

مقایسه‌ی تأثیر درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور شهر اصفهان

پروین جمشیدیان قلعه‌شاهی^۱، اصغر آقایی^{۲*}، محسن گل پرور^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۹/۰۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۱۰/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ناباروری زنان مشکلی است که تقریباً تمامی ابعاد زندگی آن‌ها، را تحت تأثیر قرار می‌دهد و زنان نابارور معمولاً مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. بنابراین این پژوهش باهدف مقایسه‌ی تأثیر درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی با درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور شهر اصفهان انجام شد.

مواد و روش کار: طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی سه گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه بود. ۴۵ زن نابارور مراجعه‌کننده به مرکز باروری و ناباروری اصفهان در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی، درمان پذیرش و تعهد و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف (PWBQ) بود. داده‌ها با تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر، تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون بونفرونی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در پس‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش (مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و پذیرش و تعهد) با گروه کنترل، در بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/01$)، ولی بین گروه مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و گروه پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). در پیگیری، بین گروه مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و گروه کنترل در بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/05$) ولی بین گروه پذیرش و تعهد و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). همچنین در پیگیری بین گروه مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و گروه پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: هر دو درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و پذیرش و تعهد در افزایش بهزیستی روان‌شناختی در دوره‌ی پس از درمان، یعنی در کوتاه‌مدت، مؤثر واقع شدند، به‌طوری‌که با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار داشتند ولی بین دو گروه مداخله تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. در مرحله‌ی پیگیری سه‌ماهه، یعنی در بلندمدت، دستاوردهای مربوط به بهزیستی روان‌شناختی در گروه درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی ادامه یافت، اما در گروه ACT نتایج مربوط به بهزیستی روان‌شناختی حفظ نشد.

کلیدواژه‌ها: درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی، درمان پذیرش و تعهد، بهزیستی روان‌شناختی، زنان نابارور

این مقاله مستخرج از رساله‌ی دکترای تخصصی در رشته‌ی روان‌شناسی است و برای آن تأییدیه‌ی کمیته‌ی اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره‌ی مجوز [IR.MUI.REC.1394.4.123](#) صادر گردیده است. همچنین این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) با کد [IRCT2016022826811N1](#) ثبت شده است.

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره اول، پی‌درپی ۹۰، فروردین ۱۳۹۶، ص ۴۸-۵۷

آدرس مکاتبه: اصفهان، خیابان جی شرقی، ارغوانیه، بلوار دانشگاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان). تلفن: ۰۳۱-۳۵۳۵۴۰۰۱

Email: aghaeipsy@gmail.com

^۱ دانشجوی دکترای رشته‌ی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۲ استاد دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

ناباروری ناتوانی در بارداری پس از ۱۲ ماه مقاربت جنسی منظم، بدون استفاده از روش‌های جلوگیری است (۱). علی‌رغم اینکه زنان و مردان به یک‌میزان در علت ناباروری دخیل هستند، با این حال به دلیل تعصبات اجتماعی، ناباروری یک مشکل زنانه تلقی شده و به همین دلیل زنان معمولاً با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان روبه‌رو می‌شوند (۲). استیگمای^۱ اجتماعی عقیم بودن/نازا بودن^۲، در میان زنان نابارور در تعدادی از کشورها آن‌قدر شدید است که چنین زنانی از نظر اجتماعی منزوی می‌شوند و از فقدان توجه مناسب و شایسته رنج می‌برند (۳) و جنبه‌های بسیاری از زندگی آن‌ها مانند بهزیستی روان‌شناختی، دینی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). از طرفی طی کردن مسیر درمان و تجربه‌ی ناباروری به دلیل وجود برخی مسائل فرهنگی و اجتماعی، نظیر استیگما خوردن فرد نابارور از سوی جامعه و اعمال فشارهای مختلف مالی، شغلی، فردی و جمعی به‌خصوص برای زنان دشوار است (۵) و یکی از شایع‌ترین دلایل قطع درمان ناباروری، بار روانی همراه با آن بوده است (۶). زنان نابارور بعضی پیامدهای روانی مثل آشفتگی روانی، ترس و اضطراب و نگرانی، غم و اندوه و افسردگی را هم به علت ناباروری و هم به دلیل مداخلات درمانی تجربه می‌کنند و پیامدهایی مانند مشغولیت ذهنی، احساس تنهایی، گناه و حسرت را فقط از مشکل باروری گزارش می‌کنند (۷).

پی‌آمدهای منفی ناباروری زنان که در سطوح فردی و اجتماعی خود را نشان می‌دهد باعث شده که پژوهشگران و درمانگران، نسبت به این موضوع حساس باشند و تاکنون مداخلات متعددی با رویکردهای گوناگون، به‌منظور کاهش مشکلات روانی زنان نابارور انجام شده‌اند. در سال‌های اخیر مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر (PPIs)^۳، مورد توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است. روان‌شناسی مثبت‌نگر بر مطالعه‌ی هیجانات و تجارب مثبت تأکید می‌کند و تمرکز روان‌شناسی را از مطالعه‌ی کمبودها و کاستی‌های روان‌شناختی و عملکرد ناسازگار به مطالعه‌ی توانمندی‌های انسان و عملکرد سازگار، معطوف می‌کند (۸). یکی از درمان‌های متفاوت با مداخلات مثبت‌نگر، رویکردهای مبتنی بر پذیرش هستند که باهدف دستیابی به یک تجربه‌ی متعادل، حول محور درگیری در هر تجربه، چه مثبت و چه منفی می‌چرخند، درحالی‌که مداخلات مثبت‌نگر با این فرض که تجارب مثبت اغلب تحت‌الشعاع تجارب منفی قرار می‌گیرند، اغلب به‌طور انحصاری بر تجارب مثبت تأکید می‌کنند (۹). تاکنون تأثیر درمان پذیرش و تعهد (ACT)^۴ در مطالعات بسیاری،

مورد تأیید قرار گرفته است. ولی تعداد پژوهش‌هایی که تأثیر درمان‌های مثبت‌نگر را مورد بررسی قرار داده‌اند، اندک است. علاوه بر مداخلات اندکی که با رویکرد مثبت‌نگر انجام شده‌اند، نگاهی نقادانه به پژوهش‌هایی که در آن‌ها تلاش شده تا با استفاده از درمان‌های روان‌شناختی به زنان نابارور کمک شود تا بر مشکلات مختلف خود غلبه کنند نشان می‌دهد که در اغلب موارد رویکردهای مورد استفاده به تناسب و تطابق فرهنگی و بومی مورد نیاز در درمان که طی سال‌های اخیر توجه جدی به آن شده چندان توجهی نشان نداده‌اند. درحالی‌که ما بیش از هر چیز در دهه‌ی حاضر به درمان‌های تلفیقی و جامع‌نگر نیاز داریم که عناصر بومی ما در آن‌ها قابل تلفیق باشند و روان‌درمانی مثبت‌نگر قابلیت بومی‌سازی و انطباق با ابعاد فرهنگی کشور ما را داراست چراکه در بخش «تعالی معنوی روانی» که مهم‌ترین بخش این درمان است ما کاملاً می‌توانیم آن را منطبق با فرهنگ اسلامی و تعالی معنوی دینی ترسیم کنیم که از جمله بخش‌های مهم و نقاط قوت این روان‌درمانی است (۱۰). به‌طور کلی در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی در همه نوع درمان روان‌شناختی حائز اهمیت است اما به نظر می‌رسد در مورد مداخلات مثبت‌نگر این موضوع دارای اهمیت بیشتری است زیرا مروری کوتاه بر موضوعات مورد مطالعه‌ی روان‌شناسی مثبت نشان می‌دهد که بسیاری از این موضوعات از ابتدای پیدایش دانش بشری مورد توجه بوده‌اند و روان‌شناسی مثبت علم جدیدی است که ریشه‌ی آن به فلسفه، ادبیات و مذهب باز می‌گردد و عمدتاً هر فرهنگی ادبیات و مذهب منحصر به فرد خود را دارد و ریشه‌های تاریخی روان‌شناسی مثبت در عمق گذشته‌های دور و نزدیک ما جای دارد. نتایج این پژوهش می‌تواند علاوه بر فراهم‌سازی بستر برای ادامه‌ی پژوهش در حوزه‌ی مثبت‌نگری ایرانی-اسلامی، مسیر پژوهش و درمان را برای همکاران دیگر هموار سازد. از این‌رو در راستای پُر کردن خلأهای موجود، در پژوهش حاضر سه فرضیه‌ی زیر مورد مطالعه قرار گرفت:

- ۱- بین درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و درمان پذیرش و تعهد بر میزان بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور تفاوت معنی‌دار وجود دارد.
- ۲- بین درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و گروه کنترل بر میزان بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور تفاوت معنی‌دار وجود دارد.
- ۳- بین درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل بر میزان بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

³.Positive Psychology Intervention (PPIs)

⁴.acceptance and commitment therapy (ACT)

¹.Stigma

².being childless

از خواندن هر عبارت، نظر خود را در مورد آن، از بین شش گزینه‌ی کاملاً مخالفم، تا حدودی مخالفم، مخالفم، موافقم، تا حدودی موافقم، و کاملاً موافقم انتخاب کند. نمره دهی از یک تا شش است. ریف برای بررسی روایی ابزار از پرسشنامه‌هایی مانند مقیاس تعادل عاطفی^۹ برادبورن^{۱۰}، رضایت از زندگی^{۱۱} نیوگارتن^{۱۱} و عزت‌نفس^{۱۲} روزنبرگ^{۱۳} استفاده کرد و نتایج همبستگی آزمون با هر یک از مقیاس‌های فوق قابل‌قبول بود (۱۳). در ایران نیز پژوهش‌ها حاکی از اعتبار و پایایی مناسب این مقیاس است، به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای که روی نمونه‌ای ۱۴۵ نفری از دانشجویان انجام شد، ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد. همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد و پرسشنامه‌ی عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد (۱۴). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۹۴ بود.

برای گروه مثبت‌نگر، یازده جلسه‌ی درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی که با استفاده از پژوهش گراند تئوری^{۱۴} تدوین شد بود، به‌صورت متوالی و هفتگی در جلسات گروهی نود دقیقه‌ای ارائه شد. ضریب توافق پنج متخصص درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی برای ساختار، فرآیند، اجزاء، زمان، مهارت‌ها و تمرین‌های بسته‌ی درمانی، ۰/۸۲ درصد بود. عناوین جلسات درمان مثبت‌نگر عبارت بودند از: جلسه‌ی اول: توجیه و آشناسازی، جلسه‌ی دوم: شادی، جلسه‌ی سوم: معنا و هدف، جلسه‌ی چهارم: صبر در دشواری‌ها، جلسه‌ی پنجم: گذشت و بخشش اشتباهات دیگران، جلسه‌ی ششم: شوخ‌طبعی، جلسه‌ی هفتم: شکرگزاری از خدا، جلسه‌ی هشتم: سپاسگزاری از دیگران، جلسه‌ی نهم: امید و خوش‌بینی، جلسه‌ی دهم: مهربانی و کمک بدون چشمداشت، جلسه‌ی یازدهم: مرور و جمع‌بندی مطالب. برای گروه ACT، یازده جلسه‌ی درمان پذیرش و تعهد (۱۵) به‌صورت متوالی و هفتگی در جلسات نود دقیقه‌ای ارائه شد. خلاصه‌ی جلسات ACT عبارت بودند از: جلسه‌ی اول: توجیه و آشناسازی، جلسه‌ی دوم: آشنایی با مفهوم درماندگی خلاق^{۱۵}، استعاره‌ی ببر گرسنه، جلسه‌ی سوم: ادامه‌ی درماندگی خلاق،

مواد و روش کار

طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی سه گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه‌ی آماری^۱ کلیه‌ی زنان نابارور ساکن شهر اصفهان بودند. جمعیت هدف^۲، زنان ناباروری بودند که در بهار ۱۳۹۵ برای درمان ناباروری خود به مرکز باروری و ناباروری اصفهان مراجعه کرده بودند و نمونه‌ی آماری^۳ از بین این زنان نابارور انتخاب شد. تعداد ۴۵ زن نابارور بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند^۴ انتخاب شدند و سپس با انتساب تصادفی^۵ و با استفاده از روش قرعه‌کشی، در سه گروه درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی (n=۱۵)، درمان پذیرش و تعهد (n=۱۵) و کنترل (n=۱۵) جایگزین شدند. ۱۵ نفر حجم نمونه برای هر گروه نه بر اساس فرمول محاسبه‌ی حجم نمونه، بلکه بر اساس توصیه‌ی منابع علمی معتبر (۱۱)، ص ۳۸۶، ص ۱۲ [۱۳] به تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه در پژوهش‌های آزمایشی انتخاب شدند. با در نظر گرفتن ملاک‌های خروج از پژوهش، در حین انجام پژوهش تعداد نهایی نمونه از ۴۵ نفر به ۴۰ نفر کاهش یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از رضایت آگاهانه، دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل، ساکن شهر اصفهان بودن، تحت درمان ناباروری بودن، کسب نمره‌ی متوسط و رو به پایین در پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف ((PWBQ)، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی حداقل دو هفته قبل از شروع درمان، و عدم ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی یا روانی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: دو جلسه غیبت متوالی یا غیرمتوالی، عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین‌های منزل طی سه جلسه‌ی متوالی یا غیرمتوالی و استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی در حین انجام پژوهش.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف ((PWBQ بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف^۷، ساخته شد. این پرسشنامه ۸۴ سؤال دارد. آزمودنی باید پس

9. Bradburn

10. Satisfaction with Life

11. Neugarten

12. self esteem

13. Rozenberg

14. Grounded theory research

15. Creative Hopelessness

1. universe

2. target population

3. sample

4. purposeful Sampling

5. Random assignment

6. Ryff Psychological Well-being Questionnaire (PWBQ)

7. Carol Ryff

8. Affect Balance Scale

نمودند و به جای درج «نام و نام خانوادگی» به هر شرکت‌کننده یک «کد» اختصاص داده شد و اسامی آزمودنی‌ها به همراه کد آن‌ها به صورت محرمانه نزد اجراء‌کننده‌ی پژوهش نگه داشته شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از روش‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، تحلیل واریانس یک راهه و آزمون بونفرونی استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول (۱) میانگین و انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش (مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و پذیرش و تعهد) و گروه کنترل ارائه شده است.

استعاره‌ی جنگ با هیولا، جلسه‌ی چهارم: کنترل مسئله است، استعاره‌ی پلی‌گراف، جلسه‌ی پنجم: کنترل مسئله است، استعاره‌ی دو مقیاس، کلید مبارزه و هیجانات پاک در مقابل ناپاک، جلسه‌ی ششم: کنترل مسئله است، استعاره‌ی کیک شکلاتی، توجه‌آگاهی^۱ با تمرینات تنفس آگاهانه، جلسه‌ی هفتم: گسلش^۲ از افکار و احساسات ناخوشایند، استعاره‌ی اعداد، استعاره‌ی مسافران در اتوبوس، جلسه‌ی هشتم: گسلش، تمایل و پذیرش، استعاره‌ی شیر شیر شیر، تمرین رژه، تمرینات توجه‌آگاهی، جلسه‌ی نهم: گسلش، خود به‌عنوان زمینه، تمرین سنگ قبر، ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها، جلسه‌ی دهم: بررسی ارزش‌ها، خود به‌عنوان زمینه، استعاره‌ی صفحه‌ی شطرنج، استعاره‌ی گدا، تصریح ارزش‌ها و تعهد، جلسه‌ی یازدهم: مرور و جمع‌بندی مطالب.

در تمامی مراحل پژوهش ملاحظات مربوط به رضایت آگاهانه و رازداری رعایت شد. شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را امضاء

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش (مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و پذیرش و تعهد) و

کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری							گروه	متغیر
SD	M	SD	M	SD	M			
۳۴/۵۵	۳۰۱/۶۴	۲۸/۷۳	۳۰۰/۸۶	۲۴/۶۷	۳۰۱/۵۷	کنترل	بهبود بهزیستی روان‌شناختی	
۴۵/۳۷	۳۳۹/۲۳	۲۷/۹۱	۳۴۳/۳۳	۳۰/۲۸	۳۰۱/۳۱	مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی		
۳۴/۶۷	۳۳۸/۵۴	۲۶/۸۶	۳۴۳/۵۴	۲۹/۹۹	۳۰۱/۶۹	پذیرش و تعهد		

پیگیری نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون، افزایش یافته است، در صورتی که چنین تغییری در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل دیده نمی‌شود.

همانطور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود میانگین نمره‌ی بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایش (مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و پذیرش و تعهد) در مراحل پس‌آزمون و

جدول (۲): نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای عامل درون‌گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل عامل درون-

گروهی و عامل بین‌گروهی (گروه کنترل و دو گروه آزمایش) برای بهزیستی روان‌شناختی								نوع تحلیل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی‌داری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
توان آزمون		مجذور سهمی اتا													
۱		۰/۳۱		۱۱۱۲۵	۲	۵۵۶۲/۵	۱۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۱	با رعایت فرض کرویت				
۰/۹۹		۰/۳۱		۱۱۱۲۵	۱/۶۵	۶۷۴۰/۳۶	۱۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹	گرین‌هاوس-گیزر				
۰/۹۹		۰/۳۱		۱۱۱۲۵	۱/۸۱	۶۱۴۲/۸	۱۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹	هاین-فلت				
۰/۹۸		۰/۳۱		۱۱۱۲۵	۱	۱۱۱۲۵	۱۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸	حد پائین				
۰/۹۱		۰/۱۹		۵۶۰۲/۵۶	۴	۱۴۰۰/۶۴	۴/۲۳	۰/۰۰۴	۰/۱۹	۰/۹۱	با رعایت فرض کرویت				
۰/۸۶		۰/۱۹		۵۶۰۲/۵۶	۳/۳	۱۶۹۷/۲۳	۴/۲۳	۰/۰۰۷	۰/۱۹	۰/۸۶	گرین‌هاوس-گیزر				
۰/۸۹		۰/۱۹		۵۶۰۲/۵۶	۳/۶۲	۱۵۴۶/۷۶	۴/۲۳	۰/۰۰۵	۰/۱۹	۰/۸۹	هاین-فلت				
۰/۷۱		۰/۱۹		۵۶۰۲/۵۶	۲	۲۸۰۱/۲۸	۴/۲۳	۰/۰۰۲	۰/۱۹	۰/۷۱	حد پائین				

^۲.defusion

^۱.mindfulness

تحلیل آماری گرین‌هاوس-گیزر ($F=4/23$ ، $df=3/3$ و $p<0/01$) و هاین-فلت ($F=4/23$ ، $df=3/62$ و $p<0/01$) معنی‌دار است. به این معنی که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش (مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و ACT) و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. مجذور سهمی انا برای تعامل آزمون×عضویت گروهی (گروه کنترل و دو گروه آزمایش) برابر با $0/19$ و توان آزمون برابر با $0/86$ و $0/89$ است. این نتیجه نشان می‌دهد که ۱۹ درصد تفاوت بین دو گروه مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و ACT با گروه کنترل در بهزیستی روان‌شناختی مربوط به اعمال متغیر مستقل (مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و ACT) بوده که با $0/86$ و $0/89$ توان تأیید شده است.

با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض کرویت، چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج مبتنی بر تحلیل آماری گرین‌هاوس-گیزر ($F=16/81$ ، $df=1/65$ و $p<0/01$) و هاین-فلت ($F=16/81$ ، $df=1/81$ و $p<0/01$) نشان می‌دهد که در بهزیستی روان‌شناختی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری ($p<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی انا برای عامل آزمون برابر با $0/31$ و توان آزمون برابر با $0/99$ است. این نتیجه نشان می‌دهد که ۳۱ درصد تفاوت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در بهزیستی روان‌شناختی مربوط به اعمال متغیر مستقل (مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و ACT) بوده که با $0/99$ توان تأیید شده است. همچنین در بهزیستی روان‌شناختی تعامل آزمون با گروه (کنترل و دو گروه آزمایش) با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض کرویت، نتایج مبتنی بر

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس یک راهه بر بهزیستی روان‌شناختی بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی‌داری	مجذور سهمی انا	توان آزمون
گروه	۱۰۶۳۴/۳۲	۲	۵۳۱۷/۱۶	۴/۹۲	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۷۷
خطا	۳۹۹۷۳/۷۵	۳۷	۱۰۸۰/۳۷				

واریانس یک‌راهه با $0/77$ توان $0/21$ تفاوت بین گروه‌های آزمایش (مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و ACT) و گروه کنترل را معنی‌دار نشان داده است.

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در بهزیستی روان‌شناختی بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری ($p<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی انا برای عامل گروه برابر با $0/21$ و توان آزمون برابر با $0/77$ است. به این معنی که تحلیل

جدول (۴): نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
تغییرات بهزیستی روان‌شناختی	پس‌آزمون	مثبت‌نگر	کنترل	۴۲/۵۲××	۱۰/۷۳	۰/۰۰۱
		مثبت‌نگر	ACT	-۰/۱۵	۱۰/۹۳	۱
		ACT	کنترل	۴۲/۶۸××	۱۰/۷۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	مثبت‌نگر	کنترل	۳۷/۵۹×	۱۴/۸	۰/۰۴۶
		مثبت‌نگر	ACT	-۰/۶۹	۱۵/۰۷	۱
		ACT	کنترل	۳۶/۸۹	۱۴/۸	۰/۰۵۲

* $p<0/05$ ** $p<0/01$

بهزیستی روان‌شناختی بین گروه مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p<0/05$) ولی در بهزیستی روان‌شناختی بین گروه ACT با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p>0/05$). بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش فرضیه‌ی اول رد و فرضیه‌های دوم و سوم تأیید می‌شود.

چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون، در متغیر بهزیستی روان‌شناختی، بین گروه‌های آزمایش (مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و ACT) با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار است ($p<0/01$)، ولی بین گروه مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی با گروه ACT تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p>0/05$). در مرحله‌ی پیگیری، در

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مقایسه‌ی تأثیر درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی با درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخله در افزایش بهزیستی روان‌شناختی در دوره‌ی پس از درمان، یعنی در کوتاه‌مدت، مؤثر واقع شدند، به طوری که با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار داشتند ولی بین دو گروه مداخله تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. اما در مرحله‌ی پیگیری سه‌ماهه، یعنی در بلندمدت، دستاوردهای مربوط به بهزیستی روان‌شناختی در گروه درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی تا مرحله‌ی پیگیری ادامه یافت ولی در گروه درمان پذیرش و تعهد نتایج مربوط به بهزیستی روان‌شناختی ماندگار نبود.

تأثیر درمان مثبت‌نگر در نمونه‌ها و متغیرهای متعدد تأیید شده است. یکی از اولین درمان‌های مثبت‌نگر روی دانشجویانی که علائم خفیف تا متوسط افسردگی داشتند، اجراء شد و نتایج نشان داد که گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل که تحت درمان نبودند، کاهش بیشتری در علائم افسردگی و افزایش زیادتری در رضایت از زندگی داشتند که تا یک سال بعد هم ماندگار بود (۱۶). همچنین امکان سنجی و استفاده از روان‌شناسی مثبت در بیماران بستری که تمایل به خودکشی داشتند، مورد آزمایش قرار گرفت و نتایج نشان داد که تمرینات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت برای بیماران بستری که احتمال خودکشی در آن‌ها وجود دارد، می‌تواند عملی باشد و به‌لحاظ پیامدهای بالینی دارای فواید کوتاه‌مدت است (۱۷). در مطالعه‌ای دیگر برنامه‌ی آموزش مثبت‌نگر باعث کاهش معنی‌دار افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش معنی‌دار رضایت از زندگی شد (۱۸). همچنین درمان مثبت‌نگر در کاهش افسردگی، افزایش توانمندی‌ها و فضائل منش، افزایش سطح زندگی معنی‌دار، زندگی لذت‌بخش و متعهدانه‌ی افراد مبتلا به سرطان مؤثر بوده است (۱۹). در یک مطالعه‌ی تک آزمودنی نیز روان‌درمانی مثبت‌نگر برای سه فردی که دارای نشانه‌های افسردگی بودند، اجراء شد و نتایج نشان داد که هر سه آزمودنی با شروع مداخله روند کاهشی و رو به بهبودی را در نمرات افسردگی نشان دادند. همچنین هر سه آزمودنی، روند افزایشی و رو به بهبودی را در نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و رضایت از زندگی نشان دادند که این نتایج در پیگیری دو ماهه نیز همچنان باقی ماند (۲۰).

تأثیر درمان پذیرش و تعهد نیز در مطالعات متعدد تأیید شده است؛ به‌عنوان مثال برای کاهش افسردگی در افرادی که به دلیل

معلولیت یا بیماری، قادر به کار کردن نبودند (۲۱)، در کاهش اضطراب، افسردگی و ترس اجتماعی دانش‌آموزان (۲۲) و در افزایش کیفیت زندگی، مؤلفه‌های سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روانی زنان نابارور (۲۳).

بنابراین مرور پژوهش‌های مرتبط نشان داد که هر دو رویکرد مثبت‌نگر و پذیرش و تعهد، می‌توانند در کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش بهداشت روان در نمونه‌های متعدد مؤثر واقع شوند. اما این دو درمان تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند؛ طبق رویکردهای مبتنی بر پذیرش، افراد نباید سعی کنند تجارب خود را تغییر دهند، به جای آن باید تجارب خود را بدون قضاوت بپذیرند اما مداخلات مثبت حول محور شناسایی و تقویت تجارب مثبت می - چرخد و گاهی حتی ایجاد تجارب مثبت جدید. به‌عبارت‌دیگر، هدف یک مداخله‌ی مثبت این است که تجارب مثبت را جایگزین تجارب منفی کند. درحالی‌که رویکرد مبتنی بر پذیرش هیچ تلاشی برای تغییر دادن تجربه‌ی مراجع نمی‌کند (۲۴) درحالی‌که رویکردهای مبتنی بر پذیرش فرض می‌کنند که باید فعالانه در مشکلات و مسائل درگیر شد. مداخلات مثبت تحت تأثیر این فرض عمل می‌کنند که عوامل مثبت، از برجستگی، فوریت و اهمیت عوامل منفی در نزد افراد می‌کاهد (۲۵) و مبنای رویکرد مثبت‌نگر این است که عملکرد افراد زمانی در بهترین حالت خود قرار دارد که تعداد تعاملات مثبتی که آن‌ها تجربه می‌کنند از تعداد تعاملات منفی آن‌ها بیشتر باشد (۲۶). در درمان‌های مثبت‌گرا ارتقای توانمندی‌ها و هیجانات مثبت به‌طورمستقیم و غیرمستقیم، رنج را از بین می‌برد (۲۷) ولی فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد این است که قسمت اعظم مشکلات روان‌شناختی ناشی از اجتناب تجربی است؛ یعنی تمایل شخص به اینکه از تجارب خصوصی ناخواسته مثل افکار، امیال، یا هیجان‌ها دوری کند، سعی کند آن‌ها را کنترل کند یا از آن‌ها فرار کند، در نتیجه اجتناب تجربی را نشانه می‌گیرد تا فرد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برسد (۲۸). این تفاوت‌ها به این معنا نیست که بین این دو رویکرد، هیچ وجه اشتراکی وجود ندارد. درواقع درمان پذیرش و تعهد و مداخلات مثبت‌گرا، یک اشتراک مفهومی بسیار مهم دارند: نظریه‌ی خود - تعیین‌گری^۱ (۲۹)؛ هر دوی این رویکردها معتقد هستند که هم هیجانات مثبت و هم هیجانات منفی نقش مهمی در عملکرد روان‌شناختی بازی می‌کنند؛ علی‌رغم اینکه روان‌شناسی مثبت به «شادی شناسی»^۲ شهرت دارد، اما درعین حال ادغان می‌کند که هیجان مثبت افسارگسیخته، بدون هیجان منفی که نقش یک لنگر را بر عهده بگیرد، می‌تواند کاملاً مسئله‌ساز باشد (مثل

² happyology

¹ self-determination theory

مانیا). هر دوی این رویکردها به مراجعین کمک می‌کنند که اهداف خود را به شیوه‌ای اصیل و انگیزه‌مند و جهت‌گیری شده از درون که مطابق با امیال و آرزوهای خود فرد است، دنبال کنند. در واقع بهتر است بگوییم که این دو رویکرد از نظر هدف مشابه ولی از لحاظ نظری و عملی با یکدیگر متفاوت هستند (۳۰).

در مورد نتایج پژوهش حاضر آنچه که حائز اهمیت است این است که دستاوردهای مربوط به بهزیستی روان‌شناختی در گروه درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی در پیگیری سه‌ماهه یعنی در بلند مدت ادامه یافت ولی در گروه ACT دستاوردهای درمانی در دوره پیگیری حفظ نشد. این یافته‌ی پژوهش ممکن است حاکی از رویکرد بومی درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی باشد. در ارتباط با تفاوت‌های فرهنگی، پیترسون و سلیمان^۳ (۲۰۰۴) مطرح می‌کنند که هنگام استفاده از فضائل و توانمندی‌های منشی در مورد درمان‌جویان متعلق به فرهنگ‌های گوناگون، باید مطمئن شد که آیا با درمان - جویان تناسب فرهنگی دارد یا خیر. هرچند بر اساس گزارش آن‌ها، ۲۴ توانمندی منشی فراگیر هستند و در تمام فرهنگ‌ها و در بین همه‌ی مردم به رسمیت شناخته می‌شوند و ارزشمندند، آن‌ها در عین حال متذکر شدند که این توانمندی‌های بیست و چهارگانه جهانی نیستند. آن‌ها تفاوت‌های فرهنگی فضائل را در فرهنگ‌های گوناگون توضیح می‌دهند و زمانی که به فضیلت‌های اسلامی می‌رسند، در ابتدا از پیامبر اسلام و کتاب آسمانی او یاد می‌کنند. آن‌ها با استناد به گفته‌های لیمن^۴ (۲۰۰۲) مطرح می‌کنند که اعمال و عقاید اصلی دین اسلام در طول زندگانی حضرت محمد و مدت کوتاهی بعد از زندگی او ایجاد شدند. وحی از طریق فرشته‌ی جبرئیل به پیامبر می‌رسید، و در ۱۱۴ سوره‌ی کتاب آسمانی ثبت می‌شد که به نام قرآن شناخته می‌شود. آیات قرآن پایه و اساس آموزه‌های او قرار گرفتند و به سرعت تبدیل به ایمان اسلامی سازمان‌یافته شدند (۳۱، ص ۴۹). واضح است که درمان‌ها و مداخله‌های روان‌شناختی، زمانی تأثیرگذار و اثربخش خواهند بود که مطابق با فرهنگ کشور میزبان، بومی سازی شوند (۳۲). با این وجود، پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در طول درمان ACT به‌طور معنی‌داری افزایش یافت و در پیگیری ۶ ماهه، دستاوردهای مربوط به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ادامه یافت و به‌طور معنی‌داری با کاهش علائم اضطراب سالم همراه بود (۳۳). در مداخله‌های ACT که پیگیری‌هایی با زمان کوتاه داشتند (پیگیری یک‌ماهه) نتایج نشان داد که در مرحله‌ی پس‌آزمون، نمرات اضطراب، افسردگی و اجتناب تجربه‌ای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور

معنی‌داری کاهش یافت و این کاهش در دوره‌ی پی‌گیری یک ماهه تغییر چشمگیری نیافته بود (۳۴). تاکنون پژوهشی انجام نشده است که تأثیر درمان مثبت‌نگر را با درمان ACT مقایسه کند اما در مطالعه‌ای تأثیر درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری سنتی در بیماران غیربستری مضطرب و افسرده، مقایسه شد. یافته‌ها نشان داد که در دوره‌ی پس از درمان، یعنی در کوتاه‌مدت، اثرات دو درمان در اندازه‌های افسردگی، اضطراب، عملکرد کلی (اجتماعی، شغلی، مرتبط با نشانه‌ها)، و کیفیت زندگی برابر بود. با این حال نتایج مطالعه نشان داد که در طولانی‌مدت یعنی در دوره‌ی پیگیری ۱۸ ماهه، دستاوردهای درمانی برای گروه CBT ماندگارتر بود (۳۵).

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و درمان پذیرش و تعهد در افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارو مؤثر هستند ولی در دوره پیگیری، اثرات درمانی مربوط به گروه پذیرش و تعهد ماندگار نبود. با توجه به یافته‌های این پژوهش و مقایسه‌ی آن با سایر پژوهش‌های انجام‌شده، لازم است که پژوهش در حیطه‌ی درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و مقایسه‌ی تأثیر آن با رویکردهای درمانی دیگر، در نمونه‌ها و متغیرهای متعدد، ادامه یابد، زیرا پژوهش در این زمینه گام‌های ابتدایی خود را بر می‌دارد و در این حیطه سؤالات متعدد دیگری نیز وجود دارند که مستلزم پاسخ هستند. با توجه به اینکه نمونه‌ی پژوهش شامل زنان نابارور بود، بنابراین تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر باید با احتیاط انجام گیرد. در این پژوهش به‌منظور آنکه آزمودنی‌ها دارای سطحی از عملکرد باشند که بتوانند تکالیف خانگی را انجام دهند و نیازی به درمان دارویی نداشته باشند، کسب نمره‌ی متوسط و رو به پایین در پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف ((PWBQ، ملاک ورود به پژوهش بود، همچنین یکی دیگر از ملاک‌های ورود به پژوهش حداقل تحصیلات سیکل بود، بنابراین تعمیم نتایج بر اساس این ملاک‌ها صورت می‌گیرد و برای سطح بهزیستی روان‌شناختی بالاتر و تحصیلات کم‌تر از سیکل قابلیت تعمیم نتایج وجود ندارد. از این رو پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی با سطح تحصیلات پایین‌تر و نمره‌های بالاتر بهزیستی روان‌شناختی نیز مورد آزمایش قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از سرکار خانم مهرانگیز جعفرزاده، مسئول بخش پژوهش مرکز باروری و ناباروری اصفهان، از زنان نابارور شرکت‌کننده در مطالعه و از همه‌ی کسانی که در پیشبرد این مطالعه نقش داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

⁴.Leaman

³.Peterson & Seligman

References:

- 1- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertil Steril* 2009; 92(5):1520-4.
- 2- Abbasi Shavazi MJ, Asgari khanghah A, Razeghi Nasrabad HB. Women and Infertility Experience: A Case Study in Tehran. *Women Develop Politic* 2005; 3 (3): 91-113. (Persian)
- 3- Dyer S, Lombard C, and Van der Spuy Z. Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human Reproduc* 2009; 24(11):2821-6.
- 4- Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2010; 31(2):101-10.
- 5- Karimi M, Omani Samani R, Shirkavand A. A qualitative study of the experiences of infertile woman in Iran. *Payesh* 2015; 4: 453-65. (Persian)
- 6- Gameiro S, Boivin J, Peronace L, and Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod* 2012; 18(6): 652- 69.
- 7- Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A, Hossein Rashid B. Psychological impact of infertility among infertile women seeking treatment: A qualitative study. *J Nurs Midwifery Res* 2014; 83: 1-8. (Persian)
- 8- Seligman ME P. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press; 2002.
- 9- Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, Vohs KD. Bad is stronger than good. *Rev General Psychol* 2001; 5: 323-70.
- 10- Hatami M. positive psychotherapy. *International Congress for Psychotherapy/ Asian Chapter of WCP, Tehran: on the bed of the cultural values; 2016.P. 18-20. (Persian)*
- 11- Gall MD, Gall JP, Borg WR. *Educational Research: An Introduction*. Translated by: Nasr AR, Oreizi HR, Abolghasemi M, Pakseresht MJ, Kiamanesh AR, BagheriKh, et al. 3rd ed. Tehran: Samt Publication; 2008. (Persian)
- 12- Delavar A. *Theoretical and practical research in the humanities and social sciences*. Tehran: Roshd Publication; 2008. (Persian)
- 13- Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989;57(6):1069.
- 14- Bayani A A, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14 (2):146-51. (Persian)
- 15- Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer; 2004.
- 16- Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006; 61: 774-88.
- 17- Huffman JC, DuBois CM, Healy BC, Boehm JK, Kashdan TB, Celano CM, et al. Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 2014; 36 (1): 88-94.
- 18- Jabbari M, Shahidi S, Mootabi F. Effectiveness of Group Intervention based on Positive Psychology in Reducing Symptoms of Depression and Anxiety and Increasing Life Satisfaction in Adolescent Girls. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* (IJPCP). 2015; 20 (4):296-28. (Persian)

- 19- Khoda bakhsh R, Khosravi Z, Shahangian SH. Effect of Positive Psychotherapy in Depression Symptoms and Character Strengths in Cancer Affected Patients. *Positive Psychol Res* 2015; 1 (1):35-50. (Persian)
- 20- noferesty A, Roshan R, Fata L, Hassan Abadi H R, Pasandideh A, Shaeiri M R. The Effectiveness of Positive Psychotherapy in Increasing Happiness and Psychological Well-being in People with Depression Symptoms: A Multiple-baseline Study. *Positive Psychol Res* 2015; 1 (1):1-18. (Persian)
- 21- Folke F, Parling T, & Melin L. Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cognit Behav Practice* 2012; 19: 583-94.
- 22- Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Reducing Anxiety and Depression in Students with Social Phobia. *J Ardabil Univ Med Sci* 2014; 14(4): 412-23. (Persian)
- 23- Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. The Study of The Efficiency of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Infertile Women's Life. *J Fam Counsel Psychotherapy* 2014; 3(14): 387-404. (Persian)
- 24- Driver J L, Gottman JM. Daily marital interactions and positive affect during marital conflict among newlywed couples. *Fam Processes* 2004; 4: 301-14.
- 25- Seligman MEP, SteenTA, Park N, PetersonC. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60: 410-21.
- 26- Fredrickson BL, Losada MF. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *Am Psychol* 2005; 60: 678-86.
- 27- Rashid, T. Positive intervention in clinical practice. *J Clin Psychol* 2009; 65 (5):461-6.
- 28- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Therapy* 2006; 44(1), 1-25.
- 29- Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Rev Psychol* 2001; 52: 141-66.
- 30- Kashdan TB, Ciarrochi J. Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being. New Harbinger Publications; 2013.
- 31- Peterson C H and Seligman MEP. Character strengths and virtues: a handbook and classification. New York: Oxford University press; 2004.
- 32- Ghobari Banab B. Major Needs and challenges in localization of psychology at the Islamic country of Iran. *Rev Psychol* 2010; 1, 103-9. (Persian)
- 33- Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, Jensen JS, Frosthalm L. A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. *J Contextual Behav Sci* 2014; 3: 189-95.
- 34- Rajabi S, Yazdkhasti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *J Clin Psychol* 2014; 1(21): 29-38. (Persian)
- 35- Forman E.M, Shaw J.A, Goetter E.M, Herbert, J.D, Park, J.A, & Yuen E.K. Long-Term Follow-Up of a Randomized Controlled Trial Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Standard Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Therapy* 2012; 43, 801-11.

COMPARISON OF EFFECT IRANIAN – ISLAMIC POSITIVE THERAPY WITH ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF INFERTILE WOMEN IN ISFAHAN CITY

Jamshidian QalehShahi P¹, Aghaei A^{2*}, Golparvar³

Received: 25 Nov, 2016; Accepted: 29 Dec, 2016

Abstract

Background & Aim: female infertility is a problem that affects almost every aspect of women's lives. Infertile women usually experience Psychological problems. Therefore, this research aimed to study comparison of effect of Iranian – Islamic positive therapy with acceptance and commitment therapy on psychological well-being of infertile women in Isfahan city.

Materials & Methods: This research was a three- group quasi-experimental study with a pretest-posttest and three- month follow-up. 45 infertile women referring to Isfahan Fertility and Infertility Center selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (ACT, IIPT, control). The data collection tool was Ryff Psychological Well-being Questionnaire (PWBQ). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance, one-way ANOVA, and Bonferroni test.

Results: in the post-test, there was significant difference between experimental groups (Iranian – Islamic positive and ACT) with the control group at psychological well-being ($p < 0/01$), but there wasn't significant difference between Iranian – Islamic positive group and ACT Group ($p > 0/05$). In the follow up, there was significant difference between Iranian – Islamic positive group and control group at psychological well-being ($p < 0/05$), but there wasn't significant difference between ACT Group and control ($p > 0/05$). Also In the follow up, there wasn't significant difference between Iranian – Islamic positive group and ACT group ($p > 0/05$).

Conclusions: After the treatment period, in short- term, Both of Iranian – Islamic positive therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) in increasing psychological well-being were effective, so that, there was significant difference between experimental groups with control group, whereas there wasn't significant difference between two experimental groups. in the three-month follow-up period, in long-term, treatment outcomes related to psychological well-being in Iranian – Islamic positive group was maintained, but in ACT treatment outcomes related to psychological well-being was not maintained.

Keywords: Iranian – Islamic Positive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, psychological well-being, Infertile Women

Address: Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, University Blvd, Arqavanieh, Eastern Jey Street, Isfahan.

Tel (+98) 3135354001

Email: aghaeipsy@gmail.com

¹ Parvin Jamshidian QalehShahi, Psychology Phd student, faculty of psychology & educational sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

² Professor of faculty of psychology & educational sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran (Corresponding author)

³ Associate Professor of faculty of psychology & educational sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran