

October-November 2021, Volume 9, Issue 4

The Comparison of Effectiveness of Religion Based on Cognitive Behavior And Positive Therapy on Self Compassion, Perception of Suffering of Infertile Women

Roya Mashak¹, Farah Naderi^{2*}, Mahbobeh Chinaveh³

1- PhD Candidate in General Psychology, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran.

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

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran.

Corresponding author: Farah Naderi, Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: nmafrah@yahoo.com

Received: 21 March 2021

Accepted: 11 Nov 2021

Abstract

Introduction: Infertility is a widespread global problem that has become significantly more prevalent in recent years and can have devastating effects on these women physically, psychologically, spiritually and religiously. Therefore, the aim of the present study was to compare the effectiveness of religion based on cognitive behavioral therapy and positive therapy on self-compassion and perception of suffering in infertile women.

Methods: The present study was an experimental study with an intervention and control group with pre-test, post-test and 2-month follow-up. The statistical population of the study was infertile women referring to infertility treatment centers (infertility medical clinics and health centers) in Ahvaz in 1399, 60 people were selected based on the criteria for purposeful sampling and based on simple randomly divided into 3 groups of 20 people. Were replaced. Religion-based cognitive-behavioral therapy received 10 sessions of 90 minutes and positivity therapy received 8 sessions of 90 minutes, and the control group did not receive any intervention. The groups completed the Reiss & et al (2011) Self-Compassion Questionnaire and the Schulz et al. (2010) Perception of Suffering Questionnaire as pretest and posttest. MANKOVA analysis of covariance and Bonferney post hoc were used to analyze the data. Data were analyzed in SPSS software version 24.

Results: The results showed that in the post-test and follow-up stages, religion-oriented and positive cognitive behavioral therapy were effective in reducing self-compassion and perception of suffering (physical, psychological, spiritual/ existential) ($P < 0.001$). Also, in the post-test and follow-up stages, no difference was observed between the effectiveness of the two interventions on self-compassion and perception of suffering (physical, psychological, spiritual / existential) ($P < 0.05$).

Conclusions: The results support the effect of two methods of religion-based cognitive behavioral therapy and positive therapy on increasing self-compassion and reducing the perception of suffering. Therefore, it can be said that these treatments can be used as a complementary treatment along with other medical treatments to help psychological problems of infertile women.

Keywords: Self-Compassion, Perception of Suffering, Infertile Women, Religion Based On Cognitive Behavior Psychotherapy., Positive Psychotherapy.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر بر شفقت خود و ادراک رنج در زنان نابارور

رویا مشاک^۱، فرح نادری^{۲*}، محبوبه چین آوه^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روان شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

۲- استاد، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- استادیار، گروه روان شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

نویسنده مسئول: فرح نادری، استاد، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

ایمیل: nmafrah@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۱

چکیده

مقدمه: ناباروری یک مشکل گسترده جهانی است که در سالهای اخیر بطور قابل ملاحظه ای شیوع پیدا کرده است و می تواند اثرات مخربی از لحاظ جسمانی، روانشناختی و معنوی و مذهبی در این زنان به وجود آورد. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر بر شفقت خود و ادراک رنج در زنان نابارور بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با گروه مداخله و کنترل همراه با پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان نابارور مراجعه کننده برای درمان ناباروری به مراکز (بیمارستان ها و مراکز درمان ناباروری) شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ بودند، ۶۰ تن براساس ملاک های ورود به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و براساس تصادفی ساده بطور مساوی در ۳ گروه ۲۰ نفری جایگزین شدند. درمان شناختی رفتاری مذهب محور ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و درمان مثبت نگری ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. گروه ها پرسشنامه شفقت خود ریس و همکاران (۲۰۱۱) و ادراک رنج اسپالز و همکاران (۲۰۱۰) به عنوان پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس مانکوا و تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده ها در نرم افزار اسپس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: نتایج داده ها نشان داد که در مراحل پس آزمون و پیگیری، درمان شناختی رفتاری مذهب محور و مثبت نگر بر کاهش شفقت خود و ادراک رنج (جسمانی، روانشناختی، معنوی/ وجودی) اثربخش بودند ($P < 0/001$). همچنین در مراحل پس آزمون و پیگیری بین اثربخشی دو مداخله بر شفقت خود و ادراک رنج (جسمانی، روانشناختی، معنوی/ وجودی) تفاوتی مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج از تاثیر دو روش درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر بر افزایش شفقت به خود و کاهش ادراک رنج حمایت می کند. بنابراین می توان بیان نمود که از این روش های درمانی می توان به عنوان درمان تکمیلی در کنار سایر روش های درمان پزشکی جهت کمک به مشکلات روان شناختی زنان نابارور استفاده نمود.

کلیدواژه ها: شفقت خود، ادراک رنج، زنان نابارور، درمان شناختی رفتاری مذهب محور، درمان مثبت نگر.

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، ناباروری یک مشکل گسترده جهانی است که در سال های اخیر بطور قابل ملاحظه ای شیوع پیدا کرده است (۱) که بین حدود ۹/۳ تا ۱۶/۷ درصد از زنان در سن باروری را شامل می شود (۲). همچنین، به گفته این سازمان، ناباروری به عنوان عدم موفقیت در باروری در شرایطی که به مدت ۱۲ ماه یا بیشتر بدون استفاده از قرص های ضدبارداری فعالیت جنسی داشته باشند، تعریف می شود (۳). تغییر نقش زنان در فعالیت های اجتماعی، تأخیر در سن ازدواج، تغییر در سن داشتن فرزند، افزایش استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، آزاد شدن سقط جنین در برخی کشورها و وضعیت اقتصادی نامطلوب، می تواند برخی از مهمترین علل کاهش میزان باروری در جوامع صنعتی بوده باشد. در ایران بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می کنند (۴). ناباروری حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد زندگی زوجین ایالات متحده و ۲۰ درصد کل جمعیت کشورهای غربی را تحت تأثیر قرار داده است (۵). بین سال های ۲۰۱۸ تا ۲۰۱۹ پژوهشی بر روی زنان و مردانی که بیش از ۶ سال دچار ناباروری بودند، انجام شد. در این مطالعه زنان نابارور نسبت به مردان نابارور در اضطراب، افسردگی و پریشانی مربوط به ناباروری، نسبت به عواقب روانشناختی ناباروری آسیب پذیرتر بودند که هرچه مدت زمان ناباروری بیشتر باشد سطح پریشانی روان شناختی نیز بیشتر می شود (۶). کاهش باروری در زنان از حدود ۲۵ تا ۳۰ سالگی شروع می شود و سن متوسط ناباروری حدود ۴۰-۴۱ سالگی می باشد (۷). شیوع کلی مشکلات روانی زوجین نابارور ۶۰-۲۵ درصد تخمین زده شده که تحت تأثیر عواملی پیچیده چون جنسیت، علت و طول مدت ناباروری، کاربرد روش های درمانی و فرهنگ قرار می گیرد (۸). تأثیرات منفی ناباروری ممکنست تحت تأثیر عواملی از جمله؛ تمایل خانواده به داشتن فرزند، از دست دادن حمایت های خانوادگی، مشکل در تشخیص و علت و درمان ناباروری، اعتقادات فرهنگی و مذهبی در خانواده، داروهای مصرف شده جهت درمان و نتیجه درمان باشد (۹). ناباروری از نظر جسمی، روانی و اقتصادی تأثیر منفی بر روی زوجین می گذارد که فشارهای اجتماعی و خانوادگی این اثر منفی را افزایش می دهد و به ویژه در زنان ناباروری که

