

بررسی رابطه خودکارآمدی، تمایزیافتگی خود و ذهن آگاهی با آشفتگی روان شناختی (افسردگی، استرس و اضطراب) در زنان نابارور شهر شاهین دژ

سیما عارف نژاد^۱، مریم روشن^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی بوکان.

^۲ دکترای روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور شاهین دژ.

نام نویسنده مسئول:

سیما عارف نژاد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۷

چکیده

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و روش توصیفی و از نوع همبستگی است. و به منظور بررسی رابطه خودکارآمدی، تمایزیافتگی خود و ذهن آگاهی با آشفتگی روان شناختی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان نابارور در شهر شاهین دژ در سال ۱۳۹۶ که ۱۴۷ نفر بود. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی در دسترس، ۱۰۷ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های آشفتگی روانشناختی (SCL-90)، خودکارآمدی (GSE)، تمایزیافتگی خود (DSI) و ذهن آگاهی (FFMQ) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین ذهن آگاهی و آشفتگی روان شناختی، رابطه منفی و معنی داری و بین خودکارآمدی و آشفتگی روان شناختی رابطه منفی و معنی دار و نیز بین تمایزیافتگی خود و آشفتگی روان شناختی رابطه منفی و معنی داری بدست آمد. از یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که خودکارآمدی، تمایزیافتگی خود و ذهن آگاهی در بهبود آشفتگی روانشناختی زنان نابارور نقش بسزایی دارند.

واژگان کلیدی: خودکارآمدی، تمایزیافتگی، ذهن آگاهی، آشفتگی روان شناختی، افسردگی، استرس، اضطراب

مقدمه

از آنجایی که عصر حاضر را دوران اضطراب و استرس نامیده، پیچیدگی های جاری جامعه بشری، سرعت تغییرات و بی توجهی نسبت به زمینه های مذهبی و ایدئولوژیک و نظام اجتماعی و عاطفی خانواده برای افراد و اجتماع بشری تضادها و تعارض های تمدن بشر و ارتباطات اجتماعی استرس های تازه ای نیز پدید آورده است که مقابله با آنها برای هر فردی لازم و ضروری است. از طرفی نیز همه استعداد های عظیم و کشف نشده ای برای رشد و تکامل و دگرگونی، توانایی یافتن معانی ژرفتر، دست یافتن به توفیق بیشتر در زندگی بهره مندیم. بنابراین استفاده از تواناییها و استعدادها برای مقابله با انواع استرس هایی که در زندگی روزمره برایمان پدید می آید، امکان پذیر می باشد.

از آنجایی که در جوامع مختلف، داشتن فرزند یک ارزش فردی، اجتماعی و فرهنگی محسوب می شود. افراد نابارور تلاش فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می کنند و در عین حال به دلیل اثرات جسمی، روانی و اجتماعی درمان ناباروری، دچار تنش های روحی فراوانی می شوند؛ در واقع ناباروری با افزایش تنیدگی های روانشناختی همراه است (سمینک^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). استرس ناباروری عبارت است از تعدیل بین شرایط فیزیکی مستعد کننده ناباروری و مداخلات پزشکی، عکس العمل های دیگران و خصوصیات روانی فردی که ممکن است برای مدتی طولانی همراه فرد باشد و یا هر مداخله ای تشخیصی یا درمانی از جمله درمان لقاح خارجی رحم و سایر درمان های ناباروری عود کند. آزمایشات متعدد پزشکی و بررسی های عضوی، طولانی بودن مدت درمان ناباروری، پایین بودن میزان موفقیت روش های درمانی و همچنین مشکلات اقتصادی ناشی از درمان ناباروری، از جمله عوامل تنش زای شدید برای افراد نابارور می باشند، به گونه ای که افراد نابارور روش های درمانی کمک باروری را بعد از یک یا دو بار تجربه، به علت فشار زیاد مالی و تنش روحی حین درمان رها می کنند (دی لیز تم^۲، ۲۰۰۵). مطالعات نشان داده اند که ۸۶٪ از زنان نابارور در زندگی خود با استرس ناباروری درگیرند (رمضان زاده و همکاران، ۲۰۰۴). نیوتن^۳ و همکاران (۱۹۹۹)، در مطالعه خود نشان دادند که افراد نابارور به طور خاص، استرس ناباروری را در ابعاد نگرانی های اجتماعی، ارتباطی، جنسی، عدم پذیرش سبک زندگی بدون فرزند و استرس مربوط به نیاز به والدینی تجربه می کنند (نیوتن و همکاران، ۱۹۹۹).

فیکس^۴ و همکاران (۲۰۰۳)، در مطالعه خود نشان دادند که سطح بالاتر شناخت های غیر منطقی مربوط به والدینی در زنان نابارور و جوان، محتمل ترین توضیح برای عملکرد توأم با مشکلات روانشناختی آنان از جمله تجربه اضطراب و افسردگی می باشد و می تواند تأثیر نامطلوبی بر سلامت روانی آنان داشته باشد (فیکس^۵ و همکاران، ۲۰۰۳). نتایج مطالعه فرزادی و همکاران (۲۰۰۸)، بر روی زنان نابارور نشان داد که شناخت های غیر منطقی مربوط به والدینی و فشارهای خانواده و خویشاوندان، دو متغیر مهم پیش بینی کننده اضطراب و افسردگی در زنان نابارور می باشند (فرزادی و همکاران، ۲۰۰۸). در بسیاری از مطالعات، عمل نگرش های ناکارآمد و باورهای غیر منطقی به عنوان عوامل زمینه ساز و متغیر میانجی گری در اختلالات مختلف نظیر اضطراب شناسایی شده اند. باورهای غیر منطقی به وسیله تغییر ناپذیر بودن، مقاومت برای تغییر و غیر کارکردی بودن درک می شوند و با استرس های محیطی شروع شده و عمدتاً توسط اشخاص به عنوان حقایق تجربه می شوند. می توان دریافت که یک چرخه ارتباطی معیوب بین تجربه اضطراب و باورها و نگرش های ناکارآمد وجود دارد که وجود هر یک به گونه ای دیگری را تقویت می کند. از طرفی نتایج مطالعات مختلف نشان می دهد که عوامل روانی نظیر اضطراب و افسردگی می تواند تهدیدی برای پیامد درمان IVF باشد.

فرضیه های پژوهش**فرضیه کلی**

۱. بین خودکارآمدی، تمایز یافتگی و ذهن آگاهی با اشتهگی روان شناختی (افسردگی، استرس و اضطراب)، در زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد.

فرضیه جزئی

۱. بین خودکارآمدی و اشتهگی روانشناختی زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد.
۲. بین ذهن آگاهی و اشتهگی روانشناختی زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد.
۳. بین تمایز یافتگی خود و اشتهگی روانشناختی زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد.

¹ -Smenk

² -De Liz Tm

³ -Newton

⁴ -Fekks

⁵ - Fekks

مبانی نظری

نظریه دو عاملی سلامت روانی

اغلب نظریات و پژوهش های مربوط به سلامت روانی بر اشکال متفاوت آسیب شناسی روانی تاکید کرده اند. ولی وضعیت سلامت روانی افرادی که علائم بالینی آسیب شناسی روانی را نشان نمی دهند به درجات مختلف نادیده گرفته شده است (کیز^۶، ۲۰۰۲). با این وجود، الگوهای سنتی سلامت روانی بر اساس دو گروه عمده اختلالات روان شناختی درون ریزی و برون ریزی^۷ در راهنمای آماری و تشخیصی بیماریهای روانی^۸ دسته بندی شده اند (انجمن روانپزشکی آمریکایی^۹، ۲۰۰۰).

نظریه بوم شناسی

بنابراین نظریه، عوامل خطر ساز و حمایت گر مختلفی بر وقوع آسیب شناسی روانی در افراد موثر است. طبق این نظریه، هم فرد و هم محیط در شکل گیری مشکلات رفتاری در افراد تاثیر گذار هستند. طبق این نظریه، عوامل درون فردی^{۱۰}، عوامل میان فردی^{۱۱}، جنسیت، مزاج^{۱۲}، رشد شناختی و مسایل مربوط به روابط اجتماعی و باز شناسی اجتماعی^{۱۳} در پیدایش مشکلات آسیب شناسی روانی تاثیر دارند (سانسون و همکاران^{۱۴}، ۱۹۹۳، مک گی، پاتریج، ویلیامز و سیلوا^{۱۵}، ۱۹۹۱، کمیل^{۱۶}، ۱۹۹۰، پاترسون، دی پارشی و رامسی^{۱۷}، ۱۹۸۹). با این وجود، نظریه بوم شناسی تاکید می کند که شایستگی شناختی و اجتماعی^{۱۸} عوامل حمایت گر در مقابل رخداد اختلالات آسیب شناسی روانی هستند. چون از طریق فراهم ساختن منابع روان شناختی^{۱۹} برای کنترل و مدیریت شرایط فشار زای روانی مانع بروز این اختلالات می شوند. همچنین شناخت اجتماعی از طریق فرایند حل مشکل در شرایط اجتماعی موجب سازگاری رفتاری بهتر در افراد می گردد. از سوی دیگر، ظرفیت درک و فهم روابط اجتماعی در افراد توانایی آنان را برای کنترل و مهار اختلالات آسیب شناسی روانی افزایش می دهد (دودج^{۲۰}، ۱۹۹۳).

الگوی شخصی - فرهنگی و ساختاری

الگوی شخصی، فرهنگی و ساختاری در سلامت روانی توسط تامپسون^{۲۱} (۲۰۰۶) ارائه شده است. این الگو برای درک سلامت روانی در حیطه های جامعه، فرهنگ عمومی و نگرش های افراد سودمند است. به اعتقاد تامپسون (۲۰۰۶) سلامت روانی نیز همانند سایر رفتارهای آدمی از محیط فرهنگی حاکم بر زندگی آدمیان تأثیر می پذیرد. به همین جهت، احساس سلامت روانی نیز از تأثیر باورها، نگرش ها و رفتارهای کلیشه ای و پیشداورانه در امان نیست (شکل ۱-۲).

6- Keys

7 - internalize and externalize

8 -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

9 - American Psychiatric Association (APA)

10 -intrapersonal

11 - interpersonal

12 -temperament

13 -social recognition

14 -Sanson et al

15 -McGee, Patridge, Williams and Silva

16 -Campbell

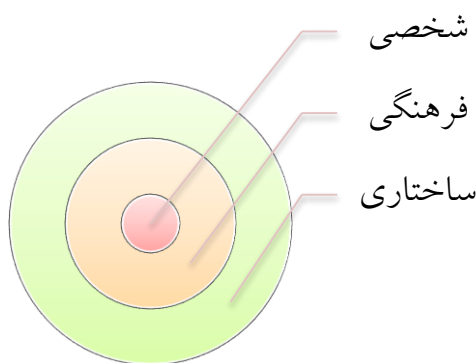
17 -Patterson, DeBaryche and Ramsey

18 - social and cognitive competency

19 -psychological resources

20 -Dodge

21 -Thompson



شکل (۱-۲): الگوی شخصی، فرهنگی و ساختاری تامپسون (۲۰۰۶)

طبق مدل تامپسون (۲۰۰۶)، زمینه اصلی برای نیل به سلامت روانی خود آگاهی^{۲۲} است. این خودآگاهی مستلزم رها شدن از پیشداوری ها و کلیشه هایی است که منافع رسیدن به کمال روانشناختی می گردد. طبق این مدل، به دلیل وجود مسایلی چون انگ زدن و بدنامی اجتماعی^{۲۳} بسیاری از مردم از روبرو شدن با مسایل روانی خود می ترسند. همچنین طبق این الگو ساختارهای کلان موجود در جامعه و فرهنگ عمومی از تعیین گروه های سلامت روانی می باشند. برخی از این ساختارهای فرهنگی شامل جنسیت، طبقه اجتماعی، شغل و... می باشند (تامپسون، ۲۰۰۶). افزون بر این، در این مدل عوامل شخصی همان ادراکات، افکار، احساسات و رفتارهای فردی می باشد. فرهنگ شامل باورها و عقاید مشترک اجتماعی در مورد موقعیت ها یا وضعیت های خاص است که بدنبال آن موجب ترویج انواع قضاوت های اجتماعی در آن باره می شود. عوامل ساختاری نیز چگونگی ساختار جامعه و عوامل مختلف آن مانند پیشداوری، تبعیض و... در اقرار جامعه را شامل می شود (تامپسون، ۲۰۰۶).

آشفته‌گی روانشناختی

نازایی عبارت است از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری می باشد. تقریباً ۱۵٪ زوجین از ناباروری رنج می برند، علل ناباروری در ۴۰٪ موارد مربوط به عوامل زنانه، ۴۰٪ مربوط به مردانه و ۲۰٪ مربوط به عوامل مشترک گزارش شده است. از ۲۰٪ مربوط به علل مشترک، ۵ تا ۱۰٪ آن علل ایدیوپاتیک ذکر شده است. پدیده باروری یک روند فیزیولوژیک در موجودات زنده است که در انسان علاوه بر جنبه های فیزیولوژیک دارای ابعاد اجتماعی و روانی نیز می باشد. مطالعات نشان داده اند ناباروری می تواند پیامدهای روانشناختی بسیاری به همراه داشته باشد. این فرد به طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی تواند فرایند تولید مثل را دنبال کند و صاحب فرزند شود، خود به عنوان 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 نماید. زنان نابارور از جمله افراد اجتماع هستند که در معرض آسیب های روانی و شخصیتی می باشند. 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. همچنین ناباروری می تواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، جدایی و طلاق، کاهش اعتماد به نفس و احساس طرد شدن در شخص نابارور گردد. این شاخص ها ممکن است منجر به افسردگی، اضطراب و یا احساس گناه گردد (کوسینو و همکاران^{۲۴}، ۲۰۰۷).

مفهوم استرس

تعاریفات استرس بنا بر نظریه تعاملی که به روابط بین فرد و محیط تاکید می کند بیشترین تأیید را بخود اختصاص داده است از جمله: نظر لازاروس که استرس نتیجه فرآیند قضاوت ارزشی افراد از حوادث و موقعیت هاست. در توضیح این مطلب باید گفته شود که وقتی فرد با حوادث و یا موقعیت های گوناگون روبرو می شود، درگیر فرآیند ارزشی در مورد آن حادثه یا موقعیت تا زمانیکه معنی آن حادثه را درک و

²² -self-awareness

²³ - labeling and stigma

²⁴ -Cousineau et al

همچنین قضاوت می کند که آیا امکانات و تواناییهای او به اندازه کافی هستند تا نیازهای محیط را برآورده سازند در اینجا استرس نتیجه این فرایند قضاوت ارزشی می باشد.

استرس نیروی قدرتمندی است با آثار مثبت و منفی به آب رودخانه ای می ماند که با ایجاد سد می توان آن را مهار و مورد بهره برداری قرار داد یا اینکه آنرا به سیل ویرانگری تبدیل نمود. علی رغم این نظر که استرس های مفید وجود دارد و قدری فشار روانی جهت ایجاد انگیزه در انسان ضروری است اما زمانی که از آن بحث می گردد به نتایج منفی آن نگاه می شود و منظور استرس مضر است (الوانی، ۱۳۷۷). فرهنگ جامع و روانشناسی و روانپزشکی (۱۳۷۳)، استرس را چنین معنی می کند: «هر چیزی که در تمامیت زیست شناختی ارگانیسم ذهنی به وجود آورد و شرایطی ایجاد کند که ارگانیسم طبیعتاً از آن پرهیز کند. استرس شمرده می شود. استرس ممکن است بصورت محرکهای فیزیکی، عفونتها، واکنشهای آلرژیک و نظایر آن باشد یا بصورت تغییر در جو اجتماعی. اولی یک عامل استرس زای فیزیولوژیکی است، دومی نه تنها با قدرت تهدیدی که اصولاً در عامل استرس زان نهفته است بلکه با کیفیت درک شخص از آن عامل ارتباط دارد (الوانی، ۱۳۷۷). اجتماعی را به وجود می آورند و این نظام ها به نوبه خود برزندگی آنان تاثیر می گذارد. طبق این نظریه، ناباروری به عنوان یک استرس مداوم می تواند فرایند رشد و سازگاری زنان نابارور را تحت تاثیر قرار دهد (بندورا^{۲۵}، ۲۰۰۶).

افسردگی، اضطراب و استرس زنان نابارور

ناباروری یک مشکل روبه افزایش در جهان است. نرخ شیوع باروری بین ۱۵-۱۰ درصد در زوجین سنین باروری برآورد شده است (دیکا و سارما^{۲۶}، ۲۰۱۰). هر جامعه ای مجموعه ای از راه حل های فرهنگی پذیرفته شده برای ناباروری دارد که این راه حل ها به تغییرات روابط اجتماعی در زوجین نابارور منجر می شود مانند طلاق، قبول فرزند خوانده، دعا و نیایش و مداخله های پزشکی. پژوهش در حوزه روان شناسی ناباروری قدمتی نسبتاً طولانی دارد (ادلما و کونولی^{۲۷}، ۱۹۸۶). مطالعات انجام شده در چند دهه گذشته پیرامون نقش مسایل روان شناختی در زنان نابارور پیشرفت زیادی داشته اند. پژوهش های اخیر نشان می دهد استرس ناشی از فقدان فرزند موجب پیدایش انواعی از آشفتگی های عاطفی مانند پرخاشگری، اضطراب و افسردگی در زوجین نابارور می شود. همچنین زنان نابارور در مقایسه با باروران میزان پریشانی عاطفی بیشتری را نشان می دهند و این پریشانی عاطفی در آسیب شناسی ناباروری آنها و میزان اثر بخشی انواع مداخله های پزشکی برای آنان نیز مؤثر می باشد (دیکا و سارما، ۲۰۱۰). آیزنر^{۲۸} (۱۹۶۳).

ذهن آگاهی

ذهن آگاهی روش خاصی از توجه است که به وسیله ی کابات- زین^{۲۹} (۲۰۰۳)، به عنوان "آگاهی ای که از توجه به خواست و هدف و توجه غیر قضاوتی در گشودگی به تجربه در لحظه ی حال، نشأت می گیرد" توصیف می شود. سه عنصر اولیه ای که به عنوان مولفه ی فرایند آگاهی و ذهن آگاهی پیشنهاد شده اند عبارتند از: نگرش، توجه و قصد (شاپیرو، کارلسون، آستین و فریدمن، ۲۰۰۶). شیوه ی آگاهی ذهن آگاهی بر بنیان های نگرشی خاصی استوار است که غیر قضاوتی بودن، پذیرش، اعتماد، صبر، کنجکاوی و مهربانی را شامل می شود (بیشاپ، لاو، شاپیرو، کارلسون، اندرسون و کارمودی^{۳۰}، ۲۰۰۴؛ شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی رویکردی است که در جدیدترین تحولات درمانی های شناختی، مطرح شد؛ این درمان که یک مداخله کوتاه مدت و ساختار یافته می باشد. از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات- زین (۱۹۹۰)، ساخته و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است. که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجاد کننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل گیری افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود. در واقع ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، می باشد. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجانات و تجربه ها اعم از خوشایند و ناخوشایند دارند.

²⁵ -Bondora

²⁶ -Deika & Sarma

²⁷ -Edelmann and Connolly

²⁸ -Eisner

²⁹ -kabt- Zen

³⁰ -Shaeapro, Karlson, Enderson & Karmoudi

تمایز یافتگی خود

تمایز یافتگی خود توانایی یک شخص در حفظ فردیت و استقلال "خود" در روابط صمیمانه با دیگران و همچنین بیانگر توانایی در ایجاد تعادل بین عقل و هیجان است (بوئن^{۳۱}، ۱۹۷۸؛ کرو و بوئن، ۱۹۸۸). به عبارت دیگر تمایز یافتگی را در دو سطح می توان بررسی کرد: یکی به عنوان فرایندی که درون فرد رخ می دهد که مؤلفه های جایگاه من و واکنش پذیری هیجانی است و دیگری به عنوان فرایندی که در روابط بین افراد به وقوع می پیوندد که شامل مؤلفه های هم آمیختگی با دیگران و برش هیجانی است.

خودکارآمدی

خودکارآمدی بر این انگاره استوار است که شخص تصور کند قادر است پدیده ها و رویدادها را به منظور رسیدن به وضعیت مطلوب خود با رفتار و کردار مناسب سازمان دهد (بندورا، ۱۹۹۳). به عبارتی دیگر خودکارآمدی به اعتقادات و ذهنیات فرد در به انجام رساندن اهدافش مربوط می شود (کانر^{۳۲}، ۲۰۱۵).

خودکارآمدی بالای اعضا نه تنها می تواند به "ما" به عنوان یک واقعیت روانی متمرکز شود، بلکه برای تبدیل "ما" به عنوان یک واحد عملیاتی نیز مؤثر است. خودکارآمدی روابط فردی را مدیریت می کند و افراد با خودکارآمدی بالاتر، عزت نفس و سلامت روانی بیشتری را تجربه می کنند (دی جی آنتا و همکاران^{۳۳}، ۲۰۱۵). زنانی که دارای خودکارآمدی ذهنی و عینی بیشتری هستند، مقاومت بیشتری نسبت مشکلات می دهند (سیمون و همکاران^{۳۴}، ۲۰۱۵). علاوه بر خودکارآمدی، عدم تمایز یافتگی خود در روابط، باعث افزایش احساس افسردگی و کاهش خودکارآمدی و عزت نفس در افراد می شود (حسینی و همکاران، ۱۳۸۷).

پیشینه پژوهش

پیشینه پژوهش های داخلی

تقوی و همکاران (۱۳۸۸)، در مقاله ای به ویژگی های روان شناختی زنان و مردان نابارور در مقایسه با گروه بارور پرداختند. برای این منظور ۲۴۰ نفر (۶۰ زن نابارور، ۶۰ زن بارور و ۶۰ مرد بارور) پس از همتاسازی با استفاده از آزمون SCL-90-R مورد مقایسه قرار گرفتند. یافته ها نشان داد که زنان نابارور از نظر افسردگی شکایات جسمی، وسواس و اجبار، اضطراب، حساسیت در روابط متقابل، روان پریشی، افکار پارانوئیدی، پرخاشگری و ترس مرضی، تفاوت معناداری با دیگر گروه ها دارند. مردان نابارور نیز در مقایسه با مردان بارور در ابعاد اضطراب و شکایات جسمانی، نمرات بالاتری دارند.

هاشمی و همکاران (۱۳۹۲)، در مقاله ای به اثر بخشی درمان مدیریت استرس (شناختی- رفتاری) بر شادکامی زنان نابارور پرداختند. در این مطالعه کارآزمایی بالینی، جامعه آماری، زنان ناباروری بودند که در تابستان ۱۳۹۰ به مرکز ناباروری شهر شیراز مراجعه نمودند. تعداد ۲۴ زن نابارور با نمره استرس بالا به صورت نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده و در دو گروه مساوی آزمون و شاهد قرار گرفتند. سپس آموزش گروهی مدیریت استرس (شناختی رفتاری)، طی ۱۰ جلسه هفتگی برای گروه آزمون انجام شد. پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل شد. داده ها با آزمون آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. تفاوت بین میانگین شادکامی، پس از کنترل متغیر پیش آزمون در دو گروه آزمون و شاهد معنی دار بود. هم چنین میانگین نمرات شادکامی گروه آزمون نسبت به گروه شاهد در مرحله پس آزمون افزایش معنی داری پیدا کرد ($P=0/0001$). نتایج پژوهش حاکی از اثر بخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر میزان شادکامی زنان نابارور می باشد.

پیشینه پژوهش های خارجی

ریچارد^{۳۵} (۱۹۸۹)، در پژوهشی به بررسی ارتباط بین تمایز یافتگی و سازگاری زنانشویی با عملکرد خانواده در مراحل سوم و چهارم چرخه زندگی خانواده پرداخت در نتایج این پژوهش رابطه معناداری بین تمایز یافتگی و سازگاری زنانشویی با عملکرد خانواده مشاهده شد.

³¹ -Boen

³² -Canear

³³ -De je Anta

³⁴ -Semon et al

³⁵ -Rechard

کر^{۳۶}(۱۹۹۹)، در پژوهشی نشان داد که افراد با سطح تمایز یافتگی مشابه با هم ازدواج می کنند و افرادی که تمایز یافتگی بیشتری دارند رضایت بیشتری هم از روابط زناشویی خود دارند. و از سوی دیگر فقدان تمایز خود، باعث ایجاد تعارض بین فردی و اضطراب و در نتیجه آشفتگی روان شناختی می شود.

داندان و همکاران^{۳۷}(۲۰۰۹)، در پژوهشی به بررسی استرس و ذهن آگاهی پرداختند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند با افزایش مهارت های مقابله ای هم بر نشانه های افسردگی و هم بر نشانه های استرس و اضطراب و نگرانی روان شناختی در دختران آسیب پذیر تأثیر داشته باشد.

سیمون و همکاران^{۳۸}(۲۰۱۵)، در پژوهشی نشان دادند که خودکارآمدی و عدم تمایز یافتگی خود در روابط باعث احساس افسردگی و کاهش خودکارآمدی و عزت نفس در افراد می شود.

روش پژوهش

روش مورد استفاده در پژوهش حاضر از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده ها از روش توصیفی و از نوع همبستگی است. در روش همبستگی روابط بین متغیرها با هم بررسی می شود و نتیجه همبستگی بدست آمده در صورت معنادار بودن در نمونه انتخاب شده و به جامعه تعمیم داده می شود، تحقیق توصیفی آنچه را هست توصیف می کند و شامل توصیف، ثبت و تجزیه و تحلیل و تفسیر شرایط موجود است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری در این پژوهش، شامل زنان مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری (مراکز بهداشت شهرستان) در شهر شاهین دژ از اوایل فروردین ۱۳۹۶ تا اسفند ۱۳۹۶ که ۱۴۷ نفر بودند. از بین این افراد ۱۴۷ زن نابارور که ناباروی آنها توسط پزشک متخصص زنان و نازایی تایید شده بود و ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، ۱۰۷ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

روش گردآوری اطلاعات

روش گردآوری داده ها در پژوهش حاضر از نوع میدانی و کتابخانه ای است. بدین صورت که ابتدا داده ها از طریق پرسشنامه های استاندارد توزیع شده در نمونه جمع آوری می شود و پس از جدا کردن داده های نامربوط، جهت تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار می گیرد. برای تبیین نظرات مطرح شده، پیشینه و مدل مفهومی موضوع از روش کتابخانه ای استفاده شده است. ابزار گردآوری اطلاعات ۱. پرسشنامه SCL-90-R ۲. پرسشنامه تمایز یافتگی خود (DSI) ۳. پرسشنامه خودکارآمدی (GSE-۱۷) ۴. پرسشنامه ذهن آگاهی (FFMQ)

روش تجزیه تحلیل اطلاعات

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو بخش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. از روش آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای اصلی بهره گرفته شده است. داده های بدست آمده و انجام تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۲۱ و بهره گیری از آزمون ضریب همبستگی و تجزیه تحلیل رگرسیون جهت نیل به اهداف پژوهش استفاده شده است.

یافته های توصیفی

در این بخش، ابتدا به بررسی برخی از متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل میزان درآمد، تعداد بارور و پرداخته می شود و در ادامه وضعیت متغیرهای اصلی تحقیق مورد بررسی قرار می گیرد.

³⁶ -Kear

³⁷ -Dundan

³⁸ -Semon

جدول ۴-۱. فراوانی میزان درآمد در نمونه مورد مطالعه

درآمد	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
کم	۴۲	۳۹۲/۰	۳۹۲/۰
متوسط	۵۷	۵۳۲/۰	۹۲۴/۰
زیاد	۸	۷۴۷/۰	۱۰۰
جمع	۱۰۷	۱۰۰	

با توجه به جدول (۴-۱)، مشاهده می‌شود که ۳۹ درصد از زنان نابارور دارای درآمد کم و ۵۳٫۲ درصد درآمد متوسط و ۷/۰ درصد نیز دارای درآمد بیشتری گزارش شده است.

جدول ۴-۲. فراوانی سن زنان نابارور

گروههای سنی	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
زیر ۲۰ سال	۸	۷۴۷/۰	۷۴۷/۰
۲۱ تا ۲۵ سال	۳۰	۲۸۰/۰	۳۵۴۷/۰
۲۶ تا ۳۰ سال	۳۶	۳۳۶/۰	۶۹۰۷/۰
۳۱ تا ۳۵ سال	۱۰	۹۳/۰	۷۸۳۷/۰
۳۶ تا ۴۰ سال	۹	۸۴۱/۰	۸۶۷۸/۰
بالای ۴۰ سال	۱۱	۱۰۲/۰	۱۰۰
جمع کل	۱۰۷	۱۰۰	

جدول ۴-۳. فراوانی تحصیلات در نمونه مورد مطالعه

گروه	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
بی سواد	۵	۴۶/۰	۴۶/۰
سیکل	۱۵	۱۴/۰	۱۸۶/۰
دیپلم	۲۶	۲۴۲/۰	۴۲۸/۰
فوق دیپلم	۲۴	۲۲۴/۰	۶۵۲/۰
لیسانس	۲۱	۱۹۶/۰	۸۴۸/۰
بالتر از لیسانس	۱۶	۱۴۹/۰	۱۰۰
جمع	۱۰۷	۱۰۰	

توصیف آماری متغیرهای تحقیق

جدول ۴-۴. بررسی آماره های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیرها	تعداد	میانگین	میانه	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
افسردگی	۱۰۷	۳/۶۵	۳/۷۰	۰/۴۲۸	۲/۳۰	۴/۴۰
استرس	۱۰۷	۲/۹۶	۳	۰/۴۵۸	۲	۴/۲۲
اضطراب	۱۰۷	۳/۶۱	۳/۶۲	۰/۵۶۸	۲/۲۵	۴/۶۳
-	۱۰۷	۳/۷۹	۴	۰/۸۲۴	۱/۶۰	۵
-	۱۰۷	۲/۳۵	۲/۳۸	۰/۴۰۰	۱/۴۲	۳/۳۰
-	۱۰۷	۲/۹۸	۲/۶۵	۰/۴۵۶	۱/۷۸	۳/۹۵
خودکارآمدی						
ذهن آگاهی						
تمایز یافتگی خود						

با توجه به یافته های تحقیق، میانگین متغیرهای افسردگی، استرس، اضطراب، خودکارآمدی، ذهن آگاهی و تمایز یافتگی خود به ترتیب برابر با ۳/۶۵، ۲/۹۶، ۳/۶۱، ۳/۷۹، ۲/۳۵ و ۲/۹۸ بود. پس نتیجه برآورد میانگین پاسخگویان برای متغیرهای افسردگی، استرس، اضطراب در حد بالاتر از متوسط می باشد ولی برای متغیرهای خودکارآمدی، ذهن آگاهی و تمایز یافتگی خود، پایین تر از حد متوسط می باشد.

تحلیل استنباطی داده های آماری

بررسی نرمال بودن داده ها

با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف نرمال بودن داده ها را می توان بررسی کرد که ما در اینجا این آزمون را برای کل داده ها و نیز تک تک متغیرها انجام داده ایم که نتایج آن به صورت جداول نشان داده شده است. این آزمون در سطح اطمینان ۰/۹۵ انجام می گیرد به عبارتی سطح معناداری ما $\alpha = 0/05$ می باشد. در این آزمون ما دو فرض زیر را داریم:

H_0 : داده ها از توزیع نرمال پیروی می کنند. H_1 : داده ها از توزیع نرمال پیروی نمی کنند.

اگر p مقدار بدست آمده (همان **sig** جدول)، بزرگتر از $\alpha = 0/05$ باشد نرمال بودن داده ها را نتیجه می گیریم و در غیر این صورت به نرمال بودن داده ها شک می کنیم.

