Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2025; Vol 10(4), spring, pp 389 - 406

The Effectiveness of the Self-Compassion Training on Quality of Life and Psychological Distress Pregnant Women

Seyyede Masoumeh Nabavi[1], Shahrbanoo Dehrouyeh[2*]

1 Department of Psychology, Sari Branch ,Islamic Azad University, Sari, Iran.
2 Department of Psychology, Adib Mazandaran Institute of Higher Education ,Sari, Iran
***Corresponding author:** shahrbanoo dehrouyeh **, Email:fateme.dehroye@gmail.com**

Received: 2025/04/17 **Accepted: 2025/06/21**

Abstract

Background & Aim: Pregnant women are considered one of the sensitive groups in society for increasing the country's young population. Addressing the aspect of their quality of life and improving this factor should be the focus of attention of organizations and institutions such as the Ministry of Health. Therefore This study was conducted with the aim of determining the effectiveness of self-compassion training on the quality of life and psychological distress of pregnant women.

Materials & Methods: An experimental research method with a pre-test and post-test control group design and with random assignment was practical in terms of purpose. The population of the present study was all pregnant women referring to medical centers in Neka city, 30 of whom were selected as a sample using a non-randomized method based on inclusion and exclusion criteria and placed in two experimental and control groups. The experimental group underwent self-compassion training during 8 training sessions lasting 90 minutes, once a week. The data collection tools in this study were the World Health Organization's (1996) standard quality of life questionnaire and Kessler's (2003) psychological distress questionnaire. Data analysis was performed using analysis of covariance using SPSS 26 software.

Results: Teaching self-compassion has a positive and significant effect on the quality of life and psychological distress of pregnant women($p<0.05$). The results of the Bonferroni test show that there is a significant difference between the quality of life of pregnant women in the control and experimental groups after self-compassion training ($p<0.05$) , and the quality of life of pregnant women in the experimental group has increased compared to the control group. There is also a significant difference between the psychological distress of pregnant women in the control and experimental groups after self-compassion training ($p<0.05$) , and the psychological distress of pregnant women in the experimental group has decreased compared to the control group.

Conclusion: Teaching self-compassion can be one of the effective options in improving the quality of life and psychological distress, along with other medical interventions.

Keywords: Teaching Self-compassion, Quality of Life, Psychological Distress, Pregnant Women

How to cite this article: Nabavi S M, Dehrouyeh S. The Effectiveness of the Self-Compassion Training on Quality of Life and Psychological Distress Pregnant Women. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2025; Vol 10(4):389-406 https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-658-fa.html

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

تأثیر آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی و کاهش پریشانی روان‌شناختی در زنان باردار

سیده معصومه نبوی[1]، شهربانو دهرویه[2]

۱.گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه ازاد اسلامی، ساری، ایران.

۲. گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی ادیب مازندران، ساری، ایران

* **نویسنده مسئول: شهربانو دهرویه ، ایمیل: fateme.dehroye@gmail.com**

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: زنان باردار یکی از گروه‌های حساس جامعه جهت افزایش جمعیت جوان کشور محسوب شده و پرداختن به بعد کیفیت زندگی آن‌ها و بهبود این عامل می‌بایست در مرکز توجهات سازمان‌ها و نهادهایی همچون وزارت بهداشت و درمان کشور باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی زنان باردار انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و با گمارش تصادفی و از نظر هدف، کاربردی بود. جامعه پژوهش حا ضر کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر نکا بودکه ۳۰ نفر به روش غیر تصادفی هدفمند با توجه به معیارهای ورود و خروج به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش تحت آموزش شفقت به خود طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه گروهی به صورت یک بار در هفته قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و پریشانی روانشناختی کسلر (۲۰۰۳) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس از طریق نرم افزار SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تأثیر مثبت و معناداری دارد ($p<۰/۰۵$). نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی زنان باردار گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش شفقت به خود تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$) و میزان کیفیت زندگی زنان باردار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. هم‌چنین بین پریشانی روان شناختی زنان باردار گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش شفقت به خود تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$) و میزان پریشانی روان‌شناختی زنان باردار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

نتیجه‌گیری: آموزش شفقت به خود می‌تواند یکی از گزینه‌های مؤثر در بهبود کیفیت زندگی و پریشانی روان شناختی در کنار سایر مداخلات دارویی باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش شفقت به خود، کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی، زنان باردار

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

بارداری یکی از وقایع طبیعی در سنین باروری هر زن به‌شمار می‌رود. در دوران بارداری، تغییرات زیستی شیمیایی، فیزیولوژیک و آناتومیک زیادی در بدن زنان رخ می‌دهد. این تغییرات فراتر از کنترل آنان است، به عبارت دیگر، در دوره بارداری، سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع کیفیت زندگی زنان باردار دچار تغییرات زیادی می‌شود(۱). ایرانی فرد و همکاران (۲) بیان می‌کنندکیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی فرد می‌باشد به طور کلی سه عامل فیزیکی، شخصی و اجتماعی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی محسوب می‌شوند که از عوامل فیزیکی به نیازهای اولیه از قبیل مسکن، خوراک، لباس و آب و از عوامل شخصی به ثروت، خانواده، دوستان، دسترسی به کالاهای اساسی، حمایت افراد نزدیک و از عوامل اجتماعی به وضعیت مشارکت افراد در فعالیت‌های اجتماعی می‌توان اشاره کرد(۲). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۹)، کیفیت زندگی به عنوان «ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی در چهارچوب فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایش تعریف می‌شود(۱۳). این یک مفهوم بسیار گسترده است و می‌تواند به شیوه‌ای پیچیده تحت تأثیر سلامت جسمانی آزمودنی، وضعیت روانی و سطح استقلال او، روابط اجتماعی و رابطه با عناصر ضروری محیط او قرار گیرد. در حوزه سلامت، اصطلاح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به طور مکرر استفاده می‌شود که جنبه‌هایی مانند بیماری‌ها، اختلالات و نیاز به مداخلات درمانی را در نظر می‌گیرد. بنابراین کیفیت زندگی یک زن باردار بر چندین عامل عینی (مرتبط با کیفیت محیط و شرایط زندگی) و عوامل ذهنی (مرتبط با حوزه شخصی و قابل اندازه‌گیری از نظر رضایت و رفاه) استوار است(۱۴).

از سویی دیگر مشکلات بهداشت روان مادران باردار یک مسئله مهم در بهداشت عمومی است و با پیامدهای مخرب و پایدار بر سلامت مادر و کودک همراه است(۳). افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین مشکلات بهداشت روانی در دوران بارداری می‌باشد(۴). اصطلاح پریشانی روان‌شناختی اغلب شامل: استرس، افسردگی و یا اضطرابی است که به شدن اختلال روانی نرسیده است. در واقع پریشانی روانی به عنوان مجموعه‌ای از علایم بیماری روانی - فیزیولوژی و رفتاری مانند اضطراب، واکنش‌های افسردگی، بی‌قراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب، غیبت کاری و غیره تعریف می‌شود(۵). وجود پریشانی روان‌شناختی در زنان باردار می‌تواند مشکلاتی از قبیل سقط جنین، تولد نوزاد نارس و غیره را به همراه داشته باشد. به‌همین دلیل برای کاهش مشکلات روانی زنان باردار در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

زمینه بهداشت‌روان، خدمات حرفه‌ای متنوعی وجود دارد. این خدمات طیفی از روان‌درمانی‌های گروهی و فردی را شامل می‌شود که از میان مداخلات انجام شده برای زنان باردار، می‌توان به شفقت درمانی اشاره کرد. درمان متمرکز بر شفقت یک سیستم روان‌درمانی است که پل گیلبرت آن را ابداع و تدوین کرده است. این رویکرد از معروف‌ترین روان‌درمانی موسوم به موج سوم رفتار درمانی است که تکنیک‌هایی را از رفتار درمانی شناختی به همراه ایده‌هایی از روان‌شناسی تکاملی، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی بودیستی و علوم اعصاب را یکپارچه کرده است(۶). تکنیک اصلی درمانی شفقت آموزش ذهن مشفق است. در این تکنیک به درمانجو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. آموزش ذهن مشفق به درمانجویان کمک می‌کند تا الگوهای شناختی و هیجانی مشکل‌ساز مرتبط با اضطراب، خشم، خودانتقادگری، شخصیت‌زدایی و شیدایی خفیف (هایپومانیا) خود را تغییر کنند(۷). Bluth (۲۰۰۹) بیان می‌کند افراد دارای شفقت خود بالاتر، پاسخ‌های فیزیولوژیکی کم‌تری در مواجهه با استرس نشان می‌دهند و همچنین این افراد دارای بهزیستی هیجانی بالاتری هستند. شفقت خود علاوه بر آنکه فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. اگرچه شفقت خود با عواطف مثبت ارتباط دارد اما این ویژگی صرفاً یک شیوه‌ی تفکر مثبت نیست بلکه توانایی نگهداشتن هیجانات منفی در هشیاری غیرقضاوت گر بدون فرونشانی یا انکار جنبه‌های منفی تجربه است(۸). بارداری لازمه بقای زندگی انسان‌ها بوده و برای تجدید نسل ضروری است و دوره شکل‌گیری یک موجود جدید را نشان می‌دهد. بارداری، از زمان ایجاد لقاح شروع شده و حدود چهل هفته طول می‌کشد و با زایمان پایان می‌یابد. این دوره دربرگیرنده تغییرات عمیقی در سبک زندگی، نه تنها در زندگی شخصی بلکه در زندگی زن و شوهر و کل خانواده بوده و نیازمند آمادگی جسمانی و روانی برای تولد و فرزندپروری برای زنان باردار است. زایمان و بارداری تغییرات زیستی – روانی اجتماعی قابل توجهی در زندگی زنان دارد. زنان باردار دچار تغییرات هورمونی، بیوشیمیایی، فیزیولوژیکی و آناتومیکی متعددی مانند؛ افزایش کورتیزول می‌شوند که اثرات آن شامل خستگی، خواب بیش از اندازه(Excessive sleep)، اضطراب و ضعف حافظه(Memory Loss) است. این اولین تغییراتی است که آن‌ها را چه از نظر جسمی و چه از نظر روحی آسیب‌پذیر می‌کند و خارج از کنترل آن‌هاست(۹). همچنین بیشتر زنان تا حد زیادی در مورد سلامتی خود و جنین خود در دوران بارداری نگرانی دارند که دربرگیرنده وضعیت خاصی است که یک بیماری یا وضعیت طبیعی سلامت یک زن نیست. نقش یک مادر آینده، تجربه آن‌ها از مادری را تعیین می‌کند و می‌تواند یک جنبه حیاتی در انتخاب سبک فرزندپروری باشد(۱۰). مادر شدن ممکن است پیامدهایی در حوزه‌های مختلف اجتماعی داشته باشد که به منابع موجود

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

بستگی دارد. این منابع، دولتی یا خصوصی، از خدمات اجتماعی و بهداشتی، مانند مهدکودک‌ها، مراکز بهداشتی یا مرخصی زایمان تا حمایت اجتماعی خانواده یا دوستان را شامل می‌شود. علاوه بر این، دسترسی به این منابع تحت تأثیر عوامل چند بعدی (مانند فاصله زمان، هزینه‌ها، زندگی در محیط‌های روستایی یا شهری) است و نقش مهمی در تسهیل یا ممانعت از چالش‌های جدید زایمان ایفا می‌کند(۱۱). به‌علاوه، تغییراتی که زنان در طول بارداری متحمل می‌شوند متفاوت است و پس از تولد باقی می‌مانند. پس از زایمان، زنان به تغذیه نوزاد و تربیت فرزندان خود ادامه می‌دهند. این نقش جدید بر بسیاری از جنبه‌های زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و حتی در حاملگی‌های بدون عارضه، این تغییرات می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان باردار و بر سلامت مادر و نوزاد تأثیر بگذارد(۱۲).

در این راستا، حاجی پور و حسینی طبقدهی(۱۵) اظهار داشتند که، بارداری می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر روان زنان داشته باشد و منجر به پریشانی‌های روان‌شناختی مانند؛ اضطراب و افسردگی شود. پژوهش عزیزی و قائد محمدی (۱۶) نشان داد که سلامت زنان باید براساس بهبود کیفیت زندگی ارزیابی شود. به همین ترتیب، ارزیابی نیازهای روانی، اجتماعی و بهداشتی درک شده برای تطبیق انتظارات زنان باردار با وضعیت واقعی آن‌ها ضروری است. براین اساس، طاولی و همکاران (۱۷) در پژوهش خود روی کیفیت زندگی و پریشانی زنان باردار بیان کردند که ادراک از سلامت عمومی، سرزندگی، نقش فیزیکی، نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان در زنان دارای سقط مکرر کمتر از زنان بدون سابقه سقط جنین است(۱۸). بیش از یک سوم از زنان باردار پریشانی روانی را تجربه می‌کنند که به عنوان حالتی از رنج عاطفی تعریف می‌شود که با علائم افسردگی، استرس عمومی و یا اضطراب مشخص شده و چنین مشکلات سلامت روانی در دوران بارداری با سلامت مادر و دوران بارداری مرتبط است. (۱۹). پریشانی روان‌شناختی یک مسئله مهم در دوران بارداری و پس از زایمان است که بر کودکان و مادران تأثیر منفی می‌گذارد. مادرانی که در دوران بارداری پریشانی روان‌شناختی زیادی را متحمل شده‌اند، احتمال بیشتری دارد که نوزادانشان با مشکلات شناختی و رفتاری متولد شده و در معرض خطر بیشتری برای مشکلات روانی بعدی برای خود هستند(۲۰). برای کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی افراد به خصوص زنان باردار از روش‌های درمانی زیادی مورد استفاده قرار گرفتند که از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی در این زمینه می‌توان به درمان مبتنی بر شفقت می‌باشد. درمان مبتنی بر شفقت در ابتدا برای افرادی ایجاد شد که مشکلات عاطفی طولانی مدت و اغلب سطح زیاد شرم و انتقاد از خود داشتند و به عنوان یک درمان فردی بسط داده شد و در تلاش است افراد را در توسعه شفقت خود و دیگران یاری دهد(۲۱). در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه‌ی شفقت‌ورز(Compassion) درونی مراجعان با خودشان، به

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی(Well-being)، درک و همدلی(Perception & empathy)، همدردی کردن(Sympathizing)، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب‌آوری(Resilience) آشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت‌آمیز است(۲۲). فرآیندهای تجربی این مدل (شفقت به خود) مرتبط با سازه مدیریت احساسات است. این موازنه تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به صورتی خاص بر عوامل مثبت روانشناختی (کیفیت زندگی) تأثیرگذار است(۲۳). در واقع آموزش خودشفقت‌ورزی به عنوان یک عامل محافظتی برای سلامت روان زنان شناخته شده است(۲۴). در همین راستا اربیل(۲۵) در پژوهش خود اظهار داشت که شفقت به خود حالتی از تفکر یا واکنش عاطفی فردی که معتقد است، فاقد اعتماد به نفس و شایستگی جهت مقابله با یک موقعیت نامطلوب است. محققین(۲۶) در پژوهش شفقت بدن و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به اندومتریوز نشان دادند که شفقت به خود و بدن هر دو با کیفیت زندگی در همه حوزه‌های (سلامت جسمانی، درد بدنی، سرزندگی، مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی) مرتبط بودند. در واقع درک نقش شفقت به خود به عنوان مکانیسم محافظتی در زمینه شرایط سلامت روانی و جسمی بسیار مهم است. ماغ و همکاران(۲۷) در پژوهش خود بر روی ۴۵ نفر از زنان باردار ساکن کشور استرالیا انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که افزایش قابل توجه شفقت به خود و کاهش در افسردگی پری ناتال و پریشانی روان‌شناختی پس از شش جلسه درمان برای هر دو گروه مشاهده شد. در نهایت، شفقت به خود می‌تواند یک مداخله مناسب برای پریشانی روانی در جمعیت پری ناتال به‌ویژه پس از از دست دادن بارداری باشد. در این راستا، پاپینی و همکاران (۲۸) در رابطه با شفقت زنان نسبت به خود در بارداری نشان می‌دهد که زنان در گروه مداخله به طور قابل توجهی کاهش شرم از بدن خود و نارضایتی بدن و بهبود قدردانی و شفقت به خود را در مقایسه با زنان گروه کنترل داشتند. از این جهت، شفقت به خود یکی از مسائلی است که به بهبود سلامت روانی زنان باردار کمک کرده و می‌تواند نقش مهمی در بهبود روابط با دیگران در هنگام تجربه رویدادهای مهم زندگی مانند بارداری و ورود به دوره پس از زایمان داشته باشد. صادق و همکاران(۲۹) در پژوهش خود که بر روی ۱۱۵ زن مبتلا به ناباروری اولیه با محدوده سنی ۲۰-۳۵ سال انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که کیفیت زناشویی با دلسوزی به خود رابطه مثبت و با پریشانی روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) رابطه منفی دارد. این مطالعه نشان داد که شفقت به خود می‌تواند متغیر مهمی برای مدیریت مسائل مربوط به ناباروری باشد. گرچه در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

پایگاه‌های بهداشت و درمان آموزش پزشکی مرتبط با غربالگری زنان باردار مراقبت‌ها و آموزش‌هایی برای این قشر جامعه ایران در نظر گرفته شده است، با این حال، در این مراکز توجه کم‌تری به بعد سلامت روانی مادران و کودکان صورت گرفته و بیشتر تمرکز روی سلامت جسمی آن‌ها می‌باشد(۳۰). بر این اساس، مطالعه روند بهبود کیفیت زندگی و درمان پریشانی روان‌شناختی در زنان باردار و ارزیابی نتایج آموزش شفقت به خود می‌تواند راه‌حل‌های مفیدی را برای کارشناسان و متخصصین در این زمینه فراهم کند. لذا با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه‌ی شفقت سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل است این طرح از دو گروه آزمودنی (آزمایش و کنترل) تشکیل شده که هر دو گروه یک بار در پیش آزمون و یک بار در پس آزمون مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر نکا در سال ۱۴۰۳ بود که طبق آمار گرفته شده از مراکز درمانی شهر نکا تعداد زنان باردار مراجعه کننده ۱۵۶ نفر گزارش شد. به این ترتیب که با مراجعه به مرکز درمانی مورد مطالعه، زنان باردار مورد شناسایی قرار گرفته و سپس براساس همسان سازی ملاک‌های ورود که شامل، نداشتن مشکلات شدید مربوط به دوران بارداری همچون خونریزی رحمی یا اختلال در غربالگری سلامت جنین، قرار داشتن در سن مناسب دوران بارداری در بین ۱۸ تا ۴۵ سالگی، کسب نمره کل ۲۰ یا بیشتر در مقیاس پریشانی روان‌شناختی Kessler و همکاران (۲۰۰۲)، تشخیص کیفیت زندگی (سلامت روانی–جسمانی و روابط اجتماعی) پایین (زیر۵۲) با استفاده از مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۸۸۹)، داشتن رضایت از مشارکت در امر پژوهش و ملاک خروج شامل، عدم مشارکت منظم در جلسات آموزش، سقط جنین در طول مدت پژوهش، عدم تمایل شرکت کنندگان جهت ادامه دوره آموزشی در پژوهش بود، ۳۰ نفر به شیوه غیر تصادفی هدفمند انتخاب شده و به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای جمع آوری داده از سه پرسشنامه زیر استفاده شد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی[1] سازمان جهانی بهداشت (WHOQOLBREF): پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) به‌منظور بررسی میزان کیفیت زندگی طراحی شده است دارای ۲۶ سؤال ۵ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت می‌باشد که عبارت هستند از، بسیار بد =۱، بد =۲، متوسط =۳، خوب =۴، بسیار خوب =۵. این پرسش‌نامه شامل:

1 Quality of life questionnaire

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

۴ خرده مقیاس سلامت جسمی (۳،۴،۱۰،۱۵،۱۶،۱۷،۱۸)، سلامت روان‌شناختی (۵،۶، ۷، ۱۱،۱۹، ۲۶)، روابط اجتماعی (۲۰، ۲۱، ۲۲)، سلامت محیط اجتماعی (۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴،۲۵) می‌باشد. پس از به‌دست آوردن نمرات خام هر خرده مقیاس باید آن را به یک نمره استاندارد از ۰ تا ۱۰۰ تبدیل کرد .نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی کیفیت زندگی بیشتر می‌باشد. در ایران نصیری و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. پایایی آزمون باز آزمون برای زیر مقیاس‌های سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ و ضریب الفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی[1](K-10): پرسشنامه‌ی پریشانی روان‌شناختیKessler و همکاران (۲۰۰۳)، به منظور برر سی و ضعیت روانی بیمار به صورت ۱۰ سؤال طراحی شده است .پاسخ سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت(هیچ وقت=۰، به ندرت =۱، بعضی اوقات =۲، بیشتر اوقات =۳، تمام اوقات =۴). نمره گذاری می‌شود. حداکثر نمره در آن برابر با ۴۰ می‌باشد. نمره گذاری می‌شود. حداکثر نمره در آن برابر با ۴۰ می‌باشد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و روایی داخلی بالای ۰/۷۰ گزارش شد.

پروتکل درمان: این دوره آموزشی بر گرفته از پروتکل Gilbert و همکاران (۲۰۱۴) بوده که آیتم‌های آموزشی مورد نظر در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه آزمایش و کنترل از مراقبت های رایج دوران بارداری بهره‌مند بودند. ارزیابی سه مرحله‌ای مشارکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون قبل از شروع مداخله، در مرحله پس‌آزمون بلافاصله بعد از آموزش و در مرحله پیگیری چهار هفته پس از اتمام آخرین جلسه آموزش صورت گرفت. محتوای آموزش شفقت به خود به تفکیک هر جلسه در جدول ۱ تشریح شده است.

جدول شماره ۱: طرح جلساتمداخله آموزش شفقت به خود(گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۴)

جلسات	مدت زمان	اهداف جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	۹۰ دقیقه	آشنایی زنان باردار با یکدیگر، با مجری طرح و نحوه اجرای جلسات	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آ شنایی با ا صول کلی درمان مبتنی بر شفقت، تمایز شفقت با تأسف برای خود
جلسه دوم	۹۰ دقیقه	آموزش ذهن آگاهی	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه‌های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، تکالیف خانگی
جلسه سوم	۹۰ دقیقه	بررسی ویژگی افراد شفقت ورز	آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، تجربه مهربانی گرفتن از دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس

1 Psychological distress questionnaire

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

			اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب گرانه، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	۹۰ دقیقه	خودشناسی	مرور تمرین جلسه‌ی قبل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان مهرورز و یا غیرمهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویرسازی خود مهربان، تکالیف خانگی
جلسه پنجم	۹۰ دقیقه	تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی
جلسه ششم	۹۰ دقیقه	مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)	مرور تمرین جلسه قبل، تکمی فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)، تکالیف خانگی
جلسه هفتم	۹۰ دقیقه	نامه‌های مهروزانه برای خود و دیگران	مرور تمرین جلسه قبل، بررسی تأثیرات تاریخچه‌ای و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه‌ی موقعیت های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تکالیف خانگی
جلسه هشتم	۹۰ دقیقه	مرور و بازنگری جلسات قبل و اجرای پس آزمون	جمع‌بندی و ارائه راه کارهایی برای حفظ راه کارهای مشفقانه، به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

یافته‌ها

یافته‌ها حاکی از آن است که ۵۰درصد از حجم نمونه در گروه آزمایش و ۵۰ درصد در گروه کنترل قرار داشتند. هم چنین ۵ نفر از گروه آزمایش و ۴ نفر از گروه کنترل در گروه سنی ۱۸ تا ۲۱ سال، ۲ نفر از گروه آزمایش و ۳ نفر از گروه کنترل در گروه سنی ۲۲ تا ۲۵ سال، ۳ نفر از گروه آزمایش و ۳ نفر از گروه کنترل در گروه سنی ۲۶ تا ۲۹ سال و ۵ نفر از گروه آزمایش و ۵ نفر از گروه کنترل در گروه سنی ۳۰ تا ۳۳ سال قرار داشتند. میزان تحصیلات ۱۰ نفر از گروه آزمایش و ۹ نفر از گروه کنترل دیپلم، ۵ نفر از گروه آزمایش و ۶ نفر از گروه کنترل فوق دیپلم بود.

جدول شماره ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در قبل و بعد از آموزش شفقت به خود

متغیّر گروه‌ها		قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پریشانی روان‌شناختی	آزمایش	۲۴/۴۰	۱/۳۹	۲۱/۲۷	۱/۶۲
	کنترل	۲۴/۹۳	۱/۵۳	۲۴/۸۷	۱/۳۵
کیفیت زندگی	آزمایش	۴۷/۲۰	۲/۱۱	۵۲/۳۳	۱/۶۳
	کنترل	۴۷/۵۳	۲/۱۳	۴۷/۶۰	۲/۲۲

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

همان‌طور که جدول ۲ نشـان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار میانگین و انحراف معیار پریشـــانی روان‌شـــناختی در گروه آزمایش در قبل از آموزش شفقت به خود برابر ۱/ ۳۹ ۲۴/۴۰± و بعد از مداخله ۱/۶۲ ۲۱/۲۷± میانگین و انحراف کیفیت زندگی در گروه آزمایش در قبل از آموزش شـــفقت به خود برابر ۲/۱۱± ۴۷/۲۰ و بعد از مداخله ۱/۶۳ ۵۲/۲۳± می‌باشـد که بیانگر آن اسـت که میانگین پریشـانی روان‌شـناختی و کیفیت زندگی در بعد از آموزش شـفقت به خود در زنان باردار بهبود داشته است. در ادامه به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد.

فرضیه اصلی: آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تأثیر دارد.

جدول شماره ۳: خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل

	منبع تغییرات	مقدار آماره آزمون	مقدار F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	سطح معنی‌داری
اثرگروه	اثر پیلای	۰/۹۰	۱۲۰/۱۴	۲	۲۵	۰/۰۰۰
	لامبدا-ویلکز	۰/۰۹	۱۲۰/۱۴	۲	۲۵	۰/۰۰۰
	اثر هوتلینگ	۹/۶۱	۱۲۰/۱۴	۲	۲۵	۰/۰۰۰
	بزرگترین ریشه	۹/۶۱	۱۲۰/۱۴	۲	۲۵	۰/۰۰۰

با توجه به داده‌های جدول ۳ و مقدار آزمون لامبدا-ویلکز (F (۲و۲۵) =۰/۰۹ ،p =./۰۰۰) نشان می‌دهد که فرضیه مشابه بودن میانگین‌های دو گروه براساس متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و پریشـانی روان‌شـناختی زنان باردار) رد می‌شـود و تحلیل کوواریانس چند متغیری به طور کلی معنادار اســـت.

در ادامه به تأثیر آموزش به تفکیک متغیرها پرداخته شـــده است.

فرضیه اول: آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی زنان باردار تأثیر دارد.

جدول شماره ۴: خلاصه تحلیل کواریانس کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
بین گروهی	۱۸۱/۸۸	۱	۱۸۱/۸۸	۶۶/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱
درون گروهی	۷۱/۰۴	۲۶	۲/۷۳				
کل	۲۷۴/۹۶	۲۹					

همان طوری که ملاحظه می‌شـــود. با کنترل پیش‌آزمون و با توجه به ســـطح معناداری ، بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. (سطح معنی‌داری کوچک‌تر از مقدار پیش فرض ۰/۰۵ می‌باشـــد). به عبارت دیگر بین پس آزمون کیفیت زندگی زنان باردار گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برابر ۷۱/ ۰حاکی از این است که ۷۱

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

درصـــد از بهبود نمرات گروه آزمایش در کیفیت زندگی را می‌توان به تأثیر آموزش شـفقت به خود نسبت داد. یعنی ۷۱ درصـــد تفاوت در نمرات پس آزمون کیفیت زندگی زنان باردار گروه آزمایش و کنترل مربوط به آموزش شـــفقت به خود می‌باشـــد. بنابراین با توجه به نتایج می‌توان گفت که آموزش شـــفقت به خود بر کیفیت زندگی زنان باردار تأثیر دارد.

جدول شماره ۵: جدول میانگین‌های تعدیل شده کیفیت زندگی گروه‌های پژوهش در پس آزمون

متغیر	گروه		اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری	حد پایین	حد بالا
کیفیت زندگی	آزمایش	کنترل	۵/۰۲	۰/۶۱	۰/۰۰۰	۳/۷۵	۶/۲۸
	کنترل	آزمایش	-۵/۰۲	۰/۶۱	۰/۰۰۰	-۶/۲۸	-۳/۷۵

نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی زنان باردار گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش شفقت به خود تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$) و میزان کیفیت زندگی زنان باردار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است.

فرضیه دوم: آموزش شفقت به خود بر پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تأثیر دارد.

جدول شماره ۶: خلاصه تحلیل کواریانس پریشانی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان	آماری
بین گروهی	۷۳/۲۴	۱	۷۳/۲۴	۸۱/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۷۵	۱	
درون گروهی	۲۳/۲۵	۲۶	۰/۸۹					
کل	۱۵۹/۸۶	۲۹						

همان طوری که ملاحظه می‌شـــود. با کنترل پیش آزمون و با توجه به ســـطح معنی‌داری، بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. (سطح معنی‌داری کوچک‌تر از مقدار پیش فرض ۰/۰۵ می‌بـاشـــد). بـه عبـارت دیگر بین پس آزمون پریشـــانی روان‌شناختی زنان باردار گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. انـدازه اثر برابر ۰/۷۵ حـاکی از این اســـت که ۷۵ درصـــد از بهبود نمرات گروه آزمایش در پریشـانی روان‌شـناختی را می‌توان به تأثیر آموزش شـفقت به خود نسبت داد. یعنی۷۵ درصد تفاوت در نمرات پس آزمون پریشـــانی روان‌شـــناختی زنان باردار گروه آزمایش و کنترل مربوط به آموزش شفقت به خود می‌باشد. بنابراین با توجه به نتایج می‌توان گفت که: آموزش شـفقت به خود بر پریشـانی روان‌شناختی زنان باردار تأثیر دارد.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره ۷: جدول میانگین‌های تعدیل شده پریشانی روان‌شناختی زنان باردار گروه‌های پژوهش در پس‌آزمون

متغیر			اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری	حد پایین	حد بالا
پریشانی	آزمایش	کنترل	-۳/۱۵	۰/۳۵	۰/۰۰۰	-۳/۹۱	-۲/۴۶
روان‌شناختی	کنترل	آزمایش	۳/۱۸	۰/۳۵	۰/۰۰۰	۲/۴۶	۳/۹۱

نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که بین پریشانی روان‌شناختی زنان باردار گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش شفقت به خود تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$) و میزان پریشانی روان شناختی زنان باردار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

بحث

نتایج در فرضیه اصلی حاکی از آن بود که آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تأثیر مثبت و معناداری دارد. این یافته همسو می‌باشد با نتایج پژوهش‌های محمدی سنگاچین دوست و همکاران (۲۴)، کارگر (۳۴)، یوسفی (۳۵)، شجاعی و ثمری (۳۱)، نوربالا (۳۲)، Van Niekerk و همکاران (۲۶)، Kauser و همکاران (۳۳) که نشان دادند آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی تأثیر بسزایی دارد. همچنین با نتایج پژوهش‌های کارگر (۳۴)، یوسفی (۳۵)، قهرمانی و خلعتبری (۳۶)، کاظمی نوا (۳۷)، Fourianalistyawati و همکاران (۳۸)، که نشان دادند آموزش شفقت به خود بر تحمل پریشانی و پریشانی روان‌شناختی تأثیر بسزایی دارد، همسو می‌باشد. در توضیح این یافته‌ها می‌توان گفت که شفقت درمانی بر پایه‌ی دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به تمامیت تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه‌ی مدیریت احساسات است. این موازنه‌ی تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه‌ی تصمیمی زنان باردار، در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به صورتی خاص بر عوامل منفی روان‌شناختی کاهش پیدا می‌کند. زنان باردار با آموزش‌های مبتنی بر شفقت راهبردهایی را فرا می‌گیرند که با سازه‌ی موازنه‌ی تصمیمی مدل شفقت درمانی هماهنگ است. فرآیندهای شفقت درمانی به جای این که احساسات منفی را با احساسات مثبت جایگزین کند، هیجان‌های مثبتی تولید می‌کند که هیجان‌های منفی را در بر می‌گیرد و با ایجاد احساسات

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مثبت، احساسات منفی را تعدیل می کند. به عبارتی افراد خود مشفق بهتر می‌توانند با رنج خود و دیگران روبه‌رو شوند بدون این که خود شان دچار رنج شوند. از آن‌جایی که شفقت‌ورزی ترشح اکسی‌توسین را در بدن افزایش می‌دهد و این عامل سبب فعالیت بیشتر سیستم امنیت و تسکین می‌شود. افزایش شفقت‌ورزی به خود نقش اساسی در سیستم تنظیم هیجان دارد. به این صورت که با فعال کردن سیستم امنیت و تسکین موجب می‌شود افراد با پذیرش و درک بیشتری با هیجان‌های دشوارشان روبه‌رو شوند و بهتر آن را مدیریت کنند. بنابراین باردار با شفقت به خود بالاتر مهارت بیشتری در مدیریت هیجان‌های خود دارند و کمتر تحت تأثیر مشکلات شخصی قرار می گیرند. زنان باردار با شفقت به خود بالاتر اطمینان بیشتری به خود دارند و کمتر دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. شفقت به خود یک صفت از پیش تعیین شده نیست بلکه از طریق آموزش قابل ارتقا است. باید در نظر داشت که افراد خود_ مشفق بهتر می‌توانند با رنج و مشکل خود روبرو شوند بدون این که خودشان دچار پریشانی شوند. شفقت به خود موجب می شود که زنان باردار بهتر مشکلات زندگی را درک کنند بدون این که در آن غوطه‌ور شوند. به عبارت دیگر هنگام رویارویی با شرایط دشوار زنان باردار خودشان را مشفقانه تسلی می‌دهند و قوی‌تر، پایدارتر و با تاب‌آوری بیش‌تر می‌توانند از خود مراقبت کنند. این یک مهارت بسیار مهم به طور عمومی برای کسانی که در طول زندگی با مشکلات زندگی سروکار دارند، لذا مجموع این عوامل باعث بهبود پریشانی روان شناختی و کیفیت زندگی در زنان باردار می گردد.

نتایج در فرضیه دوم نشان داد که آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی زنان باردار تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش های محمدی سنگاچین دوست و همکاران (۲۴)،، یوسفی (۳۵)، قهرمانی و خلعتبری (۳۶)، شجاعی و ثمری (۳۱)، حیدری اقدم و همکاران(۳۹)، نوربالا (۳۲)، Van Niekerkو همکاران (۲۶)، Kauser و همکاران (۳۳) که نشان دادند آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی تأثیر بسزایی دارد، همسو است. در تبیین این یافته باید گفت که شفقت درمانی یک الگوی درمانی است که اساس آن بر پایه‌ی حساسیت به وجود رنج انسان به واسطه‌ی انسان بودن و التیام یا جلوگیری از چنین رنجی است. یکی از آموزش‌های موجود در درمان‌های متمرکز بر شفقت‌ورزی آموزش بخشایش دیگران و بخشایش خود است که تأثیر زیادی بر روی اختلالات روانی دارد. آموزش شفقت به افراد (زنان باردار) گسترش مهربانی، درک خود، پرهیز از گرایش بیش از حد به انتقاد، قضاوت ناگوار نسبت به خود و موقعیتی که در آن قرار دارند را آموزش می‌دهد. افرادی که شفقت بالایی نسبت به خود دارند، بیشتر نسبت به خود و دیگران مهربان هستند و سعی در درک رویدادهای موجود در زندگی دارند. از آن‌جا که درمان مبتنی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

بر شـــفقت موجب تســـهیل بیشـــتر بازخوردهای مثبت، توانایی برخورد با بازخوردهای خنثی و ایجاد نگرش صـــمیمانه در افراد می‌شـــود، موجب ســـهیم شـــدن بیشـــتر آنان در حالات هیجانی دیگران و تقویت نگرش صـــمیمانه می‌شـــود و احســـاس به هم پیوســـتگی را به میزان زیادی افزایش می‌دهد و بالطبع گرایش به روابط اجتماعی را نیز افزایش می‌دهد. از ســـوی به تجربیات ناخوشـــایند و رویدادهای دردناک دیگر، افراد معمولاً از طریق تلاش های اجتنابی یا گواه افراطی پاســـخ می‌دهند. در چنین شـــرایطی ذهن به ما می‌گوید باید موقعیت را بهتر گواه کنیم و نباید افکار و احساسات ناخوشایندی داشته باشیم. بدیهی است چنان‌چه این نوع نگرش تند و منتقدانه باشد، در تضاد با سلامتی اســـت و در درمان مبتنی بر شـــفقت از طریق ذهن آگاهی و پذیرش مشـکلات آموزش داده می‌شـود که مشـکلات اجتناب ناپذیر هســـتند و همه افراد با مشـکلات مواجه می‌شـوند. باعث افزایش کیفیت زندگی در زنان باردار می‌گردد.

نتایج در فرضیه سوم نشان داد که آموزش شفقت به خود بر پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های یوسفی (۳۵)، کاظمی نوا (۳۷)، Fourianalistyawati و همکاران (۳۸)، حیدری اقدم و همکاران(۳۹) که نشان دادند آموزش شفقت به خود بر تحمل پریشانی و پریشانی روان‌شناختی تأثیر بسزایی دارد، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات و نگرش‌های منفی را از فرد دور می‌کند. در این رویکرد هیجانات منفی کاهش پیدا می‌کند و هیجانات مثبت جایگزین خواهد شد. در این مداخله، درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کنند، بدون آن که آن‌ها را سرکوب کنند و در مورد آن قضاوت ارزشی کنند و هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نمایند. فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگاری فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند.

نتیجه‌گیری

در واقع آموزش شفقت به خود، با تقویت شفقت در افراد از طریق ارائه روش‌های شفقت‌ورزی، شناسایی افکار خود مهرورزی و همچنین برطرف کردن موانع شفقت‌ورزی، فرد را در برابر حالات منفی محافظت می‌کند و حالات هیجانی مثبت را تقویت و افزایش می‌دهد. با افزایش شفقت انگیزه فرد نیز بالا می‌رود و این خود منجر به پذیرش افکار منفی و دستکاری آن‌ها می‌شود. در این درمان ارزش‌ها بیش از آن‌که قضاوت اخلاقی باشند، اهمیت شخصی یک عمل خاص را برای فرد نشان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

می‌دهند. این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبودی روابط بین فردی، مراقبت از خود و بهبود روابط شخص باشد که به‌منظور افزایش ابراز وجود به افراد آموزش داده می‌شود که به طبقه‌بندی ارزش‌های خود بپردازند و با طبقه‌بندی ارزش‌ها توسط آنان، آنان متوجه اهمیت روابط‌شان با دیگران می‌شوند. در مرحله بعد سعی می‌کنند تا مطابق با این ارزش‌ها عمل کنند و رابطه خود را با دیگران تقویت کنند. در واقع این درمان به بیمار می‌آموزد که چگونه راهبردهای کنترل فکر را رها کنند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه هیجانات نامطبوع مثل پرخاشگری را بیشتر تحمل کنند. به‌طور کلی آموزش مبتنی بر شفقت باعث مهربانی و شفقت نسبت به سختی‌ها، رنج‌ها و تجربیات تلخ گذشته می‌شود در نتیجه با خود مهربان‌تر می‌شوند، خود را کمتر سرزنش و انتقاد می‌کنند، افکار منفی خود را کاهش می‌دهند که این خود باعث کاهش تحمل پریشانی در آن‌ها می‌گردد. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود. فاصله بین جلسات درمانی نه کم و نه زیاد باشد و از آزمودنی‌ها خواسته شود که در جلسه بعد تأثیر آن را بیان دارند و با دیگران مطرح کنند، پیشنهاد می‌شود هفته‌ای یک جلسه‌ی یک ساعته باشد. در بیان تکنیک‌ها حتی الامکان از مثال‌های عینی که هم‌سو با شرایط خاص تحصیلی، خانوادگی و زندگی آزمودنی‌ها باشد، استفاده شود و این خود می‌تواند باعث علاقه‌مندی و انگیزه بیشتر افراد و مشارکت بیشتر در گروه شود. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آینده در قالب طرح‌هایی طولی انجام پذیرد تا بتوان به شناخت عمیق‌تری از رابطه متغیرهای پژوهش دست یافت.

تشکر و قدردانی

اطلاعات این پژوهش با کد اخلاق شماره IR. IAU. Sari.REC.1402.362 کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری ثبت شده است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از مراکز درمانی شهر نکا که امکان انجام این پژوهش را میسر کردند و هم چنین افرادی که در فرآیند پژوهش مشارکت داشتند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

تعارض منافع

بین نویسندگان مقاله هیچگونه تعارضی در منافع وجود ندارد

References

1. Rezaian SM, Shahidi H, Zakari Ostad A, Saadat M, Abbasi Z, Taherpour M, Rezaei F, Saber A. Investigating the relationship between quality of life and pregnancy outcomes in pregnant women referring to health centers in Bojnord city in 2018. Journal of Student Research Committee of Sabzevar University of Medical Sciences.2021; 2(1): 53-37. [Persian]

2. Iranifard E, Akbari N, Montazeri A. Perceived social support and pregnancy outcomes in vulnerable women. Payesh Journal . 2019; 18(5): 517- 24. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

3. Mehrabi M, Davoudian M, Pourvali Abarbekoh S, Soleimani H. The role of mentalization, psychological flexibility and difficulty in emotion regulation in predicting psychological distress and sleep problems in pregnant women during the epidemic of covid-19. Nursing Management Quarterly.2022; 11(1): 46-58.

4. Bellido-González M, Robles-Ortega MH, Castelar-Ríos MJ, Díaz-López MA, Gallo-Vallejo JL, Moreno-Galdó MF, Santos-Roig ML. Psychological distress and resilience of mothers and fathers with respect to the neurobehavioral performance of small- for gestational- age newborns. J. HQLO; 2019. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1119-8

5. Bonomi A, Patric D, Bushnell D. Validation of the united states' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Journal of Clinical Epidemiology.2019; 53: 1-12. https://doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00123-7

6. Goss K, Allan S. The development and application of compassionfocused therapy for eating disorders (CFTE). British Journal of Clinical Psychology.2019; 53(1): 62-77. https://doi.org/10.1111/bjc.12039

7. Tirch D, Gilbert P. Compassion focused therapy an introduction to experiential interventions for cultivating compassion. 2 th ed. New York Guilford Publication.2022; P.132-6. https://doi.org/10.4324/9781003035879-22

8. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. Clin Psychol Psychother. 2019;13(6): 353-79. https://doi.org/10.1002/cpp.507

9. Abdi Marzouni Z, Bakouie F, Bakhtiari A, Bakouie S. Prevalence of fear of childbirth and its predictors in pregnant women: a cross-sectional study in 2021. Journal of nursing and midwifery. 2022; 20(3): 233-41. [Persian] https://doi.org/10.52547/unmf.20.3.233

10. Monterrosa-Castro Á, Romero-Martínez S, Monterrosa-Blanco A. Positive maternal mental health in pregnant women and its association with obstetric and psychosocial factors. BMC Public Health.2023; 23(1): 1-13. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15904-4

11. Jimenez-Barragan, M. , del Pino Gutierrez, A. , Garcia, J. C. , Monistrol-Ruano, O. , Coll-Navarro E, Porta-Roda O, Falguera-Puig G. Study protocol for improving mental health during pregnancy: a randomized controlled low-intensity m-health intervention by midwives at primary care centers. BMC nursing.2023; 22(1): 309. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01440-4

12. Savory NA, Hannigan B, Sanders J. Women's experience of mild to moderate mental health problems during pregnancy, and barriers to receiving support. Midwifery.2022; 108: 103276. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103276

13. Boutib A, Chergaoui S, Marfak A, Hilali A, Youlyouz-Marfak I. Quality of life during pregnancy from 2011 to 2021: systematic review. International Journal of Women's Health.2022; 975-1005. https://doi.org/10.2147/IJWH.S361643

14. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, Ibanez G. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. BMC pregnancy and childbirth.2018; 18: 1-14. https://doi. org/10.1186/s12884-018-2087-4

15. Hajipour MS, Hosseini Tabaghdehi L. The effect of prenatal education on the quality of life of primiparous women. Psychosomatic research updates.2022; 1(2): 244-261. [Persian] https: //doi.org/10.32598/cpr.1.2.91.1

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

16. Azizi B, Qaed Mohammadi MJ. The effect of quality of life on the fertility of working women in the welfare of Tehran province. Social Research Quarterly.2021; 13(53): 62-76. [Persian]

17. Tavoli Z, Mohammadi M, Tavoli A, Moini A, Effatpanah M, Khedmat L, Montazeri A. Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: a comparative study. Health and quality of life outcomes.2018; 16(1): 1-5. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0982-z

18. Hasanpour V, Keshavarz Z, Azin SA, Ansaripour S, Ghasemi I. Comparing the function of sexual intimacy in women with repeated abortions and being women with repeated abortions. Journal of Isfahan Medical School. 2018; 37 (533): 774-768. [Persian]

19. Daalderop, L. A., Lagendijk, J. , Steegers, E. A. , El Marroun, H. , & Posthumus, A. G. Psychological distress during pregnancy and adverse maternal and perinatal health outcomes: The role of socioeconomic status. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2021

20. Barat, S., Ghanbarpour, A. , Mirtabar, S. M. , Kheirkhah, F. , Basirat, Z. , Shirafkan, H. , ... & Faramarzi, M. Psychological distress in pregnancy and postpartum: a cross-sectional study of Babol pregnancy mental health registry. BMC Pregnancy and Childbirth. 2023; 23(1): 1-10. https://doi.org/10.1186/s12884-023-06024-3

21. Grodin J, Clark JL, Kolts R, Lovejoy TI. Compassion focused therapy for anger: A Holmes, s. (2017). Assessing the quality of Life Reality or impossible dicam? Adiscassion papar. Snternational Journal of Narsing studies. 2019; 42: 423-50.

22. Ahmedpour Dizji J, Zahrakar K, Kiyamanesh A. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and well-being therapy on the psychological capital of female students suffering from emotional failure. Women and culture.2016; 8(31): 7-21. [Persian]

23. Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. MEDICAL SCIENCES. 2022; 32 (1): 92-101. [Persian] https://doi.org/10.52547/iau.32.1.92

24. Mohammadi Sangachin Dost A, Khanzadeh AAH, Kosha M, Naseh A. Educational effects of self-compassion on quality of life variables of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. Psychology of exceptional people.2022; 12(46): 23-48. [Persian]

25. Erbil N. Relationship of self-compassion and fear of childbirth among pregnant women. International Journal of Caring Sciences.2022; 15(1) :255-262.

26. Van Niekerk LM, Dell B, Johnstone L, Matthewson M, Quinn M. Examining the associations between self and body compassion and health related quality of life in people diagnosed with endometriosis. Journal of Psychosomatic Research.2023; 167: 111202. https://doi. org/10.1016/j.jpsychores.2023.111202

27. Maagh LC, Quinlan E, Vicary S, Schilder S, Carey C. Self-compassion and mental health in Australian women who have experienced pregnancy loss. Illness, Crisis & Loss. 2024 Oct;32(4): 538-53. https: //doi.org/10.1177/10541373221150326

28. Papini NM, Mason TB, Herrmann SD, Lopez NV. Self-compassion and body image in pregnancy and postpartum: a randomized pilot trial of a brief self-compassion

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

meditation intervention. Body Image. 2022; 43: 264-74. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.09.010

29. Sadiq U, Rana F, Munir M. Marital quality, self-compassion and psychological distress in women with primary infertility. Sexuality and Disability. 2022; 1-11. https://doi.org/10.1007/s11195-021-09708-w

30. Asgarian A, Amreh M, Rahmani M. Investigating the mental health of women during pregnancy and the effect of psychological factors on their physical and mental health in Qom city, the third national conference of practical ideas in educational sciences. Psychology and cultural studies. Bushehr; 2023.

31. Shojaei N, Samari AA. Effectiveness of compassion therapy on depression, quality of married life and optimism in cardiovascular patients. psychiatric nursing. 2021;9(6): 86-97. [Persian]

32. Nurbala M. The effect of self-compassion group training on the quality of life and the lowering of blood sugar in three months of diabetic women. Master's thesis, general psychology. Islamic Azad University. Yazd. 2017. [Persian]

33. Kauser S, Keyte R, Regan A, Nash EF, Fitch G, Mantzios M, Egan H. Exploring associations between self-compassion, self-criticism, mental health, and quality of life in adults with cystic fibrosis: Informing future interventions. Journal of clinical psychology in medical settings. 2021; 1-12. https://doi.org/10.1007/s10880-021-09831-y

34. Kargar M. The effect of self-compassion training on migraine headaches and quality of life in women with migraines. Master's thesis. Clinical psychology. Shiraz University. 2022. [Persian]

35. Yousefi A. Comparison of the effect of mindful self-compassion training and acceptance and commitment-based therapy on psychological distress and sleep quality of working women. Master's thesis. psychology Mohaghegh Ardabili University. Ardabil. 2022. [Persian]

36. Ghahramani M, Khalatbari J. The effectiveness of therapy focused on compassion therapy on toughness and mental resilience and the quality of life of women about to divorce. Scientific Quarterly of Educational Psychology Skills. 2022; 13(2): 11-18. [Persian]

37. Kazemi Nova H. The effectiveness of compassion therapy training on psychological distress and perceived stress on married women referring to psychological clinics in Amol. The first international conference of educational sciences, psychology, sports sciences and physical education. 2022.

38. Fourianalistyawati E, Uswatunnisa A, Chairunnisa A. The role of mindfulness and self-compassion toward depression among pregnant women. International Journal of Public Health Science.2018;7(3): 162-167.https://doi. org/10.11591/ijphs.v7i3.11662

39. Heydari Aghdam B, Khademi A, Zahedi R. Predicting self-care behaviors based on self-compassion and health locus of control in patients with diabetes, Nursing and Midwifery Journal .2021; 18 (12): 977-985. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]