

مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی-رفتاری با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل بر نشخوار فکری زنان نابارور افسرده

علیرضا فیلی^۱، احمد برجعلی^۲، فرامرز سهرابی^۳، نورعلی فرخی^۴

^۱دانشگاه پیام نور استان فارس، گروه روانشناسی، ^۲دانشگاه علامه طباطبائی تهران، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی،
^۳دانشگاه علامه طباطبائی تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه سنجش و اندازه‌گیری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۸/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۵

شماره ثبت در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران: IRCT201111027981N1

چکیده

زمینه و هدف: زنان نابارور نسبت به زنان بارور فشار روانی و عواطف منفی بیشتری را تحمل می‌کنند. هدف این پژوهش مقایسه اثر بخشی روش درمان شناختی-رفتاری با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل بر نشخوار فکری زنان نابارور بود.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی از میان زنان نابارور، پس از اجرای آزمون افسردگی بک ۲ و اجرای مصاحبه تشخیصی به وسیله روان‌پزشک، تعداد ۳۰ نفر که افسرده تشخیص داده شدند، به صورت نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده و به طور تصادفی در سه گروه مساوی جایگزین شدند. پس از اجرای مقیاس پاسخ به نشخوار فکری از سه گروه، در دو گروه به عنوان مداخله به ترتیب درمان شناختی-رفتاری (۱۲ جلسه هفتگی) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۸ جلسه هفتگی) اعمال شد، ولی گروه سوم به عنوان کنترل هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرد. پس از پایان دوره و یک ماه بعد از آن نیز همان آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی بنفرونی و تی وابسته تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی قادر به کاهش نشخوار فکری در زنان نابارور بودند. همچنین نتایج حاکی از توانایی بیشتر روش درمان حضور ذهن در پیش‌گیری از عود افسردگی بود.

نتیجه‌گیری: روش‌های درمانی شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل از کارایی لازم برای درمان افسردگی برخوردار هستند، اما درمان حضور ذهن به واسطه عود کمتر ارجحیت بیشتری دارد.

واژه‌های کلیدی: نشخوار فکری، شناختی-رفتاری، حضور ذهن، افسردگی، ناباروری

*نویسنده مسئول: دکتر علیرضا فیلی، شیراز، دانشگاه پیام نور استان فارس، گروه روان‌شناسی

Email: ar_feili@pnu.ac.ir

مقدمه

یکی از موضوعاتی که بخش قابل توجهی از زنان جامعه را با مشکلات مختلفی مواجه می‌سازد ناباروری است. نابارور به زنانی گفته می‌شود که حداقل یک سال از تصمیم آنها برای فرزنددار شدن بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری گذشته باشد، اما فرزنددار نشده و از سوی پزشک متخصص، تشخیص ناباروری داده شود (۱). اگرچه ناباروری خود به عنوان یک معضل اجتماعی قابل توجه است، اما تبعات جسمانی و روانی ناشی از آن نیز ضرورت توجه بیشتر به این قشر از جامعه را گوشزد می‌کند. زنان ناباروری که تحت تأثیر آثار منفی ناباروری افسرده شدند، ممکن است دچار نشخوار فکری ناشی از افسردگی شوند. نشخوار فکری و افسردگی رابطه‌ای متقابل با یکدیگر دارند (۲). در اغلب زنان تحت درمان ناباروری، دریافت پاسخ منفی تست بارداری، موجب تشدید علایم افسردگی می‌شود (۳).

ریپره^(۱) (۱۹۹۷) نشخوار فکری را به عنوان افکار سمج، چرخان و افسرده کننده‌ای که پاسخ به خلق پایین است تعریف می‌کند، به طوری که نقش اساسی در افسردگی دارند (۴).

در زمینه درمان مشکلات روان شناختی مانند؛ افسردگی رویکردهای مختلفی از جمله دارو درمانی، روان درمانی و درمان‌های ترکیبی به کار گرفته شده‌اند. درمان شناختی- رفتاری که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده است، یکی از این رویکردهاست. گرچه سودمندی این روش

در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان مشکلات روانی ارائه شده است. به عنوان مثال؛ درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، تأثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود افسردگی و اضطراب دارد (۵). شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش بینی کننده عود افسردگی است (۶). در پژوهش‌های جدید از این رویکرد هم به شکل ویژه در درمان بیماران افسرده مقاوم به درمان و هم در درمان نشانه‌های باقیمانده افسردگی و هم در درمان بیماران افسرده مزمنی که مقاوم به دارو درمانی بودند استفاده شده است (۷-۹).

هدف اصلی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن آن است که بیمار، از طریق پایش خود آیند^(۲)، از اثرات فعالیت مجدد ذهنیت انجامی آگاهی یابد و از طریق ایجاد و به کارگیری حالت حضور ذهن در ذهنیت بودن بماند و از طریق انجام تمرین‌های مکرر با جهت دهی قصدمندانه توجه به یک شی خنثی مثلاً جریان تنفس به مشاهده افکار و احساسات یا حس‌های بدنی خود بنشینند (۱۰). هدف این پژوهش مقایسه اثر بخشی روش درمان شناختی- رفتاری با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل بر نشخوار فکری زنان نابارور بود.

1-Rippre
2-Automatic Pilot

روش بررسی

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبایی تهران و اخذ رضایت کتبی آزمودنی‌ها، بر روی زنان نابارور ارجاع شده از مطب متخصصین زنان، زایمان و ناباروری شهر شیراز انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ تشخیص ناباروری طبق نظر متخصص زنان زایمان و ناباروری، گذشت حداقل یک سال از تشخیص ناباروری آنان، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دریافت تشخیص افسردگی براساس مصاحبه تشخیصی به وسیله روان پزشک و آزمون افسردگی بک ۲، برخورداری از سطح تحصیلات حداقل سوم راهنمایی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ سابقه بارداری قبل از دریافت تشخیص ناباروری و استفاده از درمان‌های روان شناختی یا دارو درمانی برای مشکلات روحی و داشتن بیماری جسمی دیگری غیر از ناباروری بودند.

نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا برای کسانی که در مورد آنان ناباروری تشخیص داده شده بود، فرم مشخصات فردی تکمیل شد و ملاک‌های ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفت. سپس از افراد واجد شرایط، آزمون افسردگی بک ۲ گرفته شد و افرادی که نمره افسردگی آنان ۲۰ به بالا بود به وسیله روان پزشک مصاحبه شدند و ۳۰ نفر که بر اساس ملاک‌های تشخیصی^(۱) DSM IV

افسرده تشخیص داده شدند در پژوهش شرکت نمودند. آزمودنی‌های به تصادف در سه گروه ۱۰ نفری (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. در این مرحله از همه گروه‌ها آزمون پاسخ به نشخوار فکری^(۲) گرفته شد. سپس برای یکی از گروه‌های آزمایش، روش درمان شناختی- رفتاری طی ۱۲ جلسه هفتگی ۲ ساعته برگزار شد (۱۱). در این دوره چهار راهبرد عمده مد نظر بود که عبارت از؛ راهبردهای شناختی (دو جلسه تکنیک‌های توجه‌گردانی و شمارش افکار)، راهبردهای رفتاری (طی سه جلسه آموزش بازنگری فعالیت‌ها، لذت و احساس تسلط، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و تکالیف مرحله به مرحله)، طی سه جلسه، راهبردهای شناختی رفتاری شامل؛ تشخیص افکار خود آیند منفی، مورد سؤال قرار دادن افکار خود آیند منفی و آزمایش‌های رفتاری و طی چهار جلسه، راهبردهای پیش‌گیری شامل؛ تشخیص فرض‌ها، چالش با فرض‌ها، استفاده از برگشت‌ها و آمادگی برای آینده بودند.

برای گروه مداخله دوم، روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن طی ۸ جلسه هفتگی ۲ ساعته برگزار شد. مراحل اجرای روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر اساس روش درمانی که در کتب مرجع آمده است، اعمال شد (۱۲). در این مدت برای گروه کنترل هیچ روش درمان روان شناختی اعمال نشد.

1-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV
2- Ruminative Response Scale

پس از اعمال متغیر مستقل، همه آزمودنی‌ها در گروه‌های مداخله و کنترل با مقیاس پاسخ به نشخوار فکری مورد سنجش قرار گرفتند تا تأثیر هر یک از روش‌های درمان بر نشخوار فکری آنها مشخص شود. هر گروه نیز یک ماه پس از اجرای آزمایش مجدداً به وسیله آزمون فوق مورد سنجش قرار گرفته و نتایج حاصله با نتایج پیشین مقایسه شد تا میزان عود مشکل در آزمودنی‌ها یک ماه پس از درمان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

در این پژوهش از پرسشنامه افسردگی بک ۲ و مقیاس پاسخ به نشخوار فکری، استفاده شد. مقیاس پاسخ به نشخوار فکری، یک مقیاس ۲۲ گویه‌ای است که بر اساس مقیاس ۴ نمره‌ای لیکرتی گرایش افراد را به نشخوار فکری در پاسخ به خلق افسرده می‌سنجد. در این آزمون دامنه نمره‌ها از ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد. پاسخ‌هایی که در پرسشنامه برای نشخوار فکری گنجانده شده‌اند متمرکز بر چهار حوزه؛ متمرکز بر خود، متمرکز بر نشانه‌ها، متمرکز بر عواقب و دلایل بالقوه این گونه وضعیت‌های خلقی می‌باشند. پاسخ‌های رفتاری روایی آن در نمونه خارجی به شیوه باز آزمایی ۰/۸ به دست آمده است. این پرسشنامه به وسیله فتی (۲۰۰۳) در ایران ترجمه شده و لطفی‌نیا و همکاران (۲۰۰۷) ضرایب پایایی آن را با اجرا بر روی ۵۴ نفر دانشجوی با فاصله زمانی سه هفته ۰/۸۲ محاسبه نمودند (۱۳). ضریب پایایی این آزمون برای پژوهش حاضر در مرحله اول ۰/۹۴۵ و در باز آزمایی پس از دو هفته ۰/۹۳۹ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک ۲ شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه مانند ویرایش اول از ۲۱ ماده تشکیل شده است و در جمعیت ۱۳ سال به بالا قابل اجرا می‌باشد. همه سؤالات براساس مقیاس لیکرت (۳-۰) نمره گذاری شده است و نمره کل فرد از طریق جمع کردن تمامی پرسش‌ها در دامنه‌ای بین ۰-۶۳ قرار می‌گیرد. دابسون و محمدخانی (۲۰۰۵) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش نمودند (۱۴). برای انجام این پژوهش نیز، آزمون مجدداً بر روی تعدادی از دانشجویان دانشگاه پیام نور شیراز انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۹۱ به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس^(۱)، آزمون تعقیبی بنفرونی^(۲) و آزمون تی وابسته^(۳) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج حاصله کنترل میانگین نمرات پیش‌آزمون نشخوار فکری در گروه کنترل ۵۶/۲، در

1-Covariance
2-Bonferroni Test
3-Independent -T test

گروه درمان شناختی رفتاری ۵۵/۶ و در گروه درمان حضور ذهن ۵۶/۱ بود، در حالی که این نمرات در پس آزمون به ترتیب: ۵۶/۵، ۳۳/۲ و ۲۸/۸ بود که نشان دهنده کاهش میزان نشخوار فکری در دو گروه مداخله پس از اعمال متغیر مستقل است. بررسی نمرات پیگیری نیز بیان کننده وجود فاصله بین نمرات گروه‌های مداخله با گروه کنترل بود، گرچه در هر دو گروه کمی افزایش وجود داشت (جدول ۱).

بررسی نتایج تحلیل کوواریانس پس آزمون، پس از کنترل نمرات پیش آزمون حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین نمرات نشخوار فکری گروه‌ها پس از اعمال متغیر مستقل بود ($F=28/25$ و $p=0/001$). به منظور تعیین این که تفاوت به دست آمده در کدام گروه‌ها معنی‌دار بود، آزمون تعقیبی بنفرونی محاسبه شد. محاسبه این آزمون نیز تفاوت نمرات پس آزمون هر دو گروه مداخله با کنترل را با اطمینان بیش از ۹۹ درصد تأیید کرد ($p=0/001$)، اما تفاوتی بین نمرات پس آزمون روش‌های شناختی رفتاری- با شناختی مبتنی بر حضور ذهن مشاهده نشد ($p=0/71$).

تحلیل کوواریانس در مرحله پیگیری، پس از کنترل نمرات پیش آزمون حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین نمرات نشخوار فکری گروه‌های مداخله و کنترل در این مرحله بود. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی

نیز بیان کننده وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های مداخله و کنترل در مرحله پیگیری بود ($F=28/25$ ، $p=0/001$)، اما تفاوت معنی‌داری بین گروه حضور ذهن با شناختی- رفتاری مشاهده نشد ($p=0/14$). برای مقایسه میانگین‌های پس آزمون با پیگیری گروه‌های آزمایش، آزمون تی وابسته محاسبه شد. تحلیل نتایج تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس آزمون با نمرات پیگیری در گروهی که روش حضور ذهن برای آنها به کار رفته بود را نشان داد ($p=0/4$)، اما مقایسه میانگین‌ها در گروهی که آموزش شناختی رفتاری را دریافت کرده بودند، نشانگر تفاوت معنی‌دار بین نمرات پس آزمون با پیگیری بود ($p=0/3$).

بحث

با این که گروه عمده‌ای از افراد جوامع مختلف را زنان نابارور تشکیل می‌دهند، اما تاکنون تحقیقات بسیار محدودی در زمینه نشخوار فکری در زنان نابارور انجام شده است (۱۵). هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی- رفتاری با روش شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر نشخوار فکری زنان نابارور بود.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی در گروه‌های مطالعه شده

متغیر	گروه	کنترل	مداخله شناختی- رفتاری	مداخله حضور ذهن
نشخواری فکری پیش آزمون	۵۶/۲±۵/۲۲	۵۵/۶±۵/۸۵	۵۶/۱±۷/۱۷	
نشخواری فکری پس آزمون	۵۶/۵±۷/۷۸	۳۳/۲±۱۰/۴۴	۲۸/۸±۱۰/۴۹	
نشخواری فکری پیگیری	۵۶/۹±۵/۰۹	۳۷/۳±۱۱/۳۰	۲۹/۲±۱۱/۳۱	
سطح معنی‌داری	>0/05	<0/05	<0/05	

روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن کارآیی بیشتری برای ارتقاء سلامت روانی این گروه از افراد جامعه داشته باشد. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های دیگر با دوره‌های پی‌گیری بلندمدت‌تر انجام شوند و چون امکان استفاده از روش‌های درمانی به کار برده شده در این پژوهش برای افراد مختلفی که دچار افسردگی یا درگیر نشخوار فکری می‌باشند وجود دارد، این مقایسه در گروه‌های مختلف انجام گردد.

تقدیر و تشکر

از همکاری فاطمه هاشمی که به عنوان کارشناس ارشد روان شناسی در تمامی مراحل اجرای این پژوهش، محقق را یاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد هر دو روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و روش درمان شناختی- رفتاری قادرند از میزان نشخوار فکری زنان نابارور بکاهند. آزرگون و همکاران (۲۰۰۹) و ابوالقاسمی و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقات خود به همین نتیجه دست یافته‌اند (۱۶ و ۱۷)، اما با وجود برابری نسبی این روش‌ها در بازدهی درمانی، گروهی از محققین از جمله کاویانی و همکاران (۲۰۰۵) همچنان معتقدند که روش درمان حضور ذهن به دلیل آموزش کنترل توجه از ظرفیت بیشتری برای درمان و پیشگیری از عود برخوردار است (۱۸). گرچه میزان عود در هیچ یک از دو روش درمان به میزانی نبود که تفاوت آنها با گروه کنترل معنی‌دار شود، اما میزان عود در گروهی که روش درمان شناختی رفتاری در مورد آنها به کار برده شده بود، نسبت به گروه دیگر بیشتر بود. این موضوع با یافته ابوالقاسمی و همکاران (۲۰۰۸) هم‌سوئی دارد (۱۷).

نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه گرفت، به این دلیل که روش شناختی مبتنی بر حضور ذهن کارآیی بیشتری در پیش‌گیری از عود داشته است، برای مقابله با این مشکل مناسب‌تر است. از طرف دیگر، شاید اگر مدت پی‌گیری طولانی‌تر باشد، تفاوت‌ها بیشتر خود را نشان دهند. با توجه به آنچه ارایه شد به نظر می‌رسد که استفاده از

REFERENCES:

1. Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Abedinia N, Bagheri Yazdi SA. Studing psychological disorder incidence in fertile & infertile Women. Daneshvar (Raftar) Shahed University 2008; 34: 63-71.
2. Roibinson SM, Alloy LB. Negative inferential style and stress- reactive rumination: interactive risk factors in the etiology of depression. Cognitive therapy and Research 2003; 27: 275- 91.
3. Volgston H, Skoog S, Vanberg A, Ekselius Lundkvist O. Sundstom poeomaa. Risk factor for psychiatric disorder infertile women and men undergoing in vitro fertilhization treatment. Fertil Steril 2010; 93(4): 1088-99.
4. Rippere V. What s the think to do when your s feeling depressed? a pilot study. Behaviors Research and Therapy 1997; 15:158-91.
5. Papageorgio C, Wells A. Depressive rumination: nature, theory and tereatmen chichester. 5th ed. UK: Wiley; 2004; 187-215.
6. Crane R. Mindfulness based cognitive therapy. 1st ed. New York: Rout ledge press; 2009; 35.
7. Kenny M, Williams GM. Treatment ersistant depressed patient show a good response to mindfulness based cognitive therapy. Behavior Research and Therapy 2007; 45: 617 –25.
8. FinucaneA, Mercer S. An exploratory mixed method study of the acceptability and effectiveness of MBCT for patient with active depression and anxiety. BMC psychiatry 2006; 6: 50- 61.
9. Barnhofer T, Crain C, Hargus E, Amarasingh M, Williams M. Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. Behavior Research And Therapy 2009; 82: 1101-8.
10. Khanipoor H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of patient with major depressive disorder with one past episode. MD.tesis: Allameh Tabatabaie Univ; 2010.
11. Ghasemzadeh H., Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems—A Practical Guide. Howton K(editors). 8st ed. Tehran Arjmand press; 2004: 231-70.
12. MohammadKHani 'P. Guidance for mindfulness based cognitive therapy. Segal d, Teasdale JD(editors). 1st ed. Tehran: Faradid; 2004; 170-280.
13. Lotfinia Ali. Comparsion of problem solving method in depression student with rumination response and distraction. Dissertation for PHD in clinical psychology, Institut of psychiatry, 2007.
14. Dabson K, Mohammadkhani P. Beck-2 depression questionnaire for individual affected by major depression. Journal Of 2005; 29: 83-8.
15. Isa Alfaraj MA, Spada A. Positive beliefs about rumination in depressed and non- depressed pregnant women : a preliminary investigation. Journal of Reproductive and Lnfant Psychology 2008; 27(1): 54-60.
16. Azargoon H, kajbaf MB, Mowlavi H, Abedi MR. Effectiveness of mindfulness on ruminationredtioin of esfahan's university's students. Daneshvar (Raftar) Shahed University 2009;16: 13-20, 34.
17. Abolghasemi A, Gholami H, Narimani M, Ganji M. Efficacy of beck cognitive therapy and teasdale mindfulness-based cognitive therapy in reduction of depressive beliefs dysthymic patient. Psychological Research 2008;11(1& 2): 11-26.
18. Kaviani H, Javaheri F, Boheirae H. effectiveness of minedfulness – based cognitive therapy on negative auto matic thoughts. coppartion of rumination in patient affected by major depression disorder, obsessive compulsive disorder Advances in Cognitive Science; 2005;1: 49-85.

The Comparative efficacy of Cognitive – Behavior Therapy and Teasdale Mindfulness-Based Cognitive Therapy of Infertile Depressed Women's Rumination

Feili AR^{1*}, Borjali A¹, Sohrabi F², Farrokhi N³

¹Department of Psychology, Payamnoor University, Fars, Iran, ²Department of Psychology, School of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran, ³Department of Education, Evaluation & Phallic, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran

Received: 16 Nov 2011

Accepted: 04 Feb 2012

Abstract

Background & Aim: Research suggested that infertile women are subjected to more stress and negative emotions in comparison with fertile ones. This study aimed at comparing the effectiveness of cognitive behavior therapy (CBT) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in depressed infertile women.

Methods: In this semi-experimental study which was conducted in 2011, 'Beck-2' depression test and psychiatric interview was applied for infertile women referred to gynecologists in Shiraz, Iran. Thirty individuals were randomly selected and classified into three groups (two experimental and one control group). After applying rumination scale for the experimental groups, the cognitive behavior therapy (CBT) group experienced a 12 weekly sessions therapy period, whilst the mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) group experienced an eight week session therapy period. The control group did not experience any treatment. In addition to the pre-test, two other tests were performed at the termination of treatment and one month after it.

Results: The covariance and post hoc Bonferroni test suggested that both methods can reduce the rumination rate in infertile women ($p \leq 0.0001$), but T-dependent test suggested that MBCT is more effective ($P = 0.03$, $t = 2.49$).

Conclusion: Although both methods were found to be effective, but MBCT is more preferred due to lower regression rate.

Keywords: Rumination, Mindfulness, Cognitive- Behavior, Depression, Infertility

Corresponding Author: Feili AR, Department of Psychology, Payamnoor University, Fars, Iran
Email: ar_feili@pnu.ac.ir