

Predicting Sexual Self-Esteem Based on Sexual Anxiety Mediated by Alexithymia in Women with Breast Cancer

Sara Jahanmehr¹, Abed Majidi²✉

¹Department of Clinical and Health Psychology, Ar. C., Islamic Azad University, Arak, Iran

²Faculty of Humanities, Seyyed Jamaluddin Asadabadi University, Asadabad, Hamadan, Iran

Received: 2025/02/01
Accepted: 2025/11/27

*Corresponding Author:
Abed.majidi@sjau.ac.ir

Ethics Approval:
[IR.IAU.ARAK.REC.1403.077](https://ir.iau.arak.rec.1403.077)

Abstract

Introduction: Breast cancer, one of the most common cancers among women worldwide, has profound effects on the physical and mental health of individuals. This study aimed to investigate the impact of sexual anxiety on sexual self-esteem in women with breast cancer by considering the mediating role of alexithymia.

Methods: This study used a correlational and structural equation modeling, and its statistical population included all women with breast cancer in Arak, Iran, in 2024. A total of 169 women with breast cancer were selected based on the Cochran formula using purposive sampling. Data were collected using questionnaires on women's sexual self-esteem, sexual anxiety, and alexithymia. Data were analyzed using Pearson's correlation test and path analysis in SPSS (version 26) and LISREL (version 8.8).

Results: The results showed a significant inverse correlation between sexual self-esteem and sexual anxiety ($r = -0.61$) and alexithymia ($r = -0.28$) ($P < 0.01$). Also, the regression model showed that sexual anxiety and alexithymia explain 64% of the variance in sexual self-esteem ($R^2 = 0.64$; $P < 0.05$).

Conclusion: Considering the effect of alexithymia on sexual anxiety and the prediction of sexual self-esteem in women with breast cancer, it is suggested that necessary training be provided to raise awareness among women to recognize their emotions.

Keywords: Breast cancer, Emotional alexithymia, Sexual anxiety, Sexual self-esteem, Women



Introduction

Cancer is one of the leading causes of mortality worldwide, affecting 40.9% of women, and breast cancer is the most common cancer among women (1). Breast cancer leads to reduced general health and quality of life, decreased hope and happiness, and is subsequently associated with anxiety and depression (2). In addition to physiological and psychological pain, these patients are concerned about changes in their bodies (3). Loss of a breast or its deformity due to breast cancer-related surgeries can severely impair women's sexual self-esteem and lead to reduced sexual satisfaction and problems in marital relationships (4).

Sexual self-esteem is one of the key components affected by this disease and is defined as an individual's perception of their sexual attractiveness and worthiness in sexual relationships (5). Women with breast cancer are more exposed to sexual anxiety due to physical and psychological changes (6). Sexual situations may act as anxiety triggers; therefore, the term "sexual anxiety" is used (7). However, despite medical advances, diagnosis of this disease still causes profound emotional and affective problems in patients, and alexithymia is recognized as one of the forms of impairment in emotional self-regulation (8). This deficit hinders emotion regulation and makes successful adaptation difficult (9). Women with breast cancer and high alexithymia experience greater hopelessness and distorted body images (10).

Factors, such as young age of onset, high treatment costs, and side effects that sometimes

reduce survival, doubly underscore the need for a comprehensive examination of the condition of breast cancer patients, especially from a psychological perspective. Since no study has yet simultaneously examined these three variables within a single analytical model, investigating this issue appears essential. Therefore, this study aimed to explore the effect of sexual anxiety on sexual self-esteem in women with breast cancer by considering the mediating role of alexithymia.

Materials and Methods

The present study employed a purposive descriptive-correlational design and structural equation modeling. The statistical population included all women with breast cancer referring to medical centers in Arak, Iran, in 2024. A total of 169 women with breast cancer were selected using Cochran's formula and purposive sampling.

The measurement tools included the Women's Sexual Self-Esteem Scale, Sexual Anxiety Questionnaire, and Alexithymia Scale.

Data were analyzed using Pearson's correlation and path analysis in SPSS (version 26) and LISREL (version 8.8). The maximum alpha error level for testing the hypotheses was set at 0.05 ($P \leq 0.05$).

Results

The results showed a significant negative correlation between sexual self-esteem and both sexual anxiety ($r = -0.61$) and alexithymia ($r = -0.28$; $P < 0.01$) (Table 1).

Table 1: Pearson Correlation Matrix Among the Main Variables

Variable	Sexual Anxiety	Alexithymia	Sexual Self-Esteem
Sexual anxiety	1		
Alexithymia	0.28**	1	
Sexual self-esteem	-0.61**	-0.28**	1

** $P \leq 0.01$.

Based on the results of structural equation modeling, sexual anxiety had the most substantial adverse effect on sexual self-esteem ($\beta = -0.79$), indicating a substantial impact of sexual anxiety on sexual self-esteem. Alexithymia also had a significant adverse impact on sexual self-esteem ($\beta = -0.29$),

indicating that an increase in alexithymia is associated with a decrease in sexual self-esteem. The coefficient of determination showed that sexual anxiety and alexithymia together explained 64% of the variance in sexual self-esteem ($R^2 = 0.64$; $P < 0.05$) (Table 2).

Table 2: Direct and Indirect Effects in the Model

Effect Type	Path	Standardized Coefficient (β)	Standard Error	t-value	P-value
Direct	Sexual anxiety $\rightarrow$ Sexual self-esteem	-0.79	—	-5.01	0.001
Direct	Alexithymia $\rightarrow$ Sexual self-esteem	-0.29	—	-3.38	0.001
Direct	Sexual anxiety $\rightarrow$ Alexithymia	0.26	—	2.89	0.004
Indirect	Sexual anxiety $\rightarrow$ Alexithymia $\rightarrow$ Sexual self-esteem	-0.133	0.039	-3.41	0.001

Discussion

The present study examined sexual self-esteem based on sexual anxiety and the mediating role of alexithymia in women with breast cancer. The results showed that sexual anxiety, mediated by alexithymia, could significantly predict sexual self-esteem in women with breast cancer. The findings of Weber et al. (11) are consistent with the present study, stating that high sexual self-esteem in women with breast cancer is of great importance and that sexual self-esteem can be considered both a source and a consequence of intimate sexual relationships. Diagnosis of breast cancer can also hurt the sexual self-esteem and sexual life of affected women, which is consistent with the present results. This finding is consistent with the present study, suggesting that higher sexual self-esteem in women with breast cancer is associated with increased sexual desire, assertiveness, and sexual satisfaction. In fact, it can be explained that breast cancer has adverse effects on women, accompanied by various

anxieties, including sexual anxiety, because fear of losing the breast is an essential component in sexual relations for women, and feeling incomplete and defective is associated with disruption of the natural process of sexual intercourse and intensification of sexual anxiety. Considering the effect of alexithymia on sexual anxiety and its predictive role in sexual self-esteem among women with breast cancer, it is suggested that necessary training be provided to increase women's awareness regarding the recognition of their emotions.

Conclusion

Women with breast cancer who perform poorly in identifying and expressing their emotions experience greater sexual anxiety. Moreover, high alexithymia and sexual anxiety can lead to reduced sexual self-esteem in women with breast cancer. These findings emphasize the importance of identifying psychological and sexual factors in women with breast cancer.

