

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر خودتنظیمی زناشویی، دلزدگی زناشویی و خود انتقادی زنان نابارور

عاطفه زراستوند^۱، طاهر تیزدست^۲، جواد خلعتبری^۳، شهنام ابوالقاسمی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: ناتوانی در داشتن فرزند استرس آور بوده و موجب آشفتگی روانی می‌شود. همچنین به‌عنوان یک عامل قوی علیه روابط بین زوج‌ها و استحکام خانواده عمل می‌کند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر خودتنظیمی زناشویی، دلزدگی زناشویی و خود انتقادی زنان نابارور بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان نابارور شهرهای چالوس و نوشهر بودند که بین ماه‌های خرداد تا شهریور ۱۳۹۷ به مراکز ناباروری مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت درمان متمرکز بر شفقت به خود (۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. از پرسشنامه‌های خودتنظیمی زناشویی، دلزدگی زناشویی و خود انتقادی به‌منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) انجام پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله متمرکز بر شفقت به خود بر خودتنظیمی زناشویی ($F=8/17$, $p<0/001$)، دلزدگی زناشویی ($F=52/52$), $p<0/001$ و خود انتقادی ($F=64/99$, $p<0/001$) زنان نابارور تأثیر دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، درمان متمرکز بر شفقت به خود مداخله مؤثری در بهبود خودتنظیمی زناشویی، دلزدگی زناشویی و خود انتقادی زنان نابارور بود.

واژه‌های کلیدی: خود انتقادی، خودتنظیمی زناشویی، دلزدگی، شفقت به خود، ناباروری.

ارجاع: زراستوند عاطفه، تیزدست طاهر، خلعتبری جواد، ابوالقاسمی شهنام. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر خودتنظیمی زناشویی، دلزدگی زناشویی و خود انتقادی زنان نابارور. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۴): ۵۹۴-۶۰۵.

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

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۴- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: Tahertizdast@yahoo.com

نویسنده مسئول: طاهر تیزدست

مقدمه

باروری همواره یکی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده به شمار می‌رود. داشتن فرزند با رشد و ورود به دنیای بزرگسالی برابر دانسته شده است. در تمام فرهنگ‌ها دستیابی به نقش والدینی را شرط اساسی کمال فردی، پذیرش اجتماعی، تکمیل هویت جنسی و موقعیت کامل بزرگسالی می‌دانند. بر این اساس ناتوانی در داشتن فرزند، استرس‌آور بوده، موجب آشفتگی روانی می‌شود (۱) و به‌عنوان یک عامل مهم علیه روابط بین زوج‌ها و استحکام خانواده عمل می‌کند (۲). برخی معتقدند ناباروری (Infertile) می‌تواند به‌عنوان بحران زندگی، بحران هویت، بیماری مزمن و یا ترکیبی از آن‌ها در نظر گرفته شود (۳). چنین تجربه استرس‌زایی می‌تواند عامل تهدیدکننده‌ای برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی زوج‌ها باشد (۴). برخی معتقدند در مقابله با وقایع پراسترس زندگی، ناباروری پس از مرگ پدر، مادر و خیانت همسر در رتبه چهارم قرار دارد (۵). در سال‌های اخیر، ناباروری به علت شیوع بالا (۲۰ درصد) به‌عنوان یکی از نگرانی‌های اجتماعی در آمده است (۶). در ایران نیز وحیدی و همکاران (۷) شیوع ناباروری را ۲۴/۹ درصد گزارش کردند.

شواهد موجود نشان می‌دهد که تجربه استرس‌زای ناباروری با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روان‌شناختی مانند کاهش عزت‌نفس، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب و افسردگی، عصبانیت، احساس خودکم‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات جسمی همراه است (۷). شیوع کلی مشکلات روانی در بین زوج‌های نابارور ۲۵ تا ۶۰ درصد تخمین زده شده است (۸). نازایی مشکلی چندعاملی است. به‌طورکلی حدود یک‌سوم ناباروری‌ها به علل زنانه، یک‌سوم به علل مردانه و یک‌سوم باقی‌مانده به علل توجیه نشده یا نامشخص مربوط می‌شود (۹). ناباروری توجیه نشده شامل مواردی است که در ارزیابی‌های پایه (مثل تحلیل اسپرم، تخمک‌گذاری و لوله فالوپ) هیچ علت آشکاری برای نازایی وجود ندارد. در خصوص ناباروری با علل ناشناخته دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد. برک معتقد است می‌توان به بیماران مبتلا به ناباروری توجیه نشده و نامشخص اطمینان خاطر داد که حتی پس از ۳۲ ماه تلاش درمانی ناموفق، ۲۰ درصد آنان به حاملگی خودبه‌خودی دست خواهند یافت. در مقابل رایان و همکاران معتقدند ناامیدترین

بیماران و بی‌نتیجه‌ترین درمان‌ها مربوط به ناباروری با علت ناشناخته است. نداشتن علت مشخص برای ناباروری موجب سردرگمی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی زوج‌ها می‌گردد (۱۰). تاکنون روش‌های گوناگونی مثل درمان شناختی رفتاری، روان‌درمانی حمایتی و برنامه‌های مشاوره‌ای برای کمک به افراد نابارور طراحی و اجرا شده است. این رویکردها اغلب بر اساس مفاهیم نظری یک رویکرد درمانی خاص تدوین شده‌اند نه نیازهای روان‌شناختی افراد نابارور (۱۱). بینگ و همکاران (۱۲) در یک مطالعه فراتحلیل با بررسی ۲۰ مطالعه مداخله‌ای دریافتند روان‌درمانی‌های مختلف انجام‌شده در کاهش اضطراب زنان نابارور مؤثر بودند، اما هیچ‌کدام بر افسردگی و استرس افراد تحت درمان تأثیر معنی‌داری نداشتند. در عصر حاضر جای خالی پژوهش‌های منظم و ساختاریافته جهت ارائه بهترین روش درمانی برای مشکلات متنوع این بیماران کاملاً محسوس است. محققان معتقدند مداخله‌های مناسب روان‌شناختی با کاهش استرس و افزایش احساس رضایت‌مندی و شادکامی می‌توانند از طریق متعادل‌سازی عملکرد مغز و هورمون‌ها، عملکرد سیستم تولیدمثل را به وضعیت مطلوب نزدیک‌تر کنند، به‌طور بالقوه درمان‌های کمک باروری را مؤثرتر سازند و همچنین نرخ بارداری را تا ۵۵ درصد افزایش دهند (۱۳). یکی از این مداخله‌های روان‌شناختی جدید، درمان متمرکز بر شفقت به خود (Self-compassion focused therapy) است. درمان متمرکز بر شفقت به خود به افراد می‌آموزد که احساسات دردناک خود را کنار نزنند و از آن اجتناب نکنند، بلکه آن‌ها را بپذیرند؛ بنابراین، در گام اول می‌توانند تجربه خود را شناخته و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۱۴). از سوی دیگر شفقت اذعان به این نکته است که همه دردها را نمی‌توان حل یا درمان کرد، اما تمام رنج‌ها را می‌توان با شفقت تسکین بخشید (۱۵). اصول پایه در این درمان به این موضوع اشاره دارند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند. در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۱۶، ۱۷).

یکی از این ویژگی‌های زناشویی که می‌تواند نقش مهمی در پایداری روابط زوج‌های نابارور داشته باشد، خودتنظیمی زناشویی

(Marital self-regulation) است. زوج‌هایی که از خودتنظیمی استفاده می‌نمایند روابط شاد و باثبات‌تری با دیگران دارند؛ نقش این مؤلفه بسیار برجسته‌تر از مهارت‌های ارتباطی دیگر است (۱۸). خودتنظیمی به عنوان تلاش فرد برای بر عهده گرفتن تغییر پاسخ خود تعریف می‌شود و به فرآیندی اشاره دارد که در آن افراد تلاش می‌کنند تفکرات، احساسات، انگیزه‌ها و عملکردشان را کنترل کنند (۱۹). پایین بودن سطح خودتنظیمی در زندگی زناشویی می‌تواند پیامدهایی چون دلزدگی زناشویی (Marital burnout) را در پی داشته باشد. دلزدگی زناشویی، فرسودگی و از پا افتادن جسمی، عاطفی و روانی است. شروع دلزدگی به صورت تدریجی و اغلب ناشی از عدم تناسب بین انتظارات و واقعیت است (۲۰). از طرفی خود انتقادی (Self-criticism) نقش مهمی در خشم و مشکلات بین فردی زوجها دارد (۲۱). خود انتقادی به عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی نگریسته می‌شود که استرس‌زا و تضعیف‌کننده خود است؛ لذا در راستای بهبود این مشکلات در زنان نابارور به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی مفید است. یکی از این درمان‌ها که کارایی آن در پژوهش‌های قبلی مورد تأیید قرار گرفته است، درمان متمرکز بر شفقت خود است (۲۲).

با توجه به مطالب گفته‌شده، نیازهای روان‌شناختی افراد نابارور به‌خصوص زنان نابارور، کمبود پژوهش‌های دقیق در زمینه روان‌شناسی ناباروری و درمان‌های روان‌شناختی و همچنین نیاز به پیدا کردن یک روش کم‌هزینه و کوتاه‌مدت، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر خودتنظیمی زناشویی، دلزدگی زناشویی و خود انتقادی زنان نابارور انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان نابارور شهرهای چالوس و نوشهر بود که بین ماه‌های خرداد تا شهریور ۱۳۹۷ به مراکز ناباروری مراجعه کرده بودند (۷۳ نفر). از میان آن‌ها تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش،

دامنه سنی بین ۲۵ تا ۳۵ سال، کسب نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه خودتنظیمی زناشویی، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه خود انتقادی و دلزدگی زناشویی و نداشتن بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی بود. ملاک‌های خروج شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان، ابتلا به مصرف مواد و سیگار و مبتلا بودن به اختلال‌های روان‌پزشکی بود. در این پژوهش به برخی ملاحظات اخلاقی در دو بخش اجرایی و نگارشی عمل شده است. در بخش اجرایی اصل حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌های جمع‌آوری شده رعایت شد. همچنین در این پژوهش به اصول احترام به کرامت، حقوق و آزادی شرکت‌کننده‌ها توجه شده است. توضیح اهداف پژوهش، کسب رضایت آگاهانه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش و همچنین خروج از آن، بی‌ضرر بودن درمان، پاسخ به سؤال‌ها و در صورت تمایل در اختیار قرار دادن نتایج به شرکت‌کننده‌ها از دیگر اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. برای رعایت موازین اخلاقی جلسات درمان متمرکز بر شفقت بر خود به افراد گروه کنترل نیز آموزش داده شد. در این تحقیق از شاخص‌های آمار توصیفی (مانند میانگین، انحراف معیار، کمینه، بیشینه) و آمار استنباطی (مثل تحلیل کوواریانس چند متغیره) استفاده شد. برای بررسی متغیرهای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه خودتنظیمی زناشویی (Self-Regulation for Effective Relationships Scale یا BSRERS)

این پرسشنامه توسط ویلسون و همکاران در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۱۶ سؤال است که دو مؤلفه خودتنظیمی ارتباطی و تکاپوی ارتباطی را اندازه‌گیری می‌کند (۲۳). نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱= کاملاً درست تا ۵= کاملاً غلط) انجام می‌شود (۲۴). دامنه نمره پرسشنامه برای کل سؤال‌ها ۱۶ تا ۸۰ است. دامنه نمره خودتنظیمی ارتباطی بین ۱۰ تا ۵۰ و دامنه نمره تکاپوی ارتباطی بین ۶ تا ۳۰ خواهد بود. همسانی درونی عامل خودتنظیمی ارتباطی به روش آلفای کرونباخ، گاتمن و روش دوتیمه سازی اسپیرمن-براون به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ گزارش شده است. همسانی درونی عامل تکاپوی ارتباطی نیز به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۲ و ۰/۷۰ بوده است (۲۵). اعتبار

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت به خود

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
۱	غربالگری و اجرای پیش‌آزمون	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش‌آزمون به عمل آمد. آن‌هایی که میزان شفقت به خود پایینی داشتند به‌عنوان افراد گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند و قبل از اجرای جلسات به پرسشنامه‌های پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. درنهایت انگیزش لازم برای ادامه شرکت در جلسات پیش روی به آن‌ها داده شد.
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت به خود، ارزیابی و بررسی میزان خودتنظیمی زناشویی، دزدگی زناشویی و خود انتقادی شرکت‌کننده‌ها، عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی شناختی-رفتاری مبتنی بر شفقت به خود بود. در انتهای جلسه تکلیف خانگی به آن‌ها داده شد؛ از آن‌ها خواسته شد در خانه به ثبت خود انتقادی‌ها و چالش‌های روزانه خودشان بپردازند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه شناسایی و آگاهی از خودتنظیمی زناشویی، دزدگی زناشویی و خود انتقادی بود.
۳	شناخت مؤلفه‌های شفقت به خود	در جلسه سوم هدف شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت به خود، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت به خود و مروری بر خود شفقتی اعضا بود. در انتهای جلسه درمانی از اعضا خواسته شد تا مؤلفه‌های شفقت به خود را در فعالیت‌های روزانه خود به‌عنوان تکلیف خانگی ثبت کنند. رفتار موردنظر از آن‌ها در این جلسه شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های شفقت به خود بود.
۴	آموزش و پرورش خود شفقتی اعضا	در این جلسه هدف مرور 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 خود تخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آن‌ها خواسته شد تا مؤلفه‌های شفقت به خود در فعالیت‌های روزانه خود را ثبت کنند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های شفقت به خود بود.
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خود انتقادی	در این جلسه هدف تمرین جلسه قبل، ترغیب اعضا به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد دارای شفقت به خود با غیر شفقت به خود، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آن‌ها خواسته شد تا اشتباهات روزانه خود را ثبت و عوامل مرتبط با آن را شناسایی کنند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه پرورش شفقت به خود بود.
۶	اصلاح و گسترش شفقت	در این جلسه هدف مرور و تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقانه (بخشیدن، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلونزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجهه شدن با چالش‌های مختلف بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آن‌ها خواسته شد تا بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌برانگیز روزانه خود را ثبت کنند. رفتار موردنظر از اعضا در این جلسه بهبود و توسعه شفقت به خود بود.
۷	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	در این جلسه هدف مرور جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آن‌ها خواسته شد تا شفقت را در فعالیت‌های روزانه خود به‌کارگیرند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه احساس و ارزشمندی شفقت به خود بود.

ادامه جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت به خود

۸	فنون ابراز شفقت	در این جلسه هدف مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضاء داده شد؛ از آن‌ها خواسته شد تا نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان‌شان بنویسند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه بهبود احساس و ارزشمندی شفقت به خود بود.
۹	ارزیابی و کاربرد	در این جلسه هدف آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به اعضاء تا بتوانند به‌روشنای مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و در نهایت جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی باری حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضاء داده شد؛ از آن‌ها خواسته شد تا خود شفقی در چالش‌های روزانه را ثبت و یادداشت کنند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه پرورش و رشد شفقت به خود بود.
۱۰	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد. سپس از آن‌ها در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد.

اعتبار این پرسشنامه به روش همسانی درونی ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۱). در پژوهش حاضر برای بررسی اعتبار پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ در مرحله پیش‌آزمون برای دلدردگی جسمی، عاطفی، روان‌شناختی و کل به ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۷۴ و ۰/۸۳ بود.

مقیاس خود انتقادی (Self-Criticism Scale یا SCS)

این مقیاس توسط تامپسون و زوروف در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۲ سؤال است و دارای دو مؤلفه خود انتقادی درونی شده و مقایسه‌ای است. پاسخ هر سؤال بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (۶= بسیار خوب توصیف‌کننده من است تا صفر= اصلاً توصیف‌کننده من نیست) نمره‌گذاری می‌شود (۳۲). دامنه نمره مقیاس برای کل سؤال‌ها ۰ تا ۱۳۲ است. دامنه نمره خود انتقادی درونی شده بین ۰ تا ۶۰ و دامنه نمره خود انتقادی مقایسه‌ای بین ۰ تا ۷۲ خواهد بود. در پژوهشی که بر روی دانش آموزان پسر دوره دوم متوسطه ناحیه یک شهر تبریز انجام شده است ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بوده است (۳۳). ضریب روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس خود انتقادی گیلبرت ۰/۶۳ گزارش شده است (۳۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ در مرحله پیش‌آزمون برای خود انتقادی درونی شده، مقایسه‌ای و کل سؤال‌ها به ترتیب برابر ۰/۶۷، ۰/۷۱ و ۰/۹۱ بود.

درمان متمرکز بر شفقت به خود: جلسات بر اساس مفاهیم گیلبرت (۳۵) طراحی شده است. در ایران روایی محتوایی

پرسشنامه از طرف سازندگان برای خودتنظیمی ارتباطی و تکاپوی ارتباطی ۰/۸۱ و ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۶). در یک پژوهش دیگر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است و ضریب آلفای کرونباخ خودتنظیمی ارتباطی و تکاپوی ارتباطی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۳ بوده است (۲۷). در پژوهش حاضر برای بررسی اعتبار پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ در مرحله پیش‌آزمون برای خودتنظیمی ارتباطی، تکاپوی ارتباطی و کل سؤال‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۸۳ بود.

پرسشنامه دلدردگی زناشویی (Couple Burnout Questionnaire یا CBQ)

این پرسشنامه توسط پائیز در سال ۲۰۰۳ تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است که دلدردگی جسمی، عاطفی و روان‌شناختی را اندازه‌گیری می‌کند (۲۸). سؤال‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (۱= عدم تجربه عبارت موردنظر تا ۷= تجربه زیاد عبارت موردنظر) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده دلدردگی بیشتر فرد است. نقطه برش پرسشنامه ۷۳ می‌باشد (۲۹). دامنه نمره پرسشنامه برای کل سؤال‌ها ۲۰ تا ۱۴۰ است. دامنه نمره دلدردگی جسمی بین ۵ تا ۳۵، دلدردگی عاطفی بین ۷ تا ۴۹ و دلدردگی روان‌شناختی بین ۸ تا ۵۶ می‌باشد. در یک پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۰ به‌دست‌آمده است (۳۰). در یک پژوهش دیگر روایی پرسشنامه دلدردگی زناشویی با پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، ۰/۴۰- بوده است.

این بسته با نظرخواهی از سه نفر متخصص روان‌شناسی بالینی و آشنا به درمان‌های موج سوم در دانشگاه الزهراء و دانشگاه خوارزمی تهران تأیید شده است (جدول ۱).

روش اجرا: ابتدا از بین افراد مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهرهای چالوس و نوشهر که رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش داشتند، نمره آن‌ها در خودتنظیمی زناشویی پایین‌تر از میانگین و نمره آن‌ها در خود انتقادی و دلزدگی زناشویی بالاتر از میانگین بود، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. سپس به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. از شرکت‌کننده‌های هر دو گروه در شرایط یکسان پیش‌آزمون به عمل آمد. اطلاعات پرسشنامه‌های هر گروه کدگذاری و در پاکت مخصوص همان گروه نگهداری شد. پس از انجام پیش‌آزمون پرسشنامه‌های

پاسخ‌داده‌شده جمع‌آوری گردید. گروه آزمایش پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت درمان متمرکز بر شفقت به خود قرار گرفت، اما گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. درنهایت اطلاعات گردآوری‌شده با آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۲ یافته‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان ارائه شده است.

جدول ۲. فراوانی و درصد یافته‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

متغیرهای جمعیت شناختی	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۲۴ سال	۱	۶/۷	۰
	۲۵ سال	۳	۲۰	۰
	۲۶ سال	۱	۶/۷	۱
	۲۷ سال	۰	۰	۳
	۲۸ سال	۰	۰	۴
	۲۹ سال	۰	۰	۲
	۳۰ سال	۲	۱۳/۳	۳
	۳۱ سال	۴	۲۶/۷	۱
	۳۲ سال	۲	۱۳/۳	۱
	۳۴ سال	۲	۱۳/۳	۰
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵
	دیپلم	۵	۳۳/۳	۱
تحصیلات	فوق دیپلم	۱	۶/۷	۲
	لیسانس	۵	۳۳/۳	۷
	فوق لیسانس	۲	۱۳/۳	۳
	دکتری	۲	۱۳/۳	۲
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵

بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس نشان داد فرض نرمال بودن داده‌ها (بر اساس آزمون شاپیرو ویلک و کلموگروف اسمیرنوف) برقرار است ($p > 0/05$). همچنین فرض همگنی واریانس متغیرهای مورد بررسی برقرار می‌باشد ($p > 0/05$).

فرض خطی بودن رابطه بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون معنی‌دار است ($p < 0/05$). بررسی فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز دلالت بر تأیید همگنی شیب خط رگرسیون دارد، به‌طوری‌که

مقدار F حاصل از اثر متقابل نمره پیش‌آزمون با اثر گروه معنی‌دار نبود ($p > 0.05$).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	مرحله سنجش	شاخص‌های توصیفی	
			میانگین	انحراف معیار
خودتنظیمی زناشویی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۳۷/۰۷	۱/۲۸۰
		پس‌آزمون	۴۵/۹۳	۱/۵۸۰
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۳۶/۴۷	۱/۱۸۷
		پس‌آزمون	۳۷/۴۷	۱/۶۴۲
دلزدگی زناشویی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۷۸/۶۷	۱/۶۷۶
		پس‌آزمون	۶۷/۴۷	۱/۷۲۷
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۷۸/۶۷	۱/۲۳۴
		پس‌آزمون	۷۷/۳۳	۱/۹۸۸
خود انتقادی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۷۵/۱۳	۱/۵۰۶
		پس‌آزمون	۶۶/۷۳	۲/۴۶۳
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۷۶/۱۳	۱/۱۸۷
		پس‌آزمون	۷۴/۸۷	۲/۸۵۰

جدول ۴. نتایج آزمون‌های چند متغیره پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	p	حجم اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۶۰۳	۷۱/۱۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۰۹۷	۷۱/۱۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۹/۲۸۴	۷۱/۱۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۹/۲۸۴	۷۱/۱۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که آزمون لامبدای ویلکز نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که آزمون لامبدای ویلکز ($F=71/177, p=0/001$) بر اساس نتایج این آزمون می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته وجود دارد.

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چند متغیره

متغیرهای وابسته	MS	df	آماره F	p	حجم اثر	توان آماری
خودتنظیمی زناشویی	۴۳/۸۲۵	۱	۵۸/۱۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶	۰/۹۹۹
دلزدگی زناشویی	۱۱۱/۲	۱	۵۲/۲۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۶	۰/۹۹۹
خود انتقادی	۷۶/۸۲۶	۱	۶۴/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲۲	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت به خود بر افزایش خودتنظیمی زناشویی ($F=58/178, p=0/001$)، کاهش دلزدگی زناشویی ($F=52/226, p=0/001$) و خود انتقادی ($F=64/99, p=0/001$) تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به خود بر خودتنظیمی زناشویی، دلزدگی زناشویی و خود انتقادی زنان نابارور تأثیر دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های قبلی

همسو است (۳۶، ۳۷، ۳۸). در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت که یکی از درمان های موج سوم، درمان متمرکز بر شفقت به خود است. این مداخله اشاره می کند که افکار، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد در مواجهه با درون خود آرام می شود (۳۹). شفقت به خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت های ناراحت کننده است. داشتن شفقت به خود در زندگی زناشویی نیازمند این است که فرد به خاطر شکست ها یا نرسیدن به استانداردها به انتقاد سخت گیرانه از خود نپردازد و این مفهوم به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست ها نیست (۴۰). این باور که انتقاد از خود می تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، سبب فعال شدن عملکردهای حمایتی فرد برای تهدید نشدن حرمت خود می شود (۴۱).

