

تجربه زیستی زنان نابارور از ناباروری با علت زنانه

فریبا فهامی^۱، سمانه حسینی قوچانی^{۲*}، سهیلا احسان پور^۱، دکتر علی ضرغام^۳

۱. مربی مامایی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. دانشجوی دکتری تخصصی بیولوژی تولیدمثل، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. استادیار گروه پرستاری اطفال، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۷/۲۲

خلاصه

مقدمه: از میان زوجین در سنین باروری تقریباً ۱۵ درصد به ناباروری مبتلا هستند. بارور شدن و پرورش کودک، بخش بسیار مهمی در زندگی انسانهاست که از جنبه های اجتماعی و روانی نیز حائز اهمیت می باشد، به نحوی که یکی از اهداف ازدواج و تشکیل خانواده، باروری و تولید مثل است. بنابراین تشخیص ناباروری استرس شدیدی را به فرد تحمیل می نماید. این مطالعه با هدف بررسی تجارب زنان نابارور از ناباروری با علت زنانه صورت گرفته است.

روش کار: این مطالعه، پژوهشی از نوع پدیدارشناسی توصیفی است که یافته های آن از مصاحبه با ۱۴ زن نابارور به دست آمده است. به منظور تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش، از روش کلایزی استفاده شده است.

یافته ها: نتایج این تحقیق شامل ۴ مفهوم کلی است که از سخنان زنان نابارور استخراج شده است که شامل: تنش های فردی، چالش در ارتباطات، معضلات درمانی و باورها و اعتقادات آنها می باشد.

نتیجه گیری: به نظر می رسد که ناباروری ابعاد مختلف زندگی زنان نابارور را تحت تاثیر قرار می دهد، بنابراین شناخت افکار و نیازهای افراد نابارور و تدوین و اجرای برنامه های مختلف مشاوره ای و حمایتی می تواند گام مهمی در جهت ارائه خدمات بهینه به آنان باشد.

کلمات کلیدی: ناباروری؛ تجربه زیستی؛ زنان

* نویسنده مسؤول مکاتبات: سمانه حسینی قوچانی؛ تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، گروه آناتومی؛ تلفن: ۰۹۳۵۲۲۲۸۸۱۱؛
پست الکترونیک: b.s.hoseini@gmail.com

مقدمه

ناباروری عبارت است از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری که ۱۰-۱۵ درصد زوجین در سراسر جهان آن را تجربه می‌کنند (۱). در ایران نیز شیوع ناباروری ۱۲-۲۱/۹ درصد گزارش شده است (۲). پدیده باروری یک روند طبیعی در موجودات زنده است که در انسان علاوه بر جنبه‌های فیزیولوژیک دارای ابعاد اجتماعی و روانی نیز می‌باشد، به نحوی که یکی از اهداف افراد از ازدواج و تشکیل خانواده، باروری و تولید مثل است. تولد نوزاد می‌تواند بنیان خانواده را تحکیم بخشیده، نیاز عاطفی افراد را مرتفع ساخته و در نهایت موجب تجدید و تداوم نسل گردد و ناباروری واقعیتی است که با تمامی این موارد منافات دارد. از این رو در یک لیست ۸۶ موردی از وقایع استرس‌آمیز زندگی، ناباروری یکی از منفی‌ترین این وقایع و همپایه‌ی مرگ فرزند یا همسر محسوب می‌شود (۳). با این وجود در بسیاری از کشور‌های در حال توسعه که با افزایش سریع جمعیت مواجهند، کنترل باروری اهمیت زیادی دارد و به ناباروری توجهی نمی‌شود. در حالی که این امر در کشورهایی که نرخ باروری در آنها بالاست و باروری به لحاظ فرهنگی اجتماعی نزد زوجین و خانواده‌های آنان جایگاه خاصی دارد، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۴).

در جامعه‌ی ما نیز بحران ناباروری پدیده‌ی است که با تنش‌های متعدد روان‌شناختی و اجتماعی به ویژه برای زنان همراه است و تمام جنبه‌های زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، از آنجایی که از دیدگاه غالب جامعه بارداری، زایمان، شیردهی و پرورش نوزاد اموری زنانه در نظر گرفته می‌شوند، در ارتباط با ناباروری نیز زنان بیشتر مورد اتهام قرار می‌گیرند و استرس زیادی را در ارتباط با ناباروری متحمل می‌شوند. نگرانی و ترس از نوع مواجهه همسر با این مشکل و هراس فروپاشی کانون زندگی اولین وحشتی است که زن را وا می‌دارد برای رهایی از بن بست درمانی به هر شیوه ممکن اقدامی انجام دهد. نه تنها عشق مادر شدن از سوی زن، بلکه باورهای مردسالارانه برای بقا و امتداد نسل، عدم وجود پشتوانه‌ی اجتماعی و اقتصادی برای بسیاری از

زنان، پایین بودن شانس ازدواج مجدد برای یک زن نابارور از یک سو و نکوهش زندگی انفرادی در فرهنگ ایرانی از سوی دیگر از جمله عواملی هستند که مصائب ناشی از ناباروری را برای زنان مضاعف می‌کنند.

مطالعات انجام شده مبین این مطلبند که برای اکثر زنان، مادر شدن یکی از جنبه‌های هویت‌زنانگی و پرورش نقش جنسیتی است و ناباروری تأثیرات منفی قابل توجهی بر هویت جنسی آنان خواهد داشت (۵). زنان آسیب‌روحي-روانی بیشتر (۶) و افسردگی شدیدتری را گزارش می‌کنند تا آنجا که ۱۰ درصد زنان نابارور دچار افکار خودکشی می‌شوند (۷).

همچنین فشارهای روانی وارده بر زنان نابارور در مطالعات متعدد به تصویر کشیده شده است. در همین راستا نتایج پژوهشی که فشار روحی-روانی زنان نابارور را مورد بررسی قرار داده است، نشان می‌دهد که زنان نابارور در مقایسه با گروه کنترل همسان از نظر سن، بیشتر دچار تنش، اضطراب، افسردگی، سرزنش خود و افکار خودکشی می‌شوند (۸).

ناباروری تجربه‌ایست منحصر به فرد، به همین علت شناخت افکار و نگرش افراد نقش ارزشمندی در درک معضلات روانی-اجتماعی ناشی از ناباروری ایفا خواهد کرد. با این وجود افراد نابارور معمولاً تمایلی به ارائه‌ی اطلاعات شخصی در مورد ناباروری و پیامدهای آن در زندگی خصوصی خود ندارند. از این رو به منظور درک عمیق جنبه‌های اجتماعی فرهنگی ناباروری، استفاده از روشهای کیفی تحقیق مفید خواهد بود.

با عنایت به مطالب فوق، و با توجه به عدم انجام پژوهشی کیفی در زنان نابارور با علت زنانه ناباروری در ایران، این پژوهش با هدف شناخت نیازها، ادراکات و تجربیات این افراد انجام شد. امید آن می‌رود که نتایج این تحقیق گامی هر چند کوچک در جهت تدوین برنامه‌های مختلف مشاوره‌ای و حمایتی برای آنان باشد.

روش کار

از آنجایی که هدف از انجام پژوهش حاضر توصیف تجارب زنان نابارور بود، این مطالعه به روش

