



اثربخشی رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور

گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
گروه روان‌شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران
گروه روان‌شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

ملیحه یزدان‌شناس ^{id}

محمد زارع نیستانک ^{id}

پریسا دیناری* ^{id}

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۰۴ | پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۸ | ایمیل نویسنده مسئول: parisa.dinari.1365@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۱ | پیاپی ۵ | ۴۴۴-۴۵۹

بهار ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان نابارور در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند. حجم نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان نابارور بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج مطالعه انتخاب شدند. گروه آزمایش مداخله رویکرد درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹) را ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی دریافت نمود. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس فراهیجان میتمنسگرابر و همکاران (۲۰۰۹)، پرسشنامه عملکرد جنسی راسن و همکاران (۲۰۰۰)، پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که در پس آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه از نظر فراهیجان منفی ($F=10/89, P=0/003$)، تحمل آشفتگی ($F=10/83, P<0/001$) و عملکرد جنسی ($F=8/16, P=0/008$) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر، مداخله رویکرد درمان متمرکز بر شفقت باعث بهبود میزان فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور شد. **نتیجه‌گیری:** منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان مداخله رویکرد درمان متمرکز بر شفقت را به عنوان یک روش کارا جهت بهبود فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور پیشنهاد داد.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر شفقت، فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی، عملکرد جنسی، زنان نابارور

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(یزدان‌شناس، زارع نیستانک و دیناری،

۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

یزدان‌شناس، ملیحه، زارع نیستانک، محمد، و دیناری، پریسا. (۱۴۰۰). اثربخشی رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۱۲ (پیاپی ۵): ۴۵۹-۴۴۴.

مقدمه

ناباروری^۱، نه تنها بحرانی روانی را در فرد ایجاد می‌کند، بلکه می‌تواند به عنوان ضربه‌ای پر قدرت علیه استحکام بنیاد خانواده عمل نماید. زمانی که زوجین از به دست آوردن محصول مهم زندگی‌شان، محروم می‌شوند، نه تنها مفهوم زندگی، بلکه مفهوم روابط بینابین آن‌ها زیر سوال می‌رود. تخمین زده می‌شود ۱۸۰-۱۲۰ میلیون زن در سراسر جهان در سنین ۴۹-۱۸ سال دچار این اختلال باشند (فریدرکسین، اوتولی، میهلوسین، ایلبک، هاوگی و همکاران، ۲۰۱۷). در ایران، میزان نازایی اولیه ۲۴/۹ درصد گزارش شده است (لاکاتوس، اسزیگتی، اوجما، سکستی و بالوگ، ۲۰۱۷). این رویداد تنشی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه‌ی روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌سازد. این تنش بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی تاثیر گذاشته و می‌تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آنها گردد. در جوامع مختلف، به دلیل اینکه داشتن فرزند یک ارزش فردی، اجتماعی و فرهنگی محسوب می‌شود، زوجین نابارور کوشش فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می‌کنند (موتزارت، ونکوئرس، گروئن، برگراف، کوچنگر و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از مواردی که می‌تواند روابط زنان نابارور را درگیر آشفتگی کند، عدم درک طرفین از هیجانات یکدیگر است و این نیز می‌تواند ناشی از آگاهی نداشتن نسبت به فراهیجان‌ها باشد. فراهیجان شامل مجموعه‌ای از هیجان‌ها و احساس‌های فرد است که برای توصیف خود از آنها استفاده می‌کند (کاسال، روگای و فیئوراوتی، ۲۰۱۸)؛ همچنین شامل جنبه‌های شناختی، عاطفی و انگیزشی است و هم به عنوان حالت و هم به عنوان صفت در نظر گرفته شده است. این سازه، هیجان‌هایی را دربر می‌گیرد که در پاسخ به هیجان‌های دیگر رخ می‌دهند، مانند شرم و ندامت درباره خشم. به عبارتی از طریق این فرآیند است که هیجانات کنترل و ارزیابی می‌شوند و منجر به انگیزه‌ای برای حفظ و نزدیک شدن به هیجانات یا اجتناب از آنها خواهد شد (کاپویانکو، فائیک، حسین و ولز، ۲۰۲۰). فراهیجان‌ها از دو بخش فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی تشکیل شده است و افراد دارای فراهیجان مثبت برخلاف افراد دارای فراهیجان منفی تمایل کمتر برای تصمیم‌گیری‌های اشتباه و سرکوبی افکار، احساس‌ها و هیجان‌های خود دارند. فراهیجان مثبت نشانگر توانایی افراد در پذیرش و ابراز مناسب هیجان‌ها است (هامونیر و وارسکون، ۲۰۱۸). بنابراین برای مواجهه با چالش‌های زندگی، همسران باید مجموعه‌ای از مهارت‌های هیجانی مانند توانایی شناسایی و بیان مناسب هیجانات را دارا باشند. افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجاناتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیص اختلال‌های درونی‌سازی را نشان و اضطراب از قبیل افسردگی می‌دهند؛ به عبارت دیگر تجربه زندگی همراه با آشفتگی‌های هیجانی متنوع و گوناگون است و اینکه چگونه فرد به این آشفتگی‌ها واکنش نشان دهد نشانگر میزان توانایی فرد در پذیرش هیجان‌های مثبت و منفی زندگی است (هوفارت، جانسون، نورداهل و ولز، ۲۰۱۸).

تحمل پریشانی به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و تداوم آسیب‌های روانی و همچنین درمان مشاهده شده است (الهای، لوین، اوبرین و آرمور، ۲۰۱۸). تعاریف متفاوتی از پریشانی هیجانی وجود دارد، که بهترین تعریف آن را به عنوان ناتوانی در احاطه کامل بر تجربه هیجان آزارنده و

ناراحت کننده می‌دانند، این متغیر چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفه منفی گفته می‌شود (کارپنتر، سنفورد و هافمن، ۲۰۱۹)، آشفتنگی ممکن است ماحصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که در اغلب موارد با تمایل به انجام عمل در جهت رهایی از آن تجربه هیجانی مشخص می‌گردد، این واژه به عنوان فراهیجانی مفهوم سازی شده است و به عنوان یک صفت، نه حالت هیجانی در نظر گرفته می‌شود (سنماتین، جکوبس و ورولیت، ۲۰۲۰)، تحمل پربشانی به طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد، بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است، عوامل متعددی می‌تواند بر تحمل آشفتنگی تاثیرگذار باشد (استنلی، بوفه، اسیمز، ترن، اسپمیدت و همکاران، ۲۰۱۸).

علاوه بر این، ناباروری ممکن است بر سطح روابط زناشویی زوجین نیز تأثیر بگذارد؛ لذا یکی از متغیرهایی که در این گروه از زنان اهمیت دارد، عملکرد جنسی است. عملکرد جنسی، بخشی از رفتار و زندگی انسان است که همواره مورد توجه او بوده و تأثیر غیرقابل انکاری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد؛ بدین منظور کارکردهای جنسی به عنوان یک اختلال در روان‌پزشکی مورد توجه قرار گرفته است (مک کابل، شارلیپ، لوپس، آتالا و همکاران، ۲۰۱۶). بینسون بیان میکند که عملکرد جنسی یک چرخه رفتاری است که تحت تأثیر عوامل گوناگون زیستی و روانی یا به عبارتی درونی و بیرونی قرار دارد و اختلال عملکرد جنسی به عنوان اختلالی در چرخه پاسخ جنسی یا درد هنگام رابطه جنسی تعریف شده است (نپی، کاسینلا، مارتلا، روسی، تیرانینی و مارتینی، ۲۰۱۶).

جهت بهبود فراهیجان منفی، تحمل آشفتنگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور راهکارهای بسیاری وجود دارد یکی از این راهکارها درمان مبتنی بر شفقت خود می‌باشد. شیوه مداخله درمان مبتنی بر شفقت خود به این صورت می‌تواند بر بیماران تاثیرگذار باشد که درمان مبتنی بر شفقت خود براساس رویکرد تحولی عصب شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است (جانسون، گودنیت، ژانگ، دابوین، پاترسون و همکاران، ۲۰۱۸)، و بر چهار حوزه‌ی تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش بینی نشده و غیرعمدی، متمرکز است (اسکینتا، لیزاما، ویلز و دیلی، ۲۰۱۵). شفقت مهارتی است که می‌توان به کسی آموخت و سپس با تمرین آن توسط آن شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تأثیر قرار گیرد. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه‌ی شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی کمک لازم به مراجعان می‌شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب آوری، آشفتنگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت آمیز است (فینالی-جونیز، ریز و کانی، ۲۰۱۵). اثربخشی این درمان در برخی از آزمایش‌های تصادفی و کنترل شده مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و تأثیرات آن بر کاهش هیجان‌ات منفی و افکار بدبینانه و عزت نفس (بولینگاوس، جونیز و هوتون، ۲۰۱۴)؛ کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین (ویلیامز، دالگلیش و کویکین، ۲۰۱۴)؛ درمان افسردگی (ترومپیتر، دی کلینی و بوهملیجیر، ۲۰۱۷)؛ بهبود خودانتقادی و افکار خودتخریب، کاهش نشانه‌ها و علائم متداول اضطراب، استرس و افسردگی (هوفارت، اوکتیدالین و لانگکاس، ۲۰۱۵)؛ مشاهده شده است.

چلی، چپارلو و کوالتی (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی روان درمانی متمرکز بر شفقت بر فراشناخت برای اختلال شخصیت اسکیزوئید نشان دادند که روان درمانی متمرکز بر شفقت تغییرات قابل اعتمادی را در علائم فراشناخت و بهبودی پس از تشخیص نشان داد. هیچ عارضه جانبی گزارش نشده است. همچنین، هاکن و تیلور (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان درمان متمرکز بر شفقت به عنوان مداخله‌ای برای تجاوز جنسی نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر عملکرد جنسی شرکت‌کنندگان اثر مثبت و بسزایی داشته است. با توجه به این که مطالعات گسترده انجام شده عموماً بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر شفقت به خود در درمان هیجان‌ناخوشایند اشاره دارند و هم‌چنین مطالعه‌ای به بررسی تاثیر مداخله‌ای این رویکرد در فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی نپرداخته است، این پژوهش درصدد پاسخگویی به این مسأله می‌باشد که هدف تعیین اثربخشی رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور انجام شد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نابارور شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند. در این پژوهش نمونه‌ای متشکل از ۳۰ نفر از زنان نابارور که با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان کلیه زنان نابارور شهر اصفهان انتخاب شدند. به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری (رویکرد درمان متمرکز بر شفقت و گروه گواه) تقسیم بندی شدند. تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰٪ برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد (ویرسینی و همکاران، ۲۰۱۸). ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از زنان نابارور، عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در زمان تحقیق، رضایتمندی از شرکت در پژوهش، ملاک‌های خروج: غیبت بیش از دو جلسه، داشتن اختلال‌های روانی براساس مصاحبه بالینی، شرکت در سایر مداخلات روان‌شناختی، مصرف داروهای روان‌پزشکی در زمان پژوهش) انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس فراهیجان‌ها.** این مقیاس توسط میتمنسرگر، بک، هافر و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شده است. دارای ۲۸ گویه و شش زیرمقیاس است. این مقیاس در کل دو بعد فراهیجان مثبت (فراشفقت و فراعلاقه) و منفی (فراخشم، فرا تحقیر/ فراشرم، فرا کنترل فکر و فراسرکوب) را می‌سنجد و براساس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه توسط رضایی، پارسایی، نجاتی و همکاران (۱۳۹۳) برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا شده است. آنها از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل و همبستگی مقیاس فراهیجان با هوش عاطفی عامل تأییدی برای بررسی روایی پرسشنامه استفاده کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد ضریب آلفای کرونباخ در زیرمقیاس

فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و در زیرمقیاس فراهیجان منفی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ است. در این پژوهش از سؤالات مربوط به فراهیجان منفی استفاده شد. در پژوهش حاضر پایایی آن نیز با استفاده از تحلیل آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

۲. پرسشنامه عملکرد جنسی زنان راسن. این پرسشنامه شامل ۱۹ آیتم می‌باشد که توسط راسن برای متمایز کردن مبتلابان به اختلال عملکرد جنسی از افراد سالم طراحی شده است. نحوه پاسخدهی این پرسشنامه بر اساس ۶ گزینه فعالیت جنسی نداشتیم، هرگز، بندرت، گاهی، اغلب و همیشه بود که نمره گذاری نیز از ۰ تا ۵ می‌باشد. کل امتیازات محاسبه شده به عملکرد جنسی کم (۰ تا ۳۳/۳)؛ متوسط (۳۳/۴ تا ۶۶/۶) و زیاد (بالتر از ۶۶/۷) تقسیم گردید. ضریب آلفای محاسبه شده برای پرسشنامه عملکرد جنسی در مطالعه کراسکیان و همکاران، ۰/۹۱ به دست آمد (کراسکیان و همکاران، ۲۰۱۴).

۳. پرسشنامه تحمل پریشانی. این مقیاس خودسنجی توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و دارای ۱۵ سوال و ۴ زیر مقیاس می‌باشد. زیرمقیاس‌های آن عبارتند از: تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم که روی یک مقیاس پنج درجه ای (۱)، کاملاً موافق (۲)، اندکی موافق (۳)، به یک اندازه موافق و مخالف (۴)، اندکی مخالف (۵)، کاملاً مخالف نمره گذاری می‌شوند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). ضرایب آلفای برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. علوی (۱۳۸۸) نیز همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (۰/۷۱) و اعتبار متوسطی را برای این زیرمقیاس‌ها نشان داد (۰/۵۴) برای زیرمقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای زیرمقیاس جذب، ۰/۵۶ برای زیرمقیاس ارزیابی، و ۰/۵۸ برای زیرمقیاس تنظیم. عزیزی (۱۳۸۸)، آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷، و ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم، به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ گزارش نموده است.

۴. برنامه آموزشی شفقت خود. برنامه آموزشی شفقت خود در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی به مدت سه ماه براساس برنامه آموزشی شفقت خود (گیلبرت، ۲۰۰۹) برای گروه آزمایش به اجرا در آمد.

