

اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف پذیری

روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان نابارور

مهسا نقوی^۱، *اسماعیل اسدپور^۲، عبدالرحیم کسائی^۳

۱. کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۹/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۲۲

The Effectiveness of Group Counselling based on Acceptance and Commitment Therapy on Increasing Psychological Flexibility and Marital Intimacy of Infertile WomenMahsa Naghavi¹, *Esmail Asadpour², Abdolraheem Kasaei³

1. M.A. in Family Counselling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Counselling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Counselling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: Dec. 09, 2018 - Accepted: Jan. 12, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The main aim of present study was to determine the effectiveness of group counselling based on Acceptance and Commitment Therapy on increasing psychological flexibility and marital intimacy in infertile women. **Method:** This study was a semi-experimental with pre-test and post-test design and control group. The Statistical population of this research includes all the infertile women who referred to Omid Infertility Center in Tehran. 50 infertile women were selected by convenience sampling method from the statistical population. Then 30 infertile women were chosen by simple random sampling and were assigned to the intervention and control group. Then both groups were evaluated using Bagarozzi Marital Intimacy Questionnaire (2001) and Bond Acceptance and Action Questionnaire (2011) in posttest. The data were analyzed by MANCOVA method. **Findings:** Statistical data analysis illustrated Group Counselling based on Acceptance and Commitment Therapy that amounts of Psychological flexibility and marital intimacy were significantly increased in experimental than control group ($P < 0/05$). **Conclusion:** The results of this study indicate that group counseling based on acceptance and commitment therapy can be used as an effective psychological intervention on the psychological flexibility and marital intimacy of Infertile Women.

Keywords: Group Counseling based on Acceptance and Commitment Therapy, Psychological flexibility and Marital Intimacy.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان نابارور بود. **روش:** روش این پژوهش، از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر را زنان مراجعه‌کننده به کلینیک امید تهران تشکیل دادند. حجم نمونه اولیه ۵۰ نفر بود؛ که به روش در دسترس انتخاب شده بودند. سپس، از بین آن‌ها ۳۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش از پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و همکاران (AAQ-II) و نیازهای صمیمیت زناشویی باگاروزی (۲۰۰۱) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل گردید. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد تغییرات معناداری در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان نابارور در مرحله پس‌آزمون ایجاد کرد ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهند که مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به‌منزله یک مداخله مؤثر روان‌شناختی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان نابارور به کار رود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، صمیمیت زناشویی، زنان نابارور.

*نویسنده مسئول: اسماعیل اسدپور

*Corresponding Author: Esmail Asadpour

Email: Dr.iasadpour@yahoo.com

مقدمه

تهدیدکننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (کاوینگتون و بورنسل، ۲۰۰۷؛ نقل از خانی و باباخانی، ۱۳۹۵). ناباروری برای بسیاری از زوجها بحرانی عمده و از نظر روانی، پرتنش تلقی می‌شود و مشکلات مهمی را در روابط زوجین ایجاد می‌کند که کاهش ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی و تصمیم‌گیری در زندگی، اختلال عاطفی و هیجانی از آن جمله است (نیلفروشان و همکاران، ۱۳۸۶؛ نقل از هاشمی، فیلی و صفاری نیا، ۱۳۹۳).

افزایش میزان ناباروری، ماهیت ناباروری و فشار اجتماعی که زنان نابارور از سمت خانواده، اطرافیان و غیره متحمل می‌شوند می‌تواند باعث بروز آسیب‌های روان‌شناختی جدی بر زنان نابارور شود و آن‌ها را دچار اختلالات روان‌شناختی و آسیب‌های روانی جدی کند و لذا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان نابارور را نیز تحت شعاع قرار دهد.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از توانایی بودن در لحظه حال با آگاهی و گشودگی کامل نسبت به تجربیاتمان و انجام عمل ارزش‌مدار. به زبان ساده‌تر، توانایی بودن در زمان حال، فضا دادن به افکار و احساسات و انجام آنچه مهم است. هرچه توانایی ما برای هشپاری کامل، باز بودن نسبت به تجربیاتمان و انجام عمل مبتنی بر ارزش‌هایمان بالاتر باشد کیفیت زندگی ما هم بالاتر خواهد بود (هریس^۵، ۲۰۰۹). زمانی

ناباروری^۱، از جمله مسائل نگران‌کننده چند دهه اخیر در جوامع انسانی امروز است که با روند رو به افزایش آن در سراسر جهان مواجه هستیم. به گونه‌ای که ناباروری از سال ۱۹۵۵ تا به امروز ۵۰ درصد افزایش یافته است و هم‌اکنون ۱۵-۱۰ درصد از زوجین جهان از این مشکل رنج می‌برند (الیوا، اسپیرا و مالتینگر^۲، ۲۰۰۱). این امر موجب شده است تا پژوهشگران متعددی، شیوع ناباروری را در سراسر جهان، به‌طور کلی و نیز به‌طور اخص در کشورهای مختلف مورد مطالعه قرار دهند. به‌طور مثال، باقیانی مقدم و همکاران^۳ (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که شیوع ناباروری در کشورهای مختلف، متفاوت است و از ۵ تا ۳۰ درصد متغیر است.

در ایران نیز، میزان شیوع ناباروری را تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار داده است. که بسیاری از آمارها میانگین کلی ناباروری در ایران را نزدیک به میانگین یا بیش از میانگین کلی ناباروری در سراسر جهان گزارش می‌دهند و همچنین می‌توان افزایش نرخ ناباروری را از طریق مقایسه تحقیقات سال‌های پیش با تحقیقات اخیر مشاهده کرد. حدود یک‌چهارم زوجین ایرانی ناباروری را در طول زندگی مشترکشان تجربه می‌کنند (وحیدی، اردلان و محمد^۴، ۲۰۰۹).

ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به‌عنوان یک تجربه استرس‌زا و بحرانی

1. Infertility
2. Oliva A., Spira A., Maltinger L
3. Baghiani Moghaddam MH, Aminian AH, Abdoli AM, Seighal M, Fallahzadeh H, Gasemi N
4. Vahidi S., Ardalan A., Mohammad K

شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد در برابر ناباروری دیده می‌شود (عباسی و رضازاده، ۱۳۹۱). واکنش‌های شناختی ناباروری از جمله مشغولیت ذهنی و آشفتگی روانی و واکنش‌های عاطفی هیجانی ناباروری، ترس، اضطراب، نگرانی، احساس تنهایی و احساس گناه، غم و اندوه هستند (حسن پورازغدی، سیمبر، ودادهیر و رشیدی، ۱۳۹۲). بهزیستی روان‌شناختی در زنان نابارور به‌طور معناداری پایین است و نشانه‌های افسردگی و اضطراب زنان نابارور به‌طور معناداری بیش از زنان بارور هست (لاکاتوس، استیگتی و یوجما^۷، ۲۰۱۷). حضور حداقل یکی از رفتارهای ناسالم سبک زندگی در زوجین نابارور مانند مصرف روزانه سیگار و سوءمصرف هفتگی الکل و ورزش منظم فیزیکی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب آن‌ها ارتباط دارد (جلسون ال و همکاران^۸، ۲۰۱۷). میزان بروز خودکشی در میان زنان نابارور ۹/۴ درصد است. زنان خودکشی‌گرا افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. استفاده از ارزیابی‌های منفی و وجود نشانه‌های افسردگی پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار خطر خودکشی در آن‌ها است (شانی، یلن، ریوت و آدین^۹، ۲۰۱۶).

ناباروری و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در میان زنان نابارور نه تنها آسیب‌های روان‌شناختی قابل‌توجهی بر زنان نابارور وارد می‌کند، زندگی زناشویی آن‌ها را نیز در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از حوزه‌های زندگی زناشویی

افراد به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی دچار می‌شوند که شش فرایند اصلی- پذیرش^۱، گسلس^۲، خود به‌عنوان زمینه^۳، در زمان حال بودن^۴، ارزش‌ها^۵ و عمل متعهدانه که موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد می‌شوند، دچار خلل شوند و در مقابل، افراد شش فرایند آسیب‌شناختی مرکزی- تسلط گذشته، هم‌جوشی شناختی، اجتناب تجربه‌ای، دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده، فقدان ارزش‌ها را تجربه کنند و دست به اقداماتی غیرمتعهدانه بزنند.

زوجین نابارور که به دنبال درمان‌های پزشکی هستند، مخصوصاً زنان، بیش از زنان بارور از اجتناب تجربه‌ای و مکانیسم خود قضاوتی و سبک مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند (کانها و همکاران^۶، ۲۰۱۶). در بعد شناختی در زنان نابارور احساس فقدان تکمیل هویت جنسی، احساس فقدان کمال بزرگ‌سالی، افت شدید عزت‌نفس، خود سرزنشگری، احساس فقدان کنترل شخصی، نگرش منفی نسبت به آینده، افکار وسواسی پیرامون باروری، احساس ناتوانی در پذیرش ناباروری و عقاید پیرامون خودکشی، در بعد هیجانی، احساس خشم و عصبانیت، احساس غم و اندوه، احساس حقارت و درماندگی، کاهش رضایت از زندگی، احساس گناه، اضطراب، افسردگی، کاهش امید به زندگی و حسادت نسبت به زوجین بارور و همچنین در بعد رفتاری دنبال کردن افراطی درمان‌های پزشکی و کاربرد

7. Lacatos, E, Stigeti, JF, Ujma, PP
8. Joelsson, L, S., Tyden, T. , Wanggren K., Georgakis, MK, Stern, J., Berglund, A., Skalkidou, A
9. Shani, C., Yelena, S., Reut, BK., Adian, S., Sami, H

1. Acceptance
2. Defusion
3. Self-as a Content
4. Present Moment
5. Value
6. Canha, M, Galhardo, A, Pinto-Gouveia, J

طبقات تمایل و عوامل تأثیرگذار بر تمایل جنسی زنان نابارور، برانگیختگی و عوامل مرتبط با آن و اوج لذت جنسی و عوامل تأثیرگذار است. طبقه‌ی دیگر مربوط به عملکرد جنسی است که متشکل از زیر طبقات درد هنگام نزدیکی و صمیمیت زناشویی است. بالاترین میزان صمیمیت زناشویی در میان زنان نابارور صمیمیت معنوی و در سطح پایین، صمیمیت جنسی و جسمی و در پایین‌ترین سطح، صمیمیت روان‌شناختی دیده می‌شود (پاشا، بصیرت، اسماعیل‌زاده، فرامرزی، ادیب راد^۴، ۲۰۱۷).

علی‌رغم اینکه ۴۰ درصد علت نازایی مردانه، ۴۰ درصد علت زنانه و ۲۰ درصد می‌تواند مربوط به هر دو یا به علل ناشناخته باشد (بریک^۵، ۲۰۰۷) ولی در برخی جوامع ناتوانی در فرزندآوری تقریباً تنها به‌عنوان مسأله زن درک شده است. زنان اغلب برای ناباروری سرزنش می‌شوند، حتی اگر عامل ناباروری نباشند (ون بالن و گرنیتی^۶، ۲۰۰۱). زنان نابارور میزان بیشتری از آشفتگی را نسبت به همسرانشان تجربه می‌کنند (کوماردکا و سارما^۷، ۲۰۱۰). زنان نابارور بیش از همسرانشان دلزدگی زناشویی را تجربه می‌کنند (قوی و همکاران^۸، ۲۰۱۵). تجربه ناباروری در پنج حوزه زیستی، روانی، اجتماعی دسته‌بندی می‌شوند از جمله استرس‌ورهای وجودی، فیزیکی، هیجانی، بین فردی و تعدیل‌کننده‌های استرس که

که تحت‌تأثیر ناباروری قرار می‌گیرد، صمیمیت زناشویی زنان نابارور است. صمیمیت یک فرایند پویا است که باعث می‌شود هر یک از افراد اطلاعات فردی، افکار و احساسات خود را برای همسر خود افشا کند، پاسخ دریافت کند و آن پاسخ را بر اساس درک خویش تفسیر کند (لارنسی و برت^۱، ۱۹۹۸). صمیمیت واقعی فرایندی تعاملی است که از چندین مؤلفه مربوط به هم تشکیل شده است و هسته‌ی اصلی این فرایند، شناخت، درک و پذیرش طرف مقابل، همدلی با احساسات او و قدرشناسی از دیدگاه بی‌همتای وی نسبت به جهان است (باگاروزی^۲، ۲۰۰۱). در روابط افراد، از جمله روابط زناشویی، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی گاهی طرفین را در اعمال تکانشی و یا در تعاملاتی به دام می‌اندازد که سرزندگی یک رابطه صمیمی را تخریب می‌کند (دال، استوارت، مارتال و کاپلان^۳، ۲۰۱۴).

صمیمیت زناشویی در زنان بارور به‌طور معناداری بیش از زنانی است که به هر دلیل هنوز نابارور هستند و همچنین خشنودی زناشویی ادراک‌شده در زوجین عادی بیش از زوجین نابارور است و هرچه قدر از زمان ازدواج و عمر زندگی زناشویی سپری شود از صمیمیت زناشویی کاسته می‌شود (قزلباشیان و عارفی، ۱۳۹۴). پژوهش کیفی بکائی، سیمبر، اردکانی و علوی مجد و همکاران (۱۳۹۶)، نشان داد که ناباروری بر زندگی جنسی زوجین در دو طبقه اصلی اثر می‌گذارد. سیکل پاسخ جنسی که شامل زیر

4. Pasha, H., Basirat, Z., Esmaelzadeh S., Faramarzi, M., Adibrad, H
5. Berek, JS
6. Van Balen, F & Gerrits T
7. Kumar Deka, P, Sarma, S
8. Gavi, F., Jamale, S., Mosalanejad, L., Mosallanejad, z.

1. Laurenceau, J P, Barrett, L F
2. Bagarozzi, D.A
3. Dahl, J, C., Plumb, J, C., Stewart, L & Lundgren, T

زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها و ارتباط با آن‌ها و تعهد در مقابل منفعل بودن (هیز، ۲۰۰۴؛ نقل از ایرانی، زارع و عابدین، ۱۳۹۴).

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هدف اصلی مدل ACT است و همه‌ی شش فرایند فوق با یکدیگر به‌منظور انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همکاری می‌کند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه روابط اجتماعی و صمیمیت در روابط زوجین نیز پیشینه قوی دارد و پژوهش‌های صورت گرفته از اثربخشی این درمان در این حوزه‌ها حمایت می‌کنند. چراکه زیربنای مدل ACT، نظریه چهارچوب ارتباطی (RFT) است. RFT سبب تسهیل زبان انسان می‌شود و حفظ ظرافت و لطافت رفتارهای پیچیده بشری از قبیل عشق و روابط عاشقانه را میسر می‌سازد. این تئوری یک مفهوم نظری اساسی را از رفتار رمانتیک در اختیار ما قرار داده و به رویکرد کلی نسبت به سلامت روان که روش مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه کرده است، شکل می‌دهد. یکی از مزایای این نظریه، این است که ابزار کشف پیچیدگی بالقوه در روابط بشری را به ما عرضه می‌کند و بصیرت ما نسبت به مشکلات رابطه و نحوه کمک به حل این مسائل را تسهیل می‌کند (دال و همکاران، ۲۰۱۴).

انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در روابط اجتماعی و زوجی نیز امکان بروز پیدا می‌کند،

به‌طورکلی زنان بیش از مردان در حوزه‌های مذکور تجربیات منفی دارند، مانند افسردگی، استرس، اضطراب، برچسب و شرم (ینگ و لاک، ۲۰۱۵).

بنابراین زنان نابارور با توجه به مشکلات روان‌شناختی و مسائل زناشویی که با آن‌ها مواجه هستند، نیاز به روش‌هایی جهت کمک به آن‌ها برای داشتن سطح بالاتری از سلامت روان و داشتن زندگی زناشویی توأم با صمیمیت بیشتر دارند. لذا این تحقیق به‌منظور کمک به زنان نابارور به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی انجام گرفته است. یکی از مداخلات درمانی که به‌زعم این پژوهش می‌تواند جهت کمک به زنان نابارور با صمیمیت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین مؤثر باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۱۹۸۷)، که بخشی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی-رفتاری پدید می‌آید. درمان پذیرش و تعهد به مراجع می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه‌های تازه‌ای برای زندگی خود انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد (هیز، ۲۰۰۴). ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارت‌اند از: پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با

3. Relational Framework Theory

4. Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, L & Lundgren, T

1. Ying, LY., Wu, LH., Loke, AY

2. Hayes, S. C

روان‌شناختی، افزایش مدیریت رفتار و سازگاری زناشویی والدین کودکان با آسیب مغزی مؤثر بوده است (براون، ویتینگام بوید، مکینلی و سافرانف^۲، ۲۰۱۵).

در حوزه روابط نیز پژوهش شهابی نژاد، زندگی پور و حسینیان^۳ (۲۰۱۶)، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خودسرزنشگری و ترس از صمیمیت زنان اثربخش است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات بین فردی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر مؤثر است (آزاده، کاظمی و بشارت^۴، ۲۰۱۵)؛ و به‌طور ویژه در حوزه صمیمیت میان زوجین، پژوهش حیدری و همکاران^۵ (۲۰۱۷)، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت روان‌شناختی و جسمانی زنان اثربخش است.

با توجه به تحقیقات صورت گرفته بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور به‌طور معناداری پایین‌تر است. خطر خودکشی نیز در میان زنان نابارور دیده می‌شود (شانی و همکاران، ۲۰۱۶؛ عباسی و رضازاده، ۱۳۹۱). این آسیب‌های روانی می‌توانند فرصت یک زندگی غنی و شاد را از زنان نابارور بگیرند. این آسیب‌ها نه‌تنها زندگی فردی آن‌ها بلکه زندگی زناشویی آنان نیز را تحت تأثیر قرار می‌دهند و ابعاد مختلف زندگی زناشویی آنان را دچار فرسودگی می‌کنند و به دنبال آن صمیمیت و

به‌طوری‌که شش فرایند مذکور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ازجمله هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تکنیک‌های بسیاری برای کمک به افراد و زوجین جهت گسلس شناختی و پذیرش به‌منظور بهبود روابط اجتماعی و زوجی ارائه می‌دهد، دیگری، دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده و بی‌توجهی به لحظه حال است که مدل ACT تکنیک‌های توجه آگاهی متنوعی جهت بهبود آن‌ها به افراد و زوجین آموزش می‌دهد. همچنین درروش مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدایت درمان‌جو در مسیر عمل متعهد در حوزه ارزش‌های اظهارشده او بخش مهمی از روان‌درمانی است. صورت‌جلسات تدوین‌شده برای ایجاد عمل متعهد در حوزه روابط، شامل مداخلات درمانی و تکالیفی است که به اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت تغییر رفتار مرتبط است. پژوهش‌های صورت گرفته که در خصوص مدل ACT نیز تمامی اظهارات مذکور را تأیید می‌کنند و شواهدی دال بر اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و همچنین بهبود روابط صمیمی در اجتماع و روابط زوجین هستند.

پژوهش ورسیبی، رازلیند، میر، هافر و گلاستر^۱ (۲۰۱۸)، نشان داد که افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش استرس رابطه منفی معنادار و افزایش بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت معنادار دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفستگی روان‌شناختی، افزایش انعطاف‌پذیری

2. Brown, B L., Whittingham, K., Boyd, R., Mckinlay, L., & Sofronoff, K

3. Shahabi Nezhad, Z., Zandipor, T., & Hosseinian, S

4. Azadeh, M., Kazemi Z, H., & Besharat, M A

5. Heidari, A, Heidari, H, & Davoudi, H

1. Wersebe, H., Roselind, L., Meyer, A H., Hofer, P, & Gloster, A

پژوهش حاضر مناسب بودند انتخاب شدند و از میان آنها، به صورت تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شدند و پس از آن از میان این ۳۰ نفر، ۱۵ نفر را در گروه آزمایش و ۱۵ نفر را در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین کردیم. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی و هویت آنها در تمام یادداشت‌ها و گزارش‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. ضمن پاسخ به سؤالات آنها در مورد پژوهش، به آنها اطلاع داده شد که نتایج پژوهش در صورت تمایل در اختیار آنها قرار خواهد گرفت و آنها اختیار کامل را دارند که در پژوهش شرکت نکنند.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: زنان با ناباروری اولیه، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، تعهد به حضور به موقع در تمام جلسات، تشخیص سطح پایین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی به وسیله پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و نیازهای صمیمیت باگاروزی و علاقه‌مند به شرکت در جلسات.

ملاک‌های خروج از پژوهش شامل، غیبت بیش از سه جلسه، سابقه بارداری قبل از تشخیص ناباروری بود. قابل ذکر است که هنگام مصاحبه با آزمودنی‌ها جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، به دلیل شرایط خاص آزمودنی‌ها، داشتن عمل IVF و نیاز به مراقبت‌های بسیار، ریزش اعضای گروه در گروه آزمایش پیش‌بینی شد، به همین خاطر در

نزدیکی میان زوجین نابارور کاهش می‌یابد. چراکه باروری برای بسیاری از زنان امری بسیار مهم تلقی می‌شود و بخش مهمی از هویت آنها را نیز تشکیل می‌دهد (دیرکوند مقدم، ۱۳۹۵).

لذا با توجه به نیاز و مسائل ویژه زنان نابارور در ابعاد فردی و زناشویی که پیش‌ازاین ذکر شد، همچنین، با توجه به این مسئله که پژوهشی در حوزه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان نابارور دیده نمی‌شود، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و به طور هم‌زمان افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور اثربخش است یا خیر؟

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک امید تهران تشکیل دادند. شیوه نمونه‌گیری در پژوهش حاضر از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود. در ابتدا به صورت تصادفی به ۵۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری امید که مایل به شرکت در جلسات مشاوره گروهی بودند، پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و همکاران (۲۰۱۱) و نیازهای صمیمیت زناشویی باگاروزی (۲۰۰۱) داده شد. پس از آن با بررسی نمرات به دست آمده و با توجه به میانگین به دست آمده، افرادی که برای شرکت در گروه

روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون- باز آزمون این پرسش‌نامه به‌وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱) ۰/۸۱٪ و همسانی درونی آن ۰/۸۴٪ به‌دست آمده است. در ایران نیز ضریب پایایی (همسانی درونی) در کل نمونه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶٪ و ضریب پایایی (بازآزمایی) این پرسش‌نامه ۰/۷۱٪ به‌دست‌آمده است. به‌منظور بررسی روایی همگرا، همراه با پرسش‌نامه پذیرش و عمل ویرایش ۲، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ پرسش (DASS 21) و پرسش‌نامه سلامت عمومی ۱۲ پرسشی (GHQ-12) برای آزمودنی‌ها به‌کار برده شد که بین اجتناب تجربه‌ای-انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و سلامت عمومی ۰/۳۶، افسردگی ۰/۵۷، اضطراب ۰/۵۷ و استرس ۰/۵۱ همبستگی وجود دارد. روایی سازه نیز با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی بررسی گردید (ایمانی، ۱۳۹۵).

پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی باگاروزی (۲۰۰۱): این مقیاس توسط باگاروزی (۲۰۰۱) ساخته شده است، این مقیاس به‌منظور مشخص کردن سطوح نیازها در ۹ بعد صمیمیت و ارزیابی میزان ارضای نیازها توسط همسران تهیه شده است. پرسشنامه دارای ۴۴ سؤال در مقیاس لیکرت است و نیازهای صمیمیت و ابعاد آن یعنی عاطفی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی، اجتماعی و تفریحی و زمانی را

گروه آزمایش و کنترل سه نفر بیشتر از تعداد اصلی (۱۲ نفر) در دو گروه قرار گرفتند. در پایان ۳ نفر از اعضای گروه آزمایش به دلایل مختلف از جمله تحت جراحی قرار گرفتن، دوری راه و... ریزش کردند. متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که در پژوهش حاضر، در ۱۵ جلسه ۱/۳۰ ساعته اجرا گردید. به لحاظ اخلاقی گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار گرفتند تا جلسات درمان برای آن‌ها نیز تشکیل شود. ساختار جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (هریس، ۲۰۰۹) در جدول ۱ ارائه شده است.

۲) ابزارهای مورداستفاده در پژوهش حاضر عبارت بودند از:

پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و همکاران (۲۰۱۱): پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲ (AAQ-II)، به‌وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱)، برای سنجش تجربی/انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل باوجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین‌شده و دارای ۷ پرسش است.

پرسش‌های این پرسش‌نامه بر اساس مقدار توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی بندرت=۲، بندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیش‌تر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمره‌های بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری

جدول ۱. ساختار جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (هریس، ۲۰۰۹)

جلسه	مراحل	محتوای جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد
اول	برقراری اتحاد درمانی	۱) آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، برقراری اتحاد درمانی، شرح قوانین گروه و توافق بر سر قوانین، ۲) آشنایی اعضا با رویکرد ACT، معرفی اجمالی درمان ACT از طریق استفاده از استعاره تخته، ایجاد اتحاد درمانی با استفاده از استعاره دو کوه
دوم و سوم	تصریح ارزش‌ها	۱) روشن کردن ارزش‌ها و اهداف، درک تفاوت ارزش‌ها و اهداف، ۲) درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش، بازبینی ارزش‌ها و شناسایی موانع ارزش‌ها، ۳) استفاده از استعاره عصای جادویی، تکمیل کاربرد گ قطب نمای زندگی
چهارم	نامیدی سازنده	۱) خودارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود، ۲) خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، ۳) خودارزیابی با هدف شناسایی از راهبردهای تنظیمی فرد، ۴) پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی، (۵) پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی، ۶) پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه باهم (۷) معرفی هیجان خشم و راه‌های غلبه بر خشم
پنجم و ششم	همجوش زدایی	۱) کاهش آمیختگی با افکار، نگاه کردن به ذات واقعی افکار که چیزی بیشتر از کلمه یا تصویر نیستند، ۲) پاسخ به افکار بر مبنای کارآیی به جای تفسیر لفظی آن‌ها، توجه به فرایند فکر کردن، ۳) به‌طور تجربه‌ای یاد گرفته شود که افکار ما رفتار ما را کنترل نمی‌کنند، ۴) تمرین تکنیک‌های هم جوش زدایی مانند استعاره برگ‌های رودخانه و هرآنچه که مراجع با آن ارتباط بهتری برقرار می‌کند مانند صفحه کامپیوتر، ماشین لغت، عبور ماشین‌ها، ابرها و غیره
هفتم و هشتم	پذیرش	۱) ایجاد یک فاصله سالم و آگاهی بدون قضاوت، توانایی آزمودنی برای فضا دادن به احساسات و هیجانانات ناخوشایند همان‌طور که هستند، (۲) ایجاد ارتباط روان‌شناختی کامل، باز، غیردفاعی با تجربه‌های درونی ناخواسته، ۳) تقویت مهارت‌های تمایل برای کنار گذاشتن کشمکش با هیجانانات و افکار دردناک. تمرین تکنیک‌های توجه آگاهی و تکمیل کاربرد تمرین بسط.
نهم و دهم	زمان حال	۱) افزایش آگاهی هشیارانه از تجربیات، توجه به آنچه در اینجا و لحظه حال اتفاق می‌افتد، ۲) تمایز قائل شدن بین توجه کردن و فکر کردن، توجه هم به جهان بیرون هم به جهان درون، ۳) استفاده از استعاره ماشین زمان، لنگر انداختن و ... تمرین تنفس توجه آگاهانه.
یازدهم و دوازدهم	خود به‌عنوان زمینه	۱) کاهش وابستگی به خود مفهومی شده، ایجاد آگاهی از خود به‌عنوان زمینه، آشنایی با خود مفهومی شده، ۲) خود به‌عنوان آگاهی و خود به‌عنوان زمینه، (۳) نشان دادن اینکه چگونه وابستگی به خود مفهومی شده آسیب‌زا است، کمک به رسیدن به "خود به‌عنوان زمینه"، (۴) استفاده از استعاره صفحه شطرنج، آسمان و آب و هوا، تمرین هم جوش زدایی از خود خوب و خود بد، تمرین‌های گسلش شناختی و پذیرش از منظر خود به‌عنوان زمینه
سیزدهم و چهاردهم	عمل متعهدانه	۱) ترجمه ارزش‌ها به الگوهای عملی مداوم و قابل تجدید، اقدام متعهدانه و شناسایی موانع عمل متعهد، ۲) استفاده از ارزش‌ها برای تعیین اهداف و شکستن اهداف به اعمال خاص، کمک به اقدام به عمل، ۳) انتخاب ارزش‌های این حیطه، تعیین اهداف مبتنی بر ارزش‌ها، انجام عمل متعهدانه (ارائه راه‌کارهای عملی)، ۴) تکمیل کاربرد تمایل و عمل، اقدام به عمل متعهد متناسب با ارزش‌ها و تکنیک‌هایی که فرا گرفته‌اند و اقدام متعهدانه در جهت ارزش‌ها و تمرین تکنیک‌ها جهت غلبه بر موانع.
پانزدهم	پایان جلسات	کار در جهت پایان، مرور جلسات قبل، پاسخگویی به سؤالات، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

ضریب پایایی کل با روش کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. قبل از اجرای پژوهش، این پرسشنامه توسط پژوهشگر به مدت دو هفته به ۳۰ زن و شوهر برای تعیین پایایی ارائه شد. پایایی کل ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین اعتبار هر بعد به این صورت بود: بعد صمیمیت عاطفی ۰/۸۸، صمیمیت روان‌شناختی ۰/۸۲، صمیمیت عقلانی ۰/۷۳، صمیمیت جنسی ۰/۷۶، صمیمیت جسمانی ۰/۷۲، صمیمیت معنوی ۰/۸۵، صمیمیت زیبایی‌شناختی ۰/۸۶، صمیمیت اجتماعی و تفریحی ۰/۷۶ و صمیمیت زمانی ۰/۵۰ (کربلایی و آذری، ۱۳۹۶).

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی و شاخص‌های توصیفی، فراوانی و درصد فراوانی سن اعضاء به تفکیک گروه آزمایش و کنترل بدین شرح می‌باشد؛ میانگین سنی در گروه آزمایش (۳۱ تا ۳۵ سال) با درصد فراوانی ۴۱/۷٪ و در گروه کنترل (۳۱ تا ۳۵ سال) با درصد فراوانی ۶۶/۷٪ بودند.

موردبررسی قرار می‌دهند. این پرسشنامه هریک از ابعاد به جز بعد معنوی که ۶ سؤال دارد، ۵ سؤال جهت ارزیابی در نظر گرفته شده است و در یک طیف ۱۰ گزینه‌ای از ۱ (ابتداً این نیاز در من وجود ندارد) تا ۱۰ (این نیاز در من قوی است) درجه بندی شده است. به هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۱۰ تعلق می‌گیرد و حداکثر نمره در این پرسشنامه برابر با ۴۴۰ است. این پرسشنامه اولین بار توسط اعتمادی (۱۳۸۴) ترجمه شد و سپس برای تعیین صحت آن، پرسشنامه فارسی و انگلیسی در اختیار ۵ نفر از اساتید مشاوره مسلط به زبان انگلیسی قرار گرفت و آن‌ها صحت آن را تأیید نمودند. برای تعیین روایی محتوی و صوری، این پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از اساتید مشاوره و ۱۵ نفر زن و شوهر قرار گرفت. آنان نظر اصلاحی خود را ارائه نمودند و روایی محتوایی آن را تأیید کردند. سپس اصلاح نهایی پرسشنامه بر روی ۳۰ زن و شوهر اجرا شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت

زناشویی آزمودنی‌ها

کنترل		آزمایش		مرحله	متغیرها
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
۲/۹۰	۳۵/۳۳	۲/۱۴	۲۸/۲۵	پیش‌آزمون	انعطاف‌پذیری
۵/۸۴	۳۴/۹۲	۲/۴۵	۳۶/۲۵	پس‌آزمون	روان‌شناختی
۷/۷۲	۲۰۹/۵۸	۹/۳۷	۱۸۵/۴۲	پیش‌آزمون	صمیمیت زناشویی
۸/۱۱	۱۸۹/۸۳	۹/۲۶	۱۸۷/۵۰	پس‌آزمون	

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان نابارور، ابتدا پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس نظیر نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، نمونه‌گیری تصادفی، برابری ضرایب خطوط رگرسیون و یا تعامل نداشتن باهم متغیر مستقل و کمکی انجام شد. متغیرهای این تحقیق از نظر نرمال بودن و همگنی واریانس و نمونه‌گیری تصادفی، ضرایب خطوط رگرسیون و مفروضه همگونی ضرایب رگرسیونی مورد تأیید قرار گرفتند. در نتیجه مجوز استفاده از مدل تحلیل کوواریانس برای داده‌های تحقیق وجود دارد.

فرضیه اصلی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان نابارور مؤثر است.

همچنین از لحاظ سطح تحصیلات اعضای نمونه در گروه آزمایش ۱۶/۷ درصد زیر دیپلم، ۳۳/۳ درصد دیپلم، ۲۵/۰ درصد فوق‌دیپلم، ۲۵/۰ درصد لیسانس و بالاتر بودند و همچنین در گروه کنترل ۸/۳ درصد زیر دیپلم، ۳۳/۳ دیپلم، ۳۳/۳ درصد فوق‌دیپلم و ۲۵/۰ درصد لیسانس و بالاتر بودند. یافته‌های گروه آزمایش و کنترل از نظر سن و تحصیلات تفاوت معنادار آماری نداشته و همگن بودند.

ملاحظه میانگین‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان نابارور دو گروه در جدول (۲) نشان می‌دهد که نمره آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است.

برای بررسی فرضیه‌ی پژوهش مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری

روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی

منابع تغییر	نوع گروه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ای‌تا
گروه (پس‌آزمون)	صمیمیت زناشویی	۲۶۶۹/۹۱۱	۲۶۶۹/۹۱۱	۲۴۲/۵۰۸	۰/۰۰۰	۰/۶۲۴
	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۴۱۰/۲۹۶	۴۱۰/۲۹۶	۲۱/۱۵۸	۰/۰۰۰	۰/۶۵۸
خطا (پس‌آزمون)	صمیمیت زناشویی	۲۲۰/۱۹۱	۱۱/۰۱۰			
	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۳۸۷/۸۳۶	۱۹/۳۹۲			
کل	صمیمیت زناشویی	۳۷۱۸/۹۵۸				
	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۶۹۱/۸۳۳				

شوروز^۲ (۲۰۱۲)؛ اتحادیه (۱۳۹۵)؛ زارع (۱۳۹۵) و بهشتیان و همکاران (۱۳۹۷) که جملگی در پژوهش‌های خویش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را بررسی کرده‌اند.

از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف درمان، کاهش نشانه‌ها نیست بلکه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از یک زندگی اساسی باز می‌دارد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یعنی توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار، در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی (هیز، ۲۰۰۴) که از طریق شش فرایند اصلی (پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه) ایجاد می‌شود؛ اما در افراد نابارور وجود هیجانات ناخوشایند و باورهای منفی مانند اضطراب بیش‌ازحد در مورد آینده و نگرانی در خصوص دسترسی به اهداف، کاهش عزت‌نفس به دلیل دریافت واکنش‌های متفاوت از سمت اجتماع، احساس فقدان هویت کامل به دلیل نداشتن فرزند و نیز درماندگی نسبت به تغییرات ایجادشده در زندگی باعث تجربه مکرر سطوح بالای برانگیختگی می‌شود. از طرف دیگر، احساس شکست مداوم موجب ناتوانی فرد در مواجهه با مشکلات شده، در نتیجه رویارویی با مشکلات و پذیرفتن مسئولیت، باعث می‌شود فرد احساس اضطراب کند و با روش‌های مختلف از حل آن‌ها اجتناب کند تا به این وسیله اضطراب خود را کاهش دهد. لذا افراد نابارور

همانگونه که در یافته‌های جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مقدار (۰/۰۵) $P < ۱۱/۱۵۸ = (۱ و ۲۰) F$ و صمیمیت زناشویی (۰/۰۵) $P < ۲۴۲/۵۰۸ = (۱ و ۲۰) F$ با درجات آزادی (۱ و ۲۰) در سطح ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان نابارور شده است. مقدار مجذور اتا برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۰/۶۵۸) و صمیمیت زناشویی زنان نابارور (۰/۶۲۴) می‌باشد. بدین معنا که ۶۲/۴٪ صمیمیت زناشویی و ۶۵/۸٪ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از تغییرات نمرات ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان نابارور اثربخشی معناداری دارد و به عبارت بهتر این فرضیه مورد تأیید قرار گرفته است. نتایج پژوهش حاضر به‌طور مستقیم و در برخی موارد به‌طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های دیگر هم‌خوان است. از جمله پژوهش بران، ویتینگام بوید، مکینلی و سافرانف، (۲۰۱۵)؛ پترسون و ایفرت^۱، (۲۰۱۱)؛ ورسیبی، لیب، میر، هافر و گلاستر (۲۰۱۷)؛ فلدروس، بولمیجر، پتیرس و

2. Fledderus, M, Bohlmeijer, ME & Schreurs KM

1. Peterson, B D., Eifert, Georg

رضازاده، ۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکنیک‌ها و روش‌های متنوعی که دارد می‌تواند در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان نابارور مؤثر باشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان نابارور باید به آسیب‌شناسی از منظر این درمان توجه کنیم. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد مشکل در هر یک از شش فرایند اصلی درمان که به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌انجامد را دلیل اصلی مشکلات روانی افراد می‌داند. لذا در این درمان ابتدا سعی می‌شود مراجع شناختی نسبی نسبت به ارزش‌هایش پیدا کند و بداند که تمایل دارد به چه سمتی در حرکت باشد و چگونه با معنا و غنی زندگی کند. عنصر اصلی ACT، روشن‌سازی ارزش‌ها است (هیز، ۲۰۰۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای روشن شدن ارزش‌ها از تکنیک‌ها، کاربرگ‌ها و استعاره‌های مختلف و متنوع بسیاری استفاده می‌شود. روشن نبودن ارزش‌های شخصی زنان نابارور برای خودشان در همان ابتدای درمان، می‌تواند برداشتن گام در مراحل بعدی درمان از جمله گسلش شناختی و پذیرش را دشوار سازد، همچنین پذیرش درد و رنج‌های ناشی از ناباروری برای زنان نابارور، بدون روشن‌سازی و تصریح ارزش‌ها، بی‌معنا و پوچ خواهد بود. این همان عاملی است که موجب می‌شود تا بسیاری از زنان نابارور عملاً برای مدت قابل‌توجهی دست به هیچ اقدام و عمل متعهدانه‌ای برای رفع مشکلاتشان نزنند. با تصریح ارزش‌ها و اهداف ارزشمند زندگی این روند معکوس گشته و به‌این‌ترتیب سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها بالا می‌رود.

از طریق اجتناب از تجربه سعی در کنترل اوضاع و شرایط خود می‌کنند که این بهبودی موقتی است و در درازمدت این تلاش‌های اجتنابی اغلب اثرات متناقضی دارند.

همچنین پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که زنان نابارور بیش از زنان بارور از اجتناب تجربه‌ای، مکانسیم خود قضاوتی و سبک مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند (کانها و همکاران، ۲۰۱۶). بهزیستی روان‌شناختی در زنان نابارور به‌طور معناداری پایین است و نشانه‌های افسردگی و اضطراب زنان نابارور به‌طور معناداری بیش از زنان بارور است (لاکاتوس و همکاران، ۲۰۱۷). واکنش‌های شناختی ناباروری از جمله مشغولیت ذهنی و آشفتگی روانی و واکنش‌های عاطفی هیجانی ناباروری، ترس، اضطراب، نگرانی، احساس تنهایی و احساس گناه، غم و اندوه هستند (پورازغدی و همکاران، ۱۳۹۲). در بعد شناختی در زنان نابارور احساس فقدان تکمیل هویت جنسی، احساس فقدان کمال بزرگ‌سالی، افت شدید عزت‌نفس، خود سرزنشگری، احساس فقدان کنترل شخصی، نگرش منفی نسبت به آینده، افکار وسواسی پیرامون باروری، احساس ناتوانی در پذیرش ناباروری و عقاید پیرامون خودکشی، در بعد هیجانی، احساس خشم و عصبانیت، احساس غم و اندوه، احساس حقارت و درماندگی، کاهش رضایت از زندگی، احساس گناه، اضطراب، افسردگی، کاهش امید به زندگی و حسادت نسبت به زوجین بارور و همچنین در بعد رفتاری دنبال کردن افراطی درمان‌های پزشکی و کاربرد شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد در برابر ناباروری دیده می‌شود (عباسی و

الگوهای اجتناب و انعطاف‌ناپذیری می‌توانند مشکل‌ساز باشند. زوجین نابارور نیز از این موارد مستثنی نیستند و چه‌بسا به دلیل ماهیت ناباروری ممکن است بیش از زوجین عادی در زندگی زناشویی با کاهش صمیمیت زناشویی مواجه باشند. پژوهش قزلباشیان و عارفی، (۱۳۹۴) که نشان می‌دهد صمیمیت زناشویی در زنان بارور به‌طور معناداری بیش از زنانی است که به هر دلیل هنوز نابارور هستند، از این فرضیه حمایت می‌کند. بکاکی و همکاران (۱۳۹۶) که به بررسی زندگی جنسی زنان نابارور پرداخته‌اند نیز صمیمیت جنسی پایین را در میان زنان نابارور گزارش می‌دهد. همچنین پاشا و همکاران (۲۰۱۷)؛ پایین‌ترین سطح صمیمیت زناشویی زنان نابارور را صمیمیت روان‌شناختی می‌دانند. نعمتی (۱۳۹۶) نیز صمیمیت زناشویی زنان بارور را بیش از زنان نابارور گزارش می‌دهد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زنان نابارور بهتر است به دیدگاه زیربنایی درمان پذیرش و تعهد توجه داشته باشیم. همان‌طور که در فصل دوم بحث شد، زیربنای مدل ACT، نظریه چهارچوب ارتباطی (RFT) است. RFT سبب تسهیل زبان انسان می‌شود و حفظ ظرافت و لطافت رفتارهای پیچیده بشری از قبیل عشق و روابط عاشقانه را میسر می‌سازد. این تئوری یک مفهوم نظری اساسی را از رفتار رمانتیک در اختیار ما قرار داده و به رویکرد کلی نسبت به سلامت روان که روش مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه کرده است، شکل می‌دهد. یکی از مزایای این نظریه، این است که ابزار کشف پیچیدگی بالقوه در روابط بشری را به ما عرضه

از سویی دیگر با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان مشاهده کرد که مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور اثربخشی معناداری دارد و به عبارت بهتر این فرضیه مورد تأیید قرار گرفته است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های خان جانی، شفیع‌آبادی، فرزاد و فاتحی زاده (۱۳۹۶)؛ حسینی (۱۳۹۶)؛ سعادت‌مند (۱۳۹۵)؛ حیدری، حیدری و داوودی^۱ (۲۰۱۷) و کریم زاده و سلیمی^۲ (۲۰۱۸) که به‌طورکلی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی پرداخته‌اند، هم‌خوانی دارد.

از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در روابط افراد، ازجمله روابط زناشویی، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی گاهی طرفین را در اعمال تکانشی و یا در تعاملاتی به دام می‌اندازد که سرزندگی یک رابطه صمیمی را تخریب می‌کند. لذا هدایت هر رابطه، بهره‌مندی از مهارت‌های اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را می‌طلبد (دال و همکاران، ۲۰۱۴). پس از گذراندن رابطه عاشقانه و رمانتیک و با وارد شدن به زندگی مشترک و برقراری تعامل روزانه با یکدیگر، تفاوت‌های فردی تأثیر مستقیم خود را بر روی افراد اعمال می‌کند و زوجین با چالش‌های متفاوتی روبرو می‌شوند. چگونگی مدیریت این چالش‌ها و درگیری‌ها، آینده رابطه را رقم می‌زند. اگر یک یا هر دو طرف، الگوهای اجتناب را در پیش گیرند، چنین الگوهایی به‌تنهایی می‌توانند به رکود و ایستایی رابطه و متعاقباً کاهش سرزندگی و صمیمیت زناشویی منجر شوند.

