MEJDS. 2021; 11:71.

Published online 2021 Aug. **Original Article**

Comparing the Effects of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on the Quality of Sexual Life and Sexual Function in Women with Breast Cancer

Safar Mohammadlou N[1], *Mollazadeh A[2], Meschi F[3]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, UAE International Branch, Islamic Azad University, UAE;
2. PhD in Psychology, Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran;
3. PhD in Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Corresponding author's email: alimollazade@yahoo.com

Accepted: 2021 January 20**; Received:** 2021 August 1

Abstract

Background & Objectives: One of the main issues in women with breast cancer is their quality of sexual life. Studies suggested that in different countries, women with breast cancer feel that their sexual function has changed due to the disease and its treatment. Research indicated that cancer disrupts sexual function and self–esteem, leading to negative body image, reduced femininity, and decreased sexual activity. Emotion–Focused Therapy (EFT) is among the short–term treatment strategies to help women with breast cancer cope with emotional communication disorders. Coping with emotions is among the recent moves in family therapy and psychotherapy services. Moreover, CBT is a psychotherapy approach that could attract extensive interest in clinical specialists. Thus, this study aimed to compare the effects of EFT and CBT on the quality of sexual life and sexual function in women with breast cancer.

Methods: This was a quasi–experimental study with a multi–group pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of the present study was all married women with breast cancer referring to Milad Hospital in Tehran City, Iran, in 2020. Forty–Five patients who met the inclusion criteria were included in the study. The study sample was selected by non–random sampling method; they were divided into two experimental groups (CBT & EFT), and a control group (n=15/group). The inclusion criteria of the study were having a minimum diploma education and the age range of 20–50 years. The exclusion criteria were any biopsychological illnesses other than breast cancer that would interfere with the study variables. The necessary data was gathered in pretest, posttest, and follow–up stages by the Sexual Quality of Life–Female (SQOL–F; Simmonds et al., 2005) and Female Sexual Function Index (FSFI; Rosen et al., 2005). CBT was performed based on the CBT package of Young et al. (2001) in 10 sessions. Besides, EFT was conducted based on the therapy package of Johnson (2004) in 10 sessions. After 4 months, the follow–up test was re–performed in the experimental groups. Moreover, data analysis was performed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, & standard deviation) and inferential statistics, including repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni posthoc test in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The current research results suggested that the quality of sexual life was significant respecting the effect of time (p=0.001); however, sexual function was not significant in this regard (p=0.450). There was a significant correlation between the interaction of group * time and the quality of sexual life (p=0.001); however, this interaction was not observed in sexual function (p=0.958). There was a significant difference in the quality of sexual life between the experimental and control groups (p=0.001); however, sexual function was not statistically significant (p=0.762). Furthermore, in the posttest and follow–up stages, there was a significant difference between the EFT, CBT, and control groups (p=0.001). There was no significant difference between the CBT and control groups in the posttest and follow–up stages (p=0.948 & p=0.738, respectively).

Conclusion: The present study results signified the effects of EFT as a supportive method in increasing the quality of sexual life among women with breast cancer.

Keywords: Emotion–Focused therapy, Cognitive–Behavioral therapy, Quality of sexual life, Sexual function, Breast cancer.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۷۱.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری بر کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه

ناهید صفر محمدلو[۱]، *علیرضا ملازاده[۲]، فرحناز مسچی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، امارات؛

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران؛

۳. دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** alimollazade@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱ بهمن ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۰ مرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: در زنان مبتلا به سرطان سینه، کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی آن‌ها درمعرض آسیب قرار می‌گیرد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری بر کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان متأهل مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. تعداد ۴۵ نفر از بیماران دارای ملاک‌های ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس در دو گروه آزمایشی شامل گروه شناختی‌رفتاری و گروه هیجان‌مدار و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامهٔ کیفیت زندگی جنسی زنان (سایموندز و همکاران، ۲۰۰۵) و شاخص سنجش عملکرد جنسی زنان (روزن و همکاران، ۲۰۰۰) بود. صرفاً دو گروه آزمایش، جداگانه درمان شناختی‌رفتاری را براساس بستهٔ درمانی نظریهٔ یونگ و همکاران (۲۰۰۱) و درمان هیجان‌مدار را براساس بستهٔ درمانی جانسون (۲۰۰۴) دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: در اثر زمان متغیر کیفیت زندگی جنسی معنادار شد (p=۰/۰۰۱)؛ اما متغیر عملکرد جنسی معنادار نشد (p=۰/۴۵۰). در متغیر کیفیت زندگی جنسی بین دو گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت (p=۰/۰۰۱)؛ اما در متغیر عملکرد جنسی چنین نبود (p=۰/۷۶۲). در متغیر کیفیت زندگی جنسی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه درمان هیجان‌مدار با گروه‌های درمان شناختی‌رفتاری و گواه تفاوت معنادار به‌دست آمد (p=۰/۰۰۱)؛ اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه شناختی‌رفتاری و گواه تفاوت معنادار وجود نداشت (به‌ترتیب p=۰/۹۴۸، p=۰/۷۳۸).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش در مقایسهٔ درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری، تأثیر درمان هیجان‌مدار را به‌عنوان یکی از روش‌های حمایتی در افزایش کیفیت زندگی جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، درمان شناختی‌رفتاری، کیفیت زندگی جنسی، عملکرد جنسی، سرطان سینه.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

۱ مقدمه

یکی از مسائل مهم در زنان مبتلا به سرطان سینه، کیفیت زندگی جنسی[1] آن‌هاست. کیفیت زندگی جنسی از موضوعات کلیدی حوزهٔ سلامت جنسی و باروری است؛ همچنین همانند کیفیت زندگی که به درک فرد از موقعیت خود از نظر فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های او اطلاق می‌شود (۱)، کاملاً ذهنی است و بر درک فرد از امور جنسی خویش استوار است (۲). امروزه این اتفاق‌نظر وجود دارد که کیفیت زندگی جنسی با میزان رضایت‌مندی و سطح کیفیت عمومی زندگی ارتباط متقابل و درهم‌تنیده‌ای دارد؛ به‌گونه‌ای که ضعیف‌بودن کیفیت زندگی جنسی می‌تواند تابلویی از وضعیت سلامت و کیفیت عمومی زندگی افراد در جامعه باشد (۳).

