

October-November 2021, Volume 9, Issue 4

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Positive Psychotherapy on Depression and Affective Capital of Depressed Women

Leli Nourian¹, Mohsen Golparvar^{2*}, Asghar Aghaei³

1- Ph.D Student of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Mohsen Golparvar, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.
Email: drmgolparvar@gmail.com

Received: 14 Sep 2020

Accepted: 29 July 2021

Abstract

Introduction: Depression is one of the most problematic disorders in women and can affect their affective capital. Among the treatments that can be used to reduce the symptoms of depression and promote affective capital are acceptance and commitment therapy and positive psychotherapy. The purpose of this investigation was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and positive psychotherapy on depression and affective capital in depressed women.

Methods: The research method is semi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up with the control group. The statistical population of the study included depressed women in Isfahan in autumn and winter of 2019 and 2020. From the statistical population, 60 women were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of acceptance and commitment therapy (n = 20), positive psychotherapy (n = 20), and control group (n = 20). Affective Capital Questionnaire and Beck Depression Inventory were used to measure the dependent variable. Acceptance and commitment therapy group and positive psychotherapy group were treated in 12 and 13 sessions respectively, and the control group did not receive any treatment. Data were analyzed by repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test through SPSS-22 software.

Results: The results indicated that there was a significant difference in affective capital and depression between the acceptance and commitment treatment group and the positive psychotherapy group with the control group ($P < 0.01$). There is no significant difference between the two treatment groups in affective capital and depression ($P > 0.05$).

Conclusions: The results revealed that acceptance and commitment therapy and positive psychotherapy are both effective in improving depressive symptoms and increasing the affective capital of depressed women. Therefore, these two treatment approaches can be used for depressed women.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Positive psychotherapy, Depression affective capital, Depressed women.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی مثبت نگر بر افسردگی و سرمایه عاطفی زنان افسرده

لیلی نوریان^۱، محسن گل پرور^{۲*}، اصغر آقایی^۳

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
 ۲- دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
 ۳- استاد گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: محسن گل پرور، دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

ایمیل: drmgolparvar@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۲۳

چکیده

مقدمه: افسردگی از زمره اختلال های مشکل آفرین برای زنان است و می تواند سرمایه عاطفی آن ها را تحت تاثیر قرار دهد. از جمله درمان هایی که می تواند برای کاهش علایم افسردگی و ارتقاء سرمایه عاطفی مورد استفاده قرار گیرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی مثبت نگراست. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی مثبت نگر بر افسردگی و سرمایه عاطفی زنان افسرده انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان افسرده شهر اصفهان در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بود. از جامعه آماری مورد اشاره ۶۰ نفر از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰ نفر)، روان درمانی مثبت نگر (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. از پرسشنامه سرمایه عاطفی و مقیاس افسردگی بک برای سنجش متغیرهای وابسته استفاده شد. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۱۲ جلسه و روان درمانی مثبت نگر طی ۱۳ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکرد. داده ها از طریق تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی توسط نرم افزار SPSS-22 تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که در سرمایه عاطفی و افسردگی بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی مثبت نگر با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). اما بین دو گروه درمانی در سرمایه عاطفی و افسردگی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی مثبت نگر، هر دو در بهبود علایم افسردگی و افزایش سرمایه عاطفی زنان افسرده موثر هستند. به همین جهت این دو رویکرد درمانی برای زنان افسرده قابل استفاده هستند.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان درمانی مثبت نگر، افسردگی، سرمایه عاطفی، زنان افسرده.

مقدمه

دست دادن علاقه و لذت به انجام فعالیت هایی که قبلاً برای فرد لذت بخش بوده، ناتوانی در انجام فعالیت های روزمره، احساس ناامیدی، احساس گناه نامتناسب، اختلال در خواب، کاهش میزان انرژی، تغییر در میزان اشتها، سراسیمگی یا کندي روانی حرکتی، مشغولیت ذهنی با

افسردگی یک مشکل جدی در سطح جهانی است، به ترتیبی که تخمین جهانی نشان می دهد که بیش از ۲۶۴ میلیون نفر در جهان، افسردگی را تجربه می کنند (۱، ۲). نشانه های این اختلال اغلب شامل غم پایدار، از

لیلی نوریان و همکاران

منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند (۱۷). از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از سریع‌ترین راه‌ها برای داشتن «احساس بهتر» وقتی که فرد با افکار و هیجانات ناخوشایند مواجه می‌شود، فرار کردن و یا اجتناب از آن است. این اثر سریع مفید، بسیار قدرتمند است و باعث شده که همه انسان‌ها اجتناب‌کنندگان هیجانی در درجات متفاوت باشند. متأسفانه اجتناب تجربه‌ای پیامدهای منفی نیز به دنبال دارد. بازداری افکار ناخواسته، فراوانی این افکار را افزایش می‌دهند و اگر این افکار با خلق منفی ارتباط داشته باشند، میزان فراخوانی این خلق بیشتر می‌شود (۱۸). در مجموع در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرکز درمانی بر توانمندی‌های روان‌شناختی، انتخاب اهداف، ذهن‌آگاهی و تصریح ارزش‌ها است (۱۹).

در کنار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان‌درمانی مثبت‌نگر، بر اساس اصول روان‌شناسی مثبت‌نگر بر شکوفایی انسان و شناخت و افزایش توانمندی‌ها و ظرفیت‌های تمرکز دارد (۲۰). در مداخلات مثبت‌نگر، از مجموعه‌ای از تکنیک‌ها استفاده می‌شود که بر مبانی موثری چون صمیمیت، همدلی، اعتماد اساسی، اصالت و تفاهم تأکید دارد. بر اساس این رویکرد درمانی، نبود یا کم بودن هیجانات و خصوصیات مثبت در زندگی می‌تواند باعث پیدایش انواع آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی، بلاخص افسردگی شود (۲۱). این رویکرد بر این باور است که افسردگی می‌تواند به طور موثر، نه تنها به وسیله‌ی کاهش علائم منفی، بلکه با ایجاد عواطف و هیجان‌های مثبت، تقویت توانمندی‌های فرد و ایجاد معنا، درمان شود. ساختن این منابع مثبت ممکن است از وقوع اختلال جلوگیری کرده و یا با علائم منفی مقابله کرده و سدی برای عود مجدد اختلال شود (۲۲).

مطالعات داخلی و خارجی پیشین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۷-۱۰) و روان‌درمانی مثبت‌نگر (۱۱-۱۶) را بر بهبود علائم افسردگی تأیید کرده‌اند. جستجوهای انجام شده پژوهشی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی مثبت‌نگر را بر افسردگی و سرمایه عاطفی مورد مقایسه قرار داده باشند، در دسترس قرار نداد. با این حال مطالعات چندی در خصوص اثربخشی هر یک

مرگ و یا افکار خودکشی و مشکل در تمرکز یا تصمیم‌گیری است (۳). از طرف دیگر پژوهش‌ها و شواهد بالینی نشان داده‌اند که شیوع افسردگی و نشانه‌های آن در زنان بیشتر از مردان است (۴). در میان زنان افسرده، طیف متعددی از متغیرهای شناختی، عاطفی و رفتاری دارای مشکل است. از جمله متغیرهایی که با افسردگی رابطه‌ی منفی دارند، می‌توان به سرمایه عاطفی (affective Capital)، اشاره کرد (۵). سرمایه عاطفی در تعریفی ساده حالتی از احساس نشاط و انرژی عاطفی مثبت درونی قابل هدایت و تحول است که با تمرکز هدفمند بر آن قابلیت تأثیرگذاری به نسبت پایدار بر رفتارها و انتخاب‌های انسان را دارد و دارای سه مولفه عاطفه مثبت شبه‌حالت، احساس انرژی و شادمانی است (۵). در واقع در لحظات مختلف زندگی افراد سطوح انرژی، شادی و عاطفه مثبت متفاوتی را ممکن است در درون خود احساس کنند. نکته حائز اهمیت این است که در مواقعی که انسان‌ها احساس می‌کنند سطح نیرو و نشاط آن‌ها در حد بالایی است، در صورت استفاده هدفمند در راستای اهداف و برنامه‌های خود می‌توانند به سان سرمایه‌ای که در دست آن‌ها قرار گرفته، این نیروی عاطفی را در مسیر ظرفیت‌افزایی رفتاری و شناختی در خود استفاده و توان خود را در مواجهه با امور مختلف زندگی ارتقاء بخشند. از منظر نظریه‌پردازی‌های انجام‌شده، سرمایه عاطفی، احساس هوشیاری، گوش به زنگی و شور و شغف نسبت به زندگی را ارتقاء داده و بر همین اساس نیز در صورت تقویت شدن می‌تواند سطح استرس، غم، اندوه و افسردگی را در افراد تعدیل نماید (۶). در همین راستا نیز درمان‌های مختلفی تاکنون در مسیر افزایش سطح سرمایه عاطفی و در مقابل کاهش افسردگی مطرح و در مواردی استفاده شده‌اند.

از جمله درمان‌های مطرح در زمینه‌ی درمان افسردگی می‌توان به درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy; ACT) (۷-۱۰) و روان‌درمانی مثبت‌نگر (Positive Psychotherapy; PPT) (۱۱-۱۶) اشاره کرد. رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این باور است که انسان‌ها، بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزاردهنده می‌دانند و به طور پیوسته سعی می‌کنند آن‌ها را تغییر داده و یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر است و حتی می‌تواند

از دو درمان مورد استفاده در مطالعه حاضر انجام شده است. در حوزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پژوهش Bai و همکاران (۹) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش نشانه های افسردگی در پیگیری های سه ماهه، پژوهش Kyllonen و همکاران (۲۳) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر نشانه های افسردگی با پیگیری سه ساله، پژوهش Burckhardt و همکاران (۲۴) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر ارتقای شادکامی به عنوان مولفه ای از سرمایه عاطفی، و پژوهش Sewart و همکاران (۲۵) نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش خلق منفی و ارتقای خلق مثبت نشان داده اند. در خصوص روان درمانی مثبت نگر نیز مطالعه Guo و همکاران (۱۵) و Furchtlehner و همکاران (۱۴) اثربخشی روان درمانی مثبت نگر را بر بهبود علایم افسردگی و نتایج مطالعه میرزایی (۱۳) اثربخشی روان درمانی مثبت نگر را بر شادکامی به عنوان مولفه ای از سرمایه عاطفی دانشجویان مبتلا به افسردگی و نتایج مطالعه کاظمی و همکاران (۱۲) نیز اثربخشی روان درمانی مثبت نگر را بر افزایش سرمایه عاطفی دانش آموزان دختر افسردگی نشان داده اند.

در مجموع با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی و از آنجا که این اختلال از ناتوان کننده ترین اختلالات روان شناختی به خصوص در زنان به شمار می آید، و می تواند تبعات سنگینی را برای فرد، خانواده یا جامعه به همراه داشته باشد، شناسایی درمانی که بتواند بهترین تاثیر را بر بهبود علایم این اختلال و متغیرهای مرتبط با آن نظیر سرمایه عاطفی چه در کوتاه مدت و چه در بلندمدت داشته باشد، حایز اهمیت است. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی مثبت نگر بر افسردگی و سرمایه عاطفی در زنان افسرده انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر روش یک پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح سه گروهی شامل یک گروه روان درمانی مثبت نگر، یک گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک گروه کنترل بود که در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان

افسرده ی شهر اصفهان در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بودند که از طریق فراخوان وارد فرایند پژوهش شدند. از این میان افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، ابتدا پرسشنامه ی افسردگی بک را در راستای سنجش و تعیین وضعیت سطح افسردگی خود پاسخ دادند. تعداد زنانی که در این مرحله به پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند، ۴۱۲ بود. از این میان افرادی که نمره ی بین ۲۰ تا ۳۴ داشتند و در سوال مرتبط با خودکشی پرسشنامه افسردگی، دو گزینه ی اول یعنی عدم تمایل به خودکشی و یا تنها فکر خودکشی بدون تمایل به اقدام به آن را داشتند انتخاب شدند و دعوت به مصاحبه مصاحبه ی بالینی ساختاریافته (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders SCID-5-CV) شدند. برای تعیین حجم نمونه، بر اساس استفاده از متوسط انحراف معیار افسردگی سنجش شده از طریق پرسشنامه بک در دو مطالعه قبلی (۲۶، ۲۷) که برابر با ۶/۱۴ بود، در سطح اطمینان ۹۵ درصد (مقدار Z برابر با ۱/۹۶)، توان آزمون برابر با ۹۰ (مقدار Z برابر با ۱/۲۸) و مقدار حداقل اختلاف مورد انتظار (مقدار d در فرمول) برابر با ۲/۵۵، تعداد نمونه برای هر گروه ۲۰ نفر برآورد گردید. فرمول استفاده شده به شرح زیر بود.

