

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خودتاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت

زهرا کاظمی سنگاچین^۱

رمضان حسن زاده^۲

شعبان جیدری^۳

چکیده

یائسگی زودرس، در کنار مشکلات جسمی، با مشکلات روانی همچون اضطراب، افسردگی، کاهش تاب‌آوری و مشکلات سازگاری زناشویی همراه است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خودتاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت بود. در این پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تعداد ۳۲ نفر از زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان ساری به‌عنوان نمونه در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. برای گردآوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، فرم کوتاه رضایت زناشویی و پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، پروتکل ۸ جلسه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش اجرا شد درحالی‌که گروه کنترل فقط در سنجش‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کردند. پس از تحلیل آماری داده‌ها با کوواریانس چندگانه در بسته آماری SPSS25، نتایج نشان دادند که مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است کیفیت زندگی، رضایت زناشویی، خودتاب‌آوری و مؤلفه‌های آنها را در زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت افزایش دهد. در نتیجه می‌توان روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان روش درمانی اثربخش در بهبود شاخص‌های سلامت روان زنان مبتلا به یائسگی زودرس مورد استفاده قرار داد. **کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی، خودتاب‌آوری، یائسگی زودرس.

۱. کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران

۲. استاد گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

rhassanzadehd@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران

مقدمه

یائسگی^۱ فرایندی تدریجی است که برای بسیاری از زنان بین سنین ۴۷ تا ۵۵ سال رخ می‌دهد و به معنای قطع سیکل‌های قاعدگی به مدت ۱۲ ماه متوالی بدون وجود عوامل فیزیولوژیک و پاتولوژیک است (عسکری و همکاران، ۱۳۹۰). در طی این فرآیند زنان به دوران جدیدی از زندگی پا می‌گذارند که علائم و عوارض متعددی را تجربه می‌کنند. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که نزدیک به ۸۵-۶۵ درصد زنان با میانگین سن ۵۱ سال، نشانه‌های شروع یائسگی را تجربه می‌کنند از جمله گرگرفتگی، کاهش میل جنسی، خشکی واژن، نشانه‌های اضطراب از قبیل تحریک‌پذیری، بی‌خوابی، ضعف حافظه و کمبود انرژی (آشتاب، ۱۳۹۳). این علائم بر کار، فعالیت اجتماعی، اوقات فراغت، خواب، خلق‌وخو، تمرکز، ارتباط با دیگران، فعالیت‌های جنسی، لذت از زندگی و کیفیت کلی زندگی زنان در این دوره تأثیر می‌گذارد (محمدعلیزاده چرندابی، میرغفوروند، آغه میری، ناظمیه و سلطانیپور، ۱۳۹۳).

یائسگی زودرس^۲ زمانی است که تخمک‌گذاری تخمدان‌ها و دوره‌های قاعدگی پیش از سن ۴۰ سالگی به پایان برسد. تحقیقات نشان می‌دهد که میزان شیوع یائسگی زودرس در بین اقوام و گروه‌های سنی مختلف از ۱ تا ۸ درصد متفاوت است (رودنیکا^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). میزان شیوع جهانی یائسگی زودرس در یک مطالعه فراتحلیلی ۳٫۷ درصد برآورد شده است (گلزار و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه میزان شیوع این پدیده در جمعیت زنان ایرانی تاکنون به‌طور وسیع مورد بررسی دقیق قرار نگرفته است، اما اطلاعات استخراج شده از مطالعه قند و لیپید در زنان شهر تهران نشان می‌دهد که ۳٫۵ درصد از زنان در سنین پایین‌تر از ۴۰ سال و ۲۴٫۶ درصد از زنان پایین‌تر از ۴۵ سال یائسگی زودرس را تجربه می‌کنند (رستمی دوم و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین در یک مطالعه ملی مبتنی بر جمعیت از ۴۸۹۸ زن در سال ۱۳۹۴، نرخ یائسگی زودرس را ۳٫۲ درصد برآورد کرده است (پارسائیان و همکاران، ۲۰۱۷).

در کنار عوارض فیزیکی یائسگی زودرس، سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به یائسگی زودرس به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد (گلزار و همکاران، ۲۰۱۹؛ میسرا^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). زنان مبتلا به یائسگی زودرس عمدتاً از سطح بالای افسردگی، عزت‌نفس پایین، و اختلال در عملکرد جنسی شکایت

-
1. Menopause
 2. Premature menopause
 3. Rudnicka
 4. Mishra

می‌کنند (جوادیپور و همکاران، ۲۰۲۱؛ گوسوامی^۱ و کانوی^۲، ۲۰۰۷). مطالعات کیفی نشان داده‌اند که اختلال در عملکرد جنسی زنان مبتلا به یائسگی زودرس به‌طور منفی بر کیفیت زندگی این زنان اثر می‌گذارد (گلزار و همکاران، ۲۰۱۹؛ نظریور، سیم‌بار، رضانی و علوی، ۲۰۱۶) و در مقایسه با گروه کنترل از سطح سازگاری زناشویی پایین‌تری برخوردار هستند (اوندر^۳ و باتیگان^۴، ۲۰۱۶). بررسی جنبه‌های مختلف روانی زنان مبتلا به این اختلال در یک مطالعه فرا تحلیلی نشان می‌دهد که آنها در کلیه شاخص‌های سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی نمره پایین‌تری نسبت به گروه کنترل خود دریافت کرده (لی^۵ و همکاران، ۲۰۲۰) و از سطح استرس بالاتری رنج می‌برند که تاب‌آوری آنها را در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی کاهش می‌دهد (دکز^۶ و همکاران، ۲۰۱۱).

