

Biannual Journal of Applied Counseling (JAC)
2019, 9(1), 87- 108
Received: 14 Apr 2019
Accepted: 28 Dec 2019
DOI: 10.22055/jac.2020.29148.1668
Original Article

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
دانشگاه شهید چمران اهواز
۱۳۹۸، ۹(۲)، ۸۷-۱۰۸
دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۲۵
پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۰۷

The Effectiveness of Group counseling based on Acceptance and Commitment (ACT) on Rumination and Happiness Infertile Women

Ebrahim Nameni*
Hossein Kashavarz afshar**
Fahimeh Bahonar***

Abstract

Infertility is an effective factor in causing personal and social problems that can expose affected individuals to various psychological pressures. This study aims was conducted to investigate the effectiveness of acceptance and commitment-based group counseling (ACT) on rumination and happiness of infertile women in a quasi-experimental design with pretest, posttest and follow up with control group. The population of this study included infertile women fetering to Milad infertility center in Mashhad city. Twenty infertile women were selected using purposeful and voluntary sampling method and randomly assigned to experimental (10 infertile women) and control (10 infertile women) groups. Participants completed the Obsessive Rumination Questionnaire (Nolen Hoxma and Morrow) and Oxford Happiness Questionnaire. Experimental group participated in a group counseling based on acceptance and commitment in eight sessions 60-90 minutes each week, and control group received not intervention. Data analysis were analyzed using analysis of variance to repeated measures and and SPSS- 25 software. The results showed that group counselling based on acceptance and commitment reduced obsession, rumination of infertile women and increased their happiness ($p < 0.001$). Based on the results, it can be concluded that group counselling acceptance and commitment based or can be helpful for family counsellors and clinical psychologists to reduce rumination and increase happiness in infertile women.

Keywords: Group counseling, Acceptance and commitment, rumination, happiness, infertile woman

* Assistant Professor Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran

** Assistant Professor Department of Educational Psychology & Counseling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author) keshavarz1979@ut.ac.ir

*** Master of Art in Family Counseling, Department of Educational Psychology & Counseling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Extended abstract

Introduction

Infertility is one of the most important life-cycle crises that leads to psychological problems and serious stressful experiences for individuals (Del Pische, Deirkond Moghadam, Moradi, & mirmoghadam, 2014). According to the findings 13% of women and 10% of men are infertile (Sutton, Zlatnik, Woodruff, & Giudice, 2019). Infertility is an effective factor in causing individual and social problems. It can expose people affected to various psychological pressures (Shahverdi et al., 2015). In this regard, researchers showed that impulsive behaviors and dispersed stresses, depression and a sense of worthlessness have been reported to infertile people, and the existence of these conditions leads to a low level of happiness in their lives. Happy and happiness are one of the structures that have been studied in recent years with the development of positive psychology (Mirmohdi, Safari Nia, & sharifi, 2014). The happiness is based on one's attitudes and perceptions, and it is a sign that emanates from the experience of positive emotions and pleasures of life (Shahbazi, & Ali, 2018; Farid, 2015). Findings of Diamond Almasi (2016), Shahverdi, Rezaei, Bahazi Imagery, Sadeghi and Bakhtiari (2015), Rasti, Hasanzadeh, and Mirzaeain, (2012) have showed a low level of happiness in infertile women.

In addition to happiness, in recent years, the study of patterns of thinking in unwanted and negative thoughts and its role in the survival of emotional disorders has also been considered by many scholars. One type of unwanted and negative thoughts in emotional disturbances is rumination. Rumination is defined as resilient and recurring thoughts. These thoughts involuntarily enter consciousness and divert attention away from the subject or purpose of the individual. (Jorman, 2006), also has also been defined as a thinking style characterized by repetitive, repetitive, intrusive and uncontrollable thoughts. (Nolen- Hoeksema, Visco, & Leibromic, 2008). Martin, Oern and Bowen (1991) showed that people who are cognitively inflexible, rumble when they are upset, and their cognitive and emotional power on rumination, which is a repetitive and unprofitable for the person they bring, they concentrate. In most infertile women, the negative effects of infertility also cause depression and low mood, resulting in rumination (Volgston, Skoog, Vanberg, & Ekselius, 2010).

Acceptance and commitment therapy (ACT) is a process-oriented approach known cognitive-behavioral therapies of the third wave (De Houwer, Barnes-Holmes, & Barnes-Holmes, 2016). This treatment has six central processes that lead to psychological flexibility. These six processes are: acceptance, fault, relationship with the present, self as a background, values and committed action (Rudyti & Robinson, 2011). In the treatment of ACT, instead of changing, accepting, and committing to cognition, one tries to increase the psychological relationship of an individual with his thoughts and feelings (Hayes &

Stroeshall, 2010). The main benefit of this treatment is psychotherapy other, consider motivational aspects along with aspects cognitive, in order to further influence the effectiveness of treatment. (Abdali, Golmohammadian, & Rashidi, 2018).

Pets, Donas and Gainer (2017), Heidari, Asgari Heidari, Pasha and Makvandi (2018), Demehri, Saeedmanesh and Jala, (2018), and Jahangiri, Golmohammadian and Hojatkhah (2018), effect of acceptance and commitment-based therapy training on reducing rumination and research by Moslem Khani, Ebrahimi, and Sahebi (2018), and Moradi and Dehghani (2018), and Khademi, and Tasbihsazan (2019) confirmed the impact of acceptance and commitment therapy on increasing happiness and reducing obsession rumination.

Therefore, this study proposes two hypotheses: 1- group counseling based on acceptance and commitment therapy leads to happiness in infertile women, and (2) group counseling based on acceptance and commitment leads to reduce infertility in infertile women.

Method

This present study was conducted in a quasi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up and control group. The population included all of infertile women were referred to Milad infertility treatment center in Mashhad city. Twenty infertile women were selected using purposeful-voluntary sampling and based on the inclusion criteria to the study: 1) no psychiatric disorders, 2) tendency to participant in study, 3) at least a bachelor's degree. Ten participants of infertile women were randomly assigned to the experimental group and ten infertile women to the control group. Experimental group participants received group acceptance and commitment in eight sessions of 60 to 90 minutes. The participants of experimental and control groups were assessed at the beginning and after the treatment and three months later in the dependent variables studied.

Instruments

Obsessive Rumination Questionnaire: Nolen- Hoeksema and Marrow (1991) developed a questionnaire that evaluated four different types of negative reactions. Scoring: Rudy responses are 22 that require respondents to rate each of them on a scale from 1 (never) to 4 (most often) (Trainer, Gonzalez, & Nulen Hoeksma, 2003). The scores of this questionnaire range from 22 to 88. The total score of rumination is calculated through the number of females. The validity and reliability of this questionnaire in Iran were reviewed by Mansouri, Farnam, Bakhshi Pour Roodsari and Mahmoud-olio (2010) and its validity has been confirmed. Cronbach's alpha coefficient in Mansouri and colleagues' study (2010) was 0.90.

Oxford Happiness Questionnaire: The original version of the questionnaire was designed in 1989 by Argyle, Martin and Crazland

as an instrument for measuring personal happiness. In 1995, the questionnaire revised and some of its features were examined by Argyle and Leo (Hadi Nejad & Zarei, 2009). This questionnaire has 7 subscales. Hills and Argyle (2002) reported Alpha reliability coefficient of the questionnaire to be 0.91 and for subscales 0.04 to 0.65; Dehshiri, Akbari, Najafi and Moghadamzadeh (2015) and Dogan and Cotok (2011) reported 0.74 reliability coefficient of 0.80, respectively.

Trend of research

The method of responding to measuring instruments, the purpose of research and its application in this particular group, consideration of ethical standards, informed consent of the participants were provided.

Data analysis

In this study, data analysed using repeated measures analysis of variance and SPSS-25 statistical software.

Findings

The mean age of the participants was 25.6 ± 25.2 years, 60% of the participants were bachelors, 30% diploma and 10% undergraduate study.

Table 1
Tests of within and between-subjects effects

Effects	Variable	Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P.	
Within Subjects	rumination	stage	Greenhouse-Geisser	616.23	1.43	431.25	23.20	0.00
		stage*	Greenhouse-Geisser	603.03	1.42	422.01	22.70	0.00
		Error	Greenhouse-Geisser	478.06	25.72	18.58		
	happiness	stage	Sphericity Assumed	1435.60	2	717.80	19.35	0.00
		stage *	Sphericity Assumed	1008.53	2	504.26	13.59	0.00
		Error	Sphericity Assumed	1335.20	36	37.08		
Between-Subjects	variable	Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P	
	rumination	group	11481.66	1	11481.66	120.23	0.00	
		Error	1718.93	18	95.49			
	happiness	group	16170.41	1	16170.41	19.45	0.00	
Error		14961.10	18	831.17				

The results showed that acceptance and commitment group counseling reduced rumination of infertile women and increased their happiness ($p < 0.001$).

Discussion

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group counseling based on acceptance and commitment on rumination and happiness in infertile women. The results showed that group counseling based on acceptance and commitment of rumination reduced infertility in the post-test phase and this effect can be observed in the follow-up phase. Petts et al (2017); Heydari et al (2018), Demehri et al (2018) and Jahangiri et al (2018). These findings confirm the findings.

The result of the second hypothesis is in line with those study of Moslem & et al. (2018); Moradi and Dehghani (2018); Khademi and Tasbihsazan (2019). So it can be said that happiness has several components, one of which is the cognitive component that makes a person happily process information, interpret it and interpret it, which ultimately leads to a sense of happiness and optimism (Dainer, 2000). Given the cognitive component of happiness, acceptance and commitment therapy teaches infertile women that instead of thinking and practicing their thoughts and beliefs based on having no children and thus withdrawing from others, with increased psychological acceptance and subjective to their inner experiences, such as the thoughts and feelings. They have in the presence and conversation of the group, as well as the creation of more social goals and commitment to them, to counter this sense of sadness and isolation. Hayes (2005) also believes that the educational acceptance and commitment approach, rather than focusing on eliminating traumatic factors, helps clients accept their controlled emotions and cognitions. They allow them to stop fighting and fight with them and to cultivate positive and happy emotions instead of dealing with negative emotions and emotions.

Funding

Overall, it can be concluded that the mean scores of the experimental group in the post-test compared to the control group decreased in the rumination variable and increased in the happiness variable. Therefore, group-based acceptance and commitment training has been effective on rumination and happiness in infertile women. As Peterson (2004) has shown, acceptance and commitment education is a good way to reduce the psychological burden of infertility, distress and depression caused by infertility.

Acknowledgement

The authors are thankful to infertile women referred to Milad infertility center in Mashhad that in autumn 2018.

Conflict of Interests

The authors declared no conflicts of interest

بررسی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و نشخوار فکری زنان نابارور

ابراهیم نامنی*
حسین کشاورز افشار**
فهیمه باهنر***

چکیده

ناباروری عاملی مؤثر در ایجاد مشکلات فردی و اجتماعی است که می‌تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگونی قرار دهد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نشخوار فکری و شادکامی زنان نابارور در یک طرح پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه‌ی این پژوهش تمامی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری میلاد در شهر مشهد بود. ۲۰ زن نابارور به روش نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ زن نابارور) و کنترل (۱۰ زن نابارور) اختصاص یافتند. شرکت‌کننده‌ها پرسش‌نامه‌های نشخوار فکری - وسواسی (نولن هوکسما و مارو) و شادکامی آکسفورد را تکمیل نمودند. شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش در هشت جلسه‌ی شصت تا نود دقیقه‌ای تحت مداخله‌ی مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و شرکت‌کننده‌های گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. تحلیل داده‌ها به روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۵ انجام گرفت. نتایج نشان داد که مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار فکری زنان نابارور را کاهش و شادکامی آنان را افزایش داده است ($p < 0.001$). بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه‌گیری مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشاوران خانواده و روان‌شناسان بالینی جهت کاهش نشخوار فکری و افزایش شادکامی زنان نابارور می‌تواند مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار فکری، شادکامی، زنان نابارور

مقدمه

ناباروری (Infertility) یکی از مهم‌ترین بحران‌های دوران زندگی است که منجر به بروز مشکلات روانی و تجارب تنش‌زای جدی برای افراد می‌شود (Del Peeshe, Deirkvand Moghaddam, Moradi, & Mirmaghdam, 2014). ناباروری و درمان آن به‌عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش والدینی، نه تنها باعث ایجاد مشکلات روان‌شناختی می‌شود، بلکه می‌تواند به‌عنوان یک ضربه شدید علیه روابط بین زوجها و استحکام خانواده عمل کند (Heydari, Latif, & Nejad, 2010). ناباروری بیماری سیستم تولید مثل بوده و به شکست در حاملگی بعد از دوازده ماه یا بیشتر آمیزش

* استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

keshavarz1979@ut.ac.ir

** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

*** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران، تهران، ایران

جنسی منظم محافظت نشده، اطلاق می‌شود (Xu, Lu, Wang, Zhang, & Wu, 2020) بر طبق گزارش‌های منتشر شده حدود سیزده درصد از زنان و ده درصد از مردان دچار ناباروری هستند (Sutton, Zlatnik, Woodruff, & Giudice, 2019). عواقب ناشی از ناباروری چندگانه است و می‌تواند پیامدهای اجتماعی و درد و رنج شخصی به همراه داشته باشد و افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگونی قرار دهد (Shahverdi, Rezaei, Ayazi Bahani, Sadeghi, & Bakhtiari, 2015)، و شاید به همین دلیل است که بسیاری از مؤلفان پیامدهای روان‌شناختی ناباروری را به واکنش سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند (Samadi, 2016).

ناباروری، فقدان‌های عاطفی مانند انکار مادرشدن به‌عنوان یک آیین انتقالی، از دست دادن پیش‌بینی‌پذیری زندگی و تصویری که از قبل نسبت به آن داشته‌اند، احساس فقدان کنترل بر زندگی شخصی، شک در مورد زنانگی، تغییر و گاهی اوقات از دست دادن روابط دوستانه، و از دست دادن محیط مذهبی خود به‌عنوان یک سیستم اجتماعی را در افراد نابارور ایجاد می‌کند (Rosner, 2012). در همین ارتباط، پژوهش‌گران تاکنون بروز رفتارهای تکانشی و فشارهای پراکنده، افسردگی و احساس بی‌ارزشی را در مورد افراد نابارور گزارش نموده‌اند که وجود این حالات باعث شادکامی پایین در زندگی این افراد می‌گردد (Faal Kalkhoran, Bahrami, Farrokhi, Zeraati, & Tarrhomi, 2011).

شادی و شادکامی (happiness) یکی از سازه‌هایی که در سال‌های اخیر با رشد روان‌شناسی مثبت‌نگر مورد مطالعه قرار گرفته است (Mirmohdi, Safari Nia, & Sharifi, 2014). اساس شادکامی بر نگرش و ادراکات فرد مبتنی است و به حالتی اشاره دارد که از تجربه‌ی هیجان‌های مثبت و خشنودی از زندگی نشأت می‌گیرد (Farid, 2015; Shahbazi, & Ali, 2018). به نظر داینر (Dainer, 2000) ویژگی‌های افراد شادکام عبارت است از داشتن دستگاه ایمنی قوی‌تر و عمر طولانی‌تر، برخورداری از روابط اجتماعی بهتر، مقابله‌ی مؤثر با موقعیت‌های مشکل. همچنین افرادی که شاد هستند، بیشتر احساس رضایت می‌کنند و از روابط دوستانه باثبات و نگرش مذهبی زیادی برخوردار هستند (Samani, & Torabi, 2011; Abolqasemi, Moradi Dost, & Keekhah Farzaneh, 2010). شادکامی بر سلامتی تأثیرگذار است و خلق شاداب و سرزنده، سیستم ایمنی بدن را فعال می‌سازد و علاوه بر این تأثیر شادی بر سلامت ذهن به فرآیندهای شناختی از قبیل نوع نگاه کردن به زندگی و متفاوت نگریستن به خویشتن مربوط است.

طبق نتایج پژوهش‌ها، بسته به نوع مقابله‌ی به‌کار گرفته شده فشار روانی ناشی از ناباروری می‌تواند آثار متفاوتی در سلامت روانی افراد داشته باشد. بر همین اساس، مکانیزم‌های مقابله‌ی سازگارانه فرایند تعامل فرد با محیطش را کامل می‌کند، اما یک مقابله‌ی ناموفق می‌تواند به‌عنوان منبع فشار عمل نماید که نیازمند تلاش‌های مقابله‌ای بیشتری است (Hashemi, Alipor, & Fili, 2013). بردبار، صالحی و رهبر (Bordbar, Salehi, & Rahbar, 2016) نشان دادند که در راهبردهای مقابله‌ای بین زوج‌های بارور و نابارور تفاوت وجود دارد. باروری به‌ویژه برای زنان از نظر فرهنگی و اجتماعی از اهمیت بسزایی

برخوردار است و اگر در این رابطه دچار مشکل شوند رضایت و کیفیت زندگی زناشویی آن‌ها دستخوش تغییر می‌شود، بنابراین می‌توان گفت ناباروری پدیده‌ای تنش‌زا و ناکام‌کننده است که می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش‌های الماسی (Almasi, 2016)، شاهرودی، رضایی، ایازی بهانی، صادقی و بختیاری (Shahverdi, Rezaei, Ayazi Bahani, Sadeghi, & Bakhtiari, 2015)، راستی، حسن‌زاده و میرزائیان (Rasti, Hasanzadeh, & Mirzaeain, 2012) به پایین بودن میزان شادکامی در زنان نابارور اشاره کرده‌اند.

علاوه بر شادکامی به‌عنوان الگویی هیجانی، در سال‌های اخیر بررسی الگوهای شناختی و تفکری در زنان نابارور نشان داده است که نشخوار فکری (rumination) و افسردگی (depression) رابطه‌ای متقابل با یکدیگر دارند (Roibinson & Alloy, 2003). نشخوار فکری به‌عنوان افکاری مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود. این افکار به‌صورت غیرارادی، وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات و اهداف مورد نظر فرد منحرف می‌سازند (Joormann, 2006). همچنین نشخوار فکری به‌عنوان یک سبک تفکر با مشخصات افکار تکراری، عودکننده، مزاحم و کنترل‌ناپذیر تعریف شده است (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsk, 2008).

در نظریه‌های مختلف تعاریف زیادی از نشخوار فکری ارائه شده است که نیرومندترین نظریه در این مورد، نظریه‌ی سبک‌های پاسخ، نولن هوکسما است (Asadi, Abedini, Poursarifi, & Nikookar, 2012). سبک پاسخ‌دهی نشخواری نوعی پاسخ‌دهی به‌پیشانی است که فرد افسرده به‌طور مکرر و منفعلانه بر علایم پیشانی و علل و عواقب آن تمرکز می‌کند (Brinker & Dozois, 2009). نشخوار فکری از دیگر فرایندها و فرآورده‌های شناختی از قبیل افکار خودکار منفی، توجه متمرکز بر خود، خودآگاهی شخصی و نگرانی قابل‌تمایز است. نشخوار فکری پیامدهای آسیب‌زای زیادی به دنبال دارد از جمله: حل مسأله ضعیف، انگیزه‌ی پایین، بازداری از رفتارهای مؤثر و تمرکز و شناخت مخدوش (Khanipour, Borjali, & Mohammad Khani, & Sohrabi, 2011). مطالعات نشان داده‌اند که افراد با نشخوار فکری نسبت به افراد فاقد این ویژگی هنگام افسردگی یا کج خلقی، دوره افسردگی طولانی‌تر و شدیدتری را تجربه می‌کنند و در آینده نیز احتمال بروز حملات افسردگی در آن‌ها زیاد است (Arnow, Spangler, Klein, & Burns, 2004).

دیدگاه فراشناختی اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را یکی از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). در اغلب زنان نابارور نیز آثار منفی ناباروری موجب افسردگی و خلق پایین و در نتیجه نشخوار فکری در آن‌ها می‌شود (Volgston, Skoog, & Vanberg, & Ekselius, 2010). به نظر پژوهش‌گران نشخوار فکری یک پدیده پایدار با پیامدهای بالینی جدی و ویژگی شناختی اختلال‌های خلقی است؛ زیرا یک رابطه‌ی قوی با خلق افسرده دارد (Brinker & Dozois, 2009). نشخوار فکری مکانیزم‌های زیربنایی دارد که برخی افراد را مستعد ابتلا به آن می‌سازد. به‌طوری‌که در پژوهش‌های اخیر بعضی از نقایص شناختی مربوط به لب پیشانی مثل انعطاف‌ناپذیری شناختی (cognitive inflexibility) یا در جاماندگی (perseveration) در سبب‌شناسی

نشخوار فکری مورد توجه قرار گرفته است (Jay, Madeleine, & Barbara, 2013). مارتین، ارن و بون (Martin, Oren, & Boone, 1991). نشان دادند افرادی که از لحاظ شناختی انعطاف ناپذیرند، هنگام ناراحتی به نشخوار فکری روی می‌آورند و نیرو و توان شناختی‌شان را بر نشخوار که پاسخی تکراری و غیرسودمند برای فرد به ارمغان می‌آورد، متمرکز می‌کنند. با توجه به سبب‌شناسی نشخوار فکری، برای درمان آن می‌توان توجه ویژه‌ای به رویکرد درمانی تعهد و پذیرش (acceptance and commitment therapy) داشت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) رویکردی فرآیندمدار است که به‌عنوان درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند (De Houwer, Barnes-Holmes, & Barnes-Holmes, 2016). این درمان شش فرآیند عمده پذیرش، گسلش، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهداند دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (Roditi & Robinson, 2011). در این درمان به‌جای تغییر، پذیرش و تعهد شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (Hayes & Strosahl, 2010). همچنین به فرد آموزش «اینجا و اکنون» داده می‌شود که در گام اول هیجان‌های خود را بپذیرد و در زندگی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی-رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی (mindfulness) ترکیب می‌کنند (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف درمان شناختی-رفتاری محتوای افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شود، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند، مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این رویکرد تأکید می‌کند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد این نکته بر این فرض مبتنی است که فرآیند تقلا با افکار یا هیجان‌ها مشکلات را بدتر می‌کند. ذهن آگاهی در این روش درمانی افراد را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارتری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری تمرکززدایی کنند و به آن‌ها به‌عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که معرف واقعیت نیستند (Mackay, 2008). بر اساس این درمان افراد نباید سعی کنند تجارب خود را تغییر دهند و به جای آن باید تجارب خود را بدون قضاوت بپذیرند (Jamshidian QalehShahi, Aghaei, & Golparvar, 2017). در نتیجه مزیت عمده‌ی این درمان نسبت به درمان‌های دیگر در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به منظور تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (Abdali, Golmohammadian, & Rashidi, 2018). در نتیجه فرآیند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد یاد دهد چگونه دست از بازداری فکری بردارند، چگونه از افکار مزاحم جدا شوند و چگونه هیجان‌های نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (Hayes & Lillis, 2012).

نتایج پژوهش‌های پترز، دوناس و گاینر (Petts, Duenas, & Gaynor, 2017) حیدری، عسگری حیدری، پاشا و مکوندی (Heidari, Asgari, Heidari, Pasha, & Makvandi, 2018)، دمه‌ری، سعیدمنش و جلا (Demehri, Saeedmanesh, & Jala, 2018)، جهانگیری، گل‌محمدیان و حجت

خواه (jahangiri, Golmohemidian, & hojat khah, 2018) تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش نشخوار فکری و پژوهش‌های مسلم خانی، ابراهیمی و صاحبی (Moslem Khani, Khademi, A., & Sahebi, 2018)، مرادی و دهقانی (۲۰۱۸)، خادمی و تسبیح‌سازان (Tasbihsazan, 2019)، تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افزایش شادکامی مورد تأیید قرار داده‌اند. بنابراین، در این پژوهش دو فرضیه مطرح شده است: ۱- مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث شادکامی زنان نابارور می‌شود و ۲- مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش نشخوار فکری زنان نابارور می‌شود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه‌ی این پژوهش شامل تمامی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری میلاد در شهر مشهد در پاییز ۱۳۹۷ بود. بیست زن نابارور به صورت نمونه‌گیری هدفمند-داوطلبانه و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش: ۱) نداشتن اختلال‌های روانی بر اساس DSM-S، ۲) تمایل به شرکت در کلاس‌های آموزشی و ۳) داشتن حداقل مدرک دیپلم و ملاک‌های خروج ۱) شرکت نکردن در گروه‌های آموزشی و درمان‌های دیگر در حین مطالعه و ۲) عدم تمایل به شرکت در کلاس‌های آموزش در زمان اجرای پژوهش و یا بیش از دو جلسه غیبت، انتخاب گردیدند و ده زن نابارور به صورت تصادفی به گروه آزمایش و ده نفر زن نابارور به صورت تصادفی به گروه کنترل اختصاص یافتند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی بر اساس صورت‌جلسه‌ی درمانی هاینز، لوما، بوند، مسودا و لیلیس (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) در شصت جلسه‌ی لوما، بوند، مسودا و لیلیس (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) در شصت جلسه‌ی شصت تا نود دقیقه‌ای دریافت کردند. شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل سه مرحله در آغاز مداخله، پس از مداخله و سه ماه بعد (پیگیری) در متغیرهای مورد مطالعه مورد سنجش قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه‌ی نشخوار فکری (Obsessive Rumination Questionnaire): این پرسش‌نامه توسط نولن هوکسما و مارو (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) تدوین شده و شامل ۲۲ ماده در دو خرده مقیاس پاسخ‌های نشخواری (۱۱ ماده) و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس (۱۱ ماده) می‌باشد که شرکت‌کنندگان به هر ماده در یک طیف لیکرت چهار رتبه‌ای (۱ = هرگز تا ۴ = اغلب اوقات) پاسخ می‌دهند. باقری نژاد، صالحی و طباطبایی (Bagherinajad, Salehi, & Tabatabaee, 2010). ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را در خرده مقیاس‌های پاسخ‌های نشخواری ۰/۹۲ و پاسخ‌های

منحرف‌کننده حواس ۰/۸۹ و در کل ۰/۹۰ و ضریب روایی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی باورهای فراشناختی ۰/۶۵ (Bagherinajad, Salehi, & Tabatabaee, 2010)؛ منصوری، فرنام، بخشی‌پور رودسری و محمود علیلو (Mansouri, Farnam, Bakhshi Pour Roodsari, & Mahmoodallilo, 2010) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و لطفی نیا (Lotfi nia, 2007) ضریب پایایی بازآزمایی (به فاصله ۳ هفته) ۰/۸۲ گزارش کردند. **پرسش‌نامه‌ی شادکامی آکسفورد (Oxford Happiness Questionnaire):** نسخه‌ی اولیه‌ی این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل، مارتین، و کراسلند (Argayle, Martin, & Craslend) به‌عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری شادی شخصی طرح‌ریزی شد. در سال ۱۹۹۵، ارتقای مقیاس و برخی از خصوصیات آن توسط آرگایل و لو (Argayle & Loo, cited in, Hadi Nejad & Zarei, 2009) مورد بررسی قرار گرفت. این پرسش‌نامه دارای ۲۹ ماده و هفت خرده‌مقیاس (خود‌پنداره، رضایت از زندگی، آمادگی روانی، سر ذوق بودن، احساس زیبانشناختی، خودکارآمدی و امیدواری) است که ماده‌های این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم رتبه‌بندی می‌شوند. هیلز و آرگایل (Hills & Argyle, 2002) ضریب پایایی آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۹۱؛ علی پور و نوربالا (Alipour & Noorbala, 1999) ۰/۹۳؛ دهشیری، اکبری، نجفی و مقدم‌زاده (Dehshiri, Akbari, Najafi, & Moghadamzadeh, 2015) ۰/۷۰ و دوگان و کوتک (Dogan & Cotok, 2011) ۰/۷۴ و پایایی به روش باز آزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند.

روند اجرای پژوهش

بعد از هماهنگی‌های لازم و صدور مجوز از مدیریت مرکز ناباروری میلاد شهر مشهد برای انتخاب نمونه موردنظر به مرکز ناباروری میلاد مراجعه شد. از میان زنان نابارور داوطلب شرکت در جلسات درمانی، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، زوجین واجد شرایط جزء نمونه‌ی پژوهش قرار گرفتند و به‌طور تصادفی ده نفر در گروه آزمایش و ده نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که به کلیه‌ی شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر در مورد محرمانه ماندن اطلاعات داده شد. پس از انتخاب نمونه، ابتدا یک جلسه‌ی توجیهی برای شرکت‌کننده‌ها در خصوص اهمیت این کار پژوهشی و موضوع و جلب همکاری آن‌ها و برگزاری جلسات و تکمیل پرسش‌نامه‌ها تشکیل گردید. در ادامه شیوه‌ی اجرای این پژوهش به‌صورت گروهی طی هشت جلسه‌ی شصت تا نود دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) اجرا گردید. پرسش‌نامه‌های نشخوار فکری و شادکامی به شیوه‌ی گروهی در محل مرکز اجرا گردید و سپس افراد انتخاب شده به‌صورت گروهی در جلسات مشاوره مشارکت کردند. در این مدت گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا گردید و پس از سه ماه مرحله پیگیری مجدداً انجام گرفت.

جدول ۱

خلاصه جلسات مداخلات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006)

جلسات	فعالیت‌های ویژه هر جلسه
جلسه‌ی اول	معرفی اعضا، دادن توضیح‌های کلی درباره نوع و روند آموزش، آماده‌سازی مراجعین و اعتمادسازی بین اعضای گروه و مشاور، صحبت در مورد اهداف و نوع درمان، عقد قرارداد درمانی بین درمان‌گر، صحبت در مورد شناسایی ذهن (فکر، احساس، علائم بدنی و میل و خاطرات) و دادن تکلیف و اجرای پیش‌آزمون.
جلسه‌ی دوم	مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، بررسی انتظارات فرد از درمان، ایجاد بینش نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل، مشخص کردن تلاش‌هایی که تاکنون مراجع برای حل مشکلش کرده و رساندن مراجع به ناامیدی خلاقانه، شناسایی دوره‌های نشخوارهای فکری که به آن دچار هستند و برانگیزاننده های نشخوار فکری. دادن تکلیف.
جلسه‌ی سوم	بررسی تکالیف گروه و مرور جلسه گذشته، ذهن آگاهی به‌واسطه رها کردن تلاش برای کنترل مشکل، روشن‌سازی مفهوم پذیرش، پذیرش روانی مراجع در مورد تجارب ذهنی، افکار و احساس‌ها، بررسی سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند (نشخوار فکری) و به تأخیر انداختن نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده شد. استفاده از استعاره‌ها و دادن تکلیف.
جلسه‌ی چهارم	بررسی تکالیف گروه و مرور جلسه‌ی گذشته، حرکت به سمت تعیین ارزش برای تغییر، ارزش‌ها توصیف‌هایی هستند از آنچه که برای مراجع مهم است و نیز جهتی که فرد می‌خواهد به سمت این ارزش‌ها حرکت کند، تصریح ارزش‌ها و اهداف لازم برای دستیابی به آن. بحث پذیرش/تمایل تجربه‌ای و دادن تکلیف.
جلسه‌ی پنجم	بررسی تکالیف گروه و مرور جلسه‌ی گذشته، شناسایی موانع و راه‌حل آن‌ها، معمولاً موانع روان‌شناختی‌اند مانند داشتن نشخوار فکری و آموزش راه‌حل آن (افزایش زمان تأمل تا واکنش به فکر فرورفتن هنگام نشخوار فکری). که این‌ها در واقع پذیرش، گسلش و ارتباط با زمان حال است که مراجع را در غلبه بر موانع یاری‌رسان و دادن تکلیف کمک می‌نماید.
جلسه‌ی ششم	بررسی تکالیف گروه و مرور جلسه‌ی گذشته، ایجاد انگیزه جهت مشارکت فعالانه فرد در اعمالی که به احتمال زیاد افکار، هیجانات و حالات بدنی منفی را فرابخواند، شناسایی عقاید منفی و چالش با آن‌ها در به تعویق انداختن نشخوار فکری و آماده کردن اعضا برای عمل متعهدانه و دادن تکلیف.
جلسه‌ی هفتم	بررسی تکالیف گروه و مرور درمان تا این مرحله، ایجاد گسلش شناختی (جدا شدن از افکار و احساسات رنج‌آور)، آموزش به فرد که افکار او فقط افکار هستند خودش نیستند به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد، جداسازی شناختی به‌نحوی که مراجع بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و حرکت به سمت متعهدشدن به رفتار و دادن تکلیف.
جلسه‌ی هشتم	بررسی تکالیف گروه و مرور تمام مطالب و آموزش‌دادن جایگزینی خود واقعی مراجع به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، یک ارزیابی از کل دوره درمانی، بیان مقدمات لازم جهت آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای خاتمه‌ی درمان و صحبت درباره احساسات اعضای گروه، پایان درمان و پیشگیری از عود و در پایان جلسه پرسش‌نامه‌های مربوطه به‌عنوان پس‌آزمون توسط هر دو گروه (آزمایش و کنترل) تکمیل گردید. تغییر رفتار اعضا در راستای ارزش‌ها ایجاد، انجام دادن چندین هدف توسط اعضا، اختتام جلسات.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای بررسی دو فرضیه پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۵ استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان گروه آزمایش ۱۹/۹۰ و ۳/۹۰؛ گروه کنترل ۲۱/۱۰ و ۳/۹۲؛ ۶۰ درصد تحصیلات شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش زیر دیپلم، ۳۰ درصد دیپلم و ۱۰ درصد کارشناسی و در شرکت‌کننده‌های گروه کنترل ۴۰ درصد با تحصیلات زیر دیپلم، ۵۰ درصد دیپلم و ۱۰ درصد کارشناسی بودند.

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار متغیرهای نشخوار فکری و شادکامی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
نشخوار فکری	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۲/۱۰	۵/۶۲
		پس‌آزمون	۲۹/۲۰	۳/۴۵
		پیگیری	۲۸/۱۰	۲/۹۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۶۰/۸۰	۷/۹۶
		پس‌آزمون	۶۱/۴۰	۸/۵۹
		پیگیری	۶۰/۲۰	۷/۳۹
شادکامی	آزمایش	پیش‌آزمون	۹۸/۲۰	۱۹/۲۸
		پس‌آزمون	۱۱۹/۵۰	۲۱/۰۱
		پیگیری	۱۰۶/۲۰	۱۷/۸۶
	کنترل	پیش‌آزمون	۷۵/۹۰	۱۷/۴۵
		پس‌آزمون	۷۷/۲۰	۱۷/۱۷
		پیگیری	۷۲/۳۰	۸/۸۵

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در متغیر شادکامی میانگین نمره‌های شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری کاهش یافته و در متغیر نشخوار فکری کاهش یافته است.

جدول ۳

آزمون کالموکروف اسمیرنوف (نرمال بودن) توزیع نمرات گروه‌های نمونه در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	مقدار Z	سطح p	مقدار Z	سطح p	مقدار Z	سطح p
نشخوار فکری	۰/۷۳	۰/۶۴۹	۰/۹۸	۰/۲۹۰	۱/۱۵	۰/۱۳۹
شادکامی	۰/۸۳	۰/۵۰۰	۰/۵۷	۰/۷۸۳	۰/۵۶	۰/۹۰۸

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در سه مرحله نمره‌های شرکت کننده‌ها در متغیرهای شادکامی و نشخوار فکری از توزیع نرمال تبعیت می‌کنند.

جدول ۴

نتایج آزمون فرض کرویت (همسانی ماتریس-کوواریانس درون گروهی)

متغیرها	آماره موشلی	χ^2	df	p	Greenhouse-Geisser
نشخوار فکری	۰/۶۰	۸/۶۷	۲	۰/۰۱۳	۰/۷۱
شادکامی	۰/۹۸	۰/۲۸	۲	۰/۸۷۰	۰/۹۸

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که فرض کرویت؛ یعنی آزمون موشلی در متغیر شادکامی برقرار است ($p = ۰/۸۷۰$) و این مفروضه در متغیر نشخوار فکری رعایت نشده است ($p < ۰/۰۱۳$). در نتیجه از آزمون تعدیل شده گرین هاوس-گیزر برای بررسی متغیر نشخوار فکری استفاده گردید.

جدول ۵

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (اثر درون آزمودنی‌ها) در متغیرهای نشخوار فکری و شادکامی در گروه‌های کنترل و آزمایش

متغیرها	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	مجذور توان آزمون (η^2)
نشخوار فکری	مرحله	۶۱۶/۲۳	۱/۴۳	۴۳۱/۲۶	۲۳/۲۰	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۵۶
	مرحله × گروه	۶۰۳/۰۳	۱/۴۳	۴۲۲/۰۲	۲۲/۷۰	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۵۵
	خطا	۴۷۸/۰۷	۲۵/۷۲	۱۸/۵۹			۰/۹۹
شادکامی	مرحله	۱۴۳۵/۶۰	۲	۷۱۷/۸۰	۱۹/۳۵	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۵۲
	مرحله × گروه	۱۰۰۸/۵۳	۲	۵۰۴/۲۷	۱۳/۵۹	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۴۳
	خطا	۱۳۳۵/۲۰	۳۶	۳۷/۰۹			۰/۹۹

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که نمره‌های نشخوار فکری شرکت‌کنندگان در مراحل پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت هستند ($F = ۲۳/۲۰$ ، $p < ۰/۰۰۱$)؛ یعنی نمرات شرکت‌کنندگان در متغیر نشخوار فکری در گروه آزمایش از مراحل پیش آزمون تا پیگیری متفاوت است. یافته دیگر حاکی از این است که نمره‌ی شرکت‌کنندگان شادکامی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یا یکدیگر متفاوت هستند ($F = ۱۹/۳۵$ ، $p < ۰/۰۰۱$). آزمون پیگیری بنفرونی مشغول کند که بیم کدام یک از مراحل سه گانه در گروه آزمایش در متغیرهای نشخوار فکری و شادکامی تفاوت وجود دارد.

جدول ۶

نتایج آزمون پیگیری بنفرنی در مراحل سه گانه متغیرهای نشخوار فکری و شادکامی در شرکت کنندگان گروه آزمایش

متغیر	(j)	(i)	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح p
نشخوار فکری	پیش آزمون و پس آزمون		- ۱۲/۹۰	۲/۱۷	$p < ۰/۰۰۱$
	پیش آزمون و پیگیری		- ۱۴	۲/۴۵	$p < ۰/۰۰۱$
	پس آزمون و پیگیری		- ۱/۱۰	۱/۱۹	$p = ۱$
شادکامی	پیش آزمون و پس آزمون		۲۱/۳۰	۳/۴۱	$p < ۰/۰۰۱$
	پیش آزمون و پیگیری		۸	۲/۲۵	$p < ۰/۰۰۱$
	پس آزمون و پیگیری		۱۳/۳۰	۲/۵۷	$p < ۰/۰۰۱$

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات متغیر نشخوار فکری در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری در شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$)؛ یعنی میزان نشخوار فکری در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله‌ی پیش آزمون به دلیل مداخله آموزشی کاهش یافته است و بین میانگین نمرات متغیر نشخوار فکری در مرحله‌ی پس آزمون و مرحله‌ی پیگیری تفاوت وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$)؛ یعنی اثر مثبت درمان هنوز ماندگار است. همچنین، بین میانگین نمرات متغیر شادکامی در مرحله‌ی پیش آزمون و مرحله‌ی پس آزمون، مرحله‌ی پیش آزمون و مرحله‌ی پیگیری و مرحله‌ی پس آزمون و مرحله‌ی پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$)؛ یعنی به جز در مرحله‌ی پس آزمون و مرحله‌ی پیگیری (برای اطلاعات بیشتر در مورد کاهش شادکامی در مرحله‌ی پیگیری به جدول ۲ مراجعه کنید)، شادکامی در مرحله‌ی پس آزمون و مرحله‌ی پیگیری در مقایسه با مرحله‌ی پیش آزمون افزایش یافته است و این نشان از تأثیر مثبت مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی زنان نابارور است.

جدول ۷

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (در گروه آزمایش و کنترل) در متغیرهای نشخوار فکری و شادکامی

متغیرها	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا (η^2)	مجذور توان آزمون
نشخوار فکری	گروه	۱۱۴۸۱/۶۷	۱	۱۱۴۸۱/۶۷	۱۲۰/۲۳	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۵۶	۰/۹۵
	خطا	۱۷۱۸/۹۳	۱۸	۹۵/۵۰				
شادکامی	گروه	۱۶۱۷۰/۴۲	۱	۱۶۱۷۰/۴۲	۱۹/۴۵	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۵۲	۰/۹۸
	خطا	۱۴۹۶۱/۱۰	۱۸	۸۳۱/۱۷				

جدول ۷ نتایج نشان می‌دهد که بین شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای نشخوار فکری و شادکامی در سطح آماری $p < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، میزان

شادکامی و نشخوار فکری به ترتیب در شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش نسبت به شرکت‌کننده‌های گروه کنترل افزایش و کاهش یافته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه مشاوره‌ی گروهی بر نشخوار فکری و شادکامی زنان نابارور انجام شد. نتایج بررسی فرضیه‌ی اول نشان داد که مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد نشخوار فکری زنان نابارور را در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش داده است و این تأثیر را می‌توان در مرحله‌ی پیگیری نیز مشاهده نمود که پژوهش‌های پتر و همکاران (Petts et al., 2017)؛ حیدری و همکاران (Heidar et al., 2018)، دمهری و همکاران (Demehri et al., 2018) و جهانگیری و همکاران (jahangiri et al., 2018) این یافته‌ها را تأیید می‌کنند.

به هر حال، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این باور است که آنچه خارج از کنترل فرد است را بپذیرد و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد، متعهد باشد. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد (Izadi & Abedi, 2015). استعاره‌ها و تمرین‌های این درمان به منظور درهم آمیختگی فرایندهای روانی در جهت تمرکز بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان یک کل استفاده می‌شود. در مورد متغیر نشخوار فکری باید عنوان کرد آموزش تعهد و پذیرش که متضمن حل‌مسأله‌ی شناختی رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی قید و شرط مشکل (اختلال) است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که زنان نابارور دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد روی خود، نالرزنده‌سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق و احساس غمگینی می‌شود، بلکه تأثیر زیادی نیز روی تشدید علایم می‌گذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسأله که در آموزش تعهد و پذیرش، گسلش شناختی نام دارد با تأثیر روی این جنبه‌ها می‌تواند در نهایت بر افکار ناکارآمد و نشخوار فکری زنان نابارور تأثیر بگذارد (Narimani, Alamdari, & Abolqasemi, 2014). در همین راستا، ولز (Wells, 2002) عنوان نمود که به‌کارگیری این آموزش به دلیل سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی می‌تواند علایم نشخوار فکری در افراد کاهش دهد. به عبارت دیگر، این آموزش روی کاهش تدریجی نشخوار فکری و تلاش برای جایگزین کردن الگوهای تفکر ناسازگارانه تلاش می‌کند (Ahadifar, 2014). همچنین می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه‌ی گروهی به دلیل اینکه به افراد کمک نموده تا در ابتدا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعالیت‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به

انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند و افکار خود را بپذیرند و بر افکار و احساسات ناخواسته تسلط یابند. این آموزش با ارائه‌ی تمرین‌های مناسب ذهنی سبب شد کنترل بر نظام فکری بیشتر گردد و زنان نابارور پاسخ‌های نشخوارگری، افسردگی و افکاری که بیشتر جنبه تکراری داشته باشند، کمتر نشان دهند.

نتیجه‌ی فرضیه دوم پژوهش با پژوهش‌های مسلم‌خانی و همکاران (Moslem & et al, 2018)؛ مرادی و دهقانی (Moradi, & Dehghani, 2018)؛ خادمی و تسبیح‌سازان (Khademi & Tasbihsazan, 2019) یکی است و می‌توان گفت که شادکامی چندین جزء دارد که یکی از آن‌ها جزء شناختی است که باعث می‌شود فرد شادکام اطلاعات را به طور خاصی پردازش کرده، مورد تعبیر و تفسیر قرار دهد که در نهایت باعث احساس شادی و خوش بینی در وی می‌گردد (Dainer, 2000). با توجه به جزء شناختی شادی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان نابارور می‌آموزد که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و باورهایشان مبتنی بر نداشتن فرزند و در نتیجه کناره‌گیری و گوشه‌گیری از سایرین، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آن‌ها دارند و همچنین با ایجاد اهداف اجتماعی‌تر و تعهد به آن‌ها، با این احساس غمگینی و انزوای خود مقابله کنند. درواقع، رویارویی فعال و مؤثر 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 ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی‌تر را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست. در واقع فرایندهای مرکزی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آزمودنی‌ها آموزش می‌دهد چگونه عقیده‌ی بازداری فکر را رها کند، از افکار مزاحم گسیخته شود، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نماید، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرد، ارزش‌هایش را تصریح کند و به آن‌ها بپردازد. هایز (Hayes, 2005) نیز معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد آموزشی به جای آنکه روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده‌شان را بپذیرند و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند و به جای پرداختن به احساس‌ها و عواطف منفی، احساسات و عواطف مثبت و شاد را در وجود خود پرورش دهند.

محدودیت اصلی این پژوهش مربوط به مرکز ناباروری میلاد شهر مشهد است که در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. همچنین نمونه‌ی این پژوهش فقط روی یکی از زوج‌ها انجام شده است. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آینده برای بررسی ارزیابی بیشتر تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد این روش درمانی می‌تواند با رویکرد ذهن آگاهی جهت اثربخشی بیشتر به صورت ترکیبی در زنان نابارور انجام پذیرد. بر مبنای یافته‌های این پژوهش توصیه می‌گردد که برنامه مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای پیشگیری از به وجود آمدن عوارض ناگوار ناشی از ناباروری و بدخیم شدن این پیامدها بعد از تشخیص ناباروری در مراکز درمان ناباروری توسط مشاورین و روان‌درمان‌گران اجرا گردد.

نتیجه گیری

در مجموع می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در متغیر نشخوار فکری کاهش و در متغیر شادکامی افزایش یافته است. پس آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه‌ی گروهی بر نشخوار فکری و شادکامی زنان نابارور مؤثر بوده است. همان‌طور که پترسون (Peterson, 2004) نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شیوه‌ی مناسب برای کاهش فشار روانی ناباروری، پریشانی روانی و افسردگی ناشی از ناباروری است. در واقع، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا است، در حالی که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد و از تجربه‌ها و نشخوارهای فکری ناخواسته و نامطلوب‌رهای پیدای می‌کند و ذهنش نسبت به واقعیت آگاه‌تر می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش ابتدا به تمام شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که در یک کار پژوهشی شرکت دارند و شرکت در آن اختیاری می‌باشد. همچنین اهداف پژوهش، رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ناشناس ماندن آزمودنی‌ها و محرمانه نگه داشتن اطلاعات، برای آن‌ها تشریح شد.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

سپاسگزاری

از تمامی زنان شرکت‌کننده در تحقیق حاضر و کسانی که نهایت همکاری را در اجرای این پژوهش با ما داشتند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

References

- Ahadifar, F. (2015). *Effectiveness of MCT treatment on ruminating and depression of female teachers*. Thesis for Master of Science (MSc), Azad University, Neyshabur. (Persian)
- Alipour, A., Hashemi Nosrat Abad, T., Babapourkheiruddin, J., & Toosi, F. (2010). The Relationship between Coping Strategies and Happiness of Students. *New Psychological Research (Psychology, University of Tabriz)*, 5 (18), 86-71. (Persian)
- Almasi, M. (2016). Related factors in the happiness of infertile women in Ilam city, *Nasim Health Quarterly*, 5(1), 10-18. (Persian)

- Asadi, S., Abedini, M., Poursarifi, H. & Nikookar, M. (2012). The Relationship between uncertainty tolerance and intellectual ruminance with concern in the student's population. *Clinical Psychology*, 4 (4), 91-83. (Persian)
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J.P. Forgas. & J. M. Innes (Eds), *Recent advances in social psychology: An international perspective*, (pp. 189-203). *North Holland: Elsevier Science Publishers*.
- Arnow, B. A., Spangler, D., Klein, D. N., & Burns, D. D. (2004). Rumination and distraction among chronic depressives in treatment: A structural equation analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 67- 83.
- Bahrami, F., & Mahmoudi, A. (2007). Effect of positive and negative induced emotions on worry and rumination caused by previous induced negative emotions. *New Cognitive Science*, 9 (2), 76-69. (Persian)
- De Houwer. J., Barnes-Holmes. Y., & Barnes-Holmes. D. (2016). Riding the waves: A functional-cognitive perspective on the relations among behavior therapy, cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology*, 51(1), 40-44.
- Bordbar, L., Salehi, S., & Rahbar, T. (2016). A comparison of perfectionism and coping strategies in infertile and normal couples. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 6(1), 97-101.
- Brinker, J. K., & Dozois, D. J. (2009). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 1-19.
- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 699-711.
- Demehri, F., Saeedmanesh, M., & Jala, N. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on rumination and well-being in adolescents with general anxiety disorder. *Journal of Middle Eastern Disability Studies*, 8, 25-25. (Persian)
- Faal Kalkhoran, L., Bahrami, F., Farrokhi, N.A., Zeraati, H., & Ttrahomi, M. (2011). Comparison of anxiety, depression and marital satisfaction in two selected groups of fertile and infertile women in Tehran. *Fertility and Infertility*, 12 (2), 163-157. (Persian)
- Farid, F. (2013). The effectiveness of teaching the components of happiness on positive and negative affect and quality of life in Tehran University of Medical Sciences. Master's thesis in consulting and guidance. *Islamic Azad University, Research Center of Khorasan Razavi (Neyshabur)*. (Persian)
- Hadi Nejad, H., & Zeraati, F. (2009). Reliability, validity and standardization of the Oxford Happiness Inventory, *Psychological Research*, 12 (1 and 2), 75-62. (Persian)
- Hashemi, Ali poor, A., & Feili, A. (2013). The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on happiness among infertile women, *Armaghane-danesh, Armaghane-danesh, Journal of Yasuj University Medical Sciences*. 18(9), 678-686. (Persian)

- 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(2), 131-151.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. A. S. O. N. (2012). Acceptance and commitment therapy: Theories of psychotherapy. *The American Psychological Association, Washington DC*.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
- Heydari, P., & Latif Nezhad, R. (2010). The relationship between psychosocial factors and marital satisfaction of infertile women. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 14 (1), 32-26. (Persian)
- Heidari, F., Asgari, P., Heidari, A. Pasha, R., & Makvandi, B. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and rumination in patients with non-cardiac chest pain. *Journal of Middle Eastern Disability Studies*, 8, 46-46. (Persian)
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A Compact Scale for the Measurement of Psychological Well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082.
- Izadi, R., & Abedi, M. R. (2015). *Treatment based on admission and commitment*. Isfahan: Jungle. (Persian)
- Jamshidian QalehShahi, P., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2017). Comparing the effect of Iranian positive therapy and acceptance-commitment therapy on depression, anxiety and stress of infertile women in Isfahan city. *Journal of Health Promotion Management*, 6(5), 8-16. (Persian)
- Jay, K. B., Madeleine, P., & Barbara, B. (2013). Rumination: Deductions on inductions. *Journal of Neurology and Psychology*, 1(2), 1-5.
- Jahangiri, M., Golmohemdian, M., & Hoiatkhah, M. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in rumination and psychosocial flexibility in methadone-treated addicts. *Journal of Research on Addiction*, 12(48), 169-184. (Persian)
- Joormann, J. (2006). Differential effect of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognitive and Research Therapy*, 30, 149- 160.
- Khademi, A., & Tasbihsazan, R. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological well-being and happiness of mothers of children with cancer. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*, 5 (4), 71-78. (Persian)

- Khanipour, H., Borjali, A., Mohammad Khani, P., & Sohrabi, F. (2011). The effectiveness of cognitive therapy based on the presence of mind on signs of depression and thought in patients with a major depressive period: A case study. *Quarterly Journal of Clinical Psychology*, 2 (7), 50-31. (Persian)
- Lotfi Nia, A. (2007). Comparison of problem solving methods in depressed students with rumination response. *Ph. D dissertation, Psychiatric Institute*. (Persian)
- Lotfi, S. (2015). Group teaching ACT-based anxiety control on satisfaction of life, happiness and anxiety in students. Master's Degree in Public Psychology, *Islamic Azad University, Research Branch of Khorasan Razavi (Neyshabur)*. (Persian)
- Mackay, M. (2008). *Hand book of research method in abnormal and clinical psychology*. New York: Guilford Press.
- Mansouri, A., Farnam, A., Bakhshi PourRoodsari, A., & Mahmoodallilo, M. (2010). Comparison of rumination in patients with major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, general anxiety disorder and normal people. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences & Health Services* (3), 195-189. (Persian)
- Martin, D. L., Oren, Z., & Boone, K. (1991). Major depressives and dysthymics performance on the Wisconsin card sorting test. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 684-690.
- Mirmohdi, R., Saffarinia, M., & Sharifi, A. (2014). *Spirituality Therapy and Positive Psychology Approach*. Tehran: Avay Noor Publishing. (Persian)
- Moradi, K., & Dehghani, A. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT) on happiness and social desirability. *Journal of Women and Family*. 12(42), 113-126. (Persian)
- Moslem Khani, M., Ebrahimi, M. E., & Sahebi, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on happiness and hope of Hamedanian multiple sclerosis patients. *Journal of Pajouhan Scientific*, 17 (2), 15-23. (Persian)
- Narimani, M., Alamdari, A., & Abolqasemi, A. S. (2014). Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the quality of life of infertile women. *Family Counseling and Behavior Therapy*, 4 (3), 405-387. (Persian)
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Ljubomirskv, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S. (2004). Dvadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression. *Fertility and Sterility*, 82, S104.

- Petts. R. A., Duenas. J. A., & Gavnor. S. T. (2017). Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 134-144.
- Robinson. S. M., & Allov. L. B. (2003). Negative inferential style and stress-reactive rumination: interactive risk factors in the etiology of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 275-291.
- Rosner, M. (2012). *Recovery from traumatic loss: A study of women living without children after infertility. Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations, University of Pennsylvania.*
- Rostami. M., Rasouli. M., & Kasaei. A. (2019). Comparison of the effect of group counseling based on spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the quality of life the elderly. *Journal of Applied Counseling*, 9(1), 87-110.
- Samadi, H., & Doostkam, M. (2017). Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital compatibility in infertile woman, *Thought & Behavior in Clinical Psychology Journal*, 11(43), 67-76. (Persian)
- Samani. S., & Torabi. A. (2011). The adolescence's happiness in different family types based on the contextual family process and content model. *Journal of Applied Counseling*, 1(1), 3-20.
- Shahbazi. M., & Ali. G. K. (2018). The study and comparison of marital satisfaction, quality of life, happiness and life expectancy among married women with either less or more than five years of marital. *Journal of Applied Counseling*, 8(2), 32-54.
- Shahverdi, J., Rezaie. M., Ayaziroz Bahani, M., Sadeghi, H., Bakhtiari, M., & Shahverdi, M. (2015). The relationship of general health with happiness, feelings of humiliation and marital conflicts in infertile women in Boroujerd. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, 25 (90), 54-47. (Persian)
- Volgsten, H., Skoog Svanberg A., Ekselius, L., Lunquist, O., & Poroma, I. S. (2010). Risk factors for psychiatric disorders for women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 93, 1088-1096.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive. Therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212.

