



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر تمرکز عملکرد جنسی را در مقابل کنترل

لیست انتظار در زنان درمان شده سرطان زنان بهبود می بخشد

چکیده مقاله

هدف: هدف این مقاله بررسی مداخله آگاهانه شناخت رفتاری در بد کارکردی جنسی بازمانده های سرطان ژینکولوژیکی در مقایسه با گروه لیست انتظار کنترل است.

روشهای تحقیق: سی و یک نفر از بازمانده های سرطان اندو متریال یا گردن رحم، (میانگین سنی 54.0، دامنه گروه سنی 31-64 سال) که تمایل مهم و درمانده جنسی و یا مسائل انگیختی جنسی خود را گزارش کرده بودند، قبل از ورود به مرحله درمان، به سه جلسه 90 دقیقه ای درمان آگاهانه شناختی یا دوماه به گروه کنترل لیست انتظار ارجاع داده شدند. اندازه های معتبر پاسخ جنسی، درماندگی جنسی و خلق خو و نیز انگیختگی فیزیولوژیکی آزمایشگاهی و انگیختی غیر عینی جنسی قبل، یک ماه قبل از درمان و شش ماه پس از درمان بررسی شدند.

نتایج تحقیق: شرایط لیست انتشار اثر معناداری بر اندازه نداشت. درمان منجر به پیشرفت های مهمی در تمام حیطه های پاسخ جنسی و روند کاهش درماندگی جنسی شد. ادراک انگیختگی ژنیتال (اندام های تناسلی) در طی تماشا فیلم شهوانی نیز پس از مداخله علی رغم تغییر انگیختگی فیزیولوژیکی - اندازه گیری شده افزایش معناداری می یابد.

نتیجه گیری ها: مداخله آگاهانه برای افزایش عملکرد جنسی موثر بود. محدودیت های جغرافیایی فقط امکان انتخاب مشارکت یک نمونه از بازمانده های سرطان را فراهم ساخت، بنابراین، تعمیم پذیری یافته ها کاهش داده شده است. هدف تحقیق های آتی طراحی و توسعه مدالیتته های آنلاین اجرا م درمان به منظور رفع این عیب است.

کلمات کلیدی: آگاهانه، شبه آموزش، بدکارکردی جنسی، سرطان ژینکولوژیکی یا زنان، تمایل جنسی و

انگیختگی جنسی

سرطان و درمان آن صرفنظر از نوع سرطان ، مرحله سرطان ، جنسیت بیمار و سن بیمار سرطانی اثرات زیانباری بر عملکرد جنسی دارد. ، سرطان های ژینکولوژیکی به علت تجربه شرایط ناخوشایند زندگی توسط 100-40 درصد از بیمار ان ، از بین زیر نمونه های سرطان مورد بررسی ، اثر منفی بر عملکرد جنسی دارد . داده های جدید کشور کانادا نشان می دهد که 4700 نمونه جدید از سرطان اندو متریال و 1300 نمونه جدید از سرطان گردن رحم در کشور کانادا وجود خواهد داشت . آمارهای ایالت متحده آمریکا 46،470 نوع جدید سرطان اندومتريال و 12،70 نوع جدید از سرطان گردن رحم نشان می دهند. بهبود روشهای درمان میدانی این سرطان ها بعلاوه افزایش امید به زندگی توجه به مسائل کیفیت زندگی را مثل سلامت جنسی در طی بازماندگی تغییر داده است . متأسفانه ، درمان های معتبر و قابل اطمینانی برای مسائل درماندگی جنسی وجود ندارد ، و بدین ترتیب مشکلات درازمدتی برای زنان و شریک های زندگی (همسران) آنها به وجود می یابد که همین مشکلات با بسیاری از ابعاد رفاه و بهزیستی بین فردی و شخصی آنها تداخل می کند.

از زمان تایید و تصویب سیلد نافیل سیترات برای بدکارکردی جنسی مردان در سال 1998، تحقیق تهاجمی و پرخاشگره ای با هدف تهیه و آزمایش داروی های جنسی برای زنان انجام شده است ، زیرا شیوع مشکلات جنسی در زنان به طور معناداری بیش از مردان است . اگر چه تسترون تمایل پایین درماندگی جنسی قبل و بعد از یائسگی را افزایش می دهد ، اما آزمایش تصادفی و کنترل شده ترانس درمانال تستورن در بازمانده های سرطان سینه فاقد استروژن لیبدو یا میل اندک جنسی را افزایش نمی دهد . بررسی درمان روانشناختی مشکلات جنسی پس از سرطان نتیجه می گیرد که این درمان ها رضایمندی روابط ، از سر گیری فعالیت های جنسی پس از درمان سرطان ، اتساع واژنیال را افزایش معناداری می دهد. البته ، معمول ترین شرایط ناخوشایند جنسی ، تمایل پایین جنسی ، و انگیختگی پذیری ناقص مورد توجه آزمایشات کنترل شده آزمایشی بوده است.

آزمایش منتشر شده قبلی مبتنی بر مداخله روانی آموزشی بوده که مهارت های هوشیارانه میانجی گری را یکپارچه ساخته است . هوشیاری در سنت بودا دارای تاریخچه 3500 ساله است و در سه دهه گذشته د رحوزه سلامت غربی مورد استفاده و پذیرفته شده است . هوشیاری نوعی آگاهی غیر پشیداروی ، حال - لحظه تعریف شده است و از دو مولفه تشکیل شده است : (1) خود گردانی توجه به طوری که به تجارب جاری توجه شود)

2) استفاده از موقعیت های و جهت گیری های آزاد ، قابل توجه و قول برای حال . بررسی تنش هوشیارانه ، برنامه های کاهش انواع عوارض بیماری (مثل درد ، سرطان، بیماری های بهداشت و سلامت ، و اضطراب) دارای اندازه اثر 0.5 هستند. استراتژی های هوشیارانه به علت اثبات این مسئله که استراتژی های هوشیارانه میتواند برای بررسی مشکلات جنسی در زنان مناسب باشند ، این نوع استراتژی اساس و پایه مداخله قدیمی و جدید آزمایش شده را تشکیل میدهد.

روان درمانی ساختارمند سه جلسه ای هوشیارانه تمایل خود سنجی جنسی ، انگیزتی ، اوج لذت جنسی و رضایت از تحقیق آزمایشی زنان مبتلا به سرطان گردن رحم و اندومتریال را افزایش می دهد. روال افزایش توانایی ادراک انگیزتی جنسی اندام تناسلی در پاسخ به محرک شهوانی آزمایشگاهی مشاهده شد . همچنین کاهش معنادار درماندگی جنسی و نشانه های افسردگی مشهود بود. حیطة های انگیزتی جنسی هیجان جنسی روانی و سوزش اندام تناسلی / ضربان ژینتال نیز پس از درمان افزایش معناداری می یابد. به طور کلی ، زنان بسیار از تمرینان خانگی توصیه شده شکایت می کنند (میزان موافقت با تکالیف خانگی بین سه جلسه آموزش 90 تا 82 درصد است) . اگر چه این داده ها مداخله نوید دهنده ای را توضیح می دهد که تمایل و انگیزتی پایین جنسی را مورد آماج قرار می دهد ، اما فقدان گروه کنترل احتمال این پیشرفت ها و افزایش ها را به واسطه وجود عوامل غیر خاص درمانی ، زمان درمان سرطان یا برخی دیگر از متغیرها را به تعویق می اندازد . بعلاوه ، در مورد بهبود و پیشرفت درمان در طی زمان پس از قطع مداخله به درستی اطلاعاتی در دست نیست.

هدف تحقیق حاضر بررسی اثر بخشی مداخله مشابه ساختارمند آگانه نسبت به گروه کنترل و بررسی حفظ یا عدم حفظ پیشرفت ها پس از پروسه پیگری بین زنانی بود که سرطان گردن رحم و آندومتریال آنها قبلاً درمان شده بوده است.

فرض می کنیم که (1) فهرست انتظار اثر معناداری بر پیامد درمان ندارد (2) مداخله اثر معناداری بر پاسخ جنسی ، درماندگی جنسی ، درمان و حوزه های روابط اندازه سرطان - خاص عملکرد جنسی و نشانه های افسردگی دارد ، (2) کاهش معنادار پیشرفت از مرحله پس از درمان تا شش ماه پیگیری

روشهای تحقیق

آزمودنی ها

در صورتی زنان گروه سنی 65-19 سال دارا روابط جنسی و کسانی که سرطان آندو میترال و گردن رحم آنها با باروش برش رحم (با یا بدون پرتو و شیمی درمانی) حدود یک سال قبل برداشته باشد ، واجد شرایط شرکت در این تحقیق هستند که فرد بهبود یافته تصور شوند و حداقل یک سال از درمان سرطان آنها گذشته باشد (جراحی / شیمی و یا پرتو درمانی) . معاینه های پزشکی آزمودنی ها توسط پرستار مجرب تومور شناسی درمان قبلی را تایید میکند. زنان باید نیز درماندگی خود را از میل پایین جنسی ، و انگیختگی پذیری جنسی ناشی از درمان سرطان آنها ، همانطور که در معاینه اولیه تلفنی با هماهنگ کننده تحقیق مشخص شده بود ، گزارش کنند. زنان دروه افسردگی عمده را تجربه می کنند و زنانی که شروع به مصرف داروهای ضد افسردگی کرده یا داروهای ضدافسردگی خود را سه ماه قبل و در زمان تحقیق تغییر داده بودند ، از این تحقیق محروم شدند.

آزمودنی های آینده با ثبت نام بازمانده های سرطان نگهداری شده در مرکز سرطان ما شناسایی شدند. سپس دعوت نامه ها به 589 زنی ارسال شد که تحت جراحی برش رحم به خاطر ابتلا به بیماری سرطان گردن رحم یا آندو میترال قرار گیرند و مجموع 169 پاسخ به دست ما رسید (28.7٪) ، 104 آزمودنی واجدالشرایط شناخته شدند ، و 38 آزمودنی موافقت خود را جهت شرکت در تحقیق اعلام کردند. 34 زن رضایت نامه کتبی خود را تسلیم کردند ، و 31 زن تمام سه جلسه را به اتمام رسانند ، 22 زن در گروه درمان فوری و 9 زن در گروه لیست انتظار کنترل قرار گرفتند. دلایل کاهش مشارکت در تحقیق به ترتیب فراوانی عبارتست: عدم تمایل / توانایی به سفر به مرکز تحقیق ، محدودیت های زمانی ، عدم اطمینان به سنج و ارزیابی انگیختگی جنسی ، مشکلات جنسی . نرخ پاسخ در این تحقیق مشابه سایر آزمایشات مداخله ای بدکارکردی جنسی است .

روش تحقیق

ملاک ثبت نام پس از معاینه تلفنی با هماهنگ کننده تحقیق که اطلاعات کاملی در مورد تحقیق ارایه داده بود ، بررسی شد و رضایت نامه کتبی تهیه شد . نام زنان برای انجام اولین معاینه و ارزیابی که شامل مشارکت در ارزیابی و بررسی انگیختگی جنسی ، معادیه پزشکی با پرستار تومور شناسی (معاینه های پزشکی در صورت محدودیت زمانی توسط تلفن انجام می شدند) ، و تکمیل پرسش نامه خود سنجی می شد. در طی جلسات ، نام آنها به مشارکت در گروه درمان آنی (T1) یا گروه کنترل لیست انتظار (T0) تخصیص داده شد ، و گروه دوم سه بار پس از یا قبل از شروع درمان (T1) دوباره معاینه و بررسی می شدند . تکالیف به صورت تصادفی

ارایه می شد ، مگر زنان به علت اختلافات زمانی قادر به مشارکت در گروه لیست انتظار نباشند. به شرطی فاصله زمانی سه ماه زمان لیست انتظار انتخاب می شود که مداخله بیش از سه ماه اجرا شود. سپس جدول زمانی شرکت زنان در گروه درمان آنی سه جلسه 90 دقیقه ای فردی با یک درمانگر یا روانشناس مسائل جنسی تعیین شد که درمانگر یا روانشناس مسائل جنسی به آموزش و ارایه درمان های لازم به آزمودنی ها می پرداخت . شکل 1 جدول زمانی ارزیابی ها و درمان هر د و گروه را نشان میدهد و جدول 1 محتوا مداخله ها را توضیح می دهد تمام روشها مورد تایید هیئت اخلاقی تحقیقات کلینیکی دانشگاه ما قرار گرفتند.

اندازه ها

19 پرسش شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) ، مقیاس معتبر میل جنسی ، انگیزختگی ، اوج جنسی ، روان کنندگی ، درد و رضایت جنسی برای بررسی نقاط اولیه انتهایی استفاده شدند. FSFI مبتنی بر مقیاس 5 امتیازی لیکرت است و دامنه نمرات بین 2-36 است ، که نمرات پایین تر بد کارکردی بیشتر جنسی را نشان میدهد. مقیاس 12 پرسشی درماندگی جنسی زنان (FSDS) برای اندازه گیری درماندگی جنسی استفاده شد. دامنه نمرات مقیاس بین 0-48 بودند ، که نمرات بالاتر درماندگی بالاتر جنسی را نشان میدادند. ما همچنین زیر مقیاس "اثر درمان" و زیر مقیاس "رابطه" پرسشنامه عملکرد جنسی (SFQ) را که مقیاس معتبر اندازه گیری عملکرد جنسی بازمانده های سرطان است را استفاده کردیم . دامنه نمرات زیر مقیاس "اثر درمان" بین 5-0.2 است که نمرات بالاتر اثر بیشتر درمان را نشان می دهد ، و دامنه نمرات زیر مقیاس "رابطه" بین 5-0 است که نمرات بالاتر عملکرد پایین تر رابطه جنسی را نشان میدهد. تغییر نشانه های افسرده ساز با پرسشنامه افسردگی بک بررسی شدند، پرسشنامه معتبر خود سنجی متشکل 12 پرسش جهت بررسی شدت نشانه های افسرده ساز طراحی شد. BDI با مقیاس چهار امتیازی لیکریت درجه بندی می شود که دامنه نمرات آن بین 0-63 است و بالاترین نمره افزایش شدت افسردگی را نشان می دهد. نمره ≥ 15 افسردگی احتمالی یا محتمل را نشان می دهد. علاوه، پرسشنامه محقق ساز بررسی کننده جمعیت نگاری های آزمودنی و متغیرهای سرطان فقط در خط مبنا اجرا شدند.

سنجش انگیزختگی جنسی

پاسخ جنسی ژینتال (اندام جنسی) با فوتو پلیتسموگراف ، میله آکرلیکی تامپیون شکلی سنجیده شد که دامنه تپ و پالش واژینال (VPA) را اندازه گیری میکند و چنین تصور می شود که این میله تغییرات لحظه به لحظه احتقان عروق خونی را در مویرگ های واژینال نشان می دهد. به محض درج و فرو میله ، به زنان ویدیو خط مبنا توضیح دهنده کلمه " شل و سست شدگی " توام با فیلم 5 دقیقه ای صوتی و بصری خنثی نشان داده می شود (مستندی در مورد هاوایی) و یک فیلم ده دقیقه ای شهوانی (یک فیلم " زن دوستانه " که زوج جنس مخالف مشغول بوسیدن ، معاشقه و آمیزش جنسی است) به زنان نمایش داده می شود. انگیختگی غیر عینی جنسی (مثل احساس انگیختگی جنسی) و ادراک انگیختگی اندام تناسلی (مثل گرما در ژینتال ، تری یا نرم شدگی در اندام تناسلی ، تپ تپ شدگی و لرزش اندام تناسلی) بلافاصله قبل و پس از قرار توالی لایه با استفاده از مقیاس لایه ای ، پرسشنامه 34 پرسشی خود سنجی بررسی شد که انگیختگی خودکار ، ادراک نگیختگی اندام تناسلی ، مجموع انگلیختگی غیر عینی ، اضطراب اثر منفی ، اثر مثبت و انگیختگی روانی جنسی را اندازه گیری میکند ، دامنه نمرات مقیاس فیلم با مقیاس 1-7 امتیازی لیکرت درجه بندی شد که نمرات بالاتر پاسخ و اکنش بیشتر به فیلم را نشان میدهند.

VPA با میله ضد عفونی شده واژینال شرکت تکنولوژی رفتاری اندازه گیری می شود و سیگنال های میله جمع آوری می شوند و با استفاده از مدل واحد ضبط داده های MP150WSW (شرکت سیستم های BIOPAC) (از آنالوگ به دیجیتال) تبدیل می شوند و با استفاده از برنامه نرم افزاری AcqKnowledge III, Version 3.8.1 نصب شده روی کامپیوتر HP Pentium M Laptop منتقل می شود. سیگنال با نرخ نمونه گیری 200 نمونه / ثانیه از نوع صافی نوار تطبیقی (0.5-30 هرتز) بود و دستیار آموزش دیده تحقیقی هموار سازی مصنوعی سیگنال را پس از کنترل دیداری داده های سیگنال که 50 درصد بیش از موج پالس قبلی افزایش داشتند ، اجرا کرد.

شکل 1: جریان آزمودنی ها در سرتاسر روشهای تحقیق

جدول 1: محتوا برنامه مبتنی بر هشیاری که مشکلات جنسی زنان مبتلا به سرطان گردن رحم و آندومتریال مورد آماج قرار می دهد

معرفی چالش شناختی باورهای جنسی ناسازگارانه آموزش شیوع بد کارکردی جنسی پس از بیماری سرطان معرفی تصویر بدن و تمرینات ذهنی	
بررسی تکالیف خانه چالش شناختی با گزارش فکری روش ذهنی در جلسه آموزش ارتباط بین هشیاری ، تصویر بدن و امور جنسی آموزش تکنیک های افزایش انگیزتگی	جلسه 2
آموزش تداعی بین ارتباطات ، هشیاری ، و امور جنسی آموزش سلامت و بهداشت کف لگن تکنیک های حس کانون جنس درمانی یکپارچه سازی آگاهی در تمرینات جنسی	جلسه 3

تحلیل داده ها

از مقدار پایستار $p = 0.0045$ (از تحلیل آلفا 0.05 تقسیم بر 11) با فرض تعداد نقاط انتهایی بررسی شده استفاده شد. مقدار پایستار $p = 0.05$ به منظور اندازه گیری آزمایشگاهی انگیزتگی روانی و غیر عینی جنسی استفاده شد . ما به منظور آزمایش فرضیه عدم وجود اثر معنادار لیست انتظار بر متغیرها ، اقدام به محاسبه اختلاف دوتایی بین مقادیر مشاهده شده آزمودنی های لیست انتظار در زمان 0 (اولین لیست انتظار) و زمان 1 (پیش درمان فوری کردیم) ، سپس ، احتمال ناصفری میانگین را آزمایش کردیم . به منظور بررسی هماهنگی بین ادراکات انگیزتگی اندام تناسلی و انگیزتگی روانی جنسی و به علت تخطی از فرضیه های مورد نیاز همسبستگی پیرسون ، ضریب ناپارمترهای همبستگی رتبه ای اسپیرمن را در پروسه پیش و پس درمان محاسبه کردیم . فقط داده های موجود در تحلیل ها استفاده شدند (مقدار از فلم افتاده استفاده نشدند) .

نتایج تحقیق

54.0 میانگین سنی 31 آزمودنی (انحراف استاندارد 8.23 ، دامنه سنی 31-54 سال) بود و زنان دارای سرطان گردن رحم به طور معناداری جوانتر از زنان دارای سرطان آندو میتریال بودند (به ترتیب 43.6 سال در برابر 56.7

سال) ، $t(28)=-5.18, p<.001$. میانگین طول رابطه براساس خود سنجی ها 22.1 سال (انحراف استاندارد 13.49) بود. تمام زنان در درمان سرطان ژیکلوژیکی خود محتمل برش رحم شده اند و 27 زن (67٪) لوله رحمی و تخمدان دو طرف خود را برداشته اند. 4.0 انحراف استاندارد ، 3.99، دامنه سنی 22=0.6) میانگین تعداد سالها از زمان انجام جراحی سرطان است و اختلاف معناداری بین متغیر جمعیت نگاری گروه آنی و لیست انتظار وجود نداشت و از این رو مشخصات درمانی و جمعیت نگاری کل گروه در جدول 2 نشان داده می شود.

جدول 2: مشخصات جمعیت نگاری نمونه (N=31)

متغیر	N(%)
نژاد	
سفید پوست	29(93.5)
آسیا شرقی	2(6.5)
وضعیت رابطه	
متاهل / ازدواج غیر رسمی	25(80.7)
دوست	1(3.2)
مجرد	5(16.1)
نوع سرطان و درمان	
برش رحم	9(29)
ریشه یابی	20(64.5)
شکمی	2(6.5)
ساده	27(87.1)
BSO	14(45.2)
پرتو درمانی	7(22.5)
باریکه خارجی	2(6.5)
اشعه یونیزان درمانی هلال واژینال	5(16.1)
	4(12.9)
	8(25.8)

2(25.0)	شیمی درمان
1(12.5)	سرطان گردن رحم
20(64.5)	اشعه درمانی
9(45.0)	سرطان اندو میتریال
3(15.0)	اشعه درمانی
3(9.7)	شیمی درمانی
3(100)	هر دو
0(0)	اشعه درمانی
	شیمی درمانی
	بالاترین سطح تحصیلات
5(16.1)	دبیرستان
9(29.0)	کالج - دیپلم
13(41.8)	مدرک دانشگاهی
4(12.9)	مدرک کارشناسی ارشد
7(22.6)	اخیراً هورمون درمانی را دریافت کرده است

45,2% از زنان در معاینه تلفنی کاهش تمایل جنسی خود را اولین مشکل خود معرفی کردند، 9.7% از زنان برانگیختگی ناکافی اندام جنسی خود را اولین و مهمترین مشکل خود اعلام کردند و 45.2% دیگر از مشکلات تمایل و برانگیختگی پذیری جنسی احساس درماندگی می کردند. میانگین مجموع نمرات FSFI گروه لیست انتظار 15.85 (انحراف استاندارد 1.06) و گروه درمان آنی 18.84 (انحراف استاندارد 6.98) بود و این مقادیر زیر برش کلینیکی (26.55) بود که زنان را دارای مشکلات و فاقد مشکلات جنسی را شناسایی می کرد. نمرات

FSDS گروه لیست انتظار 23.0 (انحراف استاندارد 11.64) و گروه درمان آنی 23.27 (انحراف استاندارد 10.18) و نمرات BDI گروه کنترل لیست انتظار 11.22 (انحراف استاندارد 11.31) (گروه درمان آنی 10.22) (انحراف استاندارد 6.07) بود و برابر با حداقل مقدار و سطح نشانه های افسرده ساز بود.

میانگین نمرات اثر درمان گروه لیست انتظار SFQ در خط مبنا 3.41 (انحراف استاندارد 0.61) و گروه درمان آنی 3.26 (انحراف استاندارد 1.25) بود و به طور معنادار کمتر از سطح نمونه مختلف بازمانده ها بو، و این سطح اندک اثر بیشتر سرطان را بر نشانه های جنسی و تداخل بیشتر آن را با عملکرد روابط جنسی نشان می دهد.

با یافتن تفاوت انگیختگی درک شده ژنیتال زنان دریافت کننده هورمون درمانی از زنان عدم دریافت کننده درمان های هورمونی در آزمایش اولیه مداخله ای، آزمودنی های دریافت کننده هورمون درمانی را با زنان عدم دریافت کننده هورمون درمانی با ملاک خط مبنا پاسخ جنسی مقایسه کردیم. نمرات خط مبنا روان سازی FSRI (میانگین 5.0 و انحراف استاندارد 1.25) (زنان دریافت کننده هورمون درمانی به طور معناداری بالاتر از زنانی بود که تحت این نوع درمان قرار نگرفته بودند) میانگین 2.4 و انحراف استاندارد 1.55). این دو گروه در اندازه های دیگر تفاوتی نداشتند.

اثر گروه کنترل لیست انتظار (فرضیه 1)

شرایط لیست انتظار (T0-T1) اثر معناداری بر زیر مقیاس های SFQ,FSDS,FSFI یا BDI، نداشت و مقادیر P های همه آنها بزرگتر از 0045 بود.

اثرات مداخله از پیش تا پس از درمان (فرضیه 2)

پیشرفت ها و افزایش های معناداری در حوضه تمایل جنسی (p=-.00011)، انگیختگی (p=0.00009)، لذت جنسی (p=0.00016)، رضایتمندی (P=0.00045) FSFI و مجموع نمرات FSFI (p=-.000304) وجود نداشت و تغییرات معناداری در حوضه درد FSFI مشاهده شد و همچنین تمایل جنسی نیز طی درمان (p=,00077) کاهش معناداری یافت. افزایش و بهبود حوضه روابط SFQ و نمرات اثر درمان و کاهش نمرات با درمان معنادار نبود (جدول 3). دوگروه در این حیطة ها تفاوت معناداری نداشتند.

اثر مداخله در شش ماه پیگیری (فرضیه 3)

پیشرفت تمایل جنسی ، انگیزتگی و روان سازی ، اوج جنسی ، رضایت ، درد در حوزه و حیطة FSFI و مجموع نمرات FSFI از مرحله پس درمان آنی تا شش ماه پیگیری تغییر معناداری نیافتند. تغییرات معناداری در نمرات روابط SFQ یا حوزه های اثر درمان یا BDI از پس تا شش ماه پیگیری (جدول 3) مشاهده نشد. اختلاف معناداری بین دو گروه در هیچیک از حیطة ها مشاهده نشد.

اثر مداخله بر انگیزتگی رونی و غیر عینی جنسی

فیلم در افزایش انگیزتگی فیزیولوژیکی جنسی در پس درمان گروه لیست انتظار ($p=0.038$) و نه در گروه درمان آنی ($p>0.05$) موثر بود. افزایش درصدی VPA به صورت میانگین شهوت منها میانگین خنثی تقسیم بر میانگین خنثی محاسبه شد) از T1 به T2 معنادار نبود ، ($T1:77\%$ افزایش و $T2:85.9\%$ افزایش ، $P>0.05$).

انگیزتگی غیر عینی جنسی آزمایشگاهی درپیش درمان گروه لیست انتظار ($p=.014$) گروه درمان آنی ($p<0.001$) نسبت به فیلم شهوانی معنا دار بود. اثرات مشابه معنا دار در زمینه ادراک انگیزتگی ژینتال گروه لیست انتظار ($p=0.038$) و گروه درمان آنی ($p<0.001$) مشاهده شد. مداخله منجر به افزایش ادراک انگیزتگی ژینتال ($p=0.027$) از حالت فیلم خنثی به شهوانی شد و اثری بر انگیزتگی غیر عینی جنسی ($P>0.05$) (شکل 2) نداشت.

سپس از ضریب همبستگی رتبه ای اسپیرمن جهت بررسی ارتباطات بین تغییرات ادراک انگیزتگی اندام تناسلی و تغییر VPA از مرحله پس مداخله استفاده کردیم و روند افزایش معنادار را در هماهنگی بین این اندازه ها پیدا کردیم ، $r=.0355, p=.05$

بحث و استدلال

31 بازمانده سرطان اندو میتریال در سه جلسه رفتار شناخت درمانی آگاهانه انگیزتگی یا تمایل پایین جنسی شرکت کردند. این مداخله منجر به افزایش و پیشرفت معنادار اکثر حیطة های عملکرد جنسی (تمایل ، انگیزتگی ، روان سازی ، لذت جنسی ، رضایت) و به طور کلی عملکرد جنسی و درماندگی جنسی شد. زمانی این پیشرفت ها پس از شش ماه مراجعه زنان برای معاینه همچنان ادامه داشتند و این نشان می دهد که تغییرات ایجاد شده توسط این مداخله باوری دوام پذیر و پایدار است . اگر چه انگیزتگی فیزیولوژیکی جنسی (مثل دامنه

پالس واژینال) در محیط آزمایشگاهی پس از درمان تغییر معناداری نداشت، اما ادراک زنان نسبت به انگیختگی ژینتال خود افزایش معناداری یافت، به طوری که احتمال مشاهده نشانه های روانسازی و تپ ژینتال در زمان قرار گیری در معرض محرک شهوانی نسبت به قبل از درمان افزایش معناداری یافت. بدین ترتیب، ادراک انگیختگی جنسی برخلاف انگیختگی واقعی فیزیولوژیکی افزایش معناداری یافت و این مسئله از نظر بسیاری از تحقیقات ناهماهنگی و ناموزونی انگیختگی خود سنجی جنسی زنان را با پاسخ فیزیولوژیکی ژینتال آنها به محرک شهوانی ثابت کرده بودند، شگفت انگیز نبود. هدف اولیه تحقیق ما در استفاده از اندازه فیزیولوژیکی انگیختگی جنسی بررسی حد و اندازه ای بود که مداخله ما که تاکید بر توجه به احساسات فیزیکی بیمار داشته است، توانای زنان را در ادراک نشانه های انگیختگی افزایش معناداری داده است. افزایش ادراک زنان نسبت به انگیختگی ژینتال افزایش کانون توجه را در نتیجه مستقیم آموزش مهارت های آگاهانه در درمان نشان می دهد که نیز مسئول تغییر انگیختگی جنسی است.

افزایش ادراکات انگیختگی جنسی علی رغم عدم تغییر بارز در پاسخ حقیقی ژینتال نشان می دهد که مکانیسم های دخیل در اثرات آگاهی شامل تغییرات شناختی / هیجانی، و نه تغییرات مستقیم فیزیولوژیکی میشود. این ادعا که انگیختگی جنسی زنان و ادراک انگیختگی ژینتال زنان میتواند با دستکاری افزایش یابد که توجه گزینشی را به بدن تحریک می کند، این نظریه را تایید میکند. هماهنگی بین انگیختگی حقیقی ژینتال و انگیختگی ادراک شده ژینتال از خط مبنا ($r=0.355$) به پس درمان ($p=0.05$) افزایش می یابد که یکپارچه سازی تجارب انگیختگی غیر عینی و ژینتال را در طی درمان نشان می دهد. این نظریه نیز یک مکانیسم را تایید می کند که به موجب آن سودمندی آگاهی برای این نمونه - یعنی با آموزش توجه به واکنش های بدن در حال - لحظه به زنان، و نه به شیوه پیشداوری، تفسیر و توضیح داده میشود.

تغییرات مهمی در اندازه پاسخ جنسی یا درماندگی جنسی ر طی 6 ماه دوره لیست انتظار حاصل نشد. البته تعجب آور نیست که زنانی که جراحی ژینکولوژیکی خود را چهار سال قبل انجام داده اند، افزایش نشانه های جنسی را در اولین سال پس از درمان مشاهده میکنند، اما پس از آن تغییرات ثابت باقی می ماند. متأسفانه، گروه کنترل لیست انتظار امکان کنترل عوامل غیر خاص درمانی کمک کننده به بهبودی مثل آموزش، افزایش توجه به بهداشت جنسی و حس طبیعی شدن و نیز قدرت زنان کسب شده از تجارب آنها پس از معتبر شناختن

مشکلاتشان فراهم نساخت . آزمایش بعدی به علت اثرات قوی شبه دارو در تحقیقات عملکرد جنسی زنان ، باید این مداخله را با گروه کنترل فقط آموزش مقایسه کند.

جدول 3: اثرات درمان بر پاسخ جنسی (شاخص عملکرد جنسی زنان FSFI) ، درماندگی جنسی (مقیاس درماندگی جنسی زنان FSFI) ، پرسشنامه عملکرد جنسی (SFQ) ، اثر درمانی ، و حوزه های روابط ، افسردگی (پرسشنامه افسردگی بک ، BDI= (n=31))

شرایط لیست انتظار (n=9)	پیش درمان (n=31)	پیش درمان آنی (n=31)	پیگیری (n=31)	
میانگین SD	میانگین SD	میانگین SD	میانگین SD	
1.87 0.62	2.94***1.41	1.82 0.92	2.75 1.25	تمایل FSFI
2.52 1.28	4.47***1.35	3.00 1.10	4.00 1.36	انگیختگی FSFI
1.98 0.89	4.42***1.16	2.70 1.64	3.6 1.59	روانسازی FSFI
1.68 0.52	4.40***1.45	3.38 1.65	4.46 1.51	لذت جنسی FSFI
3.04 0.88	4.07***1.48	2.91 1.18	3.51 1.43	رضایت FSFI
2.80 1.06	4.89 1.61	3.78 1.96	4.18 1.91	درد FSFI
15.83 1.07	26.13*** 5.01	18.36 6.57	24.18 5.66	مجموع نمرات FSFI
25.44 10.26	14.71 10.74	23.19 10.42	17.13 11.68	FSDS
3.41 0.61	2.75 0.96	3.15 0.72	2.67 0.86	اثر درمانی SFQ
2.28 1.13	3.68 3.35	2.56 1.27	2.99 1.33	روابط SFQ
13.89 9.20	8.32 6.92	10.52 7.75	8.32 6.50	BDI

توجه : شاخص بالاتر عملکرد جنسی زنان (FSFI) ، نمرات مقایسه فرعی FSFI عملکرد جنسی بهتری را نشان میدهد . نمرات مقیاس درماندگی جنسی زنان (FSFI) درماندگی بیشتر جنسی را نشان می دهد. نمرات

پرسشنامه افسردگی بک (BDI) نشانه های افسرده ساز بیشتری را نشان می دهد. نمرات بالاتر SFQ رضایت بیشتر از روابط و اثر بیشتر درمان را نشان میدهد. $P < .001$ اختلاف بین پیش و پس درمان آنی شکل 2: اثرات مداخله بر ادراک انگیزختگی ژینتال و انگیزختگی غیر عینی جنسی در طی مشاهده فیلم شهوانی د ر آزمایشگاه. داده ها میانگین اختلاف (شرایط فیلم شهوانی منها روانی) و خطا استاندارد میانگین را نشان میدهند. دامنه مقادیر احتمالی: 1-7 با نمرات بالاتر پاسخ بالاتر جنسی را نشان می دهد. شرح علایم و اختصارات: میله های تیره رنگ مقایدر پس درمان. میله های خاکستری رنگ مقادیر پس درمان را نشان می دهد

از نظر ما این اولین گزارش منشر شده در مورد مداخله آگاهانه مشکلات جنسی گروه کنترل است. تحقیقات قبلی کنترل شده ثابت کردند که درمان آگاهانه در زمان اجرا فردی یا گروهی حیطة های مختلف عملکرد جنسی را نسبت به خط مبنا افزایش معناداری می دهد. اگرچه، شناخت درمانی آگاهانه و کاهش آگاهانه استرس در بسیاری از آزمایشات تصادفی بررسی شده است و اثر بخشی آن بر مشکلات درد مزمن، افسردگی، اضطراب، رفتار کودک، درماتوز راجعه ارثی و مزمن ثابت شده است، اما فقط به تازگی این روش در متن مشکلات جنسی بررسی شده است. مشلات جنسی با تمایل به تخریب مشکلات جنسی فرد، توجه فراوان به بد کارکدی و افکار پیشداورانه یا منفی دیگر در مورد تجربه جنسی ارتباط دارد، بنابراین مداخله آگاهانه مناسب بررسی این مشکلات با هدف کاهش مداوم و درازمدت دلبستگی های عادت و تکثیر ذهنی و روانی به نظر می رسد. در نمونه بازمانده های سرطان که خطرات خود هویتی، واکنش های شریک جنسی خود، تغییرات تصویر بدن، ترس از عود بیماری و خود پنداره جنسی در آنها با عوامل موثر پزشکی بر عملکرد جنسی تعامل پیدا میکند، زنان را وادشته تا تصور کنند که ظرفیت انگیزختگی جنسی آنها خاموش شده است. و تکینک های آگاهانه نقش مهمی را ایفا میکنند. شایان ذکر است که اکثر برنامه های مرسوم آگاهانه از فرمت 8 جلسه در هفته استفاده میکنند و مداخله ما شامل فرمت های ماهانه توام با روش تکلیف جلسه در خانه می شود. بنابراین ممکن است که برنامه مرسوم تر آگاهانه منجر به ایجاد اثر بخشی بیشتر در نمونه جاری شود. زیرا روشهای آگاهانه در انواع مراکز پزشکی (بسیاری از مراکز درمان سرطان برنامه آگاهانه کاهش استرس را به بازمانده ها ارائه می دهند) استفاده شده اند و مداخله جاری می تواند به آسانی در زمان درمان پیگیرانه که یک پرستار تومور شناسی یا کارشناس

حرفه ای با بیماران یکسان با یا بدون مولفه پیوسته کار میکنند ، برای استفاده در مراکز درمان سرطان استفاده شود.

اگر چه زنان مبتلا به سرطان گردنه رحم جوانتر از زنان مبتلا به سرطان اندو میتریال بودند، اما این دو گروه از بازمانده ها از نظر پیامدهای پس از درمان (داده ها نشان داده نشده است) اختلافی با یکدیگر نداشتند . بعلاوه، نوع سرطان ، استفاده از هورمون درمانی ، و درمان با شیمی درمانی یا پرتو درمانی سطح پیش درمان تمایل جنسی ، انگیزتگی یا درماندگی جنسی (داده ها نمایش داده نشده است) را پیش بینی نکردند. البته ، سطوح و میزان خط مبنا روانسازی کاربران هورمون بیش از عدم مصرف کننده های هورمون بود. این یافته با توجه به آزمایش قبلی که ثابت کرد بازمانده های استفاده کننده از هورمون درمانی از شبه آموزش جنسی مانند بازمانده های بدون هورمون درمانی فایده می برند. متأسفانه، قدرت ناکافی امکان مقایسه آماری گروه های را براساس درمان قبلی پرتو درمانی فراهم نداشت . این موضوع که اشعه درمانی معمولاً ارتباط با بیماری های مهم جنسی دارد یکی از موضوعات مهم تحقیق در آینده است . زیرا بخش مهمی از اولین جلسه درمان از زنان می خواهد کمک کننده های متغیر بیو روانی اجتماعی به نشانه های جنسی جاری وی بررسی کند ، به طور اجتناب ناپذیری ، اکثر زنان که مشکلات خود را به سرطان و یا درمان آن نسبت می دهند در انتها قادر به تشخیص میزبان کمک کننده های مختلف احتمالی هستند. این یافته امید زنان را پس از سرطان به تشخیص متغیرهای زندگی تحت کنترل خود که میتوانند آنها را علی رغم متغیرهای سرطان که تحت کنترل آنها نیست ، تغییر دهند ، افزایش می دهد.

مداخله اثر معناداری بر خلق و خو نداشت. البته این عجیب نیست زیرا در زنان در خط مبنا دارای حداقل سطوح نشانه های افسرده ساز بودند ، و از این رو " اثر کف " مانع کشف پیشرفت حقیقی نشانه های خلق و خو می شود.

اگر چه مداخله صریحاً ، خلق و خوی افسرده را مورد آماج قرار نداد ، اما تحقیق اولیه آزمایشی ما افزایش معنادار خلق و خو را پس از درمان ثابت کرد. بعلاوه، بیشتر ثابت کردیم که زنان دارای نشانه های بیشتر افسردگی در خط مبنا افزایش معنادار ادراک احساس خوشایند ژینتال را تجربه میکنند، در حالی که این افزایش بین زنان دارای نشانه های کمتر افسرده در خط مبنا مشاهده نشد. تحقیقات آینده باید به دقت نقش افسردگی را در میانجی گری و تعدیل روابط بین عملکرد جنسی و سرطان بررسی کند.

نمونه بسیار گزینشی زنان شرکت کننده در تحقیق و اینکه این تحقیق نمی تواند معرف نمونه بزرگتر بازمانده های سرطان ژینوکلوژیکی دارای مشکلات جنسی باشد از جمله نواقص این تحقیق است . نرخ پاسخ به نامه های اولیه ما فقط 28.7٪ بود ، و مسافت جغرافیای و سنگینی و بار جلسات مختلف آزمایشی دلایل اولیه عدم مشارکت در این تحقیق بود. البته تعهدات کم طاقت فرسا زمانی نرخ پاسخ ما را می تواند افزایش دهد. شواهد و ادله های قوی ثابت میکنند که مداخله های پیوسته (آنلاین) برای بررسی کیفیت مسائل زندگی بازمانده های سرطان موثر هستند و عملی هستند و شواهد و ادله های اولیه نشان می دهند که این مداخله های برای مورد آماج قرار دادن زنان مبتلا به درماندگی جنسی سودمند است. اجرا مداخله ، که دست نویس شده اند و در اختیار کارشناسان به فرمت پیوسته قرار گرفته اند ، عدم نیاز بازمانده ها را به جستجو خدمات کارشناس بهداشت فردی جنسی تضمین خواهد کرد. تحقیقات آتی مداخله آگاهانه را در زمان اجر به صورت آنلاین و پیوسته باید بررسی کند.

اگر چه ، زنان در محیط مصنوعی آزمایشگاه آزمایش شدند ، اما VPA عامل عالی پاسخ ژینتال در زنان موجود در شرایط بهینه است زیرا محرک قوی قوی شهوانی در این شرایط به آنها ارایه می شود، اختلال عملکرد و روابط در این شرایط وجود ندارد ، و این عامل روش نسبتاً متمایز اندازه گیری پاسخ خودکار ژینتال را ارایه میدهد. البته ، از آنجایی که به زنان آموزش داده شده بود که ثابت در جای خود باقی بمانند (جلوگیری از حرکت مصنوعات) ، این ساختگی بودن محیط آزمایشگاهی را برای آزمودنی ها بدیهی تر ساخته بود.

یافته های ما نشان می دهند که مداخله سه جلسه ای آگاهانه عملکرد جنسی را افزایش معناداری می دهد و درماندگی جنسی بین زنان دارای تاریخچه سرطان اندو میتریال یا گردن رحم و بدکارکردی جنسی را کاهش می دهد . هدف تحقیق های آینده آموزش اجرای برنامه به کارمندان جهت تسهیل اشاعه و استفاده از برنامه است . بعلاوه، توسعه نسخه آنلاین و پیوسته این برنامه دسترسی به آن را برای زنان ساکن در مناطق دور افتاده جغرافیایی افزایش معناداری خواهد داد.



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