References

1. Zahedi A, Rafiemanesh H, Enayatrad M, Ghoncheh M. S Incidence, Trends and Epidemiology of Cancers in North West of Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2015;16(16):7189-93. [Persian].doi:10.7314/APJCP.2015.16.16.7189.
2. Ahmadian S, Rasouli A. Stress Management Training on Reducing Anxiety and Promoting Happiness and Sexual Integrity in Women with Breast Cancer. *IJNR*, 2018; 13(1):18-25. [Persian]. doi: 10.21859/ijnr-13013.
3. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Current Oncology Reports*, 2021; 23(3): 38. doi: 10.1007/s11912-021-01049-3.
4. Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Lam WW, Lazenby M, & Loscalzo MJ. Psycho-oncology. Fourth Edition. New York: Oxford university press. 2021.
5. Marsh S, Borges VF, Coons HL, Afghahi A. Sexual health after a breast cancer diagnosis in young women: clinical implications for patients and providers. *Breast Cancer Res Treat*, 2020; 184(3):655-63. doi: 10.1007/s10549-020-05880-3.
6. Brassard A, Dupuy E, Bergeron S, Shaver PS. Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *J Sex Res*, 2015; 52(1):110-9. doi: 10.1080/00224499.2013.838744
7. Rowland DL, Kirana PS. A theoretical model for sexual performance anxiety (SPA) and a clinical approach for its remediation (SPA-R). *SexualMedicineReviews*, 2025, 13: 184–201 doi:10.1093/sxmrev/qeaf012.

8. Preece D, Becerra R, Robinson K, Dandy J, & Allan A. The psychometric assessment of alexithymia: Development and validation of the Perth Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 2018; 132: 32-44. doi:10.1016/j.paid.2018.05.011
9. Narimani M, Jani S, Rezaei R. The role of alexithymia and mindfulness in predicting depression and anxiety in women with cancer. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 2020; 7 (1): 78-89. [Persian]. doi:10.52547/shenakht.7.1.78.
10. Gutiérrez Hermoso L, Velasco Furlong L, Sánchez-Román S and Salas Costumero L. The Importance of Alexithymia in Post-surgery. Differences on Body Image and Psychological Adjustment in Breast Cancer Patients. *Front. Psychol*, 2020; 11:604004. doi:10.3389/fpsyg.2020.604004.
11. Weber E, Hopwood CJ, Denissen JJA, Bleidorn W. Self-Esteem and Sexual Experiences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2024; 00(0):1-20. doi:10.1177/01461672241257355.

پیش‌بینی عزت نفس جنسی بر اساس اضطراب جنسی با میانجی‌گری ناگوایی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان

سارا جهان مهر^۱، عابد مجیدی^{۲*}

^۱گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

^۲گروه مشاوره، دانشگاه سید جمال الدین اسدآبادی، اسدآباد، ایران.

چکیده

مقدمه: سرطان پستان، به عنوان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در میان زنان در سراسر جهان، تأثیرات عمیقی بر سلامت جسمی و روانی افراد دارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان تأثیر اضطراب جنسی بر عزت‌نفس جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان، با در نظر گرفتن نقش میانجی‌گری ناگوایی هیجانی است.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مدل معادلات ساختاری و جامعه آماری آن شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان شهر اراک در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه‌ای به حجم ۱۶۹ زن مبتلا به سرطان پستان بر اساس فرمول کوکران به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های عزت نفس جنسی زنان، اضطراب جنسی و ناگوایی هیجانی جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و LISREL-8/8 انجام شد.

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۱۱/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۰۶

* نویسنده مسئول:

Abed.majidi@sjau.ac.ir

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین عزت‌نفس جنسی با اضطراب جنسی ($r = -0/61$) و ناگوایی هیجانی ($r = -0/28$) همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین مدل رگرسیون نشان داد که اضطراب جنسی و ناگوایی هیجانی ۶۴٪ از واریانس عزت‌نفس جنسی را تبیین می‌کنند ($R^2 = 0/64$; $P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر ناگوایی هیجانی بر اضطراب جنسی و پیش‌بینی کنندگی عزت نفس جنسی زنان دارای سرطان پستان پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم در زمینه آگاه‌سازی زنان در راستای شناخت هیجان‌های خود انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: عزت نفس جنسی، اضطراب جنسی، ناگوایی هیجانی، سرطان پستان، زنان.

مقدمه

سرطان یکی از علل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است و ۴۰/۹ درصد زنان به آن مبتلا می‌گردند که یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان، سرطان پستان^۱ می‌باشد (۱). تقریباً از هر ۱۰ زن یک نفر به سرطان پستان مبتلا می‌گردد (۳،۲). برای درمان این بیماری از روش‌های مختلف همچون برداشتن توده سرطانی یا لامپکتومی^۲، برداشت کامل بافت پستان یا ماستکتومی^۳، شیمی درمانی^۴، هورمون درمانی و رادیوتراپی براساس مرحله بیماری استفاده می‌شود (۴). جدیدترین آمار آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان با بررسی دقیق حدود ۱۸۲ کشور نشان داد به‌طور متوسط از هر ۲۰ زن در سراسر جهان، ۱ نفر در طول زندگی خود به سرطان پستان مبتلا می‌شود و اگر نرخ فعلی ادامه یابد تا سال ۲۰۵۰، ۳/۲ میلیون مورد جدید سرطان پستان و ۱/۱ میلیون مرگ مرتبط با سرطان پستان در سال رخ خواهد داد (۵).

سرطان پستان، از نظر روانی تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است و کاهش سلامت عمومی و کیفیت زندگی و کاهش ناامیدی و شادکامی در این میان اضطراب، افسردگی را نیز به همراه دارد (۶). بیماران علاوه بر دردهای فیزیولوژیکی (۷) و روانی (۸)، نگران تغییرات بدنی‌شان هستند. به‌ویژه زمانی که تغییرات جسمی ناشی از جراحی یا درمان، با احساس نارضایتی از بدن و کاهش جذابیت جنسی‌شان همراه می‌شود؛ چرا که این امر روابط صمیمانه و زناشویی بین آنان و همسران‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). این تحولات، هویت جنسی و عملکرد زوجی را تحت فشار می‌گذارد (۱۰، ۱۱). به ویژه سرطان پستان تأثیر قابل توجهی بر عزت نفس جنسی^۵ و کیفیت زندگی جنسی زنان مبتلا دارد (۱۲) و وبر و همکاران (۱۳) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که ارتباط معنادار بین روابط بین فردی با سطح پائین عزت نفس و فراوانی و کیفیت تجربیات جنسی وجود دارد. علاوه بر این، تعاملات بین درون فردی متقابلی بین عزت نفس و رضایت جنسی وجود دارد. در این میان، عزت نفس جنسی که به‌عنوان ادراک فرد از جذابیت جنسی و ارزشمندی خود در روابط

جنسی تعریف می‌شود، یکی از مؤلفه‌های کلیدی تأثیرپذیر در این بیماری است (۱۴).

از دست دادن سینه یا تغییر شکل آن در اثر جراحی‌های مرتبط با سرطان پستان می‌تواند عزت نفس جنسی زنان را به شدت تضعیف کند و زمینه‌ساز کاهش رضایت جنسی و بروز مشکلات در روابط زناشویی شود (۱۵). به همین دلیل، بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان پستان نمی‌توانند بدن خود را با تغییرات ایجادشده بپذیرند و درخصوص نقش جنسی، لذت و رضایت در روابط خود دچار تردید و احساس عدم اطمینان می‌شوند. در واقع، عزت نفس جنسی یکی از چالش‌های اصلی تأثیرگذار بر سلامت جنسی این بیماران محسوب می‌شود (۱۴).

در پژوهش‌های متعدد داخلی و بین‌المللی به ارتباط بین سرطان پستان و عزت نفس جنسی پرداخته شده است. مطالعه‌ای در ایران نشان داد زنان نجات‌یافته از سرطان پستان، اغلب از عزت نفس مطلوبی برخوردار نیستند (۱۶). براسارد و همکاران (۱۷) در پژوهشی نشان دادند عزت نفس جنسی و اضطراب جنسی رابطه مستقیم دارند و زنان با عزت نفس جنسی پائین و اضطراب جنسی بالا، رضایت جنسی کمتری داشته‌اند. موقعیت‌های جنسی ممکن است به عنوان محرک اضطراب عمل کنند، بنابراین اصطلاح "اضطراب جنسی" به کار می‌رود (۱۸، ۱۹). اضطراب جنسی از موقعیت‌های مرتبط با رابطه جنسی با شریک جنسی ناشی می‌شود و یکی از عوامل مهم و اثرگذار است و باعث ایجاد شایع‌ترین اختلالات در عملکردهای جنسی می‌شود (۲۰). اضطراب جنسی به‌عنوان تمایل تجربه تنش، اضطراب، افکار ناراحت‌کننده، ترس یا اجتناب در مورد جنبه‌های جنسی زندگی فرد تعریف می‌گردد (۲۱). این اضطراب می‌تواند منجر به کاهش برانگیختگی جنسی، اختلال در عملکرد جنسی، و اجتناب از فعالیت‌های جنسی شود (۲۲). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند زنان مبتلا به سرطان پستان به دلیل تغییرات جسمانی و روانی، بیشتر در معرض اضطراب جنسی قرار دارند (۱۷).

با پیشرفت‌های علم پزشکی، تشخیص ابتلا به سرطان در افراد برابر مرگ حتمی و قریب‌الوقوع نیست اما تنها تشخیص این بیماری، باعث ایجاد مشکلات هیجانی و

⁴ Chemotherapy

⁵ Sexual Self-Esteem

¹ Breast Cancer

² Lumpectomy

³ Mastectomy

دیده‌شده، در کنار ابعاد جسمی، می‌تواند به درک بهتر و طراحی مداخلات مؤثرتر برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران بینجامد. با توجه به خلأ پژوهشی در زمینه تأثیر متقابل اضطراب جنسی و ناگویی هیجانی بر عزت نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان، و با وجود اینکه تاکنون مطالعه‌ای یافت نشد که این سه متغیر را به صورت هم‌زمان و در قالب یک مدل تحلیلی بررسی کرده باشد، بررسی این موضوع ضروری به نظر می‌رسد. هرچند در برخی مطالعات به طور جداگانه به رابطه میان این متغیرها اشاره شده است، اما مدل‌سازی نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در رابطه بین اضطراب جنسی و عزت نفس جنسی مغفول مانده است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی مدل پیش‌بینی عزت نفس جنسی بر اساس اضطراب جنسی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی است، زیرا به دنبال بررسی رابطه بین متغیرهای اضطراب جنسی، ناگویی هیجانی و عزت نفس جنسی است. همچنین از مدل معادلات ساختاری استفاده شده است، زیرا این روش این امکان را می‌دهد تا نقش میانجی‌گری ناگویی هیجانی در رابطه بین اضطراب جنسی و عزت نفس جنسی را بررسی کرده و مدل نظری پژوهش به طور جامع‌تری ارزیابی شود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان بود که در سال ۱۴۰۳ به مراکز درمانی شهر اراک مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود شامل این موارد بود: جنسیت مؤنث، سن بین ۲۵ تا ۶۸ سال، سواد خواندن و نوشتن، تشخیص قطعی سرطان پستان از پزشک متخصص، فعال بودن از نظر جنسی، قرار داشتن در یکی از مراحل درمانی سرطان (شامل جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی یا درمان‌های هورمونی) یا اتمام درمان در مدت زمان اخیر، رضایت به شرکت در مطالعه و امضای آگاهانه فرم رضایت‌نامه. همچنین معیار خروج از مطالعه عدم تکمیل پرسشنامه‌ها یا مخدوش بودن آنها و وجود اختلالات روان‌پزشکی شدید بود. بر اساس فرمول کوکران نمونه‌ای به حجم ۱۶۹ نفر از بین بیمارانی که به مراکز درمانی سرطان پستان مراجعه کرده‌اند، به روش نمونه‌گیری هدفمند

عاطفی عمیق در بیماران می‌شود (۲۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد مبتلا به این عارضه، به‌ویژه آن‌هایی که تحت فشار هم‌زمان عوامل جسمانی و هیجانی قرار دارند اما نمی‌توانند هیجانات خود را به‌درستی بیان کنند، بیشتر در معرض ناگویی هیجانی^۱ قرار می‌گیرند (۲۴). ناگویی هیجانی به‌طور کلی به ناتوانی در شناسایی، بیان و پردازش شناختی هیجانات اطلاق می‌شود و به عنوان یکی از اشکال اختلال در خودتنظیم‌گری هیجانی شناخته می‌شود (۲۵). در واقع این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها می‌شود و سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد (۲۶). مطالعات نشان می‌دهند بین ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد (۲۷، ۲۸) و شدت سرطان یک پیش‌بین قابل توجه از نمره ناگویی هیجانی است (۲۶). زنان مبتلا به سرطان پستان با ناگویی هیجانی بالا ناامیدی و تحریف تصویر بدنی بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۹). همچنین ناگویی هیجانی در زنان دارای سرطان پستان تمایل به استراتژی‌های مقابله‌ای که بر مشکل متمرکز نیستند را افزایش می‌دهد و این امر باعث ناتوانی در اقدام به منظور مقابله فعال با استرس مرتبط با آسیب‌شناسی یا کاهش اثرات آن می‌شود (۳۰).

از آنجا که بسیاری از زنان در سنین ابتلا (به‌ویژه در چهارمین دهه زندگی) نقش‌های کلیدی در خانواده و اجتماع دارند، پایین بودن سن بروز این بیماری، اهمیت آن را دوچندان می‌سازد. پیامدهای این بیماری تنها به هزینه‌های مستقیم درمان که بر دوش بیماران یا سازمان‌های تأمین مالی درمان قرار دارد، محدود نمی‌شود (۳۱) و در صورت عدم مدیریت صحیح عوارض جسمی و روانی آن، کیفیت و تداوم زندگی بیماران نیز به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در چنین شرایطی، حتی ممکن است مزایای افزایش بقا به‌واسطه بار روانی و جسمی ناشی از عوارض جانبی درمان کاهش یابد. با توجه به این واقعیت‌ها، بررسی همه‌جانبه وضعیت بیماران مبتلا به سرطان پستان، به‌ویژه از منظر روان‌شناختی، اهمیت زیادی دارد. این موضوع زمانی اهمیت بیشتری می‌یابد که بدانیم در جامعه ما، مؤلفه‌هایی مانند عزت نفس جنسی، اضطراب جنسی، ناگویی هیجانی و سایر عوامل مرتبط، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. از این رو، پرداختن به این جنبه‌های کمتر

¹ Emotional Dyslexia

پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای پنج خرده مقیاس آن در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۴ بدست آمده است. همچنین بین این پرسشنامه و مقیاس عزت نفس کوپرسمیت ($r=0/31$) و شاخص عملکرد جنسی زنان ($r=0/31$) رابطه معنادار مثبتی دیده شد ($P<0/05$) که نشانگر روایی همگرایی این مقیاس است. روایی واگرایی این مقیاس نیز با خرده مقیاس افسردگی مقیاس dass-21 تأیید شد.

