

تبیین تاثیرات روانی نازایی در زنان نابارور در جستجوی درمان: یک مطالعه کیفی

سیده بتول حسن پور ازغدی^۱، دکتر معصومه سیمر^۲، دکتر ابوعلی ودادهیر^۳، دکتر بتول حسین رشیدی^۴

۱. دانش آموخته‌ی دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات مادری ایمن، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه آنترپولوژی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، ایران.
۴. دانشیار، مرکز بهداشت باروری بیمارستان ولی عصر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
■ نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر معصومه سیمر msimbar@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری و سیر درمان آن بر تمام جنبه‌های زندگی فرد و زوج اثر می‌گذارد و می‌تواند باعث اختلالات روانی و عاطفی متعدد شود. هدف از مطالعه حاضر، آشکار کردن تجربه و فهم زنان نابارور از اثرات روانی ناباروری و درمان آن است.

روش‌ها: این مطالعه‌ی کیفی با روش تحلیل محتوا با ۱۵ زن ناباروری اولیه و ثانویه انجام شد. محیط پژوهش مطالعه، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر تهران بود. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی نیم ساختار یافته جمع‌آوری و تا اشباع آن ادامه یافتند. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آن‌ها به روش آنالیز محتوای قراردادی انجام شد.

یافته‌ها: مفاهیم اصلی بدست آمده از داده‌ها در ۴ تم اصلی همراه با زیر طبقات خود قرار گرفتند که شامل: ۱- واکنش‌های شناختی ناباروری ۲- واکنش‌های شناختی سیر درمان ۳- واکنش‌های عاطفی-هیجانی ناباروری ۴- واکنش‌های عاطفی-هیجانی سیر درمان بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که ناباروری و فرایند درمان آن یک منبع رنج روانی برای زنان نابارور ایرانی است که تاثیرات مخربی بر رفاه روانی افراد نابارور و زوجین دارد. یافته‌ها نشان داد یکی از مهمترین عوامل ایجادکننده ی پریشانی‌های روانی، متغیر فشار اجتماعی از طرف افراد جامعه است ولی در اغلب موارد به ابعاد اجتماعی-فرهنگی و پیامدهای ناباروری توجه کمتری می‌شود.

کلمات کلیدی: نازایی، روان شناختی، جستجوی درمان، تحلیل محتوا

مقدمه

نازایی به عنوان یک بحران زندگی، با طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی، روانی، جسمی و مالی همراه است (Slade و همکاران، ۲۰۰۷ Greil؛ و همکاران ۲۰۱۰) بیش از ۸۰ میلیون نفر در جهان نابارور هستند. نرخ ناباروری در میان کشورهای مختلف از

مطالعاتی هم که در کشور ایران به بررسی پیامدهای روانی ناباروری پرداخته‌اند به صورت کمی بوده‌اند و مطالعات کیفی انگشت شماری در مورد جنبه‌های مختلف ناباروری انجام شده است این مطالعه با رویکرد کیفی با هدف تبیین درک و تجربه زنان نابارور ایرانی در جستجوی درمان از پیامدهای روانی-عاطفی ناباروری پرداخته است.

مواد و روش‌ها

به منظور تبیین تجارب زنان نابارور در جستجوی درمان از پیامدهای روانی-عاطفی نازایی از رویکرد کیفی با روش تحلیل محتوا استفاده شد. جامعه پژوهش را زنان نابارور با ناباروری اولیه و ثانویه تشکیل می‌دادند. مشارکت‌کنندگان با نازایی ثانویه، بارداری که منجر به فرزند زنده شده باشد، نداشتند. محیط این پژوهش را مرکز آموزشی تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر بیمارستان امام خمینی در شهر تهران تشکیل می‌داد که به طور متوسط ۱۵۰۰ زن نابارور در سال از نقاط مختلف کشور برای درمان به آنجا مراجعه می‌کردند.

روش نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بود و نمونه‌گیری با حداکثر تنوع و دامنه تغییرپذیری صورت گرفت که می‌توانست به انتقال پذیری یافته‌ها کمک بیشتری کند (Polit & Beck, 2006). بر این اساس مشارکت‌کنندگانی متفاوت از نظر: مدت ازدواج، مدت نازایی، مدت درمان، سطح تحصیلات، شغل، میزان سن، سکونت در شهر یا روستا، میزان درآمد و نوع درمان‌ها انتخاب شدند که خود به اعتبار داده‌ها می‌افزاید. معیارهای ورود مشارکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از داشتن ناباروری اولیه یا ثانویه با علت ناباروری فقط زنانه، عدم وجود فرزند زنده در ناباروری ثانویه، عدم وجود فرزند خوانده، عدم وجود بیماری‌های مزمن و بیماری روانی و تمایل به شرکت در تحقیق.

ابتدا برای مشارکت‌کنندگان هدف از انجام مطالعه، علت انتخاب زنان نابارور برای تحقیق، نقش آن‌ها در مطالعه، فایده شرکت آن‌ها در تحقیق، محرمانه ماندن اطلاعات، حق آن‌ها برای شرکت یا عدم شرکت در تحقیق و چگونگی تماس با محقق توضیح داده می‌شد، در صورت موافقت مشارکت‌کننده برای شرکت در پژوهش، از آن‌ها رضایت کتبی آگاهانه گرفته می‌شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته، مشاهده و یادداشت در عرصه و پرونده‌های مراجعین استفاده شد. پس از موافقت مشارکت‌کنندگان ضبط روشن و مصاحبه با استفاده از فرم راهنمای مصاحبه با سوال «چه طور متوجه شدید

کمتر از ۵ درصد تا بیش از ۳۰ درصد متفاوت است (Vayena و همکاران ۲۰۰۲). وحیدی (۱۳۸۸) میزان ناباروری را در زوج‌های ایرانی ۲۴/۹ درصد گزارش کرد. اکثر افراد نابارور در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. داشتن فرزند در این کشورها اغلب تنها راه برای زنان به منظور ارتقاء وضعیت خود در خانواده و جامعه است (Van Balen & Gerrits, 2001). علیرغم این که ۴۰ درصد علت نازایی مردانه، ۴۰ درصد علت زنانه و ۲۰ درصد می‌تواند مربوط به هر دو یا به علل ناشناخته باشد (Berek, 2007) ولی در بعضی جوامع ناتوانی در فرزندآوری تقریباً تنها به عنوان مساله «زن» درک شده است. زنان اغلب برای ناباروری سرزنش می‌شوند حتی اگر علت ناباروری نباشند (Van Balen & Gerrits, 2001).

ناباروری اگرچه یک بیماری نیست ولی از آن جایی که تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد (Hart, 2002) می‌تواند باعث اختلال‌های روانی-عاطفی شود. مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری و درمان آن باعث تاثیراتی مانند آشفتگی، سرخوردگی، افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه و احساس بی‌ارزشی در زندگی می‌شود (Cwikel و همکاران, 2004; Cousineau & Domar, 2004; Hammerli و همکاران, 2012; Sami N & Tazeen, 2009; Dyer). یافته‌های مطالعه‌ی نور بالا (۱۳۸۷) نشان دادند درمان‌های ناباروری یکی از مهمترین عوامل استرس‌زا برای زنان نابارور محسوب می‌شوند. شیوع کلی مشکلات روانی زوجین نابارور ۶۰-۲۵ درصد تخمین زده شده است که تحت تاثیر عواملی پیچیده چون جنسیت، علت و طول مدت ناباروری، کاربرد روش‌های درمانی و فرهنگ قرار می‌گیرد (Guerra و همکاران, 1998; Lechner و همکاران, 2007; Greil و همکاران, 2010). پژوهش‌ها نیز نشان داده‌است که بررسی جنبه‌های مختلف ناباروری بدون توجه به بستر فرهنگی-اجتماعی جامعه‌ای که فرد نابارور در آن زندگی می‌کند فرایندی ناقص و بیهوده است زیرا این پدیده موضوعی همساز با این عوامل و متاثر از آن است. زمینه فرهنگی در شکل دادن به تجربه زندگی ناباروری اهمیت بسیار دارد (Gannon و همکاران, 2008; Greil, 2004; Inhorn و همکاران, 2010) بنابراین برنامه‌ریزی جهت توانمند کردن زنان نابارور باید بر اساس فهم عمیق پیامدهای حاصل از این پدیده در هر جامعه باشد. از آنجایی که تجزیه و تحلیل مقطعی، هنوز هم رایج ترین طراحی در مطالعات انجام شده از پیامدهای اجتماعی و روانی ناباروری است که رابطه علت و معلولی بر اساس آن غیر ممکن است (Greil و همکاران, 2010) و بر اساس بررسی محققین اکثر

اهداف، بررسی مداوم داده ها، ضبط صدا و پیاده نمودن و تحلیل داده ها بلافاصله پس از مصاحبه و بازخورد آن برای مصاحبه بعدی استفاده شد. همچنین داده ها از طریق بازنگری توسط چند تن از مشارکت کنندگان مطالعه و ناظرین خارجی تایید و اصلاح گردید. برای بررسی انتقال پذیری مطالعه، داده ها در اختیار چند تن از زنان نابارور که در تحقیق شرکت نداشتند، گذاشته شد و از آنان خواسته شد که نتایج را با تجربه خودشان مقایسه نمایند (Polit & Beck, 2006).

یافته ها

نتایج بدست آمده در این پژوهش با تجزیه و تحلیل اطلاعات کسب شده از مصاحبه با ۱۵ زن نابارور حاصل شد. از میان ۱۵ زن شرکت کننده در پژوهش ۱۱ نفر خانه دار و ۴ نفر کارمند بودند. ۱۰ نفر ناباروری اولیه و ۵ نفر ناباروری ثانویه داشتند. از نظر تحصیلات: یک نفر بیسواد، یک نفر مقطع ابتدایی، ۳ نفر راهنمایی، ۶ نفر دیپلم، ۲ نفر کارشناسی، یک نفر کارشناس ارشد و یک نفر دکترا بود. محدوده سنی شرکت کنندگان ۲۴-۳۵ سال با میانگین ۳۲ سال بود. مدت زمان سپری شده از ازدواج ۱۵-۲ سال با میانگین ۷ سال و مدت نازایی ۱۴-۱ سال با میانگین ۵ سال بود. محدوده درآمد خانوار ۲۵۰۰۰۰-۲۰۰۰۰ تومان با میانگین ۷۶۵۰۰۰ تومان بود.

از آنجا که هم مشکل باروری و هم فرایند درمان آن باعث پیامدهای روانی-عاطفی در مشارکت کنندگان می شد. به دلیل اهمیت این موضوع، در این مطالعه پیامدهای روانی ناشی از نازایی از پیامدهای روانی سیر درمان جدا شدند به این ترتیب مفاهیم اصلی حاصل از داده های مصاحبه با مشارکت کنندگان در ۴ تم اصلی و زیر طبقات آن ها مطابق جدول ۱ نمایش داده شدند. این شیوهی جداسازی باعث شد در بعضی موارد زیر طبقه ای مثل آشفتگی روانی در دو تم که یکی مربوط به مشکل باروری و دیگری ناشی از فرایند درمان آن است، مشاهده شود.

که برای حامله شدن مشکل دارید؟» آغاز می گردید. ضمن انجام مصاحبه، به رفتارهای غیر کلامی مشارکت کنندگان توجه می شد. مدت زمان جلسات مصاحبه حدود ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بود. پس از پایان هر مصاحبه، اطلاعاتی که با اجازه از مشارکت کنندگان ضبط شده بود در کوتاهترین زمان ممکن و پس از ۲ تا ۳ بار گوش دادن، کلمه به کلمه به روی کاغذ انتقال و در نهایت تایپ می شدند. همزمان با فرایند جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل آن انجام می شد (Polit & Beck, 2006). مشاهدهی رفتارها، عکس العمل ها و گفت و گوی افراد نابارور با اطرافیان در قسمت های مختلف مرکز ناباروری مانند: محل انتظار مراجعین برای نوبت، قسمت پذیرش بیماران، اتاق معاینه، اتاق سونوگرافی، اتاق بررسی اعمال تشخیصی صورت گرفت. ثبت یادداشت در عرصه در موقعیت مناسب و بلافاصله پس از اتمام آن به طور مشروح انجام می شد. مصاحبه ها تا به اشباع رسیدن داده ها ادامه یافت به طوری که تا مشارکت کننده شماره ۱۳ به اشباع رسید. برای اطمینان با دو نفر دیگر هم مصاحبه انجام شد

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد. تحلیل محتوای کیفی یک روش تحقیق است که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده های مکتوب به کار می رود. در این روش طی فرایند طبقه بندی سیستماتیک، کدها و تم ها از درون محتوای شرکت کنندگان در مطالعه شناسایی می شوند (Spannagel, 2005). به این ترتیب، ابتدا متن مصاحبه ها چندین بار مرور شد تا آشنایی کامل با محتوا ایجاد شود. سپس کدها بر اساس واحدهای معنا برگرفته از توصیف مشارکت کنندگان استخراج و با توجه به اختلافات یا شباهت ها طبقه بندی شدند و تم ها مشخص شد.

به منظور اطمینان از مقبولیت داده ها، از روش های مختلف مانند تنوع در مشارکت کنندگان تحقیق، تماس طولانی با مشارکت کنندگان و محیط پژوهش، ارائه اطلاعات در رابطه با

جدول ۲: تم های اصلی بدست آمده و زیر طبقات آن ها

تم های اصلی	ساب تم
واکنش های شناختی ناباروری	مشغولیت ذهنی - آشفتگی روانی
واکنش های شناختی سیر درمان	آشفتگی روانی؛ سخت بودن کنترل بر خود در برخی شرایط؛ کاهش اعتماد به نفس؛ احساس ناکامی
واکنش های عاطفی - هیجانی ناباروری	ترس و اضطراب و نگرانی؛ احساس تنهایی و گناه؛ غم و اندوه و افسردگی؛ حسرت
واکنش های عاطفی - هیجانی سیر درمان ناباروری	ترس و اضطراب و نگرانی؛ خستگی و درماندگی؛ غم و اندوه و افسردگی؛ ناامیدی

۱- واکنش‌های شناختی ناباروری: این تم شامل ۲ زیر طبقه‌ی مشغولیت ذهنی و آشفتگی روانی بود.

موضوعاتی مثل احتمال ازدواج مجدد همسر، کنجکاوی اطرافیان پیرامون مشکل باروری مشارکت‌کنندگان و فهم حسرت خوردن همسر با مشاهده زوجین بارور باعث درگیری ذهنی مشارکت‌کنندگان می‌شد. مشغله ذهنی مشارکت‌کنندگانی که موضوع ناباروری خود را پنهان کرده بودند مدام این مسئله بود که در صورت فاش شدن موضوع چه اتفاقاتی خواهد افتاد. مشارکت‌کنندگان شماره ۱۱ می‌گفت: «خیلی فکر می‌کنم از نظر فکری خودم اذیت می‌کنم اگر برنامه‌ای پیش بیاد که بفهمم مشکل دارم. چی پیش میاد.»

گاه مشارکت‌کنندگان با شنیدن خبر حاملگی یا زایمان یک زن، صحبت‌های اطرافیان و همسر پیرامون بچه و رفتارهای تحقیرآمیز اطرافیان آشفته می‌شدند. مشارکت‌کننده شماره ۳ با صدای بغض گرفته بیان می‌کرد. «مثلا خانوم هایی که حامله هستند یا تازه زایمان کردند دست راستشون را روی سرم می‌کشیدند، خیلی بهم ریختم.»

۲- واکنش‌های شناختی سیر درمان: این تم شامل ۴ زیر طبقه‌ی آشفتگی روانی؛ سخت بودن کنترل بر خود در برخی شرایط؛ کاهش اعتماد به نفس و احساس ناکامی بود.

اکثر مشارکت‌کنندگان به دنبال حوادثی که در فرایند درمان ایجاد می‌شد مثل شنیدن جواب منفی آزمایش حاملگی، مخصوصا در مواردی که هزینه زیادی صرف کرده بودند، مصرف داروهای فراوان و گذراندن مراحل درمان که گاه بعضی روش‌های آن تهاجمی بود یا مشاهده شواهدی مبنی بر شکست بارداری مثل خونریزی دچار آشفتگی می‌شدند. نیاز به انجام عمل جراحی بر روی دستگاه تناسلی یا استفاده از رحم جایگزین یا تخمک‌هدایی مثل وارد شدن شوک برای آنان بود. مشارکت‌کنندگان شماره ۸ در این باره می‌گفت. «وقتی دکتر گفت باید از تخمک‌هدایی استفاده کنم یک شوک بهم وارد شد.»

در چنین شرایطی مشارکت‌کنندگان قدرت کنترل بر رفتار و هیجانات خود را از دست می‌دادند. مشارکت‌کننده شماره ۴ می‌گفت: «تا خونه خیلی بد رانندگی کردم اصلا حوصله نداشتم. می‌گفتم: تصادف کردم که کردم. واقعا به گریه افتادم. توی ماشین اعصابم خرد شده بود. گفتم خدایا خسته شدم، چه کار کنم.»

شکست‌های مکرر درمان در بعضی مشارکت‌کنندگان و پی بردن به شکست‌های درمانی دیگر مراجعین در مرکز ناباروری، باعث کاهش اعتماد به نفس در بعضی مشارکت‌کنندگان می‌شد.

افرادی که بار دارشده ولی پس مدتی آن را دست می‌دادند، دچار احساس ناکامی می‌شدند. مشارکت‌کننده شماره ۷ با چشمان اشک‌آلود می‌گفت. «این قدر دارو و درمان اعتماد به نفس را می‌آورد پایین. خیلی اعتماد به نفس پایین می‌آید.» مشارکت‌کننده شماره ۱۰ با صدای بغض‌آلود و چشمان پر از اشک می‌گفت: «خودم مطمئن بودم جنین می‌مونه. من فکر می‌کردم مادر شدم از همون لحظه که اینو کاشتن. ولی بچه را از دست دادم.»

۳- واکنش‌های عاطفی-هیجانی ناباروری: سومین تم خود شامل زیر طبقه‌ی ترس و اضطراب و نگرانی؛ احساس تنهایی و گناه؛ غم و اندوه و افسردگی؛ حسرت بود.

ترس و اضطراب از افشای ناباروری، از آینده زندگی، از ماندگاری مطلق ناباروری برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان اتفاق می‌افتاد مشارکت‌کننده شماره ۱۲ در این باره می‌گفت. «می‌ترسم که اصلا بچه دار نشم. مخصوصا که شوهرم منو خیلی دوست داره و از من حمایت می‌کنه، می‌گم که خدایا منو شرمندۀ این شوهر نکن.»

سن بالای ۳۰ سال به عنوان محدودیت در امر باروری و فشار اجتماعی اطرافیان بر همسر افراد مورد مطالعه بخاطر مشکل باروری، مشارکت‌کنندگان را نگران می‌کرد. مشارکت‌کننده شماره ۹ می‌گفت: «نگاه دور و بری‌ها به ما کافیه، پرسیدن نیازی نیست. این نگرانم میکنه که باز شوهرم بهم بریزه. رفتار شوهرم برام مهمه.»

احساساتی مثل تنهایی و گناه از مواردی بودند که توسط مشارکت‌کنندگان گزارش شده است. مشارکت‌کننده ی شماره ۳ با صدای بریده بریده و بغض کرده، می‌گفت. «خونم صبح تا شب این قدر ساکته که بعضی موقع‌ها با خودم حرف می‌زنم میگم بزار صحبت کنم یک وقت لال نشم.»

مشارکت‌کنندگانی که خانواده‌ها و بخصوص همسرشان از آن‌ها حمایت عاطفی می‌کردند به خاطر پدر نشدن همسرانشان و نگرانی خانواده‌ها احساس گناه می‌کردند. مشارکت‌کننده ۱۰: «شوهرم را چند بار در موقعیت‌های مختلف امتحان کردم هیچ وقت به خاطر مشکل باروری چیزی نگفته، به خاطر این عذاب وجدان دارم چون حس میکنم اون به پای من داره می‌سوزه.» اکثر مشارکت‌کنندگان به خاطر رفتار اطرافیان، سرزنش همسر، نگرانی و ناراحتی خانواده‌های خود دچار غم و اندوه می‌شدند به دنبال این عارضه، مشارکت‌کنندگانی که مدت ناباروری بیشتری داشتند بیشتر دچار افسردگی بودند. مشارکت‌کننده شماره ۱۳ با چشمان اشک‌آلود در این باره

مصاحبه‌ها مشارکت‌کننده شماره ۵ می‌گفت: «گفتن اگه عمل کردیم مشکلی نداشتی می‌توننی آبی وی اف بکنی. من نمیام پول ندارم هیچ جا و هیچ کسو ندارم کمکم کنه.»

مشارکت‌کنندگان وقتی با سختی فراوان هزینه‌های درمان را فراهم می‌کردند ولی با شکست درمان روبرو می‌شدند یا با روش‌های جدید درمان آشنا می‌شدند و با شوق و امید فرایند درمان را شروع می‌کردند ولی ناکام می‌شدند، شکست آن‌ها را سرخورده و ناامید می‌کرد. ناامیدی شدید در شرایطی ایجاد می‌شد که به درمان جواب داده و باردار می‌شدند ولی بعد از چند هفته آن را از دست می‌دادند. مشارکت‌کننده شماره ۲ می‌گفت: «کلی ذوق و شوق داری ولی وقتی به نتیجه نمی‌رسی خیلی ناامید و سرخورده می‌شی.»

بحث

در فرهنگ شرقی تولید مثل یکی از بالاترین ارزش‌هاست و هنگامی که فرزندآوری غیر ممکن به نظر آید ممکن است بحران روانی رخ دهد (Wiersema, 2006). مطالعه‌ی نور بالا و همکاران و بررسی ما هم نشان داد در ایران هم مانند دیگر کشورهای در حال توسعه، داشتن فرزند تاثیر مهمی در سلامت روانی افراد نابارور و یک زوج دارد و وضعیت زن را درون یک خانواده و جامعه تثبیت می‌کند (Van Balen & Gerrits 2001، نوربالا، ۱۳۸۷) ناباروری چون باعث ناتوانی زن برای رسیدن به نقش مورد نظر اجتماعی می‌شود اغلب با پریشانی روانی همراه است (Greil و همکاران، ۲۰۱۰). از طرفی پیشرفت‌های شگرف در تکنولوژی درمان ناباروری در قرن بیستم، مانند یک شمشیر دو لبه است که خودش باعث نگرانی‌های روانی، اجتماعی، اخلاقی، مالی و قانونی می‌شود (Latifnejad, 2008).

انتقاد بر بسیاری از مطالعات پیرامون پیامدهای ناباروری این است که اجازه بررسی جداگانه پیامدهای روانی ناباروری را از مشکلات روانی درمان ناباروری را نداده‌اند (Greil و همکاران، ۲۰۱۰) به همین دلیل مقایسه یافته‌های مطالعه ما که پیامدهای روانی-عاطفی مشکل باروری و فرایند درمان آن را از هم جدا کرده است با این مطالعات در بعضی یافته‌ها مشکل است. طبق مطالعات انجام شده یکی از عوامل موثر بر مشکلات روانشناختی افراد نابارور کاربرد روش‌های درمانی است (Guerra D و همکاران، 1998 Lechner و همکاران، ۲۰۰۷). Gameiro و همکاران (۲۰۱۲) هم در یک مطالعه‌ی مروری سیستماتیک گزارش کردند که در ۲۱۴۵۳ فرد نابارور از هشت کشور، قطع درمان به خاطر بار روانی، یکی از شایع‌ترین دلایل بوده‌است.

می‌گفت. «۱۲ سال ناباروری یک عمره، الان خیلی افسرده شدم. ۱۲ سال تحمل کردم دیگه نمی‌تونم تحمل کنم.»

از ساب‌تم‌های دیگر این تم حسرت بود که به دنبال دیدن اقوامی که بچه در آغوش داشتند، مشاهده زنان باردار و بچه‌های کوچک مخصوصاً موقع شیر خوردن و یا صدا زدن مامان، دیدن فیلم‌های مربوط به برنامه‌های دوران حاملگی و زایمان برای مشارکت‌کنندگان پیش می‌آمد. مشارکت‌کننده شماره ۱۳ می‌گفت: «وقتی زن حامله می‌بینم میگم خدایا کی میشه شکم من این جور جلو بیاد مثل زن حامله لباس ببوشم.»

۴- واکنش‌های عاطفی-هیجانی سیر درمان: این تم نیز شامل ۴ زیر طبقه‌ی ترس و اضطراب و نگرانی؛ خستگی و درماندگی؛ غم و اندوه و افسردگی؛ ناامیدی بود.

ترس از مراجعه برای گرفتن جواب آزمایش حاملگی و در بعضی مشارکت‌کنندگان ترس از خبر جواب منفی آزمایش به همسر، اضطراب در مورد چگونگی سیر درمان و نگرانی مداوم در مورد نتیجه بخش بودن درمان در مشارکت‌کنندگان وجود داشت. مشارکت‌کننده شماره ۶ می‌گفت: «همش نگرانم که این درمان را انجام دادم خدای نکرده زبونم لال یک وقت انجام نشه موفق نشم چه کار باید بکنم.»

مصرف مکرر داروهای هورمونی و انجام مداخلات غیر دارویی مثل IUI و IVF که در مشارکت‌کنندگان با شکست مواجه شده بود آن‌ها را خسته و درمانده و بی‌حوصله کرده بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان از شهرها و روستاهای دور و نزدیک به مرکز ناباروری مراجعه می‌کردند طی این مسافت طولانی به طور مکرر و گاه چند بار در ماه، آن‌ها را خسته می‌کرد این شرایط درمانده‌کننده در بعضی مشارکت‌کنندگان در حدی بود که با زبان به اعتراض به خانواده و همسر خود اظهار می‌کردند که دیگر خسته شدند، فکر نمی‌کردند این قدر طول بکشد. در این مورد مشارکت‌کننده شماره ۱۴ می‌گفت: «خسته شدم چند سال دنبال این کارم. واقعا دیگه خسته شدم.»

به دنبال چنین شرایطی بسیاری از مشارکت‌کنندگان دچار غم و اندوه و افسردگی می‌شدند. مشارکت‌کننده شماره ۱: «هر بار که می‌بینم جواب آزمایش منفیه میگم کاش می‌شد باردار می‌شدم. نگاه نکن الان می‌خندم دلم مملو از غم و غصه است.»

در مشاهداتی که در عرصه تحقیق انجام شده بود بارها تعجب و نگرانی مشارکت‌کنندگان از میزان هزینه‌های درمانی یادداشت شده بود. بعضی مشارکت‌کنندگان در مورد جایی که بتوانند وام بگیرند یا میزان هزینه را کاهش دهند از کادر درمانی سوال می‌کردند که متأسفانه جواب دلگرم‌کننده‌ای وجود نداشت. در

در یک مطالعه مقطعی از ۵۸۵ زوج گزارش شده بود در زنانی که تزریق هورمونی استفاده کردند ۵۳ درصد گزارش ناراحتی در مورد درمان هایی که موفق نبودند. ۴۴ درصد اضطراب را در حالی که درمان انجام می دادند را بیان کردند. دو مورد از شایع ترین احساسات منفی آن ها ناامیدی و بی صبری بود. ۴۹ درصد پاسخ دهندگان احساس ناراحتی را زمانی که اطراف زنان حامله یا زوجین دارای بچه بودند را گزارش کردند (Domar و Gordon, 2011). مشارکت کنندگان ما نیز غم و اندوه را با شکست درمان، اضطراب را در طی فرایند درمان و نامعلوم بودن نتیجه آن را تجربه کرده بودند. ناامیدی به دنبال شکست های مکرر و احساس حسرت را با دیدن زنان حامله و رفتار کودکان با مادران خود را گزارش کردند.

استرس هزینه های درمان ناباروری مخصوصا زمانی که افراد تحت پوشش بیمه نیستند (Cousineau & Domar, 2007; Wiersema, 2006) و فرایند درمان در حدی بود که گزارش کردند قطع درمان موجب کاهش افسردگی و اضطراب درمان در میان زنانی که IVF کردند، می شد حتی اگر حامله نشوند (Greil و همکاران، ۲۰۱۰).

نتایج مطالعه ما نشان داد پیامدهای روانی که مشارکت کنندگان از آن رنج می برند مشابه سایر مطالعات دیگر است. دایر به عنوان یک صاحب نظر که مطالعات فراوانی پیرامون پیامدهای روانی- اجتماعی ناباروری داشته است، اظهار می کند با وجود تفاوت در زمینه های فرهنگی و اجتماعی نقاط مختلف، مطالعات فراوان در کشورهای در حال توسعه نشان داده اند که پیامدهای منفی در ارتباط با ناباروری در بیشتر موارد در مناطق مختلف مشابه هستند، این شباهت ها بین جوامع در حال توسعه نشان می دهد که پیامدهای اجتماعی منفی ناباروری احتمالا در نتیجه از یک فرهنگ خاص نیست، بلکه ثانویه به وضعیت اجتماعی و اقتصادی بسیار کم زنان در بسیاری از کشورهای در حال توسعه است که عملکرد اصلی زن به عنوان یک تولید مثل موفق در نظر گرفته می شود (Dyer, 2002, 2009).

ولی تفاوت برجسته ای بین پیامدهای ناباروری در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه وجود دارد. ناباروری در کشورهای در حال توسعه به معنای یک بدن بیمار و یک هویت بشری تکمیل نشده است که پیامدهای مستقیم اجتماعی، روانی و اقتصادی دارد، چون باروری محور قدرت زن محسوب می شود (Vayena و همکاران ۲۰۰۲). در جوامع توسعه یافته نداشتن فرزند، داوطلبانه است و به عنوان یک گزینه مناسب برای رشد و ترقی زنان در نظر گرفته می شود. زنان بدون فرزند اغلب به

مطالعه ی حاضر نیز نشان داد فرایند درمان باعث مشکلات روحی- روانی متعدد برای مشارکت کنندگان می شد.

پیامدهای روانی در این مطالعه در دو بعد شناختی و عاطفی- هیجانی قرار گرفتند. مشارکت کنندگان بعضی پیامدهای روانی مثل آشفتگی روانی، ترس و اضطراب و نگرانی، غم و اندوه و افسردگی را به هم علت ناباروری و هم مداخلات درمانی تجربه کرده بودند و پیامدهایی مانند مشغولیت ذهنی، احساس تنهایی، گناه و حسرت را فقط از مشکل باروری گزارش کردند. پیامدهایی مانند سخت بودن کنترل بر خود، کاهش اعتماد به نفس، احساس ناکامی، درماندگی و ناامیدی را به علت پیگیری فرایند درمان تجربه کرده بودند. ویلیام (۱۹۹۷) تم هایی را از مصاحبه خود با زنان نابارور استخراج کرد که بعضی از آن ها مثل احساس فقدان کنترل شخصی، غم و اندوه و افسردگی، اضطراب و استرس را مشارکت کنندگان ما نیز تجربه کرده بودند (Greil و همکاران، ۲۰۱۰). یافته های مطالعات کمی قبلی نیز مشکلاتی مانند از دست دادن اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی، احساس گناه و سرخوردگی و غم و اندوه را گزارش کرده اند (Guerra D و همکاران، 1998 Lechner و همکاران، ۲۰۰۷) البته در این مطالعات پیامدهای روانی حاصل از پدیده ناباروری و مداخلات درمانی از هم جدا نشده بودند.

یافته های واکنش های شناختی و هیجانی - عاطفی ناشی از فرایند درمان در این مطالعه مشابه یافته های Wischmann در سال ۲۰۰۸ بود که گزارش کرد بسیاری از افراد تحت درمان اضطراب، افسردگی بیشتر و اعتماد به نفس پایین تری نسبت به هم تایان بارور خود دارند. در مطالعه ای که به شکل ترکیبی بر روی مردان و زنان نابارور یک مرکز درمانی انجام شده بود مشارکت کنندگان احساساتی مثل غم و اندوه عمیق، احساس گناه، تنهایی و ترس از آینده نا امن را تجربه کرده بودند (Wiersema, 2006). حتی در جوامع مدرن نیز اشاره شده که افراد نابارور احساس تنهایی را کاملا تجربه کرده اند ولی هنوز بسیاری از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و کلینیک های بهداشت روان اثرات منفی روانی ناباروری را دست کم می گیرند (Cousineau & Domar, 2007). این احساسات توسط مشارکت کنندگان مطالعه ی ما نیز در قسمت واکنش های شناختی و عاطفی- هیجانی ناشی از مشکل باروری تجربه شده بود. زوجها در فرایند درمان مواجه با مسائل اخلاقی و معنوی می شوند مانند اهدای تخمک و رحم جایگزین که می توانست پریشانی قابل توجهی ایجاد کند (Cousineau & Domar, 2007). مشارکت کنندگان این مطالعه نیز در مواجهه با چنین درمان هایی دچار آشفتگی روانی می شدند.

ناباروری در مراکز درمانی نشان می‌دهد چون توانمندسازی از اهداف اصلی و مهم مددکاری است و پذیرفتن مفهوم شخص در محیط اساس کار مددکاری اجتماعی است این حرفه نه تنها به نیازهای فرد نابارور بلکه همچنین نیازهای نظام اجتماعی که افراد نابارور در آن زندگی می‌کنند، می‌پردازد (Bliss, 1999) از طرفی مددکاران اجتماعی می‌توانند به عنوان طرفداران حقوق و نیازهای افراد نابارور، وسیله‌ی طراحی و توسعه‌ی برنامه‌ریزی توسط سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان باشند تا به پدیده ناباروری به عنوان یک پدیده زیستی-روانی و اجتماعی بنگرند.

محدودیت پژوهش: ۱- از آن جایی که افراد نابارور با سطح درآمد بالا به مراکز خصوصی ناباروری مراجعه می‌کردند که محققین اجازه تحقیق در این مراکز را نداشتند. مشارکت‌کننده‌ای با سطح درآمد خیلی بالا نداشتیم ولی سعی کردیم از مراجعه‌کنندگان این مرکز که دارای بالاترین سطح درآمد هستند در مشارکت‌کنندگان خود داشته باشیم.

۲- مشارکت‌کنندگان این مطالعه شامل زنانی بود که برای شرکت در پژوهش داوطلب بودند که در مقایسه با زنان نابارور غیر داوطلب ممکن است از پیامدهای روانی-عاطفی کمتری برخوردار باشند. هر چند ما تلاش کردیم با توضیح در مورد اهداف مطالعه، همکاری زنان نابارور را جلب کنیم.

تشکر و قدردانی

از مشارکت‌کنندگان این مطالعه، معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری-مامایی شهید بهشتی و همچنین مسئولین مرکز ناباروری ولیعصر که در انجام این پژوهش همکاری کرده اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله بخشی از پایان نامه دکترای تخصصی بهداشت باروری به راهنمایی سرکار خانم دکتر معصومه سیمبر است.

صورت زنانی که داوطلبانه نداشتن فرزند را انتخاب می‌کنند آزاد از فرزند فرض می‌شوند (Greil و همکاران، ۲۰۱۰).

سازمان جهانی بهداشت عواقب روانی-اجتماعی ناباروری برای افراد نابارور در ۶ سطح طبقه‌بندی کرده است که دو سطح اول آن پیامدهای روانی و بقیه سطوح پیامدهای اجتماعی ناباروری هستند. سطح اول شامل: ترس، خودسرزنی، احساس گناه و سطح دوم شامل: افسردگی، ناامیدی، و استرس‌های اقتصادی و زناشویی است که گزارش شده است که طبق بررسی مطالعات، پیامدهای ناباروری در کشورهای توسعه یافته به ندرت فراتر از سطح ۲ می‌رود، در حالیکه در کشورهای در حال توسعه، حداقل در آسیا و آفریقا افراد نابارور درگیر پیامدهای اجتماعی ناباروری می‌شوند. (Vayena و همکاران ۲۰۰۲).

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد نازایی و فرایند درمان آن یک منبع رنج روانی برای زنان نابارور است که تاثیرات مخربی بر رفاه روانی افراد نابارور و زوجین دارد. یافته‌ها نشان داد یکی از مهمترین عوامل ایجادکننده‌ی پریشانی‌های روانی، متغیر فشار اجتماعی از طرف افراد جامعه است ولی در اغلب موارد به نازایی به عنوان یک مشکل پزشکی نگریسته می‌شود و به ابعاد روانی-عاطفی، اجتماعی و فرهنگی آن توجه کمتری می‌شود.

با توجه به این که ناباروری در طبقات اجتماعی-اقتصادی پایین شایع‌تر است (Berek, 2007) که توانایی فراهم کردن هزینه‌های مشاوره‌های روانی را ندارند. از طرفی زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی هر جامعه نقش مهمی در ایجاد پیامدهای روانی ناباروری ایجاد می‌کند (Greil و همکاران، ۲۰۱۰). یافته‌های این تحقیق ضرورت وجود حرفه مددکاری اجتماعی آگاه و آموزش دیده را به عنوان مکمل در کنار مداخلات پزشکی

REFERENCES

- Berek JS (2007). *Berek & Novak's Gynecology*. 14th edition. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Bliss C (1999). *The Social Construction of Infertility by Minority Women*. (Dissertation). Available at: <http://gerrystahl.net/personal/family/dissertation.pdf>. Accessed Nov 5, 2012.
- Cousineau TM, Domar AD (2007). *Psychological impact of infertility. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 21(2) 293- 308.
- Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E (2004). "Psychological interactions with infertility among women: Review". *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 117(2) 126-31.
- Domar AD, Gordon K (2011). "The Psychological Impact of Infertility: Results of a national survey of men and women". *Fertility and Sterility*. 95(4)S17.

- Dyer SJ (2009). "Psychological and social aspects of infertility in developing countries". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 107 (Supplement 2):S25-S26.
- Dyer SJ et al (2002). "Men leave me as I can not have children: women's experiences with involuntary childlessness". *Human Reproduction*. 17 (6)1663-1668.
- Gameiro S et al (2012). "Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment". *Human Reproduction Update*. 18(6) 652- 669.
- Gannon K, Glover L, Abel P (2004). "Masculinity, infertility, Stigma and media reports". *Social Science & Medicine*. 59(6) 1169-75.
- Greil AL, Blevins KS, McQuillan J (2010). "The experience of infertility: A review of recent literature". *Sociology of Health & Illness*. 32(1)140-162.
- Guerra D et al (1998). "Psychiatric morbidity in couples attending a fertility Service". *Human Reproduction*. 13(6) 1733-1736.
- Hammerli K, Hansjorg Z, Barth J (2009). "The efficacy of psychological interventions for infertile patients: A meta-analysis examining mental health and pregnancy rate". *Human Reprod Update*. 15(3) 279-295.
- Hart VA (2002). "Infertility and the role of psychotherapy". *Issues in Mental Health Nursing*. 23(1) 31- 41.
- Inhorn MC, Birenbaum-Carmeli D (2008). "Assisted reproductive technologies and culture change". *Annual Review of Anthropology*. 37: 96-177.
- Latifnejad R (2008). *How religious faiths and spiritual beliefs affect the experiences of infertile women seeking infertility treatments: A feminist grounded theory approach*. (Dissertation). Guildford, University of Surrey. 2008.
- Lechner L, Bolman C, van Dalen A (2007). "Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress". *Human Reproduction*. 22(1) 288-94.
- Noorbala A et al (2009). "[Prevalence of psychiatric disorders and types of personality in fertile and infertile women". *Journal Reprod Infertil*. 9(4) 350-360. (Persian).
- Polit DF, Beck CT (2006). *Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal and Utilization*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- Sami N, Tazeen S.A. "Perceptions and Experiences of Women in Karachi- Pakistan Regarding Secondary Infertility: Results from a Community-Based Qualitative Study". *Obstetrics and Gynecology International* Volume 2012. [on line]. < <http://www.hindawi.com/journals/ogi/2012/108756>>. [4 Nov 2012].
- Slade P et al (2007). "The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic". *Oxford Journals, Medicine, Human Reproduction*. 22(8) 2309-2317.
- Spannagel C, Gläser-Zikuda M, Schroeder U . "Application of qualitative content analysis in user-program interaction research". *Forum Qualitative Social Research*. 2005, 6(2). [on line]. < <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/469>>. [13 Oct 2012].
- Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K (2009). "Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005". *Asian Pacific Journal of Public Health*. 21(3) 287-293. (Persian).
- Van Balen F, Gerrits T (2001). "Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies". *Human Reproduction*. 16(2) 215-219.
- Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD . "Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction". World Health Organization. [on line]. < http://www.imamu.edu.sa/Scientific_selections/files/DocLib/report.pdf>. Published 2002. [13 Oct, 2012].
- Wiersema NJ et al. "Consequences of infertility in developing countries: Results of a questionnaire and interview. Survey in the South of Vietnam". *Journal of Translational Medicine*. Published online 2006; 4: 54. [on line]. <<http://link.springer.com/article/10.1186%2F1479-5876-4-54#page-1>>. [5 Nov 2012].
- Wischmann T (2008). "Psychosocial aspects of infertile couples". *Psychosocial Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol*. 4(3) 194-209.

Psychological impact of infertility among infertile women seeking treatment: A qualitative study

Syede Batool Hasanpoor–Azghdy¹, Masoumeh Simbar²,
Abouali Vedadhir³, Batool Hossein Rashid⁴

-
1. PhD Alumni of reproductive health, Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of nursing and midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science. Tehran, Iran.
 2. PhD, Associate professor in Reproductive Health, The Research Center for Safe Motherhood , Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of nursing and midwifery, Shahid Beheshti Medical Sciences University. Tehran, Iran.
 3. PhD, Assistant Professor, Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
 4. PhD, Associate professor in Obstetrician & Gynecologist , Department of Obstetrician & Gynecologist, Valie-Asr Reproductive Health Research Center, Tehran Medical Sciences University. Tehran, Iran.

■ Corresponding author: Masoumeh Simbar; msimabr@ yahoo.com

Abstract

Background and aim: Infertility is a important life event which it and its treatment can affect lives of couples. Infertility can cause various psychological-emotional disorders or consequences. The aim of this study was to explore psychological experiences of infertility and its treatment in infertile women attending to Vali-e-Asr Fertility Health Research Center Tehran,Iran.

Methods: This qualitative study was carried out on 15 women with primary and secondary infertilityThe study was conducted in Vali-e-Asr Fertility Health Research Center in Tehran. A judgemental method was used to recruit participants in the study. Data were collected using semi-structured interviews and continued until data saturation. Simultaneously in process of data collection, the data analysis phase was performed with conventional content analysis method.

Findings: main concepts emerged from the data were categorized into four main themes and their sub-categories include: 1. Cognitive reactions of infertility 2. Cognitive reactions to therapy process 3. Emotional–affective reactions of infertility 4. Emotional–affective reactions to therapy process.

Conclusion: This study showed that the infertility and its treatment process for Iranian infertile women is a source of psychological suffering with devastating effects on psychological well-being of infertile couples. The results also showed that one of the major causes of psychological distress is the social pressure by community members, while is less attention is paid to the sociocultural dimensions and consequences of infertility.

Keywords: infertility; psychological; seeking treatment; content analysis