



Comparison of the Effectiveness and Mechanism of Effect of Acceptance and Commitment Therapy Based on Emotion-Focused Therapy on Sexual Health in Patients with Type 2 Diabetes: The Role of Psychological Flexibility and Emotional Efficiency

Mojgan Zandi¹ , Shahram Mohammad Khani^{2*} , Mohammad Hatami³ 

1. Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates. Email: skyrainy62@gmail.com
2. Corresponding Author, Department of Psychology, Faculty of Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran. Email: mohammadkhani@khu.ac.ir
3. Department of Psychology, Faculty of Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran. Email: m.hatami@khu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 02 May 2021
Revised: 01 Nov 2021
Accepted: 08 Nov 2021
Published: 30 Dec 2024

Keywords:
Acceptance and Commitment Therapy, Emotion Focused Therapy, Sexual Health, Type 2 Diabetes, Psychological Flexibility, Emotional Efficiency.

ABSTRACT

The aim of this study was to compare the effectiveness and mechanism of acceptance and commitment-based therapy and emotion-focused therapy in the context of sexual health in type 2 diabetic patients, with a particular emphasis on the influence of psychological flexibility and emotional efficiency. The present study was quasi-experimental with pretest-posttest with a control group. The statistical cohort consisted of all patients with type 2 diabetes who were referred to the endocrinology clinics of Tehran University of Medical Sciences in 2019. Three groups of 15 were randomly selected from the forty-five eligible individuals and volunteers who were selected using the cluster sampling method: acceptance and commitment-based therapy, emotion-focused therapy, and witness-based therapy. The Larson Sexual Satisfaction Questionnaire (LSSQ), Emotion Efficacy Scale (EES), and Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) comprised the research instrument. Acceptance and commitment-based therapy was performed as a group for 12 60-minute sessions and emotion-focused therapy as a group for 8 60-minute sessions. Data were analyzed using SPSS-26 software and covariance analysis. Probability values of 0.05 were analyzed. The findings indicated that the variables of psychological flexibility and emotional efficiency serve as mechanism variables ($P < 0.05$). The study's findings indicate that the sexual health of patients with type 2 diabetes is influenced by acceptance and commitment-based therapy and emotion-focused therapy, which are characterized by psychological flexibility and efficacy.

Cite this article: Zandi, M., Mohammad Khani, Sh., & Hatami, M. (2024). Comparison of the Effectiveness and Mechanism of Effect of Acceptance and Commitment Therapy Based on Emotion-Focused Therapy on Sexual Health in Patients with Type 2 Diabetes: The Role of Psychological Flexibility and Emotional Efficiency. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(4), 283-300. doi: 10.22059/japr.2024.322990.643828.



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.322990.643828>

© The Author(s).



مقایسه اثربخشی و مکانیسم اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان بر سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲: نقش انعطاف پذیری روان شناختی و کارآمدی هیجانی

مژگان زندی^۱، شهرام محمد خانی^{۲*}، محمد حاتمی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبئی، امارات متحده عربی. رایانامه: skyrainy62@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. رایانامه: mohammadkhani@khu.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. رایانامه: m.hatami@khu.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی و مکانیسم اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان بر سلامت جنسی با در نظر داشتن نقش انعطاف پذیری روان شناختی و کارآمدی هیجانی به عنوان متغیر مکانیسم در بیماران دیابتی نوع ۲ بود. پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مبتلایان به دیابت نوع ۲ ساکن شهر تهران بود که به درمانگاه های غدد بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. ۴۵ فرد واجد شرایط و داوطلب (۲۷ زن و ۱۸ مرد) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر هیجان و کنترل قرار گرفتند. برای گروه های آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی به مدت دوازده جلسه ۶۰ دقیقه ای و درمان متمرکز بر هیجان به صورت گروهی به مدت هشت جلسه ۶۰ دقیقه ای اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس رضایت جنسی لارسون، مقیاس کارآمدی هیجان و پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲ بودند. داده ها با نرم افزار SPSS-26 و آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان، با میانجی گری انعطاف پذیری روان شناختی و کارآمدی هیجانی بر بهبود سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲ تأثیرگذار است ($P < 0.05$). براساس نتایج، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان برای ارتقای سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲ پیشنهاد می شود.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۰۸/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۷

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰

کلیدواژه ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر هیجان، دیابت نوع ۲، سلامت جنسی.

استناد: زندی، م.، محمد خانی، ش.، و حاتمی، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی و مکانیسم اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان بر سلامت جنسی مبتلایان به

دیابت نوع ۲: نقش انعطاف پذیری روان شناختی و کارآمدی هیجانی. فصل نامه پژوهش های کاربردی روان شناختی، ۱۵(۴)، ۲۸۳-۳۰۰.

doi: 10.22059/japr.2024.322990.643828

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.322990.643828>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

یکی از بیماری‌های شایع و مزمن روبه‌افزایش که در عصر حاضر گریبان‌گیر بسیاری از افراد است و پیامدهایی جسمی و روانی فراوانی برای مبتلایان دارد دیابت^۱ است (بستامی و همکاران، ۱۳۹۵). دیابت نوعی بیماری است که در آن، بدن در تولید یا پاسخ به انسولین دچار نقص شده و به دو نوع ۱ و ۲ تقسیم می‌شود (ون دیجک و همکاران^۲، ۲۰۱۳). مطابق تحقیق سان و همکاران^۳ (۲۰۲۱) به نقل از باغبان باغستان و همکاران، (۱۳۹۶)، شیوع جهانی دیابت در افراد ۲۰ تا ۷۹ ساله ۱۰/۵ درصد (۵۳۶/۶ میلیون نفر) تخمین زده شد که انتظار می‌رود این میزان تا سال ۲۰۴۵ به ۱۲/۲ درصد (۷۸۳/۲ میلیون نفر) افزایش یابد. شیوع دیابت در مردان و زنان تقریباً یکسان است و در گروه سنی ۷۵ تا ۷۹ بیشترین میزان را داشته است. برآورد می‌شود شیوع دیابت در مناطق شهری (۱۲/۱ درصد) بیشتر از مناطق روستایی (۸/۳ درصد) و در کشورهای پردرآمد (۱۱/۱ درصد) بیشتر از کشورهای کم‌درآمد (۵/۵ درصد) باشد. بیشترین افزایش نسبی شیوع دیابت بین سال‌های ۲۰۲۱ و ۲۰۴۵ در کشورهای با درآمد متوسط (۲۱/۱ درصد) نسبت به کشورهای پردرآمد (۱۲/۲ درصد) و کم‌درآمد (۱۱/۹ درصد) پیش‌بینی شده است. در سال ۲۰۲۱ هزینه‌های بهداشتی دیابت در سطح جهانی ۹۶۶ میلیارد دلار آمریکا برآورد شده و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۴۵ به ۱۰۵۴ میلیارد دلار آمریکا برسد. در کشورهای آسیایی، شیوع این بیماری از ۱/۲ درصد به ۱۴/۶ درصد، در خاورمیانه از ۴/۶ درصد به ۴۰ درصد و در ایران از ۱/۳ درصد به ۱۴/۷ درصد در سال ۲۰۰۹ رسیده است. دیابت موجب عوارض متفاوتی مانند تحت تأثیر قرارداد توانایی فیزیکی، جسمی و جنسی افراد، گسترش دادن عوارض سایر بیماری‌ها، آشفتگی‌های روانی و اختلال در عملکرد خانوادگی و اجتماعی افراد شود (لو و همکاران^۴، ۲۰۱۷).

