



To Compare of the Effectiveness of training based on “Acceptance and Commitment Therapy” and “Compassion Focused Therapy” on Self-efficacy, Quality of Relations and Meaning in Life in Infertile Women

Mojgan Ebrahimifar¹, Simin Hosseinian^{2,*}, Mohammad Reza Saffariyan Tosi³,
Mohammad Reza Abedi⁴

¹ PhD Student of Counseling, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

² Professor of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

⁴ Professor of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Simin Hosseinian, Professor of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. E-mail: Hosseinian@Alzahra.ac.ir

Received: 20 Jan 2019

Accepted: 11 Jul 2019

Abstract

Introduction: Infertility and the therapeutic course of therapies have devastating effects on the mental and physical health of some infertile people, especially women. Supportive-psychological interventions will promote the health of infertile women. The purpose of this study was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) therapy on self-efficacy, quality of relationships and meaning of life in infertile women.

Methods: This study was a semi-experimental design with pretest-posttest design with control group. The statistical population consisted of infertile women referred to the Mehr private infertility treatment clinic in summer of 2017 in Rasht. A total of 45 people were selected through purposive sampling method and then randomly assigned to three groups. Data were collected from the “Infertility Self-Efficacy Scale”, “Quality of Relationship Inventory” and the “Meaning in Life Questionnaire”. The validity of the instruments was reviewed and approved in previous studies. In the present study, reliability of the instruments was confirmed by Cronbach's alpha. One of the experimental groups received training on the basis of “Acceptance and Commitment Therapy” during the eight sessions, and the other group received training based on “Compassion Focused Therapy” for eight sessions. The control group did not receive any training. Data analysis was performed using SPSS.21.

Results: Two effective treatments are self-efficacy, improving the quality of relationships, and promoting the meaning of life in infertile women. Therefore, education based on both therapeutic methods as an effective intervention method is recommended for empowerment and promotion of infertile women's health. There was a significant difference between the mean of self-efficacy, the quality of relationships and its sub-scales, and the meaning of life and its dimensions in the experimental and control groups in the post-test ($P \leq 0.01$). However, there was no significant difference between the two experimental groups.

Conclusions: Two effective treatments are self-efficacy, improving the quality of relationships, and promoting the meaning of life in infertile women. Therefore, education based on both therapeutic methods as an effective intervention method is recommended for empowerment and promotion of infertile women's health.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, Self-Efficacy, Quality of Relations, Meaning in Life



مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» بر خودکارآمدی، کیفیت روابط و معنای زندگی در زنان نابارور

مژگان ابراهیمی فر^۱، سیمین حسینیان^{۲*}، محمدرضا صفاریان طوسی^۳، محمدرضا عابدی^۴

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

^۲ استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

^۴ استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: سیمین حسینیان، استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. ایمیل:

Hosseinian@Alzahra.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: ناباروری و سیر درمان طبی آن تأثیرات مخربی بر سلامت روانی و جسمانی برخی از افراد نابارور، به ویژه زنان بر جای می‌گذارد. مداخلات حمایتی - روانشناختی منجر به ارتقای سلامت زنان نابارور می‌گردد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش درمان پذیرش و تعهد (ACT: Acceptance and Commitment Therapy) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT: Compassion-Focused Therapy) بر خودکارآمدی، کیفیت روابط و معنای زندگی در زنان نابارور بود.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز خصوصی درمان ناباروری مهر شهر رشت در تابستان سال ۱۳۹۶ بود. تعداد ۴۵ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و سپس با جایگزینی تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از "مقیاس خودکارآمدی ناباروری" (Infertility Self-Efficacy Scale)، "سیاهه کیفیت روابط" (Quality of Relationship Inventory) و "پرسشنامه معنای زندگی" (Meaning in Life Questionnaire) استفاده شد. روایی ابزارها در مطالعات قبلی بررسی و تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزارها به روش آلفای کرونباخ تأیید شد. یکی از گروه‌های آزمایشی طی هشت جلسه، تحت آموزش بر اساس درمان پذیرش و تعهد و گروه دیگر به مدت هشت جلسه تحت آموزش بر اساس درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند. گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از اس پی اس نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته‌ها: بین میانگین‌های خودکارآمدی، کیفیت روابط و زیر مقیاس‌های آن و معنای زندگی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری ($P \leq 0/01$) وجود داشت. اما بین دو گروه آزمایشی تفاوت معنی داری وجود نداشت. **نتیجه گیری:** دو روش درمانی مؤثر در ارتقای خودکارآمدی، بهبود کیفیت روابط و ارتقای معنای زندگی در زنان نابارور محسوب می‌شوند. لذا آموزش بر اساس هر دو روش درمانی به عنوان روش مداخله‌ای مؤثر جهت توانمندسازی و ارتقای سلامت زنان نابارور پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، خودکارآمدی، کیفیت روابط، معنای زندگی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

کلی ناباروری در ایران بر اساس پژوهش دیرکوند مقدم و همکاران [۴]، ۱۳/۲ درصد گزارش شده که این میزان به متوسط آمار جهانی نزدیک است. اگر چه ناباروری مسئله بسیار حساس و دشواری برای زوجها به خصوص آن‌هایی که مدت زمان زیادی از ازدواجشان

ناباروری در سراسر دنیا به عنوان یک تجربه بحرانی و تهدید کننده ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی تلقی می‌گردد [۱]. شیوع ناباروری ۹ تا ۱۸ درصد جمعیت عمومی در دنیا گزارش شده است [۲] و بسیاری از این افراد تحت تنش شدید قرار دارند [۳]. شیوع

از دیگر روان درمانی‌های جدیدتر، درمان متمرکز بر شفقت یا (CFT: Compassion Focused Therapy) که فرم جامع رفتار درمانی تجربی است و بر اساس روانشناسی رشد، علوم اعصاب، فلسفه عملی بودایی و نظریه تکاملی توسعه یافته است [۱۹]. در درمان متمرکز بر شفقت، تمرکز، بر مدل تنظیم عواطف یا هیجانات است. مداخلات نیز در راستای ایجاد الگوهای خاص تنظیم هیجان، وضعیت‌های ذهنی و تجارب شخصی که زیربنای فرآیند تغییر هستند، به کار برده می‌شوند [۲۰].

