رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۱، شماره پیاپی ۱۱۶، بهمن ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(11), 2026

اثربخشی آموزش شفقت به خود بر فاجعه سازی درد و تحمل پریشانی در زنان باردار

The Effectiveness of Self-Compassion Training on Pain Catastrophizing and Distress Tolerance in Pregnant Women

زهرا اسدی منش
گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
نرگس رسولی (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Zahra Asadi Manesh
Department of Psychology, TeMS.C, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Narges Rasouli *
Department of Psychology, TeMS.C, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
nargesrasouli@iau.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شفقت به خود بر فاجعه سازی و تحمل پریشانی در دوران بارداری بود. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان فرهیختگان تهران در سال ۱۴۰۳ بود که از بین آنان تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه آزمایش) از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه جایگذاری شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه فاجعه سازی درد (pcs) (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵) و پرسشنامه پریشانی (DASS) (لاویبوند و لاویبوند، ۲۰۰۵) بود. جهت تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که در متغیر فاجعه سازی درد تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون پیگیری معنادار بود. همچنین در متغیر تحمل پریشانی زنان باردار تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری معنادار بود. درنتیجه آموزش شفقت می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر برای بهبود فاجعه سازی و تحمل پریشانی مورداستفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *تحمل پریشانی، شفقت به خود، فاجعه سازی*

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of self-compassion training on pain catastrophizing and distress tolerance during pregnancy. This research employed a quasi-experimental design with pretest-posttest and control group structure, including a two-month follow-up period. The statistical population consisted of pregnant women who attended Farhikhtegan Hospital in Tehran in 2024, from which 30 individuals (15 in the control group and 15 in the experimental group) were selected through purposive sampling and randomly assigned to the two groups. Data were collected using the Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Sullivan et al., 1995) and the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 2005). Repeated measures analysis was used for data analysis. The results showed that there were significant differences between the pre-test and post-test, and between the pre-test and follow-up phases for pain catastrophizing. Similarly, for distress tolerance, the differences between pre-test and post-test, and pre-test and follow-up phases were also significant. In conclusion, self-compassion training can be utilized as an effective approach for improving pain catastrophizing and distress tolerance.

Keywords: Catastrophizing, Distress tolerance, Self-compassion

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۴** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

دوران بارداری یکی از حساس‌ترین و سرنوشت‌سازترین دوره‌های زندگی زنان است که با تغییرات گسترده جسمی، روانی و اجتماعی همراه است (یدیدو[1] و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییرات اغلب می‌توانند منجر به تجربه احساساتی چون اضطراب، نگرانی و استرس شوند (پایس[2] و همکاران، ۲۰۲۵). یکی از فرایندهای روان‌شناختی مخرب که ممکن است زنان باردار در این دوران تجربه کنند، فاجعه‌سازی[3] است (گاستمن[4] و همکاران، ۲۰۲۵). فاجعه‌سازی نوعی سوگیری شناختی است که در آن فرد تمایل دارد وقایع را تهدیدآمیزتر ازآنچه هستند، درک کند و پیامدهای ناگواری را از آن تصور کند و یک الگوی شناختی منفی است که در آن فرد در مواجهه با درد، تمایل دارد شدت و پیامدهای آن را بیش از حد واقعی تصور کند و احساس درماندگی و ناتوانی در کنترل درد را تجربه می‌کند (چان[5] و همکاران، ۲۰۲۵). این حالت معمولاً با نشخوار فکری مداوم درباره درد، اغراق در تهدیدات ناشی از آن و نگرانی بیش از اندازه نسبت به آینده همراه است (روسی[6] و همکاران، ۲۰۲۵). افرادی که دچار فاجعه‌سازی درد هستند، معمولاً نه‌تنها درد را شدیدتر درک می‌کنند، بلکه پریشانی روان‌شناختی بیشتری نیز گزارش می‌دهند و ممکن است در روند بهبود سلامت جسمی و روانی خود با دشواری بیشتری مواجه شوند (پاتاک[7] و همکاران، ۲۰۲۵).

تحمل پریشانی[8] به‌عنوان یکی از پیامدهای روانی قابل‌توجه فاجعه‌سازی تعریف می‌شود (آچی‌کگوز[9] و همکاران، ۲۰۲۵). تحمل پریشانی به توانایی فرد برای پذیرش و تحمل احساسات ناخوشایند، استرس و پریشانی‌های روانی بدون اقدام فوری برای اجتناب یا کاهش این احساسات اطلاق می‌شود (ایفیونگ[10]، ۲۰۲۴). افرادی با تحمل پریشانی بالا قادرند هیجانات منفی را بدون رفتارهای تکانشی، گریختن از موقعیت، یا سرکوب هیجان‌ها مدیریت کنند و در نتیجه در مواجهه با چالش‌های زندگی آسیب‌پذیری روانی کمتری دارند (بجرتروپ[11] و همکاران، ۲۰۲۴). در دوران بارداری، زنان معمولاً با تغییرات جسمانی، هورمونی و روانی گسترده‌ای روبرو می‌شوند که می‌تواند سطح استرس، اضطراب و نگرانی درباره سلامت خود و نوزاد را افزایش دهد (چانگ[12] و همکاران، ۲۰۲۲). اگر زنان باردار دارای تحمل پریشانی پایین باشند، ممکن است به رفتارهای ناسازگار، تشدید نشخوار ذهنی و حتی مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی یا اختلالات اضطرابی دچار شوند (کالاندس[13] و همکاران، ۲۰۲۳).

در این زمینه، شفقت به خود[14] به‌عنوان یک مفهوم روان‌شناختی نوین و مؤثر توجه محققان و متخصصان را به خود جلب کرده است. شفقت به خود به معنای برخورد مهربانانه و غیر قضاوتی با خود در مواجهه با شکست‌ها، نقص‌ها و سختی‌های زندگی است (سپنی[15] و همکاران، ۲۰۲۵). این مفهوم شامل سه مؤلفه اصلی است: مهربانی با خود، داشتن ذهن‌آگاهی و احساس پیوند با جامعه انسانی (لیو[16] و همکاران، ۲۰۲۵). زنان باردار با پرورش این توانایی می‌توانند مسائل و چالش‌های دوران بارداری را با پذیرش بیشتری مدیریت کنند (میجالویچ-سوکر و تابمن-بن-آری[17]، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، شفقت به خود می‌تواند به زنان کمک کند تا از تفکر فاجعه‌ساز جلوگیری کنند (جسا[18] و همکاران، ۲۰۲۴). این به آن دلیل است که شفقت به خود افراد را تشویق می‌کند تا به‌جای تمرکز بر جنبه‌های منفی و غیرواقعی شرایط، به خود یادآوری کنند که سختی‌ها و چالش‌ها بخشی از تجربه انسانی همه افراد است (هیل[19] و همکاران، ۲۰۲۵).

