

تجدید انگ، تجربه زیسته بارداری در زنان اچ‌آی‌وی مثبت: یک مطالعه پدیده شناسی

زهره خلجی‌نیا¹، زهرا بهبودی مقدم²، علیرضا نیکبخت نصرآبادی³

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بارداری یک دوره بحرانی برای هر زن است، اما این دوره برای زنان مبتلا به ویروس نقص ایمنی (اچ‌آی‌وی) بسیار حساس و چالش برانگیز می‌باشد. زنان مبتلا در طی بارداری با احساس انگ، تبعیض و انزوای اجتماعی روبه‌رو هستند. با این وجود، اطلاعات اندکی در این زمینه وجود دارد. از این‌رو، مطالعه حاضر به منظور تبیین تجربیات زنان باردار مبتلا به ویروس نقص ایمنی در ایران انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد پدیده شناسی هرمنیوتیک بود. ۱۲ زن مبتلا به ویروس نقص ایمنی که به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده بودند، برای شرکت در مطالعه با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها پس از انجام ۱۶ مصاحبه با طول مدت بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه با مشارکت کنندگان به غنا و تعمیق لازم رسید و سپس، با روش Diekelmann مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مشارکت کنندگان این مطالعه در دامنه سنی ۲۲ تا ۳۹ سال بودند. پس از تحلیل داده‌ها، درون‌مایه اصلی با ۲ درون‌مایه فرعی ظاهر شد. درون‌مایه اصلی بارداری در زنان مبتلا به ویروس نقص ایمنی شامل «تجدید انگ» بود که از درون‌مایه‌های فرعی سرزنش و طرد شدگی تشکیل شده بود.

نتیجه‌گیری: تجربه بارداری در زنان مبتلا به ویروس نقص ایمنی با تجدید انگ همراه می‌باشد. بارداری زمینه را برای سرزنش و طرد شدن فراهم می‌نماید. بنابراین، یافته‌های حاصل از پژوهش، لزوم طراحی و مداخله‌های همه‌جانبه و متناسب برای کاهش انگ در زنان باردار مبتلا به ویروس نقص ایمنی را تأکید می‌کند.

کلید واژه‌ها: انگ اجتماعی، بارداری، زنان اچ‌آی‌وی مثبت، پدیده شناسی

ارجاع: خلجی‌نیا زهره، بهبودی مقدم زهرا، نیکبخت نصرآبادی علیرضا. تجدید انگ، تجربه زیسته بارداری در زنان اچ‌آی‌وی مثبت: یک مطالعه پدیده شناسی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۷ (۲): ۱۲۹-۱۱۹.

تاریخ چاپ: ۹۷/۴/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۵/۷/۲۱

Email: nikbakht@tums.ac.ir

نویسنده مسؤول: علیرضا نیکبخت نصرآبادی

مقدمه

ایدز پدیده‌ای پزشکی- بهداشتی است که ابعاد اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی آن بسیار گسترده است. در حالی که اچ‌آی‌وی/ ایدز از حیث پزشکی به مثابه یک بیماری طولانی، نهفته و کشنده تعریف می‌شود، از حیث اجتماعی به عنوان یک ننگ اجتماعی می‌باشد. فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ ایدز، علاوه بر تحمل زندگی همراه با ترس، درد، بلا تکلیفی و مرگ، یک نوع احساس طرد، تبعیض، تحقیر، اشمئزاز و دیگر انواع نگرانی‌ها و تحریم‌ها را از جانب جامعه دریافت می‌کند (۱).

اثرات انگ، بر بیمارانی که با اچ‌آی‌وی/ ایدز زندگی می‌کنند، فراگیر بوده و دارای ابعاد متعدد است. انگ موجب کاهش عزت نفس، خودکارامدی، افسردگی و ناامیدی می‌گردد. این مسأله همراه با سایر مشکلات این بیماران باعث کاهش رغبت این گروه از بیماران برای انجام آزمایش، مانعی در دسترسی به درمان و سایر خدمات مراقبت بهداشتی، عدم تعهد به درمان و فاش نساختن بیماری برای شریک جنسی است. انگ بر افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند، تأثیرات منفی زیادی بر رفتارهای پیشگیرانه مثل استفاده از کاندوم، انجام آزمایش، رفتارهای مراقبتی یا تشخیصی، انتقال عمودی از مادر به فرزند، کیفیت مراقبت‌ها و درک و درمان این افراد از سوی خانواده، جامعه و شریکان جنسی می‌گذارد (۲).

مطالعات اخیر در ایران نشان می‌دهد که در ایران نیز همانند سایر کشورهای جهان افراد آلوده به اچ‌آی‌وی درجات بالایی از انگ و تبعیض را متحمل می‌گردند. در تحقیقی نشان داده شد که انگ مرتبط با ایدز تأثیر نامطلوبی در جامعه پزشکی گذاشته است و این مسأله مانعی برای دستیابی بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی/ ایدز به حقوق درمانی برابر می‌باشد. نتایج این مطالعه نشانگر نقش انگ در تبدیل این بیماری به یک پدیده اجتماعی فرهنگی بود. پزشکان نیز مانند دیگر آحاد جامعه تحت تأثیر ارزش‌ها، هنجارها و بر ساخت‌های جامعه قرار دارند (۱). همچنین، نیک سرشت و همکاران نشان دادند که مبتلایان به اچ‌آی‌وی/ ایدز به دلیل انگ بیماری یا ترس از سرایت بیماری، از سوی اعضای خانواده طرد شده و از این‌رو، از وجود یک محیط خانوادگی

حمایت‌کننده محروم می‌شوند (۳).

بارداری مرحله‌ای از زندگی هر زن است که در طول این دوره زنان تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند که بسته به ارزش‌های فرهنگی متفاوت می‌باشد. اگرچه، بارداری یک دوره بحرانی برای هر زن است، اما این دوره برای زنان اچ‌آی‌وی مثبت بسیار حساس و چالش برانگیز می‌باشد (۴). زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت نیازهای منحصر به فردی دارند که شامل مراقبت از سلامتی و درمان خود و پیشگیری از انتقال بیماری به کودک می‌باشد که تجربه استرس‌زایی در طی حاملگی است (۵). همچنین، بارداری در زنان اچ‌آی‌وی مثبت، با افزایش خطر پیامدها از جمله سقط خود به خودی، کاهش وزن نوزاد هنگام تولد، کاهش رشد جنین در دوران بارداری، مرده‌زایی، زایمان زودرس، مرگ و میر پره ناتال و نوزادی و مرگ و میر مادر همراه است. بنابراین، زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت آسیب‌پذیر و نیازمند مداخلات حمایتی می‌باشند و مراقبت بارداری این زنان با زنان اچ‌آی‌وی منفی متفاوت بوده و لازم است که این امر را خانواده و مراقبان بهداشتی مورد توجه قرار دهند (۶). اکثر زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت از ترس انگ، بیماری خود را به مراقبان بهداشتی افشا نمی‌کنند و مراقبت‌های پره ناتال خود را به تأخیر می‌اندازند (۷). در صورت افشای بیماری نیز حداقل یک برخورد سرزنش‌آمیز و بی‌توجهی در درمان را تجربه می‌کنند (۸) در تحقیقی نشان داده شد که زنان باردار از ترس انگ و تبعیض، افشای بیماری و از دست دادن حمایت شریک زندگی از انجام آزمایش تشخیص اچ‌آی‌وی امتناع می‌نمودند (۹). همچنین، بهبودی مقدم و همکاران در تحقیقی نشان دادند، بسیاری از زنان اچ‌آی‌وی مثبت عدم تمایل به بارداری و داشتن کودک را اجتناب از سرزنش می‌دانند (۱۰). بنابراین، دستیابی به حقوق بهداشت باروری افراد اچ‌آی‌وی مثبت تحت تأثیر عوامل اجتماعی، فرهنگی، دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و وجود قوانین و خط‌مشی‌های ملی و بین‌المللی است (۱۱).

از آنجایی که تاکنون موضوع انگ که موضوع پیچیده و چند بعدی است، از دیدگاه زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت در ایران مورد بررسی جامعی قرار نگرفته است و برای تحقیق پیرامون

قرار بدهند. در تحقیقات کیفی، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بوده و تولید و جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی که محقق احساس کند که اغنا صورت گرفته، ادامه می‌دهد. در واقع، می‌توان گفت که هدف نهایی نمونه‌گیری مبتنی بر هدف به دست آوردن مورد‌های با اطلاعات غنی برای مطالعه می‌باشد (۱۳). بنابراین، تعیین تعداد مشارکت‌کنندگان از قبل غیر ممکن است. روش انتخاب مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر، بر اساس شیوه مبتنی بر هدف بود. بدین صورت که با توجه به داده‌ها و اطلاعات مورد نظر نسبت به انتخاب بهترین افرادی که واجد معیارها و شرایط لازم بوده و بتوانند اطلاعات غنی و کاملی را در اختیار پژوهشگر قرار دهند، انتخاب شدند. سعی بر آن شد تا نمونه‌گیری با حداکثر تنوع باشد. از این‌رو، مشارکت‌کنندگان از نظر سن، مرتبه بارداری، بارداری خواسته/ ناخواسته، نحوه ابتلا، وضعیت ابتلای همسر و مدت ابتلا تنوع داشتند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه عمیق نیمه ساختار بود که به صورت سؤالات باز پرسیده می‌شد. در روند جمع‌آوری داده‌های پژوهش، پس از بازخوانی و تفسیر متون مربوط به مصاحبه اول توسط تیم تحقیق، بروز اختلاف نظر در برداشتها و برخورد با سؤال جدید و موارد مبهم نیز ضرورت تماس تلفنی یا مراجعه مجدد و تشکیل جلسات بعدی را قطعی می‌نمود. از این‌رو، برخی مصاحبه‌ها به منظور رفع ابهامات در دو نوبت انجام شد. در پایان هر مصاحبه گزارشی در مورد چگونگی روند مصاحبه، نکات مهم و... نوشته شد که در تحلیل نیز مورد توجه قرار گرفت. مصاحبه‌ها تا جایی ادامه یافت که پژوهشگر و تیم تحقیق از تکرار درون‌مایه‌ها و اضافه نشدن درون‌مایه‌های جدید مطمئن شدند. ابتدا مصاحبه با ۱۰ شرکت‌کننده انجام شد که برای اطمینان ۲ مصاحبه دیگر نیز انجام گردید و در نهایت، ۱۶ مصاحبه با ۱۲ خانم باردار صورت گرفت که مدت زمان مصاحبه‌ها از ۴۰ تا ۹۰ دقیقه بود.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش Diekelmann و همکاران مورد استفاده قرار گرفت که شامل یک فرایند هفت مرحله‌ای بود. مراحل آن به صورت ۱- خواندن تمامی مصاحبه و متون جهت دستیابی به یک درک کلی، ۲- نوشتن

چنین موضوع حساسی و دستیابی به تجربیات غنی در مورد رفتار انسان، محققان نیازمند استفاده از روش کیفی بودند، مطالعه حاضر با استفاده از روش تحقیق کیفی و به منظور تبیین تجربیات زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت در ایران انجام شد.

روش

مطالعه حاضر، یک پژوهش کیفی با رویکرد پدیده‌شناسی هرمنوتیک بود. پدیده‌شناسی، هم یک مقوله فلسفی و هم یک روش تحقیق بوده که به منظور درک پدیده‌ها از طریق تجارب انسانی، توسعه یافته است. در پدیده‌شناسی هرمنوتیک، علاوه بر توصیف تجربه انسانی، بر فهم و تفسیر نیز تأکید می‌شود و با توجه به بیانات افراد و معانی نهفته در آن‌ها، امکان دستیابی به درکی عمیق‌تر از تجربه فراهم می‌گردد. البته، در این تفسیر، ادراکات خود محقق نیز نقش به‌سزایی دارد و حتی می‌توان گفت که پدیده‌شناسی هرمنوتیک، سهم عمده‌ای برای تجارب محقق در فرایند تفسیر قایل است و وجود درک علمی و اولیه پژوهشگر از پدیده مورد مطالعه را لازمه تفسیر آن می‌داند (۱۲). در واقع، این روش به محقق اجازه می‌دهد که یافته‌ها را از نقطه نظر مشارکت‌کنندگان توصیف و تفسیر نماید و در نهایت، به درک عمیق معنای آن تجارب نایل گردد. این رهیافت به کسب درون‌مایه‌های اصلی و نکات کلیدی تجارب کمک می‌نماید که با هدف پژوهش مورد نظر هماهنگی دارد.

مشارکت‌کنندگان پژوهش از میان زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت مراجعه‌کننده جهت مراقبت‌های بارداری به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران، انتخاب شدند. پرونده پزشکی کلیه مشارکت‌کنندگان بررسی شد و بر اساس پرونده موجود در مرکز، فاقد هرگونه بیماری مسجل روانی بودند و هیچ کدام در مرحله ایدز نبوده و CD4 آن‌ها بالاتر از ۳۵۰ بود. معیارهای ورود جهت مطالعه شامل کلیه زنان ۱۸ سال به بالا که از وضعیت اچ‌آی‌وی مثبت خود قبل از بارداری اطلاع داشتند. همچنین، توانایی و امکان برقراری ارتباط مناسب را داشته و قادر باشند تا اطلاعات غنی و کاملی را در اختیار پژوهشگر

خلاصه تفسیری برای هر یک از مصاحبه‌ها، ۳- تحلیل گروهی نسخه‌های برگزیده متون مصاحبه‌ها و شناسایی و استخراج درون‌مایه‌ها، ۴- بازگشت و مراجعه مجدد به متن مصاحبه‌ها و یا شرکت کنندگان به منظور تبیین، روشن‌سازی و طبقه‌بندی موارد عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر ارائه شده و نوشتن یک تحلیل کلی و ترکیبی از هر متن مصاحبه، ۵- مقایسه و مقابله متون مصاحبه‌ها به منظور شناسایی، تعیین و توصیف معانی مشترک و عملکردها، ۶- شناسایی و استخراج الگوهای بنیادین که ارتباط درون‌مایه‌ها را برقرار کرده و آن‌ها را به هم‌دیگر متصل می‌نماید. ۷- ارائه نسخه پیش‌نویس از درون‌مایه‌ها، همراه گزیده‌هایی منتخب از متن مصاحبه‌ها به اعضای تیم مفسر و افرادی که با روش و محتوی کار آشنایی دارند، جهت استخراج و اعمال پاسخ‌ها و پیشنهادات آنان در نوشتن نسخه نهایی طرح می‌باشد (۱۴).

بدین منظور، بعد از انجام هر مصاحبه، ابتدا متن مصاحبه بر روی کاغذ پیاده می‌شد. سپس، در مرحله اول متن مصاحبه مرور گردید تا یک درک کلی از متن حاضر به دست آید. این مرور ممکن بود برای چندین بار در مورد هر متن تکرار شود. سپس، برای هر یک از متون مصاحبه یک خلاصه تفسیری توسط محقق نوشته می‌شد و نسبت به درک و استخراج معانی نهفته در آن اقدام می‌گردید. در مرحله بعد، تیم تحقیقی که به رویکرد تحلیل هرمنوتیک Heidegger و موضوع مورد مطالعه آشنایی داشته باشد، تشکیل شد که آن‌ها در استخراج درون‌مایه‌ها به تبادل نظر می‌پرداختند. با ادامه یافتن مصاحبه‌های دیگر، موضوعات قبلی واضح‌تر شده و یا تکامل می‌یافت و همچنین، ممکن بود که موضوعات جدیدی به وجود آید. این جملات مضمونی و دورن‌مایه‌های اولیه با بحث بین اعضای تیم اعتبار لازم را کسب می‌نمود. در ضمن، پیدا شدن درون‌مایه‌ها، تفاسیر و الگوها نیز شکل پیدا می‌کرد و با توجه به این معانی آشکار و ضمنی از متون مصاحبه استخراج می‌شد. به منظور تبیین، روشن‌سازی و طبقه‌بندی و رفع هرگونه عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر، فرایند برگشت به متون و یا مراجعه به مشارکت کنندگان به طور مرتب و به صورت رفت و برگشت مداوم ادامه می‌یافت.

جهت دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه، معیارهای ارزیابی شده توسط Guba و Lincoln یعنی مقبولیت، اعتمادپذیری، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری مورد توجه و استفاده قرار گرفت (۱۵). جهت تضمین مقبولیت در این پژوهش، پژوهشگر تلاش نمود که مراحل تحقیق را بر اساس روش پیشنهاد شده توسط Diekelmann انجام داده و در تمام مراحل پژوهش جهت دستیابی به داده‌های معتبر، هدف و سؤال پژوهش را خط مشی اصلی انجام پژوهش قرار دهد. همچنین، به منظور دست یافتن به واقعیت‌های تجربه روزمره زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت سعی شد که مشارکت کنندگان غنی از تجربه با حداکثر تنوع برای مصاحبه‌ها انتخاب شوند و قبل از انجام مصاحبه‌ها، با برقراری ارتباط با مشارکت کنندگان و تعامل نزدیک و طولانی مدت با آن‌ها، در جهت جلب اعتماد مشارکت کنندگان تلاش گردید تا از طریق انجام مصاحبه‌های عمیق، بیان واقعیت‌های تجارب روزمره آن‌ها تسهیل گردد. به منظور تأیید یافته‌ها و اطمینان از این که یافته‌های مطالعه انعکاس تجارب مشارکت کنندگان می‌باشد، بازبینی یافته‌ها توسط مشارکت کنندگان صورت گرفت. به این منظور، مشارکت کنندگان را در امر تفسیر به صورت چک خلاصه‌های تفسیری به دست آمده از مصاحبه‌های آن‌ها درگیر نمودند. از اقدامات دیگری که جهت تضمین مقبولیت انجام شد، شامل اتخاذ رویکرد تیمی با استفاده از نظرات استادان محترم راهنما، مشاور مبتنی بر روش تیمی Diekelmann و همکاران با ترکیب مناسب اعضای تیم بود. قابلیت اعتماد در پژوهش کیفی بدون اطمینان از مقبولیت یافته‌ها امکان‌پذیر نمی‌گردد (۱۴). از این‌رو، پژوهشگر با انجام اقداماتی از قبیل بازبینی و تطبیق یافته‌ها با مشارکت کنندگان و استفاده از تحلیل همکاران در راستای تأمین قابلیت اعتماد پژوهش کوشیده است. قابلیت تأیید، یک معیار فرایندی است. به این معنا که از طریق حفظ مستندات و روشن‌سازی فعالیت‌ها در تمام مراحل پژوهش، امکان بررسی صحت یافته‌ها توسط صاحب‌نظران فراهم می‌گردد. قابلیت انتقال، معادل تعمیم در مطالعات کمی می‌باشد (۱۳) در پژوهش حاضر، پژوهشگر با ارائه توضیح مبسوط از زمینه پژوهش و مشارکت کنندگان و

