

مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال گرایی و توجه معطوف به خود در زوجین نابارور شهر اصفهان

Comparing the Effectiveness of Mindfulness and Therapy Based on Acceptance and Commitment on Perfectionism and Self-focused Attention in Infertile Couples in Isfahan city

Seyed Mojtaba Aghili (corresponding Aauthor)
Assistant Professor of Psychology Department of Payam
Noor University
Email: dr_aghili1398@yahoo.com

Bahareh Tanzadeh
M.A. in Psychology, Payam Noor University, Golestan,
Iran.

Abstract

Aim: This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of mindfulness and therapy based on acceptance and commitment on perfectionism and self-focused attention in infertile couples in Isfahan city. **Method:** The research was a semi-experimental type, with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the research was all infertile couples who referred to the Infertility Center of Isfahan city in the middle of 2021. Among these, 45 couples were selected by available sampling method and replaced by random method in three groups of experiment 1, experiment 2 and control group (15 people in each group). Experiment group one received mindfulness therapy, experiment group two received therapy based on acceptance and commitment for 8 sessions. The control group did not receive any intervention. The research tools were Hill et al.'s perfectionism questionnaire (2004) and Woody et al.'s (1997) focus of attention questionnaire. **Results:** The results showed that mindfulness therapy based on acceptance and commitment is effective on perfectionism and self-focused attention ($p < 0.05$). In other words, both treatments have had a significant effect in reducing perfectionism and self-focused attention. **Conclusion:** According to the results of the research, it can be said that mindfulness and therapy based on acceptance and commitment have had a significant effect in reducing perfectionism and self-focused attention.

Keyword: mindfulness, therapy based on acceptance and commitment, perfectionism, self-focused attention

سیدمجتبی عقیلی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

Email: dr_aghili1398@yahoo.com

بهاره تن زده

کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال گرایی و توجه معطوف به خود در زوجین نابارور شهر اصفهان انجام گرفت. **روش:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر اصفهان در نیمه سال ۱۴۰۰ بود. از این میان ۴۵ زوج به روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش یک، درمان ذهن آگاهی، گروه آزمایش دو، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ۸ جلسه دریافت نمودند. گروه گواه، هیچ مداخله ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه کمال گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴) و پرسشنامه کنون توجه وود و همکاران (۱۹۹۷) بود. **یافته:** نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال گرایی و توجه معطوف به خود موثر است ($p < 0.05$). به بیان دیگر، هر دو درمان، اثر معنی داری در کاهش کمال گرایی و توجه معطوف به خود داشته اند. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معنی داری در کاهش کمال گرایی و توجه معطوف به خود داشته اند.

کلمات: ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمال گرایی، توجه معطوف به خود

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۶

مقدمه

بارداری^۱ یک دوران حساس در طول زندگی زنان تلقی می‌شود که با تغییرات فیزیکی و روانی بسیاری همراه است (ویویکو، انگرهینی، الویرا^۲، ۲۰۱۷). بارداری خود دوره‌ای پر استرس است و میزان تاثیر پذیری زن باردار نسبت به استرس‌های متفاوت زندگی در این دوره افزایش پیدا می‌کند (سیناپاتی^۳، ۲۰۱۸). وضعیت روانی زنان در دوران بارداری و استرس‌های این دوران می‌تواند به طور مستقیم یا غیرمستقیم، سلامت مادر و جنین را در همان دوره و در سال‌های پس از تولد تحت تاثیر قرار دهد (جعفری، اسدی و اکبری، ۱۳۹۹). از سویی تجربه ناباروری که برخی متخصصان آن را بحران ناباروری^۴ خوانند با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روانشناختی و اجتماعی همراه است و تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (فرنام، مقصدولو، محمدی، ۱۳۹۸). ناباروری می‌تواند پیامدهای روانشناختی بسیاری به همراه داشته باشد. این که فرد به طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی‌تواند فرایند تولید مثل را دنبال کند و صاحب فرزند شود، خود به عنوان یکی از تلخ‌ترین تجربیات زندگی است (استرآبادی، فخرایی و کرامتی، ۱۳۹۹)؛ که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می‌تواند به اهمیت آن بیفزاید و آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی کند (اشمیت^۵، ۲۰۱۷). زوج‌های نابارور غالباً ناباروری را فشارآورترین حادثه زندگی خود معرفی می‌کنند که می‌تواند باعث از هم گسیختگی خانواده شود (آنتونی و ماندلیبام^۶، ۲۰۱۹). طبق پژوهش‌ها، ناباروری ممکن است سلامتی ذهنی و روانی زوج‌های نابارور را به خطر بیندازد و بر سلامت روانشناختی و توانایی آنها در عملکرد عادی به عنوان یک خانواده تأثیر منفی بگذارد (گیلبرت اولیویا^۷، ۲۰۲۰).

مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری باعث تأثیراتی مانند آشفتگی، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، باور غیرمنطقی وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی می‌شود (لیچتنبرگ^۸، ۲۰۱۹). کمال‌گرایی را به عنوان الگوی شناختی انتظارات فرد تعریف می‌شود که ویژگی اصلی آن تدوین اهداف محکم و انعطاف‌ناپذیر برای عملکرد و تنظیم استانداردهای غیرواقعی بالا است (همتی و همکاران، ۱۳۹۸). رویکردهای متفاوت در مورد کمال‌گرایی، آن را سازه‌ای تک‌بعدی معرفی کرده‌اند. هویت و فلت با نظر به کمال‌گرایی در ساختار اجتماعی، سه بعد کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور را متمایز کردند (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹). کمال‌گرایی خودمحور با تمایل به وضع معیارهای غیر واق بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد همراه با خود نظارتگرهای دقیق مشخص می‌شود (محمدی و روشن چسلی، ۱۳۹۹). کمال‌گرایی دگر محور بیانگر تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از

¹ pregnancy

² Vivico, Angrahini, Elvira

³ synapathy

⁴ sterility

⁵ Schmidt

⁶ Anthony and Mandelbaum

⁷ Gilbert, Olivia H

⁸ Lichtenberg

دیگران است و کمال‌گرایی جامعه‌محور به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات تجویز شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تایید اطلاق می‌شود (هی، جیانگ، کاین، چی و لین^۱، ۲۰۲۰).

تحقیقات اخیر نشان داده است که یکی از بحران‌های اساسی در زندگی زنان نابارور اضطراب است و سوگیری توجه معطوف به خود^۲، نقش مهمی در علت‌شناسی و تداوم اختلالات اضطرابی دارد. پردازش توجه جدید، در مدل اجرایی خودتنظیمی، به عنوان عامل مهمی است که در اختلالات عاطفی دخیل است (هویت، اسمیت، دینگ، چن، کو، فلت و پترسون^۳، ۲۰۲۰). این مدل یک الگوی ناکارآمد از پردازش شناختی به نام سندرم توجه‌شناختی را شامل می‌شود که شامل توجه غیرقابل‌انعطاف به خود، افکار باقی مانده، (نشخوار فکری و نگرانی)، نظارت بر تهدیدها و رفتارهای مقابله‌ای است که از تایید باورهای منفی جلوگیری می‌کند (هویت و همکاران، ۲۰۲۰). در توجه به معطوف به خود، تأملات مثبت در مورد "اگر نگران باشم بهتر آماده خواهم شد" ایجاب شده؛ اضطراب به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای ایجاد می‌شود و به دنبال آن "من بر نگرانی‌های خود کنترلی ندارم" منفی و یک حلقه باطل از خودمحوری به عنوان راهی برای آگاهی از وضعیت شما ایجاد می‌شود (قدم‌پور، محمدخانی، حسنی، ۱۳۹۸). اضطراب نه تنها افزایش می‌یابد بلکه به اضطراب مزمن نیز تبدیل می‌شود. به طور کلی، توجه متمرکز بر خود، آگاهی از اطلاعات خود ارجاع داده شده و تولید شده در درون است که شامل اطلاعاتی درباره حالات بدنی، افکار، خاطرات، باورهای شخصی، نگرش‌ها، احساسات و خلق و خوی است (سعیدفر، ۱۳۹۹). در راستای مداخلاتی مبنی بر کاهش توجه معطوف به خود، لوفتوس^۴ (۲۰۱۹) نشان داد افزایش ذهن آگاهی منجر به افزایش رفتار اخلاقی می‌شود که به واسطه کاهش تمرکز بر خود انجام می‌شود. و ثانیاً، افزایش ذهن آگاهی منجر به افزایش رفاه می‌شود، که هم با افزایش رفتار اخلاقی و هم با کاهش تمرکز بر خود انجام می‌شود. ذهن آگاهی، اولین بار توسط جان کابات زین معرفی شد و به معنای آگاهی کامل و آگاهی از هر آنچه که در حال حاضر در اطراف مردم و همچنین در داخل افراد اتفاق می‌افتد است بدون هیچ قضاوتی و تعصبی در مورد آنچه درست است و چه چیزی اشتباه است (روبرتسون^۵، ۲۰۱۷).

به منظور ارتقای سطح توانمندسازی روانشناختی زنان نابارور به جای داروهای پزشکی می‌توان از مداخلات مؤثر روانشناختی بهره برد. یکی از مداخلات روانشناختی که اخیراً توجه زیادی را به خود جلب کرده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ است (امیر، قمری و کیانی، ۱۳۹۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرکز کمتری بر روی نشانه‌ها داشته و بیشتر تمرکز خود را بر روی افزایش کیفیت زندگی افراد قرار داده است (حسن زاده، اکبری و ابوالقاسمی، ۱۳۹۸). اثرگذاری این شیوه‌درمانی در درمان مشکلات روانشناختی نسبت به سایر درمان‌های موج سوم کارآمدی به

¹ He, Jiang, Qin, Chi, Lin

² Self-focused attention

³ Hewitt, Smith, Deng, Chen, Ko, Flett, & Paterson

⁴ Loftus

⁵ Robertson

⁶. Acceptance and commitment treatment

نسبت بیشتری دارد تمایز و برتری آن به این خاطر است که از اصول زیربنایی مانند پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل و عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته استفاده می‌نماید (ولی زاده و احمدی، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (اسفندیاری، اسدپور، و محسن زاده، ۱۴۰۰). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیز^۱، ۲۰۱۶). از دیگر فرآیندهایی که برای بهبود بخشیدن به زندگی افراد جهت دست یافتن به آرامش و کسب نتایج بهتری از عمر خود استفاده می‌شود؛ ذهن‌آگاهی است که مدتها برای کاستن و یا از بین بردن مشکلات زندگی و ناراحتی‌ها و پریشانی‌های روانشناختی به کار می‌رود (رستمی، جهانگیرلو، سهرابی و احمدیان، ۱۳۹۵). در ذهن‌آگاهی بر مفاهیمی مانند پذیرش، توجه، زمان اکنون و اینجا، ارزش‌ها، ارتباط ذهن و بدن تأکید می‌شود. ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه و زمان حال و توجه و تمرکز آگاهانه و غیرقضاوتی و آگاه بودن از رویدادهای در حال رخ دادن (دایننگ، گریفیث، کویکن، کرین، فولکر، پارکر و دالگلیش^۲، ۲۰۱۹).

ناباروری از مشکلاتی است که به تدریج و در صورت عدم درمان و رفع آن، منجر به مشکلات روانی بیشتر برای زنان می‌شود و آشفتگی‌های روانشناختی بیشتر را در افراد مبتلا به وجود می‌آورد. امروزه پیشرفت‌های نوین علم پزشکی توانسته است در بسیاری از موارد، در درمان این بیماری موفق شود و امیدواری زنان مبتلا به آن را بیشتر کند، اما مشکلات روانشناختی ممکن است حتی پس از درمان ناباروری نیز کم یا زیاد پابرجا بماند که این فرایند با توجه به اهمیت سلامت زنان نابارور در ابعاد مختلف روانی، هیجانی و اجتماعی، نیازمند توجه بیشتر همزمان با بحث درمان ناباروری است. با عنایت به نقش موثر عواملی مانند توانمندی مدیریت و مهار خویشتن و تعهد برای رسیدن به یک زندگی پویا و پر بار و نگاه غیر قضاوت‌آمیز به رویدادها و حضور در زمان حال بر کیفیت زندگی آدمی و نیز لزوم تمرکز بر کیفیت زندگی و عملکرد و سلامت روان زوجین نابارور به عنوان قشر قابل تاملی از جامعه، این پژوهش به دنبال پاسخدهی به این سوال است که آیا بین اثربخشی ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود در زوجین نابارور شهر اصفهان تفاوت معنادار وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زوجین نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر اصفهان در نیمه سال ۱۴۰۰ می‌باشد. از این میان ۴۵ زوج به صورت در دسترس به عنوان نمونه گزینش و با روش تصادفی در دو گروه به عنوان گروه آزمایش و یک گروه به

¹. Hayes, Loma, Band, Masuda and Lilis

² Dunning, Griffiths, Kuyken, Crane, Foulkes, Parker, & Dalgleish

عنوان گروه گواه، (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حضور هر دونفر زوجین، سن بالای ۲۰ سال، ناباروری نوع اولیه باشد، حداقل تحصیلات دیپلم. ملاک‌های خروج، عدم تمایل به شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزار

پرسشنامه کمال‌گرایی هیل و همکاران^۱: پرسشنامه کمال‌گرایی توسط هیل و همکارانش (۲۰۰۴) طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۵۹ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد. این پرسشنامه شش بعد حساسیت بین فردی، تلاش برای عالی بودن، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی، استانداردهای بالا برای دیگران را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه توسط زارعی (۱۳۹۳) اعتباریابی شده و پایایی آلفای کرونباخ ۸۰/۵ به دست آمده است. دیکی^۲ و همکاران (۲۰۱۲)، نیز پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه کانون توجه وودی و همکاران^۳: پرسشنامه کانون توجه به وسیله وودی، چامبلس و گلاس در سال ۱۹۹۷ ساخته شده و دارای دو زیر مقیاس با پرسش‌های مدرج پنج نمره‌ای است. این پرسشنامه ۱۰ گویه دارد. زیرمقیاس‌های پرسشنامه عبارتند از مقیاس کانون توجه متمرکز بر خود و مقیاس کانون پایه تصور تعامل اجتماعی. هر گویه شامل یک مقیاس ۵ نمره‌ای است که نشان می‌دهد تا چه اندازه کانون توجه آزمودنی با عبارت‌ها هماهنگ است. خیر و همکاران (۱۳۸۷) پایایی پرسشنامه را با آلفای کرونباخ برای مولفه توجه متمرکز بر خود ۰/۷۵ و برای کانون توجه بیرونی ۰/۸۶ بدست آورد. وودی و همکاران (۱۹۹۷) روایی سازه این مقیاس را تایید نمودند. پایایی آن را نیز بویراز و کهل^۴ (۲۰۱۵) ۰/۸۲ از طریق آلفای کرونباخ بدست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

روش اجرا

با کسب معرفی نامه از واحد پژوهش دانشگاه پیام‌نور به مرکز ناباروری اصفهان مراجعه شد و با هماهنگی مسئولین مربوطه و همکاری مددکار مرکز ناباروری، برای زوجین نابارور مراجعه کننده جلسه‌ای توجیهی برگزار شد و اهداف پژوهش بیان شد. سپس از بین زوجینی که تمایل به همکاری در پژوهش داشتند ۴۵ نفر به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شد و با روش تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گروه گواه جایدهی شدند.

^۱ Hill et al.'s perfectionism questionnaire

^۲ Dickie

^۳ Focus of attention questionnaire Woody, Chambless, Glass

^۴ Boyraz & Kuhl

شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش ۱ تحت درمان ذهن‌آگاهی و گروه آزمایش ۲ تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم (مطالعه کتاب، تماشای تلوزیون، گوش دادن رادیو) در گستره‌های ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت نکردند و فقط برنامه‌های آموزشی معمولی خود را طی کردند. گروه‌های آزمایش، جلسات درمانی را در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در طول یک ماه (۲ جلسه در هفته) دریافت کردند. در پایان جلسات از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد، داده‌های حاصل از پژوهش با تحلیل کوواریانس تک متغیره و استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سرفصل‌های جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل درمانی هیز و همکاران (۲۰۰۷)، در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوی
اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی
دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیر شدن با اعمال هدفمند
چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان فرایند.
هفتم	معرفی ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها

جلسات ذهن‌آگاهی در پژوهش حاضر از برنامه مداخله ذهن‌آگاهی کابات_زین (۲۰۱۰) اقتباس شده است که محتوای جلسات به شرح ذیل می‌باشد.

جدول ۲: خلاصه جلسات گروهی درمان ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوا
اول	معرفی و آشنایی و تبیین مفهوم هدایت خودکار: معرفی برنامه و شرح مختصری از ۸ جلسه، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واریسی بدن و تنفس آگاهانه.
دوم	رویاریویی با موانع: موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن و تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی تنفس، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات.
سوم	آگاهی از تنفس یا تنفس آگاهانه: تمرین دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی.
چهارم	ماندن در زمان حال: مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مراقبه نشسته چهاربعده نیز نامیده می‌شود).
پنجم	اجازه / مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات): تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته (آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات)، ارائه و اجرای حرکات یوگا.
ششم	افکار حقایق نیستند: تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه‌ی تمرینی با عنوان «خلق فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستن، استفاده از شعر و استعاره و ارتباط آن با کیفیت ذهن‌آگاهی.
هفتم	مراقبه نشسته و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود. تهیه لیستی از رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی، تجربه آگاهی و پذیرش بدون قضاوت (غیرانتخابی).

هشتم پذیرش و تغییر (استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید). روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مراقبه، گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان و اخذ پس‌آزمون.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که در گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی ۶۷/۷ درصد شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم و کمتر، در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان تحصیلات فوق‌دیپلم و لیسانس و در گروه گواه ۶۷/۷ درصد شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم و کمتر است. در گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان سن کمتر از ۲۵ سال، در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۰ درصد شرکت‌کنندگان سن کمتر از ۲۵ سال و در گروه گواه ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان سن ۲۶ تا ۳۰ دارند. در گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان مدت ازدواج ۵ سال و کمتر، در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۷/۷ درصد شرکت‌کنندگان مدت ازدواج ۶ تا ۱۰ سال و در گروه گواه ۵۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان مدت ازدواج ۶ تا ۱۰ سال دارند.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

شاخص‌های آماری مقیاس	آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)		آزمایش (درمان ذهن آگاهی)		نوع آزمون	کمال‌گرایی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
پیش‌آزمون	۱۹۲/۵۳	۱۲/۰۱	۱۹۲/۶۰	۱۰/۳۸	پیش‌آزمون	۱۹۳/۳۳
پس‌آزمون	۱۹۳/۸۰	۱۱/۵۳	۱۶۹/۶۰	۱۴/۴۹	پس‌آزمون	۱۶۷/۹۳
توجه معطف به خود	۱۷/۳۳	۷/۵۲	۱۷/۲۰	۳/۶۲	پیش‌آزمون	۱۶/۸۶
پس‌آزمون	۱۶/۸۳	۶/۱۰	۱۴/۶۶	۳/۶۸	پس‌آزمون	۱۱/۸۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات توجه معطف به خود و کمال‌گرایی زوجین نابارور در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش کاهش یافته است. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور نشان داد که نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود در سطح $p > 0/05$ معنی‌دار نیست. بنابراین داده‌های از توزیع نرمال برخوردار هستند. به منظور استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی تساوی واریانس نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور از آزمون لوین استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: آزمون لوین در مورد همسانی واریانس نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور

مؤلفه‌ها	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
کمال‌گرایی	۱/۴۹۶	۱	۴۲	۰/۲۷۴
توجه معطف به خود	۱/۰۷۶	۱	۴۲	۰/۳۵۰

نتایج جدول ۴ آزمون لوین تساوی واریانس‌های نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که برای نمرات کمال‌گرایی، توجه معطف به خود زوجین نابارور تساوی واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون **Box M** نشان داد که ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده برای متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. چون مقدار **F** در سطح خطای داده شده (۰/۵۸۴) معنی‌دار نیست، بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که پیش‌فرض تساوی کواریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته برقرار می‌باشد.

جدول ۵: نتایج اثر پیلاهی تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) تفاوت دو گروه آزمایش و گواه کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مراحل پس آزمون

منبع	ارزش	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
گروه	۰/۷۱۷	۱۱/۱۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در نمرات کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون زوجین نابارور شهر اصفهان را نشان می‌دهد. بر اساس داده‌های جدول بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون زوجین نابارور در سطح $p < ۰/۰۱$ تفاوت معناداری وجود دارد و مقدار اتا ۰/۳۵۸ است. یعنی ۱۷/۴ درصد تفاوت دو گروه را نمرات کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون زوجین نابارور شهر اصفهان تبیین می‌کند. همچنین توان آزمون ۱ است و نشان دهنده کفایت حجم نمونه است.

جدول ۶: تحلیل کواریانس نمرات کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون در سه گروه آزمایش و گواه

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش آزمون	کمال‌گرایی	۴۱۱۱/۰۰۴	۱	۴۱۱۱/۰۰۴	۴۸/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶	۱/۰۰۰
	توجه معطف به خود	۱۴۵/۲۷۲	۱	۱۴۵/۲۷۲	۷/۴۴۱	۰/۰۰۹	۰/۱۵۷	۰/۷۵۹
گروه	کمال‌گرایی	۶۵۳۲/۲۹۷	۲	۳۲۶۶/۱۴۸	۳۸/۲۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	۱/۰۰۰
	توجه معطف به خود	۱۷۷/۳۰۸	۲	۸۸/۶۵۴	۴/۵۴۱	۰/۰۱۷	۰/۱۸۵	۰/۷۴۱
خطا	کمال‌گرایی	۳۴۱۲/۵۷۰	۴۰	۸۵/۳۱۴				
	توجه معطف به خود	۷۸۰/۹۰۹	۴۰	۱۹/۵۲۳				
کل	کمال‌گرایی	۱۴۲۶۴۷۸	۴۵					
	توجه معطف به خود	۶۱۳۹۹	۴۵					

همان‌طور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین گروه‌ها در نمرات کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون زوجین نابارور در مرحله پس آزمون در سطح $P < ۰/۰۵$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. تفاوت بین نمرات کمال‌گرایی و توجه معطف به خود در مرحله پس آزمون زوجین نابارور شهر اصفهان در گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌دار است.

جدول ۷: مقایسه زوجی نمرات کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود گروه‌های آزمایش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون

متغیر	آزمون	آزمون	تفاوت میانگین	معناداری
کمال‌گرایی	درمان ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۴۰۱	۰/۴۸۱
توجه معطوف به خود	درمان ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۸۲۰	۰/۰۸۸

همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد نمرات کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود در گروه‌های آزمایش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و درمان پذیرش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود در زوجین نابارور شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد، ذهن آگاهی و درمان پذیرش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود در زوجین نابارور اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های نظری و همکاران (۱۴۰۰)، سعادتخواه و همکاران (۱۳۹۹)، احمدی و همکاران (۱۳۹۸)، اونگ و همکاران (۲۰۲۱)، آپولینارو و همکاران (۲۰۲۰)، سئوآرت و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود.

در تبیین نتایج می‌توان گفت که ذهن آگاهی کمک می‌کند فرد بتواند به جای آنکه افکار و احساس‌های منفی را بخشی از خویشتن خود بداند، آنها را به عنوان وقایعی تجربه کند که در حال گذر از پرده ذهن هستند. ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان تمرکز، گشودگی، حالت عدم قضاوت، توجه و آگاهی مفهوم‌ساز شود. بر این اساس ذهن آگاهی مهارتی است که به زوجین نابارور اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند، دریافت کنند. این فرایند باعث می‌شود تا آنها از هم‌درآمیزی با افکار کمال‌گرایانه خود جدا شده و آنها را تنها به عنوان یک فکر صادر شده از سیستم شناختی خود در نظر بگیرند نه واقعیت. همچنین وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند، دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نکرده که این امر باعث کاهش کمال‌گرایی در آنها می‌شود (دانینگ و همکاران، ۲۰۱۹). درمان ذهن آگاهی در این مطالعه به زوجین نابارور کمک کرد تا در مسئولیت‌ها و چالش‌های روزمره زندگی، شایستگی و کارآمدی بیشتری داشته باشند و مهارت‌های افراد را در مدیریت استرس، حل مسئله و تصمیم‌گیری، حل تعارض، خود‌مدیریتی، رهبری، و مسئولیت‌پذیری افزایش یافت. پیامد به کارگیری آموزش ذهن آگاهی، کسب مهارت‌هایی است که اساساً بر کارکردهای آموزشی، شغلی و اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد و نقشی کلیدی در پیشرفت تحصیلی و موفقیت در زندگی دارد و به طور کلی به جای تعلل، کمال‌گرایی و اجتناب از مشکلات با آن رو در رو گردند. ذهن آگاهی به مطالعه محرک‌ها، شناخت‌ها و عواطف زیربنایی توجه دارد و موضوعات نهفته زندگی را در معرض آگاهی قرار می‌دهد. هنگامی که ذهن در عمل مشاهده می‌شود، افکار و احساسات خود به خود ناپدید می‌شوند. با کمک تکنیک‌های ذهن آگاهی، افراد مشاهده بدون قضاوت و انتقاد را همراه با شفقت برای خود و

دیگران می‌آموزند. آنها یاد می‌گیرند که الگوی افکار منفی را با مشاهده افکار و احساسات استرس‌زا و غمگین قبل از اینکه به یک چرخه معیوب کشیده شوند، شناسایی کنند (نظری و همکاران، ۱۴۰۰). از سویی درمان ذهن‌آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال افراد می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که افراد برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کنند تا خود را در گامی بالاتر ببینند و این تمایل به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله فرد می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد. همچنین، می‌توان گفت چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌گونه که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند. بنابراین، می‌تواند در تعدیل نمرات توجه معطوف به خود نقش مهمی داشته باشد (لوفتوس، ۲۰۱۹).

در درمان پذیرش و تعهد از فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرآیندهای تعهد و تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف‌روانی استفاده می‌شود. این رویکرد درمانی به زوجین کمک می‌کند تا به جای تلاش برای کنترل یا اجتناب از آنها، برای افزایش تماس با زمان حال و پذیرش افکار، احساسات و احساسات مرتبط با آزمون (مثلاً افکار کمال‌گرا، افکار منفی و ارزیابی‌های بدبینانه از آزمون) تلاش کنند؛ به عبارت دیگر، آنها یاد می‌گیرند که از هرگونه تلاش غیرضروری برای تغییر شکل یا تکرار تجارب درونی ناخواسته مانند افکار، خاطرات، عواطف و احساسات بدنی دست بکشند. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن‌ها کمک می‌کند تا از طریق تکنیک‌هایی مانند نارسایی شناختی، تعامل یا ارتباط با افکار، احساسات و عواطف بدنی را در لحظه حال به روش‌های انعطاف‌پذیر و همچنین بدون ایجاد مجموعه‌ای از قوانین سفت و سخت جدید بیاموزند (ولی زاده و همکاران، ۱۴۰۰). از آنجایی که هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد بوده است و توجه به این نکته که عدم انعطاف و پریشانی روان‌شناختی ناشی از آن، پیامد اصلی کمال‌گرایی به شمار می‌رود، بنابراین می‌توان استنباط کرد که کل برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در راستای هدف غایی‌اش که همانا افزایش انعطاف‌پذیری است گام بر می‌دارد (حسن زاده و همکاران، ۱۳۹۸).

