

Research Paper



Comparing Effectiveness Compassion Focused Therapy & Mindfulness-Based cognitive therapy on Ambiguity Tolerance in Infertile Women



Fatemeh Heydari¹, Hasan Ahadi^{2*}, Biuok Tajeri³

1. Ph. D Student of Psychology, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
2. Professor, Department of Psychology, Allameh University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16514

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.17.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16514)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16514.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Ambiguity Tolerance, Compassion Focused Therapy, Mindfulness-Based cognitive therapy, Infertile Women

Received: 2022/10/29
Accepted: 2022/11/30
Available: 2023/08/21

The present study conducted to compare the effect of Compassion Focused Therapy (CFT) & Mindfulness-Based cognitive therapy on ambiguity tolerance in infertile women. Research method was quasi-experimental with pre-test, post-test, three-month follow-up with control group. The statistical population consist of 30-40 years old infertile women resident in Tehran city in 1400 years. Sampling method was Convenience Sampling. 45 available students selected (fifteen in each experimental group) and replaced randomly in experimental group 1 (CFT) and experimental group 2 (MBCT). Fifteen other student placed in control group and did not receive any Therapy. The ambiguity tolerance Inventory (Simons & Gaher, 2015) was administered pre-test, post-test and follow-up. The training packages were Compassion Focused Therapy package (Gilbert, 2015) and Mindfulness-Based cognitive therapy package (Sadeqhi, Sajjadian & Nadi, 1400). CFT and MBCT applied on experimental groups (ninety minutes each session) weekly and the control group did not receive any training. The data analyzed by mixed analysis variance. Results: Results showed that both of Compassion Focused Therapy (CFT) on & Mindfulness-Based cognitive therapy were affected the same on increasing to ambiguity tolerance, in infertile women ($p < 0.005$). Three-month follow-up confirmed these results. Then by use to CFT and MBCT (especially CFT) can to increase to ambiguity tolerance in infertile women. Then, CFT and MBCT (especially CFT) affective to raise the ambiguity tolerance and is necessary for using from these methods to improve ambiguity tolerance and psychological health of these infertile women.



* Corresponding Author: Hasan Ahadi

E-mail: drahadi@gmail.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی در زنان نابارور



فاطمه حیدری^۱، حسن احدی^{۲*}، بیوک تاجری^۳

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی، واحد بین الملل امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
۲. استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۳. استادیار، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16514

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.17.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16514)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16514.html



چکیده

مشخصات مقاله

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی در زنان نابارور انجام شد. تحقیق حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان نابارور ۳۰-۴۰ ساله مراجعه کننده به کلینیک نازایی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر و شیوه نمونه‌گیری از نوع در دسترس بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، خلاصه طرح جلسات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۵) و خلاصه طرح جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۲) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که دو شیوه درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نمرات تحمل پریشانی در پس‌آزمون اثر معنی‌دار داشت. مداخله درمانی منجر به تغییرات شده به نحوی که ۰/۳۱ از کل تغییرات ناشی از دو شیوه درمانی بود ($p < 0/01$). با توجه به این‌که میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت، از گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر نشان داد، بنابراین درمان مبتنی بر شفقت در افزایش تحمل پریشانی زنان نابارور موثرتر بود. لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با دو شیوه درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌توان تحمل پریشانی را در زنان نابارور افزایش داد و بهبودی این زنان را افزایش داد.

کلیدواژه‌ها:

تحمل پریشانی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر شفقت، زنان نابارور

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۸/۰۷

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۹/۰۹

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۵/۳۰

* نویسنده مسئول: حسن احدی

رایانامه: drahadi@gmail.com

مقدمه

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، در ۱۸ ژانویه ۲۰۲۰، از هر چهار زوج، یک زوج در کشورهای پیشرفته، مبتلا به ناباروری 1 هستند (سازمان بهداشت جهانی، 2، ۲۰۲۱). در طول چرخه زندگی خانوادگی یک سری مراحل قابل انتظاری وجود دارد که بیشتر مردم آن را به طریق قابل پیش‌بینی طی می‌کنند. پدر و مادری به‌عنوان یک مرحله زندگی نشان‌دهنده تثبیت یک خانواده جدید می‌باشد و ناباروری باعث می‌شود که زوجین به مرحله پیش‌بینی‌های پدر و مادری منتقل نشوند، نظم فعالیت‌های زندگی و نقش‌های افراد به هم بریزد و کارکردهای خانواده آسیب ببیند. تفاوت‌های موجود در زمینه تأثیرپذیری زوجین نابارور در کشورها و مناطق مختلف متأثر از نظام‌های خویشاوند خاص، سبک‌های پیوند زناشویی، قوانین اخلاقی و حقوقی، رسومات مذهبی و به‌طور کلی عوامل فرهنگی می‌باشد (علیرضایی، ۱۳۹۸). بررسی میزان ناباروری در ایران به روش مرور سیستماتیک میانگین کلی ناباروری را در ایران ۲/۱۳٪ گزارش شد. ۲/۲٪ از شرکت‌کنندگان در مطالعات، در حال حاضر ناباروری اولیه داشتند و نشان داد که شیوع کلی ناباروری در ایران به آمار جهانی نزدیک است (دیرکوند مقدم، دل‌پیشه، سایه میری، ۱۳۹۹). بنابراین در درک و فهم ناباروری نمی‌توان اهمیت تأثیر این عوامل را نادیده گرفت.

از جمله متغیرهای روان‌شناختی قابل بررسی در زنان نابارور، عدم تحمل پریشانی 3 است. پریشانی سازه‌ای متداول در پژوهش‌های مربوط به بی‌نظمی عاطفی است که به صورت سازه‌ای فراهیجانی و به عنوان قابلیت فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالت‌های هیجانی منفی بیان شده است. این سازه که ممکن است در نتیجه فرآیندهای شناختی و یا فیزیکی در فرد ایجاد شود، به صورت حالتی هیجانی است که اغلب با تمایلات عملی برای کاهش اثرهای منفی حاصل از تجربه هیجانی مشخص می‌شود (سیمونز و گاهر، 4، ۲۰۱۵). تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند و ناباروری در صورت ایجاد پریشانی بر عزت نفس و سلامت روانی فرد موثر است (اسلیریک، آیرونسون و اسمیتز، 5، ۲۰۱۷).

همچنین، تحمل پریشانی، ماهیتی چند بعدی داشته و شامل ابعاد متعددی از جمله؛ ۱. توانایی تحمل، ۲. ارزیابی ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، ۳. شیوه تنظیم هیجان بوسیله فرد، ۴. مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار نقش آن در بوجود آمدن اختلال در عملکرد، می‌شود (لیرو، زولنسکی و برنستین، 6، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تأثیرگذار است، به گونه‌ای که افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی

1. infertile
2. WHO
3. distress tolerance
4. Simons & Gaher
5. O' Cleirigh, Ironson & Smits
6. Leyro, Zvolensky & Bernstein
7. Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell & Schmidt
8. Leininger

کمتری دارند، واکنشی شدیدتر به استرس نشان می‌دهند. افزون بر این، این افراد توانایی‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری در برابر پریشانی از خود نشان داده و در نتیجه تلاش می‌کنند تا با بکارگیری استراتژی‌هایی که هدف آنها کاهش حالت‌های هیجانی منفی است، از این گونه هیجان‌ها اجتناب کنند (کیوک، ریکاردی، تیمپانو، میتچل و اسمیت، 7، ۲۰۱۷). مسئله‌ای که معمولاً در مراکز درمان ناباروری یا متخصصانی که در این زمینه فعالیت می‌کنند نادیده گرفته می‌شود این است که درمان ناباروری باید همراه با درمان‌های روان‌شناختی انجام شود این نوع درمان‌ها شامل درمان‌های روانی-شناختی و روان‌درمانی حمایتی است. با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان و نقش آن در ناباروری، محققین پیشنهاد کردند که برنامه درمان ناباروری با درمان‌های روان‌شناختی همراه باشد (وایلی، 8، ۲۰۱۵).

یکی از اساسی‌ترین اجزای درمان بانوان نابارور، آگاهی بخشی، آموزش و شناخت مشکلات روانی بیماران است و درمان مبتنی بر شفقت نیز توجه درمانگران را برای بیماری‌های خاص جلب کرده است (روزمونت، مورا، نادال 9 و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از عوامل موثر بر پریشانی همدلی و شفقت است و در این راستا گیلبرت 10 در سال ۲۰۱۵ درمان مبتنی بر شفقت 11 را مطرح کرد (گیلبرت، ۲۰۱۵). مطالعات اخیر اثربخشی این درمان را برای کاهش علائم روان‌شناختی منفی در در جمعیت‌های مختلف مورد تایید قرار دادند (آلبرتسون، نف و دیل شاکلفورد 12، ۲۰۱۸). رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می‌شود که با هدف ارتقا سلامتی در تمرین‌های بودائی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه‌ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است (گونزالز-هرناندز، رومرو، کامپوس 13 و همکاران، ۲۰۱۸).

هریوت-مایتلند، ویدال، بال و ایرونز 14 (۲۰۲۱) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی تأثیر دارد. کازمی، احدی و نجات (۱۳۹۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی بیماران موثر می‌باشد. نف ۱۵ (۲۰۱۳) شفقت به خود را به‌عنوان مولفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است. ترکیب این مؤلفه‌ها مشخصه هر فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. در آموزش شفقت به خود، درک خود به‌جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که مهربانی با خود، اشتراک انسانی و ذهن آگاهی با احساس تنهایی رابطه مثبت دارد و شفقت خود اثر مستقیم بر احساس تنهایی دارد (استیندل، بوچانون،

9. Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T
10. Gilbert
11. compassion focused therapy
12. Albertson, E. R., Neff, K. D., & DillShackleford, K. E
13. Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D
14. Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C
15. Neff

روش

روش تحقیق حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری و از منظر هدف نیز، تحقیقی کاربردی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان نابارور ۳۰ - ۴۰ ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که جهت درمان به کلینیک پزشک متخصص مراجعه کرده و تشخیص نازایی دریافت کرده بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱، یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ از بین بیمارانی که از طریق کلینیک‌های متخصص ناباروری و یا از طریق متخصصان دیگر شهر تهران، معرفی شدند حدود ۴۵ نفر از بین بیماران انتخاب و مجدداً بصورت تصادفی در سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر آزمایشی (دو گروه) و کنترل اختصاص داده شد. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر شامل: توانایی شرکت در جلسات، نداشتن علامت بارز جسمانی یا روان‌شناختی که حین شرکت در جلسات مداخله کند (نظیر ابتلا به اختلال روانی و یا استراحت مطلق بودن)، با توجه به سابقه روانپزشکی مصاحبه بالینی و بررسی شرح حال پرونده پزشکی افراد، میزان تحصیلات بالاتر از سیکل، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ساکن شهر تهران و نداشتن بیماری زمینه‌ای بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از حد مجاز (حد مجاز دو جلسه)، عدم همکاری افراد در اجرای تمرینات، نداشتن فرصت زمانی با فاصله ۸ هفته از شروع درمان دارویی تا انتقال جنین جهت شرکت در درمان (که به مدت ۸ هفته و همزمان با شروع فاز درمانی انجام می‌شد) و شرکت در گروه‌های آموزشی دیگر یا دریافت مداخلات روانشناختی فردی قبل از مداخله یا بصورت همزمان با مداخله پژوهشی بود.

ابزار

پرسشنامه تحمل پریشانی: این مقیاس، یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین پریشانی مورد سنجش قرار می‌دهند. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاشها برای تسکین پریشانی است. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ بود. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله

گوس و آلن (۲۰۱۷). گیلبرت نیز در جلسات درمانی خود از سازه درمان مبتنی بر شفقت استفاده نمود که می‌تواند به‌عنوان درمان اصلی و حتی درمانی مکمل باشد و در نهایت نظریه درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد. طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تأثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به مشکل است؛ به‌عبارت‌دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان محور است چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند (پپینگ، لیونز، مک‌نیر، کیری، پتروچی و همکاران، ۲۰۱۷). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله درمان‌های موسوم به نسل سوم شناخت درمانی است که تحول نوینی در عرصه درمانگری در قرن حاضر به شمار می‌روند و همگی مبتنی بر مفهوم ذهن‌آگاهی می‌باشند (استراووس، کاونانگ، اولیور و پتمن ۳، ۲۰۱۴) درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به واسطه اینکه بر هر دو بعد جسمانی و ذهنی اثر می‌گذارند دارای اثربخشی بالایی برای درمان مشکلات بالینی و بیماری‌های جسمی هستند. رادمیکر، استیگمن، هوکنگ-یو 4 و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند مداخلات ذهن‌آگاهی بر کاهش پریشانی تأثیر دارد. لی، لو و لانگ 5 (۲۰۱۹) نیز در تحقیقی کیفی نشان دادند، پس از مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درک شرکت‌کنندگان از چگونگی درمان IVF بالا رفت و موجب بهبود کیفیت زندگی مربوط به ناباروری، افزایش آگاهی، افزایش پذیرش و کنترل مجدد زندگی شد. آنچه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را از مداخلات شناخت محور یا مداخلات هیجان محور متمایز می‌سازد، تأکید بر روی تلفیق ذهن شناختی و ذهن هیجانی و در نهایت ذهن خردمند است (جلالی و آقای، ۱۳۹۴). نری، پایوا، ویبر 6 و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیقی نشان دادند علائم استرس مزمن و علائم اضطراب و پریشانی زنان نابارور پس از مداخله شناختی برنامه مبتنی بر ذهن‌آگاهی کاهش یافت و بهزیستی عمومی زنان نابارور نیز بالا رفت. از آنجا که درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دو رویکرد روان‌درمانگری هستند که هر یک به گونه‌ای متفاوت به تبیین و توصیف مسائل و مشکلات روان‌شناختی بیماران در زمینه شناخت، هیجان، رفتار و ارتباط می‌پردازند و راهبردهای منحصر به فردی را به منظور رفع آنها ارائه می‌دهند، بر اساس بررسی و مرور منابع توسط محقق مطالعاتی که به مقایسه درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در حوزه زنان نابارور بپردازد بسیار محدود بوده است. بر این اساس، به منظور روشن شدن تضاد آرا و آشکار نمودن میزان اثربخشی دقیق‌تر این رویکردهای درمانی، همچنین تفاوت رویکرد نظری هر دو نوع مداخله و به جهت مقایسه اثرگذاری هر یک از این دو رویکرد محقق به دنبال پاسخ به این مسئله پژوهش بود که آیا اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحمل پریشانی در زنان نابارور متفاوت است یا نه؟ و اینکه کدام یک از این رویکردهای درمانی مؤثرتر و کارآمدتر است؟

4. Rademaker, M., Stegeman, I., Ho-Kang-You, K
5. Li, J., Luo, H., & Long, L
6. Nery, S. F., Paiva, S. P., Vieira, É. L.

1. Steindl, Buchanan, Goss, & Allan
2. Pepping, Lyons, McNair, Kirby, Petrocchi, & Gilbert
3. Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D

جلسه چهارم	دیدن یا شنیدن با شیوه ذهن آگاهی، مراقبه حرکت ذهن آگاهانه، ارائه تمرین‌های توجه آگاهانه به محیط پیرامون، تکمیل چک لیست افکار منفی، گفتگوی جمعی و تمرین منزل
جلسه پنجم	مراقبه نشستن، تنفس ۳ دقیقه‌ای - واکنشی، تفکر در مورد تمرین‌ها و حس کردن دقیق هر یک از آنها، تمرین منزل: مراقبه نشستن، توجه آگاهانه به محیط پیرامون و تنفس ۳ دقیقه‌ای - واکنشی
جلسه ششم	مراقبه نشستن با تأکید بر افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی، تنفس ۳ دقیقه‌ای هر روز، -تنفس ۳ دقیقه‌ای - واکنشی با تأکید بر افکار، تنظیم یک سیستم هشدار اولیه و تمرین منزل
جلسه هفتم	ذهن آگاهی مداوم، تنفس ۳ دقیقه‌ای، تنفس ۳ دقیقه‌ای واکنشی، تکمیل کاربرگ الگوی تمرین روزانه من، تهیه یک برنامه فعالیت، - گفتگوی جمعی در مورد تمرین‌ها و حس کردن دقیق و تمرین منزل
جلسه هشتم	پایش بدن، کدام تمرینات را ادامه دهیم؟ ۱-چند تمرین رسمی و روزانه ذهن آگاهی، ۲-چند تمرین غیر رسمی و روزانه ذهن آگاهی، تمرین تنفس ۳ دقیقه‌ای - واکنشی و انجام پس آزمون

روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایش داده شد و از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند، سپس پرسشنامه‌ها به عنوان پیش آزمون در اختیار کلیه شرکت‌کنندگان قرار گرفت. جلسه‌های مداخله در مرکز آغاز گردید. چیدمان صندلیها به صورت نیم دایره بود تا مشارکت گروهی تسهیل گردد. درمان مبتنی بر شفقت طی هشت جلسه به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۴۵ دقیقه به طول انجامید. جلسه‌های درمان مبتنی بر شفقت، جلسات به صورت دو جلسه در یک هفته و طی چهار هفته متوالی انجام گرفت. درمان شناختی مبتنی ذهن آگاهی طی هشت جلسه به صورت گروهی و مدت زمان هر جلسه حدود ۴۵ دقیقه به صورت هفته‌ای یک جلسه بود. در طول جلسات، یک نفر به عنوان دستیار پژوهش جهت توزیع فرم‌های لازم در مداخله‌ها بین بیماران و کمک به آنها حضور داشت. پس از اتمام جلسه‌های مداخله، پرسشنامه‌ها به طور مجدد به افراد داده شد و با افراد گروه کنترل تماس گرفته شد و از آنها دعوت گردید تا جهت پاسخ به پرسشنامه‌ها به مرکز مراجعه نمایند. در نهایت دو ماه بعد از اجرای پس آزمون، جهت انجام مرحله پیگیری، بار دیگر همه موارد فوق اجرا گردید. جهت تحلیل داده‌ها و به منظور مقایسه نتایج سه گروه آزمایشی و کنترل ضمن رعایت پیش فرض‌های تحقیق، از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون بون فرونی استفاده شد.

نتایج

میانگین سن شرکت‌کنندگان در این نمونه پژوهشی ۳۶ و انحراف استاندارد آن ۶.۰۷ می‌باشد. دامنه تغییرات سن از ۳۰ تا ۴۰ سال بود. تعداد ۱۷ نفر معادل ۳۷ درصد از شرکت‌کنندگان مقطع دیپلم و زیر دیپلم، ۱۹ نفر معادل ۴۲ درصد کارشناسی، ۶ نفر معادل ۱۳ درصد کارشناسی ارشد و تعداد ۳ نفر

ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود، رابطه منفی دارد. در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲)، آلفای کرونیباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد (اعیادی و همکاران، ۱۳۹۵). عزیز و همکاران (۱۳۸۸) نیز، میزان آلفای کرونیباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند (نقل از اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر میزان پایایی ابزار با استفاده از آزمون آلفای کرونیباخ ۰/۷۴ بدست آمد.

جدول ۱: خلاصه طرح جلسات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۵)

جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان CFT و تمایز شفقت با تأسف برای خود و مفهوم سازی آموزش خودشفقتی
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستمهای مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی و تکالیف خانگی
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، آموزش همدردی؛ و ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنیها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت با توجه به مباحث آموزشی، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی
جلسه پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرینهای پرورش ذهن شفقتانه، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات و مواجه شدن افراد با چالشها و تکالیف خانگی
جلسه ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش ابراز شفقت، به کارگیری این روشها در زندگی، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیتهای واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
جلسه هشتم	آموزش و تمرین مهارتها؛ مرور و تمرین مهارتهای ارائه شده در جلسات گذشته و نهایتاً جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

جدول ۲: خلاصه طرح جلسات درمان شناختی مبتنی ذهن آگاهی

(سگال، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۲، نقل از صادقی و همکاران، ۱۴۰۰).

جلسه اول	آشنایی با دستگاه باروری بدن و علل ناباروری، تعریف سه متغیر و تأثیر هیجان‌ات روی باروری، آشنایی با ذهن آگاهی و آشنایی با تمرینات ذهن آگاهی و تمرین منزل
جلسه دوم	آوردن آگاهی به فعالیت‌های روزمره، مراقبه واریسی بدن، -مراقبه نشستن ۱۰ دقیقه‌ای، تقویم تجارب خوشایند، تفکر در مورد تمرین‌ها و حس کردن دقیق هر یک از آنها و تمرین منزل
جلسه سوم	مراقبه نشستن، مراقبه تنفس و کشش، تمرین تنفس ۳ دقیقه‌ای، کشف تجربیات ناخوشایند (ثبت وقایع ناخوشایند)، ثبت احساسات و تمرین منزل

همچنین با ملاحظه مجذور اتا ۰/۳۲ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۳۱ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان بر تحمل پریشانی تاثیر داشت. در ادامه به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه گیری بر نمرات تحمل پریشانی با ثابت نگهداشتن عامل زمان، میانگین تحمل پریشانی گروهها در هر یک از مراحل اندازه گیری با استفاده از آزمون تعقیبی بون فرونی مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۵: آزمون تعقیبی بون فرونی به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه گیری بر تحمل پریشانی

سطوح متغیر مستقل	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری	کران پایین	کران بالا
درمان مبتنی بر شفقت	ذهن آگاهی	۴/۲۶	۴/۰۱	۰/۰۰۱	-۵	۱۴
	گواه	۱۳/۳۵	۴/۰۱	۰/۰۱	۱	۲۴
ذهن آگاهی	گواه	۸/۲۷	۴/۰۱	۰/۰۱	-۲	۱۹

همانطور که جدول فوق نشان داد، تفاوت میانگین‌های هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه منفی و معنی دار بود، بنابراین در مورد فرضیه‌های مربوط به اثربخشی این دو درمان، در افزایش تحمل پریشانی زنان نابارور، فرض صفر رد و فرض پژوهشگر تایید گردید، این بدان معنی بود که هر دو رویکرد آزمایشی (درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی) توانسته‌اند در افزایش تحمل پریشانی زنان نابارور اثرگذار باشند. در مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایشی نسبت به یکدیگر نیز تفاوت میانگین‌ها در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی دار است، بنابراین فرضیه تفاوت اثربخشی دو شیوه درمانی نسبت به یکدیگر نیز تایید گردید. با توجه به مثبت بودن میانگین تفاوت‌ها و این که میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت از گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر بود، بنابراین از بین روش‌های درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، روش درمان مبتنی بر شفقت در افزایش تحمل پریشانی زنان نابارور موثرتر نشان داد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی در زنان نابارور به اجرا درآمد. نتایج نشان داد که هر دو درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش تحمل پریشانی زنان نابارور موثر بود و درمان مبتنی بر شفقت در افزایش تحمل پریشانی زنان نابارور موثرتر بوده است. یافته این پژوهش با نتایج گزارش شده در تحقیقات پیشین از جمله؛ لی، لو و لانگ (۲۰۱۹)، آلبرتسون، نف و دیل ساکلفورد (۲۰۱۸)، پروبست،

معادل ۶ درصد آزمودنی‌ها در مقطع دکترا بودند. در بررسی مفروضه‌های پژوهش، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک برای متغیر تحمل پریشانی در هر سه گروه که بزرگتر از ۰/۰۵ نشان داد، لذا گروه‌ها نرمال بود و برای آزمون متغیر می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. طبق آزمون لوین، واریانس‌های سه گروه برابر و متجانس بودند. از اینرو فرض همگنی واریانس‌ها برای این متغیر محقق شد. چون تعامل معنادار نشان نداد، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تایید شد. پس از بررسی به عمل آمده چون طبیعی بودن توزیع و مفروضه‌های همگنی واریانس و مفروضه برابری خطای واریانس‌ها و همگنی شیب‌های خطی زیر سؤال نرفته پژوهشگر مجاز استفاده از تحلیل واریانس بود.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات تحمل پریشانی به تفکیک گروه و زمان اندازه گیری

گروه	تعداد		پیش آزمون		پس آزمون		تغییری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
شفقت	۵۳/۴۵	۵/۵۰	۶۱/۴۰	۳/۶۰	۶۰/۰۵	۴/۲۲	۴/۲۲
ذهن آگاهی	۵۵/۰۱	۴/۶۲	۶۶/۲۵	۴/۶۳	۶۰/۱۵	۳/۷۰	۳/۷۰
گواه	۵۳/۷۰	۵/۸۱	۵۱/۷۰	۴/۲۲	۵۰/۷۰	۳/۶۷	۳/۶۷

در مرحله پس آزمون و پیگیری نیز میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری بیشتر از گروه گواه نشان داد. می‌توان نتیجه گرفت که هر دو درمان به طور معنی داری موجب افزایش تحمل پریشانی در مرحله پیگیری نیز شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته به منظور تأثیر گروه و زمان اندازه گیری

منبع تغییرات بین آزمودنی‌ها	SS	DF	MS	F	معنی داری	Eta	تول آماری	بر نمرات تحمل پریشانی	
								تول آماری	تول آماری
گروه	۴۲۲۷/۱۱	۲	۲۱۱۳/۵۶	۱۱/۰۷	۰/۰۰۱	-۰/۳۲	۰/۸۱	۱۱۰/۷	۱۱۰/۷
خطا	۱۵۳۴۷/۶۹	۴۲	۳۶۵/۴۲	۲۹۸۴/۱۶					
درون آزمودنی‌ها									
زمان	۴۲۳۱/۵۸	۲	۲۱۱۵/۷۹	۵۰/۳۵	۰/۰۰۱	-۰/۵۷	۱	۵۰/۳۵	۱۸۷۹/۴۷
زمان و گروه	۱۲۷۹۴/۰۹	۴	۳۱۹۸/۵۱	۲۹۰۲/۱۲	۰/۰۰۱	-۰/۴۹	۱	۲۹۰۲/۱۲	۲۹۰۲/۱۲
خطا	۳۰۰۲/۱۱	۳۹	۷۷/۲۸	۶۴/۲۸					

به منظور بررسی تأثیر عامل گروه و عامل زمان بر نمرات تحمل پریشانی آزمون تحلیل واریانس آمیخته به اجرا درآمد. طبق یافته‌های جدول فوق دو شیوه درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نمرات تحمل پریشانی در پس آزمون معنی دار است ($F(2, 42) = 11.07$)، $(P < 0.001)$. همچنین تأثیر عامل زمان بر نمرات تحمل پریشانی در مرحله پیگیری معنی دار بود ($F(2, 39) = 50.35$)، $(P < 0.001)$ ، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات تحمل پریشانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از نوع گروه مداخله، تفاوت وجود داشت. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی دار بود ($F(2, 39) = 31.18$)، $(P < 0.001)$ ، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه‌گیری متفاوت بود.

ذهن آگاهی مطلوبی قرار گیرند، به واسطه افزایش ظرفیت های پذیرش افکار و عواطف، دیگر فرصت زیادی برای جذب افکار و نگرش های منفی و ناکارآمد باقی نمی ماند و از این طریق پردازش های هیجانی و نگرش های ناکارآمد آنان کاهش پیدا می کنند. از سوی دیگر همان طور که الگوی زیرساخت های شناختی متعامل بیان کرده است، در الگوهای شناختی سنتی ارتباط شناخت و عاطفه یک ارتباط عمیق نیست و بیشتر در لایه های سطحی ذهن اتفاق می افتد. در درمان از طریق راهبردهایی چون شناسایی هیجانات منفی و نحوه مقابله با آنها، موجب افزایش شادکامی می گردد. این درمان ها بر افزایش توانمندی های مراجع از طریق آموزش مهارت های جدید یا مهارت هایی که به طور موثر استفاده نمی شود، افزایش انگیزش مراجع از طریق کمک به کاهش عواملی که در پیشرفت تداخل کرده و یا همانند هیجانات، شناختها، رفتار آشکار و محیط، از آن جلوگیری می کنند، اطمینان یافتن از تعمیم درمان به محیط های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت ها در محیط های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه های حرفه ای و اجتماعی که رشد و استفاده از مهارت های جدید را تایید و تقویت می کند. همچنین افزایش توانمندیها و انگیزش درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت ها و انگیزش خود درمانگر برای ادامه کار با مراجع به شکلی موثر و سالم همراه با رشد دائمی مهارت ها، کنترل استرس و خستگی و شناسایی تلاشهای مراجع برای شکل دهی یا تعدیل رفتار تاکید می کند و با آموزش مهارت های رفتاری تحمل پریشانی، به فرد کمک می کند تا آنها را به موقعیت های زندگی خویش تعمیم دهد بنابراین با جایگزینی رفتارهای ناکارآمد و ناسازگارانه با پاسخهای منطقی و هدفمند به افزایش تحمل پریشانی افراد کمک می شود. زمان تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روانشناختی منفی ماست. افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، پریشانی را به عنوان یک ساختار غیرقابل تحمل توصیف می کنند و نمی توانند آن را مدیریت کنند. دیدگاه منفی نسبت به هیجانات دارند و وجود آنها را نمی پذیرند. بنابراین، توانایی مقابله خود را با آنها کم ارزیابی می کنند از این رو، وقتی روشهای مقابله فرد با شکست روبه رو می شود، احساس می کند تنها راه، فرار از رنج غیرقابل تحمل است. این تلاش برای فرار، ارزیابی های نفرت آور از خود و دیدگاه روانشناختی توأم با ناامیدی فرد که حل مشکلات را بعید و دور از دسترس می داند از عوامل سوق دهنده به پریشانی است.

هر دو روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت از طریق پذیرش مشکلات (در هر دو روش آموزش داده می شود که مشکلات اجتنابناپذیر هستند و همه افراد با مشکلات مواجه می شوند) به دنبال کاهش پیامدهای مشکلات و رویدادهای دردناک هستند. پس هر دو روش هر دو روش دارای پشتوانه نظری قوی و اشتراکات زیادی هستند. هر دو روش جزء روش های برگرفته از موج سوم روان درمانی هستند که برای درمان از اصل ذهن آگاهی، پذیرش مشکلات و عدم قضاوت بیجا استفاده می کنند (پروبوست، بومیستر، مک کراکن و لین، ۲۰۱۹). همچنین درمان

بومیستر، مک کراکن و لین (۲۰۱۹). رادمیکر و همکاران (۲۰۱۹)، نری 1 و همکاران (۲۰۱۹)، و کاظمی، احدی و نجات (۱۳۹۹)، همسویی داشت. بایستی در نظر داشت که شفقت شامل آگاهی و بازشناسی از این مساله است که درد و رنج بخشی طبیعی از وضعیت بشر است (کلی، ویسنوسکی، مارتین و هوفمن ۲، ۲۰۱۷). نتایج حاصل مطالعات حاکی از این است که رفتار نامهربانانه و عدم شفقت خود، رفتاری توأم با نامهربانی و شفقت نسبت به دیگران را نیز در پی دارد (کیربی و گیلبرت ۳، ۲۰۱۷). شفقت ورزی از شناخت هیجان های مثبت شروع می شود و خود شفقت ورزی تلاش می کند تا مسایل و مشکلات را به عنوان پدیده ای طبیعی بپذیرد که بخشی از زندگی است و درک غیر قضاوت گرانه ای نسبت به مشکلات داشته باشد. شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می دهد، زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می بیند و متوجه می شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان ها است و او هم یکی از آنان است، پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی در زنان ناباور، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از طریق مراقبه یا ذهن آگاهی به دست می آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می شود و احساس مراقبت پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است. وجود چنین ویژگی هایی در این درمان با تحمل پریشانی بیماران رابطه نزدیکی دارد (کاظمی، احدی و نجات، ۱۳۹۹).

این درمان ها بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب هایشان تاکید دارند. نظر به این که حاملگی و زایمان به عنوان یک بحران در زندگی زنان محسوب می شود، توجه به این پدیده ی فیزیولوژیک از اهمیت خاصی برخوردار است. امروزه در مراکز بهداشتی درمانی کشور، مراقبت های دوران بارداری تنها به مراقبت های جسمی محدود شده و بهداشت روان مادران به دست فراموشی سپرده شده است؛ درحالی که سلامت جسم درگرو سلامت روان و سلامتی روان مادر، ضامن سلامت خانواده و فرزندی است که به زودی متولد می شود. درمان های متمرکز بر شفقت و ذهن آگاهی، بر هیجان بیشتر، متمرکز هستند، بنابراین به نظر می رسد درمان می تواند حلقه ارزیابی منفی، ترس از موقعیت و اجتناب از موقعیت که در مشکلات روان شناختی رایج است را معکوس ساخته و منجر به درمان شود. از طرف دیگر، درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از تمرین ها و فنون به دنبال بهبود خودارزشمندی و عزت نفس به افراد است تا در اثر آن به مشکلات و مسایل مختلف مانند نابابوری غلبه کنند و از طرفی، راهبردهای کلی به منظور افزایش ذهن آگاهی نسبت به پریشانی هیجانی به کار می روند و بنابراین، منجر به کاهش رنج مرتبط با درد هیجانی و افزایش مهارت های مقابله ای روان شناختی در پرداختن به درد هیجانی، مزمن یا تأخیری می شوند (رافعی، صباحی، مکوند حسینی، ۲۰۱۹).

در این راستا، بریتون، شاهار، سزپ ستول و یاکوبس ۴ (۲۰۱۷)، در پژوهشی که انجام دادند به این نتایج دست یافتند که چنانچه افراد در حالت

منابع

- اسماعیلی نسب مریم، اندامی خشک علیرضا، آزرمی هاله، مررخمی امیر. (۱۳۹۷). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*. ۸ (۲۹): ۴۹-۶۳.
- جلالی، د و آقای، ا. (۱۳۹۴). مدیریت شناختی-رفتاری استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تأکید بر استرس و مشکلات روان شناختی محیط کار و زندگی، تهران: انتشارات سینا.
- دیرکوند مقدم، اشرف، دل پیشه، علی، سایه میری، کوروش. (۱۳۹۹). بررسی میزان ناباروری در ایران به روش مرور سیستماتیک. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*; ۱۶ (۸۱): ۷-۱.
- رافعی، م، صباچی، م. مکوند حسینی، ش. (۲۰۱۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی مردان سالمند مقیم سرای سالمندان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۱ (۶۲): ۸۷۰-۸۷۹.
- صادقی، انسیه؛ سجادیان، ایلناز؛ نادی، محمدعلی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی بسته آموزشی ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر جهت گیری زندگی و همدلی عاطفی دانشجویان دختر. *مجله مطالعات ناتوانی* ۱۳ (۲): ۹۶-۱۰۹.
- علیرضایی، سعید. (۱۳۹۸). تأثیر ناباروری بر اختلال عملکرد جنسی زنان: مقاله مروری. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۹ (۴۰): ۹۱-۱۰۱.
- کازمی، امیرپاشا؛ احدی، حسن؛ نجات، حمید. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی و قند خون در بیماران مبتلا به دیابت. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*. ۳ (۳): ۴۲-۴۹.
- وایلی، جی. (۲۰۱۵). *مداخلات روان‌شناختی و آموزشی برای درمان زنان و مردان نابارور*. مرکز کارکن ایران.

ذهن آگاهی با تمرین عمق یافته و با انجام بیشتر آن به شکل تراکمی عمل می‌کند. این وضعیت در مورد افرادی که تمرینات مداوم ذهن آگاهی استفاده می‌کنند صادق است. یعنی بین این دو همبستگی متقابل وجود دارد، به طوری که تجربه ذهن آگاهی بواسطه استفاده بیشتر، به تدریج از وضعیت اولیه فراتر می‌رود و منجر به نفوذ در وضعیت زندگی روزمره فرد می‌شود و به عنوان رشد پیشرونده آگاهی و افزایش خود بخودی بودن تجربه ذهن آگاهی است، به طوری که بدون نیت و به شکل غیر ارادی میزان آن افزایش می‌یابد و موجب تجربه احساسات مثبتی و پیوسته در افراد شده و در نهایت این امر موجب می‌شود فرد دامنه تحمل خود بخصوص در زمینه پریشانی را افزایش دهد.

محدودیت‌های این پژوهش شامل، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و محدود بودن جامعه آماری به زنان نابارور ۳۰-۴۰ ساله شهر تهران بود. در انتها پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت اجرا شود و برای مهار عوامل مزاحم از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تحمل پریشانی، طی کارگاهی تخصصی به روانشناسان و متخصصان باروری، آموزش داده شود تا با به کارگیری این آموزش‌ها برای بیماران، جهت بهبود کیفیت زندگی گامی عملی برداشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

شرکت‌کنندگان بعد از مصاحبه‌های اولیه با شرکت‌کنندگان و پرکردن فرم رضایت آگاهانه در این پژوهش شرکت داده شدند، در پایان نیز به رسم یادبود و سپاس‌گزاری هدیه‌ای، هم به گروه آزمایش و هم به گروه گواه، تقدیم شد. این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان انجام شد. نویسنده اول محقق اصلی و پیگیر این پژوهش بود، نویسنده دوم راهنمایی و جهت‌دهی پژوهش را بر عهده داشت و نویسنده سوم هم در امر آموزش و اجرای پروتکل‌ها همکاری داشت. نویسندگان اذعان می‌کنند در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود نداشت و این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی بود.

کد اخلاق: IR.IAU.SRB.REC.1400.217

تشکر و قدردانی: بدینوسیله از زحمات و همکاری پرسنل درمانی کلینیک-ها مورد مطالعه که نقش تسهیل‌کننده و هماهنگ‌کننده جهت اجرای این پژوهش را بر عهده داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

- Albertson, E. R., Neff, K. D., & DillShackleford, K. E. (2018). Selfcompassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444- 454
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepsenwol, O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(2), 365-380.
- Gilbert, P. (2015). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., DiegoPedro, R., Baños, R. ... & Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*, 1534735418772095.
- Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*. 2018; 53(1):78-94.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., and Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41: 567-574
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (۲۰۱۷). Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, ۲۲(۲), ۴۷۵-۴۸۷.
- Kirby, J. N., & Gilbert, P. (۲۰۱۷). The emergence of the compassion focused therapies. In *Compassion* (pp. ۲۵۸-۲۸۵). Routledge.
- Li, J., Luo, H., & Long, L. (2019). A qualitative investigation of the experience of participation in Mindfulness-based Intervention for IVF-ET (MBII) with Chinese women undergoing first IVF-ET. *Nursing open*, 6(2), 493-503.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136(4), 576.
- Neff, K. D. (2019). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214.
- Nery, S. F., Paiva, S. P., Vieira, É. L., Barbosa, A. B., Sant'Anna, E. M., Casalechi, M., ... & Reis, F. M. (2019). Mindfulness-based program for stress reduction in infertile women: Randomized controlled trial. *Stress and Health*, 35(1), 49-58.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G., Smits, J. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV?. *Behavior therapy*, 2077
- Pepping, C. A., Lyons, A., McNair, R., Kirby, J. N., Petrocchi, N., & Gilbert, P. (۲۰۱۷). A tailored compassion-focused therapy program for sexual minority young adults with depressive symptomatology: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychology*, ۴(۱), ۵.
- Rademaker, M., Stegeman, I., Ho-Kang-You, K., Stokroos, R., & Smit, D. (2019). The effect of Mindfulness-Based Interventions on Tinnitus Burden. A Systematic Review. *Frontiers in neurology*, 10, 1135.
- Probst, T., Baumeister, H., McCracken, L. M., & Lin, J. (۲۰۱۹). Baseline psychological inflexibility moderates the outcome pain interference in a randomized controlled trial on internet-based acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Journal of clinical medicine*, ۸(۱), ۲۴.
- Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2019). An examination of the relationship between emotional intelligence, *positive Psychology*, 34(1), 63-67.
- Segal, Z., Teasdale, J., Williams, M. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.
- Simons, J. S & Gaher, R. M. (2015). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motive Emotion*, 20(9), 83-102.
- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*, 21(2), 62-73.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pittman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS one*, 9(4).
- World Health Organization. (2021). *Maternal, newborn, child and adolescent health: adolescent development*. Retrieved from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/guidelines/guidelines-in-development/en/