

Spring 2024, Volume 13, Issue 2

Comparison of Self-Compassion, Acceptance and Action and Perceived Stress in Pregnant and Non-Pregnant Women of Qom City

Zeinab Binesh¹, Faezeh Asgari^{2*}

1- M.Sc., Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

Corresponding author: Faezeh Asgari, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

Email: fz_asgari@yahoo.com

Received: 6 Nov 2023

Accepted: 23 Feb 2024

Abstract

Introduction: In order to achieve the development of health in the world, the role of women should be paid attention to, especially during youth and pregnancy. Therefore, the current research was conducted with the aim of comparing self-compassion, acceptance and action and perceived stress in pregnant and non-pregnant women aged 18 to 30 in Qom city.

Methods: The present research method was descriptive-comparative. The statistical population included all pregnant and non-pregnant women aged 18-30 who lived in Qom city in 2022. The research sample consisted of 185 people who were selected by the convenience method. Data collection instruments included demographic questionnaire, "Self-Compassion Scale", "Acceptance and Action Questionnaire-II" and "Perceived Stress Scale". The validity of the tools was limited to previous researches. The reliability of the instruments was measured by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data collection was done from clients present in the clinics and offices of obstetricians and gynecologists in Qom city. The obtained data were analyzed in SPSS. 26.

Results: The results of multivariate analysis of variance and t-test showed that there is no significant difference between self-compassion and acceptance and action of pregnant and non-pregnant women, but there is a difference between the perceived stress of pregnant and non-pregnant women in the subscale of positive perception of tension. It is significant at the error level of 0.05.

Conclusions: The positive perception of tension in pregnant women is more than that of non-pregnant women. Therefore, therapists and counselors are suggested to conduct training courses to increase the positive perception of tension for young non-pregnant women.

Keywords: Self-Compassion, Acceptance and Action, Perceived Stress, Pregnant Women.

مقایسه شفقت خود، پذیرش و عمل و تنش ادراک شده در زنان باردار و غیرباردار شهر قم

زینب بینش^۱، فائزه عسکری^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

نویسنده مسئول: فائزه عسکری، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران، ایمیل: fz_asgari@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۱۶

چکیده

مقدمه: برای دستیابی به توسعه بهداشت در دنیا می بایست به نقش زنان خصوصاً در دوران جوانی و بارداری توجه داشت. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه شفقت خود، پذیرش و عمل و تنش ادراک شده در خانم های ۱۸ تا ۳۰ ساله باردار و غیرباردار شهر قم صورت گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل کلیه خانم های باردار و غیرباردار ۱۸-۳۰ ساله که در سال ۱۴۰۲ ساکن شهر قم بودند، می شد. نمونه پژوهش شامل ۱۸۵ تن بود که به روش غیر تصادفی و در دسترس انتخاب شد. ابزارهای گردآوری داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، «مقیاس شفقت خود» (Self-Compassion Scale)، «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» (Acceptance and Action Questionnaire-II) و «مقیاس تنش ادراک شده» (Perceived Stress Scale) بود. روایی ابزارها به پژوهش های پیشین اکتفا شد. پایایی ابزارها به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. جمع آوری داده ها از مراجعین حاضر در کلینیک ها و مطب های متخصصین زنان و زایمان شهر قم انجام شد. داده های به دست آمده در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۶ تحلیل گردید.

یافته ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون T نشان داد بین شفقت خود و پذیرش و عمل زنان باردار و غیرباردار تفاوت معناداری وجود ندارد، اما بین تنش ادراک شده زنان باردار و غیرباردار در زیرمقیاس ادراک مثبت از تنیدگی، تفاوت معنادار در سطح خطای ۰/۰۵ وجود دارد.

نتیجه گیری: ادراک مثبت از تنیدگی زنان باردار نسبت به زنان غیرباردار بیشتر می باشد. لذا به درمانگران و مشاوران پیشنهاد می شود دوره های آموزشی جهت افزایش ادراک مثبت از تنیدگی برای زنان غیرباردار اجرا نمایند.

کلیدواژه ها: شفقت خود، پذیرش و عمل، تنش ادراک شده، زنان باردار.

مقدمه

مهمترین مراحل زندگی خانمها می باشد و سلامت روان نقش مهمی در پیشبرد این دوران دارد. دوران جوانی به دلیل همراه بودن با تغییر شرایط اجتماعی می تواند تنش فراوانی برای زندگی فرد داشته باشد که در نتیجه انسان متحمل تغییرات فیزیکی و روانی زیادی در این دوران می شود (۳). بارداری یکی از فرآیندهای مهم زندگی به شمار می رود که باعث ایجاد یک سری تغییرات فیزیکی و روانی در زنان می شود، اما این تغییرات روانی که در زنان باردار در این

تاریخ روانشناسی همواره سرشار از مفاهیمی بوده که به دنبال ارتقا و بهبود روش های درمانی و سلامت روان هستند (۱). سلامت روان زنان که عموماً نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می دهند و عضو مؤثر خانواده و کلید بقا در تمام مراحل زندگی هستند، خصوصاً در شرایط آسیبزا و بحرانی که هرگونه نظم دستخوش بی نظمی و اختلال می شود، بیشتر مورد تأکید است (۲). دوران جوانی و دوران بارداری از

مرحله حیاتی جدید رخ می‌دهد، ناشناخته است (۴) از این رو دوران بارداری خانم‌ها خصوصاً در سنین جوانی بعنوان دوره ای حساس، مهم و پر از تنش شناخته شده و نیازمند توجه، افزایش آگاهی و سازگاری روانی است (۵، ۶). بررسی‌های فراوان نشان داده‌اند که شیوع اختلالات روانی در خانم‌های باردار نزدیک به ۱۵ درصد است (۷). دوران بارداری و دوران جوانی به دلیل همراه بودن با چالش‌های فراوان زمینه ساز ایجاد تنش برای فرد می‌باشند، ادراک فرد از شرایط تنش زای زندگی مشخص می‌کند بدن نسبت به تغییراتی که مستلزم سازگاری هستند، چطور واکنش نشان دهد (۸).

تنش به عنوان اصلی‌ترین مانع رشد و تعالی شخصیت شناخته شده است (۹). عوامل تنش زای مزمن و تکرارشونده برعکس عوامل تنش زای خفیف و کوتاه مدت می‌توانند بر عملکرد شناختی تأثیر منفی بگذارند (۱۰). Herbelle و همکاران (۱۱) در مطالعه ای دریافتند که زنان باردار نسبت به زنان غیرباردار بیشتر مستعد پیامدهای نامطلوب سلامت روان از جمله: علائم افسردگی و تنش ادراک شده هستند. Romero-Gonzalez و همکاران (۴) در مطالعه ای دریافتند تفاوت‌هایی بین زنان باردار و غیر باردار در رابطه با طیف وسیعی از علائم آسیب شناختی روانی، تنش درک شده و سطوح کورتیزول وجود دارد که این علائم در گروه زنان باردار بیشتر از زنان غیرباردار بود. Anjum و همکاران (۱۲) در یک مطالعه مقایسه ای، مقیاس تنش درک شده و اختلال اضطراب فراگیر و ناتوانی را در ۱۲۰ زن باردار و ۱۲۰ زن غیرباردار ۱۸ تا ۳۵ ساله بررسی کردند. نتایج نشان داد زنان باردار در مقایسه با زنان غیرباردار میانگین نمره تنش درک شده، اختلال اضطراب فراگیر و ناتوانی بالاتری داشتند. Abera و همکاران (۱۳) در یک مطالعه مقایسه‌ای در مرکز پزشکی دانشگاه Jimma اتیوپی و مراکز بهداشتی Jimma، تنش درک شده و پذیرش و عمل بین ۱۶۶ زن باردار و ۱۵۴ زن غیر باردار با میانگین سنی ۲۷ سال و ۲۹/۵ سال را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد زنان باردار تنش بیشتر و پذیرش و عمل کمتر در مقایسه با زنان غیرباردار از خود نشان می‌دهند و نویسندگان گزارش کردند، بارداری با آسیب پذیری بیشتر در سلامت روان زنان همراه است که با تنش درک شده بیشتر و کاهش پذیرش و عمل مشخص می‌شود. از طرف دیگر، Collins و همکاران (۶) در مطالعه ای دریافتند میان تنش زنان باردار و غیرباردار (پس از زایمان)

تفاوت وجود ندارد. گرچه تنش درک شده تأثیر بسزایی در کاهش عملکرد حافظه کاری دارد، اما پذیرش و عمل به عنوان یک عامل محافظتی درونی می‌تواند کاهنده تأثیر تنش بر سازگاری روانشناختی باشد (۱۴). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد افرادی که پذیرش و عمل بیشتری دارند، می‌توانند در مواجهه با تنش از توجیحات جایگزین استفاده کرده و به صورت مثبت چارچوب فکری خود را تغییر دهند. امروزه با در نظر گرفتن پژوهش‌های نوین می‌توان استنباط کرد پذیرش و عمل یک ساختار چندبعدی است که شامل متغیرهای بنیادین بوده و برای افراد امکان سازگاری مطلوب با وقایع تروماتیک یا آسیب زای زندگی را ایجاد می‌کنند. علیرغم اینکه موج اول پژوهش‌ها در زمینه پذیرش و عمل بیشتر متمرکز بر درک ویژگی‌های افراد منعطف بود، اما موج دوم بر درک فرآیندهایی متمرکز شده که از طریق آن افراد توانایی سازگاری مثبت و موفقیت آمیزی با تنش و حوادث آسیب‌زا را از خود نشان می‌دهند (۱۵). Burke & Moore (۱۶)، اعتقاد داشتند پذیرش و عمل فرد، میزان ارزیابی او درباره قابل کنترل بودن شرایط را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، این مؤلفه به توانمندی انسان برای سازگار کردن راهکارهای فرآیند شناختی اطلاق می‌شود که جهت رویارویی با شرایط جدید و غیرمنتظره محیطی بکار می‌رود. Martin & Pakenham (۱۷)، در پژوهشی نشان دادند افرادی که از لحاظ شناختی انعطاف ناپذیرند و پذیرش و عمل پایین تری دارند وقتی با سختی‌ها و مشکلات زندگی مواجه می‌شوند به نشخوار ذهنی روی می‌آورند و تمام توان و انرژی شناختی‌شان را بر نشخوار ذهنی متمرکز می‌کنند، که نشخوار ذهنی نیز خود پاسخی تکراری و نامفید برای انسان به ارمغان می‌آورد و هیچ اثر سودبخش دیگری ندارد. چین آوه و نیرومند (۱۸) به مقایسه پذیرش و عمل، راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری زنان نابارور و زنان بارور پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش آن‌ها نشان داد که بین ابعاد پذیرش و عمل، ابعاد راهبردهای مقابله‌ای و ابعاد سازگاری زنان نابارور و زنان بارور تفاوت معناداری وجود دارد. Thomas و همکاران (۱۵) در پژوهشی نشان دادند زنان در دوران پس از زایمان (غیر بارداری) نسبت به دوران بارداری علائم افسردگی و انعطاف ناپذیری روانی بیشتری از خود نشان می‌دهند و میزان پذیرش و عمل آن‌ها پایین است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ۱۸ تا ۳۰ ساله باردار و غیرباردار شهر قم در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه مطالعه حاضر به شیوه غیر تصادفی و دردسترس شامل مراجعین حاضر در کلینیک‌ها و مطب‌های متخصصین زنان و زایمان شهر قم در بهار سال ۱۴۰۲ بود.

به این ترتیب که از ۸ منطقه شهر قم ۳ منطقه (مناطق ۱، ۲، ۳) به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به صورت قرعه‌کشی انتخاب شد. برای انتخاب نمونه‌ها به ۲ کلینیک و ۵ مطب تخصصی زنان و زایمان از جمله کلینیک امام صادق (منطقه ۲) و کلینیک شبانه‌روزی پردیس (منطقه ۸) و مطب‌های تخصصی زنان و زایمان (منطقه ۴) شهر قم به روش غیرتصادفی و دردسترس مراجعه شد و در مجموع ۲۰۰ تن از زنان باردار و غیرباردار به روش غیرتصادفی و دردسترس انتخاب شدند.

با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور (G*power Software) نسخه ۳/۱، با توجه به تعداد گروه‌ها $U=2$ و مقدار احتمال $0/05$ و توان آزمون $0/9$ و اندازه اثر $0/5$ حداقل تعداد نمونه می‌تواند ۳۵ تن در هر گروه در نظر گرفته شود (۲۵). اما با در نظر گرفتن احتمال ریزش و برای اطمینان از کفایت نمونه ۲۰۰ تن از زنان باردار و غیربارداری که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند در نظر گرفته شدند و در هر گروه از زنان باردار و غیرباردار ۱۰۰ تن قرار داشت که جهت معاینه توسط متخصص زنان به کلینیک‌ها و مطب‌ها مراجعه کرده بودند. از این تعداد ۱۵ ابزار ۴ خانم باردار و ۱۱ خانم غیرباردار به دلیل وجود داده‌های پرت شناسایی شده توسط جدول فراوانی و باکس پلات کنار گذاشته شد و نهایتاً داده‌های ۱۸۵ پرسشنامه (۹۶ خانم باردار و ۸۹ خانم غیرباردار) مورد بررسی قرار گرفت.

معیارهای ورود شامل سن بالای ۱۸ تا ۳۰ سال، وضعیت بارداری و وضعیت تحصیلی زیر دیپلم تا دکتری تخصصی بود و معیارهای خروج شامل عدم تکمیل ۳۵ درصد از کل عبارت‌ها که شامل ۱۷ عبارت از مجموع ۴۹ عبارت می‌شود و عدم رضایت از همکاری بود. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی که شامل سن، باردار/غیرباردار بودن، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال بود.

«مقیاس شفقت خود» (Self-Compassion Scale)

عامل درونی دیگری که میزان تنش ادراک شده ناشی از اوضاع متغیر زندگی فرد را به طور قابل ملاحظه‌ای در سیر نزولی قرار می‌دهد و بعنوان عامل محافظ مؤثر برای پرورش پذیرش و عمل محسوب می‌شود شفقت خود (self-compassion) است. Camillo و همکاران (۱۹) شفقت را نوعی تجربه عاطفی متفاوت تعریف کردند که از طریق آن عملکرد افراد در راستای حمایت افراد رنج دیده در نظر گرفته می‌شود. شفقت خود شامل حساس بودن به رنج، آگاهی از غم، تمایل به تسکین رنج و داشتن درک غیر قضاوتی نسبت به اشتباهات است (۲۰). روانشناسان شفقت خود را شرط لازم برای پذیرش رنج و شکست و نابسندگی‌ها برشمرده‌اند تا فرد این موضوع را بپذیرد که او یک انسان است، اشتباه می‌کند، روی این اشتباهات تأکید نمی‌کند و بخاطر آن‌ها خود را سرزنش نمی‌کند (۲۱). شفقت خود متمایز از ترحم به خود است، زیرا فردی که نسبت به خود احساس ترحم دارد، دچار احساس اندوه و عدم پیوستگی با دیگران شده و در نتیجه بیش از پیش مشغول مشکلات خود می‌شود. بنابراین، حس ترحم مسبب بزرگ‌نمایی و استمرار رنج و آشوب ذهنی فرد است که همین فرآیند فاصله گرفتن از موقعیت عاطفی را برایش دشوارتر می‌نماید (۲۲). شفقت به منزله عامل تقویت‌کننده شجاعت در افراد، جهت مواجهه با جنبه‌های تاریک ذهن پرورش می‌یابد (۲۳). Papini و همکاران (۲۴) در نتایج مطالعه خود نشان دادند تفاوت معناداری بین شفقت خود خانم‌ها در دوران بارداری و پس از زایمان (غیربارداری) وجود ندارد.

مروری بر پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد، سلامت روان چه به صورت فردی و چه جمعی بی‌تردید از مهم‌ترین ابعاد مسائل حیات انسان و شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است. با وجود اینکه مطالعات فراوانی بر نقش مفید زنان در سلامت کلی خانواده و جامعه در شرایط دشوار تأکید داشته‌اند اما در حوزه سلامت روان توجه ناچیزی به زنان شده است. همچنین به نظر می‌رسد تاکنون زنان باردار و غیرباردار با هم‌تاسازی سن، وضعیت تحصیلی و شغلی در مورد متغیرهای پژوهش حاضر که نقش بسزایی در جلوگیری از آسیب‌های روانشناختی دارند مورد مقایسه قرار نگرفته‌اند. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه شفقت خود، پذیرش و عمل و تنش ادراک شده در خانم‌های ۱۸ تا ۳۰ ساله باردار و غیرباردار شهر قم صورت گرفت.

توسط Neff در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۳ با ۲۶ عبارت طراحی شده است. «مقیاس شفقت خود» دارای ۶ زیرمقیاس مهربانی به خود (self-kindness) شامل عبارات: ۱،۸،۱۱،۱۶،۲۱، (self-judgment)، ۵،۱۲،۱۹،۲۳،۲۶ اشتراکات انسانی (human commonality)، ۳،۷،۱۰،۱۵، انزوا (isolation)، ۴،۱۳،۱۸،۲۵، ذهن آگاهی (mindfulness): ۹،۱۴،۱۷،۲۲ و همانندسازی افراطی (over-identification)، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵ دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند (در زیر مقیاس های قضاوت خود، انزوا، همانندسازی افراطی). نمره گذاری «مقیاس شفقت خود» در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد، به این صورت که «کاملاً مخالفم» نمره ۱ و نمره ۵ «کاملاً موافقم» است. در «مقیاس شفقت خود» حداقل نمره ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ می‌باشد و نمره بالاتر نشان دهنده شفقت بیشتر نسبت به خود است. سطح بندی نمره ها گزارش نشده است (۲۶).

Neff (۲۶) روایی سازه به روش روایی همگرایی «مقیاس شفقت خود» را روی ۳۹۱ دانشجوی روانشناسی شهر تگزاس، را با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) انجام و ۰/۵۱- گزارش کرد. ضریب ثبات با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله ۴ هفته روی ۲۳۲ دانشجوی روانشناسی شهر تگزاس برابر با ۰/۹۳ گزارش شد. Bento و همکاران (۲۷) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس شفقت خود» را روی ۴۱۷ زن باردار در کشور پرتغال انجام دادند و براساس نتایج وجود ۶ عامل تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۹۱ گزارش شد.

در ایران عزیزی و همکاران (۲۸) روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس شفقت خود» را روی ۲۶۵ دانشجوی دانشگاه تهران انجام دادند و براساس نتایج ۶ عامل تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با نمونه های فوق، ۰/۷۸ گزارش شد. در پژوهشی خسروی و همکاران (۲۹) روایی سازه با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس شفقت خود» را روی ۶۱۹ تن (۲۵۴ مرد، ۳۶۵ زن) از دانشجویان دانشگاه های آزاد اسلامی واحدهای علوم و تحقیقات فارس و یاسوج، دانشگاه های شیراز و یاسوج و دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج انجام دادند و ساختار ۶ عاملی پرسشنامه را تایید کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با

نمونه های فوق، ۰/۸۶ گزارش شد. «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» (Acceptance and Action Questionnaire-II) توسط Bond و همکاران در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۱ با ۷ عبارت و یک مؤلفه طراحی شده است. نمره گذاری «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» بر اساس مقدار توافق در طیف لیکرت ۷ درجه ای صورت می‌گیرد، به این صورت که «هرگز» نمره ۱ و نمره ۷ «همیشه» است. در «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» کمترین نمره ۷ و بیشترین نمره ۴۹ می‌باشد و نمره بالاتر، نشان دهنده پذیرش و عمل پایین تر است. سطح بندی نمره ها گزارش نشده است (۳۰).

Bond و همکاران (۳۱) در طی ۶ مطالعه روی ۲۸۱۶ تن از جمعیت عمومی شهر لندن جهت روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» را بررسی و ساختار تک عاملی را تایید کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق را ۰/۸۴ و ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ تا ۰/۷۹ گزارش کردند. Ruiz و همکاران (۳۲) در مطالعه خود روی ۷۱۲ تن شامل ۶ گروه (۵۱ تن از بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی (۲۴ زن، ۲۷ مرد)، ۲۵۳ تن از دانشگاه Almeria در اسپانیا شامل دانشجویان مقطع کارشناسی (۱۵۷ زن، ۹۶ مرد)، ۱۲۲ تن از دانشجویان کارورز معلمی (۸۴ زن، ۳۸ مرد)، ۱۳۲ تن از دانشجویان استخدام شده (۸۳ زن، ۴۹ مرد)، ۱۱۹ تن از دانشجویان مقطع کارشناسی داوطلب برای انجام مراحل آزمایشگاهی (۸۱ زن، ۳۸ مرد) و ۳۵ تن از بیماران مبتلا به روان پریشی (۲۰ زن، ۱۵ مرد) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» ساختار تک عاملی را تایید کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق را ۰/۹۳ گزارش کردند. Pennato و همکاران (۳۳) در مطالعه خود روی ۲۵۵ تن (۷۷ مرد و ۱۷۸ زن) دانشجویان مقطع کارشناسی و دانش آموزان مقطع دبیرستان با میانگین سنی ۱۴-۳۲ سال، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» را بررسی و ساختار تک عاملی را تایید کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق را ۰/۸۳ و ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۲ ماه را ۰/۶۱ بدست آوردند.

زینب بینش و فائزه عسکری

های فوق را مطلوب گزارش کرده و ساختار ۲ زیرمقیاس را تایید کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه آلفاکرونباخ با نمونه های فوق را $0/82$ گزارش کردند. در ایران معروفی زاده و همکاران (۳۷) در یک مطالعه روی ۱۰۶ بیمار مبتلا به آسم مراجعه کننده به چندین کلینیک شهر سنج (غرب ایران) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی را برای «مقیاس تنش ادراک شده» مطلوب گزارش کردند و ساختار ۲ عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با نمونه های فوق، برای زیرمقیاس های ادراک منفی از تنیدگی و ادراک مثبت از تنیدگی و نمره کل مقیاس به ترتیب $0/86$ و $0/83$ و $0/90$ محاسبه شد. بهروزی و همکاران (۳۸) در مطالعه خود روی ۲۰۰ دانشجوی (۸۰ دختر و ۱۲۰ پسر) در دانشگاه علوم پزشکی اهواز روایی سازه «مقیاس تنش ادراک شده» با استفاده از محاسبه همبستگی با یک سؤال ملاک پژوهشگر ساخته را $0/63$ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با نمونه های فوق را $0/74$ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، جهت روایی «مقیاس شفقت خود»، «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» و «مقیاس تنش ادراک شده» به پژوهش های پیشین اکتفا شد. برای بررسی پایایی از روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ «مقیاس شفقت خود»، «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» و «مقیاس تنش ادراک شده» بر روی ۲۰۰ تن از خانم های باردار و غیرباردار شهر قم استفاده شد. یافته ها ضریب آلفاکرونباخ را برای «مقیاس شفقت خود» برابر $0/78$ ، «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» برابر $0/83$ و «مقیاس تنش ادراک شده» برابر $0/73$ نشان داد. برای جمع آوری داده ها، در ابتدا کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم دریافت شد. سپس، با مراجعه به کلینیک امام صادق (ع) منطقه ۲ و کلینیک شبانه روزی پردیسان منطقه ۸ و مطب های متخصصین زنان و زایمان منطقه ۴ شهر قم، مجوزهای لازم از حراست کلینیک های تخصصی زنان و زایمان شهر قم و متخصصین حاضر در مطب های تخصصی زنان و زایمان شهر قم دریافت شد. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که به منظور همتاسازی خانم ها از نظر سنی، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال در هر گروه باردار و غیرباردار، ابتدا خانم های باردار حاضر در اتاق انتظار کلینیک امام صادق (ع) منطقه ۲ و کلینیک شبانه روزی پردیسان منطقه ۸ و مطب

در ایران ایمانی (۳۰) در مطالعه خود روی ۳۵۴ تن (۱۳۰ پسر، ۲۲۴ دختر) دانشجوی رشته های مختلف دانشگاه علوم پزشکی، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» را بررسی و ساختار تک عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق را $0/86$ و ثبات به روش بازآزمایی به فاصله ۳ هفته $0/71$ محاسبه کرد. فشنگچی و رنجبرنوشی (۳۴) در مطالعه خود روی ۳۴۴ تن از پرستاران شاغل در بیمارستان های دولتی شهر رشت، روایی «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» را به پژوهش های پیشین اکتفا کردند و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق را $0/89$ گزارش کردند. «مقیاس تنش ادراک شده» (Perceived Stress Scale) توسط Cohen و همکاران در ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۸۳ با ۱۶ عبارت طراحی شده است. مقیاس دارای ۲ زیر مقیاس «ادراک منفی از تنیدگی» (negative perception of tension) که شامل عبارات ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ می شود و «ادراک مثبت از تنیدگی» (positive perception of tension) که شامل عبارات ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳ می باشد که به صورت معکوس نمره گذاری می شود، می باشد. نمره گذاری در طیف لیکرت ۵ درجه ای صورت می گیرد، به این صورت که «هیچ» نمره صفر و «خیلی زیاد» نمره ۴ است. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۵۶ می باشد و نمره بالاتر نشانه تنش ادراک شده بیشتر است. سطح بندی نمره ها گزارش نشده است (۳۵). Cohen و همکاران (۳۵) در یک مطالعه روی ۲ گروه از دانشجویان ۳۲۲ دانشجوی (۲۰۹ زن و ۱۱۳ مرد) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس تنش ادراک شده» روی نمونه های فوق را مطلوب و ساختار ۲ زیرمقیاس را تایید کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با نمونه های فوق را در دامنه ای از $0/84$ تا $0/86$ گزارش کردند. ثبات به روش بازآزمایی به فاصله ۲ ماه برای نمونه های فوق را $0/55$ گزارش کردند. Andreou و همکاران (۳۶) در مطالعه خود روی ۹۴۱ تن از دانشجویان، کارکنان بخش های بیمارستانی و کارکنان بخش های خدمات عمومی ۴ شهر (آتن، تسالونیک، یونان، رودوس) کشور یونان «مقیاس تنش ادراک شده» را تکمیل کردند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی با نمونه

های متخصصین زنان و زایمان منطقه ۴ شهر قم قبل از ورود به اتاق معاینه هر ۳ ابزار پژوهش حاضر را به طور همزمان دریافت کردند. پس از اینکه ابزارها در دسترس خانم های باردار قرار گرفت، راهنمای هریک از آن ها قرائت گردید. در راهنمای ابزارها این طور بیان شده که هریک از عبارات ابزارها را بخوانید و مشخص کنید که هر کدام چقدر با ویژگی های شما شباهت دارد. آزمودنی ها برای پاسخ دادن به ابزارها زمان آزاد داشتند. در نهایت، با توجه به تعداد پرسشنامه های پر شده در هر رده سنی، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی مشخص توسط خانم های باردار، خانم های غیرباردار نیز به همین روش مورد آزمون قرار گرفتند. حدود ۶۰ روز برای جمع آوری داده های پژوهش حاضر وقت صرف شد.

جهت رعایت اصول اخلاقی، قبل از اجرای پژوهش، به خانم های حاضر در کلینیک ها و مطب های تخصصی زنان و زایمان گفته شد که برای انجام پژوهش دانشگاهی انتخاب شده اند و لذا در پاسخگویی به ابزارهای پژوهش می توانند داوطلبانه اقدام نمایند. همچنین فرم رضایت آگاهانه در اختیار نمونه ها قرار گرفت و در مورد محرمانه بودن اطلاعات به آن ها اطمینان داده شد.

جهت تحلیل داده ها از آماره های توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و روش های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون T استفاده شد. همچنین داده ها در سطح اطمینان ۰/۰۵ و در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر فراوانی گروه نمونه ۱۸۵ تن بود که شامل ۹۶ خانم باردار و ۸۹ خانم غیرباردار می شد. میانگین فراوانی خانم های باردار ۵۲ درصد و میانگین فراوانی خانم های غیرباردار ۴۸ درصد بود و فراوانی ریزش گروه نمونه ۱۵ تن از ۲۰۰ تن بود (۷/۵ درصد) (۴ خانم باردار ۲ درصد و ۱۱ خانم غیرباردار ۵/۵ درصد). میانگین سنی \pm انحراف معیار کل تعداد نمونه ۲۵/۲۱ و ۳/۶۱۸ بود. کمترین سن و بیشترین سن وارد شده در پژوهش ۱۸ و ۳۰ سال بود که تمام

افراد وارد شده در پژوهش از نظر سنی، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال در ۲ گروه باردار و غیرباردار همتاسازی شده بودند به این ترتیب که از ۱۸۵ تن زنان ۱۸ ساله ۱۴ تن (۸ درصد) (۷ باردار ۷ درصد، ۷ غیرباردار ۸ درصد)، ۱۹ ساله ۶ تن (۳ درصد)، (۳ باردار ۳ درصد، ۳ غیرباردار ۳ درصد)، ۲۰ ساله ۸ تن (۴ درصد) (۴ باردار ۴ درصد، ۴ غیرباردار ۴ درصد)، ۲۱ ساله ۴ تن (۲ درصد) (۲ باردار ۲ درصد، ۲ غیرباردار ۲ درصد)، ۲۲ ساله ۴ تن (۲ درصد) (۲ باردار ۲ درصد، ۲ غیرباردار ۲ درصد)، ۲۳ ساله ۱۴ تن (۸ درصد) (۹ باردار ۹ درصد، ۵ غیرباردار ۶ درصد)، ۲۴ ساله ۱۸ تن (۱۰ درصد) (۱۱ باردار ۱۱ درصد، ۷ غیرباردار ۸ درصد)، ۲۵ ساله ۲۹ تن (۱۶ درصد) (۱۴ باردار ۱۵ درصد، ۱۵ غیرباردار ۱۷ درصد)، ۲۶ ساله ۱۲ تن (۶ درصد) (۶ باردار ۶ درصد، ۶ غیرباردار ۷ درصد)، ۲۷ ساله ۱۰ تن (۵ درصد) (۵ باردار ۵ درصد، ۵ غیرباردار ۶ درصد)، ۲۸ ساله ۱۶ تن (۹ درصد) (۸ باردار ۸ درصد، ۸ غیرباردار ۹ درصد)، ۲۹ ساله ۱۸ تن (۱۰ درصد) (۹ باردار ۹ درصد، ۹ غیرباردار ۱۰ درصد) و ۳۰ ساله ۳۲ تن (۱۷ درصد) (۱۶ باردار ۱۷ درصد، ۱۶ غیرباردار ۱۸ درصد) بود. در گروه نمونه فراوانی زنان با مدرک دکتری تخصصی ۳ تن (۲ درصد) (۲ باردار ۲ درصد، ۱ غیرباردار ۱ درصد)، مدرک کارشناسی ارشد ۱۴ تن (۸ درصد) (۷ باردار ۷ درصد، ۷ غیرباردار ۸ درصد)، مدرک کارشناسی ۶۴ تن (۳۵ درصد) (۳۴ باردار ۳۵ درصد، ۳۰ غیرباردار ۳۴ درصد)، مدرک کاردانی ۲۶ تن (۱۴ درصد) (۱۳ باردار ۱۴ درصد، ۱۳ غیرباردار ۱۷ درصد)، مدرک دیپلم ۵۸ تن (۳۱ درصد) (۳۰ باردار ۳۱ درصد، ۲۸ غیرباردار ۳۱ درصد) و مدرک زیر دیپلم ۲۰ تن (۱۱ درصد) (۱۰ باردار ۱۰ درصد، ۱۰ غیرباردار ۱۱ درصد) بود. در گروه نمونه فراوانی زنان شاغل ۸۲ تن (۴۴ درصد) (۴۳ باردار ۴۵ درصد، ۳۹ غیرباردار ۴۴ درصد) و زنان غیرشاغل ۱۰۳ تن (۵۶ درصد) (۵۳ باردار ۵۵ درصد، ۵۰ غیرباردار ۵۶ درصد) بود.

جدول ۱ وضعیت توصیفی گروه ها و اطلاعات مربوط به شاخص های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین، انحراف معیار و خطای استاندارد میانگین را که به تفکیک گروه مشخص شده است برای زیر مقیاس های شفقت خود و تنش ادراک شده نشان می دهد.

زینب بینش و فائزه عسکری

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار و خطای استاندارد میانگین زیر مقیاس های شفقت خود و تنش ادراک شده

زیر مقیاس ها	وضعیت بارداری	اندازه نمونه	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین
مهربانی به خود	باردار	۹۶	۱۶/۳۱	۳/۴۵۳	۰/۳۵۲
	غیر باردار	۸۹	۱۶/۳۷	۴/۱۳۲	۰/۴۳۸
قضاوت خود	باردار	۹۶	۱۳/۲۹	۳/۶۱۶	۰/۳۶۹
	غیر باردار	۸۹	۱۳	۳/۸۴۹	۰/۴۰۸
اشتراکات انسانی	باردار	۹۶	۱۴/۰۶	۲/۵۹۱	۰/۲۶۴
	غیر باردار	۸۹	۱۳/۷۴	۲/۸۰۲	۰/۲۹۷
انزوا	باردار	۹۶	۱۱/۶۳	۳/۴۸۰	۰/۳۵۵
	غیر باردار	۸۹	۱۱/۷۲	۳/۶۴۳	۰/۳۸۶
ذهن آگاهی	باردار	۹۶	۱۳/۷۷	۲/۴۲۱	۰/۲۴۷
	غیر باردار	۸۹	۱۳/۴۶	۲/۹۳۵	۰/۳۱۱
همانند سازی افراطی	باردار	۹۶	۹/۹۸	۲/۵۷۱	۰/۲۶۲
	غیر باردار	۸۹	۱۰/۷۳	۳/۶۱۷	۰/۳۸۳
ادراک منفی از تنیدگی	باردار	۹۶	۱۳/۶۷	۳/۸۱۳	۰/۳۸۹
	غیر باردار	۸۹	۱۴/۵۷	۳/۷۸۴	۰/۴۰۱
ادراک مثبت از تنیدگی	باردار	۹۶	۱۴/۹۱	۲/۵۲۶	۰/۲۵۸
	غیر باردار	۸۹	۱۴/۱۱	۲/۸۳۸	۰/۳۰۱

جدول ۲ وضعیت توصیفی گروه ها و اطلاعات مربوط به شاخص های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین، انحراف معیار و خطای استاندارد میانگین را که به تفکیک گروه مشخص شده است برای متغیر پذیرش و عمل نشان می دهد.

همانطور که در جدول ۱ قابل مشاهده است، هر چقدر که مقادیر میانگین متغیرهای با بار معنایی مثبت بالاتر باشند، نشان می دهد ارزیابی متغیر در وضعیت مطلوب و رضایت بخش تری هست و در مقابل، هر چقدر مقادیر میانگین متغیرهای با بار معنایی منفی بالاتر باشند، نشان می دهد ارزیابی متغیر در وضعیت نامطلوبی قرار داشته است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و خطای استاندارد میانگین پذیرش و عمل

متغیر	وضعیت بارداری	اندازه نمونه	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین
پذیرش و عمل	باردار	۹۶	۱۹/۳۳	۸/۰۱۷	۰/۸۱۸
	غیر باردار	۸۹	۲۰/۰۸	۸/۵۰۳	۰/۹۰۱

که در این مرحله نیز ۱۵ مشاهده به دلیل داشتن مقادیر پرت از تحلیل کنار گذاشته شدند تا ۱۸۵ مشاهده آماده و وارد تحلیل شوند. برای بررسی نرمالیتی داده های ۲ گروه از بررسی چولگی و کشیدگی استفاده شده است. چون خارج قسمت چولگی و کشیدگی بر انحراف استاندارد در دامنه منفی ۲ تا مثبت ۲ است نتیجه می گیریم که توزیع نمره در ۲ گروه غیر نرمال نیست یعنی این پیش فرض رعایت شده است. برای بررسی همگنی واریانس داده های ۲ گروه از آزمون Levene استفاده شده است فرضیه صفر این آزمون بیان می کند داده ها به لحاظ واریانس همگن

همانطور که در جدول ۲ قابل مشاهده است، هر چقدر که مقادیر میانگین متغیرهای با بار معنایی مثبت بالاتر باشند، نشان می دهد ارزیابی متغیر در وضعیت مطلوب و رضایت بخش تری هست و در مقابل، هر چقدر مقادیر میانگین متغیرهای با بار معنایی منفی بالاتر باشند، نشان می دهد ارزیابی متغیر در وضعیت نامطلوبی قرار داشته است. از میان ۲۰۰ مشاهده در پژوهش داده های همه افراد بررسی شد و داده ای که بیان گر داده از دست رفته و یا گمشده باشد یافت نشد. همچنین برای شناسایی داده های پرت تک متغیری از جدول فراوانی و باکس پلات استفاده شد

رد نمی‌شود. به این معنی که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین گروه‌های مختلف با هم برابرند. جدول ۳ نتایج آزمون‌های چند متغیره (۴ آزمون اثر پیلائی، لاندای ویلکز، اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی) شفقت خود، پذیرش و عمل و تنش درک شده را نشان می‌دهد.

هستند. با توجه به مقدار احتمال آزمون که برای ۳ متغیر و زیر مقیاس‌های آن از ۰/۰۵ بزرگتر بود این فرضیه تأیید و لذا این پیش فرض رعایت شده است. برابری و تجانس ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با Box M بررسی شد. چون مقدار (توزیع فیشر-سندکور: ۱/۰۲۱) در سطح خطای داده شده (۰/۴۳۲) معنادار نیست. بنابراین، فرض صفر

جدول ۳: نتایج آزمون‌های چند متغیره شفقت خود، پذیرش و عمل و تنش درک شده

منبع تغییر	ارزش	توزیع فیشر-سندکور	درجه آزادی	درجه خطای آزادی	مقدار احتمال
اثر پیلائی	۰/۰۸۵	۱/۶۲۳	۱۰/۰۰۰	۱۷۴/۰۰۰	۰/۰۴۹
لامبدای ویلکز	۰/۹۱۵	۱/۶۲۳	۱۰/۰۰۰	۱۷۴/۰۰۰	۰/۰۴۹
اثر هتلینگ	۰/۹۳۰	۱/۶۲۳	۱۰/۰۰۰	۱۷۴/۰۰۰	۰/۰۴۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۹۳۰	۱/۶۲۳	۱۰/۰۰۰	۱۷۴/۰۰۰	۰/۰۴۹

لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی قابل مشاهده است با توجه به سطح معناداری بین ۲ گروه از لحاظ نمره مورد پژوهش و متغیرهای مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴ مقایسه زیرمقیاس‌های شفقت خود و تنش ادراک شده در زنان باردار و غیرباردار با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را نشان می‌دهد.

برای معناداری و غیر معناداری هر آزمون می‌توان به مقدار احتمال دقت نمود که اگر کمتر از ۰/۰۵ باشد معنادار است. از میان ۴ آزمون چندمتغیره، آزمون لاندای ویلکز از معروفیت بیشتری نسبت به ۴ آزمون دیگر برخوردار است. اما آزمون اثر پیلائی در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌هاست. همان‌طور که در جدول ۳ مقادیر به دست آمده از آزمون‌های اثر پیلائی،

جدول ۴: مقایسه زیرمقیاس‌های شفقت خود و تنش ادراک شده در زنان باردار و غیرباردار با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری

منبع تغییر	زیرمقیاس‌ها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	توزیع فیشر-سندکور	مقدار احتمال
مهربانی به خود	۰/۱۵۷	۱	۰/۱۵۷	۰/۱۱	۰/۹۱۷	
قضاوت خود	۳/۹۲۹	۱	۳/۹۲۹	۰/۲۸۲	۰/۵۹۶	
اشتراکات انسانی	۴/۷۵۷	۱	۴/۷۵۷	۰/۶۵۵	۰/۴۱۹	
انزوا	۰/۴۰۹	۱	۰/۴۰۹	۰/۳۲۰	۰/۸۵۸	
ذهن آگاهی	۴/۴۴۳	۱	۴/۴۴۳	۰/۶۱۸	۰/۴۳۳	
هماندسازی افراطی	۲۶/۰۶۰	۱	۲۶/۰۶۰	۲/۶۸۰	۰/۱۰۳	
ادراک منفی از تنیدگی	۳۷/۹۴۰	۱	۳۷/۹۴۰	۲/۶۲۹	۰/۱۰۷	
ادراک مثبت از تنیدگی	۲۹/۱۰۸	۱	۲۹/۱۰۸	۴/۰۵۱	۰/۰۴۶	

تفاوت معنادار وجود دارد. جدول ۵ مقایسه پذیرش و عمل در زنان باردار و غیرباردار با استفاده از آزمون T را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است با توجه به مقدار احتمال در زیر مقیاس ادراک مثبت از تنیدگی ۰/۰۴۶ > مقدار احتمال (P-value) بین ۲ گروه مورد بررسی،

جدول ۵: مقایسه پذیرش و عمل در زنان باردار و غیرباردار با استفاده از آزمون T

منبع تغییر	متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	توزیع فیشر- سندکور	مقدار احتمال
وضعیت بارداری	نمره کل پذیرش و عمل	۲۵/۶۵۵	۱	۲۵/۶۵۵	۰/۳۷۷	۰/۵۴۰

همانطور که در جدول ۵ قابل مشاهده است با توجه به مقدار احتمال آزمون که از ۰/۰۵ بزرگتر است بین ۲ گروه مورد بررسی در مورد متغیر پذیرش و عمل تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه شفقت خود، پذیرش و عمل و تنش ادراک شده در زنان ۱۸ تا ۳۰ ساله باردار و غیرباردار شهر قم انجام شد.

نتایج نشان داد بین شفقت خود باردار و غیرباردار تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج مطالعه حاضر با یافته های پژوهش Papini و همکاران (۲۴) همسو است. نتایج پژوهش Papini و همکاران (۲۴) نشان داد زنان در دوران بارداری و پس از زایمان (غیربارداری) که دوره مراقبه ۳ هفته ای خود دلسوزی (self-compassion) را گذراندند، پس از طی این دوره ۳ هفته ای، به یک میزان ناراضیاتی از بدن و شرم نسبت به بدن از خود نشان دادند. قدردانی نسبت به بدن و خود دلسوزی زنان در دوران بارداری و پس از زایمان (غیربارداری) بیشتر از میزان ناراضیاتی و شرم شان بود. تفاوت معناداری بین شفقت خود خانمها در دوران بارداری و پس از زایمان (غیربارداری) گزارش نشد. در تبیین یافته فوق می توان چنین بیان داشت که شفقت خود به معنای گشودگی و همراه بودن با رنج های خود بدون اجتناب از آنها، تجربه حس مراقبت و مهربان بودن با خود، داشتن نگرشی غیر قضاوتی و همراه با درک نسبت به شکستها و بی کفایتی های خود و البته تشخیص اینکه تجربیاتی که هر فرد کسب می کند بخشی از تجربیات کل بشر است (۳۹). Neff ۳ مؤلفه ۱- مهربانی با خود و پرهیز از نقد خود، ۲- در نظر داشتن تجارب دشوار شخصی بعنوان اشتراکات انسانی و پرهیز از انزوا، ۳- هشیاری و ایجاد تعادل بین افکار و احساسات و پرهیز از همانندسازی های افراطی را برای شفقت خود معرفی کرده که هر مؤلفه ۲ بخش دارد و در برابر هر جنبه مثبت یک مؤلفه، جنبه منفی آن نیز قرار می گیرد، باوجود این همه آن ها با هم ارتباط درونی دارند (۲۶). به کمک این مؤلفه ها، افراد می توانند بدون نیاز به محافظت

از خودپنداره شان، عواطف مثبت نسبت به خودشان را تجربه کنند زیرا شفقت به خود بر اساس عملکرد و ارزیابی خود و یا دیگران با معیارها و استانداردهای ایده آل نیست (۴۰). از یافته های دیگر مطالعه حاضر این است که بین پذیرش و عمل زنان باردار و غیرباردار تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته های پژوهش Thomas و همکاران (۱۵) ناهمسو است. نتایج پژوهش Thomas و همکاران (۱۵) نشان داد زنان در دوران پس از زایمان (غیر بارداری) نسبت به دوران بارداری علائم افسردگی و انعطاف ناپذیری روانی بیشتر و پذیرش و عمل کمتر از خود بروز می دهند. در تبیین یافته فوق می توان چنین بیان داشت که پذیرش و عمل توانایی تغییر آمایه های شناختی به منظور سازگاری با محرک های در حال تغییر محیطی است که آن را بعنوان اصلی ترین کاربرد پذیرش و عمل بیان می دارند (۴۱). طبق نظریه Dennis & Vander Wal افراد دارای پذیرش و عمل بالا به خوبی می توانند توجهات جایگزینی مانند بازسازی مثبت چهارچوب فکری خود را مورد استفاده قرار داده و موقعیتها و شرایط چالش برانگیز و رویدادهایی که موجب ایجاد تنش شده بپذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف ناپذیر هستند و میزان پذیرش و عمل شان کمتر است از منظر روانشناختی تاب آوری بالاتری از خود نشان دهند (۴۲). مؤلفه پذیرش و عمل توانایی بدست آوردن نیرو پس از رویارویی و غلبه بر شرایط سخت و ناگوار را فراهم آورده و به معنای بازگشت به همان تعادل اولیه یا رسیدن به تعادلی در سطح بالاتر است که موجب سازگاری موفقیت آمیز در زندگیست (۴۳).

از یافته های دیگر مطالعه حاضر این است که بین تنش ادراک شده زنان باردار و غیرباردار تفاوت معناداری وجود دارد. ادراک مثبت از تنیدگی زنان باردار بیشتر از زنان غیرباردار بدست آمد. نتایج پژوهش حاضر با یافته های پژوهش های Herbell و همکاران (۱۱)، Romero-Gonzalez و همکاران (۴)، Anjum و همکاران (۱۲)، Abera و همکاران (۱۳)، Collins و همکاران (۶)، Klinkenberg و همکاران (۴۴)، Vesga-Lopez و همکاران (۴۵) ناهمسو و با پژوهش Boivin & Takefman (۴۶) و همسو بود. نتایج پژوهش

پژوهش می توان به این مورد اشاره نمود که با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش حاضر محدود به شهر قم بوده و فقط از نظر وضعیت بارداری، سن، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی هم‌تاسازی انجام شده، در تعمیم نتایج خصوصاً به شهرهای دیگر باید جانب احتیاط رعایت گردد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد زینب بینش با راهنمایی خانم دکتر فائزه عسکری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم می باشد که با کد پژوهشی ۱۵۴۳۲۹۳۰۰۶۱۹۷۸۱۰۸۶۰۱۶۱۶۲۶۹۹۶۰۶ در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم در تاریخ ۱۴۰۱/۱۲/۰۱ به تصویب رسیده و در سایت پژوهشیار ثبت گردیده است. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی مورد بررسی قرار گرفت و با شناسه IR.IAU.QOM.REC.1402.049 در تاریخ ۱۴۰۲/۲/۱۲ به ثبت رسید. پژوهشگران بر خود وظیفه می دانند که از همکاری خانم دکتر طاهره قاسمی (متخصص زنان و زایمان) و تمامی بانوان بزرگواری که ایشان را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافع را گزارش نکردند.

References

1. Noorbala F, Borjali A, Noorbala AA. [The interactive effect of "Self-Compassion" and rumination of depressed patients in "Compassion-Based Therapy"]. *Medical Science*. 2013; 20(104): 77-84. <https://sid.ir/paper/30697/fa>. 77-84:(104)20
2. McGinn T, Bhabha J, Kollodge R. *State of World Population 2015: Shelter from the Storm a Transformative Agenda for Women and Girls in a Crisis-prone World*. United Nations Population Fund; 2015. <https://www.gage.odi.org>
3. Shakur M, Yamani N, Ehsanpour S, Alizadeh S. [Qualitative needs assessment in the field of reproductive health during adolescence]. *Armaghane Danesh*, 2015; 21(8): 816-829. <https://sid.ir/paper/77550/fa>. 816-829: (115)
4. Romero-Gonzalez B, Caparros-Gonzalez

Herbell و همکاران (۱۱) نشان داد که زنان باردار نسبت به زنان غیرباردار بیشتر مستعد پیامدهای نامطلوب سلامت روان از جمله: علائم افسردگی، تنش ادراک شده و تغییرات ضربان قلب هستند. نتایج پژوهش Boivin & Takefman (۴۶) نشان داد گروه زنان غیر باردار تنش بیشتری را در طول مراحل خاص لقاح آزمایشگاهی (IVF) گزارش کردند و آسیب پذیری روانی بیشتری از خود نشان دادند و نسبت به گروه باردار پاسخ بیولوژیکی ضعیف تری به درمان داشتند. در تبیین یافته فوق می توان چنین بیان داشت که طبق نظریه Cohen و همکاران تنش ادراک شده هنگامی بروز می کند که نیازهای محیطی اعم از نیازهای درونی، نیازهای بیرونی، نیازهای حقیقی و یا نیازهای تخیلی فرد را تحت فشار قرار دهند و یا بیشتر از ظرفیت ما باشند که این امر باعث تغییرات روانی و بیولوژیکی شده و فرد را در معرض خطر بیماری قرار می دهد (۳۵).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین شفقت خود و پذیرش و عمل زنان باردار و غیرباردار تفاوت معنادار وجود نداشت، اما تنش ادراک شده در زنان باردار و غیرباردار تفاوت معناداری داشت. ادراک مثبت از تنیدگی در زنان باردار بیشتر از زنان غیرباردار بود. لذا به درمانگران و مشاوران پیشنهاد می شود دوره های آموزشی جهت افزایش ادراک مثبت از تنیدگی برای زنان غیرباردار اجرا نمایند. از جمله محدودیت های

- RA, Gonzalez-Perez R, Garcia-Leon MA, Arco-Garcia L, Peralta-Ramirez MI. «I am pregnant. Am I different?»: Psychopathology, psychological stress and hair cortisol levels among pregnant and non-pregnant women. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 1(131): 235-243. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.023>
5. Abedi M, Sabouri E, Rabieipour S, Rasouli J. [Investigating the relationship between prenatal stress and pregnancy outcomes: A longitudinal study]. *Journal of Nursing and Midwifery*. 2017; 14(12): 969-981. <https://sid.ir/paper/191127/fa>. 969-981: 14(12)
 6. Collins SM, Mbullo Owuor P, Miller JD, Boateng GO, Wekesa P, Onono M, Young SL. «I know how stressful it is to lack water!»: Exploring the lived experiences of household water insecurity among pregnant

- and postpartum women in western Kenya. *Global Public Health*. 2019; 14(5): 649-662. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1521861>
7. Lavecchia M, Chari R, Campbell S, Ross S. Ondansetron in pregnancy and the risk of congenital malformations: A systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*. 2018; 40(7): 908-910. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.10.024>
 8. Pais M, Pai MV. Stress among pregnant women: A systematic review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2018; 12(5): 1-4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/30774.11561>
 9. Nosrat Abadi M, Farhadi Afshar A. [Perceived social support and coping strategies with perceived stress in students]. *Proceedings of the 6th Congress of the Iranian Psychological Association. Contemporary Psychology. Special Issue*. 2017; 12(suppl.): 1787-1791. [https://sid.ir/paper/897059/fa.1787-1791.12\(suppl.\)](https://sid.ir/paper/897059/fa.1787-1791.12(suppl.))
 10. Crum AJ, Akinola M, Martin A, Fath S. The role of stress mindset in shaping cognitive, emotional, and physiological responses to challenging and threatening stress. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2017; 30(4): 379-395. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1275585>
 11. Herbell K, Zauszniewski JA, Williams E. Stress and depressive symptoms among demographically diverse American pregnant women. *Issues in Mental Health Nursing*. 2020; 41(1): 73-82. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1662145>
 12. Anjum S, Mohiuddin SA, Kenche B. A comparative cross-sectional study among pregnant and nonpregnant women on stress related to COVID-19 in Hyderabad, Telangana. *MRIMS Journal of Health Sciences*. 2023; 11(1): 8-23.
 13. Abera M, Hanlon C, Fedlu H, Fewtrell M, Tesfaye M, Wells JC. Stress and resilience during pregnancy: A comparative study between pregnant and non-pregnant women in Ethiopia. *PLOS Global Public Health*. 2023; 3(5): e0001416. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001416>
 14. Rodríguez-Arias M, Montagud-Romero S, Guardia Carrión AM, Ferrer-Perez C, Pérez-Villalba A, Marco E, López Gallardo M, Viveros MP, Miñarro J. Social stress during adolescence activates long-term microglia inflammation insult in reward processing nuclei. *PLoS One*. 2018; 13(10): e0206421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206421>
 15. Thomas EB, Miller ML, Grekin R, O'Hara MW. Examining psychological inflexibility as a mediator of postpartum depressive symptoms: A longitudinal observational study of perinatal depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023; 27, 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.11.005>
 16. Burke K, Moore S. Development of the Parental Psychological Flexibility Questionnaire. *Child Psychiatry & Human Development*. 2015; 46(4): 548-557. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0495-x>
 17. Martin CL, Pakenham KI. The role of psychological flexibility in palliative care. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022; 24, 160-170. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.004>
 18. Chin Ave M, Niromand M. [Comparison of psychological flexibility, coping strategies and adaptation of infertile women and fertile women]. Master's thesis. *Clinical Psychology*. Abade Tashak: Faculty of Basic Sciences, Islamic Azad University, Arsanjan Branch. 2019. <https://ganj.irandoc.ac.ir>
 19. Camillo GD, Antonello CS, Tomazzoni GC. Self-compassion and spirituality practices: Students dealing with the Covid-19 Context. *Administração: Ensino e Pesquisa*. 2022; 23(2): 329-54. <https://doi.org/10.13058/raep.2022.v23n2.2034>
 20. Baltzell A, Summers J, Baltzell A, Summers J. The Power of Self-Compassion: (MMTS 2.0, Module 4). The Power of Mindfulness: Mindfulness Meditation Training in Sport (MMTS). 2017; 2(4): 87-98. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70410-4_10
 21. Goldstein E. *Uncovering happiness: Overcoming depression with mindfulness and self-compassion*. Simon and Schuster. 2015. <https://www.psychalive.org/pdf>
 22. Campos D, Cebolla A, Quero S, Bretón-López J, Botella C, Soler J, García-Campayo J, Demarzo M, Baños RM. Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation-happiness relationship. *Personality and Individual Differences*. 2016; 93, 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.040>
 23. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy:

- An early systematic review. *Psychological Medicine*. 2015; 45(5): 927-945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
24. Papini NM, Mason TB, Herrmann SD, Lopez NV. Self-compassion and body image in pregnancy and postpartum: a randomized pilot trial of a brief self-compassion meditation intervention. *Body Image*. 2022; 43, 264-274. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.09.010>
 25. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*power software. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. 2021; 18(1):17-29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325496/> <https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17>
 26. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2(3): 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
 27. Bento E, Xavier S, Azevedo J, Marques M, Freitas V, Soares MJ, Martins MJ, Xavier A, Castilho P, Morais S, Macedo A. Validation of the self-compassion scale in a community sample of Portuguese pregnant women. *European Psychiatry*. 2016; 33(S1): s238-s238. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.598>
 28. Azizi A, Mohammad Khani P, Lotfi S, Bahram Khani M. [The validity and reliability of the Iranian version of the Self-Compassion Scale]. *Practice in Clinical Psychology*. 2013; 1(3): 149-155. https://jpcp.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=83
 29. Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh M. [Psychometric properties of the Self-Compassion Scale (SCS). *Journal of Psychological Models and Methods*]. 2013; 4(13): 47-59 <https://sid.ir/paper/227562/fa>. 47-59:(13)4
 30. Imani M. [Factor Structure of psychological flexicurity questionnaire in students]. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2016; 8(1): 162-181. <https://jsli.shirazu.ac.ir/article>
 31. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 2011; 42(4): 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
 32. Ruiz FJ, Herrera ÁI, Luciano C, Cangas AJ, Beltrán I. Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*. 2013; 25(1): 123-129. <https://doi.org/10.1037/t65412-000>
 33. Pennato T, Berrocal C, Bernini O, Rivas T. Italian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): Dimensionality, reliability, convergent and criterion validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2013; 35, 552-563. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9355-4>
 34. Feshangchi P, Ranjbar Noushari F. [The correlation of psychological Flexibility, Type D personality and perceived social support with job tension in nurses]. *International Journal of Palliative Nursing* 2020; 8(1): 39-48. <http://ijpn.ir/article-1-1375-fa.html>
 35. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24(4): 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
 36. Andreou E, Alexopoulos EC, Lionis C, Varvogli L, Gnardellis C, Chrousos GP, Darviri C. Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011; 8(8): 3287-3298. <https://doi.org/10.3390/ijerph8083287>
 37. Maroufi Zadeh S, Zareiyan A, Sigari N. [Psychometric properties of the 14, 10 and 4-item "Perceived Stress Scale" among asthmatic patients in Iran]. *Payesh (Health Monitor)*. 2014; 13(4): 457-465. <http://payeshjournal.ir/article-1-292-en.html>
 38. Behroozi N, Shahani Yeylagh M, Pour Seyed SM. [Relationship between perfectionism, perceived stress and social support with academic burnout]. *Strategy for Culture*. 2013; 5(20): 83-102. http://www.jsfc.ir/article_43841_en.html
 39. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*. 2011; 5(1): 1-2. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
 40. Loggia ML, Mogil JS, Bushnell MC. Empathy hurts: compassion for another increases both sensory and affective components of pain perception. *PAIN®*. 2008; 136(1-2): 168-176. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.07.017>
 41. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial

- resilience training: A pilot study of the READY program. *Psychology, Health & Medicine*. 2010; 15(3): 266-277. <https://doi.org/10.1080/13548501003758710>
42. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*. 2010; 34, 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
43. McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*. 2009; 29(4): 371-379. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.011>
44. Klinkenberg AV, Nater UM, Nierop AD, Bratsikas A, Zimmermann R, Ehlert U. Heart rate variability changes in pregnant and non-pregnant women during standardized psychosocial stress. *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2009; 88(1): 77-82. <https://doi.org/10.1080/00016340802566762>
45. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*. 2008; 65(7): 805-815. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>
46. Boivin J, Takefman JE. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertility and Sterility*. 1995; 64(4): 802-810. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)57858-3](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)57858-3)