

Comparing the effectiveness of meta-cognitive therapy and schema therapy on decrease symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students

Ashoori J^{1*}

1- Department of Psychology, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Received: 17 Nov 2014, Accepted: 7 Jan 2015

Abstract

Background: Meta-cognitive therapy and schema therapy are two important methods in treatment of mental disorders special in treatment of anxiety and depression. This study aimed to compare the effectiveness of meta-cognitive therapy and schema therapy on decrease symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental with a pre-test, post-test and 2 mounts follow-up design. The statistical population included all girl students of nursing and midwifery faculty that referred to counseling center of Islamic Azad University of Mashhad. Totally 60 students with anxiety and depression were selected through available sampling method and randomly assigned to three groups. The experimental groups educated 10 sessions of 70 minutes by meta-cognitive therapy and schema therapy methods. All groups completed the questionnaire of Cattell anxiety and Beck depression. Data was analyzed with using the SPSS-19 software and by multivariate analysis of covariance (MONCOVA) method.

Results: The findings showed in the post-test, schema therapy unlike meta-cognitive therapy significantly led to decrease symptoms of anxiety and depression. But in the follow-up state each two methods of meta-cognitive therapy and schema therapy significantly led to decrease symptoms of anxiety and depression and in the follow-up state, there wasn't any significant difference between two methods($p < 0.05$).

Conclusion: The results showed though the effect of schema therapy appears earlier than meta-cognitive therapy, but there is no significant difference between two treatments in long time Therefore, counselors and therapists can use meta-cognitive therapy and schema therapy for decreasing symptoms of anxiety and depression disorder.

Keywords: Anxiety, Depression, Meta-cognitive therapy, Midwifery, Nurses, Schema

*Corresponding Author:

Address: Department of Psychology, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Email: Jamal_ashoori@yahoo.com

مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی

جمال عاشوری^{۱*}

۱- دکتری روانشناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: «فراشناخت درمانی» و «طرحواره درمانی» دو روش مهم درمان اختلال‌های روانی به ویژه درمان اضطراب و افسردگی هستند. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر دانشکده پرستاری و مامایی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی مشهد بود. در مجموع ۶۰ دانشجوی مبتلا به اضطراب و افسردگی با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش در ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای روش‌های فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی را آموزش دیدند. همه گروه‌ها پرسش‌نامه‌های اضطراب کتل و افسردگی بک را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با روش کوواریانس چند متغیره (مانکووا) تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد در مرحله پس‌آزمون، طرحواره درمانی برخلاف فراشناخت درمانی باعث کاهش معنی‌دار علائم اضطراب و افسردگی شده است. اما در مرحله پی‌گیری هر دو روش طرحواره درمانی و فراشناخت درمانی به طور معنی‌داری باعث کاهش اضطراب و افسردگی شده‌اند و در مرحله پی‌گیری تفاوت معنی‌داری بین دو روش وجود نداشت ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد گرچه تاثیر طرحواره درمانی زودتر از فراشناخت درمانی نمود می‌یابد، اما در بلندمدت تفاوت معنی‌داری میان این دو روش درمانی وجود ندارد. بنابراین مشاوران و درمان‌گران برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی می‌توانند از فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی استفاده کنند.

واژگان کلیدی: اضطراب، افسردگی، درمان فراشناختی، مامایی، پرستاران، طرحواره

*نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روان شناسی

مقدمه

تمام افراد تا حدی اضطراب را تجربه می‌کنند. اضطراب یک پاسخ سازشی در برابر محرک‌ها تلقی می‌شود و نبود آن گاهی انسان را با خطرهای جدی مواجه می‌کند، اما اگر از حد متعادل فراتر رود و تداوم پیدا کند، دیگر نمی‌توان آن را سازش یافته تلقی کرد، بلکه باید آن را به عنوان منشا درماندگی دانست (۱). میزان شیوع اختلال‌های روانی در جوامع در حال صنعتی شدن رو به گسترش است. ایران نیز یکی از این کشورهاست که با این اختلال‌ها، به ویژه اختلال اضطراب درگیر است. میزان اضطراب در جامعه ایران را بین ۷ تا ۱۵ درصد گزارش کرده‌اند، در حالی که این میزان در دانشجویان بین ۱۲ تا ۲۰ درصد می‌باشد. این آمار نشان دهنده اهمیت پرداختن به درمان اضطراب در میان دانشجویان است (۲). بر این اساس در تعریف روان درمانی نیز تغییراتی ایجاد شده است. روان درمانی تنها به معنای حذف نشانه‌های اختلال نیست، بلکه اعتقاد بر این است که روان درمانی باید علاوه بر حذف نشانه‌های اختلال، مراجع را به سطح کارکردی فراتر از کارکرد طبیعی رهنمون شود. کسانی که تحت هر شرایطی و به هر دلیلی از اضطراب و تنیدگی شدید رنج می‌برند، اغلب در سطح پایینی از سازش یافتگی قرار دارند (۳). یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی، اختلال اضطراب فراگیر است که با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل مشخص می‌شود و با نشانه‌های جسمانی همراه است. برخلاف سایر اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر شامل نگرانی مبهم در غیاب اشیاء، محرک‌ها و موقعیت‌های خاص است. ویژگی‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر شامل نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی، دشواری در کنترل نگرانی، فراوانی، شدت و مدت نگرانی فراتر از احتمال وقایع تهدیدزا است (۴).

یکی دیگر از اختلال‌های روانی شایع، افسردگی است. اختلال افسردگی از مهم‌ترین انواع اختلالات خلقی به شمار می‌رود و میزان وقوع آن در طول عمر پانزده درصد

است (۵). ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای است که در ضمن آن خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. هم‌چنین فرد باید دست کم چند نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا وزن، خواب و کارهای روانی - حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، عدم تمرکز در تصمیم‌گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (۶). متوسط سن ابتلا به افسردگی مزمن، بیست سالگی است (۷). با توجه به آنچه گفته شد نیاز بالایی به وجود روش درمانی موثر برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی احساس می‌شود.

یکی از روش‌های درمانی موثر در کاهش علائم اضطراب و افسردگی، فراشناخت درمانی است. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد. فراشناخت‌های غلط به ویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند (۸). یکی از درمان‌های فراشناختی موثر و کوتاه مدت که اخیراً برای اضطراب و افسردگی مطرح شده، درمان فراشناختی ولز (۸، ۹) می‌باشد. برخلاف درمان‌های شناختی، درمان‌های فراشناختی بدون توجه به محتوای اختلال صرفاً بر باورهای فراشناختی تمرکز می‌کنند و برای تعدیل سایر مقوله‌های باورها (مثل مسئولیت‌پذیری افراطی، کمال‌گرایی و غیره) تلاش نمی‌کنند. باورهای اضطراب و افسردگی، پیامد باورهای فراشناختی نابهنجار تلقی می‌شوند (۱۰). در اختلال‌های اضطراب و افسردگی، افراد ممکن است برای جلوگیری از فاجعه، افکار خود را سرکوب نمایند یا سعی کنند به شیوه دیگری فکر کنند. باورهای فراشناختی بیماران به گونه‌ای است که این تصورات خطرناک‌اند و می‌توانند موجب مصیبت شوند. اضطراب و افسردگی در دیدگاه فراشناخت تنها یک پیامد بیمارگونه نیست، بلکه یک شیوه برانگیخته

شده فعال ارزیابی و مقابله با تهدیدی است که توسط باورهای فرد ایجاد شده است (۱۱).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی فراشناخت درمانی در بهبود علائم اضطراب (۱۵-۱۲) و افسردگی (۱۸-۱۶) بوده است. برای مثال در بحث اثربخشی فراشناخت درمانی در بهبود علائم اضطرابی، جانک و همکاران، در پژوهشی با هدف بررسی نقش فرانگری در پیش‌بینی شدت اضطراب، نشان دادند که باور افراد از کنترل ناپذیر بودن اضطراب با شدت اضطراب پاتولوژیک همبستگی مثبت دارد (۱۲). هم‌چنین در بحث اثربخشی فراشناخت درمانی در بهبود افسردگی، هاشمی و همکاران، در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی در افسردگی، به این نتیجه رسیدند که فراشناخت درمانی در مراحل پس از آزمون و پی‌گیری باعث کاهش معنی‌دار افسردگی در گروه آزمایش شده است (۱۷).

نظریه پردازان طرحواره درمانی از روش‌های شناختی، شناختی- رفتاری و سایر روش‌ها انتقاد می‌کنند و معتقدند که راه حل مناسبی را برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی طراحی و تدوین کرده‌اند. در این رویکرد، طرحواره همان الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری است که از خاطره‌ها، هیجان‌ها و شناخت واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تداوم دارند (۱۹). طرحواره درمانی برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مثل اضطراب و افسردگی که به قدر کافی از درمان‌های شناختی یا شناختی - رفتاری کمکی دریافت نمی‌کردند، تدوین گردید. از نظر یانگ، چون طرحواره درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید دارد، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید و این عمل از میزان موفقیت بالایی در کاهش علائم مانند اضطراب و افسردگی و جلوگیری از برگشت آن برخوردار است. درمان شناختی - رفتاری برای شناخت طرحواره از رویکرد بالا به پایین استفاده می‌کند. به عنوان مثال در اختلال‌های اضطرابی از سطح نگرانی شروع می‌کند، سپس

به مفروضه‌های زیربنایی و در نهایت به طرحواره‌ها می‌پردازد، اما در طرحواره درمانی این روند برعکس می‌شود و از پایین به بالاست. به عبارت دیگر، در فرایند طرحواره درمانی مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح طرحواره می‌رود (۲۰). طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامه منظمی را برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند، بر پایه درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده و تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند. طرحواره درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید دارد (۲۱).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود علائم اضطراب (۲۴-۲۲) و افسردگی (۲۸-۲۵) بوده است. برای مثال در بحث اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود اضطراب، کاپرون و همکاران، ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی موجب کاهش حساسیت اضطرابی می‌شود (۲۳). هم‌چنین در بحث اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود افسردگی، رینر و همکاران، در پژوهشی که به بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران افسرده پرداختند، به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار باعث افسردگی می‌شوند و برای کاهش افسردگی می‌توان از طرحواره درمانی استفاده کرد (۲۶).

تعداد دانشجویان به ویژه دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب و افسردگی رو به افزایش است و این اختلال‌ها باعث مشکلاتی در روابط بین فردی و تحصیلی آنها می‌شود، بنابراین این استفاده از روش‌های درمانی برای کمک به این دانشجویان امری ضروری است. هم‌چنین با توجه به مرور پیشینه، هیچ مطالعه‌ای در زمینه بررسی چنین پژوهشی در دانشجویان رشته پرستاری و مامایی صورت نگرفته است. از این رو این پژوهش تلاش می‌کند تا خلا پژوهشی را پر کند. بدین ترتیب موضوع اصلی این پژوهش مقایسه

در این راهبرد افراد توجه خود را از موضوع اضطراب انگیز و افسرده کننده به موضوع دیگری تغییر می‌دادند تا نسبت به موقعیت تهدید آمیز بی تفاوت شوند. در جلسه پنجم استفاده از کلاه قرمز آموزش داده شد. افراد با استفاده از کلاه قرمز احساسات و هیجانات را برای خود بازگو می‌کردند و در عین حال سعی می‌کردند به علت شکل‌گیری این احساس یا نتیجه این احساس فکر نکنند. در جلسه ششم استفاده از کلاه زرد آموزش داده شد. تفکر کلاه زرد مثبت و سازنده بود. کلاه زرد سمبل نور خورشید، روشنایی و خوش بینی است و به عنوان قضاوت مثبت در نظر گرفته می‌شود. در واقع کلاه زرد به این سوال پاسخ می‌دهد که اگر فرض کنیم تمامی موانع برای رفع اضطراب و افسردگی شما برطرف شده باشد، آن‌گاه چه فرصت‌ها، مزایا و توانمندی‌هایی خواهید داشت. در جلسه هفتم استفاده از کلاه سیاه آموزش داده شد. افراد با استفاده از کلاه سیاه یاد گرفتند موانع موجود بر راه رسیدن به هدف را شناسایی کنند. در جلسه هشتم استفاده از کلاه سبز آموزش داده شد. افراد با استفاده از این کلاه یاد گرفتند راه حل جدیدی برای مقابله با موقعیت‌های اضطراب آمیز و افسرده کننده خلق کنند. در جلسه نهم استفاده از کلاه آبی آموزش داده شد. کلاه آبی با هدف مدیریت، نظارت و کنترل دیگر کلاه‌ها به کار می‌رود و موثرترین کلاه و یا موثرترین راهبرد در درمان فراشناختی است. در جلسه دهم یک بار دیگر مطالب مطرح شده در جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین شد (۸، ۹).

محتوای جلسات طرحواره درمانی به شرح زیر است. در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان شد و مشکلات مراجعان در قالب طرحواره درمانی صورت بندی شد. در جلسه دوم شواهد عینی تایید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفت و گو شد. در جلسه سوم تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد

اثر بخشی فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی است. بنابراین هدف کلی این پژوهش مقایسه اثر بخشی فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دختر دانشکده پرستاری و مامایی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد تشکیل می‌داد. در این پژوهش ۶۰ دانشجوی مبتلا به اضطراب و افسردگی در مدت ۵ ماه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه (هر گروه ۲۰ نفر) فراشناخت درمانی، طرحواره درمانی و کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش در ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) روش‌های فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی را آموزش دیدند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد.

محتوای جلسات فراشناخت درمانی بر اساس تلفیق نظریه «شش کلاه تفکر» دبونو، «فراشناخت درمانی» ولز و استفاده از دو راهبرد به تعویق انداختن نگرانی و تغییر توجه به شرح ذیل است. در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف فراشناخت درمانی بیان گردید و مشکلات مراجعان در قالب مدل فراشناخت درمانی صورت بندی شد. در جلسه دوم پس از مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد به مراجعان، استفاده از کلاه سفید به آنان آموزش داده شد. با این راهبرد، افراد به شناسایی نگرانی و نشخواری فکری خود می‌پرداختند، بدون این که آنها را تفسیر کنند. در جلسه سوم راهبرد به تعویق انداختن نگرانی آموزش داده شد. برای به تعویق انداختن نگرانی، افراد خود را مانند دستگاه تلفن همراهشان در حالت سایلنت (سکوت) قرار می‌دادند تا نسبت به موقعیت تهدید آمیز بی تفاوت شوند. در جلسه چهارم راهبرد تغییر توجه آموزش داده شد.

گزارش کرد. در ایران شاهجویی اعتبار کل پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرد (۲۹).

ب) پرسش‌نامه افسردگی بک: این پرسش‌نامه توسط بک طراحی شده است. این ابزار شامل ۲۱ گویه است که هر گویه بر اساس طیف چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. افرادی که بالای نمره‌شان ۳۶ باشد، «مضطرب» محسوب می‌شوند. بک اعتبار کل پرسش‌نامه را براساس روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ گزارش کرد. در ایران پژوهش‌های زیادی اعتبار و روایی این ابزار را تایید کرده‌اند. برای مثال جوکار اعتبار کل پرسش‌نامه را به کمک روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ گزارش کرد (۳۰).

لازم به ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی یعنی شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی جهت توصیف توزیع متغیرها و از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد. هم‌چنین برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان، ۶۰ نفر از دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد بودند که میانگین سنی آنها ۲۱/۶۹ سال بود. در این پژوهش هیچ‌گونه ریزش نمونه و پرسش‌نامه مفقود شده‌ای نداشتیم که علت آن به ترتیب ارتباط مناسب با مراجعان و کنترل دقیق پرسش‌نامه‌ها پس از تکمیل شدن توسط شرکت کنندگان بود. پیش از انجام تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. هم‌چنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنی‌دار نبود، این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها

تاییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد. در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راه‌کارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد. در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفت و گوی خیالی آموزش داده شد. در جلسه ششم تکنیک‌های تجربی مثل تصویر سازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شد. در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد. در جلسه هشتم تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد. در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راه‌کارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد. در جلسه دهم مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور گردید و راه‌کارهای یادگرفته شده تمرین شد (۱۹). البته گروه‌ها پیش از مداخله، پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله، از نظر اضطراب و افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه برخوردار از سلامت جسمی و روانی، دانشجو بودن در رشته پرستاری یا مامایی و نداشتن رخداد تنش‌زا مانند مرگ عزیزان در شش ماه گذشته بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از ۱ جلسه و داشتن اختلال‌های روان‌شناختی هم‌زمان دیگر بود. با رعایت اصل رازداری و گرفتن رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش، از ابزارهای زیر برای اندازه‌گیری اضطراب و افسردگی استفاده شد:

الف) پرسش‌نامه اضطراب کتل: این پرسش‌نامه توسط کتل طراحی شده است. این ابزار شامل ۴۰ گویه سه گزینه‌ای است که بر اساس طیف سه درجه‌ای لیکرت از یک تا سه نمره‌گذاری می‌شود. افرادی که نمره‌شان بالای ۴۵ باشد، «مضطرب» محسوب می‌شوند. کتل اعتبار کل پرسش‌نامه را برطبق روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳

برقرار است. در جدول ۱ شاخص آماری میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد اضطراب و افسردگی گروه‌ها در مراحل آزمون

گروه‌ها	تعداد	اضطراب		افسردگی	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
		M & SD	M & SD	M & SD	M & SD
فراشناخت درمانی	۲۰	۴۸/۷۳±۳/۳۱	۴۶/۹۷±۳/۴۷	۳۴/۰۷±۲/۹۳	۳۹/۶۱±۵/۳۸
طرحواره درمانی	۲۰	۴۸/۶۳±۳/۲۷	۳۷/۲۴±۳/۴۱	۳۵/۶۷±۳/۳۹	۲۴/۷۸±۲/۳۶
کنترل	۲۰	۴۸/۹۸±۳/۰۷	۴۸/۶۳±۳/۱۶	۴۹/۲۱±۳/۳۴	۴۰/۰۷±۵/۶۳

فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل پایین تر است. در جدول ۲ نتایج آزمون چند متغیره با کنترل اثر پیش آزمون برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته ارائه شده است.

طبق نتایج جدول ۱، به نظر می‌رسد میانگین گروه‌ها در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی‌داری ندارد. همچنین نتایج نشان داد در مرحله پس آزمون میانگین اضطراب و افسردگی طرحواره درمانی از سایر گروه‌ها پایین تر و در مرحله پی گیری میانگین اضطراب و افسردگی

جدول ۲. نتایج آزمون چند متغیره

متغیر مستقل	آزمون‌ها	مقدار	F	Sig	مجذور اتا (PES)
روش‌های	اثر پیلایی	۰/۶۸۹	۴/۶۹۴	۰/۰۰۰۵	۰/۲۴۰
درمان	لامبدای ویلکز	۰/۵۸۱	۶/۰۳۹	۰/۰۰۰۵	۰/۲۶۱
	اثر هاتلینگ	۱/۳۷۲	۷/۴۷۶	۰/۰۰۰۵	۰/۳۱۴
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۲۸۹	۲۲/۴۷	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶۷

طبق نتایج جدول ۲، نتایج هر چهار آزمون نشان داد که متغیر مستقل بر متغیر وابسته موثر بوده است. در پژوهش‌ها معمولاً نتایج آزمون لامبدای ویلکز گزارش می‌شود. با توجه به مقدار مجذور اتای آزمون لامبدای ویلکز (۰/۲۴۰) می‌توان تعیین کرد که متغیر مستقل حدود ۲۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. از آنجایی که آزمون چند متغیره معنی‌دار است، می‌توان به ارزیابی جداگانه هر یک از متغیرهای وابسته ادامه داد. نتایج آزمون تک متغیره نشان داد که متغیرهای وابسته اضطراب

معنی‌دار بودند. یعنی حداقل در یکی از مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری، تفاوت معنی‌داری در هر دو متغیر اضطراب و افسردگی میان گروه‌های آزمایش و کنترل وجود دارد. برای تعیین این که در کدام مراحل تفاوت معنی‌دار وجود دارد، از مقایسه زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای اضطراب و افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	گروه	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
اضطراب در مرحله پس‌آزمون	فراشناخت	طرحواره درمانی	۹/۷۳	۳/۳۷۴	۰/۰۰۷°
	درمانی	کنترل	-۱/۶۶	۰/۲۲۴	۰/۴۱۰
اضطراب در مرحله پی‌گیری	فراشناخت	طرحواره درمانی	-۹/۷۳	۳/۳۷۴	۰/۰۰۷°
	درمانی	کنترل	-۱۱/۳۹	۳/۸۷۳	۰/۰۰۸°
افسردگی در مرحله پس‌آزمون	فراشناخت	طرحواره درمانی	-۱/۶	۰/۲۱۹	۰/۵۸۱
	درمانی	کنترل	-۱۵/۱۴	۴/۱۴۲	۰/۰۰۵°
افسردگی در مرحله پی‌گیری	فراشناخت	طرحواره درمانی	۱/۶	۰/۲۱۹	۰/۵۸۱
	درمانی	کنترل	-۱۳/۵۴	۴/۴۲۹	۰/۲۰۶°
افسردگی در مرحله پس‌آزمون	فراشناخت	طرحواره درمانی	۱۴/۰۴	۳/۷۳۱	۰/۰۰۲°
	درمانی	کنترل	-۰/۹۴	۰/۶۱۷	۰/۷۴۹
افسردگی در مرحله پی‌گیری	فراشناخت	طرحواره درمانی	-۱۴/۰۴	۳/۷۳۱	۰/۰۰۲°
	درمانی	کنترل	-۱۴/۹۸	۳/۷۵۱	۰/۰۰۲°
افسردگی در مرحله پس‌آزمون	فراشناخت	طرحواره درمانی	۱/۳۴	۰/۸۳۶	۰/۹۳۴
	درمانی	کنترل	-۱۴/۶۴	۰/۹۸۲	۰/۰۰۵°
افسردگی در مرحله پی‌گیری	فراشناخت	طرحواره درمانی	-۱/۲۴	۰/۸۳۶	۰/۹۳۴
	درمانی	کنترل	-۱۵/۸۸	۳/۸۰۶	۰/۰۰۵°

مآیابی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد انجام شد. نتایج نشان داد در مرحله پی‌گیری میان گروه فراشناخت درمانی و گروه کنترل در اضطراب و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معنی‌داری میان آنها وجود ندارد. هم‌چنین در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری، تفاوت معنی‌داری در زمینه اضطراب و افسردگی میان گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل وجود داشت. علاوه بر آن در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معنی‌داری میان فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی در اضطراب و افسردگی وجود داشت، اما در مرحله پی‌گیری، تفاوت معنی‌داری بین آنها وجود نداشت.

یافته‌ها نشان داد که در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری، تفاوت معنی‌داری میان طرحواره درمانی و گروه کنترل از لحاظ اضطراب و افسردگی وجود داشت که این یافته در زمینه اضطراب با پژوهش‌های (۲۴-۲۲) و در زمینه افسردگی با پژوهش‌های (۲۸-۲۵) هم‌سو بود. برای مثال کاپرون و همکاران، ضمن پژوهشی در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی

طبق نتایج جدول ۳، یافته‌ها نشان داد در مرحله پی‌گیری، تفاوت معنی‌داری میان گروه فراشناخت درمانی و گروه کنترل در زمینه اضطراب و افسردگی وجود دارد، اما در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معنی‌داری میان آنها وجود ندارد. هم‌چنین در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری، تفاوت معنی‌داری میان گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل از لحاظ اضطراب و افسردگی وجود داشت. علاوه بر آن در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معنی‌داری میان فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی در اضطراب و افسردگی وجود داشت، اما در مرحله پی‌گیری تفاوت معنی‌داری میان آنها وجود نداشت.

بحث

اضطراب و افسردگی در بسیاری از کارکردهای شخصی و اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر دانشکده پرستاری و

طرحواره درمانی باعث کاهش اضطراب و افسردگی می‌شوند.

تبیین دیگر برای موفقیت طرحواره درمانی، تکنیک‌های اصلی این رویکرد درمانی است. مثلا هدف تکنیک‌های شناختی به محک گذاشتن صحت و سقم طرحواره‌ها بود. برای این منظور از راهبردهایی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدیدی از شواهد تایید کننده طرحواره‌ها و برقراری گفت و گو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره استفاده شد. برای مثال در راهبرد گفت و گو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، هدف این بود که ذهن مراجع از حالت یک صدایی به حالت چند صدایی تغییر کند و جنبه سالم او تقویت شود. با این تکنیک، مراجع متوجه شد که غیر از صدای طرحواره می‌تواند در ذهنش صدای سالمی را ایجاد کند. هم‌چنین هدف تکنیک تجربی کار روی احساس‌های بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی بود. مراجعان به کمک تکنیک‌های تجربی در سطح عاطفی با طرحواره‌های ناسازگار مبارزه کردند و با استفاده از تصویر سازی ذهنی خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی ابراز نمودند. هنگامی که این تکنیک‌ها فراگرفته شوند، در طول زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرند و وقتی فرد نتیجه آن را می‌بیند، به خود بازخورد مثبت می‌دهد و در نهایت این امر باعث کاهش اضطراب و افسردگی در کوتاه مدت (پس آزمون) و بلند مدت (پی‌گیری) می‌شود.

یافته‌های دیگر نشان داد که فقط در مرحله پی‌گیری، تفاوت معنی‌داری در زمینه اضطراب و افسردگی میان گروه‌های فراشناخت درمانی و کنترل وجود داشت که این نتایج در زمینه اضطراب با پژوهش‌های (۱۵-۱۲) و در زمینه افسردگی با پژوهش‌های (۱۸-۱۶) هم‌سو بود. برای مثال در بحث اثربخشی فراشناخت درمانی در بهبود اضطراب، جانک و همکاران، در پژوهشی با هدف بررسی نقش فرانگری در پیش‌بینی شدت اضطراب، نشان دادند که باور افراد از کنترل ناپذیر بودن اضطراب با شدت اضطراب پاتولوژیک همبستگی مثبت دارد (۱۲). فیشر و ولز، در مطالعه‌ای به صورت موردی، روی ۴ نفر با هدف مقایسه

موجب کاهش حساسیت اضطرابی می‌شود (۲۳). هم‌چنین حمیدپور و همکاران، به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش معنی‌دار علائم اضطرابی می‌گردد (۲۴). علاوه بر آن، رینر و همکاران، در یک پژوهش به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار موجب افسردگی می‌شوند و برای کاهش افسردگی می‌توان از طرحواره درمانی استفاده کرد (۲۶). هم‌چنین حسینی و همکاران، به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش معنی‌دار علائم افسردگی در گروه آزمایش می‌شود (۲۷). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد مضطرب و افسرده علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار - که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است - از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود. تبیین دیگر برای این یافته‌ها، توانایی طرحواره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کند. برای مثال در رابطه درمانی، درمان‌گر تلاش کرد در قالب مرزهای درمان و بدون عدول از اصول اخلاقی، نیازهای ارضا نشده مراجعان را ارضا کند. مثلا درمان‌گر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه‌کننده‌ای که از طرحواره ناسازگار اطاعت می‌کرد کمتر اطاعت کند. برای مثال تکلیفی مبنی بر نوشتن چند انتقاد از درمان‌گر و جلسه درمان به او داده شد. یا مراجعه‌کننده‌ای که طرحواره بزرگ منشی داشت را محدود کردیم، برای مثال اگر خواستار زمان بیشتری بود، با او موافقت شد و هم‌چنین مقدار صحبت کردن او کم شد. در نهایت این مزایای زیاد و کاربردی

در نهایت نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد میان فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. یعنی طرحواره درمانی در مقایسه با فراشناخت درمانی به طور معنی داری باعث کاهش اضطراب و افسردگی شده است. اما در مرحله پی گیری، تفاوت معناداری میان آنها وجود ندارد. در تبیین این یافته می توان به زمان بر بودن اثرگذاری فراشناخت درمانی و آموزش کلاه سبز در جلسات آخر فراشناخت درمانی اشاره کرد. دستاورد این پژوهش این است که فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی تاثیر متفاوتی بر کاهش اضطراب و افسردگی دارند، بدین معنا که برخلاف روش فراشناخت درمانی، طرحواره درمانی در کوتاه مدت باعث کاهش اضطراب و افسردگی می شود، اما در بلند مدت اثر فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی تفاوت معنی داری ندارند. به عبارت دیگر طرحواره درمانی بسیار سریع اثر خود را در کاهش اضطراب و افسردگی نشان می دهد، ولیکن اثر گذاری فراشناخت درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی دیرتر است، با این وجود اما در بلند مدت یعنی در پی گیری دو ماهه هیچ گونه تفاوت معنی داری میان این دو روش وجود ندارد.

هر چند در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی نمونه های مورد آزمایش به گروه های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری های احتمالی کم شود، اما مهم ترین محدودیت این پژوهش، استفاده از روش نمونه گیری در دسترس بود. محدودیت دیگر، محدود شدن نمونه ها به دانشجویان دختر رشته پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد بود. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از روش های نمونه گیری تصادفی استفاده شود. پیشنهاد دیگر این است که این پژوهش در بین دانشجویان پسر، دانشجویان سایر رشته ها و سایر دانشگاه ها انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تاثیر روش طرحواره درمانی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. هم چنین با توجه به معنی دار شدن نتایج در مرحله پی گیری بهتر است پی گیری هایی با فواصل زمانی طولانی تر صورت گیرد تا

نگرانی گروهی که سطح نگرانی بالایی داشته اما مبتلا به اختلال اضطراب نبودند و گروهی از بیماران با همان سطح نگرانی بالا که اختلال اضطراب داشتند، به این نتیجه رسیدند که افراد مضطرب، کنترل نگرانی های خود را دشوار می دانند و انواع باورهای منفی را در مورد نگرانی های خود بیان می کنند (۱۳). هم چنین خرم دل و همکاران، در یک پژوهش نیمه تجربی بر روی ۲۴ دانش آموز کم توان ذهنی که با هدف بررسی اثر درمان فراشناختی ولز بر بیماران مبتلا به اضطراب انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی داری در اضطراب داشت (۱۴). علاوه بر آن در بحث اثربخشی فراشناخت درمانی در بهبود افسردگی، هاشمی و همکاران، در پژوهش خود با هدف بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی در افسردگی به این نتیجه رسیدند که فراشناخت درمانی در مراحل پس آزمون و پی گیری باعث کاهش معنادار افسردگی در گروه آزمایش شده است (۱۷). هم چنین، قرایی، در پژوهش خود با هدف بررسی تاثیر مدل های شناختی و فراشناختی بر بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی به این نتیجه رسید که در مرحله پس آزمون، مدل شناختی برخلاف مدل فراشناختی باعث کاهش معنی دار اضطراب و افسردگی شده است، اما در مرحله پی گیری، مدل فراشناختی بیش از مدل شناختی باعث کاهش اضطراب و افسردگی شده است (۱۸). در تبیین عدم تفاوت معنی دار فراشناخت درمانی و گروه کنترل در مرحله پس آزمون و معنی دار شدن تفاوت فراشناخت درمانی و گروه کنترل در مرحله پی گیری می توان گفت که راه کارهای فراشناخت درمانی به دلیل زمان بر بودن برای اثرگذاری نیاز به زمان بیشتری دارند، بنابر این در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما در مرحله پی گیری تفاوت ها معنی دار شده است. از سوی دیگر باید توجه داشت که آخرین راهکار فراشناخت درمانی یعنی استفاده از کلاه آبی - که کلیدی ترین راه کار نیز محسوب می شود- در آخرین جلسه آموزش داده شده است. به همین دلیل نیاز به مدت زمان بیشتری برای اثرگذاری است.

5. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *Journal of affective disorders*. 2009; 115(1): 112-21.
6. Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*. 2008;110(3):197-206.
7. Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the canadian community health survey: mental health and well-being. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2009;54(6):389-98.
8. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2002.
9. Veeraraghavan V. Metacognitive therapy for anxiety and depression. 2009.
10. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005;19(7):806-17.
11. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004;11(2):137-44.
12. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2003;17(2):181-95.
13. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2008; 39(2):117-32.
14. Khorramdel K, Neshatdoost HT, Molavi H, Amiri SH, Bahrami F. The effect of metacognitive therapy of wells in patient with anxiety. *J Funda Men Heal* 2010; 12(1): 400-409. [Persian]
15. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 9th Ed. New York: Williams & Wilkins; 2003.
16. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, et al.

میزان اثرگذاری نتایج در بلندمدت به طور دقیق‌تر بررسی شود.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد روش‌های فراسناخت درمانی و طرحواره درمانی به عنوان دو روش موثر در کاهش علائم اضطراب و افسردگی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد. بنابراین مشاوران و درمان‌گران می‌توانند برای کاهش اضطراب و افسردگی از روش‌های فراسناخت درمانی و طرحواره درمانی استفاده کنند. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش‌های مذکور می‌توان امیدوار بود که افراد بهتر بتوانند اضطراب و افسردگی خود را کاهش دهند.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه مسئولین و دانشجویان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر است که این طرح با هزینه شخصی صورت گرفته و هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است.

منابع

1. Janbozorgi M. Investigation the effectiveness psychotherapy with and without Islamic religiosity orientation on anxiety and tension. *J Psycho* 2000; 2(4): 343-68. [Persian]
2. Sanaee B, Nasiri N. Investigation effect of cognitive-religious group therapy in decrease depression and anxiety of patient with disorder. *J New & Res Couns* 2007; 8(2): 89-97. [Persian]
3. Aldwin CM, Revenson TA. Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of personality and social psychology*. 1987;53(2):337-48.
4. Bandelow B, Boerner R, Kasper S, Linden M, Wittchen H-U, Möller H-J. The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2013;110(17):300-1.

- Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62:53-8.
17. Hashemi Z, Mahmood Alilou M, Hashemi Nosrat Abadi T. Efficacy of metacognitive treatment in major depression: case study. *J Clin Psycho* 2010; 7(3): 85-97. [Persian]
 18. Gharaee B. Consideration some of cognitive and metacognitive models in patients with anxiety and depression. Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 2004. [Persian]
 19. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practioner's Guide*. New York, NY: Guilford Press; 2003.
 20. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*. 2006; 30(5):571-84.
 21. Young JE. *Young Parenting Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York; 2001.
 22. Hamidpoor H. Comparison the effectiveness of cognitive behavior therapy and schema therapy in treatment women who suffer from generalized anxiety disorder. (Dissertation). Tehran: university of Behzisti sciences and rehabilitation; 2009. [Persian]
 23. Capron DW, Kotov R, Schmidt NB. A cross-cultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. *Psychiatry research*. 2013;205(1):74-8.
 24. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder. *J Psych Clin Psycho* 2011; 16(4): 420-31. [Persian]
 25. Zerehpooosh A. The effectiveness of schema therapy on chronic depression in Isfahan University students. Isfahan: Isfahan University; 2011. [Persian]
 26. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of affective disorders*. 2012; 136(3): 581-90.
 27. Hoseini N, Razavi Nemattollahi V, Hosinifard SM, Hasannejad B. The effectiveness of schema therapy on women with depression. *J Wom & Stu of Fam* 2011; 3(12): 49-64. [Persian]
 28. Zerehpoush A, Neshatdoust HT, Asgari K, Abedi MR, Sadeghi Hosniye AH. The effect of schema therapy on chronic depression in students. *J Beha Sci Res* 2012; 10(4): 285-91. [Persian]
 29. Shahjoe, T. [Investigation relationship anxiety and anxiety test. (Dissertation). Semnan: The University of Semnan; 2006. [Persian]
 30. Jokar M. Investigation of effectiveness of personal counseling, telephonic counseling and book therapy with Beck cognitive method in reduction of depression symptoms at counseling central of Isfahan University. (Dissertation). Isfahan: The University of Isfahan; 2004. [Persian]