درمان متمرکز بر شفقت، به عنوان یک روش چند بعدی از انواع مهارت‌های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین تصویرسازی و مداخلات رفتاری استفاده می‌کند [۲۱]. این روش، مراجعان را به درک و احساس شفقت نسبت به خود، در طول فرآیندهای تفکر منفی به وسیله تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند [۲۲]. مراجعان می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند [۲۱]. بر اساس پژوهش Irons & Lad [۲۱] به دنبال تجارب دردناک و ارزیابی که زوجین از خودشان دارند، هیجان‌هایی مانند شرم و گناه که خودآگاه هستند و به وسیله تأمل در خود و خودارزیابی برانگیخته می‌شوند، بوجود می‌آیند. شرم احساس دردناکی است که با بسیاری از مشکلات روانی از جمله پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، اختلالات جسمی، اختلال وسواس، حساسیت بین فردی، عزت نفس پایین و خودانتقادی ارتباط دارد [۲۳]. پژوهش‌های Haica [۱۴] و همچنین Cunha و همکاران [۲۴] نشان داد که زوج‌های نابارور، اجتناب تجربی و خودقضاوتی بیشتری را تجربه می‌کنند. این محققان پیشنهاد می‌دهند که فرآیندهای تنظیم هیجانی می‌تواند هدف مهمی در مداخلات روانشناختی برای افراد ناباروری که در طلب درمان‌های پزشکی هستند، باشد. Gilbert & Procter [۲۵]، نیز دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری خودانتقادی، شرم، حس حقارت، افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت، در جوامع علمی و شرایط فرهنگی مختلف بر اساس مجموعه‌های متفاوتی از فرضیات گسترش یافته‌اند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخاسته از تحلیل رفتار، دانش رفتاری زمینه‌گرا و فلسفه زمینه‌گرایی کارکردی می‌باشد. در حالی که درمان متمرکز بر شفقت بیش از همه تحت تأثیر دانش عصب شناختی عاطفی و مطالعات روان شناختی رشد به وجود آمده است [۲۶].

اگرچه هر دو درمان با سلامت جسم و روان مرتبط می‌باشند و پژوهش‌ها نتایج مثبتی از اثربخشی آن‌ها را مورد تأیید قرار داده‌اند، اما هر دو حوزه دارای ظرفیت بالقوه بالایی برای ادامه پژوهش‌های مربوط به خود هستند. بنابراین، با توجه به نقش مهم سازه‌های روانشناختی مطرح شده در سلامت روان زنان نابارور و اهمیت سلامت روانی و تأثیر احتمالی آن بر نتیجه درمان طبی ناباروری و با توجه به کمبود برنامه‌های روان-آموزشی ویژه ناباروری در مراکز درمانی، لزوم و ضرورت مداخلات روانشناختی بر اساس درمان‌های جدید بخصوص مداخلات مبتنی بر تجربه در این حوزه احساس می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و

گذشته، می‌باشد [۵]. اما زنان در مواجهه با بحران ناباروری، پریشانی بیشتری نسبت به همسران خود نشان می‌دهند. Patel و همکاران [۶] در پژوهش خود شیوع تنش در میان زنان نابارور را ۸۰ درصد گزارش کردند. همچنین در مطالعه Pasch & Sullivan [۷] مشخص شد که زنان نابارور با علت ناشناخته ناباروری، هنگامی که مشکلات را ورای کنترل خود ادراک می‌کنند، سطوح بالاتر استرس و سطوح پایین‌تر سلامت را تجربه می‌کنند. پژوهشگران بر این باورند که ناباروری به عنوان منبع فشار روانی، سلامت را به خطر می‌اندازد؛ اما میزان تأثیر آن تا اندازه‌ای به ارزیابی‌های شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای فرد بستگی دارد [۸]. خودکارآمدی ناباروری یا ادراک زنان نابارور از توانایی‌های خود در به کارگیری مهارت‌های روان‌شناختی، جهت کنترل هیجان‌های مرتبط با تشخیص و درمان طبی ناباروری، در طول درمان می‌تواند تغییر یابد [۹]. بر اساس پژوهش Cousineau و همکاران [۹] ارتقای خودکارآمدی ناباروری باعث افزایش رفتارهای بهداشتی، بهبود وضعیت سلامت و به دنبال آن ممکن است حتی به افزایش احتمال بارداری بیانجامد. در واقع همبستگی مثبت معناداری بین خودکارآمدی و سلامت و همبستگی منفی معناداری بین خودکارآمدی و پریشانی ناشی از ناباروری وجود دارد [۱۰]. از طرفی، دوره‌های طولانی مدت تنش ناباروری می‌تواند به روابط بین فردی زوجین آسیب برساند. وقتی که زوجی تنش ناباروری را تجربه می‌کنند، زندگی آن‌ها تحت سلطه اجتناب از افکار منفی مرتبط با ناباروری قرار می‌گیرد، راهکار اجتناب، مقدار زیادی از وقت و انرژی زوج نابارور را می‌گیرد و نهایتاً منجر به احساس درماندگی و عدم کنترل بر زندگی می‌شود [۱۱].

همچنین مواجه شدن با انواع آسیب‌های مخرب در زندگی، با پایین بودن سطح معنای زندگی همراه است. اما افراد مواجه شده با آسیب، به وسیله یادگیری مهارت‌های جدید و رفتارهای سازگارانه می‌توانند به طور موثری با پیشامدهای زندگی روبرو شده و معنای تازه‌ای به زندگی خود بدهند [۱۲، ۱۳]. بنابراین، پژوهشگران، ارزیابی روانشناختی اجباری زوجین به خصوص زنان را در شروع درمان ناباروری و هم چنین مداخله به صورت حمایت‌های روانشناختی و مشاوره‌ای را در آغاز، در طول درمان و انتهای آن توصیه می‌کنند [۱۴، ۱۵]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا (ACT: Acceptance and Commitment Therapy) از جمله درمان‌های جدید و مؤثر موج سوم، رفتار درمانی است. در درمان‌های نسل سوم به جای تغییر شناخت، سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. همچنین هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا است؛ در حالی که فرد، رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد [۱۶]. در مطالعه Masuda و همکاران [۱۷]، تأثیر روش‌های گسلش شناختی بر افکار خودانتسابی منفی، که یک نمونه از این افکار مربوط به خودکارآمدی است، بررسی گردید و نتایج، کاهش چشمگیری را در میزان این افکار نشان داد. هم چنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این درمان باعث بهبود روابط زوجین نابارور دارای مشکل و افزایش رضایت آن‌ها از زندگی می‌گردد [۱۸]. براساس پژوهش Peterson & Effert، درمان پذیرش و تعهد برای کاهش تنش ناباروری، پریشانی و افسردگی ناشی از ناباروری مناسب است [۱۱].

تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر ارتقای خودکارآمدی، بهبود کیفیت روابط و ارتقای معنای زندگی در زنان نابارور انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز خصوصی ناباروری مهر شهر رشت در تابستان سال ۱۳۹۶ بودند. از بین ۵۶ داوطلب، تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تشخیص بالینی ناباروری، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات متوسطه، مدت ناباروری بین ۲ تا ۱۰ سال و عدم ابتلا به اختلالات روانی با توجه به نداشتن سابقه درمان‌های روانپزشکی بود. ابتدا مصاحبه‌ای با افراد داوطلب به منظور بررسی شرایط ورود انجام شد. سپس افراد انتخاب شده با روش تخصیص تصادفی و به روش قرعه کشی در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. با توجه به اینکه در مطالعات مداخله‌ای روانشناختی تعداد نمونه برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ تا ۲۰ نفر توصیه می‌شود، تعداد نمونه در این پژوهش برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر تعیین گردید. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت دو جلسه یا بیشتر و بارداری بود. در هر سه گروه، بلافاصله بعد از تشکیل گروه‌ها پیش‌آزمون با استفاده از ابزارهای پژوهش انجام شد.

در این پژوهش برای سنجش خودکارآمدی ناباروری از "مقیاس خودکارآمدی ناباروری" Infertility Self- Efficacy Scale استفاده شد. این پرسشنامه توسط Cousineau و همکاران [۹] طراحی شد. ۱۶ گویه دارد و بر روی ۲۱۳ آزمودنی شامل ۱۵۹ زن و ۵۴ مرد با تشخیص ناباروری (دو سال یا بیشتر) در مراکز ناباروری در امریکا انجام شد. پایایی درونی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ محاسبه شد که نشان دهنده همسانی درونی و پایایی بالای این ابزار است. روایی همگرا و واگرا در همبستگی با ابزارهای دیگر سنجش روان شامل "پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای" (Coping Styles Questionnaire)، "پرسشنامه تنش ناباروری" (Fertility Problem Inventory) و "سیاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory) بررسی شد. ضرایب همبستگی $r = ۰/۲۱$ تا $r = -۰/۷۳$ گزارش شد که نشان دهنده روایی مطلوب ابزار می‌باشد. Galhardo و همکاران [۲۷]، در پژوهش خود بر روی ۲۸۷ آزمودنی شامل ۱۵۶ زن و ۱۳۱ مرد با تشخیص ناباروری از مراکز ناباروری خصوصی و دولتی کشور پرتغال، پایایی نسخه پرتغالی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ محاسبه نمودند که نشانه همسانی درونی بالای آن بود. در این مطالعه بررسی روایی با ابزارهای دیگر همبستگی بین $r = ۰/۴۳$ تا $r = -۰/۵۸$ گزارش شد که نشان دهنده روایی مناسب ابزار است.

در ایران، ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت [۲۸]. ابتدا برای انجام پژوهش، نسخه اصلی انگلیسی "مقیاس خودکارآمدی ناباروری" (Infertility Self- Efficacy Scale)، توسط دو مترجم مستقل به صورت همزمان به فارسی ترجمه شد. سپس مجدداً توسط مترجم دیگر به انگلیسی برگردانده شد تا از نظر کیفی با نسخه اصلی تطابق داده شود. جهت تعیین روایی محتوا، نسخه فارسی در اختیار سه نفر از روانشناسان قرار داده شد و از آنان

خواسته شد تا سؤالات را از نظر مربوط بودن، روشن و واضح بودن و سادگی و ضرورت گویه‌ها بررسی نمایند و نظرات آنان در ترجمه اعمال گردید. در نهایت با نظر متخصصان روانشناسی و مترجمان، تطابق فرهنگی و زبانی با آزمودنی‌های ایرانی در نسخه نهایی اعمال گردید. همچنین مقیاس سنجش لیکرت ۹ درجه‌ای نسخه اصلی به دلیل انطباق فرهنگی بیشتر به صورت ۵ درجه‌ای در مقیاس لیکرت از اصلاً مطمئن نیستم (۱ نمره) تا کاملاً مطمئنم (۵ نمره) با دامنه نمره بین ۱۶ تا ۸۰ در نظر گرفته شد. سپس بررسی ویژگی‌های روانسنجی و تحلیل عامل اکتشافی این مقیاس بر روی ۲۰۳ زن مراجعه کننده به موسسه تخصصی ناباروری مهر شهر رشت در تابستان سال ۹۶ (تیر تا شهریور) انجام شد. این افراد با تشخیص ناباروری و مدت ناباروری دو سال یا بیشتر، به این مرکز مراجعه کرده بودند. پایایی مقیاس بر حسب ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. این میزان نشان از همسانی درونی و پایایی بالای مقیاس دارد. برای بررسی روایی مقیاس، همبستگی آن با ابزارهای دیگر روان شامل "پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای" (Coping Styles Questionnaire)، "پرسشنامه تنش ناباروری" (Fertility Problem Inventory) و "سیاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory) به دست آمد که برابر با $r = -۰/۸۹$ و نشان دهنده روایی مطلوب و مناسب ابزار بود. جهت بررسی روایی سازه مقیاس از تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد که نتایج، وجود یک عامل به نام تنظیم شناختی عاطفی همانند نسخه اصلی مقیاس را تأیید کرد [۲۸]. در نمونه پژوهش حاضر به دلیل تأیید روایی مقیاس در پژوهش ذکر شده، فقط پایایی به روش آلفای کرونباخ $\alpha = ۰/۹۲$ مجدداً به دست آمد.

