

کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکردهای عاطفی و کیفیت زندگی زنان باردار تحت لقاح آزمایشگاهی

* رضا فطرتی^۱، ژاله فیضی^۲، سهیلا سپهوندی^۳، سعید غفوری^۴، نجمه اسماعیلی^۵

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات

^۲ دکتر روانشناسی سلامت دانشگاه خوارزمی

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی مثبت گرا دانشگاه پیام نور سمنان

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

^۵ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات

چکیده

مقدمه: ناباروری، و به دنبال آن استفاده از روش های درمانی نوین، هر دو با مشکلات روان شناختی و خلقی متعددی هم چون افسردگی، اضطراب و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی همراه است. هدف پژوهش حاضر بررسی کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر عملکردهای عاطفی و کیفیت زندگی زنان باردار تحت لقاح آزمایشگاهی بود. **روش:** این پژوهش از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی (طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری شامل زنان باردار تحت لقاح آزمایشگاهی شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بود که تعداد ۳۰ نفر از آنها به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش جهت اندازه گیری عملکرد عاطفی از پرسشنامه های افسردگی بک (BDI-II) و اضطراب بک (BAI) و برای اندازه گیری کیفیت زندگی از فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده گردید. پس از تشکیل گروه های نمونه، مداخله درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش اجرا گردید. **یافته ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث بهبود عملکرد عاطفی و افزایش کیفیت زندگی زنان باردار شده است. **نتیجه گیری:** استفاده از مداخلات روان شناختی به ویژه درمان پذیرش و تعهد با کاهش شدید آسیب های روان شناختی ناشی از ناباروری و همراه است که می توان از آن به عنوان روشی سودمند بهره گرفت.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد عاطفی، کیفیت زندگی، لقاح آزمایشگاهی.

مقدمه

ناباروری به عنوان ناتوانی در باردار شدن پس از یک سال مقاربت منظم یا تلقیح مصنوعی بدون استفاده از روش های جلوگیری از بارداری و یا ناتوانی در داشتن یک حاملگی موفق، تعریف می شود و عامل آن می تواند هر کدام از زوجین باشند (الیوا و مالتیجنر^۱، ۲۰۱۸). باروری و تولید مثل، پایه و اساس حیات بشری محسوب می شود، اما عدم توانایی در باروری همیشه به عنوان معضلی عظیم بر زندگی افراد، اثرات ویرانگری به همراه داشته است (کوسینیو و دومار^۲، ۲۰۰۷). با این وجود، علی رغم تمامی پیشرفت های علمی و پزشکی، کماکان درصد قابل توجهی از زوجین در ردیف کسانی قرار می گیرند که همچنان موفق به درمان مشکل ناباروری خود نیستند و این آمار رو به افزایش می باشد (رایتبرگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). بنا بر اعلام سازمان جهانی بهداشت^۴ (۲۰۱۷) حدود ۸۱ میلیون نابارور در سراسر دنیا وجود دارند که ۷۲ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر آنان زن می باشند. در ایران نیز میانگین کلی ناباروری ۱۳/۲٪ گزارش شده است. که از این میزان، ۵/۲٪ دچار ناباروری اولیه و ۳/۲٪ دچار ناباروری ثانویه می باشند (دیرکوند مقدم، دلپیشه و سایه میری، ۱۳۹۲). باید بیان نمود که ناباروری، یکی از مهم ترین بحران های دوران زندگی است که با کاهش شادکامی در زندگی و تجربیات استرس زای جدی (خانی و باباخانی، ۱۳۹۵) و نیز کاهش بهزیستی روان شناختی و رضایت مندی زناشویی (حاتملوی سعدآبادی و هاشمی نصرت آبادی، ۱۳۹۱) همراه است. فشار روحی ناشی از ناباروری می تواند سبب سست شدن بنیان خانواده و افزایش اختلافات گردد و یا حتی آن را به مرز جدایی نزدیک کند (ایمانی فرد، ۱۳۹۷). اما آموزه روش های متعددی برای درمان نازایی ابداع شده است که از جمله رایج ترین و مهم ترین آن ها که تاثیرات مثبت قابل توجهی داشته است می توان به باروری آزمایشگاهی یا لقاح مصنوعی (IVF) اشاره نمود. باروری آزمایشگاهی یا لقاح خارج رحمی، یکی از پیشرفت های با ارزش در زمینه طب باروری است. لقاح آزمایشگاهی شیوه ای پزشکی است که در آن سلول تخمک بالغی که از زن گرفته شده به همراه اسپرم مرد در خارج از بدن (در آزمایشگاه) لقاح می یابد و رویان حاصل برای ادامه بارداری طبیعی در رحم زن کاشته می شود (قره باقی، عبداللهی و فیض نیا، ۲۰۱۱). استفاده از این روش درمانی اگرچه می تواند ثمرات مثبت و قابل توجهی افراد، خانواده ها و جامعه داشته باشد، اما نتایج منفی آن را نیز نباید نادیده گرفت. چرا که باردار شدن از طریق لقاح آزمایشگاهی به معنی برطرف شدن قطعی علت نازایی نیست. به عبارت دیگر، برخلاف تصور رایج که گمان می رود باردار شدن به وسیله روش لقاح خارج رحمی پایانی خوش بر نازایی و حل کلیه مشکلات زنانی است که سابقه نازایی داشته اند، لقاح خارج رحمی می تواند دلیلی موثر برای افزایش احتمال تجربه اضطراب و افسردگی در زمان درمان ناباروری و حتی دوران بارداری نیز باشد. پژوهش های متعدد نیز نشان داده اند که مراحل درمان ناباروری از مهم ترین عوامل استرس زا برای زنان نابارور محسوب می شود. این پژوهش های بیان کرده اند که فرآیند درمان لقاح خارج رحمی (خصوصاً دریافت تخمک و انتقال جنین)، ترس و اضطراب ناشی از موفقیت آمیز نبودن

^۱ - Oliva & Multigner^۲ - Cousineau & Domar^۳ - Wirtberg^۴ - world health organization

درمان و یا عدم امید به داشتن فرزند (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۸)، طولانی بودن مدت درمان، پایین بودن میزان موفقیت روش های درمانی و نیز مشکلات اقتصادی ناشی از درمان ناباروری، از جمله عوامل بسیار تنش زا برای زنان نابارور می باشند که شدیداً می تواند بر بهزیستی روانشناختی، احساس انسجام روانی و کیفیت زندگی زنان تاثیرات منفی بر جای گذارد (شهرستانی، قنبری، نعمتی و رهباردار، ۱۳۹۱).

کیفیت زندگی، احساس فرد از سلامت و موقعیت خود در زندگی در قالب نظام ارزشی و فرهنگی و بر پایه آرمان ها، انتظارات، استانداردها و علایق فرد است (فلک و پری^۱، ۱۹۹۵). کیفیت زندگی دارای حیطه های مختلف جسمی، روانی، استقلال، ارتباطات اجتماعی، محیطی و عقاید شخصی می باشد. اندازه گیری کیفیت زندگی و لحاظ کردن شرایط زندگی، عوامل محیطی و اجتماعی، دیدگاه ها، علایق، اهداف افراد و ارزش های جامعه، در برنامه ریزی جهت ارتقاء سلامت، اهمیت بسزایی دارد (نیکپور و همکاران، ۲۰۱۱). کیفیت زندگی در مراحل مختلف زندگی، از جمله در دوران بارداری قابل اندازه گیری است. این سنجش جهت برنامه ریزی برای مراقبت های دوران بارداری، زایمان و درک نیازها و ضرورت های موجود، برای سیاست گذاران بهداشتی و سازمان های مراقبت سلامتی اهمیت دارد. به عبارت دیگر، از آنجا که تغییرات دوران بارداری می تواند عمده ترین تاثیر را بر روی کیفیت زندگی زنان داشته و باعث مختل شدن رفاه جسمی، روانی و اجتماعی در آنان شود، لذا، ارزیابی کیفیت زندگی اطلاعات ذی قیمتی را در اختیار ارائه دهندگان خدمات سلامتی قرار می دهد و موجب غنای مداخلات بهداشتی - درمانی و بهبود کیفیت خدمات گردد، هم چنین، دستیابی به اطلاعات در این زمینه می تواند راه گشای مداخلات درمانی موثرتر باشد و به ارتقاء کیفیت زندگی این زنان منجر شود. از این رو، در سال های اخیر بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مراقبت های بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است (مورای و مک کینی^۲، ۲۰۰۶). پژوهش های انجام شده در خصوص زنان باردار نشان داده اند که بین شکایات مختلف زنان باردار از مشکلات جسمانی و روانشناختی با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. به طوری که هرچه میزان این شکایات بیشتر باشد کیفیت زندگی کم تر می شود (کریمی و همکاران، ۱۳۹۶). هم چنین، پژوهش ها نشان داده اند که از بین عوامل متعدد کاهش کیفیت زندگی در زنان باردار و نازا، عملکردهای عاطفی به ویژه افسردگی و اضطراب نقش بسیار حائز اهمیتی دارند (ایمانی فرد، ۱۳۹۷ و کشف رودی، ۱۳۹۶).

افسردگی از جمله اختلالات عملکرد عاطفی است که به صورت یک خلق افسرده ثابت مشخص می گردد. این خلق افسرده به صورت کاهش علاقه یا دلخوشی، کاهش انرژی که حداقل به مدت دو هفته طول بکشد، کاهش اعتماد به نفس، ملامت کردن خود، احساس گناه یا تمایل به خودکشی، کاهش توانایی در فکر کردن و تمرکز کردن، تغییر در فعالیت حسی - حرکتی و اختلال در خواب و اشتها شرح داده می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). در رویکرد شناختی، عامل اصلی این بیماری نحوه برداشت و شناخت افراد از رویدادهای محیطی بیان شده است. به طوری که آلبرت الیس (۱۹۸۸؛ به نقل از محمودی، ۱۳۹۵) علت اصلی ناراحتی افراد را

^۱ - Felce & Perry

^۲ - Murray & McKinney

باور آن‌ها در مورد وقایع و رویدادها می‌داند (اندروس، بوون، استین و بیکر^۱، ۲۰۰۹). گزارش‌ها نشان می‌دهد که در حدود یک سوم جمعیت جهان در مقاطعی از زندگی خود از یک دوره‌ی خفیف افسردگی رنج می‌برند و احتمال بروز این بیماری در زنان باردار به دلیل مشکلات عمده‌ای که با آن مواجه هستند حدود ۱۰ درصد (۱ نفر از هر ۱۰ نفر) می‌باشد (کنت^۲، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افسردگی در طی بارداری اثرات منفی بر سلامت مادر و نیز نتیجه بارداری دارد. عوارض افسردگی برای مادر در دوران بارداری شامل؛ اضافه وزن ناکافی مادر (اضافه وزن مناسب در دوران بارداری بین ۱۲ تا ۱۸ کیلوگرم است)، دریافت مراقبت ناکافی دوران بارداری و زایمان زودرس است (گودک و پاین^۳، ۲۰۱۰). علاوه بر این افسردگی در دوران بارداری توام با افزایش احتمال ابتلا به افسردگی بعد از زایمان نیز می‌باشد (ایوانز^۴ و همکاران، ۲۰۱۱؛ مالیکارجون و اویبود^۵، ۲۰۰۵ و والدی^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). هم-چنین، افسردگی در دوران بارداری، تاثیر تعیین کننده مهمی در سلامت نوزاد نیز دارد. سلامت روان ناکافی مادر در دوران بارداری با تاخیر و کندی رشد جنین، دور سر کوچک تر و خطر مرگ نوزاد توام خواهد بود (گودهارت^۷ و همکاران، ۲۰۱۰).

از سوی دیگر، در دوران بارداری اضطراب عارضه‌ای است با شیوع کمتر و نادرتر. اما از آنجا که این تظاهرات گذرای روان‌پزشانه در تمامی مراحل بارداری مشاهده می‌شوند عوارض آن بسیار شدیدتر می‌باشد (کشف‌رودی، ۱۳۹۶). زنان باردار اغلب با اضطراب شدیدی مواجهه هستند. عوامل ناسالم اضطراب شامل تحریک‌پذیری و نگرانی باعث ایجاد اضطراب می‌شوند و این امر نیز عامل اساسی و زیربنای تمام بیماری‌های روانی - جسمی می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). دیدگاه‌های متعددی در مورد علت بروز اضطراب ارائه شده است که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به رویکرد شناختی اشاره نمود. در این رویکرد اعتقاد بر این است که علت اصلی اضطراب باور و شناختی است که افراد از رویدادهای محیطی (باروری به وسیله لقاح خارج رحمی) دارند (الیس، ۱۹۸۸؛ به نقل از ایمانی‌فرد، ۱۳۹۷). اضطراب اغلب نشان می‌دهد نگرانی زیاد، خشم یا ترس از بیماری وجود دارد و همین امر، باعث می‌شود تا سلامت روان فرد مختل گردد (نورعلی، ۱۳۹۲). پژوهش‌های متعدد (کنت، ۲۰۱۱). نیز نشان داده‌اند که حدود ده درصد زنان باردار وجودعلائم اضطراب را در دوران بارداری خود گزارش کرده‌اند. هم‌چنین، در پژوهشی که توسط زارعی، رسولزاده طباطبایی و اذین (۱۳۹۱) انجام شد، بیان گردید که مشکلات روان‌شناختی قبل از بارداری در زنان نابارور و عدم اطمینان این زنان از نتیجه درمان لقاح

^۱ - Andrews, Bowen, Stein & Baker

^۲ - Kent

^۳ - Goedeke & Payne

^۴ - Evans

^۵ - Mallikarjun & Oyeboode

^۶ - Waldie

^۷ - Goedhart

آزمایشگاهی، نقش بسیار زیادی در بالا بودن اضطراب و تنیدگی در طول بارداری این زنان نسبت به مادران باردار عادی دارد. این اضطراب، هم چنین ممکن است موجب سقط، زایمان زودرس، افزایش فشارخون، تغییر الگوی ضربان قلب و حرکات جنین و پیامدهای نامطلوب نوزادی همانند وزن کم هنگام تولد، نارسایی و تاخیر رشد داخل رحمی گردد. برخی مطالعات نیز نشان داده اند اضطراب در دوران بارداری عامل پیشگویی کننده مهمی برای افسردگی پس از زایمان محسوب می شود (چرندآبی^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین، باید گفت که شیوع افسردگی و اضطراب از جمله شایع ترین و مهم ترین عوارض بارداری بوده و دارای اثرات منفی بی شماری بر نتیجه بارداری و کودک در حال رشد خواهد بود (بی جورک، ویبی، انگلسن، جیلاس^۲، ۲۰۱۵).

امروز بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور و باردار به عنوان یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت به شمار می رود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵). این سازمان برای رسیدن به این هدف راه ها و برنامه هایی دارد و معتقد است که برای افزایش بهزیستی روان شناختی و سازگاری می توان از روش های مبتنی بر علوم شناختی و رفتاری استفاده نمود. بنابراین، یکی از روش هایی که می تواند در این زمینه اثربخش باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد (هالیپورتون و کوپر^۳، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل جدیدی از درمان شناختی- رفتاری، مدل درمانی جدید و نوید بخشی است که بر پذیرش روانی افکار و احساسات مضطرب کننده به جای تلاش برای کنترل و یا از بین بردن آن ها تاکید دارد (هالیپورتون و کوپر، ۲۰۱۵). این رویکرد درمانی با شش اصل اساسی گسلش، پذیرش، تماس با لحظه حاضر، مشاهده خود، ارزش ها و عمل متعهدانه (شیدائی اقدم، ۱۳۹۳) و با استفاده از فنونی هم چون استعاره، جمله های متناقض نما و مهارت های توجه آگاهی (لاوریا^۴، ۲۰۱۳) به افزایش انعطاف پذیری روان شناختی (ایزدی، ۱۳۹۱) و کاهش اضطراب (زمانی، معتمدی و بختیاری، ۱۳۹۵) افراد، از طریق پذیرش و تعهد کمک می کند. در پژوهشی که براون^۵ و همکاران (۲۰۱۵) بر روی زنان متاهل انجام دادند نشان دادند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند در کاهش استرس روان شناختی، انعطاف پذیری روان شناختی، اعتماد به نفس، انطباق خانوادگی و کاهش تعداد اختلالات روان شناختی و جسمانی تاثیر معناداری داشته باشد. توهینگ^۶ (۲۰۱۱) نیز کاهش علائم وسواس فکری- عملی را با درمان پذیرش و تعهد نشان داد. لذا، با توجه به مطالب فوق و تاثیرات مثبتی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارد این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پکیج درمانی هیز و استروسال (۲۰۱۰) بر عملکرد عاطفی (افسردگی و اضطراب) و کیفیت زندگی زنان باردار به وسیله لقاح خارج رحمی موثر است یا خیر؟

