

تبیین احساسات روان شناختی بیماران مبتلا به نازایی: یک پژوهش کیفی

شهین سوادزاده^{1*}، نگین مددزاده¹

(1) گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا

تاریخ دریافت: 90/9/5

تاریخ پذیرش: 91/4/14

چکیده

مقدمه: به نظر می رسد تصور بر این است که استرس که به صورت اضطراب یا افسردگی تظاهر پیدا می کند، در زنانی که دچار ناباروری می شوند افزایش می یابد. ارتباط بین استرس و ناباروری ارتباطی پیچیده است و ممکن است سیکل معیوبی را به وجود آورد. این مطالعه به منظور تعیین درک احساسات روانی آنان نسبت به حمایت روانشناختی به روش کیفی انجام شده است.

مواد و روش ها: این مطالعه با طراحی رویکرد کیفی بر روی 28 نفر از زنان با سابقه نازایی در یک طیف گسترده و با انتخاب نمونه ها به صورت هدفمند انجام شد. احساسات درونی و درک زنان از حمایت روان شناختی از طریق مصاحبه های عمیق نیمه سازمان یافته (فردی) بررسی گردید. جمع آوری داده ها در فاصله ماههای فروردین و اردیبهشت سال 1390 انجام و آنقدر ادامه یافت تا اشباع داده ها حاصل گردید. کلیه مصاحبه ها ضبط و کلمه به کلمه تایپ گردید و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل درون مایه بررسی گردید.

یافته های پژوهش: پس از طبقه بندی و کدبندی داده ها از مجموع مضمون های یافت شده چهار طبقه اصلی در تبیین احساسات روان شناختی بیماران شامل تجربیات روان شناختی، برخورد پزشکان و تیم درمان، واکنش خانواده زوجین و عکس العمل دوستان و اطرافیان بود، استخراج شد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که ناباروری می تواند سراسر زندگی زوج نابارور را تحت تاثیر قرار دهد. با توجه به حضور احساسات منفی روانشناختی در زنان مبتلا به نازایی و مشکلات مالی، حضور روان شناسان و توجه کافی پزشکان و ماماها به مشکلات افسردگی و اضطراب بیماران ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: نازایی، اضطراب، پژوهش کیفی

* نویسنده مسئول: گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا

Email: shahinsavadzadeh@yahoo.com

مقدمه

نازایی عبارت است از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش‌های پیشگیری. ناباروری تقریباً 10-15 درصد زوج‌ها را در سنین باروری گرفتار می‌کند، (1). یک چهارم زوج‌های ایرانی ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترک تجربه می‌کنند و 3/4 درصد زوج‌ها در هر زمان دارای مشکل ناباروری اولیه هستند. (2)

باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است. اگر تلاش در جهت باردار شدن با شکست مواجه شود، می‌تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد. (3)

مواجه شدن با ناباروری بر زندگی زنان و مردان تأثیر به‌سزایی دارد و افراد مبتلا را در معرض مشکلات عاطفی روانی و هم‌چنین چالش‌های جسمی، روانی و مالی موجود در روند کاربرد روش‌های کمک باروری نیز آنان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، به نحوی که مشکلات مربوط به ناباروری، بسیاری از افراد را در اواخر دهه دوم و سوم زندگی در سرایشی منتهی به افسردگی قرار می‌دهد، (4،5). تلاش برای باردار شدن، اقدامات پزشکی گران‌قیمت و خسته‌کننده‌ای را به همراه دارد و تردید و بروز ناامیدی همراه با ناباروری می‌تواند اساس روابط یک زوج را متزلزل نماید، (6). با وجود این که مطالعات مختلف اهمیت ارتباط مسایل جسمی و روانی ناباروری را نشان داده‌اند، جنبه‌های گوناگون ناباروری هنوز در هاله‌ای از ابهام قرار دارد. (7)

مطالعات زیادی بر روی زوج‌های نابارور انجام شده است. در مطالعه دومر و همکاران نیمی از افراد نابارور تغییر در روابط جنسی و 75 درصد از آن‌ها تغییر حالات خلقی را گزارش کردند، (8). ویج در مطالعه‌ای کیفی روی زنان نابارور شهری در هند نشان داد که زنان عمیقاً از این که موقعیت و امنیت آنان تحت تأثیر ناباروری قرار گیرد، نگرانند و احساس تنهایی را تجربه می‌کنند. هم‌چنین فرایند استفاده از فناوری کمک باروری (ART) از نظر فیزیولوژی، عاطفی و مالی برای آنان بسیار استرس‌آور بوده، زیرا در جامعه هند

ناباروری پدیده‌ای ننگ‌آور محسوب می‌شود، (9). مولایی نژاد و همکاران در مطالعه خود دریافتند که همه زوج‌های نابارور از استرس ناشی از ناباروری به درجات مختلف رنج می‌برند و حدود نیمی از آنان (46 درصد) از سازگاری در زندگی زناشویی برخوردار نبوده‌اند، (10). درک مواجه شدن با ناباروری به عوامل مختلف فرهنگی بستگی دارد، به طوری که در برخی از فرهنگ‌ها به جای استفاده از فناوری‌های کمک باروری از درمان‌های سنتی و غیرعلمی و یا از شبکه‌های اجتماعی کمک گرفته و از طریق فرزندخواندگی و یا روش‌های دیگر بر ناباروری فائق می‌آیند. (11)

این مطالعه بر تجربیات و احساسات روانی زنان نابارور و حمایت روان‌شناختی آنان می‌پردازد. تجربیاتی که اغلب نادیده گرفته می‌شوند و بر درد و رنج این بیماران می‌افزاید. در این مطالعه که به روش کیفی اجرا شده است، محققین اقدام به کشف تجربیات زنان نابارور نموده‌اند؛ چرا که برای دست‌یابی به موفقیت در درمان این گروه از بیماران و ارتقاء کیفیت زندگی آنان نیاز به شناخت و درک عمیق تجربیات زندگی آنان ضروری به نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی از نوع پدیدارشناسی است که در محیط‌های مختلف شامل مراکز بهداشتی و درمانی، منزل و بیمارستان صورت گرفت. در این پژوهش که به مدت 5 ماه به طول انجامید (از اسفند 1389 تا خرداد 1390) شرکت‌کنندگان با بیشترین تنوع، مورد مصاحبه قرار گرفتند. نمونه‌ها زنان نابارور 21 تا 50 ساله بودند که با موقعیت‌های شغلی، تحصیلی متفاوت و وضعیت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متنوع علاقمند به مشارکت و بیان روشن تجربیات خود بودند.

تولید داده‌ها به صورت تلفیقی و در مکان‌های مختلف انجام شد. جهت جمع‌آوری نمونه‌ها از پرونده‌های موجود در مراکز بهداشتی و درمانی استفاده شد. ابتدا لیست بیماران مبتلا به ناباروری تهیه شد و سپس با برقراری تماس تلفنی جهت مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی و یا بیمارستان، و یا مراجعه خود

محقق به منازل آنان مصاحبه ها تکمیل شد. نمونه گیری آن قدر ادامه یافت تا اشباع داده ها حاصل گردید.

مصاحبه ها برای حفظ انعطاف پذیری و عمیق بودن، به شکل نیمه ساختاری و سوالات به شکل باز مطرح شد. هر مصاحبه با تعیین وقت قبلی انجام می شد و بر حسب شرایط و تمایل شرکت کنندگان 30 تا 60 دقیقه به طول می انجامید. در ابتدای هر مصاحبه، خصوصیات نمونه ها از جمله سن، اشتغال، سطح تحصیلات، نوع تأهل، نوع نازایی، نوع درمان های انجام شده و خصوصیات دموگرافیک همسر ثبت شد. راهنمای مصاحبه شامل چند سوال اصلی باز بود که به شرکت کنندگان فرصت بیان دیدگاه ها و نظرات شان را ارائه می داد. با کسب اجازه کتبی از مصاحبه شونده ها تمامی جریان مصاحبه ضبط (با استفاده از موبایل و mp3 player) شد، سپس دستنویس شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها همراه با مقایسه دایمی و هم زمان با جمع آوری داده ها (کوربین استراس)، (12)، صورت گرفت. در این روش، بعد از انجام هر مصاحبه، نوارها کلمه به کلمه نسخه برداری و قبل از مصاحبه بعدی تجزیه و تحلیل شد. بعد از نسخه برداری نوارها دوباره به آن ها گوش داده می شد و یادداشت هایی در نسخه ها نوشته می شد. یادداشت ها شامل موضوعات تکراری، نکات تأکید شده شرکت کنندگان و افکار و ایده های خود محقق بودند. نسخه ها چند روز بعد مجدداً مطالعه و کدگذاری شد و نتایج با اولین کدگذاری مقایسه می شد. کدگذاری تکرار شده و رسیدن به نتایج مشابه، ثبات و هماهنگی داده ها را تأیید می کردند. در مرحله کدگذاری دوباره محقق خط به خط داده ها را بازنگری و مفاهیم اصلی آن را استخراج نمود. دو شیوه بکار رفته عبارت بودند از کلمات مصاحبه شده و کدهای دلالت انگیز که محقق

بر مبنای مفاهیم موجود در داده ها می ساخت. سپس در کدگذاری محوری کدها طبقه بندی شده و با همدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند، و بعد از آن کدگذاری محوری و انتخابی انجام شد. اگر چه افراد مختلفی مورد مصاحبه قرار گرفتند، اما عبارات و کلمات کلیدی به دست آمده در میان مصاحبه ها سازگار بودند، (۱۳،۱۴). برای اطمینان از صحت و استحکام تحقیق از روش های زیر بر اساس نظریات استرابت و کارپنتر، (15)، استفاده شد. قابلیت پذیرش از طریق مرور دست نوشته ها توسط مشارکت کنندگان، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، بررسی مداوم و تخصیص زمان کافی و مقبولیت پژوهشگر صورت گرفت. قابلیت اعتماد و تأیید (Confirm ability) نیز از طریق audit trial یعنی جمع آوری سیستماتیک و قبول ممیزی داده ها و استنتاج بر اساس آن ها فراهم شد. برای افزایش قابلیت انتقال داده ها (Transferability)، نمونه ها از طبقات متفاوت اقتصادی و اجتماعی و سطوح مختلف تحصیلی و گروه های متنوع انتخاب شدند.

از بین 63 کد خام اولیه پس از بررسی و دسته بندی داده ها در مجموع 4 طبقه اصلی به همراه 18 طبقه فرعی به دست آمد. جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها 5 ماه به طول انجامید. در طی تحقیق کسب رضایت آگاهانه و کتبی مشارکت کنندگان برای شرکت در پژوهش، حفظ رازداری و محفوظ بودن حق انصراف از پژوهش لحاظ شد.

یافته های پژوهش

شرکت کنندگان مطالعه حاضر، 28 زن در فاصله سنی 20-47 سال بودند. بیشتر شرکت کنندگان 25-30 ساله بودند. 85/7 درصد آنان به علت نازایی اولیه تحت درمان بودند. (جدول شماره 1)

جدول شماره 1. مشخصات دموگرافیک زنان شرکت کننده

مشخصات دموگرافیک	(درصد) تعداد
زیر 24	4 (14/2)
25-30	12 (42/8)
31-40	4 (14/2)
بالای 40	8 (28/5)
اولیه	24 (85/7)
ثانویه	4 (14/3)
IUI	6 (21/4)
IVF	4 (14/3)
درمان دارویی	18 (64/3)
میکرواینجکشن	-
سایر	-

با توجه به تجزیه و تحلیل داده ها می توان تجارب روان شناختی و اجتماعی زنان را درباره نازایی با 4 طبقه اصلی و 18 طبقات فرعی به دست آورد. در جدول شماره 2 طبقات اصلی و فرعی نشان داده شده اند.

جدول شماره 2. طبقات استخراج شده از تحلیل تجارب روان شناختی و اجتماعی زنان درباره نازایی

طبقات اصلی	طبقات فرعی
تجربیات روانشناختی	افسردگی، استرس و اضطراب، حسادت، احساس گناه، پذیرفتن نازایی
برخورد پزشکان و تیم درمان	توجه مطلوب، درد دل کردن، بی تفاوتی به مشکلات اجتماعی روانی، نداشتن وقت کافی
واکنش خانواده زوجین	بی تفاوتی خانواده همسر، طرد شدن، تحقیر شدن، ازدواج دوم همسر
عکس العمل دوستان و اطرافیان	دلسوزی بی مورد، قضاوت نادرست، نگاه ترحم آمیز، داشتن عیبی بزرگ، حمایت

دلهره دارم که به وقت نکنه تلفن زنگ بزنه و من بالاجبار به یک مهمانی بروم که الان این روزا عمداً ترتیب داده میشه تا من راضی به طلاق یا ازدواج مجدد بشم.» خانم 30 ساله: «متأسفانه اضطراب من باعث شده که نیاز به مشاوره پیدا کنم.»

برخی از مصاحبه شوندگان حسادت به دوستان و نزدیکان خود را ذکر کرده اند. خانم 27 ساله: «خوب اون ها بچه هاشون رو ناز می کنند و صدا می کنند، من کمی ناراحت می شوم.» خانم 38 ساله: «به راحتی نمی توانم بچه تازه متولد شده رو بغل کنم.»

فردی که مشکل ناباروری از اوست، زن یا مرد، خود را مسئول نداشتن فرزند می داند که این موجب رویارویی وی با احساس گناه می شود. او ممکن است دچار عذاب وجدان، ناراحتی شده و خود را سرزنش کند.

تجربیات روان شناختی نسبت به نازایی: بیماران نسبت به پدیده نازایی واکنش روانی متفاوتی نشان می دهند. بسیاری از آنان (6/03 درصد) افسردگی و ناراحتی و یا علایم آن را ذکر کرده اند. خانم 35 ساله: «افسرده شدم خود به خود گریه می کنم.» خانم 34 ساله: «من همیشه در تنهایی اشک می ریزم.» و یا برخی به بیهودگی و بی مصرف بودن خود اشاره می کنند. خانم 35 ساله: «من یک درخت بی ثمر هستم که فقط مصرف کننده ام، بدون هیچ فایده ای.» مشکل اضطراب و افسردگی به تدریج وارد زندگی این افراد شده است. مثلاً از رفتن به مهمانی پرهیز می کنند و یا در مهمانی ها دچار اضطراب بی علت می شوند. خانم 24 ساله: «وقتی عروسی یا تولد می روم زود زود دستشویی می روم.» خانم 26 ساله: «مدام

در این مطالعه نیز برخی از زنان در بین صحبت های خود اشاره کرده اند که نسبت به همسر خود احساس گناه می کنند. خانم 23 ساله: «من از زندگیم راضیم فقط شوهرم رو می بینم خیلی ناراحت می شم چون دلم می خواد اون بچه دار بشه و به پای من نسوزه.» البته برخی از زنان نیز فکر می کنند در نهایت با ازدواج مجدد همسرشان موافقت خواهند کرد. برای برخی از زنان مشکلاتی در رفتن به مطب ها یا پیگیری درمان، به دلیل ترس از شنیدن اخبار ناامید کننده به وجود آمده است. خانم 42 ساله: «همیشه وقتی می خواهم برم مطب، از استرس می میرم.»

در بین مصاحبه شوندگان برخی از زنان با مشکل ناباروری خود کنار آمده اند و سعی می کنند با این پدیده زندگی کنند. خانم 48 ساله: «خودم به خودم روحیه می دم.» خانم 29 ساله: «من آدم شادی هستم و فکر می کنم هیچ وقت افسرده نمی شوم. بچه ارزش غصه خوردن نداره.» خانم 30 ساله: «اصلاً به کسی که حرف های ناامید کننده بزنه گوش نمی کنم.»

برخورد پزشکان و تیم درمان نسبت به مشکلات روانی زنان مبتلا به ناباروری: در این حیطه نیز چهار طبقه فرعی وجود دارد. برخی از مصاحبه شوندگان از توجه و علاقه پزشکان، ماماها و اعضای تیم درمان نسبت به احساسات و مشکلات روانی آنان راضی بودند. خانم 38 ساله: «خوب همیشه سعی می کنند با مهربانی برخورد کنند. وقتی آن ها را می بینم فکر می کنم همیشه پول حلال مشکلات نیست.» خانم 30 ساله: «خدا خیرش بده، هر وقت پیش دکترم می رم و برمی گردم مدت ها افسردگی از من دوره و به زندگی امیدوار میشم.» خانم 40 ساله: «دکتر به درد دل های من گوش می ده خدا خیرش بده.»

اما برخی از زنان از نداشتن وقت کافی پزشکان برای توجه به مشکلات روانی-اجتماعی و اولویت بیشتر دادن به پول را ذکر کرده اند که خود به مشکل آنان افزوده است. خانم 35 ساله: «خوب پیش دکترهایی می روم که سرشون شلوغه و دیگه وقتی برای توجه به اضطراب من ندارند، می خواهند نسخه بنویسند و مریض بعدی را ببینند.» خانم 48 ساله: «برای آن ها فقط پول مهمه دیگه هیچی.» بسیاری از

مصاحبه شوندگان بی پولی را مشکلی می دانستند که با ناباروری گره خورده است و برخی نیز می گویند، اگر پول نداشتند کسی از گروه درمان به آن ها توجه نمی کرد. خانم 35 ساله: «من فکر می کنم پول حرف اول و آخر می زنه، اگر پولدار باشی خوب همه چیز داری: دکتر خوب، وقت بیشتر، بیمارستان خوب و یا داروهای گرانیقیمت.» خانم 27 ساله: «فکر می کنم همه به خاطر پول کار می کنند.» خانم 30 ساله: «خدارو شکر، من از نظر مالی مشکلی ندارم و نداشتنم، برای همین همیشه رفتارشون بامن عالی بوده.»

برخی نیز کمبود وقت و زیاد بودن بیماران را مانعی برای توجه پزشکان به مسایل آنان می دانند. خانم 38 ساله: «من فکر می کنم خستگی زیاد پزشک ها یا بیماران زیاد باعث میشه که پزشک برای بیمار وقت کافی نداشته باشه. چیزهایی که برای من مهم است، مسایل پیش پا افتاده ای برای پزشکان است.» خانم 29 ساله: «اونا وقت کافی ندارند تا بیشتر با آدم حرف بزنند، هی بدو بدو کار می کنند.»

واکنش خانواده زوجین: تقریباً تمامی مصاحبه شوندگان از برخورد مطلوب و حمایت گرانه خانواده خودشان نسبت به نازایی و کمک آن ها در درمان نازایی صحبت کرده اند. خانم 35 ساله: «مادرم سنگ صبره منه.» اما خانواده همسر آنان واکنش های متفاوتی نسبت به این مشکل داشته اند. دسته ای از مصاحبه شوندگان اظهار می دارند که خانواده خود و یا همسرشان نسبت به مشکل نازایی آنان بی تفاوت بوده اند و یا حمایت های محدودی داشته اند. خانم 23 ساله: «خانواده شوهرم خیلی خوبند، آن ها معتقدند که هر چی تقدیر باشه همون میشه.» خانم 26 ساله: «خانواده شوهرم آدم های با ایمانی هستند و با تقدیر نمی جنگند و هرگز درباره بچه دار شدنم حرفی نمی زنند.» خانم 24 ساله با نازایی ثانویه: «برخورد خاصی ندارند، خوب چی دارند که بگند من یک شوهر فوق العاده با یک مادر شوهر عالی و یک پسر خوب دارم.»

اما بسیاری از مصاحبه شوندگان با نگاه سرد و برخورد نامطلوب از طرف خانواده شوهر روبرو بوده اند. بعضی از اقوام رفت و آمد با زوج های نابارور را محدود

می‌کنند و علاقه کمتری به معاشرت با زوج‌های نازا دارند. خانم 28 ساله: «خانواده همسر مرا طرد کرده‌اند و با من رفت و آمد ندارند.»

خانم 35 ساله: «خانواده شوهرم چشم دیدن منو ندارند، چون فکر می‌کنند که زندگی پسرشونو به هم ریختم. مدام در گوش شوهرم می‌خوانند که دوباره ازدواج کنه و بی‌خودی برای من خرج نکنه.»

عکس‌العمل دوستان و اطرافیان: می‌توان تجربیات روان‌شناختی زنان را در تعامل با دوستان و هم‌چنین عکس‌العمل آنان با نازایی را در پنج طبقه فرعی بررسی کرد. بسیاری از زنان نابارور از برخورد نامطلوب دوستان و اطرافیان نسبت به مشکل خود گله‌مند بودند. خانم 28 ساله: «اگر یک زن حامله‌ای در مهمانی یا آرایشگاه باشد باهاش یک جوری برخورد می‌کنند که من ناراحت نشم. گاهی برای بچه‌های خودشون، به خصوص جاری‌هایم، اسفند دود می‌کنند.» نحوه برخورد اطرافیان، تأثیر زیادی در زندگی زوج‌های نابارور دارد و گاهی این رفتارها فشارهای روحی زیادی بر زوج‌ها وارد می‌کند. در برخی موارد با تأخیر در بارداری، طعنه و کنایه اطرافیان آغاز می‌گردد. این فشارها از طرف اطرافیان موجبات رنجش خاطر زوج‌ها را فراهم می‌آورد.

خانم 35 ساله: «زن داداشم رفتارشون طوریه که انگار من یک عیب بزرگ دارم مثل یک جذامی یا یک بیماری مسری.» خانم 37 ساله: «دوستام نمی‌خوان با من رفت و آمد کنند چون فکر می‌کنند دلم می‌خواد زندگیشون رو به هم بریزم یا شوهرشون رو ازشون بگیرم.» خانم 40 ساله: «وقتی بچه‌ای را بغل می‌کنم مادر بچه فکر می‌کنه من خیلی حسودم و ممکنه سر بچه اش بلایی بیارم.» خانم 28 ساله: «همه می‌گویند، این شوهرشو جادو کرده، پسر یکی یکدانه اجاقش کوره یا چه می‌دونم چرا پایش رو از زندگی اون بیچاره بیرون نمی‌کشه.» ناباروری در جامعه ما با توجه به ساختارهای فرهنگی ابعاد بسیار پیچیده‌ای دارد. به مرور کنجکاوی اطرافیان بیشتر می‌شود. احساس تحت فشار بودن از جانب اطرافیان و یا حمایت آنان، زندگی زوج‌های نابارور را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب عکس‌العمل‌های متفاوت از جمله اجتناب از شرکت در

مهمانی‌ها و پنهان کردن ناباروری از اطرافیان می‌گردد. برخی از این زنان از نگاه ترحم‌آمیز دوستان خود خسته شده‌اند. خانم 30 ساله: «هر وقت زن حامله‌ای در مهمانی یا آرایشگاه باشد سعی می‌کنند درباره او حرف نزنند یا وقتی من برسم حرفشون رو قطع می‌کنند.» خانم 29 ساله: «از نگاه تحقیر‌آمیز بدم می‌آید.» خانم 33 ساله: «بعضی از دوستان معتقدند که آدم برای بچه زندگی می‌کنه. اگر حرف بدی به من بزنند من هم بلافاصله جوابشون رو می‌دم و باهاشون قطع رابطه می‌کنم.» برخی از زنان نیز با واکنش مطلوب و حمایت از طرف دوستان خود روبرو بوده‌اند. خانم 30 ساله: «دوستام تا حالا با حرفاشون منو اذیت نکرده‌اند.»

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی و تجزیه و تحلیل آنچه زوج‌های نابارور بیان می‌کنند، نشان می‌دهد که ناباروری اثرات عمیقی بر زندگی زوج‌های نابارور برجا می‌گذارد. هدف از مطالعه کنونی تبیین تجربیات روانی-اجتماعی زنانی است که به نوعی در پی درمان‌های نازایی بوده‌اند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تجربیات این زنان در 4 طبقه اصلی و 18 طبقه فرعی با چالش روبرو بوده است.

طبقه اول در زمینه تجربیات روان‌شناختی و واکنش روانی فرد نسبت به نازایی می‌باشد. ترس از آینده‌ای مبهم به دنبال شکست در درمان ناباروری و عواقب آن برای بسیاری از زنان آزار دهنده است. به نظر می‌رسد ناباروری و پیگیری درمان‌های پرهزینه و وقت‌گیر به همراه انگ نازایی در جامعه، بار سنگینی را از نظر روانی بر دوش زنان نابارور تحمیل نموده است. به طوری که اکثر مصاحبه‌شوندگان، درجاتی از علایم اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند. این یافته‌ها با مطالعه حریریان نیز هم‌خوانی دارد. او در مطالعه خود به این نتیجه رسید که 58 درصد از زنان نابارور مبتلا به درجاتی از افسردگی بودند (16). به نظر می‌رسد ترس از خاتمه رابطه زناشویی، طلاق، دلسوزی به همسر در بروز افسردگی موثرند، اما در مطالعه حاضر بیش از پیش روشن شد که عکس‌العمل خانواده همسر و احساس عدم اعتماد به نفس به دلیل داشتن عیبی

بزرگ باعث بروز درجاتی از افسردگی در زنان مصاحبه شونده شده باشد. مشاهدات بالینی نیز نشان می دهند که واکنش نسبت به ناباروری با عکس العمل های شدیدی از جمله افسردگی، احساس گناه و بی کفایتی همراه می باشد.(17)

طبقه دوم در رابطه با تجربیات روانی و اجتماعی زنان نابارور مربوط به نحوه برخورد پزشک معالج و اعضای تیم درمانی اوست. زوج هایی که به دنبال درمان نازایی هستند، علاوه بر تحمل هزینه های سنگین مادی تحت فشار روانی زیادی نیز از طرف جامعه قرار دارند. مصاحبه شوندگان نیز در این زمینه به مواردی اشاره کرده اند: 1-توجه پزشکان به مشکلات روانی 2-درد دل کردن 3-بی تفاوتی پزشکان به مشکلات اجتماعی و روانی 4-نداشتن وقت کافی پزشکان برای رسیدگی به غصه و رنج بیماران نابارور.

پزشکان و اعضای درمان همه روزه با بیماران بسیاری سروکار دارند و معضل کمبود وقت همیشه به چشم می خورد. از طرفی آنان با آموزش های تکراری و بیمارانی با وضعیت مشابه سرو کار دارند که ممکن است باعث کاهش انگیزه آنان در جستجوی مشکلات دیگر زنان نابارور گردد.

در حیطه مشکلات اجتماعی زنان نابارور ابتدا به طبقه عکس العمل خانواده همسر فرد نابارور می پردازیم. ایران از جمله کشورهایی است که از نظر اجتماعی-فرهنگی و مذهبی اهمیت خاصی به فرزندآوری می دهد،(18) و مساله ناباروری در جامعه ما با توجه به ساختار فرهنگی خاص، بعد عمیق تری به خود می گیرد. نقش خانواده همسر بسیار مهم و گاه سرنوشت ساز است و این نقش می تواند مثبت یا منفی باشد. این تجربیات کیفیت زندگی زنان را کاهش می دهد و آن ها را به سوی انزوای بیشتر سوق می دهد. به طوری که بیشتر آنان مجبور به قطع رابطه با خانواده همسر می شوند. بسیاری از مطالعات نشان

داده اند که ناباروری تأثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان دارد،(۱۹،۲۰). لوئیزا مانتی نیز در مطالعه خود مشاهده کرد که زنان نابارور کیفیت زندگی پایینی دارند.(21) انسان به عنوان بخشی جدایی ناپذیر از محیط اطراف خود در نظر گرفته می شود. محیط پیرامون، انسان را شکل می دهد و انسان نیز بر دنیای اطراف خود اثر می گذارد،(22). در این بین نباید نقش دوستان و اطرافیان فرد نابارور در پیدایش مشکلات اجتماعی نادیده گرفته شود. اغلب زنانی که به نازایی مبتلا هستند با واکنش های نامطلوب از طرف دوستان روبرو هستند و حتی در محیط های اجتماعی مانند محافل دوستانه، آرایشگاه ها و کلینیک ها با تجربیات ناخوشایندی روبرو می شوند. خداکرمی نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی دست یافته است،(23). مجموعه یافته های این پژوهش نشان می دهد که زوج های نابارور با مشکلات متعددی روبرو هستند. این افراد حمایت و توجه لازم را از طرف پزشکان، ماماها و یا سایر اعضای درمان به دست نمی آورند. بدین ترتیب نتایج مطالعه حاضر تا حد زیادی بیانگر حقایقی است که زوج های نابارور با آن ها مواجه هستند که اغلب این مشکلات از چشم تیم درمان و حوزه سلامت مخفی مانده است. نگاهی عمیق به آن چه زنان و مردان نابارور بازگو می کنند، حاکی از آن است که آن ها نیازمند حمایت همسر، اطرافیان، تیم درمان، خدمات بیمه ای و حتی مسئولین دولتی هستند.

سپاسگزاری

پژوهشگران این مطالعه وظیفه خود می دانند تا مراتب سپاسگزاری خود را از کلیه زوج های نابارور شرکت کننده در این مطالعه ابراز نموده و هم چنین از سرکار خانم ها حافظی و مولایی نیز تشکر و قدردانی می نمایند.

References

- 1-Berek JS, Novak E. Berek and Novak's gynecology. 14th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.P.101-15.
- 2-Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. [The epidemiology of primary infertility in the Islamic republic of Iran in 2004-5]. J Reprod infertile 2006;7:243-51.(Persian)
- 3-Ryan KJ, Kistner RW. Kistner gynecology and women's health. 7th ed. Michigan: Mosby; 1999.P.660.
- 4-Mohammadi MR, Khalaj A, Farahani F. [Emotional and psychology problems of infertility and strategies to overcome them]. J Repord Infertile 2001;21:34-8.(Persian)
- 5-Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. Urology 2004;63:126-30.
- 6-Bahrami N, Sattarzadeh N, Rangbar Koochasaie F. [Comparing depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couples]. J Repord Infertile 2007;8:52-9.(Persian)
- 7-Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004;117:126-31.
- 8-Domare AD, Zuttermeister PC, Freidman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. J Psychosom Obstet Gynaecol 1993;14(Suppl):45-52.
- 9-Widge A. Seeking conception: experience of urban Indian women with in vitro fertilization. Patient Educ Couns 2005;59:226-33.
- 10-Mollaiy Nezhad M, Jaaferpour M, Jahanfar SH. Infertility related stress and marital life in Iranian infertile women who referred to Isfahan infertility treatment clinic. J Reprod Infertile 2000;2:26-39.(Persian)
- 11-Evens E. A global perspective on infertility: an under recognized public health issue. Univ N.C news Lett 2004;18:1-39.
- 12-Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Strategies of qualitative inquiry (pp.158-183). Thousands Oaks,CA: Sage Publications; 1998.
- 13-Eaves Y, Vonne D. A synthesis technique for grounded theory data analysis. J Nursing Res 2001;5: 654-63.
- 14-Ahmadi F. [Series of educational workshops on medical science. qualitative research]. 1st ed. Tehran:Tarbiat Modares university; 2003.PP.25-30.(Persian)
- 15-Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott; 2003.
- 16-Haririan H, Mohamadpor Y, Aghajanlo A. [The prevalence of ininfertile women referred to a Kosar Oramia infertility clinic]. J Reprod Infertil 2009;2:45-9.(Persian)
- 17-Farahani MN. [Psychological aspects of coping and adjustment of infertility and role of psychologist]. J Reprod Infertil 2001;2: 53-7.(Persian)
- 18-Abbasi-Shavazi MJ, Asgari-Khanghah A, Razeghi H. [Women and infertility experience: A case study in Tehran. J Women Stud 2005;3;114-91.(Persian)
- 19-Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GH, Brrat DD, Brewaeys AM, Dolfing JG, et al. Health related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. Hum Repr 2003;28:1536-43.
- 20-Wilson JF, Kopitzke EJ. Stress and infertility. Curr women's health Rep 2002;2: 194-9.
- 21-Manati L, Alami M, Shokrabi SH, Haghani H, Ramazanzadeh F. [Factors influencing the quality of life of infertile women]. J Reprod Infertil 2009;12:25-31.(Persian)
- 22-Abdsaeidy J, Amir Ali Akbari P. [Medical research method]. 2nd ed. Tehran: Abrang; 2005. p.45 (Persian)
- 23-Khodakarami N, Hashemi S, Sedighi S, Hamdieh M, Taheripناه R. Infertility experience: A Phenomenology Assess. Fertil Steril 2009;10:287-97.(Persian)



Explanation of Emotional Feelings of Women with Infertility: A Qualitative Study

Savadzadeh Sh^{1*}, madadzadeh N¹

(Received: 26 Nov. 2011

Accepted: 4 Jul. 2012)

Abstract

Introduction: It is believed that stress can be present as anxiety or depression which to be increased in infertile women. Relationship between infertility and anxiety is complex and may create a defective cycle. This study was done to through qualitative approach to determine the emotional feelings of infertile women towards psychological support.

Materials & Methods: This study was conducted on 28 women with infertility by using of qualitative approach and a purposive sampling method was adopted to select the subjects. Their emotions and perception of psychological supports were assessed by semi-structured interviews. Data collection was done between first of April to first of May and it was continued to the saturation point. All interviews were

audio-taped, translated and typed word by then the data were analyzed consecutively.

Findings: Data were classified and coded. Analyzing of data revealed four major themes which included psychological experience, communication doctors and medical team, reaction of couple's family and friends.

Discussion & Conclusion: Findings showed that infertility is a common condition that could affect infertile couple's life. Regarding to the existence of negative psychological emotion among women with infertility and financial problems, psychologists, physicians and midwives attention to the anxiety and depression problems is essential.

Keywords: infertility, anxiety, qualitative study

1. Dept of Midwifery, Islamic Azad University, Astara branch, Astara
*(corresponding author)