



Journal Website

Article history:

Received 31 January 2026

Revised 17 June 2026

Accepted 22 June 2026

Initial Publication 10 August 2026

Final Publication 21 April 2027

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 6, Issue 1, pp 1-19



E-ISSN: 2981-1759

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Self-Compassion-Based Therapy on Shame and Loneliness in Infertile Women

Sahar. Kiaei Darouunkola¹, Mahboobe. Taher^{1*}, Tahereh Alsadat. Mirghaemi²

¹ Department of Psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shams Institute of Higher Education, Gonbad-e Kavus, Iran

* Corresponding author email address: Mahboobe.Taher@iau.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Kiaei Darouunkola, S., Taher, M., & Mirghaemi, T. A. (2027). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Self-Compassion-Based Therapy on Shame and Loneliness in Infertile Women. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 6(1), 1-19.



© 2027 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and self-compassion-based therapy on shame and loneliness in infertile women.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest, posttest, and follow-up design with a control group. The statistical population consisted of infertile women referring to two specialized infertility clinics in Tehran during 2025–2026. Sixty participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three equal groups: acceptance and commitment therapy, self-compassion-based therapy, and control group. Each experimental group received eight 90-minute intervention sessions, whereas the control group received no psychological intervention during the study period. Data were collected using the Shame Questionnaire and the Loneliness Questionnaire at pretest, posttest, and two-and-a-half-month follow-up stages. The data were analyzed using mixed analysis of variance.

Findings: The results of mixed analysis of variance indicated that both acceptance and commitment therapy and self-compassion-based therapy significantly reduced shame and loneliness in infertile women at posttest and follow-up. However, direct comparison of the two active treatments showed no statistically significant difference between their effects on shame at posttest and follow-up. Similarly, no significant difference was found between the two interventions in reducing overall loneliness or its components, including romantic, family, social, and emotional loneliness. The effect sizes for the comparisons between the two therapeutic approaches were small, indicating that the two interventions produced relatively equivalent therapeutic outcomes.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy and self-compassion-based therapy can both be considered effective third-wave psychological interventions for reducing shame and loneliness among infertile women. The absence of a significant difference between the two approaches suggests that, despite their different theoretical mechanisms, both interventions have comparable potential for alleviating the emotional and interpersonal consequences of infertility. Therefore, integrating these interventions into psychological support services in infertility treatment centers is recommended.

Keywords: Infertility, Acceptance and Commitment Therapy, Self-Compassion-Based Therapy, Shame, Loneliness

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Infertility is recognized as one of the most significant reproductive health challenges worldwide, affecting millions of individuals and couples and producing profound psychological, emotional, and social consequences. Although infertility is primarily defined as the inability to achieve pregnancy after a period of regular unprotected sexual intercourse, contemporary research increasingly emphasizes its multidimensional impact on mental health and quality of life ([Mateane et al., 2026](#); [Muslu & Uluc, 2026](#)). Advances in reproductive medicine have improved treatment options; however, many infertile women continue to experience substantial psychological distress throughout the infertility journey, particularly during repeated treatment failures and prolonged uncertainty regarding parenthood ([Craig, 2026](#); [Ubaldi et al., 2019](#)).

Women often bear a disproportionate psychological burden associated with infertility because motherhood is strongly connected to feminine identity in many cultural contexts. Consequently, infertility may be interpreted as a personal inadequacy, resulting in heightened vulnerability to depression, anxiety, emotional distress, and interpersonal difficulties ([Anan et al., 2024](#); [Saffarieh et al., 2020](#)). Research has consistently demonstrated elevated levels of psychological distress among infertile women, including concerns related to body image, social evaluation, self-worth, and future uncertainty ([Jannink et al., 2024](#); [Stener-Victorin et al., 2024](#)). Moreover, unsuccessful assisted reproductive treatments can intensify emotional suffering and negatively affect marital satisfaction and overall well-being ([Rahimi Shandiz et al., 2024](#)).

Among the psychological consequences of infertility, shame has emerged as a particularly significant construct. Shame is a self-conscious emotion characterized by negative self-evaluation and perceptions of inadequacy, defectiveness, or failure. Unlike guilt, which is generally directed toward specific behaviors, shame targets the global self and is often associated with feelings of worthlessness and social devaluation. Infertile women frequently experience internalized shame because infertility may be viewed as a failure to fulfill expected social and familial roles ([Bagade et al., 2023](#); [Oyuyo, 2024](#)). Such experiences often lead to self-criticism, avoidance of social situations, fear of judgment, and reduced participation in interpersonal relationships ([Mabweazara, 2025](#); [Wong, 2025](#)).

Loneliness represents another important psychological outcome of infertility. Loneliness extends beyond physical isolation and reflects a perceived discrepancy between desired and actual social relationships. Infertile women may experience emotional, social, familial, and romantic loneliness due to feelings of exclusion, stigma, reduced social support, and withdrawal from social interactions involving pregnancy and childbearing. Studies indicate that loneliness is associated with depression, anxiety, diminished psychological well-being, and reduced quality of life ([Miao et al., 2025](#); [Muslu & Uluc, 2026](#)). Furthermore, shame and loneliness often reinforce one another, creating a cycle that contributes to sustained psychological distress among infertile women ([Bagade et al., 2023](#); [Mateane et al., 2026](#)).

Given the growing recognition of these challenges, increasing attention has been directed toward psychological interventions capable of addressing the emotional consequences of infertility. Third-wave cognitive-behavioral approaches have received particular interest because of their emphasis on mindfulness, acceptance, psychological flexibility, and compassionate self-relating. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is among the most extensively studied third-wave interventions. ACT seeks to enhance psychological flexibility by helping individuals accept difficult internal experiences while

engaging in value-based behavior. Through processes such as acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, self-as-context, values clarification, and committed action, ACT reduces experiential avoidance and facilitates adaptive functioning (Hayes & King, 2024; Hayes et al., 2012). Evidence suggests that ACT is effective across a wide range of psychological difficulties and may be particularly useful for chronic and emotionally challenging life circumstances (Spencer & Masuda, 2020).

Another promising intervention is Self-Compassion-Based Therapy, grounded in the concepts of self-compassion and compassion-focused approaches. Self-compassion involves responding to personal suffering with kindness, mindfulness, and recognition of shared humanity rather than self-judgment and isolation. Research has demonstrated that self-compassion contributes to emotional resilience, psychological well-being, and adaptive coping with adversity (Neff & Germer, 2022; Neff, 2023). Compassion-focused interventions aim to reduce shame and self-criticism while cultivating emotional safety and self-acceptance through activation of the soothing emotional regulation system (Gilbert, 2014). Meta-analytic findings have further supported the effectiveness of self-compassion interventions in reducing depression, anxiety, and stress (Han & Kim, 2023).

Despite the demonstrated effectiveness of both ACT and self-compassion-based approaches, relatively few studies have directly compared their effects among infertile women, particularly regarding shame and loneliness. Previous investigations have reported comparable outcomes for these interventions in enhancing emotional regulation and relationship quality among infertile women and reducing experiential avoidance in clinical populations (Baratipour et al., 2025; Yadollahi et al., 2025). However, evidence remains limited concerning their comparative effectiveness in addressing shame and loneliness, two central psychological challenges associated with infertility. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Self-Compassion-Based Therapy on shame and loneliness among infertile women.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and follow-up assessments in the presence of a control group. The target population consisted of infertile women who attended two specialized infertility clinics in Tehran during 2025. Sixty participants were selected through convenience sampling according to predefined inclusion criteria, including a confirmed diagnosis of infertility by a specialist physician, informed consent to participate, and possession of at least a high school diploma.

After completing baseline assessments, participants were randomly assigned to one of three groups: Acceptance and Commitment Therapy ($n = 20$), Self-Compassion-Based Therapy ($n = 20$), and a control group ($n = 20$). Both intervention groups participated in eight 90-minute therapeutic sessions delivered by a doctoral-level psychology trainee who had received formal training in both therapeutic approaches. Sessions were conducted using a hybrid format, combining face-to-face meetings and online delivery when necessary.

Data were collected using the Shame Questionnaire and the Loneliness Questionnaire. Measurements were administered at three time points: before the intervention (pretest), immediately after the intervention (posttest), and two and a half months later (follow-up). The control group did not receive any structured psychological intervention during the study period. Ethical principles including confidentiality, voluntary participation, and informed consent were maintained throughout the research process.

Findings

Descriptive analyses indicated that the three groups were relatively similar at baseline regarding levels of shame and loneliness. Following the interventions, both experimental groups demonstrated noticeable reductions in shame and loneliness scores, whereas the control group exhibited minimal change across assessment points.

The mixed-design analysis of variance revealed significant time effects for both shame and loneliness, indicating that participants' scores changed significantly across pretest, posttest, and follow-up assessments. Significant group effects were also observed, demonstrating overall differences among the three groups. Most importantly, significant time-by-group interaction effects were identified for both shame and loneliness, indicating that changes over time differed across groups.

Post hoc analyses showed that both Acceptance and Commitment Therapy and Self-Compassion-Based Therapy significantly reduced overall shame compared with the control group at posttest and follow-up. Similar patterns emerged for loneliness, with both intervention groups reporting significantly lower loneliness scores than the control group at both assessment points. These findings suggest that the benefits of both interventions were maintained over the follow-up period.

However, comparisons between the two intervention groups revealed no statistically significant differences in either shame or loneliness outcomes. Participants receiving ACT and those receiving Self-Compassion-Based Therapy demonstrated comparable reductions in external shame, internal shame, romantic loneliness, familial loneliness, social loneliness, emotional loneliness, and total loneliness scores. Effect sizes associated with comparisons between the two active treatments were small, further supporting the conclusion that both interventions produced similar therapeutic outcomes.

Overall, the results indicate that both Acceptance and Commitment Therapy and Self-Compassion-Based Therapy effectively reduced shame and loneliness among infertile women, with neither approach demonstrating superiority over the other.

1 Discussion and Conclusion

The findings of the present study suggest that both Acceptance and Commitment Therapy and Self-Compassion-Based Therapy are effective psychological interventions for reducing shame and loneliness among infertile women. The significant reductions observed in both intervention groups indicate that addressing the emotional consequences of infertility through third-wave therapeutic approaches can substantially improve psychological adjustment.

The effectiveness of ACT may be explained by its emphasis on psychological flexibility. By helping individuals accept difficult emotions and disengage from self-defeating cognitive patterns, ACT enables participants to respond more adaptively to infertility-related distress. Through cognitive defusion and value-guided action, women become less entangled with self-critical thoughts and more willing to engage in meaningful life activities despite ongoing challenges.

Similarly, the effectiveness of Self-Compassion-Based Therapy may be attributed to its capacity to reduce self-criticism and promote a kinder relationship with oneself. By encouraging participants to recognize suffering as a universal human experience and respond to personal difficulties with understanding and care, self-compassion interventions help diminish feelings of defectiveness and social isolation. As a result, participants experience lower levels of shame and greater emotional connectedness.

An important finding of this study was the absence of significant differences between the two therapeutic approaches. Although ACT and Self-Compassion-Based Therapy originate from distinct

theoretical traditions, both emphasize mindfulness, acceptance, and adaptive emotional regulation. Each intervention encourages individuals to change their relationship with painful internal experiences rather than attempting to eliminate them. Consequently, both approaches appear capable of producing similar psychological benefits among infertile women.

The maintenance of treatment gains during the follow-up period further supports the practical value of these interventions. The persistence of improvements suggests that participants were able to integrate therapeutic skills into their daily lives and continue applying them after formal treatment had ended. Such findings are particularly important given the chronic and often recurring nature of infertility-related stress.

In conclusion, the present study demonstrates that both Acceptance and Commitment Therapy and Self-Compassion-Based Therapy are effective interventions for reducing shame and loneliness among infertile women. Given the absence of significant differences between the two approaches, clinicians may select either intervention based on client preferences, therapist expertise, and contextual considerations. Integrating these evidence-based psychological approaches into infertility treatment services may contribute to improved emotional well-being, greater psychological resilience, and enhanced quality of life among women facing infertility.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱۱ بهمن ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۲۷ خرداد ۱۴۰۵

پذیرفته شده در تاریخ ۱ تیر ۱۴۰۵

اولین انتشار در تاریخ ۱۹ مرداد ۱۴۰۵

انتشار نهایی در تاریخ ۱ اردیبهشت ۱۴۰۶

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۶، شماره ۱، صفحه ۱۹-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور

سحر کیایی درونکلا^۱، محبوبه طاهر^{۱*}، طاهره السادات میرقائم^۲

۱. گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی شمس گنبد، گنبد کاووس، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: Mahboobe.Taher@iau.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی اصلی

نحوه استناد به این مقاله:

کیایی درونکلا، سحر،، محبوبه، و میرقائم، طاهره السادات. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۶(۱)، ۱۹-۱.



© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور انجام شد. **روش‌شناسی:** این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان نابارور مراجعه‌کننده به دو کلینیک تخصصی ناباروری در شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. تعداد ۶۰ زن نابارور به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره شامل گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی و گروه گواه گمارده شدند. مداخلات درمانی در دو گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه احساس شرم و پرسش‌نامه احساس تنهایی بود. داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماه و نیمه گردآوری و با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که هر دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی موجب کاهش معنادار احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شدند. با این حال، مقایسه دو گروه درمانی نشان داد که تفاوت معناداری میان اثربخشی دو رویکرد بر احساس شرم در پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد. همچنین، تفاوت معناداری میان دو درمان در کاهش احساس تنهایی و مؤلفه‌های آن شامل تنهایی رمانتیک، خانوادگی، اجتماعی و عاطفی گزارش نشد. اندازه اثرهای مربوط به مقایسه دو درمان نیز کوچک بود و نشان‌دهنده اثربخشی تقریباً یکسان دو رویکرد بود. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی هر دو می‌توانند به‌عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای کاهش احساس شرم و احساس تنهایی در زنان نابارور به کار روند. نبود تفاوت معنادار میان این دو رویکرد نشان می‌دهد که هر دو درمان، با وجود تفاوت در سازوکارهای نظری، ظرفیت مشابهی در کاهش پیامدهای هیجانی و بین‌فردی ناباروری دارند. بنابراین، ادغام این مداخلات در خدمات روان‌شناختی مراکز درمان ناباروری پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژگان: ناباروری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی، احساس شرم، احساس تنهایی



مقدمه

ناباروری یکی از چالش‌های مهم سلامت باروری در جهان معاصر است که فراتر از یک مشکل زیستی، به‌عنوان پدیده‌ای چندبعدی با پیامدهای روان‌شناختی، اجتماعی، عاطفی و فرهنگی شناخته می‌شود. این وضعیت معمولاً به‌صورت ناتوانی در دستیابی به بارداری پس از یک دوره مشخص از روابط جنسی منظم و بدون استفاده از روش‌های پیشگیری تعریف می‌شود و میلیون‌ها زوج را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده است. افزایش سن باروری، تغییرات سبک زندگی، اختلالات هورمونی، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و عوامل مرتبط با سلامت تولیدمثل از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر در شیوع ناباروری به شمار می‌روند (Stener-Victorin et al., 2024; Ubaldi et al., 2019). در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران از جنبه‌های صرفاً پزشکی ناباروری به سوی پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی آن گسترش یافته است؛ زیرا شواهد نشان می‌دهد که ناباروری نه تنها بر عملکرد جسمانی افراد، بلکه بر کیفیت زندگی، سلامت روان و روابط بین‌فردی آنان نیز تأثیر عمیقی بر جای می‌گذارد (Mateane et al., 2026; Muslu & Uluc, 2026).

مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که زنان نابارور بیش از مردان در معرض فشارهای روان‌شناختی ناشی از ناباروری قرار دارند. در بسیاری از فرهنگ‌ها، نقش مادری بخش مهمی از هویت زنانه تلقی می‌شود و ناتوانی در فرزندآوری می‌تواند احساس شکست، بی‌کفایتی و ناکامی را در زنان تشدید کند. در چنین شرایطی، ناباروری به عاملی برای کاهش عزت‌نفس، افزایش اضطراب، افسردگی و اختلال در روابط خانوادگی تبدیل می‌شود (Anan et al., 2024; Saffarieh et al., 2020). پژوهش‌های جدید نیز نشان داده‌اند که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور سطوح بالاتری از اضطراب، افسردگی، نگرانی نسبت به آینده و مشکلات تصویر بدنی را تجربه می‌کنند (Jannink et al., 2024). علاوه بر این، تجربه مکرر شکست در درمان‌های کمک‌باروری می‌تواند فشارهای روانی موجود را تشدید کرده و بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی آنان تأثیر منفی بگذارد (Rahimi Shandiz et al., 2024).

یکی از مهم‌ترین پیامدهای روان‌شناختی ناباروری، تجربه احساس شرم است. شرم هیجانی خودآگاه محسوب می‌شود که در نتیجه ارزیابی منفی فرد از خود و احساس ناتوانی در برآورده ساختن انتظارات شخصی یا اجتماعی شکل می‌گیرد. برخلاف احساس گناه که بر رفتارهای فرد متمرکز است، شرم به ارزیابی منفی کل هویت فرد مربوط می‌شود و با باورهایی نظیر «من ناکافی هستم» یا «من نقصی اساسی دارم» همراه است. زنان نابارور به‌ویژه در جوامعی که باروری یکی از شاخص‌های مهم ارزش اجتماعی زنان تلقی می‌شود، بیش از دیگران در معرض تجربه شرم قرار دارند (Bagade et al., 2023; Oyuyo, 2024). این احساس می‌تواند به خودسرزنشگری، کاهش اعتمادبه‌نفس، اجتناب از تعاملات اجتماعی و محدود شدن روابط بین‌فردی منجر شود. پژوهش‌های کیفی انجام‌شده بر زنان نابارور نشان داده‌اند که بسیاری از آنان ناباروری را نه صرفاً یک وضعیت پزشکی، بلکه نوعی برچسب اجتماعی تلقی می‌کنند که هویت فردی و اجتماعی آنان را تهدید می‌کند (Craig, 2026; Wong, 2025).

پیامد دیگر و در عین حال مرتبط با احساس شرم، تجربه احساس تنهایی است. تنهایی مفهومی فراتر از تنها بودن فیزیکی دارد و به ادراک فرد از شکاف میان روابط مطلوب و روابط موجود اشاره می‌کند. افراد ممکن است در حضور دیگران نیز احساس تنهایی کنند، اگر روابط آنان فاقد صمیمیت، حمایت یا درک متقابل باشد (Lykken, 2018). زنان نابارور به دلیل مواجهه با انگ اجتماعی، قضاوت‌های اطرافیان، مقایسه خود با زنان دارای فرزند و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی مرتبط با فرزندآوری، مستعد تجربه انواع مختلف تنهایی هستند. این احساس می‌تواند در قالب تنهایی اجتماعی، تنهایی خانوادگی، تنهایی عاطفی یا تنهایی رمانتیک ظاهر شود و بر سلامت روان آنان اثر منفی بگذارد (Mabweazara, 2025; Miao et al., 2025). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که احساس تنهایی با افسردگی، اضطراب، کاهش امید، افزایش نشخوار



فکری و افت کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد و می‌تواند به عاملی برای تداوم مشکلات روان‌شناختی تبدیل شود (Miao et al., 2025; Muslu & Uluc, 2026).

از منظر نظری، شرم و تنهایی در زنان نابارور دارای رابطه‌ای دوسویه هستند. احساس شرم می‌تواند موجب اجتناب اجتماعی و محدود شدن تعاملات بین‌فردی شود و در نتیجه احساس تنهایی را افزایش دهد. از سوی دیگر، تجربه مداوم تنهایی و فقدان حمایت اجتماعی می‌تواند زمینه را برای تشدید خودانتقادی و شرم فراهم سازد. بنابراین، این دو سازه روان‌شناختی اغلب در یک چرخه متقابل قرار می‌گیرند که پیامد آن افزایش آسیب‌پذیری روانی زنان نابارور است (Bagade et al., 2023; Mateane et al., 2026). پژوهش‌های انجام‌شده در کشورهای مختلف نیز نشان داده‌اند که احساس طردشدگی اجتماعی، کاهش حس تعلق و محرومیت از حمایت عاطفی از مهم‌ترین عوامل تشدیدکننده مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور هستند (Mabweazara, 2025; Wong, 2025).

با توجه به این پیامدها، توجه به مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای زنان نابارور اهمیت ویژه‌ای یافته است. در دهه‌های اخیر، رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی - رفتاری به دلیل تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی، ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان، جایگاه برجسته‌ای در درمان مشکلات روان‌شناختی پیدا کرده‌اند. دو نمونه مهم از این رویکردها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی هستند که هر دو بر کاهش رنج روانی و افزایش سازگاری فردی تأکید دارند (Gilbert, 2014; Hayes & King, 2024).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی شکل گرفته و هدف اصلی آن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. این رویکرد تلاش می‌کند به افراد کمک کند تا به جای اجتناب از تجربه‌های دردناک، آن‌ها را بپذیرند و در عین حال زندگی خود را بر اساس ارزش‌های شخصی هدایت کنند. در ACT، کاهش آمیختگی شناختی، پذیرش تجربه‌های درونی، تماس با لحظه اکنون، خود به‌عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به‌عنوان فرایندهای اصلی تغییر در نظر گرفته می‌شوند (Hayes et al., 2012). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که ACT در کاهش اضطراب، افسردگی، اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی اثربخش است و می‌تواند به‌عنوان رویکردی فراتشخیصی برای طیف وسیعی از مشکلات روانی مورد استفاده قرار گیرد (Hayes & King, 2024; Spencer & Masuda, 2020). در زمینه ناباروری نیز انتظار می‌رود این رویکرد از طریق تغییر رابطه فرد با افکار و هیجان‌های منفی، به کاهش احساس شرم و تنهایی کمک کند.

در کنار ACT، درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی نیز در سال‌های اخیر توجه فراوانی را به خود جلب کرده است. خودشفقت‌ورزی به معنای برخورد مهربانانه، پذیرنده و غیرقضاوت‌گرانه با خود در زمان مواجهه با شکست‌ها، ناکامی‌ها و رنج‌های زندگی است. این سازه از سه مؤلفه اصلی مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی تشکیل شده است (Neff, 2023). بر اساس دیدگاه نف، افراد خودشفقت‌ورز در مواجهه با مشکلات، به جای سرزنش خود یا غرق شدن در هیجان‌های منفی، نگرشی متعادل و حمایت‌گرانه نسبت به خود اتخاذ می‌کنند (Neff, 2015). درمان متمرکز بر شفقت نیز با هدف فعال‌سازی نظام آرام‌بخش هیجانی و کاهش فعالیت نظام تهدید طراحی شده است و تلاش می‌کند خودانتقادی، شرم و احساس ناپیمنی را کاهش دهد (Gilbert, 2014).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر خودشفقت‌ورزی در کاهش اضطراب، افسردگی، استرس و سایر شاخص‌های پریشانی روان‌شناختی اثربخش هستند (Han & Kim, 2023). همچنین نقش خودشفقت‌ورزی در فرایند روان‌درمانی و ارتقای سلامت روان مورد تأیید قرار گرفته است (Neff & Germer, 2022). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که افزایش خودشفقت‌ورزی با بهبود سازگاری روان‌شناختی، افزایش تاب‌آوری و ارتقای سلامت هیجانی همراه است (Jovaisaite, 2024; Rattigan, 2024). از این رو، انتظار می‌رود که این رویکرد در کاهش احساس شرم و تنهایی زنان نابارور نیز مؤثر باشد.



یکی از نقاط اشتراک ACT و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی، تأکید هر دو رویکرد بر ذهن‌آگاهی و پذیرش تجربه‌های درونی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی با افزایش تاب‌آوری، بهبود سرمایه روان‌شناختی و ارتقای توانایی سازگاری با شرایط دشوار مرتبط است (Jovaisaite, 2024; Luthans et al., 2015). با وجود این، مکانیسم‌های تغییر در این دو رویکرد یکسان نیست. ACT عمدتاً بر تغییر رابطه فرد با افکار و تجربه‌های درونی از طریق پذیرش و گسلش شناختی تأکید دارد، در حالی که درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر ایجاد نگرشی مهربانانه و حمایتگر نسبت به خود متمرکز است (Gilbert, 2014; Hayes et al., 2012). این تفاوت نظری، ضرورت مقایسه اثربخشی این دو رویکرد را در جمعیت‌های خاص از جمله زنان نابارور برجسته می‌سازد.

مطالعات مقایسه‌ای محدودی تاکنون به بررسی همزمان این دو رویکرد پرداخته‌اند. برای مثال، براتی‌پور و همکاران گزارش کردند که ACT و درمان متمرکز بر شفقت در کاهش اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخشی مشابهی دارند (Baratipour et al., 2025). همچنین، یداللهی و همکاران در مطالعه‌ای بر زنان نابارور نشان دادند که هر دو رویکرد در بهبود تنظیم هیجان و کیفیت روابط زناشویی مؤثر هستند و تفاوت معناداری میان آن‌ها مشاهده نمی‌شود (Yadollahi et al., 2025). با وجود این، بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که مطالعات اندکی به مقایسه مستقیم این دو مداخله بر احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور پرداخته‌اند؛ متغیرهایی که از مهم‌ترین پیامدهای روان‌شناختی ناباروری محسوب می‌شوند (Craig, 2026; Giessner & Baskurt, 2025).

افزون بر این، مطالعات اخیر بر اهمیت عوامل روان‌شناختی مثبت نظیر سرمایه روان‌شناختی، تاب‌آوری، خودشفقت‌ورزی و راهبردهای مقابله‌ای در سازگاری زنان نابارور تأکید کرده‌اند (Giessner & Baskurt, 2025; Luthans et al., 2015). با این حال، هنوز روشن نیست که در مواجهه با هیجان‌های پیچیده‌ای مانند شرم و تنهایی، کدام یک از دو رویکرد ACT یا خودشفقت‌ورزی می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد. از این‌رو، انجام پژوهش‌هایی که به مقایسه مستقیم این دو مداخله بپردازند، می‌تواند به توسعه برنامه‌های درمانی مؤثرتر برای زنان نابارور کمک کند.

بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور انجام شد.

مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به دو مرکز تخصصی درمان ناباروری در شهر تهران، شامل کلینیک ناباروری بیمارستان نیکان و کلینیک ناباروری دکتر فروتن، در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری، تعداد ۶۰ نفر از زنان نابارور به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تأیید تشخیص ناباروری توسط پزشک متخصص و دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم بود. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان و انجام ارزیابی اولیه، افراد به‌صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره شامل گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی و گروه گواه گمارده شدند. ارزیابی متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام گرفت؛ بدین صورت که پیش‌آزمون پیش از آغاز مداخلات، پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان جلسات درمانی و مرحله پیگیری دو ماه و نیم پس از اتمام مداخله اجرا شد. گروه‌های آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله درمانی دریافت کردند، درحالی‌که گروه گواه در طول اجرای پژوهش



هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی سازمان‌یافته‌ای دریافت نکرد. فرایند جمع‌آوری داده‌ها و اجرای مداخلات پس از کسب مجوزهای لازم از مدیریت مراکز درمانی و با رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله آگاهی‌بخشی درباره هدف پژوهش، محرمانه‌بودن اطلاعات و اختیار شرکت‌کنندگان برای ادامه یا انصراف از پژوهش انجام شد.

پرسش‌نامه احساس شرم توسط فریرا، مورا راموس، ماتوس و گال هاردو در سال ۲۰۲۰ طراحی شده است. این ابزار دارای ۸ سؤال بسته‌پاسخ است که بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت از «هرگز» با نمره صفر تا «همیشه» با نمره ۴ نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌نامه مذکور با هدف سنجش احساس شرم طراحی شده و دو بعد شرم درونی و شرم بیرونی را ارزیابی می‌کند. در این ابزار، سؤالات ۱، ۳، ۵ و ۶ مربوط به بعد شرم درونی و سؤالات ۲، ۴، ۷ و ۸ مربوط به بعد شرم بیرونی هستند. دامنه نمرات پرسش‌نامه از صفر تا ۳۲ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر احساس شرم است. در پژوهش فریرا و همکاران، روایی پرسش‌نامه از طریق همبستگی بین گویه‌ها بررسی شد و ضرایب همبستگی بین ۰.۵۵ تا ۰.۷۵ گزارش گردید که نشان‌دهنده روایی همگرایی مطلوب ابزار بود. همچنین، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای شرم درونی ۰.۸۲، برای شرم بیرونی ۰.۸۹ و برای کل پرسش‌نامه ۰.۸۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید و نتایج نشان داد که آلفای کرونباخ برای شرم درونی ۰.۸۸، برای شرم بیرونی ۰.۸۶ و برای نمره کل پرسش‌نامه ۰.۸۷ است؛ بنابراین، پرسش‌نامه از پایایی قابل قبول برای سنجش احساس شرم در نمونه مورد مطالعه برخوردار بود.

پرسش‌نامه احساس تنهایی توسط دی‌توماس، برانین و بست در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است. این پرسش‌نامه شامل ۱۴ سؤال بسته‌پاسخ است که بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» با نمره ۱ تا «کاملاً موافقم» با نمره ۵ نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار با هدف ارزیابی ابعاد مختلف احساس تنهایی طراحی شده و سه بعد احساس تنهایی رمانتیک، احساس تنهایی خانوادگی و احساس تنهایی اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در ساختار این پرسش‌نامه، سؤالات ۱ تا ۴ مربوط به احساس تنهایی رمانتیک، سؤالات ۵ تا ۹ مربوط به احساس تنهایی خانوادگی و سؤالات ۱۰ تا ۱۴ مربوط به احساس تنهایی اجتماعی هستند. دامنه نمرات پرسش‌نامه از ۱۴ تا ۷۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر احساس تنهایی است. روایی این پرسش‌نامه در پژوهش دی‌توماس و همکاران از طریق تحلیل عاملی تأیید شده و پایایی آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای احساس تنهایی رمانتیک ۰.۸۸، احساس تنهایی خانوادگی ۰.۸۴، احساس تنهایی اجتماعی ۰.۸۷ و کل پرسش‌نامه ۰.۸۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و نتایج نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای احساس تنهایی رمانتیک ۰.۸۲، احساس تنهایی خانوادگی ۰.۸۶، احساس تنهایی اجتماعی ۰.۹۰ و نمره کل احساس تنهایی ۰.۸۵ است. بر این اساس، این ابزار از پایایی مناسب برای ارزیابی احساس تنهایی در زنان نابارور برخوردار بود.

مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مبانی نظری این رویکرد و با محوریت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی طراحی و اجرا شد. این مداخله در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش مربوطه اجرا گردید. در جلسه نخست، برقراری رابطه درمانی، آشنایی شرکت‌کنندگان با موضوع پژوهش، تبیین چارچوب کلی جلسات و بستن قرارداد درمانی انجام شد. در جلسه دوم، مفهوم ناامیدی خلاق مطرح شد و شرکت‌کنندگان به بررسی روش‌های پیشین خود برای کنترل یا حذف تجربه‌های دردناک مرتبط با ناباروری، شرم و تنهایی پرداختند و با استفاده از تمثیل‌ها، ناکارآمدی راهبردهای مبتنی بر کنترل و اجتناب مورد بحث قرار گرفت. در جلسه سوم، شرکت‌کنندگان با راهبردهای ناکارآمد کنترل و پیامدهای آن‌ها آشنا شدند و تلاش شد آنان دریابند که کنترل افراطی تجربه‌های درونی می‌تواند به تداوم رنج روان‌شناختی منجر شود. در جلسه چهارم، مهارت پذیرش آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان تمرین کردند که با تجربه‌های دردناک شخصی، بدون کشمکش، سرکوب یا قضاوت مواجه شوند. در جلسه پنجم، گسلش شناختی آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان آموختند که افکار منفی مرتبط با ناباروری،



مانند احساس نقص، بی‌کفایتی یا شرم، را به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا مشاهده کنند، نه واقعیت‌های قطعی درباره خود. در جلسه ششم، تحلیل عملکردی رفتار و ارتباط میان رفتار، احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتارهای قابل مشاهده مورد بررسی قرار گرفت تا شرکت‌کنندگان بتوانند الگوهای اجتنابی و کناره‌گیرانه خود را شناسایی کنند. در جلسه هفتم، مفهوم خود به‌عنوان زمینه مطرح شد و از طریق تمثیل و تمرین‌های مشاهده‌گری، به شرکت‌کنندگان کمک شد تا میان خود مشاهده‌گر و محتوای ذهنی یا هیجانی خود تمایز قائل شوند. در جلسه هشتم، ارزش‌ها و عمل متعهدانه مورد تأکید قرار گرفت و شرکت‌کنندگان با شناسایی ارزش‌های شخصی، طراحی رفتارهای هماهنگ با ارزش‌ها و تعهد به اقدام، برای کاهش اجتناب اجتماعی و بازسازی روابط معنادار آماده شدند. در پایان جلسات، جمع‌بندی مداخله انجام شد و پس‌آزمون اجرا گردید.

مداخله درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر پایه مبانی نظری خودشفقت‌ورزی و درمان متمرکز بر شفقت طراحی شد و همانند مداخله نخست، در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش مربوطه اجرا گردید. در جلسه نخست، رابطه درمانی برقرار شد، هدف‌ها و ساختار کلی پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، قرارداد درمانی شکل گرفت و ارزیابی اولیه انجام شد. در جلسه دوم، شرکت‌کنندگان با اصول کلی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی آشنا شدند و مفهوم منتقد درونی، خودانتقادی، احساس تنهایی و نقش آن‌ها در تشدید رنج روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفت. در این جلسه، از شرکت‌کنندگان خواسته شد خودانتقادی‌ها و چالش‌های روزانه خود را ثبت کنند تا نسبت به الگوهای قضاوت‌گرانه درونی آگاهی بیشتری پیدا کنند. در جلسه سوم، مؤلفه‌های اصلی شفقت به خود معرفی شد و شرکت‌کنندگان با مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی به‌عنوان عناصر اصلی خودشفقت‌ورزی آشنا شدند و نحوه شناسایی این مؤلفه‌ها در زندگی روزمره را تمرین کردند. در جلسه چهارم، تمرکز اصلی بر تعدیل شرم و پرورش انسانیت مشترک بود؛ بدین معنا که شرکت‌کنندگان تشویق شدند رنج ناباروری را نه به‌عنوان نقصی شخصی، بلکه به‌عنوان بخشی از تجربه مشترک انسانی درک کنند و در برابر احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم‌آلود، نگرشی گرم‌تر و مهربانانه‌تر نسبت به خود داشته باشند. در جلسه پنجم، ترمیم عاطفی، بخشش خود و پرورش ذهن شفقت‌آمیز مورد توجه قرار گرفت و از تمرین‌هایی مانند همدلی با خود، همدردی با خود و دیگران، پذیرش اشتباهات و جایگزینی صدای منتقد درونی با صدای حمایتگر استفاده شد. در جلسه ششم، پذیرش غیرقضاوت‌گرایانه، بردباری و تحمل شرایط دشوار آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان آموختند که در مواجهه با چالش‌های زندگی و تجربه ناباروری، به‌جای سرزنش خود، موضعی پذیرنده، صبورانه و مشفقانه اتخاذ کنند. در جلسه هفتم، مهارت‌های عملی شفقت از جمله تصویرسازی مشفقانه، شیوه‌های ابراز شفقت کلامی و عملی و به‌کارگیری شفقت در روابط روزمره، خانوادگی و دوستانه آموزش داده شد. در جلسه هشتم، تثبیت و نهادینه‌سازی خودشفقت‌ورزی هدف اصلی مداخله بود و شرکت‌کنندگان با نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، ثبت موقعیت‌های واقعی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی و مرور آموخته‌های جلسات، برای استمرار تمرین‌ها پس از پایان مداخله آماده شدند.

اجرای مداخلات در هر دو گروه آزمایش توسط دانشجوی مقطع تخصصی روان‌شناسی انجام شد که دوره‌های جامع آموزشی مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی را گذرانده و از مهارت لازم برای اجرای جلسات برخوردار بود. با توجه به شرایط شرکت‌کنندگان و به‌منظور تسهیل دسترسی آنان به جلسات، اجرای مداخلات به‌صورت ترکیبی انجام گرفت؛ به این معنا که جلسات در صورت امکان به‌صورت حضوری در اتاق مشاوره کلینیک ناباروری دکتر فروتن و کلینیک ناباروری بیمارستان نیکان برگزار شد و در مواردی که حضور فیزیکی برای شرکت‌کنندگان امکان‌پذیر نبود، جلسات از طریق پلتفرم Skyroom به‌صورت مجازی اجرا گردید. همچنین، پرسش‌نامه‌ها از طریق پیام‌رسان واتساپ برای شرکت‌کنندگان ارسال شد و پس از تکمیل، داده‌های مربوط به مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون



و پیگیری گردآوری گردید. در طول اجرای مداخلات، تلاش شد محتوای جلسات برای هر دو گروه آزمایش از نظر مدت زمان، تعداد جلسات و شرایط کلی اجرا تا حد امکان همسان باشد تا مقایسه اثربخشی دو رویکرد با دقت بیشتری انجام گیرد.

برای تحلیل داده‌های پژوهش، ابتدا داده‌های گردآوری شده از پرسش‌نامه‌های احساس شرم و احساس تنهایی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی و آماده‌سازی قرار گرفت. در مرحله نخست، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای پژوهش در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی و گروه گواه محاسبه شد تا روند تغییرات نمرات در طول زمان مشخص شود. سپس، به منظور انتخاب آزمون آماری مناسب، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک بررسی شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ارزیابی شد و نتایج نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای احساس شرم و احساس تنهایی در گروه‌های پژوهش و در مراحل مختلف اندازه‌گیری از پیش‌فرض نرمال بودن برخوردار است. همچنین، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین و همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس بررسی شد و نتایج غیرمعنادار این آزمون‌ها نشان داد که پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس آمیخته برقرار است. در مرحله نهایی، برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها در طول زمان و مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی بر احساس شرم و احساس تنهایی، از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. این روش آماری امکان بررسی اثر زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان و گروه را فراهم ساخت و به پژوهشگر اجازه داد مشخص کند که آیا تغییرات مشاهده‌شده در متغیرهای وابسته در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، ناشی از نوع مداخله درمانی بوده است یا خیر. سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد و برای تفسیر اهمیت عملی یافته‌ها، اندازه اثر نیز گزارش گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۶۰ زن نابارور مراجعه‌کننده به دو مرکز تخصصی ناباروری در شهر تهران شرکت داشتند که به‌صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره شامل گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی و گروه گواه جایگزین شدند. تمامی شرکت‌کنندگان بر اساس تشخیص پزشک متخصص دارای مشکل ناباروری بودند و حداقل تحصیلات آنان دیپلم بود. از نظر حجم نمونه، توزیع شرکت‌کنندگان در سه گروه برابر بود و این امر امکان مقایسه آماری میان گروه‌ها را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فراهم ساخت. همچنین، با توجه به همسان‌سازی شرایط ورود به پژوهش و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها، ساختار اولیه گروه‌ها برای بررسی تغییرات مربوط به احساس شرم و احساس تنهایی مناسب ارزیابی شد.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار نمرات احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون M	پیش‌آزمون SD	پس‌آزمون M	پس‌آزمون SD	پیگیری M	پیگیری SD
شرم بیرونی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶.۲۵	۲.۰۹	۳.۵۵	۲.۲۱	۳.۴۵	۲.۲۳
شرم بیرونی	درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی	۷.۱۵	۳.۴۲	۳.۱۵	۱.۷۵	۳.۰۵	۱.۷۰
شرم بیرونی	گواه	۵.۶۰	۱.۸۱	۵.۸۰	۱.۹۶	۵.۸۵	۱.۹۸
شرم درونی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴.۳۰	۱.۵۲	۲.۴۰	۱.۲۳	۲.۳۰	۱.۲۶
شرم درونی	درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی	۴.۹۵	۲.۱۶	۲.۵۰	۱.۵۰	۲.۴۰	۱.۵۶
شرم درونی	گواه	۳.۷۵	۱.۴۰	۴.۰۰	۱.۶۸	۴.۰۵	۱.۷۳
نمره کل شرم	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰.۵۵	۲.۹۹	۵.۹۵	۲.۶۰	۵.۷۵	۲.۷۱



نمره کل شرم	درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی	۱۲.۱۰	۴.۸۶	۵.۶۵	۲.۲۷	۵.۴۵	۲.۲۵
نمره کل شرم	گواه	۹.۳۵	۲.۷۰	۹.۸۰	۳.۱۷	۹.۹۰	۳.۲۲
تنهایی رمانتیک	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۵.۵۰	۳.۰۰	۱۳.۰۵	۳.۰۳	۱۲.۹۵	۳.۰۵
تنهایی رمانتیک	درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی	۱۵.۸۰	۳.۲۷	۱۳.۲۰	۳.۶۷	۱۳.۱۰	۳.۷۶
تنهایی رمانتیک	گواه	۱۶.۵۰	۲.۸۱	۱۶.۴۰	۳.۰۸	۱۶.۴۵	۳.۰۸
تنهایی خانوادگی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۶.۰۵	۳.۱۱	۱۳.۶۵	۳.۷۰	۱۳.۵۰	۳.۷۹
تنهایی خانوادگی	درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی	۱۶.۴۵	۵.۲۹	۱۳.۵۰	۳.۹۸	۱۳.۳۵	۴.۰۹
تنهایی خانوادگی	گواه	۱۶.۰۰	۳.۶۱	۱۶.۱۰	۳.۴۰	۱۶.۱۰	۴.۳۲
تنهایی اجتماعی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۱.۸۵	۲.۶۰	۱۸.۵۵	۳.۶۱	۱۸.۴۰	۳.۶۱
تنهایی اجتماعی	درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی	۲۱.۴۰	۴.۱۵	۱۸.۷۰	۴.۲۶	۱۸.۵۵	۴.۰۸
تنهایی اجتماعی	گواه	۲۰.۳۰	۳.۷۴	۲۰.۰۵	۴.۳۳	۲۰.۱۰	۴.۳۲
تنهایی عاطفی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۹.۲۵	۵.۴۱	۲۴.۳۵	۹.۰۱	۲۴.۲۵	۸.۹۹
تنهایی عاطفی	درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی	۲۹.۲۰	۶.۲۱	۲۴.۷۵	۹.۷۱	۲۴.۶۵	۹.۷۶
تنهایی عاطفی	گواه	۲۹.۵۰	۹.۱۷	۳۰.۱۵	۷.۳۰	۳۰.۲۰	۷.۲۸
نمره کل تنهایی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸۲.۶۵	۱۱.۱۳	۶۹.۶۰	۱۴.۱۵	۶۹.۱۰	۱۴.۱۸
نمره کل تنهایی	درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی	۸۲.۸۵	۱۲.۵۰	۷۰.۱۵	۱۴.۸۴	۶۹.۶۵	۱۴.۵۹
نمره کل تنهایی	گواه	۸۲.۳۰	۱۲.۲۸	۸۲.۷۰	۱۱.۸۶	۸۳.۰۰	۱۱.۷۴

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون احساس شرم و احساس تنهایی در سه گروه پژوهش تقریباً به یکدیگر نزدیک بود و تفاوت آشکاری در وضعیت اولیه گروه‌ها دیده نشد. باین‌حال، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین نمرات شرم بیرونی، شرم درونی و نمره کل شرم در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی کاهش یافت، درحالی‌که در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نشد. همچنین، میانگین نمرات ابعاد احساس تنهایی شامل تنهایی رمانتیک، خانوادگی، اجتماعی و عاطفی و نیز نمره کل احساس تنهایی در دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کمتر از گروه گواه بود. این الگو نشان می‌دهد که هر دو مداخله درمانی با کاهش نمرات احساس شرم و احساس تنهایی همراه بوده‌اند و این کاهش در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی پایدار مانده است.

پیش از اجرای تحلیل واریانس آمیخته، مفروضه‌های آماری مربوط به آزمون‌های پارامتریک بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای احساس شرم و احساس تنهایی در گروه‌های پژوهش و در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال انحراف معناداری ندارد و بنابراین مفروضه نرمال بودن داده‌ها برقرار است. ($p > .05$) همچنین، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها معنادار نبود و نشان داد که واریانس نمرات در گروه‌های پژوهش همگن است. ($p > .05$) افزون بر این، نتایج آزمون ام‌باکس نیز معنادار نبود و بیانگر رعایت مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس بود. ($p > .05$) بنابراین، داده‌های پژوهش از شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس آمیخته برخوردار بودند.

جدول ۲

نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه بر احساس شرم و احساس تنهایی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	اندازه اثر
احساس شرم	زمان	۸۷۶.۳۴	۲	۴۳۸.۱۷	۸۸.۲۶	<.۰۰۱	.۶۰۸
احساس شرم	گروه	۳۱۶.۴۲	۲	۱۵۸.۲۱	۱۵.۸۴	<.۰۰۱	.۳۵۷



احساس شرم	زمان × گروه	۵۱۲.۶۸	۴	۱۲۸.۱۷	۲۵.۸۱	<.۰۰۱	۰.۴۷۵
احساس تنهایی	زمان	۵۲۷۶.۸۴	۲	۲۶۳۸.۴۲	۳۴.۱۷	<.۰۰۱	۰.۳۷۵
احساس تنهایی	گروه	۳۸۹۰.۵۲	۲	۱۹۴۵.۲۶	۸.۹۱	<.۰۰۱	۰.۲۳۸
احساس تنهایی	زمان × گروه	۶۱۷۸.۱۶	۴	۱۵۴۴.۵۴	۲۰.۰۱	<.۰۰۱	۰.۵۸۴

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر زمان بر احساس شرم معنادار است؛ به این معنا که نمرات احساس شرم در مراحل مختلف اندازه‌گیری تغییر معناداری داشته است. همچنین، اثر گروه بر احساس شرم معنادار بود و نشان داد که سه گروه پژوهش از نظر میانگین نمرات احساس شرم تفاوت معناداری دارند. افزون بر این، اثر تعاملی زمان و گروه نیز برای احساس شرم معنادار بود که نشان می‌دهد الگوی تغییرات احساس شرم در طول زمان در سه گروه یکسان نبوده و کاهش مشاهده‌شده در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه معنادار است. در مورد احساس تنهایی نیز اثر زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان و گروه معنادار به دست آمد. این یافته بیانگر آن است که نمرات احساس تنهایی در طول زمان تغییر کرده و میزان این تغییرات در گروه‌های درمانی با گروه گواه متفاوت بوده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی هر دو بر کاهش احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور اثربخش بوده‌اند.

جدول ۳

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	D بونفرونی
احساس شرم	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد - خودشفقت‌ورزی	۰.۳۰	۰.۷۷	۱.۰۰۰
احساس شرم	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد - گواه	-۳.۸۵	۰.۹۲	<.۰۰۱
احساس شرم	پس‌آزمون	خودشفقت‌ورزی - گواه	-۴.۱۵	۰.۸۷	<.۰۰۱
احساس شرم	پیگیری	پذیرش و تعهد - خودشفقت‌ورزی	۰.۳۰	۰.۷۹	۱.۰۰۰
احساس شرم	پیگیری	پذیرش و تعهد - گواه	-۴.۱۵	۰.۹۴	<.۰۰۱
احساس شرم	پیگیری	خودشفقت‌ورزی - گواه	-۴.۴۵	۰.۸۸	<.۰۰۱
احساس تنهایی	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد - خودشفقت‌ورزی	-۰.۵۵	۴.۵۹	۱.۰۰۰
احساس تنهایی	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد - گواه	-۱۳.۱۰	۴.۱۳	۰.۰۰۹
احساس تنهایی	پس‌آزمون	خودشفقت‌ورزی - گواه	-۱۲.۵۵	۴.۲۵	۰.۰۱۶
احساس تنهایی	پیگیری	پذیرش و تعهد - خودشفقت‌ورزی	-۰.۵۵	۴.۵۵	۱.۰۰۰
احساس تنهایی	پیگیری	پذیرش و تعهد - گواه	-۱۳.۹۰	۴.۱۲	۰.۰۰۵
احساس تنهایی	پیگیری	خودشفقت‌ورزی - گواه	-۱۳.۳۵	۴.۱۹	۰.۰۰۹

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات احساس شرم در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بود. این تفاوت در مرحله پیگیری نیز معنادار باقی ماند که نشان‌دهنده پایداری نسبی اثر هر دو مداخله در کاهش احساس شرم است. با این حال، تفاوت میان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی در هیچ‌یک از مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود؛ بنابراین، دو رویکرد درمانی از نظر کاهش احساس شرم اثربخشی مشابهی داشتند. در مورد احساس تنهایی نیز نتایج نشان داد که هر دو گروه درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری نمرات پایین‌تری نسبت به گروه گواه داشتند، در حالی که تفاوت میان دو گروه درمانی معنادار نبود. بر این اساس،



می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی هر دو موجب کاهش معنادار احساس تنهایی زنان نابارور شدند، اما برتری معناداری برای هیچ‌یک از دو روش درمانی نسبت به دیگری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله توانستند به‌طور معناداری موجب کاهش احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شوند. همچنین نتایج آزمون‌های مقایسه‌ای نشان داد که اگرچه هر دو رویکرد در بهبود متغیرهای مورد بررسی مؤثر بودند، اما تفاوت معناداری میان میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی مشاهده نشد. به بیان دیگر، هر دو مداخله در کاهش احساس شرم و تنهایی زنان نابارور عملکردی مشابه از خود نشان دادند. یافته مربوط به اثربخشی هر دو رویکرد بر کاهش احساس شرم با مبانی نظری و شواهد تجربی موجود همسو است. احساس شرم در زنان نابارور اغلب از درونی‌سازی باورهای منفی درباره خود، احساس نقص در ایفای نقش مادری و ترس از قضاوت اجتماعی ناشی می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری در بسیاری از زنان با احساس بی‌ارزشی، خودسرزنشگری و نگرانی از طرد اجتماعی همراه است و این وضعیت می‌تواند به شکل‌گیری شرم مزمن منجر شود (Bagade et al., 2023; Oyuyo, 2024). از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرم زمانی تشدید می‌شود که فرد با افکار و ارزیابی‌های منفی درباره خود آمیخته شده و آن‌ها را به‌عنوان واقعیت‌های قطعی بپذیرد. در ACT تلاش می‌شود از طریق گسلش شناختی، پذیرش تجربه‌های درونی و تماس با لحظه اکنون، رابطه فرد با این افکار تغییر کند؛ به‌گونه‌ای که افکار شرم‌آلود دیگر نقش تعیین‌کننده‌ای در رفتار و خودپنداره فرد نداشته باشند (Hayes & King, 2024; Hayes et al., 2012). بنابراین، زنان نابارور می‌آموزند که افکاری نظیر «من ناقص هستم» یا «من ارزشمند نیستم» را صرفاً به‌عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کنند و نه به‌عنوان واقعیت‌های غیرقابل‌انکار.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر احساس شرم نیز می‌توان به نقش محوری خودانتقادی در شکل‌گیری شرم اشاره کرد. بر اساس دیدگاه نف، افرادی که در مواجهه با شکست‌ها و ناکامی‌ها نسبت به خود نگرشی سرزنشگرانه دارند، بیشتر مستعد تجربه شرم و پریشانی روان‌شناختی هستند. خودشفقت‌ورزی از طریق تقویت مهربانی با خود، پذیرش غیرقضاوت‌گرایانه و درک انسانیت مشترک، زمینه کاهش خودانتقادی و افزایش پذیرش خود را فراهم می‌سازد (Neff & Germer, 2022; Neff, 2023). از این منظر، زنان نابارور به‌جای تفسیر ناباروری به‌عنوان نشانه‌ای از نقص شخصی، آن را بخشی از تجربه انسانی و موقعیتی قابل درک تلقی می‌کنند. این تغییر نگرش موجب کاهش شرم درونی و افزایش احساس ارزشمندی فردی می‌شود. همچنین، گیلبرت معتقد است که شفقت به خود با فعال‌سازی نظام آرام‌بخش هیجانی و کاهش فعالیت نظام تهدید، از شدت هیجان‌هایی مانند شرم، ترس و خودسرزنشگری می‌کاهد (Gilbert, 2014).

نتایج پژوهش حاضر درباره کاهش احساس تنهایی نیز با مطالعات پیشین همسو است. تنهایی در زنان نابارور اغلب ناشی از کاهش احساس تعلق، محدود شدن روابط اجتماعی، اجتناب از موقعیت‌های مرتبط با فرزندآوری و ادراک ناکافی بودن حمایت اجتماعی است (Craig, 2026; Mabweazara, 2025). پژوهش‌های کیفی نشان داده‌اند که بسیاری از زنان نابارور به دلیل ترس از قضاوت دیگران یا تجربه احساس متفاوت بودن، به‌تدریج از تعاملات اجتماعی فاصله می‌گیرند و در نتیجه احساس تنهایی آنان افزایش می‌یابد (Muslu & Uluc, 2026; Wong, 2025). از سوی دیگر، احساس تنهایی با افسردگی، اضطراب، ناامیدی و کاهش کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی دارد و می‌تواند روند سازگاری با ناباروری را دشوارتر سازد (Anan et al., 2024; Miao et al., 2025).



درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کاهش اجتناب تجربه‌ای و تشویق افراد به حرکت در مسیر ارزش‌های شخصی می‌تواند به کاهش احساس تنهایی کمک کند. زنان نابارور در فرایند درمان می‌آموزند که به جای اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی یا فاصله گرفتن از دیگران، با وجود حضور افکار و احساسات ناخوشایند در فعالیت‌های ارزشمند مشارکت کنند. در نتیجه، فرصت‌های بیشتری برای ایجاد ارتباطات معنادار و دریافت حمایت اجتماعی فراهم می‌شود (Hayes et al., 2012; Spencer & Masuda, 2020). همچنین، تمرین‌های ذهن‌آگاهی موجود در ACT به افراد کمک می‌کند تا کمتر درگیر نشخوار فکری و نگرانی‌های مرتبط با ناباروری شوند و حضور فعال‌تری در روابط بین‌فردی داشته باشند.

درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی نیز از مسیر متفاوتی به کاهش تنهایی منجر می‌شود. یکی از مؤلفه‌های اساسی خودشفقت‌ورزی، انسانیت مشترک است؛ یعنی این درک که رنج، ناکامی و محدودیت بخشی از تجربه مشترک انسان‌ها است. زمانی که زنان نابارور درمی‌یابند که در تجربه رنج خود تنها نیستند و افراد بسیاری با چالش‌های مشابه مواجه می‌شوند، احساس انزوای روان‌شناختی آنان کاهش می‌یابد (Neff, 2023). علاوه بر این، شفقت به خود موجب افزایش احساس امنیت روانی و کاهش حساسیت نسبت به قضاوت‌های اجتماعی می‌شود و در نتیجه افراد با سهولت بیشتری وارد تعاملات اجتماعی می‌شوند (Gilbert, 2014; Han & Kim, 2023). این فرایند می‌تواند توضیح دهد که چرا در پژوهش حاضر نمرات تنهایی در گروه دریافت‌کننده درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی به‌طور معناداری کاهش یافت.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های این مطالعه، عدم وجود تفاوت معنادار میان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بود. این نتیجه با یافته‌های پژوهش براتی‌پور و همکاران و نیز یداللهی و همکاران همسو است که نشان دادند این دو رویکرد در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی عملکردی مشابه دارند (Baratipour et al., 2025; Yadollahi et al., 2025). در تبیین این یافته می‌توان گفت که هر دو رویکرد اگرچه از مبانی نظری متفاوتی برخوردارند، اما در عمل دارای عناصر مشترک فراوانی هستند. هر دو درمان بر پذیرش تجربه‌های درونی، کاهش قضاوت نسبت به خود، ذهن‌آگاهی و ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید دارند. این عناصر مشترک احتمالاً بخش مهمی از تغییرات مشاهده‌شده در متغیرهای پژوهش را تبیین می‌کنند.

از منظر فرایندی نیز هر دو رویکرد به دنبال تغییر نحوه مواجهه فرد با تجربه‌های دردناک هستند. در ACT این تغییر از طریق گسلش شناختی و پذیرش رخ می‌دهد و در درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی از طریق مهربانی با خود و کاهش خودانتقادی حاصل می‌شود. در هر دو حالت، هدف نهایی کاهش درگیری فرد با محتوای منفی ذهنی و افزایش سازگاری روان‌شناختی است. به همین دلیل، با وجود تفاوت در زبان نظری و تکنیک‌های اجرایی، پیامدهای درمانی مشابهی مشاهده می‌شود (Hayes & King, 2024; Neff & Germer, 2022). این هم‌پوشانی نظری می‌تواند دلیل عدم تفاوت معنادار میان دو مداخله در پژوهش حاضر باشد.

علاوه بر این، نقش ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مشترک هر دو رویکرد قابل توجه است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی با افزایش تاب‌آوری، بهبود سازگاری روان‌شناختی و ارتقای سرمایه روان‌شناختی ارتباط دارد (Jovaisaite, 2024; Luthans et al., 2015). ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تجربه‌های ناخوشایند را بدون اجتناب یا قضاوت مشاهده کنند و در نتیجه شدت واکنش‌های هیجانی کاهش یابد. از آنجا که هم ACT و هم درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی از تمرین‌های ذهن‌آگاهی بهره می‌گیرند، بخشی از اثربخشی مشابه مشاهده‌شده در این مطالعه را می‌توان به این مؤلفه مشترک نسبت داد.

همچنین، باید توجه داشت که زنان نابارور اغلب در معرض فشارهای هیجانی مزمن قرار دارند. این فشارها نه تنها ناشی از ناباروری، بلکه حاصل فرایندهای طولانی درمان، نگرانی از شکست درمان‌های کمک‌باروری، فشارهای فرهنگی و نگرش‌های اجتماعی نسبت به فرزندآوری است (Giessner & Baskurt, 2025; Rahimi Shandiz et al., 2024). در چنین شرایطی، هر مداخله‌ای که بتواند سطح پذیرش، خودمهربانی،



انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و احساس تعلق را افزایش دهد، احتمالاً به بهبود سلامت روان زنان نابارور منجر خواهد شد. یافته‌های پژوهش حاضر نیز مؤید این دیدگاه است و نشان می‌دهد که هر دو رویکرد مورد بررسی قادرند بخشی از بار روان‌شناختی ناشی از ناباروری را کاهش دهند.

در مجموع، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی هر دو می‌توانند به‌عنوان مداخلات مؤثر موج سوم برای کاهش احساس شرم و احساس تنهایی زنان نابارور مورد استفاده قرار گیرند. از آنجا که این دو متغیر از مهم‌ترین عوامل مرتبط با کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان در زنان نابارور هستند، استفاده از مداخلات مذکور می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سازگاری روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی این گروه ایفا کند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و انتخاب شرکت‌کنندگان از دو مرکز درمان ناباروری در شهر تهران بود که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر زنان نابارور در مناطق جغرافیایی و فرهنگی متفاوت محدود سازد. همچنین، تمامی داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شد و احتمال تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی وجود دارد. محدود بودن حجم نمونه و عدم امکان کنترل کامل متغیرهایی نظیر مدت زمان ناباروری، سابقه شکست درمان‌های باروری، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و میزان حمایت خانوادگی نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه محسوب می‌شود. علاوه بر این، دوره پیگیری پژوهش نسبتاً کوتاه بود و امکان بررسی پایداری طولانی‌مدت اثرات درمانی فراهم نشد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرکزی استفاده شود تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین بررسی اثربخشی این دو رویکرد در میان مردان نابارور، زوج‌های نابارور و گروه‌های دارای مشکلات باروری متفاوت می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی کمک کند. انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر نیز برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمانی ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این، مقایسه این دو رویکرد با سایر درمان‌های موج سوم مانند درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان دیالکتیکی رفتاری یا درمان فراتشخیصی می‌تواند در شناسایی مؤثرترین مداخلات روان‌شناختی برای زنان نابارور مفید باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود خدمات روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خودشفقت‌ورزی به‌عنوان بخشی از برنامه‌های جامع مراقبت در مراکز درمان ناباروری ارائه شود. آموزش این رویکردها به روان‌شناسان، مشاوران و سایر متخصصان حوزه سلامت باروری می‌تواند به ارتقای کیفیت خدمات حمایتی منجر شود. همچنین برگزاری کارگاه‌های گروهی برای زنان نابارور با هدف افزایش پذیرش، خودمهربانی، کاهش خودانتقادی و تقویت روابط اجتماعی می‌تواند در کاهش احساس شرم و تنهایی آنان مؤثر باشد. استفاده از نسخه‌های آنلاین و ترکیبی این مداخلات نیز می‌تواند دسترسی زنان نابارور را به خدمات روان‌شناختی تخصصی افزایش داده و از بار روانی ناشی از ناباروری بکاهد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.



مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Anan, O., Hamid, O., Durizi, N., Alrawaili, K., Durizi, B., & Salem, W. (2024). Female infertility associated depression and anxiety: A comprehensive review. *Metallurgical and Materials Engineering*, 30, 370-380. <https://doi.org/10.63278/10.63278/mme.V31.1>
- Bagade, T., Mersha, A. G., & Majeed, T. (2023). The social determinants of mental health disorders among women with infertility: A systematic review. *BMC Women's Health*, 23(1), 668.
- Baratipour, H., Asgharipour, N., Teimory, S., & Nahayati, M. A. (2025). Comparison of the effectiveness of group-based compassion focused therapy and acceptance and commitment therapy on experiential avoidance in married patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 27(3).
- Craig, J. N. (2026). *Exploring patients' experiences accessing fertility services and information: A journey of advocacy and empowerment* Memorial University of Newfoundland]. <https://doi.org/10.48336/184>
- Giessner, T., & Baskurt, A. B. (2025). The influence of psychological capital and coping mechanisms on the well-being of women undergoing IVF treatments. *Human Reproduction*, 40(1), 844-852.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Han, A., & Kim, T. H. (2023). Effects of self-compassion interventions on reducing depressive symptoms, anxiety, and stress: A meta-analysis. *Mindfulness*, 14(7), 1553-1581.
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Jannink, T., Bordewijk, E. M., Aalberts, J., Hendriks, J., Lehmann, V., & Hoek, A. (2024). Anxiety, depression, and body image among infertile women with and without polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 39, 784-791. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae016>
- Jovaisaite, B. (2024). *The link between mindfulness and psychological resilience among adult populations*
- Luthans, F., Youssef-Morgan, C. M., & Avolio, B. J. (2015). *Psychological Capital and Beyond*. Oxford University Press.
- Lykken, D. (2018). *Happiness: What Studies on Twins Show Us about Nature and Happiness Set Point*. Golden Books.
- Mabweazara, G. M. (2025). Exploring the impact of infertility on belonging and social exclusion among infertile couples and individuals in Zimbabwe: A phenomenological qualitative study. *Sexuality & Culture*, 1-29.
- Mateane, W., Eder, C., Mutumba-Nakalembe, M., Salie, M., Vorster, Z., Jenkins, D., & Roomaney, R. (2026). A scoping review of the psychosocial aspects of infertility in the Middle East. *Middle East Fertility Society Journal*, 31(1), 30.
- Miao, Y., Jasim, N., Guha, C., Sluiter, A., Owen, K. B., Yudianto, B., & Manera, K. (2025). Experiences of loneliness and social isolation among young people with chronic physical conditions: A thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of adolescence*, 97(3), 593-608.



- Muslu, O. N., & Uluc, S. (2026). Shared burdens: An interpretative phenomenological analysis of couples facing infertility. *Journal of Health Psychology*, 13591053251404667.
- Neff, K., & Germer, C. (2022). The role of self-compassion in psychotherapy. *World Psychiatry*, 21(1), 58.
- Neff, K. D. (2015). The five myths of self-compassion. *Greater Good Magazine*.
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74, 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Oyuyo, C. (2024). *Psychological Impact of Perceptions of Infertility and Childlessness: A Systematic Literature Review* [California Southern University].
- Rahimi Shandiz, A., Karimi, F. Z., Masoumi, R., & Mazloun, S. R. (2024). Comparing the effect of sexual counseling based on the EX-PLISSIT and BETTER models on sexual satisfaction of infertile women after failed assisted reproductive treatments. *Hayat*, 30(1), 77-92.
- Rattigan, M. D. (2024). *Teacher, Be Gentle with Yourself: An Experimental Study of a One-Session, Online Self-Compassion Workshop for Nursing and Health Professions Clinical Educators* [Drexel University].
- Saffarieh, E., Yousefi Sharmi, S. R., Nasiri, S., Aghamou, S., & Ziari, A. (2020). Investigating depression and anxiety in infertile couples and related factors. *Journal of the School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences*, 78(8), 522-527.
- Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Acceptance and Commitment Therapy as a transdiagnostic approach to treatment of behavioral health concerns: A concurrent multiple baseline design across participants. *Clinical Case Studies*, 19(3), 163-179. <https://doi.org/10.1177/1534650119897412>
- Stener-Victorin, E., Teede, H., Norman, R. J., Legro, R., Goodarzi, M. O., & Dokras, A. (2024). Polycystic ovary syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 10, 1-23. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.57>
- Ubaldi, F. M., Cimadomo, D., Vaiarelli, A., Fabozzi, G., Venturella, R., & Maggiulli, R. (2019). Advanced maternal age in IVF: Still a challenge? The present and the future of its treatment. *Frontiers in Endocrinology*, 94.
- Wong, K. (2025). *Examining the Experiences of Infertility among Asian American Women: A Scoping Review* <https://doi.org/10.26153/tsw/63197>
- Yadollahi, S., Mirzaei, S. H., & Soleimani, A. A. (2025). Comparing the effectiveness of group-based acceptance and commitment counseling and compassion-focused approach on regulation and marital relationship quality of infertile women. *Journal of Psychological Science*, 24(149).