رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۵، شماره پیاپی ۱۱۰، مرداد ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(5), 2025

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی در زنان دچار اضطراب بارداری

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on worry, internalized shame and sexual performance in women with pregnancy anxiety

خدیجه والایی صمد
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.
دکتر انیس خوش لهجه صدق (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی در زنان دچار اضطراب بارداری بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون ـ پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان دچار اضطراب بارداری و مراجعه کننده به مراکز درمانی و متخصصین مامایی شهر قم در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزاری شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل مقیاس شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳، ISS)، پرسشنامه عملکرد جنسی روزن (۱۹۹۷، FSFI)، و مقیاس نگرانی پنسلوانیا (۱۹۹۰، PSWQ) بود. برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شد. داده‌ها جمع آوری شده با استفاده تحلیل کواریانس چند متغیری مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معناداری بین میانگین پس آزمون گروه آزمایش و گواه در نگرانی و شرم درونی شده و عملکرد جنسی وجود داشت (p<۰/۰۵). از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی در زنان دچار اضطراب بارداری موثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: *شرم درونی شده، عملکرد جنسی، نگرانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.*

Khadijeh Valaei Samad
Master of Clinical Psychology, Clinical Psychology Department, Medical Sciences Unit, Islamic Azad University, Qom, Iran.
Dr. Anis Khoshlahjeh Sedgh *
Assistant Professor, Clinical Psychology Department, Medical Sciences Unit, Islamic Azad University, Qom, Iran.
anisssedq@yahoo.com

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety, internalized shame, and sexual function in women with pregnancy anxiety. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test and control group. The statistical population of the study consisted of all women with pregnancy anxiety who referred to medical centers and obstetricians in Qom in 1402. Of these, 30 were selected conveniently and randomly assigned to two groups of 15: experimental and control. Data collection tools included the Cook Internalized Shame Scale (1993, ISS), the Rosen Sexual Function Questionnaire (1997, FSFI), and the Pennsylvania State Worry Scale (1990, PSWQ). The experimental group received 8 120-minute sessions of acceptance and commitment therapy. The collected data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The findings showed that by controlling for the pre-test effect, there was a significant difference between the mean post-test scores of the experimental and control groups in anxiety, internalized shame, and sexual function ($p<0.05$). From the above findings, it can be concluded that acceptance and commitment therapy was effective on anxiety, internalized shame, and sexual function in women with pregnancy anxiety.

Keywords: *Internalized Shame, Sexual Function, Worry, Acceptance and Commitment Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آبان ۱۴۰۳** | **پذیرش: فروردین ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۴**

مقدمه

اضطراب[1] وضعیت تحریک شده هیجانی است که احساس نگرانی یا ترس را نیز در بردارد. مانند ترس فرد احساس می‌کند که تهدید می‌شود، اما بر خلاف ترس فرد اغلب منبع تهدید را به شکلی مبهم یا نه چندان دقیق ادراک می‌کند (دریر[2]و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از دوران‌هایی که زنان ممکن است اضطراب بیشتری را تجربه کنند دوران بارداری است. در فرایند بارداری نه تنها جنین تحول می‌یابد، بلکه زن نیز دستخوش دگرگونی‌هایی خواه جسمانی و خواه روانشناختی و اجتماعی می‌شود. در این دوران اضطراب و نگرانی در مورد سلامت جنین و ترس از درد زایمان و وضع حمل شایع است (یشیلچینار[3]و همکاران، ۲۰۲۳). زن باردار در طول دوران بارداری خود انواع مختلفی از اضطراب را تجربه می‌کند این اضطراب‌ها می‌توانند عمومی و یا اینکه مخصوص دوران بارداری باشند (برونسس[4]و همکاران، ۲۰۲۳). سطح بالای اضطراب مربوط به بارداری با چندین پیامد مضر برای مادر و کودک از جمله افسردگی پس از زایمان، تولد زودرس و وزن کم در هنگام تولد و چالش‌های سلامت برای هر دو همراه است (زافمن[5]و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی از متغیرهای مورد بررسی که به نظر می‌رسد در زنان دچار اضطراب بارداری قابل پیگیری باشد نگرانی است. نگرانی در واقع افکار و تصاویر دارای درون مایه عاطفی منفی غیرقابل کنترل است که دلالت بر تلاش جهت اشتغال به مسئله گشایی روانی در مورد موضوعات واقعی یا خیالی دارد. همچنین پیامدهای آن نامعلوم است، اما شامل یک یا چند پیامد منفی می‌شود. نگرانی شناخت‌های درجا مانده هشیار و ناهشیار است و حالتی از اجتناب روانی برای حوادث گذشته و یا پیش بینی خطر برای حوادث آینده می‌باشد. نگرانی یک حالت طولانی مدت گوش به زنگی بالا همراه با فراخواندن مداوم واکنش‌های دفاعی ستیز و گریز می‌باشد (کرزیکالا[6] و همکاران، ۲۰۲۴). نقش کلیدی نگرانی این است که اولین پیش بینی کننده به ذات است، به طور عمده با امکانات آینده و خسران‌هایی مرتبط است که در معرض آن قرار می‌گیرد. همچنین نگرانی به دو دسته نگرانی بهنجار و نگرانی آسیب شناختی تقسیم می‌شود (پرایس[7] و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که سطح بالای نگرانی در دوران بارداری اتفاق می افتد و با پیامدهای منفی همچون افزایش خطر زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد هنگام تولد و بروز افسردگی پس از زایمان مرتبط است (هومر[8] و همکاران، ۲۰۲۴). به‌ویژه، نگرانی‌هایی مانند سلامت جنین، تجربه زایمان، توانایی ایفای نقش مادری و تغییرات سبک زندگی، از جمله موضوعاتی هستند که به‌طور مکرر در تحقیقات گزارش شده‌اند (دریر[9] و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نیز تأکید دارند که متغیرهایی نظیر مولفه های روانشناختی، وضعیت اقتصادی، حمایت اجتماعی، و میزان آگاهی از فرایند بارداری در شکل‌گیری و شدت این نگرانی‌ها نقش مهمی ایفا می‌کنند (اسبرن[10] و همکاران، ۲۰۲۳).

علاوه بر اینها شرم نیز نقش مهمی در تعیین سلامت روانی افراد دارد. شرم یکی از مهترین هیجان‌های خودآگاه است که تأثیر چشمگیری بر احساس فرد از خود بهزیستی و آسیب پذیری دارد. شرم به عنوان یک مؤلّفه هیجانی شامل نگرش منفی و دردناک از کلّ وجود خود، احساس بی‌ارز شی، ضعف و بی‌لیاقتی نسبت به وجود خود است (ارب[11] و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع شرم در هر نوعی که باشد هیجان دردناکی است که با خودارزیابی منفی مرتبط می‌باشد. شرم درونی دربرگیرنده‌ی هیجان‌های خودآگاهی است که اساساً به ارزیابی درباره خود مربوط می‌شوند و تأثیرات و پیامدهای زیادی را برای بروز جنبه‌های روانی در سطح شناختی و رفتاری دارد. جنبه‌های منفی شرم که اشاره به بعد ناسالم آن دارد با بسیاری از مشکلات و اختلالات روان شناختی از جمله اضطراب رابطه دارد (لندرس[12] و همکاران، ۲۰۲۴). شرم درونی فرد را به مخفی کردن یا فرار از موقعیت‌های بین فردی به عنوان راهی برای جلوگیری از تعامل با دیگران تحریک می‌کند (باسان[13] و همکاران، ۲۰۲۴). احساس شرم در این دوران می‌تواند ناشی از قضاوت‌های اجتماعی، تغییرات ظاهری بدن و نگرانی از ایفای نقش مادری باشد (موری[14] و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که شرم با کاهش عزت‌نفس، تصویر منفی از بدن و افت

1 anxiety
2 Dryer
3 Yeşilçınar
4 Brosens
5 Zafman
6 Krzikalla
7 Price
8 Homer
9 Dreier
10 Osborne
11 Erb
12 Landers
13 Bassan
14 Moore

تمایل به دریافت حمایت اجتماعی در دوران بارداری همراه است (کالداول[1] و همکاران، ۲۰۲۴). این موضوع ممکن است بر سلامت روانی مادر و کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری تأثیر منفی بگذارد (فلچر[2] و همکاران، ۲۰۲۵).

یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی عملکرد جنسی است. خانواده از دو عنصر فعال (زن و مرد) شکل گرفته که این دو نیازهای عاطفی و جنسی خود را باید در محیط امن خانه و خانواده برآورده کنند. امروزه یکی از معیارهای قابل سنجش برای بررسی میزان خوشبختی زوجین، میزان رضایتمندی انها از روابط جنسی است. شماری از صاحبنظران مسایل خانواده معتقدند اگر زن و شوهر بتوانند از نظر جنسی همدیگر را ارضا کنند، قادرند بسیاری از تنش‌های زندگی را هم مدیریت کنند اما اگر روابط جنسی خوبی با هم نداشته باشند گاهی حتی مشکلات کوچک زندگی هم تبدیل به بحران می‌شود (سومیت[3] و همکاران، ۲۰۲۳). سائقه جنسی غریزهای است همانند غریزه گرسنگی، تشنگی و خوابیدن که البته پس از بلوغ فعال می‌شود و بنابراین مرد و زن بالغ پس از ازدواج به طور معمول و به دور از بروز هرگونه مشکلات پیچیده می‌توانند با هم روابط جنسی رضایت بخشی داشته باشند. در کنار بسیاری از زوج های جوان که با هم زندگی خوبی را آغاز می‌کنند و ادامه می‌دهند شمار قابل توجهی هم هستند که با وجود علاقه مندی به هم و تفاهم و همفکری و سازگاری، از مشکلات جنسی رنج می‌برند و سایه سنگین این مشکلات، ادامه زندگی مشترک را برای آن‌ها سخت و دشوار می‌کند (کلاول[4] و همکاران، ۲۰۲۳). دوران بارداری با تغییرات گسترده‌ای در سطح جسمی، روانی و هورمونی همراه است که می‌تواند عملکرد جنسی زنان را تحت تأثیر قرار دهد (لاو[5] و همکاران، ۲۰۲۴). بسیاری از زنان در این دوره کاهش میل جنسی، کاهش برانگیختگی و رضایت جنسی را تجربه می‌کنند، به‌ویژه در سه‌ماهه سوم بارداری. عواملی مانند نگرانی از آسیب به جنین، تغییرات ظاهری بدن، خستگی و نوسانات خلقی از دلایل اصلی این تغییرات هستند (کانکایا[6] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین نبود آگاهی کافی درباره بی‌خطر بودن روابط جنسی در دوران بارداری می‌تواند باعث اضطراب یا پرهیز جنسی شود (فرندز[7] و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از روش‌های درمانی که می‌تواند افراد را در شناسایی احساسات یاری کند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. این درمان به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. ثانیاً عملی که ذهن آگاهانه باشد و به عبارتی دیگر عملی که با هشیاری و حضور کامل انجام می‌شود باعث گشود بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در عملکرد می‌شود (تووی[8] و همکاران، ۲۰۲۳). لذا مشاور می‌تواند راه حل مناسب‌تری را با هدف امکان حفظ انسجام روانی در مسائل بالینی به خصوص اضطراب محقق می‌سازد. در عین حال این رویکرد چه در زندگی فردی و چه بین فردی اثرات خود را نشان داده است. به عنوان مثال این رویکرد در مسائل زناشویی و جنسی نیز باعث کوشش برای هرچه لذت بخش‌تر کردن آن فراهم می‌سازد و زوج‌ها را یاری کند تا کارکرد بهتری در زندگی زناشویی داشته باشد (فانگ[9] و همکاران، ۲۰۲۳). پایه و اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که روانشناس یا مشاور را به عنوان مربیان شاهد و تنظیم احساسات در نظر گرفته می‌شوند و به افراد کمک می‌کنند تا از تجربه هیجان خودآگاه شوند، آن را بپذیرند و درک کنند. بدین گونه احساس و هیجان افراد را تقویت می‌کنند (کنستانتینو[10] و همکاران، ۲۰۲۳).

با توجه به انجام بررسی و تحقیقات که پژوهشگر در مورد پیشینه پژوهش انجام داده، مداخله‌ای که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی در زنان دچار اضطراب بارداری پرداخته باشد یافت نشده و با توجه به حساسیت سلامت روانشناختی زنان در دوره بارداری لزوم انجام چنین پژوهشی برای برطرف نمودن خلا و کمبودهای این مبحث مورد نیاز است. همچنین از سوی دیگر این تحقیق با تقویت کردن شواهد تجربی موجود در این زمینه می‌تواند هادی و راهنمای تحقیقات آینده باشد. لذا با توجه به مسائل فوق هدف از انجام تحقیق حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی در زنان دچار اضطراب بارداری بود.

---

1 Caldwell
2 Fletcher
3 Sommet
4 Clavel
5 Law
6 Çankaya
7 Fernández
8 Towey
9 Fang
10 Konstantinou

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان دچار اضطراب بارداری و مراجعه کننده به مراکز درمانی و متخصصین مامایی شهر قم در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. برآورد حجم نمونه را می‌توان بر طبق تئوری و فرمول کوهن (قرابگلو و همکاران، ۱۴۰۱) به انجام رساند. در این پژوهش با کمک نرم‌افزار G*Power و در نظر گرفتن تعداد متغیرهای مورد بررسی اندازه اثر ۰/۰۷، توان آزمون ۰/۸ و سطح اطمینان ۰/۹۵ درصد برآورد شد که در هر گروه ۱۵ نفر در مجموع ۳۰ نفر جایگزین شدند. روش نمونه گیری به این صورت بود که به شکل نمونه گیری در دسترس ۱۵ زن دچار اضطراب بارداری در گروه آزمایش و ۱۵ زن دچار اضطراب بارداری در گروه کنترل به شکل تصادفی و با قرعه کشی در گروه‌ها جایگزین شدند. پس از ارزیابی و مصاحبه و اجرای پرسشنامه، زنانی که نمره اضطراب آن‌ها در آزمون اضطراب بارداری وندنبرگ (۱۹۸۹) فراتر بود، شناسایی شده و بعد از توضیح هدف و پر کردن رضایت اگاهانه توسط افراد فرآیند پژوهش شکل گرفت. مداخله پذیرش و تعهد هر هفته به مدت ۲ ساعت با گروه آزمایش برگزار شد. و گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. معیار ورود به پژوهش کسب حداقل نمره در مقیاس اضطراب بارداری، رضایت و داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۰ سال، داشتن پرونده فعال و موجود در مراکز درمانی و متخصصین مامایی، نداشتن بیماری‌های جسمی و روانشناختی حاد بود. و معیار خروج شرکت همزمان در جلسات روان درمانی و مشاوره، غیبت بیش از دو جلسه و کامل نکردن پرسشنامه‌ها بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهش دانشگاه آزاد علوم پزشکی قم شماره (IR. IAU. QOM. REC ۱۴۰۲.۱۸۳)، ارائه اطلاعات کتبی درباره پژوهش به شرکت کنندگان، اطمینان خاطر به افراد درباره رعایت محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده و استفاده از آن فقط در امور پژوهشی، داوطلبانه بودن مشارکت در مطالعه، ثبت نشدن نام و نام خانوادگی ایشان به منظور رعایت حریم خصوصی و دریافت رضایت کتبی از شرکت کنندگان بود. در نهایت داده‌های پژوهش با استفاده از از تحلیل کواریانس چند متغیری و نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا [1] (PSWQ): پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا مقیاسی ۱۶ سوالی است که از سوی مایر و همکاران (۱۹۹۰) به جهت سنجش تمایل عمومیِ فرد به نگرانی تهیه شده است. مقیاس پاسخگویی به سوالات بر اساس طیف لیکرت پنج‌تایی از (اصلا صدق نمی‌کند) تا (خیلی زیاد صدق می‌کند) است. در مطالعات مایر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی، بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ (در فاصله بین ۲ تا ۱۰ هفته) بدست آمده است (دیوی و ولز، ۲۰۰۶). همچنین روایی سازه با پرسشنامه اضطراب عمومی ۰/۵۷ گزارش شده است. در مطالعه دهشیری (۱۳۸۸) نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که مدل دو عاملی پرسشنامه (عامل نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) نسبت به مدل تک عاملی دارای برازش بهتری است. بازآزمایی (با فاصله زمانی ۱ ماه) پرسشنامه ۰/۸۵ بوده است. همچنین همبستگی معنی‌دار نمرات پرسشنامه با نمرات اضطراب صفت (۰/۶۶) و افسردگی (۰/۷۱) بیانگر روایی پرسشنامه بود. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در این پژوهش نیز ۰/۸۶ برآورد شد.

پرسشنامه شرم درونی شده [2] (ISS): این مقیاس در سال ۱۹۹۳ توسط کوک تهیه شده و شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی با ۲۴ ماده (۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۷-۲۸-۳۰) و عزت نفس با ۶ ماده (۸-۱۳-۱۴-۱۹-۲۶-۲۹) است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ درجه‌ای از نوع لیکرتی است. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا است (حجت خواه و مصباح، ۱۳۹۵). کوک (۱۹۹۳) ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین روایی پرسشنامه به وسیله تحلیل عاملی ۰/۸۱ گزارش شده است که نشان از روایی مناسب این پرسشنامه دارد. همچنین شریفی و اعتمادی (۱۳۹۱) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده را در کل نمونه ۰/۸۵ گزارش کرده اند. روایی آن نیز به روش تحلیل عاملی تاییدی با دو مولفه ۰/۶۴ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در این پژوهش نیز ۰/۸۹ برآورد شد.

---

1 Penn State Worry Questionnaire

2 Internalized Shame Scale

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان[1] (FSFI): این پرسشنامه توسط روزن (۱۹۹۷) برای ارزیابی عملکرد جنسی در زنان در طی ۴ هفته گذشته طراحی شده است. پرسشنامه عملکرد جنسی زنان دارای ۱۹ سوال می‌باشد. نمره دهی بر روی طیف لیکرت از ۰ تا ۵ هستند که نمرات بالاتر اشاره به عملکرد جنسی بهتر دارند. حداقل نمره برای مقیاس ۲ و حداکثر نمره ۳۶ خواهد بود مطالعه روزن و همکاران (۱۹۹۷)، روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی با ضریب همبستگی ۰/۵۰ به دست آمده است که روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعه روزن و همکاران (۱۹۹۷) پایایی بازآزمایی سه هفته‌ای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. در ایران میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاس‌ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد که برای کل افراد ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانگر پایایی خوب این ابزار است. همبستگی خرده مقیاس ها با نمره کل بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ برآورد شده است که نشان از روایی سازه بوده است. (قره بیگلو و همکاران، ۱۳۹۸). ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در این پژوهش نیز ۰/۷۸ برآورد شد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT)[2]: بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسال که در سال ۲۰۱۰ تدوین شده است، طی ۸ جلسه گروهی ۱۲۰ دقیقه ای هفته ای یک مرتبه به شرح زیر استفاده شد.

جدول۱- پروتکل پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
۱	معرفی پژوهشگر و برقراری ارتباط با اعضا گروه، بیان قواعد اصلی جلسات شامل: رازداری، احترام متقابل اعضا با یکدیگرتعریف مولفه های متغیرها و اهداف برگزاری جلسات
۲	مروری بر تجارب جلسه اول، آشنایی با چرخه شش ضلعی پذیرش و تعهد با ذکر مثال های فراوان
۳	معرفی و تفهیم آمیختگی(جدی گرفتن افکار) و گسلش (رهایی افکار)، آشنایی با تکنیک های رها سازی افکار (اتاق سفید، بادبادک ها، قایق ها، برگ های روی رودخانه و واگن قطار)
۴	مرور بر تجارب جلسه قبل، پرداختن به مفاهیم هم جوش زدایی و پذیرش، آموزش هیجانات مختلف
۵	مرور بر تجارب جلسه قبل، درک مفهوم ارتباط با زمان حال و ذهن آگاهی (آموزش تنفس شکمی،خوردن به صورت توجه آگاهانه،تمرکز بر زمان حال)
۶	مروری بر تجارب جلسه قبل، آشنایی با مفهوم خود به عنوان زمینه ذهن مشاهده گر و انجام تکنیک های مربوطه
۷	مرور بر تجارب جلسه قبل، پرداختن به مفاهیم ارزش ها و عمل متعهدانه و شناسایی ارزش های فرد
۸	جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات قبل، در خواست از اعضا برای توضیح دستاوردهای شان از گروه

یافته ها

داده‌های جمعیت شناختی پژوهش نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار سن در شرکت کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۲۷/۳۳ و ۱/۸۴ و در گروه شاهد ۲۷/۵۶ و ۱/۲۱ بوده است. میانگین مدت ازدواج ۶/۴۰ سال (با انحراف معیار ۲/۱۰) بود. میانگین ماه بارداری آنان ۵/۲۰ ماه (انحراف معیار ۱/۶۰) و میانگین دفعات بارداری ۱/۷۳ بار بود. از نظر سطح تحصیلات، ۱۲ نفر (۴۰٪) دارای مدرک کارشناسی، ۱۰ نفر (۳۳.۳٪) دارای مدرک دیپلم، و ۸ نفر (۲۶.۷٪) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد یا بالاتر بودند. در رابطه با وضعیت اشتغال، ۱۸ نفر (۶۰٪) خانه‌دار و ۱۲ نفر (۴۰٪) شاغل بودند. در جدول شماره ۲ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار مرتبط با هرگروه به تفکیک گزارش شده است. همچنین آماره کالموگروف _ اسمیرنوف که جهت بررسی نرمالیتی داده‌ها استفاده می‌شود برای هر گروه گزارش شده است.

1 Female Sexual Function Index
2 Protocol of acceptance and commitment

جدول۲- یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		کالموگروف _ اسمیرنوف	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	معنی داری
نگرانی	آزمایش	۵۵/۳۳	۱۳/۴۲	۴۰/۰۰	۱۰/۶۲	۰/۲۵۹	۰/۱۱۰
	شاهد	۵۸/۳۰	۱۵/۱۳	۵۷/۶۶	۱۴/۹۹	۰/۳۲۱	۰/۰۹۴
شرم درونی شده	آزمایش	۷۳/۶۸	۲۰/۱۹	۶۱/۲۶	۱۷/۶۴	۰/۳۰۰	۰/۰۷۹
	شاهد	۷۱/۴۶	۱۹/۵۴	۷۰/۸۳	۱۸/۶۴	۰/۲۹۵	۰/۰۸۱
عملکرد جنسی	آزمایش	۱۱/۵۳	۲/۵۴	۱۷/۶۶	۳/۶۴	۰/۴۱۲	۰/۱۵۱
	شاهد	۱۰/۷۹	۳/۱۹	۹/۵۰	۲/۹۹	۰/۴۰۱	۰/۱۵۷

باتوجه به جدول یک مشاهده می‌شود که نمره نگرانی و شرم درونی شده در گروه آزمایش کاهش داشته است و نمره عملکرد جنسی آنها افزایش یافته است. این تغییرات برای گروه کنترل مشاهده نشد. آماره کالموگروف _ اسمیرنوف برای مقیاس‌های نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی دارای سطوح معناداری بالاتر از مقدار مفروض (۰/۰۵) هستند که نشان می‌دهد از مفروضه طبیعی و نرمال بودن داده‌ها در گروه‌ها تخطی نشده است. همچنین یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد میانگین نمره‌های گروه آزمایش از پیش آزمون تا پس آزمون برای نگرانی، شرم درونی شده کاهش یافته است و برای و عملکرد جنسی افزایش یافته است. نتیجه بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس به این شرح بود در ابتدا جهت بررسی وجود داده پرت از باکس پلات استفاده شد که داده پرتی مشاهده نگردید. همگنی شیب رگرسیون با یک آزمون F بر روی تعامل متغیرهای مستقل با کوواریت‌ها ارزیابی می‌شود. ملاحظه شد سطح معنی داری تعامل گروه تحقیق*پیش آزمون نگرانی برابر ۰/۶۵۹ و بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. همچنین ملاحظه شد سطح معنی داری تعامل گروه تحقیق*پیش آزمون شرم درونی شده برابر ۰/۵۲۸ و بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. همچنین ملاحظه شد سطح معنی داری تعامل گروه تحقیق*پیش آزمون عملکرد جنسی برابر ۰/۴۰۲ و بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. این امر نشان دهنده این است که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت می‌شود. جهت بررسی تجانس ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون Box M استفاده شد. مشاهده شد چون مقدار F (۱/۷۶۴) در سطح خطای داده شده (۰/۲۹۱) معنی دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی شود. به این معنی که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابرند. از آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس ها استفاده شد. فرضیه صفر این آزمون بیان می کند داده ها به لحاظ واریانس همگن هستند. مشاهده شد برای متغیر نگرانی مقدار F (۱/۸۰۰) از سطح خطای داده شده (۰/۱۱۹) بزرگ تر است. همچنین برای متغیر شرم درونی شده مقدار F (۱/۵۱۹) از سطح خطای داده شده (۰/۱۹۷) بزرگ تر است. همچنین برای متغیر عملکرد جنسی مقدار F (۲/۳۵۹) از سطح خطای داده شده (۰/۳۶۹) بزرگ تر است لذا این پیش فرض برای متغیرهای تحقیق رعایت شده است. بنابراین از آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثرهلتینگ و بزرگترین ریشه روی جهت اعتبار تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳-شاخص های اعتباری تحلیل کواریانس چند متغیره متغیرهای پژوهش

	Effect	ارزش	F	فرضیه df	خطای df	Sig.	مربع اتا جزئی
گروه	اثر پیلایی	/۷۱۰	۱۱/۹۹۸	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	/۷۱۰
	لامبدای ویلکز	/۱۹۳	۱۱/۹۹۸	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	/۷۱۰
	اثر هوتلینگ	۵/۳۰۰	۱۱/۹۹۸	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	/۷۱۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۵/۳۰۰	۱۱/۹۹۸	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	/۷۱۰

با توجه به نتایج شاخص های فوق می توان استنباط کرد که با شاهد اثر پیش آزمون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترکیب خطی متغیر وابسته (نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی) اثربخش است. همچنین جدول فوق نشان می دهد حداقل در یک از متغیرهای

مورد مطالعه بین دو گروه تفاوت معنادار است و تفاوت مشاهده شده در متغیرهای مورد مطالعه ناشی از تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

جدول۴. خلاصه تحلیل کواریانس بر روی متغیرهای پژوهش

منبع	وابسته	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	Sig/
پیش آزمون	نگرانی	۲۲۰/۲۶۷	۱	۲۲۰/۲۶۷	۴۵/۳۱۵	<۰/۰۰۱
	شرم درونی شده	۳۴۷/۴۴۷	۱	۳۴۷/۴۴۷	۱۱/۹۳۵	<۰/۰۰۱
	عملکرد جنسی	۶۲۱/۵۵۷	۱	۶۲۱/۵۵۷	۲۳/۱۱۷	<۰/۰۰۱
گروه	نگرانی	۱۱۹/۱۰۳	۱	۱۱۹/۱۰۳	۱۵/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	شرم درونی شده	۲۴۰/۶۳۲	۱	۲۴۰/۶۳۲	۱۷/۱۲۴	<۰/۰۰۱
	عملکرد جنسی	۲۶۴/۴۱۸	۱	۲۶۴/۴۱۸	۲۵/۷۰۰	<۰/۰۰۱
خطا	نگرانی	۱۱۶/۰۵۴	۲۵	۳/۷۴۶		
	شرم درونی شده	۱۵۷/۵۹۷	۲۵	۴/۱۵۹		
	عملکرد جنسی	۹۹/۳۴۱	۲۵	۲/۴۱۷		

با توجه به مقادیر جدول فوق می‌توان استنباط کرد بین دو گروه مورد مطالعه از نظر هریک از مولفه‌های مورد بررسی تفاوت معنادار وجود دارد چرا که مقادیر F محاسبه شده در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دارند و با توجه به میانگین‌های برآورد شده این معنی داری به نفع گروه آزمایش بوده است و لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی در زنان دچار اضطراب بارداری بود. نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر نگرانی، شرم درونی شده و عملکرد جنسی در زنان دچار اضطراب بارداری موثر بوده است.

یکی از یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر نگرانی در زنان دچار اضطراب بارداری موثر است. این یافته با نتایج رستمخانی و همکاران (۱۴۰۱)، رحیمی و همکاران (۱۴۰۱)، فریرا و همکاران (۲۰۲۲)، آرچ و همکاران (۲۰۱۲) همسو بود. این یافته را می‌توان همسو با تئوری پذیرش و تعهد تبیین کرد. می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مجموعه‌ای از فرایندهای روان‌شناختی، به‌ویژه پذیرش، ذهن‌آگاهی و تعهد به ارزش‌های شخصی، می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کاهش نگرانی داشته باشد (تووی و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نگرانی زنان دچار اضطراب بارداری اثربخشی چشمگیری دارد، زیرا به‌جای مقابله مستقیم با افکار نگران‌کننده، رویکردی نوین برای مواجهه با آن‌ها ارائه می‌دهد (هومر و همکاران، ۲۰۲۴). در دوران بارداری، نگرانی‌ها اغلب به شکل افکار تکرارشونده در مورد سلامت جنین، زایمان، نقش مادری و آینده ظاهر می‌شوند که می‌توانند به اضطراب مزمن منجر شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد فضایی برای پذیرش این افکار، بدون تلاش برای سرکوب یا اجتناب از آن‌ها، به زنان کمک می‌کند که نگرانی را به‌عنوان بخشی طبیعی از تجربه بارداری درک کنند (فریرا و همکاران، ۲۰۲۲).

نتایج پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم درونی شده در زنان دچار اضطراب بارداری موثر است. این یافته با نتایج موسوی و همکاران (۱۴۰۱)، حسینیان و همکاران (۱۴۰۱)، شاکردولق و همکاران (۱۳۹۷)، خانزاده و همکاران (۱۳۹۵)، دومینگوئز سولیس و همکاران (۲۰۲۱)، کلسون و همکاران (۲۰۱۹)، همسو بود. همسو با تئوری پذیرش و تعهد تنها از طریق اقدام هشیارانه است که ما میتوانیم یک زندگی پرمعنا بسازیم. البته همین که برای ساختن زندگی تلاش خود را آغاز کردیم با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب روبه رو خواهیم شد (افکار، تصورات، احساسات، حسهای بدنی، تکانه‌ها و خاطرات). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این زنان کمک می‌کند تا به جای تلاش برای پنهان‌کردن یا سرکوب احساس شرم، آن را بپذیرند و با شفقت با خود برخورد کنند (فانگ و همکاران، ۲۰۲۳). از طریق فرآیندهای ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد آموزش می‌دهد که

احساسات و افکار مرتبط با شرم را بدون قضاوت مشاهده کند و آن‌ها را به‌عنوان پدیده‌های گذرا بشناسد، نه به‌عنوان بازتابی از هویت یا ارزش شخصی (موری و همکاران، ۲۰۲۴). این تمرین به زنان کمک می‌کند فاصله‌ای شناختی میان خود واقعی و افکار منفی‌شان ایجاد کنند، و به جای تعریف خود بر اساس باورهای ناکارآمد یا برچسب‌های اجتماعی، بر ارزش‌ها و اهداف واقعی زندگی‌شان تمرکز کنند همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت تعهد به ارزش‌ها و انجام رفتارهای معنادار، باعث می‌شود زنان باردار حتی در حضور احساس شرم، به سمت زندگی ارزش‌مدار حرکت کنند (تووی و همکاران، ۲۰۲۳).

نتایج پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی در زنان دچار اضطراب بارداری موثر است. این یافته با نتایج قره بگلو و همکاران (۱۴۰۱)، رضاپور و همکاران (۱۳۹۸)، حسن زاده و همکاران (۱۳۹۸)، هادفیلد و همکاران (۲۰۲۲)، همسو بود. همسو با تئوری پذیرش و تعهد می‌توان گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش، تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی و تقلیل نشانه‌های عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری مشکلات است که در نهایت منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و روانشناختی و کمک به عملکرد بهتر در زندگی و افزایش قدرت مقابله‌ای و تاب آوری افراد می‌شود. این درمان به زنان کمک می‌کند تا افکار و احساسات مزاحم را به جای سرکوب، بپذیرند و با آن‌ها به شکلی سازگارانه مواجه شوند. از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی، توجه زنان به تجربه لحظه‌حال در زمان رابطه جنسی تقویت می‌شود؛ این تمرکز موجب کاهش افکار مزاحم و افزایش لذت، صمیمیت و حضور روانی در رابطه می‌گردد (کنستانتینو[1] و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین پذیرش بدن و رها شدن از خودقضاوتی‌های مخرب باعث بهبود تصویر بدنی و افزایش اعتمادبه‌نفس جنسی می‌شود (لاو و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، با شفاف‌سازی ارزش‌های شخصی، زنان باردار می‌آموزند که رابطه جنسی سالم و صمیمانه می‌تواند بخشی از یک زندگی ارزشمند باشد، نه صرفاً یک وظیفه یا عامل اضطراب. این دیدگاه کمک می‌کند تا آن‌ها با وجود اضطراب یا تغییرات بدنی، رفتارهای جنسی معنادار و لذت‌بخشی را تجربه کنند (فانگ و همکاران، ۲۰۲۳).

در نتیجه، می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد تأثیر قابل‌توجهی بر کاهش نگرانی، شرم درونی‌شده و بهبود عملکرد جنسی در زنان مبتلا به اضطراب بارداری دارد. این رویکرد با تقویت پذیرش هیجانات، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به زنان کمک می‌کند تا استرس و هیجانات منفی خود را به شیوه‌ای سازگارانه مدیریت کنند. به طور کلی، به نظر می‌رسد که ACT با ایجاد تعادل هیجانی، افزایش خودآگاهی و تقویت صمیمیت زناشویی، می‌تواند نقش مؤثری در بهبود سلامت روان و ارتقای کیفیت زندگی این افراد ایفا کند. از این رو، به‌عنوان یک مداخله کارآمد، می‌تواند در بهبود روابط فردی و زناشویی و کاهش تنش‌های مرتبط با بارداری مورد استفاده قرار گیرد.

این پژوهش مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی نظیر روش نمونه گیری در دسترس و نداشتن دوره پیگیری مواجه بود. نمونه پژوهش مربوط به شهر قم بود و با توجه به عوامل فرهنگی و اجتماعی ممکن است این مورد برتعمیم نتایج در سطح کشوری و گروه‌های دیگر تاثیرگذار باشد. در پژوهش حاضر متغیرهایی نظیر وضعیت تحصیل، طبقه اجتماعی، وضعیت اقتصادی، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان میتواند از عوامل تاثیر گذار بر متغیرهای فوق باشد و نتایج را تحت تاثیر قرار دهد. در این مطالعه شیوه‌های آزمایش توسط درمانگر اجرا شده که میزان مهارت درمانگر، برداشت شخصی او از این مداخله و تعامل فنون و اصول این روش‌ها با شخصیت و ویژگیهای درمانگر، امری است که نباید آن را نادیده گرفت. همسو با یافته پیشنهاد می‌شود: انجام تحقیقات بیشتر در زمینه شرم درونی شده و عملکرد جنسی در زنان دچار اضطراب بارداری با توجه به خلا پژوهشی در این زمینه، ایجاد فضایی‌های بیشتر و برگزاری کارگاه‌های مرتبط‌تر برای آشنایی افراد با موضوع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مهارتهای جنسی جهت بهبود رضایت زناشویی، استفاده از نتایج پژوهش جهت ارتقای دانش مفهومی، کاربست عملی برای سازمان‌های درگیر مسائل روانشناختی متخصصان مشاوران و درمانگران، ایجاد بستر مناسب جهت آموزش توسط وزارت بهداشت، علوم پزشکی و بهزیستی کشور، مطالعات طولانی‌تر و با پیگیری‌های بلند مدت و چند مرحله‌ای به نظر نتایج کاملتری را در زمینه میزان پایداری تغییرات در طول زمان در اختیار قرار خواهند داد.

1 Konstantinou

منابع

اکبری ترکستانی، ن؛ رمضان نژاد، پ؛ عابدی، م؛ عشرتی، ب؛ نکوبهر، ع و رمضان نژاد، پ. (۱۳۹۵). تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زوجین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۹ (۱۲)، ۳۴-۴۲. http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3175-fa.html

بهبهانی، م و قربان شیرودی، ش. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش‌یائسه، *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴ (۴)، ۳۸۹-۳۶۹. https://doi.org/10.52547/apsy.2021.215680.0

حسن زاده، م؛ اکبری، ب و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری، *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*،۲۷ (۴)، ۲۵۰-۲۵۹. http://dx.doi.org/%2010.30699/ajnmc.27.4.250

حسینیان، س؛ لطفی کاشانی، ف و پیمان، اکرم. (۱۴۰۱). مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان باردار نخست‌زا، *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲ (۱)، ۱۴۹-۱۴۹. http://jdisabilstud.org/article-1-2239-fa.html

رستم خانی، ف؛ قمری، م؛ باباخانی، و و مرقاتی خویی، ع. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی «درمان شناختی‌رفتاری» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر عملکرد جنسی زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر زنجان در سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۵ (۳)،۴۴۹-۴۳۶. http://dx.doi.org/10.32598/jams.25.3.6806.1

رضاپورمیرصالح، ی؛ دلیخون، ح؛ اسماعیل بیگی ماهانی، م و چهره آزاد، فریبا. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله مبتنی بر تعهد و صمیمت جنسی بر سازگاری زناشویی و رضایت جنسی زنان متأهل، *روان پرستاری*، ۷ (۱)، ۴۱-۴۹. http://ijpn.ir/article-1-1110-fa.html

شاکر دولق، ع؛ حسین نژاد، ش و نبی زاده، د. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب بارداری، باورهای فراشناختی و فرانگرانی زنان باردار شهر تبریز، *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۶ (۱۱)، ۷۸۷-۷۹۸. http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3506-fa.html

عباسی آبرزگه، م؛ ضرغام حاجبی، م و آقایوسفی، ع. (۱۴۰۱). پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی بر اساس کنترل تکانه، شرم درونی شده و نشخوارفکری در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب، *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۸ (۴)، ۴۵-۵۶. doi: 10.22051/psy.2023.41651.2683

کارگر، ک؛ وزیری، ش؛ لطفی کاشانی، ف؛ نصری، م و شهابی‌زاده، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابرازگری هیجانی و عملکرد جنسی زنان نابارور، *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۵ (۲)، ۱-۱۶.https://doi.org/10.22059/japr.2024.344949.644309

موسوی، م؛ بخشی پور، ا و مهدیان، ح.(۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد" و "درمان متمرکز بر شفقت" و "درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت" بر الگوهای ارتباطی زنان متاهل دچار افسردگی و تعارضات زناشویی، *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۲ (۱)، ۹۵-۱۱۲. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/JHPM.12.1.95

Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, *50*(7-8), 469–478. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.007

Bassan-Nygate, L., & Heimann, G. (2024). Dealing with guilt and shame in international politics. *International Relations*, *38*(2), 256-278. https://doi.org/10.1177/0047117822108610

Brosens, C., Van Gils, Y., Van den Branden, L., Bleijenbergh, R., Rimaux, S., Mestdagh, E., & Kuipers, Y. J. (2023). Pregnancy-related anxiety and associated coping styles and strategies: a cross-sectional study. *International Journal of Childbirth*, 13(3), 159-173. http://dx.doi.org/10.1891/IJC-2022-0102

Caldwell, J. M., Meredith, P. J., Whittingham, K., Ziviani, J., & Wilson, T. (2024). Women pregnant after previous perinatal loss: relationships between adult attachment, shame, and prenatal psychological outcomes. *Journal of reproductive and infant psychology*, *42*(4), 653-667. https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2180142

Çankaya, S., Bay, H., & Akın, B. (2024). Pelvic Pain and Sexual Function in Primiparous Pregnant Women with and without High/Severe Fear of Childbirth. *Sexuality Research and Social Policy*, *21*(2), 717-726. https://doi.org/10.1007/s13178-024-00954-z

Clavel, J. G., & Flannery, D. (2023). Single-sex schooling, gender and educational performance: Evidence using PISA data. *British Educational Research Journal*, *49*(2), 248-265. https://doi.org/10.1002/berj.3841

Domínguez-Solís, E., Lima-Serrano, M., & Lima-Rodriguez, J. S. (2021). Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*, *102*, 103126. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103126

Dreier, J. W., & Christensen, J. (2024). Antiseizure medication and early pregnancy loss: should we be worried?. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *95*(8), 691-691. https://jnnp.bmj.com/content/95/8/691.abstract

Dryer, R., Brunton, R., Krägeloh, C., & Medvedev, O. (2023). Screening for pregnancy-related anxiety: Evaluation of the pregnancy-related anxiety scale–screener using Rasch methodology. *Assessment*, 30(5), 1407-1417. https://doi.org/10.1177/10731911221103309

Erb, S. R., Barata, P. C., Yi, S., McLachlan, K., & Powell, D. (2023). The shame and guilt distinction: Addressing the (mal)adaptive nature of guilt. *Traumatology*, *29*(2), 233–248. https://doi.org/10.1037/trm0000388

Fang, S., & Ding, D. (2023). The differences between acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavioral therapy: A three-level meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 149–168. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.015

Fernández-Carrasco, F. J., Batugg-Chaves, C., Ruger-Navarrete, A., Riesco-González, F. J., Palomo-Gómez, R., Gómez-Salgado, J., ... & Vázquez-Lara, J. M. (2024). Influence of pregnancy on sexual Desire in pregnant women and their partners: systematic review. Public health reviews, 44, 1606308.

Ferreira, M. G., Mariano, L. I., de Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *309*, 297–308. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134

Fletcher-Watson, S. (2025). The pressure and shame of a high risk pregnancy. *bmj*, *388*. https://doi.org/10.1136/bmj.q2784

Hassan, S. I., Gouda, A. M. I., El-Monshed, A., & Kandeel, H. A. M. (2020). Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety, stress, depression, and coping pattern among pregnant women with preeclampsia. *American Journal of Nursing Research*, 8(2), 269-277. http://dx.doi.org/10.12691/ajnr-8-2-16

Homer-Perry, R., Czuber-Dochan, W., Wade, T., Purewal, S., Chapman, S. C., Brookes, M., ... & Steed, H. (2024). Full title:"Hopes, worries and expectations" experiences of pregnancy with inflammatory bowel disease: An interpretative phenomenological analysis study. *Heliyon*, *10*(11). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31954

Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Treatment: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, *21*(1), e12530. https://doi.org/10.2196/12530

Konstantinou, P., Ioannou, M., Melanthiou, D., Georgiou, K., Almas, I., Gloster, A. T., ... & Karekla, M. (2023). The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.08.004

Koohi Kamali, S., Sodagar, S., Poursharifi, H., & Ashayeri, H. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on sexual satisfaction of infertile women. *Journal of Preventive Medicine*, *7*(4), 67-56. DOI:10.29252/jpm.7.4.67

Krzikalla, C., Buhlmann, U., Schug, J., Kopei, I., Gerlach, A. L., Doebler, P., Morina, N., & Andor, T. (2024). Worry Postponement From the Metacognitive Perspective: A Randomized Waitlist-Controlled Trial. *Clinical psychology in Europe*, *6*(2), e12741. https://doi.org/10.32872/cpe.12741

Landers, M., Sznycer, D., & Durkee, P. (2024). Are self-conscious emotions about the self? Testing competing theories of shame and guilt across two disparate cultures. *Emotion*, *24*(5), 1157–1168. https://doi.org/10.1037/emo0001321

Law, S., Wan, K., Yang, W., & Global Obesity Collaborative. (2024). Effects of bariatric surgery on sexual function and fertility: A narrative review. *Obesity Reviews*, *25*(8), e13757. https://doi.org/10.1111/obr.13757

Montazer, B., & Karbalaei Hossini Ghiyasvand, A. (2023). Investigating the effect of nurses' satisfaction with the physical environment on their job stress and quality of work life in medical environments (Case study: Female nurses working in healthcare centers in Urmia). *Journal of Architectural Thought*, *7*(13), 138-154. https://doi.org/10.30479/at.2022.11780.1341

Moore, V., & Warin, M. (2022). The reproduction of shame: Pregnancy, nutrition and body weight in the translation of developmental origins of adult disease. *Science, Technology, & Human Values*, *47*(6), 1277-1301. https://doi.org/10.1177/01622439221108239

Osborne, L. M., Voegtline, K., Standeven, L. R., Sundel, B., Pangtey, M., Hantsoo, L., & Payne, J. L. (2021). High worry in pregnancy predicts postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, *294*, 701-706. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.009

Price, N. N., Scelsa, V. L., Zeman, J. L., & Luebbe, A. M. (2023). Profiles of adolescents' sadness, anger, and worry regulation: Characterization and relations with psychopathology. *Emotion*, *23*(2), 473–485. https://doi.org/10.1037/emo0001084

Sommet, N., & Berent, J. (2023). Porn use and men's and women's sexual performance: evidence from a large longitudinal sample. *Psychological medicine*, *53*(7), 3105–3114. https://doi.org/10.1017/S003329172100516X

Swee, M. B., Klein, K., Murray, S., & Heimberg, R. G. (2023). A brief self-compassionate letter-writing intervention for individuals with high shame. *Mindfulness*, *14*(4), 854–867. https://doi.org/10.1007/s12671-023-02097-5

Towey-Swift, K. D., Lauvrud, C., & Whittington, R. (2023). Acceptance and commitment therapy (ACT) for professional staff burnout: a systematic review and narrative synthesis of controlled trials. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, *32*(2), 452–464. https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022628

Yeşilçınar, İ., Acavut, G., & Güvenç, G. (2023). Anxiety during the pregnancy and affecting factors: a cross-sectional study. *Archives of gynecology and obstetrics*, *307*(1), 301–309. https://doi.org/10.1007/s00404-022-06590-5

Yu, X., Liu, Y., Huang, Y., & Zeng, T. (2022). The effect of nonpharmacological interventions on the mental health of high-risk pregnant women: A systematic review. *Complementary therapies in medicine*, *64*, 102799. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102799

Zafman, K. B., Riegel, M. L., Levine, L. D., & Hamm, R. F. (2023). An interactive childbirth education platform to improve pregnancy-related anxiety: a randomized trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, *229*(1), 67.e1–67.e9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.04.007