پاسخ جنسی[2]، پیش‌نیاز زیستی زیربنایی دارد؛ بااین‌وجود غالباً در زمینه‌ای درون‌فردی، بین‌فردی و فرهنگی تجربه می‌شود؛ بنابراین کارکرد جنسی[3] دربرگیرندهٔ تعامل پیچیده میان عوامل زیستی، اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی است (۴). عملکرد جنسی سالم در زنان نقش مهمی در احساس سلامتی و افزایش کیفیت زندگی آنان دارد (۵). مطالعات نشان داده است در کشورهای مختلف نیز زنان مبتلا به سرطان سینه احساس می‌کنند، عملکرد جنسی‌شان تحت‌تأثیر بیماری و درمان آن تغییر کرده است (۶). تحقیقات نشان می‌دهد که ابتلا به سرطان، عملکرد جنسی و عزت‌نفس فرد را مختل می‌کند و باعث تصویر بدنی منفی، کاهش حس زنانگی و کاهش فعالیت جنسی می‌شود. در پی تغییر در سطح جسمی و روانی، روابط اجتماعی و تعاملات صمیمانهٔ بیمار با اطرافیان دگرگون می‌شود و بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی خود احساس ازهم‌گسیختگی می‌کند (۵).

یکی از راهبردهای درمانی کوتاه‌مدت برای کمک به زنان درگیر سرطان سینه در کار با آشفتگی‌های هیجانی ارتباطی، درمان هیجان‌مدار[4] است. پرداختن به هیجانات از حرکت‌های اخیر خانواده‌درمانی و در زمرهٔ فعالیت‌ها و خدمات روان‌درمانی است. درمان هیجان‌مدار در اوایل دههٔ ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخلات هیجانی فعال و کارآمد مطرح شد. این فقدان بیشتر در حوزهٔ انسان‌گرایی احساس شد؛ چراکه آن روزها مداخلات رفتاری عنصر غالب درمانی به‌شمار می‌رفت (۷). در رویکرد هیجان‌مدار، رویکردهای مراجع‌محور[5]، گشتالت[6] و رویکرد سیستمی[7] با تفکر ساختی، اشتیاق و تعهد و نگاهی به روابط عاشقانه که به بهترین نحو در نظریهٔ دلبستگی بیان شده است، با هم ترکیب می‌شوند. این رویکرد، رویکردی ساختارگرا[8] است و بر ساخته و تجربیات حال زوج به‌خصوص آن‌هایی که منشأ هیجانی دارد، تمرکز می‌کند؛ درعین‌حال هم‌زمان رویکردی سیستمی است؛ زیرا بر الگوهای تعاملی افراد متمرکز است (۷).

ازسویی درمان شناختی‌رفتاری[9] رشد و توسعهٔ جدیدی در درمان روان‌شناختی به‌شمار می‌آید که توانسته است علاقهٔ زیادی را در متخصصان بالینی به خود معطوف کند. دلیل عمدهٔ این علاقه آن است که روش‌های شناختی‌رفتاری برخلاف سایر روش‌های رفتاردرمانی، به‌طور مستقیم با احساسات و افکار سر و کار دارند. در این نوع شیوهٔ درمانی به بیمار کمک می‌شود که با کمک بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته، الگوهای تحریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهد (۸). شواهد نشان داده است، درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند راهبردهای شناختی و رفتاری را در راستای دستیابی و حفظ تغییرات مثبت در شیوهٔ زندگی آموزش دهد. ازآنجاکه نابسامانی کیفیت روابط زناشویی با پیامدهای طولانی‌مدت جسمی و روانی بسیاری مرتبط است و نیز عواقب منفی زیادی را متوجه جامعه و خانواده می‌کند، توجه به کیفیت روابط زناشویی و بهبود آن ضرورت دارد. پیشگیری از این عواقب آسیب‌زا جزو اولویت‌های روان‌شناسان و متخصصان حیطهٔ سلامت شده است. استحکام روابط زناشویی بدون داشتن روابط جنسی رضایت‌بخش به خطر می‌افتد. در ازدواجی سالم وجود رابطهٔ جنسی مطلوب به‌نحوی که بتواند موجب تأمین رضایت طرفین شود، نقش بسیار مهم و اساسی در موفقیت و پایداری کانون خانواده دارد (۹).

اهمیت پژوهش حاضر در آن است که رابطهٔ جنسی بخش مهمی از نیازهای هیجانی و عاطفی انسان را برطرف می‌کند و رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد. انگیزهٔ مهم‌تر کنونی افراد از برقراری رابطهٔ جنسی، کسب لذت است؛ بنابراین بدیهی به‌نظر می‌رسد که همسران از همان ابتدای ازدواج به کیفیت روابط جنسی و اهمیت آن در زندگی دقت ویژه‌ای داشته باشند. همچنین باتوجه به افزایش نرخ طلاق و عوارض شناخته‌شدهٔ آن بر خانواده و جامعه، با شناسایی مسائل و مشکلات جنسی می‌توان اقدامات مناسبی را برای رفع این مشکلات طرح‌ریزی کرد. کیفیت رابطهٔ جنسی و مسائل مربوط به آن، امری در حفظ رضایت‌مندی زناشویی است و درنتیجه باعث حفظ رابطهٔ مطلوب زوجین می‌شود؛ ازاین‌رو اهمیت بررسی و شناخت عوامل مرتبط و مؤثر به کیفیت رابطهٔ جنسی در زوجین انکارناپذیر است؛ همچنین انجام پژوهش در این زمینه از این حیث اهمیت دارد که می‌تواند به بهبود کیفیت این نوع روابط در زندگی زناشویی کمک کند.