$$n = \frac{2\sigma^2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{d^2}$$

بر همین اساس از میان جامعه آماری مطالعه برای سه گروه ۶۰ زن افسرده، با احتساب ۲۰ نفر برای هر یک از سه گروه پژوهش، به روش نمونه گیری هدفمند بر مبنای ملاک های ورود انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) در سه گروه قرار داده شدند. معیارهای ورود شامل رضایت برای شرکت در پژوهش، قرار داشتن در رده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، عدم احتمال خودکشی (بر اساس پاسخ به سوال خودکشی پرسشنامه ی بک و مصاحبه ی بالینی)، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم قرار داشتن تحت درمان های موازی روان شناختی یا روان پزشکی، وجود علایم و نشانه های لازم و کافی برای تشخیص افسردگی (بر اساس سنجش از طریق پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی) و در نهایت عدم ابتلا به اختلال

لیلی نوریان و همکاران

این پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس، روایی سازه واگرایی آن از طریق وجود همبستگی منفی بین نمرات حاصل از این پرسشنامه با استرس و فرسودگی (روایی واگرا) و روایی همگرایی آن از طریق همبستگی مثبت بین امتیازات سرمایه عاطفی با سرزندگی و پرتاقتی سلامتی تایید شده است. همچنین به عنوان شواهدی از پایایی این پرسشنامه، آلفای کرونباخ آن در دامنه بین ۰/۸ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (۵). در مطالعه مددی زواره در سال ۲۰۱۹ نیز آلفای کرونباخ سرمایه عاطفی برابر با ۰/۹۳ به دست آمده است (۳۰). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه سرمایه عاطفی برابر با ۰/۹۷ به دست آمد.

پس از جمع آوری داده ها در مرحله ی پیش آزمون، و جایگذاری تصادفی شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی مثبت نگر) و یک گروه کنترل، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳۱) درمان ۱۲ جلسه ای (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و گروه روان درمانی مثبت نگر (۳۲) درمان ۱۳ جلسه ای (هر جلسه ۹۰ دقیقه) را دریافت کردند. لازم به ذکر است که تفاوت یک جلسه بین تعداد جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تعداد جلسات درمان مثبت نگر از طریق اساتید روان شناس ناظر بر پژوهش بررسی و با توجه به محتوای اعتبار آزمایی شده دو درمان، به عنوان عاملی که بر نتایج تاثیر می گذارد تشخیص داده نشد. پس از اتمام جلسات درمانی، پس آزمون و با فاصله دو ماه بعد، پیگیری برای هر سه گروه به اجرا شد. روایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مطالعاتی نظیر مطالعه امینی و همکاران (۲۶) و افشار و همکاران (۲۷) که نشان دادند این نوع درمان عاملی جهت کاهش علائم افسردگی است و روایی روان درمانی مثبت نگر نیز از طریق مطالعاتی نظیر مطالعه جباری و همکاران (۳۳) و نصیری و همکاران (۳۴) که نشان دادند درمان مثبت نگر موجب کاهش علائم افسردگی می شود مستند گردیده است. عناوین جلسات درمان و شرح مختصر هر جلسه در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

روان شناختی یا روان پریشی حاد یا مزمن بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری یا عدم تمایل به شرکت در پژوهش و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی بود. در راستای رعایت اصول و قواعد اخلاقی پژوهش علمی، ملاحظات اخلاقی شامل رعایت اصل رازداری، استفاده از داده ها فقط در راستای اهداف پژوهش بدون ذکر نام افراد، آزادی و اختیار کامل شرکت کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش، اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان در مورد پژوهش و نتایج آن، کسب رضایت کتبی از شرکت کنندگان، دریافت کد اخلاق بود. به منظور گردآوری داده ها، از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

پرسشنامه ی افسردگی بک ویراست دوم: جهت سنجش میزان افسردگی از پرسش نامه افسردگی Beck و Clark که شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است استفاده شد (۲۸). این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه و فرد پاسخگو برای هر گویه یکی از چهار گزینه ای که نشان دهنده شدت افسردگی وی است را بر می گزیند. هر ماده نمره ای بین صفر تا ۳ می گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه ای از صفر تا ۶۳ دارد. مطالعات روان سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می دهد که از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است (۲۸، ۲۹). برای نمونه بک و همکاران در مطالعه خود پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در فاصله یک هفته ای برابر با ۰/۹۳ گزارش نموده اند (۲۸). این پرسشنامه تاکنون در مطالعات مختلفی در ایران استفاده و روایی سازه، افتراقی و پایایی آن به خوبی مستند و تایید شده است (۲۹). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسشنامه ی سرمایه ی عاطفی: این پرسشنامه توسط گل پرور در سال ۲۰۱۶ تدوین شده و شامل سه خرده مقیاس عاطفه مثبت شبه حالت (۱۰ سوال)، احساس انرژی (۵ سوال) و شادمانی (۵ سوال) است. مقیاس پاسخ گویی این پرسشنامه پنج درجه ای (هر گز=۱ تا همیشه=۵) است. این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. روایی سازه عاملی

