

ارزیابی استیگما در میان زنان و مردان نابارور ایران

سید جلال یونسی (Ph.D.)^۱، سعید اکبری زردخانه (M.Sc.)^۲، زهره بهجتی اردکانی (B.Sc.)^۳.

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- کارشناس، گروه بهداشت باروری، پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی ابن‌سینا، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: جنبه‌های روانی- اجتماعی نقص و یا اختلال فیزیکی ممکن است که مشکلات بیشتری از خود نقص و یا اختلال برای افراد ایجاد کند. افراد نابارور از پیش داوریه‌ها و نظرات منفی اطرافیان خود در موقعیت‌های مختلف رنج می‌برند. تمام عوامل مربوط به این رنج می‌تواند در شرایط استیگما که افراد نابارور با آن روبرو هستند، مورد مطالعه قرار گیرد. در کنار این موقعیت‌های روانی- اجتماعی آسیب‌زا، فرصت‌هایی وجود دارند که افراد نابارور می‌توانند برای سازگاری بیشتر با زندگی اجتماعی از آنها بهره‌مند شوند. هدف از انجام این مطالعه آشنایی با جنبه‌های روانی- اجتماعی زندگی ناباروران در رابطه با فرهنگ ایران می‌باشد.

روش بررسی: ۲۶۸ آزمودنی بارور و نابارور در این مطالعه شرکت جستند که از دو ناحیه متفاوت ایران بودند. در یک مطالعه مقدماتی توسط مصاحبه‌های متعدد سبک‌های تعامل اجتماعی و تمام ساختارهای ذهنی منفی و مثبت مربوط به زندگی اجتماعی این افراد نابارور، شناسایی شدند. با استفاده از ابزار مناسب (فهرست ساختارهای ذهنی) و تحلیل عوامل، عناصر مهم مربوط به جنبه‌های اجتماعی ناباروری به دست آمد. همچنین از تحلیل رگرسیون و آزمون‌های t با سطح معنی‌داری ($p < 0.05$) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: یافته‌های این مطالعه نشان داد که مقایسه اجتماعی به عنوان یکی از منابع شناخت خود، دارای نقشی اساسی در پیش‌بینی سازگاری‌های روانی- اجتماعی افراد نابارور می‌باشد. همچنین مشخص شد که زنان نابارور نسبت به مردان نابارور در دو موقعیت از "نگاه خودم" و "مقایسه با افراد بارور"، بیشتر تجربه استیگما را گزارش می‌کنند؛ در حالیکه دو گروه بارور و نابارور در مؤلفه‌های سازگاری روانی- اجتماعی شامل عزت نفس، افسردگی، رضایتمندی زناشویی با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند.

نتیجه‌گیری: از میان سه منبع "شناخت خود"، شامل خود مشاهده‌گری، مقایسه اجتماعی و پسخوراندهای اجتماعی، مقایسه اجتماعی نقش اول، و پسخوراندهای اجتماعی نقش دوم را در ادراک وضعیت استیگما در افراد نابارور بازی می‌کنند. نتایج این مطالعه ضرورت سلامت‌نگری در رابطه بررسی جنبه‌های روانی- اجتماعی ناباروری و همچنین لزوم اصلاح و متعادل‌سازی کنش‌های سه منبع شناخت خود در میان افراد نابارور را از طریق گروه درمانی نشان داد.

کلید واژگان: ناباروری، استیگما، زندگی اجتماعی، مقایسه اجتماعی.

مسئول مکاتبه: دکتر سید جلال یونسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، بلوار دانشجو، اوین، تهران، ایران.

پست الکترونیک: jyounesi@uswr.ac.ir

زمینه و هدف

سالهاست که روان‌شناسان، جنبه‌های روانی و اجتماعی بیماریها و نقائص بدنی را مورد مطالعه قرار می‌دهند. تأثیر متقابل انتظارات فردی و اجتماعی بر بیماری‌های فیزیکی، خمیرمایه بسیاری از تحقیقات روان‌شناختی بوده و هست که این موضوع موجب ارائه توضیحات نسبتاً دقیقی از نقائص، بیماریها و ناتوانی‌های جسمانی گردیده و با آنچه در بین عامه مردم و حتی افراد دانشگاهی، رایج است، متفاوت می‌باشد. این عناوین کلیدی عبارتند از: ۱- نقص ۲- کم توانی ۳- معلولیت (۱). برای مثال بر مبنای مطالعات جدید، ناباروری به عنوان نقص بدنی^۱ در نظر گرفته می‌شود که ریشه در کمبودی اکتسابی، وراثتی و یا مادرزادی ارگان‌یسم دارد و چنانچه بتواند کنش باروری فرد را تحت تأثیر جدی قرار دهد، می‌تواند ناتوانی و یا کم توانی^۲ در باروری فرد را به دنبال داشته باشد. اگر این ناتوانی، سازگاری‌های روانی- اجتماعی فرد را به شدت تحت‌الشعاع قرار دهد و در زمینه سازگاری با اجتماع، خانواده و خویش‌نژاد اختلال ایجاد کند، در این سطح معلولیت مطرح می‌گردد^۳. بسیاری از افراد ممکن است در سطح اول یعنی همان نقص، بگونه‌ای برخورد کنند که نگذارند به مرحله دوم منتهی شود (توسط مداخلات پزشکی و یا روان‌شناختی)؛ در حالیکه عده‌ای نه تنها به مرحله دوم (ناتوانی) راه می‌یابند؛ بلکه به خاطر فشارهای جامعه، قضاوت‌های غلط محیط اجتماعی و خانواده و نگرش‌های منفی نسبت به خود ممکن است به مرحله سوم (معلولیت) راه یابند (۲). آنچه مسلم است ناباروری به تنهایی عامل ایجاد افسردگی، اضطراب، نارضایتی زناشویی و کاهش احترام به نفس و مشکل در روابط با دیگران نیست؛ بلکه چنانچه فرد بتواند با خود و اجتماع کنار آید می‌توان انتظار داشت که در

مرحله دوم باقی‌مانده و قدم به عرصه معلولیت نگذارد و سلامت روان خود را تا حد قابل توجهی محافظت نماید.

بهمین جهت ما شاهد نتیجه‌گیری‌های متفاوت پژوهشگران در مورد تبعات روان‌شناختی بیماریها و نقائص بدنی هستیم. بعضی از محققین معتقدند که افراد مذکور تفاوتی در سازگاری‌های روانی- اجتماعی با افراد سالم و بدون نقص بدنی ندارند (۶-۲). در حالیکه محققان دیگر، در مخالفت با این دیدگاه معتقدند، نقائص بدنی و فیزیکی تأثیر منفی بر سازگاری فرد با خود و دیگران در سنین مختلف دارد (۸، ۷). آنچه واضح است واکنش‌های آسیب‌زای افراد اجتماع (نگاه از برون) و برداشت خود فرد از آنها (نگاه از درون) نقش مهمی در سازگاری‌های افراد نابارور دارد (۹). از بعدی دیگر، پژوهشها نشان می‌دهند که بررسی موضوع ناباروری بدون توجه به فرهنگی که فرد نابارور در آن زندگی می‌کند، فرآیندی ناقص و بیهوده است، زیرا که این پدیده، موضوعی همساز^۴ با فرهنگ و متأثر از آن است (۱۱، ۱۰). فرهنگ در هر جامعه‌ای کانال‌هایی برای اثرگذاری دارد که با بررسی آنها مکانیسم‌های اثرگذاری جامعه مشخص می‌گردد. یکی از این کانالها را می‌توان در پدیده استیگما جستجو نمود که در حقیقت انتقال درد خصوصی فرد نابارور به دردی آشکار شده در سطح اجتماع است (۱۲) که دردی آزاردهنده‌تر از خود ناباروری است. Goffman استیگما را به عنوان هویتی خرد شده می‌داند که در آن حالت به فرد و یا گروه، ویژگی‌ای نسبت داده می‌شود که در اثر آن اعتبار اعضای گروه یا فرد بی‌ارج شده و متمایز بودن ناخواسته‌ای^۵ به وی تحمیل می‌گردد؛ به طوریکه فرد مورد استیگما، انسانی سالم و دارای کفایت لازم برای پذیرفته شدن در اجتماع در نظر گرفته نمی‌شود (۱۳). اما

1-Impairment

2-Disability

3-Handicap impairment

4-Congruent

5-Undesired differentiation

باید توجه داشت که افراد در عکس‌العمل به شرایط استیگما به گونه‌ای یکسان عمل نمی‌کنند (۱۴).

