



Comparison of the effectiveness acceptance and commitment therapy and transdiagnostic therapy on sexual function and components of personality type D. in people with cardiovascular disease

Majied Amiri Ph.D student

Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.

Hassan Khoshakhlagh, Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology, Naein, Islamic Azad University, Naein, Iran.

Parinaz Sadat Sajjadian, Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran.

Hassan Rezaei Jamaloei, Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran.

Abstract

The aim of the study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and transdiagnostic therapy on sexual function and personality type D components in cardiovascular patients. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a 2-month follow-up with the experimental and control groups. 51 cardiovascular patients in Isfahan city in 1401 were selected using the purposeful sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group (Three groups of 16 people). The research tools were the Rosen (2002) Male Sexual Performance Questionnaire and the Denolt (2005) Personality Type D Questionnaire. The experimental groups received the treatment in 9 sessions of 90 minutes and once a week, and the control group was waiting for the treatment. The data were analyzed using the statistical method of analysis of variance with repeated measurements. The effectiveness of acceptance and commitment therapy and transdiagnostic therapy was on sexual function and personality type D components in cardiovascular patients ($P < 0.001$) and there was no significant difference between the effectiveness of both methods.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Transdiagnostic Therapy, Sexual Function, D Personality Type and Cardiovascular Disease

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر عملکرد جنسی و مولفه‌های تیپ شخصیتی D در افراد دارای بیماری قلبی عروقی

مجید امیری

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران.

*حسن خوش اخلاق

استادیار گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران.

پریناز سادات سجادیان

استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

حسن رضایی جمالویی

استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

چکیده

هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر عملکرد جنسی و مولفه‌های تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی عروقی بود. روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه آزمایش و گواه بود. تعداد ۵۱ نفر بیمار قلبی عروقی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (سه گروه ۱۶ نفری) گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه عملکرد جنسی مردان Rosen (2002) و پرسشنامه تیپ شخصیتی D Denolt (2005) بود. گروه‌های آزمایشی درمان را در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک‌بار در هفته دریافت کردند و گروه کنترل در انتظار درمان قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری تکراری تحلیل شدند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر عملکرد جنسی و مولفه‌های تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی عروقی اثربخش بود ($P < 0.001$) و بین میزان اثربخشی هر دو روش تفاوت معنی داری وجود ندارد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان فراتشخیصی، عملکرد جنسی، تیپ شخصیتی D و بیماری قلبی عروقی

مقدمه

بعد از حمله قلبی (Boothby, Santana, Norris, Campbell & Rabi, 2021) و داروهای قلب و عروق ممکن است فعالیت جنسی افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی (Cardiovascular Disease)، به خصوص در رابطه با عملکرد نعوظ در مردان را تحت تأثیر قرار دهد (Arenhall, Kristofferzon, Fridlund, Malm & Nilsson, 2011). اگرچه اطلاعات در مورد زنان محدودتر است. توصیه‌هایی که به بیماران در مورد ازسرگیری فعالیت جنسی پس از حوادث حاد قلبی یا جراحی داده می‌شود متغیر و ناکافی است و بسیاری از بیماران ترس دارند که فعالیت جنسی ممکن است حوادث حاد را ایجاد نماید (Baumhäkel, Schlimmer, Kratz, Hacket, Jackson & et al., 2011). در این رابطه یافته‌ها بیانگر این است که بیماران قلبی عروقی پنج برابر بیشتر از افراد سالم دچار اختلالات جنسی می‌شوند. این مشکل بخصوص در مردان شیوع بیشتری دارد. در این بیماران مشکلات جنسی در سطح بالایی قرار دارد و اکثریت مشکلات جنسی خود را ناراحت کننده و نگران کننده گزارش کرده‌اند (Levine, Steinke, Bakaeen, Bozkurt, Cheitlin & et al., 2012). در مطالعه‌ای نتایج نشان داد مردانی که در ۴ سال گذشته یک سکته قلبی را تجربه کرده بودند، در مقایسه با افراد بدون بیماری کرونر قلبی، اختلالات جنسی بیشتری را نشان داده‌اند (Byrne, Murphy, Eath, Doherty & Jaarsma, 2017). اختلالات جنسی به هر علتی که ایجاد شوند موجب کاهش رضایت جنسی، احساس محرومیت، به خطر افتادن سلامت روان و در نتیجه از هم پاشیدگی خانواده می‌شود. در این رابطه مطالعات نشان داده عمده‌ترین مشکلات جنسی بیماران قلبی که در نهایت موجب نارضایتی جنسی می‌شود، کاهش یا فقدان میل جنسی و اجتناب از فعالیت‌های جنسی بوده است (Steptoe, Jackson & Wardle, 2016). لذا از آنجا که فعالیت جنسی یک جزء مرکزی در روابط صمیمی است، اختلال در زندگی جنسی می‌تواند تأثیرات سوئی بر کیفیت زندگی بیماران داشته، خطر افسردگی را افزایش دهد (Maulvi, Elah Bakshian & Asghari, 2021). همچنین اگر مسائل جنسی به عنوان بخشی از مراقبت‌های پرستاری بیماران با مشکلات قلبی عروقی در نظر گرفته نشود، بیماران ممکن است با فرض اینکه قادر به

بیماری قلبی عروقی علاوه بر اینکه علت اصلی مرگ در سراسر جهان است، عواقب جسمی، احساسی و اجتماعی برای افراد مبتلا به این بیماری دارد. علائم فیزیولوژیکی در بیماری قلبی عروقی و همچنین مشکلات روانشناختی این بیماران می‌تواند باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی و عملکرد جنسی آنان شود (Pourghane, Amiri Nejad & Razavi Tousi, 2021). مطالعات مختلف نشان داده‌اند استرس، اضطراب، کاهش عملکرد جنسی و عصبانیت همراه با مهارهای ضعیف در کنار سازگاری روانی اجتماعی با بیماری در بیماری قلبی دخالت ضمنی دارند (Epifanio, Grutta, Alfano, Marcantonio, Piombo & et al., 2023). در این رابطه بیماری ایسکمیک قلبی یک بیماری ناتوان کننده است که موجب مشکلات مختلف جسمی و روحی-اجتماعی می‌شود. مقابله ناکارآمد با بیماری‌های ایسکمیک قلبی و همچنین مشکلات مربوط به آن می‌تواند رضایت جنسی بیماران را مختل کند (Grabovac, Smith, Yang, Soysal, Veronese & et al., 2020). عملکرد جنسی (Sexual Function) را یک چرخه رفتاری تعریف می‌کنند که از عوامل گوناگون زیستی و روانی یا به عبارتی درونی و بیرونی تأثیر می‌پذیرد و موجب می‌شود که یک ارتباط جنسی را هم به لحاظ جسمی و هم روانی با سلامت کامل انجام و از آن لذت ببرد (Horvath, Smith, Sal, Hevesi & Rowland, 2020). عملکرد جنسی، احساس لذت مشترک است که صمیمیت را افزایش می‌دهد، آن را عمیق‌تر می‌سازد، در حکم کاهش دهنده تنش در برخورد با فشارهای زندگی و ازدواج عمل می‌کند، و در اصل پیوند خاصی را بین دو نفر پدید می‌آورد و به ارتباط آنها با یکدیگر شور و اشتیاق می‌بخشد (Gupta & Thyloth, 2021). در این میان در بیماران قلبی عروقی عواملی مانند تغییرات مرتبط با سن در عملکرد سیستم‌های بدن (Dávolos, Naya & Marcilla, 2021) عوارض جانبی داروها (Bispo, Lima Lopes & de Barros, 2013) ترس و اضطراب بیمار و همسر بیمار از وقوع مرگ (Dusenbury, Hill, Mosack & Steinke, 2020) تفسیر غلط علائم طبیعی تحریک جنسی در طول فعالیت جنسی به عنوان علائم قلبی، اضطراب و افسردگی