پرسشنامه اضطراب جنسی (SCS)

پرسشنامه اضطراب ارتباط جنسی توسط دیویس^۸ و همکاران (۳۴) با هدف ارزیابی اضطراب ارتباط جنسی تهیه شده است و شامل ۱۸ آیت می‌باشد. روش نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) است. پایایی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است و مطالعه‌ای دیگر اندرسون و سیرانوسکی در ۲۰۱۰ پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۳ و روایی آن را قابل قبول گزارش کرد (۳۵). این مقیاس در ایران در مطالعه قیصری و کریمیان (۳۶) مورد استفاده قرار گرفت و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ جهت بررسی روایی سازه نیز همبستگی آن با آزمون احقاق جنسی ۰/۶۰ محاسبه گردید و روایی محتوایش نیز مورد تأیید استادان روانشناسی و مشاوره قرار گرفت.

پرسشنامه ناگویی هیجانی^۹

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگبی، پارکر و تیلور^{۱۰} (۳۷) ساخته شده است. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی ۲۰ سؤالی است و سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (DIF)^{۱۱}، دشواری در توصیف احساسات (DDF)^{۱۲}، تفکر عینی (EOT)^{۱۳} اختصاص دارد. روش نمره‌گذاری آن به شیوه لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵) است. بگبی و همکاران^{۱۴} (۳۸)

انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری هدفمند به این دلیل استفاده شد که امکان دسترسی به بیماران مبتلا به سرطان پستان را فراهم می‌کرد و تضمین می‌کند نمونه شامل افرادی است که به طور مستقیم با موضوع پژوهش مرتبط هستند. به منظور دسترسی به نمونه موردنظر، با ارائه معرفی‌نامه به بیمارستان‌های خوانساری و سینا و انجمن خیریه تبسم در شهر اراک، از بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز یاد شده دعوت به همکاری شد. برای جلب رضایت بیماران، ابتدا هدف و روش پژوهش توضیح داده شد و سپس رضایت آگاهانه کتبی از آنها اخذ گردید. در ادامه پرسشنامه‌های پژوهش (عزت نفس جنسی زنان، اضطراب جنسی و ناگویی هیجانی) در اختیار بیماران قرار داده شد. همچنین توضیح مختصری در رابطه پرسشنامه‌ها و نحوه پاسخگویی برای آن‌ها ارائه داده شد. لازم به ذکر است تمامی ملاحظات اخلاقی مربوط به پژوهش با انسان‌ها رعایت شد. به عنوان مثال، به شرکت‌کنندگان در مورد هدف پژوهش، محرمانگی اطلاعات، و حق انصراف از مطالعه توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از آنها اخذ گردید. به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها فقط برای اهداف پژوهشی استفاده خواهد شد و هویت آنها محرمانه باقی خواهد ماند. این فعالیت حدود ۴ ماه (از تیر ماه تا آبان ماه ۱۴۰۳) به طول انجامید.

پرسشنامه عزت نفس جنسی زنان^۱

این پرسشنامه توسط زیانا و اسپوآرز^۲ و همکاران (۳۲) با هدف این پرسشنامه سنجش پاسخ‌های موثر در ارزیابی جنسی زنان از خود در ابعاد مختلف ساخته شد و توسط کرمی و محمدی‌فر در سال ۱۳۸۷ ترجمه گردید. نسخه کوتاه آن دارای ۳۲ گویه می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۵ زیرمقیاس قضاوت اخلاقی^۳، انطباق‌پذیری^۴، مهارت و تجربه^۵، کنترل^۶ و جذابیت^۷ بوده است و دارای طیف لیکرت شش درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش فرخی و شاره (۳۳) ضریب

⁸ Davis

⁹ Toronto Alexithymia Scale-20=TAS-20

¹⁰ Bagby, Parker, Taylor

¹¹ Difficulty Identifying Feelings

¹² Difficulty Describing Feelings

¹³ Externally Oriented Thinking

¹⁴ Bagby

¹ Sexual Self-Esteem Index for Woman-Short Form (SSEI-W-SF)

² Zeanah and Schwarz

³ Moral Judgment

⁴ Adaptiveness

⁵ Skill And Experience

⁶ Control

⁷ Attractiveness

معیارهایی مانند VIF برای بررسی هم‌خطی چندگانه و نمودار پراکندگی برای بررسی خطی بودن روابط استفاده شد. حداکثر سطح خطای آلفا جهت آزمون فرضیه‌ها، مقدار ۰/۰۵ تعیین شد ($p \leq 0.05$). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و LISREL 8.8 استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی پژوهش حاضر در جدول ۱ نشان داد از بین ۱۶۹ نفر شرکت‌کننده میانگین سن مبتلایان به سرطان ۴۷/۹۴ سال بود که کمترین و بیشترین پاسخگویان سن به ترتیب ۲۵ و ۶۸ سال بود. از این بین ۱۵۵ نفر (۹۱/۷٪) از آنها متأهل بوده و مابقی مجردند. از بین شرکت‌کنندگان، ۱۱۷ نفر (۶۹/۲٪) خانه‌دار و ۵۲ نفر (۳۰/۸٪) شاغل بودند. بیشترین افراد شرکت‌کننده دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ۶۴ نفر (۳۷/۹٪) و دیپلم ۵۱ نفر (۳۰/۲٪) بودند. ۹۴/۱٪ آنان فرزند داشتند و ۷۰ نفر از آنان کمتر از یک سال بود که به سرطان مبتلا شده بودند. تقریباً نیمی از آنان ۹۰ نفر ماستکتومی انجام نداده بودند و ۶۴/۵٪ از مبتلایان گزارش داشتند که اقوام درجه یک آنان نیز مبتلا به سرطان نشده بودند.

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرده است. در نسخه فارسی بشارت و همکاران (۳۹) ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس DDF, EOT, DIF به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۲ گزارش شده است. در پژوهش اسماعیلی (۲۴) نیز آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۵۳، خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساسات ۰/۸۶۸، خرده مقیاس دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۲۵ و خرده مقیاس تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۸۴۹ به دست آمد.

پس از جمع‌آوری داده‌ها برای تجزیه و تحلیل در این پژوهش ابتدا از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی) برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی و اصلی استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف و بررسی مقادیر کجی و کشیدگی استفاده شد. همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرها استفاده شد. برای بررسی نقش میانجی‌گری ناگویی هیجانی از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. برای تعیین معنی‌داری اثرات غیرمستقیم، از روش بوت استرپینگ با ۵۰۰۰ نمونه استفاده شد. برای بررسی مفروضات مدل‌های آماری، از

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی (n = ۱۶۹)

Table 1: Descriptive indices of demographic variables (n = 169)

Trait	Floor	Number (percentage)
Marital status	Married	155 (91.7)
	Single	14 (8.3)
Job status	Housewife	117 (69.2)
	Employee	52 (30.8)
Education level	Associate's Degree	34 (20.1)
	Diplom	51 (30.2)
	Bachelor's Degree	64 (37.9)
	Master's Degree	14 (8.3)
	Doctorate	6 (3.6)
Number of children	No children	10 (5.9)
	1 child	42 (24.9)
	2 children	71 (42)
	3 children	32 (18.9)
	4 children and more	14 (8.3)
Duration of illness	Less than 1 year	70 (41.4)
	1 to 3 years	51 (30.2)
	More than 3 years	48 (28.4)
Mastectomy	Yes	79 (46.7)
	No	90 (53.3)
Duration of illness	Yes	60 (35.5)
	No	109 (64.5)

جنسی در جدول ۲ ارائه شده است.

میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی نمرات متغیرهای اضطراب جنسی، ناگویی هیجانی و عزت نفس

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی و مقادیر کجی و کشیدگی

Table 2: Descriptive indices of the main variables and values of skewness and kurtosis

Variables	Sexual anxiety	alexithymia	sexual self-esteem
Mean	52.80	58.19	145.49
Standard Deviation	16.34	8.41	24.81
Skew	0.17	0.12	0.23
Scaling	0.55	0.20	-0.94

و می‌توان از آزمون چندمتغیره مدلسازی معادلات ساختاری استفاده کرد. برای بررسی روابط غیرخطی بین متغیرها، از نمودارهای پراکندگی استفاده شد. بررسی این نمودارها نشان داد که رابطه بین متغیرها به شکل خطی است و هیچ الگوی غیرخطی قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشد. جهت رابطه بین اضطراب جنسی و ناگویی هیجانی با عزت نفس جنسی از نوع منفی یا معکوس بود. در مجموع نمودار پراکندگی نشان داد که مفروضه خطی بودن رابطه متغیرها تایید شد. بنابراین می‌توان از آزمون‌های پارامتریک مانند همبستگی پیرسون و مدلسازی معادلات ساختاری به روش کوواریانس محور (با نرم‌افزار لیزرل) استفاده کرد. جهت بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش (اضطراب جنسی، ناگویی هیجانی و عزت نفس جنسی)، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

به‌طور کلی بالا بودن میانگین هر سه متغیر نشان‌دهنده سطح قابل توجهی از اضطراب، عدم بروز هیجانات و وضعیت عزت نفس جنسی بالا در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. بر اساس این مقادیر، تمامی متغیرها در دامنه ± 2 برای کجی و کشیدگی قرار دارند که نشان از توزیع نرمال داده‌ها دارد. برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها، از آزمون نسبت بحرانی (Critical Ratio) استفاده شد. این نسبت با مقدار $2/40$ به دست آمد که در محدوده قابل قبول ($\pm 2/56$) قرار دارد، که نشان از توزیع نرمال چندمتغیره دارد. همچنین حداکثر مقدار عامل تورم واریانس (VIF) برابر با $1/30$ و مربوط به ناگویی هیجانی بود و نشان از این داشت که همبستگی بین متغیرهای مستقل یا پیش بین مقدار بالا و مشکل‌سازی نبود و می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه عدم همخطی چندگانه برقرار بود

جدول ۳: ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی

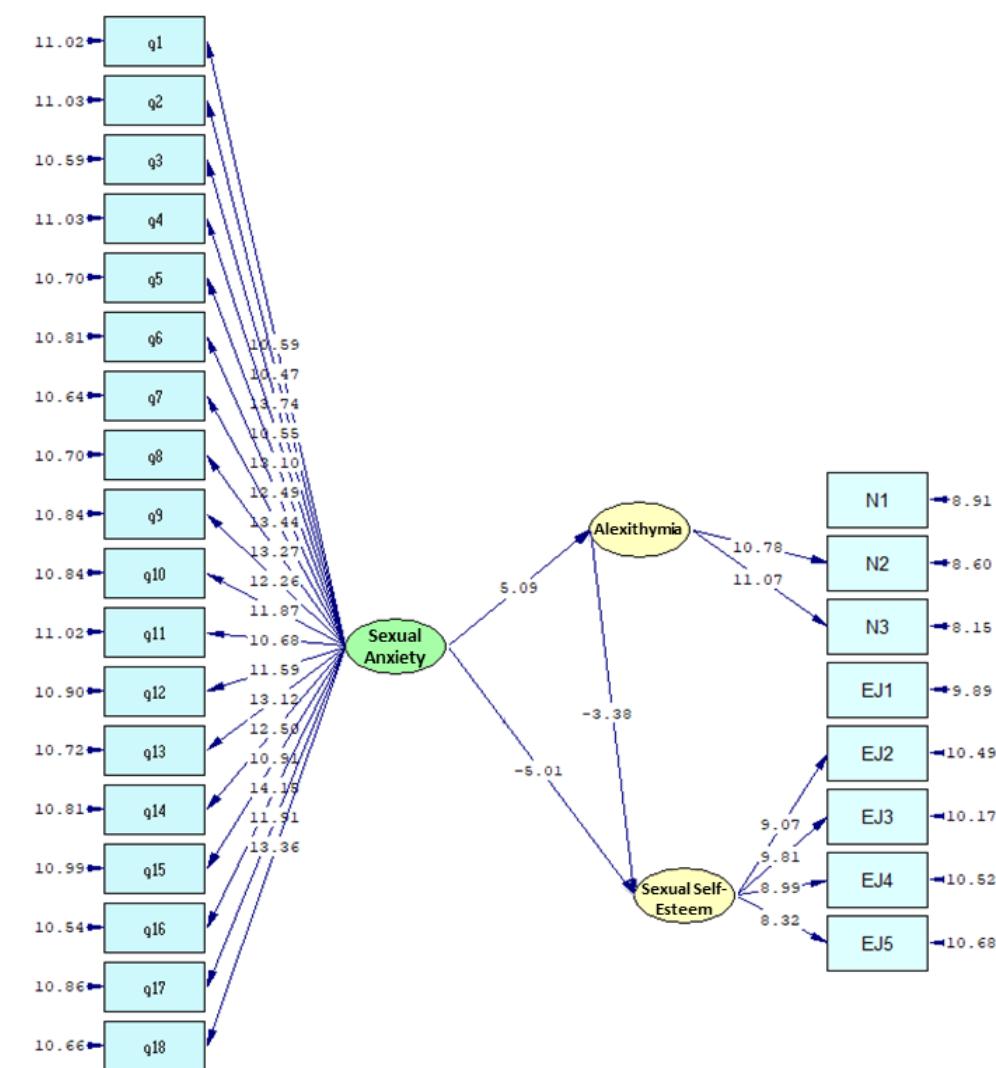
Table 3: Pearson correlation matrix between main variables

Variables	Sexual anxiety	alexithymia	sexual self-esteem
Sexual anxiety	1		
alexithymia	0.28**	1	
sexual self-esteem	-0.61**	-0.28**	1

توجه: $** = p \leq 0/01$

اضطراب جنسی و ناگویی هیجانی با کاهش عزت نفس جنسی همراه است. همچنین، رابطه مثبت و معناداری بین اضطراب جنسی و ناگویی هیجانی مشاهده شد ($r=0/28$; $p<0/01$).

نتایج جدول ۳ نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای اضطراب جنسی ($r=-0/61$) و ناگویی هیجانی ($r=-0/28$) با عزت نفس جنسی وجود دارد ($p<0/01$). جهت این روابط معکوس است، به این معنا که افزایش



شکل ۱: مدل تجربی پژوهش در حالت ضرایب مسیر استاندارد

Fig 1: Experimental research model in the standard path coefficients mode

نتایج تحلیل مدل معادلات ساختاری نشان داد شاخص‌های برازش مدل در محدوده قابل قبولی قرار دارند. شاخص نیکویی برازش ($GFI=0/93$)، جذر برآورد واریانس خطای تقریب ($RMSEA=0/077$)، شاخص برازش تطبیقی ($CFI=0/93$)، شاخص برازش نرم شده ($NFI=0/89$)، شاخص برازش افزایشی ($IFI=0/88$)، شاخص برازندگی تعدیل شده ($AGFI=0/92$) و شاخص نیکویی برازش مقتصد ($PGFI=0/84$) همگی در محدوده قابل قبول قرار دارند. نسبت کای اسکور بر درجه آزادی (χ^2/df) برابر با $2/79$ بود که کمتر از مقدار آستانه ۵ است. ضریب تعیین مدل ($R^2=0/64$) نشان می‌دهد که ۶۴ درصد از واریانس عزت نفس جنسی توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود.

شکل ۱ مدل تجربی پژوهش را در قالب ضرایب مسیر استاندارد نشان می‌دهد که بیانگر شدت تأثیر متغیرها است. بررسی شدت ضرایب نشان داد که اضطراب جنسی با ضریب تأثیر $-0/79$ دارای قوی‌ترین تأثیر بر عزت نفس جنسی بود. جهت تأثیر اضطراب جنسی و ناگویی هیجانی بر عزت نفس جنسی، منفی بود. بر اساس نتایج حاصل از مدلیابی معادلات ساختاری، متغیر اضطراب جنسی بیشترین تأثیر منفی را بر عزت نفس جنسی داشته است ($\beta=-0/79$). همچنین، ناگویی هیجانی نیز تأثیر منفی و معناداری بر عزت نفس جنسی داشته است ($\beta=-0/29$). در مجموع، جهت تأثیر هر دو متغیر پیش‌بین (اضطراب جنسی و ناگویی هیجانی) بر متغیر وابسته (عزت نفس جنسی) منفی بوده و نشان‌دهنده کاهش عزت نفس جنسی در پی افزایش این متغیرهاست.

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل (۴۰)

Table 4: Model fit indices (40)

Indicators	R ²	GFI	RMSEA	CFI	NFI	IFI	AGFI	PGFI	/df Chi-Square
Acceptable amount	>0.33	>0.90	<0.08	>0.90	>0.90	>0.90	>0.90	>0.70	5 ≤ Index ≤ 1
Result	0.64	0.93	0.077	0.93	0.89	0.88	0.92	0.84	2.79

معنی‌داری نقش میانجی‌گری با روش بوت استرپینگ و خطای استاندارد حاصل از این روش بررسی شد.

در جدول ۵ و ۶ روابط مستقیم بر اساس روش مدلسازی معادلات ساختاری و نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه اضطراب جنسی و عزت نفس جنسی بررسی شد.

جدول ۵: آزمون روابط مستقیم در مدل

Table 5: Testing direct relationships in the model

Effect type	Standard coefficient	T value	P value
Sexual Anxiety → Sexual Self-Esteem	-0.79	-5.01	0.001
Direct			
Alexithymia → Sexual Self-Esteem	-0.29	-3.38	0.001
Sexual Anxiety → Alexithymia	0.26	2.89	0.004

بود و نشان داد در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد فرضیه دوم تأیید شد و ناگویی هیجانی نقش میانجی در رابطه اضطراب جنسی و عزت نفس جنسی داشت.

نتایج جدول ۵ نشان داد که نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه اضطراب و عزت نفس جنسی تأیید شد ($p < 0.05$). سطح معنی‌داری کمتر از معیار مفروض ۰/۰۵.

جدول ۶: آزمون روابط غیرمستقیم در مدل

Table 6: Testing indirect relationships in the model

Effect type	Standard coefficient	Standard error	T value	P value
Indirect				
Sexual anxiety -> emotional alexithymia -> sexual self-esteem	-0.133	0.039	-3.41	0.001

با کاهش عزت نفس جنسی همراه بود. شدت تأثیر برابر با ۰/۲۹- بود. در مجموع یافته‌ها نشان داد متغیر مستقل اضطراب جنسی دارای تأثیر مستقیم بر عزت نفس جنسی بودند، همچنین اثر غیرمستقیم معنی‌داری با میانجی‌گری ناگویی هیجانی بر عزت نفس جنسی داشتند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی عزت نفس جنسی براساس اضطراب جنسی با نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در زنان دارای سرطان پستان انجام گرفت. نتیجه پژوهش حاضر نشان داد اضطراب جنسی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی توانست به شکل معناداری عزت نفس جنسی در زنان مبتلا

همچنین نتایج جدول ۶ نشان داد از نظر آماری تأثیر اضطراب جنسی بر متغیر میانجی ناگویی هیجانی تأیید شد ($p < 0.05$). جهت رابطه اضطراب جنسی با ناگویی هیجانی مثبت بود و بیانگر این بود که افزایش اضطراب جنسی با افزایش ناگویی هیجانی همراه بود. نتایج آزمون مدل نشان داد در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد تأثیر اضطراب جنسی بر عزت نفس جنسی تأیید شد ($p < 0.05$). جهت رابطه منفی بود و بیانگر این بود که افزایش اضطراب جنسی با کاهش عزت نفس جنسی همراه بود. شدت تأثیر برابر با ۰/۷۹- بود که بیانگر تأثیر قوی و قابل توجه اضطراب جنسی بر عزت نفس جنسی بود. مطابق یافته‌ها تأثیر ناگویی هیجانی بر عزت نفس جنسی تأیید شد ($p < 0.05$). جهت رابطه منفی بود و بیانگر این بود که افزایش ناگویی هیجانی

سرطان پستانی که اضطراب جنسی بالایی دارند در ارتباط‌گیری دچار مشکل می‌شوند و هنگامی که از طریق شریک جنسی خود لمس می‌شوند اضطراب جنسی آن‌ها افزایش می‌یابد؛ این خود می‌تواند رضایت‌مندی جنسی را کاهش داده و هیجانات منفی گسترده‌ای را متحمل شوند. از آنجایی که هیجانات نقش موثری در عملکرد عاطفی و جنسی ایفا می‌کنند و دیگر یافته‌های این پژوهش نشان دادند اضطراب جنسی و ناگویی هیجانی ارتباط مستقیم با یکدیگر داشته و اضطراب جنسی بر ناگویی هیجانی تأثیرگذار است. همچنین اضطراب جنسی دارای تأثیر مستقیم بر عزت نفس جنسی بوده و ناگویی هیجانی نیز بر عزت نفس جنسی تأثیرگذار است. مانا و همکاران (۳۰) در پژوهشی با هدف بررسی سازه ناگویی هیجانی در زنان دارای سرطان پستان دریافتند ناگویی هیجانی باعث ناتوانی در اقدام به منظور مقابله فعال با استرس مرتبط با آسیب‌شناسی یا کاهش اثرات آن می‌شود. همچنین تمایل به سرکوب احساسات با طرح‌های کلی واکنش به استرس مرتبط است؛ وقتی به شیوه ناکارآمد مانند تلاش برای نادیده گرفتن میزان تهدیدآمیز بودن یک رویداد استفاده شوند، در نهایت ناسازگارانه هستند. نتایج از همسو بودن با این مطالعه حکایت دارد. مولایی و همکاران (۴۴) در پژوهشی دیگر با هدف بررسی ناگویی هیجانی در پیش‌بینی نشانگان آسیب‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان به این نتیجه دست یافتند بین ناگویی هیجانی و تمامی نشانگان آسیب‌شناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و ناگویی هیجانی قادر به پیش‌بینی معنادار تمامی نشانگان آسیب‌شناختی بود. با استناد به این مطالعه می‌توان تبیین کرد توانایی تشخیص احساسات و هیجانات در زنان مبتلا به سرطان می‌تواند تاب‌آوری آن‌ها را افزایش داده و در همین راستا اضطراب جنسی را کاهش و عزت نفس جنسی را بالا ببرد. همچنین شناخت هیجانات و بروز به موقع هیجانات می‌تواند عملکرد فردی زنان دارای سرطان پستان را بهبود ببخشد.

با توجه به استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی نمونه‌گیری هدفمند و محدود بودن به زنان مبتلا به سرطان پستان در یک شهر منجر به عدم تعمیم‌پذیری کامل یافته‌ها به سایر جوامع و گروه‌ها شود. لذا پیشنهاد می‌گردد با استفاده از روش‌های جمع‌آوری داده‌های ترکیبی (مانند مصاحبه و مشاهده) در کنار پرسشنامه‌ها و از نمونه‌های

به سرطان پستان را پیش‌بینی کند. این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های پیشین براسارد و همکاران (۱۷)، وبر و همکاران (۱۳)، روشن چسلی و همکاران (۴۱) و اسنایی و همکاران (۴۲) بود. وبر و همکاران (۱۳) نتایج نشان داد با پژوهش حاضر همسو بوده که بیان می‌دارد عزت نفس جنسی بالا در زنان مبتلا به سرطان پستان از اهمیت بالایی برخوردار است و عزت نفس جنسی را می‌توان هم به عنوان منبع و هم پیامد روابط جنسی صمیمی در نظر گرفت. روشن چسلی و همکاران (۴۱) در مطالعه خود دریافتند بین عزت نفس جنسی، میل جنسی و قاطعیت جنسی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. این یافته نیز می‌تواند همسو با نتایج پژوهش باشد و نشان می‌دهد عزت نفس جنسی میل و قاطعیت جنسی را تحت شعاع قرار می‌دهد و هر چه عزت نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان بالا باشد، میل جنسی آن‌ها برای برقراری رابطه جنسی با شریک خود بیشتر و رضایت‌مندی جنسی بالاتری را تجربه می‌کنند. همچنین تشخیص سرطان پستان می‌تواند تأثیر منفی بر عزت نفس جنسی و زندگی جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته باشد (۱۲) و نتایج را همسو با پژوهش حاضر در نظر گرفت. اسنایی و همکاران (۴۲) در پژوهشی دریافتند بین عزت نفس جنسی با پریشانی روانی و رضایت جنسی رابطه مستقیم وجود دارد و بالا بودن عزت نفس جنسی با پریشانی روانی پائین‌تر، رضایت جنسی بالاتر و تجربه اضطراب همراه است. نتایج این پژوهش نیز به این اشاره دارد که عزت نفس جنسی با اضطراب جنسی رابطه معکوس و منفی داشته؛ یعنی هر چه عزت نفس جنسی بالا باشد زنان مبتلا به سرطان پستان اضطراب جنسی کمتری را تجربه می‌کنند. در واقع می‌توان تبیین کرد ابتلا به سرطان پستان برای زنان اثرات منفی همراه با اضطراب‌های مختلف همچون اضطراب جنسی را به همراه دارد. چرا که ترس از دست دادن پستان برای زنان یک مولفه مهم در رابطه جنسی بوده و ناکامل بودن و احساس نقصان با تخریب فرآیند طبیعی رابطه جنسی و پررنگ کردن اضطراب جنسی همراه است. الکسی اوگلو و همکاران (۴۳) در مطالعه خود نشان دادند اجتناب و لمس در بیماران مبتلا به سرطان پستان به طور قابل توجهی بالا بود و بیمارانی که نمرات اضطراب بالایی داشتند، نمرات بالای در زیر مقیاس‌های ارتباط، رضایت و لمس نیز داشته‌اند. در این راستا و براساس نتایج نیز می‌توان تبیین کرد زنان مبتلا به

بیشتری را تجربه خواهند کرد. همچنین ناگویی در هیجان و اضطراب جنسی بالا می‌تواند باعث کاهش عزت نفس جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌گردد. این یافته‌ها بر اهمیت شناسایی عوامل روان‌شناختی و جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان تاکید می‌کند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان اعلام نشده است.

بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر قومیتی، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی شود تا بتوان یافته‌ها را به طیف وسیع‌تری از زنان مبتلا به سرطان پستان تعمیم داد. همچنین می‌توان مطالعات مقایسه‌ای بین گروه‌های مختلف سرطانی توسط دیگر محققان به درک بهتر تأثیرات اختصاصی سرطان پستان بر سلامت روان و جنسی زنان کمک کند.

نتیجه‌گیری

زنان مبتلا به سرطان پستان که در شناسایی و بروز هیجانات خود ضعیف عمل می‌کنند، اضطراب جنسی

References

1. Zahedi A, Rafiemanesh H, Enayatrad M, Ghoncheh M. S Incidence, Trends and Epidemiology of Cancers in North West of Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2015; 16(16):7189-93. [Persian]. doi:10.7314/APJCP.2015.16.16.7189
2. Inotai A, Ágh T, Maris R, Erdősi D, Kovács S, Kaló Z, et al. Systematic review of real-world studies evaluating the impact of medication non-adherence to endocrine therapies on hard clinical endpoints in patients with nonmetastatic breast cancer, 2021; 100: 102264. doi:10.1016/j.ctrv.2021.102264
3. Keshtpour Amlashi Z, Bazrafshan M, Shariat Panahi S, Javadi M, aghababaei Z, Tapak L, et al. Assessment of quality of life and its associated factors in nonmetastatic breast cancer patients. *ijbd* 2024; 17(1):102-15 [Persian]. doi: 10.61186/ijbd.17.1.102
4. Hosseini SM. The Effect of Social Capital on Pain in patients with breast cancer. *ijbd*, 2014;7(2): 23-35. [Persian].
5. Kim J, Harper A, McCormack V, Sung H, Houssami N, Morgan E. Global Patterns and Trends in breast cancer incidence and mortality 185 countries. *Nat Med*, 2025; 31:1154-62. doi: 10.1038/s41591-025-03502-3
6. Ahmadian S, Rasouli A. Stress Management Training on Reducing Anxiety and Promoting Happiness and Sexual Integrity in Women with Breast Cancer. *IJNR*, 2018; 13(1):18-25. [Persian]. doi: 10.21859/ijnr-13013
7. Bovbjerg DH, Keefe FJ, Soo M, Manculich J, Van Denburg A, Zuley ML, et al. Persistent breast pain in post-surgery breast cancer survivors and women with no history of breast surgery or cancer: associations with pain catastrophizing, perceived breast cancer risk, breast cancer worry, and emotional distress. *Acta Oncologica*, 2019; 58(5): 763 - 8. doi:10.1080/0284186X.2019.1574023
8. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Current Oncology Reports*, 2021;23(3):38. doi:10.1007/s11912-021-01049-3
9. Lee H, Yoon HG. Body change stress, sexual function, and marital intimacy in korean patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: A cross-sectional treatment. *CoupCouple and Family Psychology: Research and Practice*, 2022; 11(1):15-32.
10. Zolfali Pormaleki S, Smkhani Akbarinejad H. Investigating the effectiveness of emotion- focused couples therapy on marital burnout and sexual intimacy in couples with wives with breast cancer. *IJBD*, 2024; 16(4):82-97. [Persian].
11. Hamzehrad M, Niknam M, Amani Kelarijani F. Sexual Function and Marital Intimacy in Mastectomized Women with Breast Cancer: Mediating Role of Body

