Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 10/ No. 6/ 2024
Page:175-189

Comparing the Effectiveness of schema therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Worry and psychological well-being in infertile women

Anahita Sahour[1], Bahram Mirzaian[2], Shaban Heydari.[3]

1-Phd Student in General Psychology,Sari Branch,Islamic Azad university,Sari,IrAssistant
2-Professor,Department of Psychology,Sari Branch,Islamic Azad university,Sari,IranAssistant (Corresponding Author) bahrammirzaian@gmail.com
3-Professor,Department of Psychology,Sari Branch,Islamic Azad university,Sari,Iran

Received: 09/08/2023 **Accepted:** 01/01/2024

Abstract

Introduction: Infertility is a prevalent condition in women in the reproductive age, which is often followed by psychological problems.

Aim: This study examined the effectiveness of schema therapy vs. mindfulness-based cognitive therapy on worry and psychological well-being in infertile women.

Method: This research was conducted in the form of a multi-group quasi-experimental design with pre-test-post-test and follow-up with a control group. Among the infertile women referred to infertility centers in Sari city in 2022, 45 women were selected using an available sampling method and randomly assigned to two intervention groups and one control group. The schema therapy group received 12 sessions and the mindfulness-based cognitive therapy group received interventions related to their group in 8 sessions once a week. The participants of three groups completed Ryff's Psychological Well-Being Scale (RPWBS; 1990) and Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990) in the pre-test, post-test and 3-month follow-up phases. Analyses were performed using Student's t test, Chi-squared, and mixed ANOVA where appropriate.

Results: There was a significant difference between the schema-based therapy and mindfulness groups with the control group. Both schema therapy and MBCT had significant effects on reducing worry and increasing psychological well-being in infertile women ($P<0.001$). Also, no significant difference was observed between the schema therapy and MBCT groups on worry and psychological well-being in the post-test and follow-up ($P>0/05$).

Conclusion: This study showed similar effects of both the schema and mindfulness-based therapies on the worry and psycholgical well-being in infertile women in Iran. Therefore, experts, researchers and therapists in this field can use these interventions as effective treatment options to improve the psychological functions of infertile women along with their medical treatments.

Keywords: Infertile Women, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Psychological well-being, Schema Therapy, Worry

Sahour A, Mirzaian B, Heydari S. Comparing the Effectiveness of schema therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Worry and psychological well-being in infertile women. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2024; 10 (6) :178-194
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2195-fa.html

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دهم، شماره ۶ ، ۱۴۰۲
صفحات: ۱۸۹- ۱۷۵

مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و بهزیستی‌روانشناختی زنان نابارور

آناهیتا ساهور[۱] بهرام میرزاییان[۲] شعبان حیدری.[۳]

۱-دانشجوی دکترا، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری ایران.
2-استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ایران(مولف مسئول). ایمیل doroudian1980@gmail.com
۳-استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۱۸ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۱۰/۱۱

چکیده

مقدمه: ناباروری یک وضعیت شایع در زنان در سن باروری است که اغلب با مشکلات روان‌شناختی همراه است.
هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه تأثیر مداخله‌های طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرانی و بهزیستی روان شناختی در زنان نابارور انجام شد.
روش: این مطالعه در چارچوب یک طرح شبه آزمایشی چند گروهی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل انجام شد. از بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر ساری در سال ۱۴۰۱ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل، هر گروه ۱۵ نفر گمارش شدند. مداخله‌های طرحواره درمانی در ۱۲ جلسه و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی ارائه شدند. پرسش‌نامه‌های نگرانی (مایر و همکاران، ۱۹۹۰) و بهزیستی روان‌شناسی ریف(۱۹۸۹) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شدند. یافته‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و بونفرنی در فضای نرم‌افزار SPSS26 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.
یافته‌ها: تفاوت معناداری بین گروه‌های درمان مبتنی بر طرحواره و ذهن آگاهی با گروه کنترل وجود داشت. هر دو مداخله تأثیرات معناداری بر کاهش نگرانی و افزایش بهزیستی روان شناختی در زنان نابارور داشتند ($P<۰/۰۰۱$). همچنین، بین اثربخشی گروه‌های آزمایش بر نگرانی و بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. ($P>۰/۰۵$).
نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از اثرات همسان طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرانی و بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور در ایران بود. ازاین‌رو متخصصین، پژوهشگران و درمان گران این حوزه می‌توانند از این مداخله‌ها به‌عنوان گزینه‌های مؤثر درمانی جهت بهبود کارکردهای روان‌شناسی زنان نابارور در کنار درمان‌های پزشکی آن‌ها استفاده کنند.
کلیدواژه‌ها: بهزیستی روان‌شناسی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، طرحواره درمانی، نگرانی، زنان نابارور.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