1. Heidari, A, Heidari, H, & Davoudi, H
2. Karimzadeh, KH, Salimi, M

برداشتن در راستای ارزش‌های مرتبط با صمیمیت در ابعاد مختلف، موجب افزایش صمیمیت زناشویی می‌شود.

زوجین در یک رابطه می‌توانند در کوتاه‌مدت از دلهره، اضطراب و احساسات منفی نسبت به خود و رابطه زناشویی خود اجتناب کنند، ولی در درازمدت باید بهای سنگینی را بپردازند. اجتناب از برقراری رابطه صمیمی با همسر، عدم گفت‌وگو در رابطه با نیازها، اجتناب از خودافشایی در خصوص احساسات، مشغول کردن خویش به کار به دلیل روبرو نشدن با کشمکش‌ها و تعارضات زناشویی و حتی مصرف الکل و مواد به‌منظور فراموشی هیجانات و احساسات بدنی ناخوشایند در میان زنان نابارور نیز دیده می‌شود. حضور حداقل یکی از رفتارهای ناسالم سبک زندگی در زوجین نابارور مانند مصرف روزانه سیگار و سوء‌مصرف هفتگی الکل و ورزش منظم فیزیکی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب آن‌ها ارتباط دارد (جلسون ال و همکاران، ۲۰۱۷).

لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر تکنیک‌های افزایش تمایل زنان نابارور به تجربه هر احساس و هیجان درونی ناخواسته‌ای در هنگام رابطه با همسر به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند با حضور هیجانات دردناک و ناخوشایند، متناسب با ارزش‌هایشان که شامل صمیمیت زناشویی با همسر می‌شود حرکت کنند؛ که این امر موجب بهبود صمیمیت زناشویی در میان آن‌ها خواهد شد.

چارچوب روابط می‌تواند در ایجاد سه نوع متمایز از دیگری با عناوین «دیگری به‌عنوان محتوای ثابت»، «دیگری به‌عنوان فرایند تجربی جاری» و

می‌کند و بصیرت ما نسبت به مشکلات رابطه و نحوه کمک به حل این مسائل را تسهیل می‌کند (دال و همکاران، ۲۰۱۴).

انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در روابط اجتماعی و زوجی نیز امکان بروز پیدا می‌کند، به‌طوری‌که شش فرایند مذکور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ازجمله هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تکنیک‌های بسیاری برای کمک به افراد و زوجین جهت گسلس شناختی و پذیرش به‌منظور بهبود روابط اجتماعی و زوجی ارائه می‌دهد. زنان نابارور ممکن است با افکار منفی بسیاری در خصوص همسر و رابطه زناشویی‌شان هم‌جوشی داشته باشند. به‌ویژه آنکه در برخی جوامع ناتوانی در فرزندآوری تقریباً تنها به‌عنوان مسأله زن درک شده است. زنان اغلب برای ناباروری سرزنش می‌شوند، حتی اگر عامل ناباروری نباشند (ون بالن و گرنیتی^۱، ۲۰۰۱). این افکار هم‌جوش شده می‌تواند شامل مواردی چون سرزنش خود، محکوم کردن خود، افکار وسواسی پیرامون ناباروری و غیره باشد که به‌عنوان مثال، این امر می‌تواند از تجربه یک رابطه جنسی مطلوب و بحث و گفت‌وگو در رابطه با آن جلوگیری کند یا می‌تواند موجب شود تا رابطه جنسی تنها به یک هدف برای فرزنددار شدن تبدیل شود. ACT، با ارائه تکنیک‌های بسیاری در جهت هم‌جوش زدایی شناختی به زنان نابارور کمک می‌کند تا باوجود افکار دردناک و منفی در خصوص ناباروری، بتوانند در راستای ارزش‌های خود ازجمله صمیمیت در رابطه زناشویی قدم بردارند. گسلس شناختی و قدم

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم برگزاری جلسه پیگیری گروه آزمایش در چند ماه بعد از اجرای درمان، قابل تعمیم نبودن نتایج پژوهش حاضر به سایر جوامع دیگر و نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌ها و مراکز ناباروری تهران و شهرهای دیگر مشاوره‌های گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد توسط درمانگران برای زنان و زوجین نابارور در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی اجرا شود.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی زنان نابارور و هم‌چنین از کارکنان محترم کلینیک ناباروری امید تهران و هم‌چنین از همکاران مرکز روانشناسی و مشاوره مهرآیین به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

«دیگری به‌عنوان بستر روابط کلامی» کمک کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). افراد درباره روابطی که در آن هستند، داستان‌های خودساخته‌ای دارند و با محتوای این داستان چنان هم‌جوشی دارند که این امر می‌تواند برای صمیمیت موجود در یک رابطه زیان‌بار باشد. این نوع هم‌جوشی به انعطاف‌ناپذیری روانی می‌انجامد و رفتارهای آینده را پیش‌بینی می‌کند. دنبال کردن چنین دیدگاهی زوجین را از صمیمیت موجود در رابطه دور نگه می‌دارد (دال و همکاران، ۲۰۱۴). لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان نابارور از طریق تکنیک‌های مختلف کمک می‌کند تا نه تنها به مفهومی به نام خود به‌عنوان زمینه دست یابند و بتوانند خود را از محتوای داستان‌های خودساخته جدا کنند بلکه کمک می‌کند تا بتوانند از دیدگاه جدیدی به رابطه زوجی خود نگاه کنند و خود و همسر و روابط زناشویی‌شان را از منظر خود مشاهده‌گر نگاه کنند.

این امر اقدام به انجام تکنیک‌های مختلف رفتاری جهت افزایش صمیمیت زناشویی در یک رابطه زوجی را تسهیل می‌کند. در نتیجه موجب افزایش صمیمیت زناشویی می‌شود.

منابع

اتحادیه، سحر. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان بر صدمه دل‌بستگی و انعطاف‌پذیری شناختی در زنان نابارور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

ایمانی، مهدی. (۱۳۹۵). بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانشجویان. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*. ۸(۱۵): ۱۶۲-۱۸۱.

- اعتمادی، عذرا. (۱۳۸۵). افزایش صمیمیت زناشویی. *فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی*. ۱۳(۴۹) و ۵۰: ۲۱-۴۲.
- ایرانی برقی، زیبا، زارع، حسین، عابدین، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان مری. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۴(۱۴): ۵-۱۹.
- بکائی، مهشید، سیمبر، معصومه، یاسینی اردکانی، مجتبی، علوی مجد، حمید. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر ناباروری بر روابط زوجین: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. (۱): ۶۳-۷۷.
- بهشتیان، فاطمه، احدی، حسن، علمی منش، نیلا، کراسکیان موجمباری، آدیس. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان مصون‌سازی در برابر استرس بر سرمایه روان‌شناختی زنان نابارور. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*. (۲۷): ۸۱-۹۹.
- حسینی، معصومه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر صمیمیت و شادی زناشویی زنان دچار افسردگی و تعارض زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دانشگاه باهنر کرمان.
- حسن‌پور اذغدی، بتول، سیمبر، معصومه، دادهیر، ابوعلی، حسین رشیدی، بتول. (۱۳۹۲). تبیین تأثیرات روانی نازایی در زنان نابارور در جستجوی درمان: یک مطالعه کیفی. *نشریه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی*. ۲۳(۸۳): ۱-۸.
- خانجانی وشکی، سحر، شفیع‌آبادی، عبدالله، فرزاد، ولی‌الله، فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. *مجله دانش پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۷(۶۶): ۳۱-۴۰.
- خانی، سمیرا، باباخانی، نرگس. (۱۳۹۵). مقایسه و رابطه رشد معنوی و استرس ادراک‌شده با شادکامی در زنان نابارور و بارور شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*. (۱): ۹۳-۱۰۴.

صمیمیت، بخشش و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌ها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه شهید چمران اهواز.

کربلایی، محبوبه.، آذری، الناز. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی و کاهش دل‌زدگی زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ شهر تهران. *مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*. ۳ (۱ و ۲): ۱۰۸-۱۱۷.

نعمتی، ژیلا. (۱۳۹۶). مقایسه کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی زنان نابارور و بارور در شهرستان بندرعباس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. گرایش روان‌شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس.

هاشمی، فاطمه.، فیلی، علیرضا.، صفاری نیا، مجید (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس (شناختی - رفتاری) بر سلامت روان زنان نابارور. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۳(۴): ۵۸-۶۹.

دیر کوند مقدم، اشرف.، دل پیشه، علی.، سایه میری، کوروش. (۱۳۹۲). بررسی میزان ناباروری در ایران به روش مرور سیستماتیک. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*. ۱۶ (۸۱): ۱-۷.

زارع، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجواری شناختی. *دو فصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*. ۶ (۱۱): ۱۲۱-۱۳۰.

عباسی، حسین.، رضازاده، جمیله. (۱۳۹۱). فراتحلیل روان‌شناختی نتایج مطالعه‌های مرتبط با ناباروری در ایران. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*. ۱۵(۱۳): ۲۶-۳۳.

قزلباشیان، زهرا.، عارفی، مختار. (۱۳۹۴). صمیمیت زناشویی و خرسندی زناشویی در زنان نابارور و عادی. *مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی*. ۴(۴): ۳۶۰-۳۶۷.

سعادت‌مند، خدیجه. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

- Interpersonal Problems and Psychological Flexibility in Female High School Student With Social Anxiety Disorder. *Glo Journal of Health Science*, 8(3), 131-138.
- Bagarozzi, D.A. (2001). *Enhancing intimacy in marriage*, Branner-Rouledye. Tylor & Forancis group. USA.
- Brown, B L., Whittingham, K., Boyd, R., Mckinlay, L., & Sofronoff, K (2017). Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 3(5), 58-66.
- Berek, JS (2007). Berek & Novak's Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Baghiani Moghaddam MH, Aminian AH, Abdoli AM, Seighal M, Fallahzadeh H, Gasemi N (2011). Evaluation of general health of the infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 9(4), 309-314.
- Canha, M, Galhardo, A, Pinto-Gouveia, J (2016). Experiential avoidance, Self-compassion, Self judgment and Coping style in infertility. *Sexual and Reproductive Healthcar*, Retrieved from www.srhjournal.org.
- Dahl, J, C., Plumb, J, C., Stewart, L & Lundgren, T (2009). *The Art & Science of Valuing in Psychotherapy. Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publication.
- Deval, C, Bernard C S., & Monestes, J L (2017). Effect of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders and managers psychological flexibility. *Journal de therapie comportementale et Cognitive*, 27(1), 34-42.
- Fledderus, M, Bohlmeijer, ME & Schreurs KM (2012). Acceptance and Commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 3(42), 458-498.
- Gavi, F., Jamale, S., Mosalanejad, L., Mosallanejad, Z. (2015). A Study of Couple Burnout in Infertile Couples. *Glob J Health Sci*,

- 8(4),158-165.
- Harris, R, MD (2009). Act with love, Stop Struggling, Reconcil Differences, and Strengthen Your Relationship with Acceptance and Commitment Therapy. New Harbinger Publications.
- 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., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Vallittae, j. L., & Pistorello, J (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior Therapy, 44(2),180-198.
- Hayes, S.C. (2005). Stability and Change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and RFT. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 23: 131-151.
- Hayes, S.C & Strosahl, K.D (2010). A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. Springer Science and Business Media Inc., New York.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masouda, A., & Lillis, J (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Modal, Process and outcomes. *Behav. Res. Ther.* 44(1),1-25.
- Heidari, A, Heidari, H, & Davoudi, H. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy-based therapy on the physical and psychological marital intimacy of women. *Ineternational Journal of Educational & Psychological Researches*, 3(3), 163-167.
- Joelsson, L, S., Tyden, T., Wanggren K., Georgakis, MK, Stern, J., Berglund, A., Skalkidou,A (2017). Anxiety and depression symptoms among sub-fertile womwn, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant woman. *Eur Psychiatry*, sep 45,212-219.
- Khanjani V, S., Shafiabadi, A, Farzad, V, Fatehizade,M (2017). A Comparison of the Effectiveness of Cognitive – Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment Couple Therapy in the Couple’s Conflict in the City of Isfahan, *Jundishapur J Health Sci*,9(3),1-7.

- Kumar Deka, P, Sarma, S (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*,3(3),336.
- Karimzadeh, KH, Salimi, M (2018). The effectiveness of couple(based on acceptance and commitment therapy) on intimacy, forgiveness, and psychological well-being between couples, case study: personal of Omidieh Education Department, Iran. *European Journal of Education Studies*. 4(9), 3-8.
- Lacatos, E, Stigeti, JF, Ujma, PP (2017). Anxiety and Depression among infertile weman. A cross-sectional survey from Hungary. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication>.
- Laurenceau, J P, Barrett, L F(1998). Intimacy as an Interpersonal Process: The Importance of Self-Disclosure, Partner Disclosure, and Perceived Partner Responsiveness on Interpersonal Exchanges.*Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1238-1251.
- Oliva A., Spira A., Maltinger L (2001). Contribution of environmental factors to the risk of male infertility. *Hum Report*, 16(8), 68-76.
- Pasha, H., Basirat, Z., Esmaelzadeh S., Faramarzi, M., Adibrad,H (2017). Marital Intimacy and Predictive factors Among Infertile Women in Northern Iran. *Journal of clinical and Diagnostic Research*, 11(5), 13-17.
- Peterson, B D., Eifert, Georg (2011). Cognitive and Behavioral Therapy To Treat Infertility Stress. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 4(18),577-587.
- Shahabi Nezhad, Z., Zandipor, T., & Hosseinian, S (2017). Efficacy of acceptance and commitment therapy on fear intimacy and self-criticism in woman working in Welfar Institute of Kerman. *Behavioral Research Center of SBMU*, 3(4),53-67.
- Shani, C., Yelena, S., Reut, BK., Adian, S., Sami, H (2016). Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incident and risk factors. *Psychiatry Research*, 30(240), 53-59.
- Vahidi S., Ardalan A., Mohammad K (2009). Prevalence of primery infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004- 2005. *Asia Pac J Public Health*,21(3),287-93.

- Van Balen, F & Gerrits T (2001). Quality of infertility care poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 16(2),215-219.
- Wersebe, H., Roselind, L., Meyer, A H., Hofer, P, & Gloster, A (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *Internatinal Journal of Clonical and Health Psychology*, 18(3),60-68.
- Ying, LY., Wu, LH., Loke, AY(2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *Int J Nurs Dtud.* 52(10),1640-52.