^۱ - Charandabi

^۲ - Bjork, Veiby, Engelsen & Gilhus

^۳ - Halliburton & Cooper

^۴ - Lauria

^۵ - Brown

^۶ - Twohig

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی (طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان باردار به روش لقاح آزمایشگاهی شهر مشهد بود که در هفته ۱۴ تا ۲۲ بارداری فراز داشته و تحت نظر پزشک متخصص بودند که تعداد ۳۰ نفر از آنان به روش نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود این زنان به گروه نمونه نیز، دریافت تشخیص نشانگان افسردگی و اضطراب با استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختاریافته (SCID) و کسب نمره بالاتر از ۱۰ در پرسشنامه های افسردگی و اضطراب بود. جهت جمع آوری داده ها نیز از سه پرسشنامه استفاده گردید که عبارت اند از:

۱- پرسشنامه اضطراب بک (BAI): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی برای سنجش میزان علائم اضطرابی است که توسط بک ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۱ سؤال می باشد و نحوه نمره گذاری آن در یک پیوستار از ۰ (هیچ) تا ۳ (شدید) می باشد و دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ قرار دارد. نمرات بین ۰ تا ۷ میزان درجه اضطراب کمترین حد، نمرات بین ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نشان می دهد (غفوری، ۱۳۹۶). مطالعات انجام شده توسط بک و همکاران (۱۹۸۸؛ به نقل از غفوری، ۱۳۹۶) نشان می دهند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است و ضریب همسانی ۰/۹۲ و اعتبار آن با روش باز- آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش نمود. هم چنین، آنان پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این پرسشنامه را سنجیده که همگی نشان دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشند. غفوری (۱۳۹۶) نیز اعتبار این مقیاس را با روش باز آزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش نمود و پرتانی (۱۳۹۴) پایایی پرسشنامه را با روش های آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۲ گزارش نمود.

۲- پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی دهی با ۲۱ سؤال است که توسط بک و با هدف بررسی میزان علائم افسردگی بالینی ساخته شده است. این مقیاس براساس طیف لیکرت ۴ درجه ای از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود و حداقل و حداکثر نمره آن صفر و ۶۳ می باشد. نمرات بین ۰ تا ۷ کمترین افسردگی، نمرات بین ۸ تا ۱۵ افسردگی خفیف، ۱۶ تا ۲۵ افسردگی متوسط و ۲۶ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می دهند. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸؛ به نقل از محمودی، ۱۳۹۵) در پژوهش های خود نشان دادند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است و همسانی درونی آن را برابر با ۰/۹۰ و اعتبار آن با روش تصنیف ۰/۸۸ گزارش نمود. در ایران نیز غفوری (۱۳۹۶) و پرتانی (۱۳۹۴) پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ گزارش دادند و روایی آن را تایید نمودند.

۳- پرسشنامه کیفیت زندگی (WHO-QOL Brief): در این مطالعه برای سنجش کیفیت زندگی، از پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه دارای ۲۴ سؤال می باشد و نمره گذاری آن بر

اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای است. در سوال ۱، کیفیت زندگی آزمودنی از بسیار بد = ۱ تا بسیار خوب = ۵ و در سوال ۲، سلامتی آزمودنی از بسیار ناراضی = ۱ تا بسیار راضی = ۵ درجه بندی می شوند. در سوالات ۳ تا ۹ دامنه پاسخ ها از بسیار زیاد = ۱ تا اصلا = ۵ گسترده است. سوالات ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه پاسخ های سوالات ۱۰ تا ۱۴ از اصلا = ۱ تا کاملاً = ۵، سوال ۱۵ از بسیار بد = ۱ تا بسیار خوب = ۵، سوالات ۱۶ تا ۲۵ از بسیار ناراضی = ۱ تا بسیار راضی = ۵ و سوال ۲۶ نیز از همیشه = ۱ تا هرگز = ۵ پراکنده است. در نهایت، کم ترین نمره ای که هر فردی می تواند به دست آورد ۲۶ و بالاترین نمره ۱۳۰ می باشد. نمره بیشتر نشان از کیفیت زندگی بهتر و بالاتر دارد. اسکوینگتون، لطفی و اکانل^۱ (۲۰۰۴) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ گزارش دادند و روایی آن را با استفاده از دو روش روایی افتراقی و روایی ساختاری بررسی و قابل قبول گزارش نمودند. در ایران نیز، نجات، و همکاران (۱۳۸۵) به ترجمه و استانداردسازی این ابزار پرداختند. و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۵ گزارش و روایی آن را تایید نمودند.

برای تجزیه و تحلیل داده به کمک نرم افزار spss-۲۲ نیز از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده گردید.

یافته ها

جدول شماره ۱- فراوانی آزمودنی ها بر حسب گروه

گروه	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
آزمایش	۱۵	۵۰	۵۰
کنترل	۱۵	۵۰	۱۰۰
کل	۳۰	۱۰۰	--

جدول شماره ۲- آماره های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مرحله	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	آزمایش	پیش آزمون	۴۷	۷۹	۶۸,۵۴	۴,۵۵
		پس آزمون	۷۰	۱۱۳	۹۴,۱۳	۴,۸۴
اضطراب	کنترل	پیش آزمون	۵۱	۸۴	۶۷,۳۹	۴,۴۸
		پس آزمون	۴۷	۸۱	۶۷,۰۵	۴,۶۱
اضطراب	آزمایش	پیش آزمون	۱۸	۵۷	۳۵,۰۶	۱۱,۳۵

۱- Skevington, Lotfy & O'Connell

۱۰,۹۵	۲۹,۹۳	۵۱	۱۴	پس آزمون	کنترل	افسردگی
۱۱,۰۲	۳۴,۸۰	۵۶	۱۹	پیش آزمون		
۱۱,۲۶	۳۵,۷۳	۵۵	۲۰	پس آزمون		
۱۱,۰۰	۴۱,۲۶	۵۸	۲۳	پیش آزمون	آزمایش	
۱۱,۱۴	۳۶,۸۶	۵۴	۱۸	پس آزمون		
۱۰,۸۳	۳۹,۹۳	۶۰	۲۱	پیش آزمون	کنترل	
۱۱,۰۲	۴۰,۲۰	۵۹	۲۲	پس آزمون		

جدول شماره ۳- آزمون کولموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن داده ها در مرحله پیش آزمون

متغیر	گروه	آماره	سطح معناداری	گروه	آماره	سطح معناداری
اضطراب	آزمایش	۰,۵۱۶	۰,۹۵۳	کنترل	۰,۵۸۶	۰,۹۰۵
افسردگی	آزمایش	۰,۶۴۳	۰,۸۰۳	کنترل	۰,۳۵۳	۰,۹۰۰
کیفیت زندگی	آزمایش	۰,۲۹۳	۰,۹۳۳	کنترل	۰,۵۶۴	۰,۹۰۸

جدول شماره ۴- نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	آماره	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اضطراب	۰,۰۳۸	۱	۲۸	۰,۸۴۷
افسردگی	۰,۰۸۹	۱	۲۸	۰,۷۶۸
کیفیت زندگی	۰,۱۸۸	۱	۲۸	۰,۶۶۸

جدول شماره ۵- جدول مربوط به بررسی پیش فرض خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و مستقل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
اضطراب	۳۳۹۴,۱۲	۱	۳۳۹۴,۱۲	۱۴۸۴,۳۵	۰,۰۰۱
افسردگی	۳۳۱۷,۶۴	۱	۳۳۱۷,۶۴	۵۵۸,۱۴	۰,۰۰۱
کیفیت زندگی	۵۶۱۶,۰۸	۱	۵۶۱۶,۰۸	۱۶۶۶,۵۴	۰,۰۰۱

جدول شماره ۶- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در روی میانگین نمره پس آزمون افسردگی و اضطراب

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماري
اضطراب	۲۷۵,۵۹	۱	۲۷۵,۵۹	۱۲۰,۵۲	۰,۰۰۱	۰,۴۱	۱
افسردگی	۱۶۲,۳۴	۱	۱۶۲,۳۴	۲۷,۳۱	۰,۰۰۱	۰,۳۷۷	۱

همان طور که در جدول فوق مشخص است، سطوح معناداری محاسبه شده در مقایسه با سطح معناداری آلفا ۰,۰۱ بسیار کوچکتر است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که با کنترل پیش آزمون، بین زنان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ میزان عملکرد عاطفی (اضطراب و افسردگی) تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین نمرات اضطراب و افسردگی زنان گروه آزمایش نسبت به میانگین نمرات گروه کنترل می توان گفت که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود عملکرد عاطفی (یعنی کاهش میزان اضطراب و افسردگی) اعضای گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر این مداخله نیز بر این دو متغیر به ترتیب برابر با ۰/۴۱ و ۰/۳۷ به دست آمد.

جدول شماره ۷- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در روی میانگین نمره پس آزمون کیفیت زندگی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
کیفیت زندگی	۳۶۸,۹۸	۱	۳۶۸,۹۸	۱۰۹,۴۹	۰,۰۰۱	۰,۴۵۲	۱

چنان که در جدول فوق مشخص است، سطح معناداری محاسبه شده در مقایسه با سطح معناداری آلفا ۰,۰۱ بسیار کوچکتر است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که با کنترل پیش آزمون، بین زنان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ میزان کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین نمرات کیفیت زندگی زنان گروه آزمایش نسبت به میانگین نمرات اعضای گروه کنترل می توان گفت که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش کیفیت زندگی اعضای گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر این مداخله نیز بر این متغیر برابر با ۰/۴۵ به دست آمد.

نتیجه گیری و بحث

فرضیه اول پژوهش حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد عاطفی (افسردگی و اضطراب) زنان باردار تحت لقاح آزمایشگاهی اثربخش است، که مورد تایید قرار گرفت. این یافته در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هایی هم چون، شریفی و میکائیلی (۱۳۹۵)، انوری و همکاران (۱۳۹۳)، حسینی و همکاران (۱۳۹۲)، رجب - زاده و یزدخواستی (۱۳۹۲)، ابراهیمی، رضائیان و خوروش (۱۳۹۲)؛ حر و همکاران (۱۳۹۲)؛ کارولین^۱ و همکاران (۲۰۱۵)؛ لندی^۲ و همکاران (۲۰۱۴)؛ مهدوی^۳ و همکاران (۲۰۱۷)؛ بولمیجر^۴ و همکاران (۲۰۱۱)؛ فولک، پارلینگ و ملین^۵ (۲۰۱۲) و لاپالین^۶ و همکاران (۲۰۰۷) هم سو و هم جهت می باشد.

بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری در روانشناسی، استرس، افسردگی و اضطراب هم چون سایر بیماری های روانی بستگی به شناخت ذهنی افراد دارد. شناخت در مورد میزان استرس زا و ناگوار بودن رویدادها و هم چنین شناخت در

^۱ - Carolyn

^۲ - Landy

^۳ - Mahdavi

^۴ - Bohlmeijer

^۵ - Folke, Parling & Melin

^۶ - Lappalainen

مورد توانمندی های خود برای مقابله با این رویدادهای ناگوار دارد. این شناخت ها می توانند کارآمد و مثبت و یا ناکارآمد و مخرب باشند. از آنجا که مداخله های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را از لحاظ ذهنی توانمند می سازد و سبب می شود تا سلامت روان آن ها افزایش یابد آن ها را قادر می سازد تا در برابر رویدادهای ناگوار و استرس زا، هرچه بیشتر انسجام خود را حفظ کرده و به صورت منعطف تر عمل نمایند (محمودی، ۱۳۹۵). از این رو، بر مبنای نظریه شناختی، در تبیین این یافته می توان گفت که در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آن ها کمک شود تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برای شان مهم و در راستای ارزش های شان است، بپردازند. درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، یک درمان رفتاری است که از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند. درمان ACT از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن ها امکان پذیر است، ناشی می شود (فرمن و هربرت^۱، ۲۰۰۹). در این درمان تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها، همگی منجر به کاهش شدت افسردگی؛ تنش و اضطراب در زنان باردار به روش لقاح آزمایشگاهی شد. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع، به افراد آموزش داده شد که در درمان ACT چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش های شان را تصریح کنند و به آن ها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساسات شان را بپذیرند تا اینکه از آن ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایندهای تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن ها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساسات شان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند آن ها را متوقف سازند، از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزش های شان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه نمایند (کارولین و همکاران، ۲۰۱۵).

فرضیه دوم پژوهش نیز حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان باردار تحت لقاح آزمایشگاهی اثربخش است، که مورد تایید قرار گرفت. این یافته در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هایی هم چون، آرک^۲ و همکاران (۲۰۱۲)؛ شاندروف، پورسل - لالوند و آکانر^۳ (۲۰۱۳)؛ فلدروس^۱ و همکاران (۲۰۱۰)؛ هندرسون^۲ و همکاران (۲۰۱۲)؛ به نقل از محمودی، (۱۳۹۵)؛ فروس^۳ و همکاران (۲۰۱۳)؛ گادیانو^۴ و همکاران

^۱ - Forman & Herbert

^۲ - Arch

^۳ - Schoendorff, Purcell-Lalonde & O'Connor

(۲۰۱۳) و اسمعلی و همکاران (۱۳۹۵) هم سو و هم جهت می باشد.

در تبیین این یافته باید گفت که راهبردهای کنترل عاطفی، انجام تمرین های تعهد رفتاری، شفاف سازی ارزش ها، تکنیک های شناسایی رفتارهای مبتنی بر ارزش ها به همراه بیان استعاره ها، گسلش و پذیرش همگی منجر به کاهش علائم و نشانگان بالینی (افسردگی، اضطراب و استرس) و افکار و رفتارهای ناکارآمد شدند. هدف این مطالعه کمک به زنان باردار شده به روش لقاح آزمایشگاهی بود تا احساسات شان را بپذیرند و نسبت به تغییرات به وجود آمده متعهد باشند. در این درمان به مراجعان کمک می شود تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه و رفتار قبلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برای شان مهم و در راستای ارزش های شان است قدم بردارند که این امر موجب افزایش و ارتقای کیفیت زندگی آنان می گردد. بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری، درمان های برگرفته از انی دیدگاه، بر نقش باورها، شناخت ها، طرحواره ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد مشکلات روانی تاکید می شود. لذا، تاکید اصلی این رویکردها و درمان ها «تغییر» است (هانکوک و کاساندر، ۲۰۱۶). به عقیده استون^۱ و همکاران، (۲۰۰۶) در درمان ACT، هدف، داشتن یک زندگی سالم به همراه یک احساس بسیار خوب نیست، بلکه هدف این است که هم احساس خوب و هم زندگی خوبی را داشته باشیم. بدین معنا که اگر افراد همان طور که هیجانات خود را تجربه می کنند، وقتی شرایط باعث ایجاد احساس بد می شوند و هیجانات بد را تجربه می کنند از نظر روان شناختی سالم می باشند. وقتی تفسیرهای افراد در مورد پیامدهای احساس شان بر آن ها غالب می شود، توانایی حفظ خود در برابر آن احساسات را نخواهند داشت و برعکس، وقتی هیجانات فقط یک احساس باشند می توانند معنای واقعی خودشان را داشته باشند. یا به عبارت دیگر، احساسات کمی از گذشته آنان را به زمان حال می آورند. در واقع، فرایندهای مرکزی ACT به افراد آموزش می دهد چگونه عقیده بازدارنده فکر را رها کنند، از افکار آزارنده رهایی یابند، خود مشاهده گر را تقویت کنند و به جای کنترل رویدادها، آن ها را بپذیرند. بنابراین، هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد جایگزینی برای چهار عامل انعطاف - ناپذیری روان شناختی (شامل: آمیختگی، ارزشیابی، اجتناب و دلیل تراشی) می باشد. این جایگزین ها عبارتند از: ۱- پذیرش: یعنی اینکه فرد تجارب درونی ناخواسته و نیز رویدادهای بیرونی غیرقابل تغییر را همان طور که هستند نه آنگونه که نشان می دهند بپذیرند. ۲- انتخاب: یعنی اینکه فرد به جار پرداختن به رویدادهای منفی، جهت ها و اهداف

^۱ - Fledderus

^۲ - Henderson

^۳ - Feros

^۴ - Gaudiano

^۵ - Hancock & Cassandra

^۶ - Steven

مهم و ارزشمند را در زندگی انتخاب کند و ۳- عمل: یعنی اینکه فرد پس از انتخاب اهداف نسبت به حرکت در راستای آن‌ها متعهد باشد، که در نهایت، این امر به داشتن یک زندگی با کیفیت از لحاظ روان‌شناختی ختم می‌گردد (جسیکا و همکاران، ۲۰۱۳). در نتیجه می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تاثیر بسیار مثبتی بر بهبود عملکردهای عاطفی و افزایش کیفیت زندگی زنان باردار داشته باشد.

منابع

- ابراهیمی، امراله؛ رضائیان، معصومه و خوروش، مهدی. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد، کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرتبط با درد بیماران مبتلا به دردهای مزمن، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک، ۱.
- اسمعیلی، احمد؛ علیزاده، معصومه و غنی‌زاده بالدلولو، کبری. (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله علوم پزشکی ارومیه*، ۲۷ (۵)، ۳۷۴-۳۶۵.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. (۱۳۹۳). تهران: رشد.
- انوری، محمدحسین؛ ابراهیمی، امرالله؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ افشار، حمید و عابدی، حمید. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر پذیرش درد و اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۲ (۲۵۹)، ۱۰-۱.
- ایزدی، علی‌رضا. (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر علایم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روانشناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران.
- ایمانی‌فرد، مینا. (۱۳۹۷). تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر باورهای غیرمنطقی و تعهد زناشویی زنان نابارور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فردوس.
- پرتانی، هانیه. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی به روش فعال سازی رفتاری (B.A) بر اضطراب و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، نیشابور.
- حاتملوی سعدآبادی، منیژه و هاشمی نصرت‌آبادی، تورج. (۱۳۹۱). مقایسه بهزیستی روانشناختی و رضایت‌مندی زناشویی در گروهی از زنان بارور و نابارور شهر تبریز. *روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور*، ۳۱-۲۰، (۱)، ۳۱-۲۰.
- حر، مریم؛ آقایی، اصغ؛ عابدی، احمد و عطاری، عباس. (۱۳۹۲). تاثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱ (۲)، ۱۲۸-۱۲۱.
- حسینیانی، علی؛ شیخان، ریحانه؛ آریاناکیا، المیرا و محمودزاده، اکرم. (۱۳۹۲). اضطراب اجتماعی نوجوانان: نقش دلبستگی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله روانشناسی تحولی*، ۹ (۳۶)، ۳۶۳-۳۷۹.
- خانی، سمیرا و باباخانی، نرگس. (۱۳۹۵). مقایسه و رابطه رشد معنوی و استرس ادراک شده با شادکامی در زنان نابارور و بارور شهر تهران. *روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور*، ۳۵ (۱)، ۹۳-۱۰۴.

- دیرکوند مقدم، اشرف؛ دل پیشه، علی و سایه میری، کوروش (۱۳۹۲). بررسی میزان ناباروری در ایران به روش مرور سیستماتیک، مجله زنان مامائی و نازائی ایران، ۱۶(۸۱)، ۷-۱
- رجب‌زاده، ساجده و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱(۲۱)، ۲۹-۳۹.
- زارعی، نسرين؛ رسول‌زاده طباطبائی، کاظم و اذین، سیدعلی. (۱۳۹۱). مقایسه میزان افسردگی، اضطراب و تنیدگی در سه‌ماهه‌های اول، دوم و سوم بارداری در زنان باردار عادی و زنان باردار تحت درمان ناباروری. *روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور*، ۱(۴)، ۵-۱۸.
- زمانی، الهام، معتمدی، عبدالله و بختیاری، مریم. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مبتلایان به ام‌اس. *روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور*، ۵(۴)، ۱۵۲-۱۶۷.
- شریفی، ویدا و میکائیلی، نیلوفر. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و انعطاف‌پذیری زنان جوان مطلقه. *مجله علوم تربیتی و علوم اجتماعی*، ۲۰(۱)، ۱۳-۱.
- شهرستانی، ملیحه؛ قنبری، بهرام‌علی؛ نعمتی، هاشم و رهباندار، حمید. (۱۳۹۱). اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود ابعاد استرس ادراک شده ناباروری و شناخت‌های غیرمنطقی در زنان نابارور تحت درمان لقاح آزمایشگاهی. *مجله زنان مامائی ایران*، ۱۵(۱۹)، ۲۸-۳۸.
- شیدائی اقدم، شوان. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳۴)، ۲۲۲-۲۲۸.
- غفوری، مهناز. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری بر اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری بیماران دیالیزی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر.
- کریمی، فاطمه‌زهرا؛ دادگر، سلمه؛ عبدالهی، محبوبه؛ یوسفی، سمیه؛ تولیت، مریم و خسروی عنبران، زهرا، (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین شکارات شایع دوران بارداری با کیفیت زندگی زنان باردار. *مجله مامائی و نازایی*، ۲۰(۶)، ۳۱-۸.
- کشف‌رودی، منیره، (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر باورهای ناکارآمد، خودپنداره و باورهای سلامت زنان نابارور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات خراسان رضوی.
- محمودی، اکرم. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان بالینی و تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات خراسان رضوی.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، رضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL Brief): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.

- نورعلی، فریده. (۱۳۹۲) رابطه اضطراب مرگ و افسردگی با سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرطانی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

- Andersen, M.R., Bowen, D.J., Stein, K.D., & Baker, F. (۲۰۰۹). Involvement in decision-making and breast cancer survivor Quality of life. *Health Psychol*; ۲۸ (۱), ۲۹-۳۷.
- Arch, J.J., Eifert, G.H., Davies, C., Vilardaga, J.C.P., Rose, R.D., & Craske, MG. (۲۰۱۲). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psyche*, ۸۰(۵), ۷۵۰-۶۵.
- Bjørk, M.H., Veiby, G., Engelsen, B.A., & Gilhus, N. (۲۰۱۵). Depression and anxiety during pregnancy and the postpartum period in women with epilepsy. *A review of frequency, risks and recommendations for treatment. Seizure*, ۲۸, ۳۹-۴۵.
- Bohlmeijer, E.T., Fledderus, M., Rokx, T., & Pieterse, M.E. (۲۰۱۱). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, ۴۹(۱), ۶۲-۶۷.
- Brown, F.L., Whittingham, K., Boyd, R.N., McKinlay, L., & Sofronof, K. (۲۰۱۵). Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? *A randomized controlled trial. Behav Res Thera*. ۷۳, ۵۸-۶.
- Carolyn, D., Daviesa, A.N., Nilesa, A., Joanna, J., Archc, M., & Craske, G. (۲۰۱۵). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, ۴۶, ۳۵-۴۳
- Charandab i, S.M.A., Kamalifard, M., Sedaghiani, M.M., Montazeri, A., & Mohammadian. E.D. (۲۰۱۲). Health-Related Quality of Life and its Predictive Factors among Infertile Women. *Journal of caring sciences*, ۱(۳), ۱۵۹-۱۶۴.
- Cousineau, T. M. & Domar, A. D. (۲۰۰۷). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, ۲۱(۲), ۲۹۳-۳۰۸.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J., (۲۰۰۱). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Bmj*, ۳۲۳(۷۳۰۷), ۲۵۷-۲۶۰.
- Felce, D., & Perry, J. (۱۹۹۵). Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil*, ۱۶(۱), ۵۱-۷۴.
- Feros, D.L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J.T. (۲۰۱۳). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology*, ۲۲(۲), ۴۵۹-۶۴.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Smit, F., & Westerhof, GJ. (۲۰۱۰). Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *Am J Public Health*, ۱۰۰(۱۲), ۲۳۷۲-۲۳۷۸.

- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (۲۰۱۲). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, ۱۹(۴), ۵۸۳-۹۴.
- Forman, E.M., & Herbert, D. (۲۰۰۹). *New Directions in Cognitive Behavior Therapy: Acceptance Based Therapies, Chapter to Appear*. In: O'Donohue WT, Fisher, JE, editors. Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice. ۲nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, ۲۶۳-۲۶۸.
- Gaudiano, B.A., Nowlan, K., Brown, L.A., Epstein-Lubow, G., & Miller, I.W. (۲۰۱۳). An Open Trial of a New Acceptance-Based Behavioral Treatment for Major Depression with Psychotic Features. *Behave Modify*, ۳۷(۳), ۳۲۴-۵۵.
- Ghareh baghee, M., AbdollahiFard, S., & Feyizinia, S. (۲۰۱۱). Effective factors in Ovarian responses in IVF. *Tabriz medical university journal*, ۳۳(۱), ۵۹-۶۴.
- Goedeke, S., & Payne, D. (۲۰۱۰). A qualitative study of New Zealand fertility counsellors' roles and practices regarding embryo donation. *Human reproduction*, ۵(۲۱), ۲۸۲۱-۲۸۲۸.
- Goedhart, G., Snijders, A C., Hesselink, A., Van Poppel, M.N., Bonsel, G.J., Vrijkotte, T. (۲۰۱۰). Maternal depressive symptoms in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study. *Psychosomatic Medicine*, ۲(۸), ۷۶۹-۷۷۶.
- Halliburton, A.E. & Cooper, L.D. (۲۰۱۵). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, ۴(۱), ۱-۱۱.
- Hancock, K., & Cassandra, H. (۲۰۱۶). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. [Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology](#), ۱۶(۵), ۸۴-۹۵.
- Jessica, S., Karen, H., Cassandra, H. & Jenny, B. (۲۰۱۳). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety. *Clinical Psychology Review*, ۳۳(۸), ۹۶۵-۹۷۸.
- Kent, A. (۲۰۱۱). Psychiatric disorders in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, ۲(۱۱), ۳۱۷-۳۲۲.
- Landy, L.N., Schneider, R., Rebecca, L., & Joanna, J. (۲۰۱۴). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: A concise review. *Current Opinion in Psychology*, ۲, ۷۰-۷۴.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. (۲۰۰۷). Preliminary controlled effectiveness trial: the impact of CBT and ACT models using psychology trainee. *BehaviorModification*, ۳۱, ۴۸۸-۵۱۱.
- Lauria, A. (۲۰۱۳). Proposing and Acceptance and Commitment Therapy intervention to promote improve diabetes management in adolescents a treatment conceptualization. *International Journal Behavioral Consultation and Therapy*, ۲(۱), ۱-۲۰.
- Mahdavi, A., Aghaei, M., Aminnasab, V., Tavakoli, Z., Besharat, M.A., Abedin. M. (۲۰۱۷). The efficacy of acceptance and commitment therapy(ACT) on percieved Stress, symptoms of depression, and Marital satisfaction in women with breast cancer. *Arch Breast cancer*, ۴(۱), ۱۶-۲۳.

- Mallikarjun, P., & Oyeboode, F. (۲۰۰۵). Prevention of postnatal depression. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, ۱۲۵(۵), ۲۲۱-۲۲۶.
- Murray, S.S., McKinney, E.S. (۲۰۰۶). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Nikpour, M., Abedian, Z., Mokhber, N., Ebrahimzadeh, S., Khani, S. (۲۰۱۱). Comparison of quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section. *J Babol Univ Med Sci*, ۱۳(۱), ۴۴-۵۰. (Persian).
- Nourbala, A., Abedinia, R., Naghizadeh, N., Nahdi, M., & Haghollahi, F. (۲۰۰۸). Prevalence of Psychologic disorders and personali types in fertil and infertil women. *fertility and infertilitly*, ۵(۱۰), ۳۵۰-۳۶۰.
- Oliva, A. & Multigner, L. (۲۰۱۸). Chronic epididymitis and Grade III varicocele and their associations with semen characteristics in men consulting for couple infertility. *Asian journal of andrology*, ۲۰(۴), ۳۶۰.
- Schoendorff, B., Purcell-Lalonde, M., & O'Connor, K. (۲۰۱۳). Third wave therapies in the treatment of obsessional compulsive disorder : applying acceptance and commitment therapy. *Sante Ment Que*, ۳۸(۲), ۱۵۳-۱۷۳.
- Skevington, S.M., Lotfy, M., & O'Connell, K.A. (۲۰۰۴). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, ۱۳, ۲۹۹-۳۱۰.
- Steven, C., Hayes, A., Jason, B., Luoma, A., Frank, W., & Bond, B. (۲۰۰۶). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, ۴۴(۱), ۱-۲۵. جسیکا
- Twohig, M.P. (۲۰۱۱). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Cognitive Behav Practice*, ۱۶, ۲۴۳-۵۲.
- Waldie, K.E., Peterson, E.R., D'Souza, S., Underwood, L., Pryor, J.E., Carr, P., & Morton, S.M.B. (۲۰۱۵). Depression symptoms during pregnancy: Evidence from Growing up in new Zealand. *Journal of affective disorders*, ۱۸۶(۲۰۱۵), ۶۶-۷۳.