

August-September 2021, Volume 16, Issue 3

## The Comparison of Effectiveness of Religion Based Cognitive Behavior And Positive Psycho Therapies On Self Criticism And Distressing Psychological Of Infertile Women

Mashak R<sup>1</sup>, Naderi F<sup>2\*</sup>, Chinaveh M<sup>3</sup>

1- PhD Candidate in General Psychology, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

2- Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran.

**Corresponding author:** Naderi F, Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Email:** nmafrah@yahoo.com

Received: 4 April 2021

Accepted: 23 May 2021

### Abstract

**Introduction:** Feeling of inability respecting fertility and common social reactions in society towards the infertile women might be the causes of many psychological pressures for this individuals. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of religious cognitive-behavioral therapy and positive psycho therapy on self-criticism and psychological distressing in infertile women of Ahvaz metropolitan.

**Methods:** The research method was experimental with pretest-posttest, control group and follow-up. The studied statistical population consisted of infertile women who had referred to infertility medical and health centers in 1399 for infertility treatment. 60 subjects were selected as sample by purposive sampling method and randomly assigned in two treatment groups; religion based cognitive-behavioral therapy and positive psycho therapy and control groups, 20 individuals each. To collect data Thompson and Zeroff (2004) Self-Criticism Scale and Kessler et al. (2002) Psychological Distress Scale-10 were implemented. Data were analyzed by applying multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and Bonferroni post hoc test using SPSS-24 software.

**Results:** The results showed that in the post- test and follow- up stages, religious cognitive behavioral therapy and positive psycho therapy were effective in reducing self-criticism and psychological distress ( $P < 0.001$ ). The finding also indicated that in the post-test and follow-up stages, no significant difference was observed between the effectiveness of the two interventions on self-criticism and psychological distress ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** The results showed the effectiveness of religious behavioral cognitive therapy and positive psychotherapy in reducing self-criticism and psychological distress in infertile women. It is recommended that these methods be used as complementary therapies along with other medical therapies.

**Keywords:** Religion based cognitive behavior therapy, Positive psycho therapy, Self criticism, Psychological distressing, infertile women.

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری بر خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در زنان نابارور شهرستان اهواز

رویا مشاک<sup>۱</sup>، فرح نادری<sup>۲\*</sup>، محبوبه چین آوه<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روان شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.  
۲- استاد، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.  
۳- استادیار، گروه روان شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

نویسنده مسئول: فرح نادری، استاد، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.  
ایمیل: nmafrah@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۱۵

### چکیده

**مقدمه:** احساس ناتوانی در باروری و واکنش های اجتماعی رایج در جامعه نسبت به زنان نابارور، زمینه ساز بسیاری از فشارهای روانی برای زنان نابارور است. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری بر خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در زنان نابارور شهرستان اهواز بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر، تجربی از نوع آزمایشی با پیش آزمون پس آزمون و گروه کنترل همراه با دوره پیگیری بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان ناباروری بود که برای درمان ناباروری به مراکز وکلینیک های پزشکی ناباروری و مراکز بهداشتی درمانی در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند. از بین این تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه درمان شناختی رفتاری مذهبی (N=۲۰)، درمان مثبت نگری (N=۲۰) و یک گروه گواه (N=۲۰) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده ها، مقیاس خودانتقادی (Self-Criticism Scale) تامپسون و زروف (۲۰۰۴) و پریشانی روان شناختی (Self-Compassion Scale) کسلر و همکاران (۲۰۰۲) بودند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 24 و از روش تحلیل کوواریانس مانکوا و تعقیبی بونفرونی انجام شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که در مراحل پس آزمون و پیگیری، درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری بر کاهش خودانتقادی (F=۱۲۵/۴۲ و p=۰/۰۰۱) و پریشانی روان شناختی (F=۱۰۴/۵۲ و p=۰/۰۰۱) اثربخش بودند. همچنین در مراحل پس آزمون و پیگیری بین اثربخشی دو مداخله بر خودانتقادی و پریشانی روان شناختی تفاوتی مشاهده نشد (P> ۰/۰۵). **نتیجه گیری:** نتایج حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری جهت کاهش خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در زنان نابارور بود. براساس یافته های حاضر توصیه می گردد پزشکان و روان شناسان جهت کاهش خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در زنان نابارور از درمان های شناختی رفتاری مذهبی و مثبت نگری در کنار سایر روش های درمانی پزشکی استفاده کنند.

**کلیدواژه ها:** درمان شناختی رفتاری مذهبی، درمان مثبت نگری، خودانتقادی، پریشانی روان شناختی، زنان نابارور.

### مقدمه

مزمن ویا یک عامل تنش زای ناخواسته و غیربرنامه ریزی شده ای باشد که بسیاری از زوجین از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح این مسئله برخوردار نیستند به همین دلیل تشخیص ناباروری، انتظارات زوجین نابارور از زندگی را به چالش می کشد (۲). همچنین بنابر گفته سازمان

ناباروری از نظر پزشکی عبارت از، ناتوانی در بارداری بعد از یکسال مقاربت منظم، بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در زنان نابارور است (۱). همچنین ناباروری می تواند نوعی بحران زندگی، بحران هویت، یک بیماری

به دلیل مداخلات درمانی تجربه می کنند و پیامدهایی مانند مشغولیت ذهنی (که می تواند منجر به خودانتقادی شود)، احساس تنهایی، گناه وحسرت را گزارش می کنند (۱۱). همچنین بسیاری از مطالعات نشان داده اند که خودانتقادی با بسیاری از پیامدهای منفی همراه بوده و ممکن است به ناراحتی هیجانی، احساسات ناامیدی و درماندگی، مشکلات بین فردی، افسردگی، اضطراب و... منجر شود بلات و زوروف (Blatt & zurhoff) (۱۹۹۲) عقیده دارند افرادی که از خودشان انتقاد می کنند در مواجهه با شکست، به احتمال زیاد افسردگی را تجربه کرده و به انتقادی بودن و حمله به خود و به تعمیم این افکار به دیگران گرایش دارند. خودانتقادی واکنشی منفی به وقایع و رویدادهای ناراحت کننده و منفی است (۱۲). افراد خودانتقادگر، احساس بی دقتی، فرومایگی، عدم موفقیت و احساس گناه را تجربه کرده و دائم درگیر سنجش خود و ارزیابی مداوم خود بوده و از عدم پذیرش و انتقاد از سوی دیگران و از دست دادن تأیید دیگران می ترسند (۱۳). در چندین سال گذشته، تأثیر ناباروری بر بهزیستی روان شناختی زوجین به خوبی شناخته شده است. زنان نابارور استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند که هر چه مدت ناباروری بیشتر باشد سطح پریشانی روان شناختی نیز بالاتر می رود (۱۴).

درحالی که مداخلات پزشکی کمک زیادی جهت درمان ارائه می دهند اما مطالعات نشان می دهد که این درمان ها استرس را افزایش می دهند. هزینه بالای درمان پزشکی ناباروری ممکن است در بیماران احساس ناامیدی و درماندگی ایجاد کند. همچنین عوارض داروهای درمانی باعث ایجاد اضطراب، افسردگی، مانیا، تحریک پذیری و مشکلات خواب و شناختی در این افراد می شود. فشارهای روانشناختی می توانند یک دلیل ناباروری یا تشدید کننده ناباروری باشند (۸). از سوئی زنان نابارور ممکن است از عقاید مذهبی خود برای مقابله با بحران و یافتن معانی و امید در درد و رنجشان استفاده کنند. بنابراین، مراقبت های جامع در زنان نابارور تنها توجه به نیازهای روان شناسی، اجتماعی، فرهنگی و درمان های پزشکی در فرد نیست بلکه باید نیازهای معنوی نیز مورد توجه قرار گیرد (۱۵).

با توجه به چند بعدی بودن مشکلات مربوط به ناباروری زنان و در تأیید نقش مذهب در مشکلات زنان نابارور کشورهای شرقی بالاخص در ایران وانجام پژوهش هایی در این زمینه، نشان داده شد که در این کشورها این

بهداشت جهانی (WHO: world health organization)، ناباروری یک مشکل گسترده جهانی است که در سالهای اخیر بطور قابل ملاحظه ای شیوع پیدا کرده است (۳) که بین حدود ۹/۳ تا ۱۶/۷ درصد از زنان در سن باروری را شامل می شود (۴). تغییر نقش زنان در فعالیتهای اجتماعی، تأخیر در سن ازدواج، تغییر در سن داشتن فرزند، افزایش استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، آزاد شدن سقط جنین در برخی کشورها و وضعیت اقتصادی نامطلوب، می تواند برخی از مهمترین علل کاهش میزان باروری در جوامع صنعتی بوده باشد (۵). در مطالعاتی، شیوع ناباروری در ایران در سال ۲۰۱۵، ۱۷/۳ درصد بوده است (۶). کاهش باروری در زنان از حدود ۲۵ تا ۳۰ سالگی شروع می شود و سن متوسط ۴۰-۴۱ سالگی می باشد (۷).

