

Comparing the Effects of Healing Codes Training and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Infertility Stigma and Self-Concept in Infertile Women

Zarean F¹, *Sheykholeslami A², Sadri Damirchi E², Rezaei Sharif A²

Author Address

1. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran;

2. Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

*Corresponding Author E-mail: a_sheikholslami@yahoo.com

Received: 2024 September 8; Accepted: 2024 October 8

Abstract

Background & Objectives: Infertility could be a source of psychosocial suffering for women. Couples diagnosed with infertility encounter a range of stressful experiences related to their condition. These experiences include strain on marital and family relationships, changes in sexual dynamics, and other unavoidable challenges. The negative consequences of women's infertility have led therapists and researchers to intervene in a variety of ways to reduce infertile women's problems. Healing codes training and mindfulness-based cognitive therapy emphasize the study of emotions and positive experiences and focus on the study of deficiencies and mental deficiencies and low performance in studying human abilities and adaptive function. Infertility could be a life crisis with various biosociocultural, emotional, and financial problems. Infertile couples may encounter social pressures in addition to the direct impacts of infertility. This study aimed to compare the effects of healing codes training and mindfulness-based cognitive therapy on infertility stigma and self-concept in infertile women.

Methods: This research method was quasi-experimental and employed a pretest-posttest, and follow-up design with three groups (2 experimental groups and 1 control group). To conduct the research, 60 women were recruited from infertile women referring to the Mehr-e-Madar Infertility Treatment Centers, Hazrat-e-Maryam Infertility Clinic (Shahid Beheshti Hospital), and Isfahan Infertility and Infertility Center in 2023. Convenience sampling was employed to select them based on the inclusion and exclusion criteria. The volunteers were then randomly assigned to two experimental groups of healing codes training and mindfulness-based cognitive therapy (each group with 20 people) and one control group (20 people). The participants completed the Infertile Stigma Scale (Fu et al., 2015) and the Beck Self-Concept Test (Beck et al., 1990). The experimental group of healing codes training received 14 sessions of healing codes training (one 90-minute session per week). The experimental mindfulness-based cognitive therapy group received the MBCT in eight sessions (one 90-minute session per week). The control group was placed on the waiting list. In the current research, descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test) were used to analyze the data. Also, the significance level was set at 0.05. Data analysis was done using SPSS version 24 software.

Results: According to the findings in the variables of stigma related to infertility and self-concept, analysis of variance for intragroup factor (time) ($p < 0.001$), intergroup factor ($p < 0.001$), and interaction between group and time ($p < 0.001$) was significant. In experimental group 1, the variable scores of stigma associated with infertility in the posttest and follow-up stages were significantly different from the pretest stage ($p < 0.001$). A significant difference was observed in the mean scores of stigma related to infertility ($p < 0.001$) and self-concept ($p = 0.003$) in the posttest and follow-up compared to the pretest. However, no significant difference was observed between the two stages of posttest and follow-up in stigma associated with infertility in experimental group 1 ($p = 0.730$) and experimental group 2 ($p = 0.460$) and self-concept in experimental group 2 ($p = 1.000$). Also, in the self-concept variable, there was a significant difference between the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and healing codes training ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the results of the research, both mindfulness-based cognitive therapy and healing codes training are effective in reducing the stigma associated with infertility, and mindfulness-based cognitive therapy is more effective in improving the self-concept of infertile women.

Keywords: Healing codes training, Mindfulness-based cognitive therapy, Infertility stigma, Self-concept, Infertile women.

مقایسه اثربخشی آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود در زنان نابارور

فهیمه زارعان^۱، *علی شیخ الاسلامی^۲، اسماعیل صدری دمیچی^۲، علی رضایی شریف^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

*وابانامه نویسنده مسئول: a_sheikhslamy@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۸ شهریور ۱۴۰۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۷ مهر ۱۴۰۳

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری، بحرانی پیچیده در زندگی زنان است که می‌تواند زندگی زنان را با تهدید مواجه کند. پژوهش حاضر باهدف بررسی مقایسه اثربخشی آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود در زنان نابارور انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) بود. به منظور اجرای پژوهش از تمامی زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری مهر مادر، درمانگاه ناباروری حضرت مریم (ع) (بیمارستان شهید بهشتی) و باروری و ناباروری اصفهان در شهرستان اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۲، شصت نفر داوطلب واجد شرایط به صورت در دسترس مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج وارد مطالعه شدند. سپس به طور تصادفی در سه گروه (هر گروه بیست نفر) قرار گرفتند. گروه‌ها به مقیاس استیگمای مرتبط با ناباروری (فو و همکاران، ۲۰۱۵) و آزمون تصور از خود بک (بک و همکاران، ۱۹۹۰) در سه مرحله پاسخ دادند. بسته آموزشی کدهای شفابخش طی چهارده جلسه به گروه آزمایش یک و بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طی هشت جلسه به گروه آزمایش دو ارائه شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: در گروه آزمایش یک، میانگین نمرات استیگمای مرتبط با ناباروری در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با پیش‌آزمون داشت ($p < 0/001$). در گروه آزمایش دو، کاهش معنادار استیگمای مرتبط با ناباروری ($p < 0/001$) و بهبود معنادار تصور از خود ($p = 0/003$) مشاهده شد؛ اما تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری برای استیگمای مرتبط با ناباروری در گروه آزمایش یک ($p = 0/007$) و گروه آزمایش دو ($p = 0/046$) و تصور از خود در گروه آزمایش دو ($p = 1/000$) مشاهده نشد. همچنین، در متغیر تصور از خود، بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج تحقیق، آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استیگمای مرتبط با ناباروری اثربخش است و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری در بهبود تصور از خود دارد.

کلیدواژه‌ها: کدهای شفابخش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، استیگمای مرتبط با ناباروری، تصور از خود، زنان نابارور.

ازدواج، هسته اصلی خانواده است و به دنبال آن زوج‌های سالم می‌توانند خانواده‌های سالم و خانواده‌های سالم، جامعه سالم را تشکیل دهند (۱). در زندگی مشترک، عوامل زیادی وجود دارد که باعث ایجاد مشکلات زوجین می‌شود (۲). ناباروری^۱، بحرانی پیچیده در زندگی زناشویی است که می‌تواند زندگی زناشویی را با تهدید مواجه سازد (۳). ناباروری را به عنوان شکست در دستیابی به یک حاملگی بالینی پس از حداقل دوازده ماه یا بیشتر از آمیزش ارتباط جنسی منظم تعریف می‌کنند (۳). نداشتن فرزند یک عامل ایجادکننده استرس برای زوجین است. پژوهش‌ها حاکی از آن بود که نابارورها، استرس و استیگمای^۲ بیشتر (۴) و به صورت واقع‌بینانه، تصور از خود^۳ کمتری دارند (۵). پژوهش‌ها و همکاران در چین نشان داد، زوج‌های نابارور استیگما یا داغ اجتماعی به دلیل مشکلات باروری را تجربه می‌کنند (۶). نابارورها معتقد هستند، هدف بی‌ارزشی و تبعیض قرار می‌گیرند (۷). استیگما در ارتباط با پژوهش‌های مربوط به خود^۴ هدف توجه است. خودمشاهده‌گری بسیار زیاد، زیبایی‌ها را از نگاه فرد کاهش می‌دهد یا حتی محو می‌کند. انسان در تعاملات خود با دیگران به طور دائمی بازخوردهایی از آن‌ها دریافت می‌کند؛ بعضی را می‌پذیرد و بعضی را رد می‌کند. تعادل نداشتن در به کارگیری این منابع قطعاً مشکلاتی را برای فرد ایجاد خواهد کرد (۸). روان‌شناسان اعتقاد دارند که مقایسه اجتماعی، عاملی اساسی در پیدایش اختلالات مربوط به تصور از خود است. بازخوردهای اجتماعی نیز می‌تواند عامل «مفهوم خود» باشد (۹).

مطالعه ظریف گلبار یزدی و همکاران نشان داد، اکثر نابارورها از لحاظ کلینیکی بیمار افسرده^۵ یا مضطرب^۶ نیستند؛ بلکه فقط افرادی هستند که با حادثه‌ای استرس‌زا مواجه شده‌اند و داغ اجتماعی ناشی از این مسئله سبب افزایش تصور منفی درباره خود در آن‌ها شده است. رویکرد درمانی مؤثر برای این افراد می‌تواند با داشتن نیم‌نگاهی به نکات مثبت و سازنده زندگی و دیگر ارزش‌های مهم فرد موجبات ارتقای سلامت روان آنان را فراهم آورد (۱۰).

از بین رویکردهای مطرح شده به نظر می‌رسد، رویکرد کدهای شفابخش (خود شفابخشی)^۷ با توجه به اینکه پنج بعد انسان شامل جسم، روان، تعاملات، بعد معنوی و اخلاق فردی را مدنظر قرار می‌دهد، مداخله‌ای مؤثر است. کدهای شفابخش، از رویکردهای^۸ روان‌شناسی مثبت‌نگر است که مدیریت استرس‌های فیزیولوژیک^۹ را در نظر می‌گیرد (۱۱). کدهای شفابخش توسط لوید (روان‌شناس و درمانگر طب مکمل) و جانسون (متخصص سرطان) در سال ۲۰۱۱ منتشر شد (۱۲). خودشفابخشی به نقش شخص در کاهش بیماری اشاره دارد. لوید و جانسون معتقد بودند، ۹۵ درصد معضلات فیزیکی و ذهنی از استرس شامل استرس‌های موقعیتی و فیزیولوژیک، سرچشمه می‌گیرد (۱۳). استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های درونی و ناآشکار است که از

خاطرات سلولی مخرب به وجود می‌آید. خاطره سلولی مخرب، خاطره‌ای را گویند که در تمام سلول‌های بدن ذخیره شده است. لوید و جانسون معتقد بودند، خاطرات سلولی مخرب موجب بی‌تعادلی و تشدید اختلالات مختلف روانی مانند کینه‌جویی، خشم، ترس‌های بدون دلیل، افسردگی، ضعیف بودن عزت نفس، اضطراب، اقدامات آسیب‌رسان، تعامل نداشتن مؤثر با دیگران و افزایش اختلالات جسمانی می‌شود (۱۴). کدهای شفابخش بر تعالیم معنوی، داشتن سبک زندگی سالم، اصلاح گفت‌وگوی درونی، مراقبه، دعا و انجام تمرینات مخصوص کدهای شفابخش تأکید دارد (۱۴). پژوهش‌های لوید حاکی از آن بود که این رویکرد جدید موجب بهبود بیماری‌های مختلف از جمله اختلالات ناباروری، ام‌اس، دیابت، پارکینسون، لوگهریگ^{۱۰}، اختلالات مربوط به خواب، هموروئید و سرطان شده است (۱۴، ۱۲).

یکی دیگر از مداخلات تأثیرگذار در جامعه آماری زنان نابارور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۱} است. ذهن‌آگاهی به معنای توجه به شیوه خاص، هدفمند، در زمان حال، بدون قضاوت و پیش‌داوری است (۱۵). این روش کمک می‌کند فرد خالی از قضاوت، نظاره‌گر افکار خود باشد و درگیری با الگوهای تفکر منفی را کنار بگذارد و این‌گونه اضطراب کاهش می‌یابد (۱۶). چوب فروش زاده و همکاران با مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان نابارور به این نتیجه رسیدند که هر دو مداخله در کاهش افسردگی و اضطراب زنان نابارور در پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است (۱۷).

رویکرد کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی‌های بسیاری در فرایندهای جسمانی و شناختی و هیجانی در جوامع آماری مختلف به‌ویژه زنان دارد. مشکلات و آسیب‌های هیجانی بسیاری که زنان دچار ناباروری به همراه دارند، ممکن است منجر به دردهای سایکوسوماتیک یا روان‌تنی و تأثیر دوچندان در ناباروری شود. هر دو درمان به باورهای تحریف‌شده و حفظ توجه کامل در لحظه، تمرکز بر استرس‌های فرد، رویارویی منظم با افکار و هیجانات، تمرکز کمتر بر شناخت‌های ناخوشایند و حضور ذهن تأکید می‌کند؛ از طرفی آموزش کدهای شفابخش علاوه بر مطالب یادشده با استفاده از کدهای شفابخش (هیلینگ کد) و تمرکز بر گروه‌های دوازده‌گانه بر تلاش فرد برای درمان خاطرات مخرب سلولی یا همان حافظه پنهان و ریشه‌یابی علل استرس فیزیولوژیک توجه دارد؛ همچنین بر تعالیم معنوی، داشتن سبک زندگی سالم، دعا و انجام تمرینات مخصوص کدهای شفابخش تأکید می‌کند؛ از این رو با توجه به مطالب مذکور به مقایسه این دو رویکرد توجه شده است؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود در زنان نابارور انجام شد.

7. Healing cods/self healing

8. Positive psychology

9. Physiological stress

10. Lou Gehrig's Disease

11. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

1. Infertility

2. Stigma

3. Self-concept

4. Self

5. Depressed

6. Anxious

۲ روش بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با سه گروه (آزمایش یک و آزمایش دو و گواه) بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمان ناباروری مهر مادر، درمانگاه ناباروری حضرت مریم (ع) (بیمارستان شهید بهشتی) و باروری و ناباروری شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. در پژوهش حاضر، شصت نفر از افراد واجد شرایط و مایل به شرکت در طرح پژوهش، به‌عنوان نمونه و به‌صورت در دسترس مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج، وارد مطالعه شدند. سپس با گمارش تصادفی در سه گروه بیست‌نفری آزمایش یک و آزمایش دو و گواه قرار گرفتند. در مرحله اول پس از اخذ مجوزهای لازم به مراکز درمان ناباروری مهر مادر، درمانگاه ناباروری حضرت مریم (ع) (بیمارستان شهید بهشتی) و مرکز باروری و ناباروری اصفهان مراجعه و تعداد جامعه آماری مشخص شد. در مرحله دوم به‌روش نمونه‌گیری در دسترس، با توجه به معیارهای ورود و خروج، شصت آزمودنی وارد مطالعه شدند و با استفاده از قرعه‌کشی به‌کمک جدول اعداد در سه گروه آزمایش یک و آزمایش دو و گواه قرار گرفتند. پس از اخذ رضایت آگاهانه در شرایط یکسان و هم‌زمان پیش‌آزمون با استفاده از مقیاس استیگمای مرتبط با ناباروری^۱ (۶) و آزمون تصور از خود بک^۲ (۱۸) در گروه‌های آزمایش و گواه اجرا شد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: بازه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ شکست در باروری پس از مداخله پزشکی و تأیید متخصص؛ ناباروری اولیه؛ رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی. معیارهای خروج از پژوهش شامل افرادی که هنوز در مرحله ارزیابی و آزمایش‌های ناباروری بودند، بارداری حین پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود. در این پژوهش سعی شد ملاحظات اخلاقی زیر رعایت شود: قبل از برگزاری جلسات توضیحات لازم به هر فرد مربوط به روش کار و محتوای جلسات داده شد؛ شرکت در جلسات آزادانه و اختیاری بود؛ به افراد گفته شد اطلاعات شخصی آن‌ها و تمام مطالب در طول جلسات، محرمانه باقی می‌ماند و فقط از داده‌های آماری پرسش‌نامه‌ها، بدون ذکر نام و تنها برای مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود. در ادامه گروه آزمایش یک برنامه چهارده جلسه‌ای (هفته‌ای یک جلسه نود دقیقه‌ای) با قابلیت تقلیل به دوازده جلسه (ادغام جلسات سیزدهم و چهاردهم در جلسات پیشین) را برای تعیین اثربخشی کدهای شفابخش مروی و لطیفی با اقتباس از لوید و جانسون (۲۰۱۰) (۱۴) دریافت کرد. برای گروه آزمایش دو، جلسات مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی براساس برنامه درمانی سگال و همکاران (۲۰۰۲) (۱۹) طی هشت جلسه (هفته‌ای یک جلسه نود دقیقه‌ای) ارائه شد. پس از آخرین جلسه، پس‌آزمون روی سه گروه (آزمایش یک و آزمایش دو و گواه) اجرا شد. پس از اعلام تمایل به شرکت در این تحقیق و توضیح اهداف و چگونگی برگزاری جلسات، قبل از شروع دوره آموزشی، پیش‌آزمون و

بعد از اتمام جلسات درمانی، پس‌آزمون و ۴۵ روز پس از انجام آخرین جلسه آزمون، پیگیری اجرا شد.

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

– مقیاس استیگمای مرتبط با ناباروری: این مقیاس توسط فو و همکاران در سال ۲۰۱۵ طراحی شد که شامل ۲۷ گویه و چهار زیرمقیاس برای اندازه‌گیری استیگمای ادراک‌شده در زنان نابارور است (۶). گزینه‌های مربوط به گویه‌ها در طیف لیکرت پنج‌رتبه‌ای به‌صورت کاملاً مخالفم=۱، تاحدودی مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، تاحدودی موافقم=۴ و کاملاً موافقم=۵ مرتب شده است. حداقل و حداکثر نمره در این ابزار به ترتیب ۲۷ و ۱۳۵ است. نمره بیشتر نشان‌دهنده استیگمای ادراک‌شده مرتبط با ناباروری بیشتر است (۶). نسخه اصلی مقیاس، چهار عامل بی‌ارزشی شخصی (سؤالات ۱ تا ۷)، کناره‌گیری اجتماعی (سؤالات ۸ تا ۱۲)، انگ عمومی (سؤالات ۱۳ تا ۲۱) و انگ خانوادگی (سؤالات ۲۲ تا ۲۷) دارد که ۵۸/۱۷ درصد واریانس را تبیین می‌کند (۶). در پژوهش فو و همکاران در نسخه اصلی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و تنصیف و ضرایب بازآزمایی (به فاصله یک هفته) مقیاس ۲۷ گویه‌ای و عامل‌های چهارگانه همگی بیشتر از ۰/۷۰، دامنه همبستگی‌های هر آیتم و عامل از ۰/۶۰ تا ۰/۸۷، دامنه همبستگی‌های درونی عامل‌ها از ۰/۵۶ تا ۰/۶۷ و دامنه همبستگی‌های کل مقیاس با عامل‌ها از ۰/۷۸ تا ۰/۹۱ گزارش شد. روایی و آگرای پرسش‌نامه در نسخه اصلی فو و همکاران از طریق محاسبه همبستگی با مقیاس حمایت اجتماعی^۳، مقیاس عزت‌نفس^۴ و شاخص آپگار فامیلی^۵ در دامنه ۰/۱۲ تا ۰/۴۲ – قرار داشت. شاخص اعتبار محتوای آن ۰/۹۲ بود (۶). این مقیاس توسط رجبی و همکاران اعتباریابی شد که نشان‌دهنده اعتبار و روایی مناسب و تأیید چهار زیرمقیاس در جامعه زنان نابارور ایرانی است. ضریب بازآزمایی (به فاصله دو هفته) ۰/۵۸ ($p < ۰/۰۰۵$) گزارش شد. بین این مقیاس با مقیاس‌های عزت‌نفس روزنبرگ (۰/۴۱) و باورهای خودکارآمدی عمومی^۶ (۰/۴۱) به‌عنوان ضریب روایی و اگر با مقیاس خودانتقادی^۷ (۰/۶۱) به‌عنوان ضریب روایی هم‌گرا، همبستگی معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۵$). رجبی و همکاران آلفای کرونباخ را برای بی‌ارزشی خود (۰/۹۰)، کناره‌گیری اجتماعی (۰/۹۱)، انگ عمومی (۰/۸۵)، انگ خانوادگی (۰/۷۴) و کل مقیاس (۰/۹۵) به‌دست آوردند (۲۰).

– آزمون تصور از خود بک: این آزمون در سال ۱۹۹۰ توسط بک و همکاران و براساس نظریه شناختی بک تهیه شد و دارای ۲۵ ماده است (۱۸). براساس تحقیقات بک و همکاران در سال ۱۹۹۲، این مقیاس پنج جنبه از ویژگی‌ها را بررسی و اندازه‌گیری می‌کند که شامل توانایی ذهنی، کارآمدی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی و عیب‌ها و حسن‌ها است. سؤال‌های آزمون براساس ارتباط آن‌ها با تصور خود در طیف لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود؛ بدین ترتیب حداقل نمره آزمودنی در مقیاس ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ خواهد بود.

۵. Family Apgar (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) Index

۶. General Self-Efficacy Beliefs Scale

۷. Self-Criticism Scale

۱. Infertile Stigma Scale (ISS)

۲. Beck Self-Concept Test (BSCT)

۳. Social Support Scale

۴. Self-Esteem Scale

نمرات به صورت معکوس نمره گذاری و تفسیر می شود؛ بدین معنا که نمره کمتر به معنای نگرش مثبت تر به خود است. بُعد توانایی ذهنی شامل سؤال های ۲، ۴، ۶، ۱۸، ۲۱، بُعد توانایی شغلی شامل سؤال های ۱۰، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۳، بُعد جذابیت جسمانی شامل سؤال های ۱، ۷، ۸، ۱۲، ۱۵، بُعد مهارت های اجتماعی شامل سؤال های ۵، ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۴ و بُعد عیب ها و حسن ها شامل سؤال های ۱۱، ۱۳، ۱۷، ۲۵ است (۲۱). یک و همکاران ضریب پایایی ۰/۸۸ و ۰/۶۵ را با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد به ترتیب پس از یک هفته و سه ماه فاصله زمانی گزارش کردند. همچنین ضریب همسانی درونی برای این مقیاس ۰/۸۰ به دست آمد. روایی این پرسش نامه در نسخه اصلی درمقایسه با پرسش نامه عزت نفس روزنبرگ ۰/۵۵ بود (۲۱). در مطالعه نجات و همکاران، برای بررسی روایی این آزمون از تشخیص کفایت نمونه برداری برابر با ۰/۸۲ استفاده شد و

آزمون معناداری بارتلت نیز معنادار به دست آمد. به علاوه ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر با ۰/۶۷ بود (۲۲).
جلسات آموزش کدهای شفابخش برگرفته از بسته آموزشی مروی و لطیفی با اقتباس از لویس و جانسون (۲۰۱۰) (۱۴) برای گروه آزمایش یک اجرا شد و روایی آن توسط سازندگان آن به تأیید رسید که از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۱۳). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط شش متخصص دارای تسلط کافی درخصوص رویکرد درمانی مذکور، بررسی شد. تمامی متخصصان زمان جلسات، محتوای جلسات و شیوه های به کاررفته در جدول ۱ را سودمند، شفاف، اجرایی و متناسب تشخیص دادند. خلاصه جلسات کدهای شفابخش مروی و لطیفی براساس رویکرد کدهای شفابخش لویس و جانسون (۱۴) در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش کدهای شفابخش

جلسه	خلاصه جلسه
اول	آشنایی با اعضای گروه، مشخص کردن قوانین جلسات، معرفی استرس های موقعیتی و سیستم ایمنی بدن
دوم	توضیح استرس های فیزیولوژی، پنهان یا خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب ارائه تکلیف خانگی
سوم	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب، خاطره یابی، تعارضات و سردرگمی های فرد ارائه تکلیف خانگی
چهارم	ریشه یابی خاطرات مخرب سلولی، معرفی (کینه جویی، اقدامات زیان بخش، باورهای غلط و احساسات منفی)
پنجم	اجرای تکنیک آسانسور شیشه ای، حافظه یابی درباره تروما و حوادث اثرگذار مهم زندگی و PTSD با توجه به نگرش فرد ارائه تکلیف خانگی
ششم	توضیح پازل احساسات مثبت و منفی و آموزش فنون بخشش ارائه تکلیف خانگی
هفتم	توضیح گروه اقدامات زیان بخش و عادات غلط و مخرب، آموزش روش های تقویت اراده، آموزش حل مسئله
هشتم	تقویت کدهای شفابخش اول تا چهار شامل عشق، شادی، آرامش و بردباری، آموزش درمان خودخواهی، کاهش توقعات، مهرورزی، رفتار منصفانه و نگرش انسانی (تفهیم شادی واقعی)، افزایش ارتباطات و فعالیت های لذت بخش (آموزش آرامش)، تربیت خویش، مدیریت زمان، ارتباط صحیح با ذهن، تعدیل کمال گرایی (آموزش بردباری)، مدیریت خشم، نمایش بردباری، افزایش تاب آوری و امید ارائه تکلیف خانگی
نهم	تقویت کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویشتن داری، آموزش بهبود ارتباط (با خود، خدا، دیگران و طبیعت)، افزایش عزت نفس (توجه به شاخص مهرطلبی، ابراز وجود مؤثر، افزایش اعتماد به نفس و خود کارآمدی، پرورش مهارت های ارتباطی و مثبت اندیشی، تقویت معنویت)، درمان اذیت دادن گواه (افزایش خویشتن داری، جلوگیری از پاسخ و شناخت سندرم فردا) ارائه تکلیف خانگی
دهم	توضیح درباره نقش درخواست حقیقی، اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته ها در مسیر زندگی، توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در کدهای شفابخش ارائه تکلیف خانگی
یازدهم	آموزش سبک زندگی متعادل، اصلاح سبک زندگی با شناخت عادات غلط و اقدامات زیان بخش، اصلاح الگوی خواب و تنظیم خوراک، نحوه خوردن و نوشیدن، تفریح، مسافرت، ورزش، نظافت و بهداشت ارائه تکلیف خانگی
دوازدهم	آموزش بهبود کیفیت زندگی در حیطه های سلامت و بهداشت، صمیمیت و ارتباطات (والدین، همسر، فرزندان، بستگان و دیگران)، رشد علمی، رشد مالی، پیشرفت شغلی، فعالیت مفید اجتماعی و بهبود خانه، محله و جامعه ارائه تکلیف خانگی
سیزدهم	اصلاح گفت و گوی درونی، بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی، بازنگری استرس های فردی، تأکید بر خودمراقبتی مداوم در مقابل آسیب های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات ارائه تکلیف خانگی
چهاردهم	آموزش تکنیک های تعالی معنوی، اعتماد و واگذاری، توضیح رابطه مثلثی، هدفمندی معنوی زندگی، لزوم درون نگری و داشتن ساعتی برای خلوت با خود، برنامه ریزی برای ابدیت ارائه تکلیف خانگی

– خلاصه جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از برنامه درمانی سگال و همکاران (۲۰۰۲) (۱۹) برای گروه آزمایش دو اجرا شد که در جدول ۲ آورده شده است. روایی این برنامه درمانی توسط سازندگان آن به تأیید رسید که از روایی صوری و محتوایی

مطلوبی برخوردار است (۱۹). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج نفر از متخصصان مشاوره با تحصیلات دکترای مشاوره و سابقه کار بالینی بیشتر از پانزده سال تأیید شد و سپس در پژوهش حاضر به کار رفت.

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	خلاصه جلسه
اول	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن محرمانه بودن زندگی شخصی افراد، خوشامدگویی و آشنایی، میحث تفکر و احساس ارائه تکلیف خانگی: خوردن همراه با ذهن آگاهی (تمرین کشمش)، اسکن بدن
دوم	مراقبه و آرسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، مبحث باورهای منفی مرکزی و خطاهای شناختی، آموزش معطوف کردن توجه فعالیت های روزانه به شیوه ای متفاوت ارائه تکلیف خانگی
سوم	حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس ارائه تکلیف خانگی
چهارم	آموزش واکنش نشان دادن به اتفاقات خوشایند و ناخوشایند در طول روز با استفاده از چالش با افکار، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، راه رفتن با حضور ذهن ارائه تکلیف خانگی
پنجم	مراقبه، آگاهی از تنفس و تجارب بدن، تأکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش دهی در برابر افکار و احساسات و حس های جسمانی، جهت دهی مجدد و گسترش توجه، استفاده از مقیاس درجه بندی ناراحتی های ذهنی ارائه تکلیف خانگی
ششم	آموزش توجه به ذهن، تحلیل باورها، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن برای ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن ها ارائه تکلیف خانگی
هفتم	انتخاب کردن رفتارهای عملکردی خود، عمل کردن به شیوه فعالانه نه خودکار، شناسایی محرک ها ارائه تکلیف خانگی
هشتم	خلاصه سازی و فرمول بندی جلسات سپری شده، گرفتن بازخورد از شرکت کنندگان، برنامه ریزی برای آینده ارائه تکلیف خانگی

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. جدول میانگین و انحراف معیار باتوجه به نوع داده، از آماره های توصیفی است که در پژوهش حاضر به کار رفت. همچنین از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و آزمون لون به کار رفت. تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

۳ یافته ها

در این پژوهش شصت زن نابارور شرکت کردند. میانگین سنی زنان در گروه های آزمایش یک و آزمایش دو و گواه به ترتیب ۳۳/۷۰±۳/۳۹ و ۳۴/۵۲±۴/۴۲ و ۳۷/۴۲±۵/۵۸ سال بود. برای بررسی تأثیر سن به منزله متغیر کووریت، همبستگی آن با متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود بررسی و معنادار نشد و به عنوان کووریت وارد معادله نشد.

از بین اعضای نمونه در گروه آزمایش یک، ۱۱/۱ درصد کمتر از ۴ سال، ۲۶/۷ درصد بین ۵ تا ۸ سال، ۳۷/۸ درصد بین ۹ تا ۱۲ سال،

۲۴/۴ درصد بیشتر از ۱۲ سال، در گروه آزمایش دو، ۱۵/۱ درصد کمتر از ۴ سال، ۳۰/۵ درصد بین ۵ تا ۸ سال، ۳۴/۲ درصد بین ۹ تا ۱۲ سال، ۲۰/۱۳ درصد بیشتر از ۱۲ سال، در گروه گواه، ۱۰/۴ درصد کمتر از ۴ سال، ۲۸/۹ درصد بین ۵ تا ۸ سال، ۳۳/۲ درصد بین ۹ تا ۱۲ سال و ۲۸/۵ درصد بیشتر از ۱۲ سال ازدواج کردند. جدول های ۳ و ۴ به طور جداگانه یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار را برای ابعاد متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود در بین زنان نابارور گروه های آزمایش و گواه ارائه می دهد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن نمرات استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری، توزیع نرمال را نشان داد ($p > 0.05$). هیچ یک از ضرایب همبستگی متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود بیش از ۰/۸۰ نبود. به همین لحاظ پیش فرض دیگر تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به منزله نبود همبستگی کامل میان متغیرها برقرار بود. هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک (سن و مدت ناباروری) با استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود رابطه معناداری زیادی نداشت؛ به همین دلیل هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک به عنوان کووریت وارد معادله نشد. همچنین فرضیه صفر آزمون لون مبتنی بر همسانی واریانس ها برای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود

در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برقرار بود ($p > 0/05$). $0/05$ معنادار به دست آمد؛ به این علت از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر نتایج آزمون ماچلی برای تمام متغیرهای بررسی شده در سطح معناداری استفاده شد.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیر استیگمای مرتبط با ناباروری و ابعاد آن به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مراحل	گروه کدهای شفابخش	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
استیگمای مرتبط با ناباروری	پیش‌آزمون	۹۰/۴۰	۱۵/۴۲	۸۹/۵۳
	پس‌آزمون	۷۲/۸۰	۱۱/۸۲	۸۲/۷۳
	پیگیری	۷۰/۸۱	۱۲/۶۰	۷۷/۱۸
بی‌ارزشی شخصی	پیش‌آزمون	۲۳/۴۰	۴/۵۳	۲۵/۴۰
	پس‌آزمون	۱۷/۶۰	۳/۴۰	۲۲/۱۳
	پیگیری	۱۷/۵۳	۳/۵۶	۲۰/۱۳
کناره‌گیری اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۹/۰۰	۲/۲۰	۱۸/۲۱
	پس‌آزمون	۱۵/۵۳	۲/۲۳	۱۷/۶۷
	پیگیری	۱۳/۵۳	۲/۰۳	۱۵/۶۸
انگ عمومی	پیش‌آزمون	۲۹/۳۳	۴/۲۷	۲۸/۳۵
	پس‌آزمون	۲۳/۰۷	۳/۰۱	۲۶/۲۰
	پیگیری	۲۴/۱۷	۳/۵۱	۲۵/۱۸
انگ خانوادگی	پیش‌آزمون	۱۸/۶۷	۴/۴۲	۱۷/۵۷
	پس‌آزمون	۱۶/۶۰	۳/۱۸	۱۶/۷۳
	پیگیری	۱۵/۵۸	۳/۵۹	۱۶/۲۰

جدول ۴. یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیر تصور از خود و ابعاد آن به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مراحل	گروه کدهای شفابخش	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
تصور از خود	پیش‌آزمون	۶۵/۶۷	۷/۶۴	۶۴/۰۶
	پس‌آزمون	۵۴/۴۷	۲/۳۹	۶۳/۲۰
	پیگیری	۵۲/۲۹	۴/۷۸	۵۸/۲۴
توانایی ذهنی	پیش‌آزمون	۱۶/۵۳	۱/۷۷	۱۶/۹۵
	پس‌آزمون	۱۴/۲۰	۰/۹۴	۱۶/۰۷
	پیگیری	۱۴/۰۰	۰/۹۰	۱۶/۱۷
جذابیت جسمانی	پیش‌آزمون	۱۶/۳۳	۲/۳۸	۱۶/۷۷
	پس‌آزمون	۱۴/۱۳	۱/۳۶	۱۵/۶۷
	پیگیری	۱۳/۱۴	۱/۰۶	۱۴/۵۴
مهارت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۷/۷۳	۱/۵۳	۱۷/۸۳
	پس‌آزمون	۱۴/۵۳	۱/۴۱	۱۷/۱۳
	پیگیری	۱۴/۲۳	۱/۳۲	۱۶/۲۵
عیب‌ها و حسن‌ها	پیش‌آزمون	۱۲/۳۳	۱/۷۶	۱۲/۵۱
	پس‌آزمون	۹/۴۷	۱/۴۶	۱۲/۰۰
	پیگیری	۱۰/۹۲	۱/۵۰	۱۱/۲۸

باتوجه به مقادیر F با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۵ حداقل بر یکی از متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود اثر بخش بود. به ترتیب برای اثرات بین‌گروهی و درون‌گروهی و اثر تعاملی مشخص شد، آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جدول ۵. نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین‌های متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود

منبع	مقدار	F	درجه آزادی	p	مجذور اتا	توان آماری
بین‌گروهی	۰/۴۵	۶/۴۷	۶	<0/001	0/32	0/99
درون‌گروهی	0/17	35/13	5	<0/001	0/82	1/00
اثر متقابل	0/11	14/94	10	<0/001	0/66	1/00

در ادامه نتایج تحلیل واریانس بین‌گروهی و درون‌گروهی برای تأثیر تصور از خود با سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در اثربخشی رویکردهای مداخله‌ای بر استیگمای مرتبط با ناباروری و جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا	توان آماری
استیگمای مرتبط با ناباروری	عامل زمان	۲۰۱۲/۰۱۵	۱/۰۱۸	۱۹۷۷/۲۲۷	۸۹/۴۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۰	۱/۰۰۰
	اثربخشی درون‌گروهی	۱۶۹۱/۷۱۹	۲/۰۳۵	۸۳۱/۲۳۴	۳۷/۵۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۲	۱/۰۰۰
	خطا	۹۴۴/۹۳۳	۴۲/۷۳۹	۲۲/۱۰۹				
بین‌گروهی	گروه	۶۴۷۸/۸۵۹	۲	۳۲۳۹/۴۳۰	۱۰/۱۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۵	۰/۹۷۹
	خطا	۱۳۴۵۴/۱۳۳	۴۲	۳۲۰/۳۳۷				
تصور از خود	عامل زمان	۶۴۰/۹۴۸	۱/۰۰۰	۶۴۰/۹۴۸	۱۱۳/۸۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۱	۱/۰۰۰
	اثربخشی درون‌گروهی	۶۷۴/۶۹۶	۲/۰۰۰	۳۳۷/۳۴۸	۵۹/۹۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۱	۱/۰۰۰
	خطا	۲۳۶/۳۵۶	۴۲/۰۰۰	۵/۶۲۸				
بین‌گروهی	گروه	۸۵۰/۵۴۸	۲	۴۲۵/۲۷۴	۹/۷۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۱۶	۰/۹۷۵
	خطا	۱۸۳۶/۹۷۸	۴۲	۴۳/۷۳۸				

برای بررسی تفاوت اثربخشی آموزش کدهای شفابخش و شد. نتایج این آزمون در جدول ۷ آورده شده است. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی بر مقایسه گروه‌های آموزش کدهای شفابخش و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه برای متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود

متغیر	گروه A	گروه B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای معیار	p
استیگمای مرتبط با ناباروری	کدهای شفابخش	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۶/۶۴	۳/۷۷	۰/۲۵۱
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گواه	-۱۶/۸۴	۳/۷۷	<۰/۰۰۱
تصور از خود	کدهای شفابخش	گواه	۱۰/۲۰	۳/۷۷	<۰/۰۰۱
	کدهای شفابخش	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۵/۸۲	۱/۳۹	<۰/۰۰۱
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گواه	-۱/۲۰	۱/۳۹	۱/۰۰۰
	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گواه	۴/۶۲	۱/۳۹	۰/۰۰۳

باتوجه به جدول ۷، آموزش کدهای شفابخش بر استیگمای مرتبط با ناباروری اثربخشی داشت ($p < ۰/۰۰۱$): همچنین رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استیگمای مرتبط با ناباروری ($p < ۰/۰۰۱$) و تصور از خود ($p = ۰/۰۰۳$) اثربخش بود. بین دو گروه آموزش کدهای شفابخش و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی بر مقایسه زوجی مراحل آزمون در گروه آموزش کدهای شفابخش برای متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود

متغیر	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای معیار	p
استیگمای مرتبط با ناباروری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۵۳	۱/۰۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۸/۳۶	۱/۰۴	<۰/۰۰۱
تصور از خود	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۶	۰/۱۴	۰/۷۳۰
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۷۰	۰/۳۵	۰/۱۸۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۷۳	۰/۳۵	۰/۱۳۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۹۷۰

باتوجه به جدول ۸، نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری متغیر استیگمای مرتبط با ناباروری تفاوت معناداری داشت ($p < 0/001$) و نمرات پس‌آزمون در پیگیری این متغیر نسبتاً ماندگار ماند اما نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p = 0/180$) و ($p = 0/130$). این نتایج بیانگر آن بود که آموزش کدهای شفابخش فقط سبب کاهش استیگمای مرتبط با ناباروری در بین زنان نابارور شده است.

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی بر مقایسه زوجی مراحل آزمون در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود

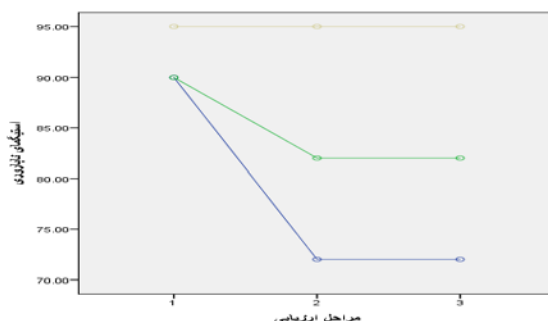
متغیر	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای معیار	p
استیگمای مرتبط با ناباروری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۵۶	۱/۰۶	$< 0/001$
	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۳۶	۱/۰۷	$< 0/001$
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۴۶۰
تصور از خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۳	۰/۴۹	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۳۴	۰/۴۹	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۱	۰/۰۰۷	۱/۰۰۰

باتوجه به جدول ۹، نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری ($p < 0/001$) و تصور از خود ($p = 0/003$) تفاوت معناداری داشت و نمرات پس‌آزمون در پیگیری متغیرها نسبتاً ماندگار ماند ($p = 1/000$) و اثربخشی دوره شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله پیگیری همچنان ثابت بود. این نتایج بیانگر آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب بهبود استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود در بین زنان نابارور شده است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی بر مقایسه زوجی مراحل آزمون در گروه گواه برای متغیرهای استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود

متغیر	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای معیار	p
استیگمای مرتبط با ناباروری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۹۵	۱/۷۲	۰/۴۱۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۷	۱/۰۷	۰/۵۱۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۲	۱/۱۳	۰/۱۵۰
تصور از خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۶۶	۰/۴۹	۰/۵۴۸
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۹۶	۰/۴۸	۰/۱۴۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۰	۰/۱۱	۰/۰۷۲

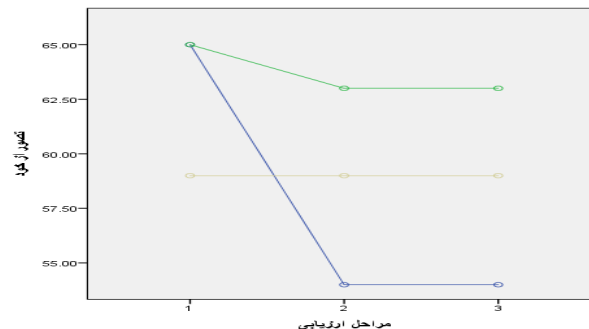
باتوجه به جدول ۱۰، نمرات استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، تفاوت معناداری با سه‌بار اندازه‌گیری در گروه گواه وجود نداشت ($p > 0/05$).



شکل ۱. نمودار پروفایل پلات به تفکیک گروه‌های کدهای شفابخش و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گواه برای استیگمای مرتبط با ناباروری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

■ گروه کدهای شفابخش ■ گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ■ گروه گواه

باتوجه به شکل ۱، آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استیگمای مرتبط با ناباروری در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با گروه گواه، تأثیر معنادار داشت.



شکل ۲. نمودار پروفایل پلات به تفکیک گروه‌های کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گواه برای تصور از خود در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

باتوجه به شکل ۲، فقط آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود تصور از خود در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشت. با مقایسه اثربخشی آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود مشخص شد، بین دو گروه آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی فقط در متغیر تصور از خود تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.001$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۱۱ ارائه شده است.

جدول ۱۱. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصور از خود در پس‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون

متغیر	مراحل	گروه	اختلاف میانگین (A-B)	خطای معیار	p
تصور از خود	پس‌آزمون	کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۵/۸۲	۱/۳۹	<۰/۰۰۱
	پیگیری	کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۶/۴۲	۱/۴۳	<۰/۰۰۱

تصور از خود در زنان نابارور بپردازد. شاید بتوان گفت، علت اثرگذاری بیشتر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی آن است که این مداخله، تمرکز روی باورها و عقاید مخرب را بیشتر مدنظر قرار می‌دهد و مؤلفه تصور منفی از خود نیز قسمتی از این باورهای غلط است.

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های بهبهانی مندی‌زاده و همایی مینی بر رابطه انگ ناباروری و پریشانی روان‌شناختی با کیفیت رابطه زناشویی از طریق میانجیگری فراهیجان در زنان نابارور (۲۳)، فرد و همکاران در بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور (۲۴)، ابراهیمی‌فر و همکاران مینی بر مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی، کیفیت روابط و معنای زندگی در زنان نابارور (۲۵) و چوب‌فروش‌زاده و همکاران مینی بر مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان نابارور (۱۷) همسوست. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دیگری مانند وهاب و همکاران مینی بر تأثیر آموزش خودشفابخشی بر کمال‌گرایی و تحمل ناکامی در مادران دانش‌آموزان تک‌والد (۲۶)، بریان‌دین و بریندینا مینی بر خودشفابخشی در سطح سلولی (۲۷)، زارعان و لطیفی مینی بر تأثیر آموزش خودشفابخشی بر کیفیت زندگی و تعامل مادر-فرزند در زنان

باتوجه به جدول ۱۱ درمقایسه پس‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون مشخص شد، بین دو گروه آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تصور از خود تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.001$).

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استیگمای مرتبط با ناباروری و تصور از خود در زنان نابارور انجام شد. نتایج پژوهش حاضر حاکی از تأثیر آموزش کدهای شفابخش بر کاهش استیگمای مرتبط با ناباروری بود؛ اما بر بهبود تصور از خود تأثیر معناداری نداشت. به‌علاوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب کاهش استیگمای مرتبط با ناباروری و بهبود تصور از خود در بین زنان نابارور شد. همچنین نتایج بیانگر تفاوت اثربخشی آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصور از خود در زنان نابارور بود؛ به‌طوری‌که تأثیر بیشتر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را درمقایسه با آموزش کدهای شفابخش، در بهبود تصور از خود نشان داد.

باتوجه به بررسی‌های صورت‌گرفته توسط محققان تاکنون پژوهشی یافت نشد که به مقایسه اثربخشی آموزش کدهای شفابخش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استیگمای مرتبط با ناباروری و

سرپرست خانوار (۲۸)، ترکیان ولاشانی و همکاران مبنی بر تأثیر آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی معنوی و عواطف مثبت و منفی (۲۹)، نجفی و همکاران مبنی بر اثربخشی آموزش خودشفابخشی گروهی بر تحمل پریشانی، واکنش‌پذیری هیجانی و اضطراب در زنان مبتلا به سرطان سینه (۳۰)، نصرافهانی و همکاران مبنی بر اثربخشی رویکرد خودشفابخشی بر تحریف‌های شناختی و بخشودگی بین فردی زنان دچار پریشانی روان‌شناختی (۳۱) و زارعان و همکاران مبنی بر تأثیر آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی (۳۲)، همسوست.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، آموزش ذهن‌آگاهی به تکنیک‌های مهمی از جمله تن‌آرامی و تکنیک پوشش بدن و ذهن‌آگاهی تنفس مجهز است و آموزش این تکنیک‌ها آرامش فرد را فراهم می‌آورد؛ به عبارتی، انجام تمرینات ذهن‌آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف ذهن‌آگاهی مانند مشاهده، غیرقضاوتی‌بودن، غیرواکنشی‌بودن و عمل توأم با هشیاری می‌شود (۳۳)؛ بنابراین می‌تواند در کاهش استیگمای مرتبط با ناباروری نقش بسزایی داشته باشد.

در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، زنان نابارور از طریق انجام تمرین‌های مکرر با جهت‌دهی قصدمندانه توجه به شیئی خنثی (مثلاً جریان تنفس)، به مشاهده افکار و احساسات یا حس‌های بدنی خود می‌نشینند. افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند؛ برای این اساس می‌توان استدلال کرد، تمرین‌های ذهن‌آگاهانه، توانایی زنان نابارور را برای تحمل حالات هیجانی منفی ناشی از ناباروری افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر تجهیز می‌کند (۳۴). انجام مستمر تمرین‌های ذهن‌آگاهی، توجه این افراد را به بدن، احساسات و افکارشان افزایش می‌دهد. همچنین می‌توان گفت، چون ذهن‌آگاهی سبب تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی درباره احساسات روانی به‌ویژه عواطف منفی می‌شود و به واقع‌بینانه دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌گونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (۳۵)، در ارتقای تصور از خود نقش مؤثری دارد.

درخصوص تأثیر آموزش کدهای شفابخش بر استیگمای مرتبط با ناباروری زنان شرکت‌کننده در مطالعه نتایج نشان داد، آموزش کدهای شفابخش بر کاهش استیگمای مرتبط با ناباروری و ابعاد آن در زنان نابارور تأثیر معناداری دارد.

رویکرد کدهای شفابخش، به مهارت‌ها و تمرینات عملی مدیریت مغز برای خودشفابخشی، عملکرد منظم و صحیح، تقویت سیستم هوشمند سازوکار بدن، کاهش استرس و افزایش آرامش روانی در بین افراد منجر می‌شود (۱۳). افراد قبل از اعمال این اثر مداخله‌ای دارای افکار منفی و پریشانی ذهنی بودند که در نتیجه این نگرانی‌ها، موجب افزایش استیگمای ناباروری شد. به همین علت با آموزش رویکرد کدهای شفابخش، افراد به توانایی‌های خود امیدواری بیشتری پیدا کردند (۱۲) و بهتر شدن نگرش به زندگی و مثبت‌اندیشی سبب کاهش استیگمای ناباروری در بین این افراد شد. رویکرد کدهای شفابخش از طریق

مهندسی خاطرات افراد، عادت‌های ایجادکننده باورهای غلط ناخودآگاه در خاطرات افراد را از بین می‌برد و موانع ناهشیار سد راه سلامتی موفقیت و شادکامی را حذف می‌کند (۳۰). در بُعد اجتماعی ارتباطات و هیجانات مرتبط با آن به‌شیوه مؤثر تنظیم و مدیریت می‌شود (۲۸). در بُعد معنوی انسان از طریق دعا و نیایش با خالق و ایجاد هدفمندی در زندگی که مبتنی بر تعالی معنوی است، اقدامات مخرب را در خود کم می‌کند و به ایجاد و ارتقای فضیلت‌های سالم می‌پردازد (۱۲).

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به جنسیت اعضای نمونه اشاره کرد. با توجه به اینکه نمونه پژوهش شامل زنان نابارور بود، تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر باید با احتیاط انجام گیرد. طولانی‌بودن دوره‌های مداخله، ریزش برخی از اعضای نمونه و دشواری در تشکیل جلسات درمان به‌علت وجود دو گروه، مداخله به‌صورت هم‌زمان را دچار مشکل کرد. پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های بعدی مطالعه‌ای در این زمینه در جوامع دیگر انجام گیرد تا نتایج آن مبنایی برای مقایسه باشد و در یک فراتحلیل بررسی شود. به‌عنوان پیشنهاد پژوهشی می‌توان گفت، در پژوهش‌های بعدی آزمایشی از طرح‌های آمیخته به‌منظور کنترل متغیرهای مزاحم استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، در بین جامعه آماری آسیب‌دیدگان اجتماعی در گروه‌های دیگر (مانند جوانان بزه‌کار و زنان دارای همسر معتاد و...) از مقایسه این دو رویکرد استفاده شود. می‌توان این رویکرد آموزشی را در کنار درمان‌های پزشکی و فیزیولوژیک زنان نابارور در مراکز درمان ناباروری برای بهبود ابعاد روان‌شناختی این افراد به‌کار برد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن بود که آموزش کدهای شفابخش و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استیگمای مرتبط با ناباروری اثربخش است؛ همچنین تفاوت معناداری بین آموزش کدهای شفابخش و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تصور از خود وجود دارد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصور از خود دارای تأثیر مثبت بیشتری در مقایسه با آموزش کدهای شفابخش است.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش نهایت قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

اصول اخلاقی زیر در اجرای پژوهش رعایت شد: شرکت در پژوهش آزادانه و به اختیار آزمودنی‌ها بود و هیچ‌گونه اجباری از جانب محقق صورت نگرفت؛ علاوه بر این درخصوص محرمانه‌بودن اطلاعات تکمیل‌شده توسط آزمودنی‌ها اطمینان کافی داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

References

1. Refaeli T, Weiss-Dagan S, Levy D, Itzhaky H. "We are young, we run free": predicting factors of life satisfaction among young backpackers. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1429. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031429>
2. Tabatabaeifar M, Aramnia E, Eslamian S. Developing a native training package of schema mode cards and examining its effectiveness in improving marital conflict. *Journal of Applied Family Therapy*. 2022;3(1):161–76. [Persian] https://www.aftj.ir/article_133406.html?lang=en
3. Wiweko B, Anggraheni U, Elvira SD, Lubis HP. Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertil Soc J*. 2017;22(2):145–8. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2017.01.005>
4. Hess RF, Ross R, Gililand Jr JL. Infertility, psychological distress, and coping strategies among women in Mali, West Africa: a mixed-methods study. *Afr J Reprod Health*. 2018;22(1):60–72. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i1.6>
5. Hammerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction Update*. 2009;15(3):279–95.
6. Fu B, Qin N, Cheng L, Tang G, Cao Y, Yan C, et al. Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese women. *J Psychosom Res*. 2015;79(1):69–75. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.014>
7. Davern J, O'Donnell AT. Stigma predicts health-related quality of life impairment, psychological distress, and somatic symptoms in acne sufferers. *Plos One*. 2018;13(9):e0205009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205009>
8. Schoeneman TJ, Tabor LE, Nash DL. Children's reports of the sources of self-knowledge. *J Pers*. 1984;52(2):124–37. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1984.tb00348.x>
9. Younesi J. How do we sink into happiness and sadness? an analytical look at cognitive and social psychology perspectives. *New Psychotherapy*. 2014;9(33&34):53–71. [Persian]
10. Zarif Golbar Yazdi H, Aghamohammadian Sharbat H, Mousavifar N, Moeenizadeh M. The effectiveness of well-being therapy on stress, and psychological well-being in infertile women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(2):48–55. [Persian] https://ijogi.mums.ac.ir/article_5744.html?lang=en
11. Ni M. *Secrets of self-healing: harness nature's power to heal common ailments, boost your vitality, and achieve optimum wellness*. Avery; Illustrated edition; 2008.
12. Loyd A. *Method and process of self-directed healing of the mind, body, and spirit* [Internet]. Google Patents; 2019.
13. Loyd A, Johnson B. *The healing codes: unlocking the cellular sequence of life*. Light of Man Ministries; 2005.
14. Loyd A, Jonson B. *The healing cods*. Marvi M, Latifi Z. (Persian translator). First edition. Esfahan: Orooj; 2010.
15. Armstrong L, Rimes KA. Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): a pilot randomized study. *Behav Ther*. 2016;47(3):287–98. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.12.005>
16. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav Res Ther*. 2017;95:29–41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
17. Choobforoushzadeh A, Fatemi Aghda N, Nasimi P. Comparing the effectiveness of education based on acceptance and commitment with mindfulness-based stress reduction in reducing anxiety and depression of infertile women. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2023;21(2):275–88. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1497-en.html>
18. Beck AT, Steer RA, Epstein N, Brown G. Beck self-concept test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990;2(2):191–7. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.191>
19. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press; 2002.
20. Rajabi G, Amiri Asl J, Jelodari A. Assessing reliability and validity of the persian version of infertility stigma scale (ISS) in infertile women. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2017;25(4):104–13. [Persian] <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1609-en.html>
21. Beck AT, Steer RA, Epstein N. Self-concept dimensions of clinically depressed and anxious outpatients. *J Clin Psychol*. 1992;48(4):423–32. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199207\)48:4<423::aid-jclp2270480402>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199207)48:4<423::aid-jclp2270480402>3.0.co;2-g)
22. Nejat A, Shahabizadeh F, Ghobari Bonab B. Childhood perceived attachment, image of god adaptation process and self-concept in a model of the mental health: a structural equation modeling. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2014;10(38):187–200. [Persian] <https://sanad.iau.ir/en/Article/1054703>

23. Behbahani Mandizadeh A, Homaei R. The casual relationship Stigma infertility and psychological distress with quality of marital relationship through the mediation of meta-emotion in infertile women. *Journal of Family Research*. 2020;16(1):55–76. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_97802.html?lang=en
24. Fard TR, Kalantarkousheh M, Faramarzi M. Effect of mindfulness-based cognitive infertility stress therapy on psychological well-being of women with infertility. *Middle East Fertil Soc J*. 2018;23(4):476–81. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.06.001>
25. Ebrahimifar M, Hosseinian S, Saffariyan Tosi MR, Abedi MR. To compare of the effectiveness of training based on "acceptance and commitment therapy" and "compassion focused therapy" on self-efficacy, quality of relations and meaning in life in infertile women. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(3):10–8. [Persian] <http://jhpm.ir/article-1-1001-en.html>
26. Vahhab M, Latifi Z, Marvi M, Soltanizadeh M, Loyd A. Effects of self-healing training on perfectionism and frustration tolerance in mothers of single-parent students. *J Gen Psychol*. 2024;151(3):374–89. <https://doi.org/10.1080/00221309.2023.2275305>
27. Bryndin E, Bryndina I. Self healing of healthy condition at cellular level. *Med Case Rep Rev*. 2020;3(1):1–4. <https://doi.org/10.15761/MCRR.1000142>
28. Zarean F, Latifi Z. The effectiveness of self-healing (the healing codes) training on psychological capital and distress tolerance in women with addicted husbands. *Curr Psychol*. 2022;41(6):3472–80. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00860-8>
29. Torkian Valashani S, Latifi Z, Bagheri N, Soltanizadeh M. The effect of self-healing training on spiritual well-being and positive and negative emotions in patients with multiple sclerosis. *Health Psychology*. 2023;12(47):89–104. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_10503.html?lang=en
30. Asadollah Najafi M, Aminjafari B, Marvi M. The effect of group self-healing training on distress tolerance, emotional reactivity and anxiety in women with breast cancer. *Health Psychology*. 2023;12(47):19–32. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_10498.html?lang=en
31. Nasresfahani M, Hayati M, Latifi Z. The effectiveness of self-healing approach on cognitive distortions and interpersonal forgiveness among women with psychological distress. *Journal of Applied Family Therapy*. 2022;3(2):285–305. [Persian] https://www.aftj.ir/article_152279.html?lang=en
32. Zarean F, Sadri Damirchi E, Sheykholeslami A. Effect of self-healing intervention program on psychological well-being and marital satisfaction of women victimized by domestic violence. *Am J Fam Ther*. 2024;52(1):22–40. <https://doi.org/10.1080/01926187.2022.2042865>
33. Shabani M, Khalatbari J. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on emotion regulation difficulties and psychological well-being in premenstrual syndrome. *Health Psychology*. 2019;8(29):134–52. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_5859.html?lang=en
34. Wimmer L, Bellingrath S, Von Stockhausen L. Mindfulness training for improving attention regulation in university students: is it effective? and do yoga and homework matter? *Front Psychol*. 2020;11:719. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00719>
35. Shahrestani M, Qanbari BA, Nemati SH, Rahbardar H. The effectiveness of mindfulness based cognitive group therapy (MBCT) on improving perceived infertility-related stress and irrational parenthood cognitions among infertile women undergoing IVF treatment. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(19):28–38. [Persian] https://ijogi.mums.ac.ir/article_6158.html?lang=en