



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Childbirth Self-Efficacy, Anxiety, and Sexual satisfaction in Pregnant Women with Pregnancy-Related Anxiety

Fatemeh Askari Dolat Abadi

M.A.Student in General psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Science, Ardakan University, Yazd, Ardakan, Iran. Email: as.fatemeh76@gmail.com

Azadeh Choobforoushzade

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.. (Corresponding Author), Email: azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

Mohammad Hosein Barkhordary Dashtkhaki

MA. Student in Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, Ardakan University, Ardakan, Iran. Email: mohammadho3ein8708@stu.ardakan.ac.ir

Received: 2024-05-19 Revised: 2025-08-05 Accepted: 2025-11-08 Published: 2025-12-30

Citation: Askari Dolat Abadi, F., Choobforoushzade, A. & Barkhordary Dashtkhaki, M. (2025). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Childbirth Self-Efficacy, Anxiety, and Sexual satisfaction in Pregnant Women with Pregnancy-Related Anxiety. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 15(2), 128-149. doi: 10.22067/tpccp.2025.93403.1783

Abstract

Introduction

Pregnancy is a delicate period accompanied by substantial physiological and psychological transformations, which can result in the onset of anxiety disorders (Viswasam et al., 2019; Hadfield et al., 2022). The selection of pregnant women with anxiety as the target population is imperative due to the elevated vulnerability of this demographic to the adverse consequences of anxiety and the paramount importance of maternal and fetal mental health. Pregnancy anxiety has been demonstrated to exert a detrimental influence on the daily lives of affected individuals, their social relationships, and maternal and child mental health, potentially culminating in adverse outcomes such as preterm birth and low birth weight (Chandra et al., 2020; Becker et al., 2021). Furthermore, sexual satisfaction and childbirth self-efficacy have been identified as pivotal factors in mental health and a positive pregnancy experience, which can be influenced by anxiety (Gagné et al., 2021; Shoja et al., 2020). Psychological interventions, particularly compassion-focused therapy, have been shown to be efficacious in reducing pregnancy anxiety and enhancing sexual satisfaction and childbirth self-efficacy (Kolts et al., 2018; Abbaszadeh et al., 2023). The present study aims to investigate the effects of compassion-focused therapy on reducing pregnancy anxiety, increasing childbirth self-efficacy, and promoting sexual satisfaction in anxious pregnant women, thereby determining the role of this psychological intervention in improving maternal mental health. This objective is of particular importance due to the recognized benefits of reducing anxiety and improving psychological indicators during pregnancy.

Method

The present quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population comprised pregnant women who sought medical attention at health centers in Rafsanjan city and were subsequently divided into two groups



©2025 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

of 20 subjects. These subjects were assigned to either an intervention group, which underwent eight 90-minute sessions of compassion-focused therapy grounded in the Gilbert model, or a control group. The inclusion criteria encompassed the following: subjects had to be in the second trimester of pregnancy, literate, and not diagnosed with any psychological disorders. Informed consent was also a prerequisite for participation. The data were collected using the following instruments: the Childbirth Self-Efficacy Inventory (Lowe & Anderson, 2000), the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (Van den Bergh, 1989), and the Index of Sexual Satisfaction (Hudson et al., 1981). After confirming the reliability and validity of the instruments, the data were analyzed using descriptive statistical methods and analysis of covariance.

Findings

The results of univariate analysis of covariance demonstrated that compassion-focused therapy significantly increased childbirth self-efficacy ($F=48.748$, $p<0.001$), reduced pregnancy anxiety ($F=8.552$, $p=0.006$), and improved sexual satisfaction ($F=17.761$, $p<0.001$) in pregnant women. The post-test scores of the experimental group were significantly higher (in self-efficacy and sexual satisfaction) and lower (in pregnancy anxiety) than the pre-test and control group scores, confirming the positive effect of the intervention. Furthermore, the findings of the subsequent phase indicated that the impact of the intervention persisted over time. The efficacy of compassion-focused therapy on childbirth self-efficacy ($F=46.123$, $p<0.001$), pregnancy anxiety ($F=7.994$, $p=0.008$), and sexual satisfaction ($F=16.872$, $p<0.001$) was sustained until the follow-up stage. These findings suggest that compassion-focused therapy exerts a statistically significant and enduring effect on enhancing childbirth self-efficacy, mitigating pregnancy anxiety, and augmenting sexual satisfaction in pregnant women. The findings further indicate that compassion-focused therapy can be utilized as an efficacious approach to enhance mental health and quality of life during pregnancy.

Discussion

The findings of the study indicated that compassion-focused therapy led to a significant enhancement in childbirth self-efficacy, a reduction in pregnancy anxiety, and an improvement in sexual satisfaction among anxious pregnant women. These findings are consistent with those reported in several studies (Jafari et al., 2024; Heydari et al., 2023; Abbaszadeh et al., 2023; Safarinia et al., 2021; Hasani et al., 2021; Amiri Rad et al., 2020; Sauer, 2023; Erbil, 2022; Samios et al., 2021). The present study's findings align with extant research on the efficacy of interventions to enhance childbirth self-efficacy (Erbil, 2022; Samios et al., 2021; Hosseinimehr et al., 2021; Ebrahimifar et al., 2019). Similarly, the results of the present study are consistent with the findings of research on the efficacy of interventions to reduce pregnancy anxiety (Abbaszadeh et al., 2023; Sauer, 2023; Gilbert & Procter, 2006; Penlington, 2019; Monteiro et al., 2019; Hadi Ghanavat, 2019). Furthermore, the present study's findings are consistent with the findings of research on the efficacy of interventions to promote sexual satisfaction (Safarinia et al., 2021; Hasani et al., 2021; Amiri Rad et al., 2020). Compassion-focused therapy has been demonstrated to enhance women's belief in their ability to manage childbirth, reduce anxiety, and improve sexual satisfaction. This effect is achieved by strengthening self-compassion, reducing self-criticism, increasing emotional acceptance, and fostering psychological security. Furthermore, it has been

demonstrated to enhance their resilience to the pressures associated with pregnancy by exerting a positive influence on cognitive and emotional mechanisms. The implementation of compassion-focused therapy as a complementary mental health program alongside routine prenatal education in health and medical centers is suggested in order to improve the pregnancy experience, preparation for childbirth, and quality of life of couples.

Keywords: Pregnancy anxiety, pregnancy, childbirth self-efficacy, sexual satisfaction, compassion-focused therapy

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دسترسی آزاد

<https://tpccp.um.ac.ir>

مقاله پژوهشی



اثربخشی شفقت درمانی بر خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی زنان باردار دارای اضطراب بارداری

فاطمه عسکری دولت‌آبادی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. as.fatemeh76@gmail.comآزاده چوب فروش زاده 

دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. (نویسنده مسئول)،

azadechoobforoush@ardakan.ac.irمحمدحسین برخوردار دشتخاکی دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. mohammadho3ein8708@stu.ardakan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۳۰	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹
استناد: عسکری دولت‌آبادی، فاطمه؛ چوب فروش زاده، آزاده؛ برخوردار دشتخاکی، محمدحسین. (۱۴۰۴). اثربخشی شفقت درمانی بر خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی زنان باردار دارای اضطراب بارداری. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۵(۲)، ۱۴۹-۱۲۸. doi: 10.22067/tpccp.2025.93403.1783			

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی زنان باردار مضطرب بود.

