

انتخابات مجله

شماره	نوع نمایه	سال	Q1	Q2	Q3	Q4
1680-2993	Scopus	2021	-	-	✓	-
1680-2993	Scopus	2020	-	-	✓	-
1680-2993	Scopus	2019	-	-	✓	-
1680-2993	Scopus	2018	-	-	✓	-
1680-2993	Scopus	2017	-	-	✓	-
1680-2993	Scopus	2016	-	-	✓	-
1680-2993	Scopus	2015	-	-	✓	-
1680-2993	Scopus	2014	-	-	✓	✓
1680-2993	Scopus	2013	-	-	✓	✓
1680-2993	Scopus	2012	-	-	✓	✓
1680-2993	Scopus	2011	-	-	✓	✓

فهرست مقالات

اطلاعات مقاله

نویسنده مقاله

پس از ثبت مقاله، اطلاعات نویسندگان آن را نیز حتما تکمیل کنید

آیا مقاله DOI دارد؟ بله خیر

کد DOI مقاله:

وضعیت نشر: اخذ پذیرش اخذ

عنوان مقاله:

زبان مقاله:

نوع مقاله:

آدرس اینترنتی مقاله:

مجموعه در این نامه ارتقا: فرهنگی، تربیتی و اجتماعی نظری میدانی/محاسباتی

نوع تحقیق:

* این مقاله دستاورد کدامیک از موارد زیر در دانشگاه فردو

سال: ششماهگی:

تاریخ اخذ پذیرش:

تاریخ اخذ DOI:

آیاتی:

* تاریخ چاپ:

* دوره/جلد/واحد:

اطلاعات نشریه

* شناسه یابی (P-ISSN):

عنوان:

دوره انتشار:

کشور:

اطلاعات نشریه

نوع نشریه: داخلی خارجی

اعتبار علمی:

تاریخ شروع اعتبار:

- جستجو...
- کارنما
- پژوهش
- قناری
- انتشارات
- کتاب
- مقاله نشریه ای
- درخواست تشویق مقاله
- مقاله همایشی
- عضویت در هیات تحریریه نشریه
- ارزیابی و داوری فعالیت های پژوهشی
- اثر تبلیغ و آبرنده علمی (هنری/ ادبی) فلسفی
- ترجمه مقاله
- نقد مقاله/ کتاب
- سخنرانی علمی ارائه شده
- فعالیت پژوهشی رسانه ای انجام شده
- کتابخانه
- آزمایشگاه
- مراکز رشد
- بررسی درخواست ها

آثار روانی - اجتماعی ناباروری مردانه در زنان ایرانی: یک مطالعه کیفی

فاطمه زهرا کریمی^۱، دکتر علی تقی پور^{۲*}، دکتر رباب لطیف نژاد رودسری^۳، دکتر سید علی کیمیایی^۴، سید رضا مظلوم^۵، دکتر ملیحه امیریان^۶

۱. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۵. مربی گروه آموزشی پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۶. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۰۹

خلاصه

مقدمه: علی رغم اینکه زنان و مردان به یک میزان علت ناباروری می‌باشند، با این حال به دلیل تعصبات اجتماعی، ناباروری یک مشکل زنانه تلقی می‌شود و به همین دلیل نیز حتی در ناباروری با عامل مردانه، معمولاً زنان با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری روبرو می‌باشند و بار اصلی ناباروری را به دوش می‌کشند، بنابراین شناخت مسائل و مشکلات آنان در این حوزه از اهمیت خاصی برخوردار است و می‌تواند پیامدهای اجتماعی این پدیده را بر روی زنان مشخص کند، لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین آثار روانی - اجتماعی ناباروری مردانه در زنان ایرانی انجام شد.

روش کار: این مطالعه با رویکرد کیفی و بر اساس تحلیل محتوایی مرسوم انجام شد. داده‌ها با انجام ۳۰ مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق انفرادی جمع‌آوری شد. مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف تا رسیدن به اشباع اطلاعات از بین زنانی که همسران آنها نابارور بودند انتخاب شدند. تمام مصاحبه‌ها ضبط و کلمه به کلمه تایپ گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار MAXqda و روش تحلیل محتوایی صورت گرفت.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به پدیدار شدن یک طبقه اصلی "درک تنش‌های مربوط به خانواده و اجتماع" و ۳ زیر طبقه "رفتارهای آزاردهنده خانواده و اطرافیان (شامل زیر طبقه‌ها "تجسس و دخالت"، "دریافت برجسب و سرزنش"، "طررد شدن"، "مواجهه با باورهای نادرست خانواده و اطرافیان" و "احساس تبعیض رفتاری)"، "حضور در جمعیت‌های خاص" و "احساس فقدان حمایت اجتماعی" شد.

نتیجه‌گیری: زنانی که همسرانشان نابارور است، تنش‌های بسیاری را در ارتباطات اجتماعی خود تجربه می‌کنند. آنچه در این میان جای تأمل دارد این است که در ناباروری با عامل مردانه، مسئولیت ناباروری بر عهده زن گذاشته می‌شود و بچه‌دار نشدن او باعث بروز رفتارها و پندارهای منفی از طرف خانواده و جامعه می‌گردد که می‌تواند پیامدهای ناگواری برای زنان داشته باشد.

کلمات کلیدی: روانی - اجتماعی، تحلیل محتوا، ناباروری، ناباروری مردانه

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر علی تقی پور؛ مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱-۳۸۵۱۵۱۱۲؛ پست الکترونیک: taghipourA@mums.ac.ir

مقدمه

ناباروری به عنوان ناتوانی در باردار شدن پس از یک سال مقاربت منظم یا تلقیح مصنوعی بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری و یا ناتوانی در داشتن یک حاملگی موفق، تعریف می‌شود و عامل آن می‌تواند هر کدام از زوجین باشند (۱). باروری و تولید مثل، پایه و اساس حیات بشری محسوب می‌شود (۲). اما عدم توانایی در باروری همیشه به عنوان معضلی عظیم بر زندگی افراد، اثرات ویرانگری به همراه داشته است؛ به طوری که حتی از گذشته‌های دور تا به امروز با این مشکل بزرگ یعنی نازایی دست به گریبان بوده‌اند (۳). با این وجود علی‌رغم تمامی پیشرفت‌های علمی و پزشکی، کماکان درصد قابل توجهی از زوجین در ردیف کسانی قرار می‌گیرند که همچنان موفق به درمان مشکل ناباروری خود نیستند و این آمار رو به افزایش است (۴). با توجه به مشکلات و تنگناهایی که زوجین نازا در مراحل گوناگون زندگی به طور مستقیم با آن مواجه شده و به نوعی آن را تجربه می‌کنند، بنابراین زوجین نابارور با یک زندگی تحمیلی برخورد خواهند کرد که این نوع زندگی به طرق مختلف هویت پدر و مادر بودن آنها را زیر سؤال خواهد برد (۶). به همین دلیل پیامدهای مربوط به ناباروری چه به صورت فردی و چه اجتماعی به اشکال عمیق و بنیادین، تار و پود زندگی زوجین نابارور را تحت تأثیر شدید خود قرار داده است (۷). عوامل متعددی می‌توانند باعث ایجاد ناباروری در زوجین شوند که شامل: اختلالات اسپرم (۳۵٪ زوجین نابارور)، اختلالات تخمدان (۲۰٪)، اختلالات لوله رحمی (۳۰٪) و سایر علل (۱۵٪) می‌باشند (۸). ناباروری مردانه به دلایل مختلفی از جمله واریکوسل، سابقه عفونت ژنیتال، آسیب به بیضه و مشکلات ایمنولوژیک می‌تواند ایجاد شود و به عنوان عاملی تنش‌زا، تأثیر منفی زیادی بر زندگی زوجین نابارور خواهد داشت و افراد مبتلا را در معرض مشکلات روحی روانی و جسمی بی‌شماری قرار می‌دهد (۹). البته نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهند اگرچه علت ناباروری مردان هستند، ولی همسران نیز احساس گناه می‌کنند و استرس ناباروری را تجربه می‌کنند. هرچند در مرحله اول، ناباروری یک وضعیت بالینی مربوط به همسر

