

December-January 2021, Volume 10, Issue 6

The Effectiveness of “Positive Psychotherapy” on Self- Compassion, Self-Criticism, Perception of Suffering and Psychological Distressing of Infertile Women

Roya Mashak¹, Farah Naderi^{2*}, Mahbobeh Chinaveh³

1- PhD Candidate in General Psychology, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran.

Corresponding author: Farah Naderi, Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: nmafra@yahoo.com

Received: 31 March 2021

Accepted: 3 Aug 2021

Abstract

Introduction: Infertility can have many psychological consequences. The aim of this study was to determine the effectiveness of “Positive Psychotherapy” on self-compassion, self-criticism, perception of suffering and psychological distress in infertile women in Ahvaz.

Methods: The method of the present study was experimental with intervention group and control group with pre-test-post-test and 2-month follow-up. The study population was infertile women who had referred to infertility medical centers and clinics in Ahvaz in 2020 for infertility treatment. 40 people were selected based on the inclusion criteria of purposive sampling method and based on simple random sampling method, they were equally divided into two groups. Data were collected using demographic questionnaires, “Self-Compassion Scale”, “Self-Criticism Scale”, “Perception of Suffering Scale”, and “Kessler Psychological Distress Scale”. Content validity was performed by qualitative method and reliability was calculated by internal correlation by calculating Cronbach's alpha coefficient. The intervention group received 8 sessions of 90-minute “Positive Treatment” and the control group did not receive any intervention Data were analyzed in SPSS. 24.

Results: There were significant differences between the intervention and control groups in the variables of self- self-compassion ($F=147.01$, $P=0.001$), self-critical ($F=304.71$, $P=0.001$), perception of physical suffering ($F=142.94$, $P=0.001$), Perception of psychological suffering ($F=117.51$, $P=0.001$), Perception of existential suffering ($F=119.45$, $P=0.001$) and psychological distress ($F=527.78$, $P=0.001$) after the intervention sessions.

Conclusions: “Positive Psychotherapy” was effective in increasing self-esteem and decreasing self-criticism, perception of suffering and psychological distress in infertile women. It is recommended that this method be used as a complementary treatment along with other medical treatments.

Keywords: Positive Psychotherapy, Self-Compassion, Self Criticism, Perception of Suffering, Psychological Dstressing, Infertile Women.

اثربخشی «روان درمانی مثبت» بر خودشفقتی، خودانتقادی، ادراک رنج و پریشانی روانشناختی در زنان نابارور

رویا مشاک^۱، فرح نادری^{۲*}، محبوبه چین آوه^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

نویسنده مسئول: فرح نادری، استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
ایمیل: nmafrah@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۱۲

چکیده

مقدمه: ناباروری می تواند پیامدهای روانشناختی بسیاری به همراه داشته باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی "روان درمانی مثبت" بر خودشفقتی، خودانتقادی، ادراک رنج و پریشانی روانشناختی در زنان نابارور شهر اهواز می باشد.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع تجربی با گروه مداخله و گروه کنترل همراه با پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری ۲ ماه بود. جامعه پژوهش زنان ناباروری که در سال ۱۳۹۹ برای درمان ناباروری به مراکز پزشکی ناباروری و مراکز بهداشتی درمانی اهواز مراجعه کرده بودند، بود. ۴۰ تن براساس ملاک های ورود به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و براساس تصادفی ساده به روش قرعه کشی بطور مساوی در ۲ گروه جایگزین شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های جمعیت شناختی، "مقیاس خودشفقتی" (Self-Compassion Scale)، "مقیاس خودانتقادی" (Self-Criticism Scale)، "مقیاس ادراک رنج" (Perception of Suffering Scale) و "مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر" (Kessler Distress Psychological Scale) جمع آوری شدند. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش محاسبه همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. گروه مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای "روان درمانی مثبت" دریافت کردند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: بین ۲ گروه مداخله و کنترل در متغیرهای خودشفقتی ($F=142/48$ و $P=0/001$)، خودانتقادی ($F=300/99$ و $P=0/001$)، ادراک رنج جسمانی ($F=137/79$ و $P=0/001$)، ادراک رنج روانشناختی ($F=122/43$ و $P=0/001$)، ادراک رنج وجودی ($F=126/03$ و $P=0/001$) و پریشانی روانشناختی ($F=165/55$ و $P=0/001$) بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت. **نتیجه گیری:** "روان درمانی مثبت" جهت افزایش خودشفقتی و کاهش خودانتقادی، ادراک رنج و پریشانی روانشناختی در زنان نابارور مؤثر بود. پیشنهاد می شود که از این روش به عنوان درمان تکمیلی در کنار سایر روش های درمانی پزشکی استفاده شود.

کلیدواژه ها: روان درمانی مثبت، خود شفقتی، خودانتقادی، ادراک رنج، پریشانی روانشناختی، زنان نابارور.

مقدمه

(۲). همچنین، به گفته این سازمان، ناباروری به عنوان

عدم موفقیت در باروری در شرایطی که به مدت ۱۲ ماه یا بیشتر بدون استفاده از قرص های ضدبارداری فعالیت جنسی داشته باشند، تعریف می شود (۳). تغییر نقش زنان در فعالیت های اجتماعی، تأخیر در سن ازدواج، تغییر در سن

براساس گفته سازمان جهانی بهداشت، ناباروری یک مشکل گسترده جهانی است که در سال های اخیر بطور قابل ملاحظه ای شیوع پیدا کرده است (۱) که بین حدود ۹/۳ تا ۱۶/۷ درصد از زنان در سن باروری را شامل می شود

داشتن فرزند، افزایش استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، آزاد شدن سقط جنین در برخی کشورها و وضعیت اقتصادی نامطلوب، می تواند برخی از مهمترین علل کاهش میزان باروری در جوامع صنعتی بوده باشد. در ایران بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می کنند (۴). ناباروری حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد زندگی زوجین ایالات متحده و ۲۰ درصد کل جمعیت کشورهای غربی را تحت تأثیر قرار داده است (۵). شیوع ناباروری در ایران در سال ۲۰۱۵، ۱۷/۳ درصد بوده است (۶). بین سال های ۲۰۱۸ تا ۲۰۱۹ پژوهشی بر روی زنان و مردانی که بیش از ۶ سال دچار ناباروری بودند، انجام شد. در این مطالعه زنان نسبت به مردان نابارور در اضطراب، افسردگی و پریشانی مربوط به ناباروری، نسبت به عواقب روانشناختی ناباروری آسیب پذیرتر بودند. هر چه مدت زمان ناباروری بیشتر باشد سطح پریشانی روانشناختی بیشتر می شود (۷).

دو نوع ناباروری بیان شده، در ناباروری اولیه قبلا بارداری صورت نگرفته در حالی که در ناباروری ثانویه، ناباروری یا بارداری های قبلی وجود داشته است (۸). ناباروری ثانویه شایع ترین شکل ناباروری زنان در سراسر جهان می باشد. کاهش باروری در زنان از حدود ۲۵ تا ۳۰ سالگی شروع می شود و سن متوسط ۴۰-۴۱ سالگی می باشد (۹). تأثیرات منفی ناباروری ممکنست تحت تأثیر عواملی از جمله؛ تمایل خانواده به داشتن فرزند، از دست دادن حمایت های خانوادگی، مشکل در تشخیص و علت و درمان ناباروری، اعتقادات فرهنگی و مذهبی در خانواده، داروهای مصرف شده جهت درمان و نتیجه درمان باشد (۱۰). ناباروری از نظر جسمی، روانی و اقتصادی تأثیر منفی بر روی زوجین می گذارد که فشارهای اجتماعی و خانوادگی این اثر منفی را افزایش می دهد و به ویژه در زنان ناباروری که مستعد فشارهای روانی هستند این تأثیر بیشتر می باشد (۲). احساس شرم و سرزنش کردن خود یکی از تأثیرات منفی ناباروری است که در اغلب مشکلات و اختلالات روانی مشاهده می گردد. این احساس ها را می توان از طریق شفقت خود از بین برد.

خودشفقتی راهی برای مقابله با شکست ها می باشد. زمانی که فرد در زندگی خود با شکست ها، ناتوانی ها و ناکامی ها مواجه می شود، رؤوف و مهربان بودن شخص

نسبت به خودش می تواند تحمل بار روانی شکست را برایش راحت تر کند (۱۱). هنگام مواجهه با ناسازگاری های شخصی، اشتباهات، نارسایی ها و موقعیت های دردناک زندگی؛ خودشفقتی شامل رفتار محتاطانه با خود و احساس های نگرانی می باشد (۱۲).

طبق بیان Long خودشفقتی با خودانتقادی رابطه منفی دارد. برخلاف خودشفقتی که واکنشی معتدل به موقعیت است، خودانتقادی با بسیاری از پیامدهای منفی همراه بوده و ممکن است به ناراحتی هیجانی، احساسات ناامیدی و درماندگی، مشکلات بین فردی، افسردگی و اضطراب منجر شود. افرادی که از خودشان انتقاد می کنند در مواجهه با شکست، به احتمال زیاد افسردگی را تجربه کرده و به انتقادی بودن و حمله به خود و به تعمیم این افکار به دیگران گرایش دارند (۱۱). افراد در هنگام مواجهه با احساس عدم کفایت شخصی و خودانتقادی، عامل خودشفقتی در آن ها می تواند عامل استحکام بخش روانی باشد. افراد خودانتقاد، احساس بی دقتی، فرومایگی، عدم موفقیت و احساس گناه را تجربه کرده و دائم درگیر سنجش خود و ارزیابی مداوم خود بوده و از عدم پذیرش و انتقاد از سوی دیگران و از دست دادن تأیید و پذیرش دیگران می ترسند. اگر چه خودانتقادی در بین اختلالات روانی و روابط بین فردی عامل مخربی است اما خود شفقتی با روابط سالم، بهزیستی عاطفی و روانشناختی و نتایج درمانی مطلوبتر همراه است (۱۳).

به بیان دیگر، خودشفقتی، بعنوان مهربانی و عدم قضاوت نسبت به خود هنگام مواجهه با شکست یا ادراک رنج، عمل می کند و به ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری می پردازد (۱۴، ۱۵) و تمام انسان ها را شامل می شود و بیان می کند که رنج و شکست، جزء اجتناب ناپذیر تجربیات مشترک تمامی انسان ها است و یک آگاهی متعادل در مورد احساسات فرد، توانایی رویارویی (به جای جلوگیری) از افکار و احساسات دردناک، بدون اغراق و نمایش تأثر و ترحم برای خود است. همچنین تعهد به تلاش در جهت کاهش و پیشگیری از ادراک رنج و درد در خود و توانایی فرد در تحمل و تنظیم تجربه احساسات دشوار می باشد (۱۶). افراد نابارور، ناباروری و فرایند درمان آن را یک منبع رنج روانی و پریشانی روانشناختی می دانند (۱۷). خودشفقتی یک پیش بینی کننده منفی برای افسردگی، اضطراب و

Flink و همکاران (۳۲) در این رابطه نشان دادند که «روان درمانی مثبت» می تواند بر بهزیستی روانشناختی، کیفیت رابطه زناشویی ادراک شده و امید به زندگی زنان نابارور، بهزیستی ذهنی و سلامت روان، اضطراب، تنش و افسردگی، تاب آوری، تصویربندی، استقامت ذهنی، خودشفقتی، معنی زندگی، درد مزمن، نقش خودشفقتی و خودانتقادی در کاهش افسردگی مؤثر باشند.

مرور پژوهش ها نشان می دهد که در زمینه «روان درمانی مثبت» پژوهش هایی صورت گرفته است اما بدلیل خلاء های موجود در زمینه ناباروری در این پژوهش ها و پیامدهای منفی ناباروری زنان در سطوح مختلف روانی، اجتماعی و فردی، حساسیت بیشتری نسبت به این مسئله وجود داشته باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف اثربخشی «درمان مثبت نگری» بر خودشفقتی، خودانتقادی، ادراک رنج و پریشانی روانشناختی در زنان نابارور شهر اهواز انجام شد.

روش کار

روش پژوهش از نوع تجربی با گروه مداخله و گروه کنترل همراه با پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری ۲ ماه بود. جامعه پژوهشی، شامل زنان ناباروری بودند که در سال ۱۳۹۹ برای درمان ناباروری به مراکز پزشکی ناباروری و مراکز بهداشتی درمانی شهراهواز مراجعه کرده بودند. از بین این مراکز، ۲ بیمارستان و یک مرکز درمانی ناباروری بعثت پذیرش مسئولین جهت همکاری و تجمع آزمودنی ها در این مراکز، انتخاب و تعداد ۴۰ تن براساس ملاک های ورود به روش نمونه گیری هدفمند با تأکید بر مشارکت داوطلبانه و به شیوه تصادفی ساده به روش قرعه کشی، بطور مساوی در ۲ گروه (۲۰ تن درمان مثبت نگر و ۲۰ تن گروه کنترل) جایگزین شدند. ملاک های ورود شامل: رضایت نامه آگاهانه، داشتن دین مبین اسلام، دامنه سنی ۲۸-۴۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، عدم استفاده از درمان های دیگر در ناباروری اولیه و ثانویه (بعثت تداخل در درمان) می باشد. همچنین نداشتن تحصیلات در رشته روانشناسی و عدم عضویت در کادر درمان پزشکی در انتخاب آزمودنی لحاظ شده است. ملاک های خروج شامل: بیش از ۲ جلسه غیبت در جلسات درمان و ابراز عدم تمایل آزمودنی در طول مطالعه بود.

تنش است که می تواند آسیب روانی را کاهش دهد (۱۸). در حالی که مداخلات پزشکی کمک زیادی جهت درمان ارائه می دهند اما مطالعات نشان می دهد که تنش را افزایش می دهد. هزینه بالای درمان پزشکی ناباروری ممکن است در بیماران احساس ناامیدی و درماندگی ایجاد کند. از سوئی، عوارض داروهای درمانی باعث ایجاد اضطراب، افسردگی، مانیا، تحریک پذیری و مشکلات خواب و شناختی در این افراد می شود. فشارهای روانشناختی می تواند یک دلیل ناباروری یا تشدیدکننده ناباروری باشد (۱۰) به همین دلیل زنان نابارور نیاز به توجه و مراقبت های جامع و همه جانبه دارند. مراقبت های جامع شامل نیازهای روانشناسی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی و درمان های پزشکی می باشد (۱۹).

یکی از مداخلاتی که در سال های اخیر مورد توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است، «روان درمانی مثبت» (positive psychotherapy) است. پژوهشگران مثبت نگر معتقدند به جای تأکید بر عواطف منفی، باید عواطف مثبت و به جای تأکید بر نقاط ضعف انسان ها باید به توانمندی های آن ها توجه شود و راهی بیابیم جهت تحقق آنچه آن را «زندگی خوب» نامیده اند. طبق اصول روانشناسی مثبت، آشفستگی روانی فقط از طریق کاهش نشانگان منفی، درمان نمی شود، بلکه از طریق بالا بردن جنبه های مثبت خود می توان درمان کرد (۲۰). «روان درمانی مثبت» به افراد کمک می کند که با استفاده از توانمندی ها و ویژگی های با ارزش خود بر چالش های زندگی غلبه کنند. ارتقای توانمندی ها و هیجانات مثبت به طور مستقیم و غیرمستقیم رنج و درد را از بین می برد (۲۱). «روان درمانی مثبت» و آموزش های آن با تأکید بر ارتقای نقاط قوت و هیجانات مثبت درگستره وسیعی از مشکلات و مسائل مختلف زندگی انسان قابل کاربرد است. یکی از حوزه هایی که به لحاظ نظری امکان استفاده از ظرفیت های «درمان مثبت نگری» در آن وجود دارد، حوزه ناباروری در زنان است. مطالعات کیامرثی و همکاران (۲۲)، درگاهی و همکاران (۲۳)، عرب آبادی و همکاران (۲۴)، کریمی افشار و همکاران (۲۵)، ملتفت و حاجی علیزاده (۲۶)، جمشیدی و عارفی (۲۷)، سعیدی و همکاران (۲۸)، Chaves و همکاران (۲۹)، کشاورز محمدی و همکاران (۳۰)، Gander و همکاران (۳۱)،

برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد: پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، مدت زمان ازدواج، تحصیلات و شغل زنان نابارور بود.

«مقیاس خود-شفقتی» (Self-Compassion Scale) توسط Raes و همکاران در سال ۲۰۱۱ طراحی شد و دارای ۱۲ عبارت و ۶ زیر مقیاس است که عبارتند از: خودمهربانی (self-kindness) ۲ عبارت شامل ۱۱، ۱۲، اشتراک انسانی (common humanity) ۲ عبارت شامل ۸، ۹، ۱۰، انزوا (isolation) ۲ عبارت شامل ۳، ۴، ۵، ذهن آگاهی (mindfulness) ۲ عبارت شامل ۶، ۷ و هویت یابی افراطی (over-identification) ۲ عبارت شامل ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب صفر و ۴۸ می‌باشد. کسب نمره کمتر از ۱۶ خودشفقتی پایین، نمره ۱۷ تا ۳۲ خودشفقتی متوسط، نمره ۳۳ تا ۴۸ خودشفقتی بالا را نشان می‌دهد. به این معنا که هر چه نمره بالاتری را دریافت کند، خودشفقتی فرد بالا خواهد بود (۳۳).

Raes و همکاران مطالعه‌ای بر روی ۸۷۱ دانشجوی دانشگاه های لوون بلژیک و تگزاس امریکا انجام دادند، روائی همگرا «فرم کوتاه شفقت خود» (Self-Compassion Scale-Short Form) با «فرم بلند شفقت خود» (Self-Compassion Scale-Long Form) با همبستگی بالا ۰/۹۷ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق را ۰/۸۶ گزارش نمودند (۳۳). در پژوهشی Meng و همکاران مطالعه‌ای بر روی ۲۶۷۶ دانشجوی پرستاری و پزشکی دانشگاه ووهان چین انجام دادند. روائی همگرا «فرم کوتاه شفقت خود» با «فرم کوتاه بررسی سلامت» (Short Form Health Survey) اندازه‌گیری شد و میزان آن ۰/۴۰۵ ذکر شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق برای نمره کل ۰/۶۸ و در زیر مقیاس‌های خودمهربانی ۰/۲۹، خودقضاوتی ۰/۵۴، اشتراک انسانی ۰/۳۸، انزوا ۰/۵۷، ذهن آگاهی ۰/۶۶ و هویت یابی افراطی ۰/۵۰ گزارش شده است (۳۴).

در پژوهش شهبازی و همکاران که بر روی ۱۷۸ تن از زندانیان

مرد شهر اهواز انجام شد به منظور سنجش روائی همزمان، «فرم کوتاه شفقت خود» و ۶ زیرمقیاس آن با «مقیاس سلامت عمومی» (General Health Scale) برای کل مقیاس ۰/۴۵ و جهت زیر مقیاس‌های آن: هویت یابی افراطی ۰/۲۹، خودمهربانی ۰/۳۷، ذهن آگاهی ۰/۴۵، انزوا ۰/۲۹، اشتراک انسانی ۰/۴۸ و خودقضاوتی ۰/۲۸ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، برای نمره کلی ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس‌های آن به ترتیب ذکرشده: ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ می‌باشد (۳۵). همچنین در پژوهش خانجانی و همکاران که بر روی ۲۱۰ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد، روائی واگرا «فرم کوتاه شفقت خود» با «مقیاس شرم بیرونی» (External Shame Scale) ۰/۲۷، «مقیاس کمال‌گرایی» (Perfectionism Scale) ۰/۳۳ - و «مقیاس عاطفه منفی» (Negative Affect Scale) ۰/۳۸ - به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، ۰/۸۶ نشان داده شد (۳۶).

«مقیاس خود-انتقادی» (Self-Criticism Scale) که توسط Thompson & Zuroff در سال ۲۰۰۴ طراحی شده (۳۷) و دارای ۲۲ عبارت است که ۲ زیر مقیاس «خودانتقادی مقایسه‌ای» (comparative self-criticism) که ۱۲ عبارت است و «خودانتقادی درونی شده» (internalized self-criticism) که ۱۰ عبارت است را می‌سنجد. پاسخ به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای (اصلاً توصیف کننده من نیست= صفر تا بسیار توصیف کننده من است= ۶) می‌باشد. نمره گذاری عبارت‌های ۲۱، ۲۰، ۱۶، ۱۲، ۱۱، ۸، ۶ به صورت معکوس انجام می‌شود. برای بدست آوردن نمره مربوط به هر زیرمقیاس، مجموع نمره‌های عبارت‌های آن زیر مقیاس با هم جمع می‌شود و برای بدست آوردن نمره کل، مجموع نمره‌های عبارت‌ها با هم جمع می‌شود. حداقل و حداکثر نمره صفر تا ۱۳۲ است. کسب نمره کمتر از ۴۴ خودانتقادی پایین، نمره ۴۵ تا ۸۸ خودانتقادی متوسط، نمره ۸۹ تا ۱۳۲ خودانتقادی بالا را نشان می‌دهد. به این معنا که هر چه نمره بالاتری را دریافت کند، خودانتقادی فرد بالا خواهد بود.

Yamaguchi & Kim در مطالعه خود بر روی ۶۴۲

رویا مشاک و همکاران

معنا که هر چه نمره بالاتری را دریافت کند رنج جسمانی فرد بالا خواهد بود. رنج روانشناختی که شامل ۱۵ عبارت از ۱ تا ۱۵ است، آزمودنی پاسخ خود را نیز براساس لیکرت ۴ درجه ای (خیلی کم=صفر تا خیلی زیاد=۳) مشخص می کند که حداقل و حداکثر نمره روانشناختی صفر تا ۴۵ می باشد. کسب نمره کمتر از ۱۵ رنج روانشناختی کم، نمره ۱۶ تا ۳۰ رنج روانشناختی متوسط، نمره ۳۱ تا ۴۵ رنج روانشناختی زیاد را نشان می دهد. به این معنا که هر چه نمره بالاتری را دریافت کند رنج روانشناختی فرد بالا خواهد بود. رنج وجودی براساس ۹ عبارت از ۱ تا ۹ سنجیده می شود، آزمودنی پاسخ خود را براساس لیکرت ۵ درجه ای (خیلی کم=صفر تا خیلی زیاد=۴) مشخص می نماید که حداقل و حداکثر نمره رنج وجودی صفر تا ۳۶ می باشد. کسب نمره کمتر از ۱۲ رنج وجودی کم، نمره ۱۳ تا ۲۴ رنج وجودی متوسط، نمره ۲۵ تا ۳۶ رنج وجودی زیاد را نشان می دهد. به این معنا که هر چه نمره بالاتری را دریافت کند رنج وجودی فرد بالا خواهد بود (۴۲).

Schulz و همکاران بر روی ۲۱۶ تن از افراد مسن و مراقبان آن ها در امریکا مطالعه کردند. روایی واگرا «مقیاس ادراک رنج» با «مقیاس کیفیت زندگی زوال عقل» (Dementia Quality of Life) در رنج جسمانی ۰/۴۹-، رنج روانشناختی ۰/۷۳-، رنج وجودی ۰/۷۰- و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، در ۳ گروه آمریکایی-آفریقایی (جسمانی ۰/۶۳، روانشناختی ۰/۹۰، وجودی ۰/۸۶) و سفید پوستان (جسمانی ۰/۴۳، روانشناختی ۰/۸۷ و وجودی ۰/۸۴) و اسپانیایی ها (جسمانی ۰/۶۰، روانشناختی ۰/۸۵ و وجودی ۰/۸۳) مورد تأیید قرار گرفت (۴۲). همچنین در مطالعه دیگری Schulz و همکاران ۱۰۸ تن از مراقبان افراد مبتلا به زوال عقل در افراد آفریقایی، سفیدپوستان و اسپانیایی را مورد بررسی قرار دادند، روائی همگرا از طریق همبستگی «مقیاس ادراک رنج» با «سیاهه افسردگی بک» (Depression-Beck Inventory) را در رنج جسمانی ۰/۳۳ و رنج روانشناختی را ۰/۳۵ گزارش کردند. روائی رنج وجودی و اندازه گیری پایایی گزارش نشده است (۴۳).

یار محمدی واصل و همکاران با مطالعه بر روی ۳۴۰ تن از بیماران سرطانی مراکز درمانی شهر کرج، «مقیاس ادراک رنج» را به طریق روایی واگرا از طریق همبسته نمودن

دانشجوی ساکن ژاپن و ایالات متحده امریکا، روایی «مقیاس خودانتقادی» را از طریق همبستگی با زیر مقیاس «خودانتقادی درونی شده» با «مقیاس افسردگی بک» (Depression-Beck Scale) ۰/۲۰ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق ۰/۹۰ به دست آمد (۳۸). Crapolicchio و همکاران در بررسی خود ۷۵ زن ایتالیایی در سنین ۲۰ تا ۶۴ ساله آسیب دیده در اثر خشونت را مورد مطالعه قرار دادند. در این پژوهش، روایی از طریق همبستگی «مقیاس خودانتقادی» با «مقیاس پذیرش خود» (Self-Acceptance Scale) اندازه گیری شد و ۰/۳۴- گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، ۰/۷۶ به دست آمد (۳۹).

عبدی و همکاران با مطالعه بر روی ۴۵۷ دانشجوی دانشگاه علم و صنعت ایران در سال ۱۳۹۸، روایی همگرا «مقیاس خودانتقادی» را از طریق همبستگی آن با «مقیاس خودتردیدی» (Scale Self-Doubt) ۰/۴۴ و «سیاهه افسردگی بک» ۰/۴۸ به دست آوردند. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، ۰/۸۳ محاسبه شد (۴۰). ملک پور و همکاران مطالعه خود را بر روی ۲۳۶ تن از دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز انجام دادند. روایی همگرا «مقیاس خودانتقادی» توسط همبستگی آن با «سیاهه افسردگی بک» ۰/۵۰ به دست آمد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، ۰/۷۹ ذکر شد (۴۱).

«مقیاس ادراک رنج» (Perception of Suffering Scale) توسط Schulz و همکاران در سال ۲۰۱۰ طراحی شده است (۴۲) و دارای ۳۳ عبارت است. مقیاس دارای ۳ زیر مقیاس رنج را که شامل رنج جسمانی (physical suffering)، رنج روانشناختی (psychological suffering) و رنج وجودی (existential suffering) را مورد سنجش قرار می دهد. رنج جسمانی شامل ۲ بخش، هریخش ۹ عبارت از ۱ تا ۹ است. که آزمودنی پاسخ خود را براساس لیکرت ۴ درجه ای (هرگز=صفر تا همیشه=۳) مشخص می کند که حداقل و حداکثر نمره رنج جسمانی صفر تا ۵۴ می باشد. کسب نمره کمتر از ۱۸ رنج جسمانی کم، نمره ۱۹ تا ۳۶ رنج جسمانی متوسط، نمره ۳۷ تا ۵۴ رنج جسمانی زیاد را نشان می دهد. به این

آن با «فرم کوتاه بررسی سلامت»، ادراک رنج جسمانی ۰/۷۸-، ادراک رنج روانشناختی ۰/۷۰-، ادراک رنج وجودی ۰/۷۷- و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، ۰/۷۴ گزارش نمودند (۴۴). همچنین در پژوهش پیراسته مطلق و نیک منش که بر روی ۴۳ تن از بیماران مبتلا به ایدز در استان سیستان و بلوچستان انجام شد، ضرایب روایی همزمان «مقیاس ادراک رنج» را با یکی از مؤلفه های «پرسشنامه معنویت» (SQ-Spirituality Questionnaire) به نام خودآگاهی (self-consciousness) سنجیدند که رنج جسمانی ۰/۳۳-، رنج روانشناختی ۰/۳۸-، رنج وجودی ۰/۷۴ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، ۰/۶۰ به دست آمده است (۴۵).

«مقیاس پریشانی روانشناختی» (Psychological Distress Scale «مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر» (Kessler Distress Psychological Scale) توسط Kessler و همکاران به منظور سنجش اختلالات روانی در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است (۴۶). این مقیاس دارای ۱۰ عبارت می باشد که پاسخ به هر عبارت به صورت لیکرت ۵ درجه ای (هرگز= صفر تا همیشه=۴) نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره صفر تا ۴۰ است. کسب نمره کمتر از ۱۳ پریشانی روانشناختی خفیف، نمره ۱۴ تا ۲۷ پریشانی روانشناختی متوسط، نمره ۲۸ تا ۴۰ پریشانی روانشناختی شدید را نشان می دهد. به این معنا که هر چه نمره بالاتری را دریافت کند مقیاس پریشانی روان شناختی فرد بالا خواهد بود. «مقیاس پریشانی روانشناختی» دارای حساسیت و ویژگی مناسب جهت غربالگری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی و مهار و نظارت های بعد از درمان و مطالعات غربالگری و شناسایی اختلالات روانی می باشد (۴۷).

در پژوهش Arnaud و همکاران، در یکی از بیمارستان های فرانسه ۷۱ بیمار بخش اورژانس دارای اختلالات مرتبط به مصرف الکل شرکت کردند. روایی همگرا «مقیاس پریشانی روانشناختی» با «مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان» (Hospital Anxiety Depression Scale) را ۰/۷۰ و با «مقیاس افسردگی همیلتون» (Hamilton Depression Rating Scale) را ۰/۴۹ و نیز پایایی به روش همسانی درونی

با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۸). مطالعه ای توسط Pereira و همکاران بر روی ۶۹۴ تن از افرادی با ملیت پرتغالی از تمامی مقاطع تحصیلی و مشاغل با ارسال مقیاس به صورت آنلاین و پست الکترونیکی و بین سنین ۱۸ تا ۷۱ سال انجام شد. روایی همگرا «مقیاس پریشانی روانشناختی» با «مقیاس اضطراب» (Anxiety Scale) ۰/۶۷، «مقیاس خستگی» (Tired Scale) ۰/۵۹ و «مقیاس افسردگی» (Depressed Scale) ۰/۷۶ گزارش شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، ۰/۹۱ به دست آمد (۴۹).

مطالعه بهبهانی مندنی زاده و همایی بر روی ۱۷۰ تن از زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری جهاد دانشگاهی شهر اهواز انجام شد. روایی همگرای «مقیاس پریشانی روانشناختی» با «مقیاس انگ ناباروری» (Infertility Stigma Scale) ۰/۵۱ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، ۰/۹۵ گزارش شد (۵۰). وزیری و لطفی کاشانی با مطالعه بر روی ۳۲۴۵ تن از دانشجویان دانشگاه های آزاد اسلامی واحدهای کشور، همبستگی نمره «مقیاس پریشانی روانشناختی» را با «پرسشنامه سلامت عمومی» (General Health Questionnaire)، روایی را ۰/۸۰ گزارش کردند و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، ۰/۹۰ به روش دونیمه سازی ۰/۸۶ به دست آوردند (۵۱).

در مطالعه حاضر، روایی محتوا به روش کیفی ابزارها با نظر ۱۰ تن از مدرسین و متخصصین روانشناسی و پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان بررسی و تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی جمعیت مورد مطالعه که ۴۰ تن از زنان نابارور شهر اهواز بودند، به ترتیب برای خودشفقتی ۰/۸۴، خودانتقادی ۰/۸۴، ادراک رنج (جسمانی) ۰/۹۱، روانشناختی ۰/۸۲ و وجودی ۰/۷۶ و پریشانی روانشناختی ۰/۸۸ محاسبه شد. مراحل اجرایی جلسات «روان درمانی مثبت» با استفاده از پروتکل Quilliam ترجمه براتی سده و صادقی (۵۲) صورت گرفت (جدول ۱).

جدول ۱: شرح جلسات «روان درمانی مثبت»

جلسات	محتوای جلسات
اول	تشریح چگونگی انجام کار، علت انتخاب افراد، آشنایی با مفهوم مثبت اندیشی، آشنایی با گروه و مقررات حاکم بر آن مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
دوم	آشنایی با چگونگی شکل گیری تفکر و نگرش مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
سوم	آشنایی با افکار منفی و راه های تعدیل آن، تفکر مثبت و تأثیر آن بر سلامتی و طول عمر افراد مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
چهارم	آموزش مثبت بودن از طریق به چالش کشاندن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از زبان سازنده و تجدید نظر در باور ها مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
پنجم	آموزش مثبت بودن از طریق نهادینه کردن استراتژی های تفکر مثبت در زندگی، استمرار در تمرین افکار مثبت، فرصت های تفکر مثبت از طریق کنار آمدن و سازگاری با مشکلاتی که نمی توانیم آن ها را حل کنیم مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
ششم	امتحان مثبت زندگی کردن از طریق ایجاد یک رابطه مثبت، سلامتی پیش نیاز مثبت گرایی، برقراری روابط خوب با اطرافیان و دوست داشتن از صمیم قلب مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
هفتم	مثبت بودن از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرام سازی و تغییر نگرش ها شامل الزام، مهار کردن و مبارزه طلبی مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
هشتم	وارد کردن خنده به زندگی، ایجاد اعتماد بنفس و ایجاد عادت مطلوب ورزش مطرح شد.

آزمونگر تشکیل شد.

جهت تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و روش های آمار استنباطی مثل آزمون تحلیل واریانس چند متغیری MANCOVA (برای بررسی تفاوت میانگین در گروه ها)، آزمون لوین (برای بررسی رعایت پیش فرض تساوی واریانس متغیرها) و آزمون کولموگروف-اسمیرنف (جهت رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمره در جامعه) و نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ استفاده گردید.

یافته ها

شرکت کنندگان ۴۰ زن نابارور بودند که ۲۰ تن در گروه مداخله و ۲۰ تن در گروه کنترل قرار گرفتند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۲۸ تا ۴۰ سال و میانگین سن شرکت کنندگان در گروه مداخله ۳۲/۱ و در گروه کنترل ۳۳/۴۵ بود. از نظر مدت زمان ازدواج؛ در گروه مداخله ۱ تا ۳ سال (۵ درصد)، ۳ تا ۶ سال (۲۵ درصد)، ۶ تا ۹ سال (۹ درصد)، ۹ تا ۱۳ سال (۴۵ درصد)، ۱۳ تا ۱۶ سال (۳۰ درصد)، ۱۶ تا ۱۹ سال (۲۵ درصد) و ۱۹ سال به بالا (۵ درصد) و در گروه کنترل ۱ تا ۳ سال (۵ درصد)، ۳ تا ۶ سال (۳۰ درصد)، ۶ تا ۹ سال (۴۰ درصد)، ۹ سال به بالا (۲۵ درصد) و در گروه مداخله ۷ تا ۱۳ سال (۳۵ درصد) و ۱۳ تا ۱۶ سال (۶۵ درصد) و در گروه کنترل ۷ تا ۱۳ سال (۳۵ درصد) و ۱۳ تا ۱۶ سال (۶۵ درصد) بودند. از نظر تحصیلات؛ در گروه مداخله ۱۳ تن دیپلم و زیر دیپلم (۶۵ درصد)، ۵ تن کاردانی و کارشناسی

جهت جمع آوری داده ها، پس از اخذ مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان و هماهنگی با مراکز بهداشتی درمانی و کلینیک ناباروری در اهواز، به تمامی داوطلبان در مورد اهداف، اهمیت، شیوه و نحوه اجرای درمان توضیحاتی داده شد و رضایت نامه کتبی گرفته شد و به آن ها اعلام گردید که اجازه دارند در هر مرحله از پژوهش انصراف دهند. ضمن اینکه ملاحظات اخلاقی در مورد محرمانه بودن اطلاعات و هویت شرکت کنندگان به هنگام گزارش نتایج رعایت شد.

کار اجرا در بازه زمانی تابستان و پاییز ۱۳۹۹ انجام شد. ابتدا شرکت کنندگان در هر ۲ گروه مداخله و کنترل، در مطب یکی از متخصصان زنان و زایمان، ابزارها را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند و سپس گروه مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (۱ جلسه در هفته)، درمان را دریافت ولی گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. در انتهای آخرین جلسه مداخله (به گروه کنترل جهت حضور اطلاع رسانی شد)، پس آزمون در هر ۲ گروه اجرا شد و سپس بعد از ۲ ماه و اطلاع رسانی به آزمودنی ها جهت حضور در کلینیک درمانی، پیگیری انجام شد. بعد از اینکه افراد در ۲ گروه پژوهش قرار داده شدند از این نظر که در طول انجام پژوهش به هر دلیلی درمان های دیگری دریافت نمایند، به وسیله خوداظهاری، اطمینان حاصل شد.

بعد از اتمام مراحل پژوهش و درمان، جلسات «روان درمانی مثبت» برای زنان ناباروری که در گروه کنترل بودند و تمایل داشتند در جلسات درمانی شرکت نمایند، توسط

دکتری (۱۵ درصد) بودند. نتایج میانگین و انحراف معیار گروه ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در (جدول ۲) ارائه شد.

جدول ۲: نتایج میانگین و انحراف معیار گروه های «روان درمانی مثبت» (۱) و گروه کنترل (۲) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خود شفقتی	گروه ۱	۱۴/۴۵	۲/۳۵	۲۶/۳۵	۴/۶	۲۶/۳	۴/۲
	گروه ۲	۱۵/۲	۲/۶۲	۱۶/۰۵	۲/۴۶	۱۶/۳۵	۲/۶۸
خودانتقادی	گروه ۱	۹۹/۶	۶/۱۷	۸۷/۲	۶/۷۷	۸۷/۱	۶/۶۸
	گروه ۲	۹۸/۷۵	۶/۷۸	۹۸/۳۵	۶/۴۵	۹۷/۶	۶/۳۵
ادراک رنج جسمانی	گروه ۱	۳۲/۴۵	۳/۳۹	۲۷/۸۵	۳/۴۳	۲۷/۷	۳/۲۸
	گروه ۲	۳۳/۳۵	۳/۳۶	۳۳/۴۵	۳/۱۷	۳۳/۳۵	۲/۹۲
ادراک رنج روانشناختی	گروه ۱	۳۱/۹۵	۳/۹۱	۲۲/۸۵	۴/۶۷	۲۳/۰۵	۴/۳۳
	گروه ۲	۳۱/۵۵	۴/۷۷	۳۰/۸۵	۴/۷۳	۳۰/۴	۴/۷۸
ادراک رنج وجودی	گروه ۱	۱۵/۹	۲/۶۳	۱۰/۴۵	۲/۴۸	۱۰/۷۵	۲/۰۴
	گروه ۲	۱۵/۶۵	۲/۷	۱۵/۴۵	۲/۵۸	۱۵/۳۵	۲/۵۸
پیشانی روانشناختی	گروه ۱	۳۵/۲۵	۴/۵۸	۲۳/۴	۳/۵۳	۲۳/۶	۳/۷۷
	گروه ۲	۳۳/۹	۶/۲۶	۳۳/۲	۵/۹۱	۳۳/۸	۶/۳

مداخله و کنترل تأیید گردید. نتایج F گروه × پیش آزمون متغیرهای وابسته نشان می دهد شیب های رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون در گروه های مداخله و کنترل معنادار نمی باشد ($P > 0/05$). بنابراین، تعامل شیب های رگرسیون وابسته پژوهش با گروه معنا دار نمی باشند و فرض همگنی شیب های رگرسیون تأیید می شود. پس از تأیید پیش فرض ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) برای ترکیب خطی متغیرها و کاستن از میزان خطا به سبب به کارگیری غیرتصادفی گروه ها انجام گرفت (جدول ۳).

در (جدول ۲) نتایج میانگین و انحراف معیار خودشفقتی، خود انتقادی، ادراک رنج (جسمانی، روانشناختی، وجودی) و پیشانی روانشناختی گروه مداخله مثبت نگر و کنترل قابل ملاحظه می باشد.

پیش از تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس، پیش فرض های آن بررسی شدند. نتایج نشان داد که آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است. این حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برای همه متغیرها برقرار است. و در نتایج آزمون لوین نشان داده شد که پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در ۲ گروه

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمره های پس آزمون متغیرهای وابسته پژوهش در گروه مداخله و کنترل

آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	df خطا	P-value
اثر پیلاپی	۰/۹۵۵	۹۴/۴	۶	۲۷	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۵	۹۴/۴	۶	۲۷	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲۰/۹۷	۹۴/۴	۶	۲۷	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲۰/۹۷	۹۴/۴	۶	۲۷	۰/۰۰۱

یکدیگر تفاوت معناداری دارند ($P < 0/001$ و $F = 94/4$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین ۲ گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکووا انجام شد (جدول ۴).

همان طور که در (جدول ۳) ملاحظه می شود، آزمون های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) در گروه های «روان درمانی مثبت» و کنترل نشان می دهد که این گروه ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با

رویا مشاک و همکاران

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته پژوهش

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P-value	اندازه اثر
گروه	خودشفقتی	۱۱۳۳/۹۴	۱	۱۱۳۳/۹۴	۱۴۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خودانتقادی	۱۲۹۴/۲۷	۱	۱۲۹۴/۲۷	۳۰۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	ادراک رنج جسمانی	۲۱۳/۷	۱	۲۱۳/۷	۱۳۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	ادراک رنج روانشناختی	۶۸۳/۱	۱	۶۸۳/۱	۱۲۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	ادراک رنج وجودی	۲۵۳/۷۹	۱	۲۵۳/۷۹	۱۲۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	پیشانی روانشناختی	۱۰۳۰/۹۹	۱	۱۰۳۰/۹۹	۱۶۵/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳

و $(P=۰/۰۰۱)$ ، ادراک رنج وجودی $(F=۱۰۰/۹۱)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ و پیشانی روانشناختی $(F=۸۷/۷۵)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ به دست آمد. این یافته نشان داد که «روان درمانی مثبت» بر متغیرهای وابسته (خودشفقتی، خودانتقادی، ادراک رنج جسمانی، ادراک رنج روانشناختی، ادراک رنج وجودی و پیشانی روانشناختی) اثربخش بوده و این نتیجه تا مرحله پیگیری تداوم داشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی «روان درمانی مثبت» بر خودشفقتی، خودانتقادی، ادراک رنج و پیشانی روانشناختی در زنان نابارور شهر اهواز انجام گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که «روان درمانی مثبت» باعث افزایش خودشفقتی در زنان نابارور در مراحل پس آزمون و پیگیری شد که با پژوهش‌های رضوانی و همکاران (۵۳)، کشاورزمحمدی و همکاران (۳۰)، Felink و همکاران (۳۲) و Neff و همکاران (۵۴) همسو بود. Gander و همکاران (۳۱) در پژوهش خود گزارش دادند که روابط مثبت می‌تواند باعث افزایش لذت و معنی دادن در زندگی شود. یافته‌های رضوانی و همکاران (۵۳) نشان داد که شفقت به خود نقش میانجی بر عملکرد مثبت‌گرایی دارد. کشاورزمحمدی و همکاران (۳۰) بیان کردند که «روان درمانی مثبت» می‌تواند برافزایش خودشفقتی زنان نابارور مؤثر باشد و آن را بهبود بخشد. همچنین در نتایج مطالعه Felink و همکاران (۳۲)، «روان درمانی مثبت» را بر روی تعدادی از بیماران مبتلا به درد مزمن اجرا کردند که اگر چه این درمان توانسته به تنهایی برای درمان ناتوانی مرتبط با درد مزمن کافی باشد اما تکمیل‌کننده مفیدی جهت بالا بردن شفقت خود در این بیماران بوده است.

در (جدول ۴) ملاحظه می‌شود که نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای خودشفقتی $(F=۱۴۲/۴۸)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ ، خودانتقادی $(F=۳۰۰/۹۹)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ ، ادراک رنج جسمانی $(F=۱۳۷/۷۹)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ ، ادراک رنج روانشناختی $(F=۱۲۲/۴۳)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ ، ادراک رنج وجودی $(F=۱۲۶/۰۳)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ و پیشانی روانشناختی $(F=۱۶۵/۵۵)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (خودشفقتی، خودانتقادی، ادراک رنج جسمانی، ادراک رنج روانشناختی، ادراک رنج وجودی و پیشانی روانشناختی) بین گروه‌های «روان درمانی مثبت» و کنترل تفاوت معنادار دیده می‌شود. بنابراین، فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شوند. به عبارتی، «روان درمانی مثبت» با توجه به میانگین خودشفقتی زنان نابارور گروه مداخله نسبت به میانگین گروه کنترل باعث افزایش و در خودانتقادی، ادراک رنج (جسمانی، روانشناختی، وجودی) و پیشانی روانشناختی منجر به کاهش شده است.

برای مقایسه گروه‌های مداخله و کنترل بر اساس نمره‌های پیگیری، پس از کنترل اثر پیش آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر «روان درمانی مثبت» بر متغیرهای وابسته خودشفقتی، خودانتقادی، ادراک رنج (جسمانی، روانشناختی، وجودی) و پیشانی روانشناختی، ابتدا یک تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی داده‌ها انجام گرفت. نتایج نشان داد که گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. بنابراین، تحلیل کواریانس تک متغیری برای نمره‌های پیگیری در متغیرهای وابسته انجام گرفت. نتایج این تحلیل، نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری خودشفقتی $(F=۱۵۶/۳۳)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ ، خودانتقادی $(F=۲۲۴/۳۲)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ ، ادراک رنج جسمانی $(F=۹۸/۵۵)$ و $(P=۰/۰۰۱)$ ، ادراک رنج روانشناختی $(F=۱۰۱/۱۵)$

خودشفقتی مستلزم مهربانی و همدردی نسبت به خود در دردها و رنج‌ها است. در مطالعه Neff و همکاران (۵۴) خودشفقتی پیش‌بینی‌کننده قوی برای مثبت‌نگری است. در تبیین این‌گونه بیان می‌شود که؛ در «درمان مثبت‌نگری»، سعی بر آن بوده است تا هیجان‌ها و خصوصیات مثبت، قابلیت‌ها و فضیلت‌های افراد نابارور مورد تأکید قرار گرفته و افراد تشویق شوند تا به هیجان‌های مثبت توجه کرده و سعی نمایند با پیشگیری از هیجان‌های منفی، هیجان‌های مثبت در زندگی خود را افزایش دهند (۵۵). «روان‌درمانی مثبت» بر بهبود بهزیستی و سلامت در فعالیت‌هایی تأکید دارد که هدفش افزایش اثرات مثبت شناختی و رفتاری است و ممکن است این‌فعالیت‌ها به عنوان راهبردهای مکمل در ارتقا سلامت روان، شفقت خود و انعطاف‌پذیری شناختی در نظر گرفته شود (۵۶). شفقت به خود به عنوان کیفیت مواجه شدن با رنج و درد و آسیب و کمک به خود در جهت رفع مشکلات بسیار مؤثر و کمک‌کننده بوده است (۵۵). «درمان مثبت‌نگری» می‌تواند سبب افزایش شفقت خود و سلامت روان شود (۵۷).

یافته‌ای دیگر از این پژوهش نشان داد که «روان‌درمانی مثبت» باعث کاهش خودانتقادی در زنان نابارور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد که با پژوهش‌های Zhang و همکاران (۵۸) همسو بود. در این مطالعه نشان داده شد که خودشفقتی اثر منفی خودانتقادی در افراد دارای علائم افسردگی را کاهش می‌دهد و از آنجایی که مداخلات متمرکز بر خودشفقتی با روان‌شناسی مثبت‌نگر سازگار است، «روان‌درمانی مثبت» می‌تواند در کاهش خودانتقادی مؤثر باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در خودانتقادی دو فرایند مرتبط شکل می‌گیرد که؛ خصومت و انتقاد خود زمینه‌ای را به وجود می‌آورد که تحت نفرت از خود ظاهر می‌شود و دیگر اینکه افراد نمی‌توانند گرم، آرامش‌بخش، اطمینان‌بخش و دوست‌دار خود باشند (۳۵). بنابراین، افراد خودانتقادگر، باورهای منفی در مورد خود دارند که در مراحل مختلف زندگی یا در طول زمان، به گونه‌ای پایدار حفظ می‌شود. شخصیت‌های خودانتقادگر، نگرانی‌های خودارزیابانه خود را بیش از حد جلوه می‌دهند (۴۰). در «روان‌درمانی مثبت»،

برحوزه‌های توانمندی شخصی و جلوگیری از رشد و تداوم احساسات منفی مراجعین (زنان نابارور) تأکید می‌شود که این خود موجب افزایش خودکارآمدی در فرد خواهد شد. همچنین با تغییر در احساسات، تجربه هیجان‌های مثبت، پذیرش احساسات منفی و تمرکز بر توانمندی‌های منشی به شناخت تازه‌تر و نگرش جدیدتر و کارآمدتری نسبت به خود و محیط می‌رسند (۵۹). «روان‌درمانی مثبت» می‌تواند کاهش‌دهنده نتایج منفی از قبیل خودانتقادی شود (۶۰).

یافته دیگر پژوهش بیان کرد که؛ «روان‌درمانی مثبت» باعث کاهش ادراک رنج (رنج جسمانی، رنج روانشناختی، رنج وجودی) در زنان نابارور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد که با پژوهش‌های Felink و همکاران (۳۲) همسو بود. در مطالعه Felink و همکاران (۳۲) عنوان شد که «درمان مثبت‌نگری» اگر چه می‌تواند برای برخی دردها و رنج‌ها سودمند باشد اما به تنهایی برای درمان‌های مرتبط با درد مزمن کافی نیست و به عنوان یک درمان تکمیل‌کننده به کار می‌رود. در تبیین بیان می‌شود که تجربه هیجان‌های مثبت، فرصت‌هایی را برای این افراد فراهم می‌کند تا بتوانند با ساختن منابع شخصی پایدار و گسترش تفکر-عمل لحظه‌ای، قادر به ادراک احتمال‌های بیشتری شده و در یک حالت مثبت جسمی و روانی در شرایط سخت زندگی بهتر عمل کنند (۶۱). در «روان‌درمانی مثبت» زنان نابارور از قضاوت و یا انتقاد از خود پرهیز کرده و به این معنا دست یافتند که درد و رنج و شکست و آسیب جزء جنبه‌های غیرقابل اجتناب و مشترک در تجارب تمامی انسان‌ها می‌باشد و می‌تواند توانایی افراد را در مواجهه با افکار و احساسات دردآور و رنج‌آور (به جای اجتناب از آن‌ها) بالا ببرد. به زنان نابارور کمک شد که علاوه بر تقویت خوش‌بینی و مهربانی با خود، با شناسایی نقاط قوت و توانمندی‌های خویش، خوش‌بینانه‌تر و امیدوارتر و با احساس آسیب کمتر به چشم‌انداز آینده توجه داشته باشند (۶۲). «درمان مثبت‌نگری» می‌تواند کاهش‌دهنده درد و آسیب شود (۶۰).

در یافته دیگر این پژوهش؛ «روان‌درمانی مثبت» باعث کاهش پریشانی روانشناختی در زنان نابارور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد که با پژوهش‌های؛ ملتفت و علیزاده

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، روش «روان درمانی مثبت» در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری دو ماهه در افزایش خودشفقتی و کاهش خودانتقادی، ادراک رنج (جسمانی، روانشناختی، وجودی) و پریشانی روانشناختی در زنان نابارور مؤثر بودند. پیشنهاد می شود علاوه بر «روان درمانی مثبت»، درمان های روانشناختی دیگر بر روی زنان نابارور انجام شود. همچنین از این درمان بعنوان درمان تکمیلی در کنار درمان های پزشکی دیگر بر روی زنان نابارور استفاده شود. از جمله محدودیت های این پژوهش، محدود شدن آزمودنی ها به زنان نابارور شهر اهواز است، لذا تعمیم یافته ها با سایر شهرهای ایران با احتیاط صورت گیرد.

سیاسگزاری

این پژوهش حاصل بخشی از رساله دکتری تخصصی روانشناسی عمومی رویا مشاک با راهنمایی خانم دکتر فرح نادری است که دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.A.REC.1399.033 و در تاریخ ۱۳/۱۰/۱۳۹۹ مربوط به دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان می باشد. از همکاری برخی از متخصصین زنان و زایمان، مراکز بهداشتی و درمانی و تمامی کسانی که در پیشبرد این پژوهش همکاری کردند و امکان اجرای این مطالعه را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکرده اند.

(۲۶) و سعیدی و همکاران (۲۸)، Celano و همکاران (۶۳)، عرب آبادی و همکاران (۲۴) همسو بود. در مطالعات ملتفت و علیزاده (۲۶) و سعیدی و همکاران (۲۸)، Celano و همکاران (۶۳) نتایج مشابهی به دست آمد که نشان دادند «درمان مثبت نگری» می تواند به عنوان یک شیوه درمانی و مکمل درمان های پزشکی جهت کاهش اضطراب، تنش و افسردگی باشد. همچنین عرب آبادی و همکاران (۲۴) نشان دادند که «روان درمانی مثبت» در افزایش رضایت از زندگی، افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی، سلامت روان و کاهش نشانه های افسردگی و پریشانی مؤثر می باشد. در تبیین بیان می شود که؛ ناباروری در سراسر دنیا به عنوان یک تجربه بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی تلقی می شود. ناباروری مسئله بسیار حساس و دشواری برای زوج ها بخصوص آنهایی که مدت زمان زیادی از ازدواجشان گذشته می باشد. اما زنان در مواجهه با بحران ناباروری، پریشانی بیشتری نسبت به همسران خود نشان می دهند. مطالعات نشان داده اند که ناباروری و درمان های آن باعث تأثیراتی مانند آشفتگی، سرخوردگی، افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه و احساس بی ارزشی می شود (۶۴). هدف نهایی روان شناسی مثبت نگر، شادی واقعی (authentic happiness) است. براساس این رویکرد، با توجه به اینکه افراد افسرده اغلب نبود احساس مثبت، اشتیاق و معنا را نشان می دهند، «درمان مثبت نگری» در درمان علائم افسردگی، براساس تقویت این سه مؤلفه در افراد طراحی شده است نه اینکه به طور مستقیم افسردگی را مورد توجه قرار دهد (۶۲). «درمان مثبت نگری» می تواند کاهش دهنده نتایج منفی از قبیل اضطراب و افسردگی شود (۶۱).

References

- Rimer L. The effect of family structure and family support on women's coping with fertility treatments. *International Journal of Nursing*. 2020; 7(1): 18-29. <https://doi.org/10.15640/ijn>
- Ozturk Inal Z, Ali Inal H, Gorkem U. Sexual function and depressive symptoms in primary infertile women with vitamin D deficiency undergoing IVF treatment. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. Journal Homepage. 2020; www.tjog-online.com. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.11.014>
- Rezapour-Mirsaleh Y, Abolhasani F, Amini R, Choobforoushzadeh A, Masoumi S, Shameli L. [Effect of self-compassion intervention based on a religious perspective on the anxiety and quality of life of infertile women: A quasi-experimental study]. *Health Economics & Outcomes Research*.2020; <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-25046/v1>
- Drikvand Moghaddam A, Del Pisheh A, Sayeh Miri K. [Investigating the prevalence of infertility in the world by systematic review]. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2015;10(1): 76-87. URL: <http://journal.muq.ac.ir/article-1-443-fa.html>
- Pak Gohar M, vijeh M, Babaei Rochi Gh, Ramezanzadeh F, Abedinia N. [The effect of counseling on sexual satisfaction of infertile women]. *Journal of the School of Nursing and Midwifery*. Tehran University of Medical Sciences (Hayat).2007; 14(1): 21-30. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=82554>
- Kazemijaliseh H, Ramezani Tehrani F, Behboudi-Gandevani S, Khalili D, Hosseinpanah F, Azizi F. [The prevalence of menstrual disorders in reproductive aged women and its related factors]. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2015; 17 (2):105-112 URL: <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-1898-fa.html>
- Iordachescu DA, Gica C, Vladislav EO, Panaitescu AM, Peltecu G, Furtuna ME, Gica N. Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*. 2021; 92(2): 98- 104.. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0173>
- Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi MR. [The effectiveness of psychotherapy training based on improving the quality of life on spouses' happiness]. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2010; 1(1):115-130. http://fcp.uok.ac.ir/article_9407.html
- Vander Borght M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*. 2018; 62(12):2-10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
- Olarinoye AO, Ajiboye PO. Psychosocial characteristics of infertile women in a Nigerian tertiary hospital. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010; 36(2): 252-257. https://doi.org/10.4103/TJOG.TJOG_54_18
- Drikvandi N. [The effectiveness of love and friendship meditation training on psychological well-being, self-criticism and self-care of female students with emotional failure in Shahid Chamran University of Ahvaz]. Master Thesis in Counseling and Counseling - Family Counseling. Chamran of Ahwaz University, Faculty of Education and Psychology.2014
- Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful, self-compassion program. *Journal Clinical Psychology*. 2013; 69(1): 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Warren R, Smeets E, Neff K. Self-criticism and self-compassion: risk and resilience: Being compassionate to oneself is associated with emotional resilience and psychological well-being. *Current Psychiatry*. 2016; 15(12):18-21. <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/CP01512018.PDF>.
- Muris P, Otgaar H, Pfattheicher S. Stripping the forest from the rotten trees: compassionate self-responding is a way of coping, but reduced uncompassionate self-responding mainly reflects psychopathology. *Mindfulness*. 2019; 10 (1): 196-199. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1030-0>
- Gilbert P, Catarino F, Duarte C, Matos M, Kolts R, Stubbs J, Basran J. The development of Compassionate Engagement and Action Scales for self and other. *Journal Compassionate Health Care*. 2017; 4 (4):1-24. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>
- Brophy K, Brähler E, Hinz A, Schmidt S, Körner A. The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*. 2019Aug

- 21; 260(1):45-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066>
17. Hamid N. [The effectiveness of stress management on cognitive-behavioral methods on depressive disorder]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 5(1): 55-60. <http://ensani.ir/file/download/article/20120413143437-2168-30.pdf>
 18. Phelps CL, Paniagua SM, Willcockson IU, Potter JS. The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018; 183(1) 78-81. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.10.026>
 19. Roudsari RL, Allan HT, Smith PA. [Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: A review of the literature]. *Human Fertility*, 2007; 10(3): 141-149. <https://doi.org/10.1080/14647270601182677>
 20. Duckworth AL, Steen TA, Seligman MEP. Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005; 1(1):629-651. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
 21. Rashid T. [Positive interventions in clinical practice]. *Journal Clinical Psychology*, 2009; 65 (5): 461-6. <https://doi.org/10.1002/jclp.20588>
 22. Kiamarsi A, Narimani M, Sobhi Faramaleki N, Mikaeli N. [The effectiveness of positive and cognitive-behavioral therapies on the psychological well-being of perfectionist students]. *Journal of Psychological Studies Al-Zahra University of Educational Sciences and Psychology*. 2017; 14(2):143-160.
 23. Dargahi Sh, Mohsenzadeh F, Zahrakar K. [The effect of positive thinking training on psychological well-being and the quality of perceived marital relationship of infertile women]. *Journal of Positive Psychology*. 2016; 1(3): 45-58. <http://ensani.ir/file/download/article/20170226045848-10047-19.pdf>
 24. Arababadi Z, Mousavi Nasab SMH, Rahmati A. [The effectiveness of positive psychotherapy on mental well-being and mental health of female students with depressive disorder]. Master thesis in Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Faculty of Literature and Humanities. 2016.
 25. Karimi Afshar I, Hatami M, Farabi M. [The effectiveness of Group Positive Psychotherapy on reducing depression and stress in women with breast cancer]. 4th New Conference on Positive Psychology, Farhangian University, Bandar Abbas, Shahid Beheshti Pardis. 2016. <https://civilica.com/doc/838197/>
 26. Multafat F, Haji Alizadeh K. [The effectiveness of positive psychotherapy on depression, stress and anxiety in patients with psoriasis]. 3rd Conference on Positive Psychology, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch. 2016. <https://civilica.com/doc/614602/>
 27. Jamshidi E, Arefi M. [The effectiveness of Positive Psychotherapy on life expectancy in infertile women referred to Isfahan Infertility Center]. The 1st Comprehensive International Conference on Educational Sciences and Social Sciences, Isfahan. 2015. <https://civilica.com/doc/634338/>
 28. Saeedi Z, Bahraini SA, Ahmadi SM. [The effectiveness of group Positivist Psychotherapy on reducing depression, stress and death anxiety in cancer patients undergoing chemotherapy]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016; 18(Special Issue) 547-552.
 29. Chaves C, Lopez-Gomez I, Hervas G, Vazquez C. The integrative Positive Psychological intervention for Depression (IPPI-D). *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2019; 49 (3): 177-185. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9412-0>
 30. Keshavarz Mohammadi R, Agha Bozogi S, Shariat, S, Hamidi M. [The effectiveness of Positive Psychology on mental endurance, self-compassion and resilience of infertile women]. *Social Behavior Research & Health*. 2019; 2 (2):235-244. <https://doi.org/10.18502/sbrh.v2i2.285>
 31. Gander F, Proyer RT, Ruch W. Positive psychology interventions addressing pleasure, engagement, meaning, positive relationships, and accomplishment increase well-being and ameliorate depressive symptoms: A randomized, placebo- controlled online study. *Personality and Social Psychology*. 2016; 7 (2): 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00686>
 32. Flink IK, Smeets E, Bergbom S, Peters ML. Happy despite pain: Pilot study of a Positive Psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*. 2015; 7(1): 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.01.005>
 33. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van

- Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2011; 18 (3): 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
34. Meng R, Yu Y, Chai Sh, Luo x, Gong B, Liu B, Hu Y, Luo Y, Yu Ch. Examining psychometric properties and measurement invariance of a Chinese version of the Self-Compassion Scale - Short Form (SCS-SF) in nursing students and medical workers. *Psychology Research Behavioral Management*. 2019 Aug 30; 12 (2): 793-809. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S216411>
 35. Shahbazi M, Rajabi G, Maghami E, Jeloudari A. [Confirmatory factor structure of the Persian version of the Revised Compassion Rating Scale in a group of Prisoners]. *Journal of Psychological Methods and Models*. 2014; 6(19): 31-46. <http://ensani.ir/file/download/article/20160206111817-10009-115.pdf>
 36. Khanjani S, Foroughi AA, Sadeghi K, Bahrainian SA. [Psychometric properties of Iranian version of Self-Compassion Scale (short form)]. *Pejouhandeh*. 2016;21(5):282-289. URL: <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-2292-en.html>
 37. Thompson R, Zuroff DC. The levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Difference*. 2004; 36(2): 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
 38. Yamaguchi A, Kim M.S. Effects of self-criticism and Its Relationship with Depression across Cultures. *International Journal of Psychological Studies*. 2013; 5(1): 1-10. <https://doi.org/10.5539/ijps.v5n1p1>
 39. Crapolicchio E, Vezzali L, Regalia C. "I forgive myself": The association between self-criticism, self-acceptance, and PTSD in women victims of IPV, and the buffering role of self-efficacy. *Journal of Community Psychology*. 2020; 49(2): 252-265. <https://doi.org/10.1002/jcop.22454>
 40. Abdi R, Chalabianloo Gh, Kazem SA. [The role of regret, self-doubt and depression in predicting self-criticism]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2020; 8(12); 57-64. http://frooyesh.ir/files/site1/user_files_3380b3/aakazemi21-A-10-1602-2-b6da117.pdf
 41. Malekpour F, Mehrabizadeh Honarmand M, Rahimi M. [The causal relationship of types of self-absorption and maladaptive perfectionism with depression through the mediating role of self-criticism in university students]. *Psychological Studies Faculty of Education and Psychology, Alzahra University*. 2017; 13(3):
 42. Schulz R, Monin JK, Czaja SJ, Lingler JH, Beach SR, Martire LM, Dodds A, Hebert RS, Zdaniuk B, Cook TB. Measuring the experience and perception of suffering. *Gerontologist*. 2010; 50 (6): 774-784. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq033>
 43. Schulz R, Savla J, Czaja SJ, Monin J. The role of compassion, suffering, and intrusive thoughts in dementia caregiver depression. *Aging & Mental Health*. 2016;21(9):997-1004. <http://www.tandfonline.com/loi/camh20>. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1191057>
 44. Yarmohamadi Vassel M, Jokar F, Farhadi M, Zoghipaydar M. [Structural model of relationships between integrative self-knowledge, perception of suffering and quality of life among cancer patients (stages 3 & 4)]. *Journal of Research in Psychological Health*. 2020; 14 (2): 1-19. <https://rph.khu.ac.ir/article-1-3786-en.pdf>
 45. Pirasteh Motlagh A, Nikmanesh Z. [Determining the relationship between spirituality and the feeling of suffering and quality of life of AIDS patients]. *Journal of Armaghan Danesh, Yasouj University of Medical Sciences*. 2012; 17(4): 337-348. URL: <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-247-fa.html>
 46. Kessler R C, Andrews G, Colpe L J, Hiripi E, Mroczek D K, Normand S L, Walters EE, Zaslavsky A M. Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*. 2002; 32(6): 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
 47. Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Improving the K6 short scale to predict serious emotional disturbance in adolescents in the USA. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2010; 19(1): 23-35. <https://doi.org/10.1002/mpr.314>
 48. Arnaud B, Malet L, Teissedre F, Izaute M, Moustafa F, Geneste J, Schmidt J, Llorca P, Brousse G. Validity study of Kessler's Psychological Distress Scales conducted among patients admitted to French Emergency Department for alcohol consumption-related

- disorders. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*. 2010; 34 (7):1235-1245.. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01201.x>
49. Pereira A, Andreia C, Oliveira A, Bártolo S, Monteiro P, Vagos S, Jacinto J. Reliability and factor structure of the 10-item Kessler Psychological Distress (K10) among Portuguese adults. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(3): 729-736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017>
 50. Behbahani Mondani Zadeh A, Homae R. [The relationship stigma infertility and psychological distress with quality of marital relationship through the mediation of meta-emotion in Infertile women]. *Journal of Family Research*. 2020; 16(1):55-76. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97802_c6f51aa94b054b7c12ed8bf5c1515859. <https://doi.org/10.29252/jfr.16.1.4>
 51. Vaziri Sh, Lotfi Kashani F. [Identity styles and psychological distress]. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2013; 7(26): 77-86. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=366018>
 52. Quilliam S. [Applied Positive Thinking and applied positivism]. Translated Barati Sedeh F, Sadeghi F, Tehran, Javaneh Roshd Publications. 2003.
 53. Rezvani M, Sajjadian I. [The mediating role of Self-Compassion in the effect of personality traits on positive psychological functions in female students], *Journal of Positive Psychology*. 2018; 4(3):13-27. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=741732>
 54. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick K. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*. 2007; 41 (4): 908-916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
 55. Nes LS, Segerstrom S C. Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*. 2006; 10(3): 235-51. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_3
 56. Baños RM, Etchemendy E, Mira A, Riva G, Gaggioli A, Botella C. Online positive interventions to promote well-being and resilience in the adolescent population: A narrative review, *Front. Psychiatry*. 2017;8(10): 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00010>
 57. Breton J.J, Labelle R, Berthiaume C, Royer C, St-Georges M, Ricard D, Guile JM. Protective factors against depression and suicidal behavior in adolescence. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2015; 60(2): 5-15. <https://europepmc.org/article/med/25886672>. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.05.152>
 58. Zhang H, Watson Singleton NN, Pollard SE, Pittman DM, Lamis DA, Fischer NL, Patterson B, Kaslow NJ. Self- criticism and depressive symptoms: Mediating role of self- compassion. *Journal of Death and Dying*. 2019; 80(2): 202-223. <https://doi.org/10.1177/0030222817729609>
 59. Seif A. [Modern Educational Psychology: Learning and Teaching Psychology]. 6th edition, Print 51, Doran Publications. 2011. Tehran. .
 60. Toussaint L, Barry M, Angus D, Bornfriend Markman M. Self-forgiveness is associated with reduced psychological distress in cancer patients and unmatched caregivers: Hope and self-blame as mediating mechanisms. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2017; 35(5):544-560. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1309615>
 61. Indrani M. Enhancing positive emotions via positive interpersonal communication: An unexplored avenue towards well-being of mankind. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*. 2017; 7(4):1-8. <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2017.07.00448>
 62. Sami N, Ali T.S. Perceptions and experiences of women in Karachi, Pakistan regarding secondary infertility: Results from a community based qualitative study. *Obstetrics and Gynecology International*. 2012; 26(3): 175-184. <https://doi.org/10.1155/2012/108756>
 63. Celano CM, Gomez-Bernal F, Mastromauro CA, E. Beale E.M. DuBois C.P. Auerbach R.C. Huffman H. A positive psychology intervention for patients with bipolar depression: A randomized pilot trial. *Journal of Mental Health*. 2020; 29 (1): 60-68. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521942>
 64. Ebrahimifar M, Hosseinian S, Saffarian Tusi M, Abedi M. [Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based education and Compassion-Focused Therapy on self-efficacy, quality of relationships and meaning of life in infertile women]. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*. 2017; 8(3):180-10.