

## مقایسه ی اثربخشی درمان یکپارچه نگر، معنویت درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

شوان شیدائی اقدم<sup>۱</sup>، فرح لطفی کاشانی<sup>۲</sup>، شهرام وزیری<sup>۳</sup>  
و افسانه خواجهوند خوشلی<sup>۴</sup>

پستان نمادی از زنانگی است، از بین رفتن پستان به نوعی زنانگی و جذابیت جنسی زنان را کاهش می دهد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه نگر، معنویت درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. بدین منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل، ۶۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران به روش نمونه‌ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل کاربندی شدند. گروه‌ها قبل و بعد از اتمام پژوهش و ۲ ماه بعد از آن، از مداخله از نظر تجربه جنسی مورد آزمایش قرار گرفتند، جلسات گروه درمانی جداگانه برای هر سه گروه یک بار در هفته به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تشکیل شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان یکپارچه نگر، درمان شناختی- رفتاری و معنویت درمانی بر عملکرد جنسی بیماران تحت آموزش، موثر بوده است و این تاثیر در آزمون پیگیری پایدار بوده است. به نظر می‌رسد که این درمان‌ها می‌توانند در کنار سایر مداخلات مثل دارو درمانی و مداخلات پزشکی، در کاهش اختلال عملکرد جنسی این بیماران موثر باشند.

**واژه‌های کلیدی:** درمان یکپارچه نگر، درمان شناختی- رفتاری، معنویت درمانی، اختلال عملکرد جنسی، سرطان پستان

### مقدمه

امروزه، سرطان پستان، یکی از نگران کننده‌ترین بیماری‌ها در زنان به شمار می‌رود، زیرا شایع‌ترین نوع و بعد از سرطان ریه، دومین علت مرگ و میر در میان زنان است (کروک و ابول‌انین، ۲۰۰۴). پیامدهای روانشناختی که بیماران پس از تشخیص تجربه می‌کنند شامل خشم، افسردگی، درد و رنج و

۱. دپارتمان روانشناسی سلامت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

۲. دپارتمان روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسوول) Lotfi.kashani@gmail.com

۳. دپارتمان روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۴. دپارتمان روانشناسی سلامت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

اضطراب مرگ است؛ پیامدهای جسمانی هم که حاصل سرطان است شامل ناراضیاتی از تن انگاره، از دست دادن مو و از دست دادن اندام جنسی است. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که علاوه بر این پیامدهای جسمانی و روانشناختی، ابتلا به سرطان پستان هم می‌تواند بر روی عملکرد جنسی تأثیر بگذارد و آن را دچار اختلال کند (برنالت، چامپیگن، هوگت و همکاران، ۲۰۱۶).

همچنین، تغییراتی در بعد روانی- جنسی نیز در این زنان گزارش شده است، از جمله ترس از نابابوری، تصویر بدنی منفی، احساس عدم جذابیت جنسی، از دست دادن زنانگی، اضطراب و افسردگی و همچنین تغییر در اعتماد به نفس جنسی (گیلبرت، آشر و پرز، ۲۰۱۰). اعمال جراحی مختلف بر روی این بیماران مانند هیستروکتومی، ماستکتومی، برداشتن تخمدان و همانند آنها، به میزان قابل ملاحظه‌ای سبب کاهش میل جنسی، کاهش تهییج، افزایش دیس پارونی و نرسیدن به ارگاسم است (اندرسون، ۱۹۹۴). بنابراین توجه به مشکلات جنسی زنان مبتلا به سرطان و آموزش آنها در این زمینه، ضروری (ترز، برویکل و جاکوبسن، ۲۰۰۱؛ مانجنیلو، هوگا، ربرتو و همکاران، ۲۰۱۱) و باعث نتایج مثبت در روابط فردی و بین فردی آنها از جمله برقراری ارتباط مناسب بین زوجین، لذت بردن از روابط جنسی، تقویت اعتماد به نفس، عزت نفس و خودکارآمدی جنسی می‌شود (از حجی زاده، ۲۰۱۳).