جالب است که پدیده استیگما در ارتباط با مطالعات مربوط به خود^۱ مورد بررسی قرار گیرد. روانشناسان در ارتباط با تکوین خویشتن منابع متعددی را ذکر کرده‌اند. Schoneman با مروری بر تحقیقات متعدد انجام شده در این خصوص توانست سه منبع را ذکر کند: الف) خود-مشاهده‌گری^۲ ب) مقایسه اجتماعی^۳ ج) پس‌خورانده‌های (فیدبک‌های) اجتماعی^۴ (۱۶، ۱۵). به نظر روانشناسان به کارگیری هر یک از منابع براساس مراحل مختلف تحول شناختی است (۱۷، ۱۸). در این زمینه براساس میزان استفاده از این منابع و اینکه هر یک از آنها چه مقدار سهم در تکوین خود دارند، افراد تفاوت‌های بارزی با یکدیگر داشته و بر این مبنا میزان سلامت و ناهنجاری روانی افراد مشخص می‌گردد. خود-مشاهده‌گری از طریق خود-تنظیمی^۵ می‌تواند بسیاری از افکار و عواطف فرد را تحت تأثیر و کنترل در آورد (۱۹). در افراد نابارور تشدید فعالیت خود-مشاهده‌گری می‌تواند تفکر جزئی‌نگر را در این افراد تشدید نماید. خود-مشاهده‌گری بسیار زیاد، ادراک فرد را از امور و واقعیت‌های اطراف بسیار جزئی‌نگر می‌سازد که دیدن امور بدین نحو، زیباییها را در نظر کاهش داده و یا حتی محو می‌نماید (۲۰). دیدن موضوع ناباروری با جزئی‌نگری، نه تنها درون داده‌های منفی را در ذهن فرد نابارور ایجاد خواهد کرد؛ بلکه شرایط استیگما را در فرد تشدید می‌نماید.

به نظر Festinger، مقایسه اجتماعی به افراد کمک می‌کند که هرگونه بی‌ثباتی در ارزشیابی خود را کاهش داده و کنترل کنند (۲۱). تحقیقات متعدد در میان بزرگسالان نیز بر نقش بسیار مهم مقایسه اجتماعی در رابطه با خود

پنداری^۶ و تصور بدنی^۷ تأکید دارد (۲۲). این روانشناسان اعتقاد دارند که مقایسه اجتماعی، عاملی اساسی در پیدایش اختلالات مربوط به تصور بدنی است. پس‌خوراند اجتماعی نیز می‌تواند به عنوان ایجاد کننده "مفهوم خود" باشد (۲۳) انسانها در روابط اجتماعی خود به طور دائمی پس‌خوراندهایی از اطراف دریافت می‌کنند؛ بعضی را می‌پذیرند و بعضی را رد می‌کنند؛ یعنی شکل‌گیری ساختارهای ذهنی نه تنها تحت تأثیر آگاهی فردی، بلکه آگاهی اجتماعی است (۲۴) و مسلم است عدم تعادل در بکارگیری این منابع قطعاً مشکلاتی را برای فرد ایجاد خواهد کرد. مطالعات نشان داده‌اند افرادی که دارای "خود-مشاهده‌گری" بالایی هستند، اغلب دارای شبکه اجتماعی بسیار محدودی بوده و بواسطه خود فرورفتگی بسیار زیاد، نوعی بریدگی از گروه و اجتماع را نشان می‌دهند (۲۵). تمرکز بر خویشتن می‌تواند فرایندی نامشخص باشد که در تمام آسیب‌های روانی وجود داشته باشد (۲۶). مطالعات نشان داده است که اکثر افراد نابارور از بین منابع تکوین "خویشتن" بیشتر از منبع پس‌خوراند اجتماعی استفاده می‌کنند؛ به گونه‌ای که قضاوتها و نظرات دیگران نسبت به ناباروری برای ایشان بسیار مهمتر از خود ناباروری است (۲۷). اهمیت شرایط استیگما برای فرد نابارور زمانی متجلی می‌شود که وی از منبع پس‌خوراندهای اجتماعی بیشتری استفاده کند.

مقایسه اجتماعی با توجه به شرایط جامعه ایران بیشترین تأثیرگذاری را بر وضعیت روانی-اجتماعی زوجین نابارور دارد و حتی شاید تشدید کننده تجربه استیگما باشد. شرایط جامعه ما در ۱۵ سال اخیر نشان از تورم شدید و فعالیت زیاد منبع مقایسه اجتماعی (به ویژه مقایسه با بالاتر از خود) دارد. بگونه‌ای که شاید زندگی روزمره بسیاری از افراد جامعه ایران تحت‌الشعاع مقایسه‌کردنها باشد (۲۵). از طرفی نیز، در

- 1-Self
- 2-Self-observation
- 3-Social-comparison
- 4-Social-feedback
- 5-Self regulation

6-Self-image
7-Body-image

تمام جوامع بعد از ازدواج آماده شدن برای داشتن فرزند امری رایج و جا افتاده است (۲۸) و حتی در جوامع صنعتی پیشرفته مانند آمریکا و کانادا نیز داشتن فرزند از خود، امتیاز بزرگی محسوب می‌گردد (۲۹-۳۱) نمونه‌ای از این نوع بازخورد را می‌توان در کاهش انتقادات اجتماعی از زیبایی اندام زنان باردار دریافت (۳۲). برای بیشتر افراد، فرزندان معنای زندگی هستند و بخش مهمی از هویت آنها را تشکیل می‌دهند. از آنجا که معمولاً زنان در تعریف هویت خود و معنای زندگی، جایی را به عنوان مادر شدن خالی می‌گذارند و اغلب آمادگی دارند تا موقعیت‌های خود را قربانی فرزند پروری کنند (۲۸)، در برابر ناباروری خود را آسیب‌پذیرتر از مردان نشان داده‌اند. براساس نتایج مطالعه دیگری ۶۹/۶٪ مراجعه کنندگان مراکز ناباروری از اختلالات روانپزشکی رنج می‌برند که سهم زنان از آن ۶۱/۱۱٪ است (۳۳). در مطالعه‌ای روی میزان افسردگی زوجین نابارور در ایران مشخص شد که نه تنها آنان از افسردگی رنج می‌برند بلکه ۳۰٪ افراد نابارور مبتلا به اختلال در اعتماد به نفس و افزایش خصومت و اضطراب می‌باشند (۳۴). یافته‌های مطالعه‌ای دیگر نشان می‌دهد که زوجینی که سطوح یکسانی از تنیدگی ناباروری را درک می‌کنند، در مقایسه با آنانی که این برابری سطوح در آنها به چشم نمی‌خورد، میزان سازگاری زناشویی بالاتری را گزارش کرده‌اند (۳۵). به نظر می‌رسد که نوعی تعامل و تاثیرگذاری متقابل در سازگاری‌های روانی اجتماعی بین زوجین نابارور وجود دارد (۳۶).

مدلی جدید در تبیین سازگاری‌های روانی اجتماعی ناباروران: تحقیقات جدید در زمینه تبیین اختلالات روانی نشان می‌دهد که افزایش خودآگاهی می‌تواند چاشنی بسیاری از مشکلات روانی باشد (۳۸،۳۷،۲۰). از دهه ۱۹۷۰ عقیده براین بوده است که هرگاه افراد با نقصی فیزیکی (مانند ناباروری) و یا بیماری خاص

ارگانیکی مواجه شوند، آگاهی آنها نسبت به آن نقص به شدت افزایش می‌یابد؛ به طوریکه تمام جنبه‌های زندگی روانی- اجتماعی آنان تحت‌الشعاع این وضعیت قرار گرفته (۲،۳۹) و فرد حساسیت بالایی نسبت به آن نقص و تمام عوامل پیرامونی آن نشان می‌دهد. برای مثال: یونسی و اکبری (۴۰) در مطالعه‌ای در رابطه با نگرش جنسی زوجین نابارور دریافتند که آگاهی تشدید یافته در مورد ناباروری، مانعی در رضایتمندی جنسی زنان و مردان نابارور در مقایسه با افراد بارور می‌باشد. چنانچه این فرآیند با شرایط تکوین و شناخت خود (۲۵) پیوند یابد می‌توان تبیین جامعی از نحوه سازگاری‌های روانی اجتماعی ناباروران در جامعه داشت.

هدف کلی از این مطالعه ترسیم مدلی از فضای روانشناختی حاکم بر استیگمای ناباروری در زمینه فرهنگی ایران است. این مطالعه درصدد مشخص کردن موقعیت‌هایی است که زوجین احساسی از مورد تبعیض و پیشداوری و مورد استیگما واقع شدن دارند. همچنین مشخص کردن سلسله مراتب اثرگذاری این موقعیتها از اهداف این تحقیق بوده است. تجربه مورد استیگما واقع شدن بین زن و مرد در موقعیت‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد. ایجاد افتراق بین این موقعیتها نیز از دیگر اهداف این مطالعه بوده است. به علاوه بررسی میزان توانایی موقعیت‌های استیگما در پیش‌بینی سازگاری‌های روانی- اجتماعی افراد نابارور و مطالعه تفاوت‌های احتمالی موجود در سازگاری‌های روانی- اجتماعی میان افراد بارور و نابارور از اهداف این پژوهش است.