علاوه بر این زوجین، رهایی از افکار، احساسات و رفتارها را تمرین می‌کنند و خود را از مشکلات خود منزوی می‌یابند. در نهایت، درمانگران به آنها کمک می‌کنند تا ارزش‌های خود را شناسایی کرده و رفتارهایی را که در خدمت آن ارزش‌ها هستند، تمرین کنند. به عبارت دیگر، آنها متعهد می‌شوند که به گونه‌ای عمل کنند که با ارزش‌های انتخابی آنها همخوانی داشته باشد یا مطابق با آنها باشد. به طور کلی، تمام اصول و فرآیندهای درگیر در این درمان منجر به کاهش تلاش برای اجتناب از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌آور و ناخوشایند، کاهش الگوهای توجه مشکل‌زا به حل مسئله برای کاهش خطاهای شناختی مانند نشخوار فکری می‌شود (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸). به عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منابع توجهی با ارزش را از سوگیری‌ها خالی کرده، و در نتیجه مانع از درگیری مکرر در فرایند نگرانی می‌شود. بدین ترتیب نیرومندی پاسخ‌های عادی کاهش یافته؛ آگاهی فرد از فعالیت‌ها افزایش می‌یابد و کنترل بر فرایندهای ذهنی حاصل می‌شود. این کنترل افزایش یافته در سیستم شناختی-توجهی به فرد اجازه می‌دهد تا محرک

تهدید کننده را با عینیت بیشتر و بدون تحریک تمرکز بر خود و نگرانی پردازش کند و این چرخه منجر به تعدیل نمرات توجه معطوف به خوود می شود (روبرتسون، ۲۰۱۷).

این پژوهش در شهر اصفهان انجام شد و در تعمیم نتایج آن به شهرهای دیگر باید دقت شود. همچنین به دلیل محدودیت زمانی، امکان انجام دوره پیگیری وجود نداشت. در این راستا پیشنهاد می شود این پژوهش در شهرها و فرهنگ‌های دیگر نیز انجام شود. پیشنهاد می شود در پژوهش‌های آینده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با رویکردهای درمانی دیگر موج سوم مقایسه شود. در سطح کاربردی، با توجه به یافته‌های بحث شده درباره اثربخشی هر دو درمان بر کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود، پیشنهاد می شود زمینه و بستر اجرای این دوره‌های آموزشی در مراکز درمان ناباروری فراهم شود. همچنین، پیشنهاد می شود برای پایداری اثربخشی این آموزش‌ها، تدابیری در راستای ادامه انجام تمرینات آموزش داده شده پس از مرحله پس‌آزمون، اندیشیده و استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از کلیه مشارکت‌کننده در این مطالعه قدردانی می کنند.

منابع

- استرآبادی، مریم؛ امیرفخرایی، آریتا؛ کرامتی، کرامت؛ سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور. *پژوهش‌نامه زنان*، ۱۱(۳۱)، ۱۸-۱.
- احمدی، اکرم؛ قائمی، فاطمه؛ فرخی، نورعلی. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان اصفهان. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۳)، ۲۱۹۲-۲۱۸۵.
- امیر، سید محمد بصیر؛ قمری، حسین؛ کیانی چلمردی، احمدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق‌پذیری ختنی و ادراک سربار بودن افراد معتاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۲۶۸-۲۵۳.
- اسفندیاری بیات، داریوش؛ اسدپور، اسماعیل؛ محسن زاده، فرشاد؛ کسائی، عبدالرحیم. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی - هیجانی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان بخشودگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰(۹۷)، ۱۴۸-۱۳۹.
- رسیمی، چنگیز؛ جهانگیر لو، اکرم؛ احمدیان، حمزه؛ سهرابی، احمد. (۲۰۱۶). نقش انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن آگاهی در پیش بینی افعال کاری دانشجویان. *مجله علوم پزشکی زنانکو*، ۱۷(۵۳)، ۶۱-۵۰.
- زارعی، سحر؛ غرایق زندی، حسن؛ بشارت، محمدعلی؛ حومینان شریف آبادی، داود؛ باقرزاده، فضل‌الله. (۱۳۹۹). مدل یابی کیفیت رابطه مربی ورزشکار بر اساس کمال‌گرایی مربیان: نقش واسطه‌ای بخشش و رفتار کنترل‌لی. *مطالعات روانشناسی ورزشی*، ۹(۳۴)، ۳۳۰-۳۰۵.
- جعفری شالکوهی، عطیه؛ اسدی مجره، سامره؛ اکبری، بهمن. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان زنان باردار. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۲)، ۵۳-۴۳.
- سعیدفر، پروانه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی الگوی ارتباطی خانواده بر اساس کمال‌گرایی و تنظیم هیجانی زوجین، دومین کنگره تازه یافته‌ها در حوزه خانواده، بهداشت روان، اختلالات، پیشگیری و آموزش، تهران.

- فرنام، علی؛ مقصدولو، فاطمه؛ محمدی، رویا. (۱۳۹۸). مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی اجتماعی در زنان نابارور تحت درمان لقاح آزمایشگاهی و زنان بارور. *نشریه علمی روانشناسی اجتماعی*، ۶(۵۰)، ۱-۱۰.
- محمدی، علیرضا؛ روشن چسلی، رسول. (۱۳۹۹). ارتباط کمال‌گرایی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی با میانجی‌گری شفقت‌به‌خود در دانشجویان دانشگاه شاهد. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۸(۱۵)، ۱۸۱-۱۶۱.
- نظری، گلستان؛ امیری، حسن؛ افشاری‌نیا، کریم؛ کاکابرابی، کیوان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر ایلام. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۹(۲): ۹۵-۱۰۶.
- ولی‌زاده، حدیث؛ احمدی، وحید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۷(۲)، ۱۶۶-۱۵۳.
- همتی‌کلورزی، ژیلا؛ حسین‌پور، کمال؛ ارفع، فاطمه. (۱۳۹۸). رابطه کمال‌گرایی و اشتیاق تحصیلی دانش‌آموزان دوره اول متوسطه نظری سنگر. *پنجمین همایش ملی روان‌شناسی مدرسه*.
- Antoine, J., & Mandelbaum, J. (2019). Initial evaluation of the infertile couple. *Encyclopedia of Endocrine Diseases*, 2(1): 490-497.
- Apolinário-Hagen J., Drüge M., & Fritsche L. (2020) Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. In: Kim YK. (eds) Anxiety Disorders. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 119(1): 187-195.
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3): 244-258.
- Dickie, L., Surgenor, L. J., Wilson, M., & McDowall, J. (2012). The structure and reliability of the Clinical Perfectionism Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 52(8): 865-869.
- Gilbert, Olivia H. (2020). *The Path to Pregnancy: Fertility Services and Assisted Reproductive Technologies*. Scripps Senior Theses. 1517.
- He, T. Su, J. Jiang, Y. Qin, S. Chi, P. & Lin, X. (2020). Parenting Stress and Depressive Symptoms Among Chinese Parents of Children with and Without Oppositional Defiant Disorder: A Three-Wave Longitudinal Study. *Child Psychiatry & Human Development*, 16(3): 1-13.
- Hayes, S. (2013). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35(4): 639- 665.
- Hayes, C., Luoma, B., Bond, W., Masuda, A., & Lillis, J. (2016). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1): 1-25.
- Hewitt, P. L., Smith, M. M., Deng, X., Chen, C., Ko, A., Flett, G. L., & Paterson, R. J. (2020). The perniciousness of perfectionism in group therapy for depression: A test of the perfectionism social disconnection model. *Psychotherapy*, 57(2): 206-218.
- Loftus, E. (2019). *The Ethical and Emotional Benefits of Reducing Self-Focus Through Mindfulness*. Scripps Senior Theses. 1247.
- Lichtenberg, J. (2019). Psychological illness, and subscription to Ellis's irrational beliefs. *Journal Counseling Development*, 71(2): 157-163.
- Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22(1): 100-114.
- Robertson, L. (2017). *A Meditation on Meditation: Exploring Perceptions of Mindfulness and Meditation in the Claremont Community*. Scripps Senior Theses. 1062.

- Senapati, S. (2018). Infertility: a marker of future health risk in women. *Fertility and Sterility*, 110(5): 783-789.
- Schmidt, L. (2017). Infertility and assisted reproduction in Denmark. *Dan Med Bull*, 53(4): 390- 417.
- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining Positive and Negative Affect as Outcomes and Moderators of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 50(6): 1112–1124.
- Wiweko, B., Anggraheni, U., Elvira, S. D., & Lubis, H. P. (2017). Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertility Society Journal*, 22(2): 145-148.

