

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور

مریم استرآبادی*

آزیتا امیرفخرائی**، کرامت کرامتی***، عبدالوهاب سماوی****

چکیده

ناباروری از چالش‌های مهم در زندگی امروزی است که برخی از زوجین با آن روبه‌رو می‌شوند و بر اثر آن به سلامت روان‌شناختی و هیجانی‌شان آسیب وارد می‌شود. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زوجین نابارور مراجعه‌کننده به اداره بهزیستی بندرعباس در زمستان ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش، سی زوج نابارور با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و تصادفاً در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه پانزده زوج) گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ده جلسه نوددقیقه‌ای دریافت کردند. پرسش‌نامه‌های این پژوهش شامل پرسش‌نامه افسردگی و استرس ناباروری بود. داده‌ها به شیوه تحلیل کوواریانس چندمتغیری

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران،
maryammasiha.2010@gmail.com

** استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران (نویسنده مسئول)،
afakhraei2002@gmail.com

*** پردیس شهید بهشتی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران، kkeramat44@gmail.com
**** گروه تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، ایران، samavi@hormozgan.ac

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۲۸، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۰۳

Copyright © 2018, IHCS (Institute for Humanities and Cultural Studies). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits others to download this work, share it with others and Adapt the material for any purpose.

تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور مؤثر بوده، چنان‌که این درمان توانسته به کاهش استرس ناباروری و افسردگی این زوجین منجر شود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکیه بر تکنیک‌های ذهنی، مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تکنیک‌های گسلش شناختی، تصریح ارزش‌ها، و عمل متعهدانه را می‌توان به‌منزله درمانی کارآمد برای کاهش استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور به‌کار گرفت.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، استرس ناباروری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زوجین نابارور.

۱. مقدمه

ناباروری یکی از تلخ‌ترین تجارب زندگی است و «ناتوانی در بارداری بعد از یک سال مقاربت، بدون استفاده از هرگونه روش پیش‌گیری از بارداری» تعریف می‌شود (Alhassan et al. 2014). براساس مطالعات، حدود پنجاه تا ۸۵ میلیون نفر در دنیا دچار مشکل ناباروری‌اند، به‌طوری‌که در سراسر جهان، از هر پنج زوج، یک زوج در سنین باروری دچار این مشکل‌اند (طلایی و دیگران ۱۳۹۳). در ایران نیز بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می‌کنند (میرغفوروند و دیگران ۱۳۹۲). به‌طور کلی حدود یک‌سوم ناباروری‌ها به‌علل زنانه، یک‌سوم به‌علل مردانه، و یک‌سوم باقی‌مانده به‌علل ناشناخته یا هر دو زوج مربوط‌اند. باوجوداین‌که زنان و مردان به یک میزان در علت ناباروری دخیل‌اند، بنابه تعصبات اجتماعی، ناباروری مشکلی زنانه تلقی می‌شود. به همین دلیل، معمولاً زنان بیش‌تر با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی روبه‌رویند تا مردان (حسینی و دیگران ۱۳۹۶). ناباروری ممکن است پی‌آمدهای روان‌شناختی بسیاری به‌هم‌راه داشته باشد. این‌که فرد به‌طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی‌تواند تولیدمثل کند و صاحب فرزند شود خود یکی از تلخ‌ترین تجارب زندگی است که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز ممکن است به اهمیت آن بیفزاید و آن را برای فرد تبدیل به بحران روانی کند. احساس ناتوانی در باروری و واکنش‌های اجتماعی رایج در جامعه به این دسته از افراد زمینه‌ساز بسیاری از فشارهای روانی برای این گروه است (Haririan et al. 2010). هم‌چنین، تشخیص ناباروری انتظارات زوجین نابارور از زندگی را به‌چالش می‌کشد، زیرا ناباروری یک عامل تنش‌زای ناخواسته و غیربرنامه‌ریزی‌شده است و بسیاری از زوجین شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح این مسئله را ندارند (Schmidt 2017).

بحران ناباروری و آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی همراه با آن سبب می‌شود تا زوجین نابارور روزبه‌روز استرس ناباروری بیش‌تری را متحمل شوند (Kim et al. 2020). استرس ناباروری مجموعه‌ای از نشانه‌هاست که به دنبال تشخیص ناباروری در افراد بروز می‌کند و در بسیاری از علائم مشابه اختلالات ناشی از استرس پس از سانحه است. این مسئله به‌ویژه در مورد افکار و احساسات صدق می‌کند (Lin 2002). استرس عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ ذهنی، جسمی، یا هیجانی است. استرس ادراک‌شده حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که طی آن فرد به‌زیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدشده ادراک می‌کند. در واقع، ایجاد استرس به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت‌ها و حوادث بستگی دارد. ممکن است فردی یک موقعیت را بی‌خطر و فرد دیگری همان موقعیت را تهدید تلقی کند (Bräuner et al. 2020). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه استرس‌زای ناباروری با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روان‌شناختی همراه است، از جمله کاهش عزت‌نفس، افزایش سطح استرس (Guz et al. 2003)، اضطراب و افسردگی (Schmidt 2017)، احساس خودکم‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی، و مشکلات جسمی (Haririan et al. 2010). به همین دلیل، بسیاری از محققان استرس ناباروری را عاملی می‌دانند که به تشدید ناباروری منجر می‌شود (Wiweko et al. 2017).

علاوه بر پدیدآیی استرس، بروز ناباروری ممکن است به بروز اختلال افسردگی در زوجین نابارور نیز منجر شود (Biringer et al. 2018). افسردگی در افراد نابارور با احساس یأس و ناامیدی، ناراحتی، فقدان هرگونه انگیزه و امید، کاهش اعتمادبه‌نفس، و بدبینی همراه است (Joelsson et al. 2018). این فرایند به کاهش روابط بین‌فردی، رضایت زناشویی، و تمایلات جنسی در افراد نابارور منتهی می‌شود و سیکلی معیوب را شکل می‌دهد که احتمال درمان ناباروری را نیز کاهش می‌دهد (House 2011). برای تشخیص اختلال افسردگی طبق نظر انجمن روان‌پزشکی آمریکا، پنج نشانه یا بیش‌تر باید در قسمت اعظم روز، تقریباً همه‌روزه به مدت حداقل دو هفته متوالی دوام داشته باشد و اختلال قابل ملاحظه بالینی را در زمینه‌های اجتماعی، شغلی، و سایر زمینه‌های کارکردی ایجاد کند. افراد مبتلا به این اختلال با دوره‌هایی از گریه، تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت‌های حرکتی، انرژی، احساس بی‌ارزشی بر اثر گناه، اشکال در تمرکز، تفکر یا تصمیم‌گیری، یا افکار خودکننده درباره مرگ و خودکشی دست‌به‌گریبان‌اند (گنجی ۱۳۹۲).

روش‌های درمانی و آموزشی گوناگونی برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، و زناشویی افراد نابارور به کار گرفته شده است. یکی دیگر از این روش‌های پرکاربرد درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy) است که کارایی بالینی آن برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی افراد گوناگون، به‌خصوص ناباروران، در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده، چنان‌که در نتایج پژوهش‌های زیر اثربخشی این درمان آزمون و تأیید شده است: پژوهش نژادمحمد نامقی و نصرتی بیگزاده (۱۳۹۷)؛ جمشیدی قلعه‌شاهی و همکارانش (۱۳۹۶)؛ صمدی و دوستکام (۱۳۹۶)؛ اونگ و همکارانش (Ong et al. 2019)؛ و این و همکارانش (Wynne et al. 2019)؛ توهیگ و همکارانش (Twohig et al. 2018)؛ هیز و لوین (Hayes and Levin 2017)؛ فی‌اریلو و همکارانش (Fiorillo et al. 2017)؛ تجک و همکارانش (Tjak et al. 2017)؛ توهیگ و همکارانش (Twohig et al. 2015)؛ اسوین و همکارانش (Swain et al. 2015)؛ و بلات و همکارانش (Bluett et al. 2014). هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر بافتی است که افکار در آن رخ می‌دهند، به‌گونه‌ای که تأثیر و اهمیت روی داده‌های خصوصی دشوار را کاهش دهد. در این درمان، هم‌جوشی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار جدی و عینی در نظر گرفته می‌شوند. گویی که افکار نه‌فقط فکر، بلکه دقیقاً همان چیزی هستند که می‌گویند. این ممکن است فرد نابارور را وادار کند که به‌جای واکنش به روی داده‌های زمان حال، به ارزیابی‌ها و قواعد کلامی واکنش نشان دهد (Peterson and Eifert 2009). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعان منجر می‌شود. پذیرش، گسلش، «خود» به‌مثابه زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، و عمل متعهدانه شش فرایندی است که در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده می‌شوند (Flujas-Contreras 2018). شیوه به‌کارگیری این شش فرایند بدین صورت است که در ابتدای درمان تلاش می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد و در مقابل اعمالی کاهش یابند که کنترل نامؤثر را در پی دارند. در گام دوم، آگاهی روان‌شناختی فرد به زمان حال در کانون توجه قرار می‌گیرد و به افزایش آن اقدام می‌شود؛ یعنی فرد از همه حالات روانی، افکار، و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد. در قدم سوم، جداسازی فرد از تجارب ذهنی هدف است، به شکلی که بتواند عمل مستقل از تجارب را در خود نهادینه کند. در گام چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خودتجسمی یا داستانی شخصی است که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. در قدم پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌وضوح مشخص سازد و در جهت تبدیل آن‌ها به اهداف رفتاری اقدام کند. در نهایت، ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به‌همراه پذیرش تجارب ذهنی رخ دهد (اصلی آزاد و دیگران ۱۳۹۸). در درمان مبتنی بر رویکرد

شناختی - رفتاری، هدف کاهش نشانگان اختلال به شکل مستقیم است، در حالی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سودمندی و کارکرد تجارب روان شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات، و احساسات روان شناختی هدف قرار می گیرد و فعالیت های معنادار زندگی بدون توجه به وجودشان پی گیری می شوند (Crosby and Twohig 2016).

شکست در درمان های پزشکی به مشکلات زوجین دامن می زند و پایه های روابط زناشویی را سست تر می کند. این کاهش رضایت زناشویی ممکن است به انحرافات جنسی، روابط خارج از منزل، اختلال روانی، و طلاق نیز منجر شود. چنان که بررسی پیشینه پژوهشی پژوهش حاضر (Schmidt 2017; Wiweko et al. 2017; Biringer et al. 2018) نیز بیانگر آن بود که افراد نابارور استرس ناباروری و افسردگی دارند. به همین دلیل، درمان توأم با ناباروری و روان درمانی در پیش گیری یا رفع مشکلات موجود بسیار مؤثر است. از این رو، درمان های روان شناختی مؤثر ممکن است در این زمینه راه گشا باشد. بنابراین، با توجه به مطالب ذکر شده و انجام نگرفتن پژوهش مشابه، مسئله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور بود.

۲. روش

۱.۲ روش پژوهش، جامعه آماری، و نمونه

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زوجین نابارور مراجعه کننده به اداره بهزیستی بندرعباس در زمستان ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش، از روش نمونه گیری داوطلبانه استفاده شد، بدین صورت که ابتدا با مراجعه به اداره بهزیستی بندرعباس، زوجین ناباروری که برای فرزندخواندگی به این اداره مراجعه کرده بودند شناسایی شدند. سپس فرم شرکت داوطلبانه در پژوهش بین آنها به مدت یک ماه توزیع شد. پس از جمع آوری، تعداد سی زوج که داوطلب حضور در پژوهش به صورت زوجی بودند انتخاب و تصادفاً در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (پانزده زوج در گروه آزمایش و پانزده زوج در گروه گواه). لازم است یادآوری شود که افراد حاضر در گروه های آزمایش و گواه در متغیرهایی هم چون سن و تحصیلات همسان سازی شدند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن و تعیین اندازه اثر با توجه به $\alpha=0/005$ $a=0.05$ و $1-\beta=0/8$ (Kline et al. 2001) محاسبه شد که در هر دو گروه پانزده نفر برآورد گردید. ملاک های ورود به پژوهش شامل نابارور بودن، دامنه سنی

۲۵ تا ۴۰ سال، حداقل سواد سیکل، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی هم‌زمان، رضایت از شرکت در پژوهش، و نداشتن بیماری جسمی حاد (باتوجه به خوداظهاری زوجین) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم همکاری، و انجام‌ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی.

۳. ابزار سنجش

پرسش‌نامه استرس ناباروری (آی. اس کیو.) (infertility stress questionnaire): پرسش‌نامه استرس ناباروری را نیوتن و همکارانش (Newton et al. 1999) در مرکز علوم بهداشتی لندن طراحی کردند. این پرسش‌نامه ابزاری ۴۶سؤالی است که در یک طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس، حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۴۶ و حداکثر نمره ۲۷۶ است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده استرس ناباروری بیش‌تر است. این پرسش‌نامه پنج زیرمقیاس دارد: اجتماعی، جنسی، ارتباطی، سبک زندگی بدون فرزند، و نیاز به والدشدن. در پژوهش نیوتن و همکارانش (ibid.) روایی و پایایی این ابزار بررسی شده است. برای بررسی روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شده و پنج زیرمقیاس این پرسش‌نامه تأیید شده‌اند. همچنین، برای بررسی پایایی از هم‌سانی درونی استفاده شده و آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس موضوعات اجتماعی ۰/۸۷، جنسی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۸۲، سبک زندگی بدون فرزند ۰/۸۰، و نیاز به والدشدن ۰/۸۴ محاسبه شد. در ایران نیز عزیزاده و همکارانش (۱۳۸۴) روایی و پایایی این ابزار را بررسی کرده‌اند. برای بررسی روایی از روایی صوری استفاده شده و متن ترجمه‌شده پرسش‌نامه را شش تن از اساتید دانشگاه‌های علامه طباطبایی (ره) و تربیت معلم و یک نفر از اساتید انستیتوی روان‌پزشکی تهران تأیید کرده‌اند. همچنین پایایی به‌روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های موضوعات اجتماعی ۰/۷۸، جنسی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۷۸، سبک زندگی بدون فرزند ۰/۷۵، نیاز به والدشدن ۰/۸۴، و نمره کل ۰/۹۱ برآورد شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسش‌نامه افسردگی (دی. کیو.) (depression questionnaire): نسخه نهایی پرسش‌نامه افسردگی را بک و همکارانش (Beck et al. 1996) تدوین کردند. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل

غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، ازدست دادن اشتها، و از خودبیزاری اند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هریک از ماده‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به‌دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: صفر تا سیزده: هیچ یا کم‌ترین افسردگی (۰-۱۳)، افسردگی خفیف (۱۹-۲۴)، افسردگی متوسط (۲۰-۲۸)، و افسردگی شدید (۲۹-۶۳). بک و همکارانش (ibid.) روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه را ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کردند. هم‌چنین، ضریب بازآزمایی برای بیماران روانی ۰/۸۶ و برای بیماران غیرروانی ۰/۸۱ گزارش شده است (به‌نقل از فتحی و دیگران ۱۳۹۵). گودرزی اعتبار پرسش‌نامه بک را از طریق محاسبه ضریب هم‌سانی درونی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار حاصل از روش تصنیف را ۰/۷۰ به‌دست آورد. ضریب هم‌بستگی بین فرم سیزده‌سؤالی و فرم ۲۱‌سؤالی آن براساس گزارش گودرزی ۰/۷۴ و حاکی از روایی مناسب پرسش‌نامه برای استفاده در ایران است (به‌نقل از رئیس‌یان و دیگران ۱۳۹۰). پایایی پرسش‌نامه حاضر در این پژوهش به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

۴. روند اجرای پژوهش

برای اجرای پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان اداره بهزیستی بندرعباس صورت گرفت و مجوز اجرای پژوهش حاضر صادر شد. در گام بعد، زوجین نابارور شناسایی شدند و سی زوج با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند و برای اجرای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه به‌تصادف جای‌گزین شدند. برای رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت زوجین برای شرکت در برنامه مداخله جلب و آن‌ها از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین، به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند کرد. هم‌چنین، به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و به درج نام نیازی نیست. درنهایت، روی گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ده جلسه آموزشی نوددقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی دو و نیم ماه مطابق با جدول ۱ انجام شد، درحالی‌که گروه گواه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نکرد و در انتظار دریافت مداخله حاضر بود. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل (Hayes et al. 2004) است.

جدول ۱. خلاصه مداخلات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Hayes et al. 2004)

ردیف	جلسه	شرح جلسه
۱	جلسه اول	آشنایی و برقراری ارتباط با اعضای گروه، آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد و انعطاف‌پذیری روانی، تعریف مؤلفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای افراد حاضر در پژوهش.
۲	جلسات دوم و سوم	پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، بحث در مورد تجارب و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به‌عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه‌ابزار، چالش با برنامه تغییر مراجع، مشخص کردن تکلیف منزل.
۳	جلسه چهارم	کمک به مراجع برای تشخیص راه‌بردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با بهره‌گیری از تمثیل، بیان کنترل به‌عنوان مشکل، معرفی تمایل، احساسات، خاطرات، و علائم جسمانی به‌عنوان پاسخ با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، مشخص کردن تکلیف منزل.
۴	جلسات پنجم و ششم	آموزش تنظیم هیجان، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پی‌آمدهای آن، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف هم‌راه با تمرین پیاده‌روی با ذهن، مشخص کردن تکلیف منزل.
۵	جلسه هفتم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران، مشخص کردن تکلیف منزل.
۶	جلسه هشتم	توضیح درباره آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی‌اند، کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل، مشخص کردن تکلیف منزل.
۷	جلسه نهم	معرفی مفهوم ارزش، ایجاد انگیزه برای تغییر و توان‌مند کردن مراجع برای زندگی بهتر، نشان‌دادن خطرهای تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی با استفاده از استعاره قطب‌نمای ذهنی، مشخص کردن تکلیف منزل.
۸	جلسه دهم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، تمرین آشفتنگی تمیز در مقابل آشفتنگی کثیف، تمرین ذهن‌آگاهی آموزش تن‌آرامی با استفاده از تکنیک‌های تنش‌زدایی، به‌کارگیری تجارب به‌دست‌آمده در زندگی واقعی، جمع‌بندی، و تکلیف مادام‌العمر.

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و هم‌چنین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ تجزیه و تحلیل شد.

۵. یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی حاکی از آن بود که سن گروه نمونه در گروه‌های آزمایش و گواه بین ۲۵ تا ۴۰ بود که در این بین، در گروه آزمایش دامنه سنی ۳۳ تا ۳۶ سال (۹ نفر معادل ۳۰ درصد) و در گروه گواه ۳۷ تا ۴۰ سال (۱۰ نفر معادل ۳۳/۳۳ درصد) فراوانی بیش‌تری داشتند. از نظر سطح تحصیلات، در هر دو گروه آزمایش و گواه بیش‌ترین فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش (استرس باروری و افسردگی) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است تا براساس آن بتوان تغییرات میانگین نمرات متغیرهای استرس باروری و افسردگی را در دو گروه آزمایش و گواه مشاهده کرد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار استرس باروری و افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس باروری	گروه آزمایش	۱۵۰/۹۶	۱۶/۴۲	۱۳۲/۵۳	۱۴/۰۴
	گروه گواه	۱۴۷/۶۰	۱۴/۳۹	۱۴۶/۰۶	۱۳/۵۳
افسردگی	گروه آزمایش	۲۹/۴۰	۵/۵۴	۱۹/۶۶	۴/۲۹
	گروه گواه	۲۹/۸۰	۵/۱۰	۲۹/۵۶	۵/۶۳

نتایج جدول ۲ بیان‌گر آن است که میانگین نمرات استرس باروری و افسردگی زوجین نابارور در گروه آزمایش بر اثر دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش پیدا کرده است. برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای تحمل استرس باروری و افسردگی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($P > 0/05$). نتایج آزمون باکس برای بررسی هم‌سانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس - کوواریانس نیز برقرار بوده است ($P > 0/05$). علاوه بر این، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک بیان‌گر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای استرس باروری و افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($P > 0/05$). در نهایت، در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای استرس باروری و افسردگی معنادار نبوده است ($P > 0/05$). این

بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در این متغیرها برقرار بوده است. پس از اطمینان از رعایت پیش‌فرض‌های موردنیاز تحلیل آزمون کوواریانس، نتایج این آزمون ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در استرس باروری و افسردگی زوجین نابارور

سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	مقدار F	ارزش	
۰/۰۰۰۱	۵۵	۲	۱۰۵/۵۱	۰/۷۹	اثر پیلاپی
	۵۵	۲	۱۰۵/۵۱	۰/۲۰	لامبدای ویلکز
	۵۵	۲	۱۰۵/۵۱	۳/۸۳	اثر هتلینگ
	۵۵	۲	۱۰۵/۵۱	۳/۸۳	بزرگ‌ترین ریشه روی

با معناداری آزمون کوواریانس چندمتغیری، این نتیجه حاصل می‌شود که باید حداقل در یکی از متغیرهای استرس باروری و افسردگی زوجین نابارور بین دو گروه آزمایش و گواه بر اثر ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود داشته باشد. بنابراین، به‌منظور بررسی این نکته که معناداری مشاهده‌شده در کدام‌یک از متغیرهای استرس باروری و افسردگی است، به بررسی تحلیل کوواریانس تک‌متغیری پرداخته شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور

توان	اندازه اثر	سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر	منبع تغییر
۱	۰/۵۱	۰/۰۰۰۱	۵۹/۸۸	۳۷۹۳/۹۷	۱	۳۷۹۳/۹۷	استرس ناباروری	اثر متغیر مستقل (درمان پذیرش و تعهد)
۱	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱	۱۲۸/۳۸	۱۵۰۶/۷۴	۱	۱۵۰۶/۷۴	افسردگی	
				۶۳/۳۶	۵۶	۳۵۴۷/۱۳	استرس ناباروری	خطا
				۱۱/۸۳	۵۶	۶۵۷/۲۳	افسردگی	
					۶۰	۱۱۷۸۰۴۴	استرس ناباروری	کل
					۶۰	۳۸۵۲۷	افسردگی	

باتوجه به نتایج جدول ۴، ارائه متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) توانسته به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور) در مرحله پس از آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ منجر شود. بنابراین، این نتیجه حاصل می شود که با کنترل متغیر مداخله گر (پیش آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور با ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته به کاهش استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور منجر شود. مقدار تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۶۹ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۵۱ و ۶۹ درصد تغییرات متغیرهای استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور با ارائه متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تبیین می شود.

۶. بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور بود. یافته اول پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش تعهد در افسردگی زوجین نابارور مؤثر بوده است، چنان که این درمان توانسته به کاهش استرس ناباروری این زوجین منجر شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش های نژادمحمد نامقی و نصرتی بیگزاده (۱۳۹۷)، صمدی و دوستکام (۱۳۹۶)، توهیگ و همکارانش (Fiorillo et al. 2017; 2015)، فیورلیو و همکارانش (Swain et al. 2015)، و بلات و همکارانش (Bluett et al. 2014) هم سو بود. این پژوهش گران در نتایج پژوهش خود کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را تأیید کرده اند. چنان که نژادمحمد نامقی و نصرتی بیگزاده (۱۳۹۷) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی زنان نابارور، صمدی و دوستکام (۱۳۹۶) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان نابارور، و فیورلیو و همکارانش (Fiorillo et al. 2017) اثربخشی این درمان بر تنظیم هیجانی، معناداری زندگی، و نشخوارهای ذهنی زنان نابارور را آزمون و تأیید کرده اند.

در تبیین یافته حاضر می توان گفت استفاده از تکنیک های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می شود که افراد با آگاهی از هیجانان منفی خود

کم‌تر از وجود آن‌ها رنج ببرند. بر این اساس، با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، هیجان‌های ناخوش‌آیند سیری نزولی می‌یابند و باعث می‌شوند زوجین نابارور توان‌مندی بیشتری در ثبات روان‌شناختی و هیجانی خود به‌دست آورند و از این طریق استرس ناباروری کم‌تری را متحمل شوند. علاوه‌براین، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود افراد هنگام مواجهه با مشکلات با بیان مستقیم افکار و احساساتشان برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ خویشتن دلوپسی، تحریک‌پذیری، هراس، احساس خطر، و بی‌تابی و بی‌قراری ناشی از مقابله با مشکلات را کاهش دهند (Twohig et al. 2018). این عوامل نخست باعث حفظ سلامتی و انرژی و بهبود عملکرد در مقابله با مشکلات مخاطره‌آمیز و قدرت مقابله‌ای افراد و درنهایت موجب کاهش استرس می‌شوند. در تبیینی دیگر، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را می‌توان به تکنیک‌های این روش هم‌چون تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه نسبت داد. ترغیب زوجین نابارور به شناسایی ارزش‌هایشان، تعیین اهداف، اعمال، موانع، و درنهایت تعهد به انجام‌دادن آن‌ها در راستای تحقق اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن رضایت از زندگی افزایش یابد و این افراد از گیرافتادن در حلقه افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یأس، و افسردگی که باعث افزایش شدت مشکلات می‌شوند رها شوند، امری که درنهایت استرس ناباروری را کاهش می‌دهد. هم‌چنین، باید گفت فرایندهای محوری درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به‌دنبال این بود که به زوجین نابارور یاد دهد که چگونه فنونی را که برای کنترل فکر به‌کار می‌گرفتند رها کنند، از افکار مزاحم و اضطراب‌زا دوری کنند، و هیجان‌اتشان را مدیریت و کنترل کنند.

یافته دوم پژوهش نشان داد درمان مبتنی‌بر پذیرش تعهد در استرس ناباروری زوجین نابارور مؤثر بوده است، چنان‌که این درمان توانسته به کاهش استرس ناباروری و افسردگی این زوجین منجر شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش جمشیدی قلعه‌شاهی و همکارانش (۱۳۹۶)، اونگ و همکارانش (Ong et al. 2019)، واین و همکارانش (Wynne et al. 2019)، هیز و لوین (Hayes and Levin 2017)، و تجک و همکارانش (Tjak et al. 2017) هم‌سو بود. چنان‌که جمشیدی قلعه‌شاهی و همکارانش (۱۳۹۶) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور تأثیر دارد. هم‌چنین تجک و همکارانش (Tjak et al. 2017) دریافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به کاهش اختلالات روانی زنان نابارور منجر شده است.

در تبیین نتایج به دست آمده از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می توان گفت تمرین های درمانی در این رویکرد ممکن است موجب تغییرات شناختی در الگوهای فکری افراد نابارور شوند و این افراد با انجام متعهدانه و مسئولانه و پی گیری های جدی می توانند تغییرات بادوامی در الگوهای فکری خود ایجاد کنند و در مورد افکار به این دید و بیش برسند که فکر فقط فکر است، نه حقیقت و واقعیت. بر این اساس، این درمان به زوجین نابارور یاری می رساند تا به افکار به چشم واقعیت های آشفته ساز و افسرده ساز ننگرند و از این طریق افسردگی کمتری را متحمل شوند. علاوه بر این، در این درمان افراد در جایگاه نظاره گر قرار می گیرند و به طبیعت ناپایدار و گذرای افکار، احساسات، و هیجانات فقط نگاه می کنند؛ در واقع افراد تحت سیطره افکار و حالات احساسی و هیجانی قرار نگرفته اند، آن ها را زیر نظر و تحت سلطه دارند (Hayes and Levin 2017) و با کمک این شناخت در شرایط گوناگون می توانند مدیریت مناسبی بر احساسات، افکار، و بدنشان داشته باشند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع این امکان را می دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی شان، کاهش اجتناب تجربی، و افزایش انعطاف پذیری بپردازند، سپس افزایش عمل در مسیرهای ارزش مند را به آن ها آموزش می دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است که تاحدی به بهبود وضعیت روانی می انجامد. علاوه بر این، زوجین نابارور بر اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموختند که به اهداف خود در زندگی پای بند باشند و شرایط فعلی خود را بپذیرند و به جای کلنجار رفتن روزانه و برخورد هیجانی با مشکلات، هدف مند عمل کنند. زندگی هدف مند نیز می تواند قدرت مقابله ای و تاب آوری افراد را بهبود بخشد و موجب شود آن ها افسردگی کمتری را متحمل شوند. در تبیینی نهایی باید گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعان کمک می شود تا راهبردهای ناکارآمد کنترل را بشناسند و به بهبودی آن ها پی برند. این سبب می شود افراد نابارور دیگر از مکانیسم ها و راهبردهای ناکارآمد هم چون اجتناب، که سبب پایداری استرس در آن ها می شود، استفاده نکنند.

محدود بودن دامنه تحقیق به زوجین نابارور بندرعباس، مهارنشدن متغیرهای اثرگذار بر استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور، استفاده نشدن از روش نمونه گیری تصادفی، و طی نشدن مرحله پی گیری از محدودیت های پژوهش حاضر بود. بنابراین، پیش نهاد می شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، در سطح پیش نهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ های متفاوت، دیگر جامعه های آماری، مهار عوامل ذکر شده، بهره گیری از روش های نمونه گیری تصادفی، و مرحله پی گیری اجرا شود.

باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور، در سطح کاربردی پیش‌نهاد می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمان‌گران و مشاوران مراکز درمانی افراد نابارور معرفی شود تا با به‌کارگیری این درمان یا معرفی آن به این بیماران، جهت بهبود وضعیت شناختی آنان گامی عملی بردارند.

کتاب‌نامه

- اصلی آزاد، مسلم، غلامرضا منشائی، و امیر قمرانی (۱۳۹۸)، «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی»، فصل‌نامه روان‌شناسی افراد استثنایی، س ۹، ش ۳۶.
- جمشیدی قلعه‌شاهی، پروین، اصغر آقایی، و محسن گل‌پرور (۱۳۹۶)، «مقایسه تأثیر درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور شهر اصفهان»، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، س ۱۵، ش ۱.
- حسینی، منیر و دیگران (۱۳۹۶)، «اثربخشی مداخله روان‌شناختی جامع‌نگر بر سلامت روان‌شناختی زنان نابارور تحت درمان لقاح خارج رحمی»، روان‌شناسی بالینی، س ۹، ش ۳.
- رئیسبان، اکرم‌سادات، محمود گلزاری، و احمد برجعلی (۱۳۹۰)، «اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیش‌گیری از عود در زنان درمان‌جوی وابسته به مواد مخدر»، فصل‌نامه اعتیادپژوهی، س ۵، ش ۱۷.
- صمدی، حمیده و محسن دوستکام (۱۳۹۶)، «بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی زنان نابارور»، اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، س ۱۱، ش ۴۳.
- طلایی، علی و دیگران (۱۳۹۳)، «بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری گروهی بر افسردگی زنان نابارور»، مجله زنان و مامایی و نازایی ایران، س ۱۷، ش ۹۴.
- علیزاده، توران و دیگران (۱۳۸۴)، «رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور»، باروری و ناباروری، د ۶، ش ۲.
- فتحی، الهام و دیگران (۱۳۹۵)، «تأثیر آموزش گروهی خودبخودگی مبتنی بر مفاهیم قرآنی بر افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه»، مجله اندیشه‌های نوین تربیتی، س ۱۲، ش ۳.
- گنجی، حمزه (۱۳۹۲)، آسیب‌شناسی روانی براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، تهران: ارسباران.
- میرغفوروند، مژگان و دیگران (۱۳۹۲)، «حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زوجین نابارور و پیش‌گویی‌کننده‌های فردی - اجتماعی آن»، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، س ۲۳، ش ۱.
- نژادمحمد نامقی، عاطفه و مریم نصرتی بیگزاده (۱۳۹۷)، «بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان نابارور: طراحی پروتکل درمانی»، پژوهش پرستاری، س ۱۳، ش ۳.

- Alhassan, A., A. R. Ziblim, and S. Muntaka (2014), "A Survey on Depression among Infertile Women in Ghana", *BMC Women's Health*, vol. 14, no. 1.
- Beck, A. T. et al. (1998), "An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, no. 56.
- Biringer, E. et al. (2018), "Anxiety, Depression, and Probability of Live Birth in a Cohort of Women with Self-Reported Infertility in the HUNT 2 Study and Medical Birth Registry of Norway", *Journal of Psychosomatic Research*, no. 113.
- Bluett, E. J. et al. (2014), "Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety and OCD Spectrum Disorders: An Empirical Review", *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 28, no. 6.
- Bräuner, E. V. et al. (2020), "Psychological Stress, Stressful Life Events, Male Factor Infertility, and Testicular Function: A Cross-Sectional Study", *Fertility and Sterility*, vol. 113, no. 4.
- Crosby, J. M. and M. P. Twohig (2016), "Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial", *Behavior Therapy*, vol. 47, no. 3.
- Fiorillo, D. et al. (2017), "Evaluation of a Web-Based Acceptance and Commitment Therapy Program for Women with Trauma-Related Problems: A Pilot Study", *Journal of Contextual Behavioral Sciences*, vol. 6, no. 1.
- Flujas-Contreras, J. M. and I. Gomez (2018), "Improving Flexible Parenting with Acceptance and Commitment Therapy: A Case Study", *Journal of Contextual Behavioral Science*, no. 8.
- Guz, H. et al. (2003), "Psychiatric Symptoms in Turkish Infertile Women", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, vol. 24, no. 4.
- Haririan, H. R., Y. Mohammadpour, and A. Aghajanloo (2010), "Prevalence of Depression and Contributing Factors of Depression in the Infertile Women Referred to Kosar Infertility Center, 2009", *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology, and Infertility*, vol. 13, no. 2.
- Hayes, S. C. and M. E. Levin (2017), "Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Helplessness and Anxiety in Fertile Women", *Behavior Therapy*, vol. 44, no. 2.
- House, S. H. (2011), "Epigenetics in Adaptive Evolution and Development: The Interplay between Evolving Species and Epigenetic Mechanisms", *Handbook Epigenetics*, Amsterdam, USA: Elsevier.
- Joelsson, L. S. et al. (2018), "Anxiety and Depression Symptoms Among Sub-Fertile Women, Women Pregnant After Infertility Treatment, and Naturally Pregnant Women", *European Psychiatry*, no. 45.
- Kim, M., S. Moon, and J. Kim (2020), "Effects of Psychological Intervention for Korean Infertile Women under in Vitro Fertilization on Infertility Stress, Depression, Intimacy, Sexual Satisfaction and Fatigue", *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 34, no. 4.
- Kline, G. et al. (2001), "Analyzing Incomplete Political Science Data: An Alternative Algorithm for Multiple Imputation", *American Political Science Review*, no. 95.
- Lin, Y. (2002), "Counseling a Taiwanese Women with Infertility Problem", *Counseling Psychology Quarterly*, vol. 15, no. 2.
- Newton, C. R., W. Sherrard, and I. Glavac (1999), "The Fertility Problem Inventory: Measuring Perceived Infertility-Related Stress", *Fertility and Sterility*, vol. 72, no. 1.

- Ong, C. W. et al. (2019), "A Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Clinical Perfectionism", *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, no. 22.
- Peterson, B. and G. Eifert (2009), "Treating Infertility Stress in Patients Undergoing in Vitro Fertilization (IVF) Using Acceptance and Commitment Therapy (ACT)", *Fertility and Sterility*, vol. 91, no. 3.
- Schmidt, L. (2017), "Infertility and Assisted Reproduction in Denmark", *Dan Med Bull*, vol. 53, no. 4.
- Swain, J. et al. (2015), "Acceptance and Commitment Therapy for Children: A Systematic Review of Intervention Studies", *Journal of Contextual Behavioral Science*, vol. 4, no. 2.
- Tjak, J. G. L. et al. (2015), "A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems", *Psychother Psychosom*, vol. 84, no. 1.
- Twohig, M. P. et al. (2015), "Changes in Psychological Flexibility During Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive Compulsive Disorder", *Journal of Contextual Behavioral Science*, vol. 4, no. 3.
- Twohig, M. P. et al. (2018), "Adding Acceptance and Commitment Therapy to Exposure and Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial", *Behaviour Research and Therapy*, no. 108.
- Wiweko, B. et al. (2017), "Distribution of Stress Level Among Infertility Patients", *Middle East Fertility Society Journal*, vol. 22, no. 2.
- Wynne, B. et al. (2019), "Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients with Inflammatory Bowel Diseases", *Gastroenterology*, vol. 156, no. 4.