در سال‌های اخیر، تلاش‌های زیادی برای کنترل و کاهش اثرات جسمی منفی ناشی از ابتلا به یائسگی زودرس در زنان صورت گرفته و تمرکز رویکردهای درمانی بر درمان‌های هورمونی بوده است. اما در خصوص اثربخشی رویکردهای گوناگون روان‌درمانی بر کاهش عوارض روانی و افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان شناختی این‌گونه افراد اطلاعات کمی در دسترس است. از بین رویکردهای نوین روان‌شناختی موسوم به روان‌درمانی‌های موج سوم، رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی فرایند مدار است که اثربخشی قابل‌توجهی در افزایش کیفیت زندگی، رضایت زناشویی، بهبود عملکرد جنسی و تاب‌آوری گروه‌های مختلف بالینی مشابه همچون زنان نابارور (استرابادی و همکاران، ۱۳۹۹؛ حقایق، ۲۰۲۰؛ نریمانی، علمداری و ابوالقاسمی، ۱۳۹۳؛ حسن‌زاده، اکبری و ابوالقاسمی، ۱۳۹۸)، زنان مبتلا به افسردگی حین یا پس از زایمان (ایزدی و رسولی، ۱۳۹۸؛ چراغیان، حیدری، امیرقدمی و زارعی، ۱۳۹۴؛ رسولی علی‌آبادی و کلانتری، ۱۳۹۷) زنان با سابقه سقط‌جنین مکرر (افشاری، ۱۳۹۷) و زنان مبتلا به اختلالات جنسی (طباطبایی، سجادیان و معتمدی، ۱۳۹۶) داشته است. درمان پذیرش و تعهد شکلی از تجزیه‌وتحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (هیز^۷، استروسال^۸ و ویلسون^۹، ۲۰۱۲) و هدف آن بر دو حیطة استوار است: ۱) پذیرش مسائل خارج از کنترل فرد و ۲) متعهد شدن نسبت به انجام هرآنچه

-
1. Goswami
 2. Conwey
 3. Onder
 4. Batigun
 5. Li
 6. Deeks
 7. Hayes
 8. Strosahl
 9. Wilson

که در کنترل فرد است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابل آن اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از 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 جهت حذف آنها) به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و ... باشد (فورمن^۱ و هربرت^۲، ۲۰۰۹).

با توجه به تأثیرات مثبت این روش درمانی در اختلالات و مشکلات روان‌شناختی گوناگون، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خودتأب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهر ساری بود.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهشی حاضر در زمره پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه قرار می‌گیرد.

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش حاضر عبارت است از کلیه زنان مبتلا به یائسگی زودرس که در سال ۱۳۹۷ به مرکز بهداشت شهرستان ساری مراجعه کردند. از بین این گروه از مراجعه‌کنندگان، تعداد ۳۲ زن (دامنه سنی ۳۵-۴۵، میانگین سنی ۴۲،۱۲، انحراف استاندارد ۵،۵۸) به‌عنوان نمونه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که به‌صورت تصادفی ساده در قالب دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل قرار داده

1 Forman
2. Herbert

شدند. ۵۹ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش از سطح تحصیلی دیپلم و پایین‌تر و ۴۱ درصد از سطح تحصیلی بالاتر از دیپلم برخوردار بودند. بر اساس معیارهای ورود به پژوهش، افراد انتخاب‌شده برای شرکت در مطالعه رضایت داشته و علاقه‌مند باشند، قادر به پر کردن پرسشنامه‌ها باشند. زنان مبتلا به یائسگی زودرس دارای پرونده پزشکی در مراکز بهداشت شهرستان ساری باشند. اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری، عدم پاسخ‌دهی کامل به پرسش‌نامه‌های پژوهش، و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمان ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

ابزار گردآوری اطلاعات

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶): ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به دو صورت WHOQOL-100 و WHOQOL-BRIEF پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات مقیاس ۱۰۰ سؤالی ساخته شد. نتایج حاصل از این دو پرسشنامه همخوانی رضایت بخشی را در مطالعات مختلف نشان داده‌اند. در این مطالعه فرم WHOQOL-BRIEF به علت کم بودن سؤالات و راحتی استفاده انتخاب شده است. این پرسشنامه چهار حیطه سلامتی جسمانی، سلامتی روانی، روابط اجتماعی و سلامتی محیط را با ۲۶ آیتم مورد سنجش قرار می‌دهد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند) دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد سنجش قرار می‌دهند. بنابراین این پرسشنامه دارای ۲۶ آیتم است که به هر سؤال از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. نجات و همکاران (۱۳۸۵) پایایی این مقیاس را در حیطه سلامتی فیزیکی ۰/۷۷، سلامتی روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر ۰/۸۴ به دست آورد. اعتبار سازه این پرسشنامه در این مطالعه نیز قابل قبول گزارش گردید به نحوی این آزمون در ۸۰ درصد موارد قادر به تشخیص افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، غیر مزمن و افراد سالم شد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

