Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 215-226
DOI: 10.22070/cpap.2026.20635.1731

Research Article

Effectiveness of Integrative Body-Mind-Spirituality (IBMS) Intervention on Quality of Life, Psychological Distress, and Intolerance of Uncertainty in Women with Polycystic Ovary Syndrome

Authors

Arzoo Ghasemkhanloo [1], Ali Eissazadegan [2*], Esmail Soleimani [3]

1. PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. psy.arezoo@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. (Corresponding Author)

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. soleymani.psy@gmail.com

Abstract

Receive Date: 30/06/2025

Accept Date: 05/01/2026

Introduction: There is a bidirectional relationship between polycystic ovary syndrome (PCOS) and psychological factors, which exacerbates psychological, physical, and spiritual symptoms. Given that PCOS manifests with physical, psychological, and spiritual symptoms, integrated treatment approaches are essential. This study examines the effectiveness of an integrated body-rational-meaning intervention on quality of life, psychological distress, and intolerance of uncertainty in women with PCOS.

Method: The present study employed a semi-experimental design with pre-test and post-test assessments. The target population consisted of patients with polycystic ovary syndrome, from which 40 individuals were selected and randomly assigned to experimental and control groups. After completing the pre-test, the intervention group participated in eight individual sessions of body-integrity therapy, each lasting 45 minutes. Follow-up assessments were conducted immediately after the intervention and again one month later. Data were collected using the Quality of Life Questionnaire, Psychological System Questionnaire, and the Intolerance of Uncertainty Questionnaire. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) in SPSS version 22.

Results: The between-group analysis of variance revealed significant improvements in the experimental group compared to the control group. Quality of life showed a significant effect ($p < 0.001$; $F_{1,\ 38} = 317.75$) with an eta coefficient of 92 percent. Intolerance of uncertainty also improved significantly ($p < 0.001$; $F_{1,\ 38} = 45.77$) with an eta coefficient of 77 percent. Anxiety decreased significantly ($p < 0.001$; $F_{1,\ 38} = 34.73$) with an eta coefficient of 55 percent. Depression showed significant improvement ($p < 0.001$; $F_{1,\ 38} = 62.11$) with an eta coefficient of 68 percent, and stress was significantly reduced ($p < 0.001$; $F_{1,\ 38} = 63.24$) with an eta coefficient of 69 percent. These results indicate the effectiveness of the integrative treatment.

Discussion and conclusion: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a multifaceted disorder. The present study demonstrated that psychological symptoms associated with PCOS can be significantly alleviated through psychotherapy. These findings underscore the importance of incorporating such interventions into standard PCOS treatment protocols as a complement to conventional medical therapies.

Keywords

Quality of life, Psychological distress, Ambiguity, Awareness, Psychotherapy, PCOS

Corresponding Author's E-mail

a.essazade@gmail.com

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 215-226

Extended Abstract

Introduction

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of the most common endocrine disorders affecting women, with a prevalence ranging from 5 to 20 percent. It is a leading cause of infertility, primarily due to impaired ovulation. According to the Rotterdam criteria, a diagnosis of PCOS requires the presence of at least two of the following three features: ovulatory dysfunction, elevated androgen levels (such as testosterone), and the presence of multiple ovarian cysts observed via ultrasound. Beyond fertility issues, PCOS is associated with a variety of other symptoms, including excessive hair growth (hirsutism), acne, obesity, and insulin resistance, all of which can significantly impact patients' quality of life.

Importantly, PCOS is not only a physical disorder but also profoundly affects women's mental health. Many patients struggle with issues such as anxiety, depression, and, in particular, "intolerance of uncertainty." This psychological state is especially pronounced in women trying to conceive, as uncertainty about the future of treatment and the disease's progression creates chronic stress. This stress can exacerbate hormonal imbalances by increasing cortisol levels and worsening PCOS symptoms. Consequently, a vicious cycle develops between psychological stress and the worsening of physical symptoms, complicating disease management. This bidirectional interaction between the body and mind leads to a significant decline in the health-related quality of life (HRQoL) for these patients.

Common treatments for polycystic ovary syndrome (PCOS) include lifestyle modifications such as diet and exercise, hormonal medications like birth control pills and metformin, and, in some cases, surgery. Although these approaches can be partially effective, they are often insufficient on their own, and many patients continue to experience residual symptoms and psychological challenges. Therefore, there is a growing need for complementary and holistic treatments. One such emerging approach is the Integrated Body-Mind-Spirituality (I-BMS) intervention, which is designed based on the interconnectedness of physical, mental, and spiritual health.

I-BMS is a non-pharmacological treatment approach that combines techniques such as mindfulness, meditation, breathing exercises, and activities designed to enhance psychological resilience. Studies have demonstrated that this approach is effective in improving chronic conditions such as depression, anxiety, diabetes, and heart disease. In the case of PCOS, I-BMS can help patients better manage the physical and psychological challenges of the syndrome by reducing stress, improving hormonal balance, and fostering acceptance of the condition. Additionally, it enhances patients' quality of life by promoting a positive attitude and increasing self-efficacy.

In summary, polycystic ovary syndrome (PCOS) is a multifaceted condition that necessitates comprehensive treatment due to the complex interplay of hormonal, metabolic, and psychological factors. While conventional medical approaches primarily target physical symptoms, psychotherapeutic methods such as Integrative Body-Mind-Spirit (I-BMS) therapy can serve as valuable complements by addressing psychological and spiritual dimensions. Combining these approaches can help disrupt the vicious cycle of stress and symptom exacerbation, ultimately enhancing the quality of life for women with PCOS.

Method

The present study, designed with a practical purpose and implementation method, is a quasi-experimental study employing a pre-test, post-test design with a control group. The statistical population comprises all women with polycystic ovary syndrome (PCOS) who visited health centers in Khoy city during the first half of 1404 (Iranian calendar). From this population, 40 participants were selected using convenience sampling due to accessibility. These 40 individuals were then randomly assigned to two groups of 20: an experimental group receiving treatment based on an integrated body-mind-spiritual intervention, and a control group. Participants were aged between 18 and 40 years and met the following inclusion and exclusion criteria. Inclusion criteria were: 1) confirmed diagnosis of PCOS; 2) willingness and informed consent to participate; and 3) no psychological interventions received in the past six months. Exclusion criteria included: 1) absence from more than two sessions; 2) unwillingness to cooperate or continue interventions; and 3) use of psychiatric or psychotropic medications. After obtaining ethical approval, in collaboration with gynecologists and the Infertility Center of Khoy Faculty of Medical Sciences, the treatment program was explained to eligible women. Those willing to participate were screened according to the inclusion and exclusion criteria, resulting in the selection of approximately 40 women. Participants were then randomly assigned to the two groups, and informed consent was obtained before administering pre-tests. Weekly individual therapy sessions of 45 minutes were conducted for the experimental group at the counseling center. The control group was placed on a waiting list to receive the intervention later. Upon completion of the therapy sessions, post-tests were administered to both groups, followed by a one-month follow-up. After the follow-up, the control group also received the treatment. Data were collected, and after accounting for sample attrition, entered into SPSS software for analysis. Descriptive statistics such as means and standard deviations, as well as analysis of covariance (ANCOVA), were performed. The instruments used in this study included the integrative body-mind-spirituality intervention package, the Psychological Distress Scale, the Intolerance of Uncertainty Scale, and the Health-Related Quality of Life Scale. The treatment program consisted of eight sessions incorporating exercises targeting physical, psychological, and spiritual health, as proposed by Chan et al. in 2006.

Results

This study was conducted with two independent groups using a pre-test and post-test design, including a control

group, and featured a one-month follow-up period. Demographic analysis revealed that the mean age of the experimental group was 27.15 ± 4.42 years, while the control group had a mean age of 25.60 ± 3.13 years, with no significant difference between the groups. Additionally, there were no significant differences between the groups regarding education, marital status, medical history, psychotherapy history, or obesity status.

A comparison of psychological distress indices (anxiety, stress, and depression), intolerance of uncertainty, and quality of life between the two groups showed no significant differences before the intervention in terms of depression, stress, anxiety, intolerance of uncertainty, or quality of life. However, after the intervention and at follow-up, significant differences were observed in these variables ($p < 0.05$).

The results of the mixed within-group and between-group analysis of variance for depression, anxiety, stress, intolerance of uncertainty, and quality of life indicate a significant effect over time. Specifically, there is a decreasing trend in scores for anxiety, depression, stress, intolerance of uncertainty, and quality of life. Additionally, the interaction effect between time and group is significant, demonstrating differences between the two groups across the variables studied. The integrative mind-body-spirituality intervention produced significant changes compared to the control group at all three time points: before the intervention, after the intervention, and at follow-up. These findings highlight the effectiveness of this therapeutic approach.

Conclusion

This study examined the effects of integrated body-mind-spirituality (IBMS) therapy on reducing psychological symptoms—specifically depression, anxiety, and stress—enhancing tolerance to uncertainty, and improving quality of life in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). The findings demonstrated that IBMS produced significant improvements across all variables compared to the control group. Although no directly comparable studies have been conducted on PCOS patients, these results align with findings from similar research in other populations. For instance, Hoffman et al. (2014) reported in a meta-analysis that mindfulness-based interventions significantly reduce symptoms of depression and anxiety. Additionally, Majidzadeh et al. (2020) found that combining cognitive-behavioral therapy (CBT) with breathing exercises led to stress reduction and enhanced quality of life in women with PCOS.

In the context of intolerance of uncertainty, the results of this study align with the research of Carlton et al. (2012), who demonstrated that mindfulness training can increase tolerance of ambiguity. McEvoy et al. (2019) also confirmed that intolerance of uncertainty is a key factor in exacerbating anxiety and depression in chronic patients. These findings suggest that reducing intolerance of uncertainty may be a primary mechanism through which IBMS improves mental health. Additionally, Selajkeh et al. (2023) showed that mindfulness-based treatments can reduce health and fertility-related concerns in women with PCOS.

Although most studies support the effectiveness of integrative treatments, some, such as the Linden study (2022), have reported that spiritually based interventions have limited effects. This discrepancy may be due to variations in sampling or treatment protocols. Yaden (2022) also noted that the effectiveness of these methods may depend on individual beliefs and preferences, underscoring the need to personalize treatment.

IBMS appears to work through several different pathways: 1) reducing physiological stress responses by modulating the HPA axis, 2) improving emotional self-regulation by increasing mindfulness and acceptance, and 3) enhancing a sense of meaning and resilience through spiritual components. This holistic approach may help patients better cope with the challenges of PCOS.

This study has several limitations, including the absence of an active comparison group (such as standard medication or cognitive-behavioral therapy), a short follow-up period of only one month, and a sample limited to women attending specialist clinics, which may restrict the generalizability of the findings. Future research should compare IBMS with other interventions, employ more objective methods to assess physiological effects, and consider individual differences in treatment response.

Despite these limitations, the findings support the efficacy of IBMS as a comprehensive approach to improving mental health and quality of life in women with PCOS. By integrating physical, psychological, and spiritual components, this intervention not only reduces symptoms but also enhances patients' adaptive capacity and resilience. The results of this study provide a foundation for designing multidisciplinary treatment protocols for similar clinical populations and represent an important step toward more comprehensive management of this complex syndrome.

Ethical Considerations

This study is derived from the author's doctoral dissertation in psychology, which has received ethical approval from the Bioethics Committee of Urmia University under the number IR.URMIA.REC.1404.001.

Funding: This research did not receive any financial support.

Conflict of Interest: There are no conflicts of interest among the authors

Acknowledgments: We are extremely grateful to the faculty members of the Department of Psychology at Urmia University, the gynecologists of Khoy city, and all the patients who generously accompanied us in this study.

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»
دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۲۶-۲۱۵
DOI: 10.22070/cpap.2026.20635.1731

مقاله پژوهشی

اثربخشی مداخله یکپارچه‌نگر جسم – ذهن – معنویت (IBMS) بر کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و عدم تحمل بلاتکلیفی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

نویسندگان

آرزو قاسم خانلو [۱]، علی عیسی‌زادگان [۲*]، اسماعیل سلیمانی [۳]

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.
psy.arezoo@gmail.com

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.
soleymani.psy@gmail.com

چکیده

مقدمه: بین سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و مؤلفه‌های روان‌شناختی یک رابطه دوطرفه وجود دارد که منجر به تشدید علایم روان‌شناختی، جسمی و معنویتی می‌شود. باتوجه‌به اینکه سندرم تخمدان پلی‌کیستیک دارای علائم جسمی، روانی، اجتماعی و معنویتی است، درمان یکپارچه‌نگر ذهن – جسم – معنویت، با درگیرکردن سه بعد سلامت، می‌تواند در کاهش علایم روان‌شناختی در این بیماران مفید باشد؛ لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله یکپارچه‌نگر جسم – ذهن – معنویت بر کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و عدم تحمل بلاتکلیفی در زنان مبتلا به PCOS است.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه تجربی با دو گروه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه هدف، بیماران مبتلا به سندرم پلی‌کیستیک که ۴۰ نفر به شکل هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌گذاری شدند. سپس، پس از تکمیل پیش‌آزمون، برای گروه مداخله، ۸ جلسه درمان یکپارچه‌نگر جسم – ذهن – معنویت به صورت انفرادی و به مدت ۴۵ دقیقه اجرا شد. سپس، پس‌آزمون و پس از یک‌ماه، دوره پیگیری انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی، پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی و پرسش‌نامه عدم تحمل بلاتکلیفی گردآوری و در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ وارد شدند و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج تحلیل واریانس بین‌گروهی نشان داد که کیفیت زندگی ($F_{1,38}$=۳۱۷.۷۵؛p<۰.۰۰۱)، با ضریب ایتای ۹۲ درصد)، عدم تحمل بلاتکلیفی ($F_{1,38}$=۴۵.۷۷؛p<۰.۰۰۱)، با ضریب ایتای ۷۷)، اضطراب ($F_{1,38}$=۳۴.۷۳؛p<۰.۰۰۱)، با ضریب ایتای ۵۵ درصد)، افسردگی ($F_{1,38}$=۶۲.۱۱؛p<۰.۰۰۱)، با ضریب ایتای ۶۸ درصد) و استرس ($F_{1,38}$=۶۳.۲۴؛p<۰.۰۰۱)، با ضریب ایتای ۶۹ درصد) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است که نشان‌دهنده اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر است.

بحث و نتیجه‌گیری: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک یک بیماری چند علیتی است. پژوهش حاضر نشان داد که می‌توان مسائل روان‌شناختی را با استفاده رویکردهای روان‌درمانی تا حد زیادی کاهش داد. این یافته‌ها اهمیت ادغام چنین مداخلاتی را در پروتکل‌های استاندارد درمان PCOS به‌عنوان مکملی برای درمان‌های پزشکی مرسوم، برجسته می‌سازد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۴/۰۴/۰۹

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۱۰/۱۵

CC BY NC

کلیدواژه‌ها

کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی، تحمل ابهام، ذهن‌آگاهی، روان‌درمانی، PCOS

پست الکترونیکی نویسنده مسئول

a.essazade@gmail.com

این مقاله از رساله دکترای روان‌شناسی دانشگاه ارومیه نویسنده اول است.

مقدمه

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS)، اختلالی غدد درون‌ریز و شایع محسوب می‌شود که ۵ تا ۲۰ درصد از جمعیت زنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد[۱]. PCOS علت اصلی ناباروری زنان به دلیل عدم تخمک‌گذاری بر اساس معیارهای روتردام است[۲]؛ برای تشخیص PCOS، زنان باید دو علامت از سه علامت شامل اختلال تخمک‌گذاری، سطح تستسترون بالا و شکل تخمدان در سونوگرافی را داشته باشند [۳]. نقش تأثیرات روانی اجتماعی در PCOS توسط متخصصانی که با درمان این بیماران سروکار دارند، به‌خوبی شناخته نشده است. ارتباط بین مسائل روان‌شناختی و PCOS یک مسیر دوطرفه هست، ازیک‌طرف PCOS در افراد باسابقه کیفیت زندگی پایین، افسرده، تنش‌دار و مضطرب بیشتر است و از طرف دیگر PCOS با تغییرات هورمونی می‌تواند منجر به مشکلات روان‌شناختی شود [۴].

یکی از اختلالات اضطرابی همبود با PCOS، اختلال اضطراب فراگیر است که با نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی مشخص می‌شود[۵]. نگرانی به‌عنوان فرایندی شناختی، پیش‌بینی خطر و تهدید است [۶]. باتوجه‌به شرایط مزمن این بیماری، حالت بلاتکلیفی برای فرد ایجاد می‌شود که به نوبه خود منجر به افزایش نگرانی و پریشانی روان‌شناختی می‌گردد. عدم تحمل بلاتکلیفی به‌عنوان واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینان تعریف شده است که به‌موجب آن، سوگیری در پردازش اطلاعات، افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش توانایی کنارآمدن رخ می‌دهد [۷]. باتوجه‌به شرایط بیماری PCOS که علت‌شناسی و درمان دقیقی برای آن وجود ندارد، و بیماران مبتلا به PCOS در جهت اقدام به بارداری با این بلاتکلیفی و شک‌وتردید مداوم درگیر هستند. این بلاتکلیفی می‌تواند استرس افراد را افزایش دهد. تداوم استرس می‌تواند عدم تعادل هورمونی را تشدید کند. درنتیجه، علائمی مانند هیرسوتیسم (پرمویی)، آکنه و افزایش وزن تشدید می‌شوند[۸] این حالت، چرخه معیوبی را ایجاد می‌کند که در آن استرس و علائم PCOS به طور متقابل یکدیگر را تقویت می‌کنند و مدیریت این بیماری را پیچیده کرده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را با افت مواجه می‌کند[۹].

این حالت، چرخه معیوبی را ایجاد می‌کند که در آن استرس و علائم PCOS به طور متقابل یکدیگر را تقویت می‌کنند و مدیریت این بیماری را پیچیده کرده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را با افت مواجه می‌کند[۹].

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQoL)، یک مفهوم چندبعدی است که برای توصیف جنبه‌های فیزیکی، هیجانی و اجتماعی بیماری‌های خاص یا درمان آن‌ها استفاده می‌شود[۱۰]. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی شاخصی مفید برای سلامت کلی افراد است؛ چون اطلاعاتی ارزشمندی درباره شرایط جسمانی و روانی افراد و تأثیر این شرایط سلامتی بر کیفیت زندگی است [۱۱] طیف وسیعی از تظاهرات بالینی PCOS، از جمله بی‌نظمی قاعدگی، ناباروری، پرمویی، آکنه و چاقی، همگی منابع مهمی از پریشانی روانی اجتماعی هستند و منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شوند[۱۲]. بر اساس مطالعه‌ای که در ایران انجام شده است، ناباروری یکی از ناراحت‌کننده‌ترین علائم سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در حوزه کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است[۱۳].

هر چند به نظر می‌رسد که نقش عوامل بیوشیمیایی، هورمونی و متابولیکی در افت کیفیت زندگی و سایر مشکلات این بیماران مؤثر است، اما مسائل دیگری مثل تظاهرات روان‌شناختی این بیماری مثل اضطراب، افسردگی، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند منجر به کاهش معنادار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شده که در سلامت جسمانی و روان‌شناختی این افراد تأثیر می‌گذارد[۱۴].

در حال حاضر، درمان‌های پزشکی فقط تا حدی مؤثر هستند. اگرچه، مدیریت PCOS در درجه نخست بر بهبود مدیریت وزن و پایش منظم، ازجمله مداخلات مرتبط با سبک زندگی، مداخلات دارویی و مداخلات جراحی تمرکز دارد[۱۵-۱۷]. بااین‌حال، راهبردهای درمانی موجود محدودیت‌های خاصی دارند. پس یافتن درمان‌های مکمل و جایگزین ضروری است. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که مداخله یکپارچه جسم - ذهن - معنویت (IBMS) که یک رویکرد مداخله‌ای غیردارویی است می‌تواند در بهبود سلامت جسمی و روانی - اجتماعی افراد برای مراجعین مختلف، ازجمله افرادی مبتلا به پسوریازیس، مؤثر باشد[۱۸]. تعداد فزاینده‌ای از مطالعات تجربی، اثرات مثبت مداخلات ذهن - جسم - معنویت را بر مشکلات مختلف ذهنی و جسمی مانند افسردگی[۱۹، ۲۰]، اضطراب [۲۱]، سردرد تنشی[۲۲]، فشارخون بالا[۱۴]، بیماری قلبی[۲۳] و دیابت نوع ۲ [۲۴] را گزارش کرده‌اند.

درمان IBMS به مراجعان کمک می‌کند تا از طریق رنج رشد کنند و تغییر کنند و نقاط قوت و انعطاف‌پذیری خود را در مقابله با استرس افزایش دهند. این درمان بر مفهوم کل‌نگر سلامت تأکید دارد. تحت چارچوب IBMS، اعتقاد بر این است که بهزیستی فیزیکی، روانی - اجتماعی و معنوی به هم مرتبط هستند و نقش مهمی در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی دارند[۲۵] باتوجه‌به مشکلات مختلف بیماران pcos در تمام این حوزه‌ها، یک رویکرد درمانی کل‌نگر قادر به پاسخگویی به این زمینه‌ها است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان یکپارچه جسم - ذهن - معنویت در کاهش علائم در بیماران مبتلا به PCOS است.

روش بررسی

پژوهش حاضر باتوجه به هدف، کاربردی و شیوه اجرا، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان دارای سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خوی در نیمه نخست سال ۱۴۰۴ تشکیل می‌دهند. تشخیص PCOS با توجه به نتایج سونوگرافی و ارزیابی بالینی متخصص زنان بر اساس معیارهای روتردام صورت‌گرفته بود که از بین مراجع‌کنندگان، ۴۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از تهیه فهرست بیماران بر اساس معیارهای ورود و خروج، حدود ۴۰ نفر از زنان در دو گروه آزمایش،۲۰ زن و در گروه کنترل، ۲۰ زن، (مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) با دامنهٔ سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، واجد شرایط ورود به پژوهش و ارزیابی تشخیص داده شدند. پس از کسب کد اخلاق برای اجرای پژوهش، با همکاری متخصصان زنان و مرکز ناباروری دانشکده علوم پزشکی خوی، برنامه‌درمانی برای زنان واجد شرایط بیماری توضیح داده شد و افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، بر اساس معیارهای ورود و خروج ارزیابی شدند. معیارهای ورود شامل: ۱. تشخیص قطعی PCOS؛ ۲. تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و ۳. عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی در ۶ ماه گذشته بود. معیارهای خروج نیز شامل: ۱. غیبت در جلسات به مدت بیش از ۲ جلسه؛ ۲. عدم تمایل به همکاری و ادامه مداخلات و ۳. مصرف قرص‌های روان‌پزشکی و روان‌گردان.

پس از ارزیابی اولیه و کسب رضایت آگاهانه، اعضای نمونه با استفاده از روش تصادفی‌سازی و قرعه‌کشی در دو گروه ۲۰ نفری شامل گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. سپس پیش‌آزمون‌ها برای هر دو گروه اجرا شد. پس از تعیین نهایی اعضای گروه‌ها، مداخله یکپارچه‌نگر جسم ـ ذهن ـ معنویت برای گروه آزمایش به‌صورت هفتگی، در جلسات درمانی هفتگی به مدت ۴۵ دقیقه و به شکل انفرادی در مرکز مشاوره اجرا شد. جلسات توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی و با ۱۰ سال سابقه ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی در مراکز بهداشتی برای گروه آزمایش اجرا گردید همچنین، گروه کنترل در طول این مدت در فهرست انتظار دریافت مداخلات قرار گرفت.

پس از اتمام جلسات درمانی، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و یک پیگیری ۱ماهه اعمال شد و پس از پیگیری یک‌ماهه گروه کنترل نیز وارد درمان شد. در ادامه، بعد از جمع‌آوری داده‌ها و بررسی ریزش نمونه، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS شدند و تحلیل‌های لازم مثل میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش بسته درمانی مداخله یکپارچه‌نگر جسم – ذهن - معنویت، مقیاس پریشانی روان‌شناختی، مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی و

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۲۶-۲۱۵
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 215-226

مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است.

ابزارها

مداخله یکپارچه‌نگر جسم – ذهن - معنویت

این درمان توسط چان و همکاران در سال ۲۰۰۶ م. مطرح شد و یک رویکرد درمانی یکپارچه و کل‌نگر است که ابعاد جسمی، روانی و معنویتی را موردتوجه قرار می‌دهد که شرح جلسات درمانی در جدول زیر آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات برنامه درمانی یکپارچه‌نگر ذهن - جسم – معنویت

جلسه	شرح جلسات	اهداف	تمرین‌ها
اول	در این جلسه، پس از معرفی برنامه و زمان جلسات برگزاری در باره ارتباط جسم - ذهن - معنویت بحث و تبادل نظر خواهد شد و تأثیر مسائل روان‌شناختی و هیجانی بر PCOS توضیح داده می‌شود	آشنایی با روند جلسات، برنامه‌ها و درمان جسم - ذهن - معنویت و آگاهی از ارتباط بدن و ذهن	
دوم	در این جلسه، پس از بررسی وضعیت خلقی هفته گذشته و بررسی تکالیف خانگی از تمرین‌های آرام‌سازی برای کاهش استرس مثل تنفس دیافراگمی و آرام‌سازی عضلانی استفاده می‌شود.	هدف کاهش استرس با استفاده از تکنیک‌های رفتاری در کوتاه‌مدت	تنفس دیافراگمی آرام‌سازی عضلانی
سوم	در این جلسه، پس از بررسی وضعیت خلقی هفته گذشته و بررسی تکالیف خانگی بر نقش‌پذیرش و قدرت پرورش آن، در غلبه بر مشکلات تأکید می‌شود. در این جلسه افکار، هیجانات منفی به روشن و واضح در ذهن نگهداری می‌شود. پرورش پذیر و بخشش در طول تجربه بیماری می‌تواند به فرد کمک‌کننده باشد.	هدف پرورش پذیرش و حذف انتقاد از خود است	تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای پذیرش موقعیت‌های مختلف در زندگی
چهارم	در این جلسه، پس از بررسی وضعیت خلقی هفته گذشته و بررسی تکالیف خانگی نمونه‌های مختلفی و تمرین‌های مختلفی از معنویت مثل مراقبه، معنایابی و هدف‌گذاری و تأثیر آن‌ها بر سلامت جسمی و نقش هیجانات بعد از آن تأکید می‌شود و همچنین بر تغییر معنای بیماری از قربانی به بازمانده تلاش می‌گردد.	هدف آشنایی با مؤلفه معنویت در این رویکرد درمانی و تأثیر معنویت بر سلامت جسمی	انجام تمرین مراقبه به شکل روزانه، ارزش‌ها معنایابی
پنجم	در این جلسه، پس از بررسی وضعیت روان‌شناختی هفته گذشته و تکالیف هفتگی بر نقش هیجانات در سلامت جسمانی و روان‌شناختی پرداخته شده است.	تنظیم هیجانات درک احساسات منفی و تأثیرات آن بر خود و دیگران آگاهی از شرایط وابستگی متقابل عاطفی برای یادگیری ابزارهای مختلف ابراز احساسات	شناسایی و برچسب‌زنی هیجان
ششم	در این جلسه، پس از بررسی وضعیت روان‌شناختی و مرور تکالیف هفته گذشته به نقش شفقت به خود و ابعاد آن در مراقبت جسمی و روان‌شناختی پرداخته خواهد شد و نقش گفتگوی دلسوزانه با خود در احساس آرامش استفاده خواهد شد.	هدف آگاهی از نقش شفقت به خود در افزایش سلامت روان‌شناختی	تمرین نامه دلسوزانه به خویشتن
هفتم	در این جلسه، پس از بررسی وضعیت روان‌شناختی و مرور تکالیف هفته گذشته به ادامه نقش شفقت به خود و چطور شفقت به خود می‌تواند در این مسیر درمان به او کمک کند بحث و گفتگو می‌شود و ابعاد آن مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.	هدف این جلسه بهشیاری با استفاده از شفقت به خود است و انتقادات از خود کمتر شود. این بهشیاری می‌تواند فرد را برای چالش‌های این مسیر کمک کند.	استفاده از دفتر خاطرات شفقت به خود و استفاده از استراحت مشفقانه
هشتم	در این جلسه، پس از بررسی وضعیت روان‌شناختی و مرور تکالیف هفته گذشته به مؤلفه قدردانی از خود و دیگران پرداخته می‌شود و نقاط قوت و ضعف شخصی و خانوادگی فرد شناسایی و بر تمرکز بر نقاط قوت تأکید می‌شود	هدف شناسایی نقاط قوت و ضعف و خودآگاهی به آن‌ها است تا در پذیرش شرایط کمک‌کننده باشد.	تمرین شناسایی نقاط قوت و ضعف

مقیاس پریشانی روان‌شناختی

پرسش‌نامه استرس - اضطراب - افسردگی (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵م.) جهت سنجش استرس - اضطراب - افسردگی ساخته شده و دارای ۲۱ پرسش است. پرسش‌نامه DASS-21 شامل ۳ مؤلفه است که هر یک از خرده‌های مقیاس‌های آن شامل ۷ پرسش است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات پرسش‌های مربوط به آن به دست می‌آید. شیوه نمره‌گذاری آن به این صورت است که برای هر پرسش از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) در نظر گرفته می‌شود. سپس، مجموع نمره هر یک از خرده مقیاس بین صفر تا ۲۱ در نظر گرفته می‌شود. روایی این پرسش‌نامه ۰/۷۷ و پایایی آن برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۸۹، اضطراب، ۰/۸۴، استرس ۰/۸۲ و برای نمره کلی ۰/۸۳ به دست آمده است. به طور کلی نمرات افراد در افسردگی، استرس و اضطراب در ۵ دامنه عادی، خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید قرار دارد برای افسردگی در دامنه عادی ۰-۹؛ خفیف ۱۰-۱۳؛ متوسط ۱۴-۲۰؛ شدید ۲۱-۲۷ و بسیار شدید ۲۸ است؛ برای اضطراب در دامنه عادی ۰-۷؛ خفیف ۸-۹؛ متوسط ۱۴-۱۰؛ شدید ۱۵-۱۹ و بسیار شدید ۲۰ است، و برای استرس در دامنه عادی ۰-۱۴؛ خفیف ۱۵-۱۸؛ متوسط ۱۹-۲۵؛ شدید ۲۶-۳۲۰ و بسیار شدید ۳۳ است[۲۶].

مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی

پرسش‌نامه عدم تحمل بلاتکلیفی توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴م.) طراحی شده است تا میزان تحمل افراد در موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی را ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه دارای داری ۲۷ گویه است که براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت، از ۱ (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا، نشان‌دهنده عدم تحمل بلاتکلیفی بیشتر است. جملات این پرسش‌نامه، نوع واکنش افراد در برابر بلاتکلیفی‌های زندگی را توضیح می‌دهد. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه نگرانی ۰/۶۰ و با افسردگی ۰/۵۹ است. ضریب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای این مقیاس ۰/۹۴ گزارش‌شده است. در نسخه فارسی پایایی بازآزمایی ۰/۷۶ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ به دست آمده است[۷۲].

مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۳۶ (ویر و شربون، ۱۹۹۲) از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر زیرمقیاس شامل ۲ تا ۱۰ گویه است. هشت زیرمقیاس این پرسش‌نامه شامل عملکرد جسمی، ۱۰ گویه (PF)، اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی، ۴ گویه (RP)، اختلال نقش به‌خاطر هیجانی، ۳ گویه (RE)، انرژی/خستگی، ۴ گویه (EF)، بهزیستی هیجانی، ۵ گویه(EW)، کارکرد اجتماعی، ۲ گویه (SF)، درد، ۲ گویه (P) و سلامت عمومی، ۵ گویه (GH) است. از ادغام این زیر مقیاس‌ها، دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید.

به‌طورکلی، این پرسش‌نامه دارای ۱۱ ماده است که برخی ماده‌ها، مانند ماده ۳ دارای ۱۰ گویه، ماده ۴ دارای ۴ گویه، ماده ۵ دارای ۳ گویه، ماده ۹ دارای گویه و ماده ۱۱ دارای ۴ گویه است و سایر ماده‌ها صرفاً یک گویه دارند در نمره‌گذاری، ماده‌های ۱، ۲، ۶، ۸، ۱۰ و۱۱ دارای نمره‌گذاری ۵ لیکرتی هستند، ماده‌های ۷ و ۹ دارای نمره‌گذاری ۶ لیکرتی، ماده‌های ۴ و ۵ دوگزینه‌ای و ماده ۳ به شکل ۳ لیکرتی نمره‌گذاری می‌شوند. در این پرسش‌نامه، نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر و برعکس است. نمره‌گذاری این مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ است. پایایی این پرسش‌نامه در نسخه فارسی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ قرار دارد و روایی همگرا بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ به‌دست‌آمده است[۲۸].

نتایج

این پژوهش در دو گروه مستقل به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و با یک دوره پیگیری یک ماهه انجام شد. نتایج جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی گروه آزمایش ۴/۴۲ ± ۲۷/۱۵ و میانگین سنی گروه کنترل ۳/۱۳ ± ۲۵/۶۰ است که از نظر سنی تفاوت معناداری وبین دو گروه جود نداشت. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سنی، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه درمانی، سابقه روان‌درمانی و وضعیت چاقی تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول شماره ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (n=۴۰)

گروه	زیر گروه	آزمایش	کنترل	X^2	P
سن		۲۷/۱۵ ± ۴/۴۲	۲۵/۶۰ ± ۳/۱۳		
تحصیلات	دیپلم	۷	۵	۲/۳۷	۰/۳۱
	کارشناسی	۱۱	۱۲		
	بالاتر از کارشناسی	۲	۳		
وضعیت تأهل	مجرد	۵	۶	۱/۲۴	۰/۲۹
	متأهل	۱۵	۱۴		
سابقه درمان	دارم	۱۵	۱۶	۱/۴۲	۰/۳۱
	ندارم	۵	۴		
سابقه روان‌درمانی	دارم	۴	۶	۱/۷۸	۰/۲۱
	ندارم	۱۶	۱۴		
وضعیتی چاقی (BMI>25)	دارم	۹	۷	۰/۳۷	۰/۵۴

جدول ۳. مقایسه شاخص‌های افسردگی، اضطراب، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و سری‌های زمانی

متغیرها	مرحله	کنترل میانگین± انحراف معیار	آزمایش میانگین± انحراف معیار	آماره T	مقدار p
افسردگی	قبل از مداخله	۱۷/۴۵ ± ۲/۶۵	۱۶/۲۰ ± ۱/۸۲	-۱/۷۴	۰/۰۹
	بعد از مداخله	۱۷ ± ۲/۵۳	۹/۳۵ ± ۱/۱۸	-۱۲/۲۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۷/۴۰ ± ۲/۷۲	۱۰/۱۵ ± ۲/۱۳	-۹/۳۷	۰/۰۰۱
اضطراب	قبل از مداخله	۱۶/۰۵ ± ۲/۵۲	۱۵/۱۵ ± ۲/۰۳	-۱/۲۴	۰/۲۲
	بعد از مداخله	۱۴/۹۵ ± ۲/۲۸	۱۰/۲۰ ± ۱/۰۱	-۸/۵۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۵/۶۵ ± ۲/۳۰	۹/۸۰ ± ۱/۷۹	-۸/۹۷	۰/۰۰۱
استرس	قبل از مداخله	۱۶/۰۱ ± ۱/۶۵	۱۴/۳۰ ± ۴/۹۸	-۱/۴۵	۰/۱۷
	بعد از مداخله	۱۵/۰۱ ± ۱/۷۷	۱۰/۱۰ ± ۱/۴۵	-۹/۷۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۶/۰۱ ± ۱/۶۵	۱۰/۲۵ ± ۱/۱۶	-۱۲/۷۱	۰/۰۰۱
عدم تحمل بلاتکلیفی	قبل از مداخله	۷۵/۵۵ ± ۶/۴۶	۷۴/۴۰ ± ۸/۵۲	-۰/۴۸	۰/۶۳
	بعد از مداخله	۷۲/۰۵ ± ۷/۰۱	۴۹/۱۵ ± ۵/۵۴	-۱۱/۴۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷۴/۲۵ ± ۶/۷۲	۵۲/۲۵ ± ۵/۳۶	-۱۱/۴۵	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	قبل از مداخله	۱۱۰/۴۰ ± ۳/۵۴	۱۰۸/۸۰ ± ۳/۷۶	-۱/۳۸	۰/۱۷
	بعد از مداخله	۱۰۴/۸۵ ± ۶/۹۰	۸۲/۳۰ ± ۴/۸۹	-۱۱/۹۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۰۳/۱۰ ± ۶/۱۶	۶۷/۳۵ ± ۵/۲۱	-۱۹/۸۰	۰/۰۰۱

مقایسه شاخص‌های پریشانی روان‌شناختی (اضطراب، استرس و افسردگی)، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی به تفکیک گروهی در جدول ۳ گزارش شده است. بر اساس نتایج، تفاوت معناداری بین دو گروه قبل از مداخله از نظر افسردگی، استرس، اضطراب، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی مشاهده نشده است. ولی پس از مداخله و در پیگیری متغیرهای مورد اشاره تفاوت معناداری مشاهد شد. ($p<۰/۰۵$).

داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر دو طرفه (Two-way Repeated Measures ANOVA) با یک عامل بین‌گروهی (گروه: آزمایش و کنترل) و یک عامل درون‌گروهی (زمان: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای ۵ متغیر وابسته شامل افسردگی، اضطراب، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی تحلیل شدند. نتایج آزمون M باکس نشان داد که مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس - کوواریانس برای اکثر متغیرها برقرار بود. همچنین، مفروضه کرویت با آزمون ماخلی بررسی شد و نتایج آزمون MBOX و آزمون Mauchlys w در جدول ۳ گزارش شده است.

نتایج تحلیل واریانس درون‌گروهی - بین‌گروهی مختلط متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی در جدول ۵ نشان داده شده است. نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که با گذشت زمان در وضعیت اضطراب، افسردگی، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی اثر معناداری مشاهده شده است که نشان‌دهنده روند کاهشی نمرات در متغیرهای مربوطه بوده است. اثر تعاملی زمان - گروه نیز معنادار است و نشان می‌دهد که بین دو گروه به لحاظ متغیرهای مورد مطالعه تفاوت وجود دارد و مداخله یکپارچه‌نگر ذهن - جسم - معنویت توانسته است، تفاوت با گروه کنترل و نیز سه رشته زمانی قبل از مداخله، پس از مداخله و پیگیری ایجاد نماید که مبین اثربخشی این رویکرد درمانی است.

جدول ۴. نتایج آزمون M_{BOX} و Mauchlys w

نام متغیر	$Mbox_{1,38}$	P	Mauchlys w	P
افسردگی	۹۰/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۰/۱۲
اضطراب	۳۷/۵۴	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۸۱
استرس	۲۵/۵۷	۰/۰۱	۰/۶۶	۰/۰۰۰
عدم تحمل بلاتکلیفی	۴۱/۸۱	۰/۰۸	۰/۶۲	۰/۰۶
کیفیت زندگی	۱۳/۱۷	۰/۴۳	۰/۸۸	۰/۰۲۵

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس درون‌گروهی و بین‌گروهی متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی

متغیر	تأثیرات درون گروهی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	ضریب اتا
افسردگی	زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)	۴۲۹/۴۱	۱	۴۲۹/۴۱	۳۱۰/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	اثر تعاملی زمان و گروه (کنترل و آزمایش	۲۱۲/۲۷	۲	۱۰۶/۱۳	۷۶/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۷۳
	خطا (زمان)	۷۸/۸۲	۳۸	۲/۰۸			
	اثر گروه	۱۰۶۴/۴۸	۲	۵۳۲/۲۴	۶۲/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۶۸
اضطراب	زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)	۴۰۴/۴۱	۱	۴۰۴/۴۱	۱۴۰/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۷۱
	اثر تعاملی زمان و گروه (کنترل و آزمایش	۱۶۵/۰۲	۲	۸۲/۵۱	۲۷/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۴۷
	خطا (زمان)	۱۶۸/۰۷	۳۸	۴/۴۲			
	اثر گروه	۴۷۶/۹۳	۲	۲۳۸/۴۷	۳۴/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۵۵
استرس	زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)	۲۲۴/۱۳	۱	۲۲۴/۱۳		۰/۰۰۰	۰/۴۴
	اثر تعاملی زمان و گروه (کنترل و آزمایش	۱۱۲/۱۲	۲	۵۶/۰۶	۴۵/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۲۹
	خطا (زمان)	۲۸۱/۷۵	۳۸	۷/۴۱	۱۱/۳۴		
	اثر گروه	۶۹۱/۶۸	۲	۳۴۵/۸۴	۶۳/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۶۹
عدم تحمل بلاتکلیفی	زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)	۵۵۰۸/۰۷	۱	۵۵۰۸/۰۷	۴۶۴/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۸۹
	اثر تعاملی زمان و گروه (کنترل و آزمایش	۲۳۷۳/۴۵	۲	۱۱۸۶/۸۲	۱۰۰/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۷۸
	خطا (زمان)	۶۷۵/۹۷	۳۸	۱۷/۷۹			
	اثر گروه	۱۰۴۱/۴۸	۲	۵۲۰/۷۴	۴۵/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۷۷
کیفیت زندگی	زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)	۲۶۸۵۰/۲۱	۱	۲۶۸۵۰/۲۱	۱۴۱۳/۷۲	۰/۰۰۰	۰/۹۶
	اثر تعاملی زمان و گروه (کنترل و آزمایش	۷۶۷۳/۷۲	۲	۳۸۳۶/۸۶	۲۰۲/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۸۷
	خطا (زمان)	۱۰۸۲/۵۷	۳۸	۲۸/۴۹			
	اثر گروه	۱۶۳۰۰/۳۱	۲	۸۱۵۰/۱۶	۳۱۷/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۹۲

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۲۶-۲۱۵
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 215-226

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی اثربخشی درمان یکپارچه‌نگری جسم - ذهن - معنویت (IBMS) بر کاهش علائم پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس)، عدم تحمل بلاتکلیفی و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) پرداخته است. یافته‌ها نشان داد که این مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، بهبودی معناداری در تمامی متغیرهای مورد بررسی ایجاد کرده است. مطالعات همسوی مستقیمی در زمینه تأثیر درمان یکپارچه‌نگر بر مؤلفه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک وجود ندارد؛ با این حال، برخی مطالعات همسو در این زمینه صورت گرفته است. مطالعه حاضر با یافته‌های تحقیقاتی که بر تأثیر مثبت درمان‌های یکپارچه‌نگر بر سلامت روان تأکید داشته‌اند، همخوانی دارد. به‌عنوان‌مثال، هافمن[1] و همکاران[۲۹] در فراتحلیلی نشان دادند که مداخلات ذهن‌آگاهی‌محور به طور معناداری علائم افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهند. همچنین، مجیدزاده و همکاران[۳۰]، در مطالعه‌ای روی زنان مبتلا به PCOS دریافتند که ترکیب درمان‌های شناختی - رفتاری (CBT) و تمرین‌های تنفسی به کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شود. همچنین، این نتایج با پژوهش‌های پیشین که بر تأثیر مثبت درمان‌های یکپارچه‌نگر بر سلامت روان و کیفیت زندگی تأکید داشته‌اند، همسو است[۳۱]. این یافته‌ها از این ایده حمایت می‌کنند که رویکردهای چندبعدی (مانند IBMS) می‌توانند مؤثرتر از مداخلات تک‌بعدی عمل کنند.

تأثیرگذاری این رویکرد بر پریشانی روان‌شناختی را می‌توان با استفاده از سه مؤلفه ذهن‌آگاهی، پذیرش و معنویت تبیین کرد، تمرین‌های ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از قضاوت و واکنش‌های خودکار به علائم جسمانی و افکار منفی فاصله بگیرند. این امر منجر به کاهش نشخوار فکری و نگرانی می‌شود که از عوامل کلیدی در تداوم افسردگی و اضطراب هستند. هایز و همکاران (۲۰۱۱م.) در چارچوب نظریه چارچوب‌های منطقی نشان دادند که ذهن‌آگاهی با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پاسخ به استرس را بهبود می‌بخشد[۳۲] ازسوی‌دیگر، پذیرش به شرکت‌کنندگان یاد می‌دهد تا به‌جای جنگ با شرایط غیر قابل تغییرPCOS ، آن را بپذیرند و انرژی خود را بر مدیریت اثربخش آن متمرکز کنند. این رویکرد به طور مستقیم با مدل‌های پذیرش و تعهد (ACT) همسو است که کاهش اجتناب تجربه‌ای را عامل اصلی بهبود سلامت روان می‌دانند[۳۳]. همچنین، مؤلفه معنویت با تقویت حس معنا و هدفمندی در زندگی، که اغلب تحت‌تأثیر چالش‌های ناباروری و تغییر تصویر بدن در PCOS قرار می‌گیرد، می‌تواند به‌عنوان منبعی قدرتمند برای مقابله عمل کند. مطالعات نشان داده‌اند که معنویت‌ورزی با سطوح پایین‌تر کورتیزول (هورمون استرس) و افزایش احساس امیدواری مرتبط است[۳۴].

در زمینه عدم تحمل بلاتکلیفی، نتایج این مطالعه با کارهای کارلتون[2] و همکاران[۳۵] همسو است؛ آنان نشان دادند آموزش پذیرش و ذهن‌آگاهی می‌تواند تحمل ابهام را افزایش دهد. ازسوی‌دیگر، مک ایووی و همکاران[3] [۳۶]، در پژوهش خود دریافتند که عدم تحمل بلاتکلیفی عاملی کلیدی در تشدید اضطراب و افسردگی در بیماران با شرایط مزمن (مانند PCOS) است؛ بنابراین کاهش این متغیر در مطالعه حاضر می‌تواند یکی از سازوکارهای اصلی تأثیر IBMS بر بهبود سلامت روان باشد. یکی از نمودهای اصلی در عدم تحمل بلاتکلیفی افزایش نگرانی درباره سلامتی و حتی باروری در افراد دارای سندرم تخمدان پلی‌کیستیک است. سلاجقه و همکاران[۳۷] نشان دادند که درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند نگرانی زنان مبتلا به pcos را کاهش دهند که نتایج پژوهش حاضر نیز با آن همسو است.

همچنین، لارا[4] و همکاران[۳۸] نشان دادند که برنامه‌های تمرین مقاومتی بدنی به طور قابل‌توجهی نمرات درد و افسردگی و اضطراب کلی را در زنان PCOS کاهش می‌دهد. استرس و اضطراب معمولاً در زنان مبتلا به PCOS دیده می‌شود. با توجه به نتایج، IBMS می‌تواند این مشکلات ذهنی و روان‌شناختی را در بیماران کاهش دهد که با نتایج استفاناکی[5] و همکاران [۳۹] همسو است؛ آنان

1 . Hofmann

2 . Carleton
3 . McEvoy & Mahoney
4 . Lara
5 . Stefanaki

در برنامه مدیریت استرس ذهن‌آگاهی ۸ هفته‌ای خود دریافتند که از نظر آماری، کاهش معناداری در علائم استرس، افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به PCOS پس از مداخله وجود دارد. این نتیجه با مطالعه مهرآبادی و همکاران (۱۳۹۹) که رابطه مثبت معناداری بین IU و شدت علائم افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به PCOS گزارش کردند، همسو و در واقع مکمل آن است [۴۰] . مداخله حاضر نشان می‌دهد که هدف قراردادن IU می‌تواند یک راهکار مؤثر برای شکستن چرخه معیوب بلاتکلیفی - پریشانی روانی باشد.

مداخله IBMS به طور مستقیم به تمرکز بر لحظه حال می‌پردازد و با قوی‌تر کردن تمرکز بر «اینجا و اکنون» از طریق ذهن‌آگاهی، به زنان کمک می‌کند تا از پیش‌بینی‌های فاجعه‌آمیز درباره آینده نامعلوم فاصله بگیرند. این امر به طور مستقیم تمایل شناختی به تفسیر منفی از بلاتکلیفی را کاهش می‌دهد. همچنین، رویکرد IBMS به شرکت‌کنندگان می‌آموزد که حتی در مواجهه با عدم اطمینان، می‌توانند ارزش‌های خود را دنبال کنند و زندگی پرباری داشته باشند. این انعطاف‌پذیری، نیاز به قطعیت را کاهش می‌دهد. این تبیین با کارهای بوهر و همکاران (۲۰۱۷م) همخوانی دارد، آن‌ها نشان دادند، درمان‌های نسل سوم به طور مؤثری بر عدم تحمل بلاتکلیفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر گذار است[۴۱].

اگرچه اکثر مطالعات از اثربخشی درمان‌های یکپارچه‌نگر حمایت می‌کنند، اما برخی تحقیقات نتایج متفاوتی گزارش داده‌اند. برای مثال، لیندن[1] [۴۲] در مطالعه‌ای روی بیماران با اختلالات اضطرابی دریافت که مداخلات مبتنی بر معنویت تأثیر محدودی بر کاهش علائم روان‌شناختی داشته است. این تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت در نمونه‌گیری (بیماران با تشخیص‌های مختلف) یا تفاوت در پروتکل‌های درمانی باشد؛ زیرا در پژوهش حاضر، علاوه بر معنویت، تکنیک‌های روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی هم بر پروتکل گنجانده شده است. همچنین، یادن[2] [۴۳] در مرور نظام‌مند خود اشاره دارد که برخی از مداخلات یکپارچه‌نگر، به‌ویژه آن‌هایی که مؤلفه‌های معنوی قوی دارند، ممکن است برای همه افراد قابل کاربرد نباشند و اثربخشی آن‌ها به باورها و ترجیحات فردی بستگی دارد. این یافته، لزوم شخصی‌سازی درمان‌های یکپارچه‌نگر را برجسته می‌سازد.

به نظر می‌رسد که IBMS از طریق چند مسیر مختلف بر بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به PCOS تأثیر گذاشته باشد: اولاً I-BMS باکاهش پاسخ‌های استرسی فیزیولوژیک از طریق تمرین‌های تنفسی و آرام‌سازی عضلانی، ممکن است فعالیت‌محور HPA (هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال) را تعدیل کند. همچنین، I-BMS از طریق خودتنظیمی هیجانی و تقویت مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش، به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا پاسخ‌های هیجانی خود را بهتر مدیریت کنند [۴۴]. همان‌طور که در برنامه درمانی مطرح شده یکی از مؤلفه‌های درمان تقویت، معنویت است که با تقویت حس معنا و امیدواری همراه است گنجاندن مؤلفه‌های معنوی، مانند مراقبه‌های معنوی و تمرین‌های شفقت محور است که ممکن است حس هدفمندی و تاب‌آوری را در مواجهه با چالش‌های PCOS افزایش دهند [۴۵].

این مطالعه با برخی محدودیت‌ها نیز همراه بود. نخست، در این پژوهش از گروه‌های مقایسه فعال (مانند گروه دریافت‌کننده دارو درمانی یا CBT استاندارد) استفاده نشد و دوره پیگیری کوتاه‌مدت (یک ماه) نیز امکان بررسی پایداری اثرات مداخله را محدود کرد. همچنین، نمونه‌گیری متمرکز بر جمعیت خاصی از زنان بود که با مراجعه به متخصص زنان،تمایل به شرکت در طرح داشتند؛ بنابراین احتمال سوگیری در نتایج را محتمل می‌سازد و تعمیم‌پذیری نتایج را نیز کاهش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، به مقایسه IBMS با سایر مداخلات روان‌درمانی و پزشکی پرداخته شود؛ از روش‌های عینی‌تر (مانند اندازه‌گیری نشانگرهای التهابی یا هورمونی)، برای ارزیابی تأثیرات فیزیولوژیک استفاده شود و در نهایت، تفاوت‌های فردی در پاسخ به درمان (مانند نقش باورهای معنوی یا ویژگی‌های شخصیتی) مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

باوجود محدودیت‌ها، یافته‌های این مطالعه از کارایی درمان IBMS به‌عنوان یک رویکرد جامع در بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به PCOS حمایت می‌کنند. این مداخله با تلفیق مؤلفه‌های جسمانی، روان‌شناختی و معنوی، نه‌تنها به کاهش علائم روان‌شناختی کمک می‌کند، بلکه به نظر می‌رسد ظرفیت سازگاری و تاب‌آوری افراد را در

1 . Linden
2 . Yaden

مواجهه با چالش‌های مزمن نیز افزایش می‌دهد. این نتایج می‌توانند مبنایی برای طراحی پروتکل‌های درمانی چندرشته‌ای در جمعیت‌های بالینی مشابه فراهم کند.

تقدیر و تشکر

از اعضای هیئت‌علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه ارومیه، متخصصین زنان شهرستان خوی و تمام بیمارانی که در این پژوهشی با سعه صدر ما را همراهی کردند، بی‌نهایت سپاسگزاریم.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکترای نویسنده در رشته روان‌شناسی است که تأییدیه‌های اخلاقی از کمیته اخلاق زیستی دانشگاه ارومیه به شماره IR.URMIA.REC.1404.001 اخذ گردیده است.

منابع

1- Lizneva D, Suturina L, Walker W, Brakta S, Gavrilova-Jordan L, Azziz R. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. Fertility and sterility. 2016; 106(1): 6-15. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27233760/

2- Monzo AM, Prapas N, Karkanaki A. PCOS. Ultrasound Imaging in Reproductive Medicine: Advances in Infertility Work-up, Treatment and ART. 2019: 91-109. https://dokumen.pub/qdownload/ultrasound-imaging-in-reproductive-medicine-advances-in-infertility-work-up-treatment-and-art-2nd-ed-978-3-030-16698-4978-3-030-16699-1.html

3- Perng W, Fitz VW, Salmon K, Hivert M-F, Kazemi M, Rifas-Shiman SL, et al. Prevalence and correlates of diagnosed and probable polycystic ovary syndrome (PCOS) in a cohort of parous women. American Journal of Epidemiology. 2025; 194(1): 114-121. doi:10.1093/aje/kwae179

4- Sun Y, Dong Y, Wang K, Bai J, Chen M, Zheng D, et al. Health related quality of life and psychological parameters in Chinese women first diagnosed with polycystic ovary syndrome: a cross-sectional study. 2023. doi:10.21203/rs.3.rs-2680001/v1

5- Hussain A, Chandel RK, Ganie MA, Dar MA, Rather YH, Wani ZA, et al. Prevalence of psychiatric disorders in patients with a diagnosis of polycystic ovary syndrome in Kashmir. Indian journal of psychological medicine. 2015; 37(1): 66-70. doi:10.4103/0253-7176.150822

6- Baussay A, Di Lodovico L, Poupon D, Doublet M, Ramoz N, Duriez P, et al. The capacity of cognitive tests to detect generalized anxiety disorder (GAD): A pilot study. Journal of psychiatric research. 2024; 174: 94-100. doi:10.1016/j.jpsychires.2024.04.006

7- Gibson B, Rosser BA, Schneider J, Forshaw MJ. The role of uncertainty intolerance in adjusting to long-term physical health conditions: A systematic review. PLoS One. 2023; 18(6): e0286198. doi:10.1371/journal.pone.0286198

8- Rasgon NL, Rao RC, Hwang S, Altshuler LL, Elman S, Zuckerbrow-Miller J, et al. Depression in women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. Journal of affective disorders. 2003; 74(3): 299-304. doi:10.1016/s0165-0327(02)00117-9

9- Dokras A, Sarwer DB, Allison KC, Milman L, Kris-Etherton PM, Kunselman AR, et al. Weight loss and lowering androgens predict improvements in health-related quality of life in women with PCOS. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2016; 101(8):2966-2974. doi:10.1210/jc.2016-1896

10- Chung KC, Muthutantri A, Goldsmith GG, Watts MR, Brown AE, Patrick DL. Symptom impact and health-related quality of life (HRQoL) assessment by cancer stage: a narrative literature review. BMC cancer. 2024; 24(1): 884. doi:10.1186/s12885-024-12612-z

11- Revicki DA, Kleinman L, Cella D. A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry. Dialogues in clinical neuroscience. 2014; 16(2): 127-135. doi:10.31887/dcns.2014.16.2/drevicki

12- AlAhmari L, Alzahrani H, Alzahrani N, AlDhafyan S, Al-Qahtani R, Al-Zaid J, et al. Measures of health-related quality of life in PCOS women: a cross sectional study from Saudi Arabia. European Review for Medical & Pharmacological Sciences. 2024; 28(5): 1913 – 1919. doi:10.26355/eurrev_202403_35605

13- Bazarganipour F, Ziaei S, Montazeri A, Foroozanfard F, Faghihzadeh S. Health-related quality of life and its relationship with clinical symptoms among Iranian patients with polycystic ovarian syndrome. Iranian journal of reproductive medicine. 2013; 11(5): 371. http://ijrm.ir/article-1-426-fa.html. **[In Persian]**

14- Benson H, Rosner BA, Marzetta BR, Klemchuk HM. Decreased blood-pressure in pharmacologically treated hypertensive patients who regularly elicited the relaxation response. Meditation: Routledge; 2017. p. 123-129. doi:10.1016/s0140-6736(74)92596-3

15- Abbasi S, Mashatan N, Farmani E, Khodashenas M, Musazadeh V, Ahrabi SS, et al. The effects of purslane (Portulaca oleracea) on glycemic indices: A GRADE-assessed systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Phytotherapy Research. 2023; 37(1): 5529-5540. doi:10.1002/ptr.7997 .

16- Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Human reproduction. 2018; 33(9): 1602-1618. doi:10.1093/humrep/dey256

17- Musazadeh V, Mohammadi Anilou M, Vajdi M, Karimi A, Sedgh Ahrabi S, Dehghan P. Effects of synbiotics supplementation on anthropometric and lipid profile parameters: Finding from an umbrella meta-analysis. Frontiers in Nutrition. 2023; 10: 1121541. doi:10.3389/fnut.2023.112154 **[In Persian]**

18- Chan CHY, Chan THY, Chan CLW. Translating Daoist concepts into integrative social work practice: an empowerment program for persons with depressive symptoms. Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought. 2014; 33(1): 61-72. doi:10.1080/15426432.2014.873662

19- Chou K-L, Lee PW, Yu E, Macfarlane D, Cheng Y-H, Chan SS, et al. Effect of Tai Chi on depressive symptoms amongst Chinese older patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. International journal of geriatric psychiatry. 2004; 19(11). doi:10.1002/gps.1178

20- Tsai YF, Wong TK, Tsai HH, Ku YC. Self-worth therapy for depressive symptoms in older nursing home residents. Journal of Advanced Nursing. 2008;64(5):488-94. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04804. x.

21- Deckro GR, Ballinger KM, Hoyt M, Wilcher M, Dusek J, Myers P, et al. The evaluation of a mind/body intervention to reduce psychological distress and perceived stress in college students. Journal of American College Health. 2002; 50(6): 281-287. doi:10.1080/07448480209603446

22- Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, Coon JT, Kuyken W, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Journal of psychosomatic research. 2014; 76(5): 341-51. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.02.012

23- Nasr DA, Abdelhamid HM. The efficacy of caudal dexmedetomidine on stress response and postoperative pain in pediatric cardiac surgery. Ann Card Anaesth. 2013;16(2):109-14. doi:10.4103/0971-9784.109744

24- Innes KE, Vincent HK. The influence of yoga-based programs on risk profiles in adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2007; 4(4): 469-86. doi:10.1093/ecam/nel103

25- Fung Y, Lau BHP, Tam MYJ, Xie Q, Chan CL, Chan CH. Protocol for psychosocial interventions based on Integrative Body-Mind-Spirit (IBMS) model for children with eczema and their parent caregivers. Journal of Evidence-Based Social Work. 2019; 16(1): 36-53. doi:10.1080/23761407.2018.1545618

26- Sahebi A, Asghari, Mohammad Javad, and Salari, Razieh Sadat. Validation of the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) for the Iranian population. Developmental Psychology (Iranian Psychologists 2005; 14. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population (iau.ir) **[In Persian]**

27- Taske M, Dazav Emami, Mohammad Hassan, Bakhtiari, Maryam, Jafari, Mehdi. Comparison of intolerance of uncertainty and difficulty in regulating emotions in individuals with body dysmorphic disorder and social anxiety. Health Psychology. 2018; 7(27): 113-20. https://doi.org/10.30473/hpj.2018.36452.3759 **[In Persian]**

28- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of life research. 2005; 14: 875-882. doi:10.1007/s11136-004-1014-5

29- Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. Journal of consulting andclinical psychology. 2014; 82(3): 375. doi:10.1037/a0035491

30- Majidzadeh S, Mirghafourvand M, Farvareshi M, Yavarikia P. The effect of cognitive behavioral therapy on depression and anxiety of women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial. BMC psychiatry. 2023; 23(1): 332. doi:10.1186/s12888-023-04814-9

31- Arentz S, Abbott JA, Smith CA, Bensoussan A. Herbal medicine for the management of polycystic ovary syndrome (PCOS) and associated oligo/amenorrhoea and hyperandrogenism; a review of the laboratory evidence for effects with corroborative clinical findings. BMC Complement Altern Med. 2014; 14: 511. doi:10.1186/1472-6882-14-511 .

32- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013 Jun; 44(2):180-198. https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002.

33- Ruiz, F. J. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. International Journal of Psychology & Psychological Therapy. 2010; 10(1): 125–162. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. (apa.org)

34- Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012 Dec 16; 2012: 278730. https://doi.org/10.5402/2012/278730

35- Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GJ. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. J Anxiety Disord. 2012; 26 (3): 468-479. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.011

36- McEvoy PM, Hyett MP, Shihata S, Price JE, Strachan L. The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2019; 73: 101778. doi:10.1016/j.cpr.2019.101778

37- Salajegheh Z, Ahmadi A, Shahrahmani H, Jahani Y, Alidousti K, Nasiri Amiri F, et al. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) effects on the worries of women with poly cystic ovary syndrome (PCOS). BMC Psychiatry. 2023; 23(1): 185. doi:10.1186/s12888-023-04671-6 **[In Persian].**

38- Lara LA, Ramos FK, Kogure GS, Costa RS, Silva de Sá MF, Ferriani RA, et al. Impact of Physical Resistance Training on the Sexual Function of Women with Polycystic Ovary Syndrome. J Sex Med. 2015;12(7):1584-1590. doi:10.1111/jsm.12909

39- Stefanaki C, Bacopoulou F, Livadas S, Kandaraki A, Karachalios A, Chrousos GP, et al. Impact of a mindfulness stress management program on stress, anxiety, depression and quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial. Stress. 2015; 18(1): 57-66. doi:10.3109/10253890.2014.974030 **[In Persian]**

40- Mehrabadi S, Jahanian Sadatmahalleh S, Kazemnejad A. Association of Depression and Anxiety with Cognitive Function in Patients with Polycystic Ovary Syndrome . J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (147): 159-170. https://www.researchgate.net/publication/324770094_Association_of_depression_and_anxiety_with_cognitive_function_in_patients_with_polycystic_ovary_syndrome **[In Persian].**

41- Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. Behav Res Ther. 2002 Aug;40(8):931-945. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00092-4

42- Linden AVDS-eMtRbSTaDaAiDW. elf-esteem Mediates the Relationship between Sexual Trauma and Depression and Anxiety in Dutch Women 2022. Self-esteem Mediates the Relationship between Sexual Trauma and Depression and Anxiety in Dutch Women (uu.nl)

43- Yaden DB, Batz-Barbarich, C. L., Ng, V., Vaziri, H., Gladstone, J. N., Pawelski, J. O., & Tay, L. . A meta-analysis of religion/spirituality and life satisfaction. Journal of Happiness Studies. 2022; 23(8): 4147-4163. doi:10.1007/s10902-022-00558-7.

44- Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. Clin Psychol Rev. 2009; 29(6): 560-572. doi:10.1016/j.cpr.2009.06.005

45- Wilt JA, Exline, J. J., Grubbs, J. B., Park, C. L., Pargament, K. I., Wilt, J. A., ... & Pargament, K. I. Psychology of Religion and Spirituality. journal of Religion and Spirituality. 2021; 2(14): 231-242. doi:10.1016/j.jrp.2021.104104