

تعارض کار - خانواده و مکانیسم‌های دفاعی در زنان نابارور و بارور شاغل

Family- Work Conflicts and Defensive Mechanisms in Infertile and Fertile Working Women

<https://dx.doi.org/10.52547/JFR.17.3.455>

F. Shahamat Dehsorkh, Ph.D.

Department of Psychology, Faculty of humanities,
Khayyam University, Mashhad, Iran

E. Najar Shahri, B. A.

Department of Psychology, Khayyam University,
Mashhad, Iran

✉ دکتر فاطمه شهامت دهسرخ

گروه روان‌شناسی، دانشگاه خيام مشهد

الهام نجار شهری

گروه روان‌شناسی، دانشگاه خيام مشهد

دریافت مقاله: ۹۹/۷/۱

دریافت نسخه اصلاح شده: ۴۰۰/۷/۱۸

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۸/۱

Abstract

According to the academic literature, infertility is a feeling of helplessness that affects the general Psychological health in women. Psychoanalytic theories believe that infertility is a defensive response to ambivalent feelings about maternity and individual goals. This research aims to investigate the discriminating power of work family conflicts questionnaire and Defensive Styles Questionnaire (DSQ) in infertile and fertile women.

✉ Corresponding author: Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of humanities, Khayyam University, Mashhad, Iran.

Email: f.shahamat@khayyam.ac.ir

چکیده

از ناباروری به‌عنوان یک تجربه درماندگی یاد می‌شود که سلامت روان عمومی زنان را دچار مشکل می‌کند. نظریه روانکاوی ناباروری را یک پاسخ دفاعی به دوسوگرایی مرتبط با مادرگری و اهداف فردی می‌داند. پژوهش پیش رو با هدف بررسی قدرت تمایزگذاری دو متغیر تعارض کار - خانواده و مکانیسم‌های دفاعی در گروه زنان بارور و نابارور شاغل انجام شد. به منظور بررسی مسئله، دو پرسش‌نامه تعارض کار - خانواده و پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی (DSQ) بر ۴۷ نفر (۵۲٪/۸٪) زنان نابارور مراجعه

✉ نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خيام، مشهد، ایران

پست الکترونیکی: f.shahamat@khayyam.ac.ir

Work family conflicts questionnaire and DSQ, were administered on a sample of 47 working infertile women (52.8%) in Novin infertility clinic and 42 (47.2%) fertile women. Discriminant function analysis result showed that 67.7% of samples can be differentiated according these two variables (Wilks' Lambda= 0.85, $X^2= 10.14$, $p<0.05$). Results showed that infertile women, compared to fertile ones have more conflicts and more defensive mechanisms. According to psychoanalytic theories these results can be explained as psychological suppression of fertility. Intolerance of ambivalence and conflict between career goals and desires for parenthood has a psychological suppressing impact in fertility.

Keywords: Infertility, Defensive Mechanisms, Working Women, Work-Family Conflicts.

کننده به کلینیک ناباروری و ۴۲ نفر (۴۷/۲٪) زنان بدون مشکل باروری اجرا شد. نتایج اجرای تحلیل تابع تشخیص نشان داد که ۶۷/۷ درصد از گروه مورد بررسی بر اساس متغیرهای انتخاب‌شده قابل تمایز هستند ($p<0.05$)، $(Wilks' Lambda=0.85, X^2=10.14)$. نتیجه به‌دست آمده حاکی از آن است که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور تعارض‌های بیشتری در زمینه کار و نقش‌های زنانه دارند و در مقایسه با زنان بارور کمتر از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته استفاده می‌کنند. از دیدگاه روانکاوی می‌توان این نتیجه را به صورت سرکوب روان‌شناختی باروری تبیین کرد. عدم تحمل دوسوگرایی و تعارض بین اهداف و آرزوهای شغلی و مادرگری می‌تواند بر باروری اثر سرکوب‌کننده داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: ناباروری، مکانیسم‌های دفاعی، زنان شاغل، تعارض کار- خانواده

مقدمه

ناباروری^۱ به‌عنوان شکست در بارداری پس از گذشت یک سال نزدیکی منظم و بدون پیشگیری تعریف می‌شود (لئون^۲، ۲۰۱۰). با توجه به اهمیت وجود فرزند در نظام خانواده، ناباروری مسئله تأثیرگذار مهمی بر ابعاد درون فردی و برون فردی زندگی زناشویی است. بیوین و گامرو^۳ (۲۰۱۵) از ناباروری به‌عنوان یک تجربه شدید درماندگی یاد می‌کنند. برخی پژوهشگران این تجربه تلخ را از نظر واکنش مبتلایان، با سوگ قابل مقایسه دانسته‌اند (تورن^۴، ۲۰۰۹؛ سالما- آرو و سوکاری^۵، ۲۰۰۸). کاوینگتون و برنز^۶ (۲۰۰۶) معتقدند تجربه ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به‌عنوان تجربه‌ای استرس‌زا و سخت تجربه می‌شود و بحرانی تهدیدکننده برای ثبات فردی، زناشویی و خانوادگی به حساب می‌آید. گفته می‌شود در کلیه فرهنگ‌های غربی و غیرغربی تجربه ناباروری به‌عنوان یک داغ یا ننگ اجتماعی^۷ احساس می‌شود (لئون، ۲۰۱۰). مطالعه جمیلیان در ایران نشان داد که تجربه ناباروری، سبب آسیب سلامت روانی عمومی زنان مبتلا در مقایسه با زنان بارور می‌شود (جمیلیان، رافعی، جمیلیان و همکاران^۸، ۲۰۱۲).

تأثیرگذاری ناباروری بر نظام فردی و خانوادگی، حجم زیادی از پژوهش‌ها را به خود جلب کرده است و مطالعات زیادی ابعاد مختلف جسمی و روانی آن را مورد بررسی قرار داده‌اند (لئون، ۲۰۱۰). اگرچه در تبیین و درمان ناباروری، دیدگاه‌های پزشکی، جایگاه ویژه‌ای دارند، بویوبین و گامیرو (۲۰۱۵) در نوشتار خود با بررسی روند تغییرات در بررسی ناباروری، به اهمیت وجود یک دیدگاه یکپارچه رسیده‌اند و در کنار مداخلات و تبیین‌های جسمی و پزشکی، تبیین‌های روان‌شناختی را حائز اهمیت می‌دانند. از منظر تاریخی، اولین بار اهمیت مسائل روان‌شناختی در ناباروری در سال ۱۹۹۱ توسط برگ و ویلسن^۹ مطرح شد. ناباروری در حوزه روان‌شناختی، در ابعاد مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است (سالمل-آرو و سوکاری، ۲۰۰۸؛ پاتل، شارما و کومار^{۱۰}، ۲۰۱۸) که از آن جمله می‌توان به مدل شناختی - رفتاری (رونی و دومار^{۱۱}، ۲۰۱۸) و روانی - اجتماعی (گریل، سلاسون، بلوینز و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۰ و کریستای^{۱۳}، ۱۹۹۸) اشاره کرد. یکی از نظریه‌های مطرح در بررسی ناباروری، نظریه روانکاو است که به بررسی تعارض‌های زیربنایی افراد در باب مسئله باروری می‌پردازد (آپفل و کیلور^{۱۴}، ۲۰۰۲).

بولتر^{۱۵} (۱۹۹۷) در بررسی وضعیت روان‌شناختی زنان نابارور که در تلاش برای کنترل ناباروری خود هستند، مشاهده کرد که زنان نابارور در جست‌وجوی درمان، سطوح بالاتر اضطراب و افسردگی و خودتنبیه‌گری را تجربه می‌کنند. این پژوهشگر بر اساس نتیجه به‌دست‌آمده در زانی که تلاش فعالانه‌تری در کنترل ناباروری خود دارند، استنباط می‌کند که تلاش در کنترل مسئله ناباروری، پریشانی هیجانی این افراد را افزایش داده است. شاید افزایش پریشانی هیجانی در افرادی که تلاش فعالانه‌ای در حل مسئله خود دارند در مقایسه با افرادی که رویکرد منفعلانه‌تری در پیش گرفته‌اند، نتیجه‌ای متناقض به نظر بیاید. اما این پژوهشگر معتقد است این نتیجه که تلاش بیشتر منجر به سطوح پریشانی بالاتری در افراد مبتلا می‌شود، بیانگر تعارض‌های بنیادین و نه چندان آگاهانه به‌عنوان علت زیربنایی ناباروری است. آپفل و کیلور (۲۰۰۲) در بررسی روانکاوانه ناباروری، معتقدند که از این منظر دو تبیین اساسی وجود دارد: تبیین اول، شکست در سوگواری کافی برای سوگ‌های گذشته است. کریستای (۱۹۹۷) در بررسی چند مورد درمانی به این نتیجه اشاره کرده است که ناباروری با جدایی زودرس از والدین و مرگ سوگواری‌نشده آن‌ها همراه است. سوگ می‌تواند در اثر مرگ ایزه‌ها یا نبود یک رابطه به‌اندازه کافی خوب بین مادر و کودک تجربه شود. تبیین روانکاوانه دوم ارائه‌شده توسط آپفل و فیگل (۱۹۹۸) عبارت است از غیاب دوسوگرایی و نادیده گرفتن و پس زدن احساس‌های منفی درباره بارداری و مادرگری، که در زنان نابارور به چشم می‌خورد. تصمیم به بارداری همواره تصمیمی دشوار و اغلب همراه با درجه‌ای از دوسوگرایی است.

یکی از شرط‌های تعارض‌برانگیزی که دوسوگرایی شدیدی در زنان در تصمیم‌گیری برای مادر شدن ایجاد می‌کند، تعارض بین اهداف شغلی و تمایل به مادر بودن است (آپفل و کیلور، ۲۰۰۲). گفته می‌شود تعارض کار - خانواده بر زنان تأثیرگذارتر است تا مردان و حتی برخی منابع از آن به‌عنوان بزرگ‌ترین استرس زنان شاغل یاد کرده‌اند (پین^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱؛ زائو^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس یافته‌های بونومو^{۱۸} و همکاران (۲۰۲۰) مؤنث بودن ادراک تعارضات کار - خانواده را افزایش می‌دهد و خطر ابتلا به عوارض آن مانند فرسودگی شغلی و دوسوگرایی را بالا می‌برد. نادیده گرفتن احساس‌های منفی برخاسته از تعارضات و استرس بالای ناشی از تعارض نقش‌های خانوادگی و هدف‌گذاری‌ها و پیشرفت‌های تحصیلی و شغلی زنان،

می‌تواند شرایط درون‌روانی دشواری را برای آن‌ها به وجود بیاورد، که یکی از آن‌ها شدت یافتن تعارضات فرد در رابطه با مسئله فرزندآوری و وظایف مادرانه است. تحمل نکردن دوسوگرایی، منجر به تلاش شدیدی در کنترل باروری، از طریق سرکوب افکار و احساسات منفی می‌شود. ذهنیت‌های زنان از زنانگی و نقش‌های مرتبط با آن در چارچوب خانواده و تعارض آن‌ها با خواسته‌ها و تمایلات فردی، در یک چارچوب دفاعی ناپخته، ممکن است منجر به جسمانی کردن مسئله و بعد سبب سرکوب روان‌شناختی ناباروری شود. چودورو^{۱۹} (۲۰۰۲) نیز به تعارض‌های مرتبط با نقش جنسی اشاره کرده و معتقد است این تعارضات می‌تواند در سبک ارتباطی مادر و کودک (که در بالا به‌عنوان داینامیک اول توضیح داده شد) ریشه داشته باشد.

آپفل و فیگل (۱۹۹۸) پیشنهاد می‌کنند که تحمل نکردن عواطف منفی راجع به باروری، افراد را به تلاش‌های نامتعطف‌تر دفاعی سوق می‌دهد. به گفته این نویسندگان ناتوانی در تحمل دوسوگرایی، منجر به روی آوردن به تلاش‌های آشفته در کنترل باروری می‌شود. این تلاش‌ها با سرکوب افکار و احساس‌های منفی و نیز سرکوب روان‌شناختی باروری همراه خواهد بود. مطالعه پودار، سانپال، و ماخرجی^{۲۰} (۲۰۱۴) در بررسی مکانیسم‌های دفاعی دو گروه بارور و نابارور نشان داد که میانگین استفاده از مکانیسم‌های دفاعی بالغانه در افراد نابارور بیشتر از افراد بارور است. این یافته با ماهیت مکانیسم‌های دفاعی آنا فروید^{۲۱} (۱۹۴۷) معرفی می‌کند در تناقض است. وی مکانیسم‌های دفاعی را ابزار و روشی تعریف می‌کند که فرد از طریق آن‌ها ایگو^{۲۲}، اضطراب و احساس عدم لذت را دفع می‌کند و بر رانه‌های^{۲۳} غریزی، عواطف و رفتارهای تکانشی اعمال کنترل می‌کند. تبدیل یک تعارض روان‌شناختی به علائم جسمی مانند ناباروری در سطوح مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته می‌گنجد (گرانپیر^{۲۴} و همکاران، ۲۰۱۷). بر اساس چهارچوب نظری بررسی‌شده به نظر می‌رسد زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور، از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته بیشتر استفاده می‌کنند. همچنین به نظر می‌رسد نظام دفاعی رشد نیافته در افرادی که تعارض‌های بیشتری بین نقش‌های خود احساس می‌کنند، شدیدتر باشد.

مطالعه پیش رو بر آن است تا در چارچوب نظریه‌های روانی - اجتماعی و نظریه روانکاوی به بررسی دو عامل مکانیسم‌های دفاعی و تعارض‌های مربوط به کار و خانواده، در بین زنان بارور و نابارور، بپردازد. پژوهشگران در این مطالعه به دنبال پاسخگویی به این سؤال هستند که آیا تعارض کار - خانواده و نظام مکانیسم‌های دفاعی فرد، توان تمایزگذاری بین زنان شاغل بارور و نابارور را دارد؟

روش

این مطالعه از نوع توصیفی است که به روش علی مقایسه‌ای انجام شد. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ناباروری در شهر مشهد است. نمونه این پژوهش شامل ۴۷ نفر (۵۲/۸ درصد) زنان نابارور است که به صورت در دسترس از مراجعه‌کنندگان به کلینیک ناباروری نوین مشهد انتخاب می‌شدند. گروه زنان بارور نیز از میان زنان بارور که همراه مراجعان به کلینیک می‌آمدند، انتخاب شدند. برای اجرای این مطالعه پس از کسب مجوز از مرکز ناباروری نوین جهت کار با مراجعان، اجرا صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه برای زنان نابارور و بارور عبارت بود از شاغل بودن، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی مشخص، بیماری مزمن جسمی و دارا بودن حداقل مدرک دیپلم. طیف سنی مورد مطالعه، افراد ۲۰ تا

۴۵ سال را شامل می‌شد. نداشتن سابقه عقیم‌سازی و یا بارداری در گذشته برای گروه ناباور، به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شده بود. اجرا به این صورت بود که وقتی آزمودنی برای انجام جلسات درمانی حضور می‌یافت با او درباره هدف مطالعه و نیز محرمانه بودن اطلاعات صحبت می‌شد. پس از کسب موافقت افراد از آن‌ها خواسته می‌شد تا در یکی از اتاق‌های کلینیک به سؤال‌ها پاسخ دهند. پرسش‌نامه‌های اجراشده به شرح زیر است:

پرسش‌نامه تعارض کار - خانواده: نت مایر، بولز، و مک ماریان^{۲۵} (۱۹۹۶) این پرسش‌نامه را به منظور سنجش متغیر تعارض کار - خانواده طراحی کرده‌اند و دارای ۱۰ گویه است که پنج گویه اول آن تعارض کار - خانواده و پنج گویه دوم آن تعارض خانواده - کار را بررسی می‌کند. نمره‌گذاری سؤال‌های این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است. فیلدز^{۲۶} (۲۰۰۲) ضریب پایایی ۰/۹۴ را برای برای این پرسش‌نامه گزارش داده است. در ایران ملکیها، باکبان و فلاح زاده^{۲۷} (۲۰۰۹)، روایی پرسش‌نامه را مطلوب اعلام کرده‌اند. این محققان، پایایی بخش اول این پرسش‌نامه را ۰/۸۲ و بخش دوم آن را ۰/۹۲ به دست آورده‌اند. در این پژوهش از قسمت اول پرسش‌نامه به منظور سنجش تعارض کار - خانواده استفاده شده است. در پژوهش پیش رو ضریب آلفای کرونباخ ۷۸/۹ درصد به دست آمده است.

پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی^{۲۸} (DSQ): این پرسش‌نامه بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها توسط آندروز، سینگ و باند^{۲۹} در سال ۱۹۹۳ تدوین شده. پرسش‌نامه مکانیسم‌های دفاعی شامل ۴۰ سؤال است و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته، مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزرده مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت است که فرد به هر سؤال میزان موافقت خود را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای اعلام می‌کند. این پرسش‌نامه در ایران توسط حیدری نسبت، منصور، آزاد فلاح و همکاران^{۳۰} در سال ۲۰۰۷ مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت. مراحل هنجاریابی به طور کلی بعد از برگردان پرسش‌نامه به زبان فارسی و رفع نواقص آن به لحاظ ادبی در دو بخش روایی و اعتبار پیگیری شد. جهت بررسی روایی هم‌زمان، همبستگی مکانیسم‌ها با ویژگی‌های شخصیتی بر اساس پرسش‌نامه پنج عاملی شخصیتی نئو مورد مطالعه قرار گرفت. روایی سازه پرسش‌نامه نیز بر اساس محاسبه همبستگی هر ماده (عبارت) با مکانیسم و سبک مرتبط، مورد ارزیابی قرار گرفت. روایی ملاکی پرسش‌نامه مکانیسم‌های دفاعی در پژوهش‌های انجام‌شده در سال‌های ۱۷۸ تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار (۴۲۳ = تعداد) و بهنجار (۱۳۹۷ = تعداد) بررسی و تأیید شده و پایایی آزمون از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است.

جهت بررسی داده‌ها از روش تحلیل تابع تشخیص استفاده شده است. این مدل آماری برای پروراندن ترکیب خطی وزن‌دار به منظور پیش‌بینی عضویت در دو یا بیش از دو گروه، زمانی که متغیر ملاک یک متغیر طبقه‌ای (در اینجا بارور یا ناباور بودن) و متغیرهای پیش‌بین متغیری پیوسته (تعارض کار - خانواده و مکانیسم‌های دفاعی) هستند، به کار می‌رود.

بیان یافته‌ها

به منظور تحلیل داده، ابتدا داده‌ها به صورت کلی مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه پس از حذف پرسش‌نامه‌های مخدوش به ۴۷ نفر (۵۲/۸ درصد) نابارور و ۴۲ نفر (۴۷/۲) درصد بارور رسید. قبل از تحلیل تجزیه تابع تشخیص، ابتدا مفروضه‌های آن بررسی شد. نتایج بررسی نرمال بودن با استفاده از آزمون کلمگرف - اسمیرنوف نشان داد که نمرات هر سه متغیر پژوهش توزیع نرمال داشتند. بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس با استفاده از آزمون ام باکس نیز نشان داد که یکسانی ماتریس واریانس - کواریانس به خوبی رعایت شده بود (ام باکس = ۱۲/۰۳، $F_{(10, 17942/66)} = 1/47$ ، $p = 0/342$). همچنین بررسی ماتریس همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیرهای پیش‌بین همبستگی‌های بزرگی وجود ندارد و هم‌خطی جدی مشهود نیست.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پیش‌بین برای دو گروه بارور و نابارور و نتایج آزمون ANOVA برای بررسی معناداری تفاوت بین دو گروه

سطح معناداری	Fآماره	گروه		گروه
		بارور	نابارور	
۰/۰۴۱	۴/۳۴	۳۸/۳۶ (۱۱/۹۴)	۳۲/۴۲ (۱۱/۰۲)	رشدیافته
۰/۹۹	۰/۰۰	۱۳۴/۲۰ (۲۷/۷۶)	۱۲۸/۳۴ (۲۴/۸۰)	رشدنیافته
۰/۳۷	۰/۸۱	۲۸/۸۰ (۹/۶۴)	۲۸/۷۷ (۱۰/۴۳)	نوروتیک
۰/۰۰۸	۷/۴۰	۱۸/۵۳ (۰۷/۶)	۲۳/۱۷ (۷/۴۵)	تعارض کار- خانواده

در جدول یک میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پیش‌بین برای دو گروه زنان بارور و نابارور و نتایج آزمون ANOVA برای بررسی معناداری تفاوت بین دو گروه ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میان دو گروه از نظر تعارض کار - خانواده و مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($p < 0/05$)، اما تفاوت میان دو گروه از نظر مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و نوروتیک معنادار نیست ($p > 0/05$).

برای تمایز دو گروه زنان بارور و نابارور بر اساس متغیرهای پیش‌بین از یک تجزیه تابع تشخیص به روش همزمان استفاده شد. در تحلیل حاضر به علت بودن دو گروه از آزمودنی‌ها یک تابع تشخیص به دست آمد.

جدول ۲: خلاصه توابع تشخیصی کانونی

تعداد تابع	مقادیر ویژه	درصد از واریانس کل	همبستگی کانونیک
۱	۰/۱۸۱	۱۰۰	۰/۳۹۱

در جدول ۲ خلاصه توابع تشخیصی کانونی ارائه شده است. با توجه به نتایج، یک تابع تشخیصی کانونی شناسایی شد که این تابع ۱۰۰ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کند.

جدول ۳: نتایج آزمون لاندای ویلکز برای بررسی تمایز دو گروه زنان بارور و نابارور

بر اساس متغیرهای پیش بین

لانداى ویلکز	مجدور کای	درجه آزادى	سطح معنادارى
۰/۸۵	۱۰/۱۴	۴	۰/۰۳۸

نتایج جدول ۳ مربوط به ویلکز لامبدا معناداری ارزش ویژه مربوط به هر تابع تشخیص را آزمون می‌کند، که مقدار لاندای ویلکز برابر ۰/۸۵ و مجدور کای معادل آن برابر ۱۰/۱۴ است که نشان می‌دهد به طور معناداری توان تمایز بین گروه‌ها وجود دارد ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۴: همبستگی درون گروهی تجمعی بین متغیرهای پیش بین، ضرایب استاندارد شده

و ضرایب استاندارد نشده

متغیرهای پیش بین	همبستگی درون گروهی تجمعی	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده
تعارض کار - خانواده	۰/۸۱	۰/۷۵	۰/۱۱
مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته	-۰/۶۲	-۰/۶۵	-۰/۰۶
مکانیسم‌های دفاعی نورو تیک	-۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۰۲
مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته	-۰/۲۷	۰/۰۴	۰/۰۱

در جدول ۴ همبستگی درون گروهی تجمعی بین متغیرهای پیش بین، ضرایب استاندارد شده و ضرایب استاندارد نشده ارائه شده است. بر اساس وزن‌های به دست آمده از متغیرهای پیش بین تعارض کار - خانواده و مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته با بالاترین مقدار همبستگی و ضریب استاندارد شده دارای بالاترین توان تمایز بودند. مقدار ضریب همبستگی برای مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته منفی است که به معنی استفاده کمتر مبتلایان به ناباروری از این سطح از مکانیسم‌های دفاعی است. متغیرهای مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته و نورو تیک، در درجه بعدی قرار دارند که در آزمون ANOVA نیز قادر به ایجاد تفاوت معنادار میان آزمودنی‌های دو گروه نبودند.

جدول ۵: نتایج طبقه‌بندی دو گروه بارور و نابارور بر اساس تابع تشخیص

گروه‌بندی اصلی	گروه‌بندی اولیه	گروه‌بندی پیش‌بینی شده	
		زنان بارور	زنان نابارور
گروه‌بندی اصلی	زنان بارور	۲۲	۱۳
	زنان نابارور	۸	۳۰
	زنان بارور	۶۲/۹	۳۷/۱
	زنان نابارور	۲۶/۷	۷۴/۳

۶۷/۷ درصد گروه‌بندی مجدد افراد در گروه خود

در جدول ۵ نتایج طبقه‌بندی زنان بارور و نابارور در گروه‌های خود بر اساس تابع تشخیص ارائه شده است. طبق آمارهای ارائه شده در جدول ۲۲ نفر از زنان بارور (۶۲/۹ درصد) و ۲۲ نفر از زنان نابارور (۷۴/۳)

درصد) به‌طور صحیح تشخیص داده شده‌اند. نتایج این طبقه‌بندی مجدد (۶۷/۷ درصد) نشان‌دهنده توان مؤلفه‌های پیش‌بین در تمایز میان دو گروه بارور و نابارور است.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که مکانیسم‌های دفاعی و تعارض‌های مربوط به شغل و نقش‌های زنانه، دو گروه بارور و نابارور را از هم تفکیک می‌کنند. این نتیجه با تبیین‌های عنوان‌شده در دیدگاه روانکاوی درباره ناباروری قابل بررسی است. در این نظریه در تبیین ناباروری روانزاد^{۳۱} (اصطلاحی که برگ و ویلسون^{۳۲} در سال ۱۹۹۱ وضع کرده‌اند)، از ترس‌های ناهوشیار و تعارض‌های مربوط به جنسیت و طرد هویت زنانه و مادری صحبت می‌شود. در محیط روانی - اجتماعی تعارض‌های مربوط به کار و پیشرفت شغلی از یک سو و دغدغه‌های مربوط به فرزندپروری و حجم وظایف مرتبط با این مهم از سوی دیگر، می‌تواند در نتیجه به‌دست‌آمده تأثیرگذار باشد.

داده‌ها نشان داد که افراد دچار ناباروری در مقایسه با گروه کنترل کمتر از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته استفاده می‌کنند. این نتیجه با یافته پودار و همکاران (۲۰۱۴) ناهمسو است. این محققان به این نتیجه رسیدند که افراد دچار ناباروری بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته استفاده می‌کند. پودار و همکاران (۲۰۱۴) در تبیین یافته خود آورده‌اند که به علت سطوح بالاتر پریشانی و احساس بی‌کفایتی، این افراد یعنی گروه نابارور سعی در خلاص شدن از اضطراب زیاد خود داشته و از روش‌های بالغانه‌ای برای دفع اضطراب خود استفاده می‌کنند. حال آنکه نتیجه به‌دست‌آمده در این پژوهش نشان می‌دهد که استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته در گروه مبتلا به باروری کمتر است.

نتیجه به‌دست‌آمده در این مطالعه با تبیین تحلیلی ارائه‌شده از جسمانی‌سازی تعارض‌ها همخوان است. به این صورت که تعارض‌های زیربنایی با مادرگری و خشم‌های نهفته در فرایند سوگ حل‌نشده (کریستای، ۱۹۹۸) احتمالاً به صورت ناخودآگاه فرد را به جسمانی کردن هیجان‌ها و استفاده از دفاع‌های نابالغانه می‌کشاند. گرچه در نتایج به‌دست‌آمده تفاوتی بین دو گروه بارور و نابارور از لحاظ استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته وجود ندارد، نتایج نشان می‌دهد که سطح برخورداری از سطوح رشدیافته مکانیسم‌های دفاعی از جسمانی‌سازی تعارضات جلوگیری می‌کند و مسیرهای کارآمدتری برای فرونشاندن اضطراب ناشی از تعارض‌ها فراهم می‌آورد. دوسوگرایی نسبت به مادرگری و زنانگی ریشه در تعارض‌های اولیه و سوگ‌های حل‌نشده مرتبط با کیفیت رابطه مادر و کودک دارد (کریستای، ۱۹۹۷).

برخی محققان معتقدند که نیمرخ روانی ناباروری مزمن، مانند نیمرخ روانی بیماران دچار سرطان یا بیماری‌های قلبی است (دومار، زاترمیستر، سیبل، و همکاران^{۳۳}، ۱۹۹۲). گاب^{۳۴} در توصیف این بیماران از اصطلاح بدن ناطق^{۳۵} استفاده می‌کند. وی توضیح می‌دهد که چگونه تجارب و هیجان‌ها در آغاز بدنی هستند، و خواندن، تفسیر و حس کردن آن‌ها یک تکلیف تحولی است که در متن رابطه اولیه مادر و کودک کسب می‌شود. بر این اساس، زمانی که مشکلی در این فرایند رخ بدهد، روان نمی‌تواند نمادسازی کند، بیندیشد و در نتیجه ارتباط برقرار کند. اینجاست که بدن این وظیفه را بر عهده می‌گیرد. مک دوگال^{۳۶} (۱۹۸۹) در نوشتاری با عنوان تتاثر بدن^{۳۷} از محرومیت بیان هیجانی در سطح زبان، فقر ایگو و سیستم دفاعی نابالغانه

صحبت می‌کند، که منجر به علائم جسمی روانزاد می‌شود. زمانی که روان تعارض زیادی بین نقش‌های زنانه ادراک‌شده با مسئولیت‌های کاری و نقش‌های اجتماعی می‌بیند، در سطح بدن شاهد علائمی خواهیم بود که ممکن است یکی از آن‌ها ناباروری باشد. در اینجا می‌توان گفت که بنا به گفته کِیمر و فیگل (۱۹۹۸)^{۳۸} با سرکوب روان‌شناختی ناباروری مواجه خواهیم بود.

مطالعه حاضر در رابطه با مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته، به تفاوت معناداری بین دو گروه دست نیافت. این نتیجه نیز با یافته پودار و همکاران (۲۰۱۴) همسو است. جسمانی کردن در طبقه‌بندی مکانیسم‌های دفاعی در طبقه مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته می‌گنجد (اندروز، پالاک، استوارت^{۳۹}، ۱۹۸۹). ممکن است نبود تفاوت معنادار در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته در دو گروه به این علت باشد که در این پژوهش دو گروه از نظر عدم ابتلا به اختلالات مشخص روان‌شناختی کنترل شده‌اند. زیرا استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته با سطوح بالاتر آسیب‌دیدگی، اختلالات روان‌شناختی و ضعف‌های شخصیتی همراه است (گرانیر و همکاران، ۲۰۱۷). پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده حوزه‌های آسیب‌شناختی شخصیتی نیز به‌عنوان یک متغیر مطرح در این روابط مورد توجه قرار گیرد.

زنان در مقایسه با مردان احساس دغدغه‌مندی بیشتری نسبت به امور خانه دارند و از سویی در چند دهه اخیر تمایل به داشتن تحصیلات بیشتر و فعالیت‌های شغلی و اجتماعی نیز افزایش یافته است. محققان در یک مطالعه طولی دو ساله به این نتیجه رسیدند که تعارض کار - خانواده در زنان بیشتر از مردان تجربه می‌شود و این تفاوت جنسیتی در کاهش چشمگیر رفتارهای حوزه سلامت حاصل از این تعارض نیز قابل مشاهده است (لینویر^{۴۰}، ۲۰۱۳). جنبش‌های فمینیستی نیز بر این باورند که در نظر گرفتن این مشغله‌های زنانه و مطرح کردن آن‌ها، منجر به کم شدن امتیازهای اجتماعی و شغلی زنان می‌شود. شاید این باور خیلی دور از واقعیت نباشد، چرا که نظام‌های شغلی و کارفرمایان تمایلی به پرداخت هزینه‌های مربوط به کاهش این تعارضات و در نظر گرفتن شرایط زندگی زنان شاغل ندارند. شرایط شغلی موجود در جامعه و سازمان‌های مربوط منجر به افزایش تعارض‌های کار - خانواده و در نتیجه پایین آمدن سطح سلامت روان‌شناختی و حتی جسمی زنان می‌شود. به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی‌های بیشتری در سطح جامعه از سوی نظام‌های حاکم لازم باشد، به‌عنوان مثال فراهم آوردن نظام‌های پشتیبانی نگهداری کودکان، کمک‌های مالی و خدماتی بیشتر و متناسب با شرایط زندگی زنان شاغل. نتیجه به‌دست‌آمده در این پژوهش در سطح کاربردی لزوم مداخله در سطح باورها و ذهنیت‌های افراد مبتلا به ناباروری در رابطه با فرزند و معنای روانی آن را می‌رساند. از طرفی در سطح روانی - اجتماعی مداخله در نظام خانواده و نظام‌های اجتماعی و شغلی به منظور فراهم آوردن نظام حمایتی در کاهش ترس‌ها و دغدغه‌های مرتبط با تولد فرزند و کاهش دوسوگرایی‌های مرتبط با آن حتماً کمک‌کننده خواهد بود.

پی‌نوشت‌ها

1. Infertility
2. Leon
3. Boivin & Gameiro
4. Thorn
22. Ego
23. Drives
24. Granieri
25. Netemeyer, Boles, and McMurrian

5. Salmela-Aro & Suikkari
6. Covington and Burns
7. Stigma
8. Jamilian, Rafiei, Jamilian, & Esmkhani
9. Berg and Wilson
10. Patel, Sharma, & Kumar
11. Rooney & Domar
12. Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan
13. Christie
14. Apfel & Keylor
15. Bolter
16. Pien
17. Zhao
18. Buonomo
19. Chodorow
20. Poddar, Sanyal, and Mukherjee
21. Freud
26. Fields
27. Maleklha, Baqban, and Fatehl-zada
28. Defensive Style Mechanism (DSQ)
29. Andrews, Singh, and Bond
30. Heidari Nasab, Mansouri, Azadfallah, & Shaieeri
31. Psychogenic Infertility
32. Breg & Wilson
33. Domar, Zuttermeister, Seibel, & Benson
34. Gubb
35. Speaking Body
36. McDougall
37. Theaters of the Body
38. Kemeter & Fiegl
39. Andrews, Pollock, & Stewart
40. Leineweber

منابع

جمیلیان، م.، رفیعی، م.، جمیلیان، ح. ر.، و اسمخانی، ا. (۱۳۹۰). مقایسه سلامت عمومی زنان بارور و نابارور شهر اراک در سال ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۴(۶)، ۳۵-۲۷.

ملکیها، م.، باغبان، ا.، و فاتحی زاده، م. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی مدیریت تعارض کار خانواده بر کاهش تعارض کار خانواده و خانواده کار زنان شاغل. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۷(۱)، ۱۳۳-۱۵۲.

حیدری نسب، ل.، منصور، م.، آزادفلاح، پ.، و شعیری، م. ر. (۱۳۷۷). روایی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه‌های ایرانی. *دانشور رفتار*، ۶(۲۲)، ۱۱-۲۶.

- Andrews, G., Pollock, C., & Stewart, G. (1989). The Determination of Defense Style by Questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*, 46(5), 455-460 .
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis*, 181(4), 246-256 .
- Apfel, R. J., & Keylor, R. G. (2002). Psychoanalysis and Infertility. Myths and Realities. *Int J Psychoanal*, 83(1), 85-104 .
- Berg, B. J., & Wilson, J. F. (1991). Psychological Functioning across Stages of Treatment for Infertility. *J Behav Med*, 14(1), 11-26 .
- Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of Psychology and Counseling in infertility. *Fertil Steril*, 104(2), 251-259.
- Bolter, D. T. (1997). *Defenses and Adaptation to Infertility*. PhD Dissertation in Psychology, Boston University.
- Buonomo, I., Fiorilli, C., Romano, L., & Benevene, P. (2020). The Roles of Work-Life Conflict and Gender in the Relationship between Workplace Bullying and Personal

- Burnout. A Study on Italian School Principals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8745- 8750.
- Chodorow, N. J. (2003). "Too late": Ambivalence about Motherhood, Choice, and Time. *J Am Psychoanal Assoc*, 51(4), 1181-1198.
- Christie, G. L. (1997). The Management of Grief in Work with Infertile Couples. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14(4), 189-191.
- Christie, G. L. (1998). Some Socio-Cultural and Psychological Aspects of Infertility. *Hum Reprod*, 13(1), 232-241.
- Covington, S. N., & Burns, L. H. (2006). *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. Cambridge University Press. <https://books.google.com/books?id=cPE8UoKvtukC>
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., Seibel, M., & Benson, H. (1992). Psychological Improvement in Infertile Women after Behavioral Treatment: a Replication. *Fertil Steril*, 58(1), 144-147.
- Fields, D. L. (2002). *Taking the Measure of Work: A Guide to Validated Scales for Organizational Research and Diagnosis*. London: Sage Publication.
- Freud, A. (1947). The Ego and the Mechanisms of Defense. *Journal of Clinical Psychology*, 3(4), 402-402.
- Granieri, A., La Marca, L., Mannino, G., Giunta, S., Guglielmucci, F., & Schimmenti, A. (2017). The Relationship between Defense Patterns and DSM-5 Maladaptive Personality Domains. *Frontiers in Psychology*, 8, 1926-1926. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01926>
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The Experience of Infertility: A Review of Recent Literature. *Sociol Health Illn*, 32(1), 140-162.
- Gubb, K. (2013). Psychosomatics Today: A Review of Contemporary Theory and Practice. *Psychoanal Rev*, 100(1), 103-142. <https://doi.org/10.1521/prev.2013.100-1.103>.
- Heidari Nasab, L., Mansouri, M., Azadfallah, P., & Shaeeri, M. R. (2007). Validity and Reliability Of Defens Style Questionnaire (DSQ-40) in Iranian Samples. *Clinical Psychology & Personality*, 1(22), 11-27 [in Persian].
- Jamilian, M., Rafiei, M., Jamilian, H. R., & Esmkhani, A. (2012). The Comparison of General Health between Fertile and Infertile Women of Arak City in 2010. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 14(6), 27-35 [in Persian].
- Kemeter, P., & Fiegl, J. (1998). Adjusting to Life when Assisted Conception Fails. *Hum Reprod*, 13(4), 1099-1105.
- Leineweber, C., Baltzer, M., Magnusson Hanson, L. L., & Westerlund, H. (2013). Work-Family Conflict and Health in Swedish Working Women and Men: a 2-year Prospective Analysis (the SLOSH study). *Eur J Public Health*, 23(4), 710-716.
- Leon, I. G. (2010). Understanding and Treating Infertility: Psychoanalytic Considerations. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 38(1), 47-85. <https://doi.org/10.1521/jaap.2010.38.1.47>
- Maleklha, M., Baqban, I., & Fatehl-zada, M. (2009). the Effect of Work-Family Conflict Management Training on Decreasing Work-Family and Family-Work Conflicts in Female Workers. *Quarterly Journal of Women's Studies Sociological and Psychological*, 7(1), 133-152. <https://doi.org/10.22051/jwsp.2009.1352> [in Persian].

- McDougall, J. (1989). *Theaters of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. New York: W W Norton & Co Publication.
- Netemeyer, R., Boles, J., & McMurrian, R. (1996). Development and Validation of Work-Family and Family-Work Conflict Scales, *Journal of Applied Psychology*, 81(1), 400-410.
- Patel, A., Sharma, P., & Kumar, P. (2018). "In Cycles of Dreams, Despair, and Desperation:" Research Perspectives on Infertility Specific Distress in Patients Undergoing Fertility Treatments. *J Hum Reprod Sci*, 11(4), 320-328. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_42_18
- Pien, L. C., Cheng, W. J., Chou, K. R., & Lin, L. C. (2021). Effect of Work-Family Conflict, Psychological Job Demand, and Job Control on the Health Status of Nurses. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18(7), 3540- 3542.
- Poddar, S., Sanyal, N., & Mukherjee, U. (2014). Psychological Profile of Women with Infertility: A Comparative Study. *Industrial Psychiatry Journal*, 23(2), 117-126. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.151682>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The Relationship between Stress and Infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41-47.
- Salmela-Aro, K., & Suikkari, A.-M. (2008). Letting Go of Your Dreams Adjustment of Child-Related Goal Appraisals and Depressive Symptoms During Infertility Treatment. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 988-1003. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.02.007>
- Thorn, P. (2009). *Understanding Infertility: Psychological and Social Considerations from a Counselling Perspective*. *International Journal of Fertility and Sterility*, 3(1), 48-51.
- Zhao, X. R., Namasivayam, K., Beutell, N. J., Liu, J., & Wang, F. (2020). Chronic Regulatory Focus and Work-Family Conflict among Chinese Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4526.