

مقاله اصلی

اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی در بیماران کرونری قلبی زودرس

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۳

خلاصه

مقدمه: اختلال در عملکرد جنسی، یکی از عوارض مزمن بیماری کرونری قلبی زودرس محسوب می شود و اغلب در مراقبت بیماران کرونری قلبی زودرس نادیده گرفته می شود لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی در بیماران کرونری قلبی زودرس بود.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی بود. جامعه آماری کلیه بیماران مرد مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس با سن کمتر از ۵۰ سال مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجائی در شهر تنکابن در تابستان ۱۳۹۷ بودند. ۲۴ نفر از بیماران کرونری قلبی زودرس به شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در گروه آزمایش (تحت رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) (n=20) و گروه کنترل (n=20) گمارده شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی (MSQ) اسنل و فیشر و والترز (۱۹۹۳)، در سه مرحله خط پایه، پس از مداخله و پیگیری سه ماهه جمع آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری انجام شد.

نتایج: یافته ها نشان داد که در گروه تحت رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین نمره اضطراب و افسردگی جنسی همچنین رضایت جنسی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طرز معناداری کاهش و افزایش پیدا کرده است ($P > 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند در بهبود اضطراب و افسردگی جنسی همچنین رضایت جنسی در مردان مبتلا به بیماران کرونری قلبی زودرس موثر باشد.

کلمات کلیدی: اضطراب جنسی، افسردگی جنسی، رضایت جنسی، رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیماران کرونری قلبی زودرس.

اسحاق سام خانیانی^۱

فرهاد جمهری^{۲*}

حسن احدی^۳

جواد خلعتبری^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

^۳ استاد، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

^۴ دانشیار، گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: jomehri@atu.ac.ir

مقدمه

بیماری کرونری قلبی زودرس بیماری مزمنی است که می‌تواند منجر به عوارض مختلف طبی، روانی و اختلال عملکرد جنسی شود (۱). اختلالات جنسی، یکی از عوارض مزمن بیماری کرونری قلبی زودرس محسوب می‌شوند و اغلب در مراقبت بیماران بیماری کرونری قلبی زودرس نادیده گرفته می‌شوند (۲). مطالعات انجام شده در مورد عملکرد جنسی مردان اندک هستند (۳) با این حال در اکثر مطالعات شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی را در مردان مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس در مقایسه با مردان غیرمبتلا گزارش کرده‌اند (۴). در مردان مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس، اختلالات عروقی، عصبی و مشکلات روانی از عوامل اصلی ایجاد اختلال عملکرد جنسی محسوب می‌شود (۵). همچنین اختلالات جنسی در مردان مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس تحت تاثیر عوامل جسمی از جمله (علل ژنیکولوژیک، اختلالات هورمونی، آترواسکلروز و نارسایی عروقی) می‌باشد (۶). در بیماران بیماری کرونری قلبی زودرس، اختلالات و مشکلات روانی از جمله افسردگی و اضطراب نیز جزء عوامل اصلی در کاهش میل جنسی، اختلال در نعوظ و ارگاسم و دیس پارونی هستند که در نهایت عدم رضایت جنسی در بیمار مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس و پارتنر جنسی او به وجود می‌آورد (۷). علاقه، رضایت و توانایی برای شرکت در فعالیت جنسی به طور عمده تحت تاثیر بیماری کرونری قلبی زودرس قرار می‌گیرد (۸). همچنین، عملکرد جنسی ممکن است تحت تاثیر منفی داروهای مصرفی با سایر مداخلاتی که برای نظارت یا درمان این بیماری مزمن انجام می‌شود، قرار گیرد (۹). سلامت جنسی مهم است، اما اغلب به

عنوان یکی از اجزای مراقبت بیماران بیماریهای مزمن مورد غفلت قرار می‌گیرد. از آنجا که موضوع عملکرد جنسی توسط خیلی از افراد به عنوان یک تابو در نظر گرفته می‌شود، این مسأله مورد چشم پوشی واقع می‌شود و در ارزیابی بیماران به آن توجه نمی‌شود (۱۰). رضایت زناشویی، نگرش مثبت و لذت بخشی است که زن و شوهر از جنبه های مختلف روابط زناشویی مثل ارتباط، مسائل شخصیتی، حل تعارض، روابط جنسی دارند تعریف شده است (۱۱). بر اساس یافته تحقیقات متعدد رضایت از رابطه جنسی از متغیرهایی است که در ایجاد و حفظ رابطه زناشویی شاد دارای نقش حیاتی است (۱۲). افسردگی و اضطراب جنسی در مردان می‌تواند به عنوان عاملی جهت کاهش رضایت جنسی در مردان مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس باشد رضایت جنسی به عنوان یک احساس رضایت بخش شخصی تعریف می‌شود که در آن فرد نیاز جنسی و انتظارات خود و همسرش را برآورده شده می‌داند و به طور کلی ارزیابی مثبت و خوشایندی از رابطه جنسی خود دارد (۱۳). یافته برخی از تحقیقات نشان می‌دهند که عدم رضایت جنسی به بی ثباتی رابطه زوجین و خیانت زناشویی منجر شده و احتمال بروز طلاق را افزایش می‌دهد (۱۴). به نظر می‌رسد که دانش افراد در رابطه با مسائل مرتبط با فعالیت جنسی، نقش مهمی در رضایت جنسی ایفا می‌کند. از دیگر مسائل مهم در فرایندهای روان شناختی جنسی، افسردگی جنسی و اضطراب جنسی می‌باشد (۱۵). بنظر می‌رسد یکی از مداخله هایی که می‌تواند در کاهش عوارض جدی بیماری کرونری قلبی زودرس مورد استفاده قرار گیرد، رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۱۶). که

یک استراتژی تغییر رفتار بیمار محور است و هدف آن شناسایی و کاهش تردید بیماران نسبت به تغییر رفتارهای تغییر در سبک و روال زندگی و خودمراقبتی از خود و ارتقاء ادراک بیماران از اهمیت تغییر رفتار می باشد (۱۷). درمان پذیرش و تعهد رویکردی به رواندرمانی است که می تواند برای دامنه ای وسیعی از مشکلات و اختلالات بکار برده شود. درمان پذیرش و تعهد فرایندهای تغییر رفتار و فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی را تلفیق می کند (۱۸). راهبردهای تغییر به نیازهای هر مراجع بستگی دارد و ممکن است شامل آموزش روانی، آموزش مهارتها، حل مسئله، مواجهه، یا راهبردهای دیگر باشد. مهارتهای ذهن آگاهی و پذیرش تغییر رفتار ضروری را برای مراجع تسهیل می کند تا زندگی هدفمند و با نشاطی را ادامه دهد (۱۹). مفهوم اصلی در درمان پذیرش و تعهد اجتناب تجربه ای می باشد، که بعنوان عدم تمایل شخص به تجربه کردن پدیدههای درونی منفی مانند احساسات، حسها، شناختها، یا امیال، و انجام دادن عملی برای جلوگیری کردن، فرار کردن، یا حذف کردن این تجارب، حتی وقتی انجام دادن آن مضر و خطرناک است، تعریف شده است (۲۰). به جای اجتناب تجربه ای، درمان پذیرش و تعهد انعطاف پذیری روان شناختی را آموزش می دهد که شامل گرایش تجربه کردن لحظه حاضر همانطور که هست و عمل کردن مطابق با ارزشهای انتخابی شخص می باشد (۲۱). در برخی از موارد عدم رضایت جنسی در نتیجه افسردگی بیمار مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس می باشد که ناشی از فقدان یا حداقل درک بیمار از نوع مشکل مربوط به سلامت خود و یا عدم اطلاعات از تأثیر داروی های مصرفی و عوارض ناشی از آن در میل، برانگیختگی جنسی در بیماران می باشد (۲۲). در واقع برای ایجاد آگاهی در بیمار باید از آنچه

بیمار می داند تا آنچه باید بداند آموزش آغاز گردد (۲۳). بعضی از بیماران می خواهند در مورد بیماری و درمانشان اطلاعات مناسبی کسب نمایند در حالی که برخی دیگر ممکن است فقط در مورد چگونگی مصرف داروها در روز تمایل به کسب اطلاعات داشته باشند، حتی نشان داده شده که زمانی که آموزش دهنده از اصطلاحات پزشکی استفاده می کند بیمار نمی تواند زبان او را درک کند، در نتیجه گیج شده و احتمال عملکرد جنسی در او کمتر می شود (۲۴). با این حال داشتن اطلاعات به تنهایی باعث عملکرد جنسی نخواهد شد و نیازمند فاکتورهای دیگر می باشد. انگیزه ی بیمار در درمان دارویی بسیار تأثیرگذار است (۲۵) باورها و ترس بیمار نیز از عوامل بسیار مهم بر نگرش بیمار نسبت به سیستم بهداشت و درمان و هم چنین اعتمادسازی در بیماران می باشد، بیماران باید نگرش و گرایش خوبی به سیستم های مراقبت از سلامت داشته باشند، به منظور افزایش انگیزه در بیماران برای مصرف منظم و طولانی مدت دارو، با وجود آگاهی و انگیزه کافی، توانایی در افراد کسب می گردد، بدین صورت که بیمار توانایی لازم برای مصرف منظم دارو را طبق دستور دارویی (۲۶) داشته باشد، که البته برای ایجاد توانایی در بیمار باید به موانعی که می تواند در توانایی اختلال ایجاد کند غلبه کرد. به عبارت دیگر انگیزه های شخصی بیمار در خصوص بیماری، درمانش و اعتقادات بیمار به عنوان عوامل تعیین کننده در عملکرد جنسی خواهد بود (۲۷). با توجه به مطالب عنوان شده رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند در روند کنترل علائم بیماری روانشناختی ناشی از بیماری کرونری قلبی زودرس موثر باشد. با توجه به موارد فوق، این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود اضطراب و افسردگی جنسی همچنین رضایت

جنسی در مردان مبتلا به بیماران کرونری قلبی زودرس انجام پذیرفت.

روش کار

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع نیمه تجربی که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه مردان مبتلا به بیماران کرونری قلبی زودرس که در به بیمارستان شهید رجائی در شهر تنکابن در ماه‌های تیر تا شهریور ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند و پس از بررسی‌های اولیه و انجام آزمایشات، تشخیص بیماران کرونری قلبی زودرس دریافت کردند، تشکیل دادند. نمونه لازم برای این بررسی ۲۰ نفر برای هر گروه محاسبه شد (۲۸). ۴۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود ذکر شده به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۵۵-۳۰ سال، مبتلا به بیماران کرونری قلبی زودرس؛ به مدت حداقل شش ماه به تشخیص پزشک متخصص، اختلال در عملکرد جنسی، میزان تحصیلات بالاتر از سیکل، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، عدم سوء مصرف مواد، اختلال در عملکرد جنسی، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی و تمایل به همکاری. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی

هدف از این پرسشنامه، جمع‌آوری داده‌های جمعیت‌شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن،

وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و همین‌طور سوالاتی در مورد نحوه کنترل بیماری کرونری قلبی زودرس توسط بیمار و مقدار انسولین دریافتی، مصرف الکل و سیگار توسط بیمار بود.

پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی (MSQ) اسنل و فیشر و والترز (۱۹۹۳)

پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی (MSQ) توسط اسنل و فیشر و والترز در سال (۱۹۹۳) ساخته شده است (۲۹). این پرسشنامه مسائلی از جمله اضطراب جنسی، افسردگی جنسی و رضایت جنسی را در غالب ۱۵ آیتم و درجه‌بندی چهارگانه لیکرت صورت بندی شده است. نمره هر عبارت از ۰ تا ۴ می‌باشد. در پژوهش حسینی (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۰). در این پژوهش، همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) مقیاس مسائل جنسی برای حجم نمونه (n=۷۸) ۰/۷۹ به دست آمده است. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می‌دهد مقیاس عملکرد جنسی از اعتبار بالایی برخوردار است.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در این تحقیق، پژوهشگران بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق، با شماره IR.IAU.K.REC..1397.52؛ به بیمارستان شهید رجائی در شهر تنکابن مراجعه کرده و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کرد. پس از کسب موافقت ریاست و مسئولین بخش غدد در بیمارستان شهید رجائی تحت نظر متخصص قلب و عروق کار نمونه‌گیری آغاز گردید. از بیماران کرونری قلبی زودرس، مصاحبه بالینی و ویزیت اولیه انجام گرفت و ۴۰ نفر از افرادی را که معیارهای ورودی زیر را داشته باشند، با اخذ رضایت آگاهانه، وارد مطالعه کرده است.

گروه کنترل توسط پزشک متخصص تحت درمان بودند و پژوهشگر هیچگونه دخالتی نداشت. همچنین در پایان مطالعه، تمامی موارد آموزش داده شده به گروه آزمایش، در قالب یک بسته آموزشی به گروه کنترل ارائه شد. ساختار جلسات رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مداخله گروهی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰۰۲) (۳۱)، با ساختار هشت جلسه ای (طبق جدول زیر) بود. هر هفته یک جلسه و هر جلسه در ۱ تا ۱/۵ ساعت با حضور درمانگر و کمک درمانگر آشنا به رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شد، قابل ذکر است هر دو نفر، دارای گواهی انجام رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشند محتوای جلسات رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد واضح و با توجه به سواد و زمینه های فردی و هوشی شرکت کنندگان طوری عنوان گردید که بیمار متوجه گشت. در شروع رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مصاحبه گر خود را معرفی کرده و تلاش نمود جو دوستانه ای ایجاد شود، مصاحبه گر همواره به خاطر داشت از دخالت دادن پیش داوریهها، دیدگاهها و آگاهی های قبلی خود بر رفتارش جلوگیری کند. همچنین تا حد ممکن، از خارج شدن پاسخ دهنده از حیطه سؤال و به حاشیه رفتن او جلوگیری می کرد.

نمونه های پژوهش به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. از طریق جایگزینی تصادفی به گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه ها به عنوان گروه مداخله (رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند) و گروه کنترل (گروهی که تنها درمانهای دارویی را دریافت می کنند) انتخاب شدند. کلیه ی شرکت کنندگان پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند گروه آزمایشی تحت مداخله ذکر شده قرار گرفتند. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه ای با هدف ارزیابی کلی اثر بخشی مداخله صورت پذیرفت. مداخله برای گروه آزمایش (در قالب دو گروه ۱۰ نفره) به شیوه گروهی انجام گرفت. در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله ای صورت نگرفته و تنها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله در گروه های آزمون جهت سنجش این بیماران به طور همزمان با دو گروه مداخله استفاده شد. به لحاظ اخلاقی در طی مطالعه ارتباطی بین گروه کنترل و آزمون وجود نداشت.

جدول ۱. ساختار رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

<p>معرفی اعضای گروه و اجرای پیش آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره- ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق، توضیح مفاهیم مربوط به کاهش وزن، بررسی نوع خوردن در افراد (طبیعی و یا هیجانی غذا خوردن، آموزش خوردن ذهن آگاه) و معرفی سیستم های ناکارآمد گذشته و خود کارآمدی پایین (آشنایی با تلاش های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف)، به کار گیری تمرینات و کاربرگ های لازم جهت کنترل و کاهش وزن همچنین آموزش روانی درباره ماهیت بیماری قلبی، عوامل زمینه ساز، آشکار کننده، تداوم بخش و بهبود دهنده آن و بررسی نقش چاقی در این بیماری، سنجش وزن</p>	<p>جلسه اول</p>
---	-----------------

<p>تنظیم قرارداد بین بیمار و درمانگر جهت کاهش وزن، آشنایی با مفاهیم درمانی (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله به صورت زیر:</p> <p>۱) در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت، ۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، ۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، ۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، ۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش‌ها) و ۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی، آموزش تکنیک‌های رفتاری مربوط به غذا خوردن متناسب، سنجش وزن.</p>	جلسه دوم
<p>نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل) (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است)، تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق، بررسی رژیم غذایی مناسب برای هر فرد با توجه به شاخص توده بدنی. سنجش وزن.</p>	جلسه سوم
<p>ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ بررسی تکالیف خانگی، تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تاثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزشها.</p>	جلسه چهارم
<p>ارزیابی عملکرد. هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف سازی ارزش‌ها. سنجش وزن.</p>	جلسه پنجم
<p>هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزشها و تفهیم به افراد که چگونه ارزشها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می‌دهد، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به خودکارآمدی در کاهش خوردن، ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزشها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون کنترل قند و خودکارآمدی. آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارتها چطور کار می‌کنند. سنجش وزن</p>	جلسه ششم
<p>هدف جلسه کمک به افراد گروه که خودکارآمدی خود را مطابق با ارزش‌های فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزش‌هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آنها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخابها در برابر قضاوتها /تصمیم‌ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزشها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگ‌تر). کاهش وزن برای داشتن تصویر بدنی بهتر، سنجش وزن</p>	جلسه هفتم
<p>هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلس، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعالساز رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیتهای خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزشهای بزرگتر درمانجو مشخص شده است. ارزیابی عمل متعهدانه؛ آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارت‌های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به‌کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT و پیام اصلی ACT. ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون تکالیف پیشنهادی؛ ثبت اهداف مراجع به عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و پیشگیری از عود؛ ادامه جلسات می‌تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی. سنجش وزن</p>	جلسه هشتم

نتایج

سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در گروه کنترل $45/03 \pm 4/59$ پذیرش و تعهد $41/84 \pm 3/48$ سال و مقایسه میانگین ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سنی دو گروه بود.

جهت بررسی اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد عملکرد جنسی از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. در این مطالعه تعداد ۴۰ بیمار کرونری قلبی زودرس (۲۰ گروه کنترل و ۲۰ گروه آزمایش) انجام گرفت. در دامنه سنی ۴۰-۵۵

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار و کمینه و بیشینه سن و سن تشخیص به تفکیک دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	Sig
سن	۲۰	۴۴/۵۰	۴/۵۲	۰/۴۸۰	۰/۶۲۰
رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۰	۴۵/۰۳	۴/۵۹		
کنترل	۲۰	۴۱/۸۴	۳/۴۸	۰/۱۲۹	۰/۸۷۹
سن تشخیص	۲۰	۴۲/۳۴	۳/۵۰		
رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۰				
کنترل	۲۰				

بررسی معنی داری تفاوت میانگین در دو گروه حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سن تشخیص بیماری بود. نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیر و ویلک در گروه آزمایش رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که اضطراب جنسی و رضایت جنسی در مرحله پیگیری برقرار ($P > 0/05$) اما در افسردگی جنسی برقرار نیست ($P < 0/05$). با توجه به عدم برخورداری توزیع نرمال در این مؤلفه، از این رو در تعمیم نتایج این مؤلفه ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در گروه کنترل $45/03 \pm 4/59$ ، برای گروه آزمایش رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد $44/50 \pm 4/52$ سال بوده است. مقایسه میانگین ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سنی دو گروه بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن تشخیص برای گروه کنترل $41/84 \pm 3/50$ ، برای گروه آزمایش رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد $41/84 \pm 3/48$ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز جهت

جدول ۳. میانگین نتایج پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری ابعاد عملکرد جنسی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته	اضطراب	مقایسه پیش آزمون ها در سه گروه
ازمایش	رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	F=۳/۳۶۷
آزمون	پیش آزمون	Sig=۰/۰۵۰
	پس آزمون	پیگیری

	۱۳/۹۲	۱۰/۸۴	۱۶/۸۸	میانگین
	۱/۲۹	۱/۲۸	۱/۲۴	انحراف معیار
مقایسه پیگیری در سه گروه		کنترل		شاهد
F=۹/۱۲۳	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	آزمون
۰/۰۰۰۱	۱۵/۵۰	۱۶/۹۲	۱۷/۴۶	میانگین
	۱/۷۹	۱/۳۵	۱/۳۰	انحراف معیار
مقایسه پیش آزمون در سه گروه		افسردگی		متغیر وابسته
F=۰/۲۰۸		رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد		آزمایش
sig=۰/۸۱۳	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	آزمون
	۱۴/۰۷	۱۱/۱۵	۱۸/۰۷	میانگین
	۰/۹۳	۰/۷۳	۱/۰۵	انحراف معیار
مقایسه پیگیری در سه گروه		کنترل		شاهد
F=۴۱/۳۰۵	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	آزمون
sig=۰/۰۰۱	۱۶/۵۳	۱۶/۵۳	۱۸/۱۹	میانگین
	۱/۴۷	۱/۸۵	۱/۲۳	انحراف معیار
مقایسه پیش آزمون ها در سه گروه		رضایت جنسی		متغیر وابسته
F=۰/۲۲۷		رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد		آزمایش ۱
sig=۰/۷۹۸	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	آزمون
	۹/۳۰	۱۱/۷۶	۴/۷۳	میانگین
	۲/۶۳	۲/۵۱	۱/۵۸	انحراف معیار
مقایسه پیگیری در سه گروه		کنترل		شاهد
F=۵۹/۴۵۷	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	آزمون
sig=۰/۰۰۱	۵/۶۹	۶/۷۶	۴/۵۷	میانگین
	۱/۱۵	۱/۲۷	۱/۲۷	انحراف معیار

در مرحله پیگیری بین سه گروه نشانگر پایداری اثربخشی مداخلات می باشد.

جهت بررسی اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد عملکرد جنسی (اضطراب، افسردگی و رضایت) از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض های این آزمون برای هر متغیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کرویت بارلت ($P < ۰/۰۰۱$)،

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین سطح اضطراب، افسردگی و رضایت از ابعاد عملکرد جنسی در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که حاکی از همگن بودن سه گروه در این مرحله می باشد، مقایسه میانگین ها در پس آزمون حاکی از وجود تفاوت معنی دار بود که اثربخشی مداخله از جمله رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل است. همچنین وجود تفاوت معنی دار

($Pillais\ trace=0/961$ ، $F=153/827$ ، $P<0/001$ ، $\eta^2=0/961$) و در عامل زمان ($Pillais\ trace=0/985$ ، $F=178/202$ ، $P<0/001$ ، $\eta^2=0/985$) و اثر تعاملی زمان و گروه ($Pillais\ trace=0/976$ ، $F=108/043$ ، $P<0/001$ ، $\eta^2=0/976$) معنی دار می باشد. این نتایج نشان می دهد که مداخله رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد مورد بررسی اثر بخش می باشد. نتایج آزمون های چند متغیری به صورت کامل در جدول ۴ ارائه شده است.