پدیدارشناسی^۱ توصیفی انجام گرفت. با توجه به اینکه در مطالعات کیفی، جامعه پژوهش به علت نوع تحقیق در نظر گرفته نمی شود در مطالعه حاضر نیز محدودیتی در مورد محل جمع آوری اطلاعات وجود نداشت و شرکت کنندگان در پژوهش از افراد نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهید بهشتی اصفهان، افرادی که محقق به طور اتفاقی در اماکن عمومی با آنان آشنا می شد، یا توسط آشنایان و دوستان معرفی می گشتند، انتخاب می شدند. این افراد زنان نابارور ایرانی بودند که واجد معیار های ورود به پژوهش بوده و تمایل به شرکت در این مطالعه داشتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: سپری شدن حداقل یک سال از ازدواج «زیرا طبق تعریف علمی ناباروری به عدم باروری یک زوج بعد از یکسال تماس جنسی منظم بدون استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری اطلاق می شود» (۱). و مسجل شدن علت زنانه ناباروری آنها، عدم داشتن سابقه ی جدایی و ازدواج مجدد، توانایی بیان احساسات، عواطف و تجربیات، عدم داشتن فرزند خوانده. نمونه گیری به مدت شش ماه و تا زمان دسترسی محقق به اشباع داده ها ادامه یافت. در نهایت تعداد ۱۴ زن نابارور در این مطالعه شرکت نمودند. انجام مصاحبه با افراد شرکت کننده و استخراج کدها به عهده ی یکی از پژوهشگران (کارشناس ارشد مامایی) بود، لکن طبقه بندی داده ها به منظور ایجاد مفاهیم نهایی با همکاری سایر پژوهشگران انجام شد. قبل از انجام مصاحبه ها در مورد اهمیت و هدف از انجام پژوهش به شرکت کنندگان توضیح داده شده و پس از جلب اطمینان و اعتماد آنان در محرمانه بودن مصاحبه و آزاد بودن برای خروج از مطالعه در هر زمان و رعایت نکات اخلاقی، مصاحبه در محیطی آرام و خصوصی و با سوالات باز انجام شد و به وسیله دستگاه ضبط صوت دیجیتال ضبط گردید، سپس مطالب ضبط شده، به دقت شنیده شده و به نگارش در آمد. با هر کدام از افراد شرکت کننده تنها یک بار مصاحبه انجام گرفت و مدت زمان انجام مصاحبه ۶۰-۴۵ دقیقه بود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش هفت مرحله ای کلایزی استفاده شد. انجام مراحل کلایزی بدین صورت بود که پژوهشگر کلیه ی توصیف های شرکت کنندگان را مکرراً مطالعه نموده و به منظور درک این مفاهیم، با آنان هم احساس شد. سپس جملات و واژگان مرتبط با پدیده ی مورد مطالعه را استخراج نموده و به هر کدام از جملات استخراج شده معنی و مفهوم خاصی داد. بعد از مرور توصیفات شرکت کنندگان مفاهیم مشترک درون دسته های خاص موضوعی قرار داده شد و جهت موثق نمودن مطالب به توضیحات اصلی مراجعه می شد. در مرحله بعد عقاید استنتاج شده به توصیفی جامع و کامل تبدیل گشت. در نهایت یافته های نهایی حاصل، به منظور اطمینان از موثق بودن آنها به شرکت کنندگان ارائه شد. به این ترتیب بر اساس سه مرحله اول روش کلایزی، مفاهیم استنباط شده از مصاحبه با شرکت کنندگان در ۳۲۰ کد قرار گرفت. در مرحله بعد سعی شد تا کدهای استخراج شده در دسته بندی های خاص موضوعی قرار داده شود. به این منظور، ابتدا زیر مجموعه هایی ایجاد شد که از ادغام آنها دسته های فرعی شکل گرفت و از ترکیب چند دسته فرعی نهایتاً مفاهیم اصلی پژوهش بوجود آمد. به عنوان مثال از ترکیب کدهای «احساس عدم داشتن جاذبه سابق برای همسر»، «بی کفایتی»، «بی مسئولیتی» و کدهای مشابه، دسته فرعی "تغییر در خود پنداری" شکل گرفت. و از کنار هم قرار گرفتن دسته جات فرعی تر «تغییر در خود پنداری»، «چالش در مورد فرزند خوانده» و «واکنش های منفی» دسته فرعی پیامدهای عاطفی روانی بوجود آمد. در نهایت از مجموع دو دسته فرعی «پیامدهای عاطفی روانی» و «پیامد های جنسی جسمی» مفهوم اصلی تنش های فردی استنباط شد. در نهایت در مرحله چهارم از مراحل هفت گانه کلایزی، کلیه مفاهیم استنباط شده در ۴ مفهوم محوری «تنش های فردی، چالش در ارتباطات، معضلات درمانی و باورها و اعتقادات» جای گرفت.

Phenomenology.¹

انجام مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که اشباع اطلاعات به وجود آمد یعنی بعد از انجام ۱۰ مصاحبه، در مصاحبه‌های بعدی (۵ مصاحبه) هیچ داده‌ی جدیدی به دست نیامد.

صحت و استحکام مطالعه حاضر ریشه در ۴ محور ارزش واقعی، کاربردی بودن، تداوم و مبنی بر واقعیت بودن، دارد. ارزش واقعی بدین معناست که بیان حاصل از تجربه برای کسی که آن را به طور واقعی تجربه کرده است قابل قبول باشد. در این پژوهش با مراجعه به شرکت کنندگان و به تایید رساندن بیانیه‌های حاصله این امر محقق گشت و چنانچه در مواردی نظر شرکت کننده با نظر محققان متفاوت بود کد‌ها با نظر شرکت کننده اصلاح می‌گردید. کاربردی بودن یا قابلیت اجرا بدان اشاره دارد که آیا نتایج در گروه‌ها یا مکان‌های دیگر نیز کاربرد دارد؟ در این مورد نیز سعی شد تا با عدم انتخاب یک مکان مشخص برای نمونه‌گیری و انتخاب نمونه‌ها از طیف نسبتاً گسترده سنی و سوابق فرهنگی اجتماعی گوناگون این مهم برآورده شود. همچنین ثبات هنگامی به دست آمد که شرکت کنندگان پاسخهای نامتناقض و همسانی به سوالات

مشابه که در قالب‌های مختلف مطرح شده بود، می‌دادند. جهت واقعی بودن پژوهش و انجام فرآیند آن، خالی از هر گونه تعصب، پژوهشگران سعی کردند تا هر گونه تعصب در مورد پدیده مورد پژوهش را در تمام مراحل مطالعه از خود دور سازند.

نتایج

نتایج بدست آمده در این پژوهش با تجزیه و تحلیل اطلاعات کسب شده از مصاحبه با ۱۴ زن نابارور حاصل شد. از میان ۱۴ زن شرکت کننده در پژوهش ۹ نفر خانه‌دار، ۴ نفر کارمند و یک نفر شغل آزاد داشتند. از نظر تحصیلات یک نفر پنجم ابتدایی، یک نفر سیکل، ۳ نفر اول دبیرستان، ۶ نفر دیپلم و ۳ نفر لیسانس بودند. محدوده سنی شرکت کنندگان خانم ۲۴-۳۵ سال و میانگین سنی آنان ۲۸ سال بود. مدت زمان سپری شده از ازدواج شرکت کنندگان خانم به شرح زیر بود: ۳ سال (یک نفر)، ۵ سال (دو نفر)، ۶ سال (سه نفر)، ۸ سال (۲ نفر)، ۹ سال (یک نفر)، ۱۰ سال (دو نفر)، ۱۱ سال (۲ نفر)، ۱۳ سال (یک نفر).