جدول ۱. شرح جلسات برنامه آموزشی شفقت خود (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه با افراد، مروری بر ساختار جلسات، آگاهی از هدایت خودکار با استفاده از تمرین وارسی بدنی (آگاهی جز به جز از اجزای بدن)، آگاهی از هدایت خودکار و ارایه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	در این جلسه به افراد آموزش داده شد که وقتی با حس‌های ناراحت کننده یا سرگردانی ذهنی مواجه می‌شوند، با استفاده از وارسی بدنی با آنها روبه رو شوند. همچنین آموزش پنج مهارت دانش افزایی، به منظور تعریف بی تفاوتی نسبت به موقعیت‌ها. کاربستن، اینکه وقتی بی تفاوت هستیم چه کنیم؟ دیگران وقتی بی تفاوت هستند چه می‌کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی تفاوت هستند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی تفاوت باشیم؟

- جلسه سوم مرور تمرین جلسه قبل، آگاهی از رابطه بین خلق افکار، احساسات و وقایع است. با فضای تنفس سه دقیقه‌ای سپس تعریف اینکه همدردی چیست؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه می‌کنیم و اینکه دیگران با ما همدردی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟ در نهایت، ارایه تکلیف خانگی.
- جلسه چهارم تمرین و مرور جلسات قبل، تمرین تنفس. در واقع تنفس به عنوان وسیله‌ای برای مراقبه محسوب می‌شود. تعریف این که همدلی چیست؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم و اینکه دیگران وقتی همدردی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدلی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدلی کنیم؟ کجا باید همدلی کنیم؟ فرق بی‌تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟ در نهایت (مراقبه نشسته) حضور ذهن نسبت به تنفس و بدن (تمرین به‌شیری).
- جلسه پنجم و ششم برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟ خطاهای تفسیری یعنی چه و انسانیت زدایی در روابط یعنی چه؟ دو مورد از خطاهای تفسیری و انسانیت زدایی خودتان و دوستانتان را نام ببرید؟ چرا باید همدلی را یاد بگیریم؟ نداشتن مهارت و تفسیرهای ناروا در روابط ما با دیگران چه تاثیری می‌گذارند؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا چه مهارت‌هایی لازم دارید؟ همچنین در این جلسات در مورد مشکلات حاضر و پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خودآیند منفی آموزش داده می‌شود.
- جلسه هفتم خطاهای تفسیری کدامند؟ هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟ در پایان، آموزش در مورد تحریف‌های شناختی، پیامدها و روش‌های مقابله با آن ارایه شد.
- جلسه هشتم و نهم در این جلسات در مورد راهبردهای ایمنی و رفتارهای سلطه‌پذیر و رابطه آن با خودانتقادی (به چالش طلبیدن بیمار از طریق گفتگوی سقراطی) و ارایه تکلیف خانگی.
- جلسه دهم تا دوازدهم در این جلسات از افراد خواسته شد که همراه با توجه، تفکر و رفتار دلسوزانه و تمرین برای ایجاد احترام، در مورد حمله به خود صحبت کنند و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارایه مراقبه‌های لازم آموزش داده شد. پس از یک هفته پس از آزمون از هر دو گروه به عمل آمد.

روش اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی تو صیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۸/۵ (۸/۷) و گروه گواه ۳۶/۹ (۷/۷) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۶ و ۴۳ سال و در گروه گواه، ۲۷ و ۴۲ سال بود.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فراهیجان منفی	پیش‌آزمون	۲۷/۲۰	۴/۳۶	۲۵/۹۳	۴/۰۲
	پس‌آزمون	۲۰/۸۱	۳/۴۸	۲۴/۲۲	۳/۴۲
	پیگیری	۱۹/۹۳	۱۳/۴۹	۲۴/۳۳	۳/۱۹
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	۳۲/۲۶	۳/۰۱	۳۱/۶۶	۳/۴۱
	پس‌آزمون	۴۰/۴۶	۵/۲۰	۳۲/۴۶	۳/۲۴
	پیگیری	۴۱/۱۷	۵/۴۱	۳۲/۳۳	۳/۸۴
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۳۷/۵۳	۸/۲۲	۳۸/۸۶	۸/۸۷
	پس‌آزمون	۴۳/۶۰	۱۰/۵۴	۳۷/۸۰	۸/۰۵
	پیگیری	۴۲/۴۰	۱۰/۶۱	۳۷/۶۰	۸/۰۱

طبق نتایج جدول ۲، میانگین ابعاد تمام متغیرها که بار معنایی منفی دارند، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش با کاهش میانگین همراه بوده است، در صورتی که در گروه گواه این تغییر مشاهده نشد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	معناداری
فراهیجان منفی	آزمایش	۱۵	۰/۶۱۶	۰/۷۷۶	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۱۹۶
	گواه	۱۵	۰/۸۴۶	۰/۴۲۴	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۱۹۶
تحمل آشفتگی	آزمایش	۱۵	۰/۷۶۴	۰/۶۵۳	۲۸	۰/۸۴۲	۰/۳۶۷
	گواه	۱۵	۱/۲۱۶	۰/۱۴۳	۲۸	۰/۸۴۲	۰/۳۶۷
عملکرد جنسی	آزمایش	۱۵	۰/۵۴۵	۰/۹۲۲	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳
	گواه	۱۵	۰/۶۲۰	۰/۸۴۵	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای فراهیجان منفی، تحمل