مقیاس فرم کوتاه رضایت زناشویی رجبی (۱۳۸۸): برای بررسی رضایت زناشویی از مقیاس فرم کوتاه رضایت زناشویی رجبی (۱۳۸۸) استفاده گردید که دارای ۱۴ ماده و هر ماده در یک پیوستار لیکرتی ۵ گزینه‌ای (۱=عدم توافق تا ۵=توافق بسیار بالا) درجه‌بندی می‌شود، که ماده‌های ۳، ۴، ۶، ۸ و ۱۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره‌ها به ترتیب بین ۱۴ تا ۷۰ محاسبه می‌شود، که نمره بالا بیانگر میزان بالای رضایت زناشویی زوجها نسبت به یکدیگر است. رجبی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در کل کارمندان ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ و ضریب روایی همزمان آن

را با پرسش‌نامه ۴۷ ماده‌ای رضایت زناشویی اینریچ ۱ در کارمندان متأهل ۰/۸۳، بر روی مردان متأهل ۰/۸۴ و در زنان متأهل ۰/۸۱ و رجبی، سروستانی، خجسته مهر و اصلانی (۱۳۹۲) ضریب پایایی آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۹ و روایی آن را با پرسشنامه ۹ ماده‌ای رضایت از زندگی هیلز و آرگیل ۲ (۲۰۰۱) ۰/۲۹ به دست آورده‌اند.

مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳): این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی بین سال‌های ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسش‌نامه ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است (رحیمیان و همکاران، ۱۳۸۷). این مقیاس اگرچه پنج زیر مقیاس مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل است. این زیر مقیاس‌ها شامل زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی، زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، زیرمقیاس کنترل، و زیرمقیاس تأثیرات معنوی است. در ایران برای احراز پایایی از روی آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شد. پایایی مقیاس برابر ۰/۹۳ حاصل شد کاملاً منطبق با پایایی گزارش شده توسط سازندگان مقیاس بود (خلعتبری و بهاری، ۱۳۸۹). کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله چهارهفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). این مقیاس در ایران توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده‌اند. همچنین، ماتریس همبستگی و شاخص KMO و آزمون کرویت بار تلت را محاسبه نمودند که هر دو شاخص، کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند.

پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش از پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ جلسه‌ای هیز و همکاران (۲۰۱۲) استفاده شد و شرح پروتکل اجرایی جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: پروتکل اجرایی جلسات ACT (هیز و همکاران، ۲۰۱۲)

جلسه	شرح جلسات
۱	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمان دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آنها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن - عدم غیبت (وقت‌شناسی) انجام تکالیف و غیره؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج اجرای پیش‌آزمون.
۲	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؟ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به‌عنوان افکار، احساسات را به‌عنوان احساسات و خاطرات را فقط به‌عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری.
۳	بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آنها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات، ارائه تکلیف آنکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟
۴	بررسی تکالیف، ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر، تکالیف: رویدادهای زندگی (آزادرونده) را به‌نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به‌عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.
۵	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.
۶	ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش، درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل، آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.
۷	ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف؛ به‌گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر
۸	بررسی تکالیف، جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون

فرایند اجرای پژوهش: برای گردآوری داده‌ها پس از اخذ مجوزهای لازم و کسب رضایت از آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون ارائه شد. سپس مداخلات طی ۸ جلسه (هفته‌ای دو جلسه) ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به کمک کتاب آموزشی هیز و همکاران (۲۰۱۲) برای واکنش‌های هیجانی مرتبط با متغیرهای پژوهش مطابق با پروتکل شرح جلسات ارائه شده در جدول ۱ تنها به گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش به‌عنوان پس‌آزمون در پایان جلسه هشتم به هر دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شد. لازم به ذکر است در ابتدا برای هر یک از آزمودنی‌ها هدف پژوهش به‌طور مختصر توضیح داده شد. در اجرای پرسشنامه‌ها هیچ‌گونه محدودیت زمانی اعمال نشد. در پایان پس از جمع‌آوری داده‌ها، برای تجزیه تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از هر دو روش آمار توصیفی و آمار استنباطی و بسته نرم‌افزاری SPSS24 استفاده شد.

ملاحظات حرفه‌ای و اخلاقی: برای دستیابی به اطلاعات لازم جهت تعیین صحت و وسقم هر یک از فرضیه‌ها، پرسشنامه در اختیار آزمودنی‌ها قرار داده شد، ابتدا به هریک از آزمودنی‌ها درباره هدف پژوهش و شیوه آن توضیح مختصری داده شد و سپس به آنها درباره محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه‌ها و نتایج کار اطمینان داده شد. سپس با کسب رضایت هر آزمودنی سه پرسشنامه پژوهش در اختیارشان گذاشته شد.

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرها شامل میانگین و انحراف معیار برای در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرونوف و فرض برابری واریانسها با استفاده از آزمون لوین بررسی و نتایج آن حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانسها در هر سه متغیر وابسته پژوهش شامل کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و تاب‌آوری بود.

جدول ۲: میانگین (انحراف معیار) متغیرهای وابسته گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
کیفیت زندگی	۷۲/۹۵ (۱۴/۲۵)	۷۶/۲۰ (۱۶/۲۰)	۹۵/۲۰ (۱۱/۵۵)	۸۰/۱۶ (۱۳/۴۷)
سلامت جسمانی	۱۶/۶۴ (۲/۶)	۱۷/۴۶ (۲/۶)	۲۷/۳۳ (۲/۷)	۱۴/۹۲ (۱/۵)
سلامت روانی	۱۷/۰۴ (۳/۵)	۱۶/۴۰ (۳/۳)	۲۲/۷۱ (۴/۲)	۱۷/۵۴ (۳/۱)
روابط اجتماعی	۱۰/۷۳ (۲/۶)	۱۰/۳۳ (۲/۳)	۱۲/۴۳ (۲/۹)	۱۰/۰۲ (۲/۴)

سلامت محیط	(۳/۲) ۲۵/۸۳	(۳/۸) ۲۷/۰۶	(۴/۱) ۳۲/۹۰	(۴/۱) ۲۹/۱۳
رضایت زناشویی	(۶/۳) ۴۴/۱۱	(۵/۸) ۴۰/۸۳	(۸/۵) ۵۸/۲۷	(۸/۸) ۴۶/۳۳
تاب‌آوری	(۵/۱) ۷۷/۴۵	(۶/۴) ۸۱/۳۵	(۹/۳) ۱۰۲/۷۲	(۶/۸) ۸۵/۹۵
تصور از شایستگی فردی	(۳/۹) ۲۲/۴۰	(۴/۴) ۲۳/۵۰	(۴/۱) ۲۹/۹۸	(۳/۹) ۲۲/۸۶
اعتماد به غرایز فردی	(۲/۸) ۱۹/۲۶	(۲/۳) ۱۷/۹۸	(۴/۴) ۲۷/۶۶	(۳/۷) ۱۹/۷۳
پذیرش مثبت و روابط ایمن	(۴/۴) ۲۰/۴۰	(۴/۹) ۲۱/۵۰	(۵/۶) ۲۲/۱۰	(۴/۵) ۱۸/۸۹
کنترل	(۱/۸) ۹/۶۶	(۱/۳) ۸/۹۸	(۲/۲) ۱۱/۸۵	(۱/۷) ۹/۰۱
تأثیرات معنوی	(۱/۹) ۶/۴۰	(۱/۴) ۶/۵۰	(۱/۹) ۸/۲۶	(۱/۶) ۶/۹۹

جدول ۳: نتایج آزمون اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به یائسگی زودرس

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
	Ss	dF	MS		η ^۲	
کیفیت زندگی	۴۲۲/۳۳۰	۱	۴۲۲/۳۳۰	۹۲/۸۳۱	۰/۰۰۰	۰/۵۲۰
سلامت جسمانی	۲۱۶/۵۹	۱	۲۱۶/۵۹	۴۱۴/۸۵۵	۰/۰۰۰	۰/۸۸۵
سلامت روانی	۱۸۲/۹۰۱	۱	۱۸۲/۹۰۱	۲۷۷/۰۸۵	۰/۰۰۰	۰/۸۳۷
روابط اجتماعی	۱۲۰/۹۴۴	۱	۱۲۰/۹۴۴	۱۵۵/۹۷۵	۰/۰۰۰	۰/۷۴۳
سلامت محیط	۱۹۳/۹۳۳	۱	۱۹۳/۹۳۳	۲۸۷/۹۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۴۲

نتایج درج‌شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی ۹۲/۸۳۱ $F(۱, ۲۰) =$ مؤثر بوده است ($P < ۰/۰۱$)؛ مجذور سهمی اِتا شدت این اثر را (۰/۵۲۰) نشان می‌دهد. معنی‌دار شدن تأثیر نشانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن را در زنان مبتلا به یائسگی زودرس افزایش دهد. همچنین این نتایج نشان می‌دهد که این مداخله درمانی کلیه مؤلفه‌های کیفیت زندگی را به‌طور مؤثری افزایش داده است.

جدول ۴: نتایج آزمون اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به یائسگی زودرس

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر η^2
	Ss	dF	MS			
رضایت زناشویی	۱۹۵۶/۲۳۰۴	۱	۱۹۵۶/۲۰۴	۱۴۹/۸۵	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
خطا	۳۰۰/۲۴۲	۲۰	۱۳/۰۵۴			

با توجه به نتایج جدول ۴، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی $F(۱, ۱۹) = ۱۴۹/۸۵$ مؤثر بوده است ($P < ۰/۰۱$)؛ مجذور سهمی اِتا شدت این اثر را (۰/۸۶۷) نشان می‌دهد. معنی‌دار شدن تأثیر نشانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متقابل توانسته است رضایت زناشویی را در زنان مبتلا به یائسگی زودرس بهبود بخشد.

