Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 36, No. 1, Spring 2026 ORIGINAL ARTICLE

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image concerns and sexual function of infertile women

Zahra Dastar[1], Mahdieh Nejati[2], Bahman Abdolpour[2], Hadi Smkhani Akbarinejhad[2]
[1] BA in General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
[2] MA in General Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran
[3] Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Abstract

Background: Infertile women face psychological and sexual problems; therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the body image concerns and sexual function of infertile women.
Materials and methods: This study was semi-experimental with a pretest-posttest and follow-up with a control group design. Among the women referred to infertility centers in Tabriz city in 2024, 30 people were selected using available sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups, each group 15 people. The experimental group received ACT in 8 sessions of 1.5 hours (two months, one session per week) as a group; but the control group did not receive any intervention. Both groups answered the 19-question Littleton & et al.'s body image concerns and 19-question Rosen et al.'s Female sexual function questionnaire before, after, and 4 months after the intervention. Data were Analyzed using ANOVA with repeated measures.
Results: There was no significant difference between body image concerns and sexual function scores in the experimental and control groups in the pretest ($P<0.05$). The results showed that ACT compared to the control group reduced and increased body image concerns and sexual function in infertile women at the post-test, respectively ($P<0.001$) And these results were sustained at follow-up ($P<0.001$).
Conclusion: According to the results of the study, it can be said that acceptance and commitment therapy can probably reduce body image concerns and increase sexual function in infertile women.
Keywords: *Acceptance and commitment therapy, Body image concerns, Sexual function, Infertility.*

Cited as: Dastar Z, Nejati M, Abdolpour B, Smkhani Akbarinejhad H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image concerns and sexual function of infertile women. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2026; 36(1): **90-100.**

Correspondence to: Hadi Smkhani Akbarinejhad
Tel: *+98 9369943438*
E-mail: hadiakbarinejhad@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0001-5997-1790
Received: 1 May 2025; **Accepted:** 20 Aug 2025

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۶، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، صفحات ۹۰ تا ۱۰۰

Original Article

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور

زهرا داستار[۱]، مهدیه نجاتی[۲]، بهمن عبدلپور[۲]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۳]

[۱] کارشناسی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[۲] کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
[۳] گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *زنان نابارور با مشکلات روان‌شناختی و جنسی مواجه هستند؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور بود.*

روش بررسی: *روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگری با گروه کنترل بود. از بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر گمارش شدند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کرد؛ اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه، پیش، پس و ۴ ماه پس از مداخله به‌پرسشنامه‌های ۱۹ سوالی نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران و ۱۹ سوالی عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *بین نمرات نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی در گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P>0/05$). نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور را در پس‌آزمون به‌ترتیب کاهش و افزایش داده است ($P<0/001$) و این نتایج در مرحله پیگیری ماندگار بود ($P<0/001$).*

نتیجه‌گیری: *با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سبب کاهش نگرانی از تصویر بدنی و افزایش عملکرد جنسی زنان نابارور شود.*

واژگان کلیدی: *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نگرانی از تصویر بدنی، عملکرد جنسی، ناباروری.*

مقدمه

یکی از شایع‌ترین مشکلات در بین زنان، ناباروری (infertility) است (۱). ناباروری به‌معنای ناتوانی در بارداری طی یک سال علی‌رغم تلاش‌های معمول برای بارداری بدون روش‌های پیشگیری از بارداری است (۲). سازمان بهداشت جهانی ناباروری را به‌عنوان یک نگرانی جهانی در حوزه سلامت عمومی می‌شناسد و گزارش می‌دهد که بیش از ۱۸۶ میلیون نفر در سراسر جهان ناباروری را تجربه می‌کنند (۳). در سال‌های اخیر، میانگین کلی ناباروری در ایران ۲/۱۳ درصد گزارش شده است (۴). ناباروی می‌تواند باعث پریشانی‌های روانی- اجتماعی عمده‌ای برای افراد، خانواده‌هایشان و جوامع شود و بر تمامی جنبه‌های زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد (۲). هنگامی که آرزوی فرزندارشدن با شکست مواجه می‌شود، افراد دچار یأس و ناامیدی می‌شوند که این امر سبب تشدید اضطراب و افسردگی در آن‌ها شده (۵)، نگرانی آن‌ها را درباره جذابیت‌های بدنی تشدید می‌کند (۶)، روابط

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، گروه روان‌شناسی، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد (**email**: hadiakbarinejhad@yahoo.comz)
ORCID ID: 0000-0001-5997-1790
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۲/۱۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۵/۲۹

زناشویی‌شان را دچار چالش اساسی کرده و سلامت روان‌شناختی‌شان را بر هم می‌زند (۵).

تصویر بدن یکی از مفاهیم مهم روان‌شناسی است که همواره مورد توجه مردان و زنان بوده است (۷). تصویر بدن یک مفهوم ذهنی و یکی از مفاهیم مهم تصویر از خود است (۸). این تصویر علاوه بر مجموعه‌ای از باورها، ادراکات، افکار، احساسات و اعمال که به ظاهر فیزیکی انسان مربوط می‌شود، یک رابطه شخصی است که هر فرد با بدن خود دارد (۷). یکی از تغییرات عمده در زندگی زنان، بارداری و زایمان است که برای بسیاری از زنان لذت‌بخش است. بنابراین، فرزندآوری می‌تواند فرصتی برای کاهش حساسیت آن‌ها به جذابیت و زیبایی بدنشان باشد که منجر به دوره‌ای از آرامش و آسودگی در مورد تصاویر بدنی‌شان می‌شود (۹). با این حال، زنانی که بارداری را تجربه نمی‌کنند ممکن است احساس کنند که بدن‌شان به درستی کار نمی‌کند (۱۰) که این امر سبب تشدید نگرانی از تصویر بدنی (body image concerns) در آن‌ها می‌شود (۵). بررسی‌ها نشان می‌دهند که نگرانی از تصویر بدنی در زنان نابارور سبب می‌شود که آن‌ها عملکرد جنسی (sexual function) مناسبی نداشته باشند که این امر سبب تشدید مشکلات و ناسازگاری‌های زناشویی در آن‌ها می‌شود (۱۱).

ناباروری بر ابعاد مختلف روابط زناشویی زوجین نیز تأثیر می‌گذارد (۱۲)، که یکی از آن‌ها عملکرد جنسی است (۱۳). عملکرد جنسی جزء مهم سلامت جنسی است. عملکرد جنسی تحت تأثیر عوامل مختلف درونی (زیستی) و بیرونی (روانی) در طول چرخه زندگی قرار دارد (۱۴). عملکرد جنسی کیفیت رابطه زوجین را تعیین می‌کنند (۱۵) و شامل ۵ بعد میل و برانگیختگی ذهنی، روان‌کاری، ارگاسم، رضایت و درد/ ناراحتی است (۱۴). عوامل روان‌شناختی و بین‌فردی بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارند؛ عوامل روان‌شناختی عبارت‌اند از استرس، افسردگی، اضطراب، احساس گناه، ترس از صمیمیت، انتظارات غیرمنطقی، اختلال در تصویر از خود و اضطراب دلبستگی (۱۶)، و عوامل بین‌فردی شامل صمیمیت عاطفی ضعیف، ارتباط ضعیف، دلبستگی عاشقانه، قدردانی از بدن، عملکرد شریک زندگی، کمال‌گرایی جنسی تجویزشده توسط شریک زندگی، ویژگی‌های شخصیتی شریک زندگی (خوش‌بینی)، حمایت عاطفی از شریک زندگی و رضایت از رابطه است (۱۷). نتیجه پژوهشی نشان می‌دهد که بین سلامت عملکرد جنسی و سلامت روان‌شناختی در زوجین نابارور رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۲).

علی‌رغم پیشرفت‌های مهم و چشم‌گیر در ساخت داروهای جدید برای ارتقای سلامت روان‌شناختی و بهبود عملکرد جنسی افراد نابارور، همچنان بسیاری از مبتلایان درگیر مشکلات روان‌شناختی و نارضایتی در عملکرد جنسی هستند (۵ و ۱۳). به‌منظور کاهش نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور به‌جای داروهای پزشکی می‌توان از مداخلات موثر روان‌شناختی بهره برد (۱۴)، که یکی از آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy) است که علاوه بر این‌که از مولفه‌های تغییرات شناختی برخوردار است، بر پذیرش و تعهد فعالانه متمرکز می‌باشد (۱۹) و این غنای محتوایی می‌تواند اثربخشی بیش‌تر و برجسته‌تری نسبت به درمان‌های سنتی شناختی- رفتاری رایج در درمان مشکلات افراد نابارور داشته باشد. با توجه به این‌که این درمان بر تصویر بدنی زنان نابارور در ایران کم‌تر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، پژوهش حاضر می‌خواهد این خلأ پژوهشی را مورد توجه قرار دهد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به‌شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار ادغام می‌کند. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (۱۹). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (۲۰). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان عملکرد جنسی زنان با سابق ناباروری (۴)، عملکرد جنسی زنان نابارور (۲۱) و تصویر بدن زنان نابارور (۲۲) اثربخش است.

ناباروری از جمله مشکلاتی است که به‌تدریج و در صورت عدم درمان و رفع آن، منجر به مشکلات روانی بیش‌تر زنان و نهایتاً روابط زناشویی و زندگی آن‌ها می‌شود و به‌طبع آن، مشکلات و مسائل روان‌شناختی بیش‌تری را در افراد مبتلا به‌وجود می‌آورد. امروزه پیشرفت‌های نوین علم پزشکی توانسته است در بسیاری از موارد، در درمان این بیماری موفق شود و امیدواری زنان مبتلا به آن را بیش‌تر کند، اما مشکلات روان‌شناختی و جنسی ممکن است حتی پس از درمان ناباروری نیز کم یا زیاد پابرجا بماند که این فرآیند با توجه به اهمیت سلامت زنان نابارور در ابعاد مختلف روانی، جسنی، جنسی، هیجانی و اجتماعی، نیازمند توجه بیش‌تر

هم‌زمان با بحث درمان ناباروری است. بر این اساس پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور اثربخش است؟

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را همه زنان مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. نمونه‌گیری به‌شیوه در دسترس انجام شد، به‌طوری‌که پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، چون پراکندگی نمره نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی در بین زنان نابارور زیاد و متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط افرادی وارد مطالعه شوند که نمره نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی‌شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آن‌ها را از منظر نمره نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی همتاسازی کنیم. بنابراین پرسشنامه‌های نگرانی از تصویر بدنی Littleton و همکاران و عملکرد جنسی زنان Rosen و همکاران در بین ۱۰۸ زن نابارور که مایل به شرکت در پژوهش حاضر بودند اجرا شد و از بین ۸۴ نفر که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند ۳۰ نفر انتخاب، و به‌صورت تصادفی بلوکی بدون کورسازی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ زوج) تقسیم شدند. حجم نمونه به‌دلیل عدم وجود مطالعه مشابه بر اساس مطالعه پایلوت ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه کنترل (در کل ۱۵ نفر) تعیین شد. حجم نمونه، بر اساس انحراف معیار متغیر نگرانی از تصویر بدنی مبتنی بر یک مطالعه مقدماتی که بر روی ۱۰ نفر اجرا شد، در پژوهش حاضر برابر با ۳/۵۹ به‌دست آمد که میانگین آن ۵۷/۱۳ بود. اندازه اثر ۰/۷، توان آزمون ۸۰٪ و خطای آلفای ۵٪ در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه ۱) تشخیص پزشکی مبنی بر داشتن بیماری ناباروری، ۲) حداقل میزان تحصیلات (سیکل)، ۳) نداشتن بیماری مزمن دیگر به غیر از ناباروری (به تشخیص پزشک)، ۴) مبتلانبودن به بیماری روانی (به تشخیص روان‌پزشک)، و ۵) محدوده سنی بین ۲۳ تا ۴۵ سال؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه ۱) شامل مصرف هرگونه مواد مخدر و الکل، ۲) غیبت در بیش از یک‌سوم جلسات درمانی، و ۳) شرکت‌کردن همزمان در هر نوع مداخله درمانی و آموزشی روان‌شناختی دیگر، بودند. تقسیم تصادفی افراد به گروه آزمایش و کنترل به‌شیوه پرتاب سکه انجام شد. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی که از افراد گروه آزمایش و کنترل اخذ شد، سن، مدت زمان ناباروری، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال بودند. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.844) بود. جلسات درمانی توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و دو روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Hayes و Lillis دریافت کردند (۱۹) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و متغیرهای وابسته نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی بودند. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پاییز و زمستان ۱۴۰۳ اجرا شد.

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن: این پرسشنامه از نوع خودگزارشی و مداد- کاغذی است، و ۱۹ ماده دارد که اولین بار توسط Littleton و همکارانش (۲۳) ساخته و اعتبارسنجی شده است. آزمودنی‌ها باید به یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی در طیف ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) پاسخ دهند. حداقل نمره فرد در این آزمون ۱۹ و حداکثر آن ۹۵ است. نمره بالا نشان‌دهنده نگرانی بیش‌تر از بدریختی بدن است. هدف این پرسشنامه سنجش نارضایتی فرد از ظاهر خود در اختلالاتی مثل اختلال بدریختی بدن و اختلالات خوردن یا سنجش نشانه‌شناسی مشابه در سطوح بالینی و غیربالینی است (۲۳). این ابزار برای نخستین بار توسط Basaknejad و Ghaffari به فارسی ترجمه و روی جمعیت دانشجویی اعتباریابی شد. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	معرفی، مقدمه و مفاهیم اساسی درمان	فراهم‌کردن فرصت برای بیماران برای معرفی و شناخت همدیگر، بیان قواعد اصلی درمان شامل انجام به‌موقع تمرین‌ها، مرور کلی درمان و اهداف برنامه درمانی، بیان ارزش‌های بالقوه و انتخاب بررسی درمان‌های گذشته برای نشانگان ملال پیش از قاعدگی	استفاده از تمرین ناامیدی خلاق (افزایش انعطاف‌پذیری)
دوم	گزینه‌هایی برای زندگی با ناباروری	تغییر رفتار و ذهن آگاهی با اولویت مرور تکلیف، تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدن و توجه به تنفس و اعضای بدن، رابطه بین درد، خلق و عملکرد، ارائه تکلیف	تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدن در منزل
سوم	یادگیری زندگی با ناباروری	مرور تکلیف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تمثیل مراسم دفن و تمثیل سفر طولانی، کشف ارزش‌های زندگی شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف (تکمیل فرم رتبه‌بندی ارزش‌ها)	تمرین ذهن‌آگاهی (تمرین تنفسی پایه)
چهارم	ارزش‌ها و عمل به آن	مرور تکلیف، تمرین ذهن‌آگاهی (برگ‌های شناور روی آب) بررسی ارزش‌های رتبه‌بندی شده و موانع رسیدن به آن‌ها، بررسی اهداف برای رسیدن به ارزش‌ها (ارزش‌ها همانند علامت‌هایی هستند که ما را به ارزش‌ها نزدیک می‌کنند).	تکمیل فرم اهداف و اقداماتی که الزام است برای رسیدن به ارزش‌ها می‌توان انجام داد
پنجم	اقدام و حرکت رو به جلو	مرور تکلیف، گزارش پیشرفت: وارسی‌کردن، طرح‌ریزی و اقدام لازم برای رسیدن به ارزش‌ها (بررسی اقدامات شرکت‌کنندگان)، تمرین ذهن‌آگاهی (فرض کنید افکارتان همانند مطالب روی یک صفحه نمایش می‌آیند و می‌روند)، عمل متعهدانه برای رسیدن به ارزش‌ها، ارائه تکلیف	خودتان را متعهد به اقدام برای رسیدن به اهداف و سپس ارزش‌ها کنید
ششم	انگیزه، اهداف و احساسات	مرور تکلیف، یکنواخت‌کردن حرکت، گسستگی از تهدیدهای زبان، تمرین اعداد چه هستند و قطبیت ذهنی تمرین اتوبوس پُر از مسافر، ذهن‌آگاهی (آگاهی) عمومی، تکلیف شروع کار مربوط به عمل متعهدانه و اجازه بروز به موانع و شناسایی آن‌ها و همچنین راهنمایی ذهن‌آگاهشدن از اعمال و پیامد آن	تنفس توجه آگاهانه
هفتم	تعهد	مرور تکلیف، بررسی تمایل شرکت‌کنندگان برای حرکت در مسیر ارزش‌ها (استعاره اتوبوس پُر از مسافر)، بررسی موانع و اقدامی که هر شرکت‌کننده برای عبور از آن دارد تمرین پرش، ذهن‌آگاهی و تمرین خود-مشاهده‌گری.	تکلیف ثبت رفتار ساده به‌سمت تصمیم‌گیری مستقل
هشتم	حفظ عایدات درمانی در طول زندگی	تعهد، خداحافظی، پیامدهای منفی و پیشگیری از عود و تکلیف مادامالعمر پیشرفت به معنی چیست؟ (از شرکت‌کنندگان می‌خواهیم در این مورد صحبت کنند)، شناسایی پیشرفت‌ها، تعهد برای پیشرفت و حرکت به‌سمت ارزش‌ها، در مسیر پیشرفت همیشه خطر وجود دارد، شناسایی موقعیت‌های خطرناک در زندگی.	اجرای پس‌آزمون و جمع‌بندی

کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان ۰/۹۳ ، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است (۲۴). ضرایب روایی این پرسشنامه نیز در پژوهش Mehrabizadeh Honarmand و همکاران از طریق همبستگی با مقیاس ترس از ارزیابی منفی ظاهر جسمانی و ترس از ارزیابی منفی، به ترتیب ۰/۵۵و ۰/۴۳ به دست آمد که در سطح (۰/۰۰۱) معنادار بود (۲۵). در پژوهش Basaknejad و همکاران پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ به دست آمده است (۲۶). یافته‌های فوق نشان می‌دهند که این مقیاس از ویژگی روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران: این‌شاخص توسط Rosen و همکارانش طراحی شد و با۱۹سوال، عملکرد جنسی زنان را در۶ حوزه مستقل میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت مهبلی، ارگاسم، درد هنگام مقاربت و رضایت‌مندی جنسی می‌سنجد. برای‌سوال‌های میل جنسی امتیاز ۱-۵ و برای سوال‌های سایر حوزه‌ها ۵-۰ در نظر گرفته شده است. نمره صفر بیانگر آن است که فرد طی یک ماه گذشته هیچ‌گونه فعالیت جنسی نداشته است. در نهایت، جهت محاسبه نمره هر کدام از خرده مقیاس‌ها در ضریب عددی‌خاص ضرب می‌شود (میل جنسی در ۰/۶، تحریک جنسی و رطوبت مهبلی در ۰/۳، ارگاسم ، درد هنگام مقاربت و رضایت‌مندی جنسی ۰/۴). حداقل و حداکثر نمره برای خرده‌مقیاس‌ها به این‌صورت است: میل‌جنسی۲-۱/۶ و سایرمقیاس‌ها ۶-۰، و حداقل نمره برای کل

مقیاس ۲ و حداکثر نمره ۳۶ می‌باشد و در مجموع کسب نمره بیش‌تر نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است. مطالعه Rosen و همکاران، روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعه Rosen و همکاران، پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شد (۲۷). همچنین، پژوهشی که توسط Mohammadi و همکاران در سال ۱۳۸۳ در دانشگاه شاهد انجام شد، اعتبار و پایایی پرسشنامه را تأییدکردند. ضریب اعتبار کلی آزمون با دو روش تصنیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۰۷۸ و ۰/۰۷۵ برای‌خرده آزمون‌ها با روش تصنیف ۰/۰۶۳ تا ۰/۰۷۵ و با روش بازآزمایی ۰/۰۷۰ تا ۰/۰۸۱گزارش شد (۲۸). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

فرضیه پژوهش: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور اثربخش است.

متغیرهای مستقل: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیرهای وابسته: نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی

برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS ورژن 24 استفاده شد. در این پژوهش نیز از آزمون تی مستقل، مجذور کای و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان نابارور در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۲/۷۳±۶/۶۲ و شرکت‌کنندگان گروه کنترل ۳۳/۲۷±۵/۵۶ سال بود. همچنین، مدت زمان ناباروری شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۶/۸۰±۱/۶۹ و شرکت‌کنندگان گروه کنترل ۷/۲۷±۱/۶۲ سال بود. علاوه بر این، از ۱۵ شرکت‌کننده گروه آزمایش، ۴ نفر دارای تحصیلات دیپلم تا فوق‌دیپلم، ۹ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۲ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر، و از ۱۵ شرکت‌کننده گروه کنترل، ۴ نفر دارای تحصیلات دیپلم تا فوق‌دیپلم، ۷ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۴ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. و در آخر، از ۱۵ شرکت‌کننده گروه آزمایش، ۵ نفر شغل آزاد داشتند و ۱۰ نفر کارمند بودند و از ۱۵ شرکت‌کننده گروه کنترل، ۷ نفر شغل آزاد داشتند و ۸ نفر کارمند بودند. سطوح معناداری به‌دست‌آمده در جدول ۲ نشان دادند که بین اعضای دو گروه از نظر سن، مدت زمان ناباروری، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان نابارور شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر		گروه آزمایش	گروه کنترل	مقدار احتمال
سن (سال)	-	۳۲/۷۳±۶/۶۲	۳۳/۲۷±۵/۵۶	۰/۸۱۳
مدت زمان ناباروری (سال)	-	۶/۸۰±۱/۶۹	۷/۲۷±۱/۶۲	۰/۴۴۸
سطح تحصیلات	دیپلم تا فوق‌دیپلم	۴ (۲۶/۷٪)	۴ (۲۶/۷٪)	۰/۰۶۱
	لیسانس	۹ (۶۰٪)	۷ (۴۶/۷٪)	
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۲ (۱۳/۳٪)	۴ (۲۶/۷٪)	
وضعیت اشتغال	شاغل	۵ (۳۳/۳٪)	۷ (۴۶/۷٪)	۰/۲۷۳
	خانه‌دار	۱۰ (۶۶/۷٪)	۸ (۵۳/۳٪)	

نوع آزمون: t مستقل برای داده های کمی، خی‌دو برای داده های کیفی *اختلاف معنی‌دار p<۰/۰۵

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین
نگرانی از تصویر بدنی	آزمایش	۵۸/۷۳±۳/۶۷	۴۷/۹۳±۳/۱۲	۵۰/۰۰±۳/۸۴
	کنترل	۵۷/۹۳±۳/۵۹	۵۹/۰۰±۳/۴۵	۵۹/۲۰±۳/۱۲
عملکرد جنسی	آزمایش	۱۴/۰۷±۲/۳۱	۱۷/۸۰±۲/۵۱	۱۷/۶۷±۲/۴۱
	کنترل	۱۴/۸۰±۱/۷۴	۱۴/۶۰±۱/۸۰	۱۴/۵۳±۱/۶۸

اندازه‌گیری مکرر، آزمون کالموگروف- اسمیرنف نشان دادند که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر z محاسبه‌شده در سطح (p>۰/۰۵) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آن‌جایی که F متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی (F=۱/۱۳۲) و عملکرد جنسی (F=۱/۱۵۱) به‌ترتیب در سطح (۰/۳۴۰) و (۰/۳۳۰) معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی (۰/۶۵۰) متغیر نگرانی از تصویر بدنی در سطح خطای داده‌شده (۰/۵۳۰) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر عملکرد جنسی در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۶۰) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است و می‌توان از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد.

در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی در گروه آزمایش و کنترل، قبل، بعد و چهار ماه پس از درمان آورده شده است.

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود معنادار

جدول ۴. تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمره نمرات نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	MS	F	مقدار اتا	P-value
نگرانی از تصویر بدنی	اثر درون‌گروهی	۴۹۳/۴۲۲	۲	۲۴۶/۷۱۱	۳۳۲/۸۲۲	۰/۷۲	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۷۶۲/۷۱۱	۱	۷۶۲/۷۱۱	۳/۶۹۵	۰/۱۲	۰/۰۴۵
	اثر بین‌گروهی	۲۸۰۲۲۷/۶۰۰	۱	۲۸۰۲۲۷/۶۰۰	۱/۳۵۸	۰/۷۸	۰/۰۰۱
عملکرد جنسی	اثر درون‌گروهی	۷۶/۰۶۷	۲	۳۸/۰۳۳	۱۴۳/۴۷۹	۰/۶۳	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۷۸/۴۰۰	۱	۷۸/۴۰۰	۶/۱۳۹	۰/۱۸	۰/۰۲۰
	اثر بین‌گروهی	۲۱۸۴۰/۰۴۴	۱	۲۱۸۴۰/۰۴۴	۱/۷۱۰	۰/۷۸	۰/۰۰۱

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری
نگرانی از تصویر بدنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۸۶	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۳/۷۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۳/۸۶	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۰/۱۳	۰/۳۵۴
	پیگیری	پیش‌آزمون	-۳/۷۳	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون	۰/۱۳	۰/۳۵۴
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۷۶	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۱/۶۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱/۷۶	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۱۰	۰/۱۸۴
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱/۶۶	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون	-۰/۱۰	۰/۱۸۴

نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور شده است.

همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ در بعد اثر بین‌گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ مشهود است، بین گروه آزمایش و کنترل در نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به بهبود معناداری هم در نگرانی از تصویر بدنی و هم عملکرد جنسی زنان نابارور شده است. اندازه اثر این متغیرها نشان می‌دهد که ۰/۷۸ از تغییرات متغیر تصویر بدنی و ۰/۷۸ از تغییرات متغیر عملکرد جنسی زنان نابارور مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات زنان نابارور در نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنی‌دار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری زنان نابارور تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$)؛ در صورتی‌که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری در زنان نابارور وجود داشت ($p<۰/۰۵$). اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی زنان نابارور صورت گرفته نمرات آن‌ها در نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی بهبود یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و از نظر آماری تغییری نکرده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون تقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد در هر دو متغیر بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$) که این نشان‌دهنده این است که تا زمانی که درمان صورت گرفته بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری از نظر میانگین‌ها وجود داشته و در واقع مداخله‌ای که بر روی گروه آزمایش انجام گرفته، باعث این تفاوت شده است. بررسی نتایج در پس‌آزمون- پیگیری نشان داد که تفاوتی بین این دو مرحله وجود نداشته است ($p>۰/۰۵$).

بحث

در این پژوهش که به تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی رنان نابارور پرداخته شد، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدنی زنان نابارور تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری که ۴ ماه بعد از دریافت مداخله بود نیز ماندگار است. نتیجه این یافته پژوهش به‌نوعی با نتیجه پژوهش Fooladvand و Zarei (۲۲) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی زنان نابارور اثربخش است، همسو است. لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

در مورد همسویی نتایج این پژوهش با پژوهش‌های پیشین می‌توان به کاربرد پروتکل و جامعه آماری مشابه اشاره کرد. 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 برکارکردهای فرد در آینده نیز تأثیر بگذارد. همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک سازه کلیدی در این درمان است که شامل توانایی انجام اعمال موثر در راستای ارزش‌های فردی است هرچند مشکلاتی در زندگی فرد وجود داشته باشد (۲۹). 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 (۳۰). علاوه بر این، زنان نابارور با تصویر بدنی منفی، به‌دلیل درک نادرست از وضعیت بدن، حرمت نفس پایین‌تری دارند، از اضطراب و افسردگی بالاتری برخوردارند، رضایت زندگی کم‌تری دارند، خودشان را مقصر ناباروری می‌دانند و نداشتن فرزند را یک موضوع غیرقابل قبول درنظرمی‌گیرندکه با هویت زنانه آن‌ها منافات دارد (۳۱). بر این اساس، همان‌طور که Fooladvand و Zarei (۲۲) نیز در پژوهش خود اشاره کردند؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش‌انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی برقراری ارتباط با زمان حال و پذیرش رویدادهای زندگی توانست درکاهش نگرانی زنان نابارور از تصویر بدن موثر باشد.

با توجه به‌نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، یافته دیگر نشان داد که پس از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین نمرات عملکرد جنسی در گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش داشتند و این تغییرات در مرحله پیگیری که ۴ ماه بعد از دریافت مداخله بود نیز ماندگار بود، درحالی‌که تغییرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل معنادار نبود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب افزایش عملکرد جنسی زنان نابارور شده است. نتیجه این یافته پژوهش به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های Hasanzadeh و همکاران (۴) و Kargar و همکاران (۲۱) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروی، و عملکرد جنسی زنان نابارور اثربخش است، همسو می‌باشد. لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

از دلایل همسویی این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین شاید بتوان به جامعه آماری مشابه اشاره کرد. چنان‌چه Kargar و همکارانش (۲۱) بیان می‌کنند؛ زنان نابارور تغییرات عاطفی- روانی بسیاری را تجربه می‌کنند و برخی از آن‌ها احساساتی دارند که ناشی از واکنش منفی آن‌ها به تغییرات مرتبط با ناباروری است و این تغییرات می‌توانند بر روابط بین‌فردی، اجتماعی، خانوادگی و کیفیت زندگی این زنان تأثیر بگذارند. در این خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهبود واکنش‌ها، اجتناب از هیجانات، شناسایی ارزش-ها و تعهد به تغییرات رفتاری می‌تواند به زنان نابارور در بهبود عملکرد جنسی و روابط زناشویی به عنوان یکی از ارزش‌های مشخص‌شده کمک کند. بنابراین شرکت‌کنندگان در برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیش‌ترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد (۲۶). همچنین مطابق یافته‌های Hasanzadeh و همکاران (۴)؛ در این درمان، ارزش بیش از این‌که نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی عمل خاصی را برای فرد نشان می‌دهد. انتخاب و ترجیح این ارزش‌ها به‌نوعی به بهبودی روابط بین‌فردی، مراقبت از خود و روابط زناشویی می‌انجامد که از این طریق عملکرد جنسی را ارتقاء می‌دهد. این شیوه درمانی سبب می‌شود تا احساس ارزشمندی زندگی در افراد تقویت و سپس با ترمیم احساس ارزشمندی زندگی، زمینه برای افزایش سطح رضایت و عملکرد جنسی که بر اثر الگوهای رفتاری خشک و انعطاف‌ناپذیر ایجاد شده است، فراهم شود.

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک‌بودن حجم نمونه بود. همچنین عدم همتاسازی دقیق افراد در گروه‌های نمونه از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به‌منظور به‌کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به همتاسازی دقیق‌تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به‌دست آورد. با توجه به نقش مهم زنان در سلامت فرزندان، خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که مشاوران و درمانگران از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه بهبود نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور استفاده کنند.

از نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نتیجه گیری می‌شود که پس از ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان نابارور، نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی آن‌ها به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل بهبود یافت. لذا این نتایج می‌تواند چارچوبی به مشاوران و درمانگران و متخصصین حوزه سلامت که در ارتباط با این بیماران هستند جهت برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی به‌منظور بهبود نگرانی از تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور ارائه بدهد.

قدردانی و تشکر

بنابر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافعی وجود ندارد. امور مربوط به گردآوری داده‌ها، نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل زنان نابارور و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهده هر چهار نویسنده مقاله حاضر بوده است. در انتها صمیمانه از زنان نابارور شرکت‌کننده در پژوهش و خانوده‌های آن‌ها و مسئولین کلنیک‌های ناباروری شهر تبریز تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Butola LK, Ammbad R, Vagga AA. Recent Updates in Female Infertility: A Short Review of Literature. Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology 2021; 15: 302.
2. Yang SR, Yeo JH. Effects of irrational parenthood cognition, post-traumatic stress disorder and spousal support on quality of life of infertile women. Korean J Women Health Nurs 2017; 23: 145-153.

3. Tavousi SA, Behjati M, Milajerdi A, Mohammadi AH. Psychological assessment in infertility: a systematic review and meta-analysis. Front Psychol 2022; 13: 96172.

4. Hasanzadeh M, Akbari B, Abolghasemi A. Efficiency of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-being and Sexual Function in Women with Infertility History. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27: 250-59. [In Persian]

5. Moutzouroulia A, Asimakopoulou Z, Tzavara C, Asimakopoulos K, Adonakis G, Kaponis A. The impact of infertility on the mental health of women undergoing in vitro fertilization treatment. Sex Reprod Healthc 2025; 43: 101072.

6. Jannink T, Bordewijk EM, Aalberts J, Hendriks J, Lehmann V, Hoek A, et al. Anxiety, depression, and body image among infertile women with and without polycystic ovary syndrome. Hum Reprod 2024; 39: 784-91.

7. Sarda E, Arsandaux J, Ferré Q, Rodgers RF. Self-compassion and relationship status moderate the relationship between sexual minority status and body image concerns. Body Image 2024; 49:101696.

8. Cash TF, Pruzinsky T, eds. Body image, Handbook of theory, research and clinical practice. 3rd. ed. New York: The Guilford Press; 2004. p. 30-380.

9. Linde K, Lehnig F, Treml J, Nagl M, Stepan S, Kersting A. The trajectory of body image dissatisfaction during pregnancy and postpartum and its relationship to Body-Mass-Index. PLoS One 2024; 19: e0309396.

10. He J, Sun S, Zickgraf HF, Lin Z, Fan X. Meta-analysis of gender differences in body appreciation. Body Image 2022; 33:90-100.

11. Karamidehkordi A, Roudsari RL. Body image and its relationship with sexual function and marital adjustment in infertile women. Iran J Nurs Midwifery Res 2014; 19: S51-58.

12. Edalat Nemoon R, Behrozi-lak T, Mohaddesi H, Khalkhali H R, RasouIi J, Ghasemzadeh S. Correlation Between Marital Satisfaction and Mental Health in Infertile Couples referred to Kosar Infertility Clinic in Urmia: A Cross-Sectional Study. J Obstet Gynecol Cancer Res 2022; 7: 341-47.

13. Amiri SE, Brassard A, Rosen NO, Rossi MA, Beaulieu N, Bergeron S, et al. Sexual Function and Satisfaction in Couples with Infertility: A Closer Look at the Role of Personal and Relational Characteristics. J Sex Med 2021; 18: 1984-97.

14. Pious AA, Amaresha AC. Exploring Factors of Sexual Function and Sexual Satisfaction Among Nonworking Women: A Qualitative Study. Journal of Psychosexual Health 2024; 5: 208-15.

15. Ashdown BK, Hackathorn J, Clark EM. In and out of the bedroom: sexual satisfaction in the marital relationship. J Integr Soc Sci 2011; 2: 40-57.

16. Avasthi A, Grover S, Sathyanarayana Rao TS. Clinical practice guidelines for management of sexual dysfunction. Indian J Psychiatry 2017; 59: S91-115.

17. Mernone L, Fiacco S, Ehlert U. Psychobiological factors of sexual functioning in aging women: findings from the women 40+ healthy aging study. Front Psychol 2019; 10: 546.

18. Bavadi B, Poursharifi H, Lotfi Kashani F. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based 8-step Pattern of Cash to Improve Psychological well-being of Women with Breast Cancer. IQJBD 2016; 8: 41-51. [In Persian]

19. Hayes SC, Lillis J, eds. Acceptance and Commitment Therapy. 2en ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016. P.134-35.

20. Liu H, Liu N, Chong ST, Yau EKB, Badayai ARA. Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. Heliyon 2023; 9: e14057.

21. Kargar K, Vaziri S, Lotfi Kashani F, Nasri M, Shahabi Zadeh F. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on the Emotional Expression and Sexual Function in Infertile Women's Abstract. JAPR 2024; 15: 1-16. [In Persian]

22. Fooladvand KJ, Zarei S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies, Body Image, and Resilience of Infertile Women. HPJ 2022; 11: 121-34. [In Persian]

23. Littelton HL, Axsom D, Pury C LS. Development of the Body Image Concern Inventory. Behavior Research and Therapy 2005; 43:229- 41.

24. Basaknejad S, Ghaffari M. The Relationship between Fear of Body Dysmorphic and Psychological Disorders in Students. JBS 2008; 1: 179-87. [In Persian]

25. Mehrabizadeh Honarmand M, Najarian B, Baharlooyi R. The Relationship between Perfectionism and Social Anxiety in Students. Journal of Psychology. 2000; 3: 231-48. [In Persian]

26. Basaknejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Hasani M, Nargesi F. The Effect of Narrative group Therapy on Body Dysmorphic Concern in Female University Students. Health Psychology 2012; 1: 5-11. [In Persian]

27. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multi Dimensional Self-Report Instrument for the assessment of Female Sexual function. Journal of sex and Marital Therapy 2000; 26: 191-208.

28. Mohammadi kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh 2008; 7: 269-78. [In Persian]

29. Hayes S C. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies–Republished Article. Behavior therapy 2016; 47: 869-85.

30. Gholamhoseini B, Khodabakhshi Koolaee A, Taghvaee D. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Body Image in Women with Obesity. Community Health 2015; 2: 72-79. [In Persian]

31. Crosby J M, Twohig M P. Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial. Behavior Therapy 2016; 47: 355-66.