

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین نابارور

شهرزاد کریمی^۱، شیدا سادات دریاباری^۲، حسن یعقوبی^{۳*}، ژیلا قلیچ خانی^۴، مهسا اصغری^۵

چکیده

مقدمه: ناباروری از چالش های مهم در زندگی مدرن امروزی است که برخی از زوجین با آن روبرو بوده و در اثر آن به سلامت روان شناختی و هیجانی آنان آسیب وارد می شود. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین نابارور بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه آزمایشی می باشد که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مراجعه کنندگان به مرکز ناباروری ابن سینا شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود، حجم نمونه شامل ۳۰ بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین نابارور اثربخش است و موجب افزایش سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی آنان شده است.

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین نابارور، توجه به این رویکرد جهت پذیرش مشکل ناباروری و کاهش پیامدهای ناشی از آن در زوجین نابارور، در کنار درمان های پزشکی ضرورت می یابد.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، زوجین نابارور، سلامت روان، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۲/۲۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۴/۱۸

استناد: کریمی شهرزاد، دریاباری شیدا سادات، یعقوبی حسن، قلیچ خانی ژیلا، اصغری مهسا. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین نابارور، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۳): ۱۹۲-۱۸۴

^۱ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران، shahrzadkarimi1368@gmail.com

^۲ - کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳ - **(نویسنده مسئول)**، کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

hyaghoubi1982@gmail.com

^۴ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

^۵ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد خلخال، دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران



© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کپیرو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی

به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

مقدمه:

در اکثر فرهنگ ها باروری اهمیت زیادی داشته و تمایل به داشتن فرزند از اساسی ترین انگیزه های انسانی است. در زوجیهایی که خواهان فرزند هستند، ولی توانایی آن را ندارند، نه تنها این مسئله ناامید کننده است، بلکه امری ویرانگر نیز خواهد بود. ناباروری به معنای این است که یک زوج به مدت یک سال نزدیکی محافظت نشده داشته باشند و حاملگی حاصل نشود (۱). ناباروری به عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش و هویت والدین، نه تنها مشکلات روانشناختی را به وجود می آورد بلکه می تواند به عنوان یک ضربه پرقدرت بر علیه روابط بین زوجین عمل کند (۲). ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگها به عنوان یک تجربه استرس زا و بحرانی تهدید کننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است و علاوه بر مشکلات جسمانی، با مجموعه ای از علائم روانی نیز همراه می باشد (۳) و بر ابعاد مختلف سلامت روان و کیفیت زندگی زنان نابارور اثر منفی می گذارد. میان صاحب نظران در تعریف سلامت عمومی توافق چندانی وجود ندارد و به طور کلی سلامت عمومی را رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فرد به طوری که میان این سه جنبه تأثیر پویا و متقابل وجود داشته باشد، تعریف کرده اند. علی رغم تفاوت در تعریف سلامت عمومی، سلامت روانی را به عنوان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی تعریف می کنند (۴). فردی از سلامت روانی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور است و می تواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و قادر به مقابله با فشارهای زندگی است.

کیفیت زندگی از واژه هایی است که تعریف مشخص و یکسانی ندارد؛ اگرچه مردم به شکل غریزی معنای آن را به راحتی درک می کنند، لیکن این مفهوم برای همه آنها یکسان نیست. از آنجاکه مانند سایر متغیرها اندازه گیری آن مستلزم وجود تعریف جامع و مشخصی از آن خواهد بود، همواره تلاش شده است تا تعریف مناسبی برای آن ارائه گردد. بسیاری از تحقیقات، تعریفی از کیفیت زندگی ارائه نمی دهند. این امر یا به این علت است که تعریف آن را بسیار ساده می انگارند یا به جهت پیچیده بودن این مفهوم از تعریف آن اجتناب می کنند، درحالی که با توجه به عدم اجماع در مورد تعریف این واژه، انتظار می رود در پژوهش های مربوط، این مفهوم و ابعاد در نظر گرفته شده برای آن به صورت شفاف مشخص شوند. امروزه موضوعات مربوط به کیفیت زندگی به طور گسترده ای در رشته های علمی مختلف مورد بحث قرار گرفته می شود به همین دلیل علی رغم تعاریف زیادی که از این مفهوم وجود دارد، هیچ یک از تعاریف موجود مقبولیت عام نیافته اند (۵).

