

◊ نشریه علمی زن و فرهنگ

سال یازدهم، شماره ۴۴، تابستان ۱۳۹۹

صفحات: ۳۵-۱۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۹/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۰۸

تسهیل گران رنج: کندوکاوی کیفی از برهمکنش زنان نابارور با دیده بانان مشرف به صحنه

آزاده ابویی*
سیدعلیرضا افشانی**
علی روحانی***

چکیده

هدف پژوهش حاضر مطالعه رابطه زنان نابارور با اطرافیان شان حول محور مسائل ناباروری شان بود. جامعه آماری زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر یزد است که با استفاده از نمونه گیری نظری و هدفمند تعداد ۲۱ نفر از زنان انتخاب شدند. طرح پژوهش از نوع کیفی و روش نظریه زمینه ای و فرایند نمونه گیری نظری تا اشباع داده ها ادامه یافت. اطلاعات جمع آوری و تحلیل داده ها به شیوه کدگذاری باز و محوری انجام شد. یافته های به دست آمده از پژوهش شامل ۱۳ مقوله اصلی و یک مقوله هسته تحت عنوان تسهیلگران رنج شد. بر همین اساس جداول مفهومی، مدل پارادایمی و طرح واره نظری پژوهش ارائه شد. با توجه به داده های ارائه شده می توان نتیجه گرفت، زنان نابارور وضعیت نامساعدی را در ارتباط با دیگران تجربه می کنند.

کلید واژگان: ناباروری، زنان، دیده بانان مشرف به صحنه، تسهیل گران رنج.

*استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: A.aboei@tea.sau.ac.ir)

**استاد گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. (ایمیل: afshanianlireza@yazd.ac.ir)

***استادیار گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. (ایمیل: aliruhani@yazd.ac.ir)

«تمام حقوق انتشار این اثر متعلق به دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد»

مقدمه

عده‌ای از افراد انتخاب می‌کنند که بدون داشتن فرزند با هم زندگی کنند اما عده‌ی دیگری بدون این که خودشان انتخاب کنند صاحب فرزند نمی‌شوند. نداشتن فرزند بر زندگی این افراد پیامدهای متفاوت روان‌شناختی و اجتماعی به همراه دارد. مطالعات مختلفی که به بررسی ابعاد اجتماعی و روان‌شناختی ناباروری پرداخته‌اند، نشانگر پاسخ‌های فرهنگی متفاوتی به این مسئله بوده‌اند (اینهورن و پاتریزو^۱، ۲۰۱۵). شیوع ناباروری طی ۵۰ سال گذشته افزایش یافته و میزان شیوع جهانی آن بین زوجین ۱۵-۱۰ درصد گزارش شده است (اشرف، علی و آزاده^۲، ۲۰۱۴). ناباروری به‌عنوان پدیده‌ای استرس‌زا، غیرمنتظره و تروماتیک که پیامدهای بیولوژیکی، اقتصادی، اخلاقی و فرهنگی را به همراه دارد، شناخته می‌شود (والسنگکار، بدهر، بله و سای^۳، ۲۰۱۱).

در بسیاری از فرهنگ‌ها داشتن فرزند به‌عنوان یک ارزش مهم اجتماعی و فرهنگی به‌شمار می‌آید (اشرف، علی و آزاده، ۲۰۱۴ و دیر^۴، ۲۰۰۷). ناباروری علاوه بر تأثیرات زناشویی و روان‌شناختی، پیامدهای اجتماعی بر زوجین و خصوصاً زنان دارد. وابسته به فرهنگ هر جامعه این پیامدها می‌تواند خفیف‌تر یا شدیدتر باشد (آرت، هوپل، چوتن، ون ایمپل، بویون و ورهاک^۵، ۲۰۱۲). علیرغم اینکه ناباروری وضعیت اجتماعی متفاوتی را برای افراد رقم می‌زند، مطالعات اندکی به بررسی روابط اجتماعی زوجین نابارور و خصوصاً زنان نابارور پرداخته‌اند. خیلی از افراد در مورد مسئله‌ی ناباروری خود با دیگران صحبت می‌کنند و زنان بیشتر از مردان در بیان مشکلات خود به دیگران اعتماد می‌کنند. انگ^۶ احساس منفی در مورد تفاوت اجتماعی با دیگران است و ناباروری یک انگ فردی و اجتماعی بالقوه است (اسلید، اونیل، سیمپسون و لاشن^۷، ۲۰۰۷). به‌طور کلی، در جوامع غربی جمعیت نابارور توسط سایرین حمایت می‌شوند اما مطالعات صورت گرفته در بین زنان نابارور نشان می‌دهد کسانی که از مشکلات نازایی خود با دیگران صحبت کرده‌اند، در مواردی با واکنش‌های غیرحمایت‌گرانه هم‌روبرو شده‌اند (آرت، هوپلز، چوتن، ون ایمپل، بویون، ورهاک و کرمر^۸، ۲۰۱۲).

وضعیت اجتماعی زنان نابارور کاملاً وابسته به فرهنگ است. به‌طور کلی بر اساس پژوهش‌های انجام شده در کشورهای خاورمیانه‌ای فرزندآوری پدیده‌ای است که با فرهنگ آن جامعه ارتباطی تنگاتنگ دارد. بر اساس پژوهش‌هایی که توسط (فاهی و فیلد^۹، ۲۰۰۸). انجام شد، با توجه به فرهنگ سنتی و خانواده‌محور ایرلند، زوجینی که از مشکلات باروری رنج می‌برند خود را جدا و غیرعادی از سایر افراد احساس می‌کنند چون در یک مسئله‌ی طبیعی که برای سایر افراد به‌صورت عادی و بدون تلاش اتفاق می‌افتد در آن‌ها با مشکل مواجه است. در پژوهشی که توسط انجمن بین‌المللی حمایت از ناباروری^۹ انجام شد، ۸۷٪ از آن‌ها گزارش دادند که به‌علت ناتوانی در باروری تحت فشارهای شدید اجتماعی و فرهنگی هستند (هیلارد، ۲۰۰۷). و هم‌چنین از نظر بسیاری از اعضا بحث

1. Inhorn & Patrizo
2. Ashraf, Ali & Azadeh
3. Valsangkar, Bodhare, Bele, Sai
4. Dyer
5. Aarts, Hupples, Chotenvan, Emple, Boivin, Verhak & Kermer
6. stigma
7. Slade, Oneil, Simpson & Lashen
8. Fahey & Field
9. NISIG

در مورد ناباروری با اعضای خانواده (۶۳٪) و دوستان (۵۸٪) مسئله‌ای دشوار بوده که باعث شده میل به انزوا در این افراد بیشتر شود. نکته‌ی مهم دیگر در مورد فرهنگ ایرلندی این است که اندازه خانواده‌ها در دهه اخیر کاهش یافته است. باین وجود هنوز میل به تک‌فرزندی بسیار غیرعادی به شمار می‌رود و فشارهای اجتماعی و فرهنگی برای دوست داشتن حداقل دو فرزند زوجین را وامی‌دارد تا به دنبال درمان‌های ناباروری برای غلبه بر ناباروری ثانویه باشند (هیلازد، ۲۰۰۷، فاهی و هیلد، ۲۰۰۸).