مستعد فشارهای روانی هستند این تأثیر بیشتر می باشد (۲). احساس شرم و سرزنش کردن خود که در اثر کاهش خودشفقتی به وجود می آید یکی از تأثیرات منفی ناباروری است که در اغلب مشکلات و اختلالات روانی مشاهده می گردد (۱۰). افزایش شفقت خود با روابط سالم، بهزیستی عاطفی و روانشناختی و نتایج درمانی مطلوبتر همراه است (۱۱). به بیان دیگر، شفقت خود، بعنوان مهربانی و عدم قضاوت نسبت به خود هنگام مواجهه با شکست یا ادراک رنج، عمل می کند و به ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری می پردازد (۱۲، ۱۳) و بیان می کند که رنج و شکست، جزء اجتناب ناپذیر در زندگی است و یک آگاهی متعادل در مورد احساسات فرد، توانایی رویارویی (به جای جلوگیری) از افکار و احساسات دردناک، بدون اغراق و نمایش تأثر و ترحم برای خود است. همچنین تعهد به تلاش در جهت کاهش و پیشگیری از ادراک رنج و درد در خود و توانایی فرد در تحمل و تنظیم تجربه احساسات دشوار می باشد (۱۴).

در حالی که مداخلات پزشکی کمک زیادی جهت درمان ارائه می دهند اما برخی مطالعات نشان می دهد که این مداخلات می تواند بدلیل وجود برخی عوامل، استرس را افزایش دهند. از جمله؛ هزینه بالای درمان پزشکی ناباروری ممکن است در بیماران احساس ناامیدی و درماندگی ایجاد کند. از سوئی، عوارض داروهای درمانی باعث ایجاد اضطراب، افسردگی، مانیا، تحریک پذیری و مشکلات خواب و شناختی در این افراد می شود. فشارهای روانشناختی می تواند یک دلیل ناباروری یا تشدیدکننده ناباروری باشند (۹) به همین دلیل زنان نابارور نیاز به توجه و مراقبت های جامع و همه جانبه دارند. مراقبت های جامع شامل نیازهای روان شناسی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی و درمان های پزشکی می باشد (۱۵).

در چنددهه گذشته، نقش معنویت و مذهب به عنوان یک روش درمانی توجه روان شناسان و متخصصان بهداشت روانی از جمله در زمینه ناباروری و کیفیت زندگی زنان نابارور را به خود جلب کرده است و مطالعاتی در این زمینه انجام شده است (۱۶، ۱۷). با توجه به چند بعدی بودن مشکلات مربوط به ناباروری زنان و در تأیید نقش مذهب در مشکلات زنان نابارور کشورهای شرقی بالاخص در ایران و انجام پژوهش هایی در این زمینه، نشان داده شد که در این کشورها این

مداخله‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است (۱۸). یکی از مداخلات به کار گرفته شده در این پژوهش که موجب اهمیت انجام این پژوهش می‌شود؛ درمان شناختی رفتاری مذهب محور می‌باشد. در این درمان، علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن تغییر باور داشته‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید (۱۹). توکل به خدا و اعتقاد به امداد الهی، امید به زندگانی را افزایش می‌دهد. در جلسات، این باور در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی در زندگی بی‌فایده نمی‌باشد بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم بوده و باعث تغییر و دگرگونی‌های اساسی در زندگی شخص می‌شود (۲۰). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر افزایش شفقت خود و کاهش درد و رنج موثر است (۲۱).

یکی دیگر از مداخلاتی که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است، روان‌شناسی مثبت نگر است. پژوهشگران مثبت نگر معتقدند به جای تأکید بر عواطف منفی، باید عواطف مثبت و به جای تأکید بر نقاط ضعف انسان‌ها باید به توانمندی‌های آن‌ها توجه شود و راهی بیابیم جهت تحقق آنچه آن‌ها را «زندگی خوب» نامیده‌اند. طبق اصول روانشناسی مثبت، آشفتگی روانی فقط از طریق کاهش نشانگان منفی، درمان نمی‌شود، بلکه از طریق بالا بردن جنبه‌های مثبت خود می‌توان درمان کرد (۲۲). مداخله‌های روانشناسی مثبت نگر به افراد کمک می‌کند که با استفاده از توانمندی‌ها و ویژگی‌های با ارزش خود بر چالش‌های زندگی غلبه کنند. ارتقای توانمندی‌ها و هیجان‌ات مثبت به طور مستقیم و غیرمستقیم رنج و درد را از بین می‌برد (۲۳). رویکرد روان‌شناسی مثبت نگر و آموزش‌ها و درمان‌های آن با تأکید بر ارتقای نقاط قوت و هیجان‌ات مثبت در گستره وسیعی از مشکلات و مسائل مختلف زندگی انسان قابل کاربرد است. در برخی مطالعات نشان داده شده که درمان مثبت نگر در افزایش شفقت خود و کاهش درد و رنج موثر است (۲۴، ۲۵). بر همین اساس، باتوجه به مطالعات انجام شده، در این پژوهش اثربخشی

درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر بر شفقت خود و ادراک رنج در زنان نابارور مورد توجه قرار گرفت. لذا پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بین درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر در شفقت خود و ادراک رنج تفاوت وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر، از نوع آزمایشی با گروه مداخله و کنترل همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز (بیمارستان‌ها و مراکز درمان ناباروری) شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ بود. ۶۰ تن براساس ملاک‌های ورود به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و براساس تصادفی ساده بطور مساوی در ۳ گروه ۲۰ نفری جایگزین شدند. گروه آزمایش شناختی رفتاری مذهب محور ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش مثبت نگر ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. ملاک‌های ورود شامل: داشتن دین مبین اسلام، دامنه سنی ۴۰-۲۸ سال، حداقل تحصیلات سیکل، عدم استفاده از درمان‌های دیگر می‌باشد. ملاک‌های خروج شامل: بیش از ۲ جلسه غیبت در جلسات درمان، استفاده از داروی‌های روانگردان یا روانپزشکی در طول پژوهش، ابراز عدم تمایل آزمودنی در طول مطالعه بود. در برخی مطالعات نمونه برای پژوهش آزمایشی در زنان نابارور را حداکثر ۲۰ نفر مناسب می‌دانند (۲۶، ۲۷).

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد: پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، مدت زمان ازدواج، تحصیلات و شغل زنان نابارور بود.

۱- مقیاس شفقت خود توسط ریس و همکاران در سال ۲۰۱۱ طراحی شد و دارای ۱۲ عبارت و ۶ زیرمقیاس است که عبارتند از: خود مهربانی (عبارات ۲ و ۶)، خودقضاوتی (عبارات ۱۱ و ۱۲)، اشتراک انسانی (عبارات ۵ و ۱۰)، انزوا (عبارات ۴ و ۸)، ذهن آگاهی (عبارات ۳ و ۷) و همانندسازی افراطی (عبارات ۱ و ۹). پاسخ دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز = صفر تا تقریباً همیشه = ۴) به این مقیاس پاسخ دهند. نمره کل برابر با جمع تمام عبارت‌ها می‌باشد و عبارت‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲ به صورت معکوس نمره

رویا مشاک و همکاران

شناختی شدید) را نشان می دهد. به این معنا که هر چه نمره بالاتری را دریافت کند رنج روان شناختی فرد بالا خواهد بود. رنج وجودی/معنوی براساس ۹ عبارت سنجیده می شود، آزمودنی پاسخ خود را براساس لیکرت ۵ درجه ای (خیلی کم=صفر تا خیلی زیاد=۴) مشخص می نماید که حداقل و حداکثر نمره رنج وجودی/معنوی صفر تا ۳۶ می باشد. کسب نمره کمتر از ۱۲ (رنج وجودی ضعیف)، نمره ۱۳ تا ۲۴ (رنج وجودی متوسط)، نمره ۲۵ تا ۳۶ (رنج وجودی شدید) را نشان می دهد. به این معنا که هر چه نمره بالاتری را دریافت کند رنج وجودی فرد بالا خواهد بود. اسپالز و همکاران بر روی ۲۱۶ تن از افراد مسن و مراقبان آن ها در امریکا مطالعه کردند. روایی همگرا «مقیاس ادراک رنج با مقیاس کیفیت زندگی زوال عقل در رنج جسمانی ۰/۴۹-، رنج روان شناختی ۰/۷۳-، رنج وجودی/معنوی ۰/۷۰- و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد نمونه فوق، در ۳ گروه آمریکایی- آفریقایی (جسمانی ۰/۶۳، روانشناختی ۰/۹۰، وجودی ۰/۸۶) و سفید پوستان (جسمانی ۰/۴۳، روانشناختی ۰/۸۷ و وجودی ۰/۸۴) و اسپانیایی ها (جسمانی ۰/۶۰، روانشناختی ۰/۸۵ و وجودی ۰/۸۳) مورد تأیید قرار گرفت (۳۰). یار محمدی واصل و همکاران با مطالعه بر روی ۳۴۰ تن از بیماران سرطانی مراکز درمانی شهر کرج، مقیاس ادراک رنج را به طریق روایی و اگر از طریق همبسته نمودن آن با فرم کوتاه سنجش سلامت، ادراک رنج جسمانی ۰/۷۸-، ادراک رنج روان شناختی ۰/۷۰-، ادراک رنج وجودی ۰/۷۷- و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۴ گزارش نمودند (۳۱). در پژوهش حاضر، پایایی به روش همسانی درونی با روانشناختی ۰/۸۲ و وجودی/معنوی ۰/۷۶) به دست آمد. جزئیات مداخلات در گروه های درمان شناختی رفتاری مذهب محور اقتباس از پروتکل تهیه شده توسط فقیهی، غباری بناب و قاسمی پور (۳۲) و درمان مثبت نگر سلیگمن (۱۹۹۸) و اقتباس از پروتکل تهیه شده توسط کوئیلیام و ترجمه فرید براتی سده و افسانه صادقی (۳۳) بود که با حضور پژوهشگر انجام شد. جلسات در (جدول ۱) شرح داده شده است.

گذاری می شوند حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۰ و ۴۸ می باشد. کسب نمره کمتر از ۱۶ (خودشفقتی ضعیف)، نمره ۱۷ تا ۳۲ (خودشفقتی متوسط)، نمره ۳۳ تا ۴۸ (خودشفقتی شدید) را نشان می دهد. ریس و همکاران طی مطالعاتی که بر روی ۸۷۱ دانشجو از دانشگاه های لوون بلژیک و تگزاس امریکا انجام دادند، روایی همگرا فرم کوتاه شفقت خود با فرم بلند شفقت خود با همبستگی بالا ۰/۹۷ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را ۰/۸۶ گزارش نمودند (۲۸). در پژوهش شهبازی و همکاران که بر روی ۱۷۸ تن از زندانیان مرد شهر اهواز انجام شد به منظور سنجش روایی همزمان، فرم کوتاه شفقت خود و ۶ زیرمقیاس آن با مقیاس سلامت عمومی برای کل مقیاس ۰/۴۵ و جهت مؤلفه های آن: همانندسازی افراطی ۰/۲۹، خود مهربانی ۰/۳۷، ذهن آگاهی ۰/۴۵، انزوا ۰/۲۹، اشتراک انسانی ۰/۴۸ و خود قضاوتی ۰/۲۸ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمره کلی ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس های آن به ترتیب ذکر شده: ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ می باشد (۲۹). در پژوهش حاضر، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای خودشفقتی ۰/۸۴ به دست آمد. ۲-مقیاس ادراک رنج توسط اسپالز و همکاران در سال ۲۰۱۰ طراحی شده است. این مقیاس ۳ بعد رنج را که شامل رنج جسمانی، رنج روانشناختی و رنج وجودی/معنوی را مورد سنجش قرار می دهد. رنج جسمانی شامل ۲ بخش، هربخش ۹ عبارت است که آزمودنی پاسخ خود را براساس لیکرت ۴ درجه ای (هرگز= صفر تا همیشه=۳) مشخص می کند که حداقل و حداکثر نمره رنج جسمانی صفر تا ۲۷ می باشد. کسب نمره کمتر از ۸ (رنج جسمانی ضعیف)، نمره ۹ تا ۱۷ (رنج جسمانی متوسط)، نمره ۱۸ تا ۲۷ (رنج جسمانی شدید) را نشان می دهد. به این معنا که هر چه نمره بالاتری را دریافت کند رنج جسمانی فرد بالا خواهد بود. رنج روانشناختی که شامل ۱۵ عبارت است، آزمودنی پاسخ خود را نیز براساس لیکرت ۴ درجه ای (خیلی کم= صفر تا خیلی زیاد=۳) مشخص می کند که حداقل و حداکثر نمره روان شناختی صفر تا ۴۵ می باشد. کسب نمره کمتر از ۱۵ (رنج روان شناختی ضعیف)، نمره ۱۶ تا ۳۰ (رنج روان شناختی متوسط)، نمره ۳۱ تا ۴۵ (رنج روان

جدول ۱. شرح جلسات مداخلات

جلسات	شرح جلسات درمان شناختی رفتاری مذهب محور
اول	آموزش باورهای شناختی، آموزش مدل ایس همراه با مثال های متعدد و بحث و تبادل نظر در مورد آن، ارائه ی مثالهای متنوع و متعدد در مورد تکنیک A-B-C به کمک افراد شرکت کننده، آموزش باورهای نادرست شناختی یک مانند تفکر همه یا هیچ، بزرگنمایی و... و تکلیف خانگی
دوم	آموزش باورهای منفی مک مولین و کیس و باورهای نادرست شناختی ایس همراه با مثال، آموزش توحید و باورهای توحیدی در زندگی و بحث گروهی در این مورد با افراد
سوم	بحث و گفتگو پیرامون هدف خلقت، پرسیدن سؤالات سقراطی از مراجعان در مورد هدف خلقت، بحث و گفتگو پیرامون اسماء الهی که در وعود انسانها تعبیه شده است، بحث و گفت و پیرامون چگونگی رابطه و صحبت خداوند با بندگان
چهارم	بحث و گفتگوی سقراطی در مورد توحید و صفات خداوند، آموزش توحید و صفات خداوند در نظام هستی، لا اله الا الله، لاهوالاهو، بحث و گفتگو پیرامون توحید و صفات خداوند و افعال خداوند در درون انسانها به کمک آیه شریفه ”هو معکم اینها و نحن اقرب الیه من جبل الوریذ“، تعبیر و تفسیر رویدادهای مختلف زندگی بر مبنای تقدیر و مشیت الهی
پنجم	بحث گروهی و موردی، علت انوا رنجها و سختیها در زندگی روزمره، توضیح علت رنجها و سختیها در زندگی روزمره از دیدگاه دین، بحث گروهی و توضیح در مورد مزایای رنجها در زندگی، بحث گروهی و توضیح معایب رنجها در زندگی
ششم	بحث گروهی افراد با یکدیگر در مورد چگونگی تفسیر و تحلیل رنجها و سختیهایشان توسط افراد گروه، ارائه بقیه مزایای رنج از دیدگاه اسلام و بحث گروهی با افراد، تکلیف خانگی
هفتم	بحث گروهی درباره قضا و قدر، توضیح و بحث در مورد قضا و قدر، مزایا و معایب نگاه کردن به دنیا از منظر قضا و قدر الهی، تکلیف خانگی: ارائه ی مثالهای موردی توسط افراد از منظر نگرش به قضا و قدر
هشتم	بحث گروهی در مورد تسلیم، آموزش تسلیم از منظر اسلام و عرفان، معایب و مزایای نگرش انسان به دنیا از منظر تسلیم به خدا
نهم	بحث گروهی در مورد رضا، آموزش رضا از منظر اسلام، معایب و مزایای نگاه کردن به دنیا از منظر رضا، بحث گروهی در مورد توکل، آموزش توکل از دیدگاه اسلام، معایب و مزایای نگاه کردن به دنیا از منظر توکل به خدا، تکلیف خانگی
دهم	مشخص کردن خط سیر گروه، اظهار نظر شرکت کنندگان در مورد جلسات گروهی و مزایا و معایب این جلسات، ارائه توصیه های کلی در مورد چگونگی عمل کردن بعد از جلسات گروهی، اجرای پس آزمون
جلسات	شرح جلسات درمان مثبت نگر
اول	تشریح چگونگی انجام کار، علت انتخاب افراد، آشنایی با مفهوم مثبت اندیشی، آشنایی با گروه و مقررات حاکم بر آن مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
دوم	آشنایی با چگونگی شکل گیری تفکر و نگرش مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
سوم	آشنایی با افکار منفی و راه های تعدیل آن، تفکر مثبت و تأثیر آن بر سلامتی و طول عمر افراد مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
چهارم	آموزش مثبت بودن از طریق به چالش کشاندن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از زبان سازنده و تجدید نظر در باور ها مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
پنجم	آموزش مثبت بودن از طریق نهادینه کردن استراتژی های تفکر مثبت در زندگی، استمرار در تمرین افکار مثبت، فرصت های تفکر مثبت از طریق کنار آمدن و سازگاری با مشکلاتی که نمی توانیم آن ها را حل کنیم مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
ششم	امتحان مثبت زندگی کردن از طریق ایجاد یک رابطه مثبت، سلامتی پیش نیاز مثبت گرایی، برقراری روابط خوب با اطرافیان و دوست داشتن از صمیم قلب مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
هفتم	مثبت بودن از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرام سازی و تغییر نگرش ها شامل الزام، مهار کردن و مبارزه طلبی مطرح شد، سپس تکلیف خانگی داده شد.
هشتم	وارد کردن خنده به زندگی، ایجاد اعتماد بنفس و ایجاد عادت مطلوب ورزش مطرح شد.

دانشگاه انجام شد. داده های پژوهش در سطح میانگین و انحراف معیار و نیز با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مانکوا (برای بررسی تفاوت میانگین در گروه ها) و تعقیبی بونفرونی (برای مقایسه دویه دو یانگین گروه ها) با استفاده از نرم افزار SPSS 24 در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

لازم به ذکر است که پس از انجام مداخلات، از گروه آزمایش و کنترل پس آزمون گرفته شد. علاوه بر آن به منظور رعایت اصول اخلاقی، به تمامی شرکت کنندگان محرمانه بودن اطلاعات و ضرورت انجام مطالعه، داشتن آزادی و اختیار شرکت و یا ترک همکاری شرکت کنندگان در پژوهش اطلاع داده شد و گرفتن کد اخلاق از کمیته پژوهش

یافته ها

شاغل و ۱۳ نفر غیرشاغل و در گروه کنترل ۷ نفر شاغل و ۱۳ نفر غیرشاغل بودند. از نظر تحصیلات زنان نابارور؛ در گروه شناختی رفتاری مذهب محور ۹ نفر دیپلم و زیر دیپلم و ۹ نفر کاردانی و کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و دکتری و در گروه مثبت نگر ۱۳ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۵ نفر کاردانی و کارشناسی، ۲ نفر کارشناسی ارشد و دکتری و در گروه کنترل ۱۰ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۷ نفر کاردانی و کارشناسی، ۳ نفر کارشناسی ارشد و دکتری بودند. نتایج میانگین و انحراف معیار گروه ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در (جدول ۲) ارائه شد.

شرکت کنندگان ۶۰ زن نابارور بودند که ۴۰ نفر در دو گروه مداخله و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۲۸ تا ۴۰ سال و میانگین سن شرکت کنندگان در گروه شناختی رفتاری مذهب محور ۳۳/۸۵ و در گروه مثبت نگر ۳۲/۱ و گروه کنترل ۳۳/۴۵ بود. از نظر مدت زمان ازدواج؛ ۱ تا ۳ سال ۳ نفر (۵/۰ درصد)، ۳ تا ۶ سال ۱۷ نفر (۲۸/۳ درصد)، ۶ تا ۹ سال ۲۵ نفر (۴۱/۷ درصد) ، ۹ سال به بالا ۱۵ نفر (۲۵ درصد) بود. از نظر وضعیت شغلی زنان نابارور؛ در گروه شناختی رفتاری مذهب محور ۵ نفر شاغل و ۱۵ نفر غیرشاغل و در گروه مثبت نگر ۷ نفر

جدول ۲. نتایج میانگین و انحراف معیار گروه های درمان شناختی رفتاری مذهب محور، درمان مثبت نگر (۲) و کنترل (۳) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شفقت خود	گروه (۱)	۱۵/۷۵	۲/۸۴	۲۷/۸	۴/۲۳	۲۷/۲	۳/۹۲
	گروه (۲)	۱۴/۴۵	۲/۳۵	۲۶/۳۵	۴/۶	۲۶/۳	۴/۲
	گروه (۳)	۱۵/۲	۲/۶۲	۱۶/۰۵	۲/۴۶	۱۶/۳۵	۲/۶۸
ادراک رنج جسمانی	گروه (۱)	۳۳/۱۵	۳/۹۱	۲۸/۹۵	۳/۶۷	۲۸/۹۵	۳/۸۱
	گروه (۲)	۳۲/۴۵	۳/۳۹	۲۷/۸۵	۳/۴۳	۲۷/۷	۳/۳۸
	گروه (۳)	۳۳/۳۵	۳/۳۶	۳۳/۴۵	۳/۱۷	۳۳/۳۵	۲/۹۲
ادراک رنج روانشناختی	گروه (۱)	۲۸/۹	۴/۷۶	۱۹/۴۵	۴/۸۲	۱۹/۶	۴/۲۷
	گروه (۲)	۳۱/۹۵	۳/۹۱	۲۲/۸۵	۴/۶۷	۲۲/۰۵	۴/۳۳
	گروه (۳)	۳۱/۵۵	۴/۷۷	۳۰/۸۵	۴/۷۳	۳۰/۴	۴/۷۸
ادراک رنج وجودی/معنوی	گروه (۱)	۱۵/۰۵	۳/۱۵	۹/۳۵	۱/۷۵	۹/۶۵	۱/۷۸
	گروه (۲)	۱۵/۹	۲/۶۳	۱۰/۴۵	۲/۴۸	۱۰/۷۵	۲/۰۴
	گروه (۳)	۱۵/۶۵	۲/۷	۱۵/۴۵	۲/۵۸	۱۵/۳۵	۲/۵۸

در دو گروه مداخله و کنترل تأیید گردید. نتایج F گروه × پیش آزمون متغیرهای وابسته نشان می دهد شیب های رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون در گروه های مداخله و کنترل معنادار نمی باشد ($P > 0/05$). بنابراین، تعامل شیب های رگرسیون وابسته پژوهش با گروه معنا دار نمی باشند و فرض همگنی شیب های رگرسیون تأیید می شود. پس از تأیید پیش فرض ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای ترکیب خطی متغیرها و کاستن از میزان خطا به سبب به کارگیری غیرتصادفی گروه ها انجام گرفت (جدول ۳).

در (جدول ۲) نتایج میانگین و انحراف معیار خودشفقتی، ادراک رنج (جسمانی، روان شناختی، وجودی/معنوی) گروه مداخله شناختی رفتاری مذهب محور و گروه مداخله مثبت نگر و کنترل قابل ملاحظه می باشد.

پیش از تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس، پیش فرض های آن بررسی شدند. نتایج نشان داد که آزمون کلموگروف-اسمیروف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است. این حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برای همه متغیرها برقرار است. در نتایج آزمون لوین نشان داده شد که پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) روی نمره های پس آزمون متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های مداخله (۱ و ۲) و کنترل

آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلائی	۱/۰۵۱	۱۴/۱۲	۸	۱۰۲	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۳	۳۷/۳۸	۸	۱۰۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۳/۱۱	۸۰/۳	۸	۹۸	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۲/۹۷	۱۶۵/۳۹	۴	۵۱	۰/۰۰۱

یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معناداری دارند ($F=۱۴/۱۲$ و $p<۰/۰۰۱$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین ۳ گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام شد (جدول ۴).

همان طور که در (جدول ۳) ملاحظه می شود، آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکووا) در گروه های درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر و کنترل نشان می دهد که این گروه ها حداقل در

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکووا روی نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته پژوهش

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	شفقت خود	۱۶۱۷/۷۴	۲	۸۰۸/۸۷	۸۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	ادراک رنج جسمانی	۲۷۳	۲	۱۳۶/۵	۷۰/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	ادراک رنج روانشناختی	۹۹۰	۲	۴۹۵	۸۴/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	ادراک رنج وجودی-معنوی	۳۹۱/۹۸	۲	۱۹۵/۹۹	۷۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴

تأیید می شوند. به عبارتی، درمان های شناختی رفتاری مذهب محور و مثبت نگر با توجه به میانگین شفقت خود زنان نابارور گروه مداخله نسبت به میانگین گروه کنترل باعث افزایش و در ادراک رنج (جسمانی، روانشناختی، وجودی) منجر به کاهش شده است. برای این که مشخص شود که بین کدام یک از گروه های در متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی بنفرنی استفاده شد.

در جدول ۴ ملاحظه می شود که نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای شفقت خود ($F=۸۷/۱۳$ و $P=۰/۰۰۱$)، ادراک رنج جسمانی ($F=۷۰/۸۷$ و $P=۰/۰۰۱$)، ادراک رنج روانشناختی ($F=۸۴/۷۳$ و $P=۰/۰۰۱$)، ادراک رنج وجودی ($F=۷۶/۸۷$ و $P=۰/۰۰۱$) به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می دهند که در متغیرهای وابسته (شفقت خود، ادراک رنج جسمانی، ادراک رنج روانشناختی، ادراک رنج وجودی) بین گروه های درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر و کنترل تفاوت معنادار دیده می شود. بنابراین، فرضیه های پژوهش

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرنی برای مقایسه میانگین های متغیرهای وابسته گروه‌های مداخله شناختی رفتاری مذهب محور (۱) و مثبت نگر (۲) و کنترل در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین های تعدیل یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری
شفقت خود	گروه ۱ - گروه کنترل	۲۷/۳۷ و ۱۵/۹۸	۱۱/۳۹	۱/۰۱	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه کنترل	۲۶/۸۳ و ۱۵/۹۸	۱۰/۸۴	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۷/۳۷ و ۲۶/۸۳	۰/۵۴	۱/۰۶	۱
ادراک رنج جسمانی	گروه ۱ - گروه کنترل	۲۹/۱۸ و ۳۳/۰۴	۳/۸۵	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه کنترل	۲۸/۰۲ و ۳۳/۰۴	۵/۰۲	۰/۴۴	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۹/۱۸ و ۲۸/۰۲	۱/۱۶	۰/۴۸	۰/۰۶
ادراک رنج روانشناختی	گروه ۱ - گروه کنترل	۲۱/۴۱ و ۳۰/۱۸	۸/۷۶	۰/۸۰	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه کنترل	۲۱/۵۵ و ۳۰/۱۸	۸/۶۲	۰/۷۷	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۱/۴۱ و ۲۱/۵۵	۰/۱۳	۰/۸۴	۱
ادراک رنج وجودی / معنوی	گروه ۱ - گروه کنترل	۹/۶۱ و ۱۵/۳۹	۵/۷۸	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه کنترل	۱۰/۲۴ و ۱۵/۳۹	۵/۱۵	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۹/۶۱ و ۱۰/۲۴	۰/۶۳	۰/۵۶	۰/۷۹

خودشفقتی و تاب آوری را بهبود بخشد. نیسی و همکاران (۳۷) در مطالعات خود بیان کردند که سلامت روان زنان نابارور از طریق درمان شناختی رفتاری مذهبی بهبود می یابد. در تبیین این نتایج می توان گفت ناباروری از نظر جسمی و روانی تأثیر منفی بر روی زوجین بخصوص زنان می گذارد. احساس شرم و سرزنش کردن خود و کاهش شفقت نسبت به خود، عدم رؤف و مهربان بودن شخص نسبت به خودش یکی از تأثیرات منفی ناباروری است که تحمل بار روانی شکست را برایش سخت تر می کند (۳۸). افراد نابارور، ناباروری و فرایند درمان آن را یک منبع رنج روانی و پریشانی روانشناختی می دانند (۳۹). در درمان شناختی رفتاری مذهب محور زنان نابارور با تغییر و اصلاح تفکر و رفتار، احساسات منفی شان تغییر یافته و در مقابله با حوادث زندگی توانمند می شوند (۴۰). درمان شناختی رفتاری مذهب محور مانع از جای گرفتن باورهای تخریب کننده در نظام های شناختی فرد می شود زنان نابارور درمی یابند که با هدف و معنا داشتن در زندگی و احساس تعلق و امید به یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی و توکل و اتکا به خداوند متعال می توانند موقعیتهای غیرقابل پیش بینی را تحت تسلط درآورند و درحوادث تنش زای زندگی آسیب و درد و رنج کمتری را متحمل شوند (۴۱). ازسویی، در درمان مثبت نگر هیجان ها و خصوصیات مثبت، قابلیت ها و فضیلت های افراد نابارور مورد تأکید قرار می گیرند و افراد تشویق می شوند تا به هیجانهای مثبت توجه کرده و سعی نمایند با پیشگیری از هیجانهای منفی، میزان هیجانهای مثبت در زندگی خود را افزایش دهند. طبق فرضیه ابطال، هیجان های مثبت در افراد، ظرفیت خنثی و ابطال سازی هیجان های منفی را نیز دارند (۴۲). در درمان مثبت نگر زنان نابارور از قضاوت و یا انتقاد از خود پرهیز کرده و به این معنا دست می یابند که درد و رنج و شکست و آسیب جزء جنبه های غیرقابل اجتناب در تجارب زندگی آن ها می باشد و می تواند توانایی افراد را در مواجهه با افکار و احساسات دردآور و رنج آور (به جای اجتناب از آنها) بالا ببرد. به زنان نابارور کمک می شود که علاوه بر تقویت خوش بینی و مهربانی با خود، با شناسایی نقاط قوت و توانمندیهای خویش، خوش بینانه تر و امیدوارتر و با احساس آسیب کمتر به چشم انداز آینده توجه داشته باشند (۴۳). همچنین نتایج تحقیق نشان داد که بین دو گروه درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر در شفقت

در (جدول ۵) ملاحظه می شود که تفاوت بین میانگین گروه کنترل و گروه درمان شناختی رفتاری مذهب محور در شفقت خود ۱۱/۳۹، ادراک رنج جسمانی ۳/۸۵، ادراک رنج روان شناختی ۸/۷۶ و ادراک رنج وجودی/معنوی ۵/۷۸ می باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد. همچنین تفاوت میانگین گروه کنترل و گروه درمان مثبت نگر در شفقت خود ۱۰/۸۴، ادراک رنج جسمانی ۵/۰۲، ادراک رنج روان شناختی ۸/۶۲ و ادراک رنج وجودی/معنوی ۵/۱۵ معنی دار می باشد. بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری مذهب محور و مثبت نگر در شفقت خود ۰/۵۴، ادراک رنج جسمانی ۱/۱۶، ادراک رنج روان شناختی ۰/۱۳ و ادراک رنج وجودی/معنوی ۰/۶۳ می باشد که در ۰/۰۵ معنی دار نمی باشد.

بحث

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر بر شفقت خود و ادراک رنج (جسمانی، روان شناختی و وجودی/معنوی) بود. نتایج تحلیل نشان داد که درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر نسبت به گروه کنترل بر شفقت خود و ادراک رنج (جسمانی، روان شناختی و وجودی/معنوی) اثربخش بوده اند اما بین اثربخشی دو گروه درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر در شفقت خود و ادراک رنج (جسمانی، روان شناختی و وجودی/معنوی) تفاوتی معنی داری به دست نیامد.

در مورد اینکه آیا می توان به زنان نابارور کمک کرد تا با شیوه های درمانی شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر، شفقت خود را افزایش و درد و رنج خود را کاهش دهند پژوهش هایی وجود دارد. نتایج پژوهش جلالیان (۲۱)، موسوی و همکاران (۲۴)، فلینک و همکاران (۲۵) بیان می کنند درمان شناختی رفتاری مذهبی می تواند منجر به کاهش دردها و افزایش شفقت خود و مهربانی با خود و بهزیستی ذهنی فرد شود. نتایج این پژوهش همسو با یافته پژوهش های زیر می باشد. حمزه پورحقیقی (۳۴) در گزارش خود بیان کرد که درمان شناختی رفتاری در کاهش ادراک درد و بیماری تاثیر دارد. شولپچاه و همکاران (۳۵) در تحقیق برروی نوجوانان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری مذهبی باعث افزایش بهزیستی ذهنی می شود. در پژوهش کشاورز محمدی و همکاران (۳۶) بر روی زنان نابارور نتیجه گرفتند که درمان مثبت نگر توانسته است استقامت ذهنی،

درمان ها، هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری دو ماهه در افزایش شفقت خود و کاهش ادراک رنج (جسمانی، روانشناختی، معنوی/وجودی) در زنان نابارور مؤثر بودند. از جمله محدودیت در این پژوهش محدود شدن آزمودنی ها به زنان نابارور شهر اهواز است. با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می شود علاوه بر درمان شناختی رفتاری مذهب محور و مثبت نگر، درمان های روان شناختی دیگر بر روی زنان نابارور انجام شود. همچنین از این درمان ها بعنوان درمان تکمیلی در کنار درمان های پزشکی دیگر بر روی زنان نابارور استفاده شود.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان و با کد اخلاق به شماره IR.IAU.A.REC.1399.033 مجوز انجام گرفت. پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از همکاری کلیه شرکت کنندگان و برخی از متخصصین زنان و زایمان، مراکز درمانی و تمامی کسانی که در پیشبرد این پژوهش همکاری کردند و امکان اجرای این مطالعه را فراهم نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله در نگارش هیچگونه تضاد منافی را بیان نکردند.

References

1. Rimer L. The effect of family structure and family support on women's coping with fertility treatments. *International Journal of Nursing*. 2020; 7(1): 18-29. <https://doi.org/10.15640/ijn>
2. Ozturk Inal Z, Ali Inal H, Gorkem U. Sexual function and depressive symptoms in primary infertile women with vitamin D deficiency undergoing IVF treatment. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. Journal Homepage. 2020; www.tjog-online.com. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.11.014>
3. Rezapour-Mirsaleh Y, Abolhasani F, Amini R, Choobforoushadeh A, Masoumi S, Shameli L. Effect of self-compassion intervention based on a religious perspective on the anxiety and quality of life of infertile women: A quasi-experimental study. *Health Economics & Outcomes Research*. 2020; <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-25046/v1>

خود و ادراک رنج (جسمانی، روان شناختی و وجودی/معنوی) تفاوتی معنی داری به دست نیامد. در توجیه این یافته می توان عنوان کرد که مداخله ی مبتنی بر روان شناسی مثبت می تواند در افزایش شفقت خود، لذت و خوشی و کاهش درد سودمند باشد. اما عدم تفاوت بین اثربخشی این دو روش درمان، نه تنها نشان از کارایی مداخله شناختی رفتاری مذهب محور در موازات یکی از روش های نوین یعنی درمان مثبت نگر می باشد بلکه همچنین نشان دهنده این نکته است که تجربه هیجانات مثبت، فرصت هایی را برای افراد فراهم می کند تا بتوانند با ساختن منابع شخصی پایدار و گسترش تفکر- عمل لحظه ای، قادر به ادراک احتمال های بیشتری شده و در یک حالت مثبت جسمی و روانی در شرایط سخت زندگی بهتر عمل کنند (۴۳). هرچند به ظاهر با دو الگو متفاوت درمانی که یکی مستقیماً درصدد کاهش علائم و حل مسائل شناختی از طریق معنا و هدف دادن به زندگی و باور به قدرت لایزال الهی روبرو هستیم و دیگری بطور غیرمستقیم بر توانمندیهای شخصی و تقویت احساسات مثبت تأکید دارد، اما آنچه در پایان هر دو درمان شاهد آن خواهیم بود، تعدیل در شناختهای معیوب و احساسات منفی است (۴۴).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی هر دو روش مداخله ای درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان مثبت نگر و عدم تفاوت معنی دار بین دو اثربخشی

4. Drikvand Moghaddam A, Del Pisheh A, Sayeh Miri K. Investigating the prevalence of infertility in the world by systematic review. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2015;10(1): 76-87. URL: <http://journal.muq.ac.ir/article-1-443-fa.html>
5. Pak Gohar M, vijeh M, Babaei Rochi Gh, Ramezanzadeh F, Abedinia N. The effect of counseling on sexual satisfaction of infertile women. *Journal of the School of Nursing and Midwifery*. Tehran University of Medical Sciences (Hayat).2007; 14(1): 21-30. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=82554> .(Persian).
6. Iordachescu DA, Gica C, Vladislav EO, Panaitescu AM, Peltecu G, Furtuna ME, Gica N. Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*. 2021; 92(2): 98-104. <https://journals.viamedica>.

- pl/ginekologia_polska/article/view/70251.
<https://doi.org/10.5603/GPa2020.0173>
7. Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi MR. The effectiveness of psychotherapy training based on improving the quality of life on spouses' happiness. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2010; 1(1): 115-130. http://fcp.uok.ac.ir/article_9407.html.(Persian).
 8. Greil AL, Blevins KS, McQuillan J ,”The experience of infertility: A review of recent literature”. *Sociology of Health&Illness*. 2010; 32 (1): 140-162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
 9. Olarinoye AO, Ajiboye PO. Psychosocial characteristics of infertile women in a Nigerian tertiary hospital. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010; 36(2): 252-257. https://doi.org/10.4103/TJOG.TJOG_54_18
 10. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful, self-compassion program. *Journal Clinical Psychology*. 2013; 69(1): 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
 11. Aslani Kh, Aman Elahi A , Drikvandi N. The effectiveness of love and friendship meditation training on psychological well-being, self-criticism and self-care of female students with emotional failure in Shahid Chamran University of Ahvaz. Master Thesis in Counseling and Counseling - Family Counseling, Chamran martyr of Ahwaz University, Faculty of Education and Psychology.2014. (Persian).
 12. Muris P, Otgaar H, Pfattheicher S. Stripping the forest from the rotten trees: compassionate self-responding is a way of coping, but reduced uncompassionate self-responding mainly reflects psychopathology *Mindfulness*. 2019; 10 (1):196-199. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1030-0>
 13. Gilbert P,Catarino F, Duarte C, Matos M, Kolts R, Stubbs J,Basran J.The development of compassionate engagement and action scales for self and other .*Journal Compassionate Health Care*. 2017; 4 (4). <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>
 14. Brähler E,Hinz A,Schmidt S,Körner A. The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*.2019; 260:45-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066>
 15. Roudsari RL, Allan HT, Smith PA. [Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: A review of the literature]. *Human Fertility*. 2007; 10(3): 141-149. <https://doi.org/10.1080/14647270601182677>
 16. Kezdy D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A. Multifaitth spiritually basedintervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal Clinical Psychology*, 2007; 66(4): 430-441. Inc.Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). <https://doi.org/10.1002/jclp.20663>
 17. Moazedi Aali K, Porzour P, Pirani Z, Adl H, Ahmadi H, Evaluation of the effectiveness of spiritual-religiouspsychotherapybasedonIslamic teachings on the quality of life of infertile women. *Journal of Health*.2018; 5(9): 589-598.(Persian). <https://doi.org/10.29252/j.health.9.5.589>
 18. Aghaei A, Jamshidian Ghaleh Shahi P, Golparvar M, Comparison of the effect of positive Iranian treatment and acceptance and commitment on depression. *Anxiety and stress in infertile women in Isfahan, Journal of Health Promotion Management*.2015; 7(3): 8-15. (Persian). <https://doi.org/10.21859/jhpm-07032>
 19. Hamid N, Eidi Baigi M , Dehghani M, The effectiveness of religion-based cognitive-behavioral psychotherapy on marital adjustment and mental health of couples. *Journal of Health and Psychology Studies*.2011; 10(6): 85-103. (Persian).
 20. Hamid N. Comparison of cognitive-behavioral psychotherapy with cognitive therapy combined with a religious approach to depression in depressed women. *Journal of Psychological Research*,2008; 1(1), 36-49 .(Persian).
 21. Jalalian AM. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and self-compassion and individuality-separation of students. The 18th conference of the Iranian Counseling Association entitled Counseling and Health, Tehran, Iran Consulting Association.2018; <http://www.civillica.com/paper-EICC18>. (Persian).
 22. DuckworthAL,Steen TA,SeligmanMEP.Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005; 1(1): 629-651. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
 23. RashidT.Positiveinterventionsinclinicalpractice. *Journal Clinical Psychology*,2009; 65(5):461-6. <https://doi.org/10.1002/jclp.20588>
 24. Mosavi M, Dashtbozorgi Z, Heydarei A, Pasha R, Borna MR. The Effectiveness of Positive Training on Self Compassion and Emotion Regulation in Men’s Substance Dependents. *Positive Psychology Research*, 2021; 7(1):65-76.. (Persian).
 25. Flink I.K, Smeets E, Bergbom S, Peters ML, Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*. 2015; 7: 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.01.005>
 26. Koochi Kamali SH, Sodagar SH, Poursharifi H,

- Ashayeri H. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on sexual satisfaction of infertile women. an interventional study. *JPM*. 2021; 7(4):56-67. (Persian). <https://doi.org/10.29252/jpm.7.4.67>
27. Asgari P, Saedi S. The effectiveness of stress immunization training on quality of life Infertile women. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2012; 6(24):19-28. (Persian).
 28. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2011; 18(3):250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
 29. Shahbazi M, Rajabi G, Maghami E, Jeloudari A. [Confirmatory factor structure of the Persian version of the Revised Compassion Rating Scale in a group of Prisoners]. *Journal of Psychological Methods and Models*. 2014; 6(19): 31-46. <http://ensani.ir/file/download/article/20160206111817-10009-115.pdf>.
 30. Schulz R, Monin JK, Czaja SJ, Lingler JH, Beach SR, Martire LM, Dodds A, Hebert RS, Zdaniuk B, Cook TB. Measuring the experience and perception of suffering. *Gerontologist*. 2010; 50 (6): 774-784. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq033>
 31. Yarmohamadi Vassel M, Jokar F, Farhadi M, Zoghipaydar M. Structural model of relationships between integrative self-knowledge, perception of suffering and quality of life among cancer patients (stages 3 & 4). *Journal of Research in Psychological Health*. 2020; 14 (2): 1-19. <https://rph.khu.ac.ir/article-1-3786-en.pdf>.
 32. Faghihi AN, Ghobari Bonab B, Ghasemipour Y. Comparison of Islamic Multidimensional Pattern with Beck Cognitive Model in the Treatment of Depression. *Journal of Islam and Psychology*, 2006; 1(1), 86-60. (persian)
 33. Quilliam S. *Applied Positive Thinking and P55ositivity*. Translated Barati Sedeh F, Sadeghi F, Tehran, Javaneh Roshd Publications. 2003.
 34. Hamzhepour Haghghi T, Dusty Y, Fakhri M K. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. *SJKU*. 2015; 20 (3):45-57. URL: <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-1848-fa.html>. (Persian).
 35. Sholichah M, Kushartati S, Hidayati E. Religious Cognitive Behavior Counseling to Increase Subjective Well-being in Adolescent Survivors of Family Violence. *Jurnal Psikologi Integratif*. 2020; 8(2): 18-38. <https://pdfs.semanticscholar.org/11f3/542e60975c63d6c2b8c88d05e6097313cebe>.
 36. Keshavarz Mohammadi R, Agha Bozogi S, Shariat S & Hamidi M. The Effectiveness of positive psychology on Mental endurance, self-compassion and Resilience of Infertile women. *Social Behavior Research & Health*, 2019; 2(2):235-244. <https://doi.org/10.18502/sbrh.v2i2.285>
 37. Neissi AK, Karamalian H, Homaei R. The effect of religious cognitive - behavioral group training on mental health of infertility couples in Esfahan. *Journal of Family counseling and psychotherapy*. 2010; 2(2):151-162. (persian)
 38. Aslani Kh, Aman Elahi A, Driqvandi N, The effectiveness of love and friendship meditation training on psychological well-being, self-criticism and self-care of female students with emotional failure in Shahid Chamran University of Ahvaz. Master Thesis in Counseling and Counseling - Family Counseling, Chamran martyr of Ahwaz University, Faculty of Education and Psychology. 2014. (persian)
 39. Hamid N. The effectiveness of stress management on cognitive-behavioral methods on depressive disorder. *Journal of Behavioral Sciences*, 2010; 5(1), 55-60. (persian)
 40. Leahy R L. *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. Guilford Publications. Second edition. Guilford press new York London Publications, 2017. (persian)
 41. Seidi M, Poorabrahim T, Bagherian F, Mansour L. The relationship between family spirituality and resilience, mediating the quality of communication in the family. *Journal of Psychological Methods and Models*. Islamic Azad University, Marvdasht Branch, 2010; 2(5): 63-79. (persian).
 42. Haraldseid C, Dysvik E, Furness B. The experience of loss in patients suffering from chronic pain attending a pain management Group Based on cognitive- behavioral Therapy. *Pain Management Nursing*. 2014; (15) 1: 12-21. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.04.004>
 43. Rezvani M, Sajjadian I. The mediating role of self-compassion in the effect of personality traits on positive psychological functions in female students, *Journal Of Positive Psychology*, 2015; 4(3): 13-27. (persian).
 44. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick K. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal Of Research In Personality*. 2007: 41: 908-916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>