

Mashhad University of  
Medical Sciences

Navid No

Journal homepage: <https://nmj.mums.ac.ir/>کمیته تحقیقات دانشجویی  
معاونت پژوهش و فناوری  
دانشگاه علوم پزشکی مشهد*Original Article***The Effect of Acceptance and Commitment-Based Counseling on the Quality Of Life of Pregnant Women with Blood Pressure Disorders: A Clinical Trial Study****Samaneh Khazaei Fadafan**<sup>1\*</sup> , **Zhaleh Feyzi**<sup>2</sup> , **Saeed Akhlaghi**<sup>3</sup> **Nahid Jahani Shoorab**<sup>4</sup>

1. Counseling in midwifery, Student, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2. PhD, Psychiatric and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3. Assistant Professor, Social Determinant of Health Research Centre, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4. Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Corresponding author)

Corresponding author: [Jahanishn@mums.ac.ir](mailto:Jahanishn@mums.ac.ir)

Received: 14 April 2023; Revised: 30 May 2023; Accepted: 8 July 2023

## Abstract

**Background and Aims:** The quality of life of pregnant women with blood pressure disorders is lower than that of healthy pregnant women due to physical and mental problems, was conducted with the aim of determining the effect of acceptance and commitment counseling on the quality of life of pregnant women with blood pressure disorders.**Materials and Methods:** This randomized clinical trial study was conducted on 58 pregnant women with blood pressure disorders who referred to health centers in Mashhad in 2021. Those eligible for the study were randomly assigned to two groups through permutation blocks. The intervention group received 8 sessions of 45-60 minutes of counseling with an acceptance and commitment approach. The control group only performed routine pregnancy care. Data were measured before, immediately and one month after the intervention using the WHOQOL-BREF Questionnaire. The analysis was performed using SPSS 25 and descriptive and analytic statistical tests ( $P < 0.05$ )**Results:** Before the intervention, the two groups were homogeneous in demographic and obstetric characteristics. The total quality of life score before intervention in the test group was  $95.0 \pm 11.0$  compared to  $91.6 \pm 11.4$  in the control group, but there is significant difference between the quality of life Immediately and one month after the intervention between two groups ( $P < 0.05$ ).**Conclusion:** Group counseling based on acceptance and commitment increases the quality of life of pregnant women with blood pressure disorders. Therefore, it is recommended to use this counseling program to improve quality of life of pregnant women with blood pressure disorders.

## Keywords

Counseling; Acceptance; Commitment; Quality of Life; Pregnancy; Blood Pressure.

**Cite this article as:** Khazaei Fadafan F, Feyzi Zh, Akhlaghi S, Jahani Shoorab N. The effect of acceptance and commitment-based counseling on the quality of life of pregnant women with blood pressure disorders: a clinical trial study. Navid No, 2023; 26(85): 1-13. <https://doi.org/10.22038/nmj.2023.71777.1388>.

E-ISSN: 2645-5927 / P-ISSN: 2645-5919

Copyright: © 2023 by the author.

**Open Access:** This is an open access article under the CC BY license[\(http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/\)](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).**Publisher's Note:** Mashhad University of Medical Sciences remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Mashhad University of  
Medical Sciences

نوید نو

Navid No

Journal homepage: <https://mnj.mums.ac.ir/>



کمیته تحقیقات دانشجویی  
معاونت پژوهش و فناوری  
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نوع مقاله (پژوهشی)

## تأثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به اختلالات فشار خون: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

سمانه خزایی فدفن<sup>ID</sup>، ژاله فیضی<sup>ID</sup>، سعید اخلاقی<sup>ID</sup>، ناهیدجهانی شورا<sup>ID\*</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دکترای مشاوره، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیک نویسنده مسئول: [jahanishn@mums.ac.ir](mailto:jahanishn@mums.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۵، تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۳/۰۹، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۷

### چکیده

**مقدمه و هدف:** کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به اختلالات فشارخون به دلیل مشکلات جسمی و روحی پایین تر از زنان باردار سالم است، لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان باردار با اختلالات فشارخون انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی ۵۸ زن باردار مبتلا به اختلالات فشارخون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ انجام شد. واجدین شرایط پژوهش از طریق بلوک‌های جایگشتی به دو گروه تخصیص تصادفی یافتند. گروه آزمون ۸ جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای مشاوره با رویکرد پذیرش و تعهد دریافت کردند. گروه کنترل صرفاً مراقبت‌های روتین بارداری را انجام دادند. داده‌ها در قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی (WHOQOL-BREF) اندازه‌گیری گردید. آنالیز با استفاده از SPSS 25 و آمار توصیفی و آزمون‌های استنباطی، در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گردید.

**یافته‌ها:** دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و مامایی قبل از مداخله همگن بودند. امتیاز کل کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه آزمون ۱۱/۰ ± ۹۵/۰ در برابر ۱۱/۴ ± ۹۱/۶ گروه کنترل بود. اما کیفیت زندگی بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در مقایسه با بعد در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به لحاظ آماری معنی دار بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به اختلالات فشار خون را افزایش می‌دهد. لذا توصیه می‌گردد این برنامه مشاوره‌ای جهت بهبود کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به فشار خون بارداری استفاده شود.

کلمات کلیدی

مشاوره، پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، مشاوره، اختلالات فشار خون بارداری.

## مقدمه

اصفهان در سال ۱۳۹۵، شش درصد برآورد شده است که شایع ترین نوع اختلال فشار خون بارداری پره اکلامپسی ۴/۲ درصد گزارش شده است (۵).

بروز عوارض متعدد جنینی و مادری از جمله ترومبوآمبولی و مرگ مادر، افزایش مرگ و میر جنینی و نوزادی، افزایش سزارین، نارسایی قلبی، نارسایی کلیه، ایجاد سندرم HELLP، و زایمان پره ترم، وزن کم برای سن حاملگی، محدودیت رشد داخل رحمی، کنده شدن زودرس جفت از پیامدهای فشارخون بالا در بارداری می باشند (۳،۴)

اغلب مبتلایان به اختلالات فشارخون و پراکلامپسی در مقایسه با آنهایی که حاملگی بدون عارضه دارند، به جهت شکایات سلامتی بیشتر، از مشکلات روانی و جسمی بیشتری رنج می‌برند مبتلایان به فشارخون بارداری به این دلیل که احتمال وقوع حوادث غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل مانند زایمان زودرس و عوارض جنینی که مداخلات پزشکی غیرمنتظره را متعاقبا به همراه دارد و به جهت نیاز به بستری شدن طولانی مدت برای تشخیص، درمان یا پیگیری بیماران همواره استرس و اضطراب بالاتر را تجربه می کنند (۶).

سردرد، ورم پاها، نیاز بیشتر به بستری شدن، محدودیت فیزیکی، اختلالات خواب، ترس از آسیب به جنین علاوه بر عوارض شایع بارداری خستگی، تهوع، استفراغ، سردرد، بی‌اشتهایی، سوزش سر دل، هموروئید و تنگی نفس (۱ و ۶) گاه تغییراتی فراتر از تحمل این مادران بوجود آورده و به لحاظ روحی و جسمی آنان را آسیب‌پذیر می‌کند لذا کیفیت زندگی پایین تری را تجربه و گزارش می‌نمایند (۶). یافته‌های پاتوفیزیولوژیکی قوی در خصوص همبستگی اضطراب با پیامدهای ناخواسته حاملگی از جمله فشارخون و پره اکلامپسی وجود دارد. اضطراب باعث افزایش فشارخون، مقاومت عروق سیستمیک، فعالیت سمپاتیک شده و رابطه نزدیکی با سیستم رنین آنژیوتانسین و افزایش سطح آنژیوتانسین دارد (۷). استفاده از ورزش در آب سه بار در

سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام‌های فرهنگی و ارزشی با توجه به اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقه‌مندی تعریف کرده است (۱). به عبارتی کیفیت زندگی مفهومی است که از سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روان شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد و نیز بر ادراک فرد مبتنی است (۲). اختلالات فشارخون در بارداری به معنای وجود فشارخون بالا از قبل و یا بروز فشارخون در طی بارداری است (۳) و از شایعترین علل مرگ و میر مادران در بارداری در سراسر جهان می باشد (۴).

میزان مرگ مادر در موارد بستری شدن ۳۱/۶ درصد گزارش شده است (۳). فشارخون بارداری و پراکلامپسی دو دسته مهم از این اختلالات است. در پراکلامپسی بروز افزایش فشارخون سیستولیک بیش از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولیک بالای ۹۰ میلی‌متر جیوه بدون سابقه قبلی بعد از هفته ۲۰ بارداری با پروتئینوری و یا با شواهد درگیری چند ارگان ترومبوسیتوپنی، کلیوی، کبد، علائم درگیری مغزی یا ادم ریه از فشارخون بارداری که تنها با فشارخون بالای ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه برای اولین بار پس از اواسط بارداری ظاهر شده و فاقد پروتئینوری است قابل افتراق است. بروز اختلالات فشارخون بارداری در جهان ۱۰-۵ درصد برآورد شده است (۴). بر طبق گزارش مرکز مبارزه با بیماری‌ها (CDC) میزان بستری شدن زنان باردار با اختلال فشارخون در طی سال‌های ۲۰۱۷ تا ۲۰۱۹ از ۱۳/۳ درصد به ۱۵/۹ درصد در دنیا افزایش یافته است. افزایش اختلالات فشارخون بارداری شیب تندتری نسبت به افزایش فشارخون مزمن داشته است، بطوری که میزان اختلالات فشارخون بارداری از ۱۰/۸ در سال ۲۰۱۷ به ۱۳ درصد در سال ۲۰۱۹ رسیده است، در حالی که فشارخون مزمن از ۲ درصد به ۲/۳ درصد افزایش یافته است (۳). در مطالعه توکلی پور و همکاران (۲۰۱۹) شیوع اختلالات فشار خون بارداری در ۲۴۷۷ زنان باردار مراجعه کننده به مراکز سطح ۲ و ۳ بیمارستانهای

مشاوره پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به اختلالات فشارخون انجام دهد.

## روش کار

در این مطالعه کارازمایی بالینی تصادفی پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه ۶۰ مادر باردار مبتلا به فشار خون یا پره اکلامپسی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد از تیرماه تا مهرماه ۱۴۰۰ بصورت دردسترس انتخاب شدند. ایرانی بودن، سن حاملگی ۲۴-۲۶ هفته، حاملگی تک قلو، عدم اعتیاد به دخانیات و الکل، داشتن گوشی هوشمند با سیستم عامل اندروید، کسب نمره کمتر از ۲۶ از پرسشنامه اضطراب بک، مبتلا بودن به فشار خون بارداری و یا پره اکلامپسی غیر شدید (براساس پرونده بیمار)، عدم ابتلا به بیماریهای زمینه ای مزمن و عارضه طبی و مامایی در طی بارداری، عدم سابقه اختلالات روانی و سابقه بستری در بیمارستان در طی بارداری اخیر از معیارهای ورود به مطالعه بودند و عدم تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مشاوره، مبتلا شدن به عارضه طبی یا مامایی در طی پژوهش که به مداخلات پزشکی و دارویی نیاز داشته باشد، وجود مشاجرات خانوادگی و حوادث ناگوار در طی مطالعه از معیارهای خروج از مطالعه بودند. جهت جلب مادران در زمینه اهداف پژوهش توضیح داده می شد و در صورت تمایل زنان به شرکت در مطالعه ابتدا رضایت کتبی از آنان اخذ می شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها و طبق مطالعه حیدریان و همکاران (۲۰۲۰) با عنوان تاثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به سرطان پستان و (۱۳) و با توجه به تغییرات نمره کیفیت زندگی در دو گروه آزمون ( $15/23 \pm 22/4$ ) در مقابل ( $12/08 \pm 1/65$ ) ۷ نفر در هر گروه با اطمینان ۹۵ درصدی و توان ۸۰ درصد برآورد گردید که با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها و امکان بررسی زیر گروه‌ها حجم نمونه در هر گروه به ۳۰ نفر افزایش یافت. واحدهای پژوهش توسط پژوهشگر به صورت تصادفی

هفته از هفته ۲۰ تا ۳۵ بارداری در مطالعه رودریگز-بلانکه (Rodríguez-Blanque) و همکاران (۲۰۲۰) با بهبود نمرات کیفیت زندگی مبتلایان فشارخون از طریق بهبود حیطه فعالیت فیزیکی پیشنهاد شده است که نیاز به متخصص و امکانات محیطی، امکان استفاده از آن را محدود می نماید (۸). مشاوره از راهکارهایی است که با کنترل استرس و اضطراب و بهبود بعد روحی و روانی کیفیت زندگی را ارتقا می بخشد مطالعه ای که توسط پائولوس و همکاران (۲۰۲۰) ( بر روی تاثیر مشاوره شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و اضطراب مبتلایان به HIV امریکا انجام شد کاهش اضطراب با بهبود کیفیت زندگی آنان مرتبط شناخته شد (۹). مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Counseling, ACT) برای بهبود دامنه وسیعی از مشکلات روان شناختی طراحی شده است. هدف این نوع مشاوره بر خلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی که در صدد تغییر شکل افکار و احساسات آزار دهنده هستند، کاهش پرهیز از تجارب ناخوشایند، تقویت انعطاف پذیری روانشناختی مراجع است، به طوری که وقتی مراجع به این اهداف دست یابد، به جای پرهیز از رخداد های ناخواسته با پذیرش شرایط انرژی خود را صرف ارزش ها و بهبود کیفیت زندگی می کند (۱۰). شش گام اساسی این نوع مشاوره پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه می باشد و تاکنون این نوع مشاوره در مدیریت اضطراب، افسردگی، دردهای مزمن و حملات وحشت زدگی استفاده شده است (۱۱). یوتمی (Utami) و همکاران (۲۰۲۰) تاثیر برگزاری ۴ جلسه مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ۱۲۴ زن و مرد اندونزیایی مبتلا به فشارخون بالا را مثبت و با کاهش فشارخون در آنان گزارش نمودند (۱۲) هرچند که وکیلین و همکاران (۲۰۱۹) برگزاری هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود کیفیت زندگی ۴۲ زن اراکی با بارداری سالم موثر ارزیابی نکرده اند (۶). با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و نتایج ضد و نقیض موجود، پژوهشگر بر آن شد که مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر

حمایت اجتماعی با ضریب آلفای ۰/۷۶ تعیین شد. فرم مشخصات فردی نیز بدلیل داشتن سوالات عینی و روشن پایا می باشد.

پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQOL-BREF دارای ۲۶ گویه و چهار حیطه سلامت فیزیکی با هفت سوال به شماره های ۲-۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶ و حیطه روانشناختی با ۸ سوال به شماره های ۱-۵-۶-۷-۱۱-۱۷-۱۹-۲۶، حیطه روابط اجتماعی با سه سوال به شماره های ۲۰ تا ۲۲ و حیطه محیط با ۸ سوال به شماره های ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۱۸-۲۳-۲۵ است. امتیازدهی سوالات بر اساس طیف لیکرت ۵ تایی و با امتیاز صفر تا چهار است و با جمع نمرات سوالهای هر بعد نمره آن به دست می آید. نمره ۶۰ و بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی مطلوبی در فرد است. امتیاز پرسشنامه در محدوده صفر- ۲۰ کیفیت زندگی بسیار پایین، ۲۰-۴۰ پایین، ۴۰-۶۰ متوسط، ۶۰-۸۰ بالا و ۸۰-۱۰۰ بسیار بالا می باشد (۱۷). پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تعیین شد.

برای گروه آزمون هشت جلسه مشاوره (سه گروه، بطور متوسط ۱۰ نفره) توسط پژوهشگر در فواصل دو جلسه در هر هفته به مدت هر جلسه ۶۰ - ۴۵ دقیقه برگزار گردید. جلسه اول مشاوره بصورت حضوری در اتاق کلاسهای مادران مرکز برگزار شد و هفت جلسه بعدی به صورت مجازی و گروهی بین مشاور و مراجعین از طریق اسکای روم انجام گردید (جدول ۱).

از طریق بلوک های جایگشتی در داخل دو گروه تخصیص یافتند. بدین منظور و با توجه به حجم نمونه ۶۰ نفری ۱۰ بلوک ۴ تایی از بین بلوک های AABB, ABAB, ABBA, BABA, BBAA, BAAB و ۱۰ بلوک دوتایی از بین بلوک های AB, BA به کمک جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. در گروه آزمون یک نفر به دلیل ابتلا به پره اکلامپسی شدید و در گروه کنترل یک نفر بدلیل ابتلا به کرونا از مطالعه خارج شدند فلوجارت نمونه گیری شرکت کنندگان را نشان می دهد شکل ۱.

فرم مشخصات فردی، پرسشنامه های اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory) (۱۴)، حمایت اجتماعی زمین (Zemen) (۱۵)، قبل مداخله تکمیل شدند و پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه (WHOQOL-BREF) قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مشاوره توسط هر دو گروه تکمیل شدند. پرسشنامه حمایت اجتماعی ۱۲ گویه ای زمین در طیف لیکرت پنج گزینه ای از (۱ = به شدت مخالف تا ۵ = به شدت موافق) طراحی شده است. روایی این پرسشنامه در پژوهش آویده و همکاران تایید شده است (۱۶) پرسشنامه ۲۱ گویه ای اضطراب بک پرسشنامه اضطراب بک (BAI) استاندارد و هر گویه از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. نمره کلی فرد از ۰ تا ۶۳ به دست می آید. روایی این پرسشنامه توسط آرون بک و همکارانش از طریق روایی محتوا در سال ۱۹۹۰ تایید شده است (۱۵). در این مطالعه روایی کلیه پرسشنامه ها به روش روایی محتوا تایید شد. پایایی پرسشنامه اضطراب بک با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول:	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و خوش آمد گویی، بیان قوانین گروه (راز داری و عدم افشای اطلاعات شخصی شرکت کنندگان، حضور به موقع اعضا در جلسات، عدم غیبت بیش از دو جلسه)، توضیح در مورد بارداری، آشنایی و توصیف کلی با رویکرد مشاوره، توضیح درد و رنج
جلسه دوم:	زندگی در زمان حال، عدم آمیختگی با گذشته و آینده و ذهن آگاهی، نوشتن افکار و احساسات ناخوشایند.
جلسه سوم:	اجتناب تجربه ای، استفاده از استعاره بیلچه، تمرین استراتژی های کنترلی برای افکار و احساسات ناخوشایند.
جلسه چهارم:	پذیرش احساسات خود بدون واکنش نسبت به آن ها و تلاش برای سرکوب کردن یا اجتناب از افکار و احساس های ناخوشایند، استعاره اتوبوس و نوشتن اینکه استراتژی های کنترل در دراز مدت چه تاثیری داشته است.
جلسه پنجم:	توضیح گسلش (جداسازی افکار به معنی کمی شکاف ایجاد کردن بین خود و افکار)، استعاره اسب سرکش (افکار و احساس های ناخوشایند)، تمرین استفاده از استعاره های گسلش
جلسه ششم:	توضیح در مورد خود به عنوان زمینه ( خود زمینه ای فرض می شود که این تجارب را دارا است (این تجارب در او اتفاق می افتد) و خود به عنوان ناظر متوجه آنهاست. استفاده از استعاره صفحه شطرنج.
جلسه هفتم:	شناسایی ارزش های مهم زندگی و حرکت در جهت آن، تفاوت ارزش و هدف، تمرین صفحه دارت
جلسه هشتم:	ارائه روش هایی به فرد که در حالی که در جهت ارزش ها حرکت میکند بتواند موانع را مدیریت کند و یادگیری اقدام متعهدانه (اقدامی که به جای آنکه بدون تفکر و ناگهانی باشد، با آگاهی، عمدی، با انگیزه، الهام گرفته از ارزش ها و انعطاف پذیر و با وضعیت موجود سازگار باشد)،

### یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان باردار مبتلا به اختلالات فشار خون مورد مطالعه در گروه آزمون  $33/6 \pm 7/1$  و در گروه کنترل  $31/8 \pm 5/6$  سال محاسبه شد. در گروه آزمون ۲۴ مورد (۸۲/۸ درصد) و در گروه کنترل ۲۲ مورد (۷۵/۹ درصد) از زنان باردار مورد مطالعه خانه دار بودند. در گروه آزمون ۱۴ مورد (۵۰/۰ درصد) و در گروه کنترل ۱۴ مورد (۴۸/۳ درصد) از زنان باردار مبتلا به اختلالات فشار خون دارای سطح تحصیلات دبیرستان بودند. بین میانگین سن، سن بارداری، تعداد مراقبت بارداری دریافت شده و میزان حمایت اجتماعی در دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت میزان درآمد ماهیانه خانوار در گروه آزمون ۱۸ مورد (۶۲/۱ درصد) و در گروه کنترل ۲۰ مورد (۶۹/۰ درصد) در حد

تمرین ذهن آگاهی با تمرکز بر پایان مشاوره پایان جلسه و پرسشنامه ها توسط زنان باردار تکمیل شد. همچنین فایللی از خلاصه جلسات برای تمرین در منزل داده شد. گروه کنترل و آزمون هر دو آموزش و مراقبت های معمول بارداری توسط مراقبین سلامت و ماما را دریافت کردند. پس از یک ماه از اتمام مداخله، مجدد پرسشنامه کیفیت زندگی توسط دو گروه تکمیل شد. نرمالیتی با آزمون کلموگراف سمیرنوف بررسی شد. برای مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای کمی نرمال از آزمون تی مستقل و برای متغیرهای کمی غیر نرمال و متغیرهای رتبه ای از آزمون من ویتنی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام و در سطح معناداری کمتر از ۰,۰۵ انجام گردید. این مطالعه با کد IRCT20210218050401N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ثبت شده است.

کفاف گزارش شد که آزمون دقیق فیشر این تفاوت را معنی‌دار نشان نداد (P=۰/۱۶۶). از نظر تعداد فرزند در گروه آزمون ۹ مورد (۳۱/۰ درصد) و در گروه کنترل ۱۳ مورد (۴۴/۸ درصد) از زنان باردار مورد مطالعه دارای یک فرزند

بودند. آزمون کای اسکوئر این تفاوت را معنی‌دار نشان نداد (P=۰/۵۷۴). برخی مشخصات در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار برخی از مشخصات زنان باردار مورد مطالعه به تفکیک گروه

متغیر	گروه	
	کنترل ۲۹	آزمون ۲۹
	انحراف معیار ± میانگین (چارک سوم، چارک اول) میانه	انحراف معیار ± میانگین (چارک سوم، چارک اول) میانه
سن (سال)	۳۱/۸ ± ۵/۶	۳۳/۶ ± ۷/۱
	۳۰/۰ (۲۸/۰ ، ۳۶/۰)	۳۳/۰ (۲۹/۰ ، ۳۹/۰)
t=۱/۰ ، df=۵۶/۰ P=۰/۲۹۹ تی مستقل		
سن بارداری (هفته)	۲۴/۹ ± ۰/۹	۲۴/۵ ± ۰/۷
Z=-۱/۹ P=۰/۰۵۳ من ویتنی		
نمره اضطراب بک	۳/۱ ± ۱/۴	۳/۳ ± ۱/۱
P=۰/۸۵۷ من ویتنی	۳/۵ (۳/۰ ، ۴/۰)	۴/۰ (۳/۰ ، ۴/۰)
نمره کل حمایت اجتماعی	۴۸/۸ ± ۷/۰	۴۵/۴ ± ۸/۶
t=-۱/۵ ، df=۴۸/۰ P=۰/۱۳۷ تی مستقل		

۹۰/۸) آزمون تی مستقل این اختلاف را معنی‌دار نبود (P=۰/۷۷۹، t=۰/۳) اما تغییرات کیفیت زندگی بلافاصله با قبل از مداخله و تغییرات یک ماه بعد در مقایسه با قبل معنی‌دار بود. تغییرات امتیاز کیفیت زندگی و تغییرات در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

امتیاز کل کیفیت زندگی قبل از مداخله هر چند در گروه مداخله کمتر بود اما بلافاصله بعد از مداخله کیفیت زندگی افزایش داشت (گروه مداخله ۱۱/۰ ± ۹۵/۰ در برابر ۱۱/۴ ± ۹۱/۶) آزمون تی مستقل این اختلاف را معنی‌دار نشان داد (P=۰/۲۷۰، t=۱/۱)

امتیاز کل کیفیت زندگی بعد از مداخله کیفیت زندگی افزایش داشت (گروه مداخله ۱۱/۹ ± ۹۱/۶ در برابر ۱۰/۲ ±

نتیجه آزمون	گروه		نمره کل کیفیت زندگی
	کنترل (۲۹)	آزمون (۲۹)	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
t=-۲/۳ ، df=۵۶/۰ P=۰/۰۲۵ تی مستقل	۹۳/۴ ± ۱۱/۳	۸۵/۶ ± ۱۴/۳	قبل از مداخله
t=-۲/۵ ، df=۵۶/ P=۰/۰۱۵ تی مستقل	۹۱/۶ ± ۱۱/۴	۹۵/۰ ± ۱۱/۰	بعد از مداخله
t=-۲/۶ ، df=۵۵/۰ P=۰/۰۱۱ تی مستقل	۱۹۰/۶ ± ۵۸/۳	۱۵۴/۱ ± ۴۵/۵	یک ماه بعد از مداخله
Z=-۶/۴ P<۰/۰۰۱ من ویتنی	-۲/۳ ± ۱/۸	۹/۳ ± ۶/۰	تغییرات بلافاصله با قبل از مداخله
t=۷/۲ ، df=۳۳/۵ P<۰/۰۰۱ تی مستقل	-۳/۴ ± ۲/۲	۵/۹ ± ۶/۵	تغییرات یک ماه بعد در مقایسه با قبل
	F=۴۴/۴ ، df=۲/۰ ، ۵۰/۰ P<۰/۰۰۱ آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری	F=۴۴/۲ ، df=۱/۲ ، ۳۱/۴ P<۰/۰۰۱ آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری	نتیجه آزمون درون گروهی

کیفیت زندگی در حیطه سلامت اجتماعی قبل از مداخله اختلاف دو گروه (گروه آزمون ۲/۰ ± ۹/۹ و در گروه کنترل ۱/۸ ± ۱۱/۴) معنی دار بود (P=۰/۰۰۳ و t=-۳/۱).

کیفیت زندگی در حیطه سلامت محیط قبل از مداخله اختلاف دو گروه (گروه آزمون ۵/۲ ± ۳۰/۸ و در گروه کنترل ۴/۶ ± ۳۳/۷) معنی دار بود (P=۰/۰۳۲ و t=-۲/۲).

کیفیت زندگی در حیطه سلامت فیزیکی قبل از مداخله اختلاف دو گروه (گروه آزمون ۳/۵ ± ۱۹/۲ و در گروه کنترل ۳/۰ ± ۲۰/۳) معنی دار نبود (P=۰/۱۹۶ و t=-۱/۳).

کیفیت زندگی در حیطه سلامت روانشناختی قبل از مداخله اختلاف دو گروه (گروه آزمون ۵/۴ ± ۲۵/۸ و در گروه کنترل ۴/۰ ± ۲۸/۱) معنی دار نبود (P=۰/۰۷۱ و t=-۱/۸).

جدول ۴-: میانگین و انحراف معیار تغییرات ابعاد کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به اختلالات فشار خون مورد مطالعه به تفکیک گروه

نتیجه آزمون ویتنی	گروه		کیفیت زندگی
	کنترل ۲۹	آزمون ۲۹	
	انحراف معیار ± میانگین (چارک سوم، چارک اول) میانه	انحراف معیار ± میانگین (چارک سوم، چارک اول) میانه	



Z=-۵/۶ P<۰/۰۰۱	-۰/۹ ± ۱/۳ -۱/۰ (-۲/۰ ، ۰/۰)	۲/۵ ± ۲/۱ ۲/۰ (۱/۰ ، ۴/۰)	تغییرات حیطة سلامت فیزیکی بلافاصله با قبل از مداخله
Z=-۴/۴ P<۰/۰۰۱	-۱/۴ ± ۱/۵ -۱/۰ (-۲/۰ ، ۰/۰)	۱/۲ ± ۲/۲ ۱/۰ (۰/۰ ، ۲/۰)	تغییرات حیطة سلامت فیزیکی یک ماه بعد با قبل مداخله
Z=-۵/۹ P<۰/۰۰۱	-۰/۶ ± ۰/۶ -۱/۰ (-۱/۰ ، ۰/۰)	۳/۲ ± ۲/۹ ۲/۰ (۱/۰ ، ۴/۵)	تغییرات حیطة سلامت روانشناختی بلافاصله با قبل
Z=-۴/۶ P<۰/۰۰۱	-۰/۹ ± ۱/۰ -۱/۰ (-۲/۰ ، ۰/۰)	۲/۱ ± ۳/۰ ۱/۶ (۰/۰ ، ۴/۵)	تغییرات حیطة سلامت روانشناختی یک ماه بعد با قبل
Z=-۵/۰ P<۰/۰۰۱	-۰/۳ ± ۰/۷ ۰/۰ (۰/۰ ، ۰/۰)	۱/۲ ± ۱/۲ ۱/۰ (۰/۰ ، ۲/۰)	تغییرات حیطة سلامت اجتماعی بلافاصله با قبل
Z=-۴/۰ P<۰/۰۰۱	-۰/۶ ± ۰/۷ ۰/۰ (-۱/۰ ، ۰/۰)	۰/۷ ± ۱/۴ ۱/۰ (۰/۰ ، ۲/۰)	تغییرات حیطة سلامت اجتماعی یک ماه بعد با قبل
Z=-۵/۹ P<۰/۰۰۱	-۰/۴ ± ۰/۹ ۰/۰ (-۱/۰ ، ۰/۰)	۲/۵ ± ۱/۶ ۲/۰ (۱/۵ ، ۳/۰)	تغییرات حیطة محیط بلافاصله با قبل
Z=-۴/۹ P<۰/۰۰۱	-۰/۶ ± ۱/۱ ۰/۰ (-۱/۰ ، ۰/۰)	۱/۹ ± ۱/۹ ۲/۰ (۱/۰ ، ۳/۰)	تغییرات حیطة محیط یک ماه بعد با قبل

## بحث

کلی و ابعاد مختلف بیانگر آن است که زنان مبتلا به فشارخون بارداری و پراکلامپسی از وضعیت بهتری برخوردار شدند. در زمینه تاثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی نتایج مطالعه حاضر با مطالعه احمدی نژاد و همکاران (۲۰۲۲) (۱۸) ، مطالعه نریمانی و همکاران (۱۳۹۳) (۱۹) همخوان و با نتایج مطالعات و کیلیان و همکاران (۲۰۱۹) (۶) ناممخوان می‌باشد.

در مطالعه احمدی نژاد و همکاران (۲۰۲۲) مشاوره مبتنی بر خودمراقبتی با افزایش کیفیت زندگی ۹۰ زن مبتلا به اختلالات فشارخون بارداری (۴۵ نفر گروه کنترل و ۴۵ نفر گروه مداخله) مراجعه کننده به کلینیک های سبزوار

نتایج این مطالعه نشان می دهد که کیفیت زندگی کلی در گروه آزمون پس از مداخله به مراتب بهتر از گروه کنترل شده است این در حالی است که گروه کنترل نسبت به شرکت کنندگان گروه آزمون در حیطة سلامت اجتماعی و محیط حتی در قبل از برگزاری جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد وضعیت بهتری داشتند و کیفیت زندگی آنها بطورکل در گروه کنترل بهتر گزارش شده است اما پس از برگزاری هشت جلسه مشاوره نتایج تغییرات کیفیت زندگی

فشارخون بالای و مطالعه حاضر امکان مقایسه میزان تاثیر این نوع مشاوره را بر حیطه های کیفیت زندگی زنان نابارور و زنان باردار را ناممکن می سازد که پیشنهاد می گردد در تحقیقی جداگانه مورد بررسی قرار گیرد.

در مطالعه حاضر نیز ابعاد سلامت فیزیکی، روانشناختی، اجتماعی و محیط کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون و پراکلامپسی افزایش یافته است. اما بدلیل تفاوت در ابزار کیفیت زندگی و نوع مشارکت کنندگان در مطالعه نریمانی و همکاران (۱۳۹۳) که زنان نابارور بوده و مشکلات زندگی آنان با زنان باردار مبتلا به فشارخون بالا متفاوت است. باقری و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه- ای به مقایسه کیفیت زندگی بر روی ۲۲۰ زن (۱۱۰ نفر در دو گروه بارور و نابارور) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شیراز مابین سالهای ۲۰۱۷ تا ۲۰۱۸ انجام داده اند، گزارش کرده اند که کیفیت زندگی زنان نابارور در همه ابعاد کیفیت زندگی پایین تر از زنان بارور است و تنها در حیطه فیزیکی زنان بارور از کیفیت زندگی بهتری با اختلاف معنی دار برخوردار بودند که در مطالعه باقری نیز کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) برای بررسی کیفیت زندگی استفاده شده است (۲۰). البته با توجه به نوع نگرانی زنان نابارور در زمینه مسایل زناشویی و تداوم زندگی با زنان باردار مبتلا به اختلالات فشارخون که بیشتر نگران سلامتی فرزند و زایمان خود می باشند زیاد قابل مقایسه نمی باشد از این رو در مطالعه حاضر نمرات حیطه های مختلف سلامت فیزیکی، روانشناختی، اجتماعی و محیط کیفیت زندگی در مبتلایان به فشارخون حتی قبل از مداخله از مطالعه باقری و همکاران (۲۰۲۱) بالاتر بوده است.

وکیلان و همکاران (۲۰۱۹) اجرای مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد را بصورت هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای به فاصله دو بار در هفته برای زنان شرکت کننده در سه ماهه سوم بارداری را در افزایش کیفیت زندگی آنان موثر گزارش نکردند، بطوری که کیفیت زندگی ۴۲ زن باردار سالم

مابین سالهای ۲۰۲۱ تا ۲۰۲۲ گزارش شده است. در این مطالعه که کیفیت زندگی مبتلایان با ابزار SF-36 ارزیابی شده است، برگزاری ۸ جلسه مشاوره با رویکرد (GATHER) (Greet, Ask, Tell, Help, Explain, and Return) هر جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه ای، کیفیت زندگی زنان را در بعد و دو هفته بعد از مداخله در تمامی ابعاد کیفیت زندگی ارتقا داده و اختلاف معنی داری نسبت به گروه کنترل گزارش شده است (۱۸). هر چند ابزار بررسی کیفیت زندگی در این دو مطالعه نیز متفاوت می باشد، اما وجود مشارکت کنندگان یکسان با فشارخون بارداری و پراکلامپسی خفیف نتایج مشابهی را سبب شده است.

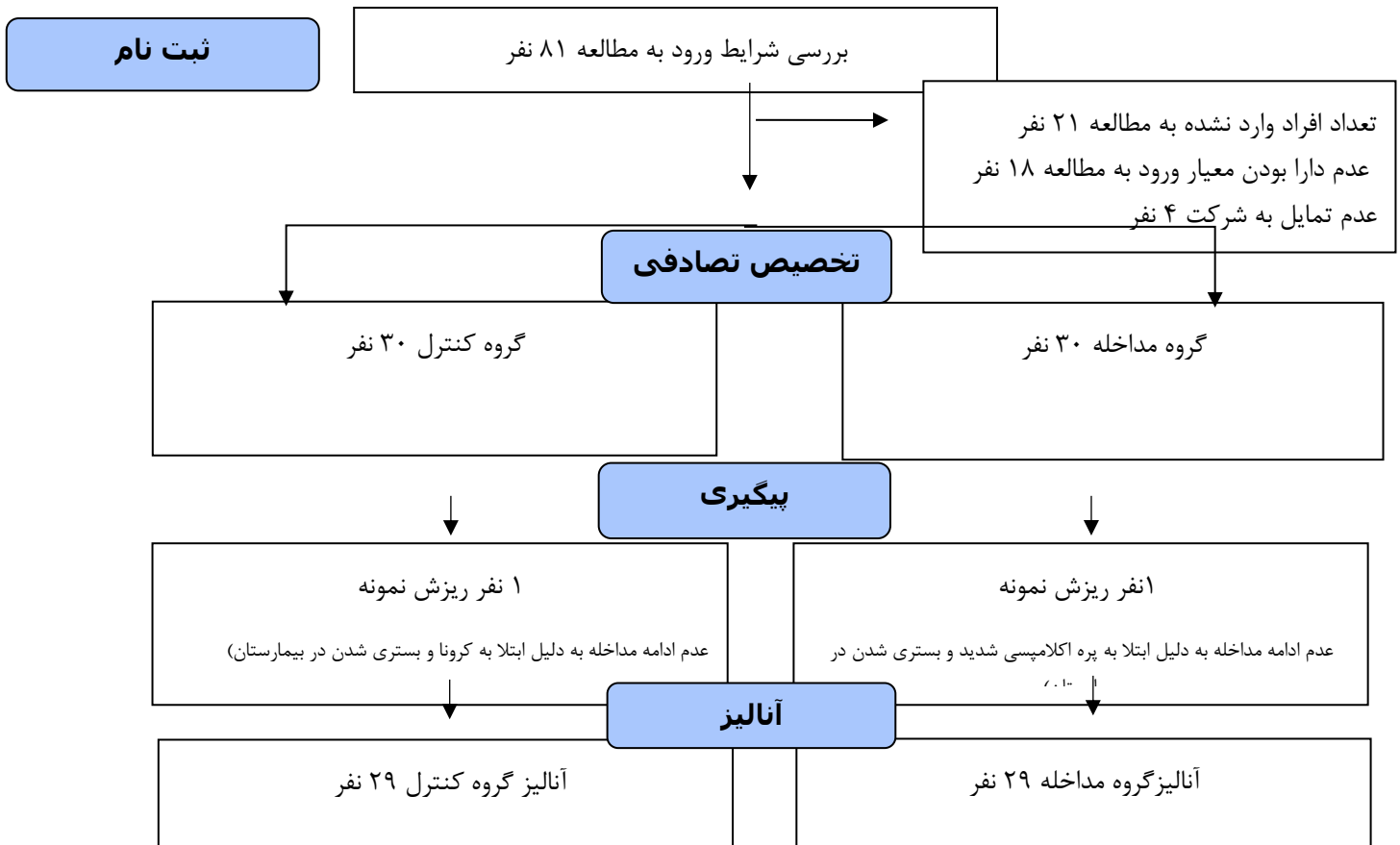
نریمانی و همکاران (۱۳۹۳) در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زوجین نابارور که بر روی ۲۹ زوج نابارور مراجعه کننده به درمانگاه های نازایی شیراز (۱۵ زوج گروه آزمون و ۱۴ زوج کنترل) انجام شد گزارش کردند که اجرای دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای رویکرد درمان تعهد و پذیرش کیفیت زندگی زوجین نابارور گروه آزمون را نسبت به گروه کنترل افزایش معنی داری می دهد در این مطالعه که از ابزار SF-36 برای کیفیت زندگی استفاده شده است، تمام مولفه های عملکرد جسمی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی، سلامت روان، سلامت عمومی، نشاط، مشکلات جسمی و مشکلات روحی افزایش معنی داری را نشان داده اند (۱۹).

در مطالعه حاضر نیز ابعاد سلامت فیزیکی، روانشناختی، اجتماعی و محیط در گروه مداخله بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش معناداری داشته است که در گروه کنترل که مشاوره ای دریافت نکرده اند این روند معکوس بوده و محاسبه مولفه های کیفیت زندگی نیز در بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله کاهش کیفیت زندگی را نشان می دهد. تفاوت در ابزار کیفیت زندگی در مطالعه نریمانی و همکاران (۱۳۹۳) و تفاوت در نوع مشکلات زندگی زنان نابارور و مبتلا به

از محدودیتهای مطالعه حاضر اجرای جلسات بدلیل شیوع کرونا در کشور بصورت مجازی بود که البته به علت قطع و وصل اینترنت لینک جلسات به صورت آفلاین در اختیار گروه مداخله قرار می گرفت.

از نقاط قوت این مطالعه حضور روانشناس در جلسات مجازی به همراه پژوهشگر بود که به سبب مجازی بودن این حضور ممکن شده بود، لذا هدایت جلسات مبتنی بر روش پذیرش و تعهد بخوبی ممکن گردید. از طرفی افزایش مهارت های مامایی در کنترل مادران پرخطر در راستای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت می باشد که در راستای ترویج زایمان طبیعی و سیاستهای کلی نظام سلامت می باشد.

اراکی در هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی پس از گذشت یک ماه از مداخله مشاهده نشد(۶). در مطالعه وکیلین کیفیت زندگی جز اهداف اصلی پژوهش نبوده، تعیین حجم نمونه برای متغییر کیفیت زندگی انجام نشده است. ابزار سنجش کیفیت زندگی SF-36 و متفاوت با ابزار مطالعه ما بوده است که مقایسه نتایج را دشوار می سازد، لیکن پس از مداخله تمام ابعاد کیفیت زندگی هم پس از مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود امتیازات در ابعاد مختلف جسمی، عملکرد فیزیکی، روحی، روانی، اجتماعی، سلامت عمومی، درد و انرژی گزارش گردیده است.



شکل ۱- فلوچارت نمونه گیری شرکت کنندگان

## نتیجه گیری

### حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی انجام شده است.

### ملاحظات اخلاقی

کلیه ملاحظات اخلاقی در این طرح رعایت شده است و کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1399.104 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ثبت شده است.

### تضاد منافع

در این پژوهش هیچگونه تضاد منافع وجود نداشته است.

براساس نتایج به دست آمده مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به اختلالات فشار خون موثر می باشد. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلالات فشارخون در بارداری و این که یکی از علل مرگ و میر مادران می باشد توصیه می شود که رویکرد مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت مراقبت مادران باردار مبتلا بکار گرفته شود. مقایسه روش های مشاوره ای دیگر از جمله مقایسه اثربخشی مشاوره مبتنی بر خودمراقبتی با مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلالات فشارخون می تواند جهت مطالعات آتی پیشنهاد گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از یک پروژه تحقیقاتی است (با کد: IR.MUMS.NURSE.REC.1399.104) نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر می کنند.

### مراجع

- [1] Post M. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*. 2014; 20(3):167-80.
- [2] Giovagholi, A.R., Meneses, R.F., & Silva, A.M. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Journal of Epilepsy & Behavior*, 2006; 9, 129-143.
- [3] Ford ND, Cox S, Ko JY, Ouyang L, Romero L, Colarusso T, Ferre CD, Kroelinger CD, Hayes DK, Barfield WD. Hypertensive disorders in pregnancy and mortality at delivery hospitalization—United States, 2017–2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2022 Apr 4; 71(17):585.
- [4] Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Dashe JS, Casey BM. *Williams obstetrics*. Cunningham FG, 26 th, editor. New York: McGraw-Hill Medical; 2022.
- [5] Tavakolipour S, Beigi M, Nekuei N, Shafiei F. The Prevalence of Pregnancy Hypertensive Disorders and Their Related Factors in the Second and Third Level Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019 Jul 1; 7(3):1736-41.
- [6] Vakilian K, Zarei F, Majidi A. Effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and quality of life during pregnancy: A mental health clinical trial study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2019 Aug 1; 21(8).
- [7] Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, Gaouaou N, Ibanez G. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018 Dec; 18:1-4.
- [8] Rodríguez-Blanque R, Aguilar-Cordero MJ, Marín-Jiménez AE, Menor-Rodríguez MJ, Montiel-Troya M, Sánchez-García JC. Water exercise and quality of life in pregnancy: a randomised clinical trial. *International journal of environmental research and public health*. 2020 Feb; 17(4):1288.

- [9] Paulus DJ, Brandt CP, Lemaire C, Zvolensky MJ. Trajectory of change in anxiety sensitivity in relation to anxiety, depression, and quality of life among persons living with HIV/AIDS following transdiagnostic cognitive-behavioral therapy. *Cognitive behaviour therapy*. 2020 Mar 3; 49(2):149-63.
- [11] Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. Role of anxiety during pregnancy in preterm delivery. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2008; 16 (63):85-92. (Persian).
- [12] Utami, T, W., Astuti, Y, S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in hypertensive patient . *Indonesian Journal of Global Health Research*, 2020; 2(1), 7-14
- [13] Heidarian A, Asadpour E, Mohsenzadeh F, Zaharakar K. Effect of A Group Intervention Based on Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and Communication Patterns in Patients with Breast Cancer and Their Spouses. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2020 May 10; 13(1):24-34.
- [14] Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*. 1991 Jan 1; 5(3):213-23.
- [15] Canty-mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *Am J Community Psychol* 2000; 28(3):391-400.
- [16] Avarideh S, Asadi Majreh S, Moghtader L, Abedini M, Mirbolok Bozorgi A. The Mediating role of perceived social support in the effect of interpersonal forgiveness on social health in students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019 Mar 21; 20(1):71-80.
- [17] WHO Quality of Life Group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and Validity of Persian Version of "Quality of Life Index". *Mazandaran Univ Med Sci*. 2014; 24(116):75-83.
- [18] Ahmadinejad GS, Khadivzadeh T, Eftekharyazdi M, Esmaeili H. The Impact of Self-Care Counseling on Quality of Life in Pregnant Women with Gestational Hypertension. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2022 Oct 1; 10(4):3432-42.
- [19] Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. The Study of The Efficiency of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Infertile Women's Life. *Faslnameh Mashwara and Rawan Darmani Khanwadeh*, 2014; 4(3): 388- 404.
- [20] Bagheri F, Nematollahi A, Sayadi M, Akbarzadeh M. Comparison of the quality of life in fertile and infertile women admitted to Shiraz's healthcare centers during 2017-2018. *Shiraz E-Medical Journal*. 2021 Jun 30; 22(6).