جدول ۱- مشخصات فردی زنان نابارور شرکت کننده در پژوهش تجربه زیستی زنان نابارور

سن	زیر ۳۰ سال: ۴۴٪	۳۰ سال و بیشتر: ۶۶٪
مدت زمان سپری شده از ازدواج	کمتر از ۵ سال: ۷٪	۵-۱۰ سال: ۷۱٪
تحصیلات	زیر دیپلم: ۳۶٪	دیپلم: ۴۳٪
شغل	خانه‌دار: ۶۴٪	کارمند: ۲۹٪
نژاد	فارس: ۷۱٪	لر: ۱۴٪
		آزاد: ۷٪
		سایر: ۱۵٪
		بیش از ۱۰ سال: ۲۲٪
		بیشتر از دیپلم: ۲۱٪

پس از تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه، نتایج پژوهش در ۴ مفهوم محوری «تنش‌های فردی، چالش در ارتباطات، معضلات درمانی و باورها و اعتقادات» بیان گردیده است.

اولین مفهوم استنباط شده تنش‌های فردی بود که از دو جنبه پیامدهای عاطفی-روانی و مشکلات جسمی-جنسی قابل بررسی می‌باشد. افراد شرکت کننده خود را در برابر مصائب ناباروری مستاصل یافته و پاسخهای عاطفی متعددی از خود بروز می‌دادند؛ احساس ضعف و پستی، ناباوری و انکار، عصبانیت، احساس گناه، تنهایی، ترس و ناامیدی به کرات در بیانات این افراد موج می‌زد.

از خودم بدم می‌یاد، نمی‌دونم چرا اینجوری شده... خیلی می‌ترسم آخه می‌دونی بچه امید پیری آدمه، وقتی بچه نداری امیدت ناامید میشه، پشتت خالیه، همش نگران فرداتی، مثلاً اگه زبونم لال یه اتفاقی برا شوهرم بیفته تکلیف من چی میشه!؟

از دیگر مسائلی که زنان نابارور با آن مواجه بودند موضوع پذیرفتن فرزندخوانده بود. یکی از مشغله‌های ذهنی رایج که چالشهای درونی و بیرونی بسیاری را نیز به همراه داشت.

بعضی وقتا که چه عرض کنم، خیلی وقتا به گرفتن یه بچه فکر می‌کنم ولی به نتیجه نمی‌رسم...، خب یه

سری مسائل هست: یکی مسئله ی محرم نامحرم بودنش هست، که بلاخره بچه یه جور ی باید محرم خونواده بشه، یکیم مسائل روانیشه که یه وقت به بچه نگو... وقتی آوردیمش کسی نفهمه که ما این بچه رو گرفتیم...

یکی از احساسات ناخوشایندی که افراد شرکت کننده با آن مواجه بودند، تغییر در خود پنداری آنان بود:

احساس می کنم خیلی بی عرضه ام، اعتماد به نفسم کم شده، به خودم می گم تو واقعا همونی که قبلا اینقدر با حوصله بودی و همه ازت تعریف می کردن؟! الان حتی نمی توئم زندگیمو نگه دارم... دیگه حتی شوهرمم مثل قبل دوسم نداره...

دیگر دسته موضوعی مربوط به تنش های فردی، مشکلات جسمی - جنسی بود. بسیاری از افراد شرکت کننده در این پژوهش از مشکلات جسمی متعدد که به علت فرآیندهای درمانی و بحرانهای عصبی ناباروری بر آنان عارض شده بود، ابراز نارضایتی داشتند. مشکلاتی چون سردردهای مزمن، خستگی، دردهای مبهم، درد و عوارض اعمال جراحی، چاقی و اضافه وزن، بی اشتها و بی خوابی همگی از مشکلاتی بودند که افراد آن را نشأت گرفته از ناباروری خود می دانستند.

جدای از همه ی دردسراییی که دارم احساس می کنم دردمند شدم، می دونین چیه، نه اینکه بخوام ادا در بیارم، ولی دیگه جون برام نمونده، صُب که بیدار میشم هنوز ظهر نشده انگاری کوه کنده باشم، خسته می شم، از کت و کول میفتم...

از دیگر موضوعاتی که این زنان با آن مواجه بودند، مشکلات مربوط به عملکرد جنسی بود. اختلالاتی چون کاهش میل جنسی، کاهش موارد رسیدن به ارگاسم، کاهش تعداد نزدیکی، نداشتن معاشقه^۱، نگرش منفی به رابطه جنسی و درد در هنگام نزدیکی، از جمله ی مشکلات جنسی افراد شرکت کننده در این پژوهش بود. الان دیگه احساس می کنم برا شوهرم جناب نیستم... مثل قبلنا دوست ندارم باهاش رابطه داشته باشم، دیگه از این رابطه لذت نمی برم... اینا همه اعصابمو بیشتر خورد میکنه...

جنبه ی دیگر از مشکلات جنسی زنان نابارور شرکت کننده در این مطالعه، اختلال در عملکرد جنسی همسر بود که جدا از تاثیر بر کاهش کیفیت رابطه ی جنسی زوجین، پیامدهای عاطفی منفی را نیز برای فرد نابارور به همراه داشت.

خواه نا خواه «ناباروری» روی همه چی اثر می ناره، الان شوهرم دیر به دیر میاد نزدیکم... حتی یه بار گفت که فایده نداره این کار! خب این خودش خیلی دلشکنه دیگه! منم وقتی می بینم اینجوریه دیگه خودمم دوست ندارم.

چالش در ارتباطات: علاوه بر جنبه های فردی ناباروری روابط افراد را نیز چه در سطح خانواده و چه در بعد اجتماعی مخدوش کرده بود. شرکت کنندگان در این پژوهش در گرداب تاثیرات ناباروری بر ارتباطات آنها با همسر، خانواده همسر، خانواده، اقوام واجتماع اسیر بودند. راستش ما همون اول به خانواده هامون گفتیم که کاش نمی گفتیم... حالا همش خانواده ی شوهرم هی به روم میارن، هی طعنه می زنن. خیلی اذیت می شم. نه اینکه بگم فقط خانواده شوهرم ها، همه، زن داداشای خودمم متلک میندازن.

معضلات درمانی: بی اطلاعی از فرآیند درمان، هزینه های گزاف، عوارض و عملکرد نامناسب تیم درمانی از مسائلی بودند که افراد نابارور از آنها رنج می بردند. دکتر بهم گفته بود بیا عمل کن بعد بیا دارو بدم تا بچه دار شی... عمل که کردم اصلا فایده نداشت، بعدش دارو داد. تا دارو می خوردم خوب بودم بعدش گفت بیا برا «آی وی اف». راستش وقتی هزینه هاش زیاد شد، هم آمیولاش، هم دکتر دوا و عکس سونوش، دیگه نتونستیم تامین کنیم. برا همینم دیگه نرفتم دنبالش...

باورها و اعتقادات: دیدگاه و عقاید افراد در مورد پدیده ناباروری متفاوت بود. برخی از شرکت کنندگان در این پژوهش به ناباروری به عنوان یک امتحان الهی می نگرستند، آنها معتقد بودند ناباروری امری ماورای اختیار آنهاست و اگر مشیت الهی ایجاب کند مسلما آنان نیز بچه دار خواهند شد.

یه چیزایی هست که از دست آدم خارج، خدا می خواد قدرتشو نشون بده دیگه، به یکی ناخواسته میده به یکی هم اصلا نمیده، می خواد امتحانت کنه که فقط از

¹ Sexplay

خودش بخوای. اگه صلاح بدونه که می ده، اگرم که نه رضی به رضی الله...

عده ای نیز بر این باور بودند که با توکل به خداوند و توسل به بزرگان دینی، احتمال موفقیت درمانشان بیشتر خواهد شد. بنابراین با اتکا به عقاید مذهبی خود استرسهای درمان خود را تسکین می دادند.

نذر کردم اگه حامله بشم بچمو ببرم کربلا، گفتم دختر شه اسمشو می نازم رقیه...، اگرم پسر شد که قریون علی اصغر، می نازم علی اصغر.

در این بین، عده ای نیز معتقد بودند که به تلافی گناهان گذشته به ناباروری مبتلا شده اند و ناباروری را به نوعی تاوان خطاهای قبلی خود می دانستند.

با خودم میگم این همه آدم، چرا من باید بچه دار نشم؟ حتما یه کاری کردم که خدا منو مستحق این عذاب کرده، دیگه خدا هم منو تنها گذاشته...

بحث

با نگاهی عمیق به تجارب شرکت کنندگان در مطالعه ی حاضر مشخص شد که یکی از مفاهیم استنباط شده از تجارب آنان، تنش های فردی است که از دو جنبه ی مسائل عاطفی- روانی و مشکلات جسمی- جنسی قابل بررسی است. مسلما تشخیص ناباروری و عدم توانایی فرد در تولید مثل بحرانی است که در وهله ی اول با مشکلات روانی- عاطفی بروز می یابد. بعضی از شرکت کنندگان در این پژوهش از «ناباوری و انکار» به عنوان اولین واکنشهای عاطفی خود یاد می نمودند. به نظر می رسد که این امر به عنوان یک مکانیسم دفاعی در مواجهه با بحران ناباروری مطرح می باشد (۹).

بروز مشکلات عاطفی-روانی در مواجهه با پدیده ناباروری امری شایع است. ترس یکی از مشکلاتی است که افراد شرکت کننده در این پژوهش با آن مواجه بودند. در مطالعه ی عباسی شوازی و همکاران نیز، ترس از عدم تداوم زندگی زناشویی و جدایی همسر مهمترین انگیزه و عامل درمان بوده است (۴)، که با نتایج مطالعه ی حاضر همخوانی دارد.

با این وجود، ترس در تجارب شرکت کنندگان مطالعه ی ایمسون دیده نمی شود (۱۲). بخشی از این

مسئله به تفاوتهای فرهنگی جامعه پژوهش حاضر و شرکت کنندگان در آن پژوهش مربوط است. وابستگی اقتصادی اجتماعی زنان به شوهران، زشتی طلاق و امکان زندگی چند همسری مردان، ترس را در زنان نابارور ایرانی تشدید می کند. دومین تفاوت، احتمالا به علت تفاوت در معیارهای ورود به پژوهش آن مطالعه و مطالعه ی حاضر است. زیرا در پژوهش یاد شده افراد شرکت کننده زوجین نابارور (مصاحبه با فرد نابارور و همسر به صورت همزمان انجام شده بود) و متعلق به طبقه اجتماعی متوسط بودند. شاید بتوان همراهی همسر را نشانه ای از حمایت عاطفی وی در نظر گرفت ضمن اینکه شاید حضور همسر مانع از ابراز احساساتی چون ترس، تنهایی و غیره بوده باشد. همچنین در مطالعه ی ایمسون افراد در مورد تامین مخارج درمان تحت فشار نبودند در حالی که استرس تامین هزینه ها، ترس از شکست درمان و آینده ی بدون فرزند را در مطالعه حاضر تشدید می نمود.

تغییر در خود پنداری از دیگر مسائلی است که زنان نابارور در پژوهش حاضر با آن مواجه بودند. همچون سایر مطالعات (۱۰)، فقدان اعتماد به نفس و احساس حقارت و پایین تر بودن نسبت به دیگران را در شرکت کنندگان در این پژوهش بارز بود.

در همین رابطه جوهانسون و همکاران معتقدند: "زنان نابارور، احساس عدم زنانگی، ضعف و بیماری دارند، چون نمی توانند از یک عضو بدن خود «رحم و تخمدان» درست استفاده کنند" (۱۱). بر خلاف نظر جوهانسون، در مطالعه ی حاضر زنان در عین اینکه از عدم توانایی در داشتن فرزند، عدم ثبات زندگی زناشویی و ترس از نداشتن پشتوانه در آینده نگران و مغموم بودند، ولی هویت خود را به عنوان یک زن پذیرفته بودند.

هر چند در مطالعات مشابه به این نکته اشاره نشده است، لیکن چالش در مورد فرزند خوانده نیز معضلی بود که شرکت کنندگان در این پژوهش را با تنش های جدی مواجه ساخته بود. میل یا عدم تمایل به پذیرش فرزندخوانده، اصرار همسر به پذیرفتن فرزندخوانده و یا بالعکس مخالفت او، دخالت خانواده ی زوجین و غیره، از دغدغه های جدی زنان

نابارور در این مطالعه بود. به نظر می‌رسد عدم توجه به مسئله‌ی فرزندخوانده در سایر مطالعات مربوط به تفاوت در فرهنگ، نگرش و مسائل مذهبی آنان باشد. چگونگی محرم نمودن طفل به خانواده، مجهول بودن شجره خانوادگی او و واکنش اقوام و آشنایان به طفل تازه وارد از جمله مسائلی هستند که زوجین را در پذیرفتن فرزندخوانده مردد می‌کند.

زیر مجموعه‌ی دیگری از مفهوم تنشهای فردی در این مطالعه، مشکلات جسمی-جنسی است. مشکلاتی چون سردرد، خستگی، بی‌اشتهایی، و اختلالات خواب از شکایات شایع جسمی زنان نابارور در این مطالعه بود. نتایج سایر مطالعات نیز نشان‌دهنده‌ی این مطلب است که شکایات جسمانی در افراد نابارور به طور واضحی بیشتر است (۱۳). افزایش فشارخون و اولسر پپتیک به ترتیب در ۱۷/۳٪ و ۱/۸٪ شرکت‌کنندگان مطالعه‌ی یومزولیک مشاهده گردیده بود (۷).

شروود (۱۴) و همکاران در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که کاهش رضایت از فعالیت‌های جنسی به مقدار زیادی به «نزدیکیهای زمانبندی شده» به منظور فرآیندهای درمانی و نگرانی در مورد انجام نزدیکی در هنگام تخمک‌گذاری مربوط است که این مسئله باعث کاهش تعداد «نزدیکیهای خودخواسته» از یک سو و افزایش استرس زوجین نابارور از سوی دیگر می‌شود. به نظر می‌رسد که علاوه بر موارد فوق، مشکلات ایجاد شده در روابط زوجین و خلاء عاطفی موجود در زندگی زناشویی افراد نابارور شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، باعث کاهش کیفیت روابط جنسی آنان می‌گردد. ضمن اینکه به علت اهمیت زیاد فرزند و فرزندآوری در فرهنگ ایرانی، تولید مثل یکی از اهداف مهم رابطه جنسی محسوب می‌شود، به نحوی که شکست در آن، انجام رابطه جنسی را بیهوده جلوه داده و در نتیجه میل و لذت انجام آن را نیز کاهش خواهد داد.

دومین مفهوم کلی استنتاج شده در این پژوهش، چالش در ارتباطات است. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که ناباروری، عواقب و پیامدهای خانوادگی و اجتماعی بسیاری را برای افراد نابارور به دنبال دارد (۱۰). شرکت‌کنندگان در این پژوهش نیز

چالشهای بسیاری را در ارتباطات فردی-اجتماعی خود تجربه کرده بودند. آنچه در این میان جای تامل دارد تحت فشار بودن زنان نابارور از سوی خانواده شوهر است. شاید بتوان این پدیده را به پذیرش اجتماعی حق مردان در داشتن فرزند، چند همسر و حتی تصمیم در مورد طلاق از یک سو و مذموم بودن طلاق برای بانوان نسبت داد.

در مطالعه‌ی عباسی شوازی و همکاران نیز ناباروری تهدیدی جدی در رابطه فرد با همسر و رابطه‌ی فرد با خانواده همسر بوده است. ضمن اینکه فعالیتهای اجتماعی افراد را نیز تحت تاثیر قرار داده است؛ به نحوی که شرکت‌کنندگان در آن پژوهش ضمن تلاش برای مخفی نگاه داشتن ناباروری، کمتر در جمع اقوام و آشنایان حاضر می‌شدند (۴).

یکی دیگر از مفاهیم بدست آمده از تجربیات شرکت‌کنندگان در این پژوهش معضلاتی بود که افراد در حین فرآیند درمان تجربه کرده بودند.

نظرات افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، همچون شرکت‌کنندگان در پژوهش ایمسون، نسبت به سیستم درمان ناباروری به طور کلی منفی بود؛ ایمسون این نارضایتی را به عدم توضیح فرآیند درمان، کمبود آگاهی پرسنل، کیفیت حمایت و نوع روش استفاده شده در درمان آنان مربوط می‌دانست (۱۲). به نظر می‌رسد که موارد فوق می‌تواند در نارضایتی افراد نابارور از سیستم‌های کمک باروری در ایران نیز دخیل باشد.

نکته‌ی شایان توجهی که در مطالعات دیگر بدان پرداخته نشده، نارضایتی افراد از هزینه‌های گزاف درمانی و عدم تقبل بخشی از هزینه‌ها توسط شرکت‌های بیمه‌کننده است. این مشکل بسیاری از شرکت‌کنندگان را وادار به اشتغال یا ترک نمودن درمان نموده بود.

چهارمین مفهوم بدست آمده از این پژوهش تاثیر باورها و اعتقادات افراد شرکت‌کننده در تطابق با ناباروری بود. برخی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش به ناباروری به عنوان یک امتحان الهی می‌نگریستند و عده‌ای نیز ناباروری را به گناهان گذشته و طرد شدن از رحمت الهی نسبت می‌دادند. جوهانسون بیان

می کند اگر افراد در زندگی به دنبال ارزشهای دیگری چون معنویات باشند، استرس ناباروری را بهتر تحمل می کنند. برخی از افراد شرکت کننده در مطالعه ی جوهانسون از ناباروری به عنوان فرصتی برای فعالیت های اجتماعی - تفریحی بیشتر یاد می کردند و معتقد بودند که نباید با افسوس و ماتم این فرصت را از دست داد (۱۱).

نتایج این پژوهش نشان داد در مواردی که افراد به ناباروری به عنوان یک مسئله ی ماورائی و خارج از اختیار می نگرستند، احساس گناه کمتری داشتند. در مقابل، برخی از شرکت کنندگان که ناباروری را تاوان گناه یا عمل ناروا می دانستند، به شدت از نتیجه گرفتن از درمان ناامید بودند.

از طرفی واکنش افراد در شرایط پراسترسی چون ناباروری، تحت تاثیر عقاید و باورهای آنان قرار دارد، و نحوه ی نگرش آنان به ناباروری عواطف و رفتارهای آنان را هدایت می کند.

با توجه به مفاهیم استنباط شده در این مطالعه، موارد زیر در جهت بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به افراد نابارور پیشنهاد می گردد.

از آنجایی که زوجین جوان تا هنگام مواجهه با ناباروری، آشنایی قبلی با آن ندارند، به نظر می رسد ارائه ی اطلاعاتی مختصر در مورد ناباروری، در کلاسهای مشاوره ازدواج بینش صحیح تری را در زوجین در هنگام بروز این مشکل فراهم نماید. در عین حال اطلاع رسانی جامع در مورد علل ناباروری، مراحل درمان، عوارض احتمالی و نرخ هزینه های درمانی فشار روانی وارد بر افراد نابارور را کاهش می دهد.

ناباروری آنچنان ناباورانه به زندگی افراد چیره می شود که گاه توان تجدید نیرو و امکان زندگی مثمر را از آنان سلب خواهد کرد. لذا تشکیل جلسات مشاوره ای حمایتی و بهره گرفتن از همکاری یک روانشناس یا مشاور در کادر درمانی از فواید بی شماری برخوردار می باشد.

منابع

1. Berek JS. Berek & Novak's gynecology. 14th ed, Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2007:1197.
2. Siyahkal M, Nojumi M, Kamali M. [Prevalence of infertility and subfertility]. [Article in Persian]. J Med Facul Sari Univ Med Sci 2006;5(1):371-6.

خدمات کمک باروری نیز جدا از احساس نگرانی که در مورد نتیجه ی درمان در فرد نابارور القا می کنند، استرس تامین هزینه های گزاف درمان را نیز علی الخصوص به زنان نابارور تحمیل می نمایند. اتخاذ تمهیداتی در جهت تامین حداقل بخشی از این هزینه توسط موسسات حمایتی و شرکت های بیمه، پشتوانه ی مالی مناسبی را برای این افراد ایجاد خواهد کرد.

نتیجه گیری

ناباروری ابعاد مختلف زندگی زنان نابارور را تحت تاثیر قرار می دهد. به دنبال تشخیص ناباروری، تنش های فردی، چالش در ارتباطات و مشکلات مربوط به فرآیند درمان زندگی فرد را دستخوش تغییر می نماید؛ ضمن اینکه نگرش افراد به ناباروری و چگونگی تطابق آنها با این مسئله، تحت تاثیر عقاید و باورهای آنان قرار دارد. در همین راستا جهت ارائه خدمات درمانی بهینه به افراد نابارور، تدوین و اجرای برنامه های مختلف حمایتی و مشاوره ای می تواند راه گشا باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از مساعدت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان که حمایت مادی و معنوی این پژوهش را عهده دار بودند، سپاسگزاری نمایند. همچنین از ریاست محترم مرکز باروری و ناباروری شهید بهشتی اصفهان و نیز افراد محترم شرکت کننده در پژوهش که بدون یاری آنان انجام این پژوهش امکان پذیر نبود، قدردانی می گردد. در انتها از راهنمایی های ارزنده ی اساتید محترم دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و حمایت های بیدریغ سرکار خانم دکتر مریم دارابی نهایت سپاس و امتنان را داریم.

3. Sadeghiyan E, Heidariyanpour A, Farhang A. [Comparison between **psychological** problems in infertile men and women refer to Fatemiye infertility clinic in Hamedan]. [Article in Persian]. J Arak Univ Med Sci 2006;9(2):31-9.
4. Abbasi-Shavazi MJ, Asgari-Khanghah A, Razeghi nasrabad H. Women and infertility experience: A case study in Tehran. [Article in Persian]. J Women Studies 2005;3(3):91-114.
5. Oats J, Abraham S. Fundamentals of obstetrics & gynecology. 9th ed. London: Mosby; 2010: 246
6. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on treatment-related stresses. J Androl 2001;46(1):67-71.
7. Umezulike AC, Efezie ER. The psychological trauma of infertility in Nigeria. Int J Gynecol Obstet 2004;84(2):178-80.
8. Fido A. Emotional distress in infertile women in Kuwait. Int J Fertile Womens 2006;49(1):24-8.
9. Asadi Noghabi A, Omidi Sh, Hagi Aghajani S. [Psychological nursing]. [Article in Persian]. Boshra 2005:125.
10. Wirtberg I, Möller A, Hogström L, Tronstad SE, Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. Human Reprod 2007 Feb;22(2):598-604.
11. Johansson M, Berg M. Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. Scand J Caring Sci 2005 Mar;19(1):58-63.
12. Imeson M, McMurray A. Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. J Adv Nurs 1996 Nov;24(5):1014-22.
13. Conrad R, Schilling G, Hageman T, Haidl G, Leidtke R. [Somatization and alexithymia in male infertility. A replication study. [Article in German]. Hautarzt 2003 Jun;54(6):530-5
14. Sherrod RA. Understanding the emotional aspects of infertility: implications for nursing practice. J Psychosoc Nurs Men Health Serv 2004 Mar;42(3):40-7.