

تحلیل برساخت گرایانه فرایند مواجهه با ناباروری در زنان ناباور ایرانی

ابوعلی ودادهیر^۳

*معصومه سیمبر^۲

سیده بتول حسن پور ازغدی^۱

لیلا امیری فراهانی^۵

سید علی آذین^۴

چکیده

زمینه و هدف: تمرکز اصلی برساخت اجتماعی، نمایان کردن شیوه‌ها و رویه‌هایی است که بر اساس آن افراد و گروه‌ها در خلق معانی و محصولات اجتماعی موجود مشارکت می‌کنند. از آنجا که ناباروری باعث ناتوانایی برای ایفای نقش مورد نظر اجتماعی می‌شود، اغلب با پیامدهای اجتماعی-روانی همراه است. بر این اساس این مطالعه با هدف تحلیل برساخت گرایانه فرایند مواجهه با ناباروری در زنان ناباور ایرانی انجام شد. روش بررسی: این مطالعه از نوع کیفی با رویکرد تئوری زمینه‌ای هم ساخت‌گرا است. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف در مرکز ناباروری ولیعصر و ابن سینا در شهر تهران آغاز و به صورت نظری ادامه یافت. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ۳۰ زن ناباور، مشاهده و یادداشت در عرصه جمع آوری شد. مدیریت داده‌ها به روش چارمز و با نرم افزار MAXQDA10 انجام گرفت. یافته‌ها: طبق اصول برساخت گرایی اجتماعی با تناسب تغییراتی در هر یک از عناصر برساخت گرایی اجتماعی ناباروری، تغییراتی در سایر عوامل و اثر آنها بر یکدیگر ایجاد شده که خود باعث خلق تجربه‌های متنوعی از ناباروری می‌شود. تحلیل برساخت گرایانه مواجهه با ناباروری حاصل از داده‌های ما نشان داد ناباروری تعامل پیچیده‌ای با روابط اجتماعی، انتظارات و نیازهای اجتماعی دارد، بنابراین پسخوراندن اجتماعی برای زنان ناباور اهمیت بسیاری دارد. طبق رویکرد برساخت گرایی اجتماعی، مهمترین تصمیمات درباره ناباروری مانند درمان و نوع آن، توقف درمان، فرزندخواندگی و مسائلی از این نوع، تفسیرهای ناباروری از نظر اجتماعی هستند که منعکس کننده‌ی ایدئولوژی و ساختار اجتماعی جامعه‌ای است که افراد ناباور در آن زندگی می‌کنند. نتیجه‌گیری کلی: از دیدگاه رویکرد برساخت گرایی اجتماعی، فرایند مواجهه با ناباروری یک سازه اجتماعی است که تحت تاثیر کنشگران متعددی قرار می‌گیرد و عناصر ساختار اجتماعی و فرهنگی نیز نقش مهمی در ایجاد، حفظ و تغییر این فرایند دارند، بنابراین در تدوین سیستم‌های حمایتی برای افراد ناباور باید تمام عوامل و عناصر تأثیر گذار در نظر گرفته شود.

کلید واژه‌ها: برساخت گرایی اجتماعی، ناباروری، نظریه زمینه‌ای

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۲۹

تاریخ پذیرش: ۹۷/۵/۲۷

۱. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول). شماره تماس: ۰۹۱۲۱۷۷۷۶۷۲. Email: msimbar@yahoo.com
۳. دانشیار گروه مردم شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴. دانشیار، مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشگاه فن‌آوری‌های نوین ابن سینا، تهران، ایران.
۵. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

با وجود پیامدهای روانی-اجتماعی در حال رشد ناباروری، درک موجود از آن هنوز محدود است و پدیده ناباروری مورد غفلت قرار گرفته است. به طوری که ناباروری تقریباً به طور انحصاری پزشکی شده است. در چارچوب چنین الگوی پزشکی به اندازه کافی به وجوه اجتماعی- فرهنگی ناباروری پرداخته نمی‌شود^(۱). از طرفی پیشرفت‌های شگرف در تکنولوژی درمان ناباروری در قرن بیستم، مانند یک شمشیر دو لبه است که خودش باعث نگرانی‌های روانی، اجتماعی، اخلاقی، مالی و قانونی می‌شود^(۲).

تفاوت برجسته‌ای بین تجربه ناباروری در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه وجود دارد. در جوامع توسعه یافته نداشتن فرزند، داوطلبانه است و به عنوان یک گزینه مناسب برای رشد و ترقی زنان در نظر گرفته می‌شود. زنان بدون فرزند اغلب به صورت زنانی که داوطلبانه نداشتن فرزند را انتخاب می‌کنند، آزاد از فرزند فرض می‌شوند^(۳)، ولی ناباروری در کشورهای در حال توسعه به معنای یک بدن بیمار و یک هویت بشری تکمیل نشده است که پیامدهای مستقیم اجتماعی، روانی و اقتصادی دارد^(۴). نداشتن فرزند به صورت داوطلبانه در کشورهای در حال توسعه نادر است و داشتن فرزند و پرورش آن محور قدرت و سلامت زن محسوب می‌شود^(۵)، از طرف دیگر داشتن فرزند در کشورهای در حال توسعه تأثیر مهمی در سلامت شخصی یک زوج دارد و وضعیت زن را درون خانواده و جامعه تثبیت می‌کند^(۶،۷). در این کشورها کودکان به شدت به دلایل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی دارای ارزش هستند، بنابراین ناباروری یک سازه اجتماعی رنج آور برای افراد نابارور به خصوص زنان می‌باشد^(۸).

با این که نقش و وضعیت زنان در جامعه نباید صرفاً توسط ظرفیت باروری‌شان تعریف شوند، اما احساس زنانگی در بعضی جوامع از طریق مادر بودن تعریف می‌شود که اغلب تنها روش برای ارتقاء وضعیت زن

درون خانواده و جامعه است^(۹). یک زن تنها زمانی کامل در نظر گرفته می‌شود که مادر شود و این یکی از علل نابرابری بین زن و مرد است که نقش اصلی زن در جامعه به عنوان مادر درک می‌شود. از آنجا که بر اساس تصورات کهن، زن منحصرأ عامل زاد و ولد شمرده می‌شده است، در بعضی جوامع ناتوانی در فرزندآوری تقریباً تنها به عنوان مسئله "زن" درک شده است، از این رو رنج وابسته به جنسیت در ناباروری وجود دارد^(۱۰).

مشکل اصلی در ارتباط با ناباروری در کشورهای در حال توسعه تبدیل درد و رنج خصوصی به دردی آشکار است که به صورت یک استیگمای عمومی و ناگوار با پیامدهای پیچیده و ویرانگر درآمده، بنابراین اگر اثرات خود ناباروری هم محدود باشد آسیب به افراد از طرف جامعه بسیار است^(۱۱). ایران نیز از جمله کشورهایی است که از نظر اجتماعی- فرهنگی و مذهبی اهمیت خاصی برای فرزندآوری قائل است. فرهنگ عمومی جامعه ایران از نقطه نظر مذهبی و تاریخی، فرزندان را موهبت الهی قلمداد می‌کند و بی‌فرزندگی را امری ناخوشایند می‌شمارد. در جامعه ایرانی برای خانواده‌های بی‌فرزند اصطلاح "کور بودن اجاق" استفاده می‌شود. این الگوها و هنجارهای حاکم بر خانواده از پشتوانه حمایتی مذهبی و سنتی برخوردار است. قانون حمایت از خانواده ایران نیز بیانگر اهمیت فرزندآوری است. بر اساس ماده ۹ این قانون، عقیم بودن می‌تواند به عنوان یکی از دلایل طلاق مطرح شود^(۱۲). در فرهنگ ایرانی باورهای مرد سالارانه برای بقاء و امتداد نسل، نداشتن پشتوانه‌ی اجتماعی و اقتصادی برای بسیاری از زنان، پایین بودن شانس ازدواج مجدد برای یک زن نابارور از یک سو و نکوهش زندگی انفرادی از سوی دیگر از جمله عواملی هستند که مصائب ناشی از ناباروری را برای زنان مضاعف می‌کنند^(۱۳). با توجه به مطالب فوق این طور به نظر می‌رسد فرهنگ و کنشگران انسانی شکل دهنده فرهنگ، نقش مهمی در برساخت اجتماعی ناباروری و فرایند مواجهه با آن را دارند.

گرایی اجتماعی که فلسفه‌ی پژوهش این مطالعه را تشکیل می‌دهد، می‌تواند با تمرکز بر نمایان کردن شیوه‌ها و رویه‌هایی که بر اساس آن افراد در خلق معانی مشارکت می‌کنند، به روشن ساختن ابعاد مختلف ناباروری که نقش مهمی در چگونگی فرایند مواجهه با ناباروری دارد، بپردازد.

روش بررسی

از آنجا که هدف مطالعه‌ی ما کشف مؤلفه‌های اصلی شکل دهنده رفتار زنان نابارور در تعامل با دیگران و درک شرایط فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر این رفتارهاست از رویکرد تئوری زمینه‌ای برساخت‌گرا که به شناخت شرایط ایجاد کننده فرایندهای روانی اجتماعی و تشریح متغیرهای اجتماعی مؤثر شکل دهنده رفتار انسان می‌پردازد، استفاده کردیم^(۱۷). تئوری زمینه‌ای برساخت‌گرا بر روی ارتباطات بینایی ذهنی بین محقق و مشارکت‌کننده، در جهت ساخت معنی معطوف می‌باشد. آن‌ها با یکدیگر قالبی را می‌سازند که تعاملات و معنی بر روی آن شکل می‌گیرد. محقق احساسات افراد را همان طور که آنان یک پدیده یا فرایند را تجربه کرده‌اند، تشریح می‌کند، می‌سنجد و تحلیل می‌کند. به بیان دیگر ساخت واقعیت در تحقیق تئوری زمینه‌ای برساخت‌گرا، برابندی از ارتباطات گفتمانی مداوم میان مشارکت‌کنندگان و محقق می‌باشد^(۱۸). از منظر Charmaz دیدگاه‌های Glaser و Strauss رنگ و لعابی از اثبات‌گرایی دارند، چون آن‌ها اتفاق نظر دارند بر روی واقعیتی خارجی که محققین می‌توانند آن را مستقل از ذهنیات خود تبیین، کشف و ثبت نمایند. از نظر آن‌ها واقعیت امری مستقل از ذهنیات محقق است^(۱۸). در حالی که در این رویکرد هدف پژوهش علمی درک و تفهیم معنای رفتارها یا کنش‌های متقابل معنادار افراد است که در سطوح بالاتر کنش‌ها، به یک سری ساختارها و واقعیت‌های عینی کلان‌تر تبدیل می‌شوند^(۱۹). در این رویکرد، دانش نه توسط تعداد خاصی از افراد یا نخبگان جامعه، بلکه توسط تمامی افراد جامعه تولید و باز تولید می‌شود^(۲۰).

به نظر می‌رسد رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی به دلایل متعددی، از جمله توجه خاص به نحوه تعریف، نام‌گذاری و شکل‌گیری پدیده‌های اجتماعی به عنوان نتیجه فعالیت‌های دسته جمعی شماری از افراد جامعه و درک مسائل اجتماعی در جریان کنش متقابل و انعطاف‌پذیری بالای آن در برخورد با شرایط پیچیده زندگی اجتماعی و جهان‌های اخلاقی چندگانه و متعدد و حتی ستیزآمیز^(۱۳،۱۴)، از این قابلیت برخوردار است که به تحلیل فرایند مواجهه با ناباروری در میان زنان نابارور بپردازد.

بر ساخت‌گرایی اجتماعی یا ساخت‌گرایی اجتماعی (Social constructivism) یک رویکرد جامعه‌شناختی در زمینه شناخت است که بر مبنای آن رشد انسان به صورت اجتماعی انجام می‌شود و دانش از طریق کنش متقابل با دیگران برساخته می‌شود^(۱). برساخت‌گرایی اجتماعی فرض می‌دارد مشخصه‌های معنی‌دار زندگی روزمره، در برگرفته‌ی جهت‌گیری‌ها و کنش‌های مشارکت‌کنندگانی است که به طور هدفمند واقعیت‌های دنیای خود را می‌سازند^(۱۳،۱۴).

درک و شناخت انسان‌ها از محیط خود باعث می‌شود که تفسیر آنان از زندگی، حوادث و تغییراتی که پیرامون آنها اتفاق می‌افتد، اهمیت داشته باشد. انسان‌ها نه تنها تابع تام و بی‌چون و چرای طبیعت نیستند، بلکه آن را می‌سازند و به آن معنی می‌بخشند. از این رو، این نکته اهمیت دارد که انسان‌ها چه طور به محیط خود می‌نگرند و چگونه آن را ارزیابی و تفسیر می‌کنند^(۱۵).

دانش کمی درباره‌ی تمام عوامل مؤثر بر فرایند مواجهه با ناباروری از لحاظ مؤلفه‌های غیر انسانی و کنشگران انسانی در دست است که این به دلیل گستردگی تأثیر مسئله ناباروری بر تمام ابعاد زندگی فرد نابارور است^(۵). مساله ناباروری در بیشتر مطالعات در ایران با تمرکز بر جنبه‌های روانشناختی^(۱۶) مورد توجه بوده است. بدیهی است که با توجه به پیچیدگی پدیده ناباروری و تأثیر عوامل متعدد بر فرایند مواجهه با آن، نیاز به رویکردی است که این فرایند را به طور عمیق و وسیع مورد بررسی قرار دهد. برساخت

نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، ضمن بررسی پرونده‌ها، نحوه‌ی برخورد، رفتار و تعاملات زنان نابارور را در طی گفتگو و تعامل با پزشک و ماماهاى بخش بررسی می‌کرد. در نهایت با مشورت با پزشک معالج و مامای بخش، سه مشارکت کننده اول انتخاب شدند. با انجام این سه مصاحبه ۳۶۰ کد گردآوری شد که با همین تعداد کد، طبقه بندی اولیه صورت گرفت، بر اساس یافته‌های حاصل از مصاحبه‌های اولیه و طبقات شکل گرفته از سه مصاحبه‌ی اول، نمونه‌گیری نظری از زنان ناباروری که تجارب غنی در مورد طبقات داشتند، انجام شد. بر این اساس نمونه‌گیری نظری منجر به بیشترین تنوع با مشارکت‌کنندگانی متفاوت از نظر سن، مدت ازدواج، مدت ناباروری، علت ناباروری، مدت درمان، سطح تحصیلات، شغل شد (جدول شماره ۱).

جامعه‌ی پژوهش مطالعه حاضر را زنان با ناباروری اولیه و ثانویه تشکیل می‌دادند. محیط این پژوهش مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر و مرکز ناباروری ابن سینا در شهر تهران بود که زوجین نابارور از نقاط مختلف کشور برای درمان به آنجا مراجعه می‌کنند. معیارهای ورود مشارکت کنندگان شامل: ابتلا به ناباروری اولیه یا ثانویه، علت ناباروری فقط زنانه، نداشتن فرزند زنده در ناباروری ثانویه، نداشتن فرزند خوانده، نداشتن سابقه بیماری‌های مزمن و بیماری روحی- روانی بود. نمونه‌گیری ابتدا بر اساس ویژگی‌های فوق به صورت مبتنی بر هدف و در ادامه با تحلیل داده‌ها برای توسعه‌ی مقوله‌های در حال ظهور به سمت نمونه‌گیری نظری سوق یافت. به این ترتیب پژوهشگر برای انتخاب شرکت کننده‌ی غنی از اطلاعات که بتواند فعالانه نیز در مطالعه شرکت نماید در

جدول شماره ۱: مشخصات فردی مشارکت کنندگان

متغیر	میانگین	تعداد (درصد)	دامنه
سن (سال)	۳۱/۴۷ ± ۶/۳۵		۲۱-۴۸
مدت ازدواج (سال)	۷/۴۳ ± ۴/۳۶		۲-۲۲
مدت ناباروری (سال)	۵/۴ ± ۳/۷۱		۱-۱۴
مدت درمان (سال)	۴/۵۳ ± ۳/۲۲		۱-۱۴
تحصیلات	بیسواد	۱ (۳/۳)	
	دیپلم و پایین‌تر	۱۵ (۵۰)	
	دانشگاهی	۱۴ (۴۶/۷)	
شغل	خانه‌دار	۱۷ (۵۶/۷)	
	کارمند	۱۲ (۴۰)	
	بازنشسته	۱ (۳/۳)	
نوع ناباروری	اولیه	۲۰ (۶۶/۷)	
	ثانویه	۱۰ (۳۳/۳)	

"لطفاً در این مورد می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟" یا "چه عاملی باعث شد این احساس را داشته باشید؟ آیا خاطره یا رویدادی داشته‌اید که با بیان آن من بتوانم بهتر منظورتان را درک کنم؟ چه شرایط یا افرادی در این مورد در کار شما تأثیر داشته و دارند؟" استفاده شد. از

جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته، مشاهده و یادداشت در عرصه استفاده گردید. ثبت یادداشت در عرصه بر اساس مشاهدات در موقعیت مناسب و بلافاصله پس از اتمام آن صورت گرفت. مصاحبه با سؤال "چطور متوجه شدید برای بارداری مشکل دارید؟" شروع شده، سپس روند مصاحبه با سئوالات کاوشی نظیر

چهار نفر زن نابارور که در فرایند تحقیق حضور نداشتند، قرار گرفت که حس و درک مشترک آنها نسبت به سیر و خط داستان مشهود بود. بحث و مقایسه یافته‌های حاضر با مطالعات دیگر تناسب یافته‌ها را نشان داد.

یافته‌ها

با توجه به تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، مشاهده و یادداشت‌های در عرصه، نظریه فرایند مواجهه با ناباروری در زنان نابارور ایرانی با رویکرد برساخت گرایانه تحلیل شد.

مقوله مرکزی تلاش برای پایدارسازی زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان پاسخ نهایی به سؤال اصلی پژوهش یعنی چگونگی شکل‌گیری فرایند مواجهه با ناباروری از منظر زنان نابارور را نمایان ساخت. بر اساس مقوله‌ی مرکزی آنچه باعث تلاش برای پایدارسازی زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان می‌شد، عواملی بود که کنشگران انسانی (همسر، خانواده و اطرافیان، کادر درمان و سیاست‌گذار) و مؤلفه‌های غیر انسانی در جهت ایجاد دغدغه‌ی از هم‌گسیختگی زندگی و مورد قضاوت قرار گرفتن توسط اطرافیان را باعث می‌شدند. تعاملات نامطلوب زوجین، اقدام به خشونت فیزیکی توسط همسر، حمایت مالی و عاطفی ناکافی بعضی خانواده‌ها، مورد استیگما قرار گرفتن بعضی زنان نابارور توسط خانواده‌ی همسر و اطرافیان، رخداد‌های پرتنش اجتماعی مثل باروری اطرافیان نزدیک، باورهای فرهنگی جامعه نسبت به ناباروری و مداخلات درمانی آن، تحت سلطه قرار گرفتن زندگی زوجین توسط فرایند درمان، همه شرایطی را فراهم می‌آوردند که نه فقط ثبات زندگی زنان نابارور را تهدید کرده و آنان را در معرض قضاوت اطرافیان قرار می‌داد، بلکه به صورت یک ارتباط دو طرفه بر روی باورها و انگیزه‌های زن نابارور برای فرزندآوری و درگیری آنان به پیامدهای شناختی-عاطفی و اجتماعی ناباروری که بستر و زمینه فرایند تلاش برای پایدارسازی

یادداشت‌های عرصه برای تأیید و تقویت یافته‌های مصاحبه استفاده گردید.

