Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 7/ No. 2/ 2020
Page: 13-25

The effect of treatment based on the acceptance and commitment therapy on infertility, satisfaction of marriage and attitude toward to the infertility in sterile women

Sayed Abbas Haghayegh[1]

1-Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (Corresponding Author). E-mail: Abbas_haghayegh@yahoo.com

Received: 05/02/2020 **Accepted:** 25/03/2020

Abstract

Introduction: Infertility is an increasing problem that induced to individual and family outcomes.

Aim: This study aims to examine the effect of the acceptance and commitment therapy on resilience, marital satisfaction and attitude toward to the infertility in sterile women in Esfahan.

Method: The research design was a semi-experimental research. Population were all the sterile women which referred to the fertility-infertility treatment center in Esfahan in the primary six months which of them thirty women participated in this test and they arranged in two groups: experimental group (15 women) and Control group (15 women). After that two groups were assessed in pre-test exam. After discussion, treatment based on the acceptance and commitment (ACT) was performed during eight sessions in a week. There was no variable in control group and there was also no treatment. After treatment, post-test was performed with renewed questionnaire and at last follow-up test was performed after six weeks. The data was analyzed by SPSS-20 and analysis of variances of repeated measures.

Results: The results showed a meaningful increase resilience, marital satisfaction and degree attitude toward in experimental group prior to the control group in post-test. These results (except of resilience) observed in follow-up ($P<0.01$).

Conclusion: According to therapeutic elements of acceptance and commitment therapy and reality of infertility, acceptance and commitment therapy could be effective method to degree psychological problems.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Marital satisfaction, Attitude, Infertility

How to cite this article : Haghayegh SA. The effect of treatment based on the acceptance and commitment therapy on infertility, satisfaction of marriage and attitude toward to the infertility in sterile women. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (2): 13-25 .URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-866-fa.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال هفتم، شماره ۲، ۱۳۹۹
صفحات: ۲۵-۱۳

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، رضایت زناشویی و نگرش نسبت به ناباروری زنان نابارور

سید عباس حقایق[۱]

۱.استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Abbas_haghayegh@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۱۶ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۹/۰۱/۰۶

چکیده

مقدمه: ناباروری یک مشکل رو به افزایش است که پیامدهای روان‌شناختی فردی و خانوادگی زیادی به دنبال دارد.

هدف: هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، رضایت زناشویی و نگرش نسبت به ناباروری در زنان نابارور شهر اصفهان بود.

روش: طرح پژوهش از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی بوده و جامعه آماری آن را کلیه زنان نابارور که به مراکز درمانی ناباروری شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ مراجعه می‌کردند، تشکیل می‌دادند. به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب‌شده و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جای گرفتند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی هشت جلسه در گروه آزمایش اجرا شد. از شرکت‌کنندگان هر دو گروه خواسته شد به پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه محقق ساخته نگرش نسبت به ناباروری پاسخ دهند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۰ و به روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج بین‌گروهی نشان داد که تاب‌آوری و رضایت زناشویی افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در افزایش و نگرش منفی نسبت به ناباروری کاهش پیدا کرده است. به استثنای مرحله پیگیری تاب‌آوری، این تفاوت معنادار در مراحل پس‌آزمون و پیگیری رضایت زناشویی و نگرش منفی مشاهده شد ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به عناصر درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هماهنگی آن با مشکلات روان‌شناختی ناباروری، می‌تواند روان‌درمانی مناسبی برای پیامدهای روان‌شناختی این افراد باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب‌آوری، رضایت زناشویی، نگرش، ناباروری

تمامی حقوق نشر براي دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

مقدمه

باروری[1] مهم‌ترین متغیر مؤثر بر نرخ رشد جمعیت است، در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و یکی از جنبه‌های مهم زندگی زنان محسوب می‌شود (گیونان[2]، ۲۰۱۱). مسئله‌ی ناباروری یک مشکل اساسی و مهم در بین همه اقشار همه کشورها به شمار می‌آید (زگرز[3]، ۲۰۰۸). این مشکل تنشی جدی در زندگی ایجاد کرده و ضربه روانی شدیدی را بر وضعیت روان‌شناختی زوجین وارد می‌کند (رونی و دومار[4]، ۲۰۱۸، فو،کین، چنگ، تانگ و لی[5]، ۲۰۱۵). اهمیت نقش مادری برای زنان باعث شده ناباروری عامل تهدیدکننده جدی برای هیجان ها و کیفیت زندگی این گروه تلقی شود و برخی از زنان نابارور، به علت انتظارات سخت‌گیرانه، زندگی بدون باروری را به معنای پایان و شکست یک زندگی در نظر می‌گیرند (کاراکال و آنسال[6]، ۲۰۱۵).

رضایت زناشویی[7] به احساس شادمانی و رضایت زن و شوهر از کنار یکدیگر و با هم بودن تعریف شده است (باربارا و همکاران[8]، ۲۰۱۶). رضایت زناشویی مهم‌ترین و اساسی ترین عامل در دوام زندگی مشترک و پیشگیری از آسیب‌های خانوادگی است (ریچر و باهلر[9]، ۲۰۰۷، اسچومر و لئونارد[10]، ۲۰۰۵). ارتباط زوجین، نقش محوری در ازدواج ایفا می‌کند و مهم‌ترین جنبه خانواده-های دارای عملکرد مطلوب است (لگو[11]، ۲۰۱۲، شاکلفورد و باس[12]، ۲۰۰۷)، ناباروری، یکی از علل اصلی نارضایتی و ناسازگاری زوجین نابارور به شمار می‌رود و به تدریج باعث استرس، احساس سرخوردگی و کناره-گیری اجتماعی می‌شود (فریرا، اتونس، دورات و چاوز[13]، ۲۰۱۵).

تاب‌آوری[14] به توانمندی فردی در برقراری تعادل زیستی-روانی-معنوی در شرایط دشوار یا خطرناک تعریف شده است (یو[15] و همکاران، ۲۰۱۴). تاب‌آوری از سازه‌های مهم در روانشناسی است که به تعالی فکری و تجربه‌پذیری فرد در مقابله با شرایط نامطلوب زندگی اشاره دارد (اولفیلد، استونسون، ارتیز و هالی[16]، ۲۰۱۸، مصرآبادی، جعفریان و استواری، ۲۰۱۳). افراد تاب‌آور بهتر از سایرین از منابع هیجانی برای مواجهه با ناملایمات و حوادث منفی استفاده می‌کنند (بنت، آدن، بروم، میتکل و رکیدن[17]،۲۰۱۰، ووگ، فردریکسون و تیلور[18]، ۲۰۰۸). تاب‌آوری یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی به حساب می‌آید که می تواند احتمال کاهش مشکلات روان شناختی به خصوص افسردگی و ناسازگاری‌های زناشویی زنان نابارور را کاهش دهد و زمینه ساز پذیرش و کنار آمدن با آن را فراهم کند (یو و همکاران، ۲۰۱۴).

نگرش نسبت به ناباروری[19] به ساختارهای شناختی، جهان بینی، فرضیات، منطق، ویژگی‌ها و تبیین‌هایی است که به ابعاد مختلف ناباروری مربوط است و از سه منبع عقاید و نگرش‌های همگانی، عقاید خاص فردی و باورهای مشترک زوج سرچشمه می‌گیرد، تعریف شده است (بورنشتاین، گیپسون، فیلینگ، باندا و نوریس[20]، ۲۰۲۰).

[1]- Fertility
[2]- Guinnane
[3]- Zegers
[6]- Rooney&Domar
[5]- Fu, Qin, Cheng, LTang, Lei
[6]- Karaca& Unsal
[7]- Marital satisfaction
[8]- Barbara Et
[9]- Richter&Brahler
[10]- Schumer & Leonard
[11]- Pelege
[12]- Shackelford&Buss
[13]- Ferreira, Antunes, Duarte& Chaves
[14]- Resilience
[15]- Yu
[16]- Oldfield, Stevenson, Ortiz, ,Haley
[17]- Bennett, Aden, Broome, Mitchell & Rigdon
[18]- Waugh, Fredrickson & Taylor
[19]- Infertility attitude
[20]- Bornstein,Gipson, Failing, Banda, Norris

نگرش های منفی زوجین نسبت به ناباروری، بر عزت نفس، استرس و ابراز احساسات آن‌ها تأثیر زیادی دارد (پاش، دانکلشتر و کریستنسن[1]، ۲۰۰۲). زنان ناباروری که که نگرش منفی کمتری نسبت به نداشتن فرزند داشته باشند راحت‌تر با این مشکل کنار می‌آیند و می‌توانند به معنای صحیحی از زندگی مشترک دست پیدا کنند که در آن برای رابطه عاطفی و روانی با همسر اهمیت و معنای بیشتری در مقایسه با فرزند دارشدن وفرزندپروری قایل است (مالوگاجیسکی[2] و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[3] یکی از رویکردهای رفتاری نوین به شمار می‌آید. بر خلاف رویکردهای شناختی-رفتاری اولیه، در این رویکرد هدف تغییر افکار و احساسات فرد نیست بلکه هدف تغییر رابطه مراجع با افکار و احساساتش است، به نحوی که دیگر آن‌ها را نشانه بیماری نبیند. هدف نهایی، تغییر نگرش به افکار و احساسات رنج‌آور از نشانه‌های آسیب‌زا و نابهنجار به تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی غنی و معنا است (هیز و استروسال، ۲۰۱۲) و سازگاری بهتر با بیماری و محدودیت‌های بیماری، است (ویکسل، کانستراپ، کمانی، کولستروم و اولسون[4]، ۲۰۱۵). این درمان با داشتن مؤلفه پذیرش و تعهد مشاوره مناسبی برای زنان نابارور است (پیترسون و ایفرت[5]، ۲۰۱۱).

در پژوهش‌های داخلی در زمینه ناباروری می‌توان به پژوهش رمضان زاده، نوربالا، ملک افضلی و عابدی نیا و فرحیمی فروشانی (۱۳۸۶) با موضوع اثربخشی درمان‌های روان‌پزشکی در حاملگی زنان نابارور شاره کرد، ولی پژوهش کمی در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (به عنوان یکی از درمان های رفتاری جدید) در این زنان گزارش شده است. با توجه به نوین بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نیاز به پژوهش بیشتر در زمینه مداخلات روان‌شناختی در حیطه ناباروری، لذا پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، تاب‌آوری و نگرش نسبت به ناباروری در زنان نابارور شهر اصفهان بوده است.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون - پیگیری همراه با گروه کنترل بوده و جامعه آماری آن را کلیه زنان ناباروری که به مراکز درمانی باروری- ناباروری شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دادند. به شیوه نمونه-گیری هدفمند،۳۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری (یک گروه ۱۵ نفری آزمایش و یک گروه ۱۵ نفری کنترل) تقسیم شدند. در روند کار ۳ نفر ریزش (به دلیل عدم حضور در پس‌آزمون و پیگیری) اتفاق افتاد که شامل ۲ نفر مربوط به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری و ۱ نفر از گروه آزمایش در مرحله پیگیری بود که نهایتاً حجم نمونه به ۲۷ نفر رسید. در انتخاب نمونه ملاک‌های ورود شامل مشارکت آگاهانه و داوطلبانه شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲)نداشتن فرزندخوانده ۳) نداشتن فرزند از حاملگی قبلی و خروج شامل۱) مراجعه به روان‌پزشک و مصرف دارو ۲) شرکت در روان‌درمانی هم‌زمان با اجرای پژوهش۳) غیبت بیش از سه جلسه ۴) عدم شرکت در پس‌آزمون و پیگیری در نظر گرفته شدند.

[1]- Pasch, Dunkel- Schetter, Christensen
[2]- Malogajski
[3]- Acceptance and commitment therapy
[4]- Wicksell, Kanstrup, Kemani, Holmström & Olsson
[5]- Peterson & Eifert

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

ابتدا با مراجعه به یک مرکز باروری- ناباروری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و پس از اخذ مجوز از ریاست مرکز، از زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز، که تمایل به شرکت در این طرح را داشتند دعوت به عمل آمد. تعداد ۳۰ نفر از آزمودنی ها که دارای ملاک حضور در پژوهش بودند، انتخاب و به در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در طی نمونه‌گیری، به شرکت‌کنندگان اعتماد به حدود رازداری و محرمانه بودن اطلاعات پرسشنامه و شخصی افراد داده شد و جلسه پیش‌آزمون با دربرداشتن سؤالات آزمون‌های رضایتمندی زناشویی، تاب‌آوری و نگرش نسبت به ناباروری روی همه افراد نمونه (دو گروه) اجرا شد. در مرحله بعد گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت دو بار در هفته بر روی گروه آزمایش آغاز شد. برای گروه کنترل یک جلسه آشنایی و مشاوره درباره ناباروری برگزار شد اما تحت هیچ گونه درمانی قرار نگرفت. پس از اتمام هشت جلسه مداخله و درمان گروه آزمایش، جلسه پس آزمون در هر دو گروه و مرحله پیگیری۶ هفته بعد از پس‌آزمون با پرسشنامه های مذکور اجرا شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش و قدردانی از گروه کنترل بعد از اتمام درمان، پیشنهاد برگزاری یک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کنندگان علاقه مند داده شد. رئوس کلی مطالب جلسات درمان در جدول ۱ ارایه شده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۰ در دو قسمت توصیفی (شاخص های مانند میانگین و انحراف معیار) و استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (به دلیل تعداد اندازه گیری بیشتر از دو مرحله بود) انجام شد.

جدول ۱ خلاصه جلسات درمان

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، بحث در مورد رازداری، اجرای پیش‌آزمون، صحبت در مورد اهداف، نوع درمان و آیتم‌های درمان، شروع درماندگی خلاق و استعاره ببر، دادن تکلیف
جلسه دوم	مرور واکنش به جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق و استعاره چاه و دادن تکلیف
جلسه سوم	مرور واکنش به جلسه قبل و بررسی تکلیف، معرفی کنترل به عنوان یک مسئله، بحث پیرامون دنیای درون و بیرون، معرفی تمایل / پذیرش با (استعاره دستگاه پلی گراف)، تعهد رفتاری و دادن تکلیف
جلسه چهارم	مرور واکنش به جلسه قبل و مرور تکلیف، ادامه کنترل مسئله است، استعاره دو مقیاس برای ایجاد تمایل، استعاره مهمان و اشاره به احساس پاک و ناپاک، بررسی تعهد رفتاری و دادن تکلیف
جلسه پنجم	مرور واکنش به جلسه قبل و مرور تکلیف، ایجاد گسلش (استعاره اعداد) و (استعاره اتوبوس)، تعهد رفتاری و دادن تکلیف
جلسه ششم	بررسی واکنش به جلسه قبل و بررسی تکلیف، خود به عنوان زمینه (صحبت از من و من مشاهده گر)، بررسی ارزش ها و دادن تکلیف
جلسه هفتم	بررسی واکنش به جلسه قبل و بررسی تکلیف، خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج)، بررسی ارزش‌ها و دادن تکلیف
جلسه هشتم	بررسی واکنش به جلسه قبل و بررسی تکلیف، استعاره حباب و استعاره نهال، ارزیابی تعهد به عمل و اجرای پس‌آزمون.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

ابزار

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: این پرسشنامه دارای فرم‌های ۱۱۵ سؤالی و ۱۲۵ سؤالی است که با توجه به طولانی بودن سؤالات مقیاس‌ها، فرم‌های متعددی از آن استخراج شده است. برای هر یک از سؤال‌ها ۵ گزینه منظور شده است. گزینه‌ها عبارت‌اند از کاملاً موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف و کاملاً مخالف. نمره‌گذاری سؤال‌ها به‌صورت ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ است و نمره بالاتر نشان دهنده رضایت زناشویی بیشتر است. روایی هم‌زمان آن با مقیاس تنظیم زناشویی لاک والاس، ضریب همبستگی ۰/۷۳ و پایایی درونی آن مطلوب گزارش شده است. در نسخه داخلی، پایایی درونی برابر۰/۷۴ به دست آمده است (علیدوستی، نخعی و خانجانی، ۲۰۱۵).

پرسشنامه نگرش نسبت به ناباروری: در این تحقیق از پرسشنامه محقق ساخته نگرش نسبت به ناباروری استفاده شد. در مرحله اول ساخت، با توجه به حیطه‌های نگرش نسبت به ناباروری؛ ۱۱ سؤال تشریحی مطرح گردید و از شش زوج نابارور که مایل به همکاری بودند خواسته شد تا به این سؤالات پاسخ دهند. به منظور تعیین روایی محتوایی از نظر شش تن از متخصصان مشاوره و روانشناسی گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان استفاده گردید. در طی چند مرحله ۲۶ گزاره حذف گردید. برای گزاره‌ها درجه‌بندی با مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم استفاده شد. برای تعیین روایی سؤال‌ها از روش همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون استفاده شد. حداقل نمره در این آزمون ۵۱ و حداکثر ۲۲۵ است. هر چه فرد نمره بیشتری کسب کند نشانه نگرش منفی‌تر او نسبت به ناباروری است. به منظور بررسی روایی هم‌زمان پرسشنامه نگرش نسبت به ناباروری از آزمون‌های اضطراب افسردگی بک استفاده گردید که نتایج نشان داد که بین نگرش نسبت به ناباروری و اضطراب (۰/۵۳ , P<۰/۰۰۱r=) و افسردگی (P<۰/۰۰۱ , r=۰/۷۱) رابطه مثبت معنادار وجود دارد. پایایی درونی آزمون برابر با ۰/۹۶ محاسبه شد (الیاسی، ۲۰۱۶).

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط کانر و دیویدسون ساخته شده است که دارای ۲۵ گویه ۵ گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) است. نمره بالاتر، بیانگر میزان تاب آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد بود. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب اعتبار ۸۹ /۰ به دست آمده است. در ایران پژوهش سامانی و همکاران (۲۰۰۷)، که بر روی نمونه دانشجویان انجام شده ضریب پایایی درونی ۰/۸۷ را به دست آورده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش برابر با ۳۱/۱۵ و ۳/۳۱ و گروه کنترل ۳۴/۴۳ و ۴/۷۲ به دست آمد. در بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی، در متغیر وضعیت تحصیلات، در گروه آزمایش ۳ نفر دیپلم، ۴ نفر فوق دیپلم،۷ نفر لیسانس و در گروه گواه،۳ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق دیپلم و ۵ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس بودند. در متغیر وضعیت اشتغال در گروه آزمایش ۹ نفر خانه دار، ۳ نفر دانشجو و ۲ نفر شاغل و در گروه گواه،۱۰ نفر خانه دار، ۲ نفر دانشجو و ۱ نفر شاغل بودند. در متغیر نوع ازدواج در گروه آزمایش ۲ نفر ازدواج فامیلی و ۱۲ نفر ازدواج غیر فامیلی و در گروه گواه هم ۲ نفر ازدواج

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

فامیلی و ۱۲ نفر ازدواج غیر فامیلی بودند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرها شامل میانگین و انحراف معیار ارائه شده اند.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	گروه آزمایش	۳/۳۰	۰/۳۳	۳/۹۵	۰/۱۸	۳/۷۵	۰/۲۵
	گروه کنترل	۳/۰۳	۰/۵۱	۳/۱۳	۰/۳۴	۲/۵۸	۰/۲۷
رضایت‌مندی زناشویی	گروه آزمایش	۳/۱۳	۰/۵۱	۳/۴۱	۰/۲۶	۳/۳۴	۰/۲۶
	گروه کنترل	۳/۲۶	۰/۴۶	۲/۶۹	۰/۱۷	۲/۶۶	۰/۱۱
نگرش نسبت به ناباوری	گروه آزمایش	۳/۲۰	۰/۲۷	۲/۱۹	۰/۲۳	۲/۴۳	۰/۲۲
	گروه کنترل	۳/۱۳	۰/۳۳	۳/۳۷	۰/۲۶	۳/۵۰	۰/۲۳

فرض نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و فرض برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی و در مورد همه متغیرها تائید شد. با توجه به نتایج این دو پیش فرض و با توجه به اینکه تعداد اندازه‌گیری‌ها بیش از دو مرحله بود از روش تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌های تکراری استفاده شد. لازم به تذکر است به دلیل اینکه در این روش تفاضل نمرات سه مرحله در هر دو گروه مقایسه می‌شود نیازی به کنترل نمرات پیش‌آزمون نیست. نتایج در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر دو گروه درمانی و کنترل

متغیر		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
تاب آوری	بین آزمودنی	گروه	۱۱/۳۲۵	۱	۱۱/۳۲۵	۴۸/۰۹	۰/۰۰۱**
		خطا	۵/۸۹	۲۵	۰/۲۳۶		
	درون آزمودنی	عامل	۲/۴۷۶	۱/۲۳	۲/۰۱۳	۲۵/۷۵۶	۰/۰۰۱**
		عامل و گروه	۲/۹۵۳	۱/۲۳	۲/۴۰۱	۳۰/۷۲۱	۰/۰۰۱**
		خطا	۲/۴۰۳	۳۰/۷۵	۰/۰۷۸		
رضایت زناشویی	بین آزمودنی	گروه	۳/۳۹۸	۱	۳/۳۹۸	۱۴/۲۷	۰/۰۰۱**
		خطا	۵/۷۱۵	۲۴	۰/۲۳۸		
	درون آزمودنی	عامل	۰/۷۵	۱/۰۶	۰/۷۰۴	۷/۴۸۷	۰/۰۰۱**
		عامل و گروه	۳/۳۱۲	۱/۰۶۵	۳/۱۰۹	۳۳/۰۵۴	۰/۰۰۱**
		خطا	۲/۴۰۵	۴۸	۰/۰۵		
نگرش به ناباروری	بین آزمودنی	گروه	۱۰/۸۲	۱	۱۰/۸۲	۶۸/۵۷۵	۰/۰۰۱**
		خطا	۳/۹۴	۲۵	۰/۱۵۸		
	درون آزمودنی	عامل	۱/۸۰	۱/۴۸۸	۱/۲۱	۳۲/۲۶۷	۰/۰۰۱**

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

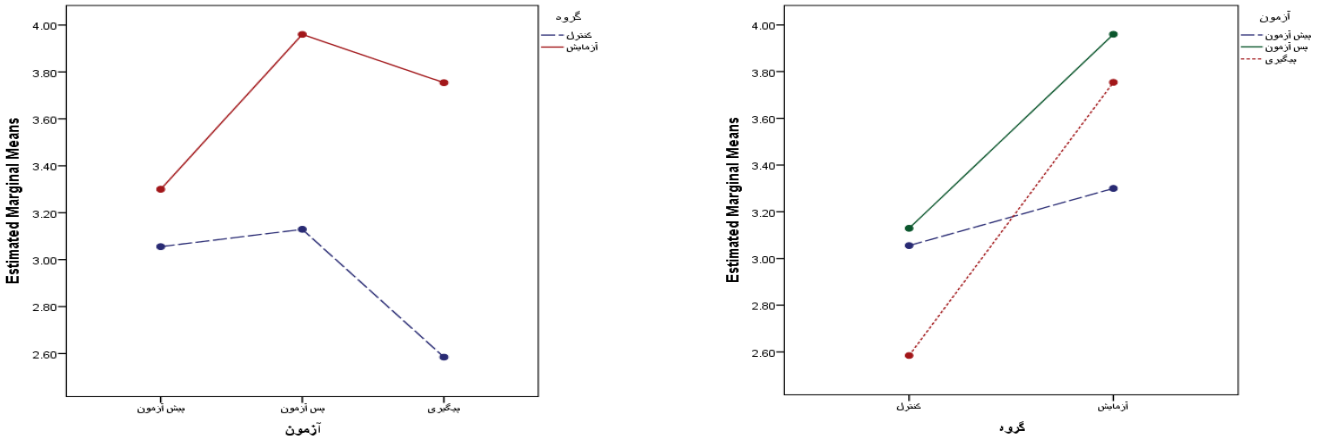
	عامل و گروه	۶/۲۴۹	۱/۴۸۸.	۴/۲۰۱	۱۱۴/۴۷	۰/۰۰۱**
	خطا	۱/۳۶۵	۳۷/۱۹	۰/۰۳۷		

ضرایب در سطح P<۰/۰۱ معنادار هستند.

جدول۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای متغیر تاب‌آوری

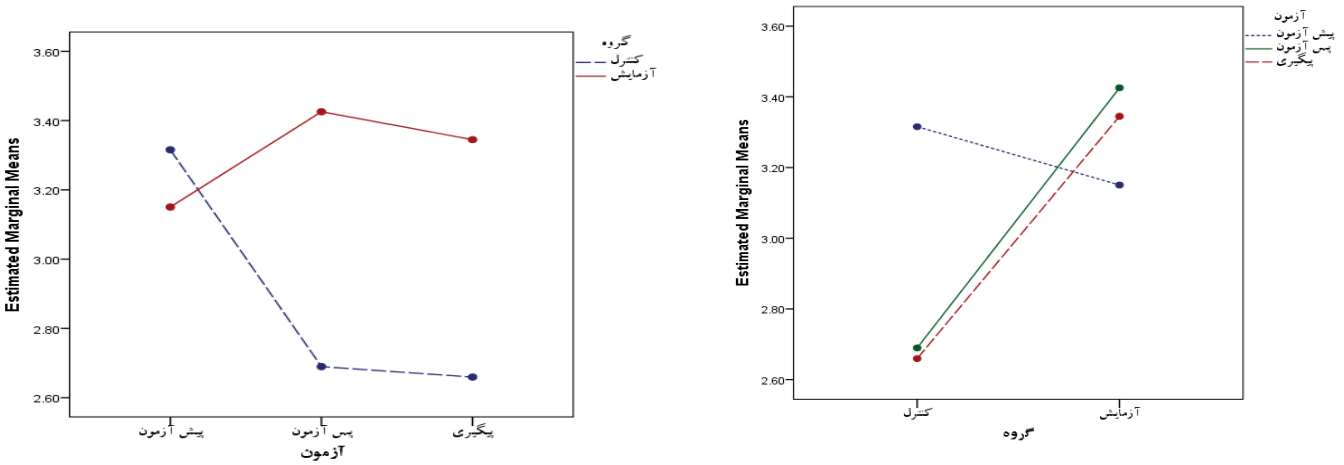
متغیر	گروه		اختلاف میانگین‌ها	سطح معناداری
تاب آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۳۶۷	۰/۰۰۰**
		پیگیری	۰/۰۰۸	۰/۹۱۳
	پس آزمون	پیگیری	۰/۳۷۵	۰/۰۰۰**
رضایت زناشویی	پیش آزمون	پس‌آزمون	۰/۱۷۵	۰/۰۲۳*
		پیگیری	۰/۲۳۱	۰/۰۰۷**
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۵۵	۰/۰۰۳**
نگرش به ناباروری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۳۶۵	۰/۰۰۰**
		پیگیری	۰/۱۹۶	۰/۰۰۰**
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۶۹	۰/۰۰۰**

با توجه به جدول ۳ مشخص می شود بین نمرات سه بار اندازه‌گیری تاب‌آوری، رضایت زناشویی و نگرش به ناباروری در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). با توجه به نتایج جدول ۴، مشخص می‌شود به استثنای مرحله پیگیری تاب‌آوری، این تفاوت هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری وجود دارد. تغییرات نمرات دو گروه در سه مرحله در نمودارهای زیر ارائه شده است.

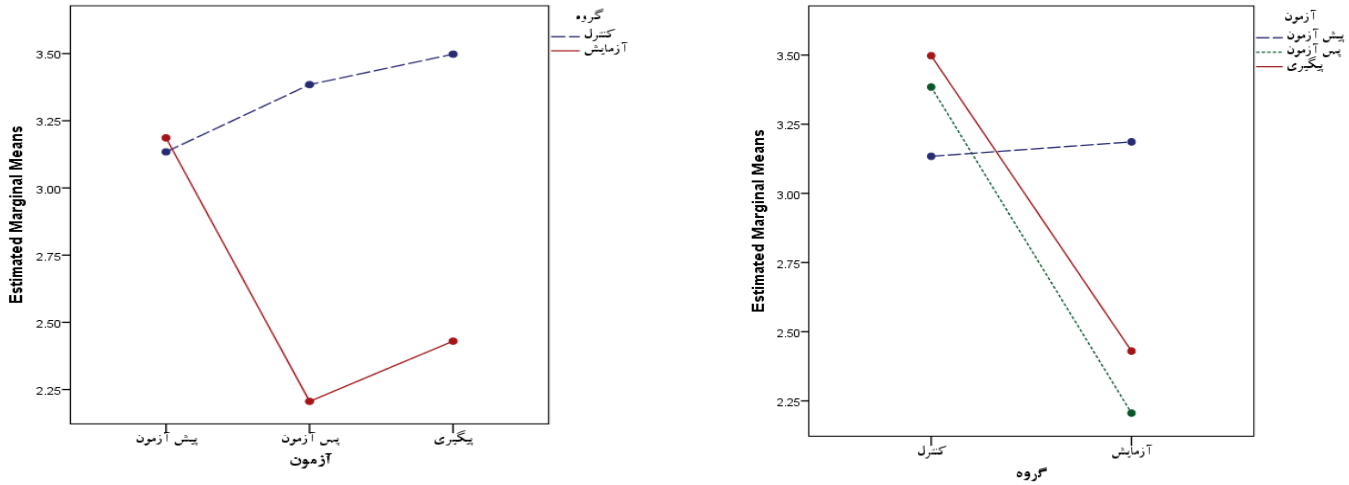


نمودار۱ تفاوت میانگین تاب‌آوری در دو گروه طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]



نمودار ۲ تفاوت میانگین رضایتمندی زناشویی در دو گروه طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۳ تفاوت میانگین نگرش نسبت به ناباوری در دو گروه طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخلات روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایتمندی زناشویی، تاب‌آوری و نگرش نسبت به ناباروری در زنان شهر اصفهان انجام گرفته است. در ذیل نتایج به دست آمده مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

با توجه به نتایج به دست آمده، مشاهده می‌گردد که تاب آوری افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در تمامی مراحل پژوهش افزایش معناداری نشان می‌دهد. این نتایج با نتایج پژوهش رحمانی فرد، کلانتر کوشه و فرامرزی (۲۰۱۸) هماهنگی دارد. در مجموع از یافته‌های به دست آمده چنین استنباط می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، در همه‌ی مراحل اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) بر نمره‌ی تاب آوری تأثیرگذار است و موجب افزایش آن می‌شود. در تبیین نتایج می‌توان گفت، در دیدگاه های مختلف تأثیر ناباروری بر زندگی افراد با عناوینی مثل بحران هویت، بحران زندگی، بیماری مزمن، ضایعه، عامل

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

سوگ و تأسف، بحران وجودی و نیز ترکیبی از این موارد در نظر گرفته شده است که همین موضوع موجب می‌شود زنان نابارور افکار و احساسات آزاردهنده‌ی زیادی را تجربه می‌کنند. بر اساس رویکرد پذیرش و تعهد، در دنیای بیرونی قانون کنترل وجود دارد به این صورت که «اگر چیزی را دوست نداری فکر کن چگونه از آن خلاص شوی و آن کار را انجام بده» و این قانون در ۹۵ درصد زندگی ما کاربرد دارد تا جایی که هر چیزی در اطراف خود می‌بینیم بدون ذهن و منطق انسان نمی‌توانست وجود داشته باشد؛ اما در ۵ درصد باقی مانده که مربوط به دنیای درون است قانون اگر به داشتن چیزی تمایل ندارید، دچار آن شده‌اید! حاکم است. در حقیقت، در دنیای خارج، کنترل عمدی، هشیارانه و هدفمند بسیار مؤثر است اما در دنیای درون، کنترل عمدی راه حل نیست، مسئله است (پیترسون و ایفرت،۲۰۱۱). عدم تمایل به این افکار و احساسات و اجتناب تجربه ای از رنج پاک ناباروری موجب افزایش پریشانی روان‌شناختی است. پس از به کارگیری روش‌ها و تکنیک‌های مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، حتی اگر ظاهر افکار و احساسات آزاردهنده در زنان نابارور تغییر نکند (که احتمالاً تغییر می‌کند) ماهیت ناراحتی‌های روانی (یعنی تأثیر این پریشانی‌ها) تغییر خواهد کرد. پذیرش روان‌شناختی با استفاده از شیوه‌های مسئله مدار و فعال و همچنین توانایی مقابله بیشتر ارتباط دارد. در افراد بیمار، پذیرش با سازگاری بیشتر و بهتر با بیماری و محدودیت‌های بیماری در ارتباط است (ویکسل،کانستراپ،کمانی،کولستروم و اولسون، ۲۰۱۵). افزایش تاب آوری در زنان نابارور حاکی از آن است که آن‌ها از طریق فرآیندهای پذیرش، گسلش و خود به عنوان زمینه به رنج پاک ناباروری تمایل نشان می‌دهند و به جای پرداختن به کارهایی که موجب رنج ناپاک می‌گردد و کنترل آن‌ها را بر زندگی کاهش می‌دهد، به‌تصریح ارزش‌ها و حرکت متعهدانه در جهت ارزش‌ها می‌پردازند که این موجب انطباق و سازش بهتر همچنین مدیریت بهتر زندگی می‌شود.

با بررسی نتایج به دست آمده، مشاهده می‌گردد که رضایتمندی زناشویی افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در تمامی مراحل پژوهش افزایش معناداری نشان می‌دهد. این نتایج با نتایج پژوهش لی، لانگ، لیو، هی و لی[1] (۲۰۱۶) هماهنگی دارد. در بعد خانواده، تکنیک های پذیرش و تعهد توانستند عوامل نارضایتی خانوادگی را به خوبی نشانه بروند. اگر چه در این نوع درمان، فروانی هدف قرار داده نمی‌شد اما مداخلات تجربه ای اجرای درمان پذیرش و تعهد نشان داد که تأکید بر بهبود عملکرد زناشویی در نهایت بر ارتقای کیفیت زندگی، کاهش آزارندگی و نارضایتی های زناشویی زنان نابارور تأثیرگذار است. در پژوهش حاضر با توجه به بازخوردهایی که از آزمودنی‌ها دریافت شد مشخص شد که این روش درمانی بر زندگی زناشویی آنان تأثیر خوبی گذاشته است که یکی از دلایل آن ممکن است از طریق ایجاد و توسعه پذیرش نسبت به تغییرات درمانی باشد (یو و همکاران،۲۰۱۴). به نظر می‌رسد دلیل دیگر این تأثیر توجه زیاد و اساسی این درمان به بافت زندگی مراجعه کنندگان است. در این درمان بر خلاف شیوه های دیگر هیچ‌گونه ارزش یا سبک خاص زندگی به مراجع تحمیل نمی‌شود و در عوض مراجعه‌کنندگان بر اساس نظام ارزش‌های خود به

[1]- Li, Long, Liu, He, Li

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

تصمیم‌گیری درباره تغییر می‌پردازند. در زنان نابارور عدم بارداری واقعیتی است که در زندگی فرد وجود دارد و این مسئله آشفتگی‌ها و مشکلاتی دارد که حداقل در کوتاه‌مدت قابل‌حل نیست. در این شرایط خاص، درمان پذیرش و تعهد با تشخیص و شناسایی عناصر قابل تغییر و غیر قابل تغییر فردی و محیطی، انرژی افراد را بر امور سازنده تر متمرکز می سازد و از اتلاف انرژی و سرمایه زندگی افراد و جامعه جلوگیری می‌نماید.

با بررسی نتایج به دست آمده در نمودارها و جداول، مشاهده می‌گردد که نگرش نسبت به ناباروری افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در تمامی مراحل پژوهش کاهش معناداری نشان می‌دهد. با توجه به این که زنان نابارور با افکار و احساسات ناخوشایندِ مربوط به گذشته و آینده و داستان زندگی خود که تِمی از قربانی بودن دارد، آمیخته می‌باشند، بودن در زمان حال را از دست می‌دهند و همین موجب کاهش کیفیت زندگی و تقویت نگرش ناباروری می‌شود (مالوگاجیسکی و همکاران، ۲۰۱۷). از آن جایی که بودن در زمان حال و ذهن آگاهی از فرآیندهای مهم درمان مبنی بر پذیرش و تعهد است، در این درمان با توجه به این فرآیندها، فرد به جای آمیختگی با افکار و احساسات مربوط به گذشته و آینده و رفتارهای اجتنابی، به رفتارهایی که متناسب با اهداف و در راستای ارزش‌های او است، می پردازد. البته ارزش ها، اهداف و اعمال در یک زمینه بدون آمیختگی تصریح و تعیین گردد. در طول مداخلات مشاهده شد برخی از زنان نابارور ارزش‌هایشان را با آمیختگی با داستان زندگی، خود مفهومی سازی شده، ارزشیابی‌ها، افکار و احساسات، تعیین و اولویت‌بندی کردند، همچنین اشتباه گرفتن ارزش‌ها با اهداف و انتظارات از موادی بود که افراد را در حرکت به سمت ارزش‌ها دچار مشکل می‌کرد، سعی بر آن شد تا زنان نابارور به تعیین چند عملی که در جهت ارزش‌هایشان است بپردازند و تا جلسه بعد اقدام به عمل کرده و به شناسایی موانعی که در راه عمل کردن طبق ارزش‌هایشان بوده است، بپردازند (هیز و استروسال، ۲۰۱۲). در مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌گردد تا زمینه آمیختگی تبدیل به گسلش گردد. همان طور که اشاره شد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی و کمک به افراد برای ساختن یک زندگی غنی، کامل و معنادار است که با بهره‌گیری از تمرینات و استعاره‌هایی در جهت فرآیندهای ذهن‌آگاهی، گسلش و پذیرش به افراد برای افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی کمک می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک درمان غنی و چند مؤلفه‌ای می‌تواند در بهبود شاخص-های روان‌شناختی زنان دچار ناباروری مفید باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش اجرای آن بر زنان بوده است و در تعمیم نتایج آن بر مردان باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش های آتی علاوه بر گروه کنترل، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نسخه‌های جدیدتر آن مانند درمان مبتنی بر شفقت نیز مقایسه شود. به منظور افزایش توان آماری و افزایش قابلیت تعمیم دهی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از حجم نمونه بزرگ‌تری استفاده شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کادر درمانی و اجرایی مرکز ناباروری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کلیه

