

ثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودتاب آوری زنان نابارور شهرستان ساری

امین افشین^۱

عارف اسدپور^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودتاب آوری زنان نابارور شهرستان ساری انجام گرفت. این پژوهش از لحاظ روش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه زنان نابارور که به بیمارستان حضرت امام خمینی شهرستان ساری در شش ماه دوم سال ۱۳۹۴، مراجعه نموده که تعداد آنها برابر ۲۱۱ نفر از سوی بیمارستان گزارش شده بود. شیوه نمونه گیری پژوهش حاضر از نوع در دسترس و با غربالگری اولیه به صورت هدفمند به حجم ۳۰ نفر که برای هر گروه آزمایش و گواه ۱۵ نفر انتخاب گردید. کلیه فرایند درمان در هشت جلسه به صورت فردی به مدت ۴۵ دقیقه برای گروه آزمایش انجام گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات نمونه ها از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون استفاده شد و جهت تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده گردید. یافته ها نشان داد که متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته (خود تاب آوری) داشته است ($F(1, 28) = 27.77$ و $P < 0.001$). بنابراین میتوان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد بر خودتاب آوری زنان نابارور موثر بوده است.

واژه‌گان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، خودتاب آوری، زنان نابارور.

۱- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
(نویسنده مسئول) aminafshin.counselor@gmail.com

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

مقدمه

نسل انسان‌ها، تنها با باروری حفظ می‌گردد و شاید بتوان گفت، عمیق‌ترین خواسته هر فرد در زندگی، اطمینان از حفظ نسل و آثار او، از طریق فرزندانش می‌باشد، تمایل به داشتن فرزند، نه تنها به دلیل دوست داشتنی و مطلوب بودن بچه‌ها در انسان قوت می‌یابد، بلکه آرزوی حفظ بقاء و به جا گذاشتن یادگاری ارزشمند، همواره ذهن انسان را به خود مشغول داشته است (ملائی نژاد و همکاران، ۱۳۸۷).

ناباروری می‌تواند نوعی بحران زندگی، بحران هویت، یک بیماری مزمن، یک آسیب، یک علتی از اندوه و سوگواری یا یک تجربه هستی‌گرایانه و آمیزه‌ای از همه این‌ها در نظر گرفته شود. عده‌ای معتقدند که ناباروری در بیشتر موارد باعث تنش هیجانی می‌شود. آنها شدت هیجان ناشی از ناباروری را به عنوان بحران ناباروری توصیف می‌کنند و معتقدند که ناباروری، در تمام زمینه‌های ارتباطی و شغلی زوج‌ها تأثیر می‌گذارد و افراد نابارور ناراحتی عاطفی قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند. همچنین ناباروری می‌تواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی و کاهش صمیمیت، ترس از خاتمه روابط زناشویی، جدایی و بیماری‌های روان‌تنی شود (دادفر، ۱۳۹۵).

با وجود تأثیرات ناباروری در حیطه روابط زناشویی و اجتماعی و سلامت روانی برنامه‌های حمایت روانی و اطلاع‌رسانی چندان رضایت‌بخش نیست و شناخت بیشتر مشکلات زنان نابارور برای تدوین مداخلات روان‌شناختی ضروری است (تقوی و آشتیانی، ۱۳۸۸).

پدیده ناباروری با داشتن یک حادثه بحران ساز، یعنی طول مدت، شرایط پیچیده، عدم قابلیت پیش‌بینی و غیر قابل کنترل بودن شرایط، بحران همه‌جانبه‌ای را در زندگی زوج‌های نابارور ایجاد نموده و مشکلات و آسیب‌های مختلفی را به همراه می‌آورد (خسروی، ۱۳۹۰). اغلب مردان و زنان نابارور ایرانی به خاطر عدم توانایی در داشتن فرزند حاصل از باروری خود، با نوعی حالت استیگما مواجه بوده و خود را وصله‌ای ناجور در اجتماع می‌پندارند (یونسی، ۱۳۹۱). ناباروری به عنوان شکست در بارداری پس از گذشت یک سال نزدیکی منظم و بدون پیشگیری تعریف می‌شود و یکی از مهمترین بحران‌های زندگی است که به طور تقریبی از هر ده زوج، یکی به آن مبتلا می‌شود.

و این تجربه تلخ از لحاظ واکنش، قابل مقایسه با مرگ بستگان درجه یک می باشد (لانفلد و همکاران^۱، ۲۰۱۴).

افراد در طول زندگی با فراز و نشیب هایی همراه هستند و ممکن است با بحران های شدید از جمله بیماری های جسمی و روانی روبه رو شوند، اما این نکته نیز قابل توجه است که بحران ها و آسیب ها بر تمام افراد با یک شدت و به یک صورت تاثیر نخواهند گذاشت، برخی از افراد پس از برخورد با درد و رنج و مشکل نه تنها افسرده، عصبانی و ناتوان به نظر نمی رسند بلکه شرایط را به سمت بهبودی و زندگی طبیعی مدیریت می کنند (بولمن^۲، ۱۹۹۲؛ به نقل از کاندلی^۳، ۲۰۰۶). امروزه تاب آوری به عنوان یکی از عوامل محافظتی در مقابل عوامل خطر ساز آینده مورد توجه واقع شده است. در روان شناسی، ظرفیت مثبت افراد برای سازگاری با استرس و فجاجع را تاب آوری نامیده اند. تاب آوری به عنوان سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار و تفاوت های فرد در واکنش و مقابله با موقعیت های دشوار تعریف می شود (روتز^۴، ۱۹۹۹). ماستن، بست و گامزی معتقدند که تاب آوری به فرآیند بازگشت فرد به کارکرد طبیعی پس از تجربه یک رویداد استرس زا یا ناراحت کننده اشاره دارد (مستن، ۲۰۰۱). بنابر این یک فرد تاب آور موقعیت ناگوار را به شیوه مثبت تری پردازش می کند و خود را برای رویارویی با آن دارای توانمندی قلمداد می کند. افزون بر این محققان بر این باورند که تاب آوری نوعی خود ترمیمی با پیامد های مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (سونیا، ۲۰۰۰؛ روتر، ۱۹۹۹؛ مستن، ۲۰۰۱). از نظر تاریخی، مطالعه تاب آوری، سه موج را به همراه داشته است (ریچاردسون، ۲۰۰۲):

موج اول بررسی تاب آوری، در پاسخ به این سؤال بود، «چه ویژگی هایی، افرادی را که در مواجهه با عوامل خطرزا یا شرایط ناگوار موفق بیرون می آیند، به عنوان نقطه مقابل افرادی که در برابر این عوامل تسلیم می شوند، مشخص می کند، بیشتر ادبیات و منابع موجود تاب آوری، جستجویی برای توصیف کیفیت های تاب آورانه درونی و بیرونی است که به افراد کمک می کنند تا در پی بروز شرایط پرخطر و یا پس از عقب نشینی، بتوانند سازگار شده و یا کارکرد قبلی خود را

^۱ - Lunenfeld et al

^۲ - Buolman

^۳ - Condly

^۴ -Router

باز یابند. کیفیت‌های تاب‌آور بودن، پیامدهای نخستین موج بررسی تاب‌آوری را بازنمایی می‌کنند.

موج دوم بررسی تاب‌آوری، تلاشی برای پاسخ به این سؤال بود، کیفیت‌های تاب‌آوری، چگونه کسب می‌شوند؟ فلچ (۱۹۷۷، ۱۹۸۸) اظهار نمود، کیفیت‌های تاب‌آور بودن از طریق قانون تخریب و انسجام مجدد کسب شده‌اند. یک فرایند مفصل‌تر کسب کیفیت‌های تاب‌آوری به عنوان کارکردی از انتخاب‌هشیار یا ناهشیار به وسیله ریچارد سون و همکاران (۱۹۹۰) مطرح گردید. برای اهداف آموزشی و مشاوره با مراجعان، تاب‌آوری به عنوان مدل خطی ساده‌ای است که بر اساس آن فرد یا گروه از میان مراحل تعادل زیستی-عروانی-معنوی، تعامل با فوریت‌های زندگی، تخریب‌ها، آمادگی برای انسجام مجدد و انتخاب برای انسجام مجدد به صورتی تاب‌آورانه، برگشت به تعادل یا فقدان، عبور میکند.

موج سوم بررسی تاب‌آوری، منجر به مفهوم تاب‌آور بودن شد. موج سوم آشکار ساخت که در فرایند انسجام مجدد از تخریب در زندگی برخی اشکال انرژی‌انگیزی، مورد نیاز است. انسجام مجدد تاب‌آورانه به انرژی‌فزاينده‌ای برای رشد نیاز دارد، و مطابق نظریه تاب‌آوری این منبع انرژی، یک منبع معنوی یا تاب‌آور بودن فطری است.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که در شرایط پر استرس کسانی که از سرسختی و تاب‌آوری بالایی برخوردارند، در مقایسه با کسانی که از سرسختی و تاب‌آوری پایین‌تری برخوردارند سلامت روان بیشتری دارند. بنابراین، تاب‌آوری با هیجانات مثبت رابطه مستقیم و با هیجانات منفی رابطه معکوس دارد (توگاد^۱، ۲۰۰۴). تجربه هیجان‌های مثبت به افراد تاب‌آور کمک می‌کند بتوانند با استرس‌های روزمره بهتر مقابله کنند. بنابراین افرادی که هیجانات مثبت را به میزان بیشتری تجربه می‌کنند احتمالاً در مقابل حوادث، سخت‌مقاوم‌تر و تاب‌آورتر می‌باشند (آلز^۲، ۲۰۰۵). با توجه به ابعاد روان‌شناختی، فرهنگی و اجتماعی ناباروری و توجه بیشتر متخصصین امر به اتخاذ یک رویکرد جامع‌نگر در درمان و افزایش میزان تاب‌آوری، میتوان درمان موج سوم روانشناسی را ارائه کرد. بر اساس درمان‌های موج سوم رفتاری باید شرایط موجود را به صورت فعال مورد پذیرش

^۱ -Tvgad

^۲ -Else

قرار داد. (هیز، استروسال، ویلسون، ۲۰۱۲). درمان پذیرش و تعهد بر خلاف سایر نظریات روان درمانی غربی یک رویکرد نشانه نگر نیست در این درمان اعتقاد بر این است که ذهن سالم و فرآیند شناخت، تفکر و زبان انسان را به سمت اجتناب کردن از تجربه می برد (که بر اساس درمان های موج سوم رفتاری باید شرایط موجود را به صورت فعال مورد پذیرش قرار داد). این اجتناب تجربی خود باعث ایجاد مشکلات و رنج بردن انسان می شود (هیز، استروسال، ویلسون، ۱۹۹۹).

در درمان پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی است؛ انعطاف پذیری روان شناختی یعنی توانایی انتخاب پاسخ عملی مناسب در بین گزینه هایی که موجود است، نه اینکه صرفاً از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز اجتناب یا به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات، و...) افزایش و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموزش داده می شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی نا خواسته، بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. در گام بعدی بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله بعد به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (ناهمجوشی شناختی)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر مفهوم سازی خود یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. گام بعد، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ارزش ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده همراه با پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس ها و یا اضطراب اجتماعی و غیره باشند (هیز، استروسال، ویلسون، ۲۰۱۱). تصور اصلی بر اساس درمان پذیرش و تعهد بر این است که مشکلات روان شناختی معمولاً ناشی از تعامل بین زبان، تفکر و کنترل رفتار انسان به وسیله تجارب مستقیم شان است (هیز و لیلیز، ۲۰۱۲). انعطاف نا پذیری روانی استدلالی برای ظهور اجتناب تجربی، همجوشی شناختی، علاقه به مفهوم سازی در رابطه با خود عدم ارتباط

با زمان و شرایط حال و در نتیجه شکست در احتیاجات و مراحل رفتار و مالکیت ارزش‌های اساسی است. هدف از مداخله‌ی درمان‌پذیرش و تعهد تغییر فرایندهایی است که در آسیب‌شناسی روانی این اختلالات سهیم هستند.

