

Original Article

The Lived Experience of Iranian Mothers in Early Motherhood: a Qualitative Study Using a Thematic Analysis Approach

Parviz AzadFallah^{1✉}, Mahsa Naghash Tabrizi¹, Hojjatollah Farahani¹

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Received: 2024/05/10

Revised: 2025/08/16

Accepted: 2025/08/19

DOI:10.48308/jfr.2025.235604.1751

Highlights

- A profound gap exists between the idealized and sanctified image of motherhood in Iranian society and the real, challenging experiences of mothers in early motherhood, leading to emotions such as shame, guilt, isolation, and grief.
- Collectivist cultural factors and familial normative pressures in Iran restrict mothers' agency and autonomy in child-related decisions (such as breastfeeding and upbringing), exacerbating emotional conflicts and feelings of inadequacy.
- Despite the predominance of initial negative experiences, the process of adapting to the maternal role can lead to personal growth, increased competence, strengthened marital relationships, and a deeper understanding of one's own parents, transforming motherhood into a fluid and dual experience (encompassing both distress and meaning).

Extended Abstract

Introduction: Mother is often idealized as a sacred and flawless figure, especially in cultures that honor mothers as self-sacrificing nurturers who endure challenges for their children's well-being (Choi et al., 2005). Within this framework, mothers are expected to embody positivity, while expressing negative emotions is taboo. Yet, this pressure rarely aligns with lived reality (S. Collins, 2021). The transition to motherhood is marked by frustration, fear of judgment, social rejection, and guilt for not conforming to societal norms (Sutherland, 2010). To reconcile this gap, many mothers adopt a socially acceptable persona that conceals difficulties, perpetuating the invisibility of maternal challenges and compromising mental health. This emotional suppression widens the divide between societal ideals and lived experiences, fostering anxiety and distress that affect both mother and child (S. Collins, 2021).

Psychoanalytic theories emphasize the ambivalence mothers feel toward infants (Bowlby, 2018; Winnicott, 2021). Winnicott's "good enough mother" contrasts with the "perfect mother" ideal, recognizing anger and frustration as inevitable. He argued that only through integrating both love and hate can a mother effectively function (Aching & Granato, 2016). Yet, classical psychoanalysis often overlooked the mother's subjectivity, focusing mainly on the child.

In psychiatry, research has largely focused on postpartum depression, neglecting other emotional experiences (S. Collins, 2021; Rapley et al., 2011). The medicalized approach undermines non-medical coping, distorts responsibility, and reduces complex realities to clinical categories (Birrer & Tokuda, 2017). Cultural values further shape maternal emotions: in cultures where motherhood is idealized and sacred, mothers may be even less likely to express negative feelings, intensifying their struggles (Lorén et al., 2024). This study therefore explores early maternal emotional experiences in the Iranian cultural context.

Methodology: This qualitative study employed thematic analysis to explore early motherhood among Iranian women. Thirteen first-time mothers with infants under 12 months were recruited through purposive sampling. Inclusion criteria were having one infant under 12 months; mothers with severe mental illness, complicated

pregnancies, or multiple births were excluded. Data saturation was achieved after 10 interviews, with three additional conducted for confirmation.

Participants' mean age was 31.6 years. All held at least a bachelor's degree; 61.5% had postgraduate degrees. Pregnancy was reported as wanted in 53.8% and unwanted in 46.2%.

Semi-structured interviews, 75–100 minutes in length, were conducted online due to COVID-19. Mothers were asked about challenges, emotional experiences, and societal expectations. Follow-up and probing questions were used to clarify responses. Interviews were recorded, transcribed verbatim, and analyzed using Braun and Clarke's six-step framework. An analytic psychologist performed coding, with a senior psychologist reviewing a sample. Codes were grouped into categories, subthemes, and overarching themes.

Findings: Analysis identified five main themes, 12 subthemes, and 25 concepts. Four themes reflected negative experiences, and one highlighted growth.

Discrepancy between lived experience and idealized images of motherhood: Mothers reported disillusionment when reality diverged from expectations. Some were shocked by their infants' appearance or by their own negative emotions yet felt unable to share for fear of invalidation. Maternal perfectionism, beginning in pregnancy, fueled guilt and shame when ideals were not met.

Absence of inherent maternal skills: Basic tasks such as breastfeeding or changing diapers proved overwhelming, contradicting assumptions that such skills are innate. Criticism from relatives intensified feelings of inadequacy. Mothers described isolation when challenges were minimized by others, including spouses, who underestimated maternal labor.

Conflict between maternal and other roles: Physical, relational, and career changes contributed to a sense of lost personal identity. Women described strained marital intimacy, loss of friendships, and regret over missed opportunities for growth. Their sense of self became subsumed within the maternal role, creating grief over lost possibilities.

Lack of autonomy in child-related decisions: Mothers often experienced external control from relatives in matters such as breastfeeding, routines, and caregiving practices. Cultural pressures undermined mothers' authority, leaving them conflicted and guilty. Returning to work amplified this loss of autonomy, as others imposed caregiving styles inconsistent with the mother's wishes.

- Maturation following adaptation to motherhood: Despite struggles, some mothers described growth and positive transformation. They reported strengthened bonds with partners, increased empathy for their own parents, and newfound confidence in caregiving. Success in meeting challenges fostered self-sufficiency and resilience.

Conclusion: From the perspective of social psychology theories, maternal ambivalence can be interpreted through two complementary frameworks. According to Eagly and Wood's (2012) social role theory, expectations for women and men stem from the historical division of labor. As educational and occupational opportunities expand for women, alternative and competing roles to "being a mother" emerge. This role conflict generates identity tensions and emotional strain, producing guilt ("Am I neglecting my child?") and shame ("Society still expects me to be a full-time mother"). Our findings, showing simultaneous love and worry, align with this framework.

Inglehart and Baker's (2000) modernization paradigm also offers insights. Shifts from collectivism to individualism, and from duty-centered to self-actualization values, reframe motherhood from being the "core of female identity" to one among several pathways of personal growth. For younger generations with greater opportunities for study, work, leisure, and travel, motherhood can be experienced as a "loss of prior freedoms," creating hidden grief for past identities or lifestyles. Together, these frameworks highlight how changing roles, situated within emerging individualistic values, intensify mothers' shame, guilt, and grief. Interventions that focus on reconciling role conflicts and redefining cultural norms may improve the emotional experiences of mothers.

The findings of this study underscore that motherhood is fluid and dual: it can simultaneously provide meaning and joy while also generating distress and anxiety. The idealized image of motherhood may be disrupted from the earliest stages of pregnancy, as women realize that mothering is neither self-evident nor purely instinctual. Prioritizing the newborn's needs often challenges a mother's identity, career, and relationships, while diminished autonomy amplifies grief, loneliness, and shame. Yet with increased skill and confidence in the first months, negative emotions gradually diminish and a new balance emerges, allowing mothers to experience

competence, purpose, and even transcendence. Thus, the emotional quality of motherhood should be understood as a continuum, shaped by how women adapt to ongoing role transitions.

In terms of application, the results point to the importance of sustained psychosocial support. Interventions should not be confined to the immediate postpartum period but extend to later family transitions, such as returning to work or coping with children's developmental changes. Providing workplace flexibility and strengthening decision-making skills can enhance maternal agency and sense of control. Clinical screening tools should also be revised to capture the spectrum of ambivalent emotions rather than focusing solely on postpartum blues or depression. Finally, more realistic portrayals of motherhood in public discourse and media, emphasizing challenges alongside beauty, could reduce shame and guilt, strengthen social support, and ultimately improve mothers' emotional adjustment and family well-being.

Keywords: Motherhood Experience, Positive and Negative Emotions, Idealized Notions, Perinatal Depression

How to cite: Naghash Tabrizi, M. , Azadfallah, P. and Farahani, H. (2025). Exploration of Early Lived Emotions of Mothers in Iranian Families: A Qualitative Study Using a Thematic Analysis Approach. *Journal of Family Research*, 21(4), 1-17. doi: 10.48308/jfr.2025.235604.1751

✉Corresponding Author Email Address: azadfallahparviz@gmail.com



Copyright: © 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the creative commons attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقاله پژوهشی

تجربه زیسته مادران ایرانی در آغاز تجربه مادری؛ یک پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل بن‌مایه

مهسا نقاش تبریزی^۱، پرویز آزاد فلاح^۲، حجت‌اله فراهانی^۳

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۲۱ دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۱۴۰۴/۰۵/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۲۸

DOI: 10.48308/jfr.2025.235604.1751

نکات برجسته:

- شکاف عمیق بین تصویر آرمانی و تقدیس‌شده مادرانگی در جامعه ایران با تجربه واقعی و چالش‌برانگیز مادران در اوایل دوران مادری، منجر به احساساتی چون شرم، گناه، انزوا و سوگ می‌شود.
- عوامل فرهنگی جمع‌گرا و فشارهای هنجاری خانوادگی در ایران، عاملیت و استقلال مادران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به فرزند (مانند شیردهی و تربیت) را محدود کرده و به تشدید تعارضات هیجانی و احساس بی‌کفایتی دامن می‌زند.
- با وجود غلبه تجارب منفی اولیه، فرآیند سازگاری با نقش مادری می‌تواند به رشد شخصی، افزایش کفایت، تقویت روابط زناشویی و درک عمیق‌تر از والدین منجر شود و مادرانگی را به تجربه‌ای سیال و دوسویه (شامل هم رنج و هم معنا) تبدیل کند.

چکیده: در جهان‌بینی‌های کنونی مادرانگی مفهومی عاشقانه و آرمانی توصیف می‌شود. با این حال تجربه واقعی مادران نشان می‌دهد که آنان اغلب آمیزه‌ای از احساسات مختلف را حین گذار به مادری تجربه می‌کنند. این پژوهش با هدف واری‌طیف عواطف تازه‌مادران انجام شد. این مطالعه به صورت کیفی بر روی ۱۳ مادر که تنها یک شیرخوار کمتر از یک‌سال داشتند، صورت گرفت. مصاحبه با استفاده از روش نیمه‌ساختارمند انجام شد. داده‌ها به روش تحلیل بن‌مایه واکاوی شدند. با بررسی مصاحبه‌های مادران، چهار بن‌مایه اصلی منفی (تقابل تجربه زیسته و تصویر آرمانی مادری، فقدان ذاتی مهارت‌های مادرانگی، تقابل نقش مادری با سایر نقش‌ها و عدم عاملیت در رابطه با تصمیم برای خویش و کودک) و یک بن‌مایه مثبت (بالندگی و رشدیافتگی پس از تطابق با نقش مادری) استخراج شد. مادرانی که نتوانستند تصویر ازپیش تعیین‌شده مادری را زندگی کنند، احساساتی همانند شرم و گناه، انزوا و تنهایی، خشم و استیصال را تجربه کردند. این پژوهش ترسیم جدیدی از تجربه‌های فاعلی منفی و مثبت را در مادران ایرانی به بحث می‌گذارد که نه تنها از لحاظ نظری قابل تأمل است، بلکه در سطح کاربردی نیز اهمیت حرکت به سوی سازش‌یافتگی بهنجار و تقابل با بیماری‌انگاری را دوچندان می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: تجربه مادرانگی، عواطف منفی و مثبت، تصویر ایده‌آل، افسردگی پس از زایمان

استناد به این مقاله: نقاش تبریزی، م.، آزادفلاح، پ. و فراهانی، ح. (۱۴۰۴). واکاوی عواطف زیسته آغازین مادر در خانواده ایرانی؛ یک پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل بن‌مایه. خانواده پژوهی، ۲۱(۴)، ۱-۱۷. doi: 10.48308/jfr.2025.235604.1751

مقدمه

در جهان‌بینی‌های کنونی مادرانگی مفهومی عاشقانه، تقدیس‌شده، آرمانی و رؤیایی دارد. مادر در بسیاری از فرهنگ‌ها همچون قدیس پنداشته می‌شود؛ اوست که رنج می‌برد تا فرزند خود را از رنج‌ها مصون بدارد (چوی، هنشاو، بیکر و تری^۱، ۲۰۰۵). در این الگو مادر همواره منشأ احساسات و رفتارهای مثبت تلقی می‌گردد و حق بروز هرگونه هیجان منفی در برابر فرزند از او سلب می‌شود. هرچند این تجسم از مفهوم مادرانگی با تجربه زیسته بسیاری از مادران هم‌خوانی ندارد.

تجربه مادرانگی می‌تواند احساساتی پیچیده مانند خشم نسبت به نوزاد، ترس از انتقاد، عدم تأیید و احساس گناه را به‌هنگام هرگونه انحراف از هنجارهای وضع شده از طرف اجتماع به همراه داشته باشد (ساترلند^۲، ۲۰۱۰). زنان، اغلب ملغمه‌ای از احساسات مختلف را حین گذار به مادری تجربه می‌کنند. احساس گناه، تنهایی و دوسوگرایی در کنار عشق، لذت و ازخودگذشتگی، تعارضاتی را شکل می‌دهد که می‌تواند برای برخی از مادران، مشکل‌آفرین باشد. در صورت وجود شکاف عمیق میان احساسات تجربه‌شده و آرمان‌های مورد انتظار، مادر ممکن است نقاب شخصیتی^۳ جدیدی را برای پنهان داشتن این تباین، بروز دهد (گافمن^۴، ۱۹۹۰). چنان رفتاری می‌تواند سلامت روانی مادر را تهدید کند. ازاین‌جهت برای مادران افشای رنجی که در مراحل ابتدایی مادر شدن تجربه می‌کنند، دشوار است. پاره‌ای از این رنج به‌واسطه شکاف میان تجربه زیسته مادری با مفهوم آرمانی اجتماع و فرهنگ القا می‌گردد (بلکبورن^۵، ۲۰۰۷). فراتر از آن، ماهیت پیچیده این احساسات است؛ مادری که به‌رغم برخورداری از طرحواره قدسی، لاجرم در برابر نوزاد خشمگین می‌گردد و این احساس سبب می‌شود از دریافت کمک و درمیان‌گذاشتن تجاربش امتناع کند. ممکن است این احساس، به منشاء هیجانات منفی و اضطراب بدل شده و بدین‌گونه، شکاف میان انتظار از مادرانگی و تجربه مادری بر سلامت هیجانی و روانی مادران و نوزادان تأثیر می‌گذارد (وارنر^۶، ۲۰۰۶).

نظریات مختلف گستره روان‌تحلیل‌گری بیان‌کننده احساسات متعارض بسیاری از مادران نسبت به نوزاد و تجربه مادری هستند (بالبی^۷، ۱۹۵۸؛ وینی‌کات^۸، ۱۹۸۶). وینی‌کات (۱۹۸۶) مفهوم مادر نسبتاً خوب^۹ را در برابر مادر مطلقاً خوب مطرح می‌کند و معتقد است که خشم و نفرت نسبت به نوزاد، اجتناب‌ناپذیر است و انکار آن کمکی به کودک نمی‌کند. تنها انسجام عشق و نفرت است که عملکرد صحیح مادر را ممکن می‌سازد. مادر باید از تکنه‌های ویرانگرش نسبت به نوزاد آگاه باشد تا بتواند این نفرت را تحمل کند. بااین‌حال، نظریات روان‌تحلیلی کلاسیک عمدتاً رویکردی کودک‌محور دارند و بر رشد کودک متمرکزند. در این چشم‌انداز مادر مورد غفلت واقع‌شده و نقش تجربیات ذهنی او و تأثیر این تجربیات بر رابطه مادر-فرزند، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. گاهی به‌نظر می‌رسد که تمرکز روان‌تحلیل‌گری کلاسیک بر تکامل کودک، تصویر مادر را به‌کلی حذف کرده است.

این گستردگی و پیچیدگی هیجانات و احساسات متناظر با زایمان و مراحل ابتدایی مادری در ساختار روانپزشکی فعلی مورد غفلت قرار گرفته است. اکثر پژوهش‌های روان‌شناختی از دریچه الگوی روانپزشکی و با تمرکز بر افسردگی پس از زایمان به این مقوله پرداخته‌اند و کاوش هیجانات و رای افسردگی مهجور مانده‌است (راپلی، مونکریف و دیلن^{۱۰}، ۲۰۱۱). تقسیم‌بندی احساسات مادر در مقوله‌های هنجار یا طبیعی و ناهنجار یا بیمارگونه تنها تقلیل صورت مساله است و کمکی به شناخت دقیق عواطف مادران نمی‌کند. از سویی دیگر

چنین صورت‌بندی‌هایی گرچه در مواردی همچون پژوهش بسیار کاربردیست، اما در مواجهه با مادری که به یاری جویی برآمده، کمک کننده نیست. رویکرد طبیی همچنین موجب تضعیف راه‌های عرفی سازگاری با مسائل، مخدوش کردن مسئولیت‌پذیری و حذف فردی‌نگری از مسائل می‌شود (احمدپور، یوسفی و علوی^{۱۱}، ۱۴۰۲). نقش عوامل فرهنگی در ایجاد احساسات متعارض و نیز نحوه بروز آنها اساسی است. در فرهنگ‌هایی که تصویر مادر آرمانی‌تر و قدیس‌مآبانه‌تر است، مادران با احساسات متناقض و یا منفی کمتر امکان بروز احساسات خود را می‌یابند و این به‌نوبه خود موجب پیچیده‌تر شدن یا تشدید عواطفی از این‌دست می‌گردد. علاوه‌براین فرهنگ‌های جمع‌گرا ممکن است به‌سبب تحمیل عمیق‌تر کلیشه‌های جنسیتی مانند نقش مادری، مادران را بیشتر مستعد تجارب منفی همانند شرم سازند (فسلر^{۱۲}، ۲۰۰۴). براین‌اساس، پرداختن به احساسات منفی مادران در بستر فرهنگ‌های مختلف، حائز اهمیت است. در این مقاله تلاش شده است که مولفه‌های مادرانگی با تاکید بر عواطف منفی در فرهنگ ایرانی مورد واریسی قرارگیرد.

روش

این پژوهش به صورت کیفی انجام شد. روش تحقیق کیفی برای پژوهش حاضر که هدف آن درک عمیق‌تر بن‌مایه‌های والدگری در مادران ایرانی و بررسی نقش آن‌ها در روابط والدین و فرزندان است، مناسب‌ترین روش به نظر می‌رسد. این مطالعه، به دنبال روابط علی نبوده و بر تجربیات زیسته مادران، تمرکز داشته است. در پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد تحلیل بن‌مایه، بن‌مایه‌های مادرانگی مادران ایرانی مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر مادرانی بودند که تنها یک فرزند شیرخوار کمتر از ۱۲ ماه داشتند. نمونه‌گیری در روش کیفی اندیشه‌نگارانه، در حین روند پژوهش انجام می‌شود و تعداد نمونه از ابتدای تحقیق مشخص نبوده و به داده‌های کسب‌شده و تجزیه و تحلیل آنها بستگی دارد. در این پژوهش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام گرفت و مادرانی که مادرانگی را چالش‌برانگیز و از لحاظ روانی تنش‌زا یافته بودند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. بعد از مصاحبه با ۱۰ مادر و دریافت تجربیات آنان و کدگذاری متن‌ها، کدها تکرار شدند و کد جدیدی یافت نشد؛ بااین‌حال مصاحبه با ۳ مادر دیگر نیز انجام شد و در مجموع ۱۳ مادر وارد مطالعه شدند. ملاک ورود به پژوهش داشتن یک فرزند کمتر از ۱۲ ماه بود. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن فرزند قبلی، سابقه بیماری روانی جدی قبلی، بارداری پیچیده شامل ابتلا به عوارض جدی بارداری نیازمند بستری و بارداری چندقلویی و عدم دستیابی به ارتباط موثر با مصاحبه‌شونده در جریان مصاحبه بود.

مصاحبه‌ها به صورت عمیق و نیمه‌ساختاریافته انجام شد. بررسی پیشینه پژوهشی مرتبط نشان داد که مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، بهترین روش برای شناسایی تجارب منحصربه‌فرد مادران است (گیسون^{۱۳}، ۱۹۹۸). مصاحبه نیمه‌ساختاریافته یک رویکرد جمع‌آوری داده است که از ترکیبی از سوالات بسته و باز استفاده می‌کند و اغلب، همراه با سوالات روشن‌گر چرا یا چگونه است. محور سؤال‌ها در مورد احساسات و تفکر مادری شامل تفکر و احساس فرد از نحوه برخورد جامعه و اطرافیان با پدیده مادری، انتظارات فرد از مادری پیش از تولد فرزند و پس از آن، احساس شرم و گناه، احساسات فرد درباره کودک و مسائل مشابه بودند. هر مصاحبه بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. با توجه به شرایط همه‌گیری کرونا مصاحبه‌ها به صورت تصویری برخط انجام گرفت. تمامی مصاحبه‌ها در سال ۱۳۹۹ صورت گرفت.

برای ارزیابی مصاحبه‌ها از روش تحلیل بن‌مایه استفاده شد. تحلیل بن‌مایه روشی برای تحلیل داده‌های کیفی است که بر شناسایی الگوی معنایی در یک مجموعه داده تمرکز دارد. این تحلیل، فرایند شناسایی الگوها یا بن‌مایه‌های اصلی و فرعی (تم‌ها) در بطن داده‌های کیفی است. به‌منظور تحلیل بن‌مایه‌ها در این پژوهش از چارچوب شش مرحله‌ای براون و کلارک^{۱۴} (۲۰۰۶) پیروی شده است. این مراحل شامل آشنایی با داده‌ها، استخراج کدهای اولیه و کدگذاری، جستجوی بن‌مایه‌ها، ترسیم شبکه بن‌مایه‌ها، تحلیل شبکه بن‌مایه‌ها و تهیه گزارش است. به‌منظور شفاف‌سازی جایگاه پژوهشگران و ارتقای اعتمادپذیری داده‌ها، نویسندگان اول (روان‌درمانگر با ۸ سال تجربه کار بالینی) و نویسندگان مسئول (استاد تمام روانشناسی) پیش‌فرض‌ها و سوابق شخصی خود را پیش از آغاز مطالعه ثبت و در طول فرایند بازنگری کردند. کدگذاری همه مصاحبه‌ها توسط نویسندگان اول انجام و در یک سوم موارد به‌طور مستقل توسط دو پژوهشگر انجام و اختلاف نظرها در جلسه حل شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از آگاه‌کردن و جلب رضایت کامل مادران، از آن‌ها خواسته شد تا رضایت‌نامه کتبی از پیش تنظیم‌شده‌ای را تکمیل و امضا کنند. علاوه‌براین در تمامی روند مکتوب کردن مصاحبه‌ها و نیز نگارش گزارش آن‌ها، از نام‌های مستعار برای اشاره به شرکت‌کنندگان و فرزندان آن‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران مورد مصاحبه شامل سن، تحصیلات، شغل، جنسیت فرزند، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری در جدول ۱ آورده شده‌است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش

نام مستعار	سن	تحصیلات	شغل	فرزند	نوع بارداری
۱ ویدا	۲۸	کارشناسی ارشد	معلم	پسر	ناخواسته
۲ نازنین	۳۳	کارشناسی	کارشناس فروش	پسر	ناخواسته
۳ یاسمن	۳۷	دکتری	متخصص داده	پسر	ناخواسته
۴ بهاره	۲۵	دکتری	پزشک متخصص	پسر	خواسته
۵ تارا	۳۰	کارشناسی	کارشناس فروش سابق	پسر	ناخواسته
۶ یکتا	۳۲	دکتری	داروساز	پسر	خواسته
۷ صدف	۳۱	کارشناسی ارشد	مهندس ناظر	دختر	خواسته
۸ شیرین	۳۱	کارشناسی	حسابدار	پسر	ناخواسته
۹ قاصدک	۳۳	کارشناسی ارشد	داده‌پرداز	دختر	خواسته
۱۰ لیلا	۲۹	کارشناسی ارشد	معلم	پسر	ناخواسته
۱۱ بیتا	۳۵	کارشناسی ارشد	کارشناس بورس	پسر	خواسته
۱۲ فائزه	۲۵	کارشناسی	خانه‌دار	دختر	خواسته
۱۳ لادن	۳۲	کارشناسی	طراح لباس	دختر	خواسته