ناباروری[1] یک بیماری دستگاه تناسلی است که به‌عنوان ناتوانی در باردار شدن باوجود ۱۲ ماه رابطه جنسی محافظت نشده تعریف می‌شود (وانگ، تانگ و وانگ[2]،۲۰۲۳). بررسی ادبیات ۲۵ نظرسنجی جمعیتی در سال ۲۰۰۷ نشان داد که شیوع ناباروری از ۳/۵ درصد تا ۱۶/۷ درصد در کشورهای توسعه‌یافته‌تر و از ۶/۹ درصد تا ۹/۳ درصد در کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته متغیر است (کاکس و همکاران،۲۰۲۲). بررسی و فرا تحلیل دیگری از ۵۲ مطالعه نیز گزارش داد که ناباروری دارای میانگین شیوع ۱۰ درصدی در سراسر جهان است (مقدم، دلپیشه و سایه میری، ۲۰۱۶). تجزیه‌وتحلیل سیستماتیک بروز ناباروری نشان داد که ۱۹٪ از زنان از ناباروری اولیه و ۱۰/۵ درصد از ناباروری ثانویه رنج می‌برند (کیانی و همکاران،۱۳۹۷). نزدیک به ۲۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلابه ناباروری هستند. بااین‌حال تا سال ۲۰۲۳، انتظار می‌رود که میزان شیوع ناباروری به ۱۸/۲ درصد برسد (وانگ و همکاران،۲۰۲۳). سازمان بهداشت جهانی ناباروری را به‌عنوان یک مشکل مهم سلامت باروری می‌داند که باعث اختلال‌های عاطفی، روانی و اجتماعی می‌شود؛ اما نامرئی بودن این وضعیت به این معنی است که حداقل نگرانی را برانگیخته است و افراد مبتلا را از اعمال کنترل بر زندگی خود بازمی‌دارد (کیانی و همکاران، ۲۰۲۰). عواقب ناشی از ناباروری چندگانه است و می‌تواند پیامدهای اجتماعی و درد و رنج شخصی به همراه داشته باشد و افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگونی قرار دهد (شاهوردی و همکاران، ۱۳۹۴).

مطالعات پیشین نشان داده‌اند که ناباروری علاوه بر ناتوانی در باردارشدن به‌طور طبیعی، با بیماری‌های جسمی و روانی مختلفی مانند اضطراب و نگرانی، افسردگی، علائم وسواس فکری و اختلال خواب نیز مرتبط است (وانگ و همکاران،۲۰۲۳). در سال‌های گذشته ناباروری به‌عنوان یک بیماری شرم‌آور مطرح می‌شد و جامعه و خانواده ممکن بود بار روانی و نگرانی بیشتری را به افراد و زوج‌ها وارد کند که بر سلامت جسمی و روانی بیماران نابارور تأثیر زیادی می‌گذاشت (ژو[3] و همکاران،۲۰۲۲). ازاین‌رو یکی از عوامل مهمی که اثرات منفی بر زنان نابارور دارد، نگرانی[4] است. استفاده از نگرانی نوعی راهبرد مقابله‌ای و اجتناب از تجربه هیجانی محسوب می‌شود. نگرانی را می‌توان به‌عنوان تلاش شناختی نا مؤثری برای حل مسئله و از بین بردن خطر ادراک‌شده در نظر گرفت، درحالی‌که به‌طور هم‌زمان موجب اجتناب از تجارب هیجانی و جسمی آزارنده می‌شود که به‌طور طبیعی طی پردازش مواجهه با ترس اتفاق می‌افتد. درنتیجه نگرانی با از بین بردن تصاویر ترسناک و آزاردهنده به‌صورت منفی تقویت‌شده و ازاین‌رو نگرانی تداوم می‌یابد (خالقی، محمدخانی و حسنی، ۱۳۹۵). در سال‌های اخیر، با افزایش بروز ناباروری، توجه پژوهشگران بیشتر به استرس‌های روان‌شناسی، مانند اضطراب و افسردگی و نگرانی زنان نابارور معطوف شده است (کامبوج و همکاران،[5]۲۰۲۳؛ تیکلمیچل، کازا، ویلدتنسای[6]،۲۰۲۲) با این حال، بسیاری از مطالعه‌های کنونی تنها بر رابطه بین شرم و نگرانی روانی تمرکز داشتند و تنها مطالعات کمی (لیانگ[7] و

1 Infertility
2 Wang, Tang & Wang
3 Zhu
4- Worry
5 Kamboj
6 Teklemicheal, Kassa & Weldetensaye
7 Liang

همکاران،۲۰۲۲؛ ژو[1] و همکاران،۲۰۲۲) عوامل خطر استرس و نگرانی روانی را در زنان نابارور بررسی کردند. از عوامل مؤثری دیگری که در زنان نابارور تخت تأثیر قرار می‌گیرد، بهزیستی روان‌شناسی[2] است که شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین اهداف معین و ترسیم‌شده یا پیامدهای عملکردی است که در فرآیند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منجر می‌شود (نیک پور و همکاران، ۱۴۰۰). در گذشته، ریف[3] (۱۹۸۹) الگوی بهزیستی روان‌شناسی را با تأکید بر این‌که سلامت مثبت چیزی فراتر از فقدان بیماری است، ارائه کرد. او معتقد بود در مطالعات پیشین، نسبت به جنبه‌های مثبت کارکرد روانی غفلت شده و لازم است در ادبیاتی دیگر این جنبه‌ها بیشتر موردتوجه قرار گیرد. بالاخره ریف مفهوم بهزیستی روان‌شناسی را در حیطه روان‌شناسی مثبت مطرح کرد. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقاست که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود. بهزیستی روان‌شناسی یعنی تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است. ریف و همکاران با تأکید بر سلامت مثبت پیشنهاد کرد بهزیستی روان‌شناسی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد، اشاره می‌کند (نیک پور و همکاران، ۱۴۰۰). برخی از پژوهشگران این سازه را تجربه فرد از اهداف تکمیل‌شده‌اش می‌دانند (روزلن[4] و همکاران، ۲۰۱۷) ازآنجایی‌که بهزیستی روان‌شناسی پیامدهای روان‌شناسی مثبت زیادی به همراه دارد بررسی عوامل مؤثر بر آن بسیار حائز اهمیت است (هاتف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۸).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، یکی از چالش-های مهم بهداشتی، مشکلات سلامت روان زنان باردار است، به همین دلیل شناسایی مداخله‌های درمانی نوین در این زمینه یک ضرورت است (گودرزی، غلامرضایی وامرایی،۱۴۰۰). در این راستا یکی از روش‌های مؤثر موج سوم روان‌درمانی در کاهش مشکلات زنان نابارور، طرحواره درمانی[5] است. طرحواره‌ها الگوهای عمیق و فراگیری هستند که از خاطره، هیجان و شناخت تشکیل شده و در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در بزرگسالی تداوم می‌یابند (ننادیک، لامبرت و ریس[6]، ۲۰۱۷). هدف درمان این است که بیماران به‌جای سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار از سبک‌های مقابله‌ای سازگارتر استفاده کنند تا از این طریق بتوانند نیازهای هیجانی اساسی خود را ارضا کنند (بالساموو[7] و همکاران، ۲۰۱۵). طرحواره‌ها به‌عنوان بازنمایی‌های سازمان‌یافته از تجربیات دوران اولیه زندگی توصیف‌شده‌اند که بر ادراک، رفتارها و افکار افراد تأثیر به سزایی دارند(ون دیجکت[8] و همکاران، ۲۰۱۹). افزون بر این در سال‌های اخیر، یکی از رویکردهای درمانی که بسیاری از پژوهشگران اثربخشی آن در حوزه‌های مختلف را بررسی کرده‌اند، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[9] است (فراسدوتیر و دورجی[10]، ۲۰۱۹). شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[11] را نخستین بار تیزدل و همکارانش در سال ۱۹۹۲ با ترکیب اصول و مؤلفه‌های کاهش استرس مبتنی

1 Zhu
2 Psychological well-being
3 Ryff
4 Roslan
5 Schemaa therapy
6 Nenadi, Lamberth & Reiss
7 Balsam
8 Van Dijk
9 Mindfulness-based cognitive therapy
10 Frostadottir & Dorjee
11 Mindfulness.based cognitive therapy

بر ذهن‌آگاهی کاباتزین و درمان شناختی بک پایه‌ریزی کردند (سگال، ویلیامز وتیزدل[1]، ۲۰۱۳). هدف اصلی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که شرکت‌کنندگان بتوانند با افکار، احساسات و حالات بدنی خود ارتباط برقرار کنند و چرخه‌های ناکارآمد عادتی مانند نشخوار فکری و... را که باعث می‌شود آن‌ها در مقابل اختلال‌های روان‌شناسی آسیب‌پذیر باشند، کنار بگذارد (کرسول[2]، ۲۰۱۹؛ سگال و همکاران، ۲۰۱۳). به‌طورکلی شناخت درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری بر دامنهٔ وسیعی از مشکلات و اختلال‌های روان‌شناسی اثربخش بوده است (فراسدوتیر و دورجی، ۲۰۱۹).

در راستای پژوهش‌های انجام شده نتایج پژوهش لوئیس[3] و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند طرحواره‌درمانی سبب بهبود بهزیستی روان‌شناسی در افراد می‌شود. شاهمرادی، خالقی پور و مسجدی (۱۳۹۷) نیز بیان کردند که طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان دو روش درمانی مؤثر در کاهش طرحواره‌های ناسازگار و ارتقاء سلامت بیماران مؤثر است. نتایج پژوهش محمدپور، تاجیک زاده ومحمدی (۱۳۹۷) نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سبب کاهش علائم روان‌شناسی زنان باردار و نشخوار فکری می‌شود. بر اساس نتایج پژوهش حسن نژاد و همکاران (۱۳۹۶) درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی راهبرد بالینی مؤثری برای ارتقای بهزیستی روان‌شناسی زنان نابارور است. پژوهش توزندجا و باقرزاده قلمکانی[4] (۲۰۲۰) نشان داد طرحواره‌درمانی بر تحمل ابهام اثربخش بود. با توجه به افزایش روزافزون ناباروری در کشورهای درحال‌توسعه، ازجمله ایران لزوم توجه به‌سلامت روان افراد نابارور به‌خصوص زنان نابارور که بیشتر از مردان در معرض عوامل تنش‌زای جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از ناباروری و درمان آن قرار دارند، احساس می‌شود. به دلیل مشکلات روان‌شناسی و تنش‌های ناشی از نازایی، پژوهش‌هایی که اثربخشی مداخله‌های روان‌شناسی را بر این جامعه موردبررسی قرار دهد، مهم و ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به موارد مطرح‌شده، پژوهش حاضر به‌منظور مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی زنان نابارور انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان نابارور ۱۸ تا ۴۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز نازایی شهر ساری در شش‌ماهه دوم سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه آماری با توجه به ماهیت نیمه آزمایشی بودن آن و بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند برای سه گروه ۱۵ نفر گروه کنترل؛ ۱۵ نفر گروه آزمایشی طرحواره‌درمانی و ۱۵ نفر گروه آزمایشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌ها جایدهی شدند. معیارهای ورود شامل: ابتلا به ناباروری بر اساس تشخیص متخصص زنان و زایمان، مدت‌زمان نازایی یک تا ۸ سال، سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال، اعلام رضایت برای شرکت در جلسات از طریق تکمیل فرم رضایت و عدم

1 Segal, Williams &Teasdale
2 Creswell
3 Loui
4 Toozandehja

ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی، صعب‌العلاج جسمی مثل سرطان و عدم مصرف داروهای اعصاب و روان در سه ماه گذشته؛ و معیارهای خروج نیز: شامل عدم تمایل به شرکت در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه در درمان و ابتلا به یک بیماری خاص و بارز جسمی در طول دوره مداخله و نیز مصرف داروی اعصاب و روان در طی دوره ۳ ماهه بود. در این پژوهش به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آنان در ارتباط با موضوع و داده‌های پژوهش محرمانه بوده و صرفاً جهت انجام پژوهش انجام شد. به‌منظور انجام پژوهش مجوز لازم از دانشگاه و معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد ساری اخذ شد. ابتدا از افراد واجد شرایط بر اساس مصاحبه اولیه و نمره پرسشنامه‌های نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی، پیش‌آزمون گرفته شد. افراد گروه آزمایش ۱ تحت جلسه‌های درمانی مبتنی‌برذهن‌آگاهی به مدت هفته‌ای ۱ جلسه در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت گروهی بر اساس پروتکل درمانی ویلیامز و همکاران (۲۰۰۲) قرار گرفتند. همچنین، افراد گروه آزمایش ۲ تحت جلسه‌های طرحواره درمانی به مدت هفته‌ای ۱ جلسه در قالب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت گروهی بر اساس پروتکل درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) قرار گرفتند. این مداخله توسط محقق که دارای گواهی آموزشی مرتبط با درمان‌های ذهن آگاهی و طرحواره بود، انجام گرفت. دو روز پس از اتمام پس‌آزمون درمانی، بیماران مجدد پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. گروه کنترل بعد از کامل کردن پیش‌آزمون، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. مرحله پیگیری دو ماه بعد از پس‌آزمون بر روی نمونه اجرا شد. جهت گردآوری داده‌ها از روش آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزارSPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. خلاصه جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران،۲۰۰۳) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (ویلیامز و همکاران،۲۰۰۲) در جدول ۱ و ۲ نشان داده شداست

.

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران،۲۰۰۳)

جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه و آشنایی- برقراری رابطه حسنه با بیماران- بیان اهداف و اهمیت طرحواره درمانی- آموزش طرحواره‌ها و ریشه‌های تحولی آن‌ها- آموزش ذهنیت‌های طرحواره و سبک‌های مقابله ای-اجرای پیش‌آزمون
دوم	مروری بر آموزش‌های ارائه‌شده در جلسه قبل شامل انواع طرحواره‌ها، ریشه‌های تحولی آن‌ها و ذهنیت‌های طرحواره و سبک‌های مقابله‌ای، پاسخ به سؤالات بیماران از مطالب جلسه قبل-ارائه فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ جهت پاسخ به سؤالات آن به‌عنوان تکلیف خانگی و ارائه آن در جلسه بعدی
سوم	بررسی پاسخ بیماران به سؤالات پرسشنامه و تمرکز بر سؤالات با نمره بالا جهت تشخیص طرحواره‌ها-آموزش و آگاهی در مورد طرحواره‌ها و ذهنیت های طرحواره‌ای و تاریخچه زندگی و تجارب شخصی مرتبط با طرحواره‌ها
چهارم	مروری بر آموزش‌های ارائه شده در جلسه قبل- پاسخ به سؤالات بیماران از تکلیف پرسشنامه طرحواره در جهت شناسایی طرحواره‌های خود- توصیف ذهنیت‌های طرحواره ای خود به‌عنوان تکلیف جلسه

پنجم	معرفی تکنیک‌های شناختی و تمرین آن‌ها- شناسایی تحریف‌های شناختی- آزمون طرحواره‌ها- تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره‌ها
ششم	ادامه آموزش تکنیک‌های شناختی-ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای- تهیه کارت‌های آموزشی برای استفاده در موقعیت‌های برانگیزاننده طرحواره‌ها
هفتم	معرفی تکنیک‌های تجربی و تمرین آن‌ها مثل تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی برای برانگیختن طرحواره‌ها و ارتباط دادن آن‌ها به مشکلات فعلی بیماران و نیز اجرای باز والدینی حد و مرزدار
هشتم	مروری بر تکنیک‌های شناختی وتجربی-ترغیب بیماران به نوشتن نامه به والدین یا منشأ طرحواره ها جهت برون‌ریزی هیجانی به‌عنوان تکلیف خانگی
نهم	پاسخ به سؤالات بیماران از جلسات قبل-خواندن نامه به والدین توسط یکی از بیماران داوطلب و کمک به برون‌ریزی هیجانی بیماران از طریق یادگیری جانشینی فرد داوطلب
دهم	معرفی تکنیک‌های رفتاری و تمرین آن‌ها- ترغیب بیماران به رها کردن سبک‌های مقابله‌ای و جایگزین کردن آن‌ها با راهکارهای بهینه و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد به‌منظور ارضا نیازهای هیجانی اساسی بیماران
یازدهم	آموزش ذهنیت طرحواره‌ای- پرورش ذهنیت کودک شاد و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم با برقراری گفتگو بین جنبه‌های سالم و جنبه‌های طرحواره‌ای
دوازدهم	مروری بر همه جلسات قبلی- مرور موانع تغییر- اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. خلاصه جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (ویلیامز و همکاران،۲۰۰۲)

جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط بین اعضای گروه، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه وارسی جسمانی، تکلیف خانگی معطوف کردن توجه به فعالیت‌های روزمره و مراقبه وارسی جسمانی ۴۵ دقیقه‌ای.
دوم	مقابله با موانع و مشکلات، مراقبه وارسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند.
سوم	حضور ذهن بر روی تنفس، حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه‌دقیقه‌ای تنفس سه بار در روز.
چهارم	بودن در زمان حال، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری با شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکلیف خانگی مراقبه نشسته، فضای سه‌دقیقه‌ای تنفس به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای در زمان تجربه احساسات ناخوشایند.
پنجم	پذیرش و اجازه، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.
ششم	افکار نه حقایق، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین آماده کردن شرکت‌کنندگان برای پایان دوره، چهل دقیقه انجام تمرین روزانه، تعمق و کار بیشتر روی برنامه عملی پیشگیری از عود.
هفتم	چگونگی مراقبت از خود مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای پیاده‌سازی بعد از دوره.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، مراقبه وارسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که شرکت‌کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند؛ و در نهایت اجرای پس‌آزمون.

ابزار

پرسشنامه نگرانی[1]**:** پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است که توسط مایر، میلر، میتزگر و بورکویچ[2] (۱۹۹۰) ساخته شد. دارای ۱۶ آیتم است و گرایش افراد به نگرانی را در حالت کلی و بدون در نظر گرفتن موضوع نگرانی خاصی می‌سنجد. روش نمره‌گذاری به روش لیکرت ۵ درجه‌ای از بسیار صادق است (۱) تا اصلاً صادق نیست (۵) است. حد پایین نمرات ۱۶، حد متوسط نمرات ۴۸ و حد بالای نمرات ۸۰ است. نمره بین ۱۶ تا ۳۲ نشان دهنده شدت نگرانی کم، نمره بین ۳۲ تا ۴۸ نشان دهنده شدت نگرانی متوسط و نمره بالاتر از ۴۸ نشان دهنده شدت نگرانی زیاد در فرد است. ضرایب همسانی درونی در بین گروه‌های عادی و دانشجویان بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۱ و ضرایب بازآزمایی در بین گروه‌های بالینی و دانشجویان ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (استوبر[3]،۱۹۹۸). همچنین روایی و پایایی این مقیاس در نمونه ایرانی دهشیری، گلزاری، برجعلی و برجعلی (۱۳۸۸) به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناسی[4]**:** پرسشنامه بهزیستی روان شناسی در سال ۱۹۸۹ توسط ریف[5] طراحی شده و فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۱۲۰ ماده است؛ ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ ماده‌ای، ۵۴ ماده‌ای و ۱۸ ماده‌ای نیز پیشنهاد گردید. برای سنجش متغیر بهزیستی روان‌شناسی، از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناسی ریف فرم کوتاه ۱۸ سؤالی استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۶ بعد (استقلال: ۹، ۱۲، ۱۸- تسلط بر محیط: ۱،۴، ۶- رشد شخصی: ۷،۱۵، ۱۷- ارتباط مثبت با دیگران: ۳، ۱۱، ۱۳- هدفمندی در زندگی: ۵، ۱۴، ۱۶- پذیرش خود: ۲، ۸، ۱۰) بوده است. طیف نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای است (کاملاً موافقم: ۶ تا حدودی موافقم:۵، کمی موافقم: ۴، کمی مخالفم: ۳ تا حدودی مخالفم: ۲، کاملاً مخالفم: ۱) البته این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات شماره ۱، ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۷ معکوس شده درخواهد آمد. نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان‌شناسی بالاتر در فرد پاسخ‌دهنده است و برعکس. حداقل امتیاز ممکن ۱۸ و حداکثر ۱۰۸ خواهد بود. در پژوهش خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱ ،۰/۷۶ ،۰/۷۵ ،۰/۵۲ ،۰/۷۳ ،۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

یافته‌ها

نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد میانگین سنی آزمودنی‌های در گروه طرحواره درمانی، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل به ترتیب ۳۴/۶۲، ۳۲/۲۵ و ۳۵/۴۱ بود. همچنین ۱۸ نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک دیپلم و کمتر، ۲۱ نفر (۴۶/۶۶ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۶ نفر (۱۳/۳۴ درصد) دارای مدرک

1 Worry questionnaire
2 Meyer, Miller, Metzger & Borkovec
3 Stöber
4 Psychological well-being Questionnaire
5 Ryff

ارشد بودند. در جدول ۳ نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهشی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۳- آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	گروه کنترل		طرحواره‌درمانی		MBCT	
		M	SD	M	SD	M	SD
نگرانی	پیش‌آزمون	۶۹/۴۱	۱۲/۳۵	۷۱/۲۴	۹/۶۶	۷۲/۰۲	۱۱/۵۶
	پس‌آزمون	۷۱/۲۰	۱۱/۶۴	۶۰/۶۷	۱۲/۰۹	۶۱/۱۸	۹/۳۱
	پیگیری	۷۰/۳۳	۱۲/۷۸	۶۲/۲۱	۱۱/۱۳	۶۰/۱۳	۱۱/۳۷
بهزیستی روان‌شناسی	پیش‌آزمون	۳۴/۱۰	۷/۴۸	۳۱/۹۸	۶/۸۸	۳۲/۶۷	۷/۳۳
	پس‌آزمون	۳۲/۲۴	۷/۸۱	۴۳/۷۸	۸/۴۰	۴۵/۴۹	۹/۵۱
	پیگیری	۳۴/۶۹	۵/۳۹	۴۴/۱۴	۷/۵۴	۴۵/۰۷	۸/۷۴

مقایسه میانگین‌های درج‌شده در جدول ۳ نشان داد میانگین نگرانی در گروه‌های آزمایشی کاهش و میانگین بهزیستی روان‌شناسی افزایش یافته است.

پیش از انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض‌های آن بررسی شد که نتایج در جدول ۴ گزارش شده است

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک و همگنی شیب‌های رگرسیونی در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاپیرو- ویلک		همگنی شیب‌های رگرسیونی		آزمون ام باکس		
		آماره	P	آزمون F	P	ام باکس	آزمون F	P
نگرانی	آزمایش	۰/۱۴	۰/۸۹	۰/۶۷	۰/۴۱	۴/۴۶۶	۱/۱۷	۰/۶۸۴
	کنترل	۰/۸۳	۰/۳۹					
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۰/۴۶	۰/۷۰	۰/۳۴	۰/۷۴			
	کنترل	۰/۳۱	۰/۶۲					

برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از شاخص آزمون شاپیرو- ویلکز استفاده شد؛ نتایج نشان داد که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری، داری توزیع نرمال بوده است ($p>۰/۰۵$) که این به معنای رعایت این پیش‌فرض است. همچنین همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد تعامل بین پیش-آزمون و گروه (آزمایش و کنترل) برای متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) معنی‌دار نیست ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین شیب-های رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل همسان بود. بر اساس نتایج آزمون ام. باکس فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس رعایت شده است ($P>۰/۰۵$,

F=۱/۱۷). بر این اساس و با توجه سایر پیش‌شرط‌های بررسی شده در مرحله قبل تمامی مفروضات لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است. با توجه به تائید شدن آزمون **M** باکس، برای ارزیابی اثر چند متغیری از لامبدای ویلکز استفاده شد. بر اساس آزمون چندمتغیری در جدول ۴ و تحلیل ترکیب خطی نمره نگرانی و بهزیستی روان‌شناختی در بین گروه‌ها، نتایج بر حسب زمان و نیز اثرات تعاملی گروه و زمان مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۴. نتایج آزمون چندمتغیری اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی‌مبتنی ذهن آگاهی بر متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P	η^2
زمان	۰/۶۲	۶/۱۴	۳	۵۶	۰/۰۱۲	۰/۲۵
گروه× زمان	۰/۴۸	۷/۹۸	۶	۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲

مطابق با نتایج جدول ۴، بین نمره نگرانی و بهزیستی‌روان شناسی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (**p**<۰/۰۵). بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمره نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارتی بین زمان و گروه تعامل وجود دارد. همان‌طور که در جدول بالا مشخص شده است، اثر زمان در مورد متغیر، نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی معنادار است (**P**=۰/۰۰۱)؛ به عبارتی؛ بین میزان نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی در زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین در این جدول اثر تعاملی بین زمان و گروه نیز نشان داده شده است؛ که این در ادامه نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی بررسی شد؛ اما قبل از آن مفروضه آزمون کرویت موخلی-بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطا آزمون شد که نتایج نشان داد فرض کرویت موخلی در مورد نمره نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی محقق شده است. در ادامه آزمون تحلیل واریانس تک متغیری در جدول۵ مشخص گردید

اثر از نظر آماری معنادار است (**P**=۰/۰۰۱)؛ بنابراین میزان نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی با سطوح گروه‌ها تعامل دارد؛ یعنی میزان، نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی در سطوح مختلف گروه‌ها متفاوت است. در ادامه نتایج آزمون بونفرونی نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۶ ارائه شد.

جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مقایسه زوجی	اختلاف میانگین	انحراف میانگین	سطح معناداری
نگرانی	طرحواره درمانی -کنترل	۱۰/۷۵	۱/۱۲	۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی -کنترل	۹/۲۳	۱/۱۲	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی - شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۰۳	۱/۱۲	۰/۵۶
بهزیستی روان‌شناسی	طرحواره درمانی -کنترل	۱۲/۴۵	۲/۱۷	۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی -کنترل	۱۱/۰۷	۲/۱۷	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی - شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۷۹	۲/۱۷	۰/۱۹

بر اساس نتایج بین نمرات میزان نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (**P**=۰/۰۰۱). نتایج جدول ۶ نشان داد که در مورد نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی تفاوت بین گروه طرحواره درمانی و کنترل از نظر آماری نیز تائید شد (**P**=۰/۰۰۱). همچنین تفاوت بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل از نظر آماری نیز معنی‌دار شد (**P**=۰/۰۰۱). این مسئله بدین معنی است که بین میزان اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل بر بهبود نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی تفاوت معناداری وجود دارد و میزان اثربخشی آن در هر دو گروه آزمایش بیشتر است. بعلاوه طبق نتایج جدول فوق تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش از نظر تغییر نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی وجود ندارد (**P**>۰/۰۵).

بحث

پژوهش حاضر به‌منظور مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و شناخته بر نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی زنان نابارور انجام شد. نتایج نشان داد، بین دو گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این مسئله بدین معنی است که بین میزان اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل بر بهبود نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی تفاوت معناداری وجود دارد که میزان اثربخشی آن در هر دو گروه آزمایش بیشتر بود.

نتایج این پژوهش از منظر اثربخش بودن طرحواره درمانی بر نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی زنان نابارور با یافته‌های کولارد، آونی و بونیو ل[1] (۲۰۱۸)، لوئیس و همکاران(۲۰۱۸)، ندائی و همکاران (۱۴۰۲) همسو بود. در تبیین این یافته بر اساس رویکرد طرحواره درمانی می‌توان گفت که تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پی

1 Collard, Avny, & Boniwell

طرحواره درمانی باعث تغییر در سبک زندگی و نگرش و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در بیماران می‌شود. از این نظر طرحواره‌های روانی در کنار آمدن افراد با موقعیت‌های مترقبه مفید هستند؛ بنابراین می‌توان طرحواره-های زنان نابارور را با استفاده از طرحواره درمانی به‌عنوان یک رویکرد روان‌شناسی (برای مثال یک جهان‌بینی و یک الگوی فکری) تغییر داد (ایزدی، اشرفی و فتحی آشتیانی، ۲۰۱۹)؛ به‌عبارتی‌دیگر طرحواره درمانی به زنان نابارور کمک می‌کند تا درباره آنچه در دنیای درونی آن‌ها در جریان است و همچنین درباره آنچه تجربه می‌کنند شامل احساسات جسمی، متنوع، افکار، عقاید و ارزش‌ها اظهارنظر کنند. وقتی فرد درباره خاستگاه الگوهای ناکارآمد خودآگاهی پیدا می‌کند، زندگی و رابطه برای او معنای تازه‌ای می‌یابد و فرد می‌تواند تعاملات منفی و الگوهای شخصیتی نامناسب خود را کنار بگذارد و به ذهنیت سالم روی آورد؛ همچنین برای رهایی از تله‌های زندگی راهی پیدا کند و نیازهای عاطفی اصلی خود را برآورده سازد (ستوده فر، ۱۳۹۵). این راهبرد بر سطح عمیق‌تر شناخت تأکید می‌کند و به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح کند؛ این عمل میزان موفقیت زیادی در درمان اختلالات مانند اضطراب، افسردگی، بهبود شادکامی، سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی دارد (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۱۲)؛ بنابراین آموزش آن به افراد، باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار، باعث کاهش توجه و حساسیت بیش‌ازحد به مسائل ناباروری می‌شود و درنتیجه سازگاری آن‌ها بهبودیافته که خود عاملی جهت ارتقای بهزیستی روان شناسی و کاهش نگرانی آنان می‌شود.

همچنین نتایج این پژوهش از منظر اثربخش بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی زنان نابارور با یافته‌های توزندجا و باقرزاده قلمکانی (۲۰۲۰)، گلدبرگ[1] و همکاران (۲۰۱۹) و سلطانی و همکاران (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین می‌توان گفت که بر مبنای نظر شریفی و همکاران (۲۰۱۵) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نه تنها باعث بهبود وضعیت روحی و روانی در زنان نابارور و مبتلابه سقط مکرر جنین می‌شود، بلکه احتمال ناباروری و به دنیا آوردن نوزاد را در آن‌ها افزایش می‌دهد. این شیوه درمانی به زنان نابارور کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که باعث استرس و نگرانی می‌شوند شناسایی کنند، شناخت بهتری نسبت به خود پیدا کنند، نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند و راهبردهای مقابله‌ای مناسب را برای مواجهه با این موقعیت‌ها بیاموزند. در زنان نابارور و مبتلابه سقط مکرر جنین عامل نگرانی بسیار مشهود است و افرادی که مهارت‌های مقابله‌ای لازم را برای کنترل استرس و نگرانی دریافت می‌کنند، این توانایی را دارند که افکار استرس‌زا و نگران‌کننده را کنترل نمایند؛ لذا استرس، نگرانی به‌طور پیوسته کاهش می‌یابد. درنتیجه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش نگرانی در زنان نابارور داشته باشد. افزون بر این می‌توان بیان داشت که دلیل اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در این پژوهش این است که درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و رفتار زنان نابارور می‌شود. همچنین، می‌توان گفت چون ذهن‌آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و

1 Goldberg

افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی به‌ویژه عواطف منفی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌گونه که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند؛ بنابراین می‌تواند در ارتقای بهزیستی روان‌شناسی داشته باشد. به‌طورکلی، مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق مکانیسم افزایش پردازش عصبی مرتبط با شناسایی حالات و احساسات بدنی می‌تواند بر نگرانی و بهزیستی‌روان شناسی زنان نابارور تأثیر خود را بگذارد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت معنادار بین دو گروه‌درمانی طرحواره‌درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی زنان نابارور وجود ندارد و هر دو روش به یک میزان بر بهبود نگرانی و بهزیستی روان‌شناسی تأثیر گذاشته‌اند. این‌رو پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان از این متدهای آموزشی استفاده بیشتری برای مراجعین خود ببرند. همچنین به‌منظور افزایش اثربخشی، این برنامه با دیگر روش‌های آموزشی و درمانی مشکلات زنان نابارور همراه باشد. در پژوهش‌های بعدی به تأثیر این درمان‌ها بر متغیرهایی نظیر کیفیت زندگی، تعارض زناشویی، رضایت زناشویی، دل‌زدگی زناشویی و... پرداخته شود. محدودیت پژوهش شامل: محدود بودن به زنان نابارور ۱۸ تا ۴۵ ساله، سوگیری افراد نسبت به پاسخگویی سؤالات پرسشنامه و وجود متغیرهای ناخواسته، اما اثرگذار بر نتایج پژوهش و عدم استفاده از سایر ابزارهای پژوهشی مانند مشاهده و مصاحبه با بیماران بوده است.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری روانشناسی بالینی از دانشگاه آزاد ساری به کد اخلاق به شماره شناسه **IR.IAU.SARI.REC.1401.023** است. همچنین از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود. نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارند.

References

Balsamo M, Carlucci L, Sergi M R, Murdock KK, Saggino A. (2015). The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relation between Co- Rumination and Depression in Young Adults. PLoS ONE, 10(10), 1-14

Collard P, Avny N, Boniwell I. (2018). Teaching mindfulness based cognitive therapy (MBCT) to students: The effects of MBCT on the levels of mindfulness and subjective well-being. Counselling Psychology Quarterly, 21(4), 323-336.

Cox C M, Thoma M E, Tchangalova N, Mburu G, M J, Bornstein Johnson C L, Kiarie J. (2022). Infertility prevalence and the methods of estimation from 1990 to 2021: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Open, (4): hoac051

Creswell JD, Lindsay EK, Villalba DK, Chin B. (2019). Mindfulness training and physical health: mechanisms and outcomes. Psychosomatic Medicine, 81, 224-32.

Dehshiri Gh, Golzari M, Borjali A, & Borjali F. (2009) Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students, Clinical Psychology, 1(4): 67-75. (In Persian)

Frostadottir AD, Dorjee D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy

psychological well-being scale in male and female students. Thought and Behavior, 32(8), 27-93.

Kiani z, Simbar M, Hajian S, Zayeri F, Shahidi M, Saei Ghare Naz M, Ghasemi V.(2020). The prevalence of anxiety symptoms in infertile women: a systematic review and meta-analysis. Fertil Res Pract, 15;6:7(In Persian)

Liang S, Chen Y, Wang Q, Chen H, Cui C, Xu X, et al. (2021). Prevalence and associated factors of infertility among 20–49 year old women in Henan Province, China. Reproductive Health.18:254. pmid:34930324; PubMed Central PMCID: PMC8691046.

Louis JP, Wood AM, Lockwood G, Ho MHR, Ferguson E. (2018). Positive clinical psychology and Schema Therapy (ST): The development of the Young Positive Schema

Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD.(1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behav Res Ther. 28(6): 487–495

Moghaddam AD, Delpisheh A, Sayehmiri K.. (2016).An investigation of the worldwide prevalence of infertility as a systematic review. *Qom Univ Med Sci J*,10:76–87

Nedaei A, Qamari Gavi H, Sheykholeslami A, Sadri Damirchi E. The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2023; 10 (1) :103-115. (In Persian)

Nenadić I, Lamberth S, Reiss N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. Psychiatry research;253:9-12

Nikpour F, Khalatbari J, Rezaei A, Jamhari F. (1400). Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment on the forgiveness of divorced women. Scientific Research Quarterly Journal of Psychological Sciences. 20 (100): 607-597

Roslan S, Ahmad N, Nabilla N, Ghiami Z .(2017). Psychological Well-being among (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. Frontiers in Psychology, 10, 1-11.

Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Kearney DJ, Simpson TL. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. Cognitive behaviour therapy, 48(6), 445-462.

Goudarzi M, Gholamrezaei S, Amraei K. (2021). The effectiveness of online unified transdiagnostic treatment on psychological distress, mindfulness, meta-emotion and psychological empowerment of pregnant women. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 8 (1):88-105. (In Persian)

Hassannejad N, Zeinalzadeh M, Mirzaian B. (2016). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the psychological well-being of infertile women, International Conference on the Culture of Psychopathology and Education, Conference Type: Scientific Associations

Izadi F,Ashrafi E, Fathiashtiani A.(2019). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reduction of Negative Emotional Schemas, Emotional Consciousness and Symptoms of Patients with Physical Symptoms. Journal of Behavioral Sciences Research. 17(2):232-243(In Persian)

Joshanlo M, Rostami R, Nosratabadi M. (2007). examining the factor structure of the Keyes comprehensive scale of well-being. Journal of Iranian Psychologists. 3(9): 35-51. (In Persian).

Kamboj N, Saraswathy KN, Prasad S, Babu N, Puri M, Sharma A, et al. (2023). Women infertility and common mental disorders: A cross-sectional study from North India. Plos one.18(1):e0280054.

Khaleghi M, Mohammadkhani S, Hosni J. (2016) The effectiveness of emotional schema therapy in reducing worry and anxiety symptoms of patients with generalized anxiety disorder (GAD): a single subject study. Clinical Psychology. 8(2), 55-43.

Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA and Shukri A. (2013). Factorial structure and psychometric properties of the short form (18 questions) of RIFF

Toozandehja H, Bagherzadeh Golmakani, Z. (2020). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Compassion-Focused Therapy in resiliency and Ambiguity Tolerance in Divorce-Seeking Women. Fundamentals of Mental Health,22(6)357-367

Van Dijk M, Veenstra MS, Bouman R, Peekel J, Veenstra H, Van Dalen J, Voshaar O. (2019). Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized trial. BMC psychiatry, 19 (1), 26

Wang L, Tang Y, Wang Y. (2023). Predictors and incidence of depression and anxiety in women undergoing infertility treatment: A cross-sectional study. PLoS ONE 18(4): e0284414

Yang J, Klosko J, Vishar M. (2012). Schema therapy (a practical guide for clinical professionals). Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Indoz (2017). Tehran: Nesler Farda

Young JE, Klosko JS, Weishaar M E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press.

Zhu C, Yan L, He C, Wang Y, Wu J, Chen L, et al. (2022). Incidence and risk factors of infertility among couples who desire a first and second child in Shanghai, China: a facility-based prospective cohort study. Reproductive Health.19:155. pmid:35804377

Zhu H, Shi L, Wang R, Cui L, Wang J, Tang M, et al. (2022). Global Research Trends on Infertility and Psychology From the Past Two Decades: A Bibliometric and Visualized Study. Frontiers in Endocrinology.13:889845.

Postgraduate Students. Acta Medica Bulgarica, 44 (1), 35-41. (In Persian)

Ryff CD. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology, 57(6), 1069-1081.

Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press.

Shahmoradi Z, Khaleghipour S, Masjidi M. (2017). Comparison of the effectiveness of "schema therapy" and "cognition therapy based on mindfulness" on inconsistent schemas and general health of patients with vitiligo, Health Promotion Management, 7(6), 41-51.

Shahverdi J, Rezaie M, Ayaziroz Bahani M, Sadeghi H, Bakhtiari M, Shahverdi M. (2015). The relationship of general health with happiness, feelings of humiliation and marital conflicts in infertile women in Boroujerd. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 25 (90), 54-47. (In Persian)

Soltani S, Mami S, Ahmadi V, Mohammadzadeh J. Effectiveness of mindfulness therapy in reducing rumination, perceived stress and feelings of loneliness in women with Multiple Sclerosis (MS). Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2023; 9 (6) :146-161. (In Persian)

Sotoudefar F. (2015). Comparison of the effectiveness of two types of reality therapy and schema therapy on the resilience and emotional regulation of teenage girls with borderline personality who have experienced emotional failure, student theses archive system, Islamic Azad University, Najafabad branch.

Stöber J. (1998). Reliability and validity of two widely-used worry questionnaires: self-report and self-peer convergence. Pers Individ Differ.24(6):887-90.

Teklemicheal AG, Kassa EM, Weldetensaye EK. (2022). Prevalence and correlates of infertility related psychological stress in women with infertility: a cross-sectional hospital based survey. BMC Psychology.10(1):91.