یکی از اختلالات مزمنی که کمتر در بیماری دیابت به آن توجه می‌شود، اختلالات جنسی^۵ است (کیزیلای و همکاران^۶، ۲۰۱۷). اختلالات جنسی در زنان شیوع کمتری دارد، اما در ۵۰ درصد مردان مبتلا به دیابت که سنشان کمتر از ۶۰ سال است، دیده می‌شود. در بیماران زن مبتلا به دیابت، در بسیاری از موارد عامل اصلی در سردمزاجی^۷، خشکی واژینال^۸، درد هنگام مقاربت^۹ و اختلال انگیختگی جنسی^{۱۰}، اختلالات عروقی^{۱۱}، عصبی و مشکلات روانی است (دی سیلوا و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۲). باین‌حال، اختلاف نظر زیادی در گزارش‌ها وجود دارد که ممکن است به دلیل نمونه اندک و استفاده نکردن از طرح‌های آزمایشی باشد که متغیرهای مزاحم را کنترل نکرده است (الیاسی و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۵). امیدوار و همکاران^{۱۴} (۲۰۱۳) در تحقیق خود روی بیماران دیابتی نشان دادند در ۶۴ درصد این بیماران سردمزاجی، در ۷۰ درصد خشکی واژینال، در ۳۶ درصد کاهش حس جنسی و در ۴۷ درصد آن‌ها کاهش لذت جنسی وجود دارد.

یکی از موضوعات کلیدی درباره بیماران دیابتی، حوزه سلامت و عملکرد جنسی است که این موضوع در بسیاری از موارد کاملاً ذهنی است و به آنچه فرد از امور جنسی خود درک می‌کند ارتباط دارد (قدرتی‌میرکوهی و همکاران، ۱۳۹۷). کیفیت رضایت جنسی با کیفیت عمومی زندگی ارتباط تنگاتنگی دارد؛ به‌گونه‌ای که کیفیت ضعیف ارتباط جنسی در ضعیف‌بودن کیفیت زندگی نمود پیدا می‌کند (فیروزجایی و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۱). شاخص عمده در این زمینه، اختلال جنسی است که در صورت درمان‌نشده تأثیر بسزایی بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارد (لمیعیان و همکاران، ۱۳۹۵). مسائل جنسی بخش مهمی از زندگی هر انسانی را

1. diabetic
2. Van Dijk et al.
3. Sun, H. et al.
4. Lu et al.
5. sexual dysfunctions
6. Kizilay et al.
7. frigidity
8. vaginal dryness
9. dyspareunia
10. sexual arousal disorder
11. vascular disorders
12. de Silva et al.
13. Elyasi et al.
14. Omidvar et al.
15. Firoozjaei et al.

تشکیل داده و می‌تواند منشأ حس‌های گوناگونی مانند لذت، راحتی و عشق باشد. هرچند داشتن یک رابطه جنسی خوب ممکن است موفقیت در یک ازدواج و رضایت از آن را تضمین نکند، نداشتن ارتباط جنسی یا داشتن ارتباطات جنسی بی کیفیت می‌تواند به میزان زیادی به تخریب نهاد ازدواج منجر شود (علی‌کمالی و همکاران^۱، ۲۰۱۹).

درمان‌های روان‌شناختی از درمان‌های مکمل هستند که امروزه در بسیاری از کشورها، به‌عنوان درمانی مکمل و مؤثر و کارآمد در کنار درمان‌های پزشکی برای بسیاری از اختلالات روان‌تنی به کار می‌روند (شهبابی و همکاران، ۱۳۹۹). درمان‌های روان‌شناختی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ سبب افزایش تاب‌آوری و تحمل شرایط بیماری می‌شود، کیفیت زندگی این بیماران را افزایش می‌دهد و می‌تواند باورهای را شکل دهد که سبب زندگی آسیب‌زننده در این افراد را تغییر می‌دهد (راس و همکاران^۲، ۲۰۱۹).

یکی از درمان‌های روان‌شناختی اثربخش برای بهبود تجربیات روان‌شناختی منفی ناشی از این بیماری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ (ACT) است (بستامی و همکاران، ۱۳۹۵). در این درمان سعی بر آن است تا کنترل و اجتناب از افکار و احساسات ناخوشایند کاهش و در مقابل، پذیرش آن‌ها افزایش یابد. در این درمان از طریق فرایند درمان‌دگی خلاق به افراد کمک می‌شود تا متوجه شوند کنترل و اجتناب از افکار و احساسات ناخوشایند تا چه حد نامؤثر است و حتی برعکس، تجارب ناخوشایند آن‌ها را افزایش می‌دهد (الرفیجی-فریرا و همکاران^۴، ۲۰۲۱). نکته مهم دیگر در این درمان، آگاه‌بودن فرد از تجربیات لحظه‌حال است که فرد می‌آموزد چگونه تماس خود را با لحظه‌به‌لحظه زندگی‌اش حفظ کند. در ادامه نحوه جداسازی خود از افکارش آموخته می‌شود؛ به‌گونه‌ای که بتواند جدا از افکارش اقدام کند (دو و همکاران^۵، ۲۰۲۱). مشخص کردن ارزش و تعهد به عمل در چارچوب ارزش‌های فردی از دیگر اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به پذیرش و پیشبرد اهداف درمان کمک می‌کند (رومر و همکاران^۶، ۲۰۱۳).

درنهایت آنچه در درمان ACT به دنبال آن است، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران است (هیز و استروسال^۷، ۲۰۱۰). آلدریچ و همکاران^۸ (۲۰۰۰) بر این باورند که بیماران دارای دردهای مزمن (مانند دیابت) همواره در تلاش برای مقابله و کنترل رویدادهای زجرآور هستند که در انتها نیز در این تلاش با شکست مواجه می‌شوند. همچنین در نمونه‌های بالینی، شواهد حاکی از آن است که پذیرفتن درد، با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر، مشکلات روانی به‌مراتب کمتر و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در افراد ارتباط دارد (مک‌کراکن و ژائوبرین^۹، ۲۰۱۰؛ مک‌کراکن، گانتلت-گیلبرت و اکسلتون^{۱۰}، ۲۰۱۰).

از سوی دیگر فعال‌سازی و پردازش هیجان در ایجاد تغییرات درمانی روان‌شناختی موضوعی مهم است که تحقیقات متفاوتی اهمیت آن را به اثبات رسانده است (گرینبرگ^{۱۱}، ۲۰۱۱؛ منین و فاراچ^{۱۲}، ۲۰۰۷). یکی از درمان‌هایی که در محوریت دادن به هیجان‌ها و تمرکز بر آن‌ها اثر دارد، درمان متمرکز بر هیجان^{۱۳} است (صمدی و دوستکام، ۱۳۹۶). این روش درمانی یکی از معدود مدل‌های درمانی است که ذاتاً ترکیبی از روش‌های درمانی مراجع‌محور، گشتالت‌درمانی و اصول شناختی را شامل می‌شود (اسلون^{۱۴}، ۲۰۰۴). بورگس و همکاران^{۱۵} (۲۰۱۴) به این نتیجه رسیدند که بیماران دیابتی به‌دلیل جدال با بیماری عموماً احساس شکست و ناامیدی می‌کنند، درمورد خود دچار احساس‌های منفی می‌شوند و در غالب موارد احساساتی مانند خشم، گناه و ترس را

1. Alikamali et al.
2. Ross et al.
3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
4. El Rafihi-Ferreira et al.
5. Du et al.
6. Roemer et al.
7. Hayes & Strosahl
8. Aldrich et al.
9. McCracken & Zhao-O'Brien
10. McCracken, Gauntlett-Gilbert, & Eccleston
11. Greenberg
12. Mennin & Farach
13. emotion-focused therapy
14. Sloan
15. Borges et al.

