

## مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان اصفهان\*

اکرم احمدی<sup>۱</sup>، فاطمه قائمی<sup>۲</sup>، نورعلی فرخی<sup>۳</sup>

### Comparison of the effectiveness of mindfulness training and commitment and acceptance therapy on sexual function in cancer patients in isfahan

Akram Ahmadi<sup>1</sup>, Fatemeh Ghaemi<sup>2</sup>, Nour Ali Farrokhi<sup>3</sup>

#### چکیده

**زمینه:** پژوهش‌های متعدد بر اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان بیماران مبتلا به سرطان تأکید دارد. اما بین اثربخشی این دو درمان بر بهبود عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان تفاوت وجود دارد؟ **هدف:** هدف از پژوهش حاضر تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی بیماران سرطانی اصفهان بود. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه بود. از بین مردان مبتلا به سرطان شهر اصفهان، نمونه شامل ۳۰ بیمار به صورت هدفمند مطابق با معیارهای پژوهش انتخاب شد و سپس ۱۰ نفر در گروه ذهن آگاهی (کابات زین، ۲۰۰۳)، ۱۰ نفر نیز در گروه پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳) و ۱۰ نفر هم گروه گواه به صورت تصادفی گماره شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه سلامت جنسی مردان روزن و همکاران (۲۰۰۴) بود. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که هم آموزش ذهن آگاهی و هم درمان پذیرش و تعهد بر افزایش عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان تأثیر معنی‌داری دارد ( $p < 0/001$ )؛ اما بین اثربخشی دو گروه ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌دار نیست. **نتیجه‌گیری:** از مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان پذیرش و تعهد می‌توان به منظور بهبود عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان استفاده کرد. **واژه کلیدیها:** ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد جنسی

**Background:** Numerous studies have emphasized the effectiveness of mindfulness and acceptance and commitment therapy on the treatment of cancer patients. But is there a difference between the effectiveness of these two treatments on improving sexual function in men with cancer? **Aims:** The aim of this study was to determine and compare the effectiveness of mindfulness training and acceptance and commitment based therapy on sexual function in Isfahan cancer patients. **Method:** This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with two experimental groups and one control group. Among males with cancer in Isfahan, a sample of 30 patients was selected purposefully according to the research criteria and then 10 in the mindfulness group (Kabat-Zinn, 2003), 10 in the acceptance and commitment group (Hayes and et al, (2010) and 10 controls were randomly assigned to the control group. The instrument used was Rosen et al (2004) Men's Sexual Health Questionnaire. **Results:** The results of covariance analysis showed that both mindfulness training and acceptance and commitment therapy had a significant effect on increasing sexual function in men with cancer ( $p \leq 0/001$ ). but between the effectiveness of mindfulness and acceptance and commitment groups The difference is not significant. **Conclusions:** Mindfulness-based interventions and acceptance and commitment therapies can be used to improve the sexual function of men with cancer. **Key Words:** Mindfulness, acceptance and commitment therapy, sexual function

*Corresponding Author: Ghaemifatemeh@yahoo.com*

\* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری روانشناسی عمومی نویسنده اول می‌باشد.

<sup>۱</sup>. دانشجوی دکتری رشته روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۱</sup>. Ph.D Student in General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>۲</sup>. استادیار، گروه غدد و متابولیسم، ستاد وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup>. Assistant Professor, Department of Endocrinology and Metabolism, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup>. دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

<sup>۳</sup>. Associate Professor, Department of Assessment and Measurement, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۹/۳۰

دریافت: ۹۸/۰۶/۲۹

## مقدمه

سرطان به آن دسته از توده‌های سلولی که خصوصیات بدخیمی را دارند، اطلاق می‌شود. این واژه اولین بار برای توصیف بیش از ۱۰۰ بیماری که در آن سلول‌ها بدون محدودیت تکثیر پیدا کرده و یا باعث تخریب بافت‌های سالم می‌شدند، استفاده شد. اولین مدارک پزشکی برای توصیف سرطان از کتیبه پایروس به دست آمده که حدود سال ۱۵۰۰ قبل از میلاد نوشته شده است. این مدارک فقط توصیفی از ورم‌های همراه با بعضی از تومورها می‌باشد. شیوع این بیماری در حال افزایش است و امروزه سرطان‌ها یکی از شایع‌ترین و شدیدترین بیماری‌های مشاهده شده در طب بالینی است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ شیوع سرطان دو برابر خواهد شد (اسمعیلی، احمدی، محمدی و تیرگری، ۱۳۹۱).