همچنین نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت مقایسه بین مراحل آزمون ها در دو گروه نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای اضطراب جنسی ($F_{GG1/63}=186/21$ ، $P<\eta^2=0/788$)، افسردگی جنسی ($F_{GG1/63}=186/21$ ، $P<\eta^2=0/788$)، رضایت جنسی ($F_{GG1/63}=186/21$ ، $P<\eta^2=0/788$) معنی دار است. نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول ۴-۵ ارائه شده است.

($X^2=479/441$) بیانگر رعایت پیش فرض این آزمون بود (همبستگی بین متغیرهای وابسته)، سپس نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه های مورد بررسی برقرار نمی باشد ($P<0/001$)، $F_{231, 5627/42}=1/413$ ، $P<0/001$) که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. نتایج آزمون های چند متغیری نشان داد که ارائه رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در عامل گروه

جدول ۴. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر بین گروهی در دو

گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	n2
اضطراب جنسی	97/855	1	97/855	71/655	0/001	0/589
افسردگی جنسی	91/558	1	91/558	99/362	0/001	0/665
رضایت جنسی	111/077	1	111/077	40/737	0/001	0/449

جدول ۵. نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت بررسی اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد مورد بررسی

متغیر	آزمون	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	n2
اضطراب جنسی	Greenhouse-Geisser	304/321	1/919	158/619	177/248	0/001	0/780
افسردگی جنسی	Greenhouse-Geisser	494/321	1/743	282/685	238/065	0/001	0/826
رضایت جنسی	Greenhouse-Geisser	563/897	1/968	286/597	279/796	0/001	0/848

اثربخشی مداخله پایداری درمان نیز در مرحله پیگیری بررسی شود و نتایج این تحلیل در جدول ۶ ارائه شده است.

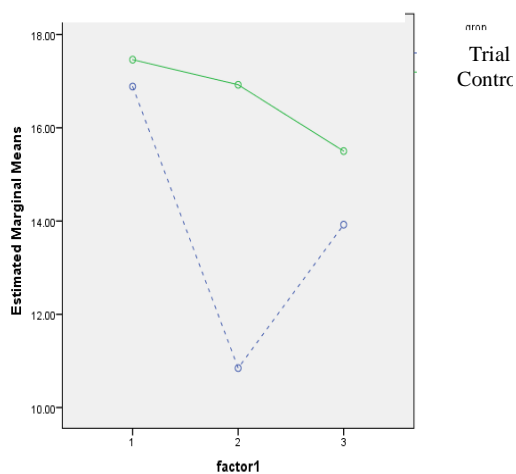
سپس جهت مقایسه میانگین های دو گروه در هر سه مرحله ارزیابی از آزمون مقایسه های جفتی استفاده شد، تا علاوه بر

جدول ۶. مقایسه جفتی گروه آزمایش و کنترل در مراحل ارزیابی

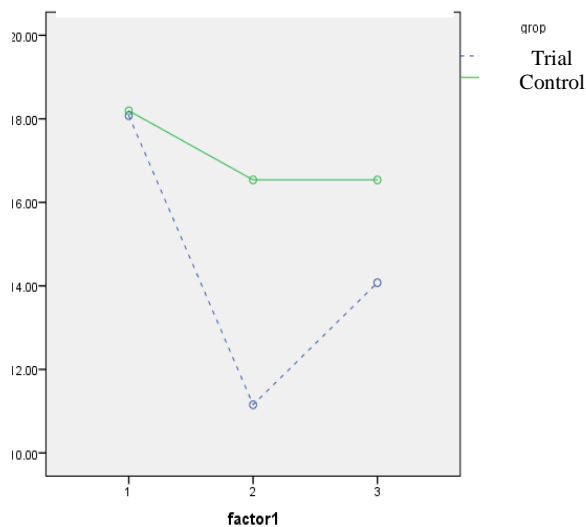
مؤلفه	آزمون	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
اضطراب جنسی	پیش آزمون	رفتاردرمانی	کنترل	-۰/۵۷۷	۰/۳۵۳	۰/۱۰۹
	پس آزمون	رفتاردرمانی	کنترل	-۶/۰۷۷	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	رفتاردرمانی	کنترل	-۱/۵۷۷	۰/۴۳۴	۰/۰۰۱
افسردگی جنسی	پیش آزمون	رفتاردرمانی	کنترل	-۰/۱۱۵	۰/۳۱۸	۰/۷۱۹
	پس آزمون	رفتاردرمانی	کنترل	-۵/۳۸۵	۰/۳۹۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	رفتاردرمانی	کنترل	-۲/۴۶۲	۰/۳۴۳	۰/۰۰۱
رضایت جنسی	پیش آزمون	رفتاردرمانی	کنترل	۰/۱۵۴	۰/۳۹۹	۰/۷۰۱
	پس آزمون	رفتاردرمانی	کنترل	۵/۰۰	۰/۵۵۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	رفتاردرمانی	کنترل	۳/۶۱۵	۰/۵۶۴	۰/۰۰۱

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد مورد بررسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اثربخش بوده است و مقایسه میانگین های دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری حاکی از پایداری اثر مداخله

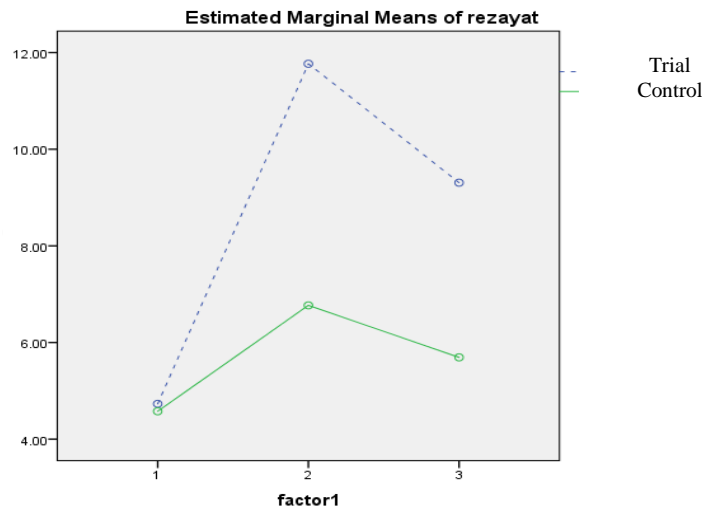
در گروه آزمایش بود. جهت درک بهتر تغییرات ابعاد مورد بررسی در گروه آزمایش (رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه کنترل در طی سه مرحله ارزیابی (پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) نتایج بر روی نمودارهای زیر ارائه شده است.



نمودار ۲. اثر تعاملی زمان و گروه در مؤلفه اضطراب از ابعاد عملکرد جنسی



نمودار ۱. اثر تعاملی زمان و گروه در مؤلفه افسردگی از ابعاد عملکرد جنسی



نمودار ۳. اثر تعاملی زمان و گروه در مولفه رضایت از ابعاد عملکرد جنسی

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب جنسی و رضایت جنسی در بیماران کرونری قلبی زودرس بود در بیماران کرونری قلبی زودرس طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش که شامل بیماران می باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد.

پژوهش حاضر با این هدف انجام شد که رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود افسردگی، اضطراب جنسی و رضایت جنسی در بیماران کرونری قلبی زودرس بود مؤثر است. نتایج پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقاء رضایت جنسی و کاهش افسردگی، اضطراب جنسی مؤثر است (۳۲، ۱۸، ۱۲)، در تبیین این یافته ها می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد یاد داد تجارب

ناخوشایند زندگی را فعالانه و آگاهانه بپذیرند بدون این که فرد بی جهت برای تغییر شرایط زندگی خود تلاش کند و یا سعی در تحمل شرایط ناخوشایند داشته باشد؛ افراد یاد گرفتند که چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف و خاطرات و احساسات جسمانی و افکار خود روبرو شوند؛ به عبارت دیگر فرد از مشکلات نمیگریزد بلکه در هر شرایطی انعطاف پذیری را می آموزد. منظور از پذیرش در این درمان تسلیم یا تحمل کردن شرایط آزاردهنده و آسیب زای زندگی که واقعاً افراد قدرت تغییر آن را ندارند نیست (۱۸). در این پژوهش افراد یاد گرفتند. ارتباط بیشتری با زمان حال داشته باشند و بیشتر در زمان حال زندگی کنند تا در گذشته و آینده این موضوع در بهبود عملکرد جنسی بسیار موثر است (۱۲).

سلامت جنسی جزء مهمی از مراقبت های بیماران بیماری کرونری قلبی زودرس است که به ویژه در مردان نادیده گرفته می شود. بیماری کرونری قلبی زودرس باید به عنوان یک عامل مهم که بر شروع اختلال عملکرد جنسی مردان تأثیر می گذارد، در نظر گرفته شود. با توجه به موارد یاد شده به

نظر گرفته شود. با توجه به موارد یاد شده به نظر می رسد که می بایست توجه بیشتری به بیماران بیماری کرونری قلبی زودرس پیرامون عملکرد جنسی شان شود و راهنمایی های بیشتری به آنها ارائه گردد (۱۰). مردان بیماری کرونری قلبی زودرس مبتلا به اختلال افسردگی دچار علائم ناپایدار خلقی، اعتماد به نفس پایین، اضطراب، خویشتن گرایی و احساس گناه می شوند (۱۴). در تبیین دیگر این یافته ها می توان گفت آموزش رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالا می تواند از طریق افزایش انگیزه بیماران بیماری کرونری قلبی زودرس نوع دو در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران موثر باشد. خصوصا که اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه نیز بر تاثیرات مثبت رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیامد های در مان و مراقبت از خود بیماران بیماری کرونری قلبی زودرس تاکید داشتند. همچنین از آن جایی که یکی از مهمترین عوامل عدم رضایت جنسی، کمبود اطلاعات و دانش است شاید دلیل دیگر را بتوان به بالا بردن دانش و اطلاعات بیماران نسبت به بیماری کرونری قلبی زودرس و عوارض ناشی از آن در نارضایتی جنسی نسبت داد. به نظر می رسد ویژگی های مداخله‌ای مورد استفاده در این مطالعه مانند آموزش در مورد ماهیت بیماری، نمایش فیلم و مواجهه با واقعیت و عواقب عدم تبعیت فرد مبتلا به عوارض بیماری، بحث گروهی، نمایش عملی و استفاده از روش های ایجاد توانایی بیمار و پرسش و پاسخ در بهبود رضایت جنسی بیماران مؤثر بوده است. هم چنین نتیجه ی مطالعه Tol و همکاران نیز نشان داد بیماران با سطح آگاهی بالاتر و دارای درک بهتر از بیماری، رفتارهای خودمدیریتی را بیشتر اتخاذ نموده و در نتایج مطالعه نشان داد تغییرات در آگاهی، انگیزه و توانایی بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله، تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر تبعیت دارویی بیماران بالا نشان می دهد، که در ادامه در ابعاد جنسی و همچنین رضایت جنسی این افراد تغییر ایجاد

شده است. این در حالی است که در گروه کنترل تغییرات ایجاد شده بسیار جزئی و در جهت وخیم تر شدن بوده است و به نظر می رسد ویژگی های مداخله‌ای مورد استفاده در این مطالعه مانند آموزش در مورد ماهیت بیماری، نمایش فیلم و مواجهه با واقعیت و آموزش مسائل جنسی و کاهش عوارض بیماری کرونری قلبی زودرس، بحث گروهی، نمایش عملی و استفاده از روش های ایجاد توانایی بیمار و پرسش و پاسخ در بهبود رضایت جنسی بیماران مؤثر بوده است. در این مطالعه میزان دانش، انگیزه و اطلاعات بیماران پس از مداخله‌ای آموزشی را افزایش داده است (۳۲).

از نقاط قوت این مطالعه می توان به تعداد قابل توجهی از بیماران اشاره کرد که به صورت ادواری مراجعه کردند، بنابراین می توانستند مراحل درمان خود را پیگیری نمایند. محدودیت پژوهش حاضر این بود که نمونه این پژوهش بر روی بیماران مرد مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس انجام شده است شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می کند. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. پیشنهاد می شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی بیماران انواع دیگر بیماری قلبی، سنین پایینتر و زنان مبتلا به بیماری کرونری قلبی زودرس اجرا کنند.

تقدیر و تشکر

این مقاله بر گرفته از رساله دانشجویی در مقطع دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می باشد و دارای کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1397.052 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

در پایان از تمامی کارکنان بیمارستان شهید رجایی در شهر تنکابن و بیمارانی که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد

References

1. Udo IA, Effiong JH, Edet IV, Aniedi UV, Morgan EA. Prevalence and Clinical Correlates of Sexual Dysfunction among Primary Care Premature coronary heart disease Enrollees attending National Health Insurance Scheme (NHIS) Clinic in Uyo, South-South, Nigeria. *Jpn J Med*. 2019; 2:3.
2. Holloway E. Sexual problems in coronary heart disease. *Medicine*. 2019 Feb 1; 47(2):106-9.
3. Omidvar S, Niaki MT, Amiri FN, Kheyrkhan F. Sexual dysfunction among women with Premature coronary heart disease in a diabetic center in Amol. *Journal of natural science, biology, and medicine*. 2013 Jul; 4(2):321.
4. Dimitropoulos K, Bargiota A, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G. Sexual functioning and distress among premenopausal women with uncomplicated type 1 coronary heart disease. *The journal of sexual medicine*. 2012 May 1; 9(5):1374-81.
5. Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Coronary heart disease and sexual dysfunction: current perspectives. *Coronary heart disease, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*. 2014; 7:95.
6. Stechova K, Mastikova L, Urbaniec K, Vanis M, Hylmarova S, Kvapil M, Pastor Z. Sexual Dysfunction in Women Treated for Type 1 coronary heart disease and the Impact of Coexisting Thyroid Disease. *Sexual medicine*. 2019 Jun 1; 7(2):217-26.
7. Giraldi A, Kristensen E. Sexual dysfunction in women with premature coronary heart disease. *Journal of sex research*. 2010 Mar 24; 47(2-3):199-211.
8. Dimitropoulos K, Bargiota A, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G. Sexual functioning and distress among premenopausal women with uncomplicated type 1 coronary heart disease. *The journal of sexual medicine*. 2012 May 1; 9(5):1374-81.
9. Flotynska J, Uruska A, Michalska A, Araszkiwicz A, Zozulinska-Ziolkiewicz D. Sexual dysfunction is a more common problem in young women with type 1 coronary heart disease than in healthy women. *Journal of sex & marital therapy*. 2019 Oct 3; 45(7):643-51.
10. De Rose AF, Gallo F, Bini PM, Gattuccio I, Chiriaco V, Terrone C. Epidemiology of sexual disorders in general medical practice: An Italian survey. *Urologia Journal*. 2019 May; 86(2):79-85.
11. Keyhani E, Falsafinejad MR, Khodabakhshi-koolaei A. Comparison of Marital Satisfaction and Adjustment in Diabetic and Healthy Women. *Journal of coronary heart disease Nursing*. 2019 Feb 10; 6(4):653-63.
12. Moafi M, Hassanzadeh R. Comparison of Aggression, Anxiety and Marital Satisfaction among Diabetic and Normal Women. *Mental Disorders Letters*. 2019 Oct 16; 1(1).
13. Asadpour E, Veisi S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Satisfaction, Sexual Self-Esteem and Burnout Marital among Women with coronary heart disease. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2019 Feb 10; 21(7):8-17.
14. Hajinia A, Khalatbari J. The effectiveness of sex therapy on sexual self-efficacy and marital satisfaction of diabetic women. *Educ Stud*. 2017; 2(1):33-42.
15. Keyhani E, Falsafinejad MR, Khodabakhshi-koolaei A. Comparison of Marital Satisfaction and Adjustment in Diabetic and Healthy Women. *Journal of coronary heart disease Nursing*. 2019 Feb 10; 6(4):653-63.
16. Moafi M, Hassanzadeh R. Comparison of Aggression, Anxiety and Marital Satisfaction among Diabetic and Normal Women. *Mental Disorders Letters*. 2019 Oct 16; 1(1).

17. Binning J, Woodburn J, Bus SA, Barn R. Motivational interviewing to improve adherence behaviours for the prevention of diabetic foot ulceration. *Coronary heart disease /metabolism research and reviews*. 2019 Feb; 35(2):e3105.
18. Keukenkamp R, Merckx MJ, Busch-Westbroek TE, Bus SA. An explorative study on the efficacy and feasibility of the use of motivational interviewing to improve footwear adherence in persons with coronary heart disease at high risk for foot ulceration. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 2018 Mar; 108(2):90-9.
19. Salimi C, Momtazi S, Zenuzian S. A review on effectiveness of motivational interviewing in the management of premature coronary heart disease. *J Psychol Clin Psychiatry*. 2016; 5(4):1-6.
20. Dogru A, Ovayolu N, Ovayolu O. The effect of motivational interview persons with coronary heart disease on self-management and metabolic variables. *JPMA*. 2019; 69(294).
21. Calderon G. Motivational Interviewing to Improve coronary heart disease Outcomes in Hispanic Adults with coronary heart disease (Doctoral dissertation, Brandman University).
22. Celano CM, Gianangelo TA, Millstein RA, Chung WJ, Wexler DJ, Park ER, Huffman JC. A positive psychology-motivational interviewing intervention for patients with coronary heart disease: Proof-of-concept trial. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2019 Mar; 54(2):97-114.
23. Safari S S, Rahnama M, Abdullahi Mohammad A, Naderifar M. Impact of Individual Motivational Interview Based on Self-care on the Treatment Adherence of Type II Diabetic Patients. *J coronary heart disease Nurs*. 2019; 7 (3):820-829.
24. Razavi N S, Majlessi F, Mohebbi B, Tol A, Azam K. The Effect of Educational Intervention on Improving Medication on AIM Model Based Adherence and coronary heart disease Control in Patients with coronary heart disease. *Ijdl*. 2017; 16 (3):173-182 M.
25. Ekong G. Motivational Interviewing for coronary heart disease Medication Adherence in Type 1 coronary heart disease and coronary heart disease Patients: Auburn University; 2018.
26. Welch G, Zagarins SE, Feinberg RG, Garb JL. Motivational interviewing delivered by coronary heart disease educators: does it improve blood glucose control among poorly controlled coronary heart disease patients? *Coronary heart disease Res Clin Pract*. 2011; 91 (1): 54 - 60.
27. Moraveji M, Hatami M, Ahadi M, Seyrafi M, Chiti H. The Effect of Group Motivational Interview on Therapeutic Satisfaction and Therapeutic Adherence of Patients with coronary heart disease. *JHPM*. 2019; 8 (6) :39-47
28. Interviewing M. Motivational Interviewing. Praise for Substance Abuse Treatment for Youth and Adults. 2013 Apr 25:1.
29. Snell WE, Fisher TD, Walters AS. The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*. 1993 Mar 1; 6(1):27-55.
30. Brug J, Spikmans F, Aartsen C, Breedveld B, Bes R, Fereira I. Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in their patients. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2017 Jan 1; 39(1):8-12.
31. Hosseini, Marzieh. The Relationship between Sexual Components and Communication Skills with Marital Satisfaction in Married Women in Gachsaran. 2014, Master thesis. Islamic Azad University. Arsanjan Unit.
32. Selçuk-Tosun A, Zincir H. The Effect on Health Outcomes of Post-Intervention Transtheoretical Model-Based Motivational Interview in Adults with Premature coronary heart disease: Follow up a Cross-Sectional Study. *Journal of caring sciences*. 2019 Mar; 8(1):1.

Original Article

The effectiveness of acceptance and commitment-based behavioral therapy on depression, anxiety and sexual satisfaction in patients with premature coronary heart disease

Received: 25/08/2021 - Accepted: 14/11/2021

Eshagh Samkhaniani¹
Farhad Jomehri^{2*}
Hasan Ahadi³
javad khalatbari⁴

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

² Assistant Professor, Department of
Psychology, Allameh Tabatabai
University, Tehran
, Iran. (Corresponding author)

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

⁴ Associate Professor, Department of
Psychology, Tonekabon Branch,
Islamic Azad University, Tonekabon
Iran.

Email: jomehri@atu.ac.ir

Abstract

Introduction: Sexual dysfunction is one of the chronic complications of premature coronary heart disease and is often overlooked in the care of premature coronary heart disease patients. And sexual satisfaction was premature in coronary heart disease patients.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental study. The statistical population was all male patients with premature coronary heart disease less than 50 years old who referred to Shahid Rajaei Hospital in Tonekabon in the summer of 1397. 24 patients with premature coronary heart disease were selected by available sampling method. Then they were randomly assigned to the experimental group (under acceptance and commitment behavior therapy) (n = 20) and the control group (n = 20). Data collection tools were the standard Sex Questionnaire (MSQ) of Snell and Fischer Walters (1993), in three baseline stages, after quarterly intervention and follow-up. Data analysis was performed using repeated measures multivariate analysis of variance.

Results: The results showed that in the group undergoing behavior therapy based on acceptance and commitment, the mean score of sexual anxiety and depression as well as sexual satisfaction in the experimental group compared to the control group decreased and increased significantly (P < 0.001).

Conclusion: The results of this study showed that behavioral therapy based on acceptance and commitment can be effective in improving sexual anxiety and depression as well as sexual satisfaction in men with premature coronary heart disease.

Key words: Sexual Anxiety, Sexual Depression, Sexual Satisfaction, Acceptance and Commitment Behavior Therapy, Premature Coronary Artery Patients.