از طرفی، شفقت به خود می‌تواند با کاهش فاجعه‌سازی، اثر قابل‌توجهی بر کاهش پریشانی روانی داشته باشد (بکستر و سیرویس[20]، ۲۰۲۵). مهربانی با خود، مادران را به پذیرش خودشان و شرایط دوران بارداری ترغیب می‌کند که به کاهش احساس ناکافی بودن یا ترس از آینده منجر می‌شود (دوال[21] و همکاران، ۲۰۲۵). ذهن‌آگاهی، به زنان این امکان را می‌دهد که در لحظه حال حضورداشته و از غرق‌شدن در افکار منفی و نگرانی‌های غیرضروری جلوگیری کنند (لو[22] و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، احساس پیوند با دیگران یادآوری می‌کند که دوران بارداری و

1 Edyedu
2 Pais
3 Catastrophe
4 Gastmann
5 Chan
6 Rossi
7 Pathak
8 Distress Tolerance
9 Açıkgöz
10 Effiong
11 Bjertrup
12 Chang
13 Callands
14 Self-compassion
15 Cepni
16 Liu
17 Mijalevich-Soker & Taubman-Ben-Ar
18 Jessa
19 Hill
20 Baxter & Sirois
21 De Waal
22 Lu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

چالش‌های آن تجربه‌ای مشترک در میان انسان‌ها است و نباید به‌صورت منزوی و جداگانه با آن برخورد کرد. این مؤلفه‌ها به‌طور مشترک می‌توانند به مدیریت مؤثرتر استرس و اضطراب کمک کرده و میزان پریشانی روانی را کاهش دهند (تابمن بن آری[1] و همکاران، ۲۰۲۵).

شفقت به خود از طریق مکانیسم‌های روان‌شناختی متعدد می‌تواند به زنان باردار در مدیریت بهتر استرس‌ها و چالش‌های این دوران کمک کند. یکی از این مکانیسم‌ها، کاهش رفتارهای خودسرزنشی است. زنان باردار اغلب به دلیل فشار اجتماعی یا انتظارات غیرواقعی از خود، ممکن است دچار احساس ناکارآمدی یا سرزنش خود شوند (میجالویچ-سوکر و تابمن-بن-آری[2]، ۲۰۲۵). شفقت به خود با ارائه تفکر پذیرا و غیر قضاوتی می‌تواند این احساسات را کاهش داده و به مادر کمک کند که با آرامش بیشتری به تغییرات جسمی و روانی خودپاسخ دهد (فلین[3] و همکاران، ۲۰۲۵). این عامل نزدیکی مستقیم با کاهش فاجعه‌سازی دارد، زیرا فرد با مهربانی نسبت به خود می‌تواند از دیدگاه واقع‌گرایانه‌تری به موقعیت‌ها نگاه کند (فرانکو-رو[4] و همکاران، ۲۰۲۵).

همچنین، شفقت به خود می‌تواند احساس کنترل بیشتری به مادران بدهد و به آن‌ها کمک کند که از افکار منفی افراطی و نشخوار فکری فاصله بگیرند (یانگ[5] و همکاران، ۲۰۲۵). زنان باردار اغلب ممکن است با احساسات بیم و اضطراب نسبت به آینده مواجه شوند، به‌خصوص اگر باروری آن‌ها با مشکلاتی مانند حاملگی پرخطر یا حمایت ناکافی همراه باشد (سوتو[6] و همکاران، ۲۰۲۵). شفقت به خود، از طریق ترویج پذیرش غیرشرطی و ایجاد آرامش درونی، می‌تواند فضای ذهنی مثبتی برای کنار آمدن با این چالش‌ها و تقویت ارتباط مادر با خود و فرزند متولد نشده ایجاد کند. درنهایت، این فرآیند می‌تواند از شدت پریشانی روانی بکاهد (گرمر[7]، ۲۰۲۵).

در پژوهش حاضر، مداخله آموزش شفقت به خود به عنوان رویکردی مبتنی بر شواهد برای ارتقای سلامت روان زنان باردار انتخاب شد. مداخلات مبتنی بر شفقت به خود معمولاً شامل تمرین‌های عملی ذهن‌آگاهی، افزایش پذیرش و مهربانی با خود، و راهبردهای کاهش انتقادگری درونی هستند که به شرکت‌کنندگان کمک می‌کنند با استرس‌ها و چالش‌های هیجانی دوران بارداری به شیوه سازگارانه‌تری مواجه شوند (هیل و همکاران، ۲۰۲۵). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که آموزش شفقت به خود می‌تواند موجب کاهش فاجعه‌سازی درد (فرانکو- رو و همکاران، ۲۰۲۵)، افزایش تحمل پریشانی (بکستر و همکاران، ۲۰۲۵) و بهبود سازگاری روانی در زنان باردار گردد (تابمن بن آری و همکاران، ۲۰۲۵). دلیل انتخاب این مداخله نیز بر پایه مطالعات اخیر است که نشان داده‌اند مداخلات شفقت به خود نه تنها علائم پریشانی روانی و اضطراب را کاهش می‌دهند، بلکه موجب افزایش تاب‌آوری، بهزیستی هیجانی و کیفیت زندگی نیز می‌شوند.

