

نقش تصویر خود، کیفیت روابط موضوعی و تعارض نقش جنسیتی در پیش-بینی ناباروری

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۱۲

خلاصه

مقدمه

ناباروری آثار و عواقب روانی-اجتماعی متعددی برای زوجین و جامعه به همراه دارد. این پژوهش با هدف تعیین نقش تصویر خود، کیفیت روابط موضوعی و تعارض نقش جنسیتی در پیش بینی ناباروری انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به ناباروری شهر تهران بود که تعداد ۲۰۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس و در دو گروه تخمک گذاری و لوله ای-رحمی انتخاب شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس خودپنداره فیتز و وارن (۱۹۹۶)، کیفیت روابط موضوعی (بل و بل، ۱۹۹۵)، تعارض نقش جنسیتی (آنیل و همکاران، ۱۹۸۶) بود. داده های جمع آوری شده با استفاده از شاخص های آمار توصیفی، همبستگی دو رشته ای کندال و رگرسیون لجستیک به منظور پیش بینی ابتلاء به ناباروری از طریق متغیرهای مورد مطالعه تحلیل شد.

نتایج

نتایج همبستگی نشان داد که متغیر تصویر خود به میزان ($r=0/125$)، کیفیت روابط موضوعی ($r=0/375$) و تعارض نقش جنسیتی ($r=0/314$) با ناباروری زنان رابطه دارند؛ نتایج رگرسیون نشان داد که رابطه هر سه متغیر تصویر خود، کیفیت روابط موضوعی و تعارض نقش جنسیتی در پیش بینی مدل معنی دار است ($p \leq 0/001$). تعارض نقش جنسیتی، بیشترین سهم را در پیش بینی ناباروری زنان و بعد به ترتیب کیفیت روابط موضوعی و تصویر خود دارد. همچنین نتایج نشان داد که متغیرهای پیش بین توانسته اند ۲۱ تا ۲۹ درصد ناباروری را تبیین نمایند.

نتیجه گیری

تصویر خود، کیفیت روابط موضوعی و تعارض نقش جنسیتی در پیش بینی ناباروری زنان نقش تعیین کننده ای دارند؛ بنابراین با بهبود آنها می توان به شکل گیری و بهبود عملکرد خانواده یاری رساند.

کلمات کلیدی

ناباروری، تصویر خود، کیفیت روابط موضوعی، تعارض نقش جنسیتی

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

هنگامه بهزادینیا^۱

نادر منیرپور*^۲

حسن میرزاحسینی^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم،

ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد

اسلامی، قم، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد

اسلامی، قم، ایران

* گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم،

ایران

Email: monirpoor@qom-iau.
c.ir

مقدمه

شکست در اجرای نقش فردی و اجتماعی احساس نقص و بی‌کفایتی می‌کنند. مفهوم برجسته اجتماعی که از شکست در انجام هنجارهای اجتماعی ناشی می‌شود، در زنان یک خود ادراکی از نقص، شکست نقش و کاهش احترام می‌باشد. از این رو، سازماندهی مجدد از خود برای مقابله با ایده‌آل‌های از دست رفته مانند نقش مادری لازم است. طبق نظریه روان‌شناسی خود، برای اینکه زوجین از ناباروری به عنوان عاملی که تمرکز اصلی بر زندگی دارد، دور شوند قبل از هر چیز، باید ناباروری را یک قسمت از هویت فردی‌شان بدانند؛ در این صورت با وجود ناباروری، دیگر احساس نقص و بی‌کفایتی را نخواهند داشت (۸).

متغیر روانشناختی دیگری که در ارتباط با زنان نابارور حائز اهمیت به نظر می‌رسد، کیفیت روابط موضوعی است. ناباروری باعث بروز واکنش‌های شدید و توان فرسا در زوجین می‌گردد، خودپنداره آنها را مورد تهدید قرار می‌دهد، احساس کفایت‌شان را از بین می‌برد و احساس عدم تسلط بر خود، خشم، شرمساری و تنفر دست به دست هم داده و ضمن تیره شدن روابط زوجین، باعث تغییر رفتار آنها نیز می‌شود (۹). زوجین هنگام تجربه ناباروری مراحل ذهنی مشخصی را پشت سر می‌گذارند: تعجب و بهت، شوک، خشم، انزوا، احساس گناه، غم و اندوه، افسردگی و پذیرش. زنان موقع تشخیص و دوره‌های درمان دارویی- روانی همکاری بهتری دارند و به صورت صریح و راحت از مشکلات خود حرف می‌زنند اما مردان کمتر هیجانات خود را بروز می‌دهند؛ این تفاوت‌های رفتاری این گونه تفسیر می‌شوند که آنان به درمان بی‌اعتنا هستند. گاه زوجین نسبت به یکدیگر، والدین خود یا پزشک معالج احساس خشم و تنفر دارند یا به علت استفاده قبلی از وسایل ضدبارداری، احساس

