

# Comparing the Effect of Iranian Positive Therapy and Acceptance -Commitment Therapy on Depression, Anxiety and Stress of Infertile Women in Isfahan City

Parvin Jamshidian QalehShahi <sup>1,\*</sup>, Asghar Aghaei <sup>2</sup>, Mohsen Golparvar <sup>3</sup>

<sup>1</sup> PhD in Psychology, Psychology Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Professor, Psychology Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Psychology Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

\* **Corresponding author:** Parvin Jamshidian QalehShahi, PhD in psychology, Psychology Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. E-mail: Jamshidianp@yahoo.com

**Received:** 12 Nov 2016

**Accepted:** 07 Oct 2017

## Abstract

**Introduction:** Female infertility is a problem that affects almost every aspect of women's lives. Infertile women usually experience stress, anxiety and depression. This study aimed to compare the effect of Iranian Positive Therapy and Acceptance -Commitment Therapy (ACT) on depression, anxiety, and stress of infertile women in Isfahan City.

**Methods:** In this quasi-experimental study with a pretest-posttest design and three-month follow-up, 45 infertile women referred to the Isfahan Fertility and Infertility Center were selected by the purposeful sampling and randomly assigned to three groups of Iranian Positive Therapy, acceptance and commitment therapy and control in 2016. Data were collected using the Depression, Anxiety and Stress Scale-DASS- 42. The validity and reliability of this questionnaire were confirmed in the previous study. In the present study, reliability was measured by the Cronbach's alpha. Data were analyzed by the SPSS 18 Software.

**Results:** There was a significant difference in stress, anxiety and depression in the post-test and follow-up between the experimental (Iranian positive therapy and acceptance and commitment therapy) and control groups ( $P < 0.01$ ,  $F = 10.3$ ), but there was no significant difference between two types of therapies ( $P > 0.05$ ).

**Conclusions:** Both of the therapeutic methods are equally effective in reducing anxiety, stress and depression in infertile women. Therefore, it can be recommended that these therapies be performed to reduce psychological problems in infertile women.

**Keywords:** Depression, Anxiety, Stress, Psychological, Infertile Women

# مقایسه تأثیر درمان مثبت ایرانی و پذیرش تعهد بر افسردگی، اضطراب و تنش زنان نابارور شهر اصفهان

پروین جمشیدیان قلعه‌شاهی<sup>۱\*</sup>، اصغر آقایی<sup>۲</sup>، محسن گل پرور<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دکترای روان‌شناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران  
\* نویسنده مسئول: پروین جمشیدیان قلعه‌شاهی، دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. ایمیل: Jamshidianp@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۲۲

## چکیده

**مقدمه:** ناباروری زنان مشکلی است که تقریباً تمامی ابعاد زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زنان نابارور عمدتاً تنش، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند. این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر درمان‌های مثبت ایرانی و پذیرش - تعهد بر افسردگی، اضطراب و تنش زنان نابارور شهر اصفهان انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش به روش نیمه تجربی سه گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه اجرا شد. ۴۵ زن نابارور مراجعه‌کننده به مرکز باروری و ناباروری اصفهان در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند، سپس با انتساب تصادفی ساده و استفاده از روش قرعه‌کشی در سه گروه درمان مثبت ایرانی، درمان پذیرش - تعهد و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش "مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش" (Depression, Anxiety and Stress Scale-DASS-42) بود. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های گذشته تأیید شده است. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ تأیید شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اسپس پی اس اس نسخه ۱۸ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** تنش، اضطراب و افسردگی در پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش (درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد) با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار بود ( $F_{(1/0)} > P = 10/3$ )، ولی بین دو گروه درمان تعهد تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** هر دو روش درمان علی‌رغم تفاوت‌هایی که با یکدیگر دارند به یک میزان در کاهش اضطراب، تنش و افسردگی زنان نابارور مؤثر هستند. بنابراین، این روش درمان‌ها به منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور پیشنهاد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** افسردگی، اضطراب، تنش، روان‌شناختی، زنان نابارور

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

(۵). در مطالعه‌ای بر زنان نابارور، ۴۰ درصد آنان اختلالات روان‌شناختی داشتند. ۲۳ درصد دچار اضطراب و ۱۷ درصد مبتلا به افسردگی اساسی بودند (۶). علاوه بر این، ناباروری و فرآیند درمان آن یک منبع رنج روانی برای زنان نابارور ایرانی است و 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). یکی از شایع‌ترین دلایل قطع درمان ناباروری، بار روانی همراه با آن است (۸). پژوهشگران و درمان‌گران به دلیل پی‌آمدهای منفی ناباروری در زنان، همواره به این موضوع توجه ویژه‌ای داشته‌اند و

ناباروری به عنوان ناتوانی در بارداری پس از ۱۲ ماه مقاربت جنسی منظم، بدون استفاده از روش‌های جلوگیری تعریف می‌شود (۱). در فرهنگ شرقی تولید مثل یکی از بالاترین ارزش‌هاست و هنگامی که فرزندآوری غیر ممکن به نظر آید ممکن است بحران روانی رخ دهد (۲). صرف نظر از اینکه، کدام یک از زوجین نابارور است، ناباروری به عنوان شرایطی تنش‌زا در نظر گرفته می‌شود، به‌ویژه برای زن‌ها که عموماً به دلیل ناباروری سرزنش می‌شوند (۳). ناباروری چون باعث ناتوانی زن برای رسیدن به نقش مورد نظر اجتماعی می‌شود، اغلب با پریشانی روانی همراه است (۴) و افسردگی مشکل همگانی همراه با ناباروری است، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، که داشتن فرزند به دلایل اجتماعی - فرهنگی، اقتصادی، و مذهبی، بسیار مهم است

یک تجربه متعادل، حول محور درگیری در هر تجربه، چه مثبت و چه منفی می‌چرخد. در حالی که مداخلات مثبت با این فرض که تجارب مثبت اغلب تحت الشعاع تجارب منفی قرار می‌گیرند، اغلب به‌طور انحصاری بر تجارب مثبت تأکید می‌کنند (۱۲). طبق درمان پذیرش - تعهد، 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 و گاهی حتی ایجاد تجارب مثبت جدید می‌باشد. به عبارت دیگر، هدف یک مداخله مثبت این است که تجارب مثبت را جایگزین تجارب منفی کند. در حالی که در روش درمان پذیرش - تعهد هیچ تلاشی برای تغییر دادن تجربه انجام نمی‌شود (۱۳). تا کنون تأثیر درمان پذیرش - تعهد در مطالعات بسیاری، مورد تأیید قرار گرفته است. ولی تعداد پژوهش‌هایی که تأثیر درمان‌های مثبت را مورد بررسی قرار داده‌اند، اندک است. علاوه بر این، مرور مداخلات روان‌شناختی انجام شده بر روی زنان ناباور نشان می‌دهد که در اغلب موارد رویکردهای مورد استفاده متناسب با زمینه فرهنگی و بومی جامعه ایران نبوده است (۱۴، ۱۵). از این رو در راستای رفع خلاءهای موجود در این زمینه و شفاف‌سازی مسیر پژوهش و درمان این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر درمان‌های مثبت ایرانی و پذیرش - تعهد بر میزان افسردگی، اضطراب و تنش زنان ناباور در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

تاکنون مداخلات متعددی با رویکردهای گوناگون، به منظور کاهش مشکلات روانی زنان ناباور انجام شده‌اند. در سال‌های اخیر مداخله‌های روان‌شناسی مثبت (PPIs: Positive Psychology Intervention)، مورد توجه پژوهشگران و درمان‌گران قرار گرفته است. روان‌شناسی مثبت‌نگر بر مطالعه هیجان‌ات و تجارب مثبت تأکید می‌کند و تمرکز روان‌شناسی را از مطالعه کمبودها و کاستی‌های روان‌شناختی و عملکرد ناسازگار به مطالعه توانمندی‌های انسان و عملکرد سازگار، معطوف می‌کند (۹). در مداخله‌های روان‌شناسی مثبت ارتقای توانمندی‌ها و هیجان‌ات مثبت به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، رنج را از بین می‌برد (۱۰). یکی از درمان‌های متفاوت با مداخلات مثبت، درمان پذیرش - تعهد (ACT: Acceptance and Commitment Therapy and psychological) است. به‌طور کلی هدف درمان پذیرش - تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (flexibility) است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط کامل با زمان حال به‌عنوان یک انسان و تغییر با حفظ رفتار، زمانی که چنین کاری در خدمت اهداف ارزشمند باشد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان پذیرش - تعهد با شش فرایند اصلی ایجاد می‌شود: ۱- پذیرش، ۲- گسلس (diffusion)، ۳- خود به‌عنوان زمینه (self as context)، ۴- آگاهی از لحظه اکنون، ۵- ارزش‌ها ۶- عمل متعهدانه (۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش - تعهد با هدف دستیابی به

جدول ۱: نتایج تجزیه و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و تجزیه و تحلیل واریانس یک‌طرفه بر متغیر تنش، اضطراب و افسردگی بین دو گروه آزمایش (درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد) و گروه کنترل

منبع اثر	نوع تحلیل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	P-value	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
تنش								
تکرار	با رعایت فرض کرویت	۴۴۸/۵۱	۲	۲۲۴/۲۵	۲۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۵	۱
گروه	-	۵۴۶/۷۲	۲	۲۷۳/۳۶	۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۶
اثر متقابل تکرار و گروه	با رعایت فرض کرویت	۲۲۶/۱۹	۴	۶۵/۵۵	۷/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۸	۰/۹۹
خطا	-	۱۱۴۱/۶۴	۳۷	۳۰/۸۵	-	-	-	-
اضطراب								
تکرار	با رعایت فرض کرویت	۲۵۴/۶۸	۲	۱۲۷/۳۴	۳۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۵	۱
گروه	-	۲۸۹/۹۶	۲	۱۴۴/۹۸	۱۲/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲	۰/۹۹
اثر متقابل تکرار و گروه	با رعایت فرض کرویت	۱۶۵/۴۷	۴	۴۱/۳۷	۱۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱	۱
خطا	-	۴۱۴/۴۱	۳۷	۱۱/۲	-	-	-	-
افسردگی								
تکرار	با رعایت فرض کرویت	۳۶۳/۸۱	۲	۱۸۱/۹۱	۱۳/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶۵	۰/۹۹
گروه	-	۴۲۱/۵۷	۲	۲۱۰/۷۹	۷/۳۶	۰/۰۰۲	۰/۲۸۵	۰/۹۲
اثر متقابل تکرار و گروه	با رعایت فرض کرویت	۲۵۷/۲۳	۴	۶۴/۳۱	۴/۱۸	۰/۰۰۲	۰/۲۰۳	۰/۹۴
خطا	-	۱۰۵۹/۸۹	۳۷	۲۸/۶۵	-	-	-	-