جدول ۱. متغیرهای جمعیت شناختی مشارکت کنندگان پژوهش

کد	سن	تحصیلات	نحوه ابتلا	مدت ابتلا	وضعیت همسر	تعداد زایمان
۱	۲۲	دیپلم	روابط خارج از خانواده	۱ سال	منفی	۰
۲	۲۸	ابتدایی	روابط خارج از خانواده	۵ سال	منفی	۳ بار
۳	۳۹	دیپلم	بعد از عمل جراحی	۵ سال	مثبت	۱ بار
۴	۳۲	دیپلم	همسر	۵ سال	مثبت	۰
۵	۳۴	دیپلم	همسر قبلی	۱ سال	منفی	۱ بار
۶	۳۲	ابتدایی	همسر	۱ سال	مثبت	۱ بار
۷	۲۸	ابتدایی	همسر قبلی	۳ سال	مثبت	۱ بار
۸	۳۲	ابتدایی	همسر	۵ سال	مثبت	۱ بار
۹	۳۴	دیپلم	همسر	۵ سال	مثبت	۲ بار
۱۰	۲۵	ابتدایی	همسر	۲ سال	مثبت	۰
۱۱	۳۵	ابتدایی	همسر	۴ سال	مثبت	۰
۱۲	۳۳	ابتدایی	همسر	۳ سال	مثبت	۰

جدول ۲. درون‌مایه‌های فرعی و واحدهای معنایی تشکیل دهنده تجدید انگ

واحد معنایی	درون‌مایه فرعی	درون‌مایه اصلی
رفتار اطرافیان	سرزنش	تجدید انگ
رفتار مراقبان بهداشتی		
رفتار کودک در آینده		
طرد شدن توسط مراقبان بهداشتی	طرد شدگی	
طرد شدن توسط اطرافیان		
طرد شدن کودک		

تجدید انگ: تجدید انگ درون‌مایه اصلی بود که از تجربه مشارکت کنندگان از بارداری استخراج شد و درون‌مایه‌های فرعی سرزنش و طردشدگی را شامل گردید (جدول ۲). با توجه به ماهیت بیماری و دیدگاه منفی نسبت به آن، بارداری زمینه را برای سرزنش از طرف اطرافیان و مراقبان بهداشتی، فراهم می‌نماید و به جای توجه و همدلی، طرد شدن را به همراه دارد که از مظاهر انگ می‌باشد. انگ، باعث رفتارهای تبعیض‌آمیز افراد نسبت به این زنان در مراکز ارائه خدمات بهداشتی، جامعه و اطرافیان می‌شود. یکی از مشارکت کنندگان گفت: «پیش از بارداری پیش یک دکتر متخصص رفته بودم. داشت معاینه می‌کرد. فکر کردم پزشک باید از وضعیت بیمارش اطلاع درستی داشته باشد. گفتم که ایدز دارم. وحشت کرد و داد زد که شماها برای چی دنبال

توصیف روشن مضامین و ارتباط دادن آن‌ها با صحبت‌های مشارکت کنندگان تلاش نمود که امکان قضاوت در مورد انتقال‌پذیری یافته‌ها به زمینه دیگر را افزایش دهد.

اصول اخلاقی که محقق در پژوهش به کار گرفته است، شامل موارد زیر است: انجام هماهنگی‌های لازم با مسؤولان مراکز تحقیقات ایدز، توضیح اهداف و روش‌های مورد استفاده در پژوهش برای مشارکت کنندگان، اخذ رضایت کتبی آگاهانه از مشارکت کنندگان در پژوهش، محرمانه ماندن کلیه مطالب مطرح شده، توضیح هدف از استفاده از ضبط صوت، یادآوری اختیاری بودن شرکت در پژوهش، امکان اعلام انصراف در هر مرحله و رعایت اصول امانت‌داری در نقل قول‌ها و حقوق مؤلفان بود.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان مطالعه شامل ۱۲ زن باردار اچ‌آی‌وی مثبت بودند که در جدول ۱ خصوصیات آنان درج گردیده است. ۱۶ جلسه مصاحبه با ۱۲ مشارکت کننده انجام گردید که این مصاحبه‌ها کدگذاری شد و سپس، با ادغام بسیاری از موارد مشترک در این مطالعه، جهت نمایان ساختن انگ در زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت درون‌مایه اصلی تجدید انگ با ۲ درون‌مایه فرعی سرزنش و طردشدگی استخراج شد (جدول ۲).

فهمید حالش بد شد و گفت دو تا آدم بزرگ که شماها باشید کی می‌خواهید زندگی کنید وقتی که بچه‌ات پانزده ساله بشه می‌شه بی مادر و بی پدر. بهم برخورد، فقط خندیدم و به شوهرم گفتم ما بچه آوردیم به کسی ربطی نداره. خواهر شوهرم این حقو نداره ما تصمیم گرفتیم برای زندگی‌مون کاری بکنیم به کسی مربوط نیست من مصر به نگهداری بچه بودم» (مشارکت کننده ۳). مشارکت کننده دیگری در مورد رفتار مراقبان بهداشتی گفت: «کارکنان بیمارستان منو ناراحت می‌کنند و از من می‌پرسن چرا شما باردار شدید؟ برای چی باردار شدی با این مریضی که داری؟ شماها چقدر بی‌فکر هستید، به فکر آینده بچت نیستی؟ من چیزی نگفتم. اگر من سالم بودم، کسی اجازه نداشت با من این جور حرف بزنه» (مشارکت کننده ۱۲).

بسیاری از زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت از برخورد و نگاه پرسنل درمانی حکایت می‌کردند که در صورت اظهار نمودن بیماری مانند بزه‌کار به فرد مبتلا نگاه می‌کنند که باعث ناراحتی آنان شده بود. یکی از مشارکت کنندگان بیان کرد: «رفتم برا غربالگری دکتر ازم پرسید بیماری خاصی داری؟ گفتم آره. گفت چی؟ گفتم ایدز یه نگاهی کرد که انگار من چه جنایتی کردم. اصلاً نگاهشو یادم نمیره و خیلی ناراحت شدم» (مشارکت کننده ۱۰). مشارکت کننده دیگری بیان کرد: «اون بارداریم که مثبت بودم و سقط کردم دو تا از پرسنل بخش اومدن که آموزش شیردهی بدن به من و گفتن که گوش کن بعد من گفتم که نمی‌خوام بچه‌مو نگه دارم. گفتند چرا؟ گفتم چون مثبت هستم هر دو یه جوری به من نگاه کردن و از من دور شدن تا مدت‌ها خیلی ناراحت بودم و گریه می‌کردم» (مشارکت کننده ۴). مشارکت کننده ۱۱ تجربه زن باردار اچ‌آی‌وی مثبت دیگری را این گونه بیان کرد: «یکی از مادرای مریض برام تعریف می‌کرد که سر بچم هر جا رفتم برای زایمان تا می‌گفتم مثبتم قبولم نمی‌کردند و با برخورد بدی بیرونم می‌کردند و یه جوری نگاه می‌کردند که ما خراب هستیم، اصلاً به ماها رسیدگی نمی‌کنن و از ما می‌ترسن که مریض بشن و هی می‌گن بچه می‌خواستید چه کنی؟ نمی‌گی بچت مریض می‌شه؟» (مشارکت کننده ۱۱).

درمان هستید؟ شما که جامعه را آلوده می‌کنید همان که بمیرید بهتر است. آن قدر سر و صدا راه انداخت که همه فهمیدند. منو از مطبش بیرون کرد، ولی موقع زایمان نمی‌دونم چی کار کنم. باید بگم مثبت هستم، باز منو راه نمی‌دهند تو بیمارستان و بیرونم می‌کنند می‌گن تو همه رو آلوده می‌کنی؟» (مشارکت کننده ۷). مشارکت کننده دیگری بیان کرد: «می‌دونی تو بارداری دندونام خراب شد، مجبور شدم برم دندون پزشکی. اون قدر باهام بد رفتاری کرد که منم گذاشتم اومدم و تو خیابون گریه می‌کردم» (مشارکت کننده ۳). مشارکت کننده دیگری تجربه خود را در این زمینه این گونه ذکر کرد: «سر سزارین قبلیم هم مثبت بودم. اون قدر پرسنل اذیتم کردند، بی‌اعتنایی می‌کردند، آخر از همه رفتم اتاق عمل، شیاف برام نمی‌گذاشتند، نگاه بد می‌کردند و منو به هم نشون می‌دادند که حالا خیلی سخته می‌دونم بازم باید این چیزارو ببینم. نمی‌دونم دیگه، طاقت ندارم، بریدم و خسته شدم از نگاه‌های پر معنی‌شون. اگر مجبور نبودم وضعیتمو نمی‌گفتم، ولی نمی‌شه باید موقع سزارین بدونند تا داروی مخصوص به خودمو و بچم بزنند، اما سر بچه اولم که سالم بودم باهام برخوردشون بد نبود» (مشارکت کننده ۲).

۱- سرزنش: یکی از درون‌مایه‌های فرعی تجدید انگ، سرزنش می‌باشد. این مسأله از جمله مشکلاتی بود که مادران اچ‌آی‌وی مثبت با آن روبه‌رو بودند. رفتار و واکنش منفی اطرافیان، مراقبان بهداشتی و کودک در آینده جلوه‌های سرزنش بودند. اعضای خانواده و مراقبان بهداشتی به دلیل ماهیت بیماری، احتمال انتقال اچ‌آی‌وی به کودک، مرگ و میر زودرس پدر و مادر و یتیم بزرگ شدن کودک، توصیه به جلوگیری از بارداری می‌نمودند و زنان اچ‌آی‌وی مثبت را از بارداری منع می‌کردند و در صورت باردار شدن با رفتار و واکنش‌های منفی از طرف اطرافیان و مراقبان بهداشتی روبه‌رو می‌شدند. یکی از مشارکت کنندگان گفت: «وقتی که فهمیدم باردار شدم به مادر شوهرم زنگ زدم گفتم مادر بزرگ شدی گفت چرا بچه آوردی؟ منم گفتم که صلاح دیدم که برای زندگی‌م کاری بکنم و کردم دو تا آدم بزرگ نباید برای بچه‌دار شدن از کسی اجازه بگیرند. خواهر شوهر بزرگم وقتی

بسیاری از زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت نگران افزایش بیماری هنگام زایمان و طرد شدن آن‌ها توسط خانواده و اطرافیان بودند. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «نگرانیم موقع زایمان است. بالاخره ما این مریضی رو داریم و من تنها نیستم. کی مواظبم باشه موقع زایمانم به کی بگم بیاد که نفهمه، هیچ کس نمی‌دونه، نگران بچه و نگران خودم هستم. به هیچ کس در این مورد نگفتم. مشاور گفت نگو اگه بگی همه از تو فرار می‌کنند. یک خانم مثبت و باردار بوده رفته زایشگاه و فامیلاشون فهمیدن هیچ کس نمی‌رفته خونشون. منم از ترسم به کسی نگفتم. الان موقع زایمان می‌گن اتاقمون جدا است. بفهمند رفت و آمد نمی‌کنند. می‌ترسم که طرد بشم، همه ازم فرار کنند، رو برگردوند، رفت و آمد نداشته باشم، بچه مو بغل نکنند و از اون هم بترسن» (مشارکت‌کننده ۶). مشارکت‌کننده دیگری در این زمینه می‌گوید: «زمان زایمانم نمی‌خوام به خانواده‌ام بگم، چون خانواده‌ام از وضعیت من خبر ندارند. ممکنه یک درصد پرستارا بگن همون خانم که ایدز داره و خانواده‌ام خبردار بشوند. شب که می‌خوام بستری بشم، می‌رم پرستار می‌گیرم و وضعیتم را بهش می‌گم، به کسی تو خونه اجازه نمی‌دم که به داروهای دست بزنه و جلوی اون‌ها نمی‌خورم و بهشون می‌گم ویتامینه که می‌خورم» (مشارکت‌کننده ۳).