برای سنجش کیفیت روابط در زنان نابارور از "سیاهه کیفیت روابط" (Quality of Relationship Inventory) که توسط Pierce و همکاران [۲۷] برای ارزیابی کیفیت رابطه با افراد مهم زندگی تهیه شده، استفاده شد. دارای ۲۹ عبارت بوده ولی در ویرایش، پس از حذف ۴ عبارت، ۲۵ ماده آن باقی ماند. شیوه نمره گذاری در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای به صورت هیچ= ۱، کم= ۲، متوسط= ۳ و زیاد= ۴ و دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۱۰۰ می‌باشد. دارای سه مؤلفه است که سؤالات مربوط به زیر مقیاس حمایت اجتماعی (۱ تا ۷)، سؤالات مربوط به زیرمقیاس تعارض بین فردی (۸ تا ۱۶) که به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند) و سؤالات مربوط به زیرمقیاس عمق روابط (۲۰ تا ۲۵) می‌باشد. برای تفسیر نمرات همه سؤال‌ها جمع می‌شود. نمره بین ۲۵ تا ۵۰ کیفیت روابط پایین، نمره بین ۵۰ تا ۶۲، کیفیت روابط متوسط و نمره بالاتر از ۶۲ کیفیت روابط بالا است. پایایی آن به روش بازآزمایی روی ۹۴ دانشجوی پسر و ۱۱۶ دانشجوی دختر در آمریکا با فاصله دو هفته بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ گزارش شد [۲۹]. روایی محتوا توسط چندین متخصص روان شناس مورد تأیید قرار گرفت. در ایران، پژوهش حسینی قدمگاهی و همکاران [۳۰]. بر روی ۷۵ مرد شامل ۵۰ نفر با بیماری عروق کرونر (حاد و مزمن) و بستری در بخش قلب بیمارستان امام رضای مشهد و ۲۵ نفر از افراد سالم که به صورت گروهی با افراد بیمار همسازی شدند، انجام شد که پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی، عمق روابط و تعارض بین فردی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۵۰ و ۰/۸۶ و مطلوب گزارش شد [۳۰]. روایی محتوا توسط متخصصان روانشناس مورد تأیید

قرار گرفت. پایایی این ابزار در پژوهش حاضر با نمونه مورد مطالعه به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ بود.

برای سنجش معنا در زندگی نیز از "پرسشنامه معنای زندگی" (Meaning in Life Questionnaire) که توسط Steger و همکاران [۳۱]، جهت ارزیابی وجود معنا و تلاش برای یافتن آن یا جستجوی معنا ارائه شده، استفاده شد. پرسشنامه شامل ۱۰ عبارت می‌باشد. به صورت هفت درجه‌ای در مقیاس لیکرت از کاملاً نادرست (۱ نمره) تا کاملاً درست (۷ نمره) دو خرده مقیاس وجود معنا و جستجوی معنا را اندازه‌گیری می‌کند. سؤال نهم به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۷۰ است. سوال‌های ۲، ۳، ۷، ۸ و ۱۰ مربوط به بعد جستجوی معنا و سوال‌های ۱، ۴، ۵، ۶ و ۹ مربوط به بعد وجود معنا هستند. جمع نمرات عبارت‌های مربوط به هر کدام از زیر مقیاس‌ها نشان دهنده نمره زیرمقیاس مربوطه و مجموع دو نمره نشان دهنده نمره کلی معنای زندگی می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده میزان بالاتر وجود یا جستجوی معنا می‌باشد. Steger و همکاران [۳۱] این پژوهش را در آمریکا بر ۱۵۱ دانشجوی روانشناسی که ۶۴ درصد آنان دختر بودند، انجام دادند. پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های وجود معنا (۰/۸۶) و جستجوی معنا (۰/۸۷) گزارش کردند که نشان دهنده اعتبار مطلوب آن می‌باشد. همچنین روایی تشخیصی با روش تحلیل تابع تشخیص ۰/۸۹ بوده است. در ایران، بر روی ۲۹۶ نفر از دانشجویان رشته‌های مختلف دانشگاه تربیت معلم آذربایجان از بین یک جامعه ۶۰۲۸ نفری و به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انجام شد. روایی سازه از نوع تحلیل عامل تاییدی انجام شد که نتایج آن به یک مدل دو عاملی مرتبط به هم با شاخص‌های قابل قبول برازش منجر شد. بنابراین این پرسشنامه از روایی سازه قابل قبول در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی برخوردار بود [۳۲]. پایایی این ابزار در نمونه پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ بود.

جلسات آموزشی در مرکز مشاوره دانشگاه فنی دختران رشت برگزار گردید. گروه درمان بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه، هر هفته یک بار، به مدت ۹۰ دقیقه بر اساس پروتکل درمانی Eifert, & Forsyth [۳۳] و Hayes [۳۴] توسط نویسنده اول مقاله که آموزش‌های لازم در این زمینه را دیده و تحت نظارت تیم پژوهش برگزار گردید. هر کدام از شش فرآیند اصلی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (شامل پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، تماس با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، با تمرینات، تکلیف خانگی و استعاره‌های مخصوص به خود در جلسات درمان پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل فوق به کار برده شد. جلسات آموزشی گروه درمانی متمرکز بر شفقت به صورت هفتگی طی ۸ جلسه و هر جلسه به مدت دو ساعت، برگرفته از پژوهش‌های Neff [۳۵] و Gilbert [۲۰] برگزار گردید. پرورش شفقت در چهار حوزه اصلی تمرین‌ها قرار می‌گیرد: به وجود آوردن خود مشفق‌درونی، جریان شفقت از خود به بیرون، جریان شفقت از دیگران به سمت درون و شفقت نسبت به خود که در گام اول با آماده‌سازی و آموزش ذهن مشفق و با توجه آگاهی و ریتم تنفس تسکین دهنده انجام می‌گیرد.

برای جلوگیری از تداخل، از شرکت کنندگان خواسته شد در برنامه آموزشی موازی شرکت نکرده، همچنین در باره محتوای جلسات آموزشی با دیگران صحبت نکنند. بلافاصله پس از پایان جلسات، دو

گروه آزمایشی در مرحله پس از آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش مجدداً پاسخ دادند. شرکت کنندگان گروه کنترل نیز که در این مدت هیچگونه آموزشی دریافت نکردند، برای پاسخگویی مجدد به پرسشنامه‌های پژوهش فراخوانی شدند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر عبارت بود از دادن اطلاعات لازم در مورد پژوهش به صورت کتبی به کلیه شرکت کنندگان تا در صورت تمایل و با رضایت کامل در پژوهش شرکت نمایند، رعایت رازداری کامل برای تک تک شرکت کنندگان و دادن اطمینان به آنان که اطلاعات محرمانه و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. همچنین به منظور رعایت حریم شخصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد، شرکت کنندگان آزادی و اختیار کامل برای انصراف از پژوهش داشتند، رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان و همچنین کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد اخذ شد. در پژوهش حاضر، تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری با حذف اثر پیش آزمون) و با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۱ انجام شد. سطح معنی داری در پژوهش حاضر کوچکتر یا مساوی ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

ابتدا متغیرهای تحصیلات (بر حسب فراوانی)، سن (بر حسب میانگین و انحراف معیار)، مدت ازدواج و ناباروری (بر حسب میانگین و انحراف معیار) در سه گروه مورد مقایسه قرار گرفت. به منظور مقایسه سن، مدت تأهل و مدت ناباروری شرکت کنندگان در گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک راهه و به منظور مقایسه تحصیلات آزمودنی‌ها در گروه‌ها نیز از آزمون کای اسکور (Chi quare) استفاده شد. نتایج، نشان داد که مقایسه مداخله آموزشی در گروه‌ها بلامانع است چون بر طبق فرض صفر، استقلال بین دو متغیر یا دو فراوانی وجود دارد. میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد برابر با ۳۳/۸۶ (۶/۴۰۷)، گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت، برابر با ۳۲/۳۸ (۷/۳۰۹) و در گروه کنترل برابر با ۳۴/۲۷ (۶/۵۵۲) بوده است. میانگین مدت ناباروری در گروه آزمایشی درمان پذیرش و تعهد برابر با ۵/۹۳ (۵/۱۵۱)، گروه آزمایشی درمان متمرکز بر شفقت، برابر با ۶/۲۳ (۵/۰۸۵) و در گروه کنترل برابر با ۵/۸۷ (۳/۴۶۱) بود. همچنین میانگین (انحراف معیار) مدت تأهل در گروه‌های آزمایش به ترتیب برابر با ۸/۲۹ (۴/۹۰۶) و ۷/۸۵ (۴/۷۵۸) و در گروه کنترل برابر با ۸/۵۳ (۳/۳۷۸) بوده است. به منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیرهای مورد مطالعه (خودکارآمدی ناباروری، کیفیت روابط و معنای زندگی) دارای توزیع نرمال هستند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی ناباروری در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
پذیرش و تعهد	۴۳/۲۹ (۷/۰۷)	۵۱/۷۹ (۴/۵۲)
متمرکز بر شفقت	۴۳/۷۷ (۷/۷۵)	۵۴/۳۸ (۵/۱۷)
کنترل	۴۲/۲۷ (۷/۱۳)	۴۳/۶۰ (۷/۸۲)

خودکارآمدی ناباروری با توجه به تک متغیری بودن متغیر وابسته از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا مفروضه همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون (Levene) بررسی شد و نتایج نشان داد که این مفروضه برقرار است.

بر اساس **جدول ۱** بین میانگین خودکارآمدی ناباروری در گروه‌های آزمایشی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). اما در گروه کنترل بین میانگین‌های خودکارآمدی ناباروری در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($P > 0/01$). جهت بررسی اثربخشی مداخله آموزشی بر

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین نمره‌های خودکارآمدی ناباروری در گروه‌های مورد مطالعه

وضعیت	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ارزش F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۷۵۰٫۸۵۸	۹۶۲٫۶۱	**۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
عضویت گروهی	۲	۲۱۶٫۹۱۰	۶۷۵٫۶۵	**۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱

معناداری در سطح ۰/۰۱ (***)

گروه بر زیر مولفه‌های کیفیت روابط زنان نابارور و همچنین ابعاد معنای زندگی معنی دار می‌باشد ($P < 0/01$). بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره، اندازه اثر (ضریب اتا) مداخله آموزشی برای متغیر کیفیت روابط برابر با ۹۳ درصد بود. به عبارتی شرکت کنندگانی که در گروه‌های آزمایش بودند در مقایسه با گروه کنترل ۹۳ درصد افزایش در نمره کل کیفیت روابط داشتند. همچنین ضریب اتا برای نمره کل معنای زندگی ۸۰ درصد بود. یعنی شرکت کنندگانی که در گروه‌های آزمایشی بودند در مقایسه با گروه کنترل افزایش نمره ۸۰ درصد در مرحله پس آزمون داشتند.

نتایج تحلیل کوواریانس، تفاوت میانگین خودکارآمدی را در گروه‌ها نشان داد. همچنین میزان تأثیر مداخله آموزشی (ضریب اتا) بر ارتقای خودکارآمدی ناباروری، ۷۹ درصد است. به عبارتی، آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس آزمون ۷۹ درصد افزایش در نمره خودکارآمدی ناباروری نسبت به گروه کنترل داشتند. بنابراین، آموزش بر اساس هر دو درمان بر ارتقای خودکارآمدی ناباروری مؤثر بود.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار کیفیت روابط در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین (انحراف معیار)
نمره کل کیفیت روابط		
پذیرش و تعهد	۵۵/۶۴ (۶/۲۸)	۶۱/۵۷ (۳/۹۱)
متمركز بر شفقت	۵۲/۸۵ (۶/۶۸)	۶۷/۴۶ (۳/۱۲)
کنترل	۵۳/۶۰ (۵/۴۳)	۵۵/۵۳ (۵/۴۱)
مؤلفه حمایت اجتماعی		
پذیرش و تعهد	۱۸/۴۳ (۴/۷۰)	۱۸/۶۴ (۴/۵۶)
متمركز بر شفقت	۱۵/۰۸ (۴/۳۴)	۱۹/۶۹ (۳/۴۴)
کنترل	۱۶/۱۳ (۳/۹۴)	۱۶/۶۷ (۳/۶۵)
تعارض بین فردی		
پذیرش و تعهد	۲۱/۶۴ (۴/۰۶)	۲۵/۸۶ (۴/۲۵)
متمركز بر شفقت	۲۴/۶۹ (۲/۷۲)	۳۰/۳۱ (۳/۴۷)
کنترل	۲۱/۴۰ (۱/۸۴)	۲۲/۲۰ (۲/۷۵)
مؤلفه عمق روابط		
پذیرش و تعهد	۱۵/۵۷ (۳/۷۷)	۱۷/۰۷ (۳/۴۰)
متمركز بر شفقت	۱۳/۶۲ (۳/۵۰)	۱۸/۰۰ (۲/۶۱)
کنترل	۱۶/۰۷ (۲/۶۳۱)	۱۶/۶۰ (۲/۴۷۳)

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار معنای زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین (انحراف معیار)
معنای زندگی		
پذیرش و تعهد	۴۷/۵۷ (۱۰/۹۳)	۶۰/۶۴ (۶/۸۰)
متمركز بر شفقت	۴۸/۹۲ (۱۰/۶۱)	۵۷/۴۶ (۸/۱۵)
کنترل	۵۶/۲۷ (۶/۰۴)	۵۸/۰۰ (۵/۵۴)
مؤلفه جستجوی معنا		
پذیرش و تعهد	۲۴/۱۴ (۸/۳۲)	۲۲/۱۴ (۳/۹۹)
متمركز بر شفقت	۲۴/۳۱ (۷/۰۴)	۲۷/۰۰ (۵/۶۵)
کنترل	۲۷/۹۳ (۳/۶۲)	۲۹/۱۳ (۳/۱۵)
مؤلفه وجود معنا		
پذیرش و تعهد	۲۳/۵۰ (۴/۲۷)	۲۸/۵۰ (۴/۴۷)
متمركز بر شفقت	۲۴/۶۲ (۴/۵۳)	۳۰/۴۶ (۳/۵۷)
کنترل	۲۸/۰۰ (۴/۰۸)	۲۸/۵۳ (۳/۹۹)

بحث

این پژوهش با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی درمان پذیرش و تعهد و درمان متمركز بر شفقت بر ارتقای خودکارآمدی ناباروری، بهبود کیفیت روابط و ارتقای معنای زندگی در زنان نابارور اجرا شد. یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه آزمایشی با گروه کنترل، در میزان میانگین‌های خودکارآمدی ناباروری، کیفیت روابط و معنای زندگی در پس آزمون، پس از کنترل پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. اما بین دو گروه آزمایشی در میزان میانگین‌های خودکارآمدی ناباروری، کیفیت روابط و معنای زندگی در پس آزمون، پس از کنترل پیش آزمون، تفاوت معناداری مشاهده نشد. تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای خودکارآمدی در برخی از پژوهش‌ها مشخص شده است. بر اساس پژوهش مهردوست و همکاران

جدول ۳ و ۴ میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت روابط و زیر مقیاس‌های آن و همچنین نمره معنای زندگی و ابعاد آن را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. میانگین‌ها در گروه‌های آزمایشی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی دار دارند ($P > 0/01$). اما در گروه کنترل بین میانگین‌های کیفیت روابط و معنای زندگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($P > 0/01$). جهت بررسی اثربخشی مداخله آموزشی بر کیفیت روابط و مولفه‌های آن (حمایت اجتماعی، تعارض بین فردی و عمق روابط) و هم چنین معنای زندگی و ابعاد آن (جستجوی معنا و وجود معنا) از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج مشخصه آماری لامبدای ویلکز نیز نشان داد که اثر

زمانی که افراد نسبت به دیگران مشفقانه رفتار می‌کنند یا دیگران نسبت به آنان مشفقانه رفتار می‌کنند، اکسی توسین در بدن ترشح می‌شود [۴۹] و افزایش سطح اکسی توسین، احساس اعتماد، امنیت و ارتباط اجتماعی را بالا می‌برد [۵۰].

هم چنین براساس پژوهش حاضر، اثربخشی هر دو درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت، بر ارتقای معنای زندگی زنان نابارور مورد تأیید قرار گرفت. اثربخشی و کارایی درمان پذیرش و تعهد بر ارتقای معنای زندگی در برخی از پژوهش‌ها مشخص شده است. از جمله پژوهش منشئی و جوانبخت [۵۱] که با بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد. درمان پذیرش و تعهد یک روش فرآیند محور است که منجر به ارتقای پذیرش تجربیات روان شناختی و تعهد نسبت به انجام اعمال معنابخش و سازگارانه بدون توجه به محتوای تجربیات روان شناختی می‌شود. این درمان مطرح می‌کند که هر فردی، به طور کامل ارزش‌هایی دارد که زندگی‌اش را غنی و با معنا می‌کند، اما توانایی مشاهده و پیگیری این ارزش‌ها، با آمیختگی کلامی و اجتناب تجربه‌ای آسیب دیده است [۴۶].

در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر معنای زندگی، پژوهش داخلی و خارجی مستقیمی یافت نشد. اما بنا بر پژوهش Breines & Chen [۴۰] و Neely و همکاران [۴۱] ایستادگی بیشتر و شکل گیری هدف مجدد، پس از شکست، به وسیله این روش درمانی می‌تواند منجر به پیدایش و وجود معنا در زندگی فرد گردد. در واقع پرورش شفقت به خود، شفقت به دیگران و پذیرش شفقت از سوی دیگران، می‌تواند پناهگاه روان شناختی امن و معنوی را به وجود آورده که در نتیجه آن افراد به طور موثری با پیشامدهای آسیب‌زای زندگی روبرو شده و بتوانند به میزان معناداری یا وجود معنا در زندگی خویش پی ببرند. همچنین اثربخشی دو درمان در ارتقای خودکارآمدی، کیفیت روابط و معنای زندگی در زنان نابارور تقریباً مشابه بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است؛ یعنی توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز، انجام یا به فرد تحمیل گردد [۱۷]. در واقع انعطاف پذیری روانشناختی توانایی تماس با لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است؛ رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. از طرفی، Gilbert [۲۰] مفهوم شفقت را یک سیستم انگیزشی تکامل یافته برای تنظیم عواطف منفی توصیف می‌کند. درمان متمرکز بر شفقت برای افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند، یعنی با تحریک سیستم هیجانی تسکین بخش، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول سیستم تسکین، تاب‌آوری در برابر اضطراب و افسردگی را بالا می‌برد [۲۶]. بنابراین، درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و درمان متمرکز بر شفقت با تنظیم هیجانی مثبت تقریباً بطور یکسانی باعث کاهش مشکلات روانشناختی می‌شوند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، آموزش مبتنی بر هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت، در ارتقای خودکارآمدی