شیوه‌های مختلفی در کاهش مشکلات این بیماران بکار گرفته شده که یکی از این درمان‌ها که علاقه متخصصان بالینی را به خود جلب کرده است درمان شناختی- رفتاری می‌باشد. طبق این دیدگاه فرض می‌شود که هیجان‌ات و رفتارهای فرد تحت تأثیر ادراک آنها از حوادث قرار می‌گیرد و این خود موقعیت نیست که احساس افراد را مشخص می‌کند بلکه شیوه تعبیر آنها از یک موقعیت است که احساس آنها را تعیین می‌نماید. در این مدل درمانی هدف، عوض کردن افکار و معانی اختصاصی است و تکالیف رفتاری به این منظور به مراجع داده می‌شوند که شواهدی برای افکار خودآیند منفی پیدا کند (فرناندز و مریال، ۲۰۱۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این درمان در دامنه وسیعی از اختلال‌ها و علایم روانپزشکی اثربخش است (باتلر، جیسون، چاپمن و همکاران، ۲۰۰۶)، و اثربخشی درمان شناختی- رفتاری نسبت به درمان‌های روانپوشی بیشتر است و این درمان مزیت‌هایی نسبت به سایر درمان‌های جایگزین مخصوصاً در اختلال‌های افسردگی و اضطرابی دارد (تولین، ۲۰۱۰) اما در دهه‌های اخیر، رویکردها و تکنیک‌های جدیدی به وجود آمده که همسنگ درمان‌های شناختی- رفتاری است. یکی از این درمان‌ها درمان مبتنی بر معنویت است.

مداخله‌ی معنوی، به عنوان یک روش درمانی موثر در سال‌های اخیر، مورد توجه قرار گرفته است. مذهب و معنویت، مجموعه‌ای را ارائه می‌دهد که از راه آنها، انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (وست، ۲۰۰۱). به همین دلیل است که معنویت، پیش‌بینی کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان (دیویس، ۲۰۰۵) و منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود وضعیت بیماری (ریچارد، هاردمن و برت، ۲۰۰۷) است. در تجربه‌ی زندگی با سرطان، معنویت به عنوان بعد مهم و برجسته‌ی یک زندگی سالم مطرح می‌شود (چانگساتیاناسوپ، ۲۰۰۳). برای این که درمانگر بتواند بر سلامت جسمی و روانی مراجع تاثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، باید در روند درمان به مسایل معنوی و مذهبی مراجع نیز پردازد (میلر، ۲۰۰۳). یافته‌های متعدد، حاکی از وجود ارتباط معنادار بین سلامت معنوی و سلامت روان (اضطراب، پریشانی و افسردگی) است (لارسون، ۲۰۰۴؛ رومرو، فریدمن، کالدیاس و همکاران، ۲۰۰۶).

یکی دیگر از مداخلاتی که می‌تواند مورد توجه قرار گیرد درمان یکپارچه نگر است. رویکرد یکپارچه نگر، به دنبال عناصر مشترک در بین سیستم‌های نظری مختلف است. به رغم تفاوت‌های زیادی که بین نظریه‌ها وجود دارد، ویژگی بارز کاربردی مداخله از متغیرهای اختصاصی تشکیل می‌شود که در تمام نظریه‌ها مشترک هستند. تصور می‌شود که این عوامل مشترک، حداقل به اندازه عوامل منحصر به فردی که یک نظریه را از دیگری متمایز می‌کنند، برای توجیه کردن نتایج درمان اهمیت دارند (کوری، ۲۰۰۵).

