Therapeutic vaccines: hope therapy and its effects on psychiatric symptoms among infertile women. *Global Journal of Health Science*, 6, (1): 192 - 200
 - Mousavi SM. Gouya MM. Ramazani R. Davanlou M. Hajsadeghi N. Seddighi Z. (2009). Cancer incidence and mortality in Iran, *Annals of Oncology*, 20, (3): 556 - 563
 - Pumo V. Milone G. Iacono M. Giuliano SR. Mari AD. Lopiano C. Bordonaro S. Tralongo P. (2012). Psychological and sexual disorders in long-term breast cancer survivors. *Journal of Cancer Management and Research*, 4: 61 - 65
 - Raggio GA. Butryn ML. Arigo D. Mikorski R. Palmer SC. (2014). Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 29, (6): 632 - 650
 - Santos-Iglesias P. Sierra JC. Vallejo-Medina P. (2013). Predictors of Sexual Assertiveness: The Role of Sexual Desire, Arousal, Attitudes, and Partner Abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 42, (6): 1043 - 1052
 - Schry AR. White SW. (2013). Sexual Assertiveness Mediates the Effect of Social Interaction Anxiety on Sexual Psycho- oncology. Second edition. New York: Oxford university press; P 178
 - Hurlbert DF. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: a comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17, (3): 183 - 190
 - Kaviani M. Rahnavard T. Azima S. Emamghoreishi M. Asadi N. Sayadi M. (2014). The Effect of Education on Sexual Health of Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2, (2): 94 - 102
 - Krychman M. Kellogg Spadt S. Finestone S. (2010). 100 Question& Answers about breast cancer sensuality, sexuality, and intimacy. Massachusetts: Jones& Bartlett learning.
 - Leclerc B. Bergeron S. Brassard A. Bélanger C. Steben M. Lambert B. (2015). Attachment, Sexual Assertiveness, and Sexual Outcomes in Women with Provoked Vestibulodynia and Their Partners: A Mediation Model. *Archives of Sexual Behavior*, 44, (6): 1561 - 1572
 - Lotfi Kashani F. Vaziri Sh. Akbari ME. Mousavi SM. Smaeeli Far N. (2014). Effectiveness of Four-Factor Psychotherapy in Decreasing Distress of Women with Breast Cancer. 5th World Conference on Psychology, Counseling and Guidance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159: 214 - 218
 - Luria M. (2009). Female sexual dysfunction. *Harefuah*, 148, (9): 600- 605, 657, 658
 - Menard AD. Offman A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18, (1/2): 35 - 45
 - Mnif L. Masmoudi J. Charfi N. Baati I. Guermazi M. Jaoua A. (2011). Impact of

- Victimization Risk Among College Women. *Behavior Therapy*, 44, (1): 125 - 136
- Siegel RL. Miller KD. Jemal A. (2016). Cancer statistics, 2016. *A Cancer Journal for Clinicians*, 66, (1): 7 - 30
 - Taghavi A. Fazeli Z. Vahedi M. Baghestani AR. Pourhoseingholi A. Barzegar F. Pourhoseingholi MA. (2012). Increased trend of breast cancer mortality in Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, (1): 367 - 370
 - Thors CL. Broeckel JA. Jacobsen PB. (2001). Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*, 8, (5): 442 - 448
 - Torre LA. Bray F. Siegel RL. Ferlay J. Lortet-Tieulent J. Jemal A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *A Cancer Journal for Clinicians*, 65, (2): 87 - 108
 - Whyte Iv J. (2006). Sexual assertiveness in low-income African American women: unwanted sex, survival, and HIV risk. *Journal of Community Health Nursing*, 23, (4): 235 - 244