

## مقاله اصلی

# مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پذیرش خود در زنان نابارور

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۱

### خلاصه

**مقدمه:** ناباروری گاهی می‌تواند توانایی‌های فردی و اجتماعی زنان را تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی ایجاد تنش‌های جسمی، عاطفی و روانی در مورد زنان نابارور، سبب نگرانی‌هایی در این افراد می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پذیرش خود در زنان نابارور بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان نابارور ۲۵ تا ۴۵ سال شهر مشهد بود. از بین آنها با رعایت معیارهای ورود به پژوهش، ۴۵ نفر از افرادی که حداقل نمره را از پرسشنامه‌ها کسب نموده بودند را بصورت در دسترس و با رعایت همتاسازی از لحاظ تحصیلات، مدت زمان ناباروری انتخاب شدند و به نسبت مساوی به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ۱۵ نفر گروه زوج‌درمانی پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پس از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایشی، پروتکل زوج‌درمانی پذیرش و تعهد براساس برنامه درمانی هایز و استرومال (۲۱) و پروتکل زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر اساس برنامه درمانی جانسون (۱۵) به مدت ۸ جلسه درمانی (هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) توسط درمانگر را دریافت کردند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پذیرش بی‌قید و شرط خود چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱) بود. داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-27 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد بین اثربخشی دو گروه‌درمانی زوجی پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار در افزایش میزان پذیرش بی‌قیدوشرط خود در زنان نابارور تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین دو گروه اثربخش بوده‌اند؛ اما در ثبات نتایج، گروه‌درمانی زوجی پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری نتایج پایداری را گزارش کرده؛ ولی گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار علی‌رغم اثربخشی و بهبود نمرات میانگین پذیرش بی‌قیدوشرط خود نسبت به مرحله پیش‌آزمون، در مرحله پیگیری این نتایج پایدار نبوده است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد نسبت به زوج‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود پذیرش بی‌قیدوشرط خود تأثیر بسزایی داشته است.

**کلمات کلیدی:** زوج‌درمانی پذیرش و تعهد، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، پذیرش خود، ناباروری

شمیم شامل<sup>۱</sup>

زهرا باقرزاده گل‌مکانی\*<sup>۲</sup>

مصطفی بلقان‌آبادی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

<sup>۲</sup> گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

<sup>۳</sup> گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران (نویسنده مسئول).

<sup>۳</sup> گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

<sup>۳</sup> گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Email:

z. bagherzadeh@iau-neyshabur. ac. ir

## مقدمه

ناباروری به عنوان ناتوانی در بارداری پس از یک سال رابطه جنسی محافظت نشده تعریف می‌شود (۱). تعریف سازمان بهداشت جهانی از ناباروری طی یک دوره ۲۴ ماهه تلاش برای باردار شدن است همچنین زنانی که می‌توانند باردار شوند، اما سقط مکرر دارند نیز نابارور در نظر گرفته می‌شوند (۲). این وضعیت حدود ۱۰ تا ۱۲ درصد از زوج‌ها را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳)، اما این درصد در کشورهای با درآمد کم و متوسط بیشتر است (حدود ۳۱٪) (۱). در بین زنان، ۹۰٪ از آنها ناباروری اولیه را تجربه می‌کنند و ۱۰٪ از آنها با ناباروری ثانویه دست و پنجه نرم می‌کنند (۴). از پژوهش‌های مرتبط با عوامل متأثر از ناباروری، ستوده و همکاران (۵) و هایکا (۶) نشان دادند که ناراحتی ناباروری می‌تواند زنان را بیشتر از مردان آسیب‌پذیر کند که در این بین پذیرش خود که با سازگاری زناشویی در ارتباط است می‌تواند به زنان نابارور کمک کند تا ناراحتی‌های خود را کاهش دهند و درمان‌های پزشکی را مطالعه کنند. پذیرش خود به شناخت و قضاوت خود واقعی و پذیرش خود واقعی در عاطفه و نگرش اشاره دارد (۷)، خودپذیری یک نگرش مثبت نسبت به هر جنبه‌ای از گذشته، حال و آینده فرد است که نشانه مهمی از سلامت روان است (۹). با این حال، زمانی که فرد خودپذیر نیست، ایجاد احساس حقارت آسان است. پذیرش خود اهمیت زیادی برای سلامت روان فرد دارد و سطح بالاتری از خودپذیری می‌تواند سطح افسردگی فرد را کاهش داده و منجر به شادی بیشتر شود (۷). نتایج مطالعات تیابوس و همکاران (۱۰)؛ پلکسیکو و همکاران (۱۱)؛ دیگو و همکاران (۱۲) و پوپوف و همکاران (۱۳)، نشان دادند که بین پذیرش خود و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. لذا زنانی که فاقد قدرت باروری هستند، احساس ناتوانی، بی‌ارزشی و عدم کفایت می‌کنند و چون خود را به علت ناباروری ناقص می‌دانند در نتیجه تصور نامطلوبی از وضعیت جسمانی خود داشته و سطح پذیرش خود در آنان به طور معنی‌داری پایین می‌آید (۱۴).

یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری که می‌تواند آثار منفی این خصوصیت روانشناختی را بکاهد، زوج‌درمانی است. زوج‌درمانی راهی است برای حل کردن مشکلات و کشمکش‌های زوجینی که توانایی حل مشکلات خود را ندارند. رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار یک درمان کوتاه مدت ۸ تا ۲۰ جلسه‌ای با رویکرد ساختار یافته است که در آن درمان زوجهای دارای اختلالات زناشویی برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ در قالب زوج‌درمانی هیجان‌مدار اجرا شد (۱۵). این رویکرد بر درمان مبتنی بر تجربه و بر الگوهای ارتباطی مثبت و منفی در زمینه دوست داشتن زوجین استوار است. این روش درمان زوجی معمولاً بر روی زوجینی اجرا شده که یکی از آنها یا هر دو، از یکی از مشکلات روانشناختی مانند افسردگی، اعتیاد، اختلال استرس پس از سانحه و بیماری‌های مزمن رنج می‌برند (۱۶). مبنای نظریه زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر مبنای مفاهیم عشق بزرگسالی، سبک‌های دلبستگی و آشفته‌گی زوجین استوار است. تاکید زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر روش‌های دلبستگی سازگارانه از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل بر نیازهای خود فرد و همسر مبتنی است (۱۷). ویه و جانسون (۱۸)، معتقد هستند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان گام به گام برای زوجین، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها داشته و احتمال عود در آن به شدت کمتر است. رویکرد هیجان‌مدار به نقش هیجان‌ات و تنظیم هیجانی در دلبستگی افراد توجه کرده است. این رویکرد به نقش مهم هیجان‌ات و ارتباطات در سازماندهی الگوهای ارتباطی و هیجان‌ات اشاره دارد (۱۹). رویکرد هیجانی به روابط زناشویی در کنار رویکرد رفتاری بیشترین خطوط پژوهشی را به خود اختصاص داده است (۲۰). نظر به اینکه درمان هیجان‌مدار دو حیطه اصلی تجارت هیجانی و تعاملات میان فردی را شناسایی و گسترش می‌دهد، اهداف درمان نیز در همین رابطه شکل گرفته است. نخستین هدف درمان، دستیابی و سپس بازپردازش پاسخ‌های هیجانی خاصی است که بخش زیرین الگوی محدودکننده و یکنواخت تعاملات را تشکیل

چهارچوب ارتباطی، زبان و تعاملات کلامی در عین حال که تجربه عشق و صمیمیت را پربار می‌کند مشکلاتی را نیز به وجود می‌آورد که می‌توان از طریق روش پذیرش و تعهد در جهت حل این مشکلات گام برداشت (۲۵). از این رو، این شیوه درمانی به مراجع کمک می‌کند تا به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دست یابد. چگونگی ارتباط بین زوجین می‌تواند عاملی کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش یا افزایش خطرات مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد (۲۶).

باتوجه به بررسی انتقادی مطالعاتی که در تلاش برای استفاده از درمان‌های روان‌شناختی برای کمک به زنان نابارور برای غلبه بر مشکلات روان‌شناختی‌شان است، نشان می‌دهد که اکثر روش‌های به‌کارگرفته‌شده توجه کافی به همخوانی محیطی و فرهنگی موردنیاز در فرآیند درمان را نداشته‌اند که نیازمند توجه جدی به این موضوع در سال‌های اخیر شده است و همچنین با در نظر گرفتن اینکه زنان نابارور نیاز به حذف ضعف‌ها و آسیب‌های روانی دارند و البته تقویت خصوصیات روان‌شناختی مثبت نیز در این زمینه بسیار مؤثر جلوه می‌کند، اما رویکرد خاصی در زمینه زنان نابارور در بین پژوهش‌های داخل کشور و خارج از آن مشاهده نشد که بتواند سطوح اثرات درمانی را در زمینه زوج‌درمانی بسنجد، همین موضوع نشان می‌دهد که در زمینه درمان زنان نابارور چون در رویکردهای زوج‌درمانی نقص‌هایی وجود دارد که نیازمند مرتفع‌شدن هستند، رویکردهای زوج‌درمانی که تاکنون در خصوص زوجین عادی اجرا شده‌اند، شاید نتوانند پاسخگوی مناسبی برای درمان زنان نابارور باشند. از این رو دو رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار و پذیرش و تعهد ممکن است دارای اثرات مثبتی در خصوص کاهش مشکلات زوجین نابارور باشند. ولی درک تفاوت‌های اثربخشی آنها فقط پس از اجرای آنها قابل‌شناسایی است، همچنین باتوجه به مرور پیشینه درمان‌های فوق در داخل کشور، پژوهشی در خصوص مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار در زنان نابارور را نشان نمی‌دهد، در پژوهش حاضر تلاش می‌شود پذیرش خود زنان نابارور مورد

می‌دهند. در این صورت تغییر موقعیت‌های تعاملی تسهیل گردیده، پیکره‌های بنیادین دلبستگی ایمن خود را نمایان می‌سازند، دومین هدف درمانی خلق وقایع و رخداد‌های تعاملی جدیدی است که رابطه به عنوان مأمونی آرام‌بخش برای همسران باز تعریف می‌کند (۱۷). از دیگر رویکردهایی که بر عملکرد خانواده و زوجین بررسی شده است درمان پذیرش و تعهد است که نام خود را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصی تو هست را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد، متعهد باش. این رویکرد درمانی که توسط استیون هیز (۱۹۸۷) در دانشگاه نوادا مطرح و شناخته شد، یک شکل از درمان‌های شناختی-رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه‌ی جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه‌ی چارچوب رابطه‌ی ذهنی نامیده می‌شود (۲۱). درمان پذیرش و تعهد رویکردی فرایند مدار است که بعنوان یکی از روان‌درمان‌های موج سوم شناخته می‌شود (۲۲). درمان پذیرش و تعهد شکلی از تجزیه و تحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد و یک روش درمانی است که تمرکز حواس، متمرکز شدن بر یک روش خاص است: بر روی هدف (در لحظه‌ی حال، قضاوت غیرمنصفانه) و پذیرش (گشودگی، تمایل به حفظ ارتباط) و مهارت‌هایی برای پاسخ به تجارب غیرقابل کنترل و در نتیجه متعهد شدن به ارزشهای شخصی را می‌آموزد. درمانی برای کمتر کردن نگرانی‌ها همراه با از بین بردن افکار ناخواسته، هیجان‌ها و احساسات است (۲۳). درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد بر کنترل محتوای تفکرات و عواطف تاکید دارد و بر آن است تا افراد آگاهی بیشتری نسبت به تصمیمات خود داشته و بر آن‌ها متعهد باشند (۲۴). از دیدگاه روش پذیرش و تعهد، شکل‌گیری رفتارهای مختلف در انسان متأثر از شرایط زندگی (دوره اولیه کودکی، اواسط و اواخر کودکی و اوایل سن بلوغ) است، به بیان دیگر، زمینه‌ها و تجارب هر فرد در زندگی است که پایه رفتارهای رمانتیک و عاشقانه را در زندگی طرح‌ریزی می‌کند و تعاملات کلامی افراد در دوران کودکی و اواخر دوران کودکی و بلوغ جنسی، روابط زوجی آنها را در آینده تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، طبق نظریه

تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر جهت آزمون فرضیه‌ها استفاده شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

### پرسش‌نامه پذیرش بی‌قیدوشرط خود چمبرلین و

هاگا (۲۰۰۱): پرسش‌نامه پذیرش بی‌قیدوشرط خود، یک پرسش‌نامه استاندارد است که توسط چمبرلین و هاگا در سال ۲۰۰۱ طراحی شده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۰ عبارت (گویه) و دارای دو خرده مقیاس پذیرش بی‌قیدوشرط خود و پذیرش مشروط خود می‌باشد که برای گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال قابل اجرا است. نحوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه نیز براساس طیف لیکرت از کاملاً نادرست=۱ تا کاملاً درست=۷ می‌باشد. در این مقیاس گرفتن نمره بالا در ۹ عبارت؛ ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ نشان‌دهنده پذیرش بی‌قیدوشرط خود است (دامنه نمرات از ۹ تا ۶۳). درحالی‌که ۱۱ مورد دیگر (۱، ۴، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۹ و ۲۰) به‌صورت معکوس است، یعنی نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده پذیرش مشروط خود می‌باشد (دامنه نمرات ۱۱ تا ۷۷). چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱) همسانی درونی پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۲ گزارش نمود که میزان قابل‌قبولی است.

### پروتکل زوج‌درمانی هیجان‌مدار جانسون (۲۰۱۷).

در این پژوهش منظور از زوج‌درمانی هیجان‌مدار، ۸ جلسه درمانی (هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) است که بر اساس برنامه درمانی جانسون (۱۵)، توسط درمانگر روی گروه آزمایش اجرا شد.

### پروتکل درمانی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و

#### تعهد (هایز و استروشال، ۲۰۱۱).

در این پژوهش منظور از زوج‌درمانی پذیرش و تعهد، ۸ جلسه درمانی (هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) است که بر اساس برنامه درمانی هایز و استروشال و ویلسون (۲۱) توسط درمانگر روی گروه آزمایش اجرا شد.

بررسی قرار گیرد؛ لذا باتوجه‌به مطالب عنوان شده، محقق درصدد است به این سؤالات پاسخ دهد که آیا زوج‌درمانی هیجان‌مدار و پذیرش و تعهد بر پذیرش خود زنان نابارور تأثیرگذار است؟ آیا بین این دو رویکرد درمانی تفاوت معناداری وجود دارد؟

## روش کار

در این طرح برای گروه اول، پروتکل درمانی پذیرش و تعهد و برای گروه دوم، زوج‌درمانی هیجان‌مدار به‌عنوان متغیر مستقل اجرا شد و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. پس از اتمام تحقیق به لحاظ رعایت قواعد اخلاقی پژوهش، مداخله اثربخش‌تر برای گروه کنترل نیز اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان نابارور ۲۵ تا ۴۵ سال با ناباروری ۵ سال بیشتر شهر مشهد به تعداد ۱۷۱ نفر که در سال ۱۴۰۱ به کلینیک ناباروری نوین شهر مشهد مراجعه و تشکیل پرونده داده و جهت پیگیری روند درمانی خود به این مراکز مراجعات منظم دارند. از میان جامعه آماری برای انتخاب حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با رعایت معیارهای ورود به پژوهش که در زیر اشاره شده است، ابتدا بین داوطلبان شرکت در پژوهش پرسش‌نامه‌ی پذیرش بی‌قیدوشرط خود چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱) توزیع گردید (۱۳). سپس از میان پاسخ‌دهنده‌ها، ۴۵ نفر از افرادی که حداقل نمره را از پرسش‌نامه‌ها کسب نموده‌اند را بصورت گمراهی و با رعایت همتاسازی از لحاظ تحصیلات، مدت زمان ناباروری به نسبت مساوی در دو گروه (۱۵ زن گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ۱۵ زن گروه زوج‌درمانی پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد. که در قسمت آمار توصیفی از توزیع فراوانی و میانگین استفاده می‌شود و در قسمت آمار استنباطی از آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای نرمالیتیه کردن داده‌ها، از آزمون لون برای بررسی همگن بودن متغیرها در پیش‌آزمون، از آزمون کواریانس یک متغیره برای بررسی اثربخشی هر یک از پروتکل‌ها بروی هر یک از متغیرها و مولفه‌هایشان و از آزمون

## جدول ۱. چارچوب جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار براساس برنامه درمانی جانسون (۱۵)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اعضا و بیان منطقی، تبیین و ارائه رویکرد هیجان‌مدار، ایجاد یک رابطه درمانی، احساس امنیت، حمایت و درک شدن و پذیرش به‌وسیله درمانگر از طرف اعضا، بحث و گفتگو در مورد ناباروری، پذیرش خود، نگرش جنسی و بخشودگی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه دوم	شناسایی تعاملات منفی زمانی که این موضوعات متعارض بروز پیدا می‌کند، خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث و گفتگو درباره تعاملات منفی، زمانی که این موضوعات متعارض بروز پیدا می‌کند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
جلسه سوم	ارزیابی هیجان‌ات زیر بنایی ناشناخته، خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث و گفت‌وگو درباره هیجان‌ات زیربنایی همراه با تعاملات منفی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	قابگیری مجدد مشکل از طریق بررسی چرخه همراه با هیجان‌ات زیربنایی و نیازهای دل‌بستگی، خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، قابگیری مجدد مشکل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	ارتقای احساس نزدیکی با هیجان‌ات عاطفی طرد شده، خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، ارتقای احساس نزدیکی با هیجان‌ات عاطفی طرد شده، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه ششم	افزایش پذیرش هر یک از اعضا از تجربه همسرش، خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه هفتم	تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها جهت دوباره سازمان‌دادن تعاملات بر مبنای درک جدید از همسران و ایجاد رویدادهای پیونددهنده، خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه هشتم	تسهیل ایجاد راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی و تقویت موقعیت‌های جدید و چرخه‌های رفتاری عاطفی، خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تسهیل ایجاد راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی و تقویت موقعیت‌های جدید، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف، داشتن مراسمی برای تجدید کردن عهد و پیمان‌ها.

## جدول ۲. عناوین جلسات درمان پذیرش و تعهد (۲۱)

جلسه	هدف جلسه
جلسه اول	آشنایی و ارتباط اعضا با هم، توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعین و اجرای پیش‌آزمون. ارائه توضیحات درباره ناباروری، پذیرش خود، نگرش جنسی و بخشودگی، همچنین تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمان پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، بحث در مورد تجارب و ارزیابی آنها.
جلسه سوم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند. همچنین استفاده از تکنیک تایم اوت توسط اعضا هنگام افزایش مسئولیت‌پذیری و تعهد، بیان کنترل به‌عنوان مشکل سنجش.
جلسه چهارم	ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آنها، آموزش داده می‌شود. بررسی نقاط مثبت و منفی اعضا و تضعیف خود مفهومی و بیان خود واقعی بدون هیچ‌گونه قضاوت و واکنش هیجانی و تعهد رفتاری.
جلسه پنجم	آموزش تحمل بلا تکلیفی و اصلاح نشخوار ذهنی و افزایش تحمل و مسئولیت‌پذیری (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین آگاهی). مرور جلسات قبل و بازخورد دادن اعضا به یکدیگر.
جلسه ششم	آموزش مدیریت هیجان (اهداف این آموزش، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، افزایش هیجان مثبت (تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر
جلسه هفتم	افزایش کارآمدی فردی و بین فردی، آموزش مهارت‌های بین فردی (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس). سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

## نتایج

کنترل به ترتیب برابر ۲۹/۸، ۳۰/۹۳، و ۳۰/۳۳ سال است.

به‌علاوه، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه حاکی از آن است

که بین میانگین سنی سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن گروه

درمان زوجی پذیرش و تعهد، زوج‌درمانی هیجان‌مدار و گروه

وجود ندارد ( $F=0/11, p=0/900$ ). در نهایت نیز میانگین تعداد تلاش ناموفق برای بارداری گروه درمان زوجی پذیرش و تعهد، زوج درمانی هیجان مدار و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲/۴، ۲/۴۷ و ۲/۳۳ بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه نیز نشان داد بین میانگین تعداد تلاش ناموفق برای بارداری سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ( $F=0/26, p=0/776$ ).

جدول ۳ اطلاعات توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیر پذیرش بدون قید شرط خود را در سه گروه و سه مرحله ارزیابی نشان داده است.

( $F=0/48, p=0/621$ ). میانگین مدت ازدواج گروه درمان زوجی پذیرش و تعهد، زوج درمانی هیجان مدار و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۶/۲۷، ۶/۲۷ و ۶/۶۷ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه نیز نشان داد بین میانگین مدت ازدواج سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ( $F=0/25, p=0/780$ ). میانگین تعداد فرزندان در گروه درمان زوجی پذیرش و تعهد، زوج درمانی هیجان مدار و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۰/۴، ۰/۶ و ۰/۴۲ بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه نیز نشان داد که بین میانگین تعداد فرزندان سه گروه تفاوت معناداری

جدول ۳. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در سه نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین			انحراف استاندارد	
		نوبت اندازه‌گیری	نوبت اندازه‌گیری	نوبت اندازه‌گیری	نوبت اندازه‌گیری	نوبت اندازه‌گیری
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
درمان زوجی پذیرش و تعهد		۶۵	۱۰۰/۸۷	۹۶/۲	۹/۹۱	۱۱/۸۲
پذیرش بی‌قید و شرط خود	زوج درمانی هیجان مدار	۶۰/۷۹	۹۹/۰۷	۹۴/۳۶	۱۰/۷۱	۱۶/۷۳
	کنترل	۵۹/۰۸	۵۷/۳۸	۵۸/۰۸	۱۳/۰۹	۱۳/۵۶

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است هر چه نوبت اندازه‌گیری بیشتر می‌شود متغیر پذیرش بدون قید و شرط خود در دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل افزایش می‌یابد. برای بررسی تفاوت‌ها باید از روش آماری مناسب براساس شرایط داده‌ها استفاده کرد. در ادامه همان‌طور که در جدول ۲ مندرج است، مقدار آماره آزمون شاپیرو ویلک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع تمام سطوح متغیرهای خودسرزنش‌گری و نشخوار ذهنی معنادار نیست ( $p>0/05$ )، لذا می‌توان گفت توزیع متغیرها نرمال هستند. یک مفروضه بسیار مهم برای آنکه هر نسبت  $F$  در طرح‌هایی با اندازه‌گیری مکرر دارای توزیع مرکزی  $F$  باشد، مفروضه تقارن مرکب ماتریس کواریانس است. همگنی واریانس مفروضه‌ای بود که بررسی شد و دلالت بر برابری عناصر قطری ماتریس واریانس - کواریانس داشت. مفروضه تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری نرمال بودن چندمتغیره را بررسی می‌کند. برای بررسی این مفروضه در داده‌های این پژوهش از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این پیشفرض رعایت نشده و برای اصلاح درجات آزادی از اصلاح اسپیلون با استفاده از آزمون گرین هوس - گایزر استفاده شد که نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر پذیرش بی‌قید و شرط خود نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی زمان معنادار است ( $p<0/001$ ). از طرفی اثر اصلی گروه نیز معنادار است ( $p<0/001$ ). همچنین تعامل زمان و گروه هم معنادار است ( $p<0/001$ ). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۵۸ درصد تغییرات متغیر پذیرش بی‌قید و شرط خود شرکت کنندگان ناشی از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۶۴ درصد تغییرات متغیر پذیرش بی‌قید و شرط خود ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد ۵۹ درصد تغییرات واریانس پذیرش بی‌قید و شرط خود ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از سطوح گروهی است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی پذیرش بی‌قیدوشرط خود

منابع تغییرات	میانگین مجذورات	F	درجات آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۱۰۵۶۴/۵۲	۲۷	۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
اثر زمان	۱۲۴۵۶	۶۹/۳۷	۱/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۳۳۹۱/۱۵	۱۸/۸۸	۲/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰

برای بررسی دو به دو تفاوت میانگین پذیرش بی‌قیدوشرط خود در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر پذیرش بی‌قیدوشرط خود

مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲۴/۱۵	۲/۵۱	<۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	-۲۱/۲۶	۲/۸	<۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	۲/۹	۰/۹۴	۰/۰۱۱

اصلی زمان و گروه و تعامل آن‌ها معنادار است، برای بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های دو گروه میانگین‌های سه مرحله را به تفکیک با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر یکراهه مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۶ تفاوت نمرات سه مرحله ارزیابی افسردگی را در دو گروه نشان می‌دهد.



نمودار ۱. نمودار تغییرات پذیرش بی‌قیدوشرط خود در طول زمان به تفکیک گروه‌ها

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است ( $p < 0/001$ ). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش یافته است. همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p = 0/011$ ) و نمرات کمی افزایش یافته است. با این حال، برای دقت بیشتر در نتایج و اطمینان بیشتر، با توجه به اینکه آزمون بونفرونی جمع میانگین سه گروه را مورد محاسبه قرار می‌دهد، باید به نمودار اثرات اصلی گروه و زمان توجه کرد. نمودار ۱ اثرات اصلی گروه و زمان را به شکل هندسی نشان می‌دهد.

همان‌طور که نمودار ۱ نشان داده شده است، به نظر نمی‌رسد تفاوت معناداری بین نمرات پذیرش بی‌قیدوشرط خود در دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری وجود داشته باشد. از آنجاییکه اثر گروه با توجه به جمع نمرات سه مرحله ارزیابی یا میانگین کلی محاسبه شده است، و با توجه به اینکه اثر

جدول ۶. تفاوت نمرات میانگین پذیرش بی‌قیدوشرط خود بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی

گروه‌ها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
زوج‌درمانی پذیرش و	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳۵/۸۷	۴/۹۸	<۰/۰۰۱

تعهد	پیگیری	-۳۱/۲	۶/۱۶	<۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۴/۶۷	۲/۲۵	۰/۱۷۲
پیش آزمون	پس آزمون	-۳۸/۲۹	۵/۲۶	<۰/۰۰۱
زوج درمانی هیجان مدار	پیگیری	-۳۳/۵۷	۵/۱۲	<۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۴/۷۱	۱/۴۱	۰/۰۱۶
پیش آزمون	پس آزمون	۱/۶۹	۰/۵۶	۰/۰۵۲
کنترل	پیگیری	۱	۰/۷۴	۰/۶۰۹
پس آزمون	پیگیری	-۰/۶۹	۰/۳۱	۰/۱۳۲

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد با زوج درمانی هیجان مدار بر پذیرش خود در زنان نابارور بود. نتایج نشان داد که بین اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد با زوج درمانی هیجان بر پذیرش خود در زنان نابارور تفاوت وجود دارد. پژوهش مشابهی که به طور دقیق و به همین روش به بررسی مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر پذیرش بی قید و شرط خود در زنان نابارور انجام گرفته باشد، یافت نگردید؛ در نتیجه نزدیک ترین مطالعات مرتبط مدنظر قرار گرفت. پژوهش نوروژی و کجیاف (۲۷) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد، باعث افزایش سلامت روان و همجوشی شناختی دختران دارای شکست عاطفی می‌گردد. در تبیین تأثیر گروه درمانی زوجی پذیرش و تعهد در افزایش میزان پذیرش بی قید و شرط خود در زنان نابارور می‌توان گفت یکی از مولفه‌های مهم و اصلی رویکرد پذیرش و تعهد (همانگونه که از نام آن پیدا است) مفهوم "پذیرش" است. در رویکرد پذیرش و تعهد، مفهوم پذیرش از جهتی کاملتر و شاملتر از پذیرش نامشروط خود می‌باشد و نقش مهمی در فرآیند آموزش و درمان بازی می‌کند. در طی جلسات آموزشی، زنان نابارور با پذیرش خود از طریق موضوعات و مفاهیم زیر درگیر شدند و این مفاهیم را آموخته و تمرین کردند: پذیرش گذشته خود، پذیرش احساسات دشوار خود، نحوه‌ی برخورد با اشتباهات خود، نحوه‌ی مواجهه با افکار خود، نحوه‌ی مواجهه با احساسات دشوار و ناخوشایند خود، آشنایی با خودمتمالی و مشاهده گر،

همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که در گروه درمانی زوجی پذیرش و تعهد بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/001$ )، اما بین پس آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p = 0/172$ ). در گروه زوج درمانی هیجان مدار نیز بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/001$ ). همچنین بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ( $p = 0/016$ ). در نهایت نیز بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری، و بین پس آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که بین اثربخشی دو گروه درمانی زوجی پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان مدار در افزایش میزان پذیرش بی قید و شرط خود در زنان نابارور تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین دو گروه اثربخش بوده‌اند اما در ثبات نتایج، گروه درمانی زوجی پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری نتایج پایداری را گزارش کرده ولی گروه زوج درمانی هیجان مدار علی‌رغم اثربخشی و بهبود نمرات میانگین پذیرش بی قید و شرط نسبت به مرحله پیش آزمون، در مرحله پیگیری این نتایج پایدار نبوده است و آزمودنی‌هایی که تحت زوج درمانی هیجان مدار بوده‌اند، افت کمی را نسبت به مرحله پس آزمون تجربه کرده‌اند. با اینحال، هر دو درمان اثربخش بوده است، اما درمان زوجی پذیرش و تعهد اثر پایداری را داشته است.



تجربه افکار و احساسات فعلی افزایش دهند. همچنین با انجام تمرینات و استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی در طول جلسات درمانی درمانگران می‌توانند بر دانش و آگاهی مراجع تمرکز کرده و آنها را اصلاح کنند. زنان نابارور پس از دریافت چنین تجربیات ارزشمندی متوجه می‌شوند که افکار و احساسات خود را به سمت وجود نقص و ناتوانی در باروری سوق داده‌اند که برای خود ارزشی قائل نیستند. همچنین، شرکت در جلسات درمان پذیرش و تعهد به آنها کمک کرده است تا بر این افکار تحریف شده غلبه کنند و در نتیجه خودپذیری بی‌قید و شرط خود را افزایش دهند.

در تبیین تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پذیرش بی‌قید و شرط، نشان داده شده است که درمان متمرکز بر هیجان تأثیر مثبتی بر پذیرش خود در جمعیت‌های مختلف دارد. مطالعات نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند به طور قابل توجهی پذیرش خود را در قربانیان والدین مطلقه (۲۸)، زندانیان مبتلا به مواد مخدر (۲۹) و بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی افزایش دهد (۳۰). علاوه بر این، درمان متمرکز بر هیجان باعث بهبود ناگویی هیجانی و خودانتقادی درونی شده در دختران کمال‌گرا روان‌رنجور می‌شود (۳۱). این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای افزایش پذیرش خود و شفقت به خود در زمینه‌های مختلف باشد. توجه به این نکته مهم است که درمان متمرکز بر هیجان یک درمان فرا تشخیصی است که بر شناسایی و پردازش احساسات تمرکز دارد که ممکن است به تأثیر مثبت آن بر پذیرش خود کمک کند. از دیدگاه زوج‌درمانی هیجان‌مدار، تغییر با کمک به افراد برای فهم هیجان‌ات خود از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و تحول رخ می‌دهد که همه در چارچوب اصول کلی تغییر زوج‌درمانی هیجان‌مدار، از جمله یک رابطه درمانی که با درمانگری که فعالانه درگیر است، از نظر عاطفی حاضر است، دارای هماهنگی همدلانه است و توجه مثبت و پذیرش بی‌قید و شرط را ارائه می‌دهد، مشخص می‌شود، می‌باشند. در این روش درمانی، هدف اصلی تقویت مهارت‌های پذیرش بی‌قید و شرط در افراد است. بنابراین، زنان نابارور در این

دست برداشتن از کنترل خود و افکار و احساسات خود و گشودگی در برابر تجارب خود، قضاوت نکردن خود از طریق افکار (که بیان‌کننده نظرات خودش و همچنین دیگران درباره خودش و دیگران جهان است) و صرفاً مشاهده افکار خود، آشنایی با ارزش‌های خود و کشف ارزش‌های خود، عمل کردن براساس ارزش‌ها به جای عمل کردن براساس افکار و احساسات، آگاه بودن به خود و لحظه حال و جدی گرفتن اکنون و لذت بردن از فرصت حال با کمک عمل کردن براساس ارزش‌های قلبی و بسیاری مفاهیم دیگر که فرصت آوردن و... تمامی این مفاهیم به رشد و شکوفایی پذیرش فرد نسبت به خودش کمک می‌کنند. ارتباط مفاهیم بالا که در روش پذیرش و تعهد استفاده می‌شوند، با مفاهیم موردنظر در پذیرش بی‌قید و شرط خود قابل مشاهده است. مزلو بر آن است که برای افراد سالم امکان پذیر است که خود و فطرت‌شان را بدون آزردهی یا شکوه و شکایت و حتی بدون تفکر زیاد دربارهی موضوع، بپذیرند. آنها می‌توانند فطرت بشری خودشان را با همه‌ی نقایصش و با همه تفاوت‌هایش، بدون این که واقعا توجهی به آن داشته باشند، بپذیرند. وقتی شخصی خود و دیگران را می‌پذیرد، تصدیق می‌کند که او انسانی بی‌ظنیر، پویا و جایز الخطاست و ویژگی‌های خوب، بد و خنثی دارد. از طرف دیگر، باورهای خود تحقیری به این معناست که فرد خود و دیگران را ناتوان، کم ارزش و بی‌لیاقت می‌داند. معنای خودپذیری این است که خودت، وجودت و حق زندگیت را کاملا بپذیری، صرف نظر از اینکه چه صفاتی داری و چه اعمالی انجام می‌دهی. مفهوم خودپذیری نامشروط با مفهوم عزت نفس، اعتماد به نفس، و توجه به خود فرق دارد. در درمان پذیرش و تعهد، افراد از طریق رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، عدم اجتناب یا تغییر نگرش نسبت به خود، ارزش‌ها، اهداف و مسئولیت‌های خود را در زندگی بازنگری می‌کنند و درعین حال به آنها پایبند هستند. تمام تلاش آنها برای پذیرش وضعیت موجود و درک ارزش وجودی خود است. در واقع، درمان پذیرش و تعهد به جای تمرکز بر تغییر زمینه، به افراد کمک می‌کند تجربیات خود را بپذیرند و تمایل خود را برای

اساس تکنیک‌های هر یک از رویکردها و مشاهده نتایج آن در زندگی وابسته به این برنامه‌ها را مورد بررسی قرار دهند و همچنین با ارائه اطلاعات به زوجین و کمک به آنها، در انتخاب رویکردی که بهترین تطابق با نیازها و مسائل زندگی زناشویی آنها را دارد، کمک کنند.

### تشکر و قدردانی

از تمام زوجینی که در این پژوهش شرکت کرده و به ما در انجام این تحقیق یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌کنیم. پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول بوده و نویسنده دوم پژوهش نقش استاد راهنما را داشتند و نویسنده سوم پژوهش به‌عنوان استاد مشاور بودند. پژوهش حاضر با شناسه اخلاق IR. 1402. 008IAU. NEYSHABUR. REC در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور تأیید شد.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

روش یاد می‌گیرند تا احساسات و تمایلات خود را بدون سانسور کردن یا ارزیابی منفی کردن آنها پذیرفته و قبول کنند. از محدودیت این پژوهش می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: این مطالعه در مورد زوجین ناباور انجام شد و قابل‌تعمیم به سایر افراد نیست. جامعه آماری این مطالعه زنان ناباور بودند که حداقل از سطح تحصیلات دیپلم برخوردار بودند؛ بنابراین در تعمیم نتایج این مطالعه به جامعه‌ای دیگر با سطح بی‌سوادی باید جانب احتیاط را رعایت کرد. این مطالعه در شهر مشهد انجام شود و لازم است در تعمیم‌دهی به سایر جوامع آماری احتیاط شود. زیاد بودن تعداد سؤالات و حجم پرسش‌نامه‌ها به دلیل ایجاد خستگی در شرکت‌کنندگان نیز از محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شود. با توجه به یافته‌های پژوهش به محققان پیشنهاد می‌گردد: تحقیق در مورد تأثیرات بلندمدت هر یک از رویکردها بر ارتقای روابط زناشویی و افزایش سلامت روانی و تحقیقاتی برای مقایسه اثربخشی تکنیک‌های مختلف در هر یک از رویکردها مانند تمرینات تنظیم هیجان، تغییر نگرش و تمرینات پذیرش انجام دهند. همچنین به مشاوران در این حوزه پیشنهاد می‌گردد با ایجاد برنامه‌های آموزشی برای زوجین بر

### References

1. Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical biochemistry*. 2018;62: 2-10.
2. Deshpande PS, Gupta AS. Causes and prevalence of factors causing infertility in a public health facility. *Journal of human reproductive sciences*. 2019;12(4): 287.
3. Maroufizadeh S, Ghaheri A, Almasi-Hashiani A, Mohammadi M, Navid B, Ezabadi Z, et al. The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. *Middle East fertility society journal*. 2018;23(2): 103-6.
4. Polis CB, Cox CM, Tunçalp Ö, McLain AC, Thoma ME. Estimating infertility prevalence in low-to-middle-income countries: an application of a current duration approach to Demographic and Health Survey data. *Human Reproduction*. 2017;32(5): 1064-74.
5. Sotoudeh M, Rezapour-Mirsaleh Y, Choobforoushzadeh A. The relationship between acceptance, self-compassion and hope in infertile women: a structural equation analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2022: 1-12. [In Persian].
6. Haica CC. Gender differences in quality of life, intensity of dysfunctional attitudes, unconditional self-acceptance, emotional distress and dyadic adjustment of infertile couples. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013;78: 506-10.
7. Chen SQ, Liu JE, Zhang ZX, Li Z. Self- acceptance and associated factors among Chinese women with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(11-12): 1516-23.
8. Cong Z, Gao W. The development of self-acceptance questionnaire and the test of its reliability and validity. *Chinese Journal of Behavioral Medical Science*. 1999;8(1): 20-2.

9. Xu W, Zhou Y, Fu Z, Rodriguez M. Relationships between dispositional mindfulness, self- acceptance, perceived stress, and psychological symptoms in advanced gastrointestinal cancer patients. *Psycho- Oncology*. 2017;26(12): 2157-61.
10. Tibubos AN, Koeber C, Habermas T, Rohrmann S. Does self-acceptance captured by life narratives and self-report predict mental health? A longitudinal multi-method approach. *Journal of Research in Personality*. 2019;79: 13-23.
11. Plexico LW, Erath S, Shores H, Burrus E. Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of fluency disorders*. 2019;59: 52-63.
12. Diego AA, Cerna LC, Agdeppa JY. Happiness among selected filipino elderly: a consensual qualitative research. *Advanced Science Letters*. 2018;24(4): 2611-5.
13. Popov S, Radanović J, Biro M. Unconditional self-acceptance and mental health in ego-provoking experimental context. *Suvremena psihologija*. 2016;19(1): 71-9.
14. Choobfroushzadeh A, Fatemi aghda N, Nasimi P. Comparing the Effectiveness of Education Based on Acceptance and Commitment with Mindfulness-Based Stress Reduction in Reducing Anxiety and Depression of Infertile Women. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2023;21(2): 275-88. [In Persian].
15. Johnson SM. Emotionally focused couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*. 2008;4: 107-37.
16. Hardy NR, Fisher AR. Attachment versus differentiation: The contemporary couple therapy debate. *Family process*. 2018;57(2): 557-71. [In Persian].
17. Fatemi Asl S, Goudarzi M, Karimi Sani P, Boostanipour A. The Effect of Emotionally-Focused Couple Therapy (EFCT) on loneliness of hurt women from infidelity in Salmas city. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019;20(2): 48-57. [In Persian].
18. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*. 2016;55(3): 390-407.
19. Karukivi M, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. Is alexithymia linked with marital satisfaction or attachment to the partner? A study in a pregnancy cohort of parents-to-be. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(5): 1252-7.
20. Denton WH, Wittenborn AK, Golden RN. Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of marital and family therapy*. 2012;38: 23-38.
21. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford press; 2011.
22. Powell J, Hamborg T, Stallard N, Burls A, McSorley J, Bennett K, et al. Effectiveness of a web-based cognitive-behavioral tool to improve mental well-being in the general population: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*. 2013;15(1): e2.
23. Angiola JE, Bowen AM. Quality of life in advanced cancer: An acceptance and commitment therapy view. *The Counseling Psychologist*. 2013;41(2): 313-35.
24. Van Dillen LF, Andrade J. Derailing the streetcar named desire. Cognitive distractions reduce individual differences in cravings and unhealthy snacking in response to palatable food. *Appetite*. 2016;96: 102-10.
25. Han J, Liu J-E, Su Y-L, Qiu H. Effect of a group-based acceptance and commitment therapy (ACT) intervention on illness cognition in breast cancer patients. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019;14: 73-81.
26. Hashemi Nik A, heidari H, Davoodi H, Jafari A. Predicting Model of Conflict Resolution Styles Based on Differentiated Dimensions and Cognitive Flexibility with the Mediating Role of Self-Compassion of Couples. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021;19(1): 13-23. [In Persian].
27. Norouzi M, Kajbaf MB. The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Mental Health and Cognitive Fusion of Girls with Emotional Breakdown. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2023;20(4): 634-47. [In Persian].
28. Aristawati AR, Putri A, Pratikto H. Forgiveness Therapy untuk Meningkatkan Self Acceptance dan Happiness pada Korban Orangtua Bercerai. *Philanthropy: Journal of Psychology*. 2023;7(1): 16-33.

29. Anggara OF, Beny AON. Pengaruh Expressive Arts Therapy terhadap self-acceptance narapidana kasus narkoba. *Personifikasi: Jurnal Ilmu Psikologi*. 2023;14(1): 17-31.
30. Setiawan MAP, Qadariah S, Halimah L. Efektivitas Acceptance and Commitment Therapy (ACT) untuk Meningkatkan Self-Acceptance Pada Pasien Kanker Payudara Pasca Mastektomi. *Schema: Journal of Psychological Research*. 2023;8(1): 16-21.
31. Khadem Dezfuli Z, Alavi SZ, Shahbazi M. The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Internalized Self-Criticism in Neurotic Perfectionist Girls. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2023;21(1): 151-64. [In Persian].

*Original Article***The Mediating Role of Alexi Thimya in The Relationship between Childhood Abuse and Adolescent Cyber Bullying**

Received: 01/12/2022 - Accepted: 02/03/2023

Shamim Shamel<sup>1</sup>  
 Zahra Bagherzadeh Golmakani<sup>2\*</sup>  
 Mustafa Bolghan-Abadi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ph. D student in Psychology,  
 Department of psychology, Neyshabur  
 Branch, Islamic Azad University,  
 Neyshabur, Iran.

<sup>2</sup> Department of Psychology, Neyshabur  
 Branch, Islamic Azad University,  
 Neyshabur, Iran. (Corresponding  
 Author)

<sup>3</sup> Department of psychology, Neyshabur  
 Branch, Islamic Azad University,  
 Neyshabur, Iran.

Email:

z. bagherzadeh@iau-neyshabur. ac.  
 ir

**Abstract**

**Introduction:** Infertility can sometimes affect women's personal and social abilities. On the other hand, the creation of physical, emotional and psychological tensions in the case of infertile women causes worries in these people. The aim of the present study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment couple therapy with emotion-focused couple therapy on self-acceptance in infertile women.

**Methods:** The current research was a semi-experimental type with a pretest, posttest and follow-up design with a control group. The statistical population of this study included all infertile women aged 25 to 45 in Mashhad. Among them, according to the criteria for entering the research, 45 people who had obtained the minimum score from the questionnaires were selected according to their education and duration of infertility, and they were randomly divided into two groups (15 subjects were placed in the emotional couple therapy group and 15 subjects were in the acceptance and commitment couple therapy group) and a control group (15 subjects). After the pre-test, the subjects of the one experimental group received the acceptance and commitment couple therapy intervention and also the other experimental group received the emotion-focused couple therapy intervention for 8 therapeutic 90-minutes weekly sessions. The instruments used in this research was Chamberlain and Haaga's unconditional self-acceptance scale (2001). The obtained data from this research were analyzed using SPSS-27 software.

**Results:** The results showed that there is a significant difference between the effectiveness of two groups of acceptance and commitment couple therapy and emotion-focused couple therapy in increasing the amount of unconditional self-acceptance in infertile women. Also, two groups have been effective, but in the stability of the results, the group who received the acceptance and commitment couple therapy intervention reported stable results in the follow-up. However, the group who received the emotion-focused couple therapy, despite the effectiveness and improvement of the mean scores of unconditional self-acceptance compared to the previous stage, the results have not been stable in the follow-up.

**Conclusion:** The findings showed that the acceptance and commitment couple therapy was more effective on the improvement of unconditional self-acceptance than emotion-focused couple therapy.

**Keywords:** Acceptance and commitment couple therapy, emotion-focused couple therapy, self-acceptance, infertility