

Comparison of the Effectiveness of Online Unified Transdiagnostic Treatment with an Online Developed Intervention on Meta- Emotion Components in Pregnant Women with Psychological Distress

Mitra Goudarzi 

Ph.D. Student of Psychology Department,
Faculty of Literature and Humanities,
University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

Simin Gholamrezaei *

Assistant Professor of Psychology
Department, Faculty of Literature and
Humanities, University of Lorestan,
Khorramabad, Iran.

Kourosh Amraei 

Assistant Professor of Psychology
Department, Faculty of Literature and
Humanities, University of Lorestan,
Khorramabad, Iran.

Abstract

Psychological distress during pregnancy is considered a major clinical concern in the field of health and health care; therefore, identifying new treatments to prevent and treat this disorder is a necessity. The aim of the present study was to compare the effectiveness of online unified transdiagnostic treatment with an online developed intervention on meta-emotion components in pregnant women with psychological distress. This study was a clinical trial with pre-test, post-test and follow-up. The statistical population consisted of all pregnant women referring to health care centers in Boroujerd city. Forty-five pregnant women with psychological distress were randomly assigned to the intervention groups and one control group using the purposive sampling. Research tools consisted of the demographic and pregnancy information questionnaire, Cohen Perceived Stress Scale (CPSS-14), Edinburg Depression Scale (EPDS), Van den Bergh Pregnancy

* Corresponding Author: gholamrezaei.si@lu.ac.ir

How to Cite: Goudarzi, M., Gholamrezaei, S., Amraei, K. (2021). Comparison of the Effectiveness of Online Unified Transdiagnostic Treatment with an Online Developed Intervention on Meta- Emotion Components in Pregnant Women with Psychological Distress, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 11(44), 103-139.


Anxiety Scale (PRAQ), and Mitmansgruber meta-emotion scale (MES). Analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data. The results showed that Both intervention approaches were effective in improving all components of meta-emotion ($p < 0.05$); Therefore, the results confirmed the effectiveness of the two interventions in reducing the components of negative emotions (anger, shame, thought control and repression) and increasing the components of positive emotions (compassion and interest) in pregnant women.

Keywords: Pregnancy, Psychological distress, Meta-emotion, Unified transdiagnostic treatment, Developed intervention, Tele -psychotherapy.




مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه آنلاین با مداخله تدوینی آنلاین بر مؤلفه‌های فراهیجان در زنان باردار مبتلا به پریشانی روان‌شناختی


دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه
 لرستان، خرم‌آباد، ایران.

میترا گودرزی 

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان،
 خرم‌آباد، ایران.

سیمین غلامرضایی * 

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان،
 خرم‌آباد، ایران.

کوروش امرایی 

چکیده

پریشانی روان‌شناختی در دوران بارداری یک نگرانی عمده‌ی بالینی در حوزه‌ی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی تلقی می‌شود؛ بنابراین شناسایی درمان‌های جدید برای پیشگیری و درمان این اختلال یک ضرورت می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه آنلاین با مداخله تدوینی آنلاین بر مؤلفه‌های فراهیجان در زنان باردار مبتلا به پریشانی روان‌شناختی می‌باشد. این پژوهش نوعی کارآزمایی بالینی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری متشکل از کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان بروجرود بود که پس از غربال‌گری اولیه، ۴۵ زن باردار مبتلا به پریشانی روان‌شناختی به روش هدفمند در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر)، به صورت تصادفی گمارش شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از: پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و بارداری، استرس ادراک‌شده‌ی کوهن (۱۴-CPSS)، افسردگی ادیبرگ (EPDS)، اضطراب بارداری و ندنبرگ (PRAQ) و فراهیجان میتمسگرابر (MES). تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد هر دو رویکرد مداخله‌ای بر بهبود تمامی مؤلفه‌های

* نویسنده مسئول: gholamrezaei.si@lu.ac.ir

۱۰۶ | مطالعات روان شناسی بالینی | سال یازدهم | شماره ۴۴ | پاییز ۱۴۰۰

فراهیجان اثربخش بوده‌اند ($p < ۰/۰۵$)؛ بنابراین نتایج نشان‌دهنده‌ی کارایی دو مداخله‌ی موردبررسی در کاهش فراهیجان منفی (خشم، شرم، کنترل فکر و سرکوب) و افزایش فراهیجان مثبت (شفقت و علاقه) در زنان باردار بود.

کلیدواژه‌ها: بارداری، پریشانی روان‌شناختی، فراهیجان، مداخله تدوینی، درمان فراتشخیصی یکپارچه، روان‌درمان از راه دور.



مقدمه

در طی دهه‌ی اخیر، تمرکز تحقیقات مرتبط با سلامت روان زنان در سنین باروری به تدریج از دوره‌ی نقاهت بعد از زایمان به دوره‌ی بارداری معطوف شده است (مادرا، گیپل، باتل، شولت، مارک-ورت، گولتزکی، آرک، دیمرت^۱، ۲۰۱۹). در روند ایجاد تغییرات ناشی از بارداری ممکن است بسیاری از مادران باردار به پریشانی روان‌شناختی^۲ مبتلا گردند (زنک، ژنگ و لیانگ^۳، ۲۰۲۰). این اختلال به یک طیف ناهمگن از علائم استرس، اضطراب و افسردگی اشاره دارد (مک گینتی، کاریوکی، بارنت، ودربورن، هاردی، هافمن و همکاران^۴، ۲۰۲۰) و بررسی آن نه تنها یک موضوع تحقیقی، بلکه یک نگرانی عمده‌ی بالینی در حوزه‌ی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی تلقی می‌شود (مالگورا، فنارولی، سایتا^۵، ۲۰۱۹). از طرفی ترکیب استرس، اضطراب و افسردگی در پریشانی روان‌شناختی دوران بارداری اغلب انجام مداخلات درمانی را پیچیده می‌سازد و به تحقیقات بیش‌تری در مورد کاربرد و تأثیر انواع درمان‌های نوین روان‌شناختی در طی بارداری نیاز می‌باشد. در همین راستا به نظر می‌رسد توجه به سازه‌های قدرتمند روان‌شناختی مانند ذهن‌آگاهی^۶، تاب‌آوری^۷، فراهیجان^۸ و تنظیم هیجان احتمالاً می‌تواند به کاهش پریشانی کمک نمایند (زوامی، ینگ، ها، گرانت، یون هویی و هویی جینگ^۹، ۲۰۱۹؛ بابلتیز، نیلنی، لوینگک استون، کارپنتر و سالمویراگو-بلوچر^{۱۰}، ۲۰۲۰).

- 1- Mudra S, Göbel A, Barthel D, Hecher K, Schulte-Markwort M, Goletzke J, et al.
- 2- psychological distress
- 3 - Xiang M, Zhang Z, Liang H.
- ۴- MacGinty RPS, Kariuki W, Barnett CJ, Wedderburn A, Hardy N, Hoffman CR, et al.
- 5- Molgora S, Fenaroli V, Saita E.
- 6- mindfulness
- 8- resilience
- 9- meta-emotion
- 9- Xuemei M, Ying W, Hua H, Grant TX, Yunhui Z, Huijing S.
- 10- Bublitz MH, Nillni Y, Livingston Z, Carpenter M, and Salmoirago-Blotcher E.

یافته‌های مطالعات انجام‌شده، مطرح‌کننده‌ی آن است که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دوران بارداری اثرات مثبت امیدوارکننده‌ای بر سلامت روان و کاهش اختلالات هیجانی مادران دارد (هالزباش، نیکلیچک، پوتارست، میمز، بوکارست و پاپ^۱، ۲۰۲۰). علاوه بر ذهن‌آگاهی، تقویت تاب‌آوری زنان باردار نیز می‌تواند در مقابل پیامدهای نامطلوب احتمالی ناشی از پریشانی روان‌شناختی، کارکرد محافظتی داشته باشد (بلیدو-گونزالس و همکاران^۲، ۲۰۱۹). همچنین مطالعات انجام‌گرفته نشان می‌دهند که بر خورداری مادر از فراهیجان مثبت می‌تواند به ایجاد دل‌بستگی ایمن در کودک کمک کند (چن؛ لین و لی^۳، ۲۰۱۲) و عملکرد عاطفی و هیجانی مادر می‌تواند رشد عاطفی کودکان را تسهیل یا تضعیف کند (اودو؛ میلر، فلتون؛ کسیدی؛ لی جوئز و کرونیس-تسکانو^۴، ۲۰۲۰)، در واقع باورهای فراهیجانی از جمله راهبردهای مهم تنظیم هیجان در افراد می‌باشند (کرمی، مؤمنی، علیمردی، ۱۳۹۷)؛ بنابراین با توجه به مرور پیشینه پژوهشی، محقق به‌منظور آزمون تأثیر آموزش هم‌زمان ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان در زنان باردار مبتلا به پریشانی روانی با نظارت و راهنمایی اساتید خود اقدام به طراحی محتوا و نحوه اجرای مداخله آموزشی موردنظر نمود تا کارآمدی آن را موردبررسی قرار دهد که طبق دانش ما تاکنون در زنان مذکور موردپژوهش قرار نگرفته است. از طرفی به‌منظور کسب دستاوردهای بیش‌تر در این پژوهش، اثربخشی مداخله‌ی تدوین‌شده که مبتنی بر کاربرد توأم سازه‌های شناختی و هیجانی بود با یکی از درمان‌های هیجان‌محور نوین و کارآمد در اختلالات هیجانی یعنی درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP)^۵ مقایسه شد. این درمان، یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است (طالبی، نایینی داورانی، نوروزی کوهدشت، یعقوبی، ۱۳۹۶)، ساختارمند و کوتاه‌مدت است که به‌منظور رفع مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری

1. Hulsbosch LP, Nyklíček I, Potharst ES, Meems M, Boekhorst M, M Pop VJ.
2. Bellido-González M, Robles-Ortega MH, Castelar-Ríos MJ, Díaz-López MA, Gallo-Vallejo JL, Moreno-Galdó MF, et al.
3. Chen FM, Lin HSh, Li Ch H.
4. Oddo L, Miller NV, Felton JW, Cassidy J, Lejuez CW, Chronis-Tuscano A.
5. Unified Transdiagnostic Treatment

طراحی شده است (فدائی، قنبری هاشم آبادی، کیمیایی، ۱۳۹۸). این مدل درمانی که مبتنی بر مهارت‌های تنظیم هیجان برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی می‌باشد؛ می‌تواند در درمان همبودی مؤثر باشد (بارلو، الارد، فایر هولمه، فارکیونه، بویسه و آلن^۱، ۲۰۱۱)؛ بنابراین احتمالاً در کاهش پریشانی روانی دوران بارداری نیز کارآمد می‌باشد.

در راستای استفاده از روش‌های نوین ارائه‌ی درمان‌های روان‌شناختی در پژوهش حاضر، با توجه به همه‌گیری بیماری کرونا و آسیب‌پذیری بالای زنان باردار، اجرای مداخلات به شیوه آنلاین طراحی و اجرا گردید. ارائه‌ی مداخلات روان‌شناختی از راه دور^۲ به‌عنوان مثال از طریق ایمیل، پیام متنی، گفتگوی آنلاین و توسط تلفن همراه در دهه‌ی گذشته رایج شده است. این شیوه‌ی نوین به‌ویژه در مواقعی مانند همه‌گیری بیماری کرونا که امکان برگزاری جلسات روان‌درمانی حضوری محدود است، می‌تواند کارآمد باشد (گروه روان‌شناسی بالینی موسسه ملی بهداشت روان و علوم اعصاب هند، ۲۰۲۰؛ هالزباش و همکاران، ۲۰۲۰؛ بابلتیز و همکاران، ۲۰۱۹). طبق گزارش محققان، این گروه از مداخلات فاقد خطر شناخته‌شده بر روی زنان باردار می‌باشد (هالزباش و همکاران، ۲۰۲۰). در مجموع با توجه به اهمیت مطالعه در مورد پریشانی روان‌شناختی دوران بارداری و ضرورت طراحی و انجام مداخلات نوین و مناسب در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه آنلاین با مداخله تدوینی آنلاین بر مؤلفه‌های فراهیجان در زنان باردار مبتلا به پریشانی روان‌شناختی انجام شد.

پیشینه پژوهش

امروزه این نگرانی وجود دارد که پریشانی روان‌شناختی مادران باردار ممکن است بر سلامت آن‌ها، کودکان و خانواده‌هایشان آثار مخرب داشته باشد (تائبی، سیمبر و عبداللهیان، ۲۰۱۸) و نتایج مطالعات مختلف بر اهمیت بررسی و تلاش برای کاهش

1. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione TJ, Boisseau CL, Allen LB, & et al.

2. Tele- psychotherapy

هیجان‌های منفی تأکید دارند (چین چیلا- اوچوا، باریکوت چاوز، گارزا- مورالس، لِف- گلگمن و فلورس- راموس^۱، ۲۰۱۹). در همین راستا نتایج تحقیق ایلسکا، برانت-سالمری و کولدزیج- سالسکا^۲ (۲۰۲۰) نشان داد که پریشانی روانی و نگرش‌های اضطرابی قبل از تولد، پیش‌بین‌های منفی شادی ذهنی زنان باردار هستند درحالی‌که تاب‌آوری، یک پیش‌بین مثبت نشاط ذهنی بود (ص ۵-۱). در مقابل نتایج تعدادی از تحقیقات نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دوران بارداری می‌تواند به بهبود خلق و خوی زنان باردار، افزایش هیجان مثبت و خوش‌بینی آنان و کاهش مشکلات خلقی در کودکانشان کمک کند (بابلیتز و همکاران، ۲۰۲۰؛ کراش، کران و دایموند^۳، ۲۰۱۹)؛ به‌عنوان مثال، یافته‌های مطالعه‌ی رفسنجانی اکبرآبادی، حسین زاده تقوایی و پاشنگ (۱۳۹۶) حاکی از تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و استرس ادراک‌شده در زنان باردار بود (ص ۲). از دیگر یافته‌ها در این زمینه، می‌توان به نتایج تحقیق لانبرگ، جانس، آنترناهریر، بران استران، نیسن و نی‌امی^۴، (۲۰۲۰) اشاره نمود که نشان داد برنامه‌ی فرزندآوری و فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌طور معنی‌داری باعث کاهش استرس ادراک‌شده و خطر افسردگی دوران بارداری و نقاهت پس از زایمان و افزایش ذهنیت مثبت شود (ص ۱۳۳). همچنین نتایج تعدادی از تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان باردار نیز مؤثر باشد. یکی از این مطالعات توسط جعفری شالکوهی، اسدی مجره و اکبری (۱۳۹۸) انجام گرفت و یافته‌ها نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی به‌شيوه گروهی بر تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم هیجان زنان باردار مؤثر است.

از سوی دیگر نتایج تعدادی از مطالعات بر اهمیت ارتقای تاب‌آوری زنان باردار در کاهش پریشانی روانی تأکید دارند (زوامی و همکاران، ۲۰۱۹). از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به

1. Chinchilla-Ochoa D, Barriguete-Chávez Peón Blanca Eugenia Farfán- Labonne P, Garza-Morales S, Leff-Gelman P, Flores-Ramos M.
2. Iiska, M. Brandt-Salmeri, A. Kołodziej-Zaleska, A.
3. Krusch A, Crane C, Dymond M.
4. Lönnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Bränström R, Nissen E, Niemi E.

نتایج تحقیق گارسیا - لئون، کاپاروس-گونزالس، رامرو-گونزالس، گونزالس-پرز و پرتالامیراز و همکاران^۱ (۲۰۱۹) اشاره نمود که یافته‌ها حاکی از آن بود که میزان تاب‌آوری زنان با استرس ادراک‌شده؛ اضطراب خاص بارداری؛ علائم روانی بیمارگونه و مقدار کورتیزول مو رابطه‌ی عکس دارد و در طی دوره‌ی نفاس، زنان دارای تاب‌آوری بالاتر از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردار بودند (ص ۲۹-۱). همچنین یافته‌های تحقیق زوامی و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که تاب‌آوری رابطه‌ی منفی با استرس، اضطراب و افسردگی بارداری دارد (ص ۶۴-۵۷).

در رابطه با ارتباط میان فراهیجان با پریشانی روانی، یک بررسی اجمالی توسط فراتحلیل ۷۰ مطالعه نشان داد که فراهیجان منفی با علائم افسردگی متوسط تا شدید همراه است (منسل، بارنس، گرانت و دسوزا^۲، ۲۰۲۰)؛ درحالی‌که فراهیجان مثبت (شفقت و علاقه) همراه با توانایی افراد در پذیرش و ابراز مناسب هیجان‌ها است (غضبانزاده؛ اسماعیلی‌شاد؛ معصومی فر و حاتمی‌پور، ۲۰۲۰). البته اگرچه تحقیقات مربوط به اختلال تنظیم هیجان در بارداری بسیار محدود است (لین، کالیوش، کانرات، ترل، نف، آلن و همکاران^۳، ۲۰۱۹)، اما مطالعات موجود مطرح‌کننده‌ی بهبود روند فرزندپروری به دنبال برخورداری مادران از فراهیجان مثبت می‌باشد که به‌عنوان مثال می‌توان به افزایش رشد هیجانی و ایجاد دل‌بستگی ایمن در فرزندان‌شان اشاره نمود (اودو و همکاران، ۲۰۲۰؛ چن؛ لین و لی، ۲۰۱۲).

در راستای کاربرد درمان‌های نوین در اختلالات هیجانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه، رویکرد درمانی مناسبی می‌باشد. تأکید عمده‌ی این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها می‌باشد (بخشی پور و همکاران، ۱۳۹۶). در این شیوه‌ی درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که چگونه با تجربه‌های هیجانی نامناسب خود روبرو شوند و به

1. Garcia-Leon MA, Caparros- Gonzales R, Romero- Gonzalez B, Gonzalez- Perez R, & Peralta- Ramiraz I.

2. Mansell W, Barnes A, Grant L, De Sousa LM.

3. Lin B, R Kaliush P, Conradt E, Terrell S, Neff DK, Allen A, C. Smid M, Monk C, & E. Crowell SH.

شیوه‌ی سازگارانه‌تری به آن‌ها پاسخ دهند (نصری و همکاران، ۱۳۹۶) بدین ترتیب بیماران قادر به شناسایی هیجانات ناسازگار و نحوه‌ی مقابله با آن‌ها و پاسخ‌دهی هیجانی مناسب می‌باشند (نصیری، مشهدی، بیگدلی، قانایی چمن‌آباد و الارذ، ۲۰۱۹). در همین ارتباط، نتایج پژوهش هومن و همکاران (۱۳۹۴) بیانگر کاهش اضطراب، افسردگی و راهبردهای منفی و افزایش راهبردهای مثبت به دنبال کاربرد این رویکرد درمانی بود (ص ۵۵۱-۵۶۳). با توجه به همه‌گیری کوید - ۱۹ و اهمیت حفظ سلامت زنان باردار، ارائه‌ی مداخلات روان‌شناختی از راه دور، روشی ایمن می‌باشد. بسیاری از فراتحلیل‌ها، اثربخشی مداخلات آنلاین را بر روی تعدادی از اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب تأیید می‌کنند (باکتین، ویلیامز، کارسوی، کیش، ۲۰۱۶). اخیراً هالزباش و همکارانش (۲۰۲۰) یک مطالعه‌ی طولی به منظور تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی به صورت آنلاین طراحی کرده‌اند. این مطالعه بخشی از یک مطالعه‌ی بزرگ طولی در ۴۰۰۰ زن باردار طی ۲ سال می‌باشد که اولین نتایج مطالعه در سال ۲۰۲۲ منتشر خواهد شد (ص ۱۰-۱). با توجه به پیشینه پژوهشی و طبق جستجوی ما آزمون هر دو مداخله درمانی مذکور در زنان باردار برای اولین بار در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و ارائه‌ی آنلاین این درمان‌ها از دیگر نوآوری‌های مطالعه حاضر می‌باشد.

روش^۳

پژوهش حاضر با توجه به هدف از نوع کاربردی و بر اساس شیوه‌ی گردآوری داده‌ها، نوعی پژوهش شبه آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل استفاده شده است. در راستای گردآوری اطلاعات ابتدا مجوزهای قانونی از مدیران مربوطه در دانشگاه علوم پزشکی لرستان و شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجرد اخذ شد. جامعه‌ی آماری مورد بررسی در پژوهش حاضر را زنان باردار

1. Nasiri F, Mashhadi A, Bigdeli I, Ghanaei Chamanabad A, Ellard K.

2. Bockting CL, William AD, Carswell K, and Grech AE,

3. Method

مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بروجرد تشکیل دادند. نمونه گیری در دو مرحله ابتدا به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای و سپس به شیوه هدفمند انجام شد؛ در مرحله اول از میان ۲۴ مرکز بهداشتی درمانی واقع در مناطق مختلف شهرستان بروجرد، ۱۲ مرکز به طور تصادفی (از طریق قرعه کشی) انتخاب شدند؛ در جریان غربالگری اولیه، ۳۹۲ نفر برای شرکت در تحقیق اعلام آمادگی نمودند و فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. در نهایت پس از حذف افرادی که به طور ناقص پرسشنامه‌های پژوهش را پاسخ داده بودند، اطلاعات ۳۳۴ نفر توسط نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، سپس از میان ۱۰۹ زن باردار واجد شرایط، ۴۵ نفر به روش هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه بر پایه جدول کوهن، با توان آزمون ۰/۵۰، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸۰ در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد که به صورت گمارش تصادفی در سه گروه آزمایش اول (مداخله آموزشی تدوین شده)، آزمایش دوم (درمان فراتشخیصی یکپارچه) و کنترل (دریافت کننده مراقبت‌های معمول) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بارداری کم‌تر از ۲۴ هفته، سن تقویمی ۱۵ تا ۴۹ سال، سلامت شنیداری و گفتاری، تلفن همراه هوشمند و دسترسی به اینترنت برای مشارکت در مداخلات، فقدان سابقه‌ی ابتلا به بیماری روانی و بستری در بخش‌های روان و معلولیت ذهنی (طبق تأیید پزشکان و روان‌شناسان مراکز بهداشتی درمانی و مندرجات پرونده بهداشتی آزمودنی‌ها)، عدم مصرف دخانیات، عدم وابستگی به مواد صنعتی یا سنتی و الکل، تک قلو و کم‌خطر بودن بارداری فعلی مادر، سکونت در شهرستان بروجرد در طی درمان، عدم استفاده‌ی اخیر یا هم‌زمان داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی و / یا عدم دریافت سایر درمان‌های روان‌شناختی در طول شرکت در دوره آموزشی، اخذ نمرات بالاتر در مقیاس‌های بررسی‌کننده‌ی استرس؛ اضطراب؛ افسردگی مرتبط با بارداری و فراهیجان منفی و همچنین نمرات پایین‌تر فراهیجان مثبت در مرحله پیش‌آزمون.

ملاک‌های خروج عبارت بودند از: تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها یا عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری در طول طرح پژوهشی، وقوع سقط یا زایمان زودرس، بروز مشکلات جسمی یا روانی منتج به عدم توانایی یا تمایل مددجو برای ادامه‌ی مشارکت در تحقیق، وجود غیبت بیش‌تر از ۲ جلسه در جلسات درمان، نقض هر یک از معیارهای ورود، وقوع مرگ یکی از عزیزان یا بحران‌های موقعیتی در طول همکاری در پژوهش.

با توجه به شرایط حاکم بر جامعه به دلیل وجود بیماری کرونا و آسیب‌پذیری زنان باردار، همچنین به‌منظور حفظ سلامت و رعایت ملاحظات اخلاقی و انسانی آزمودنی‌ها، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پرسش‌نامه‌های پژوهش (که فاقد نام و نام خانوادگی و دارای یک کد عددی اختصاصی برای هر آزمودنی بودند) به‌صورت آنلاین طراحی گردیدند. برای جمع‌آوری داده‌های موردنیاز پژوهش، آدرس اینترنتی پرسش‌نامه‌ها از طریق صفحات شخصی افراد در شبکه اجتماعی واتساپ در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و برگزاری جلسات درمانی نیز از طریق تشکیل گروه‌های مداخله در شبکه اجتماعی واتساپ به‌صورت آنلاین و توسط تلفن همراه صورت گرفت. همچنین به‌منظور ارائه‌ی راهنمایی‌ها و پاسخ‌گویی به سؤالات زنان باردار در رابطه با تکالیف خانگی با استفاده از گوشی همراه، تماس‌های صوتی و تصویری در طول هفته برقرار می‌شد.

ساختار جلسات مداخله در گروه آزمایش اول با استفاده از پروتکل‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ کابات-زین^۲ (۲۰۰۹)؛ برنامه آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری هندرسون و مرملستاین^۳ (۱۹۹۶)؛ تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس و تامپسون (۲۰۰۷) و پروتکل درمان مبتنی بر شفقت نف و گرمر^۴ (۲۰۱۳) تدوین شد. در گروه آزمایش دوم، محتوای جلسات درمانی بر اساس مبانی و روش درمان فراتشخیصی یکپارچه، برگرفته از پروتکل درمانی بارلو و همکاران (۲۰۱۱) مندرج در کتاب "پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی (راهنمای درمانگر)"، ترجمه‌ی محمدی، محسنی‌اژیه و

1. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

2. Kabat-Zinn J, and Hanh TN.

3. Henderson N, & Milstein, M M.

4. Neff KD, & Germer CK.

محرابی تدوین گردید. جلسات مداخله برای هر گروه آزمایشی در قالب ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌طور هفتگی طی بهار و تابستان ۱۳۹۹ برگزار شد (طبق جداول ۱ و ۲) و سپس پیگیری یک‌ماهه انجام شد. پس از پایان جلسات درمانی و انجام پیگیری یک‌ماهه به‌منظور رعایت موازین اخلاقی، فایل‌های صوتی آموزشی مربوط به گروه آزمایش دوم در اختیار اعضای گروه کنترل قرار گرفت و کتاب ترجمه‌شده‌ی بارلو و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی (کتاب تمرین مراجع) به آنان معرفی شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS انجام شد. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از روش‌های آماری چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا از آمار توصیفی برای توصیف کمی داده‌ها استفاده شد. سپس، آزمون تی مستقل؛ آزمون دقیق فیشر و آزمون کای اسکوئر برای بررسی همگنی گروه‌های آزمایش و کنترل به کار رفت. تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها از طریق تحلیل واریانس دوطرفه مورد بررسی قرار گرفت. برای ارزیابی توزیع طبیعی در متغیرهای وابسته از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف؛ برای اندازه‌گیری همگنی ماتریس‌های کوواریانس در گروه‌ها از آزمون ام باکس و جهت ارزیابی برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. پس از تأیید مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، از این آزمون برای ارزیابی اثربخشی درمان بر روی متغیرهای وابسته استفاده شد.

جدول ۱. ساختار جلسات مداخله آموزشی تدوینی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف خانگی
اول	بیان کلیات در مورد اهداف و جلسات آموزشی	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری ارتباط درمانی، توضیح مختصر در حد درک آزمودنی‌ها در مورد پریشانی روانی و تأثیرات آن در مادر؛ کودک و خانواده، ارائه منطبق درمانی و تعیین اهداف درمانی با اشاره به آنها.	نوشتن اهداف خود از شرکت در دوره، تفکر در مورد نحوه‌ی رویارویی خود با استرس‌ها و حالت‌های هیجانی ناشی از آنها.

1. The analysis of variance with repeated measures

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف خانگی
		تأثیرات آن بر نتایج بارداری، ارائه تکلیف خانگی.	
دوم	آموزش ذهن آگاهی، خودآگاهی و ارزیابی مهارت‌های هیجانی و آسیب‌پذیری هیجانی	اهمیت و اثرات زندگی در حال و ذهن-آگاهی؛ تأکید بر مؤلفه‌های اصلی خودآگاهی؛ شناسایی نقاط قوت و ضعف خود؛ ارزیابی با هدف شناسایی تجربه‌های هیجانی خود با تأکید بر مؤلفه‌های فراهیجان؛ ارزیابی باهدف شناسایی راهبردهای خودتنظیمی؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.	تمرین مهارت ذهن آگاهی (خوردن کشمش)، تکمیل کاربرگ خودآگاهی و ثبت گزارش‌های روزانه هیجان‌های خود با تمرکز بر مهارت‌های فردی خود در تغییر و تنظیم هیجان‌ها.
سوم	آموزش مراقبه‌ی نشسته، ارتباط مؤثر و حمایت اجتماعی، اصلاح موقعیت هیجانی	مرور تکلیف خانگی؛ انجام مراقبه‌ی نشسته؛ شرح ساده و روشن مفاهیم ارتباط و حمایت اجتماعی؛ اهمیت وجود ارتباط مؤثر و حمایت خانوادگی و اجتماعی در زندگی به‌ویژه در بارداری؛ نحوه برقراری ارتباط صحیح و مؤثر با اطرافیان؛ ایجاد تغییر در موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی هیجان؛ شفقت به خود و دیگران؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.	تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی، ارائه تکالیف مربوط به ارتباط مؤثر و فعالیت مثبت در راستای بهبود روابط و تعدیل هیجان‌های منفی.
چهارم	آموزش شیوه‌های تقویت عزت‌نفس، گسترش توجه و مقابله با استرس و اضطراب	مرور تکالیف خانگی؛ مفهوم عزت‌نفس و شناسایی علل و عوامل مؤثر در تقویت آن؛ اهمیت و تأثیر عزت‌نفس در زندگی به‌ویژه در دوران بارداری؛ مهارت‌های تغییر توجه؛ انجام مراقبه اسکن بدن؛ روش‌های مؤثر و غیرمؤثر مقابله با استرس؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.	ذکر یک مثال عینی از تأثیر عزت‌نفس در زندگی خود، تمرین مهارت‌های کنترل فکر، تغییر توجه و ذهن آگاهی، تمرین افزایش آگاهی از نوع واکنش به استرس.
پنجم	آموزش روش‌های پاسخ به استرس، آینده‌نگری، ارزیابی شناختی، راهبردهای مقابله و مراقبه‌ی پیاوردی همراه	مرور تکالیف خانگی؛ مروری بر مفهوم هدف و انواع اهداف کوتاه مدت، میان‌مدت و بلندمدت؛ طراحی برنامه‌ی مناسبی برای رسیدن به اهداف خود در پایان بارداری؛ ایجاد تغییر در ارزیابی‌های شناختی خود؛ بحث در	تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی و تقویت آگاهی در لحظه‌های واکنش به استرس، بیان چند مورد از تجربیات خود در زمینه خوش‌بینی، تکمیل کاربرگ

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف خانگی
	با ذهن آگاهی	مورد خوشبینی، بدبینی و درماندگی آموخته شده؛ سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار و نقش ذهن آگاهی در هر دو راهبرد؛ انجام مراقبه پیاپی همراه با ذهن آگاهی؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.	اهداف، ارائه تکلیف مربوط به راهبرد باز ارزیابی و سبک مقابله‌ای خود.
ششم	آموزش روش‌های ارتقای خودکارآمدی، جرات‌ورزی و تعدیل پاسخ عاطفی	مرور تکالیف خانگی؛ معیارهای صحیح تصمیم‌گیری مناسب و اهمیت آن در زندگی با تأکید بر نتایج آن در ایفای نقش مادری؛ مراحل حل مسئله؛ مفهوم مسئولیت‌پذیری و خصوصیات فرد مسئولیت‌پذیر؛ ایجاد تغییر در پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان؛ روش‌های جایگزین برای پاسخ‌دهی در مواقع ناراحتی؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.	تمرین مهارت‌های مختلف ذهن آگاهی، نوشتن تصمیمات اخذ شده در خانواده در طی هفته آتی همراه با ثبت نتایج آن‌ها، خودارزیابی در رابطه با میزان مسئولیت‌پذیری، مهارت‌های ابراز هیجان و تعدیل پاسخ هیجانی.
هفتم	آموزش اهمیت ذهن-آگاهی در انتخاب‌های افراد، پرورش حس معنویت و ایمان، ارزیابی آگاهی مرتبط با سلامت دوران بارداری در آزمودنی‌ها	مرور تکالیف خانگی؛ بحث در مورد ذهن-آگاهی از تکانه‌ها و اثرات مستقیم آن روی انتخاب‌های فرد از جمله در رژیم غذایی و پاسخ‌های هیجانی با تأکید بر نتایج آن بر بارداری؛ تمایز بین معنویت از مذهب؛ اثر معنویت بر انگیزش، خوشبینی و امیدواری به آینده و شفقت به خود و دیگران؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.	تمرین مهارت‌های مختلف ذهن-آگاهی و تعمیم آن در عرصه زندگی روزمره (مثلاً در تغذیه)، نوشتن حداقل دو مورد از تجربیات خود در زمینه تأثیر معنویت/ باورهای دینی و خوشبینی در کسب موفقیت، تفکر در مورد برنامه‌ریزی برای آینده با توجه به آموخته‌های دوره.
هشتم	مرور و جمع‌بندی جلسات، بیان راهبردهای پیشگیری از عود	مرور کلی مفاهیم کلیدی مداخله و ارزیابی نتایج حاصل از شرکت در دوره و دریافت بازخورد از مادران در مورد چگونگی تغییر در مؤلفه‌های ذهن آگاهی، تاب‌آوری و مدیریت هیجانات خود و تأثیر تغییرات احساس شده بر سلامت آن‌ها و جنین‌هایشان؛ برنامه‌ریزی برای	تداوم تمرین مهارت‌های آموخته شده.

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف خانگی
		کاربرد آموزش‌ها و پیشگیری از عود با تأکید بر اهمیت تداوم انجام و فواید تمرین‌های ذهن‌آگاهی پس از اتمام دوره، اجرای پس‌آزمون	

جدول ۲. ساختار جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	بیان کلیات، ایجاد انگیزه، بیان منطق و اهداف درمان و آموزش روانی	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری ارتباط درمانی، شرح اجمالی موضوع پژوهش، اشاره‌ای به پیامدهای پریشانی روانی در مادر؛ کودک و خانواده و درمان‌های دارویی و غیر دارویی، مصاحبه انگیزشی برای افزایش انگیزه مشارکت زنان باردار در روند درمان؛ ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی با اشاره به تأثیرات این درمان بر نتایج بارداری.	تکمیل کاربرگ مقایسه‌ی تصمیم‌گیری (مقایسه معایب و منافع تغییر یا حفظ وضعیت فعلی، تعیین اهداف خود از شرکت در درمان.
دوم	ایجاد آگاهی هیجانی	ارائه آموزش روانی، بازشناسی و ردیابی هیجان‌ها و آموزش مدل ARC؛ آموزش افزایش آگاهی غیرقضاوتی و مبتنی بر زمان حال از تجربیات؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی با تأکید بر استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.	تفکیک یک تجربه هیجانی به سه مؤلفه آن، مشخص کردن پیامدها؛ پاسخ و پیامد یک تجربه هیجانی، تمرین تمرکز بر زمان حال.
سوم و چهارم	آموزش در مورد ارزیابی‌های شناختی	مرور تکلیف خانگی؛ ایجاد آگاهی برای شناسایی الگوهای تفکر با تأکید بر دو شیوه ارزیابی غلط در تفکر اضطرابی و افسردگی یعنی بیش برآورد احتمال و فاجعه‌انگاری و تأثیرات آن بر روند بارداری؛ توضیح نقش ارزیابی شناختی در ایجاد و حفظ پاسخ‌های هیجانی؛ بیان ارتباط متقابل میان افکار و هیجان‌ها؛ باز ارزیابی شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر و تأثیر آن بر تجارب هیجانی؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.	شناسایی ارزیابی‌های خودآیند، ارائه حداقل یک ارزیابی جایگزین برای هر ارزیابی خودآیند.
پنجم	تشریح رفتارهای ناشی از هیجان و	مرور تکالیف خانگی؛ شناسایی رفتارهای متأثر از هیجان و الگوهای اجتناب هیجانی؛ آگاهی از تأثیر اجتناب	نوشتن چند نمونه از رفتارهای هیجان‌خاست

اجتناب هیجانی	هیجانی (رفتاری، شناختی، نشانه‌های امنیت) در تداوم پاسخ‌های هیجانی، شناسایی رفتارهای برخاسته از هیجان ناسازگارانه و جایگزینی عملی از طریق مواجهه با رفتارها؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.	ناسازگارانه‌ی خود و راهبردهای جایگزین.
ششم	احساس‌های جسمانی و مواجهه درون‌زا	مرور تکالیف خانگی؛ آگاهی از ماشه‌چکان‌های درونی و بیرونی هیجان مانند احساس‌های احشایی و نقش آن‌ها در تجارب هیجانی؛ ارائه منطق مواجهه‌های هیجانی؛ انجام تمرین‌های رویارویی احشایی مناسب برای زنان باردار؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	مواجهه موقعیتی و درون‌زا با هیجان‌ها	مرور تکالیف خانگی؛ مواجهه احشایی و رویارویی با هیجان موقعیتی؛ آموزش نحوه‌ی تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب؛ طراحی تمرین‌های مواجهه‌ی هیجانی به صورت تصویری و واقعی و خودداری از اجتناب؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	جمع‌بندی مطالب و بیان راهکارهای پیشگیری از عود	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی و تجارب آزمودنی‌ها؛ پیشگیری از عود با تمرکز بر پیشگیری از اجتناب هیجانی و تحمل هیجانی.

ابزار پژوهش عبارت بودند از: پرسش‌نامه‌ی اول یک پرسش‌نامه محقق ساخته بر مبنای خودگزارشی بود که ویژگی‌های جمعیت شناختی و بارداری آزمودنی‌ها شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، سن بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سابقه سقط و مرده‌زایی، عوارض بارداری و تعداد بارداری آن‌ها را بررسی نمود.

پرسش‌نامه‌ی دوم، پرسش‌نامه‌ی استرس ادراک‌شده کوهن^۱ بود که در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کمارک و مرم‌لستین^۲ ساخته شده است و برای ارزیابی میزان استرس عمومی ادراک شده در طی ماه گذشته به کاررفته می‌رود (ص ۳۹۶-۳۸۵) که در این مطالعه از نسخه‌ی ۱۴ آیتمی آن استفاده شد. در پژوهش مهرابی زاده هنرمند، احمدیان، زرگر، شهبازیان و خدیوی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمرات پرسش‌نامه

1. Cohen Perceived Stress Scale (CPSS-14)
2. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R.

۰/۸۴ مشخص گردید (ص ۲۴۴). در پژوهش حاضر پایایی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۹۱ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی سوم، پرسش‌نامه‌ی اضطراب خاص بارداری^۱ بود. این پرسش‌نامه توسط وندنبرگ^۲ (۱۹۸۹) ساخته شده است (ص ۱۲۵-۱۱۹) که در این تحقیق از فرم کوتاه آن (۱۷ سؤالی) استفاده شد. شیوه‌ی امتیازدهی بر اساس مقیاس لیکرت می‌باشد، هر عبارت بین یک تا هفت، درجه‌بندی شده است. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۷۶ گزارش شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه فرم کوتاه اضطراب بارداری در ایران توسط کارآموزیان، عسگری زاده و بهروزی (۱۳۹۳) در شهر کرمان انجام گرفته است و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌ها ۰/۷۰ گزارش گردید (ص ۲۸). در پژوهش حاضر پایایی به‌روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی چهارم، پرسش‌نامه‌ی افسردگی ادینبورگ^۳ بود که مشتمل بر ده پرسش است و به‌طور مطمئنی قادر است افسردگی دوران بارداری و پس از زایمان را تشخیص دهد و توسط کاکس و همکاران (۱۹۸۷) طراحی گردیده است (ص ۱-۸). پاسخ‌دهی به سؤالات به‌صورت لیکرت می‌باشد. هر سؤال ۴ گزینه دارد و هر گزینه امتیاز ۳-۰ را به خود اختصاص می‌دهد. در ایران بهرامی و بهرامی (۱۳۹۲) پایایی پرسش‌نامه مذکور را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۴ به‌دست آوردند (ص ۲۷۹). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی پنجم، مقیاس فراهیجان میتمنسگرابر و همکاران^۴ بود که در سال ۲۰۰۹ طراحی گردیده است؛ دارای ۲۸ گویه و شش خرده‌مقیاس می‌باشد که در کل دو بعد فراهیجان مثبت (شفقت و علاقه) و منفی (خشم، شرم/تحقیر، کنترل فکر و سرکوب) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حداقل و حداکثر نمره حاصل در پرسش‌نامه بر اساس لیکرت پنج درجه‌ای برابر ۲۸ و ۱۶۸ می‌باشد. ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان این

1. Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ)
2. Van den Bergh B.
3. Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)
4. Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schüßler G.

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه آنلاین با...؛ گودرزی و همکاران | ۱۲۱

پرسش‌نامه با استفاده ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است (رضایی؛ ایمانی؛ نجاتی؛ نیک آمل؛ هاشمی رزینی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۷ به دست آمد.

یافته‌ها

از میان ۴۵ نفر شرکت‌کننده در پژوهش، ۱ نفر در گروه آزمایش اول به علت بیماری فرزند، ۳ نفر در گروه آزمایش دوم به دلیل ابتلا به جفت سرراهی، فوت برادر و مشغله زیاد کاری و ۲ نفر در گروه کنترل به علت مشکلات خانوادگی و زایمان زودرس از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۳۹ نفر در پژوهش باقی ماندند. اطلاعات جمعیت‌شناختی و سوابق بارداری آزمودنی‌ها در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. توزیع نمونه آماری پژوهش بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی و سوابق بارداری در سه

گروه مورد آزمون

P value	گروه کنترل (۱۳ نفر)	درمان فراتشخیصی (۱۲ نفر)	درمان مبتنی بر مدل (۱۴ نفر)	کل (۳۹ نفر)	نام متغیر
۰/۱۸۸*	(۷/۵۴) ۲۶/۸۸	(۷/۰۷) ۲۴/۳۳	۲۹/۵۷ (۶/۷۷)	۲۷/۰۵ (۷/۲۷)	سن (سال) میانگین (انحراف معیار)
۰/۴۳۷*	(۳/۲۷) ۱۴/۶۱	(۲/۳۱) ۱۴/۴۱	۱۵/۷۸ (۳/۰۶)	۱۴/۹۷ (۲/۹۲)	سن بارداری (هفته) میانگین (انحراف معیار)
۰/۰۹۲**	(۰)، ۰ (۳)، ۲۳/۱ (۱)، ۷/۷ (۸)، ۶۱/۵ (۱)، ۷/۷	(۰)، ۰ (۵)، ۴۱/۵ (۱)، ۸/۳ (۴)، ۳۳/۳ (۲)، ۱۶/۷	(۰)، ۰ (۱)، ۷/۱ (۴)، ۲۸/۶ (۴)، ۲۸/۶ (۵)، ۳۵/۷	(۰)، ۰ (۹)، ۲۳ (۶)، ۱۵/۴ (۱۶)، ۴۱ (۸)، ۲۰/۵	ابتدایی راهنمایی دبیرستان دیپلم و فوق‌دیپلم کارشناسی
۰/۵۶۱**	(۳)، ۲۳/۱ (۱۰)، ۷۶/۹	(۲)، ۱۶/۷ (۱۰)، ۸۳/۳	(۱)، ۷/۱ (۱۳)، ۹۲/۹	(۶)، ۱۵/۴ (۳۳)، ۸۴/۶	شاغل خانه‌دار
					سطح تحصیلات فراوانی، % (تعداد)
					وضعیت اشتغال فراوانی، % (تعداد)

P value	گروه کنترل (۱۳ نفر)	درمان فرا تشخیصی (۱۲ نفر)	درمان مبتنی بر مدل (۱۴ نفر)	کل (۳۹ نفر)	نام متغیر	
					کم	متوسط
۰/۷۰۳**	(۱)، ۷/۷	(۳)، ۲۵	(۱)، ۷/۱	(۵)، ۱۲/۸	سطح استرس محیط کاری	در زنان شاغل فراوانی /، (تعداد)
	(۱)، ۷/۷	(۱)، ۸/۳	۰	(۲)، ۵/۱	متوسط	
	(۱)، ۷/۷	۰	(۱)، ۷/۱	(۲)، ۵/۱	زیاد	
	(۱۰)، ۷۶/۹	(۸)، ۶۶/۷	(۱۲)، ۸۵/۷	(۳۰)، ۷۶/۹	عدم اشتغال	
۰/۲۲۸***	(۵)، ۳۸/۵	(۸)، ۶۶/۷	(۵)، ۳۵/۷	(۱۸)، ۴۶/۲	بلی	بالا بودن سطح استرس
	(۸)، ۶۱/۵	(۴)، ۳۳/۳	(۹)، ۶۴/۳	(۲۱)، ۵۳/۸	خیر	محیط زندگی فراوانی /، (تعداد)
۰/۰۵۵***	(۷)، ۱۸	(۸)، ۲۰/۵	(۳)، ۷/۷	(۱۸)، ۴۶/۲	ضعیف	وضعیت اقتصادی فراوانی /، (تعداد)
	(۶)، ۱۵/۴	(۴)، ۱۰/۲	(۱۱)، ۲۸/۱	(۲۱)، ۵۳/۸	متوسط	
۰/۳۹۸**	(۱۰)، ۷۶/۹	(۶)، ۵۰	(۱۰)، ۷۱/۴	(۲۶)، ۶۶/۷	خواسته	وضعیت بارداری فعلی از نظر تمایل به باردار شدن فراوانی /، (تعداد)
	(۳)، ۲۳/۱	(۶)، ۵۰	(۴)، ۲۸/۶	(۱۳)، ۳۳/۳	ناخواسته	
۰/۳۵۱**	(۷)، ۵۳/۸	(۷)، ۵۸/۳	(۵)، ۳۵/۷	(۱۹)، ۴۸/۷	بارداری اول	وضعیت بارداری حاضر از نظر کمی فراوانی /، (تعداد)
	(۱)، ۷/۷	(۳)، ۲۵	(۵)، ۳۵/۷	(۹)، ۲۳/۱	بارداری دوم	
	(۴)، ۳۰/۸	(۱)، ۸/۳	(۱)، ۷/۱	(۶)، ۱۵/۴	بارداری سوم	
	(۱)، ۷/۷	(۱)، ۸/۳	(۳)، ۲۱/۴	(۵)، ۱۲/۸	بارداری چهارم یا بیشتر	
۱/۰۰۰**	(۳)، ۲۳/۱	(۲)، ۱۶/۷	(۳)، ۲۱/۴	(۸)، ۲۰/۵	بلی	سابقه سقط یا مرده زایی در بارداری های قبلی فراوانی /، (تعداد)
	(۱۰)، ۷۶/۹	(۱۰)، ۸۳/۳	(۱۱)، ۷۸/۶	(۳۱)، ۷۹/۴	خیر	
۰/۷۵۲**	(۱)، ۷/۷	(۲)، ۱۶/۷	(۳)، ۲۱/۴	(۶)، ۱۵/۴	بلی	سابقه ابتلا به بیماری یا عارضه خاص در بارداری ها یا زایمان های قبلی فراوانی /، (تعداد)
	(۱۲)، ۹۲/۳	(۱۰)، ۸۳/۳	(۱۱)، ۷۸/۶	(۳۳)، ۸۴/۶	خیر	
۱/۰۰۰**	(۲)، ۱۵/۴	(۲)، ۱۶/۷	(۲)، ۱۴/۳	(۶)، ۱۵/۴	بلی	ابتلا به بیماری یا عارضه خاص در بارداری فعلی فراوانی /، (تعداد)
	(۱۱)، ۸۴/۶	(۱۰)، ۸۳/۳	(۱۲)، ۸۵/۷	(۳۳)، ۸۴/۶	خیر	

*: آزمون تی مستقل، **: آزمون دقیق فیشر، ***: کای اسکور

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه آنلاین با...؛ گودرزی و همکاران | ۱۲۳

طبق یافته‌های جدول ۳، نتایج آزمون تی مستقل، آزمون دقیق فیشر و کای اسکوئر نشان داد که سه گروه مورد بررسی از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و سوابق بارداری مذکور تقریباً همگن می‌باشند و تفاوت آماری سه گروه معنادار نبود ($p > 0.05$).

میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های متغیر وابسته‌ی پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک در جدول ۴ درج گردیده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های فراهیجان در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری در سه گروه

نام متغیر	نام مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)
فراهیجان مثبت	شفقت	مداخله تدوینی (n=14)	۲۱/۳۵۷ (۵/۶۳۸)	۳۲/۷۸۶ (۵/۶۰۵)	۳۱/۴۲۹ (۵/۰۶۴)
		درمان فراتشخیصی (n=12)	۲۰ (۵/۶۴۱)	۳۰/۳۳۳ (۱/۳۰۳)	۲۸/۷۵ (۱/۴۸۵)
		کنترل (n=13)	۲۱/۵۳۸ (۶/۶۹۱)	۲۲/۲۳۱ (۴/۹۵۲)	۲۲/۳۰۸ (۴/۸۰۳)
	علاقه	مداخله تدوینی	۱۸/۱۴۳ (۲/۶۵۶)	۲۵/۴۲۹ (۲/۶۵۲)	۲۳/۷۸۶ (۲/۰۴۵)
		درمان فراتشخیصی	۱۷/۰۸۳ (۳/۳۴۳)	۲۱/۹۱۷ (۱/۷۳)	۲۱/۱۶۷ (۱/۹۹۲)
		کنترل	۱۸/۵۳۸ (۳/۷۱۱)	۱۶/۵۳۸ (۲/۸۷۶)	۱۶/۳۰۸ (۳/۱۱۹)
فراهیجان منفی	خشمت	مداخله تدوینی	۱۳/۴۲۹ (۳/۹۷۵)	۹/۴۲۹ (۳/۰۸۱)	۹ (۳/۱۱۳)
		درمان فراتشخیصی	۱۵/۶۶۷ (۲/۶۷۴)	۹/۵۸۳ (۱/۶۷۶)	۹/۲۵ (۱/۲۸۸)
		کنترل	۱۵/۱۵۴ (۴/۷۷۶)	۱۴/۱۵۴ (۲/۸۸۲)	۱۴/۳۰۸ (۲/۸۹۸)
	شرم	مداخله تدوینی	۱۹/۷۱۴ (۳/۰۴۹)	۱۲/۸۵۷ (۳/۴۶۱)	۱۲/۱۴۳ (۳/۱۱)
		درمان فراتشخیصی	۲۰/۱۶۷ (۲/۸۸۷)	۱۲/۹۱۷ (۱/۶۷۶)	۱۱/۵۸۳ (۱/۱۶۵)
		کنترل	۲۰/۳۸۵ (۳/۲۸)	۱۹/۲۳۱ (۱/۶۹۱)	۱۹/۰۷۷ (۲/۱)
کنترل فکر	مداخله تدوینی	۱۸/۷۱۴ (۴/۳۹۳)	۱۲/۴۲۹ (۲/۳۱۱)	۱۱/۵۷۱ (۱/۹۸۹)	
	درمان فراتشخیصی	۲۱ (۳/۸۱۴)	۱۳/۲۵ (۲/۷۳۴)	۱۲/۴۱۷ (۲/۳۹۲)	
	کنترل	۱۹/۶۱۵ (۵/۲۶۸)	۱۸/۶۱۵ (۲/۹۵۹)	۱۸/۵۳۸ (۳/۰۴۵)	
سرکوب	مداخله تدوینی	۷/۲۸۶ (۱/۴۹)	۴/۵۷۱ (۱/۳۹۹)	۴/۲۸۶ (۱/۳۸۳)	
	درمان فراتشخیصی	۷/۴۱۷ (۱/۶۷۶)	۵/۵ (۱/۵۰۸)	۴/۸۳۳ (۱/۳۳۷)	
	کنترل	۷/۶۱۵ (۱/۶۶)	۷/۶۱۵ (۱/۷۱)	۷/۶۱۵ (۱/۶۶)	

با توجه به یافته‌های جدول ۴، در گروه‌های مداخله تدوینی و درمان فراتشخیصی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات تغییر یافته است، درحالی‌که در گروه کنترل تغییر چندانی مشاهده نمی‌شود.

برای استفاده از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر ابتدا می‌بایست برقراری پیش‌فرض‌های آن در متغیرهای پژوهش موردبررسی قرار گیرد. به همین دلیل، ابتدا چولگی، کشیدگی و آزمون کولموگراف-اسمیرنوف جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در مؤلفه‌های متغیر فراهیجان زنان باردار در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ($p > 0/05$).

به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در بین نمرات سه گروه آزمودنی‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها در مؤلفه‌های فراهیجان

مقدار معناداری	آماره F	زمان	نام مؤلفه
۰/۶۴۳	۰/۴۴۷	پیش‌آزمون	شفقت
۰/۰۶۸	۳/۹۶۴	پس‌آزمون	
۰/۰۵۲	۳/۷۸۹	پیگیری	
۰/۴۴۶	۰/۸۲۵	پیش‌آزمون	علاقه
۰/۲۷۰	۱/۳۵۸	پس‌آزمون	
۰/۴۵۵	۰/۸۰۴	پیگیری	
۰/۰۵۸	۳/۲۹۷	پیش‌آزمون	خشم
۰/۱۲۲	۲/۲۳۶	پس‌آزمون	
۰/۰۷۲	۲/۸۲۸	پیگیری	
۰/۸۷۲	۰/۱۳۷	پیش‌آزمون	شرم
۰/۰۹۰	۲/۵۸۲	پس‌آزمون	
۰/۰۸۰	۲/۷۱۷	پیگیری	
۰/۳۶۲	۱/۰۵۵	پیش‌آزمون	کنترل فکر
۰/۴۵۷	۰/۸۰۱	پس‌آزمون	

مقدار معناداری	آماره F	زمان	نام مؤلفه
۰/۲۰۴	۱/۶۶۳	پیگیری	سرکوب
۰/۴۷۵	۰/۷۶	پیش‌آزمون	
۰/۷۴۴	۰/۲۹۸	پس‌آزمون	
۰/۴۸۸	۰/۷۳۳	پیگیری	

مطابق با یافته‌های جدول ۵، مقدار معناداری آزمون برای همه مؤلفه‌ها در هر ۳ سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، بنابراین نتایج تحلیل گویای آن بود که تفاوت معناداری در واریانس سه گروه مشاهده نمی‌شود و شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد. همچنین بررسی نتایج آزمون ام‌باکس نیز نشان داد که مقدار معناداری این آزمون برای بعد مثبت فراهیجان ($F=1/621, P=0/007$) و برای بعد منفی فراهیجان ($F=1/299, P=0/043$) بزرگ‌تر از ۰/۰۰۱ است و در نتیجه معنادار نیست؛ بنابراین از فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس و به‌طور معادل همبستگی‌های درونی تخطی نشده است. در ادامه بررسی مفروضه‌ها، نتایج آزمون کرویت ماچلی حاکی از آن بود که برای همه مؤلفه‌های فراهیجان از فرض کرویت تخطی شده است ($p = 0/000$) به‌همین دلیل با توجه به کوچک‌تر بودن اپسیلون از ۰/۷۵ از آماره آزمون گرین‌هاوس - گیسر استفاده شد.

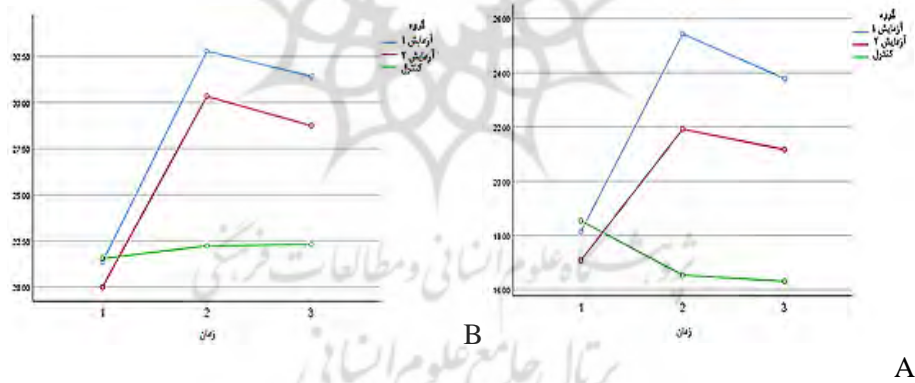
با توجه به برقراری مفروضه‌ها می‌توان داده‌های پژوهش را توسط تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار داد. نتایج تحلیل در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل طبق جدول ۶، نشان می‌دهد که نمرات شفقت، علاقه، خشم، شرم، کنترل فکر و سرکوب به‌گونه‌ای معنادار، در ۳ حالت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر کرده‌اند ($0/05 < p$) و بین سه گروه (مداخله تدوینی، درمان فراتشخیصی یکپارچه و کنترل) از لحاظ تمامی مؤلفه‌های فراهیجان مثبت و منفی تفاوت وجود دارد.

جدول ۶. بررسی اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی مؤلفه‌های فراهیجان

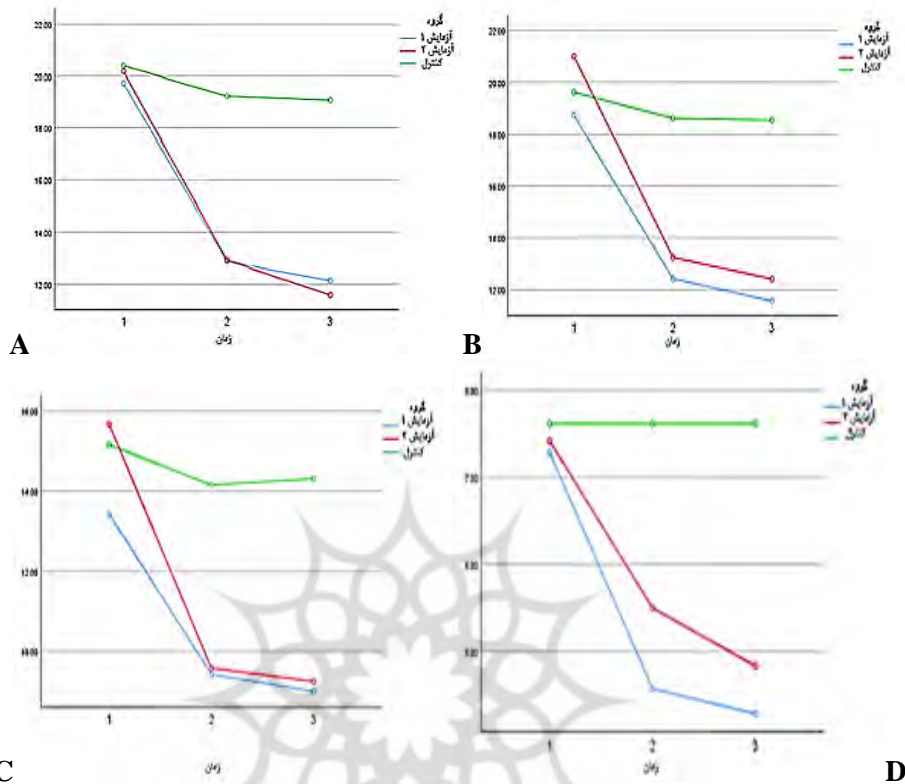
منبع اثر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	مقدار معنی‌داری	مجدور اتا	توان مشاهده شده	
شفقت	زمان	۱/۰۶	۱۲۱۶/۳۰۵	۵۵/۵۳۶	۰/۰۰۰	۰/۶۰۷	۱	
	زمان * گروه	۲/۱۲	۲۵۱/۸۴۲	۱۱/۴۹۹	۰/۰۰۰	۰/۳۹	۰/۹۹۲	
	گروه	۲	۴۳۸/۵۸۳	۸/۶۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲۵	۰/۹۵۶	
علاقه	زمان	۱/۲۱۵	۱۹۵/۸۶۲	۲۹/۱۹۱	۰/۰۰۰	۰/۴۴۸	۱	
	زمان * گروه	۲/۴۳۱	۱۴۹/۲۱۴	۲۲/۲۳۹	۰/۰۰۰	۰/۵۵۳	۱	
	گروه	۲	۲۸۶/۹۶۴	۱۹/۶۹۱	۰/۰۰۰	۰/۵۲۲	۱	
خشمت	زمان	۱/۱۱۳	۳۳۶/۰۰۲	۶۰/۷۵۱	۰/۰۰۰	۰/۶۲۸	۱	
	زمان * گروه	۲/۲۲۶	۵۵/۰۶۳	۹/۹۵۶	۰/۰۰۰	۰/۳۵۶	۰/۹۸۵	
	گروه	۲	۱۶۷/۹۴۱	۷/۲۳۸	۰/۰۰۲	۰/۲۸۷	۰/۹۱۴	
شرم	زمان	۱/۱۲۴	۶۹۴/۹۲۹	۸۸/۵۷۷	۰/۰۰۰	۰/۷۱۱	۱	
	زمان * گروه	۲/۲۴۷	۱۰۵/۱۸	۱۳/۴۰۶	۰/۰۰۰	۰/۴۲۷	۰/۹۹۸	
	گروه	۲	۲۸۳/۱۱۴	۲۳/۲۲۹	۰/۰۰۰	۰/۵۶۳	۱	
کنترل	زمان	۱/۰۶۴	۶۹۱/۴۰۴	۷۰/۲۸۱	۰/۰۰۰	۰/۶۶۱	۱	
	زمان * گروه	۲/۱۲۹	۱۱۴/۷۷۴	۱۱/۶۶۷	۰/۰۰۰	۰/۳۹۳	۰/۹۹۳	
	گروه	۲	۲۳۲/۹	۹/۸۷۲	۰/۰۰۰	۰/۳۵۴	۰/۹۷۵	
سرکوب	زمان	۱/۳۵۲	۵۶/۹۵۷	۲۵/۴۹۶	۰/۰۰۰	۰/۴۱۵	۱	
	زمان * گروه	۲/۷۰۴	۱۵/۲۹	۶/۸۴۴	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵	۰/۹۵۵	
	گروه	۲	۵۴/۱۱۷	۱۳/۲۳۳	۰/۰۰۰	۰/۴۲۴	۰/۹۹۶	

به‌منظور مشخص نمودن تفاوت معنادار آماری بین گروه‌ها و در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی شفه (با توجه به نابرابر بودن تعداد گروه‌ها) استفاده شد. با توجه به میانگین گروه‌ها نتایج نشان داد که هر دو رویکرد مداخله‌ای بر بهبود تمامی مؤلفه‌های فراهیجان اثربخش بوده‌اند ($p < ۰/۰۵$) و در مورد

مؤلفه‌های شفقت ($P=0/148$)؛ خشم ($P=0/376$)؛ شرم ($P=0/983$)؛ کنترل فکر ($P=0/237$) و سرکوب ($P=0/164$)، تفاوت معناداری بین دو رویکرد مداخله‌ای موردبررسی وجود نداشت و فقط در رابطه با مؤلفه علاقه میان دو گروه درمانی، تفاوت معنادار آماری به دست آمد ($P=0/002$)؛ بدین معنی که درمان فراتشخیصی یکپارچه دارای اثربخشی بیش‌تری بود. همچنین یافته‌ها نشان داد بیش‌ترین تفاوت نمرات میانگین مربوط به اختلاف میانگین مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون در رابطه با مؤلفه شفقت ($1/175 \pm$) در گروه مداخله تدوینی بود. در ارتباط با حفظ اثربخشی و بهبودی ناشی از مداخلات در گروه‌ها (نمودارهای ۱ و ۲) در پیگیری یک ماهه، یافته‌ها بیانگر آن بود که در گروه آزمایش اول، فقط در مورد مؤلفه‌های خشم و سرکوب این بهبودی طی دوره پیگیری حفظ‌شده بود درحالی‌که در گروه آزمایش دوم، تداوم اثربخشی درمان در مؤلفه‌های علاقه؛ خشم؛ کنترل فکر و سرکوب مشاهده شد ($p > 0/05$)، بنابراین نتایج حاکی از اثربخشی بیش‌تر درمان فراتشخیصی یکپارچه در پایان مدت پیگیری بود.



نمودار ۱. روند تغییرات مؤلفه‌های فراهیجان مثبت: شفقت (A)، علاقه (B) در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۲. روند تغییرات فراهیجان منفی: مؤلفه‌های شرم (A)، کنترل فکر (B)، خشم (C) و سرکوب (D) در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه آنلاین با مداخله تدوینی آنلاین بر مؤلفه‌های فراهیجان در زنان باردار مبتلا به پریشانی روان‌شناختی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که دو مداخله موردبررسی در پایان درمان در کاهش خشم، شرم، کنترل فکر و سرکوب (مؤلفه‌های فراهیجان منفی) و افزایش شفقت و علاقه (مؤلفه‌های فراهیجان مثبت) کاملاً اثربخش بوده‌اند اگرچه این بهبودی در تمامی مؤلفه‌های فراهیجان تا پایان دوره پیگیری به‌طور کامل حفظ نشد.

تحقیقات روزافزون نشان می‌دهد که آموزش مراقبه‌ی ذهن آگاهی (بیتی، هال، بیرو، است، لائو، ۲۰۱۷) راهبرد مهمی است که می‌تواند هیجانات منفی در حاملگی را کاهش دهد (بابانظری و هدایتی، ۱۳۹۶). در همین راستا، یافته‌های پژوهش حاضر در رابطه با کاربرد مداخله تدوینی، مشابه با یافته‌های لانبرگ و همکارانش (۲۰۲۰)، زرین نجات و همکاران (۲۰۲۰)، جعفری شالکوهی، اسدی مجره و اکبری (۱۳۹۸) و رفسنجانی اکبرآبادی و همکاران (۱۳۹۶) بود و اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های فراهیجان در آزمودنی‌ها را تأیید نمود. ذهن آگاهی مستلزم توجه آگاهانه به زمان و مکانِ حال همراه با عدم قضاوت و پذیرش تجربیات درونی و بیرونی می‌باشد و اجازه نمی‌دهد فرد درگیر افکار مرتبط با گذشته و نگرانی‌های آینده شود و در واقع راهی برای توسعه‌ی آگاهی و پذیرش افکار؛ هیجانات؛ حس‌های بدنی؛ ایجاد تحمل استرس و کاهش واکنش‌پذیری است و کسب این توانایی‌ها برای زنان باردار بسیار مهم است (هال و همکاران، ۲۰۱۵).

علاوه بر ذهن آگاهی، سطح بالای تاب‌آوری هم می‌تواند به‌عنوان یک عامل مهم در کاهش هیجان‌های منفی دوران بارداری عمل نماید (زوامی و همکارانش، ۲۰۱۹) و نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته‌های زوامی و همکارانش (۲۰۱۹) و گارسیا - لئون و همکاران (۲۰۱۹) بود.

یافته‌های دیگر مطالعه حاکی از آن است که آموزش راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند منجر به بهبود مؤلفه‌های فراهیجان آزمودنی‌ها گردد. اگر چه در بررسی ادبیات، ما موفق به یافتن مقاله‌ای در ارتباط با بررسی فراهیجان در زنان باردار نشدیم اما یافته‌های بعضی از مطالعات نشان می‌دهد که فراهیجان منفی با بروز افسردگی متوسط تا شدید همراه است (غضبان‌زاده؛ اسماعیلی‌شاد؛ معصومی‌فر و حاتمی‌پور، ۲۰۲۰)، درحالی که فراهیجان مثبت به کاهش پریشانی روان‌شناختی دوران بارداری کمک می‌کند (علمردانی صومعه، نوریان اقدم، یوسفی، ۱۳۹۸).

در تبیین اثربخشی مداخله آموزشی تدوینی آنلاین در این پژوهش می‌توان گفت: که در این رویکرد درمانی آشنایی با تأثیر ارتباط متقابل بین افکار، احساس‌ها و رفتارها، شیوه‌های ذهن‌آگاهی و مدیریت استرس، عوامل و مهارت‌های مؤثر در ارتقای تاب‌آوری مانند حل مسئله و بهبود عزت‌نفس، آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی و شناسایی راهبردهای کارآمد و مختل هیجانی به مادران باردار کمک می‌کند تا با برخورداری از سطوح بالاتر ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری و مدیریت هیجان‌ها، تمرکز و توجه خود را افزایش دهند و با تمرین زندگی در حال، شناسایی و اصلاح هیجان‌نا سازگار، برقراری ارتباط مؤثر، تقویت شفقت به خود و دیگران، معنویت و مهارت حل مسئله و همچنین افزایش مسئولیت‌پذیری و خوش‌بینی از طریق انجام تکنیک‌های آموخته‌شده به کاهش خشم، شرم، کنترل فکر، سرکوب و افزایش شفقت و علاقه در خود کمک کنند؛ البته عدم حفظ کامل اثربخشی مداخله در تعدادی از مؤلفه‌ها طی دوره پیگیری می‌تواند به دلیل وجود عواملی مانند نقصان محتوایی، اجرای غیرحضوری مداخلات، کیفیت انجام و پیگیری تکالیف خانگی توسط آزمودنی‌ها یا عوامل مداخله‌گری باشد که کاملاً قابل کنترل نبودند مانند اشتغال ذهنی آزمودنی‌ها در رابطه با ترس از ابتلا به بیماری کرونا و پیامدهای آن بر جنین‌های آن‌ها. به نظر می‌رسد در این زمینه نیاز به بازنگری در محتوای مداخله و تحقیقات بیش‌تر در این زمینه می‌باشد.

هم‌چنین نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه آنلاین در بهبود مؤلفه‌های فراهیجان مثبت و منفی در پایان مداخله و دوره پیگیری یک‌ماهه اثربخش می‌باشد که این یافته‌ها هماهنگ با یافته‌های الارد، فایرهولمه، بویسه، فارکیونه و بارلو (۲۰۱۰)، بولیس، فورتون، فارکیونه و بارلو^۱ (۲۰۱۴)، بخشی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) و تالکوسکی، گرین، آسگید و نورتون^۲ (۲۰۱۷) است که اثربخشی درمان فراتشخیصی را بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند نشان دادند؛ گرچه جامعه موردبررسی در این پژوهش، زنان باردار بودند و طبق بررسی ما تاکنون این رویکرد درمانی آن‌هم به صورت

1. Bullis JR, Fortune MR, Farchione TJ, and Barlow DH
2. Talkovsky AM, Green KL, Osegueda A, Norton PJ

آنلاین در زنان باردار مورد بررسی قرار نگرفته است؛ اما نتایج تحقیقات مختلف حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در اختلالات اضطرابی و افسردگی است. هدف درمان فراتشخیصی یکپارچه، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. اصول تغییر شامل تنظیم هیجانی، اصلاح باورهای شناختی اشتباه در مورد خود و جهان و کاهش رفتارهای ناشی از هیجان یا به عبارت دیگر، حذف اجتناب‌های رفتاری است. این پروتکل درمانی علاوه بر تکنیک‌های شناختی رفتاری و تنظیم هیجانی، از تکنیک‌های تغییر انگیزشی نیز استفاده می‌نماید و تأکید بیشتری بر نقش هیجان‌های مثبت در فرایند درمان دارد (اکبری و همکاران، ۱۳۹۴). تکنیک‌های به کار گرفته شده در این رویکرد، تسهیل‌کننده‌ی شناسایی افکار تأثیرگذار بر هیجان‌ات و رفتارهای مولد اضطراب و افسردگی می‌باشند (طالبی و همکاران، ۱۳۹۶). تأکید این پروتکل بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها می‌باشد و به دنبال شناسایی و تصحیح تلاش‌های ناسازگارانه برای تنظیم تجارب هیجانی، در نتیجه تسهیل پردازش مناسب و خاموش کردن پاسخ‌های نامتناسب هیجانی به نشانه‌های درونی و بیرونی است (فارکیونه و همکاران، ۲۰۱۲). باید توجه داشت که این رویکرد درمانی از طریق کاربرد و آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان به بیماران در بازارزیایی هیجان‌ها، مخصوصاً در مورد هیجان‌ات منفی و در پذیرش هیجان‌ها مؤثر است (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ بنابراین می‌تواند به کسب تسلط بیشتر در شناسایی، تشخیص و تعدیل مؤلفه‌های فراهیجان کمک کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده‌ی کارایی دو مداخله مورد بررسی بر کاهش مؤلفه‌های فراهیجان منفی (خشم، شرم، کنترل فکر و سرکوب) و افزایش مؤلفه‌های فراهیجان مثبت (شفقت و علاقه) بود؛ اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در پیگیری یک‌ماهه برای تمامی مؤلفه‌ها به استثنای شرم و شفقت حفظ شده بود، در حالی که کارآمدی مداخله آموزشی تدوین شده در دوره پیگیری تنها برای مؤلفه‌های خشم و سرکوب مشاهده شد. تغییرات معنادار بالینی در مؤلفه‌های فراهیجان در این پژوهش، می‌تواند به واسطه‌ی مورد توجه قرار دادن ارتقای هم‌زمان مهارت‌ها و منابع فردی مهم مانند ذهن‌آگاهی،

عزت‌نفس، خودکارآمدی، حل مسئله، مسئولیت‌پذیری، شفقت به خود و تنظیم هیجانی در مداخله تدوینی باشد. همچنین این تغییرات، شواهدی مبنی بر کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌ی آنلاین در بهبود فراهیجان منفی و مثبت در زنان باردار مبتلا به اختلالات هیجانی همبود فراهم کرد. ارائه آموزش‌ها از طریق اینترنت در این پژوهش از یک سو فرصتی را فراهم نمود تا زنان باردار با احساس امنیت بیش‌تر (در رابطه با ترس از ابتلا به بیماری کرونا به دنبال مشارکت حضوری در جلسات آموزشی) همکاری فعال‌تری در جلسات داشته باشند اما به دلیل عدم امکان تماس مستقیم چهره‌به‌چهره طی دوره آموزشی چالش برانگیز بود.

این پژوهش همراه با محدودیت‌هایی بود. یکی از اصلی‌ترین محدودیت‌های این پژوهش تعمیم‌پذیری محدود نتایج آن است زیرا این پژوهش روی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی بروجرد انجام شده است؛ همچنین، استفاده از حجم نمونه کوچک نیز تعمیم‌پذیری داده‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. موانع و محدودیت‌های ناشی از اوج‌گیری بیماری کرونا در خصوص اجرای پژوهش، از قبیل اجرای غیرحضوری جلسات درمان و ضرورت استفاده از گوشی همراه هوشمند، همچنین استفاده از پرسش‌نامه‌های خوداظهاری در ارزیابی متغیرها از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده‌اند که ممکن است سوگیری در پاسخ‌دهی به سؤالات پرسش‌نامه را به همراه داشته باشد. کوتاه بودن مدت زمان پیگیری نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. در پایان، پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی پژوهشگران به مقایسه اثربخشی این رویکردهای درمانی در نمونه‌های بزرگ‌تری از زنان باردار همراه با پیگیری طولانی‌مدت بپردازند. همچنین به منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکردهای مداخله‌ای، مقایسه‌ی این مداخلات با دیگر رویکردهای درمانی و همچنین بررسی تأثیر مداخلات مورد آزمون در این پژوهش در سایر اختلالات هیجانی در زنان باردار صورت گیرد. به نظر می‌رسد نتایج این پژوهش می‌تواند مراقبین سلامت را در جهت ارتقای سلامت روان زنان باردار یاری نماید.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی در بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده اول، میترا گودرزی است. بدین وسیله پژوهشگران از همراهی مدیران محترم دانشگاه لرستان در روند اجرای مطالعه و همچنین از مدیران و کارکنان بزرگوار دانشگاه علوم پزشکی لرستان و زنان باردار عزیز شرکت کننده در این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را دارند.



منابع

- اکبری، مهدی؛ روشن، رسول؛ شعبانی، امیر؛ فتی، لادن؛ شعیری، محمدرضا، ضرغامی، فیروزه (۱۳۹۴). "مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه در درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند: کارآزمایی بالینی تصادفی". *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی = بالینی ایران*، ۲۱(۲)، ۸۸-۱۰۷.
- بابانظری، لاله؛ هدایتی، داریوش (۱۳۹۶). "بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب حاملگی زنان باردار". *نخستین کنگره ملی دانشجویی پژوهش‌های نوین در روان‌شناختی*.
- بارلو، دیویداج؛ الارد، کریستین؛ فرهولم، کریستوفر؛ فارچيون، ناد؛ بویسیو، کریستینا؛ آلن، لارا؛ اهرنریچمی، ژیل (۱۳۹۶). پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی (راهنمای درمانگر)، ترجمه: ابوالفضل محمدی، علیرضا محسنی‌اژی، علی محرابی، تهران: ابن‌سینا، ص ۵-۶.
- بخشی‌پور، عباس؛ وجودی، بابک؛ محمود علیلو، مجید؛ عبدی (۱۳۹۵). "اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی". *اندیشه و رفتار*، ۱۵(۴۱)، ۶۷-۸۷.
- بهرامی، نصرت؛ عربان، مرضیه؛ بهرامی، سمیه (۱۳۸۹). "تأثیر آموزش قبل از زایمان بر افسردگی پس از زایمان"، *دزفول، ایران، مجله علوم پزشکی هرمزگان*، ۱۳(۴)، ۸۷۹۷ e.
- جعفری شالکوهی، عطیه؛ اسدی مجره، سامره؛ اکبری، بهمن (۱۳۹۸). "تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان زنان باردار". *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲(پیاپی ۸۰)، ۴۳-۵۳.
- رفسنجانی اکبرآبادی، زهرا؛ مرجان حسین زاده تقوایی و سارا پاشنگ (۱۳۹۵). "اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و استرس ادراک‌شده در دوران بارداری در زنان باردار شهر کرج"، *چهارمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران: انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین*.

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه آنلاین با...؛ گودرزی و همکاران | ۱۳۵

رضایی، نورمحمد؛ پارسایی، ایمان؛ نجاتی، عصمت؛ نیک آمال، میترا؛ هاشمی رزینی، سعداله (۱۳۹۳). "ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان". *مجله تحقیقات روان‌شناسی*، ۲۳(۶)، ۱۱۱-۲۴.

طالبی، نجمه؛ نایینی داورانی، مهسا؛ نوروزی کوهدهشت، رضا؛ یعقوبی، لیلا (۱۳۹۶). "اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان نابارور". *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۹(۳)، ویژه‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری، ۱۶۶-۱۶۰.

فدائی، محمد؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی؛ کیمیایی، سید علی (۱۳۹۷). "اثربخشی درمان فرا تشخیصی یکپارچه بر تمایز یافتگی خود و دشواری تنظیم هیجان در مراجعان دارای نشانگان اضطرابی". *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱(۶، ۱) ۱۱-۱. کرمی، جهانگیر؛ مؤمنی، خدامراد؛ علیمزادی، فریده (۱۳۹۷). "بررسی رابطه کیفیت خواب با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سیستم‌های مغزی - رفتاری در زنان باردار". *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۶(۴)، ۲۱۹-۲۲۶.

مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ احمدیان، علی؛ زرگر، یداله؛ شهبازیان، حشمت اله؛ خدیوی، میثم (۱۳۹۲). "تأثیر درمان شناختی ذهن آگاهی بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران مرد مبتلا به فشارخون"، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۴)، ۲۵۴-۲۴۴.

نرگسی، فریده؛ فتحی آشتیانی، علی؛ داودی، ایران؛ اشرفی، عماد. (۱۳۹۸). "اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری". *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۶(۲)، ۶۶-۴۹. نصری، مریم؛ احدی، حسن؛ درتاج، فریبرز. (۱۳۹۶). "اثربخشی درمان فراتشخیصی بر انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان و عامل hb در بیماران دیابتی"، *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۴(۲)، ۸۰-۱۰۰.

هومن، فرزانه؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ زرگر، یداله؛ داودی، ایران (۱۳۹۴). "اثربخشی درمان فراتشخیصی بر علائم اضطراب، افسردگی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و عملکرد عمومی زنان مبتلا به اضطراب و افسردگی همبود". *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۵(۴)، ۱۳، ۵۵۱-۵۶۳.

- Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione TJ, Boisseau CL, Allen LB, & et al. (2011). *The Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client work-book*. New York: Oxford University Press.
- Beattie J, Hall H, Biro MA, East CH, Lau R. (2017). "Effects of mindfulness on maternal stress, depressive symptoms and awareness of present moment experience: A pilot randomised trial". *Midwifery*, 50, 174–183. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.006>
- Bellido-González M, Robles-Ortega MH, Castelar-Ríos MJ, Díaz-López MA, Gallo-Vallejo JL, Moreno-Galdó MF, et al. (2019). "Psychological distress and resilience of mothers and fathers with respect to the neurobehavioral performance of small- for gestational-age newborns". *Health and Quality of Life Outcomes*, 54. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1119-8>.
- Bockting, C. L. H. Williams, A. D. Carswell, K. and Grech, A. E. (2016). "Interventions Review, The potential of low-intensity and online interventions for depression in low- and middle-income countries", 3, e25, 1-5. doi:10.1017/gmh.2016.21
- Bullis, J.R. Fortune, M.R. Farchione, T. J. and Barlow, D.H. (2014). "A Preliminary Investigation of the Long-Term Outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders". *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1920–27. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.07.016
- Bublitz, M.H. Nillni, Y. Livingston, Z. Carpenter, M. and Salmoirago-Blotcher, E. (2019). "Phone-Delivered Mindfulness Training for Pregnant Women at Risk for Preterm Birth". *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(4), 444–45. DOI: 10.1089/acm.2018.0331
- Chen, FM. Lin, HSh. Li, ChH. (2012). "The Role of Emotion in Parent-Child Relationships: Children's Emotionality, Maternal Meta-Emotion, and Children's Attachment Security". *Journal of Child and Family Studies*, 21,403–10. DOI 10.1007/s10826-011-9491-y
- Chinchilla-Ochoa D, Barriguete-Chávez Peón Blanca Eugenia Farfán-Labonne P, Garza-Morales S, Leff-Gelman P, Flores-Ramos M. (2019). "Depressive symptoms in pregnant women with high trait and state anxiety during pregnancy and postpartum". *International Journal of Women's Health*, 11, 257–65. <http://doi.org/10.2147/IJWH.S194021>
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. "A global measure of perceived stress." *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24(4): 385-96.
- Department of Clinical Psychology National Institute of Mental Health and Neuro Sciences. (2020). Guidelines for Delivering Tele-Psychotherapy Services: version 1.0,
- Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. (2010). "Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional

- disorders: Protocol development and initial outcome data". *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101.
- Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. (2012). "Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial". *Behavior therapy*, 2012, 43(3), 666-78.
- Garcia-Leon M. A., Caparros- Gonzales R., Romero- Gonzalez B., Gonzalez- Perez R., & Peralta- Ramiraz I. (2019). "Resilience as a Protective Factor in Pregnancy and Puerperium: Its Relationship with the Psychological State, and with Hair Cortisol Concentrations". *Midwifery*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.006>
- Ghazbanzadeh R, EsmaeiliShad B, Masoumifard M, Hatamipour Kh. (2020). "The Effect of Positive Thinking Group Training on Psychological Well-Being, Positive Meta-Emotion and Couple Relationship Quality in Nurses". *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 7(6), DOI: 10.21859/ijpn-07064
- Gross JJ, & Thompson R A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations, In JJ. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, 3-27.
- Hall HG, et al. (2015). "Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review". *Women and Birth*, 29, 62-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.006>
- Henderson, N., & Milstein, M. M. (1996). *Resiliency in Schools: Making It Happen for Students and Educators*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Hulsbosch LP, Nyklíček I, Potharst ES, Meems M, Boekhorst M, M. Pop VJ. (2020). "Online mindfulness-based intervention for women with pregnancy distress: Design of a randomized controlled trial". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 159. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2843-0>
- Ilska M, Brandt-Salmeri A, Kołodziej-Zaleska A. (2020). "Effect of prenatal distress on subjective happiness in pregnant women: Therole of prenatal attitudes towards maternity and ego-resiliency", *Personality and Individual Differences*, 163(1), 110098. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110098>
- Kabat-Zinn J, and Hanh TN. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*, Delta.
- Karamoozian M, Askarizadeh G, Behroozy N. (2017). "The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire". *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 5(4), 22-34.
- Krusch A, Crane C, Dymond M. (2019). " An investigation of dispositional mindfulness and mood during pregnancy". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2416-2>

- Lin, B., R. Kaliush, P., Conradt, E., Terrell, S., Neff, D., K. Allen, A., C. Smid, M., Monk, C., & E. Crowell, SH. (2019). "Intergenerational transmission of emotion dysregulation: Part I. Psychopathology, self-injury, and parasympathetic responsivity among pregnant women". *Development and Psychopathology*, 31, 817–831. doi:10.1017/S0954579419000336
- Lönnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Bränström R, Nissen E, Niemi E. (2020). "Effects of a mindfulness based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression—Results from a randomized controlled trial". *Journal of Affective Disorders*, 262, 133–142. doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.04823.
- Oddo, L. Miller, N.V. Felton, J.W. Cassidy, J. Lejuez, C.W. Chronis-Tuscano, A. "Maternal Emotion Dysregulation Predicts Emotion Socialization Practices and Adolescent Emotion Liability: Conditional Effects of Youth ADHD Symptoms". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00686-9>
- MacGinty RP S, Kariuki W, Barnett CJ, Wedderburn A, Hardy N, Hoffman CR, et al. (2020). "Associations of antenatal maternal psychological distress with infant birth and development outcomes: Results from a south African birth cohort". *Comprehensive Psychiatry*, 96(152128), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152128>.
- Mansell W, Barnes A, Grant L, Mansell W, Barnes A, Grant L, De Sousa LM. (2020). "Do meta-emotion strategies and their effects vary in students between their family home and their university home?" *Current Psychology*, <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00996-7>
- Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schübler G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 448-53.
- Molgora S, Fenaroli V, Saita E. (2019). "PSYCHOLOGICAL DISTRESS PROFILES IN EXPECTANT MOTHERS: WHAT IS THE ASSOCIATION WITH PREGNANCY-RELATED AND RELATIONAL VARIABLES?" *Journal of Affective Disorders*, doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.045>
- Mudra S, Göbel A, Barthel D, Hecher K, Schulte-Markwort M, Goletzke J, et al. (2019). "Psychometric properties of the German version of the pregnancy-related anxiety questionnaire-revised 2 (PRAQ-R2) in the third trimester of pregnancy". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(242). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2368-6>
- Nasiri F, Mashhadi A, Bigdeli I, Ghanaei Chamanabad A, Ellard K. (2019). "Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid

- depression: A randomized controlled trial", <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.064>
- Neff KD, & Germer CK. (2013). "A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self compassion program". *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
- Taebi M, Simbar M, Abdollahian S. (2018). "Psychological empowerment strategies in infertile women: A systematic review". *International Journal of Health Promotion and Education*, 7(68), 1-11. doi: 10.4103/jehp.jehp_151_15
- Talkovsky AM, Green KL, Osegueda A, Norton PJ. (2017). "Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders". *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 46:56-64.
- Tannous L, Gigante LP, Fucus SC, Busnello ED. (2008). Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*, 8, 1.
- Van den Bergh B. (1990). "The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior". *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 5(2), 119-30.
- Xiang M, Zhang Z, Liang H. (2020). Sedentary behavior relates to mental distress of pregnant women differently across trimesters: An observational study in China. *Journal of Affective Disorders*, 260, 187-93. doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.086
- Xuemei M, Ying W, Hua H, Grant TX, Yunhui Z, Huijing S. (2019). "The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai". *Journal of Affective Disorders*, 250, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.058>.
- Zarenejad M, Yazdkhasti M, Rahimzadeh M, Mehdizadeh Tourzani Z, Esmaelzadeh-Saeieh S. (2020). "The effect of mindfulness-based stress reduction on maternal anxiety and self-efficacy: A randomized controlled trial". *Brain and Behavior*, 10, e01561. <https://doi.org/10.1002/brb3.1561>

استناد به این مقاله: امرایی، کورش، غلامرضایی، سیمین، گودرزی، میترا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه آنلاین با مداخله تدوینی آنلاین بر مؤلفه‌های فراهیجان در زنان باردار مبتلا به پریشانی روانشناختی، مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۴۴)، ۱۰۳-۱۳۹.

DOI: 10.22054/JCPS.2022.57940.2491



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی