

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره هیجدهم، شماره ۳، پائیز ۱۴۰۳

اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان نابارور: یک مطالعه نیمه تجربی

انیس فلاح لمراسکی^۱، مجید پورفرج عمران^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۰۵

خلاصه

مقدمه: ناباروری می‌تواند مشکلات روان‌شناختی متعددی برای زنان نابارور ایجاد کند و تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان نابارور را کاهش دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان نابارور انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش است. جامعه آماری، کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری حضرت مریم و درمانگاه نازایی بیمارستان امام خمینی (ره) ساری سال ۱۴۰۱ بودند (تعداد تقریبی ۲۳۱ نفر). از جامعه مذکور با روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های کنترل و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه‌های مقیاس تاب‌آوری Davidson و Conner و کیفیت زندگی بود. گروه آزمایش ۱۲ جلسه طرح‌واره‌درمانی بر اساس طرح درمان Young و همکاران دریافت نمود. گروه گواه روان‌درمانی دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات پرسشنامه‌ها مجدداً در گروه‌ها اجرا شد. داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب $49/11 \pm 6/12$ و $56/7 \pm 43/23$ ($p < 0/001$) و نمره کیفیت زندگی $52/13 \pm 8/18$ و $63/02 \pm 9/83$ بود ($p < 0/001$). میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری در گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب $47/13 \pm 6/24$ و $48/56 \pm 7/12$ و نمره کیفیت زندگی $53/8 \pm 20/67$ و $53/42 \pm 8/30$ بود ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: طرح‌واره‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان نابارور مؤثر بود. به نظر می‌رسد می‌توان آن را به عنوان مداخله مؤثر در بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان نابارور در مراکز مشاوره و درمان ناباروری توصیه نمود.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره‌درمانی، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، زنان نابارور

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران.

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

پست الکترونیکی: Ma.Pourfaraj@gmail.com | تلفن: ۰۹۱۹۱۰۶۹۰۲

مقدمه

در سال‌های اخیر، ناباروری به عنوان یکی از چالش‌های مهم بهداشتی و روانی در سراسر جهان مطرح شده است. بر اساس گزارش‌ها، حدود ۸ تا ۱۲ درصد از زوجها در سراسر جهان با مشکل ناباروری مواجه هستند، و این رقم در برخی کشورها مانند ایران به ۲۰ درصد نیز می‌رسد [۱]. ناباروری نه تنها بر سلامت جسمانی، بلکه بر ابعاد روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. زنان به ویژه به دلیل فشارهای فرهنگی و اجتماعی مرتبط با نقش مادری، بیشترین بار روانی ناباروری را تحمل می‌کنند.

با توجه به درجه تنش‌زایی ناباروری و چالش‌های مرتبط با آن این مسئله می‌تواند توان سازگاران را دچار مشکل نماید و بر تاب‌آوری (Resiliency) و کیفیت زندگی (Quality of life) افراد درگیر تأثیر بگذارد.

تاب‌آوری، داشتن عملکرد مثبت سالم، سازگار یا یکپارچه پایدار پس از تجربه یک چالش تعریف شده است. اصطلاح تاب‌آوری برای پدیده‌های مختلف، اعم از حفظ سلامت روان تا سازگاری موفقیت‌آمیز و بهبودی سریع پس از تجربه ناملایمات زندگی استفاده می‌شود [۲].

مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت است از، درک فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به هدف‌ها، انتظارات، استانداردها، علائق فرهنگ و نظام ارزشی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند و نگرش فرد به سلامت فیزیکی، وضعیت روحی و روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، وابستگی‌های شخصی و تعامل با شرایط خاص محیطی را در بر می‌گیرد. در واقع، کیفیت زندگی با ارزش‌های مثبتی مانند شادی، موفقیت، سلامتی و رضایتمندی مرتبط بوده و اشاره بر درک افراد از اثراتی که حوادث و یا تجربیات مختلف بر زندگیشان می‌گذارد، بنا شده است و آن را توانایی فرد برای اداره زندگی از دید خود می‌دانند [۳].

با توجه به اینکه ناباروری هم بر تاب‌آوری و هم بر کیفیت زندگی زنان نابارور تأثیرگذار است ارایه روش‌های درمانی و مداخله‌ای که بتوانند در این زمینه مؤثر باشد، بسیار کمک‌کننده است. یکی از درمان‌های عمیق و چندجانبه در این موارد، طرح‌واره درمانی (Schema therapy) است. طرح‌واره‌درمانی، یک درمان ترکیبی و نوین است که به وسیله Young و همکاران بر اساس مفاهیم و درمان شناختی- رفتاری رشد یافت. درمان، ترکیبی از عناصر رویکردهای رفتاری- شناختی، دلبستگی، گشتالت، روابط موضوعی، ساختارگرایی و روان‌کاوی می‌باشد. طرح‌واره درمانی شامل ارزیابی طرح‌واره‌ها با یک پروتکل درمانی است. Young معتقد است که طرح‌واره الگوی ثابت و دراز مدتی است که در دوران کودکی به وجود آمده و تا زندگی بزرگسالی نیز ادامه یافته است. ما از طریق این طرح‌واره‌ها به جهان نگاه می‌کنیم. معمولاً این طرح‌واره‌ها به غیر از بافت درمانی در جای دیگری تغییر نمی‌کنند. حتی موفقیت قاطع در زندگی نیز برای تغییر آن‌ها کافی به نظر نمی‌رسد. در این خصوص درمان می‌تواند شامل این باشد که به افراد کمک کند تا طرح‌واره‌های خود را پذیرفته و جهت آن‌ها را به سوی جنبه‌های مثبت تغییر دهند [۴].

Shin و Kim در مطالعه‌ای به مدلیابی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان نابارور پرداختند. هدف از این مطالعه، آزمون مدلی برای کیفیت زندگی زنان نابارور بود. آنها دریافتند افسردگی، استرس ناشی از ناباروری، ناسازگاری زناشویی، پایین بودن تاب‌آوری و حمایت خانواده تأثیر منفی مستقیمی بر کیفیت زندگی داشتند [۵]. نتایج تحقیق Astaneh و همکاران که بر روی ۳۰ زوج نابارور انجام شد نشان داد طرح‌واره‌درمانی و بازسازی عاطفی بر کیفیت روابط زناشویی زوجها تأثیر معنی‌داری داشت و در دوره پیگیری هم این اثر ماندگار بود [۶]. نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد طرح‌واره‌درمانی می‌تواند در بهبود تنظیم هیجانی و کاهش استرس زنان داوطلب لقاح مصنوعی مؤثر باشد و می‌توان از مداخله مبتنی بر

دریافت نمودند و در این مدت گروه گواه درمانی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات پرسشنامه‌های مذکور مجدداً در هر دو گروه اجرا شد.

برخی از ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر عبارتند از رعایت اصل محرمانگی اطلاعات آزمودنی‌ها، بی‌نام بودن پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط آزمودنی‌ها، اطلاع از فرایند پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی در مورد شرکت در پژوهش بود. در ضمن این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.SARI.REC.1402.252 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بود از پرسشنامه جمعیت‌شناختی (سن، مدت زمان ازدواج و میزان تحصیلات)، پرسشنامه تاب‌آوری و مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی.

پرسش‌نامه تاب‌آوری: مقیاس تاب‌آوری Connor و Davidson در سال ۲۰۰۳ طراحی شد و وضعیت تاب‌آوری را با ۲۵ سؤال و مقیاس پنج درجه‌ای بسیار کم (۱) تا بسیار زیاد (۵) ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۷۵ است. نمرات بیشتر حاکی از تاب‌آوری بیشتر است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، انجام شده است [۸]. در ایران پژوهشی بر روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی انجام شد و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، همسانی درونی ۰/۹۳ برای این مقیاس گزارش گردید [۹]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۷ بدست آمد.

مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی: این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد، سازنده آن سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ است. پرسش‌نامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. دو سؤال اول به

طرحواره‌درمانی برای بهبود تنظیم هیجانی و استرس این افراد استفاده کرد [۷]. با توجه به بررسی‌های انجام شده مطالعه‌ای که به بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر میزان تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان نابارور مستقیماً پرداخته باشد یافت نشد. بنابراین، با در نظر گرفتن مطالب مطرح شده هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان نابارور بود.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه این پژوهش شامل کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری حضرت مریم و درمانگاه نازایی بیمارستان امام ساری در سال ۱۴۰۱ بود (تعداد تقریبی ۲۳۱ نفر). برای تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعه Madani [۸] و فرمول زیر، برای مقایسه دو گروهی با توان آماری ۰/۹۰ اندازه اثر (δ) ۰/۸، سطح معنی‌داری ۰/۰۵، $\sigma=1/80$ و $d2=2/11$ به نمونه حداقلی ۱۵ نفر در هر گروه نیاز است.

$$n = \frac{2\sigma_d^2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

روش نمونه‌گیری هدفمند بود. بدین ترتیب که از بین خانم‌هایی که تشخیص ناباروری توسط متخصص زنان دریافت کرده بودند تعداد ۳۰ نفر نمونه بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و سپس به صورت تصادفی (روش قرعه‌کشی) در گروه‌های کنترل و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص ناباروری از طریق پزشک متخصص زنان، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، رضایت به شرکت در آزمون‌ها، و ملاک خروج شامل عدم شرکت در بیش از دو جلسه بود. گروه آزمایش ۱۲ جلسه طرحواره‌درمانی در مدت ۶ هفته (هفته‌ای ۲ جلسه) بر اساس طرح درمانی یانگ Young و همکاران

حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمد. پروتکل استفاده شده در پژوهش حاضر شامل ۱۲ جلسه بود و بر اساس کتاب طرحواره درمانی Young و همکاران [۴] تنظیم گردید. جلسات به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت سه ماه برای گروه آزمایش در مرکز خدمات روان‌شناختی محقق (نویسنده مسئول) در روزهای پنجشنبه و زمان‌های (ساعت) توافق شده با شرکت‌کنندگان برگزار می‌شد. درمان توسط محقق آموزش‌دیده طرحواره‌درمانی به صورت گروهی اجرا می‌شد. افت آزمودنی‌ها (ریزش) وجود نداشت. پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شدند. گروه کنترل در مدت پژوهش در لیست انتظار درمان و مشاوره بودند و اقدام روان‌درمانی در مورد آن‌ها انجام نشد. جلسات به ترتیب شامل موارد زیر بود.

هیچیک از حیثه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. پرسشنامه با طرح تعداد ۲۴ سؤال کیفیت زندگی را در ۴ حیثه: سلامت جسمانی (فیزیکی)، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی ارزیابی می‌کنند. هر گویه در دامنه‌ای از ۱ تا ۵ به ترتیب اصلاً، کم، متوسط، زیاد و کاملاً زیاد نمره‌گذاری می‌شود. مطالعات گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش نموده است. در ایران نیز برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله ۳ هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۴، ۰/۸۷ بود [۱۰]. در پژوهش

جدول ۱- خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی Young و همکاران [۴] در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری حضرت مریم و درمانگاه نازایی بیمارستان امام ساری در سال ۱۴۰۱

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه؛ برقراری ارتباط، معرفی پژوهشگر و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره، گرفتن تعهد از اعضا جهت همکاری تا پایان دوره، سنجش تناسب برای طرح‌واره درمانی، تمرکز بر تاریخچه زندگی، اجرای پیش‌آزمون، ارائه تکلیف.
دوم	آموزش طرح‌واره و سبک‌های مقابله‌ای؛ آشنایی با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آن‌ها، توضیح سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرح‌واره‌ها، ارائه تکلیف.
سوم	استفاده از راهبردهای شناختی؛ ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و استعاره جنگ، بررسی تکالیف اعضا، استفاده از سبک درمانی مواجهه‌سازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره، ارائه تکلیف.
چهارم	استفاده از تکنیک‌های شناختی؛ ارزیابی مزایا و معایب سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، برقراری گفتگو بین دیدگاه طرح‌واره و دیدگاه سالم، استفاده از ایفای نقش، آموزش تدوین ساخت کارت‌های آموزشی، ارائه تکلیف.
پنجم	راهبردهای تجربی؛ ارائه منطق تکنیک‌های تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، گفتگوی خیالی با والدین، ارائه تکلیف.
ششم	راهبردهای تجربی؛ ارائه منطق تکنیک‌های تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، گفتگوی خیالی با والدین، ارائه تکلیف.
هفتم	الگوشکنی رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه قبل و گرفتن بازخورد از اعضا، ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر.
هشتم	الگوشکنی رفتاری؛ ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت‌بندی برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل‌سازترین رفتار، افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار، ارائه تکلیف.
نهم	تکنیک‌های رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه گذشته و گرفتن بازخورد، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی.
دهم	تکنیک‌های رفتاری؛ غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی، ارائه تکلیف.

یازدهم	تکنیک‌های رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه گذشته و گرفتن بازخورد، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش
دوازدهم	جمع‌بندی مطالب گذشته؛ بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه خلاصه جلسات قبل، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس‌آزمون، تشکر، خداحافظی و ختم جلسات.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۴۱/۳۶ ± ۲۱/۶ سال بود. از نظر سن، مدت زمان ازدواج و سطح تحصیلات بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه همگن بودند. ویژگی‌های جمعیت-شناختی افراد تحت مطالعه به تفکیک گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۶) و آزمون‌های توصیفی و استنباطی شامل میانگین و انحراف معیار، تعداد، درصد، آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لوین، ام‌باکس، کرویت موچلی و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. اختلاف در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری حضرت مریم و درمانگاه نازایی بیمارستان امام ساری در سال ۱۴۰۱ بر حسب گروه (تعداد در هر گروه = ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	P
سن	۲۵-۳۰ سال	۳ (۲۰)	۰/۳۲۳
تعداد (درصد)	۴۰-۴۶ سال	۵ (۳۳)	
	۴۵-۴۱ سال	۵ (۳۳) i	
	۵۰-۴۶ سال	۲ (۲۴)	
سطح تحصیلات	کاردانی و کارشناسی	۷ (۴۷)	۰/۵۶۴
تعداد (درصد)	کمتر از دیپلم	۵ (۳۳)	
سن (سال)	۴۲ ± ۳/۲۱	۱۹ ± ۳/۴۰ ii	۰/۳۹۶
مدت زمان ازدواج (سال)	۴۵ ± ۲/۱۲	۳۶ ± ۲/۲۵ ii	۰/۳۶۵

مجذور کای آزمون مستقل * $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

گروه از توزیع نرمالی برخوردارند ($p > 0.05$). همگنی واریانس‌های خطا به وسیله آزمون لوین در گروه‌ها بررسی شد. سطح معنی‌داری نتایج آماره F حاصل از آزمون لوین برای تاب‌آوری ۰/۱۳۱ و برای کیفیت زندگی ۰/۲۸۷ بود که سطح معنی‌داری برای تمامی متغیرهای تحقیق بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمد. لذا می‌توان چنین استنباط کرد که واریانس‌ها همگن است و مفروضه تساوی واریانس‌ها نیز برقرار است. از آن جا که آزمون ام‌باکس برای هیچیک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبود ($\text{Box's } M = 1/07$).

میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب $49/11 \pm 6/12$ و $7 \pm 23/43$ ($p < 0.001$) و نمره کیفیت زندگی $52/8 \pm 13/18$ و $63/02 \pm 9/83$ بود ($p < 0.001$). میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری در گروه کنترل در پیش-آزمون و پس‌آزمون به ترتیب $48/56 \pm 7/12$ و $6/24 \pm 48/56$ و نمره کیفیت زندگی $53/20 \pm 8/67$ بود ($p > 0.001$).

مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد که نشان داد داده‌ها در هر دو

درستی رعایت شده است. (مداخله) بر تاب‌آوری ۴۹٪ و بر کیفیت زندگی ۴۳٪ بدست آمد. بنابراین اثر مداخله توانست تاب‌آوری و کیفیت زندگی را به ترتیب ۴۹ و ۴۳ درصد تبیین نماید. تحلیل کواریانس نمرات پس‌آزمون متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی پس از تعدیل پیش‌آزمون نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون، اثر مداخله بر نمرات پس‌آزمون‌ها معنی‌دار است (جدول ۳).

شرط همگنی ماتریس‌های کواریانس به نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد بین دو گروه از جهت ترکیب خطی تاب‌آوری و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F = 9/23$, $\text{Eta} = 0/472$, $p < 0/001$). نتایج تحلیل کواریانس (جدول ۴) نشان می‌دهد که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و کیفیت زندگی معنی‌دار است. بدین صورت که بعد از اتمام جلسات مداخله، نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی افزایش معنی‌دار داشت. اندازه اثر گروه

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری حضرت مریم و درمانگاه نازایی بیمارستان امام ساری در سال ۱۴۰۱ در گروه‌های آزمایش و کنترل (تعداد در هر گروه = ۱۵ نفر)

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P	مجذورات
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۵۴۴۲/۰۷	۱	۵۴۴۲/۰۷	۱/۹۸۴	*۰/۰۴۱	۰/۳۱۶
	گروه	۵۵/۵۹۵	۱	۵۵/۵۹۵	۳۴۸/۲۱	*۰/۰۰۱	۰/۴۹۳
	خطا	۴۰۶/۳۴	۲۷	۱۵/۰۴۹			
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۷۱۱۲/۶۷	۲۹	۱۲۱۵/۳۲۲	۱۵/۸۲۲	*۰/۰۰۱	۰/۴۱۷
	گروه	۱۱۰۸/۲۴۲	۱	۱۱۰۸/۲۴۲	۱۷/۳۵۱	*۰/۰۰۱	۰/۴۳۳
	خطا	۱۸۹۱/۱۲۱	۲۷	۷۰/۰۴۱			
	کل	۱۵۰۹۵۶/۰	۲۹				

* $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

بحث

رویکرد زوج‌درمانی در تاب‌آوری خانواده تأثیر دارند ولی نتایج به نفع اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی بر مبنای طرح‌واره درمانی در تاب‌آوری خانواده بود. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه بیان داشت که با توجه به ماهیت طرح‌واره‌درمانی هدف اصلی آن، تغییر یا بهبود طرح‌واره‌هاست. طرح‌واره، مجموعه‌ای از خاطرات، هیجانات، احساسات بدنی و شناخت‌ها هستند. بنابراین بهبود طرح‌واره باید به تغییر تمام ابعاد مربوط به طرح‌واره منجر شود. در این رویکرد درمانی افراد یاد می‌گیرند سبک مقابله‌ای کارآمد را جایگزین سبک مقابله‌ای ناکارآمد کنند [۴]. در طرح‌واره درمانی درمانگر به فرد کمک می‌کند انتخاب‌های سالم‌تری انجام دهد و الگوهای رفتارهای خود

با توجه به نتایج، طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان نابارور مؤثر بوده است. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری با نتایج مطالعه Mohammadian و همکاران [۱۱] همسو است. نتایج پژوهش مذکور که بر روی ۳۰ زوج دارای تعارضات زناشویی انجام شد، نشان داد طرح‌واره درمانی موجب افزایش معنی‌دار تاب‌آوری زوجین شد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه Hemmati و همکاران [۱۲] نیز همسو است. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تاب‌آوری خانواده زوجین انجام شد. نتایج نشان داد هر دو

اولیه، حوزه‌ها، فرآیندها و سبک‌های طرحواره‌ای به منظور گسترش فهم کاملی از مسئله و موضوع اصلی است. این کار به مراجع و درمانگر کمک می‌کند تا درباره مفهوم سازی مسئله و طرح درمانی در یک بافت طرحواره‌ای موافقت کنند. زمانی که افراد، طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای خود را بشناسند، می‌توانند تا حدود زیادی بر رفتارهای خود کنترل داشته باشند [۴]. آن‌ها می‌توانند اراده خود را نیز با تمرین افزایش دهند. در این سطح فرد می‌تواند خودگویی‌های منفی که در قالب عدم رضایت از کیفیت زندگی تظاهر پیدا می‌کند، و طرحواره‌هایی که موجب برانگیختن چنین افکاری می‌شوند را شناسایی کنند [۶]. گام دوم در شناسایی طرحواره‌ها این است که رفتارهای ناشی از طرحواره مورد شناسایی قرار گیرند. رفتارهای ناشی از طرحواره فرآیندهایی هستند که افراد آن‌ها را یاد می‌گیرند و برای مقابله و سازگاری با محیط بر اساس ادراک‌های شخصی که از این طرحواره‌ها ناشی می‌شوند به کار می‌برند. هر رفتار ناشی از طرحواره بسته به عملکرد آن می‌تواند به تداوم، اجتناب و جبران طرحواره تقسیم شود. این رفتارها همزمان با اینکه طرحواره‌ها را حفظ می‌کنند به فرد اجازه می‌دهند از برانگیخته شدن طرحواره اجتناب کند و با کمترین آشفتگی ممکن در آن پیرامون عمل کند. با توجه به اینکه یک دسته از فنون طرحواره‌درمانی، فنون شناختی است که افراد از طریق راهبردهای شناختی می‌فهمند طرحواره‌هایشان نادرست است و حتی ممکن است پی‌ببرند که طرحواره، غلط یا به شدت اغراق‌آمیز است [۴]، مراجع و درمانگر در ابتدا کار را با این فرض شروع می‌کنند که به جای اینکه طرحواره‌ها را به عنوان حقایق مطلق بنگرند، آن‌ها را به صورت فرضیه‌هایی در نظر بگیرند که باید آزمون شوند. آن دسته از شناخت‌ها به صورت تهدیدکننده کیفیت زندگی تجربه می‌شوند که ماهیت خود مخربی دارند مانند خودسرزنشگری، تحقیر خود و ... که بسیاری از آن‌ها ریشه در طرحواره‌هایی مانند نقص و شرم یا محرومیت

آسیب‌رسان و مخرب زندگی خود را کنار بگذارد. فرد یاد می‌گیرد با تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش در جلسه درمان و خانه رفتارهای جدید انجام دهد. افراد بتدریج از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد به شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد تغییر وضعیت می‌دهند [۶]. تکنیک‌های رفتاری طرحواره درمانی فنونی هستند که درمانگر برای کمک به مراجع به منظور تغییر در الگوهای رفتاری درازمدت به کار می‌گیرد. پس از کاربرد این تکنیک‌ها، رفتارهای تداوم‌بخش (نگهدارنده) طرحواره کاهش می‌یابند و پاسخ‌های مقابله‌ای سالم جایگزین آن‌ها می‌شوند [۴]. این پاسخ‌های کارآمد می‌توانند تاب‌آوری افراد را در شرایط پرتنش مانند شرایطی که زنان نابارور تجربه می‌کنند بهبود بخشند و بدین واسطه طرحواره درمانی می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری در زنان نابارور شود.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی زنان نابارور مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Astaneh و همکاران [۶] که بر روی ۳۰ زوج نابارور انجام شد هماهنگ است، البته در پژوهش مذکور اثربخشی طرحواره درمانی و بازسازی عاطفی بر کیفیت روابط زناشویی زوج‌های نابارور تأثیر معنی‌داری داشت و در دوره پیگیری هم این اثر تداوم داشت. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Bazazian و Rahimi [۷] نیز همسو است. در این پژوهش نتایج نشان داد طرحواره درمانی در بهبود تنظیم هیجانی و کاهش استرس زنان کاندید لقاح مصنوعی مؤثر است. در مطالعه Mahmoud pour و همکاران [۱۳] یافته‌ها نشان داد طرحواره‌های ناسازگار ره‌اشدگی، نقص، وابستگی، اطاعت، بازداری هیجانی و معیارهای نامربوط، با رضایت زناشویی که از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی است [۵] رابطه معنی‌داری دارند.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان این‌گونه بیان داشت که گام اول طرحواره درمانی شناسایی طرحواره‌ها، آموزش به فرد در مورد ماهیت طرحواره‌های ناکارآمد

اثربخشی مداخله در نظر گرفته شود و نقش متغیرهای احتمالی تأثیرگذار یا تعدیل کننده مانند سطح افسردگی در پژوهش‌های آینده کنترل شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که طرح‌واره‌درمانی می‌تواند بر افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی مؤثر باشد. بنابراین می‌توان آن را به عنوان مداخله مؤثر در بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی در زنان نابارور توصیه نمود.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان مطرح نشده است.

سهم نویسندگان

اجرا و گردآوری داده‌ها بر عهده نویسنده اول و تجزیه و تحلیل‌ها، نگارش و ارسال مقاله بر عهده نویسنده دوم بود. همچنین نویسنده دوم نظارت بر اجرای پژوهش را برعهده داشت.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مشارکت آزمودنی‌ها و همکاری مسئولین مرکز درمان ناباروری حضرت مریم ساری و درمانگاه نازایی بیمارستان امام خمینی (ره) ساری و سایر افرادی که در انجام پژوهش یاری رساندند، قدردانی می‌گردد.

هیجانی دارند. با استفاده از فنون شناختی مانند بررسی اعتبار طرح‌واره‌ها سعی می‌شود شواهد تأییدکننده و ردکننده طرح‌واره‌ها بررسی شوند و با تغییر آنها سطح این نشخوارهای فکری منفی کاهش یابد یا با استفاده از تکنیک قالب‌گیری مجدد شواهد تأییدکننده طرح‌واره‌ها ابتدا شواهد تأییدکننده طرح‌واره شناسایی می‌شود، سپس به مراجع یاد داده می‌شود که به این شواهد از زوایه‌ای دیگر نگاه کند و آن‌ها را به علل دیگر نسبت دهد [۷]. برای مثال فردی که طرح‌واره نقص دارد که در زنان نابارور این طرح‌واره رایج است [۵]، رفتار نامناسب دیگران خود را به نقص ذاتی خود (ناباروری) نسبت می‌دهد. در فرایند درمان از افراد خواسته می‌شود رفتار دیگران را تحلیل کنند تا دریابند بخش مهمی از علل رفتار نامناسب افراد به شرایط و عوامل پیرامون برمی‌گردد تا نقص‌های شخصی، و این امر می‌تواند در مورد خود شخص نیز صادق باشد یعنی علت برخی رفتارها به واکنش دیگران و شرایط بر می‌گردد نه نقص شخصی. فرد با بازسازی اسنادی، تجارت تأییدکننده طرح‌واره‌هایش را اصلاح می‌کند. بنابراین، طرح‌واره درمانی می‌تواند موجب افزایش کیفیت زندگی زنان نابارور گردد [۴].

از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم کنترل شرایط زندگی آزمودنی‌ها (مانند رضایت زناشویی و مدت زمان ازدواج) یا متغیرهایی مانند بهره هوشی و خصوصیات شخصیتی بود. از محدودیت‌های دیگر، عدم پیگیری دراز مدت بیماران جهت پایش بهبودی پس از درمان (پیگیری‌های ۶ ماهه یا یکساله) بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی دوره‌های پیگیری جهت بررسی تداوم

References

1. Kiani Z, Simbar M, Hajian S, et al. Investigating different dimensions of infertile women's quality of life: a descriptive cross-sectional study. *BMC Public Health* 2022; 22: 2436.
2. Stainton A, Chisholm K, Kaiser N, Rosen M, Upthegrove R, Ruhrmann S, et al. Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry* 2019;13(4):725-732.
3. The WHOQOL Group. the World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine* 1998;46(12):1569-1585.
4. Young JE, Klosko J, Weishaar, ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press, 2003.
5. Kim JH, Shin HS. A Structural Model for Quality of Life of Infertile Women. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2013; 43(3): 312-320.
6. Astaneh 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. *JPC* 2022; 3(4): 50-70.
7. Rahimi Z, Bazazian S. The efficacy of schema therapy on emotion regulation and stress reduction in women candidates for IVF (artificial insemination). *JPS* 2023; 22(131): 2375-2391.
8. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Conner- Davidson resilience scale. *Depression and Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
9. Samani S, Joukar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *IJPCP* 2007; 13(3):290-295. [Persian]
10. Nasiri H. Checking the validity and reliability of the World Health Organization's short quality of life scale and preparing its Iranian version. *National seminar on mental health of students* 1385.
11. Mohammadian S, Asgari P, Makvandi B, Naderi F. Effects of Schema Therapy on Anxiety, Cognitive Avoidance, and Resilience in Couples With Conflicts. *CJHR* 2021; 6(2): 47-56.
12. Hemmati M, Maddahi M E, Hosseinian S. Comparison the effectiveness of couple therapy based on schema therapy with couples therapy based on acceptance and commitment therapy on family resiliency of couples. *Journal of Woman and Family Studies* 2018; 6(2): 145-163. [Persian]
13. Mahmoud pour A, Darba M, Kamandloo Z, Madani Y. The relationship between early maladaptive schemas with marital satisfaction and psychological distress in infertile women in Tehran. *JPS* 2020;19(94): 1231-1242. [Persian]

Effectiveness of Schema Therapy on the Resilience and Quality of Life of Infertile Women: A Semi-Experimental Study

Fallah Lemraski A¹, Pourfaraj Omran M²

1. M.Sc clinical psychology, Department of psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University, Behshahr, Iran.
2. Assistant Professor, Department of psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University, Behshahr, Iran.
(Corresponding author) Email: Ma.Pourfaraj@gmail.com, Tel: 09119106902.

Received: 26 July 2024

Accepted: 17 March 2025

Introduction: Infertility can cause numerous psychological problems for infertile women and reduce their resilience and quality of life. The present study was conducted to determine the effectiveness of schema therapy on the resilience and quality of life of infertile women.

Materials and Methods: The present study is a quasi-experimental pre-test-post-test design with control and experimental groups. The statistical population of this study included all infertile women referring to the Hazrat Maryam Infertility Treatment Center in Sari and the Infertility Clinic of Imam Khomeini Hospital in Sari in 1401. The sampling method was purposive. From the aforementioned population, 30 samples were selected based on the inclusion and exclusion criteria and then randomly assigned to the control and control groups (15 people in each group). The research instruments were the Conner and Davidson Resilience Scale questionnaires and the Quality of Life Questionnaire. The experimental group received 12 sessions of schema therapy based on the Young et al. (2003) treatment plan, and the control group did not receive psychotherapy during this period. After the sessions, the aforementioned questionnaires were administered again to both groups. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: In the intervention group, the mean and standard deviation of resilience in the experimental group at pre-test was 11.49 ± 12.6 and at post-test was 43.56 ± 7.23 , and the mean and standard deviation of quality of life in the experimental group at pre-test was 13.52 ± 18.8 and at post-test was 63.02 ± 9.83 . However, no significant difference was observed in the control group. Therefore, schema therapy in the experimental group significantly increased the mean score of resilience and quality of life in infertile women compared to the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: It seems that schema therapy is effective in increasing resilience and quality of life in infertile women and it can be recommended as an effective intervention in improving resilience and quality of life in infertile women in counseling centers and infertility treatment centers.

Keywords: Schema therapy, Resilience, Quality of life, Infertile women.

Please cite this article as follows:

Fallah A, Pourfaraj M. Effectiveness of Schema Therapy on the Resilience and Quality of Life of Infertile Women: A Semi-Experimental Study. *Community Health journal* 2025;18(3):38-47.

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Sari Branch approve the study (IR.IAU.SARI.REC.1402.252).