

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری زنان نابارور

*خدیجه فولادوند^۱، سلمان زارعی^۲

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان.

۲. استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه لرستان.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۱۱/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۶)

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies, Body Image, and Resilience of Infertile Women

* Khadijeh Fooladvand¹, Salman Zarei²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University.

2. Assistant Professor, Department of Counseling, Lorestan University.

Original Article

(Received: Feb. 16, 2021 - Accepted: Feb. 15, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Infertility led to personal and social problems among women. The present study was carried out with the aim of evaluating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on cognitive emotion regulation strategies, body image and resilience of infertile women. **Method:** The method of the current study being quasi-experimental, was with pretest-posttest design with control group. The statistical population of the study included all infertile women who had referred to Ghadir Hospital of Shiraz in 2019. Using purposeful sampling method, a total of 30 infertile women were selected and were randomly categorized as experimental and control groups. In the pre-test and post-test stages, Resilience Scale, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire and the body Image Concern Inventory were conducted. After performing the pretest, the experimental group received ACT for 8 sessions of 60 minutes and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance with SPSS-22 software. **Findings:** The results showed that by controlling the effect of pre-test, there was a significant difference between the mean post-test of the two groups in the variables of adaptive emotion regulation strategies ($F=18.173$), maladaptive emotion regulation strategies ($F=16.163$), body image ($F=17.593$) and resilience ($F=16.826$) at the level $P = 0.01$. **Conclusion:** According to the results of this study, we can make use of ACT for the improvement of emotion regulation strategies, body image and resilience of infertile women.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Emotion Regulation Strategies, Body Image, Resilience, Infertile Women.

چکیده

مقدمه: ناباروری منجر به مشکلات فردی و اجتماعی در زنان می‌شود. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری زنان نابارور بود. روش: روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش همه زنان نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان غدیر شیراز در سال ۱۳۹۸ بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جای‌دهی شدند. در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسشنامه تاب‌آوری، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان تعهد و پذیرش قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چندمتغیری با نرم‌افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین پس‌آزمون دو گروه در متغیرهای راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌یافته ($F=18/173$)، راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌نیافته ($F=16/163$)، تصویر بدن ($F=17/593$) و تاب‌آوری ($F=16/826$) در سطح $P=0/01$ تفاوت معنادار وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این پژوهش، می‌توان از درمان تعهد و پذیرش در جهت بهبود راهبردهای تنظیم هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری زنان نابارور بهره برد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن، تاب‌آوری، زنان نابارور.

*نویسنده مسئول: خدیجه فولادوند

*Corresponding Author: Khadijeh Fooladvand

Email: kfooladvand@yahoo.com

مقدمه

های افراد تاب‌آور است (روبانی و همکاران، ۲۰۱۹) که به آن‌ها کمک می‌کند در هنگام مواجهه با مشکلات و رویدادهای استرس‌زا بتوانند از حمایت دیگران بهره‌مند شوند، سازش‌یافتگی بیشتری داشته باشند و از روش‌های مقابله‌ای کارآمدتری استفاده کنند (سیلر و جنوین، ۲۰۱۹). بر اساس شواهد پژوهشی تاب‌آوری یک مهارت است که با مداخله روان‌شناختی می‌تواند بهبود یابد (آقایی و حیدری، ۲۰۱۶).

از سوی دیگر، زنان نابارور با تصویر بدنی^۱ منفی، مشکلات روانی بیشتری داشته (هوانگ، ۲۰۱۷) و نگرانی بیشتری درباره جذابیت‌های جسمانی، حرمت خود منفی، افسردگی و اضطراب بالاتری دارند (بوچیانری و نیومارک-زیتینر،^۲ ۲۰۱۴؛ مک‌لین و پاکستون،^۳ ۲۰۱۹). تصویر بدن درک یا باور ذهنی درباره ظاهر و به‌طورکلی بدن است (ایسکن، جرومالا و موبینی،^۴ ۲۰۱۴) و زنان نسبت به بدن خود و ادراک آن حساس‌تر هستند (مالگرو و تیگرمن،^۵ ۲۰۱۸). اطلاع از ناباروری در زنان اضطراب و نگرانی در مورد بیچه‌دار نشدن را ایجاد می‌کند. اندوه، غم و احساس گناه ناشی از داشتن این نقص و اهمیت باروری زنان از نظر جامعه، با چالش کشیدن هویت زنانه آن‌ها، اعتمادبه‌نفسشان را کاهش داده و اثر منفی بر تصویر ذهنی زنان از

شیوع ناباروری^۱ در جهان در حال افزایش است (فو و همکاران، ۲۰۱۶) و فراوانی آن با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد (توما^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران نیز بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می‌کنند (عدل، شفیع‌آبادی و پیرانی، ۱۳۹۵). ناباروری به‌عنوان عدم وقوع بارداری بعد از یک سال رابطه زناشویی بدون جلوگیری تعریف شده است (رومیرو^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). ناباروری زنان را در معرض فشارهای روانی مختلف قرار داده (سیسرپس^۵ و همکاران، ۲۰۱۳) و با آسیب‌های روان‌شناختی شامل مشکلات زناشویی، ناکارآمدی در مواجهه با مشکلات و افزایش سطح استرس، اضطراب، افسردگی و احساس حقارت ارتباط دارد (گامیرو^۶ و همکاران، ۲۰۱۴).

تاب‌آوری^۷ به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده می‌تواند کیفیت زندگی زنان نابارور را ارتقاء ببخشد. ناباروری مقاومت افراد را در برابر مشکلات زندگی کم می‌کند و به‌طورکلی افراد نابارور نسبت به افراد عادی در برابر مشکلات، تاب‌آوری کمتری از خود نشان می‌دهند (لی، ژانگ، شی و وانگ،^۸ ۲۰۱۹). تاب‌آوری به معنای فرآیند یا توانایی سازگاری با چالش‌های زندگی و غلبه بر آن‌ها است. همدلی، خودپنداره مثبت، خوش‌بینی، توانایی در سازمان‌دهی، منع کنترل درونی و رفتارهای اجتماعی سازگاران از ویژگی-

9. Seiler, & Jenewein

1 . body image 0
1 . Hwang 1
1 . Bucchianeri, & Newmark-Sztalner
1 . McLean, & Paxton 3
1 . Iscen, Gromala, & Mobini 4
1 . Mulgrew, & Tiggemann 5

1 . infertile
2 . Fu
3 . Thoma
4 . Romeiro
5 . Cserepes
6 . Gameiro
7 . resilience
8 . Li, Zhang, Shi, Shi, & Wang

بدنشان دارد (اوزن^۱ و همکاران، ۲۰۱۹) که این امر می‌تواند منجر به فاصله‌گیری روانی زنان از همسر شده و سازگاری و رضایت زناشویی آن‌ها را تهدید کند (لويس-اسمیت، دیدریچز و هالیول،^۲ ۲۰۱۹). شواهد پژوهشی اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی بر تغییر ادراک زنان از بدن را نشان داده است (مانلیک، کوچران و کون،^۳ ۲۰۱۳). در همین راستا، فوگلکویست، گوستافسون، کلین و پارلینگ^۴ (۲۰۲۰) در پژوهشی روی ۹۹ زن مبتلا به اختلال خوردن گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تصویرمنفی بدن زنان مبتلا به اختلال خوردن موثر است.

بر اساس شواهد پژوهشی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۵ می‌توانند نقش بسیار مهمی در رویدادهای تنیدگی‌زا از جمله ناباروری داشته باشند. تنظیم هیجان‌ها به‌واسطه افکار یا شناخت‌ها به‌طور جدایی‌ناپذیری با زندگی انسان در ارتباط است و به افراد کمک می‌کند که بر هیجان‌های خود در طول و بعد از تجربه تهدیدآمیز یا حوادث استرس‌آور تسلط داشته باشند (مکاری و گراس،^۶ ۲۰۲۰). طبق مدل گراس، تنظیم شناختی هیجان شامل راهبردهای سازش‌یافته^۷ و سازش‌نیافته^۸ است که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود و به توانایی

فهم هیجان‌ها، تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره دارد (چن^۹ و همکاران، ۲۰۱۵). زنان ممکن است به ناباروری با غمی عمیق و سوگواری پاسخ دهند و از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازش‌نیافته استفاده کنند (لی، وانگ، هو و ژو،^{۱۰} ۲۰۱۹) که این امر منجر به فعال‌سازی الگوهای افکار افسرده آن‌ها شده و کارآمدی‌شان را کاهش می‌دهد (مه‌دین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). بهبود تنظیم شناختی هیجانی با به‌کارگیری مداخله‌های روان‌شناختی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت افزایش مهارت‌هایی چون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی امکان‌پذیر است (رویز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۳). در همین راستا، سیوارت^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی مؤثر است.

در حال حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمانی مؤثر برای بسیاری از مشکلات روان‌شناختی به کار می‌رود (توهیگ و لوین،^{۱۴} ۲۰۱۷). این درمان شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (هایز،^{۱۵} ۲۰۱۶). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف-پذیری شناختی و پذیرش است (ژانگ^{۱۶} و

| | |
|---------------------------|---|
| 9. Gen | |
| 1 . Li, Wang, Huo, & Zhou | 0 |
| 1 . Mahadeen | 1 |
| 1 . Ruiz | 2 |
| 1 . Sewart | 3 |
| 1 . Twohig, & Levin | 4 |
| 1 . Hyes | 5 |
| 1 . Zhang | 6 |

| |
|---|
| 1. Ozen |
| 2. Lewis-Smith, Diedrichs, & Halliwell |
| 3 . Manlick, Cochran, & Koon |
| 4. Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin, & Parling |
| 5. cognitive emotion regulation strategies |
| 6. McRae, & Gross |
| 7. adaptive |
| 8. Maladaptive |

فولادوند و زارعی: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری ...

مداخله‌های روان‌شناختی کارآمد نوین از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این متغیرها در زنان نابارور می‌تواند واجد ارزش‌های تشخیصی و درمانی مهمی باشد و راه‌گشای برخی از ابهامات موجود در مداخله‌های درمانی این زنان شود. لذا این پژوهش سعی دارد تا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری زنان نابارور را مورد بررسی و آزمون قرار دهد.

روش

در این پژوهش، روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل مورد استفاده قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان غدیر شیراز در تابستان سال ۱۳۹۸ بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جای‌دهی شدند. به دلیل مداخله‌ای بودن پژوهش، حداقل حجم نمونه در هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۶). جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، از آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش صرفاً برای مقاصد پژوهشی به کار گرفته می‌شود. لازم به ذکر است که جلسات درمانی در مرکز مشاوره کلینیک ناباروری وابسته به بیمارستان برگزار شد.

با هدف کنترل اثرات متغیرهای جمعیت‌شناسی، جنسیت و تعداد دفعات درمان

همکاران، ۲۰۱۸؛ ویکسل^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). برای مدیریت تجربه‌های درونی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مهارت مؤثر توجه‌آگاهی را به افراد می‌آموزد. رسالت این درمان تغییر رابطه با افکار و احساسات آزردهنده است و به افراد می‌آموزد آن‌ها را بی‌خطر و حتی به چشم رویدادهای روان‌شناختی ناخوشایند گذرا بنگرند (دیندو، وان‌لیو و آرچ^۲، ۲۰۱۷؛ کراسبی و توهیگ^۳، ۲۰۱۶؛ توهیگ و همکاران، ۲۰۱۹). برخی شواهد به بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برخی از زمینه‌ها در زنان نابارور پرداخته‌اند؛ برای مثال پترسون و ایفرت^۴ (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی کارا برای کاهش آشفتگی روانی، استرس، اضطراب و افسردگی ناشی از ناباروری است، اما پژوهشی که اثربخشی این درمان بر تاب‌آوری، تصویر بدن و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان نابارور را مورد توجه قرار داده باشد یافت نشد.

با توجه به شیوع و فراوانی ناباروری، درگیر شدن فرد نابارور به‌طور مزمّن با ناباروری و پیامدهای ناشی از آن، پیشگیری و درمان مشکلات و عوامل مرتبط با ناباروری ضروری به نظر می‌رسد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازش‌نا یافته، تاب‌آوری پایین در برابر استرس‌ها و تصویر بدنی منفی زنان نابارور می‌تواند زمینه‌ساز اختلال‌های روان‌شناختی و بیماری‌های جسمانی در آن‌ها باشد؛ بنابراین پرداختن به تأثیر

1. Wicksell
2. Dindo, Van Liew, & Arch
3. Crosby, & Twohig
4. Peterson, & Eifert

گزارش کردند که روایی همگرایی این پرسشنامه را نشان می‌دهد. همچنین آن‌ها اعتبار بازآزمایی پرسشنامه تاب‌آوری را روی ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از سانحه ۰/۸۷ به دست آوردند. آهنگرزاده رضایی و رسولی (۱۳۹۴) با روش تحلیل عامل تأییدی ساختار پنج عاملی این پرسشنامه را تأیید کردند. به علاوه، آن‌ها اعتبار کل و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه تاب‌آوری را با روش ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ گزارش کردند.

۲) پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی؛^۸ این پرسشنامه توسط لیتلتون، آکسوم و پوری^۹ (۲۰۰۵) طراحی شده و شامل ۱۹ گویه است. هر گویه دارای ارزشی بین ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بوده و گستره نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ است. هر چه نمره بالاتر باشد نشان‌دهنده نگرانی بیشتر نسبت به تصویر بدنی است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) اعتبار پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی با ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. بساک‌نژاد و غفاری (۱۳۸۶) ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس ترس از ارزیابی منفی از ظاهر جسمانی^{۱۰} را ۰/۵۵ محاسبه کردند که حاکی از روایی همگرایی این پرسشنامه است. همچنین آن‌ها اعتبار پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آورده‌اند.

۳) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان؛^{۱۱} پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی

ناباروری، شرکت‌کنندگان در پژوهش بر اساس دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، گذشتن حداقل یک سال از تشخیص و درمان ناباروری هم‌تا شدند. همچنین علت ناباروری در شرکت‌کنندگان پژوهش مربوط به زنان نه مردان بود. ملاک‌های ورود نمونه، مدت زمان ناباروری یک سال و بیشتر و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی مزمن مانند سرطان و ایدز (بر اساس خودگزارشی شرکت‌کنندگان) را در بر گرفت. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه در فرآیند درمان و استفاده از دیگر خدمات روان‌درمانی بودند. به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

۱) پرسشنامه تاب‌آوری؛^۱ این پرسشنامه ۲۵ گویه‌ای توسط کانر و دیویدسون^۲ (۲۰۰۳) تدوین شده است و در یک طیف لیکرت بین صفر تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. پرسشنامه تاب‌آوری شامل پنج خرده‌مقیاس شایستگی فردی^۳، تحمل اثرات منفی و قوی بودن در برابر تنیدگی^۴، پذیرش مثبت تغییر^۵، خودکنترلی^۶ و تأثیرات معنوی^۷ است. نمره کلی این پرسشنامه میزان تاب‌آوری را نشان می‌دهد و هر چه نمره بالاتر باشد نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر فرد است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه سرسختی کوباسا را ۰/۸۳

1. Resilience Scale
2. Connor, & Davidson
3. personal competence
4. tolerance of negative effect and strengthening effects to stress
5. positive acceptance of change
6. self-control
7. spiritual influences

8. Body Image Concern Inventory

9. Littleton, Axsom, & Pury

10. Fear of Negative Evaluation of Physical Appearance

11. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

فولادوند و زارعی: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری ...

حداقل و حداکثر نمره در هر خرده‌مقیاس به ترتیب ۶ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. یافته‌های تحلیل عامل اکتشافی نه عامل پیش‌بینی شده را نشان داد. همچنین همسانی درونی اکثر خرده‌مقیاس‌ها با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۶). بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) در پژوهشی در کنار بررسی روایی محتوای پرسشنامه توسط متخصصان روانشناسی، اعتبار خرده‌مقیاس‌ها را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ گزارش کردند.

و کرایج^۱ در سال ۲۰۰۶ تدوین شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و ۹ راهبرد تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌سنجد. راهبردهای این پرسشنامه به دو دسته راهبردهای سازش‌یافته (کم اهمیت شماری^۲، تمرکز مجدد مثبت^۳، ارزیابی مجدد مثبت^۴، پذیرش^۵ و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۶) و راهبردهای سازش‌نیافته (خودسرزنش‌گری^۷، دیگرسرزنش‌گری^۸، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری^۹ و فاجعه‌نمایی^۱) تقسیم می‌شوند.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲)

| جلسه | محتوای جلسات |
|-------|--|
| اول | خوشامدگویی و معارفه اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، انتظاراتی که از جلسات درمانی دارند، تعیین چهارچوب‌ها و قواعد گروه، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش. تکلیف خانگی: نوشتن ۵ تا از مشکلات مهم زندگی خود. |
| دوم | بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد). تکلیف خانگی: تهیه فهرست شیوه‌های کنترل مشکلات و مزایا و معایب آنها. |
| سوم | بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجان‌ها و تجارب منفی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند. |
| چهارم | جایگزینی کنترل درونی به‌جای کنترل بیرونی. بررسی خواسته‌ها و اعمال و اینکه آیا در جهت رسیدن به اهداف هستند؟ تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از رفتارها که تحت کنترل بیرونی هستند و چگونگی تحت کنترل درونی درآوردن آنها. |
| پنجم | بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه (استعاره شطرنج) و آموزش فنون ذهن‌آگاهی. تعریف و شناخت دنیای کیفی و واقعی و تفاوت بین انسان‌ها در این زمینه. تکلیف خانگی: در دنیای کیفی شما چه می‌گذرد؟ رابطه رفع نیازها و دنیای کیفی شما. |
| ششم | ارائه تعریف راهبردهای تنظیم هیجان، تصویر بدنی و تاب‌آوری، رابطه آنها با دنیای کیفی و نیازهای بنیادین، آموزش طرح و برنامه‌ریزی برای رسیدن به خواسته‌ها. تکلیف خانگی: انجام طرح و برنامه‌ریزی برای رسیدن به خواسته‌ها. |
| هفتم | بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع و به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد در جهت پیگیری ارزش‌ها. تکلیف خانگی: گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و تفکر در مورد نتایج جلسات. |
| هشتم | جمع‌بندی مفاهیم ارائه شده، درخواست از اعضا برای ارائه دستاوردهای خود و برنامه‌شان برای زندگی. |

1. Garnefski, & Kraaij
2. putting into perspective
3. positive refocusing
4. positive reappraisal
5. acceptance
6. refocus on planning
7. self-blame
8. other blame
9. focus on thought/rumination

0

یافته‌ها

بر اساس نتایج این پژوهش، میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۳۲/۴۶، ۳/۲۴ و ۳۴/۱۳، ۳/۴۱ بود. به علاوه، مدت زمان ناباروری آزمودنی‌ها، ۵-۱ سال (۴۸/۳ درصد)، ۱۰-۵ (۳۲/۷ درصد)، ۱۰-۱۵ سال (۱۲ درصد) و بالای ۱۵ سال (۸ درصد) بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد پس‌آزمون گروه آزمایش در راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری به ترتیب ۴۶/۵۷، ۳/۷۲؛ ۳۲/۲۹، ۳/۳۹؛ ۵۳/۳۹، ۶/۱۶؛ ۱۲۷/۶۳، ۳/۲۹ است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | گروه | میانگین | | انحراف استاندارد |
|--|--------|-----------|----------|------------------|
| | | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | |
| راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان | آزمایش | ۳۳/۴۹ | ۴۶/۵۷ | ۳/۷۲ |
| | کنترل | ۳۲/۸۹ | ۳۲/۹۵ | ۴/۵۷ |
| راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان | آزمایش | ۳۵/۲۱ | ۲۷/۲۹ | ۳/۳۹ |
| | کنترل | ۳۴/۹۲ | ۳۴/۸۹ | ۴/۸۹ |
| تصویر بدن | آزمایش | ۳۹/۵۸ | ۵۳/۳۹ | ۶/۱۶ |
| | کنترل | ۳۹/۳۰ | ۳۹/۰۴ | ۷/۰۳ |
| تاب‌آوری | آزمایش | ۸۳/۵۰ | ۱۲۷/۶۳ | ۳/۲۹ |
| | کنترل | ۸۱/۱۰ | ۸۰/۲۷ | ۴/۸۹ |

در این پژوهش، جلسه‌های درمان تعهد و پذیرش به صورت گروهی اجرا شد. جلسه‌های درمانی بر اساس مفاهیم مرکزی بسته درمان پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون^۱ (۲۰۱۲) و همچنین مرور ادبیات پژوهش در خصوص شرایط روان‌شناختی زنان نابارور و لحاظ کردن نیازهای خاص آن در فرآیند درمان تدوین شد.

بعد از پیش‌آزمون، مداخله گروهی درمان تعهد و پذیرش در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش اجرا شد اما در مورد گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای اجرا نشد. در پایان جلسه‌های درمانی از هر دو گروه، پس‌آزمون گرفته شد. خلاصه مطالب جلسه‌های گروهی درمان تعهد و پذیرش در جدول ۱ ارائه شده است.

فولادوند و زارعی: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری ...

مقدار F آزمون لوین برای متغیرهای راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری معنادار نبود ($P > 0/05$) که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها را نشان داد. همچنین، نتایج همگنی شیب رگرسیون برای راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری حاکی از رعایت پیش-فرض همگنی شیب رگرسیون بود ($P > 0/05$). در پایان، با توجه به نتایج آزمون ام باکس تفاوت معناداری بین کواریانس‌ها وجود نداشت و شرط همسانی کواریانس‌ها برقرار بود ($P > 0/05$).

همچنین میانگین و انحراف استاندارد پس‌آزمون گروه کنترل در راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری به ترتیب ۳۲/۹۵، ۴/۵۷؛ ۳۴/۸۹، ۴/۸۹؛ ۳۹/۰۴، ۷/۰۳؛ ۸۰/۲۷، ۴/۸۹ است.

در این پژوهش، با هدف بررسی تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از انجام این آزمون، پیش‌فرض‌های آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش در دو گروه با سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ رد نشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش

(نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون)

| متغیر | منع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|-----------------------|----------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|------------|
| راهبردهای سازش‌یافته | پیش‌آزمون گروه | ۳۳/۷۳۱ | ۱ | ۳۳/۷۳۱ | ۹/۶۷۸ | ۰/۰۲ | ۰/۱۲۱ | ۰/۶۱۸ |
| | میزان خطا | ۳۰/۲۵۱ | ۲۵ | ۱۸/۵۱۴ | ۱۸/۱۷۳ | ۰/۰۱ | ۰/۴۵۱ | ۰/۸۸۹ |
| راهبردهای سازش‌نیافته | پیش‌آزمون گروه | ۱۸/۹۸۱ | ۱ | ۱۸/۹۸۱ | ۵/۹۷۲ | ۰/۰۳۱ | ۰/۱۷۴ | ۰/۵۴۱ |
| | میزان خطا | ۲۹/۶۵۲ | ۲۵ | ۱۴/۸۳۲ | ۴۸/۴۱۲ | ۰/۰۱ | ۰/۳۹۴ | ۰/۸۳۲ |
| تصویر بدن | پیش‌آزمون گروه | ۳۳/۱۶۵ | ۱ | ۳۳/۱۶۵ | ۸/۸۲۵ | ۰/۰۲ | ۰/۱۲۱ | ۰/۶۴۱ |
| | میزان خطا | ۳۴/۵۳۷ | ۲۵ | ۱۸/۴۱۷ | ۱۷/۵۹۳ | ۰/۰۱ | ۰/۴۱۶ | ۰/۸۸۶ |
| تاب‌آوری | پیش‌آزمون گروه | ۳۱/۷۴۹ | ۱ | ۳۱/۷۴۹ | ۷/۹۳۶ | ۰/۰۳۴ | ۰/۱۳۲ | ۰/۶۲۸ |
| | میزان خطا | ۳۲/۲۱۹ | ۲۵ | ۱۴/۲۸۷ | ۵۸/۴۱۷ | ۰/۰۱ | ۰/۳۶۱ | ۰/۸۴۱ |

افزایش راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری و کاهش راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان و تصویر منفی بدن در زنان نابارور تأثیر داشته است.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری در زنان نابارور بود. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین زنان نابارور در گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر راهبردهای سازش‌یافته و راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش میزان راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان گروه آزمایش شد. اگرچه شواهد پژوهشی از جمله رویز و همکاران (۲۰۱۳) و سیوارت و همکاران (۲۰۱۹) تأثیر مداخلات روان‌درمانی بر تنظیم عواطف را نشان می‌دهند، اما در مرور پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان زنان نابارور را مورد توجه قرار داده باشد، یافت نشد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، میدان توجه فرد نیز تغییر می‌کند؛ بدین معنا که این درمان در فرد دیدگاهی ایجاد می‌کند که به‌واسطه آن رویدادهای درونی را مشاهده کند به‌جای این‌که آن‌ها را بخشی از وجود خود تلقی

بر این اساس با در نظر گرفتن نتایج مربوط به بررسی پیش‌فرض‌های اساسی تحلیل کوواریانس چندمتغیری که از رعایت این پیش‌فرض‌ها در این پژوهش حکایت داشت این تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

در این پژوهش، در مرحله پس‌آزمون از آزمون لامبدای ویلکز جهت تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرهای پژوهش استفاده شد. نتایج نشان داد آماره‌ی مربوط در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است ($P=0/02$, $F=0/49$). بر این اساس می‌توان دریافت بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. با هدف بررسی این تفاوت، تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی متغیرهای وابسته پژوهش انجام شد که نتایج در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

با توجه به جدول ۳ می‌توان دریافت تفاوت مشاهده شده بین میانگین راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری در گروه آزمایش و کنترل بعد از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($P<0/01$). همچنین، بر اساس مجذور اتا می‌توان مطرح کرد ۴۵/۱ درصد تغییرات راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان، ۳۹/۴ درصد تغییرات راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان، ۴۱/۶ درصد تغییرات تصویر بدن و ۳۶/۱ درصد تغییرات تاب‌آوری در اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

به عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تصویر بدن منفی را در زنان نابارور نشان دهد یافت نشد اما نتایج پژوهش‌های پیرسون و همکاران (۲۰۱۲)، مانلیک و همکاران (۲۰۱۳) و فوگلکویست و همکاران (۲۰۲۰) در همین راستا هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زمان حال و انجام اعمال ارزشمند تأکید دارد. پذیرش به‌عنوان یک عامل مهم و کلیدی در کاهش اثر تجربه‌های آسیب‌زای هیجانی می‌تواند بر کارکردهای فرد در آینده نیز تأثیر بگذارد. همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک سازه کلیدی در این درمان است که شامل توانایی انجام اعمال مؤثر در راستای ارزشهای فردی است هرچند مشکلاتی در زندگی فرد وجود داشته باشد (هایز، ۲۰۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باعث تغییر ارزش‌های زنان نابارور می‌شود که این امر شناخت‌ها و رفتارهای جدیدی را ایجاد کرده و ادراک آن‌ها از بدن خویش را بهبود خواهد بخشید (غلامحسینی، خدابخشی کولایی و تقوایی، ۱۳۹۴). به‌علاوه، زنان نابارور با تصویر بدنی منفی، به دلیل درک نادرست از وضعیت بدن، حرمت نفس پایین‌تری دارند، از افسردگی و اضطراب بالاتری برخوردارند، رضایت زندگی کمتری دارند، خودشان را مقصر ناباروری می‌دانند و نداشتن فرزند را یک موضوع غیرقابل قبول در نظر می‌گیرند که با هویت زنانه آن‌ها منافات دارد. بر این اساس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی برقراری ارتباط با زمان حال و پذیرش رویدادهای زندگی می‌تواند در کاهش

کند (هایز، ۲۰۱۶). بر این اساس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش تجربه‌ها و انجام ارادی فعالیت‌ها باعث بهبود راهبردهای سازش‌نا یافته تنظیم هیجانی افراد می‌شود. با افزایش سطح پذیرش، افراد نسبت به افکار و احساسات خودآگاهی دارند اما سعی نمی‌کنند آن‌ها را مهار کرده یا از آن‌ها اجتناب کنند (کترمن و همکاران، ۲۰۱۴) که این امر اثر منفی احساسات و افکار بر رفتار آن‌ها را کاهش می‌دهد. درحالی‌که در سطح پایین پذیرش، افراد درگیر کنترل، تغییر شکل و فراوانی افکار و احساسات خود هستند و امکان رفتارهای آسیب‌زا را افزایش می‌دهد (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش، زنان نابارور را قادر می‌سازد روابط و افکار منفی را به شیوه‌ای نو تجربه کنند و با رویدادها و افکاری که از آن‌ها اجتناب کرده‌اند روبرو شده و آن‌ها را بپذیرند. روشن‌سازی ارزش‌های ارتباطی و تعهد برای عمل در مسیر این ارزش‌ها، به زنان نابارور کمک می‌کند تا به نحوی رفتار کنند که از زندگی و تعاملات رضایت بیشتری داشته باشند و بتوانند هیجان‌های منفی و اضطراب را کاهش و مدیریت کنند.

بر اساس یافته‌های پژوهش مشخص شد بین زنان نابارور در گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر تصویر بدن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش میزان تصویر منفی از بدن گروه آزمایش شد. هرچند پژوهشی که اثربخشی درمان

نگرانی آن‌ها از بدن مفید باشد (کراسبی و توهیگ، ۲۰۱۶).

به‌علاوه، این پژوهش نشان داد بین زنان نابارور در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر تاب‌آوری تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین تاب‌آوری زنان نابارور گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش میزان تاب‌آوری گروه آزمایش شد. هرچند پژوهشی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری زنان نابارور را نشان دهد یافت نشد اما نتایج پژوهش آقای و حیدری (۲۰۱۶) در همین راستا است. زنان نابارور افکار و احساسات آزاردهنده‌ای را تجربه می‌کنند. این افکار و احساسات و اجتناب تجربه‌ای از ناباروری منجر به افزایش آشفتگی روان‌شناختی زنان نابارور می‌شود. استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، نه تنها افکار و احساسات آزاردهنده زنان نابارور را تغییر می‌دهد بلکه این آشفتگی روان‌شناختی را نیز کاهش می‌دهد. ذهن‌آگاهی، به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی و ناسازگارانه و داشتن رویکردی منطقی در زنان نابارور با راهبرد مسأله‌مدار، توانایی مقابله کارآمد و سازگاری بهتر مرتبط است (ویکسل و همکاران، ۲۰۱۵) که این امر منجر به افزایش تاب‌آوری زنان نابارور می‌شود. بر این اساس، فرآیندهای مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان نابارور کمک می‌کند کنترل آن‌ها بر زندگی افزایش یابد و به انجام اعمال متعهدانه در جهت ارزش‌ها پردازند که این امر باعث انطباق

آن‌ها و مدیریت مؤثر زندگی می‌شود.

به‌عنوان محدودیت پژوهش می‌توان گفت شرکت‌کنندگان در این پژوهش همگی از میان زنان نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان غدیر شیراز انتخاب شده‌اند که علت ناباروری آن‌ها مربوط به زنان تشخیص داده شده بود؛ لذا برای تعمیم نتایج به دیگر زنان نابارور که علت ناباروری آن‌ها ناشی از همسران آن‌ها است باید محتاط بود. عدم وجود دوره پیگیری و استفاده از نمونه پژوهش دردسترس از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آیند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از گروه‌های سنی و جنسی متنوع‌تری از افراد نابارور از جمله مردان نابارور نیز استفاده شود و یافته‌های آن با یافته‌های این پژوهش مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود با هدف ارزیابی تداوم تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجرای مرحله پیگیری در فاصله زمانی حداقل ۶ ماه پس از درمان انجام شود.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف پیشگیری از آسیب‌های روان‌شناختی و رفتاری ناشی از ناباروری و بدتر شدن وضعیت روان‌شناختی زنان نابارور از جمله ادراک منفی تصویر بدن و راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان‌ها بعد از تشخیص ناباروری در مراکز درمان ناباروری توسط متخصصان بالینی مورد استفاده قرار گیرد. به‌علاوه، زنان نابارور دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند که باعث تمرکز روی خود، نازرنده سازی،

فولادوند و زارعی: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تصویر بدن و تاب‌آوری ...

در نهایت بر تاب‌آوری روان‌شناختی زنان نابارور
تأثیر مهمی داشته باشد.

سپاسگزاری

در پایان از شرکت‌کنندگان پژوهش به جهت
همکاری در این پژوهش تشکر می‌شود.

نامیدی، استرس، اضطراب و افسردگی می‌شود.
بر این اساس، آموزش روش‌های مختلف مبتنی بر
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله چالش با
افکار غیر منطقی و انتخاب رویکردی صحیح
نسبت به مسئله، پذیرش و انعطاف‌پذیری
روان‌شناختی با تأثیر روی این جنبه‌ها می‌تواند

منابع

دلاور، ع. (۱۳۹۶). روش تحقیق در روان‌شناسی
و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.

عدل، ح.، شفیعی‌آبادی، ع.، و پیرانی، ذ. (۱۳۹۵).
«اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر
کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی در زنان
نابارور». *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم
پزشکی اراک*، ۹(۱۰)، ۷۱-۵۹.

غلامحسینی، ب.، خدابخشی کولایی، آ.، و
تقوایی، د. (۱۳۹۴). «اثربخشی درمان گروهی
پذیرش و تعهد بر افسردگی و تصویر بدنی
در زنان مبتلا به چاقی». *سلامت اجتماعی*،
۲(۲)، ۷۲-۷۹.

آهنگرزاده رضایی، س.، و رسولی، م. (۱۳۹۴).
«بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی
تاب‌آوری». *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۳(۹)،
۷۳۹-۷۴۷.

بساکنزاد، س.، و غفاری، م. (۱۳۸۶). «رابطه بین
ترس از بدریختی بدنی و اختلالات
روان‌شناختی در دانشجویان». *علوم رفتاری*،
۱(۲)، ۱۸۷-۱۷۹.

بشارت، م.، و بزازیان، س. (۱۳۹۱). «بررسی
پایایی، روایی و تحلیل عاملی فرم کوتاه
مقیاس خودتنظیم‌گری». *مطالعات روانشناسی
بالینی*، ۲(۶)، ۸۹-۱۱۲.

Aghaei, A., & Heidari, P. (2016).
Effectiveness of Acceptance and
Commitment Therapy (ACT) on
resiliency of female with psoriasis.
Annual world conference 14 Seattle,
Washington, United States.

Bucchianeri, M. M., & Newmark-
Sztainer, D. (2014). Body
dissatisfaction: An overlooked public
health concern. *Journal of Public
Mental Health*, 13, 64-69.

Chen, X., Zhang, H., Song, Y., Yuan,
W., Liu, Z., & Tang, M. (2015). A
paired case control comparison of
ziprasidone on visual sustained
attention and visual selective

attention in patients with paranoid
schizophrenia. *European Review for
Medical and Pharmacological
Sciences*, 19, 2952-2956.

Cserepes, R. E., Kollar, J., Sapy, T.,
Wischmann, T., & Bugan, A. (2013).
Effects of gender roles, child wish
motives, subjective well-being, and
marital adjustment on infertility-
related stress: a preliminary study
with a Hungarian sample of
involuntary childless men and
women. *Archives of Gynecology and
Obstetrics*, 288(4), 925-932.

Connor, K. M., & Davidson, J. R.
(2003). Development of a new

- resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76–82.
- Crosby, J. M. and Twohig, M. P (2016), "Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial", *Behavior Therapy*, 47(3), 355-366.
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546-553.
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155-166.
- Fu, B., Yan, P., Yin, H., Zhu, SH., Liu, Q., Liu, Y., Dai, CH., Tang, G., Yan, CH., & Lei, J. (2016). Psychometric properties of the Chinese version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *International Journal of Nursing Science*, 3, 259-267.
- Gameiro, S., Van den Belt-Dusebout, A., Bleiker, E., Braat, D., van Leeuwen, E., & Verhaak, C. M. (2014). Do children make you happier? Sustained child-wish and mental health in women 11-17 years after fertility treatment. *Human Reproduction*, 29(10), 2238-2246.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire - development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045–1053.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 869-885.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Hwang, R. H. (2017). Self-Esteem, Body Image and Factors Influencing on Depression of Infertile Women. *Journal of Digital Convergence*, 15(10), 537-549.
- Iscen, O.E., Gromala, D., & Mobini, M. (2014). Body Image and Body Schema: Interaction Design for and through Embodied Cognition. In: Kurosu M. (eds) *Human-Computer Interaction. Advanced Interaction Modalities and Techniques*, 85, 556-566.
- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., & Halliwell, E. (2019). Cognitive-behavioral roots of body image therapy and prevention. *Body image*, 31, 309–320.
- Li, Y., Zhang, X., Shi, Shi, S., & Wang, L. (2019). Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 17(38), 1-9.
- Li, X., Wang, K., Huo, Y., & Zhou, M. (2019). The effect of infertility-related stress on Chinese infertile females' mental health: The moderating role of marital adjustment. *PsyCh Journal*, 8(2), 232–239.
- Littleton, H. L., Axsom, D. S., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behavior Research and Therapy*, 43, 229-241.
- Mahadeen, A., Mansour, A., Al-Halabi, J., Al Habashneh, S., & Kenana, A. B. (2018). Psychosocial wellbeing of infertile couples in Jordan. *Eastern Mediterranean health*, 24(2), 169–176.
- Manlick, C. F., Cochran, S. V., & Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature

- review. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 43(2), 115–122.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1–9.
- McLean, S. A., & Paxton, S. J. (2019). Body Image in the Context of Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(1), 145–156.
- Mulgrew, K. E., & Tiggemann, M. (2018). Form or function: Does focusing on body functionality protect women from body dissatisfaction when viewing media images? *Journal of Health Psychology*, 23(1):84-94.
- Ozen, M. E., Vural, H., Aydin, M. H., Kalenderoglu, A., & Selek, S. (2019). Influences of Various Variables on Body Image Satisfaction Among Highly Fertile Women and Infertile Women. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 22(2), 187-192.
- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 577-587.
- Romeiro, J., Caldeira, S., Brady, V., Timmins, F., & Hall, J. (2017). Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3917-3935.
- Royani, Z., Heidari, M., Vatanparast, M., Yaghmaei, F., Sarcheshme, A. K., & Majomerd, J. K. (2019). Predictors of Quality of Life in Infertile Couples. *Journal of Menopausal Medicine*, 25(1), 35-40.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltr, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire. *Psicothema*, 25, 123-129.
- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining Positive and Negative Affect as Outcomes and Moderators of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 50(6), 1112-1124.
- Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in Cancer Patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 1-35.
- Thoma, M. E., McLain, A. C., Louis, J. F., King, R. B., Trumble, A. C., Sundaram, R., & Buck Louis, G. M. (2013). Prevalence of infertility in the United States as estimated by the current duration approach and a traditional constructed approach. *Fertility and sterility*, 99(5), 1324-1331.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751-770.
- Twohig, M. P., Ong, C. W., Krafft, J., Barney, J. L., & Levin, M. E. (2019). Starting off on the right foot in acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy*, 56(1), 16–20.
- Wicksell, R. K., Kanstrup, M., Kemani, M. K., Holmström, L., & Olsson, G. L. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children and adolescents with physical health concerns. *Current Opinion in Psychology*, 2, 1-5.
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350.