اهمیت دیگر پژوهش در آن است که معمولاً در فرهنگ ما تأکید سازنده‌ای دربارهٔ مسائل جنسی وجود ندارد و پژوهش چندانی در این زمینه صورت نگرفته است. باتوجه به اینکه یکی از مسائل مهم در روابط زوجین مسائل جنسی است، انجام پژوهش‌هایی از این دست ضروری به‌نظر می‌رسد؛ چراکه با استفاده از نتایج این پژوهش آگاهی خانواده‌ها از نقش اختلافات زناشویی بر روابط زندگی زناشویی به‌خصوص روابط جنسی افزایش می‌یابد و به‌طبع سلامت و بهزیستی خانواده‌های فعلی و آتی تأمین می‌شود. ازطرفی درمان‌های شناختی‌رفتاری و هیجان‌مدار باتوجه به پیشینهٔ پژوهشی، درمان‌های مؤثر بر روابط جنسی افراد هستند؛ اما به‌نظر می‌رسد یکی از این درمان‌ها کاربرد بیشتری

1. Quality of sexual life
2. Sexual response
3. Sexual function
4. Emotion-Based Therapy
5. Client-centered
6. Gestalt
7. Systematic approach
8. Structuralist approach
9. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

داشته باشد؛ باتوجه به این امر، هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری بر کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، از حیث هدف جزو مطالعات کاربردی و از نظر شیوه از طرح‌های نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان متأهل مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی و فوق‌تخصصی بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. پیشنهاد وورهیس و مورگان دربارهٔ حداقل تعداد نمونه برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (۱۰) و همچنین احتمال ریزش در نظر گرفته شد؛ به این صورت که ۴۵ نفر از بیماران دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، به‌عنوان حجم نمونهٔ نهایی افراد واجد شرایط و داوطلب با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی و با همگن‌سازی در سه گروه شامل گروه شناختی‌رفتاری، گروه هیجان‌مدار و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). ملاک‌های ورود بیماران مبتلا به سرطان سینه به پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات در سطح دیپلم و حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال بود. ملاک‌های خروج بیماران مبتلا به سرطان سینه، ابتلا به هرگونه بیماری جسمی و روانی غیر از سرطان سینه بود که منجربه تداخل با متغیرهای تحقیق شود. پس از انتخاب افراد نمونه، دربارهٔ موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها و نیز دربارهٔ ملاحظات اخلاقی تحقیق برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد. پس از پایان دوره آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در این مدت گروه گواه در انتظار ماند و درمانی دریافت نکرد. بعد از چهار ماه از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری روی آزمودنی‌ها اجرا شد. ملاحظات اخلاقی در این تحقیق به‌شرح زیر بود:۱. پیش از شروع پژوهش از شرکت‌کننده‌ها رضایت‌نامهٔ کتبی دریافت شد؛ ۲. قبل از شروع پژوهش شرکت‌کننده‌ها از موضوع و روش اجرای پژوهش اطلاع یافتند؛ ۳. از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبان محافظت شد؛ ۴. نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر شد؛ ۵. مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کننده‌ها نداشت.

ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ شاخص سنجش عملکرد جنسی زنان[1]: این ابزار توسط روزن و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شد (۱۱). این پرسشنامه با نوزده سؤال، عملکرد جنسی زنان را در شش حوزهٔ مستقل میل (سؤالات ۱، ۲)، تحریک روانی (سؤالات ۳، ۴، ۵، ۶)، رطوبت (سؤالات ۷، ۸، ۹، ۱۰)، ارگاسم (سؤالات ۱۱، ۱۲، ۱۳)، رضایت‌مندی (سؤالات ۱۴، ۱۵، ۱۶) و درد جنسی (سؤالات ۱۷، ۱۸، ۱۹) می‌سنجد. این پرسشنامه با طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای از هیچ=۱ تا تقریباً همیشه=۵ ارزیابی می‌شود (۱۱). در پژوهش روزن و همکاران آلفای کرونباخ پرسشنامه برای شش حوزهٔ میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۸، ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۷ گزارش شد (۱۱). در هنجاریابی پرسشنامه که توسط صفایی‌نژاد انجام پذیرفت، ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۶تا۰/۹۱ به‌دست آمد و نتایج تحلیل عاملی از ساختار شش‌عاملی این پرسشنامه حمایت کرد (۱۲).

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی جنسی زنان[2]: پرسشنامهٔ کیفیت زندگی جنسی زنان، فرم مختصر و خلاصه‌ای است که به‌طور ویژه‌ای به ارتباط بین اختلال عملکرد جنسی و کیفیت زندگی می‌پردازد. سایموندز و همکارانش در سال ۲۰۰۵ این پرسشنامه را بسط دادند (۱۳). محتوای آن شامل هجده سؤال و دارای ابعاد فیزیکی، عاطفی، روانی و اجتماعی است. پرسشنامه دارای هجده سؤال و هر آیتم شامل شش گزینه است. هر سؤال به‌صورت مقیاس لیکرت شش‌گزینه‌ای از ۱تا۶ از کاملاً موافق=۱ تا به‌طور کامل مخالف=۶ نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمرهٔ دریافتی کیفیت زندگی زنان ۱۰۸ و حداقل نمرهٔ دریافتی ۱۸ است. پاسخ‌ها می‌تواند از ۱تا۶ یا از صفرتا۹۰ محاسبه شود. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ کیفیت زندگی جنسی زنان است (۱۳). در پژوهش سایموندز و همکاران آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۶ به‌دست آمد (۱۳). همچنین آلفای کرونباخ در تحقیق الوندی جم و همکاران برای پرسشنامهٔ کیفیت زندگی جنسی زنان به‌وسیلهٔ آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد و نتایج تحلیل عاملی از ساختار چهارعاملی این پرسشنامه حمایت کرد (۱۴).

ـ درمان شناختی‌رفتاری گروهی براساس بستهٔ درمان شناختی‌رفتاری نظریهٔ یونگ و همکاران (۱۵) در ده جلسه و درمان هیجان‌مدار گروهی براساس بستهٔ درمان مبتنی‌بر رویکرد هیجان‌مدار جانسون (۱۶) در ده جلسه اجرا شد. روایی محتوایی هر دو درمان توسط چند تن از اساتید و متخصصان دانشگاه آزاد واحد امارات مطلوب گزارش شد و هر دو درمان توسط محقق (نویسندهٔ اول) و پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نیز توسط وی اجرا شد. شرح مختصری از درمان‌ها در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱. خلاصهٔ پروتکل درمان شناختی‌رفتاری

جلسات آموزش	عنوان جلسات
اول	اهداف: آشنایی اولیه و برقراری رابطهٔ درمانی، طرح شکایت‌های اصلی زنان، معرفی اجمالی نوع درمان.
دوم	اهداف: صورت‌بندی مشکلات کلی زنان در قالب مدل شناختی‌رفتاری، ادغام مثلث شناختی در استراتژی‌های درمانی، استفاده از تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائهٔ برگهٔ ثبت افکار ناکارآمد.
سوم	اهداف: ادامهٔ کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خودآیند به‌روش سقراطی.
چهارم	اهداف: بازشناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال‌شدن آن‌ها در موقعیت‌های خاص، استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین، بررسی

[1]. Female Sexual Function Index (FSFI)

[2]. Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

	تعدادی از مسائل آماجی بیماران.
پنجم	اهداف: توسعهٔ آگاهی دربارهٔ باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از تکنیک‌های رفتاری برای جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی.
ششم	اهداف: استفاده از تکنیک‌های شناختی‌رفتاری دربارهٔ جرئت‌ورزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی به زنان.
هفتم	اهداف: شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف‌سازی باورهای غیرشرطی ازطریق زیرسؤال‌بردن آن‌ها به‌روش سقراطی و درجه‌بندی باورهای منفی روی پرسشنامه‌ای صفرتا۱۰۰ درجه.
هشتم	اهداف: ادامهٔ تولید و توسعهٔ باورهای مثبت جایگزین ازطریق توسعهٔ مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، توسعهٔ مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، درجه‌بندی افکار جایگزین، ایجاد آمادگی برای به‌کارگرفتن روش‌های آموخته‌شده در شرایط زندگی آینده.
نهم	اهداف: آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائهٔ فعالیت‌های تکمیلی، آموزش سبک پاسخدهی کلامی کارآمد و مهارت‌های گوش‌کردن فعال.
دهم	اهداف: آموزش مهارت‌های گواه خود و هوشیاری، بحث گروهی، ارائهٔ فعالیت‌های تکمیلی و اجرای پس‌آزمون. لازم به ذکر است در هر جلسه مطالب و تکالیف خانگی جلسهٔ قبل بررسی شده و در پایان جلسه تکالیف جدید به افراد محول شد.

جدول ۲. خلاصهٔ پروتکل درمان هیجان‌مدار

جلسات آموزش	عنوان جلسات
اول	بررسی نظرات افراد دربارهٔ مفاهیم مدنظر، کشف تعاملات مشکل‌دار، ارزیابی شیوهٔ برخورد آن‌ها با مشکلات، کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون‌فردی و بین‌فردی، سنجش وضعیت عملکردهای جنسی.
دوم	پس از شروع جلسه درخواست از افراد برای حضور به‌طور مجزا به‌مدت چند دقیقه، ارائهٔ مباحث شامل کشف اطلاعاتی که در حضور همسر امکان‌پذیر نیست؛ مانند روابط فرازناشویی، ترومای دل‌بستگی شخصی قبلی تأثیرگذار در روابط فعلی، ارزیابی میزان ترس آن‌ها از افشای رازها.
سوم	کشف ناایمنی دلبستگی و ترس‌های هرکدام از افراد، کمک به بازتربودن و خودافشایی، ادامهٔ پیوستگی درمان.
چهارم	روشن‌کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، گسترش تجربهٔ هیجانی هرکدام از افراد در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه، هماهنگ‌کردن تشخیص درمانگر با مراجع، پذیرش چرخهٔ منفی، بررسی و تجدیدنظرکردن روابط.
پنجم	افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، عمق‌بخشیدن ارتباط شخصی با تجربهٔ هیجانی، بهبود وضعیت تعاملی.
ششم	تعیین تناسب چارچوب‌بندی درمانگر با تجربهٔ افراد، عمق‌بخشیدن به درگیری افراد، پذیرش بیشتر افراد از تجربهٔ خود، ارتقای روش‌های جدید تعامل تمرکز روی خود نه دیگری.
هفتم	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، درگیری بیشتر افراد با یکدیگر، روشن‌سازی خواسته‌ها و آرزوها.
هشتم	بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی دربارهٔ خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت.
نهم	درگیری صمیمانه، ماندن بر خط درمان و خارج‌نشدن از آن، هماهنگی وضعیت‌های جدید ایجادکنندهٔ روابط زناشویی، شناسایی و حمایت از الگوهای سازندهٔ تعاملی، ایجاد دلبستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه.
دهم	حفظ تغییر تعاملات در آینده، تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون، حفظ درگیری هیجانی به‌منظور ادامهٔ قوی‌کردن پیوند بین آن‌ها، اجرای پس‌آزمون.

در پژوهش حاضر تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (و پیش‌فرض‌های آن شامل آزمون‌های شاپیرو ـ ویلک، لون و ام‌باکس) و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ صورت گرفت. همچنین سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن و تحصیلات شرکت‌کننده‌ها را در سه گروه درمان هیجان‌مدار، درمان شناختی‌رفتاری و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی متغیرهای پژوهش

دامنهٔ سنی	هیجان‌مدار		شناختی‌رفتاری		گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۲۰تا۲۵ سال	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۷	۱	۶/۶۷
۲۶تا۳۰ سال	۳	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳
۳۱تا۳۵ سال	۲	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۷
بیشتر از ۳۵ سال	۸	۶۰/۰۱	۱۰	۶۶/۶۷	۱۱	۷۳/۳۳

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
تحصیلات	هیجان‌مدار		شناختی‌رفتاری		گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دیپلم	۶	۴۰	۴	۱۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳
فوق‌دیپلم	۳	۲۰	۲	۲۶/۶۷	۳	۲۰
لیسانس و بیشتر	۶	۴۰	۹	۶۰	۷	۴۶/۶۷
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

از لحاظ سن فراوانی بیشتر برای گروه آزمایش هیجان‌مدار مربوط به طبقهٔ سنی بیشتر از ۳۵ سال با ۸ فراوانی بود. فراوانی بیشتر برای سن در گروه آزمایش شناختی‌رفتاری در طبقهٔ سنی ۳۵ سال با ۱۰ فراوانی دیده شد. نهایتاً در گروه گواه فراوانی بیشتر برای سن مربوط به طبقهٔ سنی ۳۵ سال با ۱۱ فراوانی بود. براساس اطلاعات مندرج در این جدول در گروه آزمایش هیجان‌مدار افراد با مدرک تحصیلی لیسانس و بیشتر با ۶ نفر فراوانی بیشتری را داشتند. در گروه آزمایش شناختی‌رفتاری افراد با مدرک تحصیلی لیسانس و بیشتر با ۹ نفر دارای فراوانی بیشتری بودند. نهایتاً در گروه گواه نیز افراد با مدرک تحصیلی لیسانس و بیشتر با ۷ نفر فراوانی بیشتری را داشتند.

جدول ۴. نتایج توصیفی برای متغیرهای کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی جنسی	درمان هیجان‌مدار	۳۵/۸۰	۳/۲۱	۴۸/۲۷	۳/۱۷	۴۷/۶۰	۳/۵۶
	درمان شناختی‌رفتاری	۳۶/۵۳	۴/۱۰	۳۶/۷۳	۲/۱۵	۳۷/۳۳	۱/۸۳
	گواه	۳۶	۴/۹۲	۳۶/۸۰	۲/۹۰	۳۶/۹۳	۳/۹۵
عملکرد جنسی	درمان هیجان‌مدار	۱۶/۳۵	۱/۰۸	۱۶/۵۰	۱/۵۳	۱۶/۴۵	۱/۹۴
	درمان شناختی‌رفتاری	۱۶/۵۰	۱/۵۳	۱۶/۷۴	۱/۲۰	۱۶/۵۳	۱/۲۰
	گواه	۱۶/۴۵	۱/۹۴	۱۶/۸۲	۱/۱۳	۱۶/۷۶	۱/۴۹

جدول ۴ توصیف داده‌ها را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی نشان می‌دهد. باتوجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات کیفیت زندگی جنسی برای گروه آزمایش هیجان‌مدار در پیش‌آزمون ۳۵/۸۰ و در پس‌آزمون ۴۸/۲۷ و در پیگیری ۴۷/۶۰ به‌دست آمد. میانگین این نمره برای گروه آزمایش شناختی‌رفتاری در پیش‌آزمون ۳۶/۵۳، در پس‌آزمون ۳۶/۷۳ و در پیگیری ۳۷/۳۳ بود. در متغیر عملکرد جنسی نیز میانگین نمرات گروه آزمایش هیجان‌مدار در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب ۱۶/۳۵، ۱۶/۵۰ و ۱۶/۴۵ به‌دست آمد. این میانگین‌ها برای گروه آزمایش شناختی‌رفتاری به‌ترتیب ۱۶/۵۰، ۱۶/۷۴ و ۱۶/۵۳ بود. مقادیر میانگین این متغیرها برای گروه گواه نیز در جدول ارائه شده است. همان‌طورکه در جدول ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی در متغیرهای پژوهش و مؤلفه‌های آن‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. در ادامه پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بررسی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن به‌وسیلهٔ آزمون شاپیرو ـ ویلک نشان داد، متغیرهای کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی در هر سه گروه و هر سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود ($p>۰/۰۵$). آمارهٔ آزمون‌های ام‌باکس و لون نیز برای هیچ‌یک از متغیرهای تحقیق معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس مفروضهٔ همگنی واریانس برای متغیرهای کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی در سه مرحله برقرار بود. نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای متغیرهای کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی برقرار نیست؛ ازاین‌رو، باتوجه به اینکه برای آزمون گرین‌هاوس‌گیسر مقدار اپسیلون کوچک‌تر از ۰/۷۵ به‌دست آمد از آزمون هیون‌فلت استفاده شد.

در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون‌آزمونی و بین‌آزمودنی ارائه شده است. باتوجه به نتایج، در اثر زمان متغیر کیفیت زندگی جنسی معنادار شد ($p=۰/۰۰۱$)؛ بنابراین بین سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر در گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت وجود داشت؛ اما متغیر عملکرد جنسی به‌لحاظ آماری معنادار نشد ($p=۰/۴۵۰$) که نبود تفاوت گروه‌ها را در مراحل سنجش نشان داد.

همچنین نتایج جدول مشخص کرد، بین تعامل اثر گروه و زمان در متغیر کیفیت زندگی جنسی تعامل وجود دارد ($p=۰/۰۰۱$)؛ ازاین‌رو معین شد، بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه گواه در این دو متغیر وابسته تفاوت وجود دارد؛ اما در متغیر عملکرد جنسی این تعامل دیده نشد ($p=۰/۹۵۸$). همچنین در اثر گروه باتوجه به مقادیر F و مقدار معناداری مشاهده شد که در متغیر کیفیت زندگی جنسی بین دو گروه آزمایش هیجان‌مدار و شناختی‌رفتاری و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p=۰/۰۰۱$)؛

