



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی و ایمنی هیجانی در مردان دارای بیماری قلبی عروقی

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

مجید امیری^{id}

حسن خوش اخلاق^{id*}

پریناز سادات سجادیان^{id}

حسن رضایی جمالویی^{id}

دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵ | پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۳ | ایمیل نویسنده مسئول: hkhoshakhlagh@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۴ | پیاپی ۱۸ | ۵۲۰-۵۳۵
پاییز ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی و ایمنی هیجانی در افراد دارای بیماری قلبی عروقی بود. **روش پژوهش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش بیماران قلبی عروقی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بود که تعداد ۳۴ نفر از بیماران با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۷ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه عملکرد جنسی مردان روزن (۲۰۰۴) و پرسشنامه ایمنی هیجانی بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یکبار در هفته اجرا و گروه کنترل در انتظار درمان قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده روش آماری تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرنی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر مولفه‌های عملکرد جنسی و ایمنی هیجانی در بیماران قلبی عروقی بود ($P < 0/001$). همچنین نتایج نشان داد در مرحله پیگیری نیز این تاثیرات پایداری خود را حفظ کرده بود ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** بنابراین از هر دو مداخله می‌توان جهت بهبود مولفه‌های عملکرد جنسی و ایمنی هیجانی بیماران قلبی عروقی و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، عملکرد جنسی، هیجان، بیماری قلبی عروقی.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(امیری و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

امیری، مجید، خوش اخلاق، حسن، سجادیان، پریناز، و رضایی جمالویی، حسن. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی و ایمنی هیجانی در مردان دارای بیماری قلبی عروقی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۴)، ۵۲۰-۵۳۵.

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی علت اول مرگ و ناتوانی در ایران می‌باشد و اعمال جراحی قلب در حدود ۶۰ درصد اعمال جراحی انجام شده در کشور را شامل می‌شوند (پورقانع، امیری نژاد و رضوی طوسی، ۱۴۰۰). جراحی قلب، حادثه مهمی در زندگی افراد است. جراحی باعث اختلال در زندگی اقتصادی، حرفه‌ای و فردی بیماران شده و عملکرد جسمانی، جنسی، روانشناختی و در نهایت کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهد (مونز و همکاران، ۲۰۱۷). بیماری‌های قلبی عروقی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت، عملکرد و چگونگی رضایت جنسی افراد در نظر گرفته می‌شود. این گروه از بیماری‌ها یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و علت مرگ بزرگسالان در سراسر دنیا است و شیوع این بیماری با گذشت هر دهه از عمر دوبرابر می‌شود (پورقانع و همکاران ۱۴۰۰). اختلال عملکرد و کاهش فعالیت جنسی در بیماران قلبی شایع است و بر کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد و می‌تواند با بروز اختلالات روان‌شناختی همراه گردد و در نهایت، کاهش امید به زندگی را برای بیماران حاصل خواهد کرد (بیرت و همکاران، ۲۰۱۹). در این میان، یکی از عمده‌ترین مشکلات جنسی بیماران قلبی، کاهش یا فقدان میل جنسی گزارش شده که از جمله علل آن، اضطراب از وقوع مرگ ناگهانی در طول فعالیت جنسی، تفسیر غلط علائم طبیعی تحریک جنسی مانند افزایش ضربان قلب و تنفس به عنوان علائم قلبی و افسردگی بعد از حمله قلبی است که در نهایت، موجب نارضایتی جنسی، به خطر افتادن سلامت روان و در نتیجه از هم پاشیدگی خانواده می‌شود و همچنین، یکی از عوامل مرتبط با بستری مجدد این بیماران نیز، فعالیت جنسی نامناسب بعد از سکت قلبی است (استپتو، جکسون و واردل، ۲۰۱۶).

از دیگر مسائل شایع در مردان دارای بیماران قلبی، ناتوانی جنسی یا ناتوانی در نعوظ می‌باشد که عواملی مانند سن، استفاده از داروهای قلبی، وجود عوامل خطر پیدایش بیماری قلبی مانند فعالیت جسمانی ناکافی، چربی بالا، دیابت، چاقی، فشار خون بالا و استعمال سیگار و مشکلات روانشناختی مانند استرس، اضطراب و افسردگی در شیوع آن در این جمعیت موثرند (سالونایا، کاپوگراسو، کلمنتی، کاستاگنا، دامایانو و همکاران، ۲۰۱۳). در بین اجزاء متنوع کیفیت زندگی، رضایت از زندگی زناشویی و عملکرد جنسی اهمیت خاص دارد، اما در مطالعات و مداخلات پزشکی کمتر مورد توجه قرار داده شده است. شیوع ناتوانی نعوظ در مردان دارای تصلب شرایین قلب در حدود ۴۶ درصد گزارش شده است (جکسون، ۲۰۱۷). با توجه به تاثیرات مثبت درمان اختلالات در عملکرد جنسی و ناتوانی جنسی در افزایش کیفیت زندگی بیماران، تشخیص زودرس و درمان به موقع این عارضه باید از اولویتهای سیستم بهداشتی درمانی قرار گیرد (باکون، میتلمن، کاواچی، گیووانوسی، گلاسر همکاران، ۲۰۰۶). اضطراب یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین واکنش‌های روانی به بیماری قلبی و عروقی می‌باشد (آذری‌فر و همکاران، ۱۳۹۱). بیماران قلبی و عروقی به علت عدم آگاهی از روند درمان و بهبودی، تغییرات پیش آمده در نحوه زندگی، بستری شدن در بیمارستان و لزوم رعایت محدودیت‌هایی در سبک زندگی مستعد اضطراب می‌باشند لذا از امنیت روانی لازم برخوردار نیستند (پنگ و همکاران، ۲۰۱۹). از آنجایی که اضطراب یک احساس ناخوشایند تشویش یا فشار است که در حیطه‌های مختلف زندگی انسان وجود دارد و عاملی بازدارنده، مخرب و کاهنده مقاومت بیماران در برابر روند درمانی است، پیامدهای جدی ناشی از بیماری را افزایش می‌دهد. لذا فعالیت‌های روانی و فیزیولوژیکی بدن از قبیل ضربان قلب؛ تعداد تنفس و فشار خون را بالا می‌برد که این

موارد برای بیماران قلبی، بویژه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بسیار مضر می‌باشند و می‌تواند بر فرایندهای سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و میزان خودمراقبتی بیمار اثر گذار باشد (سوک، شریفی، تقریبی و نعمتیان، ۱۳۹۹). با توجه به موارد ذکر شده، این بیماران در انجام خودمراقبتی با موانعی مواجه هستند و تعجب آور نیست که خودمراقبتی ضعیف می‌تواند منجر به بستری مکرر و کیفیت زندگی اندک آن‌ها گردد (کارلسون، ریگل و موزر، ۲۰۱۱). در نتیجه، یکی از بخش‌های مهم برنامه‌های کنترل بیماری‌های قلبی و کاهش مشکلات روانشناختی این بیماران آموزش و استفاده از مداخلات درمانی روانشناختی و کمک به بیماران برای سازگاری با شرایط مزمن بیماری و انجام رفتار خودمراقبتی مناسب است. لذا در پژوهش‌های مختلف از رویکردهای درمانی روانشناختی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود مشکلات و اختلالات روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی استفاده شده است. بنابراین هدف این تحقیق تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر عملکرد جنسی و ایمنی هیجانی در مردان دارای بیماری قلبی عروقی بود.

روش پژوهش

با توجه به موضوع پژوهش، پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است. طرح نیمه آزمایشی مورد استفاده در پژوهش طرح دو گروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه استفاده شده است. جامعه پژوهش شامل کلیه مردان دارای بیماری قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان قلب چمران شهر اصفهان در اول اردیبهشت تا آخر تیرماه سال ۱۴۰۱ بود. با توجه به اینکه در مطالعات نیمه تجربی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه، مناسب تشخیص داده شده است و با در نظر گرفتن دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه برای این مطالعه، تعداد ۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه کفایت می‌کند که با احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه ۳۴ نفر در نظر گرفته شد (هر گروه ۱۷ نفر). بنابراین ۳۴ نفر از مردان دارای بیماری قلبی عروقی که در بیمارستان چمران تحت درمان قرار داشتند با کسب رضایت آگاهانه و دعوت به همکاری جهت انجام پژوهش بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و بر اساس جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. قبل از شرکت دادن آزمودنی‌ها در مطالعه، مصاحبه بالینی با آنان توسط پژوهشگر انجام و آزمودنی‌ها از نظر دارا بودن شرایط ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، جنسیت مرد، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، داشتن نمره پایین تر از میانگین ۴۰ در پرسشنامه اختلال در عملکرد جنسی مردان، نداشتن اختلال روانی بر اساس مصاحبه بالینی، داشتن حداقل دو سال زندگی مشترک با همسر هنگام برگزاری جلسات درمانی، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن سابقه حداقل ۳ ماه بیماری قلبی و عروقی بر اساس مدارک پزشکی و عدم اعتیاد به هر گونه مواد بر اساس مصاحبه اولیه بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم همکاری در جریان پژوهش، غیبت در بیش از دو جلسه و شرکت در مداخله‌های روان‌شناختی دیگر به صورت همزمان بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه عملکرد جنسی. پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی مردان (MSHQ) استفاده شد که توسط رووسین و همکاران در سال ۲۰۰۴ تهیه و مورد روانسنجی قرار گرفته است. نسخه اصلی این پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال می‌باشد. این پرسشنامه در ایران پس از ترجمه، طی پژوهش فخری و همکاران (۱۳۹۲) روایی و پایایی آن محاسبه و گزارش گردیده است و با توجه به هنجارهای جامعه ایرانی سؤالات آن از ۲۵ به ۱۶ مورد کاهش یافت که شامل ۳ بعد نعوظ (عبارات ۱ تا ۳) انزال (عبارات ۴ تا ۱۰) و رضایت (عبارات ۱۱ تا ۱۶) می‌باشد. پاسخگویی به سؤالات این پرسشنامه بر مبنای طیف لیکرت ۵ و ۶ درجه‌ای می‌باشد که گویه‌های پرسشنامه دارای طیف پاسخ از ۰ یا ۱ تا ۵ هستند که دامنه نمرات بین ۷ تا ۸۰ می‌باشد و نمرات بالاتر اشاره به عملکرد جنسی بهتر دارند. در پژوهش فخری و همکاران (۱۳۹۲) روایی محتوایی، روایی سازه، روایی افتراقی و روایی همزمان این پرسشنامه مورد بررسی و ارزیابی و سنجش قرار گرفته است که تمامی نتایج، روایی بسیار مطلوبی را گزارش نموده‌اند. پایایی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ و ضریب اسپیرمن- براون به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۹ محاسبه و گزارش شده است. رووسین (۲۰۰۴) روایی همزمان پرسشنامه را با پرسشنامه کاسوف (۱۹۸۷) ۰/۵۵ و پایایی آن را ۰/۸۶ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب ۰/۸۶ بدست آمد.

