

مقایسه ابعاد روان‌نژندی و آندروژنی در زنان نابارور و بارور شهر تهران

چکیده

عباس ابوالقاسمی^{*۱}
حسین شیبانی^۲
محمد نریمانی^۱
مسعود گنجی^۳

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی
۲- دستیار علمی دانشگاه پیام نور مرکز دامغان
۳- گروه آمار، دانشگاه محقق اردبیلی

* نویسنده مسئول: اردبیل، گروه روانشناسی، دانشگاه
محقق اردبیلی، صندوق پستی ۱۷۹
تلفن: ۰۹۱۴-۳۵۳۵۴۸۲
email: abolghasemi1344@uma.ac.ir

مقدمه

پدیده باروری (Fertility) تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی و روان‌شناختی قرار می‌گیرد. هم عوامل روان‌شناختی می‌توانند در ایجاد ناباروری دخالت داشته باشند و هم ناباروری می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی بسیاری به همراه داشته باشد. اینکه فرد به طور طبیعی نمی‌تواند فرآیند باروری داشته باشد و صاحب فرزند شود، به عنوان یکی از تجربیات تلخ و دردآور زندگی است که زمینه‌ها و شرایط روانی- اجتماعی نیز می‌تواند بر اهمیت آن بیفزاید و آن را برای فرد تبدیل به بحران روانی- اجتماعی نماید.^۱ در نوشته‌ها زنان نابارور مضطرب‌تر و افسرده‌تر از زنان بارور گزارش شده‌اند. طبق تئوری «روان‌زاد بودن ناباروری» Psychologenicity of infertility خصومت یا تردید در مورد پذیرش نقش جنسیتی مناسب، موجب جلوگیری از باروری می‌شود. از دیدگاه روان‌کاوی زنان نابارور به یکی از

زمینه و هدف: ناباروری جنبه‌های مختلف شخصیتی و روان‌شناختی، کارکردهای خانوادگی، شغلی و ارتباطی را متاثر می‌سازد. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناباروری با افسردگی، استرس، اضطراب، نارضایتی از زندگی و دیگر مشکلات روان‌شناختی همراه است. هدف از این پژوهش مقایسه ابعاد روان‌نژندی و آندروژنی در سه گروه از زنان بارور، نابارور و یائسه می‌باشد. روش بررسی: نمونه این پژوهش ۱۸۰ زن بارور، نابارور و یائسه (هر گروه ۶۰ نفر) بود که از میان زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام خمینی و میرزا کوچک خان شهر تهران در سال ۱۳۸۳ انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس روان‌نژندی پرسشنامه شخصیت NEO و پرسشنامه نقش جنسیتی بام استفاده شد. یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس یک متغیری نشان داد که بین هر یک از متغیرهای ابعاد روان‌نژندی و آندروژنی در زنان بارور، نابارور و یائسه تفاوت وجود دارد ($p < 0/01$). برای بررسی دقیق‌تر، آزمون پی‌گیری LSD نشان داد که میانگین نمره‌های ابعاد روان‌نژندی "زنان نابارور نسبت به زنان بارور"، "زنان نابارور نسبت به زنان یائسه" و "زنان یائسه نسبت به زنان بارور" به طور معنی‌داری بیشتر است، در صورتی‌که میانگین نمره‌های آندروژنی "زنان نابارور نسبت به زنان بارور"، "زنان نابارور نسبت به زنان یائسه" و "زنان یائسه نسبت به زنان بارور" به طور معنی‌داری کمتر بود ($p < 0/01$). نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهشی دیگر همخوانی دارد. توجه به نقش ابعاد روان‌نژندی و آندروژنی در مشاوره‌های ناباروری و درمان از راه‌کارهای عملی این پژوهش می‌باشد.

کلمات کلیدی: ناباروری، روان‌نژندی، آندروژنی.

بازدارنده‌های روانی بارداری نظیر شخصیت مردانه پرخاشگر، طرد حاملگی، سرد مزاجی (Frigidity) و شخصیت زنانه نابالغ مبتلا هستند. Rubenstein (۱۹۵۱) معتقد است که در تعدادی از زنان نابارور، ترس ناخودآگاه از داشتن فرزند عامل مهمی برای ناباروری است.^۲ طبق مدل بحران Crisis Model ناباروری در واقع از بحران‌های متعددی تشکیل می‌شود و در نهایت مانند بحران‌های دیگر یا حل می‌شود یا به‌حالت نهایی قبول هیجانی می‌رسد و مانند هر بحران دیگر، نتیجه نهایی آن ممکن است بروز مشکل روانی باشد. بنابراین زوجین ممکن است در زمان‌های مختلف هیجان‌ات و رفتارهای متفاوتی نظیر تعجب، انکار، خشم، انزوا، گناه و در نهایت سوگ، حل یا قبول آن، داشته باشند. Monach (۱۹۹۳) نیز موضوع تشابه واکنش ناباروری را با واکنش سوگ که توسط Mining (۱۹۷۷) و Houghton (۱۹۸۴) بیان شده بود، تأیید کرده است.^۳ در سال‌های

اولیه درون‌گرایی، اضطراب و افسردگی بیشتری گزارش کردند و نیز از ویژگی‌های شخصیتی با گروه کنترل متفاوت بودند.^{۱۳} پهلوانی (۱۳۷۵) ۴۰ زن و مرد نابارور را با ۴۰ زن و مرد بارور مقایسه کرد و به این نتیجه رسید که افراد نابارور نسبت به افراد بارور استرس بیشتری را تجربه کرده و سلامت روانی کمتری نیز دارند.^{۱۴} Downey و McKinney (۱۹۹۲) با بررسی زنان نابارور به‌دست آوردند که به استثنای تغییرات ناگهانی در خلق و خو و احساس ارزشمندی پایین، اختلالات روان‌شناختی خاصی در این زنان وجود ندارد.^{۱۵} Meyers و Wark (۱۹۹۶) با پژوهشی بر روی زنان نابارور نشان دادند که افسردگی، اضطراب، خصومت و نشانه‌های روان‌نژندی و بهداشت روانی پایین‌تر از مشکلات رایج آنها است.^{۱۶} مطالعه Agmawa, Dare, Oguniy (۱۹۹۹) نشان داد که ۲۹/۷ درصد زنان نابارور افسردگی و اختلال اضطراب داشتند.^{۱۷} Whishman و Bruce (۲۰۰۱) در پژوهشی به‌دست آوردند که میزان شیوع افسردگی در زنان نابارور بیشتر و رضایت زناشویی در آنان کمتر است.^{۱۸} Ramezanzadh (۲۰۰۴) در پژوهشی نشان داد که زنان نابارور افسردگی و اضطراب بیشتری در مقایسه با زنان بارور تجربه می‌کنند.^{۱۹} آندروژنی یکی از چهار سنخ عمده هویت جنسی بم Bem (۱۹۷۸) است. آندروژنی یک جهت‌گیری جنسیتی است که در آن صفات زیادی از هر دو اساندهای زنانه و مردانه را در شخصیت خود یکپارچه می‌سازد. به‌عبارت دیگر، فرد آندروژن تعداد زیادی از ویژگی‌های مردانه و زنانه را دارد. به اعتقاد بم افراد آندروژن نسبت به هم‌تایان خود از بهداشت روانی بیشتری برخوردار هستند. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که افراد آندروژن دوست‌داشتنی‌تر،^{۲۰} سازگارتر و راحت‌تر در روابط،^{۲۱} خشنودتر در روابط بین فردی^{۲۲} و دارای عزت نفس بالاتر^{۲۳} هستند. به‌نظر می‌رسد که زنان نابارور از نظر ویژگی‌های آندروژنی نسبت به زنان بارور ضعیف‌تر باشند. پژوهش Brand (۱۹۸۹) نشان داد که زنان آندروژن نقش مادر و زناشویی مناسب‌تری از زنان غیر آندروژن دارند.^{۲۴} یافته‌های پژوهشی نیز حاکی است که زنان غیر آندروژن اضطراب و افسردگی بیشتری در مقایسه با زنان آندروژن دارند. در صورتی که زوج‌های آندروژن رضایت زناشویی بیشتری دارند.^{۲۵} با در نظر گرفتن اهمیت موضوع، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوالات است که آیا روان‌نژندی در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور است؟ و آیا آندروژنی در زنان نابارور کمتر از زنان بارور است؟

اخیر پیشرفت قابل توجهی در پژوهش‌های مربوط به پیامدهای روان‌شناختی حاصل شده است. به‌طور مثال پژوهش‌های دقیقی در مورد ارتباط بین استرس و هورمون‌ها و اثر اضطراب بر ترشح هورمون‌های مرتبط با باروری مانند پرولاکتین انجام شده است.^۴ شواهد نیز حاکی است که عوامل روانی می‌توانند در نتیجه برخی از درمان‌های ناباروری نقش داشته باشند. از جمله، استرس از طریق به تأخیر انداختن یا مانع شدن از تخمک‌گذاری، می‌تواند در نتیجه درمان پزشکی اثر بگذارد.^۵ به‌علاوه به‌نظر می‌رسد که ناباروری یکی از مهمترین بحران‌های دوران زندگی است که منجر به تجربیات استرس‌زا و مشکلات روانی می‌شود. یکی از پیامدهای احتمالی ناباروری روان‌نژندی است. روان‌نژندی اختلالات روانی خفیفی است که فرد مبتلا به آن، از حل و فصل تعارضات و مشکلات خود ناتوان بوده و دچار برخی از نشانه‌های بیمارگونه می‌شود. تعداد زیادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زوج‌های نابارور دارای میزان بالایی از پریشانی هیجانی هستند.^۶ Harrison (۱۹۸۶) با مقایسه زوج‌های نابارور بدون علت مشخص و زوج‌های بارور طبیعی دریافت که میانگین اضطراب ناباروران بالاتر است.^۷ Lalos (۱۹۸۵) در پژوهشی نشان داد که در زوج‌های نابارور دارای درمان ناموفق، احساسات زناشویی منفی‌تر گشته و تمایل به جدایی و طلاق در آنان زیادتر می‌شود.^۸ در پژوهشی Sondelowsky (۱۹۹۶) به‌دست آورد که استرس، افسردگی، احساس نقص و تنهایی از پیامدهای ناباروری هستند.^۹ Robson و Coock, Edelman, Connolly (۱۹۹۲) با بررسی ۱۱۶ زوج دچار ناباروری اولیه به این نتیجه رسیدند که شواهد محکمی دال بر آسیب روانی این زنان وجود ندارد.^{۱۰} Stoler (۱۹۹۵) با بررسی زنان نابارور دریافت که زنان دارای میزان متوسطی از شکست در درمان نسبت به زنان فاقد تجربه شکست و زنان دارای حداکثر تجربه شکست، میزان پریشانی روانی بیشتری داشتند.^۵ در مطالعه Callan & Hennessey (۱۹۸۸) زنان دارای ناباروری اولیه و ثانویه از نظر ویژگی‌های روانی مقایسه شدند. نتایج نشان داد در عین حال که از نظر سلامت روان بین این دو گروه شباهت هست، اما زنان مبتلا به ناباروری اولیه سازگاری روانی پایین‌تر، رضایت از زندگی کمتر، احساس شادمانی کمتر و احساس تنهایی بیشتری دارند.^{۱۱} Edelman و Connolly (۱۹۸۶) نیز این نتایج را در پژوهشی تأیید کرده‌اند.^{۱۲} یافته‌های پژوهشی نیز حاکی از این است که زنان نابارور

روش بررسی

تمایل به همکاری و همچنین داشتن شرایط مورد نظر تحقیق، مشخصات فردی آنها توسط پرسشگر ثبت و پرسشنامه‌های تحقیق توسط آزمودنی‌ها تکمیل می‌گردید. در نهایت پرسشنامه‌های تحقیق جمع‌آوری، و داده‌های مربوط به سه گروه از زنان بارور، نابارور و یائسه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین نمره‌های روان‌نژندی ($F=15/16$) و آندروژنی ($F=19/25$) زنان بارور، یائسه و نابارور تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین این تفاوت در خرده‌آزمون‌های روان‌نژندی یعنی اضطراب ($F=22/35$)، خشم ($F=8/26$)، افسردگی ($F=15/32$)، خودآگاهی ($F=12/71$)، تکانشوری ($F=7/18$) و استرس ($F=13/09$) معنی‌دار است ($p<0/001$). در جدول ۲ نتایج آزمون LSD نشان می‌دهد که بین میانگین نمره‌های کل روان‌نژندی، اضطراب و افسردگی در گروه‌های زنان «بارور و نابارور»، «بارور و یائسه» و «نابارور و یائسه» تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$). همچنین بین میانگین نمره‌های خشم، خودآگاهی و استرس در گروه‌های زنان «بارور و نابارور» و «بارور و یائسه» تفاوت معنی‌داری به‌دست آمد. بین میانگین نمره‌های تکانشوری در گروه‌های زنان «بارور و نابارور» تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به‌عبارت دیگر، میانگین نمرات روان‌نژندی زنان نابارور از زنان بارور و یائسه به‌طور معنی‌داری بیشتر است. همچنین میانگین نمرات روان‌نژندی زنان یائسه از زنان بارور به‌طور معنی‌داری بیشتر است ($p<0/001$). همچنین در جدول ۲ نتایج آزمون LSD بین میانگین نمره‌های آندروژنی گروه‌های زنان «بارور و یائسه» و «بارور و نابارور» تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد ($p<0/001$).

به‌عبارت دیگر، میانگین نمرات آندروژنی زنان نابارور از زنان بارور و یائسه به‌طور معنی‌داری کمتر است. همچنین میانگین نمرات آندروژنی زنان یائسه از زنان بارور به‌طور معنی‌داری کمتر است. نتایج آزمون t در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین روان‌نژندی زنان بارور ($t=3/50$)، زنان یائسه ($t=6/18$) و زنان نابارور ($t=2/64$) دارای آندروژنی بالا و آندروژنی پایین تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارت دیگر، زنان دارای آندروژنی بالا در مقایسه با زنان دارای آندروژنی پایین روان‌نژندی کمتری دارند ($p<0/05$).

مطالعه حاضر از نوع مقایسه‌ای است که به‌روش گذشته‌نگر انجام شده است. نمونه این پژوهش شامل ۱۸۰ زن بارور، نابارور و یائسه می‌باشد (از هر گروه ۶۰ نفر) که از میان مراجعین به بیمارستان‌های امام خمینی و میرزا کوچک‌خان تهران در روزهای زوج انتخاب شدند. از میان زنان نابارور آنهایی انتخاب شدند که تجربه بارداری نداشته و حداقل پنج سال از ازدواج آنها گذشته بود. از میان زنان بارور و یائسه آنهایی انتخاب شدند که مبتلا به هیچ‌گونه بیماری مزمن نبودند. برای سنجش متغیرهای تحقیق از دو پرسشنامه استفاده شده است که عبارتند از: الف) پرسشنامه شخصیت NEO: پرسشنامه شخصیت NEO توسط Costa & McCrae (۱۹۹۲) فراهم شده است. این پرسشنامه که سنجش جامعی از شخصیت بزرگسالان ارائه می‌دهد، بر مبنای نظریه پنج عاملی شخصیت تهیه شده است. این آزمون مداد-کاغذی شامل ۲۴۰ سؤال درباره فرد است که در این پژوهش از ۶۰ سؤال مربوط به مقیاس روان‌نژندی استفاده شده است. آزمودنی باید موافقت و یا مخالفت خود را با علامت زدن یکی از گزینه‌های بلی و خیر مشخص کند. مقیاس روان‌نژندی شش جنبه اضطراب، خشم، افسردگی، خودآگاهی، تکانشوری و آسیب‌پذیری در برابر استرس را می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۴ گزارش شده است.^{۲۶} در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ این پرسشنامه به‌دست آمد. ب) پرسشنامه نقش جنسیتی بم: پرسشنامه نقش جنسیتی Sex of Role Inventory توسط بم (۱۹۷۸) تهیه و اعتباریابی شده است. پرسشنامه سنخ‌های جنسیتی بم یکی از رایج‌ترین ابزارهای ارزیابی نقش جنسیتی است که در برگیرنده ۵۶ ویژگی زنانه، مردانه و دو جنسیتی می‌باشد. این آزمون مداد-کاغذی توسط آزمودنی به‌صورت درست و غلط پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در بعد مردانگی ۰/۸۶ و در بعد زنانگی ۰/۸۰ گزارش شده است.^{۲۷} در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد. شیوه جمع‌آوری اطلاعات به این صورت بود که پس از ارائه مدارک لازم به بیمارستان و اخذ مجوز از شورای تحقیقات بیمارستان با همکاری پزشک متخصص زنان و یکی از پرسنل بیمارستان (کارشناس ارشد روانشناسی بالینی) ابتدا آزمودنی‌ها را از اهداف تحقیق مطلع نموده و در صورت

جدول ۱- نتایج تحلیل واریانس یک متغیری بر روی نمره‌های روان‌نژندی زنان

متغیر	دامنه تغییرات	SS	df	MS	F	p
اضطراب	بین گروهی	۵۴۲/۵۷	۲	۲۷۱/۲۹	۲۲/۳۵	<۰/۰۰۰۱
	درون گروهی	۲۱۳۶/۸۳	۱۷۶	۱۲/۱۴		
	کل	۲۶۷۹/۴۰	۱۷۸			
خشیم	بین گروهی	۲۹۳/۹۳	۲	۱۴۶/۹۸	۸/۲۶	<۰/۰۱
	درون گروهی	۳۱۳۱/۶۵	۱۷۶	۱۷/۷۹		
	کل	۲۵۳۴/۵۸	۱۷۸			
افسردگی	بین گروهی	۴۲۵/۱۲	۲	۲۱۲/۵۶	۱۵/۳۲	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۴۴۲/۱	۱۷۶	۱۳/۸۸		
	کل	۲۸۶۷/۲۳	۱۷۸			
خودآگاهی	بین گروهی	۳۲۶/۴۰	۲	۱۶۳/۲	۱۲/۷۱	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۲۵۹/۴۸	۱۷۶	۱۲/۸۴		
	کل	۲۵۸۵/۸۸	۱۷۸			
تکانش‌وری	بین گروهی	۳۰۴/۳۵	۲	۱۵۲/۱۷	۷/۱۸	<۰/۰۱
	درون گروهی	۳۷۲۹/۳۶	۱۷۶	۲۱/۱۹		
	کل	۴۰۳۳/۷۱	۱۷۸			
استرس	بین گروهی	۳۷۷/۱۲	۲	۱۸۸/۵۶	۱۳/۰۹	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۵۳۴/۷۷	۱۷۶	۱۴/۴۰		
	کل	۲۹۱۱/۸۹	۱۷۸			
روان نژندی	بین گروهی	۱۳۳۳۳/۶۸	۲	۶۶۶۶/۸۴	۱۵/۱۶	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۷۷۴۰۷/۷۲	۱۷۶	۴۳۹/۸۲		
	کل	۹۰۷۴۱/۴۱	۱۷۸			
آندروژنی	بین گروهی	۱۶۲۵/۱۵	۲	۸۱۲/۵۷	۱۹/۲۵	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۷۴۳۱/۱۲	۱۷۶	۴۲/۲۲		
	کل	۹۰۵۶/۳۰	۱۷۸			

SS=مجموع مجذورات df=درجه آزادی MS=میانگین مجذورات F=آزمون F

جدول ۳- مقایسه میانگین روان‌نژندی در زنان دارای آندروژنی بالا و پایین

متغیر	گروه (آندروژنی)	X	SD	df	t	p
روان‌نژندی	بالا	۱۲۰/۹۴	۹/۵۲	۵۸	۳/۵۰	۰/۰۱
	پایین	۱۰۵/۰۱	۱۷/۷۵	۵۸		
زنان نابارور	بالا	۱۳۶/۵۲	۲۳/۲۸	۵۸	۶/۱۸	۰/۰۱
	پایین	۱۰۸/۱۰	۱۰/۳۳	۵۸		
زنان یائسه	بالا	۱۳۵/۰۵	۲۱/۸۳	۵۸	۲/۶۴	۰/۰۵
	پایین	۱۱۸/۵۶	۱۹/۹۴	۵۸		
زنان بارور	بالا	۱۳۲/۸۳	۲۱/۲۳	۱۷۸	۸/۵۵	۰/۰۱
	پایین	۱۰۸/۴۸	۱۶/۶۱	۱۷۸		

\bar{X} = میانگین SD = انحراف معیار df = درجه آزادی t = آزمون t

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره‌های روان‌نژندی در گروه‌های مختلف زنان

متغیر	\bar{X}	SD	گروه	۲	۳
اضطراب	۱۸/۰۸	۴/۲۹	بارور	*	*
	۲۰/۷۳	۲/۶۹	یائسه	-	*
	۲۲/۳۱	۳/۲۹	نابارور	-	*
خشیم	۱۷/۹۳	۳/۴۶	بارور	*	*
	۱۹/۲۸	۴/۶۵	یائسه	-	-
	۲۱/۰۷	۴/۴۵	نابارور	-	-
افسردگی	۱۸/۳۷	۲/۸۱	بارور	*	*
	۲۰/۸۰	۴/۱۹	یائسه	*	-
	۲۲/۰۸	۴/۰۳	نابارور	-	*
خودآگاهی	۱۸/۶۵	۲/۹۰	بارور	*	*
	۲۰/۷۵	۳/۸۹	یائسه	-	-
	۲۱/۹۲	۴/۸۶	نابارور	-	-
تکانش‌وری	۱۷/۷۲	۳/۰۹	بارور	*	-
	۱۹/۳۰	۵/۵۲	یائسه	-	-
	۲۰/۹۲	۴/۸۶	نابارور	-	-
استرس	۱۸/۷۷	۳/۰۸	بارور	*	*
	۲۰/۹۷	۴/۰۶	یائسه	-	-
	۲۲/۲۹	۴/۱۶	نابارور	-	-
روان نژندی	۱۰۹/۵۲	۱۷/۳۶	بارور	*	*
	۲۱/۸۲	۲۲/۸۳	یائسه	*	-
	۱۳۰/۵۸	۲۲/۴۱	نابارور	-	*
آندروژنی	۴۴/۹۰	۷/۰۲	بارور	*	*
	۳۹/۸۵	۷/۰۶	یائسه	-	-
	۳۷/۷۱	۵/۲۲	نابارور	-	-

بحث

همان‌طور که در بخش یافته‌ها ملاحظه کردید بین میزان روان‌نژندی در زنان بارور، نابارور و یائسه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج به‌دست آمده از این تحقیق ضمن تأیید نتایج پژوهش‌های محققان دیگر ۱۹-۱۳، ۱۵-۷، ۵ حاکی از آن است که میانگین نمره‌های روان‌نژندی زنان نابارور، یائسه و بارور با هم تفاوت دارند. به عبارت دیگر، بین روان‌نژندی زنان «نابارور و بارور»، «نابارور و یائسه» و «بارور و یائسه» تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این معنی که در زنان نابارور

و شخصیتی فرد بوده و به دلیل تغییرات هورمونی یائسگی نمی‌باشد.^۵ همان‌گونه که در بخش نتایج ملاحظه گردید نتایج آزمون LSD تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمره‌های آندروژنی در گروه‌های «بارور و یائسه» و «بارور و نابارور» نشان داد. در زنان نابارور نسبت به بارور و یائسه میانگین نمره‌های آندروژنی کمتر بود. این نتیجه تا حدود زیادی با یافته‌های پژوهشی دیگر^{۲۴-۲۰} همخوان می‌باشد. وجود استرس‌ورهای قوی مثل ناباروری و یائسگی باعث پیدایش یک‌سری صفات روان-نژند گرایانه در زنان نابارور و یائسه می‌گردد، این صفات نیز به نوبه خود بر خلق‌وخو، رفتار و شناخت‌فرد تأثیر منفی می‌گذارد. به لحاظ اینکه فرد تحت استرس شدید، آستانه تحملش پایین آمده و شناخت‌های غلط در او شکل می‌گیرد، لذا او را از حالت انعطاف پذیری خارج کرده و باعث می‌شود فرد در موقعیت‌های فشارزا پاسخ مناسب و سازگارانه‌ای نداشته باشد. بنابراین خصوصیات مثبت آندروژنی مثل عزت نفس بالا، خلاقیت، انعطاف‌پذیری و ویژگی‌های شخصیتی مثبت در فرد کم‌رنگ می‌شود.^{۲۷} در این صورت پایین بودن سطح آندروژنی زنان نابارور در مقایسه با زنان یائسه و بارور احتمالاً قابل توجیه خواهد بود. همچنین از آنجا که افراد نابارور دچار انزوا شده و عزت نفس‌شان نیز پایین می‌آید به‌حالتی می‌رسند که گویا توسط دیگران مورد محبت قرار نمی‌گیرند و از میزان دوستانه‌بودن، سازگاری، روابط رضایت‌بخش و انعطاف‌پذیر آنها کاسته می‌شود. به‌لحاظ اینکه ناباروری و یائسگی باعث اشکال در روابط بین فردی، روابط زناشویی و ناهماهنگی بین خواسته‌های فرد و رخداد موقعیت‌ها می‌شود^{۷۸} با توجه به میزان آندروژنی کمتر و روان‌نژندی بیشتر در زنان نابارور در مقایسه با زنان یائسه و بارور، احتمال ابتلا به آشفتگی‌های روان‌شناختی در زنان نابارور بیشتر می‌باشد. ارائه آموزش‌های ویژه روان‌شناختی به زنان نابارور و توجه به سنخ‌های جنسیتی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی از پیشنهادات این پژوهش می‌باشد.

نسبت به زنان بارور و یائسه میانگین نمره‌های روان‌نژندی به‌طور معنی‌داری بیشتر است. تبیین احتمالی این است که چون باروری و مولد بودن بر دیگر نیازهای انسانی برتری نشان می‌دهد، تکاپوی شخصیت در جهت تحقق خویشتن در فرزندان متبلور می‌شود و راه را به‌سوی دیگر اهداف پر معنی آینده هموار می‌سازد. افرادی که به‌دلیل عضوی و روانی در این مرحله دچار نارسایی می‌شوند، معنی و اهداف آتی زندگی آنها در هاله‌ای از یأس و ناامیدی می‌ماند و فرد را به‌سمت آسیب‌های جدی روان‌شناختی سوق می‌دهد. تأثیر این پدیده روان‌شناختی به‌نحوی است که امکان فروپاشی زندگی زناشویی را به‌وجود می‌آورد و تأثیر مخربی بر جای خواهد گذاشت.^۲ از سوی دیگر ناباروری تنها داشتن فرزند نیست و یک زن نابارور تنها نداشتن فرزند را تجربه نمی‌کند، بلکه احتمالاً روابط خود با خانواده، همسر و دوستان را نیز از دست داده و دچار احساس تنهایی و انزوا می‌شود، از طرف خود و دیگران سرزنش می‌شود، هویت خود را به‌عنوان یک زن از دست می‌دهد که تمام این عوامل در بالا رفتن نمره روان‌نژندی آنها دخیل بوده و توجیه‌کننده تفاوت معنی‌دار آن با گروه‌های قابل مقایسه است. همچنین در مورد تفاوت نمره روان‌نژندی زنان یائسه و بارور نیز این‌گونه می‌توان عنوان کرد که یائسگی نیز به نوبه خود یک استرسور نسبتاً قوی است و بر زنان سنین بالای ۵۰ سال وارد می‌شود.^۶ همچنین در سنین میانسالی وقایع ناگواری مانند شروع بیماری و ناتوانی و حتی مرگ همسر، فامیل و یا دوستان، بازنشستگی از شغل، مشکلات اقتصادی، نیاز به مراقبت از والدین و بستگان خیلی مسن و جدایی از فرزندان بروز می‌نماید. بنابراین اگر یائسگی به‌عنوان یک واقعه میانسالی در این دورنمای منفی نقش داشته باشد، ممکن است مشکلات ناشی از موقعیت‌های مختلف زندگی به اشتباه به یائسگی نسبت داده شوند. اما شواهد حاکی است که اکثر علائم و مشکلاتی که در سنین میانسالی بروز می‌کنند، ناشی از شرایط اجتماعی

References

۱. کرمی نوری رضا، آخوندی محمد مهدی. ناباروری و جنبه های روانی- اجتماعی. فصلنامه باروری و ناباروری ۱۳۸۰؛ ۲، شماره ۸: صفحات ۲۷-۱۵.
2. Bernastin MM, Sebile J, Bernestn AA, Kiessling SR. Technology and infertility: psychological issues in infertility: An historical overview. In: Bernastin MM, Sebile J, Bernestn AA, Kiessling SR, editors. Infertility of clinical, psychosocial, legal and ethical aspects. 2nd ed. New York: Springer; 1993. p. 279-87.
3. Zoldbrad AP. Men, women and infertility: Intervention and treatment strategies. 2th ed. New York: McMillan; 1993. p. 126-49.
4. Taymor F, Seibel M, Ming H. Psychological adjustment to infertility and its treatments. *J Psychosomatic Research* 1980; 38: 229-40.
5. Stoler S, Benson K. Application of behavioral medicine techniques to the treatment of infertility. In: Stoler S, Benson K, editors. Technology and infertility: Clinical, psychological, legal, and ethical aspects. 2nd ed. New York: Springer; 1993. p. 355-60.
6. Domar AD, Zuttermister PC, Fredman R. The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993; 14: 45-52.

7. Harrison RF, Omoore RR, Omoore AM. Stress and fertility: Some modalities of investigation and treatment in couples with unexplained infertility in Dublin. *Int J Fertil* 1986; 31: 153-9.
8. Lalos A, Lalos O, Jacobsson L, von Schoultz B. The psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64: 599-604.
9. Sondlovsky L. Chronic stress, acute stress and depressive symptoms. *Am J Conunon Psych* 1990; 37: 681-706.
10. Connolly KJ, Edelman RJ, Cook ID, Rabson J. The impact of infertility on psychological functioning. *J Psychosom Res* 1992; 36: 459-68.
11. Callan KJ, Hansy I. The personal and marital adjustment of mothers and of voluntarily and involuntarily childless wives. *J Marriage and Family* 1989; 49: 847-56.
12. Edelman RJ, Connolly KJ. Psychological aspects of infertility. *Br J Med Psychol* 1986; 59: 209-19.
13. Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, Mastroianni L Jr. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1985; 43: 48-53.
۱۴. بهلولانی هاجر. بررسی عوامل استرس زا. راهبردهای مقابله ای و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، ۱۳۷۵.
15. Downey J, McKinney M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *Am J Orthopsychiatry* 1992; 62: 196-205.
16. Meyers L, Wark L. Psychotherapy for infertility: A cognitive-behavioral approach for couples. *Am J Fam Ther* 1996; 24: 9-20.
17. Aghanwa HS, Dare FO, Ogunniyi SO. Sociodemographic factors in mental disorders associated with infertility in Nigeria. *J Psychosom Res* 1999; 46: 117-23.
18. Whisman MA, Bruce ML. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 674-8.
19. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health* 2004; 4: 9.
20. Bem SL. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychol. Rev* 1981; 88: 354-64.
21. Garcia LT. Sex-role orientation and stereotypes about male- female sexuality. *J Sex Role* 1985; 8: 863-76.
22. Gonzalez LO. Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues Ment Health Nurs* 2000; 21: 619-33.
23. Cook R. The relationship between sex role and emotional functioning in patients undergoing assisted conception. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993; 14: 31-40.
24. Brand HJ. The influence of sex differences on the acceptance of infertility. *J Reprod Infant Psychol* 1989; 7: 129-31.
25. Basoul S. Sex role adaptability. New York: Allyn and bacon: 1999.
26. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO- FFI). Professional Manual. In: Odessa, FL. Psychological Assessment Resources. 1992; p. 351-75.
27. Bem SL. Bem Sex Role Inventory. Professional manual. Cited 18 times. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1978. p. 156-75.
28. Singh SB, Srivastava C, Nigan A. Infertility women stress, personality and adjustment: A comparative study. *Ind J Clin Psychol* 1992; 19: 62-7.

Dimensions of neuroticism and androgyny: fertile versus infertile women

Abstract

Abolghasemi A.^{1*}
Shibani H.²
Narimani M.¹
Ganji M.³

1- Department of Psychology
2- University of Damghan Payam-
Noor
3- Department of Statistic

University of Mohaghegh Ardebili

Background: Infertility influences various aspects of a woman's personality and psyche, and affects her functions within her family and occupation, as well as her ability to communicate. Studies have shown that infertility is associated with depression, stress, anxiety, dissatisfaction with life and other psychological problems. The purpose of the present study was to compare the dimensions of neuroticism and androgyny in fertile, infertile and postmenopausal women.

Methods: This study included of 180 fertile, infertile and postmenopausal women (60 in each group) selected from inpatients at Imam Khomeini and Mirza Koochak Khan Hospitals, Tehran, Iran, during 2004. Data were collected using the NEO Personality Inventory Neuroticism Scale and Bem Sex-Role Inventory and analyzed using the one-way ANOVA technique.

Results: LSD test results show that mean neuroticism scores were significantly different between the three groups, with scores following the trend: infertile women > postmenopausal women > fertile women. The mean androgyny scores were also significantly different between the three groups, following the trend: infertile women < postmenopausal women < fertile women ($p < 0.01$).

Conclusion: The results of this research are congruent with findings from other studies. These results may be useful for infertility counseling and therapy.

Keywords: Infertility, neuroticism, androgyny.

* Corresponding author: Dept. of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, P.O.Box 179, Ardabil, IRAN
Tel: +98-914-3535482
email: abolghasemi1344@uma.ac.ir