



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

# درمان رفتاری شناختی مبتنی بر اینترنت برای اختلالات جنسی در

## زنان مبتلا به سرطان سینه: طراحی یک کارآزمایی بالینی تصادفی

### کنترل شده

#### چکیده

#### تاریخچه مقاله

اختلال عملکرد جنسی یک عارضه شایع و طولانی مدت در زمینه سرطان سینه و درمان آن است و میتواند به شیوه موثر با مشاوره رو در رو ی جنسی درمان شود. البته ، زنان نسبتاً تمایل اندکی به درمان رو در رو جنسی را دارند ، و بسیار از زنان این نوع درمان را بسیار مقابله ای می دانند. مداخله های اینترنتی به علت راحتی ، سادگی ، دسترسی پذیری و محرمانگی آن کم خطر ناک تر و قابل قبول تر هستند. تحقیقات اخیر اثر بخشی برنامه های اینترنتی را بر افزایش عملکرد جنسی در نمونه و جامعه عمومی ثابت کرده اند. هدف تحقیق حاضر بررسی اثر بخشی برنامه های درمان اینترنتی شناختی رفتاری ( CBT ) در کاهش مشکلات جنسی و رابطه نامشروع جنسی در زنانی است که بیماری سرطان سینه آن ها درمان شده است .

روش ها / طرحهای تحقیق : ما با استفاده از آزمایش چند سرطانی ، تصادفی و کنترل شده اثر بخشی برنامه CBT اینترنتی را بر کاهش مشکلات جنسی و رابطه نامشروع جنسی بازمانده های سرطان سینه بررسی میکنیم. پیامدهای ثانویه شامل تصویر بدن ، کارکردها و وظایف زناشویی ، درماندگی روانی ، نشانه های یائسگی ، کیفیت زندگی سالم می باشد. ما 160 بازمانده سرطان سینه ( گروه سنی 18-65 سال ) را با تشخیص بد کارکردی جنسی آنها توسط DSMIV رسمی از بیمارستان دولتی و دانشگاهی هلند در این تحقیق استخدام کردیم . زنان یا با روش مداخله ای یا گروه لیست انتظار کنترل انتخاب شدند. پرسشنامه خود سنجی توسط گروه مداخله در خط مبنا ( TO ) ، پس از شروع درمان ( T1 ) ، پس از درمان ( T2 ) ، سه ماه پس از درمان

(T3) و 9 ماه پس از درمان (T4) پر شد. گروه کنترل پرسشنامه را در خط مبنا T0, T1, T2 پر و تکمیل کردند.

### بحث و استدلال

به مداخله های موثر و قابل دسترس جهت درمان اختلالات جنسی بازمانده های سرطان سینه نیاز می شود. این تحقیق شواهدی را در مورد اثر بخشی روش اینترنتی CBT که مسائل بهداشت و سلامت جنسی را مورد آماج قرار می دهد، ارائه می دهد. در صورت اثبات اثر بخشی این روش درمانی، از CBT اینترنتی برای رفع مشکلات جنسی و روابط نامشروع جنسی و نیز درمان آرایه شده به بازمانده های سرطان سینه استقبال خواهد شد. این روش درمانی موانع جستجو کمک برای رفع این مشکلات را کاهش خواهد داد و منجر به افزایش کیفیت زندگی پس از بیماری سرطان سینه می شود.

### ثبت آزمایش

تحقیق در ClinicalTrials.gov(NCT02091765) ثبت شده است.

کلمات کلیدی: سرطان سینه، بد کارکردی جنسی، روابط نامشروع جنسی، شناخت-رفتار درمانی، آزمایش تصادفی، کنترل شده اینترنتی

### تاریخچه تحقیق

سرطان سینه معمول ترین نوع سرطان بین زنان کشور هلند است. افزایش روش های معاینه، غربال گیری و درمان سرطان سینه منجر به افزایش نرخ نجات بیماران این بیماری شده است. در نتیجه، تحقیقات به کیفیت سلامت زندگی (HRQL) بازمانده های سرطان سینه مثل مسائل روابط نامشروع زناشویی و روابط جنسی توجه فراوانی کرده اند.

نرخ شیوع اختلالات های زناشویی در نتیجه درمان سرطان سینه بین 30 و 100 درصد تغییر کرده است. بازمانده گان سرطان سینه (BCS) برخلاف زنان فاقد تاریخچه بیماری سرطان سینه عملکرد جنسی بدی را تجربه می کنند. کاهش میل جنسی (64-23٪)، کاهش برانگیختگی جنسی، یا نرم و روان سازی واژینال (48-20٪)، فقدان اوج جنسی (36-16٪)، و مقاربت دردناک (38-36٪) مشکلات معمول گزارش شده توسط بیماران مبتلا به سرطان سینه است.

مولفه های مختلف درمان سرطان سینه میتواند اثر مستقیم یا غیر مستقیم بر عملکرد جنسی داشته باشند. تحقیقات گذشته ثابت کرده اند که صرفنظر از نوع جراحی ، افزایش بد کارکردی جنسی در زنانی که تحت شیمی درمانی قرار گرفته اند بیش از زنانی است که متحمل این درمان نشده اند. شیمی درمانی منجر به یائسگی زود رس ، ناگهانی ، کاهش میل جنسی در برخی از زنان میشود. شیمی درمانی نیز می تواند منجر به خشکی واژینال و آتروفی یا تحلیل رفتگی شود که در نتیجه منجر به اختلالات جنسی می شود. نتایج درمان اندوکراین ( ترشحات داخلی ) مختلط است ، اما تحقیقات ثابت کردند که مهار کننده ها و بازدارنده های تاموکسیفین ( tamoxifen ) و آروماتاز ، منجر به ایجاد مشکلات جنسی می شوند. شواهد و اسناد مربوطه به اثر جراحی بر عملکرد جنسی مختلط است ، به طوری که برخی از تحقیقات ثابت میکنند که مشکلات کارکرد جنسی زنانی که سینه آنها برداشته شده است بیش از زنانی است که تحت درمان حفظ سلامت سینه قرار می گیرند، در حالی که ، تحقیقات دیگر وجود ارتباط بین نوع جراحی و عملکرد جنسی نیافتند. این یافته که برداشتن سینه اغلب بیش از درمان حفظ سلامت سینه منجر به تصویر سازگار تری از بدن می شود ، نتیجه و یافته سازگار تر و موافق تری است . مسائل جذابیت جنسی و زنانگی ، خستگی ، اضطراب ، افسردگی ، ترس از ناباروری و کاهش HRQL از جمله عوارض معمول پس از درمان سرطان سینه است . بهزیستی و رفاه هیجانی ، و کیفیت رابطه شریک جنسی متاثر از درماندگی های ناشی از تشخیص و درمان بیماری سرطان سینه است . اگر چه تشخیص و درمان هر نوع سرطان منجر به ایجاد مشکلاتی در زمینه کارکرد جنسی می شود، اما سرطان سینه به واسطه اهمیت سینه در جنسیت زنانگی و سینه به عنوان منبعی از لذت شهوانی و تحریک جنسی مشکلات خاصی را برای زنان مبتلا به سرطان سینه ایجاد میکند.

بد کارکردی جنسی میتواند به شیوه موثر و کارآمدی با انواع درمان رو در رو جنسی درمان شود. درمان جنسی از یک برنامه انعطاف پذیر درمانی منجمله تعدادی عوامل تشکیل شده است که میتواند متناسب با نیاز های افراد و زوجین باشد. این نوع درمان اصولاً شامل مولفه های درمانی استنتاج شده از روش درمان جنسی ماسترس و جانسون مثل شبه آموزش بد کارکردی جنسی و عطش جنسی است، ممنوعیت آمیزش جنسی و تمرینات و آموزش احساس محور است. ممنوعیت و منع آمیزش جنسی دور معیوب ترس از آمیزش جنسی ، تجربه منفی و ناامیدی را از بین می برد و فرصت تجربه های مثبت را با حفظ یا کاهش تقاضا و درخواست

عملکرد جنسی از بین می برد. تمرینات حسی برنامه سلسله مراتبی تمرینات ساختارمند را شکل می دهد که به واسطه آن شرکاء جنسی به تدریج فاز های متوالی تماس و ارتباط جنسی را دوباره معرفی می کنند. هدف این تمرینات احساس راحتی و آرامش با بدن خود و دستیابی به انجام رابطه صمیمی هیجانی و فیزیکی با شریک جنسی است. کشف روشهای دیگر تحریک جنسی و افزایش گفتگو با شرکاء جنسی در مورد تجارب جنسی، میل جنسی و مرزهای جنسی اهداف دیگری هستند. این اجزاء رفتاری درمان جنسی معمولاً با شناخت درمانی ادغام و ترکیب می شوند. تشخیص و اصلاح بد کارکردی درمانجو، شناخت مغل در مورد جنسیت که در زمان تمرینات جنسی رخ می دهد هدف درمانگر و درمانجو در شناخت درمانی است. ارزیابی های کارکردی توسط روش بازسازی شناختی جایگزین شناخت بد کارکردی می شوند. درمان جنسی با فرمت زوجی ارایه می شود، اما کاربردهای فردی و فرمت های گروه درمانی نیز در مقاله توضیح داده می شوند.

اثر بخشی انواع مختلف درمان های رو در رو بد کارکردی جنسی زنان (FSD) منجمله میل جنسی، اختلال انگیختگی جنسی، اختلال در اوج لذت جنسی، درد جنسی و واژینیسم ثابت شده است. بسیاری از برنامه های اصلاح رفتار بازمانده گان سرطان سینه توسعه و ارزیابی شده اند. مدال های دارای اثرات قوی تر زوج محور هستند و شامل مولفه های درمانی می شوند که به هر دو شریک جنسی در مورد تشخیص و درمان زنان توضیح می دهد، سازگاری متقابل و دوجانبه زوجین و پروسه های حمایتی زوجین را ترویج می دهد و شامل مولفه های درمانی می شوند که امکان استفاده از تکنیک های درمان جنسی بررسی کننده مسائل جنسی و تصویر بدن را فراهم می سازد.

علی رغم دسترسی پذیری درمان های موثر بد کارکردی جنسی، اختلاف معناداری بین نیاز خود سنجیده به سلامت حرفه ای جنسی بازمانده های سرطان سینه و استفاده واقعی از درمان وجود دارد. کیدل و همکاران اعلام کردند که فقط 40 درصد از BCS ها که نیاز به درمان واقعی را احساس می کنند با کارشناس سلامت مشاوره می کنند. هیل و همکاران اعلام کردند که اگر چه بیش از 40 درصد از بازمانده گان سرطان سینه و تناسلی زنان علاقه خود را به دریافت درمان های تخصصی بیان میکنند، اما فقط 7 درصد از آنها واقعاً این نوع خواستار جستجو و استفاده از این نوع درمان بوده اند.

اگر چه کارکرد جنسی یک مسئله مهم است ، اما کارشناسان سلامت به علت محدودیت زمانی ، شرمساری ، فقدان تجربه و دانش در این حیطه ، و / یا فقدان منابع لازم جهت حمایت از برنامه های جنسی تمایلی به تحقیق در مورد مسائل جنسی بیماران مبتلا به سرطان سینه در طی مشاوره های پزشکی ندارند. همچنین آغاز گفتگو در مورد مسائل جنسی با کارشناسان سلامت برای بیماران مشکل است . پیشنهاد و توصیه شده است که افراد در زمان گزارش اطلاعات حساس یا نشانه ای و لکه دار از انجام پروسه تشخیص و درمان اینترنتی احساس آرامش می کنند. این ایده و نظریه با نظر سنجی ( رساله دی بلوک جی در مورد کلینیک سرپایی بیماران مبتلا به سرطان سینه و جنسی موسسه سرطان سینه هلند ) تایید می شود که در مورد زنان شرکت کننده در جلسه اطلاع رسانی کلینیک بیماری های جنسی و سرطان سینه شرکت کرده بودند ، اما قرار ملاقات های مشاوره رو در رو را پیگیری نکردند. در حالی که برخی از زنان درمان مسائل جنسی خود را ضروری نمی دیدند ، اما سایر زنان تمایل به انجام این درمان در محیط های بیمارستانی نداشتند و تصور میکردند که جلسات رو در رو مشاوره یک مانع و سد بزرگی را ایجاد می کنند. بسیاری از پاسخگرا معتقد بودند که درمان اینترنتی کم خطر تر و قابل قبول تر است . محرمانگی ، آسودگی ، راحتی ، و دسترسی پذیری که همگی در حوضه مسائل جنسی می توانند جذاب باشند، از مزایا درمان اینترنتی هستند.

اسناد و شواهد زیادی وجود دارد که نشان می دهند CBT اینترنتی روش موثری برای درمان دمنه ای از مشکلات روانی اجتماعی است. اخیراً ، برنامه های اینترنتی CBT بد کارکردی جنسی توسعه یافته اند و آزمایش شده اند. البته ، اکثر این مداخله های پیوسته و آنلاین توجه به اختلالات جنسی مردان دارند . آزمایشات اولیه ثابت کرده است که کاربرد پذیری و اثر بخشی CBT پیوسته را بر FSD نمونه کلی ثابت کرده اند و مداخله پیوسته را بر مسائل جنسی بازمانده های سرطان سینه ثابت کرده اند. البته ، اثر بخشی CBT اینترنتی بر مسائل جنسی BCS هنوز تحقیق نشده است .

ما در این مقاله طرح آزمون تصادفی ، کنترل شده چند سرطانی را توضیح می دهیم که اثر بخشی برنامه اینترنتی CBT را بر سرطان سینه بررسی میکند. فرض میکنیم که پیشرفت و درمان عملکرد جنسی و روابط صمیمی و جنسی زنان گروه CBT اینترنتی به طور معنادرای بیشتر از زنان گروه کنترل لیست انتظار است . ثانیاً ، زنان تحت درمان CBT اینترنتی درماندگی روانی کمتری ، نشانه های یائسگی کمتری ، و

پیشرفت های بیشتری را در تصویر بدن و عملکرد زناشویی و HRQL بیشتری را از زنان گروه گزارش خواهند کرد.

### روشهای تحقیق

بیماران در این تحقیق یا به طور تصادفی به گروه مداخله یا گروه کنترل لیست انتظار طبقه بندی می شوند. زنان در گروه مداخله با هدف کاهش مشکلات جنسی و روابط زناشویی تحت درمان CBT اینترنتی قرار می گیرند. طرح آزمایشی و جریان پیش بینی شده آزمودنی ها در شکل 1 نشان داده شده است. آزمایش توسط هیئت باز نگری و تحقیقات موسسه سرطان هلند ( با شماره NL44153.031.13 ) و نیز توسط هیئت تحقیق و بازنگری بیمارستان های که بیماران آنها در این تحقیق شرکت داشتند ، تایید شده است ( به بخش تشکر و قدردانی مقاله جهت اطلاع از بیمارستان های شرکت کننده مراجعه کنید ) . پروسه استخدام و به کارگیری بیماران و جمع آوری داده ها در سپتامبر 2013 شروع شد.

### نمونه تحقیق

نمونه تحقیق از 160 زن دارای ملاک شمول زیر تشکیل خواهد شد. (1) سن 18-65 سال ( حد بالا گروه سنی 65 سال مبتنی بر فرضیه اهمیت جنسیت با افزایش سن نیست ، بلکه مبتنی بر احتمال کمتر دسترسی به اینترنت در این گروه سنی است ) (2) تاریخچه تایید تاریخی سرطان سینه ( سطح و مراحل : T1-T4,NO- N1 و MO ) ، (3) تشخیص سرطان سینه شش ماه تا پنج سال قبل از حضور در تحقیق ( 4 ) پایان درمان سرطان سینه ( به استثناء درمان اندو کرین و ایمن درمانی یا ایمن سازی غیر فعال بدن با استفاده از آنتی بادی ها ) ، (5) فاقد هر نوع بیماری در زمان شرکت در تحقیق ، (6) توانایی تکلم سلیس و روان به زبان آلمانی ( به منظور اهداف ارزیابی و درمانی ) ، و ( 7 ) تشخیص صوری و رسمی بد کارکردی جنسی طبق ملاک راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی -IV ( که باید توسط کارشناس مسائل جنسی با انجام مصاحبه تایید شود ) . زنان مجرد و متاهل می توانند در این تحقیق شرکت کنند. جهت گیری جنسی شرط شایستگی انتخاب نیست .

ملاک های محرومیت از تحقیق عبارتند از : (1) عدم دسترسی به اینترنت ، (2) مسائل مهم و جدی شناختی یا روانی ( مثل افسردگی ، وابستگی به الکل ، یا اختلال های روان پریشی ) تعیین شده توسط مصاحبه کوچک

بین المللی عصبی - روانی ، ( 3 ) درمان نوع دیگری از سرطان ( به جزء کارسینوم محلی دهانه رحم و کارسینوم سلول قاعده ای یا بازال ) ، ( 4 ) وجود مشکلات شدید ارتباطی و به این دلیل استفاده از برنامه های اینترنتی به علت وجود این مشکلات مناسب نیست ، ( 5 ) مشارکت در برنامه های همزمان درمانی ، جهت کاهش مشکلات جنسی یا روابط جنسی ، ( 6 ) مشارکت در برنامه همزمان CBT جهت کاهش مشکلات دیگر روانشناختی و ( 7 ) مشارکت در آزمایش دیر که مسائل جنسیت / و روابط صمیمی جنسی را بررسی میکند

### استخدام و تصادفی سازی

بیماران ده بیمارستان اجتماعی و دانشگاهی هلند دعوت به مشارکت در این تحقیق شدند و به وسیله ثبت های بیمارستانی و توسط پزشکان معالج خود یا به وسیله بانک اطلاعاتی ثبت سرطان هلند شناسایی شدند. به بیماران انتخاب شده دعوت نامه ای توأم با توضیح شرایط تحقیق و درمان اینترنتی ارسال شد و از آنها خواسته شد تا پاسخ نامه را در صورت تمایل به شرکت در این تحقیق ارسال کنند. از زنان خواسته شد تا در صورت عدم تمایل به شرکت در این تحقیق دلایل خود را از اکراه در مشارکت در این تحقیق روی کارت پاسخ بنویسند.

شکل 1: بررسی روشهای تحقیق . " طول زمان مشارکت در تحقیق وابسته به طول مدت CB است. در صورت عدم پاسخ زنان ، تذکر نامه سه هفته پس از اولین نامه ارسال می شود . با زنانی که علاقه به شرکت در تحقیق را ندارند یا به تذکر نامه پاسخ نمی دهند ، دوباره تماس گرفته نمی شود و مکاتبه نمی شود.

زنان علاقه به شرکت در تحقیق به منظور حصول اطمینان از ملاک شایستگی انتخاب در آنها دوبار معاینه می شوند: اول توسط کارمند تحقیق و سپس توسط کارشناس جنسی . اطلاعات بیشتر در مورد روشهای تحقیق و درمان در این تحقیق ارائه می شود و ملاک شایستگی انتخاب بررسی می شود. کارشناس جنسی مصاحبه تشخیصی را جهت تعیین شایستگی نهایی انتخاب زنان انجام می شود و مصاحبه مینی بین المللی عصبی روانی پایان می یابد. تمام کارشناسان جنسی شرکت کننده در این تحقیق از جنس مونث هستند و دوره های ویژه آموزش کاربرد برنامه CBT اینترنتی را گذرانده اند.

به زنان واجد شرایط پرسشنامه خط مبنا و فرم رضایت نامه ارسال می شود. پرسشنامه های تحقیق میتوانند پیوسته تکمیل شوند یا به صورت فرمت کاغذ و قلمی پر شوند . پرسشنامه خط مبنا جمعیت نگاری اجتماعی ، متغیرهای زمینه پزشکی و پیامدهای تحقیق را بررسی میکنند. اگر نمره زیر مقیاس سازگاری زناشویی



پرسشنامه زناشویی مودسلی ( به بخش اندازه های تحقیق مراجعه شد ) از نمره برشی 35 تجاوز کند ، آنگاه شایستگی انتخاب آزمودنی یک بار دیگر با کارشناس جنسی جهت تعیین اینکه ماهیت و شدت مشکلات روابط جنسی درمان این مشکلات را قبل از بررسی اختلالات جنسی الزامی می سازد یا نه ، بررسی می شود ، و از این رو منجر به محرومیت آزمودنی از مشارکت در تحقیق می شود.

زنان راضی به شرکت در تحقیق باتکنیک کمینه سازی و با روش تصادفی و با توجه به نوع جراحی انجام داده ( درمان حفظ سینه ، فقط برداشتن سینه ، برداشتن سینه همراه با جراحی بازسازی سینه ) ، درمان جاری سرطان سینه با اندوکراین ( بلی ، خیر ) ، زمان تشخیص ابتلا به سرطان سینه ( > اسال ، 1-3 سال و 3-5 سال ) و موقعیت یائسگی ( پیش و پس یائسگی ) به عنوان متغیرهای طبقه بندی در گروه مداخله ( n-80 ) ، یا گروه لیست انتظار کنترل ( n-80 ) ، قرار می گیرند.

### روش تحقیق

#### گروه مداخله : برنامه اینترنتی CBT

هر کدام از زنان به یک جامعه شناس ارجاع داده می شود که مشاوره و راهنمایی های را به وی در مورد برنامه CBT اینترنتی ارایه می دهد. امکان تماس با درمانگر از طریق وب ، و توسط وب سایت امن و کلمه عبور - محافظت شده ممکن است . کارشناس جنسی از بین 10 مدول ، چهار یا پنج مدول را انتخاب میکند که بهترین تطابق را بامسائل جنسی درمانجو دارد. برنامه CBT اینترنتی اصولاً به منظور استفاده در جمعیت و نمونه کلی ورینز ( Virenze ) ، مرکز بهداشت روانی واقع در Utrecht ، هلند طراحی شد. این برنامه جهت استفاده برای بازمانده گان سرطان سینه درست شد. این برنامه شامل ویرایش متن و افزودن متون مربوط به مسائل روانی جنسی و فیزیکی می شود که معمولاً آن را زنانی تجربه می کنند که پیشتر مبتلا به سرطان سینه شده بودند. درمن گرها روانشناسان مجاز و کارشناسان جنسی هستند که آموزش های بیشتری را در مورد مسائل مربوط به سرطان سینه و استفاده از برنامه اینترنتی گذرانده اند.

توصیف محتوا مدول های مختلف برنامه در جدول 1 ارایه شده است . هر یک از مدول ها حاوی چندین مداخله هستند ، و هر مداخله از اجزاء پیگیرانه زیر تشکیل شده اند ( 1 ) معرفی ( 2 ) آموزش های روان شناسی ، ( 3 ) تکالیف " خانگی " ( مثل تمرینات ثبت ، بررسی روابط زناشویی با شریک زندگی خود ، تمرینات حسی ) و

4) گزارش تکالیف خانگی به درمانگر و دریافت فیدبک این نوع تکالیف . مدول ها میتواند به ترتیب های مختلفی استفاده شود، و منجر به ایجاد برنامه سفارشی و انعطاف پذیر درمانی متشکل از حداکثر 20 جلسه درمانی شود که در یک دوره 24 هفتگی تمام می شوند. حداقل 5 جلسه پایین ترین حد و میزان جلسات مورد نیاز حصول به یک درمان اثر بخش است . میانگین سرمایه گذاری زمانی مشارکت 90-120 دقیقه در هر هفته است . جامعه شناس زنان را تشویق به میکند تا شریک زندگی خود را در پروسه درمان شرکت کنند ، البته مشارکت شریک زندگی در پروسه درمان اجباری نیست. 5 روز کاری حد زمانی که درمانگر باید به پیام های درمانجو پاسخ دهد. تماس هفتگی بین درمانگر و درمانجو نیز دنبال و پیگیری می شود. در صورت نیاز به مابقی بخش های درمانی ، ارزیابی میان ترم پس از ده هفته درمان جهت اطمینان از پیشرفت درمان و تطبیق اهداف درمان انجام می شود. برنامه CBT اینترنتی بدون هزینه به زنان ارایه می شود.

### گروه لیست انتظار کنترل

از آزمودنی های گروه کنترل خواسته میشود تا از شرکت در مداخله های پزشکی یا روانشناسی مشکلات جنسی خود در زمان مشارکت در این تحقیق اجتناب کنند. به منظور افزایش احتمال حضور زنان در تحقیق تا زمان ارایه برنامه CBT به آنها ، ، به آنها کتابچه ای ارایه می شود که پرسش های جنسیت و سرطان را بررسی میکند. بعلاوه، با زنان گروه کنترل شش هفته پس از تصادفی سازی و تکمیل پرسشنامه دوم جهت بررسی و رفع مسائل و مشکلات آنها در خصوص مشارکت شان در تحقیق و تایید دوباره صلاحیت آنها در شرکت در برنامه CBT اینترنتی پس از پایان تحقیق تماس گرفته می شود.

