

استیگما و ناباروری در ایران - راهکارهایی برای مقابله

سیدجلال یونسی (Ph.D.)

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

چکیده

حدود چهار سال پیش، گافمن (۱۹۶۳) در کتاب خود، به موضوع استیگما به عنوان شرایط آزار دهنده توجه کرد که باعث رنج بعضی از افراد در زندگی آنها می‌شود. او استیگما را به عنوان علامت بدنی توصیف کرد که نشان از چیزی غیرمعمول دارد و همچنین به عنوان وضعیت بد اخلاقی (ارزشی) و یا اجتماعی دانست که فرد دارای استیگما با آن مواجه است. این لغت به جای توجه به وضعیت بدنی خاص بیشتر به انگشت‌نما بودن اشاره دارد و طیفی وسیع از خصوصیات را شامل می‌شود که یک شخص بر اساس آنها ممکن است ناجور و خارج از هنجار نشان داده شود. مردان و زنان نابارور به خاطر عدم توانایی در داشتن فرزند حاصل از باروری خود با نوعی حالت استیگما مواجه هستند. در این مقاله عوامل ایجادکننده استیگما برای اشخاص نابارور به تفصیل توضیح داده شده است. مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که تحریفات شناختی دارای تاثیر غیرقابل انکاری در ایجاد شرایط استیگما برای ناباروری می‌باشند. همچنین در این مقاله نقش اصلاحات شناختی در کاهش استیگما برای افراد نابارور توضیح داده شده است. یک مورد بالینی که از شرایط استیگما در رنج بود، بهمراه تکنیک‌های شناختی - رفتاری برای درمان وی تشریح شده و همچنین چند روش برای توقف فشارهای اجتماعی بر روی افراد نابارور توصیه شده است.

کل واژگان: استیگما، ناباروری، سازگاری‌های روانی اجتماعی، تحریفات شناختی، شناخت درمانی و جرأت‌آموزی.

آدرس مکاتبه: دکتر سیدجلال یونسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، کدپستی ۱۹۸۳۴، اوین، تهران، ایران.

پست الکترونیک: jyounesi@uswr.ac.ir

مقدمه

گافمن (۱۹۶۳) استیگما^۱ را چنین تعریف کرد: شرایطی که حاکی از داغ زده‌گی باشد به گونه‌ای که فرد از محیط خویش بنا به دلایل فیزیکی و یا روانی و یا... متمایز شود و در حالت وصله ناجور بودن قرار گیرد. وصله ناجور بودن معادل مناسبی برای استیگما است. این لغت دارای ریشه یونانی است که به وضعیت بردگان در یونان باستان ارتباط دارد. در آن زمان برای ممانعت از فرار آنان توسط علائمی که در پیشانی آنان (با داغ‌زدن) ایجاد می‌شد، بندگان از دیگران متمایز می‌شدند (۱). رابینسون و همکاران (۱۹۹۶) اعتقاد دارند که این لغت دارای بار بسیار قوی است که اشاره به نشانی دردناک و یا زشت دارد که افراد را از حالت و وضعیت معمولی به کنار می‌گذارد (۲). این شرایط برای فرد مورد استیگما^۲ محدودیت‌هایی ایجاد می‌کند که به شدت زندگی روانی - اجتماعی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از این جهت ممکن است فرد محدودیت‌هایی را در زندگی خود تجربه کند: محدودیت در پذیرفته‌شدن در جمع هموعان، محرومیت در استفاده از مواهب اقتصادی و اجتماعی، محرومیت در موقعیت‌های شغلی و تحصیلی، حتی محرومیت در تجربه یک نگاه سالم و بهنجار از طرف دیگران^۳، محدودیت در روابط اجتماعی، و محدودیت در دیدن خود به صورت فرد بهنجار. در چنین شرایطی فرد مورد استیگما خود را وصله‌ای ناجور و غیر متناسب با پیکره اجتماع می‌داند. لازم به ذکر است که پدیده ناباروری از ابعاد پزشکی، روانی و اجتماعی قابل بررسی است. تجارب بالینی نویسنده در ایران نشان می‌دهد زمانیکه زوجین از هرگونه درمان پزشکی ناامید می‌شوند چنانچه جامعه بویژه نزدیکان و خانواده از موضع پذیرش را این مشکل برخورد کنند زوجین استرس کمتری را تجربه می‌کنند. این امر در

ارتباط با خانواده زوجین قوی‌تر است زیرا که تحقیقات نشان می‌دهد: در ایران حتی پس از ازدواج، زوجین دارای استقلال کامل از تأثیرات خانواده اصلی خود در سازگاری‌های روانی اجتماعی نمی‌باشند (۳، ۴، ۵). در ایران زنان نابارور در زمان تصور بدن خود از دیدگاه خانواده همسر، تجارب منفی و ناخوشایندی را در این زمینه ابراز می‌دارند به گونه‌ای که این بعد از تصور بدنی را کاملاً منفی ارزیابی می‌کنند (۶). در حقیقت شرایط استیگما ارتباط بالایی با بعد اجتماعی و روانی ناباروری دارد و فرد نابارور با توجه به تجاربی که از طرف اجتماع دارد از پذیرش خود به عنوان فردی همانند افراد دیگر امتناع می‌کند. بعضی از روانشناسان شرایط را سهل‌تر و آسان‌تر فرض کرده و اعتقاد دارند که این افراد در مرز پذیرش و یا عدم پذیرش توسط جامعه قرار دارند به گونه‌ای که فرد نابارور ضمن اینکه بهنجار تلقی نمی‌شود ولی پذیرش آنها به صورت نابهنجار نیز مشکل می‌باشد. لذا در آستانه‌ای از ورود به قلمرو بهنجاری و یا قرارگرفتن در قلمرو نابهنجاری است. تئوری آستانه‌ای مورفی و همکارانش گرچه به ظاهر موضوع را با تعدیل بیشتری مدنظر قرار می‌دهد (۷) ولی انعکاس وضعیت آستانه‌ای بر سازگاری‌های روانی - اجتماعی افراد نابارور بسیار منفی‌تر از وضعیت استیگما است. در این شرایط فرد احساس ناامنی شدیدی دارد چرا که از وضعیت خود از نگاه دیگران مطمئن نیست و نوعی بلا تکلیفی را به دنبال دارد (۸). مطالعات اخیر در ایران نشان می‌دهد که ناباروری در بین استرس‌ورهای روانی رتبه ۱۷ را در جمعیت عمومی دارا است (۹) این امر نشان می‌دهد که برای جمعیت عمومی کشور مسائل و مواردی بسیار مهتر از ناباروری می‌تواند استرس‌زا باشد. در حالیکه تجربه شرایط استیگما در بین زوجین نابارور و عکس عملهای متقابل زوجین و جامعه (و خانواده) ممکن است شرایطی را ایجاد کند که این رتبه در درجات

1-Stigma
2-Stigmatized
3-Staring

تحمیل کند؟ در اینجا صحبت از پیکره‌ای می‌باشد که دارای روح و روان واحد است و ذهنی دارد به نام ذهنیت اجتماعی که در فرهنگ و طرز تفکر یک جامعه تجلی می‌یابد. آنچه که باعث می‌شود این عدم پذیرش و در نتیجه حالت استیگما برای بعضی از افراد جامعه پیش آید را باید در طرز شناخت و تفکر جامعه جستجو کرد.

روانشناسان پیرو علوم شناختی مدعی هستند که ادراکات، آگاهی‌ها، قضاوتها و تفکرات ما همواره صد در صد مطابق با واقعیت نیست. ژان پیاژه می‌گوید: ما توسط علم به واقعیت نزدیک می‌شویم ولی هرگز نمی‌توانیم ادعا کنیم که به واقعیت رسیده‌ایم (۱۲). همواره فاصله‌ای بین آنچه که ما آگاه هستیم و واقعیت خارجی وجود دارد. پیامبر عظیم‌الشان اسلام (ص) از دعاهایی که همواره به زبان داشت تقاضای جدی این خواسته از خداوند متعال بود که خدایا امور و اشیاء و واقعیت‌ها را آنگونه که هستند به من نشان بده. پیداست که ممکن است واقعیت امر برای افراد و حتی دانشمندان آنگونه که است در ذهن منعکس نشود و یکی از نتایج این فاصله، رواج پیش داوری نسبت به افراد و امور است. مهم این است که واقعیت همان است که هست. تنها مسئول این فاصله، شناخت می‌باشد که واقعیت‌ها را آنگونه که هست ادراک نمی‌کند. پس ضعف و نقص را باید در شناخت افراد جامعه دانست. روانشناسان پیرو علوم شناختی تعدادی تحریفات شناختی^۳ را معرفی می‌کنند که مسئول بسیاری از فاصله‌ها بین ذهن و واقعیت است (۱۳). این تحریفات را می‌توان در قالب فاصله ذهن و واقعیت که در برچسب‌زنی به افراد و یا وصله ناجور شمردن بعضی از افراد جامعه تجلی می‌یابد مورد بررسی قرار داد. فرض ما بر این است که چنانچه جامعه سالم باشد و دچار هیچگونه بیماری ذهنی نباشد هرگز حاضر نیست عضو و یا اعضای از

نخست قرار گیرد. ناباروری می‌تواند درک منفی از خود را تشدید کند و حتی منجر به انزوای اجتماعی زوجین نابارور شود (۱۰). نگرانی‌ها در مورد خود^۱ از نگاه دیگران (۱۱) در افراد نابارور تشدید می‌شود چرا که روانشناسان اعتقاد دارند چگونه پخش شدن خبر ناباروری یکی از زوجین بین دیگران و چگونگی عکس‌العمل و قضاوت‌های دیگران نسبت به این خبر از نگرانی‌های شدید زوجین است (۱۰) که آسیب‌زایی بالایی برای خود اجتماعی^۲ آنان دربردارد. علاوه براینکه زوجین احساس می‌کنند به نوعی مرزها و دیوارهای زندگی خصوصی و محرمانه آنها از دست رفته است. این فرآیند می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی از طرف زوجین شود و اطرافیان و بستگان را بیشتر به قطع ارتباط با آنان تشویق کند؛ زیرا ممکن است مردم برای همدردی با زوجین نابارور، ارتباط خود را با آنها کم کنند و یا آنها را به حال خود رها سازند (۱۰) که این خود می‌تواند منجر به افزایش شرایط استیگما شود.

مسئله

سؤال اساسی این است که اگر ما اجتماع را پیکری واحد می‌دانیم چگونه چنین شرایطی در جامعه انسانی وجود دارد که اعضای اجتماع قشرهایی از هم‌نوعان خود را به صورت شایسته در بین خود نپذیرند و بعضی از اعضا در این رابطه استرس‌های بالایی را تجربه کنند؟

این سؤال را از دو بعد می‌توان مورد بررسی قرار داد:

- ۱- نقایص و مشکلاتی که متوجه مردم جامعه است.
- ۲- مشکلات و نقایصی که متوجه فرد مورد استیگما است.

در مورد بعد اول در واقع جای تعجب است که چگونه جامعه‌ای به عنوان یک عضو و پیکر واحد حاضر نیست در بدن خود جزیی و یا اجزایی هم سنخ خود را بپذیرد و در نتیجه مایل است بعضی از محرومیت‌ها را به آنان

1-Self

2-Social self

3-Cognitive distortions

بیکره خود را به دلایلی مثل ناباروری، نداشتن فرزند و نقص‌های بدنی و ... مشمول فرآیند وصله ناجور قرار دهد و با عکس‌العمل‌های خود چنین برداشت‌هایی را در ذهن افراد مورد استیگما بوجود آورد که حاضر به پذیرش آنها به عنوان یک انسان و با حقوقی مانند دیگران در بسیاری از موقعیت‌ها و شرایط نباشد و در نتیجه انزوای اجتماعی را پیشه خود سازد. این تحریفات شناختی که چنین شرایط ذهنی را در بین بسیاری از اقشار جامعه ممکن است بوجود آورد عبارتند از:

الف) تفکر سیاه و سفید^۱

حاکمیت چنین تفکری در برداشت‌های افراد نسبت به دیگران وضعیتی را ایجاد می‌کند که تنها انسانی را قبول کنند که بدون عیب و نقص باشد و یا از هر جهت مثل خود آنها باشد؛ یعنی همه چیز را سفید ببینند و نتوانند کمترین نقص و عدم هماهنگی را بپذیرند. ناگهان افرادی که کوچکترین عدم هماهنگی با اکثریت جامعه دارند از قطب سفید در قطب سیاه قرار می‌گیرند. همه چیز باید سفید سفید باشد و در غیر این صورت کوچکترین لکه‌ای همه چیز را سیاه می‌کند: همه باید دارای خانواده‌ای باشند که پدر بودن و مادر بودن در آن به عنوان خصیصه‌ای بارز وجود داشته باشد. هر پدر و مادر باید اولادی از خود داشته باشند که آنان را سرپرستی کنند. اگر کسی کوچکترین عدم هماهنگی در این زمینه‌ها پیدا کرد از قطب سفید در آمده و سیاه تلقی می‌شود. این طرز تفکر، افراد جامعه را به سمتی سوق می‌دهد که هرگونه عدم هماهنگی با قطب سفید را در جرگه استیگما قرار داده و وصله ناجور تلقی کنند. این طرز تفکر همگرایی با خود میان‌بینی را داراست. بگونه‌ای که همه را باید از منظر خود دید. درحالی‌که واقعیت این است که در نظام خلقت، انسانها را به شرط داشتن خانواده و فرزند یا پدر و مادر بودن، انسان تلقی نمی‌کنند. در واقع این برداشت ناصحیح نشأت گرفته از

