

Research Paper



## The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Coping Styles and Perceived Stress in infertile women



Ali Ahmadian<sup>1</sup>, Behzad Taghipuor\*<sup>2</sup>, Mohsen Alirezaee hoor<sup>3</sup>,  
Narges Sabzi<sup>4</sup>, Seyedeh Marzieh Davodi<sup>5</sup>, Maryam Mirzapour Beinkalae<sup>6</sup>

1. Ph. D Student of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
2. Ph. D in Psychology, Faculty of Education and psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3. MA Clinical Psychology, University of Payame Noor South Tehran, Tehran, Iran.
4. MA Family Consulting, Islamic Azad University, Thehran, Iran.
5. Ph.D student, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
6. Ms Clinical Psychology, Khalkhal Branch, Islamic Azad University, Khalkhal, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.19.9](https://doi.org/10.1001.1.27173852.1401.17.66.19.9)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15280.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15280.html)



### ARTICLE INFO

### ABSTRACT

**Keywords:**  
Acceptance and Commitment Therapy, Perceived stress, Coping styles, Infertility

Received:  
Accepted:  
Available:

Infertility can cause several psychological problems in the lives of couples and marital problems for these people. This study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Coping Styles and Perceived Stress in infertile women. Method This study was of a semi-experimental type with pre-test post-test with control group. For the present study, the population consisted of all infertile women aged 20 to 45 years old in bahman hospital west town Tehran, and 30 of them were selected using convenient sampling method and placed in two groups of 15 subjects each (experimental and control). Research tools included Perceived Stress Scale by Cohen and et al (1983) and Coping Strategies Inventory by Lazarus and Folkman (1988). The data were analyzed using Spss-20 softwar and covariance analysis. The findings indicated that Acceptance and Commitment Therapy on experimental group's scores of perceived stress and coping styles was effective and significant ( $P \leq 0.001$ ). The results show that acceptance and commitment therapy to Improvement the Coping styles and reduce Perceived stress was effectiveness in Infertility women. It is recommended that this treatment counselors, Therapists and consultants in Treatment centers and education classes in order to solve their psychologist problems infertile women and boost productivity.



\* Corresponding Author: Behzad Taghipuor

E-mail: [behzad.taaghipuor1386@gmail.com](mailto:behzad.taaghipuor1386@gmail.com)

## مقاله پژوهشی



## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای و استرس ادراک‌شده زنان نابارور



علی احمدیان<sup>۱</sup>، بهزاد تقی‌پور<sup>۲\*</sup>، محسن علیرضایی حور<sup>۳</sup>، نرگس سبزی<sup>۴</sup>، سید مرضیه داودی<sup>۵</sup>، مریم میرزاپور بین کلایی<sup>۶</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۲. دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام نور تهران جنوب، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز، تهران، ایران.
۵. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۶. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد خلخال، دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.19.9](https://doi.org/10.27173852.1401.17.66.19.9)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15280.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15280.html)



## چکیده

## مشخصات مقاله

## کلیدواژه‌ها:

استرس ادراک‌شده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبک‌های مقابله‌ای، ناباروری

ناباروری می‌تواند باعث مشکلات روانشناختی متعددی در زندگی زوجین شود و مشکلات زناشویی متعددی را برای این افراد بوجود آورد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای و استرس ادراک‌شده زنان نابارور بود. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش شامل زنان نابارور ۲۰ تا ۴۵ ساله بیمارستان بهمن شهرک غرب تهران بود. که ۳۰ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۰ و روش تحلیل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات استرس ادراک‌شده و سبک‌های مقابله‌ای بیماران گروه آزمایش، موثر و معنی‌دار بوده است ( $P \leq 0.001$ ). نتایج پژوهش بیانگر تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سبک‌های مقابله‌ای و کاهش استرس ادراک‌شده زنان نابارور بود. توصیه می‌گردد مشاوران، و درمانگران از این رویکرد درمانی در مراکز درمان و کلاس‌های آموزشی جهت حل مشکلات روانشناختی زنان نابارور بهره ببرند.

دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

\* نویسنده مسئول: بهزاد تقی‌پور

رایانامه: behzad.taaghipuor1386@gmail.com

## مقدمه

استرس و روش‌های مقابله با آن است. به بیان دیگر مقابله یک متغیر تعدیل‌گر مهم در رابطه بین استرس و پیامدهایی همچون، اضطراب و افسردگی به شمار می‌رود، از این‌رو اگر تلاش‌های مقابله‌ای فرد از نوع مؤثر، کارآمد و سازگارانه باشد، استرس کمتر فشارزا به شمار رفته و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی آن است. در مقابل اگر سبک یا الگوی مقابله، ناسازگارانه و ناکارآمد باشد، نه تنها استرس را مهار نمی‌کند بلکه خود منبع فشار به شمار آمده و شرایط را بدتر می‌کند. شیوه حل مشکل متمرکز بر مسئله به عنوان مناسب‌ترین و سازگارترین شیوه کنترل استرس محسوب شده و استفاده از آن با سلامتی روانی افراد ارتباط مستقیم دارد. در حالی که شیوه‌های هیجان‌مدار می‌توانند باعث کاهش تلاش فرد جهت حل مشکل شوند و بدین ترتیب مشکل فرد برطرف نشده و در مواردی به صورت مزمن و پیشرفته در می‌آید (عادلین راسی، تیمپکا، لیندکویست و مولآ، ۲۰۱۳). پس می‌توان گفت شیوه مقابله مسئله‌مدار با استرس همواره به عنوان روش مطلوب و مناسب مورد استفاده قرار می‌گیرد. در همین رابطه پژوهش‌های بسیاری به این نتیجه دست یافتند که زنان نابارور بیشتر از سبک‌های هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (تمنایی فر، ۱۳۹۰). افرادی که نمی‌توانند پاسخ‌های هیجانی خود نسبت به رویدادهای روزمره را به طور موثری مدیریت کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تری از ناراحتی‌های روانی را تجربه می‌کنند (لیپی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷). به همین علت نیاز است که افراد مهارت‌هایی را بیاموزند که هنگام مواجه با مشکلات و موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه‌های سازگارانه‌تری تفکر و به صورت تاب‌آورانه‌تری عمل کنند (هال و پیرسون<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۳).

براساس مطالب ذکر شده به نظر می‌رسد ارزیابی روانشناختی این افراد و تعیین واکنش‌های شایع و عوارض روانی آن‌ها جهت پیشگیری و درمان سریعتر اهمیت اساسی دارد، و با توجه به نرخ شیوع بالا و وجود مشکلات روانشناختی همزمان در این افراد توجه به درمان‌های روانشناختی مؤثر و مفید، یک الزام بالینی می‌باشد. همچنین با توجه به اینکه ناباروری و درمان آن دارای ابعاد گوناگونی است، نمی‌توان درمان یک زن نابارور را فقط به ابعاد جسمی خلاصه کرد و لازم است که در کنار درمان‌های پزشکی، درمان‌های روانشناختی نیز مورد توجه قرار گیرند. در چند دهه اخیر پیشرفت‌های شایان توجهی در گسترش مداخلات روانی-اجتماعی برای افراد نابارور صورت گرفته است (بندیکت و پندو<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۳). درمان‌های روانشناختی همراه با برنامه‌های درمانی ناباروری، با بالا بردن سطح سلامت روانی، افراد نابارور را در مقابل تنش مقاوم‌تر ساخته و علاوه بر آن که اثربخشی درمان‌های ناباروری را افزایش می‌دهند، فرد نابارور را به پیگیری درمان تشویق می‌کنند. در این میان یکی از درمان‌های روانشناختی مؤثر که از مبانی نظری قوی برخوردار

سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> از ناباروری<sup>۲</sup> به عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده است. ناباروری عبارت است از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). ناباروری در جهان در حال افزایش بوده (فو، یان، زه، لیو، لین و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). و این زنان را با مشکلات روانشناختی و اجتماعی زیادی روبرو کرده است (اوزترک، ابا و سیک<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱). به گونه‌ای که زنان نابارور نسبت به زنان عادی از سطح کیفیت زندگی و بهداشت روانی پایین‌تری برخوردارند (شین، لی، کیم و جو<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱). شیوع ناباروری در دنیا بین ۹ تا ۱۸ درصد گزارش شده است (آقاجانووا، هافمن، موکلین، کریستوفر و همدون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). این در حالی است که این میزان در ایران ۱۳/۲ درصد گزارش شده است (بهزادپور، مطهری، وکیلی و سهرابی، ۱۳۹۴). حدود ۱۵ درصد زوجین از ناباروری رنج می‌برند، علل ناباروری در ۴۰ درصد موارد مربوط به عوامل زنانه، ۴۰ درصد مربوط به عوامل مردانه و ۲۰ درصد مربوط به عوامل مشترک گزارش شده است (برگا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). با توجه به موارد گفته شده و مخاطرات فراوانی که ناباروری به همراه دارد، آگاهی از عوامل شناختی و هیجانی متعددی که در آسیب‌شناسی روانی ناباروری دخیل هستند، می‌تواند نقش مهمی در درمان، پیشگیری و کاهش هزینه‌های روانشناختی زنان نابارور داشته باشد. دو مورد از این عوامل که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته، استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای است.

بحران ناباروری و آسیب‌های هیجانی و روانی که به همراه دارد باعث شده تا زوجین نابارور به طور فزاینده‌ای استرس ناباروری بیشتری را تجربه کنند (کیم، مون و کیم<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰). زنان نابارور، ناباروری را به عنوان یکی از پرتنش‌ترین دوره‌های زندگی خود قلمداد کرده و استرس‌های فراوانی را در این دوران تجربه می‌کنند (آدلی، کروز، پاسچ و هیدی لستون<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰). افزایش پریشانی روانشناختی و استرس‌های مستمری که آنها در این دوران تجربه می‌کنند باعث شده تا کیفیت زندگی و سلامت روان پایینی داشته باشند (اسویفت، ریس و اسوانسون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۱). بنابراین یکی از رایج‌ترین بحران‌های این افراد استرس‌های طولانی و طاقت فرسا است. استرس ناباروری<sup>۱۱</sup> عبارت است از تعامل بین شرایط فیزیکی مستعدکننده ناباروری، مداخلات پزشکی، عکس‌العمل‌های دیگران و خصوصیات روانی فردی که ممکن است برای مدتی طولانی همراه فرد باشد. (دی‌لیز و استراوس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵).

پژوهش‌ها درباره استرس بر این نکته تاکید دارند که آنچه سلامت فرد را با خطر روبه رو می‌کند، خود استرس نیست، بلکه شیوه ارزیابی فرد از

- 9 . Adeleye, Cruz, Pasch & Heather
- 10 . Swift, Reis & Swanson
11. Infertility Stress
12. De Liz & Strauss
13. Addelyan Rasi, Timpka, Lindqvist & Moula
14. Leahy
15. Hall & Pearson
16. Benedict & Penedo

1. World Health Organization
- 2 . infertile
- 3 . Fu, Yan, Yin, Zhu, Liu, Liu & et al
- 4 . Ozturk, Aba & Sik
- 5 . Shin, Lee, Kim & Jo
6. Aghajanova, Hoffman, Mok-Lin, Cristopher, & Herndon
7. Berga
- 8 . Kim, Moon & Kim

است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> (ACT) است. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (پرودینی، پرستی، رابیتی، میسلی و مدراتو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). ACT یک مداخله بافتگرایی کارکردی بر مبنای نظریه چارچوب ارتباطی است (زانگ، لیمینگ، اسمیت، چانگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۴</sup> است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). گرچه در ACT به طور مستقیم نشانگان بالینی هدف قرار نمی‌گیرد، اما با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی تغییر در نشانه‌ها مشاهده می‌شود (گلاستر، کلوتشه، سیاروچی، ایفرت<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). تحقیقات زیادی اثربخشی این مداخله درمانی را در بهبود سلامت روان نشان داده‌اند به طوری که نتایج تحقیق بهاتاب و الهادی<sup>۷</sup> (۲۰۲۱) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری علائم اضطراب را بهبود بخشیده و تغییر مثبت در رفتار و نگرش‌های زنان ایجاد کرده و منجر به بهبود کیفیت زندگی و اعتماد به نفس آنها می‌شود. نتایج تحقیق امیرفخرائی، کرامتی و سماوی (۱۳۹۹) در تحقیقی که بر روی زوجین ناباور انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که ACT می‌تواند به طور معناداری استرس ناباوروری و افسردگی را در این گروه کاهش دهد. همچنین تحقیقات نژاد محمد نامقی و نصرتی بیگزاده (۱۳۹۷)، صمدی و دوستکام (۱۳۹۶)، رهنما و سجادیان (۱۳۹۶)، گالهدو، کانه و پینتوگویا<sup>۸</sup> (۲۰۱۶)، گالهدو، مورا راموس، کانه و پینتوگویا<sup>۹</sup> (۲۰۱۷)، پیترسون و ایفرت<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۱) نیز نشان دهنده اثربخشی این درمان در کاهش استرس و بهبود سلامت روان در زنان ناباور است.

با توجه به این مسائل ضرورت انجام پژوهش‌های علمی و تخصصی در مورد عوامل روانشناختی ناباوروری احساس می‌گردد و باید تلاش‌هایی برای ارتقای سبک‌های مقابله‌ای و کاهش استرس این گروه از افراد صورت بگیرد. بنابراین، با توجه به شواهدی مبنی بر بالابودن استرس و استفاده نادرست زنان ناباور از سبک‌های مقابله‌ای و نقش اساسی این دو مفهوم در زندگی آنها و اطرافیانشان، مسئله‌ی اصلی پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیری بر ارتقا سبک‌های مقابله‌ای و کاهش استرس ادراک شده زنان ناباور دارد؟

## روش

**طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری:** پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ناباوروری بود که در سال ۱۳۹۹ به بیمارستان بهمن تهران (بخش ناباوروری) مراجعه کرده بودند. پس از اعلام

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Prevedini, Presti, Rabitti, Miselli & Moderato
3. Zhang, Leeming, Smith, Chung & et al
4. Cognitive flexibility
5. Forman & Herbert
6. Gloser, Klotsche, Ciarrochi, Eifert & et al

