

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی

گروه آموزشی روانشناسی

پایان‌نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد

در رشته‌ی روانشناسی بالینی

عنوان:

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور

اساتید راهنما:

دکتر محمد نریمانی

دکتر عباس ابوالقاسمی

استاد مشاور:

دکتر عادل زاهد بابلان

پژوهشگر:

الهه علمداری

تابستان ۹۲



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی
گروه آموزشی روانشناسی

پایان‌نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد
در رشته‌ی روانشناسی بالینی

عنوان:

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور

پژوهشگر:

الهه علمداری

ارزیابی و تصویب شده‌ی کمیته‌ی داوران پایان‌نامه با درجه‌ی بسیار خوب

امضاء	سمت	مرتبه‌ی علمی	نام و نام خانوادگی
	استاد راهنما و رئیس کمیته‌ی داوران	استاد دانشیار	محمد نریمانی و عباس ابوالقاسمی
	استاد مشاور	استادیار	عادل زاهد بابلان
	داور	استادیار	ناصر صبحی قراملکی

تابستان ۹۲

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم

آنان که دستانم را گرفتند و راه رفتن را در این وادی زندگی پر از فراز و نشیب به من

آموختند

والدینی که بودنشان تاج افتخاری است بر سرم و نامشان دلیلی است بر بودنم چرا

که این دو وجود پس از پروردگار مایه هستی ام بوده‌اند

آموزگارانی که برایم زندگی؛ بودن و انسان بودن را معنا کردند

حال این برگ سبزی است تحفه درویش تقدیم آنان....

تقدیم به خواهر و برادرم، فرزانه و مهدی،

که دریای مهرشان بیکران است و به وسعت دریاها دوستشان دارم

سپاسگزاری:

از پدر و مادر مهربانم به خاطر محبت‌ها و حمایت‌هایشان و همچنین از خواهر و برادر عزیزم به خاطر یاری‌ها و همراهی‌شان قدردانی می‌کنم

وظیفه خود می‌دانم که از راهنمایی‌ها و روشنگری‌های استاد راهنمای بزرگووارم، جناب آقای دکتر محمد نریمانی و دکتر عباس ابوالقاسمی مراتب تشکر و قدردانی را به عمل آورم.

و همچنین از استاد فرهیخته جناب آقای دکتر عادل زاهد که مرا از کمک‌ها و رهنمودهای خویش بی‌نصیب نگذاشت تشکر و قدردانی می‌کنم.

نام خانوادگی دانشجوی: علمداری	نام: الهه
عنوان پایان‌نامه: بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ^۱ بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور	
اساتید راهنما: دکتر محمد نریمانی و دکتر عباس ابوالقاسمی	
استاد مشاور: دکتر عادل زاهد بابلان	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
گرایش: بالینی	دانشگاه: محقق اردبیلی
دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی	تاریخ دفاع: ۱۳۹۲/۶/۱۹
	تعداد صفحات: ۱۲۶
چکیده:	
<p>هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور بود. این پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه‌ی زنان نابارور مراجعه کننده به ۳ متخصص زنان و زایمان شهر شیراز بود. نمونه پژوهش ۲۹ زوج نابارور بود که به طور تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش درمان تعهد و پذیرش را در ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (۴۷ سؤالی) و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF - ۳۶) استفاده گردید. نتایج داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) نشان داد که درمان تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی مؤثر است ($P < 0/001$). این نتایج حاکی است که درمان تعهد و پذیرش می‌تواند مشکلاتی را که زوجین نابارور با آن روبرو هستند، تعدیل کند. در واقع این آموزش در کار با گروه نابارور از طریق آموزش مهارت‌های ضروری مانند ذهن‌آگاهی، کاهش اجتناب تجربی و پذیرش تأکید دارد.</p>	
کلید واژه‌ها: درمان تعهد و پذیرش، رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، زوجین نابارور	

فهرست مطالب

¹ - Acceptance and Commitment Therapy

فصل اول: کلیات تحقیق

۲	..... ۱-۱- مقدمه
۴	..... ۲-۱- بیان مسئله
۸	..... ۳-۱- ضرورت و اهمیت تحقیق
۹	..... ۴-۱- اهداف پژوهش
۱۰	..... ۴-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۱۳	..... ۱-۲- مقدمه
۱۳	..... ۲-۲- ناباروری
۱۴	..... ۳-۲- استرس و ناباروری
۱۶	..... ۴-۲- نشانگان استرس ناباروری
۱۸	..... ۵-۲- ناباروری به عنوان بحران زندگی
۱۹	..... ۶-۲- ناباروری و زیان‌های مرتبط
۲۱	..... ۷-۲- مداخلات روانشناختی
۲۳	..... ۸-۲- کیفیت زندگی
۲۴	..... ۱-۸-۲- تعریف کیفیت زندگی
۲۶	..... ۲-۸-۲- تعریف روانشناسی مثبت‌نگر بر اساس کیفیت زندگی
۲۶	..... ۳-۸-۲- نظریه کیفیت زندگی
۲۹	..... ۴-۸-۲- الگوی پنج‌گانه رضایتمندی از زندگی
۲۹	..... ۵-۸-۲- عناصر پنج‌گانه نظریه کیفیت زندگی
۳۱	..... ۶-۸-۲- کیفیت زندگی، سلامتی و سلامت فکری
۳۲	..... ۷-۸-۲- کیفیت زندگی و روش‌های کنترل استرس
۳۳	..... ۸-۸-۲- کیفیت زندگی و شخصیت فرد (خصوصیات فردی)
۳۳	..... ۹-۲- رضایت زناشویی
۳۴	..... ۱۰-۲- عوامل مؤثر در رضایت زناشویی
۴۵	..... ۱۱-۲- درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
۴۵	..... ۱-۱۱-۲- نظریه و فرآیندهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد
۴۶	..... ۲-۱۱-۲- بافت‌گرایی کارکردی
۴۷	..... ۳-۱۱-۲- نظریه‌ی ارتباطی فریم
۵۰	..... ۴-۱۱-۲- فرایندهای هسته‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۵۰	..... ۱-۴-۱۱-۲- پذیرش
۵۱	..... ۲-۴-۱۱-۲- گسلش شناختی

۵۱	.....۲-۱۱-۴-۳- در زمان حال بودن
۵۱	.....۲-۱۱-۴-۴- خود به عنوان یک بافت
۵۱	.....۲-۱۱-۴-۵- ارزشها
۵۲	.....۲-۱۱-۴-۶- عمل متعهدانه
۵۲	.....پیشینه پژوهشی مربوط به متغیرها
۵۲	.....۲-۱۲- ناباروری
۵۵	.....۲-۱۳- کیفیت زندگی
۵۷	.....۲-۱۴- رضایت زناشویی
۵۹	.....۲-۱۵- درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
	فصل سوم: روش تحقیق
۶۶	.....۳-۲- روش پژوهش
۶۶	.....۳-۳- جامعه آماری
۶۶	.....۳-۴- نمونه و روش نمونه‌گیری
۶۷	.....۳-۵- ابزار اندازه‌گیری
۶۷	.....۳-۵-۱- فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36)
۶۷	.....۳-۵-۲- مقیاس رضایت‌مندی زناشویی انریچ (ENRICH)
۶۸	.....۳-۶- روش اجرا
۶۸	.....۳-۷- خلاصه شرح جلسات
۷۰	.....۳-۸- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
	فصل چهارم: یافته‌های تحقیق
۷۲	.....مقدمه
۷۲	.....۴-۱- یافته‌های جمعیت‌شناختی
۷۵	.....۴-۲- یافته‌های توصیفی
۷۷	.....۴-۳- یافته‌های استنباطی
	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری
۸۶	.....۵-۱- مقدمه
۹۶	.....۵-۲- محدودیت‌ها
۹۶	.....۵-۳- پیشنهادات نظری
۹۷	.....۵-۴- پیشنهادات کاربردی
۹۸	.....۵-۵- منابع
۱۱۱	.....۵-۶- پیوست

فصل اول:

کلیات پژوهش

ناباروری^۱ یکی از مهمترین بحران‌های زندگی است که منجر به بروز مشکلات روانی و تجربیات استرس‌زای جدی برای افراد مبتلا می‌شود (سادوک، کاپلان^۲، ۲۰۰۳). ناباروری از لحاظ روانشناختی تهدید کننده و تنش‌زا است به همین دلیل بسیاری از مؤلفان پیامدهای روانشناختی ناباروری را به سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند (سقافی، طوفانی، ۲۰۰۴). ناباروری به عنوان یک مشکل فردی و اجتماعی می‌تواند باعث از بین رفتن ثبات خانواده شود. عوامل روانشناختی می‌تواند در ناباروری دخالت داشته باشد (شیبانی، ۱۳۸۴).

مطالعات گوناگون عمدتاً چنین نتیجه‌گیری می‌کنند که تجربه‌ی ناباروری برای زنان استرس‌زاتر از مردان است. این مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که زنان نابارور از عزت‌نفس پائین‌تری برخوردارند، افسردگی بیشتری دارند، از زندگی رضایت کمتری دارند، خودشان را برای ناباروری بوجد آمده مقصر می‌دانند، نداشتن بچه را بیشتر به عنوان یک امر غیر قابل قبول در نظر می‌گیرند، از کودکان و زنان باردار فاصله می‌گیرند، درمان را زودتر شروع می‌کنند، در جستجوی اطلاعات در پیرامون ناباروری هستند، درمان را دیرتر متوقف می‌سازند، بچه‌دار شدن را بیشتر یک چاره و علاج برای پیامدهای منفی ناباروری در نظر می‌گیرند و در کل با مشکلات بیشتری در زمینه‌ی سلامت روان مواجه هستند (کلاک^۳، ۲۰۰۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پس از یک سال ازدواج، فشار بر همسران برای بچه‌دار شدن افزایش می‌یابد و طی سال سوم و چهارم به بیشترین میزان می‌رسد (دومارو برومه^۴، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که تجربه‌ی ناباروری با طیف گسترده‌ی آسیب‌های روانشناختی، تخریب حرمت خود، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، احساس حقارت و ناکارآمدی، ناکش‌وری جنسی و مشکلات زناشویی در ارتباط است (بویارسکی^۵، ۱۹۸۳؛ به نقل از بشارت و حسین‌زاده، ۱۳۸۳). ناباروری و مشکلات ناشی از آن تنها برای فقدان فرزند نیست، بلکه مواردی از جمله آشفتگی در روابط خانوادگی و زناشویی، احساس طرد از سوی اطرافیان، سرزنش شدن از سوی خود و دیگران تأثیرات زیادی بر جنبه‌های شخصیتی و روانشناختی، کارکردهای خانوادگی و ارتباطی او می‌گذارد و بطور کلی کیفیت زندگی و رضایت زناشویی را در زوجین پائین می‌آورد و در بعضی مواقع باعث از هم پاشیدن زندگی آنها می‌شود. احتمال بروز مشکلات شخصیتی در این گروه به خصوص آنهایی که شکست در درمان را تجربه کرده‌اند، چشمگیر است (ویچمن^۶، ۲۰۰۵). به طور کلی ناباروری کیفیت زندگی را در زوجین پایین می‌آورد.

¹ - Infertility

² - Sadock & Kaplan

³ - Klock

⁴ - Domar & Broome

⁵ - Boyarsky

⁶ - Wischmann

اگر چه تعریف منفرد و جهانی از مفهوم کیفیت زندگی^۱ در دست نیست، اما یک توافق گسترده در زمینه چند بعدی بودن این مفهوم وجود دارد که دربرگیرنده ابعاد رفاه اجتماعی، فیزیکی و روانی است (فوه، وانگ و لو^۲، ۲۰۰۰). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که عرصه‌های مختلف زندگی، همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر دارد (جانسون، داهلسترون و براسترون^۳، ۲۰۰۵). در مطالعات کیفیت زندگی، خود فرد تنها مرجع برای ارزیابی کیفیت زندگی اوست در نتیجه یک ناراحتی خاص که برای یک نفر ممکن است ادامه زندگی را غیر ممکن می‌سازد، از نظر فرد دیگر تنها به عنوان ناراحتی قلمداد می‌شود (پور^۴، ۲۰۰۳). عوامل مختلفی در کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارند و ناباروری نیز یکی از شرایط دشوار و ناتوان کننده است که مشکلات اجتماعی و بهداشتی مهمی ایجاد می‌کند و باعث پائین آمدن کیفیت زندگی این گروه می‌شود (خیاتا^۵، ۲۰۰۳). در تحقیقی که که مانگو و همکاران انجام دادند، نشان داده است که مسائل مربوط به ناباروری، تاثیر منفی بر روی کیفیت زندگی دارد (مانگو، الکساندر، کتز، استین^۶، ۲۰۰۴). یکی از جنبه‌های بسیار مهم ارتباط بین زن و شوهر رضایتی است که زن و شوهر از ازدواج خود تجربه می‌کنند (لوکاس^۷، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رضایت از ازدواج، رابطه‌ای قوی با احساس خوشبختی و شادکامی (سینها و ماکرچک^۸، ۱۹۹۰؛ ویلسون و اسلوالد^۹، ۲۰۰۵)، بهزیستی (داینر، گوم، سو و اوشی^{۱۰}، ۲۰۰۲) و سلامت عمومی زوجین دارد (لمب، لی و دماریس^{۱۱}، ۲۰۰۳). رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع، احساس خوشبختی، رضایت از ازدواج و رضایت از همدیگر دارند (کارنی و برادیوری^{۱۲}، ۲۰۰۵). عدم رضایت از زندگی زناشویی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است (مالتی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۴). ازدواج ناهماهنگ، عامل خطری برای افسردگی است (سایپنگتون^{۱۴}، ۲۰۰۱).

در مقابل رضایت زناشویی با کاهش خطر ابتلا به افسردگی همراه است. همسرانی که اختلاف دارند، افسرده‌تر هستند و رفتار خصمانه‌تر و خلقی مضطرب‌تر دارند (برامیت^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۰).

¹ - Quality Of Life

² - Foh, Wang, & Lu

³ - Johansson, Dahlstrom, & Brostrom

⁴ - Power

⁵ - Khayata-

⁶ - Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, & Ganiats

⁷ - Lucas

⁸ - Sinha, & Mukerjec

⁹ - Wilson, & Oswald

¹⁰ - Diener, Gohm, Suh, & Oishi

¹¹ - Lamb, Lee, & Demarris

¹² - Karney & Bradbury

¹³ - Maltby

¹⁴ - Sapington

¹⁵ - Brummett

ساندلوسکی^۱ (۱۹۹۰) در بررسی ۵۲ زوج آمریکایی دریافت که متغیر زمان در سازگاری خانوادگی زنان تاثیر بسزایی دارد و گذشت زمان موجب کاهش سازگاری زناشویی زنان نابارور می‌شود. بسیاری از پژوهشگران بر افزایش منازعات زناشویی در میان زوج‌های نابارور تأکید کرده‌اند به طوری که بعضی مواقع این منازعات به طلاق و جدایی می‌انجامد (کمان، چرون و بچمن^۲، ۱۹۹۸). تنش ناشی از ناباروری ناباروری می‌تواند به ساختار روابط زناشویی آسیب زند و منجر به کاهش رضایت زناشویی، سلامت ذهن و کیفیت زندگی آنها شود (ابی، آندرو و هالمن^۳، ۱۹۹۲). مشکلات زوجین نابارور بر کیفیت زندگی زندگی و رضایت زناشویی آنها تاثیر می‌گذارد. روش‌های مختلف درمانی برای مقابله با واکنش‌های روانی ناشی از ناباروری وجود دارد. میرز و وارک^۴ (۱۹۹۶) رویکرد شناختی رفتاری را برای درمان زوج‌های نابارور پیشنهاد می‌کنند؛ زیرا معتقدند که این رویکرد به طور مناسبی هم راستای نیازهای زوجین نابارور است و درمان شناختی - رفتاری باید اولین قدم در درمان زوج‌های نابارور باشد. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۵ (ACT) بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور بود.

۲-۱- بیان مسئله

براساس آمارهای رسمی حدود ۸۰ میلیون نفر در دنیا نابارور می‌باشند و اکثر کسانی که از ناباروری رنج می‌برند، در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (وانیا و روی^۶، ۲۰۰۲). شیوع ناباروری بسته به سن زن از ۷ تا ۲۸ درصد متغیر می‌باشد (امانتی، علامی، شکرابی، حقانی و رمضان زاده، ۱۳۸۸). بطور کلی شانس باروری زوجینی که از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند ۲۰ تا ۲۵ درصد در هر سیکل قاعدگی است. براساس این تخمین ۵۰ درصد زوج‌ها بایستی بعد از ۳ تا ۴ ماه و ۹۰ درصد پس از ۱۲ ماه بارداری را تجربه کنند. در سال ۱۹۸۰ مدل بحران، که ابتدا توسط کوبلر راس^۷ بیان شده بود، توسط میننگ^۸ بازسازی شده و در مورد ناباروری بکار رفت. در این مدل به ناباروری به عنوان اختلالی در تعادل حیاتی نگریسته می‌شود که منابع انرژی شخص را تحلیل می‌برد، اهداف زندگی فرد را تهدید می‌کند و می‌تواند مشکلات روانی حل نشده را فعال کند. ناباروری در واقع از بحران‌های متعددی تشکیل می‌شود و در نهایت مثل بحران‌های دیگر یا حل می‌شود یا به حالت نهایی

^۱ - Sandelowski

^۲ - Kemman, Cheron, & Bachman

^۳ - Abby, Andrews, & Halman

^۴ - Myers & Wark

^۵ - Acceptance and Commitment Therapy

^۶ - Vayena & Rowe

^۷ - Koblerrres

^۸ - Maning

قبول هیجانی می‌رسد و مانند هر بحران دیگر، ممکن است نتیجه‌ی آن بروز مشکلات روانی باشد یا موجب افزایش رشد، بلوغ و استحکام بیشتر شخص گردد. بنابراین زوجین ممکن است در زمان‌های مختلف هیجان‌ات و رفتارهای متفاوتی داشته باشند (شیبانی، ۱۳۸۴). ناباروری یکی از مهمترین بحران‌های زندگی است که منجر به تجربیات استرس‌زا و مشکلات روانی می‌شود. ناباروری، عبارت است از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جسمی منظم، بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (خیاتا^۱، ۲۰۰۳). بر اساس نتایج مختلف، ناباروری با مشکلات عاطفی از جمله افسردگی، فشار روانی، اضطراب و نارضایتی از زندگی همراه می‌باشد (محمدی و خلیج آبادی، ۱۳۸۰). ناباروری و نگرش نسبت به آن زوجین را با آشفتگی‌های هیجانی مواجه می‌سازد (نجمی، احمدی و قاسمی، ۱۳۸۰). تحقیقات مختلف تأثیر منفی ناباروری را بر روی کیفیت زندگی نشان داده‌اند (ویلسون^۲، ۲۰۰۰). (۲۰۰۰). نیلفروشان (۱۳۸۵) نشان داده است که کیفیت زندگی زنان نابارور پائین‌تر از کیفیت زندگی زنان بارور است. بنابراین کیفیت زندگی این گروه از افراد باید در نظر گرفته شود.

کیفیت زندگی، ساختار پویا و ذهنی است که به مقایسه‌ی وضعیت گذشته با حوادث اخیر در همه‌ی جوانب مثبت و منفی آن می‌پردازد. ذهنی بودن ماهیت کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره‌ی وضعیت زندگی‌شان به جای گزارشات دیگران می‌پردازد (حیدری، سلحشوریان، رفیعی و حسینی، ۱۳۸۷). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۳ کیفیت زندگی، عبارت است از "ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه‌ی فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند و با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم مرتبط است" (دوایی و سینگ^۴، ۲۰۰۱؛ به نقل از شمس اسفندآباد و نژاد نادری، ۱۳۸۸). کیفیت زندگی، سه بعد سلامت را در برمیگیرد: بعد جسمانی، روانی و اجتماعی (عباس‌زاده، باقری و مهران، ۱۳۸۸). در یک تقسیم‌بندی جامع‌تر، کیفیت زندگی را ارزیابی افراد از خود دانسته‌اند که در هشت خرده‌مقیاس مرتبط، سلامت را می‌سنجد: عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روان (شمس اسفندآباد و نژاد نادری، ۱۳۸۸). کیفیت زندگی در زنان نابارور پائین‌تر از زنان بارور است. زنان نابارور از نظر عاطفی - روانی در وضعیت دشوارتری به سر می‌برند، و از زندگی خود لذت کمتری می‌برند. بنابراین کیفیت زندگی یکی از مسائلی است که در مشاوره با زنان نابارور باید به آن توجه کرد (نیلفروشان، ۱۳۸۵). کیفیت زندگی پائین بر رضایت زناشویی و روابط بین زوجین تأثیر می‌گذارد.

¹ - Khayata

² - Wilson

³ - World Health Organization

⁴ - Singh

رضایت زناشویی به عنوان میزان ادراک زوج از اینکه، شریک‌شان نیازها و تمایلات آنها را برآورده می‌کند تعریف می‌شود (بارپیو، لانگر^۱، پلگ^۲، ۲۰۰۵). هاگینز رضایت زناشویی را اینگونه تعریف می‌کند: "احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر، زمانی که همه‌ی جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می‌گیرند" (هدیکی، تک و یوشیهیسا^۳، ۲۰۰۵). اینگونه به نظر می‌رسد که رضایت زناشویی به صورت مستقیم و غیر مستقیم با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی رابطه داشته باشد در حالیکه مشخص شده است نارضایتی از ازدواج منجر به استرس، اضطراب و حتی انحلال واحد خانواده می‌گردد (شاکلفرد، بسر و گوتز^۴، ۲۰۰۸). در صورتی که احساس زوج‌ها نسبت به زندگی مشترک مطلوب باشد، زوج‌ها از رفاه، امنیت و سلامت برخوردار هستند در غیر این صورت، این عدم رضایت زناشویی بر کیفیت زندگی و سایر روابط زوجین تاثیر مخرب می‌گذارد (برادبوری^۵، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد زوج نابارور به علت وجود افسردگی و اضطراب ناشی از نازایی تحت فشارهای روحی و روانی زیادی از طرف خود و جامعه قرار دارند و همین امر باعث می‌شود که رابطه زناشویی در آنها صرفاً به قصد بچه‌دار شدن صورت گیرد بدون اینکه هیچ رضایت‌مندی در این رابطه از طرفین وجود داشته باشد. بنابراین لزوم استفاده از درمان‌های روانشناختی در رابطه با این افراد در این زمینه احساس می‌شود.