است، ولی تشخیص آن می‌تواند تأثیرات زیادی بر عملکردهای هیجانی زوجین درگیر با این مشکل برجای بگذارد. علاوه بر بُعد روانی ناباروری، سایر جنبه‌های زندگی همسر شامل ابعاد اجتماعی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰، ۱۱). در واقع ناباروری فرآیندی است که شغل، جسم، شخصیت و ذهنیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اثرات نامطلوبی بر احساسات فرد از جمله خودباوری او دارد (۱۲). با وجود اینکه حدود نیمی از علل ناباروری مربوط به مردان است، اما نتایج مطالعات نشان می‌دهد که حتی در ناباروری ناشی از علل مردانه نیز زنان معمولاً با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری روبرو می‌شوند و این زنان هستند که بار عمده ناباروری را تحمل می‌کنند (۱۳، ۱۴). شواهد نشان می‌دهد طیف مشکلات و پیامدهای اجتماعی ناشی از ناباروری همسر می‌تواند شامل برچسب اجتماعی، انزوای اجتماعی و کناره‌گیری از جامعه، ترس، از دست دادن جایگاه اجتماعی، ناامیدی و در برخی موارد خشونت باشد (۱۰، ۱۵). به عنوان مثال نتیجه مطالعه اسپیمیت (۲۰۰۹) نشان داد ناباروری پیامدهای اجتماعی متعددی مانند اختلال در روابط اجتماعی به دلیل سرزنش، کاهش اعتماد به نفس و بی‌معنی شدن زندگی برای زوجین دارد (۱۲). علی‌رغم اینکه ناباروری مردانه مشکلات عدیده‌ای را برای زنان ایجاد می‌کند، اما متأسفانه این گروه از زنان کمتر از سوی خانواده، اجتماع و مسئولین درک می‌شوند و مورد توجه قرار می‌گیرند. سازمان‌های ارائه دهنده خدمات ناباروری که با اینگونه افراد در ارتباط هستند، عوامل فرهنگی را به عنوان یکی از مولدهای فشارهای اجتماعی بر روی زنانی می‌دانند که همسرانشان نابارور است (۱۶، ۱۷)، زیرا مردم کشور ایران فرزندآوری را جزء برجسته‌ترین ویژگی‌های زنانه می‌دانند و به همین دلیل در صورت وجود مشکل در زمینه باروری، انگشت اتهام به سوی زنان نشانه می‌رود و فشار بسیاری از سوی اطرافیان بر زنان وارد می‌شود و این مسئله در خانواده مردان ایرانی بارزتر است و زنان علی‌رغم اثبات ناباروری همسرانشان با مشکلاتی روبه می‌شوند، البته کم‌توجهی این سازمان‌ها به این مسئله نیز نباید مورد غفلت قرار گیرد. از طرفی بررسی متون

نیز نشان می‌دهد پیامدهای اجتماعی پدیده ناباروری مردانه برای همسران کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. لذا این پژوهش، پیامدهای اجتماعی ناباروری مردانه بر همسران آنها و اینکه تا چه اندازه این پیامدها خانواده‌های نازا و بدون فرزند را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، را تبیین می‌کند. زیرا اگرچه مطالعاتی در ارتباط با پدیده ناباروری انجام شده است، ولی عمدتاً به صورت کمی طراحی شده‌اند که سطحی بودن اطلاعات و مشکل بودن کنترل متغیرهای مداخله‌گر، اعتبار نتایج این دسته از تحقیقات را زیر سؤال برده است (۱۸). در حالی که معمولاً مطالعات کیفی تجربیات عمیق زندگی را به همان صورتی که در زندگی واقع شده، توصیف می‌کنند. بنابراین روش کیفی برای انجام این مطالعه انتخاب شد تا با بررسی دیدگاه‌های مختلف، اطلاعات جامع‌تری در مورد پیامدهای اجتماعی و خانوادگی ناباروری مردانه جمع‌آوری گردد، لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین آثار روانی - اجتماعی ناباروری مردانه در زنان ایرانی انجام شد.

روش کار

این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی^۱ در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. مطالعه حاضر به تأیید کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسید و از تمامی مشارکت‌کنندگان رضایت آگاهانه اخذ گردید. مشارکت‌کنندگان این مطالعه را زنانی که همسران آنها نابارور و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، تشکیل می‌دادند. شرکت‌کنندگان در پژوهش از بین افراد نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری میلاد مشهد، زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر مشهد و همچنین افرادی که محقق به طور اتفاقی در اماکن عمومی با آنان آشنا می‌شد و یا توسط آشنایان و دوستان معرفی می‌شدند، انتخاب شدند. در مطالعات کیفی اغلب نمونه‌گیری با حداکثر تغییرپذیری که انتخاب هدفمند نمونه را با دامنه وسیعی از تغییرات در ابعاد مورد نظر در برمی‌گیرد، انجام می‌شود، لذا

نمونه‌گیری به روش هدفمند و با حداکثر تنوع (از نظر سن، شغل، تحصیلات، مدت زمان ناباروری) انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان ایرانی، تشخیص ناباروری اولیه برای همسران آنها داده شده باشد، داشتن توانایی درک و صحبت به زبان فارسی و بیان احساسات، عواطف و تجربیات، برخوردار بودن از قدرت ارتباط کلامی لازم جهت دادن اطلاعات غنی و کامل به پژوهشگر، صاحب فرزند نشده باشند، نداشتن فرزند خوانده، سپری شدن حداقل یک سال از زندگی مشترک آنها و نداشتن سابقه جدایی و ازدواج مجدد بود. در این مطالعه ۳۰ مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ۱۸ نفر از زنانی که همسران آنها نابارور بودند، انجام شد. مشارکت کننده اول بر اساس معیارهای مشارکت‌کنندگان از بین زنانی که غنی از اطلاعات بوده، توانایی برقرار ارتباط و تمایل به بیان اطلاعات خود داشتند، انتخاب شد. انتخاب شرکت‌کننده بعدی بر این سؤال استوار بود که او چقدر می‌تواند به روشن شدن هرچه بیشتر طبقات در حال پدیدار شدن کمک کند. این روال نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ به گونه‌ای که داده جدیدی از مصاحبه‌ها به دست نیامد، زیرا تعداد مشارکت‌کنندگان به وسیله عمق اطلاعات مورد نیاز تعیین می‌شود و وقتی در حوزه مطالعه اشباع اطلاعات حاصل شود، تعداد شرکت‌کنندگان کافی می‌باشد. اشباع اطلاعات وقتی اتفاق می‌افتد که نمونه‌گیری بیشتر اطلاعات بیشتری فراهم نکند و فقط تکرار داده‌های جمع‌آوری شده قبلی باشد. جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته استفاده شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن، در پژوهش‌های کیفی مناسب است. این نوع مصاحبه به شرکت‌کنندگان فرصت می‌دهد تا تجربه خود را از پدیده موردنظر به طور کامل شرح دهند، بنابراین در این مطالعه، برای جمع‌آوری اطلاعات با عمق و جزئیات بیشتر، از این نوع مصاحبه استفاده شد. مصاحبه با تعدادی سؤال باز با توجه به راهنمای مصاحبه آغاز می‌شد، سؤالات در راهنمای مصاحبه بر روی مسائل یا حیطه‌های موضوعی که باید پوشش داده شده و خط تحقیقی که باید دنبال شود،

¹ conventional

تفاوت‌هایشان مقایسه شدند و کدهای مشابه یا دارای معنی و مفهوم شبیه به یکدیگر در یک گروه قرار گرفتند. بر این اساس طبقات اولیه‌ای از کدها به دست آمد، طبقات اولیه به دست آمده نیز با یکدیگر مقایسه شدند و طبقات با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی شدند. روند طبقه‌بندی ادامه یافت و در پایان زیر طبقات و طبقه اصلی به دست آمد. پس از مطالعه دقیق و تحلیل اولیه متن هر مصاحبه، جهت انجام مصاحبه بعدی برنامه‌ریزی شد.

در این مطالعه جهت تأیید صحت یافته‌ها، از معیارهای بیان شده توسط لینکن^۱ و گوبا^۲ شامل اعتبار^۳، قابلیت وابستگی^۴، تأییدپذیری^۵ و قابلیت انتقال^۶ استفاده شد.

در این راستا روش‌های زیر به کار گرفته شدند:

- ۱- صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها به منظور درک عمیق از افراد تحت مطالعه، ۲- درگیری طولانی مدت با داده‌ها و مرور و اصلاح مکرر کدهای، ۳- بازبینی مصاحبه‌ها و کدگذاری‌های اولیه توسط مشارکت‌کنندگان، ۴- بازبینی مصاحبه‌ها و روند طبقه‌بندی توسط تیم تحقیق و ۵- شرح مبسوط کلیه مراحل تحقیق از ابتدا تا انتها.

یافته‌ها

میانگین سن مشارکت‌کنندگان $37/1 \pm 1/4$ سال (محدوده سنی ۲۸-۵۹ سال) بود. میزان تحصیلات زنان شرکت‌کننده در مطالعه بیسواد تا فوق لیسانس و میانگین مدت زمان ناباروری آنها $14/4$ سال (محدوده ۱-۴۵ سال) بود (جدول ۱).

تمرکز می‌یافت و در ادامه از سؤالات کاوشی برای دستیابی به وضوح بیشتر استفاده شد. در صورت موافقت زنان، در مورد زمان و مکان انجام مصاحبه، هماهنگی لازم انجام می‌شد. در زمان مصاحبه، محقق ضمن معرفی خود و توجیه افراد در مورد اهداف طرح و اخذ رضایت آگاهانه در خصوص امکان ضبط مصاحبه آنان به وسیله رکورد و اطمینان از محرمانه بودن تمام مطالب ذکر شده، با پرسش اطلاعات فردی و ایجاد رابطه مناسب و جلب اعتماد زنان، شرایط را برای انجام مصاحبه فراهم می‌کرد. سپس از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا تجربیات خود را درباره پیامدهای خانوادگی و اجتماعی ناباروری مردانه بیان کنند، سؤالات بعدی بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان و نیز بر روی مسائل دارای اهمیت بیشتر متمرکز شد. در این مطالعه پژوهشگر در واکنش به محتوای پاسخ‌ها و اشارات غیر کلامی از سوی مشارکت‌کنندگان انعطاف‌پذیر بود و اگر در طول مصاحبه مشارکت‌کنندگان به خاطر مصاحبه دچار تنش احساسی می‌شدند، فرصت داده می‌شد تا فرد آرامش و خونسردی خود را بازیابد. در پایان مصاحبه از مشارکت‌کننده خواسته می‌شد تا اگر حرف و سخنی باقی مانده، بیان نماید و در نهایت پس از تشکر و قدردانی از مشارکت‌کننده در خصوص احتمال انجام مصاحبه‌های بعدی نیز صحبت می‌شد. جهت تداوم ارتباط با زنان و پیگیری آنان در مراحل مختلف مطالعه، پژوهشگر با دادن شماره تلفن همراه خود به مشارکت‌کنندگان در تمام مدت فرآیند جمع‌آوری داده‌ها با آنان در تماس بود تا در جریان مسائل آنان قرار گیرد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی و با استفاده از نرم افزار MAXqda انجام شد؛ بدین صورت که پس از اتمام هر جلسه مصاحبه، محقق نسبت به تبدیل مکالمات ضبط شده به متن تایپ شده کامپیوتری به صورت کلمه به کلمه اقدام نمود. به منظور غوطه‌وری در داده‌ها و به دست آوردن یک حس کلی نسبت به آن، مصاحبه‌ها چندین نوبت گوش و متن تایپ شده آن‌ها بارها خوانده شد، سپس به مفاهیم اصلی در این جملات، یک کد داده می‌شد. پس از آن کدها بر اساس شباهت‌ها و

¹ Lincoln

² Guba

³ Credibility

⁴ Dependability

⁵ Confirmability, auditability

⁶ Transferability

جدول ۱- مشخصات زمینه‌ای زنان مشارکت کننده در مطالعه

مشارکت کننده	سن (سال)	سطح تحصیلات	مدت ناباروری (سال)	شغل
۱	۳۳	راهنمایی	۱۲	شاغل
۲	۴۹	دیپلم	۳۳	شاغل
۳	۵۹	بیسواد	۴۲	خانه‌دار
۴	۳۲	ابتدایی	۹	خانه‌دار
۵	۳۵	لیسانس	۱۰	شاغل
۶	۲۸	فوق لیسانس	۲	شاغل
۷	۳۵	ابتدایی	۱۱	خانه‌دار
۸	۴۴	دیپلم	۲۳	خانه‌دار
۹	۲۹	دیپلم	۴	خانه‌دار
۱۰	۲۷	لیسانس	۹	شاغل
۱۱	۴۱	بیسواد	۷	خانه‌دار
۱۲	۳۵	ابتدایی	۳	خانه‌دار
۱۳	۳۰	دیپلم	۱۴	خانه‌دار
۱۴	۲۹	لیسانس	۸	شاغل
۱۵	۲۷	دیپلم	۵	شاغل
۱۶	۳۴	دیپلم	۶	شاغل
۱۷	۲۶	دیپلم	۷	خانه‌دار
۱۸	۲۴	دیپلم	۳	خانه‌دار

زیرطبقه رفتارهای آزاردهنده خانواده و اطرافیان، حضور در جمعیت‌های خاص و احساس فقدان حمایت اجتماعی به‌دست آمد (جدول ۲).

تجارب زنان پیرامون آثار روانی - اجتماعی ناباروری مردانه: بر اساس تحلیل تجارب زنان در زمینه پیامدهای اجتماعی ناباروری مردانه، یک طبقه اصلی یعنی درک تنش‌های مربوط به خانواده و اجتماع و ۳

جدول ۲- طبقه، زیرطبقات و طبقات اولیه استخراج شده

طبقه	زیرطبقات	طبقات اولیه
تنش‌های مربوط به خانواده و اجتماع	رفتارهای آزاردهنده خانواده و اطرافیان	تجسس و دخالت دریافت برجسب و سرزنش طرد شدن
	مواجهه با باورهای نادرست خانواده و اطرافیان	احساس تبعیض رفتاری
حضور در جمعیت‌های خاص		-
	احساس فقدان حمایت اجتماعی	-

تجسس و دخالت: یکی از مصادیق رفتارهای آزاردهنده اطرافیان بود که تمامی زنان مشارکت‌کننده در مطالعه به نحوی به آن اشاره کردند. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که با سیلی از سؤالاتی از قبیل "بچه نداری؟ کی بچه‌دار می‌شوی؟ چیکار کردی؟" از طرف خانواده،

یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مشارکت‌کنندگان، رفتارهای آزاردهنده خانواده و اطرافیان بود که خود شامل زیرطبقه‌های تجسس و دخالت، دریافت برجسب و سرزنش، طرد شدن، مواجهه با باورهای نادرست خانواده و اطرافیان و احساس تبعیض رفتاری بود که در ادامه در مورد هر کدام به تفکیک توضیح داده شده است.

دوستان، اقوام و آشنایان مواجهه می‌شدند. برخی از زنان در این رابطه گفتند:

"خیلی فضولن هر کی رد میشه، میپرسه بچه نداری هنوز؟ کی میخوای بچه‌دار بشی؟" (مشارکت کننده ۲۸ ساله، ۲ سال نازایی).

"فامیلای ما فضولن، میپرسن بچه نداری؟" (مشارکت کننده ۳۵ ساله، ۱۰ سال نازایی).

پرسیدن سؤالات گزنده‌تری در مورد عامل ناباروری مثل "ایراد از کیست؟" یا چگونگی سیکل‌های قاعدگی نمونه‌ای دیگر از تجسس‌های اطرافیان بود.

"عروسیا که میرم به مادرم میگن ایراد از دخترته یا دامادته؟ هر کسی اقوامم، اطرافیم، هر کی می‌بینه، بچه نداری؟" (مشارکت کننده ۳۵ ساله، ۳ سال نازایی).

مشارکت کنندگان از القائات منفی و فشار اطرافیان گفتند مبنی بر اینکه زن و مرد حتماً باید پدر و مادر شوند، در غیر این‌صورت بهترین گزینه جدایی از همسر به‌دلیل بی‌فایده بودن زندگی با مرد نابارور یا از دست دادن زمان برای باردار شدن است. برخی از بیانات زنان در رابطه با پیشنهادهای کلیشه‌ای و تخریب‌کننده اطرافیان بدین شرح بود:

"۲-۳ سال بیشتر صبر نکنی، زمان به ضرر خودت از دست میره، دیدی بچه‌دار نمیشی طلاق بگیر" (مشارکت کننده ۲۷ ساله، ۹ سال نازایی).

"بههم گفتن خب تو جدا شو، تو الان میتونی حامله بشی، شوهرت مشکل داره، وقتت میگذره، به مرور زمان سنت بالاتر میره و تو دیگه باردار نمیشی، طلاق بگیر تو الان جوونی، فایده‌ای نداره بمونی" (مشارکت کننده ۴۴ ساله، ۲۳ سال نازایی).

دریافت برچسب و سرزنش: یکی دیگر از اشکال رفتارهای آزار دهنده‌ای بود که زنان مکرراً به آن اشاره می‌کردند. زنان مشارکت کننده در مطالعه علاوه بر بی‌فرزندی، مجبور بودند زخم زبان‌ها و طعنه‌های اطرافیان‌شان را هم به جان بخرند؛ بدین‌صورت که با گذشت زمان صحبت‌های اطرافیان شروع می‌شود که "بچه دار نمی‌شود"، "اجاقش کور است"، "حتماً عیب و ایرادی دارد" و اولین انگشت اتهام به سمت زن روانه می‌شود. در واقع مسئول دانستن زنان برای ناباروری و انگ

زدن اطرافیان به‌دلیل عدم آگاهی آنها از مردانه بودن عامل ناباروری و یا حتی در برخی مواقع علی‌رغم آگاهی از ناباروری مردانه، از رفتارهایی بود که منجر به بروز آسیب‌های روانی در زنان می‌شد. زنان در صحبت‌های خود در ارتباط با دریافت برچسب و کنایه از جانب اطرافیان خود به‌دنبال ناباروری همسرانشان چنین گفتند:

"بیشتر مادر شوهر و خواهر شوهرم سرزنش می‌زدن، می‌گفتن این نازایه، این بچه نداره، بچه‌دار نمیشه، این ضعیفه، خودش لاغره بچه‌دار نمیشه، رفتی دکتر؟ شاید ضعیفی" (مشارکت کننده ۳۵ ساله، ۱۱ سال نازایی).

"زخم و زبون اطرافیان بود، می‌گفتن بچه بیار و گرنه نازا میشی، شروع می‌کنه به نصیحت و چرت و پرت گفتن" (مشارکت کننده ۲۸ ساله، ۲ سال نازایی).

"مخصوصاً یک شوهر خواهر دارم انقد فضوله همش به خواهرم میگه دیدی خواهرت بچه‌دار نمیشه، مامانم میگه تو نازایی که اصلاً بچه‌دار نمیشی" (مشارکت کننده ۲۷ ساله، ۵ سال نازایی).

مشارکت کنندگان دیگر نیز از کنایه‌ها و برخوردهای تحقیرآمیز دیگران و خوردن برچسب "اجاق کور" به‌دلیل بچه‌دار نشدن شکایت داشتند و می‌گفتند:

"اگر خداوند عالم یک بچه بهم میداد دیگه هیچکی نمی‌تونست طعنه بزنه، زبون هیچکی به سرم دراز نبود، مثلاً تا میگم بشقابم گم شده، میگن ای بابا میخوای فردا با خودت ببری اون دنیا، برای بچه‌هات میخوای، وقتی که اولاد نداری میگن اجاق کور بود" (مشارکت کننده ۵۹ ساله، ۴۲ سال نازایی).

"جاریم اومد خونمون گفت که چقد خونت تمیز و مرتبه، باز تأکید کرد تو بچه نداری، به‌خاطر همین ۳ بار این جمله رو تکرار کرد" (مشارکت کننده ۲۶ ساله، ۷ سال نازایی).

مقایسه شدن و دریافت سرزنش و تحقیر به‌دنبال بارداری زنان فامیل، عامل دیگری بود که زنان را آزار می‌داد.

"الان که جاریم بچه‌دار شده، میگن خدا یه بچه هم به تو بده، تو هم بچه‌دار بشی، معصوم رفته تو حرم دعا کرده، تو هم بچه‌دار بشی" (مشارکت کننده ۳۵ ساله، ۱۱ سال نازایی).

"خونواده شوهرم میگن جاریت فقط ۱۷ سالشه ببین چه زود بچه دار شد ولی تو نشدی" (مشارکت کننده ۳۲ ساله، ۹ سال نازایی).

طرد شدن: از دیگر مصادیق رفتارهای آزار دهنده خانواده بود که زنان با آن روبرو شده بودند. زنان بیان می کردند که خانواده های آنها با اظهار دلایلی چون عدم پیگیری درمانی از طرف زوج و یا نتیجه نگرفتن از درمان، رفت و آمدشان را با زوج قطع کرده و علاقه ای به معاشرت با آنها نداشتند.

"جواب که نگرفتیم خانواده ترکم کردن، گفتن شما که این همه رفتن جای دکترای چی بچه دار نشدین؟" (مشارکت کننده ۳۵ ساله، ۳ سال نازایی).

"مامانم تا برج ۱۰ بهم فرصت داده، گفته تا برج ۱۰ فرصت میدم، اگه رفتی برای بچه دار شدن رفتی، اگر نه که دیگه پاتو خونه من نمی زاری، دیگه دختری به نام تو ندارم" (مشارکت کننده ۲۷ ساله، ۵ سال نازایی).

برخی زنان نیز از سوی خانواده شوهر طرد شده بودند، یکی از مشارکت کنندگان در این رابطه گفت:

"مادر شوهرم برامون پیغام فرستاد که خونه ما نیابن، اجازه نمی دم دیگه بیابن خونه ما، اصلاً دیگه به یاد ما نبودن، نه زنگی میزدن نه سراغی می گرفتن" (مشارکت کننده ۳۵ ساله، ۱۱ سال نازایی).

مواجهه با باورهای نادرست خانواده و اطرافیان: از دیگر زیر طبقات رفتارهای آزاردهنده که از تحلیل دست نوشته ها استخراج شد، باورهای غلط و سنتی افراد جامعه در ارتباط با زنان بدون فرزند بود. باورهایی مانند اینکه زنان بدون فرزند، زنان باردار و یا کودکان را چشم می زنند، جادو می کنند و یا اینکه به آنها حسادت می کنند. برخی از این بیانات در ذیل آمده است.

"وقتی تو یه جمعی یه بچه ای هست سعی می کنم زیاد بهش توجه نکنم، حس می کنم شاید مادرش خوشش نیاد، مثلاً چشم می کنم بچه شو، یا بخوام حسادت بکنم، یه جایی باشیم من خیلی نگامو زوم نمی کنم رو بچه های کوچولو" (مشارکت کننده ۴۴ ساله، ۲۳ سال نازایی).

"یکی از آشناهامون دخترش دوقلو داشت، بهش گفتم راستی شنیدم دخترتون دوقلو داره، مادرش با یک لحنی گفت معلوم نیست، حالا چرا انقد سؤال می کنی، اول یه

ماشالله بگو، یعنی مثلاً چشم نکنی، دلم شکست، این برخوردا دلمو لرزونده، دختر جاریم حامله شد به من حقیقتو نگفت، گفت معلوم نیست حامله ام، ترسید چشمش کنم" (مشارکت کننده ۳۳ ساله، ۱۲ سال نازایی).

مشارکت کنندگان دیگری نیز از پنهان کاری زنان باردار و اطرافیان آنها به دلیل اعتقاد به باورهای سنتی مانند ناراحتی و حسودی زنان نابارور می گفتند:

"یکی از دوستانم باردار شده بود مامانش گفته بود برای چی رفتی پیش اون دختره [من] گفتمی باردارم، نمیگی ناراحت بشه که تو بارداری" (مشارکت کننده ۲۷ ساله، ۵ سال نازایی).

"یکی از همکارم بهش می گفتم بچه بیار، می گفت من و شوهرم تصمیم داریم بچه نیاریم، ۴ ماهه باردار بود به من نگفته بود، بعد من از همکارم شنیدم که بارداره، بهش گفتم مگه من حسودم که به من دروغ گفتمی" (مشارکت کننده ۲۷ ساله، ۹ سال نازایی).

احساس تبعیض رفتاری: اشکل دیگری از رفتارهای آزاردهنده خانواده و اطرافیان بود. مهرورزی و ابراز محبت خانواده ها به خصوص خانواده شوهر به سایر فرزندان بارور خانواده و به ویژه کودکان آنها، از مواردی بود که زنان به کرات به آن اشاره کردند و آن را دغدغهای تنش زا توصیف کردند. آنها بیان می کردند که اغلب خانواده شوهر بین افراد بارور و نابارور تفاوت هایی در ابعاد مختلفی همچون عاطفی و اقتصادی قائل می شوند. مشارکت کننده ای از ابراز محبت و علاقه خانواده شوهرش نسبت به کودک تازه متولد شده دیگر فرزند پسر خانواده چنین گفت:

"مادر شوهرم، پدر شوهرم وقتی یه بچه ای به دنیا میاد خیلی بهش توجه می کنن، باهاش ور برن، همش میگن بچه فلانی بچه فلانی، خونواده شوهرم بچه هاشونو و نوه هاشونو دوست دارن، میگن اینا بچه دار شدن" (مشارکت کننده ۳۲ ساله، ۹ سال نازایی).

مشارکت کننده دیگری نیز از رفتار تبعیض آمیز خانواده شوهر با عروسان و توجه بیشتر به عروسان بارور و نادیده گرفتن ولی در صورتی که مشکل ناباروری نیز متوجه پسر خودشان بوده است، چنین می گفت:

"خانم برادرزاده شوهرم، جلوی من با یه حالتی قریون صدقه بچش می‌رفت، من حس کردم انگار می‌خواد بسوزونه" (مشارکت کننده ۲۷، ساله، ۹ سال نازایی).

"میری جاشون، هی از بچشون تعریف می‌کنن، می‌گن امروز بچه‌ام این کار کرد، بچه‌ام کجا رفت" (مشارکت کننده ۳۲، ساله، ۹ سال نازایی).

"مثلاً می‌گن امروز رفتم برای بچم شیشه شیر خریدم، یا مثلاً برای بچم این کارا رو کردم" (مشارکت کننده ۴۴، ساله، ۲۳ سال نازایی).

دیدن زنان باردار و یا زنان تازه زایمان کرده، یکی از مهم‌ترین عوامل تنش‌زایی بود که مشارکت‌کنندگان با آن مواجهه بودند. آنها بیان می‌کردند که باردار شدن سایر زنان به‌خصوص بستگان نزدیک شوهر و علی‌الخصوص کسانی که از نظر سنی از آنها کوچک‌تر بوده‌اند، به‌شدت آنها را تحت تأثیر قرار می‌داد.

"من که دختر جاریام یا جاریام حامله شدن عذاب کشیدم، فشار بهم اومد، هیچکی ما رو درک نمی‌کنه" (مشارکت کننده ۳۳، ساله، ۱۲ سال نازایی).

"جاریام بعد من اومدن، بچه‌دار شدن بچه‌هاشون بزرگن" (مشارکت کننده ۲۹، ساله، ۸ سال نازایی).

دیدن دوستانی که فرزنددار شده‌اند و مقایسه خود با آنها از دیگر دغدغه‌های زنان بود:

"اگه بعد چند وقت دوستمو یا همکلاسیمو ببینم که بچه دار شدن، حس می‌کنم من انگار عقب افتادم" (مشارکت کننده ۲۹، ساله، ۴ سال نازایی).

احساس فقدان حمایت اجتماعی: مصداق دیگری از درک تنش مربوط به خانواده و اجتماع بود.

اغلب زنان مشارکت‌کننده در مطالعه از عدم دسترسی به حمایت از طرف اطرافیان در ابعاد عاطفی و اقتصادی سخن می‌گفتند. در این رابطه برخی از مشارکت‌کنندگانی که متعلق به طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین جامعه بودند، از بی‌توجهی و عدم همراهی خانواده شوهر در پیگیری درمان ناباروری یا عدم حمایت مالی برای درمان شاکی بودند:

"میدونین من کسی رو اینجا ندارم، حقیقتش مادر شوهرم زیاد به فکر نیست، بعد از من سه تا عروس آورده، هر سه تاشم حامله شدن، می‌گه خودتون

"اینا کارایی که برای من نمی‌کردن برای اون می‌کردن، در صورتی که این مسئله مربوط به پسرشون بود، حالا برای این جاریم راحت پول بدن، هر خواسته‌ای داره برآورده کنن، بعد تازه یه جوری هم رفتار می‌کردن که انگار منو نمی‌بینن، این بد بود" (مشارکت کننده ۴۹، ساله، ۳۳ سال نازایی).

این مشارکت‌کننده در جایی دیگر از اقدام ناعادلانه خانواده شوهر در واگذاری میراث خانوادگی به پسر بارور خانواده و محرومیت زوج نابارور از ارث گفت:

"حتی وصیت کرده بود که هر چی دارن به برادر شوهرم برسه به ما نرسه، به ما چیزی نندن، چون ما بچه‌دار نشده بودیم، مثلاً اگه چیزی از اونا به ما برسه، ما که دیگه بچه نداریم باز به بچه‌مون برسه... این تحقیق‌آمیز بود برای من" (مشارکت کننده ۴۹، ساله، ۳۳ سال نازایی).

حضور در جمعیت‌های خاص: از مصادیق دیگر درک تنش مربوط به خانواده و اجتماع بود. مشارکت‌کنندگان مطالعه اظهار می‌کردند حضور در جمع زنان باردار و یا زایمان کرده و بروز برخی رفتارها از سوی آنها مانند ترحم و دلسوزی و یا تفاخر کردن به‌دلیل داشتن توانایی در باروری برایشان تنش‌آفرین بوده است. یکی از زنان از رفتار آمیخته با ترحم یکی از بستگان زن خود که به تازگی زایمان کرده بود، چنین گفت:

"وقتی زایمان می‌کردن می‌گفتن بیا بچمو بگیر، خدا کنه تو هم مثل من بچه‌دار بشی" (مشارکت کننده ۳۲، ساله، ۹ سال نازایی).

مشارکت‌کنندگان همچنین از وجود حس برتری‌جویی در زنان باردار نسبت به زنان مورد مطالعه و رفتار فخر فروشانه آنان به‌دلیل باردار بودن می‌گفتند:

"یکی از همکارام حامله شده بود، جلوی من هی شکم‌شو نشون می‌داد، می‌اومد همش حاملگی شو به رخ من می‌کشید" (مشارکت کننده ۳۵، ساله، ۱۰ سال نازایی).

مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که مادران با نوازش کودکان خردسال خود و یا تعریف و تمجید از شیرین کاری‌های کودکانشان و یا شرح وقایع مربوط به فرزندپروری، قصد مباحثات به‌زانی را دارند که از داشتن فرزند بی‌بهره‌اند و این امر آنها را آزرده می‌کرد: برخی از بیانات در این رابطه در ذیل آورده شده است:

می‌دونید، به فکر ما نیست زیاد" (مشارکت کننده ۳۲ ساله، ۹ سال نازایی).

"خودشون میدونن که شوهرم مقصره، الان خواهر شوهرم میدونه که صفره، ولی خب سرشو مثل کبک کرده زیر برفا نميگه عروس جان بيا بریم یک فکری بکنیم، گناه داری تو داری این وسط زیر پا له میشی... اگه یه آدم باشعور و با فهمی باشه، به قولی بالا شهری می‌بود، دلش می‌سوخت، اونا اصلاً به فکر خودشون، پدر شوهرم که انگار نه انگار، اونا جنبه ندارن شعور ندارن" (مشارکت کننده ۲۹ ساله، ۴ سال نازایی).

برخی زنان در رابطه با عدم حمایت مالی خانواده شوهر علی رغم استطاعت مالی آنها برای درمان ناباروری زوج اظهار داشتند:

"اونا به جای اینکه یه کمکی بکنن، هی میگن برو دکتر با کدوم پول" (مشارکت کننده ۲۴ ساله، ۳ سال نازایی).

"اونا خودپرستن به فکر خودشون، برادر شوهرم اصلاً کار به کار ما ندارن، که مثلاً بگن زن داداش بیا پول بزاریم برین دکتر، ما که خودمون پول نداریم" (مشارکت کننده ۲۹ ساله، ۴ سال نازایی).

یکی از زنان هم از عدم حمایت مالی والدین همسرش برای تأمین مایحتاج زندگی زوج به دلیل از کارافتادگی شوهر در نتیجه عمل جراحی واریکوسل چنین گفت:

"عملش که کردن، شوهرم مریض شد دیگه، بیضه شوهرمو مشکل دار کردن، دیگه شوهرم اصلاً نمی‌تونست کار کنه، اصلاً هیچ خرجی مادر شوهرم نمی‌داد، نمی‌گفتن شما سیرین، مشکلی ندارین، اصلاً به ما کاری نداشتن" (مشارکت کننده ۳۳ ساله، ۱۲ سال نازایی).

برخی مشارکت‌کنندگان نیز به دلیل عدم وجود منبع حمایتی به دلیل فوت پدر و مادر، قادر به دریافت راهنمایی در زمینه‌های مختلف نبودند. یکی از زنان در این رابطه گفت:

"کسی رو نداشتم راهنماییم کنه، یک مادری نداشتم رو سرم که من رو نصیحت کنه، درد دلمو برم بگم، یک راهی پیش پام بزاره که بفهمم" (مشارکت کننده ۵۹ ساله، ۴۲ سال نازایی).

برخی زنان نیز به دلیل آنکه ناباروری را از دیگران پنهان کرده بودند، امکان برخورداری از حمایت دیگران برای

آنها فراهم نبود و لذا متحمل فشارهای روحی بسیاری بودند: "من تو مشکلاتم خودم بودم و خودم چون کسی چیزی نمی‌دونست، کسی نمی‌تونست کمک کنه، دیگه خیلی از نظر روحی کم آورده بودم" (مشارکت کننده ۲۷ ساله، ۹ سال نازایی).

بحث

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر، آثار روانی - اجتماعی ناباروری مردانه، شامل یک طبقه اصلی یعنی درک تنش‌های مربوط به خانواده و اجتماع و ۳ زیر طبقه که شامل رفتارهای آزاردهنده خانواده و اطرافیان (که خود شامل طبقات اولیه: تجسس و دخالت، دریافت برچسب و سرزنش، طرد شدن، مواجهه با باورهای نادرست خانواده و اطرافیان و احساس تبعیض رفتاری)، حضور در جمعیت‌های خاص و احساس فقدان حمایت اجتماعی بود. بنابراین اگرچه ناباروری مسأله‌ای است که ظاهراً مربوط به زوجین می‌شود (۳)، ولی خواسته یا ناخواسته اطرافیان آنها در این مسئله وارد می‌شوند و می‌تواند تبعات زیادی به‌ویژه برای زنان داشته باشد و با توجه به حساسیت زن، معمولاً تأثیرات منفی بیشتری متوجه او می‌شود (۷، ۱۰، ۱۳). نتیجه مطالعه عنایت و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد تعارضات به‌وجود آمده در خانواده مانند نداشتن فرزند و ناباروری، مسائل و مشکلاتی را در سطوح فردی، نهادی و اجتماعی به‌وجود می‌آورد که می‌تواند منجر به تجسس و دخالت اطرافیان شود و آسیب‌های زیادی به زوجین و خانواده وارد کند (۱۹). آسیب‌پذیری زنان از علل و عوامل مختلف نشأت می‌گیرد که عمدتاً به ساختار روانی و جسمانی آنها یا به ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جوامع برمی‌گردد. مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری برای زنان نسبت به مردان، استرس‌آورتر بوده و منجر به عزت نفس پایین‌تر، رضایت از زندگی کمتر و افسردگی بیشتر در زنان می‌شود (۲۰). از طرفی معمولاً زنان به دلایلی مانند وابستگی اقتصادی، کم‌سواد، فقر فرهنگی یا مقصر دانستن خود، این مشکلات را گزارش نمی‌کنند و فشار روحی - عاطفی مضاعفی را تحمل می‌کنند. زنان مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر نیز هنگام مصاحبه، پرده

دریافت انگ و سرزنش و کنایه از سوی اطرافیان و مسئول بودن زن برای بچه‌دار نشدن شده بود. نتایج مطالعه دآر و همکار (۲۰۰۲) نیز نشان داد ناباروری برای زنان در کشورهای کمتر توسعه یافته، پیامدهای اجتماعی شدیدی مانند برچسب اجتماعی و از دست دادن جایگاه اجتماعی دارد (۱۷). نتایج مطالعه عزتی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد شرایط بحران ناباروری، باعث ایجاد افکار منفی در فرد نابارور شده و مقابله هیجان مدار، فرد را با این افکار بیشتر درگیر می‌کند (۲۰). این درگیری با افکار منفی، به صورت نشخوار ذهنی درآمده و فرد را برای افسردگی آماده می‌کند (۲۴). زنان شرکت کننده در مطالعه حاضر نیز با این افکار منفی که ناشی از برچسب زدن اطرافیان بود، دست و پنجه نرم می‌کردند و در شرایط ناباروری مقابله هیجان مدار داشتند. در نتیجه می‌توان گفت که مقابله هیجان مدار که به معنای حل هیجانی مشکل در شرایط استرس‌زا و بحران مانند ناباروری که فرد هیجانات منفی را بیشتر تجربه می‌کند، کارکردی منفی داشته و فرد را برای افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد، در حالی که ممکن است در شرایط غیر بحرانی که فرد لزوماً هیجانات منفی را تجربه نمی‌کند، کارکرد مثبتی داشته و به بالا بردن خلق کمک کند. این در حالی است که همسران مردان نابارور مطالعه حاضر بیان کردند به دلایلی مانند باورها و اعتقادات نادرست مانند سحر و جادو از خانواده طرد شده‌اند. در همین راستا نتایج مطالعات نشان می‌دهد در برخی از جوامع نه تنها در پدیده ناباروری حمایتی از سوی مسئولین، جامعه و خانواده زوجین نابارور صورت نمی‌گیرد، بلکه گاه نیش و کنایه‌هایی زده می‌شود، خصوصاً در مواردی که مقایسه بین افراد بارور و نابارور خانواده صورت می‌گیرد که می‌تواند اثرات مخربی از جمله بروز نشانه‌های افسردگی داشته باشد. از طرفی افراد نابارور به دلیل نداشتن فرزند سعی می‌کنند خصوصاً با دوستان خود که بارور شده‌اند، کمتر ملاقات داشته باشند، زیرا مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر از رفتارهای نامحترمانه دوستان و نزدیکان خود مانند فخرفروشی و تبعیض رفتاری شاکی بودند. نتیجه مطالعه علیزاده و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد ناباروری باعث

از فشارهای روحی- روانی خود برداشتند و مکرراً به استرس‌ها و فشارهای روحی خود که به دلایلی از جمله تجسس و دخالت اطرافیان بود، اذعان نمودند که نمودی از رفتارهای آزاردهنده خانواده بود. همچنین با توجه به فرهنگ جوامع و دیدگاهی که نسبت به ناباروری وجود دارد، می‌تواند اثرات منفی زیادی بر همسر وارد کند (۲۱)، زیرا عکس‌العمل دیگران در برابر افراد نابارور تحت تأثیر باورهای آنها در مورد ناباروری و همچنین متأثر از برچسب اجتماعی (استیگما) است که به افراد نابارور زده می‌شود (۲۲). نتیجه مطالعه لطیف‌نژاد رودسری و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف تجربیات زوجین نابارور استفاده کننده از روش‌های اهدایی در ارتباط با انتخاب اهداءکننده انجام شد، نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان، نگران انتشار موضوع و قضاوت اجتماعی اطرافیان بودند و جهت حمایت خود و کودک از استیگما، از اهداءکننده ناشناخته استفاده کردند، زیرا استفاده از اهداءکننده شناخته شده را تهدیدی جهت حفظ محرمانگی می‌دانستند (۲۳). کسانی که از طرف اجتماع انگ و یا برچسبی را دریافت می‌کنند، فشار روانی زیادی را تحمل می‌کنند. فردی که شرایط استیگما را تجربه می‌کند، به دلیل وجود یک یا چند ویژگی ناخوشایند، معمولاً احساس می‌کند که از اطرافیانش متمایز بوده و به دلیل این تفاوت از جامعه پیرامونش فاصله می‌گیرد (۲۴)، زیرا برچسب اجتماعی، با محروم کردن فرد از یک هنجار هویتی که جامعه به آن بها می‌دهد، باعث انزوای بیشتر و فاصله‌گیری آن‌ها از جهان بارورها می‌شود (۲۵)، همچنین این شرایط، عزت نفس افراد را کاهش داده و آنها را برای مقابله مؤثر با استرس ناباروری ناتوان می‌سازد؛ از این رو باعث افزایش خطر افسردگی در افراد نابارور تحت استیگما می‌شود (۲۶). نتیجه مطالعه کائن و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد زنان به دنبال برچسب ناباروری بیشتر از مردان آسیب می‌بینند که می‌تواند بر حضور زنان در جمع‌های دوستانه و خانوادگی تأثیرگذار باشد (۶). زنان مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر نیز اذعان نمودند، عدم آگاهی اطرافیان از مردانه بودن ناباروری به دنبال پنهان‌کاری به عنوان راهی برای برون رفت از تهدید در مرحله قبل عامل مهمی بود که باعث

دوری زوجین، به‌ویژه زنان از دوستان و منابع حمایتی و کاهش انرژی می‌شود، زیرا برخوردهای دوستان و خانواده با زوجین ناباور بسیار متفاوت بوده است و برخی رفتارهای ترحم‌آمیز و برخی همراه با بی‌احترامی، کم‌توجهی یا بی‌توجهی و تبعیض بوده است (۲۷). همچنین فاصله گرفتن از دیگران که احتمال دارد به دلیل اجتناب از یادآوری ناباوریشان باشد، ممکن است باعث انزوا و کناره‌گیری آنها شده و این افراد را مستعد تجربه مشکلات مختلف سایکولوژیک از جمله افسردگی سازد. نتیجه مطالعه مهشوری و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد زنانی که به هر دلیلی قادر به فرزندآوری نیستند، با توجه به منزوی شدن، کاهش ارتباطات اجتماعی و رفتارهای نامناسب اطرافیان در گذر زمان نشانه‌هایی از اضطراب و افسردگی را از خود بروز می‌دهند (۲۸). همچنین عواملی دیگری نظیر حمایت اجتماعی بر میزان آسیب‌های وارده بر زنانی که همسران آنها ناباور هستند، تأثیرگذار است (۱۴). متخصصین بهداشت روان بر این باورند که واکنش افراد در برابر رویدادهای استرس‌زا، تحت تأثیر عوامل گوناگون اجتماعی و فردی قرار دارد (۲۹). از بین عوامل فردی و اجتماعی که فرد را در برابر استرس، آسیب‌پذیر می‌سازد، حمایت اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد و به عنوان سپر بلا در برابر فشارهای روحی- روانی عمل می‌کند (۲۰). خصوصاً اگر قوانین اجتماعی برای حمایت از زنان در این زمینه وجود داشته باشد و عوامل فرهنگی جامعه می‌تواند مولد فشارهای اجتماعی بر روی زنانی باشد که همسرشان ناباور است (۳۰). نتایج مطالعه فیشر و همکار (۲۰۱۲) نشان داد منابع اجتماعی از طریق فراهم کردن حمایت هیجانی، مقابله را تقویت می‌کنند؛ به گونه‌ای که باعث تقویت احساس عزت نفس و اعتماد به نفس می‌شوند (۳۱). حمایت اجتماعی می‌تواند در سازگاری روانشناختی افرادی که با استرس‌های عمده سلامتی مواجه می‌شوند، مداخله کند. به هر حال ناباور، در بافت خانواده اتفاق می‌افتد و تأثیر زیادی بر روابط اجتماعی و خانوادگی می‌گذارد؛ از این رو کیفیت و میزان حمایت دریافت شده از آنان در این شرایط بحران‌زا، تأثیر بسزایی بر سلامت روان زوجین به‌ویژه زنان دارد و زن را

در برابر استرس مقاوم می‌سازد (۳۲). حمایت مالی- عاطفی خانواده و تنها نگذاشتن افراد ناباور و همچنین درک اندوه و شرایط آنان، باعث می‌شود که این افراد راحت‌تر بتوانند با مشکل خود مقابله کرده و شرایط خود را بپذیرند (۳۳). این پذیرش و درک شدن از سوی خانواده و جامعه و تدوین راهکارها و سیاست‌های جامع‌نگر باعث کاهش افکار منفی، انزوا و نشخوارهای ذهنی شده زنان و پیشروی آنها را به سوی مشکلات روانشناختی کاهش می‌دهد.

از جمله نقاط قوت مهم مطالعه حاضر این بود که اولین مطالعه‌ای بود که به بررسی مسائل و مشکلات روانی- اجتماعی زنانی که با ناباور، همسران خود مواجه بودند، پرداخت. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، تمایل به پنهان‌کاری و عدم بیان برخی از تجارب از سوی زنان و همچنین عدم رضایت برخی مشارکت‌کنندگان به ضبط مصاحبه‌ها بود. اگرچه پژوهشگران با تلاش بسیار توانستند با ارائه توضیحات و جلب اطمینان مشارکت‌کنندگان از محرمانه بودن مصاحبه‌ها بر این مشکلات غلبه کنند.

نتیجه‌گیری

زنانی که همسرانشان ناباور است، تنش‌های بسیاری را در ارتباطات اجتماعی خود تجربه می‌کنند که نشان‌دهنده رفتارهای نامحترمانه و ناشی از عدم بلوغ خانواده‌ها و اطرافیان می‌باشد و آنچه در این میان جای تأمل دارد، این است که در ناباور، با عامل مردانه، مسئولیت ناباور بر عهده زن گذاشته می‌شود و بچه‌دار نشدن او باعث بروز رفتارها و پندارهای منفی از طرف خانواده و جامعه می‌گردد که می‌تواند پیامدهای ناگواری برای زنان داشته باشد. بنابراین نیاز به طراحی برنامه‌های مشاوره‌ای مناسب جهت آموزش خانواده و جامعه به منظور ارتقاء سطح آگاهی، بینش و عملکرد آنان ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه پایان‌نامه دانشجویی مقطع دکتری تخصصی بهداشت باروری می‌باشد که توسط کمیته

اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد ۹۳۰۰۹۹) به
 پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به جهت
 تصویب رسیده است. بدین وسیله از معاونت محترم
 همکاری‌های لازم، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Jungwirth A, Giwercman A, Tournaye H, Diemer T, Kopa Z, Dohle G, et al. European association of urology guidelines on male infertility: the 2012 update. *Eur Urol* 2012; 62(2):324-32.
2. Malin M, Hemminki E, Rääkkönen O, Sihvo S, Perälä ML. What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Soc Sci Med* 2001; 53(1):123-33.
3. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21(2):293-308.
4. Wirtberg I, Möller A, Hogström L, Tronstad SE, Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Hum Reprod* 2007; 22(2):598-604.
5. Zhu JL, Basso O, Obel C, Bille C, Olsen J. Infertility, infertility treatment, and congenital malformations: Danish national birth cohort. *BMJ* 2006; 333(7570):679.
6. Gannon K, Glover L, Abel P. Masculinity, infertility, stigma and media reports. *Soc Sci Med* 2004; 59(6):1169-75.
7. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *Br J Health Psychol* 2009; 14(Pt 1):1-16.
8. O'Flynn O'Brien KL, Varghese AC, Agarwal A. The genetic causes of male factor infertility: a review. *Fertil Steril* 2010; 93(1):1-12.
9. Sami N, Ali TS. Psycho-social consequences of secondary infertility in Karachi. *J Pak Med Assoc* 2006; 56(1):19-22.
10. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, Ingerslev HJ, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2015; 5(1):e006592.
11. Wischmann T, Thorn P. (Male) infertility: What does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reprod Biomed Online* 2013; 27(3):236-43.
12. Schmidt L. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction—what are the research priorities? *Hum Fertil* 2009; 12(1):14-20.
13. El Kissi Y, Romdhane AB, Hidar S, Bannour S, Ayoubi Idrissi K, Khairi H, et al. General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 167(2):185-9.
14. Ried K, Alfred A. Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking Traditional Chinese Medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: a mixed methods approach. *BMC Womens Health* 2013; 13(1):17.
15. Karimi FZ, Taghipour A, Roudsari RL, Kimiaei SA, Mazlom SR, Amirian M. Cognitive emotional consequences of male infertility in their female partners: a qualitative content analysis. *Electron Physician* 2015; 7(7):1449-57.
16. 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(1):9.
17. Daar AS, Merali Z. Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. *Curr Pract Controv Assisted Reprod* 2002; 15(21):3-396.
18. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
19. Enayat H, Dastranj M, Salmani F. A Survey of the factors associated with domestic discordances. *J Sociol Women* 2011; 2(5):1-19.
20. Ezzati A, Nouri R, Hasani J. Structural relationship model between social support, coping strategies, stigma and depression in infertile Women in Tehran, Iran, 2010. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(45):20-8. (Persian).
21. Latifnejad Roudsari R, Allan H, Smith P. A qualitative inquiry into the mediating role of religion and spirituality in adjusting marital relationships of infertile women. *J Midwifery Reprod Health* 2013; 1(1):33-41.
22. Donkor ES, Sandall J. The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Soc Sci Med* 2007; 65(8):1683-94.
23. Latifnejad Roudsari R, Hadizadeh Talasaz F, Simbar S, Khadem Ghaebi N. Challenges of donor selection: the experiences of Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive donation procedures. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 16(88):1-13. (Persian).
24. Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Hum Reprod* 2007; 22(8):2309-17.
25. Sternke EA, Abrahamson K. Perceptions of women with infertility on stigma and disability. *Sexual Disabil* 2015; 33(1):3-17.

26. Tabong PT, Adongo PB. Infertility and childlessness: a qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13(1):72.
27. Alizadeh T, Farahani MN, Shahraray M, Alizadegan S. The relationship between self esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. *J Reprod Infertil* 2005; 6(2):194-205.
28. Maheshwari A, Porter M, Shetty A, Bhattacharya S. Women's awareness and perceptions of delay in childbearing. *Fertil Steril* 2008; 90(4):1036-42.
29. Martins MV, Peterson BD, Almeida V, Mesquita-Guimarães J, Costa ME. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Hum Reprod* 2014; 29(1):83-9.
30. Chandra A, Copen CE, Stephen EH. Infertility service use in the United States: data from the National Survey of Family Growth, 1982–2010. *Natl Health Stat Report* 2014; 22(73):1-21.
31. Fisher J, Hammarberg K. Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian J Androl* 2012; 14(1):121-9.
32. High AC, Steuber KR. An examination of support (in) adequacy: types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Communicat Monog* 2014; 81(2):157-78.
33. Martins MV, Peterson BD, Costa P, Costa ME, Lund R, Schmidt L. Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *J Soci Personal Relation* 2013; 30(4):371-88.



باسم تعالی

فرم خودارزیابی مقاله ژورنالی

(توسط منتظمی)

تاریخ:

همکار ارجمند

با توجه به اهمیت داوری صحیح مقاله ها، خواهشمند است به پرسش های زیر با دقت پاسخ دهید. همچنین، گزارش طرح های پژوهشی، پایان نامه کارشناسی ارشد و رساله دکتری خود را به ضمیمه مدارک تسلیم دارید. درخواست می شود لطفاً به همپوشانی آثار، توجه ویژه ای مبذول فرمایید.

شماره ردیف: ۶ عنوان: آثار روانی - اجتماعی ناباروری مردانه در زنان ایرانی: یک مطالعه کیفی

آیا مقاله ای با محتوای مشابه در جای دیگری چاپ شده است؟ خیر آری نمی دانم

۱- آیا این مقاله با مقاله های دیگر شما همپوشانی دارد؟ (به مانند: روش حل، نتایج و...) خیر آری درصد همپوشانی: شماره ردیف مقاله: عنوان مقاله ای که همپوشانی دارد:

۲- درجه علمی مجله پژوهشی معتبر (JCR - Scopus - علمی پژوهشی داخلی) که مقاله در آن چاپ شده است: Scopus

عالی بسیار خوب خوب متوسط ضعیف

۳- محتوای مقاله از نظر ویژگی های زیر چگونه است؟

۱- اعتبار علمی: عالی خوب متوسط ضعیف

۲- نوآوری و ابتکار: عالی خوب متوسط ضعیف

۴- آیا مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد و یا رساله دکتری جنابعالی می باشد؟

خیر آری درصد همپوشانی:

در صورتی که پاسخ به سؤال بالا مثبت باشد، به پرسش های زیر پاسخ فرمایید:

الف- فرض های بکار رفته و محتویات اصلی تا چه حد بر موارد همانند در پایان نامه و یا رساله منطبق است؟

ب- آیا روش تحلیل و یا نتیجه گیری با موارد همانند در پایان نامه و یا رساله مشابهت دارد؟

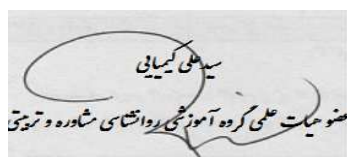
۵- آیا این مقاله با مقالات کنفرانسی شما همپوشانی دارد؟ خیر آری میزان درصد همپوشانی:

شماره ردیف مقاله: عنوان مقاله ای که همپوشانی دارد:

۶- آیا این مقاله با طرح های پژوهشی یا طرح اینترنتیپ شما همپوشانی دارد؟ خیر آری درصد همپوشانی:

۷- آیا مقاله (برای استادی شما) با مقالات داشیاری شما همپوشانی دارد؟ خیر آری درصد همپوشانی:

عنوان مقاله ای که همپوشانی دارد؟



سید علی کیبانی
عضویت علمی گروه آموزشی روانشناسی مشاوره و تربیتی