فراخوان از سوی محقق، از میان زوج‌های متقاضی شرکت در جلسات که در فرصت یک ماهه ثبت نام نموده بودند (۴۹ آزمودنی)، ۳۸ شرکت کننده بر اساس مصاحبه مقدماتی و موارد ورود و خروج به پژوهش، واجد شرایط شرکت در مطالعه شناخته شدند. ملاک‌هایی که جهت ورود افراد به پژوهش در نظر گرفته شد عبارت بودند از: انتخاب آزاد آزمودنی‌ها، داشتن حداقل یکسال سابقه تشخیص پزشکی ناباوروری، حداقل مدرک تحصیلی سیکل، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم استفاده همزمان از درمان‌های روانشناختی دیگر و نداشتن بیماری‌های مزمن جسمی یا اختلال بسیار شدید ذهنی (افسردگی، اسکیزوفرنی، اختلال سومصرف مواد و اختلالات اضطرابی). همچنین معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده و بروز استرس حاد در جریان مداخلات بود. در مرحله بعد تمامی زنان ناباور واجد شرایط (۳۸ شرکت کننده) به پرسشنامه استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای دادند و بر اساس نمرات اکتسابی در پرسشنامه‌ها، ۳۲ شرکت کننده که بالاترین نمرات را در استرس ادراک شده و سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و کمترین نمره را در سبک مقابله‌ای مساله‌مدار کسب نموده بودند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) جایگزین شدند. لازم به ذکر است از تعداد ۳۲ شرکت کننده ۲ نفر به دلیل غیبت بیش از دو جلسه از فرایند درمان کنار گذاشته شدند. بنابراین نمونه نهایی ۳۰ نفر بودند. علت انتخاب این تعداد برای حجم نمونه، لزوم وجود حداقل ۱۵ نفر برای هر زیرگروه در مطالعات آزمایشی است (دلور، ۱۳۹۷). در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی (انجمن جهانی پزشکی، ۲۰۱۳) رعایت گردید که از جمله آن‌ها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد. پس از جایگزینی شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل و اخذ پیش‌آزمون، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۸ جلسه یک ساعت و نیم به شیوه گروهی و هفتگی و بر اساس طرح درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هیز و استروسهل<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۰) تهیه شده است برگزار گردید اما گروه کنترل درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون بعمل آمد. در پایان مرحله پس‌آزمون، محقق به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بصورت یک کارگاه دو روزه برای شرکت کنندگان گروه کنترل برگزار نمود.

7. Bahattab & AlHadi
8. Galhardo, Cunha & Pinto-Gouveia
9. Galhardo, Moura-Ramos, Cunha & Pinto-Gouveia
10. Peterson & Eifert
11. Hayes & Strosahl

جدول ۱. خلاصه‌ای از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	تکنیک‌ها
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ ارایه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش-آزمون
دوم	بحث در مورد تجربیاتی و ارزیابی آن‌ها. ایجاد ناامیدی خلاقانه، کارآمدی به عنوان معیار سنجش
سوم	شفاف‌سازی ناکارآمدی و کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی
چهارم	تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کاربرد تکنیک گسلش شناختی
پنجم	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه تکلیف خود مفهومی و بیان خود
ششم	سنجش عملکرد، کاربرد تکنیک ذهن آگاهی. تضاد بین تجربه و ذهن
هفتم	ارائه راه کارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه-ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عملی متناسب با ارزش‌ها، جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از بیماران برای توضیح دستاوردهایشان از درمان و برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی

دست آمد. همچنین کوهن و همکاران (۱۹۸۳) برای محاسبه روایی ملاک این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با نشانه‌های شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. در ایران پایایی این مقیاس توسط نیکنام (۱۳۹۸) به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

**پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای<sup>۳</sup>:** جهت بررسی راهبردهای مقابله از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن<sup>۴</sup> (۱۹۸۸) استفاده شد که ۶۶ سوال دارد و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان مدار را می‌سنجد. این پرسشنامه در یک مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت («اصلاً» ۰، «بعضی اوقات» ۱، «معمولاً» ۲، «زیاد» ۳) نمره‌گذاری می‌شود. نمره فرد در هر مقیاس از مجموع امتیازات وی از سوالات مختص به آن مقیاس به دست می‌آید. نمره برش این پرسشنامه یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین در نظر گرفته می‌شود. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای محاسبه‌ی پایایی مربوط به مقابله‌ی متمرکز بر هیجان را ۰/۷۲ و مقابله‌ی متمرکز بر مسئله را ۰/۷۹ به دست آورده‌اند. در ایران پایایی این مقیاس توسط سدید و یمینی (۱۳۹۷) به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس مساله‌مدار ۰/۷۰ و برای خرده مقیاس هیجان‌مدار ۰/۶۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس مساله‌مدار ۰/۷۴ و برای خرده مقیاس هیجان‌مدار ۰/۷۲ به دست آمد.

**نتایج**

در پژوهش حاضر میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۵/۰۵ و انحراف معیار ۶/۰۳ بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های استرس ادراک شده و

سبک‌های مقابله‌ای در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش	گروه کنترل
استرس ادراک شده	میانگین	۲۱/۹۳	۲۱/۹۳
	انحراف معیار	۴/۷۸	۳۳/۹۷
مساله مدار	میانگین	۱۳/۸۸	۵/۳۸
	انحراف معیار	۲/۲۴	۲/۷۹
هیجان مدار	میانگین	۱۹/۶۱	۱۲/۸۲
	انحراف معیار	۴/۳۶	۳/۰۱

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین استرس ادراک شده، راهبرد مقابله‌ای مساله مدار و هیجان مدار در پیش آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۳۲/۸۷، ۱۳/۸۸ و ۱۹/۶۱ و در پس آزمون ۲۱/۹۳، ۲۱/۷۴ و ۱۲/۸۲ است،

پس از انجام مداخله به مدت ۸ جلسه روی گروه آزمایش، پس آزمون روی هر دو گروه اجرا شد. جلسات مداخله توسط نویسنده مسئول پژوهش حاضر با هماهنگی قبلی در یکی از اتاق‌های بیمارستان بهمن شهرک غرب (منطقه ۲) برگزار شد. همچنین برای رعایت اخلاق پژوهشی، در پایان جلسه‌ای با حضور اعضای گروه کنترل برگزار و به سؤالات افراد پاسخ داده شد.

داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.20 در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت که در آن متناسب با سطح سنجش متغیرها از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری) استفاده گردید.

**ابزار سنجش**

**مقیاس استرس ادراک شده<sup>۱</sup>:** این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کمارک و مرملمستین<sup>۲</sup> ساخته شده و دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ سوالی است. که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در طول یک ماه گذشته به کار می‌رود. این فرم از طریق بررسی پاسخ‌ها، افکار و احساسات درباره‌ی حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند رابطه‌های تنش‌زا را نشان می‌دهد. مقیاس به کار رفته در این پژوهش ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم براساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هرگز=۰، تقریباً هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و بیشتر اوقات=۴) پاسخ داده می‌شود. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره برش ۲۱/۸ و نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است (حسن‌زاده لیف شاگرد، ترخان و تقی زاده، ۱۳۹۲). در پژوهش کوهن و همکاران (۱۹۸۳) نمره ضریب همسانی برای پرسشنامه استرس ادراک شده بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به

3. Coping Strategies Inventory  
4. Lazarus & Folkman

1. Perceived Stress Scale  
2. Cohen, Kamarck & Mermelstein

است. یعنی ۶۸ درصد از تفاوت‌های فردی نمرات متغیرهای استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای به تاثیر عضویت گروهی می‌باشد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی-داری	مجدور اتا	توان آماری
استرس	۲۱۳/۶۵	۱	۲۱۳/۶۵	۱۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	۰/۹۳۴
ادراک شده	۱۹۶/۵۸	۱	۱۹۶/۵۸	۱۴/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸	۰/۹۶۵
سبک مساله‌مدار	۱۷۲/۵۴	۱	۱۷۲/۵۴	۱۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴	۰/۹۸۱
سبک هیجان-مدار							

همان‌گونه که در جدول ۴ نشان داده شده است پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات متغیرهای استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای بر حسب عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P \leq 0.01$ ) که ۵۳٪ تغییرات در متغیر استرس ادراک شده، ۴۹٪ تغییرات در مولفه سبک مقابله‌ای مساله‌مدار و ۵۷٪ تغییرات در مولفه سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار مربوط به تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای در پس‌آزمون گروه آزمایش تاثیر داشته است. توان آماری نزدیک به یک هم نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای و کاهش استرس ادراک شده در زنان ناباور بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک شده زنان ناباور موثر است. این نتایج همسو با نتایج گالهاردو و همکاران (۲۰۱۷)، کراولی، هایسلیپ و هابدی<sup>۲</sup>، (۲۰۱۳)، صبور و کاکابرابی (۱۳۹۵)، صنایعی (۱۳۹۲)، دونار<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، پیترسون و ایفرت (۲۰۱۱) و نیرمانی، علمداری و ابوالقاسمی (۱۳۹۲) است. در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد که آموزش تعهد و پذیرش که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانان (ذهن‌آگاهی) و پذیرش بی قید و شرط مشکل است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات، بخصوص استرس و تنیدگی‌های مربوط به مشکلات ناباوروری را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که این افراد دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، نازرنده‌سازی و نامیدی نسبت به آینده و در نتیجه

همچنین میانگین استرس ادراک شده، راهبرد مساله‌مدار و هیجان‌مدار در پیش‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۳۳/۹۷، ۱۳/۴۹ و ۱۳/۶۳ و در پس‌آزمون ۳۲/۳۱، ۱۲/۸ و ۱۲/۶ است.

برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین<sup>۱</sup> استفاده شد که نتایج نشان داد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل رعایت شده است (استرس ادراک شده  $F > 0.321, P > 0.05$  و سبک‌های مقابله‌ای  $F > 0.33, P > 0.05$ ). همچنین نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای استرس ادراک شده ( $P = 0.88$ ) و سبک‌های مقابله‌ای ( $P = 0.65$ ) در هیچ یک از مراحل پیش-آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار نبود ( $P > 0.05$ ) لذا توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است. مفروضه خطی بودن رابطه پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز با استفاده از خطی بودن بررسی شد که نشان داده شد داده‌ها از این مفروضه تخطی نکرده‌اند (استرس ادراک شده  $P = 1/69$ ،  $F = 0/413$  و سبک‌های مقابله‌ای  $F = 0/248, P = 1/81$ ). به منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون یعنی رابطه متغیر وابسته و متغیر کمکی (در اینجا نمره پیش‌آزمون) از رگرسیون استفاده شد؛ نتایج نشان داد که مقدار شیب‌های رگرسیون استرس ادراک شده ( $F > 0/256, P > 0/05$ ) و سبک‌های مقابله‌ای ( $F > 0/102, P > 0/05$ ) در دو گروه همگن هستند. بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس (چند متغیره و تک متغیره) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد تا اثر پیش‌آزمون نیز کنترل شود.

جدول ۳: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی میانگین مولفه‌های پژوهش

نام آزمون	مقدار F	DF فرضیه	DF خطا	معنی-داری	مجدور اتا	توان آماری
اثر	۱۸/۶۷۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۰/۸۶۷
پیلای	۱۸/۶۷۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۰/۸۶۷
لامبدای ویلکز	۱۸/۶۷۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۰/۸۶۷
اثر هتلینگ	۱۸/۶۷۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۰/۸۶۷
بزرگ-ترین ریشه روی	۱۸/۶۷۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۰/۸۶۷

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است ( $F = 18/676, P = 0/001$ ). برای پی بردن به تفاوت، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره، در جدول ۴ ارائه شده است که میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۸

1. Leven
2. Crowley, Hayslip & Hobdy

زندگی خویش تغییرات مثبتی ایجاد نمایند که موجب نگرش مثبت آنان نسبت به خود و زندگی می‌شود و رضایت از زندگی در آنان را به همراه دارد (یعقوبی، سهرابی و محمد زاده، ۱۳۹۱). همچنین افرادی که از تکنیک ذهن-آگاهی استفاده می‌کنند موقعیت‌های تهدیدآمیز زندگی را با استرس کمتری ارزیابی کرده و از راهبردهای سازگارانه‌تری در برخورد با شرایط استرس زا بهره می‌جویند. برای تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که ذهن‌آگاهی توجه کردن به حالات درونی فرد در یک حالت غیر قضاوتی و پذیرا است. رشد ذهن‌آگاهی در طی آموزش افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های عادت‌ی و خودبه‌خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند. در نهایت نگرش و بصیرت شخص گسترش پیدا می‌کند و فرد وقایع غیرقابل تغییر زندگی را می‌پذیرد و در نتیجه فعال شدن، پاسخ‌های تنیدگی‌زا کاهش می‌یابد. بنابراین تمرینات ذهن‌آگاهی، خودآگاهی و هشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این خودآگاهی، سبب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار و احساسات می‌شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند و فرآیندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد.

مطالعه حاضر حاکی از اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس ادراک شده و سبک مقابله‌ای ناسازگار (هیجان‌مدار) و بهبود راهبرد مقابله‌ای سازگار (مسئله‌مدار) زنان ناباور بود. لذا در مراحل مختلف درمان یا پس از آن می‌توان با ارایه این دسته از آموزش‌ها به کاهش استرس و استفاده درست و منطقی از راهبردهای مقابله‌ای آزمودنی‌ها کمک کرد. آموزش فنون پذیرش و تعهد به عنوان مهارت‌های سازگاری می‌تواند بسیاری از مشکلات این افراد را کاهش دهد و توان آن‌ها را برای سازگاری با شرایط کنونی خودشان افزایش دهد. نتایج به دست آمده در این پژوهش حاکی است که ACT می‌تواند درمان مناسبی برای زوجین ناباور باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش، این بود که به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری صورت نگرفته است. بنابراین اطلاعاتی در دست نیست که نشان دهد در درازمدت تغییرات ایجاد شده پایدار بوده‌اند یا خیر. خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده در این پژوهش (پرسشنامه) یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به جهت تعیین دقیق‌تر اثرات ACT مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آن‌ها با نتایج این پژوهش مقایسه شود. همچنین جهت دستیابی به نتایج پژوهش عمیق‌تر و کامل‌تر می‌توان در کنار استفاده از پرسشنامه از مصاحبه هم استفاده کرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد تا مشاوران و درمانگران از این رویکرد درمانی در مراکز درمانی و کلاس‌های آموزشی جهت بهبود استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله‌ای بهره ببرند.

## منابع

کاهش خلق می‌شود، بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم می‌گذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیر منطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله که در درمان تعهد و پذیرش، گسلش شناختی نام دارد با تأثیر بر روی این جنبه‌ها می‌تواند در نهایت بر کاهش استرس و تنیدگی زنان ناباور تأثیر گذار باشند. به تعبیر دیگر می‌توان گفت که ناباوروی و استرس ناشی از آن موجب به وجود آمدن تنش فیزیولوژیکی می‌شود و این تنش فیزیولوژیکی و درد ناشی از انواع درمان‌های ناباوروی مشکلات زیادی را در رابطه با سلامتی ایجاد می‌کند. در این درمان با افزایش سطح پذیرش و کاهش بازداری فکری از میزان استرس ناباوروی که منجر به تنش فیزیولوژیکی و درد و ناراحتی بدنی می‌شود، کاسته می‌شود (پیترسون و ایفرت، ۲۰۱۱). همچنین براساس درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، افزایش گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه، به زوجها کمک می‌کند تا تعاملات و تفکرات منفی را به روش جدیدی تجربه کنند، زوجین یاد می‌گیرند تا موقعیت‌ها و تفکراتی را که قبلاً از آن اجتناب می‌کردند با آن درگیر شوند و آن را بپذیرند. شفاف‌سازی ارزش‌های ارتباطی و تعهد برای عمل به صورت سازگار با این ارزش‌ها، به زوجها این فرصت را می‌دهد تا به شیوه‌ای عمل کنند که آن‌ها را به سمت کاهش استرس، رضایت از زندگی و ارتباط هدایت کرده و بتوانند اضطراب، تنش فردی و فیزیولوژیکی را کاهش دهند (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲).

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای زنان ناباور موثر است این نتیجه همسو با نتایج گالهاردو و همکاران (۲۰۱۶)، رهنما و سجادیان (۱۳۹۶)، عادلین راسی و همکاران (۲۰۱۳)، بهروز و همکاران (۱۳۹۴)، دونار و همکاران (۲۰۱۰) و لیبی (۲۰۰۷) است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که استفاده نادرست از سبک‌های مقابله‌ای و عدم شناخت درست مسائل و مشکلات یکی از دغدغه‌های اصلی جامعه در ارتباط با مسائل زناشویی زوجین بخصوص مسئله ناباوروی است. استفاده از راهبردهای درست و منطقی در این افراد می‌تواند بخش مهمی از زندگی آنان را تغییر دهد، به نحوی که با آرامش کامل خواهند توانست در مقابله با مسائل زندگی خود دقیق‌تر عمل کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با تقویت فرآیندهای مقابله‌ای شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی، آموزش حل مسئله و آموزش فنون نادیده گرفتن، در زمان شروع حملات استرس از فرد در مقابل بدعملکردی خلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت کند (گارلند، گایلورد و پارک، ۲۰۰۹؛ معصومیان، شعیری و هاشمی، ۱۳۹۲). به بیان دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بخاطر تکنیک‌هایی مثل ذهن‌آگاهی و قضاوت بدون داوری باعث تغییرات شناختی جدیدی در زندگی فرد مبتلا به ناباوروی می‌شود که خود باعث کاهش استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار در فرد می‌شود که این اثربخشی در نتایج تحقیقات قبلی مورد اثبات واقع شده است (پاریس و راشید، ۲۰۰۶؛ راسمن، ۲۰۰۸). بنابراین افراد مبتلا به ناباوروی در صورت مجهز شدن به تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش می‌توانند افکار، احساسات و اتفاقات زندگی خود را بدون قضاوت بپذیرند و در سبک

- strategies improve the quality of life of Iranian women? A non-randomised quasi-experimental study. *BMJ Open*, 3(3), 1-9.
- Adeleye, A., Cruz, K., Pasch, L. & Huddleston, H. (2020). Differences in perceived stress during ovarian stimulation between women with infertility and those pursuing oocyte cryopreservation. *Journal Fertility and Sterility*, 114(5), 1076-1084.
- Aghajanova, L., Hoffman, J., Mok-Lin, E., Cristopher, N., & Herndon, C.N. (2017). Obstetrics and Gynecology Residency and Fertility Needs. *Reproductive Sciences*, 24(3), 428-434.
- Alizadeh, T., Farahani, M.N., Shahraray, M., & Aliyazdgan, S.h. (2005). The relationship between self-esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. *Journal of Reproduction and Infertility*, 6(22), 194-204.
- Bahattab, M., AlHadi, A.N. (2021). Acceptance and commitment group therapy among daudi muslim females with mental health disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 86-91.
- Benedict, C., Penedo, F.J. (2013). Psychosocial interventions in cancer. New York: *Springer*, 221-53.
- Berga, S. (2012). Psychiatry and Reproductive medicine. In: Sadock BA, Sadock VA. *Comprehensive text book of psychiatry*. 7 ed. USA: *Williams & wilkins*. 1940 - 1941.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385-396.
- Crowley, B.J., Hayslip, J.R., & Hobdy, J. (2003). Psychological hardness and adjustment to life events in adulthood. *Journal Adult Development*. 10(4), 237-48.
- De Liz, T.M., & Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20 (5), 1324-32.
- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsky, E., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2010). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73(4), 805-11.
- Forman, E.M., Herbert, J.D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. Fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. *Hoboken, NJ: Wiley*, 63, 263-265.
- Fu, B., Yan, P., Yin, H., Zhu, S.H., Liu, Q., & Liu, Y., et al. (2016). Sychometric Properties of the Chinese version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *International Journal of Nursing Science*, 3, 259-267.
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Acceptability and feasibility of the mindfulness-based program for infertility (PBMI). *European Psychiatry*, 33, 519.
- Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2017). How Does the Mindfulness-Based Program for Infertility (MBPI) Work in Reducing Depressive Symptoms? *Mindfulness*, 9(2), 629-635.
- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (NY)*, 5, 37-44.
- امیرفخرانی، آریتا؛ کرامتی، کرامت و سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور. *پژوهش‌نامه زنان*، ۱۱(۱)، ۱۸-۱.
- بهرز، بهروز؛ فاطمه، یوالی؛ نسرين، حیدری‌زاده و مهران فرهادی (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت‌زندگی بیماران دیابتی نوع ۲. *مجله سلامت و بهداشت*، ۷(۲)، ۲۳۶-۲۵۳.
- بهبزادپور، سمانه؛ مطهری، زهرالسادات؛ وکیلی، مریم و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش تاب آوری بر افزایش بهزیستی روانشناختی زنان نابارور. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳(۵)؛ ۱۴۲-۱۳۱.
- تمنایی‌فر، محمد رضا (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای در زنان بارور و نابارور. *روانشناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد*. ۳(۴)، ۶۰-۵۱.
- حسن‌زاده لیف شاگرد، منیره؛ ترخان، مرتضی و محمد احسان تقی‌زاده (۱۳۹۲). اثربخشی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری. *مجله پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۳(۷)، ۲۷-۳۴.
- دلاور، علی. (۱۳۹۷). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
- دیر کوند مقدم، اشرف؛ دل پیشه، علی و کوروش سایه میری (۱۳۹۲). بررسی میزان ناباروری در ایران به روش مرور سیستماتیک. *مجله زنان، مامایی و نازایی*، ۱۶(۸۱)، ۱-۷.
- رهنما، مارال و ایلناز سجادیان (۱۳۹۶). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله با استرس در بیماران کرونر قلبی. *روانشناسی معاصر*، ۱۲ (ویژه نامه). ۸۳۸-۸۴۳.
- سیدی، محسن و یمینی، محمد (۱۳۹۷). پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۱۲(۲)؛ ۱۴۱-۱۲۵.
- صبور، سهیلا و کیوان کاکابرایی (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۲(۴)، ۸-۱.
- صمدی، حمیده و محسن دوستکام (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان نابارور. *اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۳)، ۶۷-۹۰.
- معصومیان، سمیرا؛ شعیری، محمد رضا و سید مسعود هاشمی (۱۳۹۲). تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران. *فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد*، ۴(۱)، ۳۷-۲۵.
- نریمانی، محمد؛ علمداری، الهه و عباس ابوالقاسمی (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۲)، ۳۸۸-۴۰۴.
- نژاد محمد نامقی، عاطفه و مریم نصرتی بیگ زاده (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان نابارور: طراحی پروتکل درمانی. *نشریه پژوهش پرستاری/ایران*، ۱۳(۳)، ۴۰-۴۷.
- نیک‌نام، ماندانا. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر بر سرسختی روانشناختی و استرس ادراک شده زنان دارای همسر معتاد. *مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۴(۵۴)؛ ۲۵۱-۲۳۱.
- یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز و علی محمدزاده (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۲)، ۹۹-۱۰۷.
- Addelyan Rasi, H., Timpka, T., Lindqvist, K., and Moula, M. (2013). Can a psychosocial intervention programme teaching coping



- Gloser, A., Klotsche, J., Ciarrochi, J., Eifert, G., Sonntag, R., Wittchen, H & Hoyer, J. (2017). Increasing valued behaviours precedes reduced reduction in suffering: findings from a randomized controlled trial using ACT. *Behaviour Research and Therapy*, 91(1), 64-71.
- Hall, D., & Pearson, J. (2003). Resilience giving children the skills to bounce back. Ontario: Reaching out project publishers.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. (2010). *A practice Guide to Acceptance and Commitment Therapy*: New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Kim, M., Moon, S., Kim, J. (2020). Effect of psychological intervention for Korean infertile women under in vitro fertilization on infertility stress, depression, intimacy, sexual satisfaction and fatigue. *Journal Archives of Psychiatric Nursing*, 34(4), 211-217.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50, 571-579.
- Leahy, R.L. (2007). A model of emotional schemas. *Cognitive Behavioral Practice*, 9, 177-90.
- Ozturk, A., Aba, Y. A & Sik, B.A. (2021). The relationship between stigma, perceived social support and depression in infertile Turkish women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *Journal Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 434-440.
- Parish, T. S. & Rasid, Z. M. (2006). The effect of two types of relaxation training on breast cancer. *Journal of Holistic Nursing practice*, 50, 13-20.
- Peterson, D.B., Eifert, H.G. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 577-587.
- Prevedini, A.B., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 33(1), 53-63.
- Rossmann, M. (2008). The effect mental imagery on breast cancer. *Journal of Holistic Nursing practice*, 5, 13-20.
- Shin, H., Lee, J., Kim, S.J & Jo, M. Depression, social support and quality of life among Korean women who experience infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(6), 1-12.
- Swift, A., Reis, P & Swanson. (2021). Infertility Stress, cortisol, coping and quality of life in U.S. women who undergo infertility treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic Neonatal Nursing*, 50(3), 275-288.
- WHO (2016). Infertility definitions and terminology Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> (accessed 25 May 2016).
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-4.
- Zhang, C.Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.K., Hagger, M & Hayes, S. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Psychotherapy Integration*, 25(3), 175-182