

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور

محمد نریمانی

استاد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

الهه علمداری^۱

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه پیام نور

عباس ابوالقاسمی

استاد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

پذیرش: ۹۲/۹/۲۸

دریافت: ۹۲/۵/۹

چکیده

هدف: ناباروری جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شاید بتوان گفت ناباروری یکی از عمده‌ترین وقایع استرس‌زا در زندگی افراد است. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی زنان نابارور مراجعه کننده به درمانگاه‌های نازایی شهر شیراز می‌باشد.

روش: تحقیق حاضر از نوع آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل بود. نمونه این پژوهش ۲۹ زوج نابارور بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) جایگزین گردیدند. برای گروه آزمایش جلسات درمان تعهد و پذیرش (ACT) تشکیل داده شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در فهرست انتظار ماند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که درمان تعهد و پذیرش بر افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سلامت عمومی، نقش جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، سلامت روانی و سرزندگی مؤثر است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان تعهد و پذیرش موجب بهبود کیفیت زندگی زوجین نابارور می‌شود و با توجه به میزان بالای ناباروری از این درمان می‌توان برای افزایش میزان کیفیت زندگی این گروه استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان تعهد و پذیرش، کیفیت زندگی، زنان نابارور.

مقدمه

خانواده چیزی بیش از مجموعه افرادی است که در یک فضای مادی و روانی خاص به سر می‌برند. خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی است که ویژگی‌های خاص خود را دارد. این نظام اجتماعی، مجموعه‌ای از قواعد و اصول را ابداع و برای اعضای خود نقش‌های متنوعی تعیین می‌کنند. با پیمان ازدواج ارتباطی شکل می‌گیرد که در مقایسه با دیگر ارتباطات انسانی دارای تأمینی بی‌نظیر است. دیگر ارتباطات انسانی ممکن است یک بعد از ابعاد حیات را پوشش دهند، اما در ازدواج ابعاد مختلف جسمی، عاطفی، اجتماعی و ذهنی پوشش داده می‌شود و رابطه‌ای زیستی، اقتصادی، عاطفی و نیز روانی- اجتماعی بین زن و شوهر برقرار می‌گردد. در همین راستا بچه دار شدن یکی از بهترین اتفاقاتی است که برای یک زوج رخ می‌دهد. به همان میزان بچه دار نشدن می‌تواند زندگی یک زوج را تحت تأثیر قرار دهد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۹۹۴؛ ترجمه شاهی و نقشبندی، ۱۳۸۷).

ناباروری^۱ در واقع یک بحران پیچیده زندگی است، شاید به همین دلیل است که بسیاری از مؤلفان پیامدهای روانشناختی ناباروری را به واکنش سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند. زوج‌های نابارور علاوه بر آنکه با یک سلسله مشکلات جسمانی روبرو هستند در پی تشخیص، درمان و سیر بیماری دسته‌ای از مشکلات روانی را نیز تجربه می‌کنند (جونز^۲، ۱۹۹۴). نتایج تحقیقات نشان داده است که اختلالات هیجانی زیادی از قبیل افسردگی و اضطراب با ناباروری همراه است (بویارسکی^۳، ۱۹۸۳؛ به نقل از بشارت و حسین‌زاده، ۱۳۸۳؛ دومارو برومه^۴، ۲۰۰۵). همچنین ناباروری باعث بروز مشکلاتی از قبیل: اختلال در روابط بین فردی، عدم رضایت زناشویی و کاهش تمایلات جنسی می‌شود (گیسون^۵، ۲۰۰۰؛ ون دن آکر^۶، ۲۰۰۵؛ کشاورز

1. Infertility
2. Jones
3. Boyarsky
4. Domar & Broome
5. Gibson
6. Van den Akker

افشار و همکاران، ۱۳۹۲). عوامل مختلفی در کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند و ناباروری نیز یکی از شرایط دشوار و ناتوان‌کننده است که مشکلات اجتماعی و بهداشتی مهمی ایجاد می‌کند و باعث پایین آمدن کیفیت زندگی این گروه می‌شود (خیاتا، ریزک و همکاران^۱، ۲۰۰۳). اگر چه تعریف منفرد و جهانی از مفهوم کیفیت زندگی^۲ در دست نیست، اما یک توافق گسترده در زمینه چند بعدی بودن این مفهوم وجود دارد که دربرگیرنده ابعاد رفاه اجتماعی، فیزیکی و روانی است (فو، وانگ و لوو^۳، ۲۰۰۵). در تحقیقی که مانگو و همکاران^۴ (۲۰۱۰) انجام دادند، نشان داده است که مسایل مربوط به ناباروری، تأثیر منفی بر روی کیفیت زندگی دارد. به طور کلی ناباروری کیفیت زندگی را در زوجین پائین می‌آورد. برای حل مشکلات زوجین نابارور درمان‌های زیادی مورد استفاده قرار گرفته است که در طول سال‌های متوالی ابداع شده‌اند. نسل اول رویکردهای رفتاری، بر پایه شرطی‌سازی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمان‌ها تحت عنوان درمان رفتاری-شناختی، تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد مشکلات روانی بود. این گروه از درمان‌ها بر تغییر تأکید می‌کردند.

امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آنها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش^۵ دسته بندی کرد مانند: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۶ (سگال، ویلیامز، تسدال^۷، ۲۰۰۲)، درمان فراشناختی^۸ (ویلز^۹، ۲۰۰۶) و درمان پذیرش و تعهد (ACT)^{۱۰}

1. Khayata, Rizk & et al
2. Quality Of Life
3. Foh, Wang, Lu
4. Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, & Ganiats
5. Acceptancebased Models
6. Based Cognitive Therapy Mindfulness
7. Segal, Williams, & Teasdale
8. Metacognitive
9. Wells
10. Acceptance And Commitment Therapy

(هیز، استروسال، ویلسون^۱، ۱۹۹۹؛ هیز، ۲۰۰۴). در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن، هربرت، ۲۰۰۸). فرایندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش عبارتند از: ۱- پذیرش، ۲- ذهن آگاهی، ۳- زندگی در لحظه اکنون، ۴- گسلش شناختی، ۵- ارزش‌ها و ۶- عمل متعهدانه. در پژوهش‌هایی که به منظور بررسی کارایی ACT بعنوان یک درمان، برای اختلالات خلقی (زتزل و هیز، ۱۹۸۶؛ زتزل، ۱۹۸۹)، اختلالات اضطرابی (ایفرت، ۲۰۰۳؛ لویت، برون، اورسیلو و بارلو^۲، ۲۰۰۴؛ اورسیلو و بتن^۳، ۲۰۰۵؛ زتزل، ۲۰۰۳)، انجام شد از کارایی ACT به عنوان درمان موثری برای اختلال خلقی و اضطرابی و سایر اختلالات روانشناختی از قبیل اختلال درد و اختلالات خوردن خبر داد (هیز، بیست، کورن، زتزل، روزن فارب و کورن^۴، ۱۹۹۹). پذیرش و تعهد درمانی در زمینه عصبانیت (ایفرت، مک کی و فورسایت^۵، ۲۰۰۶) و درد مزمن (دال^۶، ۲۰۰۵)، سوء مصرف مواد (ویلسون، هیز و بیرد^۷، ۲۰۰۰) و بسیاری دیگر از مشکلات به کار گرفته شده است.

پیترسون و ایفرت (۲۰۱۱) نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک درمان مناسب برای کاهش استرس ناباروری، پریشانی روانی و افسردگی ناشی از ناباروری است. همچنین ACT برای درمان افسردگی افرادی که از درمان IVF شکست خورده‌اند نوید بخش است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان تعهد و پذیرش باعث بهبود روابط زوجین دارای مشکل و افزایش رضایت از زندگی آنها می‌شود (پتروسون و ایفرت، ۲۰۰۹). مزیت عمده این روش

1. Hayes, Strosahl, Wilson
2. Levitt, Brown, orsillo & Barlow
3. Batten
4. Hayes, Bissett, Korn, Zettle, Rosenfarb, Cooper, & Grundt
5. Eifert, Mak kei, & Forsyat
6. Dal
7. Wilson & Biyerd

تأکید آن بر زبان و فرایندهای انگیزشی است. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی زوجین نابارور است.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش را زوجین نابارور شهرستان شیراز که در سال ۱۳۹۱ به مراکز ناباروری مراجعه کردند تشکیل دادند. در این پژوهش ۳۴ نفر از زوجین به عنوان نمونه انتخاب شدند که در نهایت به ۲۹ زوج (۱۵ زوج در گروه آزمایش و ۱۴ زوج در گروه کنترل) کاهش یافت. برای گروه آزمایش درمان تعهد و پذیرش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دو بار در هفته انجام شد. در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