[۳۶] درمان پذیرش و تعهد در کاهش توجه متمرکز و بهبود باورهای خودکارآمدی دانشجویان مؤثر است. هم چنین بر اساس پژوهش Masuda و همکاران [۱۷]، درمان پذیرش و تعهد در افکار خودانتسابی منفی که یک نمونه از این افکار مربوط به خودکارآمدی است، کاهش چشمگیری ایجاد می‌کند و باعث افزایش خودکارآمدی می‌شود. این یافته‌ها با بخشی از پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که درمان پذیرش و تعهد با تأکید بر انعطاف پذیری روانشناختی، شفاف سازی ارزش‌ها و بحث روی این موضوع که تغییر امکان پذیر است، می‌تواند موجب افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت توسط افراد گردد [۳۷]. در تبیین دیگر، می‌توان گفت که در این رویکرد، تمرینات مختلف از جمله تمرینات گسلش شناختی باعث می‌شود که افراد تسلیم افکار و قالب‌های ذهنی و احساسات خود نباشند و شیوه‌هایی برای تعامل با دنیا بر اساس تجربه‌شان بیابند. در واقع وقتی فرد با وجود افکار و عواطف خاص، مطابق با آن‌ها رفتار نمی‌کند و رفتاری در جهت ارزش‌های فردی خویش انجام می‌دهد، تجربه تازه‌ای بدون جدال و کشمکش با افکار و عواطفش خواهد داشت و در نتیجه این تغییر در عملکرد، خودکارآمدی افزایش خواهد یافت.

در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شفقت به خود پیش بینی کننده محکمی از انگیزه است و منجر به اعتماد به نفس بیشتر و ترس کمتر از شکست [۳۸، ۳۹]، همچنین ایستادگی بیشتر و شکل‌گیری مجدد هدف، پس از شکست می‌شود [۴۰، ۴۱]. در واقع بر اساس دیدگاه Diedrich و همکاران [۲۳]، درمان مبتنی بر شفقت همانند یک روش تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی را کاهش داده و هیجانات مثبت را جایگزین آن‌ها می‌نماید. به نظر می‌رسد به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، مشکلات روان‌شناختی کاهش یافته و در نتیجه ادراک فرد از توانایی‌های خود بخصوص در زمینه هیجانی و عاطفی در مقابله با موقعیت‌ها و شرایط تنش‌زا بهبود یافته و عزت نفس و خودکارآمدی افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش بر اساس هر دو درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت روابط زنان نابارور نیز مؤثر بوده است. پژوهش‌های Peterson و همکاران [۱۸]، امان‌الهی و همکاران [۴۲]، Burpee & Langer [۴۳]، Bernnan و همکاران [۴۵] و Peterson & Eifert [۱۱]، با بخشی از پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت روابط می‌توان به این نکته اشاره کرد که علت مشکلات بین فردی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه است و این راهبردها، الگوهای انعطاف ناپذیری هستند که درمان پذیرش و تعهد از طریق ذهن‌آگاهی، پذیرش، گسلش از افکار و باورها یا هیجانات، انعطاف پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد و در نتیجه، شخص از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در کنترل و تغییر آن‌ها ندارد، لذا انرژی خود را به جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند [۴۶]. در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نیز در دهه‌های اخیر، پژوهشگران به بررسی سازه شفقت به خود به عنوان یک شکل سازگارانه ارتباط درون فردی پرداخته‌اند [۳۸، ۴۷، ۴۸].

به دلیل اینکه تعمیم پذیری و استنباط از نتایج با محدودیت رو به رو نشود، مرحله پیگیری انجام گردد.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری مژگان ابراهیمی‌فر در رشته مشاوره و به راهنمایی سرکار خانم دکتر سیمین حسینیان با کد پایان نامه ۱۱۱۲۱۶۰۲۹۵۲۰۱ می‌باشد. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1396.61 از کمیته اخلاق می‌باشد. بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه حاضر صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

References

1. Covington S, Hammer Burns L. Infertility Counseling: A comprehensive Handbook for Clinicians. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2006.
2. Aghajanova L, Hoffman J, Mok-Lin E, Herndon CN. Obstetrics and Gynecology Residency and Fertility Needs. *Reprod Sci.* 2017;24(3):428-34. doi: 10.1177/1933719116657193 pmid: 27368879
3. Namdar A, Naghizadeh MM, Zamani M, Yaghmaei F, Sameni MH. Quality of life and general health of infertile women. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):139. doi: 10.1186/s12955-017-0712-y pmid: 28701163
4. Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The prevalence of infertility in Iran, a systematic review. *Iranian J Obstet, Gynecol Infertility.* 2013;16(81):1-7.
5. Wiweko B, Anggraheni U, Elvira SD, Lubis HP. Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertility Soc J.* 2017;22(2):145-8. doi: 10.1016/j.mefs.2017.01.005
6. Patel A, Sharma PS, Narayan P, Binu VS, Dinesh N, Pai PJ. Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *J Hum Reprod Sci.* 2016;9(1):28-34. doi: 10.4103/0974-1208.178630 pmid: 27110075
7. Pasch LA, Sullivan KT. Stress and coping in couples facing infertility. *Curr Opin Psychol.* 2017;13:131-5. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.07.004 pmid: 28813283
8. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ.* 2011;342:d223. doi: 10.1136/bmj.d223 pmid: 21345903
9. Cousineau TM, Green TC, Corsini EA, Barnard T, Seibring AR, Domar AD. Development and validation of the Infertility Self-Efficacy scale. *Fertil Steril.* 2006;85(6):1684-96. doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.10.077 pmid: 16677636
10. Batinic B, Lazarevic J, Dragojevic-Dikic S. Correlation between self-efficacy and well-being, and distress, in women with unexplained infertility. *Eur Psychiatry.* 2017;41:S899. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.1836
11. Peterson BD, Eifert GH. Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cogn Behav Pract.* 2011;18(4):577-87. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.03.004
12. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic

ناباروری، کیفیت روابط و معنای زندگی زنان نابارور دارای توان اثر بالایی هستند و باعث ارتقای سلامت روان زنان نابارور می‌شوند. با توجه به اثربخشی درمان بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت، بر خودکارآمدی ناباروری، کیفیت روابط و معنای زندگی در زنان نابارور، پیشنهاد می‌شود مداخلات حمایتی روانشناختی به صورت ارائه دوره‌های آموزشی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت با هدف توانمندسازی و ارتقای سلامت روانی و جسمانی زنان نابارور در مراکز تخصصی ناباروری انجام شود. به نظر می‌رسد مهم‌ترین محدودیت این پژوهش عدم وجود مرحله پیگیری جهت ارزیابی ماندگاری تأثیر آن می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی

- stress disorder. *J Trauma Stress.* 1993;6(4):459-73. doi: 10.1002/jts.2490060405
13. Schroder K, Jorgensen JS, Lamont RF, Hvidt NC. Blame and guilt - a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(7):735-45. doi: 10.1111/aogs.12897 pmid: 27072600
14. Haica CC. Gender Differences in Quality of Life, Intensity of Dysfunctional Attitudes, Unconditional Self-acceptance, Emotional Distress and Dyadic Adjustment of Infertile Couples. *Procedia -Soc Behav Sci.* 2013;78:506-10. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.04.340
15. Kim JH, Shin HS, Yun EK. A Dyadic Approach to Infertility Stress, Marital Adjustment, and Depression on Quality of Life in Infertile Couples. *J Holist Nurs.* 2018;36(1):6-14. doi: 10.1177/0898010116675987 pmid: 29436974
16. Harris R. Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychother Aust.* 2006;12(4):70.
17. Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behav Res Ther.* 2004;42(4):477-85. doi: 10.1016/j.brat.2003.10.008 pmid: 14998740
18. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. *Cognitive Behav Pract.* 2009;16(4):430-42. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.12.009
19. Gilbert P. Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy: Routledge; 2005.
20. Gilbert P. Compassion Focused Therapy: A Special Section. *Int J Cogn Ther.* 2010;3(2):95-6. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.95
21. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Aust Clin Psychol.* 2017;3(1):1743.
22. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychol Med.* 2015;45(5):927-45. doi: 10.1017/S0033291714002141 pmid: 25215860
23. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major

- depressive disorder. *Behav Res Ther.* 2014;58:43-51. doi: [10.1016/j.brat.2014.05.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006) pmid: 24929927
24. Cunha M, Galhardo A, Pinto-Gouveia J. Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. *Sex Reprod Healthc.* 2016;10:41-7. doi: [10.1016/j.srhc.2016.04.001](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.04.001) pmid: 27938872
25. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother.* 2006;13(6):353-79. doi: [10.1002/cpp.507](https://doi.org/10.1002/cpp.507)
26. Gilbert P. *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges.* London: Constable and Robinson; 2009.
27. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Measuring self-efficacy to deal with infertility: Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Portuguese version of the infertility self-efficacy scale. *Res Nurs Health.* 2013;36(1):65-74. doi: [10.1002/nur.21516](https://doi.org/10.1002/nur.21516) pmid: 23081663
28. Ebrahimi far M, Hosseinian S, Saffarian Tosi M, Abedi M. [Psychometric properties of the Persian version of Infertility Self-Efficacy Scale]. *Res Med.* 2018;42(2):100-5.
29. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(6):1028-39. pmid: 1774625
30. Hosseini Ghadamgahi j, Dejkam m, bayanzadeh sa, Phaze a. [The quality of relationship, stress and coping strategy in patients with coronary heart disease]. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol.* 1998;4(1):14-25.
31. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *J Couns Psychol.* 2006;53(1):80-93. doi: [10.1037/0022-0167.53.1.80](https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80)
32. Mesrabadi J, Jafariyan S, Ostovar N. [Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students]. *Int J Behav Sci.* 2013;7(1):83-90.
33. Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change: New Harbinger Publications; 2005.
34. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change.* New York: Guilford; 1999.
35. Neff K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self Identity.* 2003;2(2):85-101. doi: [10.1080/15298860309032](https://doi.org/10.1080/15298860309032)
36. Mehrdoost Z, Neshatdoost H, Abedi A. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on reduced self-focused attention and improvement of social self-efficacy beliefs]. *Psychological Methods Models.* 2013;3(11):67-82.
37. Khodayari Fard M, Hejazi E, Hasaninezhad N. The effectiveness of acceptance and commitment consultation (ACT) on self-efficacy and marital satisfaction substance using married women with children. *J Appl Psychol Res.* 2015;6(2):61-75.
38. Neff KD, Hsieh Y-P, Dejitterat K. Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self Identity.* 2005;4(3):263-87. doi: [10.1080/13576500444000317](https://doi.org/10.1080/13576500444000317)
39. Smeets E, Neff K, Alberts H, Peters M. Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *J Clin Psychol.* 2014;70(9):794-807. doi: [10.1002/jclp.22076](https://doi.org/10.1002/jclp.22076) pmid: 24691680
40. Breines JG, Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Pers Soc Psychol Bull.* 2012;38(9):1133-43. doi: [10.1177/0146167212445599](https://doi.org/10.1177/0146167212445599) pmid: 22645164
41. Neely ME, Schallert DL, Mohammed SS, Roberts RM, Chen Y-J. Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motiv Emotion.* 2009;33(1):88-97. doi: [10.1007/s11031-008-9119-8](https://doi.org/10.1007/s11031-008-9119-8)
42. Amanelahi A, Heydarianfar N, Khojastemehr R, Imani M. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy in the treatment of distressed couples]. *Biannual J Appl Couns.* 2014;4(1):103-19.
43. Pruitt IT, McCollum EE. Voices of Experienced Meditators: The Impact of Meditation Practice on Intimate Relationships. *Contemp Fam Ther.* 2010;32(2):135-54. doi: [10.1007/s10591-009-9112-8](https://doi.org/10.1007/s10591-009-9112-8)
44. Burpee LC, Langer EJ. Mindfulness and Marital Satisfaction. *J Adult Dev.* 2005;12(1):43-51. doi: [10.1007/s10804-005-1281-6](https://doi.org/10.1007/s10804-005-1281-6)
45. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cogn Behav Pract.* 2009;16(4):430-42.
46. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011;7:141-68. doi: [10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449) pmid: 21219193
47. Irons C, Gilbert P. Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank systems. *J Adolesc.* 2005;28(3):325-41. doi: [10.1016/j.adolescence.2004.07.004](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.07.004) pmid: 15925685
48. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol.* 2007;92(5):887-904. doi: [10.1037/0022-3514.92.5.887](https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887) pmid: 17484611
49. Klatner D. *The compassionate instinct.* Greater good magazine. USA: UC Berkeley; 2004.
50. Feldman R, Weller A, Zagoory-Sharon O, Levine A. Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychol Sci.* 2007;18(11):965-70. doi: [10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x) pmid: 17958710
51. Manshey G, Javanbakht Z. [The effectiveness of acceptance and commitment-based treatment on meaning of life and feeling lonely of adolescents in the alternative care center]. *Q J Soc Work.* 2016;59(40):32-9.