یکی از زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت که یک کودک اچ‌آی‌وی مثبت هم داشت، نگران طرد شدن کودک خود توسط دیگران بود و می‌گفت: «وقتی بچه دومم مثبت شد، فامیلامون بوسش نمی‌کردند و نمی‌گذاشتند با بچه‌شون بازی کنه. پسرم خیلی تنها بود و فقط با من بازی می‌کرد. حالا برای این یکی هم نگرانم نکنه مثبت بشه و همون جورى باهاش رفتار کنن» (مشارکت‌کننده ۸). مشارکت‌کننده دیگری با اضطراب و ناراحتی در مورد طرد شدن کودک خود اظهار نمود: «دیگران بیماریمو نمی‌دونند. قضاوتشون اذیتم می‌کنه و ممکنه طردمون کنن. خودم مهم نیستم، فقط برای دخترم سخت هست. می‌ترسم کسی بفهمه که اون مریضه و بعد از مدرسه بیرونش کنند و بچه‌های فامیل هم باهاش بازی نکنن. برای اینم نگرانم که بفهمه کسی بوسش نمی‌کنه و

یکی از نگرانی‌های زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت، رفتار و واکنش کودک مبتلا در آینده می‌باشد. مشارکت‌کننده‌ای گفت: «اگه بچه‌ام مثبت بشه و یه همچین چیزی پیش بیاد من اصلاً خودمو نمی‌بخشم، یه روزی بزرگ بشه از من می‌پرسه تو که می‌دونستی مشکلت اینه چرا اجازه دادی حمله بشی، چی بگم؟ مگه نمی‌دونستی که منم ممکنه بگیرم چرا فکر من نبود؟» (مشارکت‌کننده ۷).

آنچه که مشارکت‌کنندگان به کرات به آن اشاره می‌کردند، این بود که در آینده چگونه باید در مورد نحوه ابتلا به بیماری به فرزندشان توضیح دهند، یکی از مشارکت‌کنندگان در حالی که به شدت ناراحت بود گفت: «نگرانم که بچه مثبت باشه و اچ‌آی‌وی داشته باشه. فردا بزرگ بشه می‌گه این مریضی چه جوری سرایت کرد. من چی جوابشو بدم؟ من نگران هستم می‌ترسم خدای نکرده اون روز نیاد بچه مثبت نباشه، سالم باشه بعد از این که دنیا آمد هی می‌پرسه چه جوری مریض شدم و بالاخره بچه است و سؤال می‌کنه نگرانیم فقط اینه؟» (مشارکت‌کننده ۶).

۲- طرد شدگی: یکی دیگر از درون‌مایه‌های فرعی تجدید انگ، طرد شدگی بود. بیماری ایدز از بدو پیدایش خود همواره طرد شدن را با خود به یدک کشیده است. این بیماری از ساحت پزشکی و کالبد انسان‌ها فراتر رفته و روح، روان و روابط اجتماعی میزانش را نشانه می‌گیرد. مشارکت‌کنندگان در این تحقیق، تجربیات خود را که رنگ و بوی طرد داشت، بازگو کردند. طرد شدگی شامل طرد شدن توسط اطرافیان و مراقبان بهداشتی و طرد شدن کودک بود. تجربیات نشان دهنده این بود که این زنان علاوه بر زندگی کردن با بیماری تهدیدکننده و مزمن ایدز، با چالش‌های متعددی در روابط شخصی خود با خانواده و مراقبان بهداشتی درمانی مواجه هستند. مشارکت‌کننده ۲ از تجربه طرد شدن در بارداری قبلی خود می‌گوید: «تو سر بچه قبلیم، این جا موقع سزایم بهم گفتن تو آخر از همه میری اطلاق عمل، بعدشم بعد از عمل که درد داشتم شیاف نمی‌گذاشتن و بهم رسیدگی نمی‌کردند. انگار می‌ترسیدن که از من بگیرن، با این که می‌دونن از این راه‌ها نمی‌گیرن و سواد دارن» (مشارکت‌کننده ۲).

دوستش نداشته باشند» (مشارکت کننده ۹).

بحث

پژوهش حاضر یک مطالعه پدیدارشناسی هرمونوتیک در خصوص تجربه انگ در زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت بود که بینش عمیقی در مورد تجربه انگ در بارداری را فراهم کرد. مطالعه حاضر نشان داد که به طور تقریبی تمام مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، گزارش تجربه انگ از طرف اعضای خانواده، اطرافیان و ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در دوران بارداری را داشتند. بارداری، مرحله‌ای از زندگی زنان اچ‌آی‌وی مثبت بود که بیشتر در معرض سرزنش و طرد شدن بودند.

سرزنش یکی از درون‌مایه‌های فرعی تجدید انگ بود. در این مطالعه، مشارکت‌کنندگان از طرف خانواده، مراقبان بهداشتی و به طور کلی جامعه مورد سرزنش واقع شدند. اعضای خانواده و مراقبان بهداشتی به دلیل احتمال انتقال اچ‌آی‌وی به کودک، مرگ و میر زودرس پدر و مادر و یتیم بزرگ شدن کودک، توصیه به استفاده از روش‌های تنظیم خانواده و جلوگیری از بارداری می‌نمایند (۱۶). طی مطالعه‌ای، ۶۴ درصد افراد اچ‌آی‌وی مثبت از طرف جامعه و بستگان توصیه به استفاده از روش‌های تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری شدند (۱۷). جامعه آفریقای جنوبی نیز داشتن کودک را برای افراد اچ‌آی‌وی مثبت غیر قابل قبول می‌داند (۱۸). اکثریت زنان و مردان اچ‌آی‌وی مثبت، زمانی که تمایل خود را به داشتن فرزند اظهار می‌نمایند، متعاقب آن مورد سرزنش مراقبان بهداشتی قرار می‌گیرند. نگرش مراقبان بهداشتی و مدیران برنامه‌های بهداشتی در زمینه تولید مثل از عدم تصدیق خواسته‌های افراد مبتلا تا ارایه اطلاعات مفید یا ارجاع متغیر می‌باشد (۱۹). بهبودی مقدم و همکاران نشان دادند که انگ و برچسب خوردن برای زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت نسبت به زنان دیگر عمیق‌تر می‌باشد؛ چرا که علاوه بر انگ ناشی از بیماری، در معرض خطر قرار دادن سلامتی کودک نیز سرزنش به همراه دارد. بسیاری از زنان اچ‌آی‌وی مثبت عدم تمایل به بارداری و داشتن کودک را اجتناب از

نکوهش جامعه و نداشتن توجیه مناسب برای انتقال بیماری به کودک می‌دانند (۱۰). علاوه بر این، زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت از ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی توقع حفظ حریم خصوصی، عدم سوگیری، قضاوت و مراقبت با کیفیت را دارند؛ در حالی که حداقل یک برخورد سرزنش‌آمیز در طی بارداری را تجربه کرده و احساس به حاشیه رانده شدن و بی‌توجهی در درمان را حکایت می‌کنند (۸). رحمتی و همکاران، تجربه سرزنش توسط افراد خانواده، همسر و پرسنل درمانی در مبتلایان به ایدز را گزارش نمودند. همچنین، نگرش مجرمانه نسبت به این بیماران و رفتارهای طرد کننده از سوی خانواده، جامعه و پرسنل درمانی موجب ایجاد سرزنش و تبعیض در بیماران شده بود (۲۰).

بیماری ایدز با توجه به ماهیت وجودی آن، از آغاز همواره طرد شدن را با خود به یدک کشیده است. ایدز نه تنها جسم انسان‌ها را درگیر می‌کند، بلکه روح، روان و روابط اجتماعی میزبان‌ش را نشانه می‌گیرد. در پژوهش حاضر، طرد شدن یکی از تجارب زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت بود. یافته‌ها نشان داد که این زنان علاوه بر زندگی کردن با بیماری تهدید کننده و مزمن ایدز، با چالش‌های متعددی در روابط شخصی خود با خانواده و مراقبان بهداشتی درمانی مواجه هستند. زنان بیمار به واسطه نگرش منفی مراقبان بهداشتی، در دسترسی به این گونه خدمات و حمایت‌ها با مشکلات عدیده‌ای مواجه بودند. در پژوهشی نشان داده شد که ۵/۵۴ درصد پرستاران وجود اقدامات تبعیض‌آمیز در حد متوسط در رابطه با بیماران مبتلا به ایدز را تأیید کردند (۲۱). افراد اچ‌آی‌وی مثبت از طرف کادر درمان که وظیفه درمان و مراقبت را به عهده دارند، مورد سوء ظن و بدبینی قرار می‌گیرند. طرد و تبعیض یک مانع عمده ارایه خدمات درمانی به بیماران مبتلا است. انگ اجتماعی می‌تواند روی نگرش پرسنل درمانی به درمان این افراد تأثیر منفی بگذارد (۲۲). ساسانی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که مبتلایان به این بیماری، طرد شدن از جانب همسر، دوستان و خانواده را ابراز می‌نمایند که این امر باعث انزوای اجتماعی بیشتر، احساس افسردگی، تنهایی و توجه کمتر به امر درمان در آنان شده بود (۲۳). پروین و اسلامیان

باشد. عدم گفتن تمامی حقایق، محدودیت دیگری است که به مشکلات فرهنگی - اجتماعی مربوط به خود گزارش‌دهی افراد وابسته است. به خصوص که در مطالعات کیفی و در جریان مصاحبه فرد در ارتباط چهره به چهره با فرد مصاحبه‌گر است. در این مطالعه سعی شد تا ضمن برقراری ارتباط مناسب با افراد و نشان دادن علاقه محقق به گفته‌های شرکت کنندگان، حداکثر جلب اعتماد آن‌ها صورت گیرد. از این‌رو، لازم است تا در تفسیر نتایج به این محدودیت‌ها توجه شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه، بینش عمیقی نسبت به تجربه انگ در زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت در بستر اجتماعی فرهنگی ایران فراهم نموده است. یافته‌های مطالعه در زمینه انگ در زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت فرصتی مناسب برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران فراهم می‌کند. با توجه به درون‌مایه تجدید انگ، می‌بایست به این واقعیت که بارداری مرحله‌ای از زندگی زنان اچ‌آی‌وی مثبت است که بیشتر در معرض سرزنش و طرد شدن از طرف اطرافیان و مراقبان بهداشتی قرار می‌گیرند، ادعان داشت.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، حاصل پایان‌نامه دکتری با کد اخلاقی ۹۳د۱۳۰۳۱۲ می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گردید.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

در مطالعه‌ای نشان دادند که زنان اچ‌آی‌وی مثبت در روابط اجتماعی خود با تجربه طرد مواجه‌اند که شامل ایدز هراسی، طرد از روابط اجتماعی، طرد اقتصادی، طرد نمادین، طرد از شبکه‌های حمایتی، طرد از حوزه درمان و طرد قضایی بود (۲۱). در مطالعه‌ای نیز مسأله ترس از مبتلا شدن در میان ارایه دهندگان مراقبت مامایی وجود داشت که پیامد آن، انگ و تبعیض بیماران بود (۲۴).

از پیشنهادات کاربرد مطالعه حاضر می‌توان به خارج کردن ایدز از تابو و انگ‌های اجتماعی و قرار گرفتن آن در شمار یک بیماری، سرلوحه رویکردهای آموزشی - درمانی در مراکز ارایه دهنده به این بیماران مانند سایر بیماران باشد و هیچ نوع جداسازی خاص، تفکیک و یا تبعیض در خدمات‌رسانی وجود نداشته باشد. راهکارهای مناسبی جهت برطرف کردن ادراکات نادرست در تیم درمان، طراحی و اجرا شود تا از این طریق مسأله انگ اجتماعی ناشی از این بیماری نیز به حداقل ممکن تقلیل یابد. یکی از این راهکارها، آموزش و تقویت دانشجویان و پرسنل گروه پزشکی در مورد راه‌های انتقال بیماری، حقوق بیماران، نحوه برخورد و انگ مرتبط با آن است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش که باید اشاره نمود، مربوط به روش‌شناسی پژوهش کیفی بود که شامل عدم تعمیم‌پذیری یافته‌های آن است. با این وجود، یافته‌های این مطالعه می‌تواند بعد از آزمون قابلیت کاربرد (انتقال‌پذیری) در سایر فرهنگ‌ها و بسترها مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، در این مطالعه فقط دیدگاه زنان باردار اچ‌آی‌وی مثبت که به کلینیک مشاوره بیماری‌های رفتاری مراجعه نمودند، مورد بررسی قرار گرفته که می‌تواند نتایج حاصل با نتایج مربوط به بیماران که به این مرکز مراجعه نمی‌کنند تا حدی متفاوت

References

1. Tavakol M, Nikayin D. Stigmatization, doctor-patient relationship, and curing HIV/AIDS patients. *Bioethics Journal* 2012; 2(5): 11-43. [In Persian].
2. Jahangiri L, Jahangiri H. AIDS stigma: Legal support AIDS patients in Iran and its effects on public health. *Payesh Health Monit* 2016; 15(6): 717-20. [In Persian].
3. Nikoo Seresht Z, Rimaz S, Asadi lari M, Nedjat S, Merghati Khoie E, Motevallian S A, et al. The relationship between quality of life and social capital amongst people living with HIV/AIDS attending the Imam Khomeini hospital consultation center for clients with risky behaviors in Tehran- 2011. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2014; 11(3): 17-28. [In Persian].

4. D'Auria JP, Christian BJ, Miles MS. Being there for my baby: Early responses of HIV-infected mothers with an HIV-exposed Infant. *J Pediatr Health Care* 2006; 20(1): 11-8.
5. Faria ER, Goncalves TR, Carvalho FT, Lopes RD, Piccinini CA. Coping strategies among Brazilian pregnant women living with HIV. *Paidea (Ribeirao Preto)* 2014; 24(57): 67-74.
6. Montgomery KS. Childbirth education for the HIV-positive woman. *J Perinat Educ* 2003; 12(4): 16-26.
7. Minkoff H. Human immunodeficiency virus infection in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003; 101(4): 797-810.
8. Sanders LB. Women's voices: The lived experience of pregnancy and motherhood after diagnosis with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2008; 19(1): 47-57.
9. Makgahlela MW. The effect of stigma on HIV and AIDS testing uptake among pregnant women in Limpopo [MSc Thesis]. Limpopo, South Africa University of Limpopo; 2010.
10. Behboodi-Moghadam Z, Nikbakht-Nasrabadi A, Ebadi A, Esmaelzadeh-Saeieh S, Mohraz M. Fertility desire in Iranian women with HIV: A qualitative study. *Iran J Public Health* 2015; 44(8): 1126-34.
11. Debeke K, Seme A. Sexual and reproductive health needs and preferences of people living with HIV. AIDS in Southern Nations Nationalities and Peoples Region [MPH Thesis]. Addis Ababa, Ethiopia: Addis Ababa University; 2007.
12. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
13. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2013.
14. Diekelmann N, Allen D, Tanner CA. *The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical hermeneutic analysis*. Washington, DC: National League for Nursing; 1989.
15. Lincoln YS, Guba EG. Establishing trustworthiness. In: Lincoln YS, Guba EG, Editors. *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1985. p. 289-331.
16. Cooper D, Bracken H, Myer L. Reproductive intentions and choices among HIV-infected individuals in Cape Town, South Africa [Report]. Cape Town, South Africa: Women's Health Research Unit; 2005.
17. Feldman R, Maposhere C. Safer sex and reproductive choice: Findings from "positive women: Voices and choices" in Zimbabwe. *Reprod Health Matters* 2003; 11(22): 162-73.
18. Cooper D, Harries J, Myer L, Orner P, Bracken H, Zweigenthal V. "Life is still going on": reproductive intentions among HIV-positive women and men in South Africa. *Soc Sci Med* 2007; 65(2): 274-83.
19. Gogna ML, Pecheny MM, Ibarlucia I, Manzelli H, Lopez SB. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: Health service users' and providers' perspectives. *Soc Sci Med* 2009; 69(6): 813-20.
20. Rahmati F, Niknami S, Amin F, Ravari A. HIV/AIDS patients' experiences about stigma: A Qualitative Study. *J Qual Res Health Sci* 2012; 1(2): 71-80. [In Persian].
21. Parvin S, Eslamian A. The lived experience of social relations in women living with HIV. *Journal Women in Development & Politics* 2015; 12(2): 207-28. [In Persian].
22. Steward WT, Herek GM, Ramakrishna J, Bharat S, Chandy S, Wrubel J, et al. HIV-related stigma: Adapting a theoretical framework for use in India. *Soc Sci Med* 2008; 67(8): 1225-35.
23. Sassanid L, Naji A, Abedi HA, Taeri K. The experience of social stigma in aids patients: A phenomenological study. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2014; 20(4): 487-95. [In Persian].
24. Turan JM, Miller S, Bukusi EA, Sande J, Cohen CR. HIV/AIDS and maternity care in Kenya: How fears of stigma and discrimination affect uptake and provision of labor and delivery services. *AIDS Care* 2008; 20(8): 938-45.

Renewal of Stigma, the Lived Experiences of Pregnancy in Women with Human Immunodeficiency Virus (HIV): A Phenomenological Study

Zohreh Khalajinia¹, Zahra Behboodi-Moghadam², Alireza Nikbakht-Nasrabadi³

Original Article

Abstract

Introduction: Pregnancy is a challenging period for any woman; it is a more sensitive and challenging time for women living with human immunodeficiency virus (HIV). HIV-infected women are facing a sense of stigma, discrimination, and social exclusion during pregnancy. However, little is known about the experience of pregnancy in HIV-positive women. The present study aimed to explore the lived experiences in HIV-positive pregnant women.

Method: This was a qualitative study with hermeneutic phenomenological approach. 12 HIV-infected pregnant women who referred to counseling center for behavioral diseases in Imam Khomeini Hospital, Tehran, Iran, in 2014, were recruited through purposive sampling. Data were collected through semi-structured interviews, and the richness of data was achieved after 16 interviews during 40 to 90 minutes with participants. The data were analyzed using Diekelmann method.

Results: Participants were between 22-39 years of age. After data analysis, the main theme (renewal of stigma) and 2 subthemes (blame and rejection) emerged.

Conclusion: Although the experience of pregnancy in HIV-positive women was associated with renewal of stigma, pregnancy provides for blame and rejection. The findings of this study emphasize on the necessity of integrating training and education programs to reduce the stigma of HIV and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS).

Keywords: Social stigma, Pregnancy, HIV-positive, Women, Qualitative research

Citation: Khalajinia Z, Behboodi-Moghadam Z, Nikbakht-Nasrabadi A. **Renewal of Stigma, the Lived Experiences of Pregnancy in Women with Human Immunodeficiency Virus (HIV): A Phenomenological Study.** J Qual Res Health Sci 2018; 7(2): 119-29.

Received date: 12.10.2016

Accept date: 08.03.2017

Published: 05.07.2018

1- Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
2- Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Professor, Iranian Research Center for HIV/AIDS AND Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Ali-Reza Nikbakht-Nasrabadi, Email: nikbakht@tums.ac.ir