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌نماییم.

References

Alidosti A, Nakhaei N, Khanjani N. (2015). The reliability and validity of Kansas and Inrich marital satisfaction questionnaires. Journal of Health and Development. (4) 2, 167-158. (In persian).

Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C, et al. (2016). Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. JSex Med;13(3): 393-401.

Bennett J, Aden CA, Broome K, Mitchell K, & Rigdon WD. (2010). Team resilience for young restaurant workers: research-to-practice adaptation and assessment. Journal of Occupational Health Psychology, 15, 223-236.

Bornstein M, Gipson JD, Failing G, Banda V, Norris A. (2020). Individual and community-level impact of infertility- related stigma in Malawi. Social Science & Medicine. 251,: Article 112910.

Eliasi R. (2016). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to resilience, satisfaction and attitude towards infertility in infertile women. Master's Thesis in Clinical Psychology, Najafabad Azad University. (In Persian).

Ferreira M, Antunes L, Duarte J, Chaves J. (2015). Influence of Infertility and Fertility Adjustment on Marital Satisfaction. Social and Behavioral Sciences, 171, 96-103.

Fu B, Qin N, Cheng L, Tang G, Lei J. (2015). Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese women. Journal of Psychosomatic Research. 79: 69-75.

Guinnane TW. (2011). The Historical Fertility Transition: A Guide for Economists. Journal of Economic Literature, 49: 3, 589–614.

Hayes SC, & strosahl KD. (2010). A practional Guide to Acceptance and commiment therapy. New York: springer science and Businicas Media Inc.

Karaca A, Unsal G. (2015). Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. Asian Nursing Research, 9, 243-250.

Li J, Long L, Liu Y, He W, LiM M. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on fertility quality of life and pregnancy rates among women subjected to first in vitro fertilization treatment. Behaviour Research and Therapy, 77, 96-104.

Malogajski J, Jansen ME, Ouburg S, Ambrosino E, Morré SA. (2017). The attitudes of Dutch fertility specialists towards the addition of genetic testing in screening of tubal factor infertility.Sexual & Reproductive Healthcare,12,123-127.

Mesrabadi J, Jafariyan S, Ostovar N. (2013). Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students. International Journal of Behavioral Sciences. 7(1), 83-90.

Oldfield J, Stevenson A, Ortiz E, Haley B. (2018). Promoting or suppressing resilience to mental health outcomes in at risk young people: The role of parental and peer attachment and school connectedness. Journal of Adolescence, 64, 13-22.

Pasch LA, Dunkel-Schetter C, Christensen A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. Fertil Steril , 77(6), 1241-7.

Pelege O. (2012). The relation between differentiation of self and marital satisfaction: What can be learned from married people over the course of life? The American Journal of Family Therapy, 36, 388- 401.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]

Peterson BD, Eifert GH. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. Cognitive and Behavioral Practice, 18(4), 577-587.

Rahmani Fard T, Kalantarkousheh M, Faramarzi M. (2018). Effect of mindfulness-based cognitive infertility stress therapy on psychological well-being of women with infertility. Middle East Fertility Society Journal. 23, 476 -481.

Ramezanzadeh F, Noorbala A, Malek Afzali H, Abedinia N. (2006). Investigating the effect of psychiatric interventions on the occurrence of infertile couples in pregnancy. Journal of The School of Medicine. 65, 57-63 (In persian).

Richter R, Brahler E. (2007). Sexual desire and sexual activity of men and woman across their life spans. Journal of Compilations, 107, 76-82.

Rooney KL, Domar AD. (2018). The relationship between stress and infertility. Dialogues in Clinical Neuroscience . 20, 41-46.

Samani SJB, Sahragard N. (2007). Resilience, mental health and life satisfaction. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 13(3), 290-5 (In Persian).

Schumather JA, & Leonard KE. (2005). Husbands' and wives' marital adjustment, verbal aggnession and physical aggnession as longitudinal predictor of physical aggrention in early marriage. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 28-37.

Shackelford TK, Buss DM. (2007). From vigilance to violence: mate retention tactic in married couples. Journal of Personality and Social Psychology, 72, 346-361.

Waugh CE, Fredrickson B, Taylor SF. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. Journal of Research in Personality, 42(4), 1031–1046.

Wicksell RK, Kanstrup M, Kemani MK, Holmström L, Olsson GL. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children and adolescents with physical health concerns. Current Opinion in Psychology. 2, 1-5.

Yu Y, Li Peng L, Chen C, Long L, Wang T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. Psychiatry Research, 215, 401-405.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.2.10.9]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.2.13]