آشفتگی و عملکرد جنسی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
فراهیجان منفی	زمان*گروه	۵۹/۲۶۷	۲	۲۹/۶۳۳	۱۲/۷۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
	گروه	۳۵/۲۶۷	۱	۳۵/۲۶۷	۱۰/۸۹۱	۰/۰۰۳	۰/۲۸۰
تحمل آشفتگی	زمان*گروه	۷۰/۰۶۷	۲	۳۵/۰۳۳	۴/۲۶۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳۲
	گروه	۱۸۷/۲۶۷	۱	۱۸۷/۲۶۷	۱۰/۸۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲
عملکرد جنسی	زمان*گروه	۱۵۶/۸۰۰	۲	۷۸/۴۰۰	۱۵/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
	گروه	۵۶/۰۶۷	۱	۵۶/۰۶۷	۸/۱۶۲	۰/۰۰۸	۰/۲۲۶

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به‌دست‌آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی معنادار است ($p < ۰/۰۱$). این یافته بیانگر این است که درمان متمرکز بر شفقت موجب بهبود فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود ابعاد فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی بود ($p < ۰/۰۱$).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان متمرکز بر شفقت در ابعاد فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
فراهیجان منفی	پیش	۷/۳۹	۲/۵۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۵۴	۲/۵۱	۰/۰۰۱
تحمل آشفتگی	پس	۱/۱۵	۲/۴۴	۰/۱۰۲
	پیش	۸/۳۹	۲/۵۰	۰/۰۰۱
عملکرد جنسی	پیگیری	۹/۱۵	۲/۶۳	۰/۰۰۱
	پس	۰/۸۹	۲/۵۸	۰/۱۳۲
	پیش	-۶/۵۹	۲/۷۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۵/۴۴	۱/۳۸	۰/۰۰۱
	پس	۱/۱۲	۱/۳۵	۰/۱۳۴

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد ابعاد فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$) اما تفاوت معناداری بین پس-آزمون و پیگیری وجود نداشت که نشان‌دهنده پایداری اثر درمان متمرکز بر شفقت بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور انجام شد. نتایج نشان داد که رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور موثر بود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش چلی و همکاران (۲۰۲۲) و هوکن و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت به خود سبب گسترش مهربانی، درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار نسبت به خود، مهربانی و عدم قضاوت می‌شود. زنان نابارور هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی با افزایش ارتباط با مشکلات مقابل می‌کنند. زانی که به دلیل ناباروری دچار استرس می‌شوند و فراهیجان مثبت آنها دچار آسیب می‌شود و دچار فراهیجانی منفی می‌شوند از طریق این درمان یاد می‌گیرند تا پریشانی ناشی از تجارب منفی ناباروری را که سبب تهدید احساسات خود می‌شوند، تعدیل نمایند. از سوی دیگر این مسئله سبب می‌شود 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 می‌توانند از این طریق باعث بهبود فراهیجان منفی خود شوند؛ بنابراین منطقی است گفته شود که رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی زنان نابارور موثر است (ترومپیتر و همکاران، ۲۰۱۷).

همچنین می‌توان گفت که اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود با آموزش سیستم‌های شفقت به خود که باعث افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی می‌شوند می‌توان سیستم تهدید را خنثی کرد (این سیستم مربوط به احساساتی مانند ناامنی، دفاع و تحریکات اتوماتیک است) و سیستم مراقبت را فعال کرد (این سیستم مربوط به احساساتی مانند امنیت، دلبستگی و سیستم مخدر اکسی‌توسین است) در بهبود فراهیجان منفی شرکت‌کنندگان در درمان تلاش شد با آگاه ساختن افراد از این سیستم، تکانشوری آنها را به میزان قابل توجهی کاهش داد (فینالی و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین با انجام تمرینات، قدرت کنترل خشم شرکت‌کنندگان بسیار بالا رفت. از آنجا که شفقت به خود نیازمند آگاهی هشیار از هیجان‌های خود است، دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شود؛ بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند. در انجام این درمان سعی شد تا با آموزش شفقت به خود و توانایی‌هایی چون پذیرش احساسات منفی و جایگزین نکردن احساسات مثبت در افراد، خش‌بینی، ابتکارات فردی، به

شرکت کنندگان در درمان از بیش حساسیتی آنها به خصوص در روابط بین فردی آنها کاسته شود (برینس و همکاران، ۲۰۱۴). با کمک به آنها برای تغییر تفاسیر آنها از توانایی‌های خود در ارتباط با دیگران و شناخت بیشتر خود و روابطی که با آن مواجه خواهند شد، سعی شد تا درک در ست‌تری از روابط بین فردی به آنها داد. همچنین می‌توان گفت که دلسوزی به خود می‌تواند با ایجاد برخی ویژگی‌های مثبت چون ادراک معقول خود، صبر و بردباری و تعادل هیجانی در طول تجربه‌های دشوار و همچنین یادآوری این نکته به شخص که ناملایمت و بدبیباری برای همگان اتفاق می‌افتد از اثرات منفی آنها پیش‌گیری نموده به عنوان یک سپر دفاعی در برابر تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان نابارور قرار بگیرد. مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، استفاده از ابزارهای خودگزارشی، تک جنسیتی بودن جامعه و محدود شدن جامعه پژوهش به زنان بهبود یافته از کرونا شهر اصفهان بود. بنابراین، توصیه گردد که در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری با خطای کمتر مثل تصادفی استفاده شود. این مطالعه بر روی مردان و زنان و مردان بهبود یافته از کرونا سایر شهرها انجام و نتایج این مطالعه مورد مقایسه قرار گیرد. پیشنهاد‌های دیگر استفاده از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها به جای پرسشنامه و یا در کنار پرسشنامه می‌باشد. همچنین، به عنوان آخرین پیشنهاد می‌توان به مقایسه شناخت درمانی هیجان مدار با سایر روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی مثل آموزش پذیرش و تعهد، آموزش شفقت و غیره اشاره کرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله پژوهشگر تشکر و قدردانی خود را از تمام زنان بهبود یافته از کرونا شهر اصفهان اعلام می‌نماید.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

