Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2020; Vol 6(1), Summer, pp 72-87.

Cognitive Emotion Regulation Strategies, Body Image, and Sexual Satisfaction in Women with and without a History of Hysterectomy and Mastectomy Surgeries

Reyhaneh Sobhani[1], Azra Zebardast [2*], Sajjad Rezaei[3]

1. M.A in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
2. Assistant Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

***Corresponding author:** Ozra zebardast, **Email:** zebardast@guilan.ac.ir

Received: 17 Feb 2020 **Accepted:** 15 Apr 2020

Abstract

Background & Aim: Uterus and breasts are an important part of a woman's sexual self-image. Given the psychological effects of the removal of female organs on body esteem and psychological adjustment and coping of individuals, the present study aimed to compare the cognitive emotion regulation strategies, body image, and sexual satisfaction of women with and without a history of hysterectomy and mastectomy surgeries.

Materials & Methods: This causal-comparative research was performed on 135 women (45 with a history of hysterectomy and 45 with a history of mastectomy, and 45 normal) selected by convenience sampling in Rasht, Iran in 2019. The participants completed the Garnefsky's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-P), Littleton's Body Image Concern Inventory (BICI), and Short Form Sexual Functioning Scale (FSFI-6) voluntarily.

Results: In this study, there was a significant difference among the three groups of women in terms of the cognitive emotion regulation strategies; in this regard, the strategies of women with a history of mastectomy (31.13%) were more compromised, compared to women with a history of hysterectomy (28.53%). Regarding body image, women undergoing a mastectomy (68%) were more concerned with their body image, compared to those undergoing a hysterectomy (43.77%). On the other hand, women in the hysterectomy group (18.11%) had a lower sexual satisfaction, compared to the subjects in the mastectomy group (19.49%). In addition, normal women were more balanced in terms of cognitive emotion regulation strategies, body image concerns, and sexual satisfaction.

Conclusion: According to the results of the study, the type of cognitive emotion regulation strategy of women with a history of hysterectomy and mastectomy surgeries affected their sexual satisfaction and performance. Furthermore, mastectomy had a greater negative impact on the body image of individuals.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation, Sexual Satisfaction, Mastectomy, Body Image, Hysterectomy

How to cite this article:
Sobhani R, Zebardast A, Rezaie S. Cognitive Emotion Regulation Strategies, Body Image, and Sexual Satisfaction in Women with and without a History of Hysterectomy and Mastectomy Surgeries. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2020: 6 (1): 72-87.
URL: http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-305-fa.html

Copyright © 2020 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدنی، و رضایت جنسی در زنان با و بدون سابقه جراحی هیسترکتومی و ماستکتومی

ریحانه سبحانی[1]، عذرا زبردست[2*]، سجاد رضائی[3]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۲. استادیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۳. استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

نویسنده مسئول: عذرا زبردست، ایمیل: zebardast@guilan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۲۸ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۹/۰۱/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: رحم و پستان بخش مهمی از تصویر جنسی یک زن از خویشتن است، با توجه به تأثیرات روانی حذف ارگان‌های زنانه بر ارزش‌گذاری بدن و تنظیم و مقابله روانی افراد، مطالعه حاضر با هدف مقایسه‌ی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدنی و رضایت جنسی زنان با و بدون سابقه جراحی هیسترکتومی و ماستکتومی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع علی-مقایسه‌ای بود. ۱۳۵ نفر (۴۵ نفر هیسترکتومی‌شده، ۴۵ نفر ماستکتومی‌شده و ۴۵ نفر زنان عادی) به صورت نمونه‌گیری در دسترس، در سال ۹۸ در شهر رشت انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان Garnefski، نگرانی از تصویر بدنی Littleton و مقیاس عملکرد جنسی (FSFI-6) داوطلبانه پاسخ دادند.

یافته‌ها: در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین سه گروه زنان تفاوت معنادار وجود دارد؛ راهبردهای زنان ماستکتومی‌شده (۳۱/۱۳ درصد) در مقایسه با زنان هیسترکتومی‌شده (۲۸/۵۳ درصد)، سازش یافته تر بود. در نگرانی از تصویر بدنی، زنان گروه ماستکتومی‌شده (۶۸ درصد) از نظر نگرانی از تصویر بدنی، نگران‌تر از زنان گروه هیسترکتومی‌شده (۴۳/۷۷ درصد) بودند. در رضایت جنسی، زنان گروه هیسترکتومی‌شده (۱۸/۱۱درصد)، رضایت جنسی کمتری نسبت به زنان گروه ماستکتومی‌شده (۱۹/۴۹درصد)، داشتند. زنان گروه عادی از نظر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نگرانی از تصویر بدنی و رضایت جنسی شرایط متعادل‌تری داشتند.

نتیجه‌گیری: نوع راهبرد شناختی تنظیم هیجان زنان هیسترکتومی و ماستکتومی شده، در عملکرد و رضایت جنسی تأثیرگذار است. تخلیه‌ی پستان در ماستکتومی، اثرات منفی بیشتری بر تصویر بدنی فرد می‌گذارد.

واژه‌های کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، رضایت جنسی، ماستکتومی، تصویر بدنی، هیسترکتومی

مقدمه

هیسترکتومی از جراحی‌های شایع در بین زنان است که در آن با روش‌های مختلف واژینال، ابدومینال و لاپاروسکوپیک، رحم، سرویکس و گاهی تخمدان‌ها و لوله رحمی برداشته می‌شود (۱)؛ هیسترکتومی بعد از سزارین شایع‌ترین عمل جراحی زنان در دنیا است، به طوری‌که تخمین زده می‌شود تا سن ۶۵ سالگی ۴۵ درصد زنان جراحی هیسترکتومی را به هر دلیلی تجربه می‌کنند (۲). عده‌ی زیادی از افرادی که تحت جراحی هیسترکتومی قرار می‌گیرند، عوارض و مشکلات پزشکی و روان‌شناختی پس از عمل را تجربه می‌کنند؛ بنابراین هر متخصصی بایستی خطرات و فواید انجام آن را برای هر بیمار در نظر گیرد که تحت عنوان اندیکاسیون‌های هیسترکتومی نامیده می‌شود. از آنجایی که رحم بخش مهمی از تصویر جنسی یک زن است و به عنوان ارگان تنظیم‌کننده و کنترل‌کننده عملکردهای مهم فیزیولوژیک، منبع انرژی و نگاه‌دارنده جذابیت و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

زیبایی در زنان تلقی می‌شود (۳)؛ بنابراین انجام این جراحی چه در سنین یائسگی و چه در سنین پیش از یائسگی، می‌تواند بر وضعیت روان‌شناختی و تعاملات فردی و عملکرد جنسی آن‌ها اثرگذار باشد؛ این در حالی است که اگر در سنین پیش از یائسگی این جراحی صورت گیرد، سبب قطع عادت ماهیانه شده و منجر به آسیب‌های روانی بیشتری می‌شود (۴). از طرفی، یکی از انواع سرطان که از جمله شایع‌ترین و تأثیرگذارترین از نظر عاطفی و روانی در زنان به حساب می‌آید، سرطان پستان است. درمان سرطان پستان از طریق جراحی از رایج‌ترین درمان‌هاست که شامل دو نوع جراحی نگهدارنده پستان که در آن غده سرطانی برداشته و پستان حفظ می‌شود و نوع ماستکتومی که در آن بافت سرطانی به همراه بافت پستان برداشته می‌شود و متعاقباً بیمار را با مشکلات روانی و جسمانی روبه‌رو می‌کند. اکثر بیماران مبتلا به سرطان پستان دارای علائم اولیه هستند؛ اما تقریباً ۴۰٪ آن‌ها بدون علامت بوده و از طریق برنامه‌های غربالگری پستان که شامل ارزیابی سه‌گانه (ارزیابی بالینی، تصویربرداری و پاتولوژیکی) است، تشخیص داده می‌شوند (۵)؛ این در حالی است که به دلیل عدم غربال‌گری در ایران، معمولاً سرطان پستان در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شود؛ بنابراین، این آمار منطقی به نظر می‌رسد که در ایران ۸۱ درصد جراحی‌های پستان از نوع ماستکتومی است (۶). ماستکتومی به دلیل تغییر در شکل بدن، اختلال در تصویر بدن و تبعات روانی- اجتماعی شدید، بیشترین پیامدها را نشان می‌دهد؛ به عبارتی، اگرچه ماستکتومی، به عنوان رایج‌ترین روشِ مورد استفاده در درمان سرطان پستان، بقای این افراد را افزایش می‌دهد (۵)، در عین حال، آن‌ها را با مسائلی چون اضطراب، افسردگی، ناامیدی، احساس انزوای اجتماعی، وحشت از واکنش همسر، تصویر بدنی منفی و عدم رضایت جنسی روبه‌رو می‌سازد؛ بنابراین این روش درمانی به نوبه خود سبب بروز عوارض جانبی کوتاه‌مدت و بلندمدت در این بیماران می‌شود، به طوری‌که بیماران بعد از انجام ماستکتومی، پیامدهایی از علائم و نشانه‌های پزشکی، روانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند (۷).

به طور کلی، بیماری‌های زنان از جمله مسائلی هستند که همیشه باعث نگرانی‌های فراوان در زنان شده و همه‌ی جوانب زندگی آنان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد؛ یکی از متغیرهای مهمی که در سلامت روان زنان بعد از انجام ماستکتومی و هیسترکتومی نقش کلیدی دارد، چگونگی تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی تعریف می‌شود و مقوله‌ای مشتمل بر آگاهی و درک هیجان‌ها، قدرت مدیریت کردن و قبول هیجان‌ها و رفتار کردن بر طبق اهداف مورد نظر به منظور رسیدن به اهداف فردی و خواسته‌های موقعیتی است (۵). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه‌ی تفکر فرد پس از بروز یک تجربه‌ی منفی یا واقعه‌ی آسیب‌زا برای آن‌ها، اطلاق می‌شود (۸)؛ بنابراین افراد در برابر آشفتگی‌های هیجانی از جمله تجربه هیسترکتومی و ماستکتومی از راهبردهای متفاوتی جهت نظم‌جویی هیجانی استفاده می‌کنند که بعضی از آن‌ها سازش‌یافته و انطباقی و بعضی دیگر سازش نایافته و غیر انطباقی هستند. تنظیم هیجان انطباقی باعث می‌شود که کارکرد فرد در محیط موفقیت‌آمیز باشد و هنگامی که او با یک تجربه هیجانی مشکل‌زا روبه‌رو می‌شود، بتواند رفتارهایی به کار گیرد که در راستای رسیدن به هدفش باشد (۹)؛ نقص و دشواری در تنظیم هیجان با اختلال‌های مختلفی مانند استرس پس از سانحه ارتباط دارد و از آن‌جایی که بسیاری از مشکلات زنان بعد از این نوع جراحی‌ها به علت آسیب ناشی از برداشتن عضو زنانگی‌شان و تأثیرات این آسیب بر کیفیت زندگی آنان بعد از عمل است، چگونگی تنظیم هیجان از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۰،۱۱).

هم‌چنین، به نظر می‌رسد، جراحی‌هایی که در آن عضوی از بدن برداشته می‌شود، باعث کاهش کنترل بر بدن شده و موجب احساس بی‌کفایتی فرد از بدن می‌شود و این امر ناامنی و تصویر ذهنی منفی ایجاد می‌کند و از آن‌جایی‌که

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

رحم و پستان بخش‌های مهمی از تصویر ذهنی یک زن از خویشتن هستند، قویاً با هویت جنسی، تمایلات جنسی، جذابیت فیزیکی، پرورش و حس مادری مرتبط‌اند؛ بنابراین تعدادی از زنان می‌ترسند بعد از جراحی، جذابیت زنانگی‌شان کاهش یابد (۱۲). محققین دریافتند تصویر بدن بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی به طور معنادار پایین‌تر از زنانی بود که جراحی حفظ پستان شدند (۱۳). از لحاظ سازش یافتگی زناشویی نیز مهم‌ترین حقیقت برای زنان، احساس و اعتقاد آن‌ها در مورد حالت زنانگی-شان، احساس نگرانی از تغییر وضعیت جسمی و جنسی و عدم پذیرش این امر از سوی همسران است؛ بنابراین، به نظر می‌رسد نگرانی از تصویر بدنی متعاقب جراحی‌های ماستکتومی و هیسترکتومی بر عدم رضایت جنسی نیز تأثیر بگذارد (۱۴)، هر چه میزان جاذبه بدنی و جنسی زوجین برای یکدیگر بیشتر باشد، میزان رضایت‌مندی آن‌ها از روابط جنسی‌شان بیشتر خواهد شد (۱۵).

هیسترکتومی و برداشت تخمدان به میزان فراوانی باعث کاهش تمایل جنسی، کاهش تهییج جنسی، افزایش درد مقاربتی و نرسیدن آن‌ها به حالت ارگاسم می‌شود (۱۶). به بیان دیگر، اعصاب خودکار در لگن، احتمالاً نقش قطعی در تحریک و پاسخ جنسی دارد و آسیب این اعصاب بعد از جراحی هیسترکتومی احتمالاً با احتقان عروقی واژن در طی فاز تحریک، تداخل ایجاد می‌کند (۱۷). بر اساس نتایج برخی از تحقیقات، عملکرد جنسی بعد از هیسترکتومی کاهش قابل‌توجهی پیدا میکند که این کاهش به نوع عمل و برداشتن تخمدان‌ها بستگی ندارد (۱۸). با این حال، بعضی تحقیقات بروز اختلالات جنسی پس از هیسترکتومی را رد کرده و حتی افزایش عملکرد جنسی را به دلیل رهایی از خطر بارداری و علائم ناخوشایند مربوط به قاعدگی، گزارش کرده‌اند (۱۹).

هم‌چنین در زنانی که ماستکتومی شده‌اند به دلیل آسیب وارده، طرح‌واره جذابیت بدنی آن‌ها در نزد خودشان و در بعضی موارد در نزد همسرانشان، دچار تغییراتی می‌شود، به‌طوری که آن‌ها به علت تصویر بدنی دگرگون‌شده‌ای که از خودشان دارند، دیگر مانند گذشته، خود را دارای جذابیت بدنی و جنسی نمی‌پندارند و متعاقب آن رضایت جنسی کاهش‌یافته‌ای را نسبت به گذشته تجربه می‌نمایند (۲۰).

به طور کلی، در زنانی که عضو زنانگی آنان برداشته می‌شود، ارزش‌گذاری به بدن تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ زیرا بیماران خواهان بدنی ایده‌آل هستند؛ در حالی‌که بیماری و روند درمان، بر جذابیت جسمی و جنسی آن‌ها تأثیر گذاشته و سبب کاهش کنترل فرد بر بدن خود شده است؛ از طرفی دشواری در تنظیم هیجان و به‌کارگیری راهبردهای سازش نایافته، می‌تواند احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، پایین بودن اعتماد به خود و حرمت خود و ارزش‌گذاری منفی به بدن را تشدید کند؛ بنابراین، دشواری در تنظیم هیجان، نگرانی از تصویر بدنی و عدم رضایت جنسی از جمله مشکلات روان‌شناختی هستند که احتمال می‌رود زنان ماستکتومی و هیسترکتومی شده - با شدت بیشتر یا کمتر به فراخور نوع جراحی- با آن‌ها درگیر باشند. از این‌رو، پژوهش حاضر سعی دارد با توجه به وجود نتایج ناکافی و بعضاً به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین نوع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (سازش یافته و سازش نایافته)، نگرانی از تصویر بدنی و میزان رضایت جنسی زنان ماستکتومی و هیسترکتومی شده و زنانی که فاقد این تجربه‌اند، تفاوت معنادار وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

طرح تحقیق حاضر، توصیفی از نوع پس‌رویدادی و علی– مقایسه‌ای است که اثر عضویت گروهی یا تعلق داشتن به گروه‌ها (زنان ماستکتومی‌شده، زنان هیسترکتومی‌شده و زنان گروه عادی) به عنوان متغیرهای مستقل و متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدنی و رضایت جنسی به عنوان متغیرهای وابسته مطرح هستند. جامعه آماری پژوهش حاضر را سه گروه زنان هیسترکتومی شده، زنان ماستکتومی‌شده و زنان بدون سابقه جراحی‌های مذکور که طی سال‌های ۹۲ تا سه ماهه‌ی اول سال ۹۸ به