چنین تفکری است. نمونه‌هایی از برخوردهای استیگما گونه در جامعه وجود دارد که مؤید این امر است: اصطلاحاتی مثل کور بودن اجاق، بی‌وارث بودن، مادر نبودن و مرد نبودن و... به وفور در مکالمات روزمره شنیده می‌شود. در حالیکه امور و افراد در جامعه هرگز بدون عیب و نقص و بدون هماهنگی با اکثریت جامعه نیستند. هر کسی به نحوی نوعی ناهماهنگی با جامعه را نشان می‌دهد. چیزی به نام سفید مطلق وجود ندارد و تنها در عالم ذهن و خیال باید آن را جستجو کرد. آنچه که در واقعیت وجود دارد آمیزه‌ای از سفید و سیاه است. اگر تک تک افراد جامعه خود را مشمول عدم سفیدی و عدم سیاهی بدانند و هر یک به نوعی عدم هماهنگی و نقص را در خود احساس کنند هرگز این حالت وصله ناجور را به عده‌ای خاص سرایت نمی‌دهند. با لحاظ کردن این شرط که ناباروری نوعی ناتوانی دیده شود (عدم توانایی در باروری - ناباروری مانند بسیاری از بیماری‌های جسمی به عنوان نقص در شرایط فیزیکی می‌باشد)، روانشناسان بر عدم مرز بین ناتوانی و کم‌توانی^۲ و توانمندی تأکید دارند و لذا در تعریف این واژه‌ها نوعی نسبییت را مدنظر قرار می‌دهند؛ زیرا که همه انسانها را درگیر اشکالی از نقص، ناتوانی و کم‌توانی ملاحظه می‌کنند (۱۴). بهمین دلیل بسیاری از روان‌شناسان، تعریف واژه کم‌توانی را بسیار مشکل می‌دانند (۱۵). این روانشناسان اعتقاد دارند تمام انسانها در طول زندگی خود به دفعات مواجه با نوعی ناتوانی و کم‌توانی می‌شوند و نمی‌توان این واژه را تنها به عده‌ای خاص نسبت داد (۱۵). در فرآیند مقایسه اجتماعی با افرادی در شرایط بالاتر و بهتر از خود، همواره انسانها احساس نوعی ناتوانی، ناکارآمدی و نقص دارند (۱۶) و این امر حتی برای افرادی که از دید اکثریت جامعه در شرایط بهتر و عالیتر از لحاظ بدنی و فیزیکی قرار دارند، نیز صادق است (۱۷) در برخورد با

2-Disability

1-Black and White Thinking

مقوله ناباروری که نوعی ناتوانی در داشتن فرزند از خود است، در دیدگاه‌های جدید روانشناختی و بهداشت روانی این مقوله تنها از بعد عدم توانمندی در زمینه‌ای خاص مدنظر قرار نمی‌گیرد، بلکه با توجه به شیوع ناتوانی به شکل‌های مختلف در بین تمام انسانها و تأکید بر نسبیت توانمندی و ناتوانی، اصرار بر شناخت سایر توانمندی‌های فرد نابارور در رابطه با زندگی اجتماعی و روانی‌اش می‌باشد (۱۸). روانشناسان درگیر در شناخت درمانی زوج‌های نابارور تأکید بر بکارگیری برچسب‌ها و عناوینی برای اشاره کردن و مخاطب قراردادن این گونه زوج‌ها دارند که تداعی نقص نکنند مثل: اصطلاح زوجین آزاد از کودک^۱ به جای زوجین بدون کودک^۲ (۱۰). این متخصصین اعتقاد دارند به جای اصطلاح زوجین نابارور، اصطلاح زوجین در حال مقابله با ناباروری^۳ را بکار بریم تا با بیرونی‌سازی مشکل، بتوانیم تجربه انفعالی نابارور بودن را به تجربه فعال مقابله با ناباروری سوق دهیم (۱۹). بر کسی پوشیده نیست که با عوض شدن اصطلاحات و کلمات تا چه حد بار استیگما در رابطه با این پدیده کاهش می‌یابد. کاربرد این لغات و اصطلاحات در سطح جامعه احتیاج به تغییر جهان‌بینی انسانها نسبت به بسیاری پدیده‌ها دارد؛ زیرا در سراسر جهان ماده موارد گسترده‌ای از نقص و عدم هماهنگی مشاهده می‌شود و این اساس حرکت عالم ماده است. حرکت نشأت گرفته از نقص و ناهماهنگی است. انسان‌هایی که بدن‌بال گل بی‌خار هستند با برخوردها و رفتارشان بیشتر شائبه وصله ناجور بودن را در اقصای از اجتماع ایجاد می‌کنند و در برخورد با اقصای از جامعه به علت طرز تفکر دو قطبی نمی‌توانند انسانی را خارج از قطب سفید و یا سیاه ملاحظه کنند، لذا دچار نوعی احساس ناایمنی و اضطراب می‌شوند چرا که امور و افراد بر اساس

انتظارات آنان نیست. درجاتی از این طرز تفکر باعث می‌شود که زنان و مردان نابارور ضمن اینکه بهنجار تلقی نشوند بلکه پذیرش آنان به صورت نابهنجار نیز مشکل باشد؛ لذا در آستانه ورود به قلمرو بهنجاری و یا افتادن در قلمرو نابهنجاری قرار می‌گیرند (۷). از آنجاییکه تفکر دو قطبی اجازه پذیرش حتی چنین حالتی را نمی‌دهد افراد در روابط اجتماعی با چنین انسانهایی مشکل دارند. لذا برخورد با آنها برایشان راحت نیست و به گونه‌ای از مواجهه با آنان اجتناب می‌کنند (۱۰) در حالیکه نگاه کردن به امور و افراد از بعد خاکستری باعث می‌شود که بسیاری از امور ناجور جلوه نکرده و بسیاری از افراد وصله ناجور تلقی نشوند و حتی تأملی در پذیرش چنین افرادی در حیطه بهنجاری وجود نداشته باشد. در جوامع پیشرفته که به نظر می‌رسد تا حدی به تفکر خاکستری نزدیکتر باشند ممکن است احتمال تجربه استیگما برای زوجین نابارور تا حدودی کمتر باشد؛ گرچه در این زمینه جای تحقیق بین فرهنگی بسیار خالی است.

ب) تفکر اغراق آمیز^۴

این طرز تفکر باعث می‌شود که انسان در جنبه‌هایی از امور و یا صفاتی از افراد، بیش از اندازه غلو کند و نکات مثبت را نادیده انگارد و بیشتر به نکات منفی بپردازد. در برخورد با زوجین نابارور تنها به بعد ناباروری آنان توجه کند و تمام جنبه‌های لازم برای یک انسان کامل را نادیده بگیرد به گونه‌ای که انسانیت و توانمندی‌های یک فرد نابارور را تنها از مجرای داشتن فرزند بنگرد. گویا پدر و یا مادر بودن یک انسان تنها شرط انسان بودن وی است. اخیراً دست اندرکاران امر طبقه‌بندی بیماری‌های روانی روی بکاربردن جملاتی تأکید دارند که فرد دارای اختلال از برچسب‌ها، دچار وضعیت استیگما نشود. برای مثال توصیه جدی است که بگویید حسن شخصی است دارای اختلال سایکوتیک،

1-Child free

2-Childless

3-Struggling with infertility

4-Exaggerating

در مورد مشکلات و نقایصی که متوجه فرد مورد استیگما است در رابطه با فرایند تعامل بین فرد مورد استیگما و دیگر افراد جامعه، تحقیقات انجام شده از جانب روانشناسان نشان می‌دهد که این فرآیند دارای مراحل است. برای مثال کلک و استرن (۲۵) چهار مرحله را در این فرآیند مشخص نموده‌اند:

الف - انتظار اینکه افراد جامعه در مقابل فرد نابارور چه واکنشی خواهند داشت (واکنش و انتظار مورد استیگما قرار گرفتن).

ب - این انتظار ممکن است منتهی به تغییر رفتار فرد نابارور شود که به عنوان وصله ناجور دیده شده است.

ج - این تغییر، واکنش و رفتار افراد جامعه را اصلاح (و یا تشدید) خواهد کرد.

د - هر نوع تغییر در رفتار افراد جامعه، از طرف فردی که به عنوان وصله ناجور دیده شده است، بیشتر به عنوان تأیید انتظار فرد (انتظار مورد استیگما قرارگرفتن) دیده می‌شود تا مربوط به تغییر رفتار وی (۲۵).

این نظریه از چند بعد قابل بررسی است:

الف - اینکه نظرات جامعه در مورد وصله ناجور بودن فرد یا افراد قابل تغییر است.

ب - عامل این تغییر بیشتر در اختیار فرد مورد استیگما است.

باوری که ما نسبت به خود داریم در روابط ما با دیگران نقش بسزایی دارد. یکی از روانشناسان (۱۶) برای ناتوانی (با فرض اینکه ناباروری را نوعی ناتوانی تلقی کنیم) دو نوع نگاه را قائل است: نگاه از درون و نگاه از برون، که این دو نگاه در حال تعامل با یکدیگرند. در نگاه از برون فرد ناتوان یک قربانی تلقی (قربانی سرنوشت، تقدیر، و یا خطاهای دیگران) و یک وصله ناجور دیده می‌شود. از این دید فرد یک شیء اجتماعی است (۲۶) که دیدگاه‌های دیگران از وی موجودی منفعل

نه اینکه حسن سایکوتیک می‌باشد (۲۰). یعنی بر انسان بودن فرد قبل از توصیف اختلال وی تأکید شود. افراد دارای تفکر اغراق آمیز تنها نکات ضعف افراد را به شدت بزرگ کرده و براحتی از کنار خیل جنبه‌های مثبت می‌گذرند و باید انتظار داشت بسیاری از اعضای اجتماع را وصله‌ای ناجور تلقی کنند. برای مثال ادیان الهی بویژه اسلام تأکید خاص بر بزرگ نمایی نکات مثبت و کوچک دیدن نکات منفی افراد دارد. در جهان بینی الهی جایی برای وصله ناجور شمردن انسان و یا انسانها وجود ندارد. در دین ما توصیه جدی وجود دارد که عیوب خود را بزرگ شمرد و عیوب و نقایص دیگران را کوچک شمارید (۲۱). چنین جهان بینی انسانها را به وضعیتی سوق می‌دهد که قبل از وصله ناجور شمردن دیگران، وصله‌ها و نقایص خود را در نظر بگیرند تا از طردکردن افراد دیگر پرهیز کنند.

ج) اهمیت باروری در جوامع مختلف:

اگر چه تغییرات فرهنگی زیادی در جوامع مختلف در ارتباط با نقش زن و مادربودن رخ داده است ولی هنوز نقش مادری برای زنان بسیار با اهمیت است و تمایل به نداشتن فرزند بعد از ازدواج از جانب زوجین می‌تواند از طرف جامعه به خودخواهی و غیرطبیعی بودن تعبیر شود (۱۰). در تمام جوامع بعد از ازدواج آماده‌شدن برای داشتن فرزند امری رایج و جا افتاده است (۲۲) و در جوامع پیشرفته‌ای مانند آمریکا و کانادا نیز داشتن فرزند از خود، امتیاز بالایی محسوب می‌شود (۲۳). در جوامع پیشرفته حتی می‌توان از تحقیقات دریافت که انتقادات اجتماعی از جذابیت و زیبایی اندام زنان باردار کاهش شدید داشته است. دویس و واردل (۲۴) در تحقیقی دریافتند که زنان باردار در طول بارداری از بهم خوردن جذابیت بدنی خود نگران نبوده و حتی رضایت نیز دارند، چرا که فرآیند بارداری را چیزی مورد انتظار جامعه دانسته و معتقدند که مردم به خاطر بارداری کمترین انتقاد را متوجه جذابیت بدنی آنان می‌کنند.

قسمت‌هایی از چند جلسه روان درمانی به عنوان نمونه توضیح داده می‌شود.

معرفی مورد بالینی:

مورد (۱): خانمی ۳۰ ساله تحصیلات دیپلم - خانه دار - مدت ازدواج ۱۱ سال - همسر ۳۲ ساله تحصیلات دیپلم - کارمند. علت مراجعه خانم به روانشناس بالینی، افسردگی است. ضمن مصاحبه بالینی با وی مشخص شد که نامبرده دارای علائم افسردگی به همراه افکار مربوط به خودکشی (بدون اقدام به آن) بوده و بر اساس معیارهای تعریف شده کتابچه طبقه‌بندی تشخیصی/اختلالات روانی-۴ (انجمن روانپزشکان آمریکا) (DSM-IV)^۱ ایشان در طبقه افسردگی شدید قرار می‌گیرد. شروع علائم افسردگی از ۵ سال پیش بوده، از زمانیکه آزمایشات مشکل ناباروری خانم را تأیید کرده است. با انجام دادن مکرر معالجات زیر نظر متخصصین درمان ناباروری و عدم حصول نتیجه مثبت در این موارد، به تدریج وی از بارورشدن خود ناامید گشته و علائم افسردگی وی تشدید می‌یابد به گونه‌ای که طی حدود ۲ ماه اخیر علاوه بر تشدید سایر علائم مربوط به افسردگی، خواب وی مختل شده و روابط اجتماعی او به شدت محدود شده است و افکار مربوط به آرزوی مرگ به همراه طرح‌هایی برای اتمام زندگی خود از اشتغالات ذهنی وی است (البته همراه با ترس از اقدام به خودکشی). بنا به گفته خود بیمار همسرش به خاطر علاقه و دلبستگی به وی، این وضعیت را پذیرفته و در این مدت سعی کرده با همراهی و همدلی، در جهت اطمینان بخشی هر چه بیشتر برای تداوم زندگی مشترک زناشویی حتی بدون فرزند از خود، گام بردارد. این موضع قبول مشکل و سازگاری با آن (از طریق آوردن کودکی از بیرون خانه به عنوان فرزندخوانده) در مصاحبه خصوصی روانشناس بالینی با همسر بیمار در همان جلسه اول از طرف همسر، ابراز شد.

ساخته است. در حالیکه در نگاه از درون ممکن است اینگونه نباشد. بسیاری از افراد با داشتن نقایص جسمانی، کم‌توانی و یا ناتوانی ممکن است به خود با دید منفی دیگران نیندیشند و جنبه‌های مثبت زیادی در خود ببینند که آن نقایص را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. این دو دیدگاه همواره در تعامل با یکدیگر بوده و به واسطه تعامل این دو دیدگاه است که برای فرد مورد استیگما تا حدی سازگاری متحقق می‌شود (۳). هرچه میزان مثبت‌نگری در افراد نابارور بیشتر باشد، در فرآیند تعامل با دیگران بیشتر می‌توانند دیدگاه اول (نگاه از بیرون) را اصلاح نموده و بار استیگما (۱) و یا آستانه‌ای بودن (۷) را در خود کاهش دهند.

تمام تحریفات شناختی مذکور که جامعه را تهدید می‌کند به طور مستقیم در سطح فردی تأثیر فراوانی در نگرش افراد نابارور به خود دارد. تفکر سیاه و سفید، تفکر همه یا هیچ، تفکر اغراق‌آمیز همه در ایجاد نگاه منفی به خود و در نتیجه تشدید نگاه از بیرون نقش خاص دارند. نوعی تفکر که نویسنده همواره در مشاهدات بالینی خود در اینگونه افراد به عنوان عامل آسیب‌زای روانشناختی بارز، یافته و تفکر مساوی دانستن امور است. این نوع تفکر می‌تواند ریشه احساس درماندگی و ناامیدی در این گونه افراد باشد که موجب دید منفی نسبت به خود، دیگران و آینده خواهد شد (۲۷). مساوی دانستن ناباروری با عدم پذیرش کامل توسط دیگران، مساوی دانستن ناباروری با از چشم دیگران افتادن، مساوی دانستن ناباروری با مادر یا پدر نبودن، مساوی دانستن ناباروری با عدم تداوم نسل، مساوی دانستن ناباروری با زن یا مرد نبودن و... از پیامدهای چنین تفکری است. این گونه تفکر برای فرد نوعی تحریف واقعیات را در پی دارد و نتیجه آن تثبیت نگرش منفی به خود و دیگران و افزایش جو استیگما می‌باشد. در این قسمت از مقاله یک مورد بالینی به همراه شرح

1-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-fourth Edition

قسمت‌هایی از مصاحبه جلسه اول در مورد روابط اجتماعی مراجع:

درمانگر: آخرین باری که حالت گریه به شما دست داد بیاد دارید؟

بیمار: بله آقای دکتر، دیشب قبل از آمدن همسر من به خانه بود.

درمانگر: بیاد دارید که در آن لحظه چه فکری از ذهنتان گذشت؟

بیمار(ب): احساس کردم که خیلی بی‌کس هستم، حس می‌کنم که کسی به فکر من نیست، من فراموش شده‌ام.

درمانگر(د): می‌شود بیشتر در مورد بی‌کسی توضیح دهید؟

(ب): ببینید آقای دکتر حس می‌کنم من بین آنانی که می‌شناختم جایی ندارم، منظورم دوستان، بستگان، فامیل است... سکوت مراجع - (تعمیم از طرف مراجع بر اساس تحریف‌شناختی همه یا هیچ)

(د): چگونه جایی در بین آشنایان ندارید؟

(ب): منظورم این است که رفت و آمد با آنان برایم مشکل شده، خیلی سخت است که با آنان نشست و برخاست داشته باشم برای اینکه برخوردهای آنان با من بسیار آزار دهنده است.

(د): می‌شود چند مورد از این برخوردها را ذکر کنید؟

(ب): برای مثال چند هفته پیش منزل مادر شوهرم بودم، ایشان در حالیکه فرزند نوزاد زن برادر شوهرم را در آغوش داشت به شکل ترحم‌آمیزی به من نگاه می‌کرد (احساس وضعیت استیگما از طرف بیمار) و خواهر شوهرم در حضور من خطاب به زن برادرم می‌گفت: ما منتظر دومی هستیم (منظور فرزند دوم). در مقابل اعتراض زن برادرم که می‌گفت همین یکی بس است وی گفت توجه کن زندگی بدون فرزند هیچ معنایی ندارد. من فکر می‌کنم این حرفها یک جورى به من گفته می‌شود. (پريدن به نتیجه‌گیری بدون مقدمه و دلیل از طرف مراجع).

(د): آیا دلیلی دارید که تمام این حرفها مخاطبش شما بودید؟

(ب): ببینید آقای دکتر، نگاهها خیلی آزاردهنده است. با این نگاهها اگر شما هم جای من بودید شاید همین فکر را می‌کردید. گاهی اوقات سؤال کردن‌های مکرر آشنایان در این مورد مرا آزار می‌دهند گاهی اوقات سوالات حالت طعنه‌آمیزی دارد.

من همواره در این چند سال با این سخن‌ها و نگاهها آشنایی دارم. برخوردهای دیگران بیشتر از نداشتن بچه مرا آزار می‌دهد.

(د): یعنی قضاوت‌های دیگران در مورد ناباروری شما بسیار مهم‌تر از خود ناباروری است؟

(ب): ببینید من و مخصوصاً شوهرم یک جورى با این نقص خود کنار آمدیم ولی فکر نمی‌کنم دیگران بویژه فامیل این طور باشند.

تداوم مصاحبه و شناخت درمانی

(د): شما گفتید بی‌کس هستید و در این رابطه از همه دوستان و آشنایان شکایت داشتید. آیا کسان دیگر هم همین برخوردها را دارند؟ منظورم این است که همه همین‌گونه با شما برخورد می‌کنند؟

(ب): همه که نه. فکر می‌کنم بیشتر افراد این گونه‌اند.

(د): می‌شود مشخص کنید منظورتان از بیشتر افراد چند نفر و یا چند درصد از آشنایان شما است؟

(ب): من تا به حال حساب نکرده‌ام ولی فکر می‌کنم حدود بالای ۶۰ درصد.

(د): در حالیکه شما کلمه همه را بکار بردید و من فکر کردم منظورتان صد درصد است.

(ب): خوب چه فرقی دارد ۶۰ درصد یا همه (تعمیم بدون دلیل کافی از طرف مراجع). بالاخره برای من رفت و آمد با این گونه افراد مشکل است.

(د): البته حتماً می‌دانید فرق وجود دارد شما وقتی می‌گویید ۶۰ درصد، قبول می‌کنید که تمام مردم این‌گونه نیستند حداقل بر طبق نظر شما حدود ۴۰ درصد رفتار

نسبت به آن افکار به‌مراه ثبت حالات هیجانی متعاقب آن افکار به بیمار داده شد. این تکلیف با ترسیم جدول خاصی برای مراجع همراه است که از وی خواسته شد که هرگونه فکر منفی و بدبینانه نسبت به خود - دیگران و آینده را مانیتور کرده و در ستون اول جدول مذکور یادداشت کند. در ستون‌های دیگر، مراجع دلایل موافق و مخالف مربوط به آن فکر منفی را ثبت نموده و پس از سبک و سنگین کردن این دلایل سعی می‌کند به فکر منفی ابراز شده در ستون اول بین ۱۰۰-۱ درصد به عنوان درصد اعتقاد و اطمینان در مورد آن فکر نمره بدهد و در ستون آخر برای اینکه مراجع ارتباط بین افکار منفی خود و حالات هیجانی و عاطفی خویش را دریابد از وی خواسته شد که هیجان تجربه شده بعد از آمدن این فکر خاص را یادداشت کند. در اینجا نمونه‌ای از این جدول ارائه می‌شود:

واضح است که این بیمار از منابع تکوین خود (۲۸) بیشتر از منبع پسخوراندهای اجتماعی استفاده می‌کند به گونه‌ای که قضاوتها و نظرات دیگران نسبت به ناباروری برای وی بسیار مهمتر از خود ناباروری است. لذا تکالیف شناخت درمانی باید بیشتر در جهت در نظر داشتن این منبع قرار گیرد. شاید از تبعات تجربه شرایط استیگما حساس شدن به قضاوت‌های دیگران و در نهایت تورم شدید در این منبع تکوین خود باشد. در جلسه دوم:

با توجه به تکالیف داده شده در مقابله با بی‌خوابی مراجع، وی از بهبود میزان و کیفیت خواب خویش اظهار رضایت داشت. مراجع تعداد قابل توجهی از افکار منفی در مورد خود و دیگران را یادداشت کرده بود که از وی خواسته شده بود به عنوان تکلیف انجام دهد. با شناخت درمانی بر روی این افکار و چالش آنان درصد اطمینان نسبت به این افراد تا حد زیادی کاهش یافت. در بعد روابط اجتماعی از وی در حضور همسرش خواسته شد که تعدادی از دوستان و آشنایانی را نام ببرد که تا به

آزاردهنده با شما نداشته‌اند... پس افرادی هستند که بر طبق خواسته شما قابل رفت و آمد هستند. هر چند کم‌اند ولی هیچ نیستند.

(ب): البته من نمی‌خواستم بگویم همه بد هستند منظورم اکثریت بود.

(د): ولی شما اخیراً بنا به گفته خودتان ارتباطتان را با همه برده‌اید در حالیکه عده‌ای کم ولی قابل توجه هستند که می‌توانند دوستانی برای شما باشند.

تأمل و سکوت مراجع.

(د): سوالی که دارم این است که شما از رفتارهای حدود ۶۰ درصد آشنایانتان راضی نیستید آیا تمام رفتارهای اینان برای شما آزاردهنده است. منظورم این است که شما هیچ رفتار مثبتی از اینان ندیده‌اید؟

(ب): البته رفتارهای خوبی هم داشته‌اند ولی بعضی نگاه‌ها و حرکات و سخنان آنان بسیار مرا آزرده می‌کند.

(د): پس موارد مثبت هم از اینان دیده‌اید؟

(ب): بلی

تداوم جلسه

در این جلسه سعی شد تا از سه رأس مثلث درماندگی یک رأس آن که مربوط به کلیت بخشی^۱ نسبت به بی‌کسی و رفتارهای منفی دیگران به طور مستقیم مورد چالش قرار گیرد تا بیمار دارای بار منفی کمتری در افکار خود نسبت به دیگران شود.

(د): من برای جلسه آینده شما تکالیفی دارم که انتظار دارم شما تا جلسه آینده انجام داده و قسمتی از این تکالیف را به صورت گزارش برای من بیاورید.

تکالیف:

تکالیفی به بیمار به صورت تکنیک‌های رفتاری جهت مقابله با کم‌خوابی وی داده شد.

تکلیف مانیتورکردن افکار منفی نسبت به خود - دیگران و آینده و واریسی دلایل موافق و مخالف و درصد اعتقاد

جدول ۱- نظاره‌گری بر افکار منفی نسبت به خود- دیگران و آینده

افکار منفی	دلایل موافق	دلایل مخالف	درصد اطمینان	هیجان تجربه شده

حال رفتار و واکنشی منفی از آنان نسبت به پدیده ناباروری خود ندیده‌اند و به عنوان تکلیف از وی خواسته شد در معیت همسر خود یا به تنهایی (هرنوع که راحت‌تر است) به منزل حداقل دو نفر از آنان برای مجالست رفته و نتیجه این دیدارها را در جلسه بعد گزارش کند. همچنین تکلیف ادامه مانیتورکردن افکار منفی به وی داده شد.

جلسه سوم:

ضمن پیگیری جدول افکار منفی و انجام تکنیک‌های شناخت درمانی در مورد آنان و به چالش کشیدن این افکار، مراجع گزارشی از ملاقات با دو تن از آشنایان خود را داد و از نحوه برخورد آنان اظهار رضایت داشت. در این جلسه تکنیک‌های بروز رفتارهای جرأت‌آمیز^۱ (۲۹) به مراجع آموزش داده شد (به صورت شرطی‌سازی نهانی و عینی). در این جلسه سعی شد با بازی نقش^۲ از طرف درمانگر، مراجع نمونه‌هایی از واکنشهای جرأت‌آمیز از طرف خود را در مقابل سخنانی که فکر می‌کند برای وی آزاردهنده است تجربه و تمرین نماید. به عنوان تکلیف از وی خواسته شد که ضمن ثبت افکار منفی در جدول مربوطه تا جلسه بعد، تکنیک شرطی‌سازی نهانی^۳ را برای افزایش احتمال وقوع رفتارهای جرأت‌آمیز در مقابل دیگران را با مرور سناریوهایی در این زمینه در مرحله ذهن انجام دهد (برای مثال تصور فردی که به وی طعنه‌هایی می‌زند و

او از طعنه‌آمیز بودن سخنان آن فرد اطمینان دارد در مرحله ذهن به طور تصویری از آن فرد با آرامش و لحنی مؤدبانه می‌پرسد که منظور شما از این سخن چیست؟ اگر فرد در عالم تصور سخن طعنه‌آمیز خود را پس نگرفت وی با صراحت می‌تواند پاسخ‌های تمرین کرده و آموزش دیده در این زمینه را ابراز کند). تکلیف دیگر: با دو نفر از آشنایان ملاقات داشته باشد. یک نفر از افرادی که فکر می‌کند تا به حال موردی منفی از وی ندیده و یک نفر از افرادی که سابقه مثبت در برخوردها نداشته است. در ضمن سعی کند تکنیک رفتارهای جرأت‌آمیز را در مقابل برخوردهای آزاردهنده آنان اجرا کند.

در جلسات بعد سعی شد تا با انجام اصلاحات شناختی مراجع به این سمت حرکت کند که ناباروری مشکلی است که قسمتی از زندگی وی نه تمام آن را تحت تاثیر قرار داده است؛ بنابراین ناباروری نمی‌تواند مساوی با حسی از بدبختی، درماندگی، طردشدن، و... باشد. در این جلسات ضمن مقابله با تحریفات شناختی (فکرکردن براساس تساوی‌ها، سیاه و سفیدها، همه یا هیچ دیدن امور، مبالغه‌ها، و باید و نبایدها) سعی شد تا مراجع دیدی نسبتاً مثبت نسبت به خود و زندگی اجتماعی خویش پیدا کند. همچنین سعی شد اهمیت منبع پسخوراند اجتماعی که بواسطه حسی از استیگما در این مراجع تشدید شده بود تا حدی زیاد کاهش یافته و متعادل با دیگر منابع تکوین خود قرار گیرد.

1-Assertive behaviors
2-Role play
3-Covert conditioning

تکالیفی به کودکان تا حدی زیاد محدود کرد. در اینگونه تکالیف، کودکان می‌توانند به توصیف خود و دیگران بدور از قطب‌گرایی بپردازند.

تدوین کتب درسی کودکان باید در جهت مبارزه با تفکر دو قطبی باشد، به گونه‌ای که اگر کودک به مرحله هوش انتزاعی رسید تمام زیرساخت‌های مربوط به تفکر خاکستری در ذهن خود دارا بوده و بتواند به آسانی پذیرا باشد.

ضرورت دارد که در تدوین کتب درسی کودکان بویژه در بیان بعضی از داستانها کارشناسان آگاه در زمینه روانشناسی با نویسندگان کتب آموزش و پرورش همکاری و هماهنگی لازم را انجام داده و در این زمینه اقدامات لازم را بعمل آورند. برای مثال با آوردن داستانها و سرگذشت‌هایی در مورد افراد مورد استیگما در کتابهای درسی کودکان، تجارب کارشناسان و دست‌اندرکاران در این زمینه لحاظ شود.

۲- استفاده از لغات مناسب برای توصیف چنین افرادی در رسانه‌های گروهی، صدا و سیما و حتی توسط مسئولین امر از دیگر راهکارها می‌باشد. بکاربردن کلماتی که رنگ و بوی استیگما دارد عامل مهمی در ترویج و تقویت جو استیگما برای اینگونه افراد است. زیرا که برچسب‌زنی بوسیله کلمات نامناسب شروع گردیده و به صورتی مختلف امری معمول و رایج می‌شود. ضرورت دارد کلمات و اسامی در این زمینه توسط متخصصین ذیربط تهیه شده و برای کاربرد در کتابهای آموزش و پرورش برای دوره‌های مدارس ابتدایی و پیش دبستانی ارائه گردد.

۳- افزایش تماسهای زوجین با مردم میتواند در تعدیل طرحواره‌های ذهنی مردم و در خاکستری‌سازی تفکرات آنها تأثیر بسزایی داشته باشد. این تماسها باید از همان ابتدا در سطوح اولیه تجربه ناباروری شروع شود. تحقیقات نشان می‌دهد که زوجین نابارور اغلب به خاطر اجتناب از تجارب دردناک خجالت و احساس وصله

راهنمایی مراجع به ایجاد ارتباط و آشنایی با خانواده‌هایی که به نوعی مشکل ناباروری را تجربه کرده‌اند از شیوه‌هایی بود که در این جلسات درمانی پیگیری شد. این گونه ارتباطات ضمن افزایش مهارت‌ها برای مقابله با مشکل، می‌تواند باعث افزایش اعتماد به نفس مراجع شود. در نهایت ۱۰ جلسه برای این مراجع در نظر گرفته شد که در پایان وی دیدگاه بهتری نسبت به دیگران کسب کرد و علائم افسردگی وی به طور محسوسی کاهش یافت.

اصلاحات شناختی به طور فردی تنها یک قسمت راهکار است؛ زیرا با پدیده استیگما باید از موضع پیشگیرانه در سطح جامعه و یا گروهی نیز برخورد کرد.

راهکارها برای کاهش جو استیگما برای زوجین نابارور در سطح جامعه و کلان:

الف) شرایط استیگما تنها برای ناباروری در جامعه ما نمی‌باشد بلکه بسیاری از مردم شامل بیماران فیزیکی، کم‌توانان فیزیکی، کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و... از چنین شرایط روانشناختی بیشتر از مشکل خودشان رنج می‌برند (۳۰).

برای مقابله با تحریفات شناختی باید برنامه‌های پیشگیری را از همان آغاز طفولیت مد نظر داشت. قبل از اینکه ساختارهای مربوط به تفکر بطور منسجمی شکل یابند باید کودکان را به داشتن مقدمات تفکرات خاکستری در رابطه با خود، دیگران و امور اجتماعی سوق داد. این امر مهم را باید از همان دوره آموزش مدنظر قرار داد.

۱- در بیان داستانها، در تمجید قهرمانان داستان و در مذمت چهره‌های شیطانی ماجراها، باید توصیفات در جهت ترویج تفکر خاکستری قرار گیرد. باید از آغاز به طور نظام‌وار کودکان را از تفکرات دو قطبی، که بعضی از اوقات معلمین و بعضی از نویسندگان متون ادبی ما مروج آن هستند، پرهیز داد. قطب بندی‌هایی مانند: ناتوان - توانمند، ناقص - سالم، را می‌توان با دادن

ناجوربودن، از شبکه روابط اجتماعی کناره گرفته و احساس انزوا می‌کنند (۱۰). در زوج درمانی زوجهای نابارور، یکی از تکالیف درمانگر باید مربوط به افزایش روابط اجتماعی آنان باشد. هرچه انزوا و کناره‌گیری از اجتماع بالاتر باشد، ذهنیت وصله ناجور بودن آنان در اذهان مردم بیشتر تثبیت می‌شود. گروه درمانی به عنوان بهترین انتخاب توصیه می‌شود؛ زیرا زوجین با ملاحظه دیگر زوجهای نابارور کمتر احساس وصله ناجور بودن دارند و فکر می‌کنند که تنها نیستند (۱۰). مضافاً اینکه تصمیم برای افزایش تماس با مردم چنانچه به صورت جمعی در طول روان‌درمانی گرفته شود بهتر و آسانتر توسط زوجین اجرا می‌شود.

در سطح زوجین نابارور:

۱- مجهز نمودن زوجین نابارور به رفتارهای جرأت‌آمیز از راههای کاهش جو استیگما در جامعه می‌باشد (۳۱). هرگاه زوجین نابارور در مواجهه با رفتارهایی از مردم که ناشی از وضعیت استیگمای آنان است، با مهارت و بدور از اضطراب پاسخ دهند، می‌توانند شرایط را به نحو مطلوبی به نفع خود تغییر دهند. برای مثال چنانچه افراد نابارور در مقابل طعنه‌های دیگران، با عصبانیت واکنش نشان دهند این امر شائبه وصله ناجور بودن آنان را در ذهن مردم تشدید نموده و باعث انزوای بیشتر آنان می‌شود و اگر هیچ عکس‌العملی نشان ندهند ممکن است این طعنه‌ها همانند سابق ادامه یابد و باز زوجین را به سمت کناره‌گیری هر چه بیشتر از دیگران و اجتماع بکشاند که نتیجه آن تشدید وضعیت استیگما است. با آموزش رفتارهای جرأت‌آمیز، مهارتهای اجتماعی زوجین افزایش یافته و روشهای مقابله آنان با شرایط استیگما کارآمدتر و با کفایت‌تر می‌شود (۳۲).

۲- تشکیل جلسات شناخت درمانی به صورت گروهی برای زوجین نابارور: این جلسات به صورت گروهی زیر نظر روانشناسان دارای تخصص در امر شناخت درمانی با هدف کاهش

تحریفات شناختی مذکور بویژه شکستن و یا اصلاح تفکر مبتنی بر تساوی تشکیل می‌گردد. مساوی دانستن قطعی ناباروری با نتایج منفی برای خود و همسر از مواردی است که در میان این افراد بسیار دیده می‌شود (برای مثال: داشتن فرزند و باروری مساوی با خوشبختی و نداشتن فرزند و ناباروری برابر با بدبختی است). هدف کلی شناخت درمانگر باید مبارزه با تعبیرها و تفسیرهایی در مورد ناباروری باشد که مبتنی بر فرمول تساوی‌ها است به گونه‌ای که تمام زوجین نابارور به مرحله‌ای برسند که دیدی مبتنی بر عدم تساوی امور در زندگی خویش داشته باشند: در جهان واقعیت (و یا جهان خارج از ذهن) هیچگاه دو چیز با هم مساوی نیستند. تساوی را شاید در رابطه با علم ریاضی، آن هم در سطح ذهن بتوان مد نظر قرار داد. ولی در واقعیت خارجی چنین چیزی متحقق نمی‌شود. این هنر عالم خلقت است که دوباره‌کاری در آن راه نداشته در نتیجه دو چیز صد در صد شبیه به هم و یا مساوی باهم به طور مطلق وجود ندارد. این امر در امور اجتماعی و روابط با دیگران به نحو بسیار بارزتری قابل مشاهده است. مشاهدات بالینی در ایران حکایت از آن دارد که در فرآیند درمان هرچه جایگاه تفکر مبتنی بر تساوی تضعیف می‌شود و مطلق‌ها جای خود را به نسبیّت می‌دهند، یأس، ناامیدی، افسردگی و درماندگی کاهش می‌یابد و اینگونه افراد دید مثبت‌تری نسبت به خود، دیگران و آینده می‌یابند. نتیجه این شیوه درمانی غالباً تغییر دید نسبت به کل هستی است که دارای اثرات پایای بیشتری در رابطه با نگرش زوجین نسبت به خود و دیگران و آینده می‌باشد.

۳- نقش تشکلهای غیردولتی در رابطه با ناباروری:

در کشورهای غربی برای هر نوع بیماری و یا مشکلی که ممکن است عده‌ای با آن دست به گریبان باشند انجمن و سازمانی بنا می‌شود که گردانندگان و تأمین‌کنندگان آن تشکل، خود افراد مبتلا به مشکل و یا

نابارور می‌باشد. خوشبختانه این وضعیت قابل تغییر بوده (۲۴) و در فرآیند تعامل مثبت بین فرد و جامعه درون و برون (۱۶) اصلاح می‌شود. با اینحال در این فرآیند چنانچه مداخلاتی در سطح جامعه و فرد نابارور صورت گیرد، می‌توان این تعامل را سریعتر به سمت مثبت شدن سوق داد. وجود تشکلهای فعال در زمینه ناباروری می‌تواند این برنامه‌های مداخلاتی را تسریع کرده و در نتیجه با کاهش وضعیت استیگما و آستانه‌ای بودن، سازگاری‌های روانی اجتماعی افراد نابارور را هر چه بیشتر محقق سازد. تحقیقات نشان می‌دهد که افراد دارای نوعی ناتوانی فیزیکی و یا بدنی ممکن است دارای دیدگاه کاملاً مثبت نسبت به خود باشند ولی در اثر فشارهای اجتماعی این نگرش مثبت به اضمحلال کشیده شود (۲۵). از این رو با توجه به مقوله استیگما ضرورت مداخلات روانشناختی برای این قشر از جامعه که جمعیت قابل توجهی را تشکیل می‌دهند، مشخص می‌گردد. اگر معنایی برای ناباروری در ذهن ناباروران یافته شود که دارای تحریف شناختی نباشد در این حال سازگاری با این مشکل می‌تواند بسیار آسان جلوه کند (۲۵).

بیماری هستند. در طول سال جلسات منظم با حضور تمام اعضا تشکیل می‌شود. برای مثال تشکلهای کم‌توانان فیزیکی، روشندان، بیماران دیابتی، افراد نابارور و... در این جلسات و گردهمایی‌ها بسیاری تجارب مربوط به مقابله با شرایط استیگما توسط اعضا ارائه می‌شود که تبادل این اطلاعات در بین اعضا به همان اندازه حضور فردی زوجین نابارور در جلسات روان‌درمانی مثبت است. بسیاری از زوجین ممکن است به تجربه، روشهای کارآمدی را برای کاهش وضعیت استیگما علیه خود در زندگی خصوصی بکار برده باشند که قراردادن این تجارب در اختیار سایر زوجین نابارور ممکن است بسیار ضروری و مفید باشد. روشهای مربوط به سازگاری‌های روانی اجتماعی با ناباروری باید از میان خود افراد نابارور بروز کرده و در اختیار دیگران قرار گیرد. ضرورت شکل‌گیری چنین تشکلهایی در ایران به طور آشکاری احساس می‌شود.

نتیجه گیری

وجود حالت استیگما برای زوجین نابارور، محصول تحریفات شناختی جامعه و خود افراد (تعامل نگاه از

References

- 1-Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Penguin books, Middlesex, England. 1963.
- 2-Robinson E., Clarke A., Cooper C. The psychology of facial disfigurement: A guide for health professionals. Bristol, UK., Taylor. 1996.
- 3-Younesi J. Study of psychosocial adjustment among physically disabled children and adolescents in relation to the development of body image. Unpublished Ph.D. thesis. University of London., UK. 1998.
- 4-Younesi J. Approaches in couple Therapy and Islamic Comments. XVI Congress of the International Association for Cross- Cultural Psychology. July 15-19, 2002 Yogyakarta, Indonesia. 2002.
- ۵-یونسی جلال، شیری فاطمه، صدرالسادات جلال. کاربرد زوج درمانی بر اساس دستورات اسلامی در ایران. طب و تزکیه، سال ۱۳۸۱، (در حال انتشار).
- ۶-یونسی جلال، سلاجقه انوشه. بررسی تصویر ذهنی از بدن در زنان بارور و نابارور. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری. سال دوم شماره هشتم، سال ۱۳۸۰.

- 7-Murphy R.F., Murphy S.Y., Mack R. Physical disability and social liminality: A study in the ritual of adversity. *Soc Sci Med.* 1988;26: 235-242.
- 8-Lansdown R. Psychological problems of Patients with cleft lip and palate: discussion paper. *J Royal Soc Med.* 1990;83:448-450.
- ۹-دیواندری حسن. بررسی استرسورهای روانی-اجتماعی محور چهار DSM-IV در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، سال ۱۳۷۸، تهران.
- 10-Diamond R., Kezur D., Meyers M., Scharf C. Couple therapy for infertility. Guilford Press., New York. 1999.
- 11-Rosenberg M. Self concept and psychological well being in adolescents. in ed Leahy, R. The development of the self. Academic Press inc, London. 1985;PP205-246.
- ۱۲-منصور م، دادستان پ. گفتگوهای آزاد با پیاژه. چاپ دریا، سال ۱۳۵۸، تهران.
- 13-Beck A., Clark D.A. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Res.* 1988;1:23-36.
- 14-Yule W. Handicap. in ed Feldman D., Orfford G. The social psychology of psychological problems. Willey, Chichester. 1981;PP219-247.
- 15-Carver V., Rodda M. Disability and the environment. Paul Elk., London. 1978.
- 16-Cash T.F. The psychology of physical appearance: Aesthetics, Attributes, and Images. in ed Cash T. F., Pruzinsky T. Body images and development Deviance and change. The Guilford Press., New York. 1990.
- 17-Cash T.F., Winstead B.A., Janda L.H. The american shape up. Body image survey report. *Psychol Today.* 1986;20:(4),30-37.
- 18-Eiser C. Psychological effects of chronic disease in ed Chess S., Hertzig M.E. Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development. Brunner/Mazel, Publishers., New York. 1991.
- 19-White M., Epston D. Narrative to therapeutic ends., Norton New York. 1990.
- 20-Durand V.,M. Barlow D.H. Abnormal Psychology. An introduction. Brook Cole Publishing, New York. 1997.
- ۲۱-ثقه‌الاسلام کلینی، اصول کافی. جلد ۴، انتشارات ناصر خسرو، سال ۱۳۶۲.
- 22-Meyers M., Diamond R., Kezur D., Scharf C., Weinshel M., Rait D.S. An infertility primer for Family therapists: I. Medical Social and Psychological Dimensions. *Fam Process.* 1995;34: 219-229.
- 23-Mathews R. The value and meaning of children for infertile couples. Paper presented at the meeting of the National Council on family relations. Denver Co., 1990.
- 24-Davis, K. Wardle J. Body image and dieting in pregnancy. *J Psychosom Res.* 1994;38:787-799.
- 25-Kleck R., Strenta A. Perception of the negatively valued physical characteristics on social interaction. *J Pers Soc Psychol.* 1980;39: 861-873.
- 26-Shontz F.C. Body image and physical disability in ed Cash T.F., Pruzinsky T. Body images and development Deviance and change. The Guilford Press, New York. 1990.
- 27-Abramson I.Y., Metalsky G.I., Lauren B. Alloy. Hopelessness depression: A theory- Based subtype of depression. *Psychol Rev.* 1989;96: 358-372.
- 28-Schoneman T.J., College L., Taber L.E., Nash D.L. Children reports of self knowledge. *J Pers.* 1984;52(2):124-137.
- 29-Walker C.E., Hedberg A., Clement P.W., Wright L. Clinical procedures for behavior therapy. Prentice-Hall., New Jersey. 1981.
- ۳۰-یونسی جلال. استیگما و کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست. مجموعه مقالات اولین همایش علمی مراقبت شبانه‌روزی. ۸-۹ بهمن ماه. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، منتشر شده از طرف یونیسف (دفتر کودکان سازمان ملل متحد) و مدیریت شبه خانواده سازمان بهزیستی کل کشور، سال ۱۳۷۹.