روش بررسی

جمع‌آوری داده‌ها از نوع زمینه‌یابی و از لحاظ طرح پژوهش، پس‌رویدادی بود. در این پژوهش چهار گروه از زنان و مردان نابارور، و زنان و مردان بارور به عنوان آزمودنی شرکت یافتند. در این مطالعه در مورد زوجین نابارور، از نمونه‌گیری

در دسترس استفاده شد. بدین معنا که با مراجعه به مراکز ناباروری در شهرهای تهران و تبریز و با لحاظ نمودن بعضی ویژگیها (از قبیل سن، مدت سپری شده از ازدواج، طول مدت پی‌گیری درمان ناباروری و سواد، ...) از بین مراجعین، نمونه‌های واجد شرایط انتخاب شدند. در مورد نمونه‌های زوجین بارور نیز از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد؛ بدین معنا که از بین مراجعین به مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت از زوجینی که از لحاظ تمام ویژگی‌های مطرح شده در مورد زوجین نابارور به جز از ناباروری یکسان بودند. به عنوان گروه شاهد استفاده گردیدند.

از ۲۰۰ فرد نابارور و ۱۰۰ فرد گروه کنترل به ترتیب ۲۰ و ۱۲ نفر اطلاعاتی ناقص ارائه نمودند که از مطالعه حذف شدند و در نهایت اطلاعات ۱۸۰ آزمودنی نابارور و ۸۸ آزمودنی بارور مورد تحلیل قرار گرفت.

در این مطالعه جهت بررسی استیگما از شیوه فهرست ساختارها استفاده شد. فهرست ساختارها در بسیاری از مطالعات به عنوان وسیله‌ای جهت اهداف روانشناسی بالینی، ارزشیابی شخصیت اجتماعی، تجاری و حتی سیاسی مورد استفاده قرار گرفته است و تقریباً همه آنها این شیوه را مفید گزارش کرده‌اند. Kelly از روان‌شناسان معروف بالینی در انتقاد به جریانی که سعی در کسب اطلاعات از افراد به وسیله روش‌های فرافکنی و ذهنی داشت پیشنهاد جالبی داد و آن اینکه: اگر شما دوست دارید چیزی را درباره شخص بدانید از او سؤال کنید. این نظر وی را به ایجاد شیوه‌ای سوق داد که به استخراج اطلاعات از آزمودنیها منتهی گردید (۴۲). این شیوه فهرست ساختارها نامیده می‌شود و به طور وسیعی در مطالعات تجربی و بالینی کاربرد دارد (۴۳، ۴۴). دلایل افزایش استفاده از شیوه فهرست ساختارها خصوصاً در مطالعات روان‌شناسی یکی قابلیت آن در اندازه‌گیری هر گونه تغییرات و دیگر اینکه یک وسیله قابل انعطاف است (۴۳) پژوهش‌های زیادی

وجود دارد که فهرست ساختارها را به عنوان یک وسیله جهت اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار داده و تقریباً همه آنها این شیوه را مفید گزارش کرده‌اند (۴۵-۴۴، ۴۱) Winter با جمع‌آوری نتایج مطالعات متعدد در این زمینه تأکید فراوان بر سودمند بودن بکارگیری فهرست ساختارها در موقعیت بالینی دارد (۲۴)، در این مطالعه از این شیوه در جهت مشخص کردن موقعیت‌های استیگما و شدت اثر آنها استفاده شده است.

یونسی و سلاجقه (۱۳۸۰) در مطالعه تصور بدنی زنان نابارور توسط این شیوه، به پایایی مطلوبی در طول زمان (به فاصله ۱۰ روز) رسیدند ($r=79, p<0/05$). ضمناً این شیوه دارای کفایت بسیار مطلوبی در نمایان ساختن تفاوت‌های معنی‌دار بین دو گروه از زنان بارور و نابارور در مورد تصور بدنی بود (۴۱).

همچنین یونسی (۱۳۸۱) در گزارش مطالعه بین فرهنگی بین نوجوانان ایرانی و انگلیسی در مورد تصور بدنی، پایایی در طول زمان (به فاصله ۴ هفته) و روایی مطلوبی را در میان نوجوانان به دست آورد (۴۳).

این فهرست شامل بخش عناصر (سنجش موقعیت‌های مورد استیگما) و ساختارهای ذهنی (سنجش مفاهیم مورد استیگما) می‌باشد.

با بررسی نتایج مصاحبه‌ها در مطالعه‌ای مقدماتی (۵۵)، ۱۶ ساختار ذهنی و قطب‌های متضاد آنان از این مصاحبه‌ها استخراج گردید که عبارتند از:

۱- نگاه ترحم آمیز- نگاه عادی

۲- ناباروری را عیب دیدن- ناباروری را عیب ندیدن

۳- ناباروری را به عنوان همدردی دیگران دانستن- ناباروری را به عنوان عدم همدردی دیگران دانستن.

۴- نابارور را درختی بی ثمر دیدن- نابارور را درختی بی‌ثمر ندیدن

۵- سرزنش خود- عدم سرزنش خود

۶- درماندگی به علت ناباروری- عدم درماندگی به دلیل

ناباروری

۷- ناباروری به عنوان عامل ظلم به همسر- ناباروری

به عنوان عدم ظلم به همسر

۸- ناباروری به عنوان کم توانی بدنی- ناباروری به

عنوان عدم کم توانی بدنی

۹- شورچشمی نسبت به فرزندان دیگران- عدم شور

چشمی نسبت به فرزندان دیگران

۱۰- نتیجه ازدواج داشتن فرزند از خود است- نتیجه

ازدواج داشتن فرزند از خود نیست.

۱۱- احساس ناراحتی در موقع مشاهده محبت دیگران

نسبت به فرزندشان- عدم احساس ناراحتی در موقع

مشاهده محبت دیگران نسبت به فرزندشان.

۱۲- ناباروری را مشکلی زجر آور دیدن- ناباروری را

مشکلی زجر آور ندیدن

۱۳- فرزند خوانده را هدیه دیگران به خود دیدن- فرزند

خوانده را هدیه خدا و یا خلقت به خود دیدن

۱۴- بدلیل ناباروری همسر را پایین تر از دیگران دیدن-

بدلیل ناباروری همسر را پایین تر از دیگران ندیدن.

۱۵- همسر به دلیل ناباروری مرا مرد/ زن ندانستن-

همسر ناباروری را مرتبط با مردانگی/ زن بودن

ندانستن.

۱۶- همسر ناباروری ام را نتیجه سحر و جادو

دانستن- همسر ناباروری ام را نتیجه سحر و جادو

ندانستن.

این ساختارها و قطب‌های متضاد آنها در یک مقیاس ۵

درجه‌ای لیکرت قرارگرفتند و آزمودنیها هریک از قطبها

را به صورت "همیشه صادق در مورد من" و یا "بیشتر

اوقات صادق در مورد من" (برای دو قطب به طور

جداگانه) و "بعضی از اوقات صادق در مورد من"

(برای هر دو قطب به طور مشترک) پاسخ دادند.

نحوه پدیدآیی عناصر

در مطالعه مقدماتی، موقعیت‌هایی که زوجین نابارور،

در طول مصاحبه نگرانیها و تجارب ناخوشایند زیادی

را از خود ابراز می‌کردند. این موقعیتها به عنوان عناصر

فهرست ساختارها در نظر گرفته شدند. در کل

۵ عنصر از مصاحبه‌های انفرادی با زوجین نابارور

استخراج شد، که عبارتند از:

۱- از نگاه خودم.

۲- از نگاه همسر.

۳- زمانیکه خودم را با افراد نابارور مقایسه می‌کنم.

۴- زمانیکه خودم را با افراد بارور مقایسه می‌کنم.

۵- از نگاه دوستان و آشنایان.

تمام ساختارهای ذهنی مذکور در هر یک از این عناصر

ظاهر شده و آزمودنی‌های نابارور نظرات خودشان

را نسبت به آنان ابراز می‌داشتند. لازم به ذکر است

که این فهرست ساختارها تنها توسط آزمودنی‌های

نابارور پاسخ داده شد.

نتایج حاصل از این مصاحبه‌های سازمان یافته (فهرست

ساختارها) به موازات بررسی وضعیت آزمودنی‌های

نابارور برای سنجش عزت نفس کوپر اسمیت، افسردگی

(بک) و آزمون رضایت‌مندی زناشویی (انریچ) فرم بلند

همراه بوده است. در تحلیل داده‌ها، از تحلیل عوامل^۱

برای مشخص کردن شدت اثر موقعیتها و ترتیب اهمیت

آنها استفاده شد. در مرحله بعدی با محاسبه ضریب

همبستگی به بررسی وجود رابطه بین آزمونها اقدام

شده است. همچنین از آزمون معنی‌داری t برای بررسی

تفاوت میانگین‌های مربوط به میزان افسردگی، عزت

نفس، رضایت‌مندی زناشویی گروهها (افراد بارور و

نابارور) استفاده گردید.

نتایج

بررسی داده‌های جمعیت شناختی (جدول شماره ۱)

بیانگر آن است که دو گروه بارور و نابارور در هیچ یک

از مؤلفه‌های جمعیت شناختی و در مؤلفه‌های سازگاری

روانی اجتماعی با هم تفاوت معنی‌داری ندارند.

1-Factor analysis

جدول ۱- داده‌های جمعیت‌شناختی و سازگاری‌های روانی- اجتماعی مقایسه ای بین دو گروه بارور و نابارور مراجعه‌کننده به مراکز تهران و تبریز، سال ۸۴-۱۳۸۳

داده‌های جمعیت شناختی و سازگارهای روانی- اجتماعی	گروه‌ها	میانگین و انحراف استاندارد
سن (سال)	بارور	۲۹/۷±۷/۴۱
	نابارور	۳۲/۴±۵/۷۱
تعداد سال‌های تحصیل	بارور	۱۱/۲±۳/۲۵
	نابارور	۱۳/۹±۳/۲
مدت ازدواج (سال)	بارور	۷/۲۷±۵/۳۱
	نابارور	۶/۸۱±۴/۲
درآمد (هزار تومان)	بارور	۱۵۴/۲۷±۹۰/۱۲
	نابارور	۱۳۱/۱۷±۱۰۱/۷۸
عزت نفس (کوپر اسمیت)	بارور	۹۷/۴۶±۱۲/۱۳
	نابارور	۹۷/۶۱±۱۱/۷۳
افسردگی (آزمون بک)	بارور	۱۳/۱۳±۱۰/۱
	نابارور	۱۴/۲۱±۹/۰۴
رضایت زناشویی (انریچ)	بارور	۱۲۹/۰۱±۳۵/۲۱
	نابارور	۱۲۷/۰۶±۳۳/۴۲

در فهرست ساختارهای ذهنی برای تجربه استیگما ۵ موقعیت وجود داشت که تحت عنوان عناصر ذیل: ۱- از نگاه خود ۲- از نگاه همسر ۳- از نگاه دوستان و آشنایان ۴- در مقایسه با افراد بارور ۵- در مقایسه با افراد نابارور نامیده شدند. توصیف و مقایسه این موقعیتها در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که زنان نابارور در دو موقعیت از نگاه خود و مقایسه با افراد بارور تجربه استیگما را بیشتر گزارش می‌کنند ($p < 0.05$).

تحلیل عوامل عناصر فهرست ساختارهای ذهنی (موقعیت‌های تجربه استیگما) در بین دو گروه زنان و مردان نابارور نشان می‌دهد که یک عامل اصلی در بین داده‌ها وجود دارد. این عامل مشترک به ترتیب در گروه مردان و زنان ۶۲/۸۵۷ و ۶۵/۲۴ درصد کل واریانس داده‌ها را تبیین می‌کند و از تحلیل عوامل نتیجه‌ای که عاید می‌گردد، وجود عاملی در موقعیت‌های تجربه استیگما است که اهمیت بسیار بالایی در رابطه با تجربه

استیگما دارد (جداول شماره ۳ و ۴).

جهت بررسی ارتباط متغیرهای سازگاری‌های روانی- اجتماعی براساس موقعیت‌های تجربه استیگما (عناصر)، از ضریب همبستگی استفاده شد، و اطلاعات (جدول شماره ۵) حاکی از آن است که در گروه مردان نابارور ارتباط بین عزت نفس و افسردگی با پنج موقعیت تجربه استیگما معنی‌دار بود؛ ولی رضایتمندی زناشویی چنین ویژگی‌ای را دارا نبود. به عبارتی بهتر، دو متغیر افسردگی و عزت نفس به طور معنی‌داری توسط ۵ عنصر فهرست ساختارها پیش بینی می‌گردند. موقعیت‌های تجربه استیگما در میان مردان نابارور قادر به پیش بینی دو مؤلفه افسردگی و عزت نفس است.

همانطوریکه از جدول شماره ۵ پیداست دو موقعیت در مقایسه با افراد بارور و نابارور، بیشترین ضریب همبستگی را در پیش بینی عزت نفس و افسردگی به طور معنی‌داری نشان می‌دهند. همچنین موقعیت‌های مقایسه حتی به طور معنی‌داری با بیشترین میزان، پیش‌بینی کننده موقعیت "از نگاه خود" می‌باشند. با تحلیل عوامل می‌توان دریافت که مقایسه اجتماعی در میان مردان نابارور مهمترین عامل در تجربه استیگما و سازگاری‌های روانی- اجتماعی است.

همانطوریکه در جدول شماره ۶ نشان داده شده‌است در جمع زنان نابارور نتایج تحلیل همبستگی حاکی از آن

جدول ۲- مقایسه تجربه استیگما در میان زنان و مردان نابارور در پنج موقعیت در مراجعه‌کنندگان به مراکز تهران و تبریز، سال ۸۴-۱۳۸۳

موقعیتها	جنسیت	میانگین و انحراف استاندارد
از نگاه خود	مرد	۳۶/۵۳±۱۲/۴۴
	زن	۴۱/۳۰±۱۳/۴۵
از نگاه همسر	مرد	۳۴/۰۶±۱۵/۵۷
	زن	۳۰/۶۶±۱۰/۰۲
از نگاه دوستان و آشنایان	مرد	۳۸/۴۶±۱۲/۷۹
	زن	۴۰/۴۹±۱۴/۰۶
در مقایسه با افراد بارور	مرد	۳۵/۳۲±۱۳/۳۴
	زن	۴۱/۵۸±۱۵/۷۶
در مقایسه با افراد نابارور	مرد	۳۳/۱۱±۱۲/۲۰
	زن	۳۵/۵۵±۱۲/۸۰

وضعیت استیگما در زنان و مردان نابارور ایرانی

جدول ۳- نتایج تحلیل مولفه‌های اصلی تجربه استیگما در گروه زنان و مردان نابارور (برای پنج موقعیت) مراجعه‌کننده به مراکز تهران و

تبریز، سال ۸۴-۱۳۸۳

مؤلفه	ضریب		درصد واریانس		درصد تجمعی واریانس	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۱	۳/۲۶۲	۳/۱۴۳	۶۵/۴۴۱	۶۲/۸۵۷	۶۵/۲۴۱	۶۲/۸۵۷
۲	۷/۵۰۸	۷/۷۷۸	۱۵/۱۵	۱۵/۵۶	۸۰/۳۹۱	۷۸/۴۱۶
۳	۵/۵۶۹	۶/۷۷۲	۱۱/۳۷۱	۱۳/۴۳	۹۱/۷۶۲	۹۱/۸۵۱
۴	۲/۲۷۱	۲/۴۴۶	۵/۴۲۸	۴/۹۳	۹۷/۱۹	۹۶/۷۸
۵	۱/۴	۱/۶۱	۲/۸۱	۳/۲۲	۱۰۰	۱۰۰

دکتريونسي و ...

جدول ۴- بارهای عاملی ۵ موقعیت در عامل اصلی مربوط به گروه مردان و زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز تهران و

تبریز، سال ۸۴-۱۳۸۳

موقعیت	بار عاملی (مردان)	بار عاملی (زنان)
در مقایسه با افراد بارور	۹۲/	۹۳۴/
در مقایسه با افراد نابارور	۹۱۲/	۸۷۲/
از نگاه خودم	۸۲۴/	۸۲۸/
از نگاه دوستان	۷۲۱/	۶۵۲/
از نگاه همسر	۶۲۳/	۶۲۱/

آشنایان، نگاه همسر) توسط موقعیت‌های مقایسه اجتماعی به ویژه مقایسه با افراد بارور است که نوعی همگرایی بین نتایج تحلیل عوامل در اولویت موقعیت‌های تجربه استیگما و نتایج تحلیل همبستگی در پیش‌بینی سازگاری‌های روانی- اجتماعی ناباروان را نشان می‌دهد (جدول شماره ۶).

بحث

نتایج مصاحبه‌های سازمان یافته در پژوهش مقدماتی، حاکی از پدیدار شدن پنج موقعیت برای تجربه استیگما بود که در تحلیل عوامل مشاهده شد. دو گروه زنان بارور و نابارور پنج مولفه را در رابطه با تجربه استیگما نشان دادند که مولفه اول در هر دو گروه دارای بار عاملی بسیار قوی بود. زنان نابارور در عامل اول مقدار ویژه ۳/۱۴۳ با درصد واریانس ۶۵/۸۵۸ و مردان

است که عزت نفس بواسطه موقعیت "از نگاه خودم" به طور معنی‌داری قابل پیش‌بینی است. به گونه‌ای که هرچه میزان تجربه استیگما از نگاه خود زنان نابارور زیادتر می‌شود میزان عزت نفس پایین‌تر می‌آید و بالعکس. درحالی‌که میزان افسردگی زنان نابارور توسط تمام موقعیت‌های تجربه استیگما به طور معنی‌داری قابل پیش‌بینی است. هرچه میزان تجربه استیگما در جمع زنان نابارور بیشتر می‌شود افسردگی آنان نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. همچنین رضایتمندی زناشویی توسط دو موقعیت "از نگاه همسر" و "از نگاه دوستان و آشنایان" قابل پیش‌بینی و معنی‌دار است. هر اندازه تجربه استیگما در دو موقعیت "از نگاه همسر" و "از نگاه دوستان و آشنایان" افزایش می‌یابد، میزان رضایتمندی زناشویی کاهش می‌یابد و بالعکس. سه موقعیت تجربه استیگما (از نگاه خودم، دوستان و

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون- ماتریس ضرایب همبستگی بین موقعیتها و متغیرهای سازگاری اجتماعی در گروه مردان

نابارور (n=۸۸) مراجعه‌کننده به مراکز تهران و تبریز، سال ۸۴-۱۳۸۳

موقعیتها و متغیرهای سازگاری اجتماعی	عزت نفس	افسردگی	رضایتمندی زناشویی	از نگاه خودم	از نگاه همسر	از نگاه دوستان و آشنایان	در مقایسه با افراد بارور	در مقایسه با افراد نابارور
عزت نفس	۱	---	---	---	---	---	---	---
افسردگی	-۱/۴۷	۱	---	---	---	---	---	---
رضایتمندی زناشویی	-۲۳۵	-۴۵۴*	۱	---	---	---	---	---
از نگاه خودم	*۱۸۸	۳۳۱*	۰/۲	۱/۰۰	---	---	---	---
از نگاه همسر	*۱۸۴	۳*	-۰/۲۱	۳۲۵**	۱	---	---	---
از نگاه دوستان و آشنایان	*۱۹۵	۳۹۳*	-۰/۴۸	۴۳۰**	**۴۱۳	۱	---	---
در مقایسه با افراد بارور	۲۳۷*	۴۵۷*	-۰/۳۷	۷۴۸**	**۴۳۶	**۵۲۹	۱	---
در مقایسه با افراد نابارور	۲۳۱*	۲۷۶*	-۱/۰۳	۷۲۷**	**۴۹۵	**۵۲	**۸۴۷	۱

* در سطح $p < ۰/۰۱$ آزمون یک سویه معنی‌دار است. ** در سطح $p < ۰/۰۰۱$ آزمون یک سویه معنی‌دار است.

جدول ۶- نتایج تحلیل رگرسیون- ماتریس ضرایب همبستگی بین موقعیتها و متغیرهای سازگاری اجتماعی در گروه زنان نابارور

($n=93$) مراجعه کننده به مراکز تهران و تبریز، سال ۸۴-۱۳۸۳

موقعیتها و متغیرهای سازگاری اجتماعی	عزت نفس	افسردگی	رضایتمندی زناشویی	از نگاه خودم	از نگاه همسر	از نگاه دوستان و آشنایان	در مقایسه با افراد بارور	در مقایسه با افراد نابارور
عزت نفس	۱	---	---	---	---	---	---	---
افسردگی	۱/۱۲۶	۱	---	---	---	---	---	---
رضایتمندی زناشویی	۱/۰۷۱	-۰/۵۳۹*	۱	---	---	---	---	---
از نگاه خودم	-۱/۹۸*	۳/۲۲*	-۰/۰۷	۱	---	---	---	---
از نگاه همسر	-۱/۰۶	۲/۲۸*	-۲/۹۶*	۴۰/۳**	۱	---	---	---
از نگاه دوستان و آشنایان	-۱/۰۹	۲/۲۱*	-۳/۰۷**	۲۷/۵*	۳۰/۱*	۱	---	---
در مقایسه با افراد بارور	-۰/۹۹	۲/۸۰*	-۲/۱۱	۷۴/۸**	۵/۲۲**	۵۸/۴**	۱	---
در مقایسه با افراد نابارور	-۱/۰۶	۳/۰۸**	-۲/۲۲	۷۴/۶**	۴/۲۳**	۳۸/۹**	**۷/۶	۱

* در سطح $p < ۰/۰۱$ در آزمون یکسویه معنی دار است. ** در سطح $p < ۰/۰۰۱$ در آزمون یکسویه معنی دار است.

نابارور مقدار ویژه ۳/۲۶۲ با درصد واریانس ۶۵/۲۴۱ را نشان دادند که نشان از وجود عاملی مشترک در رابطه با تجربه استیگما در میان زنان و مردان نابارور است. در همین حال هردو گروه زنان و مردان نابارور به ترتیب در موقعیت‌های تجربه استیگما: ۱- مقایسه با افراد بارور ۲- مقایسه با افراد نابارور ۳- از نگاه خودم ۴- از نگاه دوستان. ۵- از نگاه همسر، بارهای عاملی در عامل اصلی (عامل کلی و مشترک) نشان دادند که در هر دو گروه بیشترین بار عاملی در مقایسه با افراد بارور و نابارور "مقایسه اجتماعی" و کمترین بار عاملی در موقعیت "از نگاه همسر" متجلی گردید.

براساس آنچه که نتایج تحلیل عوامل نشان می‌دهد، در بین پنج موقعیت تجربه استیگما موقعیت‌های مربوط به مقایسه اجتماعی در صدر جدول قرار دارند و بیشترین بار عاملی را به خود اختصاص می‌دهند. البته اگر در کنار نتایج تحلیل عوامل به نتایج تحلیل همبستگی توجه داشته باشیم می‌توان گفت که مقایسه با افراد بارور برای زنان و مردان نابارور مهمتر از موقعیت‌های دیگر است. این معنا را می‌توان در نتایج تحلیل همبستگی مردان و زنان به طور کلی در رابطه با پیش‌بینی سازگاری‌های روانی- اجتماعی مشاهده کرد (جداول شماره ۶-۴) _ حتی در مواردی که از نگاه خود و یا از نگاه دوستان و آشنایان توانایی پیش‌بینی بعضی از

متغیرهای سازگاری‌های روانی- اجتماعی در میان زنان نابارور بود. در تبیین این نتایج بهتر است دانسته شود که افراد توسط چه منابع و کانال‌هایی خود را می‌شناسند تا در موقع مواجهه با استرسها (از جمله تجربه استیگما) بتوانند خویشتنی (خود) را که به آن آگاهی دارند با آن مشکلات و استرسها سازگاری دهند. Schoneman (۱۹۸۱، ۱۹۸۴) اعتقاد داشت که سه منبع اصلی برای تکوین "خویشتن" وجود دارد:

الف- خودمشاهده‌گری: یکی از روان‌شناسان با ارائه تئوری خاصی تاکید دارد که مردم خود را توسط مشاهده نمودن رفتار ظاهری خود، افکار و احساسات داخلی و شرایط تحریکی خود، می‌شناسند (۵۶). این تئوری ارزش بسیار بالایی برای خودشناسی به عنوان اساسی برای دانش خود قائل است. در این پژوهش براساس نتایج مصاحبه سازمان یافته که در عناصر فهرست ساختارها متجلی شد، عنصر تجربه استیگما از نگاه خودم مناسب‌ترین معادل برای منبع خود مشاهده‌گری است.

ب- مقایسه اجتماعی: Festinger (۱۹۵۴) بر این باور بود که مردم ترجیح می‌دهند تا خودشان را توسط خصوصیات ارزیابی کنند که صریح، عینی و ملموس باشند. زمانیکه این خصوصیات وجود ندارند، آنها تمایل دارند که خود را در مقایسه با دیگران ارزیابی کنند؛

زیرا که دیگران به عنوان معیارهای عینی برای آنان مطرح می‌شوند (۲۱). بعضی از روان‌شناسان فرآیند مقایسه اجتماعی را در میان بزرگسالان از دو بعد مورد ملاحظه قرار می‌دهند: ۱- مقایسه با بالاتر از خود (و یا درک دیگران در سطحی بالاتر و وضعیتی بهتر از خود) ۲- مقایسه با پایین‌تر از خود که اولی همواره نارضایتی و دومی رضایت از خود را برای فرد مقایسه کننده در پی دارد؛ حتی اگر در واقع فرد در شرایط بالا و خوبی از امکانات و خصوصیات باشد (۹، ۵۷)، در حالیکه مقایسه با پایین‌تر از خود عبرت آموزی را در پی دارد (۵۸، ۵۹). در این پژوهش براساس نتایج مصاحبه سازمان یافته که در عناصر فهرست ساختارها (موقعیت‌های تجربه استیگما) متجلی شد، عناصر تجربه استیگما در مقایسه افراد بارور و افراد نابارور مناسب‌ترین معادل برای منبع مقایسه اجتماعی است. لازم به ذکر است که مقایسه با افراد بارور، نمودی از مقایسه با بالاتر از خود خود است.

ج- *پسخوراندهای اجتماعی*: بعضی از محققان اعتقاد دارند که آگاهی از خود زمانی شکل می‌گیرد که شخص از دیدگاه دیگران آگاه می‌شود (۲۳). در روان‌شناسی، دیدگاهی که شخص در رابطه با اعمال، رفتار، توانمندیها، عقاید و حتی قیافه ظاهری افراد بیان می‌کند می‌تواند برای خود فرد پسخوراندی را فراهم کند که فرد براساس آن تغییرات لازم را در خود ایجاد کند. در این پژوهش نیز عناصر تجربه استیگما از نگاه همسر و از نگاه دوستان و آشنایان مناسب‌ترین معادل برای منبع و کانال پسخوراند اجتماعی بود.