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

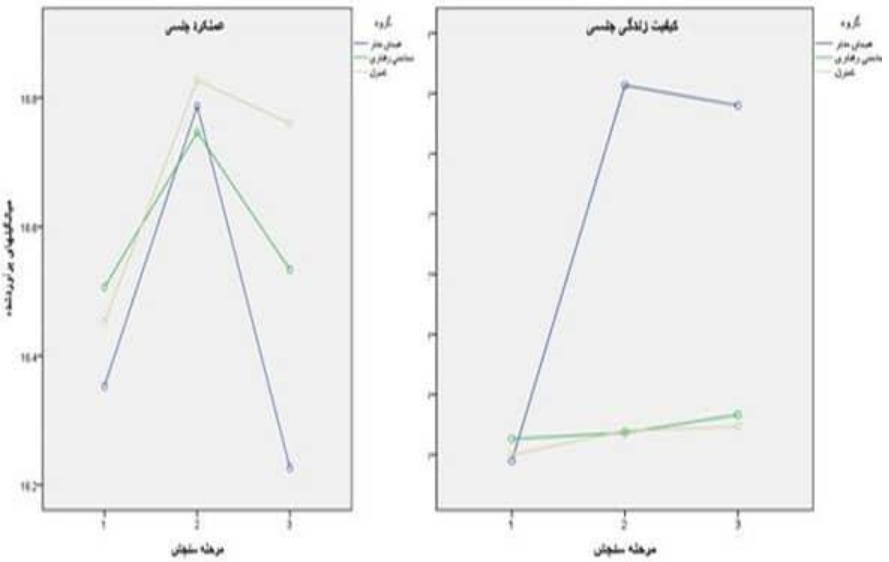
اما متغیر عملکرد جنسی به‌لحاظ آماری معنادار نشد (p=۰/۷۶۲) که نبود تفاوت گروه‌ها را در مراحل سنجش نشان داد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

اثرات	منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آمارهٔ F	مقدار p	مجذور اتا
درون‌آزمودنی	زمان	کیفیت زندگی جنسی	۶۰۷/۵۱	۱/۴۹	۴۰۷/۰۴	۵۷/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
		عملکرد جنسی	۳/۰۷	۲	۱/۵۳	۰/۸۰۶	۰/۴۵۰	
	اثر متقابل زمان و گروه	کیفیت زندگی جنسی	۸۸۰/۸۴	۲/۹۸	۲۹۵/۰۸	۴۴/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۷
		عملکرد جنسی	۱/۲۲	۴	۰/۳۰۶	۰/۱۶۰	۰/۹۵۸	
	خطا	کیفیت زندگی جنسی	۴۴۶/۳۱	۶۲/۶۸	۷/۱۲			
		عملکرد جنسی	۱۶۰/۰۵	۸۴	۱/۹۰			
بین‌آزمودنی	اثر گروه	کیفیت زندگی جنسی	۱۵۴۲/۷۱	۲	۷۷۱/۳۵	۳۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲
		عملکرد جنسی	۱/۱۵	۲	۰/۵۷۸	۰/۲۷۳	۰/۷۶۲	
	خطا	کیفیت زندگی جنسی	۱۰۴۱/۹۵	۴۲	۲۴/۸۰			
		عملکرد جنسی	۸۸/۹۲	۴۲	۲/۱۱			

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی میانگین‌های اثرات گروه

متغیر	مرحله		اثرگروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
کیفیت زندگی جنسی	پیش‌آزمون	هیجان‌مدار	شناختی‌رفتاری	ـ۰/۷۳۳	۱/۵۱	۰/۶۳۰
		هیجان‌مدار	گواه	ـ۰/۲۰۰	۱/۵۱	۰/۸۹۵
		شناختی‌رفتاری	گواه	۰/۵۳۳	۱/۵۱	۰/۷۲۶
	پس‌آزمون	هیجان‌مدار	شناختی‌رفتاری	۱۱/۵۳	۱/۰۱	۰/۰۰۱
		هیجان‌مدار	گواه	۱۱/۴۶	۱/۰۱	۰/۰۰۱
		شناختی‌رفتاری	گواه	ـ۰/۰۶۷	۱/۰۱	۰/۹۴۸
	پیگیری	هیجان‌مدار	شناختی‌رفتاری	۱۰/۲۶	۱/۱۸	۰/۰۰۱
		هیجان‌مدار	گواه	۱۰/۶۶	۱/۱۸	۰/۰۰۱
		شناختی‌رفتاری	گواه	۰/۴۰۰	۱/۱۸	۰/۷۳۸



شکل ۱. نمودار تغییرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های هیجان‌مدار، شناختی‌رفتاری و گواه

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

در جدول ۶ با استفاده از آزمون بونفرونی برای هر متغیر و به‌تفکیک هر مرحله گروه‌های هیجان‌مدار، شناختی‌رفتاری و گواه با یکدیگر مقایسه شده است. براساس نتایج این جدول، در متغیر کیفیت زندگی جنسی در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوتی بین گروه تحت درمان هیجان‌مدار با گروه‌های تحت درمان شناختی‌رفتاری و گواه وجود نداشت (p=۰/۶۳۰)؛ اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه تحت درمان هیجان‌مدار با گروه‌های تحت درمان شناختی‌رفتاری و گواه تفاوت معنادار به‌دست آمد (p=۰/۰۰۱). باتوجه به میانگین‌های گروه‌ها ملاحظه شد که نمرات گروه تحت درمان هیجان‌مدار افزایش داشته است. این امر نشان داد، درمان مذکور بر افزایش کیفیت زندگی جنسی آزمودنی‌ها مؤثر است. همچنین باتوجه به اینکه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی بین دو گروه شناختی‌رفتاری و گواه وجود نداشت (به‌ترتیب p=۰/۹۴۸، p=۰/۷۳۸)، می‌توان بیان کرد درمان شناختی‌رفتاری تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی جنسی آزمودنی‌های تحت درمان نداشته است. توضیحات ذکرشده، در شکل ۱ در قالب نمودار تغییرات متغیرهای کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری بر کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام پذیرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان هیجان‌مدار بر افزایش کیفیت زندگی جنسی مؤثر بود؛ اما درمان شناختی‌رفتاری تأثیری بر کیفیت زندگی جنسی نداشت؛ همچنین هیچ‌کدام از درمان‌های هیجان‌مدار و شناختی‌رفتاری بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان تأثیرگذار نبودند. در جست‌وجوهای اولیه، پژوهشگر تحقیقی را نیافت که بتوان نتایج مذکور را با یافته‌های آن پژوهش مقایسه کند و همسویی و ناهمسویی نتایج را بررسی کند. مک‌کارتی به‌نقل از اسپنس و همکاران تأثیر رویکرد شناختی‌رفتاری را بر درمان اختلال بازداری‌شده ارزیابی کرد و نشان داد، شیوهٔ شناختی‌رفتاری زوج‌ها در افزایش برانگیختگی جنسی زنان مؤثر است (۱۷). نتایج بررسی مستون و همکاران مشخص کرد که شیوهٔ بهتر و متداول‌تر درمانی، رویکرد شناختی‌رفتاری ازطریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب مثل آرمیدگی، ارائهٔ اطلاعات و دانش جنسی، تمرین تمرکز حسی و حساسیت‌زدایی منظم است (۱۸). یافته‌های پژوهش احمدنیا و همکاران نشان داد، درنتیجهٔ درمان‌های رفتاری و شناختی، اضطراب و اجتناب جنسی آزمودنی‌ها کاهش می‌یابد (۱۹). ترکویل و همکاران نیز در مطالعه‌ای دریافتند، درمان شناختی‌رفتاری در افزایش فراوانی آمیزش جنسی نیز سودمند است (۲۰) که نتایج پژوهش حاضر با این پژوهش‌ها ناهمسوست. در توجیه ناهمسویی می‌توان گفت، به‌دلیل نگاه گناه‌آلود به مسائل جنسی در ایران، در زمینهٔ شناسایی، تعیین علل مؤثر در بروز اختلالات جنسی و درمان آن در جامعهٔ ایرانی، برای اثربخشی در عملکرد جنسی پروتکل مناسبی تدوین نشده است.

درخصوص تبیین اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی جنسی زنان مبتلا به سرطان می‌توان اظهار داشت، شاخص عمده‌ای که در اکثر مطالعات موجود به‌منظور بررسی مفهوم کیفیت زندگی جنسی استفاده می‌شود، وقوع اختلال در عملکرد جنسی است (۲۱). اختلال عملکرد جنسی می‌تواند بر کیفیت درک‌شده از زندگی جنسی تأثیر بگذارد (۲۲). عملکرد جنسی به‌طور درخورتوجهی بر کیفیت زندگی فرد اثر می‌گذارد و بخش مهمی از کیفیت زندگی را کیفیت زندگی جنسی تشکیل می‌دهد. کیفیت زندگی جنسی با میزان رضایت‌مندی و سطح کیفیت عمومی زندگی ارتباط متقابل و درهم‌تنیده‌ای دارد؛ به‌گونه‌ای که ضعیف‌بودن کیفیت زندگی جنسی می‌تواند تابلویی از وضعیت سلامت و کیفیت عمومی زندگی افراد در جامعه باشد (۲۳). تغییر در درمان هیجان‌مدار زمانی رخ می‌دهد که درمانگران به بیماران کمک می‌کنند تا عناصر موجود در رابطهٔ مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخهٔ منفی مختل می‌شود و پاسخ‌ها شروع به تغییرکردن می‌کند، چرخه‌ای مثبت‌تر به‌وجود می‌آید که به زنان کمک می‌کند تا به‌سمت پیوندی ایمن‌تر پیش بروند. هدف درمان هیجان‌مدار این است که کاری کند زنان به پاسخ‌های هیجانی که زیربنای الگوی تعاملی منفی‌شان است، دسترسی یابند و آن‌ها را ابراز و پردازش مجدد کنند. سپس زنان می‌توانند علائم هیجانی جدیدی را بفرستند که اجازه می‌دهند الگوهای تعاملی به‌سمت دسترس‌پذیری و پاسخ‌گوبودن بیشتری پیش رود و درنتیجه پیوندی ایمن‌تر و رضایت‌بخش‌تر خلق شود (۲۲). همچنین فرایند تغییر در رویکرد هیجان‌مدار نشان می‌دهد، این درمان کمک می‌کند تا زنان به هیجانات زیربنایی و آسیب‌دیدهٔ اولیه دسترسی پیدا کرده و بتوانند آن را ابراز کنند. آشکارکردن هیجانات آسیب‌پذیر زیربنایی بر شکستن چرخهٔ معیوب تعاملات تأثیر دارد و باعث عمیق‌شدن صمیمیت و پیوند دلبستگی ایمن می‌شود (۲۴).

هر تحقیق، محدودیت‌هایی دارد. ازآنجاکه باورهای اجتماعی در زمینهٔ مسائل جنسی اغلب منفی و در اذهان اکثریت افراد به‌عنوان یک تابو مطرح‌اند، تنها از بیماران زن در نمونه‌گیری استفاده شد؛ این امر مانع از تعمیم نتایج پژوهش به بیماران مرد می‌شود. همچنین طرح مشکلات جنسی بیماران در حضور همسران آن‌ها مشکل بود؛ بنابراین بیماران به‌تنهایی در جلسات درمانی شرکت کردند که این نیز ازجمله محدودیت‌های پژوهش بود. براساس محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت، هرچند قراردادن تصادفی اعضا در هر دو گروه و استفاده از تحلیل کوواریانس تا حدودی تأثیر تفاوت‌های اولیه را تعدیل می‌کند، استفاده از گروه‌های همتا و کاهش تفاوت‌های فردی اولیه در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود؛ یعنی از هر اختلال نمونه‌های کافی از بیماران انتخاب شود و اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری برای هر اختلال ارزیابی شود. پیشنهاد می‌شود نتایج به‌دست‌آمده در هر اختلال با اختلالات دیگر مقایسه شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود، میزان اثربخشی این درمان به‌صورت زوج‌درمانی نیز بررسی شود و با اجرای این درمان به‌شکل پژوهش حاضر، مقایسه شود. درنهایت برای بررسی میزان پایداری تأثیرات درمانی پیشنهاد می‌شود آزمون‌های پیگیری به فواصل مختلف پس از اتمام مداخله‌های درمانی انجام پذیرد.

۵ نتیجه‌گیری

بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان هیجان‌مدار در بهبود کیفیت زندگی جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه نقش مؤثری دارد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

ازطرفی باتوجه به استفادهٔ صحیح از راهبردهای هیجان‌مدار در زمان بروز تنش و اختلاف در روابط زنان مبتلا به سرطان سینه، می‌توان خاطرنشان کرد که درمان هیجان‌مدار به زنان کمک می‌کند تا فضای همدلی و صمیمیت نزدیکی را با یکدیگر برقرار کنند؛ همچنین با علاقه و انگیزهٔ بیشتری درجهت حل اختلاف نظرات و مشکلات خود در مسائل جنسی گام بردارند. دور از انتظار نیست که این راهبردها و نقاط مشترک، آشفتگی‌های زناشویی را کاهش دهند و تعارض‌های زناشویی را که منجربه طلاق عاطفی می‌شوند، کم‌رنگ کنند تا صمیمیت زناشویی و جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه را در پی داشته باشند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی کارکنان مرکز تخصصی و فوق‌تخصصی بیمارستان میلاد و تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از بخشی از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی سلامت در دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات است. پرپوزال این رساله در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه تصویب شده است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شد. کد اخلاق به شمارهٔ IR.SBMU.RETECH.REC.1399.769 از دانشگاه آزاد واحد امارات اخذ گردید. پیش از شروع کار از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامهٔ کتبی دریافت شد و آن‌ها از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند؛ به‌علاوه از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبان محافظت شد و تفسیر نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها انجام پذیرفت. همچنین مشارکت در پژوهش حاضر هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامدهای اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با هزینهٔ شخصی و بدون هیچ حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌ها را جمع‌آوری کرد و سپس آن‌ها را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Griffiths S, Murray SB, Mitchison D, Castle D, Mond JM. Relative strength of the associations of body fat, muscularity, height, and penis size dissatisfaction with psychological quality of life impairment among sexual minority men. Psychology of Men & Masculinities. 2019;20(1):55–60. https://doi.org/10.1037/men0000149
2. van den Brink F, Vollmann M, Smeets MAM, Hessen DJ, Woertman L. Relationships between body image, sexual satisfaction, and relationship quality in romantic couples. J Fam Psychol. 2018;32(4):466–74. https://doi.org/10.1037/fam0000407
3. Bonfils KA, Firmin RL, Salyers MP, Wright ER. Sexuality and intimacy among people living with serious mental illnesses: Factors contributing to sexual activity. Psychiatr Rehabil J. 2015;38(3):249–55. https://doi.org/10.1037/prj0000117
4. Smith DM, Wang SB, Carter ML, Fox KR, Hooley JM. Longitudinal predictors of self-injurious thoughts and behaviors in sexual and gender minority adolescents. J Abnorm Psychol. 2020;129(1):114–21. https://doi.org/10.1037/abn0000483
5. Wadsworth LP, Hayes-Skelton SA. Differences among lesbian, gay, bisexual, heterosexual individuals, and those who reported an other identity on an open-ended response on levels of social anxiety. Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2015;2(2):181–7. https://doi.org/10.1037/sgd0000092
6. Manganiello A, Hoga LAK, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CAM. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. Eur J Oncol Nurs. 2011;15(2):167–72. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.07.008
7. Johnson S, Zuccarini D. Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. J Marital Fam Ther. 2010;36(4):431–45. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00155.x
8. Pietrangelo A. CBT Techniques: tools for cognitive behavioral therapy [Internet]. Healthline; 2019. Available from: https://www.healthline.com/health/cbt-techniques#types-of-cbt-techniques
9. Aliakbari Dehkordi M. Relationship between women sexual function and marital adjustment. International Journal of Behavioral Sciences. 2010;4(3):199–206. [Persian] http://www.behavsci.ir/article_67690_9e345fcfe74100aeb5f477a113b579ab.pdf
10. Morgan BL, Voorhis CRWV. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutorials in Quantitative Methods for Psychology. 2007;3(2):43–50.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

11. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000;26(2):191–208. https://doi.org/10.1080/009262300278597
12. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Impot Res. 2006;18(4):382–95. https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901440
13. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. J Sex Marital Ther. 2005;31(5):385–97. https://doi.org/10.1080/00926230591006502
14. Alvandi Jam A, Afshari A, Talebi M, Abbasi R. The effect of Sexual rehabilitation on (Sexual) quality of life for hemodialysis patients referred to dialysis center in Labafinejad Hospital. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2014;22(4):45–52. [Persian] https://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1305-en.pdf
15. Young JE, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. In: Barlow DH. editor. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. New York: Guilford Press; 2001. pp: 264-308.
16. Johnson SM. Creating connection: the practice of emotionally focused couple therapy . New York: Brunner–Routledge; 2004.
17. Spence JT, Losoff M, Robbins AS. Sexually aggressive tactics in dating relationships: personality and attitudinal correlates. Journal of Social and Clinical Psychology. 1991;10(3):289–304. https://doi.org/10.1521/jscp.1991.10.3.289
18. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. J Sex Med. 2004;1(1):66–8. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10110.x
19. Ahmadnia E, Haseli A, Karamat A. therapeutic interventions conducted on improving women's sexual satisfaction and function during reproductive ages in Iran: a systematic review. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2017;27(153):146–62. [Persian] http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-9686-en.pdf
20. Ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJDM. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. Psychiatr Clin North Am. 2010;33(3):595–610. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.010
21. Ahlborg T, Dahlöf L-G, Hallberg LR-M. Quality of intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. J Sex Res. 2005;42(2):167–74. https://doi.org/10.1080/00224490509552270
22. Eden KJ, Wylie KR. Quality of sexual life and menopause. Womens Health (Lond). 2009;5(4):385–96. https://doi.org/10.2217/whe.09.24
23. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Problems in diagnosing sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in primary health care in Spain. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(7):451–4. [Spanish] https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.12.012
24. McKinnon JM, Greenberg LS. Revealing underlying vulnerable emotion in couple therapy: impact on session and final outcome. Journal of Family Therapy. 2013;35(3):303–19. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12015

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]