۲. پرسشنامه ایمنی هیجانی. این پرسشنامه توسط زارع و امین پور تهیه شده است، ۶۲ گویه دارد و هدف آن سنجش ۱۵ بعد امنیت روانی شامل ناسازگاری محیطی، پارانویا، اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، افسردگی، احساس سعادتمندی، امنیت اجتماعی، خودآگاهی، اعتماد به نفس، احساس عصبانیت، یاس و ناامیدی، علاقه به زندگی، سازگاری با دیگران، احساس سلامت و احساس حقارت است. گزینه‌ها به صورت "بله" و "خیر" هستند. هر سؤالی که مطابق کلید پاسخنامه باشد یک نمره می‌گیرد. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تایید شده است. پایایی آن با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب ۰/۸۲ بدست آمد.

۳. درمان پذیرش و تعهد. گروه‌های آزمایشی به تفکیک ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار با روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسل (۲۰۰۵) که روایی این پروتکل‌ها توسط سازنده آن به تأیید رسیده و بر طبق نظر ۵ نفر از اساتید دانشگاه از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار است، آموزش دیدند و گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. در همه جلسات، زبان ساده و عینی در آموزش، تأکید بر ابعاد بحث گروهی، کسب گزارش از تکالیف و پاسخگویی به سؤالات و ابهامات در دستور کار قرار گرفت و بسته‌های درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید. خلاصه جلسات آموزشی در جدول‌های زیر آمده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف	محتوا
اول	برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد، آشنا	مروری بر ساختار جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشناسازی اعضا گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه‌ای از اهداف جلسات، تأکید بر جنبه‌های آموزشی، خودیاری

	کردن بیمار با درمان و تعامل بین اعضا تعهد و پذیرش	
دوم	پذیرش و نگاه واقع-بینانه اعضا به بیماری قلبی عروقی و انعطاف پذیری روانشناختی	ارائه و بازخورد شرکت‌کنندگان از شرکت در جلسه قبل، مرور تکلیف: پذیرش نگاه واقع-بینانه اعضا به بیماری قلبی عروقی، آموزش فنون تداعی آزاد(به ذهن خود اجازه دهند آزادانه در مقابل کلمات پاسخ دهد و کنترلی بر افکار یا پاسخ ذهن نداشته باشد). بحث راجع به باورهای مثبت و باورهای منفی و نقش آن‌ها در برهم خوردن انعطاف پذیری، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف
سوم	آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و عدم منازعه با افکار و احساسات	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین چالش با باورهای مثبت و منفی، پذیرش افکار مثبت و تعهد به انجام آنها، آموزش فن به تعویق انداختن نگرانی نسبت به بیماری، آموزش و تمرین فن هدایت فکر، آموزش ذهن آگاهی انحصالی و عدم منازعه با افکار و احساسات، استفاده از استعاره اعداد، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای آزمایش بازداری افکار و احساسات و ارزیابی اثرات آن بر افکار و روند زندگی
چهارم	آموزش کنترل به عنوان یک مسأله، ایجاد تمایل به افکار و احساسات	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی کنترل به عنوان یک مسأله، استفاده از استعاره پلی‌گراف همراه با استعاره احساسات پاک و ناپاک. معرفی تمایل/پذیرش: در این مرحله از درمان تلاش گردید تا جایگزینی برای کنترل ارائه شود. استفاده از استعاره دو مقیاس و ایجاد تعهد رفتاری نسبت به تمرین‌های تمایل. جمع بندی و ارائه تکلیف
پنجم	خود به عنوان زمینه و گسلش	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش: استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس. ارائه تکلیف تمرین مشاهده افکار. تمرین تعهد رفتاری: ادامه تمرینات تمایل ادامه دهند.
ششم	آشنایی با خود مشاهده گر و ماندن در زمان حال	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، تمرین تجویز ذهن سرگردان. ارایه استعاره شطرنج و مبلمان. جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای تمرین تجویز ذهن سرگردان و ارزیابی از اثرات آن بر افکار و روند زندگی
هفتم	آشنایی با خود مشاهده گر و ماندن در زمان حال	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش تمرین تصویرسازی ابرها. آموزش تمرین تمثیل ایستگاه قطار. جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای تمرین تصویرسازی ابرها و تمرین تمثیل ایستگاه قطار، و ارزیابی از اثرات آن بر افکار و روند زندگی
هشتم	آموزش توجه آگاهی و شناسایی و تصریح ارزش‌ها	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، تکنیک آموزش توجه. تصریح ارزش‌ها و عمل در راستای جهت ارزشمند. جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان
نهم	عمل متعهدانه در راستای ارزش‌ها	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش تمرین حلقه کلامی. استفاده از استعاره گدای سمج. مرور جلسات گذشته، تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، تشکر و سپاسگزاری از تمامی اعضای گروه

شیوه اجرا. در پژوهش حاضر، گروه‌های آزمایش و کنترل به روش تصادفی معادل شدند و قبل از مداخله‌های تجربی در مورد گروه‌های آزمایش، ابتدا مرحله پیش‌آزمون با تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش

در بیماران با نارسایی قلبی اجرا گردید. پس از آن برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی به تفکیک ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار با روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسل (۲۰۰۵) که روایی این پروتکل‌ها توسط سازنده آن به تأیید رسیده و بر طبق نظر ۵ نفر از اساتید دانشگاه از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار است، آموزش دیدند و گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. نمونه‌گیری در اول اردیبهشت ماه تا اواخر تیرماه انجام و مداخله در مرکز مشاوره توحید توسط پژوهشگر اجرا گردید. ضمناً جهت پیشگیری از خطای انتشار کاربندی (تعامل آزمودنی‌های دو گروه)، جلسات به طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار می‌گردید. برای ویژگی‌های جمعیت شناختی اطلاعات مرتبط با سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل جمع آوری شد. همچنین از ویژگی‌های بیماری، مدت زمان بیماری بود که اطلاعات آن از مراجعین دریافت شد و پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی تکمیل گردیدند. در پایان دوره آموزشی، هر سه گروه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. همچنین، سه گروه پس از گذشت دو ماه در دوره پیگیری مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد. با هماهنگی با علوم پزشکی اصفهان و بیمارستان قلب شهید چمران اصفهان نمونه مورد نظر انتخاب گردید برای نمونه‌ها اهمیت و ضرورت پژوهش بیان و جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن جلب رضایت شرکت کنندگان برای شرکت در درمان و آگاهی از روند اجرای کار درباره رعایت نکات اخلاقی به آنان اطمینان خاطر داده شد. اصل مهم رعایت مطالب محرمانه و رازداری شامل این نکته بود که تمامی سنجش‌ها و نتایج گردآوری شده فردی از پژوهش که به نوعی ممکن است با مسائل شخصی و خانوادگی شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه تضاد منافع ایجاد کند، محرمانه باقی مانده و در گزارش‌ها به آن‌ها اشاره نگردید. نام تمامی شرکت کنندگان دو گروه نیز به کدهای تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی خاصی به وجود نیاید. افزون بر این پس از جلب رضایت ایشان، فرم رضایت کتبی از تمامی شرکت کنندگان دریافت گردید. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای آرایه وضعیت متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی نیز از آزمون‌های بررسی پیش‌فرض‌ها (کولموگروف اسمیرنف و آزمون لوین توزیع طبیعی نمرات) و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. کلیه‌ی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها

بیشترین فراوانی در گروه‌های آزمایش مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۳/۷۵ درصد)، و کنترل (۵۰ درصد) مربوط به محدوده سنی ۴۶ تا ۵۰ سال بود. بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد با ۴۳/۷۵ درصد، و گروه کنترل با ۳۷/۵ درصد قرار داشتند. بیشترین فراوانی مدت ازدواج در گروه‌های کنترل و آزمایش در بین طبقه ۱۰ تا ۱۵ سال و کمترین فراوانی در گروه ۱۵ سال به بالا قرار دارند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه آزمون	کنترل		درمان پذیرش و تعهد	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ایمنی	پیش آزمون	۲۹/۹۳	۳/۵۸۶	۲۹/۰۶	۳/۵۶۷
	پس آزمون	۲۹/۷۵	۳/۷۳۲	۳۳/۷۵	۲/۹۰۹
هیجانی	پیگیری	۳۰/۶۲	۳/۸۲۰	۳۳/۶۲	۲/۷۲۹
	پیش آزمون	۳۶/۵۶	۲/۶۰	۳۷/۱۲	۱/۵۴
نعوظ	پس آزمون	۳۷/۴۳	۲/۹۴	۴۶/۱۸	۲/۲۵
	پیگیری	۳۷/۶۲	۳/۰۳	۴۶/۵	۲/۶۵
انزال	پیش آزمون	۷/۱۲	۱/۵۰	۶/۸۱	۱/۰۴
	پس آزمون	۷/۲۵	۱/۱۸	۹/۴۳	۱/۰۹
رابطه	پیگیری	۷/۶۲	۱/۴۰	۹/۶۲	۱/۳۶
	پیش آزمون	۱۵/۴۳	۱/۲۶	۱۵/۵۶	۱/۱۵
جنسی	پس آزمون	۱۵/۷۵	۱/۳۱	۱۸/۸۱	۱/۳۲
	پیگیری	۱۵/۹۳	۳۴	۱۸/۶۲	۱/۲۵

همانطور که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای ایمنی هیجانی و عملکرد جنسی و مولفه‌های آن در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود دارد. برای بررسی این تفاوت در بخش بعدی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده گردید.

جدول ۳. آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین‌های گروه‌ها

متغیر	منبع اثر	مقدار F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
نعوظ	زمان	۰/۲۰۳	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۷	۱
	اثر زمان × گروه	۰/۳۷۷	۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۶	۱
انزال	زمان	۰/۱۹۲	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۸	۱
	اثر زمان × گروه	۰/۳۷۱	۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۱	۱
عملکرد جنسی	زمان	۰/۲۴۸	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۲	۱
	اثر زمان × گروه	۰/۴۲۷	۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴۷	۱

با توجه به جدول ۳ و ارزش لامبدای ویلکز برای متغیرهای مولفه‌های عملکرد جنسی تفاوت معناداری بین اندازه‌گیری مکرر پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و اثر تعاملی زمان و گروه در سطح $P < 0/05$ وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای مولفه‌های عملکرد جنسی با سه اندازه‌گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای مولفه‌های عملکرد جنسی

مقیاس	عامل	منبع اثر	SS	df	MS	F	p	تا
نعوظ	درون گروهی	عامل	۱۰۴/۱۶۷	۱	۱۰۴/۱۶۷	۱۱۵/۲۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۹
	خطا	اثر تعاملی	۳۰/۱۴۶	۲	۱۵/۰۷۳	۱۶/۶۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۶
		خطا	۴۰/۶۸۷	۴۵	۰/۹۰۴			
انزال	بین گروهی	پیش آزمون	۹۸۸۳/۶۷۴	۱	۹۸۸۳/۶۷۴	۲/۴۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۲
	درون گروهی	گروه	۶۶/۹۳۱	۲	۳۳/۴۶۵	۸/۴۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷۲
		عامل	۸۴/۳۷۵	۱	۸۴/۳۷۵	۱۱۸/۸۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۵
عملکرد جنسی	درون گروهی	اثر تعاملی	۲۶/۶۸۸	۲	۱۳/۳۴۴	۱۸/۸۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۵
	خطا	خطا	۳۱/۹۳۷	۴۵	۰/۷۱۰			
		پیش آزمون	۳۹۸۰۰/۲۵۰	۱	۳۹۸۰۰/۲۵۰	۶/۹۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۴
عملکرد جنسی	بین گروهی	گروه	۹۳/۱۶۷	۲	۴۶/۵۸۳	۸/۱۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۶
	درون گروهی	عامل	۹۲/۰۴۲	۱	۹۲/۰۴۲	۸۱/۱۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۳
		اثر تعاملی	۵۵/۸۹۶	۲	۲۷/۹۴۸	۲۴/۶۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۳
عملکرد جنسی	درون گروهی	خطا	۵۱/۰۶۲	۴۵	۱/۱۳۵			
	پیش آزمون	۳۵۴۰۶/۶۹۴	۱	۳۵۴۰۶/۶۹۴	۶/۵۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۳	
	گروه	۱۷۸/۰۹۷	۲	۸۹/۰۴۹	۱۶/۵۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۴	

با توجه به جدول ۴ و معنادار بودن عامل‌ها در درون گروه‌ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای مولفه‌های عملکرد جنسی در سطح $P < ۰/۰۵$ تایید گردید. با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش با کنترل برای مولفه‌های عملکرد جنسی (نعوظ، انزال و رضایت جنسی) وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین‌های مقیاس‌های مورد مطالعه بین سه اندازه‌گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی و همچنین تفاوت اثربخشی گروه‌های آزمایشی بر مولفه‌های عملکرد جنسی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول زیر آورده شد.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی تفاوت میانگین‌های مقیاس‌های مورد مطالعه بین سه

اندازه‌گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی

مقیاس	مرحله (A)	مرحله (B)	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
نعوظ	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۸۳۳	۰/۱۴۰	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۲/۰۸۳	۰/۱۴۰	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۰/۲۵۰	۰/۱۴۰	۰/۲۴۶
انزال	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۸۷۵	۰/۱۳۸	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۸۷۵	۰/۱۷۲	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۱۳۱	۱
عملکرد جنسی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۰۲	۰/۱۷۳	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۹۵۸	۰/۲۱۷	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۰۶۲	۰/۱۵۲	۱

با توجه به جدول فوق نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دارد و نمرات پس آزمون در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت مانده و اثر دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش مولفه‌های عملکرد جنسی همچنان ماندگار است. همچنین این نتایج بیانگر این است که برنامه درمانی بر عملکرد جنسی اثربخش بوده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی در متغیر ایمنی هیجانی

منبع	SS	df	MS	F	p	تا	توان آماری
پیش آزمون	۱۳۹۲۵۳/۳۶۱	۱	۱۳۹۲۵۳/۳۶۱	۴/۱۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۹	۱
گروه	۱۲۰/۵۱۴	۲	۶۰/۲۵۷	۱/۷۸۴	۰/۱۸۰	۰/۰۷۳	۰/۳۵
خطا	۱۵۲۰/۱۲۵	۴۵					

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول فوق، میانگین نمرات ایمنی هیجانی در گروه آزمایش (درمان پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معنی‌داری ندارد ($p > ۰/۰۵$). نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در خصوص ایمنی هیجانی در پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در

خصوص ایمنی هیجانی در پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه

منبع	آزمون	SS	df	MS	F	p	تا
اثر زمان	فرض کرویت	۱۹۸/۳۴۷	۲	۹۹/۱۷۴	۱۰۳/۰۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۶
	گرین هاوس گیزر	۱۹۸/۳۴۷	۱/۶۳۲	۱۲۱/۵۳۵	۱۰۳/۰۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۶
	هاین فلت	۱۹۸/۳۴۷	۱/۷۶۰	۱۱۲/۶۸۳	۱۰۳/۰۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۶
	حد پایین	۱۹۸/۳۴۷	۱	۱۹۸/۳۴۷	۱۰۳/۰۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۶
اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۱۱۹/۰۲۸	۴	۲۹/۷۵۷	۳۰/۹۱۶	۰/۰۰۰۱	۵۷۹
	گرین هاوس گیزر	۱۱۹/۰۲۸	۳/۲۶۴	۳۶/۴۶۶	۳۰/۹۱۶	۰/۰۰۰۱	۵۷۹
	هاین فلت	۱۱۹/۰۲۸	۳/۵۲۰	۳۳/۸۱۱	۳۰/۹۱۶	۰/۰۰۰۱	۵۷۹
	حد پایین	۱۱۹/۰۲۸	۲	۳۰/۹۱۶	۳۰/۹۱۶	۰/۰۰۰۱	۵۷۹

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات ایمنی هیجانی در مراحل پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$)، همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در متغیر ایمنی هیجانی معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات ایمنی هیجانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش معنی‌دار بوده است. همچنین تفاوت نمرات این متغیر در مراحل پژوهش در سه گروه معنی‌دار است. و میزان تأثیر عضویت گروهی در تغییرات در مراحل پژوهش برابر با ۵۷/۹ درصد به دست آمده است. در ادامه برای بررسی تفاوت میانگین‌های مقیاس‌های مورد مطالعه بین سه اندازه‌گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و بررسی اثر ماندگاری

مداخله پذیرش و تعهد و فراتشخیصی در طی زمان به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول زیر آورده شد.

جدول ۸. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه مقیاس‌ها به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
ایمنی هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۴۷۹	۰/۱۸۹	۰/۰۰۰۱
	پیگیری		-۲/۵	۰/۲۴۲	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۲۱	۰/۱۶۲	۱

با توجه به جدول فوق نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دارد و نمرات پس آزمون در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت مانده و اثر دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر ایمنی هیجانی همچنان ماندگار است. همچنین این نتایج بیانگر این است که برنامه‌های درمانی بر ایمنی هیجانی اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که مطالعه‌ای در زمینه مقایسه دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه متغیرهای مورد مطالعه انجام نشده است. اما نتایج این مطالعه با بخشهایی از مطالعات محققان گورتانی (۱۴۰۰)؛ کوه نشین طارمی و همکاران (۱۴۰۰)؛ نظری و همکاران (۱۳۹۹)؛ حسن زاده و همکاران (۱۳۹۸)؛ لورن (۲۰۱۹) و طباطبایی (۱۳۹۴) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در یک مطالعه دیگر بیم و همکاران (۲۰۱۷) سطح بالایی از مشکلات مربوط به عملکرد جنسی در بیماران عروق کرونری یافتند که مشکلات جنسی خود را ناراحت کننده و نگران کننده گزارش دادند، دلایل درک شده برای این کاهش در ارتباط جنسی پس از تشخیص بیماری قلبی شامل مسائل مربوط به داروهای قلبی، احساس خستگی، عدم انرژی، از دست دادن علاقه جنسی و ترس و اضطراب از جمله عدم اعتماد به نفس، ترس از سرگیری فعالیت جنسی و نگرانی در مورد عملکرد است. طبق گزارش وی برای مردان بیشترین مشکل جنسی گزارش شده مربوط به مشکل در نعوظ است به طوری که هرگز یا فقط گاهی اوقات قادر به نعوظ کافی برای فعالیت جنسی بودند. لذا در اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد می‌توان گفت که تکنیک‌های برنامه آموزشی مردان دارای اختلال در عملکرد جنسی کمک کرد تا نسبت به هر نوع احساس اضطراب و استرس ادراک شده که در بدن و ذهنشان وجود دارد، آگاه شوند و به آن‌ها اجازه بدهند که باشند. این به این معنی است که بدون تحلیل کردن، سرکوب کردن، و یا تحریک کردن، با این احساسات و استرس ادراک شده همراه باشند. اگرچه به نظر می‌رسد این کار به خودی خود ترسناک باشد، ولی بعداً متوجه می‌شوند زمانی که به خودشان اجازه می‌دهند که این نگرانی‌ها، ناراحتی‌ها، خاطرات دردناک و دیگر افکار و هیجانات سخت را بشناسند و احساس کنند، به خود کمک می‌کنند تا با این مسائل کنار بیایند. به جای صرف انرژی برای جنگ یا فرار از این احساسات و افکار، همراه بودن با"

آنچه اتفاق می‌افتد"، این فرصت را فراهم می‌کند تا نسبت به آن چیزی که نگرانی‌های افراد را هدایت می‌کند، آگاه شوند. وقتی علت اصلی اضطراب و نگرانی کشف می‌شود، حس آزادی به وجود می‌آید. در اصل، این، فرآیند یادگیری اعتماد کردن و همراه بودن با هیجانات ناراحت‌کننده و پذیرش آن‌ها به جای فرار کردن و یا تحلیل کردن آن‌ها است. همچنین تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد، به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهد تا نسبت به مشکلات استرس‌زا رویکردی آگاهانه، بدون قضاوت و توأم با پذیرش بیشتری داشته باشند. طی جلسه درمان افراد یادگرفتند که محتوای درونی ذهن آن‌ها را تصور می‌کردند خطرناک نیستند لذا ضمن مرحله پذیرش و گسلش و تکنیک‌های مربوطه افراد یادگرفتند که از کنترل و مقابله با افکار و احساسات دست بردارند و تمایل بیشتری نسبت به پذیرش افکار و احساسات و محتویات درونی ذهن داشته باشند طی این فرایند با کاهش اضطراب و افکار منفی مربوطه، عملکرد جنسی افراد که اضطراب نقش مهمی در پیدایش آن داشت بهبود می‌یابد.

بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که مطالعه‌ای در زمینه مقایسه دو روش درمان پذیرش و تعهد و فراتشخیصی در زمینه متغیرهای مورد مطالعه انجام نشده است اما نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ایمنی هیجانی با بخش‌هایی از نتایج پژوهش‌های میا (۲۰۲۱)؛ ابوسعدی و همکاران (۲۰۲۰)؛ تقوی‌زاده و همکاران (۱۳۹۸)؛ لی و همکاران (۲۰۲۱)؛ بای و همکاران (۲۰۲۰)؛ دیوسون و همکاران (۲۰۱۷) و اسون و همکاران (۲۰۱۵) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که در روش برنامه آموزشی پذیرش و تعهد عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه اضطراب می‌باشد و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند. برنامه آموزشی پذیرش و تعهد شیوه متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات وابسته به آن نظیر اضطراب، درد، پریشانی و افسردگی را ارائه می‌کند. این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش استرس و تنظیم هیجانی و رفتاری ایفا کند. در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه، از شیوه ذهنی آگاه شده و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرا می‌گیرد. برای ذهن آگاهی دو شیوه اصلی در نظر گرفته می‌شود: یکی "انجام دادن" و دیگری "بودن". در ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که در لحظه حال، ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه دیگر حرکت دهد. در همین راستا افراد یاد می‌گیرند که چگونه به شکلی متفاوت با افکار ناکارآمد و غیرمنطقی و هیجانات و احساسات منفی خود مانند اضطراب ارتباط برقرار کنند. در واقع هدف آموزش ذهن آگاهی، مانند شناخت درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌باشد که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش به دور از قضاوت است. این روش درمانی با ایجاد تراوش‌های فکری و عاطفی از آسیب‌پذیری و حساسیت‌های غیرمنطقی در موقعیت‌های استرس‌زا می‌کاهد. در مجموع به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی ذهن آگاهی، خودکنترلی توجه باشد چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجه مناسبی به وجود می‌آورد. کابات زین (۲۰۰۳) معتقد است فنون ذهن آگاهی با فراهم آوردن فرصتی برای مراقبه در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می‌باشد. ذهن آگاهی به

عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آن چه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (براون و ریان، ۲۰۰۳، والش، ۲۰۰۹). این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (کابات زین، ۲۰۰۳) و هدف آن ایجاد ذهن آگاهی روشن و غیر قضاوتی از آنچه که هر لحظه متوالی در ادراک رخ می‌دهد، است. بسیاری اوقات ریشه رنج کشیدن روان‌شناختی ناشی از ذهن قضاوتی است که تجارب را به خوب و بد تقسیم می‌کند و اینکه باید مبارزه یا اجتناب کرد، بنابراین منجر به سطوحی از ناکامی، پریشانی و احساس ناامنی می‌شود (میکی ۲۰۰۸).

