Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2019; 12(3):39.

Original Article

Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Desire in Women with Breast Cancer after Mastectomy

Ghasemi L[1], Jabalameli Sh[1*]

[1] Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Receive: 13/2/2019
Accepted: 21/8/2019

[*]**Corresponding Author:**
sh.jabalameli@yahoo.com

Ethics Approval:
Not applicable

Abstract

Introduction: The effects of breast cancer and mastectomy on sexuality, an important aspect of personality, emphasize the need for psychological treatments. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on sexual desire in breast cancer patients after mastectomy.

Methods: This was a semiexperimental study with an experimental and a control group with a pretest-posttest design. The statistical population included all women with breast cancer in the Isfahan province who had come to Alla charity center in 2017. A sample of 26 women with breast cancer was selected through available sampling and assigned randomly to two groups of 13 subjects each. The experimental group received ACT over 8 sessions and the control group remained on the waiting list until the end of the study. The measurement tool was the Hurlbert Index of Sexual Desire administered before and after the intervention. Data were analyzed with SPSS 16 using an analysis of covariance test.

Results: There was a significant difference in the mean scores on sexual desire between the two groups ($F = 7.99$, $p = 0.014$). The mean score on sexual desire improved from 0.85 to 1.23 in the treatment group, but there was no change in the control group (1.17 in the pretest vs 1.16 in the posttest). In general, ACT was effective in improving sexual desire in patients ($p < 0.05$, effect size: 0.48).

Conclusion: In general, according to the findings of this research, ACT seems to be effective in improving psychological problems in women with breast cancer.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Sexual Desire, Breast Cancer, Mastectomy

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

فصلنامه بیماری های پستان ایران
۱۳۹۸؛ ۱۲(٤): ۳۹-۵۱

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی

لیلا قاسمی[۱]، شیدا جبل عاملی[۱*]

[۱] گروه روان‌شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

تاریخ ارسال: ۹۷/۱۱/۲۴
تاریخ پذیرش: ۹۸/۵/۳۰

* نویسنده مسئول:
sh.jabalameli@yahoo.com

چکیده

مقدمه: تاثیرات جسمی و روانی سرطان پستان و جراحی ماستکتومی بر تمایلات جنسی به عنوان یکی از مهم‌ترین وجوه شخصیت هر فرد، نیاز به مداخله‌های روان‌شناختی موثر را تایید می‌کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایلات جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه‌ی آماری آن شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان در استان اصفهان بود که در سال ۹۶-۱۳۹۵ به شعبه اصفهان مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) مراجعه کرده بودند. نمونه شامل ۲۶ بیمار بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس از جامعه فوق انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه ۱۳ نفری قرار گرفتند. گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ۸ جلسه دریافت کرد و گروه گواه تا پایان پژوهش در لیست انتظار باقی ماند. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه تمایلات جنسی هالبرت و آپت (۱۹۹۲) بود که در هر دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به اجرا درآمد. یافته‌های تحقیق با استفاده از نرم‌افزارSPSS و روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: طبق نتایج تحلیل کوواریانس، در مرحله پس آزمون بین میانگین نمرات تمایلات جنسی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۷/۹۹$، $P=۰/۰۱۴$) و میانگین نمره تمایلات جنسی در گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود و به دنبال درمان، از ۰/۸۵ به ۱/۲۳ بهبود معنادار داشت ($P<۰/۰۵$)، اما در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد (با میانگین ۱/۱۷ در پیش‌آزمون و ۱/۱۶ در پس آزمون) ($P>۰/۰۵$). در مجموع در مرحله پس آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تمایلات جنسی بیماران گروه آزمایش تأثیر معناداری داشته است ($P<۰/۰۵$) و میزان این تأثیر ۰/۴۸ بود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش، احتمالا بتوان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان، پذیرش و تعهد، تمایلات جنسی، سرطان پستان، جراحی ماستکتومی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

مقدمه

سرطان، از جمله بیماری‌های مزمن و غیرواگیری است که گروه وسیعی از بیماری‌ها را شامل می‌شود. این بیماری همچون سایر بیماری‌های مزمن، در هر فرد، گروه سنی و هر نژادی رخ می‌دهد و به عنوان یک معضل عمده بهداشتی و تأثیرگذار بر سلامت جامعه محسوب می‌گردد (۱). مبارزه علیه این بیماری کشنده بشریت و پیدا کردن علت، تشخیص و بهترین درمان آن، سال‌هاست که ادامه دارد (۲).

بر اساس آخرین گزارش ثبت سرطان کشور در سال ۱۳۹۴، شمار سرطان‌های بروز یافته بر اساس نرخ استاندارد شده سنی در هر دو جنس کل کشور، شامل ۱۵۸ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر (با در نظر گرفتن سرطان پوست) بوده است. همچنین سرطان‌های پستان با ۳۴/۵، روده بزرگ با ۱۲، پوست (غیرملانوم) با ۱۱/۵، معده با ۱۰ و تیروئید با ۷ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر، پنج سرطان شایع در بین زنان ایرانی اعلام شده است. طبق این گزارش، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان ایرانی به حساب می‌آید (۳).

درمان سرطان طیفی از روش‌ها را شامل می‌شود از درمان‌های غیراختصاصی مانند جراحی، رادیوتراپی و شیمی‌درمانی تا درمان‌های پزشکی اختصاصی و هدف‌دار که در حیطه پزشکی فردی می باشد (۴). یکی از روش‌هایی که برای درمان سرطان پستان استفاده می‌شود جراحی ماستکتومی است که در آن کل بافت پستان و گاهی بافت‌های کناری نیز برداشته می‌شود (۵).

شواهد پژوهشی حاکی از آن است که درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکرد و اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌سازند (۶). نتایج تحقیق خواجه امینیان نشان‌دهنده تغییر در عملکرد جنسی زنان پس از جراحی ماستکتومی بوده است (۷). همچنین پژوهش باربی نشان داده است که ٪۵۰ از زنان پس از درمان سرطان پستان، دچار مشکلات جنسی می شوند (۸).

طبق یافته‌های پژوهش شهیدثالث و همکاران، بیشترین اختلال در عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان مربوط به بعد میل جنسی (٪۵۷/۶) گزارش شده است (۹). مطالعه شپرد نیز به وضوح نشان‌دهنده این حقیقت است کـه ابـتلا بـه سرطان پستان اثرات قابل توجهی بـر بیمـار و همسـر وی در رابطـه بـا تصویر ذهنی از بدن، تمایلات جنسی و رابطـه آنهـا دارد (۱۰). به طور کلی اختلالات جنسی در شش حوزه اختلالات تمایل جنسی، تحریک جنسی، اختلالات مربوط به رطوبت ناحیه‌ی تناسلی، ارگاسم، رضایت جنسی و درد بررسی می‌شوند. به این ترتیب می‌توان گفت که شایع‌ترین و مهم‌ترین این مشکلات در بیماران مبتلا به سرطان پستان شامل کاهش میل جنسی، خشکی واژن، عدم ارگاسم و درد در هنگام رابطه‌ی جنسی می‌باشد (۱۱).

از نظر بروز و شیوع، اختلالات جنسی در حدود ۶۰-۴۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان پستان دیده می‌شود، اما هنگامی که از بیماران در این مورد سوال شود، ۹۰٪ از افراد حداقل وجود یک مشکل را ذکر می‌کنند. این اختلالات تحت تأثیر عواملی همچون خود بیماری و درمان‌های آن، عوامل زمینه‌ای از قبیل سن و نوع شخصیت افراد، تصویر ذهنی از خود، ارتباط با همسر و کیفیت زندگی افراد قرار می‌گیرند (۱۲). پس از جراحی به علت درد، اسکار محل عمل جراحی و تخریب تصویر ذهنی فرد از بدن خودش تمایل به برقراری رابطه جنسی کاهش می‌یابد. در هنگام شیمی‌درمانی و درمان‌های هورمونی به علت عوارض ناشی از داروها شامل تهوع، ریزش مو، یائسگی زودرس و عوارض آن مانند خشکی و آتروفی واژن و کاهش میل جنسی، روابط جنسی دچار اختلال می شوند (۱۳).

مسایل جنسی از جنبه‌های فراگیر و جدایی‌ناپذیر وجود آدمی هستند که با احساس سلامت، پذیرش فرد توسط خود و تصویر ذهنی او از بدن خودش در رابطه‌ی تنگاتنگ می‌باشند. این تصویر ذهنی در واقع برداشتی از خود فیزیکی و نگرش انسان به ظاهر، سلامت و توانایی‌های جنسی است. معیار این تصویر ذهنی مقایسه‌ای است که فرد بین خودش و دیگران با توجه به ایده‌آل‌های فرهنگی جامعه انجام می‌دهد (۱۴). با توجه به اینکه که سرطان سینه مشکلات روان‌شناختی متعددی ایجاد می کند و بر سلامت روانی مبتلایان تاثیر نامطلوب دارد، در سال های اخیر به درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش این مشکلات، توجه ویژه‌ای شده است (۱۵).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

یکی از جدیدترین و موثرترین این نوع درمان‌ها، درمان (ACT)[1] تلفظ می‌شود. این روش از فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی و تعهد و تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی متناسب از میان گزینه‌های مختلف و شامل تمرین‌های مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و جمله‌های متناقض نما، مراقبه ذهنی و تمرین‌های رفتاری هدایت شده توسط ارزش‌ها است. هدف اکت تغییر افکار و احساسات رنج آور به تجارب انسانی طبیعی می‌باشد که قسمتی از یک زندگی غنی و معنادار هستند (۱۶).

در بسیاری از پژوهش‌های اخیر تاثیر استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت روانی افراد و خصوصا کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان نشان داده شده است؛ مثلا نتایج پژوهش اسمی (۱۷) حاکی از تاثیر اکت بر افزایش کیفیت زندگی، سلامت روان و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بوده است. همچنین در پژوهش دهقانی (۱۸) اثربخشی این درمان با میزان تاثیر ۴۴/۸۶٪ بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داده شده است.

علاوه بر این نتایج پژوهش عبداله‌زاده و کبیری نسب حاکی از بهبود عزت نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی با میزان ۵۵٪ بود (۱۹). همچنین بک‌چالاکی و منصوری در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود عملکرد جنسی در زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد با میزان ۰/۷۲ شده است (۲۰). همچنین ابعاد عملکرد جنسی شامل تمایل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم، رضایت و درد بهبود یافته بود. در پژوهش کلال و سرایی نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی زنان با میزان ۵۱٪ و در پژوهش طباطبایی و همکاران تاثیر این درمان با میزان ۶۴٪ بر بهبود عملکرد جنسی، ۲۷٪ بر کمرویی جنسی و ۵۷٪ بر جرأت ورزی جنسی در زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی نشان داده شده است (۲۲، ۲۱).

با توجه به شیوع بالای سرطان پستان در ایران و پیامدهای روان‌شناختی متعددی که این بیماری برای زنان مبتلا و همسران آن‌ها به‌دنبال دارد (مانند کاهش تمایل مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به صورت اکت جنسی)، نیاز به درمان‌های روان‌شناختی جدید و موثر برای کاهش پیامدهای ناشی از آن ضروری به نظر می رسد. هرچند یافته‌های پژوهش‌های اخیر تاثیر اکت را بر بهبود وضعیت روان‌شناختی و جنسی افراد تایید کرده است اما پژوهشی که در ایران به طور مستقیم و منسجم، تاثیر اکت را بر تمایل جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی مد نظر داشته باشد، یافت نشد. لذا با توجه به مطالب گفته شده، پژوهش حاضر در نظر دارد که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایلات جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی بپردازد. احتمال می‌رود از نتایج این پژوهش بتوان در کاربردی کردن درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی برای بهبود وضعیت سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه‌ی آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان در اصفهان در سال ۹۶-۹۵ بود که به شعبه اصفهان مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) مراجعه کرده بودند.

در این پژوهش برای محاسبه حجم نمونه و بررسی اندازه اثر از جدول کوهن (۲۳) استفاده شد. در این جدول توان آزمون برای سطح معناداری ۰/۰۱ و ۰/۰۵ به تفکیک مقادیر مختلف اندازه اثر (از ۰/۲۵ تا ۰/۹۹) برحسب تعداد نمونه لازم محاسبه شده است. در ابتدای پژوهش با توجه به هدف پژوهش مبنی بر مقایسه میانگین تمایل جنسی دو گروه در پس‌آزمون و بررسی تاثیر درمان با حذف تاثیر متغیرهای کنترل با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا)، به جدول کوهن مراجعه شد و در این جدول با درنظر گرفتن میزان خطای ۵٪، توان آماری ۰/۷۰ و اندازه اثر۰/۶۰، تعداد ۳۵ نمونه در نظر گرفته شد (بر اساس نتایج تحقیقات آزمایشی قبلی مبنی بر تاثیر اکت بر بهبود مشکلات جنسی زنان (۲۲-۲۰)، میانگین اندازه اثر این درمان حدود ۶۰٪ بوده است).

شیوه نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. بدین صورت که با مراجعه به مرکز مکسا و انجام هماهنگی‌های لازم با

[1] Acceptance and Commitment Therapy

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

پزشکان متخصص مرکز جهت ارجاع بیماران به پژوهشگر و همچنین نصب اطلاعیه، تعداد ۴۴ بیمار داوطلب برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند.

پس از مصاحبه و بررسی ملاک های ورود به پژوهش در آن‌ها، در نهایت تعداد ۳۲ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان انتخاب شدند و در مرحله بعد با گمارش تصادفی به دو گروه ۱۶ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند (در تحقیقات آزمایشی تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کافی است) (۲۴)، با این روش که به اعضای گروه به طور تصادفی کدهای زوج و فرد داده شد؛ کدهای زوج درگروه آزمایش (۱۵ نفر) و کدهای فرد در گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. لازم به ذکر است که بعد از ریزش، تعداد اعضای هر گروه به ۱۳ نفر رسید. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص سرطان پستان توسط پزشک متخصص، انجام جراحی ماستکتومی، گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری، رضایت مراجع برای شرکت در پژوهش، متاهل بودن و داشتن سن ۳۰ تا ۵۰ سال و داشتن حداقل تحصیلات سیکل بود.

معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل عدم همکاری مراجع و عدم پاسخ به سوالات پرسشنامه، غیبت بیش از دو جلسه، دریافت رواندرمانی یا درمان‌های پزشکی رایج مانند شیمی درمانی و پرتودرمانی در حین پژوهش و دریافت درمان اکت قبل از ورود به پژوهش بود. در همه بیماران استفاده از درمان‌های دارویی رایج نیز ادامه داشت. در هر دو گروه پرسشنامه دموگرافیک (سن، وضعیت تحصیلات، شغل، طول مدت بیماری، فراوانی انواع درمان‌ها) و پرسشنامه تمایلات جنسی هالبرت و آپت[2] (۱۹۹۲) در مرحله پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ۸ جلسه فردی ۱ ساعته هفتگی دریافت کرد و گروه گواه به خاطر حفظ و رعایت مسایل اخلاقی تا پایان پژوهش در لیست انتظار باقی ماند و بعد از اتمام پژوهش، درمان را به طور فشرده در ۴ جلسه دریافت کرد. مجدداً بعد از اتمام جلسات، پرسشنامه‌ها در دو گروه توزیع گردید (پس‌آزمون). ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه تمایل جنسی بود که توسط هالبرت ساخته شده است.

این پرسشنامه شامل ۲۵ ماده است که میزان تمایل جنسی آزمودنی را به صورت رتبه‌ای (کم، متوسط، زیاد) مورد سنجش قرار می‌دهد، بدین صورت که هر آیتم به وسیله‌ی مقیاس درجه‌بندی لیکرت با ۵ درجه نمره‌گذاری می‌شود: ۰= همیشه چنین تمایلی دارم، ۱= اکثرا چنین تمایلی دارم، ۲= گاهی اوقات چنین تمایلی دارم، ۳= بندرت چنین تمایلی دارم، ۴= هرگز چنین تمایلی ندارم. سپس نمره کل این پرسشنامه با جمع نمرات ۲۵ ماده به دست می‌آید. سوال‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ به طور معکوس (همیشه = ۴ تا هرگز= ۰) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره ممکن ۰ و حداکثر ۱۰۰ خواهد بود. نمره بین۰ تا ۲۵ به معنای تمایل جنسی کم، نمره بین ۲۵ تا ۵۰ تمایل جنسی متوسط و نمره ۵۰ تا ۱۰۰ نشان دهنده تمایل جنسی زیاد است (۲۵).

پایایی این پرسشنامه به شیوه آزمون- بازآزمون ۰/۸۶ و ضرایب همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است که در سطح رضایت‌بخشی قرار دارند (۲۶).

خلاصه جلسات درمان بدین شرح بود: جلسه اول: توضیح جلسات درمانی، اهداف و سیر درمان، تصریح نوع رابطه. جلسه دوم: سنجش عملکرد درماندگی خلاق و ارایه تکلیف. جلسه سوم: معرفی دنیای درون و دنیای بیرون و قوانین حاکم بر آن و بیان کنترل به عنوان مساله. جلسه چهارم: معرفی احساسات پاک و ناپاک و تمایل به جای کنترل. جلسه ششم: معرفی خود به عنوان زمینه و معرفی گسلش و تمرین ذهن آگاهی. جلسه هفتم: درک ماهیت تعهد و تمایل. جلسه هشتم: معرفی ارزش‌ها و تفاوت آن با اهداف.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، پیش از شروع کار رضایت آزمودنی ها در نظر گرفته شد و فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آنان تکمیل شد و به آنان گفته شد که در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، می توانند پژوهش را ترک کنند. همچنین این اطمینان به آنان داده شد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه محرمانه خواهد بود و نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر خواهد شد. ضمناً برای رعایت و احترام به حقوق آزمودنی‌ها از پرسشنامه‌های بدون نام استفاده شد. همچنین مشارکت در این تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای آزمودنی‌ها نداشت و با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه نیز مغایرتی نداشت.

[2] Hurlbert & Apat

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

در این پژوهش داده‌های به دست آمده از پرسشنامه تمایل جنسی، به وسیله نرم‌افزار $SPSS_{22}$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل آماری از آمار توصیفی برای تحلیل توصیفی و کسب اطلاعات اولیه مانند میانگین، انحراف استاندارد و فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی و تمایل جنسی دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است. همچنین در قسمت آمار استنباطی از آزمون تی و یومان‌ویتنی برای مقایسه دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی (سن، وضعیت تحصیلات، شغل، طول مدت بیماری، فراوانی انواع درمان‌ها) و از تحلیل کوواریانس تک متغیره به منظور بررسی تاثیر درمان و مقایسه میانگین نمره تمایل جنسی گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون استفاده شده است. لازم به ذکر است که در این پژوهش هیچکدام از متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی با متغیر وابسته رابطه معنادار نشان نداد ($P>0/05$) و تنها نمره پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل[3] شناخته شد و تأثیر آن بر نمرات پس آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس کنترل گردید.

قبل از تحلیل آماری داده‌ها، به منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس تک متغیری از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف (جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات)، آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها) و آزمون باکس (جهت بررسی همگنی ماتریس کواریانس) و همچنین پیش‌فرض همگونی ضریب رگرسیون استفاده شد و این پیش‌فرض‌ها با مقادیر ($P>0/05$) مورد تأیید قرار گرفت؛ لذا می‌توان از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده کرد.

یافته‌ها

میانگین سنی (انحراف معیار) آزمودنی‌ها ۵/۰۹ ± ۴۰/۰۸ بود که به تفکیک در گروه آزمایش ۴/۰۲ ± ۴۱/۷۵ و در گروه کنترل ۶/۱۷ ± ۳۸/۴۲ بود ($P=0/154$). همچنین میانگین و انحراف معیار طول مدت بیماری (ماه) در گروه آزمایش ۱/۵۱±۱۰/۵۰ و در گروه کنترل ۲/۰۵ ± ۸/۲۵ بود ($P=0/231$). از لحاظ وضعیت تحصیلات و شغل نیز در گروه آزمایش ۸ نفر پایین‌تر از دیپلم و خانه دار و ۵ نفر دارای مدرک دیپلم و بالاتر از دیپلم و شاغل بودند. در گروه کنترل نیز ۹ نفر پایین‌تر از دیپلم و خانه‌دار و ۴ نفر دارای مدرک دیپلم و بالاتر و شاغل بودند ($P=0/181$). از نظر فراوانی انواع درمان‌ها قبل از انجام پژوهش نیز، در گروه آزمایش ۹ نفر شیمی‌درمانی و ۴ نفر پرتو درمانی و در گروه کنترل ۸ نفر شیمی‌درمانی و ۵ نفر پرتودرمانی دریافت کرده بودند ($P=0/172$). طبق نتایج به دست آمده از آزمون تی و یو مان ویتنی به منظور مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی (سن، وضعیت تحصیلات، شغل، طول مدت بیماری، فراوانی انواع درمان‌ها)، تفاوت دو گروه در هیچ‌کدام از متغیرهای مذکور معنادار نبود ($P>0/05$).

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات تمایلات جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس آزمون آمده است.

به‌منظور بررسی اینکه آیا متغیر وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل تاثیر پذیرفته است یا خیر، میانگین نمرات پس‌آزمون تمایل جنسی دو گروه آزمایش و کنترل بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره مقایسه گردید که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارایه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات تمایلات جنسی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (۷/۹۹ =F، ۰/۰۱۴ =P). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایلات جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی تاثیر داشته است ($P<0/05$) و این تأثیر در مرحله پس آزمون ۰/۴۸ می‌باشد. این اندازه اثر طبق جدول کوهن در حد متوسط می باشد. با توجه به اینکه توان آماری ۰/۷۰ و بیشتر، حاکی از کفایت حجم نمونه است (۲۴)، لذا در این پژوهش نیز با توجه به میزان توان آماری به دست آمده (۰/۷۱) می‌توان نتیجه گرفت که حجم نمونه کافی بوده است. این اندازه اثر و توان آماری به دست آمده با برآورد آن‌ها در ابتدای پژوهش تا حد زیادی همخوان می‌باشد.

[3] control variable

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس آزمون تمایلات جنسی

گروه	تعداد	پیش‌آزمون تمایلات جنسی میانگین (انحراف استاندارد)	پس آزمون تمایلات جنسی میانگین (انحراف استاندارد)	سطح معناداری p
آزمایش	۱۳	۰/۸۵ (۰/۱۴)	۱/۲۳ (۰/۲۷)	۰/۰۱۲
کنترل	۱۳	۱/۱۷ (۰/۵۵)	۱/۱۶ (۰/۴۲)	۰/۲۱۱

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری تمایلات جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون

اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری P	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱/۲۹۷	۱	۱/۲۹۷	۳۳/۰۱۶	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱/۰۰
عضویت گروه	۰/۳۱۴	۱	۰/۳۱۴	۷/۹۹۲	۰/۰۱۴	۰/۴۸	۰/۷۱
خطا	۰/۵۱۱	۱۳	۰/۰۳۹				

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی بود. مقایسه توزیع فراوانی مشخصات جمعیتی و بالینی (سن، وضعیت تحصیلات، شغل، طول مدت بیماری، فراوانی انواع درمان‌ها) در دو گروه تفاوت معناداری را نشان نداد، بنابراین هر دو گروه در شرایط یکسانی قرار داشتند و این مشخصات مشابه برخی از مطالعات پیشین بود که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

در این پژوهش میانگین سنی آزمودنی‌ها (انحراف معیار) ۵/۰۹ ± ۴۰/۰۸ بود که به تفکیک در گروه آزمایش ۴/۰۲ ± ۴۱/۷۵ و در گروه کنترل ۶/۱۷ ± ۳۸/۴۲ بود. پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که در ایران میانگین سنی زنان مبتلا به سرطان پستان ۴۵ سال است که این میانگین ۱۰ سال کمتر از میانگین سنی در کشورهای غربی است (۲۷). در مطالعه عسگریان و همکاران بیشترین میزان بروز سرطان پستان در زنان با رده سنی ۴۹-۴۰ سال بوده است (۲۷). همچنین در پژوهش حاج صادقی و همکاران نیز میانگین سنی آزمودنی‌ها ۴۰ سال بوده است (۲۸).

بیشتر افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر از لحاظ وضعیت تحصیلات و شغل، پایین‌تر از دیپلم و خانه‌دار بودند (در گروه آزمایش ۸ نفر و در گروه کنترل نیز ۹ نفر) و بقیه بیماران دارای مدرک دیپلم و بالاتر و شاغل بودند. در مطالعه مقدم‌فر و همکاران نیز ۶۹٪ زنان مبتلا به سرطان پستان دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم و ۳۱٪ تحصیلات بالای دیپلم داشتند. از لحاظ وضعیت اشتغال نیز ۸۲٪ آزمودنی‌ها خانه‌دار و ۱۸٪ شاغل بودند (۲۹).

همچنین میانگین و انحراف معیار طول مدت بیماری (ماه) در گروه آزمایش ۱/۵۱±۱۰/۵۰ و در گروه کنترل ۲/۰۵ ± ۸/۲۵ بود. از نظر فراوانی انواع درمان‌ها قبل از انجام پژوهش نیز، در گروه آزمایش ۹ نفر شیمی‌درمانی و ۴ نفر پرتودرمانی و در گروه کنترل ۸ نفر شیمی‌درمانی و ۵ نفر پرتودرمانی دریافت کرده بودند. در مطالعه مقدم فر و همکاران و اسمعلی و همکاران نیز بیشترین درمان دریافتی در بیماران، شیمی‌درمانی بوده است (۲۹، ۳۰).

لازم به ذکر است که دو گروه در هیچ‌کدام از متغیرهای جمعیتی و بالینی مذکور تفاوت معناداری نداشتند ($P>0/05$)، لذا با اطمینان بیشتری می‌توان در مورد تاثیر درمان بر تمایل جنسی اظهار نظر کرد.

فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی تاثیر دارد، مورد تایید قرار گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین میانگین نمرات تمایلات جنسی در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F= 7/99$، $P=0/014$) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تمایلات جنسی بیماران گروه آزمایش تأثیر معناداری

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

داشته است (p<۰/۰۵) به طوری که از میانگین ۰/۸۵ در پیش‌آزمون به ۱/۲۳ در پس‌آزمون افزایش داشت؛ اما تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تمایل جنسی در گروه کنترل به دلیل عدم دریافت درمان معنادار نبود (با میانگین ۱/۱۷ در پیش‌آزمون و ۱/۱۶ در پس‌آزمون) (P>۰/۰۵).

میزان تاثیر درمان در مرحله پس آزمون ۰/۴۸ بود که نشان دهنده آن است که ۰/۴۸ از تغییرات در تمایلات جنسی بیماران گروه آزمایش را یک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می کند. طبق جدول کوهن (۲۳) این اندازه اثر، تاثیر متوسطی است. در تبیین تاثیر متوسط اکت بر بهبود تمایلات جنسی می‌توان گفت که عوامل زیادی از قبیل جسمی، روانی و اجتماعی بر تمایلات جنسی تاثیرگذار است و در درمان اکت تنها بر جنبه روانی مشکلات تاکید می‌شود، بنابراین بهتر است از این درمان در کنار دیگر درمان‌های پزشکی برای مبتلایان به سرطان پستان استفاده کرد تا علاوه بر بعد روانی، دیگر ابعاد مشکلات آن‌ها از جمله تمایلات جنسی نیز مدنظر قرار بگیرد. همچنین در این پژوهش به دلیل شرایط سخت روانی حاکم بر برخی از بیماران و خانواده آن‌ها و کمبود امید و انگیزه در آن‌ها، همکاری کامل با پژوهشگران در بعضی از جلسات وجود نداشت. علاوه بر این، پژوهش با ریزش تعدادی از اعضا و در نتیجه کاهش حجم نمونه مواجه شد. مجموع این عوامل بر کیفیت اجرای درمان و کاهش میزان تاثیر آن، اثرگذار بوده است.

بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که پژوهش منتشر شده‌ای در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان در داخل کشور وجود ندارد. لذا نوآوری پژوهش حاضر در استفاده از این درمان برای بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج برخی از پژوهش‌های قبلی مبنی بر تاثیر اکت بر بهبود مشکلات جنسی زنان همخوان می‌باشد. برای مثال در پژوهش عبداله‌زاده و کبیری نسب اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی و شرم درونی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی نشان داده شده است. در پژوهش آنان ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند و گروه آزمایش طی ۸ جلسه هفتگی (هر جلسه به مدت یک ساعت)، اکت را دریافت کردند. نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از بهبود عزت نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی با میزان ۰/۵۵ بود (۱۹). حجم نمونه یکسان (۳۰ نفر)، همتاسازی دو گروه آزمایش و کنترل و تخصیص تصادفی بیماران به دو گروه، نمونه مشابه (زنان مبتلا به سرطان پستان)، حضور بیماران در مرحله مشابه بیماری و درمان (بعد از جراحی ماستکتومی)، استفاده از روش درمانی و تکنیک‌های یکسان در طول جلسات درمان (اکت)، تعداد جلسات مشابه (۸ جلسه هفتگی)، از دلایل همسویی این پژوهش با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد.

همچنین در مطالعه بک چالاکی و منصوری (۲۰)، انجام ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود عملکرد جنسی و ابعاد آن شامل تمایل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم، رضایت و درد در زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد با میزان شده است که همسو با نتایج پژوهش حاضر می باشد. طباطبایی و همکاران نیز با انجام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهبود عملکرد جنسی، کم رویی جنسی و جرات ورزی جنسی را در زنان مبتلا به اختلالات جنسی نشان دادند (۲۲). همچنین پژوهش کلال و سرایی بهبود رضایت جنسی زنان را بعد از ۱۱ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده است (۲۱). میانگین اندازه اثر این درمان در پژوهش‌های فوق الذکر حدود ۶۰٪ بوده است در بسیاری از پژوهش‌های دیگر نیز به تاثیر اکت بر بهبود مشکلات جنسی زنان مانند افزایش رضایت زناشویی و بهبود میل و رابطه جنسی اشاره شده است (۳۱- ۳۳) که با نتیجه به دست آمده در این پژوهش همسو می‌باشد. هرچند که گروه نمونه در برخی از این پژوهش‌ها با گروه نمونه پژوهش حاضر متفاوت می‌باشد لیکن از دلایل همسویی نتایج آن‌ها با نتایج این پژوهش، می‌توان به جنسیت گروه نمونه (زنان)، حجم نمونه مشابه، استفاده از پروتکل درمانی مشابه و انتخاب متغیر وابسته مشابه (مشکلات جنسی) اشاره کرد. همچنین در مطالعات مذکور، یکی از اجزای اصلی درمان، تمرکز بر تکنیک‌های رویکرد پذیرش و تعهد بوده است. علاوه بر این، تشابه برخی از مشخصات جمعیتی و بالینی در این تحقیقات (مانند وضعیت تحصیلات و شغل) و رده سنی مشابه در

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

آزمودنی‌ها (۵۰-۲۰ سال) احتمالا بر همخوانی نتایج تاثیرگذار بوده است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، در تبیین اثربخشی اکت بر تمایلات جنسی می‌توان به چند نکته اشاره نمود. در این درمان با مولفه‌هایی همچون پذیرش، گسلش، تمرکز بر زمان حال، خود به عنوان زمینه و انجام فعالیت ارزشمند و عمل متعهدانه، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بهبود باورها و رفتارهای منفی و غیرقابل انعطاف، ترمیم احساس ارزشمندی، بهبود سطح خلق و به موازات آن بهبود عملکرد و تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان مدنظر بوده است. در ادامه به هر کدام از مولفه‌های این درمان و تاثیر آن‌ها بر بهبود تمایل جنسی پرداخته می‌شود.

بعد از جراحی ماستکتومی به علت ایجاد نقص بدنی، بیمار تصویر منفی و ارزیابی‌های ذهنی منفی از خود پیدا می‌کند و به این مفهوم سازی‌های منفی (خود مفهوم سازی شده) از خویش که آسیب‌زا است، می‌چسبد. این خود مفهوم‌سازی‌شده جدید، یکی از دلایل سرکوب میل جنسی و اجتناب از برقراری رابطه جنسی می‌باشد. در این پژوهش سعی شد تا برای خود مفهوم‌سازی شده منفی فرد که با افکار، هیجانات، خاطرات و احساسات بدنی منفی او تعریف می‌شود، جایگزین پیدا شود. لذا تاکید بر تغییر نگاه از خود مفهوم‌سازی‌شده (مثلا خود قربانی یا خود ناقص) به خود مشاهده‌گر خنثی و تقویت آن، باعث جدایی و گسلش بیمار از این افکار و ذهنیاتش شد. به بیمار آموزش داده شد تا بدون آنکه نسبت به آن‌ها واکنش مبارزه نشان دهد یا تلاش کند تا آن‌ها را حذف کند، صرفا از افکار فاصله بگیرد و به مشاهده ساده آن‌ها بپردازد.

در واقع با کمک روش جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، بیمار آموخت تا خود را از خاطرات و افکار منفی و ناخوشایند جدا سازد و فقط در زمان حال آن‌ها را به سادگی تجربه نماید. بدین منظور با کمک استعاره شطرنج از فرد خواسته شد تا خود را مانند صفحه شطرنج و افکار خوب و بد را همچون مهره‌های سیاه و سفید شطرنج در نظر بگیرد که دایما در حال حرکت هستند و می‌آیند و می‌روند و اینکه افکار خوب و بد نباید برای او تفاوتی داشته باشند. بنابراین بیمار یاد گرفت که مفهوم‌سازی خود با افکار و احساساتی مانند بدشکلی بدن، ناقص بودن و کاهش جذابیت جنسی، بیشتر تولید ذهن خود اوست و ممکن است واقعیت نداشته باشد و پاسخ دادن او به این افکار بر مبنای کارایی و مفید بودن آن ها باشد نه اینکه چقدر واقعیت دارند و فقط آن ها را مشاهده کند و جزیی از خود نداند. لذا در این مولفه، کاهش تعمیم‌های شناختی افراطی بیمار و کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از آن‌ها مدنظر بود.

همچنین در این پژوهش در مقابل اجتناب، به بیمار مهارت پذیرش یا تمایل آموزش داده شد. بیمار برای اینکه احساسات و افکاری مانند «بدشکلی بدن» یا «نداشتن جذابیت جنسی برای همسرم» و به دنبال آن تجارب و خاطرات بد و اضطراب را تجربه نکند، از میل جنسی و موقعیت‌هایی که منجر به رفتار جنسی می شود اجتناب می‌کند و این یک رفتار مقابله‌ای محسوب می‌شود که خود می‌تواند منجر به تشدید کاهش میل جنسی شود. لذا با کمک روش‌های اکت به بیمار آموخته شد که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های مربوط به رفتار جنسی، با پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مربوط به عمل جنسی مانند افکار یا احساسات آزاردهنده (تصویر جنسی از بدن خود) دست از مقابله و تلاش ناکارآمد بردارد. در این پژوهش با استفاده از استعاره کیک شکلاتی یا هیولا، خود مراجع ناکارآمدی اجتناب را در خلال جلسات تجربه کرد. همچنین برای تفهیم موضوع پذیرش و اجتناب از استعاره‌های اتوبوس و مهمان ناخوانده استفاده شد. مثلا با آموزش استعاره اتوبوس بیمار یاد گرفت که به جای قراردادهایی که با مسافران بد (افکار و احساسات) برای آرام کردن خود می‌بندد و هر لحظه او را از مسیر و رسیدن به مقصد نهایی زندگی دور می‌کنند، با وجود اذیت شدن، تمایل به بودن با آن‌ها نشان دهد ولی در نهایت در مسیر ارزش‌هایش قرار گیرد. مثلا در این راستا به بیمار گفته شد که احساس بدی که در رابطه با طرحواره نقص بدنی پیدا کرده است، به آن تمایل نشان دهد و بپذیرد که با حضور آن، در جهت حفظ رابطه با همسر که می‌تواند یکی از ارزش‌های مهم بیمار در زندگی اش باشد، عمل کند. بنابراین طبق تکنیک پذیرش و گسلش بیمار یاد گرفت که ناخوشایندی‌های موجود در دیگر زمینه‌ها را وارد حوزه جنسی و زناشویی نکند و آن را همان‌گونه که هست بپذیرد.

همچنین در طی جلسات با معرفی رنج پاک و رنج ناپاک به بیمار آموزش داده شد که خیلی از احساسات و افکار

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

بدی که به دنبال جراحی ماستکتومی به وجود آمده بودند را فقط یک فکر تجربه کند و به جای پاسخ به آن‌ها، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش بود، بپردازد. در نتیجه این آموزش‌ها وقتی اجتناب کاهش یافته، رویدادهای درونی آزاردهنده (مثل فکر عدم جذابیت جسمی) برای بیمار کمتر تهدید کننده و بیشتر قابل تحمل شده است. همچنین در این درمان به بیمار آموزش داده شد تا ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر دهد و آن‌ها را به عنوان علایم مرضی در نظر نگیرد بلکه آن‌ها را بی‌ضرر (با وجود اینکه ناخوشایند هستند) درک کند. در واقع با کمک روش‌های اکت به بیمار آموزش داده شد تا افکار و احساسات خود را بپذیرد و آن‌ها را تجربه کند نه اینکه از آن‌ها فاصله بگیرد یا در پی پاسخدهی به آن‌ها باشد، لذا فرد توانسته آن‌ها را در جهت ارزشهایش و نیز فعالیت‌های هدفمند به کار گیرد. در این جا بیماران توانستند با کنترل موثر رنج‌ها و دردهایی که زندگی به ناچار برای آن‌ها ساخته است یک زندگی معنادار بسازند. لذا این درمان اجتناب‌های شخص را مورد هدف قرار داد. بدین صورت که فرد افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کشمکش و کنترل، بپذیرد و با رویدادهای استرس‌زای زندگی تماس پیدا کند، مثلا اگر اکنون از عملکرد جنسی خود رضایت ندارد، نیازی به تغییر شرایط بیرونی نیست و حتی در همین شرایط و بدون تاثیر پذیرفتن از آن هم می تواند در جهت ارزشهایش (برای مثال بهبود تمایل و عملکرد جنسی) گام بردارد.

همان‌طور که اشاره شد، در این درمان بر افزایش فعالیت‌های ارزشمند (مانند بهبود روابط بین فردی، زناشویی و جنسی، مراقبت از خود که برای فرد اهمیت دارند اما از آن‌ها اجتناب می‌کند) نیز تاکید شد. در این پژوهش برای رسیدن به این هدف، شناسایی این ارزش‌ها و کمک به بیماران برای اقدام در جهت آن‌ها مدنظر بود که بر اساس آن با استفاده از کاربرگ «تعیین اهداف مبتنی بر ارزش‌ها» به بیمار کمک شد تا در سه مرحله شامل مشخص کردن یکی از حیطه‌های زندگی، روشن ساختن ارزش‌های مربوط به آن و تعیین اهداف، مهارت‌های لازم برای زندگی ارزشمند را کسب کند. مثلا یکی از این حیطه‌ها «روابط همسر» بود که یکی از اهداف مهم آن، «انجام عمل جنسی» است. زمانی که بیماران تمایلی برای رفتار جنسی ندارند، در واقع ممکن است ارزش‌هایشان را گم کرده باشند. قرار گرفتن در راستای ارزش «رضایت همسر» به بیمار کمک کرد تا در روابط جنسی با وجود تمام آن افکار و احساسات بد، موثر عمل کند. بنابراین به بیمار آموزش داده شد تا با وجود سختی‌ها و ناراحتی‌های جسمی و روانی که سرطان پستان برای او دارد بتواند کارهایی انجام دهد که در بهبود زندگی و حال خودش موثر باشد. در نتیجه این تمرین‌ها، با افزایش عزت نفس بیمار به او کمک شد تا احساسات بهتری را تجربه کند و ارزش‌های خود در رابطه با همسر را بهتر بشناسد و این در بهبود رابطه و رضایت زناشویی و تمایلات جنسی او تاثیر مثبت گذاشته است. علاوه بر موارد گفته شده، بخشی از آموزش‌ها در طی جلسات بر تکنیک‌های ذهن آگاهی تمرکز داشت. لذا در این پژوهش با آموزش فنونی مانند آرمیدگی، پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت آن و هشیار بودن نسبت به خویش، هشیاری نسبت به لحظه حال و درک صحیح رویدادها افزایش و به دنبال آن اشتغال ذهنی و تصویربدنی منفی از خویش، اضطراب و افسردگی کاهش یافته است و همین نتیجه نیز توانسته است به افزایش تمایل جنسی بیماران کمک نماید.

به طور کلی در زمینه اثربخشی اکت بر تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان چنین گفت که این درمان با تأکید بر فرایندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی از یک سو و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار از سوی دیگر باعث افزایش سلامت روانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و همچنین بهبود تمایلات جنسی بیماران شده است. در این پژوهش، به وسیله اکت به بیمار مهارت‌های روان‌شناختی گوناگونی یاد داده شد که بتواند بازداری از افکار منفی را رها کند و افکار و احساسات دردآور را به طور موثر تحمل کند و توانایی عمل موثر در برابر ناراحتی‌های هیجانی را داشته باشد، به طوری که تاثیر و نفوذ کمتری بر وی داشته باشند. همچنین در ارزیابی مشکلات بیمار با رویکرد درمانی اکت به دنبال یافتن همجوشی، اجتناب و عمل ناکارآمد در بیمار بوده و با تصریح ارزش‌ها و تعیین اهداف جدید به بیمار کمک شد که متعهدانه در مسیر ارزش‌هایش بماند، به‌جای همجوشی با افکار مزاحم از تکنیک‌های گسلش و در مقابل اجتناب بیمار از افکار و احساسات، علایم بدنی، خاطرات و امیال آزار دهنده، مفهوم پذیرش با استفاده از تکنیک‌های تمایل کار شد و در نهایت تصریح ارزش‌ها و عمل کردن بر اساس آن‌ها

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

برای بیمار، منجر به تاثیر درمان شده است. در مجموع، آموزش این مولفه‌ها به بیمار، اثربخشی اکت بر بهبود تمایل جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان را در پی داشته است. یکی از محدودیت‌های این پژوهش به‌کارگیری روش نمونه‌گیری در دسترس بود. همچنین به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری نتایج مقدور نبود و اطلاعاتی در مورد تداوم بهبودی درمان در دسترس نیست. علاوه بر این، در این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان اصفهان پرداخته شد، لذا در تعمیم نتایج آن به سایر بیماری‌ها و دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی مطالعات پیگیری نیز انجام شود و این پژوهش در سایر شهرها به منظور مقایسه با یافته‌های پژوهش حاضر انجام شود تا قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج به طور دقیق مشخص گردد. با در نظر گرفتن تاثیر متوسط اکت بر بهبود تمایل جنسی در این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد تا اثربخشی این درمان با دیگر درمان‌های روان‌شناختی مورد مقایسه قرار بگیرد. همچنین با توجه به نقش مهم خانواده بر شرایط فرد بیمار، بهتر است که در پژوهش‌های آتی تمرکز بیشتری بر نقش همسران و خانواده بیماران و نگرانی‌های آن‌ها درباره بیمار و روند بیماری شود و با ارایه آموزش‌های روان‌شناختی به بهبود مشکلات روانی آن‌ها و به موازات آن شخص بیمار کمک شود. با توجه به محدودیت‌های گفته شده در پژوهش حاضر، این مطالعه می‌تواند به عنوان مقدمه‌ای برای فعالیت‌های پژوهشی وسیع‌تر و کامل‌تر در زمینه کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان با استفاده از روش اکت باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد که مطالعات دیگری نیز در این راستا انجام شود تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورده شود. همچنین انجام تحقیقات وسیع‌تر و با شرایط دقیق‌تر در این زمینه می‌تواند راهکارهای کاربردی‌تری از این مداخله را در سیستم‌های بهداشتی و درمانی روشن نماید و در صورت اثبات اثربخش بودن این درمان، برنامه‌ریزی لازم جهت لحاظ نمودن آن در چارچوب آموزشی و درمانی مراکز مرتبط با بیماری سرطان در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی موثر می باشد که این نتیجه بر اهمیت کاربرد مداخلات روان‌شناختی در فرایند درمان مبتلایان به سرطان پستان تاکید دارد و بهتر است در مراکز درمانی امکان دسترسی به آن‌ها فراهم گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان از مساعدت‌های تمامی عوامل به ویژه مسؤلین محترم شعبه اصفهان مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) و تمامی بیماران مبتلا به سرطان پستان شرکت‌کننده در این مطالعه، سپاسگزاری می گردد. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد با کد مصوب ۱۵۰۲۰۷۰۱۹۵۲۰۸۰ می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. The impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. CA Cancer J Clin. 2011; 61 (4): 212-36.
2. Sabatino SA, Lawrence B, Elder R, Mercer SL, Wilson KM, DeVinney B, et al. Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services. Am J Prev Med. 2012; 43 (1): 97-118.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

3. The first official cancer registration report based on the entire population of Iran. Deputy of research and technology. Ministry of health and education. 2015.

4. Wayteck L, Breckpot K, Demeester J, De Smedt SC, Raemdonck K. A personalized view on cancer immunotherapy. Cancer Lett. 2014; 352 (1): 113-25.

5. Breast Cancer Facts & Figures. American Cancer Society, Inc. http://www. cancer and careers. org/. 2014.

6. Turkman M. Comparison of the effectiveness of optimism and psychotherapy support on depression, anictrety and quality of life. Masters letter of psychology of Allameh Tabatabai university. 2012.

7. Khaje Aminian F, Ebrahimi M, Kumali M, Dolat Shahi B, Unesi J. Sexual function of women after mastectomy surgery-qualitative study. Journal Breast Diseases of Iran. 2014; 7: 3.

8. Burbie GE, Polinsky ML. Intimacy and sexuality after cancer treatment: restoring a sense of wholeness. J Psychosoc Oncol. 1992; 10:19-33.

9. Shahid Sales S, Hasanzadeh M, Saggade S, Davoud S. Comparison of sexual dysfunction in women with breast canser: case control study. Tehran University Medical Journal. 2017; 75(5): 350-7.

10. Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. The Breast J. 2008; 14: 176-81

11. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in population based study in Iran: prevalence and associated risk factors. International Journal of Impotence Research. 2006; 18: 382- 95.

12. Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. Annals of oncology. 1997; 8: 149-53.

13. Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. Cancer Control. 2001; 8: 442-8.

14. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. Psycho-Oncology. 2004; 13(5): 295-308.

15. Hayati F, Shahsavari A, Mahmodi M. relation psychic convenience with individual factors of patients with breast cancer in hospitals of Tehran University of Medical Science. Journal of Iran breast diseases. 2009; 2(1): 23-8.

16. Honarparvaran N, Mirzaei Kia H, Nairi A, Lotfi M. Practical guide for therapists in Acceptanc and commitment therapy. Omid Mehr; 2014.

17. Esmi Z. Effectivness of acceptance and commitment therapy on mental healt, quality of life and self-care behaviors in patients with breast cancer, Alzahra University, 2016.

18. Dehghani-Najvani B. Effectiivness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Depression and psychological flexibility in women with Breast cancer. University of Isfahan. Iran, 2013.

19. Abdollahzadeh, H., Kabirinasab, Y. The Effectiveness of acceptance and Commitment Therapy on internalized Shame and Sexual self-esteem of Women with Breast Cancer after Mastectomy Surgery. Quarterly Journal of Health Psychology, 2019; 7(28): 184-99.

20. Backchalaki N & Mansouri A. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Sexual Function and Life Satisfaction in Women with Substance Use Disorders . MEJDS. 2017; 7 :89.

21. Kalal Y, Saraei F. Acceptanc & commitment therapy on marital commitment and reconciliation, sexual satisfaction and satisfaction with womens lives. Journal of Principles of Mental Health. 2016; 18: 527-33.

22. Tabatabaei A, Sagadiyan E, Motamedi M. Acceptanc & commitment therapy on sexual function, Sexual suggestive and dare to treat women with Sexual dysfunction. Journal of Behavioral Scinces Research. 2017; 15(1): 84-92.

23. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences .(2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.

24. Delavar A. Method of resignation in psychology and educational sciences. fourth edition; 2018.

25. Yousefi N, Farsani K, Shakiba A, Hemmati S, Nabavi Hesar J. Halbert index of sexual desire (HISD) questionnaire validation. CPAP. 2014; 2 (9):107-18.

26. Hurlbert D. A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. Journal of Sex and Marital Therapy. 1993; 19: 44–55.

27. Asgarian F, Mirzaei M, Asgarian S, Jazayeri M. Epidemiology of Breast Cancer and the Age Distribution of Patients over a Period of Ten Years. Ijbd. 2016; 9 (1): 31-6.

28. Hajsadeghi Z, Bassak Nejad S, Razmjoo S. The Effectiveness of Acceptance and

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]

Commitment Group Therapy on Depression and Anxiety among women with breast cancer. Psj. 2017; 15 (4): 42-9.

29. Mogadamfar N, amraae R, asadi F, Amani O. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Hope and Psychological Well-being in Women with Breast Cancer under Chemotherapy. IJPN. 2018; 6 (5): 1-8.
30. Esmali Kooraneh A, Alizadeh M, Khanizadeh Balderlou K. The Effectiveness of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment on Quality of Life in Women with Breast Cancer. J Urmia Univ Med Sci. 2016; 27 (5): 365-74.
31. Sobouhi R, fatehizade M, ahmadi A, etemadi O. The Effect of Counseling Approach Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Amount of Marital Attributions and Marital Satisfaction in Women Admitted to Isfahan Cultural Centers. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017; 18(1): 12-22.
32. Mohammadi e, Keshavarzi F, Farzad V, Salehi M. Effectivness of Acceptane and Commitment Therapy (ACT) on marital satisfaction on depressive women With marital confilicts. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017; 17(2): 26-35.
33. Namani E. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment(ACT) on communication beliefs and marital satisfaction of the incompatible women. Journal of Counseling Research. 2016; 15 (57): 58-80.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.39]