روش: این مطالعه به روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۴۰ زن باردار دارای اضطراب بارداری بود که در پاییز ۱۴۰۳ به مراکز بهداشت مراجعه کرده بودند. شرکت کنندگان به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از میان ۱۲ مرکز بهداشت انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های اضطراب بارداری، رضایت جنسی و خودکارآمدی زایمان استفاده شد. ابتدا، این پرسش‌نامه‌ها در شرایط یکسان برای هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش در یک برنامه آموزش شفقت درمانی ۸ جلسه‌ای شرکت کرد، درحالی‌که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. پس از پایان جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داده که شفقت درمانی در گروه آزمایش موجب کاهش اضطراب بارداری و بهبود رضایت جنسی و خودکارآمدی زایمان شده است.

نتیجه: براین اساس، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شفقت‌درمانی در مراکز مراقبتی زنان باردار می‌تواند به کاهش مشکلات مرتبط با بارداری، از جمله اضطراب بارداری، کاهش استرس‌زایمان و بهبود رضایت جنسی منجر شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب بارداری، بارداری، خودکارآمدی زایمان، رضایت جنسی، شفقت‌درمانی

مقدمه

بارداری^۱ دوره‌ای حساس برای زنان است و تغییرات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی قابل‌توجهی در این دوران رخ می‌دهد (Viswasam et al., 2019). همچنین، زنان در دوران بارداری در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری‌های روانی قرار دارند (Hadfield et al., 2022). مطالعات نشان داده‌اند که درصد قابل‌توجهی از زنان در این دوران علائم اضطراب^۲ شدیدی را تجربه می‌کنند (Viswasam et al., 2019) نگرانی در مورد رشد جنین، مسئولیت‌های آینده، و نقش مادری می‌تواند آن‌ها را در معرض مشکلات روان‌شناختی مختلفی مانند تغییرات خلقی، خستگی، اختلالات هیجانی، اضطراب-افسردگی مختلط و اضطراب مرتبط با بارداری قرار دهد (Bjelica et al., 2018).

یکی از انواع اضطراب که تاکنون توجه کافی به آن نشده است، اضطراب ویژه بارداری^۳ است. در این شرایط، زنان باردار دچار نگرانی و ترس درباره بارداری، زایمان، سلامت نوزاد، مسئولیت‌های فرزندپروری، مراقبت‌های بهداشتی و نقش مادری می‌شوند (Chandra & Nanjundaswamy, 2020)، راموس و همکاران (Ramos et al., 2019). برآوردها نشان می‌دهند که علائم اضطراب در بارداری شایع است و حدود ۱۵ درصد از زنان باردار معیارهای تشخیصی یکی از اختلالات اضطرابی را دارند (Dennis et al., 2017). درحالی‌که اضطراب خفیف در بارداری می‌تواند به آمادگی زنان برای مادر شدن کمک کند، اما شدت بالای آن می‌تواند تأثیر منفی بر زندگی روزمره، روابط اجتماعی و روان‌شناختی زنان باردار داشته باشد (Evans et al., 2022). افزون بر این، اضطراب بارداری نه تنها مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند موجب زایمان زودرس (Chandra & Nanjundaswamy, 2020) و کاهش طول دوره بارداری شود (Becker et al., 2023) و همچنین پیامدهای بلندمدتی برای فرزندان به همراه داشته باشد (Grigoriadis et al., 2018). مطالعات نشان داده‌اند که فرزندان مادرانی که سطوح بالایی از اضطراب بارداری را تجربه می‌کنند، بیشتر در معرض زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و مشکلات عاطفی و رفتاری در دوران کودکی و حتی بعد از آن قرار دارند (Kartal & Oskay, 2017). با توجه به پیامدهای منفی اضطراب بارداری،

1. pregnancy

2. Anxiety

3. Pregnancy-specific anxiety

مداخلات روان‌شناختی مختلفی برای کاهش این اضطراب موردبررسی قرار گرفته‌اند. در این میان، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت‌درمانی می‌تواند تأثیر مثبتی بر کاهش اضطراب و افسردگی داشته باشد (Aghalar & Akrami, 2022).

بارداری همچنین می‌تواند تغییراتی در فعالیت جنسی^۱ والدین ایجاد کند. کاهش یا توقف فعالیت جنسی در این دوران امری رایج است (Fuchs et al., 2019). رابطه جنسی نقش مهمی در زندگی انسان دارد و بر ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (Loew et al., 2018). رضایت جنسی که به‌عنوان یک پاسخ عاطفی ناشی از ارزیابی ذهنی فرد از ابعاد مثبت و منفی رابطه جنسی تعریف می‌شود (Gagné et al., 2021)، می‌تواند در بهزیستی روانی زنان باردار نقش کلیدی ایفا کند. زندگی جنسی رضایت‌بخش نه تنها به حفظ و بهبود روابط زوجین کمک می‌کند، بلکه بر عزت‌نفس و سلامت روانی زنان باردار نیز تأثیر مثبت دارد (Branicka-Woźniak et al., 2020). باین‌حال، عوامل متعددی مانند تغییر تصویر بدنی، کاهش حس جذابیت، ترس از آسیب به جنین، احساس گناه درباره فعالیت جنسی، و نگرانی از زایمان زودرس می‌توانند بر عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری تأثیر منفی بگذارند و در نهایت منجر به اضطراب، کاهش اعتمادبه‌نفس و اختلال در سلامت روان زوجین شوند (Fan et al., 2017). در این میان، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت‌درمانی می‌تواند با کاهش نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدنی و افزایش پذیرش خود، رضایت جنسی زنان را بهبود بخشد (Hasani et al., 2021).

یکی دیگر از ابعاد مهم بارداری، خودکارآمدی زایمان^۲ است که به باورها و انتظارات زنان درباره توانایی آن‌ها در مدیریت فرایند زایمان اشاره دارد (Shoja et al., 2020). بر اساس نظریه بندورا، خودکارآمدی زایمان به درک زنان از آمادگی شناختی آن‌ها برای کنترل زایمان مربوط می‌شود (Gemedeta et al., 2023) و می‌تواند انگیزه و نگرش مادران را نسبت به زایمان طبیعی تحت تأثیر قرار دهد. ملکی و همکاران (Maleki et al., 2023)، مادرانی که خودکارآمدی بالاتری دارند، درد و ترس کمتری را تجربه می‌کنند، کمتر به داروهای مسکن نیاز دارند (Shoja et al., 2020)، و کنترل بهتری بر تجربه زایمان خود دارند، در نتیجه رضایت بیشتری از زایمان خواهند داشت (Howarth & Swain, 2019). در مقابل، زنان با خودکارآمدی پایین بیشتر در معرض اضطراب، افسردگی و علائم استرس پس از سانحه قرار دارند که می‌تواند خطر بروز عوارض پرناتال^۳ را افزایش دهد (Soh et al., 2020). علاوه بر این، مطالعات نشان

1. Sexual activity in pregnancy

2. Childbirth self-efficacy

3. perinatal

داده‌اند که مداخلات مبتنی بر شفقت، از طریق کاهش استرس و تقویت احساس کنترل در زنان، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی زایمان و بهبود تجربه زایمان طبیعی کمک کند (Liao et al., 2021).

علاوه بر درمان‌های دارویی، روش‌های روان‌شناختی مؤثری نظیر فعال‌سازی رفتاری، درمان شناختی-رفتاری، یوگا، موسیقی‌درمانی و ریلکسیشن نیز در کاهش اضطراب دوران بارداری مورد استفاده قرار گرفته‌اند (Domínguez-Solís et al., 2021). همچنین، شواهد حاکی از آن است که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند در کاهش اضطراب و بهبود علائم مرتبط با اختلالات اضطرابی در زنان طی دوره پری‌ناتال مؤثر باشد (Green et al., 2020).

بر اساس یافته‌های پژوهشی، مؤثرترین مداخلات برای کاهش اضطراب بارداری، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی هستند (Callanan et al., 2022). یکی از رویکردهایی که به طور فزاینده‌ای در این زمینه مورد توجه قرار گرفته، درمان متمرکز بر شفقت است (Khoraminejad & Khalatbari, 2022). این نوع درمان که از جمله درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری محسوب می‌شود، بر مؤلفه‌هایی چون ذهن‌آگاهی، پذیرش، تنظیم هیجان و خودشفقتی تمرکز دارد (Craig et al., 2020).

درمان مبتنی بر شفقت که ریشه در نظریه‌های تکاملی، دلبستگی و آموزه‌های شرقی دارد، باهدف کاهش رنج‌های روان‌شناختی و تقویت توانمندی‌های فردی طراحی شده است (Klits et al., 2018). در این رویکرد، شفقت به خود به معنای داشتن نگرشی مهربانانه و پذیرشی بدون قضاوت نسبت به ناکامی‌ها، رنج‌ها و چالش‌های فردی تعریف می‌شود (Neff, 2023).

گیلبرت (Gilbert, 2020) شفقت را به‌عنوان الگوریتمی تکاملی معرفی می‌کند که هدف اصلی آن کاهش رنج انسان است. او بر اهمیت شناسایی ترس‌ها و مقاومت‌های درونی نسبت به شفقت تأکید دارد؛ مسأله‌ای کلیدی در کاربرد این رویکرد درمانی. درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا درک کنند که مغز انسان به‌گونه‌ای تکامل یافته که مستعد نشخوار فکری، سوگیری منفی‌گرایانه و خودانتقادی است. در این فرایند درمانی، افراد می‌آموزند به جای احساس شرم نسبت به این الگوهای ذهنی، با آن‌ها به شیوه‌ای دلسوزانه و پذیرنده برخورد کنند (Neff & Germer, 2013).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت تأثیرات مثبت قابل‌توجهی بر سلامت روان دارد و می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی کمک کند (Millard et al., 2023). همچنین پژوهش عباس‌زاده و همکاران (Abbaszadeh et al., 2023) نشان داد که زنان بارداری که سطح

بالایی از خودشفقتی دارند، کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند و بهتر می‌توانند با چالش‌های دوران بارداری کنار بیایند.

پروتکل شفقت‌درمانی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس چارچوب درمان متمرکز بر شفقت و با الهام از منابع معتبر تدوین شده است. در این راستا، از کتاب "درمان متمرکز بر شفقت" کلتس و همکاران (Kolts et al., 2018) و کتاب "درمان متمرکز بر شفقت" تیرچ و همکاران (Tirch et al, 2017) بهره گرفته شده است. این منابع، خود مبتنی بر پژوهش‌های گیلبرت (Gilbert, 2000) هستند و چارچوب علمی و عملی شفقت‌درمانی را ارائه می‌دهند. این پروتکل یکی از مداخلات موج سوم شناختی-رفتاری محسوب می‌شود و با تمرکز بر تقویت خودشفقتی، ذهن آگاهی و تنظیم هیجانات، ساختاری منسجم و مرحله‌ای دارد. مطالعات نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با مداخلات سنتی، به‌ویژه در کاهش اضطراب بارداری، افسردگی پس از زایمان و ارتقای تنظیم هیجان در زنان باردار، اثربخشی بیشتری دارد (Khoraminejad & Khalatbari, 2022). تمرکز این رویکرد بر کاهش خودسرزنشگری و پذیرش هیجانات، آن را با نیازهای روان‌شناختی دوران بارداری هماهنگ‌تر و نسبت به سایر پروتکل‌های شفقت محور متمایز می‌سازد.

حال، از آنجایی که طبق پژوهش‌های داخلی و خارجی، اضطراب بارداری حدود ۱۵ تا ۲۳ درصد از زنان را درگیر می‌کند و می‌تواند منجر به پیامدهای جدی مانند زایمان زودرس، وزن پایین نوزاد، عوارض بارداری، مشکلات تکاملی کودک و حتی اختلالات روان‌شناختی بلندمدت در فرزند شود، شناسایی و کاهش این اضطراب از اهمیت بالایی برخوردار است. از سوی دیگر، تجربه زایمان با میزان خودکارآمدی ادراک‌شده توسط مادر، ارتباطی مستقیم دارد و کاهش آن می‌تواند ترس، درماندگی و مشکلات زایمانی را تشدید کند. همچنین کاهش رضایت جنسی زنان باردار، که تحت تأثیر عوامل جسمی و هیجانی متعددی است، در کنار تابو بودن موضوع، موجب بی‌توجهی گسترده به این بخش از نیازهای روان‌جسمانی زنان شده است. با وجود اهمیت بالای این مؤلفه‌ها، بررسی‌های پژوهشی غالباً به صورت تک‌متغیره و پراکنده به هریک پرداخته‌اند و کمتر مطالعه‌ای به بررسی هم‌زمان آن‌ها با یک مداخله روان‌شناختی منسجم و اثربخش پرداخته است. این در حالی است که درمان‌های موج سوم مانند شفقت‌درمانی، با تأکید بر تنظیم هیجانی، پذیرش خود، و کاهش خودانتقادی، ظرفیت بالایی در بهبود مجموعه‌ای از شاخص‌های روان‌شناختی دوران بارداری دارند. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی بر اضطراب بارداری، خودکارآمدی زایمان و رضایت جنسی زنان باردار مضطرب است تا گامی مؤثر در پاسخ به خلأهای موجود در حوزه سلامت روان مادران برداشته شود.

روش

این پژوهش از نوع کاربردی و به صورت یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. در این مطالعه، شفقت‌درمانی به عنوان متغیر مستقل و خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند. محقق متغیرهای وابسته را پیش و پس از اجرای مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بررسی کرده است.

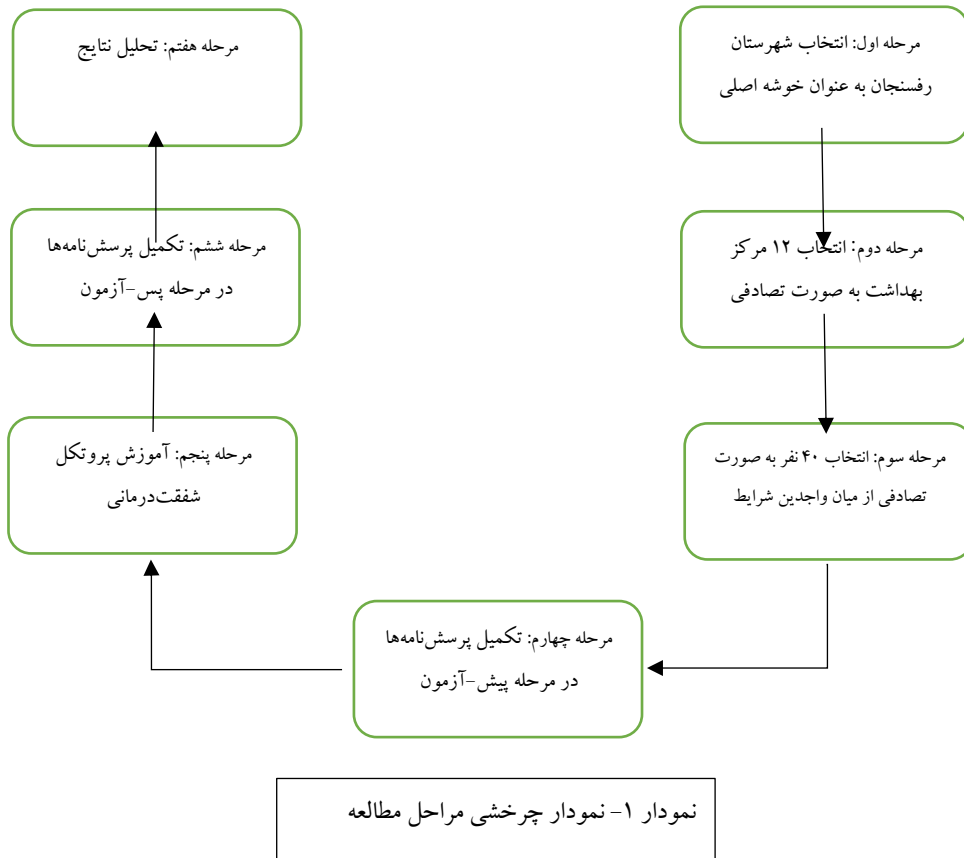
جامعه آماری این پژوهش شامل زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان رفسنجان در پاییز سال ۱۴۰۳ بود. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول، شهرستان رفسنجان به عنوان خوشه اصلی انتخاب شد. در مرحله دوم، از میان مراکز بهداشتی این شهرستان، ۱۲ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله سوم، فهرست زنان باردار مراجعه‌کننده به هر مرکز تهیه شد و از بین آن‌ها، زنانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل قراردادش در سه ماهه دوم بارداری (بین هفته‌های ۱۴ تا ۲۸)، توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن اختلالات شدید روان‌شناختی بر اساس پرونده سلامت و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. از مجموع ۴۰ شرکت‌کننده، ۲۵ نفر در نخستین بارداری خود و ۱۵ نفر در دومین بارداری قرار داشتند. پس از انتخاب افراد واجد شرایط، شرکت‌کنندگان با استفاده از روش قرعه‌کشی ساده (قراردادن برگه‌های کدگذاری شده در پاکت‌های دربسته و انتخاب تصادفی) به دو گروه مداخله (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در بیش از دو جلسه، بروز مشکلات جسمی یا روانی جدید و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد. پرسش‌نامه خودکارآمدی زایمان توسط لوو (Lowe, 1993) باهدف سنجش باور زنان نسبت به توانایی مدیریت فرایند زایمان تدوین شده است. این ابزار شامل ۶۲ گویه است که در دو مرحله بارداری و زایمان، هر یک شامل دو مؤلفه انتظار پیامد و انتظار خودکارآمدی، میزان خودکارآمدی زنان را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۱۰ درجه‌ای از ۱ (اصلاً مفید نیست) تا ۱۰ (کاملاً مفید است) انجام می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از خودکارآمدی در زایمان است. روایی نسخه اصلی این پرسشنامه از طریق روایی محتوایی و روایی سازه تأیید شده و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف، در بازه‌ای بین ۰.۸۶ تا ۰.۹۶ گزارش شده است (Lowe & Anderson, 2000). همچنین، اعتبار نسخه فارسی این ابزار در مطالعات بومی با استفاده از روایی محتوایی و پایایی درونی بررسی شده و ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰.۸۲ تا ۰.۸۷ به دست آمده است (ghazaei et al., 2018). در پژوهش حاضر نیز، پایایی

درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۶ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی بسیار مطلوب ابزار در نمونه موردبررسی است.

پرسش‌نامه اضطراب بارداری توسط وندنبرگ (Van den Bergh, 1990) باهدف سنجش میزان اضطراب مرتبط با بارداری طراحی و تدوین شده است. این ابزار شامل ۱۷ گویه بوده و پنج مؤلفه را ارزیابی می‌کند: ترس از زایمان، ترس از تولد نوزاد با ناتوانی جسمی یا روانی، ترس از تغییر در روابط زناشویی، ترس از نوسانات خلقی و تأثیر آن بر کودک، و ترس از تغییر در زندگی شخصی مادر. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از ۱ = اصلاً درست نیست تا ۷ = کاملاً درست است) انجام می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر در دوران بارداری است. روایی نسخه اصلی این ابزار با استفاده از روش روایی هم‌زمان و از طریق همبستگی با پرسش‌نامه اضطراب بک بررسی شده است. ضریب همبستگی پیرسون بین دو ابزار ۰.۷۴ گزارش شده که حاکی از روایی هم‌زمان مطلوب پرسش‌نامه است (Van den Bergh, 1990). همچنین در نسخه بومی‌سازی شده، پایایی درونی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۸ به‌دست آمده و روایی محتوایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است (Askarizadeh & Behroozy, 2017). در مطالعه حاضر، پایایی درونی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۴ محاسبه شد که بیانگر پایایی مطلوب آن در جمعیت موردبررسی است.

پرسش‌نامه رضایت جنسی هادسون و همکاران (Hudson et al., 1981) ابزاری خودگزارشی است که به‌منظور ارزیابی سطح رضایت جنسی در روابط زناشویی طراحی شده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۵ گویه است که پاسخ‌دهی به آن‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از ۰ تا ۶) انجام می‌شود. برخی از گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (از جمله گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۴ و ۲۵). دامنه نمره کل پرسش‌نامه از ۰ تا ۱۵۰ متغیر است، به‌طوری که نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از رضایت جنسی است. براین اساس، نمره بین ۲۵ تا ۶۷ به‌عنوان رضایت جنسی پایین، بین ۶۷ تا ۱۰۰ رضایت متوسط و بالاتر از ۱۰۰ رضایت بالا در نظر گرفته می‌شود. ثبات درونی این ابزار در مطالعه هادسون و همکاران (Hudson et al., 1981) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۱ گزارش شده است. همچنین، پایایی بازآزمایی بافاصله یک هفته نیز ۰.۹۳ به‌دست آمده که بیانگر پایایی بسیار بالا و قابل اعتماد ابزار است. روایی تفکیکی این پرسش‌نامه نیز تأیید شده است؛ به‌طوری که نتایج نشان داده‌اند مقیاس قادر به تمایزگذاری میان زوجین دارای مشکل جنسی و بدون مشکل است (Rahmani. et al., 2011). در مطالعه

حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش پایایی درونی پرسش‌نامه ۰.۸۶ محاسبه شد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد بالای ابزار در نمونه مورد مطالعه است. نمودار زیر جهت درک بهتر روش پژوهش رسم شده است.



برای اجرای پژوهش شرکت‌کنندگان حاضر در گروه مداخله در دوره شفقت‌درمانی مبتنی بر مدل گیلبرت، شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۴ هفته (دو جلسه در هفته) شرکت کردند. همچنین گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تحلیل داده با استفاده از نرم‌افزارهای آماری تحلیل شد. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی مانند:

فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و همچنین در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. خلاصه جلسات آموزشی به شرح زیر است:

جدول ۱- خلاصه جلسات شفقت‌درمانی

جلسه	محتوا
اول	آشنایی، ایجاد رابطه‌ی درمانی، درک تفاوت رفتار فرد با خود و افرادی که دوست‌شان دارد. تمرین ریتم تنفس تسکین‌دهنده
دوم	تبیین وجود نامهربانی‌های افراد در بافت ارتباطات از کودکی تا حال حاضر، تبیین وجود نامهربانی در والدین و اطرافیان و الزام وجود شفقت در میان نامهربانی‌ها
سوم	تمرین ذهن آگاهی، بررسی مغز قدیم و جدید در انسان‌ها و لزوم وجود مغز آگاه برای مدیریت تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی
چهارم	معرفی و بررسی سه سیستم تنظیم هیجان (سیستم تهدید، انگیزه و امنیت)، تمرین تنفس بهوشیار
پنجم	تمرین استدلال مهربانانه، تمثیل مسیری در میان درختان
ششم	تمرین خودهای چندگانه، بررسی مولفه‌های ۶گانه شفقت به خود و تفسیر و تبیین هر مولفه
هفتم	تمرین ایجاد مکانی امن، مطرح کردن توضیحات و ویژگی‌های یک نامه مهربانانه، تکلیف: انجام تمرین نامه‌ی مهربانانه
هشتم	بررسی و خواندن نامه‌ی مهربانانه مراجعان، حرف آخر درباره‌ی شفقت

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی و استنباطی برای پاسخ به این پرسش است که آیا شفقت‌درمانی می‌تواند بر خودکارآمدی زایمان، اضطراب و رضایت جنسی زنان باردار مضطرب تأثیر داشته باشد؟ مطرح شده‌اند.

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر نشان داد که در میان شرکت‌کنندگان، ۲ نفر (۵ درصد) دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۱۹ نفر (۴۷.۵ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۱۶ نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک کارشناسی، و ۳ نفر (۷.۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۲۶.۳۷ سال با انحراف معیار ۴.۹۰ گزارش شد. کمترین سن در این نمونه ۱۶ سال و بیشترین آن ۳۷ سال بود. از نظر سابقه بارداری، ۲۵ نفر (۶۲.۵ درصد) نخستین بارداری خود را تجربه می‌کردند و ۱۵ نفر (۳۷.۵ درصد) در دومین بارداری خود قرار داشتند.

در ادامه، به بررسی آمار توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش شامل خودکارآمدی زایمان، اضطراب بارداری و رضایت جنسی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرداخته می‌شود.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه شفقت‌درمانی و گروه گواه

متغیر	گروه	مراحل آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
خودکارآمدی زایمان	شفقت‌درمانی	پیش‌آزمون	۳۹۷	۹۸/۰۴	۲۲۴	۵۸۷
		پس‌آزمون	۴۴۱/۲۵	۷۶/۴۴	۳۲۳	۵۸۴
	گواه	پیش‌آزمون	۳۷۴/۱۵	۷۴/۴۰	۲۴۸	۵۰۱
		پس‌آزمون	۳۶۷/۶۰	۷۶/۸۳	۲۳۵	۵۱۰
اضطراب بارداری	شفقت‌درمانی	پیش‌آزمون	۵۶/۳۵	۱۲/۷۵	۲۸	۱۰۴
		پس‌آزمون	۴۶/۵۰	۱۱/۹۳	۲۶	۷۶
	گواه	پیش‌آزمون	۵۴/۹۰	۱۳/۵۷	۲۹	۹۴
		پس‌آزمون	۵۴/۷۵	۱۲/۳۵	۲۸	۱۰۳
رضایت جنسی	شفقت‌درمانی	پیش‌آزمون	۱۱۳/۱۰	۱۳/۹۳	۷۶	۱۳۱
		پس‌آزمون	۱۲۸/۰۵	۱۶/۹۰	۸۴	۱۴۶
	گواه	پیش‌آزمون	۱۰۶/۸۰	۱۹/۸۷	۷۴	۱۴۴
		پس‌آزمون	۱۰۸	۲۰/۱۳	۷۱	۱۴۵

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه‌ها و در دو سطح پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. این نتایج امکان مقایسه دقیق‌تر تغییرات هر متغیر را در دو مرحله سنجش فراهم کرده و تأثیر مداخلات یا تفاوت‌های گروهی را نمایان می‌سازد.

به‌منظور بررسی تأثیر گروه بر مجموعه‌ای از متغیرهای وابسته پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از اجرای آزمون، مفروضه‌های آماری موردبررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن داده‌ها نشان داد که توزیع متغیرهای خودکارآمدی زایمان (۰/۹۹۴، سطح معناداری = ۰/۸۲۰)، اضطراب بارداری (۰/۹۹۵، سطح معناداری = ۰/۷۰۰) و رضایت جنسی (۰/۹۷۳، سطح معناداری = ۰/۴۳۳) از توزیع نرمال پیروی می‌کنند (سطح معناداری بیش از ۰/۰۵)؛ در نتیجه، فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد.

برای بررسی برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد که برای متغیرهای خودکارآمدی زایمان (۱/۰۱۲، سطح معناداری = ۰/۳۲۱)، اضطراب بارداری (۰/۷۶۴، سطح معناداری = ۰/۳۸۸) و رضایت جنسی (۲/۵۹۷، سطح معناداری = ۰/۱۱۵) غیرمعنادار بودند. بنابراین، فرض برابری واریانس‌ها نیز برقرار است.

در ادامه، جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون، تعامل بین متغیر گروه و پیش‌آزمون برای هر یک از متغیرهای وابسته مورد آزمون قرار گرفت. نتایج به‌دست آمده برای خودکارآمدی زایمان (۵۳۸/۱)، سطح معناداری = ۰/۲۳۰، اضطراب بارداری (۰/۱۶۰، سطح معناداری = ۰/۸۵۳) و رضایت جنسی (۰/۴۷۲، سطح معناداری = ۰/۶۲۸) نشان داد که تعامل‌ها معنادار نیستند؛ در نتیجه مفروضه همگنی شیب‌ها رعایت شده است. همچنین جهت بررسی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. مقدار آماره برابر با ۱/۱۲۱ و سطح معناداری آن ۰/۹۸۵ بود که غیرمعنادار است؛ بنابراین فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس تأیید شد و استفاده از آزمون پارامتریک مجاز است.

در نهایت، برای بررسی فرضیه اصلی پژوهش، از آماره پیلایی استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر متغیر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است (آماره پیلایی = ۰/۶۴۳، اف = ۱۹/۸۳۴، درجه آزادی = ۳ و ۳۳، سطح معناداری = ۰/۰۰۱). همچنین مقدار مجذور اتای تفکیکی برابر با ۰/۶۴۳ به دست آمد که نشان‌دهنده اندازه اثر بسیار بالا و تأثیر معنادار گروه بر متغیرهای وابسته، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، است. براین اساس، فرضیه اصلی پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

پس از تأیید مفروضات در ادامه، برای مقایسه نمرات گروه‌های شفقت درمانی و کنترل آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد و نتایج به شرح زیر است:

جدول ۳- تحلیل کواریانس جهت بررسی تفاوت نمرات متغیرها در گروه شفقت درمانی و گروه گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نمره آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر تفکیکی
خودکارآمدی زایمان	پیش‌آزمون	۱۸۸۵۲۰/۸۱۶	۱	۱۸۸۵۲۰/۸۱۶	۳۳۳/۶۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵
	پس‌آزمون (گروه)	۲۷۵۴۳/۶۰۶	۱	۲۷۵۴۳/۶۰۶	۴۸/۷۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲
	خطا	۱۹۷/۶۶۰	۳۵	۵۶۵/۰۱۹	*	*	*
	کل	۶۸۱۹۸۴۹	۴۰	*	*	*	*
اضطراب بارداری	پیش‌آزمون	۷۶/۹۴۵	۱	۷۶/۹۵۴	۰/۷۲۱	۰/۴۰۲	۰/۰۲۰

پس‌آزمون (گروه)	۹۱۲/۵۶۳	۱	۹۱۲/۵۶۳	۸/۵۵۲	۰/۰۰۶	۱/۱۹۶
خطا	۳۷۳۴/۵۷۱	۳۵	۱۰۶/۷۰۲	*	*	*
کل	۱۱۳۵۴۵	۴۰	*	*	*	*
رضایت جنسی پیش‌آزمون	۲۴۴/۹۱۸	۱	۳۴۴/۹۱۸	۲/۴۸۸	۰/۱۲۴	۱/۰۶۶
پس‌آزمون (گروه)	۱۷۳۹/۲۱۰	۱	۱۷۳۹/۲۱۰	۱۷/۷۶۱	۰/۰۰۱	۳/۳۳۵
خطا	۳۴۴۴/۸۲۸	۳۵	۹۸/۴۲۴	*	*	*
کل	۵۷۴۳۴۷	۴۰	*	*	*	*

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی زایمان در دو گروه شفقت‌درمانی و گروه گواه وجود دارد ($p < 0.01$) سطح معناداری). علاوه بر این، مقدار اندازه اثر تفکیکی نشان می‌دهد که ۵۸.۲ درصد از تغییرات خودکارآمدی زایمان به تأثیر درمان نسبت داده می‌شود که نشان‌دهنده اثربخشی قابل توجه مداخله است.

در بررسی متغیر اضطراب بارداری، نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون اضطراب بارداری در دو گروه وجود دارد ($p < 0.01$) سطح معناداری). همچنین، مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که ۱۹.۶ درصد از تغییرات در سطح اضطراب بارداری ناشی از اثر درمان بوده است. این میزان اثرگذاری نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله شفقت‌درمانی در کاهش اضطراب بارداری است.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش در مورد متغیر رضایت جنسی نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون رضایت جنسی در دو گروه شفقت‌درمانی و گروه گواه مشاهده شد ($p < 0.01$) سطح معناداری). مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که ۳۳.۵ درصد از تغییرات نمرات رضایت جنسی تحت تأثیر مداخله درمانی بوده است.

این یافته‌ها بیانگر آن است که شفقت‌درمانی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در بهبود رضایت جنسی دارد. به‌طور کلی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که شفقت‌درمانی تأثیر مثبتی بر خودکارآمدی زایمان، کاهش اضطراب بارداری و افزایش رضایت جنسی دارد. میزان اثرگذاری این مداخله در هر یک از متغیرهای

موردبررسی، نشان‌دهنده اهمیت استفاده از رویکردهای روان‌شناختی در بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان باردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل‌های آماری این پژوهش نشان داد که مداخله شفقت‌درمانی تأثیر معناداری بر افزایش خودکارآمدی زایمان، کاهش اضطراب بارداری و ارتقای رضایت جنسی زنان باردار دارای اضطراب بارداری دارد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های جعفری و همکاران (Jafari et al., 2024)، حیدری و همکاران (Heydari et al., 2023)، عباس‌زاده و همکاران (Abbaszadeh et al., 2023)، صفاریان و همکاران (Saffarinia et al., 2021)، حسنی و همکاران (Hasani et al., 2021)، امیری‌راد و همکاران (Amirirad et al., 2020)، ساور (Sauer, 2023)، اربیل (Erbil, 2022) و سامیوس و همکاران (Samios et al., 2021) است و موید اثربخشی مداخلات مبتنی بر خودشفقتی در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی در زنان باردار است. با این حال، این نتایج با یافته‌های پژوهش ویکس (Wicks, 2019) که اثربخشی شفقت‌درمانی را رد کرده بود، ناسازگار است. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در اجرای مداخله، جمعیت نمونه یا تفاوت‌های فرهنگی بین شرکت‌کنندگان باشد.

یافته نخست پژوهش، حاکی از تأثیر مثبت شفقت‌درمانی بر افزایش خودکارآمدی زایمان بود که با نتایج اربیل (Erbil, 2022) و سامیوس و همکاران (Samios et al., 2021) هم‌راستا است. همچنین، مطالعات داخلی مانند حسینی‌مهر و همکاران (HosseiniMehr et al., 2021) و ابراهیمی‌فر و همکاران (Ebrahimifar et al., 2019) اثر مثبت شفقت‌درمانی بر خودکارآمدی را تأیید کرده‌اند. بر اساس نظریه شناخت اجتماعی بندورا (Bandura, 1986) خودکارآمدی به باور فرد درباره توانایی انجام موفقیت‌آمیز یک عمل خاص اشاره دارد. در بستر بارداری که یکی از چالش‌برانگیزترین دوره‌های زندگی زنان است که با تغییرات عمده در ابعاد جسمانی، روانی و هویتی همراه است، خودکارآمدی به معنای باور زن باردار به توانایی‌اش در مدیریت درد، ترس و فرایند زایمان است. زنانی که سطح بالاتری از خودکارآمدی دارند، به طور معناداری زایمان طبیعی موفق‌تری تجربه می‌کنند، سطح درد پایین‌تری گزارش می‌دهند و کمتر نیاز به مداخلات پزشکی مانند سزارین پیدا می‌کنند (Huang et al., 2022).

شفقت‌درمانی، با تقویت آگاهی نسبت به هیجانات منفی، کاهش خود انتقادی، و پذیرش تجربیات دشوار، موجب ارتقای خودکارآمدی می‌شود. از دیدگاه نورو فیزیولوژیک، این مداخله باعث فعال‌سازی

سیستم آرام‌سازی عصبی و ترشح اکسی‌توسین می‌شود؛ هورمونی که با کاهش اضطراب و افزایش حس توانمندی و ارتباط همراه است (Felder et al., 2016). همچنین پژوهش‌هایی مانند و اربیل (Erbil, 2022) و سامیوس و همکاران (Samios et al., 2021) تأیید کرده‌اند که افزایش خودشفقتی منجر به کاهش ترس از زایمان و ارتقای خودکارآمدی در زنان باردار می‌شود. به عبارت دیگر، زنانی که می‌توانند با خود مهربان‌تر برخورد کنند و در مواجهه با درد و فشار روانی خود را حمایت کنند، بیشتر باور دارند که می‌توانند از پس چالش‌های زایمان برآیند.

دومین یافته مهم پژوهش، کاهش معنادار اضطراب بارداری پس از مداخله بود. این نتیجه با مطالعات عباس‌زاده و همکاران (Abbaszadeh et al., 2023) و ساور (Sauer, 2023) هم‌خوان است و همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات گیلبرت و پروکتر (Gilbert & Procter, 2006)، پنلینگتون (Penlington, 2019)، مونتیرو و همکاران (Monteiro et al., 2019) و هادی قنات (Hadi Ghanavat, 2019) همسو است که اثربخشی این رویکرد را در کاهش اضطراب عمومی و اضطراب خاص بارداری گزارش کرده‌اند. مطالعه میلارد و ویتکوفسکی (Millard & Wittkowski, 2023) نیز نشان داده است که شفقت‌درمانی می‌تواند سلامت روان زنان در دوره پری‌ناتال را به طور قابل توجهی ارتقا دهد.

اضطراب در دوران بارداری نه تنها کیفیت زندگی مادر را کاهش می‌دهد، بلکه می‌تواند پیامدهای منفی برای جنین مانند افزایش خطر زایمان زودرس، وزن پایین هنگام تولد، و اختلال در رشد شناختی و عاطفی ایجاد کند (Huang et al., 2022). شفقت‌درمانی از طریق کاهش فعال‌سازی سیستم تهدید^۱ و افزایش سیستم ایمنی هیجانی^۲، زمینه را برای آرام‌سازی روانی فراهم می‌کند (Gilbert, 2009). زنانی که خود را به جای سرزنش، با درک و پذیرش حمایت می‌کنند، کمتر درگیر نشخوار ذهنی و فاجعه‌سازی می‌شوند کریگر و همکاران (Krieger et al., 2016) گوویا و همکاران (Gouveia et al., 2019) همچنین، تمرینات شفقت محور موجب کاهش فعالیت سمپاتیک، کاهش ضربان قلب، و افزایش پاراسمپاتیک شده و به لحاظ فیزیولوژیک، بدن را در وضعیت آرام‌تری قرار می‌دهد (Rockliff et al., 2008). مطالعات جدید فلدر و همکاران (Felder et al., 2016) میلارد و ویتکوفسکی (Millard & Wittkowski, 2023) نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر خودشفقتی در دوران پری‌ناتال می‌توانند نقش پیشگیرانه و درمان‌گرانه در کاهش اضطراب ایفا کنند. در همین راستا، زنان باردار شرکت‌کننده در این پژوهش پس از طی جلسات درمانی، احساس امنیت، مهربانی نسبت به خود و توانایی مقابله با استرس‌های دوران بارداری را تجربه کرده‌اند.

1. Threat System
2. Safeness System

یافته سوم پژوهش، افزایش رضایت جنسی زنان باردار پس از دریافت مداخله بود. اگرچه مطالعه‌ای که به صورت مستقیم به بررسی تأثیر این مداخله بر رضایت جنسی زنان باردار پرداخته باشد یافت نشد، اما یافته حاضر با پژوهش‌های صفاریان و همکاران (Saffarinia et al., 2021)، حسنی و همکاران (Hasani et al., 2021) و امیری‌راد و همکاران (Amirirad et al., 2020) همسو است که نشان دادند شفقت‌درمانی می‌تواند در گروه‌های مختلف زنان از جمله زنان نابارور، زنان دارای همسر معتاد یا پرستاران رضایت جنسی را افزایش دهد. دوران بارداری با تغییرات گسترده‌ای در بدن و روان زن همراه است که می‌تواند باعث کاهش میل و عملکرد جنسی شود (Fitzpatrick et al., 2021). عواملی همچون افزایش اضطراب، نگرش منفی به بدن، ترس از آسیب به جنین، و کاهش احساس جذابیت، رضایت جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

شفقت‌درمانی، با کاهش خود انتقادی، ارتقای پذیرش بدن و افزایش آگاهی هیجانی، کمک می‌کند تا زنان رابطه بهتری با بدن خود پیدا کرده و اضطراب عملکردی در حین رابطه را کاهش دهند. همچنین، صمیمیت عاطفی که از طریق تمرین خودشفقتی شکل می‌گیرد، از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت جنسی است ((Neff, 2020, as cited in (Peixoto & Lopes, 2023)). پژوهش‌هایی مانند سانتر و همکاران (Santerre-Baillargeon et al., 2018) نشان داده‌اند که زوج‌هایی که سطوح بالاتری از خودشفقتی و شفقت‌ورزی متقابل دارند، رابطه جنسی مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند. در همین راستا، افزایش رضایت جنسی در زنان باردار می‌تواند حاصل تعامل مثبت چند سازوکار باشد: کاهش شرم بدنی، افزایش امنیت روانی، بهبود ارتباط زوجی و پذیرش تجربه جنسی به عنوان بخشی سالم و انسانی از رابطه.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شفقت‌درمانی رویکردی مؤثر برای ارتقای سلامت روان زنان باردار است. این مداخله توانست با بهبود خودکارآمدی زایمان، کاهش اضطراب و ارتقای رضایت جنسی، کیفیت روانی-جسمی دوران بارداری را بهبود بخشد. باتوجه به شواهد علمی، می‌توان نتیجه گرفت که پرورش مهارت‌های شفقت به خود، از طریق تنظیم هیجانی، کاهش خود انتقادی، تقویت امنیت روانی و بهبود نگرش نسبت به خود، نقشی کلیدی در توانمندسازی زنان در این مرحله مهم از زندگی ایفا می‌کند.

بااین حال، این مطالعه با محدودیت‌هایی نظیر نبود جلسات پیگیری بلندمدت، استفاده از روش خودگزارشی، و تمرکز بر زنان باسواد مواجه بود که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند؛ بنابراین، برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که مداخله در جمعیت‌های متنوع‌تری از نظر فرهنگی، تحصیلی و اجتماعی اجرا شود و جلسات پیگیری طولانی مدت در نظر گرفته شود. همچنین، استفاده از روش‌های ترکیبی کمی-کیفی می‌تواند به درک عمیق‌تری از سازوکارهای مؤثر این درمان بینجامد. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که

شفقت‌درمانی به‌عنوان یک برنامه مکمل سلامت روان در کنار آموزش‌های رایج دوران بارداری در مراکز بهداشتی و درمانی اجرا گردد تا از این طریق، گامی در جهت بهبود تجربه بارداری، افزایش آمادگی برای زایمان، و ارتقای کیفیت زندگی زوجین برداشته شود.

References

- Abbaszadeh, H., Tavoli, A., & Dehshiri, G. (2023). The Mediating Role of Self-Compassion in the Relationship between Body Image and Severity of Anxiety and Depression in Pregnant Women. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 20(4), 166–203.
- Aghalar, S., & Akrami, L. (2022). The effectiveness of Compassion-Based Therapy for Depressive Symptoms, Rumination, and Self-Compassion in Mothers with Mild Intellectual Disability Child. *Clinical Psychology and Personality*, 20(1), 45–57.
- Amirirad, M., Aslami, E., & Mousavi, S. (2020). The effectiveness of Self-Compassion focused Therapy on Finding Meaning in Life and sexual Satisfaction of Women With addicted husband in Mashhad city. *Clinical Psychology Studies*, 11(40), 77–102.
- Askarizadeh, G., & Behroozy, N. (2017). The study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 5(4), 22–34.
- Becker, M., Mayo, J. A., Phogat, N. K., Quaintance, C. C., Laborde, A., King, L., Gotlib, I. H., Gaudilliere, B., Angst, M. S., & Shaw, G. M. (2023). Deleterious and protective psychosocial and stress-related factors predict risk of spontaneous preterm birth. *American journal of perinatology*, 40(01), 074–088.
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy—A psychological view. *Ginekologia polska*, 89(2), 102–106.
- Branecka-Woźniak, D., Wójcik, A., Błażejewska-Jaśkowiak, J., & Kurzawa, R. (2020). Sexual and life satisfaction of pregnant women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5894.
- Callanan, F., Tuohy, T., Bright, A.-M., & Grealish, A. (2022). The effectiveness of psychological interventions for pregnant women with anxiety in the antenatal period: A systematic review. *Midwifery*, 104, 103169.
- Chandra, P. S., & Nanjundaswamy, M. H. (2020). Pregnancy specific anxiety: an under-recognized problem. *World Psychiatry*, 19(3), 336.
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385–400.
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315–323.
- Domínguez-Solis, E., Lima-Serrano, M., & Lima-Rodriguez, J. S. (2021). Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 102, 103126.
- Ebrahimifar, M., Hosseini, S., Saffariyan Tosi, M. R., & Abedi, M. R. (2019). To compare of the effectiveness of training based on “Acceptance and Commitment Therapy” and “Compassion Focused Therapy” on self-efficacy, quality of relations and meaning in life in infertile women. *Journal of Health Promotion Management*, 8(3), 10–18.

- Erbil, N. (2022). Relationship of self-compassion and fear of childbirth among pregnant women. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 255–262.
- Evans, K., Donelan, J., Rennick-Egglestone, S., Cox, S., & Kuipers, Y. (2022). Review of mobile apps for women with anxiety in pregnancy: maternity care professionals' guide to locating and assessing anxiety apps. *Journal of Medical Internet Research*, 24(3), e31831.
- Fan, D., Li, S., Wang, W., Tian, G., Liu, L., Wu, S., Guo, X., & Liu, Z. (2017). Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 408.
- Felder, J. N., Lemon, E., Shea, K., Kripke, K., & Dimidjian, S. (2016). Role of self-compassion in psychological well-being among perinatal women. *Archives of women's mental health*, 19(4), 687–690.
- Fitzpatrick, E. T., Kolbuszewska, M. T., & Dawson, S. J. (2021). Perinatal sexual dysfunction: The importance of the interpersonal context. *Current Sexual Health Reports*, 13(3), 55–65.
- Fuchs, A., Czech, I., Sikora, J., Fuchs, P., Lorek, M., Skrzypulec-Plinta, V., & Drosdzol-Cop, A. (2019). Sexual functioning in pregnant women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4216.
- Gagné, A.-L., Brassard, A., Bécotte, K., Lessard, I., Lafontaine, M.-F., & Péloquin, K. (2021). Associations between romantic attachment and sexual satisfaction through intimacy and couple support among pregnant couples. *European Review of Applied Psychology*, 71(3), 100622.
- Gemeda Gudeta, T., Benti Terefe, A., Muhamed, A. N., Mengistu, G. T., & Abebe Sori, S. (2023). Perceived childbirth self-efficacy and its associated factors among pregnant women in south-central Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 1431–1442.
- ghazaei, m., Davoudi, I., Neysi, A., Mehrabizadeh Honarmand, M., & BasakNejad, S. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy and psycho-education on fear of natural childbirth and its related variables. *Applied Psychology*, 12(1), 103–125.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199–208.
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 11, 586161.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353–379.
- Green, S. M., Donegan, E., McCabe, R. E., Streiner, D. L., Agako, A., & Frey, B. N. (2020). Cognitive behavioral therapy for perinatal anxiety: A randomized controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(4), 423–432.
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., Dennis, C.-L., Steiner, M., Brown, C., & Cheung, A. (2018). Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 79(5), 17r12011.
- Hadfield, K., Akyirem, S., Sartori, L., Abdul-Latif, A.-M., Akaateba, D., Bayrampour, H., Daly, A., Hadfield, K., & Abihiro, G. A. (2022). Measurement of pregnancy-related anxiety worldwide: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 331.
- Hadi Ghanavat, S. (2019). The effect of compassion-focused therapy on anxiety in cardiovascular patients: A case study of patients in Golestan Hospital, Ahvaz. *Psychological and Educational Sciences Studies*, 14(5), 104–109.

- Hasani, F., Rezazadeh, M., Ghanbaripناه, A., & Khoshkabar, A. (2021). The effectiveness of compassion-focused therapy on sexual satisfaction, emotional regulation, and resilience in nurses with burnt marriage syndrome. *IJRN*, 7(3), 52–64.
- Heydari, F., Ahadi, H., & Tajeri, B. (2023). Comparing Effectiveness Compassion Focused Therapy & Mindfulness-Based cognitive therapy on Ambiguity Tolerance in Infertile Women. *Journal of Modern Psychological Researches*, 18(70), 59–66.
- HosseiniMehr, N., Khezri Moghadam, N., & Pourehsan, S. (2021). The effectiveness of compassion focused training (cft) on social self-efficacy, distress tolerance and self-criticism in adolescent girls under welfare organization care. *Positive Psychology Research*, 7(2), 33–48.
- Howarth, A. M., & Swain, N. R. (2019). Skills-based childbirth preparation increases childbirth self-efficacy for first time mothers. *Midwifery*, 70, 100–105.
- Huang, Y., Zhong, Y., Deng, Y., Zheng, J., Zou, H., & Chen, Q. (2022). Correlation between fear of childbirth and childbirth self-efficacy during labor. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 49(11), 258.
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, 17(2), 157–174.
- Jafari, N., Noferesti, A., & Moradi, H. (2024). The mediating role of rumination and worry in the relationship of self-compassion with symptoms of depression and anxiety. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(1), 239–253.
- Kartal, Y. A., & Oskay, U. Y. (2017). Anxiety, depression and coping with stress styles of pregnant women with preterm labor risk. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 716.
- Khoraminejad, P., & Khalatbari, J. (2022). Effectiveness of Compassion-focused Therapy on the Quality of Life of Women with Gestational Diabetes.
- Kolts, R. L., Bell, T., Bennett-Levy, J., & Irons, C. (2018). *Experiencing compassion-focused therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Publications.
- Krieger, T., Berger, T., & grosse Holtforth, M. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of affective disorders*, 202, 39–45.
- Liao, K. Y.-H., Stead, G. B., & Liao, C.-Y. (2021). A meta-analysis of the relation between self-compassion and self-efficacy. *Mindfulness*, 12(8), 1878–1891.
- Loew, N., Mackin, M. L., & Ayres, L. (2018). Concept analysis of responsible sexual behavior in adult women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(3), 385–395.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in nursing & health*, 16(2), 141–149.
- Maleki, N., Najar Mohi Abadi, M., & Seddighi, S. (2023). The effect of companion training based on Bandura's theory on maternal self-efficacy during childbirth in Mashhad, 2018. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 31(5), 14–23.
- Millard, L., Wan, M. W., Smith, D., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168–192.
- Millard, L. A., & Wittkowski, A. (2023). Compassion focused therapy for women in the perinatal period: a summary of the current literature. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1288797.
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., Alves, S., & Canavarro, M. C. (2019). What protects at-risk postpartum women from developing depressive and anxiety symptoms? The role of

- acceptance-focused processes and self-compassion. *Journal of affective disorders*, 246, 522–529.
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74(1), 193–218.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28–44.
- Peixoto, M. M., & Lopes, J. (2023). Solitary and dyadic sexual desire and sexual satisfaction in women with and without sexual concerns. *Journal of sex & marital therapy*, 49(1), 77–87.
- Penlington, C. (2019). Exploring a compassion-focused intervention for persistent pain in a group setting. *British journal of pain*, 13(1), 59–66.
- Rahmani., Merghati Khoei. E., Sadeghi. N., & Allahgholi. L. (2011). Relationship between Sexual pleasure and Marital Satisfaction [Research]. *Iran Journal of Nursing*, 24(70), 82–90.
- Ramos, I. F., Guardino, C. M., Mansolf, M., Glynn, L. M., Sandman, C. A., Hobel, C. J., & Schetter, C. D. (2019). Pregnancy anxiety predicts shorter gestation in Latina and non-Latina white women: The role of placental corticotrophin-releasing hormone. *Psychoneuroendocrinology*, 99, 166–173.
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*.
- Saffarinia, M., Mortezaei, Z., & Alipour, A. (2021). Effectiveness of positive psychotherapy in improving sexual anxiety, satisfaction, and depression in female infertile patients. *J Appl Fam Ther*, 2(4), 464–482.
- Samios, C., Townsend, M., & Newton, T. (2021). Self-compassion predicts less fear of childbirth in childless women: the mediating role of birth beliefs. *Psychology & Health*, 36(11), 1336–1351.
- Santerre-Baillargeon, M., Rosen, N. O., Steben, M., Pâquet, M., Perez, R. M., & Bergeron, S. (2018). Does self-compassion benefit couples coping with vulvodynia? Associations with psychological, sexual, and relationship adjustment. *The Clinical journal of pain*, 34(7), 629–637.
- Sauer, E. L. (2023). *Anxiety, psychological flexibility, and self-compassion as predictors of quality of life in pregnant women* Kean University].
- Shoja, R., Firoozi, M., SHAKERI, M. T., & AMIRI, M. (2020). Investigating the impact of counseling with an approach based on acceptance and commitment therapy on self-efficacy of choosing vaginal delivery in primigravid women.
- Soh, Y. X., Razak, N. K. B. A., Cheng, L. J., & Lau, Y. (2020). Determinants of childbirth self-efficacy among multi-ethnic pregnant women in Singapore: a structural equation modelling approach. *Midwifery*, 87, 102716.
- Van den Bergh, B. R. H. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology and Health*, 5(2), 119–130.
- Viswasam, K., Eslick, G. D., & Starcevic, V. (2019). Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of affective disorders*, 255, 27–40.
- Wicks, S. (2019). *Compassion-focused therapy for individuals with antenatal mental health difficulties: a hermeneutic single-case efficacy design (HSCED) series* University of Lincoln].