تاکنون درمان های متعددی از جمله درمان دارویی، روان درمانی بینش گرا، درمان شناختی رفتاری و ... برای افزایش سلامت روان زنان نابارور انجام شده است؛ درمان پذیرش و تعهد هم یکی از این درمان ها است. درمان پذیرش و تعهد به عنوان جایگزینی برای روان درمانی سنتی تر درمان شناختی - رفتاری تدوین شد (۶). با در نظر گرفتن چارچوب فلسفی و نظری، درمان پذیرش و تعهد مداخله روانشناختی منحصرأ تجربه ای است که از راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی به همراه راهبردهای تغییر رفتار و پذیرش به منظور افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می کند؛ بدین معنی که فرد می آموزد با لحظه ی حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هوشمند و بر اساس آن چه در موقعیت اتفاق می افتد. ارتباط برقرار کند و به حفظ یا تغییر رفتار در مسیر ارزش های انتخاب شده بپردازد (۷). تحقیقات فزاینده نشان می دهد که هرچه انعطاف پذیری روانشناختی فرد بیشتر باشد، زندگی با کیفیت تری خواهد داشت (۸). در زمینه ی تأثیر درمان پذیرش و تعهد پژوهش های داخلی و خارجی زیادی انجام شده است. مطالعات مهربابی و رضوی (۲۰۱۶)، برنان و همکاران (۲۰۱۴)، داک (۲۰۱۴)، پترسون و همکاران (۲۰۰۹)، مهاجری و همکاران (۱۳۹۸)، نریمانی و حبی (۱۳۹۷)، صمدی و دوستکام (۱۳۹۶) به اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد سلامت روان و کیفیت زندگی

اشاره دارند. بر همین اساس، باتوجه به مطالعات انجام شده و نظریه‌های مطرح شده در این پژوهش اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین نابارور مورد توجه قرار گرفت، لذا هدف اصلی این پژوهش پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین نابارور اثربخش است؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مراجعه‌کنندگان به مرکز ناباروری ابن سینا شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود، حجم نمونه شامل ۳۰ بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک ورود: حداقل تحصیلات در حد دیپلم باشد، حداقل سن ۲۵ و حداکثر سن ۴۰ سال باشد. ۵ تا ۱۰ سال از مدت ازدواجشان گذشته باشد. ملاک خروج: محدودیت زمانی و مکانی برای شرکت در جلسات، ابتلا به بیماری جسمی شدید و معلولیت که مانع حضور در جلسات شود، دریافت روان‌درمانی یا درمان دارویی و سایر درمان‌ها که در روند درمان خلل ایجاد خواهند کرد. ابزار پژوهش عبارتند از:

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28): فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی در سال (۱۹۸۹) به وسیله گلدبرگ و هیلیر ساخته شد و دارای ۲۸ ماده و ۴ زیر مقیاس ۷ سؤالی (علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) می‌باشد. این پرسش‌نامه به صورت ۰، ۱، ۲، ۳، نمره‌گذاری می‌شود و سؤالات پژوهشی با عنوان استانداردسازی پرسش‌نامه سلامت عمومی بر روی ۵۷۱ نفر از دانشجویان دختر و پسر دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم در سال ۷۶-۱۳۷۵ انجام شد. پایایی کل پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ برآورد شد، مقدار روایی سازه این پرسش‌نامه نیز ۸۲/۰ به دست آمد (۲۰). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل سلامت روانی ۰/۷۷ به دست آمده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF36: پرسشنامه کیفیت زندگی برای کاربرد بالینی و نیز کاربرد غیربالینی تدوین شد. کاربرد آن در مواقع غیربالینی و مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر، معیاری است برای ارزیابی کیفیت زندگی و رضایت مندی از زندگی و مبتنی بر نظریه‌ای منسجم بوده که مداخله‌های درمانی را جهت می‌بخشد. این پرسشنامه ۳۶ گویه دارد و کیفیت زندگی را براساس سلامت جسمی و روانی در نه معیار ارزیابی می‌کند. یک معیار مربوط به تغییرات سلامت در طول یک سال گذشته است و چهار معیار، سلامت جسمی (عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، درد جسمانی، وضعیت سلامت عمومی) را می‌سنجد و چهار معیار دیگر شامل عملکرد روانی- عاطفی، نقش محدودیت‌ها در عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی و داشتن نیرو و انرژی که مربوط به سلامت روانی بوده، می‌شود (فرنیش، ۲۰۰۵). در ایران، پایایی و ثبات زمانی نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی براساس ضرایب پایایی بازآزمایی در نمونه‌ای فرعی متشکل از ۵۵ آزمودنی در مطالعه هنجاریابی را به دست آوردند. ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۷۳ و معنادار بود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای مجموع رتبه بندی رضایت مندی از زندگی بر حسب اهمیت ۰/۷۶ محاسبه شد (۲۰).

شرح جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد هیز و استروسال (۲۰۰۴)

جلسات	مولفه های درمان و اهداف	تمرین ها و محتوا
۱	برقراری ارتباط - پذیرش	معرفی خود و اعضای گروه - منحصر به فرد بودن روش - تاکید بر مشارکت کامل و انجام واقعی تمرین ها - بحث در مورد مشکل - پرسش هایی برای ناامیدی خلاق
۲	پذیرش	ایجاد درماندگی خلاق: تمثيل فرد افتاده در چاه، بیان کنترل به عنوان مشکل - ایجاد تمایل به عنوان پاسخی دیگر - بیان درد تمیز و درد کشیف - پذیرش فعال: تمثيل همسایه مزاحم
۳	خود به عنوان زمینه	تنفس ذهن آگاهانه - مشاهده خود به عنوان زمینه - تضعیف خود مفهوم سازی شده - بیان ویژگی های ذهن - تمرین مشاهده: مراقبه اتاق سفید - تمرکز آگاهانه - استعاره صفحه شطرنج
۴	گسلش شناختی	تنفس ذهن آگاهانه - کاربرد تکنیک گسلش شناختی - آموزش مهارت های واقعیت زدایی از افکار - تمرین نامگذاری افکار - تمرین رهاسازی افکار - تمرین فاصله گرفتن از افکار
۵	توجه آگاهی	تنفس ذهن آگاهانه - حواس پنجگانه - توجه به بدن (هیجانات) - فعالیت های آگاهانه - تنفس ذهن آگاهانه - معرفی مفهوم ارزش ها - استعاره اسکی به پایین تپه
۶ و ۷	تصریح ارزش ها	تصریح ارزش های عملی زندگی - شناسایی ارزش ها - بیان میزان اهمیت هر یک از ارزش های حاکم بر روابط مهم در شش حوزه (روابط شغلی، دوستان، خانواده، فرزندپروری، رابطه با همسر، روابط اجتماعی - توضیحاتی در مورد مهارت های اجتماعی و فرزندپروری.
۸	اقدام و عمل	مرور خلاصه جلسه قبل - تمرین توجه آگاهی - اقدام و عمل در جهت مسیر ارزش های مادران - تبدیل ارزش ها به رفتار - جمع بندی و آماده کردن مراجعین برای پایان جلسه

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از روش های آماری در سطح آمار توصیفی و استنباطی در محیط نرم افزار SPSS-24 استفاده شد. در همین راستا در سطح آمار توصیفی از (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد) و در سطح آمار استنباطی از (آزمون تحلیل کواریانس در سطح معنی داری ۰/۰۵) استفاده شد.

یافته ها:

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سلامت روان و کیفیت زندگی در دو گروه آموزش درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سلامت روان و کیفیت زندگی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	درمان پذیرش و تعهد	پیش آزمون ۶۷/۲۵ پس آزمون ۱۴۸/۰۸	پیش آزمون ۲۵/۸۵ پس آزمون ۴۵/۵۶
	کنترل	پیش آزمون ۱۴۵/۴۷ پس آزمون ۱۴۹/۲۲	پیش آزمون ۲۲/۲۶ پس آزمون ۹/۲۵
کیفیت زندگی	درمان پذیرش و تعهد	پیش آزمون ۱۹/۶۸ پس آزمون ۲۷/۶۸	پیش آزمون ۱/۲۵ پس آزمون ۱/۴۷
	کنترل	پیش آزمون ۲۵/۶۸ پس آزمون ۲۶/۶۶	پیش آزمون ۱/۹۲ پس آزمون ۱/۶۹

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، تغییراتی در نمرات پیش-آزمون، پس‌آزمون در متغیرهای سلامت روان کیفیت زندگی در گروه درمان پذیرش و تعهد رخ داده است. در درمان پذیرش و تعهد، میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان و کیفیت زندگی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنی‌دار داشت. در این تحقیق از آزمون آماری کوواریانس به دلیل تناسب و سازگاری بیشتر با فرضیه تحقیق استفاده شده است.

جدول (۲): مقایسه تفاضل نمرات پس‌آزمون - پیش‌آزمون سلامت روان و کیفیت زندگی در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل

منبع	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P
گروه	سلامت روان	۴۲۴۵۱/۰۶	۱	۴۲۴۵۱/۰۶	۲۲/۴۲	۰/۰۰۱
	کیفیت زندگی	۱۸۲۴/۴۱	۱	۱۸۲۴	۷/۵۰	۰/۰۰۱
خطا	سلامت روان	۱۸۲۶۲/۵۲	۳۸	۴۸۰/۵۹۲		
	کیفیت زندگی	۹/۵۲	۳۸	۰/۲۵۲		
کل	سلامت روان	۱۴۱۲۴۵/۳۵	۴۰			
	کیفیت زندگی	۲۴۰۸/۲۲	۴۰			

باتوجه به نتایج جدول ۲، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه‌ها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار می‌باشد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین نابارور و تفاوت بین گروه‌ها در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه گیری:

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین نابارور بود. نتایج به‌دست‌آمده از مقایسه پس‌آزمون کیفیت زندگی و سلامت روان در دو گروه، حاکی از آن است که پس از شرکت در جلسات درمان پذیرش و

تعهد میانگین نمرات متغیرهای ذکر شده در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است، بنابراین درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان زوجین نابارور تأثیر معناداری داشته است. نتایج این تحقیق با تحقیقات قریشی امین (۹) حاج صادقی و همکاران (۱۰)، گوئیچارو و همکاران (۱۱)، لندی و همکاران (۱۲)، فرمان و همکاران (۱۳)، فرمنو همکاران (۱۴)، پیترسون و ایفرت (۱۵)، هنرپروان و همکاران (۱۶) همراستا است.

آموزش تعهد و پذیرش که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات ذهن آگاهی و پذیرش بی قید و شرط مشکل (اختلال) است، باعث می شود که افراد مهارت‌های مورد نیاز 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 نارزنده سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می شود، بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم میگذارد. آموزش شیوه های 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 جنبه ها می تواند در نهایت بر کیفیت زندگی زوجین نابارور تأثیر گذار باشند.

از ابعاد مهم در کیفیت زندگی ابعاد جسمانی (سلامت عمومی، نقش جسمانی و درد بدنی) می باشد. نتایج تحقیقات مختلف نشان داده اند که افراد نابارور در ابعاد جسمانی مشکل دارند (۱۷). با توجه به اینکه هیچ پژوهشی به طود مشخص به بررسی اثر بخشی این آموزش در ابعاد مربوط به کیفیت زندگی در زوجین نابارور نپرداخته است، در یک تبیین کلی در مورد اثر بخشی این روش های آموزشی در بهبودی ابعاد جسمانی می توان گفت که ناباروری و استرس ناشی از آن موجب به وجود آمدن استرس فیزیولوژیکی میشود (۱۶) و این استرس فیزیولوژیکی و درد ناشی از انواع درمان های ناباروری مشکلات زیادی را در رابطه با سلامتی ایجاد می کند. در این درمان با افزایش سطح پذیرش و کاهش بازداری فکری از میزان استرس ناباروری که منجر به استرس فیزیولوژیکی و درد و ناراحتی بدنی می شود، کاسته می شود. از دیگر ابعاد مهم در کیفیت زندگی، ابعاد سلامت روانی (نقش هیجانی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی) میباشد همچنین نتایج نشان داد که آموزش درمان تعهد و پذیرش منجر به بهبود این مؤلفه ها در زوجین نابارور در مقایسه با گروه کنترل میشود. این یافته ها با نتایج پژوهش های دیگر برای مثال (۱۸-۲۰)، مبنی بر اینکه موج سوم درمان های رفتاری در کاهش رفتارهای تکانه ای و مخل کیفیت زندگی از جمله اختلالات خلقی و هیجانی خشم و بی ثباتی عاطفی مؤثر است، همخوانی دارد 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، در نهایت کنش منفی زوجین کاهش مییابد زوجین یاد می گیرند تا موقعیتهای و تفکراتی را که قبلاً از آن اجتناب میکردند با آن درگیر شوند و آن را بپذیرند. شفاف سازی ارزشها ارتباطی و تعهد برای عمل به صورت سازگار با این ارزش ها، به زوج ها این فرصت را میدهد تا به شیوه ای عمل کنند که آنها را به سمت رضایت از زندگی و ارتباط هدایت کرده و بتوانند اضطراب فردی و فیزیولوژیکی را کاهش دهند.

ملاحظات اخلاقی: پس از تأییدیه های لازم و اخذ مجوز از طرف دانشگاه، جهت تکمیل پرسشنامه ها به کلیه افراد شرکت کننده در مطالعه اهداف و نحوه کار توضیح داده شد و رضایت آن ها را جلب نموده و به آن ها اطمینان داده شد که در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیار آنان قرار خواهد گرفت. همچنین به افراد اطمینان داده شد که برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش آزاد هستند و در صورت عدم شرکت و همکاری، روند درمان یا مراقبت های ایشان تحت اثربخشی قرار نخواهد گرفت و به صورت معمول پی گیری خواهد شد. به افراد اطمینان داده شد که در هر مرحله از پژوهش می توانند تصمیم به خروج از پژوهش بگیرند و این امر تبعات سوئی برای ایشان نخواهد داشت.

محدودیت پژوهش: این پژوهش هم مانند سایر پژوهش ها دارای محدودیت های بود که یکی از این محدودیت ها وضعیت روانی و عاطفی شرکت کنندگان هنگام پاسخگویی به سوالات بود که ممکن است در صحت و دقت پاسخگویی آنان تاثیر گذار باشد که این محدودیت غیر قابل کنترل بود.

تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان اعلام می کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منفعی با سازمان ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر: نویسندگان مقاله از تمام مشارکت کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می آورند.

References:

1. FS B, M C A, s F. The effectiveness of combining group counseling based on commitment and acceptance with reality therapy on cognitive emotion regulation and self-efficacy strategies in infertile women. IJNR 2021; 15 (6) :75-85. URL: <http://ijnr.ir/article-1-2541-fa.html>
2. Zahedi R, Mojtabaie M, Rafieipour A. Comparing the effectiveness of reality therapy and the approach of interactional behavior analysis on character strength in infertile women. MEDICAL SCIENCES 2021; 31 (4): 432-441. <http://dx.doi.org/10.52547/iau.31.4.432>
3. Purkayastha N, Sharma H. Prevalence and potential determinants of primary infertility in India: Evidence from Indian demographic health survey. Clin Epidemiology Glob Health 2020; 9:162-70. DOI:10.1016/j.cegh.2020.08.008
4. Alosaimi FD, Alghamdi AH, Almufleh AS. Work-related stress and stress-coping strategies in residents and administrative employees working in a tertiary care hospital in KSA. J Taibah Uni Med Sci 2016; 11:32-40. DOI:10.1016/j.jtumed.2015.08.009
5. Horigome T, Kurokawa S, Sawada K, Kudo S, Shiga K, Mimura M, Kishimoto T. Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a systematic review and metaanalysis. Psychol Med 2020; 50:2487-97. DOI:10.1017/S0033291720003785
6. Heyes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach behavior change. New york: Guilford. 1999.
7. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies– Republished Article. Behavior Therapy. 2016; 47(6): 869-885.
8. Harris R. Romance, Translated by Shirali Khorram and Mitra Rafiei, Tehran: Shadow Talk. 2017. [Persian].
9. Quraishi A, Parsi Azarbakhshi Z. Course of the construction of the path and commitment to the Afsrdghi, turmoil and Zandish condition of the past of time, the statement of Karshanasi Arshad Rawanshanasi Balini, Danishda Ulum Bayih, Danishgah Azad Islam One of Ardabil.2017.
10. Sadeghi Firouzabadi V, Barani M, Bakhtiari M, Mehdizadeh M, Imani S. Atharbakhshi, Rawān Darmanī Takamālī, turmoil and turmoil in Baymarān, afflicted with bad behavior, Faşlnamāh Rawān, Shanāsi Salamat,2017; 6 (22), 51-71.
11. Guijarro R., Cerviño M., Castrillo P. Acceptance and commitment therapy and anxiety disorders: Clinical case. European Psychiatry, 2017; 41(Supplement): S410. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.346>

12. Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy*, 2012; 43(4): 741-756. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>
13. Freeman, M. P., Toth, T. L., & Cohen, L. S. Assisted reproduction and risk of depressive relapse: considerations for treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2013; 25(4), 283-288.
14. Forman, E.M., Herbert, J.D. 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;2008;63: 263-265. <https://psycnet.apa.org/record/2009-02305-005>
15. Peterson D.B., Eifert H.G. Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2011; 18: 577-587. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.03.004>
16. Honarparvaran N, Tabrizy M, Navabinejad Sh., Shafiabady A., Moradi M. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Training with Regard to Reducing Sexual Dissatisfaction among Couples. *European Journal of Social Science*, 2010; 66: 166-170.
17. Horigome T, Kurokawa S, Sawada K, Kudo S, Shiga K, Mimura M, Kishimoto T. Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a systematic review and metaanalysis. *Psychol Med* 2020; 50:2487-97. [DOI:10.1017/S0033291720003785](https://doi.org/10.1017/S0033291720003785)
18. Rajgariah R, Chandrashekarappa SM, Babu KV, Gopi A, Mysore NM, Kumar J. Parenting stress and coping strategies adopted among working and non-working mothers and its association with socio-demographic variables: A cross-sectional study. *Clin Epidemiol Glob Health* 2021; 9: 191-5. [DOI:10.1016/j.cegh.2020.08.013](https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.08.013)
19. Safdari, H., Naderi, F., Moradi Manesh, F., Makvandi, B. The effectiveness of acceptance-based therapy on anxiety, sexual satisfaction and depression in infertile women. *Medical journal of mashhad university of medical sciences*, 2023; 66(5): 98 <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.67174.3982>
20. Narimani, M., Alamdari, E., Abolghasemi, A. The Study of The Efficiency of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Infertile Women's Life. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2012; 4(3): 387-405. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22516654.1393.4.3.2.5>