

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان مصون‌سازی در برابر استرس بر سرمایه روان‌شناختی زنان نابارور

فاطمه بهشتیان^۱، حسن احدی^۲، *نیلا علمی منش^۳، آدیس کراسکیان موجمباری^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش.

۲. استاد گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران.

۴. استادیار گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

(تاریخ وصول: ۹۶/۱۲/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۷/۲۰)

The Comparison Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Stress Inoculation Training on Psychological capital in Infertile women

Fatemeh Beheshtian¹, Hasan Ahadi², *Nila Elmy Manesh³, Adis kraskian Mojembari⁴

1. ph.D.student in health Psychology, Islamic azad university Kish International branch.

2. Professor of Department of Psychology, Islamic Azad university karaj branch.

3. Assistant Professor of Department of Psychology, University of Payame Noor, Tehran.

4. Assistant Professor of Department of Psychology, Islamic Azad university karaj branch.

(Received: March. 17, 2018 - Accepted: Oct. 12, 2018)

Abstract

Objective: The purpose of this study was to the Comparison Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Stress Inoculation Training on Psychological capital in Infertile women. **Method:** The research method was applied in terms of purpose and in terms of data collection, a quasi-experimental design with pretest-posttest design with control group. The statistical population of this study included all infertile women of Kish Island. Using a available sampling method, 45 infertile women were considered as the sample size in two experimental groups (each group of 15) and control (15 subjects). The experimental groups underwent acceptance and commitment therapy (9 sessions 90 minutes) and Stress Inoculation Training (10 sessions 90 minutes), but the control group received no treatment. To collect data, the Luthans Psychological capital Questionnaire (2007) was used. Data analysis was performed using SPSS-v22 software in two sections: descriptive and inferential (covariance analysis). **Result:** The results showed that both of the interventions used in this study can significantly improve the psychological capital and its components (hope, optimism, self-efficacy and resiliency) in infertile women ($p < 0.05$). But the Stress Inoculation Training has a greater impact on the improvement of psychological capital and its components. **Conclusion:** Based on the results of this study, acceptance and commitment therapy and stress inoculation training are effective interventions in increasing the psychological capital of infertile women But the effect of the Stress Inoculation Training relief was greater.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Stress Inoculation Training, Psychological capital, Infertile.

چکیده

مقدمه: ناباروری به عنوان یک بحران روانی، استرس زیادی را بر زوج‌های نابارور وارد کرده و بر جنبه‌های گوناگون زندگی آنها تأثیر می‌گذارد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با درمان مصون‌سازی در برابر استرس بر سرمایه روان‌شناختی زنان نابارور است. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور جزیره کیش بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر از آنان در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش تحت آموزش درمان پذیرش و تعهد (۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و مصون‌سازی در برابر استرس (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-v22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو مداخله به کار رفته در این پژوهش می‌توانند سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری) را در زنان نابارور بهبود بخشند ($p < 0.05$), اما مداخله مصون‌سازی در برابر استرس، دارای تأثیر بیشتری بر بهبود سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مصون‌سازی در برابر استرس، مداخلات مؤثری در افزایش سرمایه روان‌شناختی زنان نابارور دارند اما تأثیر درمان مصون‌سازی در برابر استرس بیشتر بود.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، مصون‌سازی در برابر استرس، سرمایه روان‌شناختی، ناباروری.

*نویسنده مسئول: نیلا علمی منش

Email: danravan20@yahoo.com

*Corresponding Author: Nila Elmy Manesh

مقدمه

ضروری است که علاوه بر درمان های پزشکی به عوارض روانی و درمان آنها توجه شود (ال کیسی، آمامو، هیدار، ادریسی^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). «سرمایه روان‌شناختی» از «روانشناسی مثبت» سرچشمه می‌گیرد (ون و وایک^۶، ۲۰۱۳) و نقاط قوت و جنبه‌های مثبت رفتار انسان را در برمی‌گیرد (کاوس و گوکن^۷، ۲۰۱۵). سرمایه روان‌شناختی مجموعه‌ای از صفات و توانمندیهای مثبت است که می‌تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقاء فرد نقش داشته باشد (اعراب شیبانی، آخوندی، جامدانی مسرور، ریاحی مدوار، ۱۳۹۵). لوتانز مثبت‌گرایی را بیشتر در راستای توجه و تقویت توانمندی‌های افراد و مدیریت نقاط ضعف آنها می‌دید (یو^۸، ۲۰۱۶). سرمایه روان‌شناختی بر فعالیت‌هایی تمرکز دارد که منجر به افزایش بهزیستی افراد، شکوفا ساختن جوامع و عدالت اجتماعی می‌شود (آوی، لوتانز و یوسف^۹، ۲۰۱۰). سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی خوش‌بینی، تاب‌آوری، امید و خودکارآمدی را در بردارد (لی و چو^{۱۰}، ۲۰۱۶). خوش‌بینی تفسیری است که اتفاقات مثبت را به علل دائمی، شخصی و فراگیر و اتفاقات منفی را به علل خارجی، موقتی و شرایط خاص نسبت می‌دهد (سلیگمن^{۱۱} و همکاران، ۱۹۸۹). تاب‌آوری، طبقه‌ای از

ناباروری یک بیماری مزمن است و درمان آن عمدتاً طولانی و با رنج فراوان توأم است. زوجین به علت مراجعه مکرر و عمل‌های متعدد دچار خستگی و گاه مشکلات خانوادگی می‌شوند (نیکلرو-سانتاباربارا، لوبل، بوکا، استلینگ و پاستور^۱، ۲۰۱۷). تقریباً یک پنجم زوجین، نابارور هستند (کونها، گالهاردو و پیتو-گویا^۲، ۲۰۱۶) و سالانه ۲ میلیون زوج به این جمعیت افزوده می‌شود (استرابل، رید و بدایوی^۳، ۲۰۱۵). در ایران شیوع کلی ناباروری ۱۳/۲ درصد گزارش شده است (بهزادپور، مطهری، وکیلی و سهرابی، ۱۳۹۴). مشکل ناباروری از لحاظ روان‌شناختی تنش‌زا است میزان این تنش به حدی است که بسیاری پیامدهای ناباروری را مانند سوگ عمومی می‌دانند (خانی و باباخانی، ۱۳۹۵). ناباروری به صورت ناتوانی در بارداری بعد از یک سال مقاربت، بدون استفاده از هرگونه روش پیشگیری تعریف می‌شود (جیلسون، تیدن، وانگرن، جورج گاکیس^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناباروری می‌تواند آثار و عواقب روانی و اجتماعی متعددی به‌جای بگذارد. کاهش اعتماد به نفس، کاهش ارتباطات، احساس تنهایی و طرد شدن، احساس افسردگی، ناتوانی، خستگی، گیجی، عصبانیت، از پا درآمدن، احساس شرم و خجالت و احساس اضطراب و تنش در هنگام برخورد با مشکلات از جمله آنها است بنابر این

5. El Kissi, Amamou, Hidar, Idrissi
6. van Wyk
7. Çavuş & Gökçen
8. You
9. Avey, Luthans & Youssef
10. Lee & Chu
11. Seligman

1. Nicoloro-SantaBarbara, Lobel, Bocca, Stelling & Pastore
2. Cunha, Galhardo & Pinto-Gouveia
3. Struble, Reid & Bedaiwy
4. Joelsson, Tydén, Wanggren, Georgakis

استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای، سبک زندگی، رضایت از زندگی، امید به زندگی، تاب-آوری، خودکارآمدی و خوشبینی در فرد، سن، دفعات بستری شدن در بیمارستان در نوع برخورد افراد با این بیماری تاثیر می‌گذارد (جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد، ۱۳۹۶). در مطالعه‌ای گزارش شد که سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان نابارور به طور معناداری پایین‌تر از سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان بارور است (نیلفروشان، لطیفی، عابدی و احمدی، ۲۰۰۶).

هر چند مطالعات نشان داد است که برخی از مداخلات روانی، سلامت زنان نابارور را ارتقا بخشیده است (ویتنگل^۴ و همکاران، ۲۰۱۶)، از جمله درمانهای رایج که ممکن است بر این افراد تاثیر داشته باشد درمان پذیرش و تعهد و درمان مصون سازی در برابر استرس است اما شواهد پژوهشی کافی در این زمینه نداریم.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های مرتبط با رفتار درمانی موج سوم است که هدف آن انعطاف پذیری روان شناختی است (اورکی، مهدی زاده، درتاج، ۱۳۹۷). در درمان پذیرش و تعهد، پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه‌ی فرد مرتبط می‌شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصاً زمانی که باعث آسیب‌های روان‌شناختی می‌شوند، مرتبط هستند. در فعالیت

پدیده‌هایی است که با الگویی از انطباق‌پذیری مثبت در زمینه مشکلات و مخاطرات قابل‌ملاحظه، مشخص شده است (ماستن و رایت، ۲۰۱۰). امیدواری، وضعیت مثبت انگیزشی مبتنی بر یک سائق کنشی، احساس موفقیت در راهکارها است (بوکلی و اشنايدر^۱، ۲۰۰۹). در نهایت خودکارآمدی، اعتقاد راسخ فرد بر توانایی‌های برای بسیج منابع انگیزشی و شناختی و راهکارهای مورد نیاز برای موفقیت‌های است (بندورا^۲، ۱۹۹۷). در واقع این مؤلفه‌ها، در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم داده، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی را در تحقق اهداف، تضمین می‌کند (هورستمنشوف، گانچ و کرید^۳، ۲۰۰۸).

با توجه به تحقیقات، زنان نابارور از زندگی لذت کمتری می‌برند (جلیلیان، رافعی، جمیلیان و اسمخانی، ۲۰۱۲). و به دلیل وضعیت و نوع شرایط زندگی که دارند فشارهای زیادی را تحمل می‌کنند، این فشارها بر کارکرد اجتماعی و اقتصادی، سلامت و زندگی آنها تاثیر می‌گذارد. این افراد با افت تاب‌آوری، امیدواری، خودکارآمدی و خوشبینی متناسب با نوع وضعیتی که دارند مواجه می‌گردند. از طرفی تجربه برخورد هر کدام از این افراد اگر چه نقاط اشتراکی با دیگر افراد دارند، می‌تواند متفاوت باشد. به این معنا که پارامترهایی نظیر پایگاه

1. Buckley & Schneider
2. Bandura
3. Horstmanshof, Punch & Creed

4. Vittengl

امر منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود (جانکین^۶، ۲۰۰۷). آموزش پذیرش و تعهد نمرات پایین اضطراب (زیدان^۷ و همکاران، ۲۰۱۰) کاهش پریشانی روان‌شناختی و کاهش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی (هایس^۸، ۲۰۰۴) را به دنبال دارد. در پژوهشی اسکات، هانی و مکراکن^۹ (۲۰۱۶) به مقایسه اثربخشی روش درمانی مبتنی بر پذیرش و مداخله شناختی- رفتاری در درمان ترس اجتماعی و اضطراب پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد مداخله مبتنی بر پذیرش در کاهش ترس اجتماعی و اضطراب مؤثرتر از مداخله شناختی- رفتاری بود. همچنین پژوهش‌های متعدد در زمینه درمان مسائل روان‌شناختی در زنان نابارور با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شده است که نشانگر میزان کارایی بالای این روش است (جمشیدیان قلعه شاهی، آقای و گل پروری، ۱۳۹۶؛ لاک و لوک^{۱۰}، ۲۰۱۶). بورکلوند، تور، لیبرمن، تیلور و گراسک^{۱۱} (۲۰۱۵) در بحث بررسی استفاده از درمان پذیرش و تعهد برای کاهش اضطراب اجتماعی در زنان متوجه شدند زنانی که از این درمان استفاده کردند ۳۸/۲ درصد از نظر اضطراب اجتماعی و افزایش بهزیستی نسبت به زنان گروه کنترل تفاوت نشان دادند. نریمانی، علمداری و ابوالقاسمی (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور انجام دادند. نتایج

متعهدانه فرد تشویق می‌شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف به کار گیرد. در واقع در این نوع درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فرمن و هربرت^۱، ۲۰۰۸).