همگرایی نتایج مصاحبه‌های سازمان یافته در مورد موقعیت‌های تجربه استیگما با سه منبع تکوین خود، موضوعی جالب است، زیرا که Schoneman (۱۵) اذعان دارد که پس از بررسی صدها تحقیق انجام شده در مورد خود به این نتیجه رسیده است که انسانها خود را براساس این سه منبع می‌شناسند و با دیگران تعامل

دارند همچنان که افراد نابارور چنین می‌باشند. عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه افراد بارور و نابارور در سازگاری‌های روانی- اجتماعی، این نظر تقویت می‌شود که نقص فیزیکی در افراد نابارور نمی‌تواند سازگاری‌های روانی- اجتماعی آنان را تحت تاثیر قرار دهد. این یافته همسو با دیدگاه‌های افرادی است که مدعی‌اند این افراد تفاوت آنچنانی در میزان سازگاری‌های روانی- اجتماعی با جمعیت عادی جامعه ندارند (۶-۲)؛ در حالیکه دهها تحقیق انجام شده در مورد افراد نابارور، اشاره به مشکلات آنان در سازگاری‌های روانی- اجتماعی دارد (۶۱، ۶۰، ۳۷، ۳۵، ۳۳). چگونه می‌توان این تناقضات در یافته‌ها را توجیه کرد؟ آنچه که باید در اینجا روشن شود این است که این نارضایتیها حتما نباید در علائم بالینی مانند علائم افسردگی و کاهش عزت نفس و رضایتمندی زناشویی آشکار شود. ممکن است علامتی آشکارا دیده نشود ولی جنبه‌های آسیب‌زا و آسیب‌پذیر مکنون در افراد نابارور وجود داشته باشد که پیش آگهی خوبی را برای آنان ترسیم نکند. یکی از این جنبه‌های ناآشکار بر هم خوردن استفاده از کانال‌های سه‌گانه شناخت خود است (۱۵، ۲۵) که می‌تواند آنان را مستعد ناسازگاری‌های روانی اجتماعی نماید. آنچه مسلم است در تجربه استیگما، افراد نابارور در درجه اول بهای زیادی به مقایسه با دیگران به ویژه مقایسه با افراد بارور می‌دهند، در درجه دوم به دیدگاه خود در تجربه استیگما اهمیت داده و در درجه سوم به دیدگاه دیگران بها می‌دهند.

یونگ دو اصل مهم تعادل و انتروپی را در رابطه با شخصیت مطرح کرده است (۶۲، ۶۳). براساس قانون تعادل، انرژی روانی تمایل دارد که به طور متعادل در رابطه با هر عقیده و یا فکری و یا به معنای کلی کلمه در هر قسمتی از شخصیت و روان توزیع شود. بنابر اصل انتروپی، هر عقیده و یا فکری و یا به معنای کلی کلمه،

هر قسمتی از روان چنانچه انرژی روانی بیشتری داشته باشد خود تمایل به از دست دادن آن انرژی به نفع قسمت‌هایی دارد که انرژی کمتری دارند. شخصیت سالم در دیدگاه یونگ شخصیتی است که تعادلی از نیروهای مختلف را ایجاد کرده باشد. تحقیقاتی که توسط روان شناسان صورت گرفته است نشان می‌دهد که کثرت استفاده از مقایسه اجتماعی به ویژه مقایسه با بالاتر از خود می‌تواند فشارهای هیجانی و نارضایتی از وضع موجود را افزایش دهد (۹,۵۷,۶۴) و در مواقعی حتی باعث کاهش انگیزه شود. نکته مهم آنست که مردان نابارور در مقایسه با افراد بارور به تنهایی توان پیش‌بینی میزان افسردگی و عزت نفس آنان را دارد. به عبارت بهتر با توجه به بهم خوردن تعادل در منابع شناخت "خویشتن" در افراد نابارور، یکی از جنبه‌های آسیب‌زا برای مردان نابارور می‌تواند شدت فعالیت مقایسه با افراد بارور (مقایسه با افراد در شرایط بهتر از خود) باشد، که میزان افسردگی و عزت نفس آنان را در تعاملات با دیگران رقم زند. اگرچه آنها در حال حاضر افسرده نباشند؛ ولی نقاط آسیب‌پذیر جدی در آنان وجود دارد که می‌تواند در تعاملات اجتماعی به فعلیت برسد.

از طرفی نتایج مقایسه پنج موقعیت تجربه استیگما در دو گروه از زنان و مردان نابارور نشان می‌دهد که زنان نابارور به طور معنی‌داری در دو موقعیت "در مقایسه با افراد بارور" و "از نگاه خودم" میزان استیگمای بیشتری نسبت به مردان نابارور تجربه می‌کنند. این یافته با نتایج تحقیقات محققین دیگر در مورد آسیب‌پذیری بیشتر زنان نابارور همخوانی دارد (۳۴,۶۵,۶۶). البته تجارب بالینی مجری طرح در رابطه با فرهنگ ایرانی نشان می‌دهد که متأسفانه، زنان حتی اگر مشکل و علت اصلی برای ناباروری نباشند، باز هم تحت فشار بیشتری از جانب بستگان در مقایسه با مردان هستند (۲۷). همچنین این یافته نشان از تجربه‌های منفی

زنان نابارور در فرآیند مقایسه اجتماعی دارد. آنچه که در تبیین یافته‌های فوق می‌توان داشت، توجه جدی به مدل آگاهی تشدید یافته در افراد نابارور است که موجب بهم خوردن تنظیم منابع تکوین "خویشتن" گردیده است. تحقیقات جدید در زمینه تبیین اختلالات روانی نشان می‌دهد که افزایش خود آگاهی می‌تواند چاشنی بسیاری از مشکلات روانی باشد. برای مثال تفکر جزئی نگر، میزان حساسیت این افراد را نسبت به قضاوتها و نظرات دیگران در مورد ناباروری، بیشتر می‌سازد (۲۰,۳۷,۴۰) که البته این امر در زنان نابارور شدیدتر است. به نظر می‌رسد که با توجه به تورم در بعد مقایسه اجتماعی در مردم ایران (۲۵)، یافته‌های این پژوهش لزوم مداخلات روان‌شناختی را برای افراد نابارور با توجه به وضعیت خاص ایران آشکار می‌سازد. در این زمینه بویژه زنان نابارور نیازمند کمک‌های بیشتری هستند. این گروه نه تنها از مقایسه خود با دیگران رنج می‌برند؛ بلکه از نگاه خود نیز چنین رنجی را تجربه می‌کنند. آنچه که این پژوهش به ارمغان دارد آنست که بیمارنگری (از بعد علامت نگری) در رابطه با افراد نابارور از دیدگاه روان‌شناختی شاید تا حدی نابجا باشد؛ چراکه این گروه از افراد جامعه در مقایسه با جمعیت افراد بارور تفاوت معنی‌داری حداقل در میزان افسردگی، عزت نفس و رضایتمندی زناشویی از خود نشان نمی‌دهند.

بعضی از دیدگاه‌های جدید روان شناسی، با انجام پژوهش‌های مشابه این پژوهش در کشورهای غربی به این نتیجه رسیده‌اند که در رابطه با افراد دارای نقص فیزیکی و بدنی بهتر است به جای یافتن ناسازگاری‌های روانی اجتماعی، به دنبال کشف توانمندی‌های آنان در رابطه با سازگار شدن با نقص آنان بود. این دیدگاه بیشتر به جای دید نقص مداری، سلامت مداری را ترویج می‌نماید (۶۷). به همین جهت در حال حاضر عده‌ای از روان شناسان در رابطه با کم توانان کاربرد

دوستان و آشنایان") و پیش‌بینی رضایت‌مندی زناشویی آنان توسط این دو موقعیت، می‌تواند نقطه مثبتی باشد که در جلسات هم‌اندیشی و روان درمانی گروهی مورد استفاده قرار گیرد. برای نمونه جهت ایجاد همبستگی و تجانس در جلسات گروه درمانی درجه‌ای مطلوب از توجه و ملاحظه به نظرات دیگران لازم است (۷۲).

نتیجه‌گیری

در کل این مطالعه نشانگر وجود رنج استیگما در میان ناباروران است در حالیکه در سازگاری‌های روانی-اجتماعی نسبت به باروران تفاوتی ندارند. ضمن اینکه تجارب استیگما برای ناباروران بیشتر در مقوله مقایسه اجتماعی قابل تبیین است. با اذعان به این موضوع که مقایسه اجتماعی در افراد نابارور تشدید یافته است، نباید چنین برداشت شود که برای تسهیل بهداشت روانی افراد نابارور فقط باید به دنبال تضعیف منبع شناخت "خویشتن" بود چیزی که متأسفانه عامه مردم و بعضاً متخصصین روان شناسی به عنوان نصیحت از رسانه‌ها اعلام می‌کنند! مانند: "بهتر است که خود را با کسی مقایسه نکنید. مقایسه را کنار بگذارید". مقایسه اجتماعی از منابع غیرقابل اغماض شناخت خود یا خویشتن است (۲۱). آنچه که در برنامه‌های تنظیم منابع خود مطرح می‌شود (۷۲) حذف این منبع نیست؛ بلکه متعادل ساختن آن در ارتباط با دو منبع دیگر است. اگر فردی تجربه استیگما دارد، در کنار مقایسه خود با افراد بارور، بدنبال داشتن اطلاعاتی درست از دیگران در رابطه با این تجربه باشد. همچنین خود نیز در پی بررسی چنین اطلاعاتی از منظر ارزشها و نگرشهای خویش باشد. مضافاً اینکه برای ایجاد تعادل در کنار مقایسه خود با افرادی با شرایط بهتر، به افرادی با شرایط بدتر و یا مساوی نیز بنگرند.

پیشنهاده‌ات:

۱- این یافته لزوم داشتن جلسات هم‌اندیشی گروهی بین

عنوان روان شناسی معلولین را نابه‌جا دانسته و بیشتر به دنبال عناوین روان شناسی با نیازهای ویژه هستند. بدین صورت که معتقدند، اشخاص دارای نقایص فیزیکی افرادی با نیازهای خاص هستند و نه دارای روان‌شناسی خاص (۶۸) که دارای سبک خاصی از سازگاری‌های روانی اجتماعی باشند. به عبارت بهتر در رابطه با افراد نابارور باید به دنبال بهداشت روانی این افراد بود. برای مثال برهم خوردن تعادل در منابع شناسایی "خویشتن" این افراد خطری برای بهداشت روانی و تنظیم این کاناها، تسهیل کننده بهداشت روانی آنان خواهد. همچنین بهتر است امکانات و استعدادهایی که افراد نابارور جهت سازگاری بیشتر با مشکل ناباروری دارند، مورد توجه قرار گیرد و حتی تهدیدها و آسیبها به دیده فرصتها نگریسته شوند. برای مثال نتایج تحلیل آماری، حاکی از فعالیت منبع خود مشاهده‌گری در زنان بود، به طوریکه از طریق خود مشاهده‌گری (در موقعیت "از نگاه خودم") می‌توان متغیر افسردگی را به عنوان یکی از متغیرهای سازگاری‌های روانی-اجتماعی آنان پیش بینی کرد. این نقطه مثبتی است که می‌تواند در مداخلات درمانی-شناختی، در جهت بهبود نگرش آنان به خود و جامعه استفاده گردد. بسیاری از روان درمانگران معتقدند مسئولیت‌پذیری از فرآیند خود مشاهده‌گری و خود فرو رفتگی آغاز می‌شود که در مواقعی جنبه‌ای مثبت در روان درمانی و اصلاحات رفتاری تلقی می‌شود (۶۹،۷۰). همچنین کارور (۱۹۹۶) اعتقاد دارد که پدیده خود مشاهده‌گری (به عنوان نتیجه در خود فرو رفتگی) برای فرآیند خود تنظیمی بسیار ضروری است. البته افراط و یا تفریط در هریک از منابع شناخت خود، می‌تواند مشکلاتی را برای افراد ایجاد کند (۷۱).

حساسیت زنان نابارور در جهت اهمیت دادن به نظرات دیگران (در موقعیت‌های "از نگاه همسر" و "از نگاه

و شباهتها در این زمینه می‌تواند، نمای کاملی از جنبه‌های اجتماعی ناباروری را ارائه دهد.

۴- استانداردسازی فهرست ساختارهای ذهنی که در این پژوهش به صورت مصاحبه سازمان یافته استفاده شد، گام دیگری در جهت مطالعه مستمر جنبه‌های اجتماعی ناباروری است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب طرح پژوهشی به شماره ۱۲۱۶/۲۰/۲۵ پی توسط پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی - ابن‌سینا تأمین اعتبار گردید. از مدیریت محترم پژوهشکده ابن سینا و معاونت محترم پژوهشی، که در زمینه مالی و تحقیقاتی، این پروژه را حمایت نمودند و مدیریت محترم امور پژوهشی، که با همکاری خود در تداوم این طرح یاری رسان ما بودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

افراد بارور و نابارور برای اصلاح دیدگاه‌های این افراد نسبت به ناباروری را آشکار می‌سازد. همانطوریکه یافته‌های کلک و استرن‌تا (۶۰) نشان می‌دهد دیدگاه‌های مردم نسبت به افراد نابارور و بالعکس، پدیده‌ای غیرقابل تغییر نیست. بنابراین داشتن چنین مداخلاتی براساس برنامه‌های تعدیل کارکرد منابع خود (۷۲) ضروری است.

۲- چنین استنباط می‌شود که برای افراد داوطلب باروری از طریق اهدای گامت، چنین تورمی از کارکردهای بعضی از منابع تکوین خود در ارتباط با تجربه استیگما وجود داشته باشد و محتمل است که حتی پس از داشتن فرزندانی از طریق اهدا گامت چنین وضعیتی را شاهد باشیم. لذا داشتن جلسات هم اندیشی گروهی برای این گروه با هدف تنظیم منابع "خود" ضروری می‌نماید.

۳- انجام تحقیقات بین فرهنگی در رابطه با سایر کشورها به ویژه کشورهای صنعتی و شناخت تفاوتها

References

- 1- Younghusband E., Birchall D., Davie R., Pringle M.L. Living with handicap. National bureau for cooperation in child care. London.1970.
- 2- Shontz F.C. Body image and physical disability. In Cash T.F., Pruzinsky (Editors) Body Image: Development, Deviance and Change. The Guilford Press. New York and London.1990;pp:149-169.
- 3- Shontz F.C. Physical disability and Personality. Theory and recent research. In Stubbins J. (Editor) Social and psychological aspects of disability. A handbook for practioners. University Park Press, London.1977;pp: 333-351.
- 4- Fisk S.B. Body image in facially deformed children aged four to seven. Unpublished Ph.D Thesis. The Fiel-ding Institute.1982.
- 5- Kapp-Simon K.A., Simon D.J., Kristovich S. Self Perception, social skills, adjustment and inhibition in young adolescents with craniofacial anomalies. Cleft Palate Craniofac J.1992;29:352-356.
- 6- Kashani J.H., Koenig P., Shepperd J.A. Wilfley D., Morris D.A. Psychopathology and self- concept in asthmatic children. J Pediatr Psychol.1988;12:379-394.
- 7- Vamos M. Body image in rheumatoid arthritis: the relevance of hand appearance to desire for surgery. Br J Med Psychol.1990;63(3):267-277.
- 8- Skevington S.M., Blackwell F., Britton N.F. Self esteem and perception of attractiveness: An investigation of early rheumatoid arthritis. Br J Med Psychol. 1987;60:45-52.
- 9- Cash T.F. The psychology of physical appearance: Aesthetics, Attributes, and images. In Cash, T.F., and Pru-zinsky (Editors) Body Image: Development, Deviance and Change. The Guilford Press. New York and London.1990;pp:51-79.
- 10- Phoenix A., Wolett A. Motherhood: Social construction, politics & psychology. In phoenix, A., Wolett, A. and Lioyd, E., Editorss, 1991. Motherhood, Mean-ings, practices and ideologies, Sage Publications,London.1991;pp:13-27. Abstract- PsycINFO.
- 11- Gannon K., Glover L., Abel P. Masculinity, infertility, Stigma and media reports. Soc Sci Med.2004;59(6): 1169-75.
- 12- Whiteford L.M., Gonzalez L. Stigma: The hidden bur-den of infertility. Soc Sci Med.1995;40(1):27-36.

- 13- Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Penguin books, Middlesex, England. 1963.
- 14- Grocker J., Major B. Social stigma and Self-esteem: the self-properties of stigma. Psychol Rev.1984;96: 608-630.
- 15- Schoneman T.J. College L., Taber L.E., Nash D.L. Children reports of self-knowledge. J Pers.1984;52: 124-137.
- 16- Schoneman T.J. Reports of the source of self-knowledge. J pers.1981;49:284-294.
- 17- Rosenberg M. Self-concept and psychological well-being in adolescents. In Leahy R. (Editor). The development of the Self. Academic press inc, London.1985; 205-246.
- 18- Master J.E. Social comparison by young children. 1971;27:37-60.
- 19- Wells A. Emotional disorders and meta-cognition. Innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons L.T. D. New York.2001.
- ۲۰- یونسی جلال. چگونه در غم و شادی فرو می رویم؟. تازه های روان درمانی ۱۳۸۳. شماره ۳۳، ۳۴. پاییز و زمستان، صفحات: ۵۳-۷۱.
- 21- Festinger L. A theory of social comparison process. Hum Relat.1954;7:117-140.
- 22- Heinberg L., Thompson J.K. The effect of figure size feedback (positive vs. negative) and target comparison group (particularistic vs. universalistic) on body image disturbance. Int J eat Disorder.1992;12:441-448.
- 23- Mead G.H. Mind, self and society. University of Chicago Press. Chicago.1934.
- 24- Winter. Personal construct psychology in clinical practice. Theory, research and application. Routledge. London.1992.
- ۲۵- یونسی جلال. آسیب شناسی و روان درمانی گروهی، از یونگ تا شونمن. فصلنامه تازه های روان درمانی، سال هفتم، شماره ۲۷ و ۲۸، بهار و تابستان ۱۳۸۲.
- 26- Ingram R.E. Self-focused attention in clinical disorders. Review and a conceptual model. Psychol Bull. 1990;107:156.
- ۲۷- یونسی جلال. استیگما و ناباروری در ایران- راهکارهایی برای مقابله، فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری. سال دوم، پاییز ۱۳۸۱، صفحات: ۷۳-۸۶.
- 28- Diamond R., Kezur D. Scharf C. Couple therapy for infertility. Guilford Press, New York.1999.
- 29- Mathews R. The value and meaning of children for infertile couples. Paper presented at the meeting of national council on family relation. Denver Co.1990.
- 30- Malin M., Herrmminki E., Raikonen O., Sihvo S., Perala M.L. What do women wants? Women, s experiences of infertility treatment. Soc Sci Med.2001;53: 123-133.
- 31- Akker O.B.A. Van den. Adoption in the age of reproductive technology. J Reprod Infant Psychol.2001; 19:147-159.
- 32- Davis K. Investigation into the perception of body image and body satisfaction in pregnant women. Unpublished MSc. Thesis, Institute of Psychiatry, London.1992.
- 33- Ussher J.M. The psychology of the female body. Routledge, London.1989.
- 34- Cloninger S.C. Personality. New York, Freeman.1996.
- 35- Peterson B.D., Newton C.R., Rosen K.H. Examining congruence between partners perceived infertility-related stress and its relationships to marital adjustment and depression in infertile couple. J fam process.2003; 42:50-70.
- 36- Berghuis J.P., Stanton A.L. Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. J Counseling and Clinical Psychology.2002; 70(2):433-8.
- ۳۷- کاویانی حسین، موسوی اشرف السادات. بررسی روانشناختی- کتاب سنگی بر گوری، جلال آل احمد ۱۳۶۰- فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری. سال دوم، شماره هشتم، شماره پاییز، صفحات: ۴-۱۳.
- 38- Younesi J. Approach in couple therapy and Islamic comments. XVI congress of the International association for cross-cultural psychology. Yogyakarta, Indonesia.2002.
- 39- Lipowski Z.J. Importance of Body experience for Psychiatry. Comprehensive Psychiatry.1977;18:473-479.
- ۴۰- یونسی جلال، اکبری سعید. نگرش جنسی تحت الشعاع آگاهی تشدید یافته. مطالعه ای مقایسه ای در مورد نگرش جنسی بین مردان و زنان نابارور و بارور. مقاله ارائه شده به دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. تهران. دانشگاه شاهد. ۱۳۸۴.
- ۴۱- یونسی جلال، سلاجقه انوشه. بررسی تصویر ذهنی از بدن در زنان بارور و نابارور فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری. سال دوم، شماره هشتم، شماره پاییز (۱۳۸۰)، صفحات: ۲۱-۱۴.
- 42- Kelly G.A. The Psychology of Personal Constructs. Norton NewYork.1995;1&2.
- ۴۳- یونسی جلال. معرفی شیوه فهرست ساختارها، گزارش پژوهش مقدماتی، مجله روانشناسی ۲۳، سال ششم، شماره ۳، پاییز. ۱۳۸۱، صفحات: ۲۹۳-۲۷۶.
- ۴۴- یونسی جلال. معرفی تکنیکی آسان برای اندازه گیری مفاهیم

- ذهنی کودکان کم توان ذهنی، فصلنامه تازه های روان درمانی، سال پنجم، شماره ۱۹ و ۲۰، ۱۳۸۰.
- 45- Makloul Norris F., Gwynne Jones H., Hugh N. Articulation of conceptual Structure in Obsessional Neurosis. *Br J Soc Clin Psychol*.1975;9:264-274.
 - 46- Fieldman M.M. The body Image and object relations: Exploration of a method utilizing repertory grid technique. *Br J Med Psychol*.1975;48:317-332.
 - 47- Younesi J. B.C.I. Body Concept Inventory. *Eu J Psych Assess*.1995;11-52.
 - 48- Younesi J. Study of Psychosocial adjustment among physically disabled children and adolescents in relation to the development of body image. Unpublished Thesis University of London. U. K.1998.
 - 49- Duck S.W. Similarity and perceived similarity of personal constructs as influence on friendship choice. *Br J Soc Clin Psychol*.1973;12:1-6.
 - 50- Fransella F. Banister D. A Manual for repertory grid technique. Academic Press.1977;pp:...
 - 51- Salmon P. grid measures with child subjects. In *Exploration of Interpersonal Space*. Edited by: Slater P. Willey, London.1976;1.
 - 52- Applebee A.N. Development changes in consensus in construing within a specified Domain. *Br J Psychol*. 1975;66:473-480.
 - 53- Applebee A.N. Development of Children's responses to Repertory Grids. *Br J Soc Clin Psychol*.1976;15: 101-102.
 - 54- Osseiran N. Trauma memories and meaning: Social constructionist approach. Paper presented in XXVII International Congress of Psychology. Stockholm. Sweden.2000.
 - ۵۵- یونسی جلال، اکبری زرد خانه سعید، بهجتی اردکانی زهره. گزارش نهایی طرح پژوهشی بررسی وضعیت استیگما در میان زنان و مردان نابارور. پژوهشکده ابن سینا. معاونت پژوهشی. مرداد ۱۳۸۴.
 - 56- Bem D.J. Self Perception: an alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychol Rev*. 1967;47:183-200.
 - 57- Thompson J.K., Heinberg L.J., Altabe M., Tantleff-Dunn S. *Exacting Beauty*. Theory, assessment and treatment of body image disturbance. APA. Washington DC.1999.
 - 58- Lockwood P.J. Could it happen to you? Predicting the impact of downward Comparisons on the self. Paper presented to XXVII International Congress of Psychology. Stockholm, Sweden.2000;23-28.
 - ۵۹- یونسی جلال، محمدی محمدرضا. استفاده از معتادان خودمعرف و خانواده‌هایشان برای آموزش دانش آموزان در پیشگیری از اعتیاد. گزارش طرح تحقیقاتی مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی- تهران (۱۳۸۱).
 - 60- Kleck R., Strenta A. Perception of the negatively valued physical characteristics on social interaction. *J Pers Soc psychol*.1980;39:801-873.
 - 61- Ramezanzadeh F., Aghssa M.M., Jafarabadi M., Zayeri F. Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril*.2006;85 (1):139-43.
 - 62- Maddi S.R. *Personality theories. Acomparitive Analysis* Brooks- Cole Publishing. USA.1996.
 - 63- Jung C.G. On Psychic Energy. In H. Read, M. Fordham, & G Adler (Eds). *Collected Works*. Princeton N. J. Princeton University Press.1960.
 - 64- Major B., Testa M., Bylsma W.H. Responses to upward and Downward Social Comparisons: The impact of esteem- relevance and perceived control. In J. Suls, T.A. Wills (Editors). *Social Comparison: Contemporary theory and Research*. Hillsdale, N.J. Erlbaum. 1991;pp:237-260.
 - 65- Edelmane R.J., Connolly K.J. Psychological aspect of Infertility. *Br J Med Psychol*.1986;58:209-190.
 - ۶۶- مظاهری محمدعلی و همکاران. شیوه‌های حل مسئله و سازگاری زناشویی در زوجهای نابارور و بارور. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری. سال دوم. شماره هشتم. پاییز. ۱۳۸۰، صفحات: ۳۲-۲۲.
 - 67- Eiser C. Psychological Effects of Chronic Disease. In Chess, S and Hertzog M. E. (Editors). *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development* Brunner/ Mazal, Publishers. New York.1991.
 - 68- Yule W. Handicap. In Feldman P., Orford J. (Editors). *The Social Psychology of Psychological Problems*. Willy, Chichester.1980;pp:219-247.
 - 69- Gibbons F.X., Smith T.W., Ingram R.E., Brehm S.S. Self awareness and self confrontation. *J Pers Soc Psychol*.1985;48:662- 678.
 - 70- Dual T.S., Silvia P.J. *Self Awareness and Causal attribution: A Dual system theory*. Boston Kluwer Academic.2001.
 - 71- Carver C. Cognitive Interference and Structure of Behaviour. In I. G. Sarason, B.R. Sarason (Editors). *Cognitive Interferences*. Mahwah, N.J. Erlbaum.1996.
 - ۷۲- یونسی جلال. از یونگ تا شونمن (۲). روان درمانی گروهی راهی برای تعادل در منابع تکوین خود. فصلنامه پژوهشی و آموزشی تازه‌های روان‌درمانی (هینوتیزم). ۱۳۸۲، شماره ۲۷ و ۲۸، صفحات: ۸۵-۶۱.