ابزار پژوهش: ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. این پرسشنامه به عنوان پیش آزمون در جلسه اول و به عنوان پس آزمون در آخرین جلسه مداخله اجرا شد. پرسشنامه کیفیت زندگی برای ادراک افراد از سلامتی خود، ابزاری مناسب است. این پرسشنامه ۳۶ سؤال را شامل می‌شود، که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد: عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روان. به طور کلی این پرسشنامه دو رویکرد جسمانی و رویکرد روانی را می‌سنجد. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و اعتبار بالایی دارد (مک هورنی، وار و راجک^۱، ۱۹۹۳؛ گارات^۲، ۱۹۹۷). روایی و اعتبار این پرسشنامه را برای اولین بار در ایران منتظری، گشتاسی، واحدی‌نیا و گاندک^۳ (۲۰۰۵) در ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند، که بیشتر آنها متأهل بودند. ضریب پایایی در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از بعد سرزندگی ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان داد که نسخه ایرانی

1. Mac Horney, Ware & Raczek
2. Garratt
3. Gandek

این پرسشنامه، با روایی و اعتبار بالا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی، ابزاری مناسب است. سپس داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

خلاصه شرح جلسات: جلسه اول: ارزیابی اولیه و جهت‌گیری درمانی، ۱- استراتژی‌ها: ۱- پذیرش مشروح زوجین، ۲- معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۲- مداخلات: معرفی درمان‌های محوری.

جلسه دوم: ارزیابی‌های فردی، ۱- استراتژی‌ها: ۱- مصاحبه فردی، ۲- ارزیابی تضادها: ۱- خشونت خانوادگی، روابط خارج از زناشویی، آسیب‌های روانشناختی درمان نشده، ۲- مداخلات: برنامه‌ریزی جلسه زوج‌ها، تلفیق ارزیابی فردی و زوجی

جلسه سوم: بررسی هزینه‌های تلاش‌های ارتباطی غیرمؤثر، ۱- استراتژی‌ها: ۱- بررسی هزینه‌های اجتناب و تناقض زوجین ۲- ایجاد ناامیدی خلاقانه، ۲- مداخلات: ۱- استعاره تله انگشت چینی ۲- تمرین مسابقه طناب‌کشی با همسر

جلسه چهارم: ذهن آگاهی و پذیرش، ۱- استراتژی‌ها: معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، ۲- مداخلات: تمرین پذیرش افکار و احساسات.

جلسه پنجم: گسل شناختی، ۱- استراتژی‌ها: واقعیت‌زدایی از افکار منفی ارتباطی مربوط به زوجین، ۲- مداخلات: ۱- تمرین راننده اتوبوس ۲- تمرین افکار بر روی برگه‌ها.

جلسه ششم: مشاهده‌گری افکار، ۱- استراتژی‌ها: ایجاد کردن دلسوزی و چشم‌انداز مشاهده‌گر نسبت به واکنش‌های خود فرد و همسرش، ۲- مداخلات: ۱- تمرین پذیرش واکنش‌های ارتباطی ۲- تمرین افکار بر روی برگه‌های درخت.

جلسه هفتم: انتخاب مسیرهای ارزش‌گذاری شده، ۱- استراتژی‌ها: کمک به مراجع در تشخیص و واضح کردن مسیرهای ارزشمند زندگی و ارتباط، ۲- مداخلات: ۱- تمرین آنچه من از زندگی/ارتباطم می‌خواهم تا از آن راضی باشم، ۲- تمرین وفات نامه.

جلسه هشتم: تشخیص موانع زندگی ارزش‌گذاری شده از طریق پذیرش و خود مشاهده‌گری، ۱- استراتژی‌ها: ۱- بررسی کاربرد ارزش‌ها، ۲- بحث در مورد موانع بر راه زندگی ارزش‌گذاری شده و کمک به مراجعین تا با این موانع زندگی کنند در عوض آنکه بر آن غلبه کنند. ۲- مداخلات: ۱- کاربرد عمل متعهدانه، ۲- بررسی راننده اتوبوس.

جلسه نهم: خلق الگوهای انعطاف‌پذیری از رفتار و ارتباط، ۱- استراتژی‌ها: معرفی رضایت، ۲- مداخلات: کاربرد عمل متعهدانه.

جلسه دهم: خود به عنوان بافت در رابطه مذکور، ۱- استراتژی‌ها: ۱- توانایی ایجاد گزینه و پاسخ، ۲- وادار کردن زوجین به تجربه خود به عنوان بافت، ۲- مداخلات: ۱- کاربرد عمل متعهدانه، ۲- استعاره تخته شطرنج.

جلسه یازدهم: پذیرش و عمل متعهدانه، ۱- استراتژی‌ها: بررسی رضایت احساسی در یک بافت عمل متعهدانه، ۲- مداخلات: کاربرد عمل متعهدانه.

جلسه دوازدهم: کار کردن در جهت پایان دهی، ۱- استراتژی‌ها: ۱- بازبینی ارزش‌های ارتباطی و عمل متعهدانه، ۲- آمادگی برای عمل متعهدانه آتی و پایان درمان، ۲- مداخلات: ۱- به خانه بردن کاربرد عمل متعهدانه، ۲- معرفی کتابچه‌ای در مورد ذهن آگاهی، ۳- تکالیفی برای تمرین خانگی (پر کردن پرسشنامه، انجام استعاره‌ها و ...).

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی و خرده آزمون‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

| | | | | | |
|-----------------------|-----------|-------|------|-------|------|
| سلامت عمومی | پیش‌آزمون | ۱۴/۴۰ | /۸۲ | ۱۳/۱۴ | /۳۶ |
| | پس‌آزمون | ۱۶/۴۶ | /۹۹ | ۱۳/۲۸ | ۱/۳۲ |
| عملکرد جسمانی | پیش‌آزمون | ۲۴/۲۶ | ۲/۵۲ | ۲۴/۳۵ | ۲/۶۱ |
| | پس‌آزمون | ۲۵ | ۱/۵۱ | ۲۵/۱۴ | ۲/۵۳ |
| نقش جسمانی | پیش‌آزمون | ۱۱/۲۰ | ۲/۳۰ | ۸/۵۰ | ۱/۵۰ |
| | پس‌آزمون | ۱۰/۸۰ | /۸۶ | ۱۰/۴۲ | /۵۱ |
| نقش هیجانی | پیش‌آزمون | ۷/۲۶ | /۸۸ | ۶/۸۵ | ۱/۰۲ |
| | پس‌آزمون | ۷/۵۳ | /۸۳ | ۷/۵۰ | ۱/۴۰ |
| عملکرد اجتماعی | پیش‌آزمون | ۶/۱۳ | /۸۳ | ۶/۱۴ | /۳۶ |
| | پس‌آزمون | ۷/۶۶ | /۴۸ | ۶/۱۴ | /۳۶ |
| درد بدنی | پیش‌آزمون | ۷/۶۰ | /۸۲ | ۷/۸۵ | /۷۷ |
| | پس‌آزمون | ۹/۹۳ | /۲۵ | ۷/۸۵ | /۷۷ |
| سلامت روانی | پیش‌آزمون | ۱۴/۳۳ | ۱/۴۴ | ۱۲/۷۸ | ۲ |
| | پس‌آزمون | ۲۳/۲۰ | ۱/۰۸ | ۱۳/۹۲ | ۲/۵۲ |
| سرزندگی | پیش‌آزمون | ۱۱/۱۳ | ۱/۳۰ | ۱۰/۶۴ | ۱/۴۹ |
| | پس‌آزمون | ۱۸/۴۰ | ۱/۰۵ | ۱۱/۱۴ | /۹۴ |
| تعیین سلامت گزارش شده | پیش‌آزمون | ۳/۲۰ | /۴۱ | ۳/۳۵ | /۴۹ |
| | پس‌آزمون | ۲/۰۶ | /۲۵ | ۳/۳۵ | /۴۹ |
| کل | پیش‌آزمون | ۱۱/۰۵ | ۱/۳۲ | ۱۰/۳۴ | ۱/۱۰ |
| | پس‌آزمون | ۱۳/۴۴ | ۱/۷۶ | ۱۰/۸۲ | ۱/۲۴ |

همانگونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون کیفیت زندگی زنان نابارور در درمان تعهد و پذیرش ۱۱/۰۵ (و ۱/۳۲) و گروه کنترل ۱۰/۳۴ (و ۱/۱۰) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پس‌آزمون کیفیت زندگی زن‌های نابارور در درمان تعهد و پذیرش ۱۳/۴۴ (و ۱/۷۶) و گروه کنترل ۱۰/۸۲

(و ۱۱/۲۴) می‌باشد. به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه بیان‌کننده این مطلب است که درمان تعهد و پذیرش بر افزایش کیفیت زندگی زنان نابارور تأثیر دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون باکس و لون در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در مؤلفه‌های کیفیت زندگی

| سطح P | درجه آزادی دوم | درجه آزادی اول | F | آزمون باکس |
|-------|----------------|----------------|-------|-------------|
| ۰/۰۰۱ | ۲/۴۶۶ | ۳۶ | ۳/۵۵۵ | ۱۷/۲۰۹ |
| سطح P | درجه آزادی دوم | درجه آزادی اول | F | آزمون لون |
| ۰/۰۹۰ | ۲۷ | ۱ | ۲/۹۰ | کیفیت زندگی |

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون استفاده گردید براساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است (BOX=۱۷/۲۰۹، F=۳/۵۵۵، P=۰/۰۵۸).

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه درمان تعهد و پذیرش و گواه

| نام آزمون | مقدار | F | DF فرضیه | DF خطا | سطح P |
|-------------------|-------|------|----------|--------|-------|
| اثر پیلایی | ۰/۹۹۰ | ۲/۴۷ | ۸ | ۲۰ | ۰/۰۰۱ |
| لامبدا ویکلز | ۰/۰۱۰ | ۲/۴۷ | ۸ | ۲۰ | ۰/۰۰۱ |
| اثر هتلینگ | ۹۸/۸۴ | ۲/۴۷ | ۸ | ۲۰ | ۰/۰۰۱ |
| بزرگترین ریشه خطا | ۹۸/۸۴ | ۲/۴۷ | ۸ | ۲۰ | ۰/۰۰۱ |

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$)، $F = 2/47$ ، $F = 0/10$ = لامبدای ویلکز).

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) برای مقایسه تفاضل پیش آزمون - پس آزمون نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه درمان تعهد و پذیرش و گواه

| متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح P | مجذورات |
|----------------|---------------|------------|-----------------|---------|-------|---------|
| سلامت عمومی | ۲۶/۸۰۱ | ۱ | ۲۶/۸۰۱ | ۱۵/۵۱۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶۵ |
| عملکرد جسمانی | ۰/۰۲۰ | ۱ | ۰/۰۲۰ | ۰/۰۱۲ | ۰/۹۱۴ | ۰/۰۰۰ |
| نقش جسمانی | ۱/۰۲۵ | ۱ | ۳۹/۴۲ | ۹۳/۹۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷۷ |
| نقش هیجانی | ۱/۰۲۵ | ۱ | ۱/۰۲۵ | ۰/۸۰ | ۰/۳۷۶ | ۰/۰۲۹ |
| عملکرد اجتماعی | ۱۷/۰۲۵ | ۱ | ۱۷/۰۲۵ | ۲۳/۲۹۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۳۶ |
| درد بدنی | ۳۹/۴۲۵ | ۱ | ۳۹/۴۲۵ | ۹۳/۹۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷۷ |
| سلامت روانی | ۴۳۲/۰۰۱ | ۱ | ۴۳۲/۰۰۱ | ۱۵۸/۸۰۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵۵ |
| سرزندگی | ۳۳۱/۵۶۷ | ۱ | ۳۳۱/۵۶۷ | ۲۶۷/۰۲۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱۱ |

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات سلامت عمومی ($F = 15/512$)، نقش جسمانی ($F = 93/92$)، عملکرد اجتماعی ($F = 23/295$)، درد بدنی ($F = 93/925$)، سلامت روانی ($F = 158/807$) و سرزندگی ($F = 267/022$) بین گروه‌های درمان تعهد و پذیرش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، درمان تعهد و پذیرش این مؤلفه‌های کیفیت زندگی را به طور معناداری افزایش داده است. و از لحاظ متغیرهای عملکرد جسمانی و نقش هیجانی تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش درمان تعهد و پذیرش در افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در زوجین نابارور مؤثر است. این نتیجه به طور غیر مستقیم در راستای یافته‌های پژوهشی (زتلی و هیز، ۱۹۸۶؛ زتلی، ۱۹۸۹؛ ایفرت، ۲۰۰۳؛ زتلی، ۲۰۰۳؛ لویت، برون، اورسیلو و بارلو، ۲۰۰۴؛ اورسیلو و بتن، ۲۰۰۵؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۱؛ رجبی همکاران ۱۳۹۱) و به طور مستقیم در راستای یافته‌های پژوهشی (پیترسون و ایفرت، ۲۰۰۹؛ هنرپروران و همکاران، ۲۰۱۰؛ پیترسون و ایفرت، ۲۰۱۱) که نشان دادند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک درمان مناسب برای کاهش عوامل استرس‌زای ناشی از ناباروری است، می‌باشد.

آموزش تعهد و پذیرش که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی قید و شرط 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 بر روی خود، نارزنده سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود، بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم می‌گذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیر منطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله که در درمان تعهد و پذیرش، گسلش شناختی نام دارد با تأثیر بر روی این جنبه‌ها می‌تواند در نهایت بر کیفیت زندگی زوجین نابارور تأثیر گذار باشند.

از ابعاد مهم در کیفیت زندگی، ابعاد جسمانی (سلامت عمومی، نقش جسمانی و درد بدنی) می‌باشد. نتایج تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که افراد نابارور در ابعاد جسمانی مشکل دارند (امانتی، علامی، شکرابی، حقانی و رمضان‌زاده، ۱۳۸۸). با توجه به اینکه هیچ پژوهشی به طود مشخص به بررسی اثر بخشی این آموزش در ابعاد مربوط به کیفیت زندگی در زوجین نابارور نپرداخته است، در یک تبیین کلی در مورد اثربخشی این روش‌های آموزشی در بهبودی

ابعاد جسمانی می‌توان گفت که ناباروری و استرس ناشی از آن موجب به وجود آمدن استرس فیزیولوژیکی می‌شود (پترسون و ایفرت، ۲۰۱۱) و این استرس فیزیولوژیکی و درد ناشی از انواع درمان‌های ناباروری مشکلات زیادی را در رابطه با سلامتی ایجاد می‌کند. در این درمان با افزایش سطح پذیرش و کاهش بازداری فکری از میزان استرس ناباروری که منجر به استرس فیزیولوژیکی و درد و ناراحتی بدنی می‌شود، کاسته می‌شود.

از دیگر ابعاد مهم در کیفیت زندگی، ابعاد سلامت روانی (نقش هیجانی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی) می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که آموزش درمان تعهد و پذیرش منجر به بهبود این مؤلفه‌ها در زوجین نابارور در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر (برای مثال آلوارز و پرز،^۱ ۲۰۰۵؛ کروگر، شوگر، ولریجا، رودریگر، رینکر و ردولف،^۲ ۲۰۰۶؛ میلر، راتوس^۳ و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک کالان، نیکاسو، جونتو، گیرارد، لیسنر و فریرو،^۴ ۲۰۱۰)، مبنی بر اینکه موج سوم درمان‌های رفتاری در کاهش رفتارهای تکانه‌ای و مخل کیفیت زندگی از جمله اختلالات خلقی و هیجانی، خشم و بی‌ثباتی عاطفی مؤثر است، همخوانی دارد. براساس درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، افزایش گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه، به زوج‌ها کمک می‌کند تا تعاملات و تفکرات منفی را به روش جدیدی تجربه کنند، در نهایت کنش منفی زوجین کاهش می‌یابد. زوجین یاد می‌گیرند تا موقعیت‌ها و تفکراتی را که قبلاً از آن اجتناب می‌کردند با آن درگیر شوند و آن را بپذیرند. شفاف‌سازی ارزش‌ها ارتباطی و تعهد برای عمل به صورت سازگار با این ارزش‌ها، به زوج‌ها این فرصت را می‌دهد تا به شیوه‌ای عمل کنند که آنها را به سمت رضایت از زندگی و ارتباط هدایت کرده و بتوانند اضطراب فردی و فیزیولوژیکی را کاهش دهند.

1. Soler, Pascuala, Barrachina, Alvarez & Perez
2. Kroger, Schweiger, Valerija, Ruediger, Rudolf & Reinecker
3. Mileer. Ratus, & et al
4. Mcquillan, Nicastro, Guenot, Girard, Lissner & Ferrero

با توجه به یافته‌های پیترسون و ایفرت (۲۰۰۹)، پیترسون و ایفرت (۲۰۱۱) و مطهری و همکاران (۱۳۹۱) به طور کلی می‌توان گفت که اجرای مداخله‌های روان‌شناختی با تمرکز بر اصلاح سبک‌های اسنادی، ذهن آگاهی، چالش با باورهای غیر منطقی، همدلی، پذیرش و قبول مشکل، آرام سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های حل مسأله، مراقبه، پس خوراند زیستی، تصویرسازی ذهنی هدایت شده و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، از جمله راهبردهای درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری و درمانجو محور است که نه تنها پیامدهای عاطفی منفی بیماری‌ها و اختلال‌ها را تخفیف می‌بخشد، که به افزایش سطح پای‌بندی به توصیه‌های درمانی نیز کمک می‌نماید. به دنبال این پژوهش، ما پیشنهاد می‌کنیم که متخصصانی که با زوج‌های نابارور سروکار دارند، از درمان تعهد و پذیرش که شامل پذیرش فکری، گسلش شناختی و پیگیری رفتارهای هدایت شده به وسیله ارزش‌ها است برای رفع رنج‌های که این زوجین تجربه می‌کنند استفاده کنند.

در این پژوهش بین گروه کنترل و آزمایش از نظر مؤلفه‌های عملکرد جسمانی و نقش عاطفی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

مطالعات مربوط به ACT هنوز در ابتدای راهند، بنابراین شواهد بیشتری در خصوص مکانیزم عمل این درمان لازم و ضروری است گرچه شواهدی وجود دارد مبنی بر این که تغییر در پذیرش و گسلش و نه تغییر در محتوای شناختی یا هیجانی میانجی پیامدها هستند (هیز، مسودا و بیست، ۲۰۰۴). اما کارهای بیشتری در این زمینه و مخصوصاً در ایران لازم است. فرایند درمان و نتایج به دست آمده در این پژوهش حاکی است که ACT می‌تواند درمان مناسبی برای زوجین نابارور باشد. لذا مطالعات کنترل شده گسترده‌تری در این زمینه می‌بایست انجام شود تا تفاوت‌ها و شباهت‌های این درمان با درمان‌های دیگر بررسی و مقایسه شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش، این بوده که به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری صورت نگرفته است. بنابراین اطلاعاتی در دست نیست که نشان دهد در درازمدت تغییرات ایجاد شده پایدار بوده‌اند یا خیر. با توجه به اینکه براساس یافته‌های این

پژوهش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کل بر کیفیت زندگی اثربخش بوده، می‌توان از این روش به عنوان درمان مؤثر بر حل مسائل و مشکلات زناشویی در کلینیک‌های مشاوره و روان درمانی سود برد.

سپاس و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کارکنان مراکز ناباروری شهرستان شیراز، متخصصان زنان و زایمان، زنان نابارور شرکت کننده و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت داشتند، تقدیر و تشکر نمایند.

منابع فارسی

- امانتی، لوییز؛ علامی، مه لقا؛ شکرابی شعله؛ حقانی، حمید؛ رمضان زاده، فاطمه. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور. *فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری*، (۶): ۳۳-۲۵.
- رجبی، غلامرضا؛ امان الهی، عباس؛ خجسته مهر، رضا؛ حسینی، محمد علی؛ عطاری، یوسفعلی. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در مردان مبتلا به انزال زودرس مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اهواز. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، (۴): ۴۵۴-۴۳۵.
- قاسمی، سیمین اعتمادی، عذرا؛ احمدی، سید احمد. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر گروه درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر احساسات منفی زنان نسبت به خانواده همسر و رضایتمندی زناشویی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، (۴): ۴۹۹-۴۸۵.
- کشاوری افشار، حسین؛ اعتمادی، احمد؛ احمدی نوده، خدابخش؛ سعدی پور، اسماعیل. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی الگوی مبتنی بر تحلیل سازه‌های شخصی با درمان هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی، *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، (۴): ۶۳۸-۶۱۴.

- گلدنبرگ، ا؛ گلدنبرگ، ه. (۱۹۹۴). خانواده درمانی. ترجمه حسین شاهی برواتی، ح؛ نقشبندی، س. (۱۳۸۷). تهران، نشر روان، ۷۸-۹۹.
- مطهری، زهرا سادات؛ احمدی، خدابخش؛ بهزادپور، سمانه؛ آزموده، فاطمه. (۱۳۹۱). اثربخشی حضور ذهن بر کاهش دلزدگی زناشویی مادران فرزند مبتلا به نقص توجه-بیش فعالی. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، (۴): ۵۹۲-۶۱۲.
- منتظری، علی، گشتاسبی، آزیتا، و وحدانی‌نیا، مریم سادات. (۱۳۸۴). تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36، (۵): ۵۶-۴۹.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان کوله‌مرز، محمد جواد؛ بختی، مجتبی. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، (۱): ۱-۲.

منابع لاتین

- Choobforoushzade, A., Kalantari, M., Molay, i H. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral stress management on subjective well- being in infertill women. [Article in Persian]. J Clin Psychol; 1 (4): 1-9.
- Cousineau, T., Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.; 21,2, 293-308.
- Eifert, A. S., Mak kei, N. B., Forsiyat, F.W., Masuda, A, & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processed and Outcomes. Behavior Research and Therapy, 15: 44,1-25.
- Eifert, H.G. (2003). Using Acceptance and Commitment Therapy to Trea Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. Cognitive and Behavioral Practice 16: 430-442.
- Foh, J.L., Wang, S.J., & Lu, S.R, (2005). Assessing quality of life for adolescents in Taiwan, Psychiatry and clinical Neuro sciences, 59: 11-18.
- Forman, E.M., Herbert, J.D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 63: 263-265.
- Garratt, A. M & etal. (1997). SF36 health survey questionnaire: an outcome measuring suitable for routine use within the NHS, British Medical Journal, 4(1), 25-35.

- Gibson, D.M., Myers, J.E. (2000). Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *J Counseling Dev*; 78(4): 400-10.
- Hamidi, N. (2011). The effectiveness of stress management on depression, anxiety and fertilization on infertile women. [Article in Persian]. *J Behav sci Spring*; 5 (1): 55-60.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*,35,639-665.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma,J.,& Guerrero, L.F.(2004). *DBT,FAP,ACT*: How Emirically Oriented are the New Behavior Thearpy technologies? *Behavior Therapy*, 35,35-54.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford; p.165-171.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D.,& Wilson,K.G.(1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes,S.C.,Bissett, R.T., Korn, Z., Zettele, R.D., Rosenfarb, I.S., Cooper, L.D.,& Grundt, A.M.(1999).The Impact of Acceptance versus Control Relational on Pain Tolerance. *The Psychology Record*, 49, 33-47.
- Honarparvaran, N., Tabrizy M , Navabinejad Sh., Shafiabady A., Moradi M. 2010. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Training with Regard to Reducing Sexual Dissatisfaction among Couples. *European Journal of Social Science*;66: 166-170.
- Jones, M., Thiering, P., Saunders, D. (1994). Psychological adjustment to infertility and its treatment: male and female responses and different stages of IVF/ET treatment. *J Psycho Res* ; 38: 229-40.
- Khayata, G.M., Rizk DE., Hasan, M.Y., Ghazal-Aswad, S., Asaad, M.A. (2003). Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *Int J Gynaecol Obs*; 80(2): 183-8.
- Kroger, C., Schweiger, U.S., Valerija, A., Ruediger, K., Rudolf, S., & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and therapy*.44: 1211-1217.
- Levitt, J.T., Brown, T.A., Orsillo, S.M., & Barlow, D.H.(2004).The Effect of Acceptance versus Suppression of Emotion on Subjective and Psychophysiological Response to Carbon Dioxide Challenge in Patient with Panic Disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747-766.
- Mac Horney, C.A, Ware, J.E. (Jr) and Raczek, A.E. (1993). The MOS 36-Item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31, 3: 247-263.
- Mcquillan, A., Nicastro, R., Guenot, F. Girard, M., Lissner, C. and Ferrero,F. (2010). Intensive dialectical behavior therapy for outpatient with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric Service*..V.56:193-197.

- Miller, A. L., Rathus, J., Linehan, M. M. (2007). Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York, Guilford, 30, 3:221-254.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S., Stein, M., Ganiants, T.H. (2010). Impact Of Infertility On Psychology Well-bing, Marital Adjustment, And Sexual Function, Urology 63: 126-130.
- Orsillo, S.M., & Batten, S.V. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Behavior Modification, 29, 95-129 Psychol 1990; 63: 73-80.
- Peterson, D.B., Eifert, H.G. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. Cognitive and Behavioral Practice 18: 577-587.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. 2nd ed. New York: Guilford Press; p.182-183.
- van den Akker, O.B. (2005). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. Patient Educ Couns.; 57(2):183-9.
- Wells, A. (2006). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 1st ed. Translated to Persian by: Bahrami F, Rezvan S. Tehran; p.105-113. [Persian].
- Zettele, R.D. & Hayes, S.C., K.D. (1986). A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Zettele, R.D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vs. Systematic Desensitization in Treatment of Mathematics Anxiety. The Psychological Record, 53, 197-215.
- Zettele, R.D. (1989). Get Out of Your Mind & Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy. Oakland, CA.: New Harbinger Publications.