در ایران نیز سرطان یکی از مشکلات عمده بهداشتی می‌باشد، به طوری که سالانه بیش از ۵۰۰۰۰ مورد سرطان جدید در ایران بروز می‌نماید. آگاه شدن از تشخیص سرطان می‌تواند از لحاظ جسمی و روانی هم برای بیماران و هم برای خانواده‌ها بسیار تنش‌زا باشد. در گذشته معمول بود تا آنجا که ممکن است از به کار بردن کلماتی چون سرطان پرهیز شود و یا بیمار از بدخیمی مطلع نشود، چنین طفره رفتن‌هایی در حال حاضر در بسیاری از جوامع تأیید نمی‌شود. بلافاصله پس از تشخیص بیماری سرطان، ممکن است اضطراب و سایر اختلالات خلقی و عملکردی در بیماران به وجود آید. نگرانی از ایجاد ترس و اضطراب در بیماران به دنبال تشخیص سرطان باعث می‌شود حتی پزشکان و پرستاران علی‌رغم تمایل به آگاه کردن بیماران از تشخیص، از انجام این کار اجتناب نمایند. تشخیص سرطان باعث یأس و ناامیدی بیماران شده و آنها احساس می‌کنند که در یک موقعیت غیر قابل کنترل و سخت، گیر کرده‌اند و بر اساس آمار انتشار یافته از سوی همین سازمان تا سال ۲۰۳۰، ۱۳/۴ درصد از موارد مرگ و میر در ایران به علت سرطان خواهد بود (توکلی، مورفی و ترابی، ۲۰۰۸). تاپا، راول و بیستا (۲۰۱۰) در یک نمونه‌ی ۵۰ نفری از بیماران مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که در حدود ۶۰٪ این بیماران دچار عوارض روانشناختی ناشی از بیماری سرطان هستند. ۲۸٪ این بیماران علائم افسردگی و ۴۰٪ نیز علائم اضطراب را گزارش می‌دادند.

تمایلات جنسی پدیده‌ای است که اهمیت به آن امری واقع‌بینانه و نادیده انگاشتن آن از محالات می‌باشد چرا که مانند سایر امیال

غریزی انسان از آغاز تولد کودک وجود داشته و متناسب با رشد او متحول و شکوفا می‌شود. بیماری سرطان به دلیل تحلیل قوای بدنی، کاهش توانایی جهت انجام فعالیت‌های روزمره، بستری شدن بیمار و بالاخره افسردگی ناشی از آن می‌تواند عامل مهمی در ایجاد مشکلات جنسی باشد (جهانفر و مولایان نژاد، ۱۳۹۶).

اختلالات کارکرد جنسی، به عنوان اختلال میل، تحریک و ارگاسم و درد جنسی تعریف می‌شود که ناشی از عوامل چندگانه آناتومیکی، فیزیولوژیکی طبی و روانشناختی است و می‌تواند سبب ناراحتی شدید فردی شده، بر کیفیت زندگی و ارتباطات بین فردی اثر بگذارد. سرطان موجب اختلالات عملکرد جنسی، تحریک جنسی، مرطوب سازی، اوج لذت جنسی، میل جنسی و لذت جنسی و همچنین ترس از ناباروری، احساس عدم جذابیت جنسی، از دست دادن زنانگی، همچنین تغییر در اعتماد به نفس جنسی و کاهش تمایل جنسی، کاهش تهییج و نرسیدن به ارگاسم می‌شود، از طرفی، پژوهش‌ها نشان داده است افرادی که مشکلات جنسی دارند، معمولاً اعتماد به نفس پایینی داشته، مضطرب و نگران‌ترند، افسرده‌اند، روابط جنسی آنها تحت تأثیر پیش‌بینی شکست آنها قرار می‌گیرد، بهزیستی پایین و تجارب ناخوشایندی دارند (محمدی‌زاده، مرادی‌جو، شمس‌الدینی و جمشیدی، ۱۳۹۳).

