

نحوه مقابله زنان با استرس ناباروری: یک مطالعه پدیدارشناسی

شکوه افطاری^۱ فرشاد محسن زاده^۲ کیانوش زهراکار^۳

چکیده

ناباروری، رویدادی ناگوار و دور از انتظاری است که می‌تواند استرس زیادی را بر افراد درگیر تحمیل کند. با توجه به مسئله ناباروری در کشور، شناسایی راهبردهای مقابله‌ای و تخفیف استرس افراد نابارور به‌خصوص زنان که طبق پژوهش‌های انجام‌شده، سطح سازگاری پایین‌تری را نشان می‌دهند ضروری است. هدف اصلی پژوهش حاضر شناسایی راهبردهای مقابله‌ای زنان درگیر با مشکل ناباروری (زنان نابارور و زنان دارای همسر نابارور) و سپس معرفی مدل مناسب مشاوره ناباروری همسو با یافته‌ها بود. این مطالعه بخشی از مطالعه بزرگ‌تر با عنوان "مطالعه پدیدارشناسی چالش‌های زنان درگیر با مشکل ناباروری" است که با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی انجام شد. نمونه مورد مطالعه، ۳۳ نفر از زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ناباروری بیمارستان‌های اکبرآبادی، فیروزگر و امام حسین تهران در خردادماه ۱۳۹۴ بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب و با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته مورد مطالعه قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به راهبردهای مقابله‌ای به پدیدایی هشت زیرمضمون منجر شد که عبارتند از: 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 ترحم، نامشروع تصور شدن فرزند با روش‌های کمک باروری)، امیدوار ماندن و عمومیت بخشی. نتایج این پژوهش می‌تواند مشاوران را در انتخاب مناسب مدل مشاوره ناباروری یاری دهد؛ و با تمرکز بر راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در جهت توانمندسازی روانی و بهبود کیفیت زندگی زوجین نابارور مداخلاتی تخصصی ارائه دهند.

واژگان کلیدی: ناباروری، زنان، راهبردهای مقابله‌ای، استرس، پدیدارشناسی.

^۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده از دانشگاه خوارزمی، نویسنده مسئول، ایمیل: skokouh.eftari@gmail.com

^۲ استادیار و عضو هیئت‌علمی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی، ایمیل: farshadm56@gmail.com

^۳ دانشیار و عضو هیئت‌علمی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی، ایمیل: dr_zahrakar@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۲۱

مقدمه

ناتوانی در باردارشدن پس از یک سال مقاربت منظم، بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از باروری به‌عنوان ناباروری^۱ تعریف می‌شود (استارک، کیسلی و نلسون، ۲۰۱۱؛ به نقل از زرغام و جعفرزاده، ۲۰۱۴). در تعریف جهانی، ناباروری به‌عنوان تجربه‌ای استرس‌زا برای بیمار تلقی می‌شود که بر تمام جنبه‌های زندگی فرد از جمله زناشویی، اجتماعی، جسمانی، هیجانی، اقتصادی و معنوی اثر می‌گذارد. بر اساس پژوهشی که با عنوان "دیدگاه تعدادی از زنان در مورد سن مناسب مادر در زمان تولد اولین فرزند در تهران" انجام شد، بهترین زمان را ۴ سال پس از ازدواج و سن مادر از اواسط دهه ۲۰ سالگی و به‌ویژه ۲۴ سالگی مناسب عنوان شد و همچنین فرزند آوری در سنین بالای ۳۰ سال، به‌عنوان یک رفتار غیرهنجاری تلقی شده بود. زنان تمایلی به تأخیر تولد اولین فرزند به سنین بالای ۳۰ سال نداشتند و دلایل آن‌ها دو بعد عاطفی و اجتماعی داشت. بعد عاطفی آن به نیاز عاطفی به مادر شدن و عشق به فرزند مربوط می‌شد و بعد اجتماعی تحت تأثیر سازوکارهای کنترل اجتماعی نظیر ترس از نابارور شدن، انگ نابارور بودن، ترس از عدم پذیرش و تأیید توسط دیگران و کاهش تعاملات با خانواده بود که به‌طور غیرمستقیم مانع از تأخیر بیشتر می‌شد (نصرآباد، شوازی و ترابی؛ ۱۳۹۳). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که حتی احتمال نابارور بودن و پیامدهای قابل پیش‌بینی آن برای زنان ایرانی دغدغه است. عباسی مولید و همکاران (۱۳۸۸) به‌منظور شناسایی آسیب‌های زندگی زوج‌های نابارور ایرانی، ۳۹ پژوهش داخلی با موضوعات مرتبط با ناباروری را با روش تحلیل محتوا بررسی کردند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد ۵۳ نوع آسیب بالقوه در زندگی زوج‌های نابارور ایرانی در سه حیطه درون فردی یا شخصی (۲۳ آسیب)، بین فردی یا گروهی (۱۷ آسیب) و فرا فردی یا اجتماعی (۱۳ آسیب) وجود دارد که هر یک از این آسیب‌ها نیز در پنج بعد شناختی، هیجانی، رفتاری، زیستی و محیطی طبقه‌بندی شده است.

¹ infertility



تلاش‌های آگاهانه و گسترده‌ای که افراد برای کنترل و اداره کردن موقعیت‌های استرس‌زا و مشکلات فردی و بین فردی خود انجام می‌دهند مقابله^۱ نامیده می‌شود که شامل جستجو برای کسب مهارت، کوچک شمردن یا افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و یا تعارض است. اثربخشی تلاش‌های مقابله‌ای به نوع استرس یا تعارض، ویژگی‌های شخصی افراد و عوامل محیطی وابسته است (ویتین و لیود^۲، ۲۰۰۸؛ سیندر^۳، ۱۹۹۹؛ زیدنر و اندلر^۴، ۱۹۹۶؛ کامینگ، گرین و کاراکتر^۵، ۱۹۹۱؛ لازاروس و فولکمن^۶، ۱۹۸۴).

اگرچه مطالعه خاصی درباره شناسایی راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده زنان نابارور انجام نشده، اما مطالعاتی درباره پیامدهای سبک‌های مقابله‌ای از پیش شناسایی شده برای افراد درگیر با ناباروری انجام شده است. مردان و زنان نابارور در مقایسه با یکدیگر در درمان ناباروری از مهارت‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند (ریاحی و زارع زاده مهریزی، ۱۳۹۱). استفاده گسترده‌تر و مؤثرتر زنان نابارور از انواع مهارت‌های مقابله‌ای نسبت به مردان گزارش شده است (پترسون^۷ و همکاران، ۲۰۰۶؛ اشیمد^۸ و همکاران، ۲۰۰۵).

تری و هینز^۹ (۱۹۹۸) در یک پژوهش طولی زنان نابارور تحت درمان به روش IVF را مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که در پاسخ به استرس‌آورهای خارج از کنترل مانند مشکل ناباروری و درمان آن، راهبردهای مقابله‌ای مدیریت مشکل و اجتنابی در مقایسه با مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار، با سازگاری پایین‌تری همراه است. همین‌طور، آن‌ها دریافتند که مهارت‌های مقابله‌ای ارزیابی مشکل (تلاش برای برگشت به مراحل قبلی و عینی‌تر عمل کردن، تلاش برای دیدن جنبه‌های مثبت موقعیت) سازگاری بهتر را پیشگویی می‌کرد. در میان زنان، استفاده از مهارت‌های معناگرا (فکر کردن درباره مشکل ناباروری

^۱ coping

^۲ Weiten and Lloyd

^۳ Snyder

^۴ Zeidner and Endler

^۵ Cummings, Greene and Karraker

^۶ Lazarus and Folkman

^۷ Peterson

^۸ Schmidt

^۹ Terry and Hynes

به صورت مثبت و یافتن معنای دیگری در زندگی) تعیین کننده استرس کمتر برای ناباروری بود (اشیمد، ۲۰۰۵). به همین ترتیب، مقابله رویکردگرا (راهبرد متمرکز بر مشکل، توجه به هیجانات و ابراز آن‌ها) با سطح استرس کمتر رابطه داشت (برگویس و استنتون^۱، ۲۰۰۲).

مطالعات طولی دیگری نشان دادند که راهبردهای اجتناب و فرار، پیشگویی کننده سازگاری ضعیف فرد با ناباروری (تری و هینز، ۱۹۹۸) و افزایش استرس بعد از یک دوره درمان (برگویس و استنتون، ۲۰۰۲) خواهند بود. در آغاز دوره درمان، استفاده فعال از راهبرد اجتناب (اجتناب از بودن با زنان باردار، ترک مکانی که افراد دیگر از باروری صحبت می‌کردند) در میان زنان و مردان، سطح بالاتری از استرس ناباروری را در حوزه فردی و اجتماعی پیشگویی می‌کرد (اشیمد و همکاران، ۲۰۰۵).

پترسون و همکاران (۲۰۰۶) دریافتند استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای فرار-اجتناب در میان زوجین نابارور جوایای درمان بسیار شایع و متداول بود و فردی که خود را مسئول ناباروری می‌دانست در برابر نشانگان افسردگی آسیب‌پذیرتر بود و همچنین این سبک مقابله ارتباط مثبتی با استرس ناباروری دارد. در این ارتباط لیچلر^۲ و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند در بین زوجین نابارور سبک مقابله‌ای منفعل همبستگی مثبت با افسردگی، اضطراب و شکوه‌گری دارد. راهبرد مقابله هیجان‌مدار و حمایت خانواده، نقش میانجی در رابطه انگ اجتماعی و افسردگی زنان بر عهده داشت (عزتی، نوری و حسنی، ۱۳۹۲).

امروزه متخصصان سلامت روان به این نتیجه رسیده‌اند که نه تنها ارائه خدمات پزشکی برای افراد نابارور در جهت حل مشکلشان کافی نیست بلکه کمک‌های روان‌شناختی باید به عنوان قسمتی مهمی از فرایند درمان لحاظ شود (کاوینگتون و برن^۳، ۲۰۰۶؛ بشارت، لشکری و رضازاده، ۱۳۹۵). با وجود مسئله ناباروری در ایران و پیشرفت‌های درمان پزشکی در این زمینه، هنوز خبری از ارائه خدمات روان‌شناختی در کنار درمان پزشکی نیست. ناباروری پدیده‌ای وابسته به فرهنگ است و زمینه‌های اجتماعی و مذهبی، اثرات

¹ Berghuis and Stanton

² Lechner

³ Covington and Burns



آسیب‌زای روان‌شناختی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (گریل، اسلوسن و مک‌کوئیلن^۱، ۲۰۱۰؛ ویرسما^۲ و همکاران، ۲۰۰۶؛ دیرو^۳ و همکاران، ۲۰۰۲؛ فهامی^۴ و همکاران، ۲۰۱۰؛ عبیدات^۵ و همکاران، ۲۰۱۴؛ رمینیک^۶، ۲۰۰۰)، لذا قبل از به‌کارگیری الگوهای مشاوره ناباروری، لازم است ویژگی‌های زوجین نابارور ایرانی به‌دقت شناسایی شود. شناخت از چگونگی سازگاری و کنار آمدن زوجین ایرانی با ناباروری، یکی از زمینه‌هایی است که می‌تواند مشاوران را در انتخاب مدل مشاوره‌ای مناسب یاری دهد. موضوع ناباروری در پژوهش‌های داخلی حوزه علوم انسانی به‌تازگی مورد توجه قرار گرفته است و به دلیل ماهیت پیچیده و اثرات چندوجهی آن همچنان نیازمند پژوهش و بررسی به‌ویژه با رویکردهای کیفی است. مقایسه شاخص‌های سازش یافتگی زنان و مردان نشان می‌دهد که سطح سازش روان‌شناختی زنان با ناباروری کمتر از سطح سازش روان‌شناختی مردان با ناباروری است (بشارت، فیروزی؛ ۱۳۸۲)؛ همچنین، با توجه به ویژگی‌های خاص مراکز تخصصی درمان ناباروری در کشور، زن (نه زوج نابارور) به‌تنهایی مراحل درمان را طی می‌کند (اتاق انتظار، ملاقات با پزشک متخصص، انجام معاینات ضروری) و از حضور و همراهی مرد مگر در مراحل خاص درمان (گرفتن نمونه اسپرم و...) ممانعت به عمل می‌آید، با در نظر گرفتن این شرایط زنان به‌عنوان گروه مورد پژوهش انتخاب شده‌اند. بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سؤال بوده است که "زنان درگیر با مشکل ناباروری از چه راهبردهای مقابله‌ای برای مدیریت ناباروری بهره می‌گیرند؟"

روش‌شناسی

این مطالعه بخشی از مطالعه بزرگ‌تر با عنوان "مطالعه پدیدارشناسی چالش‌های زنان درگیر با مشکل ناباروری" است (افطاری، ۱۳۹۴). با توجه به اینکه هدف پژوهش، کشف

¹ Greil, Slauson and McQuillan

² Wiersema

³ Dyer

⁴ Fahami

⁵ Obeidat

⁶ Remennick

جزئیات بیشتر درباره پدیده مورد مطالعه بود، از رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی^۱ توصیفی استفاده شد. در این روش تأکید عمده بر دیدگاه مشارکت کنندگان است که به عنوان منبع اصلی اطلاعات پژوهشی در نظر گرفته می شود (ابوالمعالی، ۱۳۹۱).

شرکت کنندگان زنان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی ناباروری بیمارستان اکبرآبادی تهران، در مانگه زنان بیمارستان فیروزگر تهران و در مانگه زنان بیمارستان امام حسین تهران در خردادماه سال ۱۳۹۴ بودند؛ که از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و با رضایت شخصی مورد مصاحبه قرار گرفتند. ناباروری اولیه با علت زنانه و یا مردانه ناباروری؛ و سپری شدن دو سال از زمان تشخیص ناباروری از ملاک های ورود افراد نمونه به پژوهش بود. تعداد شرکت کنندگان تا مرحله حصول اشباع داده ها^۲ ۳۳ نفر بود. گستره سنی این زنان ۲۲-۴۳ سال و با میانگین سنی ۳۱.۳ سال بودند و مدت ازدواجشان ۳-۱۷ سال با میانگین ۶.۹ سال و مدت ناباروری شان ۲-۱۴ سال با میانگین ۵.۲۶ سال بوده است.

به منظور تعلیق پیش فرض های پژوهشگر و پرهیز از صدور حکم مبتنی بر پیش داوری (اپوخه یا براکت کردن^۳)، از بررسی ادبیات پژوهش قبل از مصاحبه ها خودداری شد. جهت جمع آوری داده ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده گردید. کلیه مصاحبه ها ضبط شد. جریان مصاحبه با یک سؤال کلی و باز "از تجربه ناباروری خود بگوئید" آغاز - گردید، سپس با تکیه بر سؤالاتی که در تعامل مصاحبه شونده و مصاحبه کننده پدید می آمد، ادامه یافت. همچنین برای دستیابی به اطلاعات عمیق تر از سؤالات اکتشافی نظیر "بیشتر توضیح دهید" و یا "منظورتان را از جمله ای که گفتید، دقیق تر بیان کنید"، استفاده شد. در پایان، اگر مقوله یا کدی، از مصاحبه های قبلی به دست آمده بود که مصاحبه شونده در مورد آن صحبت نکرده بود، مطرح می شد و نظرش ثبت می گردید. مدت زمان مصاحبه کاملاً به فرد مصاحبه شونده بستگی داشت که محدوده بین ۲۰-۸۰ دقیقه را در بر گرفت. برای مکان

¹ Phenomenology

² Data Saturation

³ Bracketing



مصاحبه اتاقی در کلینیک تخصصی ناباروری بیمارستان‌های شهید اکبرآبادی، فیروزگر و امام حسین تهران در نظر گرفته شده بود.

در این پژوهش به منظور تحلیل داده‌ها بعد از انجام هر مصاحبه، فایل صوتی به دقت مکتوب می‌شد؛ و بعد از تجزیه و تحلیل آن، مصاحبه بعدی گرفته می‌شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی استفاده شد (ساندرز، ۲۰۰۳). مرحله اول: به موازات انجام مصاحبه‌ها تمام مکالمات ضبط شد. چندین بار به دقت گوش داده شد و مصاحبه‌ها کلمه به کلمه نوشته شد. مرحله دوم، تمام مصاحبه‌ها به دقت خوانده شد و جملات مهم (بیانات مرتبط با ناباروری) مشخص شد. مرحله سوم: یک مفهوم که بیانگر معنی و قسمت اساسی تفکر فرد بود استخراج شد (کدگذاری). مرحله چهارم: بر اساس تشابهات مفهومی، کدها دسته‌بندی موضوعی شد (زیر مضمون). مرحله پنجم: زیر مضمون‌های مختلف برای تشکیل دسته‌های کلی‌تر در هم ادغام و مضمون مشخص شد. مرحله شش: توصیف جامعی از چالش‌های ناباروری با بیانی آشکار و بدون ابهام نوشته شد. مرحله هفتم: اعتباربخشی: به منظور اطمینان از صحت یافته‌ها از بازنگری ناظرین، بهره‌برداری از نظرات تکمیلی و اصلاحی همکاران، مرور دست‌نوشته‌ها توسط بعضی مشارکت‌کنندگان و اعمال اصلاحات استفاده گردید. علاقه‌مندی پژوهشگر به پدیده مورد مطالعه و کار طولانی مدت از دیگر عوامل تأیید کننده صحت یافته‌ها در این تحقیق بوده است. همچنین سعی شد با نمونه‌گیری از مراکز مختلف درمانی، انتخاب زنان با موقعیت‌های مختلف جمعیت‌شناسی، مدت زمان ناباروری متفاوت، افزایش تعداد مصاحبه و بازخورد به مشارکت‌کنندگان، به داده‌ها اعتبار بیشتری داده شود.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، جهت اجرای تحقیق ابتدا از مسئولان مراکز درمانی اجازه گرفته شد، سپس به هر یک از شرکت‌کنندگان واجد شرایط توضیحات کافی درباره اهمیت و اهداف تحقیق، محرمانه بودن مشخصات و اجازه استفاده از ضبط صدا به هنگام مصاحبه، عدم هرگونه اجبار جهت شرکت در پژوهش و اختیار انصراف در هر مرحله از تحقیق، ارائه شد.

یافته‌ها

مضمون	زیر مضمون
راهبردهای مقابله‌ای	- تمرکز بر جنبه‌های مثبت رابطه زناشویی
	- تمرکز بر جنبه‌های مثبت ناباروری
	- تخفیف اهمیت فرزند
	- اجتناب
	- توجیه معنوی (موهبت انگاری، امتحان الهی)
	- پنهان کاری (حفظ جایگاه مرد، رهایی از ترحم، نامشروع تصور شدن فرزند با روش‌های کمک باروری)
	- امیدوار ماندن
	- عمومیت بخشی

تمرکز بر جنبه‌های مثبت رابطه زناشویی

یکی از راهبردهای مقابله‌ای مهم که این زنان برای کم کردن استرس و افزایش تاب‌آوری در مقابل ناباروری استفاده می‌کردند توجه به جنبه‌های مثبت رابطه زناشویی و برجسته کردن نکات مثبت در شخصیت همسر بود. گاهی مقایسه زندگی خود و اطرافیان هم‌دوره که صاحب فرزند بودند با چنین دید مثبتی به آن‌ها کمک می‌کرد تا خود را بازنده نبینند. البته باید خاطر نشان کرد که این راهبرد مقابله‌ای بیشتر از سوی زنانی به کار گرفته می‌شد که علت ناباروری، مردانه بود و یا در مواردی که علت ناباروری زنانه بود، همسر همکاری خوبی در درمان داشت؛ و مشکل به صورت دوطرفه دیده می‌شد و زوجین سعی نداشتند تا طرف مقابل را مقصر شناسایی کنند. گاهی زنان لازم می‌دیدند که در مراحل سخت درمان و یا موقعیت‌های اجتماعی چالش برانگیز این نکته از سوی زوج یادآوری شود که نه تنها از زندگی با طرف مقابل راضی هستند بلکه احساس خوشبختی نیز دارند؛ نداشتن فرزند نه تنها رابطه بین آن‌ها را سست نکرده بلکه شرایطی را به وجود آورده است تا بتوانند همسر خود را بهتر بشناسند.



من راضی‌ام و شاکرم به اینکه مشکل ناباروری دارم و همسرم فوق‌العاده با من تفاهم داره. من اینو ترجیح میدم به یه همسر دیگه با ویژگی‌های اخلاقی دیگه همراه با بچه (۲۹ ساله، ۵ سال ناباروری).

تمرکز بر جنبه‌های مثبت ناباروری

زنان برای تقویت این باور خود که از مشکل پیش آمده قوی‌تر هستند و می‌توانند برای آن راه‌حلی بیابند به جنبه‌های مثبتی که این مشکل در زندگی‌شان به وجود آورده بود، توجه می‌کردند و گاهی نیز بر این باور بودند که شاید برای داشتن فرزند عجله کرده‌اند و اگر در آینده این اتفاق رخ دهد به مراتب لذت‌بخش‌تر خواهد بود. دید مثبت به امیدوار ماندنشان و ادامه درمان کمک می‌کرد.

بعضی وقتا که به این اتفاق فکر می‌کردم می‌گفتم خب خیلی هم بد نشد شاید من هنوز برای مادر شدن به اندازه کافی پخته نشدم و به خودم این طوری دل‌داری می‌دادم. مطمئناً خواست خدا در این بوده و هر چی که خدا بخواد؛ و خودمو این طوری تسکین می‌دادم که من اگه اون موقع مادر می‌شدم، مادر خوبی نمی‌شدم یا مثلاً اگر هم مادر خوبی می‌بودم، اونجور که باید پخته نبودم (۳۰ ساله، ۲ سال ناباروری).

در مواردی نیز این طور به نظر می‌رسید که مثبت اندیشی سبب انکار مشکل ناباروری شده بود.

سنم هم اونقد نیست که بخوام هی عجله کنم که چرا نشد. الان دخترهایی هستن که ۳۰ سالشونه و هنوز ازدواج نکردن (۲۴ ساله، ۴ سال ناباروری).

تخفیف اهمیت فرزند

عده‌ای از این زنان بیان می‌کردند، داشتن فرزند شرط لازم برای داشتن زندگی رضایت‌بخش نیست و به خود یادآور می‌شدند به اثرات داشتن فرزند و تغییراتی که در رابطه زناشویی و زندگی‌شان ایجاد خواهد شد، آرمانی ننگرند؛ و نسبت به آن واقع‌بین باشند و حتی در مواردی داشتن فرزند را کم‌اهمیت‌تر از آن می‌دیدند که به خاطرش، رابطه

زناشویی تحت تأثیر قرار گیرد و گسسته شود. یکی از ترس‌های عمده نداشتن فرزند برای این زنان، تنهایی در دوران کهن‌سالی بود؛ که با بررسی نقش خود در کاهش احساس تنهایی والدین و پیچیدگی‌های روزافزون زندگی اجتماعی می‌توانستند واقع‌بین باشند و به‌گونه‌ای این اضطراب را کنترل نمایند.

ولی در کل بچه اصلاً معنی ندارد، بازم بگردیم می‌بینیم بی‌فایده بوده این همه غصه خوردیم. این همه حرص خوردم سر بچه. ما بچه شدیم سر پدر و مادرمون چه گلی زدیم که حالا اون برای ما بزنه. اونم توی این دوره و زمونه سخت... والا زن و شوهر دوست دارن زندگیشون گرم بشه اما آگه نداشتن باشن هم زیاد مهم نیست (۳۳ ساله، ۵ سال ناباروری).

اجتناب

اجتناب راهبرد مقابله‌ای دیگری بود که در کنترل موقعیت‌های اضطراب‌آور به کمک این زنان آمده بود. معمولاً در محافل دوستان و اقوام این زنان به دلیل نداشتن فرزند کانون توجه و دلسوزی اطرافیان قرار می‌گرفتند و حس ترحمی که انتقال داده می‌شد بسیار آزاردهنده بود، پس از تکرار این رویداد زنان تنهایی و اجتناب از حضور در این مهمانی‌ها را انتخاب می‌کردند که می‌توانست پیامدهایی مانند از دست دادن حمایت‌های اجتماعی و عاطفی را به دنبال داشته باشد. اگر برخلاف خواسته خود مجبور به حضور در جمعی بودند برای رهایی از ترحم دیگران، به‌گونه‌ای وانمود می‌کردند که نداشتن فرزند امری ارادی است که این ادعا خود، موجب افزایش اضطراب می‌شد. چرخه‌ای باطل از نقش بازی کردن، اضطراب و اجتناب، به وجود می‌آمد که آن‌ها را برای دوری از جمع‌های خانوادگی و دوستان مصمم‌تر می‌کرد. این‌طور به نظر آمد که با افزایش سال‌های ناباروری اجتناب از حضور، به محیط‌های اجتماعی ناشناخته نیز تعمیم داده شده بود.

دیگه گوشامون از حرف مردم پره، شوهرم دیگه دوست نداره، می‌گه آدم هیچ جا نره، خونه خودش بشینه بهتره؛ مثلاً عروسی می‌ریم همه به انگشت نشون می‌دن که این فلانی، یا آدرس دکتر می‌پارن. اونا هم از دلسوزی می-



گن، اما اینکه هی می‌گن آدم اعصابش خراب می‌شه. منکه خودم اینجوریم (۳۶ ساله، ۱۴ سال ناباروری).

این نبود بچه احساس اعتماد به نفس رو از شما می‌گیره احساس می‌کنی یه ضعفی همیشه همراه شماست. یه درد بدی همیشه با شماست. بعد احساس می‌کنی اگه به یکی بگی بچه ندارم از روی ترحم و یا دلسوزی بخواد باهات صحبت کنه. از محالاته که فکر کنی این قضیه رو زندگی اجتماعی من تاثیر نداره. جدیدا حتی وقتی توی جمع ناشناخته قرار می‌گیرم می‌ترسم که ازم در مورد بچه سوال کنن (۳۰ ساله، ۱۱ سال ناباروری).

با جاری‌هام طوری رفتار می‌کنم که شدم یه زن مغرور، وقتی اونا خونه مادرشوهرم هستن من نمی‌رم تا پاشونو از حریم زندگیم بکشن بیرون، به خدا یه همچین آدمی نیستم، نقش بازی می‌کنم و مجبورم. یه حصار کشیدم دور خودم با آرایش غلیظ و بدحجابی که دست از سرم بر دارن... تو مهمونی ادای کسی رو در می‌یارم که من بچه نمی‌خوام و فقط به خودم می‌رسم؛ اما این واقعیت نداره من بچه می‌خوام، حاضریم صبح تا شب بشینم تو خونه و جایی نرم، تفریح نداشته باشم ولی بچه داشته باشم. درسو به خاطر بچه ول کردم. اگه بگم بچه می‌خوام، از فردا شروع می‌شه که چرا نمی‌شه... (۳۰ ساله، ۲ سال ناباروری).

معنویت

معنویت، راهبرد مقابله‌ای کارآمدی بود که به اشکال مختلف مورد استفاده قرار می‌گرفت و می‌توانست پاسخی برای این سؤال باشد "چرا این اتفاق برای من افتاده است؟" و بسیاری از چراهای دیگری که ذهن این زنان را به خود مشغول کرده بود. پاسخ و توجیه معنوی ناباروری در کاهش اضطراب این زنان نقش چشمگیری داشت. این امر که ناباروری، امتحان الهی دیده شود؛ و فرد با صبوری و پذیرش آن در نهایت سربلند و پیروز خواهد بود؛ و یا موهبتی از سوی پروردگار است که موجب رشد شخصی فرد نابارور شده و نگاهش را به زندگی و مشکلات تغییر داده است نه تنها آرامش بلکه احساس رضایت از

رنج کشیدن را به همراه داشت. البته دیدگاه مقابلی نیز در میان برخی زنان وجود داشت؛ باور دینی و مذهبی‌ای که هیچ امری از اراده خداوند خارج نیست، سبب ایجاد احساس خشم، عصبانیت، رهاشدگی و دیده نشدن از سوی پروردگار را به همراه داشت. وجود احساسات دوگانه در مراحل سخت و طاقت‌فرسای درمان کمک باروری و شکست‌های پی‌درپی، دور از انتظار نبود.

شاید خدا خواسته صبر مومنو امتحان کنه... (۲۵ ساله، ۶ سال ناباروری).

ناباروری یه امتحانیه که وسعت روح زیادی می‌خواد. اگه روحتو کوچیک نگه داری عذاب خودتو زیادتر کردی؛ و من فکر می‌کنم که از اون امتحان‌های خاصه که خدا فقط به آدم‌هایی می‌ده که می‌خواد روحشونو بزرگ کنن یا شایدم روحشون زیادی کوچیکه و باید بزرگ کنن وگرنه نمی‌تونن آینده خودشونو درست سیر کنن. آدم‌هایی که سعی نمی‌کنن این بعدشونو تقویت کنن توی این امتحان خورد می‌شن؛ و از اون طرف هم بنحوای یا نخوای این وسعت روح می‌یاد برات... بنحوای و نخوای باید از این در تو بری. اگه تو تسلیم قضا و قدر خدا نشی خدا کاری می‌کنه که تسلیم بشی؛ و من دوره خورد شدن رو پشت سر گذاشتم (۲۹ ساله، ۵ سال ناباروری).

بعضی وقتها نسبت به خدا هم خشمگین می‌شدم. چون فکر می‌کنم عدالتش این نباید باشه، آخه چیزی از قدرتش که کم نمی‌شه، آخه چه اتفاقی می‌افتاد اگه بچه من سقط نمی‌شد (۳۰ ساله، ۱۰ سال ناباروری).



پنهان‌کاری

پنهان کردن مشکل از اطرافیان شاید راهبرد کارآمدی در نظر گرفته نشود، اما بعد از روشن شدن دلایل پنهان‌کاری، این‌طور به نظر آمد که در کاهش استرس زوج نابارور و یا عدم تحمیل استرس اطرافیان به زوج، مؤثر بوده است. موضوعاتی نظیر حفظ جایگاه مرد، اصرار فرد نابارور، رهایی از ترحم، نامشروع تصور شدن فرزند و... دلایلی بود که زنان شرکت‌کننده برای پنهان کردن ناباروری ذکر کردند. وجود موارد مشابه در بستگان که اطلاع دیگران نه تنها کمکی برای زوج نابارور نبوده است بلکه به حربه‌ای برای جبران سوءتفاهم‌های گذشته نیز مبدل شده بود؛ و یا عدم توانایی فرد در فرزند آوری موجب ترحم دیگران و تغییر جایگاه منزلتی فرد نابارور بود؛ در مواردی تلاش اطرافیان برای برهم زدن رابطه زناشویی و قرار دادن فرد سالم در رابطه‌ای جدید، می‌توانست دلیل موجهی برای پنهان کردن ناباروری از سوی زنان باشد.

در فرهنگ‌های کوچکی که از فرآیندهای درمان کمک باروری نامطلع بودند و استفاده از درمانی مانند IVF به منزله نامشروع بودن فرزند تلقی می‌شد؛ زنان این احتمال را در نظر می‌گرفتند که ممکن است فرزندشان از سوی اطرافیان پذیرفته نشود، بنابراین شواهد زوج نابارور چاره‌ای به جز پنهان‌کاری نداشت. با طولانی شدن ناباروری و شکست در درمان، پنهان‌کاری اثر خود را از دست می‌داد و کارایی لازم را، در کنترل و کاهش استرس نداشت.

مامان و بابای همسرم، خیلی اصرار می‌کنن که شما چرا بچه ندارین؛ و ما هم به بهونه‌های الکی می‌گیم که نمی‌خواهیم... آگه دیگران این موضوع رو بدونن، پیشنهاد دکتر می‌دن و پیش دو نفر دیگه می‌گن و هی پنخس می‌شه پنخس می‌شه... اصلا از این حالت خوشم نمی‌یاد که هرکسی منو ببینه بگه آخه بیچاره‌ها بچه ندارن و یا بچه دار نمی‌شن. از این حالت خوشم نمی‌یاد. بخاطر همون دوست ندارم جایی پنخس بشه (۲۴ ساله، ۴ سال ناباروری). مشکل شوهرم فقط خانوادش می‌دونن و روی منم اصرار داره که خانواده تو نباید بفهمن. نمی‌دونم ترسش بخاطر چیه، اما اصلا دوست نداره حتی

کوچکترین دکتر ساده‌ای هم می‌ریم، دوست نداره خانواده من بفهمن. منم فعلا به خانواده خودم گفتم مشکل از منه، اونا هم طبیعتا ناراحتن و می‌گن بیا ما ببریمت دکتر، آگه مثلا شوهرت نمی‌بره. منم می‌گم نه شوهرم مشکل نداره می‌بره دکتر؛ اما تا یکی دو سال دیگه خداکنه درست بشه، ولی خب آگه نشه، به نظرم علنی می‌شه (۲۲ ساله، ۵ سال ناباروری).

منکه می‌دونم چرا بچه ندارم، اما نمی‌تونم بهشون بگم و دوستم ندارم که بگم... به کسی نمی‌گم که ازم سوال نکنن، دیگه از مادر خودم نزدیکتر کسی هست، هی می‌گه چی شد چی شد... الان که نمی‌دونه، اینطوره. وقتی بدونه، چه دیدی نسبت به شوهرم پیدا می‌کنه، می‌گه تقصیر تواه که دختره من اینطوره... نمی‌خوام اینارو بگه (۳۲ ساله، ۲ سال ناباروری).

امیدواری

گروهی از این خانم‌ها با خرید لباس کودک و امیدوار نگه‌داشتن خود، درصد موفقیت درمان کمک باروری را بسیار بالاتر از چیزی که شواهد علمی نشان می‌داد در نظر می‌گرفتند. این راهبرد از سوی موجب کاهش استرس در مراحل اولیه درمان می‌شد و از سوی دیگر پس از اتمام دوره درمان و شکست آن، می‌توانست اثرات روانی شدیدتری را بر فرد تحمیل کند و مراحل سوگ را طولانی‌تر نماید.

من از شروع میکرو دارم سیسمونی تهیه می‌کنم، یه دوستی بهم گفت که نیت کن آگه نشد همشو انفاق کن و بده به نیازمند. خیلی برای من سخته، چون رفتم یک عالمه کاموا خریدم و دارم لباس بچه می‌بافم به ذوق اینکه تن بچه خودم بکنم، خیلی برام سخته که بخوام بدمش به کسی... (۲۹ ساله، ۵ سال ناباروری).

من نزدیک سه تا کیسه لباس بچه دارم... فک کنم آگه بچه‌دار بشم تا ۷ سالگی لباس داره... شوهرم از این لباس‌ها خبر نداره، معمولا ماهی چندتا تیکه لباس بچه می‌خرم، همشم پسرונה (۳۲ ساله، ۲ سال ناباروری).



عمومیت بخشی

حضور در جمعی که همگی مشکل مشابهی دارند، صحبت و تبادل تجربیات، شنیده شدن از سوی فردی که عمیقاً می‌تواند احساسات، هیجانات و نگرانی‌های فرد نابارور را درک کند در کاهش استرس ناباروری مؤثر بود. زنان نابارور با دیدن یکدیگر و اینکه تنها افرادی نیستند که ناخواسته از مسیر طبیعی زندگی منحرف شده‌اند و افراد دیگری حتی با شرایط سخت‌تر هم وجود دارند که به درمان ادامه می‌دهند؛ و گه گاهی مشاهده افرادی در مراکز درمانی که از همین طریق صاحب فرزند شده بودند؛ نیرو و توان مضاعفی برای ادامه درمان به این زنان می‌داد.

می‌یام اینجا می‌رم انگار روحیم بهتر می‌شه تا اینکه تو خونه بشینم و فکر کنم که فلان دوستم بچه داره یا نه... اما اینجا که می‌یام و می‌بینم که من نسبت به بقیه سنم کمتره و از من بزرگتر خیلیا هستن که بچه ندارن یا اصلاً ندارن اینقد خرج کنن و... خب من یه کم امیدوار می‌شم (۲۵ ساله، ۶ سال ناباروری).

بحث و نتیجه‌گیری

اکثر زوجین، ناباروری را محرک تنش‌زای مزمنی تجربه می‌کنند که در طول زمان، آشفتگی‌های هیجانی، درمان و اتفاقات سخت ادامه خواهد داشت. بدون در نظر گرفتن نتیجه نهایی درمان، زوجین برای تطبیق، سازگاری و حفظ تعادل هیجانی و زناشویی خود نیازمند به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی هستند. ناباروری معمولاً بحرانی است که به صورت مشکلی لاینحل ادراک و یا تجربه می‌شود؛ اهداف مهم زندگی را تهدید و بالقوه برانگیزاننده مشکلات حل‌نشده گذشته است.

تحلیل داده‌های کیفی به پدیداری هشت زیرمضمون منجر شد که عبارتند از: "تمرکز بر جنبه‌های مثبت رابطه زناشویی" که به برجسته کردن نکات مثبت در شخصیت همسر اشاره دارد، "تمرکز بر جنبه‌های مثبت ناباروری" که تغییرات در نگرش فرد بعد از مواجهه با ناباروری را مدنظر قرار می‌دهد، "تخفیف اهمیت فرزند" که یادآور این موضوع بود که

احساس خوشبختی در زندگی، تنها به داشتن فرزند خلاصه نمی‌شود، "اجتناب" از تمایل به عدم حضور در مهمانی‌ها و محافل اجتماعی برای جلوگیری از مورد سؤال قرار گرفتن در مورد فرزند یا ناباروری می‌گوید، "توجیه معنوی" (موهبت انگاری، امتحان الهی) که پاسخی برای سؤال (چرا این اتفاق برای من افتاده؟) است، "پنهان‌کاری" که به دلایل متفاوتی نظیر حفظ جایگاه مرد، رهایی از ترحم، نامشروع تصور شدن فرزند با روش‌های کمک باروری، مورد استفاده قرار می‌گیرد، "امیدواری" کمک می‌کند تا فرد نابارور در طی مراحل درمان درصد موفقیت درمان را بالاتر از چیزی که شواهد علمی نشان می‌داد در نظر بگیرد و "عمومیت بخشی" که به بودن فرد در گروهی که همگی درد مشترکی دارند اشاره می‌کند که موجب کاهش فشار ناباروری می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر با مباحثی که درباره راهبردهای مقابله‌ای افراد نابارور با استرس ناباروری وجود دارد همخوان است. به‌عنوان مثال، توجیه معنوی مشکل ناباروری و تفسیر آن به‌عنوان موهبت و امتحان الهی و تمرکز بیشتر بر جنبه‌های مثبت آن را می‌توان در مقوله راهبردهای مقابله‌ای معناگرا (اشمید، ۲۰۰۵) قرار داد. همین‌طور، اجتناب و پنهان‌کاری را که با هدف حفظ جایگاه مرد نابارور، رهایی از ترحم و گریز از نامشروع تصور شدن فرزند متولدشده با روش‌های کمک باروری انجام می‌شوند در زمره راهبردهای اجتنابی (تری و هینز، ۱۹۹۸) قرار داد.

به‌طورکلی زیرمضمون‌های مورد بحث در دو مقوله کلی قرار می‌گیرد: راهبردهای متمرکز بر خود و راهبردهای متمرکز بر دیگران. در راهبردهای متمرکز بر خود (تمرکز بر جنبه‌های مثبت ناباروری، تمرکز بر جنبه‌های مثبت رابطه زناشویی، تخفیف اهمیت فرزند، توجیه معنوی، امیدواری و عمومیت بخشی)، این افراد با تغییر انتظارات و شناخت‌ها و تفسیرهای خود نسبت به ناباروری، با موقعیت دشوار پیش‌آمده مقابله می‌کنند. در راهبردهای متمرکز بر دیگران، عمدتاً از رویکردی اجتنابی استفاده می‌شود و افراد می‌کوشند تا از استرسی که تعامل با دیگران برای آن‌ها ایجاد می‌کند با اجتناب از تعامل یا پنهان‌نگه‌داشتن موضوع از آن‌ها مقابله کنند.



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 (کاوینگتون و برن، ۲۰۰۶).

پیشنهادها:

با توجه به یافته‌های پژوهش دو مدل مشاوره ناباروری برای مشاوران و دیگر متخصصان حوزه سلامت روان به‌منظور کمک و ارائه خدمات روان‌شناختی به افراد نابارور پیشنهاد می‌شود: مدل کوپر-هیلبرت که از سیستم خانواده زوج برای وظایف و مراحل رشدی مشاوره زوجین نابارور استفاده می‌شود مناسب زوجینی است که از راهبردهای متمرکز بر دیگران بهره می‌گیرند. این مراحل رشدی بر شکوفایی در هر دو زوج تمرکز می‌کند؛ برقراری رابطه با خانواده اصلی؛ تأمین نقش والدینی برای افراد و زوج‌ها؛ بازتعریف روابط با خانواده اصلی هرکدام از زوجین. بر اساس این مدل هدف اصلی برای مرحله آغازین روان‌درمانی و عادی‌سازی تجربه ناباروری زوج است. در مرحله دوم، هدف ارزیابی و درمان هرگونه اختلال روان‌شناختی افراد؛ تشویق برای ابراز و پذیرش احساسات همسر درباره ناباروری؛ و ادامه دادن عادی‌سازی احساسات ناباروری است. به‌علاوه، درمانگر تلاش می‌کند تمایلات جنسی، تصویر بدن و اعتمادبه‌نفس فرد را از موضوع فرزندآوری جدا کند. در طی مرحله پایانی روان‌درمانی، هدف پذیرش ناباروری و گذشتن از آن است. تسهیل کردن مقابله برنامه‌ریزی‌شده، تعیین هدف، تصمیم‌گیری، مدیریت استرس و معنا بخشیدن به تجربه ناباروری بخش جدانشدنی از مرحله پایانی است (کاوینگتون و برن، ۲۰۰۶).

در افراد ناباروری که بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر خود برای کنترل پیامدهای ناباروری استفاده می‌کنند مدل مشاوره ناباروری دیویروکس و هامرمن^۱ (۱۹۹۸)

¹ Deveraux and Hammerman

پیشنهاد می‌گردد که شامل تلفیق کردن ناباروری در هویت؛ قدرت دادن به افراد نابارور؛ مدیریت ناباروری؛ و به رسمیت شناختن فقدان و سوگ به‌عنوان میراث ناباروری است. هدف اصلی این مدل تلفیق ناباروری در "احساس خود" بجای شناسایی او صرفاً به‌عنوان یک فرد است. براین اساس، مراحل این مدل شامل

(۱) تلفیق ناباروری در تعریف فرد از خود.

(۲) اذعان به این امر که فرد نابارور "متخصص" است.

(۳) بالا بردن پذیرش ناباروری

(۴) پذیرفتن فقدان در ناباروری.

(۵) تسهیل سوگ و داغ‌دیدگی.

(۶) اختصاص دادن فعالیت.

(۷) پرورش و ترغیب قدرت شخصی.

(۸) تسهیل گذر از تجربه ناباروری از طریق پذیرش (بجای حل کردن).

(۹) بالا بردن مسئولیت (بجای کنترل)

(۱۰) ترغیب خودبستگی. این مدل مداخلات درمانی مختلفی نظیر بازسازی شناختی، رویدادنگاری، افزایش آیین‌های مذهبی، استفاده از استعاره و قیاس، حل مشکل عمل-گرایانه و تصمیم‌گیری خلاقانه و تکنیک‌هایی برای تسهیل عزاداری و تلفیق تجربه ناباروری و حل کردن مشکل را ترغیب می‌کند (کاوینگتون و برن، ۲۰۰۶).

درنهایت، باید توجه داشت که طراحی مداخلات سنجیده و مؤثر در حوزه ناباروری، مستلزم مطالعات جامع در بافت فرهنگی-اجتماعی موجود است، چراکه معنای ناباروری و پیامدهای آن از بافتی به بافت دیگر فرق می‌کند و جنبه اجتماعی این موضوع بااهمیت‌تر از جنبه فردی و زوجی آن است. با توجه به نرخ ناباروری در کشور، شناسایی این راهبردها و پیامدهای روان‌شناختی آنها می‌تواند کمک شایانی به مشاوران و فعالان این حوزه باشد تا با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، در ارتقای سلامت روان این زوجین نقش بسزایی ایفا نمایند.



منابع

۱. ابوالمعالی، خدیجه، (۱۳۹۱). پژوهش کیفی از نظریه تا عمل. تهران: نشر علم.
۲. افطاری، شکوه، (۱۳۹۴). مطالعه پدیدارشناسی چالش‌های زنان درگیر با مشکل ناباروری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه خوارزمی
۳. بشارت و فیروزی، (۱۳۸۲). مقایسه زنان و مردان نابارور برحسب سبک دلبستگی و سازش روان‌شناختی با ناباروری. روانشناسی و علوم تربیتی، دوره ۳۳، شماره ۲، ۲۷-۴۵.
۴. بشارت، لشکری و رضازاده، (۱۳۹۵). تبیین سازگاری با ناباروری بر اساس کیفیت رابطه، باورهای زوجین و حمایت اجتماعی. روانشناسی خانواده: دوره ۱، شماره ۲، ۴۱-۵۴.
۵. ریاحی، محمداسماعیل، زارع زاده مهریزی، الهام. (۱۳۹۱). بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای روانی- اجتماعی ناباروری در بین مراجعین به مرکز ناباروری شهر یزد. فصلنامه علمی- پژوهشی مطالعات راهبردی زنان (کتاب زنان سابق) 14، ۵۶ (تابستان ۱۳۹۱)، ۱۱۹-۱۵۳.
۶. عباسی مولید، قمرانی و فاتحی زاده. (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی زندگی زوج‌های نابارور ایرانی. مجله طب و تزکیه، شماره ۷۲ و ۷۳، ۸-۲۰.
۷. عزتی، نوری و حسینی، (۱۳۹۲). الگوی روابط ساختاری حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و برجسب اجتماعی با علائم افسردگی در زنان نابارور استان تهران در سال ۱۳۸۹. مجله زنان مامانی و نازایی ایران، دوره ۱۶، شماره ۴۵، ۲۰-۲۸.
۸. نصرآباد، شوازی، ترابی، (۱۳۹۳). دیدگاه تعدادی از زنان در مورد سن مناسب مادر در زمان تولد اولین فرزند در تهران، مطالعات زن و خانواده، دوره ۲، شماره ۲، ۱۱۹-۱۴۶.

منابع انگلیسی

1. Abbas Mouliid, Qamarani, and Fatehizadeh. (2011). The Pathology of the Life of Iranian Infertile Couples. *Journal of Medicine and Cultivation*, Nos. 72 and 73, 20-20 (text in Persian)
2. Abolmali, Khadijeh, (2012). Qualitative research from theory to practice. Tehran: Science publication (text in Persian).
3. Berghuis, J. P, & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 2, 433-438.
4. Besharat, Lashkari and Rezazadeh, (2016). Explaining infertility adjustment based on relationship quality, couple beliefs, and social support. *Family Psychology: Volume 1, Number 2*, 41-54 (text in Persian).
5. Besharat, and Phiroozi, (2003). Comparison of infertile men and women in terms of attachment style and psychological adjustment with infertility. *Psychology and Educational Sciences*, Volume 33, Number 2, 27-45 (text in Persian).
6. Cooper- Hilbert B. *infertility and involuntary childlessness: helping couples cope*. New York: ww Norton, 1998.
7. Covington, S, Burns L, eds. (2006). *Infertility Counseling A comprehensive Handbook for Clinicians*. 2ed. Cambridge University press.

8. Cummings, Mark, Greene, Anita, Karraker, Katherine, eds. (1991). *Life-span Developmental Psychology: Perspectives on Stress and Coping*. p. 92. ISBN 978-0-8058-0371-6.
9. Deveraux LL, Hammerman AJ. *Infertility and Identity: New Strategies for Treatment*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher, 1998.
10. Dyer, S. J, Abrahams, N, Hoffman, M, & van der Spuy, Z. M. (2002). "Men leave me as I cannot have children: Women's experiences with involuntary childlessness". *Human Reproduction*, 17 (6), 1663-8.
11. Eftari, S.(2015). Phenomenological Study of Woman Involved with Infertility Problem. Master Thesis. Department of Conseling. Kharazmi University. Tehran. Iran. (text in Persian)
12. Ezzati, Nouri, and Hosni, (2013). Patterns of Structural Relationships of Social Support, Coping Strategies and Social Labeling with Depression Symptoms in Infertile Women in Tehran Province in 2010. *Iranian Journal of Midwifery and Infertility*, Volume 16, Number 45, 20-28 (text in Persian).
13. Fahami, F, Quchani, S. H, Ehsanpour, S, & Zargham, A. (2010). Lived experience of infertile men with male infertility cause. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 15, 265-271.
14. Greil, L, Slauson-Blevins, K, & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162.
15. Lazarus, R. S, & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping* p.141. ISBN 0-8261-4191-9
16. Lechner, L, Bolman, C, & Van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction* 22, 1, 288-294.
17. Nasrabad, Shavazi, Torabi, (2014), The Viewpoints of Some Women on the Suitable Age of the Mother at the Birth of the First Child in Tehran, *Women and Family Studies*, Volume 2, Number 2. 119-146 (text in Persian).
18. Obeidat, H. M, Hamlan, A. M, & Callister, L. C. (2014). Missing Motherhood: Jordanian Women's Experiences with Infertility. *Advances in Psychiatry*. Volume 2014, Article ID 241075, 7 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/241075>
19. Peterson, B. D, Newton, C. R, Rosen, K. H, & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction* 21, 9, 2443-2449.
20. Remennick, L. (2000) "Childless in the Land of Imperative Motherhood: Stigma and Coping among Infertile Israeli Women." *Sex Roles*, 43(11-12), pp 821-841.
21. Riahi, M, Zarezadeh M. (2012). The Study of Gender Differences in Psychosocial Outcome of Infertility among Referrals to Yazd Infertility Center. *Quarterly Journal of Strategic Studies on Women (Former Women Book)*, 14 (56 (Summer 2012)), 153-119 (text in persian).
22. Sanders, C. (2003). Application of Colaizzi's method: Interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher. *Contemporary nurse*, 14(3), 292-302.
23. Schmidt, L. (1998). Infertile couples' assessment of infertility treatment. *ActaObstet. Gynecol. Scand*. 77, 649 -653.
24. Schmidt, L, Holstein, B. E, Christensen, U, & Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: A cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 month of fertility treatment. *Human Reproduction* 20, 11, 3248-3256.
25. Snyder, C.R. (ed.) (1999). *Coping: The Psychology of What Works*. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19-511934-7
26. Terry, D. J, & Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low- control situation: Re-examining the role of coping responses, *Journal of Personality and Social Psychology* 74, 4, 1078-1092.



27. Weiten, W., & Lloyd, M. A. (2008). *Psychology Applied to Modern Life* (9th ed.). Wadsworth Cengage Learning. ISBN 0-495-55339-5
28. Wiersema, N. J., Drukker, A. J., Dung, M. B. T., Nhu, G. H., Nhu, N. T., & Lambalk, C. B. (2006). Consequences of infertility in developing countries: results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam. *Journal of Translational Medicine*, 4, 54. doi:10.1186/1479-5876-4-54
29. WHO, (2015). *Infertility definitions and terminology*. Retrieved From <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
30. Zargham, A., & Jafarzadeh, F. (2014). Empowerment and Sense of Adequacy in Infertile Couples: A Fundamental Need in Treatment Process of Infertility - A Qualitative Study. *The Qualitative Report 2014*, 19, Article 11, 1-14.
31. Zeidner, M., & Endler, N.S. (editors). (1996). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: John Wiley. ISBN 0-471-59946-8



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی



The Coping Strategies of Women Dealing with Infertility Stress: A Phenomenological Approach

Shokouh Eftari¹ Farshad Mohsenzade² Keyanoosh Zaharakar³

Abstract

Infertility is an unpleasant and unexpected event that can place a lot of stress on the affected person. Regarding the issue of infertility in the country, identifying coping strategies and reducing the stress of infertile women, especially women who have shown a lower level of adjustment, are necessary. The main goal of the present study was to identify the coping strategies of women involved with infertility problems (infertile women and women with infertile spouses) and then to introduce an appropriate infertility counseling model in line with the findings. This study is part of a larger study entitled "The Phenomenological Study of the Challenges of Women Affected by Infertility", which was conducted with a qualitative approach and a phenomenological method. The sample of this study was 33 women who were referred to infertility clinics of Akbar Abadi, Firoozgar and Imam Hossein Hospitals in Tehran in May 2014. They were selected through purposive and accessible sampling and studied using semi-structured interviews. The analysis of data on coping strategies led to the emergence of eight sub-themes: focusing on the positive aspects of marital relationship, focusing on the positive aspects of infertility, reducing the importance of having children, avoiding, spiritual justification (Divine gifting, Divine Test), Secrecy (maintaining a man's position, freeing from pity, illegitimate childhood imagery through methods of fertility), hope and generalization. The results of this research can help counselors in the proper selection of infertility counseling

¹ MA; Faculty of Psychology and Education, University of Kharazmi, Tehran, Iran. Email: shokouh.eftari@gmail.com

² Assistant Professor; Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education, University of Kharazmi, Tehran, Iran, Email: farshadm56@gmail.com

³ Associate Professor; Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education, University of Kharazmi, Tehran, Iran. Email: dr_zaharakar@yahoo.com

Submit Date: 2016/5/10

Accept Date: 2018/4/6

DOI: 10.22051/jwfs.2020.9719.1139



strategies and focus on effective coping strategies in order to empower and improve the quality of life of infertile couples.

Keyword: infertility, woman, coping strategies, stress, phenomenology.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی