

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۴ تابستان ۱۳۹۸

## اثربخشی مشاوره گروهی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و معناداری زندگی زنان نابارور

مریم نصرتی بیگزاده<sup>۱\*</sup>

سیمین حسینیان<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و معناداری زندگی زنان نابارور شهر تبریز است. طرح پژوهش شبه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی ناباروری میلاد تبریز در بهار سال ۱۳۹۴ بود که با توجه به سیال بودن جامعه تعداد تقریبی ۱۵۰ نفر برآورد شد که همگی مورد ارزیابی پرسشنامه پذیرش و تعهد (AAQ-II) و معناداری و ارزشمندی زندگی (LRQ) قرار گرفتند. ۸۵ نفر از این بین در هر دو آزمون نمره‌ای پایین‌تر از میانگین داشتند که ۳۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده برای پژوهش انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از ریزش، در نهایت دو گروه ۱۲ نفره مورد بررسی قرار گرفتند. برای گروه آزمایشی پروتکل هشت جلسه‌ای مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. بعد از اجرای مشاوره گروهی، هر دو گروه توسط پرسشنامه‌ها مورد آزمون قرار گرفته و پس از گذشت زمان چهار روزه مورد پیگیری قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل از واریانس بین-درون آزمودنی‌های آمیخته (SP Anova) استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و معناداری زندگی زنان نابارور در اثربخشی دارد و نتایج در طول دوره پیگیری نیز معنادار بود.

**واژگان کلیدی:** رویکرد پذیرش و تعهد؛ انعطاف‌پذیری روانشناختی، معناداری زندگی؛ زنان نابارور

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه مشاوره و راهنمایی، تهران (نویسنده مسئول)  
Email:m.nosrati.b@gmail.com

۲- استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

## مقدمه

در دنیای پیشرفته، مشکل ناباروری در حال افزایش بوده و به‌صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است (علمداری، ۱۳۹۲). از سال ۱۹۸۸ در کنفرانس بین‌المللی ناباروری بانکوک، ناباروری به‌عنوان یک مشکل بهداشت جهانی با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی توصیف شده است. این رویداد تنشی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین بخصوص زنان وارد می‌سازد (مک انجولا، الیکبد و ابیدون، ۲۰۱۰<sup>۱</sup>). در بعضی از فرهنگ‌ها و جوامع، در مواجهه با ناباروری منحصراً زنان را مقصر دانسته و آنها را سرزنش می‌کنند (نریمانی، علمداری، ابولقاسمی، ۱۳۹۳). در بعضی از این جوامع نقش زن بسیار با نقش مادری در هم آمیخته است و ناتوانی در بارداری یکی از غم‌انگیزترین حوادث زندگی زنان است (ثورن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). این حادثه در اغلب موارد هویت زنانه آنها را به چالش می‌کشد، احساس خودارزشی آنها را کاهش داده و احساس گناه ایجاد می‌کند (کوکیل و گیدرون، ۲۰۰۴، به نقل از کوچک سرائی، ۱۳۹۲). ناباروری یک بحران تلقی می‌شود که انسان را دچار استرس، احساس دلهره، بی‌قراری، غم و اندوه و درماندگی می‌کند. چنانچه شرایط تنش‌زا برای مدت طولانی در زندگی افراد وجود داشته باشد، سلامت جسمانی و روانی آنان را به خطر می‌اندازد (مظاهری و محسنیان، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که تجربه ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روانشناختی، تخریب حرمت خود، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، احساس حقارت و ناکارآمدی، ناکنش‌وری جنسی و مشکلات زناشویی در ارتباط است (راستی، حسن‌زاده و میرزاییان، ۱۳۹۱). ناباروری و مشکلات ناشی از آن تنها برای فقدان فرزند نیست، بلکه مواردی از جمله آشفتگی در روابط خانوادگی و زناشویی، احساس طرد از سوی اطرافیان، سرزنش شدن از سوی خود و دیگران تأثیرات زیادی بر جنبه‌های شخصیتی و روانشناختی، کارکردهای خانوادگی و ارتباطی او می‌گذارد. احتمال بروز مشکلات شخصیتی در این گروه بخصوص آنهایی که شکست در درمان را تجربه کرده‌اند، چشم‌گیر است (حیدری و لطیف‌نژاد، ۲۰۱۰). از طرفی هزینه‌های سنگین روش‌های نوین درمانی ملاقات‌های مداوم با پزشکان و ارجاع‌های مکرر به کلینیک‌های ناباروری که گاهی اوقات در شهرهای دیگر بوده و نیازمند مسافرت‌های طولانی است، توضیح

1- Makanjuola, Elegbede &amp; Abiodun

2- Thorn

دادن جزئیات زندگی خصوصی به پزشکان، مقاربت‌های جنسی طرح‌ریزی شده، غیبت‌های مکرر و طولانی از محل کار برای پیگیری امور درمان، مقایسه دائمی خود با افراد بارور، ناسازگاری زناشویی، نداشتن اطلاعات و آگاهی درباره علت ناباروری و عدم پذیرش روش‌های دیگر از قبیل رحم اجاره‌ای و سایر روش‌ها، از جمله فشارها و تنش‌های مرتبط با ناباروری است (یامور و اولتلگلا، ۲۰۱۲) و موجب تشدید درمان ناباروری می‌شوند. چرا که عوامل روانشناختی هم در ایجاد ناباروری دخالت داشته و هم اینکه ناباروری پی آمدهایی روانشناختی را با خود به‌همراه خواهند داشت. بر طبق مدل چرخه روانی، ناباروری ناخواسته سطح اضطراب را افزایش می‌دهد که این خود باعث ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی در فرد شده و نتایج درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (برونز، ۲۰۰۶). به نقل از پورحقیقی، شپردی و تیزدست، (۱۳۸۸). مطالعات نیز حاکی از است که تجربه ناباروری برای زنان استرس‌زاتر از مردان است. این مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که زنان نابارور از عزت‌نفس پایین‌تری برخوردارند، افسردگی بیشتری دارند، از زندگی رضایت کمتری دارند، خودشان را برای ناباروری به‌وجود آمده مقصر می‌دانند، نداشتن بچه را بیشتر به‌عنوان یک امر غیرقابل قبول در نظر می‌شمارند، از کودکان و زنان باردار فاصله می‌گیرند، درمان را زودتر شروع می‌کنند، در جستجوی اطلاعات در پیرامون ناباروری هستند، درمان را دیرتر متوقف می‌سازند، بچه‌دار شدن را بیشتر یک چاره و علاج برای پیامدهای منفی ناباروری می‌پندارند و در کل با مشکلات بیشتری در زمینه سلامت روان مواجه هستند (کالک، ۲۰۰۴). به نقل از چوبفروش‌زاده، کلانتری و مولوی، (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای دیگر نیز این زنان بودند که بصورت ویژه درمان ناباروری را ناراحت‌کننده‌ترین تجربه زندگی خود قلمداد کرده‌اند (سوتر، هاپتون، پنب و تمپشن، ۲۰۰۲). همچنین این گروه در مقایسه با بیماران آسمی، مصروع، دیابتی، بیماران التهاب مفاصل و بیماران قلبی از نظر جسمانی یکسان یا بهتر بوده‌اند ولی از نظر روان‌شناختی در وضعیت بدتری قرار داشتند (چوبفروش‌زاده، کلانتری و مولوی، ۱۳۸۸). برای بسیاری از این زنان، ناباروری توأم با احساس گناه در مورد روابط جنسی گذشته، سقط جنین و یا استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری است (کوکیل و گیدرون، ۲۰۰۴). به نقل از کوچکسرای، (۱۳۹۲). از دیدگاه زنان، حاملگی و بر عهده گرفتن نقش مادری برابر با ورود به

1- Yagmur &amp; Oltuluoghlu

2- Souter, Hopton, Penney &amp; Tempietion

دنایای بزرگسالی است در غیر این صورت زن احساس ناتوانی، نقص و عدم کمال می‌کند (جنیدی، نورانی، مخبر و شاکری، ۱۳۸۶).

در چنین موقعیتی روانشناسان و مشاوران می‌توانند ابعاد این پدیده را با استخراج تجربیات افراد نابارور در سراسر فرایند طولانی درمان پزشکی از طریق گروه‌های مشاوره و روان‌درمانی بررسی کنند (اوربیلاره، ۲۰۰۸؛ رحیمی، ۱۳۹۳). هر چند در ایران مطالعات اپیدمیولوژیک معدودی در مورد ناباروری صورت گرفته است، روش‌های مختلف درمانی برای مقابله با واکنش‌های روانی ناشی از ناباروری وجود دارد. میرز و واک (۱۹۹۶) رویکرد شناختی رفتاری را برای درمان زوج‌های نابارور پیشنهاد می‌کند (علمداری، ۱۳۹۲).

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد موج سوم درمان‌های رفتاری و شناختی رفتاری است. باید توجه داشت که در دهه‌های اخیر این نوع درمان‌ها شاهد تحولاتی بوده‌اند، از یک طرف به دلیل برخی محدودیت‌های موجود در رویکرد شناختی رفتاری از جمله ارتباط کنترل عواطف با پریشانی هیجانی بالاتر (براون، نیکاسیو، والستون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ ام سی کراکن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ و نیانه، کرومبزا، اکلکسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ آرچ، ایفرت، دیویز، ویلاردگا، روس، کرسک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲) و از طرف دیگر به دلیل اثربخشی مداخلات مبتنی بر پذیرش (ونیانه، کرومبزا، اکلکسون، ۲۰۰۳؛ ویکسل، ۲۰۰۹؛ هیز، لوموا، باند، ماسودا و لیلیز<sup>۵</sup>، کارکالا و کانسنتشن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰) شاهد پیشرفت چشمگیر درمان‌های موج سوم از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هستیم (فانچز، لی، روسر، اورسیلو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). این نوع درمان تاکنون اثربخشی‌هایی را در حوزه درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی، سایکوز، اختلالات خوردن، وسواس، درد مزمن، اختلال یادگیری، اتیسم و... در جمعیت‌های گوناگون کار شده است (ایفرت، فورثیت، آرچ، اسپیجو، کلیر و لنگر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹؛ قرایی اردکانی، آزادفلاح، تولایی، ۱۳۹۱؛ انوری، ابراهیمی، نشاطدوست، افشار و عابدی، ۱۳۹۳؛ عرب‌نامی، ۱۳۹۳؛ هاشمی‌نسب، ۱۳۹۳) و تنها در یک پژوهش به روی زوجین نابارور اجرا شده است (پیترسون، ایفرت، فین گلد و داویدسو<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹).

1- Brown, Nicassi, Wallston  
3- Vianea, Crombeza, Ecclestonb  
5- Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis  
7- Funchs, Lee, Roemer, & Orsillo  
9- Peterson, Eifert, Feingold, & Davidson

2 - McCracken  
4- Arch, Eifert, Davies, Vilardaga, Rose, & Craske  
6- Karekla & Constantinou  
8- Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller & Langer

نتایج پژوهش اتکینز (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که زنان، بیشتر از مردان بر اثر ناباروری دچار تنیدگی و عوارض حاصل از آن می‌شوند (اتیکنز، ۲۰۰۴؛ به نقل از کوچکسرایبی، ۱۳۹۲). از طرفی توقع اطرافیان از زنان برای آوردن فرزند، بیش از مردان است، یا به عبارتی، فشار جامعه در این خصوص بر زنان بدون فرزند بیشتر از مردان است حتی در فرهنگ آمریکایی نیز اطرافیان، زنان را در امر ناباروری بیشتر از مردان مقصر می‌دانند (ساویت- اسمیت، ۲۰۰۳). با توجه به مشکلاتی که متوجه زنان نابارور به‌طور خاص بوده، این پژوهش بر آن است تا اثر بخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در این جامعه را کارآزمایی بالینی کند. هدف اصلی رویکرد پذیرش و تعهد کاهش علائم بیماری نیست بلکه کمک به افراد است تا در کنار پذیرش درد و مشکلات به‌عنوان بخش لاینفک زندگی (هیز، کلی، ویلسون و استرسهال، ۲۰۱۱) ارزش‌ها و معناهای شخصی زندگی خود را مشخص نمایند و در مورد آنها اقدام کنند، به زندگی شور و نشاط و معنای بیشتری دهند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی‌شان را افزایش دهند (هنر پروران، میرزایی کیا، نیری و لطفی، ۱۳۹۳).

منظور از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرایندهایی است که از طریق آن افراد می‌توانند به‌طور موفقیت‌آمیزی با استرس و حوادث آسیب‌زا سازگاری مثبت نشان دهند. این مهارت‌ها به فرد اجازه می‌دهد تا با وقایع تروماتیک یا آسیب‌زای زندگی، سازگاری مطلوبی ایجاد کند (کمبل سلیس، کوهنواستین، ۲۰۰۶). به‌نظر می‌رسد زنان نابارور نیز برای کنار آمدن با بحران ناباروری به مداخلاتی که منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شود، نیاز دارند تا توانایی لازم برای تفکر به‌شیوه‌های متفاوت، برای سازماندهی و طرح‌ریزی گام‌های بعدی حل یک مشکل را به‌دست آورند. استیون هیز پادزهر درد و رنج انسان را در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌داند (هیز، ۲۰۱۳). لذا پژوهش حاضر اثر بخشی مشاوره گروهی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و معناداری زندگی زنان نابارور بررسی می‌کند. انعطاف‌پذیری از دیدگاه‌های مختلفی مورد تعریف قرار گرفته است. برای مثال لوتار<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) انعطاف‌پذیری را به‌عنوان موفقیت در کنار آمدن با شرایط پراسترس موجود که در دو بعد هیجانی و رفتاری معنی پیدا می‌کند، تعریف می‌کند. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و

1- Savitz- Smith

2 - Luthar

و دیویدسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) نیز انعطاف‌پذیری را به‌عنوان توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک در نظر می‌گیرند (ویلیامز، کیاروچی و هیون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). به اعتقاد مستن<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) نیز انعطاف‌پذیری به معنی در معرض خطر قرار گرفتن و پیامدهای بهتر از حد مورد انتظار نشان دادن، حفظ سازگاری مثبت علی‌رغم وجود تجارب استرس‌آور و بهبودی خوب بعد از آسیب یا تروما می‌باشد. بنابراین انعطاف‌پذیری به‌عنوان توانایی به دست آوردن نیرو بعد از مواجه شدن با شرایط ناگوار و غلبه بر شرایط دشوار و به معنی بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر است که باعث سازگاری موفقیت‌آمیز در زندگی می‌شود (باند، هیز و بروئز- هومر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). اما با وجود این تعاریف گوناگون، ظاهراً نقطه مشترک در تمامی این تعاریف دستیابی به سازگاری مثبت در شرایط آسیب‌زا و خطرآفرین است. بامیستر (۱۹۹۱) نشان داده است که فرزند نداشتن موجب کاهش شادی در عین رضایت زندگی والدین می‌شود، اما این فقدان شادی ممکن است از طریق افزایش معناداری جبران شود همچنین به‌نظر می‌رسد که رنج محرک نیاز به معنی است. هنگامی که افراد از برخی از ناکامی‌ها رنج می‌برند، غالباً با یافتن نوعی معنا با آن کنار می‌آیند. معنا دادن به رویدادهای منفی زندگی، ممکن است موجب به‌وجود آمدن نوعی کنترل شود. به عنوان مثال افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند، اگر قادر باشند برچسبی به آن بدهند که آن درد را تعریف و قابل توضیح کند، حتی اگر تشخیص داده شده باشد که نمی‌توان برای آن کاری کرد، احساس بهتری را گزارش می‌دهند. دادن برچسب آرامبخش است و فشار را آسان می‌کند و به فرد امکان تحرک می‌دهد (مجدی، ۱۳۸۹). فرانکل نیز معتقد است تحقق معنای زندگی از سه راه ممکن است: ۱- انجام کاری ارزشمند، ۲- کسب تجربه‌های والایی چون برخورد با شگفتی‌های طبیعت و فرهنگ و یا درک فردی دیگر یعنی عشق ورزیدن به او و ۳- تحمل درد و رنج. فرانکل معتقد است از آنجا که معنای بی‌پایان زندگی، رنج و محرومیت و مرگ را نیز فرا می‌گیرد، در واقع همین لحظات سخت است که ارزش درونی هر فرد را محک می‌زند (فرانکل، ۱۳۹۳). اصطلاح معنا ساختن به یک فرایند فعال که از طریق آن افراد یک رویداد یا مجموعه‌ای از رویدادها را بازنگری یا ارزیابی مجدد می‌کنند،

1- Conner & Davidson  
3- Masten

2- Williams, Ciarrochi, & Heaven  
4- Bond, Hayes, & Barnes-Homes

برمی‌گردد. این بازنگری غالباً شامل یافتن برخی جنبه‌های مثبت در رویدادها می‌شود (لی، کوهان، ادگار، لزنز، و گاگنون، ۲۰۰۶). بایستر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) معتقد است درگیر معنا سازی شدن، آثار مثبت دارد. از جمله مزایای آن این است که معنا سازی موجب می‌شود که فرد هویت خود و ارزش خود مستحکمی بیابد. علاوه بر این مزایایی برای سلامت جسمی و روانی در یافتن معنا وجود دارد. بنابراین افرادی بیشترین مزایا را به دست می‌آورند که ادراک خود از شرایط را از نامطلوب به مطلوب انتقال دهند. در چنین شرایطی که فرد معنی و هدف زندگی خود را محدود به داشتن فرزند نماید، هنگام رویایی با ناباروری احساس ناامیدی و پوچی می‌کند که این امر خود می‌تواند پیامدهای تجربه استرس ناباروری را تشدید نماید (نصرتی، حسینیان، ۱۳۹۴). در چنین موقعیتی روانشناسان و مشاوران می‌توانند ابعاد این پدیده را با تحلیل روانشناختی اینکه ناباروری برای افرادی که آن را تجربه می‌کنند، چه معنایی دارد، درک کرده و این ادراک با استخراج تجربیات افراد نابارور در سراسر فرایند طولانی درمان و از طریق گروه‌های مشاوره و روان‌درمانی میسر می‌باشد (اوربیلاره، ۲۰۰۸؛ نصرتی، حسینیان، ۱۳۹۴). با توجه به توضیحات داده شده پژوهش حاضر در صدد تعیین اثر بخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و معناداری زندگی زنان نابارور بود.

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. در این پژوهش از یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل استفاده شده که هر کدام از گروه‌ها دوبار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. در اندازه‌گیری اول پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد سپس گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار گرفت و برای گروه کنترل تا پایان مراحل تحقیق هیچ مداخله روانشناختی صورت نگرفت و در پایان نیز برای دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. پس از گذشت ۴۰ روز پیگیری صورت گرفته و هر دو گروه برای سومین بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند.

1- Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon

2- Baumeister

## جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان ناباور مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی ناباور می‌لاد شهرستان تبریز از ۱۶ فروردین تا پایان خرداد سال ۱۳۹۴ بود که به‌علت سیال بودن تعداد تقریبی ۲۰۰ نفر توسط مسئول مرکز تخمین زده شد.

## نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

روش نمونه‌گیری به شکل هدفمند بود. بدین ترتیب که از بین همه زنان مراجعه‌کننده با مشکل نازایی به کلینیک می‌لاد تبریز از ۱۶ فروردین تا پایان خرداد ۱۳۹۴ که نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی را کسب کرده بودند و همچنین شرایط ورود به پژوهش را داشتند به‌صورت تصادفی ساده ۳۰ نفر انتخاب شده، در گام بعد به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. در نهایت، تعداد نمونه بر اثر ریزش که امری اجتناب‌ناپذیر در پژوهش‌های تجربی است به ۲۴ نفر (دو گروه ۱۲ نفره) کاهش یافت.

## ابزار پژوهش

**مقیاس پرسشنامه و عمل AAQ-II<sup>۱</sup>:** پرسش‌نامه پذیرش و عمل به‌وسیله هیز و همکاران (۲۰۰۴) به‌صورت مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است که ۱۶ پرسشی است و آخرین نسخه این پرسشنامه ۱۰ پرسش دارد که به‌وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است. این پرسشنامه پذیرش، اجتناب تجربی و عدم انعطاف‌پذیری روانی را اندازه‌گیری می‌کند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بالاتر است. مشخصات روانسنجی نسخه اصلی پایایی، روایی سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ تا ۰/۷۹ به دست آمد. این ابزار همچنین اعتبار همسان با نظریه زیربنایی‌اش است. این ابزار همچنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد. به‌نظر می‌رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQ-I را اندازه می‌گیرد؛ اما ثبات روانسنجی بهتری دارد (بوند، هی زیتل، ۲۰۱۱). در نسخه دوم که توسط بوند و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است، دو عامل به‌دست آمد. عامل اول شامل ۷

1- Acceptance and Action Questionnaire



ماده با ارزش ویژه ۴/۶۴ بود که ۴۱/۴۷٪ واریانس را تبیین می‌کرد. عامل دوم شامل ۳ ماده با ارزش ویژه ۱/۰۶ بود و ۴/۹۴٪ واریانس را تبیین می‌کرد. اما چون ۳ ماده مربوط به عامل دوم مثبت بودند و دو عامل از نظر مبانی و مفهومی تفاوتی نداشتند، یک ساختار تک عاملی برای این مقیاس گزارش شد. آلفای کرونباخ عامل اول ۵۵٪ و آلفای کرونباخ عامل دو ۸۸٪ گزارش شد. به‌علاوه میانگین ضریب آلفای کرونباخ برای گروه‌های گوناگون بالینی و غیربالینی (۰/۸۴، ۰/۸۸، ۰/۷۸) به‌دست آمد. روایی و پایایی نسخه دوم از روایی و پایایی نسخه اولیه آن بیشتر بود و با متغیرهای که نظریه پذیرش و عمل پیش‌بینی می‌کند، مرتبط بود. به‌علاوه این پرسشنامه با پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب، استرس و افسردگی و سلامت‌های عمومی (۱۲ پرسشی) همبستگی معنی‌داری نشان داد ( $P < ۰/۰۱$ ) (مونستس، نیلت، موراس، لاس و بوند، ۲۰۰۹). در پژوهش عباسی و همکاران (۱۳۹۱) با هدف کفایت‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم، انجام شد بیشترین واریانس تبیین شده، روی عامل اول (۴۳/۳۷٪) قرار داشت که نشان می‌دهد این عامل بیشترین واریانس را تبیین می‌کند، به‌علاوه عامل دیگر نیز در نهایت میزان اجتناب تجربی به‌گونه‌ای کلی را تبیین می‌کنند؛ و به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که عامل دوم ممکن است عامل قابل قبول و معتبری برای بررسی میزان اجتناب تجربی نباشد (عباسی، فتی، مولودی و ضرابی همکاران، ۱۳۹۱). این یافته‌ها با پژوهش بوند و همکاران (۲۰۱۱) و مونستس، نیلت، موراس، لاس و بوند (۲۰۰۹) همخوانی دارد. یافته‌های این پژوهش نیز همسانی درونی قابل قبولی را برای نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل نشان دادند. این یافته با پژوهش‌های بوند و همکاران (۰/۷۸ - ۰/۸۸) را گزارش دادند. در مورد پرسشنامه پذیرش و عمل به‌گونه کلی همسانی درونی و ضریب تنصیف قابل قبولی در تمام مراحل پژوهش در گروه‌های بالینی و غیر بالینی به‌دست آمده و برای هر دو گروه بالینی و غیربالینی کاربرد دارد.

### شاخص ارزشمندی زندگی و معناداری زندگی $LRI^2$

در این پژوهش برای اندازه‌گیری معناداری زندگی از مقیاس شاخص ارزشمندی زندگی باتیستا و آلوند (۱۹۷۳) که به‌وسیله دباتس (۱۹۹۸) تجدیدنظر شده است، استفاده شد. این

1- Life Regard Index

مقیاس شامل ۲۸ گویه و دو خرده‌مقیاس به نام‌های چارچوب و رضایت دارد.

چارچوب: ادراک فرد از ساختار و فلسفه زندگی و همچنین رویکرد او برای استنباط معنا در زندگی خود است.

رضایت: ادراک فرد از زندگی کردن بر اساس چارچوب انتخابی‌اش است. هر کدام از این دو خرده‌مقیاس دارای ۱۴ گویه می‌باشند که در برابر آن‌ها یک طیف سه‌گزینه‌ای شامل موافقم، نظری ندارم و مخالفم قرار دارد.

شواهد پژوهشی چندی (باتیستا، آلموند، ۱۹۷۱، چمبرلین و زیکا، ۱۹۸۸، به نقل از فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵) وجود دارند که نشان می‌دهند این مقیاس از ضرایب روایی و پایایی مطلوب برخوردار است. در پژوهشی نصیری و جوکار از این مقیاس برای اندازه‌گیری معناداری زندگی استفاده کرده است (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). پایایی مقیاس ارزشمندی زندگی (LRI) به‌روش ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس و خرده‌مقیاس‌های رضایت و چارچوب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۷ به‌دست آمد که رضایت‌بخش است. برای بررسی روایی این مقیاس از تحلیل عوامل به‌روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شد. شاخص KMO برابر با ۰/۸۵ بود و ضریب کروتلت بارتلت برابر با ۲۷۹۹/۶۴ بود که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بود که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری گزینه‌ها و ماتریس همبستگی آن‌ها بود. نتایج تحلیل عامل نشان داد که در مقیاس دو عامل اصلی وجود دارد که هر دو بر روی هم ۰/۳۹ از واریانس را تبیین می‌نماید. عامل اول ۲۲/۵۸ از واریانس مقدار ویژه (آیگن - ۵/۹۹) و عامل دوم ۱۶/۷۵ از واریانس مقدار ویژه (آیگن - ۲/۶۹) را تبیین می‌نماید و بار عاملی برای گویه‌ها ۰/۳۰ انتخاب و هر گویه‌ای که بار عاملی کمتر از این مقدار داشت حذف گردید که با این اوصاف گویه‌های ۱، ۲، ۷، ۲۲، ۲۴، ۲۵ حذف گردیدند. در نهایت یک مقیاس ۲۳ گویه‌ای برای ارزیابی معنا در زندگی به‌دست آمد. البته داده‌های به‌دست آمده از روش تحلیل عامل، از ساختار دو عاملی این مقیاس حمایت می‌نمایند که با یافته‌های هریس و استاندارد<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) همخوان است.

1- Feldman &amp; Snyder

2- Harris &amp; Standard

## روش اجرا

پس از مراجعه به کلینیک تخصصی ناباروری میلاد تبریز و موافقت مسئول مرکز، در تمام طول هفته با همه زنانی که از ۱۶ فروردین ۱۳۹۴ تا پایان خرداد ۱۳۹۴ به کلینیک میلاد جهت درمان ناباروری مراجعه کرده بودند، یک مصاحبه فردی بیست دقیقه‌ای در همان اتاق انتظار انجام شد و اطلاعاتی راجع به گروه و اهداف و فرایند گروه ارائه شد. سپس افراد با میل و آگاهی دو پرسشنامه پذیرش و تعهد و معناداری زندگی را پر کردند. پس از بررسی، پاسخ‌های ۸۵ نفر پایین میانگین اعلام شد که از این تعداد، ۳۰ نفر که شرایط ورود به گروه را داشتند به صورت تصادفی ساده انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. اولین جلسه گروه برگزار شد که از بین ۱۵ نفر، ۱۴ نفر حاضر شدند. جلسات در مرکز مشاوره باوران رشد تبریز به صورت هفته‌ای دو جلسه دو ساعته، به مدت ۸ جلسه مطابق پروتکل برگزار شد. یک نفر از اعضا بعلت شاغل بودن و تداخل با ساعت کاری در جلسه دوم انصراف داد و گروه ۱۳ نفره به کار خود ادامه داد، طی جلسه چهارم یکی از اعضا به علت بیماری مادر به شهرستان رفته و علیرغم میل شخصی نتوانست در ادامه جلسات حضور داشته باشد.

در نهایت گروه کار خود را با ۱۲ نفر پس از طی یک ماه به پایان رساند. در جلسه پایانی دوباره از اعضای گروه آزمایش دو پرسشنامه مذکور به عنوان پس‌آزمون گرفته شد و محقق با توافق اعضا جلسه‌ای را با عنوان پیگیری، در ۴۰ روز آینده ترتیب داده و اعضا را برای بار سوم در معرض پرسشنامه‌ها قرار داد. به موازات گروه آزمایش، گروه گواه نیز به فاصله یک ماه پس‌آزمون گرفته شد که ۱۲ نفر راضی به اجرای مجدد آزمون‌ها شدند. این ۱۲ نفر که برای شرکت در گروه نیز راغب بودند، چهل روز پس از اجرای آزمون مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. در انتها پس از پایان جلسات اطلاعات حاصله با روش‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. با افراد گروه گواه قرار گذاشته شد که به توافق پس از جلسه پیگیری و پایان پژوهش، جلساتی با همان محتوا به صورت گروهی ترتیب داده شود.

## روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

با توجه به طرح تحقیق که شامل دو مقیاس (انعطاف‌پذیری روانشناختی و معناداری زندگی)

با برگزاری پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود، مناسب‌ترین آزمون، آزمون تحلیل واریانس بین - درون آزمودنی‌های آمیخته است. ضمناً داده‌های پژوهش توسط برنامه کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی انعطاف‌پذیری روانشناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برای گروه آزمایش و کنترل

| متغیر                   | وضعیت     | گروه   | میانگین | انحراف معیار | K-S  | سطح معناداری |
|-------------------------|-----------|--------|---------|--------------|------|--------------|
| انعطاف‌پذیری روانشناختی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۴۰/۰۸   | ۵/۶          | ۰/۱۳ | ۰/۲          |
|                         |           | کنترل  | ۳۷/۳۳   | ۷/۲۹         | ۰/۱۳ | ۰/۲          |
| انعطاف‌پذیری روانشناختی | پس‌آزمون  | آزمایش | ۳۴/۷۵   | ۵/۸۴         | ۰/۱۳ | ۰/۲          |
|                         |           | کنترل  | ۳۴/۶۶   | ۵/۱          | ۰/۱۹ | ۰/۲          |
| پیگیری                  | پس‌آزمون  | آزمایش | ۳۱/۹۱   | ۴/۳۵         | ۰/۱۷ | ۰/۲          |
|                         |           | کنترل  | ۳۱/۶۶   | ۵/۸۵         | ۰/۲۲ | ۰/۰۸         |

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی انعطاف‌پذیری روانشناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. میانگین نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون از میانگین نمرات گروه کنترل پایین‌تر است. این در حالی است که در پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش بالاتر از گروه کنترل است، و همچنین در پیگیری میانگین نمرات گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی معناداری زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برای گروه آزمایش و کنترل

| متغیر          | وضعیت     | گروه   | میانگین | انحراف معیار | K-S  | سطح معناداری |
|----------------|-----------|--------|---------|--------------|------|--------------|
| معناداری زندگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۴۹/۵۸   | ۳/۹۸         | ۰/۱۴ | ۰/۲          |
|                |           | کنترل  | ۴۹/۷۵   | ۵/۵۷         | ۰/۲  | ۰/۱۶         |
| معناداری زندگی | پس‌آزمون  | آزمایش | ۴۸/۴۱   | ۲/۷۱         | ۰/۲۴ | ۰/۰۴         |
|                |           | کنترل  | ۴۷/۸۳   | ۵/۱۴         | ۰/۱۹ | ۰/۲          |
| پیگیری         | پس‌آزمون  | آزمایش | ۳۵      | ۴/۹۵         | ۰/۱۶ | ۰/۲          |
|                |           | کنترل  | ۳۲/۲۵   | ۵/۱          | ۰/۱۹ | ۰/۲          |

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی معناداری زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. میانگین نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون از میانگین نمرات گروه کنترل پایین‌تر است. این در حالی است که میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری بالاتر از گروه کنترل است.

به‌منظور استفاده از تحلیل واریانس بین - درون آزمودنی‌های آمیخته، پس از بررسی ۲ فرض اصلی مبنی بر همسانی ماتریس واریانس و کواریانس، و تجانس واریانس‌ها، اثر اصلی بین آزمودنی‌ها در نمرات مربوط به متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی در دو گروه بررسی می‌شود.

جدول (۳) اثر اصلی بین آزمودنی‌ها در نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی گروه آزمایش و کنترل

| منبع        | مجموع مجزورات | درجه آزادی | F      | سطح معناداری | اثر اندازه |
|-------------|---------------|------------|--------|--------------|------------|
| بین آزمودنی | ۸۸۵۵۰/۳       | ۱          | ۱۹۳۵/۹ | ۰/۰۰۰        | ۰/۸۹       |
| گروه‌ها     | ۱۹/۰۱         | ۱          | ۰/۴۱   | ۰/۰۴         | ۰/۰۱       |
| خطا         | ۱۰۰۶/۳        | ۲۲         |        |              |            |

همانطور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود اثر اصلی تحلیل واریانس بین - درون آزمودنی آمیخته برای دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. مقدار F برای دو گروه برابر با ۰/۴۱ است که در سطح ۰/۰۴ معنی‌دار است ( $p < ۰/۰۵$ ). بنابراین تفاوت معنی‌داری در اثربخشی استفاده از رویکرد پذیرش و تعهد در انعطاف‌پذیری روانشناختی بین دو گروه زنان نابارور وجود دارد و آموزش رویکرد پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان ناباروری اثربخش است.

فرضیه ۲: آموزش گروهی رویکرد پذیرش تعهد بر معناداری زندگی زنان نابارور تأثیر دارد.

جدول (۴) اثر اصلی بین آزمودنی‌ها در نمرات معناداری زندگی گروه آزمایش و کنترل

| منبع        | مجموع مجزورات | درجه آزادی | F       | سطح معناداری | اثر اندازه |
|-------------|---------------|------------|---------|--------------|------------|
| بین آزمودنی | ۱۳۸۱۶/۷       | ۱          | ۳۷۰۱/۲۸ | ۰/۰۰۰        | ۰/۹۹       |
| گروه        | ۲۰/۰۵         | ۱          | ۰/۵۳    | ۰/۰۵         | ۰/۰۲       |
| خطا         | ۸۲۱/۲۲        | ۲۲         |         |              |            |

همانطور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود اثر اصلی تحلیل واریانس بین- درون آزمودنی آمیخته برای دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. مقدار  $F$  برای دو گروه برابر با  $۰/۵۳$  است که در سطح  $۰/۰۵$  معنی‌دار است ( $p < ۰/۰۵$ ). بنابراین نتیجه می‌گیریم که تفاوت معنی‌داری در اثربخشی استفاده از رویکرد پذیرش و تعهد در معناداری زندگی بین دو گروه زنان نابارور وجود دارد و آموزش رویکرد پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی در زنان نابارور اثربخش است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری و معناداری زندگی زنان نابارور شهر تبریز بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش گروهی رویکرد پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری زنان نابارور مؤثر بوده است (با سطح معنی‌داری  $۰/۰۲$ ). این نتیجه با نتایج پژوهش ویلیام، استوری و ویلسون (۲۰۱۵)، اسکات، مک‌کراکان و تروست (۲۰۱۴)، ویتینگ، دان، سیاروچی، مک‌لود و سیمپسون (۲۰۱۴)، کیاروچی، بلیچ و گودسل (۲۰۱۰) و ویکسل، اولسون و هیز (۲۰۱۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دلیل مولفه‌های نهفته در آن مانند پذیرش، مشاهده گری بدون قضاوت یک مداخله‌ای مؤثر در سازگاری است به‌طوری که اجرای این مداخله منجر به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زنان شده که این امر تغییراتی در کیفیت زندگی آنها را در پی دارد (محبت‌بهار، اکبری، ملکی و مرادی‌جو، ۱۳۹۳). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشانی مانند اضطراب است (هافمن و آسموندسون، ۲۰۰۸). مطالعات مختلف، اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و موج سوم رادر کاهش استرس ناباروری، پریشانی روانی ناشی از فرایند درمان ناباروری مؤثر دانسته‌اند (علمداری، ۱۳۹۲؛ پیترسون و ایفرت، ۲۰۱۱). از آنجا که این رویکرد مراجع را تشویق می‌کند تا با خودارزیابی‌های خویش، به‌عنوان افکاری ساده برخورد کند و به‌دنبال تضعیف اجتناب‌تجربی است (ایران‌دوست و همکاران، ۱۳۹۴) می‌تواند به زنان نابارور کمک کند تا با پذیرش افکار، احساسات، هیجان‌ها و تکانه‌های خود، به‌جای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز، به

انعطاف‌پذیری روانی یعنی توانایی انتخاب عملی مناسب در بین گزینه‌های مختلف دست یابند در نتیجه اهداف ارزشمندی را برای خود مشخص کرده و عمل متعهدانه برای دستیابی به هدف را به کار گیرند (هربرت و فرمن، ۲۰۱۱). بنابراین آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زنان نابارور شود. از طرفی نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل پژوهش حاضر نشان داد تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ در نمره‌های ارزشمندی و معناداری زندگی برای دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. بنابراین نتیجه می‌گیریم که مداخله مبتنی بر پذیرش تعهد بر ارزشمندی و معناداری زندگی زنان نابارور نیز تأثیر دارد. این نتیجه با نتایج تربیلت، تدسچی، کان، کالهن، ریو<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)، وسترهوف و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۰)، همسو است. معناداری نقش مهم و بسزایی در بهزیستی روانی، کاهش افسردگی و استرس در زندگی دارد؛ لذا از آنجا که زنان نابارور به دلیل تعریف معنای زندگی خود در داشتن فرزند و عدم برآورده شدن نیازشان به مادر شدن (بامیستر، ۲۰۰۵) زندگی خود را بدون معنی و ارزش تصور می‌کنند، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند فرایند تعیین اهداف ارزشمند را برای این مراجعان تسهیل کند؛ زیرا در این رویکرد مراجع هرگز به‌عنوان شکست خورده و بدون هدف و معنی نگریسته نمی‌شود و معتقد است زندگی مبتنی بر ارزش و معنا می‌تواند در دسترس همه باشد. به طوری که فرانکل معنای زندگی را در انجام کاری ارزشمند، کسب تجربه‌های والا و تحمل درد و رنج می‌داند و یک فرد می‌تواند معنی را در امور مختلف جستجو کند. لذا درد جزئی از زندگی است نه یک موجود خارجی برای خلاص شدن از آن، بلکه انتخابی فزاینده، دربرگیرنده زمان حال و گامی رو به جلو در جهت خلق یک زندگی ارزشمند و معنادار است. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با روشن‌سازی ارزش‌های زنان نابارور از طریق کمک به درک مفهوم ارزش، گفت‌وگو درباره هدف‌ها و آرزوهای زندگی، تمرینات تجربه‌ای و مبتنی بر رویارویی و به چالش کشیدن مراجع با مطرح کردن سوالات، سعی در شناساندن و تعریف جهات مهم زندگی فرد و راه‌های ارزشمند زیستن دارد، به‌گونه‌ای که افراد حس سرزندگی، معنا و هدفمندی بیشتری داشته باشند. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ارزش‌ها را متغیرهای فرایندی

1- Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun & Reeve      2- Westerhof

در نظر می‌گیرد، نه متغیرهای پیامدی؛ لذا وقتی ارزشی به‌طور کامل تشریح می‌شود، مجموعه‌ای از رفتارهای همسو با آن ارزش و فرایند رسیدن به آن ارزش شناسایی می‌گردد، در نتیجه حس معنا، هدفمندی و سرزندگی که با اجرای آن ارزش‌ها عجین شده است، به فعالیت‌ها و رفتارهای که پیش از این ناخوشایند یا خنثی بوده‌اند، تسری پیدا می‌کند (هیز، کلی، ویلسون، استرسهال، ۲۰۱۱). به بیان ساده‌تر، با تصریح ارزش‌های فرد توسط خودش و بررسی ویژگی‌ها یا رفتارهای خاصی که می‌تواند در رسیدن به ارزش‌هایش به‌کار گیرد، پاسخ‌ها و اعمال معنا دار را در زندگی‌اش افزایش می‌دهد، که این در نهایت موجب ایجاد یک زندگی معنادار و سرزنده و هدفمند برای فرد می‌شود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل پژوهش حاضر نشان داد زنان ناباروری که در معرض آموزش گروهی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته بودند، در مرحله پایانی گروه توانستند با شناسایی ارزش‌های واقعی در زندگی دست به انتخاب‌های منعطف‌تری بزنند و برخورداری از زندگی معنادارتری را گزارش دهند. این نتایج در دوره چهار روزه پیگیری نیز ثابت مانده است. بنابراین می‌توان اظهار کرد اثربخشی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه مداخله مذکور، با رعایت مفروضه‌های اساسی این رویکرد تأیید شده و به هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و تجربه زندگی معنادار و ارزشمند، دست یافتیم. لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند درمان مناسبی برای زنان نابارور باشد اما مطالعات گسترده‌تری در این زمینه لازم است تا تفاوت‌ها و شباهت‌های این درمان با سایر درمان‌ها بررسی و مقایسه شود.

انجام هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری از یک کلینیک تخصصی به‌صورت هدفمند اشاره کرد که امکان تعمیم آن به جامعه را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین تمامی زنان ناباروری که مورد بررسی قرار گرفتند یک چرخه درمان مشابه را پشت سر گذاشته بودند (به‌عنوان مثال، برخی تجربه سه بار IVF را داشته و برخی کمتر). بنابراین پیشنهاد می‌شود برای ارزیابی وضعیت روانشناختی در پژوهش‌های آتی، داشتن تجربه مشترک درمان پزشکی به‌عنوان یکی از ملاک‌های ورود به گروه لحاظ شود. همچنین با توجه به وضعیت روان‌شناختی زنان



نابارور و و تأثیر متقابل سلامت روان و جسم و از طرفی هزینه‌های سنگین درمان پزشکی، پیشنهاد می‌شود که نهادهای مسئول معاونت درمان، با تسهیل شرایط، مداخله‌های روانشناختی را جزئی از فرایند درمان ناباروری قرار دهند.

### قدردانی و سپاس

از سرکار خانم دکتر عاطفه نژادمحمد جهت راهنمایی‌های بی‌شائبه‌شان در این پژوهش کمال امتنان را دارم، همچنین سپاس از اعضای گروه که با حضور گرم خود فرایند گروهی را تسهیل و منجر به رشد گروه شدند.

۱۳۹۷/۰۵/۱۲

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۷/۰۸/۲۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۷/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله:

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

- انوری، محمدحسن؛ ابراهیمی، امراه؛ نشاطدوست، حمیدطاهر؛ افشار، حمید و احمد عابدی (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پزشکی اصفهان. دوره ۳۲، ۲۵۹.
- ایزدی، راضیه و محمدرضا عابدی (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تهران: جنگل.
- ایراندوست، فروزان؛ صفری، سهیلا؛ نشاطدوست، حمید طاهر و محمدعلی نادى (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرتبط با درد و افسردگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *مجله علوم رفتاری*، ۱۹(۱)، ۱-۲.
- پورحقیقی، حمزه و شهره شیرودی (۱۳۸۸). تأثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان اضطراب زنان نابارور. *زن و مطالعات خانواده*. دوره دوم، شماره ۵.
- کوچکسرایبی، فاطمه؛ حسن‌پور، شیرین؛ بانی، سهیلا و مزگان میرغفوروند (۱۳۹۲). سلامت روان و ارتباط آن با حمایت اجتماعی ادراک شده در زوجین نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان الزهرا تبریز ۱۳۹۲. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی تبریز*.
- جنیدی، الهام؛ نورانی سعدالدین، شهلا؛ مخبر، نغمه و محمدتقی شاکری (۱۳۸۶). مقایسه خشنودی زناشویی در زنان بارور و نابارور مراجعه‌کننده به مراکز دولتی شهر مشهد. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۸۶-۸۵.
- جوکار، بهرام. نصیری، حبیب اله (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. *مجله پژوهش زنان*. دوره ۶، شماره ۲.
- چوبفروش، آزاده، کلانتری، مهرداد و حسین مولوی (۱۳۸۸). اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی زنان نابارور. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴: ۹-۱.
- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و حمید ضرابی (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۰(۲): ۶۵-۸۰.
- علمداری، الهه (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی*.
- قرایی اردکانی، شایسته؛ آزادفلاح، پرویز و سیدعباس تولایی (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۴(۲)، ۳۹-۵۰.

- فرانکل (۱۳۹۳). انسان در جستجوی معنی. ترجمه مهین میلانی. تهران: انتشارات درسا.
- هنرپروران، نازنین؛ میرزایی کیا، نیری، لطفی (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. مشهد: امید مهر.
- راستی، مریم؛ حسن زاده، رمضان و بهرام میرزاییان (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی‌های شخصیت و شادکامی در بین زنان بارور و نابارور. فصلنامه سلامت خانواده، ۱(۲)، ۲۷-۳۳.
- محبت بهار، سحر؛ اکبری، محمداسماعیل؛ ملکی، فاطمه و محمد مرادی‌جو (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله اندیشه و رفتار، ۹(۳۴)، ۱۷-۲۶.
- نریمانی، محمد؛ علمداری، الهه و عباس ابوالقاسمی (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۳)، ۳۸۷-۴۰۵.
- نصرتی، مریم و حسینیان سیمین (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و معناداری زندگی زنان نابارور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. علوم تحقیقات تهران.
- عرب نامی، مصطفی (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی با رویکردهای موج سوم رفتار درمانی؛ پذیرش و تعهد (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و درمان دیالکتیک (DBT) بر کاهش رفتارهای بزهکارانه در زندانیان شهرستان نیشابور. اولین کنگره سراسری موج سوم درمان‌های رفتاری، تهران.
- مجدی، فیروزه (۱۳۸۹). بررسی رابطه معناداری زندگی و شیوه‌های فرزندپروری مادران و اختلالات رفتاری کودکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- هاشمی‌نسب علی‌آبادی، محسن (۱۳۹۳). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز.
- Arch, J.J, Eifert, G.H., Davies, C., Vilardaga, J.C.P., Rose, R.D., & Craske, M.G (2012, May7). Randomized Clinical Trail of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Cmmitment Therapy (ACT) for Mixed Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 17, 1-16.
- Baumeister, R.F. (2005). The cultural animal: Human nature, meaning, and social life. New Templeton A, Fraser C, Thompson B. Infertility—epidemiology and referral prACTice. *Human Reproduction*. 1991; 6(10): 1391-94.
- Bond, F.W, Hayes, S.C, Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance andaction questionnaire-II: a revised measure

- of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behaviour*. (42): 676-688.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., & Barnes-Homes, D. (2006). Psychological flexibility, act, and organizational behaviour. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26, 25-54.
- Brown G.K, Nicassio PM, Wallston KA. (1989). Pain Coping Strategies and Depression in Rheumatoid Arthritis. *J Consult Clin Psychol*; 57: 65-27.
- Brucker, PS, Mckeny, PC. (2004). Support from Health Care Providers and the Psychological Adjustment of Individuals Experiencing Infertility. *Obstet Genecol Neonatal Nurs*, 33(5), 597-603.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S.L., & Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
- Ciarrochi, J. Bilich, L., & Godsel, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in Acceptance and Commitment Therapy. In Ruth Baer's (Ed), *Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change*. (pp. 51-76). New Harbinger Publications, Inc.: Oakland, CA.
- Conner, K.M., & Davidson, J.R.T (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Eifert, G.H., Forsyth, J.P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case studies Exemplifying Unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*: 16, 368-385.
- Feldman, D.B., Snyder C.R. (2005). Hope and the Meaningful Life: Theoretical and Empirical Associations between Goal-directed Thinking and Life Meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 401-421.
- Funchs, C., Lee, J., Roemer, L., & Orsillo, SM. (2013). Using mindfulness- and Acceptance- Based Treatments with Clients from non-dominant Cultural and/or marginalized Backgrounds: Clinical Considerations, Meta-analysis Findings, and Introduction to Special Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, Sepcial Issue: Clinical Considerations in Using Acceptance- and mindfulness- Based Treatments with Diverse Populations. 20, 1-12.

- Garabye, Sh., Ardakane, P., Azadfallah. Tolaye, Seyd Abas (2011). effectiveness of admission and therapy commitment approaches in decrease pain of women suffering from chronic headache. *Clinical psychological quarterly*, 4(2), 39-50.
- Harris, A.H. & Standard, S. (2001). Psychometric Properties of the Life Regard Index-Revised: A Validation Study of a Personal Measure of Personal Meaning, *Psychological Report*, 2001, 89, 759-773.
- Hayes, Sc, Luoma, JB, Bond, FW, Masuda A, & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment therapy: Model Processes and Outcome. *Behaviour Research and Thrapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Kelly G. Wilson, and Kirk Strosahl (2011). Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and prACTice of mindful change: Guildford Press.
- Heidari, P., & Latifnejad, R. (2010). Relationshi between Psychosocial Factors and Marital Satisfaction in infertile Women. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2010; 14(1), 26-32.
- Herbert, J.D., and E.M. Forman (2011). The evolution of cognitive behavior therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness. In Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies, edited by J.D. Herbert and E. Forman. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hulbert-Williams, N,J., Storey, L., & Wilson, K.G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *European Journal of Cancer Care*, 24, 15-27.
- Luthar, S.S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of highrisk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616.
- Karekla M. & Constantinou, M. (2010). Religious coping and cancer: proposing an Acceptance and Commitment Therapy Approach. *Cognitive and Behavioral PrACTice*, 17, 371-381.
- Klock, S.C. (2004). Psychological adjustment to twins after infertility. *Best PrACTice Res Clini Obstet Gynaecol*, 18, 645-656.
- Lee, V., Cohen, S.R., Edgar, L., Laizner, A.M. & Gagnon, A.J, (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment

- improves self-esteem, optimism, and self-efficacy, *Social Science & Medicine*, 62 (4), 3133–3145.
- Makanjuola, AB., Elegbede, AO., & Abiodun, OA. (2010). Predictive Factors for Psychiatric Morbidity Among Women with Infertility Attending a Gynaecology Clinic in Nigeria. *Afr J Psychiatry*. 13, 36-42.
- Masten, A.S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in innercity*.
- Mazaheri, M., & Mohsenian, R. (2012). Comparison of Mental Health Ratings of Fertile and Infertile Women. *Zahedan J Res Med Sc*. 14(1), 72-5.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to Live with the Pain: Acceptance of Pain Predicts Adjustment in Patients with Chronic Pain. *Pain*. 74:21-7.
- Monsetes, J-L, Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W (2009). French Translation and Validation of the Acceptance & Action Questionnaire (AAQ-II). 29, 301-308.
- Peterson, B.D., Eifert, G.H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study with Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 430–442.
- Savitz- Smith, J. (2003). Couples Undergoing Infertility Treatment Implications for Counselors. *Family*, 19(8), 383-7.
- Scott, W., McCracken, L.M., & Trost, Z. (2014). A psychological flexibility conceptualization of the experience of injustice among individuals with chronic pain. *British Journal of Pain*, 8(2), 62-71.
- Souter, V.L., Hopton, J.L., Penney, G.C., & Tempietion A.A. (2002). Survey of Psychological Health in Women with Infertility. *Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22(4), 41-9.
- Thorn, F. (2009). Understanding Infertility: psychological and social considerations from a counseling perspective, *International Journal of Fertility and Sterility*, Vol.3, No.2.
- Triplett, K.N., Tedeschi, R.G., Cann, A., Calhoun, L.G., & Reeve, C.L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400-410.

- Whiting, D.L., Deane, F.P., Ciarrochi, J., McLeod, H.J., & Simpson, G.K. (2014, November 24). Validating Measures of Psychological Flexibility in a Population with Acquired Brain Injury Psychological Assessment. *Advance online publication*. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000050>.
- Wicksell, R.K. (2009). Exposure and Acceptance in Patients with Chronic Debilitating Pain-A Behavior Therapy Model to Improve Functioning and Quality of Life. [PhD Thesis]. Stockholm, Sweden: Karolinska University.
- Whiting, D.L., Deane, F.P., Ciarrochi, J., McLeod, H.J., & Simpson, G.K. (2014, November 24). Validating Measures of Psychological Flexibility in a Population with Acquired Brain Injury. Psychological Assessment. *Advance online publication* <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000050>.
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Van Beljouw, I.M., et al (2010). Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *Gerontologist*; 50(4), 541-9.
- Wicksell, R.K., & Olsson, G.L., & Hayes, S.C. (2010). Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain following whiplash. *Eur J Pain*, 14(10): 1059-1065.
- Williams, K.E., Ciarrochi, J., & Heaven, P.C. (2012). Inflexible parents, inflexible kids: A 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 41(8), 1053-1066.
- Yagmur, Y., & Oltuluoglu, H. (2012). Social Support and Hopelessness in Women Undergoing Infertility Treatment in Eastern Turkey. *PHN*. 29(2), 99-104.