تأثیرات منفی ناباروری ممکن است تحت تأثیر عواملی از جمله؛ تمایل خانواده به داشتن فرزند، از دست دادن حمایت های خانوادگی، مشکل در تشخیص و علت و درمان ناباروری، اعتقادات فرهنگی و مذهبی در خانواده، داروهای مصرف شده جهت درمان و نتیجه درمان باشد (۸). ناباروری بر روی زوجین از نظر جسمی، روانی و اقتصادی تأثیر منفی می گذارد که فشارهای اجتماعی و خانوادگی این اثر منفی را افزایش می دهد و به ویژه در زنان ناباروری که مستعد افسردگی، اضطراب و استرس هستند این تأثیر بیشتر از مردان نابارور می باشد (۴). در مطالعات دیگری میزان اضطراب زنان قبل از شروع درمان ناباروری بالاتر از اضطراب در حین درمان بود و سطح اضطراب بالاتر در افراد، قبل از درمان احتمالاً به علت عدم آگاهی از آنچه انتظار می رود که برای حل مشکل خود انجام دهند، می باشد. علاوه بر این، هنگامی که علت ناباروری منحصرافقط زنان باشند، زنان قبل و در طول درمان سطح اضطراب بیشتری را تجربه می کنند که همراه با احساس گناه است (۹). در سال ۱۳۹۵ در ایران بر روی ۱۵۵ زن تحت درمان ناباروری مطالعه ای انجام شد که عدم موفقیت در درمان ها، از مهمترین عوامل ایجاد اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی پایین در این زنان بوده است (۱۰) و در پژوهش دیگری بیان شد که زنان نابارور به اندازه افراد مبتلا به سرطان، فشارخون یا حملات قلبی دچار اضطراب و افسردگی می شوند (۸).

افراد نابارور، ناباروری و فرایند درمان آن را یک منبع رنج روانی و آشفتگی و پریشانی روانی، ترس، اضطراب، غم و افسردگی دانسته و این عوامل را هم به علت ناباروری و هم

کاربرد است. یکی از حوزه‌هایی که به لحاظ نظری امکان استفاده از ظرفیتهای روان‌شناسی مثبت‌نگر در آن وجود دارد، حوزه ناباروری در زنان است. تحقیقات کیامرثی و همکاران (۲۶)، درگاهی و همکاران (۲۷)، عرب‌آبادی و همکاران (۲۸)، کریمی‌افشار و همکاران (۲۹)، ملتفت و حاجی‌علیزاده (۳۰)، جمشیدی و عارفی (۳۱)، سعیدی و همکاران (۳۲)، چاوز و همکاران (۳۳)، کشاورز محمدی و همکاران (۳۴)، گاندر و همکاران (۳۵)، فلینک و همکاران (۳۶) در این رابطه نشان دادند که درمان مثبت‌نگر می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی، کیفیت رابطه زناشویی ادراک شده و امید به زندگی زنان نابارور، بهزیستی ذهنی و سلامت روان، اضطراب، استرس و افسردگی، تاب‌آوری، تصویر بدنی، استقامت ذهنی، خودشفقتی، معنی‌زندگی و درد مزمن مؤثر باشد. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آمیختگی مداخله شناختی رفتاری با مذهب و اثربخشی آن بر زنان نابارور، این روش را به شیوه‌ای مطلوب تبدیل کرده است و می‌توان با سایر درمان‌های مرسوم بر روی زنان نابارور نظیر درمان مثبت‌نگری مقایسه نمود.

ضرورت انجام این مطالعه بدین دلیل است که جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی این پدیده به میزان لازم مورد بحث و بررسی قرار نگرفته‌اند. زنان نابارور فشار روانی زیادی را تحمل می‌کنند که این فشارها ناشی از درمان‌های مربوط به نازایی از پایش‌های پزشکی و هورمونی گرفته تا روش‌های بارورسازی، بارهزینه‌ای درمان و داروهای درمانی، عوارض داروهای مصرفی جهت درمان جسمی و روانی که بر زنان تحمیل می‌شود به عوامل روانی، رابطه‌ای، خانوادگی و اجتماعی و معنوی این زنان آسیب می‌رساند و به دلیل فشارهای روانی، بارداری در مدت زمان زیادی به تعویق می‌افتد (۳۷). اما در سالهای اخیر، توجه قابل ملاحظه‌ای به نقش عوامل روان‌شناختی در نازایی شده است و دانش پزشکی ارتباط بین نازایی و عوامل روان‌شناختی را مطرح می‌کند ولی هنوز بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و کلینیک‌های بهداشت روان اثرات منفی روانی ناباروری را دست‌کم می‌گیرند. براین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت‌نگری بر خودانتقادی و پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور شهرستان اهواز انجام شد تا ضمن ارائه یافته‌های پژوهشی جدید، شفاف‌سازی مسیر پژوهش و درمان و بهبود مشکلات روان‌شناختی مذکور

مداخله‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است (۱۶). یکی از مداخلات به کار گرفته شده در این پژوهش که موجب اهمیت انجام این پژوهش می‌شود؛ اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی می‌باشد. در این درمان، علاوه بر روشهای شناخت درمانگری که هدف آن تغییر باورهای نادرست بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید (۱۷). توکل به خدا و اعتقاد به امداد الهی، امید به زندگانی را افزایش می‌دهد. در جلسات روان‌درمانگری این باور در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی در زندگی بی‌فایده نمی‌باشد بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم بوده و باعث تغییر و دگرگونی‌های اساسی در زندگی شخص می‌شود در این رابطه حدادی و همکاران (۱۸)، طلائی و همکاران (۱۹)، حمید و همکاران (۱۷)، کوئینگ و همکاران (۲۰)، حمید (۲۱)، حمید و کاویانی بروجنی (۲۲)، هویدا و همکاران (۲۳) در بررسی مطالعات جداگانه نشان دادند که درمان شناختی رفتاری مذهبی در کاهش افسردگی، احساس گناه، نشانه‌های روانشناختی و افزایش کیفیت زندگی، تاب‌آوری، شادکامی، سلامت روان مؤثر هستند.

از سوئی دیگر، سلینگمن (selligman) معتقد است به جای تأکید بر عواطف منفی، باید عواطف مثبت و به جای تأکید بر نقاط ضعف انسان‌ها باید به توانمندی‌های آنها توجه شود. براین اساس، یکی دیگر از مداخلاتی که در سالهای اخیر مورد توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است، روان‌شناسی مثبت‌نگر (PPIS: positive psychology intervention) است. طبق اصول روانشناسی مثبت، آشفتگی روانی فقط از طریق کاهش نشانگان منفی، درمان نمی‌شود، بلکه از طریق بالا بردن جنبه‌های مثبت خود می‌توان این آشفتگی روانی را درمان کرد (۲۴). مداخله‌های روانشناسی مثبت‌نگر به افراد کمک می‌کند که با استفاده از توانمندی‌ها و ویژگی‌های با ارزش خود بر چالش‌های زندگی غلبه کنند. ارتقای توانمندیها و هیجانان مثبت به طور مستقیم و غیرمستقیم رنج و درد را از بین می‌برد (۲۵). رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر و آموزشها و درمانهای آن با تأکید بر ارتقای نقاط قوت و هیجانان مثبت در گستره‌ی وسیعی از مشکلات و مسائل مختلف زندگی انسان قابل

## رویا مشاک و همکاران

در تاریخ ۱۳/۱۰/۱۳۹۹ مربوط به دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان می باشد. از جمله ویژگی های جمعیت شناختی شامل سن، مدت زمان ازدواج، تحصیلات و شغل زنان نابارور و همسران آنان بود.

ابزار پژوهش شامل موارد زیر می باشد:

مقیاس خودانتقادی (Self-criticism Scale) توسط تامپسون و زروف (Thompson & Zuroff) در سال ۲۰۰۴ طراحی شده و دارای ۲۲ عبارت است که ۲ مولفه خودانتقادی مقایسه ای (comparative self-criticism CSC): که ۱۲ عبارت است و خودانتقادی درونی شده (ISC: internalized self-criticism) که ۱۰ گویه است را می سنجد. پاسخ به صورت لیکرت ۷ درجه ای (اصلاً توصیف کننده من نیست=۰ تا بسیار توصیف کننده من است=۶) می باشد. نمره گذاری عبارت های ۶-۸-۱۱-۱۲-۱۶-۲۰-۲۱ به صورت معکوس انجام می شود. برای بدست آوردن نمره مربوط به هر بعد، مجموع نمره های مربوط به آن بعد با هم جمع می شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع می کنند. حداقل و حداکثر نمره ۰-۱۳۲ است که هر چه نمره بالاتری را دریافت کند خودانتقادی فرد بالا خواهد بود (۳۸). یاماگوجی و کیم (Yamaguchi & Kim) در مطالعه خود، روایی این مقیاس را از طریق همبسته نمودن مولفه خودانتقادی درونی شده با مقیاس افسردگی بک (Depression-Beck Scale) ۰/۲۰ و پایایی را از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۰ به دست آوردند (۳۹). عبدی و همکاران، روایی همگرا این مقیاس را از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس خودتردیدی (Scale Self-Doubt) ۰/۴۴ به دست آوردند و پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد (۴۰).

مقیاس پریشانی روان شناختی (Psychological Distress -10) Scale K10) توسط کسلر (Kessler) و همکاران به منظور سنجش اختلالات روانی در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است. این مقیاس ۱۰ ماده ای می باشد که پاسخ به هر ماده به صورت لیکرت ۵ درجه ای (هرگز= صفر تا همیشه=۴) نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره صفر -۴۰ است. فرد هر چه نمره بالاتری را دریافت کند پریشانی روان شناختی بالاتر خواهد بود. پژوهش های انجام گرفته بر روی مقیاس پریشانی روان شناختی نشان دهنده ارتباط قوی میان نمره بالا با تشخیص بیماری های خلقی و اضطرابی توسط فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب

در این افراد، از این روش ها به عنوان درمان های تکمیلی استفاده نماید.

## روش کار

روش پژوهش حاضر تجربی از نوع آزمایشی با دوگروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری دوماهه بود. جامعه هدف کلیه زنان نابارور ساکن شهر اهواز و جامعه پژوهشی، شامل زنان ناباروری بودند که در سال ۱۳۹۹ برای درمان ناباروری به مراکز و کلینیک های پزشکی ناباروری و مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند، از این زنان ثبت نام به عمل آمده و براساس ملاکهای ورود، به روش نمونه گیری هدفمند با تأکید بر مشارکت داوطلبانه و افراد به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه درمان و یک گروه کنترل جایگزین شدند. تعداد آزمودنی ها ۶۹ نفر بود که با توجه به ملاک های خروج از تحقیق، تعداد آزمودنی ها در حین انجام پژوهش به ۶۰ نفر، دوگروه درمان شناختی رفتاری مذهبی (N=۲۰)، درمان مثبت نگری (N=۲۰) و گروه کنترل (N=۲۰) کاهش یافت که این ریزش در طی مراحل انجام پژوهش های مداخله ای و شرایط این زنان، طبیعی است. ملاک های ورود به تحقیق: رضایت نامه آگاهانه جهت ورود به مطالعه، داشتن دین مبین اسلام، دامنه سنی ۲۸-۴۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل، عدم استفاده از درمانهای دیگر ناباروری می باشد و ملاک های خروج از تحقیق: بیش از دو جلسه غیبت در جلسات، استفاده از داروی های روانگردان یا روانپزشکی در طول پژوهش، ابراز عدم تمایل آزمودنی در طول تحقیق بود. پس از تشخیص و انتخاب زنان نابارور و پس از جلب رضایت آنها جهت همکاری، در مرحله پیش آزمون، دو پرسشنامه خودانتقادی و پریشانی روانشناختی جهت پاسخ به آنها داده شد. در مرحله پس آزمون و به تعداد جلسات، درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری در دو گروه مداخله ای اجرا شد ولی گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. بعد از اتمام مداخله ها، مجدد از آزمودنی ها پس آزمون و سپس بعد از دو ماه پیگیری صورت گرفت. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 24 و از روش تحلیل کوواریانس مانکوا و تعقیبی بونفرونی انجام شد. این پژوهش حاصل بخشی از رساله دکتری تخصصی روانشناسی عمومی دانشجو رویا مشاک با راهنمایی خانم دکتر فرح نادری است که دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.A.REC.1399.033 و

Questionnaire) ۰/۸۳ گزارش کردند و و پایایی به روش محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۰ و با روش دو نیمه سازی ۰/۸۶ به دست آوردند (۴۵). در مطالعه حاضر، روایی محتوا به روش کیفی، با نظر ۱۰ تن از مدرسین و متخصصین روانشناسی و پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان بررسی و تأیید شد و پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب برای خود انتقادی ۰/۸۴، و پریشانی روان شناختی ۰/۸۸ محاسبه شد.

برای مداخله شناختی رفتاری مذهب محور طرح مداخله اقتباس از پروتکل تهیه شده توسط فقیهی و همکاران (۴۶) بود. که شامل ۱۰ جلسه و شرح خلاصه بصورت زیر است.

(Composite International Diagnostic Interview: CIDI) می باشد (۴۱). این مقیاس دارای حساسیت و ویژگی مناسب جهت غربال گری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی و مهار و نظارت های بعد از درمان و مطالعات غربالگری و شناسایی اختلالات روانی می باشد (۴۲، ۴۳). در پژوهش آرناد (Arnaud) و همکاران، روایی همگرا مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر با مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (HADS: Hospital Anxiety Depression Scale) را ۰/۷۰ و پایایی به روش محاسبه ضریب آلفا کرونباخ، ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۴). وزیری و لطفی کاشانی در مطالعه خود، روایی و همبستگی مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر را با مقیاس سلامت عمومی (GHQ-28: General Health)

#### جدول ۱: شرح جلسات درمان شناختی رفتاری مذهبی

جلسات	شرح جلسات درمان شناختی رفتاری مذهبی
اول	آموزش باورهای شناختی، آموزش مدل A-B-C ایس همراه با مثال های متعدد و بحث و تبادل نظر در مورد آن، ارائه ی مثالهای متنوع و متعدد در مورد تکنیک A-B-C به کمک افراد شرکت کننده، آموزش باورهای نادرست شناختی بک مانند تفکر همه یا هیچ، بزرگنمایی و... و تکلیف خانگی
دوم	آموزش باورهای منفی مک مولین و کیس و باورهای نادرست شناختی ایس همراه با مثال، آموزش توحید و باورهای توحیدی در زندگی و بحث گروهی در این مورد با افراد
سوم	بحث و گفتگو پیرامون هدف خلقت، پرسیدن سؤالات سقراطی از مراجعان در مورد هدف خلقت، بحث و گفتگو پیرامون اسماء الهی که در وعود انسانها تعبیه شده است، بحث و گفت و پیرامون چگونگی رابطه و صحبت خداوند با بندگان و تکلیف خانگی
چهارم	بحث و گفتگوی سقراطی در مورد توحید و صفات خداوند، آموزش توحید و صفات خداوند در نظام هستی، لا اله الا الله، لاهوالاهو، بحث و گفتگو پیرامون توحید و صفات خداوند و افعال خداوند در درون انسانها به کمک آیه شریفه "هو معکم اینها و نحن اقرب الیه من جبل الوریث"، تعبیر و تفسیر رویدادهای مختلف زندگی بر مبنای تقدیر و مشیت الهی و تکلیف خانگی
پنجم	بحث گروهی و موردی، علت انوا رنجها و سختیها در زندگی روزمره، توضیح علت رنجها و سختیها در زندگی روزمره از دیدگاه دین، بحث گروهی و توضیح در مورد مزایای رنجها در زندگی، بحث گروهی و توضیح معایب رنجها در زندگی و تکلیف خانگی
ششم	بحث گروهی افراد با یکدیگر در مورد چگونگی تفسیر و تحلیل رنجها و سختیهایشان توسط افراد گروه، ارائه بقیه مزایای رنج از دیدگاه اسلام و بحث گروهی با افراد، تکلیف خانگی
هفتم	بحث گروهی درباره قضا و قدر، توضیح و بحث در مورد قضا و قدر، مزایا و معایب نگاه کردن به دنیا از منظر قضا و قدر الهی، تکلیف خانگی: ارائه ی مثالهای موردی توسط افراد از منظر نگرش به قضا و قدر
هشتم	بحث گروهی در مورد تسلیم، آموزش تسلیم از منظر اسلام و عرفان، معایب و مزایای نگرش انسان به دنیا از منظر تسلیم به خدا، تکلیف خانگی
نهم	بحث گروهی در مورد رضا، آموزش رضا از منظر اسلام، معایب و مزایای نگاه کردن به دنیا از منظر رضا، بحث گروهی در مورد توکل، آموزش توکل از دیدگاه اسلام، معایب و مزایای نگاه کردن به دنیا از منظر توکل به خدا، تکلیف خانگی
دهم	مشخص کردن خط سیر گروه، اظهار نظر شرکت کنندگان در مورد جلسات گروهی و مزایا و معایب این جلسات، ارائه توصیه های کلی در مورد چگونگی عمل کردن بعد از جلسات گروهی، اجرای پس آزمون

و ترجمه فرید براتی سده و افسانه صادقی (۴۷) بود که شامل ۸ جلسه و شرح خلاصه بصورت زیر است.

همچنین برای درمان مثبت نگر طرح از مارتین سلیگمن (Quilliam) و اقتباس از پروتکل تهیه شده توسط کوئیلیام (Quilliam)

جدول ۲. شرح جلسات درمان مثبت نگری

جلسات	شرح جلسات درمان مثبت نگری
اول	تشریح چگونگی انجام کار، علت انتخاب افراد، آشنایی با مفهوم مثبت اندیشی، آشنایی با گروه و مقررات حاکم بر آن، تکلیف خانگی
دوم	آشنایی با چگونگی شکل گیری تفکر و نگرش، تکلیف خانگی
سوم	آشنایی با افکار منفی و راه های تعدیل آن، تفکر مثبت و تأثیر آن بر سلامتی و طول عمر افراد، تکلیف خانگی
چهارم	آموزش مثبت بودن از طریق به چالش کشاندن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از زبان سازنده و تجدید نظر در باور ها، تکلیف خانگی
پنجم	آموزش مثبت بودن از طریق نهادینه کردن استراتژی های تفکر مثبت در زندگی، استمرار در تمرین افکار مثبت، فرصت های تفکر مثبت از طریق کنار آمدن و سازگاری با مشکلاتی که نمی توانیم آنها را حل کنیم، تکلیف خانگی
ششم	امتحان مثبت زندگی کردن از طریق ایجاد یک رابطه مثبت، سلامتی پیش نیاز مثبت گرایی، برقراری روابط خوب با اطرافیان و دوست داشتن از صمیم قلب، تکلیف خانگی
هفتم	مثبت بودن از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرام سازی و تغییر نگرش ها شامل الزام، مهار کردن و مبارزه طلبی، تکلیف خانگی
هشتم	وارد کردن خنده به زندگی، ایجاد اعتماد بنفس و ایجاد عادت مطلوب ورزش

### یافته ها

در درمان مثبت نگری؛ ۷ نفر شاغل و ۱۳ نفر غیرشاغل و در گروه کنترل ۷ نفر شاغل و ۱۳ نفر غیرشاغل بودند. از نظر تحصیلات؛ در گروه درمان شناختی رفتاری مذهبی؛ ۹ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۹ نفر کاردانی و کارشناسی، ۲ نفر کارشناسی ارشد و دکتری و در درمان مثبت نگری؛ ۱۳ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۵ نفر کاردانی و کارشناسی، ۲ نفر کارشناسی ارشد و دکتری و در گروه کنترل ۱۰ نفر دیپلم و زیر دیپلم، ۷ نفر کاردانی و کارشناسی، ۳ نفر کارشناسی ارشد و دکتری بودند. نتایج میانگین و انحراف معیار گروه ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در (جدول ۳) ارائه شد.

شرکت کنندگان ۶۰ زن نابارور بودند که ۴۰ نفر در گروه های مداخله (۲۰ نفر در گروه درمان شناختی رفتاری مذهبی و ۲۰ نفر در گروه درمان مثبت نگری) و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۲۸ تا ۴۰ سال و میانگین سن شرکت کنندگان گروه درمان شناختی رفتاری مذهبی ۳۳/۸۵، در گروه درمان مثبت نگری ۳۳/۱ و در گروه کنترل ۳۳/۴۵ بودند. از نظر مدت زمان ازدواج؛ ۱ تا ۳ سال، ۳ نفر (۵٪)، ۳ تا ۶ سال، ۱۷ نفر (۲۸/۳٪)، ۶ تا ۹ سال، ۲۵ نفر (۴۱/۷٪)، ۹ سال به بالا، ۱۵ نفر (۲۵٪) بود. از نظر وضعیت شغلی؛ در گروه درمان شناختی رفتاری مذهبی؛ ۵ نفر شاغل و ۱۵ نفر غیرشاغل،

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در گروه های درمان شناختی رفتاری مذهبی (۱)، درمان مثبت نگری (۲) و گروه گواه (۳) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خودانتقادی	گروه (۱)	۱۰۲/۲	۶/۷۶	۸۹/۰۵	۷/۶۶	۸۸/۹
	گروه (۲)	۹۹/۶	۶/۱۷	۸۷/۲	۶/۷۷	۸۷/۱
	گروه (۳)	۹۸/۷۵	۶/۷۸	۹۸/۳۵	۶/۴۵	۹۷/۶
پریشانی روانشناختی	گروه (۱)	۳۵/۸	۴/۴۴	۲۳/۱	۴/۱۶	۲۳/۷
	گروه (۲)	۳۵/۲۵	۴/۵۸	۲۳/۴	۳/۵۳	۲۳/۶
	گروه (۳)	۳۳/۹	۶/۲۶	۳۳/۲	۵/۹۱	۳۳/۸

انجام شد. نتایج یافته های آزمون کلموگروف-اسمیرنوف به تفکیک گروه نشان دهنده نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته خودانتقادی ( $p=۰/۵۹$ ) و پریشانی رولشناختی ( $p=۰/۸۵$ ) می باشد که با توجه به عدم معناداری آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، اجازه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود

در این پژوهش به منظور انجام آزمون کوواریانس پیش فرض های تساوی واریانس ها از آزمون لوین، نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه از آزمونهای کلموگروف-اسمیرنوف و آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون متغیرهای تحقیق سه گروه در جامعه و آزمون های تعقیبی

دارد. بدین معنی که گروه های آزمایشی و کنترل قبل از اعمال مداخله آزمایشی (در مرحله پیش آزمون) دارای توزیع

جدول ۴. نتایج همگنی واریانس های لوین در متغیرهای وابسته ی پژوهش در مرحله پیش آزمون

متغیر	آماره لوین	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	سطح معنی داری
خودانتقادی	۰/۳۳	۲	۵۷	۰/۷۱
پریشانی روانشناختی	۲/۶۷	۲	۵۷	۰/۰۸

نتایج یافته های (جدول ۴) نشان دهنده همگنی واریانس ها می باشد که با توجه به نتایج جدول فوق ( $p > 0.05$ ) و عدم معناداری آزمون لوین، اجازه استفاده از آزمون تحلیل

جدول ۵. همگنی شیب های رگرسیون پیش آزمون های خودانتقادی و پریشانی روان شناختی با پس آزمون های آن ها

شاخص های آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه × خودانتقادی	۱۷/۷۶	۳	۵/۹۲	۰/۷۲	۰/۵۴
گروه × پریشانی روانشناختی	۳۰/۲۵	۳	۱۰/۰۸	۱/۴۳	۰/۲۴

بر اساس (جدول ۵)، نتایج F گروه × پیش آزمون متغیرهای وابسته نشان می دهد شیب های رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایشی و گواه معنی دار نمی باشد ( $p > 0.05$ ). بنابراین، تعامل شیب های رگرسیون متغیرهای خودانتقادی و پریشانی روان شناختی با گروه معنی دار نمی باشند و فرض همگنی شیب های رگرسیون تأیید

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمره های پس آزمون خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در گروه های آزمایشی ۱ و ۲ و گواه

آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر بیلابی	۰/۸۷۴	۲۱/۳۶	۴	۱۱۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۲۶	۴۹/۱۱	۴	۱۰۸	۰/۰۰۱
اثر هنتلینگ	۶/۹۴	۹۲/۰۲	۴	۱۰۶	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۶/۹۴	۱۹۰/۹۹	۲	۵۵	۰/۰۰۱

همان طور که در (جدول ۶) ملاحظه می شود، آزمون های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) در گروه های درمان شناختی رفتاری مذهبی، درمان مثبت نگری و کنترل نشان می دهد که این گروه ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند ( $P < 0.001$ ). (جدول ۷) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری



جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های پس آزمون خودانتقادی و پریشانی روان شناختی

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
منبع	خودانتقادی	۱۹۰۰/۱۳	۲	۹۵۰/۰۶	۱۲۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	پریشانی روانشناختی	۱۵۰۱/۱۱	۲	۷۵۰/۵۵	۱۰۴/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹

همان طور که در (جدول ۷) ملاحظه می‌شود در متغیرهای وابسته؛ خودانتقادی ( $F=125/42$  و  $p=0/001$ ) و پریشانی روان شناختی ( $F=104/52$  و  $p=0/001$ ) بین گروه‌های درمان شناختی رفتاری مذهبی و مثبت نگری و کنترل تفاوت معنی دار دیده می‌شود. برای پاسخ به فرضیه‌های فرعی پژوهش و اینکه دقیقاً مشخص شود که بین کدام یک از گروه‌های چهارگانه در متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۸) مشاهده می‌شود. آزمون بنفرونی، برای مقایسه میانگین گروه‌های

مستقل زیر ۴ گروه مناسب است و برای مقایسه دویه دو میانگین‌ها به کار می‌رود. آزمون بنفرونی تلاش می‌کند که با ایجاد تنظیم در طول آزمون مقایسه‌ای جفت جفت، از نمایش داده‌هایی که از نظر آماری نادرست است خودداری نماید. این آزمون به دلیل انعطاف بالا و سادگی محاسبه در دسته آزمون‌های تعقیبی متداول قرار می‌گیرد. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته متغیرهای خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در سه گروه درمان شناختی رفتاری مذهبی (۱)، درمان مثبت نگری (۲) و گروه کنترل (۳) ارائه شده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته خودانتقادی و پریشانی روان شناختی گروه‌های آزمایشی (۱ و ۲) و کنترل در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری
خودانتقادی	گروه ۱ - گروه کنترل	۸۷/۰۹ و ۹۹/۷۲	۱۲/۶۳	۰/۹۰	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه کنترل	۸۷/۷۷ و ۹۹/۷۲	۱۱/۹۵	۰/۸۷	۰/۰۰۱
پریشانی روانشناختی	گروه ۱ - گروه ۲	۸۷/۰۹ و ۸۷/۷۷	۰/۶۷	۰/۸۸	۱/۰۰
	گروه ۱ - گروه کنترل	۲۲/۶۸ و ۳۳/۸۵	۱۱/۱۶	۰/۸۸	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه کنترل	۲۳/۱۶ و ۳۳/۸۵	۱۰/۶۹	۰/۸۵	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۲۲/۶۸ و ۲۳/۱۶	۰/۴۷	۰/۸۶	۱

### بحث

همان گونه که در (جدول ۸) ملاحظه می‌شود، تفاوت بین میانگین گروه کنترل و گروه درمان شناختی رفتاری مذهبی در خودانتقادی برابر ۱۲/۶۳ و در پریشانی روانشناختی برابر ۱۱/۱۶ می‌باشد ( $p < 0/001$ ). همچنین؛ تفاوت بین میانگین گروه کنترل و درمان مثبت نگری در خودانتقادی برابر ۱۱/۹۵ و در پریشانی روانشناختی برابر ۱۰/۶۹ می‌باشد ( $p < 0/001$ ). به عبارتی، درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری موجب کاهش خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ شدند. ازسویی؛ تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری در خودانتقادی برابر ۰/۶۷ و در پریشانی روان شناختی برابر ۰/۴۷ است که معنی دار نمی‌باشد ( $p > 0/05$ ). به عبارتی بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و مثبت نگری تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری بر خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در زنان نابارور در شهرستان اهواز انجام گرفت. یافته اول حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی در مراحل پس آزمون و پیگیری بر کاهش خودانتقادی و پریشانی روان شناختی بود که با پژوهش‌هایی با عنوان، کارآمدی درمان شناختی رفتاری مذهبی بر کاهش نشانه‌های روان شناختی بیماران (۴۸)، افزایش بهزیستی روانشناختی و شادکامی (۴۹)، سلامت روان زنان نابارور (۵۰)، کاهش احساس گناه (۲۳)، کاهش افسردگی بیماران (۲۰)، کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت خود در زنان (۵۱)، کاهش خودانتقادی و احساس تنهایی و افسردگی و افزایش جهت‌گیری مذهبی (۵۲) و کاهش خودانتقادی و وابستگی در افراد افسرده (۵۳) همسو بود. در

زندگی، روابط مثبت، بهزیستی و کاهش افسردگی (۳۵) همسو بود. در تبیین این یافته بیان می شود که در درمان مثبت نگری، سعی بر آن بوده است تا هیجان ها و خصوصیات مثبت، قابلیت ها و فضیلت های افراد نابارور مورد تأکید قرار بگیرند و افراد تشویق شوند تا به هیجانهای مثبت توجه کرده و سعی نمایند با پیشگیری از هیجانهای منفی، میزان هیجانهای مثبت در زندگی خود را افزایش دهند (۶۱). افراد نابارور به علت استرس شدید ناشی از ناباروری دچار اضطراب، افسردگی و احساس گناه می شوند. اضطراب نیز خود اثری نامطلوب بر عملکرد فیزیولوژیک بدن و بر نتیجه ناباروری دارد. بنابراین ناباروری سیکل معیوبی را به وجود می آورد که توانایی افراد را در باروری بیش از پیش تضعیف می کند (۵۶). از سویی، ناباروری به عنوان شرایطی استرس آمیز در نظر گرفته می شود که برای زن ها عموماً همراه با سرزنش می باشد (۶۲). این که فرد به طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی تواند فرآیند تولید مثل را دنبال کند، خود به عنوان یکی از تلخ ترین تجربیات زندگی است که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می تواند به اهمیت آن بیفزاید و آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی کند. احساس ناتوانی در باروری و واکنش های اجتماعی رایج در جامعه نسبت به این دسته از افراد، زمینه ساز بسیاری از فشارهای روانی برای این گروه است (۶۳). در درمان مثبت نگری، زنان نابارور از قضاوت و یا انتقاد از خود پرهیز کرده و به این معنا دست یافتند که درد و رنج و شکست و آسیب جزء جنبه های غیرقابل اجتناب و مشترک در تجارب تمامی انسان ها می باشد و می تواند توانایی افراد را در مواجهه با افکار و احساسات دردآور و رنج آور (به جای اجتناب از آنها) بالا ببرد. به زنان نابارور کمک شد که علاوه بر تقویت خوش بینی و مهربانی با خود، با شناسایی نقاط قوت و توانمندیهای خویش، خوش بینانه تر و امیدوارتر و با احساس آسیب کمتر به چشم انداز آینده توجه داشته باشند.

یافته سوم پژوهش این بود که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری بر کاهش خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در مراحل پس از آزمون و پیگیری دو ماهه تفاوت معنی داری وجود نداشت. در تبیین می توان اظهار نمود که نه تنها در مرحله پس از آزمون بلکه در مرحله پیگیری هم هنوز هر دو درمان بر هر دو متغیر وابسته تأثیر معنی داری داشته اند اما عدم تفاوت

تبیین این یافته می توان اینگونه بیان نمود که هدف اصلی درمان شناختی رفتاری مذهبی در زنان نابارور اینست که با تغییر و اصلاح تفکر و رفتار، احساسات منفی این افراد تغییر یافته و آنها را در مقابله با حوادث زندگی توانمند سازند (۵۴). با تغییر شناختها، کل نظام های احساسی و رفتاری فرد تغییر یافته و با افزایش مهارتهای شناختی رفتاری مذهبی، حس قوی تری از کنترل و تعبیر و تفسیر رویدادها از زوایای جدیدتر را در فرد ایجاد می کند و افراد را بصورت هشیار و فعال در موقعیتهایی قرار می دهد که آن ها احساس می کنند می توانند امور کنترل ناپذیر را در کنترل خود درآورند. این درمان مانع از جای گرفتن باورهای تخریب کننده در نظام های شناختی فرد می شود. در این افراد، بدلیل آنکه با سرسلسله ی هستی پیوند قوی تری دارند، خود را با عوامل مخربی همچون سرزنش کردن خود و دیگران، آلوده نمی کنند (۵۵). هدف و معنا داشتن در زندگی و احساس تعلق و امید به یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی و با توکل و اتکا به خداوند متعال، می توانند موقعیتهای غیرقابل پیش بینی را تحت تسلط خود درآورند و در حوادث تنش زای زندگی آسیب و درد و رنج کمتری را متحمل شوند. فرد نابارور با تصویر مثبتی که از خداوند دارد، ناباروری را به عنوان پدیده ای خدادادی تلقی می کند در مرحله بعد، در چالش پذیرش خود به عنوان فرد نابارور قرار می گیرد و پس از پذیرش هویت ناباروری در جستجوی روش های درمانی برمی آید و تلاش می کند از باورهای شفافبخش مذهبی خود کمک بگیرد (۵۶). در نتیجه، این تفکر منجر به کاهش خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در افراد مورد مطالعه در پژوهش گردید و اثر آن در مرحله پیگیری دوماهه نیز پابرجا بود.

