

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یکپارچه توحیدی بر اضطراب، رضایت جنسی و افسردگی در زنان نابارور (مورد مطالعه: شهر مشهد)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۸

خلاصه

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یکپارچه توحیدی بر اضطراب، رضایت جنسی و افسردگی در زنان نابارور در شهر مشهد انجام گرفت. **روش کار:** طرح پژوهش، تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با مرحله پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز درمانی در سطح شهر مشهد هستند. این پژوهش در یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش انجام می‌شود. تعداد آزمودنی‌ها ۴۵ نفر هستند و از هر گروه ۱۵ نفر از مراکز درمانی ناباروری به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. روش گردآوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و میدانی است. در مرحله پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل به هریک از پرسشنامه‌های پژوهش (افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی) پاسخ داده شد و نظرات آنها جمع‌آوری گردید و سپس، گروه آزمایش مداخله آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نماید، در حالی که گروه گواه (کنترل) در طول فرآیند پژوهش از دریافت این مداخله بی‌بهره می‌باشد. روایی محتوایی پرسشنامه‌ها با استفاده از نظر اساتید، کارشناسان و متخصصان مربوطه ارزیابی می‌شود و ضریب پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به کاهش سطح اضطراب و افسردگی و افزایش رضایت جنسی در زنان نابارور شهر مشهد گردد.

نتیجه گیری: همچنین، انجام مداخله درمانی یکپارچه توحیدی بر اضطراب، رضایت جنسی و افسردگی در زنان نابارور اثربخش می‌باشد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان یکپارچه توحیدی، اضطراب، رضایت جنسی، افسردگی، زنان نابارور

حلیمه صفدری^۱

فرح نادری^{۲*}

فریدین مرادی منش^۳

بهنام مکوندی^۴

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی

خرمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی،

اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی، دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی،

دزفول، ایران

^۴ استادیار گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد

اسلامی، دزفول، ایران

Email: nmafrah@yahoo.com

مقدمه

ناباروری یکی از معضلات مهمی است که برخی از زوجین دچار آن می‌شوند و اثرات منفی بسیار روانی و جسمی و غیره بر روی آنها دارد. در دو دهه گذشته ناباروری حدود ۵۰٪ افزایش یافته است. از هر شش زوج در سن باروری، یک زوج از ناباروری رنج می‌برند (۱). ناباروری رتبه چهارم را از فهرست ۱۲ حادثه مهم پس از مرگ مادر، پدر و همسر براساس شدت تنش در بین تجارب زندگی استرس‌زا توسط زنان نابارور به خود اختصاص داده است (۲). بی‌تردید تحمل روش‌های درمان ناباروری که بسیار طولانی مدت، فیزیکی، روان‌شناختی و اقتصادی هستند، خصوصاً روش‌های کمک‌کننده باروری به پیامدهای متعددی منجر می‌شوند و بر رضایت بیماران در زندگی اثر می‌گذارند (۳). زنان نابارور مشکلات روان‌شناختی از قبیل تنهایی، اضطراب، افسردگی، عدم تمرکز و کاهش رضایت جنسی را تجربه می‌کنند (۴). بنابراین، ضرورت انجام پژوهش علمی و آکادمیک در زمینه تاثیر مداخلات آموزشی و درمانی در زنان نابارور احساس می‌گردد.

اگرچه اضطراب برای بیشتر افراد یک عکس‌العمل به هنجار و گذراست و موجب حفاظت آنان در برابر صدمات بالقوه می‌گردد، ولی اضطراب بیمارگونه با نگرانی، ترس، تشویش و علائم فیزیکی و احساس تنش همراه است و موجب تضعیف عملکرد فرد می‌شود (۵). علایم و اختلالات افسردگی و اضطراب در بین زنانی که ناباروری را تجربه می‌کنند، رایج هستند (۶). افسردگی واکنش رایجی به ناباروری است که غالباً با احساس فقدان هویت، نقص و بی‌کفایتی و یا حس ننگ اجتماعی دنبال می‌شود. شیوع افسردگی در زنان نابارور در دامنه‌ای از ۸ تا ۵۴٪ گزارش شده است. بسیاری از زنان نابارور معتقدند نگرانی‌های هیجانی که تجربه می‌کنند در ادامه ناباروری آنها مشارکت دارد. مکانیسم‌هایی که توسط آنها اضطراب، افسردگی و نگرانی‌های هیجانی می‌توانند منجر به ناباروری شوند (۷).

رضایت جنسی واکنش مؤثری است که از ارزیابی ذهنی مثبت یا منفی ابعاد مرتبط با رابطه جنسی به وجود می‌آید (۸).

برخی از این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول یک زندگی زناشویی قرار می‌گیرند. مطالعات ترمن، نشان داده است که عوامل جنسی یکی از مهمترین آنها به شمار می‌روند (۹). با توجه به اینکه لذت جنسی آدمیان بیشتر محصول ذهن است تا بدن؛ افسردگی، خشم، اضطراب و ترس می‌توانند در توانایی لذت بردن از فعالیت جنسی تداخل نمایند (۱۰).

در سال‌های اخیر تکنیک‌ها و روش‌های مختلفی در زمینه کاهش مشکلات و اختلالات روانی ایجاد و مورد استفاده قرار گرفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یکپارچه توحیدی از آن روش‌هایی هستند که جدیدتر می‌باشند و کمتر در زنان نابارور و اثرات آن بر روی کاهش مشکلات و اختلالات روانی مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان یکپارچه توحیدی، روش‌های درمانی مناسبی برای کاهش استرس ناباروری، پریشانی روانی و افسردگی ناشی از ناباروری می‌باشند. در این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان یکپارچه توحیدی مورد ارزیابی و مقایسه نیز قرار می‌گیرد. بنابراین، با توجه به اهمیت مسأله ناباروری و عواقب روان‌شناختی ناشی از آن و به سبب محدودیت منابع پژوهشی در این زمینه، انجام این پژوهش بسیار ضروری و کاربردی می‌باشد و پژوهشگر قصد دارد به بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یکپارچه توحیدی بر اضطراب، رضایت جنسی و افسردگی در زنان نابارور در شهر مشهد بپردازد.

براساس این نظریه این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به توانایی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند. بنابراین، شیوه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مواجهه سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آنها اجتناب شده است (۱۱). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش، تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی و تقلیل نشانه-

تواند عمیقاً بر جهت و سبک زندگی آدمی تأثیر گذارد و او را از آشفتگی، چندگانگی و گم گشتگی در مسیر حیات نجات دهد (۱۵).

رایج‌ترین واکنش به یک عامل فشار روانی، اضطراب است. منظور از اضطراب هیجان ناخوشایندی است که معمولاً با این کلمات توصیف می‌شود: نگرانی، تشویش، تنش و ترس احساساتی که همه با شدت‌های مختلف آن را تجربه می‌کنند. اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در ایالات متحده و بسیاری از جمعیت‌های دیگری است که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. به علاوه مطالعات همواره حاکی از آن بوده‌اند که این اختلالات مشکلات و عوارض زیادی را سبب می‌شوند، مقادیر بالایی از خدمات مراقبت‌های بهداشتی را صرف خود می‌کنند و اختلالات زیادی در کارکرد افراد به وجود می‌آورند. مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند که اختلال اضطرابی مزمن می‌تواند میزان مرگ و میر مرتبط با عوارض بیماری فشارخون اولیه را افزایش دهد؛ بنابراین، درمانگران روانپزشکی و سایر متخصصین باید بتوانند اختلال اضطرابی را به سرعت و دقت تشخیص داده و درمان آن را شروع کنند (۱۶).

از این رو، براساس تعریف ارتباط جنسی، رضایتی است که طرفین از ارتباط خود پیرامون مقولات جنسی گزارش می‌کنند (۱۷). رضایت جنسی به عنوان یک ارزیابی ذهنی، شامل واکنش‌های تاثیرگذاری است که از ارزیابی روابط جنسی به طور کلی نشأت می‌گیرد و سلامت عمومی فرد را از جنبه‌های گوناگون تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۸).

برای صحبت در مورد ویژگی‌های یک رابطه جنسی با همسرشان را رشد نداده‌اند.

روش کار

طرح پژوهش، تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با مرحله پیگیری می‌باشد و این پژوهش شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل

های عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری مشکلات می‌باشد که در نهایت منجر به افزایش بهزیستی و کمک به عملکرد بهتر در زندگی افراد می‌شود (۱۲).

افسردگی نوعی اختلال روانی است که در دوران معاصر به دلیل زندگی مدرن به شدت رو به افزایش می‌باشد. اختلال افسردگی از نوع اختلال‌های خلقی است. اختلال‌های خلقی حالت هیجانی بی‌وقفه‌ای است که در طول یک پیوستار از غمگینی تا شادی، در نوسان است (۱۳). افسردگی غالباً از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد و شخص ناگزیر می‌گردد که از افرادی مهم یا از مسائلی مهم و مربوط به زندگی خودش از قبیل محل کار و زندگی صرف نظر کند (۱۴).

یک درمان جامع و چندوجهی است که با ادغام چندین روش درمانی و درون مایه‌ای معنوی توحیدی، می‌کوشد ارزش‌هایی را در فرد احیا کند که توان یکپارچه‌سازی و انسجام بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد. دو مفهوم کلیدی یکپارچگی و توحیدی نیازمند توضیح بیشتری می‌باشند. بهترین راه برای درک مفهوم یکپارچگی، تأمل در اعمال و رفتارهای آدمی است. رفتار انسان صرفاً با توجه به یک بُعد، قابل توجه و تبیین نمی‌باشد؛ بلکه برای اینکه به درک کامل و جامعی از رفتار انسان دست یابیم، ناچار باید ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی با هم مورد توجه قرار گیرند. بنابراین، یکپارچه نمودن رویکردهای گوناگون یک انتخاب تفننی نیست، بلکه یک ضرورت اجتناب ناپذیر است. منظور از واژه توحیدی در این الگو، اعتقاد به وجود خداوند یگانه و امکان برقراری ارتباط صمیمانه با او در همه لحظه‌ها مکان‌هاست. چنین اعتقادی می‌تواند ارتباط جنسی به زوجین این امکان را می‌دهد تا یکدیگر را پیرامون نیازها، امیال و ترجیحات خود آموزش دهند. انتظارات فردی و دستورالعمل‌ها برای رفتار جنسی به واسطه الگوهای ارتباطی زوجین از طریق تعامل مورد بحث قرار می‌گیرند و به افراد این اجازه را می‌دهد تا با دیدگاه یکدیگر سازگار شده و بر سر یک پاسخ جنسی دوتایی برای روابط خود به توافق برسند. به نظر می‌رسد خیلی از افراد مهارت‌ها و نگرش‌های لازم

(۱۹۸۸) استفاده شده است. روایی محتوایی پرسشنامه‌ها با استفاده از نظر اساتید، کارشناسان و متخصصان مربوطه ارزیابی می‌شود و ضریب پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ انجام شد و پایایی کل پرسشنامه‌ها ۷۸٪ بدست آمد.

نتایج

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد میانگین و غیره و آمار استنباطی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره و یک متغیره و آزمون تعقیبی و غیره استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده گردید. در ادامه یافته‌های پژوهشی با تمرکز بر روی زنان نابارور شهر مشهد در دو بخش توصیفی و استنباطی تشریح می‌شود.

زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز درمانی در سطح شهر مشهد هستند. این پژوهش در یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش انجام می‌شود. تعداد آزمودنی‌ها ۴۵ نفر هستند و از هر گروه ۱۵ نفر از مراکز درمانی ناباروری به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل به هریک از پرسشنامه‌های پژوهش (افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی) پاسخ داده شد و نظرات آنها جمع‌آوری گردید و سپس، گروه آزمایش مداخله آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان یکپارچه توحیدی را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نماید، در حالی که گروه گواه (کنترل) در طول فرآیند پژوهش از دریافت این مداخله بی‌بهره می‌باشد. به منظور بررسی و سنجش متغیر افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۸۸)، که دارای ۱۳ سوال، در جهت سنجش متغیر رضایت جنسی از پرسشنامه لارسون (۱۹۹۸) و به منظور بررسی و سنجش اضطراب از پرسشنامه اضطراب بک

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار اضطراب، رضایت جنسی و افسردگی در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱)، گروه یکپارچه توحیدی (۲) و گروه گواه (۳) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	گروه (۱)	۲۴/۲۷	۳/۸۴	۱۷/۲۷	۳/۲۱	۱۷/۹۳	۳/۲۶
	گروه (۲)	۲۴/۴	۳/۵۲	۲۰/۱۳	۳/۵۸	۲۱	۳/۵۴
	گروه (۳)	۲۳/۷۳	۴/۰۶	۲۳/۴۷	۳/۹۸	۲۳/۸۷	۳/۹
رضایت جنسی	گروه (۱)	۶۲/۴۷	۸/۰۶	۷۱/۹۳	۷/۹۹	۷۱/۵۳	۸/۱۲
	گروه (۲)	۶۰	۷/۷۴	۶۴/۲۷	۷/۲۵	۶۳/۴	۶/۹۹
	گروه (۳)	۶۱/۵۳	۷/۱۲	۶۲/۲۷	۶/۷۲	۶۳/۲۷	۶/۵۳
افسردگی	گروه (۱)	۱۵/۶	۳/۲۴	۱۰/۸۷	۲/۵	۱۱/۵۳	۲/۴۴
	گروه (۲)	۱۶/۴۷	۲/۶۶	۱۲	۲/۷۲	۱۲/۶	۲/۴۷
	گروه (۳)	۱۶/۰۷	۲/۴۶	۱۵/۵۳	۲/۲	۱۵/۵۳	۲/۱۳

جدول ۲. نتایج همگنی واریانس‌های لوین در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش در مرحله پیش‌آزمون

متغیر	آماره لوین	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	سطح معنی‌داری
اضطراب	۰/۱۴۹	۲	۴۲	۰/۸۶
رضایت جنسی	۰/۱۵۸	۲	۴۲	۰/۸۵
افسردگی	۰/۷۹۹	۲	۴۲	۰/۴۵

نتایج یافته‌های جدول ۲ نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها می‌باشد که با توجه به نتایج جدول فوق ($p > 0/05$) و عدم معناداری آزمون لوین، اجازه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود دارد. بدین معنی که گروه‌های آزمایشی و گواه قبل از اعمال مداخله آزمایشی (در مرحله پیش‌آزمون) از نظر واریانس‌ها

همگن بودند. برای پاسخ به فرضیه‌های پژوهش و اینکه دقیقاً مشخص شود که بین کدام یک از گروه‌های سه گانه در متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در ادامه ارائه می‌گردد.

جدول ۳. میانگین تعدیل یافته، خطای معیار، حد پایین و حد بالای متغیرهای پژوهش را در سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گواه

متغیر	گروه	شاخص‌های آماری		
		میانگین	خطای معیار	حد پایین حد بالا
اضطراب	گروه آزمایش ۱	۱۷/۱	۰/۴۳	۱۶/۲۳ ۱۷/۹۷
	گروه آزمایش ۲	۱۹/۹۱	۰/۴۳	۱۹/۰۴ ۲۰/۷۸
	گواه	۲۳/۸۵	۰/۴۲	۲۲/۹۸ ۲۴/۷۱
رضایت جنسی	گروه آزمایش ۱	۷۰/۸۵	۰/۴۸	۶۹/۸۸ ۷۱/۸۳
	گروه آزمایش ۲	۶۵/۵۳	۰/۴۸	۶۴/۵۵ ۶۶/۵
	گواه	۶۲/۰۷	۰/۴۷	۶۱/۱ ۶۳/۰۴
افسردگی	گروه آزمایش ۱	۱۱/۲۲	۰/۲۸	۱۰/۶۵ ۱۱/۷۸
	گروه آزمایش ۲	۱۱/۶۳	۰/۲۸	۱۱/۰۷ ۱۲/۲
	گواه	۱۵/۵۴	۰/۲۷	۱۴/۹۷ ۱۶/۱

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین تعدیل یافته و خطای معیار متغیرهای وابسته قابل ملاحظه است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته اضطراب گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه‌های مورد	میانگین‌های تعدیل	تفاوت	خطای معیار	سطح
-------	---------------	-------------------	-------	------------	-----

معنی‌داری	میانگین‌ها	یافته	مقایسه
۰/۰۰۱	۰/۶	۶/۷۴	گروه ۱ - گروه گواه
۰/۰۰۱	۰/۶	۳/۹۴	گروه ۲ - گروه گواه
۰/۰۰۱	۰/۶۱	۲/۸	گروه ۱ - گروه ۲

درمان یکپارچه توحیدی در اضطراب تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان یکپارچه توحیدی وجود دارد. تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان یکپارچه توحیدی در اضطراب برابر ۲/۸ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان یکپارچه توحیدی در اضطراب تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد.

همان‌گونه که در جدول بالا ملاحظه می‌شود، تفاوت بین میانگین گروه گواه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اضطراب برابر ۶/۷۴ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اضطراب تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه گواه و گروه درمان یکپارچه توحیدی در اضطراب برابر ۳/۹۴ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه گواه و گروه

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته رضایت جنسی گروه‌های آزمایشی و گواه

در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
رضایت جنسی	گروه ۱ - گروه گواه	۶۲/۰۷ و ۷۰/۸۵	۸/۷۸	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه گواه	۶۲/۰۷ و ۶۵/۵۳	۳/۴۵	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۶۵/۵۳ و ۷۰/۸۵	۵/۳۲	۰/۶۸	۰/۰۰۱

در رضایت جنسی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان یکپارچه توحیدی وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه یکپارچه توحیدی در رضایت جنسی برابر ۵/۳۲ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه یکپارچه توحیدی در رضایت جنسی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد.

همان‌گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین میانگین گروه گواه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در رضایت جنسی برابر ۸/۷۸ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در رضایت جنسی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. تفاوت بین میانگین گروه گواه و گروه درمان یکپارچه توحیدی در رضایت جنسی برابر ۳/۴۵ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه گواه و گروه یکپارچه توحیدی

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته افسردگی گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری
افسردگی	گروه ۱ - گروه گواه	۱۱/۲۲ و ۱۵/۵۴	۴/۳۱	۰/۳۹	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه گواه	۱۱/۶۳ و ۱۵/۵۴	۳/۹	۰/۳۹	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۱۱/۲۲ و ۱۱/۶۳	۰/۴۱	۰/۳۹	۰/۹۰

(۲۰۱۲)، فرمن و همکاران (۲۰۰۷) همراستا است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی، مراجعه کننده می‌آموزد تا به مبارزه با ناراحتی مرتبط با اضطراب خویش پایان دهد و با درگیر شدن در فعالیتهایی که او را به اهداف انتخابی زندگی (ارزش‌ها) نزدیکتر میکند، کنترل خود را اعمال کند. درمان پذیرش و تعهد به جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به مراجعان می‌آموزد تا برای آگاهی و مشاهده‌ی افکار و احساسات ناخوشایند همانگونه که هستند، مهارت کسب کنند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به افراد کمک کند با توجه به مشکل ناباروری که دارند خودآگاهی خود را در این زمینه بالا برده و با استفاده از تکنیکهای مبتنی بر پذیرش به تضعیف فراگیری حمایت اجتماعی برای رفتار کردن به گونه‌ای که وقایع شخصی سبب رفتار می‌شوند و این‌ها باید قبل از پیگیری اهداف معنی‌دار زندگی، کنترل شوند. به طور کلی به فرد کمک میکند با ارتباط کامل با زمان حال و ذهن آگاهی به تغییر رفتارها و افکار نادرست پردازد و از این طریق زن و شوهر می‌توانند رضایت کامل از زندگی زناشویی خود داشته باشند. یافته نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان نابارور اثربخش است. می‌توان بیان کرد از آنجائی که بیمارانی که تشخیص نازایی را دریافت کرده‌اند، سطوح مشابهی از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند، به نظر میرسد کاربرد درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی در این افراد سودمند باشد. درمانهای مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌باشد، و نیز با در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی

همانگونه که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین میانگین گروه گواه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افسردگی برابر ۴/۳۱ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین میانگین گروه گواه و میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افسردگی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. تفاوت بین میانگین گروه گواه و گروه درمان یکپارچه توحیدی در افسردگی برابر ۳/۹ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین میانگین گروه گواه و میانگین گروه درمان یکپارچه توحیدی در افسردگی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان یکپارچه توحیدی وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه یکپارچه توحیدی در افسردگی برابر ۰/۴۱ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و میانگین گروه یکپارچه توحیدی در افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که، بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اضطراب تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب زنان نابارور اثربخش است. نتایج این تحقیق با تحقیقات قریشی امین (۱۳۹۶)، حاج صادقی و همکاران (۱۳۹۶)، گوئیجارو و همکاران (۲۰۱۷)، لندی و همکاران (۲۰۱۵)، فرمان و همکاران

توأم با جنبه‌های شناختی که منجر به تداوم بیشتر اثربخشی درمانهای مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان درمان یکپارچه توحیدی بر اضطراب زنان نابارور اثربخش است و نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق چابکی و همکاران (۱۳۹۸) همراستا است. می‌توان بیان نمود که در این روش درمان می‌توان فضای حمایتی که دین برای افراد به وجود می‌آورد به میزان زیادی تنش، تنهایی، اضطراب و دیگر شرایط آسیب‌زا را کاهش می‌دهد. همچنین در این روش درمانی تعالی معنوی، زمینه استقبال از رویارویی با تجربه‌های زندگی به عنوان فرصت‌هایی برای رشد و شادمانی فراهم می‌نماید و اضطراب را کاهش می‌دهد. درمان درمان یکپارچه توحیدی بر رضایت جنسی زنان نابارور اثربخش است. می‌توان بیان کرد که این روش درمانی در حل مسائل بالینی و اختلالات روانی و در حل مشکلات زناشویی و خانوادگی تاثیر گذار است. مشاوران و روان‌درمانگرها برای کاهش تنش و افزایش رضایت زناشویی و کاهش دلزدگی زناشویی از رویکرد یکپارچه توحیدی استفاده می‌کنند. این روش درمانی منجر می‌شود که تنش‌ها در بین زن و شوهر کاهش پیدا کند و از نظر عاطفی ارتباط خوبی داشته باشند. این رویکرد از فنون رفتاری دینی و بعد معنوی استفاده می‌کند که تاثیر زیادی بر رضایت زناشویی در بین زوج‌ها داشته است. همچنین، یافته نشان داد که درمان یکپارچه توحیدی بر افسردگی زنان نابارور اثربخش است. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق قادری و همکاران (۱۳۹۵) همراستا است. می‌توان نتیجه گرفت که در درمان یکپارچه توحیدی به دلیل استفاده از آموزه‌های دینی بر افسردگی موثر است. درمان یکپارچه توحیدی با توجه به تاکید دین اسلام بر روابط اجتماعی، کمک به دیگران و کمک گرفتن از انسان‌های مومن می‌تواند از غنای بیشتری برخوردار باشد. در درمان یکپارچه توحیدی با تکیه بر مضامین مذهبی به اعضای گروه کمک شد تا به حل تعارضات سرکوب شده و کسب آگاهی عقلانی، روابط اجتماعی خود را بهبود بخشند. بهبود روابط اجتماعی منجر می‌شود که در هنگام بروز مشکل از دیگران استفاده نموده و از سوی دیگر با کمک گرفتن و مشورت کردن

با افراد آگاه تجربیات خود را بهبود بخشند این امر در منجر به کاهش افسردگی می‌شود. با توجه به نتایج حاصله پیشنهادات زیر ارائه می‌شود:

- پیشنهاد می‌گردد که جلسات درمان به خوبی برای زنان نابارور توجیه گردد، گروه به خوبی با یکدیگر آشنا شوند، اهداف دوره به خوبی و با شفافیت ارائه گردد و از گروه تحت درمان خواسته شود که در کلیه جلسات به موقع حاضر شوند تا محتوا و مطالب به آنها انتقال داده شود.

- پیشنهاد می‌شود که تعداد جلسات آموزشی به منظور تمرین و آموزش دقیقتر و عمقی‌تر مهارتها افزایش یابد. همچنین در این جلسات به اهمیت روابط جنسی برای رضایت زناشویی بیشتر پرداخته شود.

- پیشنهاد می‌گردد که درمانگران در طول دوره به آنها باید بیاموزند که خودباوری، امید داشتن، غمگین نبودن، لذت بردن و دور کردن اضطراب و نگرانی را با خود تمرین نمایند و این‌ها را ملکه ذهن خود نمایند تا بدین وسیله میزان افسردگی در آنها کنترل شود و رو به کاهش برود.

- به درمانگران پیشنهاد می‌گردد که به مراجعان خود بیاموزند که دینداری و معنویت تاثیر زیادی بر رضایت جنسی خواهد داشت، چرا که بی بند و باری و رعایت نکردن حد و مرزها و عدم رعایت محرم و نامحرمی منجر به رضایت جنسی پایین می‌شود.

- پیشنهاد می‌گردد که برای افزایش رضایت جنسی از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده گردد. به درمانگران پیشنهاد می‌گردد که به مراجعان خود تمرین تعهد زناشویی بدهند تا خیانت کمتر شود و رضایت جنسی افزایش پیدا کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد واحد بین‌المللی خرمشهر می‌باشد. نویسنده از اساتید راهنما و مشاور کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

References

1. Gurunath, S., Pandian, Z., Anderson, R. A., & Bhattacharya, S. (2011). Defining infertility—a systematic review of prevalence studies. *Hum Reprod Update*, 17(5), 575-588.
2. Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS medicine*, 9(12), e1001356.
3. Dembińska, A. A. (2016). Psychological determinants of life satisfaction in women undergoing infertility treatment. *health psychology report*, 4(2), 146-158.
4. Donkor, E. S., Naab, F., & Kussiwaah, D. Y. (2017). “I am anxious and desperate”: psychological experiences of women with infertility in The Greater Accra Region, Ghana. *Fertility Research and Practice*, 3(1), 6.
5. Rahimnejad, Azadeh (2017). The relationship between spiritual health and anxiety in pregnant women referring to Shahid Mostafa Khomeini Hospital, Doctoral Dissertation in General Medicine, School of Medicine, Shahid University.
6. Bhat, A., & Byatt, N. (2016). Infertility and perinatal loss: when the bough breaks. *Current psychiatry reports*, 18(3), 31.
7. Freeman, M. P., Toth, T. L., & Cohen, L. S. (2013). Assisted reproduction and risk of depressive relapse: considerations for treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(4), 283-288.
8. Pakdel, Zahra (2015). Testing the model of attachment styles and sexual satisfaction with the mediation of commitment and sexual self-expression, master's thesis in the field of counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz.
9. Bakshaish, Alireza and Mortazavi, Mahnaz (1388). Relationship between sexual satisfaction, general health and marital satisfaction in couples, *Applied Psychology Quarterly*, 3 (12), 73-85.
10. Lee TY, Sun GH, Chao SC. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod*, 16(8):1762-67.
11. Hiratzka, J., Rastegar, F., Contag, A. G., Norvell, D. C., Anderson, P. A., & Hart, R. A. (2015). Adverse event recording and reporting in clinical trials comparing lumbar disk replacement with lumbar fusion: a systematic review. *Global spine journal*, 5(06), 486-495.
12. Hofmann, S. G., Asmundson, G. J., & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 199-212.]
13. Babaei Manqari, Mohammad Mahdi and Khaliqkhah, Ali (2015). Path analysis model of relationships between spiritual health, quality of life and depression in patients with thalassemia major, *Health Psychology Quarterly*, 5 (1), 119-134.
14. Zamani, N., Habibi, M., & Darvishi, M. (2015). Compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*, 18, 32-42.

15. Shamsabadi, Ahmed (2015). The effectiveness of group therapy with an integrated monotheistic approach on spiritual attitude and marital satisfaction, master's thesis in clinical psychology, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Shahrood branch.
16. Aggarwal, N. T., Clark, C. J., Beck, T. L., De Leon, C. F. M., DeCarli, C., Evans, D. A., & Rose, S. A. E. (2014). Perceived stress is associated with subclinical cerebrovascular disease in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(1), 53-62.
17. Timm, T. M., & Keiley, M. K. (2011). The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(3), 206-223.
18. Hosseini, Farideh Sadat; Mohammadi, Maryam and Jokar, Mahnaz (2014). Investigating marital intimacy in middle age, the role of couples' personality traits, *Women and Family Quarterly*, 9 (30), 28-50.
19. Khormian, Fatemeh and Qarabaghi, Sarmad, Ruqiya (2019). Comparison of sexual satisfaction and depression in women with natural delivery and caesarean section, 7th International Conference on New Research Achievements in Educational Sciences, Psychology and Social Sciences, Isfahan.
20. Qureshi Amin, Zahra (2016). Investigating the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on depression, anxiety and quality of life of postpartum women, clinical psychology master's thesis, Faculty of Basic Sciences, Islamic Azad University, Ardabil branch
21. Pazhani, Sepideh; Hosseini, Hamza; Daneshpour, Seyyed Mohammad Mahdi; Mohammadpour, Reza Ali and Gholami, Nazanin (1389). Investigation of the frequency of depression, anxiety and the level of marital satisfaction and related factors in infertile women referring to infertility centers in Sari city in 2017, *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 20 (80), 25-31.
22. Vo, T. M., Tran, Q. T., Le, C. V., Do, T. T., & Le, T. M. (2019). Depression and associated factors among infertile women at Tu Du hospital, Vietnam: a cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 11, 343.
23. Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC women's health*, 17(1), 48.
24. Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-Term Follow-Up of a Randomized Controlled Trial Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Standard Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior therapy*, 43(4), 801-811.

*Original Article***Comparison of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and monotheistic integration on anxiety, sexual satisfaction and depression in infertile women (Case study: Mashhad)**

Received: 30/01/2022 - Accepted: 17/04/2022

Halimeh Safdari¹
Farah Naderi^{2*}
Fardin Moradi Manesh³
Behnam makvandi⁴

¹ Phd student, Department of health Psychology, Khoramshahr International Branch, Islamic Azad University, Khoramshahr, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.

Email: nmafrah@yahoo.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and monotheistic integration on anxiety, sexual satisfaction and depression in infertile women in Mashhad.

Methods: The research design is an experimental pre-test-post-test with follow-up stage. The statistical population of the study includes infertile women referring to medical centers in Mashhad. This study is performed in a control group and two experimental groups. The number of subjects is 45 and from each group, 15 infertility treatment centers were selected by random sampling and studied. The method of data collection is library and field. In the pre-test stage, the experimental and control groups answered each of the research questionnaires (depression, anxiety and sexual satisfaction) and their opinions were collected. Then, the experimental group completed the educational intervention based on acceptance and commitment therapy. Receive 8 90-minute sessions, while the control group does not receive this intervention during the research process. The content validity of the questionnaires was evaluated using the opinions of professors, experts and specialists and the reliability coefficient of the questionnaires was obtained using Cronbach's alpha coefficient of 78% and data analysis was performed using SPSS software.

Results: The results showed that acceptance and commitment based therapy can reduce the level of anxiety and depression and increase sexual satisfaction in infertile women in Mashhad.

Conclusion: Also, integrated monotheistic treatment intervention is effective on anxiety, sexual satisfaction and depression in infertile women.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Integrated Monotheistic Therapy, Anxiety, Sexual Satisfaction, Depression, Infertile Women