درمان‌های شناختی - رفتاری مختلفی از قبیل زوج درمانی هیجان‌مدار^۶ (EFT) که از طریق دسترسی به احساسات و نیازهای دلبستگی بر روی تغییر چرخه‌ی منفی تعامل ارتباطی متمرکز می‌شود، و زوج درمانی رفتاری سنتی^۷ (TBCT) که نوعی درمان مبتنی بر بافت است که به زوج‌ها کمک می‌کند تا رضایت از زندگی‌شان را افزایش دهد بر روی زوجین دارای مشکل انجام گرفته است. نگرانی در مورد تأثیر بلندمدت TBCT باعث شد که بنیانگذار آن زوج درمانی رفتاری تلفیقی^۸ (IBCT) را که راهبردهای تغییر رفتار TBCT را با راهبردهای پذیرش ترکیب می‌کند تا از اصرار بر تغییر بکاهد را به وجود آورد. همچنین کارسون^۹ و همکاران (۲۰۰۴) راهبردهای ذهن‌آگاهی محور را در مورد زوجین به کار بردند که متوجه شدند سطوح بالاتر ذهن‌آگاهی با بهبود ارتباط و کاهش استرس روابط در ارتباط است. با تمام کارایی و اثربخشی این درمان‌ها ولی هنوز نگرانی‌هایی، در مورد اثربخشی بلندمدت آنها

¹ - Burpee & Langer

² - Peleg

³ - Hideaki, Taka, & Yoshihisa

⁴ - Shackelford, Besser, & Goetz

⁵ - Bradbury

⁶ - Emotionally Focused Couple Therapy (EFT)

⁷ - Traditional Behavioral Couple Therapy (TBCT)

⁸ - Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)

⁹ - Carson

وجود دارد (جانسون و لیو،^۱ ۲۰۰۰). بنابراین در این پژوهش از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که جزء موج سوم درمانهای رفتاری - شناختی است، استفاده شده است (هیز،^۲ ۲۰۰۴). درمانهای موج سوم به جای به چالش کشیدن عقاید بر روی پذیرش تمرکز می‌کنند. همچنین این درمان‌ها متکی به ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی یا توصیف عینی افکار و احساسات بدون الصاق کردن معنی به آنها، دیالکتیک، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی می‌باشد. (هیز، مسودا، بیست، لوما، گرو،^۳ ۲۰۰۴). بعلاوه تمرکز اصلی این درمان‌ها نه بر روی کاهش دادن نشانه، بلکه بر روی تحمل کردن نشانه است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در چند سال گذشته توجه بالینی زیادی را به خود معطوف داشته است. این درمان (ACT) فرمی از درمان شناختی رفتاری می‌باشد که متکی بر بافت‌گرایی کارکردی^۴ (هیز، ۱۹۹۹) و نظریه‌ی ارتباطی فریم^۵ (RFT) می‌باشد (هیز، بارنس - هولمز و روچ،^۶ ۲۰۰۱). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش سازگاری و رضایت زناشویی تاثیر دارد و باعث کاهش ناراحتی‌های بین‌فردی و روانشناختی زوجین می‌شود (پیترسون، ایفرت،^۷ ۲۰۰۹). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای درمان مشکلات جنسی زوجین مؤثر است که این اثربخشی در مردان بیشتر گزارش شده است (هنرپروران، تبریزی، شفیع‌آبادی، مرادی، ۲۰۱۰).

RFT/ACT بر اساس برخی از ویژگی‌های خاص خود واجد کاربرد پذیری ویژه‌ای برای مشکلات زوجین می‌باشد، بویژه آنکه تکنولوژی ACT فرایندهایی را هدف قرار می‌دهد که در بررسی‌های پایه‌ای آزمایشگاهی و آنالوگ به عنوان مسئله‌ی اصلی نشان داده شده است. این امر ارتباط مستقیمی را در سطح فرایند، بین تکنولوژی و علم برقرار می‌کند. BMT و IBCT بر اساس جدیدترین گزارش‌های زبانی و شناختی شکل نگرفته است و لذا قادر نیستند برخی از فرایندهایی که بواسطه‌ی RFT توضیح داده شده‌اند را هدف قرار دهد. بسیار گفته شده است که آشفتگی زوجین هم شامل مسائل بین‌فردی و هم درون‌فردی می‌باشد. RFT/ACT به سنت تمایزگذاری بین فرایندهای بین‌فردی و درون‌فردی ادامه می‌دهد. ACT به عنوان یک رویکرد درمانی برای زوجین، برای هر زوجی متفاوت است، بدین معنی که تمرکز اضافی از تحلیل کارکردی هر زوج بوجود می‌آید. با این وجود RFT/ACT حاکی از آن است که مشکلات تمام زوج‌ها به گونه‌ای با فرایندهای اساسی مشترک مرتبط با زبان و همبسته‌های آن اعم از همجوشی، اجتناب تجربی، خود/دیگران به عنوان محتوا و گیسختگی ارزش‌ها می‌باشد.

¹ - Johnson & leebo

² - Hayes

³ - Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero

⁴ - Functional contextualism

⁵ - Relational Frame Theory (RFT)

⁶ - Barnes - Holmes & Roche

⁷ - Peterson & Eifert

در آخر با توجه به مشکلاتی که زوجین نابارور با آن مواجه هستند و تأثیری که این مشکلات بر روی کیفیت زندگی، روابط و رضایت زناشویی این زوجین می‌گذارد در این پژوهش سعی کرده‌ایم از طریق درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش گامی در جهت بهبود کیفیت زندگی، افزایش رضایت زناشویی و بهبود روابط این گروه از افراد برداریم. سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور تأثیر دارد؟

۱-۳- ضرورت و اهمیت پژوهش:

از نظر روانی، داشتن فرزند یک گذرگاه تشریفاتی به زندگی بزرگسالی است. بچه‌دار شدن تحقق حداکثر و حداعلای یک زوج است، بخش اساسی از هویت جنسی و هدف اصلی ازدواج است (محمدی، ۱۳۸۰). زوج‌های نابارور خواهان فرزند هستند ولی توانایی آن را ندارند، تعدادی از افراد هم هستند که کمتر از تعداد دلخواه خود فرزند دارند این مسئله امری ناامید کننده و ویرانگر است. هر زوجی بنا به دلایل فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و ذاتی تمایل به داشتن فرزند دارد (بهاروند، ۲۰۰۳). فشارهای خانوادگی و اجتماعی برای بقای نام خانوادگی می‌تواند فشار روانشناختی، بر زوج نابارور وارد کند. از طرف دیگر چالش‌های مالی، چالش‌های روانشناختی و مسائل فیزیکی ناشی از روش‌های کمک به باروری احتمالاً تأثیر زیادی بر زوج نابارور می‌گذارد (وایت فورد و گونزالز^۱، ۱۹۹۵).

براساس آمار بهداشت جهانی، میانگین میزان ناباروری در جهان بین ۱۲ تا ۱۶ درصد است این میزان در ایران ۵ درصد بالاتر یعنی حدود ۲۰ درصد است. با توجه به نقش اساسی مولد بودن و فرزندآوری در خانواده‌ی ایرانی و نیز شیوع نسبتاً بالای ناباروری و با توجه به الگوهای زندگی، باورها و اعتقادات مذهبی و مسائل فرهنگی و اجتماعی جامعه، ناباروری می‌تواند به همراه خود فشارها و احساسات متعارضی به وجود آورد که در بسیاری از موارد به اضطراب، افسردگی و اختلال در روابط زناشویی زوج نابارور منجر می‌گردد (ساکي و همکاران، ۱۳۸۴). رید^۲ (۲۰۰۱) معتقد است که این اضطراب و افسردگی می‌تواند باعث تکرار چرخه درمان برای ناباروری شود. با توجه به این مسائل ضرورت انجام پژوهش‌های علمی و تخصصی در مورد عوامل روانشناختی ناباروری احساس می‌گردد. باید تلاش‌هایی برای بالا بردن کیفیت زندگی و بهبود رضایت زناشویی این گروه از افراد صورت بگیرد. بنابراین در این تحقیق درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به عنوان رویکردی برای بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی این افراد استفاده شده است تا گامی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی، بهزیستی روانی و رضایت زناشویی این زوجین برداشته شود و این افراد بتوانند به زندگی مشترک خود ادامه دهند و عملکردشان در حیطه‌ی اجتماعی، جسمی و روانشناختی بهبود یابد.

¹ - Whiteford & Gonzalez

² - Reed

۴-۱- اهداف پژوهش:

۴-۱-الف-اهداف کلی:

- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی زوجین نابارور
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی زوجین نابارور
- ۴-۲-ب- اهداف اختصاصی
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر موضوعات شخصیتی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتباط زناشویی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر حل تعارض زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شیوه مدیریت مالی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر فعالیت‌های اوقات فراغت زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود روابط جنسی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اقوام و دوستان زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر جهت‌گیری مذهبی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود عملکرد جسمانی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود عملکرد اجتماعی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سلامت عمومی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود انرژی و شادابی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود سلامت روان زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود نقش عاطفی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود نقش جسمانی زوجین نابارور.
- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درد بدنی زوجین نابارور.

۴-۵- سؤالات پژوهش:

- ۱- آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی زوجین نابارور تأثیر دارد؟
- ۱-۱- آیا درمان تعهد و پذیرش بر موضوعات شخصیتی زوجین نابارور تأثیر دارد؟
- ۲-۱- آیا درمان تعهد و پذیرش بر ارتباط زناشویی زوجین نابارور تأثیر دارد؟
- ۳-۱- آیا درمان تعهد و پذیرش بر حل تعارض زوجین نابارور تأثیر دارد؟
- ۴-۱- آیا درمان تعهد و پذیرش بر شیوه مدیریت مالی زوجین نابارور تأثیر دارد؟

- ۵-۱- آیا درمان تعهد و پذیرش بر فعالیت‌های اوقات فراغت زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۶-۱- آیا درمان تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۷-۱- آیا درمان تعهد و پذیرش بر رابطه با اقوام و دوستان زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۸-۱- آیا درمان تعهد و پذیرش بر جهت‌گیری مذهبی زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۱- آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی زوجین نابارور تأثیر دارد؟
- ۱-۲- آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر عملکرد جسمانی زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۲-۲- آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر عملکرد اجتماعی زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۳-۲- آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سلامت عمومی زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۴-۲- آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سرزندگی و نشاط زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۵-۲- آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سلامت روان زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۶-۲- آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نقش جسمانی زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۷-۲- آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نقش عاطفی زوجین نابارور تاثیر دارد؟
- ۸-۲- آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درد بدنی زوجین نابارور تاثیر دارد؟

۶-۱- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش: این درمان در سال ۱۹۹۹ به وسیله‌ی هیز و همکاران توصیف شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (درارتباط با زوج‌ها) در ۱۲ جلسه اجرا می‌گردد. قبل از شروع جلسات درمانی پیش‌آزمون برگزار می‌شود. در جلسات اولیه، پس از ارزیابی‌های اولیه و معرفی درمان مذکور به ارزیابی‌های فردی زوج‌ها می‌پردازیم. در جلسات بعدی به ارزیابی هزینه تلاش‌های ارتباطی نامؤثر پرداخته می‌شود. سپس به معرفی ذهن‌آگاهی و پذیرش، گسلش شناختی، نظاره‌گری افکار، انتخاب مسیرهای ارزشمند، شناسایی موانعی که مانع از زندگی طبق ارزشها می‌شود، می‌پردازیم. در نهایت به ایجاد الگوهای انعطاف پذیر ارتباطی، خود به عنوان بافت، پذیرش و عمل متعهدانه و آمادگی مراجع برای پایان درمان پرداخته خواهد شد. همچنین در پایان آخرین جلسه پس‌آزمون برگزار خواهد شد. توضیحات کاملتر جلسات درمانی در پیوست آمده است.

رضایت زناشویی: رضایت زناشویی عبارت است از: ۱- از توافق زن و شوهر در مورد اموری که ممکن است مسائل حادی به بار آورد، ۲- علائق و عوامل مشترک، ۳- ابراز علاقه علنی مکرر و اعتماد متقابل، ۴- شکوه و شکایت اندک، ۵- شکایت نادر از احساس تنهایی، سیه بختی و مانند اینها (کارنی و

کومبز^۱، ۲۰۰۰). رضایت زناشویی در این پژوهش به وسیله‌ی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ سنجدیه می‌شود. مقیاس سنجش این متغیر فاصله‌ای است.

کیفیت زندگی: کیفیت زندگی یک ساختار پیچیده است که عبارتند از: ادراکی که هر فرد از زندگی - اش با توجه به دو مؤلفه: ۱- بافت فرهنگی و نظام ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند و ۲- هدف‌ها، انتظارات، معیارها و علائق بین‌فردی، ارائه می‌دهد. گرانت و همکاران کیفیت زندگی را با ارزیابی مثبت و منفی فرد از مشخصه‌ها و خصوصیات زندگی خود در ارتباط می‌دانند (گرانت و پدیل^۲، ۱۹۹۰). اولیور^۳ و دیگران (۱۹۹۶) معتقدند که برداشت و درک افراد از موقعیت خود در زندگی در رابطه با هدف‌ها و سیستم ارزشی مورد قبول آنها با توجه به شرایط عینی زندگی را می‌توان کیفیت زندگی نامید. این مفهوم دارای ابعاد مختلف سلامت جسمی، وضعیت روانی، استقلال، تمامیت اجتماعی، اعتقادات و تعاملات محیطی است. در این پژوهش منظور از کیفیت زندگی، نمره‌ای است که آزمودنی‌ها در پرسشنامه‌ی (SF-۳۶) مک هورنی و ورا به دست آورده‌اند. مقیاس سنجش آن فاصله‌ای است.

ناباروری: عبارت است از یکسال مقاربت بدون پیشگیری که منجر به حاملگی نگردد (بنسون^۴، ۱۹۸۲). و فرد نابارور کسی است که قدرت و توان تولید مثل را نداشته باشد و حداقل یک سال از مشکل ناباروری خود اطلاع داشته باشد و از طرف متخصص، نابارور تشخیص داده شده است. مقیاس سنجش این متغیر اسمی است.

^۱ - Karneey & Coombs

^۲ - Gerant & Padilla

^۳ - Oliver

^۴ - Benson

فصل دوم:

مبانی نظری و پیشینه پژوهش