زنان هر جامعه‌ای از ارکان اصلی خانواده محسوب می‌شوند و بررسی سلامت آنان نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. سلامت زنان و مخصوصاً سلامت مادران از مفاهیم اساسی توسعه و رفاه اقتصادی اجتماعی است. اخیراً به سلامت روانی زوجین نابارور توجه ویژه‌ای شده است و از ناباروری به عنوان یک تجربه شدید درماندگی عنوان شده است (جمیلیان و همکاران، ۱۳۸۹).

ناباروری به عنوان یک نوع بیماری و پدیده مرضی در کشورهای مختلف جهان خصوصاً کشورهای در حال توسعه است که مشکلات و معضلات روحی و روانی، اجتماعی و فرهنگی گوناگونی را به دنبال دارد. ناباروری به عنوان عاملی تنش‌زا، تأثیر منفی زیادی بر زندگی زوجین نابارور خواهد داشت. مشکلات و تنگناهایی که زوجین نازا در مراحل گوناگون به طور مستقیم با آن مواجه شده و به نوعی آن را تجربه می‌کنند. به طوری که زوجین نابارور با یک زندگی تحمیلی برخورد خواهند کرد که این نوع زندگی به طرق مختلف هویت پدر و مادر بودن آنها را زیر سؤال خواهد برد. با توجه به اینکه قشری از افراد جامعه ما نیز در معرض آثار و پیامدهای این مسئله هستند و در زندگی خصوصی و روابط زناشویی با مصائبی از قبیل بدرفتاری، بی‌توجهی، محرومیت‌های اجتماعی - اقتصادی و طلاق و جدایی روبرو هستند، شناخت مسائل و مشکلات این قشر و توجه به این زوجین در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهداشت تولید مثل از اهمیت خاصی برخوردار است (شاهنوشی و کریمی، ۱۳۸۹).

در سال‌های اخیر نیز با وجود تغییرات مختلف در زمینه نگرش به مسائل جنسی، هنوز هم باروری در ذهن بشر یکی از مهم‌ترین مسائل بوده و از آن به عنوان یکی از عوامل تحکیم زندگی زناشویی ذکر شده است. بر اساس مطالعات انجام شده شیوع کلی مشکلات روانی در زوجین نابارور ۲۵ تا ۶۰ درصد برآورده شده است.

آسیب‌های زندگی زناشویی، همچون پدیده ناباروری مجموعه عواملی است که باعث ایجاد تعارض و اختلافات زناشویی می‌شود، میزان خشنودی و سازگاری زوجین را کاهش می‌دهد، مانع عملکرد بهنجار زندگی زناشویی می‌گردد و گاهی به طلاق و جدایی منجر می‌شود (رحمت‌اللهی و

همکاران، ۱۳۸۵) و این پژوهش در پی بررسی این پرسش است که آیا درمان پذیرش و تعهد بر خودتاب آوری زنان نابارور موثر است؟

روش پژوهش:

این پژوهش از لحاظ روش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه زنان نابارور که به بیمارستان حضرت امام خمینی شهرستان ساری در شش ماه دوم سال ۱۴۰۱، مراجعه نموده که تعداد آنها برابر ۲۱۱ نفر از سوی بیمارستان گزارش شده است. شیوه نمونه گیری پژوهش حاضر از نوع در دسترس و با غربالگری اولیه به صورت هدفمند به حجم ۳۰ نفر که برای هر گروه آزمایش و گواه ۱۵ نفر انتخاب گردید. کلیه فرایند درمان در هشت جلسه به صورت فردی به مدت ۴۵ دقیقه برای گروه آزمایش انجام گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات نمونه ها از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون استفاده شد.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون: این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، آن را با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ در حوزه تاب آوری تهیه کردند. نمره گذاری در این پرسش نامه بین ۵ درجه بندی صفر معادل با کاملاً نادرست تا چهار معادل با همیشه درست انجام می شود. بیشترین نمره ۱۰۰ و کمترین نمره صفر است. تهیه کنندگان معتقدند این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از افراد غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی و قابل استفاده در موقعیت های پژوهشی و بالینی است. در ایران محمدی (۱۳۸۴)، برای هنجاریابی آن، پیش از تعیین روایی با استفاده از تحلیل عاملی به روش مؤلفه های اصلی دو شاخص با مقدار کفایت نمونه برداری برابر با ۰/۸۷ و مقدار خی دو آزمون کرویت بارتلست برابر ۵۵۵۶/۲۸ به دست آورد که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. ضریب پایایی با محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمده است. در انجام کل فرایند تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ۱۹ استفاده گردید. جهت تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

در پژوهش حاضر درمان پذیرش و تعهد در هشت جلسه ی دو ساعته به صورت گزوهی برای افراد مورد آزمایش انجام گرفت. در این قسمت به طور مختصر شرح جلسات درمانی آورده شده است (زتل، ۲۰۰۷).

اهداف	جلسات درمان
معرفی درمان بحث در مورد حدود رازداری رضایت آگاهانه مراجع برای اتمام فرآیند درمان ارزیابی کلی مشکل بررسی خواسته مراجع از درمان آشنایی با مفهوم ناامیدی خلاق	جلسه ۱
بررسی انعکاس جلسه قبل در زندگی فرد ادامه بحث در مورد ناامیدی خلاق ارائه تکلیف جلسه قبل	جلسه ۲
بررسی انعکاس جلسه قبل در زندگی فرد بررسی تکالیف خانگی معرفی کنترل به عنوان یک مشکل نه راه حل آشنایی با مفهوم تمایل - پذیرش ارائه تکلیف	جلسه ۳
بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تا کنون بررسی تکالیف خانگی و تعهدات رفتاری آشنایی با مفهوم خود به عنوان زمینه ارائه تکالیف خانگی	جلسه ۴
بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تا کنون بررسی تکالیف خانگی آشنایی با مفهوم ناهمجوشی شناختی ارائه تکالیف خانگی	جلسه ۵

جلسه ۶ و ۷	بررسی انعکاس جلسه قبل در زندگی فرد بررسی تکالیف خانگی آشنایی با مفهوم ارزش ها واضح سازی ارزش ها در حوزه های مختلف زندگی ارائه تکالیف خانگی
جلسه ۸	بررسی تجربیات زندگی مراجع از ابتدای درمان تا کنون مرور مباحث مطرح شده مرور تمرینات خانگی بحث در مورد تعهدات رفتاری

یافته‌ها:

جدول ۱- شاخص های توصیفی در خود تاب آوری

متغیر	گروه ها	آزمون	شاخص های توصیفی	
			میانگین	انحراف استاندارد
خود تاب آوری	آزمایش	پیش آزمون	۳/۲۶	۲/۷۵
		پس آزمون	۳/۶۹	۲/۷۳
گواه		پیش آزمون	۳/۲۳	۲/۷۶
		پس آزمون	۳/۳۰	۳/۹۶

به منظور استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس ابتدا به بررسی مفروضات پرداخته می‌شود؛ با برقراری مفروضات می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود.

جدول ۱-۲، آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
خود تاب آوری	۲/۶۱	۱	۲۸	۰/۱۱

با توجه به مندرجات جدول ۲- شرط همگنی واریانس‌ها در متغیر مورد بررسی در سطح $p > ۰/۰۵$ معنادار نمی‌باشد، بنابراین این پیش فرض همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد.

جدول ۳- آزمون خطی بودن رابطه پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	F	میانگین مجزورات	سطح معناداری
خود تاب آوری	۵۲۲/۱۶	۱	۷/۸۱	۵۲۲/۱۶	۰/۰۱۶

با توجه به مندرجات جدول ۱-۳، F بدست آمده و سطح معناداری کوچکتر از $۰/۰۵$ نشان می‌دهد مفروضه خطی بودن رابطه نیز در متغیر مورد بررسی برقرار می‌باشد.

جدول ۴- آزمون F به منظور بررسی همگنی شیب خط رگرسیون

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	F	میانگین مجزورات	سطح معناداری
خود تاب آوری	۵/۷۶	۱	۰/۹۷	۵/۷۶	۰/۳۳

با توجه به مندرجات جدول ۱-۴، F بدست آمده و سطح معناداری بزرگتر از $۰/۰۵$ نشان می‌دهد مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نیز برقرار می‌باشد. لذا می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود.

جدول ۱-۵، آزمون تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین خود تاب آوری در دو گروه در پس آزمون پس

از حذف اثر پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۱۱۲/۷۶	۱	۱۱۲/۷۶	۵/۹۶	۰/۰۲۶
گروه	۶۰۷/۰۷	۱	۵۲۷/۰۷	۲۷/۷۷	۰/۰۰۱

خطا	۲۶۶/۵۷	۲۸	۱۱/۲۳
کل	۷۹۶/۶	۳۰	

به منظور بررسی اثر مداخله پذیرش و تعهد بر خود تاب آوری و تعدیل اثر پیش آزمون بر پس آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج جدول ۱-۵، نشان می دهد متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته (خود تاب آوری) داشته است ($F(1, 28) = 27.77$ و $P < 0.001$). بنابراین میتوان نتیجه گرفت که این درمان پذیرش و تعهد بر خود تاب آوری زنان نابارور موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری:

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی درمان پذیرش و تعهد بر خودتاب آوری زنان نابارور شهرستان ساری بود و یافته ها نشان داد که این روش درمانی بر خودتاب آوری زنان نابارور موثر بوده است. در سال های اخیر روان شناسی مثبت گرا با شعار توجه به استعدادها و توانمندی های انسان مورد توجه حوزه های مختلف روان شناسی قرار گرفته است. در این میان تاب آوری جایگاه ویژه ای مخصوصاً در حوزه های روان شناسی تحولی، روان شناسی خانواده و بهداشت و سلامت روانی به خود اختصاص داده است (کمپل، سلیس، کوهان و استین، ۲۰۰۶). تاب آوری فرایند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز علی رغم شرایط چالش برانگیز و تهدیدکننده تعریف شده است. تاب آوری با در نظر داشتن توأم شرایط استرس زا و توانایی ذاتی افراد برای پاسخگویی، دوام آوردن و رشد نرمال در حضور شرایط استرس زا مطرح می شود. مفهوم تاب آوری یک راه حل امید بخش و خوشایند است (کاظمی، ۱۳۸۸ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۸). هیچ انسانی در گذر زندگی از آسیب پذیری روانی مصونیت ندارد. عوامل استرس زای شدید که معمولاً غیر قابل پیش بینی اند تهدیدکننده سلامت روانی می باشند و انسان ها در شرایط استرس زا، یکسان واکنش نشان نمی دهند. تحقیقات نشان داده است که یکی از دلایل این واکنش های متفاوت مفهوم تاب آوری است. تاب آوری نه تنها به معنای مقابله با مشکلات در رویدادهای ناگوار، بلکه پاسخ انعطاف پذیر به فشارهای زندگی روزانه است. در تبیین یافته های این پژوهش با توجه به نظریه کانر و دیویدسون (۱۹۵۵)، باید به ماهیت تاب آوری اشاره کرد. در واقع تاب آوری با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی، خودارزشمندی را افزایش و مقابله با شرایط دشوار زندگی را راحت تر می سازد و در نتیجه موب افزایش رضایتمندی از زندگی شخصی و زناشویی خواهد شد که خود به کیفیت زندگی مطلوب در شرایط بحران ناباروری می تواند کمک شایانی به زنان و زوجین نماید. یکی از شرایط و مسائلی که تاب آوری زنان را تحت تاثیر قرار دهد و ممکن است زنان را از خودارزشمندی و توانمندی شخصی و اجتماعی و همچنین عواطف مثبت را کم و باعث رشد عواطف منفی شود ناباروری است.

در هر جامعه بچه دار شدن و مادری کردن، بخشی از هویت یک زن محسوب می شود. بنا براین ناباروری به صورت یک عامل استرس زا، زنان را از نظر هیجانی و اجتماعی تحت تاثیر قرار

می دهد (دیاموند^۱). ناباروری می تواند نوعی بحران زندگی، بحران هویت، یک بیماری مزمن، یک آسیب، یک علتی از اندوه و سوگواری یا یک تجربه هستی گرایانه و یا آمیزه از همه ی این مسائل در نظر گرفته شود (زگرس^۲). سازمان بهداشت جهانی (WHO) ناباروری را باردار نشدن یک زوج پس از یک سال روابط زناشویی بدون استفاده از روش های ضد بارداری تعریف می کند عدم توانایی زنان برای داشتن فرزند منجر به احساس درماندگی و تجربه عواطف منفی در آنها می گردد. استرس، احساس انزوا، افسردگی، خشم، اضطراب، گناه و ناکامی هیجان‌هایی هستند که در نتیجه ناباروری در زنان ایجاد می گردد (اندرسون^۳). تجربه استرس عمدتاً بر حسب هیجانهای منفی توصیف شده است و این هیجانهای منفی در طی دوره‌های زایا استرس افزایش می یابند بر و سلامتی افراد اثر می گذارند

یکی از راه‌حل‌هایی که می توان به زنان نابارور کمک کرد تا با احساسات و هیجانات منفی کنار بیایند و احساسات مثبت را بیشتر تجربه و برای آینده خود برنامه ریزی و هدف گذاری نمایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد. تصور اصلی بر اساس درمان پذیرش و تعهد بر این است که مشکلات روان شناختی معمولاً ناشی از تعامل بین زبان، تفکر و کنترل رفتار انسان به وسیله تجارب مستقیم شان است (هیز و لیلیز، ۲۰۱۲). انعطاف ناپذیری روانی استدلالی برای ظهور اجتناب تجربی، همجوشی شناختی، علاقه به مفهوم سازی در رابطه با خود عدم ارتباط با زمان و شرایط حال و در نتیجه شکست در احتیاجات و مراحل رفتار و مالکیت ارزش های اساسی است زوجین با همدلی و همبستگی در برابر مشکلات و ناملايمات نظیر ناباروری صبوری به خرج داده و با گذر از یاس و ناامیدی و امید به درگاه ایزد تعالی، به راه های درمانی ادامه داده و هرگز اجازه نمی دهند، این آلام آنان را از پای درآورند. در تبیین تاثیرگذاری درمان اکت در تاب آوری زنان نابارور می توان چنین بیان نمود که این درمان موب انعطاف پذیری روانی، خود آگاهی روانی و هیجانی، تمرکز بر زمان وهدف گزینی بر مبنای ارزش های شخصی و تعهد نسبت به این ارزشها و تغییرات جدید که به طوری میزان تاب آوری زنان نابارور افزایش داده است (باولی و فرهادی، ۱۳۹۹). بسیاری از تحقیقات اثربخشی درمان های گروهی روانشناختی بر میزان تاب آوری زنان در

¹ Diamond R

² Zegers-Hochschild F

³ Anderson

معرض بیماری‌های جسمانی و روان تنیانام شده است که با تحقیق حاضر همسو است. (احمدسرایی، ۱۳۹۹). پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی برای زوجین نابارور بکار برده شود و همچنین پژوهش‌هایی در زمینه تاثیر گذاری این نوع درمان بر ویژگی‌های روانشناختی حوزه‌های استرس، افسردگی و همچنین حوزه خانوادگی، طلاق عاطفی و انسجام خانوادگی در گروه زوجین نابارور انجام گیرد.

- (۱) جمیلیان، مهری؛ رفیعی، محمد؛ جمیلیان، حمیدرضا؛ اسم‌خانی، فاطمه (۱۳۸۹). «مقایسه سلامت عمومی زنان بارور و نابارور شهر اراک». **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک**. سال ۱۴، شماره ۶، صص ۲۷-۳۵.
- (۲) خسروی، زهره (۱۳۹۰). «عوامل پیش بینی کننده سلامت روان در زوج های نابارور». **فصلنامه باروری و ناباروری**. سال سوم، شماره ۹، صص ۶۴-۵۶.
- (۳) رحمت‌اللهی، فرحناز؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ احمدی، سید احمد (۱۳۸۵). «آسیب شناسی زندگی زناشویی». **فصلنامه تازه‌های روان درمانی**. سال ۱۱، شماره ۴۱ و ۴۲، صص ۲۵-۸.
- (۴) شاهنوسی، مجتبی؛ کریمی، زیبا (۱۳۸۹). «بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده در شهر اصفهان». **فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر**. سال چهاردهم، شماره یازدهم، صص ۱۹۸-۱۷۱.
- (۵) علیزاده، سپیده (۱۳۸۸). تدوین برنامه عقلانی-هیجانی، رفتاری و بررسی تأثیر آن بر تاب آوری و سلامت روان افراد مبتلا به اچ آی وی. **پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده**. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن.
- (۶) یونسی، سید جلال (۱۳۹۱). «استسگما و ناباروری در ایران، راهکارهایی برای مقابله». **فصلنامه باروری و ناباروری**. سال ۳، شماره ۱۲، صص ۷۴-۸۶.
- 7) Anderson KM, Sharpe M, Rattery A, Irvine DS. Distress and concern in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosomatic Res* 2003; 54(4): 353-5.
- 8) Alez J. Zautra, Lisa M Johnson, Mary C. Davis. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73:212-20.
- 9) Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Symptoms, Coping Styles, and Quality of Life in Patients with Type-2 Diabetes. *j.health*. 2020; 7 (2): 236-253 (Persian).
- 10) Campbell; Sills; L.; Cohan; S.; & Stein; M.B. (2006). Relationship of resilience to personality; coping; and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior research and therapy*; 44; 585-599.
- 11) Condly.s.J. (2006). Kesilience in children a revieo of litevature with implications for education. *Urban education*, 41(3), 211-239.

- 12) Conner. K. M & Davidson, j.r.t. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner- Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 18, 76-82.
- 13) Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf CN, Weinshel M. Couple therapy for infertility. New York: Guilford Press; 1999; 35-45.
- 14) Fathi ahmadsaraei N, Neshat doost H T, Manshaee G R, Nadi M A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2020; 4(1): 31-39 (Persian).
- 15) Hayes, S.C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. American Psychological Association (Theories of Psychotherapy Series).
- 16) Hayes, S.C, Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, NY: The Guilford Press.
- 17) Lunenfeld B, Van Steirteghem A, Foundation B. (2014). Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society: condensed meeting report from thHealth in Infertile Individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 7(4): 79-87.
- 18) Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology* 2001; 56:227-38.
- 19) Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy* 1999; 21:119-44.
- 20) Suniya S. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000; 71: 543-62.
- 21) Showani E, Zaharakar K, Rasooli M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing the Components of Couple Burnout in Veterans Spouses. *Iran J War Public Health.* 2016; 8(2): 111-118.
- 22) Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology* 2004; 86:320-33.
- 23) Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology. *Hum Reprod* 2009; 24: 2683-7.
- 24) Zettle, R. (2007). *ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance & Commitment Therapy in Treating Depression*. Oakland, CA: New Harbinger