



# Comparing the Effect of “Schema Therapy” and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” on Rumination Response and Worry in Infertile Women

Anahita Sahour<sup>1</sup>, Bahram Mirzaian<sup>2\*</sup>, Shaban Heydari<sup>3</sup>

1- PhD Student in General Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Corresponding author:** Bahram Mirzaian, Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Email:** BahramMirzaian@gmail.com

Received: 12 Dec 2023

Accepted: 10 July 2024

## Abstract

**Introduction:** Infertile women often experience chronic stress that can have a negative effect on their general well-being and increase the burden of infertility. The present study was conducted with the aim of comparing the effect of “Schema Therapy” and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” on rumination response and worry in infertile women.

**Methods:** The research was conducted in a multi-group semi-experimental method with pre-test-post-test and follow-up with a control group. Among the women referred to the infertility centers of Sari city in the second half of 2022, 45 were selected using non-random and convenience sampling method and randomly assigned to 2 intervention groups and a control group. Data collection instruments included demographic questionnaire, "Ruminative Response Scale" and "Penn State Worry Questionnaire". Face validity was done using the qualitative method of the instruments and reliability was done using the internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The “Schema Therapy” group received 12 sessions 90-minute and the “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” group received interventions related to their group in 8 sessions 90-minute and once a week. The findings were analyzed in SPSS. 26.

**Results:** Both "Schema Therapy" and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” had significant effects on reducing rumination response and worry in infertile women ( $P < 0.001$ ). The effectiveness of “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” was higher on reducing rumination response. In addition, no significant difference was observed between the "Schema Therapy" and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” groups on worry in the post-test and follow-up stages ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** “Schema Therapy” and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” have significant effectiveness in reducing rumination and worry in infertile women in Iran. However, the effect of “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” on reducing rumination response is greater than “Schema Therapy”. Therefore, experts, researchers and therapists in this field can use these interventions as effective therapy options to improve the psychological functions of infertile women along with their medical therapy.

**Keywords:** Infertile Women, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Rumination Response, Schema Therapy, Worry.



## مقایسه «تأثیر طرحواره درمانی» و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر پاسخ نشخوار و نگرانی در زنان نابارور

آناهیتا ساهور<sup>۱</sup>، بهرام میرزائیان<sup>۲\*</sup>، شعبان حیدری<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: بهرام میرزائیان، استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.  
ایمیل: BahramMirzaian@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۲۳

### چکیده

**مقدمه:** زنان نابارور اغلب تنش مزمنی را تجربه می کنند که می تواند تأثیر منفی بر بهزیستی عمومی آن ها داشته باشد و بار منفی ناباروری را افزایش دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر مداخله های "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر پاسخ نشخوار و نگرانی در زنان نابارور انجام شد.

**روش کار:** پژوهش به روش نیمه تجربی چند گروهی با پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل انجام شد. از بین زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز نازایی شهر ساری در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ با استفاده از روش نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس، ۴۵ تن انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل گمارش شدند. ابزارهای گردآوری داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس پاسخ نشخواری" (Ruminative Response Scale) و "پرسشنامه نگرانی پن استت" (Penn State Worry Questionnaire) بود. روایی صوری به روش کیفی ابزارها و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. گروه "طرحواره درمانی" در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای و گروه "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی و هفته ای ۱ بار مداخله های مربوط به گروه خود را دریافت کردند. یافته های به دست آمده در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** هر ۲ مداخله "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" تأثیرات معناداری بر کاهش نشخوار و نگرانی در زنان نابارور داشتند ( $P < 0/001$ ). اثربخشی "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر کاهش پاسخ نشخوار بیشتر بود. افزون بر این، تفاوت معناداری بین گروه های "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر نگرانی در مراحل پس آزمون و پیگیری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" از اثربخشی قابل توجهی در جهت کاهش پاسخ نشخوار و نگرانی در زنان نابارور در ایران برخوردار هستند. با این وجود که تأثیر "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر کاهش پاسخ نشخوار بیشتر از "طرحواره درمانی" است. از این رو متخصصین، پژوهشگران و درمان گران این حوزه می توانند از این مداخله ها به عنوان گزینه های مؤثر درمانی جهت بهبود کارکردهای روانشناختی زنان نابارور در کنار درمان های پزشکی آن ها استفاده کنند.

**کلیدواژه ها:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، طرحواره درمانی، پاسخ نشخوار، نگرانی، زنان نابارور.

## مقدمه

در حال حاضر ناباروری یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشت جهانی است که مردان و زنان در سنین باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). داده‌های جهانی نشان می‌دهد که ۴۸۰۰۰۰۰۰ زوج و ۱۸۶۰۰۰۰۰۰ تن با ناباروری در دنیا زندگی می‌کنند (۲). ناباروری وضعیتی است که در آن زوجین پس از گذشت بیش از یک سال از ازدواج و داشتن مقاربت جنسی منظم بدون پیشگیری در بارداری با شکست مواجه می‌شوند (۳). ناباروری پیامدهای منفی زیادی دارد و باعث مشکلات سلامت روان و بروز اختلال‌های روانشناختی می‌شود (۴). بر اساس شواهد پژوهشی ناباروری، سلامت روان ۲۵ تا ۶۰ درصد مبتلایان در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده است (۵). شیوع افسردگی یا مشکلات سلامت روان در بین زنان نابارور در کشورهای توسعه‌یافته و با درآمد بالا ۲۸/۰۳ درصد و در کشورهای با درآمد پایین و متوسط ۴۴/۳۲ درصد گزارش شده است (۶). عمده مشکلات سلامت روان این افراد شامل تنش، اضطراب، افسردگی، سرخوردگی و ناکامی، اختلال هویت، عدم جذابیت، نارضایتی جنسی و اختلال در عملکرد جنسی است (۷).

با توجه به مشکلات سلامت روان از جمله تنش شدید، عدم اطمینان، اضطراب و افسردگی در بین زنان نابارور این مشکلات به نشخوار و نگرانی شدید منجر خواهد شد (۸). تفکر منفی تکراری (Repetitive Negative Thinking (RNT)) به عنوان یک خطای شناختی اساسی در اختلال افسردگی اساسی و تعدادی از اختلال‌های اضطرابی شناسایی شده است (۹). نشخوار و نگرانی ۲ نمونه از تفکر منفی تکراری هستند (۱۰). نشخوار به تمرکز منفعل، تکراری و ارزش‌گذارانه بر علل، معانی و پیامدهای علائم افسردگی اشاره دارد (۱۱) درحالی‌که نگرانی به‌عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصاویر تکراری و غیرقابل کنترل با تمرکز بر پیامدهای منفی احتمالی آینده مفهوم‌سازی شده است (۱۲). چنین نشان داده شده است که نشخوار و نگرانی از عوامل کلیدی کمک‌کننده در شروع، تشدید، حفظ و خطر عود افسردگی و اختلال‌های اضطرابی هستند (۱۳) که باید به‌عنوان اهداف درمانی مهم مورد توجه قرار گیرند. مستقل از اختلال‌های بالینی، هر ۲ فرآیند نیز با افزایش هیجان و شناخت منفی، مشکلات تمرکز و توجه، و اختلال در حل مسئله همراه هستند (۱۴). نشخوار و نگرانی در شروع، تشدید، حفظ و خطر عود افسردگی و اختلال‌های

اضطرابی در افراد نابارور دخیل است (۱۰). نشخوار بیشتر معطوف به افسردگی و باتلاق‌های ذهنی گذشته است و فرد به‌نوعی دنبال یافتن مقصر است و نگرانی معطوف به عدم اطمینان و سراب آینده و اضطراب است که هم چون سیل، بنیان خانواده را از هم می‌گسلاند (۱۵). از این رو ارتقاء توانایی‌های روانشناختی زنان نابارور، درک لحظه حال و اکنون و پذیرش فعال و جستجوگری حل مسئله شناختی به‌منظور کنترل هیجان‌های منفی و تنظیم هیجانی از ضرورت‌های درمانی در حوزه ناباروری است.

ناباروری با شیوع نزدیک به ۱۵/۱ درصد در ایران (۱۶)، مشکلات اجتماعی متعددی از جمله افزایش احتمال خشونت خانگی، طلاق، تعدد زوجات در برخی خرده‌فرهنگ‌ها، انزوای اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی را به همراه دارد (۱۷). ناباروری می‌تواند سلامت روانی زوجین را تحت تأثیر قرار دهد (۱۸). روش‌های کمک باروری مانند القای تخمدان، دریافت تخمک و انتقال جنین، عمدتاً بر روی زنان انجام می‌شود و آن‌ها را در معرض عوارض ناشی از آن قرار می‌دهد. بنابراین، آسیب‌های ناشی از این درمان‌ها و اثرات نامطلوب روانی ناباروری و درمان آن در زنان بیشتر از مردان است (۱۷). افزون بر این، پیرو نگرشی آسیب‌زا و ناسالم ناباروری اغلب به زنان نسبت داده می‌شود (۱۹) بنابراین، زنان بیش از مردان تحت فشار اجتماعی برای ناباروری هستند. استیگما و رنج حاصل از ناباروری، تنش ناشی از فرآیندهای درمان ناباروری، و احتمال شکست درمان، ناباروری را به یک بحران جدی تبدیل کرده است. پیشگیری از اثرات روانی منفی ناباروری بر زنان مستلزم ایجاد تعادل در بحران با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و کارآمد در بین زوج‌های نابارور است (۲۰). بدین‌سان استفاده از مداخله‌های روان‌درمانی به‌منظور مواجهه با پیامدهای روانشناختی ناباروری در زنان در ایران از ضرورت نظری و عملی انکارناپذیری برخوردار است.

طرحواره ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی هستند که در ابتدای تحول در ذهن ایجاد می‌شوند و در طول زندگی تکرار می‌شوند و بر نحوه تفسیر تجربیات و روابط با دیگران تأثیر گذارند (۲۱). Young و همکاران (۲۱) بر این باورند که این طرحواره‌ها عمدتاً در دوران کودکی و بر اساس واقعیت یا تجربه فردی شکل می‌گیرند و در طول زندگی ثابت هستند. این سازه‌ها، اساس ساختار شناختی فرد را تشکیل می‌دهند و به عنوان واسطه، پاسخ‌های

که می‌تواند منجر به پیامدهای روانی منفی مانند اضطراب و افسردگی شود (۳۱، ۳۲). ناباروری و درمان‌های آن نیز می‌تواند بر رضایت زناشویی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی تأثیر منفی بگذارد (۳۳). افزون بر این، به ویژه در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، این باور وجود دارد که زنان بیشتر از مردان تحت تأثیر ناباروری قرار دارند (۸). با توجه به مباحثی مورد بررسی پیامدهای ناباروری در زنان شامل نگرانی شدید، نشانگان تنش حاد و مزمن، عدم اطمینان، احساس گناه و تقصیر، اضطراب، افسردگی، انگ اجتماعی و پیش‌داوری و کاهش رضایت زناشویی است که این پیامدها باعث شکل‌گیری یک وضعیت روانی شایع و غم‌انگیز شده که می‌تواند بر تمامی جنبه‌های زندگی این افراد اثرات مخربی داشته باشد (۳۴). گمان بر این است که مداخله‌های روانشناختی می‌تواند از بار اقتصادی-روانی این مشکلات کاسته و به صورت مقرون به صرفه باعث کاهش و بهبود این پیامدهای وخیم در زنان نابارور شود. بنابراین، مداخله‌های مناسب و مبتنی بر شواهد پژوهشی مانند «طرحواره درمانی» و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» نه تنها می‌تواند بار فردی ناباروری را فروکش کند، بلکه فشار بر نظام سلامت را نیز کاهش دهد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر مداخله‌های «طرحواره درمانی» و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر پاسخ‌نشخوار و نگرانی در زنان نابارور انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر در یک طرح نیمه تجربی چند گروهی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماه انجام شد. از بین زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز نازایی شهر ساری در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ تن انتخاب شدند. جهت تعیین تعداد نمونه از نرم‌افزار جی پاور (G\*Power) استفاده شد. اندازه نمونه بر اساس مؤلفه‌های آلفای (۰/۰۵)، توان آزمون آماری (۰/۸۰)، اندازه اثر به‌دست‌آمده بالاتر از ۰/۶۰، تعداد گروه‌ها برابر با ۳ و تعداد اندازه‌گیری‌ها برابر با ۳ (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بود. از این رو تعداد نمونه ۴۵ تن به‌طور غیر تصادفی و در دسترس در ۳ گروه تعیین و با استفاده از نرم‌افزار تولید توالی تصادفی در گروه‌های مداخله و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ تن) جایگزین شدند.

رفتاری و نگرش افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲۲)، نتایج مطالعه آستانه و همکاران (۲۴) چنین نشان داد که استفاده از طرحواره درمانی به‌منظور بهبود کیفیت روابط زناشویی در زوج‌های نابارور مؤثر است. در این راستا نتایج به دست آمده از مطالعه عباس زاده و همکاران (۲۵) نیز اثربخشی «طرحواره درمانی» بر کیفیت روابط زناشویی در زنان نابارور را مورد تأیید قرار دادند.

افزون بر این، به‌منظور بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی افراد مبتلابه ناباروری می‌توان مداخله‌های متعددی از جمله آموزش یوگا، ذهن آگاهی و مشاوره روانشناسی انجام داد (۱). در این راستا Kundarti و همکاران (۲۶) در مطالعه‌ای با روش مرور منظم، و بررسی ۹ مطالعه انجام شده در این حوزه نشان دادند که ذهن آگاهی یک مداخله مؤثر برای زنانی است که تحت اختلال‌های روانی مرتبط با ناباروری مانند تنش، اضطراب و افسردگی قرار دارند. باین‌حال با توجه به تنوع مداخله‌های مورد استفاده در این حوزه، مداخله کاهش تنش مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر برای کنترل تنش و اضطراب و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» به‌منظور بهبود نشانگان افسردگی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۶). بنیان این مداخله‌ها بر اساس اصل ذهن آگاهی است که به‌عنوان یک تمرین مراقبه که آگاهی لحظه‌حال را پرورش می‌دهد، تعریف شده است (۲۷، ۲۸) و قلب مفهومی آن شامل توجه متمرکز و پایش پیوسته هیجان‌ها و احساسات به همراه گشودگی و درک لحظه‌حال و اکنون است (۱). به دلیل ماهیت تجربی این مداخله‌ها، درک کامل ذهن آگاهی نیاز به درک فرد از تجربیات خود در لحظه دارد، یعنی این که هر فرد بتواند فلسفه ذهن آگاهی را درک و به پذیرش فعال نسبت به مشکل دست یابد (۲۹). به‌طور کلی، مداخله‌های ذهن آگاهی چندین مهارت مانند توجه، آگاهی و عدم قضاوت در مورد رویدادها، افکار و هیجان‌ها را موردتوجه قرار می‌دهد (۲۸).

«طرحواره درمانی» و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی افکار و باورهای منفی مرتبط با ناباروری را شناسایی و الگوهای رفتاری ناسازگار را در موقعیت تغییر می‌دهد. این مداخله‌ها راهبردهای مقابله‌ای را برای مقابله با موقعیت‌های دشوار ارتقاء و برنامه‌ریزی برای پیامدهای آینده و درمان را بهبود می‌بخشد (۳۰). همان‌طور که پیش‌تر مطرح شد ناباروری رخدادی منفی و تأثیرگذار در جریان روند زندگی زوجین است

معیارهای ورود شرکت کنندگان به این مطالعه شامل: ناباروری بر اساس تشخیص متخصص زنان و زایمان، مدت زمان نازایی بین ۱ تا ۸ سال در نظر گرفته شد (زیرا بر اساس شواهد موجود در این دامنه سنی در بین زنان بیشترین اشتیاق برای فرزند آوری وجود داشته، هنوز پذیرش فعال صورت نگرفته، امید به باروری همچنان وجود دارد و نشانگان پریشانی روانشناختی نمود عینی یافته و قابل اندازه گیری هستند)، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال، تحصیلات دیپلم به بالاتر (جهت همکاری بهتر و درک شناختی مداخله ها و پرسشنامه)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان در ۳ ماه پیش از شروع مداخله بود که با استفاده از تایید پزشک معالج و غربالگری های روانشناختی مندرج در پرونده پزشکی زنان نابارور مشخص شد.

معیارهای خروج نیز شامل سابقه بارداری پیش از تشخیص ناباروری، مشکلات شناختی و ارتباطی که مانع از درک مفاهیم مطرح شده در جلسات مداخله «طرحواره درمانی» و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بود؛ افکار و اقدام به خودکشی با استفاده از پیشینه سلامت روان مستند شده در پرونده پزشکی زنان نابارور؛ عدم تعهد به مداخله و شرکت در پیگیری؛ حضور در یک برنامه روان درمانی موازی با طرح حاضر، عدم حضور به موقع در جلسات روان درمانی، بی نظمی و انجام ندادن تمرینات در منزل و برآورده نکردن انتظارات مداخله های مورد استفاده؛ غیبت بیش از ۲ جلسه در درمان و بروز تنش های بزرگ و حوادث حاد و غیرمنتظره در هر مرحله از انجام پژوهش با استفاده از یافته های خودگزارش دهی بود.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، مدت زمان نازایی، علل نازایی، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی و ابزارهای زیر استفاده شد.

«مقیاس پاسخ نشخواری» (Ruminative Response Scale) توسط Nolen-Hoeksema و همکاران در کشور آمریکا در سال ۱۹۹۱ طراحی شده است و دارای ۲۲ عبارت و ساختار تک عاملی است و در طیف لیکرت ۴ درجه ای از هرگز = ۱ تا اغلب اوقات = ۴ نمره گذاری می شود به طوری که کسب نمره بالاتر نشان دهنده درجات بالاتری از پاسخ های نشخواری است (۳۵). دامنه نمره کل برای مقیاس بین ۲۲ تا ۸۸ در نوسان است. نمره کمتر از ۴۰ حاکی از پاسخ نشخواری پایین، نمره ۴۰ تا ۵۵ سطح متوسط پاسخ نشخواری و نمره بالاتر از ۵۶ نشان از سطح بالای پاسخ نشخواری دارد (۱۱).

Treynor & Gonzalez در مطالعه ۱۳۲۸ تن از افراد بزرگسال از شهرهای اوکلند، سانفرانسیسکو، سن خوزه و کالیفرنیا در آمریکا روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس پاسخ نشخواری» را بررسی و تک عامل تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه های فوق، ۰/۹۰ و ثبات به روش بازآزمایی در فاصله ۱ ماه ۰/۶۷ گزارش شده است (۳۶). Roelofs و همکاران ویژگی های روانسنجی «مقیاس پاسخ نشخواری» را در ۳۳۱ تن از دانش آموختگان دانشگاه ماستریخت در کشور هلند مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و ساختار تک عاملی مقیاس حاضر مورد تایید قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه های فوق، ۰/۹۰ و ثبات به روش بازآزمایی در فاصله ۶ ماه نیز ۰/۵۳ گزارش شده است (۳۷).

در ایران در مطالعه یوسفی و همکاران روی ۲۱۱ تن از دانشجویان دانشگاه اصفهان روایی همگرای «مقیاس پاسخ نشخواری» از طریق همبستگی با «سیاهه افسردگی بک» «Beck Depression Inventory» ۰/۶۳ و روایی سازه به روش روایی واگرا از طریق همبستگی با «پرسشنامه شادی آکسفورد» (Oxford Happiness Questionnaire) ۰/۷۱- گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمره های فوق، برای نمره کل ۰/۹۲ و ثبات به روش بازآزمایی در فاصله ۲ هفته ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۸). همچنین باقری نژاد و همکاران (۳۹) در مطالعه ای روایی سازه به روش روایی به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس پاسخ نشخواری» را روی ۱۱۹ تن از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بررسی و ساختار تک عاملی مورد تایید قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه های فوق، ۰/۸۸ گزارش کرده اند.

«پرسشنامه نگرانی پن است» (Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)) توسط Meyer و همکاران در آمریکا در سال ۱۹۹۰ با ۱۶ عبارت و ساختار تک عاملی طراحی شد و گرایش افراد بزرگسال به نگرانی را در حالت کلی و بدون در نظر گرفتن موضوع نگرانی خاصی می سنجد (۴۰). پاسخ دهی در طیف ۵ درجه ای از اصلا صدق نمی کند (۱)، کمی صدق می کند (۲)، تقریباً صدق می کند (۳)، زیاد صدق می کند

## آناهیتا ساهور و همکاران

از دانش آموزان دبیرستانی، روایی سازه «پرسشنامه نگرانی پن استت» با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی را بررسی و ساختار تک عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه های فوق، ۰/۸۳ گزارش شد (۴۴).

در مطالعه حاضر، روایی صوری به روش کیفی «مقیاس پاسخ نشخواری» و «پرسشنامه نگرانی پن استت» توسط ۵ تن از متخصصین روانشناسی سلامت، بالینی، شناختی، عمومی و روانسنجی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری بررسی و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۱۰۰ تن از زنان ناباور برای «مقیاس پاسخ نشخواری» ۰/۸۱ و برای «پرسشنامه نگرانی پن استت» ۰/۸۷ گزارش شد.

«طرحواره درمانی» با استفاده از «طرحواره درمانی» Young و همکاران (۲۱) طراحی شده و در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و یک جلسه در هفته انجام گرفت. در مطالعه Young و همکاران (۲۱) ویژگی های روانسنجی این پروتکل با استفاده از نظرات ۷ تن از متخصصین حوزه روانسنجی و روانشناسی بالینی در دانشگاه کلمبیا آمریکا مطلوب گزارش شده است. در مطالعه طلایی زاده و همکاران (۴۵) نیز روایی محتوایی «طرحواره درمانی» با نظر ۵ تن از استادان روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز مطلوب گزارش شده است. شایان ذکر است که در مطالعه حاضر روایی محتوایی «طرحواره درمانی» به تایید ۵ تن از استادان روانشناسی سلامت، عمومی و بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری رسید.

(۴)، خیلی زیاد صدق می کند (۵) نمره گذاری می شود. شایان ذکر است که عبارت های ۱۱،۱۰،۸،۳،۱ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (۴۰). حداقل و حداکثر نمره در این ابزار ۱۶ تا ۸۰ خواهد بود. کسب نمره ۲۹ یا کمتر حاکی از عدم نگرانی؛ نمره ۳۰ تا ۵۲ نگرانی پایین تر از محدوده بالینی، ۵۳ تا ۶۵ نگرانی نیازمند دریافت مداخله روان درمانی و کسب نمره بالاتر از ۶۶ حاکی از نگرانی مزمن است (۴۰).

Brow و همکاران در یک نمونه بالینی متشکل از ۴۳۶ بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی و ۳۲ فرد عادی، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه نگرانی پن استت» را بررسی و ساختار تک عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه های فوق، ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۱). در مطالعه Zhong و همکاران روی ۲۱۱ دانشجو در چین، روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی «پرسشنامه نگرانی پن استت» بررسی و ساختار تک عاملی تایید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه های فوق، ۰/۸۹ گزارش شده است (۴۲).

دهشیری و همکاران در مطالعه ۴۲۴ دانشجو (۲۴۸ دختر و ۱۷۶ پسر)، روایی سازه «پرسشنامه نگرانی پن استت» با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی را بررسی و ساختار تک عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۴۲۴ تن از دانشجویان ۰/۸۸ و ثبات به روش بازآزمایی به فاصله ۱ ماه ۰/۷۹ گزارش شده است (۴۳). سالاری فر و پورا اعتماد در مطالعه خود روی ۲۷۲ تن

### محتوای جلسات «طرحواره درمانی»

جلسه اول و دوم	در ابتدا معارفه و آشنایی انجام شد، سپس اجرای پیش‌آزمون و برقراری رابطه حسنه با شرکت کنندگان صورت گرفت، پس از آن بیان اهداف و اهمیت "طرحواره درمانی" مورد توجه قرار گرفت. در ادامه آموزش طرحواره‌ها و ریشه‌های تحولی آن‌ها، آموزش ذهنیت‌های طرحواره و سبک‌های مقابله‌ای انجام شد.
سوم و چهارم	در این جلسه با بررسی پاسخ بیماران به عبارت های پرسشنامه و تمرکز بر آنها با نمره بالا جهت تشخیص طرحواره‌ها مورد توجه قرار گرفت. بدین سان آموزش و آگاهی در مورد طرحواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای، تاریخچه زندگی، تجارب شخصی مرتبط با طرحواره‌ها و توصیف ذهنیت‌های طرحواره ای خود به عنوان تکلیف جلسه مورد تاکید و آموزش قرار گرفت.
پنجم و ششم	در این جلسه اهداف درمان شامل معرفی روش‌های شناختی و تمرین آن‌ها، شناسایی تحریف‌های شناختی، آزمون طرحواره‌ها، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، تهیه کارت‌های آموزشی برای استفاده در موقعیت‌های برانگیزاننده طرحواره‌ها صورت گرفت.
هفتم و هشتم	در این جلسه با تاکید بر اهداف مداخله شامل معرفی روش‌های تجربی، تمرین آن‌ها مثل روش‌های تصویرسازی ذهنی برای برانگیختن طرحواره‌ها، ارتباط دادن آن‌ها به مشکلات کنونی بیماران و نیز اجرای باز والدینی حد و مرزدار، ترغیب بیماران به نوشتن نامه به والدین یا منشأ طرحواره‌ها جهت برون‌ریزی هیجانی به عنوان تکلیف خانگی انجام شد.
نهم و دهم	در این جلسه با تاکید بر معرفی روش‌های رفتاری و تمرین آن‌ها، ترغیب بیماران به رها کردن سبک‌های مقابله‌ای، جایگزین کردن آن‌ها با راهکارهای بهینه و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد به منظور برآورده کردن نیازهای هیجانی اساسی بیماران انجام شد.
یازده و دوازدهم	در این جلسه با تاکید بر آموزش ذهنیت طرحواره‌ای، پرورش ذهنیت کودک شاد، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم با برقراری گفتگو بین جنبه‌های سالم و جنبه‌های طرحواره‌ای، مرور موانع تغییر و اجرای پس‌آزمون انجام شد.

از نظر ۶ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز مطلوب گزارش شده است. شایان ذکر است که در مطالعه حاضر روایی محتوایی "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" به تایید ۵ تن از استادان روانشناسی سلامت، عمومی و بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری رسید.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" با استفاده از پروتکل Williams و همکاران (۴۶) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای ۱ بار و به صورت گروهی انجام گرفت. در نسخه اصلی روایی محتوا توسط ۱۰ تن از متخصصین حوزه های مختلف روانشناسی در دانشگاه آکسفورد در انگلستان تایید شده است. در مطالعه شیرین زاده و همکاران (۴۷) روایی محتوا با استفاده

### محتوای جلسات "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی"

جلسات	محتوای جلسات
اول	در ابتدا جلسه آشنایی با شرکت کنندگان برگزار شد. سپس ضمن برقراری ارتباط بین اعضای گروه، شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون شرکت کردند. تمرینات جلسه نخست شامل هدایت شرکت کنندگان برای خوردن کشمش با آگاهی و مراقبه پایش جسمانی بود. تکلیف در منزل برای شرکت کنندگان شامل توجه آگاهانه به فعالیت‌های روزمره و مراقبه پایش جسمانی ۴۵ دقیقه‌ای بود.
دوم	در این جلسه آموزش سبک حل مسأله محور به منظور مقابله با موانع و مشکلات، مراقبه پایش جسمانی، تمرین افکار و احساسات برای شرکت کنندگان اجرا شد. افزون بر این، تکلیف در منزل شامل ۱۰ دقیقه تنفس ذهن آگاهانه و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت و ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رخداد خوشایند بود.
سوم	در این جلسه تمرینها شامل تنفس ذهن و حرکت آگاهانه، تمرین تنفس و کشش ۳ دقیقه فضای تنفس بود، شایان ذکر است که تکلیف در منزل شامل تمرین تنفس، کشش و حرکت ذهن آگاهانه و تمرین ۳ دقیقه‌ای تنفس ۳ بار در روز بود.
چهارم	در این جلسه تمرین های مورد استفاده شامل بودن در زمان حال، ۵ دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته و راه رفتن ذهن آگاهانه بود، همچنین تکلیف در منزل شامل مراقبه نشسته، فضای ۳ دقیقه‌ای تنفس به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای در زمان تجربه احساسات ناخوشایند بود.
پنجم	در این جلسه تاکید تمرینها بر پذیرش فعال و گشودگی و حضور در لحظه، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی و حضور آگاهانه و واکنش در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی بود، در این راستا تکلیف در منزل نیز شامل مراقبه نشسته و ۳ دقیقه فضای تنفس ذهن آگاهانه بود.
ششم	در این جلسه اهداف مداخله بر مبنای پافشاری بر افکار نه حقایق، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها، افکار و آماده کردن شرکت‌کنندگان برای پایان دوره بود. در این راستا ۴۰ دقیقه انجام تمرین روزانه، تعمق و کار بیشتر روی برنامه عملی پیشگیری از عود نیز در منزل در نظر گرفته شد.
هفتم	در این جلسه تاکید بر چگونگی مراقبت از خود، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق بود. به منظور برقراری رابطه بین تمرینهای مداخله‌ای و کاربست بهتر در منزل تکالیفی مانند گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای کاربست پس از دوره در زندگی واقعی افراد شرکت کننده در نظر گرفته شد.
هشتم	در این جلسه در پایان استفاده از تمرین های مورد استفاده برای مدیریت وضعیت‌های خلقی در آینده، مراقبه پایش جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت انجام شد. سپس تکالیفی تحت عنوان انتخاب برنامه‌ای برای تمرین در منزل که شرکت‌کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند؛ و درنهایت اجرای پس‌آزمون در دستور کار قرار گرفت.

مطالعه حاضر ثبت شد. مداخله های مورد استفاده در پژوهش حاضر توسط ۲ متخصص روانشناسی بالینی و سلامت و با نظارت و مشارکت فعال نویسنده نخست مقاله حاضر با استفاده از مباحث نظری و تمرینات عملی در یکی از کلینیک های روان درمانی شهر ساری انجام شد. مداخله «طرحواره درمانی» به مدت ۱۲ هفته و در دوشنبه های هر هفته از ساعت ۲ تا ۴ بعد از ظهر و مداخله «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» به مدت ۸ هفته و در روزهای چهارشنبه هر هفته از ساعت ۳ تا ۵ بعد از ظهر انجام شد و شرکت کنندگان هر دو گروه ارتباطی با هم دیگر نداشتند و تنها در مداخله های مربوط به گروه خود و جلسات پیش آزمون - پس آزمون و

پس از تصویب پروپوزال در شورای پژوهشی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و دریافت شناسه اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه، گروه «طرحواره درمانی» ۱۲ جلسه و گروه «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» نیز ۸ جلسه مداخله را به صورت یک جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۱/۵ ساعت دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. حدود ۱ هفته پیش از شروع ارائه اولین مداخله، حداکثر تا ۳ روز پس از اتمام مداخله های درمانی و ۳ ماه پس از اتمام مداخله های درمانی جهت پایداری اثر مداخله، اعضای هر ۳ گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شرکت و اطلاعات آن ها با استفاده از ابزارهای مورد استفاده در

## آناهیتا ساهور و همکاران

جهت آزمایش فرضیه های پژوهش از آزمون های خی دو، تی مستقل و تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۶ استفاده شد و سطح معناداری آزمون های آماری  $\alpha=0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته ها

بر پایه یافته های جمعیت شناختی شرکت کنندگان ۳ گروه در متغیرهای سن، مدت زمان نازایی، علل نازایی، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی- اقتصادی همگن بودند و تفاوت معناداری بین گروه ها گزارش نشد (جدول ۱). در ادامه اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان و آزمون آماری جهت همگنی گروه ها در متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ گزارش شده است.

پیگیری شرکت داشتند.

تمامی شرکت کنندگان برگه رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل و امضاء کردند. با رعایت اصول اخلاقی از جمله احترام به اصل رازداری شرکت کنندگان؛ ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی آن ها؛ آزاد بودن برای خروج از روند پژوهش در هر مرحله ای از طرح؛ شرکت کنندگان با روش تصادفی ساده و استفاده از قرعه کشی در ۳ گروه (هر گروه ۱۵ تن) گمارش شدند. جهت تحلیل داده های به دست آمده از شرکت کنندگان در ۲ گروه مداخله و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری، در ۲ سطح توصیفی و استنباطی اقدام شد. در سطح توصیفی به منظور سنجش متغیرهای پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش استنباطی

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در متغیرهای سن، مدت زمان نازایی و سطح تحصیلات به تفکیک گروه

متغیر	دسته بندی	گروه "طرحواره درمانی" (%N)	"شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" (%N)	گروه کنترل (%N)	آماره
سن	۱۸ تا ۳۰ سال	۳ (۲۰%)	۳ (۲۰%)	۶ (۴۰%)	$F_{(۳,۲۱)} = 0/44, P=0/78$
	۳۰ تا ۴۰ سال	۹ (۶۰%)	۶ (۴۰%)	۹ (۶۰%)	
	۴۰ تا ۴۵ سال	۳ (۲۰%)	۶ (۴۰%)	۳ (۲۰%)	
مدت زمان نازایی	۱ تا ۳ سال	۳ (۲۰%)	۴ (۲۶%)	۵ (۳۴%)	$F_{(۳,۲۱)} = 0/98, P=0/11$
	۴ تا ۵ سال	۸ (۵۴%)	۹ (۶۰%)	۷ (۴۷%)	
	۶ تا ۸ سال	۴ (۲۶%)	۲ (۱۴%)	۳ (۲۰%)	
علل نازایی	اختلال در تخمک گذاری	۶ (۴۰%)	۶ (۴۰%)	۵ (۳۳%)	$(\chi^2=0/43, df=3, P=0/31)$
	آندومترئوز	۳ (۲۰%)	۴ (۲۷%)	۳ (۲۰%)	
	مشکلات قاعدگی	۳ (۲۰%)	۲ (۱۳%)	۳ (۲۰%)	
تحصیلات	عفونت ها	۳ (۲۰%)	۳ (۲۰%)	۴ (۲۷%)	$(\chi^2=0/71, df=2, P=0/36)$
	دپلم و کاردانی	۶ (۴۰%)	۷ (۴۶%)	۵ (۳۴%)	
	کارشناسی	۸ (۵۳%)	۶ (۴۰%)	۷ (۴۶%)	
وضعیت اجتماعی- اقتصادی	ارشد و بالاتر	۱ (۷%)	۲ (۱۴%)	۳ (۲۰%)	$(\chi^2=0/59, df=2, P=0/29)$
	پایین	۴ (۲۷%)	۳ (۲۰%)	۴ (۲۷%)	
	متوسط	۷ (۴۶%)	۷ (۴۶%)	۶ (۴۰%)	
	بالا	۴ (۲۷%)	۵ (۳۳%)	۵ (۳۳%)	

گروه در متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معناداری گزارش نشد.

در ادامه آماره های توصیفی شرکت کنندگان در پاسخ نشخوار و نگرانی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است.

با توجه به یافته های گزارش شده در جدول ۱ بیشترین شرکت کنندگان در میان ۳ گروه مربوط به دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال با مدت نازایی ۳ تا ۵ سال، با سبب شناسی اختلال در تخمک گذاری، میزان تحصیلات کارشناسی و وضعیت اجتماعی- اقتصادی متوسط بودند. همان طور که در جدول ۱ قابل مشاهده است در مقایسه میانگین های ۳



جدول ۲: آماره های توصیفی شرکت کنندگان در پاسخ نشخوار و نگرانی به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
پاسخ نشخوار	«طرحواره درمانی»	۷۱/۶۳	۵۸/۰۸	±۱۲/۱۴	۶۰/۲۱	±۱۰/۸۲
	«شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی»	۷۱/۱۶	۵۳/۹۹	±۱۰/۳۴	۵۴/۶۴	±۱۰/۴۵
	کنترل	۷۳/۱۹	۷۰/۹۰	±۱۳/۵۲	۷۲/۶۵	±۹/۷۴
نگرانی	«طرحواره درمانی»	۷۱/۲۴	۶۰/۶۷	±۱۲/۰۹	۶۲/۲۱	±۱۱/۱۳
	«شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی»	۷۲/۰۲	۶۱/۱۸	±۹/۳۱	۶۰/۱۳	±۱۱/۳۷
	کنترل	۶۹/۴۱	۷۱/۲۰	±۱۱/۶۴	۷۰/۳۳	±۱۲/۷۸

متغیرهای پاسخ نشخوار ( $F=۲۴/۳۳, P<۰/۰۰۱, n^2=۰/۵۱$ ) و نگرانی ( $F=۹/۱۳, P<۰/۰۰۱, n^2=۰/۲۹$ ) اثر اصلی گروه معنادار است، یعنی بین ۳ گروه از نظر میانگین نمره پاسخ نشخوار و نگرانی به طور کلی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین سان، بر اساس میزان ضریب اتای به دست آمده در تفاوت های بین گروهی ادعا بر این است که مداخله مورد نظر به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۲۹ از تغییرات واریانس متغیرهای پاسخ نشخوار و نگرانی در زنان نابارور در مرحله پس آزمون را تبیین می کنند. بدین سان نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر حاکی از اثر معنادار عامل زمان بر متغیرهای پاسخ نشخوار ( $F=۱۱/۰۹, P<۰/۰۰۱, \eta^2=۰/۲۰$ ) و نگرانی ( $F=۶/۹۱, P<۰/۰۰۱, \eta^2=۰/۱۹$ ) بود؛ یعنی بدون در نظر گرفتن گروه های مداخله و کنترل تغییرات میانگین نمره از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری معنادار است. به همین سان، نتایج چنین نشان داد که اثر تعاملی گروه در زمان در متغیرهای پاسخ نشخوار ( $n^2=۰/۳۹$ ) و نگرانی ( $F=۱۶/۶۹, P<۰/۰۰۱, n^2=۰/۲۵$ ) و نگرانی ( $F=۷/۳۷, P<۰/۰۰۱, n^2=۰/۳۹$ ) معنادار است. به عبارتی، بین نمره متغیرهای پاسخ نشخوار و نگرانی در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه های مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج به دست آمده از تحلیل تعقیبی بنفرنی بین دو به دو میانگین گروه ها حاکی از تفاوت معنادار بین ۲ گروه «طرحواره درمانی» و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» در متغیرهای پاسخ نشخوار در مرحله پس آزمون ( $t_{(۳۸)}=۵/۵۷, P=۰/۰۱$ ) و پیگیری ( $t_{(۳۸)}=۴/۰۹, P=۰/۰۳$ ) و نگرانی در مرحله پس آزمون ( $t_{(۳۸)}=-۰/۵۱, P>۰/۰۵$ ) و پیگیری ( $t_{(۳۸)}=۲/۰۸, P>۰/۰۵$ ) بود. بدین معنا که بین

همان طور که در جدول ۲ قابل مشاهده است بین میانگین پاسخ نشخوار و نگرانی در ۲ گروه «طرحواره درمانی» و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت های وجود دارد، اما این که این تفاوت ها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه مشخص نمی باشد. از این رو جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مفروضه استقلال خطاها با توجه به گمارش تصادفی شرکت کنندگان به گروه ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ دهی انفرادی به آزمون ها رعایت شد. همچنین، پیش فرض نرمال بودن نمونه مورد نظر در پاسخ نشخوار و نگرانی با استفاده از شاخص های کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت ( $P>۰/۰۵$ )؛ و نتایج آزمون همگنی کوواریانس کرویت موخلی و ام باکس مبنی بر برقراری شرط کرویت ماتریس واریانس-کواریانس برای داده های مطالعه حاضر بود ( $P>۰/۰۵$ ). در مجموع نتایج به دست آمده حاکی از برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای تحلیل یافته ها بوده است. همچنین، نتایج آزمون چند متغیری، اثر پیلاهی نیز نشان داد که بین ۳ گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بعد زمان ( $F=۶/۱۴, P<۰/۰۱, n^2=۰/۲۵$ )؛ و تعامل زمان \* گروه ( $F=۷/۹۸, P<۰/۰۰۱, n^2=۰/۳۲$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پس آزمون تا پیگیری در گروه های مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت های معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس بین گروهی نشان داد که در

یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر معنادار «طرحواره درمانی» بر نشخوار فکری و نگرانی در زنان نابارور با مطالعه‌های مختارنژاد و همکاران (۴۸)، ورمزیار و همکاران (۴۹)، حسن زاده و همکاران (۵۰)، سنگانی و دشت بزرگی (۵۱)، ایزدی و همکاران (۵۲)، خالقی و همکاران (۵۳) و Leahy (۵۴) همسو بود. در تبیین این یافته بر اساس نظریه سبک‌های پاسخ (۵۵)، هنگامی که افراد با رویدادهای ناخوشایند مانند ناباروری مواجه می‌شوند، ۲ پاسخ اصلی آن‌ها شامل حواس‌پرتی و پاسخ نشخوار است. یکی از ویژگی‌های اصلی افرادی که بیشتر از سبک پاسخ نشخوار استفاده می‌کنند، این واقعیت است که در ذهن خود پرسش‌های زیادی درباره علل احتمالی رویدادهای ناخوشایند مطرح می‌کنند (۵۶). افراد درگیر در پاسخ نشخوار، سخت تلاش می‌کنند تا ریشه آن رویداد ناراحت‌کننده را دریابند، که به معنای تلاش برای حل مشکل است. اما با انجام این کار، نه تنها در حل مشکلات شکست می‌خورند، بلکه سطح بالای اضطراب و نگرانی‌های غیرعادی را نیز تجربه می‌کنند (۵۷، ۵۵). گمان بر این است که زنان نابارور، باورهای فراشناختی منفی بیشتری از خود نشان می‌دهند که این مسأله به پاسخ نشخوار در آن‌ها منجر خواهد شد. از این رو مداخله «طرحواره درمانی» با هدف قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار زنان نابارور که مدام ذهن آن‌ها را به سمت احساس گناه و تقصیر و خود مقصر بینی و به تبع آن احساس نگرانی و اضطراب سوق می‌دهد به دنبال این است که این دور باطل را بگسلاند (۵۸). از سوی دیگر، از ویژگی‌های طرحواره درمانی پذیرش عادی و طبیعی بودن نیازهای هیجانی است. طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی، به درمان و ارائه روش‌های شناختی و رفتاری می‌پردازد (۵۴). از این نظر طرحواره درمانی در کنار آمدن افراد با موقعیت‌های غیرمترقبه مفید است. بنابراین، می‌توان زنان نابارور را با استفاده از طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد روانشناختی (برای مثال یک جهان بینی و یک الگوی فکری) نسبت به طرحواره‌هایشان آگاه کرد (۵۲). همچنین یافته‌های به دست آمده از مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر معنادار «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر نشخوار فکری و نگرانی در زنان نابارور با مطالعه‌های

تأثیرگذاری مداخله طرحواره درمانی و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر کاهش پاسخ نشخوار در زنان نابارور در پژوهش حاضر تفاوت معناداری گزارش شد. همچنین بین تأثیرگذاری «طرحواره درمانی» و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» در مراحل پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری گزارش نشد.

افزون بر این در مقایسه دو به دو میانگین‌های گروه مداخله «طرحواره درمانی» با گروه کنترل در متغیرهای پاسخ نشخوار در مرحله پس‌آزمون ( $P < 0.001$ ،  $t_{(۳۸)} = -12/82$ ) و پیگیری ( $P < 0.001$ ،  $t_{(۳۸)} = -12/44$ ) و نگرانی، در مرحله پس‌آزمون ( $P < 0.001$ ،  $t_{(۳۸)} = -10/53$ ) و پیگیری ( $P < 0.001$ ،  $t_{(۳۸)} = -8/12$ )، تفاوت معناداری گزارش شد. بدین معنا که شرکت‌کنندگان در گروه «طرحواره درمانی» پس از دریافت مداخله میانگین پایین‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز پابرجا بوده است. همچنین در مقایسه دو به دو میانگین‌های گروه «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» با گروه کنترل در متغیرهای پاسخ نشخوار در مرحله پس‌آزمون ( $P < 0.001$ ،  $t_{(۳۸)} = -16/91$ ) و پیگیری ( $P < 0.001$ ،  $t_{(۳۸)} = -18/01$ ) و نگرانی در مرحله پس‌آزمون ( $P < 0.001$ ،  $t_{(۳۸)} = -10/02$ ) و پیگیری ( $P < 0.001$ ،  $t_{(۳۸)} = -10/13$ ) تفاوت معناداری گزارش شد. بدین معنا که شرکت‌کنندگان در گروه «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» پس از دریافت مداخله میانگین پایین‌تری نسبت به گروه کنترل کسب کردند و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز پابرجا بوده است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله‌های «طرحواره درمانی» و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر پاسخ نشخوار و نگرانی در زنان نابارور انجام شد.

نتایج به دست آمده از این مطالعه چنین نشان داد که «طرحواره درمانی» و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» هر ۲ باعث کاهش پاسخ نشخوار و نگرانی در زنان نابارور شده‌اند و مداخله‌های مورد استفاده قادر به تفاوت معناداری بین نمره شرکت‌کنندگان در گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده‌اند. با این وجود که تأثیر «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر کاهش پاسخ نشخوار بیشتر از «طرحواره درمانی» است.

و نگرانی در زنان نابارور در ایران برخوردار هستند. با این وجود که تأثیر «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر کاهش پاسخ های نشخوار بیشتر از «طرحواره درمانی» است. از این رو متخصصین، پژوهشگران و درمان گران این حوزه می توانند از این مداخله ها به عنوان گزینه های مؤثر درمانی جهت بهبود کارکردهای روانشناختی زنان نابارور در کنار درمان های پزشکی آنها استفاده کنند. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان گفت گروه نمونه از بین زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز نازایی شهر ساری بودند، لذا تعمیم یافته ها به سایر شهرها و گروه ها با احتیاط صورت گیرد.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری آناهیتا ساهور در رشته روانشناسی عمومی و به راهنمایی آقای دکتر بهرام میرزازیان است با شناسه IR. IAU. SARI. REC.1401.0 و در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۲۸ به تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری رسیده است. بدین وسیله صمیمانه از کارکنان مراکز نازایی شهر ساری که در راه گردآوری یافته ها نهایت همکاری و همگامی را با گروه پژوهش داشتند، سپاسگزاری می شود.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

### References

- Nery SF, Paiva SP, Vieira ÉL, Barbosa AB, Sant'Anna EM, Casalechi M, Dela Cruz C, Teixeira AL, Reis FM. Mindfulness-based program for stress reduction in infertile women: Randomized controlled trial. *Stress and Health*. 2019 Feb;35(1):49-58. <https://doi.org/10.1002/smi.2839>
- World Health Organization. Infertility Prevalence Estimates. 1990-2021. Geneva: World Health Organization, 2023. [who.int/publications/item/978920068315](https://www.who.int/publications/item/978920068315)
- WHO. World Health Organization infertility. Geneva: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> (2021 aD).
- Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. [The emotional-psychological consequences

of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study]. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*. 2014;12(2):131.

Kundarti و همکاران (۲۶)، باقرزاده و همکاران (۵۹)، حسینی و همکاران (۷)، Yu-Feng Lia و همکاران (۶۰) Nery و همکاران (۱) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت: مداخلات ذهن آگاهی به افراد کمک می کند تا با حالات دوگانه ذهن آشنا شوند و آگاهانه از آنها به عنوان یک ذهن منسجم استفاده کنند. ذهن آگاهی به معنای آگاهی است که آگاهانه از طریق توجه، در لحظه حال، بدون قضاوت ظاهر می شود، این نگرش منجر به آگاهی از افکار منفی و جلوگیری از پاسخ نشخوار و نگرانی می شود (۶۲). مبانی شناختی چگونگی عملکرد و تأثیرگذاری «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» حاکی از آن است که این مداخله با کنترل و کاهش واکنش پذیری هیجانی، پاسخ نشخوار و نگرانی ها زنان نابارور را کنترل و پس از آن رفتار و هیجانها را مدیریت می کند. (۶۱). فرض بر این است که قدرت شفابخش ذهن آگاهی از طریق ۲ فرآیند شناختی آگاهی و توجه و آموزش مدیتیشن به منظور افزایش خودتنظیمی احساسات و افکار، از طریق استفاده از آگاهی لحظه به لحظه، بدون قضاوت/غیر واکنشی نسبت به تجربیات درونی و بیرونی که منجر به کاهش نشخوار و تفصیل در مورد گذشته یا تجارب ناراحت کننده آینده می شود، رخ می دهد (۶۲).

### نتیجه گیری

«طرحواره درمانی» و «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» از اثربخشی قابل توجهی در جهت کاهش نشخوار

- of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study]. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*. 2014;12(2):131.
- Li J, Luo H, Long L. A qualitative investigation of the experience of participation in Mindfulness-based Intervention for IVF-ET (MBII) with Chinese women undergoing first IVF-ET. *Nursing Open*. 2019;6(2):493-503. <https://doi.org/10.1002/nop2.232>
- Kiani Z, Simbar M, Hajian S, Zayeri F. [The prevalence of depression symptoms among infertile women: A systematic review and meta-analysis]. *Fertility Research and Practice*. 2021;7(1):6. <https://fertilityresearchandpractice.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40738-021-00098-3>

- <https://doi.org/10.1186/s40738-021-00098-3>
7. Hosseini MS, Mousavi P, Hekmat K, Haghighyzadeh MH, Johari Fard R, Mohammad Jafari R. [Effects of a short-term mindfulness-based stress reduction program on the quality of life of women with infertility: A randomized controlled clinical trial]. *Complementary Therapies in Medicine*. 2020;50:102403. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102403>
  8. Foroudifard F, Amini P, Navid B, Omani-Samani R, Sepidarkish M, Maroufizadeh S. [Cognitive emotion regulation, anxiety, and depression in infertile women: A cross-sectional study]. *Middle East Fertility Society Journal*. 2020;25(1):24. <https://doi.org/10.1186/s43043-020-00035-2>
  9. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schönfeld S, Ehlers A. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2011;42(2):225-32. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
  10. Joubert AE, Moulds ML, Werner-Seidler A, Sharrock M, Popovic B, Newby JM. Understanding the experience of rumination and worry: A descriptive qualitative survey study. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022;61(4):929-946. <https://doi.org/10.1111/bjc.12367>
  11. Nolen-Hoeksema S. *Ruminative coping with depression. Motivation and Self-Regulation across the Life Span*. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1998. p. 237-56. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527869.011>
  12. Borkovec TD. The nature, functions, and origins of worry. *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment*. Wiley Series in Clinical Psychology. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1994. p. 5-33. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=629501>
  13. Watkins ER, Roberts H. Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*. 2020;127:103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
  14. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*. 2004;24(8):981-1010. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.003>
  15. Shakeri M, Parhoon H, Mohammadkhani S, Hasani J, Parhoon K. [Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy on depressive symptoms and quality of life of patients with major depression disorder]. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2015;7(2):253-265. <https://doi.org/10.29252/jnkums.7.2.253>
  16. Kazemijaliseh H, Ramezani Tehrani F, Behboudi-Gandevani S, Hosseinpanah F, Khalili D, Azizi F. [The prevalence and causes of primary infertility in Iran: A population-based study]. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(6): 226-232. PMID: 26153187; PMCID: PMC4803880. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p226>
  17. Reisi M, Kazemi A, Abedi MR, Nazarian N. [Spouse's coping strategies mediate the relationship between women's coping strategies and their psychological health among infertile couples]. *Scientific Reports*. 2023;13(1):10675. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37380-x>
  18. Grunberg P, Miner S, Zekowitz P. [Infertility and perceived stress: the role of identity concern in treatment-seeking men and women. *Human Fertility (Cambridge, England)*. 2022;25(1):117-127. <https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1709667>
  19. Kaya Z, Oskay U. Stigma, hopelessness and coping experiences of Turkish women with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2020;38(5):485-496. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1650904>
  20. Volmer L, Rösner S, Toth B, Strowitzki T, Wischmann T. Infertile partners' coping strategies are interrelated - implications for targeted psychological Counseling. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2017;77(1):52-58. <https://doi.org/10.1055/s-0042-119200>
  21. Young JE, Klosko JS, ME W. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press; 2003 <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>
  22. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the Schema Therapy Model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2018; 47(4): 328-349. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
  23. Gong J, Chan RCK. Early maladaptive schemas as mediators between childhood

- maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*. 2018;259:493-500. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.019>
24. Aštaneh Z, Golriz A, Khosravi Larijani M, Barati Sedeh M, Eshghi Sotudeh F, Seyyed Jafari J. [Comparison of the effectiveness Schema Therapy and Affective Reconstruction Therapy on marital relationship quality of infertile couples]. *Preventive Counseling*. 2022;3(4):50-70.
  25. Abbaszadeh A, Khajevand Khoshli A, Asadi J. [The effectiveness of Schema Therapy on co-choice-avoidance and marital boredom in infertile women]. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 2023;4(1):101-112. <https://doi.org/10.52547/jspnay.4.1.101>
  26. Kundarti FI, Titisari I, Rahayu DE, Kiswati, Jamhariyah. Mindfulness improves the mental health of infertile women: A systematic review. *Journal of Public Health Research*. 2023;12(3):22799036231196693. <https://doi.org/10.1177/22799036231196693>
  27. Crane R S., Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams J M, Kuyken W. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*. 2017; 47(6):990-999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
  28. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in Medicine. *JAMA*. 2008;300(11):1350-1352. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1350>
  29. Parhoon H, Masomzadeh K, Moradi A, Parhoon K, Mirmotahari M. [Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in patients with HIV/ AIDS]. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2016;10(2):81-6. [https://www.behavsci.ir/article\\_67947\\_7bb1c147c7ce5363364a6de4746bd0d3](https://www.behavsci.ir/article_67947_7bb1c147c7ce5363364a6de4746bd0d3).
  30. Halder S, Chakraborty S. Chapter 2 - Cognitive-Behavioral Therapy in female infertility. In: Martin CR, Patel VB, Preedy VR, editors. *Hand Book of Lifespan Cognitive Behavioral Therapy*: Academic Press; 2023. p. 11-22. <https://shop.elsevier.com/books/handbook-of-lifespan-cognitive-behavioral-therapy/r-martin/978-0-323-85757-4> <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85757-4.00014-6>
  31. Omani-Samani R, Ghaheri A, Navid B, Sepidarkish M, Maroufizadeh S. [Prevalence of generalized anxiety disorder and its related factors among infertile patients in Iran: A cross-sectional study]. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2018;16(1):129. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0956-1>
  32. Omani-Samani R, Maroufizadeh S, Almasi-Hashiani A, Amini P. [Prevalence of depression and its determinant factors among infertile patients in Iran based on the PHQ-9]. *Middle East Fertility Society Journal*. 2018;23(4):460-463. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.03.002>
  33. Omani-Samani R, Maroufizadeh S, Ghaheri A, Amini P, Navid B. [Reliability and validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale (KMSS) in infertile people]. *Middle East Fertility Society Journal*. 2018;23(2):154-157. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2017.10.005>
  34. Shafierizi S, Basirat Z, Nasiri-Amiri F, Kheirkhah F, Chehrazi M, Pasha H, Faramarzi M. [The prevalence of adjustment disorder and predisposing factors in infertile women]. *BMC Psychology*. 2023;11(1):142. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01193-4>
  35. Nolen-Hoeksema S J M. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;61(1):115-121. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.1.115>
  36. Treynor W, Gonzalez R. Ruminative Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 2003;27(3):247-259. [https://www.researchgate.net/publication/30845106\\_Ruminative\\_Reconsidered\\_A\\_Psychometric\\_Analysis](https://www.researchgate.net/publication/30845106_Ruminative_Reconsidered_A_Psychometric_Analysis) <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
  37. Roelofs J, Muris P, Huibers M, Peeters F, Arntz A. On the measurement of rumination: A psychometric evaluation of the ruminative response scale and the rumination on sadness scale in undergraduates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2006;37(4):299-313. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.03.002>
  38. Jlatizadeh F, Shakerinia I, Hosseinkhanzadeh AA. [Comparison of Rumination and Anxiety in mothers of students with and without special needs during Covid-19 pandemic]. *Journal of Exceptional Education*. 2023;1(173):24-34. <https://exceptionaleducation.ir/article-1-2503->

- en.html
39. Bagherinezhad M, Salehi Fardadi J, Tabatabayi SM. [The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2010; 11(1):21-38:
  40. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*. 1990;28(6):487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
  41. Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*. 1992;30(1):33-37. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(92\)90093-V](https://doi.org/10.1016/0005-7967(92)90093-V)
  42. Zhong J, Wang C, Li J, Liu J. Penn State Worry Questionnaire: Structure and psychometric properties of the Chinese version. *Journal of Zhejiang University. Science*. 2009;10(3):211-218. <https://doi.org/10.1631/jzus.B0820189>
  43. Dehshiri GR, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. [Psychometrics particularity of Farsi version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for college students]. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;1(4):67-75.
  44. Salarifar MH, Pouretamad H. P-1060 - The study of factorial structure, validity and reliability of the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). *European Psychiatry*. 2012;27(1): 1-1756. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75227-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75227-6)
  45. Talaezadeh M, Eftekhari saadi Z, Heydarie A, Joharifard R. [Comparing the effectiveness of "Hypnosis Therapy" and "Schema Therapy" on the dimensions of mental health in the prevention of divorce of men and women who have been betrayed]. *Journal of Health Promotion Management*. 2023;12(3):63-81.
  46. Williams JM, Russell I, Russell D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(3):524-529. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.524>
  47. Shirinzadeh-Dastgiri S, Beshlide K, Hamid N, Marashi A, Hashemi-Sheykhshabani E. [The study of the effectiveness of Mindfulness -Based Cognitive Therapy on rumination, depression and executive functions in depressed patients]. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;7(3):37-48.
  48. Mokhtarinejad O, Mirzaian B, Hassanzadeh R. [Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perception of disease and worry in patients with illness anxiety disorder]. *Advances in Cognitive Science*. 2020 ; 22(3):58-67 <https://icssjournal.ir/article-1-1118-en.html> <https://doi.org/10.30699/icss.22.3.58>
  49. Varmazyar A, Makvandi B, Seraj Khorrami N. [Effectiveness of Schema Therapy in social anxiety, rumination, and psychological well-being among depressed patients referred to health centers in Abadan, Iran]. *Razavi International Journal of Medicine*. 2021; 9(1):32-39. [https://journal.razavihospital.ir/article\\_118341.html](https://journal.razavihospital.ir/article_118341.html)
  50. Hassanzadeh MR, Mansouri A. [Effectiveness of Schema Therapy on anger, rumination and aggression in men with binge eating disorder]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2022;20(1):1-8. <https://doi.org/10.52547/rbs.20.1.1>
  51. Sangani A, Dasht Bozorgi Z. [The effectiveness of Schema Therapy on general health, ruminating and social loneliness of divorced women]. *Psychological Achievements*. 2018;25(2):201-216. [https://psychac.scu.ac.ir/article\\_14098.html?lang=en](https://psychac.scu.ac.ir/article_14098.html?lang=en)
  52. Izadi F, Ashrafi E, Fathi Ashtiani A. [The effectiveness of emotional schema therapy on reducing negative emotional schemas, emotional dyslexia and symptoms of patients with physical symptoms]. *Behavioral Science Research*. 2019;17(2):232-243. <https://ensani.ir/file/download/article/658c166f60660-10593-1402-80.pdf> <https://doi.org/10.52547/rbs.17.2.232>
  53. Khaleghi M, Mohammadkhani S, Hasani J. [Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety's signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: Single-subject design]. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8(2):43-55.
  54. Leahy RL. Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019; 12:1-4. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
  55. Nolen-Hoeksema S. The Response Styles Theory. In *Depressive Rumination*. eds C. Papageorgiou and A. Wells. 2003; <https://doi.org/10.1002/9780470713853.ch6>
  56. Zolfa R, Moradi A, Mahdavi M, Parhoon

- H, Parhoon K, Jobson L. [Feasibility and acceptability of written exposure therapy in addressing posttraumatic stress disorder in Iranian patients with breast cancer]. *Psycho-Oncology*, 2023;32(1):68-76. <https://doi.org/10.1002/pon.6037>
57. Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*. 2009;29(2):116-128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.003>
58. Kianpour Barjoe L, Amini N, Keykhosrovani M, Shafiabadi A. [Effectiveness of Positive Thinking Training on perceived stress, metacognitive beliefs, and death anxiety in women with breast cancer]. *Archives of Breast Cancer*. 2022; 9 (2):195-203. <https://www.archbreastcancer.com/index.php/abc/article/view/498> <https://doi.org/10.32768/abc.202292195-203>
59. Bagherzadeh R, Sohrabineghad R, Gharibi T, Mehboodi F, Vahedparast H. [Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on rumination in patients with breast cancer]. *BMC Women's Health*. 2022;22(1):552. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02124-y>
60. Liu H, Cai K, Wang J, Zhang H. The effects of mindfulness-based interventions on anxiety, depression, stress, and mindfulness in menopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2023 Jan 9; 10:1045642. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1045642>
61. Lengacher C A, Gruss L F, Kip K E, Reich R, Chauca K G, Moscoso M S, Joshi A, Tinsley S, Shani B, Cousin L, Khan C P, Goodman M, Park J Y. Mindfulness-Based Stress Reduction for breast cancer survivors (MBSR(BC)): evaluating mediators of psychological and physical outcomes in a large randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*. 2021;44(5):591-604. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00214-0>
62. Kabat-Zinn J, Massion A O, Kristeller J, Peterson L G, Fletcher K E, Pbert L, Lenderking W R, Santorelli S F. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1992;149(7):936-943. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>