رضایی، نورمحمد، پارسایی، ایمان، نجاتی، عصمت، نیک‌آمال، میترا، و هاشمی‌رزینی، سعدالله. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان. *فصلنامه تحقیقات روانشناختی*. ۶ (۲۳): ۱۱۱-۱۲۴.

References

- Azizi, A., Borjali, A., Golzari, M. (2010). The Effectiveness of Emotion Regulation Training and Cognitive Therapy on the Emotional and Additional Problems of Substance Abusers. *Iran J Psychiatry*, 5(2), 60-65.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2014). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness*, 5(2), 129-138.
- Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PloS one*, 15(9), e0238457.

- Carpenter, J. K., Sanford, J., & Hofmann, S. G. (2019). The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior therapy, 50*(3), 630-645.
- Casale, S., Rugai, L., & Fioravanti, G. (2018). Exploring the role of positive metacognitions in explaining the association between the fear of missing out and social media addiction. *Addictive behaviors, 85*, 83-87.
- Cheli, S., Chiarello, F., & Cavalletti, V. (2022). A Psychotherapy Oriented by Compassion and Metacognition for Schizoid Personality Disorder: A Two Cases Series. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 1-10*.
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior, 84*, 477-484.
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS one, 10*(7), e0133481.
- Frederiksen, Y., O'Toole, M. S., Mehlsen, M. Y., Hauge, B., Elbaek, H. O., Zachariae, R., & Ingerslev, H. J. (2017). The effect of expressive writing intervention for infertile couples: a randomized controlled trial. *Human Reproduction, 32*(2), 391-402.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment, 15*(3), 199-208.
- Hamonniere, T., & Varescon, I. (2018). Metacognitive beliefs in addictive behaviours: A systematic review. *Addictive Behaviors, 85*, 51-63.
- Hocken, K., & Taylor, J. (2021). Compassion-focused therapy as an intervention for sexual offending. In *Forensic Interventions for Therapy and Rehabilitation* (pp. 189-219). Routledge.
- Hoffart, A., Johnson, S. U., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2018). Mechanisms of change in metacognitive and cognitive behavioral therapy for treatment-resistant anxiety: The role of metacognitive beliefs and coping strategies. *Journal of Experimental Psychopathology, 9*(3), 2043808718787414.
- Hoffart, A., Økstedalen, T., & Langkaas, T. F. (2015). Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: a study of within-person processes. *Frontiers in psychology, 6*, 1273.
- Johnson, S. B., Goodnight, B. L., Zhang, H., Daboin, I., Patterson, B., & Kaslow, N. J. (2018). Compassion based meditation in African Americans: Self criticism mediates changes in depression. *Suicide and Life Threatening Behavior, 48*(2), 160-168.
- Kraskian Mujembari A, Keybollahi T. Compile and Standardization of Tehran Married Women Sexual Function Questionnaire (Tehran-SFQ). *Mod Care J* 2014; 11 (1): 44-54.
- Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC women's health, 17*(1), 1-9.
- Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Höfer, S., & Schüßler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 46*(4), 448-453.
- Mutsaerts, M. A., Van Oers, A. M., Groen, H., Burggraaff, J. M., Kuchenbecker, W. K., Perquin, D. A., ... & Hoek, A. (2016). Randomized trial of a lifestyle program in obese infertile women. *N Engl J Med, 374*, 1942-1953.
- San Martín, C., Jacobs, B., & Vervliet, B. (2020). Further characterization of relief dynamics in the conditioning and generalization of avoidance: Effects of distress

- tolerance and intolerance of uncertainty. *Behaviour research and therapy*, 124, 103526.
- Simons, J. S & Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development & validation of a self-report measure. *Motivation & emotion*, 20(9), 83- 102.
- Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, J. W. (2015). Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 481-490.
- Stanley, I. H., Boffa, J. W., Smith, L. J., Tran, J. K., Schmidt, N. B., Joiner, T. E., & Vujanovic, A. A. (2018). Occupational stress and suicidality among firefighters: Examining the buffering role of distress tolerance. *Psychiatry research*, 266, 90-96.
- Trompeter, H. R., De Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*, 41(3), 459-468.
- Williams, M. J., Dalgleish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the five-facet mindfulness questionnaire and the self-compassion scale. *Psychological assessment*, 26(2), 407.