اخیراً پژوهش‌های روان‌شناسی به مطالعه مداخله پذیرش و تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، استرس، اضطراب، افسردگی و بهزیستی روانی-اجتماعی پرداخته‌اند (توهیگ و لوین^۲، ۲۰۱۷). شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند افسردگی، پسیکوزها، هراس اجتماعی و رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و مواد (آنونزیاتا، گرین و مارکس^۳، ۲۰۱۶) مشخص شده است. تکیسو، مورفی، میلنس، لمب^۴ و همکاران (۲۰۱۵)، در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه ساز کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش بهزیستی روانی در افراد شده است و حتی بعد از یک دوره پیگیری ۶ ماهه در این افراد باعث کاهش اختلالات خلقی شده بود. رایان و دسی^۵ (۲۰۰۰) نشان دادند که پذیرش و تعهد ممکن است به مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک کمک نماید و این

6. Junkin

7. Zeidan

8. Hayes

9. Scott, Hann & Mccracken

10. Luk & Loke

11. Burklund, Torre, Lieberman, Taylor & Craske

1. Forman & Herbert

2. Twohig & Levin

3. Annunziata, Green & Marx

4. Thekiso, Murphy, Milnes, Lambe

5. Rayan & Deci

آموزش مهارت‌های خاص و چگونگی مهارت‌ها با مشکلات مراجع تطبیق می‌یابد (مایکنبام، ۲۰۱۷).

تأثیر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر جمعیت بالینی و غیربالینی مورد تأیید قرار گرفته است، به‌عنوان مثال، مطالعات هاشمی، شاهقلیان و کاشانی (۲۰۱۶) تأثیر برنامه آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران تحت درمان همودیالیز و قمری گیوی، محبی و ملکی (۲۰۱۵)، اثربخشی رویکرد ایمن‌سازی در برابر استرس در کاهش فشارخون سیستمولیک و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون را نشان داده است. علاوه بر این مورتریگ، کارک و بجروت^۲ (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان تأثیر مصون‌سازی در برابر استرس بر ترس اجتماعی و کیفیت زندگی متوجه شدند که این درمان نسبت به درمان‌های رفتاردرمانی شناختی در کاهش نشانه‌های ترس اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری سهم بیشتری بر عهده دارد.

به طور کلی می‌توان گفت ضعف در تاب‌آوری، امید به زندگی، خودکارآمدی و خوش‌بینی علاوه بر این که مشکلات زناشویی بسیاری زیادی را برای خانواده‌ها در روابط بین زن و مرد ایجاد می‌کند در روند درمان ناباروری سبب خستگی از ادامه درمان، ناامیدی در مراحل درمان و به تبع آن عدم تمایل به ادامه مراحل درمانی می‌شود. به ویژه که سطح امید و خوش‌بینی آن‌ها نسبت به اثربخش بودن روش‌های رایج پایین

نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و مولفه‌های سلامت عمومی، نقش جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، سلامت روانی و سرزندگی و امیدواری این زنان موثر است.

از دیگر مداخلاتی که می‌تواند در افزایش سرمایه روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد و در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، آموزش مصون‌سازی در برابر استرس است (حسن‌زاده لیف شاگرد، ترخان و تقی‌زاده، ۱۳۹۲) که توسط مایکنبام^۱ در سال ۱۹۷۴ ارائه شده است (مایکنبام، ۱۹۷۴). این رویکرد درمانی که از جمله درمان‌های شناختی رفتاری است، مداخله‌ای دقیق و چندبعدی است، که هدف از آن حذف کامل استرس نیست، بلکه هدف به‌کارگیری سازنده از آن است، به‌طوری‌که مراجعان تشویق شوند تا موقعیت‌های پراسترس را به‌عنوان مسائل قابل حل در نظر بگیرند (مایکنبام، ۲۰۰۷). این رویکرد آموزشی نیمه ساختاریافته طی سه مرحله (مفهوم‌سازی مشکل، اکتساب و تمرین مهارت‌ها، کاربرد و پیگیری مستمر) و با استفاده از تکنیک‌های پرسشگری سقراطی، بازسازی شناختی، تمرین تصویرسازی ذهنی، حل مسئله، آموزش تقویت خود، آموزش‌های لازم را جهت کاهش و درمان استرس و مشکلات مرتبط با استرس به مراجعان با هدف پیشگیری و درمان ارائه می‌دهد و بسته به طول آموزش و جمعیت هدف متفاوت است، به‌طوری‌که محتوای مرحله مفهوم‌سازی مشکل،

2. Mothberg, Clark & Bejerot

1. Meichenbaum

سازی در برابر استرس بر کاهش اضطراب تاکید داشته و در مبنای نظری آن این مطلب وجود دارد که پس از کاهش سطح اضطراب افراد می‌توانند اقدامات مناسبی را انجام دهند (ترخان، صفاری نیا و خوش خلق سیما، ۱۳۹۱). اما روش پذیرش و تعهد بر آگاه کردن افراد نسبت به اهمیت پذیرش وضع موجود و تعهد به تغییر رفتار تاکید دارد. ارائه دهندگان این روش معتقدند پس از اجرای آن افراد رفتار مناسبی داشته و متعاقب آن اضطراب هم کاهش می‌یابد. با وجود این که ارائه دهندگان هر دو مداخله شواهدی در ارتباط با اثربخشی روش خود ارائه داده اند (برای مثال حسن‌زاده، ترخان و تقی زاده، ۱۳۹۲؛ یانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). اما در ارتباط با برتری هر کدام نسبت به دیگری در زمینه اثربخشی آن‌ها به ویژه در ارتباط با سرمایه روانشناختی زنان نابارور اطلاعاتی در دست نیست.

لذا ضرورت انجام پژوهش حاضر احساس می‌شود و می‌تواند به گسترش دانش و بینش افراد تاثیر بگذارد. بدیهی است انجام چنین مطالعاتی در تصمیم‌گیری درمانگران جهت انتخاب درمان مناسب و کمک به زنان نابارور کمک شایانی خواهد بود. لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مصون‌سازی در برابر استرس بر سرمایه روان‌شناختی در زنان نابارور انجام شد.

روش

طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی در دو گروه

است. بنابراین بسیار دیر به متخصص مراجعه کرده یا درمان را نیمه تمام رها می‌کنند (آقایوسفی، چوب ساز و شقاقی، ۱۳۹۱). این عدم پذیرش واقعیت زنان نابارور را مضطرب می‌سازد و افزایش سطح اضطراب زمینه را برای به تعویق انداختن بیشتر انجام اقدامات درمانی فراهم می‌کند. به حدی که گاه این تاخیر به سختی قابل جبران است. همانطور که گفته شد راه‌های متعددی جهت کمک به این افراد وجود دارد از جمله روش پذیرش و تعهد و روش مصون‌سازی در برابر استرس است. مداخله مصون‌سازی در برابر استرس و پذیرش و تعهد هر دو ریشه در درمان‌های رفتاری دارند و مبتنی بر نقش مهم واسطه‌گرهای شناختی هستند. اما با یکدیگر تفاوت‌هایی دارند. درمان پذیرش و تعهد برخلاف درمان مصون‌سازی در برابر استرس بیشتر از آن که بر محتوای شناختی بیماران و افکار و عقاید ناسازگار تمرکز داشته باشد، به پذیرش، توجه به حال و روش‌های تغییر رفتار توجه دارد و عمدتاً از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی تاثیر می‌گذارد. در صورتی که مصون‌سازی در برابر استرس بیشتر از طریق اصلاح محتوای شناختی ناکارآمد صورت می‌گیرد. در این روش ابتدا برای مراجع مشخص می‌شود که هدف حذف استرس نیست بلکه کاهش استرس است. سپس با استفاده از تکنیک‌هایی به افراد کمک می‌شود تا مشکلات را بزرگ‌تر از آن چه که هست ارزیابی نکنند. در این صورت می‌توانند امکانات واقعی را مورد توجه قرار داده و بر اساس آن اقدام کنند. بنابراین روش مصون

1. Yang

گروهی انجام می‌پذیرد و اعضای گروه فرم رضایت نامه را تکمیل کردند. شایان ذکر است که در طی ارائه دوره اعضای گروه کنترل تحت هیچ گونه مداخله‌ای قرار نگرفتند و به آن‌ها گفته شد می‌توانند در دوره بعدی شرکت کنند. همچنین مجریان هر کدام از مداخله‌ها دوره‌های لازم را دیده و متخصصین هم نظارت داشتند.

به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شد. این مقیاس در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز به منظور اندازه‌گیری سرمایه روان‌شناختی افراد ابداع و هنجاریابی شده است (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). پرسشنامه سرمایه روانی دارای ۲۴ گویه با ۶ گزینه کاملاً مخالفم، مخالفم، تا حدودی مخالفم، تا حدودی موافقم، موافقم و کاملاً موافقم در مقیاس لیکرت است که به ترتیب از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. هر کدام از ۶ جمله این آزمون یکی از خرده مقیاس‌های امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را می‌سنجد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانی ابتدا نمره هر خرده مقیاس جداگانه محاسبه شده و سپس مجموع آن‌ها نمره کل سرمایه روان‌شناختی را مشخص می‌کند، برای تعیین روایی سازه این پرسشنامه، نسبت خبی دو این آزمون برابر با ۶/۲۴ است (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش فرخ نژاد (۲۰۱۶) آلفای کرونباخ پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی ۰/۸۷ برآورد شد. همچنین بهادری خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۱) میزان پایایی این پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آوردند.

آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به ناباروری بودند که برای دریافت خدمات درمانی به کلینیک نازایی بیمارستان جزیره کیش در سال ۱۳۹۵ مراجعه کردند. با توجه به این که در تحقیقات آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (گال و همکاران، ۱۹۹۶)، تعداد ۴۵ زن نابارور بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند سپس، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از رضایت آگاهانه، دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، سکونت در جزیره کیش، تحت درمان ناباروری بودن، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی حداقل دو هفته قبل از شروع درمان، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی یا روانی بودند. معیارهای خروج از پژوهش عبارت از دو جلسه غیبت متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی، عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین‌های منزل طی سه جلسه متوالی یا غیرمتوالی و استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی در حین انجام پژوهش بودند. گروه‌های آزمایش تحت آموزش درمان پذیرش و تعهد (۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و مصون‌سازی در برابر استرس (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ آموزش و مداخله‌ای را دریافت نکردند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در اولین جلسه دوره آموزشی اعلام شد نتایج به دست آمده از داده‌ها محرمانه بوده و تحلیل آن‌ها صرفاً به شکل

پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برآورد شد. پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-v22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای انجام پذیرفت.

جدول ۱. جلسات درمانی مصون‌سازی در برابر استرس (ماینکنام، ۲۰۰۷)

جلسات	عناوین
اول	آشنا نمودن بیماران باهدف پژوهش، اجرای پیش‌آزمون، توصیف استرس، تشریح نقش آموزش ایمن‌سازی در برابر تنیدگی، تمرین تنش‌زدایی تدریجی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
دوم	بررسی چگونگی تأثیر استرس بر الگوی تفکر و باورها، تمرین تنش‌زدایی تدریجی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد
سوم	تشریح ارتباط متقابل افکار، هیجانات و ناپاروری، تمرین تنفس و تنش‌زدایی تدریجی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	بازسازی شناختی (شناسایی افکار خودکار منفی و تحریفات شناختی مربوط به ناپاروری و بررسی چگونگی مقابله)، آموزش تنش‌زدایی تدریجی عضلانی برای ۷ گروه ماهیچه‌ای و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
پنجم	جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی، تمرین تنش‌زدایی تدریجی عضلانی برای ۷ گروه ماهیچه‌ای، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	آموزش حل مسئله (آموزش انواع سبک‌های مقابله کارآمد)، تمرین تنش‌زدایی تدریجی عضلانی برای ۷ گروه ماهیچه‌ای، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هفتم	اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر مانند فن توقف فکر یا حواس‌پرتی، آموزش مرحله یادآوری تنش‌زدایی تدریجی عضلانی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هشتم	آموزش مرحله یادآوری همراه با شمارش تنش‌زدایی تدریجی عضلانی، اجرای تصویرسازی ذهنی الیتام بخش، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
نهم	آموزش فن خودفرمانی با گفتگوی شخصی هدایت‌شده، آموزش و اجرای مرحله شمارش تنش‌زدایی تدریجی عضلانی، آماده‌سازی نهایی برای عوامل استرس‌آور و برنامه‌ریزی یک برنامه مدیریت استرس شخصی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
دهم	جمع‌بندی جلسات به همراه اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. جلسات درمانی پذیرش و تعهد (هیس، استروس و ویلسون، ۱۹۹۹)

جلسات	عناوین
اول	آشنا نمودن بیمار باهدف پژوهش، اجرای پیش‌آزمون، اخذ شرح حال، تعیین اهداف به گونه مشارکتی، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و نمره‌گذاری آن‌ها، ارزیابی میزان تأثیر روش‌های درمانی، ایجاد درماندگی در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بهبودی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها و عدم کنترل آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	بررسی تکالیف، ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و مشکلات را پایان کار نبینیم
پنجم	بررسی تکالیف، آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم، ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، روشن نمودن ارزش‌های مراجع، ایجاد انگیزه برای تغییر، تمرین تمرکز بر تنفس، پیاده‌روی، غذا خوردن، مسواک زدن، صداهای محیطی و...، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها، ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
نهم	مرور تکالیف، جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

روان‌شناختی مؤلفه تاب‌آوری و سرمایه روان‌شناختی مؤلفه خودکارآمدی میانگین گروه مصون‌سازی در برابر استرس در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش بیشتری نشان می‌دهد.

در مطالعه حاضر حاضر ابتدا توصیفی آماری از متغیرهای پژوهش به عمل آمده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها بررسی شده است. همچنان که در جداول ۳ و ۴ ملاحظه می‌شود در سرمایه روان‌شناختی مؤلفه امید، مؤلفه خوش‌بینی، سرمایه

جدول ۳. اطلاعات توصیفی متغیرها به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
سرمایه روان‌شناختی	مصون‌سازی در برابر استرس	۱۳/۶۶	۳/۶۹
	پذیرش و تعهد	۱۳/۷۳	۳/۲۸
امید	مصون‌سازی در برابر استرس	۲۴/۲۶	۴/۵۴
	پذیرش و تعهد	۱۸/۶۶	۵/۶۹
سرمایه روان‌شناختی خوش‌بینی	مصون‌سازی در برابر استرس	۱۳/۸۰	۴/۵۰
	پذیرش و تعهد	۱۵/۱۳	۴/۰۸
سرمایه روان‌شناختی تاب‌آوری	مصون‌سازی در برابر استرس	۱۹/۰۱	۵/۹۸
	پذیرش و تعهد	۱۲/۴۰	۳/۹۷
سرمایه روان‌شناختی خودکارآمدی	مصون‌سازی در برابر استرس	۲۴/۴۶	۴/۲۰
	پذیرش و تعهد	۱۳/۲۰	۴/۷۳
نمره کل سرمایه روان‌شناختی	مصون‌سازی در برابر استرس	۱۹/۳۳	۵/۰۹
	پذیرش و تعهد	۱۶/۷۳	۴/۰۲
	مصون‌سازی در برابر استرس	۲۴/۲۶	۳/۶۸
	پذیرش و تعهد	۱۵/۴۶	۴/۲۵
	مصون‌سازی در برابر استرس	۲۲/۴۰	۵/۸۲
	پذیرش و تعهد	۱۱۴/۱۱	۱۴/۵۱
	مصون‌سازی در برابر استرس	۱۷۷/۲۰	۲۱/۱۴
	پذیرش و تعهد		

جدول ۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای

متغیرها شاخص	امید	خوش‌بینی	تاب‌آوری	خودکارآمدی
Z	۰/۷۹	۰/۸۷	۱/۳۱	۰/۹۸
sig	۰/۵۵	۰/۴۲	۰/۰۶	۰/۲۸
سطح معناداری	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵

جدول ۵. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در گروه پذیرش و تعهد و مصون‌سازی در برابر استرس

متغیرها شاخص	امید	خوش‌بینی	تاب‌آوری	خودکارآمدی
df 1	۱	۱	۱	۱
df 2	۲۸	۲۸	۲۸	۲۸
F	۰/۱۳	۱/۹۳	۰/۵۸	۲/۱۸
sig	۰/۷۱	۰/۱۸	۰/۴۵	۰/۱۵

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد سرمایه روان‌شناختی در دو گروه

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig	ضریب ایما
تفاوت دو گروه با کنترل پیش‌آزمون	اثر پیلای	۰/۵۱	۵/۶۴	۴	۲۱	۰/۰۳	۰/۵۲
	لامبدای ویلکس	۰/۴۸	۵/۶۴	۴	۲۱	۰/۰۳	۰/۵۲
	اثر هتلینگ	۱/۰۷	۵/۶۴	۴	۲۱	۰/۰۳	۰/۵۲
	بزرگترین ریشه روی	۱/۰۷	۵/۶۴	۴	۲۱	۰/۰۳	۰/۵۲

با توجه به نتایج جدول ۴ و سطوح معناداری به‌دست‌آمده هریک از متغیرهای پژوهش که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، فرضیه صفر تأیید شده و توزیع داده‌های تمام متغیرها نرمال است. برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شد.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود فرض تساوی واریانس‌ها برای همه متغیرها برقرار است ($p < 0.05$).

آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره را مجاز شمرد. با توجه به نتایج آزمون همگنی رگرسیون، چون F محاسبه‌شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد، لذا داده‌ها از فرض همگنی رگرسیون پشتیبانی می‌نمایند.

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۳، می‌توان به این توصیف دست زد که مداخله به هر دو روش باعث افزایش امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی شده است ولی این افزایش در گروه مصون‌سازی در برابر استرس بیشتر بوده است.

در ادامه جهت بررسی نقش درمان متنی بر پذیرش و تعهد و درمان مصون‌سازی در برابر استرس بر شاخص‌های سرمایه روان‌شناختی در زنان ناباور از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. در بکارگیری روش‌های آماری پارامتریک، ابتدا باید مفروضات آزمون مورد تأیید قرار بگیرد تا بتوان از آزمون موردنظر استفاده کرد؛ بنابراین ابتدا مفروضات روش تحلیل کوواریانس «نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مختلف موردبررسی قرار گرفت.

جدول ۷. آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیرها	شاخص آماری	منبع تغییر	SS	df	F	سطح معناداری	ضریب ایما
امید	گروه	۱۶۹/۲۶	۱	۸/۹۷	۰/۲۷	۰/۰۰۶	
	خطا	۱۸/۸۷	۲۴	-	-	-	
خوش‌بینی	گروه	۳۱۲/۵۵	۱	۱۱/۳۹	۰/۳۲	۰/۰۰۳	
	خطا	۲۷/۴۲	۲۴	-	-	-	
تاب‌آوری	گروه	۱۶۲/۸۹	۱	۶/۴۴	۰/۲۱	۰/۰۱۸	
	خطا	۲۵/۲۸	۲۴	-	-	-	
خودکارآمدی	گروه	۵۱/۵۲	۱	۳/۴۶	۰/۱۳	۰/۰۷۵	
	خطا	۱۴/۸۷	۲۴	-	-	-	
نمره کل سرمایه روان‌شناختی	گروه	۶۹۶/۲۲	۱	۱۸/۰۶	۰/۲۴	۰/۰۰۴	
	خطا	۸۶/۴۴	۲۴	-	-	-	

خودکارآمدی گروه مصون‌سازی در برابر استرس نسبت به گروه پذیرش و تعهد افزایش بیشتری داشته است. نتایج پژوهش با یافته هاشمی و همکاران (۲۰۱۶)، قمری گیوی و همکاران (۲۰۱۵)، رسولی و همکاران (۲۰۱۳)، مورتبرگ و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. مورتبرگ و همکاران (۲۰۱۶)، در پژوهش خود نتیجه گرفتند که درمان مصون‌سازی در برابر استرس باعث افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان نابارور شده است. هاشمی و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که برنامه آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیزی شده است. قمری گیوی و همکاران (۲۰۱۵) پژوهشی با عنوان اثربخشی رویکرد ایمن‌سازی در برابر استرس بر کاهش فشارخون سیستمیک و بهبود کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به فشارخون نشان داد که ایمن‌سازی در برابر استرس باعث افزایش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی این بیماران شده است. به ویژه که در این روش به هر دو مولفه‌های شناختی و رفتاری توجه می‌شود و هدف آن توانمند ساختن افراد جهت رویارویی با مشکلات از طریق کاهش سریع اضطراب و برقراری تعادل است (ترخان و همکاران ۱۳۹۱). در پژوهش مهرآبادی، ترخان و صفاری نیا (۱۳۹۳) هم عنوان شد با استفاده از این روش می‌توان احساس توانمندی یا خودکارآمدی و قابلیت کنار آمدن با مشکلات زندگی و تاب‌آوری را که همگی از مولفه‌های سرمایه روانشناختی هستند افزایش داد.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل تفاوت‌های گروهی «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی شرکت‌کنندگانی که تحت دو روش درمانی بودند، تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۶۴، $p < 0.05$).

نتایج جدول ۷ و ۸ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، وجود تفاوت معنادار در متغیرهای امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی گروه مصون‌سازی در برابر استرس نسبت به گروه پذیرش و تعهد، تأیید می‌گردد. سطح معناداری حاصل‌شده برای امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۲ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۴ متغیر وابسته) کوچک‌تر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل‌شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی گروه مصون‌سازی در برابر استرس نسبت به گروه پذیرش و تعهد افزایش بیشتری داشته است.

نتیجه‌گیری و بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین درمان پذیرش و تعهد و مصون‌سازی در برابر استرس تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به میانگین‌های حاصل‌شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و

سازی در برابر استرس عمدتاً به کاهش استرس توجه دارد و این هدف را از طریق اصلاح افکار غلط و ناکارآمد انجام می‌دهد. بنابراین ابتدا به مراجع کمک می‌شود که بر استرس خود غلبه کرده و یا بتواند آن را کنترل کند و به سطح قابل قبولی برساند. در این صورت پس از کاهش اضطراب مراجع بهتر می‌تواند توانایی‌های خود را شناخته و آن‌ها را رشد دهد. بنابراین از آن‌جا که پس از رساندن اضطراب به سطحی قابل تحمل توانایی‌های دیگر افراد امکان رشد بیشتری پیدا می‌کند و از آن‌جا که سرمایه روانشناختی و مولفه‌های آن از توانمندی‌های افراد محسوب می‌شود روش مصون‌سازی در برابر استرس نسبت به روش پذیرش و تعهد بیشتر توانسته است در افزایش سرمایه روانشناختی موثر باشد.

با توجه به این‌که سرمایه روانشناختی تأثیر فردی و اجتماعی برای زنان نابارور دارد، لذا پیشنهاد می‌شود در جهت افزایش سرمایه روانشناختی و مؤلفه‌های آن برنامه آموزشی مصون‌سازی در برابر استرس در زنان نابارور استفاده شود. در سطح نظری پیشنهاد می‌شود محققان با انتخاب طرح پژوهش فنون آموزش مصون‌سازی در برابر استرس را هم به صورت انفرادی بررسی کنند تا نقش هر یک از فنون در کنترل فشار روانی و افزایش سرمایه روانشناختی مشخص شود و سپس ففونی که نقش درمانی بیشتری دارند در مراحل اولیه درمان به کار بسته شوند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگر در این زمینه بررسی شود و نقش متغیرهای دیگری چون افسردگی، اضطراب، استرس و ... نیز در این زمینه بررسی

همچنین در پژوهش دیگری استفاده از این روش توانست فشار روانی را افزایش دهد و عامل موثر در آن افزایش امید دانسته شد (محمودی، ابوالقاسمی، درویشی، خضری، ۱۳۹۱) که از مولفه‌های دیگر سرمایه روانشناختی است. بنابراین توانسته است نسبت به روش پذیرش و تعهد برتری داشته باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در مداخله مصون‌سازی در برابر استرس هدف از آموزش افزایش تحمل فشار روانی و آگاهی از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و انعطاف‌پذیر است که برحسب موقعیت بتواند نسبت به تمام عوامل استرس‌زا حساس باشند. به همین دلیل درمان‌گران در همان جلسه اول موقعیت‌های اضطراب‌زای زندگی و عوامل تشدیدکننده آن را شناسایی می‌کنند و با استفاده از فنون متفاوت مهارت‌هایی را جهت کنترل فشار روانی آموزش می‌دهند (کوهن، ۲۰۰۳). سپس در جلسات بعدی درمانگر مصون‌سازی در برابر استرس از فنون شناختی رفتاری مانند تزریق فکر، توقف فکر، مهارت‌های گفتگو، تنش‌زدایی، تحلیل سودمند، مهارت حل مسئله و خودگویی مثبت استفاده می‌کند، بعد از چندین جلسه درمانی از یک طرف افکار خود آیند منفی درمان‌جو به افکار هدفمندی تبدیل می‌شود که با واقعیت عینی سازگاری بیشتری دارد و پردازش شناختی آن‌ها منطقی‌تر می‌شود و از طرفی دیگر درمان‌جو به کسب مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت حل مسئله، مدیریت رفتار، جرات‌ورزی، ابراز وجود و مهارت‌های بین فردی مسلح می‌شود. مطلب دیگر این‌که همان‌طور که مشخص شد مصون

تأثیرگذاری متغیر مستقل را کاهش، افزایش یا خستی کرده‌اند باید به‌عنوان مهم‌ترین محدودیت قابل‌طرح در نظر گرفته شود. نتایج پژوهش حاضر، می‌تواند در درمان مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور مورداستفاده قرار گیرد، به‌طوری‌که درمانگران می‌توانند با در نظر گرفتن نیازها و شرایط خاص مراجعین از درمان مصون‌سازی در برابر استرس، استفاده کنند.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی زنان نابارور و کارکنان مرکز مشاوره بیمارستان کیش به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

شود. با توجه به این‌که جامعه آماری این پژوهش زنان نابارور بودند، یافته‌های این پژوهش را نمی‌توان به جوامع دیگر تعمیم داد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های دیگری در جوامع متفاوت صورت گیرد. از معیارهای ورود به پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم بود؛ به‌این‌ترتیب، پیشنهاد پژوهشی دیگر این است که مطالعاتی با سطح تحصیلات پایین‌تر نیز انجام شوند. فقدان اجرای طرح پژوهش حاضر به علت محدودیت جامعه آماری این پژوهش است. همچنین کنترل کم متغیرهای مداخله‌گری که در حوزه‌های مختلف شخصیتی، روان‌شناختی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و نحوه و میزان

منابع

آقایوسفی، علیرضا. چوبساز، فرزانه. شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای بر راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*؛ ۱۶(۲)، ۹۸-۸۵.

بهادری خسروشاهی، جعفر. هاشمی نصرت‌آباد، تورج و باباپورخیرالدین، جلیل. (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *مجله تخصصی پژوهش و سلامت*، ۲(۱)، ۱۵۳-۱۴۵.

بهزاد پور، سمانه. مطهری، زهرا السادات. وکیلی، مریم و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش تاب‌آوری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*،

اعراب شیبانی، خدیجه. آخوندی، نیلا. جاودانی مسرور، مژگان. ریاحی مدوار، مرضیه. (۱۳۹۵). طراحی مدل ارتقاء سرمایه روان‌شناختی در بیماران دیابتی: تبیین نقش کیفیت زندگی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۵(۱۸)، ۵۱-۳۵.

اورکی، محمد. مهدی زاده، آتوسا. درتاج، افسانه. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر - تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم کمردرد، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۲۶)، ۴۳-۲۵.

- ۲۳ (۵)، ۱۴۲-۱۳۱.
- بهبیستی روان‌شناختی زنان نابارور شهر اصفهان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۵ (۱)، ۴۸-۵۷.
- جاماسیان مبارکه، آزیتا. دوکانه ای فرد، فریده. (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش تاب آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری صارم. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸ (۲۹)، ۲۶۲-۲۳۷.
- قمری گیوی، حسین. محبی، زهرا. ملکی، کامیاب. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس و دارو درمانی در فشار خون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری فشار خون بالا. علوم رفتاری، ۴(۸): ۴۰۵-۴۱۱.
- محمودی، قهرمان. ابوالقاسمی، شهنام. درویشی خضری، هادی. (۱۳۹۱). آموزش مصون سازی در مقابل استرس بر کاهش احساس فشار روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه سلامت خانواده، ۱(۲): ۴۱-۴۶.
- نریمانی، محمد. علمداری، الهه. ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۴ (۱۵)، ۳۸۷-۴۰۵.
- نیلفروشان، پریسا. لطیفی، زهره. عابدی، محمد ترخان، مرتضی. صفاری نیا، مجید. خوش خلق، سیما. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی مصون سازی در مقابل استرس بر فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشار خون بالا. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱(۱): ۴۲-۵۳.
- حسن‌زاده، منیره. ترخان، مرتضی. تقی زاده، محمد احسان. (۱۳۹۲). اثربخشی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری. نشریه پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲(۲): ۳۴-۲۷.
- جمیلیان، مه‌ری. رفیعی، محمد. جمیلیان، حمید رضا. اسم خانی، فاطمه. (۱۳۹۰). مقایسه سلامت عمومی زنان بارور و نابارور شهر اراک در سال ۱۳۸۹. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۴(۶): ۲۷-۳۵.
- خانی، سمیرا. باباخانی، نرگس. (۱۳۹۵). مقایسه و رابطه رشد معنوی و استرس ادراک شده با شادکامی در زنان نابارور و بارور شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۵(۱۷): ۹۳-۱۰۴.
- جمشیدیان قلعه شاهی، پروین. آقایی، اصغر. گل پرور، محسن. (۱۳۹۶). مقایسه تأثیر درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی و درمان پذیرش و تعهد بر

- رضا. احمدی، سید احمد. (۱۳۸۵). مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در زنان بارور و نابارور. *تحقیقات علوم رفتاری*, ۴(۱), ۶۶-۷۰.
- هاشمی، مریم السادات. شاهقلیان، ناهید. کاشانی، anxiety disorder and phobias. *Journal of applied psychology*, 70(1):101-111.
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 41-47.
- El Kissi, Y., Amamou, B., Hidar, S., Idrissi, K. A., Khairi, H., & Ali, B. B. H. (2014). Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 125(2), 134-137.
- Farrokhnejad, A. & Hosseini, S.G.H. (2016). A survey of the relationship between the psychological capital components and staff productivity: a case of the Genaveh County, *Offices of Education*, 12(4), 102-107.
- Forman, E.M., Herbert, J.D. (2008). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies*, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 3(1), 263-265.
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational research: An introduction*. Longman Publishing.
- فهیمه. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی ایمنسازی در مقابل استرس بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*, ۱۴(۱):۸۸-۹۹.
- Annunziata, A. J., Green, J. D., & Marx, B. P. (2016). Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Avey, J. B., Luthans, F., & Youssef, C. M. (2010). The additive value of positive psychological capital in predicting work attitudes and behaviors. *Journal of Management*, 36(2), 430-452.
- Bitmiş, M. G., & Ergeneli, A. (2015). How psychological capital influences burnout: the mediating role of job insecurity. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 207, 363-368.
- Buckley, J., & Schneider, M. (2009). *Charter schools: Hope or hype?* Princeton University Press.
- Burklund, L. J., Torre, J. B., Lieberman, M. D., Taylor, S. E., & Craske, M. G. (2017). Neural responses to social threat and predictors of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in social anxiety disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 261, 52-64.
- Çavuş, M. F., & Gökçen, A. (2015). Psychological capital: Definition, components and effects. *British Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 5(3), 244-255.
- Cohen, M. (2003). evaluation of a stress Inoculation Training in the self-efficacy

- Hayes SC. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (p. 6). New York: Guilford Press.
- Horstmanshof, L., Punch, R., & Creed, P. A. (2008). Environmental correlates of wellbeing among final-year high school students. *Australian Journal of Psychology*, 60(2), 101-111.
- Joelsson, L. S., Tydén, T., Wanggren, K., Georgakis, M. K., Stern, J., Berglund, A., & Skalkidou, A. (2017). Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *European Psychiatry*, 45, 212-219.
- Junkin, S.E. (2007). Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women. A Thesis Submitted to the College of Graduate Studies and Research in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in the College of Kinesiology University of Saskatchewan Saskatoon August, (1),72-76.
- Lee, C. H & Chu, K. K. (2016). Understanding the effect of positive psychological capital on hospitality intern's creativity for role performance. *International Journal of Organizational Innovation (Online)*, 8(4), 213.
- Luk, B. H. K., & Loke, A. Y. (2016). A review of supportive interventions targeting individuals or couples undergoing infertility treatment: Directions for the development of interventions. *Journal of sex & marital therapy*, 42(6), 515-533.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: developing the human competitive edge*. Oxford University press.
- Masten, A. S., & Wright, M. O. (2010). *Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation* (pp. 213–237). New York, NY: Guilford.
- Meichenbaum, D. (1974). Self-instructional strategy training: A cognitive prosthesis for the aged. *Human development*, 17(4), 273-280.
- Meichenbaum, D. (2007). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. *Principles and practice of stress management*, 3, 497-518.
- Meichenbaum, D. (2017). *The evolution of cognitive behavior therapy: A personal and professional journey with Don Meichenbaum*. Taylor & Francis.
- Nicoloro-SantaBarbara, J. M., Lobel, M., Bocca, S., Stelling, J. R., & Pastore, L. M. (2017). Psychological and emotional concomitants of infertility diagnosis in women with diminished ovarian reserve or anatomical cause of infertility. *Fertility and sterility*, 108(1), 161-167.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Scott, W., Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2016). A comprehensive

- examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Journal of contemporary psychotherapy*, 46(3), 139-148.
- Seligman, P. F., Grovhoug, J. G., Valkirs, A. O., Stang, P. M., Fransham, R., Stallard, M. O., ... & Lee, R. F. (1989). Distribution and fate of tributyltin in the United States marine environment. *Applied Organometallic Chemistry*, 3(1), 31-47.
- Struble, J., Reid, S., & Bedaiwy, M. A. (2016). Adenomyosis: a clinical review of a challenging gynecologic condition. *Journal of minimally invasive gynecology*, 23(2), 164-185.
- Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. K. (2015). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Use Disorder and Comorbid Affective Disorder: A Pilot Matched Control Trial. *Behavior therapy*, 46(6), 717-728.