analysis of variance\*  
one-way ANOVA\*

## روش کار

محتوای مصاحبه‌های انجام‌شده در طی جلسات مصاحبه روی کاغذ یادداشت می‌شد و پس از حصول اشباع اطلاعاتی ۹ توانمندی منشی مرتبط با فرهنگ ایرانی شناسایی شد که شامل شادی، معنا و هدف، صبر در دشواری‌ها، گذشت و بخشش اشتباهات دیگران، شوخ‌طبعی، شکرگزاری از خدا، سیاست‌گذاری از دیگران، امید و خوش‌بینی، مهربانی و کمک بدون چشم‌داشت بود. به این ترتیب بر مبنای این توانمندی‌های منشی، برای گروه مثبت ایرانی، یازده جلسه درمان به صورت متوالی و هفتگی در جلسات نود دقیقه‌ای ارائه شد، به صورتی که هر جلسه به یک فضیلت و توانمندی منشی اختصاص یافت، علاوه بر این جلسه اول به آشناسازی و توجیه اختصاص یافت و در جلسه آخر جمع‌بندی انجام شد. برای گروه درمان پذیرش - تعهد، یازده جلسه درمان پذیرش - تعهد، به صورت متوالی و هفتگی در جلسات نود دقیقه‌ای ارائه شد. طبق درمان پذیرش - تعهد، قسمت اعظم مسائل روان‌شناختی ناشی از اجتناب تجربه‌ای (experiential avoidance) 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 این درمان مراجعان با یک روش تجربی با تأثیرات متناقض کنترل در حوزه افکار و هیجانات مواجه می‌شوند و بین نتایج ناکارآمد کنترل و فواید طولانی‌مدت پذیرش، دست به انتخاب می‌زنند (۱۹). خلاصه جلسات درمان پذیرش - تعهد عبارت بودند از: جلسه اول: توجیه و آشناسازی، جلسه دوم: آشنایی با مفهوم درمان‌دگی خلاق (creative hopelessness)، استعاره ببر گرسنه، جلسه سوم: ادامه درمان‌دگی خلاق، استعاره جنگ با هیولا، جلسه چهارم: کنترل مسئله است، استعاره Polygraph، جلسه پنجم: کنترل مسئله است، استعاره دو مقیاس، کلید مبارزه و هیجانات پاک در مقابل ناپاک، جلسه ششم: کنترل مسئله است، استعاره کیک شکلاتی، توجه به آگاهی با تمرینات تنفس آگاهانه، جلسه هفتم: گسلش از افکار و احساسات ناخوشایند، استعاره اعداد، استعاره مسافران در اتوبوس، جلسه هشتم: گسلش، تمایل و پذیرش، استعاره شیر شیر شیر، تمرین رژه، تمرینات توجه‌آگاهی، جلسه نهم: گسلش، خود به عنوان زمینه، تمرین سنگ قبر، ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها، جلسه دهم: بررسی ارزش‌ها، خود به عنوان زمینه، استعاره صفحه شطرنج، استعاره گدا، تصریح ارزش‌ها و تعهد، جلسه یازدهم: مرور و جمع‌بندی مطالب. ابزار اندازه‌گیری "مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش" DASS بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای شرکت‌کنندگان اجرا شد. این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی جهت سنجش شدت افسردگی، اضطراب و تنش است که توسط Lovibond & Lovibond طراحی شد (۲۰). برای هر زیر مقیاس ۱۴ سؤال اختصاص داده شده و آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت، نظر خود را در مورد آن، از بین چهار گزینه هیچ‌وقت (نمره صفر)، کمی (نمره ۱)، گاهی (نمره ۲)، و همیشه (نمره ۳) انتخاب کند. شواهد اولیه بیانگر این بود که "مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش" از روایی همگرا و پایایی مناسبی برخوردار است، به طوری که طراحان مقیاس بر روی یک نمونه ۷۱۷ نفری از دانش آموزان، "مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش"، "سیاهه اضطراب بک" (BAI: Beck Anxiety Inventory) و "سیاهه افسردگی بک" (BDI: Beck Depression Inventory) را اجراء کردند. همبستگی بین زیر مقیاس اضطراب "مقیاس افسردگی، اضطراب و

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی سه گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. جامعه هدف کلیه زنان نابارور ساکن شهر اصفهان بودند. جامعه پژوهش، زنان ناباروری بودند که در بهار ۱۳۹۵ برای درمان ناباروری خود به مرکز باروری و ناباروری اصفهان مراجعه کرده بودند و نمونه آماری از بین این زنان نابارور انتخاب شد. تعداد ۴۵ زن نابارور با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس با انتساب تصادفی ساده و با استفاده از روش قرعه‌کشی در سه گروه درمان مثبت ایرانی (۱۵ تن)، درمان پذیرش - تعهد (۱۵ تن) و کنترل (۱۵ تن) جایگزین شدند. تعداد ۱۵ تن برای هر گروه بر اساس توصیه منابع معتبر علمی بود (۱۶، ۱۷) و با در نظر گرفتن ملاک‌های خروج از پژوهش، در حین انجام پژوهش تعداد نهایی نمونه از ۴۵ نفر به ۴۰ نفر کاهش یافت. معمولاً ریزش تعداد نمونه در طی انجام پژوهش‌های مداخله‌ای اتفاق می‌افتد و در مقالات معتبر بین‌المللی (۱۸) نیز چنین ریزشی در حد کمتر از ۱۵ نفر وجود دارد. از طرف دیگر، توان آزمون که برای هر سه متغیر تنش، اضطراب و افسردگی، بالای ۰/۸ است (جدول ۱) حاکی از آن است که نمونه مطالعه کفایت نموده است. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از رضایت آگاهانه، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل، سکونت در شهر اصفهان، تحت درمان ناباروری بودن، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی حداقل دو هفته قبل از شروع درمان، عدم ابتلاء به بیماری‌های شدید جسمانی یا روانی و کسب نمره متوسط تا شدید افسردگی، اضطراب و تنش بر اساس "مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش" (DASS-42: Depression, Anxiety and Stress Scale). ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: دو جلسه غیبت متوالی یا غیرمتوالی، عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین‌های منزل طی سه جلسه متوالی یا غیرمتوالی و استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی در حین انجام پژوهش. درمان مثبت نگر ایرانی علاوه بر در نظر گرفتن اصول مرتبط با درمان‌های مثبت جهانی و بین‌المللی، شامل توانمندی‌های منشی می‌شود که در فرهنگ ایرانی ریشه دارد و موجب بهبود روابط انسانی و ایجاد هیجان‌های مثبت می‌شود و با معنادگی به زندگی و آنچه که باعث می‌شود زندگی ارزش زندگی کردن را داشته باشد، مرتبط است. فرآیند تدوین درمان مثبت ایرانی به این صورت بود که با متخصصین آشنا با درمان مثبت که در مراکز مشاوره شهر اصفهان مشغول به کار بودند، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته انجام گرفت. جلسات مصاحبه در اتاق مشاوره و به صورت انفرادی برگزار شد و مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ الی ۴۵ دقیقه متغیر بود. پس از انجام مصاحبه با ۵ متخصص اشباع اطلاعاتی حاصل گردید. سؤالات مصاحبه با این سؤالات آغاز و ادامه یافت: تعریف شما از روان‌شناسی مثبت مبتنی بر فرهنگ ایرانی چیست؟ به نظر شما کدام توانمندی‌های منشی با فرهنگ مردم ایران انطباق بیشتری دارد؟ از بین توانمندی‌های منشی که نام بردید کدام یک را می‌توان برای اهداف درمانی آموزش داد؟ آموزش مبتنی بر این توانمندی‌های منشی باید شامل چه محتوایی باشد و چه مهارت‌هایی را در بر بگیرد؟ با کدام تکالیف خانگی می‌توان مهارت‌های مرتبط با هر توانمندی منشی را افزایش داد؟ به نظر شما چقدر زمان برای آموزش هر توانمندی منشی باید اختصاص داد؟

رعایت شد. شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را امضاء نمودند و به منظور مشخص نبودن هویت شرکت‌کنندگان و حفظ رازداری به جای درج نام و نام خانوادگی در پرسشنامه، در ابتدای هر پرسشنامه محلی برای درج کد مشخص گردید و به این ترتیب به هر شرکت‌کننده یک کد مجزای اختصاص داده شد که به همراه "نام و نام خانوادگی" شرکت‌کنندگان به صورت محرمانه نزد نویسنده اول پژوهش که به‌طور مستقیم با شرکت‌کنندگان در ارتباط بود و مداخلات درمانی را انجام می‌داد، نگه داشته شد. از روش‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون بونفرونی استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار اسپس اس نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در **جدول ۲** میانگین و انحراف معیار سن و طول مدت ازدواج گروه‌های پژوهش و در **جدول ۳** میانگین و انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای تنش، اضطراب و افسردگی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است. آماره لوین نشان داد که در تنش ( $F = 0/17, P = 0/85$ )، اضطراب ( $F = 0/14, P = 0/89$ ) و افسردگی ( $F = 0/79, P = 0/47$ ) واریانس درون گروهی سه گروه پژوهش (گروه کنترل، درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد) با یکدیگر دارای تفاوت معنادار نیست. همچنین نتایج بررسی همگنی گروه‌های سه گانه پژوهش نشان داد که در سن ( $P > 0/05$ ) و طول مدت ازدواج تفاوت معناداری بین سه گروه پژوهش وجود ندارد.

تنش و "سیاهه اضطراب بک" بالا بود ( $F = 0/81$ ) و بین "مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش" و "سیاهه افسردگی بک" نیز همبستگی بالایی وجود داشت ( $F = 0/74$ ) ( $r = 0/20$ ). همچنین طراحان مقیاس برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی "مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش" آزمون را در یک نمونه بزرگ غیربالیینی اجراء کردند (۲۹۱۴ نفر). نتایج نشان داد پایایی "مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش" که با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد، برای هر سه زیر مقیاس افسردگی (۰/۹۱)، اضطراب (۰/۸۴) و تنش (۰/۹۰) قابل قبول است (۲۱).

در ایران نیز در پژوهشی روایی و پایایی این مقیاس، قابل قبول بود؛ به طوری که همبستگی زیر مقیاس افسردگی این پرسشنامه با "سیاهه افسردگی بک" ۰/۸۴، همبستگی زیر مقیاس اضطراب با "مقیاس اضطراب زونگ" (ZAS: Zung Anxiety Scale) ۰/۸۳ و همبستگی زیر مقیاس تنش با "مقیاس تنش دانش‌آموزان" (SSS: Studets's Stress Scale) نیز ۰/۷۵ بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای خرده مقیاس‌های "مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش" به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ بود (۲۲). بنابراین، روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش‌های گذشته تأیید شده است. در پژوهش حاضر نیز در یک نمونه ۴۰ نفری از زنان نابارور شهر اصفهان، پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای افسردگی، اضطراب و تنش، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۷۹ بود. برای پژوهش حاضر تأییدیه کمیته اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صادر گردیده است. همچنین این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) ثبت شده است. در تمامی مراحل پژوهش ملاحظات مربوط به رضایت آگاهانه و رازداری

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن و طول مدت ازدواج گروه‌های پژوهش

گروه‌ها	سن		طول مدت ازدواج (به ماه)	
	M	SD	M	SD
کنترل	۲۹/۲۱	۲/۸۶	۳۶/۳۵	۱۳/۲۵
درمان مثبت ایرانی	۲۹/۳۸	۲/۶۹	۳۵/۷۶	۱۱/۷۸
درمان پذیرش - تعهد	۲۹/۵۳	۲/۹۸	۳۵/۶۱	۱۰/۸۵

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار تنش، اضطراب و افسردگی گروه‌های پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		
	M	SD	M	SD	M	SD	
تنش	کنترل	۲۵/۱۴	۳/۷۱	۲۵/۲۱	۴/۰۴	۲۵/۷۱	۴/۱۰
	درمان مثبت ایرانی	۲۴/۹۲	۴/۵۴	۱۸/۳۸	۲/۹۹	۱۹/۰۷	۴/۲۷
	درمان پذیرش - تعهد	۲۵/۲۳	۴/۱۹	۱۸/۷۷	۳/۹	۱۸/۹۲	۴/۳۱
	کنترل	۱۶/۰۷	۲/۳۰	۱۶/۲۸	۲/۳۷	۱۶/۶۴	۳/۱۵
اضطراب	درمان مثبت ایرانی	۱۶/۱۵	۲/۰۷	۱۱/۲۳	۲/۶۸	۱۲/۰۷	۳/۰۶
	درمان پذیرش - تعهد	۱۶/۳۸	۲/۲۱	۱۱/۱۵	۲/۳۷	۱۱/۴۶	۴/۴۳
	کنترل	۲۲/۵۷	۳/۰۹	۲۲/۹۳	۳/۷۳	۲۳/۸۶	۳/۹۱
	افسردگی	درمان مثبت ایرانی	۲۳/۰۸	۳/۲۷	۱۶/۶۹	۴/۱۹	۱۸/۰۸
درمان پذیرش - تعهد		۲۲/۸۵	۳/۰۷	۱۶/۳۱	۵/۲۱	۱۸/۱۵	۵/۱۱

در [جدول ۳](#)، نتایج تجزیه و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه بر متغیرهای تنش، اضطراب و افسردگی بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است. چنان‌که در [جدول ۳](#) مشاهده می‌شود، نتایج مبتنی بر رعایت پیش‌فرض کرویت ( $F = ۲۵/۲۳$ ،  $df = ۲$  و  $P < ۰/۰۱$ ) نشان می‌دهد که در متغیر تنش بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ( $P < ۰/۰۱$ ) وجود دارد. مجدور سهمی انا برای عامل تکرار برابر با  $۰/۴۰۵$  و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که  $۴۰/۵$  درصد تفاوت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر تنش مربوط به عامل زمان بوده که با  $۱۰۰$  درصد توان تأیید شده است. همچنین در متغیر تنش اثر متقابل تکرار و گروه (کنترل و دو گروه آزمایش) بر حسب رعایت پیش‌فرض کرویت ( $F = ۷/۴۹$ ،  $df = ۴$  و  $P < ۰/۰۱$ ) معنادار است. به این معنی که روند تغییرات در دوره زمانی برای میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش (گروه درمان مثبت ایرانی) متفاوت است، ولی میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل متفاوت نیست. مجدور سهمی انا برای اثر متقابل تکرار و گروه (کنترل و دو گروه آزمایش) برابر با  $۰/۲۸۸$  و توان آزمون برابر با  $۰/۹۹$  می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که  $۲۸/۸$  درصد تفاوت بین دو گروه درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد با گروه کنترل در متغیر تنش مربوط به اعمال متغیر مستقل (درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد) بوده که با  $۹۹$  درصد توان تأیید شده است. بالاخره چنان‌که در [جدول ۳](#) در ردیف گروه مشاهده می‌شود در متغیر تنش بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری ( $P < ۰/۰۱$ ) وجود دارد. مجدور سهمی انا برای عامل گروه برابر با  $۰/۳۲$  و توان آزمون برابر با  $۰/۹۶$  است. به این معنی که تحلیل واریانس یک طرفه با  $۹۶$  درصد توان  $۳۲$  درصد تفاوت بین گروه‌های آزمایش (درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد) و گروه کنترل را معنادار نشان داده است. همچنین در مورد متغیر اضطراب نیز نتایج مبتنی بر رعایت پیش‌فرض کرویت ( $F = ۳۰/۸۴$ ،  $df = ۲$  و  $P < ۰/۰۱$ ) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ( $P < ۰/۰۱$ ) وجود دارد. مجدور سهمی انا برای عامل تکرار برابر با  $۰/۴۵۵$  و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که  $۴۵/۵$  درصد تفاوت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر اضطراب مربوط به عامل زمان بوده که با  $۱۰۰$  درصد توان تأیید شده است. همچنین در متغیر اضطراب اثر متقابل تکرار و گروه (کنترل و دو گروه آزمایش) بر حسب رعایت پیش‌فرض کرویت ( $F = ۱۰/۰۲$ ،  $df = ۴$  و  $P < ۰/۰۱$ ) معنادار است. به این معنی که روند تغییرات در دوره زمانی برای میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش (گروه درمان مثبت ایرانی) متفاوت است، ولی میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل متفاوت نیست. مجدور سهمی انا برای اثر متقابل تکرار و گروه (کنترل و دو گروه آزمایش) برابر با  $۰/۳۵۱$  و

توان آزمون برابر با ۱ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که  $۳۵/۱$  درصد تفاوت بین دو گروه درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد با گروه کنترل در متغیر اضطراب مربوط به اعمال متغیر مستقل (درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد) بوده که با  $۱۰۰$  درصد توان تأیید شده است. بالاخره چنان‌که در [جدول ۳](#) در ردیف گروه مشاهده می‌شود در متغیر تنش بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری ( $P < ۰/۰۱$ ) وجود دارد. مجدور سهمی انا برای عامل تکرار برابر با  $۰/۴۱۲$  و توان آزمون برابر با  $۰/۹۹$  است. به این معنی که تحلیل واریانس یک طرفه با  $۹۹$  درصد توان  $۰/۴۱۲$  درصد تفاوت بین گروه‌های آزمایش (درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد) و گروه کنترل را معنادار نشان داده است. در مورد متغیر افسردگی نیز نتایج مبتنی بر رعایت پیش‌فرض کرویت ( $F = ۱۳/۳۴$ ،  $df = ۲$  و  $P < ۰/۰۱$ ) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ( $P < ۰/۰۱$ ) وجود دارد. مجدور سهمی انا برای عامل تکرار برابر با  $۰/۲۶۵$  و توان آزمون برابر با  $۰/۹۹$  است. این نتیجه نشان می‌دهد که  $۲۶/۵۵$  درصد تفاوت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر افسردگی مربوط به عامل زمان بوده که با  $۹۹$  درصد توان تأیید شده است. همچنین در متغیر افسردگی اثر متقابل تکرار و گروه (کنترل و دو گروه آزمایش) بر حسب رعایت پیش‌فرض کرویت ( $F = ۴/۱۸$ ،  $df = ۴$  و  $P < ۰/۰۱$ ) معنادار است. به این معنی که روند تغییرات در دوره زمانی برای میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش (گروه درمان مثبت ایرانی) متفاوت است ولی میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل متفاوت نیست. مجدور سهمی انا برای اثر متقابل تکرار و گروه (کنترل و دو گروه آزمایش) برابر با  $۰/۲۰۳$  و توان آزمون برابر با  $۰/۹۴$  می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که  $۲۰/۳$  درصد تفاوت بین دو گروه درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد با گروه کنترل در متغیر افسردگی مربوط به اعمال متغیر مستقل (درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد) بوده که با  $۹۴$  درصد توان تأیید شده است. بالاخره چنان‌که در [جدول ۳](#) در ردیف گروه مشاهده می‌شود در متغیر افسردگی بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری ( $P < ۰/۰۱$ ) وجود دارد. مجدور سهمی انا برای عامل گروه برابر با  $۰/۲۸۵$  و توان آزمون برابر با  $۰/۹۲$  است. به این معنی که تحلیل واریانس یک طرفه با  $۹۲$  درصد توان  $۲۸/۵$  درصد تفاوت بین گروه‌های آزمایش (درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد) و گروه کنترل را معنادار نشان داده است. چنان‌که در [جدول ۴](#) مشاهده می‌شود، در متغیرهای تنش، اضطراب و افسردگی هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری گروه‌های آزمایش (درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد) با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ( $P < ۰/۰۱$ )، ولی در متغیرهای تنش، اضطراب و افسردگی بین گروه درمان مثبت ایرانی و گروه درمان پذیرش - تعهد تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۵$ ).

جدول ۴: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در متغیرهای تنش، اضطراب و افسردگی در پس‌آزمون و پیگیری

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P-value
<b>تنش</b>				
پس‌آزمون				
مثبت ایرانی	کنترل	-۶/۸۳**	۱/۴۲	۰/۰۰۱
مثبت ایرانی	پذیرش - تعهد	-۰/۳۸	۱/۴۴	۱
پذیرش - تعهد	کنترل	۶/۴۴**	۱/۴۱	۰/۰۰۱
<b>پیگیری</b>				
مثبت ایرانی	کنترل	-۶/۶۴**	۱/۵۳	۰/۰۰۱
مثبت ایرانی	پذیرش - تعهد	۰/۱۵	۱/۶۵	۱
پذیرش - تعهد	کنترل	۶/۷۹**	۱/۶۳	۰/۰۰۱
<b>اضطراب</b>				
پس‌آزمون				
مثبت ایرانی	کنترل	-۵/۰۵**	۰/۹۵	۰/۰۰۱
مثبت ایرانی	پذیرش - تعهد	۰/۰۸	۰/۹۷	۱
پذیرش و تعهد	کنترل	-۵/۱۳**	۰/۹۵	۰/۰۰۱
<b>پیگیری</b>				
مثبت ایرانی	کنترل	-۴/۵۶**	۱/۱۲	۰/۰۰۱
مثبت ایرانی	پذیرش - تعهد	۰/۶۱	۱/۱۴	۱
پذیرش - تعهد	کنترل	-۵/۱۸**	۱/۱۲	۰/۰۰۱
<b>افسردگی</b>				
پس‌آزمون				
مثبت ایرانی	کنترل	-۶/۲۴**	۱/۷	۰/۰۰۱
مثبت ایرانی	پذیرش - تعهد	۰/۳۸	۱/۲۲	۱
پذیرش - تعهد	کنترل	-۶/۶۲**	۱/۷	۰/۰۰۱
<b>پیگیری</b>				
مثبت ایرانی	کنترل	۵/۷۸**	۱/۹۳	۰/۰۰۱
مثبت ایرانی	پذیرش - تعهد	۰/۰۸	۱/۹۶	۱
پذیرش - تعهد	کنترل	۵/۷**	۱/۹۳	۰/۰۰۱

\*P < ۰/۰۵ \*\* P < ۰/۰۱

## بحث

نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، نمرات اضطراب و افسردگی و اجتناب تجربه‌ای گروه آزمایش (زنان مبتلا به ام اس) نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافت و این کاهش در مدت پی‌گیری یک ماه تغییر چشمگیری نیافته بود (۲۵). پژوهش مولوی و همکاران نیز نشان داد که درمان پذیرش - تعهد باعث کاهش اضطراب، افسردگی و ترس اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است (۲۶). نریمانی و همکاران (۲۷) نیز درمان پذیرش - تعهد را برای زنان نابارور اجراء کردند و به این یافته دست یافتند که درمان پذیرش - تعهد، مداخله‌ای مؤثر برای کیفیت زندگی، مؤلفه‌های سلامت عمومی، نقش جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، سلامت روانی و سرزندگی زنان نابارور است. تأثیر درمان‌های مثبت نیز در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است. Seligman و همکاران روان‌درمانی مثبت گروهی را برای دانشجویانی که علائم خفیف تا متوسط افسردگی داشتند، اجراء کردند و طبق یافته‌های آن‌ها، 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 (۱۸). Hoffmann و همکاران (۲۴) امکان سنجی و استفاده از روان‌شناسی مثبت را در بیماران بستری که تمایل

این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر درمان مثبت ایرانی و درمان پذیرش - تعهد بر اضطراب، تنش و افسردگی زنان نابارور انجام شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ولی بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دیده شد. نتایج مربوط به تأثیر درمان پذیرش - تعهد در کاهش اضطراب، تنش و افسردگی با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها در نمونه‌های متعدد، همسو است. Folke و همکاران درمان پذیرش - تعهد را برای افرادی که به دلیل معلولیت یا بیماری، قادر به کار کردن نبودند، اجراء کردند و به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش - تعهد می‌تواند درمانی امید بخش برای افسردگی باشد (۲۳). Hoffmann و همکاران (۲۴)، درمان پذیرش - تعهد را برای بیمارانی که اضطراب سالم شدید (health anxiety severe) داشتند، اجراء کردند و نتایج نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و توجه‌آگاهی به‌طور معناداری در طول درمان افزایش یافت و در پیگیری ۶ ماهه، به‌طور ویژه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌طور معناداری با کاهش علائم اضطراب سالم همراه بود. پژوهش رجیبی و یزدخواستی

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 (۳۴).

### نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان مثبت ایرانی و پذیرش - تعهد علی‌رغم تفاوت‌هایی که با یکدیگر دارند در کاهش اضطراب، تنش و افسردگی زنان نابارور اثربخش هستند. باید در نظر گرفته شود که در این پژوهش احتمال ارائه پاسخ‌های غیرواقعی شرکت‌کنندگان وجود دارد که می‌تواند ناشی از سوگیری باشد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش آن است که در مورد افسردگی دوره پیگیری سه‌ماهه ممکن است کافی نبوده باشد. به همین دلیل لازم است در تعمیم نتایج در مورد دوام تأثیر مداخله‌های انجام شده بر روی افسردگی اندکی احتیاط شود. با توجه به یافته‌ها توصیه می‌شود درمان مثبت ایرانی به دلیل تناسب فرهنگی محتوای آن، برای زنان ناباروری که دارای مشکلات روان‌شناختی هستند از طریق معرفی به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

### سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکترای تخصصی در رشته روان‌شناسی عمومی پروین جمشیدیان قلعه‌شاهی، به راهنمایی آقای دکتر اصغر آقایی است. برای پژوهش حاضر تأییدیه کمیته اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره 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. پژوهشگران 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 همه کسانی که در پیشبرد این مطالعه نقش داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

به خودکشی داشتند، مورد آزمایش قرار دادند. یافته‌های آن‌ها نشان داد که اثر تمرین خوش‌بینی و ناامیدی برای اکثر تمرینات متوسط بود، تمرینات مربوط به قدردانی و توانمندی‌های منشی در بالاترین رتبه بود. اثر هر دو تمرین قدردانی به طور معناداری بالاتر از بخشش بود که در پایین‌ترین رتبه قرار داشت. طبق نتیجه‌گیری آن‌ها 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 (۲۸). نتایج پژوهش جباری و همکاران نشان داد که برنامه آموزش مثبت باعث کاهش معنی‌دار افسردگی، اضطراب و تنش و افزایش معنی‌دار رضایت از زندگی می‌شود و می‌توان آن را در کاهش نشانه‌های بالینی به کار برد (۲۹). خدابخش و همکاران نیز نشان دادند که درمان مثبت در کاهش افسردگی، افزایش توانمندی‌ها و فضائل منش، افزایش سطح زندگی معنادار، زندگی لذت‌بخش و متعهدانه افراد مبتلا به سرطان مؤثر بوده است (۳۰). مبنای رویکرد مثبت 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 (۳۱). در حالی که رویکردهای مبتنی بر پذیرش فرض می‌کند که باید فعالانه در مشکلات و مسائل درگیر شد. مداخلات مثبت تحت تأثیر این فرض عمل می‌کند که عوامل مثبت، از برجستگی، فوریت و اهمیت عوامل منفی در نزد افراد می‌کاهد (۳۲). این تفاوت‌ها به این معنا نیست که بین این دو رویکرد، هیچ وجه اشتراکی وجود ندارد. در واقع درمان پذیرش - تعهد و مداخلات مثبت در نظریه خود - تعیین‌گری (Theory Self-Determination) اشتراک مفهومی دارند (۳۳). در هر دوی این رویکردها هم هیجانانگیز مثبت و هم هیجانانگیز منفی نقش مهمی در عملکرد روان‌شناختی دارند و علی‌رغم اینکه روان‌شناسی مثبت به شادی‌شناسی (happyology) شهرت دارد، اما در عین حال طبق آموزه‌های آن، هیجان مثبت افسارگسیخته، بدون هیجان منفی که نقش یک لنگر را بر عهده بگیرد (مثل مانیا)، می‌تواند کاملاً مسئله‌ساز باشد. هر دوی این رویکردها به مراجعین کمک

### References

- 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, 2009. *Fertil Steril.* 2009;92(5):1520-4. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.009 PMID: 19828144
- Wiersma NJ, Drukker AJ, Mai BT, Giang HN, Nguyen TN, Lambalk CB. Consequences of infertility in developing countries: results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam. *J Transl Med.* 2006;4:54. DOI: 10.1186/1479-5876-4-54 PMID: 17192178
- Cserepes RE, Korosi T, Bugan A. [Characteristics of infertility-specific quality of life in Hungarian couples]. *Orv Hetil.* 2014;155(20):783-8. DOI: 10.1556/OH.2014.29867 PMID: 24819187
- Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn.* 2010;32(1):140-62. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x PMID: 20003036
- Al-Homaidan HT. Depression among Women with Primary Infertility Attending an Infertility Clinic in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia: Rate, Severity, and Contributing Factors. *Int J Health Sci.* 2011;5(2):108.
- Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(2):293-308. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003 PMID: 17241818
- Azghdy SBH, Vedadhir A, Rashid BH. Psychological Impact of Infertility among Infertile Women. *Adv Nurs Midwifery.* 2014;23(83).
- Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update.* 2012;18(6):652-69. DOI: 10.1093/humupd/dms031 PMID: 22869759

9. Seligman ME. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*: Simon and Schuster; 2004.
10. Rashid T. Positive interventions in clinical practice. *J Clin Psychol*. 2009;65(5):461-6. DOI: [10.1002/jclp.20588](https://doi.org/10.1002/jclp.20588) PMID: [19294745](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19294745/)
11. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1-25. DOI: [10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006) PMID: [16300724](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16300724/)
12. Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, Vohs KD. Bad Is Stronger than Good. *Rev Gen Psychol*. 2001;5(4):323-70. DOI: [10.1037/1089-2680.5.4.323](https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.323)
13. Driver JL, Gottman JM. Daily marital interactions and positive affect during marital conflict among newlywed couples. *Fam Process*. 2004;43(3):301-14. DOI: [10.1111/j.1545-5300.2004.00024.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00024.x) PMID: [15386956](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15386956/)
14. Mezreji HS, Toozandehjani H. Efficacy of Group Reality Therapy on Anxiety in Infertile Women Undergoing Treatment with Assisted Reproductive Techniques IUI. *Mediterranean J Soc Sci*. 2016;7(3 S3):127.
15. Soleimani Sefat E, Younesi S, Dadkhah A, Rostami M. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Training in Reducing Depression in Visually Impaired Male Students. *Iranian Rehabil J*. 2017;15(2):165-72.
16. Gall M, Gall J, Borg W. [Educational Research: An Introduction]. 3rd ed. Tehran, Iran: Samt Publication; 2008.
17. Sudman S. *Applied Sampling*. Academic Press New York, 1976.
18. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol*. 2006;61(8):774-88. DOI: [10.1037/0003-066X.61.8.774](https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774) PMID: [17115810](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17115810/)
19. Hayes SC, Strosahl KD. *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*: Springer Science & Business Media; 2004.
20. Lovibond P, Lovibond S. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychol Found Australia. 1955.
21. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335-43. PMID: [7726811](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7726811/)
22. Afzali A, Delavar A, Borjali A, MIRZAMANI M. Psychometric Properties of Dass-42 as Assessed in A Sample of Kermanshah High School Students. *J Res Behav Sci*. 2007.
23. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cogn Behav Pract*. 2012;19(4):583-94. DOI: [10.1016/j.cbpra.2012.01.002](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.002)
24. Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, Jensen JS, Frostholm L. A Pilot Study of Processes of Change in Group-Based Acceptance and Commitment Therapy for Health Anxiety. *J Contextual Behav Sci*. 2014;3(3):189-95. DOI: [10.1016/j.jcbs.2014.04.004](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.004)
25. 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*. 2004;1(21):29-38.
26. 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.
27. 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 Couns Psychother*. 2014;3(14):387-404.
28. 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. DOI: [10.1016/j.genhosppsy.2013.10.006](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.10.006) PMID: [24230461](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24230461/)
29. 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. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol*. 2015;20(4):296-87.
30. Khodabakhsh R, Khosravi Z, Zarrinpour N. Effect of Positive Psychotherapy in Depression Symptoms and Character Strengths in Cancer Affected Patients. *Posit Psychol*. 2015;1(1):35-50.
31. Fredrickson BL, Losada MF. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *Am Psychol*. 2005;60(7):678-86. DOI: [10.1037/0003-066X.60.7.678](https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.678) PMID: [16221001](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16221001/)
32. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol*. 2005;60(5):410-21. DOI: [10.1037/0003-066X.60.5.410](https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410) PMID: [16045394](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16045394/)
33. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:141-66. DOI: [10.1146/annurev.psych.52.1.141](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141) PMID: [11148302](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11148302/)
34. Parks A, Biswas-Diener R. Positive Interventions: Past, Present, and Future. In: Kashdan T, Ciarrochi J, editors. *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: the seven foundations of well-being*: New Harbinger Publications, Inc; 2013. p. 140-65.