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

بیمارستان‌های الزّهرا و رازی رشت مراجعه نمودند، تشکیل دادند. برای تعیین حجم نمونه با توجه به نسبت F، اثرات عضویت گروهی متغیر مستقل (سه گروه زنان) و سه متغیر همپراش (سن، سطح تحصیلات و طول درمان) از نسخه ۳,۱,۹,۲ برنامه نرم‌افزاری G*Power استفاده شد (۲۱) و با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول (آلفا) در سطح ۰/۰۱ (سطح اطمینان ۹۹٪)، سطح توان آزمون برابر با ۰/۹۵ و اندازه اثری به بزرگیِ ۰/۴۰ حجم نمونه معادل ۱۳۵ نفر (۴۵ زنان هیسترکتومی شده، ۴۵ نفر زنان ماستکتومی شده و ۴۵ نفر زنان بدون سابقه جراحی‌های فوق) به دست آمد. نمونه‌ی پژوهش حاضر از بین مراجعین به دو بیمارستان‌های مذکور به روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف و با لحاظ کردن شرایط ورود و خروج نمونه، انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر به شرح زیر بود:

۱- داشتن حداقل تحصیلات سیکل؛ ۲- متأهل بودن و داشتن زندگی مشترک مداوم (همسر غیبت‌های طولانی‌مدت نداشته باشد)؛ ۳- گذشت حداقل دو سال از زندگی زناشویی؛ ۴- داشتن سن بالای ۲۵ سال و زیر ۵۵ سال؛ ۵- نداشتن بیماری مزمن از قبیل اختلالات روانی سایکوتیک، معلولیت جسمانی و ذهنی، ایدز، هپاتیت؛ ۶- عدم اعتیاد به مواد مخدر، محرک و مشروبات الکلی؛ ۷- گذشت حداقل دو ماه از انجام جراحی هیسترکتومی (به دلیل این‌که پرهیز از رابطه جنسی برای حداقل یک ماه به این افراد توصیه می‌شود)؛ ۸- انجام ندادن ترمیم و پروتز پستان در زنان ماستکتومی‌شده؛ ۹- به پایان رسیدن دوره شیمی‌درمانی؛ ۱۰- رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه حاضر نیز به شرح زیر بود:

۱- بیمارانی که بنا به تشخیص پزشک امید به بهبودی جسمی برایشان وجود ندارد؛

۲- بیمارانی که به هر دلیل توانایی کافی برای برقراری ارتباطات کلامی نسبتاً پیچیده را دارا نیستند و توانایی توصیف تجربیات خود را نداشته باشند (بر اساس نتایج مصاحبه اولیه با هر یک از بیماران)؛ ۳- بیمارانی که پس از یک دوره بهبودی، عود مجدد بیماری سرطان را داشته باشند؛ زیرا این بیماران با مسئله‌ای به نام درگیری با بیماری سرطان مواجه هستند که فرض علاج ناپذیری بیماری را برای آن‌ها قوی‌تر می‌کند؛ بنابراین چالش با افکاری در خصوص دشواری درمان و مرگ، امکان کنترل شرایط پاسخ‌گویی را دشوار می‌کنند؛ ۴- بیمارانی که هر دو جراحی هیسترکتومی و ماستکتومی را انجام داده باشند.

جهت رعایت موازین اخلاقی قبل و حین انجام پژوهش، طرح پروپوزال در جلسه‌ی دانشگاه علوم پزشکی گیلان مورد بررسی قرار گرفت و مورد تصویب کمیته‌ی اخلاق به شماره شناسه‌ی IR.GUMS.REC.1398.138 قرار گرفت. از تمامی افراد رضایت آگاهانه اخذ شد و به آن‌ها نسبت به حفظ گمنامی و محرمانه بودن اطلاعاتشان اطمینان داده شد؛ هم‌چنین قبل از شرکت دادن آزمودنی‌ها، به آنان اعلام شد تا در صورت عدم رضایت جهت ورود داده‌های آن‌ها به تجزیه‌وتحلیل، می‌توانند ظرف ده روز کاری، با شماره تلفن محققین تماس گرفته و اطلاع دهند؛ بدین منظور کارتی طراحی شد که در آن نام و شماره تماس محققین قید شده بود.

برای ارزیابی افراد جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهایی استفاده شد که به شرح زیر معرفی می‌شوند؛ لازم به ذکر است که تمامی ابزارها به منظور اعتبارسنجی برای نمونه‌های حاضر مورد بررسی قرار گرفتند:

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان - یکی از فراگیرترین ابزارها در زمینه بررسی فرایندهای تنظیم هیجان و نقش تنظیم شناختی هیجان در آسیب‌شناسی روانی است. این پرسشنامه توسط Grenfeski و همکاران در سال ۲۰۰۱ در کشور هلند برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی تدوین‌شده و افکار فرد را پس از

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. ابزار فوق دارای ۳۶ سؤال ۵ گزینه‌ای (هرگز، گاهی، مرتباً، اغلب، همیشه) است که در پژوهش حاضر از فرم کوتاه آن‌که ۱۸ ماده‌ای است، استفاده شد که ۹ زیرمقیاس دارد که ۵ عامل این آزمون (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کنار آمدن با دیدگاه) سبک‌های تنظیم شناختی هیجان سازش یافته و ۴ عامل دیگر هم (سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه انگاری و سرزنش دیگری) سبک‌های تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته را اندازه می‌گیرند (۲۲). این ابزار در ایران ترجمه و مورد هنجاریابی قرار گرفت و اعتبار به‌دست‌آمده برای کل آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای عامل‌های تشکیل دهنده آزمون بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ و با استفاده از روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۷۷ به دست آمد (۲۳). ابزار فوق برای افراد سنین ۱۲ سال به بالا (هم افراد عادی و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای گروه‌های مختلف به تفکیک و برای کل نمونه محاسبه شد که پایایی همسانی درونی در زنان گروه عادی (۰/۵۶≤ α)، زنان گروه هیسترکتومی‌شده (۰/۶۴≤ α) و زنان گروه ماستکتومی‌شده (۰/۱۳ ≤ α) و کل نمونه (۰/۴۲ ≤ α) است؛ بنابراین گروه زنان عادی و هیسترکتومی-شده از پایایی درونی قابل قبولی برخوردار هستند؛ اما پایایی درونی زنان ماستکتومی‌شده ضعیف تفسیر می‌شود. در هر حال، با توجه به این‌که این ابزار با استانداردهای روایی و پایایی مطابقت دارد، این پرسشنامه در این پژوهش جهت شناسایی تنظیم شناختی هیجان گروه‌های بالینی و غیر بالینی مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی Littleton و همکاران: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ با هدف سنجش نارضایتی فرد از ظاهر خود در اختلالاتی مثل اختلال بدشکلی بدنی و اختلالات خوردن یا سنجش‌های الگوهای نشانه‌شناسی مشابه در سطوح بالینی و غیر بالینی ساخته شد (۲۴). پرسشنامه‌ی فوق حاوی ۱۹ پرسش است که هر پرسش دارای پنج گزینه است که از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی کل پرسشنامه، بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که کسب نمره‌ی بیشتر، نشان-دهنده بالا بودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. لیتلتون و همکاران نشان دادند که این ابزار از اعتبار و روایی بسیار مطلوبی برخوردار است. اعتبار این پرسشنامه به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره‌ی کل پرسش از ۰/۷۳ تا ۰/۳۲ با میانگین ۰/۶۲ بوده است. هم‌چنین نتایج پژوهش در نسخه هنجاریابی فرم ایرانی نشان داد که این پرسشنامه دارای اعتبار مناسبی است. ضریب اعتبار تنصیف این پرسشنامه برابر ۰/۶۶ بوده است و ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ بوده است. در بررسی روایی نیز ضریب همبستگی هر یک از عوامل با نمره‌ی کل آزمون و با یکدیگر محاسبه شد که نتایج نشان داد عامل نارضایتی از ظاهر، با نمره ۰/۸۲ و ضریب همبستگی این دو عامل با هم ۰/۴۵ به دست آمده که با نتایج فرم اصلی پرسشنامه که طبق آن ضریب همبستگی دو عامل با یکدیگر ۰/۶۹ گزارش شده بود، نزدیک است (۲۵). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای گروه‌های مختلف به تفکیک و برای کل نمونه محاسبه شد که پایایی همسانی درونی در زنان گروه عادی (۰/۸۳≤ α)، زنان گروه هیسترکتومی‌شده (۰/۸۸ ≤ α) و زنان گروه ماستکتومی‌شده (۰/۹۰≤ α) و کل نمونه (۰/۹۳ ≤ α) است؛ بنابراین گروه‌ها از پایایی درونی عالی و قابل قبولی برخوردار هستند؛ در مجموع میتوان گفت نتایج حاکی از روایی مناسب این ابزار است.

مقیاس عملکرد و رضایت جنسی زنان (FSFI-6): در بین ابزارهای گوناگونی که عملکرد جنسی و متعاقب آن میزان رضایت جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند، FSFI به عنوان یک ابزار استاندارد طلایی برای

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

ارزیابی عملکرد جنسی زنان با و بدون اختلال عملکرد جنسی در نظر گرفته می‌شود که در بیشتر از سی کشور ترجمه و اعتبارسنجی شده است (۲۶). این مقیاس عملکرد جنسی را طی ۴ هفته گذشته در ۶ حیطه میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت واژینال، ارگاسم، درد و رضایت‌مندی جنسی مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۲۷). با هدف دسترسی به مقیاسی مختصر و دقیق برای غربالگری زنان به لحاظ FSD که بتوان در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی به سرعت اجرا و نمره‌گذاری کرد، بر اساس نسخه اصلی که دارای ۱۹ آیتم است، اقدام به ایجاد و اعتباریابی فرم کوتاه ۶ سؤالی جهت سنجش عملکرد جنسی زنان کردند که هر سؤال یک خرده مقیاس اصلی را پوشش می‌دهد؛ این مقیاس، همسانی درونی ($\alpha \geq$ ۷۸) و پایایی آزمون-بازآزمون ($r =$ ۹۵) خوبی دارد و می‌تواند به طور معنادار زنان دچار FSD را از زنان دارای عملکرد و رضایت جنسی عادی تمییز دهد که این بیان‌گر روایی تشخیصی مناسب آن است. ویژگی‌های روان‌سنجی FSFI-6 را در زنان ایرانی مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج پژوهش آنان نشان داد که این مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۳) مناسبی برخوردار است و هر یک از سؤالات همبستگی مطلوبی با نمره کل نشان دادند که حاکی از همسانی درونی مطلوب FSFI-6 است و این مقیاس می‌تواند زنان دچار ناکارآمدی جنسی را از زنان دارای عملکرد جنسی عادی تفکیک کند و می‌تواند به عنوان ابزار غربال‌گری مورد استفاده قرار گیرد (۲۸). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای گروه‌های مختلف به تفکیک و برای کل نمونه محاسبه شد که پایایی همسانی درونی در زنان گروه عادی ($\alpha \geq$ ۰/۷۰)، زنان گروه هیسترکتومی‌شده ($\alpha \geq$ ۰/۴۸) و زنان گروه ماستکتومی‌شده ($\alpha \geq$ ۰/۷۹) و کل نمونه ($\alpha \geq$ ۰/۸۷) است؛ بنابراین گروه‌ها از پایایی درونی قابل قبولی برخوردار هستند؛ بنابراین این ابزار در این پژوهش جهت سنجش میزان عملکرد و رضایت جنسی زنان گروه بالینی و غیر بالینی مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-24 انجام گرفت. جهت مقایسه متغیرهای وابسته در سه گروه متغیر مستقل از روش تحلیل کوواریانس تک و چند متغیری استفاده شد. سرانجام با توجه به مفروضه‌های همسانی واریانس گروه‌ها و برابری حجم نمونه سه گروه از آزمون تعقیبی توکی و یا آزمون تعقیبی تام‌هین استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج پس از نمونه‌گیری‌ها نشان داد، میانگین سنی گروه زنان عادی (۳۵ سال =$\bar{x}$) به طور معنادار پایین‌تر از زنان هیسترکتومی‌شده (۴۵ سال= $\bar{x}$) و ماستکتومی شده (۴۷ سال = $\bar{x}$) است؛ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد این سه گروه از نظر سنی همتا نیستند (F= ۴۶/۳۱ ، P = ۰/۰۰۰۱)؛ بنابراین متغیر سن در تحلیل‌های آماری به عنوان همپراش در نظرگرفته شد. جدول۱ نتایج شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته تصویر بدنی، و رضایت جنسی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	زنان هیسترکتومی‌شده		زنان ماستکتومی‌شده		زنان عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای سازش یافته	۲۸/۵۳	۲/۷۰	۳۱/۱۳	۱/۸۱	۳۲/۵۵	۳/۲۱
راهبردهای سازش نایافته	۲۵/۲۶	۴/۴۳	۲۳/۲۶	۲/۰۳	۲۶/۴۶	۳/۱۳

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

نگرانی از تصویر بدنی	۴۳/۷۸	۴۰/۱۱	۶۸/۰۰	۵/۱۵	۴۱/۳۳	۱۳/۷۳
رضایت جنسی	۱۸/۱۱	۳/۱۴	۱۹/۴۹	۳/۶۶	۲۴/۵۵	۲/۸۱

به منظور پاسخ به سؤال پژوهش حاضر و آزمون این فرض که بین سه گروه مورد بررسی در راهبردهای شناختی تنظیم هیجان تفاوت معنادار وجود دارد، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از انجام این آزمون، لازم است همگنی یا یکسان بودن واریانس داده‌ها را مورد بررسی قرار گیرد. برای این منظور از آزمون لوین استفاده شد. بر اساس نتایج مشخص شد، هر دو متغیر راهبردهای سازش یافته (P< ۰/۱۵، ۱/۹۲ =F) و راهبردهای سازش نایافته (P< ۰/۳۰، ۱/۲۰ =F) پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها را احراز می‌کنند. همچنین آماره F تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد بین این سه گروه از نظر راهبردهای مختلف تنظیم شناختی هیجان در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است، بنابراین جهت بررسی این‌که گروه‌ها در کدام یک از راهبردهای کلی تنظیم شناختی هیجان با یکدیگر تفاوت دارند، در جدول ۲ نتایجMANCOVA گزارش شده است.

جدول ۲- نتایج MANCOVA جهت تعیین تفاوت راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته در گروه‌های پژوهش

شاخص‌ها	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آمارهF	P	اندازه اثر
گروه	راهبردهای سازش نایافته	۱۰۸/۳۰	۲	۵۴/۱۵	۴/۴۹	۰/۰۱۳	۰/۰۶۴
	راهبردهای سازش یافته	۲۳۴/۶۳	۲	۱۱۷/۳۱	۱۷/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۲۱
سن	راهبردهای سازش نایافته	۲۱/۵۱	۱	۲۱/۵۱	۱/۷۸	۰/۱۸	۰/۰۱
	راهبردهای سازش یافته	۶۰/۳۵	۱	۶۰/۳۵	۹/۲۰	۰/۰۰۳	۰/۰۶
خطا	راهبردهای سازش نایافته	۱۵۷۹/۲۸	۱۳۱	۱۲/۰۵			
	راهبردهای سازش یافته	۸۵۹/۱۵	۱۳۱	۶/۵۵			
کل	راهبردهای سازش نایافته	۸۶۲۱۱/۰۰	۱۳۵				
	راهبردهای سازش یافته	۱۲۸۸۶۸/۰۰	۱۳۵				

با توجه به جدول۲ ، آماره F برای راهبردهای سازش نایافته (۴/۴۹) در سطح ۰/۰۱۳ و راهبردهای سازش یافته (۱۷/۸۸) در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است. این یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی آن هستند که بین گروه‌های پژوهش در این صفات تفاوت معنادار وجود دارد. جهت مقایسه‌ی این‌که کدام گروه زنان از راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته استفاده می‌کنند از مقایسه‌های جفتی میانگین‌های گروه بهره برده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. در ادامه منظور پاسخ به این سؤال که آیا بین سه گروه زنان هیسترکتومی شده، ماستکتومی‌شده و عادی از نظر نگرانی از تصویر بدنی و رضایت جنسی تفاوت وجود دارد. از دو تحلیل کوواریانس یک‌راهه پس از کنترل متغیر مخدوش‌کننده سن استفاده شد. ابتدا همگنی یا یکسان بودن واریانس داده‌ها بین گروه‌ها را مورد بررسی قرار گرفت. برای این منظور از آزمون لوین استفاده شد؛ نتایج این آزمون نشان داد برای داده‌های نگرانی از تصویر بدنی (P< ۰/۰۰۰۱، F= ۱۵/۴۸) معنی‌دار و برای داده‌های عملکرد جنسی غیر معنی‌دار بود(P< ۰/۲۶، F= ۱/۳۷). به دلیل احراز نشدن پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها بین گروه‌ها در متغیر نگرانی از تصویر بدنی، از توصیه آلن و بنت (۲۰۰۸) مبنی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

بر استفاده از سطح آلفای سخت‌گیرانه ۰/۰۰۱ به جای ۰/۰۵ جهت مقایسه میانگین‌ها استفاده شد (۲۹).

جدول ۳- نتایج دو تحلیل ANCOVA یک‌راهه جهت مقایسه میانگین نگرانی از تصویر بدنی و رضایت جنسی در گروه‌های پژوهش

شاخص‌ها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۲۵۶۸۷/۶۸	۲	۱۲۸۴۳/۸۴	۱۸۵/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۷۳
سن	۶۱۳۶/۹۹	۱	۶۱۳۶/۹۹	۸۸/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۴۰
خطا	۹۰۵۶/۷۹	۱۳۱	۶۹/۱۳			
کل	۳۸۶۳۹۶/۰۰	۱۳۵				
گروه	۴۹۶/۱۹	۲	۲۴۸/۰۹	۲۴/۳۰	۰/۰۰۰	۰/۲۷
سن	۳۷/۴۸	۱	۳۷/۴۸	۳/۶۷	۰/۰۵۸	۰/۰۲
خطا	۱۳۳۷/۳۲	۱۳۱	۱۰/۲۱			
کل	۶۰۳۶۱/۰۰۰	۱۳۵				

نتایج جدول۳ نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین سه گروه زنان از نظر نگرانی از تصویر بدنی (P = ۰/۰۰۱ ، ۲ = df ، F =۱۸۵/۷۸) و رضایت جنسی (P = ۰/۰۰۱، ۲ = df ، F =۲۴/۳۰) وجود دارد. جهت مقایسه‌ی این‌که کدام گروه زنان از راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته استفاده می‌کنند از مقایسه‌های جفتی میانگین‌های گروه بهره برده شد که نتایج آن در جدول۴ ارائه شده است.

جدول ٤- مقایسه‌های جفتی میانگین راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته، نگرانی از تصویر بدنی و رضایت جنسی در گروه‌های پژوهش

متغیر وابسته	گروه‌ها		تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معناداری	دامنه پایین	دامنه بالا
راهبردهای سازش نایافته	عادی	هیسترکتومی‌شده	۰/۵۶	۰/۸۷	۱/۰۰	-۱/۵۵	۲/۶۸
		ماستکتومی‌شده	۲/۴۳	۰/۹۳	۰/۰۳	۰/۱۷	۴/۶۹
	هیسترکتومی‌شده	عادی	-۰/۵۶	۰/۸۷	۱/۰۰	-۲/۶۸	۱/۵۵
		ماستکتومی‌شده	۱/۸۷	۰/۷۴	۰/۰۴	۰/۰۷	۳/۶۶
	ماستکتومی‌شده	عادی	-۲/۴۳	۰/۹۳	۰/۰۳	-۴/۶۹	-۰/۱۷
		هیسترکتومی‌شده	-۱/۸۷	۰/۷۴	۰/۰۴	-۳/۶۶	-۰/۰۷
راهبردهای سازش یافته	عادی	هیسترکتومی‌شده	۲/۹۵	۰/۶۴	۰/۰۰۰	۱/۳۹	۴/۵۲
		ماستکتومی‌شده	۰/۱۳	۰/۶۸	۱/۰۰	-۱/۵۳	۱/۸
	هیسترکتومی‌شده	عادی	-۲/۹۵	۰/۶۴	۰/۰۰۰	-۴/۵۲	-۱/۳۹
		ماستکتومی‌شده	-۲/۸۲	۰/۵۴	۰/۰۰۰	-۴/۱۴	-۱/۵۰
	ماستکتومی‌شده	عادی	-۰/۱۳	۰/۶۸	۱/۰۰	-۱/۸۰	۱/۵۳
		هیسترکتومی‌شده	۲/۸۲	۰/۵۴	۰/۰۰۰	۱/۵۰	۴/۱۴
نگرانی از تصویر بدنی	عادی	هیسترکتومی‌شده	-۱۳/۲۰۲	۲/۰۹۲	۰/۰۰۰	-۱۸/۲۷۶	-۸/۱۲۹
		ماستکتومی‌شده	-۳۹/۶۴۸	۲/۲۳۰	۰/۰۰۰	-۴۵/۰۵۵	-۳۴/۲۴۱
	هیسترکتومی‌شده	عادی	۱۳/۲۰۲	۲/۰۹۲	۰/۰۰۰	۸/۱۲۹	۱۸/۲۷۶
		ماستکتومی‌شده	-۲۶/۴۴۶	۱/۷۶۹	۰/۰۰۰	-۳۰/۷۳۵	-۲۲/۱۵۶
	ماستکتومی‌شده	عادی	۳۹/۶۴۸	۲/۲۳۰	۰/۰۰۰	۳۴/۲۴۱	۴۵/۰۵۵

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

		هیسترکتومی‌شده	۲۶/۴۴۶	۱/۷۶۹	۰/۰۰۰	۲۲/۱۵۶	۳۰/۷۳۵
رضایت جنسی	عادی	هیسترکتومی‌شده	۵/۶۰	۰/۸	۰/۰۰۰	۳/۶۵	۷/۵۵
		ماستکتومی‌شده	۴/۰۵	۰/۸۵	۰/۰۰۰	۱/۹۷	۶/۱۳
	هیسترکتومی‌شده	عادی	-۵/۶۰	۰/۸	۰/۰۰۰	-۷/۵۵	-۳/۶۵
		ماستکتومی‌شده	-۱/۵۵	۰/۶۸	۰/۰۷	-۳/۲	۰/۰۹
	ماستکتومی‌شده	عادی	-۴/۰۵	۰/۸۵	۰/۰۰۰	-۶/۱۳	-۱/۹۷
		هیسترکتومی‌شده	۱/۵۵	۰/۶۸	۰/۰۷	-۰/۰۹	۳/۲

با توجه به نتایج جدول۴، تفاوت میانگین راهبردهای سازش‌نایافته بین زنان گروه عادی در مقایسه با زنان هیسترکتومی‌شده، معنادار نبود (P>۰/۰۵)؛ در عین حال، در مقایسه با زنان ماستکتومی‌شده معنادار بود (P<۰/۰۵). هم‌چنین از نظر تفاوت میانگین راهبردهای سازش‌یافته، زنان گروه عادی در مقایسه با زنان هیسترکتومی‌شده، معنادار بود (P<۰/۰۵)؛ در عین حال، در مقایسه با زنان ماستکتومی‌شده، معنادار نبود (P>۰/۰۵). بنابراین با توجه به نتایج مندرج در جداول ۲ و ۴ می‌توان اظهار نمود بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان زنان هیسترکتومی‌شده، ماستکتومی‌شده و عادی تفاوت وجود دارد. نتایج جدول۴ نشان می‌دهد که بین هر سه گروه زنان هیسترکتومی‌شده، ماستکتومی‌شده و عادی از تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۰۱). بدین مفهوم که زنان ماستکتومی شده بیشترین و زنان بهنجار کمتر ترش از تصویر بدنی را گزارش می‌کنند. سرانجام نتاسج مقایسه میانگین‌ها نشان داد، عملکرد جنسی زنان عادی در مقایسه با زنان هیسترکتومی‌شده و ماستکتومی‌شده معنادار است (P<۰/۰۰۱)، که این تفاوت به نفع گروه عادی است؛ در عین حال، عملکرد جنسی زنان هیسترکتومی‌شده در مقایسه با زنان ماستکتومی‌شده معنادار نیست (P>۰/۰۵). بنابراین، با توجه به نتایج بین رضایت جنسی زنان هیسترکتومی‌شده، ماستکتومی‌شده و عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان زنان هیسترکتومی‌شده، ماستکتومی‌شده و عادی از لحاظ آماری معنادار است؛ که این تفاوت به نفع گروه عادی است؛ با توجه به این‌که مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان می‌تواند یک نقش منحصربه‌فرد در پیش‌بینی جنبه‌های خاص سازش‌یافتگی در مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها، بیماری‌های مزمن و جراحی‌ها داشته باشد؛ اما باید در نظر داشت که از دست دادن بخش‌هایی از بدن می‌تواند چگونگی تنظیم شناختی هیجان را متأثر سازد؛ یعنی جراحی‌های هیسترکتومی و ماستکتومی می‌تواند برای زنان جوانی که به خاطر سن پایین‌تر انتظارات بالایی در رابطه با جذابیت جنسی و ظاهری‌شان وجود دارد، پریشان‌کننده باشد؛ چراکه زنان تحت این جراحی‌ها با نگرانی‌های چندگانه‌ای در حوزه‌های پزشکی، روانی- اجتماعی، اقتصادی، جنسی و جسمی نیز روبه‌رو هستند (۳۰،۳۱). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، میانگین استفاده از راهبردهای سازش یافته در زنان ماستکتومی‌شده (۳۱/۱۳) بالاتر از زنان هیسترکتومی‌شده (۲۸/۵۳) بود؛ باید گفت اگرچه ابتلا به سرطان پستان گستره‌ای از چالش‌ها را برای این زنان ایجاد می‌کند ؛ اما شگفت آن‌که، نتایج یافته‌های تحقیقات دیگر، براساس رویکرد وجودگرایی، مبین این نکته است که بیماران سرطانی، از نظر توانایی تحمل بهتر درد و ناراحتی‌های جسمی، تاب‌آوری، امیدواری، ارتقاء اعتماد به خود، باورهای معنوی و بهبود روابط اجتماعی، در شرایط بهتری در مقایسه با افراد عادی قرار دارند، بر یافته‌ی پژوهش حاضر صحه می‌گذارد (۳۲،۳۳).

در تبیین این یافته که زنان هیسترکتومی‌شده (۲۸/۵۳) نسبت به زنان ماستکتومی‌شده (۳۱/۱۳) به مراتب از راهبردهای سازش‌یافته‌ی کمتری استفاده می‌کنند، می

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

توان بیان کرد که اگرچه علل جراحی هیسترکتومی متفاوت است و اندیکاسیون‌هایی نظیر فیبروم‌های رحمی، اندومتریوز، پرولپس‌های واژینال، هیپرپلازی اندومتر، عفونت لگنی، تومورهای تخمدان و عوارض حاملگی می‌توانند باعث جراحی هیسترکتومی شوند و همانند ماستکتومی، عامل بدخیمی باعث جراحی هیسترکتومی نیست، بنابراین، انتظار می‌رود نگرانی ناشی از مرگ یا عود بیماری در زنان هیسترکتومی‌شده همانند زنان ماستکتومی‌شده مطرح نباشد. در عین‌حال، چالشی که این زنان بعد از جراحی هیسترکتومی با آن مواجه می‌شوند، از دست دادن قدرت باروری است که می‌تواند بر خودانگاره و تصویر بدنی فرد به عنوان یک فرد جذاب یا بارور تأثیر بگذارد و یائسگی زودرس، کمبود استروژن، کاهش آندروژن، خشکی واژن، کوتاهی واژن و گرانولاسیون غیرطبیعی کاف واژن و متعاقب آن کاهش عملکرد و رضایت جنسی، از دیگر عواملی هستند که فرد هیسترکتومی‌شده با آن درگیر است. لازم به ذکر است که میانگین گروه سنی زنان هیسترکتومی‌شده در این پژوهش ۴۵ سال است؛ این در حالی است که سن یائسگی طبیعی بین ۴۷ تا ۵۵ سال است؛ بنابراین به نظر می‌رسد اکثر زنان مورد مطالعه‌ی این پژوهش به دلیل جراحی هیسترکتومی، یائسگی زودرس را تجربه کردند. بنابراین، این چالش‌ها می‌تواند در زنان هیسترکتومی‌شده، بدتنظیمی هیجانی و سازش‌نایافتگی را تبیین کند.

نتایج نشان می‌دهد نگرانی از تصویر بدنی زنان هیسترکتومی‌شده، ماستکتومی‌شده و عادی از لحاظ آماری معنادار بود؛ که این تفاوت به نفع گروه عادی است؛ این مسأله بیان‌گر آن است که برداشته شدن رحم و پستان ناشی از جراحی‌های هیسترکتومی و ماستکتومی می‌تواند تصویر بدنی فرد را نسبت به خویشتن تخریب کرده و طرح‌واره جذابیت بدنی فرد را دست‌خوش تغییراتی کند. این یافته مبنی بر تصویر بدنی منفی در زنان هیسترکتومی‌شده با نتایج سایر پژوهش‌ها (۳۵،۳۴،۳۶) همسو است. زنان گروه ماستکتومی‌شده به طور معنادار بیشتر از زنان گروه هیسترکتومی‌شده نگرانی از تصویر بدنی خود دارند؛ در تبیین این یافته می‌توان گفت از آن‌جایی که تصویر بدنی ساختاری چندبُعدی و پیچیده دارد و شامل سه مولفه‌ی ادراکی، ذهنی و رفتاری است که مولفه‌ی ادراکی با درک فرد از ظاهر جسمانی‌اش تعریف می‌شود و برآوردی از اندازه و وزن بدن، چهره، حرکات و اعمال است؛ مولفه‌ی ذهنی شامل جنبه‌هایی نظیر رضایت از ظاهر، توجه، نگرانی و اضطراب ناشی از عدم رضایت از آن است؛ و مولفه‌ی رفتاری بر موقعیت‌هایی متمرکز است که افراد از آن اجتناب می‌کنند تا از پریشانی ناشی از عدم تناسب ظاهر بدنی خود دوری گزینند (۳۷)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد در زنانی که تحت جراحی ماستکتومی قرار گرفته‌اند، نه تنها مولفه‌ی ذهنی و ادراکی، بلکه مولفه‌ی رفتاری نیز آسیب دیده است؛ چرا که یکی از جنبه‌های مهم شکل‌دهنده‌ی سلامت افراد، ظاهر جسمانی و تصویر بدنی آن‌هاست، ظاهر بخش مهمی از هویت فرد است که در موقعیت‌های اجتماعی و بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود؛ این افراد ظاهر خود را با دیگران مقایسه نموده و سعی می‌کنند تغییرات به‌وجود آمده در ناحیه‌ی سینه‌ی خود را استتار نمایند؛ این در حالی است که در زنان هیسترکتومی‌شده وضع ظاهری بیمار تغییر نمی‌کند و تنها مولفه‌ی ذهنی از تصویر بدنی و احساس زنانگی فرد تخریب شده است؛ به طور کلی، از آن‌جایی‌که پستان و رحم بخش‌هایی از بدن یک زن هستند که به‌عنوان ابعاد مادرانه، نماد زنانگی، ارگان تنظیم‌کننده و کنترل‌کننده عملکردهای مهم فیزیولوژیک، منبع انرژی و نگاه‌دارنده جذابیت و زیبایی مطرح می‌شوند؛ بنابراین، با برداشته‌شدن هر یک از آن‌ها هویت جنسی فرد دچار اختلال می‌شود؛ در نتیجه تغییراتی در احساس ارزشمندی جنسیتی وی به وجود می‌آید که می‌تواند منجر به پایین آمدن حرمت خود و انواع مشکلات روان‌شناختی از جمله عدم رضایت جنسی و عملکرد جنسی شود؛ چرا که طبق «نظریه‌ی هنجارهای

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

اجتماعی» افرادی که رضایت جنسی بیشتری دارند، نارضایتی بدنی کمتری را گزارش می‌کنند یا داشتن تصویر بدنی بهتر، رضایت جنسی بیشتری را پیش‌بینی می‌کند (۳۸).

در بررسی وجود تفاوت آماری معنادار بین رضایت جنسی زنان هیسترکتومی‌شده، ماستکتومی‌شده و عادی، نتایج نشان می‌دهد که رضایت جنسی زنان هیسترکتومی‌شده، ماستکتومی‌شده و عادی از لحاظ آماری معنادار بود؛ که این تفاوت به نفع گروه عادی است؛ این یافته با نتایج با برخی از یافته‌های پیشین (۴۰،۳۹) هم‌سو بود؛ در عین حال، با برخی دیگر از یافته‌ها (۴۲،۴۱،۴۳) هم‌سو نبود. این تناقض یافته‌ها را می‌توان در چند بعد تبیین کرد: عدم یکسانی روش‌های مطالعاتی هر یک از پژوهش‌ها با یکدیگر؛ عدم امکان کنترل دقیق همه‌ی عوامل دخیل و تأثیرگذار، نظیر عامل زمان، نقش همسر و میزان صمیمیت و حمایت همسر، تفاوت‌های فرهنگی، وضعیت روان‌شناختی، وضعیت اقتصادی، رژیم‌های درمانی، نوع جراحی هیسترکتومی (واژینال یا ابدومینال) و علل انجام آن (خوش‌خیمی یا بدخیمی)، گوناگونی ابزارهای مطالعه، عدم همکاری زنان در خصوص بیان صریح احساس واقعی خود در حیطه‌ی مشکلات جنسی که می‌تواند در گوناگونی نتایج نقش داشته باشد. زنان گروه هیسترکتومی‌شده (۱۸/۱۱)، ماستکتومی‌شده (۱۹/۴۹) و عادی (۲۴/۵۵) به ترتیب کم‌ترین تا بیشترین مقادیر رضایت جنسی را دارا بودند؛ به عبارتی، زنان گروه هیسترکتومی‌شده هم در نمره‌ی کلی عملکرد جنسی و هم در زیرمقیاس‌های آن (تمایل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت واژن، ارگاسم، رضایت‌مندی جنسی و درد مقاربتی)، عملکرد جنسی کاهش‌یافته‌ای را نشان دادند؛ یعنی در پنج زیرمقیاس اول کارکرد جنسی کاهش و در زیرمقیاس درد مقاربتی افزایش یافته بود که یافته‌های پیشین مبنی بر افزایش زیرمقیاس درد مقاربتی و کاهش سایر زیرمقیاس‌های عملکرد جنسی در زنان هیسترکتومی‌شده(۴۴)، بر این یافته صحه گذاشت. از دو بُعد پزشکی و روان‌شناختی می‌توان این یافته را تبیین کرد؛ از بُعد پزشکی، اعصاب خودکار در لگن، احتمالاً نقش قطعی در تحریک و پاسخ جنسی دارد و می‌تواند اختلال در ارگاسم را به دنبال داشته باشد. از بُعد روان‌شناختی، از آن‌جایی که رحم بخش مهمی از تصویر ذهنی یک زن از خویشتن است، می‌تواند تصویر جنسی‌اش را نیز به خود اختصاص دهد (۴۵)؛ بنابراین تعدادی از زنان می‌ترسند بعد از جراحی، جذابیت زنانگی آن‌ها کاهش یابد و در زنانی که در سنین باروری مجبور به انجام جراحی هیسترکتومی می‌شوند، به علت از دست دادن قدرت باروری که نماد زنانگی است، طرح‌واره عدم جذابیت بدنی در نزد همسران‌شان دچار تغییراتی می‌گردد و متعاقب آن رضایت جنسی کاهش‌یافته‌ای را نسبت به قبل از جراحی تجربه می‌کنند. زنان ماستکتومی‌شده نیز در مقایسه با زنان عادی از رضایت جنسی کاهش‌یافته برخوردارند؛ این یافته را نیز می‌توان از دو بُعد پزشکی و روان‌شناختی تبیین کرد؛ در بُعد پزشکی، شیمی‌درمانی و هورمون‌درمانی و مصرف تاموکسیفن که معمولاً برای زنان مبتلا به سرطان پستان در طی روند درمان مورد استفاده قرار می‌گیرند، مشکلات قابل توجهی از قبیل کاهش هورمون استروژن، آتروفی واژن، تنزیل اندازه بافت واژن، بی‌رنگی و خشکی ایجاد می‌کنند؛ این مشکلات با پیامدهایی از قبیل کاهش میل جنسی، مقاربت دردناک و ناتوانی در ارگاسم همراهند (۴۶)؛ در بُعد روان‌شناختی، باید گفت مسائل جنسی با احساس سلامت، پذیرش فرد توسط خود و تصویر ذهنی فرد از بدن خویش در رابطه‌ی تنگاتنگ است، این در حالی است که زنان مبتلا به سرطان پستان تغییرات ظاهری مختلفی از جمله: برداشت پستان یا بدشکلی آن، تغییر رنگ پوست، ریزش مو، کاهش یا افزایش وزن، ورم اندام فوقانی و ... را به امید درمان و بهبودی بیماری در طول درمان تجربه می‌کنند و همیشه نگران از دست دادن جاذبه زنانگی خود هستند که این خود، منجر به کاهش اعتماد

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

به خود و تصویر بدنی مختل شده، عدم جذابیت و از دست دادن لیبیدو می‌شود؛ بنابراین، این عوامل روانشناختی، پاسخ جنسی را مهار می‌کنند. هم‌چنین از آن‌جایی که انجام موفقیت‌آمیز عمل جنسی در زن به عوامل تحریک‌کننده‌ی روانی و تحریک نواحی جنسی از جمله پستان به‌صورت موضعی بستگی دارد، در زنان ماستکتومی‌شده به‌علت این‌که پستان فرد تخلیه شده، بنابراین فقدان دریافت تحریک روانی و فیزیولوژیک کافی این ناحیه در فاز تحریک، از سوی همسر را نیز می‌توان از علل اصلی خشکی واژن و متعاقب آن مقاربت دردناک و میزان رضایت جنسی کاهش‌یافته، دانست.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده‌ی آن بود که بین سه گروه زنان هیسترکتومی‌شده، ماستکتومی‌شده و عادی در مولفه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدنی و رضایت جنسی تفاوت معنادار وجود دارد؛ به عبارتی، نتایج این پژوهش آشکار ساخت زنانی که پستان آن‌ها به دلیل جراحی ماستکتومی تخلیه شده، از نظر بهره‌برداری از راهبردهای سازش‌یافته و رضایت جنسی به مراتب در وضعیت بهتری در مقایسه با زنانی که رحم آن‌ها به دلیل جراحی هیسترکتومی برداشته شده است، بودند؛ در عین حال، زنان ماستکتومی‌شده از نظر تصویر بدنی، نگران‌تر از زنان هیسترکتومی‌شده بودند؛ هم‌چنین همان‌طور که انتظار می‌رفت زنان عادی از نظر هر سه متغیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نگرانی از تصویر بدنی و رضایت جنسی در مقایسه با دو گروه دیگر شرایط متعادل‌تری داشتند.

عدم امکان کنترل کافی بر روی متغیرهای مزاحمی از قبیل عوامل محیطی، تفاوت‌های شخصیتی و فرهنگی، مسائل خانوادگی و میزان صمیمیت بین زوجین قبل و بعد از جراحی‌های هیسترکتومی و ماستکتومی، تعداد فرزندان، تفاوت‌های اعتقادی و عبادی، عدم بررسی نقش همسر در بررسی برخی متغیرها، به‌ویژه متغیر رضایت جنسی، محدود بودن نمونه این پژوهش به یک شهر؛ از محدودیت‌های پژوهشی پژوهش حاضر بود که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی این مسائل مورد توجه قرار گیرد. در سطح عملی نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در جهت ایجاد آگاهی بیشتر در مورد تجربیات روان‌شناختی زنان ماستکتومی و هیسترکتومی‌شده جهت تدوین برنامه‌های مداخله و مدیریت هیجان‌ها مورد توجه قرار گیرد؛ این بیماران به دلیل از دست دادن اندام زنانگی خود و تغییر در تصور جسمانی خود، تنش‌ها و محدودیت‌های زیادی را تجربه می‌کنند، بنابراین درک این تجربیات برای تمامی پزشکان، پرستاران، روان‌شناسان، مددکاران، روانشناسان سلامت و تمامی کسانی که به نوعی در روند درمان جسمی و روانی بیمار به عنوان فرد حمایت کننده بیمار درگیر هستند، لازم است تا از این نتایج در بخش‌های جراحی و انکولوژی، جلسات مشاوره و آموزش به بیمار، جهت تسهیل پذیرش و اتخاذ رویکردهای مثبت مقابله‌ای و غربال‌گری به طور موثر استفاده شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه گیلان است. بدین وسیله از معاونت محترم تحصیلات تکمیلی و معاونت پژوهشی دانشگاه گیلان، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین پژوهشگران برخود لازم می‌دانند که از شرکت کنندگان در تحقیق تشکر و قدردانی کنند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

Referencs

1- Roch JA, Jones HW. Te linde's operative gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott: Williams and Wilkins; 2005. 744-50.
2- Banu NS, & Manyonda IT. Alternative medical and surgical options to hysterectomy. Best Pract Res Cl Ob. 2005; 19(3): 431-49.
3- Hoogendoorn D. The odds on hysterectomy and estimation of the number of cancer deaths prevented by hysterectomies in their current incidence. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128(41):1937-40.
4- Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. Am J Obstet Gynecol 2006; 194(5):1455–61.
5- Sibbering M, Courtney C. Management of breast cancer: basic principles. Surgery. BREAST 2019; 37(3): 157-163.
6- Brunicardi FC, Dana KA, Timothy RB, Dunn L, Hunter G, & Raphael EP. Schwartz' sprinciples of surgery. 8th ed, USA, Mc Graw-. Hill 2005; 453-501.
7- Rottmann N, Dalton S, Christensen J, Frederiksen K, & Johansen C. Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. Qual Life Res 2010; 19, 827-836.
8- Garnefski N, Baan S, Kraaij V. Relationship between cognitive start gies of adolescents and depressive symptomatology across type of life evdnt. J Youth Adolesc 2003; 32: 411-418.
9- Berridge V, Mars S. History of addictions. J Epidemiol Community Health 2004; 58(9), 747-750.
10- Ehring T, Welboren R, Morina N, Wicherts JM, Freitag J, Emmelkamp PM. Meta-analysis of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. Clin Psychol Rev 2014; 34(8), 645-657.
11- Gross JJ, & John OP. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. Eur J Pers 2003; 16(5): 4.3-420.
12- Manganiello A, Hoga LA, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. Eur J Oncol Nurs 2011; 15(2):167-72.
13- Arndt V, Stegmaier C, Ziegler H & Brenner H. Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. Division of Clinical Epidemiology and Aging Research, German Cancer Research Center 2008.
14- Kilic E, Taycan O, Belli AK, Ozmen M. The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. Turkish J Psychiatry 2007;18(4):302-10.
15- Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, KinayM. Depression and anxiety levels in woman under follow-up forbreast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. Med Oncol 2010; 27(1):108-13.
16- Forgione A, Leroy J, Cahill RA, Bailey C, Simone M& Mutter D. Prospective evaluation of functional outcome after laparoscopicsigmoid colectomy. Ann Surg 2009; 249(2):218-24.
17- Maas CP, Weijenborg PT, Ter Kuile MM. The effect of hysterectomy on sexual functioning. Annu Rev Sex Res 2003; 14:83-113.
18- Zafarghandi N, Torkestani F, Hadavand Sh, Zaeri F, Jalilnejad H. Evaluation of libido in post hysterectomy patients. Tehran Univ Med J. 2006; 64 (11) :77-80. [Persian]
19- Mokate T, Wright C& Mander T. Hysterectomy and sexual function. J Br Menopause Soc 2006; 12(4):153-7.
20- Kedde H, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC& Wijsen C. Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer. Support Care Cancer 2013; 21(7):1993-2005.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

21- Faul, F, Erdfelder, E, Lang AG, Buchner A. G Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007; 39(2), 175-191.
22- Garnefski N, Kraaij V. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. Pers Individ Dif 2007; 4161659- 1669.
23- Mashhadi A, Hasani J, Mirdoraghi F. Factor structure, reliability and validity of Persian version of the cognitive emotion regulation questionnaire-children form (CERQ-K-P). Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 14(55): 59-246. [Persian]
24- Littleton HL, Axsom D& Pury CLS. Development of the body image concern inventory. Behav Res Ther 2005; 43:229–241.
25- Mohammadi N, Sajadinejad M. The Evaluation of psychometric properties of Body Image Concern Inventory and examination of a model about the relationship between body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem in adolescent girls. Journal of Psychological Studies 2007; 3(1), 85-101. [Persian]
26- Takahashi M, Inokuchi T, Watanabe C, Saito T, Kai I. The female sexual function index (FSFI): development of a Japanese version. J Sex Med 2011; 8(8): 2246-54.
27- Isidori AM, Pozza C, Esposito K, Giugliano D, Morano S, Vignozzi L. Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. J Sex Med 2010; 7(3):1139-46.
28- Ghassami M, Shairi MR, Asghari Moghadam MA, Rahmati N. The study of the psychometric properties of the 6-item version of the female sexual function index (FSFI-6) amongst Iranian woman. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2014; 12 (7): 532-543. [Persian]
29- Allen PJ, Bennett K. SPSS for the health and behavioral sciences, Thomson learning; 2008.
30- Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. The breast J 2008; 14: 176-81.
31- Dizon DS, Suzin D, Mcllvenna S. Sexual health as a survivorship issue for female cancer survivors. The Oncologist 2014; 19, (2): 202 – 210.
32- Chen H, Komaromy C, Valentine C. From hope to hope: The experience of older Chinese people with advanced cancer. J Health 2015; 19(2):154-71.
33- Utne I, Miaskowski C, Bjordal K, Paul SM, Jakobsen G, Rustøen T, The relationship between hope and pain in a sample of hospitalized oncology patients. Palliat Support Care 2008; 6(4):327-34.
34- Pinar G, Okdem S, Dogan N, Buyukgonenc L, Ayhan A. The effects of hysterectomy on body image, self-esteem, and marital adjustment in Turkish women with gynecologic cancer. Department of Nursing in the Faculty of Health Sciences, Yildirim Beyazit University, Ankara, Turkey; Clin J Oncol Nurs 2012; 16(3):E99-104.
35- Yaman Ş, Ayaz S. The effect of education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy. Turk J Obstet and Gynecol 2015; 12(4):211-214.
36- Fallbjork U, Rasmussen BH, Karlsson, S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer – a two-year follow- up study". Eur J Oncol Nurs 2013; 17: 340- 345.
37- Fardouly J, Diedrichs PC, Vartanian LR, Halliwell E. Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood. Body Image 2015; 13.
38- Pollock ED. The relationship between mental health, physical health, phydical appearance and marital dissatisfaction. [Master thesis of science] marriage and family therapy. University of Maryland, College Park; 2006.
39- Shirinkam F, Jannat-Alipoor Z, Shirinkam Chavari R, Ghaffari R. Sexuality after hysterectomy: a qualitative study on women's sexual experience after hysterectomy. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences 2018; 27-35. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

40- Ketabchi M, Ghaderi Z, Gholtash A. Comparing marital satisfaction and life expectancy between hysterectomies and normal women. Quarterly Journal of Women and Society 2019; 9(36): 235-252. [Persian]
41- Kowalczyk R, Nowosielski K, Cedrych I, Krzystanek M, Glogowska Streb J, Kucharz J, et al. Factors affecting sexual function and body image of early-stage breast cancer survivors in Poland: A short-term observation. Clin Breast Cancer 2019; 19 (1): 30-9.
42- Hong Jing-Fang. Psychological distress in elderly cancer patients. Int J Nurs Sci 2015; 2(1): 23-27.
43- Kedde H, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC, Wijsen C. Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer. Support Care Cancer 2013; 21(7):1993-2005.
44- Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Hanprasertpong J, Kasemsarn P, Soonthornthum T, Leelahakorn S, et al. Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy. Int J Gynecol Cancer. 2007; 17(5):1104-12.
45- Maas CP, Weijenborg PT, Kuile MM. The effect of hysterectomy on sexual functioning. Annu Rev Sex Res 2003; 14:83-113.
46- Krychman M, Kellogg Spadt S, Finestone S. 100 question & answers about breast cancer sensuality, sexuality, and intimacy, Massachusetts: Jones & Bartlett learning; 2010.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]