

# ابعاد مختلف پدیده ناباروری در زندگی زنان ایرانی: یک مطالعه مرور نظامند

دکتر لطف اله دژکام<sup>۱</sup>، منصور درویشی تفویضی<sup>۲</sup>، نوید کلانی<sup>۳\*</sup>

۱. دانشیار گروه اخلاق پزشکی و فلسفه سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۲. کارشناس ارشد اخلاق پزشکی و فلسفه سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳. مربی گروه بیهوشی، مرکز تحقیقات مؤلفه‌های اجتماعی نظام سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۹

## خلاصه

**مقدمه:** ناباروری و تلاش برای درمان آن، با تنش‌هایی برای زوجین همراه است. در ایران نیز ناباروری مسأله‌ای است که با چالش‌های متعدد همراه است و زنان بیشتر از مردان تحت تأثیر این مشکلات هستند. مطالعه حاضر با هدف تبیین و تحلیل تجارب زیسته زنان نابارور بر اساس مطالعات انجام شده در ایران در طول دو دهه گذشته انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه از نوع مرور نظام‌مند می‌باشد. استراتژی جستجوی این مطالعه بر پایه جستجو در پایگاه‌های استنادی PubMed، Web of Science، Google Scholar و SID با عبارات فارسی مطالعات کیفی یا مصاحبه یا تجربه زیسته یا پدیدارشناسی و ناباروری یا زنان نابارور یا زوجین نابارور و معادل‌های انگلیسی این واژگان انجام شد. مقالات با استفاده از چک‌لیست CASP ارزیابی شدند؛ در نهایت ۲۱ مقاله که تجارب زیسته زنان نابارور را از منظرهای مختلف به صورت کیفی و پدیدارشناسی تبیین کرده بودند؛ وارد مطالعه و ارزیابی ترکیب و فراتحلیل شدند.

**یافته‌ها:** با کنار هم قرار دادن کدهای اصلی مقالات به عنوان کدهای اولیه و حذف موارد تکراری، ۱۰۲ کد غیر تکراری به دست آمد که آنها در قالب ۸ مضمون اصلی شامل: چالش‌های کلی زنان نابارور، واکنش‌های زنان نابارور، جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی، جنبه‌های شناختی، پیامدهای روان‌شناختی ناباروری، روش‌های مقابله با مشکلات روانی و اجتماعی ناباروری، عوامل مؤثر بر رفتارهای جنسی، عوامل افزایش و کاهش‌دهنده امید در زنان نابارور با تجربه شکست در درمان ناباروری دسته‌بندی شد.

**نتیجه‌گیری:** تجارب زیسته زنان نابارور نشان می‌دهد که آنها در جامعه ایران با مشکلات و رنج‌هایی مواجه هستند. به نظر می‌رسد هنوز بسیاری از ابعاد زندگی زنان نابارور مورد تبیین و تحلیل قرار نگرفته است. ضمن آنکه نقش ویژگی‌های دموگرافیک، فرهنگ‌ها، قومیت‌ها و بستر خانوادگی در تحلیل‌ها مورد توجه پژوهشگران واقع نشده است که ضرورت مطالعات بیشتر برای طراحی برنامه‌های حمایتی مؤثر با توجه به سیاست‌های جمعیتی کشور؛ بیشتر احساس می‌شود.

**کلمات کلیدی:** زنان نابارور، مرور نظام‌مند، ناباروری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: نوید کلانی؛ مرکز تحقیقات مؤلفه‌های اجتماعی نظام سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران. تلفن: ۰۹۱۷۵۶۰۵۴۱۲، پست الکترونیک: navidkalani@gmail.com

## مقدمه

در دنیای پیشرفته، مشکل ناباروری در حال افزایش بوده و به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است. این مسأله در سال ۱۹۸۸ در کنفرانس بین‌المللی بانکوک، به‌عنوان یک مشکل بهداشتی جهانی با ابعاد جنسی، روانی - اجتماعی توصیف شده است (۱) که افراد مبتلا را در معرض فشارهای خانوادگی زیادی قرار می‌دهد (۲). از دیدگاه بالینی، ناباروری به عدم بارداری پس از ۱۲ ماه رابطه جنسی منظم و محافظت نشده اشاره دارد، اگرچه برخی از زوجین بدون درمان باردار می‌شوند (۳).

گزارش‌ها در سال‌های پایانی قرن بیستم نشان می‌دهد که میزان بروز ناباروری در طی دو دهه اخیر حدود ۵۰٪ افزایش یافته است. ۳۵٪ مشکلات ناباروری به‌طور اختصاصی به زنان، ۳۵٪ به مردان، ۲۰٪ به‌صورت مشترک بین زن و مرد و ۱۰٪ باقی‌مانده به علل ناشناخته مربوط می‌باشد (۴). پهلوانی و همکار (۲۰۰۲) در مقایسه افراد نابارور با افراد بارور نتیجه گرفتند که گروه نابارور در مقایسه با گروه بارور، هم استرس بیشتری را تجربه کرده و هم سلامت روانی پایین‌تری داشته‌اند و نیز زنان نسبت به مردان استرس بیشتری داشته و از سلامت روانی کمتری برخوردار بوده‌اند (۵). ناباروری و درمان آن، یک بحران عمده در زندگی است که سال‌هایتمادی طول می‌کشد. این رویداد، تنش جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌سازد (۶، ۷). این تنش بر روابط بین فردی - اجتماعی و زناشویی تأثیر گذاشته و می‌تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین - طلاق و قطع رابطه بین آنها گردد. در جوامع مختلف به‌دلیل اینکه داشتن فرزند، یک ارزش فردی - اجتماعی و فرهنگی محسوب می‌شود، زوجین نابارور تلاش فراوانی را صرف تشخیص و درمان می‌کنند و در عین حال به‌دلیل اثرات جسمی - روانی و اجتماعی، در درمان ناباروری دچار تنش‌های شدیدی می‌شوند (۸).

ناتوانی در بچه‌دار شدن، مانعی در راه رسیدن به هدف والدینی است که زندگی زوجین را تغییر می‌دهد (۹). تجربه ناباروری توسط عوامل استرس‌زا می‌تواند زندگی شخصی، حمایت اجتماعی و روابط زناشویی فرد را تحت

تأثیر قرار دهد (۱۰-۱۳). از گذشته تاکنون در جوامع مختلف، بچه‌دار شدن و فرزندپروری به‌طور سنتی، یکی از برجسته‌ترین مشخصه‌های نقش جنسیتی<sup>۱</sup> زنانه به‌شمار آمده است و از این رو ناباروری به‌طور سنتی، مشکلی زنانه تلقی گردیده است (۱۴). بنابراین می‌توان انتظار داشت که زنان نابارور با مشکلات روانی - اجتماعی مختلفی درگیر باشند. نقصان در سازگاری روانی - اجتماعی<sup>۲</sup> زنان نابارور، به قدری مهم و ضروری است که گاهی فرآیند درمان جسمانی آن‌ها را مختل می‌سازد (۱۵).

مشکل ناباروری در سراسر جهان، جوامع مختلف را درگیر می‌نماید و پیامدهای روانی - اجتماعی آن گریبان‌گیر مردان و زنان نابارور است، ولی در جوامعی که هنجارهای فرهنگی به زن در برابر نقش مادر بودن ارج بیشتری می‌نهند، این پیامدها تشدید شده و عوارضی همچون بی‌ثباتی زندگی مشترک، خشونت خانگی، استیگما و انزوا را به‌دنبال خواهد داشت (۱۶). بدیهی است که فشار اجتماعی برای داشتن فرزند، منجر به رنج روانی، فیزیکی و اجتماعی می‌شود؛ به‌ویژه برای زنان که نقش مادری، عنصری از پایگاه و هویت آنها را می‌سازد و طبیعی است که با از دست دادن آن نیز آسیب روانی، شخصیتی و اجتماعی زیادی ببینند (۱۷). بیماران نابارور اغلب احساس می‌کنند مانند دیگر خانواده‌ها، یک واحد کامل نیستند (۱۸).

درمان ناباروری، بار جسمی، روحی و عاطفی فراوانی را بر زوجین تحمیل می‌کند. زوجین نابارور استرس فراوانی را تجربه می‌کنند که در ادبیات پژوهشی به‌عنوان «بحران ناباروری» نامیده می‌شود (۱۹). بحران ناباروری، با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگرچه هر دو زوج این بحران را تجربه می‌کنند، ولی زنان اثرات روان‌شناختی منفی بیشتری را در مقایسه با مردان نابارور تجربه می‌کنند. یکی از دلایلی که برای زنان نابارور ایجاد فشار روانی می‌کند، نقش مادری است که در اغلب جوامع به‌عنوان مهم‌ترین نقش

<sup>1</sup> Sex role

<sup>2</sup> Psycho-Social Copiny

زنان در بزرگسالی محسوب می‌شود (۲۰). ناباروری تنها یک مشکل پزشکی یا روان‌شناختی نیست، بلکه به دلیل عدم توانایی در ایفای یکی از نقش‌های اساسی اجتماعی - والد بودن، یک مشکل اجتماعی نیز محسوب می‌شود (۲۱).

تحقیقات نشان داده‌اند که زنان در مقایسه با مردان، از وضعیت سلامت خود ناراضی‌تر بوده و خانواده بدون فرزند را ناقص‌تر می‌دانند، زندگی بدون فرزند را بی‌معنی‌تر می‌دانند، خود را بدون فرزند، نابالغ و ناپخته می‌دانند، احساس پوچی و بی‌ارزشی بیشتری می‌کنند و احساس عصبانیت و بی‌حوصلگی بیشتری می‌کنند. زنان در مقایسه با مردان به‌طور معنی‌داری در زیرمجموعه‌های علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی نمرات بالاتری به‌دست آوردند (۲۲). زنان چه خود علت ناباروری باشند چه همسرشان، بار ناباروری را بیشتر به دوش می‌کشند. مشکلات پدید آمده به دلیل شکست در فرزندآوری، پریشانی، اضطراب، غم و اندوه از یک سو و تهدید به ترک، طلاق و زندگی چندهمسری مرد از سوی دیگر، زنان را تحت فشارهای بیشتری نسبت به مردان قرار می‌دهد (۲۳). بخشی از شواهد رو به رشد نشان می‌دهد که ناباروری و درمان آن برای زوجین به‌ویژه زنان، استرس‌زا است. تشخیص ناباروری می‌تواند منجر به شرم، ترس، عصبانیت، اضطراب، غم، احساس گناه و از دست دادن کنترل شود (۲۴، ۲۵). به‌طور کلی در پژوهش‌ها، شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور تقریباً ۲ برابر بیشتر از زنان بارور گزارش شده است. نتایج تحقیقات نشان داده است که ناباروری، افراد را مستعد افسردگی و اضطراب با شدت بالا می‌کند. بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، احساس درماندگی، احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش، باورهای منفی نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس طرد شدگی، شکایت‌های جسمی، اشکال در روابط زناشویی و تمایلات جنسی و تکلیفی قلمداد کردن آن به دلیل بی‌حاصلی و بسیاری از مشکلات روانی دیگر، از جمله مواردی هستند که به دنبال تشخیص ناباروری از سوی محققین گزارش شده‌اند (۲۶، ۲۷). از سوی دیگر روش‌های کمک باروری نیز می‌توانند به چالش‌های

فیزیکی، روانی، مالی و اخلاقی منجر شوند؛ به‌عنوان مثال، در طول درمان، زنان باید به پروتکل سخت‌گیرانه از جمله القای تخمک‌گذاری، بازیابی تخمک، تلقیح تخمک و انتقال جنین به رحم پای‌بند باشند. در جلسات درمانی متعدد، بررسی‌ها (جمع‌آوری نمونه خون و اسکن سونوگرافی) و تزریق‌های متعدد شرکت کنند که ممکن است به‌طور قابل توجهی در روال روزانه آنها مانند کار، اختلال ایجاد کند. پس از کاشت جنین، زنان باید ۳-۲ هفته منتظر بمانند تا بدانند باردار هستند یا خیر، که استرس‌زاترین مرحله درمان در نظر گرفته می‌شود (۲۸). علاوه بر این، روش‌های درمان کمک باروری<sup>۱</sup> گران هستند و زوجین را ملزم می‌کند که تصمیمات دشواری بگیرند؛ به‌عنوان مثال چه زمانی درمان را شروع یا متوقف کنند، چه تعداد جنین انتقال پیدا کند، از چه کسی به‌عنوان اهداء کننده، جنین و یا تخمک را دریافت کنند (۲۹، ۳۰). برخی زنان ممکن است درمان‌های کمک باروری را به دلایل مذهبی رد کنند، زیرا ممکن است، از نظر اخلاقی غیرقابل قبول بدانند، زیرا لقاح در خارج از بدن اتفاق می‌افتد (۳۱).

در هر صورت زنان نابارور، تجارب متعددی از سال‌های زندگی بدون فرزند پس از ازدواج دارند. احساس عاطفی و روانی در کنار تجارب خانوادگی و اجتماعی، معمولاً به‌وسیله مطالعات کیفی با رویکرد پدیدارشناسی، قابل استخراج و گزارش است. مطالعات پدیدارشناسی می‌کوشد معانی را آن‌چنان که در زندگی روزمره زیسته می‌شوند، آشکار نماید. جهان زندگی، همان تجربه‌ای است که بدون تفکر ارادی و بدون متوسل شدن به طبقه‌بندی با مفهوم‌سازی، حاصل می‌شود و معمولاً شامل آن چیزهایی است که مسلم دانسته می‌شوند یا آن چیزهایی که متداول هستند (۳۲).

روش پدیدارشناسی تفسیری<sup>۲</sup> نیز شامل سه مرحله: درک اولیه موضوع پژوهش، انجام مطالعه و اطلاعات، و تأمل و تفکر بر روی داده‌هاست (۳۳). اصطلاح پدیدارشناسی از یک لغت یونانی که به معنای نشان دادن، دیده شدن و ظاهر شدن می‌باشد، مشتق شده است (۳۴). در مطالعات

<sup>1</sup> Assisted reproductive technology-ART

<sup>2</sup> Interpretive phenomenology

می‌کند که یافته‌های مربوط به پدیدارشناسی ابعاد مختلف زندگی زنان نابارور از مطالعات بررسی شده، دیدگاه‌های متعدد و گاهی متناقضی دارند که می‌توانند در کنار یکدیگر مورد توجه قرار گیرند.

#### معیار انتخاب و ارزیابی کیفیت مقالات

در این مطالعه ابتدا اهداف مقالات یافت شده مورد بررسی قرار گرفتند و در صورت متناسب بودن اهداف، از چک‌لیست پرکاربرد CASP<sup>۳</sup> برای ارزیابی کیفیت مطالعات استفاده شد. چک‌لیست CASP برای ارزیابی اینکه آیا هر مطالعه شامل بیانیه واضحی از اهداف است یا خیر؟ استفاده شد. استفاده از روش‌شناسی مناسب؛ طراحی تحقیق و استراتژی بکارگیری مناسب داده‌ها، می‌تواند به دقت تجزیه و تحلیل یافته‌ها کمک کند (۴۰). چک‌لیست CASP که یک ابزار استاندارد برای ارزیابی مقالات است، توسط گروه JAMA در سال ۱۹۹۴ طراحی شده و قدیمی‌ترین و پرکاربردترین ابزار ارزیابی نقادانه مطالعات است (۴۱).

در چک‌لیست CASP باید به ۱۰ سؤال در قالب بله، خیر و قابل بررسی نیست، پاسخ داده می‌شود. مقالاتی که پاسخ به ۲ سؤال اول بله بود، وارد مرحله بررسی می‌شدند و به ۸ سؤال باقی‌مانده پاسخ داده می‌شد. هرگاه پاسخ ۲ سؤال نخست خیر بود، مقاله حذف می‌شد، اما اگر جواب یکی از سؤالات بله و دیگری خیر بود، باز هم به ۸ سؤال باقی‌مانده پاسخ داده می‌شد. استفاده از این ابزار به ما کمک می‌کند تا یک بررسی منظم را درک کنیم، بر این اساس، کیفیت مقالات در سه سطح کم، متوسط و با کیفیت بالا دسته‌بندی می‌شود (نمرات کمتر از ۴ با کیفیت پایین؛ نمرات بیشتر از ۴ و کمتر از ۷ با کیفیت متوسط و نمرات بالاتر از ۷ با کیفیت بالا). در این سؤالات اهداف، روش تحقیق، اجرای تحقیق، روش نمونه‌گیری، گردآوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، اصول اخلاقی، قابلیت کاربرد، نتایج و ارزش‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند. در این پژوهش، مقالات با کیفیت پایین از ارزیابی نهایی حذف شدند.

پدیدارشناسی، محقق موظف است تجربیات افراد را در رابطه با پدیده موردنظر بدون هیچ‌گونه کم و کاستی توصیف نماید (۳۵).

مقاله حاضر بنا به اهمیت و ضرورت توجه به تجارب زیسته زنان نابارور در راستای سیاست‌گذاری و نوع مواجهه معنوی، فرهنگی، رفتاری و کلامی با آنان در فرآیندها و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی، درمانی و اجتماعی؛ با هدف مرور نظام‌مند و فراتحلیل بر مطالعات کیفی و پدیدارشناسی تجارب زیسته زنان نابارور ایرانی انجام شد. اگرچه مطالعات نشان می‌دهند که ناباروری تمام افراد را از نظر جنسیت، ملیت، قومیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی-اقتصادی تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما به دلیل شیوع بیشتر این امر در کشورهای در حال توسعه (۳۶) و به دلیل اهمیت رویکردهای دینی و فرهنگی در نوع مواجهه با مسأله ناباروری؛ در مطالعه حاضر صرفاً مطالعات انجام شده در ایران در طول دو دهه گذشته مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس بررسی‌های انجام شده، پیش از این مطالعه‌ای از این جنس که به صورت فراتحلیل، تجارب زندگی زنان نابارور را به صورت منسجم مورد بحث و بررسی قرار داده باشد، انجام نشده است.

#### روش کار

روش این مطالعه با استفاده از ابزار گزارش مطالعات کیفی و دستورالعمل ارتقاء شفافیت در گزارش تحقیقات کیفی سلامت<sup>۱</sup> توسعه داده شده است که هدف آن، استاندارد کردن گزارش سنتزهای کیفی می‌باشد (۳۷). این ابزار، توسط تونگ و همکاران (۲۰۱۲) مبتنی بر یک مطالعه مروری جامع پیشنهاد شد. این ابزار شامل معیارهای استاندارد جهت گزارش روش‌های ترکیب یافته‌ها در مطالعات کیفی چند مرحله‌ای است. ابزار ارتقاء شفافیت در گزارش تحقیقات کیفی سلامت، دارای ۲۱ معیار در ۵ بُعد شامل مقدمه، روش‌شناسی، مرور و انتخاب متون، ارزیابی کیفیت و ترکیب یافته‌ها است (۳۸). مبنای نظری سنتز کیفی، برساخت‌گرایی تفسیری<sup>۲</sup> است (۳۹). برساخت‌گرایی تفسیری اذعان

<sup>۱</sup> ENTREQ

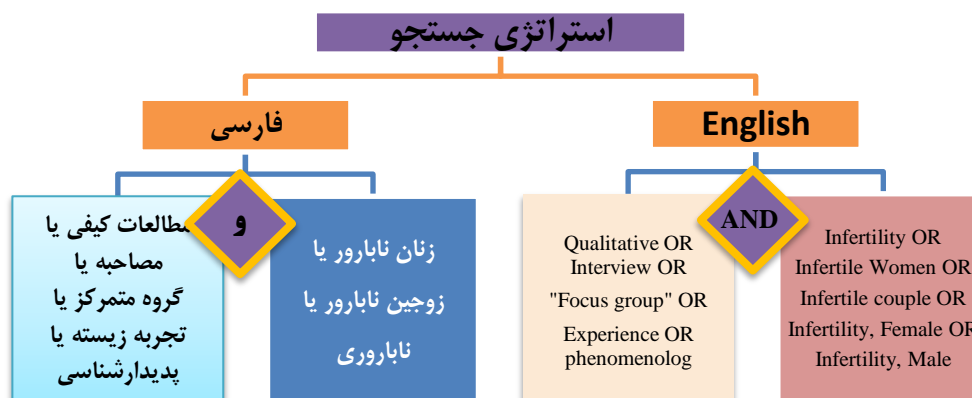
<sup>۲</sup> Interpretive-Constructivist Approach

<sup>۳</sup> Critical Appraisal Skills Programme

### استراتژی جستجو

در این مطالعه یک استراتژی جستجوی از پیش برنامه‌ریزی شده برای کاوش در پایگاه‌های استنادی PubMed، Web of Science، Google Scholar و SID مورد استفاده قرار گرفت که در نمودار ۱ نشان داده شده است. جستجوی مقدماتی در پایگاه‌های فارسی

زبان با کلیدواژه‌های: مطالعات کیفی، مصاحبه، تجربه زیسته، پدیدارشناسی، ناباروری، زنان نابارور و زوجین نابارور با کمک عملگرهای منطقی انجام شد. مقالات در فاصله زمانی دو دهه اخیر یعنی از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۲۲ میلادی (۱۳۸۰ تا ۱۴۰۱ ه.ش) و با قیود انجام مطالعه در ایران و اختصاص داشتن به زنان نابارور، محدود شد.



نمودار ۱- استراتژی و راهبردهای جستجو

### معیارهای ورود و خروج

این معیارها کمک می‌کند تا مرتبط‌ترین مقالات به اهداف پژوهش مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین در

انتخاب مقالات و مراحل غربالگری، مقالاتی که دارای معیارهای زیر بودند، انتخاب و وارد ارزیابی شدند.

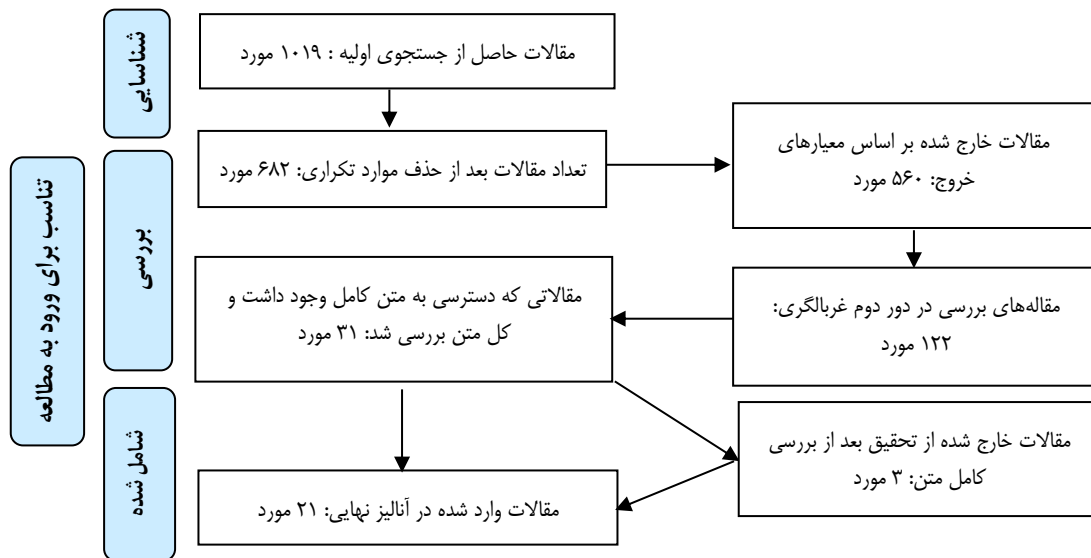
جدول ۱- معیارهای ورود و خروج مطالعات

معیارهای خروج	معیارهای ورود
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مطالعات قدیمی که قبل از سال ۱۳۸۰ انجام شده بود.</li> <li>- مقالات قوم‌نگاری، مرور روایتی، مقالات کوتاه و نامه به سردبیر</li> <li>- کتاب‌ها، مقالات همایش، گزارش‌ها، مقالات روزنامه‌ای</li> <li>- مطالعات به‌دست آمده از پایگاه‌های استنادی غیرعلمی</li> <li>- مطالعاتی که امکان دسترسی به متن کامل مقالات وجود نداشت.</li> <li>- مطالعات سایر زبان‌ها غیر از فارسی و انگلیسی</li> <li>- مطالعات مربوط به زوجین نابارور و یا زوجین ناباروری مردانه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- دارای بیشترین ارتباط با موضوع</li> <li>- انتشار مقاله در یکی از مجلات معتبر علمی در بازه زمانی تعیین شده</li> <li>- کسب حداقل امتیاز لازم طبق چک لیست CASP</li> <li>- انتشار به زبان فارسی یا انگلیسی</li> <li>- جامعه هدف زنان نابارور ایرانی</li> <li>- دسترسی به متن کامل مقالات</li> </ul>

### غربالگری

در مرحله اولیه، ۱۰۱۹ پژوهش با جستجوی کلید واژه‌ها یافت شد که با حذف مقالات تکراری و غیرمرتبط، ۶۸۲ مقاله به‌دست آمد. در دوره اول غربالگری که شامل خواندن عنوان و چکیده منابع شناسایی شده بود، معیارهای ورود و خروج مورد

ارزیابی قرار گرفتند. از ۱۲۲ مقاله باقی‌مانده؛ جهت غربالگری دقیق‌تر متن کامل مقالات مورد بررسی قرار گرفت که در نهایت، ۳۱ مقاله به‌دست آمد. از این تعداد، ۳ مقاله با توجه به عدم ارتباط مناسب با اهداف پژوهش حذف شدند و در نهایت ۲۱ مقاله وارد ارزیابی کیفیت مقالات و چک‌لیست CASP شدند.



نمودار ۲- فلوجارت بررسی و جستجوی مقالات

(۴۳). کدگذاری خط به خط برای جستجوی مفاهیم مرتبط با پدیده‌های هدف، یعنی تجربیات زنان نابارور انجام شد. این کار توسط نویسنده اول انجام شد و نویسنده نهایی، زیرمجموعه‌ای از مقالات موجود را کدگذاری کرد. مفاهیمی که در میان مطالعات مشترک بودند، با هم گروه‌بندی شدند. این کار از طریق یک فرآیند تکراری گروه‌بندی مفاهیم با هم و خواندن و بازخوانی مطالعات انجام شد تا اطمینان حاصل شود مفاهیمی که با هم گروه‌بندی شده‌اند، به شیوه‌ای معنادار در یک دسته قرار گرفته‌اند (۴۴).

### یافته‌ها

در این مطالعه ۲۱ مقاله در ارزیابی نهایی با توجه به شرایط مورد بررسی، وارد فاز تحلیل شدند که تمام مقالات در طول دو دهه گذشته در ایران انجام شده بود. بیشترین مطالعات در تهران و با مصاحبه با زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری تهران نظیر مرکز ابن‌سینا، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج)، پژوهشگاه رویان و ... انجام شده بود (۱۲ مقاله)، پس از آن ۶ مقاله در یزد و مقالات واحدی در قزوین، رشت و چهارم انجام شده بود.

محدوده سنی زنان نابارور مشارکت کننده در مطالعات با پراکندگی از ۵۰-۲۰ سال گزارش شده بود. مقالات نسبت به گزارش سایر اطلاعات دموگرافیک رویه واحدی

نویسنده اول و دوم مطالعات را با استفاده از معیارهای ورود و خروج به صورت جداگانه غربال کردند و اختلافات با استفاده از یک استراتژی از پیش تعریف شده حل شد. در مواردی که اختلاف بین دو ارزیاب با کمک استراتژی انتخاب مقالات و بحث و گفتگو حل نشد، با نویسنده سوم مشورت انجام شد.

### استخراج داده‌ها

برای این مطالعه جدول محقق ساخته‌ای از داده‌ها تهیه شد. علاوه بر گنجانیدن یافته‌های مطالعات برای سنتز کیفی، داده‌های مربوط به نام(های) نویسنده، سال انتشار، عنوان، مجله، گروه هدف، تعداد شرکت کنندگان، روش‌شناسی کیفی و نوع مصاحبه جمع‌آوری شد. داده‌های مربوط به نتایج و بحث مطالعات مربوط با تجارب زیسته زنان نابارور استخراج شد، اما داده‌های گسترده‌تری در مورد برخی خصوصیات دموگرافیک آنان که در نتایج مطالعه تأثیری نداشتند، در ارزیابی وارد نشدند. هنگامی که تجزیه و تحلیل آغاز شد و مفاهیم اولیه شناسایی شد، جدولی برای بررسی اینکه آیا و چگونه هر مطالعه داده‌های مربوط به هر مفهوم را نشان می‌دهد، ساخته شد (۴۲).

### تحلیل داده‌ها

داده‌ها به صورت استقرایی کدگذاری شدند و تحلیل داده‌ها با آشنایی اولیه با هر یک از مقالات شروع شد

نداشتند و در هیچ‌یک از مطالعات بر تأثیر ویژگی‌های دموگرافیک بر تجارب اشاره‌ای نشده بود. در تمام مطالعات مصاحبه‌ها به‌صورت فردی انجام شده بود و از روش مصاحبه گروهی استفاده نشده بود که به‌نظر می‌رسد با توجه به رعایت مسائل اخلاقی رازداری و امانت‌داری، این روش در پیش گرفته شده است.

روش‌های تحلیل داده‌های مقالات با توجه به رویکردهای انتخابی در نوع مطالعه کیفی، روش‌های کلایزی، گرانهم و لاندمن و روش استراس و گلاسر استفاده شده بود. در جدول ۲ خلاصه‌ای از مطالعات همراه با مضامین و نتایج آنها گزارش شده است.

جدول ۲- خلاصه مقالات نهایی وارد شده در مرور نظام‌مند

ردیف	نویسنده/ سال/ رفرنس	عنوان	مشخصات مطالعه	رویکرد و روش تحلیل کیفی	نوع مصاحبه
۱	عباسی شوازی و همکاران (۲۰۰۵) (۴۵)	ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور: مطالعه موردی در تهران	مجله: زن در توسعه و سیاست گروه هدف: زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمانی ابن سینا تهران تعداد شرکت کنندگان: ۳۰	عدم ذکر	مصاحبه فردی عمیق
یافته‌ها و مضامین	مضامین استخراج شده از این مطالعه: ناباروری مشکل زنانه، انگیزه درمان، تأثیرات ناباروری، عکس‌العمل افراد جامعه، آینده‌نگری. یافته‌ها نشان داد که میزان تأثیرات ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی زنان، به عوامل متعددی از جمله نوع ناباروری، مدت ناباروری، موقعیت اجتماعی اقتصادی فرد نابارور بستگی دارد. محدوده سنی مشارکت کنندگان بین ۲۶-۴۸ سال گزارش شد.				
۲	فهامی و همکاران (۲۰۱۰) (۴۶)	تجربه زیستی زنان نابارور از ناباروری با علت زنانه	مجله: زنان، مامایی و نازایی ایران گروه هدف: زنان نابارور (تصادفی) تعداد شرکت کنندگان: ۱۴	پدیدارشناسی روش کلایزی	مصاحبه فردی نیمه‌ساختاریافته
یافته‌ها و مضامین	پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۴ مفهوم محوری تنش‌های فردی، چالش در ارتباطات، معضلات درمانی و باورها و عقاید به‌دست آمد. میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۸ سال گزارش شد.				
۳	بهبودی‌مقدم و همکاران (۲۰۱۳) (۴۷)	تجارب ناباروری از منظر زنان نابارور ایرانی: یک مطالعه کیفی	مجله: علوم پرستاری ژاپن Jans گروه هدف: زنان نابارور متقاضی درمان در یک مرکز ارجاع در تهران تعداد شرکت کنندگان: ۱۰	تحلیل محتوای قراردادی روش گرانهم و لاندمن	مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته
یافته‌ها و مضامین	در جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها، چهار موضوع اصلی شامل «سوء استفاده»، «بی‌ثباتی زناشویی»، «انزوای اجتماعی» و «از دست دادن عزت نفس» پدیدار شد. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۴ سال گزارش شد.				
۴	ازغدی و همکاران (۲۰۱۴) (۴۸)	تأثیر روان‌شناختی ناباروری در زنان نابارور	مجله: دانشکده پرستاری و مامایی گروه هدف: زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج)، تهران تعداد شرکت کنندگان: ۱۵	تحلیل محتوای قراردادی	نیمه‌ساختاریافته
یافته‌ها و مضامین	مفاهیم اصلی به‌دست آمده از داده‌ها در ۴ تم اصلی همراه با زیرطبقات خود قرار گرفتند که شامل: ۱- واکنش‌های شناختی ناباروری، ۲- واکنش‌های شناختی سیر درمان، ۳- واکنش‌های عاطفی هیجانی ناباروری و ۴- واکنش‌های عاطفی-هیجانی سیر درمان بود. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۲ سال گزارش شد.				
۵	حسن پور ازغدی و همکاران (۲۰۱۴) (۴۹)	پیامدهای عاطفی- روانی ناباروری در زنان نابارور متقاضی درمان: نتایج یک مطالعه کیفی	مجله: مجله بین‌المللی زیست پزشکی IJRM تولید مثل گروه هدف: زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج)، تهران تعداد شرکت کنندگان: ۲۵	تحلیل محتوای قراردادی	نیمه ساختاریافته
یافته‌ها و مضامین	یافته‌های این پژوهش شامل چهار موضوع اصلی است: ۱. واکنش‌های شناختی ناباروری (درگیری ذهنی، آشفتگی روانی). ۲. واکنش‌های شناختی به فرآیند درمانی (آشفتگی روانی، دشوار بودن کنترل در برخی موقعیت‌ها، کاهش عزت نفس، احساس شکست). ۳. واکنش‌های عاطفی-عاطفی (ترس، اضطراب و نگرانی، تنهایی و احساس گناه، اندوه و افسردگی، پشیمانی). ۴. واکنش‌های عاطفی-عاطفی به فرآیند درمانی (ترس، اضطراب و نگرانی، خستگی و درماندگی، غم و اندوه و افسردگی، ناامیدی). محدوده سنی مشارکت کنندگان از ۲۱-۴۸ سال گزارش شد.				
۶	مصلی‌نژاد و همکاران	عوامل افزایش و کاهش	مجله: بین‌المللی زیست پزشکی تولید	پدیدارشناسی	نیمه

				امید در زنان نابارور با شکست در درمان ناباروری: یک مطالعه پدیدارشناسی	مثل IJRM	روش کلایزی	ساختاریافته	(۲۰۱۴) (۵۰)		
				از مجموع ۹۶ کد اولیه استخراج شده، دو گروه عوامل کاهنده و افزایش امید مورد بررسی قرار گرفتند که منجر به دسته‌بندی مضامین به سه عامل افزایش و دو عامل کاهنده شد. موضوع اصلی شناسایی شده اول شامل عوامل افزایشی (منابع معنوی، تعامل خانوادگی و حمایت و رسانه) و موضوع اصلی شناسایی شده دوم شامل عوامل کاهش (ماهیت درمان‌ها و ذهن منفی‌گرا) است. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۸/۶ سال گزارش شد.						یافته‌ها و مضامین
				حسن‌پور ازغدی و همکاران (۲۰۱۵) (۵۱)	مجله: بین‌المللی باروری و عقیمی IJFS	تحلیل محتوای قراردادی	نیمه ساختاریافته		۷	
				یافته‌ها حاکی از آن بود که پیامدهای ناباروری به پنج دسته اصلی تقسیم می‌شوند: ۱. خشونت شامل خشونت روانی و خشونت فیزیکی خانوادگی، ۲. بی‌ثباتی یا بلا تکلیفی زناشویی، ۳. انزوای اجتماعی شامل دوری از افراد خاص یا رویدادهای اجتماعی خاص و انزوای خودساخته. از خانواده و دوستان، ۴. محرومیت اجتماعی و محرومیت نسبی از جمله بی‌توجهی اعضای خانواده و نزدیکان و کاهش تعاملات اجتماعی با زن نابارور و ۵. بیگانگی اجتماعی. محدوده سنی مشارکت‌کنندگان از ۲۱-۴۸ سال گزارش شد.						یافته‌ها و مضامین
				نقیب و همکار (۲۰۱۵) (۵۲)	مجله: دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه	پدیدارشناسی و نظریه مبنایی	نیمه ساختاریافته		۸	
				از تدوین مصاحبه‌ها و تحلیل توصیف زنان، پنج مضمون استخراج شد که شامل فقدان فرزند، گسلی در هویت زنانگی؛ تاوان باوری در ناباروری؛ ناباروری، خاموشی مادری؛ زن، جنسیت و ناباروری؛ و مذهب، راهی برای التیام ناباروری بود. محدوده سنی مشارکت‌کنندگان از ۲۰-۴۴ سال گزارش شد.						یافته‌ها و مضامین
				بکائی و همکاران (۲۰۱۵) (۵۳)	مجله: بین‌المللی زیست پزشکی تولید مثل IJRM	تحلیل محتوای قراردادی و روش گرانهم و لاندمن	نیمه ساختاریافته عمیق		۹	
				تجزیه و تحلیل داده‌ها چهار مضمون را در مورد تأثیر ناباروری بر رفتار جنسی زنان نشان داد: ۱- تأثیر داروهای ناباروری بر رفتار جنسی زوجین، ۲- تأثیر فناوری‌های کمک باروری بر رفتار جنسی زنان، ۳- آمیزش زمان‌دار در دوران ناباروری و ۴- تأثیر روان‌شناختی ناباروری در رفتار جنسی. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۴/۵ سال گزارش شد.						یافته‌ها و مضامین
				رنجبر و همکاران (۲۰۱۵) (۵۴)	مجله: تولید مثل و ناباروری JRI	تحلیل محتوای قراردادی و روش گرانهم و لاندمن	نیمه ساختاریافته		۱۰	
				چهار موضوع اصلی کشف شد که شامل مبارزه برای رسیدن به بارداری، ترس و عدم اطمینان، فرار از انگ و پیگیری برای رسیدن به رضایت شوهر بود. محدوده سنی مشارکت‌کنندگان از ۲۴-۳۶ سال گزارش شد.						یافته‌ها و مضامین
				کریمی و همکاران (۲۰۱۵) (۵۵)	مجله: پایش گروه هدف: زنان نابارور مراجعه کننده به پژوهشگاه رویان	روش نظریه-میدانی (Gerounded Theory)	عمیق		۱۱	
				داستان و مسیر پرفراز و نشیب ناباروری همراه با چهار نوع فشارهای مالی، فشارهای کاری، فشارهای کلامی، فشارهای رفتاری و فشارهای روانی و جمعی است که زنان نابارور باید آنها را تحمل کنند. در مقابل عواملی استخراج شده است که زنان نابارور را در تحمل و کنار آمدن با مشکلات حمایت می‌کند. روش‌ها و ابزارهایی که زنان برای کنار آمدن با مشکل خود استفاده می‌کنند شامل: تلاش برای سرگرم کردن خود، تلاش برای اهمیت ندادن به حرف‌های دیگران، پذیرش واقعیت ناباروری و مشکلاتش از سوی خود زن و اطرافیان او، گریستن، امید و توکل داشتن، مقایسه خود با سالمندانی که فرزندانشان ازدواج کرده و از کنار آنها رفته‌اند، مقایسه خود با خانواده‌هایی که بچه‌های اهل ندارند، مقایسه با زوج‌هایی که روابط عاطفی خوبی ندارند یا جدا شده‌اند، مقایسه با زنانی که به فکر تربیت بچه‌شان نیستند یا خودشان هنوز بچه‌اند و اطلاعات لازم در این زمینه را ندارند، مقایسه خود با خانواده‌هایی که فرزندان در اثر بیماری یا تصادف مرده است، مقایسه خود با مبتلایان به						یافته‌ها و مضامین



بیماری‌های صعب‌العلاج، آزمایش الهی دانستن نابورری، عدم مقایسه خود با افراد موفق و توجه به اینکه هر کسی مشکلاتی در زندگی‌اش دارد و در آخر فکر کردن به داشته‌های دیگر و فکر نکردن به بچه بود. اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان گزارش نشده بود.					
۱۲	وداده‌بیر و همکاران (۲۰۱۷) (۵۶)	فرهنگی: تجربه زیسته زنان نابور در جستجوی درمان در قزوین	مجله: مسائل اجتماعی ایران گروه هدف: زنان نابور مراجعه کننده به مرکز درمان نابورری قزوین تعداد شرکت‌کنندگان: ۲۵	نابورری به مثابه مسأله‌ای اجتماعی -	عمیق
یافته‌ها و مضامین	مضامین و مفاهیم اصلی که در این مطالعه حاصل شد شامل: اولین واکنش زنان بعد از وقوف به نابورری، تعاملات زنان نابور، پیامدهای اجتماعی فرهنگی نابورری، واکنش‌های عاطفی هیجانی زنان، نابورری، تلقی زنان نابور از نابورری، واکنش‌های شناختی، قضاوت و عملکرد خانواده‌ها و جامعه، اطلاعات زنان نابور از نابورری، نگرش زنان نابور به فرزندخوانده، آثار نابورری بر زنان و انگیزه‌های درمان، راهکارهای پایدارسازی زندگی و چشم‌انداز و نگاه زنان نابور به آینده بود. اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان گزارش نشده بود.				
۱۳	بایستی و همکار (۲۰۱۸) (۵۷)	مطالعه انسان‌شناختی تجربه زیسته زنان بارور شده با استفاده از روش‌های درمان نابورری در شهر یزد	مجله: پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران گروه هدف: زنان نابور (درمان شده) مراجعه کننده به مرکز درمان نابورری شهر یزد تعداد شرکت‌کنندگان: ۱۵	مطالعه انسان‌شناختی تجربه زیسته زنان بارور شده با استفاده از روش‌های درمان نابورری در شهر یزد	مصاحبه عمیق
یافته‌ها و مضامین	مضامین و مفاهیم اصلی به‌دست آمده در این پژوهش شامل: اولین واکنش زنان بعد از وقوف به نابورری، تعاملات زنان نابور قبل و بعد از بارورری، واکنش‌های عاطفی هیجانی زنان نابور قبل و بعد از مادر شدن، تلقی زنان نابور از مسئله نابورری، واکنش‌های شناختی، قضاوت و عملکرد خانواده‌ها، دانش زنان نابور از نابورری، آثار نابورری بر زنان و انگیزه‌های درمان، راهکارهای پایدارسازی زندگی و تغییرات در زندگی بعد از بچه‌دار شدن بود. اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان گزارش نشده بود.				
۱۴	بکائی و همکاران (۲۰۱۸) (۵۸)	تأثیرگذار بر تجربیات جنسی زنان مواجه با نابورری: یک مطالعه کیفی	مجله: کومش گروه هدف: زنان نابور مراجعه‌کننده به مرکز نابورری شهر یزد و افراد مطلع کلیدی؛ تعداد شرکت‌کنندگان: به ترتیب ۱۵ و ۸ نفر	عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر تجربیات جنسی زنان مواجه با نابورری: یک مطالعه کیفی	نیمه ساختاریافته عمیق
یافته‌ها و مضامین	با تحلیل داده‌ها سه طبقه ۱- تأثیر بستگان و خانواده خانواده و بستگان زن، خانواده و بستگان مرد و عوامل مؤثر از هر دو خانواده، ۲- تأثیر جامعه (فقدان آموزش جنسی و عوامل اجتماعی) و ۳- باورهای رایج (باورهای با منشأ فرهنگی، مذهبی یا قومی، باورهای با منشأ تغذیه‌ای و تأثیر طرحواره‌ها بر رفتار جنسی) به‌دست آمد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۴/۵ سال گزارش شد.				
۱۵	افطاری و همکاران (۲۰۱۹) (۵۹)	نحوه مقابله زنان با استرس نابورری: یک مطالعه پدیدارشناسی	مجله: مطالعات زن و خانواده گروه هدف: زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های نابورری بیمارستان‌های اکبرآبادی، فیروزگر و امام حسین تهران تعداد شرکت‌کنندگان: ۳۳	نحوه مقابله زنان با استرس نابورری: یک مطالعه پدیدارشناسی	نیمه ساختاریافته
یافته‌ها و مضامین	تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به راهبردهای مقابله‌ای به پیدایی ۸ زیرمضمون منجر شد که شامل: تمرکز بر جنبه‌های مثبت رابطه زناشویی، تمرکز بر جنبه‌های مثبت نابورری، تخفیف اهمیت فرزند، اجتناب، توجیه معنوی (موهبت انگاری، امتحان الهی)، پنهان‌کاری (حفظ جایگاه مرد، رهایی از ترحم، نامشروع تصور شدن فرزند با روش‌های کمک باروری)، امیدوار ماندن و عمومیت‌بخشی بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۱/۳ سال گزارش شد.				
۱۶	حاج‌حسینی و همکار (۲۰۱۹) (۶۰)	تجربه فرزندپذیری و ساخت هویت مادرانه در زنان نابور فرزندپذیر	مجله: مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان گروه هدف: زنان نابور دارای فرزند خوانده شهر تهران تعداد شرکت‌کنندگان: ۱۰	تجربه فرزندپذیری و ساخت هویت مادرانه در زنان نابور فرزندپذیر	نیمه ساختاریافته
یافته‌ها و مضامین	یافته‌های پژوهش در سه بُعد تجربه فرزندپذیری، فرآیند اکتساب هویت مادرانه و ارزیابی از خود به‌عنوان مادر حاصل گردید. نتیجه اینکه مواجهه زنان با ناتوانی خود در فرزندآوری، به‌عنوان یک رویداد دردناک تجربه می‌شود. آن‌ها ورود فرزند به خانواده را موجب تکمیل خود و خانواده‌شان می‌دانند و احساس غرور می‌کنند. زنان نابور در سایه فرزندپذیری، احساسات و عواطف مثبتی نسبت به خود یافته و ارزش‌های خود را چه از لحاظ فردی و چه اجتماعی بازیافته و خود را در جایگاه مادری دیده‌اند و توانسته‌اند به هویت مادرانه دست یابند. محدوده سنی مشارکت‌کنندگان بین ۳۰-۴۸ سال گزارش شد.				
۱۷	حسن‌پور ازغدی و ساختار اجتماعی نابورری در	مجله: تولید مثل و نابورری JRI	تحلیل محتوای	حسن‌پور ازغدی و ساختار اجتماعی نابورری در	نیمه

همکاران (۲۰۱۹) (۶۱)	بین زنان نابارور ایرانی: یک مطالعه کیفی	گروه هدف: زنان نابارور مراجعه کننده مرکز تحقیقات سلامت باروری ولی عصر(عج) و کلینیک باروری ابن سینا در تهران؛ تعداد شرکت کنندگان: ۲۷	قراردادی روش استراوس و کوربین	ساختاریافته	
یافته‌ها و مضامین	<p>"نگرانی در مورد بی‌ثباتی زندگی" و "قضاوت شدن توسط دیگران"، مهم‌ترین دغدغه شرکت کنندگان بود. تلاش برای تثبیت زندگی و رهایی از قضاوت شدن توسط دیگران، جنبه‌های کلیدی ساخت اجتماعی ناباروری و راهبردهای اصلی برای حل مشغله‌های آنها بود. این مفهوم اصلی، فرآیند اساسی روان‌شناختی - اجتماعی ناباروری را در رابطه با کدهای محوری توضیح داد. تعاملات زوجین، عملکرد قضاوت خانواده و جامعه و تأثیر و کنترل فرآیند درمان در طول چرخه زندگی، شرایط علی نگرانی‌ها بود که آغازگر فرآیند تثبیت زندگی و رهایی از قضاوت شدن توسط دیگران بود. باورها و انگیزه‌های شخصی برای فرزندآوری و پیامدهای روانی اجتماعی ناباروری (به‌عنوان زمینه) شرایطی را ایجاد کرد که تحت آن شرکت کنندگان این فرآیند را طی کردند. ویژگی‌های زنان نابارور و وجود حامیان اجتماعی در برابر نبود آن، از جمله شرایط مداخله‌ای برای تسهیل یا محدود کردن این روند تلقی می‌شد. امید به مداخلات درمانی در برابر آسیب‌های آن، روابط نزدیک‌تر زوجین در برابر تهدید ناپایداری‌های زندگی، تسکین یا سازگاری با استرس روانی در برابر افزایش آن و رشد معنوی در برابر چالش‌های معنوی، پیامدهای فرآیند مذکور بود. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۱/۶ سال گزارش شد.</p>				
۱۸	باقری و همکاران (۲۰۲۰) (۶۲)	نگرانی‌های زنان نابارور کاندید اهدای تخمک: یک مطالعه کیفی	مجله: خانواده و سلامت تولید مثل JFRH گروه هدف: زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک ناباروری بیمارستان امام خمینی (ره)؛ تعداد شرکت کنندگان: ۱۷	تحلیل محتوای قراردادی روش گرانهمیم و لاندمن	عمیق و نیمه ساختاریافته
یافته‌ها و مضامین	<p>نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها ۵ مضمون شامل: تهدید زندگی زناشویی، فقدان موقعیت حمایتی، باورهای مذهبی، آسیب‌های روانی اجتماعی و هویت آسیب‌دیده زنانه را نشان داد. محدوده سنی مشارکت کنندگان از ۲۹-۵۰ سال، با میانگین سنی ۳۷/۸ سال گزارش شد.</p>				
۱۹	ابویی و همکاران (۲۰۲۰) (۶۳)	ناتوانی در زایش یا زایش ناتوانی: کاوشی کیفی از پیامدهای روان‌شناختی ناباروری در زنان نابارور	مجله: پژوهش‌های مشاوره گروه هدف: زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری یزد تعداد شرکت کنندگان: ۲۱	پارادایم تفسیری روش نظریه زمینه‌ای	عمیق و نیمه ساختاریافته
یافته‌ها و مضامین	<p>یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد پیامدهای روان‌شناختی ناباروری به‌ترتیب شامل: درماندگی درمانی، احساس پوچی، خودسرنشنگری، برون‌ریزی هیجانات شدید منفی، اختلالات روان‌شناختی، مصرف داروی اعصاب، افکار خودکشی، انزوای اجتماعی، مشاخره با همسر به‌خاطر احساس تنهایی و خانه‌های سوت‌و‌کور است. به‌نظر می‌رسد زنان نابارور، وضعیت روان‌شناختی نامساعدی را تجربه می‌کنند. محدوده سنی مشارکت کنندگان بین ۲۶-۴۰ سال گزارش شد.</p>				
۲۰	خاکبازان و همکاران (۲۰۲۰) (۶۴)	بررسی نیازهای آموزش بهداشت باروری در زنان نابارور ایران: یک مطالعه کیفی	مجله: پزشکی پیشگیرانه و بهداشت عمومی jpmph گروه هدف: زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر رشت (در شمال ایران)؛ تعداد شرکت کنندگان: ۲۰	تحلیل محتوای قراردادی روش گرانهمیم و لاندمن	مصاحبه‌های فردی نیمه ساختاریافته عمیق
یافته‌ها و مضامین	<p>نیازهای آموزشی بهداشت باروری با تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه از ۴ دسته اصلی شناسایی شد: آشنایی با فرآیند باروری و آمادگی برای بارداری، شناخت ناباروری و انتظارات پیرامون درمان، شناخت اقدامات پیشگیرانه مرتبط با سلامت باروری و اصلاح باورهای نادرست. شناخت علل ناباروری و شناخت رویکردهای مختلف درمان ناباروری، از مهم‌ترین نیازهای آموزشی زنان نابارور است. پتانسیل نادیده گرفتن مسائل مربوط به سلامت به‌دلیل نگرانی در مورد باروری و تجربه مادر، آموزش در مورد اقدامات پیشگیرانه برای سرطان دهانه رحم، سرطان پستان و عفونت‌های مقاربتی را ضروری می‌کند. اصلاح باورهای غلط، از جمله مواردی که در ارتباط با داروهای ضدبارداری و طب سنتی است. محدوده سنی مشارکت کنندگان بین ۲۵-۴۶ سال، با میانگین سنی ۳۳/۳۵ سال گزارش شد.</p>				
۲۱	افشانی و همکاران (۲۰۲۲) (۶۵)	تجربه زیسته زنان نابارور از مسئله بی‌فرزندگی	مجله: زن در توسعه و سیاست گروه هدف: زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری یزد تعداد شرکت کنندگان: ۲۱	پارادایم تفسیری روش نظریه زمینه‌ای	عمیق و نیمه ساختاریافته
یافته‌ها و مضامین	<p>یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد پیامدهای ناباروری شامل ۸ مقوله اصلی هستند که به‌ترتیب شامل: گذار از متن به حاشیه، کالانگاری زن دوم، نقش قربانی، گذار پرگداز جدایی، استحاله در شوهر، فانتزی عشق، ناباروری: بستر مشکل‌آفرین و تنهایی وجودی و یک مقوله هسته تحت عنوان قربانیان قربانی‌خواه می‌باشد. محدوده سنی مشارکت کنندگان بین ۲۵-۴۰ سال گزارش شد.</p>				

با کنار هم قرار دادن کدهای اصلی ۲۱ مقاله مورد ارزیابی به‌عنوان کدهای اولیه (البته برای تفسیر زیرطبقات و کدهای فرعی نیز ملاحظه شد) و حذف موارد تکراری، ۱۰۲ کد غیر تکراری به‌دست آمد که آنها در قالب ۸ مضمون اصلی شامل: چالش‌های کلی زنان نابارور، واکنش‌های زنان نابارور، جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی، جنبه‌های شناختی، پیامدهای روان‌شناختی

ناباروری، روش‌های مقابله با مشکلات روانی و اجتماعی ناباروری، عوامل مؤثر بر رفتارهای جنسی، عوامل افزایش و کاهش دهنده امید در زنان نابارور با تجربه شکست در درمان ناباروری دسته‌بندی شدند. به بیان دیگر می‌توان گفت این ۸ مضمون اصلی، حیطة‌هایی هستند که تاکنون در ایران مورد مطالعه قرار گرفته است.

### جدول ۳- مضامین استخراج شده از فرا تحلیل مطالعات

مضامین اصلی	مضامین فرعی	زیرطبقات
چالش‌های کلی زنان نابارور	چالش‌های فردی؛ چالش‌های اجتماعی	تنش‌های فردی، مشکلات روانی، چالش در ارتباطات، چالش در زندگی زناشویی؛ انگ اجتماعی؛ معضلات درمانی؛ باورها و عقاید؛ مسائل فرهنگی
واکنش‌های زنان نابارور	واکنش‌های شخصی؛ واکنش‌های اجتماعی	واکنش اولیه زنان بعد از وقوف به ناباروری؛ واکنش‌های شناختی ناباروری (درگیری ذهنی، آشفتگی روانی)؛ واکنش‌های شناختی به فرآیند درمانی (آشفتگی روانی، دشوار بودن کنترل در برخی موقعیت‌ها، کاهش عزت نفس، احساس شکست)؛ واکنش‌های عاطفی ناباروری (ترس، اضطراب و نگرانی، تنهایی و احساس گناه، اندوه و افسردگی، پشیمانی)؛ واکنش‌های عاطفی به فرآیند درمانی (ترس، اضطراب و نگرانی، خستگی و درماندگی، غم و اندوه و افسردگی، ناامیدی)؛ مبارزه برای رسیدن به بارداری؛ ترس و عدم اطمینان؛ فرار از انگ اجتماعی؛ پیگیری برای رسیدن به رضایت شوهر
جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی	عوامل اجتماعی اثر گذار بر زندگی زنان با چالش ناباروری؛ عوامل فرهنگی تأثیر گذار بر زندگی زنان نابارور؛ پیامدهای اجتماعی - فرهنگی ناباروری بر زندگی زنان نابارور؛ مشکلات خانوادگی؛ مشکلات در سطح جامعه	تعاملات زنان نابارور قبل و بعد از باروری؛ قضاوت و عملکرد خانواده‌ها؛ آثار ناباروری بر زنان و انگیزه‌های درمان؛ راهکارهای پایدارسازی زندگی و تغییرات در زندگی بعد از بچه‌دار شدن؛ پیامدهای اجتماعی فرهنگی ناباروری؛ نگرش زنان نابارور به فرزندخوانده؛ راهکارهای پایدارسازی زندگی و چشم‌انداز و نگاه زنان نابارور به آینده؛ تأثیر آشنایان (خانواده و بستگان زن، خانواده و بستگان مرد)؛ باورهای و خرده فرهنگ‌های رایج؛ فرآیند اکتساب هویت مادرانه و ارزیابی از خود به‌عنوان مادر؛ انزوای اجتماعی (شامل دوری از افراد خاص یا رویدادهای اجتماعی خاص و انزوای خودساخته از خانواده و دوستان)؛ از دست دادن عزت نفس؛ محرومیت اجتماعی و محرومیت نسبی (از جمله بی‌توجهی اعضای خانواده و نزدیکان و کاهش تعاملات اجتماعی با زن نابارور)؛ بیگانگی اجتماعی؛ فشارهای مالی؛ فشارهای کاری؛ فشارهای کلامی؛ فشارهای رفتاری؛ فشارهای روانی و جمعی؛ تهدید زندگی زناشویی؛ فقدان موقعیت حمایتی؛ آسیب‌های روانی اجتماعی؛ هویت آسیب‌دیده زنانه
جنبه‌های شناختی	مشکلات ناشی از آگاهی ناکافی؛ نیازهای آموزشی زنان نابارور	واکنش‌های عاطفی هیجانی زنان نابارور قبل و بعد از مادر شدن؛ واکنش‌های شناختی سیر درمان؛ تلقی زنان نابارور از مسئله ناباروری و واکنش‌های شناختی؛ دانش زنان نابارور از ناباروری؛ آشنایی با فرآیند باروری و آمادگی برای بارداری؛ شناخت ناباروری و انتظارات پیرامون درمان؛ شناخت اقدامات پیشگیرانه مرتبط با سلامت باروری و اصلاح باورهای نادرست؛ شناخت علل ناباروری و شناخت رویکردهای مختلف درمان ناباروری
پیامدهای روان‌شناختی ناباروری	حالات شخصی؛ روابط خانوادگی؛ تعاملات جمعی	درماندگی درمانی؛ احساس پوچی؛ خودسرنزنگری؛ برون‌ریزی هیجانات شدید منفی؛ اختلالات روان‌شناختی؛ مصرف داروهای اعصاب؛ افکار خودکشی؛ انزوایی؛ مشاخره با همسر به‌خاطر احساس تنهایی؛ خانه‌های سوت‌و‌کور؛ گذار از متن به حاشیه؛ کالانگاری زن دوم؛ نقش قربانی؛ گذار پرگداز جدایی؛ استحاله در شوهر؛ فانتزی عشق؛ سوء استفاده؛ بی‌ثباتی یا بلاتکلیفی زناشویی؛ خشونت (شامل خشونت روانی و خشونت فیزیکی خانوادگی)
روش‌های مقابله با مشکلات روانی و اجتماعی ناباروری	رویکردهای سلبی؛ رویکردهای ایجابی	تمرکز بر جنبه‌های مثبت رابطه زناشویی؛ تمرکز بر جنبه‌های مثبت ناباروری؛ تخفیف اهمیت فرزند؛ اجتناب؛ توجیه معنوی (موهبت انگاری، امتحان الهی)؛ پنهان‌کاری (حفظ جایگاه مرد، رهایی از ترجم، نامشروع تصور شدن فرزند با روش‌های کمک باروری)؛ امیدوار ماندن و عمومیت بخشی؛ تلاش برای سرگرم کردن خود؛ تلاش برای اهمیت ندادن به حرف‌های دیگران؛ پذیرش واقعیت ناباروری و مشکلاتش از سوی خود زن و اطرافیان او؛ گریستن، امید و توکل داشتن؛ مقایسه خود با سالمندانی که فرزندانشان ازدواج کرده و از کنار آنها رفته‌اند؛ مقایسه خود با خانواده‌هایی که بچه‌های اهل ندارند؛ مقایسه با زوج‌هایی که روابط عاطفی خوبی ندارند یا جدا شده‌اند؛ مقایسه با زنانی که به فکر تربیت بچه‌هایشان نیستند یا خودشان هنوز بچه‌اند و اطلاعات لازم ندارند؛ مقایسه خود با خانواده‌هایی که فرزندان در اثر بیماری یا تصادف مرده است؛ مقایسه خود با مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج؛

عدم مقایسه خود با افراد موفق؛ توجه به اینکه هر کسی مشکلاتی در زندگی‌اش دارد؛ فکر کردن به داشته‌های دیگر و فکر نکردن به بچه.

تأثیر بستگان و خانواده (خانواده و بستگان زن، خانواده و بستگان مرد و عوامل مؤثر از هر دو خانواده)؛ تأثیر جامعه (فقدان آموزش جنسی و عوامل اجتماعی)؛ باورهای رایج (باورهای با منشأ فرهنگی، مذهبی یا قومی، باورهای با منشأ تغذیه‌ای و تأثیر طرحواره‌ها بر رفتار جنسی)؛ تأثیر داروهای ناباروری بر رفتار جنسی زوجین؛ تأثیر فناوری‌های کمک باروری بر رفتار جنسی زنان؛ آمیزش زمان‌دار در دوران ناباروری؛ تأثیر روان‌شناختی ناباروری در رفتار جنسی.	عوامل اجتماعی؛ عوامل پزشکی	عوامل مؤثر بر رفتارهای جنسی
منابع معنوی؛ تعامل خانوادگی؛ قضاوت خانواده و جامعه؛ حمایت اطرافیان؛ نقش رسانه‌ها؛ ماهیت درمان‌ها؛ ذهن منفی‌گرا؛ کنترل فرآیند درمان در طول چرخه زندگی	عوامل افزایشی؛ عوامل کاهش‌ی	عوامل افزایش و کاهش امید در زنان نابارور با شکست در درمان ناباروری

## بحث

در مطالعات انجام شده، تجربه زیسته زنان نابارور نشان می‌دهد که این گروه از جامعه در زندگی با چالش‌های کلی مواجه هستند. همچنین اطلاع یافتن آنها از ناباروری، واکنش‌ها و پیامدهایی را به همراه داشته است که از جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی، شناختی و روان‌شناسی قابل بررسی است. البته زنان نابارور در زندگی کوشیده‌اند روش‌هایی برای مقابله با مشکلات در پیش گیرند. در زندگی زنان نابارور، عوامل مؤثر بر رفتارهای جنسی و عوامل افزایش و کاهش دهنده امید با تجربه شکست در درمان ناباروری نیز مورد توجه بوده است. در این بخش هر یک از مضامین به‌دست آمده مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند.

### ۱- چالش‌های کلی زنان نابارور

به‌طور کلی مطالعات به یک سری از چالش‌ها اشاره داشتند که عموماً زنان نابارور با آن دست و پنجه نرم می‌کنند، این چالش‌ها که به دو دسته فردی و اجتماعی قابل تفکیک است، شامل: تنش‌های فردی، مشکلات روانی، چالش در ارتباطات، چالش در زندگی زناشویی، انگ اجتماعی، معضلات درمانی، باورها و عقاید و مسائل فرهنگی؛ می‌شود. زنان نابارور در ایران، بنا بر گزارش برخی مطالعات، اساساً ناباروری را امری زنانه (۱۴) تلقی می‌کنند؛ پرواضح است که ناباروری یک زن با مجموعه از چالش‌ها همراه باشد. همانطور که دایر (۲۰۰۹) بیان کرد، علی‌رغم تفاوت در زمینه‌های اجتماعی- فرهنگی در کشورهای در حال توسعه، بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که پیامدهای ناباروری اغلب به طرز شگفت‌انگیزی مشابه است، اما تفاوت قابل توجهی بین

تجربه ناباروری در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته وجود دارد (۶۶) در جوامع توسعه‌یافته، بی‌فرزندی داوطلبانه به‌عنوان گزینه‌ای بادوام‌تر و مشروع‌تر تلقی می‌شود و زنان بدون فرزند معمولاً در فرهنگ‌هایی که رویکرد داوطلبانه برای بی‌فرزندی ندارند، تصور می‌شود که ناباروری خود را پنهان می‌کنند (۶۷). البته در کشورهای اسلامی به واسطه دیدگاه‌های دینی به کرامت انسانی افراد و نوع ارزش‌گذاری بر مبنای تقوای الهی، رویکردهای متفاوتی وجود دارد.

### ۲- واکنش‌های زنان نابارور

یک زن وقتی از مشکل باروری خود مطلع می‌شود، واکنش‌هایی را در آغاز امر و همچنین در ادامه زندگی نسبت به این پدیده خواهد داشت. این برخوردها هم شخصی و هم واکنش‌های اجتماعی است. از سویی می‌توان در چند گروه دیگر این واکنش‌ها را دسته‌بندی کرد که شامل: واکنش‌های شناختی ناباروری (درگیری ذهنی، آشفتگی روانی)، واکنش‌های شناختی به فرآیند درمانی (آشفتگی روانی، دشوار بودن کنترل در برخی موقعیت‌ها، کاهش عزت نفس، احساس شکست)، واکنش‌های عاطفی ناباروری (ترس، اضطراب و نگرانی، تنهایی و احساس گناه، اندوه و افسردگی، پشیمانی)، واکنش‌های عاطفی به فرآیند درمانی (ترس، اضطراب و نگرانی، خستگی و درماندگی، غم و اندوه و افسردگی، ناامیدی)، مبارزه برای رسیدن به بارداری، ترس و عدم اطمینان، فرار از انگ اجتماعی و پیگیری برای رسیدن به رضایت شوهر می‌باشد.

بیماران مبتلا به ناباروری، سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی را گزارش می‌دهند، بنابراین بسیار واضح است که ناباروری باعث واکنش‌های روانی می‌شود. از سویی

ناباروری، واکنش‌های اجتماعی و همچنین جنبه‌های اقتصادی نیز به‌دنبال دارد (۶۸).

### ۳- جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی

زنان نابارور در زندگی اجتماعی خود نیز با تجارب مختلفی همراه هستند. بسیاری از عوامل اجتماعی و فرهنگی، زندگی آنان را با مشکلاتی مواجه ساخته است. از سوی دیگر ناباروری پیامدهایی نیز به لحاظ اجتماعی و فرهنگی بر زندگی آنان داشته است. تجربه زیسته زنان نابارور نشان می‌دهد که تعاملات زنان نابارور قبل و بعد از باروری دستخوش تغییر می‌شود (با همسر، بستگان و افراد جامعه) و قضاوت و عملکرد خانواده‌ها در مورد آنان متفاوت است. آنها همواره برای پایداری زندگی می‌کوشند و به آینده چشم امید دارند. باورها و خرده فرهنگ‌های رایج، باعث تغییر در زندگی آنها می‌شود. همچنین هویت مادرانه و والدینی زیر سؤال می‌رود و گاهی دچار انزوای اجتماعی (شامل دوری از افراد خاص یا رویدادهای اجتماعی خاص و انزوای خودساخته از خانواده و دوستان)، از دست دادن عزت نفس در کنار محرومیت اجتماعی و محرومیت نسبی (از جمله بی‌توجهی اعضای خانواده و نزدیکان و کاهش تعاملات اجتماعی با زن نابارور) و شاید بیگانگی اجتماعی می‌شوند. در عین حال زنان نابارور در ادامه داستان پرفراز و نشیب زندگی خود باید بکوشند با فشارهای مالی، کاری، کلامی، رفتاری و فشارهای روانی و جمعی نیز کنار بیایند. از طرفی این افراد مدام در اندیشه خود به مقوله‌های فرزندخواندگی و روش‌های کمک باروری فکر می‌کنند.

در تبیین این مضمون باید گفت مشکل ناباروری بیش از یک وضعیت پزشکی، یک موقعیت اجتماعی است (۶۹). ناباروری بر یک زوج و روابط آنها تأثیر بسیار بدی می‌گذارد که شامل کیفیت پایین زندگی، اعتماد به نفس پایین و ناامیدی می‌باشد (۷۰).

### ۴- جنبه‌های شناختی

بر اساس مطالعات این پژوهش، برخی مشکلاتی که برای زنان نابارور در زندگی پیش می‌آید، ناشی از آگاهی ناکافی است؛ از این رو می‌توان این خلأ را با آموزش پر کرد؛ لذا توجه به نیازهای آموزشی زنان نابارور بسیار

حائز اهمیت است. در یکی از مطالعات مورد بررسی، این امر مورد دقت قرار گرفته بود که به‌نظر می‌رسد تمام جوانب را از تجربه زنان نابارور مورد پرسش قرار نداده بود و تنها مسئله بهداشت باروری را پی‌جویی کرده بود. در این خصوص لازم است علاوه بر آموزش‌هایی در زمینه آشنایی با فرآیند باروری و آمادگی برای بارداری، شناخت ناباروری و انتظارات پیرامون درمان، شناخت اقدامات پیشگیرانه مرتبط با سلامت باروری و اصلاح باورهای نادرست، شناخت علل ناباروری و شناخت رویکردهای مختلف درمان ناباروری؛ آموزش‌هایی در زمینه جنبه‌های روانی، خانوادگی، اجتماعی و ... نیز مورد توجه قرار گیرد. نیاز به آموزش بهداشت باروری به‌عنوان بخشی از مدیریت و درمان ناباروری بسیار مهم است. به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، که در آن شأن و منزلت زنان اغلب با پیامدهای باروری مرتبط است، درمان ناباروری باید شامل آموزش و مشاوره در مورد بهداشت باروری و درمان باشد. چنین مداخلاتی برای غلبه بر موانع درمان و بهبود ارائه خدمات بهداشتی توصیه می‌شود (۷۱). علاوه بر این، یکی از مهم‌ترین وظایف ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، شناسایی و رفع نیازهای آموزشی بیماران به‌منظور توانمندسازی بیماران، ارتقای استانداردها و افزایش کیفیت مراقبت بیمار محور (۷۲) و افزایش رضایت‌مندی بیمار است (۷۳).

### ۵- پیامدهای روان‌شناختی ناباروری

همانطور که در مضمون نخست اشاره شد؛ زنان نابارور با مجموعه‌ای از مشکلات روانی مواجه هستند، ناباروری می‌تواند به لحاظ روانی در گستره حالات شخصی، روابط خانوادگی و تعاملات جمعی ایجاد آسیب کند. از جمله این آسیب‌های روانی و عاطفی می‌توان به مواردی نظیر: احساس پوچی، خودسرزنشگری، درماندگی درمانی، برون‌ریزی هیجانات شدید منفی، اختلالات روان‌شناختی، مصرف داروهای اعصاب، افکار خودکشی، انزواطلبی، مشاجره با همسر به‌خاطر احساس تنهایی، خانه‌های سوت‌و‌کور، گذار از متن به حاشیه، کالانگاری زن دوم، نقش قربانی، گذار پرگداز جدایی، استحاله در شوهر، فانتزی عشق، سوء استفاده، بی‌ثباتی یا بلاتکلیفی

زناشویی و خشونت (شامل خشونت روانی و خشونت فیزیکی خانوادگی) اشاره کرد.

پدر و مادر شدن، یکی از مهم‌ترین اتفاقات زندگی انسان است و استرس ناشی از بچه‌دار نشدن برای یک زن بسیار ناراحت کننده است که او را به مشکلات روحی زیادی مانند عصبانیت، ناراحتی، حسادت، مشکلات زناشویی، احساس بی‌ارزشی، اضطراب و در نهایت افسردگی می‌کشانند. (۷۴). بر اساس مطالعات موجود، استفاده از روش‌های درمانی، یکی از عوامل مؤثر بر مشکلات روانی ناباروری است (۷۶، ۷۵).

## ۶- روش‌های مقابله با مشکلات روانی و اجتماعی ناباروری

زنان نابارور در تلاش برای پایداری زندگی خود و نجات از نگرانی‌های اجتماعی و روانی، اقدامات مقابله‌ای را تجربه کرده‌اند که مجموعه آنها می‌تواند برای سایر افرادی که با مشکلات مشابه دست و پنجه نرم می‌کنند؛ راهنمایی برای مقابله و کاهش آسیب‌ها باشد. برخی از این اقدامات با رویکرد سلبی و برخی دیگر اقدامات ایجابی است. به‌طور مثال آنها تلاش می‌کنند بر جنبه‌های مثبت رابطه زناشویی و ناباروری تمرکز کنند، اهمیت فرزند را کاهش دهند و یا نادیده بگیرند، از توجیهات معنوی (موهبت‌انگاری، امتحان الهی) استفاده کنند، مشکل خود را همچون یک راز پنهان کنند، همواره امیدوار بمانند، خود را سرگرم مسائل دیگری کنند، به حرف‌های دیگران اهمیت ندهند، خود را با سالمندانی که فرزندانشان ازدواج کرده و از کنار آنها رفته یا خانواده‌هایی که بچه‌های اهل ندارند یا زوجینی که روابط عاطفی خوبی ندارند یا جدا شده‌اند و یا زانی که به فکر تربیت بچه‌هایشان نیستند یا خودشان هنوز بچه‌اند و اطلاعات لازم ندارند، مقایسه کنند. آنها گاهی به این فکر می‌کنند که شرایط آنها از افرادی که فرزندشان در اثر بیماری یا تصادف مرده است و یا به بیماری‌های صعب‌العلاج مبتلاست، بهتر است.

مطالعاتی وجود دارد که راهبردهای مقابله‌ای افراد نابارور با استرس ناباروری را مورد بحث قرار داده است و مواردی از قبیل توجیهات معنوی (۷۷)، اجتناب و پنهان‌کاری را گزارش کرده‌اند (۷۸). همچنین برخی مطالعات نشان

می‌دهند که یکی از استراتژی‌های مقابله آن است که ناباروری را به خود یا دیگران نسبت دهند. برخی از زنان، ناباروری را مجازاتی برای گناهان گذشته یا نتیجه یک نفرین یا جادو می‌دانند. برخی از زنان خود را مسئول ناباروری می‌دانند. دیدگاهی که در درازمدت ممکن است آنها را در معرض خطر مشکلات روانی قرار دهد (۷۹).

کاربرد تئوری استرس و راهبردهای مقابله‌ای در ناباروری، درک عمیقی را در موارد زیر ایجاد می‌کند: (۱) درک موقعیت پراسترس ناباروری؛ (۲) عواملی که تسهیل‌کننده و یا مانع سازگاری زوج نابارور و یا افراد می‌شوند؛ (۳) شناسایی تعریف درست سازگاری روان‌شناختی در ناباروری؛ (۴) مداخلات درمانی که ممکن است برای پیشرفت نتایج درمان و کاهش استرس مفید باشد (۸۰).

## ۷- عوامل مؤثر بر رفتارهای جنسی

زنان نابارور تحت تأثیر عوامل اجتماعی و مسائل پزشکی متأثر از فرآیندهای درمانی، رفتارهای جنسی متفاوتی دارند. جامعه (فقدان آموزش جنسی و عوامل اجتماعی)، بستگان و خانواده (خانواده و بستگان زن، خانواده و بستگان مرد و عوامل مؤثر از هر دو خانواده) و باورهای رایج (باورهای با منشأ فرهنگی، مذهبی یا قومی، باورهای با منشأ تغذیه‌ای و تأثیر طرح‌واره‌ها بر رفتار جنسی) به‌عنوان عوامل اجتماعی اثرگذار محسوب می‌شوند؛ از سویی داروهای ناباروری، فناوری‌های کمک باروری، آمیزش زمان‌دار در دوران ناباروری و مسائل روان‌شناختی نیز در این امر دخیل هستند که در این راستا، آگاه‌سازی بسیار اهمیت دارد.

مطالعه صادقیان و همکاران (۲۰۰۶) در همدان نشان داد زنان مواجه با ناباروری، استرس بیشتری در زمینه اجتماعی و جنسی نسبت به مردان نابارور تجربه می‌کنند (۸۱). همچنین بانیان و همکاران (۲۰۰۶)، لزوم انجام مشاوره قبل از ازدواج و در طول زندگی زناشویی به‌منظور پیشگیری و درمان زودهنگام و کاهش احتمال بروز تعارضات زناشویی و بهبود مهارت‌های ارتباطی آنها را مطرح کردند (۸۲) و بکائی و همکاران (۲۰۱۵) به لزوم آموزش و مشاوره جنسی در مراکز ناباروری تأکید کردند (۸۳).

## ۸- عوامل افزایش و کاهش امید در زنان نابارور با شکست در درمان ناباروری

اگرچه جامعه هدف تمام مطالعات مورد تحلیل زنان نابارور بودند، با این وجود زنان نابارور در مطالعات به چهار گروه دسته‌بندی می‌شوند: ۱- زنان ناباروری که این مشکل را پذیرفته‌اند و فرآیند درمانی را دنبال نمی‌کنند. ۲- زنان ناباروری که در فرآیند درمان قرار گرفته‌اند و هنوز نتیجه‌ای حاصل نشده است. ۳- زنان ناباروری که در فرآیند درمان با شکست مواجه شده‌اند و به پذیرش فرزند خوانده فکر می‌کنند یا اقدام کرده‌اند. ۴- زنان ناباروری که در فرآیند درمان با شکست مواجه شده‌اند و هنوز اقدام خاصی انجام ندادند. این مضمون در مورد افرادی است که تجربه شکست در فرآیند درمان ناباروری را داشته‌اند. آنها در این مسیر پرتنش، امید خود به ادامه زندگی را در منابع معنوی، تعامل خانوادگی، قضاوت خانواده و جامعه، حمایت اطرافیان، نقش رسانه‌ها، ماهیت درمان‌ها، منفی‌گرایی یا مثبت‌گرایی ذهنی و کنترل فرآیند درمان در طول چرخه زندگی؛ جستجو می‌کنند. به‌طور کلی افراد نابارور، از مشکلات روانی مختلفی رنج می‌برند که ناامیدی، یکی از پیامدهای اصلی آن است. بی‌امیدی به داشتن فرزندی که برای یک زن بسیار ارزشمند است، با اندوهی بزرگ همراه است که حتی با دیدن مادران و فرزندان دیگر تشدید می‌شود. این امر باعث احساس عدم کنترل خود یا اعتماد به نفس و در نهایت منجر به کاهش عزت نفس می‌شود (۸۴).

امید، نوعی قدرت زندگی مثبت چندبعدی است و یک انتظار خوش‌بینانه از یک نتیجه شگفت‌انگیز و یک مکانیسم سازگاری مؤثر را فراهم می‌کند که افراد را قادر می‌سازد بر مشکلات فعلی غلبه کنند (۸۵). امید می‌تواند تجربیات بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و سبک زندگی آنها را تغییر دهد (۸۶). چندین مطالعه نشان داده‌اند که مداخلات اجتماعی و روان‌شناختی برای زوجینی که تحت درمان‌های ناباروری قرار می‌گیرند، می‌تواند به‌طور مؤثری مشکلات سلامت روان را کاهش دهد و میزان بالینی بارداری را بهبود بخشد (۸۷، ۸۸)، بنابراین زنان نابارور برای از سرگیری فرآیند درمان به امید نیاز دارند.

این مطالعه با محدودیت‌هایی در تفسیر مضامین و فراتحلیل همراه بود که با برگزاری جلسات مشورتی، محققین توانستند چالش‌ها را رفع نمایند.

بر اساس نتایج مطالعات بررسی شده، می‌توان پیشنهادات زیر را برای طراحی پژوهش‌های آتی ارائه نمود:

- ۱- طراحی پژوهش‌هایی به‌منظور ابزارسازی برای سنجش ابعاد مختلف فردی و اجتماعی افراد نابارور که جامعه گسترده‌تری را پوشش دهد.
- ۲- بسط و گسترش مطالعه‌ای مشابه در خصوص مردان نابارور و در سطح دنیا.
- ۳- تبیین راهکارهای عملی کاهش مشکلات ناشی از ناباروری

## نتیجه‌گیری

تجارب زیسته زنان نابارور نشان می‌دهد که آنها در جامعه ایران با مشکلات و رنج‌هایی مواجه هستند. آنچه در طول این دو دهه به‌عنوان راهکار برای کاهش آلام و مشکلات زنان نابارور پیشنهاد شده است، شامل: حمایت اجتماعی و خانوادگی به‌ویژه همسر، ایجاد آگاهی نسبت به مسأله ناباروری، ابعاد و فرآیندهای درمانی، افزایش آگاهی عمومی و تصحیح باورهای غلط، آموزش و ارائه مشاوره‌های رایگان به زنان نابارور و زوجین، یادگیری راهکارهای مقابله‌ای مؤثر و افزایش روحیه و ارتقای امید می‌باشد. از مجموعه یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که هنوز بسیاری از ابعاد زندگی زنان نابارور مورد تبیین و تحلیل قرار نگرفته است. ضمن آنکه نقش ویژگی‌های دموگرافیک، فرهنگ‌ها، قومیت‌ها و بستر خانوادگی در تحلیل‌ها، مورد توجه پژوهشگران واقع نشده است که ضرورت مطالعات بیشتر برای طراحی برنامه‌های حمایتی مؤثر با توجه به سیاست‌های جمعیتی کشور؛ بیشتر احساس می‌شود.

## تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان پیمانیه دانشگاه علوم پزشکی جهرم به‌خاطر همکاری در اجرای این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌گردد.

## تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی را ذکر نکردند.

## منابع مالی

این مقاله بدون هیچ منابع مالی انجام شده است.

## ملاحظات اخلاقی

با توجه به نوع پژوهش که مرور نظام‌مند می‌باشد، در این تحقیق، ملاحظات اخلاقی موردی ندارد و امانت‌داری علمی در استفاده از منابع و اصول اخلاقی در نگارش متون علمی رعایت شده است.

## سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در اجرای این تحقیق، همکاری مبذول داشتند.

## منابع

1. Sciarra J. Infertility: an international health problem. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1994; 46(2):155-63.
2. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004; 63(1):126-30.
3. Li X, Ye L, Tian L, Huo Y, Zhou M. Infertility-Related stress and life satisfaction among chinese infertile women: a moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. *Sex Roles* 2020; 82:44-52.
4. DeCherney AH, Pernoll ML, editors. *Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment*. McGraw-Hill/Appleton & Lange; 1994.
5. Pahlavani H, Malakouti K. Stressors, their coping strategies, and relation to mental health in infertile individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2002; 7(4):79-87.
6. Choobforoushzadeh A, Kalantari M, Molavi H. The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on marital satisfaction in infertile women. *Journal of fundamentals of mental health* 2010; 12(3):596-603.
7. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. *Novak's Gynecology*. 12<sup>nd</sup> ed. Williams & Wilkins; 1996.
8. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of psychosomatic research* 2003; 54(4):353-5.
9. Greil AL, Shreffler KM, Schmidt L, McQuillan J. Variation in distress among women with infertility: evidence from a population-based sample. *Human Reproduction* 2011; 26(8):2101-12.
10. Peterson BD, Sejbæk CS, Pirritano M, Schmidt L. Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners?. *Human reproduction* 2014; 29(1):76-82.
11. Malik SH, Coulson NS. Computer-mediated infertility support groups: An exploratory study of online experiences. *Patient education and counseling* 2008; 73(1):105-13.
12. Carter J, Applegarth L, Josephs L, Grill E, Baser RE, Rosenwaks Z. A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertility and sterility* 2011; 95(2):711-6.
13. Williams L, O'Connor RC, Grubb NR, O'Carroll RE. Type D personality and illness perceptions in myocardial infarction patients. *Journal of psychosomatic research* 2011; 70(2):141-4.
14. Berg BJ, Wilson JF, Weingartner PJ. Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Social Science & Medicine* 1991; 33(9):1071-80.
15. Edelman RJ, Connolly KJ. Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology* 1986; 59(3):209-19.
16. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-5. *Journal of Reproduction & Infertility* 2006; 7(3):243-51.
17. Abbasi-Shavazi MJ, Nasrabad HB, Ardekani ZB, Akhondi MM. Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran. *Journal of Reproduction & Infertility* 2006; 7(2):139-48.
18. Rojoe M, Zamani R. Psychological aspects of infertility. *Psychol Res* 1997; (8):72-88.
19. Nagórska M, Bartosiewicz A, Obrzut B, Darmochwał-Kolarz D. Gender differences in the experience of infertility concerning polish couples: preliminary research. *International journal of environmental research and public health* 2019; 16(13):2337.
20. Gibson DM, Myers JE. Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *Journal of Counseling & Development* 2000; 78(4):400-10.
21. Stellar C, Garcia-Moreno C, Temmerman M, van der Poel S. A systematic review and narrative report of the relationship between infertility, subfertility, and intimate partner violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2016; 133(1):3-8.
22. Khosravi Z. Mental health predictive factors in infertile couples. *Journal of Reproduction & Infertility* 2002; 3(1):56-64.
23. Ghaheri A, Shojaei Shahrokhbabadi M, Zayeri F, Maroufizadeh S, Karimi M. Relationship among life satisfaction, anxiety and fertility quality of life in women. *Koomesh* 2016; 17(4):957-65.



24. Leijdekkers JA, Eijkemans MJ, Van Tilborg TC, Oudshoorn SC, McLernon DJ, Bhattacharya S, et al. Predicting the cumulative chance of live birth over multiple complete cycles of in vitro fertilization: an external validation study. *Human Reproduction* 2018; 33(9):1684-95.
25. Ndegwa SW. Affordable ART in Kenya: The only hope for involuntary childlessness. *Facts, Views & Vision in ObGyn* 2016; 8(2):128-30.
26. Koert E, Takefman J, Boivin J. Fertility quality of life tool: update on research and practice considerations. *Human Fertility* 2021; 24(4):236-48.
27. Yazdi HZ, Sharbaf HA, Kareshki H, Amirian M. Infertility and psychological and social health of Iranian infertile women: a systematic review. *Iranian journal of psychiatry* 2020; 15(1):67-79.
28. Farquhar C, Marjoribanks J. Assisted reproductive technology: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(8).
29. Malina A, Pooley JA. Psychological consequences of IVF fertilization—Review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2017; 24(4):554-8.
30. Ying L, Wu LH, Loke AY. Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. *Journal of assisted reproduction and genetics* 2016; 33:167-79.
31. Dutney A. Religion, infertility and assisted reproductive technology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2007; 21(1):169-80.
32. Khodakarami N, Seddiq S, Hashemi S, Hamdieh M, Taheripanah R. The disregarded rights of infertility: a phenomenological study. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2009; 2(3):39-50.
33. Maggs-Rapport F. Combining methodological approaches in research: ethnography and interpretive phenomenology. *Journal of advanced nursing* 2000; 31(1):219-25.
34. Khaefallahi A, Bahrammirzae A, Mottagi A. Indicators of spirituality in organization. *Tadbir* 2009; 217:29-33.
35. Giorgi A. The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach. *Duquesne university press*; 2009.
36. World Health Organization. Infertility. World Health Organization [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
37. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC medical research methodology* 2012; 12(1):1-8.
38. Ebrahimpour F, Khabaz Mafinejad M. Guide for reporting a qualitative study. *Iranian Journal of Medical Education* 2022; 22:156-7.
39. Rubin HJ, Rubin IS. *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. 3<sup>rd</sup> ed. Sage Publications, Thousand Oaks; 2012.
40. Critical Appraisal Skills Programme CASP qualitative checklist. 2018. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists>. Retrieved January 17, 2020, from.
41. Bahri N, Latifnejad Roudsari R. A critical appraisal of research evidence on Iranian women's attitude towards menopause. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(178):1-1.
42. Britten N, Campbell R, Pope C, Donovan J, Morgan M, Pill R. Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *Journal of health services research & policy* 2002; 7(4):209-15.
43. Noblit GW, Hare RD, Hare RD. *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. sage; 1988.
44. Toye F, Seers K, Allcock N, Briggs M, Carr E, Barker K. Meta-ethnography 25 years on: challenges and insights for synthesising a large number of qualitative studies. *BMC medical research methodology* 2014; 14(1):1-14.
45. Abbasi-Shavazi MJ, Asgari-Khanghah A, Razeghi nasrabad H. Women and infertility experience: A case study in Tehran. *J Women Studies* 2005; 3(3):91-114.
46. Fahami F, Hoseini Quchani S, Ehsanpour S, Zargham A. Women's lived experiences of female infertility. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010; 13(4):45-53.
47. Behboodi-Moghadam Z, Salsali M, Eftekhari-Ardabili H, Vaismoradi M, Ramezanzadeh F. Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: a qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science* 2013; 10(1):41-6.
48. Azghdy SB, Vedadhir A, Rashid BH. Psychological impact of infertility among infertile women. *Advances in Nursing & Midwifery* 2014; 23(83):1-10.
49. Hasanpoor AS, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iran J Reprod Med* 2014; 12(2):131-8.
50. Mosalanejad L, Parandavar N, Gholami M, Abdolahifard S. Increasing and decreasing factors of hope in infertile women with failure in infertility treatment: A phenomenology study. *International Journal of Reproductive BioMedicine* 2014; 12(2):117-24.
51. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. *International journal of fertility & sterility* 2015; 8(4):409-20.
52. naqib F, hejazi E. Infertile Women's Experience of the Formation of The Feminine Identity: A Qualitative Study. *Nursing and Midwifery Journal* 2015; 12(11):1005-1011.
53. Bokaie M, Simbar M, Ardekani SM. Sexual behavior of infertile women: a qualitative study. *Iranian journal of reproductive medicine* 2015; 13(10):645-56.
54. Ranjbar F, Behboodi-Moghadam Z, Borimnejad L, Ghaffari SR, Akhondi MM. Experiences of infertile women seeking assisted pregnancy in Iran: a qualitative study. *Journal of reproduction & infertility* 2015; 16(4):221-8.

55. Karimi M, Samani RO, Shirkavand A. A qualitative study of the experiences of infertile woman in Iran. *Payesh (Health Monitor)* 2015; 14(4):453-65.
56. Vedadhir A, Rahmani M, Dabbagh T. Infertility as a socio-cultural issue: understanding and lived experience of infertile women seeking treatment. *Journal of Social Problems of Iran* 2017; 7(2):159-75.
57. Basity S, Rahmani M. Anthropological Study of Lived Experience of Women Fertilized by Fertilization Methods in Infertility Treatment Center of Yazd. *Iranian Journal of Anthropological Research* 2018; 8(1):161-78.
58. Bokaie M, Simbar M, Yassini-Ardekani SM. Social factors affecting the sexual experiences of women faced with infertility: a qualitative study. *Koomesh* 2018; 20(2).
59. Eftari S, Mohsenzadeh F, Zaharakar K. The coping strategies of women dealing with infertility stress: a phenomenological approach. *Journal of Woman and Family Studies* 2019; 7(2):9-30.
60. Hajhosseini M, Mohaddesi V. Experience of adoption and the formation of maternal identity in adoptive infertile women. *Women's Studies Sociological and Psychological* 2019; 17(4):7-36.
61. Hasanpoor-Azghady SB, Simbar M, Vedadhir AA, Azin SA, Amiri-Farahani L. The social construction of infertility among Iranian infertile women: a qualitative study. *Journal of reproduction & infertility* 2019; 20(3):178-190.
62. Bagheri M, Jafarabadi M, Rahimparvar SF, Nourbala AA, Moghadam ZB. Concerns of infertile women candidates for egg donation: a qualitative study. *Journal of Family & Reproductive Health* 2020; 14(1):21-31.
63. Abooei A, Afshani S, Fallah M, Ruhani A. Inability to Give Birth or Giving Birth to Inability: A Qualitative Research about Psychological Consequences of infertility. *Journal of Counseling Research* 2020; 19(73):4-28.
64. Khakbazan Z, Maasoumi R, Rakhshae Z, Nedjat S. Exploring reproductive health education needs in infertile women in Iran: A qualitative study. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2020; 53(5):353-61.
65. Afshani S, Abooei A, Ruhani A. Lived Experience of Infertile Women of Their Infertility Issue. *Women in Development & Politics* 2022; 20(1):1-21.
66. Dyer SJ. 199 Psychological and social aspects of infertility in developing countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009; 107:S25-6.
67. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness* 2010; 32(1):140-62.
68. Shah R, Thapa N, Verma S, Chander G, Bhat A, Raina DB, et al. The psychological impact on infertile women – A review. *J Reprod Healthc Med* 2021; 2:10.
69. Schmidt L. Psychosocial consequences of infertility and treatment. *Reproductive endocrinology and infertility: Integrating modern clinical and laboratory practice* 2010: 93-100.
70. Schmidt L. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction—what are the research priorities?. *Human fertility* 2009; 12(1):14-20.
71. Dyer SJ, Abrahams N, Hoffman M, van der Spuy ZM. Infertility in South Africa: women's reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour for involuntary childlessness. *Human reproduction* 2002; 17(6):1657-62.
72. Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Sångren H, Tjørnhøj-Thomsen T, Blaabjerg J, et al. Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction* 2003; 18(3):628-37.
73. Souter VL, Penney G, Hopton JL, Templeton AA. Patient satisfaction with the management of infertility. *Human reproduction (Oxford, England)* 1998; 13(7):1831-6.
74. Deka PK, Sarma S. Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners* 2010; 3(3):336.
75. Guerra D, Llobera A, Veiga A, Barri PN. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human reproduction (Oxford, England)* 1998; 13(6):1733-6.
76. Lechner L, Bolman C, van Dalen A. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human reproduction* 2007; 22(1):288-94.
77. Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human reproduction* 2005; 20(11):3248-56.
78. Terry DJ, Hynes GJ. Adjustment to a low-control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of personality and social psychology* 1998; 74(4):1078-92.
79. Taghipour A, Karimi FZ, Latifnejad Roudsari R, Mazlom SR. Coping strategies of women following the diagnosis of infertility in their spouses: A qualitative study. *Evidence Based Care* 2020; 10(1):15-24.
80. Covington SN, Burns LH, editors. *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. 2<sup>nd</sup> ed. Cambridge University Press; 2006.
81. Sadeghin E, Heidarian-poor A, Abed F. Comparison of psychiatric problems in infertile men and women referring to infertility clinic of Hamadan Fatemyeh Hospital. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2006; 9(2):31-9.
82. Banaian SH, Parvin N, Kazemian A. The investigation of the relationship between mental health condition and marital satisfaction. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2006; 14(2):52-62.
83. Bokaie M, Simbar M, Ardekani SM. Sexual behavior of infertile women: a qualitative study. *Iran J Reprod Med* 2015; 13(10):645-56.
84. Mosalanejad L, Abdolahifard K, Jahromi MG. Therapeutic vaccines: hope therapy and its effects on psychiatric symptoms among infertile women. *Glob J Health Sci* 2014; 6(1):192-200.



85. Yadav S. Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Qual Life Res* 2010; 19:157-66.
86. Davison SN, Simpson C. Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *Bmj* 2006; 333(7574):886-9.
87. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, Ingerslev HJ, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 2015; 5(1):e006592.
88. Golshani F, Mirghafourvand M, Hasanpour S, Biarag LS. The effect of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in Iranian infertile women: a systematic and meta-analytical review. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2020; 14(1):e96715.

