

ناتوانی در زایش یا زایش ناتوانی: کاوشی کیفی از پیامدهای روان‌شناختی ناباروری در زنان نابارور

آزاده ابویی^۱، سید علیرضا افشانی^۲، محمدحسین فلاح یخدانی^۳، علی روحانی^۴

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۱۰

هدف: هدف این پژوهش بررسی پیامدهای روان‌شناختی ناباروری بر زنان نابارور بود. **روش:** پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد کیفی و روش نظریه زمینه‌ای انجام شد. نمونه در این مطالعه ۲۱ نفر از زنان نابارور بودند که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و مطالعه شدند. فرایند نمونه‌گیری نظری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. ابزار اصلی این مطالعه مصاحبه بود و اطلاعات جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به شیوه کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد پیامدهای روان‌شناختی ناباروری به ترتیب عبارتند از: ۱. درماندگی درمانی ۲. احساس پوچی ۳. خودسرزنشگری ۴. برون‌ریزی هیجانات شدید منفی ۵. اختلالات روان‌شناختی ۶. مصرف داروی اعصاب ۷. افکار خودکشی ۸. انزواطلبی ۹. مشاخره با همسر به خاطر احساس تنهایی ۱۰. خانه‌های سوت و کور. به نظر می‌رسد زنان نابارور وضعیت روان‌شناختی نامساعدی را تجربه می‌کنند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها شامل ۶ مقوله اصلی و یک مقوله هسته تحت عنوان زایش ناتوانی شد. زایش ناتوانی اشاره به این مفهوم دارد که زنانی که تجربه ناباروری دارند به مرور زمان و به دلیل مواجهه با پیامدهای ناباروری ممکن است در بقیه جنبه‌های زندگی خود نیز احساس ناتوانی داشته باشند. تبیین نتایج به‌طور کلی نشان‌دهنده وجود «زایش ناتوانی» و احساس پوچی در جامعه هدف بوده

۱. دکتری مشاوره، استادیار گروه آموزشی مشاوره، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران.

۲. دکتری جامعه‌شناسی، دانشیار گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

۳. (نویسنده مسئول)، دکتری روان‌شناسی، دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران.

fallahyazad@iauyazd.ac.ir

۴. دکتری جامعه‌شناسی، استادیار گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

است که نهایتاً منجر به اختلالات روان شناختی، مصرف داروهای روانپزشکی و خانه‌های سوت و کور می‌شود.
واژه‌های کلیدی: پیامدهای ناباروری، زایش ناتوانی، درماندگی درمانی.

مقدمه

ناتوانی در فرزندآوری به صورت استرس شدید توسط زنان نابارور تجربه می‌شود. اگرچه ارزیابی‌های کمی روان شناختی از زنان نابارور نتایج مبهمی را در مورد میزان شیوع اضطراب و افسردگی در این زنان نشان داده‌اند اما مطالعات کیفی نشان داد زنان نابارور اضطراب روانی بیشتری را نسبت به زنان بارور تجربه می‌کنند (گریل، اسلاسون، مسکوایلان^۱، ۲۰۱۰). علاوه بر این، اگرچه فشار روان شناختی بر درمان موفقیت ناباروری اثرگذار نبوده است (بویوین، گریفیثس، ونتیس^۲، ۲۰۱۱) اما گزارش‌های قبلی نشان می‌دهد که میزان اضطراب هیجانی در زنان ناباروری که درمانشان با شکست مواجه شده، بالاتر بوده است (چوکوسکی، موس، چارمن^۳، ۲۰۱۳). بنابراین، ناباروری زنان و ناکامی در فرایند درمان ناباروری، هر دو اثرات منفی بر کیفیت زندگی این زنان دارد. برخی مطالعات نشان داده‌اند حتی درمورد ناباروری مردان، زنان بیشتر ناراحت هستند و پاسخ‌های هیجانی شدیدتری به ناباروری می‌دهند. در واقع، زنان دچار همان رنج و عذاب هستند. چه عامل ناباروری باشند و چه نباشند (صادقیان، حیدرپور و عابد^۴، ۲۰۰۶). همچنین اغلب زنان به دنبال درمان ناباروری هستند حتی اگر خودشان علت ناباروری نباشند زیرا آنها بیشتر در معرض سؤالات و توصیه‌های آشنایان و بستگان درمورد فرزندار شدن هستند و به تبع آن رنج روانی بیشتری را متحمل می‌شوند و برای خلاص شدن از این رنج (هیجانان منفی) بیشتر به دنبال درمان ناباروری هستند.

1. Greil, A.L, Slauson-Blevins, K., McQuillan, J.
2. Boivin, J., Griffiths, E., Venetis, C.A.
3. Chochovski, J, Moss, S.A, Charman, D.P.
4. Sadeghian, E. Heidarianpoor, A. Abed F.

(وویکو، انگره‌نی، الویرا و لوبیس^۱؛ ۲۰۱۷). مداخله‌ی پزشکی می‌تواند تا حد زیادی بر کیفیت زندگی زوجها و نیازهای آنها مانند نیازهای هیجانی، اجتماعی، جسمانی، جنسی، فکری و بهزیستی روان‌شناختی اثر بگذارد. (دروس دزول و اسکریزپولک^۲، ۲۰۰۹) و ممکن است به بزرگ‌ترین وسواس در زندگی آنها تبدیل شود و موجب کاهش سطح رضایتمندی زناشویی و جدایی خانوادگی گردد (سیلوا، سیمویس، اسپیرینتو، مارکوئیس^۳، ۲۰۱۶).

مواجهه با ناباروری اغلب به صورت تجربه‌ی جسمانی و روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود. طبق مطالعات کاوینگنتون و آدامسون^۴ (۲۰۱۵) تجربه‌ی ناباروری با احساسات ناتوانی، بی‌ارزشی و شرم و گناه همراه است. همچنین نتایج پژوهشی که توسط سبیک^۵ و همکاران (۲۰۱۳) انجام شد، نشان داد ۳۰/۸٪ از زنان و ۲۰٪ از مردانی که تحت درمان ناباروری هستند دچار یکی از اختلالات روان‌پزشکی بوده‌اند و افسردگی حاد از سایر اختلالات شایع‌تر بود. همچنین یافته‌های پژوهشی که به بررسی دلایل قطع درمان ناباروری توسط زوجها پرداخته بود، نشان داد اغلب آنها به علت اضطراب زیاد و افسردگی حادی که تجربه می‌کردند، تصمیم گرفتند درمان را ادامه ندهند (دومار^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین یافته‌های مطالعه‌ی دیگری نشان داد که فشار روان‌شناختی درمان ناباروری علت اصلی قطع درمان (عدم ادامه‌ی درمان) توسط زوجها نابارور است (گامیرو، بویوین، پرونانس و ورهاک^۷، ۲۰۱۲). در واقع، رویارویی با مشکلات متصور از نیازها و درمان ناباروری اغلب منجر به تجارب هیجانی دردناک در افراد می‌شود و ممکن است تنظیم هیجانی این افراد به هم بریزد. تنظیم هیجانی به معنای آگاهی کامل از

1. Wiweko, B. Anggraheni, E. Elvira, D. Lubis, H.P.
2. Drosdzol, A & Skrzypulec, V.
3. Silva, E. Simões, S. Espírito-Santo, M. Marques, L.
4. Covington S.N, Adamson, GD.
5. Sejbaek, CS. et al.
6. Domar, A.D. et al.
7. Gameiro S. Boivin J. Peronace L. Verhaak, CM.

هیجان و نظارت بر آن و واکنش به هیجان با توجه به بافت مورد نظر است (گروس و بارت^۱، ۲۰۱۱ و گیوراک و گروس^۲، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر تنظیم هیجان به معنای پاسخ مناسب و به جا به هر هیجان است.

بنابراین، با توجه به چالش‌ها و مشکلات این زنان، توجه به این گروه در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های سلامت اهمیت زیادی دارد. با توجه به اینکه پژوهشکده علوم تولیدمثل یزد به عنوان قطب ناباروری کشور شناخته می‌شود، سالانه پذیرای تعداد زیادی از زوج‌ها نابارور است که از استان‌های مختلف جهت درمان مراجعه می‌کنند. از آنجا که ناباروری جنبه‌های اجتماعی، روانی، اقتصادی و زناشویی نیز دارد و اینکه در پژوهش‌های پیشین کمتر به این ابعاد مسئله ناباروری به طور اخص پرداخته شده است؛ لذا محققان بر آن شدند تا با استفاده از روش کیفی و به کارگیری مصاحبه‌های عمیق به بررسی ابعاد مختلف این مسئله و رنج احتمالی ناشی از ناباروری در زنان نابارور بپردازند. در واقع، محققان در پی آن بوده‌اند که با استفاده از روش‌شناسی کیفی و مصاحبه‌های عمیق، نحوه مواجهه زنان نابارور با این مسئله را به صورت عمیق درک و کشف کنند. در این مسیر آنها سعی داشته‌اند ذهنیت زنان نابارور را کشف کنند و به طور دقیق و جزئی مسائل اساسی‌ای که آنان در مواجهه با این پدیده با آن روبرو بوده‌اند را تشریح کنند. به طور ویژه محققان سعی داشتند با تابانیدن نور بر دنیای ذهنی این زنان، معنای ناباروری و پیامدهای آن را در زندگی‌شان کشف و بازنمایی کنند.

اغلب افراد زمانی که متوجه وجود مشکل در فرزندآوری می‌شوند، غافلگیر می‌شوند چون آن‌ها تصور می‌کنند بلافاصله بعد از قطع روش‌های پیشگیری از باروری، بچه‌دار می‌شوند زیرا اغلب آنها در زندگی جنسی خود به دنبال پیشگیری از بارداری بوده‌اند. پس از پی بردن به این مشکل، زوج‌ها رفتارها، عادات و سبک زندگی خود را به دقت مورد بررسی قرار می‌دهند تا بفهمند چرا نمی‌توانند بچه‌دار شوند. همچنین آن‌ها زمان‌بندی،

1. Gross, J.J. Barrett, L.F.

2. Gyurak, A. Gross, J.J.

فروانی و روش‌های نزدیکی خود را به دقت مورد بررسی قرار می‌دهند تا به علت مشکل پی برند. در صورتی که زوج به دیگران گفته باشند که قصد بارداری دارند توصیه‌های فراوانی را از دوستان و خانواده جهت باروری دریافت خواهند کرد. زوج‌ها برای پی بردن به چرایی مشکل خود یا برای کاهش احساس گناه به متخصص مراجعه می‌کنند (گریل^۱، ۲۰۱۰).

برای برخی از زنان افکار وسواسی و نشخوار فکری در مورد ناباروری بر زندگی روزمره‌شان نفوذ می‌کند و توانایی آن‌ها را برای انجام کارهای روزمره مورد تهدید قرار می‌دهد. نشخوار فکری تلاشی برای کنترل احساس گناه است (بویون، ۲۰۱۱).

افسردگی یکی دیگر از واکنش‌های رایج نسبت به ناباروری است. شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد افسردگی زنان نابارور پدیده‌ای رایج است. افسردگی ممکن است دوره‌ای باشد یا ممکن است به خاطر قرار گرفتن در موقعیتی خاص مثل سالگرد ازدواج، جمع‌های خانوادگی یا شرکت در مراسم بارداری فرد دیگری و به علت مقایسه شرایط موجود با شرایط مطلوب به وجود آید. خوشبختانه افسردگی در زنان به مدت طولانی ادامه نمی‌یابد اما در همان زمان اندک، زمانی که زنان افسردگی را تجربه می‌کنند، احساس می‌کنند بر زندگی خود کنترل ندارند و علاوه بر اینکه نمی‌توانند بچه‌دار شوند، در برنامه‌ریزی و رسیدن به اهداف خود نیز ناتوانند (هیرش و هیرش^۲؛ ۱۹۹۸).

از زمانی که زنان متوجه ناتوانی خود در فرزندآوری می‌شوند، رفته‌رفته سطح سلامت روان در آنها کاهش می‌یابد. زنان نابارور مدت زمان زیادی را برای تست و آزمایش در کلینیک می‌گذرانند؛ هرچند آن‌ها بیمار نیستند اما ممکن است هویت خود را به عنوان یک فرد بیمار بپذیرند و احساس کنند سلامت جسمی و روانی‌شان رفته‌رفته کم می‌شود. علاوه بر این، ممکن است زنان ادعا کنند که بیمارند که البته این ادعا را می‌توان به عنوان عوارض داروهای هورمونی استفاده شده جهت درمان ناباروری دانست هستند (حسن پورازغدی و همکاران، ۱۳۹۲).

1. Greil, A.

2. Hirsch, S & Hirsch, R.N.

در پژوهش حاضر، از چارچوب نظری همچون تحقیقات کمی استفاده نمی‌شود، بلکه سعی می‌شود از چارچوب مفهومی استفاده شود؛ بدین معنی که با شناخت پیشینه نظری حوزه بررسی شده، فرضیه‌هایی مانند تحقیقات کمی استخراج نمی‌شود، بلکه فقط آشنایی با حوزه پیشینه تحقیق، به شناخت گستره و سطح دانش محقق منجر می‌شود و وی را در ورود به میدان تحقیق یاری می‌رساند. به همین دلیل، سعی شده است نظریه‌های موجود در عرصه روان‌شناسی را که در رابطه با موضوع تحقیق هستند ارائه شود. زنان نابارور از زمانی که متوجه مسئله‌ی ناباروری خود می‌شوند تا زمانی که بچه‌دار شوند یا از درمان دست بکشند، هیجانات منفی زیادی از جمله اضطراب، سرخوردگی، ناکامی، فشار روانی، بی‌کفایتی، افسردگی، تنهایی و پوچی را تجربه می‌کنند. به نظر الیس^۱ (۱۹۸۷) محور اغلب آشفتگی‌های هیجانی سرزنش کردن خود هست که زنان نابارور به دلیل تجربه‌ی شرایط خاص، خودسرنشگری را به دفعات زیادی تجربه می‌کنند که این خودسرنشگری باعث احساس عدم امنیت، سرخوردگی، افسردگی و اضطراب در این زنان می‌شود. همچنین بک^۲ (۱۹۷۰) معتقد است که آنچه باعث می‌شود فرد موقعیت‌ها را تهدیدکننده تعبیر کند، اعتقاد آن‌ها درباره‌ی خویشتن و جهان خارجی است. اعتقادات و فرض‌های ناکارآمد ذی‌نقش در اضطراب و افسردگی متنوع هستند. اما اکثر آن‌ها حول محور موضوع‌های پذیرش، کفایت، مسئولیت و کنترل دور می‌زنند. زنانی که نسبت به خود برداشت مثبتی نداشته‌اند و خود را ناتوان و وابسته می‌دیدند هنگام مواجهه با مسئله ناباروری هیجانات منفی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند و به علت فشار روانی بیرونی (ناباروری) دچار تحریف‌های شناختی می‌شوند از جمله این تحریف‌ها عبارت‌اند از: بی‌توجهی به جنبه‌های مثبت زندگی، استدلال احساسی، شخصی‌سازی و نتیجه‌گیری شتاب‌زده.

همچنین تحمل پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک شده خودگزارشی یک فرد

1. Ellis, A.

2. Beck, A.T.

برای تجربه‌ی تحمل حالت‌های هیجانی منفی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵)، یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه‌ی پریشانی عاطفی تعریف می‌شود. عدم تحمل بلا تکلیفی^۱ (IU) تحت فرضی که همه‌ی انسان‌ها با عدم اطمینان مواجه می‌شوند و اینکه وجود بلا تکلیفی اغلب ماهیتی ناخوشایند دارد، معرفی شد اما افراد در امتداد یک پیوستار برحسب میزانی که در زندگی با عدم قطعیت راحت هستند، با هم متفاوت می‌باشند. فرستون و همکاران^۲ (۱۹۹۴) عدم تحمل بلا تکلیفی را در زمینه نگرانی معرفی کردند و اشاره کردند که دلیل اصلی اینکه افراد نگران می‌شوند، تلاش برای اعمال کنترل بر شرایط به امید جلوگیری از پیامدهای منفی آینده است. افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی بالایی دارند، یک تعصب منفی نسبت به عدم قطعیت دارند، در کاربرد مهارت‌های حل مسئله مؤثر سردرگم می‌شوند، به شواهد بیشتری برای تغییر باورهایشان نیاز دارند و ممکن است احتمال پیامدهای منفی را بیش برآورد کنند. زنان نابارور اغلب تا زمان بچه‌دار شدن یا دست کشیدن در درمان بلا تکلیفی و نگرانی را به میزان بالایی تجربه می‌کنند که طولانی بودن بلا تکلیفی و نگرانی ممکن است اعتماد به نفس پایین در مهارت‌های حل مسئله و یک حس کنترل کاهش یافته را منعکس کند (آلسچولر و بیر^۳، ۲۰۱۵). یافته‌های پژوهش لی می‌نانا^۴ (۲۰۱۷) که به بررسی اثرات روانی ناباروری بر زنان نابارور پرداخت، نشان داد فرهنگ مردم و نوع نگاه جامعه به زنان، اثرات روانی این مسئله بر زنان را تغییر می‌دهد و در جوامعی مثل کشورهای حوزه خاورمیانه که فرزندآوری بخشی مهمی از هویت زن را تشکیل می‌دهد این مسئله باعث رنج بیشتر در این زنان می‌شود. یافته‌های پژوهش نهرین^۵ و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی اثرات روانی-هیجانی ناباروری پرداختند نشان داد؛ به دلیل مواجهه طولانی مدت این

1. Intolerance of Uncertainty.

2. Freeston MH, et al.

3. Alschuler, K.N Beier, M.L.

4. Liminana, R.M.

5. Nahrin, N.E. et al.

زنان با مسئله ناباوری و قرار گرفتن در فرایند درمانی مشکلات عمیقی را برای سلامت روان و بهزیستی روانی این زنان ایجاد می‌کند؛ این در حالی است که مسئله ناباوری اغلب به عنوان مشکل جسمانی در نظر گرفته می‌شود و ابعاد روانی و هیجانی آن کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. همچنین نتایج پژوهش کریمی، تقی پور، لطیف نژاد، کیمیایی، مظلوم و امیریان (۱۳۹۵) که به بررسی آثار روانی-اجتماعی ناباوری مردان بر زنان ایرانی پرداختند نشان داد زنانی که همسرانشان ناباور هستند تنش‌های زیادی را در ارتباطات اجتماعی خود تجربه می‌کنند. آنچه در این میان جای تامل دارد این است که در ناباوری با عامل مردانه مسئولیت زیادی بر عهده زن گذاشته می‌شود و بچه دار نشدن او باعث بروز رفتارها و پندارهای منفی از طرف خانواده و جامعه می‌گردد که می‌تواند پیامدهای ناگواری برای این زنان در پی داشته باشد. یافته‌های پژوهش حسن پور ازغدی و همکاران (۱۳۹۲) که به بررسی تأثیرات روانی نازایی بر زنان ناباور پرداختند نشان داد ناباوری و فرایند درمان آن یک منبع رنج برای زنان ناباور ایرانی است که تأثیرات مخربی بر بهزیستی روانی افراد و زوج‌ها دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد یکی از مهمترین عوامل ایجادکننده پریشانی‌های روانی، متغیر فشار اجتماعی از طرف افراد جامعه است، ولی در اغلب موارد به ابعاد اجتماعی-فرهنگی و پیامدهای ناباوری توجه کمتری می‌شود.

روش

روش‌شناسی تحقیق حاضر بر اساس پارادایم تفسیری پیکربندی شده است. در این مسیر پژوهش حاضر بر اساس پارادایم تفسیری، روش‌شناسی کیفی را برگزید. در این میان بر اساس پاسخ‌گویی به سوالات و اهداف تحقیق، روش کیفی نظریه زمینه‌ای در طراحی روش‌شناسی تحقیق مورد استفاده قرار گرفت.

نمونه‌گیری پژوهش حاضر، بر اساس نمونه‌گیری نظری است. بنابراین محقق بر اساس

نمونه‌گیری نظری، ۲۱ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری یزد را انتخاب کرده و مورد مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته قرار داده است. شایان ذکر است که فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه داشته است. در این مسیر، جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها هم‌زمان پیش رفت. در این پژوهش، از کدگذاری باز^۱ و محوری^۲ برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. منظور از کدگذاری باز این است که ابتدا از متون مصاحبه جمله‌های مرتبط با هم انتخاب شده و کنار هم گذاشته شده و مقولات استخراج شدند و سپس با استفاده از کدگذاری محوری پارادایم مربوط به هر قسمت استخراج شد. برای دستیابی به قابلیت اعتماد از بررسی همکاران^۳ ممیزی خارجی، مثلث‌بندی و تأیید مشارکت‌کنندگان^۴ استفاده شده است. همچنین، با رعایت اصول و نکات مصاحبه، ثبت رخدادها^۵ کامل و پیاده‌سازی دقیق اتکاپذیری^۵ مورد تأیید قرار گرفته است.

همان‌طور که در بخش نمونه‌گیری تحقیق توضیح داده شد، ۲۱ مشارکت‌کننده انتخاب شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش زنانی بودند که به ناباروری اولیه مبتلا بودند، سنشان بین ۲۶ تا ۴۰ سال بود و حداقل یکبار تجربه شکست آی وی اف را داشتند و ملاک خروج در این پژوهش زنانی بودند که ناباروریشان علت مردانه داشت. این مشارکت‌کنندگان براساس نمونه‌گیری نظری و هدفمند از این میان زنانی انتخاب شدند که ناتوانی در فرزندآوری در آنها تأیید شده بود.

1. open Coding
2. axial Coding
3. peer Review
4. member Checking
5. dependability

جدول ۱: مشخصات مشارکت کنندگان تحقیق

ردیف	نام مستعار	سال‌های سپری شده از ازدواج	وضعیت شغلی همسر	سن
۱	مریم	۸ سال	کارگر	۳۲
۲	زهرا	۱۲ سال	معلم	۳۰
۳	بهاره	۴ سال	آزاد	۲۹
۴	زینب	۶ سال	کشاورز	۲۷
۵	زهره	۵ سال	کشاورز	۲۸
۶	نجمه	۸ سال	آزاد	۲۹
۷	اطهر	۶ سال	کارگر	۲۵
۸	نعیمه	۱۶ سال	کارمند	۳۳
۹	مژده	۹ سال	نانوا	۳۷
۱۰	حمیده	۱۱ سال	راننده تاکسی	۳۵
۱۱	اکرم	۱۵ سال	مکانیک	۳۸
۱۲	عارفه	۷ سال	پلیس	۲۶
۱۳	فریبا	۱۰ سال	کشاورز	۳۳
۱۴	الهام	۱۰ سال	آزاد	۳۶
۱۵	بتول	۵ سال	کارمند	۲۳
۱۶	سمانه	۱۳ سال	شالیکار	۳۰
۱۷	نرگس	۱۰ سال	کارمند	۳۱
۱۸	معصومه	۸ سال	آپاراتی	۳۴
۱۹	نقیسه	۱۷ سال	آزاد	۳۶
۲۰	فائزه	۵ سال	معلم	۲۶
۲۱	شکوفه	۹ سال	آزاد	۳۲

یافته‌ها

با بررسی دقیق متن مصاحبه‌های تحقیق، گزاره‌های اصلی، مفاهیم، مقوله‌های فرعی، مقوله‌های اصلی و در نهایت مقوله هسته، در فرایندی طولانی، دقیق، جزئی و مفهوم، ارائه شد. در نتیجه، این مقوله از ۶ مقوله اصلی، ۱۸ مقوله فرعی و ۴۱ مفهوم برساخته شده است. یافته‌های تحقیق در دو بخش خط داستان و مدل پارادایمی ارائه خواهد شد.

جدول ۲: فرایند استخراج مقوله هسته پژوهش

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفهوم	
درماندگی درمانی	درماندگی درمانی	خسته شدن از درمان	
		نیاز به استراحت	
احساس پوچی	احساس بی‌ارزشی	احساس بی‌ارزشی	
	بی‌معنایی زندگی	تلقین بی‌معنایی	
	زندگی بی‌برنامه	زندگی بی‌برنامه	
	بی‌معنایی زندگی	بی‌معنا دانستن زندگی	
	احساس یاس	ناامیدی	
	احساس تنهایی	بی‌توجهی به خود	
خودسرزنشگری	تنفراز خود	بیزاری از خود	
	عصبی و کم‌طاقت شدن	خودسرزنشگری	
		عصبی شدن	عصبی شدن
		لجبازی	لجبازی
برون‌ریزی شدید هیجانات منفی	برون‌ریزی	تمایل به برون‌ریزی	
		شادی‌گریزی	
	پرخاشگری	عصبی و پرخاشگر شدن	
	پرخاشگری شدید	پرخاشگری با شدت بالا	
	تنش با همسر	دعوا با همسر	
رنجش دیگران	تندی با دیگران		

مفهوم	مقوله فرعی	مقوله اصلی
کم تحملی	کم تحملی	
لرزش بدن	لرزش بدن	اختلالات روان شناختی
ناراحتی	ناراحتی	
حرص خوردن	بروز علائم نوروتیک	
نگرانی و اضطراب		
غصه خوردن	غمباری	
نگرانی	استرس	
دلشوره		
افسردگی ناشی از مصرف دارو	افسردگی	
دلهره	ترس	
مصرف داروی اعصاب	مصرف داروی اعصاب	مصرف داروی اعصاب
مصرف داروهای گیاهی اعصاب	مصرف داروهای گیاهی اعصاب	
افکار خودکشی	افکار خودکشی	افکار خودکشی
انزواگزینی	انزواگزینی	انزواطلبی
ترجیح تنهایی		
کناره گیری از فامیل	کناره گیری از فامیل	
اجتماع گریزی	اجتماع گریزی	
تنهایی گزینی در غیاب همسر	تنهایی گزینی در غیاب همسر	
فامیل گریزی	فامیل گریزی	
دوری از نومادران	دوری از نومادران	
مشاخره با همسر به خاطر احساس تنهایی	مشاخره با همسر به خاطر احساس تنهایی	مشاخره با همسر به خاطر احساس تنهایی
خانه های سوت و کور	خانه های سوت و کور	خانه های سوت و کور

در این قسمت سعی خواهد شد خط داستان تحقیق که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است به طور خلاصه بررسی شود. در واقع تلاش می شود تا براساس مقوله های اصلی و فرعی تحقیق، خط داستان حاکم بر پژوهش ارائه شود. شایان ذکر

است که مفاهیم و مقولاتی که برای ارائه خط داستان طراحی شده‌اند به تفکیک مشخص شده‌اند.

درماندگی درمانی: درماندگی درمانی از یک مقوله فرعی (درماندگی درمانی) و دو مفهوم (خستگی درمانی و نیاز به استراحت) تشکیل شده است. اغلب زنانی که به علت مشکل ناباروری برای درمان مراجعه می‌کنند با فرایند طولانی، نگران‌کننده و تحلیل‌برنده درمانی مواجه می‌شوند؛ فرایندی که هم از نظر روان‌شناختی و هم جسمانی باعث اذیت شدن و نهایتاً خسته شدن فرد می‌شود. اوقاتی پیش می‌آید که احساس می‌کنند از ادامه درمان ناتوانند و نیاز دارند برای مدتی از درمان و فرایندهای درمانی دست بکشند و استراحت کنند. برای مثال مریم گفت:

«خب آدم یکسره نمی‌تونه همش ۱۳-۱۲ سال بره دکتر، خب یه سال هم یه

ماه یا یه روزهایی هم باید به خودش استراحت بده».

احساس پوچی: احساس پوچی از ۶ مقوله فرعی و ۷ مفهوم تشکیل شده است. زنانی که مورد درمان ناباروری قرار می‌گیرند به علت قرار گرفتن در معرض درمان‌های سخت و شرایط روانی دشوار احساس بی‌ارزشی، بی‌معنایی، بی‌برنامگی، ناامیدی، بی‌توجهی به خود و تنهایی را تجربه می‌کنند. زمانیکه این گروه از زنان متوجه می‌شوند در فرزندآوری دچار مشکل هستند و نمی‌توانند به صورت طبیعی بچه‌دار شوند و یا حتی امکان دارد اصلاً باردار نشوند دچار احساس ناامیدی، بی‌ارزشی و پوچی می‌شوند؛ برای مثال زهرا گفت:

«فکراینکه من هیچ وقت بچه‌دار نمیشم. دیگه من ارزش ندارم و این جور

چیزها. به این فکرها مشغول بودم که من هیچ وقت نمیتونم مادر بشم»

خودسرزنشگری: خودسرزنشگری از ۴ مقوله فرعی و ۴ مفهوم تشکیل شده است. زنان نابارور به علت تجربه ی شرایط سخت ناباروری، درمان طولانی و طاقت فرسا، به زحمت افتادن اطرافیان در این فرایند و مقایسه خود با هم‌تایان بارورشان تنفراز خود،

خودسرزنشگری، عصبی و کم طاقت شدن و لجبازی را عمیقاً تجربه می‌کنند. از زمانی که یک زن متوجه می‌شود امکان بارداری به صورت طبیعی را ندارد هیجانات منفی شدیدی را تجربه می‌کند که بخش بزرگی از این هیجانات معطوف به خود است؛ مثل خودسرزنشگری و تنفر از خود مثلاً هنگامه گفت: "از خودم بدم می‌ومد، خودموسرزنش کردم که چرا زودتر نیومدم بیزد" یا مرجان که گفت: "از اینکه می‌دیدم مادرم به خاطر من چقدر مادرم به سختی افتاده از خودم بدم می‌ومد".

برون‌ریزی هیجانی: برون‌ریزی هیجانی از ۷ مفهوم و ۸ مقوله فرعی تشکیل شده است. این گروه از زنان به واسطه تجربه ناباروری و تحمل شرایط سخت روانی تاب‌آوری کمتری از خود نشان می‌دهند و به واسطه کاهش آستانه تحمل، رفتارهای برون‌ریزانه‌ای همچون پرخاشگری شدید عصبی شدن، دعوا با همسر، تندی با دیگران و عدم مدارا را از خود نشان می‌دهند مثلاً زینب گفت: "یه بار از شدت ناراحتی یه بار لباسامو پاره کردم" همچنین مریم گفت:

"جای شادی به من نمی‌خوره. نظر خودم اینه که جای شاد که میرم بیشتر حالم گرفته میشه. مراسم عزاداری که میرم و خودم رو خالی می‌کنم خیلی بهتر میشم".

ابتلا به اختلالات روان‌شناختی: ابتلا به اختلالات روان‌شناختی از ۹ مفهوم و ۸ مقوله فرعی تشکیل شده است. ناراحتی به خطر نداشتن بچه که منجر به بروز علائم نوروتیک از جمله اضطراب می‌شود؛ همچنین غم و غصه ناشی از ناتوانی در باروری، استرس و فشار روانی زیاد و همچنین عوارض مصرف دارو مانند ترس که نشان‌گر بیش‌فعالی سیستم دفاع در این زنان است؛ برای مثال زهره گفت: "همش می‌ترسم. با کوچکتین صدایی از جا می‌پریم".

مصرف داروی اعصاب: زنان مبتلا به مشکل ناباروری اغلب به دلیل ناراحتی ناشی از نداشتن فرزند، خشم فروخورده شده، نگرانی در مورد آینده، عصبی و کم طاقت شدن

به دلیل فرایند طولانی و طاقت‌فرسای درمان، به ناچار به مصرف داروهای اعصاب گیاهی و پزشکی رو می‌آورند تا دردهای روانی‌شان را تسکین دهند و مدت زمانی هرچند کوتاه آرامش را تجربه کنند و بتوانند با مشکلشان بهتر کنار بیایند. برای مثال عارفه گفت: "رفتم پیش روان‌پزشک. داستانمو گفتم و بهم دارو داد". یا نجمه که می‌گفت: "می‌رفتم پیش دکتر سنتی، اون هم بهم دارو می‌داد برای اعصاب. با داروهای گیاهی خیلی آروم‌تر شدم".

افکار خودکشی: عده‌ای از زنان نابارور که تاب‌آوری کمتری نسبت به بقیه دارند، زودتر عصبی می‌شوند و کنترل کمتری روی رفتارشان دارند، خودشان را زیاد سرزنش می‌کنند و گاهی با خودشان سرلجبازی می‌گیرند و به تبع این شرایط به اختلالات روانی مبتلا می‌شوند افکار خودکشی را تجربه می‌کنند. مثلاً نرگس گفت: "می‌خواستم خودمو بکشم".

انزواگزینی: انزواگزینی شامل ۲ مفهوم و یک مقوله فرعی است. از آنجاییکه این گروه از زنان شرایط خاصی را نسبت به هم‌تایان بارورشان تجربه می‌کنند و به دلیل فشارهای روانی ناشی از ناباروری اغلب ترجیح می‌دهند از ارتباط با دیگران دور بمانند، شاید به این دلیل که فکر می‌کنند نسبت به هم‌تایان بارورشان ناقص هستند و یا از این که توسط دیگران مورد سوال قرار بگیرند ناخرسندند. مثل اطهر که گفت: "دوست دارم تو خونه خودم باشم، حتی آگه شوهرم نباشه. اینجوری راحت‌ترم".

اجتماع‌گریزی: اجتماع‌گریزی از ۵ مفهوم و ۵ مقوله فرعی تشکیل شده است. طی مصاحبه انجام شده زنان نابارور اذعان داشتند ترجیح می‌دهند از فامیل کناره‌گیری کنند، خصوصاً از زنانی که تازه بچه دار شده‌اند چون احساس می‌کنند نسبت به آنها در حد زیادی ناقصند. مثل نعیمه که گفت:

"خیلی برنامه‌ها خانه‌ی پدرشوهرم می‌شد من شرکت نکردم، خیلی‌ها شو شرکت نکردم. بهانه می‌کردم که این‌طور هستم، اون‌طور هستم که این‌جوری

نمی‌تونم پیام. مثلاً به بار به خاطر زایمان جاریم مهمونی دادند و همه فامیل رو دعوت کردند ولی من نفتم."

مشاجره با همسر: زنان نابارور اذعان داشتند از زمانی که مساله ناباروری برایشان محرز شده بیشتر با همسرشان جروب‌بحث می‌کنند و اغلب آنها ناتوانی در فرزندآوری را مساله بحث برانگیز بین خود و همسرشان می‌دانستند که منجر به مساله‌ای از جمله احساس تنهایی، بی‌ارزشی، بی‌معنایی و نگرانی در آنها می‌شود. مثل مژده که گفت:

"بحث‌هایی ما باهم داریم به خاطر تنهایی‌هایی هست که داشتم. چون همسرم راننده است و نیست من بیشتر وقت‌ها تنهام."

خانه‌های سوت و کور: طی مصاحبه‌های انجام شده عامل مشترکی که باعث رنج عمیق زنان نابارور می‌شود خانه‌های سوت و کور ناشی از بی‌فرزندی است. بیشترین شکایت آنها ناشی از این است که بی‌فرزندی باعث شده سکوت در خانه حکم فرما باشد و هیچ صدایی که نشانگر هیجان شاد کودکانه باشد در این خانه‌ها وجود ندارد. مثل حمیده که گفت:

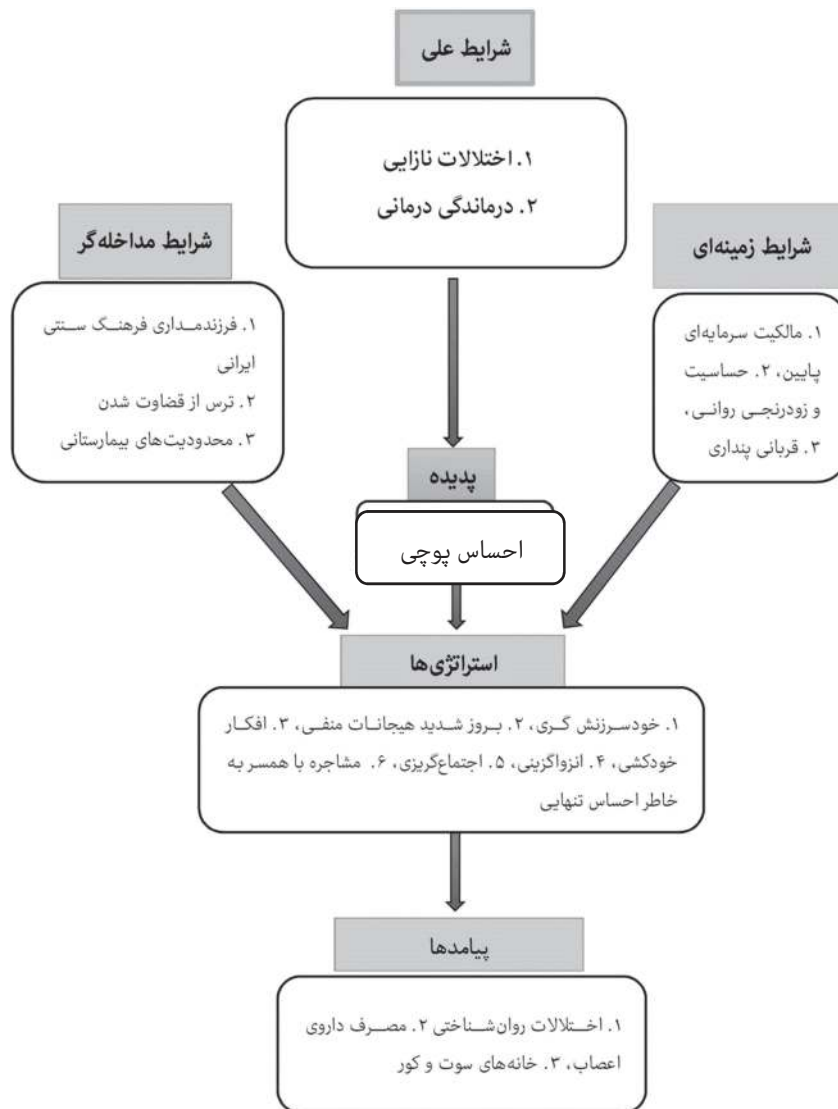
"خیلی خونمون سوت و کوره، دلم می‌خواست صدای خند و گریه بچه تو

خونمون

ولی افسوس که نیست."

در اینجا سعی خواهد شد مقولات پژوهش که در بخش قبلی تحت عنوان خط داستان توضیح داده شده‌اند در قالب مدل پارادایمی ارائه شود. مدل پارادایمی تحقیق، نشان‌دهنده فرآیندها و فعالیت‌هایی است که در بستر مطالعه رخ داده است. مدل پارادایمی شامل قسمت‌های مختلفی است که عبارتند از: شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، استراتژی‌ها و پیامدها. همچنین، پدیده مرکزی نیز در میانه مدل قرار گرفته است که فعالیت‌ها و جریان فرایندها حول آن شکل می‌گیرد. مهم‌ترین مقوله در این پارادایم پدیده اصلی یعنی احساس پوچی می‌باشد که به صورت هسته مرکزی در نظر

گرفته شده که از ناشی از شرایط علی است و شرایط مداخله‌گر در تشدید یا تضعیف پدیده نقش مهمی ایفا می‌کنند. استراتژی‌ها راهبردهایی هستند که برای مقابله با پدیده به کار گرفته می‌شوند و منجر به وجود آمدن پیامدهای مختلفی می‌شوند.



شکل ۱: مدل پارادایمی تحقیق

شرایط علی در پژوهش حاضر عبارت‌اند از: اختلالات نازایی و درماندگی درمانی. به‌طورکلی همان‌طور که قبلاً هم اشاره شد امروزه زوج‌های زیادی با این مسئله سروکار دارند. از زمانی که زوجها و خصوصاً زنان متوجه مسئله‌ی ناباروری می‌شوند تعادل در زندگی آن‌ها به هم می‌خورد و به میزان بسیار زیادی درگیر این مسئله، چرایی و چگونگی حل آن می‌شوند. همان‌طور که قبلاً هم اشاره شد زنان و مردان واکنش‌های متفاوتی را در مواجهه با نازایی از خود نشان می‌دهند ولی حتی در صورت نابارور بودن مرد، باز هم زن بیشتر درگیر این مسئله است. به‌طورکلی پذیرش مسئله‌ی ناباروری برای زنان دشوارتر از مردان است. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که در صورت ناباروری مردان باز هم زنان حضور بیشتری در کلینیک‌های درمانی دارند و به میزان بیشتری فرایند درمانی را پیگیری می‌کنند. ناتوانی در بچه‌دار شدن به صورت ناامنی روانی در این زنان پدیدار می‌شود و به همین دلیل فشار روانی مضاعفی را تجربه می‌کنند.

یکی دیگر از شرایط علی موردنظر، درماندگی درمانی است. زمانی که زمان‌های زیادی را در مراکز درمانی سپری می‌کنند، تحت آزمایش‌ها و درمان‌های متعددی قرار می‌گیرند، داروهای بی‌شماری را مصرف می‌کنند و نهایتاً این تلاش‌ها بی‌نتیجه می‌ماند، منجر به درماندگی درمانی می‌شود. بسیاری از این زنان اذعان می‌کنند که از ادامه‌ی درمان ناتوانند و یا ادامه‌ی درمان فرسودگی روانی و جسمانی زیادی را برای آن‌ها به همراه دارد، همچنین به واسطه‌ی نتیجه نگرفتن از درمان، بسیاری از این زنان هیجاناتی مانند خودخوارپنداری، خودسرزنشگری، بی‌ارزشی و عدم کنترل بر زندگی را تجربه می‌کنند.

شرایط زمینه‌ای: شرایط زمینه‌ای در این پژوهش عبارت‌اند از: مالکیت سرمایه‌ای پایین و حساسیت و زودرنجی. زنان مورد مطالعه در این پژوهش طبقه‌ی متوسط رو به پایین جامعه را تشکیل می‌دادند که یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ای مسئله‌ساز را مالکیت سرمایه‌ای پایین می‌دانستند. از آنجاکه این قشر تمکن مالی کافی ندارند و به علت هزینه‌های درمانی زیاد می‌توان آن‌ها را قربانیان اقتصادی نامید که مجبورند علیرغم

سرمایه پایین، هزینه‌های هنگفتی را برای درمان نازایی و بچه‌دار شدن بپردازند که اغلب این هزینه‌ها توسط خانواده‌ها، خیرین و یا ارگان‌ها پرداخت می‌شود. لذا تأمین هزینه‌های درمان یکی از عوامل استرس‌زا برای این افراد محسوب می‌شود. از طرف دیگر نمونه‌ی موردنظر را افرادی تشکیل می‌دادند که تاب‌آوری پایینی را از خود نشان می‌دادند که البته تاب‌آوری پایین روانی محصول شرایط خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی ناامن افراد است. این زنان همیشه خود را محل قضاوت‌ها، نامهربانی‌ها و بی‌عدالتی اطرافیان و جامعه می‌دانستند و تقریباً تمام حرف‌ها و رفتارهای دیگران را به صورت منفی برای خود تعبیر و تفسیر می‌کردند.

شرایط مداخله‌گر: شرایط مداخله‌گر در این پژوهش عبارت‌اند از: ۱- فرزندآوری فرهنگ سنتی ایرانی، ۲- ترس از قضاوت شدن، ۳- محدودیت‌های بیمارستانی. در فرهنگ سنتی ایرانی هویت زن با فرزندآوری و به تبع آن نقش مادری تعریف می‌شود. با نگاهی به دوران کودکی و نوجوانی زنان می‌بینیم که با دخترانی مواجهیم که نقش همسری و مادری را بارها و بارها در زندگی خود بازی کرده‌اند و در طول دوران مجرد خود به دنبال مهارت‌آموزی بیشتر جهت آماده شدن برای انجام وظایف مادری و همسری خود بوده‌اند. جامعه نیز از زنان انتظار فرزندآوری دارد. قانون نانوشته‌ای وجود دارد که هرچند هم زنی در شغل و تحصیل موفق باشد اما ازدواج نکرده باشد یا فرزند نداشته باشد، دیگران هویت او را ناقص می‌دانند؛ لذا در فرهنگ سنتی فرزندآوری و مادرشدن نشانگر شایستگی، توانایی و کمال یک زن است.

از زمانی که دختر و پسری با هم ازدواج می‌کنند اطرافیان گوش به زنگ هستند که خبری دال بر فرزنددار شدن از آن زوج بشنوند و اگر از مدت ازدواج زوج زمانی تقریباً بیش از ۲ سال گذشته باشد، اطرافیان کنجکاو می‌شوند و از زوج سؤالاتی می‌پرسند مثل اینکه «هنوز بچه نمی‌خواهید؟»، «فکر نمی‌کنید دیرمیشه؟»، «ما نوه می‌خواهیم»، «آیا مشکلی وجود داره؟»، «نکنه نمی‌توانید بچه‌دار شوید؟» و این سؤالات، قضاوت‌ها و نگاه‌های

مردم زوج نابارور، خصوصاً زن را به شدت تحت فشار روانی قرار می‌دهد و او می‌خواهد از این شرایط دور باشد، لذا روابط خود را با اطرافیان محدود می‌کند.

و آخرین مورد از شرایط مداخله‌گر، محدودیت‌های بیمارستانی است. از آنجایی که درمان ناباروری، از جمله درمان‌های تخصصی و فوق تخصصی هستند امکان وجود آن‌ها تنها در شهرهای خاصی امکان‌پذیر است. لذا، کسانی که از شهرهای دور و نزدیک برای درمان مراجعه می‌کنند فشار روانی مضاعفی را نسبت به هم‌تایان نابارورشان که در همان شهر زندگی می‌کنند، تجربه می‌کنند. برآیند عوامل ذکر شده منجر به پیدایش احساساتی مثل بی‌ارزشی، بی‌معنایی و نهایتاً احساس پوچی در این زنان می‌شود.

استراتژی‌ها: استراتژی‌هایی که زنان نابارور به عنوان سبک مقابله‌ای در برابر احساس پوچی به کار می‌برند به ۳ دسته مثبت، منفی و خنثی تقسیم می‌شود که سبک‌های مثبت عبارت‌اند از: ۱- مراجعه به کلینیک‌های درمانی ۲- کمک گرفتن از هم‌تایان خود و متخصصین ۳- دعا و توسل. از جمله سبک‌های مقابله‌ای منفی عبارت است از: ۱- خودسرزنشگری، ۲- بروز شدید هیجانات منفی، ۳- افکار خودکشی، ۴- انزواگزینی، ۵- اجتماع‌گریزی، ۶- مشاجره با همسر به خاطر تنهایی. از آنجا که عموماً زنان عامل نازایی شناخته می‌شوند (حتی اگر مشکل از مرد باشد) مورد قضاوت‌های متعددی واقع می‌شوند و به تبع آن فشار روانی زیادی را تجربه می‌کنند. یکی از رایج‌ترین استراتژی‌های این زنان خودسرزنشگری است؛ آن‌ها عامل مشکل باشند یا نباشند خودشان را سرزنش می‌کنند و احساس ناتوانی در کنترل امور و شرایط را دارند. به تبع خودسرزنشگری، این زنان هیجانات منفی شدید را تجربه می‌کنند که گاهی اطرافیان شاهد برون‌ریزی شدید این هیجانات (گریه‌های شدید، میل به خودکشی) هستند. انزواگزینی و اجتماع‌گریزی از موارد دیگر استراتژی‌های مورد استفاده می‌باشند. ناباروران ترجیح می‌دهند رابطه‌ی خود را با اطرافیان کم یا قطع کنند تا به طور مستقیم مورد سؤال یا قضاوت قرار نگیرند و نهایتاً این زنان مشاجرات زیادی با همسرانشان دارند. به این صورت که همسرشان را مسئول پر

کردن احساس تنهایی خود می‌دانند و نهایتاً اینکه نتیجه‌ی این مشاجرات چیزی جز سردی در رابطه و دلخوری از یکدیگر نیست.

پیامدها: نتایج به کارگیری استراتژی‌هایی هستند که کنشگران آن‌ها را در رویارویی با پدیده‌ی مرکزی، شرایط زمینه‌ای و شرایط مداخله‌گراتخاذ می‌کنند. از جمله پیامدهای این استراتژیها عبارتند از: ۱. اختلالات روان‌شناختی ۲. مصرف داروی اعصاب ۳. خانه‌های سوت و کور.

با استناد به اختلالات روان‌شناختی گزارش شده توسط این زنان می‌توان به فشار روانی (ترس از بچه دار نشدن تا آخر عمر)، اضطراب (ناشی از فرایندهای درمانی، نتیجه نگرفتن و مورد قضاوت واقع شدن) و افسردگی (غم ناشی از نداشتن فرزند و تنهایی وجودی) اشاره کرد. تعدادی از زنان در این پژوهش اذعان داشتند که برای کاهش رنج ناشی از ناباروری به روانپزشک مراجعه کرده و به مصرف داروهای تسکین دهنده اعصاب (داروهای گیاهی و شیمیایی) رو آورده اند. اصلی‌ترین پیامد خانه‌های سوت و کور بوده است که به صورت شکایت از تنها ماندن در خانه، بی‌هدف بودن و احساس تنهایی وجودی گزارش شده است. بسیاری از این زنان از اینکه هیچ هدف ارزشمندی را در زندگی دنبال نمی‌کنند و تلاش‌های آنها بی‌فایده خواهد بود احساس تنهایی و ناامیدی داشتند که در بسیاری از موارد احساس تنهایی منجر به مشاجرات طولانی با همسران آنها می‌شده که نتیجه‌ای جز دلخوری از یکدیگر نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های این پژوهش، اختلالات نازایی و درماندگی درمانی که منجر به زایش پدیده‌ای به نام احساس پوچی می‌شوند. همچنین وجود شرایط زمینه‌ای مانند دخل و خرج ناهمسان، زودرنجی و خودقربانی‌پنداری و شرایط مداخله‌گرمانند ترس از قضاوت شدن و تسط فرهنگ سنتی که منجر به تشدید این پدیده می‌گردد و این زنان بیشتر

احساس بی‌ارزشی، بی‌کفایتی و بی‌معنایی را تجربه می‌کنند. نهایتاً استراتژی‌هایی که برای مقابله با این پدیده به کار می‌برند هم راهبردهای معیوبی است که به کارگیری این سبک‌های مقابله‌ای مثل خودسرنزنگری و مشاجره با همسر نه تنها چالش‌های این زنان را حل نکرده بلکه به مشکلاتشان افزوده است. نهایتاً در این پارادایم به پیامدهای احساس پوچی برمی‌خوریم که اختلالات روان‌شناختی و مصرف داروی اعصاب از جمله این عواقب هستند. با توجه به داده‌های ارائه شده می‌توان فهمید زنان نابارور وضعیت روان‌شناختی نامساعدی را تجربه می‌کنند. یافته‌های حسن‌پورازغدی، سیمبر، وداده‌پور و رشیدی (۱۳۹۲) نشان داد ناباروری و فرایند درمان آن منبع رنج روانی برای زنان نابارور ایرانی است که تأثیرات مخربی بر رفاه روانی افراد نابارور دارد. همچنین یافته‌های پژوهش روچو^۱ (۲۰۱۳) که به بررسی پیامدهای ناباروری در کشورهای در حال توسعه پرداخت نشان داد انگ اجتماعی و ناکامی‌های پی در پی درمانی زمینه‌ساز ابتلای زنان نابارور به اختلالات روانی می‌شوند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های مارتینز، کوستا، پترسون، کوستا و اشمیت^۲ (۲۰۱۴) همسوی بود که به بررسی ثبات زناشویی زوج‌های نابارور و تأثیر استرس‌های مربوط به ناباروری در زندگی زناشویی پرداختند و یافته‌ها حاکی از این مسئله بود استرس‌های شدید ناشی از پیش‌بینی‌های متعدد در مورد نتیجه درمان که حین فرایند درمان ناباروری اتفاق می‌افتد بر کاهش ثبات زناشویی زوج‌ها مؤثر بوده و ممکن است منجر به ورود شخص سوم به زندگی مشترک آنها شود. براساس مصاحبه‌های انجام شده و اظهارات مصاحبه‌شوندگان عوامل بیان شده در سه دسته شرایط علی، مداخله‌گر و زمینه‌ای قرار داده شد.

شرایط علی وضعیت‌هایی را شرح می‌دهند که یک پدیده در آنها رخ می‌دهد. احساس پوچی در واقع پاسخی عینی و ذهنی است که مشارکت‌کنندگان در مواجهه با اختلالات نازایی و درماندگی درمانی درک می‌کنند. این شرایط از جمله عواملی هستند

1. Rouchou, B.

2. Martins, M. V., Costa, P., Peterson, B. D, Costa, M. E., & Schmidt, L.

که اغلب از دید متخصصین پنهان می‌مانند مثل حساسیت و زودرنجی و خودقربانی پنداری. چرا که مسئله ناباروری معمولاً یک مسئله زیستی به حساب می‌آید؛ بنابراین زنانی که برای درمان مراجعه می‌کنند به عنوان افرادی در نظر گرفته می‌شوند که تنها نیازمند درمان‌های جسمانی هستند. همچنین جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی این مسئله مانند جایگاه اجتماعی زنان قبل از مادر شدن و پس از آن نیز در فرهنگ سنتی ایرانی مغفول مانده است و مداخله‌ای برای این نوع مسائل در نظر گرفته نشده است. راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده این زنان اغلب تحلیل برنده و فرسایشی است و اصلاً به بهبودی آنها کمک نمی‌کند و نهایتاً نتایجی که به عنوان عواقب استراتژی‌های به کار گرفته شده پدیدار شده و باعث به وجود آمدن رنج بیشتر در زندگی فردی، زناشویی و اجتماعی این افراد می‌شود.

با توجه به این که در ایران به طور تخمینی از جمعیت ۷۷ میلیونی، بیش از دو میلیون زوج با مشکل ناباروری مواجه هستند (حسن پورازغدی و همکاران، ۱۳۹۲) می‌توان مدعی شد که افراد زیادی در جامعه ایران با این مشکل دست و پنجه نرم می‌کنند؛ بنابراین این امر توجهات ویژه عمومی را می‌طلبد. پیشنهاد می‌شود تا در تمامی مراکز درمان ناباروری واحد مشاوره و خدمات مامایی ویژه زوج‌های نابارور تأسیس و مشاوران و روان‌شناسان و ماماهاى مجرب مسلط به کلیه مفاهیم بهداشت باروری در حمایت از زوج‌های نابارور در کلیه زمینه‌های مورد بحث راهنمایی نمایند و پاسخگوی سؤالات متنوع آنان باشند. همچنین آموزش خانواده‌های آنها نیز می‌تواند تا حد زیادی از بار روانی وارد بر زوج بکاهد.

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر دسترسی دشوار به زنان نابارور و رضایت آنها برای انجام مصاحبه بود چرا که بسیاری از آنان از صحبت با دیگران در مورد مشکلشان بود و اغلب به دنبال درمان‌های پزشکی بودند و از طرف دیگر عدم توانایی در کنترل متغیرهای مزاحم از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

در پژوهش حاضر تلاش محقق بر این بود تا با استفاده از رویکرد پدیدارشناختی به بررسی دنیای دورنی زنان نابارور بپردازد و ابعاد رنج‌آور و متاثر از ناباروری را در زنان بررسی کند. در این مطالعه تاکید بر فاکتورهای زنانه نازایی بود؛ در حالیکه با توجه به شمار روزافزون مردان نابارور پیشنهاد می‌گردد به بررسی مردان نیز پرداخته شود. در پژوهش حاضر به بررسی طبقه متوسط و پایین جامعه پرداخته شده، پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابهی در طبقات بالای جامعه نیز انجام و با پژوهش حاضر مقایسه شود.

منابع

حسن پور ازغدی، ب؛ سیمبر، م؛ ودادهیر، ا و حسین رشیدی؛ ب. (۱۳۹۲). تبیین اثرات روانی نازایی در زنان نابارور در جستجوی درمان: یک مطالعه کیفی. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی*. ۲۳ (۸۳)، ۸-۱.

کریمی، ز؛ تقی پور، ع؛ لطیف نژاد رودسری، ز؛ کیمیایی، ع؛ مظلوم، ر و امیریان، م. (۱۳۹۵). آثار روانی - اجتماعی ناباروری مردانه در زنان ایرانی: یک مطالعه کیفی. *مجله زنان، مامایی و نازایی*. ۱۹ (۱۰)، ۲۰-۳۲.

Alschuler, K. N. & Beier, M. L., (2015). Intolerance of uncertainty. *International Journal of MS Care*, 17 (4) , pp. 153-8.

Beck, A.T. (1970). Cognitive therapy: nature & relation to behavior therapy. *Journal of behaviortherapy*.1 (2) , 186-200.

Boivin, J, Griffiths, E, Venetis, C.A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *British Medical Journal*, (57): 25- 41.

Chochovski, J, Moss, S.A, Charman, D.P. (2013). Recovery after unsuccessful in vitro fertilization: the complex role of resilience and marital relationships. *Journal Psychosomatic Obstetrics Gynecology*, (3): 122-128.

Covington SN, Adamson GD. (2015). Collaborative reproductive healthcare model. In: Covington SN, editor. *Fertility counseling: clinical guide and case studies*. Cambridge: *Cambridge University Press*: 1-32.

Domar AD, Smith K, Conboy L, Iannone M, Alper M. A. (2010). Prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility Sterility*, (94) :1457-9.

Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions

- of Polish infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, (6): 3335- 3346.
- Ellis, A. (1987). Rational emotive therapy. *Alberta psychology*, 1 (3): 17-23.
- Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ. (1994). Ladouceur R. Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, (17) 791–802.
- Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproductive Update*, 18 (6): 652–669.
- Greil, A.L, Slauson-Blevins, K, McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature *Sociology, Health Illness*, 32: 140-162.
- Gross JJ, Barrett LF. (2011). Emotion generation and emotion regulation: one or two depends on your point of view. *Emotional Review*, (3): 8–16.
- Gyurak A, Gross JJ, Etkin A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: a dual process framework. *Cognitive Emotional*, (25) :400–412
- Hirsch, s. Hirsch, r.n. (1998). The Effect of Infertility on Marriage and Self-concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37 (2): 137-145.
- Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Liminana, R.M. (2017). Reproductive psychology & infertility. *Acta psychopathological*. 3 (2): 1-4.
- Martins, M. V., Costa, P., Peterson, B. D, Costa, M. E., & Schmidt, L. (2014). Marital stability and repartnering: Infertility-related stress trajectories of unsuccessful fertility treatment. *Fertility and Sterility*, 6, 1716-1722.
- Nahrin, N. E., Ashraf, F., Nessa, K., Alfazzaman, M., Anwary, S.A., abedin, S., Rahman, M. (2017). The emotional-psychological consequences of infertility & its treatment. *Medicine today*, 29 (1): 42-45.
- Roger, D. Jarvis, G. Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Difference*, (15): 619–626.
- Rouchou, B. (2013). Consequences of infertility in developing countries. *Perspectives in Public Health*, 133 (3) , 174–179.
- Sadeghian, E. Heidarianpoor, A. Abed F. (2006). Comparison of psychiatric problems in infertile men and women referring to infertility clinic of Hamadan Fatemyeh Hospital. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, (9): 31-9.
- Sejbaek CS, Hageman I, Pinborg A, Hougaard CO, Schmidt L. (2013). Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42,880 women treated with ART. *International journal of human reproduction*, 28 (4): 1100-1109.

- Silva, E, Simões, S, Espírito-Santo, M, Marques, L. (2016). Mindfulness, self-compassion and spiritual well-being in chronic depression. *European Psychiatry*, 33: 41- 45.
- Simon's, J., Gaher, R. (2005). The distress tolerance Scale: Development and validation of self-report measure. *Motivation and emotion*, 29: 83-102.
- Wiweko, B., Anggraheni, U., Elvira, S.D., Lubis, H.P. (2017). Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertility Society Journal*, 22 (2): 145-148.