تحلیل داده‌ها در قالب کدگذاری‌های اولیه مصاحبه‌ها، دسته‌بندی آن‌ها به مفاهیم اولیه، بن‌مایه‌های فرعی و در نهایت بن‌مایه‌های اصلی صورت گرفت. بن‌مایه‌های منفی استخراج شده شامل تقابل تجربه زیسته و تصویر آرمانی مادری، فقدان ذاتی مهارت‌های مادرانگی، تقابل نقش مادری با سایر نقش‌ها و عدم عاملیت در رابطه

با تصمیم برای خویش و کودک بودند. بن‌مایه مثبت بالندگی و رشدیافتگی پس از تطابق با نقش مادری نیز شناسایی شد. بن‌مایه‌های اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است.

تقابل تجربه زیسته و تصویر آرمانی مادری

اولین بن‌مایه شناسایی شده، تقابل تجربه زیسته و تصویر آرمانی مادری بود. این بن‌مایه شامل باور نادرست به مادری به‌مثابه امری تماماً خوشایند و ناتوانی در محقق ساختن تصویر آرمانی مادر کامل بود. باور به مادری به‌مثابه امری تماماً خوشایند در ابتدا با احساس منفی به نوزاد و تجربه احساس شرم و گناه خدشه‌دار می‌شود. اولین ضربه می‌تواند در مواجهه نخستین مادر و نوزاد شکل گیرد. مادری که با تصویر رویایی نوزاد خود در دوران بارداری زیسته است، ممکن است تصویر حقیقی فرزند خود را نپذیرد: «... لحظه اولی که دیدمش به نظرم خیلی زشت بود. گفتم چرا اینقد زشته، چرا اینقد لاغره. این بچه من نیست، اشتباه شده. اولش حس بیگانگی داشتم باهاش، برام عجیب بود. روزهای اول خیلی سخت بود» (صدف). دشواری فزاینده با درک ناتوانی در به اشتراک گذاشتن و ترس از بی‌اعتبار دانسته‌شدن احساسات منفی ایجاد می‌شود. شرم عمیق مادر از تجربه عواطف منفی، مانع به اشتراک گذاشتن این عواطف با خانواده و اطرافیان می‌گردد؛ از سویی دیگر، حتی در صورت بیان چنین عواطفی، بازخورد یاری‌گری از اطرافیان دریافت نمی‌شود: «من چند باری که با مامان‌های سن بالاتر جمع، صحبت کردم، همه‌شون فاز مقایسه‌ای و اینکه مگه چیه؟ ما هم خیلی سختی کشیدیم، داشتند و خب اصلاً دیالوگ واقعی، عملاً شکل نگرفت» (لیلا).

جدول ۲: بن‌مایه‌های اصلی و فرعی شناسایی شده در تازه‌مادران

بن‌مایه اصلی	بن‌مایه فرعی	مفاهیم اصلی
تقابل تجربه زیسته و تصویر آرمانی مادری	باور نادرست به مادری به‌مثابه امری تماماً خوشایند	احساس منفی به نوزاد و تجربه احساس شرم و گناه ناتوانی در به اشتراک گذاشتن و بی‌اعتبارسازی احساسات منفی
	ناتوانی در محقق ساختن تصویر آرمانی مادر کامل	انتظار زایمانی بی‌نقص و انکار مشکلات جسمانی زایمان عدم تاب‌آوری در تقابل با محدودیت‌های فیزیکی عدم تاب‌آوری محدودیت ظرفیت روانی بیش‌برآورد نقش مادری و ناززنده‌سازی خویشتن
	عدم کفایت در زمینه وظایف از پیش تعریف‌شده مادری	عدم توانایی برآوردن خواسته‌های نخستین نوزاد «حمایت» خانواده‌ها و دامن‌زدن به عدم کفایت
فقدان ذاتی مهارت‌های مادرانگی	دشواری وظایف مادری و سهل انگاشتن آن	سهل انگاشته‌شدن وظایف مادری از جانب همسر و اطرافیان عدم تطابق وظایف مادری با تصور پیشین مادر
	هویت مستقل ازدست‌رفته	تغییرات فیزیکی حین بارداری و پس از آن و تأثیر بر هویت و عملکرد تغییرات هویتی در زمینه شغلی و توسعه فردی
تقابل نقش مادری با سایر نقش‌ها	تحت‌تأثیر قرارگرفتن نحوه روابط پیشین	تغییرات هویت در درک خویشتن تأثیر حضور نوزاد بر رابطه با همسر تأثیر حضور نوزاد بر رابطه با دوستان
	عدم توازن نقش پدری و مادری	عدم توازن نقش والدین در تصمیم‌گیری برای بارداری

بن‌مایه اصلی	بن‌مایه فرعی	مفاهیم اصلی
		عدم توازن مسئولیت والدین در دوران بارداری و پس از تولد نوزاد
عدم عاملیت در رابطه با تصمیم برای خویش و کودک	عدم عاملیت در شیردهی و تصمیمات رشدی	عدم عاملیت در انتخاب شیردهی
	عدم عاملیت مادر و تعارض فرهنگ‌ها	عدم عاملیت در شیوه ی تربیتی
		تعارض مذهبی مادر و خانواده
		تعارض فرهنگی مادر و خانواده
بالندگی و رشدیافتگی پس از تطابق با نقش مادری	موهبت و معنادهی توانمندی	ناباوری مثبت
		تجارب مثبت جدید میان زوجین
		کفایت
		رشد فردی
	تعالی	پذیرش نقص والدین

عدم تاب‌آوری در مقابل محدودیت‌های فیزیکی خویش، ناتوانی مادر در محقق ساختن تصویر آرمانی مادر کامل را آشکار می‌سازد. کمال‌گرایی مادر در پرورش جنینی بی‌نقص و تشویش او از ترس رساندن آسیب ناخواسته به جنین از دوران بارداری آغاز می‌شود: «به‌محض مثبت‌شدن آزمایشم، از کارم/استعفا دادم. به‌خاطر تجربه سقط قبلی، خیلی می‌ترسیدم و مراقب بودم» (شیرین). مادر در لحظات بسیاری در قبال شیرخوار خود احساس بی‌حوصلگی می‌کند: «من خودم به‌خاطر اتفاقات دور و برم، کم می‌رسیدم به بچه‌ام؛ خیلی حال و حوصله نداشتم و خودم رو مقصر میدونم ...» (بینا). مادر نیز همانند هر انسان دیگری ظرفیت روانی محدودی دارد؛ اما واکنش او به هر دوی این محدودیت‌ها تجربه استیصال و احساس گناه است. بیش‌برآورد نقش مادری و ناززنده‌سازی خویشتن در صورت هرگونه انحراف از سرمشق ایده‌آل، ضربه‌ای دیگر به تصویر مادر آرمانیست: «من تا دو سال و نیمگی، قصد ندارم به کار برگردم. چون فک می‌کنم زودتر از اون سن، مهدکودک گذاشتن بچه، بهش آسیب می‌رسونه» (بهاره). مادران کمال‌گرا در معرض احساس گناه و ناززنده‌سازی خویشتن در صورت انحراف از نقش مادر تمام و کمال هستند.

فقدان ذاتی مهارت‌های مادرانگی

فقدان ذاتی مهارت‌های مادرانگی بن‌مایه دوم استخراج شده بود. عدم کفایت در زمینه وظایف از پیش تعریف‌شده مادری در ابتدا با عدم توانایی مادر در برآورد نیازهای نخستین نوزاد بروز می‌یابد؛ حتی وظایفی چون شیردهی که برای مادر بدیهی به نظر می‌رسند نیز آسان نیستند: «بلد نبودم پوشک بچه رو عوض کنم، بلد نبودم حتی بغلش کنم، بلد نبودم لباسشو عوض کنم، اینا/ادیتم می‌کرد» (شیرین). چنین تجربه‌ای موجب برانگیختن احساس بی‌کفایتی و تشویش مادر می‌گردد. «حمایت خانواده‌ها» در این برهه احساس بی‌کفایتی مادر را تشدید می‌کند: «دخترم که به دنیا اومد، ناخن‌هاش بلند بود. مادرشوهرم اومد دید روی صورتش، خش افتاده. گفت کاش حواست بود دستکش، دستش می‌کردی. من ساعت‌ها به‌خاطر این جمله، گریه کردم» (قاصدک). مادر در این موقعیت ممکن است کاملاً وابسته به خانواده شده و یا دچار انزوا گردد ولی در هر دو صورت مادرانگی خویش را ناززنده می‌یابد.

بدیهی دانسته شدن مادری موجب سهل انگاشته شدن وظایف مادرانه از جانب همسر و اطرافیان می‌گردد. دشواری این وظایف در تعارض با سهل انگاشته شدن از جانب سایرین موجب برانگیخته شدن احساس استیصال

در مادر می‌گردد: «شوهرم، همیشه حق به جانب رفتار می‌کنه. می‌گه من کارم زیاده، ۱۳ ساعت بیرون از خونه‌ام؛ شب که برمی‌گردم، خستم و نمی‌تونم کار کنم، تو توی خونه بودی و کارت، راحت‌تر بوده...» (یکتا). مادر ناتوان از به اشتراک‌گذاری این دشواری، انزوا را تجربه خواهد کرد. با این حال سهل دانسته‌شدن وظایف مادری تنها از جانب اطرافیان نیست؛ بلکه با تصور پیشین مادر از وظایف مادری نیز تطابق ندارد: «همیشه راحت‌ترین کارها رو با خیال راحت، انجام بدم. از وقتی هومن اومده، حتی یه سرویس بهداشتی با خیال راحت نرفتم. تصورم از مادر شدن، خیلی آسون‌تر از چیزی بود که الان هست. همیشه فک می‌کردم یه کار ساده است» (تارا). هیچ امکانی برای فاصله گرفتن مادر از نقش خویش برای مدتی وجود ندارد و این موضوع موجب استیصال و درماندگی مادر می‌گردد.

تقابل نقش مادری با سایر نقش‌ها

تقابل نقش مادری با سایر نقش‌ها بن‌مایه سوم شناسایی شده بود که خود شامل زیربن‌مایه‌های هویت مستقل ازدست‌رفته، تحت‌تأثیر قرارگرفتن نحوه روابط پیشین و عدم توازن نقش پدری و مادری بود. از دست رفتن هویت مستقل مادر با تغییرات ظاهری مادر در حین حاملگی آغاز می‌گردد. این تغییرات از جهات مختلف بر مادر اثر می‌گذارد؛ محدودیت‌های جسمانی از جمله محدودیت در رابطه جنسی بر عملکرد مادر و روابط او با همسر تأثیر می‌گذارند: «تا چهارماهگی با شوهرم طبق نظر دکتر زنان، رابطه نداشتم. همین باعث چالش با شوهرم شده بود» (تارا). علاوه‌براین برخی مادران ممکن است احساس از دست رفتن حریم شخصی خویش را با تصویر جدید خویش در چشم دیگران داشته باشند: «اوایل بارداری به باشگاه رفتم/ ادا می‌دادم. خانم‌های مسن‌تر تو باشگاه بهم می‌گفتن که ما تن و بدنمون می‌لرزه تو ورزش می‌کنی. اون بچه یه لخته خونه، جاش سفت نیست» (بی‌تا).

تغییر هویتی مادر با تغییرات شغلی او تشدید می‌گردد؛ برخی مادران فرصت پیشرفت و توسعه فردی خویش را از دست رفته می‌بینند: «کاش دیرتر اتفاق می‌افتاد یا اصلاً اتفاق نمی‌افتاد. بیشتر احساس می‌کنم مجبور شدم خودم رو وقف کس دیگه بکنم. هیچ رشد و پیشرفتی برای من نیست» (ویدا). تجربه احساس حسرت و سوگ واکنش اصلی مادران به فرصت‌های ازدست‌رفته و تجربه‌های نزیسته است. تغییر در درک مادر نسبت به هویت خویش علاوه بر تغییرات جسمانی و شغلی ریشه در درک درونی از مادرانگی و فشار اطرافیان نیز دارد: «هن از زمانی که مادر شدم و حتی قبل ترش در دوران بارداری، همیشه و همیشه از جانب اطرافیان در وهله اول، پسر و وضعیتش مهم بوده و این مدت، کمتر کسی منو دیده یا مستقیماً جویای احوال خودم شده» (لیلا). اولویت دادن به نوزاد موجب تحت‌تأثیر قرار گرفتن روابط پیشین نیز می‌گردد. حضور نوزاد روابط مادر و همسرش را به جد متأثر می‌کند. ارتباط جنسی و فرصت گذراندن زمان با یکدیگر به شدت کاهش می‌یابد. «با اومدن بچه، ما خیلی از هم دور شدیم. گه‌گذاری دلم می‌خواست برگردیم به دوران دوستیمون. چقد خوش می‌گذشت اون وقت‌ها. رابطه جنسی هم تا مدت‌ها نداشتیم» (شیرین). توصیف اغلب زوجین از این تغییر سوگوارانه است. همچنین حضور نوزاد روابط مادر با دوستان خویش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زوج‌های بچه‌دار، به‌سختی می‌توانند با زوج‌های بدون بچه به‌خوبی در تعامل باشند: «قرارهای صبحونه هفتگی با دوستانم رو از سرگرفتم. ولی هربار که پسرم گریه می‌کرد و طول می‌کشید تا آرامش کنم، احساس معذب بودن داشتم...»

بعدش، دیگه بی‌خیالش شدم.» (بهاره). از دست دادن روابط قبلی موجب تنهایی و انزوا در عین حال حسرت و سوگ می‌گردد.

اولویت به نوزاد در عدم توازن نقش والدینی نیز بروز می‌یابد. عدم توازن نقش والدین از تصمیم‌گیری برای بارداری آغاز می‌گردد. فشار زیستی مشخصی برای پذیرفتن نقش مادری وجود دارد: «من همیشه به بچه داشتن فک می‌کردم، اما از نظر منطقی هیچ‌وقت خودمون رو در شرایط کاملاً مناسب نمی‌دیدم، اما فشار اینکه سنم داره بالا می‌ره رو حس می‌کردم» (یاسمن). محدودیت باروری برای مادر در برخی مادران موجب برانگیختن خشم می‌گردد. در صورت بروز بارداری ناخواسته یا تصمیم برای سقط، فشار بر روی مادر بسیار بیشتر است. عدم توازن مسئولیت والدین در دوران بارداری و پس از تولد نوزاد نیز ادامه می‌یابد: «برای اون که اصلاً سخت نمی‌گذره، نه مشارکتی می‌کنه نه همراهی. تو بارداریم حتی ماه‌های آخر که سنگین بودم حاضر نبود تو کار خونه کمک کنه» (صدف). برخی از عدم توازن مسئولیت والدینی شامل شیردهی غیرقابل تغییر است؛ اما برخی دیگر تحت تاثیر کلیشه‌های جنسی نقش والدینی هستند: «پدرش دقیقاً مثل یه مهمون رفتار می‌کنه... یکی دو ساعت حوصله بازی داره، ولی بعدش دیگه توقع داره بچه بره بخوابه و به خودمون برسیم» (صدف). عدم توازن نقش والدین موجب خشمی می‌گردد که ابژه آن عمدتاً همسر است.

عدم عاملیت در رابطه با تصمیم برای کودک

عدم عاملیت در رابطه با تصمیم برای کودک عمدتاً به واسطهٔ باورها و تعارضات فرهنگی شکل می‌گیرد. عدم عاملیت نخست با تصمیم برای شیردهی یا ادامهٔ آن بروز می‌یابد. این تصمیم عمدتاً تحت تاثیر اطرافیان قرار می‌گیرد: «مامانم می‌گفت ۲ سال بهت شیر دادم، باید به بچت شیر بدی تا ۲ سال... پروسه از شیر گرفتن، ۴ تا ۵ ماه، طول کشید. به خاطر مقاومت مامانم بود؛ بهم احساس گناه می‌داد.» (شیرین). در صورت تصمیم برای عدم شیردهی مادر با احساس گناه مواجه خواهد شد. عدم عاملیت مادر با تصمیمات تربیتی ادامه می‌یابد. حتی عملی مانند در آغوش کشیدن نوزاد ممکن است با واکنش و اظهار نظر اطرافیان همراه گردد: «بقیه بهم می‌گفتن که چقد بچه تو بغلته. اینقد بغلش نکن در دسر میشه برات. من اوایل از روی احترام فقط سکوت می‌کردم، ولی الان می‌گم این روش منه...» (فائزه). واکنش مادر در این موارد ممکن است خشم یا خستگی روانی باشد.

عدم عاملیت مادر در شرایط تعارض فرهنگی تشدید می‌یابد: «دوست نداشتم با فرهنگ اونا بزرگ شه... به بچه‌ای که هنوز شش ماهش نشده، غذا می‌دادن» (لادن). تعارضات خرده‌فرهنگ‌ها و نیز تعارضات مذهبی در صورتی که عاملیت مادر را تهدید کنند، موجب بروز خشم می‌گردند.

بالندگی و رشدیافتگی پس از تطابق با نقش مادری

بالندگی و رشدیافتگی پس از تطابق با نقش مادری از راه می‌رسد. در صورتی که دشواری بارداری کمتر از میزان مورد انتظار باشد، ناباوری مثبتی در مادر شکل می‌گیرد. ناباوری مثبت به تجربهٔ مادری به عنوان موهبت و معناداری نگریسته می‌شود: «اره. همسرم خدا/بیش واقعاً خیلی کمکم بود. تو دوران بارداری که البته حالا خودم تو دوران بارداری واقعاً اونجوری نبودم که بخوام افتاده بشم و نیاز به کسی داشته باشم» (یکتا). رابطهٔ احساسی جدید با همسر نیز ممکن است شکل بگیرد: «هنوزم که هنوز هر وقت فیلم زایمان من رو می‌بینیم،

دوتایی اشک می‌ریزم. خیلی تحت‌تأثیر قرار گرفتیم، یعنی اصلاً به نقطه خاصی هست تو زندگی‌مون، زایمان طبیعی من» (ویدا).

موفقیت در برآوردن نیازهای نوزاد به تدریج موجب برانگیختن احساس کفایت در مادر می‌گردد که توانمندی را در مادر تقویت می‌کند: «از اینکه حواسم خیلی بهش هست خوشحالم. یکی دو بار شده ما خواب بودیم پسر من تو خواب بالا آورد، من بلافاصله فهمیدم؛ یعنی به ثانیه نکشید بغلش کردم» (قاصدک). توانمندی مادر همچنین در خودبستگی عاطفی او نیز بروز می‌یابد: «کم‌کم دارم یاد می‌گیرم در مواقعی که بهم فشار میاد چه‌طور از اون فشار خودم رو رها کنم، چه‌طور از اطرافیانم کمک بخوام... چه‌طور حواسم باشه تا قبل از رسیدن به نقطه بحرانی، راهی برای مدیریت اون فشار پیدا کنم» (بهاره). پذیرش نقایص والدین موجب تعالی مادر می‌گردد. تازه‌مادر از دل تجربه خویش با مادر خود همزاد پنداری می‌کند و کاستی‌های او را می‌پذیرد. «ارتباط من رو با پدر و مادرم وارد مرحله جدیدی کردم، بهشون نزدیک‌تر شدم و خیلی خاطرات کودکی و قضاوت‌ها و بی‌توجهی‌هایی که دوطرفه بینمون وجود داشت رو تونستم بهتر ببینم و درک کنم و سعی کنم ارتباط من با فرزندم بهتر باشه» (لیلا).

بحث و تفسیر

پژوهش حاضر با هدف واریسی بن‌مایه‌های تجربه مادری در تازه‌مادران ایرانی انجام شد. شرکت‌کنندگان مادرانی بودند که تنها یک شیرخوار کمتر از یک‌سال داشتند. با بررسی مصاحبه‌های انجام شده، ۵ بن‌مایه اصلی (شامل تقابل تجربه زیسته و تصویر آرمانی مادری، فقدان ذاتی مهارت‌های مادرانگی، تقابل نقش مادری با سایر نقش‌ها، عدم عاملیت در رابطه با تصمیم برای خویش و کودک و درنهایت بالندگی و رشدیافتگی پس از تطابق با نقش مادری) و ۱۲ بن‌مایه فرعی شناسایی شد.

سوگ یک احساس کلیدی در بررسی بن‌مایه‌های منفی در این مطالعه بود که به ویژه در بن‌مایه تقابل نقش مادری با سایر نقش‌ها برانگیخته می‌شد. یکی از ابژه‌های سوگ ازدست‌رفتن رابطه با همسر است. رابطه با همسر پس از تولد نوزاد، به جد آسیب می‌بیند و مادر، ممکن است عمیقاً داغدار این فقدان شود. داغداری در زمینه ازدست‌رفتن روابط، دایره دوستان را نیز دربرمی‌گیرد. در بسیاری از موارد، مادران و یا زوجین نمی‌توانند روابط پیشین خود را با دوستان حفظ کنند؛ حضور با شیرخوار در جمع دوستان مادر را معذب می‌کند. از دست رفتن روابط با دوستان نه تنها موجب تنهایی و انزوا می‌گردد، بلکه موجب برانگیختن حس حسرت و درنهایت سوگ نیز می‌شود. سوگ در رابطه با از دست رفتن فرصت‌های توسعه فردی و شغلی یکی دیگر از مصادیق بسیار جدی حسرت و در نهایت سوگ در مادران است. این موضوع به‌خصوص در مادرانی که در ابتدای مسیر رشد فردی خود قرار دارند، جدی‌تر است. دسته دیگر از مادران آسیب‌پذیر در این زمینه، مادران با بارداری ناخواسته هستند. مادرانی که برای بارداری خویش برنامه‌ریزی کرده‌اند و ثبات قابل قبولی در تحصیل و شغل خود داشته‌اند، کمتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند. برخی مادران تصور می‌کنند که دیگر فرصتی برای پیشرفت آنان نیست و از این پس تنها نوزاد است که اهمیت دارد. مصداق دیگر سوگ، ازدست‌رفتن بدن آرمانی است. تغییرات فیزیکی مادر از دوران بارداری آغاز می‌شود و با وجود زایمان نیز ادامه می‌یابد. بسیاری از مادران ذکر کرده‌اند که تصور می‌کنند هیچ‌گاه به فرم بدنی پیش از بارداری بازمی‌گردند. بیش و پیش از تمامی این مصادیق سوگ ذکر شده، سوگ ازدست‌رفتن هویت شخصی قرار دارد. نوزاد خود را در مقام و هویت

مادر قرار می‌دهد، لاجرم، دیگر نقش‌های هویتی، سراسر رنگ می‌بازد. نقش مادری بر تمامی ابعاد هویت فردی استیلا می‌یابد. ممکن است به تدریج هویت فردی در مقابل نقش مادری به فراموشی سپرده شود. بیش از چهل سال از مطالعه جامعه‌شناختی تأثیرگذار اوکلی^{۱۵} (۱۹۸۰) در مورد تولد فرزند می‌گذرد که در آن او استدلال کرد که تغییر در خود، به ویژه از دست دادن نقش‌های شغلی و روابط قبلی با شریک زندگی، می‌تواند شبیه به نوعی سوگ باشد. ما در این پژوهش این یافته‌ها را تایید کردیم.

شرم هیجانی مبتنی بر خودارزیایی است که در آن ارزش کلی فرد به عنوان یک شخص مورد قضاوت قرار می‌گیرد؛ در صورتی که گناه صرفاً ناشی از سرزنش از رفتار فرد است (تانگنی^{۱۶}، ۲۰۰۲). براین اساس از آنجایی که شرم احساس قوی از ناکارآمدی را به وجود می‌آورد در مقایسه با گناه جدی تر تلقی می‌شود. در مطالعه ما هر دو احساس گناه و شرم در مادران وجود داشت. مهم‌ترین عامل احساس شرم، ادراک احساس منفی نسبت به نوزاد و شیرخوار در مادران بود. به دلایل مختلف مادر ممکن است به شیرخوار خود احساس منفی پیدا کند. مشکلات با خانواده همسر، مسائل اقتصادی که مادر را وادار به بازگشت سریع به کار خود می‌کنند و مشکلات پزشکی و سلامتی قبل و حین بارداری همگی می‌توانند در ایجاد احساس منفی نقش داشته باشند. باین‌حال، مادر نمی‌تواند عواطف منفی خود را به رسمیت بشناسد.

به نظر می‌رسد که مادران جوامع جمع‌گرا همانند کشور ما در برابر انگاره شرم آسیب‌پذیرتر هستند. علاوه‌براین، در میزان شدت و بسامد تجربیات شرم و گناه، تمایز میان این دو و نیز نوع موقعیت‌هایی که این دو هیجان برانگیخته می‌شوند در فرهنگ‌های مختلف تفاوت‌هایی وجود دارد. (پیش قدم، فیروزیان پوراصفهانی و فیروزیان پوراصفهانی^{۱۷}، ۱۳۹۹). محققان بر اساس این که در یک جامعه کدام یک از این دو نوع هیجان حاکمیت قوی‌تری دارد، فرهنگ‌ها را به دو دسته شرم محور و گناه محور تقسیم کرده‌اند. مطالعه پیش‌قدم و همکاران (۱۳۹۹) در کشورمان نشان داده‌است که تعدد صورت‌های زبانی مربوط به هیجان شرم در زبان فارسی به مراتب بسیار بیشتر از قطعات زبانی مرتبط با هیجان گناه است.

شرم، گاهی با ابتلا به افسردگی نیز همبود است. برخی پژوهش‌ها نشان از پیوند میان حس شرم با ابتلا به افسردگی پس از زایمان دارند (دانفورد و گرنگر^{۱۸}، ۲۰۱۷). از سویی دیگر مادر شرمگین می‌تواند به شدت بر روی عملکرد فرزند خود موثر باشد. خود انتقادی بالا در مادر شرمگین مانع فراهم کردن شرایط باثباتی برای درگیر کردن فرزند در فعالیت‌های شناختی، اجتماعی و هیجانی می‌شود (فرقدانی^{۱۹}، ۱۳۹۷).

احساس ناراضی از عملکرد خویش به عنوان مادر موجب بروز احساس گناه در مادران می‌شود. بیش‌برآورد نقش مادری تأثیر عمده‌ای در ایجاد این احساس گناه در مادر دارد: مادر تصور می‌کند در تمامی جنبه‌های آینده زندگی فرزند خویش نقش اساسی دارد و تنها مادر است که تعیین می‌کند فرزند چگونه نمو خواهد یافت. از سویی دیگر مادران آماج الگوهای «مادر آرمانی» هستند که در رسانه‌ها دست‌به‌دست می‌شوند (جانستون و سوانسون^{۲۰}، ۲۰۰۳). مادری که نمی‌تواند محدودیت ظرفیت روانی خویش را درک کند نیز درگیر احساس گناه خواهد شد. مادران شاغل به‌طور خاص با این احساس گناه دست در گریبان هستند. یک مطالعه بین فرهنگی انجام شده در کشورهای سوئد، آلمان، ایتالیا و آمریکا نشان داد که گرچه احساس گناه در تمامی این فرهنگ‌ها وجود دارد اما با فراهم کردن زمان بیشتری برای مادران خارج از محل کار و تشویق پدران به انجام بیشتر کارهای مراقبتی تعدیل می‌گردد (کالینز^{۲۱}، ۲۰۲۱).

در تفکر روانشناختی، تنهایی معمولاً به معنای تجربه ذهنی از انزوای اجتماعی تفسیر می‌شود که در آن پشتیبانی اجتماعی وجود ندارد (ویس^{۲۲}، ۱۹۷۳). بنابراین، غیرقابل انتظار نیست که برخی از مادران تنهایی را تجربه کنند؛ از دست دادن دوستان پیشین یکی از عوامل ایجاد این انزواست. با این حال احساس تنهایی و انزوای مادر تنها محدود به تنهایی اجتماعی ناشی از محدود شدن روابط نیست. عوامل دیگری که نیز به انزوای او دامن می‌زنند، شامل انحراف‌های درک شده از «معیارهای» اجتماعی و اختلاف مشاهده شده بین نمایش‌های آرمانی و واقعی از مادری هستند که هر دوی این موارد توسط مادران مورد مطالعه شناسایی شده‌اند. مادری که نمی‌تواند انحراف درک شده خویش را با همسر یا اطرافیان به اشتراک بگذارد شدیداً احساس تنهایی می‌کند. به بیانی دیگر، ترس از نامعتبر دانستن احساس منفی در صحبت با دیگران، می‌تواند موجب انزوای مادر گردد (تایلور و همکاران^{۲۳}، ۲۰۲۱). یک مطالعه کیفی کوچک روی تازه مادران در بریتانیا نیز یافته‌های مشابهی را نشان داده‌است. در این مطالعه تمامی مادران در گذار به مادری احساس تنهایی کرده‌اند؛ آنها احساس تنهایی خود را به مقایسه‌های نامطلوب با هنجارهای ادراک شده مادری، کاهش تماس اجتماعی، و فقدان همدلی از طرف شریک زندگی و سایر مادران مرتبط دانستند (لی، واسیلو و بارنت^{۲۴}، ۲۰۱۹).

رشدیافتگی و تعالی پس از پذیرفتن نقش مادری را می‌توان از جهات مختلفی نگریست. مادر از دل تجربه خود در برابر کاستی‌های والدین پذیرا تر می‌شود. مشاهده رابطه نوزاد خود با خویشتن نوعی قدردانی نسبت به مادر را در فرد ایجاد می‌کند. تازه‌مادر نکات مثبت ارتباط با مادر خویش را برجسته‌تر می‌بیند. از سویی دیگر دیدن نقص‌های مادر خویش به پذیرش نقص‌های خویش می‌انجامد و التیامی بر زخم‌هایی است که شرم ایجاد کرده است.

از منظر تئوری‌های روانشناسی اجتماعی، احساسات دوسوگرایانه مادران را می‌توان در پرتو دو چارچوب مکمل تفسیر کرد؛ بر اساس نظریه نقش‌های اجتماعی ایگلی و وود^{۲۵}، (۲۰۱۲)، انتظارات جامعه از زنان و مردان بر پایه تقسیم تاریخی کار شکل می‌گیرد. با گسترش فرصت‌های تحصیلی و شغلی برای زنان، نقش‌های بدیل و رقیب برای «مادر بودن» پدید می‌شود. این کشاکش نقش‌ها تعارض هویتی و استرس ایجاد می‌کند و هیجاناتی چون گناه («آیا به فرزندم کم‌توجهی می‌کنم؟») و شرم («جامعه هنوز از من مادری تمام‌وقت می‌خواهد») را برمی‌انگیزد. یافته‌های ما که هم‌زمانی عشق و دل‌نگرانی را نشان داد، با پیش‌بینی این نظریه هم‌خوان است. در پارادایم مدرنیزاسیون، به‌ویژه تغییر ارزش‌ها از جمع‌گرایی به فردگرایی و از وظیفه‌محوری به خودتحقق، مادرشدن را از «هسته هویت زنانه» به یکی از چند مسیر رشد شخصی تبدیل کرده است. زنان نسل جدید نسبت به نسل‌های پیشین از فرصت‌های بیشتری برای پیشرفت فردی، سرگرمی و سفر برخوردارند؛ بنابراین پذیرش نقش مادری می‌تواند به‌صورت «فقدان آزادی‌های پیشین» تجربه شود و نوعی سوگ پنهان برای هویت یا سبک زندگی گذشته ایجاد کند. این چارچوب تبیین می‌کند که چرا احساسات منفی (مانند حس از دست دادن خود) در کنار هیجانات مثبت مادرانه بروز می‌یابد (اینگل هارت و بیکر^{۲۶}، ۲۰۰۰) ادغام دو چارچوب نشان می‌دهد تعارض میان نقش‌های در حال تغییر (نظریه نقش‌های اجتماعی) در بستری از ارزش‌های فردگرایانه نوظهور (مدرنیزاسیون) می‌تواند سوگ، شرم و گناه مادران امروز را تشدید کند. مداخلاتی که بر تطابق نقش‌ها و بازتعریف هنجارهای فرهنگی تمرکز دارند، به بهبود تجربه عاطفی مادران یاری خواهند رساند.

بسیاری از بن‌مایه‌های شناسایی شده در این مطالعه جهان‌شمول هستند و در پژوهش‌های انجام شده در فرهنگ‌های دیگر نیز قابل شناسایی هستند: عدم تطابق با تصویر آرمانی و نیز تغییرات هویتی از جمله آنهاست. اما برخی از بن‌مایه‌ها ویژگی فرهنگی بیشتری داشته‌اند و اختصاص بیشتری به پژوهش حاضر دارند. به عدم عاملیت در رابطه با تصمیم‌گیری در رابطه با کودک و نقش آن در بروز هیجانات منفی کمتر در مطالعات انجام شده سایر فرهنگ‌ها اشاره شده است. شیردهی مقوله پیچیده‌ای است و افکار و احساسات متفاوتی را مادر برمی‌انگیزد؛ واتکینسون، مورای و سیمپسون^{۲۷} (۲۰۱۶) به احساس منفی مادران در رابطه با شیردهی با عنوان محرکی غیرمنتظره برای احساسات عمیق جسمانی خودناسازگار اشاره کرده‌اند. اما احساس گناه ناشی از فشار اطرافیان برای شیردهی مقوله‌ای است که در فرهنگ‌هایی با عاملیت و استقلال فردی کمتر موضوعیت دارد. مهم‌ترین محدودیت مطالعه حاضر یکدستی گروه مورد پژوهش بود. تمامی مادران وارد شده در این مطالعه زنان تحصیل کرده طبقه متوسط شهری بودند و این موضوع می‌تواند پژوهش حاضر را دچار سوگیری انتخاب کند. با این حال روش‌شناسی این مطالعه آگاهانه و با اطلاع از این محدودیت انجام شد؛ برای ارزیابی بن‌مایه‌های مادرانگی در مادران ایرانی نیازمند انتخاب مادرانی علاقه‌مند به مشارکت در مطالعه، آگاه از هیجانات خویش و درگیر چالش مادرانگی بودیم. با این توصیف، شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر مناسب پژوهش کیفی حاضر، انجام شده بودند. از سویی دیگر باید توجه داشت که بن‌مایه‌ها در مطالعه کنونی تنها از یک مصاحبه ۱-۱/۵ ساعته استخراج می‌شدند و در نتیجه نیازمند گروهی از مادران با گشودگی در به اشتراک گذاشتن تجربیات بودیم. در نتیجه، چنین محدودیتی در مطالعات کیفی کوتاه مدت در رابطه با عواطف عمیق انسانی پذیرفتنی است.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. Choi, Henshaw, Baker, & Tree | 15. Oakley |
| 2. Sutherland | 16. Tangney |
| 3. Persona | 17. Pishghadam, Firoozian Pour Esfahani |
| 4. Goffman | & Firoozian Pour Esfahani |
| 5. Blackburn | 18. Dunford & Granger |
| 6. Warner | 19. Farghadani |
| 7. Bowlby | 20. Johnston & Swanson |
| 8. Winnicott | 21. Collins |
| 9. Good enough mother | 22. Weiss |
| 10. Rapley, Moncrieff & Dillon | 23. Taylor et al. |
| 11. Ahmadvpour, Yousefi & Alavi | 24. Lee, Vasileiou & Barnett |
| 12. Fessler | 25. Eagly & Wood |
| 13. Gibson | 26. Inglehart & Baker |
| 14. Braun & Clarke | 27. Watkinson, Murray & Simpson |

- Ahmadpour Sh., Yousefi S., Alavi S. (2022). Emergence and Dimension of Medicalization Phenomenon in the Socio-Historical Context: With a Glance at the Dimensions of Medicalization in Iran. *J North Khorasan Univ Med Sci*, 14(3):72-80.
- Blackburn, N. (2007). 'Incubated idealism' – a mother's hope for herself that she will be ideal role model for newborn. *Dissertation Abstracts Internal Section A: Humanities and Social Sciences*. ProQuest Information & Learning, vol. 67 (8-A) p. 3160.
- Bowlby, J. (1958). *Can I leave my baby?*. London: National Association for Mental Health.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: Performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of reproductive and infant psychology*, 23(2), 167-180.
- Collins, C. (2021). Is maternal guilt a cross-national experience?. *Qualitative Sociology*, 44(1), 1-29.
- Dunford, E., & Granger, C. (2017). Maternal guilt and shame: Relationship to postnatal depression and attitudes towards help-seeking. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 1692-1701.
- Farghadani, A (2019). The Relationship between Maternal Shame and Successful Intelligence of Children (Analytical, Practical, Creative): The Mediating Role of Children's Dysfunctional Attitudes. *QJFR*, 15 (4) :27-48
- Fessler, D. (2004). Shame in two cultures: Implications for evolutionary approaches. *Journal of Cognition and Culture*, 4(2), 207-262.
- Goffman, E. (1990). *The Presentation of Self in Everyday Life*. Penguin Books Ltd.: London.
- Gibson, C. (1998). Semi-structured and unstructured interviewing: a comparison of methodologies in research with patients following discharge from an acute psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(6), 469-477.
- Johnston, D. D. & Swanson, D. H. (2003). Invisible Mothers: A Content Analysis of Motherhood Ideologies and Myths in Magazines. *Sex Roles*, vol. 49 (1), pp. 21-33.
- Lee, K., Vasileiou, K., & Barnett, J. (2019). 'Lonely within the mother': An exploratory study of first-time mothers' experiences of loneliness. *Journal of health psychology*, 24(10), 1334-1344.
- Oakley, A. (1980). *Women confined: Toward a sociology of childbirth*.
- Pishghadam, R., Firoozian Pour Esfahani, A. & Firoozian Pour Esfahani, A (2020). The dominance of shame or sin-oriented culture in the Iranian society. *Journal of Iranian Cultural Research*, 13(3), 101-136
- Rapley, M., Moncrieff, J. & Dillon, J. (2011). Chapter 1 'Carving Nature at its joints? DSM and the medicalization of everyday life, Rapley, M., Moncrieff, J. & Dillon, J. (eds.). *De-medicalizing Misery: Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. Palgrave Macmillan: UK and New York.
- Sutherland, J. A. (2010). Mothering, guilt and shame. *Sociology Compass*, 4(5), 310-321.
- Tangney, J. P. (2002). Perfectionism and the self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 199–215). American Psychological Association
- Taylor, B. L., Howard, L. M., Jackson, K., Johnson, S., Mantovani, N., Nath, S., ... & Sweeney, A. (2021). Mums alone: exploring the role of isolation and loneliness in the narratives of women diagnosed with perinatal depression. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11), 2271.
- Warner, J. (2006). *Perfect madness: Motherhood in the age of anxiety*. Penguin.

- Watkinson, M., Murray, C., & Simpson, J. (2016). Maternal experiences of embodied emotional sensations during breast feeding: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Midwifery*, 36, 53-60.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Winnicott, D. W. (1986). The theory of the parent-infant relationship. *Essential papers on object relations*, 233-253.