

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی زنان نابارور

حمیده صمدی^۱ و محسن دوستکام^۲

ناباروری، جنبه های مختلف زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد و با طیف گسترده ی آسیب های روان شناختی شامل کاهش کیفیت زندگی، عزت نفس، رضایت جنسی، عاطفی و اجتماعی، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب افسردگی، عصبانیت، احساس خود کوچک بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازگاری زناشویی زنان ناباروری مراجعه کننده به مراکز بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل، ۳۰ نفر زن نابارور به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵) کاربندی شدند. گروهها در ابتدا و بعد از اتمام پژوهش از نظر سازگاری زناشویی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه درمان تعهد و پذیرش را دریافت کرد ولی گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازگاری زناشویی زنان نابارور موثر است. براساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب بهبود سازگاری زناشویی زنان نابارور شده است.

واژه های کلیدی: درمان تعهد و پذیرش، سازگاری زناشویی، زنان نابارور

مقدمه

ناباروری، در واقع یک بحران پیچیده در زندگی است و شاید به همین دلیل است که بسیاری از مولفان، پیامد های روان شناختی ناباروری را به واکنش سوگ عمومی تشبیه کرده اند. زوج های نابارور، علاوه بر آنکه با یک سلسله مشکلات جسمانی روبرو هستند اما، در پی تشخیص، درمان و سیر بیماری دسته ای از مشکلات روانی را نیز تجربه می کنند (صمدی، ۲۰۱۶). ناباروری، به عنوان

۱. دپارتمان روان شناسی، واحد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲. دپارتمان روان شناسی، واحد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران، (نویسنده ی مسول)

شکست در بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم و بدون پیشگیری توصیف می شود. تحقیقات نشان می دهد، این اختلال که در ۱۵-۱۰ درصد از زوج ها در سنین باروری مشاهده می شود (اسپرووف؛ فریتز، ۲۰۰۵؛ صمدی و دوستکام، ۲۰۱۶) با طیف گسترده ی آسیب های روان شناختی شامل کاهش کیفیت زندگی، عزت نفس، رضایت جنسی، عاطفی و اجتماعی، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب افسردگی، عصبانیت، احساس خود کوچک بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است (واتکینز، ۲۰۰۴؛ صمدی و دوستکام، ۲۰۱۶) و اساسا برخی از انواع ناباروری با استرس ارتباط دارد (واسر، ۱۹۹۴؛ صمدی، ۲۰۱۶). آزمایش های متعدد پزشکی و بررسی های عضوی، درمان های مختلف دارویی و عوارض جسمی و روانی آنها، طولانی بودن مدت درمان ناباروری، پایین بودن میزان موفقیت روش های درمانی و همچنین مشکلات اقتصادی ناشی از درمان ناباروری، از عوامل تنش زای شدید برای زوجین نابارور است که در سازگاری زناشویی آنها تاثیر می گذارد (صمدی و دوستکام، ۲۰۱۶).

سازگاری زناشویی، رضایتمندی و سازگاری؛ در نتیجه رضایت عمومی از زندگی مشترک، رضایت از روابط جنسی و رضایتمندی عاطفی و هیجانی محسوب می شود (شاکل فورد، ۲۰۰۱). در مطالعات بسیاری، تاثیر منفی ناباروری بر سازگاری زناشویی و کارکرد جنسی (مونگا، ۲۰۰۴)، اضطراب افسردگی و کاهش کیفیت زندگی زناشویی (ماتسوبایاشی، ۲۰۰۴؛ پیترسون، ۲۰۰۴)، نشان داده شده است. استرس ناباروری باعث اختلال در سازگاری زناشویی زنان شده (صمدی، ۲۰۱۶؛ اندریو، ابی و هاتمن، ۱۹۹۲؛ بنازون، ۱۹۹۲) و با گذشت زمان، ناسازگاری زناشویی زنان نابارور را بیشتر می کند (ساندلوسکی، ۱۹۹۰؛ اسلاد، ۱۹۹۲). استرس، ناامیدی و احساس شرم از ناباروری می تواند بر سلامت روانی زوجین و همچنین روابط بین آن ها موثر باشد (کوچنکوف، ۱۹۹۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در دهه ی ۸۰ توسط استیون هیز (۱۹۸۷) در دانشگاه نوادا مطرح و شناخته شد، یک شکل از درمان های شناختی- رفتاری مبتنی بر زمینه گرایی عملکردی^۱ است و ریشه در نظریه ی جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه ی چارچوب رابطه ی ذهنی^۲ نامیده می شود. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر این فرض استوار است که انسان ها بسیاری از احساسات هیجانات یا افکار درونی شان را آزارنده می یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش ها برای کنترل بی تاثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید

احساسات، هیجانان و افکاری می شود که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آن ها داشته است. فرآیند های بنیادی درمان تعهد و پذیرش عبارتند از: پذیرش^۱، ذهن آگاهی^۲ (خود به عنوان زمینه^۳)، زندگی در لحظه اکنون^۴، گسلش شناختی^۵، ارزش ها^۶ و عمل متعهدانه^۷ که همه ی آنها باعث انعطاف پذیری روان شناختی می شود (هیزو و لیلیس، ۲۰۱۲). فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد بیاموزد چگونه دست از بازدارندگی فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانان نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (هیزو و لیلیس، ۲۰۱۲).

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه ی آماری این پژوهش تمامی زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سه ماهه ی سوم سال ۹۵-۹۴ بودند. از این جامعه، ۳۰ نفر به عنوان نمونه ی در دسترس انتخاب و با پرسشنامه ی سازگاری زناشویی اسپانیر^۷ مورد آزمون قرار گرفتند و آزمودنی ها به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند.

پرسشنامه ی سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶)، دارای ۳۲ سوال است و به ارزیابی کیفیت رابطه ی زناشویی یا روابط دونفری مشابه آن می پردازد. این مقیاس، در سال ۱۹۷۶ توسط اسپانیر تهیه شده و تا کنون به زبانهای مختلفی ترجمه شده است که اعتبار و پایایی همه آنها به اثبات رسیده است (فسیلیگو و دمیر ۲۰۰۰؛ شک، ۱۹۹۵؛ از برول والش، ۲۰۰۲). برنشتاین (۱۹۸۹) در همه جا استفاده از این مقیاس را توصیه کرده است زیرا پایه های روان سنجی آن در مقایسه با سایر مقیاس ها بسیار پیشرفته است. نمره ی کلی این مقیاس از ۰ تا ۱۵۱ با جمع نمرات سوالها بدست می آید. افرادی که نمره ی آنها ۱۰۱ و یا کمتر از آن باشد، از نظر اسپانیر دارای مشکل و ناسازگار تلقی می شوند. نتایج تحلیل عامل نشان می دهد که این مقیاس، ۴ بعد رابطه را می سنجد که عبارتست از: رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابزار محبت. ثنایی، پایایی کل مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ برای رضایت دونفری ۰/۹۴ همبستگی دونفری ۰/۸۱، توافق دونفری ۰/۹۰ و ابزار محبت ۰/۷۳ گزارش کرده است.

1. Acceptance

2. Self as a context

3. Defusion

4. Values

5. Committed Action

6. Measuring dyadic adjustment

7. Contact with present moment

آزمونی های گروه آزمایش در ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای و هفته ای ۲ جلسه بر اساس پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) تحت درمان قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. محتوای جلسات در جدول ۱، ارایه شده است.

جدول ۱. پروتکل اجرایی جلسات ACT (هیز، ۲۰۰۲)

جلسه ی اول: خوشامدگویی و آشنایی و معارفه ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آنها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن- عدم غیبت (وقت شناسی) انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارایه ی کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش آزمون

جلسه ی دوم: توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان شناختی احساس می شود؟؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره پذیریم؛ ارایه ی تکلیف در زمینه ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری

جلسه ی سوم: بررسی تکالیف جلسه ی قبل؛ صحبت درباره ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارایه ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می پذیریم؟

جلسه ی چهارم: بررسی تکالیف؛ ارایه ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارایه ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزادنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و مشکلات را پایان کار نینیم

جلسه ی پنجم: بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارایه ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارایه ی تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت

جلسه ی ششم: ارایه ی بازخود و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه ی قبل؛ آموزش و ارایه ی اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارایه ی تکنیک توجه ی انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن

جلسه ی هفتم: ارایه ی بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف، به گونه ای که مناسب تر باشد نه عملی تر

جلسه ی هشتم: بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارایه ی بازخود به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس آزمون

برای تحلیل داده ها و بعد از احراز مفروضه های مربوط، از تحلیل کواریانس استفاده شد و داده ها با شانزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد نمره های پیش آزمون و پس آزمون سازگاری زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲، ارایه شده است.

جدول ۲. شاخص های آماری مربوط به متغیر سازگاری زناشویی خرده مقیاس ها در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		sd	M	sd	M
سازگاری زناشویی	آزمایش	۱۴/۹۴۹	۷۰/۹۳	۱۴/۹۷۰	۸۸/۸۶
	کنترل	۱۱/۲۱۵	۷۰/۷۳	۱۳/۱۳۹	۷۱/۷۳
رضایت زناشویی	آزمایش	۹/۱۶۰	۲۲/۹۳	۹/۴۷۶	۳۰/۳۳
	کنترل	۹/۰۵۶	۲۲/۲۰	۹/۶۱۲	۲۴/۱۳
توافق	آزمایش	۷/۴۴۶	۲۵/۸۰	۹/۱۵۱	۳۰/۸۰
	کنترل	۸/۴۳۱	۲۵/۶۶	۱۱/۱۹۶	۲۴/۲۶
همبستگی	آزمایش	۴/۶۵۹	۱۳	۴/۰۳۳	۱۴/۵۳
	کنترل	۵/۳۷۰	۱۴/۱۳	۵/۵۳۹	۱۴/۶۰
ابراز محبت	آزمایش	۲/۹۸۰	۹/۲۰	۲/۰۴۲	۱۳/۲۰
	کنترل	۳/۴۷۳	۸/۷۳	۲/۳۴۴	۸/۷۳

همان طور که مشاهده می شود در جدول فوق، میانگین نمرات سازگاری زناشویی در گروه آزمایش در مرحله ی پیش آزمون ۷۰/۹۳ و در مرحله ی پس آزمون ۸۸/۸۶؛ در گروه کنترل در مرحله ی پیش آزمون ۷۰/۷۳ و در مرحله پس آزمون ۷۱/۷۳ است. میانگین خرده مقیاس ها عبارتند از: میانگین نمرات رضایت زناشویی در گروه آزمایش در مرحله ی پیش آزمون ۲۲/۹۳ و در مرحله ی پس آزمون ۳۰/۳۳؛ در گروه کنترل در مرحله ی پیش آزمون ۲۲/۲۰ و در مرحله ی پس آزمون ۲۴/۱۳ است؛ میانگین نمرات توافق در گروه آزمایش در مرحله ی پیش آزمون ۲۵/۸۰ و در مرحله ی پس آزمون ۳۰/۸۰؛ در گروه کنترل در مرحله ی پیش آزمون ۲۵/۶۶ و در مرحله ی پس آزمون ۲۴/۲۶ است؛ میانگین نمرات همبستگی در گروه آزمایش در مرحله ی پیش آزمون ۱۳ و در مرحله ی پس آزمون

۱۴/۵۳؛ در گروه کنترل در مرحله ی پیش‌آزمون ۱۴/۱۳ و در مرحله ی پس‌آزمون ۱۴/۶۰ است؛ میانگین نمرات ابراز محبت در گروه آزمایش در مرحله ی پیش‌آزمون ۹/۲۰ و در مرحله ی پس‌آزمون ۱۳/۲۰؛ در گروه کنترل در مرحله ی پیش‌آزمون ۸/۷۳ و در مرحله ی پس‌آزمون ۸/۷۳ است.

جدول ۳. خلاصه ی نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANOVA) نمرات پس‌آزمون
متغیر سازگاری زناشویی پس از حذف پیش‌آزمون

eta	Sig	F	MS	df	SS	منبع تغییرات	
۰/۸۷۲	۰/۰۰۱	۱۷۷/۶۴۴	۴۶۹۸/۴۲۴	۱	۴۶۹۸/۴۲۴	پیش‌آزمون	نمره ی کل
۰/۲۳۵	۰/۰۰۹	۷/۹۷۵	۲۱۰/۹۲۷	۱	۲۱۰/۹۲۷	اثر اصلی	
			۲۶/۴۴۸	۲۶	۶۸۷/۶۶۰	خطای باقی‌مانده	
۰/۷۶۰	۰/۰۰۱	۸۲/۴۱۱	۲۱۱۵/۸۸۵	۱	۲۱۱۵/۸۸۵	پیش‌آزمون	توافق
۰/۱۵۲	۰/۰۴۰	۴/۶۵۳	۱۱۹/۴۶۲	۱	۱۱۹/۴۶۲	اثر اصلی	
			۲۵/۶۷۵	۲۶	۶۶۷/۵۴۵	خطای باقی‌مانده	
۰/۳۳۹	۰/۰۶۰	۴۶/۰۳۱	۳۹۴/۳۳۶	۱	۳۹۴/۳۳۶	پیش‌آزمون	همبستگی
۰/۰۶۸	۰/۱۸۱	۱/۸۸۸	۱۶/۱۷۷	۱	۱۶/۱۷۷	اثر اصلی	
			۸/۵۶۷	۲۶	۲۲۲/۷۳۷	خطای باقی‌مانده	
۰/۴۶۰	۰/۰۰۱	۲۲/۱۴۳	۶۱/۲۲۳	۱	۶۱/۲۲۳	پیش‌آزمون	ابراز محبت
۰/۱۸۶	۰/۰۲۲	۵/۹۲۷	۱۶/۳۸۹	۱	۱۶/۳۸۹	اثر اصلی	
			۲/۷۶۵	۲۶	۷۱/۸۸۸	خطای باقی‌مانده	

جدول بالا نشان می‌دهد که سطح معناداری، اثر اصلی در متغیر سازگاری زناشویی معنادار است و چون این سطح کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض صفر با اطمینان ۰/۹۵ رد شده و فرض خلاف تایید می‌شود و نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان نابارور موثر بوده است. در جدول ۳، میانگین تعدیل شده ی نمرات رضایت زناشویی، توافق و همبستگی، در گروه آزمایش و کنترل ارایه شده است. همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود، میانگین نمرات رضایت زناشویی، توافق و همبستگی، در گروه آزمایش بعد از تعدیل نمرات از نمره ی گروه کنترل بعد از تعدیل نمرات بیشتر است، بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر توافق زناشویی زنان نابارور موثر بوده است.

جدول ۴. میانگین تعدیل شده ی نمرات رضایت زناشویی، توافق و

همبستگی در دو گروه			
sd	M		
۱/۳۰۸	۳۰/۷۳۷	آزمایش	رضایت زناشویی
۱/۳۰۸	۲۴/۳۵۰	کنترل	
۰/۷۶۲	۱۴/۸۸۶	آزمایش	توافق
۰/۷۶۰	۱۴/۰۹۸	کنترل	
۰/۴۳۱	۱۳/۰۹۶	آزمایش	همبستگی
۰/۴۳۰	۸/۸۴۵	کنترل	

بحث و نتیجه گیری

پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روش های درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه - مشاهده گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می توانند در تلفیق با فون رفتار درمان شناختی اثربخشی درمانها را افزایش دهد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش سازگاری زنان نابارور موثر است (صمدی، ۲۰۱۶؛ صمدی و دوستکام، ۲۰۱۶). این نتیجه در راستای یافته های پژوهشی که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش یک درمان مناسب برای کاهش عوامل استرس زای ناشی از ناباروری است (ایفرت و فورسیت، ۲۰۰۵؛ برینگبورک و همکاران، ۲۰۱۱؛ کیت و همکاران، ۲۰۱۴؛ توهینگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ نریمانی، ۲۰۱۳؛ رجبی، ۲۰۱۴؛ ایروانی، ۲۰۱۴؛ هنرپروران، ۲۰۱۴؛ ایمانی و همکاران، ۲۰۱۳؛ پیترسون، ۲۰۰۴؛ علمداری و همکاران، ۲۰۱۴) همسویی دارد. خالدی و مرادی (۱۹۹۹) در پژوهش خود با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ کلینیک دیابت سندج به بررسی ۱۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ با علائم افسردگی از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک دیابت سندج پرداختند که نتایج نشان داد این درمان توانسته است نمره ی کلی افسردگی و ابعاد آن (شناختی، عاطفی، جسمانی) را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش دهد. پیترسون و ایفرت (۲۰۰۴) نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک درمان مناسب برای کاهش استرس ناباروری، پریشانی روانی و افسردگی ناشی از ناباروری است.

همچنین، اکت برای درمان افسردگی افرادی که از درمان ناباروری شکست خورده اند، نوید بخش است. پژوهش ها نشان داده است که درمان تعهد و پذیرش باعث بهبود روابط زوجین دارای مشکل و

افزایش رضایت از زندگی آن ها می شود (صمدی، ۲۰۱۶؛ صمدی و دوستکام، ۲۰۱۶؛ پیترسون و ایفرت، ۲۰۰۴). گل محمدی (۱۹۹۰) نشان داد، تلاش در جهت افزایش علاقه ی مردان و درگیر نمودن آنها در درمان ناباروری، موجب تغییر مثبت در ارتباط زوجین و بهتر شدن وضعیت سازگاری زناشویی آنان می شود که نتایج این پژوهش همسو با پژوهش حاضر است. هافمن و اسموندسون (۲۰۰۸) هدف اصلی زوج درمانی با رویکرد ACT/RFT را درمان اجتناب های هیجانی گسترش پاسخ ها به محتوای شناختی و ایجاد و حفظ تعهد در تغییرات رفتاری بیان می کند. آنان می نویسند که ACT/RFT زوجین را تشویق می کند که با ارزش های واقعی خود پیوند یابند و مجذوب آنها شوند. شناسایی و تشخیص مرزهایی که افراد را از زندگی مطلوب بازداشته است، مولفه های کلیدی مداخلات اکت را تشکیل می دهد (صمدی، ۲۰۱۶؛ صمدی و دوستکام، ۲۰۱۶؛ هیز، ۲۰۱۰). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد یک زندگی غنی و پر معنا است درحالی که فرد، رنج ناگزیر موجود در آنرا می پذیرد.

ACT (به معنی اقدام) مخفف جالبی است چون این درمان درباره ی انجام اقدام موثری است که به وسیله ی عمیق ترین ارزش های ما هدایت می شود آن هم در حالی که ما کاملاً آماده و متعهد هستیم. تنها از طریق اقدام هشیارانه است که ما می توانیم یک زندگی پر معنا بسازیم. البته همین که برای ساختن چنان زندگی تلاش خود را آغاز کردیم با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه های درونی ناخواسته و نامطلوب روبه رو خواهیم شد (افکار، تصورات، احساسات، حس های بدنی، تکانها و خاطرات). ACT برای اداره ی این تجربه های درونی مهارت های موثر توجه آگاهی را به ما می آموزد (صمدی، ۲۰۱۶؛ صمدی و دوستکام، ۲۰۱۶؛ هیز، ۲۰۱۰). البته به علت نوپا بودن این روش درمانی (ACT) منابع تحقیقی بیشتر برای مقایسه نتایج موجود نیست. همان طور که در مقدمه اشاره شد در این روش درمانی به افراد آموخته می شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت های اضطراب زای اجتماعی، با افزایش پذیری روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آن ها دارند و همچنین با ایجاد اهداف اجتماعی تر و تعهد به آنها، با این اختلال خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و موثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی تر را می توان جز عوامل اصلی موثر در این روش درمانی دانست.

References

- Alamdary, G., Narimani, M., & Abolqasemi, A. (2014). Assessing the effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life in infertile women, *Journal of Counseling and Psychotherapy Family*, the fourth year, (3), 404-388. (Persian)
- Andrew, F., Abbey, A., & Hdman, J. (1992). Is fertility problem stress different? *Fertilsteril*, 57(6): 1947-53.
- Benazon, N., Wright, J., & Sabourin, S. (1992). stress, sexual satisfaction and marital. Adjustment in infertile couples. *J. sex. Marit. Ther.* 18, 173-184.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized control trial. *Behav Res Ther*, 49(6-7), 389-398.
- Eifert, G.H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorder: A practitioners treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New Harbinger: Oakland, CA.
- Hayes, S.C., Lillis, C. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy (Theory Psychotherapy)*. *Amer Psychological Assn*
- Harys, R. (2010). Translation: Faizi, A. (2014). *In the embrace of demons Mind: An Introduction to Acceptance and Commitment Therapy*. (Persian)
- Honar parvaran, N., (2014). Assessing the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on forgiveness and marital adjustment of women affected by infidelity, *Journal of Women and Society*, Vol. V (2), 150-135. (Persian)
- Imani, M., Rajabi, G.R., & Bayrami, R. (2013). Performance evaluation of integrated behavioral-based therapy acceptance and commitment therapy based on the concerns and marital adjustment of women with marital turmoil and generalized anxiety disorder. *Journal of Behavioral Sciences*, Volume 11(6), 619-600. (Persian)
- Irاندoust, F., & Nadi, M.A. (2014). Based on acceptance and commitment therapy impact on the quality of life in women with chronic low back pain. *Journal of Behavioral Sciences*, Volume 8, Issue 1, 96-89. (Persian)
- Katie, E.J., Lance, L. M., McCracken, D. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy Review Article. *Journal of Contextual Behavioral Science*, Volume 3, Issue 4, 217-227.
- Kuchenhoff, J. (1999). Unfulfilled desire for children: What is the grief for men? *Ther Umsch*, 56(5), 260-4.
- Matsubayashi, H. (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from Lack of husbands support and feeling of stress. *General Hospital psychiatry*, 26(5), 398-404.
- Monga, M., & et al. (2004). Impact of infertility on quality of life Marital Adjustment and sexual Function. *Urology*. 63(1), 126-130.
- Morady, M., Parsley, A., & Abedi, J. (1998). *Shkhsyt.t az: hhyay happiness and cognitive science*, Issue 2, Year 7: 71-60. (Persian)
- Mohammadi, Behrouz. (2014). *Comparison of disabled athletes and non-athletes self-esteem*. Tarbiat Modarres University, Tehran, (Persian)
- Narymany, Mohammed. (2013). Comparison of the effectiveness of educational programs/commitment and emotion regulation training on the adjustment of students with dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, Volume 2, Number 4: 176-154. (Persian)
- Newton, C., Heam, M., & Yuzpe, A. (1990). A psychological Assessment and follow up after in vitro fertilization (IVF): *Assessing the Impact of failure, fertility and sterility*, 54, 879-886.
- Peterson, B.O. (2004). Dyatic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression. *Fertilsteril*. 82(2), 104.
- Rajaby, Sajidaand., & Yazdkhasti, F. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in women with MS. *Journal of Clinical Psychology*, Issue 1 (21). (Persian)
- Samadi, H. (2016). *Investigating the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on marital compatibility and life expectancy in infertile women*. Basic psychology master's thesis. Islamic Azad University, Science Research Khorasan Razavi (Nishapur). (Persian)
- Samadi, Hamideh., & Mohsen, Doustkam. (2016). Investigating the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on marital compatibility and life expectancy in infertile women, *International Academic Journal of Sosial Sciences*, Vol. 3, No. 5: 16-27
- Sandelowski, M. H., & Davis, D. (1990). Living the life explanation of infertility. *SOC. Health*, 12, 195-215.
- Shackelford, T.K. (2001). Habitation & marriage. *Aggressive behavior*. 27, 261-284.-24

- Slade, P.A.(1992). 3 Year follow up of emotional, marital and sexual functioning in couples who wre infertile. *Reprod. Infand. Psychol*, 10, 233-243.
- Spanier, G. B.(1976). Measuring dyadic adjustment: new scale for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J marriage fam*1976, 38, 15-28.
- Spiroff, L., & Fritz, M. A.(2005). Clinical gynecology endocrine-ology and infertility. 17th ed. *Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins*.
- Twohig, M, P., Plumb,V., Jennifer, C., Levina, Michael, E., & Hayes Steven, C.(2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*. Volume 4, Issue 3: 196–202.
- Watkins, K. J. (2004). The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counsellors. *Journal of Counseling and Development*, 82, 394-402.
- Wasser, S.K.(1994). Psychological stress an Infertility: case or effect ?*Human Nature*. T: 206-293.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 11 (No. 43), pp. 67-76, 2017

Investigating the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on marital compatibility in infertile women

Samadi, Hamideh

**Science and Research Branch of Khorasan, Islamic Azad University,
Neyshabur, Iran**

Doostkam, Mohsen

**Science and Research Branch of Khorasan, Islamic Azad University,
Neyshabur, Iran**

Received: Jan 23, 2017

Accepted: Feb 30, 2017

Infertility affects various aspects of individuals' life, and perhaps could be considered as one of the most common and stressful events in people's lives. The aim of this research is to evaluate the efficiency of treatment based on commitment and acceptance on marital compatibility among infertile women who referred to health and medical centers at Mashhad Medical Sciences University. In order to do so, through a quasi-experimental research with pre-test, post-test, and control group, 30 infertile women were selected by availability sampling method and randomly assigned into experimental and control groups (n=15). Subjects in both groups were tested for marital compatibility prior and following the implementation of the research. The experimental group received ten sessions of acceptance and commitment therapy; whereas the control group received no interventions. The result of multi-variable covariance analysis presented that Acceptance and Commitment therapy is effective on marital compatibility among infertile women ($0/05 > P$). Based on the research results, it can be concluded that Acceptance and Commitment therapy improves marital compatibility in infertile women.

Keywords: Acceptance and Commitment therapy, marital compatibility, infertile women

Electronic mail may be sent to: Mohsen_Doustkam@yahoo.com