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان جلسه	شرح اختصاری جلسه
اول	سازگاری بیشتر مراجعین با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعیین اهداف درمانی، آغاز تحلیل راهبرد کنترل تجربه ای	ارایه ی مقدمه ای درباره ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به توافق رسیدن در مورد مشکل کنونی، جویا شدن قصه ی زندگی مراجع، تعیین اهداف درمانی و ارتباط آن با ارزش ها، ارایه ی مقدمه ای درباره ی درماندگی خلاق
دوم	معرفی اجتناب تجربه ای	افزایش آگاهی مراجعان از کنترل هیجانی و عادی سازی آن؛ تاکید بر بهبودگی و هزینه های حاصل از چنین تلاش های کنترلی، معرفی تمایل و پذیرش به عنوان جایگزینی برای کنترل تجربه ای
سوم	پذیرش و گسلش	شناسایی رویدادهای شخصی با هدف کار بر روی پذیرش و گسلش، آغاز تمرکز مجدد مراجعان بر فرایندهای زبان به جای محتوای آن، معرفی مداخله پذیرش و گسلش اولیه
چهارم	گسلش و ذهن آگاهی	افزایش کار بر روی گسلش با خود ارزیابیها و دلیل یابی، معرفی تمایز خود ارزیابی از توصیف، تمرین ذهن آگاهی و نوشتن قصه ی زندگی
پنجم	گسلش، ذهن آگاهی، خود به عنوان زمینه	گسترش تکنیک گسلش به قصه ی زندگی، گسترش تمرین های توجه آگاهی به عملکرد فعالیت های روزانه، آغاز تقویت خود به عنوان زمینه، شفاف سازی بیشتر ارزش های مراجع.
ششم	گسلش، ذهن آگاهی	تکمیل گسلش از قصه ی زندگی، گسترش تقویت آموزش ذهن آگاهی، تقویت بیشتر دستیابی به حس برتری از خود.
هفتم	ذهن آگاهی و ارزش ها	تقویت آموزش ذهن آگاهی و گسترش آن به افکار و احساسات، ارزیابی و شفاف سازی بیشتر ارزش های مراجع، شناسایی اهداف همسو با ارزش ها، برانگیختن اولیه برای اقدام پایبندانه.
هشتم	ذهن آگاهی، تعهد	تعیین وضعیت افزایش آموزش ذهن آگاهی، شفاف سازی ماهیت تعهد، افزایش شیوه های مدیریت موانع تعهد، تقویت عمل متعهدانه از طریق تکلیف مرتبط
نهم، دهم و یازدهم	ارزش ها، تمایل، عمل متعهد و ذهن آگاهی	تقویت تداوم فعالیت های ارزش مدار، افزایش تمایل به تجربه ی افکار و احساسات ناخواسته ای که بر سر راه اقدام پایبندانه پایدار ایجاد می شود. شفاف سازی تفاوت بین فرایند و نتیجه ی اقدام پایبندانه.
دوازدهم	بازبینی تکنیک ها و راهبردهای سازگار با اکت و حفظ دستاوردهای درمانی پس از پایان جلسات	ارتباط بین اهداف و ارزش ها، عمل متعدد و جمع بندی پردازش و آکنش به پایان درمان، خلاصه ی رهنمودهای زندگی ارزشمندانه، بحث درباره ی زندگی فرد پس از درمان و انجام پس از من

جدول ۲: خلاصه جلسات روان درمانی مثبت نگر

جلسه	عنوان جلسه	شرح اختصاری جلسه
اول	آشنایی، فقدان منابع مثبت باعث تداوم مشکلات می شود.	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، معرفی برنامه روان درمانی مثبت نگر، تصریح اهداف شرکت در پژوهش و جلسات درمانی، نوشتن یک معرفی مثبت از خود و توانمندی، نقش غیبت یا فقدان هیجان های مثبت و توانمندی ها در تداوم مشکلات
دوم	ارزیابی توانمندی های منشی	تکمیل پرسشنامه توانمندی ها، ارزیابی توانمندی های منشی، بحث درباره نحوه بکارگیری نقاط قوت.
سوم	پرورش توانمندی های خاص و هیجان های مثبت	بحث پیرامون رشد توانمندی های خاص و آماده شدن مراجعین برای شکل دادن رفتارهای خاص، عینی و قابل دستیابی
چهارم	خاطرات خوب در برابر خاطرات بد	نقش خاطرات خوب و بد بر حسب نقش آن ها در حفظ مشکلات، تشویق مراجعان به بیان احساسات توأم با تلخی ها و اثرات تلخی ها بر سلامت و بهزیستی در زندگی
پنجم	بخشش	معرفی بخشش به عنوان وسیله ی قدرتمند برای تبدیل مشکلات و تلخی ها به احساسها و هیجانانگیزی یا حتی به احساسها و هیجانانگیزی مثبت
ششم	قدردانی	بحث درباره قدردانی به عنوان تشکر و برجسته سازی خاطرات با تاکید بر قدردانی
هفتم	قناعت در برابر بیشینه سازی	بحث درباره قناعت (به اندازه ی کافی خوب) در برابر بیشینه سازی در بافت کار پرزحمت لذت بخش و تشویق به قناعت به واسطه ی تعهد در برابر بیشینه سازی
هشتم	خوش بینی و امید	تشویق مراجعان به تفکر درباره زمانی که در یک کار مهم شکست خوردند، زمانی که یک برنامه ی بزرگ مضمحل می شود و یا زمانی که توسط دیگران پذیرفته نمی شوند، و بررسی اینکه چه راهکارهایی برای مقابله با آن ها استفاده کنند.
نهم	عشق و دلبستگی	بحث درباره ی پاسخ دهی فعال و سازنده و دعوت به شناسایی توانمندی های خاص و موثر سایر افراد بر آنان

لیلی نوریان و همکاران

دهم	شجره نامه ی توانمندی‌ها	بررسی اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده
یازدهم	حس ذایقه	معرفی حس ذایقه به عنوان آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن و نحوه ی محافظت از آن در برابر مشکلات و تهدیدها
دوازدهم	موهبت زمان	بحث درباره استفاده از موهبت زمان صرف نظر از اوضاع مالی و تشریح راه های استفاده از توانمندی‌های خاص برای پیشنهاد موهبت زمان در خدمت به شخص دیگری
سیزده	زندگی کامل	تشریح زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می سازد. اجرای پس آزمون و بررسی منافع و ماندگاری روش مداخله

آزمون ماخلی (ماکلی) و از طریق نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

سه گروه پژوهش (دو گروه درمانی و یک گروه کنترل) از نظر سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی (این متغیر بر سنجش جایگاه اقتصادی و اجتماعی خود گزارش دهی در چهار گروه ضعیف، متوسط، خوب و بسیار خوب) و وضعیت تاهل از طریق آزمون کای دو، سه گروه مورد مقایسه قرار گرفتند و بین آن‌ها در متغیرهای مورد اشاره تفاوت معناداری به دست نیامد (جدول ۳).

داده‌های حاصل از اجرای پژوهش برای بررسی سوالات پژوهش از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل گردید. برای بررسی عدم تفاوت توزیع متغیرهای جمعیت شناختی، مانند سن، تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی (این متغیر اشاره ای است به وضعیت اقتصادی و مادی و موقعیت اجتماعی افراد که در قالب چهار سطح پائین، متوسط، بالا و خیلی بالا مورد سنجش قرار گرفته است) و تاهل در سه گروه پژوهش از آزمون کای دو، برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک، برای بررسی برابری واریانس‌های خطا از آزمون لوین و برای بررسی پیش فرض کرویت از

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی

ردیف	متغیر	روان درمانی مثبت‌نگر		درمان پذیرش و تعهد		گروه کنترل	
		فراوانی	% فراوانی	فراوانی	% فراوانی	فراوانی	% فراوانی
سن							
۱	تا ۳۰ سال	۱۱	۶۴/۷۰	۱۱	۵۷/۹۰	۱۰	۵۸/۸۰
۲	۳۱ سال و بالاتر	۶	۳۵/۳۰	۸	۴۲/۱۰	۷	۴۱/۲۰
۳	مجموع	۱۷	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۱۷	۱۰۰
۴	مقدار کای دو (معناداری)	(p=۰/۴۱) ۳۹/۳۳					
تحصیلات							
۱	دیپلم	۵	۲۹/۴۰	۵	۲۶/۳۰	۶	۳۵/۳۰
۲	فوق‌دیپلم و لیسانس	۹	۵۲/۹۰	۱۱	۵۷/۹۰	۹	۵۲/۹۰
۳	فوق‌لیسانس و دکتری	۳	۱۷/۷۰	۳	۱۵/۸۰	۲	۱۱/۸۰
۴	مجموع	۱۷	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۱۷	۱۰۰
۵	مقدار کای دو (معناداری)	(p=۰/۸۹) ۲/۲۶					
وضعیت اجتماعی-اقتصادی							
۱	ضعیف	۱	۵/۹۰	۴	۲۱	۵	۲۹/۴۰
۲	متوسط	۱۱	۶۴/۷۰	۱۱	۵۷/۹۰	۹	۵۲/۹۰
۳	خوب	۵	۲۹/۴۰	۳	۱۵/۸۰	۳	۱۷/۷۰
۴	بسیار خوب	۰	۰	۱	۵/۳۰	۰	۰
۵	مجموع	۱۷	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۱۷	۱۰۰
۶	مقدار کای دو (معناداری)	(p=۰/۳۰) ۹/۵۱					
وضعیت تاهل							
۱	مجرد	۱۰	۵۸/۸۰	۸	۴۲/۱۰	۷	۴۱/۲۰
۲	متاهل	۶	۳۵/۳۰	۸	۴۲/۱۰	۹	۵۲/۹۰
۳	مطلقه یا فوت همسر	۱	۵/۹۰	۳	۱۵/۸۰	۱	۵/۹۰
۴	مجموع	۱۷	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۱۷	۱۰۰
۵	مقدار کای دو (معناداری)	(p=۰/۳۷) ۶/۵۲					

و تعهد در مراحل پس آزمون و پیگیری تغییرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل تجربه نموده اند (جدول ۴).

بررسی میانگین و انحراف معیار افسردگی و سرمایه عاطفی برای گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پژوهش نشان داد که دو گروه روان درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار به تفکیک سه گروه پژوهش و در سه مرحله پژوهش

مرحله	روان درمانی مثبت‌نگر		درمان پذیرش و تعهد		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی						
پیش آزمون	۳۳	۵/۴۶	۳۲/۰۵	۴/۸۵	۳۲/۷۰	۴/۵۰
پس آزمون	۲۶/۲۹	۴/۳۵	۲۹/۲۳	۴/۲۲	۳۲/۵۰	۴/۲۹
پیگیری	۲۶/۲۳	۲/۷۷	۲۵/۱۰	۲/۳۷	۳۲/۳۸	۳/۸۰
سرمایه عاطفی						
پیش آزمون	۲۷/۸۲	۸/۷۱	۲۹/۰۵	۷/۲۵	۲۷/۲۹	۱۰/۹۶
پس آزمون	۵۵/۴۱	۱۳/۸۱	۳۹/۸۴	۸/۹۰	۲۷/۹۴	۶/۰۹
پیگیری	۴۶/۲۳	۹/۳۱	۴۴/۴۲	۸/۸۵	۲۸/۳۵	۹/۰۴

فرض کرویت، به ردیف دوم یعنی ردیف گرین هاوس گیزر در گزارش نتایج مراجعه می شود. در متغیر سرمایه عاطفی پیش فرض کرویت رعایت گردیده بود. پس از بررسی پیش فرض‌ها، تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که در تعامل زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و گروه (روان درمانی مثبت‌نگر، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل) در افسردگی ($F=11/50, P<0/01$) و سرمایه عاطفی ($F=21/64, P<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش تفاوت معناداری در افسردگی و سرمایه عاطفی وجود دارد (جدول ۵).

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده علاوه بر بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین حاکی از برابری واریانس خطا (آماره F لوین به ترتیب برای افسردگی برابر با ۰/۵۹ و برای سرمایه عاطفی برابر با ۰/۱۸ و غیر معنادار ($P<0/05$)) بود. آزمون ماخلی (ماکلی) در باب پیش فرض کرویت در افسردگی نشان داد که این پیش فرض برقرار نیست. در چنین مواردی که پیش فرض کرویت برقرار نیست، در جداول نتایج درون گروهی تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، به جای ردیف اول تحت عنوان رعایت پیش

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای افسردگی و سرمایه عاطفی

اثر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی								
درون گروهی	زمان	۴۴۰/۸۷	۱/۵۵	۲۲۰/۴۳	۳۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱
	تعامل زمان و گروه	۳۳۴/۳۹	۳/۰۹۹	۱۰۴/۶۷	۱۱/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹
	خطا	۷۰۴/۹۲	۷۷/۴۸	۹/۱۰	-	-	-	-
بین گروهی	گروه	۴۳۶/۶۸	۲	۲۱۸/۳۴	۶/۶۷	۰/۰۰۳	۰/۲۱	۰/۹۰
	خطا	۱۶۳۶/۸۸	۵۰	۳۲/۷۴	-	-	-	-
سرمایه عاطفی								
درون گروهی	زمان	۵۳۹۱/۵۷	۲	۲۶۹۵/۷۹	۶۳/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
	تعامل زمان و گروه	۳۶۷۰/۳۷	۴	۹۱۷/۵۹	۲۱/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
	خطا	۴۲۴۰/۶۲	۱۰۰	۴۲/۴۱	-	-	-	-
بین گروهی	گروه	۶۱۵۱/۸۲	۲	۳۰۷۵/۹۱	۱۵/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۹۹
	خطا	۶۱۵۱/۸۲	۵۰	۱۹۵/۰۳	-	-	-	-

لیلی نوریان و همکاران

عاطفی با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ($P < 0.01$)، ولی بین دو گروه درمانی با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$) (جدول ۶).