افرادی دارای بیماری قلبی و عروقی که مستعد اضطراب هستند ذهن آن‌ها دائماً معطوف به افکار ناراحت کننده و منفی است که این خود تداوم بیشتر اضطراب و احساس ناامنی را به دنبال دارد (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۲). این در حالی است که در درمان پذیرش و تعهد بر بودن در زمان حال و هدایت ذهن به زمان، مکان و افکاری که فرد در نظر دارد، تاکید می‌شود. این موضوع به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا کمتر از قبل به خاطرات گذشته رجوع کند. تمرینات ذهن آگاهی این فرصت را برای افراد فراهم کرد که باورها و افکار ناکارآمد خود را در هر لحظه شناسایی کنند. هم چنین ذهن آگاهی به آزمودنی‌ها یاد داد که افکار خود را بدون داوری بپذیرند.

پژوهش حاضر نیز همانند تمامی پژوهش‌ها با توجه به شرایط و ضوابط مربوط به تحقیقات علمی واجد محدودیت‌هایی است که می‌توان در مطالعات بعدی پژوهشگران آینده آن را مدنظر قرار داده و در صورت امکان مرتفع سازند. در زیر به ذکر مهمترین آن‌ها پرداخته شده است. عدم همسان سازی افراد نمونه بر اساس متغیرهای مداخله گری از جمله تحصیلات، مدت ازدواج وضعیت اقتصادی و سایر متغیرهای جمعیت شناختی دیگر می‌تواند به عنوان یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش به شمار رود. در این پژوهش از ابزارهای خودگزارشی (پرسشنامه) استفاده شده است، لذا محدودیت‌های استفاده از پرسشنامه در این پژوهش هم وجود دارد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است لذا محدودیت‌های این روش نمونه‌گیری در این پژوهش هم وجود دارد. این پژوهش بر روی مردان دارای بیماران قلبی عروقی شهر اصفهان انجام شده است لذا در تعمیم نتایج به زنان دارای بیماری قلبی و عروقی و همچنین بیماران قلبی و عروقی سایر شهرها جانب احتیاط را باید رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی نمونه مورد مطالعه بر اساس متغیرهای مداخله گر مانند مدت ازدواج، تحصیلات وضعیت اجتماعی و اقتصادی همسان سازی شود و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات دیگری در سایر نقاط کشور صورت بندی گردد. پیشنهاد می‌شود از سایر ابزارها مانند مصاحبه بالینی برای ارزیابی متغیرهای پژوهش مورد استفاده قرار گیرد و نتایج با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود از روش نمونه‌گیری تصادفی در پژوهش‌های آتی استفاده گردد.

موازین اخلاقی

مجوز لازم برای انجام پژوهش حاضر از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اصفهان با کد (IR.IAU.KHUISF.REC.1401.029) دریافت شد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش با جلب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان رعایت شده است؛ همچنین به افراد درباره محرمانه بودن نتایج اطمینان داده شد.

سپاسگزاری

از همه شرکت کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

در تدوین این مقاله همه نویسندگان در طراحی، روش‌شناسی، مفهوم‌سازی، گردآوری و تحلیل داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آذری فر، بهرام، لطفی، محمد حسن، تابان‌صادقی، محمدرضا، فلاح زاده، حسین، حسینی، فاطمه، و کیقبادی، نعیمه (۱۳۹۴). بررسی ارتباط استرس و همبسته‌های آن با بیماری عروق کرونر قلب در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر یزد-۱۳۹۱. طلوع بهداشت. ۱۴(۶)، ۱۳۶-۱۲۵.
- تقوی‌زاده، مهدی، اکبری، بهمن، خانزاده عباسعلی، حسین خانزاده، و مشکبید حقیقی، محسن. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و مسئولیت‌پذیری افراطی اختلال شخصیت وسواس-جبری، پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۰(۲)، ۱۱۹-۱۳۶.
- پورقانع، پرند، امیری نژاد، پگاه، و رضوی طوسی، سیدمحمدتقی. (۱۴۰۰). بررسی تاثیر توانبخشی قلبی بر میزان رضایت جنسی بیماران بعدجراحی عروق کرونری قلب. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۳۰(۱۱۷)، ۵-۱۳.
- حسن زاده، منیره، اکبری، بهمن، و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۷(۴)، ۲۵۰-۲۵۹.
- سوکی، زهرا، شریفی، خدیجه، تقریبی، زهرا، نعمتیان فاطمه. (۱۳۹۹). تاثیر مداخله درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب بیماران قلبی-عروقی: یک مرور نظام‌مند و متآنالیز. *نشریه فیض*، ۲۴(۴)، ۴۶۲-۴۷۲.
- طباطبایی، امینه سادات، سجادیان، ایلناز، و معتمدی مسعود. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان و پذیرش مبتنی بر تعهد بر عملکرد جنسی، کمرویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱)، ۹۲-۸۴.
- کوه نشین طارمی، فریبا، و افشاری نیا، کریم، و کاکابرابی، کیوان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه. *فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۲(۴۲)، ۵۷-۶۹.

محققان گورتانی، مریم. (۱۴۰۰) تدوین بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ویژه اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی رفتاری بر اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. پایان نامه دکتری دانشگاه آزاد واحد یاسوج.

References

- Azari Far, B., Lotfi, M.H., Taban Sadeghi, M.R., Fallahzadeh, H., Hosseini, F., & Keyghobadi, N. (2015). The Relationship between Stress and Its Associated Factors with Coronary Artery Disease in Patients Referring to Hospitals of Yazd in 2012. *Toloo-e-behdasht*, 14(6), 125-136. (In Persian)
- Bacon, C. G., Mittleman, M. A., Kawachi, I., Giovannucci, E., Glasser, D. B., & Rimm, E. B. (2006). Prospective study of risk factors for erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 176, 217-221.
- Baert, A., Pardaens, S., Smedt, D. D., Puddu, P. E., Ciancarelli, M. C., Dawodu, A.,... & Droogne, W. (2019). Sexual activity in Heart failure patients: Information needs and association with health-related quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1570.
- Carlson, B., Riegel, B., & Moser, D. K. (2011). Self care ability of patient with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 30, 351-359.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 21(7), 766-773.
- Hasanzadeh, M., Akbari, B., & Abghasemi, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and sexual functioning in women with a history of infertility. *Ibn-Sina Journal of Nursing and Midwifery*, 27(4), 250-259. (In Persian)
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science, Business Media.
- Jackson, G. (2012). Erectile dysfunction and coronary disease: evaluating the link. *Maturitas*, 72, 263-264.
- Kuhaneshin Tarmi, F., Afshari Nia, K., & Kakabaraei, K. (2021) Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and transdiagnostic treatment in increasing life satisfaction in nurses employed in social security hospitals in Kermanshah City. *Methods and Psychological Models Quarterly*, 12(42), 57-69. (In Persian)
- Magheghian Gortani, M. (2021). *Developing an Acceptance and Commitment Therapy Package for Female Sexual Desire/ Arousal Disorder and Comparing Its Effectiveness with Cognitive-Behavioral Therapy on Sexual Desire/ Arousal Disorder, Sexual Intimacy, and Sexual Self-Concept in Married Women Referring to Counseling Centers in Isfahan City (Doctoral dissertation)*. Yasouj Branch, Islamic Azad University. (In Persian)
- Moons, P., Van Deyk, K., Marquet, K., De Bleser, L., Budts, W., & De Geest, S. (2017). Sexual functioning and congenital heart disease: Something to worry about? *International Journal of Cardiology*, 121, 30-35.
- Peng, Y., Fang, J., Huang, W., & Qin, S. (2019). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Heart Failure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *International Heart Journal*, 60(3), 665-670.

- Pourghaneh, P., Amiri Nejad, P., & Razavi Tousi, SM. (2021). The Effect of Cardiac Rehabilitation on the Level of Sexual Satisfaction in Patients after Coronary Artery Bypass Grafting Surgery. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 30(117), 5-13. (In Persian)
- Salonia, A., Capogrosso, P., Clementi, M. Ch., Castagna, G., Damiano, R., & Montorsi, F. (2013). Is erectile dysfunction a reliable indicator of general health status in men? *Arab Journal of Urology*, 11(3), 203-211.
- Sooki, Z., Sharifi, KH., Taghribi, Z., & Nametian Fatemi, F. (2020). The Effect of Cognitive-Behavioral Intervention on Anxiety in Patients with Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *FAYEZ*, 24(4), 462-472. (In Persian)
- Steptoe, A., Jackson, S. E., & Wardle, J. (2016). Sexual activity and concerns in people with coronary heart disease from a population-based study. *Heart*, 102(14), 1095-1099.
- Tabatabaei, AS., Sajadiehian, E., & Moatamadi, M. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Performance, Sexual Satisfaction, and Sexual Self-Efficacy in Women with Sexual Disorders. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 15(1), 84-92. (In Persian)
- Taghvaizadeh, M., Akbari, B., Khanzadeh Abbas Ali, H., & Mashkabidi Haghighi, M. (2019). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on emotion regulation and responsibility in obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 10(2), 119-136. (In Persian)

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on sexual performance and emotional safety in men with cardiovascular disease

Majid. Amiri¹, Hasan. Khosh Akhlagh^{2*}, Parinaz Sadat. Sajadian³ & Hasan. Rezaie Jamalouei⁴

Abstract

Aim: The aim of the research was to determine the effectiveness of the treatment based on acceptance and commitment on sexual performance and emotional safety in people with cardiovascular disease. **Method:** The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up phase. The statistical population of the study was cardiovascular patients in Isfahan city in 2022, and 34 patients were selected using the purposive sampling method and randomly assigned to one experimental group and one control group (17 people in each group). The research tools were Rosen's Male Sexual Performance Questionnaire (2004) and Emotional Safety Questionnaire. Treatment based on acceptance and commitment was implemented in 9 sessions of 90 minutes once a week and the control group was waiting for treatment. The data were analyzed using the statistical method of mixed analysis of variance and Bonferroni post hoc test. **Results:** The results showed that the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and transdiagnostic treatment was on the components of sexual function and emotional safety in cardiovascular patients ($P < 0.001$). Also, the results showed that these effects had maintained their stability in the follow-up phase ($P < 0.001$). **Conclusions:** Therefore, both interventions can be used to improve the components of sexual function and emotional safety of cardiovascular patients and improve their quality of life.

Keywords: acceptance and commitment therapy, sexual function, emotion, cardiovascular disease.

1. PhD student, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran

2. *Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
Email: hkhoshakhlagh@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran