

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Well-Being, Blood Pressure and Blood Sugar in Pregnant Women

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Parastoo Nasri¹
Saied Malihialzackerini^{2*}
Masoureh Tajvidi³
Mitra Rahimzadeh⁴
Zarin Ajoudani⁵

How to cite this article

Parastoo Nasri, Saied Malihialzackerini, Masoureh Tajvidi, Mitra Rahimzadeh, Zarin Ajoudani, Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Well-Being, Blood Pressure and Blood Sugar in Pregnant Women, *Islamic Life Style*. 2022; 6(2):456-466.

1. PhD student, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author).

3. Associate Professor, Department of Nursing, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4. Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Research Center for Social Factors Affecting Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

5. Assistant Professor, Midwifery Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: saied.malihi@kiaou.ac.ir

Article History

Received: 2022/04/04

Accepted: 2022/07/09

ABSTRACT

Purpose: Pregnancy is one of the most sensitive periods of human life. A long wait to give birth and constant concern for the health of the baby accompany the mother during all pregnancy periods. The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on psychological well-being, Blood Pressure and Blood Sugar in pregnant women.

Materials and Methods: The current study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test-follow-up plan with a control group. The statistical population of the present study consisted of all pregnant women in the second 3 months of pregnancy who referred to the hospitals and pregnancy clinics of Tehran in 2020-2021. 45 people were selected in a purposeful way and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The tools of this research were Ryff's psychological well-being questionnaires (1989) and a special armband for a sphygmomanometer and a glucose test kit. For the first experimental group, German, Canadian, and Iranian system metacognitive therapy (Malihialzackerini et al., 2003) and for the second experimental group cognitive behavioral therapy (Greenberg and Padesky, 1995) were held in 8 sessions of 90 minutes, but the control group did not receive any intervention. The data were analyzed using mixed analysis of variance.

Findings: The results indicated that metacognitive therapy and cognitive behavioral therapy increased psychological well-being and decreased blood pressure and blood sugar at the end of the interventions and the follow-up period ($p < 0.05$). The method of metacognitive therapy has caused a further decrease in blood pressure and blood sugar components, and a further increase in psychological well-being ($p < 0.05$).

Conclusions: Due to the effect that metacognitive therapy has on correcting metacognitive beliefs, it can be effective alone or with complementary therapy in reducing Blood Pressure and Blood Sugar and increasing psychological well-being in pregnant women.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Metacognitive Therapy, Psychological Well-Being, Blood Sugar, Blood Pressure, Pregnancy

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب در زنان باردار

پرستو نصری^۱

دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

سعید ملیحی الذاکرنی^{۲*}

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول).

منصوره تجویدی^۳

دانشیار، گروه پرستاری، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

میترا رحیم زاده^۴

دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

زرین آجودانی^۵

استادیار، گروه مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

هدف: بارداری از حساس‌ترین دوره‌های زندگی انسان است. انتظار طولانی‌مدت برای به دنیا آمدن و نگرانی مدام برای حفظ سلامت نوزاد در همه دوران بارداری همراه مادر است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب در زنان باردار بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنان باردار در ۳ ماهه دوم بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های بارداری شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. که تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار این پژوهش پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) و اضطراب، استرس و افسردگی لابیوند و لابیوند (۱۹۹۵) بود. برای گروه آزمایش اول درمان فراشناخت سیستم آلمانی، کانادایی، ایرانی (ملیحی الذاکرنی و همکاران، ۲۰۰۳) و برای گروه آزمایش دوم درمان درمانی شناختی رفتاری (گرینبرگ و پادسکی، ۱۹۹۵) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد، اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی و اضطراب در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بودند

($p < .05$). روش فراشناخت درمانی باعث کاهش بیشتر مؤلفه‌های افسردگی و اضطراب، و افزایش بیشتر بهزیستی روان‌شناختی شده است ($p < .05$).

نتیجه‌گیری: به دلیل تأثیری که درمان فراشناخت بر اصلاح باورهای فراشناختی دارد می‌تواند به تنهایی و یا با درمان مکمل در کاهش فشار و اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، فراشناخت‌درمانی، بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب، افسردگی، بارداری.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۱۸

*نویسنده مسئول saied.malihi@kiau.ac.ir

مقدمه

بارداری از حساس‌ترین دوره‌های زندگی انسان است. انتظار طولانی‌مدت برای به دنیا آمدن و نگرانی مدام برای حفظ سلامت نوزاد در همه دوران بارداری همراه مادر است. از این رو مادران جوان عموماً تجربه مدام استرس و اضطراب دارند و بهداشت روانی دوران بارداری از مسائلی است که امروزه به آن بسیار توجه شده است (۱). در دوران بارداری بهزیستی روان‌شناختی برای سلامتی و رفاه مادر منتظر عاملی ضروری است. بهزیستی روان‌شناختی، به‌عنوان رشد استعدادهای واقعی هر فرد، در دو بعد لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی تعریف می‌شود (۲). لذت‌گرایی بهزیستی روان‌شناختی را شادکامی ذهنی، لذت و اجتناب از درد تعریف می‌کند و فضیلت‌گرایی بهزیستی روان‌شناختی را بالفعل شدن توان بالقوه فرد در فرایند ادراک خود می‌داند. فراهم کردن منابع حمایتی عاطفی، مادی و اطلاعاتی تغییرات جسمی و روانی مرتبط با بارداری را تسکین می‌دهد و مادر را برای رفتارهای سالم و ایجاد تغییراتی در سبک زندگی تشویق می‌کند. از آنجاکه بهزیستی روان‌شناختی حائلی در مقابل استرس است در زنان بارداری که استرس بیشتری را تجربه می‌کنند مشکلات دوران بارداری را کاهش و کیفیت زندگی زنان باردار را بهبود می‌دهد (۳). از طرفی اضطراب دوره بارداری علل زیادی دارد. زنی که دارای شرایط پرخطر پزشکی از قبیل فشار خون بالا یا دیابت می‌باشد ممکن است در مورد اثرات سوء این بیماریها بر روی خود و فرزندش نگران باشد. فردی که سابقه نازایی یا مرده زایی داشته ممکن است درباره قدرت ادامه زندگی پس از تولد نگرانی داشته باشد. همچنین فردی که برای نخستین بار مادر میشود ممکن است درباره تغییرات قریب الوقوعی که در زندگی وی روی خواهد داد، نگرانی داشته باشد و بسیاری از زنان در مورد نقایص مادرزادی و سلامت نوزاد نیز می‌اندیشند (۴، ۵).

اضطراب بارداری در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته باعث افزایش عوارض متعدد در مادر و جنین از جمله افزایش مرگ‌ومیر جنین و نوزاد (۶، ۷)، زایمان زودرس، وزن کم زمان تولد (۸)، محدودیت رشد داخل رحمی (۹)، کنده شدن زودرس جفت، افزایش سزارین (۱۰)، نارسایی قلبی (۱۱)، نارسایی کلیه (۱۲) و سندرم

فراشناختی، در این پژوهش روشی است در درمان اختلالات روانی که نخستین بار در سال ۲۰۰۳ توسط یک گروه بین‌المللی آلمانی - کانادایی- ایرانی (۲۳) در دانشگاه هامبورگ ابداع شد. این روش درمانی در سال ۲۰۱۰ جایزه جهانی روان‌درمانی را در اروپا دریافت کرد. شیوه مورد استفاده مجموعه مورد استناد این روش درمانی فراشناختی کاملاً متفاوت با سیستم فراشناختی ولز (۲۴) است. در پژوهش‌های متعددی به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی پرداخته شده است. حال با عنایت به آنچه گفته شد پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب در زنان باردار با هم تفاوت دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش شبه‌آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری ۳۰ روزه با گروه گواه استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنان باردار در ۳ ماهه دوم بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های بارداری شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. گروه نمونه از بین زنان باردار مراجعه‌کننده نیکان غرب و آراد انتخاب شدند. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. گروه‌های منتخب برای اجرای مداخله آزمایشی و ایفای نقش گواه، از قبل سه گروه متفاوت بودند. بر این اساس، از جامعه مذکور ۴۵ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری، ۱۵ نفر)، (گروه آزمایش درمان فراشناختی، ۱۵ نفر) و (گروه گواه، ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، بارداری به صورت طبیعی، بارداری خواسته، زندگی با شریک زندگی آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سؤالات و معیارهای خروج از پژوهش شامل بروز مشکلاتی مربوط به بارداری بر اساس تأیید پزشک که حضورشان در جلسات درمانی نباید ادامه پیدا کند نظیر زایمان زودرس، استراحت مطلق، بالا رفتن افسردگی، بالا رفتن اضطراب و ... عدم تمایل شرکت در جلسات گروهی درمان و غیبت بیش از دو جلسه بود.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و مدیریت بیمارستان‌های نیکان غرب و آراد پس از انتخاب افراد نمونه با روش نمونه‌گیری هدفمند، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر از بیماران انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه‌ها پیش از اجرای آزمودنی قرار گرفتند. پس از جایگزینی در گروه‌ها، آزمودنی‌ها پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی اول، درمان شناختی رفتاری که به مدت ۱۰ جلسه یک ساعت و

هلب ۱ (۱۳) می‌شود. به‌رغم مشکل‌آفرین بودن اختلال پرفشاری خون و دیابت در بارداری و عوارض متعدد آن، هنوز درمان مشخصی برای آن یافت نشده است (۱۴).

از طرفی نیز افسردگی اختلال شایعی در زنان باردار است که سلامت مادر و کودک را در دوران بارداری و پس از زایمان مورد تهدید جدی قرار می‌دهد. افسردگی در دوران بارداری باعث عدم مراقبت مادر از خود، بی‌اشتهایی، کم‌وزن بودن نوزاد و تولد زودرس نوزاد می‌گردد. افسردگی در دوران بارداری می‌تواند منجر به عدم توجه به خود، تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو و عدم مراقبت دوران بارداری شود. این امر همچنین خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد که ممکن است عواقب ناگواری مانند خودکشی و سوء استفاده از کودک را به دنبال داشته باشد. متأسفانه سهل‌انگاری در تشخیص و درمان افسردگی در دوران بارداری و بیشتر مواقع به علت تشابه علائم افسردگی با علائم جسمانی بارداری مانع از تشخیص به موقع و صحیح افسردگی می‌شود.

با توجه به مطالب گفته‌شده پرداختن به و بهزیستی روانشناختی افسردگی و اضطراب در زنان باردار و مداخلات تأثیرگذار بر آنها از اهمیت بسزایی برخوردار است. در ادبیات پژوهشی به‌طور گسترده، مداخلات روان‌شناختی مخصوصاً درمان شناختی - رفتاری برای چالش‌های بارداری در زنان باردار مطرح شده است. درمان شناختی - رفتاری رویکردی است که به بیماران کمک می‌کند تا قدرت «خودگویی» (آنچه آنها به خود می‌گویند) را تشخیص دهند و مهارت‌های مقابله‌ای خود را در برخورد با پریشانی هیجانی افزایش دهند (۱۵). همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد درمان شناختی - رفتاری مقرون‌به‌صرفه است، اتلاف منابع را کاهش می‌دهد و نقش مهمی در جلوگیری از پیشروی شرایط مزمن و ناتوان‌کننده دارد (۱۶). بالا بردن پایبندی به رژیم‌درمانی، مزیت دیگر این مدل در مراقبت از پرفشاری و اضطراب می‌باشد (۱۷).

شواهد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را در درمان افسردگی، اضطراب و سایر مشکلات روان‌شناختی و بهبود مدیریت دیابت از طریق کنترل اضطراب نشان می‌دهد. به‌گونه‌ای که درمان شناختی - رفتاری به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی اولیه برای پرداختن «رفتارهای منفی» و «تفکر ناکارآمد» در میان افراد مبتلا به دیابت توسط مؤسسه ملی ارتقاء سلامت و مراقبت ۲، دستورالعمل شبکه‌ای بین دانشکده‌های اسکاتلند ۳، انجمن دیابت امریکا ۴ و فدراسیون بین‌المللی دیابت ۵ توصیه می‌شود (۱۷). همچنین درمان فراشناختی یکی از مداخله‌های تأثیرگذار روان‌شناختی است که در دهه‌های اخیر پیشرفت خوبی در درک علل مشکلات بهداشت روانی و درمان آنها داشته است (۱۸). این رویکرد در ابتدا برای درمان اختلال‌های هیجانی، افسردگی و اضطراب فراگیر استفاده شد و بعدها به‌عنوان یک رویکرد درمانی کلی گسترش یافت (۱۹، ۲۰). روش‌های مبتنی بر فراشناخت از نسل سوم روان‌درمانی هستند که به اندازه تغییر بر پذیرش نیز تأکید می‌کنند (۲۱، ۲۲). درمان

4 American Diabetes Association

5 The International Diabetes Federation

1 HELLP Syndrom

2 National Institute for Health and care Excellence

3 The Scottish Intercollegiate Guideline Network

افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را در بر می‌گیرد. هر یک از خرده مقیاس‌های **dass-21** شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید (جدول ۱). هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. سپس با مراجعه به جدول شماره ۲ می‌توان شدت علائم را مشخص کرد. آنتونی و همکاران مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن‌ها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل موردسنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۹۷، ۰/۸۹ و ۰/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین در پژوهش نیک آذین و نائینیان ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بدست آمد و ضرایب بازآزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۴ بدست آمد که قابل‌قبول می‌باشند. بسته آموزشی درمانی فراشناختی: ساختار جلسات درمان فراشناختی از پروتکل طراحی‌شده توسط ملیحی‌الذاکرینی و همکاران اجرا گردید. شرح مختصر جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری در جدول ۱ ارائه گردیده است.

نیم و گروه آزمایشی دوم، درمان فراشناخت که به مدت ۸ جلسه یک ساعت و نیم به شیوه گروهی به صورت حضوری با توالی هر هفته دو جلسه در روزهای شنبه و چهارشنبه توسط پژوهشگر دریافت کردند. اما آزمودنی‌های گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و ۳۰ روز بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند همچنین برای شرکت‌کنندگان گروه گواه جهت رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از آن‌ها، پس از پایان یافتن پژوهش، جلسات درمانی برگزار شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس را ریف ۱ در سال ۱۹۸۹ طراحی نمود. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش بر پایه پیشنهاد ریف به پژوهشگران، فرم ۸۴ سؤالی آن به کار برده شد. مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش است (۲۵). از آزمودنی درخواست می‌شود پرسش‌ها را خوانده و نظر خود را بر روی یکی از گزینه‌های شش‌گانه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نشان دهد. برای هر پرسش نمره یک تا شش داده می‌شود. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه شکری و همکاران (۲۶) برای هر یک از مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش خود، تسلط محیطی، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی، رشد فردی و استقلال به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۸، ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۶۰، به دست آمد و روایی این پرسشنامه ۰/۶۷ گزارش شد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس **dass-21**: این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است توسط لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است. این عبارات مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس

جدول ۱. جلسات درمانی فراشناخت (سیستم آلمانی، کانادایی، ایرانی)

موضوعات منحصر به فرد فراشناخت درمانی	موضوع	سرفصل درمان
	پالایش ذهنی، تعمیم بیش‌ازحد	تفکر و استدلال ۱
تحریف حافظه، تغییر دوباره حافظه	حافظه و تمرکز، خطای حافظه	حافظه
استبداد/ باید	استبداد/ عبارت "باید"	تفکر و استدلال ۲
یافتن یک تعادل صحیح	بی‌ارزش نمایاندن نکات مثبت، تفکر سیاه‌وسفید	عزت‌نفس، ارزش قائل شدن برای خود
شناسایی ارزش‌ها، برای زندگی کردن بر پایه زندگی باارزش	عزت‌نفس، کمال‌گرایی	تفکر و استدلال ۳
	بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی، سبک اسناد	تحریف تفکر در افسردگی
	کناره‌گیری به سوی یک چرخه معیوب هدایت می‌شود، نشخوار کردن افسرده‌وار، سرکوب افکار	راهبردها و رفتارها
	نتیجه‌گیری عجولانه، ذهن خوانی، پیش‌گویی	تفکر و استدلال ۴

درک عواطف و احساسات، اعتماد به نفس	درک احساسات، استدلال هیجان، درک نشانه غیر کلامی	اعتماد به نفس، تغییر احساس و افکار مجسمه‌های منفی
بسته آموزشی درمانی شناختی - رفتاری: ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری از پروتکل طراحی شده توسط پادسکی و	گرینبرگر (۲۷) اجرا گردید. شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری در جدول ۲ ارائه گردیده است.	

جدول ۲. جلسات درمانی شناختی رفتاری

جلسات آموزش	عنوان جلسات
جلسه ۱	اهداف: آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، طرح شکایت‌های اصلی زنان، معرفی اجمالی نوع درمان، تشریح مساعی با نمونه پژوهش در تعیین اهداف پروتکل درمانی، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آماجها و توافق بر سر تکالیف خانگی، ثبت رویدادهای زندگی بر اساس مدل ABC
جلسه ۲	اهداف: صورت‌بندی مشکلات کلی زنان در قالب مدل شناختی رفتاری، ادغام مثلث شناختی در استراتژی‌های درمانی، استفاده از تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.
جلسه ۳	اهداف: ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی
جلسه ۴	اهداف: بازشناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص، استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین، بررسی چند مورد از مسائل آماجی بیماران.
جلسه ۵	اهداف: توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از تکنیک‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی.
جلسه ۶	اهداف: استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری در مورد جرئت‌ورزی، حل مسأله و آموزش مهارت‌های اجتماعی به زنان
جلسه ۷	اهداف: شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف‌سازی باورهای غیرشرطی از طریق زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی و درجه‌بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس ۰ تا ۱۰۰ درجه
جلسه ۸	اهداف: ادامه تولید و توسعه باورهای مثبت جایگزین از طریق توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، توسعه مهارت‌های حل مسأله و رفتارهای شجاعانه، درجه‌بندی افکار جایگزین، ایجاد آمادگی برای به کار گرفتن روش‌های آموخته شده در شرایط زندگی آینده.
جلسه ۹	اهداف: آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی، در این جلسه به افراد آموزش سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد و مهارت‌های گوش کردن فعال داده شد سپس از افراد خواسته می‌شود تا به واکنش دیگران به این سبک‌های پاسخ‌دهی کلامی توجه کنند و در انتهای جلسه با بیماران قرارداد وابستگی بسته شد (یک شیوه درمانی رفتاری است که به موجب آن به منظور مبادله پاداش برای ابراز رفتارهای مطلوب بین اعضای گروه توافق‌هایی صورت می‌گیرد)
جلسه ۱۰	اهداف: آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی و اجرای پس‌آزمون. لازم به ذکر است در هر جلسه مطالب و تکالیف خانگی جلسه قبل مورد بررسی قرار می‌گرفت و در پایان جلسه تکالیف جدید به افراد محول می‌شد.

برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس آمیخته که توسط نرم‌افزار spss-26 مورد تحلیل قرار گرفت، استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های تحقیق به تفکیک برای سه گروه کنترل، درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت درمانی در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

متغیر	مرحله	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار

I Greenberger & Padesky

۲۶/۹۲	۱۹۸/۹۳	۲۶/۴۳	۱۹۸/۸۷	۲۷/۰۷	۲۰۰/۰۷	کنترل	بهبودی روان شناختی
۳۹/۷۳	۲۳۰/۴۰	۴۱/۸۸	۲۲۹/۷۳	۳۱/۳۳	۱۷۴/۶۰	درمان شناختی	
۴۵/۳۷	۲۷۱/۵۳	۴۴/۶۷	۲۷۳/۰۰	۲۶/۴۹	۱۸۴/۰۰	فراشناخت	
۴/۱۹	۱۷/۰۰	۳/۸۶	۱۶/۹۳	۳/۹۲	۱۶/۰۷	کنترل	اضطراب
۵/۴۰	۱۱/۱۳	۵/۵۱	۱۱/۴۰	۴/۶۰	۱۷/۸۷	درمان شناختی	
۴/۴۰	۱۰/۴۰	۴/۰۴	۹/۲۷	۳/۹۵	۱۶/۹۳	فراشناخت	
۵/۱۱	۱۷/۷۳	۵/۳۱	۱۷/۶۷	۴/۳۶	۱۸/۸۰	کنترل	افسردگی
۴/۹۵	۱۳/۸۰	۴/۹۰	۱۳/۸۷	۴/۰۰	۱۷/۴۰	درمان شناختی	
۳/۹۱	۸/۲۰	۳/۵۶	۸/۹۳	۴/۲۴	۱۷/۰۰	فراشناخت	

اضطراب و افسردگی در گروه‌های شناختی - رفتاری و فراشناخت درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است. بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است.

در جدول ۳ نتایج نشان داده است که در گروه کنترل میانگین نمرات مؤلفه‌های بهبودی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب در پس-آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت درمانی شاهد افزایش نمره بهبودی روان‌شناختی در مرحله پس-آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم. همچنین

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
بهبودی روان شناختی	درون گروهی	زمان * گروه	۱۹۹۱/۷۶	۲	۹۹۵/۸۸	۲۷/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
	بین گروهی	خطا گروه	۲۴۱/۱۸	۷۶	۳۶/۰۷	-	-	-
	خطا	۲۴۱/۱۸	۷۶	۱۷۱۱/۱۴	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	
افسردگی	درون گروهی	زمان * گروه	۸۲/۹۳	۱/۴۵	۵۷/۰۶	۰/۲۵	۰/۷۷	۰/۰۱
	بین گروهی	خطا گروه	۱۶۱۹/۶۳	۲/۹۱	۵۵۷/۲۴	۲/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۱
	خطا	۱۲۵۴۴/۸۹	۵۵/۲۲	۲۲۷/۱۷	-	-	-	-
اضطراب	درون گروهی	زمان * گروه	۲۲۵۵/۲۲	۲	۱۱۲۷/۶۱	۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۱
	بین گروهی	خطا گروه	۸۶۵۶/۴۱	۳۸/۰۰۲	۲۲۷/۸	-	-	-
	خطا	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱	
	درون گروهی	زمان * گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
	خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در متغیر بهبودی روان‌شناختی اثر زمان معنادار است ($P < 0.05$) بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای بهبودی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و

گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیرهای بهبودی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بین دو گروه درمانی و شناختی درمانی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بنفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی متغیرهای تحقیق

سطح معنی داری	آماره آزمون	اختلاف میانگین	کنترل	فراشناخت	پیش‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۲	۱۰/۳۶	-۲۵/۴۶۷*	کنترل	فراشناخت	پیش‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۳۷	۱۰/۳۶	-۹/۴۰	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۳	۱۴/۰۶	۳۰/۸۶۷*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۰	۱۴/۰۶	-۴۳/۲۶۷*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۳	۱۳/۹۲	۳۱/۴۶۷*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۱	۱۳/۹۲	-۴۱/۱۳۳*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۹۰	۱/۵۲	-۰/۲۰	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۹۷	۱/۵۲	-۰/۰۷	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۰	۱/۶۶	-۱۱/۵۳۳*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۰	۱/۶۶	۷/۱۳۳*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۰	۱/۷۱	-۱۱/۸۶۷*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۰	۱/۷۱	۶/۷۳۳*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۳۷	۱/۵۳	۱/۴۰	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۸۰	۱/۵۳	۰/۴۰	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۰	۱/۷۰	-۸/۸۰۰*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۰	۱/۷۰	۵/۹۳۳*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۰	۱/۷۱	-۸/۹۳۳*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۰	۱/۷۱	۵/۶۰۰*	کنترل	فراشناخت	پس‌آزمون	درمان شناختی	بهبودی روان‌شناختی

حاضر با پژوهش‌های منصور ۱ و همکاران (۲۹)، پیزگا ۲ و همکاران (۳۰)، جباری و همکاران (۲۸)، همسو و همخوان است. می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان‌گران شناختی- رفتاری از راهبردها و فنون شناختی مختلف مانند ربط دادن افکار به موقعیت‌ها و عواطف، جمع‌آوری شواهد و شناسایی تحریف‌های فکری، آزمایش‌ها، کشف باورها و پیش‌فرض‌های محوری و زیربنایی استفاده می‌کنند (۳۱).

همچنین، درمان‌گران شناختی در کمک به مراجعان در آزمون اعتبار شناخته‌ای خود، می‌توانند از دامنه وسیعی از راهبردهای درمانی استفاده کنند. آنان می‌توانند از فنون شناختی و رفتاری متعددی که بسیاری از آنها توسط درمان‌گران منطقی - عاطفی - رفتاری و رفتار درمان‌گران مانند فکر کردن، بحث کردن، مناظره، چالش طلبیدن، ترغیب، تغییر، توضیح، آموزش و تکالیف شناختی بهره‌مند شوند. برای نمونه، درمان‌جویان می‌آموزند که چگونه ارزش‌ها و رفتارهای مربوط به خود و دیگران را بررسی و اصلاح کنند. درمان‌گران به درمان‌جویان نشان می‌دهند چگونه مسائل را بد جلوه می‌دهند و چگونه خود را کوچک و حقیر می‌سازند. همچنین، در نقش آموزش‌دهنده رهبران گروه درمانی بر مباحثه افکار غیرمنطقی متمرکز می‌شوند و ایده‌های منطقی را جایگزین باورهای غیرمنطقی، مصیبت‌زا و فاجعه‌آمیز می‌سازند. آنها نشان می‌دهند که چگونه این عقاید و باورها، ناراحتی‌های غیرضروری به وجود می‌آورند و مراجعان را تشویق می‌کنند که این رفتارهای ناکارآمد را تغییر دهند. علاوه بر این، اعضای گروه می‌آموزند که

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون بین گروه کنترل و گروه‌های آزمایش در سطح معنی داری ۰,۰۵ تفاوت معنی داری مشاهده نمی‌شود. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، شاهد بهبود در مؤلفه‌های تحقیق گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌باشیم که نشان‌دهنده اثربخش بودن دو روش درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت درمانی می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است، بین روش‌های درمان فراشناخت درمانی و شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. و روش فراشناخت درمانی باعث کاهش بیشتر مؤلفه‌های افسردگی و اضطراب، و افزایش بیشتر بهبودی روان‌شناختی شده است.

پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا بین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی بر بهبودی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب در زنان باردار تفاوت وجود دارد؟

نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه گواه بر روی بهبودی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب مؤثر بودند و درمان فراشناختی اثربخشی بیشتری در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش بهبودی روان‌شناختی و نسبت به درمان شناختی رفتاری داشته است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهبودی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب در زنان باردار، نتایج پژوهش

چگونه باورهای غیرمنطقی می‌توانند با عبارات معقول کنار رانده شوند. از مراجعان انتظار می‌رود که روش صحبت کردن خود را با نوشتن و تحلیل کیفیت زبان خود بررسی کنند. در درمان شناختی - رفتاری از آرمیدگی استفاده شد که تکنیک‌های آرمیدگی منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در زنان باردار شده است.

در تبیین اثربخشی درمان فراشناخت بر میزان بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب در زنان باردار نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های موریتز ۱ و همکاران (۳۳)، پوروال و فیشر ۲ (۳۴)، فیشر و نوبل ۳ (۳۵)، معینی و همکاران (۲۳)، شاکر دولق و همکاران همسو و همخوان است. می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان فراشناختی بر این اصل بنیادین استوار است که اختلال روان‌شناختی به دلیل اثرات سبک تفکر، یعنی، سندرم شناختی - توجهی بر تجارب هیجانی و دانش (باورها) تداوم می‌یابند. سندرم شناختی - توجهی از طریق مسیرهای خاص موجب تداوم احساس منفی فرد درباره خودش و ادراک تهدید می‌شود. سندرم شناختی - توجهی با فعال‌سازی باورهای فراشناختی مثبت و منفی مرتبط است. جداسازی سطح فراشناختی از سطح شناختی متداول، این پیامد را دربر دارد که ممکن است تجارب وقایع درونی (مثل افکار، باورها و هیجان‌ها) در ذهنیت‌های شناختی و فراشناختی پردازش شوند. این مدل دامنه‌ای از روش‌های درمانی احتمالی را ارائه می‌کند که متمرکز بر کنار نهادن سندرم شناختی - توجهی، اصلاح باورهای فراشناختی، شکل‌دهی شیوه‌های متفاوتی از تجربه و رابطه با وقایع درونی می‌باشند. در درمان فراشناختی با قرار دادن باورهای فراشناختی و جایگزین کردن تجربه درونی یک فکر منفی یا باور معمول به‌جای رویداد فعال‌ساز، لازم نیست واقعه فعال‌ساز موقعیت‌های بیرونی باشند، بلکه حوادث شناختی درونی نیز می‌توانند در حکم واقعه فعال‌ساز عمل کنند در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی افزایش پیدا می‌کند. اضطراب و افسردگی تجربه‌های هیجانی نامطلوبی هستند که نشانه‌ای از وجود انواع تهدید یا فقدان می‌باشند. وقتی افراد با تغییر الگوی توجه و تفکر به آنها پاسخ می‌دهند، پایدار و مسئله ساز می‌شوند. با این حال اکثر افراد قادر به این مسئله نیستند که توجهشان بر خود و تفکر و احساسشان قفل شده است و این فرایند، احساس ها و باورهای منفی را درباره خود افزایش داده و تداوم می‌بخشد. بنابراین می‌توان گفت که در درمان فراشناختی با استفاده از فن‌های ذهن آگاهی انفضالی، به تعویق انداختن نگرانی و به ویژه فن موقعیتی توجه که برای مقابله با تهدیدهای بیرونی در زنان باردار، به کار می‌رود و میزان برانگیختگی را افزایش می‌دهد، ممکن است در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر باشد. یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی برای کاهش اضطراب و نگرانی زنان باردار با استفاده از تحلیل سود-زیان صورت می‌گیرد. به طوری که درمانگر تلاش کرد تا بیمار متوجه شود که نگرانی و اندیشناکی نتیجه کمی دارد و در گرفتار کردن او، صرفاً در تکرار جنبه‌های منفی رویداد آسیب‌زا یا فکر درباره تهدیدهای آینده، نقش دارد. درمانگر با این هدف و به منظور تضعیف باورهای مثبت درباره نیاز به درگیری در این

الگوهای تفکر پایدار، مراجع را به سمت تحلیل سود و زیان نگرانی و اندیشناکی پیش می‌برد. هدف تضعیف سودها و برجسته کردن زینانها برای تسهیل استفاده از تعویق نگرانی و اندیشناکی است. طبق این دیدگاه افکار مزاحم به شیوه گسلیده و بدون اینکه مورد تحلیل یا تفسیر یا کنترل قرار بگیرند در نظر گرفته می‌شوند. زمانی که بیمار مفهوم ذهن آگاهی گسلیده را متوجه شد و در جلسه درمان تمرین انجام شد. درمانگر راهبرد به تعویق انداختن نگرانی و اندیشناکی را معرفی می‌کند. درمانگر به بیمار آموزش داد هرگاه افکار یا علائم مزاحم (مثل افزایش برانگیختگی ناگهانی) را تجربه کرد، باید از وقوع آنها آگاه شود و با خودش بگوید الآن در مورد رویداد آسیب‌زا اندیشناک نباش، نگران نباش و علائم را تحلیل نکن، فقط اجازه بده علائم به وقت خودشان ناپدید شوند. درمانگر از مراجع خواست که ذهن آگاهی گسلیده و تعویق نگرانی و اندیشناکی را در پاسخ به به تمام افکار مزاحم مرتبط با رویداد آسیب‌زا به کار ببرد. احتمال دارد بتوان برای تبیین دیگر این یافته به تعمیم فن ذهن آگاهی گسلیده متوسل شد. درمانگر به بیمار آموزش داد تا بتواند ذهن آگاهی گسلیده را برای هرگونه پیامد کابوس‌ها به کار ببرد. پس از آن، گام بعدی بررسی وجود راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی است که برای سازگاری زیان بخش است. درمانگر به دقت استفاده از راهبردهای کنترل علائم، کوچک شمردن تهدیدها، افکار کنترل‌کننده و کاهش اضطراب را ارزیابی می‌کند. راهبردهای معمول که مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل استفاده از الکل و سایر داروها، سرکوبی افکار، اجتناب از برانگیزاننده‌های رویداد آسیب‌زا و واریسی کردن می‌باشد. شناسایی این رفتارها، به بیمار کمک می‌کند تا موارد مسئله ساز را بشناسد. در تبیین اثربخش‌تر بودن درمان فراشناختی می‌توان این‌گونه بیان کرد که آموزش و درمان فراشناختی با اصلاح فرایند تفکر در زنان باردار و کاهش عواطف و افکار منفی و تعدیل پردازش‌های غلط، مقابله با شرایط دشوار بارداری را آسان‌تر کرده و توانایی چیرگی ایشان بر مشکلات ناشی از بارداری را افزایش می‌دهد. هنگام رویارویی با شرایط دشوار و تنش‌زا، باورها و ادراک این زنان اطلاعاتی را در اختیار مغزشان قرار می‌دهد و شرایط و موقعیت در ذهنشان تفسیر می‌شود. بنابراین، آنها توانایی‌های خود و ارزش مقابله با آن موقعیت را در ذهن خویش ارزیابی می‌کنند. این ارزیابی‌ها فرایندهای شناختی و نیز هیجانات ایشان را برانگیخته می‌سازند. وقتی پردازش اطلاعات مغز متعادل و متناسب شود، زنان مطلقه راهبردهای مقابله‌ای منطقی‌تری به کار می‌گیرند و رویدادها را بیشتر قابل کنترل و مدیریت می‌بینند. تفکر منعطف سبب می‌شود زنان باردار در برابر فشارهای ناشی از بارداری بتوانند وضعیت و جایگاه خویش را بیشتر بشناسند و درک کنند. وقتی درک شرایط بالا برود و رویدادها قابل کنترل‌تر به حساب آیند، زندگی برای ایشان معنادارتر شده و ارزش این را خواهد داشت که آنان برای ارتقاء زندگی خود و تربیت فرزند و مراقبت فرزند بیشتر بکوشند. استرس، اضطراب، افسردگی هر سه با مداخله فراشناختی بیشتر

2. Gustafsson MK, Stafne SN, Romundstad PR, Morkved S, Salvesen KA, Helvik AS. The effects of an exercise programmed urine pregnancy on health-related quality of life in pregnant women: a Norwegian randomised controlled trial. *Gynaecology*. 2016;123(7):1152-1160.
3. Lyndon MP, Henning MA, Alyami H, Krishna S, Zeng I, Yu TC, Hill AG. Burnout, quality of life, motivation, and academic achievement among medical students: A Person-oriented approach. *Perspectives on medical education*. 2017;6(2):108-114.
4. Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams Obstetrics. 24th edition, US: McGraw-Hill Education Medical, 2014.
5. Pieper PG, Lameijer H, Hoendermis ES. Pregnancy and pulmonary hypertension. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014;28(4):579-91.
6. Regev R, Arnon S, Litmanovitz I, Bauer-Rusek S, Boyko V, Lerner-Geva L, Reichman B. Outcome of singleton preterm small for gestational age infants born to mothers with pregnancy-induced hypertension. *A population-based study. The Journal of Maternal Fetal & Neonatal Medicine*. 2015;28(6):666-673.
7. Xu J, Barinas-Mitchell E, Kuller LH, Youk AO, Catov JM. Maternal hypertension after a low-birth-weight delivery differs by race/ethnicity: evidence from the national health and nutrition examination survey (NHANES) 1999–2006. *PloS One*. 2014;9(8):e104149.
8. Hinkle S, Albert P, Mendola P, Sjaarda L, Boghossian N, Yeung E, Laughon SK. (2014). Differences in risk factors for incident and recurrent small-for-gestational-age birth weight: a hospital-based cohort study. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;121(9):1080-9.
9. Sarno L, Maruotti G, Saccone G, Sirico A, Mazzarelli L, Martinelli P. Pregnancy

کاهش پیدا کردند و بهزیستی روان‌شناختی با مداخله فراشناختی، بیشتر ارتقا می‌یابند. درمان فراشناختی بهزیستی روان‌شناختی زنان را به‌عنوان یک عامل مقاوم درونی تقویت می‌کند. وقتی سوگیری‌های شناختی آنها کاسته شود و فرایند پردازش اطلاعات ایشان متعادل‌تر گردد، از فاجعه‌انگاری و تفکر همه یا هیچ فاصله می‌گیرند و رویدادهای استرس‌زا را قابل‌کنترل‌تر می‌بینند. به‌عبارت‌دیگر، نگرش معتدل و منعطف که از آموزه‌های آموزش و درمان فراشناختی به زنان باردار است، سبب فهم روشن ایشان از وقایع شده (درک‌پذیری) و در نتیجه توان مدیریت شرایط موجود (اداره‌شدنی بودن) ایشان بالا می‌رود و زندگی‌شان هدفمندتر می‌شود (معناداری). بنابراین، بهزیستی روان‌شناختی در آنان ارتقا می‌یابد و افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج نشان داد که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناخت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب در زنان باردار داشته است. از این رو می‌توان از درمان فراشناخت به‌عنوان مداخله تأثیرگذار روان‌شناختی در درمان مشکلات زنان باردار استفاده کرد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به شبه آزمایشی بودن پژوهش؛ یعنی گروه‌ها به‌صورت هدفمند (زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان نیکان غرب و آراد) انتخاب شدند، اما افراد به‌صورت تصادفی گمارش شدند و عدم کنترل ویژگی‌های جمعیت شناختی به‌عنوان متغیر تأثیرگذار در اثربخشی مداخله به دلیل دسترسی محدود به تعداد نمونه بیشتر اشاره کرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی سلامت نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است که در تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۳ توسط شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شده است و پژوهشگر پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق با شناسه IR.IAU.ABHAR.REC.1400.001 فرآیند پژوهش را انجام داده است. از تمامی بانوان شرکت‌کننده در این پژوهش و اساتید محترم راهنما و مشاور تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Kessler AM, Atein MK, Schunn CD. Cognitive demand of model tracing tutor tasks: conceptualizing and predicting how deeply students engage. *Technology, Knowledge and Learning*. 2015;20(3):317-337.

- inpatient care: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022;1-14.
19. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press, 2019.
20. Carter JD, Jordan J, McIntosh VVW, Frampton CMA, Lacey C, Porter RJ, Mulder RT. Long-term efficacy of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022;56(2):137-143.
21. Dietrichkeit M, Hagemann-Goebel M, Nestoriuc Y, Mortiz S, Jelinek L. Side effects of the metacognitive training for depression compared to a cognitive remediation training in patients with depression. *Scientific Reports*. 2021;12(11):7861.
22. Wells A, Reeves D, Heal C, Fisher P, Doherty P, Davies L, Heagerty A, Capobianco L. Metacognitive therapy self-help for anxiety-depression: Single-blind randomized feasibility trial in cardiovascular disease. *Health Psychology*. 2022;41(5):366-377.
23. Moeini P, Malihialzackerini S, Asadi J, Khajevand khoshly A. . The Effectiveness of Metacognitive Training on Sense of Coherence and Quality of Life in Spouses of Addicted Men. *Etiadpajohi*. 2020;13(54):181-204. [Persian]
24. Wells A. Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: review and status. *J Exp Psychopathol*. 2010;1(1):jep-007910.
25. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Perso and Soci Psych*. 1989;57:1069-1081.
26. Shokri O, Kadivar P, Farzad V, Daneshvarpour Z, Dastjerdi R, Paezi M. A Study of Factor Structure of 3, 9 and 14-item Persian Versions of Ryff's Scales Psychological Well-being in University outcome in proteinuria-onset hypertension-onset preeclampsia. *Hypertension in pregnancy*. 2015;34(3):284-90.
10. Engel S, Scher E, Wallenstein S, Savitz D, Alsaker E, Trogstad L, Magnus P. Maternal active and passive smoking and hypertensive disorders of pregnancy: risk with trimester-specific exposures. *Epidemiology (Cambridge, Mass)*. 2013;24(3):379-386.
11. Vest AR, Cho LS. Hypertension in pregnancy. *Current atherosclerosis reports*. 2014;16(3):395.
12. Rojas-Suarez J. Vigil-De Gracia, p. (2012). Pre-eclampsia-eclampsia admitted to critical care unit. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2012;25(10):2051-2054.
13. James D, Steer P, Weiner C, Gonik B. *High risk pregnancy: management options (expert consult: Online and Print)*. 4th Edition, US: Saunders, 2010.
14. McCall C, Grimes D, Lyerly A. *Therapeutic Bed Rest in Pregnancy: Unethical and Unsupported by Data*. *Obstetrics & Gynecology*. 2013;121(6):1305-1308.
15. Craig A. *Cognitive behavioral therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice*. Moloodi R, Fattahy C, editors. Tehran: Arjomand, 2010. [Persian]
16. Puri K, Sapra S, Jain V. Emotional, behavioral and cognitive profile, and quality of life of Indian children and adolescents with type 1 diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013;17(6):1078-1083.
17. Sakura H, Tanaka Y, Iwamoto Y. Seasonal fluctuations of glycosylated hemoglobin levels in Japanese diabetic patients. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;88(1):65-70.
18. Hauschildt M, Arlt S, Moritz S, Yassari AH, Jelinek L. Efficacy of metacognitive training for depression as add-on intervention for patients with depression in acute intensive psychiatric

34. Purewal R, Fisher PL. The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2018;136:16-22.
35. Fisher PL, Noble AJ. Anxiety and depression in people with epilepsy: The contribution of metacognitive beliefs. *Seizure.* 2017;50:153-159.
- Students. *IJPCP.* 2008;14(2):152-161. [Persian]
27. Greenberger D, Padesky C. Mind over Mood: Psychology foundation. In: Lovibond PF, Lovibond SH eds. Manual for the depression anxiety stress scale. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation. 1995:11-23.
28. Jabari Z, Hashemi H, Haghayegh A. Survey on Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management on the Stress, Anxiety, and Depression of Pregnant Women. *HSR.* 2013;8(7):1341-1347. [Persian]
29. Mansour N, Labib N, Khalil M, Esmat S. Brief Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Comorbid Depression and Type 2 Diabetes in an Urban Primary Care Facility: Randomized Controlled Trial. *Open Access Maced J Med Sci.* 2022;10(E):60-67.
30. Pizga A, Kordoutis P, Tsikrika S, Vasileiadis I, Nanas S, Karatzanos E. Effects of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety, sleep and quality of life for patients with heart failure and coronary heart disease. a systematic review of clinical trials 2010 – 2020. *Health & Research Journal,* 2021;7(3):123–141.
31. Bieling P, McCabe R, Antony M. Cognitive-behavioral therapy group. Translated by Mohammad Khodayarifard, Yasmin Abedini. Tehran: University of Tehran Publishing Institute, 2015. [Persian]
32. Shaker dioulagh A, hoseinnezhad S, nabizade D. The Efficacy of Metacognitive Therapy on Metacognitive Beliefs, Meta Worry and Anxiety of Pregnant Women. *Nursing and Midwifery Journal.* 2018;16(11):787-798. [Persian]
33. Moritz S, Schneider BC, Peth J, Arlt S, Jelinek L. Metacognitive Training for Depression (D-MCT) reduces false memories in depression. A randomized controlled trial. *Eur Psychiatry.* 2018;53:46-51.