

مقایسه اثربخشی مداخله روانی جنسی ترکیبی با درمان طبی مسائل جنسی بر رضایت جنسی زنان بهبود یافته از سرطان پستان
ندا یارایی^۱، علی محمد نظری^۲، کیانوش زهراکار^۳، غلامرضا صرامی^۴

Comparison between Effectiveness of Combined Psychosexual Intervention and Medical treatment on the Sexual Satisfaction of Breast Cancer Survivors

Neda Yaraei¹, Ali Mohammad Nazary², Kiayanoush Zahrakar³, GHolamReza Sarami⁴

چکیده

زمینه: مداخله روانی جنسی ترکیبی و درمان‌های طبی مسائل جنسی دو مورد از رویکردهای بیست که برای افزایش رضایت جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان طراحی شده‌اند. مسأله پژوهش این است که آیا مداخله روانی جنسی به تنهایی می‌تواند اثربخشی بیشتری در رضایت جنسی داشته باشد؟ **هدف:** هدف بررسی اثربخشی مداخله روان‌شناختی در مقایسه با درمان طبی بر افزایش رضایت جنسی زنان بهبود یافته از سرطان پستان است. **روش:** روش انجام پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دو گروه تجربی و یک گروه گواه و ابزار پژوهش پرسشنامه رضایت جنسی زنان بود. داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس بررسی شد. **یافته‌ها:** یافته‌های تحلیل کواریانس نشان داد میانگین سه گروه مورد مطالعه در زیرمقیاس‌های اضطراب رابطه‌ای ($P=0/037$) و نمره کل رضایت جنسی ($P=0/006$) از نظر آماری با یکدیگر تفاوت دارند؛ در حالی که میانگین سه گروه مورد مطالعه در سایر زیرمقیاس‌ها با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند. همچنین، نتایج آزمون تعقیبی نشان داد اضطراب رابطه‌ای در گروه مداخله بیشتر از گروه درمان طبی کاهش پیدا کرده و نمره کل رضایت جنسی در گروه مداخله بیشتر از گروه طبی افزایش داشته‌است. تحلیل واریانس انجام شده برای سایر زیرمقیاس‌ها تفاوت آماری معناداری بین میانگین گروه‌ها نشان نداد. **نتیجه‌گیری:** این به آن معناست که: درمان مداخله روان‌شناختی موفقیت نسبی بیشتری از درمان طبی در افزایش رضایت جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته‌است. **واژه کلیدی‌ها:** مداخله ترکیبی روانی جنسی، درمان طبی، رضایت جنسی، سرطان پستان

Background: Combined psychosexual intervention and medical treatment are two approaches that have designed for increasing sexual satisfaction in breast cancer patients. Question of this study is: could psychosexual intervention be more effective in sexual satisfaction alone? **Aims:** This study aimed to show combined psychosexual intervention is more effective than medical treatment in sexual satisfaction of breast cancer survivors. **Method:** Method of this research was semi experimental with pre and posttest and two experimental and one control group and research tool was sexual satisfaction scale of women. Analysis of covariate and ANOVA was used for analysis. **Results:** Results showed average of three groups was different in Relationship anxiety sub scale ($P=0.037$) and total Sexual satisfaction score ($P=0.006$) while other sub scales were not different. Post hoc test showed that relationship anxiety was reduced in psychosexual intervention group compared with medical group and total sexual satisfaction scale was improved in psychosexual intervention group compared with medical group. Other sub scales were not different. **Conclusions:** It means that: breast cancer survivors could relatively benefit more from psychosexual intervention than medical intervention. **Key words:** psychosexual combined intervention, medical treatment, sexual satisfaction, breast cancer

Corresponding Author: amnazariy@yahoo.com

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۱. PhD student of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

۲. استادیار، گروه مشاوره دانشگاه شاهرود، شاهرود، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Assistant Professor, Department of counseling, Tehran, Iran (Corresponding Author)

۳. استادیار، گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. Assistant Professor, Department of Counseling Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

۴. استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴. Assistant Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

مقدمه

در سایه پیشرفت‌های اخیر در علوم پزشکی، بیماری سرطان دیگر یک بیماری غیرقابل علاج محسوب نمی‌شود. بین ۶۰ تا ۷۰٪ مبتلایان به سرطان، بسته به نوع و مرحله تشخیص بیماری بهبود یافته و به زندگی باز می‌گردند. ولی سرطان بیماری‌ای است که ابتلا و درمان آن ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که ماسکومی به تصویر بدنی زنان آسیب می‌زند و باعث بروز مشکلاتی در آنها می‌شود (راکیو و همکاران، ۲۰۱۴؛ گومز و همکاران، ۲۰۱۳؛ کریچمن و همکاران، ۲۰۱۱؛ سوچینو همکاران، ۲۰۱۰). به دلیل تغییر شکل بدن، اختلال در تصویر تن و تبعات روانی اجتماعی شدید، بیشترین پیامدهای ناشی از آن در روابط به خصوص رابطه باهمسر خود را نشان می‌دهد (آوکی و همکاران، ۲۰۱۱). میزان خرسندی زوجین از روابط جنسی و توانایی در لذت بردن و لذت دادن به یکدیگر رضایت جنسی خوانده می‌شود (یانگ و همکاران، ۱۹۹۷). تحقیقات نشان داده‌اند که سطوح بالاتر رضایت جنسی با کیفیت ارتباطی بهتر و پایداری بیشتر آن رابطه دارد (اسپریچر و کی، ۲۰۰۴). مداخله خانواده درمانگری متمرکز بر هیجان نیز می‌تواند منجر به افزایش رضایت جنسی و کاهش تنیدگی شود (نکونام، اعتمادی و پورنقاش تهرانی، ۱۳۹۷).

مطابق با دیدگاه شناختی، باورها در خصوص مسائل جنسی، تعیین‌گر تجارب مثبت یا منفی از رضایت جسمانی و جنسی هستند (بارلو، ۱۹۸۶). بعلاوه مطالعات نشان داده‌اند که یکی از عوامل اثرگذار بر رضایت جنسی تصویر بدنی^۱ است (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ یامامیا و همکاران، ۲۰۰۶). یکی از عوارض ابتلا و درمان سرطان پستان برای بهبودیافتگان از این بیماری، مسائل و مشکلات رابطه جنسی است (سایم و همکاران، ۲۰۱۳). زنانی که تحت ماسکومی قرار می‌گیرند در این خصوص دغدغه دارند که تغییرات در ظاهرشان به صورت منفی بر زندگی جنسیشان تأثیر گذاشته است (دموت و همکاران، ۲۰۱۲؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوکان و گورسوی، ۲۰۱۶).

سه نوع درمان (۱) طبی (۲) ورزشی و (۳) روان‌شناختی برای مسائل جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده می‌شود (تایلر و همکاران،

۲۰۱۰). مدل "مداخله روانی جنسی ترکیبی" حاصل سال‌ها تجربه بالینی در کار با زنان مبتلا به سرطان پستان است. اولین بار کالیتز در سال ۲۰۰۷ این مدل را به صورت ترکیبی و خلاصه معرفی کرده است. این مدل شامل ۶ جلسه دو هفته در میان است که به صورت زوجی برگزار می‌شود. محتوای جلسات شامل مشاوره و افزایش سازگاری زوجین با بیماری، آموزش توانش ارتباطی، صمیمیت عاطفی و جنسی، ارائه اطلاعات جنسی مورد نیاز، اصلاح تصویر بدنی و توانمندسازی برای حل مسائل است (کالیتز و همکاران ۲۰۰۷).

مسائل جنسی زنان مبتلا به سرطان علاوه بر مداخلات روان-شناختی، نیازمند مداخلات پزشکی نیز هستند که توسط تیم درمانی به صورت ترکیبی و جامع لازم به اجرا است (چیرگوین، ۲۰۱۰؛ کریچمن و کاتز، ۲۰۱۲). درمان‌های پزشکی که برای درمان مسائل جنسی زنان بهبودیافته از سرطان پستان استفاده می‌شود شامل درمان‌های هورمونی سنتی (پراتی و سیمون، ۲۰۱۱)، درمان‌های هورمونی جدید (کریچمن و کاتز، ۲۰۱۲)، درمان با ضدافسردگی‌ها (بوردلیو و همکاران، ۲۰۰۷) و درمان با بازدارنده‌ها (هانگ و همکاران، ۲۰۰۸) است. همواره در مورد چگونگی ارائه خدمات به این افراد دغدغه وجود داشته است. انتخاب نوعی از مداخله که با توجه به جنبه‌های مختلف مشکلات بیمار بتواند بیشترین فایده را برای آنها داشته و جنبه‌های مختلف زندگی زناشویی آنها را بهبود بخشد و به شکل مؤثرتری پاسخگوی نیازهای این دسته از زوج‌ها باشد مورد دغدغه بوده است.

بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخ این سؤال است که آیا تأثیر درمان روان‌شناختی مداخله روانی جنسی ترکیبی نسبت به درمان طبی مسائل جنسی برای زنان بهبود یافته از سرطان پستان بر رضایت جنسی آنها بیشتر است؟

روش

نوع مطالعه مورد استفاده در این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی یا شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و دو گروه تجربی و یک گروه گواه توأم با گمارش تصادفی بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه زنان بهبودیافته از سرطان پستان که در سال ۱۳۹۴ در برنامه‌های حمایتی معاونت اجتماعی شهرداری منطقه ۳ تهران شرکت کردند. نمونه پژوهش از بین این جامعه آماری به

^۱ Body image

افراد انتخاب شده به صورت تصادفی در سه گروه " مداخله روانی جنسی ترکیبی"، "درمان طبی مسائل جنسی" و "گواه" قرار داده شدند. برای دو گروه درمان روانی و جنسی ترکیبی و طبی ۷ نفر و در گروه گواه ۸ نفر جایگزین شدند که مجموعاً ۲۲ نفر را شامل شد. در مرحله بعدی پیش‌آزمون انجام شد و سپس درمان روانی جنسی ترکیبی بر روی افراد گروه مداخله اعمال گردید که محتوای آن در جدول شماره ۱ آمده است. بعد از اتمام جلسات درمانی رویکرد روانی جنسی ترکیبی، پس‌آزمون رضایت جنسی اجرا شد و داده‌ها جمع‌آوری گردید.

صورت تصادفی ساده انتخاب گردید. برای انتخاب نمونه آماری ملاک‌های ورود و خروج در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از ابتلا به سرطان و اتمام درمان‌های حاد سرطان (شیمی درمانی حاد و جراحی) و نمره‌ی پیش‌آزمون با ۱ انحراف استاندارد بالای میانگین، زنان بهبودیافته در سنین ۳۵ تا ۶۵ سال، متاهل و در حال زندگی با همسر؛ و ملاک‌های خروج که عبارت بودند از اعتیاد به مشروبات الکلی، مواد مخدر و سایر داروهای روانگردان، بیماری‌های روانی شدید مانند اضطراب، افسردگی شدید و... (افراد با افسردگی متوسط به بالا در پژوهش وارد نمی‌شوند). با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ذکر شده نهایتاً ۲۲ نفر در این پژوهش مشارکت نمودند.

جدول ۱. محتوای شش جلسه‌ای مداخله روانی جنسی ترکیبی

جلسه	هدف
اول	ایجاد ارتباط، تبیین اهداف جلسات و ساختار و اصول و اهمیت روابط زناشویی، ارتباط مسائل جنسی و روابط زناشویی، آموزش ارتباط و گفتگو، توانش ارتباط صمیمانه، تمرین گفتگوی غیر جنسی زوجین.
دوم	آشنایی با فیزیولوژی جنسی انسان، اندام جنسی و چرخه طبیعی رفتارهای جنسی، تمرین فیزیکی کگل.
سوم	بررسی باورها در مورد روابط زناشویی و مسائل جنسی و تصحیح باورهای نادرست، بررسی انواع اضطراب (رابطه‌ای و شخصی) و راه‌های مقابله با آن.
چهارم	بررسی روانشناسی روابط در خانواده و کاهش تعارضات زناشویی، آموزش شکل‌دهی سازگاری و افزایش صمیمیت، تکنیک روزهای مراقبت.
پنجم	آشنایی با اختلالات جنسی شایع و مؤثر بر رضایت زناشویی و درمان آنها، آشنایی با اختلالات جنسی شایع و مؤثر بر رضایت زناشویی در بهبودیافتگان از سرطان و درمان آنها.
ششم	جمع‌بندی راه‌های افزایش رضایت زناشویی در مسائل مرتبط با عوامل جنسی.

ابزار

پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش ابزار اندازه‌گیری رضایت جنسی زنان^۱ بود. قابلیت اعتماد و درستی این ابزار در سال ۱۳۹۲ توسط روشن و همکاران با انجام طرح توصیفی بر روی ۶۲۸ نفر از زنان متأهل دانشجوی سنجیده شده است. تحلیل عاملی مدل ۵ عاملی پرسشنامه را تأیید کرد و هیچ یک از سؤالات حذف نشد. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۸ و برای ابعاد آن از ۰/۸۲ و ۰/۹۱ بدست آمد که قابل قبول بودند. همچنین ضرایب بازآزمایی برای نمره رضایت جنسی و ابعاد آن ۰/۷۳ تا ۰/۹۷ بدست آمد. این مقیاس ۳۰ سؤالی مرکب از ۵ بعد شامل موارد زیر است: رضایت (سؤالات ۱ تا ۶)، ارتباط (سؤالات ۷ تا ۱۲)، سازگاری (سؤالات ۱۳ تا ۱۹)، اضطراب رابطه‌ای (سؤالات ۱۹ تا ۲۴)، اضطراب شخصی (سؤالات ۲۵ تا ۳۰). همچنین نمره کلی رضایت جنسی قابل محاسبه است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً

موافقم تا کاملاً مخالفم) می‌باشد. نمره بالاتر به معنای رضایت بیشتر است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل یافته‌های بدست آمده حاصل از اجرای پرسشنامه‌ها، از تحلیل کواریانس چند متغییری برای حذف اثر پیش‌آزمون و تحلیل واریانس استفاده شد. برای زیرمقیاس‌هایی که حائز شرایط و پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیره بودند از این آزمون و برای متغیرهایی که فاقد برخی از پیش فرض‌های مذکور بودند تحلیل واریانس استفاده شد.

داده‌ها و یافته‌ها

در جدول ۲ به بررسی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ارتباط، اضطراب رابطه‌ای، اضطراب شخصی و نمره کل رضایت جنسی پرداخته است. چهار متغیر ذکر شده تمامی پیش فرض‌های لازم برای تحلیل کواریانس چندمتغیره را دارا بودند. در جدول ۲ میانگین

^۱. women sexual satisfaction scale

رضایت جنسی ($p=0/006$) به لحاظ آماری معنادار هستند در حالی که در بعد اضطراب شخصی و ارتباط این میزان معنادار نیست. برای محاسبه این که تفاوت در کدام یک از گروه‌ها رخ داده است از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

نتایج پیش آزمون، میانگین پس آزمون تعدیل نشده و پس آزمون تعدیل شده قابل مقایسه است. در جدول ۳، نتایج تحلیل کواریانس آمده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میزان f محاسبه شده برای مقایسه میانگین سه گروه در بعد اضطراب رابطه‌ای ($p=0/037$) و نمره کل

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون تعدیل نشده و پس آزمون تعدیل شده

متغیر	گروه	میانگین پیش آزمون	پس آزمون	
			تعدیل نشده	تعدیل شده
ارتباط	اول	۲۴/۲۸	۲۷/۵۷	۲۴/۵۲
	دوم	۱۵	۱۷/۴۰	۲۰/۵۳
	سوم	۱۵	۱۹	۱۹/۹۴
اضطراب رابطه‌ای	اول	۲۷/۵۷	۳۰	۲۸/۷۷
	دوم	۲۵/۴۲	۲۱/۴۰	۲۱/۷۱
	سوم	۲۳/۱۲	۲۵/۵۰	۲۶/۶۶
اضطراب شخصی	اول	۲۵/۱۴	۲۶/۲۸	۲۵/۷۰
	دوم	۲۵/۷۱	۲۲/۲۰	۲۱/۷۰
	سوم	۲۱/۷۵	۲۲/۱۶	۲۳/۲۵
نمره کل رضایت جنسی	اول	۱۱۹/۵۷	۱۳۰/۵۷	۱۲۱/۶۹
	دوم	۹۸/۵۷	۸۶	۹۲/۵۵
	سوم	۹۳/۲۵	۹۸/۱۶	۱۰۳/۰۶

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر رضایت جنسی و ابعاد آن

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	احتمال P	ضریب مجذورات
ارتباط	گروه	۵۰/۴۵	۲	۲۵/۲۲	۳/۵۲	۰/۰۵۷	۰/۳۳
	خطا	۱۰۰/۱۱۷	۱۴	۷/۱۵	-	-	-
	مجموع	۹۲۴۴/۰۰۰	۱۸	-	-	-	-
اضطراب رابطه‌ای	گروه	۱۴۵/۳۲	۲	۷۲/۶۶	۴/۲۲	۰/۰۳۷	۰/۳۷۷
	خطا	۲۴۰/۶۱	۱۴	۱۷/۱۸	-	-	-
	مجموع	۱۲۹۴۲/۰۰	۱۸	-	-	-	-
اضطراب شخصی	گروه	۴۸/۸۹	۲	۲۴/۴۴	۱/۵۷	۰/۲۴	۰/۱۸
	خطا	۲۱۷/۴۴	۱۴	۱۵/۵۳	-	-	-
	مجموع	۱۰۷۲۲/۰۰	۱۸	-	-	-	-
نمره کل رضایت جنسی	گروه	۱۶۵۶/۸۶	۲	۸۲۸/۴۳	۷/۴۰	۰/۰۰۶	۰/۵۱
	خطا	۱۵۶۵/۴۳	۱۴	۱۱۱/۸۱	-	-	-
	مجموع	۲۱۷۰۸۳/۰۰	۱۸	-	-	-	-

جدول ۴. نتایج تحلیل تعقیبی بن فرونی برای متغیرهای اضطراب رابطه‌ای و نمره کل رضایت جنسی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
اضطراب رابطه‌ای	اول	دوم	۷/۰۶ ^o	۲/۴۶	۰/۰۳۸
	دوم	گواه	۲/۱۱	۲/۴۰	۰/۹۹
	اول	گواه	-۴/۹۵	۲/۵۲	۰/۲۰
نمره کل رضایت جنسی	اول	دوم	۲۹/۱۳ ^{oo}	۷/۵۹	۰/۰۰۵
	دوم	گواه	۱۸/۶۳	۷/۰۷	۰/۰۵۹
	اول	گواه	-۱۰/۵۰	۶/۴۲	۰/۳۷

*p<0/01 **p<0/001

نتایج تحلیل تعقیبی نشان می‌دهد تفاوت میانگین اضطراب رابطه- ای تعدیل شده در گروه اول (مداخله روانی جنسی) در مقایسه با میانگین اضطراب رابطه‌ای گروه دوم (درمان طبی مسائل جنسی) معنادار است ($p=0/038$) در حالی که تفاوت میانگین‌ها در گروه اول ($p=0/99$) و دوم ($p=0/20$) در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری نداشته است. همچنین نتایج تحلیل تعقیبی نشان داد تفاوت میانگین نمره کل رضایت جنسی در گروه اول (مداخله روانی جنسی ترکیبی) در مقایسه با میانگین گروه دوم (درمان طبی مسائل جنسی) معنادار است و در مقایسه با گروه گواه معنادار نیست ($p=0/005$)

نتایج تحلیل تعقیبی نشان می‌دهد تفاوت میانگین گروه دوم در مقایسه با گروه گواه تفاوت معنادار نیست ($p=0/37$). گواه نیز معنادار نیست ($p=0/59$). از طرفی تفاوت میانگین گروه دوم در مقایسه با گروه گواه نیز معنادار نیست ($p=0/37$).

در نهایت برای بررسی داده‌های دو بعد باقیمانده متغیر رضایت جنسی (سازگاری و رضایت) از آنجایی که در آنها پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس رعایت نگردید، از تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

نتایج جدول ۵ نشان داد میزان f محاسبه شده برای تفاوت میانگین سه گروه در دو بعد رضایت جنسی ($p=0/96$) و سازگاری ($p=0/51$) به لحاظ آماری معنادار نیست.

متغیر	ابعاد	گروه‌ها	تعداد	میانگین (انحراف استاندارد)	خطای استاندارد	f	احتمال p
رضایت جنسی	رضایت	اول	۷	۱/۵۷- (۴/۹۶)	۴/۹۶	۰/۳۴	۰/۹۶
		دوم	۵	۲/۲- (۵/۱۶)	۵/۱۶		
	جنسی	گواه	۶	۱/۵- (۴/۳۷)	۴/۳۷	۰/۵۱	۰/۶۸
		اول	۷	۲/۵۷- (۳/۱۵)	۱/۱۹		
سازگاری	دوم	۵	۲/۰۰ (۱۰/۱۲)	۴/۵۲	۲/۵۶		
	گواه	۶	۰/۶۶- (۶/۲۸)				

عملکرد بهتری از درمان طبی داشته است. این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش‌های بیگلیا و همکاران (۲۰۱۰) و بویجس و همکاران (۲۰۰۹) ناهمسو است اما با پژوهش‌های اسکات^۱، هالفورد و وارد (۲۰۰۴)، کالیتز (۲۰۰۷)، مین و بدر (۲۰۰۸) و گمز و کام (۲۰۰۸) همسو و هماهنگ است. همانگونه که مشخص می‌شود در درمان مداخله روانی جنسی تأکید بیشتری بر روی کاهش اضطراب زوجین هنگام ارتباط با یکدیگر شده است این درحالیست که در درمان طبی فن یا تکنیک خاصی که با هدف کاهش اضطراب بین زوجی به کار رود وجود ندارد. در درمان روانی جنسی کار مستقیم بر روی آموزش شیوه‌های تعاملی برای کاهش تنش و آموزش حل مساله و کاهش اضطراب این ظرفیت را در یکی از زوجین به وجود آورده است تا تنش و اضطراب خود را در رابطه با همسر کاهش دهند. همچنین، مشخص گردید درمان روانی جنسی در مقایسه با درمان طبی نمره کل رضایت جنسی را افزایش داده است. در مداخله روانی جنسی، علاوه بر آموزش‌های جنسی به ارابه درمان‌های روان‌شناختی نیز پرداخته شد. در بحث

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اینکه "مداخله روانی جنسی ترکیبی در مقایسه با درمان طبی مسائل جنسی بر افزایش رضایت جنسی زنان بهبود یافته از سرطان پستان مؤثرتر است" انجام گردید. تحلیل‌های متناسب با این هدف انجام گردید و نتایج به شکل زیر به دست آمد. تحلیل انجام شده برای متغیر رضایت جنسی نشان داد، درمان روانی جنسی ترکیبی در مقایسه با درمان طبی اضطراب رابطه‌ای آزمودنی‌ها را بهبود بخشیده است. همچنین، درمان روانی جنسی نمره کل رضایت جنسی را در مقایسه با درمان طبی به میزان بیشتری بهبود داده است که این میزان به لحاظ آماری معنادار بود. در سایر مؤلفه- های رضایت جنسی یعنی سازگاری، رضایت جنسی، اضطراب شخصی و ارتباط اثر نتایج دو نوع درمان استفاده شده در مقایسه با یکدیگر و نیز گروه گواه هیچ تفاوت معنادار آماری را نشان ندادند. بدین ترتیب یافته این پژوهش آن بود که درمان روانی جنسی در مقایسه با درمان طبی نتایج بهتری ارائه داده است و در بهبود یک بعد (اضطراب شخصی) رضایت جنسی و نمره کلی رضایت جنسی

^۱. Scott

افراد مبتلا به سرطان پستان انجام داد. وی در این پژوهش از یک درمان روان‌شناختی برای بهبود صمیمیت و روابط زناشویی استفاده کرد. در پایان نتایج پژوهش‌های وی نشان داد بعد از سپری شدن چند ماه بین گروه گواه و آزمایش از لحاظ متغیرهای مورد پژوهش تفاوت معناداری به دست نیامد. رولند در طول پژوهش با اشاره به بهبود نسبی به دست آمده در گروه آزمایش چنین نتیجه‌گیری کرد که باید از این گونه درمان‌ها در محیط‌های استاندارد و مناسب بالینی استفاده کرد.

در جمع‌بندی تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین مطرح کرد که درمان مداخله روانی جنسی ترکیبی ارایه شده در مقایسه با درمان طبی روی متغیر رضایت جنسی و ابعاد آن موفقیت نسبی داشته است به طوری که در مقایسه با این درمان اضطراب رابطه‌ای و نمره کل رضایت جنسی را بیشتر بهبود بخشید. در ذکر تبیین‌های موجود برای اثربخشی بیشتر این درمان در مقایسه با درمان طبی اشاره شده که علاوه بر آموزش‌های مستقیم جنسی به زوجین به روان‌مانگری و حل مشکلات ارتباطی آنها پرداخته می‌شود. اما درمان روانی جنسی در این پژوهش رضایت جنسی را کاملاً بهبود نبخشید و تنها در زیرمقیاس اضطراب رابطه‌ای و نمره کل رضایت جنسی عملکرد زوجین را بهبود بخشید. از این رو در تبیین این یافته چنین ذکر شد که محیط استاندارد و مناسب بالینی و تجربه و کارآزمودگی بالای درمانگر در اثربخشی یا عدم اثربخشی درمان بسیار مهم است. در این پژوهش این احتمال وجود دارد که علی‌رغم توفیق اثربخشی درمان روانی جنسی و درمان‌های مشابه در پژوهش‌های گذشته، محدودیت‌های پژوهش باعث اثربخشی محدود این مداخله شده است.

یکی از اصلی‌ترین محدودیت‌های این پژوهش تعمیم‌پذیری محدود نتایج آن است. این پژوهش روی زنان بهبودیافته از سرطان در شهر تهران (منطقه ۳ شهرداری) انجام شد که از نظر طبقه اجتماعی اقتصادی قابلیت تعمیم نتایج را محدود می‌کند.

در پایان پیشنهادی که برای پژوهشگران علاقمند به این حوزه می‌توان داد آن است که از آنجایی که زمینه فرهنگی افراد در دریافت درمان‌ها بسیار مهم است، این است که به مؤلفه‌های فرهنگی مرتبط با محتوای درمان و تأثیرگذار در فرآیند پژوهش توجه بیشتری شود. از سوی دیگر ارائه درمان‌های زوجی در ابتدای ابتلا به سرطان نیز می‌تواند احتمال مشارکت همسر در درمان و اثربخشی درمان را بیشتر نماید.

مقایسه اثربخشی درمان‌های طبی و درمان‌های روان‌شناختی تایلر و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود اذعان می‌کنند که کار با بیماران مبتلا به سرطان پستان و حل مشکلات جنسی آنها باید مداخله‌ای چندوجهی باشد به شکلی که شخصیت افراد، تصویر بدنی، ارتباطات با همسر و راهبردهای مستقیم جنسی را در کنار یکدیگر مورد بررسی قرار دهد. آنها اذعان می‌دارند که صرفاً ارایه درمان طبی برای این بیماران به جهت دلایل ذکر شده قابلیت اثربخشی بالایی نخواهد داشت. در این پژوهش، مشخص می‌شود که آنها بر اساس تحلیل نتایج پژوهش‌های مختلف، رویکردهای روان‌شناختی که ترکیبی از درمان جنسی و زوج درمانی را در خود ارایه می‌کنند را قوی‌تر و کامل‌تر از درمان‌های پزشکی یا طبی قلمداد می‌کنند. در پژوهشی که باکوم و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان درمان زوج محور برای کاهش مشکلات جنسی و مسائل زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام دادند نیز نتایج مشابه حاصل گردید. در رویکرد مداخلاتی پژوهش آنها، همانند رویکرد معرفی شده توسط کالیتز (۲۰۰۷) از مداخله‌ی درمانی استفاده گردید که علاوه بر تأکید مستقیم بر مسائل جنسی و آموزش آن، به زوج درمانی و کار روی تصویر بدنی نیز اقدام می‌شود. نتایج این پژوهش پس از انجام مداخله نشان داد مشکلات جنسی و روابط زناشویی زوجین به صورت معناداری بهبود یافته است. همچنین، کارول، بارون و کارول در سال ۲۰۱۶ پژوهشی با عنوان مرور مقالات زوج درمانی برای حل مشکلات جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام دادند. پژوهش آنها نشان داد مداخلات زوج درمانی با محوریت موضوعات جنسی در بهبود تصویر بدنی، مشکلات جنسی، تصویر جنسی فرد از خویشتن، و سلامت روانی زوجین مفیدترین روش است.

هرچند درمان روانی جنسی در مقایسه با درمان طبی توانست دو سطح از رضایت جنسی یعنی اضطراب رابطه‌ای و نمره کلی رضایت جنسی را بهبود بخشد اما دو درمان روانی جنسی و درمان طبی در مقایسه با یکدیگر و گروه گواه تأثیر معناداری بر سایر سطوح رضایت جنسی نداشتند. ادبیات پژوهش انجام شده روی درمان‌های روان‌شناختی مشخص می‌کند که کاربرد آنها برای بهبود رضایت جنسی روی بیماران مبتلا به سرطان هرچند موفق‌تر از درمان‌های مشابه دیگر (مانند درمان طبی و ورزش) است اما پژوهش‌هایی نیز وجود دارد که عدم کارایی یا کارایی نسبی آنها را نشان می‌دهد. برای مثال رولند در سال ۲۰۰۹ پژوهشی با عنوان بررسی صمیمیت و بهبود روابط زوجی

منابع

- Kalaitzi, C., Papadopoulos, VP., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P., Filippou D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *Journal of Surgical Oncology*, 96(3):235–240.
- Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer after Mastectomy: A Qualitative Research. *Journal of Breast Health*, 12, 145-150.
- Krychman, M. L., Katz, A. (2011). Breast cancer and sexuality: multi-modal treatment options. *Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 5-13.
- Manne S, Badr H, (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(511), 2541–2555.
- Pruthi, S., Simon, J.A, & Early, A.P. (2011). Current overview of the management of urogenital atrophy in women with breast cancer. *Breast Journal*, 17(4), 403–408.
- Rowland, J. H, Meyerowitz, B. E., Crespi, C. M., Leedham B., Desmond, K, Belin, T. R., Ganz, P. A. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Research and Treatment*, 118(1):99–111.
- Scott JL, Halford W, Ward BG (2004). United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1122–1135.
- Sprecher, S., & Cate, R. (2004). *Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability*. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *the handbook of sexuality in close relationships* (pp. 235–256). Mahwah, NY: Erlbaum.
- Taylor S, Harley C, Ziegler L, Brown J, & Velikova G. (2011). Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 130(3), 711-724.
- Yamamiya, Y., Cash, T. F., Thompson, J. K. (2006). Sexual experiences among college women: The differential effects of general versus contextual body images on sexuality. *Sex Role*, 55(5), 421–427.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 275-293.
- روشن چسلی رسول، میرزایی صدیقه، نیک اذین امیر (۱۳۹۳). اعتبار و پایایی مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه‌ای از زنان ایرانی، *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲۱ (۱۰)، ۱۴۰–۱۲۹.
- نکونام، اعتمادی و پورنقاش تهرانی (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس عروق کرونر. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۵)، ۶۱–۷۷.
- Avcı, I.A., Kumcagız, H.(2011). Marital Adjustment and Loneliness Status of Women with Mastectomy and Husbands Reactions. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 12(2):453-459.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54(2), 140-148.
- Biglia, N., et al (2010) Low-dose vaginal estrogens or vaginal moisturizer in breast cancer survivors with urogenital atrophy: a preliminary study. *Gynecol Endocrinol* 26(6), 404–412.
- Bordeleau, L., Pritchard, K., Goodwin, P., & Loprinzi, C. (2007). Therapeutic options for the management of hot flashes in breast cancer survivors: An evidence-based review. *Clinical Therapy*, 29(2), 230–241.
- Buijs, C., et al (2009) Venlafaxine versus clonidine for the treatment of hot flashes in breast cancer patients: a double-blind, randomized cross-over study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 130(3), 711-724.
- Chirgwin, J., Craike, M., Gray, C., Watty, K., Mileskin, L., & Livingston, P. M. (2010). Does multidisciplinary care enhance the management of advanced breast cancer?: evaluation of advanced breast cancer multidisciplinary team meetings. *Journal of oncology practice*, 6(6), 294–300.
- Davison, S., Bell, R., LaChina, M., Holden, S., Davis, S. (2008). Sexual function in well women: Stratification by sexual satisfaction, hormone use, and menopause status. *Journal of Sexual Medicine*, 5(5), 1214–1222.
- Demuth, A., Czerniak, U., Krzykała, M., & Ziolkowska, E. (2012). Subjective assessment of body image by middle- aged men and women. *Studies in Physical Culture and Tourism*, 19(1), 25-29.
- Gilbert, E., Ussher J.M., & Perz J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66(4), 397-407.
- Gómez-Campelo P, Bragado-Álvarez C, José Hernández-Lloreda M,(2013), Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery. *Psycho-Oncology*, 23(4), 459-466.
- Hong, L., Wu K., & Fan D. (2008). Sildenafil as treatment for antidepressant-induced sexual dysfunction. *JAMA*, 300(20), 2365-2366.