یافته دیگر پژوهش؛ اثربخشی درمان مثبت نگری بر کاهش خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در مراحل پس از آزمون و پیگیری بود که با پژوهش های انجام شده؛ درمان مثبت نگری با افزایش بهزیستی روانشناختی (۲۶)، افزایش امید به زندگی در زنان نابارور (۳۱)، افزایش خوش بینی و کاهش علائم روان شناختی منفی (۵۷)، افزایش شفقت خود و استقامت ذهنی و تاب آوری (۳۴)، افزایش لذت و معنی زندگی و روابط مثبت (۳۵)، افزایش بهزیستی ذهنی، سلامت روان افراد افسرده (۲۸)، کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش رضایت از زندگی بیماران (۳۰، ۵۸، ۵۹)، کاهش خودانتقادی و افسردگی در بیماران (۶۰)، افزایش لذت، معنی

می شود. در مقابل با تجربه هیجان های مثبت به افراد اجازه داده می شود که خوش بینانه تر ببینند در نتیجه؛ در هر دو درمان که یکی با تغییر در افکار و شناخت ناکارآمد و منفی توسط صبر و توکل و امید و... و دیگری با گسترش هیجان مثبت و خنثی کردن هیجانات منفی، به افزایش سرسختی، خودکارآمدی و خوش بینی کمک می کنند (۶۸). پیشرفت علم و تکنولوژی و ابداع راه های نوین ناباروری در پیچه ی امیدی برای زوج های نابارور گشوده است، ولی آنها را به تحمل استرس بیشتر و دوره های درمان طولانی تر وادار کرده است. اما در سالهای اخیر، توجه قابل ملاحظه ای به نقش عوامل روان شناختی در نازایی شده است و دانش پزشکی ارتباط بین نازایی و عوامل روان شناختی را مطرح می کند براساس یافته های به دست آمده می توان گفت که درمان های شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری الگوی مؤثر و جدیدی هستند که می توانند در درمان بسیاری از اختلالات روانی اثربخش بوده و به مراجعان در بازگشت به زندگی عادی خود کمک کنند. یافته های این مطالعه، مشاوره و مداخله های روانی را لازمه کمک به این زنان دانسته اند و زنان نابارور را نیازمند توجه و مراقبت های جامع و همه جانبه می دانند. لذا با توجه به چند بعدی بودن مشکلات مربوط به زنان نابارور از جمله مشکلات پزشکی، روان شناختی، اجتماعی و معنوی، پیشنهاد می شود که افراد، مسئولان و پزشکانی که به نحوی با زنان نابارور در ارتباط هستند برای ارتقای سلامت روان شناختی این زنان و اثربخشی بیشتر روش های مختلف درمانی، علاوه بر درمانهای پزشکی، مداخلات روان شناختی را مورد استفاده قرار دهند. این مطالعه همانند سایر مطالعات با محدودیتهایی روبه رو بود. از جمله محدودشدن آزمودنی ها به زنان نابارور شهرستان اهواز بود که می بایست نتایج حاصل از این پژوهش را با احتیاط به سایر افراد و بیماریها و گروههای جامعه تعمیم داد.

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی هر دو روش مداخله ای درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت نگری و عدم تفاوت معنی دار بین دو اثربخشی درمان ها، هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری دو ماهه در کاهش خودانتقادی و پریشانی روان شناختی در زنان نابارور

بین اثربخشی این دو روش درمان، نه تنها نشان از کارایی مداخله شناختی رفتاری مذهبی در موازات یکی از روش های نوین یعنی درمان مثبت نگری بود بلکه نشان دهنده این نکته است که تجربه هیجانات مثبت، فرصت هایی را برای افراد فراهم می کند تا بتوانند با ساختن منابع شخصی پایدار و گسترش تفکر عمل لحظه ای، قادر به ادراک احتمال های بیشتری شده و در یک حالت مثبت جسمی و روانی در شرایط سخت زندگی بهتر عمل کنند (۶۴). در این رویکرد، بر حوزه های توانمندی شخصی و جلوگیری از رشد و تداوم احساسات منفی مراجع تأکید می شود که این خود موجب افزایش خودکارآمدی در فرد خواهد شد. اما در رویکرد درمانی شناختی رفتاری مذهبی، با فرآیند تفکر و باورهای غیرمنطقی فرد سروکار داشته و تأکید آن بر رفتارهای کلامی و تصورات ذهنی فرد در رابطه با خود، جهان، خدا، دنیای دیگر و آینده و ارتباط آنها با یکدیگر و رسیدن به درک منطقی و آگاهانه می باشد (۶۵). هر چند به ظاهر با دو الگو متفاوت درمانی که یکی مستقیماً درصدد کاهش علائم و حل مسائل شناختی از طریق معنا و هدف دادن به زندگی و باور به قدرت لایزال الهی که بر موقعیت بندگان خود نظاره گر است، روبرو هستیم و دیگری بطور غیرمستقیم بر توانمندیهای شخصی و تقویت احساسات مثبت تأکید دارد، اما آنچه در پایان شاهد آن خواهیم بود، تعدیل در شناختهای معیوب و احساسات منفی است. بدین صورت که در شناختی رفتاری مذهبی، با تغییر در باورها و شناخت از طریق پذیرش این واقعیت که ارتباط با خدا همانند ارتباط با یک دوست صمیمی است و توکل و باور به قدرت خداوند یک شیوه مقابله مؤثر در رویارویی با رخدادهای ناگوار زندگی است. این امر باعث افزایش آرامش و رفع منفی نگری و نگرش های ناکارآمد می گردد و منجر به احساسات جدید و مثبت می شود. این امر باعث افزایش آرامش و رفع منفی نگری و نگرش های ناکارآمد می گردد و منجر به احساسات جدید و مثبت می شود. ولی در رویکرد درمانی مثبت نگر بالعکس با تغییر در احساسات، تجربه هیجانات مثبت، پذیرش احساسات منفی و تمرکز بر توانمندیهای منشی به شناخت تازه تر و نگرش جدیدتر و کارآمدتری نسبت به خود و محیط خواهیم رسید (۶۷). به عبارتی دیگر؛ وقتی افراد تجارب منفی دارند، دچار دیدتوتولی می شوند که اغلب به تفکر منفی و بدبینانه منجر خواهد شد. این تفکر منفی موجب خلق منفی بیشتر

زنان و زایمان، مراکز بهداشتی و درمانی و آموزشی و تمامی کسانی که در پیشبرد این پژوهش با ما همکاری کردند تشکر و قدردانی می شود.

مؤثر بودند. اذعان می شود که می توان از هر دو درمان بعنوان درمانهای تکمیلی در کنار درمانهای پزشکی دیگر بر روی بیماران سود جست.

## سپاسگزارى

در اینجا از جامعه مورد پژوهش، همکاری برخی از متخصصین

## References

1. Abbasi Molid H, Ghamrani A, Fatehizadeh MS. Pathology of the life of iranian infertile couples. *Journal Of Medicine And Cultivation*. 2009; 17(72): 8-20. <http://C:/Users/tnpshop/AppData/Local/Temp/55613887301-1.pdf>
2. Peterson BD, Newton CR, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril*. 2007; 88(4):911-914. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.12.023>
3. Rimer L. The effect of family structure and family support on women's coping with fertility treatments. *International Journal of Nursing*. 2020; 7(1): 18-29. <https://doi.org/10.15640/ijn>
4. Ozturk Inal Z, Ali Inal H, Gorkem U. Sexual function and depressive symptoms in primary infertile women with vitamin D deficiency undergoing IVF treatment. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. Journal Homepage. 2020; [www.tjog-online.com](http://www.tjog-online.com). <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.11.014>
5. Drikvand Moghaddam A, Del Pisheh A, Sayeh Miri K. [Investigating the prevalence of infertility in the world by systematic review]. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2015; 10(1): 76-87. URL: <http://journal.muq.ac.ir/article-1-443-fa.html>
6. Kazemijalish H, Ramezani Tehrani F, Behboudi-Gandevani S, Khalili D, Hosseinpanah F, Azizi F. [The prevalence of menstrual disorders in reproductive aged women and its related factors]. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2015; 17 (2) :105-112
7. Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*. 2018; 62(12): 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
8. Olarinoye AO, Ajiboye PO. Psychosocial characteristics of infertile women in a Nigerian tertiary hospital. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010; 36: 252-257. [https://doi.org/10.4103/TJOG.TJOG\\_54\\_18](https://doi.org/10.4103/TJOG.TJOG_54_18)
9. Massarotti C, Giulia G, Ferreccio C, Scaruffi F, Remorgida V, Anserini P. Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women university in vitro fertilization. *Journal Gynecological Endocrinology*. 2019; 35( 6): 485-489. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575>
10. Maroufizadeh S, Ghaheri A , Omani Samani R. Factors associated with poor quality of life among iranian infertile women undergoing IVF. *Journal Psychology, Health & Medicine*. 2017; 22( 2): 145-151. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1153681>
11. Hamid N. [The effectiveness of stress management on cognitive-behavioral methods on depressive disorder]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 5(1): 55-60. <http://ensani.ir/file/download/article/20120413143437-2168-30.pdf>
12. Amanelahi A, Tardast T, Aslani KH. Prediction of love trauma syndrome based on self compassion among female students having experiencedromantic breakups. *Journal of Applied Psychology*: 2015; 8(4):43-61. [https://apsy.sbu.ac.ir/article\\_96262\\_bc7eddb26020ec71f4f9d9a813a00f4c.pdf](https://apsy.sbu.ac.ir/article_96262_bc7eddb26020ec71f4f9d9a813a00f4c.pdf)
13. Warren R, Smeets E, Neff K. Self-criticism and self-compassion: risk and resilience: being compassionate to oneself is associated with emotional resilience and psychological well-being. *Current Psychiatry*. *Current Psychiatry*. 2016; 15(12):18-21. <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/CP01512018.PDF>
14. Iordachescu D A, Gica C, Vladislav E O, Panaitescu AM, Peltecu G, Furtuna ME, Gica N. Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*. 2021; 92 (2): 98-104. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0173>
15. Roudsari RL, Allan HT, Smith PA. [Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: a review of the literature]. *Human Fertility*, 2007; 10(3): 141-149. <https://doi.org/10.1080/14647270601182677>
16. Jamshidian QalehShahi P, Aghaei A, Golparvar M. Comparing the Effect of Iranian Positive

- Therapy and Acceptance -Commitment Therapy on Depression, Anxiety and Stress of Infertile Women in Isfahan City. *Journal Of Health Promotion Management*. 2017; 6 (5) :8-16 <https://doi.org/10.21859/jhpm-07032> URL: <http://jhpm.ir/article-1-726-fa.html>
17. Hamid N, Eidi Baigi M, Dehghani M. The effectiveness of religion-based cognitive-behavioral psychotherapy on marital adjustment and mental health of couples. *Journal of Studies in Islam & Psychology*.2012; 6(10): 85-103. <https://www.sid.ir/fa/journal/SearchPaperlight.aspx?str>
  18. Haddadi Koohsar A, Moradi A, Ghojari Bonab B, Imani F. Comparison of the effectiveness of spiritual therapy based on Iranian culture with cognitive-behavioral approach and mindfulness approach based on reducing stress in reducing depression, anxiety and stress patients with chronic pain. *Quarterly of Clinical Psychology Studies Allameh Tabataba'i University*. 2018; 8 (31): 1-30. [https://jcps.atu.ac.ir/?\\_action=article&kw=1893&\\_kw](https://jcps.atu.ac.ir/?_action=article&kw=1893&_kw)
  19. Talaei A, Kimiaei A, Borhani Moghani M, Moharreri F, Talaei A , Khaneghaei R. The effect of group cognitive-behavioral therapy on depression in infertile women. *The Iranian Journal Of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014; 17 ( 94): 9-1. [https://ijogi.mums.ac.ir/?\\_action=article&kw=1152&\\_kw](https://ijogi.mums.ac.ir/?_action=article&kw=1152&_kw)
  20. Koeing HG, Pearce MJ, Nelson B, Show SF, Robinson CJ, Daher NS , Cohen HJ , Brek LS, Bellinger DL, Pargament KI, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious Vs-conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*.2015; 203(4): 243-251. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000273>
  21. Hamid N. Comparison of cognitive-behavioral psychotherapy with cognitive therapy combined with a religious approach to depression in depressed women. *Journal Of Psychological Research*,2008; 1(12): 36-49. <https://www.sid.ir/Fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=93619>
  22. Hamid N, Kaviany Brojeny A. Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on religion on depression and quality of life in patients with HIV/AIDS. *Journal Gorgan University Medical Science*. 2016; 18 (2) :69-76. URL: <http://goums.ac.ir/journal/article-1-2764-fa.html>
  23. Hoveida R, Homayi R, Abedi A, bahrami F. The effectiveness of religious-behavioral cognitive education on the guilt of infertile couples in Isfahan. *Bi-Quarterly Journal Of Islamic Studies And Psychology*. 2011; 4( 6): 89-101. <http://islamicpsy.rihu.ac.ir>.
  24. Duckworth AL, Steen TA, Seligman MEP. Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2015; 1:629-51. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
  25. Rashid T. [Positive interventions in clinical practice]. *Journal Clinical Psychology*,2009; 65 (5): 461-6. <https://doi.org/10.1002/jclp.20588>
  26. Kiamarsi A, Narimani M, Sobhi Faramaleki N, Mikaeli N. [The effectiveness of positive and cognitive-behavioral therapies on the psychological well-being of perfectionist students]. *Journal of Psychological Studies Al-Zahra University of Educational Sciences and Psychology*.2017; 14(2):143-160.
  27. Dargahi Sh, Mohsenzadeh F, Zaharakar K. [The effect of positive thinking training on psychological well-being and the quality of perceived marital relationship of infertile women]. *Journal of Positive Psychology*.2016; 1(3): 45-58. <http://ensani.ir/file/download/article/20170226045848-10047-19.pdf>
  28. Arababad Z. [The effectiveness of positive psychotherapy on mental well-being and mental health of female students with depressive disorder]. Master thesis in Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Faculty of Literature and Humanities.2016.
  29. Karimi Afshar I, Hatami M, Farabi M. [The effectiveness of Group Positive Psychotherapy on reducing depression and stress in women with breast cancer]. 4th New Conference on Positive Psychology, Farhangian University, Bandar Abbas, Shahid Beheshti pardis.2016. <https://civilica.com/doc/838197/>
  30. Multafat F, Haji Alizadeh K. [The effectiveness of positive psychotherapy on depression, stress and anxiety in patients with psoriasis]. 3rd Conference on Positive Psychology, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch.2016. <https://civilica.com/doc/614602/>
  31. Jamshidi E, Arefi M. [The effectiveness of positive psychotherapy on life expectancy in infertile women referred to Isfahan Infertility Center]. The 1st Comprehensive International Conference on Educational Sciences and Social Sciences, Isfahan.2015. <https://civilica.com/doc/634338/>
  32. Saeedi Z, Bahraini SA, Ahmadi SM. [The effectiveness of group positivist psychotherapy on reducing depression, stress and death anxiety in cancer patients undergoing chemotherapy].

- Journal of Principles of Mental Health, Special Issue of the 3rd International Conference on Psychology and Educational Sciences. 2015; 18th year, 547-552. <https://doi.org/10.22038/JFMH.2016.8420>
33. Chaves C, Lopez-Gomez I, Hervas G, Vazquez C. The integrative positive psychological intervention for Depression (IPPI-D). *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2019; 49(3): 177-185. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9412-0>
  34. Keshavarz Mohammadi R, Agha Bozogi S, Shariat, S, Hamidi M. [The effectiveness of positive psychology on Mental endurance, self-compassion and resilience of infertile women]. *Social Behavior Research & Health*. 2019; 2(2):235-244. <https://doi.org/10.18502/sbrh.v2i2.285>
  35. Gander F, Proyer R.T, Ruch W. Positive psychology interventions addressing pleasure, engagement, meaning, positive relationships, and accomplishment increase well-being and ameliorate depressive symptoms: A randomized, placebo- controlled online study. *Personality and Social Psychology*. 2016 May 20; 7(2):686-1 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00686>
  36. Flink IK, Smeets E, Bergbom S, Peters ML. Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*. 2015 Apr; 7(1): 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.01.005>
  37. Sami N, Ali T.S. Perceptions and experiences of women in Karachi, Pakistan regarding secondary infertility: Results from a community based qualitative study. *Obstetrics and Gynecology International*. 2012; 26(3): 175-184. <https://doi.org/10.1155/2012/108756>
  38. Thompson R, Zuroff DC. The levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Difference*. 2004; 36(2): 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
  39. Yamaguchi A, Kim M.S. Effects of self-criticism and Its Relationship with Depression across Cultures. *International Journal of Psychological Studies*. 2013; 5(1): 1-10. <https://doi.org/10.5539/ijps.v5n1p1>
  40. Abdi R, Chalabianloo Gh, Kazem S.A. [The role of regret, self-doubt and depression in predicting self-criticism]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2020; 8(12); 57-64. [http://frooyesh.ir/files/site1/user\\_files\\_3380b3/aakazemi21-A-10-1602-2-b6da117.pdf](http://frooyesh.ir/files/site1/user_files_3380b3/aakazemi21-A-10-1602-2-b6da117.pdf)
  41. Vasiliadis HM, Chudzinski V, Gontijo-Guerra S, Prévile M. Screening instruments for a population of older adults: The 10-item kessler psychological distress scale (K10) and the 7-item generalized anxiety disorder scale (GAD-7). *Psychiatry Research*. 2015; 228 (1): 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.019>
  42. Kessler R C, Andrews G, Colpe L J, Hiripi E, Mroczek D K, Normand S L, Walters EE, Zaslavsky A. M. Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*. 2002; 32(6): 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
  43. Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Improving the K6 short scale to predict serious emotional disturbance in adolescents in the USA. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2010; 19(1): 23-35. <https://doi.org/10.1002/mpr.314>
  44. Arnaud B, Malet L, Teissedre F, Izaute M, Moustafa F, Geneste J, Schmidt J, Llorca P, Brousse G. Validity Study of Kessler's Psychological Distress Scales conducted among patients admitted to French Emergency Department for alcohol consumption-related disorders. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*. 2010; 34 (7): 1235-1245. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01201.x>
  45. Vaziri Sh, Lotfi Kashani F. [Identity Styles and Psychological Distress]. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2013; 7(26): 77-86. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=366018>
  46. Faghihi AN, Ghobari Bonab B, Ghasemipour Y. Comparing Islamic multifacets model with Beck's cognitive model in depression therapy. *Journal of Islam and Psychology*, 2006; 1(1), 86-69. <http://islamicpsy.rihu.ac.ir>
  47. Quilliam S. [Applied positive thinking and positivity]. Translated Barati Sedeh F, Sadeghi F, Tehran, Javaneh Roshd Publications. 2003.
  48. Molaei M, Jani S, Mahmoud Aliloo M, Pourasmali A. The effectiveness of religion-based cognitive therapy on reducing psychological symptoms in cancer patients. *Journal of Psychology and Religion*. 2014; 8(1), 85-98. <http://ravanshenasi.nashriyat.ir>
  49. Bolaghi Y, Hamid N, Mehrabizadeh Honarmand M. The effectiveness of religion-based cognitive-behavioral therapy on students' resilience and happiness *Journal of Psychology and Religion*. 2014. 11(3):85-102. <http://ravanshenasi.nashriyat.ir>
  50. Nisi AK, Karamalian H, Homayi R. The effect of religious cognitive group behavioral

- intervention on the mental health of infertile couples. *Family Counseling and Psychotherapy Quarterly*, 2011; 2(2), 151-162. [http://fcp.uok.ac.ir/?\\_action=article&au=88861&\\_au](http://fcp.uok.ac.ir/?_action=article&au=88861&_au)
51. Fathollahzadeh N, Majlisi Z, Mazaheri Z, Rostami M, Navabi Nejad S. The effectiveness of compassion-focused treatment on internalized and self-critical shame of emotionally abused women, *Journal of Psychological Studies*, 2017; 13(2), 168-151.
  52. Rajabi Gh, Malek Mohammadi F, Amanollahifar A, Sudani M. Self-criticism, internal religious orientation, depression and loneliness mediated by Self-determination in students in a romantic relationship: A model of path analysis. *Journal of Principles of Mental Health*, 2014; 17(6): 284-291. [https://jfmh.mums.ac.ir/?\\_action=article&au=29899&\\_au](https://jfmh.mums.ac.ir/?_action=article&au=29899&_au)
  53. Rector NA, Bagby RM, Segal ZV, Joffe RT, Levitt A. Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 2010; 24 (5): 571-584. <https://doi.org/10.1023/A:1005566112869>
  54. Leahy RL. *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. Guilford Publications. Second edition. Guilford press new York London Publications. Second Edition. 2017. <https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=VLwqDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1>
  55. Seidi M, Poorabrahim T, Bagherian F, Mansour L. The relationship between family spirituality and resilience, mediating the quality of communication in the family. *Journal of Psychological Methods and Models*. Islamic Azad University, Marvdasht Branch, 2010; 2(5): 63-79.
  56. Momenyan S, Ezazi N, Bagheri Z, Alhashemi K, Salimi S, Pashaei Sabet F. The relationship between religious coping and quality of life in infertile couples. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*. 2020; 15( 3): 46-55. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=546887>
  57. Kiamarsi A1, Narimani2 M, Sobhi gharamaleki3 N , Mikaeili N. The Effectiveness of Positive and Cognitive-Behavioral Therapies on Psychological Well-Being of Perfectionist Students. *Psychological Studies Faculty of Education and Psychology Alzahra University*. 2018; 14(2): 143-164. <https://www.sid.ir/Fa/Journal/SearchPaperlight.aspx?str>
  58. Guo YF, Zhang X, Plummer V, Lam L, Cross W, Zhang JP. Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2017; 26( 4): 375-385. <https://doi.org/10.1111/inm.12255>
  59. Zhang H, Watson-Singleton NN, Pollard SE, Pittman DM, Lamis DA, Fischer NL, Patterson B , Kaslow NJ. Self-criticism and depressive symptoms: Mediating role of self-compassion. *Omega- Journal of Death and Dying*. 2019; 80( 2): 202-223. <https://doi.org/10.1177/0030222817729609>
  60. Nes LS, Segerstrom SC. Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*. 2006; 10(3): 235-251. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_3)
  61. Cserepes RE, Korosi T, Bugan A. Characteristics of infertility-specific quality of life in Hungarian couples. *ORVOSI HETILAP*. 2014; 155(20): 783-888. <https://doi.org/10.1556/OH.2014.29867>
  62. Haririan H, Mohammadpour Y, Aghajanloo A. The prevalence of depression in infertile women referred to the kosar infertility clinic in urmia in 2009. *Iranian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2010; 13 (2), 45-49. <https://www.sid.ir/Fa/Journal/SearchPaperlight.aspx?str>
  63. Indrani M. Enhancing positive emotions via positive interpersonal communication: An unexplored avenue towards well-being of mankind. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*. 2017; 7(4): 1-8. <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2017.07.00448>
  64. Roudsari RL, Allan HT, Smith PA, Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: a review of the literature. *Human Fertility*. 2007; 10(3): 141-149. <https://doi.org/10.1080/14647270601182677>
  65. Kezdy D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J A. Multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal Clinical Psychology*. 2007; 66(4): 430-441. [www.interscience.wiley.com/http://doi.org/10.1002/jclp.20663](http://www.interscience.wiley.com/http://doi.org/10.1002/jclp.20663)
  66. Seif A. *Modern Educational Psychology: Learning and Teaching Psychology*. 6th edition, Print 51, Doran Publications. 2011. Tehran.
  67. Fredrickson B. L. The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American scientist*. 2003; 91(4): 330-335. <https://doi.org/10.1511/2003.4.330>