### مجموعه داده ها

#### بیماران

بیماران در هر دو تحقیق مجموعه ای از پرسشنامه خود سنجی را با زمان های برابر سه ارزیابی اول ( To ، خط مبنا، T1 ده هفته پس از شروع درمان ( گروه مداخله ) یا 13 هفته پس از تصادفی سازی ( گروه کنترل ) و T2 ، پس درمان ( گروه مداخله ) یا 23 هفته پس از تصادفی سازی ( گروه کنترل ، شکل 1 ) پر می کنند. زنان گروه مداخله به منظور دستیابی به میانگین زمان برابر ارزیابی هر دو گروه پس درمان T2 را پر میکنند اما T2 را همیشه بین 20 و 24 هفته پس از شروع درمان پر می کنند. زنانی که CBT را قبل از 20 هفته

اتمام می کنند ، T2 را 20 هفته پس از درمان تکمیل میکنند. زنان گروه مداخله نیز پرسشنامه را سه ماه بعد از پس درمان ( T3 ) و نه ماه بعد از پس درمان ( T4 ) پر میکنند. از گروه کنترل درخواست تکمیل T3 یا T4 نمی شود بلکه فرصت تکمیل مداخله T2 داده می شود. فراهم سازی این فرصت به خاطر این بود که از نظر اخلاقی ممانعت و منع زنان گروه کنترل از شرکت در مداخله به خاطر زمان طولانی که برای تکمیل تمام پرسش نامه های پیگیرانه مورد نیاز بود از نظر اخلاقی قابل قبول نبود ( تقریباً یک سال پس از ثبت نام در تحقیق ). پرسشنامه T4 به منظور کاهش بار پاسخگر فقط شامل پرسشنامه های می شود که اندازه پیامد اولیه را بررسی میکند. از زنان هر دو گروه مداخله و کنترل در تمامی پرسشنامه در مورد پیگیری یا عدم انجام فعالیت های کاهش دهنده مسائل جنسی ( مثل استفاده از ماده نرم کننده واژن ، تمرینات واهلش ) سوال شد. تذکر نامه ای به آزمودنی های ارسال می شود که پرسشنامه را در مدت یک هفته تکمیل و نفرستاده اند. با زنانی تماس تلفنی گرفته می شود که پرسشنامه را در عرض یک هفته پس از ارسال تذکر نامه به آنها تکمیل و پر نکرده اند

**شرکاء جنسی**

فقط از شریک های جنسی زنان گروه مداخله به عنوان آزمودنی های تحقیق درخواست تکمیل پرسشنامه مسائل جنسی و روابط جنسی ( شریک مرد ، IIED ، شریک زن ، FSFI و پرسشنامه علمکرد رابطه ای ) پرسشنامه PAIR ) می شود.

### اندازه گیری های تحقیق

#### داده های جمعیت نگاری اجتماعی و داده های کلینیکی

داده های جمعیت نگاری اجتماعی و داده های کلینیکی در طی مصاحبه های غربال گیری و توسط پرسشنامه خط مبنا جمع آوری می شوند. داده های جمعیت نگاری اجتماعی شامل سن ، آموزش ، موقعیت رابطه ای ، موقعیت زندگی و کاری می شود. داده های کلینیکی از گزارشات پزشکی و توسط خود سنجی جمع آوری می شوند و شامل داد تاریخ تشخیص سرطان سینه ، درمان سرطان سینه ( نوع جراحی ، شیمی درمانی ، رادیو درمانی ، آندکرین درمانی ، ایمن درمانی ) ، استفاده از دارو و هم بیماری و بیمار گونگی می شود.

جدول 1: توصیف مدولهای درمانی

<p>درمانجو در این مدول ، مسئل جنسی را توضیح می دهد و چگونگی اثر بخشی رابطه جنسی را از درمان سرطان سینه فرا می گیرد. منحنی پاسخ جنسی و بد کارکردی جنس مونث توضیح داده یمش ود. بعلاوه، اطلاعاتی در مورد چیستی رابطه صمیمی و جنسی و چگونگی تاثیر و تاثر آن بر رابطه جنسی ارایه می شود. زنان تشویق به توضیح مشکلات جنسی خود با شریک جنسی شان می شوند.</p>	<p>مدول 1: مشکلات خود را بیان کنید</p>
<p>درمانجو در این مدول ، سطح و میزان صمیمت را در رابطه خود بررسی میکند و نسبت به میزان کیفیت زمان سپری کرده با شریک جنسی خود آگاه می شود و شبه های آموزش های را در مورد رابطه صمیمی و جنسی می گذارند . اهمیت ارتباط آزاد با شریک جنسی بررسی میشود و توصیه های در مورد افزایش ارتباط خود با شریک جنسی و جنس خاص داده میشود. زوج میزان اثر بخشی رابطه جنسی و زندگی جنسی خود را از تشخیص و درمان سرطان سینه بررسی میکند</p>	<p>مدول 2: چطور ارتباطات جنسی من پیش می رود؟</p>
<p>در این مدول ، درمان احساس محور معرفی میشود. اولین مرحله برنامه سلسله مراتبی تمرینات ساختارمند کامل می شوند . معرفی این درمن با</p>	<p>مدول 3: رابطه جنسی و بدن من</p>

<p>توجه به اثر افکار و محرک خارجی بر تجربه جنسی ارایه می شود. توجه به تنش های احتمالی موجود در کف لگن و روشهای واهلش این بخش از بدن میشود.</p>	
<p>درمانجودر این مدول آموزش تمرکز بر تکلیف جهت یادگیری توجه و تمرکز بر تجارب جنسی به شیوه سودمند می گذارند.</p>	<p>مدول 4: توجه من را جلب کن</p>
<p>دراین مدول ، درمان حسی توضیح داده یم شود و برنامه سلسله مراتبی تمرینات ساختارمند تکمیل می شود. در مانجو تجارب تمرینات خانگی خود را در ساختار شناختی رفتاری بیان می کند</p>	<p>مدول 5: بدن من را لمس و بررسی کن</p>
<p>مسائل این مدول مشابه به مسائل زنان ( مدول 7) ، است اما از دیدگاه شریک جنسی مرد نوشته می شوند</p>	<p>مدول 6: احساسات انگیختگی من را کشف کن ( مورد ی برای شرکاء جنسی مرد)</p>
<p>روش شبه روانی در مورد بدن و آلت تناسلی زن ، اختلالات جنسی زن ، تحریک ژینتال ، تکنیک های جنسی ، بدن و آلت تناسلی مردان در این مدول ارایه می شود. به هریک از آزمودنی ها تمریناتی مثل تمرینات نمایشی اختلال های درد جنسی ارایه می شود. توجه به اهمیت روشهای بررسی احساسات جنسی و اولویت و برتری برای شریک جنسی داده میشود</p>	<p>مدول 7: احساسات انگیختگی من را کشف (موردی برای شرکاء جنسی زن)</p>

<p>اثر افکار و احساسات و رفتار در این مدول توضیح داده میشود ، و شناخت های اختلالات جنسی و رابطه جنسی درمانجو در این مدول شناسایی می شوند. افکار عملی و کارکردی تری انطباقی با استفاده از روش بازسازی شناختی جایگزین این شناخت ها می شوند</p>	<p>مدول 8: افکار و تصورات من را تغییر ده</p>
<p>رشد جنسی ، نیازهای جنسی ، باورها و اسطوره ها جنسی درمانجو در این مدل بررسی می شوند. درمانجو تشویق به گفتگو در مورد اولویت های جنسی با شریک جنسی خود می شود و طرح عملی اصلاح رفتار تهیه می شود.</p>	<p>مدول 9: اولویت های جنسی من</p>
<p>درمانجو در این مدول در مورد رفتار خود کار قبلی خود و عوامل احتمالی خطر عود بیماری تفکر و تامل میکند . طرح عملی برای استفاده در زمان عود بیماری تهیه میشود</p>	<p>مدول 10: پیشگیری از بازگشت و عود بیماری</p>