هم چنین مطالعه‌ی (اشمید، کرچنگاست، ویتسکا، بینستونفر و هوبر^۱، ۲۰۰۴). که بر روی زنان مهاجر مسلمان با اصالت خاورمیانه‌ای که مقیم استرالیا بودند انجام داد، نشان داد لازم است آن‌ها ناباروری خود را از دیگران پنهان کنند، درحالی که زنان نابارور استرالیایی محدودیتی را گزارش نکردند. یکی دیگر از تفاوت‌های زنان نابارور مهاجر خاورمیانه‌ای با زنان نابارور اروپایی این بود که آن‌ها به واسطه‌ی ناباروری شان اندوه بیشتری را تجربه می‌کنند (کریکن^۲، ۲۰۰۳). بررسی پیشینه‌های مختلف پژوهشی در مورد ناباروری نشانگر این مسئله است که ناباروری با ایجاد شرایطی ناخوشایند منجر به درد و رنج افراد می‌شود و برای این که افراد بتوانند با این مسئله کنار بیایند زمان زیادی طول می‌کشد، درمان‌های ناباروری می‌تواند تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی داشته باشد، به طوری که اغلب افرادی که با این مسئله مواجه هستند تجارب ناراحت‌کننده‌ای را در این فرایند داشته‌اند (فکس، بوتندیک، وریس، برات، برویز و دلفینگ^۳، ۲۰۰۳). علی‌رغم وجود مشکلات ناشی از فرهنگ و اجتماع بر زنان نابارور پژوهش‌های کمی در این زمینه انجام شده است. پژوهشکده علوم تولید مثل یزد از جمله مراکز درمانی، آموزشی و پژوهشی بسیار معتبر در کشور ایران است که با همراهی جمعی از متخصصین زبده ناباروری هر ساله پذیرای زوجین نابارور از اقصی نقاط کشور می‌باشد. به همین دلیل پژوهش حاضر به علت دسترسی معتبر به نمونه‌های نابارور در این مرکز سعی داشته است مسائل و پویایی‌های روابط این زنان و برهمکنش آن‌ها با اطرافیان‌شان را به طور علمی و عمیق بررسی کند. در این پژوهش سعی بر این بوده است که پیامدهای اجتماعی و ارتباطی ناباروری به طور زمینه‌مند در میان زنان نابارور مورد مطالعه قرار گیرد. در این مسیر، روابط اجتماعی این زنان با مصاحبه‌های عمیق مورد کندو کاو قرار گرفته و سعی شده فضای درون ذهنی آنان بازسازی معنایی شود.

در واقع ناباروری به عنوان یکی از تأثیرگذارترین عوامل استرس‌زا در مقایسه با مرگ و طلاق در زندگی افراد شناخته شده است (هولدر، اندرهم، برگ و مولر^۴، ۲۰۰۶). و بسیاری از پژوهشگران به شباهت‌های بین ناباروری و تجربه‌ی سوگ اشاره (پترسون، گلد و فین گلد^۵، ۲۰۰۷؛ برنز^۶، ۲۰۰۷ و مک کارتی^۷، ۲۰۰۸). عده‌ای دیگر معتقدند که برخلاف سوگ ناشی از دست دادن سوگی که به خاطر ناباروری تجربه می‌شود یک نقشه‌ی مشخص را دنبال نمی‌کند و دوره‌های برانگیختگی، تحریک‌پذیری و عودکنندگی را شامل می‌شود که این تجارب به علت

-
1. Schmidt, Kirchengast, Vytisk, Binstonfer & Huber
 2. Kirkman
 3. Fekkes, Buitendik, Verrips, Brat, Breweays & Dolfing
 4. Holder, Anderheim, Berg & Moller
 5. Peterson, Gold & Feingold
 6. Burns
 7. Mc carthy

ماهیت طبیعی چرخه‌ی قاعدگی است (وودز، اولشانسکای و درای^۱، ۱۹۹۱؛ مک کارتی، ۲۰۰۸ و ویرتبرگ، مولر، هوگستورم، ترونستاد و لالوس^۲، ۲۰۰۷). بنابراین، از ناباروری به عنوان یک مدل اندوه مزمن یاد می‌شود (وودز، اولشانسکای و درای، ۱۹۹۱). مفهوم «غم رها نشده» برای توصیف تجربه‌ی از دست دادن به کار می‌رود که حق اجتماعی برای سوگواری در مورد آن تعریف نشده است. از طرف دیگر از جمله شدیدترین امیال انسان، میل به تعلق است؛ علاقه شدید به احساس تعلق به دیگران از جمله انگیزه‌های اساسی در نوع بشر است. ناباروری باعث می‌شود زوجین احساس تنزل و جدا افتادگی از جامعه، دوستان و اطرافیان داشته باشند (پرونایس، بویوین و اشمیدت^۳، ۲۰۰۷). مراسم‌هایی مانند مهمانی‌هایی که به مناسبت به دنیا آمدن فرزند برگزار می‌شود و یا رفتن به دیدار کسی که تازه زایمان کرده از جمله اتفاقات و پیشایندهای دردناکی است که برای زنان نابارور اتفاق می‌افتد. لذا زوجین برای این که از این رنج‌های روانی که ناشی از مواجهه با زوجین بارور به وجود می‌آید، دوری کنند، شروع به فاصله گرفتن از افراد می‌کنند و به سمت انزواگزینی پیش می‌روند، که این موضوع منجر به وجود آمدن افسردگی بیشتر در آن‌ها می‌شود (نیلفروشان^۴، ۲۰۰۶). جامعه می‌تواند اثرات مخرب ناباروری را شدیدتر کند. زمانی که برنامه‌های تلویزیون به تبلیغات مربوط به مراقبت‌های حین بارداری می‌پردازند و در فیلم‌ها تأکید زیادی بر کودک و خانواده دارند، به صورت غیرمستقیم به این مردان و زنان ناباروری‌شان را یادآوری می‌کند (گتزر^۵، ۲۰۱۲). این پیام‌ها باعث می‌شود این گروه از زنان و مردان باور کنند آن‌ها جزئی از جمعیت مولد و کارآمد جامعه نیستند. با توجه به مطالب فوق، هدف از پژوهش حاضر درک تجربه زیسته زنان نابارور از تعامل با دیگران می‌باشد تا بتوان رنج تجربه شده این گروه از زنان را بهتر درک کرد.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: در این مسیر پژوهش حاضر بر اساس پارادایم تفسیری، روش‌شناسی کیفی را برگزید. در این میان بر اساس پاسخ‌گویی به سوالات و اهداف تحقیق، روش کیفی نظریه زمینه‌ای در طراحی روش‌شناسی تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. اهمیت این روش‌شناسی، از یک سو به قابلیت آن در نظریه‌سازی و از سوی دیگر به ایجاد ظرفی برای تحلیل داده‌های کیفی است (اشتراوس و کوربین^۶، ۱۹۹۸). این روش در پی دستیابی به سطحی بالاتر از توصیف، به دنبال تولید یا کشف نظریه است (کروسول^۷، ۲۰۰۷). به وسیله این روش افراد مشابهی که درگیر فرایند مشابهی هستند را می‌توان به خوبی مطالعه نمود و نظریه‌ای داده‌مبنای پدیدار شده از تجربه ارائه کرد.

جامعه آماری در این پژوهش تمام زنان نابارور اولیه مراجعه کننده به پژوهشکده علوم تولید مثل بودند. نمونه‌گیری پژوهش حاضر، بر اساس نمونه‌گیری هدفمند و نظری است. بر اساس نمونه‌گیری نظری، ۲۱ نفر از زنان نابارور

1. Woods, Olshansky & Draye
2. Wirtberg, Moller, Hogstorm, Tronstad & Lalos
3. Pronace, Boivin & Schmidt
4. Nilforooshan
5. Getz
6. Strauss & Corbin
7. Creswell

مراجعه کننده به مرکز ناباروری یزد انتخاب شدند و مورد مصاحبه های عمیق و نیمه ساختاریافته قرار گرفتند. شایان ذکر است که فرایند نمونه گیری تارسیدن به اشباع نظری ادامه داشته است. در این مسیر، جمع آوری داده ها و تحلیل آن ها هم زمان پیش رفت. در این پژوهش، از کد گذاری باز، محوری و گزینشی برای تحلیل داده ها استفاده شده است. برای دستیابی به قابلیت اعتماد از؛ بررسی همکاران ممیزی خارجی، مثلث بندی و تأیید مشارکت کنندگان؛ استفاده شده است. هم چنین، با رعایت اصول و نکات مصاحبه، ثبت رخدادهای کامل و پیاده سازی دقیق اتکاپذیری مورد تأیید قرار گرفته است. در نهایت در تمامی طول تحقیق سعی شد ملاحظات اخلاقی پژوهش تأمین شود و هم چنین بازاندیشی انتقادی نسبت به داده ها و یافته ها عملیاتی شود. همان طور که ذکر شد بر اساس نمونه گیری هدفمند و نظری ۲۱ مشارکت کننده انتخاب شدند. از این میان زنانی انتخاب شدند که ناتوانی در فرزندآوری در آنها تأیید شده است.

جدول ۱. مشخصات مشارکت کنندگان تحقیق

ردیف	نام مستعار	سال های سپری شده از ازدواج	وضعیت شغلی همسر	سن
۱	مریم	۸ سال	کارگر	۳۲
۲	زهرا	۱۲ سال	معلم	۳۰
۳	بهاره	۴ سال	آزاد	۲۹
۴	زینب	۶ سال	کشاورز	۲۷
۵	زهرة	۵ سال	کشاورز	۲۸
۶	نجمه	۸ سال	آزاد	۲۹
۷	اطهر	۶ سال	کارگر	۲۵
۸	نعیمه	۱۶ سال	کارمند	۳۳
۹	مژده	۹ سال	نانوا	۳۷
۱۰	حمیده	۱۱ سال	راننده تاکسی	۳۵
۱۱	اکرم	۱۵ سال	مکانیک	۳۸
۱۲	عارفه	۷ سال	پلیس	۲۶
۱۳	فریبا	۱۰ سال	کشاورز	۳۳
۱۴	الهام	۱۰ سال	آزاد	۳۶
۱۵	بتول	۵ سال	کارمند	۲۳
۱۶	سمانه	۱۳ سال	شالیکار	۳۰
۱۷	نرگس	۱۰ سال	کارمند	۳۱
۱۸	معصومه	۸ سال	آپاراتی	۳۴
۱۹	نقیسه	۱۷ سال	آزاد	۳۶
۲۰	فائزه	۵ سال	معلم	۲۶
۲۱	شکوفه	۹ سال	آزاد	۳۲

یافته‌ها

با بررسی دقیق متن مصاحبه‌های تحقیق، گزاره‌های اصلی، مفاهیم، مقوله‌های فرعی، مقوله‌های اصلی و در نهایت مقوله هسته، در فرایندی طولانی، دقیق و جزئی ارائه شد. در نتیجه، این مقوله از ۱۳ مقوله اصلی، ۲۲ مقوله فرعی و ۵۹ مفهوم ساخته شده است. یافته‌های تحقیق در دو بخش خط داستان و مدل پارادایمی ارائه شد.

جدول ۲. مفاهیم و مقولات استخراج شده

مفهوم	مقوله فرعی	مقوله اصلی	مقوله هسته
تمایل به برون ریزی	تمایل به برون ریزی	انفعال رفتاری	
موقعیت گریزی	موقعیت گریزی		
برچسب خوردگی			
انکار واقعیت توسط اطرافیان	برچسب ناباروری	دیده بانان مشرف به صحنه	
محل سوال واقع شدن	ناظران قاضی		
قضاوت شدن	حاشیه سکوت		
حاشیه پسندی			
دلسردی از دیگران			
دوری از نومادران	دلسردی از دیگران	اپوخه حواشی	
اپوخه دیگران			
معاشرت گریزی			
جمع گریزی	دیگری گریزی		
شادی گریزی			
همتاپنداری			
همدردخواهی	هماندخواهی	هماندخواهی	
هماندسازی			
همراهی دوستان و خانواده			
درک شدن توسط دیگران	درک و همراهی دیگران		
عدم دخالت خانواده همسر			
حمایت معنوی			
حمایت خانواده همسر	حمایت اندوزی	دیگران حامی	
حمایت اطرافیان			
پذیرفته شدن توسط اطرافیان	عادی سازی ناباروری توسط		
عادی سازی موقعیت	دیگران		
خوبیستن داری در رابطه با دیگران			

رنج خواهی برای دیگران	رنج خواهی برای دیگران
	رنج عمیق روانی ناشی از رابطه با دیگران
	رنج ارتباط
رنج مضاعف	دل شکستگی
	قضاوت شدن اعتقادات فرد توسط دیگران و رنجش او
	دیگران مداخله گر
	محل مقایسه قرار گرفتن
	مقایسه با خواهر
	مقایسه با جاری
مقایسه از پایین به بالا	مقایسه با دیگران
	مقایسه با همالان
	همزاد خواهی منفی
	مقایسه با فامیل
	مرجعیت زنان بارور
برچسب‌های کالانگارانه به زن	برچسب‌های ظاهری بدنی کالایی انگاری زن مقصر پنداری ذاتی زن
پذیرش مساله ناباروری	کنار آمدن با موقعیت تغییر موقعیت
	مقابله موثر
هژمونی مردسالاری	تسلیم فرهنگ سنتی شدن تنزل منزلتی زنان دخالت مادر شوهر
	تنزل منزلتی زنان
	امید به باروری منفی گریزی
سازنده گرای شناختی	شرکت در مهمانی‌ها عیادت از نو مادران سهل گیری اجتماعی
	تحمل نظم تحمیلی
	مثبت بینی
	ارزیابی مثبت شناختی

خط داستان

در این قسمت سعی شده جریان اصلی تحقیق که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است به طور خلاصه بررسی شود. در این مسیر تلاش می‌شود تا بر اساس مقوله‌های اصلی و فرعی، خط داستان حاکم بر پژوهش ارائه شود.

از آن جایی که ناباروری یک مسئله‌ی چندبعدی فردی، زناشویی و اجتماعی است و فشارهای اقتصادی و جسمانی و روان‌شناختی مختلفی به دنبال دارد، زنان نابارور رنج زیادی را متحمل می‌شوند. هیجان‌ات منفی در آن‌ها افزایش یافته و آستانه‌ی تحمل آن‌ها کاهش می‌یابد. در نتیجه تمایل آن‌ها برای روابط صمیمانه با دیگران کم می‌شود و به سمت انزوا پیش می‌روند. یکی از مهم‌ترین نشانه‌های انزوای صمیمانه، عدم تمایل به شرکت در مراسم‌های جشن و شادی و مراسم‌هایی است که فرد آشنایان زیادی را ملاقات می‌کند. این افراد بیشتر به گریه کردن تمایل دارند، لذا در مراسم‌ها و جمع‌هایی که به راحتی می‌توانند غم و دردهای خود را برون‌ریزی کنند بیشتر شرکت می‌کنند. آن‌ها اغلب راهکارهای مؤثری برای مقابله با این موضوع استفاده نمی‌کنند و معمولاً ۱- رفتار منفعلانه از خود نشان می‌دهند مثل نفیسه که می‌گفت:

«آره اینجوریه. بیشتر عروسی‌ها که دعوت می‌کنند من دوست ندارم برم. جای ناراحتی مثل مجلس عزاداری و روضه و این‌ها رو خیلی علاقه دارم».

یا مریم که می‌گفت:

«مهمانی‌های شلوغ شرکت نمی‌کردم، می‌گفتم کار دارم».

وضعیت روان‌شناختی و جسمانی که باعث ناراحتی در زنان نازا می‌شود یکی دیگر از مسائلی است که باعث ضربه خوردن و رنج عمیق در آن‌ها می‌شود این است که کسی از آن‌ها در مورد نداشتن فرزند سؤال کند یا به آن‌ها برجسب ناباروری بزند یا این که او احساس کند دیگران در موردش صحبت می‌کنند یا حتی محل سرزنش واقع شدن از جانب اطرافیان. اطرافیان دور و نزدیکی که این گونه زنان نابارور را مورد سؤال، سرزنش و توصیه قرار می‌دهند و آن‌هایی که به این زنان برجسب می‌زنند، ۲- دیده بانان مشرف به صحنه‌ای هستند که بدون در نظر گرفتن شرایط موجود و اتفاقاتی که در حال وقوع است، دست از قضاوت بر نمی‌دارند. مثل معصومه که می‌گفت:

«الآن فشارها بیشتر شده، مستقیماً به خودمون میگن چرا دکتر نمی‌رید؟ قبلاً به خودم نمی‌گفتن».

یا فائزه که می‌گفت:

«مادر شوهرم بهم گفت مشکل از توئه و پسر من هیچ مشکلی نداره».

وقتی زنان نابارور با قضاوت‌ها، نصیحت‌ها و سرزنش‌های دیگران روبرو می‌شوند راهکارهای مختلفی را برای مقابله با این شرایط به کار می‌برند. ممکن است از اطرافیان دلسرد شوند و تنهایی را ترجیح دهند یا در حاشیه‌ی امن حرکت کنند تا با دیگران در ارتباط نباشند یا از افراد خاصی دوری کنند. حتی عده‌ای از این زنان که تاب‌آوری بیشتری دارند سعی می‌کنند علیرغم ارتباط با دیگران حرف‌های آن‌ها را در مورد مسئله‌ی ناباروری نادیده بگیرند و اهمیت ندهند. آن‌ها سعی می‌کنند حواشی را نادیده بگیرند و دور بمانند، ۳- اپوخته حواشی اشاره به این موضوع دارد که زنان نابارور دفاع‌هایی از قبیل معاشرت گریزی، جمع‌گریزی و شادی‌گریزی و دوری از نومادران را به کار می‌گیرند.

از جمله عواملی که باعث تسکین این گروه از زنان می‌شود این است که با هم‌تایان نابارور خود در مورد مسئله‌شان صحبت کنند. هم‌چنین نوع طرز فکر در مورد مشکل بر آرامش این زنان مؤثر است. این که آن‌ها بدانند تنها کسانی نیستند که با این مسئله روبرو هستند، و دیگرانی وجود دارند که مشکل مشابهی با

آن‌ها دارند. همین‌طور وجود کسی که با آن‌ها همدردی می‌کند بر آرامش روانی آن‌ها تأثیرگذار است، لذا ۴- همانند خواهی از جمله نیازهای اساسی این زنان به شمار می‌رود که به آن‌ها کمک می‌کند با قدرت روانی و جسمانی بیشتر در فرایندهای درمانی حاضر شوند و فرسودگی کمتری را تجربه کنند. برای مثال، عارفه که می‌گفت:

«دوستم نازاست. باهاش حرف می‌زنم، آرام میشم».

برخلاف اینکه تعداد زیادی از این زنان (۱۶ نفر از ۲۱ نفر) گزارش دادند که رابطه با دیگران باعث رنجش و ناراحتی در آن‌ها می‌شود، ۵ نفر اعلام کردند که رابطه با دیگران به آن‌ها کمک می‌کند که راحت‌تر با مسئله‌ی ناباروری کنار بیایند و با پیگیری و پشتکار بیشتری برای درمان اقدام کنند. اطرافیان این ۵ نفر رفتارها و ویژگی‌های مثبتی از خود نشان می‌دادند که از جمله آن‌ها عبارت بودند از: همراهی و درک، عدم دخالت خانواده‌ی همسر، حمایت معنوی، حمایت خانواده‌ی همسر و عادی‌سازی موقعیت. این ۵ نفر اذعان داشتند که رابطه با ۵- دیگران حامی نه‌تنها آزاردهنده و فرسایشی نیست بلکه برای کنار آمدن آن‌ها با این مشکل و ادامه‌ی درمان بسیار ضروری است. مثل بتول که می‌گفت:

«خواهر شوهرم میگه بچه چیه؟ ما این جوری خودمون رو گرفتار کردیم. تا می‌تونی خوش باش».

یا مژده که گفت:

«مادر شوهرم میگه تو کلتون به خدا باشه، ایشالا همه چی درست میشه».

بسیاری از زنان نابارور اذعان می‌کنند که ارتباط با دیگران رنج و درد بیشتری را به آن‌ها تحمیل می‌کند. این که در مجالس دلسوزانه یا غیردلسوزانه در مورد مشکل آن‌ها به‌صورت عمومی صحبت می‌شود و این موضوع خصوصی کاملاً همگانی اعلام می‌شود و به بحث گذاشته می‌شود. هم چنین رفتار اطرافیان مثل قضاوت و نگاه سنگین باعث دل‌شکستگی این زنان می‌شود. در مواردی دخالت‌های خانواده‌ی همسر به‌صورت مستقیم (نصیحت، سرزنش و برچسب زدن) و غیرمستقیم (پشت سر حرف زدن) باعث عکس‌العمل‌های نادرستی توسط زن نازا می‌شود، مثل آرزوی رنج برای دیگران. تمام موارد ذکرشده همگی باعث ایجاد ۶- رنج مضاعف در این زنان شده که توان آن‌ها را برای ادامه‌ی درمان کاهش می‌دهد. مثل نرگس که می‌گفت:

«هرکسی این مشکل رو داره خیلی بهش سخت می‌گذره، توی همه‌ی زمینه‌ها شادی، تفریح، گریه، ناراحتی با همه کس، همه‌جوری خاصن. تو مجلسی که بگن انشالله گيرت بياد تا آخرش دنيا رو سرت خرابه که بخواد مجلس تموم بشه. میگی پاشم برم که ارزش نداره، چه فایده‌ای داره.»

یا عارفه که گفت:

«بقیه وقتی می‌فهمند یکی حامله هست به من میگن ایشالا نصیب و قسمت توهم بشه و من دلم می‌شکنه».

یکی از غم‌انگیزترین مواردی که برای زنان نازا اتفاق می‌افتد ۷- مقایسه‌های پایین به بالاست. منظور از مقایسه‌های پایین به بالا این است، زنانی که حامله هستند یا مادر شده‌اند فارغ از میزان تحصیلات، شغل و طبقه‌ی اجتماعی و اقتصادی در مرتبه‌ی بالادست قرار می‌گیرند و به‌عنوان الگویی برای این زنان در نظر گرفته می‌شوند. زنان نابارور خودشان را در جایگاه فرودست می‌پندارند و تصور می‌کنند تنها راه رسیدن

آن‌ها به جایگاه بالاتر بچه‌دار شدن است. آن‌ها از جایگاه فعلی خود خجالت زده هستند و تصور می‌کنند با بچه‌دار شدن این شرم از بین می‌رود. مثل اطهر که می‌گفت:

«اگر بچه‌دار بشم، میشم مثل زنِ برادرم که وقت نداره و منم میشم مثل اون. این فکرها تو سرمه.»
یا نجمه که گفت:

«وقتی می‌بینم همسن و سالام بچه دارند، خجالت می‌کشم.»

۸- برچسب خوردگی از جمله مشکلات جدی این زنان است. اغلب آن‌ها توسط اطرافیان نزدیک و دور به روش‌های مختلف مورد قضاوت قرار می‌گیرند. یکی از مهم‌ترین این‌ها استفاده از فاکتورهایی برای سنجش میزان ارزشمندی زن است. فاکتورهایی مثل تعداد سال‌های ازدواج و تعداد فرزند و توجه بیش از حد به تغییرات بدنی و ظاهری آن‌ها از جمله عوامل آزاردهنده هستند. مثل زهره که می‌گفت:

«می‌رفتم مهمونی بهم می‌گفتن: وای زهره چقدر چاق شدی.»

زنانی که تاب‌آوری بالاتری دارند معمولاً سبک‌های مقابله‌ای مؤثری را برای مقابله با آزار و اذیت‌هایی که به صورت عامدانه یا غیرعامدانه به آن‌ها تحمیل می‌شود را به کار می‌گیرند. آن‌ها سعی می‌کنند موقعیت را تغییر دهند یا اگر نمی‌توانند با آن کنار بیایند، آن‌ها به نوعی ۹- مسئله‌ی ناباروری را پذیرفته‌اند، برای درمان مراجعه می‌کنند و فرایندهای درمان را ادامه می‌دهند. مثل فریبا که می‌گفت:

«بیشتر موقع‌ها سکوت می‌کنیم چون بزرگ‌تر از ما هستند جوابشو نمی‌دیم، دوری می‌کنم و باهاش کل کل نمی‌کنم.»
۱۰- هژمونی مردسالاری یا تسلط فرهنگ مردسالارانه از جمله عواملی است که فشارهای روانی مضاعفی برای زنان نابارور به همراه دارد. معمولاً زمانی که زنان با این پدیده روبرو می‌شوند. تسلیم فرهنگ می‌شوند و از نظر منزلت و جایگاه اجتماعی در مرتبه‌ی فرودست قرار می‌گیرند. چون فرهنگ مردسالارانه اشاره به این دارد که پدر بودن یکی از جلوه‌های مرد است و اگر زنی نتواند از این طریق قدرت مردش را افزایش دهد جایگاه اجتماعی خود را از دست می‌دهد. مثل مرثده که می‌گفت:

«می‌خوام بچه‌دار بشم که از حرفاشون راحت بشم و دهنشون رو ببندم.»

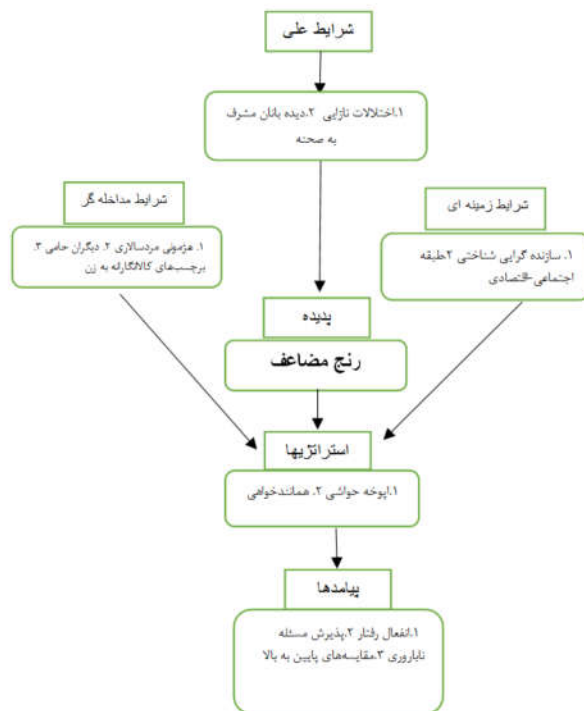
خوشبختانه گروهی از این زنان گزارش دادند که ۱۱- از نظر شناختی سازنده گرا هستند و تمام تلاش خود را برای حل این مشکل به کار می‌گیرند بدون این که از این فرایند خسته شوند. آن‌ها به باروری خود امیدوارند، از افکار منفی دوری می‌کنند، در مهمانی شرکت می‌کنند و با افراد رفتار مناسبی دارند، به عیادت نومادران می‌روند، از نظر اجتماعی سهل‌گیرند و نسبت به رفتار دیگران حساسیت نشان نمی‌دهند، سعی می‌کنند مثبت اندیش باشند و جنبه‌های خوب امور را ببینند. به همین دلیل آن‌ها کمتر از سایرین احساس فرسودگی، ناتوانی و بی‌قراری می‌کنند و برای ادامه‌ی مسیر خود انگیزه‌ی کافی دارند. مثل بهاره که گفت:

«من به مردم کاری ندارم، همه‌ی چیزهاش را سعی کردم با دید خوب بهش نگاه کنم.»

مدل پارادایمی

مدل پارادایمی تحقیق نشان‌دهنده‌ی فرایندها و فعالیت‌هایی است که در بستر مطالعه رخ داده است. مدل پارادایمی شامل قسمت‌های مختلفی است که عبارت‌اند از: شرایط علی، زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر،

استراتژی‌ها و پیامدها. هم چنین پدیده مرکزی نیز در میانه‌ی مدل قرار گرفته است که فعالیت‌ها و جریان فرایندها حول آن شکل می‌گیرد. پویایی‌های این پژوهش نشان می‌دهد که پدیده مرکزی در پژوهش حاضر «تسهیلگران رنج» بوده است. منظور از تسهیلگران رنج دیگران دور و نزدیکی هستند که با رفتارها، حرف‌ها و قضاوت‌ها و با ایجاد شرایط دشوار باعث رنجش مضاعف زنان نابارور می‌شوند



نمودار ۱. مدل پارادایمی تحقیق

شرایط علی در پژوهش حاضر عبارتند از: ۱- اختلالات نازایی، ۲- دیده بانان مشرف به صحنه. در واقع شرایط علی سبب بروز پدیده می‌شوند. بسیاری از زوجینی که تازه ازدواج کرده‌اند سال‌های اول ازدواجشان قصد بچه‌دار شدن ندارند و از شرایط خود رضایت کامل دارند اما از زمانی که تصمیم می‌گیرند بچه‌دار شوند اما بارداری اتفاق نمی‌افتد تحت استرس و فشار قرار می‌گیرند و زمانی که برای درمان مراجعه می‌کنند و متوجه مشکل خود در زمینه‌ی تولیدمثل می‌شوند استرس‌ها و فشارها بیشتر می‌شود. تحمیل این فشارهای روانی در مورد زنان بیشتر است. چراکه معمولاً هویت زن خصوصاً در کشورهای حوزه‌ی خاورمیانه با فرزندآوری کامل می‌شود. هم چنین این زنان مورد سؤال‌ها و توصیه‌های متعددی از افراد مختلف از جمله چگونگی مراجعه به پزشک زنان یا معرفی پزشک قرار می‌گیرند. از طرف دیگران در مواردی مورد قضاوت، سرزنش و برجسب خوردگی توسط اطرافیان دور و نزدیک واقع می‌شوند که این

موارد رنج ناشی از ناباروری را در این زنان افزایش می‌دهد، به طوری که یک زن نابارور علاوه بر این که از بچه‌دار نشدن خود در سختی و مشقت قرار گرفته، به ناچار مجبور به تحمل رفتارها و قضاوت‌های دیگران هم می‌شود.

شرایط زمینه‌ای

شرایط زمینه‌ای در مدل پارادایمی حاضر عبارتند از: ۱- طبقه‌ی اجتماعی و اقتصادی، ۲- سازنده‌گرایی شناختی. زنان شرکت‌کننده در این پژوهش اغلب از قشر متوسط رو به پایین جامعه بوده‌اند. طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی از جمله پارامترهای مؤثر بر جنبه‌های مختلف زندگی هر فردی است. معمولاً افرادی با طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر بیشتر تحت تأثیر پیامدهای اتفاقات ناگوار در زندگی‌شان قرار می‌گیرند. زنان ناباروری که از طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی پایین‌تری برخوردار هستند از این قاعده مستثنی نیستند. آن‌ها با مشکلات متعددی از جمله نداشتن تمکن مالی و هزینه‌های درمانی بالا، نداشتن راهنمای درست، عدم دسترسی محلی به پزشک متخصص و فشارهای اطرافیان خصوصاً خانواده‌ی همسر و اطرافیان دور دست و پنجه نرم می‌کنند که وجود این عوامل کنار آمدن با شرایط را برای این افراد دشوارتر می‌کند. به طوری که شماری از زنان نابارور از ادامه‌ی درمان منصرف می‌شوند.

علیرغم وجود این مسئله، عده‌ای از این زنان سعی می‌کنند با این مسئله به طور مؤثرتری کنار بیایند. آن‌ها به باروری خود امیدوارند و با تفکر مثبت این چنین فکر می‌کنند که هر چند هم دیر، بالاخره آن‌ها بچه‌دار خواهند شد. نسبت به حرف‌های منفی و قضاوت‌های دیگران بی‌توجه هستند و آن‌ها را بر زندگی خود تأثیرگذار نمی‌دانند. رفتارهای مثبت و سازنده‌های از جمله عیادت از نوامدران و شرکت در مهمانی‌ها دارند. این دسته از زنان شرایط فشارزای بیرونی را به صورت مثبت و سازنده دست‌کاری می‌کنند.

شرایط مداخله‌گر

شرایط مداخله‌گر در پژوهش حاضر عبارتند از: ۱- هژمونی مردسالاری، ۲- برچسب‌زدن‌های کالانگارانه به زن، ۳- دیگران حامی.

مردسالاری علاوه بر این که موضوعی جامعه‌شناختی است، در روان‌شناسی هم به عنوان یک موضوع ناخودآگاه مورد بحث قرار می‌گیرد. مردسالاری یکی از موضوعاتی است که در ناخودآگاه جمعی ما ریشه دوانده است از گذشته‌های دور مرد رئیس خانواده، نان‌آور، شکارچی و تأمین‌کننده‌ی خانواده بوده که از ارزش و احترام و جایگاه خاصی در خانواده برخوردار بوده است. یکی از جنبه‌های قدرت مرد، داشتن فرزندان زیاد تلقی می‌شود که باعث بالا رفتن شأن و منزلت او می‌شده است و زن به عنوان وسیله‌ای برای شأنیت بخشیدن به مرد انگاشته می‌شده است. با گذشت زمان و مدرن شدن جوامع این عقیده کمرنگ‌تر شده اما هنوز هم داشتن فرزند یکی از جلوه‌های قدرت و احترام در مرد به شمار می‌رود. زمانی که مدت زمان طولانی (بیشتر از ۴ سال) از ازدواج زوجی می‌گذرد و زن در مورد علت نداشتن مورد سؤال قرار می‌گیرد و دیگران برای تسریع بخشیدن به فرایند بچه‌دار شدن آن‌ها به زن توصیه‌های مختلفی می‌کنند. از جمله موقعیت‌هایی که زن نابارور فشار روانی مضاعفی را متحمل می‌شود، زمانی است

که دیگران به او هشدار می‌دهند که در صورتی که نتواند فرزند بی‌آورد جایگاه خود را از دست خواهد داد. در این موقعیت‌ها زن به‌عنوان کالایی در نظر گرفته می‌شود که در صورت نداشتن عملکرد مورد نظر (قدرت باروری) بازخواست شده یا نادیده انگاشته می‌شود که این موارد موجب فرسودگی روانی مفرط یک زن نازا می‌شود. برخلاف شرایط مداخله‌گر فرسایشی، افرادی از جمله همسر و خانواده‌اش از این زنان به طرق مختلفی حمایت می‌کنند مثل دلداری دادن، همدلی، همراهی، امیدبخشی و عدم قضاوت باعث می‌شود زن نابارور بتواند با شرایط موجود بهتر و مؤثرتر مقابله کند.

استراتژی‌ها

استراتژی‌هایی که زنان نابارور به‌عنوان روش‌های مقابله‌ای در مقابل رنج مضاعف به کار می‌گیرند عبارت است از: ۱- پوخته‌ی حواشی، ۲- همانندخواهی. زمانی که یک زن نابارور تحت تأثیر شرایط علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر متحمل رنج مضاعف در مورد ناباروری‌اش می‌شود و تحت فشارهای روانی-اجتماعی و اقتصادی و جسمانی برای مقابله با این پدیده راهکارهای مختلفی را به کار می‌برد که این راهکارها گاه مثبت و گاه منفی است. زمانی که ناتوانی در باروری یک زوج بر دیگران محرز می‌شود، زوجین به‌خصوص زن مورد سؤال، قضاوت، توصیه و حتی سرزنش اطرافیان قرار می‌گیرد. افراد روش‌های متفاوتی را برای مقابله با این وضعیت به کار می‌گیرند. یکی از این روش‌ها نادیده انگاشتن رفتارهای دیگران است. زنان نابارور با روش‌های مختلفی از جمله سکوت کردن، فاصله گرفتن از دیگران و کاهش معاشرت با نزدیکان با رنج مضاعف ناشی از ارتباط با دیگران مقابله می‌کنند. از طرفی عده‌ای از زنان خود را نیازمند ارتباط با دیگران می‌دانند، لذا سعی می‌کنند با افرادی که مشکلی مشابه آن‌ها دارند معاشرت کنند. هم‌چنین از همدلی و همدردی اطرافیان استقبال می‌کنند، زیرا این نوع معاشرت‌ها و گفتگوها به تسکین دردهای روانی آن‌ها (هرچند هم کوتاه‌مدت) کمک می‌کند.

پیامدها

پیامدهای این پدیده نتیجه‌ی به کارگیری استراتژی‌های مثبت و منفی به کار گرفته شده توسط زنان نابارور است. از جمله این پیامدها عبارتند از: ۱- انفعال رفتاری، ۲- مقایسه‌های پایین به بالا، ۳- پذیرش مسئله‌ی ناباروری. یکی از پیامدهای دردناک ناباروری انفعال رفتاری است که به شکل گریه کردن، حسرت خوردن و کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی خود را نشان می‌دهد. گاه‌آ دیده می‌شود که زنان نابارور اذعان می‌دارند هرروز به‌خاطر مسئله‌ی نازایی گریه می‌کنند، از مجالس شادی گریزانند و از مراسم‌هایی که در آن بتوانند به‌راحتی هیجانانگیز خود را بیرون بریزند، بدون اینکه مورد قضاوت واقع شوند (مثل مجالس عزاداری) استقبال می‌کنند. آن‌ها از شرکت در مجالس و مهمانی‌های شاد خوشحال نمی‌شوند و از ارتباط با دیگران کناره‌گیری می‌کنند تا مبادا در مورد نازایی مورد سؤال یا توصیه واقع شوند. یکی دیگر از پیامدهای این پدیده (رنج مضاعف) مقایسه‌های پایین به بالاست که شدیداً تحت تأثیر

فرهنگ حاکم بر جامعه قرار دارد. از آنجایی که بارداری و وضع حمل از جمله توانمندی‌های زن است که بر اساس ارزش‌های سنتی همزمنیک مردسالارانه در جامعه هویت او را کامل می‌کند، نداشتن این توانایی او را در جایگاه فرودست قرار می‌دهد و باعث می‌شود خود را پایین‌تر از هم‌تایان بارور خود ببیند و سعی کند از سایر رفتارهای آن‌ها به‌عنوان الگو استفاده کند تا شاید بتواند به جایگاه بهتری دست یابد. حتی یکی از آرزوهای این زنان این است که دغدغه‌های مادری را مانند زنان دارای فرزند تجربه کنند و از زنان بارور به‌عنوان الگوی زندگی هدفمند یاد می‌کنند. از طرفی زنانی که برای مشکل خود اطرفیانی دارند که با آن‌ها همدردی می‌کنند یا تاب‌آوری روانی خوبی دارند، سعی می‌کنند با این پدیده (رنج مضاعف) به‌صورت مؤثرتری کنار بیایند. مثلاً رفتارهای منفی دیگران را نادیده بگیرند یا موقعیت خود را در صورتی که امکان‌پذیر باشد، تغییر دهند. هم‌چنین آن‌ها فرایندهای درمانی را به‌منزله‌ی راهی می‌دانند که برای بچه‌دار شدن لازم است طی کنند تا به هدف و مقصودشان برسند؛ حتی اگر در ادامه‌ی مسیر از تلاش کردن خسته شوند، دست از هدف نمی‌کشند بلکه پس از مدت کوتاهی استراحت دوباره درمان را از سر می‌گیرند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به داده‌های ارائه‌شده می‌توان فهمید زنان نابارور وضعیت نامساعدی را در ارتباط با دیگران تجربه می‌کنند. بیستا^۱ (۲۰۱۵) که به بررسی تجربه زیسته زنان نابارور خانه‌دار پرداخت و یافته‌ها نشان داد اعتقاد این زنان بر این بود که مسائل و استرس‌های ناشی از ناباروری علاوه بر ناکامی‌های شخصی ریشه در انگ اجتماعی و فرهنگی این مسئله نیز دارد. تجربه‌ی انگ اجتماعی، تجربه‌ی مشترک میان زنان و مردان نابارور است زیرا آن‌ها از نظر اجتماعی حمایت نمی‌شوند. حتی ناباروری می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی شود و در نتیجه فرد نتواند نخواهد در مورد مشکل خود با دیگران صحبت کند (اسلید، اونیل، سیمپسون و لاشن، ۲۰۰۷) و یا حتی به این مسئله منجر شود که فرد از وقت‌گذرانی و داشتن ارتباط نزدیک با خانواده‌های صاحب فرزند یا خانواده‌های کودک-محور اجتناب کنند. خودسرزنشگری نیز واکنشی رایج به ناباروری است که فرد این رفتار را با استناد به علت‌های پیش‌افتاده نسبت به خود انجام می‌دهد. تجربه‌ی رفت و برگشتی بین امیدواری و ناامیدی بی‌ثباتی هیجانی نامیده می‌شود که احساساتی مثل اضطراب قبل از کاشت، امیدواری حین کاشت و افسردگی پس از شکست و از دست دادن جنین را نشان می‌دهد (جیکوبز^۲، ۲۰۰۵). هم‌چنین یافته‌های پژوهش (اشمیت^۳، ۲۰۰۹) که به بررسی پیامدهای اجتماعی و روان‌شناختی درمان ناباروری پرداختند و یافته‌ها حاکی از این مسئله بود که استرس‌ها و تنش‌های ارتباطی باعث تر شدن زندگی فردی و اجتماعی زوجین می‌شود؛ همسو بود. زنان نابارور ممکن است نسبت به خانواده و دوستان احساس خشم کنند چون ممکن است توسط آن‌ها در معرض فشارهای اجتماعی برای فرزنددار شدن قرار بگیرند و یا شاهد رفتارهای نادرست دیگرانی باشند که

1. Bista
2. Jacobs
3. Schmidt

صاحب فرزند هستند و با فرزندان خود بدرفتاری کنند، یا کسانی که باردار می شوند و سقط جنین می کنند از طرفی ممکن است زنان نابارور نسبت به زمانی که باردارند و یا تازه نوزادی به دنیا آورده اند، حسادت را تجربه کنند (ویشنمن و تورن، ۲۰۱۳). اختلافات نازایی و افرادی که تنها به دنبال قضاوت، نصیحت و توصیه به زنان نابارور هستند و هم چنین شرایط علی مانند طبقه‌ی اجتماعی - اقتصادی و وجود شرایط مداخله‌گری همچون تسلط فرهنگ مردسالاری و برچسب زدن کالانگارانه به زن منجر به شکل‌گیری پدیده‌های به نام رنج مضاعف می‌شود. منظور از این پدیده این است که علاوه بر ناکامی، سختی‌های درمانی و حسرتی که یک زن نابارور برای بچه‌دار شدن به‌طور درونی تجربه می‌کند، رفتارهای دیگران هم منجر به انزوا، کناره‌گیری و معاشرت‌گریزی در آن‌ها می‌شود که تقریباً اکثر آنها ریشه در فرهنگ سنتی هژمونیک مردسالاران دارد. به علت رفتارهای ناخوشایندی که گاه‌آطرافیان دور و نزدیک با یک زن نابارور نشان می‌دهند، رنج ناشی از نداشتن فرزند در این زنان بیشتر می‌شود و آن‌ها فشار روانی و اجتماعی مضاعفی را تحمل می‌کنند. در مواجهه با این پدیده‌ی رنج‌آور زنان نابارور راهکارهایی را برای مقابله با این پدیده به کار می‌برند تا شاید بتوانند این رنج را کاهش دهند. راهبردهایی مانند اپوخه حواشی و همانندخواهی به‌منزله‌ی راهکارهای ارتباطی به کار گرفته شده در زنان نابارور شناخته شده‌اند که پیامد این راهکارها انفعال در رفتار، مقایسه‌های پایین به بالا و پذیرش مسئله‌ی ناباروری است. انفعال رفتاری و مقایسه‌های مرتبه‌ای تأثیر منفی بر هویت زن دارند. از عوارض این پیامدها می‌توان به عزت‌نفس پایین، خودخوارپنداری، افسردگی و اضطراب اشاره کرد. اما در میان زنانی هستند که سعی می‌کنند به روش‌های مختلف با این فشارها مقابله کنند و مسئله‌ی ناباروری خود را به‌صورت یک مسئله‌ی حل‌شدنی در نظر بگیرند که نیاز به تلاش و پیگیری دارد.

پدیده‌ی ناباروری یک بیماری است که در کشورهای مختلف، خصوصاً کشورهای در حال توسعه مشکلات و معضلات ناراحت‌کننده‌ای را برای زوج مبتلا به دنبال دارد. ناباروری تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی و روان‌شناختی قرار می‌گیرد. هم عوامل روان‌شناختی می‌تواند در ایجاد ناباروری دخالت داشته باشد و هم ناباروری می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی مختلفی به همراه داشته باشد. اینکه فرد نمی‌تواند به‌طور طبیعی باروری را تجربه کند و صاحب فرزند نشود، به‌عنوان یکی از تجربیات تلخ و دردآور به شمار می‌آید که زمینه‌ها و شرایط روانی اجتماعی نیز می‌تواند بر اهمیت آن بیفزاید و آن را تبدیل به بحران روان-اجتماعی کند. از جمله راهکارهای موثر جهت کمک به زنان بارور استفاده از برنامه‌های توانمندسازی روانی از جمله آموزش ذهن آگاهی، مهربان بودن به خود و تاب آوری است که لازم است به کارگیری این تکنیک‌ها در موقعیت‌های مختلف نیز آموزش داده شود. هم چنین لازمه اثربخشی این نوع برنامه‌ها بلندمدت بودن آن‌ها است.

تعارض منافع: نویسندگان (نویسنده) تصریح می‌نمایند در این پژوهش تعارض منافع وجود ندارد.

این پژوهش با هزینه محقق صورت گرفته است.

منابع

- Aarts, J.W., Huppelschoten, A.G., Van Empel, I.W., Boivin, J., Verhaak, C.M., & Kremer, J.A. (2012). How patient-centered care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Human reproduction (Oxford, England)*, 27(2), 488-495.
- Ashraf, D.M., Ali, D., & Azadeh, D.M. (2014). Effect of infertility on the quality of life, a cross-sectional study. *Journal of clinical diagnosis*, 8(10), 13-5.
- Bista, B. (2015). Lived Experience of Infertility among Community Dwelling Infertile Women. *J Journal of Nobel Medical College*, 4 (1):11.
- Burns, L. H. (2007). Psychiatric effects of infertility and infertility treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 689-716.
- Creswell J.W., & Poth, C.N. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design Choosing Among Five Approaches Fourth Edition*. London: Sage Publications.
- Dyer, S. J. (2007). The value of children in African countries – insights from studies on infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 69–77.
- Fekkes, M., Buitendijk, S.E., Verrips, G.H., Braat, D.D., Brewaeyns, A.M., & Dolging, J.G. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human reproduction (Oxford, England)*, 18(7), 1536-43.
- Fahey, T., & Field A. (2008). Families in Ireland: an analysis of patterns and trends. *Stationery Office Dublin*.
- Getz, L. (2012). The Impact of Infertility. *Social Work Today*, 34(12), 6 - 30.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Moller, A. (2006). First IVF treatment--short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human reproduction (Oxford, England)*, 21(12), 3295-302.
- Inhorn, M.C., & Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction*, 21(4), 411-26.
- Jacobs, N.N. (2005). *Infertility. In: Donohue, W., Byrd, M, Cummings, N, Henderson, D (Eds): Behavioral integrative care. Treatments that works in the primary care setting*. Brunner-Routledge: New York.
- Kirkman, M. (2003). Infertile women and the narrative work of mourning: Barriers to the revision of autobiographical narratives of motherhood. *Narrative Inquiry*, 13(1), 243-262.
- McCarthy, M.P. (2008). Women's lived experience of infertility after unsuccessful medical intervention. *Journal of midwifery & women's health*, 53(4), 319-324.
- Nilforooshan, P. (2006). Studying the effect of cognitive-behavioral counseling based on interacting cognitive subsystems on depression of infertile couples. *Middle East Fertility Society Journal*, 11(1), 43-47.
- Peronace, L.A., Boivin, J., & Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2), 105-114.
- Peterson, B. D., Gold, L., & Feingold, T. (2007). The experience and influence of infertility: considerations for couple counsellors. *The Family Journal*, 15(3), 251-257.
- Schmid, J., Kirchengast, S., Vytiska-Binstorfer, E., & Huber, J. (2004). Infertility caused by PCOS--health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. *Human reproduction (Oxford, England)*, 19(10), 2251-2257.
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities?. *Human fertility (Cambridge, England)*, 12(1), 14-20.

- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A.J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human reproduction (Oxford, England)*, 22 (8), 2309-2317.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. (2nd edition); London: Sage Publications.
- Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of human reproductive sciences*, 4(2),80-5.
- Wirtberg, I., Moller, A., Hogstrom, L., Tronstad, S.E., & Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human reproduction (Oxford, England)*, 22(2), 598-604.
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2013). (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reproductive Biomedicine Online*, 27(8), 236-243.
- Woods, N.F., Olshansky, E., & Draye, M. A. (1991). Infertility: women's experiences. *Health Care Women International*, 12 (2),179-190.

**Suffer Facilitators:
A Qualitative Study of the Infertile Females
Interactions with the Scene Overlooking Observers**

A. Abooei*
S. A. R. Afshani**
A. Ruhani***

Abstract

The present study aimed to investigate the relationship between infertile females and their associated relatives discussing their infertility issues. The research population embraced all the Yazd city infertile females referred to Infertility Centers. 21 females were selected and studied by means of theoretical and purposive sampling. Using a qualitative approach and grounded theory method, the process of theoretical sampling continued to data saturation. Data was collected and analyzed with open, axial and selective coding. The research findings included 13 main categories and one core category called suffer facilitators. Consequently, conceptual tables, paradigmatic model and theoretical schema of the research were presented. In general, explanation of the results indicated the phenomenon of “double suffering” in the target population. Infertile females, in respect to the traditional culture of the target population, confronted with near and far relatives which it made their lives a dilemma. Due to interpose of the associated relatives in the details of infertile females lives, like those watching over the scene, and extended the infertile females pain to the areas other than infertility issues.

Keywords: Infertile females, observers overlooking the scene, suffer facilitators.

*Assistant Professor, Department of psychology, Science & Arts University, Yazd, Iran. (Correspondent Author, Email: A.abooei@tea.sau.ac.ir)

** Professor, Department of Cooperation and Social Welfare, Yazd University, Yazd, Iran. (Email: afshaniafireza@yazd.ac.ir)

*** Assistant Professor, Department of Cooperation and Social Welfare, Yazd University, Yazd, Iran. (Email: aliruhani@yazd.ac.ir)