



Comparing the efficacy of counseling based on acceptance commitment approach and the compassion approach in a group way on emotion regulation and the quality of marital relationship in infertile women

Sara Yadolahi¹, Seyed Hossein Mirzaei², Ali Akbar Soleimianian³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Basic Sciences and Humanities, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran. E-mail: syadolahi9@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Basic Sciences and Humanities, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran. E-mail: h.mirzaei0505@gmail.com

3. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.. E-mail: solimeanian@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 04 June 2024

Received in revised form

02 July 2024

Accepted 09 August 2024

Published Online 23 July

2025

Keywords:

marital relationship
quality,
emotion regulation,
compassion,
acceptance and
commitment therapy,
infertility

ABSTRACT

Background: Infertility, as a stressful condition, can significantly affect emotion regulation and the quality of marital relationships. In this regard, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) have emerged as modern psychotherapeutic approaches that emphasize improving emotion regulation and enhancing marital relationships. However, limited research has compared the effectiveness of these two approaches in infertile women.

Aims: The present study aimed to compare the effects of group counseling based on ACT and CFT on emotion regulation and marital relationship quality in infertile women.

Methods: This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and one-month follow-up. The statistical population consisted of all infertile women in Bojnord city in 2023. From this population, 45 women were purposefully selected and randomly assigned to three groups: two experimental groups and one control group (15 participants per group). The experimental interventions, ACT and CFT, were implemented in eight 120-minute sessions for the experimental groups. The research instruments included the Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003) and the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1988). Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures ANOVA via SPSS 20 software.

Results: The results indicated that the effects of time, group, and the interaction between time and group were all statistically significant ($p < 0.001$). Pairwise comparisons revealed significant differences between the ACT and CFT groups in post-test scores of emotional reappraisal and emotional suppression, with ACT having a greater impact. However, there was no significant difference between the two groups in marital relationship quality ($p > 0.001$). Furthermore, both experimental groups showed significant improvements compared to the control group in emotional reappraisal, emotional suppression, and marital relationship quality ($p < 0.001$).

Conclusion: The findings suggest that group counseling based on ACT and CFT can effectively improve emotion regulation and marital relationship quality in infertile women. These approaches may help mitigate the psychological and familial consequences of poor emotion regulation and low marital relationship quality, potentially reducing the likelihood of conflicts and divorce.

Citation: Yadolahi, S., Mirzaei, S.H., & Soleimianian, A.A. (2025). Comparing the efficacy of counseling based on acceptance commitment approach and the compassion approach in a group way on emotion regulation and the quality of marital relationship in infertile women. *Journal of Psychological Science*, 24(149), 287-305. [10.52547/JPS.24.149.287](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.287)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 149, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.149.287](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.287)



✉ **Corresponding Author:** Seyed Hossein Mirzaei, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Basic Sciences and Humanities, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.
E-mail: h.mirzaei0505@gmail.com, Tel: (+98) 9155840224

Extended Abstract

Introduction

Infertility is recognized as a global social and public health issue, significantly affecting individuals' quality of life, mental health, marital satisfaction, and family relationships (Lee et al., 2021). Common emotional responses to infertility include shock, sadness, depression, anger, and despair. It often leads to a loss of self-esteem, self-confidence, and a sense of control (Vanderburgt & Wiens, 2018). Research suggests that women tend to experience higher levels of stress than their husbands in the absence of children (Donarelli et al., 2012; Kim et al., 2018). Infertile individuals often endure intense emotional distress upon receiving a diagnosis (Vital et al., 2017).

Emotion regulation processes are critical components of psychological interventions for infertile individuals. Emotion regulation refers to the capacity to monitor, evaluate, understand, and modify emotional reactions in ways that support healthy functioning (Losada-Baltar et al., 2021). It involves behaviors, skills, or strategies—whether conscious or unconscious, spontaneous or deliberate—used to manage emotional experiences and states (Shriver et al., 2021). Furthermore, the high levels of negative emotions and stress experienced by infertile women can adversely affect their marital relationships, often resulting in conflict (Yasa et al., 2019).

Although medical interventions offer significant help in treating infertility, studies indicate that these treatments can exacerbate stress. The high financial cost of infertility treatments can leave patients feeling hopeless and helpless, while the side effects of medications may lead to anxiety, depression, mania, irritability, and sleep disturbances. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) posits that psychological distress arises from the interaction between language and human perception. It emphasizes controlling verbal events instead of direct behavioral actions. The goal of ACT is to enhance psychological flexibility, enabling individuals to live in alignment with their core values. Psychological flexibility involves a set of adaptive, flexible, and

creative responses to personal experiences (Marino et al., 2021).

Additionally, the challenging psychological conditions associated with infertility may stem from self-criticism, lack of compassion, and a harsh inner dialogue, which can also exacerbate these conditions. Compassion-focused therapy, which is another approach explored in this study, has gained increasing attention as a key resource for mental health. Compassion fosters loving behaviors, facilitates connection, security, and support, and mitigates suffering (Gilbert, 2010). The aim of compassion-focused therapy is to help individuals respond to self-criticism with self-kindness and compassion.

This study aims to answer the following question: Is there a difference in the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on emotion regulation, psychological capital, and marital relationship quality in infertile women?

Method

This study employed a semi-experimental design using a pre-test, post-test, and follow-up approach with a control group. The statistical population consisted of all infertile women in Bojnord city in 2023. A sample of 45 eligible infertile women was selected through purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria. Participants were randomly assigned to two experimental groups (ACT and CFT) and a control group, with 15 individuals in each group.

Data analysis included descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics to validate assumptions regarding the normality of score distribution (Kolmogorov-Smirnov test), homogeneity of variances (Levene's test), and sphericity (Mauchly's test). The equality of covariance and variance matrices was also assessed. Repeated-measures ANOVA with Bonferroni post hoc tests was conducted using SPSS version 20.

Results

The average ages of participants in the ACT, CFT, and control groups were 39.2 ± 8.55 years, 41.4 ± 6.14 years, and 42.5 ± 5.04 years, respectively. The comparison of age averages across the three groups

showed no significant differences, indicating that age did not serve as a confounding variable.

The comparison of means across different measurement stages revealed that the emotional reappraisal dimension and marital relationship quality increased in the ACT and CFT groups during the post-test phase and demonstrated relative stability during the follow-up phase. Regarding the emotional suppression dimension, the means in both experimental groups decreased during the post-test phase and showed relative stability in the follow-up phase.

To perform parametric tests, such as repeated measures analysis, the necessary assumptions must be met. Before conducting the tests, the distribution characteristics of the scores were examined. The results of the Kolmogorov-Smirnov test indicated that the statistics for emotional reappraisal, emotional suppression, and marital relationship quality across the three groups were not significant ($p > 0.05$). Thus, the assumption of normality was confirmed (p -

values: 0.11, 0.15, and 0.15 for reappraisal, suppression, and marital quality, respectively).

Additionally, the assumptions of homogeneity of variances (Levene's test: $F = 0.04$, $p = 0.95$ for reappraisal; $F = 1.34$, $p = 0.27$ for suppression; $F = 0.51$, $p = 0.60$ for marital quality), equality of covariance matrices (M Box test: $F = 23.28$, $p = 0.07$ for reappraisal; $F = 21.10$, $p = 0.09$ for suppression; $F = 21.10$, $p = 0.09$ for marital quality), and sphericity (Mauchly's test: $W = 0.77$, $p = 0.16$ for reappraisal; $W = 0.82$, $p = 0.12$ for suppression; $W = 0.02$, $p = 0.11$ for marital quality) were all met.

Furthermore, Wilks' Lambda test showed significant multivariate effects, indicating differences across at least one variable among the measurement stages within the groups ($p < 0.001$). Specifically, the results demonstrated that there were significant multivariate differences across at least one comparison ($p < 0.001$) for emotional reappraisal (Wilks' Lambda = 0.37, $p < 0.001$), emotional suppression (Wilks' Lambda = 0.42, $p < 0.001$), and marital relationship quality (Wilks' Lambda = 0.37, $p < 0.001$).

Table 1. Analysis of variance with repeated measures related to in-group and out-group effects

Variables	Source of change	sum of squares	df	mean square	F	sig
Cognitive reappraisal	Time	1100/193	2	550/096	32/34	0/001
	Group	982/415	2	491/207	6/54	0/001
	Time & group	480/56	4	120/141	7/06	0/001
Cognitive inhibition	Time	488/193	1/45	334/90	37/04	0/001
	Group	404/19	2	202/096	9/49	0/001
	Time & group	339/67	2/91	116/51	12/88	0/001
Quality of relationships	Time	3076/044	1/51	2029/99	55/5	0/001
	Group	6060/13	2	3030/06	5/5	0/001
	Time & group	3790/35	3/03	1250/7	34/19	0/001

Table 1 presents the results of repeated-measures ANOVA, showing that the time effect was significant for the variables of emotional re-evaluation and marital relationship quality ($p < 0.001$). Significant

differences were observed across the three stages of measurement for these variables and their dimensions.

Table 2. Pairwise comparison of experimental and control groups in the three stages of measurement in the variable of emotion regulation and relationship quality

Variable	level	(compassion focused -control)		(acceptance commitment - control)		(Acceptance Commitment - Compassion Focused)	
		mean difference	sig	mean difference	sig	mean difference	sig
Emotional reappraisal	Post test	6.2	0.02	6.8	0.005	-5.6	0.02
	Follow up	6.2	0.024	3.8	0.28	-2.4	0.85
Emotional inhibition	Post test	-3.4	0.008	-6.83	0.001	-3.33	0.009
	Follow up	-3.53	0.03	-6.6	0.001	-3.2	0.05
Quality of relationships	Post test	17.93	0.004	22.2	0.001	4.26	1
	Follow up	20.4	0.001	26.6	0.001	5.66	0.83

The one-way analysis of variance (ANOVA) showed that there were no significant differences among the three groups in the pre-test phase for the dimensions of emotional reappraisal, emotional suppression, and marital relationship quality ($p > 0.05$). However, in the post-test and follow-up phases, the results indicated that at least two groups differed significantly. To identify the exact pairwise differences, the Bonferroni test was subsequently conducted.

The data in Table 2 revealed significant differences in emotional reappraisal among the three groups in the post-test phase. At this stage, the ACT group demonstrated a greater positive impact compared to the CFT group, and both ACT and CFT groups showed significantly greater effects compared to the control group. In the follow-up phase, however, no significant differences were observed between the ACT and CFT groups or between the ACT and control groups. Nonetheless, the CFT group still showed a significant difference compared to the control group.

For emotional suppression, the ACT group exhibited a significantly greater reduction compared to both the CFT and control groups in both the post-test and follow-up phases. Similarly, the CFT group maintained a significant reduction compared to the control group.

Regarding marital relationship quality, no significant differences were found between the ACT and CFT groups in either the post-test or follow-up phases. However, both experimental groups (ACT and CFT) showed significantly greater improvements compared to the control group in both phases.

Conclusion

The findings revealed that both ACT and CFT significantly improved emotional re-evaluation and marital relationship quality, while reducing emotional inhibition, compared to the control group. However, in the follow-up phase, ACT was slightly more effective in emotion regulation than CFT.

This can be explained by the role of emotional re-evaluation in shaping positive and negative emotional

experiences. Emotional re-evaluation helps individuals recognize and manage automatic, involuntary appraisals of events, enabling them to form more logical and voluntary evaluations (Fletcher et al., 2014). ACT techniques, such as cognitive defusion and psychological flexibility, allow individuals to detach from automatic negative thoughts and respond constructively to challenging situations.

Compassion-focused therapy, on the other hand, emphasizes reducing self-criticism and cultivating kindness and empathy. By addressing the emotional suffering associated with infertility, CFT fosters improved marital interactions through understanding, forgiveness, and non-vindictive behaviors. However, CFT may be perceived as less practical by some individuals, as its approach resembles generalized advice that might be met with resistance.

This study is limited to infertile women in Bojnourd city, and its findings should be generalized cautiously to other populations. Additionally, cultural and economic variables that were not fully controlled might have influenced the results. Future research should address these limitations and include larger sample sizes to validate the findings. Conducting follow-up tests over extended periods is also recommended to assess the long-term effects of these interventions.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of counseling in Islamic Azad University, bojnourd Branch, and regard all ethical code approved in human research.

Funding: This research has been done in the form of a doctoral dissertation without financial support.

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this research and the second and third authors are the supervisors and consultants of the research.

Conflict of interest: The authors do not disclose any conflict of interest in this study.

Acknowledgments: We would like to thank the supervisors and consultants of this research and all the participants in the research.



مقایسه اثربخشی مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد و رویکرد شفقت به شیوه گروهی بر نظم جویی و کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور

سارا یداله‌ی^۱، سید حسین میرزایی^{۲*}، علی اکبر سلیمانان^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم پایه و انسانی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پایه و انسانی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۵

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۴/۱۲

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۹

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

کیفیت روابط زناشویی،

تنظیم هیجان،

شفقت،

پذیرش و تعهد،

ناباروری

زمینه: ناباروری به عنوان یک مسئله استرس‌زای می‌تواند تنظیم هیجان و کیفیت روابط زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد. در این میان، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت به عنوان رویکردهای نوین روان‌درمانی مطرح شده‌اند که هر دو بر بهبود تنظیم هیجان و ارتقای روابط زناشویی تأکید دارند. با این حال، پژوهش‌های اندکی به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد در جامعه زنان نابارور پرداخته‌اند.

هدف: پژوهش حاضر به منظور مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد و رویکرد مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان و کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یکماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان نابارور شهر بجنورد در سال ۱۴۰۲ بودند، که از بین آنان ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین شدند. مداخلات آزمایشی با رویکرد پذیرش و تعهد و رویکرد شفقت در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش به اجرا درآمد. ابزار پژوهش پرسشنامه تنظیم هیجانات (گراس و جان، ۲۰۰۳) و پرسشنامه وضعیت زناشویی (گلوبک راست، ۱۹۸۸) بود. به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد اثرات زمان، گروه و اثر متقابل زمان و گروه همگی معنادار بودند ($p < 0/001$). در مقایسه‌های زوجی تفاوت دو رویکرد پذیرش و تعهد و شفقت با یکدیگر در پس‌آزمون بازارزیابی هیجانی و تفاوت آن‌ها در بازدارداری هیجانی معنادار و گروه پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری داشت و در کیفیت روابط زناشویی تفاوت معناداری نداشتند ($p > 0/001$). همچنین هر دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در ابعاد بازارزیابی و بازدارداری هیجانی و کیفیت روابط زناشویی تفاوت معنادار و تأثیر بیشتری داشتند ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد به منظور بهبود تنظیم هیجان و کیفیت روابط زناشویی در زنان نابارور، می‌توان از مشاوره گروهی با رویکرد پذیرش و تعهد و شفقت استفاده نمود تا از عوارض خانوادگی و روانشناختی فقدان توانمندی تنظیم هیجان و همچنین کیفیت پایین روابط زناشویی و احتمال افزایش تعارضات و طلاق جلوگیری شود.

استناد: یداله‌ی، سارا؛ میرزایی، سید حسین؛ و سلیمانان، علی اکبر (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد و رویکرد شفقت به شیوه گروهی بر نظم جویی و کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۹، ۲۸۷-۳۰۵.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۹، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.149.287](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.287)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: سید حسین میرزایی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پایه و انسانی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

رایانامه: h.mirzaei0505@gmail.com تلفن: ۰۹۱۵۵۸۴۰۲۲۴

مقدمه

ناباروری^۱ به عنوان مسئله‌ای اجتماعی و مرتبط با بهداشت عمومی در سرتاسر جهان شناخته شده است که کیفیت زندگی زناشویی^۲، سلامت روان^۳ و رضایت زناشویی^۴ زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لی و همکاران، ۲۰۲۱). واکنش‌های معمول در مقابل ناباروری عبارتند از: شوک، ناراحتی، افسردگی، عصبانیت، ناامیدی، از دست دادن عزت نفس و به طور کلی از دست دادن کنترل هیجانات (واندربورگت و وینز، ۲۰۱۸). امروزه شیوع ناباروری به دلایل مختلف در حال افزایش است؛ اخیراً شیوع ناباروری بین ۹ تا ۱۸ درصد در میان جامعه افراد عادی در جهان گزارش شده است (لیزگانگ و همکاران، ۲۰۲۱). در ایران بر اساس نتایج طرح ملی بررسی میزان شیوع ناباروری، نرخ شیوع در کل کشور ۲۰/۲ درصد گزارش شده است که در شهرها نرخ شیوع ۱۹/۹ و در روستاها ۲۲ درصد است که این میزان با میانگین جهانی که ۱۲ تا ۱۵ درصد است، فاصله زیادی دارد (صفری و همکاران، ۱۳۹۹). در ایران نیز بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می‌کنند (برهانی و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعات متعددی گزارش کرده‌اند که در صورت نداشتن فرزند، زنان استرس بیشتری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند (دونارلی و همکاران، ۲۰۱۲، کیم و همکاران، ۲۰۱۸). افراد نابارور میزان زیادی از آشفتگی هیجانی را در زمان تشخیص تجربه می‌کنند (ویتال و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش هایکا (۲۰۱۳) و چانها و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که زوج‌های نابارور، اجتناب تجربی و خودقضاوتی بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین پیشنهاد دادند که فرآیندهای تنظیم هیجان می‌تواند هدف مهمی در مداخلات روانشناختی برای افراد نابارور باشد. تنظیم هیجان^۵ به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند است، اشاره دارد (لوسادا و همکاران، ۲۰۲۱). به علاوه به عنوان رفتارها، مهارت‌ها و یا تدابیری تعریف می‌شود که برای تعدیل تجربیات و حالت‌های هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرند (شریور و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از مدل‌های تنظیم هیجان، نظریه گراس است که به دو خرده‌مقیاس مهم تنظیم هیجان اشاره دارد: راهبردهایی که پیش از ایجاد هیجان و یا در آغاز بروز

آن فعال می‌شوند و از بروز هیجانات شدید پیشگیری می‌کنند و باعث تعبیر و تفسیر موقعیت می‌شوند، به نحوی که پاسخ هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش می‌دهند این راهبردها فرایند بازآزمایی^۶ (ارزیابی مجدد) نامیده می‌شوند و راهبردهایی که پس از پیدایی هیجان فعال شده (این راهبردها نمی‌توانند از ایجاد هیجانات شدید پیشگیری نمایند) و بازداری^۷ (سرکوبی یا فرونشانی) نامیده می‌شوند (گراس، ۱۹۹۸؛ به نقل از جنگی‌زهی و همکاران، ۱۴۰۰). تنظیم هیجان از طریق شکل‌دهی به رفتارهای بین فردی، می‌تواند بر کیفیت روابط و تعاملات اجتماعی تأثیر بگذارد (کانینگهام و همکاران، ۲۰۲۰).

از طرفی حجم احساسات منفی و استرس تجربه شده زنان نابارور احتمالاً در زندگی زناشویی آن‌ها نیز مشکلاتی را وارد می‌کند، که اغلب با کشمکش‌ها و درگیری‌های خانوادگی همراه است (یاسا و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین پژوهشگران در مطالعات مختلف نشان دادند که زنان نابارور نسبت به زنان دارای فرزند رضایت زناشویی کمتری را تجربه می‌کنند (رشید و همکاران، ۲۰۲۴؛ لی و همکاران، ۲۰۰۱). بنابراین ناباروری در زوجین به دلیل تأثیر منفی در حالات روانشناختی و مداخله در کیفیت رفتارهای دلبستگی مدار زوجی، شرایطی را به وجود می‌آورد که می‌تواند تأثیرات منفی بر کیفیت روابط زناشویی داشته باشد (مولگورا و همکاران، ۲۰۱۹). کیفیت روابط زناشویی^۸، موضوعی است که برای پژوهشگران ازدواج بسیار قابل توجه است (نورحیاتی و همکاران، ۲۰۱۹). به طور کلی ازدواج در مفهوم کیفیت رابطه زناشویی تبلور می‌یابد و به صورت جداگانه یا به همراه رضایت زناشویی و یا هر دو باهم، در بسیاری از پژوهش‌ها به عنوان مهم‌ترین شاخصه‌های زندگی زناشویی پایدار و رضایت بخش در نظر گرفته می‌شوند. کیفیت روابط زناشویی به عنوان احساس کلی همسران از تجربه زندگی مشترک تعریف می‌شود (آماتو، ۲۰۱۰).

همچنین در حالی که مداخلات پزشکی کمک زیادی جهت درمان ناباروری ارائه می‌دهند، اما مطالعات نشان می‌دهند که این درمان‌ها استرس را افزایش می‌دهند؛ هزینه بالای درمان پزشکی ناباروری ممکن است در بیماران احساس ناامیدی و درماندگی ایجاد کند؛ همچنین عوارض

1. Infertility

2. Marital life quality

3. Mental health

4. Marital satisfaction

5. Emotion Regulation

6. Re-evaluation

7. Inhibition

8. Marital Quality

داروهای درمانی باعث ایجاد اضطراب، افسردگی، مانیا، تحریک پذیری و مشکلات خواب در این افراد می‌شود (سامرس - اسپیکرمان و همکاران، ۲۰۱۸). فشارهای روان‌شناختی نیز خود می‌توانند تشدیدکننده احتمال ناباروری باشند (اوموآرگا و همکاران، ۲۰۱۱). لذا پژوهشگران، ارزیابی روانشناختی اجباری زوجین به خصوص زنان را در شروع درمان ناباروری و همچنین مداخله به صورت حمایت‌های روانشناختی و مشاوره‌ای را در آغاز، در طول درمان و انتهای آن توصیه می‌کنند (هایکا، ۲۰۱۳؛ کیم و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از رویکردهای درمانی که اثربخشی آن در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار می‌گیرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از شناخته‌شده‌ترین درمان‌های موج سوم است (گالوز - سانچز و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این باور است که انسان‌ها، بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزاددهنده می‌دانند و به طور پیوسته سعی می‌کنند آنها را تغییر داده و یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر است و حتی می‌تواند منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری شود که فردی در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند (آیتور و همکاران، ۲۰۲۱). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی به منظور پیش‌برد زندگی مطابق با ارزش‌های زندگی فرد است. انعطاف‌پذیری روانشناختی را می‌توان مجموعه‌ای رفتاری در نظر گرفت که به وقوع رویدادهای شخصی حساس است، اما با واکنش سازگار، انعطاف‌پذیر، و خلاقانه نسبت به این رویدادهای شخصی، توصیف می‌شود (مارینو و همکاران، ۲۰۲۱). در مجموع در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرکز درمانی بر توانمندی‌های روانشناختی، انتخاب اهداف، ذهن آگاهی و تصریح ارزش‌ها است (گلوسترا و همکاران، ۲۰۲۰).

از طرفی شرایط دشوار روانشناختی ناباروری می‌تواند نتیجه نامهربانی و ذهن انتقادگر و توانمندی‌های مشفقانه اندک باشد و یا آن را تشدید نماید. رویکرد درمانی دیگری که پژوهش حاضر به بررسی آن می‌پردازد، شفقت درمانی^۲ است. در طول سالیان گذشته، توجه فزاینده‌ای به شفقت به عنوان یک منبع کلیدی برای سلامت روان شده است. به طور خلاصه،

شفقت را می‌توان به عنوان توانایی حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف نمود (گیلبرت، ۲۰۱۴). علاقه روزافزون به مفهوم شفقت باعث تدوین و ارزیابی انواع مداخلات مبتنی بر شفقت و تغییر تفسیرهای ذهنی مبتنی بر مهربانی ذهنی شد که از بین آنها شفقت درمانی (گیلبرت، ۲۰۰۹، ۲۰۱۴)، امروزه بهترین مداخله ارزیابی شده است (کایربی، ۲۰۱۶؛ کایربی و همکاران، ۲۰۱۷). شفقت درمانی بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روانشناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت‌ورزی با نظام‌های مغزی تکامل یافته‌ای مرتبط است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت می‌باشد (گیلبرت، ۲۰۱۰).

هدف شفقت درمانی این است که به افراد کمک کند با خودمهربانی و شفقت به ضعف‌ها پاسخ دهند (مشرقی و همکاران، ۱۴۰۳). یک بخش کلیدی در فرایند شفقت درمانی این است که به افراد کمک شود، بفهمند که بسیاری از ضعف‌های روان‌شناختی، فرایندهای زیستی و ذاتی هستند که توسط ژنتیک و محیط ساخته شده‌اند (شمس یوسفی و همکاران، ۱۴۰۲). شفقت درمانی افراد را تشویق می‌کند که انگیزش شفقت را به دست آورده و رفتارهای شفقت‌آمیز را تمرین کنند تا بتوانند به سیستم‌های التیام بخشی دسترسی پیدا کنند (لویس و آتلی، ۲۰۱۵). اصول پایه در شفقت درمانی به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). افزون بر آن، در شفقت درمانی افراد 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 (کایربی و همکاران، ۲۰۱۷). از دیدگاه پژوهشگر تفاوت‌هایی میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت درمانی وجود دارد که می‌تواند علت انتخاب و مقایسه این دور رویکرد در پژوهش حاضر

^۱. Acceptance and commitment therapy

^۲. Compassion-Focused Therapy (CFT)

بر پذیرش و تعهد و شفقت‌درمانی بر تنظیم هیجان و کیفیت روابط زناشویی زنان نابارور تفاوت وجود دارد؟

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یکماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان نابارور شهر بجنورد در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ زن نابارور داوطلب واجد شرایط بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش وارد مطالعه شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش پذیرش و تعهد و شفقت و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است تعداد افراد مورد نیاز برای شروع گروه‌های درمان روانشناختی بین ۶ الی ۱۲ نفر آمده است (اندرسون و راسمن، ۲۰۱۷) که به منظور سنجش بهتر و کاهش خطای نمونه‌گیری، تعداد بیشتری یعنی ۱۵ نفر در هر گروه وارد شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل دامنه‌سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، ازدواج رسمی دائم و زندگی مشترک با همسر حداقل به مدت یک‌سال و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از دو جلسه، تمایل به خروج از مطالعه و دریافت خدمات مشاوره فردی و یا گروهی خارج از جلسات گروه‌درمانی نیز به عنوان معیارهای خروج افراد از مطالعه در نظر گرفته شد.

(ب) ابزار

مقیاس تنظیم هیجان^۱ (ERS): این پرسشنامه ۱۰ گویه‌ای توسط گراس و جان (۲۰۰۳) جهت سنجش تنظیم هیجان تدوین شده که دو خرده مقیاس باارزیابی هیجان (گویه های ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و بازداری هیجان (گویه های ۲، ۴، ۶، ۹) را بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) می‌سنجد. بنابراین دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۷۰ است و نمرات پایین نشان‌دهنده تنظیم هیجان پایین و نمرات بالا نشان‌دهنده تنظیم هیجان بالاست. در نسخه اصلی این ابزار گراس و جان (۲۰۰۳) روایی محتوایی و صوری این ابزار را مطلوب

باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخاسته از تحلیل رفتار، دانش رفتاری زمینه‌گرا و فلسفه زمینه‌گرایی کارکردی می باشد، درحالی‌که شفقت‌درمانی بیش از همه تحت تأثیر دانش عصب‌شناختی عاطفی و مطالعات روان‌شناختی رشد به وجود آمده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد زمینه‌ای است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات متعهد گردد (رادمهر و همکاران، ۱۴۰۲). در شفقت‌درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و در گام اول نسبت به آن، نگاه مشفقانه داشته باشند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بعد هیجانی را کمتر مورد توجه قرار می‌دهد و بیشتر متمرکز بر شناخت و زبان است، در حالی که شفقت‌درمانی بیشتر بر هیجانات متمرکز است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در فرایند درمان بیشتر از استعاره‌ها بهره می‌گیرد؛ درحالی‌که شفقت‌درمانی بیشتر از تصویرسازی استفاده می‌کند.

با توجه به اینکه ناباروری از مشکلات مهمی است که بخشی از افراد جامعه را درگیر می‌کند و به دلیل اثرات مخرب این پدیده بر جسم و روان افراد مبتلا و به‌ویژه زنان نابارور، بسیاری از مبتلایان با مشکلات جدی جسمانی، روان‌شناختی و زناشویی روبرو می‌شوند، ضرورت دارد تا به طور جدی‌تری به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این ناتوانی پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیردارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این مساله در بعد سلامت جسمانی، روانی و خانوادگی افراد مبتلا به کار گرفته شود. از طرفی در پژوهش‌های گوناگون، اثربخشی مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت‌درمانی برای مراجعان با انواع متفاوتی از مشکلات جسمانی، روان‌شناختی و زناشویی بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. همچنین جستجوهای پژوهشگر پیرامون اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت‌درمانی نشان داد که تاکنون پژوهشی به بررسی و مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی بر تنظیم هیجان و کیفیت روابط زناشویی زنان نابارور نپرداخته است. از آنجا که لزوم ارائه مداخلات روان‌شناختی جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی و ارتقا سلامت هیجانی و کیفیت روابط زناشویی زنان مبتلا به ناباروری بیش از پیش احساس می‌گردد؛ لذا پژوهشگر در مطالعه حاضر درصدد پاسخگویی به این پرسش است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی

^۱. Emotion regulation scale

نظریه فینچام و برادبوری در مورد کیفیت زناشویی همسو است. روایی این پرسشنامه با ۲۴ زوج سنجیده شده است که همبستگی میان بهبودی زوج‌ها و مقیاس درمانگر ۰/۹۱ بوده است. نسخه فارسی این ابزار در پژوهش عیسی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) نتایج همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه سازگاری زناشویی باسبی، کران، لارسن و کریستنسن که به منظور ارزیابی کیفیت روابط زناشویی بر اساس نظریه لیوایز و اسپانیردر مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است، به میزان ۰/۶۷ نشان داده است. پرسشنامه همچنین به مداخلات غنی‌سازی حساس بوده که نشان دهنده روایی سازه‌ای و ملاکی پرسشنامه می‌باشد. پژوهش عیسی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) پایایی این پرسشنامه را به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ نشان داده است. در این پژوهش نیز پایایی این پرسشنامه را به شیوه آلفاخ کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: ساختار جلسات درمان پذیرش و تعهد بر اساس مفاهیم و طرح درمانی هایس و همکاران (۲۰۱۶) طراحی گردید و در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو جلسه اجرا شد. شرح مختصر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و در جدول ۱ ارائه شده است.

گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای بازارزیابی هیجان ۰/۷۹ و برای بازداری هیجان ۰/۷۳ و پایایی بازآزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس را ۰/۶۹ به دست آوردند. نسخه فارسی این ابزار در پژوهش مشهدی و همکاران (۱۳۹۲) اعتبار مقیاس به روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی آن از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس ($r=0/13$) و تعیین روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است. همچنین میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۸) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. در این پژوهش نیز میزان همسانی درونی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی گلوبوگ-راست^۱ (GRIMS): این پرسشنامه ۲۸ عبارت دارد که به صورت ۴ گزینه‌ای می‌توان پاسخ را قرار داد: کاملاً مخالف، مخالف، موافق و کاملاً موافق. لذا فرد مورد نظر با توجه به وضعیت زناشویی خود یکی از این ۴ گزینه را انتخاب می‌کند. این پرسشنامه توسط راست و همکاران (۱۹۸۸) ساخته شده، برای ارزیابی کیفیت روابط زناشویی به کار می‌رود. این پرسشنامه ارزیابی کلی فرد از زندگی زناشویی خویش را نشان می‌دهد. از لحاظ روایی این پرسشنامه با

جدول ۱. ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایس و همکاران، ۲۰۱۶)

عنوان جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از روش ACT	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره ACT و ارتباط آن با تنظیم هیجان و کیفیت روابط	تکلیف: تمرین مقابله موقعیات زندگی استرس آور
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات.	تکلیف: تمرین مواجهه و کاهش اجتناب تجربه ای
سوم	اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره-ها، آموزش جداسازی شناختی و استعاره قطار ذهنی، آگاهی روانی و خودتجسمی.	تکلیف: تمرین جداسازی شناختی و گزارش
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی-خردمندانه	بررسی تکالیف خانگی، جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود.	تکلیف: تمرین ذهن آگاهی و پذیرش افکار بی مورد
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی ناباروری.	تکلیف: تمرین پذیرش هیجان‌های منفی و گزارش
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره اتوبوس)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها.	تکلیف: تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت

1. The Golombok-Rust Inventory of Marital State

عنوان جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
هفتم آموزش تعهد به رفتار بر اساس ارزش	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی.	تکلیف: تمرین تعهد رفتاری و گزارش
هشتم تاکید بر معنا و مرور کلی اکت	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تاکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.	-

پروتکل درمان متمرکز بر شفقت: محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه اجرا شد. شرح مختصر جلسات بر اساس طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹، ۲۰۱۴) طراحی گردید و در ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ساختار جلسات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۴)

عنوان جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول: آشنایی، بیان قوانین ایجاد ارتباط درمانی	آشنایی با اصول کلی درمان	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه‌درمانی، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان راهبردهای تنظیم هیجان و کیفیت روابط و خودشفقتی اعضا، مفهوم سازی آموزش خودشفقتی.	تکلیف: بررسی مصادیق شفقت و انتقاد در زندگی و گزارش.
دوم: آشنایی و سنجش شفقت و انتقاد در ذهن	ایجاد سنجشی از شفقت (مصاحبهٔ مهربانی) خودانتقادی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت. شناسایی و سنجش میزان مهربانی با خود در اعضا. شناسایی وجه مشترک انسان‌ها و ارائهٔ سه سیستم تنظیم هیجان. بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	تکلیف: تمرین کاهش خود انتقادی و تعبیر شفقت آمیز.
سوم: آموزش انواع تعبیرات ذهنی	آشنایی با سه مغز	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم ناشی از مغز خود کار قدیمی، ویژگی‌های مغز آگاه. آموزش همدردی با خود، شکل دهی و ایجاد احساسات متنوع تر در ارتباط با مسایل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	تکلیف: تمرین تشخیص تعبیرات بر اساس انواع مغز و گزارش.
چهارم: نقش بخشش در بهزیستی روانی جسمانی	شرح مراقبت از بهزیستی به وسیله بخشش و تحمل پریشانی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «بدون شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز» (ارزش خود- شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات. آموزش مراقبه دلسوزانه.	تکلیف: تمرین مراقبت از خود به وسیله بخشش و شفقت و گزارش وضعیت جسمانی روانی.
پنجم: آشنایی تکمیلی با مهربانی	شناخت فرد مهربان و مسیر زندگی او.	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف. شرح مسئله مسئولیت و حرکت در مسیر بهزیستی در فرد مهربان.	تکلیف: نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و دیگران.
ششم: آموزش استدلال شفقت گونه	شناسایی استدلال مهربانانه	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت و وزانه، آموزش سبک‌ها و و شیوه‌های شفقت ذهن آگاهی و رقص توجه به عنوان مهارت‌های مهم. اهمیت توجه مشفقانه و ابراز شفقت (مثال انعطاف بدنی در ورزش‌ها) بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد انعطاف و سیالیت در در سیستم ادراک شخصی.	تکلیف: تمرین یک هفته‌ای استدلال شفقت آمیز و گزارش.
هفتم: روشن سازی احساسات مهربانانه	شناسایی احساسات مهربانانه به عنوان مهارت التیام بخش در شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، شرح تأثیرات شگفت احساسات دلسوزی، اطمینان. شرح عملکرد سیستم خطر مغز. شرح قصور مهربانانه به عنوان بازدارنده کننده سیستم امنیت و آرامش.	تکلیف: تمرین افزایش احساسات مهربانانه و گزارش.
هشتم: تکمیل شفقت و مرور آن	تکمیل یادگیری رفتار مهربانانه به عنوان مهارت التیام بخش	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راه کارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات. هماهنگی برگزاری پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.	-

یافته‌ها

متمركز بر شفقت $6/14 \pm 41/4$ سال و گروه گواه $5/04 \pm 42/5$ سال بود. لازم به ذكر است به منظور سنجش تأثیر احتمالی و تعدیل گر سن، میانگین های سه گروه با هم مقایسه شد و همگی غیرمعنادار بودند.

یافته‌های پژوهش در مورد سن مشاركت‌كنندگان نشان داد میانگین سنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $8/55 \pm 39/2$ سال، گروه درمان

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار ابعاد تنظیم هیجان و کیفیت روابط زناشویی در مراحل سنجش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مرحله	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد				درمان متمركز بر شفقت				گواه	
		میانگین	انحراف معیار	كجی	كشیدگی	میانگین	انحراف معیار	كجی	كشیدگی	انحراف معیار	كجی
بازارزیابی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۰	۶/۳۱	-۰/۰۷	-۰/۸۸	۲۱	۶/۹	-۰/۵۷	-۰/۴۱	۱۹	۶/۷
	پس‌آزمون	۲۶/۷۳	۷/۴۵	-۰/۳۳	-۱/۴۶	۳۲/۳۳	۲/۵۹	۰/۱۸	-۰/۸۱	۱۹/۹۳	۵/۴
	پیگیری	۲۶/۸۶	۷/۴	۰/۲۲	-۱/۱۱	۲۹/۲۶	۵/۸۷	۱/۳۲	۱/۵۳	۲۳/۰۶	۵/۱۷
بازداری هیجانی	پیش‌آزمون	۱۳/۱۳	۰/۹۲	-۰/۴۳	-۰/۳۶	۱۵	۰/۹۲	-۰/۰۹	-۱/۰۰۳	۱۲/۱۳	۰/۹۳
	پس‌آزمون	۵/۸۶	۰/۹۵	۰/۲۶	۰/۱۹	۹/۲	۰/۹۵	۰/۷۷	۰/۳۸	۱۲/۶	۰/۷۵
	پیگیری	۶/۱۳	۰/۹۳	۰/۰۷	-۰/۰۸	۹/۴۶	۰/۹۱	۰/۰۲	-۰/۴۸	۱۳	۰/۹۲
کیفیت روابط	پیش‌آزمون	۳۶	۳/۶۴	۱/۸	۰/۸۵	۳۸/۱۳	۲/۲۶	۰/۲۲	-۱/۳۷	۳۸/۲۶	۳/۳۶
	پس‌آزمون	۵۵/۵۳	۲/۳۳	۰/۴۳	-۰/۹۱	۵۱/۲۶	۴/۱۳	-۰/۹	-۱/۰۳	۳۳/۳۳	۴/۳۷
	پیگیری	۵۸/۸۶	۳/۱۹	۰/۱۳	-۰/۳۲	۵۳/۲	۳/۳	۰/۰۱	-۱/۱	۳۲/۸	۳/۱۲

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر تنظیم هیجان در دو بعد بازارزیابی و بازداری و همچنین کیفیت رابطه زناشویی نشان داده شده است. مقایسه میانگین‌ها در مراحل مختلف اندازه‌گیری نشان داد که بعد بازارزیابی هیجانی و کیفیت رابطه زناشویی در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز ثبات نسبی را نشان داد. مقایسه میانگین‌ها در بعد بازداری هیجانی در مراحل مختلف اندازه‌گیری نشان داد که این متغیر در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته و در مرحله پیگیری نیز ثبات نسبی را نشان داد. برای انجام آزمون‌های پارامتریک همچون اندازه‌گیری تکراری، پیش فرض‌های آزمون باید برقرار باشد. قبل از انجام آزمون ویژگی‌های توزیع نمرات کنترل شد. نتایج بررسی پیش فرض‌ها نشان داد آماره آزمون کلموگروف-اسمیرنف برای ابعاد بازارزیابی و بازداری تنظیم هیجان و همچنین کیفیت رابطه زناشویی در سه گروه تحقیق معنادار نبود ($p > 0/05$) و بنابراین این پیش فرض نرمال بودن تأیید شد (برای بازارزیابی، بازداری و کیفیت روابط به ترتیب $0/15$ ، $0/15$ و $0/15$) همگی با مقدار احتمال ($p > 0/05$)، همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین $0/04$ ، $0/95$ برای بازارزیابی و $1/34$ و $0/27$ برای بازداری و $0/51$ و $0/60$ کیفیت روابط) و آزمون برابری ماتریس‌های کوواریانس واریانس

Box: $M = 23/28$ ، $p = 0/07$ برای باز ارزیابی و Box: $M = 21/1$ و $p = 0/09$ برای بازداری و Box: $M = 21/1$ و $p = 0/09$ برای کیفیت روابط) آزمون سنجش کروییت داده‌ها (موجلی مقدار: $0/77$ ، $p = 0/16$ بازارزیابی و مقدار: $0/82$ و $p = 0/12$ بازداری و Box: $M = 20/02$ ، $p = 0/11$ برای کیفیت روابط) مقدار آزمون لامبدای ویلکز ($0/37$ ، $p < 0/001$) برای باز ارزیابی و $0/42$ ، $p < 0/001$ برای بازداری و $0/37$ ، $p < 0/001$ برای کیفیت روابط) نیز برای سنجش اثرات چندمتغیری نشان داد حداقل در یک متغیر میان مراحل سنجش در گروه‌ها تفاوت وجود داشت لذا تفاوت چندمتغیری حداقل در یک مقایسه، معنادار بود ($p < 0/001$). براین اساس، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

متغیر	تغییرات	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال
باز ارزیابی شناختی	درون گروهی	زمان	۱۱۰۰/۱۹۳	۲	۵۵۰/۰۹۶	۳۲/۳۴	<۰/۰۰۱
	بین گروهی	گروه	۹۸۲/۴۱۵	۲	۴۹۱/۲۰۷	۶/۵۴	<۰/۰۰۵
	درون گروهی	گروه و زمان	۴۸۰/۵۶	۴	۱۲۰/۱۴۱	۷/۰۶	<۰/۰۰۱
بازداری شناختی	درون گروهی	زمان	۴۸۸/۱۹۳	۱/۴۵	۳۳۴/۹۰	۳۷/۰۴	<۰/۰۰۱
	بین گروهی	گروه	۴۰۴/۱۹	۲	۲۰۲/۰۹۶	۹/۴۹	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	گروه و زمان	۳۳۹/۶۷	۲/۹۱	۱۱۶/۵۱	۱۲/۸۸	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	زمان	۳۰۷۶/۰۴۴	۱/۵۱	۲۰۲۹/۹۹	۵۵/۵۰	<۰/۰۰۱
	کیفیت رابطه زناشویی	بین گروهی	گروه	۶۰۶۰/۱۳	۲	۳۰۳۰/۰۶	۵/۵
	درون گروهی	گروه و زمان	۳۷۹۰/۳۵	۳/۰۳	۱۲۵۰/۷	۳۴/۱۹	<۰/۰۰۱

گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده شد در متغیرهای، بازارزیابی هیجان ($p < ۰/۰۰۵$) بازداری هیجان و کیفیت رابطه بین گروه های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). مقایسه دقیق این تفاوت‌ها به تفکیک هر مرحله سنجش در ادامه ارائه شده است.

در جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری نشان داد در اثر زمان با توجه به اینکه متغیرهای بازارزیابی و بازداری و کیفیت رابطه معنادار شد ($p < ۰/۰۰۱$)، بنابراین بین سه مرحله سنجش در این متغیرها و به لحاظ ابعاد مذکور تفاوت وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان تعامل وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). در اثر

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس تفاوت گروه‌های سه‌گانه در زمان‌های مختلف

متغیر	مرحله	تفاوت	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	eta
پیش‌آزمون	گروه	۱۲/۹۷	۲	۶/۴۸۹	۰/۱۵۸	۰/۸۵	۰/۰۰۷	
باز ارزیابی شناختی	پس‌آزمون	۱۱۵۶/۸	۲	۵۷۸/۴	۱۸/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	
پیگیری	گروه	۲۹۳/۲	۲	۱۴۶/۶	۳/۹۶	۰/۲۷	۰/۱۵	
پیش‌آزمون	گروه	۶۳/۵۱۱	۲	۳۱/۷۵	۲/۴۵	۰/۰۹	۰/۱۰	
بازداری شناختی	پس‌آزمون	۳۴۰/۰۴۴	۲	۱۷۰/۰۲۲	۲۰/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۸	
پیگیری	گروه	۳۴۰/۳۱	۲	۱۷۰/۱۵	۱۳/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۸	
پیش‌آزمون	گروه	۴۸/۵۳	۲	۲۶/۲۴	۰/۱۲	۰/۸۸	۰/۰۰۶	
کیفیت رابطه زناشویی	پس‌آزمون	۴۱۶۳/۲۴	۲	۲۰۸۱/۶۲	۱۰/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۲	
پیگیری	گروه	۵۶۳۸/۷۱	۲	۲۸۱۹/۳۵	۱۴/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۰	

نسبت به شفقت تأثیر مثبت بیشتری داشته و هر دو گروه پذیرش و تعهد و شفقت نسبت به کنترل تأثیر بیشتری داشته‌اند. در مرحله پیگیری اما میان دو گروه پذیرش و تعهد و شفقت و همچنین پذیرش و تعهد و کنترل تفاوت معنادار حاصل نشد اما در مقایسه با گروه گواه در مان شفقت در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری داشتند. در باب بازداری هیجانی گروه پذیرش و تعهد نسبت به شفقت و گواه کاهش معنادار بیشتری را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داد. و گروه شفقت نیز همین حالت را نسبت به گروه گواه حفظ نمود. در کیفیت روابط نیز میان دو گروه آزمایشی

نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه در جدول ۵ نشان داد در مرحله پیش‌آزمون میان سه گروه در ابعاد بازارزیابی و بازداری هیجانات و همچنین کیفیت رابطه زناشویی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > ۰/۰۵$)، اما در پس‌آزمون و پیگیری نتایج نشان داد که حداقل میان دو گروه تفاوت معنادار وجود داشت. به منظور شناسایی دقیق تفاوت‌های جفتی، آزمون بونفرونی در ادامه اجرا شد. اطلاعات جدول ۵، نشان داد در باز ارزیابی هیجانات بین سه گروه در پس‌آزمون متغیر بازارزیابی تفاوت معناداری میان گروه‌های سه‌گانه حاصل شده است. در این مرحله گروه پذیرش و تعهد

پذیرش و تعهد و شفقت در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ایجاد نشد و دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در هر دو مرحله تأثیر معنادار بیشتری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد و رویکرد مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان و کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور انجام شد. یکی از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه گواه باعث افزایش معنادار بازآرزیابی هیجانی و کاهش معنادار بازآرزیابی هیجانی شد. مطالعه‌ای که یافته‌های آن به طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، مشاهده نشد. اما مطالعات مشابهی قبلاً در نزدیکی با یافته‌های پژوهش حاضر انجام شده است. یافته‌های مطالعات احمدیان و همکاران (۱۴۰۱) در تأیید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای و استرس ادراک شده زنان نابارور، وین و همکاران (۲۰۱۸) در تأیید اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده ناشی از اضطراب همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت ارزیابی هیجانی از رویدادها در تجربه احساسات مثبت و منفی نقش بارزی دارد و فرد را در معرض انجام برخی رفتارهای بعضاً هیجانی و ناپخته قرار می‌دهد (گیلبرت، ۲۰۱۴) ارزیابی‌های اولیه معمولاً توأم با بیش‌انگیزگی و احتمال بالای خطر در ذهن و روان شکل می‌گیرد و اکثراً غیرارادی است، باز ارزیابی این امکان را فراهم می‌کند تا فرد از ارزیابی‌های اتوماتیک و خارج از کنترل خود در باب وقایع آگاه شده و اسیر آنها نباشد و ارزیابی‌های ارادی و منطقی و توأم با نگاه سالم به موقعیت و واقعیت امر شکل بگیرد (فلتچر و همکاران، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش فونونی همچون گسلش شناختی و جداسازی خود فرد از افکارش و با نگاهی خنثی به ارزیابی‌های منفی اتوماتیک و با تکیه بر انعطاف‌روانشناختی و عمل کردن مثبت در عین وجود ارزیابی‌های منفی و احساسات منفی، به اصلاح ارزیابی‌های شخصی از موقعیت منجر می‌شود (آیتور و همکاران، ۲۰۲۱) و دیگر احتمالاً مسئله ناباروری نمی‌تواند به صورت خودکار و خارج از کنترل ارزیابی‌های منفی منجر به تولید احساسات منفی و عملکرد ناپخته را شکل بدهد.

از طرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مواجهه را به جای اجتناب از موقعیات به ظاهر ترسناک آموزش می‌دهد (هایس و همکاران، ۲۰۱۶) ناباروری ممکن است فرد را در معرض تجربه برخی احساسات منفی قرار دهد که در مراحل اولیه گرایش به اجتناب و بازآرزیابی هیجانی در فرد را رقم بزند، در این بین بازآرزیابی هیجانی و فرار از تجربه احساسات منفی به افزایش شدت آنها کمک می‌کند و همچنین سبب می‌شود تا آنچه انعطاف روانشناختی نامیده می‌شود محقق نشود (وندربورت و واین، ۲۰۱۸). در دیدگاه مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از اهداف اساسی درمان، رفتار بر اساس ارزش‌های اصیل فردی علی‌رغم وجود موانع عاطفی و ذهنی آزارنده است که به مرور منجر به اصلاح این موانع نیز خواهد شد. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش مواجهه و کاهش بازآرزیابی هیجانی به کاهش و تعدیل هیجانات و بهبود عملکردهای رفتاری فردی و بین فردی منجر می‌شود (هایس و همکاران، ۲۰۱۶). همین امر به مرور زمان عملکردهای مثبت زوجی را به دنبال افزایش انعطاف روانشناختی افزایش داده و منجر به بهبود کیفیت روابط زناشویی شده است. بسیاری از تعارضات زناشویی نتیجه دنباله‌روی هر یک از زوجین از افکار و احساسات منفی خود است و در این میان رفتارهای سازنده و منجر به صلح و سازش کاهش می‌یابد و تعارضات دامن زده می‌شود (لوسادا و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً با آموزش پذیرش افکار آزارنده و احساسات دست و پا گیر به بهبود عملکرد مثبت و مبتنی بر ارزش منجر شده و کیفیت روابط زناشویی را ارتقا بخشیده است.

از طرفی شفقت‌درمانی نیز نسبت به گروه گواه اثربخشی بالاتری در متغیرهای مذکور داشت. مطالعات متعددی نیز پیش از این اثربخشی این درمان را بر برخی شاخص‌های روانشناختی همچون اضطراب و افسردگی و میل به خودکشی زنان (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸)، سلامت روان عمومی (سامرس - اسپیکرمان، و همکاران، ۲۰۱۸) خود انتقادی و عزت نفس بیماران سرپایی روان‌پزشکی (اندرسون و راسمن، ۲۰۱۷) نشان داده‌اند که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. زنان نابارور رنج نداشتن فرزند و نقص در فرآیند طبیعی بچه‌دار شدن را تجربه نموده‌اند که ممکن است امید به زندگی را در آنان تهدید کند، این مشکلات احتمالاً آن‌ها را با افسردگی روبرو ساخته و در معرض تجربه اضطراب قرار داده (لی و همکاران، ۲۰۲۱) آنها در معرض انتقاد از خود، همسر، دنیا و همچنین در معرض انتقاد

خانواده‌هایشان هستند، افزایش نامهربانانه این نقدها سبب بیش برانگیختگی سیستم جنگ و گریز مغز و افزایش تنش‌های روانشناختی می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت به دنبال تغییر این رویه است. این درمان با مداخله در فرآیند ارزیابی زنان از وقایع زندگی همچون پدیده ناباروری، از انتقاد و سرزنش جلوگیری نموده و به آموزش پذیرش، رنج‌بینی و درک بشریت ناقص انسان، همدلی و مهربانی با خود و دیگران منجر می‌شود (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸). استدلال مهربانانه، رفتار و تفکر و احساسات مهربانانه سبب می‌شود تا فرد هیجانات و وقایع زندگی را باز ارزیابی نموده و ارزیابی‌های مشفقانه‌ای را جایگزین ارزیابی‌های منفی نماید. همچنین با افزایش مهارت‌های مشفقانه ذهنی، عاطفی و رفتاری در فرد دیگر احساسات و هیجانات و وقایع آنقدر زننده و غیرقابل تحمل نیستند که نیازمند بازداری باشند و در سطح آگاهی هضم می‌شوند. از طرفی با تغییر دیدگاه و ابراز هیجانات بصورت سالم و مثبت، افراد احتمالاً وقایع خوشایند بیشتری در روابط زناشویی خود تجربه می‌کنند که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی زناشویی منجر شود (اندرسون و راسمن، ۲۰۱۷). بنابراین درمان مبتنی بر شفقت با تکیه بر تغییر ارزیابی‌های منفی ذهنی منجر به عواطف و رفتارهای منفی در روابط زناشویی زنان نابارور، توانسته است کیفیت روابط زناشویی آنان را از طریق افزایش تفسیرهای مهربانانه آرام بخش، عواطف نرم و لطیف ادراک و همدلی و همچنین رفتارهای غیرانتقام‌جویانه و مبتنی بر بخشش افزایش دهد.

اما در مقایسه دو درمان مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان متمرکز بر شفقت، اثربخشی بیشتری در افزایش بازآرزیابی در پس‌آزمون و همچنین کاهش بازداری هیجانی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. در سایر مقایسه‌ها تفاوت معناداری با هم نداشتند. مطابق با این یافته پژوهش‌های همسو یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت دو درمان دارای جنبه‌های مشترکی از جمله تکیه بر ذهن آگاهی و تغییر تفسیرهای منفی ذهن، پذیرش احساسات انسانی و تنظیم فعال عملکرد به صورتی مثبت و سازنده هستند که کارآمدی مشابهی را در تغییر شرایط زنان نابارور ایجاد نمود (گالوز-سانچز و همکاران، ۲۰۲۱). اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تغییر هیجانات تأثیر بیشتری داشت. در مسئله بازآرزیابی ظاهراً تکیه بر پذیرش افکار منفی و مزاحم به عنوان واقعیتی غیرقابل حذف و گسلش شناختی فرد از افکارش نسبت به تلاش برای

مشفقانه نگرستن تأثیر بیشتری داشته است. تکیه بر شفقت تا حدودی شبیه به نصیحت‌های عمومی عامه در باب وقایع ناخوشایند است که نوعی مقاومت در پذیرش درمان را به دنبال دارد، دیدن نیمه پر لیوان برای افراد به نوعی گول زدن خود است و بنابراین تفکر مهربانانه گاهی با واقع‌نگری به امر شایسته انتقاد به حاشیه رانده می‌شود (هایس و همکاران، ۲۰۱۶). اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخوردی منفعل‌تر و کاربردی‌تر با افکار دارد و آنها را صرفاً نوعی از ارزیابی‌های منفی همیشگی در باب وقایع می‌داند که نیازمند تغییر فوری نیستند (هربرت و همکاران، ۲۰۱۹) و آنقدر بی‌اهمیت‌اند گاهی که نباید حتی با آنها درگیر چالش شد.

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً با قدرت بیشتری از طریق عملکرد متعهدانه به تغییر ارزیابی‌های ذهن می‌پردازد. گاهی تغییر نگرش به بهترین وجه توسط تجربه و عملکرد مثبت و فعال صورت می‌گیرد (گالوز-سانچز و همکاران، ۲۰۲۱) و این وجه تمایز پذیرش و تعهد از شفقت است. همچنین در بعد دوم یعنی بازداری هیجانی می‌توان گفت تمرکز اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب و بازداری زدایی است در موقعیتی که بازداری لازم نیست. عامه افراد به دنبال اجتناب از افکار آزارنده و احساسات مزاحم و موقعیات رفتاری چالش‌انگیز هستند و با محدود کردن خود و دایره تجربه‌های زندگی از تنش اجتناب و به دنبال آرامش‌اند اما درمان پذیرش و تعهد فعالانه مغز را حساس‌تر زدایی می‌کند، این درمان بجای بازداری و اجتناب، مواجهه را پیشنهاد می‌دهد که بسیار کاربردی‌تر و رشد‌دهنده‌تر است و شخصیت و دایره زندگی فرد را محدود نمی‌کند (آیتور و همکاران، ۲۰۲۱). زنان نابارور گروه پذیرش و تعهد با افزایش مواجهه با واقعیات زندگی خود را از حضور در موقعیات چالش‌زا منع نمی‌کنند و عملکرد متعهدانه مبتنی بر ارزش‌های اصیل پس از مدتی آن‌ها را در مقابل موقعیات و چالش‌ها واکسینه می‌نماید و با غنی‌سازی تجربه‌های زندگی آنان زندگی پربارتری را تجربه می‌کنند. اما درمان شفقت مقداری از نظر رفتاری غیر فعال‌تر و نسبت به بازداری بی تفاوت است. شفقت تکیه بر تغییر تفاسیر دارد و تمرکز آن بر اجتناب‌زدایی نیست و همین عمل‌گرایی ضعیف نقطه ضعف این درمان نسبت به درمان پذیرش و تعهد است. از آنجایی که خودآگاهی، نقطه آغاز کنترل هیجانات و سردرگمی و ابهام یکی از فعال‌کننده‌های اصلی احساس اضطراب و تجربه هیجانات منفی در روابط بین فردی است دو درمان به دلیل برخی مشابهت‌ها

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد است و تمامی کدهای اخلاقی در آن رعایت شده است. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، اجرای جلسات برای زنان شرکت‌کننده، مطابق با مرام‌نامه اخلاقی هلسینکی در پژوهش (اصول اخلاقی در پژوهش‌های پزشکی... مداخله‌ای بر روی انسان) رفتار و همچنین در پایان جلساتی برای گروه گواه اجرا شد. فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات توسط افراد امضا شد، همچنین اطمینان لازم جهت رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات افراد به وجود آمد و هماهنگی جلسات پس‌آزمون و پیگیری با مشارکت اعضا در محیط امن آموزشی مرکز مشاوره انجام گرفت.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی مشارکت‌کنندگانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

همچون ذهن آگاهی و عملکرد ارادی مثبت علیرغم مزاحمت‌های ذهنی و احساسی و فعال‌سازی برخی توانمندی‌های مثبت فردی دخیل در روابط زوجی هر دو در بهبود کیفیت روابط زناشویی مفید و موثر و دارای تفاوت معناداری نبودند.

پژوهش حاضر محدود به جامعه زنان نابارور شهر بجنورد در سال ۱۴۰۲ بود به همین دلیل باید در تعمیم نتایج این تحقیق به جوامع دیگر زنان احتیاط نمود. به دلیل شرایط ناکافی موجود پژوهشگر در کنترل برخی متغیرهای همزمان فرهنگی و اقتصادی افراد نمونه در گروه‌ها، ممکن است وقایع همزمان با پژوهش نظیر مسائل اقتصادی، وقایع استرس‌آور و... نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار داده باشد، لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی این موارد کنترل و اثر آن‌ها حذف گردد. اصولاً برای بررسی تأثیر درازمدت اثرمداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری یک‌ماهه به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های بزرگتر مورد آزمون مجدد قرار گیرد، تا اعتبار این روش‌های درمانی با اطمینان بالاتری برآورده شود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی در گروه‌های نمونه مردان مواجه با نابارورری نیز اجرا، و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود واحدهای توانمندسازی زنان نابارور در جلسات مشاوره فردی و گروهی از درمان پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت در جهت افزایش باارزایی هیجانی، کیفیت روابط زناشویی و کاهش بازداری هیجانی استفاده نمایند.

منابع

احمدیان، علی، تقی‌پور، بهزاد، علیرضایی‌حور، محسن، سبزی، نرگس، داودی، سیده مرضیه و میرزاپور بین‌کلایی، مریم (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای و استرس ادراک‌شده زنان نابارور. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۷(۶۶)، ۳۳-۲۵.

<https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15280>

امیری، فاطمه، ویسکرمی، حسن علی و سپهوندی، محمدعلی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و تنظیم هیجانی دانش آموزان تیزهوش دوره اول متوسطه. توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۰(۲)، ۱۳۷-۱۴۸.

<https://doi.org/10.22034/ceciranj.2019.95954>

احمدی، راحله، سجادیان، ایلناز و جعفری، فریبا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو. فصلنامه پوست و زیبایی، ۱۰(۱)، ۲۹-۱۸.

<http://jdc.tums.ac.ir/article-۵۳۶۹-۱-fa.html>

برهانی، فاطمه‌السادات، چین آوه، محبوبه و فریدونی، صمد (۱۳۹۹). اثربخشی ترکیب مشاوره گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش با واقعیت‌درمانی بر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و خودکارآمدی در زنان نابارور. مجله پژوهش پرستاری ایران، ۱۵(۶)، ۷۵-۸۵.

<http://ijnr.ir/article-1-2541-fa.html>

جنگی‌زهی شستان، نسرين، کرد تمینی، بهمن و کربلایی هرسته، فاطمه (۱۴۰۰). پیش‌بینی میزان خطرپذیری دانش آموزان دختر بر اساس نیازهای اساسی روانشناختی و تنظیم هیجان. فصلنامه سلامت روان کودک، ۸(۱)، ۱۴۱-۱۵۴.

<https://doi.org/10.52547/jcmh.8.1.11>

رادمهر، سهیلا، جدیدی، محسن و گلستانی‌پور، مرتضی (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نظم‌جویی هیجان و کاهش فشارخون در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب. مجله علوم روانشناختی، ۲۲(۱۲۸)، ۱۶۳۲-۱۶۱۹.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.1619>

شمس یوسفی، لاله، سوداگر، شیدا، مسچی، فرحناز، رافضی، زهره و صیرفی، محمد رضا (۱۴۰۲). نقش میانجی‌گری خودشفقتی در رابطه میان انسجام خانواده، استرس و کیفیت زندگی با رضایت از تن‌انگاره در دختران نوجوان. مجله علوم روانشناختی، ۲۲(۱۲۴)، ۷۴۲-۷۲۳.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.124.723>

صفری، سمانه؛ حسن پور ازغدی، سیده بتول، غفاری زاده، علی اصغر و امیری فراهانی، لیلا (۱۳۹۹). ابعاد بخشودگی و عوامل مرتبط با آن در زوجین نابارور. نشریه پرستاری ایران، ۳۳(۱۲۶)، ۶۹-۸۱.

<https://doi.org/10.52547/ijn.33.126.69>

عیسی‌نژاد، امید، احمدی، سیداحمد، و اعتمادی، عذرا. (۱۳۸۹). اثربخشی غنی‌سازی روابط بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زوجین. مجله علوم رفتاری، ۴(۱)، ۹-۱۶.

https://www.behavsci.ir/article_67672.html

مشرقی، مطهره، خاکپور، رضا و نیکنام، مژگان (۱۴۰۳). مدل ساختاری تبیین گرایش به خیانت زناشویی براساس شفقت به خود بانقش میانجی‌گر بلوغ عاطفی. مجله علوم روانشناختی، ۲۳(۱۵)، ۹۵-۱۱۲.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1783-fa.html>

مشهدی، علی، قاسم پور، عبدالله، اکبری، ابراهیم، ایل بیگی، رضا، و حسن زاده، شهناز. (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۴(۲)، ۸۹-۹۹.

<https://sanad.iau.ir/journal/jsrp/Article/533873?jid=533873>

References

- Ahmadian, A., Taqipour, B., Alirezaei Hor, M., Sabzi, N., Davoudi, S. & Mirzapour Bin Kalaei, M. (2022). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on coping styles and perceived stress of infertile women. *New Psychological Research Quarterly*, 17(66), 25-33. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15280>
- Amiri, F., Vieskarami, H., Sepahvandi, M. (2019). Effectiveness of mindfulness therapy on anxiety and emotion regulation of first-grade high school gifted students. *Quarterly Journal of Empowerment of Exceptional Children*, 10(2), 137-148. (In Persian). <https://doi.org/10.22034/ceciranj.2019.95954>
- Ahmadi, R., Sajjadian, I. & Jafari, F. (2018). The effectiveness of compassion-based therapy on anxiety, depression and suicidal ideation in women with vitiligo. *Dermatology and Beauty Quarterly*, 10(1), 18-29. (In Persian). <http://jdc.tums.ac.ir/article-۵۳۶۹-۱-fa.html>
- Amato, P.R. (2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650-666. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00723.x>

- Aytur, S. A., Ray, K. L., Meier, S. K., Campbell, J., Gendron, B., Waller, N., & Robin, D. A. (2021). Neural mechanisms of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A network-based fMRI approach. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.587018>
- Andersen, B., & Rusmassen, P.H. (2017). Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(14), 185-196. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0043-1>
- Borhani, F., Chin Aveh, M. & Fereydoni, S. (2019). The effectiveness of group counseling based on commitment and acceptance with reality therapy on cognitive regulation strategies of emotion and self-efficacy in infertile women. *Iranian Journal of Nursing Research*, 15(6), 75-85. (In Persian) <http://ijnr.ir/article-1-2541-fa.html>
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. *Sexual and Reproductive HealthCare*, 10(40), 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.srh.2016.04.001>
- Cunningham, M., Szabo, M., Rodgers, R.F., Franko, D., Eddy, K.T., Thomas, J.J., et al. (2020). An investigation of distress tolerance and difficulties in emotion regulation in the drive for muscularity among women. *Body Image*, 33(18), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.004>
- Donarelli, Z., Coco, G.L., Gullo, S., Marino, A., Volpes, A., & Allegra, A. (2012). Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Comparative Research*, 27(11), 3215-3125. <https://doi.org/10.1093/humrep/des307>
- Fletcher, K., Parker, G., Bayes, A., Paterson, A., McClure, G. (2014). Emotion regulation strategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder: Differences and relationships with perceived parental style, 157(16), 52-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.001>
- Galvez-Sánchez, C.M., Montoro, C.I., Moreno-Padilla, M., Reyes del Paso, G.A., & de la Caba, P. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Central Pain Sensitization Syndromes: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4), 1-22. <https://doi.org/10.3390/jcm10122706>
- Gloster, A.T., Walder, N., Levin, M.E., Twohig, M.P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18(4), 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive feature*. New York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203851197>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(7), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Herbert, M.S., Malaktaris, A.L., Dochat, C., Thomas, M.L., Wetherell, J.L., & Afari, N. (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: Does post-traumatic stress disorder influence treatment outcomes? *Pain Management*, 20(9), 1728-1736. <https://doi.org/10.1093/pm/pny272>
- Haica, C.C. (2013). Gender Differences in Quality of Life, Intensity of Dysfunctional Attitudes, Unconditional Self-acceptance, Emotional Distress and Dyadic Adjustment of Infertile Couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78(12), 506-510. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.340>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY: Guilford Press.
- Jangizahi Shastan, N., Kurd Temini, B., Karbalai Herfteh, F. (2021). Predicting the risk level of female students based on basic psychological needs and emotion regulation. *Child Mental Health Quarterly*, 8(1), 141-154. (In Persian). <https://doi.org/10.52547/jcmh.8.1.11>
- Kirby, J. N. (2016). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 90(16), 432-455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
- Kim, J.H., Shin, H.S., & Yun, E. K. (2018). A Dyadic Approach to Infertility Stress, Marital Adjustment, and Depression on Quality of Life in Infertile Couples. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 36(1), 6-14. <https://doi.org/10.1177/0898010116675987>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(4), 778-792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>

- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16(8), 1762-1767. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.8.1762>
- Lei, A., You, H., Luo, B., & Ren, J. (2021). The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. *Scientific Reports*, 11(6), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03715-9>
- Losada-Baltar, A, Jiménez-Gonzalo, L., Gallego- Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M.D., Fernandes- Pires, J., Márquez-González, M. (2021). We are staying at home." Association of self-perceptions of aging, personal and family resources, and loneliness with psychological distress during the lockdown period of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), 6-10. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>
- Leisegang, K., Sengupta, P., Agarwal, A., & Henkel, R. (2021). Obesity and male infertility: mechanisms and management. *Andrologia*, 53(1), 36-47. <https://doi.org/10.1111/and.13617>
- Mosharafi M, Khakpour R, Niknam M. (2024). Structural modeling for determining marital infidelity based on self-compassion with mediating role of emotional maturity. *Journal of Psychological Science*. 23(133), 95-112. (In Persian). <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.23.133.95>
- Mashhadi, A, Ghasempour, A, Akbari, E, Elbeigi, R, and Hassanzadeh, Sh. (2013). The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in predicting social anxiety disorder in students. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 14(2), 89-99. (In Persian) <https://sanad.iau.ir/journal/jsrp/Article/533873?jid=533873>
- Marino, F., Failla, C., Chila, P., Minutoli, R., Puglisi, A., Arnao, A.A., Pignolo, L., Presti, G., Pergolizzi, F., Moderato, P., & et al. (2021). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy for Improving Psychological Well-Being in Parents of Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Brain Sciences*, 11(88), 1-15. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070880>
- Molgora, S., Fenaroli, V., Acquati, C., De Donno, A., Baldini, M. P., Saita, E. (2019). Examining the role of dyadic coping on the marital adjustment of couples undergoing Assisted Reproductive Technology (ART). *Frontiers in Psychology*, 8(4), 10-41. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00415>
- Nurhayati, S.R., Faturachman, F., & Helmi, A.F. (2019). Marital Quality: A Conceptual Review. *Buletin Psikologi*, 27(2), 109-124. <https://doi.org/10.22146/buletinpsikologi.37691>
- Omoaregba, J.O., James, B.O., Lawani, A.O., Morakinyo, O., & Olotu. O.S. (2011). Psychosocial characteristics of female infertility in a tertiary health institution in Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10(1), 19-24. <https://doi.org/10.4103/1596-3519.76567>
- Radmehr, S., Jadidi, M., Golestanipour, M. (2023). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on emotion regulation and blood pressure reduction in people with coronary heart disease *Journal of Psychological Sciences*, 22 (128), 1632-1619. (In Persian). <https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.1619>
- Rasheed, S., Iram, F & Qayu, SH. (2024). UnPerceived Control, Marital Satisfaction, Social Support and Infertility Related Stress: A Mediated Moderation. *Journal of Asian Development Studies*, 13(3), 1506-1516. (In Persian). <https://doi.org/10.62345/jads.2024.13.3.122>
- Shams Yousefi, L., Sodagar, Sh., Meschi, F., Rafezi, Z., Sirfi, M. R. (2023). The mediating role of self-compassion in the relationship between family cohesion, stress and quality of life with body image satisfaction in adolescent girls. *Journal of Psychological Sciences*, 22 (124), (742-723). (In Persian) <https://doi.org/10.52547/JPS.22.124.723>
- Safari, Semane; Hasanpour Azghadi, Seyedah Betoul; Ghafarizadeh, Ali Asghar and Amiri Farahani, Leila (2019). Dimensions of forgiveness and related factors in infertile couples. *Iranian Journal of Nursing*, 33(126), 69-81. (In Persian) <https://doi.org/10.52547/ijn.33.126.69>
- Sommers-Spijkerman, M. P.J., Trompetter, H.R., Schreurs, K.M.G., & Bohlmeijer, E.T. (2018). Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 101-115. <https://doi.org/10.1037/ccp0000268>
- Shriver, L.H., Dollar, J.M., Calkins, S.D., Keane, S.P., Shanahan, L., & Wideman, L. (2021). Emotional Eating in Adolescence: Effects of Emotion Regulation, Weight Status and Negative Body Image. *Nutrients*, 13(79), 1-12. <https://doi.org/10.3390/nu13010079>

- Vander Borgh, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62(12), 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
- Vitale, S.G., La Rosa, V.L., Rapisarda, A.M., & Laganà, AS. (2017). Endometriosis and infertility: the impact on quality of life and mental health. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, 9(2), 112-115. <https://doi.org/10.1111/and.13617>
- Yassa, M, Arslan, E., & Gulbahar, D.S. (2019). Effects of infertility treatment on anxiety and depression levels. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 410-415. <https://doi.org/10.17826/cumj.456723>