

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور

شیوا کوهی کمالی<sup>۱</sup>، حمید پورشریفی<sup>۲\*</sup>، شیدا سوداگر<sup>۳</sup>، حسن عشایری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۸

### خلاصه

**مقدمه:** ناباروری از مشکلات عمده حوزه سلامت است و می‌تواند باعث مشکلات روانشناختی و افت کیفیت زندگی شود. با توجه به ضرورت دسترسی به مداخلات مؤثر برای کاهش این مشکلات، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت زنان نابارور انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود که تعداد ۴۰ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. برای گروه آزمایش ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان تعهد و پذیرش اجرا شد. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از طرح تحلیل آمیخته تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های کیفیت زندگی در زنان نابارور گروه‌های آزمایش افزایش یافته‌اند و این افزایش معنی‌دار بود ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود کیفیت زندگی در زنان نابارور شد و بکارگیری این مداخله می‌تواند در کاهش آسیب‌های روانی ناشی از ناباروری مؤثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی وابسته به سلامت، زنان نابارور

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: poursharifih@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۰۹۱۸۷۰۲۸

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴- استاد، گروه گفتار درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

## مقدمه

باروری به صورت توانایی تولید مثل تعریف می‌شود و نیازمند توانایی لازم برای شروع و حفظ بارداری است. زنان نابارور به زانی گفته می‌شود که حداقل یک سال از تصمیم آنها برای فرزنددار شدن بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری گذشته باشد اما موفق نشده باشند و از سوی پزشک متخصص تشخیص ناباروری گرفته باشند [۱]. تخمین زده می‌شود ۱۸۰-۱۲۰ میلیون زن در سراسر جهان در سنین ۴۹-۱۸ سال دچار ناباروری باشند [۲]. در ایران، میزان نازایی ۲۴/۹ درصد گزارش شده است [۳]. عوامل متعددی در ناباروری تأثیر دارند. از جمله عوامل روانی و استرس مزمن یا شدید که از طریق ناتوانی جنسی، عدم تخمک‌گذاری و آمنوره در زنان و کم شدن ارتباط جنسی می‌توانند در کاهش احتمال باروری نقش مهمی داشته باشند [۴]. مطالعات انجام شده، آشفتگی، استرس، اضطراب، افسردگی، پایین بودن عزت نفس، نارضایتی زناشویی، نارضایتی جنسی و کاهش کیفیت زندگی را به عنوان پیامدهای روانشناختی ناباروری معرفی کرده‌اند [۵،۶]. از آنجا که افراد نابارور به دلیل نامعلوم بودن نتیجه درمان و پایین بودن احتمال موفقیت روش‌های درمانی، افسرده و مضطرب هستند، این فشارهای روانی می‌توانند بر درمان ناباروری و کیفیت زندگی این افراد پیامدهای منفی داشته باشند [۷].

کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که از سلامت شخص، وضعیت روانی، سطح استقلال، ارتباط با محیط تأثیر می‌پذیرد و هر عاملی که تأثیر منفی بر احساس خوب بودن و توانایی فرد در انجام فعالیت‌های روزمره بگذارد، کیفیت زندگی را پایین می‌آورد [۸]. در دهه‌های اخیر، سلامت مفهومی وسیع تلقی می‌شود. لذا در اندازه‌گیری سلامت، ابعاد چندگانه و کیفیت آن بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. به همین جهت امروزه سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت به عنوان پیامدی از وضعیت سلامت جامعه در حوزه علوم بهداشتی کاربرد گسترده‌ای یافته است [۹]. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک فرد از موقعیت خود در زندگی در بستر فرهنگ، سیستم ارزشی جامعه، اهداف، انتظارات و معیارهای هر فرد است [۱۰]. بهبود کیفیت

زندگی روی سطح سلامت شخص، وضعیت روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و ابعاد دیگر تأثیر دارد [۱۱]. طبق یافته مطالعات، زنان نابارور به واسطه بیماری خود در معرض افت کیفیت زندگی قرار دارند که این خود می‌تواند فرایند درمان را مختل و قابلیت باروری آنها را بیشتر کاهش دهد [۱۲].

در زمینه مداخلات روانشناختی برای کاهش مشکلات روانشناختی افراد نابارور، برخی از مطالعات نشان‌دهنده اثربخشی مداخله شناختی رفتاری در افزایش رضایت زناشویی، سلامت عمومی و کاهش اضطراب افراد نابارور بوده‌اند [۱۲]. برخی مطالعات بیانگر تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر بهبود تحمل روانی و تاب‌آوری در افراد نابارور بوده‌اند [۱۳]. مطالعه‌ای دیگر نیز گویای تأثیر مدیریت استرس [۱۴] و واقعیت‌درمانی [۱۵] بر کاهش اضطراب و افسردگی در افراد نابارور است.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر به حداقل رساندن تحریف -شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی، هدف اولیه افزایش کیفیت زندگی با کاهش تأثیر راهبردهای کنترل نامؤثر و حمایت از تغییر رفتاری مبتنی بر ارزش‌هاست [۱۶]. آمیختگی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد رفتار آشکار او را به شیوه‌های نامؤثر تنظیم کرده و باعث شوند فرد به جای توجه به فرآیند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوی) توجه کند. زمانی که این فرآیندها بر تجربه فرد غلبه داشته باشند، منجر به انعطاف‌ناپذیری روانشناختی می‌شوند که با بسیاری از فرآیندهای آسیب‌شناختی مثل اختلالات اضطرابی همبستگی بالایی دارد [۱۷]. بنابراین هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند و عبارتند از: گسلش شناختی (افکار، تصویرهای ذهنی، احساسات با واقعیت یکسان تلقی نشود)، پذیرش (رویدادهای ذهنی فقط مشاهده و پذیرفته شوند)، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه (به خویش‌ستنی اشاره دارد که متوجه گذار بودن افکار، هیجانات، خاطرات و حس‌های بدنی است)، ارزش‌ها (فرد بتواند

ارزش‌های خودش را روشن کند تا زندگی پر باری داشته باشد) و عمل متعهد (در جهت رسیدن به ارزش‌ها) [۱۸]. برخی مطالعات نشان‌دهنده تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ناشی از ناباروری، افزایش سازگاری، بهبود رضایت زناشویی، کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش امید به زندگی در زنان نابارور بوده است [۱۹-۲۲]. برخی مطالعات نیز تأثیر معنی‌دار این مداخله در کاهش افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی سربازان جنگی را نشان داده‌اند [۲۳].

ناباروری به دلیل ایجاد مشکلات فردی و اجتماعی و پیامدهای منفی می‌تواند زمینه‌ساز تخریب کیفیت زندگی در فرد مبتلا گردد. از سوی دیگر، کیفیت زندگی مقوله‌ای حیاتی در مورد بیماران مزمن است که می‌تواند به تسهیل فرآیند درمان و افزایش پاسخ درمانی کمک کند و در مقابل، تضعیف کیفیت زندگی دارای پیامدهای متعدد از جمله اختلال در سیر بهبودی و افزایش عوارض بیماری است. به منظور دستیابی به هدف درمانی مطلوب، لازم است مداخلات مبتنی بر مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به ناباروری طراحی شود. بدین منظور، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت زنان نابارور انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمان ناباروری شهر اصفهان از نیمه دوم سال ۹۸ تا نیمه اول سال ۹۹ بود. تعداد زنان نابارور مراجعه‌کننده به این مراکز سالانه حدود ۲۵۰ نفر است. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران  $n = \frac{(Z_{\beta} + Z_{\alpha})^2}{d^2}$  استفاده شد.  $\sigma$  = واریانس جامعه،  $Z_{\beta}$  مقدار بحرانی با توجه به توان مطالعه،  $Z_{\alpha}$  مقدار بحرانی با توجه به سطح اطمینان،  $d$  = اختلاف مورد نظر) برای مقایسه دو گروه از یک جامعه (۲۴). همچنین، با توجه به این که در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر توصیه شده است (۲۴) تعداد ۴۰ نفر از زنان نابارور که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند و نمره پایین‌تر از میانگین (نمره ۵۰) در

پرسشنامه کیفیت زندگی به دست آوردند، انتخاب و به صورت تصادفی قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. برای اجرای این مطالعه در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه با کد IR.HUMS.REC.1398.310 اخذ گردید. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، گذشت حداقل ۲ ماه از تشخیص ناباروری، تحت درمان بودن (با تأیید متخصص مربوطه)، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی در حین انجام پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن، نداشتن اعتیاد به هرگونه ماده مخدر بود. ملاک‌های خروج شامل دو جلسه غیبت و عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین‌های منزل بود. در ابتدا، پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مشکلات روانشناختی زنان نابارور که در جریان یک بحث گروهی متمرکز شناسایی شد، بازنگری و متناسب سازی گردید. این روش به صورت کیفی و به روش بحث گروهی متمرکز که از مهم‌ترین و کاراترین روش‌های گردآوری داده‌ها در مطالعه‌های کیفی است، انجام شد. این روش نوعی مصاحبه گروهی، متشکل از ۶ تا ۱۲ شرکت‌کننده است که با راهنمایی یک تسهیل‌کننده حول محور ویژه‌ای به بحث می‌پردازند. اساس بحث گروهی متمرکز، بر تعامل میان اعضای گروه استوار است. بدین منظور یک گروه ۱۲ نفری از زنان نابارور مورد مطالعه قرار گرفتند. یک جلسه بحث گروهی به مدت دو ساعت با حضور پژوهش‌گر در نقش تسهیل‌کننده و یک منشی برگزار شد. تسهیل‌کننده، هدایت گروه و منشی، ثبت و یادداشت برداری از مباحث مطرح شده را بر عهده داشتند. در ضمن، اطلاعات به صورت صوتی نیز ثبت گردید. برای انجام بحث گروهی، سؤال‌های باز پاسخ بر اساس عمده‌ترین مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور تدوین شد و هر شرکت‌کننده ۲۰ الی ۳۰ دقیقه جهت پاسخ‌گویی فرصت داشت. پس از جمع‌آوری اطلاعات از گروه مورد نظر، مباحث ضبط شده پیاده شد و بخش‌های کلیدی و موارد جا افتاده به کمک یادداشت‌های تهیه شده، تکمیل گردید. تحلیل داده‌ها با بررسی متن پیاده شده و استخراج تأکیدها، موارد تکراری، کلمات یا جملات ویژه انجام شد. هدف از این مرحله، اصلاح بسته آموزشی و متناسب‌سازی آن با ویژگی‌های زنان نابارور و

وقوف بر مشکلات احتمالی پیش‌بینی نشده بود.

در مرحله بعد، با توجه به نتایج حاصله از بحث گروهی متمرکز، اقدام به بازنگری پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شد و به منظور بررسی روایی محتوایی، بسته آموزش شی توسط چند نفر از متخصصان در این زمینه بازبینی گردید. پس از آن که متخصصان بر اساس فرم (Content validity index: CVI) و (content validity ratio: CVR) میزان مطابقت و همخوانی پروتکل را با معیار و اهداف مورد نظر درجه‌بندی نمودند، جملاتی که شاخص نسبت روایی محتوایی آنها کمتر از ۶۲ درصد بود حذف شدند و پروتکل نهایی و تأیید شده، در پژوهش استفاده گردید. سپس فرایند مداخله جهت تعیین اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت در گروه آزمایش زنان نابارور آغاز شد. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در مورد گروه کنترل، پژوهش‌گر متعهد شد که آن‌ها را نسبت به نتایج پژوهش مطلع سازد. همچنین جهت سپاسگزاری از شرکت آن‌ها در پژوهش، فایل آموزشی مهارت‌های زندگی و دو جلسه ویزیت رایگان پزشک معالج خود را دریافت کردند. مداخله طی ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (ساعت ۱۰ تا ۱۲) بر روی گروه آزمایش توسط پژوهش‌گر در مطب متخصص زنان و زایمان انجام شد. یک هفته پس از اتمام جلسات، پرسشنامه کیفیت زندگی به عنوان پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد. مرحله پس‌آزمون بعد از گذشت ۲ هفته و آزمون پیگیری ۲ ماه و نیم پس از مرحله پس‌آزمون انجام شد.

پرسشنامه مشخصات جمعیتی شناختی: این پرسشنامه شامل سؤالات مربوط به سن، مدت زمان ازدواج، مدت زمان درمان و تحصیلات بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-۳۶): این پرسشنامه توسط Ware و Sherbourne در سال ۱۹۹۲ تهیه شد و دارای ۳۶ گویه با ۸ زیرمقیاس مختلف سلامت، شامل

#### پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ گزارش شده است. برای اعضای گروه آزمایش ۹ جلسه مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ۱۲۰ دقیقه‌ای

سلامت عمومی (۵ گویه شامل گویه‌های ۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶)، عملکرد جسمانی (۱۰ گویه گویه‌های ۳ تا ۱۲)، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی (۴ گویه شامل گویه‌های ۱۳ تا ۱۶)، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی (۳ گویه شامل گویه‌های ۱۷ تا ۱۹)، درد بدنی (۲ گویه شامل گویه‌های ۲۱ و ۲۲)، عملکرد اجتماعی (۲ گویه شامل گویه‌های ۲۰ و ۳۲)، نشاط (۴ گویه شامل گویه‌های ۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۸ و ۳۱) و سلامت روانی (۵ گویه شامل گویه‌های ۲۴-۲۵-۲۶-۲۸ و ۳۰) است (گویه شماره ۲ در هیچ یک از زیرمقیاس‌ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می‌شود) [۲۵]. در کل، پرسشنامه به دو بعد سلامت جسمی و روانی تقسیم شده که سلامت جسمی شامل زیرمقیاس‌های سلامت عمومی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی و عملکرد جسمانی، و سلامت روانی شامل زیرمقیاس‌های محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت روانی است. نمره‌دهی پرسشنامه در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا ۴ است که در نهایت هر نمره در ۲۰ ضرب می‌شود و بنابراین حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل آن صفر است. نمره هر بعد با توجه به نمره زیرمقیاس‌های آن محاسبه می‌شود. به طوری که کل امتیاز در هر زیرمقیاس جمع و بر تعداد زیرمقیاس‌ها در هر بعد تقسیم شده و به این ترتیب نمره ابعاد جسمی و روانی محاسبه می‌شود. برای محاسبه نمره کل پرسشنامه، مجموع اعداد بدست آمده از هر زیرمقیاس را بر عدد ۸ (تعداد کل زیرمقیاس‌ها) تقسیم نموده که عدد بدست آمده باید عددی بین صفر تا ۱۰۰ باشد. نمره صفر بدترین حالت و ۱۰۰ بهترین حالت را در مقیاس مورد نظر نشان می‌دهد. روایی و پایایی این پرسشنامه در نسخه اصلی برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ حاصل شد و در ایران توسط Montazeri و همکاران در سال ۱۳۸۴ حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ به دست آمد. روایی سازه پرسشنامه با مدل برازش ۸ عاملی، تأیید شد [۲۶].

به صورت هفتگی اجرا شد. در این مداخله، درمانگر با تمرکز بر گسلش شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد مراجع را در جهت افزایش انعطاف‌پذیری پیش می‌برد.

جدول ۱- محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا
اول	فهم کامل ماهیت اضطراب و شناخت راهبردهای مقابله با آن بر اساس نتایج پرسش نامه و یا هر روش دیگری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- معارفه اعضا، تشریح قوانین و قواعد مشاوره گروهی توسط گروه</li> <li>- تعیین اهداف زیربنایی</li> <li>- تعیین کوشش‌های قبلی مراجعین جهت مقابله با اضطراب</li> <li>- توصیف افکار و نشانه‌ها</li> <li>- استعاره ببر گرسنه</li> <li>- معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین</li> <li>- یادآوری این که کنترل خود مشکل ساز است.</li> <li>- تکلیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟</li> <li>- ارائه استعاره (مرد در گودال)</li> </ul>
دوم	کنترل به عنوان یک مشکل/کنترل رویدادهای شخصی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- استعاره کیک شکلاتی</li> <li>- توجه به اشتیاق مراجع</li> <li>- تکلیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه</li> <li>- استعاره طناب‌کشی با غول</li> </ul>
سوم	پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و باز شناسی او از این موضوع (که کنترل خود معضل است)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- استعاره دروغ سنج</li> <li>- تأکید بر اهمیت ارتقا و پرورش ذهن آگاهی</li> <li>- تکلیف خانگی: برگه‌ی " عملکرد نگرانی چیست؟"</li> <li>- استعاره پلی‌گراف</li> </ul>
چهارم	ایجاد یک جهت‌گیری برای توسعه مهارت‌های ذهن آگاهی به عنوان جایگزینی برای نگرانی و معرفی مفهوم گسلش	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تمرین استعاره شیر، شیر، شیر، شیر</li> <li>- اشتیاق به عنوان جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس</li> <li>- دستورالعمل مربوط به اشتیاق</li> <li>- هیجانات شفاف در مقابل هیجانات مبهم</li> <li>- معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به طور ذهن آگاه.</li> <li>- تکلیف خانگی: ادامه تمرین ذهن آگاهی</li> <li>- معرفی ارزش‌ها</li> <li>- بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها</li> </ul>
پنجم	معرفی اهمیت ارزش‌ها و چگونگی تمایز آنها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده، به منظور رسیدن به ارزش‌های مشخص.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در مقابل قضاوت‌ها /تصمیم‌ها</li> <li>- شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) جهت انجام در طول هفته</li> <li>- تکالیف خانگی</li> <li>- ارائه برگه شناسایی ارزش‌ها، انجام یک عمل با ارزش</li> <li>- شناسایی ارزش‌ها: استفاده از استعاره " سنگ قبر "</li> </ul>
ششم	تداوم ایجاد یک جهت‌گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه‌های عملی بیشتر برای پرورش گسلش	<ul style="list-style-type: none"> <li>- دستورالعمل مهارت‌های ذهن آگاهی</li> <li>- تمرین افزایش ذهن آگاهی</li> <li>- تکالیف خانگی: شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)</li> <li>- دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانات</li> <li>- دستورالعمل کنترل سیکل هیجانی</li> </ul>
هفتم	توجه به عملکرد هیجانات، عادت به اجتناب رفتاری و تمایز بین هیجانات واضح و مبهم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اجتناب هیجانی (استعاره اجاق داغ)</li> <li>- هیجانات واضح در مقابل هیجانات مبهم</li> <li>- تکالیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی</li> <li>- شناسایی یک عمل با ارزش (تعیین هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)</li> </ul>
هشتم	معرفی تمایز بین خودهای مشاهده‌گر و خودهای مفهومی و شناسایی ارتباط بین مفهوم‌سازی‌های خود و اضطراب و نگرانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- استعاره صفحه شطرنج</li> <li>- بحث در مورد خود مشاهده‌گر در مقابل خود مفهومی.</li> <li>- تمرین خود مشاهده‌گر</li> <li>- شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته.</li> <li>- تکالیف خانگی: انجام عمل با ارزش مشخص</li> </ul>

- تعهد به عنوان یک فرآیند	
- شناسایی گام‌های عملیاتی (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر)	
- ارائه استعاره باغداری	
- موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق‌ها جهت پذیرش آنها (استعاره حباب در جاده)	جلسه ارائه ایده تعهد به عنوان ابزاری برای حرکت به سوی
- استعاره مسافران در اتوبوس	اهداف مشخص و تقویت انتخاب‌ها جهت رسیدن به آن اهداف
- استعاره صعود به قله	
- شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته	
- تکلیف خانگی: انجام یک عمل با ارزش مشخص	

کنندگان گروه آزمایش  $14/85 \pm 9/65$  و برای گروه کنترل  $11/7 \pm 10/63$  ماه محاسبه شد. میزان تحصیلات ۷ نفر از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (۳۵ درصد) دیپلم و فوق دیپلم، ۸ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و ۵ نفر (۲۵ درصد) بالاتر از لیسانس بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۵ نفر (۲۵ درصد) دیپلم و فوق دیپلم، ۹ نفر (۴۵ درصد) لیسانس و ۶ نفر (۳۰ درصد) بالاتر از لیسانس بود. جدول ۲، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون، M.Box و تحلیل واریانس با طرح آمیخته در سطح ۰/۰۵ و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش  $30/3 \pm 2/77$  و در گروه کنترل  $29/9 \pm 3/14$  سال بود. میانگین و انحراف معیار مدت ازدواج در گروه آزمایش  $5/7 \pm 2/62$  و در گروه کنترل  $4/55 \pm 1/96$  سال و میانگین و انحراف معیار مدت درمان برای شرکت

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
آزمایش	۴۶/۲۵ $\pm$ ۸/۱۱	۵۲/۶۰ $\pm$ ۵/۱۴	۵۳/۶۵ $\pm$ ۵/۰۲
کنترل	۴۵/۷۵ $\pm$ ۷	۴۶/۱۵ $\pm$ ۷/۳۳	۴۷/۰۵ $\pm$ ۶/۴۹
آزمایش	۴۹/۴۵ $\pm$ ۴/۰۵	۵۶/۹۰ $\pm$ ۶/۴۴	۵۸/۹۵ $\pm$ ۷/۰۸
کنترل	۵۱ $\pm$ ۶/۳۰	۵۱/۳۰ $\pm$ ۵/۹۰	۵۱/۷۰ $\pm$ ۶/۳۷
آزمایش	۴۵/۴۰ $\pm$ ۵/۵۸	۵۵/۷۰ $\pm$ ۷/۱۲	۵۷/۲۵ $\pm$ ۶/۳۱
کنترل	۴۷/۸۵ $\pm$ ۶/۵۶	۴۸/۷۰ $\pm$ ۸/۵۹	۴۸/۷۵ $\pm$ ۷/۰۷
آزمایش	۳۸/۲۰ $\pm$ ۴/۷۱	۴۳/۸۵ $\pm$ ۴/۷۳	۴۵ $\pm$ ۳/۷۳
کنترل	۳۹/۶۵ $\pm$ ۴/۹۳	۴۱/۱۰ $\pm$ ۵/۳۷	۴۰/۱۵ $\pm$ ۴/۴۶
آزمایش	۳۸/۸۵ $\pm$ ۵/۴۷	۴۴/۰۵ $\pm$ ۹/۴۶	۴۴/۹۰ $\pm$ ۴/۸۴
کنترل	۳۹/۹۰ $\pm$ ۶/۳۷	۴۲/۰۵ $\pm$ ۶/۲۶	۴۱/۸۰ $\pm$ ۴/۲۰
آزمایش	۴۵/۹۵ $\pm$ ۵/۳۱	۵۰/۴۵ $\pm$ ۶/۹۳	۵۰/۷۵ $\pm$ ۶/۵۲
کنترل	۴۶/۹۰ $\pm$ ۶/۸۷	۴۷/۸۵ $\pm$ ۶/۱۵	۴۶/۵۵ $\pm$ ۵/۲۱
آزمایش	۴۶/۷۰ $\pm$ ۷/۷۴	۵۸/۱۰ $\pm$ ۸/۲۴	۵۸/۱۵ $\pm$ ۷/۹۶
کنترل	۴۸/۹۰ $\pm$ ۸/۰۵	۴۹/۸۵ $\pm$ ۷/۳۲	۵۰/۶۵ $\pm$ ۷/۴۴
آزمایش	۴۱/۵۵ $\pm$ ۴/۲۱	۴۸/۶۰ $\pm$ ۵/۴۳	۴۹/۴۵ $\pm$ ۵/۰۳
کنترل	۴۱/۷۵ $\pm$ ۴/۰۴	۴۳/۷۰ $\pm$ ۵/۰۹	۴۲/۷۵ $\pm$ ۵/۲۹

شاپیرو-ویلک مربوط به مؤلفه عملکرد جسمی در هر دو گروه

بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها نشان داد شاخص

بود. استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری نیز نشان داد که پیش از مداخله بین گروه‌ها به لحاظ مؤلفه‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار نبود و مفروضه استقلال متغیر وابسته در مرحله پیش‌آزمون از عضویت گروهی برقرار است. جدول ۳ نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس مؤلفه‌های کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

در مرحله پیگیری معنی‌دار است. با توجه به برابری حجم نمونه در دو گروه و مقاومت آزمون‌های آماری خانواده تحلیل واریانس، می‌توان انتظار داشت که این موضوع نتایج را تحت تأثیر قرار ندهد. نتایج آزمون لون نشان داد تفاوت واریانس‌های خطای نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه و در سه مرحله معنی‌دار نبوده و مفروضه مزبور در بین داده‌ها برقرار

جدول ۳- نتایج آزمون مفروضه (آماره ام.باکس) برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹

کیفیت زندگی	M.Box	F	p
سلامت عمومی	۱۰/۶۱	۱/۶۲	۰/۱۳۸
عملکرد جسمی	۴۲/۴۳	۶/۴۶	*۰/۰۰۱
محدودیت جسمی	۴/۶۰	۰/۷۰	۰/۶۴۹
محدودیت هیجانی	۶/۴۴	۰/۹۸	۰/۴۳۶
درد بدنی	۱۱/۶۹	۱/۷۸	۰/۰۹۹
عملکرد اجتماعی	۱۴/۵۷	۲/۲۳	*۰/۰۳۸
انرژی و شادابی	۴/۵۰	۰/۶۹	۰/۶۶۱
سلامت روانی	۲۰/۱۱	۳/۰۶	*۰/۰۰۵

\*  $p < 0.05$  اختلاف معنی‌دار

درجات آزادی مربوط به آن سه مؤلفه با روش گرینهوس-گیسر، اصلاح شد. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با طرح آمیخته در تبیین اثر متغیر مستقل بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

در ادامه، شرط برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از تست موخلی ارزیابی شد. نتایج نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه‌های عملکرد جسمی، محدودیت جسمی و عملکرد اجتماعی معنی‌دار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای آن مؤلفه‌ها برقرار نیست. به همین دلیل

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس با طرح آمیخته در تبیین اثر متغیر مستقل بر کیفیت زندگی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹

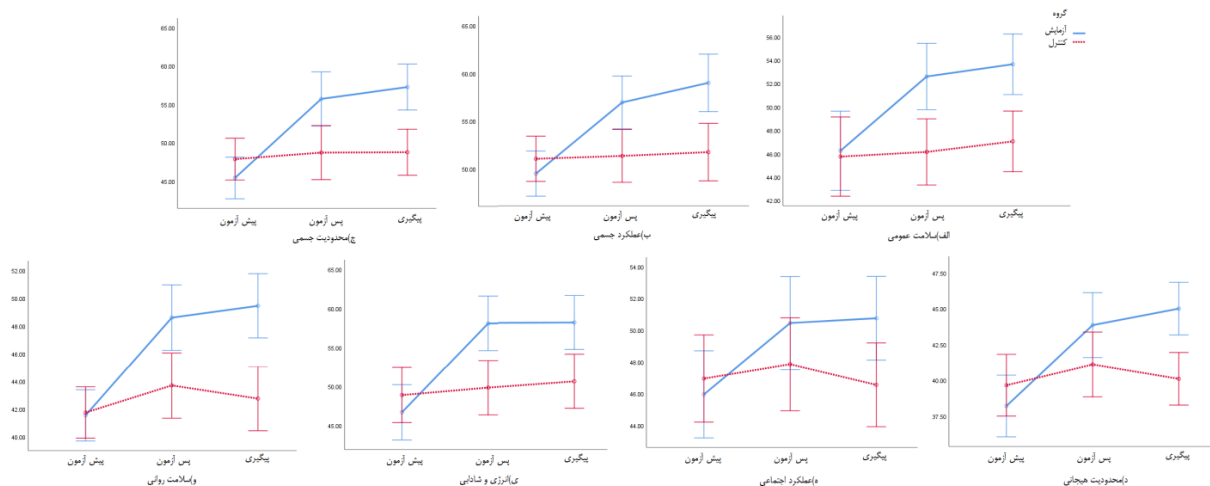
کیفیت زندگی	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	ضرب اتا
سلامت عمومی	اثر گروه	۶۱۲/۰۱	۳۱۳۲/۶۵	۷/۴۲	*۰/۰۱۰	۰/۱۶۳
	اثر زمان	۳۷۸/۴۵	۱۰۷۹/۵۰	۱۳/۳۲	*۰/۰۰۱	۰/۲۶۰
عملکرد جسمی	اثر گروه × زمان	۲۴۲/۱۲	۱۸۵۳/۷۰	۴/۹۶	*۰/۰۰۹	۰/۱۱۶
	اثر گروه	۴۲۵/۶۳	۳۰۱۰/۷۲	۵/۳۷	*۰/۰۲۶	۰/۱۲۴
محدودیت جسمی	اثر زمان	۵۲۰/۲۳	۹۵۳/۶۰	۲۰/۷۳	*۰/۰۰۱	۰/۳۵۳
	اثر گروه × زمان	۴۳۷/۶۲	۱۲۲۹/۳۷	۱۳/۵۳	*۰/۰۰۱	۰/۲۶۳
محدودیت هیجانی	اثر گروه	۵۶۷/۶۸	۴۶۸۶/۲۵	۴/۶۰	*۰/۰۳۸	۰/۱۰۸
	اثر زمان	۸۱۲/۸۱	۵۱۱/۱۸	۶۰/۴۲	*۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
محدودیت جسمی	اثر گروه × زمان	۷۰۴/۸۵	۷۹۵/۰۸	۳۳/۶۹	*۰/۰۰۱	۰/۴۷۰
	اثر گروه	۱۲۸/۱۳	۱۰۴۶/۵۰	۴/۶۵	*۰/۰۳۷	۰/۱۰۹
محدودیت هیجانی	اثر زمان	۲۶۲/۸۱	۷۷۲/۰۸	۱۲/۹۴	*۰/۰۰۱	۰/۲۵۴
	اثر گروه × زمان	۲۰۸/۶۲	۱۴۵۳/۴۰	۵/۴۵	*۰/۰۰۵	۰/۱۲۶
درد بدنی	اثر گروه	۵۶/۰۳	۲۴۷۶/۱۰	۰/۸۶	۰/۳۶۰	۰/۰۲۲
	اثر زمان	۳۱۶/۰۱	۸۵۳/۳۸	۱۴/۳۸	*۰/۰۰۱	۰/۲۷۴

۰/۰۴۶	۰/۱۹۱	۱/۶۹	۲۰۹۲/۰۰	۹۳/۱۲	اثر گروه × زمان	
۰/۰۹۸	*۰/۰۴۹	۴/۱۱	۱۰۳۸/۱۲	۱۱۲/۱۳	اثر گروه	عملکرد
۰/۱۱۹	*۰/۰۲۹	۵/۳۲	۶۹۳/۲۸	۹۶/۸۰	اثر زمان	اجتماعی
۰/۱۰۲	*۰/۰۴۱	۴/۲۳	۱۲۷۵/۷۳	۱۴۱/۸۷	اثر گروه × زمان	
۰/۱۱۴	*۰/۰۳۳	۵/۱۹	۴۴۷۶/۲۵	۶۱۲/۰۱	اثر گروه	انرژی و شادابی
۰/۷۵۹	*۰/۰۰۱	۱۱۹/۸۰	۲۷۶/۳۵	۸۷۱/۲۰	اثر زمان	
۰/۵۹۶	*۰/۰۰۱	۵۶/۱۱	۴۶۰/۲۰	۶۷۹/۵۲	اثر گروه × زمان	
۰/۲۰۹	*۰/۰۰۳	۱۰/۰۶	۱۶۳۶/۶۷	۴۳۳/۲۰	اثر گروه	سلامت
۰/۴۳۹	*۰/۰۰۱	۲۹/۷۰	۵۰۶/۹۰	۳۹۶/۰۵	اثر زمان	روانی
۰/۱۹۲	*۰/۰۰۱	۹/۰۵	۱۰۷۵/۷۳	۲۵۶/۲۰	اثر گروه × زمان	

\*  $p < 0.05$  اختلاف معنی دار

و عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی را در گروه آزمایش و کنترل افزایش داده است. در حالی که، تغییرات مشابه در گروه کنترل در مراحل سه گانه اجرای پژوهش ملاحظه نمی شود.

شکل ۱ نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤلفه های سلامت عمومی، عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، محدودیت هیجانی، انرژی و شادابی، سلامت روانی



شکل ۱- نمودار تغییرات مؤلفه های معنی دار کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش و کنترل

در افزایش سطح انعطاف پذیری روانشناختی در زنان نابارور نقش دارد. Peterson و Eifert [۲۰] در مطالعه خود اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس ناباروری در زنان و مردان را نشان دادند. Samadi و Doostkam [۲۱] بیان کردند در مان پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی و امید به زندگی زنان نابارور مؤثر است. در تضاد با یافته مطالعه حاضر، نتایج مطالعه Karlin و همکاران دال بر معنی دار نبودن تأثیر این مداخله در کاهش افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی سربازان جنگی بود [۲۳]. این یافته می تواند به این صورت تبیین شود که احتمالاً سال های طولانی جنگ و فشارهای عصبی ناشی از آن می تواند سطوح گسترده

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و وابسته به سلامت زنان نابارور انجام شد. یافته ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است کیفیت زندگی، سلامت روانی و جسمانی زنان نابارور را بهبود بخشد. این نتایج با یافته های پژوهش های قبلی [۱۹-۲۲] مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ناشی از ناباروری، اضطراب و افسردگی، افزایش سازگاری، بهبود رضایت زناشویی و امید به زندگی در زنان نابارور همسو است. Nejadmohammad و Namgi [۱۹] نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد



اختلالات روانی ایجاد کرده باشد که مداخله روانشناسی به تنهایی قابلیت درمان این عوارض را نداشته است.

فرایند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری روانشناختی را پایه سلامت روانشناختی می‌داند و بر این باور است که شخصی که انعطاف‌پذیری روانشناختی دارد، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نکرده و سعی در کنترل و تغییر آنها ندارد، لذا انرژی خود را به جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی خود می‌کند [۱۵]. در جریان این درمان به فرد کمک می‌شود تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود، تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل سازی شیوه‌های متناسب با موقعیت است [۱۶]. در حوزه‌هایی نظیر رفتار آشکار که قابل تغییر است، بر تغییر تأکید می‌شود و در حوزه‌هایی مانند ابتلا به یک بیماری ناعلاج که تغییر امکان‌پذیر نیست، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن‌آگاهی تمرکز می‌شود. ذهن‌آگاهی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانشناختی است زیرا به بیمار کمک می‌کند تا راهبردهای مقابله سازگارانه و کمتر اجتنابی را اتخاذ نماید و همچنین فرایند انعطاف‌پذیری را در وی تسهیل می‌کند [۱۸]. افزایش انعطاف‌پذیری بیمار در سایه آموزش‌های ذهن منوط به این است که بیمار رابطه خود را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهد و آنها را رویدادهای ذهنی ببیند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند و به پذیرش افکار همان گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر- دست یابد. پذیرش رویدادهای درونی و عدم جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های درونی به فرد اجازه می‌دهد تا به توسعه خزانه رفتاری‌اش بپردازد و به انجام فعالیت‌های ارزشمند رو بیاورد و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب کیفیت زندگی خود را بهبود بخشد [۲۱].

درمان تعهد و پذیرش در فرد این آمادگی را ایجاد می‌کند که نسبت به هیجان‌های خود آگاهی یابد (ذهن‌آگاهی)، مشکلات خود را بدون قید و شرط پذیرا باشد و مهارت‌های لازم برای حل مشکلات خود را تقویت نماید. زنان نابارور افکار ناکارآمد و تحریف‌های شناختی گوناگونی دارند، لذا فعال شدن این افکار و هیجان‌ها باعث می‌شود به طور مداوم روی خود تمرکز کنند، نسبت به آینده ناامید باشند و دچار خود

سرزنش‌گری و ناآرزنده‌سازی خود شوند و در نتیجه خلق آن‌ها کاهش می‌یابد و علایم آن‌ها تشدید می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش گسلش شناختی شامل روش‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکرد صحیح نسبت به مسائل و مشکلات توانسته است در نهایت بر کیفیت زندگی زنان نابارور مؤثر باشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود وضعیت جسمانی زنان نابارور می‌توان گفت که ناباروری و استرس ناشی از آن می‌تواند هیجان‌ها و احساسات منفی شدیدی در فرد ایجاد کند که ابعاد مختلف زندگی از جمله سلامت روانی و فیزیولوژیکی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۹]. این هیجان‌ها و احساسات منفی، با کاهش ظرفیت تحمل فرد موجب تشدید استرس روانی و فیزیولوژیکی و همچنین افزایش درک ناراحتی و درد جسمی ناشی از انواع درمان‌های ناباروری می‌شوند و مشکلات زیادی را در رابطه با سلامتی ایجاد می‌کنند. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بکارگیری تکنیک‌های مختلف، سعی در افزایش سطح پذیرش و انعطاف‌پذیری روانشناختی دارد. همچنین، کاهش تلاش فردی برای بازداری و سرکوبی افکار می‌تواند از میزان استرس به خصوص استرس ناباروری که منشأ سایر استرس‌ها و فشارهای روانی در یک فرد نابارور است، بکاهد و زمینه کاهش استرس فیزیکی و درد و ناراحتی بدنی را فراهم آورد [۲۰]. افزایش گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه افکار و احساسات دردناک و ناراحت‌کننده باعث می‌شود که زوج‌های نابارور افکار و هیجان‌ها منفی و همچنین تعاملات خود را به روش جدیدی تجربه کنند و این امر با کاهش تجارب منفی در سطح رفتار، احساس و فکر همراه است. به عبارت دیگر، زوج‌ها می‌آموزند که با موقعیت‌ها و افکار ناخوشایند و منفی مواجه شوند و بدون کوچکترین رفتار اجتنابی، آن‌ها را بپذیرند. شفاف‌سازی ارزش‌های ارتباطی و تعهد برای عمل به صورت سازگاری با این ارزش‌ها به زوج‌های نابارور اجازه می‌دهد تا رفتارشان به سمت رضایت و ارتباط بیشتر سوق پیدا کند که این امر استرس روانی و فیزیولوژیکی را کاهش می‌دهد و می‌تواند ابعاد مختلف کیفیت زندگی را تقویت کند.

از محدودیت‌های این پژوهش این است که منحصر به شهر

### تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

### سهم نویسندگان

شیوا کوهی کمالی: طراحی، تدوین و نگارش، حمید پور شریفی، شیدا سوداگر و حسن عشایری: تدوین و ویرایش مقاله را بر عهده داشته‌اند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری روانشناسی مصوب در کمیته اخلاق دانشگاه هرمزگان با کد IR.HUMS.REC.1398.310 می‌باشد. نویسنده‌گان بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

اصفهان و زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمانی این شهر بوده است که تعمیم نتایج را دچار محدودیت می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این درمان بر روی زوج‌های نابارور در گستره وسیع‌تر انجام شود. همچنین، اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان پذیرش و تعهد بر روی سایر اختلالات مرتبط با ناباروری در زوجین نابارور بررسی گردد.

### نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت

پروتکل بازنگری شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان نابارور را بالا ببرد و باعث بهبود و افزایش سلامت روانی، سلامت جسمانی و ارتقای کیفیت زندگی آنان شود.

## References

- Patel A, Sharma PS, Narayan P, Binu VS, Dinesh N, Pai PJ. Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *JHRS* 2016; 9(1):28.
- Sun H, Gong TT, Jiang YT, Zhang S, Zhao YH, Wu QJ. Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990–2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging (Albany NY)* 2019; 11(23):10952.
- Akhondi MM, Ranjbar F, Shirzad M, Ardakani ZB, Kamali K, Mohammad K. Practical difficulties in estimating the prevalence of primary infertility in Iran. *IJFS* 2019; 13(2):113.
- Casu G, Gremigni P. Screening for infertility-related stress at the time of initial infertility consultation: psychometric properties of a brief measure. *JAN* 2016; 72(3):693-706.
- Lee M. I wish I had known sooner: stratified reproduction as a consequence of disparities in infertility awareness, diagnosis, and management. *Women & Health* 2019; 59(10):1185-98.
- Punab M, Poolamets O, Paju P, Vihljajev V, Pomm K, Ladva R, Et Al. Causes of male infertility: a 9-year prospective monocentre study on 1737 patients with reduced total sperm counts. *JHR* 2017; 32(1):18-31.
- Kitchen H, Aldhouse N, Trigg A, Palencia R, Mitchell S. A review of patient-reported outcome measures to assess female infertility-related quality of life. *HQLO* 2017; 15(1):86.
- Porat-Katz A, Paltiel O, Kahane A, Eldar-Geva T. The effect of using complementary medicine on the infertility-specific quality of life of women undergoing in vitro fertilization. *IJGO* 2016; 135(2):163-7.
- de Farias Rodrigues MP, Vilarino FL, Munhoz AD, da Silva Paiva L, de Alcantara Sousa LV, Zaia V, Et Al. Clinical aspects and the quality of life among women with endometriosis and infertility: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* 2020; 20(1):1-7.
- Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *JSSM* 1995; 41(10):1403-9.
- Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *JPOG* 2010; 31(2):101-10.
- Solati K, Lo'Bat Ja'Farzadeh AH. The effect of stress management based on group cognitive-behavioural therapy on marital satisfaction in infertile women. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR* 2016; 10(7): 01-03.
- Keshavarz Mohammadi R, Agha Bozorgi S, Shariat S, Hamidi M. The effectiveness of positive psychotherapy on mental endurance, self-compassion and resilience of infertile women. *JSBCH* 2018; 2(2):235-44. [Persian]

14. Hamid N. The effectiveness of stress management on depression, anxiety and fertilization of infertile women. APJB Sci 2011; 5(1):55-60. [Persian]
15. Mezreji HS, Toozandehjani H. Efficacy of group reality therapy on anxiety in infertile women undergoing treatment with assisted reproductive techniques IUI. MJSS 2016; 7(3 S3):127.
16. Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Högfeltd A, Rowse J, Et Al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. JCFS 2015; 24 (4):1016-30.
17. Griffiths C, Williamson H, Zucchelli F, Paraskeva N, Moss T. A systematic review of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. JCP 2018; 48 (4):189-204.
18. Ito M, Muto T. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome non-patients: A pilot randomized waiting list controlled trial. JCBS 2020; 15:85-91.
19. Nezhadmohammad Namegi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Increasing the Psychological Flexibility of Infertile Females: Designing a Therapeutic Protocol. IJNR 2018; 13(3):41-8. [Persian]
20. Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. CBP 2011; 18(4):577-87.
21. Samadi H, Doustkam M. Investigating the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on marital compatibility and life expectancy in infertile women. JTBCP 2017; 3(5):16-27. [Persian]
22. Abdollahzadeh H, Kabirinasab Y. The Effectiveness of acceptance and Commitment Therapy on internalized Shame and Sexual self-esteem of Women with Breast Cancer after Mastectomy Surgery. QJHP 2019; 4(1):148-99. [Persian]
23. Karlin BE, Walser RD, Yesavage J, Zhang A, Trockel M, Taylor CB. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. JAMH 2013; 17(5):555-63.
24. Delavar, A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. 1nd ed. Tehran: Roshd publication; 2009. [Persian]
25. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical care 1992:473-83.
26. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. QLR 2005; 14(3):875-82. [Persian]

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Health-Related Quality of Life in Infertile Women

Koohikamali Sh<sup>1</sup>, Poursharifi H<sup>2</sup>, Sodagar Sh<sup>3</sup>, Ashayeri H<sup>4</sup>

1- PhD student, Dept of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2- Associate Prof, Dept of Health Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

(Corresponding Author)

Email: poursharifih@gmail.com, Tel: 09109187028

3- Assistant Prof, Dept of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4- Prof, Dept of Speech Therapy, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 31 December 2020 Accepted: 30 August 2021

**Introduction:** Infertility is one of the major health problems causing many psychological problems and poor quality of life in couples. Due to the need for effective interventions to reduce these problems, the present study was conducted to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the health-related quality of life in infertile women.

**Materials and Methods:** The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. The study population included all infertile women admitted to infertility centers in Isfahan in 2019-2020. 40 women were selected using the availability sampling method and then randomly assigned to an experimental group and a control group. The experimental group underwent 9 sessions of 120-minute commitment and acceptance treatment. Health-related quality of life questionnaire (SF-36) was used to collect data. Data analysis was performed using SPSS-26 software and Mixed Design.

**Results:** The results of statistical analysis showed that with pre-test control, there was a significant difference between the mean scores of quality of life components in infertile women in the experimental and control groups ( $p < 0.05$ ). Acceptance and commitment therapy improved the quality of life in infertile women in the experimental group.

**Conclusion:** Accordingly, acceptance and commitment therapy can improve the quality of life of infertile women, and using this intervention can be effective in reducing psychological damage caused by infertility.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Health-Related Quality of Life, Infertile Women

---

### Please cite this article as follows:

Koohikamali Sh, Poursharifi H, Sodagar Sh, Ashayeri H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Health-Related Quality of Life in Infertile Women. *Community Health journal* 2022; 15 (4):46-57.

**Funding:** This study did not have any funds.

**Conflict of Interest:** The authors declared no conflict of interest regarding the publication of this article.

**Ethical Approval:** The article is approved by the research ethics committees with code. (IR.HUMS.REC.1398.310)