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در راستای مقایسه دو به دو گروه های پژوهش، نشان داد که دو گروه روان درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد در افسردگی و سرمایه

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای افسردگی و سرمایه عاطفی

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
افسردگی				
گروه کنترل	روان درمانی مثبت‌نگر	۳/۹۸	۱/۱۳	۰/۰۰۳
گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد	۲/۹۴	۱/۱۰	۰/۰۰۳
روان درمانی مثبت‌نگر	درمان پذیرش و تعهد	۱/۰۴	۱/۱۰	۱
سرمایه عاطفی				
گروه کنترل	روان درمانی مثبت‌نگر	-۱۵/۲۹	۲/۷۷	۰/۰۰۱
گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد	-۹/۹۱	۲/۶۹	۰/۰۰۲
روان درمانی مثبت‌نگر	درمان پذیرش و تعهد	۵/۳۸	۲/۶۹	۰/۱۵

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ی اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و سرمایه عاطفی زنان افسرده انجام شد. نتایج نشان داد که در سرمایه عاطفی و افسردگی بین گروه روان درمانی مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین دو گروه درمانی در سرمایه عاطفی و افسردگی تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی با نتایج پژوهش Bai و همکاران (۹) در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانه های افسردگی به خصوص در پیگیری های سه ماهه، با نتایج پژوهش Kyllonen و همکاران (۲۳) در خصوص اثربخشی این رویکرد درمانی بر نشانه های افسردگی با پیگیری سه ساله و پژوهش های دیگری که نشان دادند این رویکرد درمانی بر بهبود علائم افسردگی موثر است (۷-۱۰)، همسو است. در تبیین یافته های این بخش از پژوهش می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این باور است که هسته ی اصلی اختلالات روان‌شناختی، شامل افسردگی، اجتناب تجربه ای است. اجتناب تجربه‌ای به عدم تمایل فرد افسرده به تجربه‌ی تجارب درونی خود مانند احساسات، افکار و علائم بدنی آزار دهنده اشاره دارد (۱۷). بر این اساس این رویکرد درمانی، پذیرش را به عنوان یک پیش‌بینی کننده‌ی قوی سلامت روان‌شناختی به خصوص در افراد دارای اختلال

افسردگی (۱۸) و به عنوان جایگزین اجتناب تجربه‌ای معرفی می‌کند. به همین جهت نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعین می آموزد تا افکار و احساسات آشفته ساز خود را بپذیرند و آن‌ها را تنها به عنوان یک فکر و یک احساس برآمده از ذهن تجربه کنند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می آموزد تا افکار و احساسات درونی و ارزش‌های شخصی خود را شناسایی و بر اساس آن هدف‌های قابل دسترسی مشخص کرده و در راستای آن گام بردارند. این درمان به مراجعین می آموزد که در عوض گیر افتادن در خود، گذشته و یا آینده ی مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کنند و با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، در لحظه‌ی حال، بدون قضاوت و بدون ارزیابی افکار و احساسات متمرکز شوند که می‌تواند باعث افزایش توانایی خود آگاهی و پذیرش خود در نهایت کاهش علائم افسردگی شود.

همچنین نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه عاطفی زنان افسرده، با یافته های پژوهش Burckhardt و همکاران (۲۴) در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای شادکامی به عنوان مولفه ای از سرمایه عاطفی، و با یافته های پژوهش Sewart و همکاران (۲۵) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش خلق منفی و ارتقای خلق مثبت می‌شود، همسو است. در راستای تبیین این بخش از یافته های پژوهش می توان بیان نمود که مطابق مطالعات انجام شده، افرادی که

و باورهای افسرده کننده غلبه نمایند. این فرایند در نهایت دستاوردی جز کاهش علائم افسردگی را به ارمغان نخواهد آورد.

در بخش دیگری از یافته های پژوهش مشخص گردید که روان درمانی مثبت نگر بر افزایش سرمایه عاطفی زنان افسرده موثر است. این نتایج با یافته های پژوهش میرزایی (۱۳) که نشان داد روان درمانی مثبت نگر بهزیستی معنوی و شادکامی دانشجویان مبتلا به افسردگی موثر است، با و با یافته های کاظمی و همکاران (۱۲) که نشان داد روان درمانی مثبت نگر روشی موثر جهت افزایش سرمایه عاطفی دانش آموزان دختر افسردگی است، همسو می باشد. در تبیین اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر ارتقاء سرمایه عاطفی زنان افسرده، نکته اول این که به طور طبیعی وقتی ارتقاء و تقویت ظرفیت ها و نقاط قوت مثبت فردی در روان درمانی مثبت نگر محوریت دارد و از این طریق موجب تضعیف نشانه های افسردگی می شود، به طور طبیعی بستر و فضای درون روانی برای افزایش سطح سرمایه عاطفی متشکل از عاطفه مثبت شبه حالت، شادمانی و احساس انرژی فراهم می شود. بنابراین اولین ساز و کار مطرح برای افزایش سطح سرمایه عاطفی زنان افسرده از طریق روان درمانی مثبت نگر همانا کاهش سطح علائم افسردگی است. دومین ساز و کار که نباید از آن غفلت نمود، به نقشی که درگیر شدن در فعالیت ها و اهداف مثبت در ارتقاء سرمایه عاطفی دارد مربوط می شود. بخش عمده و قابل توجه روان درمانی مثبت نگر در سطح عملی، بر انجام تمرینات و درونی سازی مهارت های معطوف به تقویت تجارب مثبت و نقاط قوت شخصی متمرکز است. برای نمونه انجام تمریناتی در حوزه بخشش خود و دیگران، تلاش برای تقویت انصاف در ارزیابی خود و دیگران، خیرخواهی، برقراری روابط مثبت و تفسیر و تعبیر خوش بینانه حوادث و رخدادها چنان که مطالعات قبلی نیز محرز ساخته اند (۵)، مسیرهایی هستند که سطح سرمایه عاطفی و تجربه حالات عاطفی مثبت را به ارمغان می آورند. به همین جهت نیز روان درمانی مثبت از طریق فراهم ساختن فرصت برای چنین تجاربی در مسیر ارتقاء سرمایه عاطفی حرکت می کند.

آخرین یافته این پژوهش به یکسانی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی مثبت نگر بر کاهش افسردگی و افزایش سرمایه عاطفی مربوط است. با توجه به تغییرات میانگین نمرات گروه ها در افسردگی و سرمایه

اجتناب تجربه ای بیشتری دارند، تجربه ای عاطفی مثبت و در نتیجه رضایت کمتری را نسبت به دیگران تجربه می کنند (۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کمک افزایش انعطاف پذیری روان شناختی که نقطه ای مقابل اجتناب تجربه ای است، بر مبنای پذیرش و تمایل افکار و احساسات آزردهنده، به مراجع کمک می کند که به راهکارهایی همسو با شرایط فعلی دست یابند و به کمک تصریح ارزش ها و اهداف، و حرکت به سمت آن ها سطح عاطفه ای مثبت، شادی و انرژی را در افراد افسرده ارتقاء می بخشد. این امر عامل اصلی در راستای ارتقاء سرمایه عاطفی افراد خواهد بود. همچنین فلسفه ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در صف رفتارهای هدف محور و ارضا کننده قرار می گیرد و به همین جهت عمل متعهدانه که نیازمند درگیر شدن در فعالیت هایی است که در راستای ارزش های شخصی فرد می باشد را به شدت ترویج و دنبال می کند (۱۹). گام بر داشتن در مسیر ارزش ها، می تواند باعث تنظیم مجدد یادگیری پاداشی و افزایش عواطف مثبت، شادمانی و انرژی در فرد گردد.

نتایج پژوهش حاضر در حوزه اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر کاهش افسردگی نیز با نتایج مطالعه Guo و همکاران (۱۵) و Furchtlehner و همکاران (۱۴) در باره اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر بهبود علائم افسردگی همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت که بر اساس دیدگاه روان شناسی مثبت نگر، هنگامی که ظرفیت های ذاتی فرد برای رشد و شکوفایی مسدود شود، آسیب روان شناختی ایجاد می شود (۲۰). روان درمانی مثبت نگر، به کمک افزایش هیجانات مثبت، افزایش توانمندی ها و ظرفیت های شخصی، یافتن معنا، غرقگی و مجذوبیت در زندگی روزانه مراجعین، ابزارهای بلقوه ای را جهت درمان افسردگی، در اختیار مراجعین قرار می دهد که می تواند در کاهش نشانه های افسردگی و همچنین پیشگیری از عود آن ها، یاری دهنده باشد (۲۱). تکنیک های مثبت نگر با کمک شناخت توانمندی های شخصی به مراجعین آموزش می دهد که چگونه با تجارب منفی خود به طور مثبت تری ارتباط برقرار کنند و آن ها را به گونه ای بازسازی کنند که برایشان معنادار و مفید باشد. بازسازی و جایگزینی تجارب منفی با تجارب مثبت یکی از مهمترین ساز و کارهایی است که رویکرد روان درمانی مثبت نگر را قادر می سازد تا افراد توانایی و نقاط قوت خود را هر چه بیشتر تقویت نموده و از این طریق بر افکار

لیلی نوریان و همکاران

مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد جهت کاهش افسردگی و افزایش سرمایه عاطفی زنان افسرده استفاده کنند. این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله این که مطالعه حاضر بر روی زنان بزرگسال افسرده فاقد سابقه‌ی خودکشی و یا دارای احتمال خودکشی اجرا شده، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر گروه‌ها باید احتیاط شود. در این راستا پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی مردان افسرده و گروه‌های سنی دیگر نیز اجرا شود. محدودیت دوم این که به نظر نمی‌رسد که تمام موارد افسردگی، در خدمت کارکرد اجتناب تجربه‌ای که با پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل درمان هستند، باشند؛ عدم کنترل این متغیر در سه گروه آزمایشی، می‌تواند یکی از محدودیت‌های این پژوهش باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهشگران این مورد را مد نظر قرار دهند. محدودیت بعدی به تفاوت یک جلسه‌ای تعداد جلسات درمانی دو درمان مربوط است. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با جلسات درمانی یکسان انجام گیرد. در نهایت با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌های نظری و فلسفی دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی مثبت‌نگر، ایجاد یک رویکرد تلفیقی از این دو رویکرد جهت اثربخشی بیشتر، چه در کوتاه مدت و چه در بلند مدت، بتواند اطلاعات نوینی را به روان‌درمانی در سطح جهانی ارائه بدهد.

سیاسگزاری

این پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) برابر با IR.IAU.KHUISF.REC.1398.220 می‌باشد. بدین وسیله از زنان افسرده شرکت‌کننده در مطالعه و افرادی که در به سرانجام رساندن این پژوهش نقشی بی‌بدیل داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

تعارض منافع

بین نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

عاطفی، می‌توان به نکات جدید و حایز اهمیت‌تری پی برد (جدول ۴). نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییرات نمرات میانگین در مرحله‌ی پس‌آزمون کمتر از گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر است، ولی در مرحله‌ی پیگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علی‌رغم غیرمعناداری تفاوت این رویکرد درمانی با روان‌درمانی مثبت‌نگر تفاوت‌های بیشتری می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان رویکرد تغییر مرتبه‌ی دوم، در پی تغییر شیوه‌های تفکر افسرده‌ساز یا تنظیم خلق آزارنده نیست، بلکه می‌کوشد بافت‌ها و فرایندهایی را تغییر دهد که مانع از ادامه‌ی زندگی ارزشمندانه با وجود رویدادهای درونی آشفته‌ساز می‌شود (۲۱). احتمال دارد این روند با گذشت زمان تغییرات چشمگیرتری را در افراد افسرده‌رغم بزند. با این حال روان‌درمانی مثبت‌نگر با تمرکز بر توانمندی‌های مراجعین و با استفاده از روش‌های مثبت‌نگر از جمله تقویت هیجان‌های مثبت مانند امیدواری، خوش‌بینی، بخشش، شکرگزاری، قدردانی، عشق و دلبستگی علاوه بر داشته‌های محیطی فرد مانند روابط حمایت‌کننده مانع از رشد و تداوم احساسات منفی مانند ناامیدی، غم، بی‌لذتی و عزت‌نفس پایین می‌شود که می‌تواند سبب بهبود علائم افسردگی و ارتقاء سرمایه عاطفی در برایندهای زمانی کوتاه‌مدتر شود (۲۲). بنابراین به نظر می‌رسد از آن‌جا که تغییرات در درمان‌های بافتاری و مبتنی بر پذیرش از نوع درجه دوم هستند، نیازمند زمان بیشتری برای تاثیرگذاری هستند، ولی درمان‌های مثبت‌نگر با تاکید بر توانمندی‌های و نقاط قوت و هیجان‌های مثبت فرد، تاثیرگذاری سریع‌تری بر علائم افسردگی و سرمایه‌ی عاطفی در فرد دارند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش علائم افسردگی و افزایش سرمایه عاطفی زنان افسرده موثر است. به همین جهت در سطح کاربردی توصیه می‌شود که مشاوران در سطح مراکز درمانی از روش‌های درمانی

References

- Kingston J, Becker L, Woeginger J, Ellett L. A randomised trial comparing a brief online delivery of mindfulness-plus-values versus values only for symptoms of depression: Does baseline severity matter?. *J Affect Disord.* 2020; 76: 936-944. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.087>
- Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P. The burden of mental disorders. *Epidemiol Rev.* 2008; 30(1):1-14. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn011>
- Vahratian A, Blumberg SJ, Terlizzi EP, Schiller JS. Symptoms of anxiety or depressive disorder and use of mates, August 2020–February 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:490–494. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7013e2>
- Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci.* 2015; 40(4):219-221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- Golparvar M. Affective capital: Essential and functional. Tehran: Jangale Publisher; 2016. p. 5. [Persian].
- Gill NP, Bos EH, Wit EC, & de Jonge P. The association between positive and negative affect at the inter-and intra-individual level. *Pers Individ Dif.* 2017; 105: 252-256.
- Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Curr Opin Psychol.* 2015; 1(2):65-69. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.011011>
- Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2012; 1; 19(4):583-94. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.002><https://doi.org/10.2307/20159094>
- Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020; 1(260):728-37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Farokhzadian AA, Andalib L, yousefvand M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression in Cancer Patients. *Clinical Psychology & Personality.* 2019; 17 (1) :45-52. [Persian]
- Golparvar M, Tabatabaie Nejad FA. The effect of positive mindfulness therapy, mindfulness based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on affective capital of female students with depression. *JPEN.* 2021; 6 (3):30-38. [Persian]
- Kazemi A, Golparvar M, Atashpour H. Comparison of the effect of mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy on affective capital of female students with depression. *Feyz.* 2020; 24 (2):198-208. [Persian]
- Mirzaie P. Positive psychotherapy on spiritual well-being and happiness in students with depressive disorder. *MEJDS.* 2020; 10:36-36. [Persian]
- Furchtlehner LM, Schuster R, Laireiter AR. A comparative study of the efficacy of group positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive disorders: A randomized controlled trial. *J Posit Psycholo.* 2019; 6:1-4. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1663250>
- 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. *Int J Ment Health Nurs.* 2017; 26(4):375-383. <https://doi.org/10.1111/inm.12255>
- Taghvaenia A, Alamdari N. Effect of positive psychotherapy on psychological well-being, happiness, life expectancy and depression among retired teachers with depression: A randomized controlled trial. *Community Ment Health J.* 2020; 56:229–237. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00471-z>
- Aytur SA, Ray KL, Meier SK, Campbell J, Gendron B, Waller N and Robin DA Neural mechanisms of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A network-based fMRI approach. *Front Hum Neurosci* 2021; 15:587018. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.587018>
- Chin F, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy and the cognitive behavioral tradition. In Hofmann SG, Asmundson GJG (eds.), *The science of cognitive behavioral therapy.* Cambridge, MA: Elsevier Academic Press 2017; 155-173. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00007-6>
- Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: a review

- of meta-analyses. *J Contextual Behav Sci* 2020; 18:181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
20. Gorbeña S, Govillard L, Gómez I. et al. Design and evaluation of a positive intervention to cultivate mental health: preliminary findings. *Psicol Refl Crít* 2021; 34: 7. <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00172-1>
 21. Corbu A, Peláez Zuberbühler MJ, Salanova M. Positive psychology micro-coaching intervention: Effects on psychological capital and goal-related self-efficacy. *Front Psychol* 2021; 12:566293. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.566293>
 22. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol*. 2006; 61(8):774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
 23. Kyllönen HM, Muotka J, Puolakanaho A, Astikainen P, Keinonen K, Lappalainen R. A brief acceptance and commitment therapy intervention for depression: a randomized controlled trial with 3-year follow-up for the intervention group. *J Contextual Behav Sci*. 2018; 1;10:55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.009>
 24. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *J Sch Psychol*. 2016;1(57):41-52. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.008>
 25. Sewart AR, Niles AN, Burklund LJ, Saxbe DE, Lieberman MD, Craske MG. Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *Behav Ther*. 2019; 1:50(6):1112-24. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.001>
 26. Amini M, Rezvani Zadeh A, Jelokhani Nakaraki R. Acceptance and commitment therapy on depression and marital satisfaction in pregnant women. *MEJDS*. 2018; 8: 98-98. [Persian]
 27. Afshar A, Rostami C, Afshar A, Karimi A, Ardalan A. The study of acceptance and commitment therapy (ACT) on the depression in housewives. *J Jiroft Univ Med Sci*. 2020; 6 (2):244-252. [Persian]
 28. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
 29. Rahimi C. Application of the Beck depression inventory-II in Iranian university students. *CPAP*. 2014; 2(10):173-188. [Persian].
 30. Madadi Zavareh S, Golparvar M, Aghaei A. A comparison of the effect of positive existential therapy and Iranian-Islamic positive therapy on affective capital of female students with social anxiety. *JCMH* 2019; 6(3): 112-25. [Persian]
 31. Zettle R. ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. New Harbinger Publications; 2007.
 32. Mirdrikvand F, Goudarzi M, Ghasemi N, Gholamrezaie S. The effectiveness of positive psychotherapy on psychological inflexibility and self-efficacy of pain in women with chronic pain. *JAP*. 2019; 9(4):1-14. [Persian]