جدول ۴-۵. نتایج آزمون نرمال بودن مربوط به متغیرهای تحقیق

متغیرها	تعداد داده ها	آماره کولموگروف اسمیرنف	p- مقدار
افسردگی	۱۰۷	۰/۱۲۷	۰/۰۶۴
استرس	۱۰۷	۰/۱۳۲	۰/۰۵۸
اضطراب	۱۰۷	۰/۰۷۵	۰/۰۷۴
خودکارآمدی	۱۰۷	۰/۱۱۸	۰/۰۸۶
ذهن آگاهی	۱۰۷	۰/۰۹۹	۰/۰۵۳
تمایز یافتگی خود	۱۰۷	۰/۱۱۶	۰/۰۶۳

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول (۴-۵) و از آنجائیکه p مقدار بدست آمده برای کلیه متغیرها بزرگتر از سطح معناداری یعنی $\alpha = 0/05$ می باشد، لذا می توان آنها را نرمال فرض کرد.

آمار استنباطی

فرضیه اصلی: بین خودکارآمدی، تمایز یافتگی و ذهن آگاهی با آشفتگی روان شناختی (افسردگی، استرس و اضطراب) در زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد.

برای بررسی فرضیه فوق، پس از محاسبه امتیاز مربوط به خودکارآمدی، تمایز یافتگی، ذهن آگاهی و همچنین محاسبه امتیاز مربوط به آشفتگی روان شناختی، با استفاده از آزمون رگرسیون، رابطه بین متغیرها موردسنجش قرار گرفت. نتایج مربوط به خلاصه آزمون رگرسیون در جدول (۴-۸)، آمده است:

جدول ۴-۶. ماتریس همبستگی بین خودکارآمدی، تمایز یافتگی و ذهن آگاهی، آشفتگی روانشناختی

متغیرها	آشفتگی روان شناختی	خودکارآمدی	تمایز یافتگی خود	ذهن آگاهی
آشفتگی روان شناختی	۱			
خودکارآمدی	-۰/۳۴۲	۱		
تمایز یافتگی خود	-۰/۴۵۲	۰/۳۹۸	۱	
ذهن آگاهی	-۰/۵۳۱	۰/۳۷۴	۰/۳۶۰	۱

نتایج حاصل از ضریب همبستگی (جدول ۴-۶)، نشان می دهد که بین خودکارآمدی و آشفتگی روان شناختی رابطه منفی معنی داری وجود دارد. به طوری که با افزایش خودکارآمدی میزان آشفتگی روانشناختی ۰/۳۴ کاهش می یابد و در ضمن با افزایش ذهن آگاهی فرد میزان

آشفتگی روانشناختی ۵۳/درصد کاهش می یابد و با توجه به نتایج مشاهده شده در جدول (۴-۶)، ذهن آگاهی بیشترین تأثیر را بر آشفتگی روان شناختی دارد.

جدول ۴-۷. تحلیل واریانس

مدل	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	p-value
رگرسیون	۹/۹۲۵	۹/۹۲۵	۱۳۰/۵۲۹	۰/۰۰۰
باقیمانده	۴/۴۱۰	۰/۰۷۶		
مجموع	۱۴/۳۳۵			

طبق نتایج جدول تحلیل واریانس، مقدار آماره F برابر ۱۳۰/۵۲۹ و سطح معناداری $p\text{-value} = ۰/۰۰۱$ با توجه به این سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است بنابراین بین خودکارآمدی، تمایزیافتگی و ذهن آگاهی در تعیین آشفتگی روان شناختی تفاوت وجود دارد و معنی دار است.

فرضیه فرعی اول: بین خودکارآمدی و آشفتگی روانشناختی زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد. نتایج مربوط به خلاصه آزمون رگرسیون در جدول (۴-۸)، آمده است

جدول ۴-۸. تحلیل واریانس ضریب همبستگی

ضریب همبستگی	R^2	آماره دوربین-واتسون
-۰/۳۴۲	۰/۱۱۶	۱/۸۴۲

منبع: یافته های تحقیق

مقدار آماره (d)، دوربین واتسون برابر ۱/۸۴۲ و در فاصله ۱/۵ یا ۲/۵ قرار دارد خطاها مستقل از یکدیگرند ضریب $R^2 = ۰/۱۱۶$ بین ۰ و ۱ می باشد، برقراری مدل رگرسیون خطی قابل قبول است و که خودکارآمدی ۱۱ درصد میزان آشفتگی روانشناختی را تعیین می کنند.

فرضیه فرعی دوم: بین ذهن آگاهی و آشفتگی روانشناختی زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۴-۹. ضریب همبستگی ذهن آگاهی و آشفتگی روانشناختی

ضریب همبستگی	R^2	آماره دوربین-واتسون
-۰/۵۳۱	۰/۲۸۱	۱/۵۰۱

مقدار آماره (d) دوربین واتسون برابر ۱/۵۰۱ و در فاصله ۱/۵ یا ۲/۵ قرار دارد خطاها مستقل از یکدیگرند و می توان از رگرسیون استفاده کرد. همچنین ضریب $R^2 = ۰/۲۸۱$ بین ۰ و ۱ می باشد لذا برقراری مدل رگرسیون خطی قابل قبول است و بین ذهن آگاهی و آشفتگی روانشناختی رابطه منفی و معنی داری وجود دارد.

فرضیه فرعی سوم: بین تمایزیافتگی خود و آشفتگی روانشناختی زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۴-۱۰. ضریب همبستگی تمایزیافتگی و آشفتگی روانشناختی

ضریب همبستگی	R^2	آماره دوربین-واتسون
-۰/۴۵۲	۰/۲۰۲۵	۱/۰۸۳

هرچند مقدار آماره (d)، دوربین واتسون برابر $1/0.83$ و در فاصله $1/5$ یا $2/5$ قرار ندارد ولی زیاد به صفر نزدیک نیست بعلاوه ضریب $R^2 = 0.25$ بین ۰ و ۱ می باشد. با توجه به نتایج مشاهده شده می توان بیان نمود که تمایز یافتگی رابطه منفی با آشفتگی روانشناختی دارد و ۲۰ درصد آشفتگی روانشناختی را تمایز یافتگی تعیین می کند.

نتایج

در این تحقیق از بین ۱۰۷ نفری که به سؤالات پرسشنامه پاسخ داده اند؛ ۳۹ درصد از زنان نابارور دارای درآمد کم و ۵۳٫۲ درصد درآمد متوسط و ۰٫۷ درصد نیز دارای درآمد بیشتری بودند و با توجه به تعداد دفعات بارداری در بین پاسخ دهندگان در افراد بارور به ترتیب یک بار، دو بار، سه بار و به مقدار 0.261 ، 0.242 و 0.12 درصد می باشند.

با توجه به تفکیک سن و تحصیلات زنان نابارور مورد مطالعه بالاترین فراوانی مربوط به دامنه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال و کمترین فراوانی مربوط به دامنه سنی زیر ۲۰ سال و بالاترین فراوانی مربوط به افراد دارای تحصیلات دیپلم و کمترین فراوانی مربوط به افراد بی سواد می باشند.

در واقع میانگین متغیرهای افسردگی، استرس، اضطراب، خودکارآمدی، ذهن آگاهی و تمایز یافتگی خود به ترتیب برابر با 2.96 ، 3.79 ، 2.35 و 2.98 که برآورد میانگین پاسخگویان برای متغیرهای افسردگی، استرس، اضطراب در حد بالاتر از متوسط ولی برای متغیرهای خودکارآمدی، ذهن آگاهی و تمایز یافتگی خود، پایین تر از حد متوسط می باشند.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی

"بین خودکارآمدی، تمایز یافتگی و ذهن آگاهی با آشفتگی روان شناختی (افسردگی، استرس و اضطراب)، در زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد."

با توجه تحلیل واریانس فرضیه اول و سطح معناداری $p\text{-value} = 0.001$ ، بیانگر آن است که خودکارآمدی، تمایز یافتگی و ذهن آگاهی در تعیین آشفتگی روان شناختی دخالت دارد و مقدار آماره F برابر 130.529 به شدت معنی دار می باشد و با توجه به ضرایب رگرسیونی می توان نتیجه گرفت که خودکارآمدی، تمایز یافتگی و ذهن آگاهی اثر معناداری بر آشفتگی روان شناختی دارد، بر این اساس ضریب بتا (B) بین خودکارآمدی، تمایز یافتگی و ذهن آگاهی و آشفتگی روان شناختی به ترتیب برابر -0.73 ، -0.78 و -0.85 - گردیده است و این بدان معنی است که با افزایش خودکارآمدی، تمایز یافتگی و ذهن آگاهی، میزان آشفتگی روان شناختی نیز کاهش می یابد. از آنجایی که میزان خودکارآمدی، تمایز یافتگی خود و ذهن آگاهی تأثیر معکوس بر میزان آشفتگی روان شناختی دارد می توان نتیجه گرفت که هرچقدر خودکارآمدی، تمایز یافتگی خود و ذهن آگاهی مناسب تر باشد آشفتگی روان شناختی کاهش می یابد.

فرضیه فرعی اول

"بین خودکارآمدی و آشفتگی روانشناختی زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد."

با توجه به نتایج ضریب همبستگی و تحلیل واریانس، سطح معناداری $p\text{-value} = 0.000$ بیانگر آن است که خودکارآمدی در تعیین آشفتگی روانشناختی دخالت دارد و مقدار آماره F برابر 266.073 به شدت معنی دار می باشد و می توان نتیجه گرفت که خودکارآمدی اثر معناداری بر آشفتگی روانشناختی دارد، بر این اساس ضریب بتا (B) بین خودکارآمدی و آشفتگی روان شناختی برابر -0.90 - گردیده است و این بدان معنی است که با افزایش خودکارآمدی میزان آشفتگی روان شناختی نیز کاهش می یابد، لذا فرضیه محقق تأیید می شود. خودکارآمدی تأثیر معکوس بر میزان آشفتگی روان شناختی دارد می توان نتیجه گرفت که هرچقدر خودکارآمدی بیشتر باشد میزان آشفتگی روان شناختی کاهش می یابد.

با توجه به یافته های تحقیق می توان تبیین نمود که خودکارآمدی روابط فردی را مدیریت می کند و افراد با خودکارآمدی بالاتر، عزت نفس و سلامت روانی بیشتری را تجربه می کنند و زنانی که دارای خودکارآمدی ذهنی و عینی بیشتری هستند، مقاومت بیشتری نسبت مشکلات می دهند. نتایج تحقیق با نتایج پژوهش های (اسلام زاده و همکاران، ۱۳۹۵؛ اوانزی و همکاران، ۲۰۱۵؛ سیمون و همکاران، ۲۰۱۵) همسو می باشد.

فرضیه فرعی دوم

"بین ذهن آگاهی و آشفتگی روانشناختی زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد."

با توجه نتایج آزمون ضریب همبستگی و تحلیل واریانس در سطح معناداری ($p\text{-value} = 0/001$) و در سطح خطای ۵ درصد برای عرض از مبدأ و ضریب رگرسیونی می توان نتیجه گرفت که ذهن آگاهی اثر معناداری بر آشفتگی روان شناختی دارد، بر این اساس ضریب بتا (B) بین ذهن آگاهی و آشفتگی روان شناختی برابر $0/92-$ گردیده است و این بدان معنی است که با افزایش ذهن آگاهی میزان آشفتگی روان شناختی نیز بهبود می یابد، لذا فرضیه محقق تأیید می شود. ذهن آگاهی تأثیر معکوس بر میزان آشفتگی روان شناختی دارد می توان نتیجه گرفت که هرچقدر ذهن آگاهی افزایش یابد میزان آشفتگی روان شناختی کاهش می یابد.

نتایج بدست آمده از این پژوهش در تأیید پژوهش های گذشته و در راستای تأثیر مثبت ذهن آگاهی بر کاهش آشفتگی روانشناختی می باشد به طوری که همچون این پژوهش در پژوهش های پیشین نیز مشخص شده است ذهن آگاهی بر اضطراب، استرس و افسردگی تأثیر دارد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه های آشفتگی روانشناختی منجر می شود و همسو با نتایج پژوهش های (گلدن و گروس^{۳۹}، ۲۰۱۰؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ دهستانی و همکاران، ۱۳۹۴؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۸۴؛ افشارنیا، کاکابرایی و امیری، ۱۳۹۲؛ کنگ^{۴۰}، چو^{۴۱} و ریو^{۴۲}، ۲۰۰۸).

در تبیین این فرضیه می توان گفت که نتایج مطالعات و تحقیقات مختلف نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی بر کاهش آشفتگی روانشناختی است. چرا که ذهن آگاهی به تجربیات وضوح و روشنی می بخشد و به افراد می آموزد تا لحظه به لحظه زندگی خود را تجربه کنند، همین امر باعث کاهش نشانه های منفی روانشناختی می شود (براون و ریان، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی به افراد یاری می دهد تا این نکته را درک کنند که هیجان های منفی ممکن است رخ دهد اما آنها جزء ثابت و دایمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیر ارادی و بی تأمل پاسخ دهد، با تأمل و تفکر پاسخ دهد (امانویل و همکاران، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنابخشی و معنادار ساختن زندگی (سیگل، ۲۰۱۰).

فرضیه فرعی سوم

"بین تمایز یافتگی خود و آشفتگی روانشناختی زنان نابارور رابطه معنی داری وجود دارد."

با توجه به آزمون ضریب همبستگی و تحلیل واریانس تمایز یافتگی خود و آشفتگی روانشناختی، سطح معناداری $p\text{-value} = 0/020$ بیانگر آن است که تمایز یافتگی در تعیین آشفتگی روانشناختی دخالت دارد و مقدار آماره F برابر $5/676$ به شدت معنی دار می باشد و می توان نتیجه گرفت که تمایز یافتگی خود اثر معناداری بر آشفتگی روانشناختی دارد، بر این اساس ضریب بتا (B) بین تمایز یافتگی خود و آشفتگی روانشناختی برابر $0/29-$ گردیده است و این بدان معنی است که با بهبود تمایز یافتگی خود، میزان آشفتگی روانشناختی نیز کاهش می یابد، لذا فرضیه محقق تأیید می شود. تمایز یافتگی خود تأثیر معکوس بر میزان آشفتگی روان شناختی دارد می توان نتیجه گرفت که هرچقدر تمایز یافتگی خود فرد افزایش یابد میزان آشفتگی روان شناختی کاهش می یابد.

با توجه به نتایج تحقیق می توان تبیین نمود که سطوح بالاتر تمایز یافتگی خود با پیامدهایی همچون سطوح بالاتر روانی و فیزیولوژیکی در ارتباط است و افراد تمایز یافته، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. نتایج حاصل از مطالعات متعددی که برای کشف و حمایت کردن از ساختار "تمایز یافتگی خود" انجام شده، مؤید و منطبق با نظریه بوئن است. نتایج تحقیق با نتایج پژوهش های (اسلام زاده و همکاران، ۱۳۹۵؛ اوانزی و همکاران، ۲۰۱۵؛ سیمون و همکاران، ۲۰۱۵) همسو می باشد.

محدودیت های پژوهش

۱. عدم همکاری زنان نابارور در پاسخ به پرسشنامه ها.

۲- نمونه حاضر فقط شامل زنان نابارور شهرستان شاهین دژ می باشد، بنابراین با توجه به حجم کم نمونه، در تعمیم یافته ها به زنان سایر شهرها باید احتیاط شود.

³⁹-Golden& Gross

⁴⁰ -Kang.

⁴¹ -Choi.

⁴² -Ryu.

پیشنهاها

پیشنهاد می‌شود ذهن آگاهی، خودکارآمدی و تمایز یافتگی به عنوان یک مهارت و مداخله مؤثر جهت کاهش اضطراب، افسردگی و استرس در مراکز درمانی گنجانده شود. با توجه به نتایج تحقیق ذهن آگاهی در کاهش آشفتگی روانشناختی، بهبود نارسایی مؤثر و کمک کننده است. به نظر می‌رسد مداخلات روانشناختی مرتبط با زنان نابارور در برنامه های آموزشی آنها امری ضروری است.

منابع و مراجع

- [۱] تقوی، نغمه؛ فتحی آشتیانی، علی(۱۳۸۸)، ویژگی های روان شناختی زنان و مردان نابارور در مقایسه با گروه بارور، فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره ی سوم، شماره ۱۱.
- [۲] حسینی، شهره؛ عصمتی مقدم، مهین؛ دهنوخلجی، حمیده؛ سلطانی رباط، سیمین؛ محمدی، عزیز(۱۳۸۷)، بررسی اثر آموزش مدیریت استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی دانش آموزان دختر، فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، دوره ۲، شماره ۳، ۶۵-۷۳.
- [۳] هاشمی، فاطمه؛ علی پور، احمد؛ فیلی، علیرضا(۱۳۹۲)، اثر بخشی درمان مدیریت استرس(شناختی- رفتاری) بر شادکامی زنان نابارور، ارمغان دانش دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دوره ۱۸، شماره ۹، ۶۷۸-۶۸۹.
- [4] Thompson, N. (2006). *Anti-discriminatory practice*. (4th edition), Basingstoke, Palgrave.
- [5] Toosi M. Evaluation report of children. Translated by: Najafi F. 1st ed, No 1, Tabriz, Aseman, 2006; 44-56. [Farsi].
- [6] Boivin J, Takefman JE. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non pregnant women. *Fertil Steril* 1978 Oct;64(4):802-10.
- [7] Bishop, S. R., Lau, M., & Shapiro, S. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology*, 11 , 230 - 241
- [8] Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1 (2), 164-180. DOI: 10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x.
- [9] Dundan, L.G. J., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent–Child Relationships and Prevention Research. *Clin Child FamPsychol Rev*, 12, 255–270.
- [10] Deka, P.K., and Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 336-338.
- [11] De Liz TM., Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Hum Reprod* 2005 May;20(5):1324-32.
- [12] Edelmann, R. J., and Connolly, K. J. (1986). Psychological aspects of infertility. *The British Journal of Medical Psychology*, 59, 209–219.
- [13] Eisner, B.G. (1963). Some psychological differences between fertile and infertile women. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 391.
- [14] Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GH, Braat DD, Brewaeys AM, Dolfing JG, et al. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Hum Reprod* 2003 Jul;18(7):1536-43.
- [15] Farzadi L, Ghasemzadeh A. Two main independent predictors of depression among infertile women: an Asian experience. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008 Jun;47(2):163-7.
- [16] Kabat-Zin J. *Coming to our senses: healing ourselves and the world through mindfulness*. New York:Hyperion;2003.
- [17] Kerr, M. E. & Bowen, M. (1978). *Family evaluation*. New York: Norton.
- [18] Linehan, M.M. (1988). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. e – Based strategies
- [19] Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril* 1999 Jul;72(1):54-62.
- [20] Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N Shariat M, et al. The relationships between anxiety and depression with duration of infertility . *BMC Women's Health* 2004;4(9 doi:10.1186/1472-6874-4-9.
- [21] SHAPIRO, S. L., CARLSON, L. E., ASTIN, J. A., & FREEDMAN, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–390.

- [22] Simon, P., Connell, C., Kong, G., Morean, M. E., Cavallo, D. A., Camenga, D., & Krishnan-Sarin, S. (2015). Self-efficacy mediates treatment outcome in a smoking cessation program for adolescent smokers. *Drug & Alcohol Dependence*, 146, e100..
- [23] Smeenk JM., Verhaak CM, Vingerhoets AJ, Sweep CG, Merkus JM, Willemsen SJ, et al. Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Hum Reprod* 2005 Apr;20(4):991-6.