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی

ردیف	گویه	کاملاً موافق	اندکی موافق	نه موافق و نه مخالف	اندکی مخالف	کاملاً مخالف
۱	داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	من نمی توانم احساس پریشانی یا آشفتگی ام را کنترل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	احساسات پریشانی من آن قدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می کنند.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	من به خوبی سایر مردم می توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	احساسات پریشانی یا آشفتگی ام قابل قبول نیست.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	من هر کاری را انجام می دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایشی سخت است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم از خودم خجالت می کشم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	از احساسات پریشانی یا آشفتگی ام وحشت دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی ام انجام می دهم.	۱	۲	۳	۴	۵

۱۴	وقتی پریشان یا آشفته می شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	وقتی احساس پریشانی یا آشفته‌گی می کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی توانم بکنم.	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (FSFI)

پرسشنامه حاضر احساسات و پاسخ های جنسی شما را در طی چهار هفته گذشته مورد سنجش قرار می دهد. لطفاً تا آنجا که ممکن است به سوالات صادقانه پاسخ دهید. مطمئن باشید که پاسخ های شما به طور محرمانه نگهداری خواهد شد. لطفاً به هر پرسش فقط یک پاسخ دهید. ضمناً لازم است پاسخ مورد نظرتان را با علامت دایره مشخص نمایید.

فعالیت جنسی: منظور از فعالیت جنسی ملاطفت، معاشقه و نزدیکی است.

۱- در طی چهار هفته گذشته، چقدر تمایل به داشتن فعالیت جنسی داشته اید؟

۵= تقریباً همیشه

۴= بیشتر اوقات

۳= گاهی اوقات

۲= مقدار کمی

۱= هیچ

۲- در طی ۴ هفته گذشته، میزان شدت تمایل شما به فعالیت جنسی چقدر بوده است؟

۵= خیلی بالا

۴= بالا

۳= در حد معمولی

۲= پایین

۱= خیلی پایین یا هیچ

۳- در طی چهار هفته گذشته، چقدر دچار تهییج جنسی (سر حال بودن) در هنگام فعالیت جنسی، شده اید؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام.

۵= تقریباً همیشه

۴= بیشتر اوقات

۳= گاهی اوقات

۲= مقدار کمی

۱= تقریباً هیچ یا هیچ

۴- در طی چهار هفته گذشته، میزان شدت تهییج جنسی (سر حال آمدن) در هنگام فعالیت جنسی چقدر بوده است؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام.

۵= خیلی بالا

۴= بالا

۳= در حد معمولی

۲= پایین

۱= خیلی پایین یا هیچ

۵- در طی چهار هفته گذشته، چقدر خاطر جمع بودید که در هنگام فعالیت جنسی، دچار تهییج جنسی (سر حال آمدن) می شوید؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام

۵= خیلی زیاد خاطر جمع

۴= خیلی خاطر جمع

۳= تا حدی خاطر جمع

۲= کمی خاطر جمع

۱= تقریباً هیچ یا هیچ

۶- در طی چهار هفته گذشته، چقدر از تهییج جنسی (سر حال آمدن) در هنگام فعالیت جنسی، رضایتمند بودید؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام

۵= تقریباً همیشه

۴= بیشتر اوقات

۳= گاهی اوقات

۲= مقدار کمی

۱= تقریباً هیچ یا هیچ

۷- در طی چهار هفته گذشته، چقدر در هنگام فعالیت جنسی، دچار رطوبت (رطوبت مهبل) شده اید؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام

۵= تقریباً همیشه

۴= بیشتر اوقات

۳= گاهی اوقات

۲= مقدار کمی

۱= تقریباً هیچ یا هیچ

۸- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام فعالیت جنسی، برای رسیدن به رطوبت (رطوبت مهبل) چقدر مشکل و سختی داشته اید؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام

۵= بی نهایت سختی و غیرممکن

۴= خیلی مشکل بود

۳= مشکل بود

۲= مقدار کمی مشکل بود

۱= تقریباً هیچ مشکلی نبود

۹- در طی چهار هفته گذشته، حتی پس از تمام شدن فعالیت جنسی، چقدر رطوبت (رطوبت مهبل) در شما ماندگار بود؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام

۵= تقریباً همیشه

۴= بیشتر اوقات

۳= گاهی اوقات

۲= مقدار کمی

۱= تقریباً هیچ یا هیچ

۱۰- در طی چهار هفته گذشته، حتی پس از تمام شدن فعالیت جنسی، برای ماندگاری رطوبت (رطوبت مهبل) چقدر مشکل و سختی داشته اید؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام

۵= بینهایت سختی و غیرممکن

۴= خیلی مشکل بود

۳= مشکل بود

۲= مقدار کمی مشکل بود

۱= تقریباً هیچ مشکلی نبود

۱۱- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام فعالیت جنسی، چقدر به ارگاسم (اوج لذت جنسی) رسیدید؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام

۵= تقریباً همیشه

۴= بیشتر اوقات

- ۳= گاهی اوقات
- ۲= مقدار کمی
- ۱= تقریباً هیچ یا هیچ

۱۲- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام فعالیت جنسی، برای رسیدن به ارگاسم (اوج لذت جنسی) چقدر مشکل و سختی داشته اید؟

- ۰= فعالیت جنسی نداشته ام
- ۵= بینهایت سختی و غیرممکن
- ۴= خیلی مشکل بود
- ۳= مشکل بود
- ۲= مقدار کمی مشکل بود
- ۱= تقریباً هیچ مشکلی نبود

۱۳- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام فعالیت جنسی، از رسیدن به ارگاسم (اوج لذت جنسی) چقدر رضایتمندی داشته اید؟

- ۰= فعالیت جنسی نداشته ام
- ۵= خیلی راضی بودم
- ۴= تا حدی راضی بودم
- ۳= تقریباً مساوی (نه راضی نه ناراضی)
- ۲= تا حدی ناراضی بودم
- ۱= خیلی ناراضی بودم

۱۴- در طی چهار هفته گذشته، از احساس نزدیکی هیجانی با همسران در هنگام فعالیت جنسی، چقدر رضایتمندی داشته اید؟

- ۰= فعالیت جنسی نداشته ام
- ۵= خیلی راضی بودم
- ۴= تا حدی راضی بودم
- ۳= تقریباً مساوی (نه راضی نه ناراضی)
- ۲= تا حدی ناراضی بودم
- ۱= خیلی ناراضی بودم

۱۵- در طی چهار هفته گذشته، چقدر از رابطه جنسی با همسران رضایتمندی داشته اید؟

- ۵= خیلی راضی بودم
- ۴= تا حدی راضی بودم
- ۳= تقریباً مساوی (نه راضی نه ناراضی)
- ۲= تا حدی ناراضی بودم
- ۱= خیلی ناراضی بودم

۱۶- در طی چهار هفته گذشته، در مجموع از نزدیکی جنسی خود چقدر رضایتمندی داشته اید؟

- ۵= خیلی راضی بودم
- ۴= تا حدی راضی بودم
- ۳= تقریباً مساوی (نه راضی نه ناراضی)
- ۲= تا حدی ناراضی بودم
- ۱= خیلی ناراضی بودم

۱۷- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام نزدیکی، چقدر درد و ناراحتی را تجربه کرده اید؟

- ۰= فعالیت جنسی نداشته ام
- ۵= تقریباً همیشه
- ۴= بیشتر اوقات

۳ = گاهی اوقات

۲ = مقدار کمی

۱ = تقریباً هیچ یا هیچ

۱۸- در طی چهار هفته گذشته، بدنبال و یا پس از نزدیکی، چقدر درد و ناراحتی را تجربه کردید؟

۰ = فعالیت جنسی نداشته ام

۵ = تقریباً همیشه

۴ = بیشتر اوقات

۳ = گاهی اوقات

۲ = مقدار کمی

۱ = تقریباً هیچ یا هیچ

۱۹- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام و یا پس از نزدیکی، شدت درد و ناراحتی شما چقدر بود؟

۰ = فعالیت جنسی نداشته ام

۵ = خیلی زیاد

۴ = زیاد

۳ = در حد متوسط

۲ = کم

۱ = خیلی کم یا هیچ



The effectiveness of the compassion-focused treatment approach on negative emotions, disturbance tolerance and sexual performance in infertile women

Malihe. Yazdan Shenasi¹, Mohammad. Zareh Neyestanaki² & Parisa. Dinari*³

Abstract

Aim: This study was conducted with the aim of determining the effectiveness of the treatment approach focused on compassion on negative emotions, disturbance tolerance and sexual performance in infertile women. **Methods:** The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group the research was all infertile women in Isfahan city in 2021. The sample size of the study included 30 infertile women who were selected by available sampling method and according to the study entry and exit criteria. The intervention experimental group received Gilbert's (2009) compassion-focused treatment approach for 12 weekly 90-minute sessions. Questionnaires used in this research include the excitement scale of Mitmansgraber et al. (2009), questionnaire Rossen et al.'s (2000) sexual performance was Simmons and Gaher's (2005) distress tolerance questionnaire. The data were analyzed by analysis of variance with repeated measurements in spss software version 22. **Results:** The findings showed that in the post-test between the groups tests and evidence in terms of negative overexcitement ($F=10.89$, $P=0.003$), disturbance tolerance ($F=10.83$, $P<0.001$) and sexual performance ($F=8.16$, $P=0.008$) there was a significant difference. In other words, the intervention of the compassion-focused treatment approach improved the level of negative overexcitement, disturbance tolerance and sexual performance in infertile women. **Conclusion:** According to the findings of the present study, it is possible to propose the intervention of compassion-focused therapy as an effective method to improve negative emotions, disturbance tolerance and sexual performance in infertile women.

Keywords: *compassion focused therapy, negative emotion, disturbance tolerance, sexual function, infertile women.*

1. Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

2. Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran

3. **Corresponding Author:** Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran

Email: parisa.dinari.1365@gmail.com