و استرس در آنها بالا است و به این دلیل که هیجان‌های منفی را بازداری می‌کنند، علیرغم دریافت اقدامات پزشکی مشابه با دیگر افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری، روند کندتر بهبودی و حملات مجدد قلبی را نشان می‌دهند (Nagel, Chavanon, Binder, Pieper, Wachter et al., 2021).

با توجه به مشکلات روانشناختی که افراد دارای بیماری قلبی عروقی دارا هستند نیاز است تا با مداخلات درمانی، بتوان استرس‌های ناشی از بیماری و سایر شرایط زندگی را بهبود بخشید. در این میان از جمله مداخلات روانشناختی موثر می‌توان به دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment-based therapy) و درمان فراتشخیصی بارلو (Transdiagnostic therapy) اشاره نمود. علیرغم تفاوت‌های زیربنایی، هر دو از رویکردهای فراتشخیصی و از درمان‌های موج سوم روان درمانی به حساب می‌آیند و بیماران را به تجربه هیجان‌ناخوشایند به جای اجتناب و بازداری، ماندن در زمان حال و نگرشی غیرقضاوتی و آگاهانه تشویق می‌کنند. بنابراین مقایسه این دو رویکرد درمانی می‌تواند دورنمای تازه‌ای از میزان اثربخشی آن‌ها را در درمان مشکلات روانشناختی بیماران قلبی عروقی نشان دهد. با وجود ریشه‌های مشترک، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشأت گرفته از یک تئوری فلسفی به نام عملگرایی است و بر اساس یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت پدید آمده است، که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (McCracken, Sato & Taylor, 2013). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی، منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (Gloster, Walder, Levin, Twohig & Karekla, 2020). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست بلکه هدف آن تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی است؛ مراد از انعطاف‌پذیری روانشناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد

انجام فعالیت جنسی نیستند، محدودیت‌های بزرگ و اجتناب ناپذیری را برای همسر خود ایجاد کنند و یا با انجام فعالیت جنسی به طور نامناسب موجب مرگ ناگهانی بیمار بعد از سکنه قلبی شود (Maulvi et al, 2021).

یکی دیگر از متغیرهایی که با بیماری‌های قلبی و عروقی در رابطه نزدیک است ویژگی‌های شخصیتی است. در این زمینه (Fang Wu & Tsai, 2020) معتقدند، بیماری قلبی عروقی تحت تاثیر ویژگی‌های شخصیتی افراد نیز قرار دارد. مطالعات حاکی از آن است که تیپ شخصیت D پیش‌بینی کننده بیماری قلبی است (Timmermans, Versteeg, Duijndam, Graafmans, Polak & et al., 2019). در رابطه با سازوکار اثر شخصیت نوع D و بیماری عروق کرونری قلبی می‌توان به تاثیر مولفه‌های نوع D بر سیستم قلبی عروقی اشاره کرد. فرض شده است که شخصیت نوع D می‌تواند هیجان‌های منفی را افزایش دهد و اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی و استرس ایجاد کند؛ استرس سطح کورتیزول را افزایش می‌دهد و ترکیب استرس و کورتیزول بالا ممکن است اثر منفی بر قلب داشته باشد (Timmermans et al., 2019). بنابراین، افرادی که عاطفه منفی را تجربه می‌کنند برای پرفشاری خون و بیماری قلبی مستعدتر هستند. به عبارت دیگر، هورمون‌های استرس مانند کورتیزول، ممکن است در بیماران با شخصیت نوع D به طور نامناسبی تنظیم شده باشند که این موجب می‌شود فشار خون افزایش یافته و رگ‌های خونی مسدود شوند؛ عروق مسدود شده اجازه نمی‌دهند خون حاوی اکسیژن به اندازه کافی به قلب برسد. از سوی دیگر، بیماران با شخصیت نوع D ممکن است سیستم ایمنی فعال‌تر و التهاب بیشتری داشته باشند که می‌تواند به رگ‌های خونی آسیب‌زننده و باعث فروپاشی پلاک‌های آترواسکلروز شود؛ سلول‌های خونی ممکن است به هم بچسبند و به احتمال زیاد، لخته‌هایی را در عروق قلب تشکیل دهند (Kupper & Denollet, 2018). در این رابطه پژوهش‌ها نشان داده اند افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری با شخصیت نوع D تمایل همزمان برای تجربه هیجان‌های منفی و بازداری اجتماعی دارند. این افراد به علت احساس ایمنی هیجانی (Emotional security) پایین، تمایلات اجتماعی پایین، حمایت‌های اجتماعی اندکی دریافت می‌کنند

Biranvandi, 2018; Grossman & Ehrenreich-May, 2020; Otared, Mikaeili & Mohajeri, 2017; Sakiris & Berle, 2019; Sauer-Zavala, Bentley, Steele, Tirpak, Ametaj & et al., 2020; Steele, Farchione, Cassiello-Robbins, Ametaj, Sbi & et al., 2018; Talkovsky, Green, Osegueda & Norton, 2017).

با توجه به آنچه گفته شد از مشکلات عمده مبتلایان به بیماریهای قلبی عروقی اختلال در عملکرد جنسی، بازداری اجتماعی و عاطفه منفی است. چنین مشکلاتی در زندگی زناشویی، فردی و اجتماعی افراد مبتلا تاثیر بسیاری دارد. بنابراین شناسایی چنین متغیرهایی و ارائه مداخلات روانشناختی برای این افراد می‌تواند آنها را در مسیر زندگی سالم هدایت نموده، گامی مهم و اثربخشی را جهت غنی سازی بیشتر کیفیت زندگی آنان در بر داشته باشد. در این خصوص مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر طیف گسترده‌ای از متغیرهای روانشناختی مرتبط مانند استرس، اضطراب، تاب آوری و کیفیت زندگی تأثیر دارد. لذا از آنجا که به مداخلات روانشناختی، به منظور بهبود مشکلات بیماران قلبی عروقی و رسیدن به درمانی انتخابی به شدت احساس می‌شود. بدین جهت انجام مطالعه برای مقایسه اثر بخشی درمان‌های مذکور ضروری به نظر می‌رسد و اهمیت پرداختن به این موضوع بیش از پیش روشن می‌شود. اما با این وجود تاکنون در راستای مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر عملکرد جنسی و مولفه‌های تیپ شخصیتی *D* در افراد دارای بیماری قلبی عروقی پژوهشی انجام نپذیرفته است و خلاء پژوهشی در این زمینه به شدت احساس می‌شود. لذا با توجه به مطالب بیان شده، مسئله پژوهش آن است که آیا بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر عملکرد جنسی و مولفه‌های تیپ شخصیتی *D* در افراد دارای بیماری قلبی عروقی تفاوت وجود دارد؟ لذا فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱. بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر عملکرد جنسی افراد دارای بیماری قلبی عروقی تفاوت وجود دارد.

می‌باشد (Ryan, Pakenham & Burton, 2020). در این رابطه پیشینه تحقیق نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کارآیی بالینی خود را در پژوهش‌های مختلف نشان داده است (Davison, Eppingstall, Runci & O'Connor, 2017; Hokmabadi, Bigdeli, Asghari Ebrahim Abad & Asadi, 2020; Hasanzadeh, Akbari & Abolghasemi, 2019; Ahmadi, Ghaemi & Farrokhi, 2019; Khosrowshahi & Hassanzadeh, 2018; Madadi, 2019; Spencer & Masuda, 2020; Abdelmalek, 2020; Ona, 2020; Smith, Coe & Meyer, 2021; Bakhshi Bajestani, Shahabizadeh, Vaziri & Lotfi Kashani, 2021; Derakhshan, Haghayegh, Afshar Zanjani & Adibi, 2022).

یکی دیگر از درمانهای موثر به کار گرفته شده در حل مشکلات روانشناختی درمان فراتشخیصی یکپارچه است. درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است. به این معنا که، درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آنها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند (Kennedy & Barlow, 2018). ضمن اصلاح عاداتی تنظیم هیجانی بیماران، هدف درمان کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد بیماران است. پروتکل یکپارچه یک درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر رویارویی می‌باشد که در درجه نخست روی تغییر دادن پاسخ‌های غیرانطباقی به تجارب هیجانی تأکید می‌کند (Bullis, Sauer-Zavala, Bentley, Thompson-Hollands, Carl & et al., 2015). این روش درمانی با ادغام مؤلفه‌های مشترک درمان شناختی- رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و با استفاده از آخرین پیشرفت‌ها در حوزه علم هیجان، تلاش می‌کند تا فرایندهای اصلی سبب ساز اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار دهد (Koch, Ehring & Liedl, 2020). در این زمینه نتایج پژوهش‌های مختلفی نشان داده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی دارای کارآیی است (Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Thompson-Hollands & et al, 2012; Firoozi &

۲. بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر مولفه‌های تیپ شخصیتی D افراد دارای بیماری قلبی عروقی تفاوت وجود دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد دارای بیماری قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان قلب چمران شهر اصفهان در اول اردیبهشت تا آخر تیرماه سال ۱۴۰۱ بود. با توجه به احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه ۵۱ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین ۵۱ نفر از مردان دارای بیماری قلبی عروقی 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. در طی انجام پژوهش دلیل عدم همکاری یکی از آزمودنی‌ها، جهت همگن بودن گروه‌های مورد مطالعه دو نفر از آزمودنی‌های دیگر حذف گردید و در نهایت در هر گروه داده‌های ۱۶ نفر تحلیل شدند. 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 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 بالینی و خودگزارش دهی 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 سنجش:

پرسشنامه عملکرد جنسی (Rosen Male Sexual Performance Questionnaire) (MSHQ): این پرسشنامه توسط Rosen و همکاران در سال ۲۰۰۴ تهیه و مورد و برای سنجش عملکرد جنسی مردان مورد استفاده قرار گرفته است.

نسخه اصلی این پرسشنامه شامل ۲۵ گویه است. این پرسشنامه در ایران پس از ترجمه، روایی و پایایی آن محاسبه و با توجه به هنجارهای جامعه ایرانی گویه‌های آن از ۲۵ به ۱۶ مورد کاهش یافته است. این پرسشنامه شامل ۳ بعد نعوظ (گویه ۱ تا ۳) انزال (گویه ۴ تا ۱۰) و رضایت (گویه ۱۱ تا ۱۶) است. پاسخگویی به سؤالات این پرسشنامه بر مبنای طیف لیکرت ۵ و ۶ درجه ای است و گویه‌های پرسشنامه طیف نمره از ۰ تا ۱ تا ۵ را دریافت می‌کنند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۷ تا ۸۰ بوده، نمرات بالاتر نشان دهنده عملکرد جنسی بهتر است. Rosen (2002) پایایی مقیاس را از طریق ضریب آلفای کرونباخ و ضریب اسپیرمن- براون به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۹ محاسبه و گزارش نموده است. در ایران روایی محتوایی، روایی سازه، روایی افتراقی و روایی همزمان این پرسشنامه مورد بررسی و ارزیابی و سنجش قرار گرفته است که نتایج، بیان کننده روایی بسیار مطلوبی این پرسشنامه است. روایی همزمان پرسشنامه با پرسشنامه Kassouf (۰/۵۵) و پایایی آن ۰/۸۶ گزارش شده است (Fakhri, Morshedi & Soleymanian, 2014). در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب ۰/۸۶ بدست آمد.

پرسشنامه تیپ شخصیتی D (Personality Type D)

(Questionnaire) (DS-14): این پرسشنامه توسط Denollet (2005) که برجسته‌ترین نظریه پرداز این حوزه محسوب می‌شود ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال است و به صورت طیف لیکرت صفر تا ۵ به صورت نادرست، تاحدی نادرست، نظری ندارم، تاحدی درست، و درست درجه‌بندی شده است. این پرسشنامه دارای دو مولفه بازداری اجتماعی (گویه ۱-۷) و عاطفه منفی (گویه ۸-۱۴) است. نمره بالای فرد در هر دو مؤلفه مذکور، بیانگر دارا بودن سنخ شخصیت D می‌باشد. اساس نظری سنخ شخصیت D حاصل یک بررسی روی بیماران قلبی در بلژیک بود که در آن نقش ویژگی‌های شخصیتی در پیامدهای بیماری قلبی مورد مطالعه قرار گرفت. سازه نظری سنخ D برخلاف سازه نظری الگوی رفتاری سنخ A، از بطن نظریه شخصیت و شواهد تجربی شامل مطالعات تحلیل عاملی و تحلیل خوشه‌ای به دست

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 نگردد. 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. بر روی گروه‌های مورد مطالعه، ابتدا مرحله پیش‌آزمون با تکمیل پرسشنامه‌های عملکرد جنسی و تیپ شخصیت D در بیماران با نارسیایی 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 (Hayes & Strosahl, 2005) و درمان فراتشخیصی یکپارچه (Barlow, Farchione, Sauer-Zavala, Latin, Ellard & et al, 2017) که روایی این پروتکل‌ها توسط سازنده آن به تأیید رسیده و 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 و درمانگر متخصص اجرا گردید. ضمناً جهت پیشگیری از خطای انتشار کاربردی (تعامل آزمودنی‌های دو گروه)، جلسات به طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار می‌گردید.

برای جمع‌آوری ویژگی‌های جمعیت شناختی اطلاعات مرتبط با سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، مدت زمان از مراجعین دریافت شد و پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی تکمیل گردیدند. در پایان دوره آموزشی، هر سه گروه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. همچنین پس از گذشت دو ماه در دوره پیگیری مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد. همچنین برای رعایت محظورات اخلاقی پس از اتمام دوره پیگیری و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت مداخله جلسات درمان فراتشخیصی قرار گرفتند. 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. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ و ۲ آمده است.

آمده است. نقش آسیب‌زایی این سنخ شخصیتی در ابعاد روانشناختی و فیزیولوژیکی مبتنی بر دو ویژگی کلی و ثابت شخصیتی است. این ویژگی‌ها شامل عواطف منفی و بازداری اجتماعی است. منظور از عواطف منفی تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیت‌های مختلف است؛ درحالی که بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد. از نقطه نظر بالینی افراد سنخ D مستعد نگرانی، تنش، احساس ناشادی، و نگاه تیره و منفی به زندگی هستند. آن‌ها به سادگی عصبی می‌شوند و در کل کمتر احساسات مثبت را تجربه می‌کنند. روایی این مقیاس در سطح مطلوبی قرار دارد، به طوری که زیر مقیاس هیجان منفی با زیرمقیاس روان رنجوری مقیاس پنج عامل بزرگ همبستگی ۰/۷۴ را دارد. همچنین پایایی پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۵ بدست آمده است. در پژوهشی دیگر ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه منفی را ۰/۸۷ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی را ۰/۷۵ گزارش کردند (Lv et al., 2020). در پژوهشی در ایران نیز میزان آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۱ به دست آمده است (Mousavi & Pakizeh, 2021). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب ۰/۷۹ بدست آمد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها:

در این پژوهش، گروه‌های آزمایش و کنترل به روش تصادفی معادل شدند. قبل از اجرای پژوهش مجوز لازم برای انجام پژوهش از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اصفهان با کد (IR.IAU.KHUISF.REC.1401.029) دریافت شد و 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

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد (Hayes & Strosahl, 2005)

جلسات	اهداف	محتوا
اول	برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد، آشنا کردن بیمار با درمان تعهد و پذیرش	مروری بر ساختار جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشنا سازی اعضا گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه ای از اهداف جلسات، تاکید بر جنبه‌های آموزشی، خودیاری و تعامل بین اعضا
دوم	پذیرش و نگاه واقع بینانه	ارائه و بازخورد شرکت کنندگان از شرکت در جلسه ی قبل، مرور تکلیف: پذیرش نگاه واقع بینانه اعضا به بیماری قلبی عروقی و انعطاف پذیری و کنترلی بر افکار یا پاسخ ذهن نداشته باشد). بحث راجع به باورهای مثبت و باورهای منفی و نقش آنها در روانشناختی
سوم	آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و عدم منازعه با افکار و احساسات	مرور تکالیف جلسه ی 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 شرکت کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای آزمایش بازداري افکار و احساسات و ارزیابی اثرات آن بر افکار و روند زندگی
چهارم	آموزش کنترل به عنوان افکار و احساسات	مرور تکالیف جلسه ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی کنترل به عنوان یک مسئله: استفاده از استعاره پلی گراف 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 ی 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 ی 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 شرکت کنندگان، 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 ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش تمرین تصویر سازی ابرها. آموزش تمرین تمثیل ایستگاه قطار. جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای تمرین تصویر سازی 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 ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، تکنیک تصریح ارزشها آموزش توجه. تصریح ارزشها و عمل در راستای جهت ارزشمند. جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان
نهم	عمل متعهدانه در راستای ارزشها	مرور تکالیف جلسه ی 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

جدول ۲. شرح جلسات درمان فراتشخیصی (Barlow & et al, 2017)

جلسات	اهداف	محتوا
اول	برقراری ارتباط و ایجاد اعتماد، آشنایی با درمان	مروری بر ساختار جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشنا سازی اعضای گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، تاکید بر جنبه‌های آموزشی، خودیاری و تعامل بین اعضا، جمع بندی، دریافت و بازخورد از شرکت کنندگان
دوم	فراشخیصی مفهوم سازی مشکل، تصویر سازی مثبت	ارائه و بازخورد شرکت کنندگان از شرکت در جلسه ی قبل، مفهوم سازی مشکل بیماری قلبی عروقی، علائم و نشانه‌های روان شناسختی بیماری قلبی عروقی، تمرین آرمیدگی عضلانی و تصویر سازی ذهنی مثبت از بیماری، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان در مورد تصویر سازی ذهنی مثبت از بیماری، ارائه تکلیف
سوم	آگاهی از تجارب هیجانی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به‌خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی، تمرین افکار غیرقضاوتی و لحظه ای از تجربیات هیجانی و جهت دهی به سمت تکنیک "اینجا و اکنون" جمع بندی و ارائه تکلیف تکنیک اینجا و اکنون
چهارم	تنظیم هیجان‌ات	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، تمرین برانگیختن هیجان‌های مثبت و خشی نمودن هیجان‌های منفی، تمرین اجتناب از سرکوبی هیجانی، تمرین انعطاف پذیری ذهنی و پذیرش روانی بیماری، ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر، ارائه تکلیف
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن بر تجارب هیجانی، آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان، تمرین آرمیدگی عضلانی، تمرین ارزیابی شناختی در مورد بیماری و حذف-ظ پاسنهای هیجانی، تمرین شناسایی و بازنگری در الگوهای تفکر با هدف ایجاد انعطاف پذیری در تفکر، ارائه تکلیف
ششم	شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها، تمرین تمرکز بر دو شیوه بازنگری غلط اساسی در تفکر اضطرابی و افسردگی ناشی از بیماری، بیش برآورد احتمال و فاجعه سازی از بیماری، ارائه تکلیف در مورد نوشتن هیجان‌ات منفی اضطرابی و افسردگی ناشی از بیماری
هفتم	آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در مواجهه یا رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم، تمرین تجارب هیجانی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، انجام تمرین‌های شناسایی رفتارهای متأثر از هیجان بیماری و ایجاد رفتارهای ناهمخوان و مواجهه هیجانی، ارائه تکلیف
هشتم	تصویرسازی ذهنی مثبت و مثبت اندیشی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، تمرین مثبت اندیشی در مورد مقابله موثر با بیماری
نهم	معرفی مدل رفتاری سه بعدی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان شناختی و رفتار قابل مشاهده، جایگزینی هیجان‌ات مثبت به جای هیجان‌ات منفی در مورد بیماری، رویایی احساسی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر، تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، تشکر و سپاسگزاری از تمامی اعضای گروه

گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه $41/55 \pm 4/79$ ، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $41/63 \pm 4/36$ سال و در گروه کنترل $42/39 \pm 5/23$ سال به دست آمده است. همچنین میانگین و انحراف معیار مدت زمان بیماری در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه $2/73 \pm 0/89$ سال و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $2/89 \pm 0/92$ سال و در گروه کنترل $2/67 \pm 0/55$ سال حاصل شده است. نتایج تحلیل واریانس در مورد سن و مدت زمان بیماری و همچنین آزمون دقیق فیشردر خصوص سطح تحصیلات و شغل نشان داد که بین گروه‌های مداخله و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$).

تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون Shapiro-Wilk و برای پیش فرض کرویت از آزمون Mauchly، و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene و جهت مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده شد. سطح معنی داری آزمون‌ها $0/01$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول ۳، ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌های مورد بررسی گزارش شده است. میانگین و انحراف معیار سن در

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی مردان دارای بیماری قلبی عروقی بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

مقدار P	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (N=۱۶)			طبقات	متغیرها
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)		
۰/۴۵۸	۵ (۳۱/۲۵)	۴ (۲۵)	۲ (۱۲/۵)	دیپلم	تحصیلات
	۲ (۱۲/۵)	۲ (۱۲/۵)	۳ (۱۸/۷۵)	فوق دیپلم	
	۶ (۳۷/۵۷)	۵ (۳۱/۲۵)	۷ (۴۳/۷۵)	لیسانس	
۰/۳۷۴	۳ (۱۸/۷۵)	۵ (۳۱/۲۵)	۴ (۲۵)	فوق لیسانس	شغل
	۵ (۳۱/۲۵)	۷ (۴۳/۷۵)	۶ (۳۷/۵)	آزاد	
	۷ (۴۳/۷۵)	۴ (۲۵)	۵ (۳۱/۲۵)	دولتی	
	۴ (۲۵)	۵ (۳۱/۲۵)	۵ (۳۱/۲۵)	بازنشسته	

آزمون دقیق فیشر $P > 0/05$ اختلاف معنی دار وجود ندارد.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای عملکرد جنسی و تیپ شخصیتی D در گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمرات عملکرد جنسی، تیپ شخصیتی D و مولفه‌های آن در بیماران قلبی عروقی بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه	درمان پذیرش و تعهد (n=16)	درمان فراتشخیصی (n=16)	گروه گواه (n=16)
	مرحله	انحراف استاندارد \pm میانگین	انحراف استاندارد \pm میانگین	انحراف استاندارد \pm میانگین
عملکرد جنسی	پیش آزمون	۳۷/۱۲ \pm ۱/۵۴	۳۶/۵ \pm ۲/۳۶	۳۶/۵۶ \pm ۲/۶۰
	پس آزمون	۴۶/۱۸ \pm ۲/۲۵	۴۳/۶۸ \pm ۳/۳۸	۳۷/۴۳ \pm ۲/۹۴
	پیگیری	۴۶/۵ \pm ۲/۶۵	۴۳/۸۷ \pm ۳/۵۵	۳۷/۶۲ \pm ۳/۰۳
تیپ شخصیت D	پیش آزمون	۳۲/۹۳ \pm ۲/۰۱	۳۳ \pm ۲/۵۰	۳۲/۸۱ \pm ۲/۹۴
	پس آزمون	۲۷/۳۷ \pm ۳/۰۵	۲۶/۹۳ \pm ۲/۴۳	۳۲/۶۲ \pm ۲/۷۲
	پیگیری	۲۷/۸۱ \pm ۲/۰۴	۲۷/۳۷ \pm ۲/۴۱	۳۲/۵ \pm ۲/۱۲
عاطفه منفی	پیش آزمون	۱۷/۸۱ \pm ۱/۶۸	۱۷/۵۶ \pm ۲/۰۹	۱۷/۹۳ \pm ۲/۲۰
	پس آزمون	۱۵/۲۵ \pm ۱/۳۴	۱۳/۷۵ \pm ۱/۷۳	۱۸/۰۶ \pm ۲/۳۵
	پیگیری	۱۵/۱۲ \pm ۱/۱۴	۱۴ \pm ۱/۶۷	۱۸/۱۲ \pm ۲/۲۴
بازداری	پیش آزمون	۱۵/۱۲ \pm ۱/۴۵	۱۵/۴۳ \pm ۱/۳۱	۱۴/۸۷ \pm ۱/۲۰
	پس آزمون	۱۲/۷۵ \pm ۱/۶۵	۱۳/۱۸ \pm ۱/۹۰	۱۴/۵۶ \pm ۱/۳۰
	پیگیری	۱۲/۶۸ \pm ۱/۴۹	۱۳/۳۷ \pm ۱/۸۵	۱۴/۳۷ \pm ۰/۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین متغیرهای عملکرد جنسی و تیپ شخصیتی D در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر یافته است. در ادامه برای مقایسه اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی در کاهش تیپ شخصیت D و مولفه‌های آن و افزایش عملکرد جنسی از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد و مقادیر این آزمون برای تیپ شخصیت D و مولفه‌های آن و عملکرد جنسی در مرحله پیش آزمون در سطح ۰/۰۵

غیرمعنادار بودند ($P > 0/05$) این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده‌ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود. آزمون Levene نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است. به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا، از آزمون Mauchly استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش فرض کرویت در داده‌ها برای هر سه متغیر تیپ شخصیت D ($x^2=9/06$; $P=0/011$) و مولفه بازداری ($x^2=6/26$; $P=0/044$)، عاطفه منفی ($x^2=20/34$; $P=0/001$) و عملکرد جنسی ($x^2=8/93$; $P=0/011$) برقرار نبود لذا از آزمون گرین هاوس گیزر استفاده گردید.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین متغیرهای عملکرد جنسی و تیپ شخصیتی D در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر یافته است. در ادامه برای مقایسه اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی در کاهش تیپ شخصیت D و مولفه‌های آن و افزایش عملکرد جنسی از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد و مقادیر این آزمون برای تیپ شخصیت D و مولفه‌های آن و عملکرد جنسی در مرحله پیش آزمون در سطح ۰/۰۵

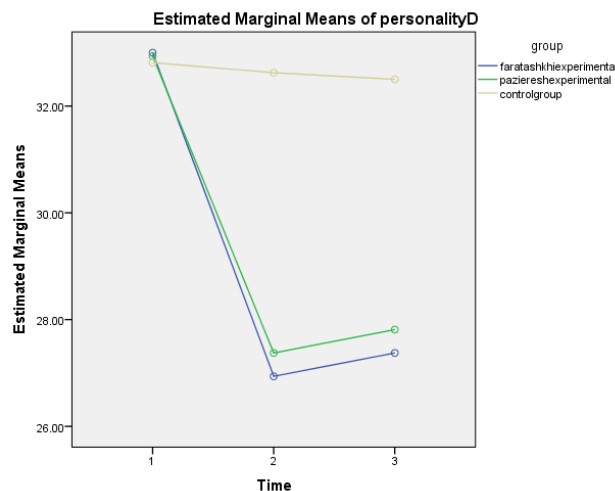
جدول ۵. نتایج اثرات درون فردی آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر در خصوص عملکرد جنسی و تیپ شخصیت D

در بیماران قلبی عروقی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
عملکرد جنسی	زمان	۱۰۸۶/۲۶۴	۱/۶۹۰	۶۴۲/۹۳۵	۲۵۶/۴۳۰	.۰/۰۰۰۱	۰/۸۵
	زمان × گروه	۳۹۷/۱۱۱	۳/۳۷۹	۱۱۷/۵۲۱	۴۶/۸۷۲	.۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
تیپ شخصیت D	زمان	۴۶۶/۶۲۵	۱/۷۶۶	۲۶۴/۲۸۳	۸۸/۴۹۱	.۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۳
	زمان × گروه	۲۰۶/۰۸۳	۳/۵۳۱	۵۸/۳۶۰	۱۹/۵۴۱	.۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۵
عاطفه منفی	زمان	۱۳۴/۸۴۷	۱/۴۶۰	۹۲/۳۸۷	۹۱/۱۹۳	.۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
	زمان × گروه	۸۴/۶۱۱	۲/۹۱۹	۲۸/۹۸۴	۲۸/۶۱۰	.۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
بازداری	زمان	۸۷/۷۹۲	۱/۶۸۶	۵۲/۰۷۰	۶۵/۵۲۵	.۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۳
	زمان × گروه	۲۵/۹۱۷	۳/۳۷۲	۷/۶۸۶	۹/۶۷۲	.۰/۰۰۰۱	۰/۳۰

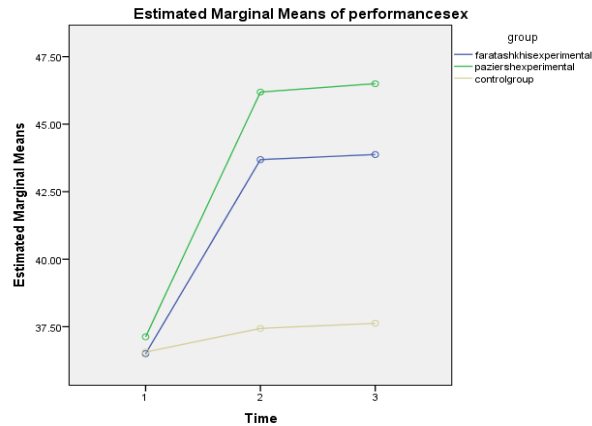
عملکرد جنسی، تیپ شخصیتی D، مولفه عاطفه منفی و مولفه بازداری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در عملکرد جنسی، در تیپ شخصیتی D، در مولفه عاطفه منفی و در مولفه بازداری به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۴۶/۵، ۰/۵۶ و ۰/۳۰ درصد به دست آمده است. با توجه به نمودار میانگین که تیپ شخصیت D در گروه‌ها را نشان می‌دهد، تیپ شخصیت D در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری داشته است.

بر اساس جدول ۵، اثر اصلی گروه در متغیرهای پژوهش معنی دار به دست آمده است ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، میانگین کلی نمرات عملکرد جنسی و تیپ شخصیتی D و مولفه‌های آن در گروه‌های آزمایش (درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج نشان داده است که ۵۲/۳ درصد از تفاوت‌های فردی در عملکرد جنسی، ۳۸ درصد در تیپ شخصیتی D، ۳۴/۶ درصد در مولفه عاطفه منفی و ۱۱/۴ درصد در مولفه بازداری به تفاوت بین سه گروه مربوط است. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنی دار به دست آمده است ($P < ۰/۰۰۱$). که نشان می‌دهد روند تغییرات میانگین



شکل ۱. نمودار مقایسه میانگین نمرات تیپ شخصیت D در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های مورد مطالعه

با توجه به نمودار میانگین که عملکرد جنسی در گروه‌ها به گروه گواه افزایش بیشتری داشته است. را نشان می‌دهد، عملکرد جنسی در گروه‌های آزمایش نسبت



شکل ۲. نمودار مقایسه میانگین نمرات عملکرد جنسی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های مورد مطالعه

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه میانگین‌های عملکرد جنسی و تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی

مقیاس	گروه پذیرش و تعهد (A)	گروه فراتشخیصی (B)	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
عملکرد جنسی	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	۰/۲۷۱	۰/۴۰۷	۱
	گروه فراتشخیصی	کنترل	۱/۵۶۳	۰/۴۰۷	۰/۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	۱/۲۹۲	۰/۴۰۷	۰/۰۰۸
تیپ شخصیت D	گروه پذیرش و تعهد	گروه پذیرش و تعهد	-۰/۲۷۱	۰/۷۵۰	۱
	گروه فراتشخیصی	کنترل	-۳/۵۴۲	۰/۷۵۰	۰/۰۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۳/۲۷۱	۰/۷۵۰	۰/۰۰۰۱
عواطف منفی	گروه پذیرش و تعهد	گروه پذیرش و تعهد	۰/۹۵۸	۰/۶۱۴	۰/۳۷۷
	گروه فراتشخیصی	کنترل	-۲/۹۳۷	۰/۶۱۴	۰/۰۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۱/۹۷۹	۰/۶۱۴	۰/۰۰۷
بازداری	گروه پذیرش و تعهد	گروه پذیرش و تعهد	۰/۴۷۹	۰/۴۵۱	۰/۸۸۰
	گروه فراتشخیصی	کنترل	-۰/۶۰۴	۰/۴۵۱	۰/۵۶۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۱/۰۸۳	۰/۴۵۱	۰/۰۶۱

در جدول ۶ با توجه به معنی داری اثر عاملی گروه و زمان، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها ارائه شده است. نتایج آزمون نشان داد بین گروه‌های آزمایشی با گروه گواه در بجز مؤلفه بازداری در متغیرهای، عملکرد جنسی، تیپ شخصیتی D و در مؤلفه عاطفه منفی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$) که حاکی از اثربخشی دو

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 ناراحت کننده و پذیرش آنها به جای فرار کردن و یا تحلیل کردن آنها است. همچنین تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد، به شرکت کنندگان آموزش می‌دهد تا نسبت به مشکلات استرس زا رویکردی آگاهانه، بدون قضاوت و توأم با پذیرش بیشتری داشته باشند. طی جلسه درمان افراد یادگرفتند که محتوای درونی ذهن آن طور که 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.

در زمینه اثر بخشی درمان فراتشخیصی بر بهبود عملکرد جنسی، بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که مطالعه ای در این رابطه انجام نشده است اما در تبیین این یافته باید گفت با توجه به نو پدیده بودن این روش درمانی بهبودی و تغییرات معنادار در عملکرد جنسی می‌تواند به واسطه آماج قرارگرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی اضطراب، تنظیم مجدد شناختی افکار تکرار شونده و عاطفه منفی باشد که در مدل‌های پروتکل روی آنها تاکید می‌گردد به عبارت دیگر بهبود عملکرد جنسی در افراد مبتلا احتمالاً به طور غیرمستقیم به واسطه تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک و به خصوص در تغییرات مربوط به پردازش شناختی و هیجانی باشد. در طی جلسات این درمان تلاش می‌گردد تا افراد مبتلا الگوهای اجتناب از هیجان و رفتارهای تعاملی را آموخته و با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و پردازش‌های شناختی آشنا شوند و بیاموزند که چگونه با هیجان‌ها و پردازش‌های شناختی نامناسب خود رو به‌رو شده و به شیوه سازگارانه تری به آنها

روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بود. اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو مداخله مذکور وجود نداشت ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر عملکرد جنسی و مولفه‌های تیپ شخصیتی D. در افراد دارای بیماری قلبی عروقی انجام گرفت. نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر افزایش عملکرد جنسی تفاوت معنی داری وجود ندارد اما هر دو رویکرد درمانی توانسته اند اثربخشی معنی داری را بر افزایش عملکرد جنسی داشته باشند. بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که نتایج این مطالعه با بخش‌هایی از پژوهش‌های انجام شده درخصوص اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ویژه ی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان بر عملکرد جنسی زنان متاهل (Mohagheghian, Kajbaf & Maredpour, 2021)؛ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری (Hasanzadeh et al., 2019) همسو بوده است. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهشی که به بررسی اثر بخشی زوج درمانی به شیوه ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی، جرأت‌ورزی جنسی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان شهر اصفهان پرداخته بود همسو و هماهنگ است (Tabatabai & Motamedi, 2017). در تبیین این یافته می‌توان گفت تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به 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

راهبردهای کارآمد با هیجانات ناخوشایند خود مانند اضطراب را بهتر مدیریت کنند و کارکرد جنسی فرد را افزایش دهند. نتایج دیگر تحقیق نشان داد بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر تیپ شخصیتی D و مولفه‌های آن در افراد دارای بیماری قلبی عروقی تفاوت معنی داری وجود ندارد اما هر دو درمان توانسته اند اثربخشی معنی داری را بر تیپ شخصیتی D و مولفه عاطفه منفی داشته باشند. نتایج این پژوهش با بخش‌هایی از نتایج پژوهشی در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شخصیت سنخ D، افزایش حافظه کاری، آینده نگر و پیروی از درمان پزشکی بیماران قلبی (Hokmabadi & et al, 2020)؛ بر کیفیت زندگی و ویژگی تیپ شخصیتی D بیماران مبتلا به کولیت (Derakhshan & et al, 2022) و پریشانی و علایم روانی جسمی بیماران دارای تیپ شخصیت D (Bakhshi Bajestani & et al, 2021) همسو و هماهنگ است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکار می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به اینکه در طول مداخله از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می‌کند و نتیجه انعطاف پذیری روان شناختی چیزی جز افزایش توانایی بیمار برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و عمل به شیوه ای منطبق با ارزش‌های انتخاب شده، نیست. این تجربه در زمان حال به افراد کمک می‌کند افکار، احساسات و تغییرات بدنی را آن گونه که هست تجربه کنند، نه آنگونه که ذهن می‌سازد. در واقع، بیماران قلبی - عروقی دارای ویژگی‌های تیپ شخصیت D با تکیه بر تکنیک‌های برآمده از این رویکرد درمانی و بهره مندی از تاب آوری بالا می‌توانند با وجود شرایط سخت بیماری به زندگی طبیعی خود ادامه دهند و به جای اجتناب از تجربه عواطف منفی و بازداری اجتماعی، با اتخاذ راه حل‌ها و

این پژوهش مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود. محدود بودن جامعه پژوهش به بیماران قلبی عروقی بیمارستان چمران شهر اصفهان، مهار نشدن متغیرهای شخصیتی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تأثیرگذار بر بیماران قلبی عروقی، خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و

- protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide.* Oxford University Press. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164.
- Baumhäkel, M., Schlimmer, N., Kratz, M., Hacket, G., Jackson, G., & et al. (2011). Cardiovascular risk, drugs and erectile function—a systematic analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 65(3), 289-298. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2010.02563.x>.
- Bispo, G. S., de Lima Lopes, J., & de Barros, A. L. (2013). Cardiovascular changes resulting from sexual activity and sexual dysfunction after myocardial infarction: integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3522-3531. <https://doi.org/10.1111/jocn.12356>.
- Boothby, C. A., Santana, M. J., Norris, C. M., Campbell, T. S., & Rabi, D. M. (2021). Sexual Activity After Acute Coronary Syndrome: A Qualitative Approach to Patient and Partner Experiences. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 36(5), E71. <https://doi.org/10.1097%2FJCN.0000000000000815>.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & et al. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>.
- Byrne, M., Murphy, P., D'Eath, M., Doherty, S., & Jaarsma, T. (2017). Association between sexual problems and relationship satisfaction among people with cardiovascular disease. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 666-674. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.252>.
- 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. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156051>.
- Dávalos, I., Naya, E. G., & Marcilla, M. M. (2021). Sexual activity after myocardial revascularization surgery. *Current Problems in Cardiology*, 46(3), عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. با توجه به اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عملکرد جنسی و بهبود ویژگی‌های تیپ شخصیتی D بیماران قلبی در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران مجرب با استفاده از این پروتکل‌های درمانی، در جهت ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی این بیماران خدمات روان‌شناختی موثری را در زمینه بهبود عملکرد جنسی و کاهش مولفه‌های سنخ شخصیت D ارائه دهند.
- منابع**
- Abdelmalek, A. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Avoidant Personality Disorder, and its effect on Life Orientation for university students. *Journal of Scientific Research in Education*, 21(7), 54-110. <https://doi.org/10.21608/jsre.2020.107627>.
- Ahmadi, A., Ghaemi, F., & Farrokhi, N. (2019). Comparison of the effectiveness of mindfulness training and acceptance and commitment therapy on sexual function in men with cancer in Isfahan. *Journal of Psychological Sciences*, 18(83), 2185-2192. <https://sid.ir/paper/93183/fa>. (In Persian)
- Arenhall, E., Kristofferzon, M.-L., Fridlund, B., Malm, D., & Nilsson, U. (2011). The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.05.003>.
- Bakhshi Bajestani, A., Shahabizadeh, F., Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress and Psychosomatic Symptoms in Patients with type D personality and Gastrointestinal Dysfunction. *Razavi International Journal of Medicine*, 9(3), 85-90. <https://dx.doi.org/10.30483/rijm.2021.254235.1077>. (In Persian)
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., & et al. (2017). *Unified*

- Metacognition for cognitive emotional regulation in patients with cardiovascular disease [Applicable]. *Scientific Magazine Yafte*, 20(2), 93-102. <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-2617-fa.html>.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>.
- Grabovac, I., Smith, L., Yang, L., Soysal, P., Veronese, N., et al. (2020). The relationship between chronic diseases and number of sexual partners: an exploratory analysis. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(2), 100-107. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.srh-2019-200352>.
- Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.05.004>.
- Gupta, B., & Thyloth, M. (2021). Role of Multimodal Psychotherapeutic Approaches in Bisexual Adult Man: A Case Study. *Journal of Psychosexual Health*, 3(1), 81-87. DOI: 10.1177/2631831821994253.
- Hokmabadi, M.E., Bigdeli, I., Asghari Ebrahim Abad, M.J., Asadi, J. (2020). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Personality Type D and Adherence to Treatment in Patients with Coronary Artery Disease. *Clinical Psychology Journal*, 12(1), 26-35. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.12459.1217>.
- Hasanzadeh, M., Akbari, B., & Abolghasemi, A. (2019). Efficiency of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-being and Sexual Function in Women with Infertility History [Original Research]. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 27(4), 250-259. <https://doi.org/10.30699/ajnmc.27.4.250>.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. 100660. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2020.100660>.
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-97. DOI: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
- Derakhshan, A., Haghayegh, S. A., Afshar Zanjani, H., & Adibi, P. (2022). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Life and Personality Type D Characteristics in the Patients with Ulcerative Colitis [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 20(3), 425-437. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1169-fa.html>.
- Dusenbury, W., Hill, T. J., Mosack, V., & Steinke, E. E. (2020). Risk factors, depression, and drugs influencing sexual activity in individuals with and without stroke. *Rehabilitation Nursing Journal*, 45(1), 23-29. DOI: 10.1097/RNJ.000000000000145.
- Epifanio, M. S., La Grutta, S., Alfano, P., Marcantonio, S., Piombo, M. A., Ammirata, M.... & Di Blasi, M. (2023, January). Sexual Satisfaction and Quality of Life in Cardiovascular Patients: The Mediating Role of Anxiety. *In Healthcare*, 11(3). 290-302. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030290>.
- Fakhri, A. m., Morshedi, H., & Soleymanian, A. (2014). Psychometric Properties of Iranian Version of Male Sexual Function Index. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 12(6), 655-663. https://jsmj.ajums.ac.ir/article_49959_c7adaf816568d346871becbc9c4616ff.pdf.
- Fang, S.-C., Wu, Y.-L., & Tsai, P.-S. (2020). Heart rate variability and risk of all-cause death and cardiovascular events in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis of cohort studies. *Biological Research for Nursing*, 22(1), 45-56. <https://doi.org/10.1177/1099800419877442>.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., et al. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>.
- Firoozi, M., & Biranvandi, M. (2018). Integrate

- University of Mohaghegh Ardabili.
- Maulvi Z, G. A., Elah Bakshian A, Asghari Jafarabadi M, Sattarzadeh N, et al. (2021). Sexual function in patients with coronary artery disease referred to the heart clinic of Shahid Madani Hospital in Tabriz. *Journal of Urmia College of Nursing and Midwifery*, 18, 965-976. <https://sid.ir/paper/415927/fa>.
- McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *The Journal of Pain*, 14(11), 1398-1406. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.06.011>.
- Mohagheghian, M., Kajbaf, M. B., & Maredpour, A. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual arousal, Intimacy and Self-concept of Female Sexual Interest/Arousal Disorder, a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 8(1), 50-59. <https://sid.ir/paper/704412/en>.
- Mousavi, S. Z., & Pakizeh, A. (2021). Prediction of Mental Disorders Based on Type D personality in College Students. *Clinical Psychology Studies*, 11(43), 25-44. <https://doi.org/10.22054/jcps.2021.60505.2569>.
- Nagel, J., Chavanon, M.-L., Binder, L., Pieper, A., Wachter, R., et al. (2021). How family history of premature myocardial infarction affects patients at cardiovascular risk. *Health Psychology*, 40(11), 754-763. <https://doi.org/10.1037/hea0001128>.
- Ona, P. E. Z. (2020). *Acceptance and Commitment Therapy for Borderline Personality Disorder: A Flexible Treatment Plan for Clients with Emotion Dysregulation*. New Harbinger Publications. 1684031796, 9781684031795.
- Otared, N., Mikaeili, N., Mohajeri, N., & Vojoudi, B. (2017). The Effect of Unified Transdiagnostic Treatment on Anxiety Disorders and Comorbid Depression: Single-Case Design [Research]. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 4(4), 54-62. <http://jms.thums.ac.ir/article-1-383-fa.html>.
- Springer Science+ Business Media.
- Horvath, Z., Smith, B. H., Sal, D., Hevesi, K., & Rowland, D. L. (2020). Body image, orgasmic response, and sexual relationship satisfaction: Understanding relationships and establishing typologies based on body image satisfaction. *Sexual medicine*, 8(4), 740-751. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.06.008>.
- Kennedy, K. A., & Barlow, D. H. (2018). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An introduction*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/med-psych/9780190255541.003.0001>.
- Khosrowshahi H., M. B., Hassanzadeh R. (2018). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on disease perception in coronary heart patients. *Disability Studies*, 9(1), 1-7. <https://doi.org/https://sid.ir/paper/968093/fa>.
- Koch, T., Ehring, T., & Liedl, A. (2020). Effectiveness of a transdiagnostic group intervention to enhance emotion regulation in young Afghan refugees: A pilot randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 132, 103689. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103689>.
- Kupper, N., & Denollet, J. (2018). Type D personality as a risk factor in coronary heart disease: a review of current evidence. *Current Cardiology Reports*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11886-018-1048-x>.
- Levine, G. N., Steinke, E. E., Bakaeen, F. G., Bozkurt, B., Cheitlin, M. D., et al. (2012). Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 125(8), 1058-1072. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182447787>.
- Lv, H., Tao, H., Wang, Y., Zhao, Z., Liu, G., et al. (2020). Impact of type D personality on major adverse cardiac events in patients undergoing percutaneous coronary intervention: The mediating role of cognitive appraisal and coping style. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110192. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110192>.
- Madadi, F. (2019). *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Psychological Capital and Sexual Self-Efficacy of Infertile Women*

- concurrent multiple baseline design across participants. *Clinical Case Studies*, 19(3), 163-179. <https://doi.org/10.1177/1534650119897412>
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., et al. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.005>.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2016-309505>.
- Tabatabai AS., S. A., , & Motamedi M. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Function, Sexual Self-Consciousness and Sexual Assertiveness among Women with Sexual Dysfunction. *RBS*, 15, 84-92. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-519-en.html>.
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A., & Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.008>
- Timmermans, I., Versteeg, H., Duijndam, S., Graafmans, C., Polak, P., & et al. (2019). Social inhibition and emotional distress in patients with coronary artery disease: The Type D personality construct. *Journal of Health Psychology*, 24(14), 1929-1944. <https://doi.org/10.1177/1359105317709513>.
- Pourghane, P., Amiri Nejad, P., & Razavi Tousi, S. M. T. (2021). Effect of Cardiac Rehabilitation on Sexual Satisfaction of Patients After Coronary Artery Bypass Graft Surgery [Research]. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 30(1), 2-13. <https://doi.org/10.32598/jgums.30.1.1469.2>.
- Rosen, R. C. (2002). Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertility and Sterility*, 77, 89-93. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)02966-7](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)02966-7).
- Ryan, A. K., Pakenham, K. I., & Burton, N. W. (2020). A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy- informed resilience training program for people with diabetes. *Australian Psychologist*, 55(3), 196-207. <https://doi.org/10.1111/ap.12429>.
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., et al. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264, 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.072>.
- Smith, B. P., Coe, E., & Meyer, E. C. (2021). Acceptance and commitment therapy delivered via telehealth for the treatment of co-occurring depression, PTSD, and nicotine use in a male veteran. *Clinical Case Studies*, 20(1), 75-91. <https://us.sagepub.com/en-us/journals-permissions>.
- Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Acceptance and commitment therapy as a transdiagnostic approach to treatment of behavioral health concerns: A