بنابراین چگونگی مقابله افراد در شرایط غیر معمول از شدت و فراوانی اختلالات مهمتر است. یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روانشناختی، به ویژه درمان سرطان، تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه‌ی تفکر نظاره‌ای (ذهن‌آگاهی) با رفتار درمانی شناختی - سنتی است. ذهن‌آگاهی، یک آگاهی‌پذیرا و بدون قضاوت از وقایع جاری است. آگاهی که بر اثر توجه روی هدف، در لحظه‌ی جاری، بدون استنتاج لحظه به لحظه ایجاد می‌شود (اکبری، نفیسی و جمشیدی‌فر، ۱۳۹۲).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، که اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. با توجه به اینکه فرآیند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد بیاموزد، چگونه دست از بازداری فکری بردارند و چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند، این درمان روی پذیرش باورها در مقابل کشاکش با آنها، ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آنها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی متمرکزاند. همچنین تمرکز اصلی این درمان‌ها بیشتر روی

پذیرش نشانه است تا کاهش آن و نیز شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارتر پاسخ دهی به محرک نامطبوع درونی تأکید دارد (هیس، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۳).

درک بهتر از میزان شیوع اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند در شناسایی بیماران نیازمند به خدمات روانشناختی، شفاف سازی و تسهیل ارائه‌ی خدمات سلامت روانی و در نهایت بهبود دسترسی به مراقبت‌های لازم روانشناختی در این بیماران مفید و کارآمد باشد از طرفی نظر به اهمیت مسائل جنسی در حفظ سلامت جسم و روان فرد و خانواده و از آنجایی که سلامت جنسی، جزئی از سلامت عمومی است و همچنین با توجه به اهمیت مشکلات جنسی در روابط زوجین، علی‌رغم انجام مطالعات فراوان در زمینه تشخیص و درمان اختلالات جنسی، نیاز به انجام مطالعاتی در زمینه مشکلات و اختلالات ایجاد شده به دنبال سرطان ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین با توجه به این موضوع و موارد ذکر شده در مورد عوارض و مشکلات ابتلا به سرطان و درمان این بیماری به خصوص عوارض جسمی و روانی که شیمی درمانی در بیماران و همچنین با توجه به شیوع بالای انواع سرطان در کشورمان و بقای طولانی مدت مبتلایان به این بیماری که موجب درگیری بیشتر آنان با عوارض و پیامدهای سرطان می‌شود، اقداماتی در جهت درمان اختلالات روانی و کاهش علائم بیماری ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا مطالعه‌ی حاضر به منظور مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان پرداخته است و برای این منظور فرضیه‌های زیر مطرح است:

۱. آموزش ذهن آگاهی بر عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان اثربخش است.

۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان اثربخش است.

۳. بین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان تفاوت وجود دارد.

## روش

روش پژوهش از نوع کمی و نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی مردان مبتلا سرطان شهر اصفهان که در زمستان، بهار و تابستان ۱۳۹۶-۱۳۹۷ به بیمارستان‌های سرطان شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. با توجه به مطالعه انجام شده در خصوص میزان

شیوع بیماری‌های سرطانی، حداقل نمونه لازم برای هر گروه ۱۰ نفر برآورد گردید که در مجموع ۳۰ نفر انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا به از میان بیمارستان‌های سرطان شهر اصفهان، بیمارستان سیدالشهدا به صورت در دسترس انتخاب شد و سپس از میان بیمارانی که به این بیمارستان مراجعه یا همزمان با اجرای طرح پژوهش مراجعه کرده بودند، به صورت هدفمند تعداد ۳۰ نفر متناسب با معیارهای ورود و خروج پژوهش انتخاب و سپس تمام ۳۰ نفر به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ تایی گمارده شدند. معیارهای ورود و خروج پژوهش عبارت بودند از معیارهای ورود پژوهشی: متأهل بودن، سپری شدن حداقل یک ماه و حداکثر ۶ ماه از زمان تشخیص بیماری، دریافت درمان‌های شیمی درمانی و پرتودرمانی در زمان حال یا طی شش ماه گذشته، عدم دریافت هرگونه درمان روانشناختی دیگر علاوه بر حضور در مطالعه برای گروه آزمایش و کنترل، دارا بودن تحصیلات حداقل دیپلم. معیارهای خروج: تشخیص اختلال عمده روان‌پزشکی بر اساس مصاحبه بالینی یا تشخیص روان‌پزشک، نداشتن انگیزه برای درمان‌های روانشناختی و انجام تکالیف (اجتهاد به درمانگر، عدم پیگیری و انجام تکالیف که در جلسات معین می‌شود)، غیبت بیش از دو جلسه از درمان بود.

روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا هر سه گروه بر پرسشنامه عملکرد جنسی پاسخ دادند، سپس گروه اول تحت آموزش ذهن آگاهی و گروه دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه گواه هم هیچ درمانی دریافت نکردند. در پایان دوره آموزش از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. بدین ترتیب داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

خلاصه دستور و رئوس مطالب جلسات آموزش ذهن آگاهی در جدول ۱ آورده شده است؛ این پروتکل بر اساس روش ذهن آگاهی کابات دین (۲۰۰۳) که شامل ۸ جلسه آموزشی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بود.

خلاصه دستور و رئوس مطالب جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۲ آورده شده است. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر اساس برنامه درمانی هیز و همکاران (۲۰۱۳) اجرا شد. این پروتکل درمانی شامل ۸ جلسه آموزشی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش ذهن آگاهی کابات زین (۲۰۰۳)	
شماره جلسات	شرح کلی مداخله
اول	۱. معرفی شرکت کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه ۲. تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها ۳. تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها
دوم	۱. انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن؛ ۳. بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ ۴. انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ ۵. تکالیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره.
سوم	۱. تمرین دیدن و شنیدن در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیرقضوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند ۲. مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ ۳. بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ ۴. انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه؛ ۵. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.
چهارم	۱. مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و افکار که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود ۲. بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ ۳. تمرین قدم زدن ذهن آگاه ۴. تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند)
پنجم	۱. انجام مدیتیشن نشسته؛ ۲. ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ ۳. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
ششم	۱. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ۳. ارائه‌ی تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ ۴. پذیرش احساسات به عنوان احساس ۵. تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
هفتم	۱. مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ ۲. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ۳. ارائه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدامیک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ ۴. آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری؛ ۵. تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.
هشتم	۱. اسکن؛ ۲. مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته‌اید ۳. تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ ۴. بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ ۵. مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشنشان را ادامه دهند.

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش ذهن آگاهی هیز و همکاران (۲۰۱۳)	
شماره جلسات	شرح کلی مداخله
اول	۱. معرفی و آشنایی ۲. تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان ۳. بررسی انتظارات بیماران از درمان ۴. مرور درمان‌های وسواس ۵. مرور درمان و اهداف برنامه درمانی حاضر ۶. مقدمه‌ای به درماندگی خلاق.
دوم	۱. مرور تکالیف جلسه قبل ۲. رابطه بین مؤلفه‌های سلامت و کارکرد افراد ۳. ادامه درماندگی خلاق ۴. جمع‌بندی مباحث و ارائه تمرین خانگی
سوم	۱. مرور تکالیف جلسه قبل ۲. پی بردن به ارزش‌های زندگی ۳. بیان کنترل به عنوان مسئله ۴. جمع‌بندی مباحث و ارائه تمرین خانگی
چهارم	۱. مرور تکالیف جلسه قبل ۲. معرفی احساسات پاک و ناپاک ارزش‌ها ۳. معرفی تمایل و پذیرش و تعهد رفتاری ۴. جمع‌بندی مباحث و ارائه تمرین خانگی
پنجم	۱. مرور تکالیف جلسه قبل ۲. معرفی خود به عنوان زمینه ۳. ذهن آگاهی و خود مشاهده گری ۴. جمع‌بندی مباحث و ارائه تمرین خانگی
ششم	۱. مرور تکالیف جلسه قبل ۲. گسلش و تعهد رفتاری ۳. معرفی تمایلات و تعهد رفتاری ۴. جمع‌بندی مباحث و ارائه تمرین خانگی
هفتم	۱. مرور تکالیف جلسه قبل ۲. تعهد به عمل و ارزش‌ها علیرغم وجود موانع ۳. قدم زدن همراه با ذهن آگاهی (نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش و عمل متعهد) ۴. جمع‌بندی مباحث و ارائه تمرین خانگی
هشتم	۱. مرور تکالیف جلسه قبل ۲. درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای متناسب با ارزش‌ها و افزایش تمرکز بر تعهد رفتاری ۳. تکلیف دایمی جهت ماندگاری روش‌ها

## ابزار

الیری و سفت (۲۰۰۴) استفاده شد. این پرسشنامه ابعاد مرتبط با عملکرد جنسی و رضایت مندی را در مردان مسن مخصوصاً در بعد عملکرد انزال می‌سنجد. آیت‌های آن با حساسیت فرهنگی و مناسب

پرسشنامه عملکرد جنسی: جهت سنجش عملکرد جنسی مردان از پرسشنامه سلامت جنسی مردان، روزن، کاتینا، پولک، آلتوف،

جدول ۴. آزمون کولموگراف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش

گروه	متغیر	سطح معنی داری
ذهن آگاهی	عملکرد جنسی	۰/۱۴۵
پذیرش و تعهد	عملکرد جنسی	۰/۱۲۹
گواه	عملکرد جنسی	۰/۰۹۷

همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است اندازه آزمون z اسمیرنوف عملکرد جنسی در گروه‌های ذهن آگاهی، پذیرش و تعهد و گواه معنی دار نبود. عدم معنی داری این آزمون نشان دهنده این است که داده‌ها دارای توزیع پراکندگی نرمال می‌باشند و این پیش فرض برقرار است.

جدول ۵. آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌های خطا

گروه	متغیر	f	Df <sub>1</sub>	Df <sub>2</sub>	sig
ذهن آگاهی	عملکرد جنسی	۰/۳۳	۲	۱۷	۰/۲۴۵
پذیرش و تعهد	عملکرد جنسی	۰/۴۸	۲	۱۷	۰/۲۱۲
گواه	عملکرد جنسی	۰/۵۳	۲	۱۷	۰/۱۷۶

پیش فرض همسانی واریانس‌های خطا در هر سه گروه توسط آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به جدول ۵ مشخص است که اندازه آزمون لوین برای متغیرهای هیچ یک از گروه‌ها معنی دار نیست که دال بر برقراری این پیش فرض آماری است. در ادامه نتایج تحلیل کواریانس آورده می‌شود.

همانطور که در جدول ۶ قابل مشاهده است، مجموع مجذورات متغیر مستقل ۹۷۶۵/۱۲ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون F ۱۸/۸۹ شده است که اندازه این آزمون F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، آموزش ذهن آگاهی بر افزایش عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان تأثیر معنی داری دارد.

برای استفاده در افراد بیمار از نژادهای مختلف یا زمینه‌های مردم شناختی مختلف طراحی شده‌اند. این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال شامل ۳ بعد نعوظ (۳ سؤال اول) انزال (۷ سؤال دوم) و رضایت مندی (۶ سؤال آخر) است و توسط گویه‌های آن دارای طیف پاسخ از ۱ تا ۵ هستند که نمرات بالاتر اشاره به عملکرد جنسی بهتر دارند. درستی این ابزار با استفاده از نظر متخصصان تأیید شد و قابلیت اعتماد آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

### یافته‌ها

در تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از پژوهش حاضر اندازه‌های میانگین و انحراف معیار در هر سه گروه به دست آمده است که نتایج آماری آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی عملکرد جنسی به تفکیک گروه‌های پژوهش

گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار
ذهن آگاهی	پیش آزمون	۳۴/۹۴	۵/۲۳
	پس آزمون	۴۵/۲۳	۶/۱۲
پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۳۵/۳۲	۵/۴۳
	پس آزمون	۴۴/۸۹	۵/۶۹
گواه	پیش آزمون	۳۴/۲۰	۵/۴۷
	پس آزمون	۳۵/۶۵	۴/۸۷

همانطور که در جدول ۳ قابل مشاهده است، نمرات عملکرد جنسی گروه‌های آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش پیدا کرده است اما تغییرات گروه گواه محسوس نیست. در ادامه به بررسی استنباطی یافته‌ها پرداخته می‌شود؛ برای این منظور آزمون آماری تحلیل کواریانس استفاده گردید. دلیل استفاده از این آزمون به این امر برمی گردد که در طرح تحقیق حاضر محقق برای کنترل اثر مربوط به آمادگی قبلی و تعدیل اثر این متغیر از پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل استفاده گردید. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس باید برخی از پیش فرض‌های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار بگیرد، چرا که عدم رعایت این مفروضه‌ها ممکن است نتایج تحقیق را با سوگیری همراه سازد. پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس عبارتند از: نرمال بودن توزیع پراکندگی داده‌ها و برابری واریانس‌های خطا؛ این پیش فرض‌ها قبل از تحلیل کواریانس برای این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. که در جداول ۴ و ۵ آورده شده است:

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس جهت سنجش اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر عملکرد جنسی				
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۴۶۱۲/۴۵	۳/۲۴	۰/۰۰۹	۰/۳۹
گروه (متغیر مستقل)	۹۷۶۵/۱۲	۱۸/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷
کل تصحیح شده	۱۳۵۶/۴۳	-	-	-

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس جهت سنجش اثربخشی پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی				
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۵۶۳۴/۸۱	۴/۱۳	۰/۰۰۵	۰/۴۳
گروه (متغیر مستقل)	۱۰۳۲/۶۷	۲۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰
کل تصحیح شده	۱۵۴۳/۶۵	-	-	-

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس جهت سنجش تفاوت اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی				
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۴۲۷۸/۳۲	۳/۱۰	۰/۰۱۹	۰/۱۳
گروه (متغیر مستقل)	۵۶۷۱/۱۲	۱/۹۳	۰/۰۹۳	۰/۱۰
کل تصحیح شده	۹۷۲۳/۵۱	-	-	-

جنسی، جرأت‌ورزی جنسی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان مؤثر بود، همسو می‌باشد.

بثر، اسمیت و آلن (۲۰۰۳) ذهن آگاهی را به عنوان مشاهده‌ی فاقد قضاوت نسبت به جریان در حال پیشرفت درونی و بیرونی محرک‌ها و بروز آنها تعریف کرده‌اند. قضاوت نکردن، ذهن آگاهی را پرورش می‌دهد وقتی شما با وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی روبرو می‌شوید، قضاوت نکردن درباره‌ی تجربیات، بیشتر از آنچه که می‌بینید و هستید و چیزی که باید باشید، آگاه می‌شوید. البته این از پذیرش تجربیات لذت آور و دردناک ناشی می‌شود. پذیرش، این نیست که دوباره چیزهایی که از نظر اخلاقی قابل قبول نیست را تصدیق کنیم، بلکه پذیرش در مورد رفتارها متفاوت است؛ به عبارت دیگر تغییر، همسان پذیرش است اگرچه سریع‌تر اتفاق می‌افتد.

ذهن آگاهی، به عنوان وضعیت شناختی یاد کردند و با صراحت بیان نمودند که بین ذهن آگاهی و مراقبه‌ی ذهن آگاهی بودائی تمایز وجود دارد. البته نباید منکر شباهت‌های آنها شد. همچنین بین ذهن آگاهی و درمان عقلانی - عاطفی آلیس شباهت‌هایی وجود دارد (کارلسون، یورسیلیک و گودی، ۲۰۰۱). ذهن آگاهی در آیین بودا تحت عنوان "توجه محض" یا ثبت غیر استدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است. ذهن آگاهی به فرآیند توجه مداوم، بیشتر از محتوای هر رویداد تمرکز دارد (کارمودی و بثر، ۲۰۰۸) و نوعی آگاهی غیر قضاوتی از تجربه‌ی شخصی است و

همانطور که در جدول ۶ قابل مشاهده است، مجموع مجذورات متغیر مستقل ۱۰۳۲/۶۷ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون  $F(21/76)$  شده است که اندازه این آزمون  $F$  در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر، درمان پذیرش و تعهد بر افزایش عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان تأثیر معنی داری دارد.

همانطور که در جدول ۸ قابل مشاهده است، مجموع مجذورات متغیر مستقل ۵۶۷۱/۱۲ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون  $F(1/93)$  شده است که اندازه این آزمون  $F$  از لحاظ آماری معنی دار نیست. بنابراین بین میزان اثربخشی دو درمان ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد تفاوتی وجود ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان انجام شد. نتیجه پژوهش نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر افزایش عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان تأثیر معنی داری دارد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش محمدی زاده و همکاران (۱۳۹۳) که نشان دادند آموزش ذهن آگاهی بر خودکارآمدی جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخشی معناداری دارد همسو می‌باشد. از طرفی پژوهش حاضر با پژوهش طباطبایی، سجادیان و معتمدی (۱۳۹۶) که نشان دادند، روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ی بر بهبود عملکرد

می‌دهد، پذیرش را در او افزایش داده و فرد را به خودباوری و خودکارآمدی بالاتر سوق می‌دهد. همچنین خودکارآمدی جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌تواند آنها را در یک عملکرد بدون قضاوت فقط در لحظه حال، بر احساسات، تجربیات و فرآیند جنسی متمرکز کند و پذیرش آنها را نسبت به خود، بیماری و تصویر بدنی‌شان افزایش دهد.

نتیجه بعدی پژوهش نشان از این داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عملکرد جنسی مردان تأثیر معنی‌داری دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، محمدی زاده و همکاران (۱۳۹۳) و اکبری و همکاران (۱۳۹۲)، ریچ و همکاران (۲۰۱۷) و فلدروس، بلمجر، پیتر و خروس (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شیوه کاربردی و قابل اجرا برای حل مشکلات شناختی- رفتاری در طیف متنوعی از بیماری‌های اضطرابی است. که با تأکیدی مراجع محورانه شناسایی توانش‌ها و نکات مشکل آفرین را در اولین گام در فرآیند درمان و آموزش مورد توجه قرار داده و به دنبال آن توانش آموزی مسئله‌مدار را برای حل این مشکلات به کار می‌گیرد. به طور کلی هدف پذیرش و تعهد درمانگری افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از یک زندگی اساسی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روانشناختی از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانگری یعنی توانایی برای برقراری ارتباط کامل با زمان حال به عنوان یک انسان و تغییر یا حفظ رفتار است.

پذیرش و تعهد درمانگری بین راهبردهایی که در حوزه‌های قابل تغییر به منظور تغییر دادن، متمرکز می‌شوند (رفتار آشکار) و راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی در حوزه‌هایی که تغییر غیر ممکن است یا مفید نمی‌باشد تعادل برقرار می‌کنند. در حوزه‌ی رفتاری، مداخلات پذیرش و تعهد درمانگری بسته به مراجع فردی و شکل فردی تفاوت می‌کنند و می‌توانند در برگیرنده‌ی آموزش روانی، حل مسئله، تکالیف رفتاری، ایجاد الگوهای عمل متعهدانه باشند و اغلب در خدمت راهبردهای درجه اول، تغییر رفتار قرار می‌گیرند و پروتکل‌های پذیرش و تعهد درمانگری در این حوزه‌ها، تکنولوژی‌های تغییر رفتاری موجود را به عنوان قسمتی از رویکرد کلی، بکار می‌گیرد. نتایج حاصل از این پژوهش در جهاتی همسو و در جهاتی ناهمسو با آنچه تاکنون مورد اشاره قرار گرفته است، نشان می‌دهد که پذیرش و تعهد درمانگری موجب بهبود علائم اضطرابی،

لحظه به لحظه آشکار می‌شود. هر چند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام سازی نیست اما مشاهده‌ی رویدادهای منفی درونی بدون هیچ‌گونه قضاوتی درباره‌ی آنها، یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز آرامش می‌شود. ذهن آگاهی، مشاهده‌ی محرک‌های درونی و بیرونی همان گونه که اتفاق می‌افتد بدون هیچ‌گونه قضاوت و پیش‌داوری است و در واقع مهارتی است که به افراد اجازه می‌دهد در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده است، دریافت کنند. وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند، دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نمی‌کنند (کابات زین، ۲۰۰۳).

در واقع در تبیین نظریه ذهن آگاهی بر عملکرد جنسی می‌توان گفت که باور افراد به توانایی‌هایشان حتی در مواقعی که فرد دچار نقصی در بدن خود می‌شود، می‌تواند عملکردهای او را ثابت نگه دارد. با این باور، فرد می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد و احساس کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. بر این اساس، خودکارآمدی جنسی را نیز می‌توان باوری دانست که هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد مؤثر فعالیت‌های جنسی و مطلوب بودن برای شریک جنسی خود دارد. چنین باوری، نوعی خود ارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است. به همین دلیل میزان عزت‌نفس، نگرش مثبت و همدلی همسران با ارضای جنسی بهتر و کامل‌تر و احساس شادکامی، مرتبط شناخته می‌شود و روابط جنسی و ابراز محبت، سازگاری زناشویی را بالا می‌برد (لیترینگر و کریستیان، ۲۰۰۵). در واقع، در مبتلایان به سرطان پستان وقتی افراد، عضوی از بدن خود را که برای آنها ارزشمند است از دست می‌دهند منبع حمایت اجتماعی را از دست داده و در انزوا فرو می‌روند، بنابراین این تغییرات جسمی و نقشی باعث تغییر در تصویرذهنی و بدنی شده، کاهش اعتماد به نفس را در آنها به دنبال دارد. در نتیجه این کاهش اعتماد به نفس، خود در میزان تعاملات اجتماعی آنها مؤثر بوده و میزان خودکارآمدی فرد را کاهش می‌دهد. ذهن آگاهی یک دریافت انعطاف‌ناپذیر در مورد توجه فرد نسبت به حال است نه نگرانی به آینده و تفکر در مورد گذشته. بنابراین تربیت ذهن آگاه، فرد را از عادات رفتاری - شناختی ناسازگار رها خواهد کرد (برون و ریان، ۲۰۰۳) و با ایجاد خودنظم‌جویی که موجب ادراک غیر قضاوتی در فرآیند شناختی فرد می‌شود، رفتارهای سازگارانه و کارآمد او را در زمان حال افزایش می‌دهد و او را به پذیرش آنچه که الان هست ترغیب می‌کند (تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۵) شناخت او را تغییر

هم وابستگی و کیفیت زندگی بیماران می‌باشد.

نتیجه بعدی این پژوهش که به مقایسه دو رویکرد آموزش ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی پرداخته بود، نشان داد بین اثربخشی این دو رویکرد بر عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. پژوهشی که به مقایسه این رویکرد بر عملکرد جنسی بپردازد یافت نشد که نتایج مقایسه بشود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت، سطح سواد پایین آزمودنی‌ها و پر کردن پرسشنامه‌ها توسط آزمونگر می‌تواند منجر به سوگیری پاسخ آزمودنی و یا آزمونگر در هنگام پر کردن پرسشنامه شود، از طرفی شدت بیماری مزمن سرطان می‌تواند در پر کردن پرسشنامه‌ها و سوءگیری‌های آن اثرگذار باشد. همچنین با توجه به اینکه مشکلات اجتماعی و خانوادگی دیگری می‌تواند مؤثر بر مؤلفه‌های تحت پژوهش بیماران باشد، گواه سایر عوامل مداخله‌گر از محدودیت‌های پژوهشگر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود مراکز درمان بیماران سرطانی، از روش‌های روان‌درمانگری به عنوان بخشی از برنامه‌ها و راهبردهای درمانگری استفاده کنند، به مسئولین مراکز درمانگری و پزشکی پیشنهاد می‌شود، دوره‌های مدیریت تنیدگی برای بیماران سرطانی در سطح پیشگیری اولیه و به منظور پیشگیری از عوارض بیماری‌های مزمن برگزار گردد.

### منابع

- اسمعیلی، روانبخش؛ احمدی، فضل‌الله؛ محمدی، عیسی و تیرگری سراج، عبدالحکیم (۱۳۹۱). تهدید حیات، دغدغه اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (مجله حیات)*، ۱۸ (۵)، ۱۲-۲۲.
- اکبری، محمد اسماعیل؛ نفیسی، ناهید و جمشیدی فی، زهرا (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش تنیدگی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۷(۴۷)، ۷-۲۰.
- طباطبایی، آمینه سادات؛ سجادیان، ایلناز و معتمدی، مسعود (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱)، ۸۴-۹۲.
- محمدی زاده، سارا؛ مرادی جو، محمد؛ شمس‌الدینی، سلوی و جمشیدی، زهرا (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر خودکارآمدی جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۸(۳۱)، ۷-۱۷.
- جهانفر، شایسته و مولایی‌نژاد، میترا (۱۳۹۶). *درنامه اختلالات جنسی*. تهران: سالمی.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(3), 485-495.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy*. (2th ed). New York: Guilford Press.
- Litzinger, S., & Kristina, G. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 5, 409-424.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Reich, R. R., Lengacher, C. A., Alinat, C. B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S., & Budhrani-Shani, P. (2017). Mindfulness-based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: immediate and sustained effects across multiple symptom clusters. *Journal of pain and symptom management*, 53(1), 85-95.
- Rosen, R. C., Catania, J., Pollack, L., Althof, S., O'Leary, M., & Sefitel, A. D. (2004). Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): scale development and psychometric validation. *Urology*, 64(4), 777-782.
- Tavakol, M., Murphy, R., & Torabi, S. (2008). Educating doctors about breaking bad news: an Iranian perspective. *Journal of Cancer Education*, 23(4), 260-263.
- Thapa, P., Rawal, N., & Bista, Y. (2010). A study of depression and anxiety in cancer patients. *Nepal Medical College journal: NMCJ*, 12(3), 171-175.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptom's and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med*, 31(1), 23-33.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., & Goodey, E. (2001). The effects of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: Six month follow-up. *Support Care Cancer*, 9(2), 112-123.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and therapy*, 33(1), 25-39.