جدول ۵: نتایج آزمون اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر η^2
	Ss	dF	MS			
خودتاب‌آوری	۶۴۶/۱۵۰	۱	۶۴۶/۱۵۰	۱۰۸/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۳۹۹
تصور از شایستگی فردی	۱۶۳/۸۴	۱	۱۰/۵۳	۱۳۶/۸۴	۰/۰۰۴	۰/۳۱۴
اعتماد به‌غرایز فردی	۱۵۷/۶۷	۱	۵۷/۷۹۴	۱۵۷/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۶۲۳
پذیرش مثبت و روابط ایمن	۹۰۶/۱۷۶	۱	۹۰۶/۱۷۶	۱۰/۵۱۸	۰/۰۰۴	۰/۳۱۴
کنترل	۱۱۶۱/۵۱	۱	۱۱۶۱/۵۱	۷۳/۰۴۴	۰/۰۰۰	۰/۶۸۲
تأثیرات معنوی	۲۰۱۰/۵۱۶	۱	۲۰۱۰/۵۱۶	۹۴/۲۱۱	۰/۰۰۰	۰/۷۴

نتایج جدول ۵ نیز نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتاب‌آوری $F(۱, ۲۰) = ۱۰۸/۳۳$ مؤثر بوده است ($P < ۰/۰۱$)؛ مجذور سهمی اِتا شدت این اثر را (۰/۳۹۹) نشان می‌دهد. معنی‌دار شدن تأثیر نشانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متقابل توانسته است خودتاب‌آوری و مؤلفه‌های آن را در زنان مبتلا به یائسگی زودرس افزایش دهد.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خودتاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت بود. نتایج نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط) می‌شود که این نتیجه با یافته‌های پژوهش دهقانی و رضایی دهنوی (۱۳۹۷)، ساریزاده، رفیعی نیا، صباحی و تمدن (۱۳۹۷)، نایب حسین زاده، فتح اله زاده، سعادت و رستمی (۱۳۹۵)، فتحی احمد سرائی، نشاط دوست، منشئی و نادری (۱۳۹۵)، نریمانی، علمداری و ابوالقاسمی (۱۳۹۳)، پترسون، ایفرت، فینولد و دیویدسون^۱ (۲۰۰۹)، پترسون و ایفرت (۲۰۱۱) همسو است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که آموزش تعهد و پذیرش که متضمن حل مسأله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه‌به‌لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی‌قیدوشرط مشکل (اختلال) است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های موردنیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که این بیماران دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود، بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم می‌گذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسأله که در درمان تعهد و پذیرش، گسلش شناختی نام دارد با تأثیر بر روی این جنبه‌ها می‌تواند در نهایت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به یائسگی زودرس تأثیرگذار باشند.

نتایج نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش خودافشایی هیجانی و مؤلفه‌های آن می‌شود که این نتیجه با یافته‌های پژوهش کاوسیان، حریفی و کریمی (۱۳۹۶)، شاکرنازاد و همکاران (۱۳۹۶)، حجت خواه و مصباح (۱۳۹۵)، محمدی، کشاورزی ارشدی، فرزاد و صالحی (۱۳۹۵)، کلال قوچان عتیق و سرایی (۱۳۹۵)، عباسی، خزان، پیرانی، قاسمی جوبینه (۱۳۹۵)، پترسون و ایفرت (۲۰۱۱)، اسکات، هان و مک کراکن^۲ (۲۰۱۶)، دوال، برنارد کیوری و مونستر^۳ (۲۰۱۷)، همسو است.

در خصوص تبیین این نتیجه می‌توان اظهار داشت از آنجاکه درمان ACT عمل عشق را از احساس عشق متمایز می‌داند و اعتقاد هست که عشق عمل است نه احساس، می‌توان عنوان کرد که شرکت‌کنندگان به کمک این تفکیک تمرین‌های گسلش و پذیرش را انجام داده و ناخوشایندی‌های موجود در دیگر حوزه‌ها را وارد حوزه زناشویی نکرده‌اند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می‌دهد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش داده می‌شود به‌جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اجتماعی با افزایش پذیرش روانی نسبت به تجارب

1 Peterson, Eifert, Feingold & Davidson

2 Scott, Hann, McCracken

3 Deval, Bernard-Curie, Monestès

درونی وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند، به ارزش‌های شخصی برسند و مشکلات غیرقابل اجتناب را از سر راه بردارند و از این طریق باعث افزایش کیفیت روابط زناشویی خود شوند. درواقع رویارویی فعال و مؤثر با احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و چالش‌ها، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و درنهایت تعهد به هدف را می‌توان جزء عوامل اصلی این روش دانست که این عوامل از طریق بهبود مهارت‌های اجتماعی و روابط اجتماعی باعث افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی زنان متأهل در روابط زناشویی خود می‌شوند.

نتایج این پژوهش نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش خودتاب‌آوری و مؤلفه‌های آن (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل، تأثیرات معنوی) می‌شود که این نتیجه با یافته‌های پژوهش منصور (۱۳۹۷)، مصباح، حجت خواه و گل‌محمدیان (۱۳۹۷)، افشاری (۱۳۹۷)، رزم‌پوش، رضانی، ماردپور و کولیوند (۱۳۹۷) و مقتدایی و خوش‌اخلاق (۱۳۹۴). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که افراد تاب آور از بهترین مهارت‌ها و منابع در دسترس خود برای مشارکت فعال در محیط استفاده می‌کنند. لذا به نظر می‌رسد، افزایش تاب‌آوری در بهبود و سازگاری موفقیت‌آمیز با مشکلات فردی و بین فردی مؤثر است. با توجه به رابطه‌ای که بین تاب‌آوری و مشکلات بین فردی وجود دارد؛ لذا با استفاده از شیوه‌نامه درمان حاضر که بر مشکلات بین فردی تأکید دارد قابلیت درمان پیدا می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به اینکه در طول مداخله از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند و نتیجه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی چیزی نیست جز افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است و به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده باشد. این تجربه در زمان حال به مراجعان کمک می‌کند تغییرات را آنگونه که هست تجربه کنند، نه آنگونه که ذهن می‌سازد. درواقع از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی زنان مبتلا به یائسگی زودرس در پاسخ‌های سازگارانه و تاب آور به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده که منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و عدم تاب‌آوری آنها در برخورد با مشکلات همراه با بیماری، افزایش می‌دهد.