باوجود توجه روزافزون به مداخلات روان‌شناختی برای بهبود سلامت روان در دوران بارداری، هنوز خلاء پژوهشی قابل‌توجهی درزمینهٔ بررسی اثرات شفقت به خود بر کاهش فاجعه‌سازی و پریشانی در این دوران وجود دارد. بیشتر مطالعات تاکنون به تأثیر شفقت به خود بر کاهش استرس، اضطراب یا افسردگی در جمعیت‌های عمومی پرداخته‌اند، اما تحقیقات خاصی که به بررسی جامع و دقیق این متغیر در زنان باردار پرداخته باشند، محدود است. از سویی، فاجعه‌سازی به‌عنوان یکی از سازوکارهای شناختی مخرب که شدت نگرانی‌ها و تنش‌های روانی را افزایش می‌دهد، به‌ندرت موردتوجه در مداخلات مرتبط با دوران بارداری قرارگرفته است. این در حالی است که زنان باردار با تغییرات گسترده جسمی، روانی و اجتماعی مواجه هستند که می‌تواند شدت فاجعه‌سازی و درنتیجه پریشانی روانی را در آن‌ها افزایش دهد. همچنین، تحقیقات کمتری به ارتباط مستقیم میان فاجعه‌سازی و پریشانی روانی در بارداری تحت تأثیر شفقت به خود پرداخته‌اند. این خلأ پژوهشی اهمیت بررسی جامع‌تر این متغیرها را دوچندان می‌کند؛ بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شفقت به خود بر فاجعه سازی و پریشانی در دوران بارداری بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان فرهیختگان تهران در سال ۱۴۰۳ بود؛ که از این جامعه تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند (بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه Powe G3 و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر= ۰/۳۶؛ ضریب آلفا= ۰/۰۵؛ توان آزمون= ۰/۹۵) انتخاب شدند. حجم نمونه نیز برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که به‌طورکلی حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگذاری شدند معیارهای ورود شامل بارداری نخست، عدم مصرف داروهای روانی، قرار داشتن در

1 Taubman–Ben-Ari
2 Mijalevich-Soker & Taubman-Ben-Ari
3 Flynn
4 Franco-Rowe
5 Yang
6 Souto
7 Germer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

زمان سه‌ماهه دوم بارداری، اعلام رضایتمندی شرکت در جلسات درمان، داشتن بارداری کم‌خطر داشتند و معیارهای خروج شامل عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه شرکت در جلسات آموزشی، غیبت در بیش از سه جلسه از دوره آموزش شفقت به خود و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. همچنین، بروز هرگونه عارضه پزشکی جدید یا تشدید وضعیت جسمانی بارداری نظیر بستری شدن، توصیه جدی پزشک مبنی بر قطع فعالیت‌های گروهی، یا شروع درمان دارویی جدید تأثیرگذار بر خلق و تحمل درد از پژوهش حذف می‌شد. تغییر محل سکونت و هر عامل دیگری که موجب عدم دسترسی پژوهشگر به شرکت‌کننده یا عدم امکان پیگیری شود نیز از دیگر ملاک‌های خروج از پژوهش بود. پس از تعیین اهداف پژوهش در آغاز آموزش شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار تحت آموزش شفقت به خود قرار گرفتند. برای گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان جلسات شاخص‌هایی که در پیش‌آزمون ارزیابی‌شده بودند، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین یک پیگیری دوماهه نیز انجام شد. ملاحظات اخلاقی بدین شرح بود: ۱) در این پژوهش اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی رعایت شده است. ۲) هیچ‌گونه بار مالی و آسیب در طول پژوهش وارد نشد. ابتدا پس از گرفتن رضایت آگاهانه و دادن اطمینان از اینکه اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه باقی خواهد ماند، ۳) در پایان پژوهش هر فردی که به‌عنوان شرکت کننده به آن مطالعه واردشده است، این حق را دارد که درباره نتایج مطالعه آگاه شود و از مداخلات یا روش‌هایی که سودمندی‌شان این پژوهش نشان داده‌شده است، بهره‌مند شود. این پژوهش به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ابزار سنجش

مقیاس فاجعه سازی درد[1] (PCS): مقیاس فاجعه سازی درد توسط سالیوان[2] و همکاران در سال ۱۹۹۵ باهدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه‌آمیز فرد ساخته شد. این پرسشنامه خود اجرایی بوده و از ۱۳ ماده تشکیل‌شده است و حداقل به ۶ کلاس سواد برای پاسخگویی نیاز دارد مقیاس PCS برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه سازی درباره درد و درک بهتر مکانیزم تأثیر فاجعه سازی بر تجربه، درد ساخته‌شده است. تحلیل عوامل نشان داده که شامل زیر مقیاس‌های نشخوار با، اندیشناکی بزرگ‌نمایی یا اغراق‌آمیز کردن و درماندگی است. این سه مؤلفه افکار منفی با درد مرتبط را ارزیابی می‌کنند. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که یک عدد از هیچ‌وقت تا ۴ (همیشه) را برای توصیف فراوانی ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط باتجربه درد انتخاب کنند. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه سازی کمتر بوده و با درد ناتوانی و وضعیت استخدامی در بیماران مبتلابه درد مزمن عضلانی اسکلتی مرتبط است (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵). در پژوهشی که توسط مایر[3] و همکاران (۲۰۰۸) انجام شد میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها به ترتیب برای نشخوار، ۰/۸۸ بزرگ‌نمایی ۰/۶۷ درماندگی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین روایی این پرسشنامه از طریق همبستگی بین متغیرها محاسبه شد که نتایج آن نشخوار و فاجعه سازی درد (r=۰/۷۶)، بزرگنمایی و فاجعه سازی درد (r=۰/۷۵) و درماندگی و فاجعه سازی (r=۰/۸۷) بود که روایی مطلوب را نشان می‌دهد (مایر و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش داودی و همکاران در سال ۱۳۹۱ ترجمه‌شده و مورد استفاده قرارگرفته است. ضریب همبستگی فاجعه سازی درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک محاسبه شد و همبستگی مثبت و معنی‌داری (r =۰/۴۶) گزارش شد؛ همچنین آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش داودی و همکاران نیز ۰/۸۹۷ بود (داودی و همکاران، ۱۳۹۱). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر نیز ۰/۹۰ بود.

مقیاس تحمل پریشانی[4] (DTS): این مقیاس خود سنجی توسط سیمونز و گاهر[5] در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و دارای ۱۵ ماده و ۴ زیر مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است که روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شوند (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش سیمونز و همکاران (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد تحمل آشفتگی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین روایی تفکیکی این مقیاس با زیر مقیاس‌های وضعیت خلقی منفی و مثبت پرسشنامه وضعیت خلق عمومی (کلارک و همکاران، ۱۹۹۰) به ترتیب برابر ۰/۵۹- و ۰/۲۶ گزارش شد. (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران نیز در پژوهش توکلی و کاظمی زهرانی (۱۳۹۷) ضریب پایایی به روش باز آزمایی در فاصله‌ی زمانی ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ است. همبستگی تحمل آشفتگی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله محور، هیجان محور، کمتر مؤثر و مؤثر به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۲۷، ۰/۳۳- و ۰/۱۹- است. همچنین بین مقیاس تحمل آشفتگی با هیجان مثبت،

1 Pain Catastrophizing Scale (PCS)
2 Sullivan
3 Meyer
4 Tolerance of turbulence.
5 Simons, Gaher

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴، ۰/۲۲- و ۰/۶۵- به دست آمد (توکلی و همکاران، ۱۳۹۷). آلفای کرونباخ گزارش‌شده در پژوهش حاضر ۰/۹۰ بود.