درمان متمرکز بر شفقت به خود سبب گسترش مهربانی، درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت های ناگوار نسبت به خود، مهربانی و عدم قضاوت همسر می شود. افراد متأهل هنگام مواجهه با رویدادهای استرس زای زندگی با افزایش ارتباط و احساس تعلق به همسر با مشکلات مقابله می کنند. زنانی که به دلیل ناباروری دچار استرس می شوند و خودتنظیمی و ارتباط زناشویی شان در اثر ناباروری آسیب می بیند از طریق این درمان یاد می گیرند تا پریشانی ناشی از تجارب منفی ناباروری را که سبب تهدید احساسات خود می شوند، تعدیل نمایند. از سوی دیگر این مسئله سبب می شود که زنان نابارور ماهیت ناراحتی خود را بیشتر بشناسند و همچنین پاسخ دادن مثبت، لبخند زدن، همدلی و صمیمیت را در ارتباط با همسرشان افزایش دهند. زنان نابارور می توانند از این طریق خودتنظیمی و تکاپوی ارتباطی خود را بهبود بخشند؛ بنابراین منطقی است گفته شود که درمان متمرکز بر شفقت به خود بر خودتنظیمی زناشویی مؤثر است.

نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به خود بر دلزدگی زناشویی زنان نابارور تأثیر دارد. در تبیین این نتایج می توان گفت که این درمان بر اساس رویکرد تحولی عصب شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است و بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه ای، ترس های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش بینی نشده و

غیرعمدی متمرکز است (۲۸). درمان متمرکز بر شفقت به خود عامل مهمی برای افزایش تاب آوری و خودکارآمدی افراد مبتلا به مشکلات روان شناختی بوده (۲۹) و می تواند مهربانی با خود را در بهبود بخشد و در کاهش بسیاری از مشکلات افراد از جمله مشکلات زناشویی نقش دارد (۳۰). افراد دارای شفقت به خود بالا احساس بهتری نسبت به خود دارند و در نتیجه رضایت بیشتری از روابط بین فردی خود تجربه می کنند. افراد دارای شفقت به خود، نگرش حمایت گرانه ای نسبت به خود دارند. این نوع نگرش با بسیاری از پیامدهای روان شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارض های شخصی و بین فردی، حل مسئله سازنده و ثبات زناشویی رابطه دارد. وقتی زنان نابارور به خاطر مشکل ناباروری خود دچار دلزدگی و بی رمقی در زندگی زناشویی می شوند با درمان متمرکز بر شفقت به خود شادی، خوش بینی و رضایت از زندگی بیشتری را تجربه می کنند، قضاوت خود و همسرشان را کنار می گذارند و با افزایش رضایت از زندگی زناشویی خود، دلزدگی آن ها نسبت به زندگی زناشویی کاهش پیدا می کند.

نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به خود بر خود انتقادی زنان نابارور تأثیر دارد. در تبیین این نتایج می توان گفت که وجود نگرش مشفقانه به افراد کمک می کند تا میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد شدن غلبه نمایند (۷)؛ بنابراین افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند به خصوص تجاربی که متضمن ارزیابی، مقایسه اجتماعی و خود انتقادی است، با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان ها مرتکب اشتباه می شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می کنند. از سوی دیگر ذهن آگاهی در درمان متمرکز بر شفقت به خود به افراد کمک می کند تا از شکل گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری کنند. بخش عمده ای از هیجان های منفی افراد ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن خود تجربه می کنند؛ بنابراین مؤلفه ذهن آگاهی در این درمان با کاهش نشخوارگری افراد منجر به کاهش هیجان های منفی آن ها می شود. درواقع درمان متمرکز بر شفقت خود همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی مانند ناباروری عمل می کند. افرادی که شفقت به خود را در اثر

آموزش به دست می‌آورند با سختگیری کمتری خودشان را قضاوت می‌کنند؛ بنابراین وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و همچنین خودارزیابی و خود انتقادی کمتری دارند (۲۴).

علاوه بر آنچه ذکر شد، افراد اغلب برای حفظ احساسات مثبت درباره خود، دچار تصویری اشتباه به نفع خود می‌شوند و این تصورات اشتباه، ناخودآگاه با قضاوت منفی دیگران و سطوحی از فریب خود همراه می‌شود. این تصورات اشتباه منفعت طلبانه نه تنها به توانایی فرد در دیدن دقیق خود و دیگران کمک نمی‌کند، بلکه در تحمل مواجهه شدن با شواهد انکارناپذیر، نقاط ضعف ما به خود ما یاری نمی‌رسانند؛ در نتیجه به خود انتقادی و سرزنش خود منجر می‌شوند. آگاهی افراد نسبت به این فرآیند به تعدیل افکار و احساسات منفی آن‌ها نسبت به خود منجر شده و فرد نابارور را در مقابل نشخوارهای منفی، خود انتقادی و سرزنش خود مصون نگه می‌دارد. وجود نگرش شفقت‌آمیز و مهربانی با خود باعث می‌شود میان خود و دیگران پیوند هیجانی و عاطفی برقرار کنیم و به واسطه این احساس بر ترس از طرد شدن و خود انتقادی غلبه کنیم.