تبیین دیگر اینکه هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری است. یعنی ایجاد توانایی انتخاب گزینه‌ای از بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد که این امر باعث افزایش تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و احساس آرامش می‌شود. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد در شناسایی تنش‌های زندگی کمک می‌کند که این امر باعث کاهش برانگیختگی‌های روانی و هیجانی، مقابله سازگار با منابع استرس‌زا و کمک گرفتن در هنگام نیاز و بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌شود. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مزایای بسیار به‌ویژه آموزش پذیرش و تعهد به اجرای آنها باعث بهبود انعطاف‌پذیری شناختی زنان متأهل می‌شود.

نتایج این پژوهش باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های آن تفسیر شود. نمونه این پژوهش تنها از بین زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهر ساری انتخاب شدند، بنابراین با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی، تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به سایر شهرها و استان‌های کشور، باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین این پژوهش اثرات کوتاه‌مدت آموزشی را مورد بررسی قرار داده لذا در تعمیم نتایج آن به درازمدت با محدودیت مواجه است. در این پژوهش تنها پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه اجرا شده است و نمی‌توان نتایج آن را به اشکال دیگر این رویکرد درمانی تعمیم داد.

استفاده از آزمون‌های خودگزارشی همیشه با چالش دقت و صداقت در پاسخگویی به سؤالات همراه هست و این پژوهش نیز از این قاعده مستثنا نیست و توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی با استفاده از آزمون‌های کامپیوتری ارزیابی دقیق‌تری از اثربخشی این رویکرد نوپا هم در کوتاه‌مدت و هم در بلندمدت در کشور ما ارائه دهند.

با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خودتاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت پیشنهاد می‌گردد مدیران بهداشت برای بالا بردن سطح کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خودتاب‌آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس، کلاس‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مراکز بهداشت ویژه آن‌ها برگزار کنند. همچنین پیشنهاد می‌گردد تا با تدوین برنامه‌های آموزشی مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانش‌آموزان و خانواده‌های آنها، باعث افزایش حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و کارایی عمومی و در کل افزایش عملکرد دانش‌آموزان می‌شود و از مشکلاتی که ممکن است در آینده برای آنها به وجود آید پیشگیری می‌کند. یعنی تقدم آموزش در سنین پایین‌تر و سپس تعمیم آن به دیگر سطوح زندگی زناشویی و اجتماعی موجب می‌شود دانش‌آموزان، نسبت به دیگر مسائل زندگی و تعارضات دید بازتری پیدا کنند در نتیجه بهزیستی روانی و کیفیت زندگی آنها افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک رویکرد شناختی چند مؤلفه‌ای بتواند در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به یائسگی زودرس مفید باشد. لذا پیشنهاد می‌شود اثربخشی این نوع درمان در گروه‌های بزرگ‌تر و با مشخصات جمعیت شناختی متنوع‌تر مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- استرآبادی، مریم؛ امیرفخرایی، آریتا؛ کرامتی، کرامت؛ سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ناباوری و افسردگی زوجین نابارور. پژوهش‌نامه زنان. ۱۱(۳۱)، ۱-۱۸. doi: 10.30465/ws.2020.5344
- افشاری، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری زنان در سقط جنین مکرر. روان پرستاری. ۶(۴)، ۱۱-۱۷. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=469993>
- ایزدی، مهنوش؛ رسولی، آراس. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و کیفیت خواب زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان. پژوهش پرستاری، ۱۴(۱)، ۲۱-۲۸.
- آشتاب، حمیده. (۱۳۹۳). یائسگی و پیامدهای (فیزیولوژیک، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی) آن در خانواده با تأکید بر سبک زندگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مطالعات زنان (زن در خانواده)، دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد.
- چراغیان، ح؛ حدیث، حیدری، ناصر، قدمی؛ زارعی، بنت‌الهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان. سلامت جامعه، ۹(۲)، ۵۶-۶۴.
- حسن‌زاده، منیره؛ اکبری، بهمن؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا. ۲۷(۴)، ۲۵۰-۲۵۹.
- حمدی، الهام؛ کشاورزی ارشدی، فرناز؛ فرزاد، ولی‌الله؛ صالحی، مهدیه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱۷(۲)، ۲۶-۳۵.
- خلعتبری، ج؛ بهاری، ص. (۱۳۸۹). ارتباط بین تاب‌آوری و رضایت از زندگی. روانشناسی تربیتی، ۱(۲)، ۸۳-۹۴. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=167100>
- دهقانی، اکرم؛ رضایی دهنوی، صدیقه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. افق دانش. ۲۴(۳)، ۲۴۶-۲۵۲.
- رجبی، غ؛ سروستانی، ی؛ اصلانی، خ؛ خجسته مهر، ر. (۱۳۹۲). پیش‌بینی‌های رضایت زناشویی در پرستاران زن متأهل. نشریه پرستاری ایران، ۲۶(۸۲)، ۲۳-۳۳. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=237960>

رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۸). ساختار عاملی رضایت زناشویی در کارکنان متأهل دانشگاه شهید چمران. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال پانزدهم، شماره ۴: ۳۵۸-۳۵۱.

رحیمیان بوگر، اسحاق؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خورتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۷، ۷۰-۶۲.

رزم پوش، م؛ رضانی، خ؛ ماردپور، ع؛ کولیوند، پ. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری پرستاران. علوم اعصاب شفای خاتم، ۷(۱)، ۵۱-۶۲.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=462043>

رسولی علی آبادی، ب؛ کلانتری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، عزت نفس و نگرانی تصویر بدنی، بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا (مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان)، ۲۶(۲)، ۱۰۳-۱۱۲.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=353901>

ساریزاده، محمدصادق؛ رفیعینیا، پروین؛ صباحی، پرویز؛ تمدن، محمدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. مقاله پژوهشی مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۷(۳)، ۲۵۲-۲۴۱.

شاکرنژاد، س. و مؤذن، ن. و حمیدی، م. و هاشمی، ر. و بزاززاده، ن. و بدقی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد. سلامت و مراقبت، ۱۹(۱)، ۷-۱۷.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=283124>

طباطبایی، آمینه سادات؛ سجادیان، ایلناز؛ معتمدی. (۲۰۱۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۵(۱)، ۸۴-۹۲.

عباسی، م. و خزان، ک. و پیرانی، ذ. و قاسمی جوینه، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکردهای شناختی-هیجانی جانبازان. طب جانباز، ۸(۴)، ۲۰۳-۲۰۸.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=288745>

عسکری، فریبا؛ بصیری مقدم، کوب؛ بصیری مقدم، مهدی؛ ترابی، شیرین؛ غلام فرخانی، سمیه؛ محرری، محبوبه؛ میرآخرو، شیرین. (۱۳۹۰). سن یائسگی طبیعی و مقایسه شیوع عوارض زودرس ناشی

از آن در مراحل مختلف گذار یائسگی در زنان گناباد. افق دانش (فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد)، ۱۷ (۴)، ۴۸-۴۲.

فتحی احمد سرائی، نرگس؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ منشی، غلامرضا؛ نادى، محمدعلی. (۱۳۹۵). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دوم. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۴ (۱)، ۳۱-۳۹.

کاوسیان، ج.، و حریفی، ح.، و کریمی، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوجها. سلامت و مراقبت، ۱۹ (۱)، ۷۵-۸۷.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=283281>

کلال قوچان عتیق، یاسر؛ سرایی، فاطمه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان. مجله اصول بهداشت روانی (ویژه نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی)، ۵۲۷-۵۳۳. doi: 10.22038/jfmh.2016.8331

گلزار، س؛ رضانی تهرانی، ف؛ عبادی، ع؛ کشاورز، ز؛ زایری، ف. (۱۳۹۸). مقابله با نارسایی اولیه تخمدان در زنان ایرانی: یک مطالعه کیفی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۷. ۶۰۸-۶۱۶
<http://dx.doi.org/10.22122/jims.v37i529.11019>

محمدعلیزاده چرندابی، سکینه؛ میرغفوروند، مژگان؛ آغه میری، ویدا؛ ناظمیه، حسین؛ سلطانیپور، صدیقه. (۱۳۹۳). تأثیر رازک بر نشانه‌های زودرس یائسگی در زنان پریمنوپوز: یک کارآزمایی بالینی دوسوکور کنترل شده. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۹ (۱)، ۲۲-۱۲.

محمدی، م.، و جزایری، ع.، و رفیعی، ا.، و جوکار، ب.، و پورشهباز، ع. (۱۳۸۵). بررسی عوامل تاب آور در افراد در معرض خطر سو مصرف مواد مخدر. پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۱ (۲-۳)، ۲۰۳-۲۲۴.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=57747>

مصباح، ا.، و حجت خواه، س.، و گل محمدیان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزند در مادران دارای کودک کم توان ذهنی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان‌شناسی)، ۸ (۲)، ۸۴-۱۰۰.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=359448>

مقتدایی، م.، و خوش اخلاق، ح. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی همسران جانبازان. طب جانباز، ۷ (۴)، ۱۸۴-۱۸۸.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=268824>

منصوری، جمیله. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و رضایت زناشویی زنان متأهل، پنجمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران، تهران. <https://civilica.com/doc/787804>

نایب حسین زاده، سپیده؛ فتح اله زاده، نوشین؛ سعادت، نادره؛ رستمی، مهدی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش‌پذیر. مطالعات روانشناختی. ۱۲(۳)، ۱۰۳-۱۲۲. doi: 10.22051/psy.2016.11517.1219.۱۲۲-۱۰۳

نجات، س.، و منتظری، ع.، و هلاکویی نایینی، ک.، و محمد، ک.، و مجدزاده، س. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱-۱۲. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=61528>

نریمانی، محمد، علمداری، الهه، ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور. مشاوره و روان‌درمانی خانواده. ۴(۳)، ۳۸۷-۴۰۵.

Hayes, S.C., Pistorello, J., & Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40 (7), 976-1002.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 577-587. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.03.004>

Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 430-442. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>

Hayes, S.C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44 (1), 1-25.

Forman, E.M., Herbert, D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies, chapter to appear. In: O'Donohue W.T., Fisher, J.E., editors. *Cognitive behavior therapy: applying*

- empirically supported techniques in your practice. 2nd ed. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons; p. 263 -8.
- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113. PMID: 12964174.
- Deeks, A. A., Gibson-Helm, M., Teede, H., & Vincent, A. (2011). Premature menopause: a comprehensive understanding of psychosocial aspects. *Climacteric*, 14(5), 565-572. doi:10.3109/13697137.2011.566390
- Haghighayegh, S. A. (2020). The effect of treatment based on the acceptance and commitment therapy on infertility, satisfaction of marriage and attitude toward to the infertility in sterile women%J Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 7(2), 13-25.
- Golezar, S., Ramezani Tehrani, F., Khazaei, S., Ebadi, A., & Keshavarz, Z. (2019). The global prevalence of primary ovarian insufficiency and early menopause: a meta-analysis. *Climacteric*, 22(4), 403-411. doi:10.1080/13697137.2019.1574738
- Goswami, D., & Conway, G. S. (2007). Premature Ovarian Failure. *Hormone Research in Paediatrics*, 68(4), 196-202. doi:10.1159/000102537
- Javadpour, S., Sharifi, N., Mosallanezhad, Z., Rasekhjahromi, A., & Jamali, S. (2021). Assessment of premature menopause on the sexual function and quality of life in women. *Gynecol Endocrinol*, 37(4), 307-311. doi:10.1080/09513590.2021.1871894
- Li, X. T., Li, P. Y., Liu, Y., Yang, H. S., He, L. Y., Fang, Y. G.,... Chaplin, J. E. (2020). Health-related quality-of-life among patients with premature ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 29(1), 19-36. doi:10.1007/s11136-019-02326-2
- Mishra, G. D., Pandeya, N., Dobson, A. J., Chung, H.-F., Anderson, D., Kuh, D.,... Weiderpass, E. (2017). Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause. *Human Reproduction*, 32(3), 679-686. doi:10.1093/humrep/dew350
- Nazarpour, S., Simbar, M., Ramezani Tehrani, F., & Alavi Majd, H. (2016). Relationship between Sexual Function and Quality of Life in Postmenopausal Women%J Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 26(143), 90-98.

- Onder, M., & Batigun, A. D. (2016). Premature and normal menopause: an evaluation in terms of stress, marital adjustment and sex roles. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(2), 129–138. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2016290204>
- Parsaeian, M., Pouraram, H., Djazayeri, A., Abdollahi, Z., Dorosty, A., Jalali, M.,... Mohammad, K. (2017). An Explanation for Variation in Age at Menopause in Developing Countries Based on the Second National Integrated Micronutrient Survey in Iran. *Arch Iran Med*, 20(6), 361-367.
- Rostami Dovom, M., Bidhendi-Yarandi, R., Mohammad, K., Farahmand, M., Azizi, F., & Ramezani Tehrani, F. (2021). Prevalence of premature ovarian insufficiency and its determinants in Iranian populations: Tehran lipid and glucose study. *BMC Women's Health*, 21(1), 79. doi:10.1186/s12905-021-01228-1
- Rudnicka, E., Kruszewska, J., Klicka, K., Kowalczyk, J., Grymowicz, M., Skórska, J.,... Smolarczyk, R. (2018). Premature ovarian insufficiency - aetiopathology, epidemiology, and diagnostic evaluation. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*, 17(3), 105-108. doi:10.5114/pm.2018.78550
- Scott, W., Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2016). A Comprehensive Examination of Changes in Psychological Flexibility Following Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *J Contemp Psychother*, 46, 139-148. doi:10.1007/s10879-016-9328-5
- Deval, C., Bernard-Curie, S., & Monestès, J.-L. (2017). Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 27(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2016.10.002>.

The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the quality of life, marital satisfaction and self-resiliency of women with early menopausal referred to the health center.

Zahra Kazemi Sangchin¹

Ramazan Hassanzadeh(Ph.D²)

Shaban Heidari(Ph.D³)

Abstract

Besides physical problems, premature menopause is associated with psychological problems like anxiety, depression, reduced resiliency and marriage adjustment problems. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the quality of life, marital satisfaction and self-resiliency of women with premature menopausal referred to the health center. In this semi-experimental study with pre- and post-test design, 32 women with premature menopausal referred to the Sari health centers were recruited as an available sample and allocated to an experimental or control group. Data were collected through the three questionnaires: World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), Marital Satisfaction Scale (short-form), and Connor-Davidson Resilience Scale (2003). After the pretest, an 8-session protocol of acceptance and commitment treatment was conducted for the experimental group, while the control group participated only in the pretest and posttest sessions. After statistical analysis of data with multiple covariance (MANCOVA) in SPSS25 statistical package, the results showed that therapeutic intervention based on acceptance and commitment has been able to improve quality of life, marital satisfaction, self-resilience and their components in women with premature menopausal referred to health centers. As a result, acceptance and commitment-based psychotherapy can be used as an effective treatment to improve the mental health indicators of women with premature menopause.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Quality of life, Marital satisfaction, Self-Resiliency, Premature menopausal.

1 . Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2 .Professor of Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran (Corresponding author) .rhassanzadehd@yahoo.com

3 . Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran