

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به شیوه گروهی بر سرکوبی افکار منفی و درماندگی آموخته شده در زنان نابارور

ابراهیم نامنی<sup>۱\*</sup>، حسن عبدالله زاده<sup>۲</sup>، حمیده پیرانی<sup>۳</sup>، محمود جاجرمی<sup>۴</sup>

۱. استادیار مشاوره، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.
۲. MPH, MD، بهداشت باروری، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی سبزواری، سبزوار، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد نیشابور، نیشابور، ایران.
۴. استادیار، دانشگاه آزاد، واحد بجنورد، بجنورد، ایران.

### چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۲۴

**زمینه و هدف** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به شیوه گروهی بر سرکوبی افکار منفی و درماندگی آموخته شده در زنان نابارور انجام گرفت.

**روش کار** این پژوهش، به صورت نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نابرابر اجرا شد. جامعه آماری مورد مطالعه، شامل همه زنان نابارور مراجعه کننده به متخصصان زنان و زایمان شهر نیشابور در بهار ۱۳۹۶ است. ۲۴ زن نابارور به روش نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند و به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) به صورت تصادفی گمارش شدند. از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد. اعضای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان گروهی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده ها از طریق پرسشنامه های سرکوبی افکار و گتر و زاناکس (۱۹۹۴) و سبک اسناد اسلامی شهر بابکی (۱۳۶۹) جمع آوری شد. داده های پژوهش به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره با نرم افزار SPSS 21 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری با سطح معناداری ( $p < 0/001$ ) نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در مرحله پس آزمون وجود دارد که نشان دهنده اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرکوبی افکار و درماندگی آموخته شده (سبک اسناد) زنان نابارور است.

**نتیجه گیری** از این مطالعه می توان نتیجه گرفت که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند از درمان های مناسب برای کاهش افکار منفی و درماندگی آموخته شده در زنان نابارور باشد.

### کلیدواژه ها:

\* نویسنده مسئول: ابراهیم نامنی

نشانی: دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

تلفن: دورنگار:

رایانه: a.namami@hsu.ac.ir

شناسه ORCID: 0000-0001-8284-0684

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، دوره ۲۵، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۷، ص

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: [journal@medsab.ac.ir](mailto:journal@medsab.ac.ir)

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

## مقدمه

ناباروری به صورت رخ ندادن حاملگی به دنبال یک سال نزدیکی جنسی محافظت نشده (بدون استفاده از روش های جلوگیری از حاملگی) تعریف می شود [۱]. براساس مطالعات، از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار این مشکل هستند [۲]. با توجه به تحقیقات، شیوع ناباروری در ایران ۲۰/۲ درصد است [۳]. برای بسیاری از افراد، ناباروری بحرانی بزرگ و عامل استرس روانی است که می تواند استرس عاطفی و بسیاری از واکنش های روانی منفی شامل افسردگی، اضطراب، نگرانی، خشم، شرم، حسادت، تنهایی، یأس و نومییدی ایجاد کند [۴]. هزینه های بالای درمان، نگرانی های مداوم در خصوص نتیجه درمان، کنجکاوای مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم گسیختگی خانواده، سبب تنیدگی زیادی در فرد و زوج می شود [۵]. افراد وقتی دچار تنیدگی زیاد می شوند و در کاری شکست می خورند، راهبردهای مقابله ای<sup>۱</sup> مختلفی را برای مواجهه با این احساس منفی به کار می برند. یک روش مقابله با افکار آزار دهنده و مزاحم، سرکوبی افکار منفی<sup>۲</sup> است [۶].

سرکوبی فکر، به تلاشی ارادی و آگاهانه برای بیرون راندن فکر از آگاهی فرد اطلاق می شود [۷] به گونه ای که اکثر مدل ها بیان می کنند، تلاش بسیار برای سرکوب افکار، اثری متناقض دارد و هر چه فرد تلاش بیشتری برای سرکوب افکار انجام می دهد چرخه معیوبی شکل می گیرد و به افزایش وقوع افکار نگران کننده می انجامد [۸]. سرکوب افکار، پیامدهای آسیب زای بسیاری به دنبال دارد. از جمله: حل مسئله ضعیف، انگیزه پایین، بازداری از رفتارهای مؤثر و تمرکز و شناخت به هم ریخته [۹]. در همین رابطه، گیگر، پترز و بئر [۱۰]، در پژوهشی با عنوان رابطه بین سرکوب فکر و ویژگی های شخصیتی مرزی در دانشجویان به این نتیجه رسیدند که تمایل به سرکوبی فکر، با شدت نشانه های شخصیت مرزی در ارتباط بود.

سرکوبی افکار، مکانیزم های زیربنایی دارد که برخی افراد را مستعد ابتلا به آن می سازد [۱۱]. طبق نظر سلیگمن (۱۹۷۶) تجربیاتی که افراد درباره وقایع کنترل ناپذیر دارند، به درماندگی آموخته شده و آن نیز به نقایص عاطفی (غمگینی، اضطراب و خصومت) و عزت نفس پایین می انجامد. درماندگی آموخته شده در مفهوم کلی به معنای درک کنترل ناپذیر بودن رویدادهاست و معرف منفی ترین حالت درک از خود است [۱۲]. سلیگمن، استن، پارک و پترسون [۱۳]، در تکمیل

نظریه درماندگی، به سبک های اسنادی افراد تأکید کرده اند، به این ترتیب که شیوه اسنادی افراد برای نتایج اعمال خود به صورت منفی و بدبینانه می تواند به درماندگی آموخته شده منجر شود [۱۳]. در زمینه سبک های اسنادی، علل درک شده یک حادثه بیشتر براساس سه بعد درونی - بیرونی، پایدار - ناپایدار و کلی - اختصاصی تغییر می کند. سبک اسناد می تواند به دو صورت خوش بینانه یا بدبینانه باشد. در اسناد خوش بینانه (سازگارانه)، فرد موفقیت ها و رویدادهای مثبت را به عوامل درونی، پایدار و عام نسبت می دهد، و در اسناد بدبینانه (ناسازگار) فرد بالعکس عمل می کند؛ یعنی موفقیت ها را به عوامل بیرونی، خاص و ناپایدار نسبت می دهد و شکست ها را به عوامل درونی، پایدار و عام نسبت می دهد [۱۴].

می توان اینگونه اظهار داشت که افراد در حالت درماندگی و در موقعیتی کنترل ناپذیر، فعالیت شناختی شدید اما ناموفق را به کار می گیرند [۱۵]. افراد پس از تجربه درازمدت این وضعیت، به حالت ناپایدار خستگی شناختی دچار می شوند [۱۶]. اسوینسون، دوگال و بام [۱۷] معتقدند، افرادی که خصیصه های خوشبینانه را برای توضیح عوامل استرس زا و کنترل ناپذیر به کار می برند کمتر دچار درماندگی آموخته شده می شوند تا افرادی که از خصیصه های بدبینانه برای برخورد با عوامل استرس زا استفاده می کنند. همچنین درماندگی آموخته شده تأثیر بسزایی بر بیولوژی اعصاب انسان و پیامدهای مهم سلامت جسمی و افسردگی دارد. با توجه به سبب شناسی افکار منفی و درماندگی آموخته شده، برای درمان آن می توان توجه ویژه ای به رویکرد درمانی ACT<sup>۳</sup> داشت. در همین راستا، عرفانیان مقدم و عزیزاده موسوی (۱۳۹۵) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افکار منفی و مزاحم مؤثر است [۱۸].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) رویکردی فرایندمدار است که به عنوان درمان های شناختی رفتاری موج سوم<sup>۴</sup> شناخته می شوند [۱۹]. این درمان شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روان شناختی منجر می شود. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهد [۲۰]. در درمان ACT به جای تغییر، پذیرش و تعهد شناخت ها، سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد [۲۱]. همچنین به بیمار آموزش «اینجا و اکنون»<sup>۵</sup> داده می شود که در گام نخست هیجانها را خود را بپذیرد و در

3. acceptance and commitment therapy

4. third-wave cognitive behavioural therapy

5 here and now

1. coping strategies

2. thought suppression

روش نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه بود. بدین صورت که تعداد ۲۴ نفر از زنان نابارور به عنوان نمونه مورد مطالعه، انتخاب و آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش (۱۲ زن نابارور) و کنترل (۱۲ زن نابارور) گمارش شدند (به لحاظ سن، میزان تحصیلات و مدت زمان ناباروری). از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. و سپس مداخله آزمایشی در گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در نهایت پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارتند از عدم ابتلا به بیماری‌های شدید روانی بر اساس نظر روانپزشک، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال، داوطلب بودن برای شرکت در کلاس‌های آموزشی و حداقل سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج، شرکت آزمودنی‌ها در گروه‌های آموزشی دیگر در هنگام مطالعه و عدم همکاری لازم برای شرکت در کلاس‌های مربوطه در زمان اجرای پژوهش بود. پس از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. شایان ذکر است که به لحاظ اخلاقی گروه کنترل پس از اتمام جلسات درمانی گروه آزمایش، مداخلات درمانی را دریافت کردند. شرح جلسات در زیر آمده است:

زندگی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود [۲۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) سودمندی و کارکرد تجارب روانشناختی نظیر افکار، احساسات و خاطرات را هدف قرار می‌دهد [۲۲]. در این درمان به مراجع آموخته می‌شود هر عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی به‌منظور حذف آنها، به‌طور کامل بپذیرند [۲۱]. با توجه به مطالب عنوان شده و هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تأکید بر تعامل بین فرایندهای بدنی، شناختی و هیجانی، محقق در پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سرکوبی افکار منفی و درماندگی آموخته‌شده در زنان نابارور مؤثر است؟

## مواد و روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر است. جامعه آماری مورد مطالعه، تمامی زنان نابارور شهر نیشابور در بهار ۱۳۹۶ است که به متخصصان زنان و زایمان شهر نیشابور مراجعه و تشخیص ناباروری داده شده‌اند.

جدول ۱. چهارچوب جلسات آموزشی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
جلسه نخست	ارزیابی فردی و مصاحبه بالینی	آشنایی با درمان act و بستن قرارداد	معرفی تمرین‌های منزل
جلسه دوم	ارزیابی درمان‌های قبلی بی‌اثر	رسیدن به درماندگی خلاق	استعاره غذادادن به بچه ببر
جلسه سوم	کنترل، مسئله است نه راه حل	پذیرش به جای کنترل	استعاره پلی‌گراف
جلسه چهارم	مشاهده افکار	توسعه دیدگاه ناظر از طریق گسلش شناختی	استعاره مسافران اتوبوس
جلسه پنجم	خود به عنوان زمینه	آشنایی با مفاهیم نقش و زمینه و زمان حال	استعاره صفحه شطرنج
جلسه ششم	انتخاب ارزش‌ها و شناخت موانع	کمک به تعیین ارزش و شناخت موانع	استعاره سنگ قبر
جلسه هفتم	عمل متعهدانه	ایجاد آمادگی برای عمل متعهدانه	استعاره گدا دم در
جلسه هشتم	همکاری همه فرایندها در کنار هم	رسیدن به راه حل توسط خودمراجع و اجرای پس‌آزمون	فردی‌سازی تمرین‌ها

ساختند. این سیاهه ۱۵ ماده‌ای برای سنجش تمایل به سرکوب فکر ساخته شده است. دامنه پاسخ به هر ماده این سیاهه از ۱ تا ۵ است. این آزمون از روایی پیش‌بین و همگرایی خوبی برخوردار است. همچنین دارای همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی خوبی است و ضرایب بازآزمایی آن از ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ گزارش شده است [۶]. اعتبار این مقیاس در تحقیق ساعد، پوراحسان، اصلانی و زرگر (۱۳۸۹)، به دو روش همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ

## ابزار پژوهش

برای گردآوری داده‌های پژوهش از دو پرسشنامه سرکوبی افکار «وگنر و زاناکس» و سبک اسناد «اسلامی شهر بابکی» استفاده شد.

**الف. پرسشنامه سرکوبی افکار «سیاهه سرکوب خرس سفید»**

وگنر و زاناکس در سال ۱۹۹۴ سیاهه سرکوب خرس سفید را

۰/۵۶، پیامد بد کلی ۰/۷۳ و پیامد خوب کلی ۰/۷۶ [۲۲].  
پایایی این پرسشنامه در پژوهش پارسا و یزدخواستی  
(۱۳۹۳) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد [۲۳].

### یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد بررسی  $25/6 \pm 2/25$  سال بود. ۵۸ درصد آزمودنی‌ها به لحاظ تحصیلات در مقطع لیسانس و فوق لیسانس، ۳۰ درصد دیپلم و ۱۲ درصد زیر دیپلم بودند. جدول ۲ نشان‌دهنده شاخص‌های توصیفی مؤلفه سبک‌های اسنادی و سرکوب افکار است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در متغیر سبک‌های اسنادی و سرکوب افکار به طور چشمگیری کاهش یافته است.

در نمونه وابسته به مواد ۰/۸۷، در نمونه غیربالینی ۰/۹۰ و در کل نمونه ۰/۸۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن در نمونه بالینی ۰/۵۳ بود [۲۱].

### ب. پرسشنامه سبک اسناد

پرسشنامه‌ای که در این پژوهش به عنوان پرسشنامه سبک اسناد برای اندازه‌گیری میزان درماندگی آموخته‌شده آزمودنی‌ها به کار رفت، به وسیله اسلامی شهربابکی (۱۳۶۹) از مقیاس سبک اسناد سلیگمن (۱۹۷۹) اقتباس و تدوین شده است. این پرسشنامه، محتوای اسنادهای علی افراد را برای پیامدهای مثبت و منفی در ابعاد درونی - بیرونی، پایدار - ناپایدار و کلی - جزئی متناسب با میزان اهمیتی، که افراد به آن پیامدها می‌دهند، اندازه می‌گیرد. ضریب آلفای گروه‌های فرعی آن به ترتیب زیر به دست آمده است: پیامد بد درونی ۰/۷۵، پیامد خوب درونی ۰/۷۲، پیامد بد پایدار ۰/۴۳، پیامد خوب پایدار

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای سرکوب افکار منفی و سبک‌های اسنادی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
سرکوب افکار	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲	۶۶/۳۳	۵/۲۶۳
		پس‌آزمون	۱۲	۳۰/۷۵	۷/۰۴۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۲	۶۳/۱۷	۶/۴۲۲
		پس‌آزمون	۱۲	۵۹/۹۲	۱۱/۱۸۸
سبک اسنادی (درونی - بیرونی)	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲	۳۲/۳۳	۵/۰۱۵
		پس‌آزمون	۱۲	۱۸/۲۵	۶/۱۳۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۲	۳۲/۱۷	۶/۰۴۳
		پس‌آزمون	۱۲	۳۱/۹۲	۴/۹۶۳
سبک اسنادی (پایدار - ناپایدار)	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲	۳۳/۹۲	۵/۲۶۵
		پس‌آزمون	۱۲	۱۶/۷۵	۴/۸۴۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۲	۳۳/۳۳	۵/۶۶۲
		پس‌آزمون	۱۲	۳۳/۰۸	۴/۵۴۲
سبک اسنادی (کلی - جزئی)	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲	۳۰	۶/۳۹۶
		پس‌آزمون	۱۲	۱۷/۷۵	۵/۴۶۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۲	۳۲/۷۵	۶/۱۵۱
		پس‌آزمون	۱۲	۳۲/۲۵	۴/۸۶۴

را تعیین می‌کند. نخست از آزمون لوین و کالموگروف اسمیرنوف به منظور بررسی تساوی واریانس‌ها و نرمال بودن داده‌ها استفاده و سپس در صورت تأیید این دو پیش‌فرض از روش تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود.

حال پس از تحلیل توصیفی داده‌ها، برای انجام فرضیه آماری لازم است، فرض نرمال بودن مشاهدات جمع‌آوری شده برای هر یک از متغیرهای پژوهش ارزیابی شود. در حقیقت نرمال بودن یا نرمال نبودن مشاهدات روش انجام آزمون آماری

جدول ۳. بررسی پیش فرض‌های استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس

کالموگروف-اسمیرنوف Z		آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس‌ها		
معناداری	مقدار Z	معناداری	مقدار F	متغیرها
۰/۵۵	۰/۷۹	۰/۸۷	۰/۰۳	سرکوب افکار
۰/۵۳	۰/۸۰	۰/۸۶	۰/۰۳	سبک اسناد درونی بیرونی
۰/۴۴	۰/۸۷	۰/۴۲	۰/۶۵	سبک اسناد پایدار-ناپایدار
۰/۸۹	۰/۵۷	۰/۵۹	۰/۲۸	سبک اسناد کلی-جزئی

واریانس‌ها و نرمال بودن داده‌ها با اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته خواهد شد. با توجه به رعایت مفروضه‌های تحلیل کواریانس به آزمون فرضیه پژوهش می‌پردازیم. نتایج آزمون تحلیل کواریانس در جدول زیر آمده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطح معناداری ( $p > 0/001$ ) مربوط به آزمون لوین و آزمون کالموگراف اسمیرنوف بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض صفر آزمون لوین و Z کالموگروف اسمیرنوف مبنی بر برابری

جدول ۴. نتایج تحلیل مانکوا نمرات پس آزمون در متغیر سرکوب افکار منفی و سبک‌های اسنادی با کنترل نمرات پیش آزمون (MANCOVA)

آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور ایتای سهمی
اثر پیلایی	۰/۹۷	۱۱۳/۳۳	۶	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷
لامبدای ویکلز	۰/۰۲	۱۱۳/۳۳	۶	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷
اثر هاتلینگ	۳۹/۹۹	۱۱۳/۳۳	۶	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳۹/۹۹	۱۱۳/۳۳	۶	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷

مقایسه می‌شوند، مقدار  $F(F=113/31)$ ، سطح معناداری ( $p < 0/001$ ) و مجذور ایتای سهمی تمام آزمون‌ها برابر است. برای اینکه مشخص شود بین کدام متغیرها از نظر آماری تفاوت وجود دارد، به مقایسه تک تک متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره می‌پردازیم.

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، مقدار F معنادار بوده و می‌توان نتیجه گرفت که میان دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به اینکه ارزش مجذور ایتای سهمی ۰/۹۷ است مشخص می‌شود که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقدار ۰/۹۷ درصد از کل واریانس متغیرهای وابسته را تبیین می‌کند. چون دو گروه با یکدیگر

جدول شماره ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نمرات پس آزمون در متغیر سرکوب افکار منفی و سبک‌های اسنادی (ANCOVA)

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	ایتای سهمی
	سرکوب افکار	۵۴۵۰/۶۹	۱	۵۴۵۰/۶۹	۱۱۰/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۸۶
اثر اصلی	سبک اسناد درونی-بیرونی	۸۵۲/۵۳	۱	۸۵۲/۵۳	۵۵/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۷۵
	سبک اسناد پایدار-ناپایدار	۱۴۴۸/۹۶	۱	۱۴۴۸/۹۶	۱۵۹/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۸۹
	سبک اسناد کلی-جزئی	۹۳۴/۸۳	۱	۹۳۴/۸۳	۹۳۴/۸۳	۰/۰۰۰	۰/۹۳

تمام تلاش درمانگر در رشد و پرورش (زندگی مبتنی بر ارزش) آن است که به مراجعان کمک کند تا شیوه زندگی کردن مطلوب خویش را پیدا کنند و صرفاً به انجام آن شیوه بپردازند. بنابراین تلاش‌های درمانی، معطوف به رفتارهایی خواهد بود که در راستای ارزش‌های انتخاب شده توسط مراجع باشد. ارزش‌ها، حوزه‌های ارزشمند است که در طول کشمکش با افکار منفی در حاشیه قرار گرفته‌اند. بنا به عقیده ایفرت، فوریست [۳۹] هدف درمان پذیرش و تعهد شکستن چرخه راهبردهای معیوب کنترل فکر مانند (سرکوب افکار منفی، نشخوار یا اجتناب از آنها) با تخریب تمایل به اجتناب و فرار و افزایش انعطاف‌پذیری و پذیرش نسبت به تجربه افکار منفی است [۴۰].

همچنین با توجه به رویدادهای منفی زندگی و نحوه تفکر، پژوهش‌های انجام شده در دهه‌های اخیر حاکی از آن است که افراد در تبیین علمی از رویدادهای زندگی همسان عمل نمی‌کنند. به عقیده باورهایدر [۴۱] انسان‌ها دارای دو نوع اسناد اصلی یا شیوه تفسیر رفتار درونی و بیرونی هستند. در اسناد درونی، رفتار به ویژگی‌های فردی، علل درونی، پایدار و کلی؛ و در اسناد بیرونی به فشارهای اجتماعی و محیطی، علل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی می‌شود. چرا که اسناد رفتارهای ناخوشایند و ناپسند به عوامل بیرونی سبب کاهش احساس گناه و همچنین کاهش حس مسئولیت‌پذیری نسبت به عمل انجام شده در فرد می‌شود. از سویی دیگر اسناد رویدادهای منفی به علل درونی، پایدار و کلی و اسناد رویدادهای مثبت به علل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی، نوعی شیوه اسناد ناسازگارانه است که مشکلاتی را برای افراد به همراه خواهد داشت. بنابراین تفسیرهای اسنادی در میزان خودتنظیمی و بالتبع پذیرش مسئولیت اعمال خود یا انداختن مسئولیت به گردن دیگران نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. افراد پیوسته علت‌های مشخصی را برای رویدادهای خوب و بد بر می‌گزینند که گاهی این اسنادها ناسازگارانه<sup>۱</sup> است. واکنش‌های ما در برابر رویدادها به چگونگی اسنادهای علی و تفسیر ما از دنیا و رخدادهای آن بستگی دارد. اسنادها به پیش‌بینی و کنترل رویدادها کمک کرده و تبیین‌کننده احساسات، نگرش و رفتار ما هستند و نه تنها بر چشم‌داشت و هیجان‌ها تأثیر می‌گذارند، بلکه عملکرد آینده فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. از این رو آنها در پاسخ‌دهی به رویدادهای فشارزا نقش اساسی دارند [۴۲].

چنانکه به عقیده سلیگمن و پترسون در نظریه درماندگی

همان طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، هر چهار مؤلفه ( $p < 0/001$ ) معنادار است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرکوبی افکار منفی و درماندگی آموخته‌شده (سبک‌های اسنادی) در زنان نابارور معنادار بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر سرکوبی افکار منفی و درماندگی آموخته‌شده زنان نابارور بوده است. نتایج پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین نمرات سرکوب افکار منفی و درماندگی آموخته‌شده در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، کاهش معناداری یافته است. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر سرکوبی افکار منفی و درماندگی آموخته‌شده زنان نابارور مؤثر بوده است. با بررسی پیشینه تحقیق در داخل و خارج از کشور این نتیجه یافت شد که هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم در ارتباط با تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرکوبی افکار منفی و سبک‌های اسنادی (درونی-پایدار و کلی) کار نشده است و در این پژوهش برای نخستین بار تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرکوبی افکار منفی و سبک‌های اسنادی (درونی-پایدار و کلی) بررسی شده که نتایج قابل توجهی را در برداشته است و دیگر محققان می‌توانند از نتایج این فرضیه به صورت یک منبع داخل کشور در حوزک سرکوبی افکار منفی و سبک‌های اسنادی (درونی-پایدار و کلی) استفاده کنند. نتایج این فرضیه با پژوهش‌های نریمانی، علمداری و ابوالقاسمی [۲۶]، کلانتری و مولوی [۲۷]، ابوترابیان و سجادیان [۲۸]، حامدی [۲۹]، پاپاگنورگیو و ولز [۳۰]، جونس و همکاران [۳۱]، والس و همکاران [۳۲]، لی و همکاران [۳۳]، لانس، مک کراکن، ساتو و تیلور [۳۴]، آنتونی و همکاران [۳۵]، توهیگ و همکاران [۳۶]، ویکسل و همکاران [۳۷] برینکبرگ و همکاران [۳۸]، همسو است.

در تبیین یافته‌های پژوهش باید عنوان کرد که درمان پذیرش و تعهد بستری را برای نگرش مثبت‌تر به افکار و احساسات مرتبط با آنها فراهم می‌آورد، سپس از طریق تمرین‌های روزانه مبتنی بر آگاهی، زمینه را برای ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های کنترلی فرد در رابطه با افکار و احساسات منفی فراهم می‌کند. عمده‌ترین هدف درمان پذیرش و تعهد در درمان افکار منفی، تغییر توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده (مثل سرکوبی افکار منفی) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آنها از یک زندگی مطلوب است.

1. maladaptive attributes

درماندگی آموخته شده از سمت مراجع و پذیرش آگاهانه آن و حرکت به سمت ارزش های فرد و در نهایت کاهش غیرمستقیم آن تلاش می کند.

این پژوهش محدودیت هایی داشته است از جمله اینکه از ابزار خود گزارش دهی استفاده شده است. در چنین ابزارهایی ممکن است افراد نسبت به پاسخگویی سؤالات پرسشنامه ها سوگیری داشته باشند که این عامل دقت نتایج را تا حدودی کاهش می دهد. در نهایت با توجه به یافته های پژوهش پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده برای بررسی ارزیابی بیشتر، تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، آزمون پیگیری سه ماهه برای ارزیابی ماندگاری نتایج درمانی صورت پذیرد و حتی این روش درمانی می تواند با رویکرد ذهن آگاهی به منظور اثربخشی بیشتر به صورت ترکیبی در زنان نابارور انجام پذیرد.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به شماره ( IR.MEDSAB.REC.1396.14 ) است و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است. از تمامی کسانی که ما را در اجرای هرچه بهتر این پژوهش یاری کردند، از جمله متخصصان زنان و زایمان شهر نیشابور، صمیمانه قدردانی و تشکر می کنیم. نویسندگان اظهار می کنند که هیچگونه تضاد منافعی بین آنها وجود ندارد.

### References

- [1]. Berek JS. Berek & Novak's gynecology: Lippincott Williams & Wilkins: 2007. Translated by Ghazizahani B. 15 Edition. Tehran: Golban: 2012.
- [2]. Faal Kalkhoran L, Farrokhi NA, Zeraati H. Trachoma. Comparing anxiety, depression and sexual life satisfaction in two groups of fertile and infertile women in Tehran. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2011; 12(2):157-163 [in Persian].
- [3]. Rvan K, Bercovits R. *Kisthner Gynecology*. Translated by Ghazizahani B. Tehran: Golban :2008.
- [4]. Sadock B. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences*. Clinical Psychiatry. 9th ed. (translated by Pourafkari N) Tehran, Iran: Shahrab Publishers. 2000: 55.
- [5]. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*. 2005; 83(2): 275-283.
- [6]. Weener D.M, Zanakos, S. Chronic thought suppression. *Journal of Personaliv*. 1994; 62: 615-640.
- [7]. Beck A. cognitive therapy for challenging problems, *Journal of Affect disorder*. 2005; 68: 159- 165.
- [8]. Fehm L, Margraf J. Thought suppression: specifv in agrophobia versus broad impairment in social phobia? *Behaviour Research and Therapv*. 2002; 40: 57-66.
- [9]. Khani poor H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on symptoms of depression and rumination in individual with a history of major depression: Single-case design. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 2(7): 50-31. [in Persian].
- [10]. Paul J, Geiger, Jessica R, Peters, Ruth A, Baer. Using a measure of cognitive distortion to examine the relationship between thought suppression and borderline personality features: A multi-method investigation Original Research Article Personality and Individual Difference, Pages. 2014; 54-59.
- [11]. Jav KB, Madeleine P, Barbara B. Rumination: Deductions on Inductions. *Journal of Neurology and Psychology*. 2013; 1(2):1-5.
- [12]. Selieman M.E.P. Learned helplessness and depression in animals and men Morristown. N. J.: General Learning press. 1976.
- [13]. Seligman M.E.P, Steen T.A, Park N, Peterson C. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*. 2005; 60(5): 410-421.
- [14]. Abbasi N, Hosseini F, Golestane M. The role of attribution styles in self-conscious emotions of shame and guilt for elementary schools' students. *Studies in Learning & Instruction*. 2017; 8(2): 1-18. [in Persian].
- [15]. Badhwar NK. The Mileram Experiments. Learned Helplessness and Character Traits. *The Journal of Ethics*. 2009; 3: 257-89. [in Persian].
- [16]. Gelbrich K. Anger, frustration, and helplessness after service failure: coping strategies and effective informational support .*The Journal of the Academy of Marketing Science*. 2010; 38:567-85.
- [17]. Swanson JN, Dougall AL, Baum A. Learned Helplessness *Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition)*. 2012; 525-530
- [18]. Erfainan Moghaddam M, Alizadeh Mousavi E. The Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment (ACT) on overcoming negative and unwanted thoughts among Teens. *International Conference on Science and Engineering*. Turkey: 2011.
- [19]. Haves SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press; 2010.

- [20]. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage*. 2011; 4: 41-49.
- [21]. Hayes S.C, Luoma J.B, Bond F.W, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*. 2006; 44(1): 1-25.
- [22]. Hayes SC, Levin M, Plumb J, Boulanger J, Pistorello J. Acceptance commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of A Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*. 2011; 44(2): 180-98.
- [23]. Saed O, Pour Ehsan S, Aslani J, Zargar M. The role of mental repression, psychological factors and negative emotions in predicting substance dependency disorder. *Journal of Drug Abuse*. 2010; 5(18): 69-83. [in Persian].
- [24]. Islami Shahr Babaki H. Investigating the relationship between explanation style and depression in one-polar and bipolar depressed patients and comparison with normal people. [MA thesis]. University of Medical Sciences, Tehran. 1990. [in Persian].
- [25]. Parsa Far S, Yazd Khasti F. Investigating the causal relationships between gender roles, resilience, hardiness, learned helplessness and dependence in the wives of addicted people. *Women's Social Studies Quarterly*. 2014; 12(4): 69-92. [in Persian].
- [26]. Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. The study of the efficiency of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the quality of infertile women's life. *Journal of Counseling and Psychotherapy*. 2014; 4(3): 387-405. [in Persian].
- [27]. Molavi P. The effect of therapy based on Acceptance and Commitment to reduce anxiety and depression of students with social phobia. *Journal of Medical Sciences of Ardabil University*. 2014; 14 (4):423-412. [in Persian].
- [28]. Abutorabian M, saidian I. The effectiveness of group therapy based on Acceptance and Commitment depressed adolescent's rumination on high school girl in Isfahan city. The first congress of the third wave of behavior therapy. *Kashan University of Medical Sciences and Health Services*. 2015. [in Persian].
- [29]. Hamed R. The efficacy based on Acceptance and Commitment (ACT) in improving people with obsessive rumination improvement – practical. *First National Congress of consultation, families and empowerment of vulnerable*. 2015. [in Persian].
- [30]. Papageorgiou C, Wells A. meta-cognitive Beliefs A bout Rumination in Recurrent Major Depression .*Perspective*. Hove, UK: Erlbaum, 2001.
- [31]. Johns L.C, Oliver J.E, Khondoker M, Byrne M, Jolley S, Wykes T, Joseph C, Butler L, Craig T, Morris EM. The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. 2016; (50): 257-263.
- [32]. Walser R.D, Garverta D.W, Karline B.E, Trockele d, Mickey D.M, Rvue B.T .Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans.*Behaviour Research and Therapy*. 2015; (74): 25-31.
- [33]. Lee B, Woolee AN, Michael E, Levin MP, Twohig AN. initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. 2015; 155 (1): 1-7.
- [34]. Lance M, McCracken L, Sato A, Tavor G. A trial of a brief group-based form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *The Journal of Pain*. 2013; 14(11): 1398-406.
- [35]. Antonv C, Moss, James AK, Erskine IP, Albery J, Richard A, George J. To suppress, or not to suppress? That is repression: Controlling intrusive thoughts in addictive behavior, *Addictive Behaviors*. 2015; 44: 65-70.
- [36]. Twohig, Michael P, Plumb V, Jennifer C, Levina ME, Hayes SC. Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015; 4( 3): 196-252.
- [37]. Wicksell RK, Dahl J, Magnusson B, Olsson GL. Using Acceptance and Commitment Therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Orig Res Article Cogn and Behav Pract*. 2005; (12): 415-423.
- [38]. Brinkborg H, Michanek J, Hesser H, Berelund G. Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized control trial. *Behav Res The*, 2011; 49(6-7): 389-98.
- [39]. Eifert H, Forsyth J. *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-based Behavior Change Strategies*. New Harbinger Publications, 2005.
- [40]. Ahanchivan M, Arfaa F, Bahmanabadi S. The association between attribution style and self regulation among students of school of nursing and midwifery in mashhad university of medical sciences during 2011-12 academic years. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014; 14 (4) :350-362. [in Persian].
- [41]. Hosseinaei A, Ahadi H, Fata L, Heidarei A, Mazaheri M.M. Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based training on job stress and burnout. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013; 19(2): 109-120. [in Persian].
- [42]. Mohagheghi H, Dousti P, Jaefari D. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reduction, Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia and Health Anxiety in Students. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2016; 6(23): 81-94. [in Persian].



## The Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment (ACT) on Suppression of Negative Thoughts and Learned Helplessness in Infertile Women

Ebrahim Namani<sup>1\*</sup>, Hasan Abdolazade<sup>2</sup>, Hamideh Pirani<sup>3</sup>, Mahmoud Jajarmi<sup>4</sup>

1. Counseling Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran
2. MD, MPH, Reproductive Health, Department of Social Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
3. MA in Psychology, Psychology Department, Branch of Neyshabur, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran
4. Assistant Professor, Branch of Bojnord, Islamic Azad University, Bojnord, Iran

### Abstract

**Background and Objectives** This study aimed to determine the effectiveness of group therapy based on Acceptance and Commitment (ACT) on Suppression of negative thoughts and learned helplessness were infertile women.

**Materials & Methods** This study is quasi-experimental with unequal pretest-posttest control group. The statistical population included all of infertile women at Neyshabur city who have been referred to gynecologists in Spring 2017. 24 infertile women who were selected by available sampling method and voluntary were randomly assigned to experimental groups (n= 12) and control (n= 12). Both groups were tested before. The experimental group for eight sessions of 90-minute group therapy were based on acceptance and commitment. Data through questionnaires suppression of thoughts Wegner and Zanakos (1994) and Documentary style Islami Shahr Babaki (1991) was gathering. Research data to way multivariate analysis of variance were analyzed by SPSS 21 software.

**Results** The results of multivariate analysis of covariance with significance level ( $p < 0.001$ ) on the hypothesis show a significant difference between the two groups at post-test, that represents the effectiveness of acceptance and commitment therapy based on suppression of thoughts and learned helplessness (documentary style in infertile women).

**Conclusion** The conclusion of the study is based on group therapy, acceptance and commitment appropriate treatment is to reduce negative thoughts and learned helplessness in infertile women.

**Received:** 2017/08/12

**Accepted:** 2018/01/14

**Keywords:** group therapy based on Acceptance and Commitment (ACT), learned helplessness, suppression of negative thoughts.