### اندازه های پیامدی

توضیحات مفصل اندازه های پیامد در جدول 2 گزارش شده است . به طور خلاصه ، اندازه های پیامد اولیه شامل پرسشنامه های استاندارد خود سنجی بررسی کننده مسائل و مشکلات رابطه صمیمی و جنسی با شریک جنسی می شود. این پرسشنامه ها شامل پرسشنامه فعالیت جنسی ، شاخص عملکرد جنسی مونث ، مقیاس - اصلاح شده درماندگی جنسی زنان ، و پرسشنامه PAIR می شوند. اندازه های پیامد ثانویه شامل پرسشنامه استاندارد خود سنجی بررسی کننده تصویر بدن ( زیر مقیاس تصویر بدون EORTIC QLQ-BR 23، نشانه های یائسگی (FACT-ES ESS -18) ، عملکرد زناشویی (MMQ) ، درماندگی روانی )

HADS,HRQL) می شوند. شاخص جهانی عملکرد نغوظ برای بررسی عملکرد جنسی شریک مذکر استفاده می شود.

### رضایت از برنامه CBT اینترنتی

میزان رضایت از این برنامه با طرح این پرسش از کارشناس در حال اتمام درمان تایید می شود: " چه تعداد جلسه درمانی از نظر شما برای درمانجو تحت درمان بهینه و مطلوب است؟ " این پرسش با مقیاس 5 امتیازی، از " درمانجویی که تمام جلسات 1 را به اتمام رسانده است، این جلسات را ضروری می پندارد ( 100 درصد ( تا درمانجویی که جلسات 1 را انجام نداده، این جلسات را کم ضروری می داند ( کمتر از 25 درصد ) پاسخ داده می شود. بعلاوه، تعداد مدول های تکمیل شده و مداخله های انجام شده از گزارشات درمانجو مرکز بهداشت روانی استخراج می شود که در آن برنامه اینترنتی اجرا می شود. بعلاوه از درمانجو و کارشناس مسائل جنسی در پایان درمان خواسته می شود تا فروانی تکمیل تکالیف خانه را با مقیاس 5 امتیازی ( همیشه - معمولاً - گاهی - بندرت و هرگز ) و دلایل عدم تکمیل و پایان تکلیف خانه را ثابت کنند. از زنانی که برنامه اینترنتی CBT را به پایان نرسانده اند خواسته میشود دلایل عدم تداوم این برنامه را ( مثلاً، پروسه درمانی بسیا فشرده بود، درمان پیوسته مناسب نیست، بیماری ) توضیح دهند. صرفنظر از پایان یا عدم پایان پروسه درمان آزمودنی ها، هر اقدامی جهت تهیه تمام پرسشنامه های آزمودنی ها انجام خواهد شد.

ارزیابی برنامه مداخله بیمار

از زنان گروه مداخله پس از پایان دوره CBT درخواست تکمیل پرسشنامه ارزیابی و سنج برنامه می شود. پرسش های در خصوص رضایت آزمودنی ها از برنامه، اثر بخشی ادراک شده برنامه در کاهش مسائل جنسی، رضایت آنها از انتخاب مدول ها و تمرینات، سودمندی برنامه، پیشنهاد یا عدم توصیه روش درمانی به سایر زنانی که مشکلات کوچکتر را تجربه میکنند، و تمایل یا عدم تمایل آنها به ارایه توصیه های درخصوص تغییرات برنامه مطرح می شود. از زنانی که از استفاده از برنامه CBT صرفنظر کرده و آن را ادامه نداده اند سوالات مشابهی مطرح می شود

از زیر مجموعه ای از زنان ( تقریباً 15 زن از گروه مداخله ) درخواست و تقاضا مشارکت در مصاحبه تلفنی ارزیابی و سنجش م ی شود. این مصاحبه های نیمه ساختار مند شامل مسائل و موضوعات مشابه بررسی شده توسط پرسشنامه ارزیابی خود سنجی ، فراهم سازی امکانات آرایه فید بک به صورت روایت و داستانی برای زنان می شوند. از زنان نیز در صورت امکان در مورد تمایل شریک جنسی شان به تسهیم تجارب خود از برنامه پرسش می شود.

## مسائل آماری

### محاسبه قدرت

پرسشنامه های SAQ,FSFL,FSDS-R,PAIR اندازه های پیامد اولیه هستند که محاسبات اندازه نمونه بر پایه این اندازه ها استوار است . این تحقیق با توجه به نمونه متشکل از 130 زن ( 65 زن در هر گروه ) و طبق فرضیه عدم برهم کنشی و تاثیر متقابل دارای قدرت 80 درصدی تشخیص تفاضل 0.5 انحراف استاندارد ( اندازه اثر کوهن ) اثرات اصلی برنامه اینترنتی CBT است با مجموعه مقدار  $p=0.05$  است ( تست دو سوپه ) . تفاضل 0.5 انحراف استاندارد شاخص اختلافات معناداری کلینیکی تجربه نشانه های خود سنجی تصور می شود.

از 160 زن در تحقیق خود جهت دستیابی به رشد و نرخ توجه تقریباً 20 درصد ( مثل زنانی که از مشارکت کامل در تحقیق به علت ناتوانی در تکمیل پرسشنامه های پیگیرانه صرف نظر میکنند ). این زنان ها درمان خود را ادامه نمی دهند اما تکمیل و پایان بررسی و ارزیابی های پیگیرانه در تحلیل هدف درمان گنجانده خواهد شد.

### تحلیل های آماری

اولاً ، تست  $t$  استودنت یا آمارهای مناسب غیر پارامتری جهت بررسی مقایسه پذیری مداخله و گروه کنترل در خط منبأ از نظر مشخصات کلینیکی و جمیعت نگاری اجتماعی استفاده خواهند شد. اگر ، گروه ها علی رغم روش تصادفی طبقه ای در یک یا چند متغیر پس زمینه ای قابل مقایسه نباشند، آنگاه این متغیرها به طور عادی در تحلیل های آتی به صورت متغیرهای تصادفی کمی استفاده می شوند.