از آنجایی که این پژوهش بر روی زنان نابارور شهرهای چالوس و نوشهر انجام شده است، باید در تعمیم نتایج آن به زنان نابارور سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی احتیاط کرد. پژوهش‌های مشابه در سایر شهرها و

فرهنگ‌های دیگر امکان مقایسه نتایج را فراهم خواهد ساخت. یکی از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، نداشتن زمان کافی برای پیگیری تغییرات ایجاد شده در طی زمان بود؛ عاملی که سؤال‌هایی را در زمینه پایداری نتایج باقی می‌گذارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری بلندمدت استفاده شود تا میزان اثرگذاری درمان متمرکز بر شفقت به خود به‌طور دقیق‌تری بررسی شوند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش متمرکز بر شفقت به خود بر خودتنظیمی زناشویی، دزدگی زناشویی و خود انتقادی زنان نابارور مؤثر بوده است؛ لذا پیشنهاد می‌شود در مراکز درمان ناباروری به کمک مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران خانواده و با استفاده از آموزش متمرکز بر شفقت به خود به زنان نابارور کمک شود تا علاوه بر درمان‌های جسمی و دارویی از منظر روان‌شناختی و زناشویی نیز توان‌بخشی و آموزش ببیند.

تقدیر و تشکر

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول این مطالعه است و دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TON.REC.1397.030 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد.

References

1. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. The Lancet. 2004; 363(9405):303-10.
2. Heidari P, Latifnejad Roudsari R. Relationship between psychosocial factors and marital satisfaction in infertile women. Journal of Qazvin University of Medical. 2010; 14(1):26-32. [In Persian].
3. Pasch LA, Sullivan KT. Stress and coping in couples facing infertility. Current Opinion in Psychology. 2017; 13(1):131-5.
4. Hassan HE. Infertility profile, psychological ramifications and reproductive tract infection among infertile women, in northern Upper Egypt. Journal of Nursing Education and Practice. 2016; 6(4):92-108.
5. Behjatie-Ardekanie Z, Akhondie MM, Kamali K, Fazli-khalf Z, Eskandari SH, Ghorbani B. Evaluation of mental health of the infertility woman referred to Ebne-Sina reproductive clinic. Journal of Reproduction & Infertility. 2011; 11(4):319-24. [In Persian].
6. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. Human Reproduction. 2008; 23(5):1128-37.
7. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. Asia-Pacific Journal of Public Health. 2009; 21(3):287-93.

8. Gardner R, Raemer DB. Simulation in obstetrics and gynecology. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2008; 35(1):97-127.
9. Baldur-Felskov B, Kjaer SK, Albieri V, Steding- Jessen M, Kjaer T, Johansen C, Dalton SO, Jensen A. Psychiatric disorders in women with fertility problems: Results from a large Danish register-based cohort study. *Hum Reprod* 2013; 28(3):683-90.
10. Ibrahim MM, Al Awar R, Abdul SA, Nayeri ND, Al-Jefout M, Ranjbar F, Moghadam ZB. Perceptions of infertility among women in United Arab Emirates: A qualitative study. *Electronic Physician*. 2019; 11(2):7544-51.
11. Boivin J, Gameiro S. Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*. 2015; 104(2):251-9.
12. Ying L, Wu LH, Loke AY. The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: A systematic review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2016; 33(6):689-701.
13. Domar AD, Prince LB. Impact of psychological interventions on IVF outcome. *Sexuality, Reproduction and Menopause Journal*. 2011; 9(4):26-32.
14. Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*. 2013; 12(2):160-76.
15. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*. 2013; 12(2):146-59.
16. Smeets E, Neff K, Alberts H, Peters M. Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 70(9):794-807.
17. Beaumont E, Irons C, Rayner G, Dagnall N. Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2016; 36(1):4-10.
18. Brennan MA, Emmerling ME, Whelton WJ. Emotion-focused group therapy: Addressing self-criticism in the treatment of eating disorders. *Counseling and Psychotherapy Research*. 2015; 15(1):67-75.
19. Debrot A, Schoebi D, Perrez M, Horn AB. Touch as an interpersonal emotion regulation process in couples' daily lives: The mediating role of psychological intimacy. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2013; 39(10):1373-85.
20. James K, Verplanken B, Rimes KA. Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*. 2015; 79(1):123-8.
21. Joeng JR, Turner SL. Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology*. 2015; 62(3):453-63.
22. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010; 3(2):97-112.
23. Wilson KL, Charker J, Lizzio A, Halford K, Kimlin S. Assessing how much couples work at their relationship: the behavioral self-regulation for effective relationships scale. *Journal of Family Psychology*. 2005; 19(3):385-93.
24. Toering T, Elferink-Gemser MT, Jonker L, van Heuvelen MJ, Visscher C. Measuring self-regulation in a learning context: Reliability and validity of the Self-Regulation of Learning Self-Report Scale (SRL-SRS). *International Journal of Sport and Exercise Psychology*. 2012; 10(1):24-38.
25. Shafer K, James SL, Larson JH. Relationship self-regulation and relationship quality: The moderating influence of gender. *Journal of Child and Family Studies*. 2016; 25(4):1145-54.

26. Panadero E, Kirschner PA, Järvelä S, Malmberg J, Järvenoja H. How individual self-regulation affects group regulation and performance: A shared regulation intervention. *Small-Group Research*. 2015; 46(4):431-54.
27. Villavicencio FT, Bernardo AB. Beyond math anxiety: Positive emotions predict mathematics achievement, self-regulation, and self-efficacy. *The Asia-Pacific Education Researcher*. 2016; 25(3):415-22.
28. Pines AM. The female entrepreneur: Burnout treated using a psychodynamic existential approach. *Clinical Case Studies*. 2002; 1(2):170-80.
29. Havaasi N, Zahra Kaar K, Mohsen Zadeh F. Compare the efficacy of emotion-focused couple therapy and Gottman couple therapy method in marital burnout and changing conflict resolution styles. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017; 20(1):15-25.
30. Abhar Zanjani F, Khajeh-Mirza V, Seyyedi M, Shahabizadeh F, Dastjerdi R, Bahreinian A. Assessment on relationship beliefs and marital burnout among fertile and infertile couples. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2015; 17(2):81-6.
31. Sayadi M, Shahhosseini Tazik S, Madani Y, Gholamali Lavasani M. Effectiveness of emotionally focused couple therapy on marital commitment and couple burnout in infertile couples. *Journal of Education Community Health*. 2017; 4(3):26-37. [In Persian].
32. Thompson R, Zuroff DC. The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36(2):419-30.
33. Powers TA, Koestner R, Zuroff DC, Milyavskaya M, Gorin AA. The effects of self-criticism and self-oriented perfectionism on goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2011; 37(7):964-75.
34. Kupeli N, Chilcot J, Schmidt UH, Campbell IC, Troop NA. Confirmatory factor analysis and validation of the forms of self-criticism/reassurance scale. *British Journal of Clinical Psychology*. 2013; 52(1):12-25.
35. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(1):6-41.
36. Sommers-Spijkerman MP, Trompetter HR, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2018; 86(2):101-15.
37. LoParo D, Mack SA, Patterson B, Negi LT, Kaslow NJ. The efficacy of cognitively-based compassion training for African American suicide attempters. *Mindfulness*. 2018; 9(6):1941-54.
38. Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burychka D, Diego-Pedro R, Baños R, Negi LT, Cebolla A. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT®) in breast cancer survivors: A randomized clinical trial study. *Integrative Cancer Therapies*. 2018; 17(3):684-96.
39. Kopala-Sibley DC, Zuroff DC, Russell JJ, Moskowitz DS. Understanding heterogeneity in social anxiety disorder: Dependency and self-criticism moderate fear responses to interpersonal cues. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(2):141-56.
40. Lockard AJ, Hayes JA, Neff K, Locke BD. Self-compassion among college counseling center clients: an examination of clinical norms and group differences. *Journal of College Counseling*. 2014; 17(3):249-59.
41. McIntyre R, Smith P, Rimes KA. The role of self-criticism in common mental health difficulties in students: A systematic review of prospective studies. *Mental Health & Prevention*. 2018; 10(2):13-27.

The Effectiveness of Self-Compassion Focused Therapy on Marital Self-regulation, Marital Burnout, and Self-Criticism in Infertile Women

Atefe Zarastvand¹, Taher Tizdast², Javad Khalatbari³, Shahnam Abolghasemi⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: The inability to have a child is stressful, causes psychological distress and acts as a powerful factor in relationships between couples and family strengths. The aim of the present study was investigate to the effectiveness of self-compassion focused therapy on marital self-regulation, marital burnout, and self-criticism in infertile women.

Methods and Materials: This study was an applied and quasi-experimental with pre-test and post-test with a control group. The statistical population consisted of infertile women who referred to infertility centers in the cities of Chalus and Noshahr between June and September 2018. Among them, 30 people were selected and divided into experimental and control. Experimental groups received self-compassion-focused therapy (for ten 60-min sessions), but the control group did not receive any intervention. The Self-Regulation for Effective Relationships Scale (SRERS), Marital Burnout Questionnaire (MBQ) and Self-Criterion Questionnaires (SCQ) were used to collect the data. Data were analyzed by SPSS software version 24 in two parts: descriptive and inferential (multivariate analysis of covariance).

Findings: The results showed that self-compassion focused therapy had a significant effect on marital self-regulation ($F=8.17$, $p<0.001$), marital burnout ($F=52.52$, $p<0.001$), and self-criticism ($F=64.99$, $p<0.001$) in infertile women.

Conclusions: It can be concluded that self-compassion focused therapy was effective in improving marital self-regulation, marital burnout, and self-esteem in infertile women.

Keywords: Burnout, Infertility, Marital self-regulation, Self-compassion, Self-criticism.

Citation: Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi Sh. **The Effectiveness of Self-Compassion Focused Therapy on Marital Self-regulation, Marital Burnout, and Self-Criticism in Infertile Women.** J Res Behav Sci 2020; 17(4): 594-605.

1- Ph.D. student, General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

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

3- Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

4- Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Corresponding Author: Taher Tizdast, Email: Tahertizdast@yahoo.com