

## Original Article

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Satisfaction, Sexual Desire and Resilience of Patients with Granulomatous Mastitis Disease in Isfahan City

Mohsen Shiasi, Hassan Khoshakhlagh\*

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

\* *Corresponding author.* Tel: +989133123835, E-mail: Khoshakhlagh\_h@yahoo.com

### Article info

#### Article history:

Received: Jun 05, 2024

Accepted: Nov 16, 2024

#### Keywords:

Acceptance and  
Commitment Therapy  
Marital Satisfaction  
Sexual Desires  
Resilience  
Granulomatous Mastitis

### ABSTRACT

**Background:** Granulomatous mastitis is a rare chronic inflammatory disease of the breast, which, in addition to chronic pain and physical problems, has brought patients many problems and challenges in the areas of marital satisfaction, sexual relations, and adaptation to the disease. Therefore, the aim of the study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual desire and resilience of patients with granulomatous mastitis disease in Isfahan city.

**Methods:** The research method was quasi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The study population consisted of patients with chronic granulomatous mastitis disease that referred to Al-Zahra, Zahra-ye Marzieh, Shariati, Sina, and Issa ben Maryam hospitals in Isfahan city in 2023. Based on medical records, 30 women with granulomatous mastitis disease were selected by convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (15 people in each group). Data was collected using the Enrich Marital Satisfaction Questionnaire (EMSS), the Halbert Sexual Desire Questionnaire (HISD), and the Connor and Davidson Resilience Questionnaire (RISC-CD), in two phases, pre-test and post-test, on the experimental and control groups. The acceptance and commitment therapy was held in nine sessions each lasting 90 minutes, once a week. Data were analyzed using SPSS 24 software using the analysis of covariance.

**Results:** The results showed that the mean age of the participants in the experimental group was  $31.48 \pm 2.82$  and in the control group was  $32.49 \pm 3.91$  years. Furthermore, the results of the analysis of covariance showed that 64.8% of the variance in increased marital satisfaction, 71.2% in sexual desire, and 71.9% in resilience in the post-test phase was due to the effectiveness of the acceptance and commitment therapy ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Considering the effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual desire, and resilience in women with granulomatous mastitis, it is suggested that psychologists and counselors to use this intervention to improve marital satisfaction, resilience, and resolve marital problems in affected patients.

How to cite this article: Shiasi M, Khoshakhlagh H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Satisfaction, Sexual Desire and Resilience of Patients with Granulomatous Mastitis Disease in Isfahan City. Journal of Health & Care. 2024;26(2):280-293.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Journal web address: <https://hcjournal.arums.ac.ir/>

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، تمایلات جنسی و تاب آوری زنان مبتلا به ماستیت گرانولوماتوز

محسن شیاسی، حسن خوش اخلاق\*

گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران  
\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۳۱۲۳۸۳۵. ایمیل: Khoshakhlagh\_h@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** ماستیت گرانولوماتوز، یک بیماری التهابی مزمن نادر پستان است که در کنار دردهای مزمن و مشکلات جسمانی، بیماران را با مشکلات و چالش‌های فراوانی در زمینه رضایت زناشویی، روابط جنسی و سازگاری با بیماری روبرو می‌سازد. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، تاب آوری و تمایلات جنسی زنان مبتلا به ماستیت گرانولوماتوز شهر اصفهان انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به بیماری ماستیت گرانولوماتوز مراجعه کننده به بیمارستان‌های الزهرا، زهرا، مرضیه، شریعتی، سینا و عیسی ابن مریم شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود. از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (RISC-CD)، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (EMSS) و پرسشنامه تمایلات جنسی هالبرت (HISD) بود که در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون روی گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک‌بار در هفته در گروه آزمایش برگزار شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش،  $31/48 \pm 2/82$  و در گروه کنترل،  $32/49 \pm 3/91$  سال بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که  $64/8$  درصد از واریانس افزایش رضایت زناشویی،  $71/2$  درصد تمایلات جنسی و  $71/9$  درصد تاب آوری در مرحله‌ی پس آزمون ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، تمایلات جنسی و تاب آوری زنان مبتلا به ماستیت گرانولوماتوز، پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران از این روش مداخله برای افزایش رضایت زناشویی، تاب آوری و حل مشکلات زناشویی در بیماران مبتلا به بیماری ماستیت گرانولوماتوز استفاده نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت زناشویی، میل جنسی، تاب آوری، ماستیت گرانولوماتوز

دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۶ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۶

**مقدمه**

ماستیت<sup>۱</sup> به عنوان التهاب پستان تعریف می‌شود که ممکن است در دوران شیردهی یا غیر شیردهی اتفاق بیفتد. ماستیت غیر شیردهی شامل دو نوع پری داکتال<sup>۲</sup> و گرانولوماتوز<sup>۳</sup> می‌باشد (۱). ماستیت گرانولوماتوز، یک بیماری خوش خیم التهابی مزمن در پستان است که اولین بار توسط کسلر و ولوچ<sup>۴</sup> (۱۹۷۲) معرفی شد (۲). ماستیت گرانولوماتوز به دو دسته ایدیوپاتیک و غیر ایدیوپاتیک به عنوان عارضه بیماری‌هایی نظیر سل و سارکوئیدوز تقسیم می‌شود. این بیماران تا مدت‌ها به عنوان ماستیت عفونی ممکن است تحت درمان با انواع آنتی بیوتیک‌ها قرار گیرند و بهبود نیابند (۳). علیرغم خوش خیم بودن ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک، این بیماری ناتوانی زیادی را برای بیمار به همراه دارد و منجر به عفونت و آبسه متعدد و عود کننده و بعضاً جراحی‌های متعدد و ندرتاً نیاز به برداشتن کامل پستان می‌شود (۴). از این رو علاوه بر مشکلات جسمی، بیماران مبتلا به ماستیت به دلیل مزمن بودن بیماری از اختلال‌های عاطفی، مشکلات روان شناختی و بین فردی شدید و طولانی مدت، رنج می‌برند (۵).

یکی از باورهای منفی در بیماران مبتلا به درد مزمن، فاجعه آفرینی درد است که با پریشانی روانی، شدت درد و پیامدهای منفی دیگر از جمله افسردگی ارتباط دارد. فاجعه آفرینی، نشانه‌های افسردگی را در بیماران مبتلا به درد مزمن تشدید می‌کند و احتمالاً پیامدهای دیگری از جمله شدت درد بیشتر، ناتوانی فیزیکی بیشتر و ترس از درد بالاتر را به دنبال دارد (۶). در چنین وضعیتی نه تنها بیمار، بلکه نظام خانواده در ابعاد مختلف تحت تاثیر قرار گرفته، الگوی تعامل بین زوجین و سایر افراد خانواده مختل می‌شود و وظایف و نقش‌های جدیدی برای اعضای خانواده

مطرح می‌گردد که می‌تواند بر رضایت زناشویی زوجین اثرگذار باشد (۷).

بر اساس مطالعات، بیماری‌های مزمن می‌توانند رضایت زناشویی زوجین را تحت تاثیر خود قرار دهند (۸). این در حالی است که رضایت زناشویی پایین با پیامدهای منفی همچون انزوا، افسردگی، روش‌های مقابله ناکارآمد، ناسازگاری روانشناختی بیمار و واکنش‌های منفی بیشتر از سوی همسر همراه است. به همین دلیل، پاسخ‌ها و عکس‌العمل‌های منفی همسر به درد و به دنبال آن از دست دادن حمایت همسر در شرایط بیماری، می‌تواند منجر به کاهش رضایت زناشویی (۹)، رضایت جنسی و تمایلات جنسی زوجین شود (۱۰).

اهمیت این مساله وقتی بیشتر نمایان می‌شود که مطالعات در این رابطه نشان می‌دهد رضایت جنسی، بخش مهمی از سلامت و حس رفاه و بهزیستی زنان را تشکیل داده و بر کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد. یکی از مهمترین عوامل خوشبختی در زندگی زناشویی و کیفیت زندگی خوب، روابط لذتبخش جنسی است و رضایت بخش نبودن آن، محرومیت و ناکامی در همسر و مسائلی همچون افسردگی فرد و تخریب بهداشت روان خانواده را به وجود می‌آورد (۹،۱۱) چرا که مسائل جنسی از نظر میزان اهمیت در ردیف مسائل درجه یک زندگی زناشویی قرار دارند (۱۰). کارکرد اولیه رابطه جنسی زناشویی احساس لذت مشترک است که صمیمیت را افزایش می‌دهد و آن را عمیق تر می‌سازد و در برخورد با فشارهای زندگی و ازدواج، در حکم کاهش دهنده تنش عمل می‌کند. رابطه جنسی در اصل پیوند زناشویی خاصی را پدید می‌آورد و به ارتباط زوجین با یکدیگر شور و شوق می‌بخشد (۱۲). تعاریف مختلفی از تمایل جنسی براساس مدل چند بعدی لوین<sup>۵</sup> ارائه شده است. وی معتقد است که تمایل جنسی، نیرویی است که باعث

<sup>1</sup> Mastitis

<sup>2</sup> Periductal mastitis

<sup>3</sup> Granulomatous mastitis

<sup>4</sup> Kessler & Wolloch

<sup>5</sup> Levin

ساخته شدن رفتار جنسی در شخص می‌شود و دارای ۳ مولفه سابق جنسی، میل جنسی و انگیزتگی جنسی است (۱۳). بدعملکردی جنسی ممکن است با دلایل مختلفی مرتبط باشد، در نتیجه عامل‌های مختلفی در نوسان و تغییر تمایل جنسی اثر می‌گذارد که می‌توان در دو عامل عمده و اساسی تقسیم بندی کرد. عامل فیزیولوژیکی و عامل روان شناختی. هیجان، شناخت و عوامل رفتاری در تمایل جنسی زنان و مردان تعیین کننده می‌باشد (۱۲). در این رابطه مطالعات نشان داده حالات هیجانی منفی مانند افسردگی، اضطراب و استرس در تمایل جنسی، تأثیر منفی دارد و داشتن زندگی بدون لذت جنسی منجر به ناکامی و احساس ناامنی در زوجین می‌شود (۱۴). در این میان مؤلفه‌های روانشناختی مختلفی هستند که برخوردار از آن، فرد را در برابر دردها و بیماری‌های مزمن، آسیب‌های روانشناختی، هیجانی، عاطفی و اجتماعی محافظت می‌نماید و همچنین می‌تواند در شرایط روانی فشارزا، میزان مقاومت افراد را در زندگی بهبود بخشد (۱۵). یکی از این مولفه‌ها، تاب آوری است. تاب آوری به عنوان قدرت یا توانایی برگشتن به زندگی اولیه و شروع وضعیت جدید از طریق کاهش تنیدگی یا تحریف آن و جایگزینی نشاط تعریف می‌گردد (۱۶). تاب آوری نه تنها قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل است بلکه مهمتر از آن حفظ سلامت روانی و ارتقای آن محسوب می‌شود (۱۷). در این زمینه مطالعات نشان می‌دهد افراد مبتلا به بیماری مزمن بر اثر عدم تاب آوری یا تاب آوری کمتر و همچنین تسلط نداشتن به مهارت‌های مدیریت ترس از درد، در ابراز آن اغراق کرده و تفکرات اغراق آمیزی از درد به دست می‌آورند (۶). لذا، تاب آوری به افراد توانایی می‌بخشد تا بدون اینکه دچار آسیب شوند، به شرایط و محیط‌های متغیر، ناملایمات و مشکلات زندگی با انعطاف و مقاومت پاسخ دهند (۱۷).

روش‌های درمانی متعددی برای حل مشکلات روانشناختی افراد دارای بیماری‌های مزمن، وجود دارد. یکی از درمان‌هایی که احتمالاً می‌تواند در رابطه با رضایت زناشویی، تاب آوری و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به ماستیت مزمن اثربخش باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> است. 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 خواننده می‌شود (۱۸). 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 (۱۹). 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 (۲۰). در این رابطه، پیشینه تحقیق نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کارآیی بالینی خود را بر متغیرهای روان‌شناختی مختلف از جمله اجتناب، رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی، عزت نفس جنسی، سازگاری خانوادگی، صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی، درد مزمن و افسردگی نشان داده است (۳۵-۲۱).

از آنجا که خانواده به عنوان یک واحد تعاملی از اعضای خود تأثیر می‌پذیرد لذا، بیماری یک عضو خانواده بر کارکردهای مختلف تمام اعضا تأثیر می‌گذارد. به همین دلیل، بیماران و خانواده آنان به دلیل تحمل

<sup>۱</sup> Acceptance and Commitment Therapy

استرس‌های طاقت فرسا و نیز نقش‌های جدید، دچار احساساتی همچون حس گناه، ترس، نگرانی، تنفر، خشم، اندوه و ناامیدی می‌شوند. به علاوه، عواملی نظیر شدت بیماری، سختی و سهولت درمان و شیوه پاسخ افراد خانواده خصوصاً همسر به بیماری، تاثیرات درخور توجهی بر یکدیگر داشته و می‌توانند به عنوان عوامل اصلی ایجاد کننده فشار روانی در خانواده و بیماران باشند. از این رو، درمان مشکلات روان شناختی و بین فردی این بیماران، اهمیت بیشتری می‌یابد. اگرچه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای حل مشکلات روانشناختی در مطالعات گذشته به کار گرفته شده است، با این حال تحقیقات اندکی در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه متغیرهای پژوهش یافت شد. لذا، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، تاب آوری و تمایلات جنسی بیماران مبتلا به بیماری ماستیت گرانولوماتوز انجام شد.

### روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری التهابی مزمن پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های الزهرا، زهرای مرضیه، شریعتی، سینا و عیسی ابن مریم شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود. با توجه به اینکه در تحقیقات نیمه تجربی، حداقل حجم نمونه ۳۰ نفر کفایت می‌کند (۳۶)، تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به بیماری التهابی مزمن پستان مراجعه کننده به مراکز فوق با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و بر اساس جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. قبل از شرکت دادن آزمودنی‌ها در مطالعه، مصاحبه بالینی با آنان توسط پژوهشگر، انجام شد و آزمودنی‌ها از نظر دارا بودن شرایط ورود به مطالعه شامل رضایت کامل جهت

شرکت در جلسات درمانی، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم و تشخیص التهاب مزمن پستان توسط پزشک و پرونده پزشکی، مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم همکاری در جریان پژوهش، غیبت در بیش از دو جلسه و شرکت در مداخله‌های روان‌شناختی دیگر به صورت همزمان بود. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تاب آوری کانر و دیویدسون<sup>۱</sup>، رضایت زناشویی انریچ<sup>۲</sup> و تمایلات هالبرت<sup>۳</sup> استفاده شد.

پرسشنامه تاب آوری توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ تهیه شد. این پرسشنامه، یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه تاب آوری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دارای ۵ زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی (۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰)؛ اعتماد به غریز فردی/ تحمل عاطفه منفی (۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰)؛ پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۸-۵-۴-۳-۲-۱)؛ کنترل (۲۲-۲۱-۱۳) و تاثیرات معنوی (۹-۳) است. نمره‌گذاری گزینه‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (امتیاز ۰) تا همیشه درست (امتیاز ۴) انجام می‌شود. دامنه نمرات پرسشنامه از ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد که نمرات بالاتر، بیانگر میزان تاب آوری بیشتر است. نقطه برش این پرسشنامه نیز، نمره ۵۰ می‌باشد. سازندگان پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله چهار هفته‌ای، ۰/۸۷ بوده است (۳۷). در پژوهشی در ایران، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و با آلفای کرونباخ ۰/۸۴، تأیید شد (۳۸). در این پژوهش نیز، ضریب آلفای کرونباخ ابزار، ۰/۸۶ بدست آمد.

<sup>1</sup> Connor and Davidson Resiliency Questionnaire (RISC-CD)

<sup>2</sup> Enrich Marital Satisfaction Questionnaire (EMSS)

<sup>3</sup> Halbert Sexual Desire Questionnaire (HISD)

تمایل جنسی، بین صفر تا ۱۰۰ می‌باشد که نمره بالا، حاکی از میزان بالای تمایل جنسی در آزمودنی‌ها است. هالبرت، پایایی پرسشنامه تمایل جنسی را به شیوه آزمون- بازآزمون، ۰/۸۶ به دست آورد (۴۱). نتایج پژوهشی در ایران، ضریب همگونی و همسانی درونی کل ماده‌های پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ را، ۰/۹۲ برای ۲۵ سوال گزارش کرد (۴۲). در این پژوهش نیز، پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹، تأیید شد.