نمرات پرسشنامه طبق الگوریتم نمره گذارر منتشر شده محاسبه خواهند شد. اختلافات نمرات میانگین بین گروهی در طی زمان با استفاده از تحلیل چند سطحی آزمایش خواهند شد. اندازه های اثر با استفاده از روشهای



استاندارد آماری محاسبه خواهند شد. تمام تحلیل ها بر پایه هدف درمان اجرا خواهند شد. تحلیل هر پروتکل نیز ( به عنوان تحلیل ثانویه ) انجام می شود ، و به مقایسه زنان گروه کنترل دارای حداقل رضایت از برنامه می پردازند. از تحلیل همبستگی جهت بررسی روابط بین درجه پیوستگی برنامه ، مداخله شریک جنسی و اثر برنامه استفاده خواهیم کرد. تعدیل های مناسب آماری ( مقدار p ) آزمایش های متعدد در تحلیل های اندازه های پیامد ثانویه انجام خواهد شد. داده های مصاحبه نیمه ساخت دار رونویسی می شوند و محتوا آن جهت استخراج اطلاعات روایتی و کیفی در مورد تجربه زنان درباره مداخله تحلیل می شوند.

جدول 2:

متغیر	پرسشنامه	توضیحات
پیامدهای اولیه عملکرد جنسی	SAQ[88,89]	بررسی عملکرد جنسی 10 پرسش ، مقیاس 4 امتیازی لیکرت مقیاس های فرعی : لذت ، عدم آرامش ، عادت نمرات مقیاس فرعی : لذت 0-18، عدم آرامش 0-6، عادت 0-3، نمرات بالاتر سطوح بالاتر لذت ، نمرات پایین تر سطوح پایین تر عدم آرامش و راحتی را نشان می دهد ، عادل یک پرسش احد است ( "0 فعالیت جنسی کمتر از معمولا " تا 3 " فعالیت جنسی بیشتر از معمول " ) قاب زمانی ماه گذشته باز آزمایی تست کاپا: 0.50-0.76

<p>عملکرد جنسی را بررسی میکند</p> <p>19 پرسش ، مقیاس 5 و 6 امتیازی لیکرت</p> <p>مقیاس های فرعی : تمایل ، انگیختگی ، روان سازی ، اوج لذت جنسی ، رضایت و درد</p> <p>مجموعه نمرات : " 2-36 / نمرات مقیاس فرعی . " تمایل 1.2-6 ، انگیختگی 0-6 ، روانسازی 0-6 ، اوج لذت جنسی 0-6 ، رضایت 0.8-6 ، درصد 0-6 ، نمرات بالاتر عملکرد بهتر جنسی را نشان می دهد</p>	<p>FSR[86,90]</p>	
<p>چهار چوب زمانی 4 هفته گذشته</p> <p>آلفا کرانباخ <math>&gt;0.82</math></p> <p>درماندگی ناشی از اختلالات جنسی را بررسی میکند.</p> <p>13 پرسش ، مقیاس 5 امتیازی لیکرت ( "0هرگز" تا 4 همیشه )</p> <p>مجموع نمرات 0-52 ، نمرات بالاتر مقدار بالاتر درماندگی جنسی را نشان می دهد</p> <p>قاب زمانی 30 روز گذشته</p> <p>آلفا کرانباخ <math>&gt;0.88</math></p>	<p>FSDS-R[91,99]</p>	

<p>رابطه صمیمی زناشویی</p>	<p>پرسشنامه PAIR(87)</p>	<p>36 پرسش ، مقیاس 5 امتیازی لیکرت ، ( از 0 بسیار مخالف تا 4 بسیار موافق )</p> <p>مقیاس های فرعی ، رابطه هیجانی ، رابطه اجتماعی ، رابطه جنسی ، رابطه هوشی و معنوی ، رابطه تفریحی و سنتی</p> <p>نمره مقیاس فرعی " 0-96 " ، نمرات بالاتر مقدار بالاتر رابطه صمیمی را نشان میدهد</p> <p>قاب زمانی " رابطه اکنون چگونه است "</p> <p>آلفا کرانباخ 0.80-0.70</p>
<p>پیامدهای ثانویه</p>		
<p>تصویر بدن</p>	<p>مقیاس فرعی تصویر بدن</p> <p>QLQ-BR23(92)</p>	<p>4 پرسش ، مقیاس 4 امتیازی لیکرت ، ( 1 ) " اصلاً تا 4 بسیار زیاد "</p> <p>نمره : 0-100 ، نمرات بالاتر سطح بالاتر عملکرد جنسی را نشان می دهد</p> <p>قاب زمانی هفته گذشته</p> <p>آلفا کرانباخ 0.69-0.91</p>
<p>نشانه های یائسگی</p>	<p>FACTHES ESS -</p> <p>18[93]</p>	<p>18 پرسش ، مقیاس 5 امتیازی لیکرت ، ( 0 اصلاً تا 4 بسیار زیاد )</p> <p>دامنه نمرات: 0-72، نمرات بالا حاکی از</p>

<p>نشانه های کمتر یائسگی است . قاب زمانی 7 روز گذشته آلفا کرانباخ = 0.79</p>		
<p>20 پرسش ، مقیاس 9 امتیازی لیکرت ( 0-8 ) مقیاس : سازگاری زناشویی ( M ) ، سازگاری جنسی ( S ) ، سازگاری زندگی عمومی ( GL ) نمرات مقیاس : " S+GL:0-40,M:0-80 80 نمرات بالاتر حاکی از عدم رضایت بیشتر از یک حیطة خاص است . قاب زمانی : دو هفته گذشته آلفا کرانباخ در برابر گروه درمانده نرمال است : M=0.88/0.87,S=0.064/0.82,GL- 0.060/0.068</p>	<p>MMQ[84]</p>	<p>عملکرد زناشویی</p>
<p>14 پرسش ، مقیاس 4 امتیازی لیکرت ، ( 0 تا 3 ) دامنه مقیاس زیر مقیاس افسردگی ( HADS-D ) ، اضطراب ( HADS-A ) مجموع نمرات : 0-42 ، نمرات مقیاس فرعی : 0-21 ، نمرات بالاتر حاکی از درماندگی بیشتر روانی است</p>	<p>HADS[94,95]</p>	<p>درماندگی روانی</p>

<p>آلفا کرانباخ : -HADS-A:0.68 0.93,HADS-D:0.67-0.90</p>		
<p>36 پرسش ، دومقوله ای ، ومقیاس 3-6 امتیازی لیکرت مقیاس فرعی : عملکرد فیزیکی ، محدودیت های نقش ناشی از مشکلات سلامت فیزیکی ، درصد بدن ، عملکرد اجتماعی ، سلامت بهداشت عمومی ، محدودیت های نقش ناشی از مسائل هیجانی ، ادراکات سلامت عمومی ، سرزندگی و نیروی حیاتی</p>	<p>SF-36[96,97]</p>	<p>کیفیت سلامت زندگی</p>
<p>15 پرسش ، مقیاس 6/5 نمره ای لیکرت : ( 0-5 یا 1-5 ) مقیاس های فرعی : عملکرد نغوظ (EF) ، عملکرد اوج جنسی (OF)؛ تمایل جنسی ( SD ) ، رضایت از آمیزش جنسی ( IS ) ، رضایت کلی ( OS ) مجموع نمرات: 5-75 /نمرات مقیاس فرعی : EF1-30,OF0-10,SD2-10 نمرات بالاتر حاکی از سطح بالاتر عملکرد یک حوزه خاص است قاب زمانی : 4 هفته گذشته آلفا کرانباخ 0.73-0.99</p>	<p>IIEF[85]</p>	<p>عملکردجنسی</p>

"نمرات براساس پرسش های وزن شده محاسبه می شوند. 18- FACTHES ESS: ارزیابی عملی درمان سرطان - نشانه های اندکین ، مقیاس فرعی نشانه اندکین :FSDS=مقیاس درماندگی جنسی زنان ،FSFI: شاخص عملیات جنسی زنان ، HADIS: مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی ، IIEF: شاخص جهانی عملیات و کارکرد نفوذ ، MMQ: پرسشنامه زناشویی مودسلی ، پرسشنامه PAIR: ارزیابی شخصی رابطه زناشویی در پرسشنامه ارتباطات ، QLQ-BR23 = پرسشنامه سرطان سینه -EORTC- کیفیت خاص زندگی ، SAQ: پرسشنامه فعالیت جنسی ، SF-36=36 پرسش فرم کوتاه نظر سنجی سلامت

### بحث و استدلال

درصد نسبتاً بالایی از بازمانده گان سرطان سینه مسائل جنسی را در نتیجه بیماری خود و درمان بیماری تجربه میکنند. تحقیقات نشان می دهد که CBT در زمان عرضه درمان رو در رو یک روش موثر درمانی جهت کاهش بد کارکدی جنسی در جمعیت عمومی است . اخیراً توجه زیادی به توسعه مداخله های اینترنتی شده است که عملکرد جنسی را مورد آماج قرار می دهند. البته ، تحیق مداخله های اینترنتی FSD نادر است و اطلاعات اندکی در مورد اثر بخشی CBT اینترنتی که بازمانده های سرطان سینه را مورد آماج قرار می دهد در دست است. ما در آزمایش جدید اثر بخشی CBT اینترنتی را در کاهش مشکلات جنسی و روابط جنسی ، درماندگی روانشناختی ، و نشانه های یائسگی ، و افزایش تصویر بدن ، و عملکرد زناشویی و کیفیت سلامت زندگی بازمانده های سرطان سینه بررسی میکنیم .

این آزمایش دارای نقاط قوت فراوانی چون (1) طرح آزمایش تصادفی (2) ماهیت چند مرکزی آزمایش (3) مقایسه گروه مداخله با گروه لیست انتظار کنترل (4) استفاده از تحلیل های هدف درمان و (5) بررسی های درازمدت پیگیرانه پیامدها در زنان گروه مداخله

این آزمایش نیز دارای نواقص متعددی است. اولاً ، این آزمایش نه تنها جهت مقایسه گروه CBT اینترنتی با گروه کنترل بلکه نیز با گروه رودرو CBT ارزشمند خواهد بود. البته ، تجربه قبلی ما در مورد آرایه فرصت مشارکت در درمان رودرو جنسی به بازمانده های سرطان سینه مشکل ساز بوده است ( رساله دی بلوک جی ، در مورد کلینیک سرپایی مسائل جنسی و مرکز سرطان هلند ) . زنان بسیار کمی تمایل به استفاده از درمان رو در رو دارند زیرا آنها درمان رو در رو را بسیار مقابله ای می دانند. بنابراین ، پیش بینی می کنیم که شمول

درمان رو در رو در آزمایش منجر به اینجاد مشکلات اساسی اجیر و به کارگیری آزمودنی ها در تحقیق می شود. همچنین ، اثبات اهمیت اثر بخشی برنامه CBT اینترنتی را یادآور شدیم . اگر برنامه اثر بخش باشد ، آنگاه مرحله اصلی درمان یک تحقیق موثر تطبیقی با درمان رو در رو می تواند باشد . ثانیاً ، اگر چه به عنوان یکی از شرایط مشارکت در آزمایش ، از زنان خواسته می شود که در هیچ برنامه دیگری که مشکلات جنسی آنها را مورد آماج قرار میدهد، شرکت نکنند، اما احتمال مشارکت برخی از زنان ( به ویژه زنان گروه کنترل ) در تحقیقات دیگر وجود دارد. البته این نوع فعالیت ها را ساختار مند، مناسب و مورد آماج مسائل جنسی به ویژه پس از درمان سرطان سینه به عنوان برنامه CBT خود تصور نمی کنیم . از زنان در هر یک از موارد ، و در هر یک از مراحل ارزیابی خواسته می شود در مورد فعالیت خود که جهت کاهش مشکلات جنسی شان انجام داده اند ، گفتگو کنند. ثالثاً ، فقدان ارزیابی های پیگیرانه T3, T4 در گروه کنترل مانع مقایسه درازمدت بین گروهی پیامدهای تحقیق می شود. همانطور که پیشتر گفته شد ، این تصمیم مبتنی بر مسائل اخلاقی و امکانات عملی است . ما ( و هیئت تحقیقات موسسه ) آن را برای پیشگیری از درمان درازمدت مناسب نمی دانیم، که در صورتی مورد و مهم است که از زنان گروه کنترل خواسته شوود تمام مراحل پرسشنامه را قبل از مشارکت در برنامه CBT اینترنتی پر کنند. همچنین معتقد هستیم ه این دوره طولانی لیست انتظار اثر منفی معناداری بر استخدام در تحقیق دارد.

در نتیجه ، با توجه به نرخ بالا بد کارکردی جنسی در بازمانده های سرطان سینه ، نیاز به درمان های قابل دسترسی و موثر وجود دارد. در صورت اثبات اثر بخشی این مسائل ، CBT اینترنتی میتواند علاوه بر درمان استاندارد ارایه شده به بازمانده های سرطان سینه ارزشمند باشد. این درمان موانع جستجو کمک را کاهش می دهد و منجر به افزایش کیفیت زندگی پس از درمان سرطان سینه می شود.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی