MEJDS. 2021; 11:43.

Published online 2021 June. **Original Article**

A Grounded Exploration of Consequences of Physical and Financial Infertility Among Infertile Females

Abooei A[1], *Afshani SA[2], Fallah Yakhdani M[3], Ruhani A[4]

Author Address
1. PhD Student in Counseling, Department of psychology, Azad University, Yazd, Iran;
2. Associated Professor, Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran;
3. Associated Professor, Department of Counseling, Azad University, Yazd, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran.
***Corresponding author's email:** alafshani@yahoo.com

Received: 2019 Jun 10; **Accepted**; 2019 July 9

Abstract

Background & Objectives: Infertility is a stressful life event and is currently considered a relatively frequent issue among couples. According to world statistics, a couple out of every 8 couples is struggling with infertility. Medical factors associated with infertility, such as diagnosis, the duration of child wish, the numbers of treatment cycles, the geographical and financial availability of different Assisted Reproductive Technology (ART) interventions, as well as communication with physicians and nurses working in the reproductive medicine filed could be the basic elements in determining the experience of infertility. Therefore, the present study aimed to investigate the physical and financial aspects of infertility in infertile females.

Methods: The current study was conducted in Yazd Reproductive Sciences Institute in Yazd City, Iran, in 2018–2019. The statistical population was all women who were diagnosed with primary infertility. The grounded theory research method was adopted, based on the research subject and purposes. Grounded theory was proposed by Glaser and Strauss (1967). The importance of this methodology, on one hand, is its capability in theorization, and on the other hand, is to create a space for analyzing qualitative data. The grounded theory is a qualitative approach in which the researcher proceeds to produce a general explanation (the theory) of a process, act, or interact, based on the viewpoint of a significant number of contributors. In this study, 21 females were selected and studied using a qualitative approach, grounded theory, and theoretical sampling. The sampling process continued until data saturation. Credibility in the present study was established through peer review, the research participants' confirmation, and triangulation. Additionally, the registration of events and precise implementation of dependability has been established. The reflexivity technique was used in this study. Ethical considerations were also observed in this research. As outlined in the research sampling part, 21 participants were selected. The study participants (their infertility has been confirmed), were selected based on the theoretical and purposive sampling methods. The required data were collected and analyzed using the open and axial coding technique. For data collection, the interviews were recorded and consequently transcribed after several times of listening.

Results: The current research findings included 13 main categories, namely high medical expenses; travel expenses; the lack of facilities; stress and financial concerns; strategies for attracting financial resources; an inequality of income and expenses; treatment abandon; medications' adverse effects; negative effects on the hair growth; skin complications; drug inefficacy; voracious appetite; body vulnerability; the adverse effects of aging, as well as a core phenomenon called the expenses of parenting. The causal conditions, i.e., the main cause of infertility were infertility disorders and medical expenses. The underlying conditions of this phenomenon were financial stress and worries as well as a lower social class. Infertile couples, especially women, encounter financial pressures due to infertility. Strategies used by infertile women to cope with the relevant costs of parenting were discontinuing treatment and strategies for obtaining financial resources.

Conclusion: According to the present study findings, financial problems, as well as the physical complications of infertility drugs, are among the consequences of infertility that most infertile women have to cope with.

Keywords: Physical infertility, Financial infertility, Consequences, Infertile female.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.78.7]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.76]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۴۳.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

از ناباروری جسمی تا ناباروری مالی کاوشی زمینه‌مند از پیامدهای ناباروری در میان زنان نابارور

آزاده ابویی[۱]، *سیدعلیرضا افشانی[۲]، محمدحسین فلاح یخدانی[۳]، علی روحانی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران؛

۲. دکتری جامعه‌شناسی، دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی، دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد یزد، یزد، ایران؛

۴. دکتری جامعه‌شناسی، استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: afshanialireza@yazd.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۰ خرداد ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸ تیر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری حادثه‌ای پراسترس در زندگی انسان است و امروزه به‌عنوان مشکلی نسبتاً شایع بین زوجین مطرح می‌شود. آمار جهانی نشان می‌هد از هر هشت زوج یک‌زوج با مسئلهٔ نازایی دست‌وپنجه نرم می‌کند. پژوهش حاضر به بررسی جنبه‌های جسمانی و مالی ناباروری در زنان نابارور مراجعه‌کننده به پژوهشکدهٔ علوم تولیدمثل یزد پرداخت.

روش‌بررسی: این پژوهش با استفاده از رویکرد کیفی و روش نظریهٔ زمینه‌ای انجام شد. جامعهٔ آماری همهٔ زنان نابارور اولیهٔ مراجعه‌کننده به پژوهشکدهٔ علوم تولیدمثل یزد بودند. این پژوهش در سال‌های ۹۸ـ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و ۲۱ نفر از زنان نابارور انتخاب و مطالعه شدند. فرایند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع نظری داده‌ها ادامه یافت. داده‌ها به‌شیوهٔ مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد و تحلیل داده‌ها به‌شیوه کدگذاری باز و محوری انجام پذیرفت.

یافته‌ها: در یافته‌های تحقیق سیزده مقولهٔ اصلی ازجمله هزینهٔ زیاد درمانی، هزینهٔ رفت‌وآمد، کمبود امکانات، استرس و دغدغه‌های مالی، استراتژی‌های جذب منابع مالی، ناهمسانی دخل و خرج، رهایی درمان، عوارض دارو، تأثیرات منفی بر رشد مو، عوارض پوستی، اثربخش‌نبودن دارو، اشتهای کاذب، آسیب‌پذیرشدن بدن و اثر منفی افزایش سن و پدیده‌ای مرکزی تحت عنوان هزینه‌های مادی والدشدن به‌دست آمد. بر همین اساس جداول مفهومی و پارادایمی ارائه شد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر، در بسیاری از زنان نابارور مسائل مالی و همچنین عوارض جسمانی داروهای ناباروری ازجمله پیامدهای ناباروری هستند که اغلب زنان نابارور ناچار به کنارآمدن با آن‌ها می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: ناباروری جسمی، ناباروری مالی، پیامدها، زنان نابارور.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.78.7]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.76]

۱ مقدمه

ناباروری[1] به‌معنای باردارنشدن پس از دوازده ماه رابطهٔ جنسی منظم بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری است (۱). انجمن اروپایی درمان ناباروری و مؤسسهٔ ملی مراقبت‌های بهداشتی و بالینی هر دو به اقداماتی جهت راهنمایی زوجین نابارور پرداختند؛ در آن قویاً تأکید کردند که لازم است زوجین اطلاعات دقیق و صحیح از مسئلهٔ خود داشته باشند تا از پرداختن و تن‌دادن به درمان‌های غیرضروری نازایی در امان بمانند؛ حتی گاهی مواقع آن‌ها بدون قرارگرفتن درمعرض درمان‌های ناباروری و با استفاده از تشخیص به‌موقع و راهنمای صحیح پزشک به‌طور طبیعی بچه‌دار می‌شوند (۱). استفاده از روش‌های کمک‌باروری با افزایش خطر مرگ‌ومیر و اختلالات کروموزومی نوزاد و جنین همراه است. یکی دیگر از عوارض درمان‌های ناباروری حاملگی‌های خارج از رحم است؛ درحالی‌که حاملگی‌های خارج از رحم در ۱ تا۲ درصد از حاملگی‌های طبیعی رخ می‌دهد که در دوره‌های درمان ناباروری این میزان کمی افزایش می‌یابد (۲). یافته‌های پژوهش کویت و همکاران نشان داد، زنان نابارور از قرارگرفتن محصولات مصنوعی در بدن خود نگران هستند. نگرانی آنان از آن بابت است که از نوع عملکرد این محصولات مطمئن نیستند (۳). یافته‌های پژوهش هاردون نشان داد، زنانی که تحت درمان‌های نازایی قرار می‌گیرند از عوارض بلندمدت روش‌های به‌کارگرفته‌شده احساس نگرانی می‌کنند (۴). مسائل مالی ناباروری زمینه‌ساز مشکل‌آفرینی اجتماعی و روان‌شناختی برای زنان نابارور است (۵). از اوایل دههٔ ۱۹۸۰ درمان ناباروری به‌صورت درمان مدون پزشکی درآمد و زوجین مواجه با مشکل نازایی به فرزنددارشدن خود امیدوار شدند و باتوجه به نیاز تحت درمان‌های ناباروری قرار گرفتند؛ جمعیت کثیری از این مراجعه‌کنندگان را زنان نابارور تشکیل دادند (۶). پژوهش‌های متعددی به اهمیت و ضرورت اقتصادی در ناباروری اشاره کرده‌اند. مک‌کویلان و همکاران در پژوهش خود به این نکته پی بردند که نرخ ناباروری در زنان نابارور دارای مشکلات اقتصادی، کمتر از افرادی است که موقعیت مالی خوبی دارند (۷)؛ به‌طوری‌که زنانی با وضعیت اقتصادی بهتر با انگیزه‌های بیشتری به درمان خود ادامه می‌دهند؛ همچنین زنانی که به‌طور طبیعی از قابلیت باروری برخوردارند دربارهٔ تاریخ تولد و تعداد فرزند و توان‌مندسازی جسمانی و روانی خود برای داشتن فرزندان بیشتر با به‌کارگیری برنامه‌ریزی و آینده‌نگری دقیق پیش می‌روند.

بااین‌حال باتوجه به منابع محدود در کشورهای در حال توسعه، هزینه‌های هنگفت درمان ناباروری، هزینه‌های که توسط سازمان‌های حمایتی مانند شرکت‌های بیمه تحت پوشش قرار نمی‌گیرد، عوارض جانبی دارو و درمان طولانی‌مدت، ذهن زنان نابارور آشفته می‌شود. مداخلهٔ پزشکی می‌تواند تا حد زیادی بر کیفیت زندگی زوجین و نیازهای آن‌ها مانند نیازهای هیجانی، اجتماعی، جسمانی، جنسی، فکری و بهزیستی روان‌شناختی اثر بگذارد (۸) و ممکن است به وسواس بزرگ‌تر در زندگی آن‌ها تبدیل شود و موجب کاهش سطح رضایت‌مندی زناشویی و جدایی خانوادگی گردد (۹). مفهوم ارائه‌شده دربارهٔ مادری، مانع تجربهٔ مادری زنان کم‌درآمد می‌شود؛ زیرا طبق تعریف، مادری شغلی تمام‌وقت است که نیاز به درگیری هیجانی و شناختی و جسمانی دارد و از زنان کم‌درآمد انتظار می‌رود در درجهٔ اول روی اشتغال خود تمرکز کنند؛ خصوصاً زمانی‌که از حمایت مالی در زندگی زناشویی برخوردار نیستند (۱۰). زمانی‌که زوجین، به‌خصوص زن نابارور توان مالی پرداخت درمان‌های ناباروری را ندارد احساس سرخوردگی و ناامیدی و ناکامی بر او غلبه می‌کند و زمینه‌ای را برای ابتلا به سایر اختلالات در او به‌وجود می‌آورد (۷). به عبارتی دیگر نوع تشخیص، مدت انتظار فرزند، تعداد دفعات اقدام به درمان، عوامل جغرافیایی و اقتصادی و دسترسی به خدمات درمانی می‌تواند ازجمله عوامل مؤثر در اقدام به درمان و انطباق با مسئلهٔ نازایی باشد.

ازآنجاکه هزینه‌های هنگفت درمانی، دسترسی‌نداشتن به امکانات، عوارض جسمانی داروها و روش‌های درمان ناباروری گاهاً باعث رهاکردن فرایندهای درمانی میان زنان نابارور می‌شود؛ در این پژوهش سعی بر آن بود که پیامدهای مالی و جسمانی ناباروری به‌طور زمینه‌مند[2] در میان زنان نابارور تحت مطالعه قرار گیرد؛ درواقع سعی شد درون ذهنیت آنان از فرایند درمان و آرزوی والدشدن، در بستر پیامدهای جسمانی و مالی کشف و بازسازی شود؛ ازاین‌رو سؤال اصلی پژوهش حاضر این بود که زنان نابارور چگونه فرایند درمان ناباروری را درک و تجربه می‌کنند. در این مسیر، رنج مادی این زنان با مصاحبه‌های عمیق تحت کندوکاو قرار گرفته و سعی شد رنج تجربه‌شده توسط آنان بازسازی معنایی شود. به‌عبارت دیگر، هدف پژوهش حاضر این بود که پیامدهای جسمانی و مالی ناباروری در میان زنان اقدام‌کننده به درمان ناباروری بررسی و مطالعه شود.

۲ روش‌بررسی

در پژوهش حاضر، روش تحقیق کیفی با رویکرد نظریهٔ زمینه‌ای به‌کار رفت. نظریهٔ زمینه‌ای توسط گلیزر و اشتراوس مطرح شد (۱۱). اهمیت این روش‌شناسی، از یک‌سو به قابلیت آن در نظریه‌سازی و ازسوی دیگر به ایجاد ظرفی برای تحلیل داده‌های کیفی است. پژوهش حاضر بین سال‌های ۹۸ـ۱۳۹۷ در شهر یزد انجام شد. ازآنجاکه پژوهشکدهٔ علوم تولیدمثل یزد ازجمله مراکز درمانی و آموزشی و پژوهشی بسیار معتبر درکشور ایران است و با همراهی جمعی از متخصصان زبدهٔ ناباروری هرساله پذیرای زوجین نابارور از اقصی نقاط کشور است، پژوهش حاضر به‌علت دسترسی معتبر به نمونه‌های نابارور در این مرکز صورت گرفت؛ بنابراین جامعهٔ آماری پژوهش تمام زنان نابارور اولیهٔ مراجعه‌کننده به پژوهشکدهٔ علوم تولید مثل بودند. در این پژوهش، محققان از استراتژی نمونه‌گیری هدف‌مند استفاده کردند. از جانب دیگر، براساس پیشنهاد فلیک نمونه‌گیری تدریجی نیز به‌کار رفت (۱۲). به‌همین دلیل، انتخاب نمونه‌های تحقیق هدف‌مند بود. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش عبارت بود از: ۱. حداقل سه سال از مدت آگاهی آن‌ها از ناباروری گذشته باشد؛ ۲. سن زنان کمتر از چهل سال باشد؛ ۳. ناباروری از نوع اولیه باشد؛ ۴. مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری یزد باشند؛ ۵. حداقل دوسال از حضورشان در فرایند درمان ناباروری گذشته باشد. برای انجام این پژوهش ۲۱ مشارکت‌کننده به‌صورت

[1]. Infertility

[2]. Grounded theory

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.78.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.76]

هدف‌مند انتخاب شدند و با آن‌ها مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت. فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه داشت. شایان ذکر است که در این مسیر جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌طور هم‌زمان پیش رفت و از کدگذاری باز و محوری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

در جدول ۱، اسامی مستعار شرکت‌کنندگان، سال‌های سپری‌شده از ازدواج، سن و شغل همسر ثبت شده است. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در روش نظریهٔ زمینه‌ای، از قسمت‌های اصلی و مهم تحقیق است. بعد از جمع‌آوری در اولین فرصت ممکن، این داده‌ها روی کاغذ پیاده‌سازی و ثبت شد. در این مسیر، براساس راهنمای کوربین و استراوس (۱۳) داده‌ها تجزیه‌وتحلیل شدند؛ به‌طورکلی در فرایند تجزیه‌وتحلیل داده‌ها مراحل زیر طی شد: ۱. ایجاد و سازمان‌دهی فایل‌های داده‌ها؛ ۲. خواندن متون و تهیهٔ یادداشت‌های حاشیه‌ای به‌منظور کدگذاری اولیه؛ ۳. توصیف مقوله‌های حاصل از کدگذاری؛ ۴. انتخاب مقوله‌ای حاصل از کدگذاری باز به‌منزلهٔ پدیدهٔ مرکزی در فرایند انجام کدگذاری محوری (شرایط علّی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، استراتژی‌ها و پیامدها)؛ ۵. انجام کدگذاری گزینشی و مرتبط‌ساختن مقوله‌ها به یکدیگر درجهت توسعهٔ خط داستان؛ ۶. ارائهٔ مدلی دیداری یا نظریهٔ ارائهٔ قضیه‌ها (۱۳).

پژوهش حاضر به‌طور جزئی سعی نمود این رویه را دنبال کند. به‌همین دلیل با جمع‌آوری داده‌ها تجزیه‌وتحلیل نیز صورت گرفت؛ اما چگونگی تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از منطق توضیح‌داده‌شده عبور کرد. در اولین قدم، فایل‌های صوتی جمع‌آوری‌شده به‌طور دقیق در پوشه‌ای مشخص قرار گرفت و مصاحبه‌های پیاده‌شده نیز در پوشه‌های دیگر به‌ترتیب زمانی مرتب‌سازی شد. با انجام هر مصاحبه، تجزیه‌وتحلیل نیز شروع شد و با پایان تجزیه‌وتحلیل، مصاحبهٔ بعدی انجام پذیرفت. محقق ابتدا به‌طور دقیق چندین‌بار متن مصاحبه‌ها را به‌طور کامل خواند. این امر منجر شد که محقق نمایی کلی از متن کامل و منطق کلی مصاحبه داشته باشد. در این مسیر، وی سعی کرد در داده‌ها غوطه‌ور شود و فهمی کلی از داده‌ها کسب کند. وقتی سه یا چهار مرتبه متن مصاحبه‌ها خوانده شد، محقق فرایند کدگذاری را شروع کرد. شروع کدگذاری توسط کدگذاری باز صورت گرفت؛ اما به‌طورکلی از دو نوع کدگذاری باز[1] و محوری[2] باهم استفاده شد.

فرایند کدگذاری باز با راهنمای شیوهٔ کوربین و استراوس (۱۳) انجام پذیرفت. در این مسیر، وقتی متون کلی مصاحبه‌ها خوانده شد، سعی گردید که ابتدا مقوله‌های کلی استخراج شود. به عبارت دیگر، محقق سعی کرد ابتدا بیست تا سی مقولهٔ اطلاعاتی کلی را استخراج کند. سپس، دوباره به متن داده‌ها مراجعه و سعی کرد تعداد مقوله‌های اطلاعاتی را کاهش دهد و به پدیدهٔ مرکزی برسد. در جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک مصاحبه‌شوندگان آورده شده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مصاحبه‌شوندگان

ردیف	نام مستعار	سال‌های سپری‌شده از ازدواج	وضعیت شغلی همسر	سن
۱	مریم	هشت سال	کارگر	۳۲
۲	زهرا	دوازده سال	معلم	۳۰
۳	بهاره	چهار سال	آزاد	۲۹
۴	زینب	شش سال	کشاورز	۲۷
۵	زهره	پنج سال	کشاورز	۲۸
۶	نجمه	هشت سال	آزاد	۲۹
۷	اطهر	شش سال	کارگر	۲۵
۸	نعیمه	شانزده سال	کارمند	۳۳
۹	مژده	نُه سال	نانوا	۳۷
۱۰	حمیده	یازده سال	رانندهٔ تاکسی	۳۵
۱۱	اکرم	پانزده سال	مکانیک	۳۸
۱۲	عارفه	هفت سال	پلیس	۲۶
۱۳	فریبا	ده سال	کشاورز	۳۳
۱۴	الهام	ده سال	آزاد	۳۶
۱۵	بتول	پنج سال	کارمند	۲۳
۱۶	سمانه	سیزده سال	شالیکار	۳۰
۱۷	نرگس	ده سال	کارمند	۳۱
۱۸	معصومه	هشت سال	آپاراتی	۳۴
۱۹	نفیسه	هفده سال	آزاد	۳۶
۲۰	فائزه	پنج سال	معلم	۲۶
۲۱	شکوفه	نُه سال	آزاد	۳۲

مصاحبه‌شوندگان با آگاهی و رضایت کامل در مطالعه شرکت کردند و در جریان موضوع مطالعه قرار داشتند. بر محرمانه‌بودن اطلاعات آن‌ها برای مصاحبه‌شوندگان تأکید شد و نیز در انتشار نتایج مدنظر بود. فضای ایمن و خصوصی در زمان مصاحبه‌ها وجود داشت.

[1]. Open coding

[2]. Axial coding

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.78.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.76]

۳ یافته‌ها

با بررسی دقیق متن مصاحبه‌های تحقیق، گزاره‌های اصلی، مفاهیم، مقوله‌های اصلی و درنهایت مقولهٔ هسته مشخص شدند؛ درنتیجه هسته از سیزده مقولهٔ اصلی و ۲۳ مفهوم ساخته شده است. یافته‌های تحقیق در دو بخش خط داستان و مدل پارادایمی ارائه خواهد شد.

جدول ۲. مفاهیم و مقوله‌های اصلی و هسته

گزاره	مفاهیم	مقولات	هسته
ـ شش بار رفتم IUI بعدش هم سه بار IVF. هزینه‌ها خیلی سرسام‌آور شد. ـ مطب‌های شخصی خیلی می‌رفتم پنج سال اول. خیلی تا حالا هزینه کردم؛ شاید پنجاه‌میلیون. ـ فقط ۱/۵ میلیون پول آمپول دادم برا این دوره درمان حالا بقیش بماند. ـ فقط هزینهٔ درمان رو نباید ببینی، رفتم سونو و آزمایش ۵۰۰هزارتومن هزینه برداشت. ـ حدوداً بیست‌میلیون تو دو سال اخیر هزینه کردیم. ـ تا حالا هشت‌میلیون هزینه کردیم. ـ ۵۰-۳۰میلیون شایدم بیشتر.	هزینه‌های دارویی	هزینهٔ زیاد درمانی	هزینه‌های مادی و (هزینه‌های والدشدن)
ـ شش بار رفتم IUI بعدش هم سه بار IVF. هزینه‌ها خیلی سرسام‌آور شد.	هزینهٔ لقاح مصنوعی		
ـ رفت‌وآمد برامون خیلی هزینه داره. ـ هزینهٔ رفت‌وآمد و از کار آقام می‌گذاشتیم. ـ هزینهٔ رفت‌وآمدمون خیلی زیاد می‌شه. ـ آدم تو شهر خودش راحت‌تره تا تو یه‌استان دیگه.	هزینه‌های زیاد رفت‌وآمد	هزینه‌های زیاد رفت‌وآمد	
ـ ساعت پنج یا شش صبح باید می‌رفتیم کلینیک. الان اینجا هم اگه رفته باشید، می‌بینید که ساعت پنج غیربومی‌ها میان وایمیستن و می‌خوای بری تو خیلی سخت می‌شه. ـ یه‌وقتای ۲ ـ ۳ بعدازظهر کارم تموم می‌شه.	کمبود امکانات	کمبود امکانات	
ـ اولین و مهم‌ترین چیز و اصولی‌ترین چیز هزینه است. ـ نگرانی مالی دارم چون من تقریباً شوهرم ماهیانه ۱۲۰۰تا۱۳۰۰حقوق می‌گیره و ۹۰۰هزارتومانش رو می‌ده قسط و قبض و کرایهٔ خونه و هزینه‌های دانشگاه و رفت‌واومدن‌هام و خورد و خوراک و از این‌ها. چیزی تهش نمی‌مونه که بخوایم مخارج درمانمونو بدیم. ـ الان من چون جای صندوق سهمیه دارم منتظر اینم که پولی دستم بیاد و من برم واسه عملم و این فکرها رو دارم نمی‌شه که نباشه. ـ به‌خاطر هزینه‌ها خیلی اذیت شدم. تا حالا با دست خالی ۷ ـ ۸میلیون خرج کردیم.	دغدغهٔ مالی	استرس دغدغه‌های مالی	
ـ وقتی خواستیم برج پنج بیایم، بابام اومد پول آورد برامون، کرایهٔ راه و... . این‌قدر گریه کردم که همسایه‌ها هم زدند زیر گریه. گفتم چرا خدا نده و نخوام بابام این‌جوری بهش سخت بگذره.	استرس تحمیل فشار بر خانواده		
ـ ما خیلی هزینه کردیم، وام‌های مختلف گرفتیم. ـ الانم یه‌وام گرفتیم اومدیم اینجا. ـ برا درمان از دیگران قرض گرفتیم. ـ شوهرم کارگره مجبویم از بقیه قرض بگیریم. ـ بعضی مواقع پول کم می‌آوردیم، داروها گرون بودند. باید از بقیه قرض می‌گرفتیم. ـ یه‌خورده از خانواده‌ام قرض کردم. از بابام یا برادرشوهرم قرض می‌کردیم.	استقراض	استراتژی‌های جذب منابع مالی	
ـ گفتیم بیایم و وقتی اومدیم اینجا بهمون گفتن بسیج داره یه‌همچین کاری را انجام می‌ده. خداییش یه‌امید خیلی بزرگی بهمون داد.	کمک‌هزینهٔ بسیج		
ـ با کمک‌های مردمی اومدیم؛ یعنی برامون پول جمع کردند. ـ نصف هزینهٔ سفرمو دو برادرانم دادن. ـ اون سری قبلی که اومدیم یزد، خودمون نمی‌تونستیم از نظر مالی بیایم یزد، دارو گرفتیم و این چیزها هزینش را پدرشوهرم داد و این خیلی برام سنگین شد.	کمک‌رسانی‌های مالی		
ـ یه‌مقداری زمین رسیده بود که همون موقع فروختیم و خرج کردیم. ـ دیگه. پول نداشتیم دیگه، هرچی هم بود کلاً فروختیم، دیگه تموم شد.	فروش متعلقات		
ـ دیگه چون هزینه‌ها واقعاً بالا بود، هیچ اقدامی نکردیم چون واقعاً دستمون خالی بود. ـ چند باری هم شد که می‌خواستیم درمان کنیم، پول نداشتیم.	رهایی درمان	رهایی درمان	
ـ توی این سیزده سال چون داروها قوی شده، بدنم رو خیلی ضعیف کرده. ـ این سری که شکمم آب آورده بود، هایپر شده بود. خیلی آمپول زدم تا خوب شدم. ـ هورمون‌هام خیلی به‌هم می‌ریزه. ـ خیلی هم چاق شدم. ـ IVF قبلی که انجام دادم خیلی چاق شدم یک‌دفعه	تحلیل بدنی آب‌آوردن شکم نامنظم‌شدن هورمون‌ها چاقی ناشی‌از عوارض دارو و ناراحتی	عوارض دارو	

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.78.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.76]

بیست کیلو چاق شدم. ـ ناراحت می‌شدم، چاق می‌شدم. نمی‌خوام خودمو تو آینه ببینم بس که چاق شدم.		
ـ درمانی که روی آدم صورت می‌گیره، می‌دونید که عوارض داره و خسته‌کننده است. ـ به‌خاطر مصرف دارو خیلی تحریک‌پذیر شدم. زود از کوره در می‌رم.	عوارض دارو	
ـ چند سال پیش که دکتر گفت ممکنه PCO باشی، داروهاش واقعاً اذیتم می‌کرد. اون آمپول‌ها رو که می‌زدم واقعاً شکمم درد می‌گرفت. درد توی قسمت دو تا از پهلوهام داشتم. ـ مخصوصاً روغنی‌هایش چون تو بازو می‌مونه تا پخش بشه. موقع تزریق دستم خیلی درد می‌گرفت. ـ همین پروژسترون که استفاده می‌کنم، سردردم رو زیاد می‌کنه و باید داروی میگرن مصرف کنم. ـ گُرگرفتگی داشتم ولی این دفعه خیلی سردرد و سرگیجه دارم.	درد ناشی‌از مصرف دارو	
ـ موهای سرم خیلی می‌ریخت. ـ موهام ریزش پیدا کرد. ـ می‌خواستم جایی برم به‌خاطر این موهای زائد نمی‌خواستم برم یا نمی‌رفتم یا قبلش آن‌قدر گریه‌زاری می‌کردم و بعدش می‌رفتم. ـ موهای زائد درآوردم.	تأثیرات منفی بر رشد موها	تأثیرات منفی بر رشد مو
ـ بدنم شروع کرد به لک‌زدن. ـ به‌خاطر داروها پوستم خیلی خراب شده. ـ به‌خاطر این داروها دارم از ریخت می‌فتم، دارم پیر می‌شم.	عوارض پوستی	عوارض پوستی
ـ دفعهٔ اول که اومدم IVF کردم فکر عوارض دارویی‌اش نبودم؛ ولی وقتی‌که ناموفق بود و برگشتم خیلی این چیزهایش به چشمم اومد که داروهاش این‌جوریه. ـ اون موقع‌ها یه‌آمپول می‌زدم چقدر فولیکول داشتم الآن با روزی چهار تا آمپول به‌سختی نتیجه می‌ده. فولیکول رشد می‌کنه ولی تخمک آزاد نمی‌کنه. ـ ولی چون زیاد دارو مصرف کردم اثر داروها کم شده.	اثربخش‌نبودن مصرف دارو	اثربخش‌نبودن دارو
ـ وقتی دارو مصرف می‌کردم، چاق می‌شدم، غذا می‌خوردم اصلاً سیر نمی‌شدم. ـ ولع دارم برا غذاخوردن. ـ دوبرابر قبل غذا می‌خورم و زود گرسنه می‌شم.	اشتهای کاذب	اشتهای کاذب
ـ بازوهام که کبود شده که دیگه حس می‌کنم مثل آبکش شده. ـ اون دفعه‌ای که آمپول زدن اون‌قدر بدنم پف کرده بود که اصلاً آمپول در بدنم فرو نمی‌رفت. ـ حساس شده بدنم.	آسیب‌پذیری	آسیب‌پذیرشدن بدن
ـ اینجا بهم می‌گن سنت بالا رفته و شانس موفقیتت کمه و من خیلی ناراحت می‌شوم و ناامید شدم. ـ الان خیلی به‌خاطر سنم نگرانم. ـ کاش پنج سال جوون‌تر بودم. ـ بدن جوون‌تر زودتر و بهتر جواب می‌گیره.	اثر منفی افزایش سن	اثر منفی افزایش سن

در این قسمت سعی شد جریان اصلی تحقیق که در جدول ۲ نشان داده شده است به‌طور خلاصه بررسی شود. در این مسیر تلاش شد تا براساس مفاهیم و مقوله‌های اصلی تحقیق، خط داستان حاکم بر پژوهش ارائه شود. مسائل زیر باعث می‌شود زوجین دارای مشکل ناباروری دربارهٔ شروع یا ادامهٔ درمان مردد باشند.

۱. یکی از مسائل، هزینه‌های هنگفت درمانی است. هزینه‌های مطب‌های خصوصی، هزینه‌های IVF و IUI، هزینه‌های آمپول و آزمایش‌ها از هزینه‌های ذکرشده توسط زنان نابارور است که توان آن‌ها را برای ادامهٔ درمان کاهش می‌دهد؛ مثل شکوفه که گفت: «مطب‌های خصوصی خیلی رفتم، خصوصاً پنج سال اول، تا حالا خیلی هزینه کردم، حدود ۵۰ ـ ۴۰ میلیون.»

۲. هزینه‌های رفت‌وآمد و ۳. کمبود امکانات محلی مسئله‌هایی دیگر است. برای آن دسته از زنانی که از مسافت‌های دور برای درمان مراجعه می‌کنند، فشار مسائل مالی بیشتر است. افرادی که به مراکز تخصصی درمان‌های ناباروری دسترسی ندارند و لازم است برای شروع یا ادامهٔ درمان به شهرهای دیگر مانند یزد سفر کنند، هزینه‌های رفت‌وآمد و کمبود امکانات محلی باعث به‌تأخیرانداختن درمان و در مواقعی رهاکردن درمان در آن‌ها می‌شود؛ مثل فائزه که گفت: «آدم تو شهرِ خودش راحت‌تره تا توی یه استان دیگه» یا نجمه که گفت: «هزینه‌های رفت‌وآمدمون خیلی بالاست. بدتر اینکه وقتی میایم برای درمان شوهرم مجبوره مغازه رو ببنده و درآمد نداریم.»

۴. یکی دیگر از نگرانی‌های این زنان دغدغه‌های مالی دربارهٔ چگونگی فراهم‌کردن هزینه‌های درمان و ناهمسانی دخل و خرج بوده است. ازآنجاکه زنان مصاحبه‌شده از طبقات متوسط رو به ضعیف جامعه بودند، هیچ‌یک از آن‌ها پشتوانهٔ قوی مالی نداشتند؛ بنابراین برای هر بار درمان نیاز بود پول لازم را فراهم کنند؛ درصورتی‌که هزینه‌های درمان فراهم شود برای درمان اقدام می‌کنند و اگر هزینهٔ درمان فراهم نشود ناچار به رهاکردن درمان هستند؛ مثل بهاره که گفت: «نگرانی مالی دارم چون شوهرم ماهی ۱,۳۰۰,۰۰۰ حقوق می‌گیره و ۹۰۰هزار تومنش رو می‌ده برای قسط و قبض و کرایهٔ خونه، بقیش هم خرج خونه می‌شه.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.78.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.76]

دیگه چیزی تهش نمی‌مونه که بخوایم مخارج درمان رو بدیم.»

۵. استراتژی‌های جذب منابع مالی یکی از اقدامات رایج بین زنان مصاحبه‌شده بوده است. آن‌ها اذعان داشتند که مجبورند برای تأمین هزینه‌های درمانی خود از دیگران (فامیل، دوست، آشنا) قرض بگیرند یا در انتظار وام‌های بانکی بمانند یا اینکه مجبور به فروش متعلقات خود می‌شوند. برخی از این زنان اذعان داشتند بدون کمک‌هزینه‌های بلاعوض قادر به اقدام برای درمان و ادامهٔ آن نبوده‌اند؛ ازجملهٔ این کمک‌هزینه‌ها خیریه‌های مردمی و سازمان بسیجیان یا پشتیبانی خیری بوده است و این کمک‌هزینه‌ها باعث دلگرمی آن‌ها برای شروع و ادامهٔ درمان شده است؛ مثل مژده که گفت: «دیگه هیچی نداریم. یه‌زمین به شوهرم ارث رسیده بود که اونم فروختیم، دیگه هیچی نداریم» یا زینب که گفت: «دفعهٔ قبل مردم برامون پول جمع کردند و الان بسیج کمک‌هزینهٔ سه‌میلیونی داده که خیلی امیدوارمون کرده.»

۶. بسیاری از این زنان از رهاکردن درمان خود خبر دادند که یا در گذشته به‌علت فقر مالی نتوانسته‌اند پس از شکست دوباره اقدام کنند یا اینکه اگر کشت آن‌ها با شکست مواجه شده از ادامهٔ درمان خود در آینده ناتوان هستند؛ مثل نعیمه که گفت: «دیگه چون هزینه‌ها خیلی بالا بود هیچ اقدامی نکردیم چون پول نداشتیم.»

از دیگر موضوعاتی که باعث ناراحتی و رنج زنان نابارور می‌شود بُعد جسمانی درمان‌های ناباروری است.

۷. مصاحبه‌شوندگان اذعان داشتند درمان‌های نازایی عوارض متعددی دارد که آن‌ها ناچار به تحملشان هستند. عوارضی مثل نامنظم‌شدن هورمون‌ها و آب‌آوردن شکم و تحلیل بدنی ازجمله پیامدهای آزاردهندهٔ درمان‌های نازایی است؛ مثل عارفه که گفت: «توی این مدت چون خیلی دارو مصرف کردم واقعاً بدنم ضعیف شده.»

۸. از دیگر عوارض آزاردهندهٔ درمان‌های نازایی تأثیرات منفی بر رشد موها است. رشد موهای زائد در صورت و چانه و ریزش موی سر و ابرو از عوارض ناراحت‌کنندهٔ گزارش‌شده است؛ مثل اکرم که گفت: «به‌خاطر موهای زائد نمی‌خواستم جایی برم تا اینکه دو سال درمان رو رها کردم و رفتم موهامو لیزر کردم.»

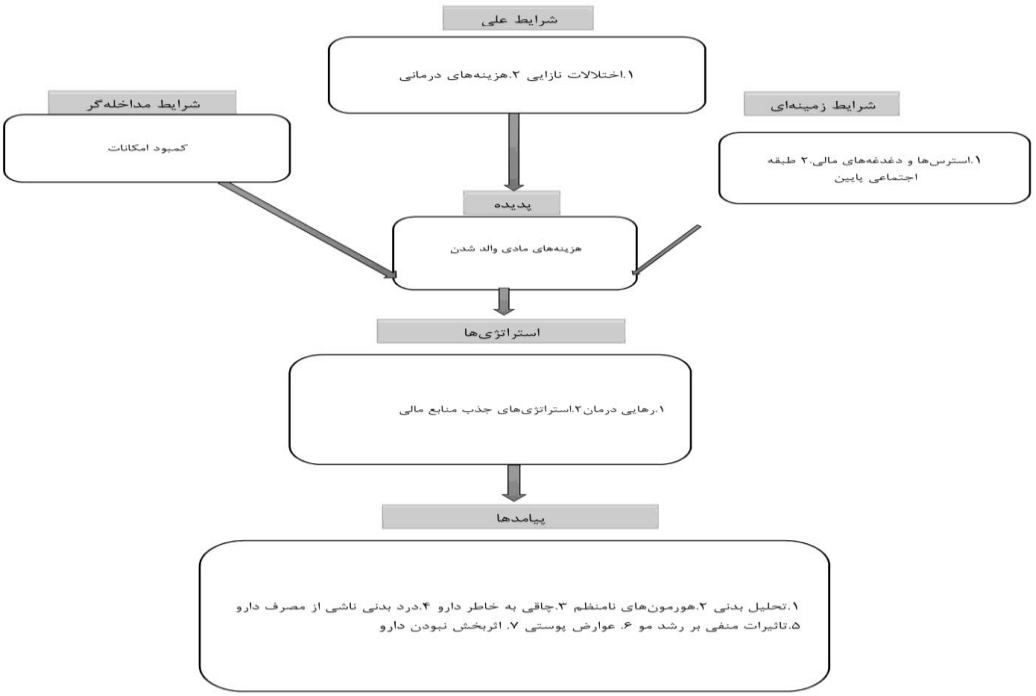
۹. در برخی از افراد عوارض چهره‌زدای پوستی شایع است؛ مثل لک‌زدن بدن یا پیری زودرس؛ مثل زهره که گفت: «رو بدنم یه‌عالمه لک قهوه‌ای به‌وجود اومد.»

۱۰. در برخی مواقع داروهای تجویزی برای درمان نازایی اثربخش نیست و باعث می‌شود این زنان تحت درمان‌های متعددی قرار بگیرند؛ هرکدام از این درمان‌ها عوارض خاص خودشان را دارند؛ مثل حمیده که گفت: «دفعهٔ اول که اومدم IVF، فکر عوارض دارویی نبودم؛ ولی وقتی ناموفق بود و برگشتم خیلی چیزا به چشمم اومد.»

۱۱. اشتهای کاذب از عارضه‌های شایع درمان‌های ناباروری است که طی آن زنان تحت درمان، میل زیادی به خوردن پیدا می‌کنند؛ مثل سمانه که گفت: «وقتی دارو مصرف می‌کنم، چاق می‌شم. آخه هر چی غذا می‌خورم سیر نمی‌شم.»

۱۲. افرادی که در دوره‌های مصرف آمپول بودند، اذعان داشتند که در این دوران به‌دلیل تزریقات متعدد بدنشان آسیب‌پذیر شده است و ناچار به تحمل درد مضاعف در وجود خود هستند؛ مثل الهه که گفت: «دفعهٔ اولی که باید آمپول می‌زدم اون‌قدر بدنم پف کرده بود که دیگه آمپول در بدنم فرو نمی‌رفت.»

۱۳. با افزایش سن شانس این زنان برای باروری کم می‌شود و همین باعث فشارهای روانی مضاعف بر آن‌ها می‌شود؛ مثل اکرم که گفت: «اینجا بهم می‌گن شانس موفقیت کم هست چون سنت بالا رفته. خب خیلی ناراحت و ناامید می‌شم.»



نمودار ۱. مدل پارادایمی پژوهش

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.78.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.76]

نمودار ۱ (مدل پارادایمی تحقیق) نشان‌دهندهٔ فرایندها و فعالیت‌هایی است که در بستر مطالعه رخ داده است. مدل پارادایمی شامل قسمت‌های مختلفی مانند شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، استراتژی‌ها و پیامدها بوده است. همچنین پدیدهٔ مرکزی در میانهٔ مدل قرار گرفته و فعالیت‌ها و جریان فرایندها حول آن شکل گرفته است. پویایی‌های این پژوهش نشان داد که پدیدهٔ مرکزی در پژوهش حاضر «هزینه‌های مادی والدشدن» است؛ یعنی زنان در این فرایند با دو مشکل هزینه‌های مالی و عوارض جسمانی درمان‌های ناباروری روبه‌رو بودند که راهکارهای مختلفی برای رویارویی با این پدیده به‌کار گرفتند.

شرایط علّی که علت اصلی بروز این پدیده بوده است، عبارت بود از: ۱. اختلالات نازایی؛ ۲. هزینه‌های درمانی. بدکارکردی‌های جسمانی که باعث به‌وجودآمدن موانعی در بارداری و بچه‌دارشدن در این زنان شده است، هزینه‌های هنگفت درمانی را به‌دنبال داشته است که امکان دارد خیلی از زوجین توان پرداخت این هزینه‌ها را نداشته باشند.

شرایط زمینه‌ای این پدیده عبارت بود از: ۱. استرس‌ها و دغدغه‌های مالی؛ ۲. طبقهٔ اجتماعی پایین. زوجین نابارور خصوصاً زنان از فشارهای مالی ناشی‌از نازایی رنج می‌برند. ازآنجاکه زنان مصاحبه‌شونده از طبقات متوسط رو به ضعیف بودند، توان اقتصادی خوبی برای پرداخت هزینه‌های درمانی نداشتند؛ بنابراین، علاوه‌بر فشارهای روانی و جسمانی ناباروری مجبور بودند به فکر تأمین هزینه‌های درمانی باشند و نگرانی دربارهٔ تأمین هزینه‌های زیاد عامل فشارزایی برای زن و شوهر بود.

شرایط مداخله‌گر در این پژوهش کمبود امکانات بوده است. زوجینی که برای درمان مجبور به مراجعه از مسافت‌های دور بودند، موقعیت سختی را تجربه کردند. بُعد مسافت و هزینهٔ اسکان و نابلدبودن شهر مقصد، باعث رنج بیشتر آن‌ها و خصوصاً زن نازا شد؛ زیرا او خود را باعث به‌وجودآمدن این سختی‌ها دانسته و حس درونی بدی به خود پیدا می‌کند.

استراتژی‌های به‌کاررفته توسط زنان نابارور برای مقابله با هزینه‌های مادی والدشدن عبارت بود از: ۱. رهایی درمان؛ ۲. استراتژی‌های جذب منابع مالی. درصورتی‌که آن‌ها موفق به تأمین هزینه‌های درمانی خود نشدند یا اگر عوارض دارویی درمان ناباروری درد و رنج زیادی را در آنان به‌وجود آورد، درمان را رها کردند. عده‌ای دیگر باوجود سختی‌های جسمانی هدف بچه‌دارشدن خود را دنبال کردند و درصورتی‌که سرمایهٔ اقتصادی کافی برای ادامهٔ درمان نداشتند، به روش‌های مختلف مثل استقراض، وام‌گرفتن یا کمک‌های بلاعوض مردمی و مؤسسات مختلف برای درمان مراجعه کردند.

ازجمله پیامدهای این پدیده عبارت بود از: ۱. تحلیل بدنی؛ ۲. هورمون‌های نامنظم؛ ۳. چاقی به‌دلیل دارو؛ ۴. درد بدنی ناشی‌از مصرف دارو؛ ۵. تأثیرات منفی بر رشد مو؛ ۶. عوارض پوستی؛ ۷. اثربخش‌نبودن دارو. زنان نابارور ناچار بودند برای مقابله با پدیدهٔ حاضر به شیوه‌های مختلف به مقابله بپردازند که این روش‌ها پیامدهایی در بر داشت؛ تحلیل زودهنگام جسمانی به‌دلیل مصرف دارو، چاقی، تورم و درد هنگام تزریق دارو و نیز عوارض پوستی ازجمله پیامدهای ناخوشایندی بودند که این زنان با آن‌ها مواجه شدند و این پیامدها باعث ناکامی و سرخوردگی زنان نابارور و خستگی درمانی در آنان شد.

۴ بحث

باتوجه به داده‌های ارائه‌شده می‌توان فهمید زنان نابارور غالباً تحت فشارهای جسمانی و هزینه‌های هنگفت ناباروری هستند. این پژوهش از نوع مطالعات گراندد تئوری است و مطالعات گراندد تئوری خود به نظریه می‌رسند.مدل پارادایمی پژوهش حاضر درواقع تئوری استخراج‌شده از میدان پژوهش بوده است. البته این تئوری و این مدل نظری تفاوت ماهوی با نظریه‌های موجود در دنیای علمی دارد. این تئوری‌ها همان‌طورکه در این پژوهش مشخص بوده است، داده‌بنیاد و کوچک‌مقیاس است و براساس توصیف مبدعان این روش یعنی کوربین و استراوس (۱۳)، سابستنتیو[1] است؛ یعنی نظریهٔ تجربی است و از دل داده‌ها برون آمده است؛ همان‌طورکه در جدول و پارادایم مشاهده می‌شود، یافته‌های پژوهش حاضر دشواری‌های جسمانی و مالی زنان نابارور را نشان می‌دهد که باعث فشار مضاعف و احساس فقدان در این زنان شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشگران مختلفی همسوست؛ ازجمله گریل و همکاران که نشان دادند نوع تشخیص، مدت انتظار فرزند، تعداد دفعات اقدام به درمان، عوامل جغرافیایی و اقتصادی و دسترسی به خدمات درمانی می‌تواند از عوامل مؤثر در اقدام به درمان و انطباق با مسئلهٔ نازایی باشد (۱۴). همچنین یافته‌های پژوهش فارلند و همکاران در بررسی تأثیر درمان‌های ناباروری بر فشارخون مشخص کرد زنان نابارور به‌علت درمان‌های نازایی بیشتر درمعرض خطر ابتلا به فشارخون هستند (۱۵). به‌طور مشابه یافته‌های تحقیق نیوونهوس و همکاران در نیجریه نشان داد ازآنجاکه زنان نابارور نیجریایی به‌واسطهٔ بچه‌نداشتن افرادی بی‌ارزش به‌حساب می‌آیند، آن‌ها بین ۵۵درصد تا ۱۰۰درصد درآمد خود را صرف درمان‌های متعدد نازایی می‌کنند و ازآنجاکه زنان نابارور نیجریایی هیچ‌گونه مایملکی از همسرشان به ارث نمی‌برند تحت فشارهای مالی شدید هستند؛ به‌طوری‌که عده‌ای از آن‌ها گزارش داده‌اند در تأمین معیشت روزمره نیز مشکل دارند (۱۶). همچنین پژوهش ویج و کلند که به بررسی وضعیت زنان نابارور هندی پرداخت، مشخص کرد داشتن فرزند درآمد خانوادهٔ زن را افزایش می‌دهد؛ زیرا فرزندان به‌عنوان نیروی کار و تأمین‌کنندهٔ امنیت والدین در دوران سالمندی شناخته می‌شوند (۱۷). علاوه‌براین یافته‌های پژوهش وو و همکاران نشان داد، زوجینی که از وضعیت اقتصادی بهتری برخوردارند بیشتر به فرزنددارشدن فکر می‌کنند (۱۸). لیو در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که وضعیت اقتصادی ازجمله درآمد، حمایت اجتماعی، وضعیت بیمه و مشکلات اقتصادی، به‌طور مثبتی با میل به ادامهٔ درمان‌های ناباروری رابطه دارد؛ به‌طوری‌که زنانی با وضعیت اقتصادی بهتر با انگیزه‌های بیشتری به درمان خود ادامه می‌دهند؛ همچنین زنانی که به‌طور طبیعی از قابلیت باروری برخوردارند دربارهٔ

[1]. Substantive

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.78.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.76]

تاریخ تولد و تعداد فرزند و توان‌مندسازی جسمانی و روانی خود برای داشتن فرزندان بیشتر با به‌کارگیری برنامه‌ریزی و آینده‌نگری دقیق پیش می‌روند؛ بنابراین مادرشدن نیازمند دسترسی متوسطی به منابع مالی و حمایتی است. دربارهٔ زنان نابارور طبقات اجتماعی متوسط رو به ضعیف هر جامعه نیز، این وضعیت مصداق دارد. افرادی که تمکن مالی درمان‌های ناباروری را ندارند به‌ناچار به‌دلیل هزینه‌های هنگفت از پرداختن به درمان‌های ناباروری دست می‌کشند (۱۹). پس طبیعی است زمانی‌که زوجین، خصوصاً زن نابارور توان مالی پرداخت درمان‌های ناباروری را ندارد احساس سرخوردگی و ناامیدی و ناکامی بر او غلبه می‌کند و زمینه‌ای را برای ابتلا به سایر اختلالات در او به‌وجود می‌آورد. به‌علاوه نوع تشخیص، مدت انتظار فرزند، تعداد دفعات اقدام به درمان، عوامل جغرافیایی و اقتصادی و دسترسی به خدمات درمانی می‌تواند ازجمله عوامل مؤثر در اقدام به درمان و انطباق با مسئلهٔ نازایی باشد.

درمان‌های رایج ناباروری مثل لقاح آزمایشگاهی و تزریق هورمون و تلقیح مصنوعی علاوه‌بر اینکه زمان‌بر و هزینه‌بر هستند، دردسترس نیز نیستند. چگونگی مدیریت ناباروری در کشورهای جهان سوم به‌خوبی بررسی نشده است؛ اما در مطالعات متعدد به ضرورت وجود درمان‌های مقرون به صرفه اشاره شده است (۲۰).

سرمایه‌گذاری‌های تخصصی و مالی برای ایجاد درمان‌های مقرون به صرفهٔ ناباروری ضرورت دارد و لازم است پیشگیری از ناباروری ازطریق آموزش به‌صورت جدی‌تری مدنظر قرار گیرد تا مانع تحمیل هزینه‌های جسمانی و مالی درمان بر افراد شود. باوجود اینکه پیامدهای ناباروری بسیار وابسته به فرهنگ است و باعث ایجاد و تقویت رفتارهای ناتوان‌کننده در افراد می‌شود، با اجرای اصلاحات و فراهم‌کردن برنامه‌های آموزشی مدون جهت اصلاح عقیدهٔ عمومی در زمینهٔ ناباروری می‌توان عواقب اجتماعی و روانی و اقتصادی نازایی را کاهش داد. از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به بومی‌بودن آن اشاره کرد؛ چراکه تمامی سؤالات براساس فرهنگ مسلط بر اجتماع طراحی شد و به‌صورت عمیق تجربهٔ آن‌ها را بررسی کرد و پژوهشگر توانست این فرایندها را به‌صورت نظام‌مند ارزیابی کند. همچنین می‌توان از این یافته‌ها جهت توان‌مندسازی زنان نابارور استفاده کرد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان دریافت که در بسیاری از زنان نابارور مسائل مالی مانند نگرانی دربارهٔ فراهم‌آوردن هزینه‌های درمانی، بعد مسافت و هزینه‌های مربوط به رفت‌وآمد برای زوجین غیربومی، ناهمسانی دخل و خرج که گاهی منجربه رهاکردن درمان توسط آن‌ها می‌شوند و همچنین عوارض جسمانی داروهای ناباروری مانند چاقی، نامنظم‌شدن هورمون‌ها، عوارض پوستی و تأثیر منفی بر رشد مو ازجمله پیامدهای ناباروری هستند که اغلب زنان نابارور ناچار به کنارآمدن با آن‌ها می‌شوند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری در رشتهٔ مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی یزد است. شرکت‌کنندگان به‌منظور شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه داشتند و داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند؛ همچنین پژوهشگر اصل رازداری و امانت‌داری را رعایت کرد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون هرگونه حمایت سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در این مطالعه داشتند.

References

1. te Velde ER, Pearson PL. The variability of female reproductive ageing. Hum Reprod Update. 2002;8(2):141–54. doi: 10.1093/humupd/8.2.141
2. Wiersema NJ, Drukker AJ, Mai BTD, Giang HN, Nguyen TN, Lambalk CB. Consequences of infertility in developing countries: Results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam. J Transl Med. 2006;4:54. doi: 10.1186/1479-5876-4-54
3. Kwete D, Binanga A, Mukaba T, Nemuandjare T, Mbadu MF, Kyungu M-T, et al. Family Planning in the Democratic Republic of the Congo: Encouraging Momentum, Formidable Challenges. Glob Health Sci Pract. 2018;6(1):40–54. doi: 10.9745/GHSP-D-17-00346
4. Hardon A. Contesting contraceptive innovation--reinventing the script. Soc Sci Med. 2006;62(3):614–27. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.06.035
5. Chochovski J, Moss SA, Charman DP. Recovery after unsuccessful in vitro fertilization: the complex role of resilience and marital relationships. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2013;34(3):122–8. doi: 10.3109/0167482X.2013.829034
6. Greil AL, McQuillan J, Shreffler KM, Johnson KM, Slauson-Blevins KS. Race-ethnicity and medical services for infertility: stratified reproduction in a population-based sample of U.S. women. J Health Soc Behav. 2011;52(4):493–509. doi: 10.1177/0022146511418236
7. McQuillan J, Greil AL, Scheffler KM, Tichenor V. The Importance of Motherhood among Women in the Contemporary United States. Gend Soc. 2008;22(4):477–96. doi: 10.1177/0891243208319359
8. Guzzo KB, Hayford SR. Race-Ethnic Differences in Sexual Health Knowledge. Race Soc Probl. 2012;4(3–4):158–70. doi: 10.1007/s12552-012-9076-4

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.78.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.76]

9. Silva E, Simões S, Espírito-Santo H, Marques M, Lemos L. Mindfulness, self-compassion and spiritual well-being in chronic depression. European Psychiatry. 2016;33:S415. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1501
10. ESHRE Capri Workshop Group. Economic aspects of infertility care: a challenge for researchers and clinicians. Hum Reprod. 2015;30(10):2243–8. doi: 10.1093/humrep/dev163
11. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research. New Brunswick: Aldine; 1967.
12. Flick U. An Introduction to Qualitative Research. Jalili H. (Persian translator). Tehran: Ney Publication; 2015.
13. Corbin JM, Strauss AL. Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 3rd ed. Los Angeles, Calif: Sage Publications, Inc; 2008.
14. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. Sociol Health Illn. 2010;32(1):140–62. doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
15. Farland LV, Grodstein F, Srouji SS, Forman JP, Rich-Edwards J, Chavarro JE, et al. Infertility, fertility treatment, and risk of hypertension. Fertil Steril. 2015;104(2):391–7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.04.043
16. Nieuwenhuis SL, Odukogbe A-TA, Theobald S, Liu X. The impact of infertility on infertile men and women in Ibadan, Oyo State, Nigeria: a qualitative study. Afr J Reprod Health. 2009;13(3):85–98.
17. Widge A, Cleland J. The public sector's role in infertility management in India. Health Policy and Planning. 2009;24(2):108–15. doi: 10.1093/heapol/czn053
18. Wu AK, Elliott P, Katz PP, Smith JF. Time costs of fertility care: the hidden hardship of building a family. Fertil Steril. 2013;99(7):2025–30. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.01.145
19. Liu C. Restricting access to infertility services:what is a justified limitation on reproductive freedom? Minn J L Sci & Tech. 2009;10(1):291–324.
20. Dyer SJ, Patel M. The economic impact of infertility on women in developing countries - a systematic review. Facts Views Vis Obgyn. 2012;4(2):102–9.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.78.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.76]