



The Effectiveness of Schema Therapy on Resilience and its Components in Nulliparous Pregnant Women with Tokophobia in Isfahan City

Elaheh Abbasi¹, Felor Khayatan^{2*}, Hadi Farhadi²

¹ PhD student in Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

² Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

* Corresponding author: f.khayatan@yahoo.com

Received: 2024-06-08

Accepted: 2024-07-01

Abstract

Background & Aims: Tokophobia is a severe fear of childbirth, which appears as a specific phobia; Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of schema therapy on resilience and its components in nulliparous pregnant women with tokophobia in Isfahan city.

Methods: The current research was semi-experimental research of pre-test, post-test and follow-up type with a control group, which was conducted in the statistical population of nulliparous pregnant women with tokophobia in Isfahan city in the autumn of 2021. The research sample consisted of 30 people who were purposefully selected and randomly divided into two control and experimental groups after matching. The experimental group receive schema therapy sessions for twelve 60-minute sessions, but the control group did not receive any intervention. All subjects of the research answered the questions of Resilience Conner -Davidson (2003) in three stages: pre-test, post-test and follow-up. Collected data were analyzed using spss-23 and with repeated measure analysis of variance.

Results: The findings showed the resilience scores ($\beta=0.64$ & $p<0.01$) and components of the perception of individual competence ($\beta=0.48$ & $p<0.01$), trust in individual instincts ($\beta=0.01$). ($\beta=0.26$ & $p<0.01$) and positive acceptance ($\beta=0.26$ & $p<0.01$) increased in the post-test stage compared to the pre-test scores and maintained its effectiveness in the follow-up stage ($P>0.05$).

Conclusion: Schema therapy, due to the exposure of primary incompatible schemas, which has been effective in the formation of low resilience in pregnant women with tokophobia, reduces its amount and, as a result, increases resilience in them.

Keywords: Resilience, Phobia specific, Schema therapy

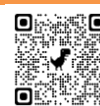
© 2019 Journal of New Approach to Children's Education (JNACE)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Khayatan, F & et al. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Resilience and its Components in Nulliparous Pregnant Women with Tokophobia in Isfahan City. *JNACE*, 6(2): 122-132.





بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا در شهر اصفهان

الهه عباسی^۱، فلور خیاطان^{۲*}، هادی فرهادی^۲

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

* نویسنده مسئول: f.khayatan@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: توکوفوبیا ترس شدید از زایمان است، که به‌عنوان یک هراس خاص ظاهر می‌شود؛ از این رو پژوهش حاضر باهدف بررسی میزان اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا در شهر اصفهان انجام شد. روش پژوهش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود، که در جامعه آماری زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیای شهر اصفهان در پاییز ۱۴۰۱ انجام گرفت. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به صورت هدفمند انتخاب و پس از هم‌تا سازی به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت جلسات طرحواره درمانی قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. کلیه آزمودنی‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به سؤالات پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از SPSS-23 و با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد نمرات تاب‌آوری ($\beta=0/64, p<0/01$) و مؤلفه‌های تصور از شایستگی فردی ($\beta=0/48, p<0/01$)، اعتماد به غرایز فردی ($\beta=0/26, p<0/01$) و پذیرش مثبت ($\beta=0/26, p<0/01$) در مرحله پس‌آزمون نسبت به نمرات پیش‌آزمون افزایش داشته و میزان اثربخشی خود را در مرحله پیگیری حفظ نمود ($p>0/05$). نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی با توجه به در معرض قرار دادن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که در شکل‌گیری تاب‌آوری پایین در زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا موثر بوده است، از میزان آن کاسته و در نتیجه موجب افزایش تاب‌آوری در ایشان می‌گردد.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، توکوفوبیا، طرحواره درمانی

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان محفوظ است.

شيوه استناد به این مقاله: عباسی، الهه؛ خیاطان، فلور و فرهادی، هادی. (۱۴۰۳) بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا در شهر اصفهان. فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان، ۶(۲): ۱۳۲-۱۲۲.

تاب‌آوری می‌تواند علائم اضطراب قبل از تولد را کاهش داده و نقش واسطه‌ای بین استرس مادر و علائم اضطراب قبل از تولد اجرا کند (Ma X et al, 2019).

مداخلات روانشناختی می‌تواند از ترس از زایمان و انجام اقدامات اورژانسی مامایی، در طول دوران بارداری پیشگیری کند (Van der Meulen et al, 2023). از جمله درمان‌هایی که اثربخشی آن در درمان اختلالات روانی و فوبی‌ها تأیید شده است طرحواره درمانی می‌باشد؛ طرحواره درمانی یک درمان روان‌شناختی یکپارچه است که از یک سنت رفتاری شناختی ایجاد شده است، اما به شدت از تکنیک‌های بین فردی، روان‌پویایی و تجربی استفاده می‌کند (Remmerswaal et al, 2023). یانگ ابتدا طرحواره درمانی را برای کمک به درمان مشکلات روان‌شناختی فراگیر و طولانی مدت که به درمان‌های شناختی سنتی مانند اختلالات شخصیت پاسخ نمی‌دهند، ارائه می‌نمود (Martin & Young, 2010). علاقه به استفاده از طرحواره درمانی به مطالعات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سایر شرایط شدید روانی برای سایر اختلالات، طی سال‌های اخیر افزایش یافته است (Bortolon et al, 2013, Taylor & Harper, 2017). یافته‌های پژوهش نشان داده‌اند این شیوه درمانی در مداوای اختلالاتی از قبیل فوبی‌ها (Peeters et al, 2022)؛ درمان سوء‌مصرف مواد (Tapia et al, 2018)، اختلالات خوردن (Calvert et al, 2018)، اختلال استرس پس از سانحه (Parkes, 2021) و اختلال وسواس اجباری (قوتی و همکاران، ۱۳۹۹) موثر است. طرحواره درمانی بر شناخت چگونگی بروز علائم و مشکلات و اینکه چگونه آن‌ها می‌توانند به‌عنوان عوامل حفظ‌کننده بیماری فعلی منجر شوند، کمک می‌کند (Fassbinder and Arntz, 2021). هدف طرحواره درمانی شناسایی نیازهای عاطفی اصلی و کمک به فرد برای یافتن راه حل‌هایی جهت برآوردن این نیازها است (Rafaeli, 2020). در مطالعات متعددی که تاکنون انجام شده است سعی بر آن بوده تا مشخص شود آیا طرحواره درمانی منجر به تغییر علائم می‌شود؟ لذا در طرحواره درمانی، هدف استفاده از مقابله‌های سازگارانتر به جای استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه در مراجعان است تا از این طریق بتوانند نیازهای هیجانی اساسی خود را برآورده کنند. از اینرو پژوهش حاضر با هدف پاسخ به سؤال آیا طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیای شهر اصفهان اثربخش است؟ انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در دسته پژوهش‌های نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون قرار داشت. جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیای شهر

زایمان یکی از تاثیرگذارترین تجربیات زندگی است (Rúger-Navarrete et al, 2023). همزمان با احساسات مثبت مادر، اضطراب و نگرانی از زایمان و عواقب آن باعث ترس مادر می‌شود (شابختی و همکاران، ۱۳۹۹). ترس از زایمان^۱ یک ساختار روان‌شناختی خاص است که در دوران زایمان در زیرمجموعه اضطراب قرار می‌گیرد (Imakawa et al, 2022). ترس در طیفی از کم تا شدید وجود دارد. در سراسر ادبیات موجود، توکوفوبیا^۲ به‌عنوان عدم سازگاری و ترس از زایمان تعریف شده است و ممکن است، از اصطلاحات مختلف مانند ترس از بارداری به جای آن استفاده شود (Richens et al, 2018). همچنین بسیاری از پژوهش‌ها به توکوفوبیا به‌عنوان ترس شدید از فرزندآوری^۳ اشاره می‌کنند که ترسی بی‌دلیل از زایمان است (Barton, 2024). معیارهای توکوفوبیا شامل اضطراب شدید و نگرانی از زایمان که اغلب در سه ماهه‌ی آخر بارداری رخ می‌دهد (Al-Shagran, 2023). توکوفوبیا بیشتر به توکوفوبیای اولیه (زنان نخست‌زا) و ثانویه (پس از تجربه زایمان قبلی آسیب‌زا) طبقه‌بندی شده است (Nath et al, 2020). توکوفوبیای اولیه ترس مکرر از زایمان در زانی است که هیچ تجربه‌ی قبلی از بارداری نداشته‌اند (Nunes et al, 2020). توکوفوبیا را می‌توان به‌عنوان یک ترس شدید از زایمان که به‌عنوان یک هراس خاص ظاهر می‌شود، تعریف کرد (Calderani et al, 2019). ادبیات گسترده‌تر "ترس از زایمان" شیوع ۱۴٪ در سراسر جهان (O'Connell et al, 2017) و ارتباط با افزایش استرس مادر، زایمان طولانی‌تر، درخواست سزارین و اختلال استرس پس از سانحه^۴ را نشان می‌دهد (Challacombe et al, 2021). با این‌حال، تحقیقات بسیار کمی در مورد توکوفوبیا انجام شده است و گزارش شده است که شیوع فوبیای خاص در دوران بارداری بین ۵٪ تا ۱۵٪ متغیر است (Mandal et al, 2022).

تاب‌آوری، یکی از منابع روان‌شناختی مثبت برای جلوگیری از اختلالات روانی است (Abdolsamad et al, 2023). تحقیقات قبلی نشان داده است که برای حفظ سلامت روانی زنان باردار، تاب‌آوری اهمیت بسیاری دارد (Ma R et al, 2021). همچنین برخی از تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که تاب‌آوری به‌عنوان واسطه‌ای بین ذهن‌آگاهی و اضطراب در زنان باردار ایفای نقش می‌کند. جنبه‌های تاب‌آوری به‌عنوان یک فرآیند تعدیل خود، نه تنها ممکن است از علائم اضطراب جلوگیری کند (Ma X et al, 2019)، بلکه می‌تواند سایر پیامدهای نامطلوب اضطراب مانند زایمان زودرس را نیز واسطه کند (van der Zwan et al, 2017). علاوه بر این تحقیقات جدید نشان داده است که

برای اندازه‌گیری تاب‌آوری از پرسشنامه ۲۵ سوالی (Connor & Davidson, 2003) استفاده گردید؛ سازندگان این مقیاس بر این باورند که این مقیاس می‌تواند به خوبی افراد تاب‌آور را از افراد غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. روش نمره‌گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرتی از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) است و برای اندازه‌گیری تاب‌آوری یک نمره کل محاسبه می‌شود. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی مقیاس (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) از سوی سازندگان آزمون در گروه‌های گوناگون (عادی و در مخاطره) احراز شده است (Connor & Davidson, 2003). در ایران هاشمی و جوکار (۲۰۱۳) گزارشی کرده‌اند. برای تعیین روایی این مقیاس، نخست، همبستگی هرگویه با نمره کل، محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل ۰/۶۴ به جز گویه سه و ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان می‌دهد (هاشمی و جوکار، ۱۳۹۰).

اصفهان در سال ۱۴۰۱ بود. با توجه به توصیه (Cook, 2002) مبنی بر انتخاب ۱۵ نفر حجم نمونه برای هر گروه در تحقیقات آزمایشی، ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و پس از هم‌تاسازی بر اساس معیارهای ورود، به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره طرحواره درمانی و گروه کنترل جایگزین شدند. در پژوهش حاضر معیارهای ورود و خروج به مطالعه شامل کسب حداقل برش (۳۰ و بالاتر) در پرسشنامه توکوفویا (آزادمنش و همکاران، ۱۳۹۶)، عدم سابقه سقط جنین و کورتاژ و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمان بود. در این پژوهش گروه شرکت‌کننده در گروه طرحواره درمانی طبق جدول شماره ۱ تحت مداخله بسته آموزش طرحواره درمانی (Young, ۲۰۲۲) در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند؛ جهت رعایت اصول اخلاقی بر گروه کنترل تا پایان مرحله پس‌آزمون مداخله‌ای انجام نگرفت و منتظر درمان باقی ماندند، از دیگر معیارهای اخلاقی رعایت شده رعایت اصول رازداری، داشتن اختیار جهت شرکت در پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و گرفتن کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل واریانس چندگانه و به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: جلسات طرحواره درمانی یانگ

جلسه اول	برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم‌سازی زمینه اعتماد، مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه، اجرای پیش‌آزمون، بیان اهداف پژوهش و صحبت در مورد طول مدت جلسات، تعریف طرحواره‌درمانی و ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بیان ارتباط بین طرحواره‌درمانی با مشکل فعلی، پاسخ‌دهی به سؤالات.
جلسه دوم	توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره، معرفی حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار، توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها.
جلسه سوم	توضیح و آموزش سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار، توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرحواره‌ای.
جلسه چهارم	سنجش طرحواره از طریق پرسشنامه و آشنایی افراد با طرحواره‌هایشان، انجام و آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی مربوط به مرحله سنجش، فرمول‌بندی طرحواره.
جلسه پنجم	آزمون اعتبار طرحواره از طریق بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	بررسی تکلیف خانگی، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌های ناسازگار، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف خانگی، آموزش‌دادن و تمرین برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آموزش تدوین و ساختن کارت‌های آموزشی و نحوه استفاده از آن‌ها، آموزش نحوه تکمیل فرم ثبت طرحواره، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	بررسی تکلیف خانگی، ارائه منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش تکنیک گفتگوی خیالی، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق استفاده از این تکنیک، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه نهم	بررسی تکلیف خانگی، توصیف دقیق رفتارهای مشکل‌آفرین، تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج احتمالی تغییر از طریق تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین، اولویت‌بندی رفتارها در جهت الگوشکنی رفتاری، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دهم	بررسی تکلیف خانگی، شروع با مشکل‌سازترین رفتار جهت الگوشکنی رفتاری، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار برای ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم‌بخش طرحواره، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه یازدهم	بررسی تکلیف خانگی، غلبه بر موانع تغییر رفتار از طریق آموزش روش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگوشکنی رفتاری، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، پاسخ به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، توافق در انجام تکالیف خانگی بعد از اتمام دوره، اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

انحراف معیار نمرات توکوفوبیا نشان داد که نمرات تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون نسبت به نمرات گروه کنترل افزایش یافته است.

پیش از اجرای تحلیل‌های اصلی، بررسی متغیرهای سن و مدت ازدواج نشان داد که بین این متغیر در گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد. با توجه به جدول ۲ بررسی میانگین و

جدول ۲: داده‌های میانگین و انحراف استاندارد متغیر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	انحراف استاندارد
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
تصور از شایستگی فردی	کنترل	۳/۱۸۲	۲۵/۱۳۳	۳/۸۱۵	۲۴/۶۰۰	۳/۳۵۵	
	آزمایش	۳/۵۳۹	۳۰/۰۰	۲/۴۲۰	۲۴/۶۰۰	۴/۳۶۶	
اعتماد به غرایز فردی	کنترل	۳/۸۸۲	۱۹/۸۰۰	۳/۱۶۷	۱۹/۷۳۳	۴/۰۶۱	
	آزمایش	۳/۱۳۷	۲۲/۹۳۳	۲/۰۸۶	۲۹/۷۳۳	۳/۳۴۸	
پذیرش مثبت تغییر	کنترل	۲/۴۳۴	۱۲/۵۳۳	۱/۸۰۷	۱۲/۳۳۳	۲/۲۵۷	
	آزمایش	۲/۳۰۵	۱۵/۶۰۰	۲/۵۰۱	۲۲/۹۳۳	۲/۹۴۹	
کنترل	کنترل	۱/۴۸۶	۸/۶۰۰	۱/۹۵۷	۸/۳۶۷	۱/۳۳۴	
	آزمایش	۱/۷۶۷	۹/۶۶۷	۲/۱۹۷	۱۵/۸۶۷	۱/۶۳۹	
تاثیرات معنوی	کنترل	۱/۹۹۳	۵/۵۳۳	۱/۹۲۲	۵/۲۶۷	۱/۶۲۴	
	آزمایش	۱/۸۰۷	۶/۳۳۳	۱/۸۷۷	۹/۶۰۰	۲/۰۸۶	
تاب‌آوری کل	کنترل	۴/۰۳۶	۲۱/۶۰۰	۷/۶۴۲	۷۰/۲۰۰	۳/۸۵۸	
	آزمایش	۶/۱۶۹	۲۱/۶۰۰	۵/۰۹۷	۸۴/۴۰۰	۷/۴۸۱	

طبیعی بودند. مقدار F محاسبه شده در آزمون مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود. نتایج تحلیل کواریانس چندگانه در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، مفروضات اصلی این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در مفروضه نرمال بودن داده‌های آزمون شاپیروویلیک در نمرات تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن معنی‌دار نبود ($p > 0.05$) و توزیع متغیرهای حاضر

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن

مقیاس	منبع		مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
	درون گروهی	عوامل							
تصور از شایستگی فردی	درون گروهی	عوامل	۱۱۷/۲۲۲	۲	۵۸/۶۱۱	۴/۷۱۶	۰/۰۱۳	۰/۱۴۴	۰/۷۶۸
	بین گروهی	عوامل	۱۰۷/۴۸۹	۲	۵۳/۷۴۴	۴/۳۲۵	۰/۰۱۸	۰/۱۳۴	۰/۷۲۹
اعتماد به غرایز فردی	درون گروهی	عوامل	۳۰۶/۱۷۸	۱	۳۰۶/۱۷۸	۲۵/۸۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۰	۰/۹۹۸
	بین گروهی	عوامل	۶۵/۰۶۷	۲	۳۲/۵۳۳	۲/۸۴۵	۰/۰۶۷	۰/۲۱۸	۰/۳۱۹
پذیرش مثبت تغییر	درون گروهی	عوامل	۱۰۲/۴۰۰	۱	۱۰۲/۴۰۰	۹/۶۴۰	۰/۰۰۴	۰/۲۵۶	۰/۸۵۰
	بین گروهی	عوامل	۴۰/۲۸۹	۲	۲۰/۱۴۴	۴/۷۹۲	۰/۰۱۲	۰/۱۴۶	۰/۷۷۵
کنترل	درون گروهی	عوامل	۶۵/۶۲۲	۲	۳۲/۸۱۱	۷/۸۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۱۸	۰/۹۳۹
	بین گروهی	عوامل	۸۸/۰۱۱	۱	۸۸/۰۱۱	۹/۹۲۴	۰/۰۰۴	۰/۲۶۲	۰/۸۶۰
تاثیرات معنوی	درون گروهی	عوامل	۸/۷۵۶	۲	۲/۸۷۸	۰/۸۳۰	۰/۴۴۱	۰/۰۲۹	۰/۱۸۵
	بین گروهی	عوامل	۵/۱۵۶	۲	۳/۰۷۸	۰/۸۸۸	۰/۴۱۷	۰/۰۳۱	۰/۱۹۶
تاثیرات معنوی	درون گروهی	عوامل	۳۳/۶۱۱	۱	۳۳/۶۱۱	۱۳/۰۶۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸	۰/۹۳۷
	بین گروهی	عوامل	۲/۹۵۶	۲	۱/۴۷۸	۰/۴۸۶	۰/۶۱۸	۰/۰۱۷	۰/۹۷۱

توان آماری	اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع		مقیاس
۰/۱۳۴	۰/۰۱۹	۰/۵۸۸	۰/۵۳۷	۱/۶۳۳	۲	۳/۲۶۷	اثر تعاملی	گروهی	تاب‌آوری کل
۰/۲۹۴	۰/۰۷۲	۰/۱۵۳	۲/۱۵۷	۱۰/۰۰۰	۱	۱۰/۰۰۰	گروه	بین گروهی	
۰/۹۹۱	۰/۲۹۳	۰/۰۰۱	۱۱/۵۹۳	۳۶۶/۱۰۰	۲	۷۳۲/۲۰۰	عامل	درون	
۰/۹۹۹	۰/۳۴۴	۰/۰۰۱	۱۴/۷۱۵	۴۶۴/۶۷۸	۲	۹۲۹/۳۵۶	اثر تعاملی	گروهی	
۱/۰۰۰	۰/۶۴۴	۰/۰۰۱	۵۰/۷۲۹	۲۱۱۲/۱۷۸	۱	۲۱۱۲/۱۷۸	گروه	بین گروهی	

داری داشته؛ لذا جهت مقایسه گروه‌های پژوهش در ادامه به آزمون بنفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها پرداخته شده است.

با توجه به این نتایج می‌توان گفت طرحواره درمانی بر نمره کلی تاب‌آوری و مؤلفه‌های تصور از شایستگی فردی و پذیرش مثبت تغییر، در زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا تأثیر معنی

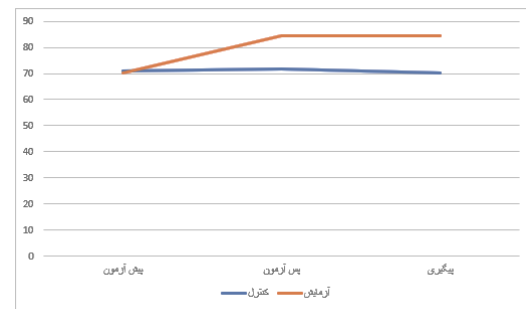
جدول ۴: آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌ی گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل بر متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین A-B	مرحله B	مرحله A	مقیاس
۰/۰۳۱	۰/۹۰۹	-۲/۵۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	تصور از شایستگی فردی
۰/۰۳۷	۰/۸۷۱	-۲/۳۳۳	پیگیری		
۱/۰۰۰	۰/۹۵۰	۰/۱۶۷	پیگیری		
۰/۲۶۴	۰/۷۱۷	-۱/۲۶۷	پس آزمون	پیش آزمون	اعتماد به‌غرایز فردی
۰/۵۱۷	۰/۹۹۹	-۱/۴۰۰	پیگیری		
۱/۰۰۰	۰/۸۸۰	-۰/۱۳۳	پیگیری		
۰/۰۴۱	۰/۵۵۷	-۱/۴۶۷	پس آزمون	پیش آزمون	پذیرش مثبت تغییر
۰/۰۴۲	۰/۵۲۲	-۱/۳۶۷	پیگیری		
۱/۰۰۰	۰/۵۰۸	۰/۱۰۰	پیگیری		
۱/۰۰۰	۰/۵۰۴	-۰/۴۳۳	پس آزمون	پیش آزمون	کنترل
۰/۷۱۵	۰/۴۹۸	-۰/۶۰۰	پیگیری		
۱/۰۰۰	۰/۴۳۷	-۰/۱۶۷	پیگیری		
۰/۷۴۴	۰/۳۶۷	-۰/۴۳۳	پس آزمون	پیش آزمون	تأثیرات معنوی
۱/۰۰۰	۰/۴۷۹	-۰/۳۰۰	پیگیری		
۱/۰۰۰	۰/۴۹۴	۰/۱۳۳	پیگیری		
۰/۰۰۱	۱/۱۳۷	-۶/۱۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	تاب‌آوری کل
۰/۰۰۲	۱/۵۴۶	-۶/۰۰۰	پیگیری		
۱/۰۰۰	۱/۴۳۱	۰/۱۰۰	پیگیری		

درمانی اثربخشی معنی‌داری بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا دارد.

همان‌گونه که جدول فوق نشان می‌دهد، در متغیر تاب‌آوری و مؤلفه‌های تصور از شایستگی فردی و پذیرش مثبت تغییر، بین نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$) و همچنین این درمان در مؤلفه‌های فوق اثربخشی خود را در مرحله پیگیری حفظ نموده است ($p < 0/05$). از این‌رو در پاسخ به فرضیه پژوهش می‌توان بیان داشت طرحواره

کاهش می‌یابد (قاسم پور و همکاران، ۱۴۰۱). از طرف دیگر تاب‌آوری یکی از ویژگی‌های مؤثر مؤلفه‌های فرد سالم است و افراد تاب‌آور می‌توانند از ظرفیت‌های روانی و شخصیتی خود برای روبرو شدن با شرایط ناخوشایند و تنش‌زا در دوران بارداری بهره‌گیرند، لذا در صورت بروز مشکل، این ذهنیت به آنها توان صبر و سازگاری در برابر سختی‌ها را می‌دهد، یعنی فرد می‌تواند مسائل را به شکل منطقی و بدون هجوم هیجان‌های منفی بررسی کرده و راهکار مناسبی بیابد (Grove, 2017). بنابراین طرحواره درمانی با توجه به در معرض بودن زنان باردار مبتلا به توکوفوبیا با مسائل و وضعیت‌های تنش‌زا و اضطراب برانگیز و شرایط دشوار بارداری، با اثر مستقیم بر طرحواره‌های ناسازگار و جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای کارآمد به جای سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و درون‌سازی کردن ذهنیت بزرگسال سالم می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری در زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا گردد. از طرف دیگر طرحواره درمانی با تمرکز بر شناخت‌های افراد، خلق منفی و تفکر منفی (Spence & Rapee, 2016)، تغییراتی در تجربه‌های موجود، ایجاد نگرش و شیوه‌نویسی در مشاهده تجارب شناختی، باعث کاهش رفتارهای هیجانی ناسازگارانه و افزایش سطح تاب‌آوری می‌شود (Bornstein & Shaffer, 2017). در واقع، درمان مبتنی بر طرحواره موجب قطع چرخه تجارب منفی درونی یک رویداد در گذشته می‌شود و از این طریق توانمندی زنان مبتلا به توکوفوبیا را در میزان تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن افزایش می‌دهد (Bastais et al, 2018). به عبارت دیگر می‌توان بیان نمود تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار و تغییرات ایجاد شده به دلیل بارداری است؛ لذا طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند در این شرایط فعال شوند؛ بنابراین، طرحواره درمانی با توجه به در معرض قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در شکل‌گیری علائم توکوفوبیا موثر بوده است، از میزان آن کاسته و در نتیجه سازگاری بیشتری با شرایط بارداری و ترس از زایمان فراهم آورد؛ از این‌رو این میزان سازگاری می‌تواند منجر به شکل‌گیری تصورات مثبت از خویش، افزایش اعتماد به غرایز فردی، پذیرش مثبت تغییرات ایجاد شده در نتیجه بارداری و احساس کنترل بیشتر بر شرایط گردد که همگی می‌توانند موجب افزایش تاب‌آوری در زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا گردند. همچنین طرحواره درمانی با توجه به ارائه برنامه‌ی شناختی-رفتاری که مستلزم شناسایی و قصد مقابله فرد با طرحواره‌هاست، به هشیار کردن فرد و ترغیب به مقابله فعال با شرایطی منجر شده که او قصد تغییرشان را دارد، که این خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود؛ چرا که تاب‌آوری شرکت فعال



همانگونه که نمودار فوق نشان می‌دهد در مرحله پیش‌آزمون میزان تاب‌آوری در گروه کنترل و آزمایش برابر است ولی در مرحله پس‌آزمون تاب‌آوری گروه آزمایش افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز ثابت مانده است ولی تفاوت رخ داده در گروه کنترل تقریباً اندک است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش میزان تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا انجام گرفت. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد نمرات متغیر تاب‌آوری و مؤلفه‌های تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، پذیرش مثبت و میزان کنترل در مرحله پس‌آزمون نسبت به نمرات گروه کنترل افزایش معنی‌داری داشته است؛ از این‌رو یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی می‌تواند بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در زنان باردار نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا مؤثر باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های رهبر کرباس‌دهی و همکاران که نشان دادند افراد افسرده‌ای که تحت مداخله طرحواره درمانی قرار گرفتند میزان تاب‌آوری و توانمندی بالاتری از خود نشان دادند (رهبر کرباس‌دهی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ و یافته‌های پژوهشی (Heilemann et al, 2011) نشان داد طرحواره درمانی بر میزان تاب‌آوری افراد شرکت‌کننده تاثیر معنی‌داری دارد؛ همچنین محمدیان و همکاران که در پژوهش خود بیان نمودند طرحواره درمانی به‌طور مؤثری اضطراب و اجتناب شناختی را کاهش داده و تاب‌آوری را در گروه آزمایش افزایش می‌دهد، همسو و هم‌راستا می‌باشد. در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان داشت زنانی که طرحواره‌های ناسازگار دارند، راهبردهای ناکارآمدی را در هنگام مواجهه با افکار منفی مرتبط با زایمان خود به کار می‌گیرند که موجب تثبیت طرحواره‌هایشان و در نهایت مشکلات بیشتر می‌شود. همچنین با توجه به آن که تاب‌آوری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه منفی دارد، در صورت وجود هریک از طرحواره‌های ناسازگار، تاب‌آوری فرد

و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود (Blöte & Westenberg, 2019).

از آنجایی که گستره وسیعی از رفتارها می‌تواند بر تاب‌آوری زنان مبتلا به توکوفوبیا تاثیر بگذارد، بنابراین، زنان دارای این اختلال به کمک تکنیک‌های طرحواره درمانی توانستند با یادگیری مهارت‌های لازم، تغییر در سبک‌های مقابله‌ای و عوامل تنیدگی‌زا را کنترل کنند و با تغییر در سیستم ارزیابی خود و یادگیری جدید با تمرین در جلسات گروهی و دریافت بازخورد از اعضا بتوانند میزان تاب‌آوری بیشتری از خود نشان دهند. از محدودیت‌های عمده این پژوهش، عدم مقایسه این رویکرد با سایر رویکردهای موجود در افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به توکوفوبیا برای معرفی بهترین رویکرد درمانی می‌باشد. همچنین کلیه مراحل اجرای پژوهش بر عهده پژوهشگران بود، بر این اساس، این احتمال وجود دارد که در پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری سوگیری‌هایی وجود داشته باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود مقایسه بین رویکردهای مختلف در افزایش تاب‌آوری زنان باردار مبتلا به توکوفوبیا با حضور درمانگران و آزمون‌گران غیر همسان صورت پذیرد.

موازین اخلاقی

این مطالعه نیمه تجربی منتج از رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.028 از کمیته محترم اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان (اصفهان) و کد کارآزمایی بالینی IRCT20211229053565N1 می‌باشد که در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد خوراسگان جهت حمایت از طرح و مادران بارداری که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

واژه نامه

- | | |
|-----------------------------|--|
| ۱. ترس از زایمان | 1. Fear of Childbirth |
| ۲. توکوفوبیا | 2. Tokophobia |
| ۳. فرزندآوری | 3. Childbirth phobia |
| ۴. اختلال استرس پس از سانحه | 4. Post traumatic stress disorder (PTSD) |

منابع فارسی

- آزاد منش، حمیرا؛ احدی، حسن و منشی، غلامرضا. (۱۳۹۶). فصلنامه اندازه گیری تربیتی، دوره ۷، شماره ۲۵، ص ۱۸۷-۲۱۱.
https://jem.atu.ac.ir/article_7589.html?lang=en
 رهبر کرباسدهی، فاطمه؛ ابوالقاسمی، عباس؛ رهبر کرباسدهی، ابراهیم. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان شناختی و توانمندی اجتماعی دانش آموزان با نشانه های افسردگی. فصلنامه علمی مطالعات روانشناختی، دوره ۱۵، شماره ۴، ص ۷۳-۹۰.
https://journal.gums.ac.ir/browse.php?a_id=1758&sid=1&slc_lang=en
 شایختی، لیلیا؛ روحانی، کاملا؛ مطبوعی، مهسا و جعفری، نرگس. (۱۳۹۹). توکوفوبیا ترس پاتولوژیک از زایمان: یک مطالعه مرور سیستماتیک. مجله حیات، دوره ۲۶، شماره ۱، ص ۸۴-۱۰۴.
<https://hayat.tums.ac.ir/article-1-3436-en.html>
 قاسمپور، حسین؛ درزی آزادینی، مریم؛ میرزائیان؛ سنگانی، علیرضا، شاکریان، سمیرا. (۱۴۰۱). نشریه آموزش پرستاری، دوره ۱۱، شماره ۴، ص ۱۳-۲۴.
https://jne.ir/browse.php?a_code=A-10-1502-1&sid=1&slc_lang=en
 قوتی، عاطفه؛ آهوان، مسعود؛ شهامت ده سرخ، فاطمه؛ و فروش، مریم. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری. فصلنامه علمی مطالعات روان شناختی، ۱۶(۴): ۲۴-۷.
<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/74636737/1-libre.pdf?>
 هاشمی، لادن؛ و جوکار، بهرام. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین تعالی معنوی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه. مطالعات روانشناسی تربیتی، دوره ۸، شماره ۱۳، ص ۱۲۳-۱۴۲.
https://jep.s.usb.ac.ir/article_712.html?lang=en

فهرست منابع

- Abdolsamad, N., Torabi, A., Amiri, H., Mohseninasab, Z., Bahadori, A. J. Z., & Hoseinirad, M. (2023). Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on stress, resilience, emotion regulation and psychological well-being of cardiovascular patients. *Psychological. Health*, 11(1), 1-13.
- Al-Shagran, H. (2023). The Level of Tokophobia among Married Women Sample. *Jordan Journal of Educational Sciences*, 19(2), 283-283.
- Azad Mensh, H., Ahadi, & Manshai, G. (2016). Educational Measurement Quarterly, 7(25), 187-211. [Persian].

- Connor, K.M., & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC), *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cook, T.D., Campbell, D.T., & Shadish, W. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*, Houghton Mifflin Boston, MA.
- Fassbinder, E., & Arntz, A. (2021). Schema therapy.
- Ghovati, A., Ahovan, M., Shahamat De Sorkh, F. & Farnoosh, M. (2019). The effectiveness of emotional schema therapy on rumination and extreme responsibility in patients with obsessive-compulsive disorder. *Scientific Quarterly of Psychological Studies*, Volume 16, Number 4, pp. 7-24. [Persian]. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/74636737/1-libre.pdf?>
- Grove., K. J. (2017). Security beyond resilience, *Environment and Planning D: Society and Space*, 35(1), 184-194.
- Hashemi, L., Jokar, B. (1390). Investigating the relationship between spiritual excellence and resilience in university students. *Educational Psychology Studies*, 8(13), 123-142. [Persian]. https://jepus.usb.ac.ir/article_712.html?lang=en
- Heilemann, M.V., Pieters, H.C., Kehoe, P., & Yang, Q. (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas, *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(4), 473-80.
- Imakawa C., Nadai, M.N.d., Reis, M., Quintana, S.M., Moises, E.C.D.(2022). Is it Necessary to Evaluate Fear of Childbirth in Pregnant Women? A Scoping Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 44,692-700.
- Ma R., Yang F., Zhang L., Sznajder KK., Zou C., & Jia Y.(2021). Resilience mediates the effect of self-efficacy on symptoms of https://jem.atu.ac.ir/article_7589.html?lang=en
- Barton, Kathryn D., Wilson, R., Sniffen, S., Kelly, P., Leavitt, K., Evans, V., Louis-Jacques, A. (2024). Tokophobia—Extreme Fear of Pregnancy and Birth and Implications for Care. *Jornal of Perinatal Education*, 33(1), 13.
- Bastaits, K., Pasteels, I., & Mortelmans, D. (2018). How do post-divorce paternal and maternal family trajectories relate to adolescents' subjective well-being? *Journal of adolescence*, 64, 98-108.
- Blöte, A.W., & Westenberg, P.M. (2019). The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents, *Journal of adolescence*, 71, 110-8.
- Bornstein, J.X., & Shaffer, A. (2017). Examining trait self-control and communication patterns in romantic couples using the actor-partner interaction model, *Personality and Individual Differences*, 106, 222-5.
- Bortolon, C., Capdevielle, D., Boulenger, J-P., Gely-Nargeot, M-C., & Raffard, S. (2013) Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study, *Psychiatry research*, 209(3), 361-6.
- Calderani, E., Giardinelli, L., Scannerini, S., Arcabasso, S., Compagno, E., & Petraglia, F. (2019). Tocophobia in the DSM-5 era: Outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. *Journal of Psychosomatic research*, 116, 37-43.
- Calvert, F., Smith, E., Brockman, R., & Simpson, S. (2018). Group schema therapy for eating disorders: study protocol, *Journal of eating disorders*, 6(1), 1-7.
- Challacombe, F.L., Nath, S., Trevillion, K., Pawlby, S., & Howard, L.M. (2021). Fear of childbirth during pregnancy: associations with observed mother-infant interactions and perceived bonding. *Archives of women's mental health*, 24(3), 483-92.

- of Nursing Education, Volume 11, Number 4, pp. 13-24. [Persian]. https://jne.ir/browse.php?a_code=A-10-1502-1&sid=1&slc_lang=en
- Rafaeli, E. (2020). Schema therapy, Encyclopedia of Personality and Individual Differences, p. 4559-64.
- Rahbarkarbasdehi, F., Abolghasemi, A., Rahbarkarbasdehi, A. (2018). The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social competence of students with depressive symptoms. Scientific Quarterly Journal of Psychological Studies, Volume 15, Number 4, pp. 73-90. [Persian]. https://journal.gums.ac.ir/browse.php?a_id=1758&sid=1&slc_lang=en
- Remmerswaal, K. C., Cnossen, T. E., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 51(2), 1-6.
- Richens, Y., Smith, D.M., & Lavender, D.T. (2018). Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. Sexual & Reproductive Healthcare, 16,98-112.
- Rúger-Navarrete, A., Vázquez-Lara, J.M., Antúnez-Calvente, I., Rodríguez-Díaz, L., Riesco-González, F.J., & Palomo-Gómez, R. (2023). Antenatal Fear of Childbirth as a Risk Factor for a Bad Childbirth Experience. Healthcare, Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Shabakhti, L., Rohani, K., Matboei, M. & Jafari, N. (2019). Tokophobia, pathological fear of childbirth: a systematic review. Hayat Magazine, Volume 26, Number 1, pp. 84-104. [Persian]. <https://hayat.tums.ac.ir/article-1-3436-en.html>
- Spence, S.H., & Rapee, R.M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An prenatal anxiety among pregnant women: a nationwide smartphone cross-sectional study in China, BMC Pregnancy and Childbirth, 21(1), 430.
- Ma, X., Wang, Y., Hu, H., Tao, X.G., Zhang, Y., & Shi, H. (2019). The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai, Journal of affective disorders, 250, 57-64.
- Mandal, S., Bhadoriya, S.S., Shiva, K., Ahirwar, R.S., Sharma, S., & Kumar, N. (2022). A review on prevalence of tokophobia: Fear of childbirth, diagnosis & its management approaches.
- Martin, R., & Young, J. (2010). Schema therapy, Handbook of cognitive-behavioral therapies, 317.
- Nath, S., Busuulwa, P., Ryan, E.G., Challacombe, F.L., & Howard, L.M. (2020). The characteristics and prevalence of phobias in pregnancy, Midwifery, 82,102590.
- Nunes, R.D., Traebert, E., Seemann, M., & Traebert, J. (2020). Tokophobia Assessment Questionnaire: a new instrument, Brazilian Journal of Psychiatry, 43, 112-4.
- O'Connell, MA., Leahy-Warren, P., Khashan, A.S., Kenny, L.C., O'Neill, S.M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis, Acta obstetrica et gynecologicaScandinavica,96(8),907-20.
- Parkes, M. (2021). Working with older people and complex posttraumatic stress disorder: a review of the field and case study using schema therapy, Clinical Psychologist, 25(2), 187-97.
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda, British Journal of Clinical Psychology, 61(3), 579-97.
- Qasimpour, H., Darzi Azadbani, M., Mirzaian, Sangani, A., Shakarian, S. (2022). Journal

- assessing short-and longer-term effects on psychological well-being, birth and pregnancy experience.
- Van der Zwan, J.E., de Vente, W., Tolvanen, M., Karlsson, H., Buil, J.M., & Koot, H.M. (2017). Longitudinal associations between sleep and anxiety during pregnancy, and the moderating effect of resilience, using parallel process latent growth curve models, *Sleep Medicine*, 40, 63-8.
- Young, J.E, Klosko, J, Weishaar, M.E. (2022) *Schema Therapy: a practitioners guide*. Translated by: Hamidepour H, Andoze Z. 3th ed. Tehran: Arjmand press; 82-92.
- evidence-based model, *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50-67.
- Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M., & Delile, J-M. (2018). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study, *Journal of Substance Use*, 23(2), 199-205.
- Taylor, C.D., & Harper, S.F.(2017). Early maladaptive schema, social functioning and distress in psychosis: A preliminary investigation, *Clinical Psychologist*, 21(2), 135-42.
- Van der Meulen, R., Veringa-Skiba, I., Van Steensel, F., Bögels, S., & De Bruin, E. (2023). Mindfulness-based childbirth and parenting for pregnant women with high fear of childbirth and their partners: outcomes of a randomized controlled trial