آموزش شفقت به خود: این جلسات اقتباس‌شده از پژوهش‌های گیلبرت[1] و همکاران (۲۰۱۴) است و طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۸ هفته به صورت گروهی برگزار شد که به‌قرار جدول زیر است:

جدول ۱. آموزش شفقت به خود گیلبرت و همکاران (۲۰۱۴)

جلسه	محتوا
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود؛ ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی
دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و نفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی؛ آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد داری شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، بررسی آزمونی‌ها و خودشناسی، بررسی شخصیت خود به‌عنوان دارنده شفقت یا غیرشفقت خود یا ارزش خود؛ خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به پرورش ذهن مشتاقانه توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش قضاوت، آموزش استعاره آنفلوآنزا و آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشتاقانه برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمون‌های ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راه کارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس‌آزمون

یافته ها

میانگین سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه آموزش شفقت به خود ۴۳/۹۳±۲۷/۶ و در گروه گواه ۲/۹±۳۱/۹ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۰ و حداکثر سن ۳۵ گزارش شد. همچنین سطح تحصیلات گروه آموزش شفقت به خود به ترتیب ۱۳/۳ درصد (دیپلم)، ۴۰/۳ درصد (کارشناسی)، ۴۶/۴ درصد (کارشناسی ارشد) و در گروه گواه ۱۰ درصد (دیپلم)، ۵۳/۳ درصد (کارشناسی) و ۳۶/۷ درصد (کارشناسی ارشد) بودند. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵؛ تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت و دو گروه از نظر سن و سطح تحصیلات همگن بودند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های پژوهش به تفکیک برای دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
فاجعه سازی درد	آموزش شفقت به خود	۴۳/۲	۵/۴۱	۳۰/۲	۵/۹۱	۳۱/۰۶	۵/۱۳
	گواه	۴۴/۷	۷/۶۸	۴۴/۰۶	۷/۶۰	۴۴/۹	۷/۲۰
تحمل پریشانی	آموزش شفت به خود	۴۶/۳	۵/۱۲	۵۴/۷	۷/۷۶	۵۵/۳	۷/۹۸
	گواه	۴۷/۶	۶/۰۲	۴۵/۸	۵/۳۶	۴۵	۵/۰۱

1 Gilbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آموزش شفقت به خود بر فاجعه سازی و تحمل پریشانی در زنان باردار در مقایسه با پیش‌آزمون بهبودیافته است، اما روند میانگین نمرات گروه گواه تقریباً ثابت بوده است که این به‌نوعی نشان می‌دهد که درمان مؤثر است. البته برای سنجش معنادار بودن این تفاوت‌ها باید از آزمون‌های آماری مناسب استفاده شود. همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر آمیخته استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج نشان داد در همه متغیرهای پژوهش داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند (P<۰/۰۵). همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج این آزمون برای متغیر فاجعه سازی درد (F=۱/۵۶ و P=۰/۰۶۱) و تحمل پریشانی (F=۲/۱۷ و P=۰/۱۳۱) بود. به‌عبارت‌دیگر مفروضه همسانی واریانس‌ها در مطالعه حاضر برقرار بود. برای بررسی مفروضه‌ی همگنی ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون کرویت موچلی استفاده شد و ازآنجاکه این مفروضه در مورد متغیر فاجعه سازی درد (χ^2=۱۲/۵ ،p =۰/۰۰۱) و تحمل پریشانی (χ^2=۷/۸۸ ،p =۰/۰۰۱) برقرار نبود، به همین دلیل می‌توانیم از نتیجه آزمون‌های درون گروهی با تعدیل درجات آزادی و با استفاده از نتایج آزمون گرین هاوس گیسر استفاده کنیم. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ارائه گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
عامل* گروه	آزمون پیلایی	۰/۸۷۱	۱۷/۶	۸	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۲۹	۱۷/۶	۸	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱
	آزمون اثر هتلینگ	۶/۷۳	۱۷/۶	۸	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۶/۷۳	۱۷/۶	۸	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱

چنانکه اطلاعات جدول (۳) نشان می دهد، با کنترل اثر پیش آزمون‌ها، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. (۰/۱۲۹ = Wilks Lambda، F=۱۷/۶، P= ۰/۰۰۱، ۸۷۱/ = η^2). به عبارت دیگر می توان ادعا کرد که در متغیرهای مورد بررسی بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین مجذور سهمی اتا حامی از آن است که ۸۷/۱ درصد از تغییرات همزمان متغیرهای وابسته مرتبط به گروه مداخله است.

جدول ۴. خلاصه آزمون تحلیل واریانس ساده اثرات درون‌گروهی و برون گروهی

	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
بین گروهی	گروه	۲۰۸۳/۳	۱	۲۰۸۳/۳	۳۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
	خطا	۱۸۸۰/۵	۲۸	۶۷/۱			
درون گروهی	عامل	۱۹۸۳۰/۴	۲/۴۵	۸۰۸۷/۴	۱۱۵/۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵
	عامل و گروه	۲۵۰۴/۸	۲/۴۵	۱۰۲۱/۵	۱۴/۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳
	خطا (عامل)	۴۷۹۰	۶۸/۶	۶۹/۷			

نتایج ساده تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون موردی بر مبنای گرین هاوس گیسر، نشان می‌دهد که اثر اصلی عامل در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (p=۰/۰۰۱، F=۱۱۵/۹، ۱۹۸۳۰/۴ =Greenhouse- Geisser) این نتیجه بدان معنی است که بین نمره عامل‌ها (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیرهای مورد پژوهش بدون در نظر گرفتن گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعاملی گروه با عامل (مراحل اندازه‌گیری) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است (p=۰/۰۱۶، F=۱۴/۶، ۲۵۰۴/۸ =Greenhouse- Geisser). به‌عبارت‌دیگر حداقل بین دو مرحله از مراحل متغیرهای مورد پژوهش بین گروه‌های مداخله و گواه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین به‌منظور بررسی اینکه تفاوت‌ها مربوط به کدام‌یک از مراحل اندازه‌گیری در گروه‌هاست، از آزمون مقابله‌ای یا دوبه‌دوی درون آزمودنی استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول (۵) نشان داده‌شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول ۵. آزمون مقابله‌ای درون آزمودنی متغیرهای پژوهش در اندازه‌گیری‌های مکرر

منبع تغییرات	مقایسه‌های دوبه‌دو	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
عامل	پیش‌آزمون با پس‌آزمون	۵۱۸۸/۴	۱	۵۱۸۸/۴	۵۶/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷۰
	پس‌آزمون با پیگیری	۳۴۸۶/۶	۱	۳۴۸۶/۶	۹۶/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵
عامل × گروه	پیش‌آزمون با پس‌آزمون	۵۵۵/۰۶	۱	۵۵۵/۰۶	۱۲۳/۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱۶
	پس‌آزمون با پیگیری	۳۵۰/۱	۱	۳۵۰/۱	۴۴/۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲
خطا	پیش‌آزمون با پس‌آزمون	۲۵۵۷/۴	۲۸	۹۱/۳			
	پس‌آزمون با پیگیری	۱۰۱۱/۹	۲۸	۳۶/۱			

بر اساس اطلاعات جدول بالا، اثر اصلی عامل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار است (F=۵۶ /۸ ،p=۰/۰۰۱) از طرفی اثر تعاملی عامل و گروه معنی‌دار می‌باشد (F=۱۲۳/۸ ،p=۰/۰۰۱)، مقایسه میانگین‌ها در اطلاعات توصیفی نیز نشان می‌دهد نمرات متغیرهای مورد پژوهش در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون تغیرات قابل توجهی را نشان می‌دهد، این مهم یعنی آموزش شفقت به خود در گروه مداخله مؤثر بوده است. همچنین نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد اثر اصلی پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (F=۹۶/۴ ،p=۰/۰۰۱) و F به‌دست‌آمده مربوط پس‌آزمون و پیگیری با در نظر گرفتن گروه نیز، در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد (F=۴۴/۱ ،p=۰/۰۰۱)؛ یعنی اختلاف نمره پیگیری و پس آزمون در دو گروه مداخله و گروه گواه معنی‌داری است؛ بنابراین با توجه به این نتایج می‌توان گفت آموزش شفقت به خود به‌صورت پایدار بر تغییرات در جهت اهداف پژوهش در متغیرهای مورد بررسی مؤثر است. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. آزمون بونفرونی برای مقایسه فاجعه سازی درد و تحمل پریشانی در سه مرحله

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
فاجعه سازی درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۰۱*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۶/۴۶*	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۹۱*	۰/۰۲۱
		پیگیری	۹/۷۴*	۰/۰۰۴

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به‌طورکلی نمرات فاجعه سازی درد از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش‌یافته است که این نشان‌دهنده تأثیر آموزش شفقت به خود بر فاجعه سازی درد در زنان باردار است. در متغیر فاجعه سازی درد تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (d=۸/۰۱ ،p<۰/۰۵) و پیش‌آزمون پیگیری (d= -۶/۴۶ ،p<۰/۰۵) معنادار است. با توجه به جدول ۵ همچنین می‌توان مشاهده کرد که به‌طورکلی نمرات تحمل پریشانی زنان باردار از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش‌یافته است که نشان‌دهنده تأثیر آموزش شفقت به خود بر تحمل پریشانی است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در متغیر تحمل پریشانی زنان باردار تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (d=۷/۹۱ ،p>۰/۰۵) و پیش‌آزمون و پیگیری (d =۹/۷۴ ،p<۰/۰۵) معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش شفقت به خود بر فاجعه سازی درد و تحمل پریشانی در زنان باردار انجام شد. نتیجه حاصل از انجام پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شفقت به خود بر فاجعه سازی درد در زنان باردار موثر است. این یافته با نتایج سپنی و همکاران (۲۰۲۵)، لیو و همکاران (۲۰۲۵)، میجالویچ-سوکر و همکاران (۲۰۲۵)، هیل و همکاران (۲۰۲۵) و جسا و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که فاجعه‌سازی درد، به عنوان یک پاسخ ناسازگار به درد، شامل تمایل به بزرگنمایی جنبه‌های تهدیدآمیز درد، احساس ناتوانی در مدیریت آن و نشخوار فکری مداوم درباره پیامدهای منفی آن است (پاتاک و همکاران، ۲۰۲۵). آموزش شفقت به خود، با هدف ترویج نگرشی مهربانانه، پذیرنده و همدلانه نسبت به خود در شرایط دشوار، می‌تواند این چرخه منفی را در هم شکند و به زنان باردار کمک کند

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

تا با درد ناشی از بارداری یا سایر دردهای مزمن به شیوه‌ای سالم‌تر و سازگارتر روبرو شوند (لیو و همکاران، ۲۰۲۵). یکی از مهمترین مکانیسم‌هایی که از طریق آن آموزش شفقت به خود بر کاهش فاجعه‌سازی درد مؤثر است، تغییر در شیوه نگرش و ارزیابی درد است (هیل و همکاران، ۲۰۲۵). فاجعه‌سازی درد ریشه در تفکراتی دارد که درد را به عنوان یک تهدید بزرگ و غیرقابل تحمل قلمداد می‌کند. در مقابل، شفقت به خود سه جزء اصلی را در بر می‌گیرد که هر یک به نحوی به تعدیل این نگرش کمک می‌کنند. نخست، مهربانی با خود به معنای جایگزینی خودانتقادی شدید با درک و همدلی است (سپنی و همکاران، ۲۰۲۵). آموزش شفقت به خود به آن‌ها می‌آموزد که با این افکار با مهربانی و بدون قضاوت برخورد کنند، همانطور که با دوستی که در شرایط مشابهی قرار دارد، برخورد می‌کنند. این تغییر نگرش از سرزنش خود به پذیرش شرایط می‌تواند به کاهش بار روانی درد و در نتیجه کاهش فاجعه‌سازی آن منجر شود (میجالویچ- سوکر و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین احساس انسانیت مشترک در شفقت به خود، به فرد یادآوری می‌کند که درد و رنج بخشی از تجربه انسانی است و همه انسان‌ها در مقطعی از زندگی خود با آن روبرو می‌شوند. این درک، احساس انزوا و تنها بودن در مواجهه با درد را کاهش می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا خود را بخشی از جامعه بزرگتر انسانی ببیند که در رنج سهیم است. این احساس اتصال می‌تواند به کاهش نشخوار فکری در مورد منحصر به فرد بودن یا غیرمنصفانه بودن درد کمک کند (جسا و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر ذهن‌آگاهی به فرد امکان می‌دهد تا درد را به عنوان یک حس بدنی موقت و بدون قضاوت مشاهده کند، به جای آنکه در افکار و هیجانات منفی مربوط به آن غرق شود. این تمرکز بر لحظه حال، از بزرگنمایی درد و فکر کردن به پیامدهای منفی آن در آینده جلوگیری می‌کند و به فرد اجازه می‌دهد تا با واقعیت درد در لحظه کنونی روبرو شود، بدون اینکه در گرداب فاجعه‌سازی فرو رود (بکستر و همکاران، ۲۰۲۵).

همچنین می‌توان افزود که علاوه بر تغییر در نگرش شناختی، آموزش شفقت به خود تأثیر قابل توجهی بر تنظیم هیجانی و کاهش سطح استرس دارد که هر دو به شدت با فاجعه‌سازی درد مرتبط هستند (لیو و همکاران، ۲۰۲۵). بارداری، به خودی خود، می‌تواند یک دوره استرس‌زا باشد و وجود درد در این دوره می‌تواند سطح اضطراب و تنش را به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد. استرس مزمن و اضطراب بالا، حساسیت به درد را افزایش می‌دهند و می‌توانند منجر به تشدید فاجعه‌سازی درد شوند (سپنی و همکاران، ۲۰۲۵). تمرین‌های شفقت به خود، از جمله مدیتیشن شفقت، به فعال‌سازی سیستم عصبی پاراسمپاتیک کمک می‌کنند. این فعال‌سازی منجر به کاهش ضربان قلب، فشار خون و سطح هورمون‌های استرس مانند کورتیزول می‌شود. در نتیجه، با کاهش سطح استرس و اضطراب، بدن و ذهن آرام‌تر می‌شوند و کمتر به درد به عنوان یک تهدید بزرگ واکنش نشان می‌دهند (هیل و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین، شفقت به خود به زنان باردار می‌آموزد که با هیجانات منفی ناشی از درد، مانند ترس، ناامیدی یا عصبانیت، با پذیرش و مهربانی روبرو شوند. به جای سرکوب یا انکار این هیجانات، که می‌تواند منجر به تشدید آن‌ها شود، فرد یاد می‌گیرد که آن‌ها را به عنوان بخشی از تجربه خود بپذیرد. این پذیرش به کاهش شدت هیجانات منفی و بهبود توانایی فرد در مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود به درد کمک می‌کند. بنابراین، با کاهش استرس و بهبود تنظیم هیجانی، زمینه برای فاجعه‌سازی درد تضعیف می‌شود (فرانکو- رو و همکاران، ۲۰۲۵).

همچین، یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش شفقت به خود بر تحمل پریشانی در زنان باردار موثر است. این یافته با نتایج پژوهش دوال و همکاران (۲۰۲۵)، لو و همکاران (۲۰۲۵)، تابمن بن آری و همکاران (۲۰۲۵)، فیلن و همکاران (۲۰۲۵) و فرانکو- رو و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که تأثیر آموزش شفقت به خود بر تحمل پریشانی در زنان باردار را می‌توان از منظر تقویت ظرفیت پذیرش و برخورد سازگارانه با تجارب درونی ناخوشایند تبیین کرد. پریشانی، اعم از هیجانات منفی، افکار ناخواسته یا احساسات بدنی ناراحت‌کننده، بخش جدایی‌ناپذیر از تجربه انسانی است و در دوران بارداری، به دلیل تغییرات گسترده هورمونی، فیزیولوژیکی و روانی، احتمال مواجهه با سطوح بالاتری از پریشانی وجود دارد (فیلن و همکاران، ۲۰۲۵). تحمل پریشانی به معنای توانایی باقی ماندن در مواجهه با این تجارب ناخوشایند، بدون تلاش برای اجتناب یا سرکوب آن‌ها، و در عین حال ادامه دادن به فعالیت‌های ارزشمند است (تابمن بن آری و همکاران، ۲۰۲۵). از مکانیسم‌های مهمی که از طریق آن آموزش شفقت به خود تحمل پریشانی را در زنان باردار افزایش می‌دهد، کاهش نیاز به راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و ناسازگارانه است (دوال و همکاران، ۲۰۲۵). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، اغلب برای فرار از احساسات ناخوشایند، به رفتارهایی روی می‌آورند که ممکن است در کوتاه‌مدت تسکین‌دهنده باشند، اما در بلندمدت مشکلات بیشتری ایجاد می‌کنند. این راهبردها می‌توانند شامل اجتناب از موقعیت‌هایی که ممکن است پریشانی‌آور باشند (مثلاً اجتناب از صحبت در مورد نگرانی‌های بارداری)، سرکوب هیجانات، استفاده از مواد یا رفتارهای ناسالم برای حواس‌پرتی (که البته در دوران بارداری محدودتر هستند اما اصول آن صادق است) یا نشخوار فکری و نگرانی بیش از حد باشند. این راهبردهای اجتنابی، اگرچه در ظاهر پریشانی را کاهش می‌دهند، اما در واقع مانع از پردازش سالم و سازگارانه تجارب درونی می‌شوند و می‌توانند به افزایش حساسیت به پریشانی و کاهش توانایی فرد در مقابله با آن در آینده منجر شوند (لو و همکاران، ۲۰۲۵). آموزش شفقت به خود با ایجاد فضایی از پذیرش و مهربانی نسبت به تجارب درونی، نیاز به اجتناب از آن‌ها را کاهش می‌دهد. وقتی فرد یاد می‌گیرد که می‌تواند با پریشانی خود با مهربانی و بدون قضاوت روبرو شود، کمتر دلیلی برای فرار از آن وجود دارد. به جای تلاش برای خاموش کردن یا نادیده

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

گرفتن پریشانی، فرد یاد می‌گیرد که با آن بماند و به آن اجازه عبور دهد، همانطور که با مهمان ناخوانده‌ای که می‌داند بالاخره خانه را ترک خواهد کرد، رفتار می‌کند. این توانایی برای "ماندن" در پریشانی، حتی اگر ناخوشایند باشد، به تدریج تحمل فرد را نسبت به آن افزایش می‌دهد (فرانکو – رو و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا الگوهای رفتاری اجتنابی خود را شناسایی کند و با آگاهی بیشتری نسبت به آن‌ها واکنش نشان دهد. به جای اینکه به طور خودکار به سمت رفتارهای اجتنابی سوق داده شود، فرد می‌تواند لحظه‌ای توقف کرده و انتخاب آگاهانه‌تری داشته باشد که مبتنی بر پذیرش و شفقت باشد. این کاهش اتکا به راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه و افزایش استفاده از راهبردهای مبتنی بر پذیرش و شفقت، عامل کلیدی در افزایش تحمل پریشانی در زنان باردار است که به آن‌ها امکان می‌دهد با چالش‌های عاطفی بارداری به شیوه‌ای سازنده‌تر روبرو شوند (بکستر و همکاران، ۲۰۲۵).

در تبیین دیگر می‌توان افزود که شفقت به خود نه تنها شامل مهربانی با خود است، بلکه به نوعی انعکاس دهنده توانایی فرد برای مهربانی با دیگران نیز هست و درک احساس انسانیت مشترک، زمینه را برای ایجاد ارتباطات معنادارتر فراهم می‌کند (سپنی و همکاران، ۲۰۲۵). زنانی که خودشان را با شفقت بیشتری می‌بینند و می‌پذیرند، احتمالاً در برقراری ارتباط و درخواست کمک از دیگران نیز راحت‌تر خواهند بود (لو و همکاران، ۲۰۲۵). در دوران بارداری، دسترسی به شبکه‌های حمایتی قوی، اعم از همسر، خانواده، دوستان یا گروه‌های حمایتی دیگر، می‌تواند به کاهش بار پریشانی کمک کند. وقتی فرد می‌تواند احساسات ناخوشایند خود را بدون ترس از قضاوت یا طرد شدن با دیگران به اشتراک بگذارد، بخشی از بار پریشانی او سبک می‌شود (هیل و همکاران، ۲۰۲۵). آموزش شفقت به خود، با کاهش خودانتقادی و افزایش پذیرش خود، اعتماد به نفس لازم برای باز شدن و به اشتراک گذاشتن تجارب درونی دشوار را با دیگران فراهم می‌کند. این امکان ارتباط صمیمانه‌تر و دریافت حمایت اجتماعی مؤثرتر، خود به افزایش تحمل پریشانی منجر می‌شود (میجالویچ-سوکر و همکاران، ۲۰۲۵).

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد بهبود فاجعه سازی درد و تحمل پریشانی در گروه مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌مراتب مناسب‌تر از گروه گواه است. این مداخله تا حد زیادی توانست فاجعه سازی درد و تحمل پریشانی را در زنان باردار بهبود دهد و ازاین‌رو می‌تواند در زنان باردار بسیار کارآمد عمل نماید.

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند و حجم نمونه نسبتاً پایین استفاده شده است، که این امر می‌تواند تعمیم نتایج را به جامعه آماری محدود کند و احتمال سوگیری در انتخاب نمونه وجود دارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با به‌کارگیری روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و افزایش حجم نمونه، امکان تعمیم نتایج به جامعه وسیع‌تر را فراهم کنند. همچنین، بهره‌گیری از نمونه‌های متنوع‌تر می‌تواند نقش عوامل مداخله‌گر را بهتر آشکار کند و به افزایش اعتبار بیرونی پژوهش بینجامد. به لحاظ کاربردی، توصیه می‌شود سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط در هنگام تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری، به محدودیت‌های پژوهش‌های مشابه توجه داشته باشند و برای اطمینان از اثربخشی نتایج، آن‌ها را با سایر مطالعات با حجم نمونه بالاتر و نمونه‌گیری مناسب مقایسه کنند. پژوهشگران نیز می‌توانند با استفاده از طرح‌های مطالعاتی ترکیبی یا طولی، به شناخت دقیق‌تر و عمیق‌تر از پدیده مورد بررسی دست یابند و اعتبار یافته‌های پژوهشی را تقویت کنند.

منابع

توکلی، ز؛ کاظمی زهرانی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات پریشانی و خود تنظیمی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۱۳(۲)، ۱۱-۱. file:///C:/Users/HP/Downloads/46713970206

داودی، ا؛ زرگر، ی؛ مظفری پور، ا؛ نرگسی، ق؛ مولا، ک. (۱۳۹۱). رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، روان رنجور خویی، حمایت اجتماعی و راهبرد مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی، *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱(۱۰)، ۱۵-۱. file:///C:/Users/Ahura/Downloads/12000513910105

رهبری غازانی، ن؛ حاج لو، ن؛ آقاجانی، س. (۱۴۰۱). اثربخشی توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت بر ابراز گری هیجانی و آسیب‌های روانی نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد. *رویش روانشناسی*، ۱۱(۵)، ۱۲۴-۱۱۱. URL: http://frooyesh.ir/article-1-3578-fa.html

Açıkgöz, S., Yılmaz, S., & Güvenç, S. (2025). The effect of gender role stress on psychological distress in pregnant women. *Applied Nursing Research*, 151926.https://doi.org/10.1016/j.apnr.2025.151926

Baxter, R., & Sirois, F. M. (2025). Self-compassion and psychological distress in chronic illness: A meta-analysis. de Waal, N., Nyklíček, I., van der British Journal of Health Psychology, 30(1), e12761. https://doi.org/10.1111/bjhp.12761

Bjertrup, A. J., Jahn, F. S., Schütt Hansen, L., & Miskowiak, K. W. (2024). Affective cognition in response to infant stimuli in pregnant compared with non-pregnant women. *Women & health*, *64*(5), 427-439. https://doi.org/10.1080/03630242.2024.2349562

Callands, T. A., Hylick, K., Desrosiers, A., Gilliam, S. M., Taylor, E. N., Hunter, J. J., & Hansen, N. B. (2023). The feasibility and acceptability of Project POWER: a mindfulness-infused, cognitive-behavioral group intervention to address mental and sexual health needs of young pregnant women in Liberia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *23*(1), 196. https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-023-05435-6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Cepni, A. B., Ma, H. Y., Irshad, A. M., Yoe, G. K., & Johnston, C. A. (2025). Addressing shame through self compassion. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *19*(2), 194-197.https://doi.org/10.1177/15598276241292993

Chan, J. C. Y., Sultana, R., Mathur, D., Tan, C. W., & Sng, B. L. (2025). The association of pain and psychological vulnerabilities with postpartum pain catastrophizing: a secondary analysis of a randomized controlled trial. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 1-12. . https://doi.org/10.1007/s12630-025-02920-8

Chang, M. W., Tan, A., Schaffir, J., Wegener, D. T., Worly, B., Strafford, K., ... & Challa, M. (2022). Mediation by Executive Functions in the Associations Between Perceived Stress, Prenatal Distress, Emotional Control, and Dietary Intake in Overweight or Obese Pregnant Women. *Journal of pediatrics, perinatology and child health*, *6*(4), 466. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10977928/

Edyedu, I., Ugwu, O. P. C., Ugwu, C. N., Alum, E. U., Eze, V. H. U., Basajja, M., ... & Aja, P. M. (2025). The role of pharmacological interventions in managing urological complications during pregnancy and childbirth: A review. *Medicine*, *104*(7), e41381.DOI:10.1097/MD.0000000000041381

Effiong, S. (2024). Influence of Abortion Stigma, Behaviour Pattern and Distress Tolerance on Substance use among Adolescents. *Asia-Africa Journal of Recent Scientific Research*, *4*(1). https://journals.iapaar.com/index.php/AAJRSR/article/view/217

Flynn, B., Sergeant, A., Tam, G., Gomes, M., & Gill, R. (2025). Interest in digital health tools for miscarriage support: A qualitative assessment of Canadian women facing early pregnancy loss. *Women's Health*, *21*,. https://doi.org/10.1177/17455057241311424

Franco-Rowe, C. Y., Lee-Winn, A. E., Williams, V. N., Lopez, C., Tung, G. J., & Allison, M. A. (2025). Perinatal healthcare experiences of pregnant and parenting people with a history of substance use disorder: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 25(1), 369.https://doi.org/10.1186/s12884-025-07473-8

Gastmann, A. H., Xavier, S. R., Pilownic, K. J., Romano, A. R., GOMES, F. D. A., Goettems, M. L., ... & Pappen, F. G. (2024). Pain, anxiety, and catastrophizing among pregnant women with dental pain, undergoing root canal treatment. *Brazilian Oral Research*, *38*, e054.https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2024.vol38.0054

Germer, C. (2025). Self-Compassion for Shame in Psychotherapy. *Grounding Psychotherapy in Self-Compassion*, 165. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12458

Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., & Baião, R. (2014). Fears of compassion in a depressed population: Implication for psychotherapy. *Journal of Depression and Anxiety*.https://doi.org/10.4172/2167-1044.S2-003

Gucht, K., Pop, V. J., & Boekhorst, M. G. (2025). Mindfulness, Self-compassion, and Psychological Wellbeing as Correlates of Paternal Bonding in Pregnancy. *Journal of Child and Family Studies*, 1-15. https://doi.org/10.1007/s10826-024-02968-y

Hill, T. G., Allsop, D. B., Bagnell, K. B., & Rosen, N. O. (2025). Love in the Face of Loss: Associations Between Self-Compassion, Compassionate Love, and Sexual and Relationship Satisfaction in Couples Experiencing a Recent Pregnancy Loss. *Journal of Happiness Studies*, *26*(3), 1-20. https://doi.org/10.1007/s10902-025-00880-w

Jessa, J., Tomfohr-Madsen, L., Dhillon, A., Walker, A., Noel, M., Sedov, I., & Miller, J. V. (2024). Trajectories of pain intensity, pain catastrophizing, and pain interference in the perinatal and postpartum period. Pain Reports, 9(2), e1137. DOI: 10.1097/PR9.0000000000001137

Liu, X., Li, J., & Chen, X. (2025). Does compassion for oneself extend to prosocial behavior for others? Examining the relationship between self-compassion and prosocial behavior using multilevel meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, *237*, 113047.https://doi.org/10.1016/j.paid.2025.113047

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy, 33(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Lu, F., Deng, Z., Ji, X., Li, T., Yang, W., Li, G., & Li, X. (2025). Effects of mindfulness yoga during pregnancy on psychological and pregnancy outcomes in multiparous women of advanced maternal age. Complementary Therapies in Clinical Practice, 59, 101962.https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2025.101962

Meyer, K., Sprott, H., & Mannion, A. F. (2008). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. Journal of psychosomatic research, 64(5), 469-478. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.12.004

Mijalevich-Soker, E., & Taubman-Ben-Ari, O. (2025). The contribution of self-compassion and social support to women's mental health during pregnancy: A comparison between international and national crisis periods. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.https://doi.org/10.1037/tra0001849

Pais, M., Pai, M., Kamath, A., Lewis, L., & Nambiar, J. (2025). Effects of Yoga on Stress in Pregnant Women. *Holistic nursing practice*, *39*(2), 86-95.DOI:10.1097/HNP.0000000000000676

Pathak, B. G., Mburu, G., Habib, N., Kabra, R., Malik, A., Kiarie, J., ... & Mazumder, S. (2025). Prevalence and correlates of symptoms of depression, anxiety, and psychological distress among women of reproductive age with delayed conception in urban and peri-urban low to mid-socioeconomic neighborhoods of Delhi, India: A cross-sectional study. *PloS one*, *20*(2), e0315347. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315347

Rossi, B., Tiecco, G., Logiudice, J., Gerami, R., Bertoni, F., Tomasoni, L. R., ... & Quiros-Roldan, E. (2025). Mpox in pregnancy: Unraveling the maternal-fetal risks of a re-emerging disease, a narrative review. *Journal of Infection and Public Health*, 102758.https://doi.org/10.1016/j.jiph.2025.102758

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, *29*(2), 83-102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Souto, S. P., Prata, A. P., Albuquerque, R. S., & Caldeira, S. (2025). Women's fear of childbirth during pregnancy: A concept analysis. *International journal of nursing knowledge*, *36*(1), 16-28.

Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, *7*(4), 524. https://doi.org/10.1037/emo0001067

Taubman–Ben-Ari, O., Erel-Brodsky, H., Chasson, M., Ben-Yaakov, O., Meir, R., & Screier-Tivoni, A. (2025). Psychological distress and concerns of perinatal women during the first year of the COVID-19 pandemic-a case study and empirical comparative examination. *Current Psychology*, 1-18. https://doi.org/10.1007/s12144-025-07783-2

Yang, F., Liu, D., & Fan, G. (2025). Emotional labor and coping strategies of gynecological nurses in recurrent pregnancy loss care: a qualitative phenomenological study. *BMC nursing*, *24*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02884-6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]