درمان یکپارچه‌نگر نوعی از روان‌درمانی است که مطابق پژوهش انجام شده توسط لطفی کاشانی و وزیری (۱۳۷۵) عوامل مؤثر رویکردهای روان‌درمانی گوناگون را به چهار عامل تقسیم می‌کند. این چهار عامل به شرح زیر است: برقراری رابطه‌ی درمانی، ایجاد امید و انتظار درمانی، آگاهی‌افزایی (بینش)، تنظیم رفتارهای درمانجو (نظم بخشی رفتار) (پوزش، لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۱). چهار عامل فوق فرایند مشترک نظام داری ایجاد می‌کنند که ویژه‌ی رویکرد خاصی نیست. در این فرآیند طی برقراری رابطه‌ی درمانی و به کارگیری اصول یادگیری و نظم بخشی رفتار زمینه برای ایجاد امید و انتظار درمان و افزایش آگاهی در مراجع مهیا می‌شود و به بهبودی مراجع و کنترل وضعیت موجود می‌انجامد. با توجه به مطالب ارائه شده این پژوهش در نظر دارد به این سوال اصلی پاسخ دهد که آیا بین اثربخشی درمان یکپارچه نگر، معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر اختلال عملکرد جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان تفاوت وجود دارد؟

## روش

این پژوهش، یک طرح نیمه آزمایشی بود که با روش پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. بدین طریق که از میان بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران، ابتدا ۶۰ نفر با روش در دسترس انتخاب شدند که به چهار گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. هر چهار گروه قبل و بعد از آموزش با پرسشنامه‌ی مقیاس تجربه جنسی آریزونا مورد آزمون قرار گرفتند. سپس هر یک از گروه‌های آزمایش در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی- رفتاری، معنویت درمانی و درمان یکپارچه نگر قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

ابزار پژوهش، پرسشنامه تجربه جنسی آریزونا بود. پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا<sup>۱</sup> (ASEX) توسط یکی از اساتید روانپزشکی دانشگاه آریزونا ارائه شده است (سجاتویک و رامیرز، ۲۰۰۳). این پرسشنامه با داشتن تنها ۵ سؤال می‌تواند در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه جهت غربالگری اختلال عملکرد جنسی به کار رود. پنج عنصر عملکرد جنسی شامل میل جنسی، تحریک، لغزندگی واژن در زن، حفظ نعوظ در مرد، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم می‌باشد که براساس مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده است. این ابزار از استحکام درونی و پایایی با آلفا کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی آزمون مجدد برخوردار است.

## یافته ها

برای بررسی تاثیر درمان‌های انجام شده در کاهش اختلال عملکرد جنسی آزمودنی‌ها بعد از حذف داده‌های پرت، داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که نتایج آن در زیر آورده شده است.

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین‌های گروه‌ها در پس آزمون نمرات اختلال عملکرد جنسی ( $F_{(3,52)}=95.287$ ,  $p<0.001$ ,  $\eta^2=.846$ ) و نمرات پیگیری اختلال عملکرد جنسی ( $F_{(3,52)}=107.751$ ,  $p<0.001$ ,  $\eta^2=.861$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه اثر برای هر دو نمره در حد زیاد است. به منظور بررسی این مساله که در کدام یک از گروه‌های درمانی تفاوت وجود دارد، اقدام به اجرای مقایسه‌های پسینی بونفرونی شد. نتایج در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است.

**جدول ۱، آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه گروه ها در اختلال عملکرد جنسی**

| وابسته                    | SS       | df | MS      | F       | Sig.  | مجذور اتا |
|---------------------------|----------|----|---------|---------|-------|-----------|
| گروه اختلال عملکرد جنسی ۲ | ۶۲۴/۶۶۸  | ۳  | ۲۰۸/۲۲۳ | ۹۵/۲۸۷  | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۴۶     |
| اختلال عملکرد جنسی ۳      | ۹۴۸/۱۲۱  | ۳  | ۳۱۶/۰۴۰ | ۱۰۷/۷۵۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۶۱     |
| خطا                       | ۱۱۳/۶۳۱  | ۵۲ | ۲/۱۸۵   |         |       |           |
| اختلال عملکرد جنسی ۲      | ۱۵۲/۵۱۹  | ۵۲ | ۲/۹۳۳   |         |       |           |
| اختلال عملکرد جنسی ۳      | ۷۵۲/۲۱۱  | ۵۶ |         |         |       |           |
| کل                        | ۱۱۰۶/۹۸۲ | ۵۶ |         |         |       |           |

**جدول ۲، آزمون مقایسه های جفتی بونفرونی گروه ها در پس آزمون اختلال عملکرد جنسی**

| گروه (میانگین)           | شناختی - رفتاری | یکپارچه نگر | معنویت  | کنترل |
|--------------------------|-----------------|-------------|---------|-------|
| شناختی - رفتاری (۱۶/۰۸۹) | -               |             |         |       |
| یکپارچه نگر (۱۷/۳۷۵)     | -۱/۲۸۷          | -           |         |       |
| معنویت (۱۵/۱۲۰)          | -۰/۹۶۹          | *-۲/۲۵۶     | -       |       |
| کنترل (۸/۵۶۷)            | *-۷/۵۲۲         | *-۸/۸۰۸     | *-۶/۵۵۳ | -     |

جدول ۲ نشان می دهد که میانگین نمرات گروه شناختی - رفتاری، یکپارچه نگر و معنویت در پس آزمون اختلال عملکرد جنسی به طور معنی داری بالاتر از میانگین نمرات گروه کنترل است. میانگین نمرات گروه یکپارچه نگر تفاوت معنی داری با گروه معنویت ندارد.

**جدول ۳، آزمون مقایسه های جفتی بونفرونی گروه ها در پیگیری اختلال عملکرد جنسی**

| گروه                 | شناختی - رفتاری | یکپارچه نگر | معنویت  | کنترل |
|----------------------|-----------------|-------------|---------|-------|
| شناختی - رفتاری      | -               |             |         |       |
| یکپارچه نگر (۱۷/۸۵۴) | ۰/۶۵۷           | -           |         |       |
| معنویت (۱۵/۲۶۷)      | *-۱/۹۳۳         | *-۲/۵۹      | -       |       |
| کنترل (۷/۳۴۹)        | *-۹/۸۴۸         | *-۱۰/۵۰۵    | *-۷/۹۱۵ | -     |
| یانگین               | ۱۷/۱۹۷          | ۱۷/۸۵۴      | ۱۵/۲۶۷  | ۷/۳۴۹ |

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که میانگین نمرات گروه شناختی - رفتاری، یکپارچه نگر و معنویت در پیگیری به طور معنی داری بالاتر از میانگین نمرات گروه کنترل است. میانگین نمرات گروه یکپارچه

نگر تفاوت معنی داری با گروه معنویت ندارد. میانگین نمرات گروه یکپارچه نگر تفاوت معنی داری با گروه شناختی- رفتاری دارد.

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به مقایسه اثربخشی سه درمان یکپارچه نگر، معنویت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر روی اختلال عملکرد جنسی پرداخته است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که هر سه درمان یکپارچه نگر، معنویت درمانی و درمان شناختی- رفتاری منجر به کاهش اختلال در عملکرد جنسی شده اند و نمرات پیگیری هم ثبات این اثربخشی را نشان می دهد. بین گروه های یکپارچه نگر و معنویت درمانی تفاوت معنی داری وجود دارد و درمان یکپارچه نگر مؤثرتر است؛ و بین معنویت درمانی و درمان شناختی- رفتاری و همچنین درمان یکپارچه نگر و شناختی- رفتاری تفاوت معنی داری وجود نداشت. همچنین نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات گروه شناختی- رفتاری، یکپارچه نگر و معنویت در پیگیری اختلال عملکرد جنسی به طور معنی داری بالاتر از میانگین نمرات گروه کنترل است. در این بخش هم همانند پس آزمون بین گروه های یکپارچه نگر و معنویت درمانی تفاوت معنی داری وجود دارد و درمان یکپارچه نگر مؤثرتر است و بین معنویت درمانی و درمان شناختی- رفتاری و همچنین درمان یکپارچه نگر و شناختی- رفتاری تفاوت معنی داری وجود نداشت.

همچنین نتایج نشان می دهد که هر سه نوع درمان هم در پس آزمون و هم در پیگیری در سطح خرده مقیاس های اختلال عملکرد جنسی یعنی خرده مقیاس های میل، برانگیختگی، ارگاسم، درد و رضایت اثربخشند. بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، معنویت درمانی و درمان یکپارچه نگر بر میل، برانگیختگی، ارگاسم، درد و رضایت تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

یافته های به دست آمد با نتایج پژوهش افزایش عملکرد جنسی (لطفی کاشانی، وزیری و صابریان، ۲۰۱۵)، موثر بودن روان درمانی بر افزایش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی (پاداش و همکاران، ۲۰۱۳) و یافته های کریچمن و کات در مورد اثر بخشی درمان چندگانه بر روی تمایلات جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان (۲۰۱۲) همسو بوده است؛ علاوه بر این در پژوهش دیگری که اسکات و کایزر در سال ۲۰۰۹ انجام دادند با استفاده از آموزش تمرین تمرکز حسی به بهبود مشکلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان کمک کردند. پژوهش های کالاتزی و همکاران (۲۰۰۷) نیز همسو با نتایج پژوهش ما نشان داد درمان های آموزشی و شناختی منجر به بهبود عملکرد جنسی و رضایت زناشویی زوجین شده اند.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت روان درمانی یکپارچه نگر با تاکید بر چهار عامل مشترک (آگاهی افزایی، رابطه درمانی، امید و انتظار درمان و نظم بخشی رفتار) سعی دارد با افزایش آگاهی بیماران از شرایط جسمانی و روانی خود در بستری از رابطه‌ی همدلانه با بیمار و افزایش انتظار بهبودی آگاهی بیمار را از نحوه اثرگذاری رفتار خود بر شرایط بیماری افزایش دهد و از شکل‌گیری رفتارهای ناکارآمد جنسی پیشگیری کند. این آگاهی‌افزایی در بستری از امید و انتظار بهبودی با پذیرش تجربه اینجا و اکنون بیمار منجر به آگاهی از فرآیند مشکلات عملکرد جنسی می‌شود. همراه کردن این آگاهی‌افزایی منجر به پذیرش حالات درونی ناخوشایند یعنی افکار و احساسات گوناگون می‌شود (لطفی کاشانی، وزیری، اکبری و همکاران، ۲۰۱۴). این نوع آگاهی به بیمار کمک می‌کند احساسات دردناک خود را تغییر دهد و منجر به عملکرد رفتاری متعهدانه و موثر (نظم بخشی رفتاری) می‌شود. فرآیند درمان یکپارچه نگر منجر به افزایش امید در بیماران می‌شود و با نظم بخشی رفتار (افکار، احساسات و عملکرد) به اصلاح مشکلات جنسی و کژکاری‌ها می‌انجامد (لطفی کاشانی، شامکوییان، صیرفی و همکاران، ۲۰۱۸).

از طرفی دیگر بروت و همکاران (۲۰۱۲)، به بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتار بر روی عملکرد جنسی بیماران مبتلا به سرطان پرداختند و یافته‌های پژوهش آنها همسو با پژوهش ما در تایید اثربخشی این درمان بر روی بیماران می‌باشد. علاوه بر این لوین و اپلبام (۲۰۱۴) در پژوهش خود به مرور اثربخشی درمان شناختی بر روی بیماران مبتلا به سرطان پرداختند و یافته‌های آنها حاکی از تایید اثربخشی این درمان در بیماران مبتلا به سرطان بود. در تبیین این موضوع می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری با تمرکز بر تحریف‌های شناختی، و مهارت حل مسئله منجر به بهبود مشکلات جنسی و مکانیسم مقابله می‌شود (لوین و اپلبام، ۲۰۱۴). زیرا که مبنای این درمان به این فرضیه‌ی شناختی اشاره دارد که آنچه افکار و احساسات ما را تعیین می‌کند شرایط نیست بلکه تفسیر و استنباط ما از شرایط، احساسات ما را در پی دارد (بک، ۱۹۶۴). طبق این مدل درمانی هدف، عوض کردن افکار و معانی اختصاصی است و تکالیف رفتاری به این منظور به مراجع داده می‌شوند که شواهدی برای افکار خودآیند منفی پیدا کند (فرناندز و مریال، ۲۰۱۷) و با استفاده از این مکانیسم به درمان مشکلات عملکردی جنسی پرداخته شد.

روش درمانی دیگری که برای درمان این بیماران در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته، معنویت درمانی است. در این درمان معنویت، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان (دیویس، ۲۰۰۵) و منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود وضعیت بیماری (ریچارد، هاردمن و برت، ۲۰۰۷)

است. اما یافته‌ی این پژوهش نشان داد درمان یکپارچه نگر و شناختی رفتاری در درمان مشکلات عملکردی جنسی موثرتر است در تبیین این یافته می‌توان گفت که در صورتی که بیمار سوالاتی هستی‌گرایانه داشته باشد یا با ترس از بیماری و مرگ روبرو باشد درمان مناسب‌تر معنویت درمانی است، اما در صورتی که بیمار نیاز به یاد گرفتن مهارت برای ادامه‌ی زندگی با بیماری سرطان داشته باشند، گزینه‌ی مناسب می‌تواند درمان یکپارچه‌نگر باشد (براندآو، شولز و ماتوس، ۲۰۱۴). به‌طور کلی درمان یکپارچه‌نگر، ساختاریافته، مبتنی بر همکاری و از لحاظ زمانی محدود بوده و ضمن تمرکز بر زمان حال بر نقش باورها و شناخت‌های غلط به منظور دستیابی به افکار و رفتار سازگارانه تأکید دارد. درمان یکپارچه‌نگر با تأکید بر همدلی با بیماران مبتلا به سرطان و برقراری رابطه‌ی درمانی، افزایش آگاهی فرد و حضور در لحظه اینجا و اکنون همچنین با ایجاد امید در بیماران و تغییر نگرش افراد و در ادامه با نظم بخشی به رفتار هم به ترس‌های بیماران می‌پردازد و هم مهارتی که بیمار نیاز دارد را به او آموزش می‌دهد. بدین‌خاطر با توجه به ضرورت روزافزون روان‌درمانی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان این درمان می‌تواند گزینه‌ی مناسب‌تری باشد و به عنوان یک درمان مکمل در کنار سایر درمان‌های پزشکی ارایه گردد.

#### References

- Andersen, B. (1994). Surviving gynecologic cancer and coping with sexual morbidity: an international problem. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 4, 225-240.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford
- Brandão, T., Schulz, M. S., Matos, P. M. (2014). Psychological intervention with couples coping with breast cancer: a systematic review. *Psychology & health*, 29(5), 491-516.
- Brotto, L. A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., Miller, D. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125, 320-325.
- Brunault, P., Champagne, A. L., Huguet, G., Suzanne, I., Senon, J.L., Body, G., Rusch, E., Magnin, G., Voyer, M., Réveillère, C., (2016). Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho Oncology*. 25, 513-520.
- Butler, C., Chapman, E., Forman, M., Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31
- Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and Health: An Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 23, 3-15.
- Corey, Gerald. (2012). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Cengage Learning.
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 253-272.
- Fernandez, E.N., Mairal, J.B. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*. 29(2), 172-7.
- Gilbert, E., Ussher, M., Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66 (4), 397-407.
- Hajizadeh, Zeinab. (2012). *Effects of sex education on improving sexual performance, Women's sexual satisfaction and body image Breast cancer*. Islamic Azad University of Rodehen Beach.
- Kalaitzi, C., Papadopoulos, V., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P., Fillipou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: Effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *Journal of surgical oncology*. 96, 35-40.
- Kruk, J., Aboul-Enein, H.J. (2004). Psychological stress and theRisk of breast cancer: A case control study. *Cancer Detection and Prevention*, 28 (6), 399-408.



- Krychman, M. L., Katz, A. (2012). Breast Cancer and Sexuality: Multi-modal Treatment Options (CME). *The journal of sexual medicine*, 9(1), 5-13.
- Larson, C. (2004). Spiritual, psychosocial, and physical correlates of well-being across the breast cancer experience [PhD Thesis]. Tucson, AZ: *The University of Arizona*.
- Levin, T., Applebaum, A. J. (2014). Acute cancer cognitive therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 21(4), 404-415.
- Lotfi Kashani, F., Vaziri, S., Akbari, M. E., Mousavi, S. M. (2014). Effectiveness of four-factor psychotherapy in decreasing distress of women with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 214-218.
- Manganielo, A., Hoga, L.A., Reberte, L.M., Miranda, C.M., Rocha, C.A. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 167-172.
- Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Oncology Nursing Forum*: 33(1), 1-7
- Miller, G. (2003). *Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique*. New Jersey: Willey & Sons.
- Padash, Z., Fatehizadeh, M., Abedi, M., Izadikhah, Z. (2013). The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. *Journal Of Research In Behavioural Sciences*. 10 (5), 363-72S
- Pouzes, F., Lotfi kashani, F. Vaziri, Sh. (2011). *The effectiveness of four-factor psychotherapy in reducing distress in women with breast cancer*. Islamic Azad University of Rodehen Beach.
- Richards, P.S., Hardman, R.K., Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*. Washington.
- Romero, C., Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., & Liscum, K.R. (2006). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*. 29(1), 29-36.
- Saberian, N., lotfi kashani, F., Vaziri, Sh. (2014). *The effectiveness of four-factor psychotherapy in increasing of sexual function*. Islamic Azad University, Rudehen Branch, unpublished Thesis 2014 (Persian)
- Sajatovic, M., Ramirez, L.F.(2003). *Rating scales in mental health*. 2nd ed. Ohio: Lexi Comp.
- Scott, J., Kayser, K.(2009). A review of couple-based interventions for enhancing women's sexual adjustment and body image after cancer. *The Cancer Journal*. 15, 48-56.
- Shamkoeyan, L., Lotfi Kashani, F., Sayrafi, M., Ahadi, H., Kavosi, H. (2018). The Effectiveness of Integrative psychotherapy on Body Image in women with systemic sclerosis (Scleroderma). *Razi Journal of Medical Sciences*. 25 (171), 63-75
- Simoni, J.M., Marton, M.G., Kerwin, J. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 49(2), 139-147.
- Thors, C.L., Broeckel, J.A., Jacobsen, P.B. (2001). Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*, 8(5), 422-428.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720.
- West, W. (2001). *Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. Translated by: Sh. Shahidi, & S. Shirafkan, 2008. Tehran: Roshd.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 14 (No. 54), pp.102-111, 2020

## Comparison of the Effectiveness of Integrative Psychotherapy, Spiritual Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy on sexual dysfunction in Patients with Breast Cancer

**Sheydaei Aghdam, Shovan**

Dept of Health psy, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

**Lotfi Kashani, Farah**

Dept of clinical psy, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran  
(Corresponding Author )

**Vaziri, Shahram**

Dept of clinical psy, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

**khajevand khoshli, Afsaneh**

Dept of Health psy, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

Received: 2019/09/03

Accepted: 2019/12/20

Breast is symbol of femininity. loss of the breast would somehow reduce femininity and sexual attractiveness of women. The aim of the present study was to compare the effectiveness of integrative psychotherapy, spiritual therapy, and cognitive-behavioral therapy on sexual dysfunction in women with breast cancer. For this purpose, in a semi-experimental study with pre-test, post-test and control group, 60 women with breast cancer of Shohadaye-Tajrish Hospital in Tehran were selected by Convenience sampling method and randomly divided into 3 experimental groups and 1 control group. The sexual experience of groups was tested before and after research and two months afterward the interventions. Separate group therapy sessions were presented for all three groups once a week for 8 sessions in 90 minutes. The result of multivariate analysis of covariance (MANCOVA), indicated that integrative psychotherapy, cognitive -behavior therapy, and spiritual therapy were effective on the sexual performance of patients under training, and this effect was consistent in the follow-up test. It seems that these therapies, along with other interventions such as medication and medical interventions, can be effective in reducing sexual dysfunction in these patients.

**Keywords:** Integrative Psychotherapy, Cognitive-Behavior Therapy, Spiritual Therapy, Sexual Dysfunction, Breast Cancer.

*Electronic mail may be sent to:* lotfikashani@riau.ac.ir