- Image Concern. JSSU, 2024; 32(4):7724-38. [Persian].
12. Markopoulos C, Traroucha AK, Kouskos E, Mantas D, Antonopoulou Z, Karvelis S. Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *Journal of International Medical Research*, 2009, 37: 182-8. doi:10.1177/147323000903700122.
13. Weber E, Hopwood CJ, Denissen JJA, Bleidorn W. Self-Esteem and Sexual Experiences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2024;00(0):1-20. doi:10.1177/01461672241257355.
14. Marsh S, Borges VF, Coons HL, Afghahi A. Sexual health after a breast cancer diagnosis in young women: clinical implications for patients and providers. *Breast Cancer Res Treat*, 2020; 184(3): 655-63. doi:10.1007/s10549-020-05880-3.
15. Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Lam WW, Lazenby M, & Loscalzo MJ. *Psycho-oncology*. Fourth Edition. New York: Oxford university press. 2021.
16. Kazemzadeh J, Rabeipour S, Rajabzadeh H. Investigating the status of sexual self-esteem and its related factors in breast cancer survivors. *Nursing and Midwifery Journal*, 2022; 20(1): 85-93. [Persian]. doi: 10.52547/unmf.20.1.85
17. Brassard A, Dupuy E, Bergeron S, Shaver PS. Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *J Sex Res*, 2015; 52(1):110-9. doi:10.1080/00224499.2013.838744.
18. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol*, 1986; 54(2):140-8. doi:10.1037/0022-006X.54.2.140
19. Rowland DL, Kirana PS. A theoretical model for sexual performance anxiety (SPA) and a clinical approach for its remediation (SPA-R). *Sexual Medicine Reviews*, 2025;13:184-201. doi:10.1093/sxmrev/qeaf012.
20. Sadoc BJ, Sadoc VA, Ruiz P. 2015. *Summary of Psychiatry (Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry)*. Translated by Rezaei F & et al. Volume 1. Twelfth Edition. Eleventh Edition. Arjomand Publications. Tehran. 2021. [Persian].
21. Samadi S, Elbeigi R. Predicting marital satisfaction based on time perspective, inferiority complex, and sexual anxiety in women with uterine diseases. *Journal of Women and Family Studies*, 2023; 16 (61):89-108. [Persian]. doi: 10.30495/jwsf.2022.1961707.171.
22. Golkar Ghamsari R. Determining the predictive value of insecure attachment styles (anxious and avoidant) on women's sexual performance and satisfaction with regard to the mediating role of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. Master's thesis in clinical psychology-family therapy. University of Science and Culture. 2015. [Persian].
23. Heidarirad F, Yarahmadi M, Heidarirad H, Shafiei M. Evaluation of Prevalence of Depression and Its Related Factors among Women with Breast Cancer Referred to the Radiotherapy Center of Tawhid Hospital of Sanandaj, Iran in 2017. *SJNMP*, 2018; 4 (2):39-49. [Persian].
24. Esmaili S. Determining the role of types of domestic violence in eating disorders with the mediating role of alexithymia in women. Master's thesis, General Psychology. University of Zanjan. 2022. [Persian].
25. Preece D, Becerra R, Robinson K, Dandy J, & Allan A. The psychometric assessment of alexithymia: Development and validation of the Perth Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 2018; 132: 32-44. doi.org/10.1016/j.paid.2018.05.011
26. Narimani M, Jani S, Rezaei R. The role of alexithymia and mindfulness in predicting depression and anxiety in women with cancer. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 2020; 7(1):78-89. [Persian]. doi: 10.52547/shenakht.7.1.78
27. Motamedi M, Arefi M. Investigating Alexithymia among Women with and Without Thyroid Cancer in Isfahan. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 2018;5(2): 104-11. [Persian]. doi.org/10.22122/ijbmc.v5i2.121
28. SeyedTabaee SR, Rahmatinejad P, Mohammadi SD, Mohammadi SD, Akbari V. Psychological Defense Mechanisms and Alexithymia in Cancer Patients. *AUMJ*, 2018; 7 (2): 141-50. [Persian]. doi: 10.29252/aums.7.2.141

29. Gutiérrez Hermoso L, Velasco Furlong L, Sánchez-Román S and Salas Costumero L. The Importance of Alexithymia in Post-surgery. Differences on Body Image and Psychological Adjustment in Breast Cancer Patients. *Front. Psychol*, 2020; 11:604004. doi:10.3389/fpsyg.2020.604004.
30. Manna G, Foddai E, Di Maggio MG, Pace F, Colucci G, Gebbia N, Russ A. Emotional expression and coping style in female breast cancer. *Annals of Oncology*, 2007; 18(6):77-80. doi:10.1093/annonc/mdm231.
31. Yaraei N. Comparative study of the effectiveness of group sexual couple therapy (CBPI) and medical treatment of sexual problems on sexual satisfaction and marital satisfaction of women recovered from breast cancer. Doctoral thesis in counseling and guidance. Kharazmi University. 2018. [Persian].
32. Zeanah PD, & Schwarz JC. Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory for women. *Assessment*, 1996;3(1):1-15. doi:10.1177/107319119600300101
33. Farokhi S, Shareh H. Psychometric Properties of the Persian Version of the Sexual Self-Esteem Index for Woman-Short Form. *IJPCP*, 2014;20(3):252-63. [Persian].
34. Davis D, Shaver PR, Widaman KF, Vernon KL, Folette WC, Beitz K. I can't get no satisfaction: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Pers Relat*, 2006; 13:465-83. doi:10.1111/j.1475-6811.2006.00130.x
35. Khodaparast H. Predicting marital quality based on sexual dysfunction beliefs, sexual guilt, and sexual anxiety in married women in Chalus city. Allameh Muhaddes Nouri University, Faculty of Economics and Administrative Sciences. 2021. [Persian].
36. Gheisari S, Karimian N. A causal model based on relationship satisfaction, sexual satisfaction, marital quality, anxiety of sexual relationship, sexual assertiveness, and the frequency of intercourse in female married students of Bandarabbas. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2013;4(16):85-106. [Persian].
37. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto alexithymia scale: I item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*, 1994; 38: 23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1.
38. Bagby M, Parker J, Taylor J, Onno K, Mortezaei A. Development and psychometric evaluation of informant form of the 20-item Toronto alexithymia scale. *J Psychosom Res*, 2021; 141,110329. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110329.
39. Besharat MA. Toronto Emotional Aphasia Scale: Questionnaire, Method of Administration and Scoring (Persian Version). *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 2013; 10(37): 90-2. [Persian].
40. Meyers Lawrence S, Gamsett G & Garino AJ. *Applied Multivariate Research (Design and Interpretation)*. Translated by Pasha Sharifi H et al., 6th edition. Tehran: Roshd. 2020. [Persian].
41. Roshan Chesli S, Bostani Khalesi Z, Shirzad Chenari S. The role of sexual self-esteem, sexual desire, and sexual assertiveness in the female sexual function. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2024; 37(21): 2-8. [Persian]. doi:10.1186/s41155-024-00303-4.
42. Snani H, Snani H, Tannoubi A, Chortane OG, Azaiez F. Balance and deep connections: the impact of physical activity on body and sexual self-esteem, psychological distress, and marital satisfaction among adults. *Front Sports Act Living*, 2024; 6:1343951. doi: 10.3389/fspor.2024.1343951
43. Alacacioglu A, Ulger E, Varol U, Yildiz I, Salman T, Bayoglu V, et al. Depression, Anxiety and Sexual Satisfaction in Breast Cancer patients and their partners-Izmir Oncology Group study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2014; 15(24):10631-6. doi:10.7314/APJCP.2014.15.24.10631
44. Mowlaie M, Jani S, Hajloo, N. Role of alexithymia in predicting psychological symptoms in patients with breast and prostate cancer. *JQUMS*, 2015;19(5):52-60. [Persian].