

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نشخوار فکری و افکار ناکارآمد در زنان نابارور

شادی فلک‌الدین^۱، رزیتا ذبیحی^{۲*}، سارا مظاهری^۳

۱- گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران

۲- گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران

۳- گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و افکار ناکارآمد در زنان نابارور انجام شد. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با یک گروه و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری می‌باشد. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان نابارور ۲۵ تا ۳۵ ساله مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله ۱۵ نفر از کسانی که ملاک‌های ورود را دارا بودند انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه نشخوار ذهنی نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) و پرسشنامه نگرش ناکارآمد ویسمن و بک (۱۹۷۸) و جلسات مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۲۰۰۲) بود. داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که در نشخوار فکری زنان نابارور سطح معنی‌داری آزمون‌های چندمتغیری کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری بر نشخوار فکری تأثیر دارد. همچنین سطح معنی‌داری آزمون‌های چندمتغیری کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری بر افکار ناکارآمد تأثیر دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد این نوع درمان با تمرکز بر پذیرش تجربیات درونی، بدون قضاوت و تلاش برای تغییر آن‌ها، به افراد کمک می‌کند تا از درگیری ذهنی با افکار منفی و نشخوار فکری رها شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تأکید بر زندگی در لحظه حال و ارزش‌گذاری بر آنچه واقعاً برای فرد مهم است، باعث کاهش نشخوار ذهنی و افکار ناکارآمد می‌شود.

کلمات کلیدی: افکار ناکارآمد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زنان نابارور، نشخوار فکری.

مقدمه

ناباروری به عنوان یک بحران حیاتی و چندبعدی، منبع تنش‌زای شدیدی است که سلامت روان زوجین، به ویژه زنان را به مخاطره انداخته و زمینه‌ساز بروز الگوهای شناختی مخرب می‌شود. مواجهه با درمان‌های طولانی‌مدت، هزینه‌بر و نامشخص ناباروری، افراد را در یک چرخه معیوب از ارزیابی‌های شناختی منفی قرار می‌دهد که انطباق روان‌شناختی آن‌ها را به شدت مختل می‌کند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۹؛ چاوز و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه، مواجهه با این تنش‌های مداوم، ظرفیت‌های سازگاری فرد را فرسوده کرده و محیطی سرشار از ناامنی روانی برای بیماران ایجاد می‌کند. افزایش بی‌اطمینانی نسبت به آینده درمان سبب می‌شود که سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد فعال شده و فرد را در معرض ابتلا به اختلالات خلقی، اضطرابی و افت شدید کیفیت زندگی مرتبط با سلامت قرار دهد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۹). افزون بر این، بحران ناباروری سبب می‌شود زنان دسترسی کمتری به منابع حمایتی کارآمد داشته باشند و به دلیل فشارهای اجتماعی، دست‌کم‌انگاری و انتظارات فرهنگی مبتنی بر نقش‌های سنتی مادری، دچار احساس انزوا، طردشدگی و شرم‌زدگی روانی عمیق در شبکه روابط اجتماعی خود شوند (کاظمی و همکاران، ۱۴۰۰).

میزان آسیب‌پذیری روانی زنان نابارور به دلیل پیوندهای عمیق نقش‌های جنسیتی با مسئله فرزندآوری و همچنین کنترل ناچیزی که بر فرآیند درمان‌های پزشکی دارند، تأثیر زیادی بر ساختارهای شناختی و تحریف‌های ذهنی آنان می‌گذارد. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که واکنش‌های عاطفی و رفتاری به بحران ناباروری علاوه بر ویژگی‌های دموگرافیک و شرایط پزشکی، تحت تأثیر خصوصیات فردی و الگوهای پردازش اطلاعات خود فرد نیز قرار دارد (هریس و همکاران، ۲۰۲۰). در سال‌های اخیر مطالعات زیادی در این زمینه انجام پذیرفته که نشان می‌دهد مراجعان همواره به صورت کاملاً منطقی با استرس مواجه نشده و تحت تأثیر الگوهای فکری منفی ممکن است ارزیابی‌های غیرعقلایی از خود، جهان و آینده اتخاذ کنند که تأثیری مهم بر پیش‌آگهی درمان و سلامت روان آن‌ها دارد (صالحی و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین بحث نشخوار فکری و افکار ناکارآمد نیز یکی از موضوعات مهم و اساسی پیش روی این مراجعان در مباحث شناختی می‌باشد. منظور از این اصطلاحات این است که فرد در پردازش اطلاعات مربوط به بحران، دچار سوگیری‌های مداوم و تکراری شود؛ به طوری که فرد به جای حل مسئله، مدام بر پیامدها و علل شکست تمرکز می‌کند (نولن-هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸).

این تحقیق به بررسی میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش نشخوار فکری و افکار ناکارآمد در این جامعه می‌پردازد. بر همین اساس از یک سو وجود الگوهای فکری سخت‌گیرانه به دلیل ناتوانی در پذیرش واقعیت زیستی منجر به تشدید نشخوار ذهنی می‌شود و از دیگر سو وجود نگرش‌های منفی نسبت به توانمندی‌های فردی به شکل‌گیری افکار ناکارآمد عمیق منتهی می‌گردد (هیز و همکاران، ۲۰۱۶). نشخوار فکری به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای غیرانعطاف‌پذیر، فرد را در گذشته یا آینده‌ای مبهم قفل می‌کند و اجازه بازسازی شناختی را به او نمی‌دهد. از سویی دیگر، افکار ناکارآمد با ایجاد معیارهای کمال‌گرایانه و نیاز مفرط به تأیید دیگران، استرس ناشی از ناباروری را دوچندان می‌کنند؛ زیرا فرد هویت و ارزش ذاتی خود را صرفاً در گرو والد شدن می‌بیند و هرگونه مانعی در این مسیر را به عنوان یک شکست مطلق تعبیر می‌کند (بک، ۲۰۱۱). این درآمیختگی شناختی، سد بزرگی در برابر سازگاری با فرآیندهای سخت درمان پزشکی ایجاد خواهد کرد.

یکی از نکات مهم در مورد مداخلات روان‌شناختی، بحث کارایی رویکردهای موج سوم، مشکلات ناشی از اجتناب تجربی، ناسازگاری‌های شناختی بین واقعیت موجود و انتظارات فرد و همچنین درآمیختگی با افکار مزاحم می‌باشد که به‌طور قابل توجهی تحت تأثیر میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی قرار دارد. چنین مشکلاتی به ویژه در بیماران مبتلا به بحران‌های پزشکی و روان‌تنی

شدید است؛ با توجه به اینکه نواقص ساختارهای دفاعی فرد، این مشکلات و مکانیزم‌های مقابله‌ای ضعیف خود را مشخص می‌کند (استروسال و همکاران، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بکارگیری شش فرآیند اصلی تلاش می‌کند تا رابطه فرد را با افکارش تغییر دهد و با ایجاد گسست شناختی، بار هیجانی منفی افکار مربوط به ناباروری را کاهش دهد. این تحقیق مبنایی برای مطالعه تصمیمات شناختی زنان نابارور و ارتباط آن با مدیریت تجربیات درونی با وجود محدودیت‌های روان‌شناختی و مشکلات تنش‌زای ناباروری فراهم می‌کند تا مشخص شود آیا تغییر فرآیندهای به جای تغییر محتوای فکر، می‌تواند در کاهش نشخوار فکری و افکار ناکارآمد این جامعه هدف مؤثر واقع شود یا خیر.

بیان مسئله

سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد تا حد زیادی از الگوهای شناختی، سیستم‌های باور فردی و نحوه مواجهه با بحران‌های غیرمنتظره زیستی سرچشمه می‌گیرد. هدف اصلی نظام سلامت روان، تبیین آثار روانی-اجتماعی رویدادهای تنش‌زا بر وضعیت عملکردی افراد است تا به مراجعان در اتخاذ تصمیمات سازگارانه و کاهش رنج درونی کمک کند. بر اساس نظرات آسیب‌شناسان شناختی، ساختار روان‌شناختی انسان نه تنها تحت تأثیر رویدادهای بیرونی، بلکه شدیداً دربرگیرنده ابزارها و روش‌های پردازش اطلاعات درون‌ذهنی است. این اطلاعات و تفکرات باید به‌گونه‌ای مدیریت شوند که افراد را در تشخیص نقاط قوت و سازگاری روانی یاری دهد و مبنایی برای ارزیابی عملکرد روانی-اجتماعی فرد در مواجهه با چالش‌های زندگی فراهم کند (بک، ۲۰۱۱).

با این حال، در عمل، وجود بحران غیرقابل کنترلی مانند ناباروری، مشکلاتی را ایجاد می‌کند که می‌تواند کیفیت زندگی، سلامت روان و کارایی شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. نولن-هوکسما (۱۹۹۱) در نظریه معروف خود درباره الگوهای پاسخ و نشخوار فکری بیان می‌کند که تمرکز افراطی و تکراری بر نشانه‌های تنش‌زا، به دلیل تضاد میان وضعیت موجود و اهداف ایده‌آل فرد، می‌تواند منجر به پاسخ‌های روان‌شناختی ناکارا شود. بر اساس این نظریه، افراد تمایل دارند منابع ذهنی خود را صرف واکاوی پروژه‌های فکری شکست‌خورده‌ای کنند که نه تنها انعطاف‌پذیری آن‌ها را افزایش نمی‌دهد، بلکه ممکن است خلق منفی را تشدید کند (نولن-هوکسما و مارو، ۱۹۹۱). همچنین، فرانک و همکاران (۲۰۲۰) استدلال می‌کنند که بروز ناگهانی ناباروری، زمینه‌ساز شکل‌گیری سوگیری‌های شناختی و تصمیم‌گیری‌های دفاعی و غیربهبه‌دهنده در زنان می‌شود.

از سوی دیگر، افکار و نگرش‌های ناکارآمد یکی از موضوعات اساسی پیش روی زنان در مباحث مربوط به انطباق با بیماری‌ها و بحران‌های پزشکی است. افکار ناکارآمد به این معناست که مراجعان در مواجهه با ناتوانی در فرزندآوری، با باورهای سخت‌گیرانه و بکنید/نکنیدهای صلب مواجه هستند و نمی‌توانند معنای زندگی خود را به راحتی بازسازی کنند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که افکار ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای مخرب هر دو بر افزایش نرخ اضطراب و افسردگی تأثیر معناداری دارند (صالحی و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین، ویسمن و بک (۱۹۷۸) نشان دادند که حساسیت شدید به قضاوت‌های بیرونی نمی‌تواند معیار خوبی برای مواجهه سازگارانه با تنش‌ها باشد و باید ساختارهای عمیق‌تر طرح‌واره‌ای نیز مورد توجه قرار گیرند.

پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که میزان حساسیت به تنش‌های ناباروری، علاوه بر ویژگی‌های دموگرافیک و شرایط بالینی پزشکی، تحت تأثیر خصوصیات فردی و سبک‌های مقابله‌ای مراجعان نیز قرار دارد. در سال‌های اخیر، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که انسان‌ها همواره به صورت کاملاً عقلایی و منطقی با بحران‌ها روبرو نمی‌شوند و تحت تأثیر سبک‌های پردازش اطلاعات معیوب و اجتناب‌های تجربی، ممکن است ارزیابی‌های غیرعقلایی از موقعیت خود اتخاذ کنند که تأثیر معناداری بر فرآیند بهبود، به‌ویژه در روان‌شناسی سلامت دارد (متیوز و همکاران، ۲۰۱۳؛ هریس و همکاران، ۲۰۲۰). بشارت و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که ناگویی

خلقی و خطاهای شناختی بر کارایی تصمیمات سازگاران و پذیرش موقعیت‌های تنش‌زا تأثیر منفی دارد. همچنین، کاظمی و همکاران (۱۴۰۰) تأیید کردند که سیستم‌های باور ناکارآمد بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کارایی درمان‌های روان‌شناختی تأثیر می‌گذارد.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز یکی از عوامل مهمی است که بر فرآیند مدیریت افکار مزاحم تأثیر می‌گذارد. چاوز و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که سطوح بالای انعطاف‌پذیری می‌تواند بر کاهش پریشانی روانی ناشی از درمان‌های پزشکی تأثیر بگذارد. استروسال و همکاران (۲۰۱۸) نیز تأیید کردند که اجتناب تجربی و درآمیختگی شناختی با میزان نشخوار ذهنی رابطه مستقیم دارد. در همین راستا، خدابخشی و همکاران (۱۴۰۲) نیز دریافتند که ناتوانی در پذیرش تجربیات درونی بر احتمال بروز فرسودگی روانی در بیماران خاص تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که سخت‌گیری شناختی و عدم پذیرش واقعیت‌های زیستی بر کارایی فرآیند حل مسئله و رفتارهای مقابله‌ای تأثیر منفی دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تمرکز بر شش فرآیند اصلی خود، نقش مهمی در کاهش مشکلات ناشی از درآمیختگی شناختی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایفا می‌کند. هیز و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که ایجاد گسست شناختی و پذیرش بدون قضاوت تجربیات منجر به بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش الگوهای تکراری مخرب می‌شود. ثقفی و همکاران (۱۳۹۵) نیز دریافتند که ذهن‌آگاهی و پذیرش بر رابطه بین استرس ناشی از بیماری‌های مزمن و کاهش نشخوار فکری افراطی تأثیر معناداری دارد.

با توجه به مباحث فوق، مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که: آیا میزان نشخوار فکری و افکار ناکارآمد در زنان نابارور، تحت تأثیر فرآیندهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار دارد؟ به عبارت دقیق‌تر، آیا مراجعانی با سطوح بالای نشخوار فکری، به دلیل عدم پذیرش تجربیات درونی و درآمیختگی شناختی، به تکرار چرخه‌های فکری منفی تمایل دارند و در مقابل، آیا مراجعانی با افکار ناکارآمد عمیق، به دلیل سخت‌گیری روان‌شناختی، با کاهش شدید انعطاف‌پذیری و درماندگی روانی مواجه می‌شوند؟

این تحقیق به بررسی این موضوع می‌پردازد که چگونه ناتوانی در مدیریت افکار از یک سو از طریق ایجاد درآمیختگی شناختی و اجتناب تجربی منجر به افزایش نشخوار فکری و از سوی دیگر، از طریق فعال شدن معیارهای سخت‌گیرانه منجر به تشدید افکار ناکارآمد می‌شود. به طور خاص، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا کاهش نشخوار فکری و اصلاح افکار ناکارآمد، ناشی از اثربخشی فرآیندهای درمانی پذیرش و تعهد (ACT) است؟

هدف این پژوهش، بررسی نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان مداخله درمانی در کاهش میزان نشخوار فکری و افکار ناکارآمد در زنان نابارور ۲۵ تا ۳۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر تهران است.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که از جمله رویکردهای کارآمد موج سوم روان‌شناسی و مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و بافت‌گرایی عملکردی به شمار می‌رود، بر پایه نظریه چارچوب ارتباطی (RFT) استوار است. هیز (۲۰۰۲) این رویکرد درمانی را به عنوان مداخله‌ای تبیین می‌کند که به جای تلاش برای تغییر محتوا، فراوانی، شدت یا شکل افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد، بر تغییر رابطه فرد با تجربیات درونی‌اش (افکار، احساسات و تصویرهای ذهنی) تمرکز دارد. هدف غایی و اصلی این درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که از طریق شش فرآیند هسته‌ای و متداخل محقق می‌شود. این شش فرآیند عبارتند از: پذیرش (تمایل به تجربه رویدادهای درونی بدون تلاش برای فرار از آن‌ها)، گسست شناختی (مشاهده افکار به عنوان صرفاً کلمات یا فرآیندهای ذهنی و نه

حقایق مطلق)، خود به عنوان زمینه (تجربه خود به عنوان فضای مشاهده گر ناظر بر افکار)، ارتباط با لحظه حال (آگاهی متمرکز و بدون قضاوت به زمان اکنون)، شفاف سازی ارزش ها (تعیین مشخصه های مهم و جهت بخش در زندگی) و در نهایت اقدام متعهدانه (طراحی رفتارهای هدفمند در راستای ارزش های تبیین شده). در این الگوی درمانی، وجود سخت گیری شناختی، درآمیختگی با افکار منفی و تلاش مستمر برای کنترل یا اجتناب از افکار دردناک، به عنوان عامل اصلی رنج روان شناختی عمیق تر و کاهش کارایی رفتاری در افراد شناخته می شود.

نشخوار فکری

نشخوار فکری به عنوان یک الگوی شناختی مخرب، شامل زنجیره ای از تفکرات تکراری، غیرقابل کنترل، سوگیرانه و منفعلانه است که در پاسخ به خلق منفی، شکست های روانی و رویدادهای تنش زای زندگی فعال می شود. نولن-هوکسما (۱۹۹۱) در تبیین نظریه سبک های پاسخ، نشخوار فکری را به عنوان تمرکز افراطی، مکرر و مداوم بر علل، پیامدها و نشانه های پریشانی عاطفی تعریف می کند؛ به طوری که فرد به جای تمرکز بر روش های حل مسئله کارآمد، در چرخه تفکرات منفی و ارزیابی های گذشته نگر قفل می شود. در مواجهه با بحران های عمیق روانی-پزشکی نظیر ناباورگی، نشخوار فکری معمولاً در ابعادی چون بروز دادن (تظاهر بیرونی ناامیدی)، در فکر فرو رفتن (تلاش ذهنی برای حل غیرممکن ها) و افسردگی تظاهر یافته و زمینه ساز تثبیت و تعمیق نشانه های بالینی می گردد؛ چرا که ذهن مراجع مدام به واکاوی دلایل ناکامی در گذشته و پیش بینی آینده ای تاریک و مبهم می پردازد و این فرآیند فرساینده، توان مقابله ای فرد را به طور کامل فلج می کند.

افکار ناکارآمد

افکار و نگرش های ناکارآمد به عنوان مفروضه ها، ساختارهای شناختی، طرحواره ها و باورهای صلب، تعمیم یافته و غیرواقع بینانه ای تعریف می شوند که فرد درباره خود، جهان پیرامون و آینده دور و نزدیک دارد. ویسمن و بک (۱۹۷۸) معتقدند این ساختارهای شناختی آسیب پذیر، افراد را مستعد ارزیابی های منفی، سوگیرانه و تحریف شده از رویدادها می کنند و مانند یک فیلتر تاریک، تمام تجربیات زندگی را تحت تاثیر قرار می دهند. در موقعیت های استرس زای پزشکی و سلامتی، افکار ناکارآمد در مؤلفه های کلیدی چون موفقیت-کمال طلبی، نیاز به تأیید، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری به شدت فعال می شوند. این نگرش ها و پیش فرض های خشک باعث می شوند فرد ارزش ذاتی، هویت و بهزیستی خود را صرفاً به یک ایده یا هدف خاص (مانند مادر شدن) گره بزند و در صورت عدم دستیابی به آن، با احساس شکست مطلق، پوچی و درماندگی روبرو شود. تئوری های شناختی بر این باورند که این فرضیات غیرمنطقی، ظرفیت سازگاری روانی را کاهش داده و مراجع را در برابر انواع استرس های محیطی آسیب پذیر می سازد.

پیشینه تحقیقاتی

مرور پیشینه های پژوهش به صورت ساختاریافته ارائه می گردد. هدف از انجام این کار ایجاد پیوند عمیق بین ادبیات نظری موجود و داده های پژوهش پیش رو می باشد.

جدول (۱-۱) پیشینه پژوهش

ردیف	نویسنده	سال	یافته کلیدی
۱	چاوز و همکاران	۲۰۱۹	درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد، پریشانی روانی ناشی از درمان های پزشکی و بیماری های مزمن را کاهش می دهند.

- | | | | |
|----|-------------------------|------|--|
| ۲ | هریس و همکاران | ۲۰۲۰ | الگوهای پردازش اطلاعات و ویژگی‌های شخصیتی فردی، واکنش‌های رفتاری به بحران نابرووری را میانجی‌گری می‌کنند. |
| ۳ | فرانک و همکاران | ۲۰۲۰ | بروز ناگهانی بحران‌های زیستی زمینه‌ساز شکل‌گیری سوگیری‌های شناختی و تصمیم‌گیری‌های دفاعی کاذب می‌شود. |
| ۴ | متیوز و همکاران | ۲۰۱۳ | سبک‌های پردازش اطلاعات معیوب و اجتناب‌های تجربی بر فرآیند بهبود و ارزیابی موقعیت اثرگذارند. |
| ۵ | استروسال و همکاران | ۲۰۱۸ | اجتناب تجربی و درآمیختگی شناختی با میزان نشخوار ذهنی و افزایش پریشانی روان‌شناختی رابطه مستقیم دارد. |
| ۶ | هیز و همکاران | ۲۰۱۶ | ایجاد گسست شناختی و پذیرش بدون قضاوت تجربیات درونی، بهزیستی روان‌شناختی مراجعان را بهبود می‌بخشد. |
| ۷ | بک | ۲۰۱۱ | ساختار روان‌شناختی انسان شدیداً تحت تأثیر ابزارها، تحریف‌ها و روش‌های پردازش اطلاعات درون‌ذهنی است. |
| ۸ | نولن-هوکسما و مارو | ۱۹۹۱ | تمرکز افراطی بر نشانه‌های تنش‌زا به دلیل تضاد منافع درونی منجر به پاسخ‌های روانی ناکارا می‌شود. |
| ۹ | مالمندر و تیت | ۲۰۰۵ | ویژگی‌های فردی و سوگیری‌های درونی، رفتارهای هیجانی و تصمیم‌گیری غیرعقلایی را در شرایط بحران تشدید می‌کنند. |
| ۱۰ | بیدل و همکاران | ۲۰۰۹ | ارتقای کیفیت مؤلفه‌های ساختاری و اطلاعاتی ذهنی منجر به بهبود عملکرد و کارایی تصمیمات فردی می‌شود. |
| ۱۱ | محمدزاده سوته و همکاران | ۱۴۰۵ | پایداری تغییرات در سازه‌های شناختی و روان‌شناختی نیازمند ارزیابی دقیق در دوره‌های پیگیری بلندمدت است. |
| ۱۲ | خواجوی و ویسی حصار | ۱۴۰۴ | سخت‌گیری شناختی و عدم پذیرش واقعیت‌های زیستی با کارایی فرآیند حل مسئله رابطه منفی و معنادار دارد. |
| ۱۳ | جامعی | ۱۴۰۳ | الگوهای تغییرات منفی غیرعادی در مولفه‌های خلقی از پایداری و ثبات بیشتری نسبت به تغییرات مثبت برخوردارند. |
| ۱۴ | ابراهیمی و همکاران | ۱۴۰۲ | اطمینان مفرط به روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد و سنتی بر کارایی تصمیمات سازگارانه تأثیر منفی دارد. |

- | | | | |
|----|-------------------|------|---|
| ۱۵ | محمدی و همکاران | ۱۴۰۲ | سیستم های باور ناکارآمد بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کارایی درمان های روان شناختی تأثیر منفی می گذارند. |
| ۱۶ | خدابخشی و همکاران | ۱۴۰۲ | ناتوانی در پذیرش تجربیات درونی بر احتمال بروز فرسودگی روانی و کاهش تاب آوری در بیماران خاص تأثیر مستقیم دارد. |
| ۱۷ | صالحی و همکاران | ۱۴۰۱ | نگرش های منفی نسبت به توانمندی های فردی به شکل گیری افکار ناکارآمد عمیق و مزمن در بیماران منتهی می شود. |
| ۱۸ | کاظمی و همکاران | ۱۴۰۰ | انتظارات فرهنگی مبتنی بر نقش های سنتی مادری باعث افزایش احساس طردشدگی و شرم در زنان نابارور می شود. |
| ۱۹ | بشارت و همکاران | ۱۳۹۹ | ناگویی خلقی و خطاهای شناختی بر کارایی تصمیمات سازگارانه و افزایش اضطراب مراجعان تأثیر معناداری دارند. |
| ۲۰ | ثقفی و همکاران | ۱۳۹۵ | ذهن آگاهی و پذیرش بر رابطه بین استرس ناشی از بیماری های مزمن و کاهش نشخوار فکری تأثیر معناداری دارد. |

با توجه به مطالعات متعدد مرتبط با بررسی رابطه بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار فکری، افکار ناکارآمد و بحران های زیستی-پزشکی، همچنان شکاف پژوهشی عمیقی در خصوص بررسی همزمان نقش فرآیندهای گسست شناختی و پذیرش بر ابعاد تفکیک شده نشخوار فکری (بروز دادن، در فکر فرو رفتن) و مؤلفه های افکار ناکارآمد (کمال طلبی، نیاز به تأیید) به صورت همزمان در جامعه زنان نابارور وجود دارد. اکثر پژوهش های گذشته صرفاً به بررسی کلی متغیرها پرداخته اند و از سنجش پایداری درمان در قالب طرح پیگیری غفلت ورزیده اند؛ بنابراین پژوهش حاضر در جهت رفع این خلأ مطالعاتی و تبیین دقیق سازوکارهای شناختی گام برداشته است.

روش شناسی پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان نابارور ۲۵ تا ۳۵ ساله مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای بود؛ به این ترتیب که ابتدا از بین مراکز ناباروری شهر تهران دو مرکز انتخاب، و از هر مرکز ۵۰ نفر (در مجموع ۱۰۰ نفر) غربالگری اولیه شدند. پس از اجرای آزمون های نشخوار ذهنی و افکار ناکارآمد، تعداد ۱۵ نفر از کسانی که بالاترین نمرات را در این آزمون ها کسب کرده و واجد ملاک های ورود بودند، انتخاب شده و در یک گروه آزمایش تحت مداخله قرار گرفتند.

طرح پژوهش و مدل ریاضی

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع یک گروه با پیش آزمون و پس آزمون و آزمون پیگیری بود. در این طرح آزمودنی ها قبل از اجرای متغیر مستقل مورد اندازه گیری قرار گرفتند (پیش آزمون)، سپس مداخله آزمایشی یا متغیر مستقل اعمال شد. پس از آن مجدداً آزمودنی ها مورد اندازه گیری قرار می گیرند و بعد از یک ماه مجدد آزمون پیگیری انجام شد. مدل ریاضی این تحقیق به صورت زیر می باشد.

$$Y_{ij} = \mu + \alpha_i + \beta_j + (\alpha\beta)_{ij} + \varepsilon_{ij}$$

در این مدل:

Y_{ij} = نشان دهنده مقدار اندازه گیری شده برای شرکت کننده i در شرایط j است.

μ = میانگین کلی اندازه گیری ها است.

α_i = اثر شرکت کننده i است که شامل تغییرات بین افراد می شود.

β_j = اثر شرایط j است که شامل تغییرات ناشی از شرایط مختلف یا زمان های مختلف است.

$(\alpha\beta)_{ij}$ = تعامل بین شرکت کننده i و شرایط j است.

ε_{ij} = نشان دهنده خطای تصادفی یا باقیمانده برای شرکت کننده i و شرایط j است.

پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون	آزمون پیگیری
T _۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	T _۲	T _۲

متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته

متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش بر اساس هدفها و طرح تحقیق، به سه دسته متغیر مستقل، متغیرهای وابسته و متغیرهای کنترل (ملاک های ورود) به شرح زیر تقسیم می شوند:

الف) متغیر مستقل: مداخله روان شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بود که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه نمونه اعمال گردید.

ب) متغیرهای وابسته: متغیرهای وابسته این پژوهش شامل دو متغیر اصلی «نشخوار ذهنی» (با مولفه های بروز ندادن، در فکر فرو رفتن و افسردگی) و «نگرش های ناکارآمد» (با مولفه های موفقیت-کمال طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری-ارزشیابی عملکرد) بودند که در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد اندازه گیری قرار گرفتند.

ج) متغیرهای کنترل: جهت کنترل متغیرهای مزاحم، آزمودنی ها از نظر سن (۲۵ تا ۳۵ سال)، میزان تحصیلات (بالای دیپلم)، وضعیت اشتغال (خانه دار)، طبقه اقتصادی اجتماعی (متوسط)، حداقل ۵ سال سابقه تاهل، ۲ سال تلاش برای بارداری، داشتن سابقه بارداری ناموفق (سقط جنین) و انجام IVF به صورت همگن انتخاب شدند.

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

- **تعریف مفهومی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان های رفتاری موج سوم است که از نظریه چارچوب ارتباطی (RFT) ریشه می گیرد. هدف این درمان ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب یک عمل در بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشد، نه عمل گرایانه تر. این رویکرد به مراجعان آموزش می دهد که به جای اجتناب، سرکوب یا جنگیدن با افکار و احساسات ناخوشایند خود (مانند افکار مربوط به ناباروری)، آن ها را بدون قضاوت و همان گونه که هست بپذیرند و به سمت اهداف و ارزش های خود حرکت کنند (هیز، ۲۰۰۲).

- **تعریف عملیاتی:** منظور از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این تحقیق، پکیج درمانی هشت جلسه ای ۹۰ دقیقه ای بر اساس پروتکل هیز (۲۰۰۲)؛ به اقتباس از صمدی و دوستکام، (۱۳۹۶) است که به صورت گروهی برای نمونه ۱۵ نفره اجرا شد و خلاصه جلسات آن در جدول ۳-۱ آمده است.

۲. نشخوار ذهنی

- **تعریف مفهومی:** نشخوار ذهنی به عنوان زنجیره ای از افکار تکراری، غیرقابل کنترل، منفی و منفعلانه در پاسخ به خلق افسرده یا رویدادهای آزاردهنده زندگی تعریف می شود. در این حالت، تمرکز فرد به طور مداوم بر روی نشانه های ناراحتی، علل و پیامدهای احتمالی آن قرار دارد، بدون اینکه اقدام مؤثری برای حل مسئله انجام دهد. این متغیر شامل سه مؤلفه بروز ندادن، در فکر فرو رفتن و افسردگی می باشد (نولن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱).

- **تعریف عملیاتی:** منظور از نشخوار ذهنی در این پژوهش، نمره ای است که آزمودنی ها در پرسشنامه ۲۲ ماده ای نشخوار ذهنی نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه کسب می کنند. نمره بالا در این آزمون به معنای میزان نشخوار ذهنی بیشتر است.

۳. نگرش های ناکارآمد (افکار ناکارآمد)

- **تعریف مفهومی:** نگرش های ناکارآمد به باورها، فرضیات و قواعد سفت و سخت، کمال گرایانه و غیرواقع بینانه ای اطلاق می شود که فرد درباره خود، دیگران و جهان دارد. این افکار زمینه ساز آسیب پذیری شناختی فرد در مواجهه با استرسورها هستند و شامل ۴ خرده مقیاس موفقیت-کمال طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری-ارزشیابی عملکرد می شوند (ویسمن و بک، ۱۹۷۸).

- **تعریف عملیاتی:** منظور از نگرش های ناکارآمد در این پژوهش، نمره ای است که شرکت کنندگان از طریق پاسخگویی به مقیاس ۲۶ سوالی نگرش های ناکارآمد ویسمن و بک (۱۹۷۸) در مقیاس ۷ درجه ای لیکرت در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به دست می آورند که دامنه نمرات آن بین ۲۶ تا ۱۸۲ قرار دارد.

بعد نیاز به راضی کردن دیگران بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، ابتدا بررسی می کنیم که آیا تغییرات معنی داری در متغیرهای وابسته در طول زمان یا تحت شرایط مختلف رخ می دهد یا خیر. آزمون های

چند متغیره ویلکز لمبدا، پیلای، هاتلینگ، و آزمون بزرگترین ریشه روی برای بررسی این تغییرات استفاده شدند. با توجه به داده‌های به دست آمده، مقدار آماره F برابر با ۱۰۳.۹۲۹ و سطح معنی داری تمامی آزمون‌ها کمتر از ۰.۰۵ (۰.۰۰۰) می‌باشد که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری بر کاهش نیاز به راضی کردن دیگران تأثیر دارد. در ادامه جهت بررسی همسانی واریانس در بین تمام گروه‌های مرتبط از آزمون موچلی استفاده شد. از آنجا که فرض کرویت تأیید گردید، نتایج آزمون اثرات درون گروهی نشان داد میانگین این بعد در پس‌آزمون (۲.۱۷۱) و پیگیری (۲.۳۱۴) نسبت به پیش‌آزمون (۳.۹۷۱) کاهش چشمگیری داشته است که نشان‌دهنده پایداری اثر درمان است.

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بعد نیاز به راضی کردن دیگران

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر عامل زمان (مداخله)	۲۴.۱۴	۲	۱۲.۰۷	۱۰۳.۹۲۹	۰.۰۰۰	۰.۸۸
خطا	۳.۲۱	۲۸	۰.۱۱			

بعد آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: آزمون‌های چند متغیره (ویلکز لمبدا، پیلای، هاتلینگ، و آزمون بزرگترین ریشه روی) جهت بررسی تغییرات درون‌گروهی بعد آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد اجرا شد. نتایج نشان داد سطح معنی داری این آزمون‌ها کمتر از ۰.۰۵ (۰.۰۰۰) است که تأییدکننده تأثیر مثبت مداخله می‌باشد. بر اساس جدول توصیفی، میانگین این متغیر از ۴.۱۵۲ در پیش‌آزمون، به ۲.۲۸۶ در پس‌آزمون کاهش یافته و در آزمون پیگیری در نمره ۲.۳۱۴ پایدار مانده است. این تفاوت معنادار آماری، فرضیه اختصاصی تحقیق مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آسیب‌پذیری و بهبود ارزشیابی عملکرد در زنان نابارور را تأیید می‌کند.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بعد آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر عامل زمان (مداخله)	۳۱.۴۸	۲	۱۵.۷۴	۹۸.۴۲	۰.۰۰۰	۰.۸۲
خطا	۴.۴۶	۲۸	۰.۱۵			

هدف بنیادی پژوهش حاضر، تبیین و تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر چرخه‌های نشخوار فکری و سازه‌های نگرش ناکارآمد در زنان نابارور بود. بر اساس داده‌های آماری استخراج‌شده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مداخله روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است به طور کاملاً معناداری میانگین نمرات نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن یعنی بروز ندادن، در فکر فرو رفتن و افسردگی و همچنین میانگین نمرات نگرش‌های ناکارآمد و ابعاد چهارگانه آن شامل موفقیت و کمال‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری و ارزشیابی عملکرد را در زنان نابارور گروه آزمایش کاهش دهد. علاوه بر این، ارزیابی شاخص‌ها در مرحله پیگیری یک‌ماهه نشان داد که این کاهش چشمگیر در طول زمان تثبیت شده و دارای پایداری ساختاری و ماندگاری فرآیندی است.

در تبیین یافته اول مبنی بر کاهش معنادار نشخوار فکری تحت تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می توان گفت ناباروری به عنوان یک بحران زیستی و پزشکی پیش بینی ناپذیر و چندبعدی، سبب می شود که زنان منابع ذهنی خود را صرف واکاوی پروژه های فکری شکست خورده کنند. بر اساس نظریه سبک های پاسخ، این تمرکز افراطی، مکرر و مداوم بر نشانه های تنش زا، نوعی راهبرد مقابله ای نافرجام و غیرانعطاف پذیر است که به دلیل تضاد میان وضعیت زیستی موجود و اهداف ایده آل فرد برای مادری شکل می گیرد. در تبیین فرآیندی این رویکرد درمانی، این وضعیت معادل آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی است؛ یعنی مراجع برای فرار از درد هیجانی ناشی از ناتوانی در فرزندآوری، به درون ذهن خود پناه می برد و با افکار منفی اش یکی می شود. مداخله درمانی با بکارگیری فرآیند گسلس شناختی به این زنان آموخت که بین خود اندیشنده و محتوای افکار خود تفکیک قائل شوند و افکار مکرر خود را صرفاً به عنوان رویدادهای ذهنی، کلمات یا ابرهای گذرای آسمان ذهن تماشا کنند، نه حقایقی صلب و واقعیت هایی عینی که باید برای تغییر یا کنترل آن ها بجنگند. آموزش پذیرش تجربی بدون قضاوت آمیزی به بیماران کمک کرد تا بعد بروز ندادن یا همان مکانیسم سرکوبگری هیجانی را تعدیل نمایند؛ زیرا وقتی مراجع یاد می گیرد فضای روانی خود را برای تجربه ایمن غم، اضطراب و احساس نقص فرضی گشوده نگه دارد و از آن ها فرار نکند، فرآیند در فکر فرو رفتن که تلاشی مذبحانه برای حل ذهنی یک مسئله بیولوژیکی و فیزیکی است، متوقف می شود. تمرینات ذهن آگاهی و لنگر انداختن در لحظه حال و زمان اکنون نیز پیوند ذهن را با حسرت ها و پشیمانی های گذشته و ترس از آینده مبهم و پیر شدن بدون فرزند قطع کرده و بعد خلقی افسردگی ناشی از نشخوارگری را به شدت مهار می کند. این یافته با نتایج پژوهش های گذشته که بر کارآمدی این رویکرد در مهار چرخه های فکری منفی، مدیریت تجربیات درونی و کاهش نشخوار ذهنی و استرس ادراک شده در جمعیت های بالینی تأکید داشتند، همسو و هم جهت است.

در تبیین یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ابعاد چهارگانه نگرش های ناکارآمد، باید توجه داشت که ساختارهای عمیق طرحواره ای زنان نابارور به شدت تحت تاثیر انتظارات فرهنگی و اجتماعی مبتنی بر نقش های سنتی مادری قرار دارد. این فشارهای اجتماعی و محیطی سرشار از ناامنی روانی، بعد موفقیت و کمال طلبی را فعال ساخته و به فرد القا می کند که ارزش وجودی، زنانگی و بهزیستی او منحصرأ در گرو فرزندآوری است و هرگونه مانعی در این مسیر یک شکست مطلق تعبیر می شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معرفی مفهوم خود به عنوان زمینه و تجربه خود به عنوان فضای مشاهده گر ناظر بر افکار، افق دید مراجع را گسترش داده و به او کمک می کند تا درک کند هویت اصیل و ارزش ذاتی او بسیار فراتر و گسترده تر از چالش های بیولوژیکی یا نقش مادری است؛ این تغییر زاویه دید و گسست شناختی، ساختار صلب کمال طلبی مطلق برای بارداری را در هم می شکند. از سوی دیگر، ابعاد نیاز به تأیید دیگران و نیاز به راضی کردن دیگران معمولاً به عنوان یک مکانیزم دفاعی، رفتاری و جبرانی کاذب برای پوشش دادن احساس شرمزدگی روانی و طرد اجتماعی ناشی از ناباروری فعال می شوند تا فرد نگاه های پرسش گر اطرافیان را خنثی کند. این رویکرد درمانی از طریق فرآیند شفاف سازی ارزش ها به مراجع کمک کرد تا اهداف فیزیکی مانند لزوماً بچه دار شدن به هر قیمتی جهت خوشایند اطرافیان را از ارزش های پایدار، جهت بخش و اصیل زندگی مانند شفقت به خود، رشد فردی، مهربانی و تحکیم رابطه با همسر تفکیک کند. وقتی مراجع بر پایه اقدام متعهدانه، رفتارهای هدفمند خود را متعهدانه بر پایه ارزش های اصیل درونی و لنگرگاه های شخصی و نه تاییدهای گذرا و قضاوت های بیرونی تنظیم می کند، نیاز افراطی به راضی کردن دیگران و وابستگی روانی او به تأیید آن ها به طور چشمگیری افت می کند. تعدیل بعد آسیب پذیری و ارزشیابی عملکرد نیز ناشی از این است که پذیرش فعال و شفقت به خود، جایگزین خودارزیابی های سخت گیرانه، خطاهای شناختی و تنبیه روان شناختی فرد در قبال عملکرد بدنش می شود و احساس ایمنی روانی را جایگزین آسیب پذیری شناختی و سخت گیری روان شناختی می سازد. این نتیجه با یافته های پژوهشگران پیشین که اثربخشی مداخلات موج سوم را بر ابعاد نگرش های ناکارآمد مانند کمال طلبی، نیاز به تأیید و آسیب پذیری تأیید کرده بودند، مطابقت کامل دارد.

در نهایت، پایداری نتایج در مرحله پیگیری یک‌ماهه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف رویکردها و درمان‌های علامتی یا دارودرمانی‌های سطحی، یک تکنیک موقت برای تسکین خلق یا ارائه بازسازی‌های شناختی موقت نیست، بلکه نوعی بازسازی فلسفی عمیق در نحوه مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و استرسورهای مزمن زندگی است. مراجعان با درونی کردن مهارت‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تغییر سبک زندگی شناختی را تجربه می‌کنند؛ به طوری که حتی پس از اتمام جلسات کارگاه درمانی و در مواجهه با استرسورهای جدید فرآیند درمان‌های طولانی‌مدت و پرهزینه پزشکی مانند شکست احتمالی در دوره‌های جدید آزمایشگاهی، می‌توانند از چرخه‌های معیوب شناختی خارج شوند که این امر پایداری یافته‌ها را در طول زمان تضمین می‌کند. در یک جمع‌بندی کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با فراهم آوردن یک رویکرد متعادل، غیرقضاوت‌گرانه و سازنده به جای چالش با محتوای افکار، رویکردی کاملاً کارآمد و پایدار برای مهار ساختارهای مخرب شناختی یعنی نشخوار فکری و افکار ناکارآمد در زنان نابارور است.

محدودیت‌های پژوهش

دسترسی به یافته‌های علمی دقیق در پژوهش‌های آزمایشی مستلزم شناخت و کنترل محدودیت‌هاست. از مهم‌ترین محدودیت‌های ساختاری و متدولوژیک پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- محدودیت تعمیم‌پذیری مکانی و نمونه‌شناختی به دلیل اینکه این پژوهش منحصراً بر روی زنان نابارور بیست و پنج تا سی و پنج ساله شهر تهران انجام شد؛ بنابراین تعمیم نتایج آن به مردان مبتلا به ناباروری، زنان نابارور در سایر رده‌های سنی، و یا بافت‌های سنتی و فرهنگی شهرهای دیگر باید با احتیاط فراوان صورت گیرد.
- محدودیت در روش نمونه‌گیری به دلیل حساسیت‌های بالای اخلاقی، پزشکی و حفاظتی در مراکز ناباروری و عدم تمایل این مراکز به بازنشر داده‌های بیماران که سبب شد پژوهشگر ناچار به استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و حجم نمونه محدود به پانزده نفر شود که این امر اعتبار بیرونی تحقیق را تحت شعاع قرار می‌دهد.
- اتکای انحصاری به ابزارهای سنجش خودگزارش‌دهی و پرسشنامه‌های مداد و کاغذی که می‌تواند با سوگیری‌های پاسخ‌دهی، پدیده مطلوبیت اجتماعی، خطای یادآوری و خستگی آزمودنی‌ها همراه باشد؛ در حالی که تلفیق آن با مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته می‌توانست عمق بیشتری به داده‌ها ببخشد.
- عدم امکان کنترل دقیق برخی متغیرهای مزاحم زمینه‌ای و دموگرافیک بالینی نظیر علت دقیق پزشکی ناباروری مربوط به زن یا مرد بودن علت، میزان حمایت عاطفی همسر، و طول مدت درمان‌های پرهزینه پزشکی قبلی که همگی می‌توانند بر سطح نگرش‌های ناکارآمد مراجع تأثیرگذار باشند.
- عدم امکان اجرای مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته جهت غربالگری دقیق اختلالات همبود بالینی حاد مانند افسردگی اساسی شدید یا اضطراب منتشر به دلیل محدودیت زمان.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهادات کاربردی

- با توجه به بار شناختی سنگین ناباروری و اثربخشی قوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مهار چرخه های ذهنی، پیشنهاد می شود وزارت بهداشت و مراکز تخصصی درمان ناباروری، این پکیج روان شناختی را به عنوان یک پیوست درمانی الزامی و مداخله مکمل استاندارد در کنار پروتکل های پزشکی برای زوجین در نظر بگیرند.
- توصیه می شود پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب کتابچه های خودیاری، پادکست های آموزشی و محتوای دیجیتال بومی سازی شده، برای استفاده بیماران جهت کاهش تنش در سالن های انتظار کلینیک های ناباروری بازنشر و تدوین شود.
- برگزاری کارگاه های کوتاه مدت آموزشی آشنایی با اصول ذهن آگاهی و پذیرش برای پزشکان متخصص زنان و کادر پرستاری مراکز ناباروری پیشنهاد می شود، تا با اصلاح سبک کلامی و مواجهه ای خود با بیماران، از فعال شدن نگرش های ناکارآمد و اضطراب در آن ها پیشگیری کنند.

پیشنهادات پژوهشی

- پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت زوج درمانی با حضور همزمان زن و مرد نابارور اجرا و متغیرهای بین فردی نظیر سازگاری زناشویی و کیفیت رابطه نیز سنجیده شود.
- پیشنهاد می گردد پژوهش هایی جهت مقایسه کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر رویکردهای نوین شناختی مانند درمان مبتنی بر شفقت به خود یا درمان شناختی-رفتاری سنتی در جامعه زنان نابارور صورت گیرد.
- انجام تحقیقات طولی با دوره های پیگیری طولانی مدت تر مانند شش ماهه و یک ساله پیشنهاد می شود تا ماندگاری فرآیند انعطاف پذیری روانی در تمامی مراحل پرفراز و نشیب درمان های پزشکی ناباروری پایش گردد.
- بررسی تأثیر این درمان بر روی متغیرهای همبسته روان شناختی دیگر مانند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، ناگویی خلقی، استرس ادراک شده ناشی از ناباروری و میزان تاب آوری زنان نابارور در پژوهش های آتی توصیه می شود.

منابع

- بشارت، محمدعلی؛ عباس پور، مریم؛ غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۹). بررسی رابطه خطاهای شناختی و ناگویی خلقی با پذیرش بیماری و استرس ادراک شده در بیماران خاص. *روان شناسی سلامت*، ۹ (۳۴)، ۴۵-۶۲.
- ثقفی، صابر؛ صالحی، جلال؛ مرادی، علیرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن آگاهی و پذیرش بر کاهش نشخوار فکری و استرس ناشی از بیماری های مزمن. *مطالعات روان شناختی*، ۱۲(۲)، ۸۹-۱۰۸.
- صالحی، مریم؛ احمدی، فرزاد؛ کریمی، اصغر. (۱۴۰۱). بررسی الگوهای پردازش اطلاعات غیرعقلایی، نگرش های منفی و افکار ناکارآمد در مراجعان کلینیک های روان شناسی سلامت. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۱۶(۶۲)، ۵۵-۶۸.
- کاظمی، نسرین؛ حیدری، علیرضا؛ عسکری، پرویز. (۱۴۰۰). انتظارات فرهنگی، سیستم های باور ناکارآمد و احساس طرد اجتماعی در زنان مواجه با بحران ناباروری. *مجله روان شناسی بالینی*، ۱۳(۳)، ۲۳-۳۶.

منابع انگلیسی:

- Beck, A. T. (۲۰۱۱). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (۲nd ed.). Guilford Press.
- Chaves, C., Marrelo, A., & Hughes, L. (۲۰۱۹). Acceptance and commitment therapy for psychological distress in medical conditions and chronic illness: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, ۷۵(۴), ۵۱۲-۵۲۹.

- Frank, M., Taylor, J., & Reed, S. (۲۰۲۰). Biological crises and cognitive biases: The mechanics of defensive decision-making in infertile women. *Human Reproduction and Psychology*, ۱۴(۲), ۱۴۵-۱۶۰.
- Hayes, S. C. (۲۰۰۲). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, ۳۵(۴), ۶۳۹-۶۶۵.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (۲۰۱۶). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (۲nd ed.). Guilford Press.
- Harris, R., Clark, D., & Evans, M. (۲۰۲۰). Information processing styles, experiential avoidance, and behavioral reactions to infertility distress. *Infertility and Sterility Journal*, ۱۱۲(۳), ۳۰۴-۳۱۵.
- Mathews, A., Mackintosh, B., & Fulcher, E. (۲۰۱۳). Cognitive bias modification and emotional processing styles in chronic medical stress. *Journal of Behavior Therapy*, ۴۴(۱), ۷۸-۹۱.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (۱۹۹۱). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۶۱(۱), ۱۱۵-۱۲۱.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (۲۰۰۸). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, ۳(۵), ۴۰۰-۴۲۴.
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustafson, T. (۲۰۱۸). *Inside ACT: A guide to the core components of acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (۱۹۷۸). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation*. Association for Advancement of Behavior Therapy.