تجربه می‌کنند. علاوه بر این، ازدست دادن شغل، بستری شدن‌های مکرر و نیاز به مراقبت‌های پزشکی و پرستاری، هزینه‌های غیرمستقیم مربوط به مرگ زودرس این بیماران، کاهش یافتن تعاملات اجتماعی و خانوادگی و همچنین تغییرات سبک زندگی از مشکلات عمده‌ای است که بر وضعیت خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی این بیماران اثرگذار است (لو و همکاران، ۲۰۱۷).

در درمان هیجان‌محور، تمرکز درمانگر نه تنها بر آگاه کردن فرد به محتوای ذهنی است که او انکار یا تحریف کرده، بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی او را نیز در نظر دارد (مارن و همکاران^۱، ۲۰۲۲). از منظر رویکرد هیجان‌محور، انسان‌ها به‌عنوان سیستم‌هایی پویایی عمل می‌کنند که فرایندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف، از سطح عصب شیمیایی تا سطوح آگاهانه و مفهومی یکپارچه می‌کنند و این یکپارچه‌سازی، پیوند جدایی‌ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می‌آورد؛ بنابراین افراد دائماً با ترکیب و مدیریت بر ترکیب اطلاعات بیولوژیکی و یادگیری فرهنگی که به ظاهر متظاهر هستند، با کارآمدی بیشتری زندگی می‌کنند. نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ برای مراجعان غالباً فرایندی دشوار و طاقت‌فرسا است (گلدمن و گلدستاین^۲، ۲۰۲۲). رسالت درمانگر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت برای تنظیم هیجان است (الیوت و مک‌دونالد^۳، ۲۰۲۱). با نظر به مباحث مطرح شده، در این موضوع با توجه به نقش احتمالی متغیرهای مهمی مانند کیفیت جنسی در کنترل بیماری دیابت، تحقیق حاضر در پی آن است که تأثیر و مکانیسم اثر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان در ارتقای سلامت جنسی در بیماران دیابتی نوع ۲ را ارزیابی کند. به این ترتیب پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا بین نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان در ارتقای سلامت جنسی بیماران دیابتی نوع ۲ تفاوت وجود دارد. سؤال دوم این بود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان از طریق بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کارآمدی هیجانی و پریشانی هیجانی به‌عنوان مکانیسم اثر در ارتقای سلامت جنسی بیماران دیابتی نوع ۲ مؤثر واقع می‌شوند.

۲. روش

۱-۲. جامعه، نمونه و روش اجرا

این پژوهش در چارچوب یک طرح تجربی با پیش‌آزمون و پیش‌آزمون و گروه کنترل انجام گرفت. بدین صورت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان به‌عنوان متغیر مستقل اعمال شد تا تأثیر آن بر بهبود سلامت جنسی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به‌عنوان متغیر وابسته مشخص شود. جامعه آماری تحقیق حاضر کلیه مراجعان مبتلا به دیابت نوع ۲ ساکن شهر تهران هستند که به درمانگاه‌های غدد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند که به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۴۵ نفر از مبتلایان به دیابت نوع ۲ با توجه به ملاک‌های ورود و خروج در سه گروه ۱۵ نفری جای‌دهی شدند. ملاک‌های ورود به برنامه عبارت بود از: دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های آموزشی روان‌شناختی، عدم ابتلا به مشکلات روان‌شناختی براساس بررسی بالینی و همچنین عدم ابتلا به دیگر بیماری‌های جسمی.

ابتدا از میان درمانگاه‌های غدد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، به‌طور تصادفی سه درمانگاه انتخاب شدند و فهرست مبتلایان به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده در سال ۱۳۹۸، در این درمانگاه تهیه شد. از این فهرست، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط و داوطلب، براساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به روش انتساب تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر هیجان و گواه) تخصیص یافتند. برای دو گروه اول (گروه‌های آزمایشی)، شیوه درمانی به‌عنوان متغیر مستقل در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان اعمال شد. بیماران پس از اعلام موافقت در یک جلسه معارفه شرکت و فرم اعلام موافقت را امضا کردند و پس از توضیح درمورد تحقیق و اعلام موافقت آنان در هر سه گروه، مقیاس‌های رضایت جنسی لارسون و کیفیت زندگی اجرا

1. Marren et al.
2. Goldman & Goldstein
3. Elliott & Macdonald

شد. سپس گروه مداخله اول تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طی دوازده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (به صورت هفته‌ای دو جلسه) و گروه مداخله دوم تحت درمان متمرکز بر هیجان طی هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (به صورت هفته‌ای یک جلسه) قرار گرفتند. برای گروه گواه، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان انجام نشد، اما به منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه مشاوره پس از پایان دوره اجرای پژوهش دریافت کردند. بعد از اتمام جلسات آموزشی برای هر سه گروه، پس از آزمون اجرا شد.

۲-۲. ابزار سنجش

۲-۲-۱. پرسشنامه رضایت جنسی لارسون^۱ (LSSQ)

لارسون و همکاران^۲ (۱۹۹۸) پرسشنامه رضایت جنسی را طراحی کردند. این پرسشنامه که از ۲۵ گویه تشکیل شده و چهار مؤلفه مهم تمایل به برقراری روابط جنسی (۵ عبارت)، نگرش جنسی (۶ عبارت)، کیفیت زندگی جنسی (۸ عبارت) و سازگاری جنسی (۶ عبارت) را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه نمره‌دهی پرسشنامه رضایت جنسی لارسون براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (همیشه: ۵، بیشتر اوقات: ۴، گاهی: ۳، به ندرت: ۲، هرگز: ۱) است و حداقل امتیاز ممکن ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ خواهد بود. روایی درونی این پرسشنامه توسط طراحان محاسبه شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به دست آمد. همچنین پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی با فاصله یک هفته محاسبه شد که میزان آن ۰/۹۳ گزارش شد (لارسون و همکاران، ۱۹۹۸). این پرسشنامه در ایران توسط بهرامی و همکاران (۱۳۹۵) هنجاریابی شده است. در پژوهش بهرامی و همکاران (۱۳۹۵) همسانی درونی^۳ گویه‌های پرسشنامه رضایت جنسی به روش آلفای کرونباخ، بیشتر از ۰/۷۰ به دست آمد. روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، چهار عامل (تمایل به برقراری روابط جنسی، نگرش جنسی، کیفیت زندگی جنسی و سازگاری جنسی) با ارزش ویژه بیشتر از یک را نشان داد. چهار عامل پنهان، ۵۳/۲۱ درصد کل واریانس را تبیین کردند و تحلیل عاملی تأییدی، مدل نهایی سازه پرسشنامه رضایت جنسی را در ایران تأیید کرد (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۵). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد.

۲-۲-۲. مقیاس کارآمدی هیجان^۴ (EES)

مقیاس کارآمدی هیجانی توسط مک‌کی و وست^۵ (۲۰۱۶) طراحی شده است. این مقیاس که دارای ده گویه است و با هدف سنجش کارآمدی هیجانی افراد به وجود آمده و در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ نمره‌گذاری می‌شود. مک‌کی و وست (۲۰۱۶) همسانی درونی مقیاس کارآمدی هیجانی را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه کردند. از سوی دیگر، شانون^۶ (۲۰۱۹) خصایص روان‌سنجی مقیاس کارآمدی هیجانی را به دست آورد و نشان داد این مقیاس از چهار خرده‌مقیاس اقدام مبتنی بر ارزش‌ها^۷، پذیرفتن ذهن آگاهانه^۸، آگاه‌بودن ذهن آگاهانه^۹ و مقابله ذهن آگاهانه^{۱۰} تشکیل شده است. شانون (۲۰۱۹) پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه کرده است. روایی و اجرای پرسشنامه کارآمدی هیجانی با اجرای هم‌زمان آن با مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی، پرسشنامه پذیرش و عمل و پرسشنامه زندگی ارزشمند بررسی شد. نتایج نشان داد این مقیاس با مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و پرسشنامه پذیرش و عمل دارای همبستگی منفی است و همچنین با پرسشنامه زندگی ارزشمند دارای همبستگی مثبت است که این نتایج نشان‌دهنده روایی و اجرای مطلوب پرسشنامه کارآمدی هیجانی بوده است (شانون، ۲۰۱۹). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه

1. Larson Sexual Satisfaction Questionnaire (LSSQ)

2. Larson et al.

3. internal consistency

4. Emotion Efficacy Scale (EES)

5. McKay & West

6. Shannon

7. values-based action

8. mindful acceptance

9. utilizes mindful

10. mindful coping

۰/۹۳ به دست آمد.

۲-۳-۲. پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم^۱ (AAQ-II)

پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم توسط بوند و همکاران^۲ (۲۰۱۱) ساخته شده که پذیرش^۳، اجتناب تجربی^۴ و انعطاف‌ناپذیری روانی^۵ را اندازه‌گیری می‌کند و دارای ۱۰ گویه با مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱، خیلی به ندرت=۲، به ندرت=۳، گاهی=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) است. گویه‌ها به‌طور مستقیم نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۷۰ است. طبق مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی این پرسشنامه، پایایی، روایی و اعتبار سازه آن رضایت‌بخش است. در پژوهش بوند و همکاران (۲۰۱۱) پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ گزارش شده است. عباسی و همکاران (۱۳۹۱) در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را بررسی کردند و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را نشان داد. همچنین همسانی درونی و ضریب تصنیف پرسشنامه در گروه‌های مختلف بین ۰/۸۹ تا ۰/۷۱ و رضایت‌بخش بود. ضریب پایایی آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ محاسبه شد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۷ به دست آمد.

۲-۳-۳. شیوه اجرای مداخله درمانی**۲-۳-۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد**

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دوازده جلسه یک ساعته براساس کتابچه راهنمای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایفرت^۶ (۲۰۰۵) اجرا شد که توسط پترسون و همکاران^۷ (۲۰۰۹) به نقل از کاوسیان، حریفی و کریمی، (۱۳۹۵) ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	شرح جلسه
اول	معرفی درمانگر و تعیین هدف، معرفی خود و ارزیابی بیماران دارای دیابت نوع ۲، ارزیابی و جهت‌گیری درمان
دوم	ارزیابی‌های فردی؛ مصاحبه فردی، بررسی دنیای بیرون و قانون آن در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است، نه راه‌حل
سوم	ادامه بحث تمایل با استفاده از استعاره مهمانی و گدا؛ بررسی هزینه‌های تعارض و اجتناب بیماران توسعه‌ناامیدی خلاق
چهارم	ارائه تکنیک ذهن‌آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر
پنجم	همجوشی شناختی
ششم	مشاهده افکار؛ توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با دیگران، معرفی انواع آمیختگی، مفهوم خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلس از آن
هفتم	انتخاب جهت ارزش‌ها؛ کمک به مراجعان برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی
هشتم	یادآوری جلسه قبل، شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود
نهم	یادآوری جلسه قبل، ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه
دهم	یادآوری جلسه قبل، خود به‌عنوان زمینه در این رابطه
یازدهم	پذیرش و اقدام متعهد
دوازدهم	خلاصه کردن جلسات قبل و تأکید بر فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی پذیرش

۲-۳-۲. درمان متمرکز بر هیجان

طرح درمانی متمرکز بر هیجان براساس طرح گرینبرگ (۲۰۱۱) در هشت جلسه یک‌ساعته برای گروه‌های مستقل اجرا شد.

1. Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)
2. Bond et al.
3. acceptance
4. experiential avoidance
5. psychological inflexibility
6. Eifert, H.
7. Peterson, B. et al.

جدول ۲. جلسات درمان متمرکز بر هیجان

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی و برقراری رابطه و ایجاد تعهد در درمان
دوم	شناسایی چرخه تعاملی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند
سوم	تغییر در مسائلی که زیربنایی نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب هستند
چهارم	استفاده از تکنیک آرام‌سازی
پنجم	شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها
ششم	تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها
هفتم	ایجاد راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قبلی
هشتم	شکل‌گیری چرخه جدیدی از رفتار

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، در بخش آمار توصیفی از محاسبه فراوانی، درصد فراوانی و درصد تجمعی و در بخش آمار استنباطی، از آزمون‌های تحلیل کوواریانس^۱، آزمون t همبسته و آزمون اندازه‌گیری تکراری^۲ و به منظور بررسی نقش مکانیسم‌ها از بوت‌استرپ و شاخص ایتا استفاده شد. ضمناً برای تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی و شاخص‌های توصیفی

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش براساس جنسیت، تحصیلات و سن آزمودنی‌ها

گروه	جنسیت	فراوانی
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مرد	۶
	زن	۹
	مجموع	۱۵
درمان متمرکز بر هیجان	مرد	۷
	زن	۸
	مجموع	۱۵
کنترل	مرد	۵
	زن	۱۰
	مجموع	۱۵
گروه	سطح تحصیلات	فراوانی
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	دیپلم	۵
	کاردانی	۲
	کارشناسی	۴
	کارشناسی ارشد	۳
	دکتری	۱
	مجموع	۱۵
درمان متمرکز بر هیجان	دیپلم	۳
	کارشناسی	۱۱
	کارشناسی ارشد	۱
	مجموع	۱۵
	کاردانی	۲
	کارشناسی	۱۰
کنترل	کارشناسی ارشد	۳
	مجموع	۱۵

1. analyze of covariance
2. repeated measure

گروه	میانگین	انحراف معیار
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۶/۰۰	۸/۴۰۹
درمان متمرکز بر هیجان	۴۵/۴۰۰	۷/۳۶۵
کنترل	۴۶/۴۶۶	۷/۰۶۹

جدول ۴. نتایج آزمون t همبسته اثرات درمان بر سلامت جنسی

گروه‌ها	مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	مقدار t	df	Sig.
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	روابط جنسی	-۳/۳۳۳	۲/۱۶۰	۰/۵۵۸	-۵/۹۷۶	۱۴	۰/۰۰۱
	نگرش جنسی	-۳/۸۶۷	۵/۸۷۸	۱/۵۱۸	-۲/۵۴۸	۱۴	۰/۰۲۳
	کیفیت جنسی	-۶/۵۳۳	۳/۵۴۳	۰/۹۱۵	-۷/۱۴۲	۱۴	۰/۰۰۱
	سازگاری جنسی	-۳/۳۳۳	۴/۸۰۶	۱/۲۴۱	-۲/۶۸۶	۱۴	۰/۰۱۸
	نمره کل	-۱۷/۰۶۷	۹/۱۶۹	۲/۳۶۷	-۷/۲۰۹	۱۴	۰/۰۰۱
درمان متمرکز بر هیجان	روابط جنسی	-۱/۶۶۷	۱/۶۷۶	۰/۴۳۳	-۳/۸۵۱	۱۴	۰/۰۰۲
	نگرش جنسی	-۱/۲۰۰	۲/۴۲۶	۰/۶۲۶	-۱/۹۱۶	۱۴	۰/۰۷۶
	کیفیت جنسی	-۰/۸۰۰	۳/۰۷۵	۰/۷۹۴	-۱/۰۰۸	۱۴	۰/۳۳۱
	سازگاری جنسی	-۱/۰۰۰	۲/۵۳۵	۰/۶۵۵	-۱/۵۲۸	۱۴	۰/۱۴۹
	نمره کل	-۴/۶۶۷	۶/۳۳۲	۱/۶۳۵	-۲/۸۲۴	۱۴	۰/۰۱۳
گروه کنترل	روابط جنسی	۰/۳۳۳	۱/۱۷۵	۰/۳۰۳	۱/۰۹۹	۱۴	۰/۲۹۰
	نگرش جنسی	۰/۲۰۰	۳/۹۱۳	۱/۰۱۰	۰/۱۹۸	۱۴	۰/۸۴۶
	کیفیت جنسی	۰/۷۳۳	۲/۳۴۴	۰/۶۰۵	۱/۲۱۲	۱۴	۰/۲۴۶
	سازگاری جنسی	-۱/۶۶۷	۸/۳۳۸	۲/۱۵۳	-۰/۷۷۴	۱۴	۰/۴۵۲
	نمره کل	-۰/۴۰۰	۷/۶۲۳	۱/۹۶۸	-۰/۲۰۳	۱۴	۰/۸۴۲

جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره کل سلامت جنسی ($t = -7/209$; $P = 0/0001$) در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲ (اثر اصلی) تأثیر دارد. همچنین جدول ۱ نشان می‌دهد تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره کل سلامت جنسی ($t = -2/854$; $P = 0/013$) در گروه درمان متمرکز بر هیجان (EFT) معنادار است؛ بنابراین باید گفت درمان متمرکز بر هیجان (EFT) بر سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲ (اثر اصلی) تأثیر دارد. همچنین براساس جدول ۱ تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره کل سلامت جنسی ($t = -0/203$; $P = 0/842$) در گروه کنترل معنادار نیست. همچنین مطابق جدول، تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس‌های سلامت جنسی و زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی در گروه کنترل معنادار نیست ($P > 0/05$). درخصوص زیرمقیاس‌ها، جدول ۱ نشان می‌دهد تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس‌های سلامت جنسی (روابط جنسی، نگرش جنسی، کیفیت جنسی و سازگاری جنسی) در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) معنادار است؛ بنابراین می‌توان عنوان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زیرمقیاس‌های سلامت جنسی تأثیر دارد. همچنین درخصوص زیرمقیاس‌ها، جدول ۱ نشان می‌دهد تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس‌های سلامت جنسی (روابط جنسی و سازگاری جنسی) در گروه درمان متمرکز بر هیجان (EFT) معنادار است. به این ترتیب می‌توان گفت درمان متمرکز بر هیجان (EFT) بر زیرمقیاس‌های سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲ (اثر اصلی) تأثیر دارد.

۳-۲. بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

جدول ۵. نتایج آزمون باکس برای بررسی پیش‌فرض برابری ماتریس کواریانس

مقیاس‌ها	آماره باکس	F	df1	df2	p
روابط جنسی	۱۰/۲۳	۱/۶۰	۶	۴۶۹۴۴/۹۳	۰/۱۴
نگرش جنسی	۱۲/۱۷	۱/۸۹	۶	۴۶۹۴۴/۹۳	۰/۰۸
کیفیت جنسی	۷/۵۸	۱/۱۸	۶	۴۶۹۴۴/۹۳	۰/۳۱
سازگاری جنسی	۱۰/۱۳	۱/۵۷	۶	۴۶۹۴۴/۹۳	۰/۱۴

در جدول ۵ نتایج آزمون باکس برای بررسی پیش فرض برابری ماتریس کوواریانس آمده است. براساس نتایج بررسی همسانی ماتریس کوواریانس با استفاده از آزمون باکس، در هیچ یک از ابعاد، مقیاس سلامت جنسی با سطح آلفای بزرگ‌تر از $P > 0.05$ معنادار نیستند. از این رو می‌توان گفت ماتریس کوواریانس‌ها در همه گروه‌ها برابر است. این بدان معنا است که شرط همسانی ماتریس کوواریانس برقرار است.

۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

به منظور آزمون اثرات غیرمستقیم (میانجی) و بررسی نقش مکانیسم‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. جدول ۳ اثرات تعاملی درمان \times مکانیسم‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۶. اثرات تعاملی درمان \times مکانیسم‌ها

منبع اثر	مجموع مجذورات	df	مجموع مجذورات	مقدار F	Sig.	اندازه اثر
مدل تصحیح شده	۷۲۶۹/۶۹۳	۳	۲۴۲۳/۲۳۱	۱۶۳/۶۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲۳
Intercept	۱۵۰/۳۳۷	۱	۱۵۰/۳۳۷	۱۰/۱۵۰	۰/۰۰۲	۰/۱۹۸
درمان \times انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۷۲۶۹/۶۹۳	۳	۲۴۲۳/۲۳۱	۱۶۳/۶۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲۳
درمان \times کارآمدی هیجان	۷۵۰/۶۷۱	۳	۲۵۰/۲۲۴	۲۹/۱۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸۱
خطا	۶۰۷/۲۸۵	۴۱	۱۴/۸۱۲			
کل	۱۳۴۳۸۸/۰۰۰	۴۵				
کل تصحیح شده	۷۸۷۶/۹۷۸	۴۴				

جدول ۶ نشان می‌دهد اثرات تعاملی درمان بر مکانیسم‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کارآمدی هیجان معنادار است ($P < 0.001$). مکانیسم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اندازه اثر بیشتری از کارآمدی هیجان دارد. به عبارت دیگر اندازه اثر مکانیسم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی 0.923 و اندازه اثر مکانیسم کارآمدی هیجان 0.681 است.

جدول ۷. اثرات تعاملی درمان‌ها در ارتباط با متغیرهای میانجی

اثر تعاملی درمان \times مکانیسم‌ها	B	خطای استاندارد	مقدار t	Sig.	اندازه اثر
Intercept	۴۰۲/۷	۸۹۱/۱	۹۱۴/۳	۰/۰۰۲	-
ACT \times انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۰/۹۴۰	۰/۰۳۵	۵۱۸/۲۶	۰/۰۰۲	۰/۹۸۱
ACT \times کارآمدی هیجان	۰/۸۳۹	۰/۱۸۱	۶۳۴/۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱
EFT \times انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۰/۷۴۹	۰/۰۸۷	۵۷۲/۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵۰
EFT \times کارآمدی هیجان	۰/۶۲۱	۰/۱۲۳	۰۵۱/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲

جدول ۷ نشان می‌دهد اثرات تعاملی درمان‌ها (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر هیجان (EFT)) بر مکانیسم‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کارآمدی هیجان معنادار است ($P < 0.001$). به عبارت دیگر مکانیسم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان (ACT) ($t=26/518; P=0.001$) و در درمان (EFT) ($t=8/572; P=0.001$) با مقدار t معنادار، دارای نقش تغییر مکانیسم است. همچنین مکانیسم کارآمدی هیجانی در درمان (ACT) ($t=4/634; P=0.001$) و در درمان (EFT) ($t=5/051; P=0.001$) با مقدار t معنادار، دارای نقش تغییر مکانیسم است. همچنین اندازه اثر ACT در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر از EFT و برعکس اندازه اثر ACT در کارآمدی هیجانی کمتر از EFT است. به منظور مقایسه دو روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر هیجان (EFT) بر سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲، در دو مرتبه اندازه‌گیری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) از روش مخلوط استفاده شد.

جدول ۸. بررسی اثرات گروه‌ها بر سلامت جنسی بیماران

منبع اثر	نوع آزمون	مقدار F	Sig.
اثر زمان	پیلایی-بارتلت	۱۰/۵۴۸	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۱۰/۵۴۸	۰/۰۰۱

منبع اثر	نوع آزمون	مقدار F	Sig.
اثر زمان	اثر هتلینگ	۱۰/۵۴۸	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۱۰/۵۴۸	۰/۰۰۱
اثر گروه × اثر زمان	پیلایی-بارتلت	۱۷/۲۱۸	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۱۷/۲۱۸	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱۷/۲۱۸	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۱۷/۲۱۸	۰/۰۰۱

جدول ۸ نتایج بررسی اثر زمان و اثر تعاملی اثر گروه × اثر زمان بر سلامت جنسی بیماران را با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد. مطابق نتایج مشخصه آماری لامبدای ویلکز، اثر مداخله درمانی حداقل در یکی از مراتب اندازه‌گیری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) در بین گروه‌های مطالعه تفاوت دارد ($P < 0/001$)؛ بنابراین برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اثرات تعاملی درمان × مکانیسم‌ها بر سلامت جنسی بیماران

منبع اثر	مجموع مجذورات	df	مجموع مجذورات	مقدار F	Sig.	اندازه اثر
اثر زمان	۳۴۷/۴۶۵	۱	۳۴۷/۴۶۵	۱۰/۵۴۸	۰/۰۰۱	۰/۲۱۰
اثر گروه × اثر زمان	۱۱۳۴/۴۱۲	۲	۵۶۷/۲۰۶	۱۷/۲۱۸	۰/۰۰۲	۰/۴۶۳
خطا	۱۳۱۷/۶۸۱	۴۰	۳۲/۹۴۲			

جدول ۹ نشان می‌دهد اثر زمان و همچنین اثر گروه × اثر زمان بر سلامت جنسی بیماران معنادار است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر در تمام گروه‌های مطالعه تفاوت بین مراتب اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، حین درمان و پس‌آزمون) وجود دارد. همچنین با توجه به میانگین‌های جدول ۴، تغییرات (افزایش سلامت جنسی بیماران) نشان می‌دهد روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نسبت به درمان متمرکز بر هیجان (EFT) اثر بیشتری بر سلامت جنسی بیماران دارد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مشخص کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲ تأثیر دارد که با یافته‌های حر و منشئی (۱۳۹۶)، امسبرگ و همکاران^۱ (۲۰۱۸)، باغبان باغستان و همکاران (۱۳۹۶) و اسدیپور و ویسی (۱۳۹۷) همخوانی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به مبتلایان به دیابت می‌آموزد تا با افزایش امنیت و دردسترس بودن آموزش رابطه جنسی مطلوب، رفتار خود را تصحیح کنند. این مسئله سبب ارتقای سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲ خواهد شد. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران می‌آموزد که آن‌ها می‌توانند مسائل مهم زندگی خود را برای همسرانشان افشا کنند، از همسر خود پاسخ مثبت دریافت کنند و تحت مراقبت وی قرار گیرند. به علاوه، تعامل‌های کلامی و غیرکلامی خود را افزایش دهند، خودابرازی جنسی از جمله لمس، درآغوش گرفتن و بوسیدن را نشان دهند، نیازهای خود را بیان کنند، نزدیکی بیشتری داشته باشند و عزت‌نفس جنسی خود را بالا ببرند؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به مبتلایان به دیابت آموزش می‌دهد که توانایی شناسایی و درمیان گذاشتن هیجان‌ها را داشته باشند که این امر موجب افزایش سلامت جنسی در آن‌ها خواهد شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد شرایط مطلوب و رویارویی با واقعیت‌ها می‌تواند رابطه جنسی در مبتلایان به بیماری دیابت را کنترل کند و سلامت جنسی آن‌ها را افزایش دهد. نتایج مطالعات ون دیجک و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد حمایت از افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ از طرف همتای آن‌ها زمینه‌ساز رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران خواهد شد و در بلندمدت به ارتقای سلامت جنسی در این بیماران می‌انجامد. در تبیین یافته‌های ون دیجک و همکاران (۲۰۱۳) و نتایج فرضیه فوق باید در نظر داشت که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مبتلایان به دیابت نوع ۲ سبب می‌شود آن‌ها بهتر بتوانند مشکلات و مسائل پیرامون خود را درک کنند؛ بنابراین رفتارهای جنسی خود را تغییر دهند و عملکرد بهتری در رفتار

جنسی داشته باشند که در درازمدت می‌تواند سلامت جنسی آن‌ها را افزایش دهد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت جنسی بیماران دیابتی نوع ۲ می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هرچه بیشتر بر آگاهی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند مداخله‌ای اثربخش در افزایش سلامت جنسی باشد. در این درمان، به‌جای تغییر شناخت‌ها و چالش با آن‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار افزایش یابد؛ یعنی افکار رنج‌آور از شکل آسیب‌زا که مانع زندگی معنادار می‌شود، به شکل تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی معنادار هستند تغییر می‌یابد. در فون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش آمیختگی تأکید زیادی می‌شود (دو و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را تشویق می‌کند که با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آن‌ها شوند. این ارزش‌ها می‌تواند در روابط با دیگران در طول زندگی نمود پیدا کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با قابلیت‌ها و خصایص خود به بیماران دیابتی نوع ۲ کمک می‌کند تا عواطف، تجارب و علائم بدنی بیماری دیابت خود را به شیوه‌های متفاوت با قبل تجربه کنند؛ به‌طوری‌که کشمکش با واکنش‌های افکار منفی را کاهش و پذیرش فکر را افزایش دهند؛ بنابراین بیماران دیابتی نوع ۲ در گروه آزمایش قادر شده‌اند با تمرین‌های پذیرش و تمرکز حواس، حساسیت‌ها و کنترل‌های خود را به مقدار زیادی کاهش دهند و سلامت جنسی آن‌ها به‌طور معنی‌داری افزایش یابد.

نتایج تحلیل‌ها نشان داد درمان متمرکز بر هیجان بر سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲ تأثیر دارد که با یافته‌های احمدی‌بجستانی و همکاران (۱۳۹۷)، قیاسوند و قربانی (۱۳۹۴)، رستمی و همکاران^۱ (۲۰۱۴) و گرینبرگ (۲۰۱۱) همخوانی دارد. نتایج پژوهش احمدی‌بجستانی و همکاران (۱۳۹۷) حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر هیجان در افزایش ابرازگری هیجانی و کنش‌وری جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ به‌طور معناداری مؤثر است. به‌نظر می‌رسد گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان به کمک اعتباربخشی هیجان و قاب‌دهی مجدد می‌تواند ابرازگری هیجانی و نیز کنش‌وری جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ را بهبود بخشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان این‌گونه استنباط کرد که برهم‌خوردن تعادل هورمونی بر اثر دیابت از یک سو و هجوم افکار منفی از سوی دیگر سبب برانگیختگی افراطی در بروز عواطف و هیجانات منفی می‌شود. سنگین‌شدن کفه هیجانات منفی در تعاملات زوجین سبب کم‌رنگ‌شدن هیجانات مثبت و سردشدن رابطه زوجین می‌شود. وجود یک بیماری جسمی مزمن مثل دیابت می‌تواند در فرد ایجاد تنش و ناآرامی کند که این مسئله در ابتدای امر طبیعی است، اما تداوم تنش‌های ناشی از بیماری، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت جنسی فرد و روابط او با هم‌تای خویش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مبتلایان به دیابت به‌دلیل حجم فشارهای ناشی از بیماری بیشتر از قبل، تجربه‌های عجیب‌شده با عواطف منفی دارند؛ بنابراین رویکرد مبتنی بر هیجان از طریق حل مشکلات هیجانی زوجین، شناسایی هیجان‌های ابرازنشده و سرکوب‌شده و شناسایی نیازهای هیجانی و عاطفی همسر و رویکرد مبتنی بر پذیرش تعهد تا حد زیادی سبب می‌شود فشارها و مشکلات ناشی از بیماری قابل‌تحمل شود و از این‌رو به بهبود تعاملات زوجین و بالطبع افزایش کیفیت زندگی و بهبود ارتقای سلامت جنسی در این بیماران می‌انجامد.

نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد می‌توان مداخله‌های مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان را به‌طور موفقیت‌آمیزی برای بهبود سلامت جنسی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ به‌کار گرفت و روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان متمرکز بر هیجان، افزایش بیشتری بر سلامت جنسی بیماران دارد. به این ترتیب از هر دو درمان، به‌ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان در زمینه کار بالینی و مداخلات درمانی شواهدمحور در زمینه بهبود سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲ استفاده کرد و بهتر است درمانگران به برتری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت جنسی مبتلایان به دیابت نوع ۲ که در برخی تحقیقات ذکر شده به دیده تردید بنگرند و مطالعات فراتحلیل وسیع‌تری در این زمینه مورد نیاز است. نهایتاً می‌توان استدلال کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان با اندکی تفاوت به شکل برابری به‌عنوان درمان‌های تکمیلی می‌توانند در کنار درمان‌های پزشکی به ارتقای کیفیت درمان منجر شوند.

۵. ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات به شماره IR.SBMU.RETECH.REC.1399.383 انجام شد. همچنین برای رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، داوطلبان و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین و محرمانه نگه داشتن اطلاعات به دست آمده طی اجرای پژوهش و خروج آزادانه از پژوهش مدنظر قرار گرفت. همچنین اصول اخلاقی در نگارش مقاله، طبق کمیته اخلاق کشوری و آیین نامه COPE رعایت شد.

۶. سپاسگزاری و حمایت مالی

نویسندگان این مقاله از مدیران کلینیک‌های همکاری‌کننده و شرکت‌کنندگان محترم در این مطالعه قدردانی می‌کنند. این مطالعه هیچ‌گونه حمایت مالی‌ای دریافت نکرده است.

۷. تعارض منافع

هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

منابع

- احمدی بجستانی، س.، اصغری ابراهیم‌آباد، م.، کیمیایی، ع.، و اصغری صلیانی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان (EFT) بر بهبود ابرازگری هیجانی و بهبود کنش‌وری جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۳(۵۰)، ۴۷-۵۶. <https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcp/Article/1118293/FullText>
- اسدپور، ا.، و ویسی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، عزت نفس جنسی و دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره‌آورد دانش)*. ۲۱(۷)، ۱۷-۸. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5710-fa.html>
- باغبان باغستان، آ.، اعراب شیبانی، خ.، و جاودانی مسرور، م. (۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه افق دانش*. ۲۳(۲)، ۱۴۰-۱۳۵. <http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-2514-fa.html>
- بستامی، م.، گودرزی، ن.، دوران، ب.، دباغی، پ.، و بستامی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش کیفیت زندگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله پرستار و پزشک در رزم*. ۴(۱۲)، ۱۲۶-۱۱۹. <http://npwj.m.ajaums.ac.ir/article-1-369-fa.html>
- بهرامی، ن.، یعقوب‌زاده، آ.، شریف‌نیا، ح.، سلیمانی، م.، ع.، و حقدوست، ع. ا. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه رضایت جنسی لارسون در نمونه‌ای از زوجین نابارور ایرانی. *مجله اپیدمیولوژی ایران*. ۱۲(۲)، ۳۱-۱۸. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-5513-fa.html>
- حر، م.، و منشی، غ. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در شهر اصفهان. *مجله دیابت و متابولیسم ایران (مجله دیابت و لیپید ایران)*. ۱۶(۶)، ۳۱۶-۳۰۹. <http://ijld.tums.ac.ir/article-1-5566-fa.html>
- شهبابی، ع.، احتشام‌زاده، پ.، عسگری، پ.، و مکوندی، ب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بر تاب‌آوری بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بخش بازتوانی قلب. *طب داخلی روز*. ۲۶(۳)، ۲۹۷-۲۷۶. <http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3335-fa.html>
- صمدی، ح.، و دوستکام، م. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی زنان نابارور. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۲(۴۳)، ۷۶-۶۷. <https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcp/Article/1118360/FullText>

- عباسی، ا.، و فتی، ل.، و مولودی، ر.، و ضرابی، ح. (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۲(۱۰)، ۶۵-۸۰. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_61.html
- قدرتی میرکوهی، م.، حدادی، س.، و اکبری کامرانی، م. (۱۳۹۷). همبستگی بین خودکارآمدی با کیفیت خواب و شاخص عملکرد جنسی در بیماران دیابتی نوع ۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۱۲(۴)، ۳۱-۴۱. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-1332-fa.html>
- قیاسوند، م.، و قربانی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و کنترل قند خون مبتلایان به دیابت نوع ۲. مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران. ۱۷(۴)، ۲۹۹-۳۰۷. <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-1924-fa.html>
- کاووسیان، ج.، حریفی، ح.، و کریمی، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج‌ها. مجله سلامت و مراقبت. ۱۹(۱)، ۸۷-۷۵. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-706-fa.html>
- لمیعیان، م.، زارعی، ف.، منتظری، علی.، حاجی‌زاده، ا.، و معصومی، ر. (۱۳۹۵). تبیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی زنان. فصلنامه حیات. ۲۲(۲)، ۱۸۵-۲۰۰. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1495-fa.html>

References

- Abbasi, E., Fti, L., Moloudi, R., & Zarabi, H. (2012). Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. *Psychological Models and Methods*, 3(10), 65-80. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_61.html?lang=en (In Persian)
- Ahmadi Bajestani, S., Asghari EbrahimAbad, M. J., Kimiyayi, A., & Salayani, F. (2018). The effectiveness of emotionally-focused group therapy on improving emotional expressiveness and sexual functioning of women with type 2 diabetes. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 13(50), 47-56. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jtbc/Article/1118293/FullText> (In Persian)
- Aldrich, S., Eccleston, C., & Crombez, G. (2000). Worrying about chronic pain: vigilance to threat and misdirected problem solving. *Behaviour Research and Therapy*, 38(5), 457-470. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00062-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00062-5)
- Alikamali, M., Khodabandeh, S., & Motesaddi, M. (2019). Sexual dysfunction in males and females with type 2 diabetes referring to healthcare centers of Zarand, Kerman: A cross-sectional study. *Shiraz Medical Journal*, 20(8), e84268. <https://doi.org/10.5812/semj.84268>
- Amsberg, S., Wijk, I., Livheim, F., Toft, E., Johansson, U. B., & Anderbro, T. (2018). Acceptance and commitment therapy (ACT) for adult type 1 diabetes management: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 8(11), e022234. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022234>
- Asadpour, E., & Veisi S. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual self-esteem and burnout martial among women with type 2 diabetes. *Journal of Arak University of Medical Science*, 21(7), 8-17. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5710-en.html> (In Persian)
- Baghban Baghestan, A., Aerab Sheibani Kh., & Javedani Masrur, M. (2017). Acceptance and commitment based therapy on disease perception and psychological capital in patients with type II diabetes. *Internal Medicine Today*, 23(2), 135-140. <http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.hms.23.2.135> (In Persian)
- Bahrami, N., Yaghoobzadeh, A., Sharifnia, H., Soleimani, M., & Haghdoost, A. (2016). Psychometric properties of the Persian version of Larson's sexual satisfaction questionnaire in a sample of Iranian infertile couples. *Iranian Journal of Epidemiology*, 12(2), 18-31. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-5513-en.html> (In Persian)

- Bastami, M., Googarzi, N., Dowran, B., Dabaghi, P., & Bastami, M. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) to increase their quality of life of military personnel with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nurse and Physician within War*, 4(12), 119-126. <http://npwjma.ajaums.ac.ir/article-1-369-en.html> (In Persian)
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R., D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borges, N. B., Ferraz, M. B., & Chacra, A. R. (2014). The cost of type 2 diabetes in Brazil: evaluation of a diabetes care center in the city of São Paulo, Brazil. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 6, 122. <https://doi.org/10.1186/1758-5996-6-122>
- de Silva, N. L., Athukorala, T., Gamage, J. L., Katulanda, G., Silva, P., Sumanatilleke, M., & Somasundaram, N. (2022). Sexual dysfunction among men with diabetes; a cross-sectional study at a specialised diabetes clinic in Sri Lanka. *BMC Endocarp Disorder*, 22(1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12902-022-01108-1>
- Du, S., Dong, J., Jin, S., Zhang, H., & Zhang, Y. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain on functioning: A systematic review of randomized controlled trials. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 131, 59-76. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.022>
- Eifert, G. H. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. United Kingdom: New Harbinger Publications.
- Elliott, R., & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal Clinical Psychology*, 77(2), 414-428. <https://doi.org/10.1002/jclp.23069>
- El Rafihi-Ferreira, R., Morin, C. M., Toscanini, A. C., Lotufo, F., Brasil, I. S., Gallinaro, J. G., ... & Hasan, R. (2021). Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: a pilot randomized controlled trial. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 43(5), 504-509. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0947>
- Elyasi, F., Kashi, Z., Tasfieh, B., Bahar, A., & Khademloo, M. (2015). Sexual dysfunction in women with type 2 diabetes mellitus. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 40(3), 206-213. <https://doi.org/10.30476/ijms.2015.39909>
- Firoozjaei, I. T., Taghadosi, M., & Sadat, Z. (2021). Determining the sexual quality of life and related factors in patients referred to the department of cardiac rehabilitation: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 19(3), 261-270. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33842823/>
- Ghiasvand, M., & Ghorbani, M. (2015). Effectiveness of emotion regulation training in improving emotion regulation strategies and control glycemic in type 2 diabetes patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17(4), 299-307. <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-1924-en.html> (In Persian)
- Ghodrati Mirkouhi, M., Haddadi, S., & Akbari-Kamrani, M. (2018). Correlation between Self-Efficacy with Sleep Quality and Sexual Function Index in Patients with Type 2 Diabetes. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 12(4), 31-41. <http://dx.doi.org/10.29252/qums.12.4.31> (In Persian)
- Goldman, R., & Goldstein, Z. (2022). Case formulation in emotion-focused therapy. *Journal Clinical Psychology*, 78(3), 436-453. <https://doi.org/10.1002/jclp.23321>
- Greenberg, L. S. (2011). *Theories of psychotherapy. Emotion-focused therapy*. New York; American Psychological Association Press. <https://psycnet.apa.org/record/2010-13684-000>

- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York, NY: Springer Press.
- Hor, M., & Manshaee, G. R. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on mental health of the patients with type 2 diabetes in the city of Isfahan. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 16(6), 309-316. <http://ijld.tums.ac.ir/article-1-5566-en.html> (In Persian)
- Kavousian, J., Haniffi, H., & Karimi K. (2017). The efficacy of acceptance and commitment therapy (act) on marital satisfaction in couples. *Journal of Health and Care*, 19(1), 75-87. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-706-en.html> (In Persian)
- Kizilay, F., Gali, H. E., & Serefoglu, E. C. (2017). Diabetes and Sexuality. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.07.002>
- Lamyian, M., Zarei, F., Montazeri, A., Hajizadeh, E., & Maasoumi, R. (2016). Exploring the factors affecting Iranian women's quality of sexual life. *Journal of Hayat*, 22(2), 185-200. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1495-en.html> (In Persian)
- Larson, J. H., Anderson, S. M., Holman, T. B., & Niemann, B. K. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24(3), 193-206. <https://doi.org/10.1080/00926239808404933>
- Lu, Y., Wang, N., Chen, Y., Nie, X., Li, Q., Han, B., Chen, Y., ... & Lu, Y. (2017). Health-related quality of life in type-2 diabetes patients: a cross-sectional study in East China. *BMC Endocrine Disorders*, 17(1), 38-43. <https://doi.org/10.1186/s12902-017-0187-1>
- Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., & Timulak, L. (2022). A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1611-1625. <https://doi.org/10.1002/cpp.2745>
- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J., & Eccleston, C. (2010). Acceptance of pain in adolescents with chronic pain: Validation of an adapted assessment instrument and preliminary correlation analyses. *European Journal of Pain (London, England)*, 14(3), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.05.002>
- McCracken, L. M., & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: there is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain (London, England)*, 14(2), 170-175. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.004>
- McKay, M., & West, A. (2016). *Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT & DBT*. Oakland, CA: Context Press
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x>
- Omidvar, S., Niaki, M. T., Amiri, F. N., & Kheyrikhah, F. (2013). Sexual dysfunction among women with diabetes mellitus in a diabetic center in Amol. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*, 4(2), 321-324. <https://doi.org/10.4103/0976-9668.116992>
- Roemer, L., Williston, S. K., Eustis, E. H., & Orsillo, S. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies for anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15, 410. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0410-3>
- Ross, J., Stevenson, F. A., Dack, C., Pal, K., May, C. R., Michie, S., ... & Murray, E. (2019). Health care professionals' views towards self-management and self-management education for people with type 2 diabetes. *BMJ Open*, 9(7), e029961. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029961>
- Rostami, M., Taheri, A., Abdi M, & Kermani, N. (2014). The effectiveness of instructing emotion-focused approach in improving the marital satisfaction in couples. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 693-698. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.769>

- Samadi, H., & Dostkam, M. (2017). Investigating the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on marital compatibility in infertile women. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 12(43), 67-76. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jtbcp/Article/1118360/FullText> (In Persian)
- Shahabi, A., Ehteshamzadeh, P., Asgari, P., & Makvandi, B. (2020). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and guided imagery on the resilience of cardiac disease patients referring to the heart rehabilitation department. *Internal Medicine Today*, 26(3), 276-297. <http://dx.doi.org/10.32598/hms.26.3.3184.1> (In Persian)
- Shannon, M. (2019). Measuring emotion regulation, psychological flexibility and valued living through the Emotion Efficacy Scale: A validation study. *PhD Dissertation*. The Wright Institute Graduate School of Psychology, ProQuest Dissertation & Theses, USA. <https://www.proquest.com/openview/d181c4baf8aa65f81fc0339>
- Sloan, D. M. (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behavior Research and Therapy*, 42(11), 1257-1270. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.006>
- Van Dijk, S. E., Pols, A. D., Adriaanse, M. C., Bosmans, J. E., Elders, P. J., Van Marwijk, H. W., & Van Tulder, M. W. (2013). Cost-effectiveness of a stepped-care intervention to prevent major depression in patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 128. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-128>