روش انجام کار به این شکل بود که در ابتدا، پژوهشگر از طریق هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مسئولین بیمارستان‌های مورد اشاره، نمونه‌های حائز شرایط را بر اساس پرونده پزشکی بیماران انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داد. برای شرکت کنندگان، هدف پژوهش و مراحل اجرای کار توضیح داده شد و رضایت نامه کتبی از آنها اخذ گردید. همچنین، در مورد محرمانه بودن اطلاعات و اصل رازداری به آنها اطمینان داده شد. مرحله پیش‌آزمون با تکمیل پرسشنامه‌های رضایت زناشویی، تاب‌آوری و تمایلات جنسی روی هر دو گروه اجرا گردید. پس از آن برای آزمودنی‌های گروه آزمایش، ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسل<sup>۲</sup> (۴۳) که روایی این پروتکل‌ها توسط سازنده آن به تأیید رسیده و بر طبق نظر ۵ نفر از اساتید دانشگاه از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار بود، آموزش داده شد و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی تکمیل گردیدند. در پایان دوره مداخله، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. برای رعایت محظورات اخلاقی، پس از اتمام پس‌آزمون و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت مداخله

پرسشنامه رضایت زناشویی توسط السون<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۱۹۷۸ طراحی شد. فرم اولیه آن ۱۱۵ سؤالی است، اما در این پژوهش از نسخه ۴۷ سؤالی آن استفاده شد. این آزمون، دارای ۱۲ زیرمقیاس پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و بچه‌ها، بستگان و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد و جهت‌گیری عقیدتی است و به صورت پنج گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً موافقم و ۵ برای کاملاً مخالفم). سوالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات در این پرسشنامه، بین ۴۷ تا ۲۳۵ قرار دارد و نمرات بالاتر، نشان‌دهنده رضایت زناشویی بیشتر است (۳۹). اولسون، پایایی پرسشنامه را با روش ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۵ گزارش کرد (۴۰). در یک پژوهش انجام شده در ایران، پایایی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفا، ۰/۹۵ گزارش شده است (۳۹). در این پژوهش نیز، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه تمایلات جنسی توسط هالبرت در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۵ ماده است که میزان تمایل جنسی آزمودنی را مورد سنجش قرار می‌دهد. سوال‌های پرسشنامه تمایل جنسی، به وسیله درمانگران در امور بالینی، برای سنجش مشکلات جنسی و زناشویی و در پژوهش‌های علمی به طور گسترده استفاده می‌شود. هر آیت‌م به وسیله مقیاس درجه بندی لیکرت با ۵ درجه صفر تا ۴ نمره گذاری می‌شود. بنابراین نمره‌های این پرسشنامه با جمع نمرات ۲۵ ماده به دست می‌آید. سوال‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کمینه و بیشینه نمره

<sup>۲</sup> Hayes, Strosahl

<sup>۱</sup> Olson



جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در همهٔ جلسات، زبان ساده و عینی در آموزش، تأکید بر ابعاد بحث گروهی، کسب گزارش از تکالیف و پاسخگویی به سؤالات و ابهامات در دستور کار قرار گرفت و بسته‌های درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید.

تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها تحلیل کوواریانس چند

متغیری و تک متغیری بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف<sup>۱</sup>، برای ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس از آزمون ام-باکس<sup>۲</sup> و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین<sup>۳</sup> استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

<sup>1</sup> Kolmogorov - Smirnov

<sup>2</sup> M-Box

<sup>3</sup> Levene

جدول ۱. محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد

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 آشناسازی اعضا، گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه‌ای از اهداف جلسات، تأکید بر جنبه‌های آموزشی، خودیاری و تعامل بین اعضا
دوم	پذیرش و نگاه واقع بینانه اعضا به سوگ و افسردگی ناشی از آن و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	ارائه و بازخورد شرکت‌کنندگان از شرکت در جلسه‌ی قبل، مرور تکلیف: پذیرش نگاه واقع بینانه اعضا به بیماری، آموزش فنون تداعی آزاد (به ذهن خود اجازه دهند آزادانه در مقابل کلمات پاسخ دهد و کنترلی بر افکار یا پاسخ ذهن نداشته باشد). بحث راجع به باورهای مثبت و باورهای منفی و نقش آن‌ها در برهم خوردن انعطاف‌پذیری، جمع‌بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف
سوم	آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و عدم منازعه با افکار و احساسات	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین چالشی با باورهای مثبت و منفی، پذیرش افکار مثبت و تعهد به انجام آنها، آموزش فن به تعویق انداختن نگرانی نسبت به آینده، آموزش و تمرین فن هدایت فکر، آموزش ذهن آگاهی انفصالی و عدم منازعه با افکار و احساسات، استفاده از استعاره اعداد، جمع‌بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای آزمایش بازاریابی افکار و احساسات و ارزیابی اثرات آن بر افکار و روند زندگی
چهارم	آموزش کنترل به عنوان یک مسأله، ایجاد تمایل به افکار و احساسات	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی کنترل به عنوان یک مسأله: استفاده از استعاره پلی‌گراف همراه با استعاره احساسات پاک و ناپاک. معرفی تمایل/پذیرش: در این مرحله از درمان تلاش گردید تا جایگزینی برای کنترل ارائه شود. استفاده از استعاره دو مقیاس و ایجاد تعهد رفتاری نسبت به تمرین‌های تمایل، جمع‌بندی و ارائه تکلیف
پنجم	خود به عنوان زمینه و گسلش	مرور تکالیف جلسه‌ی 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 مشاهده‌گر و ماندن در زمان حال	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، تمرین تجویز ذهن سرگردان، ارائه استعاره شطرنج و مبلمان، جمع‌بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای تمرین تجویز ذهن سرگردان و ارزیابی از اثرات آن بر افکار و روند زندگی
هفتم	آشنایی با خود مشاهده‌گر و ماندن در زمان حال	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش تمرین تصویرسازی ابرها، آموزش تمرین تمثیل ایستگاه قطار، جمع‌بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای تمرین تصویرسازی ابرها و تمرین تمثیل ایستگاه قطار و ارزیابی اثرات آن بر افکار و روند زندگی

هشتم	آموزش توجه آگاهی و شناسایی و تصریح ارزش‌ها	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، تکنیک آموزش توجه، تصریح ارزش‌ها و عمل در راستای جهت ارزشمند، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان
نهم	عمل متعهدانه در راستای ارزش‌ها	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش تمرین حلقه کلامی، استفاده از استعاره گدای سمج، مرور جلسات گذشته، تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، تشکر و سپاسگزاری از تمامی اعضای گروه

### یافته‌ها

شرکت کنندگان هر دو گروه آزمایش و کنترل، کارشناسی ارشد بود. نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات وجود نداشت. در ادامه، میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش،  $31/48 \pm 2/82$  و در گروه کنترل،  $32/49 \pm 3/91$  سال بود. نتایج آزمون تی مستقل، نشان‌دهنده عدم ارتباط معنی‌دار آماری بین دو گروه از نظر سن بود. همچنین بیشترین تحصیلات

جدول ۲. میانگین نمرات متغیرهای پژوهش قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	کنترل		آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت زناشویی	پیش آزمون	۹۸/۴۶۶	۷/۸۰۹	۹۹/۹۳۳	۱۰/۷۲۰
	پس آزمون	۹۸/۱۳۳	۶/۸۵۴	۱۳۲/۱۳	۲۴/۶۷۱
تمایلات جنسی	پیش آزمون	۴۲/۲۶۶	۲/۸۴۰	۴۲/۳۳۲	۳/۳۹۴
	پس آزمون	۴۳/۵۳۳	۳/۹۹۷	۶۰/۸۶	۷/۰۲۹
تاب آوری	پیش آزمون	۴۲/۶۰	۵/۵۲۶	۴۰/۹۳۳	۵/۰۳۵
	پس آزمون	۴۳	۵/۳۳۱	۵۵/۴۶۶	۸/۱۶۶

داده‌ها از آمار استنباطی تحلیل کوواریانس استفاده شد. به منظور استفاده از این آزمون، ابتدا پیش فرض‌های اصلی آن بررسی شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف، بررسی و نتایج در جدول ۳ ارائه شد.

نتایج جدول ۲ نشان داد که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای رضایت زناشویی، تمایلات جنسی و تاب آوری در گروه‌های مورد مطالعه، تفاوت وجود دارد. برای بررسی این تفاوت و آزمون فرضیه‌های پژوهش در بخش بعدی تجزیه و تحلیل

جدول ۳. نتایج آزمون نرمال بودن متغیرها

متغیر	گروه	کنترل		آزمایش	
		P	آماره Z	P	آماره Z
رضایت زناشویی	پیش آزمون	۰/۵۵۵	۰/۷۹۳	۰/۷۸۰	۰/۵۷۷
	پس آزمون	۰/۹۶۹	۰/۴۹۱	۰/۵۳۰	۰/۹۴۱
تمایلات جنسی	پیش آزمون	۰/۵۵۱	۰/۷۹۶	۰/۹۴۷	۰/۳۳۱
	پس آزمون	۰/۹۸۲	۰/۴۶۶	۰/۴۷۲	۰/۹۷۶
تاب آوری	پیش آزمون	۰/۵۷۸	۰/۷۸۰	۰/۷۲۳	۰/۶۷۳
	پس آزمون	۰/۷۱۷	۰/۶۹۶	۰/۷۰۲	۰/۷۰۸



نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنف برای رضایت زناشویی، تمایلات جنسی و تاب آوری در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در سطح ۰/۰۵.

غیرمعدنادر بودند. این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده‌ها در هر دو مرحله و در هر دو گروه بود.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین در متغیرهای پژوهش

متغیر	F	df1	df2	P
رضایت زناشویی	۲/۹۱	۱	۲۸	۰/۱۹
تمایلات جنسی	۰/۴۸	۱	۲۸	۰/۷۹
تاب آوری	۰/۴۱	۱	۲۸	۰/۸۴

نتایج آزمون لوین نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است. به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس، از آزمون ام- باکس استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش فرض همسانی ماتریس کوواریانس رعایت شده است. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کوواریانس برقرار شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری بر میانگین نمرات رضایت زناشویی، تمایلات جنسی و تاب آوری در پس آزمون

موقعیت	آزمون	مقدار	F	فرضیه Df	خطای df	P	اندازه اثر
پس آزمون	اثر پیلی	۰/۸۳۰	۳۷/۴۱۲	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۰
	لامبدای ویلکز	۰/۱۷۰	۳۷/۴۱۲	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۰
	اثر هتلینگ	۴/۸۸۰	۳۷/۴۱۲	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۰
	بزرگترین ریشه روی	۴/۸۸۰	۳۷/۴۱۲	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۰

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که F کلی در مرحله پس آزمون با ارزش لامبدای ویلکز ۰/۸۳ در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بود. با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان نتیجه گرفت که

مداخله انجام شده، ۸۳ درصد از واریانس بهبودی را تبیین می‌کنند (جدول ۵). جهت پی بردن به این تفاوت، آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر میانگین نمرات رضایت زناشویی، تمایلات جنسی و تاب آوری در مرحله پس آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییر	SS	DF	MS	F	P	اندازه اثر	توان آماری
رضایت زناشویی	پیش آزمون	۵۰۶۰/۴۹۵	۱	۵۰۶۰/۴۹۵	۳۳/۱۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۱	۱
	گروه	۷۵۸۱/۲۳۸	۱	۷۵۸۱/۲۳۸	۴۹/۶۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۸	۱
تمایلات جنسی	پیش آزمون	۶/۹۱۰	۱	۶/۹۱۰	۰/۲۰۵	۰/۶۵۴	۰/۰۰۸	۰/۰۷۲
	گروه	۲۲۵۰/۳۰۹	۱	۲۲۵۰/۳۰۹	۶۶/۸۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۲	۱
تاب آوری	پیش آزمون	۷۶۲/۵۲۹	۱	۷۶۲/۵۲۹	۳۶/۱۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۳	۱
	گروه	۱/۸۵۹	۱	۱/۸۵۹	۶۹/۰۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۹	۱

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۶، تفاوت میانگین نمرات رضایت زناشویی، تمایلات جنسی و تاب آوری دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون معنی‌دار است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات رضایت زناشویی، تمایلات جنسی و تاب آوری در گروه آزمایش را در مرحله پس آزمون، افزایش داده است. میزان تأثیر برای رضایت زناشویی ۰/۶۴۸، تمایلات

جنسی ۰/۷۱۲ و تاب آوری ۰/۷۱۹ بود؛ یعنی ۶۴/۸ درصد واریانس افزایش رضایت زناشویی، ۷۱/۲ درصد تمایلات جنسی و ۷۱/۹ درصد تاب آوری در مرحله‌ی پس‌آزمون ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. توان آماری ۱ حاکی از دقت آزمون آماری به کار رفته و کفایت حجم نمونه است.

### بحث

نتایج این پژوهش که با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، تمایلات جنسی و تاب آوری زنان مبتلا به ماستیت گرانولوماتوز انجام شد، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر سه متغیر فوق اثربخش می‌باشد. در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، بخش‌هایی از یافته‌های پژوهش الطافی و همکاران (۲۱)، برون و همکاران (۲۳)، کاظمی و همکاران (۲۸)، رشیدی و همکاران (۳۱) و زاهدی و همکاران (۳۲) با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد. در این رابطه نتایج غیرهمسو یافت نشد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش که متضمن حل مسأله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش مشکل (اختلال) است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که این بیماران دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد روی خود، ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود، بلکه تأثیر زیادی بر تشدید علائم می‌گذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسأله با تأثیر بر این جنبه‌ها می‌تواند در نهایت بر کیفیت و رضایت از زندگی زنان مبتلا به ماستیت گرانولوماتوز تأثیرگذار باشند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زوجین را تشویق

می‌کند که با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یافته و مجذوب آنها گردند. این ارزش‌ها می‌تواند در روابط با همسر در طول زندگی نمود پیدا کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با قابلیت‌ها و خصایص خود به زنان مبتلا به بیماری کمک می‌کند تا عواطف، تجارب و علائم بدنی بیماری التهاب مزمن پستان خود را به شیوه‌های متفاوت از قبل تجربه کنند، به طوری که کشمکش با افکار منفی را کاهش و پذیرش فکر را افزایش دهند، بنابراین زنان در گروه آزمایش قادر شده اند با تمرین‌های پذیرش و تمرکز حواس حساسیت‌ها و کنترل‌های خود را که مانع از عمل در راستای ارزش روابط عاطفی است، به مقدار قابل توجهی کاهش داده، در نتیجه رضایت زناشویی آنها به طور معنی داری افزایش یابد (۲۹).

در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، این یافته با نتایج پژوهش‌های حسینی و همکاران (۲۵)، حسین زاده و همکاران (۲۶)، منصوری کوریانی و همکاران (۲۹) و مسعودی مرغملکی و همکاران (۳۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش واکنش به احساسات و افکار پریشان کننده همراه با تجربه درد است. فنون ذهن آگاهی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به کاهش علائم روانشناختی شامل اضطراب و افسردگی در افراد مختلف شود. ذهن آگاهی، خودنظارت گری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که این مساله احتمالاً منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و در نتیجه بهبود مراقبت از خود و تاب آوری می‌شود. با توجه به محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاکید این برنامه بر به کارگیری تکنیک‌هایی برای زندگی کردن در زمان حال و کاهش استرس و مقابله با رنج و هوشیار بودن نسبت به وضعیت خویش می‌باشد. رها کردن مبارزه با افکار منفی ناشی از بیماری و پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت، مفهوم اصلی و اساسی در برنامه درمانی است. افزون

بر این، یکی از مهمترین تکنیک‌های این درمان ترغیب افراد به تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. شناسایی ارزش‌های خود و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات فراوان موجب می‌شود تا ضمن تحقق اهداف در قالب یک زندگی معنادار، فرد از گیر افتادن در حلقه معیوب افکار و احساسات منفی از قبیل یاس و ناامیدی که به نوبه خود موجب افزایش شدت اضطراب می‌شود، رهایی یابد که این امر باعث افزایش تاب آوری بیماران خواهد شد.

همچنین نتایج این پژوهش، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایلات جنسی را در شرکت کنندگان تأیید کرد. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های الطافی و همکاران (۲۱)، عبدالله زاد و کبیری نسب (۲۲)، بهبهانی و همکاران (۲۴)، ایران نژاد و همکاران (۲۷) و سرابی و همکاران (۳۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت زنان مبتلا به بیماری ماستیت گرانولوماتوز با توجه به مزمن بودن بیماری از خودپنداره بدنی و جنسی پایین و اضطراب بالایی در زمینه بهبود بیماری و پذیرش همسر رنج می‌برند و چنین شرایطی در کاهش تمایلات جنسی آنان موثر است. لذا در این رابطه تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان دارای بیماری التهاب پستان کمک کرد تا نسبت به هر نوع احساس اضطراب، افکار منفی و اضطراب‌زا و استرس ادراک شده ناشی از بیماری که بر خودپنداره بدنی، جنسی و عزت نفس آنان تأثیرگذار است و در بدن و ذهنشان وجود دارد، آگاه شوند و به آنها اجازه بدهند که باشند. تمرینات گسلش کمک می‌کند که زنان مبتلا به بیماری التهاب مزمن پستان با خودپنداره بدنی به شیوه متفاوت تعامل داشته باشند. تغییر در عملکرد و انجام عمل متعهدانه مطابق با ارزش‌های زندگی می‌تواند منجر به تغییر در نگرش افراد در جهت بهبود عزت نفس جنسی آنان گردد و از اجتناب آنان از برقراری رابطه

جنسی بکاهد. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان می‌آموزد که آنها بتوانند نیازها و تمایلات جنسی خود را بدون ترس از قضاوت و ارزیابی منفی برای همسرشان افشا نمایند، از همسر خود، پاسخ مثبت دریافت کنند و تحت مراقبت وی قرار گیرند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مهار نشدن متغیرهای شخصیتی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تأثیرگذار بر متغیرهای پژوهش، خود گزارشی بودن ابزارهای پژوهش، عدم وجود مرحله پیگیری و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به علت عدم وجود آمار دقیق بیماران ماستیت اشاره کرد.

### نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، تمایلات جنسی و تاب آوری زنان مبتلا به ماستیت گرانولوماتوز، اثربخش بود. لذا پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران از این روش مداخله به عنوان یک روش درمانی در بهبود مشکلات روان شناختی این بیماران استفاده کنند تا ضمن ارتقاء سلامت روان آنان به افزایش کیفیت و رضایت زندگی آنان کمک نمایند.

### تعارض منافع

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

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مصوب دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد  
 با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1402.229 می‌باشد.  
 بدین وسیله نویسندگان از مسئولان بیمارستان‌ها و کلیه بیمارانی که در تکمیل پرسشنامه‌ها دقت و وقت کافی مبذول داشتند، همچنین از شرکت کنندگانی که

در مرحله اجرایی پژوهش آنها را همکاری نمودند، نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

### References

- 1- Pala EE, Ekmekci S, Kılıc M, Dursun A, Colakoglu G, Karaali C, et al. Granulomatous mastitis: a clinical and diagnostic dilemma. *Turkish Journal of Pathology*. 2022;38(1):40.
- 2- Nguyen MH, Molland JG, Kennedy S, Gray TJ, Limaye S. Idiopathic granulomatous mastitis: case series and clinical review. *Internal Medicine Journal*. 2021;51(11):1791-97.
- 3- Williams MS, McClintock AH, Bourassa L, Laya MB. Treatment of granulomatous mastitis: is there a role for antibiotics? *European Journal of Breast Health*. 2021;17(3):239-40.
- 4- Amini G, Mehrad Majd H, Sajedi F, Fattahi Masoum AS. The risk factors of idiopathic granulomatous mastitis: a review study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2023;26(9):74-87. [Persian]
- 5- Yılmaz TU, Gürel B, Güler SA, Baran MA, Erşan B, Duman S, et al. Scoring idiopathic granulomatous mastitis: an effective system for predicting recurrence? *European Journal of Breast Health*. 2018;14(2):112-16.
- 6- Derakhshan M, Zareei R. The prediction of pain severity and catastrophizing among patients with chronic pain based on resilience and emotion regulatin. *Clinical Psychology Achievements*. 2022;8(1):49-58. [Persian]
- 7- Akbari F, Dehghani M, Habibi M. Pain catastrophizing and marital satisfaction in predicting depression in chronic pain patients. *Health Psychology*. 2015;4(13):73-88. [Persian]
- 8- Bradbury TN, Fincham FD, Beach SR. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: a decade in review. *Journal of Marriage and Family*. 2000;62(4):964-80.
- 9- Hou J, Fu R, Jiang T, Yu NX. Common dyadic coping mediates the associations between we-disease appraisal and relationship satisfaction and quality of life in HIV serodiscordant couples: the common fate mediation model. *Annals of Behavioral Medicine*. 2023;57(11):978-87.
- 10- Çömez İkican T, Coşansu G, Erdoğan G, Küçük L, Özel Bilim İ. The relationship of marital adjustment and sexual satisfaction with depressive symptoms in women. *Sexuality and Disability*. 2020;38(2):247-60.
- 11- Umrigar DM, Mhaske RS, Bhargava S, Thorat SR. Marital and sexual satisfaction, depression, anxiety, and stress among wives of patients with chronic illnesses. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*. 2022;9(3):114-19.
- 12- Manjula V, Munivenkatappa M, Navaneetham J, Philip M. Quality of marital relationship and sexual interaction in couples with sexual dysfunction: an exploratory study from India. *Journal of Psychosexual Health*. 2021;3(4):332-41.
- 13- Mallory AB. Dimensions of couples' sexual communication, relationship satisfaction, and sexual satisfaction: a meta-analysis. *Journal of Family Psychology*. 2022;36(3):358.
- 14- Gupta B, Thyloth M. Role of multimodal psychotherapeutic approaches in bisexual adult man: a case study. *Journal of Psychosexual Health*. 2021;3(1):81-87.
- 15- Lou Y, Taylor EP, Di Folco S. Resilience and resilience factors in children in residential care: a systematic review. *Children and Youth Services Review*. 2018;89(4):83-92.
- 16- Moore M, Kwitowski M, Javier S. Examining the influence of mental health on dual contraceptive method use among college women in the United States. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2017;12(3):24-29.
- 17- Shahabifam L, Lotfinia H. The effectiveness resilience training on quality of life, coping strategies and mental health of the elderly living in Mehr Tabriz Nursing Home. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2022;17(65):174-81. [Persian]
- 18- McCracken LM, Sato A, Taylor GJ. 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*. 2013;14(11):1398-406.

- 19- Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: a review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020;18(3):181-92.
- 20- Ryan AK, Pakenham KI, Burton NW. A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. *Australian Psychologist*. 2020;55(3):196-207.
- 21- Altafi R, Vaziri S, Sabet M. Comparing acceptance and commitment therapy and rational emotional behavior therapy effectiveness on couples' avoidance, marital satisfaction, communication skills, and sexual self-efficacy. *Clinical Psychology and Personality*. 2023;20(2):61-75. [Persian]
- 22- Abdollahzadeh H, Kabirinasab Y. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on internalized shame and sexual self-esteem of women with breast cancer after mastectomy surgery. *Health Psychology*. 2019;7(28):184-99. [Persian]
- 23- Brown FL, Whittingham K, Boyd RN, McKinlay L, Sofronoff K. Does stepping stones triple plus acceptance and commitment therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;73(5):58-66.
- 24- Behbahani M, Ghorbanshiroodi S. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on marital intimacy and sexual satisfaction in premenopausal women referred. *Quarterly of Applied Psychology*. 2020;14(3):369-89. [Persian]
- 25- Hosseini SS, Ahadi M, Hatami M, Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based therapy and acceptance and commitment therapy on resilience, psychological well-being and blood sugar levels in patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Education*. 2021;9(1):89-102. [Persian]
- 26- Hosseinzadeh Oskooei A, Samadi Kashan S, Zamani Zarchi MS, Asadi Asadabad R, Bakhtiari M. The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility and self-esteem in women who have experienced the trauma of infidelity. *Journal of Applied Psychological Research*. 2022;13(4):203-16. [Persian]
- 27- Irannezhad Z, Hamidipur R, Heidari H, Davoudi H. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group training on attachment, intimacy and sexual satisfaction in women with sexual reluctance. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2021;64(2):2865-75. [Persian]
- 28- Kazemi Z, Hassanzadeh R, Hidari S. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on quality of life, marital satisfaction and self-resiliency of women with early menopausal referred to the health center. *Women and Family Studies*. 2022;15(56):167-86. [Persian]
- 29- Mansouri Koryani R, Bassak Nejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Majdinasab N. Effectiveness of compassion focused acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and psychological distress in patients with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022;28(2):222-35. [Persian]
- 30- Masoudi Marghmaleki L, Shaygan Nejad V, Rahimi R. Investigating the effect of compassion-focused acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and self-efficacy of women with multiple sclerosis. *Clinical Psychology and Personality*. 2023;21(1):73-84. [Persian]
- 31- Rashidi A, Mousavi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on increasing marital satisfaction of the veteran and freedman wives. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2016;5(2):79-98. [Persian]
- 32- Zahedi Z, Azizi A, Rahmani S, Zarein F, Ranjbar M. Compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy on marital satisfaction. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2021;10(2):75-100. [Persian]
- 33- Sarabi P, Parvizi F, Kakabaraee K. The effectiveness of psychotherapy based on acceptance and commitment on sexual function, sexual guilt feeling, sexual self-consciousness and sexual assertiveness among women with sexual dysfunction. *Scientific Research Quarterly of Woman and Culture*. 2019;11(39):87-105. [Persian]

- 34- Smith BP, Coe E, Meyer EC. 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*. 2021;20(1):75-91.
- 35- Spencer SD, Masuda A. Acceptance and commitment therapy as a transdiagnostic approach to treatment of behavioral health concerns: a concurrent multiple baseline design across participants. *Clinical Case Studies*. 2020;19(3):163-79.
- 36- Delavar A. *Applied probability and statistics in psychology and educational sciences*. Tehran: Roshd Publication; 2014. [Persian]
- 37- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
- 38- Mehboodi M, Amiri S, Molavi H. Effectiveness of emotion regulation training on resilience and problem solving styles on adolescents under dialysis. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2020;10(1):1-25. [Persian]
- 39- Alizadehfard S, Razaghi M. Structural model of the relationship between marital satisfaction, cognitive moral foundations and marital commitment. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2021;12(47):259-82. [Persian]
- 40- Olson DH, Fowers B. Enrich Marital Inventory: a discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1989;15(1):65-79.
- 41- Hurlbert DF. A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1993;19(1):41-55.
- 42- Yousefi N, Farsani K, Shakiba A, Hemmati S, Nabavi Hesar J. Halbert Index of Sexual Desire (HISD) questionnaire validation. *Clinical Psychology and Personality*. 2013;11(2):107-18. [Persian]
- 43-Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science+ Business Media; 2005.