تمام مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی حاضر مراکز ناباروری را به عنوان محل مصاحبه انتخاب کردند. ابتدا برای مشارکت‌کنندگان هدف از انجام مطالعه، نقش آن‌ها در مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات، توضیح داده شد. در صورت تمایل آنها به شرکت در پژوهش، فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط آنان تکمیل می‌شد. مشارکت‌کنندگان هر وقت تمایل داشتند می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. مدت هر مصاحبه برای پیشگیری از خستگی مشارکت‌کنندگان، حدود ۷۰-۴۵ دقیقه با میانگین ۶۰ دقیقه بود. مصاحبه‌های تکمیلی، اغلب ۲۰-۱۵ دقیقه و بصورت تلفنی بودند. در کل ۳۷ مصاحبه با ۳۰ مشارکت‌کننده انجام گرفت. هفت مشارکت‌کننده، دو بار مورد مصاحبه قرار گرفتند که دلیل آن رفع ابهامات بوجود آمده برای پژوهشگران طی کدگذاری و شفاف‌سازی موارد ابهام بود. داده‌هایی که با اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط شده بود پس از دو تا سه بار گوش دادن جهت درک یک حس کلی در کوتاهترین زمان ممکن تایپ می‌شدند. جهت مدیریت داده‌ها، از نرم افزار MAXQDA 10 استفاده شد. تحلیل داده‌ها با رویکرد Charmaz در دو مرحله کدگذاری اولیه و متمرکز (استفاده از معنادارترین یا فراوان‌ترین کدهای اولیه) انجام شد و با تبیین متغیر اصلی و نظریه زمینه‌ای نهایی، پایان یافت^(۱۸).

به منظور اطمینان از اعتبار یافته‌ها از روش‌های مختلف مانند تنوع در مشارکت‌کنندگان تحقیق، درگیری طولانی محقق با موضوع مورد مطالعه و محیط پژوهش، ارتباط باز و همدلانه با مشارکت‌کنندگان، تلفیق چند روش جمع‌آوری داده‌ها، انجام روش کد-باز، کد برای ثبات داده‌ها و پیاده نمودن و تحلیل داده‌ها بلافاصله پس از مصاحبه و بازخورد آن برای مصاحبه بعدی استفاده شد. همچنین داده‌ها از طریق بازنگری توسط چند زن نابارور شرکت‌کننده در مطالعه و ناظرین خارجی تأیید و اصلاح گردید. برای بررسی انتقال پذیری، داده‌ها و داستان در اختیار

زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان تشکیل می‌دادند، اثر می‌گذاشت.

ارزش‌های فرهنگی - اجتماعی حاکم بر جامعه و تفسیر زنان نابارور از تعاملاتشان با کنشگران انسانی بر شکل‌گیری باورها و انگیزه‌های زنان نابارور برای فرزندآوری و پیامدهای شناختی - عاطفی و اجتماعی تأثیر گذار بود. از این رو این دو مؤلفه، زمینه‌ای را ایجاد می‌کردند که زنان نابارور با توجه به این بستر و زمینه، برای پایداری زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان تلاش می‌کردند. زنان باورهای مختلفی در مورد ناباروری و ابعاد مختلف آن از جمله اهمیت باروری، نقش درمان در رفع ناباروری و باورهای مذهبی و غیر مذهبی در مورد علل ناباروری داشتند، همچنین انگیزه‌هایی که برای فرزندآوری مطرح می‌کردند شامل ایجاد تحول و شادی در زندگی، رهایی از فشار اجتماعی، تمایل به بقاء و تداوم نسل، تحکیم و انسجام خانواده، کمک به تکمیل هویت و علاقه به فرزند بود. از میان آن‌ها تحکیم و انسجام خانواده و رهایی از فشار اطرافیان مهم‌ترین عامل محرکه برای تلاش جهت پایداری زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان در بستر و زمینه‌ای بود که آنان زندگی می‌کردند. رهایی از فشار اطرافیان به دلیل ناتوانی در فرزندآوری حتی در زنانی هم که از حمایت همسر، خانواده وی و یا هر دو برخوردار بودند باعث ابهام در مورد آینده زندگی می‌شد.

ویژگی‌های زنان نابارور شامل ویژگی‌های فردی و مشخصات ناباروری وی (سن، مدت ازدواج، مدت ناباروری، علت ناباروری، مدت درمان و نوع درمان) و عناصر طبقه‌ی اقتصادی - اجتماعی (میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد، محل سکونت و وضعیت منزل مسکونی) و همچنین وجود منابع حمایت اجتماعی در برابر فقدان آن، شرایط واسطه‌ای را تشکیل می‌دادند. بسته به برخورداری زن نابارور از بار ارزشی مثبت یا منفی که هر یک از متغیرهای بالا به خود می‌گرفتند، شرایط واسطه‌ای، اثر تسهیل کننده یا محدود کننده بر فرایند

تلاش برای پایداری زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان داشت. شرایط واسطه‌ای همانند چتری بر تمام عوامل تشکیل دهنده‌ی برساخت اجتماعی ناباروری از منظر زنان نابارور در جستجوی درمان، سایه افکنده و با اثرات مثبت و منفی خود بر هر یک از مضامین، طیفی از تفسیرات متنوع از ناباروری را در طی مسیر فرایند تلاش برای پایداری زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان می‌ساخت.

زنان نابارور با توجه به بستر و زمینه‌ای که در آن زندگی می‌کردند و ارزیابی شرایط تأثیر گذار که به عنوان فاکتورهای تسهیل کننده یا محدود کننده برای تلاش‌های آنان در جهت پایداری زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان بود، راهکارهای متنوعی را انتخاب می‌کردند. این راهکارها شامل انجام اقدامات درمانی، راهبردهای مکمل سستی، راهبردهای معنوی و مذهبی، راهکارهای اجتنابی، روش‌های سازگاری هیجانی - عاطفی، راهکارهای مبتنی بر حل مسائل برخاسته از ناباروری و استتار کردن ناباروری بود. بر حسب کارآمد بودن یا نبودن شیوه‌های مقابله با نگرانی اصلی زنان نابارور که از هم گسیختگی زندگی و مورد قضاوت قرار گرفتن توسط اطرافیان بود، زنان نابارور پیامدهایی را تجربه می‌کردند که طیف مطلوب آن بسیار کم رنگ‌تر از طیف نامطلوب آن بود. این پیامدها عبارتند از: امید به مداخلات درمانی در مقابل آسیب‌های ناشی از فرایند درمان، نزدیک شدن زوجین به یکدیگر در برابر تهدید ثبات زندگی، کاهش یا تطابق با تنیدگی‌های روانی در مقابل افزایش آن و رشد معنوی در برابر به چالش کشیده شدن اعتقادات معنوی فرد.

پیامدها تحت تأثیر عواملی که بستر و زمینه‌ی فرایند تلاش برای پایداری زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان را تشکیل می‌دادند، قرار می‌گرفت. تمام این ارتباطات نشان از پیچیدگی مساله ناباروری است که ابعاد آن اثرات متقابل بر یکدیگر دارند. حتی یک ارتباط درونی بین عوامل برساخت اجتماعی ناباروری وجود دارد. به عنوان نمونه مقولات تعاملات زوجین، قضاوت و عملکرد

مطالعه‌ی ما نسبت به کشورهای هند و پاکستان و کشورهای افریقایی کمتر است^(۲۶). بررسی مطالعات مختلف در کشورهای در حال توسعه توسط سازمان جهانی بهداشت نشان داد، خشونت فیزیکی در کشور هند نسبت به سایر کشورهای بررسی شده، بالاترست^(۴).

طبق اصول بر ساخت گرای اجتماعی وقتی موقعیتی تغییر می‌کند، تفسیر زنان نابارور نیز از ناباروری تغییر می‌کند. یعنی به تناسب تغییر در هر یک از عوامل بر ساخت گرای اجتماعی ناباروری یا تغییراتی در هر یک از ویژگی‌های آنان، تغییراتی در اثر عوامل بر یکدیگر ایجاد شده که خود باعث خلق تجربه‌های متنوعی از ناباروری می‌شود. از جمله عوامل مؤثر بر نوع مواجهه زنان نابارور با مساله ناباروری ویژگی‌های فردی و ناباروری زنان است. در همین راستا مطالعه‌ی Drosdzol و Skrzypulec در خصوص تأثیر ناباروری بر کیفیت زندگی زوجین نابارور، نشان داد که زنان مسن‌تر، با سطح تحصیلات پایین‌تر و غیر شاغل، سطح نسبت به زنان نابارور جوان‌تر، با سطح تحصیلات بالاتر و شاغل کیفیت زندگی پایین‌تری دارند^(۲۷). نتایج مطالعه‌ای در ایران نیز نشان داد آن دسته از زوجین نابارور که تحصیلات و درآمد کمتری داشته‌اند، به پایگاه‌های اجتماعی- اقتصادی پایین‌تری متعلق بودند، در مناطق روستایی سکونت داشتند و در مقایسه با سایر پاسخگویان مقادیر بیشتری از پیامدهای منفی ناباروری را گزارش کرده بودند^(۲۸).

تحلیل بر ساخت گرایانه فرایند مواجهه با ناباروری حاصل از داده‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد مشارکت کنندگان ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنند که ناباروری تعامل پیچیده‌ای با روابط اجتماعی، انتظارات و نیازهای اجتماعی دارد، به همین دلیل تجارب بیشتر مشارکت کنندگان نشان می‌داد پسخوراندنهای اجتماعی برای آنان اهمیت بسیاری دارد تا حدی که مشارکت کنندگانی هم که از حمایت همسر و خانواده‌ی خود برخوردار بودند از آینده زندگی خود به خاطر تأثیر قضاوت و دخالت اطرافیان بیم داشتند. برخی مطالعات

خانواده‌ها و جامعه و تحت کنترل بودن چرخه زندگی توسط فرایند درمان که به عنوان علت نگرانی اصلی زنان نابارور باعث شروع فرایند تلاش برای پایدارسازی زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان می‌شود، خودشان در جهت مثبت یا منفی بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. تعاملات نامطلوب زوجین راه را برای قضاوت و عملکرد نامطلوب خانواده‌ها و جامعه بیشتر باز می‌کند و به عکس، تعاملات مطلوب زوجین آن را کاهش می‌دهد. مشکلات فرایند درمان با اثر بر روابط عاطفی و کلامی زوجین و تحلیل دادن سرمایه‌های جسمی، عاطفی و مالی زوجین، تعاملات نامطلوب زوجین را شدت می‌دهد. از طرفی قضاوت و عملکرد خانواده‌ها و جامعه بر روی انتخاب نوع درمان، به تأخیر افتادن درمان و گاه طولانی شدن درمان با انجام مکرر درمان‌های مختلف اثر می‌گذارد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌ها نشان داد مهم‌ترین دغدغه‌ی مشارکت کنندگان، ترس و نگرانی از ناپایداری زندگی و مورد قضاوت قرار گرفتن توسط اطرافیان می‌باشد. تلاش برای پایدارسازی زندگی و رهایی از قضاوت اطرافیان نکته کلیدی و محوری بر ساخت اجتماعی ناباروری و راهبرد اصلی بود که مشارکت کنندگان برای حل دغدغه‌ی اصلی خود در پیش می‌گرفتند که به عنوان متغیر مرکزی مطالعه ظاهر شد.

در دیدگاه بر ساخت گرای اجتماعی مفاهیم در اشکال خاصی از زندگی‌ها، جوامع و فرهنگ‌ها با جهان بینی‌های مختلف باید درک و تبیین گردند، بنابراین دنیا مشتمل بر واقعیات متعددی است که توسط ارزش‌های حاکم بر بستر خاص متأثر می‌گردد^(۲۱،۲۲). به عنوان مثال مشارکت کنندگان ما نسبت به زنان نابارور سایر کشورهای در حال توسعه مثل هند، پاکستان و به ویژه کشورهای افریقایی^(۲۳)، بیشتر از حمایت همسر برخوردارند، اما این حمایت‌ها به اندازه‌ی کشورهای توسعه یافته مثل استرالیا و سوئد نبود^(۲۴). شیوع خشونت فیزیکی در زنان نابارور

منفی آنان نسبت به ناباروری به شدت زنان نابارور در کشورهای در حال توسعه نیست^(۴).

مقایسه نظریه حاصل از داده‌های ما با دیگر متون نمونه خوبی از تأثیرات فرهنگ را در موضوع فرزندخواندگی نشان می‌داد. با این که زنان نابارور در جامعه‌ی ما و گامبیا مورد استیگما قرار می‌گیرند ولی فرزندخواندگی در گامبیا یک سنت حسنه است^(۳۵)، اما نگرش جامعه‌ی ما، هند و پاکستان برای پذیرش فرزندخواندگی منفی است^(۳۶،۳۷).

در کشور ما ۸۵ درصد زنان موافق با داشتن فرزندخوانده نبودند^(۳۸)، در حالیکه در نیجریه ۵۹/۳ درصد اقدام برای فرزند خوانده نمی‌کردند. افزایش میزان پذیرش در نیجریه را رشد آگاهی و دانش در مورد پذیرش فرزند خوانده با تبلیغات رسانه‌های عمومی می‌دانند که بر روی نگرش جامعه نسبت به فرزندخواندگی تأثیر گذاشته است^(۳۷). در کشورهای غربی پذیرش فرزندخواندگی یک شیوه بسیار شناخته شده است و بسیاری از سازمان‌ها آماده‌اند که به خواست زوجین نابارور کمک کنند. به نظر می‌رسد فرزندخواندگی در امریکا نسبت به تمام کشورهای دنیا بالاتر است. در سال ۲۰۰۰ تعداد فرزندخوانده‌ها در این کشور ۱۲۷۹۸۵ نفر (۶۱/۵ درصد) بوده است^(۳۸). فرهنگ حتی بر تفسیر و پاسخ یک جنس خاص در مواجهه با ناباروری تأثیر می‌گذارد. در جامعه‌ی ما وقتی که در زندگی زوجین فرزندی وجود ندارد، مرد به طلاق گرفتن یا ازدواج مجدد تشویق می‌شود، ولی در صورت وجود ناباروری در مرد، زن به ادامه‌ی زندگی در کنار شوهر توصیه می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر هیچ مشارکت‌کننده‌ای از خیانت همسر صحبتی نکرد، ولی بعضی از زنان نابارور افریقایی علاوه بر دلزده شدن یا طلاق از خیانت همسر نیز ترس داشتند^(۳۳)، شاید این تفاوت به خاطر قبح خیانت در زندگی زناشویی در دین اسلام است.

تحلیل برساخت گرایانه نشان می‌دهد چگونه عقاید یا اعتقادات بنیادین، معانی متفاوتی به ناباروری می‌دهد. اعتقاد راسخ به این موضوع که ناباروری امتحانی برای دستیابی به تکامل معنوی است^(۲)، با این باور که ناباروری

دیگر نیز نشان داده‌اند واکنش‌های نامطلوب از طرف دوستان به خصوص در محیط‌های اجتماعی مانند محافل دوستانه، جمع اقوام، مراسم مذهبی و اجتماعی باعث شده اغلب زنان نابارور در این اجتماعات شرکت نکنند^(۱۱،۲۹). یافته‌های پژوهشی در نیجریه نشان دادند زنان به خاطر ناباروری از سوی اطرافیان (۶۴٪)، از سوی همسایگان (۱۵٪) و از سوی بستگان همسر (۱۴٪) دچار خشونت کلامی و فیزیکی شده‌اند^(۳۰).

طبق رویکرد برساخت گرایی اجتماعی، مهم‌ترین تصمیمات درباره ناباروری، چه برای پیگیری درمان، نوع درمان، توقف درمان، یا پذیرفتن فرزندخواندگی و مسائلی از این نوع، تفسیرات ناباروری از نظر اجتماعی هستند که از ایدئولوژی و ساختار اجتماعی جامعه‌ای که افراد نابارور در آن زندگی می‌کنند، ایجاد می‌شوند. ناباروری تحت تأثیر ماهیت فن‌آوری پزشکی در جامعه، انتظارات نقش برای افراد نابارور و ارزش اجتماعی کودکان^(۳۱،۳۲) کارکرد ازدواج و خانواده در جامعه‌ی مفروض^(۳۳) و اعتقاداتی درباره‌ی اهمیتی روابط خونی است.

در رویکرد برساخت گرایی اجتماعی تفاوت‌های فرهنگی یک عنصر مهم درباره چگونگی تفسیرهای متفاوت از ناباروری در بافت‌های اجتماعی خاص است. هرچه جامعه‌ای سنتی‌تر باشد و تابوهایی که درباره ناباروری وجود دارد، بیشتر باشد، تنش‌های بیشتری از طرف خانواده و جامعه به افراد نابارور وارد می‌شود، طوری که در جوامع افریقایی^(۲۵) و پاکستان زنان نابارور به عنوان افراد حامل بدشانسی آشکارا از مناسبت‌های خاصی مثل عروسی، جشن تولد و لمس نوزاد محروم می‌شوند یا مورد استقبال قرار نمی‌گیرند^(۳۴)، اما در کشورهای توسعه یافته با وجود فرهنگ گروه‌های حمایتی، افراد نابارور اطلاعات بیشتری در دسترس دارند. بیشتر می‌توانند از خدمات زیستی، روانی و اجتماعی استفاده کنند، بنابراین با توجه به حمایت‌های روانی که حین و بعد از درمان دریافت می‌کنند، فشار روانی کمتری نسبت به کشورهای در حال توسعه متحمل می‌شوند و به همین جهت نگرش

بستگان یا دوستان برای مشاوره، مشورت با دیگر هم‌تایان ناباور، صحبت با فردی درباره احساسات ناشی از ناباور، داشتن روابط نزدیک با فرزندان اطرافیان استفاده می‌کردند.^(۴۰) که مشارکت‌کنندگان ما از راهکار آخر شاید به دلایل فرهنگی که با این کار بیشتر در معرض توجه اطرافیان قرار می‌گرفتند، استفاده نمی‌کردند. با توجه به تحلیل داده‌ها، برساخت‌گرایی اجتماعی می‌تواند بر با تمرکز بر نمایان کردن شیوه‌ها و رویه‌هایی که بر اساس آن افراد در خلق معانی مشارکت می‌کنند، به روشن ساختن ابعاد مختلف ناباور، که نقش مهمی در چگونگی فرایند مواجهه با ناباور دارد، بپردازد.

از دیدگاه رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی، فرایند مواجهه با ناباور، یک سازه اجتماعی است که تحت تأثیر کنشگران متعددی قرار می‌گیرد و عناصر ساختار اجتماعی و فرهنگی نیز نقش مهمی در ایجاد، حفظ و تغییر این فرایند دارند. تحلیل داده‌های مطالعه ما نشان داد حمایت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، دو ابزار مهم در حذف و یا کاهش اثرات ناباور است. حمایت اجتماعی یک عامل مهم در مدیریت ناباور است. داستان‌های مشارکت‌کنندگان ما حاکی از این بود که یکی از عوامل مؤثر بر برساخت اجتماعی مواجهه با ناباور، سیاست‌های ناباور، جامعه‌ی ماست که ضرورت وجود منابع حمایت اجتماعی برای زنان ناباور را نادیده گرفته و به نظر می‌رسد تا زمانی که این غفلت وجود دارد به سختی می‌توان به بهبود کیفیت زندگی زنان ناباور کمک کرده و در جهت تفسیر مطلوب‌تری از مسأله‌ی ناباور، توسط آنان گامی برداریم، بنابراین سیاست‌گذاران برنامه‌های بهداشت و درمان در سطح کلان که نقش اساسی در تأمین منابع حمایت اجتماعی دارند باید منابع حمایتی اطلاعاتی، مالی و عاطفی را در سیاست‌های ناباور، کشور تدوین و اجرایی کنند. طراحی و ارائه‌ی خدمات حمایت اجتماعی در کشور باید به گونه‌ای باشد که افراد ناباور در هر طبقه‌ی اقتصادی - اجتماعی بتوانند از آن بهره‌مند شوند.

مجازات‌ی است برای گناهانی که فرد انجام می‌دهد.^(۲۳) یا ناباور، احساس بی‌عدالتی نسبت به زنان است که برخی از زنان فرقه‌های مختلف مسیحیت و مسلمان آن را گزارش کردند.^(۲) باعث تفسیرهای متفاوت زنان از ناباور و نوع مواجهه آنان با ناباور می‌شود.

مقایسه نتایج مطالعه‌ی حاضر با سایر مطالعات نشان می‌دهد شباهت‌های موجود در پیامدهای روانی - اجتماعی مشارکت‌کنندگان ما با کشورهای در حال توسعه بسیار بیشتر از تفاوت هاست، Dyer به عنوان یک صاحب نظر که مطالعات فراوانی پیرامون پیامدهای روانی - اجتماعی ناباور داشته است، اظهار می‌کند با وجود تفاوت در زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی نقاط مختلف، مطالعات فراوان در کشورهای در حال توسعه نشان داده‌اند که پیامدهای منفی روانی - اجتماعی ناباور در مناطق مختلف مشابه هستند، این شباهت‌ها بین جوامع در حال توسعه نشان می‌دهد که پیامدهای ناباور احتمالاً همیشه در نتیجه یک فرهنگ خاص نیست، بلکه ثانویه به عنصر وضعیت اجتماعی و اقتصادی بسیار پایین زنان در بسیاری از کشورهای در حال توسعه است که عملکرد اصلی زن به صورت داشتن یک تولید مثل موفق در نظر گرفته می‌شود.^(۲۳،۳۹)

مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر برای تطابق با پیامدهای ناباور از شیوه‌های سازگاری هیجانی - عاطفی استفاده می‌کردند. در صورتی که زنان ناباور استرالیایی در موارد بسیار کمی از روش‌های تخلیه احساسات استفاده می‌کردند. گریه کردن یکی از شیوه‌های تخلیه احساسات بیشتر مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی حاضر بود. در عوض زنان استرالیایی بیشتر به دنبال حمایت‌های عاطفی به صورت جستجوی افرادی که با آنها همدلی کنند، بودند.^(۲۴) زنان ناباور دانمارکی به ویژه افرادی که در پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین‌تری بودند از مقابله‌ای تحت عنوان رویارویی فعال شامل: اجازه دادن به تخلیه احساسات به هر طریقی، صحبت با فردی که شرایط آن‌ها را درک کند و با آنها همدلی کند، درخواست از یکی

28-3028 می‌باشد و از حمایت مالی هر دو دانشگاه برخوردار بوده است. از مشارکت کنندگان در این مطالعه و معاونت پژوهشی هر دو دانشگاه و مرکز ناباروری ولیعصر و ابن سینا که در انجام این پژوهش همکاری کرده اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی در رابطه با این مقاله ندارند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل نتایج پایان نامه دکترای بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و طرح مصوب در دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد -04-95

فهرست منابع

1. McKinley J. Critical argument and writer identity: Social constructivism as a theoretical framework for EFL academic writing. *Crit Inq Lang Stud*. 2015; 12(3):184-207.
2. Latifnejad R. How religious faiths and spiritual beliefs affect the experiences of infertile women seeking infertility treatments: A feminist grounded theory approach. Presented for Ph D, Guildford University of Surrey. 2008.
3. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn*. 2010;32(1):140-62.
4. Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a meeting on medical, ethical and social aspects of assisted reproduction, held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland. 2002.
5. Hasanpoor-Azghdy SB. [Social construction of infertility in Iranian infertile women seeking treatment]. Thesis, Shaheed Beheshti University of Medical Science, Iran. 2014. Persian
6. Van Balen F, Gerrits T. Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Hum Reprod*. 2001;16(2):215-9.
7. Hollos M. Profiles of infertility in southern Nigeria: women's voices from Amakiri. *Afr J Reprod Health*. 2003;46-56.
8. Ombelet W. False perceptions and common misunderstandings surrounding the subject of infertility in developing countries. *ESHRE Monographs*. 2008;2008(1):8-11.
9. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2007;21(2):293-308.
10. Serour G. Medical and socio-cultural aspects of infertility in the Middle East. *ESHRE Monographs*. 2008;2008(1):34-41.
11. Abbasi SM, Asgari KA, Razeghi NH. [Women and Infertility Experience a Case Study in Tehran]. *Womens Res*. 2005; 3(3):113-91. Persian
12. Fahami F, Hoseini Quchani S, Ehsanpour S, Zargham A. [Women's lived experiences of female infertility]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010;13(4):45-53. Persian
13. DePoy E, Gitlin LN. Introduction to Research-E-Book: Understanding and Applying Multiple Strategies: Elsevier Health Sciences. 3th ed. Mosby Press; 2005.
14. Hesse-Biber S. Approaches to qualitative research: A reader on theory and practice. 2003.
15. Guba EG. The paradigm dialog: Sage publications; 1990.
16. Molid HA, Varaghchi J. [Psychological meta-analysis of the infertility researches in Iran]. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(13):26-33. Persian
17. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Washington, DC .Sage Publications, Inc; 2008.
18. Charmaz K. Constructing grounded theory. London: Sage Publication; 2014.
19. Turner JH. Human emotions: A sociological theory. Routledge. 2007.
20. May T. Qualitative Research in Action. London: Sage Publications Ltd; 2002.
21. Elliott A, Turner B. Profiles in Contemporary Social Theory. London and Thousand Oaks: Sage Publication; 2001.

22. Haralambos M, Holborn M. *Sociology: Themes and Perspective*. 6th ed. London: Collins Educational Press; 2004.
23. Dyer SJ, Abrahams N, Hoffman M, van der Spuy ZM. Men leave me as I cannot have children': women's experiences with involuntary childlessness. *Hum Reprod*. 2002;17(6):1663-8.
24. 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.
25. Ameh N, Kene T, Onuh S, Okohue J, Umeora O, Anozie O. Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in Nigeria. *Niger J Med*. 2007;16(4):375-7.
26. Sami N, Ali TS. Domestic violence against infertile women in Karachi, Pakistan. *Asian Review of Social Sciences*. 2012;1(1):15.
27. Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13(3):271-81.
28. Riahi ME, Zarezade ME. [A study on the gender differences in psycho-social consequences of infertility: infertile couples using Yazd'Infertility Center Services]. *Q Soc Cult Fam Couns*. 2012; 56 (14):155-210. Persian
29. Savadzadeh s, Madadzadeh N. [Explanation of Emotional Feelings of Women with Infertility: A Qualitative Study]. *J Ilam University Med Sci*. 2013; 21(1): 24-16.
30. Omoaregba JO, James BO, Lawani AO, Morakinyo O. Psychosocial characteristics of female infertility in a tertiary health institution in Nigeria. *Ann Afr Med*. 2011;10(1).
31. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. [The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study]. *Iranian journal of reproductive medicine*. 2014;12(2):131-8. Persian
32. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. [The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study]. *International journal of fertility & sterility*. 2015;8(4):409-20. Persian
33. Mumtaz Z, Shahid U, Levay A. Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. *Reproductive health*. 2013;10(1):3.
34. Bharadwaj A. Why adoption is not an option in India: the visibility of infertility, the secrecy of donor insemination, and other cultural complexities. *Soc Sci Med*. 2003;56(9):1867-80.
35. Sundby J. Infertility in the Gambia: traditional and modern health care. *Patient Educ Couns*. 1997;31(1):29-37.
36. Bokaie M, Farajkhoda T, Enjezab B, Heidari P, Zarchi MK. [Barriers of child adoption in infertile couples: Iranian's views]. *Iranian journal of reproductive medicine*. 2012;10(5):429-34. Persian
37. Adewunmi AA, Etti EA, Tayo AO, Rabiu KA, Akindele RA, Ottun TA, et al. Factors associated with acceptability of child adoption as a management option for infertility among women in a developing country. *Int J Womens Health*. 2012;4:365-72.
38. Bernal R, Hu L, Moriguchi C, Nagypal E. Child Adoption in the United States: Historical Trends and the Determinants of Adoption Demand and Supply, 1951-2002. Unpublished Working Paper <http://www.economics.uci.edu/docs/THD%20workshop/f07/moriguchi.pdf>. 2007.
39. Dyer SJ. 199 Psychological and social aspects of infertility in developing countries. *Int J Gynecol & Obste*. 2009; 107 (Supplement 2) S25-S26.
40. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. *Dan Med Bull*. 2006;53(4):390-417.

A Constructivist Analysis of the Management of Infertility in Iranian Women

Hasanpoor Azghdy SB. PhD¹

*Simbar M. PhD²

Vedadhir A. PhD³

Azin SA. PhD⁴

Amiri Farahani L. PhD⁵

Abstract

Background & Aims: The main focus of social construction is on the procedures by which individuals and groups participate in developing meaning and social products. Since infertility leads to the inability to properly play social roles, it is often associated with socio-psychological consequences. The present study aimed to perform a constructivist analysis of the process of managing infertility in Iranian women.

Materials & Methods: This qualitative study was based on the constructivist grounded theory. Purposive sampling was initiated at Valiasr and Avicenna fertility centers in Tehran, Iran and continued theoretically. Data were collected via semi-structured interviews with 30 infertile women, as well as observation and field notes. Data analysis was performed using the MAXQDA10 software and the method developed by Charmaz.

Results: Based on the principles of social constructivism by the changes in each of the elements of the social construction of infertility, changes in the other factors and their effects on each other lead to various experiences of infertility. The constructivist analysis of the management process of infertility in the present study indicated that infertility has a complex interaction with social relations, expectations, and social needs. Therefore, social feedback is of paramount importance to infertile women. According to social constructivism, the most important decisions regarding infertility (e.g., treatment and its type, terminating treatment, adoption, and other relevant issues) reflect the ideology and social structure of the community where infertile women live.

Conclusion: From the perspective of social constructivism, the process of managing infertility is a social construct that is influenced by several factors. In addition, the elements of social and cultural structures play a pivotal role in developing, maintaining, and changing this process. Therefore, all the influential factors and elements of infertility must be considered in the codification of supportive systems for infertile individuals.

Keywords: Social Constructivism, Infertility, Grounded Theory

Received: 19 May 2018

Accepted: 18 Aug 2018

¹. Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive, Nursing Care Research Center (NCRC), School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

². Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Midwifery and Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding Author) Tel: 09121777672 Email: msimbar@yahoo.com

³. Associate Professor, Department of Anthropology, School of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

⁴. Associate Professor, Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute (ACECR), Tehran, Iran.

⁵. Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive, Nursing Care Research Center (NCRC), School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.