

## بررسی اثربخشی درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی بر اضطراب، استرس و افسردگی زنان نابارور

پروین جمشیدیان قلعه‌شاهی<sup>۱</sup>، اصغر آقایی<sup>۲</sup>، محسن گل‌پرور<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** ناباروری زنان، مشکلی است که به طور تقریبی تمامی ابعاد زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زنان نابارور، اغلب استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان نابارور شهر اصفهان انجام شد.

**روش‌ها:** این پژوهش، نیمه آزمایشی با دو گروه مورد و شاهد بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری سه ماهه انجام شد. ۳۰ زن نابارور مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری اصفهان در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مورد (تحت درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی) و شاهد جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه‌ی (DASS-42) Depression anxiety stress scales بود.

**یافته‌ها:** در آزمون ANCOVA، استرس، اضطراب و افسردگی در پس‌آزمون و پی‌گیری در گروه مورد به شکل معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود ( $P < 0/010$ ).

**نتیجه‌گیری:** درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی در کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان نابارور، در کوتاه مدت و بلند مدت اثربخش واقع می‌شود.

**واژگان کلیدی:** افسردگی، اضطراب، استرس، روان‌شناختی، ناباروری، زن

**ارجاع:** جمشیدیان قلعه‌شاهی پروین، آقایی اصغر، گل‌پرور محسن. بررسی اثربخشی درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی بر اضطراب، استرس و

افسردگی زنان نابارور. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۱۸): ۷۶-۷۰

## مقدمه

ناباروری (Infertility) ناتوانی در بارداری پس از ۱۲ ماه مقاربت جنسی منظم، بدون استفاده از روش‌های جلوگیری است (۱). در فرهنگ شرقی، تولید مثل یکی از بالاترین ارزش‌ها می‌باشد و هنگامی که فرزندآوری غیر ممکن به نظر آید، ممکن است بحران روانی رخ دهد (۲). صرف نظر از این که، کدام یک از زوجین نابارور است، ناباروری به عنوان شرایطی استرس‌آمیز در نظر گرفته می‌شود، به ویژه برای زنان که به طور عمومی، 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، به ویژه در کشورهای در حال توسعه که داشتن فرزند، به دلایل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و مذهبی، بسیار مهم است (۵). از طرفی، زنان تحت درمان ناباروری، میزان بالاتری از استرس، اضطراب و افسردگی

را گزارش می‌کنند (۶) و یکی از شایع‌ترین دلایل قطع درمان ناباروری، بار روانی همراه با آن است (۷). 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 (۸). پیامدهای منفی ناباروری زنان که در سطوح فردی و اجتماعی خود را نشان می‌دهد، باعث می‌شود که پژوهشگران و درمانگران نسبت به این موضوع حساس باشند. تا کنون، مداخلات متعددی با رویکردهای گوناگون، به منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور انجام شده‌اند. به عنوان مثال، مدیریت استرس (۹)، واقعیت‌درمانی (۱۰) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۱) از این دسته مداخلات هستند. در سال‌های اخیر، مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر (Positive psychology intervention یا PPIs)، مورد

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

شدید جسمانی یا روانی و کسب نمره‌ی متوسط تا شدید افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس پرسش‌نامه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42 یا Depression anxiety stress scales-42) بودند.

معیارهای خروج از پژوهش عبارت از دو جلسه غیبت متوالی یا غیر متوالی، عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین‌های منزل طی سه جلسه‌ی متوالی یا غیر متوالی و استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی در حین انجام پژوهش بودند. برای گروه مورد، ۱۱ جلسه‌ی درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی که با استفاده از روش Grounded theory research تدوین شده بود، به صورت متوالی و هفتگی در جلسات گروهی ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد. ضریب توافق پنج متخصص درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی برای ساختار، فرایند، اجزا، زمان، مهارت‌ها و تمرین‌های بسته‌ی درمانی، ۰/۸۲ بود. عناوین جلسات درمان مثبت‌نگر عبارت 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 خداوند، جلسه‌ی هشتم: سپاسگزاری از دیگران، جلسه‌ی نهم: امید و خوش‌بینی، جلسه‌ی دهم: مهربانی و کمک بدون چشم‌داشت و جلسه‌ی یازدهم: مرور و جمع‌بندی مطالب بودند.

#### ابزار اندازه‌گیری: مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس

(DASS-42): این مقیاس، یک پرسش‌نامه‌ی خود گزارشی جهت سنجش شدت افسردگی، اضطراب و استرس است که توسط Lovibond و Lovibond طراحی شد (۱۵). برای هر زیر مقیاس، ۱۴ سؤال اختصاص داده شد و آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت، نظر خود را در مورد آن، از بین چهار گزینه‌ی هیچ‌وقت (نمره‌ی ۰)، کمی (نمره‌ی ۱)، گاهی (نمره‌ی ۲) و همیشه (نمره‌ی ۳) انتخاب کند. شواهد اولیه، بیانگر این بود که DASS-42 از روایی هم‌گرا و افتراقی مناسبی برخوردار است. سازندگان آزمون بر روی یک نمونه‌ی ۷۱۷ نفری از دانش‌آموزان، پرسش‌نامه‌ی DASS-42، پرسش‌نامه‌ی اضطراب Beck (Beck anxiety inventory یا BAI) و پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck (Beck depression inventory یا BDI) را اجرا کردند. همبستگی بین مقیاس اضطراب DASS-42 و BAI بالا بود ( $r = 0/81$ ) و بین مقیاس افسردگی DASS-42 و BDI نیز همبستگی بالایی وجود داشت ( $r = 0/74$ ). آن‌ها همچنین، برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی DASS، آزمون را در یک نمونه‌ی بزرگ غیر بالینی اجرا کردند ( $n = 2914$ ) و نشان دادند که قابلیت اعتماد DASS، که با استفاده از Cronbach's alpha محاسبه شد، برای هر سه زیر مقیاس افسردگی (۰/۹۱)، اضطراب (۰/۸۴) و استرس (۰/۹۰) قابل قبول است (۱۶).

توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است (۱۲).

روان‌شناسی مثبت‌نگر بر مطالعات 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 (۱۳). در PPIs، ارتقای توانمندی‌ها و هیجان‌ات مثبت به طور مستقیم و غیر مستقیم، رنج را از بین می‌برد (۱۴). تا کنون، پژوهش‌های اندکی پیرامون رویکردهای مثبت‌نگر انجام شده‌اند. از طرفی، نگاهی نقادانه به پژوهش‌هایی که در آن‌ها تلاش شده است تا با استفاده از درمان‌های روان‌شناختی به زنان نابارور در جهت غلبه بر مشکلات مختلف کمک شود، 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 توجیهی نشان نداده‌اند.

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 این رو، در راستای رفع خلأهای موجود، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان نابارور شهر اصفهان انجام شد.

#### روش‌ها

طرح این پژوهش، نیمه‌آزمایشی در دو گروه مورد و شاهد با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری سه ماهه بود. جامعه‌ی آماری (Universe) کلیه‌ی زنان نابارور ساکن شهر اصفهان بودند. جمعیت هدف (Target population)، زنان ناباروری بودند که در بهار ۱۳۹۵ برای درمان ناباروری خود به مرکز باروری و ناباروری اصفهان مراجعه کرده بودند و نمونه‌ی آماری (Sample) از بین این زنان نابارور انتخاب شد. با توجه به این که در تحقیقات آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (۱۴)، تعداد ۳۰ زن نابارور بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful sampling) انتخاب شدند و سپس، به صورت تصادفی در دو گروه مورد (درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی) ( $n = 15$ ) و شاهد ( $n = 15$ ) جایگزین شدند. با در نظر گرفتن ملاک‌های خروج از پژوهش، در حین انجام پژوهش تعداد نهایی نمونه از ۳۰ به ۲۷ نفر کاهش یافت.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت از رضایت آگاهانه، دامنه‌ی سنی ۲۰-۴۰ سال، حداقل تحصیلات راهنمایی، سکونت در شهر اصفهان، تحت درمان ناباروری بودن، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی حداقل دو هفته قبل از شروع درمان، عدم ابتلا به بیماری‌های

جدول ۱. میانگین  $\pm$  انحراف معیار متغیر استرس، اضطراب و افسردگی در گروه‌های مورد و شاهد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

| متغیر   | گروه | پیش‌آزمون                  |         | پس‌آزمون                   |         | پی‌گیری                    |         |
|---------|------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|----------------------------|---------|
|         |      | میانگین $\pm$ انحراف معیار | P مقدار | میانگین $\pm$ انحراف معیار | P مقدار | میانگین $\pm$ انحراف معیار | P مقدار |
| استرس   | شاهد | ۲۵/۱۴ $\pm$ ۳/۷۱           | ۰/۷۹۰   | ۲۵/۲۱ $\pm$ ۴/۰۴           | ۰/۰۰۱   | ۲۵/۷۱ $\pm$ ۴/۱۰           | ۰/۰۰۱   |
|         | مورد | ۲۴/۹۲ $\pm$ ۴/۵۴           |         | ۱۸/۳۸ $\pm$ ۲/۹۹           |         | ۱۹/۰۷ $\pm$ ۴/۲۷           |         |
| اضطراب  | شاهد | ۱۶/۰۷ $\pm$ ۲/۳            | ۰/۸۸۰   | ۱۶/۲۸ $\pm$ ۲/۳۷           | ۰/۰۰۱   | ۱۶/۶۴ $\pm$ ۳/۱۵           | ۰/۰۰۱   |
|         | مورد | ۱۶/۱۵ $\pm$ ۲/۰۷           |         | ۱۱/۲۳ $\pm$ ۲/۶۸           |         | ۱۲/۰۷ $\pm$ ۳/۰۶           |         |
| افسردگی | شاهد | ۲۲/۵۷ $\pm$ ۳/۰۹           | ۰/۶۹۰   | ۲۲/۹۳ $\pm$ ۳/۷۳           | ۰/۰۰۱   | ۲۳/۸۶ $\pm$ ۳/۹۱           | ۰/۰۱۰   |
|         | مورد | ۲۳/۰۸ $\pm$ ۳/۲۷           |         | ۱۶/۶۹ $\pm$ ۴/۱۹           |         | ۱۸/۰۸ $\pm$ ۵/۳۹           |         |

نتایج آزمون‌های چند متغیری در آزمون ANCOVA برای استرس، اضطراب و افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های چند متغیری در آزمون ANCOVA برای استرس، اضطراب و افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری

| مراحل مطالعه | شاخص آماری         | مقدار | P مقدار |
|--------------|--------------------|-------|---------|
| پس‌آزمون     | اثر پیلا           | ۰/۵۹  | ۰/۰۰۱   |
|              | Wilks' lambda      | ۰/۴۱  | ۰/۰۰۱   |
|              | اثر هتلینگ         | ۱/۴۴  | ۰/۰۰۱   |
| پی‌گیری      | بزرگ‌ترین ریشه روی | ۱/۴۴  | ۰/۰۰۱   |
|              | اثر پیلا           | ۰/۴۷  | ۰/۰۰۴   |
|              | Wilks' lambda      | ۰/۵۳  | ۰/۰۰۴   |
|              | اثر هتلینگ         | ۰/۹۰  | ۰/۰۰۴   |
|              | بزرگ‌ترین ریشه روی | ۰/۹۰  | ۰/۰۰۴   |

چنان که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون‌های چند متغیری معنی‌دار بودند؛ به این معنی که تفاوت در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری در گروه مورد و گروه شاهد در استرس، اضطراب و افسردگی معنی‌دار است.

چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در استرس، اضطراب و افسردگی بین گروه مورد و گروه شاهد در پس‌آزمون و پی‌گیری، پس از کنترل پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری ( $P < ۰/۰۱۰$ ) وجود داشت. مجذور سهمی اتا برای عامل استرس برابر با ۰/۵۴ و توان آزمون برابر با ۰/۹۹۸ بود. این نتیجه، نشان می‌دهد که ۵۴ درصد تفاوت بین پس‌آزمون در استرس مربوط به اعمال متغیر مستقل (درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی) بود که با توان ۰/۹۹۸ درصد، تأیید شد. همچنین، ۵۲ درصد تفاوت بین پس‌آزمون در اضطراب مربوط به اعمال متغیر مستقل بود که با توان ۰/۹۹۶ درصد تأیید شد. در افسردگی نیز ۳۹ درصد تفاوت بین پس‌آزمون در افسردگی مربوط به اعمال متغیر مستقل بود که با توان ۰/۹۴۸ درصد تأیید شد.

در ایران نیز در پژوهشی اعتبار و پایایی این مقیاس، قابل قبول بود. همبستگی مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی Beck ۰/۸۴، همبستگی مقیاس اضطراب با آزمون Zung (ZAS) یا Zung anxiety scale) ۰/۸۳ و همبستگی میان استرس و مقیاس استرس دانش‌آموزان (Students's stress scale یا SSS) نیز ۰/۷۵ بود. ضریب Cronbach's alpha محاسبه شده برای مقیاس افسردگی برابر با ۰/۹۴، مقیاس اضطراب برابر با ۰/۸۵ و مقیاس استرس برابر با ۰/۸۷ محاسبه شد (۱۷). در این پژوهش نیز Cronbach's alpha به ترتیب برای افسردگی، اضطراب و استرس، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۷۹ بود. در تمامی مراحل پژوهش، ملاحظات مربوط به رضایت آگاهانه و رازداری رعایت شد. شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه را امضا 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 اجرا کننده پژوهش نگهداری شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (SPSS Inc., Chicago, IL, version 18) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمون ANCOVA استفاده شد.

#### یافته‌ها

داده‌های خام ۲۷ نفر از آزمودنی‌ها (گروه مورد ۱۳ نفر و گروه شاهد ۱۴ نفر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین  $\pm$  انحراف معیار سن در گروه مثبت‌نگر ۲/۶۹  $\pm$  ۲۹/۳۸ و در گروه شاهد ۲/۸۶  $\pm$  ۲۹/۲۱ سال بود. میانگین  $\pm$  انحراف معیار طول مدت ازدواج در گروه مورد ۱۱/۷۸  $\pm$  ۳۵/۷۶ ماه و در گروه شاهد ۱۳/۲۵  $\pm$  ۳۶/۳۵ ماه بود. در جدول ۱، میانگین  $\pm$  انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی در گروه‌های مورد و شاهد آمده است.

لازم به ذکر است که علاوه بر طبیعی سازی توزیع متغیرهای وابسته، برابری واریانس خطا و برابری شیب خطوط رگرسیون برای گروه مورد و گروه شاهد، نتایج آزمون باکس با مقدار ۴/۲۷ و  $P > ۰/۰۵۰$  حاکی از برابری ماتریس ANOVA-ANCOVA بود.

جدول ۳. نتایج آزمون ANCOVA برای استرس، اضطراب و افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری

| مراحل مطالعه | متغیر   | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | مقدار P | مجذور سهمی آتا |
|--------------|---------|---------------|-----------------|---------|----------------|
| پس‌آزمون     | استرس   | ۲۸۹/۵۴        | ۲۸۹/۵۴          | ۰/۰۰۱   | ۰/۵۴           |
|              | اضطراب  | ۱۶۸/۵۱        | ۱۶۸/۵۱          | ۰/۰۰۱   | ۰/۵۲           |
|              | افسردگی | ۲۴۸/۱۶        | ۲۴۸/۱۶          | ۰/۰۰۱   | ۰/۳۹           |
| پی‌گیری      | استرس   | ۲۸۴/۶۱        | ۲۸۴/۶۱          | ۰/۰۰۱   | ۰/۴۰           |
|              | اضطراب  | ۱۴۰/۰۳        | ۱۴۰/۰۳          | ۰/۰۰۱   | ۰/۳۷           |
|              | افسردگی | ۲۰۹/۴۰        | ۲۰۹/۴۰          | ۰/۰۱۰   | ۰/۲۶           |

جباری و همکاران نیز به این یافته دست یافتند که آموزش‌های مثبت‌نگر، باعث کاهش معنی‌دار افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش معنی‌دار رضایت از زندگی می‌شود و می‌توان آن را در کاهش نشانه‌های بالینی به کار برد (۲۰).

در پژوهش Noferesty و همکاران، که مطالعه‌ی تک‌آزمودنی با طرح خط پایه‌ی چندگانه بین آزمودنی‌ها همراه با پی‌گیری بود، روان‌درمانی مثبت‌گرا در جلسات انفرادی ۴۵ دقیقه‌ای برای سه فردی که دارای نشانه‌های افسردگی بودند، اجرا شد. یافته‌های مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که هر سه آزمودنی، با شروع مداخله روند کاهشی و رو به بهبودی (با ۷۱ درصد بهبودی) را در نمرات افسردگی نشان دادند. همچنین، هر سه آزمودنی، روند افزایشی و رو به بهبودی را در نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی (با ۲۱ درصد بهبودی)، شادکامی (با ۴۶ درصد بهبودی) و رضایت از زندگی (با ۶۱ درصد بهبودی) نشان دادند. این نتایج در پی‌گیری دو ماهه نیز همچنان باقی ماند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی مثبت‌گرا، یک روش درمانی کوتاه‌مدت مؤثر برای کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی و افزایش شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی است (۲۱).

نتایج پژوهش خدابخش و همکاران نیز نشان داد که درمان مثبت‌نگر در کاهش افسردگی، افزایش توانمندی‌ها و فضایل، منش، افزایش سطح زندگی معنی‌دار، زندگی لذت‌بخش و متعهدانه‌ی افراد مبتلا به سرطان مؤثر بوده است (۲۲).

روان‌شناسی مثبت، مطالعه‌ی علمی عملکرد مطلوب انسان است که هدف آن، کشف و ارتقای عواملی است که به افراد، اجتماع و جوامع اجازه می‌دهد به رشد و شکوفایی برسند. جنبش روان‌شناسی مثبت، بازنمایی‌کننده‌ی تعهد جدیدی در پژوهش است که در آن، روان‌شناسان به منابع سلامت روانی توجه و تأکید می‌کنند و در نتیجه، فراتر از تأکید قبلی بر بیماری و اختلال است (۲۳). جریان اصلی روان‌شناسی، رفتارهای منفی و شکل‌های گوناگون اختلال در عملکرد را مقدم می‌داند؛ در حالی که روان‌شناسی مثبت، بر روی فضایل، ویژگی‌ها و تجارب مثبت تأکید می‌کند (۲۴)؛ به این ترتیب، در

در مرحله‌ی پی‌گیری نیز ۴۰ درصد تفاوت بین پی‌گیری در استرس مربوط به اعمال متغیر مستقل بود که با توان ۰/۹۵ درصد تأیید شد. همچنین، ۳۷ درصد تفاوت بین پی‌گیری در اضطراب مربوط به اعمال متغیر مستقل بود که با توان ۰/۹۳ درصد تأیید شد. در افسردگی نیز ۲۶ درصد تفاوت بین پیگیری در افسردگی مربوط به اعمال متغیر مستقل بود که با توان ۰/۷۵ درصد تأیید شد.

## بحث

این پژوهش نشان داد که درمان مثبت‌نگر ایرانی-اسلامی، موجب کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان نابارور می‌شود و دستاوردهای درمانی این مداخله، تا دوره‌ی پی‌گیری، یعنی در بلندمدت نیز باقی ماند. این نتایج با مطالعات متعدد دیگر نیز همسو است. Seligman و همکاران، روان‌درمانی مثبت (Positive psychotherapy یا PPT) را بر اساس تعریف Seligman از شادکامی اصیل، تدوین کردند و جلسات درمان را برای ۴۰ دانشجوی دانشگاه که بر اساس پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck، افسردگی خفیف تا متوسط داشتند، اجرا کردند. نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که دانشجویان گروه مورد، در مقایسه با گروه شاهد 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).

Huffman و همکاران، امکان‌سنجی و استفاده از روان‌شناسی مثبت را در بیماران بستری که تمایل به خودکشی داشتند، مورد مطالعه 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 تمرینات قدردانی، به طور معنی‌داری 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 به لحاظ پیامدهای بالینی، دارای فواید کوتاه مدت است (۱۹).

عملکرد باشند که بتوانند تکالیف خانگی را انجام دهند و نیازی به درمان دارویی نداشته باشند، گرفتن نمره‌ی متوسط تا شدید افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس DASS-42، معیار ورود به پژوهش بود و با توجه به این موضوع، پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این درمان برای نمره‌ی خیلی شدید افسردگی، اضطراب و استرس نیز مورد مطالعه قرار گیرد. یکی دیگر از معیارهای ورود به پژوهش، حداقل تحصیلات راهنمایی بود؛ به این ترتیب، پیشنهاد پژوهشی دیگر این است که مطالعاتی با سطح تحصیلات پایین‌تر نیز انجام شوند.

نتایج پژوهش حاضر، می‌تواند در درمان مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور مورد استفاده قرار گیرد؛ به طوری که درمانگران می‌توانند با در نظر گرفتن نیازها و شرایط خاص مراجعین از درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی که با باورها و اعتقادات مردم هم‌خوانی دارد، استفاده کنند. علاوه بر این، نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز پژوهش‌های بعدی در حوزه‌ی درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی باشد؛ به طوری که با اضافه نمودن این مبحث جدید به پیکره‌ی درمان‌های روان‌شناختی، پوشش و زاینده‌گی این حیطه را به سمت آینده هدایت کند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه‌ی دکتری تخصصی روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان با کد شناسایی ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۳۲۰۷۲ می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از سرکار خانم مهرانگیز جعفرزاده، مسؤول 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.

این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) یا Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT) با کد IRCT2016022826811N1 ثبت شده است.

مداخلات درمانی مثبت‌گرا، انسان‌ها به عنوان افرادی در نظر گرفته می‌شوند که دارای پتانسیل‌های ذاتی برای افزایش دادن توانمندی‌های منشی و فضایل هستند (۲۵). از این رو، مداخلات مثبت‌گرا، می‌توانند مکملی برای مداخلات سستی باشند که هدف آن‌ها، خلاصی از رنج است و این دستاورد، می‌تواند میراث عملی روان‌شناسی مثبت باشد (۲۶).

علاوه بر گشایش جدیدی که مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا پیش روی درمانگران و مراجعین آن‌ها باز می‌کند، در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی در مداخلات مثبت‌گرا دارای اهمیت بسیاری است؛ چرا که ما بیش از هر چیز در دهه‌ی حاضر به درمان‌های تلفیقی و جامع‌نگر نیاز داریم که عناصر بومی ما در آن‌ها قابل تلفیق باشند (۲۷).

Peterson و Seligman، در این ارتباط مطرح می‌کنند که هنگام استفاده از فضایل و توانمندی‌های منشی در مورد درمان‌جویان متعلق به فرهنگ‌های گوناگون، باید مطمئن شد که «آیا این فضایل، با درمان‌جویان تناسب فرهنگی دارد یا خیر؟». آن‌ها تفاوت‌های فرهنگی فضایل را در فرهنگ‌های گوناگون توضیح می‌دهند و زمانی که به فضیلت‌های اسلامی می‌رسند، در ابتدا از پیامبر اسلام و کتاب آسمانی او یاد می‌کنند (۲۸). واضح است که مداخله‌های روان‌شناختی در صورتی می‌توانند کارایی خود را نشان دهند که بتوانند در بافت فرهنگی و بومی به نیازهای اساسی در رابطه با مسایل روانی مردم کشورمان پاسخ دهند و مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا، جزء مداخلاتی محسوب می‌شوند که قابلیت بومی‌سازی با نیازهای فرهنگی کشور ما را دارا هستند و استفاده از پتانسیل‌های بومی در جهت افزایش اثربخشی این درمان، می‌تواند موجب اثر بخشی هرچه بیشتر و پایداری دستاوردهای درمانی شود.

با توجه به این که جامعه‌ی آماری این پژوهش زنان نابارور بودند، یافته‌های این پژوهش را نمی‌توان به جوامع دیگر تعمیم داد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های دیگری در جوامع متفاوت صورت گیرد. در این پژوهش، به منظور آن که آزمودنی‌ها دارای سطحی از

### 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, 2009. *Fertil Steril* 2009; 92(5): 1520-4.
2. 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.
3. Cserepes RE, Korosi T, Bugan A. Characteristics of infertility-specific quality of life in Hungarian couples. *Orv Hetil* 2014; 155(20): 783-8. [In Hungarian].
4. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Social Health Illn* 2010; 32(1): 140-62.
5. 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 (Qassim)* 2011; 5(2): 108-15.
6. de Klerk C, Hunfeld JA, Duivenvoorden HJ, den Outer MA, Fauser BC, Passchier J, et al. Effectiveness of a psychosocial counselling intervention for first-time IVF couples: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2005; 20(5): 1333-8.
7. 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.
8. 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 Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2014; 23(83): 1-8. [In Persian].
  9. Hamid N. The effectiveness of stress management based on cognitive-behavior method on depression, anxiety and fertilization of infertile women. *Journal of Behavioral Sciences* 2011; 5 (1):55-60. [In Persian].
  10. Toozandehjani H, Soltanzadeh Mezreji H. Efficacy of group reality therapy on depression in infertile women before treatment with assisted reproductive techniques IUI. *J Res Behave Sci* 2014; 12(2): 184-93. [In Persian].
  11. 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. *Family Counseling and Psychotherapy* 2014; 4(3): 387-405. [In Persian].
  12. Seligman MEP. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY: Free Press; 2002.
  13. Rashid T. Positive interventions in clinical practice. *J Clin Psychol* 2009; 65(5): 461-6.
  14. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational research: an introduction. *Trans. Nasr AR, Oreizi HR, Abolghasemi M, Pakseresht MJ, Kiamanesh AR, BagheriKh, et al. Tehran, Iran: SAMT Publications; 2008*. [In Persian].
  15. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney, Australia: Psychology Foundation of Australia; 1995.
  16. 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.
  17. 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 Med Sci* 2007; 5(2): 81-92.
  18. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006; 61(8): 774-88.
  19. 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.
  20. 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* 2015; 20(4): 296-87. [In Persian].
  21. Noferesty A, Rimaz S, Fata L, Asmar M, Pasandideh A, Shaeiri Mohamad R. The effectiveness of positive psychotherapy in increasing happiness and psychological well-being in people with depression symptoms: A multiple-baseline study. *Positive Psychology Research* 2015; 1(1): 1-18. [In Persian].
  22. Khodabakhsh R, Khosravi Z, Zarrinpour N. Effect of positive psychotherapy in depression symptoms and character strengths in cancer affected patients. *Positive Psychology Research* 2015; 1(1): 35-49. [In Persian].
  23. Sheldon KM, King L. Why positive psychology is necessary. *Am Psychol* 2001; 56(3): 216-7.
  24. Jorgensen IS, Nafstad HE. Positive psychology: Historical, philosophical, and epistemological perspectives. In: Linley PA, Joseph S, editors. *Positive psychology in practice*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2004. p. 34-21.
  25. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol* 2000; 55(1): 5-14.
  26. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60(5): 410-21.
  27. Hatami M. Positive psychotherapy. *Proceedings of the 9<sup>th</sup> Congress for Psychotherapy on the Bed of the Cultural Values; 2016 May 17-19; Tehran, Iran*. [In Persian].
  28. Peterson C, Seligman M. *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. New York, NY: Oxford University Press; 2004.

## Investigating the Effectiveness of Iranian-Islamic Positive Therapy on Depression, Anxiety, and Stress of Infertile Women

Parvin Jamshidian-Qalehshahi<sup>1</sup>, Asgar Aghaei<sup>2</sup>, Mohsen Golparvar<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Female infertility is a problem that affects almost every aspect of women's lives. Infertile women usually experience stress, anxiety and depression. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of Iranian-Islamic positive therapy on depression, anxiety, and stress of infertile women.

**Methods:** This research was a two-group quasi-experimental study in Isfahan city, Iran, with pretest-posttest method and three-month follow-up. 30 infertile women referring to Isfahan Fertility and Infertility Center were selected via purposeful sampling and were randomly assigned to Iranian-Islamic positive therapy and control groups. The data collection tool was Depression anxiety stress scales (DASS-42) questionnaire.

**Findings:** Analysis of covariance (ANCOVA) showed that post-test and follow-up stress, anxiety, and depression were significantly less in experimental group ( $P < 0.010$ ).

**Conclusion:** This study showed to Iranian-Islamic positive therapy is effective in reducing depression, anxiety, and stress of infertile women in short- and long-term follow up.

**Keywords:** Depression, Anxiety, Stress, Psychology, Infertility, Female

**Citation:** Jamshidian-Qalehshahi P, Aghaei A, Golparvar M. **Investigating the Effectiveness of Iranian-Islamic Positive Therapy on Depression, Anxiety, and Stress of Infertile Women.** J Isfahan Med Sch 2017; 35(418): 70-6.

1- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Asghar Aghaei, Email: aghaeipsy@gmail.com