سازمان بهداشت جهانی ناباروری را شکست در بارداری پس از ۲۴ ماه مقاربت جنسی منظم و بدون استفاده از وسایل ضدبارداری تعریف می‌کند. ناباروری یکی از مشکلات شایع جوامع بشری است که با توجه به تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی بین ۶۰ تا ۸۰ میلیون زوج در سراسر جهان از این مشکل رنج می‌برند (۱). همچنین گزارش شده است که میزان ناباروری در کشورهای مختلف بین ۵ تا ۳۰ درصد متغیر است (۲). ناباروری بر دو قسم می‌باشد: ناباروری اولیه که هیچ سابقه بارداری در گذشته فرد وجود ندارد و ناباروری ثانویه به مواردی گفته می‌شود که سابقه یک یا چند بارداری در گذشته فرد وجود داشته و به دنبال آن عدم باروری پیش آمده است. شیوع ناباروری اولیه ۱۰٫۶ درصد و ناباروری ثانویه ۶٫۷ درصد گزارش شده است (۳). ویتنگتون و همکاران چارچوب زیستی- روانی- اجتماعی را درباره ناباروری مطرح کرده‌اند. آنها بر این باورند که متخصصینی که با زوجین نابارور کار می‌کنند، باید توانایی درک عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و پزشکی مربوط به مشکل ناباروری زوج را داشته باشند (۴)، محققین این عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و پزشکی را که شامل؛ استرس، افسردگی (۵). احساس گناه، مشکلات زناشویی و انزوایابی اجتماعی می‌باشد را به عنوان پیامدهای مشترک ناباروری معرفی کردند (۶).

یکی از متغیرهای روان‌شناختی که در زنان نابارور شایان توجه است، تصویر خود می‌باشد (۷). هنگامی که فقدان چیزی برای درک فرد از "خود" اساسی باشد، می‌تواند به درک فرد از خود آسیب برساند و فرد را دچار احساساتی نظیر ناامیدی، استرس، خشم، اضطراب و احساس شرمندگی کند. زنان نابارور به دلیل

حنسیتی انعطاف‌ناپذیر و محدودکننده زندگی کنند فشار یا تعارض را تجربه می‌کنند. این تعارض، پیامدهای روانشناختی منفی ایجاد کرده و بسیاری از توانایی‌ها و قابلیت‌های افراد را محدود می‌کند (۱۴).

پژوهشگران در مورد اثر ناباروری بر روابط زوجین، نظرات متفاوتی دارند. بسیاری از تحقیقات چنین بیان کرده‌اند که مدرک مهمی دال بر تأثیر منفی ناباروری وجود ندارد و مطالعات با طراحی خوب و دقیق نشان داده‌اند که اثرات روانی ناباروری چندان شایع نمی‌باشد (۱۵). حتی برخی معتقدند تحمل مراحل تشخیص و درمان ناباروری موجب ارتباط و صمیمیت بیشتر زوجین با یکدیگر خواهد شد (۱۶). تقریباً نیمی از افراد نابارور، اضطراب شدید و تغییرات روابط زناشویی و جنسی را تجربه نمی‌کنند (۱۷). ناباروری برای زوجین نابارور پیامدهای نامطلوبی مانند درماندگی، غم، عصبانیت، اختلال عملکرد جنسی، کاهش عزت نفس و طرد شدگی از سوی دوستان و جامعه را همراه دارد (۱۸). هم‌رلی، ززوج و برگر (۱۹) در پژوهشی نشان دادند که مضمون‌های اصلی و مهم برای زنان نابارور، هیجان‌های مرتبط با آرزوی فرزنددار شدن (مانند امید، اضطراب، ناراحتی، استرس، حسادت، ناامیدی، خشم، سرزنش، شرم و حقارت)؛ مقابله و کنار آمدن با آرزوی برآورده نشده فرزنددار شدن (مانند مقابله فعال یا منفعل) و جنبه‌های پزشکی (مانند جنبه‌های پزشکی درمان‌ها، تشخیص و مسائل مالی) است. همچنین نشان دادند زنان ناباروری که اضطراب و افسردگی بالینی دارند در مقایسه با زنانی که صرفاً اضطراب دارند هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. خراشادی زاده و همکاران (۲۰) نشان دادند که زوجین پس از تشخیص ناباروری دچار اختلال در تصویر ذهنی از خود و فعالیت‌های جنسی می‌شوند.

گناه را به همسر خود فرافکنی می‌کنند. همچنین، نگرش اطرافیان و کلیشه‌های فرهنگی جامعه در کنار استرس ناباروری بر اضطراب زوجین می‌افزاید (۱۰). ناباروری به شیوه‌های متفاوتی روابط زوجین را تحت شعاع قرار می‌دهد. اغلب این تأثیر به شیوه منفی در زندگی آنان بروز می‌یابد و گاهی نیز ممکن است موجب بهبود روابط عاطفی آنها شود. هنگامی که زوج در کسب ثمره زندگی بی‌بهره باشند، روابطشان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. احساساتی که در پی ناباروری به وجود می‌آید در اغلب موارد، درک متقابل زوجین را مخدوش می‌کند. نکته قابل تأمل این است که گاهی اوقات مرد بدون توجه به علت ناباروری همسر خود را مورد سرزنش قرار می‌دهد. هنگامی که زوجین متوجه می‌شوند که ممکن است نتوانند صاحب فرزند شوند، احتمال دارد که واکنش آنها بصورت فاصله گرفتن از یکدیگر، سست شدن خانواده، افزایش اختلافات یا جدایی پدیدار شود (۱۱).

متغیر دیگری که ممکن است با ناباروری مرتبط باشد تعارض نقش جنسیتی است. جنسیت مشمول رفتارها، نقش‌ها، کنش‌ها و اندیشه‌های اجتماعی است که فرهنگ حاکم در هر جامعه به عهده دو جنس زن و مرد می‌گذارد. دو مقوله جنسیت و نقش‌های جنسیتی، قشربندی‌های جنسیتی در جامعه ایجاد می‌کند و جامعه را به دو گروه زنان و مردان تقسیم می‌نماید (۱۲). نقش‌های جنسیتی با شکل‌گیری کلیشه‌های جنسیتی ارتباط دارد. کلیشه‌ها یا تصویرات قالبی جنسیتی، اعتقادات و باورهای فرهنگی جامعه را درباره آنچه که باید نقش‌های جنسیتی باشند، منعکس می‌کنند (۱۳). این نقش‌ها اغلب خشک، انعطاف‌ناپذیر و محدودکننده هستند و افراد خود را ملزم به انجام این نقش‌ها می‌دانند. ناتوانی یا تخلف از این نقش‌ها، بازخوردهای منفی را از سوی جامعه در پی دارد. هنگامی که افراد تلاش می‌کنند که مطابق با نقش‌ها و کلیشه‌های

لوجستیک استفاده شد) به منظور پیش‌بینی ابتلاء به ناباروری از طریق متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه تصویر خود (ISCS): مقیاس تصویر خود تنسی توسط فیتز و وارن در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است. این مقیاس شامل ۹۹ گویه (با مقیاس لیکرتی) و برای سنجش خودپنداره میباشد، که توانایی تشخیص نه عنصر خودپنداره شامل جسمانی، اخلاقی، شخصیتی، خانوادگی، اجتماعی، عاطفی، رفتاری، خوشنودی از خود و انتقاد از خود را دارد. برای هر آزمودنی یک نمره کل که نشان‌دهنده خودپنداره شخص است و یک نمره برای هر یک از عناصر این آزمون به دست می‌آید. آزمودنی‌ها از بین گزینه‌های کاملاً درست تا کاملاً نادرست، گزینه مورد نظر را انتخاب می‌کنند و هر گویه از یک تا پنج نمره گذاری می‌شود. جهت نمره گذاری گویه‌ها، برای ۹۰ گویه (به جز گویه‌های خودانتقال که به صورت مثبت نمره-گذاری شده اند) ۴۵ گویه مثبت و بقیه گویه‌ها به صورت منفی (معکوس) نمره گذاری می‌شوند. جمال‌الدین، احمد، یوسف و عبدالله در سال ۲۰۰۹ با استفاده از تحلیل عاملی، روایی ۹ عنصر پرسشنامه را از ۰/۴ تا ۰/۸۵ به دست آوردند و پور عبدلی، کدیور و همایونی نیز در سال ۱۳۸۷ با استفاده از آلفای کرونباخ، ضریب ۰/۸۸ و با استفاده از روش دو نیمه کردن ۰/۸۴ را به دست آوردند (۲۱).

پرسشنامه کیفیت روابط موضوعی (BORRTI): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط بل و بل^۱ برای سنجش کارکردهای ایگویی کیفیت روابط موضوعی ساخته شد. این آزمون در اصل برای اندازه‌گیری اثرات بالینی روانکاوی درازمدت برای اسکیزوفرنیا طراحی شد؛ اما به مرور در بسیاری

با توجه به پیچیدگی و گسترش مشکلات روانشناختی و یافته‌های پژوهشی متضاد در مورد زنان نابارور و همچنین عدم وجود تحقیقات منسجم و مدون در باب زندگی این قشر از جامعه، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط تصویر خود، کیفیت روابط موضوعی و تعارض نقش جنسیتی با ناباروری زنان انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به ناباروری بود که در سال ۹۸-۹۷ جهت دریافت خدمات تخصصی به مراکز درمانی در سطح شهر تهران مراجعه کردند. از بین جامعه مذکور تعداد ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود و خروج به عنوان نمونه انتخاب شد. به تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنها کاملاً محرمانه و صرفاً جهت انجام پژوهش است. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: رضایت بیمار، تشخیص ناباروری توسط متخصص زنان و زایمان، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و روان‌شناختی. معیارهای خروج از پژوهش: وجود بیماری جسمی حاد، وجود اختلال روانپزشکی شدید با تشخیص روان‌شناس، وابستگی به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان. برای جمع‌آوری و بررسی اطلاعات شخصی از چک لیست جمعیت شناختی و به منظور سنجش متغیرهای روان‌شناختی از پرسشنامه‌های استاندارد استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده و اطلاعات بدست آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف-معیار و شاخص‌های استنباطی شامل همبستگی دو رشته‌ای کندال و رگرسیون لوجستیک (با توجه به اینکه ناباروران در دو گروه تخمک‌گذاری و لوله‌ای-رحمی دسته بندی شدند از رگرسیون

¹. Bell & Bell

از زمینه‌های پژوهشی از جمله آسیب‌شناسی روانی و رفتار بهنجار کاربرد پیدا کرد. پرسشنامه مذکور ۴۵ گویه دارد که چهار عامل بیگانگی (ALN)، دلبستگی ناایمن (AI)، خودمیان‌بینی (EGO)، و بی‌کفایتی اجتماعی (SI) را برای سنجش روابط موضوعی پوشش می‌دهد. بل و بل (۱۹۹۵) ضریب پایایی مقیاس روابط موضوعی با فاصله زمانی دو هفته را بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و با فاصله زمانی ۱۳ هفته بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در پرسشنامه فوق‌الذکر هر سؤال واجد دو گزینه بله و خیر است؛ که گزینه بله نمره ۱ و گزینه خیر نمره صفر را به همراه دارد. با این حال سوالات ۱، ۷، ۸، ۱۵، ۲۱، ۳۰، ۳۷، ۴۲ و ۴۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در ایران پایایی هر یک از خرده مقیاس‌ها در نمونه ایرانی عبارت بودند از: بیگانگی ۰/۶۰، دلبستگی ناایمن ۰/۶۴، خودمیان‌بینی ۰/۸۰ و بی‌کفایتی اجتماعی ۰/۶۱ (۲۲).

از زمینه‌های پژوهشی از جمله آسیب‌شناسی روانی و رفتار بهنجار کاربرد پیدا کرد. پرسشنامه مذکور ۴۵ گویه دارد که چهار عامل بیگانگی (ALN)، دلبستگی ناایمن (AI)، خودمیان‌بینی (EGO)، و بی‌کفایتی اجتماعی (SI) را برای سنجش روابط موضوعی پوشش می‌دهد. بل و بل (۱۹۹۵) ضریب پایایی مقیاس روابط موضوعی با فاصله زمانی دو هفته را بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و با فاصله زمانی ۱۳ هفته بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در پرسشنامه فوق‌الذکر هر سؤال واجد دو گزینه بله و خیر است؛ که گزینه بله نمره ۱ و گزینه خیر نمره صفر را به همراه دارد. با این حال سوالات ۱، ۷، ۸، ۱۵، ۲۱، ۳۰، ۳۷، ۴۲ و ۴۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در ایران پایایی هر یک از خرده مقیاس‌ها در نمونه ایرانی عبارت بودند از: بیگانگی ۰/۶۰، دلبستگی ناایمن ۰/۶۴، خودمیان‌بینی ۰/۸۰ و بی‌کفایتی اجتماعی ۰/۶۱ (۲۲).

نتایج

در این پژوهش ۲۰۰ نفر زن نابارور شرکت کردند؛ بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی آنها ۳۴/۴۵ با انحراف معیار ۵/۱۲ بود، ۱۳۰ نفر از آنها غیرشاغل (خانه‌دار) و ۷۰ نفر شاغل بودند و تحصیلات نمونه‌های پژوهش ۵۰ نفر زیر فوق‌دیپلم، ۱۰۰ نفر لیسانس و ۵۰ نفر بالاتر از لیسانس بود. در ادامه به یافته‌های توصیفی، همبستگی و رگرسیون به منظور بررسی هدف پژوهش پرداخته می‌شود.

تعارض نقش جنسیتی (GRCS): نسخه اصلی مقیاس تعارض نقش جنسی که اُنیل و همکاران در سال ۱۹۸۶ ارائه دادند، این مقیاس از ۳۷ ماده تشکیل شده است و از شاخص‌های روان‌سنجی بسیار مطلوبی برخوردار است. آنها چهار مولفه تعارض نقش جنسیتی را به این شکل متمایز نمودند: (۱) موفقیت، قدرت و رقابت (۲) هیجان‌پذیری محدود (۳) رابطه

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
کیفیت روابط موضوعی	21.70	3.161
تعارض نقش جنسیتی	33.46	4.648
تصویر خود	23.73	3.191

جدول ۲. نتایج آزمون همبستگی کندال بین تصویر خود، کیفیت روابط موضوعی و تعارض نقش جنسیتی با ناباروری

متغیر	تعداد مشاهدات	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
تصویر خود	۲۰۰	۰/۱۲۵	۰/۰۲۵

کیفیت روابط موضوعی	۲۰۰	۰/۳۷۵	۰/۰۰۱
تعارض نقش جنسیتی	۲۰۰	۰/۳۱۴	۰/۰۰۱

نتایج بدست آمده از این آزمون بیانگر این است که، در سطح معناداری ($Sig=0/000$)، متغیر تصویر خود به میزان ($F=0/125$)، کیفیت روابط موضوعی ($F=0/375$) و تعارض نقش جنسیتی ($F=0/314$) با ناباروری زنان رابطه دارند؛ می‌توان گفت که ارتباط بین ناباروری زنان با تصویر خود ($p \leq 0/025$)، کیفیت روابط موضوعی ($p \leq 0/001$) و تعارض نقش جنسیتی ($p \leq 0/001$) ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون

متغیرهای پژوهش	مقدار بتا (B)	خطای استاندارد	مقدار والد (Wald)	درجه آزادی	Sig
مقدار ثابت	-13.007	2.341	30.880	1	0.000
کیفیت روابط موضوعی	0.244	0.055	20.035	1	0.000
تعارض نقش جنسیتی	0.363	0.091	16.077	1	0.000
تصویر خود	0.131	0.065	4.054	1	0.044

نتایج جدول رگرسیون در جدول بالا نشان می‌دهد که رابطه هر سه متغیر تصویر خود، کیفیت روابط موضوعی و تعارض نقش جنسیتی در پیش‌بینی مدل معنی‌دار است. تعارض نقش جنسیتی، بیشترین سهم را در پیش‌بینی متغیر ملاک دارد و بعد به ترتیب کیفیت روابط موضوعی و تصویر خود.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی ناباروری

مقدار ۲- برابر لگاریتم بخت	ضریب تبیین کاکس و اسنل	ضریب تبیین ناگلکرک
227.417	.219	.293

همچنین جدول زیر مقدار واریانس پیش‌بینی شده مدل توسط متغیر گروهی و نمره کل آزمون را نشان می‌دهد. مقدار دو آماره

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش تصویر خود، کیفیت روابط موضوعی و تعارض نقش جنسیتی در پیش‌بینی ناباروری بود. نتایج نشان داد توان پیش‌بینی متغیرهای پیش‌بین در مورد میزان ناباروری به ترتیب کیفیت روابط موضوعی ($\beta = 0,24$)، تصویر خود ($\beta = 0,13$)، تعارض نقش جنسیتی ($\beta = 0,36$)، تعارض نقش جنسیتی ($P \leq 0,000$) و تصویر خود ($P \leq 0,044$) معنی‌دار است. به عبارت دیگر، متغیرهای کیفیت روابط موضوعی، تعارض نقش جنسیتی و تصویر خود مجموعاً به میزان ۲۱ تا ۲۹ درصد ناباروری زنان را پیش‌بینی می‌کنند.

دوستان درباره ناباروری نمی‌دانند، بنابراین نمی‌توانند زوج‌های نابارور را حمایت کنند.

زنان نابارور به دلیل اینکه درک درستی از «خود» ندارند دچار احساساتی نظیر ناامیدی، استرس، خشم، اضطراب و احساس شرمندگی می‌شوند. زنان نابارور به دلیل شکست در اجرای نقش فردی و اجتماعی احساس نقص و بی‌کفایتی می‌کنند. مفهوم برجسته اجتماعی که از شکست در انجام هنجارهای اجتماعی ناشی می‌شود؛ در زنان یک خود ادراکی از نقص، شکست نقش و کاهش احترام می‌باشد. از این رو، سازمان‌دهی مجدد از خود، برای مقابله با ایده‌آل‌های از دست‌رفته مانند نقش مادری لازم است. طبق این نظریه برای اینکه زوجین از ناباروری به عنوان عاملی که تمرکز اصلی بر زندگی دارد، دور شوند قبل از هر چیز، باید ناباروری را یک قسمت از هویت فردی‌شان بدانند؛ در این صورت که با وجود ناباروری، دیگر احساس نقص و بی‌کفایتی را نخواهد داشت (۸). ترشح هورمون‌ها به نحو مؤثری تحت تأثیر عوامل روانی قرار دارد، هرگونه اضطراب و نگرانی باعث اختلال در ترشح هورمون‌های هیپوتالاموس و هیپوفیز و در نتیجه نازایی می‌شود. در مواردی که اضطراب شدیدی وجود داشته باشد، از طریق اثر بر روی هیپوتالاموس ممکن است، ترشح این هورمون‌ها را چنان مختل کند که باعث قطع قاعدگی گردد.

همچنین، تعارض نقش جنسیتی یک وضعیت روان‌شناختی است بدینگونه که نقش‌های جنسیتی پیامدهای منفی برای شخص یا دیگران به همراه دارد که باعث محدود شدن توانایی‌های شخص در شکوفا ساختن پتانسیل‌های انسانی خود، یا محدود کردن پتانسیل اشخاص دیگر است. چنین فرض شده است که اجتماعی شدن نقش جنسیتی و ارزش‌های مرتبط با جذب مردانه منجر به نازرنده‌سازی ارزش‌های زنانه و پدیدآیی ترس از زنانگی

ساتینسکی، ریس، دنیس، ساندرز و باردزل (۲۴) نشان داده‌اند که تصویر ذهنی مثبت از خود بر میل، تحریک، ارگاسم و رضایت جنسی زنان تأثیر دارد؛ در حالی که تصویر ذهنی منفی از خود با تمایل بیشتر برای کناره‌گیری از فعالیت جنسی همراه است. خراشادی زاده و همکاران (۲۰) نشان دادند که زوجین پس از تشخیص ناباروری دچار اختلال در تصویر ذهنی از خود و فعالیت‌های جنسی می‌شوند. پژوهش رینواتر (۲۵) حاکی از آن است افرادی که تعارض نقش جنسیتی را تجربه می‌کنند در برقراری تعامل صمیمانه با دیگران دچار مشکلات پایدار و محدودیت فراگیر هستند. ژانت، دی‌سوتر و ژک (۲۶) باورها و شناخت‌های منفی را عاملی مهم در تعارضات نقش جنسیتی تلقی می‌کنند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: انسان‌ها در روابط اجتماعی خود به طور دائمی پس‌خوراندن‌هایی از اطراف دریافت می‌کنند؛ بعضی را می‌پذیرند و بعضی را رد می‌کنند، یعنی شکل‌گیری ساختارهای ذهنی نه تنها تحت تأثیر آگاهی‌های فردی، بلکه آگاهی‌های اجتماعی است (۲۷) و مسلم است عدم تعادل در به کارگیری این منابع قطعاً مشکلاتی را برای فرد ایجاد خواهد کرد. مطالعات نشان داده است که اکثر افراد نابارور از بین منابع تکوین «خویشتن»، بیش‌تر از منبع پس‌خوراند اجتماعی استفاده می‌کنند، به گونه‌ای که قضاوت‌ها و نظرات دیگران نسبت به ناباروری برای ایشان بسیار مهم‌تر از خود ناباروری است؛ اهمیت شرایط استیگما برای فرد نابارور زمانی متجلی می‌شود که وی از منبع پس‌خوراندن‌های اجتماعی بیش‌تری استفاده کند (۲۸). دریافت حمایت اجتماعی، یک عامل بزرگ در مدیریت ناباروری است، اما یکی از علل اثرات منفی ناباروری ممکن است به دلیل اسطوره‌ها، استیگما، اطلاعات بد و کاهش شبکه حمایتی باشد (۲۹). ماهستد و همکاران (۵)، گزارش کردند که بسیاری از اعضای خانواده و

1. Géonet, De Sutter & Zech

آموخته شده در زندگی افراد می‌شود. فردی که از جنسیت خود هراس دارد ممکن است همه احساسات بین فردی و صمیمانه خود را نسبت به سایرین را به شدت سرکوب کند. تا به خود و دیگران ثابت کند که یک دگرجنس خواه است. این فرایند می‌تواند استرس فزاینده‌ای را در زنان ایجاد کند و با تغییر در هورمون‌های زنانه، آنان را مستعد ناباروری سازد.

نتایج این پژوهش محدود به شهر تهران است و نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر جوامع تعمیم داد. جمع‌آوری داده‌ها فقط با تکمیل پرسشنامه‌های خودگزارشی انجام گردید. با توجه به نبود منابع کافی در زمینه موضوع پژوهش و همچنین خلاء پیشینه پژوهشی در این خصوص، جمع‌آوری اطلاعات با مشکل روبرو بود. پیشنهاد می‌شود با انتخاب جامعه آماری در مناطق مختلف کشور می‌توان اثر بافت اجتماعی را بر ناباروری زنان مورد بررسی قرار گیرد و همچنین تکرار پژوهش‌های مشابه در مناطق دیگر با حجم نمونه بیشتر، زیرا برای تعمیم و استفاده از نتایج به تحقیقات زیادی احتیاج می‌باشد.

برای پیشنهادهای کاربردی می‌توان گفت که یافته‌های این پژوهش را می‌توان از دو جنبه کاربردهای نظری و عملی مورد توجه قرار داد. از جنبه نظری با توجه به این که پژوهش در حوزه‌ی شناسایی و درمان ناباروری در جهان در آغاز راه خود می‌باشد، انجام این پژوهش می‌تواند به بدنه‌ی علمی مربوطه یاری نماید زیرا در کشور ما نیز تحقیقات منسجمی در رابطه با عوامل روانشناختی ناباروری زوجین صورت نگرفته است. در قلمروی عمل یافته‌های این پژوهش می‌تواند دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت را در راستای بهبود و غنی‌سازی فرایند آموزش در خانواده‌ها و دانشگاه‌ها یاری نماید. همچنین تربیت روان‌درمانگران و زوج‌درمانگران مرتبط با این حوزه می‌تواند سهم عظیمی در رشد علمی جامعه و ترویج خانواده سالم داشته

باشند. اما پدیده ناباروری تحت تأثیر عوامل گوناگونی چون تعامل کودک با والدین در سال‌های اولیه زندگی گرفته تا جو علمی موجود در دانشگاه‌ها در بزرگسالی و ... شکل می‌گیرد. با توجه به نتایج بدست آمده به نظر می‌رسد کارهای عملی زیر مؤثر باشند:

(۱) ناباروری و چگونگی تجربه آن در زندگی افراد به

طور مبسوط در محافل علمی تشریح شود؛ زیرا نگرش افراد نسبت به ناباروری به میزان زیادی تحت تأثیر خانواده، معلمین و اساتید شکل می‌گیرد. در واقع نوع نگرش آنان و بیان این مطلب که ناباروری حتی در متخصصان هم رخ می‌دهد، بسیار مفید خواهد بود. آموزش دادن نحوه صحیح زندگی کردن به افراد نیز موجب می‌شود، آنها بیاموزند که ناباروری چیزی نیست که فوراً رخ دهد، بنابراین وقتی در مقطعی از زندگی قادر به تولیدمثل و باروری نیستند، ناامید نشده و به تلاش خود ادامه می‌دهند که منجر به احساس کارآمدی عمیق و درونی در آنان می‌شود.

(۲) با توجه به افزایش میزان ناباروری، متخصصین می‌توانند برنامه درمانی مناسبی را در مسیر کمک به زوجین و پیشگیری از ناباروری برای زوجین طرح‌ریزی کنند.

(۳) این که ناباروری امری ثابت نیست و با تلاش و کوشش در ارتباط است توسط متخصصین تقویت شود. وقتی افراد معتقد باشند توانایی‌شان ثابت است، هنگامی که با مسئله‌ای مواجه می‌شوند که قادر به حل آن نیستند، زود ناامید شده به این نتیجه می‌رسند که انسان موفق و خوشبختی نیستند. متأسفانه تفکر غالب در فرهنگ ما این است که توانایی، قابلیت تغییر ندارد. بنابراین افراد کم‌کم به این باور می‌رسند که

توانایی امری ثابت است که ربطی به تلاش و کوشش فرد ندارد. پیشنهاد می‌شود که با برگزاری کلاس‌های آموزشی در سنین مدرسه برای خانواده‌ها و در بزرگسالی در دانشگاه، برای افراد فرصتی فراهم گردد تا با تغییر نگرش آنان، افراد توانایی‌های خود را باور کنند.

(۴) باور به این که در برخی موارد ناباروری ذاتی نیست بلکه حاصل عوامل محیطی است تقویت گردد. با ایجاد فرصت‌هایی چون شرکت در جلسات آموزشی

خانواده و ارائه کتاب‌های مفید جهت اطلاع‌رسانی به خانواده‌ها و ایجاد سایت‌های آموزشی مخصوص در زمینه عوامل موثر بر ناباروری و شیوه‌های مقابله با آن برای زوجین راهگشا خواهد بود.

(۵) با توجه به پژوهش‌ها و نظریات مطرح شده می‌توان والدین را از ابتدا به ایجاد شخصیت‌های اندروژنی در فرزندان خود و تربیت شخصیت انعطاف‌پذیر زنانه و مردانه تشویق نمود تا در آینده دچار تعارض نقش جنسیتی نشوند.

Reference

1. World Health Organization. World health statistics 2010. World Health Organization; 2010.
2. TamannayiFar M. Mental health, marital adjustment and coping responses in fertile and infertile women. *Clinical and Personality Psychology*, 2012; 3 (4), 60-51.
3. Rashidi B, Hosseini S, Beigi P, Ghazizadeh M, Farahani MN. Infertility stress: The role of coping strategies, personality trait, and social support. *Journal of Family and Reproductive Health*, 2011; 5(4), 101-108.
4. Whittington K, Harrison SC, Williams KM, Day JL, Mclaughlin EA, Hull MG, Ford WC. Reactive oxygen species (ROS) production and the outcome of diagnostic tests of sperm function. *International journal of andrology*. 1999 Aug;22(4):236-42.
5. Mahlstedt PP, Macduff S, Bernstein J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*. 1987 Aug 1;4(4):232-6.
6. Lalos A. Breaking bad news concerning fertility. *Human Reproduction*. 1999 Mar 1;14(3):581-5.
7. Yazdani M, Mahmoodi Z, Azin SA, Qorbani M. The Effect of Counseling Based on Sexual Self-Concept via Social Networks on Smartphone in Infertile Women: A Randomized Controlled Trial. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2019 Jul;7(3):231.
8. Wischmann, T. H. (2003). Psychogenic Infertility-Myths and Facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20(12), 485-494.
9. Volgsten H, Svanberg AS, Ekselius L, Lundkvist Ö, Poromaa IS. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*. 2010 Mar 1;93(4):1088-96.
10. HemmatiGorgani S. The Emotional Aspects of Infertility, Abstracts of Symposium Papers on the Psychological Aspects of Infertility. 2002; Tehran: Ibn Sina Research Institute.
11. KhodaKarami N, Hashemi S, Sedigh S, Hamdiyeh M, Taheripanah R. The experience of living with infertility: A phenomenological review. *Journal of Reproduction and Infertility*, 2010; 10 (4), 287-297
12. Adhami A, Roghnia Z. The Impact of Formative Beliefs on Gender Inequality in the Family (Case Study: Women in Education in Hamadan). *Social Science Research Journal*, 2010; 3 (4): 127-143.
13. Panahi H, Rajabi Gh, KhojastehMehr R. Abuse of me and the form of abuse of men, sex, and female marital well-being by mediating the birth of a child in more affluent couples. *End of Letter of Senior Adviser on Family Affairs*, 2012; Shahid Chamran University of Ahvaz.
14. Carter RT, Williams B, Juby HL, Buckley TR. Racial identity as mediator of the relationship between gender role conflict and severity of psychological symptoms in Black, Latino, and Asian men. *Sex roles*. 2005 Oct 1;53(7-8):473-86.
15. Lunding SA, Pors SE, Kristensen SG, Bøtkjær JA, Ramløse M, Jeppesen JV, Flachs EM, Pinborg A, Macklon KT, Pedersen AT, Andersen CY. Ovarian cortical follicle density in infertile women with low anti-Müllerian hormone. *Journal of assisted reproduction and genetics*. 2020 Jan;37(1):109-17.
16. Basharpour S, Atadokht A, Ghaffari M, Mowlaie M. Prediction of Depression through Cognitive Emotion Regulation and Resilience among Infertile Females. *IJPN*. 2017; 4 (4) :34-42
17. Nourani Sh, Joneydi E, Shakeri M, Mokhber N. Comparison of quality of life of fertile and infertile women referred to public centers in Mashhad. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2013; 15 (7): 24-31.
18. Jamshidi M, Alimanesh N, BehboudiMoghaddam Z, Haggani H. The effect of education on self efficacy of infertile women. *Payesh*, 2016; 14 (2): 227-237.
19. Hammerli K, Znoj H, Berger T. What Are the Issues Confronting Infertile Women? A Qualitative and Quantitative Approach. *Qualitative report*. 2010 Jul;15(4):766-82.

20. Khorashadizade F, Karamidehkordi A, Rahsepar A, Latifnejad Rodsari R, Salari M, Esmaily H et al . Determination of the association between body Concept with sexual function and marital adjustment in fertile and infertile Women by path analysis modeling. JNKUMS. 2012; 3 (5) :23-31
21. Safaei S. Relationship between mother's self-concept with attachment style and child's self-concept. 2011; M.Sc. in Psychology, Semnan University, Iran.
22. Koochaki-Ravandi M, Monirpour N, Arj A. The role of attachment styles, quality of object relations and ego strength in predicting irritable bowel syndrome. Feyz. 2015; 19 (3) :231-241
23. Chami M, Poushahbaz A, Dolatshahi B, Moshtagh N. Psychometric properties of the Persian form of gender role conflict. Knowledge and Research in Applied Psychology, 2013; 13 (1), 47, 59-48.
24. Satinsky S, Reece M, Dennis B, Sanders S, Bardzell S. An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. Body Concept. 2012 Jan 1;9(1):137-44.
25. Rainwater SM. An Examination of the Dimensions of Intimacy and Male Gender Role Conflict.
26. Géonet M, De Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. Sexologies. 2013 Jan 1;22(1): e9-15.
27. Winter D. Personal construct psychology in clinical practice: Theory, research and applications. Routledge; 2013 Aug 6.
28. Younesi J. Stigma and Infertility in Iran - Coping Strategies. Journal of Fertility and Infertility. 2003; 3, 86-73.
29. Whiteford LM, Gonzalez L. Stigma: the hidden burden of infertility. Social Science and Medicine. 1995 Jan 1;40(1):27-36.

*Original Article***The role of self-Concept, the quality of thematic relationships, and the conflicting gender role in predicting infertility**

Received: 06/03/2020 - Accepted: 02/08/2020

Hengameh Behzadnia¹
 Nader Monirpour^{2*}
 Hasan MirzaHoseini³

1. Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2. Assistant Professor in Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

3. Assistant Professor in Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

* Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Email: monirpour@qom-iau.ac.ir

Abstract

Introduction: Infertility has many psychological and social consequences for couples and society. The purpose of this study was to determine the role of self-Concept, quality of thematic relationships and gender role conflict in predicting infertility.

Method: This research was a correlational study. The study population consisted of women with infertility in Tehran who were selected by convenience sampling and were divided into two groups of ovulation and tubal. Research tools included the Fitz & Warren Self-Concept Scale (1996), the quality of thematic relationships (Bell & Bell, 1995), and gender role conflict (O'Neill et al., 1986). The data were analyzed using descriptive statistics indices, Kendall's two-way correlation and logistic regression to predict infertility through the studied variables.

Results: The correlation results showed that self-Concept variables were correlated with female infertility ($r = 0.125$), quality of subject relationships ($r = 0.375$), and gender role conflict ($r = 0.314$). Results Regression showed that the relationship of all three variables of self-Concept, subject-relationship quality, and gender role conflict in model prediction was significant ($p \leq 0.001$). Gender role conflict plays a major role in predicting infertility in women and then in the quality of their subject relationships and perceptions, respectively. The results also showed that the predictive variables were able to explain 21 to 29 percent of inequality.

Conclusion: Self-Concept, the quality of thematic relationships, and gender role conflict play a decisive role in predicting infertility in women, so improving them can help to shape and improve family functioning.

Keywords: Infertility, Self-Concept, quality of thematic relationships, gender role conflict

conflict of interest: There is no conflict of interest.