

مقاله با نارسایی اولیه تخمدان در زنان ایرانی: یک مطالعه کیفی

سمیرا گلغدار^۱، فهیمه رضوانی تهرانی^۲، عباس عبادی^۳، زهره کشاورز^۴، فرید زابری^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: نارسایی اولیه تخمدان، به عنوان یائسگی قبل از ۴۰ سالگی تعریف می‌شود. زنان مبتلا، علاوه بر عوارض جسمانی، با مشکلات روانی-اجتماعی بسیاری مواجه هستند که می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش دهد. هدف از انجام این مطالعه، بررسی چگونگی مقابله‌ی زنان ایرانی با نارسایی اولیه تخمدان بود.

روش‌ها: این مطالعه کیفی با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختار یافته بر روی ۱۶ نفر از زنان دارای نارسایی اولیه تخمدان انجام شد که به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب گردیدند. مصاحبه با شرکت کنندگان، با روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: چگونگی مقابله‌ی زنان با نارسایی اولیه تخمدان در چهار طبقه‌ی اصلی تاب‌آوری (تطابق با زندگی، معنویت، رشد پس از سانحه و کسب اطلاعات)؛ نگرش نسبت به بیماری (باورهای غلط و مثبت‌اندیشی)؛ تلاش برای مدیریت سلامتی (اصلاح شیوه‌ی زندگی، کاستن خطر، راه‌کارهای پیش‌گیرانه و مادری غیر ژنتیکی) و جستجوی حمایت (همسر، خانواده، دوستان، تیم درمانی و دولت) دسته‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: نیاز مبرمی به ارتباط مؤثر و حمایتی، آرایه‌ی اطلاعات دقیق و خدمات مشاوره‌ای به این دسته از زنان از سوی درمانگران احساس می‌شود. همچنین، ایجاد پایگاه‌های اینترنتی جهت آرایه‌ی اطلاعات صحیح و تشکیل گروه‌های حمایتی مجازی به تطابق این افراد کمک می‌کند. در کنار این عوامل، دولت می‌تواند با پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت باروری، راه سازگاری را بر آنان هموار سازد.

واژگان کلیدی: مقابله، نارسایی اولیه تخمدان، مطالعه کیفی

ارجاع: گلغدار سمیرا، رضوانی تهرانی فهیمه، عبادی عباس، کشاورز زهره، زابری فرید. مقابله با نارسایی اولیه تخمدان در زنان ایرانی: یک مطالعه کیفی.

مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۲۹): ۶۱۶-۶۰۸

مقدمه

جمعیت زنان به این اختلال مبتلا می‌شوند (۴). در یک متآنالیز، با بررسی ۳۱ مطالعه‌ی هم‌گروهی و مقطعی، شیوع ۳/۷ درصدی در زنان یائسه‌ی طبیعی گزارش شد (۵). دلاور و حاجی احمدی، شیوع یائسگی زودرس را در شهر بابل ۵/۹ درصد در زنان یائسه‌ی طبیعی گزارش کردند (۶). همچنین، در یک بررسی ملی مبتنی بر جمعیت در زنان یائسه‌ی ایرانی، شیوع POI، ۳/۲ درصد گزارش شد (۷). POI ممکن است به طور خودبه‌خودی یا در اثر مداخلات پزشکی نظیر شیمی‌درمانی، پرتودرمانی یا خارج‌سازی دو طرفه‌ی تخمدان‌ها ایجاد شود (۸). تظاهرات بالینی کلاسیک POI با علائم

یائسگی، با قطع دائمی قاعدگی مشخص می‌شود و به طور متوسط، در سن ۵۰/۷ سالگی رخ می‌دهد (۱). نارسایی اولیه تخمدان (Primary ovarian insufficiency یا POI) به عنوان وقوع یائسگی قبل از ۴۰ سالگی تعریف می‌شود. این اختلال، بر اساس آمنوره و کمبود استروژن (۵۰ پیکوگرم/میلی‌لیتر <) همراه با افزایش سطح Follicle-stimulating hormone (FSH) سرم در حد یائسگی (< ۴۰ میلی‌واحد بین‌المللی/میلی‌لیتر) تشخیص داده می‌شود (۲-۳). مطالعه‌ی زنان در میان ملت‌ها نشان داد که ۱/۱ درصد از کل

۱- دانشجوی دکتری تخصصی سلامت باروری، کمیته‌ی پژوهشی دانشجویان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- استاد، مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده‌ی سبک زندگی، دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران، ایران

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵- دانشیار، مرکز تحقیقات پروتئومیکس و گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: keshavarzozhreh@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤؤل: زهره کشاورز

مجوز لازم برای حضور در پژوهشکده‌ی غدد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی کسب شد.

نمونه‌گیری و اجرا: جامعه‌ی پژوهش این مطالعه، شامل زنان با POI بود که جهت دریافت مراقبت‌های مربوط، به درمانگاه زنان پژوهشکده‌ی غدد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران مراجعه کردند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با بیشترین تنوع از نظر سن، تحصیلات، تأهل و پاریته انجام شد و تا زمان اشیاع داده‌ها ادامه یافت. اشیاع داده‌ها، به صورت تکرار اطلاعات به دست آمده و تأیید داده‌های جمع‌آوری شده‌ی قبلی تعریف شد (۱۹).

معیارهای ورود به مطالعه، شامل زنان مبتلا به POI خودبه‌خودی بر اساس معیارهای تشخیصی، ملیت ایرانی و فارسی زبان، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده و بیماری‌های روانی شناخته شده و تمایل به شرکت در مصاحبه بود. معیار تشخیص POI بر پایه‌ی حداقل ۴ ماه آموره قبل از ۴۰ سالگی همراه با افزایش سطوح FSH سرم بیشتر از ۴۰ میلی‌واحد بین‌المللی/میلی‌لیتر در دو نمونه‌گیری مجزا بود (۳) که توسط پزشک متخصص زنان تأیید گردید.

پژوهشگر اصلی با زنان مبتلا تماس می‌گرفت و در صورت تمایل آنان به شرکت در مطالعه، زمان و مکان انجام مصاحبه به صورت تلفنی با هماهنگی آنان تعیین می‌شد. محیط پژوهش، متناسب با پژوهش‌های کیفی طبیعی و بر حسب تمایل شرکت‌کنندگان در اتاق خصوصی درمانگاه و یا در منزل ایشان بود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختار یافته استفاده شد. پس از کسب اطلاعات دموگرافیک، سؤالات کلی که به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شده بود و پاسخ‌های باز و تفسیری داشت، نظیر «از زمان شروع بیماری با چه مشکلاتی مواجه بودید؟»، «از چه راه‌کارهایی برای کنار آمدن با بیماری استفاده نموده‌اید؟» و «چه عواملی به شما در تحمل بیماری کمک می‌کند؟» پرسیده می‌شد. همچنین، از سؤالات عمق‌دهنده نظیر «ممکن است بیشتر توضیح بدهید؟» و «منظورتان چیست؟» استفاده شد. با پیشبرد مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل هم‌زمان و شکل‌گیری طبقات، مسیر مصاحبه‌های بعدی تعیین گردید. قبل از شروع رسمی مصاحبه، رضایت برای انجام و ضبط مصاحبه کسب و توضیحات لازم در مورد محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده به آنان داده شد. مدت مصاحبه‌ها، ۱۰۵-۴۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها از مرداد ماه ۱۳۹۶ آغاز شد و در دی ماه ۱۳۹۶ اتمام یافت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این تحقیق، به منظور تحلیل مصاحبه‌ها از روش تحلیل محتوا با رویکرد قراردادی استفاده شد. در این نوع تحلیل محتوا، کدگذاری گویه‌ها به طور مستقیم و بر اساس قیاسی از داده‌های خام مشتق می‌شود (۲۰).

کمبرود استروژن، بی‌نظمی قاعدگی و ناباروری مشخص می‌گردد (۹). همچنین، زنان مبتلا، در معرض خطر شماری از عوارض مزمن نظیر پوکی استخوان، بیماری‌های قلبی-عروقی و کاهش امید به زندگی قرار دارند (۹-۱۰). POI، علاوه بر عوارض جسمانی، مشکلات روانی-اجتماعی بسیاری را برای زنان به همراه دارد (۵)؛ به طوری که تشخیص آن، اثرات منفی قابل توجهی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان مبتلا می‌گذارد (۱۱).

در این زنان، میزان بالای افسردگی و کاهش عزت نفس به همراه اثرات منفی بر امور جنسی گزارش شده است (۱۲). در مطالعات کیفی، این زنان احساساتی نظیر شوک، سردرگمی، غم و اندوه، فقدان، اضطراب و تنش، پوچی، نقص زنانگی و پیری را گزارش داده‌اند (۱۳-۱۵). راهبردهای سازگاری، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی-رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌گردد. چنانچه تطابق خوب صورت پذیرد، کیفیت زندگی فرد افزایش می‌یابد و در غیر این صورت، مشکلاتی نظیر عدم توانایی در حل تعارضات و از هم گسیختگی خانواده ایجاد خواهد شد (۱۶).

در مطالعه‌ی Groff و همکاران، نداشتن اطلاعات کافی و مناسب درباره‌ی POI، سبب ایجاد احساس عدم کنترل و بدین ترتیب، سبب کاهش توانایی و عملکرد صحیح زنان شده بود (۱۳). نتایج مطالعه‌ی Boughton، نشان داد که برای این زنان حمایت عاطفی و مشاوره بسیار اهمیت دارد (۱۷). در مطالعه‌ی Pasquali، زنان از طریق سرگرم ساختن خود و یا استفاده از روان‌درمانی، داروهای ضد اضطراب و افسردگی و طب سوزنی با تغییرات روان‌شناختی ناشی از POI مقابله می‌کردند (۱۸).

با توجه به ماهیت مزمن POI و اثرات جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی این بیماری بر زندگی افراد و تأثیر راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی، ارزیابی چگونگی مقابله‌ی این افراد به منظور مداخلات مناسب، حایز اهمیت است. علاوه بر آن، در ایران مطالعه‌ی کیفی در این زمینه انجام نشده بود. از این رو، با هدف بررسی عمیق و دقیق نحوه‌ی مقابله‌ی زنان دچار POI انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش، بخش کیفی از یک مطالعه‌ی متوالی کیفی-کمی اکتشافی است که تجربیات زندگی زنان مبتلا به POI را در ارتباط با مقابله با این بیماری مورد بررسی قرار داد.

پس از تصویب پژوهش در کمیته‌ی اخلاق دانشکده‌ی داروسازی و پرستاری-مامایی با کد IR.SBMU.PHNM.1395.529، دریافت معرفی‌نامه‌ی کتبی از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،

۴۷-۲۸ سال و مدت ابتلای ۱۵-۲ سال مورد مصاحبه قرار گرفتند. ویژگی‌های دموگرافیک افراد شرکت کننده در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان

ویژگی‌های دموگرافیک		میانگین (محدوده)
سن (سال)		۳۶/۶۸ (۲۸-۴۷)
سن منارک (سال)		۱۲/۶۸ (۹-۱۷)
مدت ابتلا (سال)		۶ (۲-۱۵)
تعداد (درصد)		
تحصیلات	ابتدایی	۱ (۶/۲۵)
	دیپلم	۴ (۲۵/۰۰)
	فوق دیپلم	۱ (۶/۲۵)
	کارشناسی	۶ (۳۷/۵۰)
	کارشناسی ارشد	۴ (۲۵/۰۰)
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۷ (۴۳/۷۵)
	کارمند	۷ (۴۳/۷۵)
	دانشجو	۲ (۱۲/۵۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۴ (۲۵/۰۰)
	متاهل	۱۰ (۶۲/۵۰)
داشتن فرزند	مطلقه	۲ (۱۲/۵۰)
	بله	۶ (۳۷/۵۰)
	خیر	۱۰ (۶۲/۵۰)
نوع حاملگی	طبیعی	۵ (۷۱/۴۰)
	به وسیله‌ی تخمک‌اهدایی	۲ (۲۸/۶۰)
سابقه‌ی POI در	بله	۷ (۴۳/۷۵)
خانواده	خیر	۹ (۵۶/۲۵)

POI: Primary ovarian insufficiency

پس از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها پیرامون نحوه‌ی مقابله‌ی زنان با POI، چهار طبقه‌ی اصلی تاب‌آوری، نگرش نسبت به بیماری، تلاش برای مدیریت سلامتی و جستجوی حمایت استخراج گردید که در ادامه شرح داده می‌شود (جدول ۲).

طبقه‌ی اول: پس از تحلیل داده‌های کیفی، مشخص شد که یکی از راهبردهای مقابله‌ای زنان دچار POI، تاب‌آوری است. تطابق با زندگی، رشد پس از سانحه، معنویت و کسب اطلاعات، از جمله منابع تاب‌آوری زنان بودند.

در زمینه‌ی تطابق با زندگی، زنان مبتلا اذعان می‌کردند که با گذشت زمان، با بیماری خود تطابق یافته‌اند. برخی از آنان، بیماری را به عنوان بخشی از زندگی پذیرفته بودند و یا با بی‌خیالی و مشغول نمودن خود، فکر بیماری را از ذهنشان دور می‌کردند.

«نگاهم به بیماریم الان جوریه که خودمو جزو بیمارها قرار نمی‌دم. به قسمت و گوشه‌ای از زندگیمه» (۳۷ ساله، ۳ سال مبتلا، متأهل).

بلافاصله پس از انجام هر مصاحبه، اطلاعات ضبط شده کلمه به کلمه بر روی کاغذ به صورت دست‌نویس نوشته شد. سپس، مصاحبه‌های پیاده شده، با استفاده از نرم‌افزار Word تایپ شد. با توجه به این که در تحقیق کیفی نیاز است که محقق در اطلاعات غوطه‌ور گردد (۲۰)، مصاحبه‌ها چندین بار شنیده و متون تایپ شده بارها مرور گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها، هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها در راستای هدف تحقیق در شش مرحله‌ی آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جستجو برای یافتن درون‌مایه‌ها با مرور کدهای استخراج شده، بازنگری مجدد درون‌مایه‌ها جهت اطمینان از صحت آن‌ها، تعریف و نام‌گذاری درون‌مایه‌ها و آماده ساختن گزارش نهایی انجام شد (۱۹). برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها، از معیارهای چهارگانه‌ی Guba و Lincoln استفاده شد (۲۱).

جهت افزایش قابلیت اعتبار (Credibility) داده‌های تحقیق، از روش‌هایی نظیر درگیری طولانی مدت پژوهشگر با موضوع به مدت یک سال، چک کردن دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان پژوهش جهت اطمینان از همسانی با تجارب آنان، چک کردن کدها و طبقات استخراج شده توسط اعضای تیم تحقیق به منظور بررسی صحت فرایند کدگذاری و دستیابی به کدهای مشترک و استفاده از تلفیق روش گردآوری داده‌ها (مصاحبه‌ی عمیق فردی، مشاهده و نوشتار) استفاده گردید.

همچنین، افزایش قابلیت انتقال پذیری (Transferability) و تناسب (Fittingness)، توصیف دقیق کلیه‌ی فرایند پژوهش به منظور فراهم آوردن امکان مسیر پژوهش و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه برای دیگران، استفاده از روش نمونه‌گیری با بیشترین تنوع و با انتخاب نمونه‌هایی که بیشترین آگاهی و بهترین احاطه را داشتند، مورد توجه قرار گرفت.

قابلیت اطمینان و ثبات (Dependability)، با مستند کردن مصاحبه‌ها شامل فایل صوتی و متن دست‌نویس، کدگذاری مجدد متن چند مصاحبه به فاصله‌ی چند روز توسط پژوهشگر و مقایسه‌ی نتایج با اولین کدگذاری جهت دستیابی به کدهای مشترک، تأیید گردید.

همچنین، به منظور ارزیابی قابلیت تصدیق (Conformability)، از بازنگری ناظران استفاده شد؛ بدین ترتیب که مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده، توسط چند تن از استادان خبره در زمینه‌ی پژوهش‌های کیفی جهت دستیابی به نتایج مشترک مورد بررسی قرار گرفت. در تمام موارد، بیش از ۹۵ درصد توافق حاصل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۶ نفر از زنان مبتلا به POI با محدوده‌ی سنی

جدول ۲. طبقات اصلی و زیر طبقات استخراج شده از راهبردهای مقابله‌ای زنان با Primary ovarian insufficiency (POI)

طبقه اصلی	زیر طبقه
تاب‌آوری	تطابق با زندگی رشد پس از سانحه معنویت کسب اطلاعات
نگرش به بیماری	مثبت‌اندیشی باورهای منفی
تلاش برای مدیریت سلامتی	اصلاح شیوه‌ی زندگی کاستن خطر راه‌کارهای پیش‌گیرانه مادری غیر ژنتیکی
جستجوی حمایت	حمایت همسر حمایت خانواده و اطرافیان حمایت پزشک و تیم درمانی حمایت دولت

با وجود این که زنان مشکلات متعددی را در ارتباط با POI تجربه می‌کردند، اما در برخی موارد، مواجهه با این رویداد تنش‌زا، منجر به رشد پس از سانحه و پیامدهای روان‌شناختی مثبت نظیر تغییر هدف زندگی از بچه‌دار شدن و ازدواج، به خودشکوفایی و خودباوری شده بود.

«اگر هدفم فقط بچه‌دار شدن بود، الان به آدم ناتوان بودم. من برای خودم به هدف دیگه‌ای پیدا کردم که منو به زندگی نگه می‌داره. الان می‌بینم تو سن ۴۰ سالگی از نظر قابلیت‌های ذهنی دارم به نوعی شکوفا می‌شم. خیلی مطلب می‌نویسم و با خیریه‌ها کار می‌کنم» (۴۰ ساله، ۵ سال مبتلا، متارکه).

نتایج تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد معنویت، عنصر مهمی است که تاب‌آوری زنان را در مقابله با POI افزایش می‌دهد. بسیاری از شرکت کنندگان، معتقد بودند سلامت و بیماری بر اساس خواست و اراده‌ی خدا رخ می‌دهد و عبادت یا امید و توکل به خدا، مشکلات ناشی از بیماری را برای آنان هموار می‌سازد.

«تو راز و نیاز با خدا سعی می‌کنم خودمو آروم کنم. امید و توکل به خدا برام به چیز جداسه. به هر حال، شفا دست خداست. خدا اگه بخواد ممکنه به روزی بچه بده. به حضرت مریم خدا چه شکلی بچه داد؟» (۳۷ ساله، ۳ سال مبتلا، متأهل).

تحلیل تجارب زنان روشن نمود که کسب اطلاعات درباره‌ی POI، می‌تواند تاب‌آوری زنان را در مقابل بیماری تقویت کند. شرکت کنندگان به طور عمده اطلاعات را از اینترنت کسب می‌نمودند، عده‌ی کمتری از پزشک یا دوستان اطلاعات به دست

می‌آوردند. افرادی که اطلاعی در این زمینه نداشتند، استرس و تنش بیشتری را تجربه می‌کردند.

«دکتر خیلی معقول با من صحبت کرد و برام درباره‌ی بیماریم توضیح داد، منم آرامش گرفتم و دیگه پندیرفتم» (۳۱ سال، ۳ سال مبتلا، مجرد).

طبقه‌ی دوم: پس از تحلیل محتوای کیفی، مشخص شد که یکی از موارد مؤثر در نحوه‌ی مقابله با POI، نگرش نسبت به بیماری است که به دو صورت مثبت‌اندیشی و باورهای منفی دیده می‌شد. برخی شرکت کنندگان، با مثبت‌اندیشی و نگاه مثبت نظیر امید داشتن به بهبودی، رویاپردازی و خرسندی از داشته‌های خود، بیماری را امری عادی و کوچک می‌شمردند و یا خودشان را با دلداری دادن و تلقین مثبت در مقابله با بیماری تقویت می‌نمودند.

«من نارسایی کلیه ندارم مثلاً که بخوام دیالیز شوم، یا ام‌اس که بخوام فلج شوم. می‌گم خدا رو شکر اون‌ها نیست. به اتفاقی بایستی تو من بیفته، مثلاً بچه‌دار شوم که نشدم. چیزی رواز دست ندادم» (۳۳ ساله، ۶ سال مبتلا، متأهل).

باورهای منفی نسبت به بیماری در نحوه‌ی رویارویی و تطابق زنان مؤثر بود؛ به نحوی که منجر به پیامدهای منفی از جمله افسردگی، درون‌گرایی، احساس ناامیدی، پوچی، بدشانسی و عدم خوشبختی می‌شد. بعضی از شرکت کنندگان، خود را به خاطر ابتلا به بیماری سرزنش می‌کردند و برخی دیگر، پزشکان یا خانواده‌های خود را مقصر می‌دانستند. POI از دیدگاه بسیاری از زنان مبتلا مانند پژمرده شدن گل و مساوی با پیری زودرس بود. سایر تعبیر به کار رفته توسط زنان، معادل ناقص شدن و از دست رفتن زنانگی و ابتلا به یک بیماری نابود کننده بود.

«چون بچه‌دار نشدم، احساس پوچی می‌کنم. این کمبود باعث می‌شه که کامل احساس خوشبختی نکنم» (۴۲ ساله، ۱۰ سال مبتلا، متأهل).

«یائسگی من موریانه می‌مونه. روز به روز داره خردم می‌کنه از داخل. احساس می‌کنم استخوانامو از داخل می‌خوره. بعد از یائسگی، خیلی افسرده شدم. اصلاً هر چیزی شادم نمی‌کنه، از نظر شادابی می‌بینم که من پژمرده شدم» (۴۷ ساله، ۱۳ سال مبتلا، متأهل).

طبقه‌ی سوم: یکی دیگر از راه‌کارهای مقابله‌ای در شرکت کنندگان، تلاش برای مدیریت سلامتی و شامل زیر طبقات اصلاح شیوه‌ی زندگی، کاستن خطر، راه‌کارهای پیش‌گیرانه و مادری غیر ژنتیکی بود.

شرکت کنندگان با اصلاح شیوه‌ی زندگی خود، با استفاده از مواردی نظیر توجه به تغذیه و انجام ورزش، سعی در مدیریت سلامتی و مقابله با عوارض ناشی از POI داشتند.

«سعی می‌کنم بیشتر مراقب خودم باشم تو زندگی، به لحاظ تغذیه‌ای

خانواده، مشورت با دوستان درباره‌ی بیماری و تشویق اطرافیان به ادامه‌ی درمان، از جمله تجارب شرکت کنندگان بود. تنها یکی از شرکت کنندگان، اظهار نمود که برخورد خانواده‌اش غیر حمایتی بوده است.

«واکنش خانواده‌ام، مخصوصاً مادرم خیلی بد بود. عوض این که مامانم آرام باشه و منو دلدارای باده، یه جورایی انگار منو مقصر می‌دونه و بیشتر بهم استرس می‌ده» (۴۰ ساله، ۴ سال مبتلا، مجرد).

بیشتر زنان اظهار داشتند که از حمایت معنوی و اطلاعاتی پزشک و تیم درمانی در طی تشخیص و درمان برخوردار نبوده‌اند. آنان از نحوه‌ی اطلاع‌رسانی درباره‌ی بیماری خود رضایت نداشتند. عدم اختصاص وقت کافی، عدم رعایت حریم خصوصی و برخورد نامناسب تیم درمانی با آن‌ها، از دیگران مسایلی بود که در این راستا مطرح نمودند؛ به نحوی که از ادامه‌ی درمان منصرف شده بودند.

«پزشک خیلی راحت بهم گفت تخمک‌ها کم شده و در شروع یائسگی هستی، من خیلی جا خوردم و شوکه شدم، انگار یه پتکی محکم خورد تو ملاحظه» (۴۲ ساله، ۳ سال مبتلا، مجرد).

در این مطالعه، مشخص شد حمایت دولت یکی دیگر از عوامل مؤثر در مقابله با بیماری است. شرکت کنندگان، روند تشخیص و درمان POI را بسیار پر هزینه می‌دانستند و به خصوص، از عدم پوشش بیمه‌ای درمان‌های ناباروری شکایت داشتند؛ به طوری که برخی به علت هزینه‌های بالا از درمان ناباروری خودداری نمودند. در دسترس نبودن مراکز درمانی ناباروری در شهرستان‌ها نیز از دیگر مسایلی بود که زنان مطرح می‌کردند.

«هزینه‌های درمان نازایی خیلی سنگینه و هیچ کدوم تحت پوشش بیمه‌ای نیستن. الان از نظر مالی وضعیتم جوری نیست که تخمک‌ها بگیری» (۳۱ ساله، ۱۰ سال مبتلا، متأهل).

بحث

در این مطالعه‌ی کیفی، برای نخستین بار به توصیف نحوه‌ی مقابله‌ی زنان ایرانی با POI پرداخته شد. سازگاری زنان در مواجهه با POI، منحصر به فرد است و بستگی به ویژگی‌های روانی و راهبردهای مقابله به کار گرفته شده توسط آنان دارد (۲۲).

یافته‌های این تحقیق، نشان داد که تاب‌آوری، نگرش نسبت به بیماری، تلاش برای مدیریت سلامتی و جستجوی حمایت، چهار بعد مقابله با این بیماری را در زنان ایرانی تشکیل می‌دهد.

در مطالعه‌ی حاضر، تاب‌آوری یکی از ابعاد مهم مقابله‌ی زنان مبتلا بود که به واسطه‌ی تطابق با زندگی، رشد پس از سانحه، معنویت و کسب اطلاعات میسر می‌شد. تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط بحرانی است و پدیده‌ای است که سازگاری موفق در زندگی را ممکن می‌سازد (۲۳). نتایج

سعی می‌کنم رعایت کنم و فست فود نمی‌خورم. الان یوگا کار می‌کنم که خیلی رو آرامشم تأثیر گذاشته» (۲۸ ساله، ۷ سال مبتلا، مجرد).

مصاحبه شونده‌گان اقداماتی نظیر استفاده از هورمون‌درمانی جایگزینی (Hormone replacement therapy یا HRT)، مسکن، داروهای ضد افسردگی، طب سنتی و مراجعه به روان‌شناس را جهت کاستن خطر عوارض ناشی از POI انجام می‌دادند. برای بسیاری از زنان، القا و تنظیم خون‌ریزی قاعدگی بسیار با اهمیت بود و باعث می‌شد سایر مشکلات مرتبط با بیماری را فراموش نمایند.

«این که چندین ماه پرپود نمی‌شدم و می‌دیدم که من با بقیه فرق دارم و مث زنا‌ی دیگه نیستم بهم فشار می‌آورد. ولی بعد از مصرف قرص‌ها تونستم به اعصابم مسلط بشم. گرگرفتگی هم خیلی بهتر شده» (۳۷ ساله، ۳ سال مبتلا، متأهل).

همچنین، زنان مبتلا مجموعه‌ای از راه‌کارها را به منظور پیش‌گیری از بروز برخی از عوارض ناشی از POI مانند پوکی استخوان، خطر سرطان، و نازایی به کار می‌بردند. مصرف ویتامین D و کلسیم، غربالگری سالیانه‌ی سرطان و سنجش تراکم استخوان از این قبیل اقدامات بود.

«مادری غیر ژنتیکی»، یکی از گزینه‌های روی میز برای زنان دارای POI بود. برخی از زنان، بارداری به وسیله‌ی تخمک‌هدایی و یا پذیرش فرزند برای فرزندخواندگی را برای مقابله با ناباروری انتخاب می‌کردند.

«دکتر به من پیشنهاد دادن از تخمک‌هدایی استفاده کنم. به لطف خدا، با تخمک‌هدایی باردار شدم» (۳۵ ساله، ۱۰ سال مبتلا، متأهل).

طبقه‌ی چهارم: پس از تحلیل داده‌های کیفی، مشخص شد جستجوی حمایت، یکی از منابع مهم سازگاری در زنان مبتلا است و شامل زیر طبقات حمایت همسر، حمایت خانواده و اطرافیان، حمایت پزشک و تیم درمانی و حمایت دولت می‌باشد.

تجربیات شرکت کنندگان بدین گونه بود که برخی از آنان، از حمایت همسر برخوردار بودند و حتی اظهار می‌نمودند این بیماری، موجب افزایش صمیمت بین آن‌ها می‌شود. برخی دیگر، طیفی از رفتارهای غیر حمایتی شوهر نظیر بی‌تفاوتی، رفتارهای تهدیدآمیز و سرکوفت را تجربه کردند.

«شوهرم می‌گه اصلاً مهم نیست؛ همین که ما در کنار هم خوبیم و خوشیم بچه می‌خواه چی کار؟ هر وقت ناراحت می‌شم این قدر با آرامش و خوب با من رفتار می‌کنه که شاید کمیود بچه هم با وجود اون و با رفتارهای خویش پر می‌شه» (۲۹ ساله، ۲ سال مبتلا، متأهل).

بسیاری از شرکت کنندگان، اظهار می‌کردند که از حمایت خانواده و دوستان بهره‌مند هستند و این موضوع، تأثیر به‌سزایی در مقابله و کنار آمدن با بیماری آن‌ها دارد. حمایت مالی و عاطفی

شده است: «ما شما را با ناخوشی‌ها و خوشی‌ها می‌آزماییم» (آیه‌ی ۲۱ سوره‌ی انبیا). همسو با این نتایج، مطالعه‌ی Groff و همکاران بر روی ۱۰۰ زن دارای POI، نشان داد که دو سوم زنان معنویت را منبع مهم مقاومت و مقابله با بیماری قلمداد می‌کنند (۱۳).

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد کسب اطلاعات درباره‌ی بیماری، در سازگاری مناسب و تاب‌آوری بیماران کمک کننده است. مطالعات نشان داده‌اند که برطرف نمودن شکاف اطلاعاتی بین بیماران و کادر درمانی، نه تنها به بهبود بیماری و مقابله با آن کمک می‌کند، بلکه بدین طریق، می‌تواند از رشد و بروز سایر عوارض مرتبط جلوگیری کند (۲۸). علاوه بر آن، درمانگران قادرند از طریق ارایه‌ی اطلاعات دقیق درباره‌ی POI به بیماران، تجارب رنج‌آور آنان را کاهش دهند (۲۶). در مطالعه‌ی Groff و همکاران، بیشتر زنان معتقد بودند که زمان کمی به آن‌ها برای توضیح و راهنمایی اختصاص و اطلاعات اندکی درباره‌ی بیماری به آن‌ها داده شده است؛ آنان اطلاعات دقیق و کامل را عامل مهمی برای مقابله با بیماری می‌دانستند (۱۳). همچنین، در مطالعه‌ی Alzubaidi و همکاران، زنان بیان کردند که بیشتر پزشکان اطلاعات اندکی درباره‌ی POI به آن‌ها ارایه داده‌اند و محیط وب، مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات توسط ایشان بوده است (۲۹). نتایج مطالعه‌ی Singer و همکاران نیز با این یافته‌ها هم‌خوانی دارد (۳۰).

در مطالعه‌ی حاضر، نوع نگرش زنان نسبت به بیماری، در نحوه‌ی مقابله‌ی آنان تأثیر داشت. به طور کلی، خوش‌بینی و باورهای مثبت بر سلامت جسمانی و روانی انسان تأثیر می‌گذارد و در کنار آمدن با حوادث استرس‌زا و تهدیدهای زندگی به افراد کمک می‌کند (۳۱). در مقابله با ناباروری، فاجعه‌انگاری و خودسرزنی با پیامدهای منفی و ناهنجار نظیر افسردگی، منفی‌گرایی و تنش در ارتباط است (۲۲). در مطالعه‌ی Davis و همکاران، مثبت‌اندیشی درباره‌ی بیماری به عنوان منبعی مؤثر در مقابله با POI توصیف شد. در مطالعه‌ی Pasquali، زنان حس آزادی فیزیکی را به دنبال خلاص شدن از خونریزی قاعدگی و احساس رهایی از حاملگی عنوان می‌کردند (۱۸). این یافته‌ها، با تجارب برخی زنان در مطالعه‌ی حاضر مبنی بر رها شدن از خونریزی قاعدگی و مخدوش نشدن عبادت همسو است. همچنین، نتایج برخی مطالعات، مؤید این است که احساسات منفی نظیر نقص، کم شدن زنانگی و پیری در زنان دارای POI، منجر به اثرات منفی بر روی تصویر بدنی و خودپنداره‌ی آنان می‌شود و بنابراین، کنار آمدن افراد با این بیماری را دشوار می‌سازد (۱۸، ۱۴).

یافته‌های این مطالعه، نشان داد شرکت کنندگان طی سازگاری با بیماری، با استفاده از مجموعه اقداماتی در جهت اصلاح شیوه‌ی زندگی، کاستن خطر عوارض بر سلامتی و پیش‌گیری از بروز برخی

مطالعه‌ی Pasquali در زمینه‌ی بررسی تجارب زنان دارای POI، گویای آن بود که آن‌ها برای مقابله با بیماری سعی می‌کردند بیماری را نادیده بگیرند و در لحظه زندگی کنند. همچنین، از راه‌کارهایی مانند غذا خوردن، شوخ طبعی و مطالعه کردن جهت سرگرم ساختن خود بهره می‌جستند (۱۸).

در مقابل، از نتایج بررسی مدل تطبیقی طولی برای نازایی ناشی از POI، چنین نتیجه‌گیری شد که راهبردهایی نظیر بی‌خیالی، ممکن است در کوتاه مدت جواب‌گو باشد و منجر به بهبود کیفیت زندگی شود، اما اطمینانی راجع به سودمند بودنشان در درازمدت وجود ندارد؛ به طوری که بی‌خیالی در افراد مبتلا، اثر پایدار بر پریشانی می‌گذارد (۲۲). در مطالعه‌ی پیش‌گفته، برای ارزیابی بی‌خیالی، پریشانی و کیفیت زندگی و سایر اجزای مدل از پرسش‌نامه‌های اختصاصی استفاده شده بود.

در مطالعه‌ی حاضر، رشد پس از سانحه یکی دیگر از جنبه‌های تاب‌آوری بود که به عنوان «تغییرات شخصی و روان‌شناختی مثبت در نتیجه‌ی مبارزه‌ی فرد با شرایط استرس‌زا» تعریف می‌شود (۲۴). احساس هدفمندی، توانمندی، حل مسأله و باور به آینده‌ای روشن، به عنوان ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور که سلامت روان را ارتقا می‌بخشد، مطرح شده است (۲۵). علاوه بر آن، مشخص شده است که در مقابله با نازایی، مثبت‌اندیشی، بازنگری اهداف و رها کردن هدف فرزندآوری، با سازگاری بهتر در ارتباط است (۲۲). یافته‌های مطالعه‌ی مقطعی Davis و همکاران درباره‌ی عوامل مرتبط با سلامت روانی زنان با POI نشان داد، جایگزین کردن اهداف دیگر به جای فرزندآوری، تأثیر مثبت به‌سزایی بر این زنان دارد و به توانایی فرد در مقابله با تجارب دشوار کمک می‌کند (۲۶) که این یافته‌ها با مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد.

در مطالعه‌ی حاضر، معنویت یکی دیگر از عوامل مهم مؤثر بر تاب‌آوری بود. مشخص شده است که باورهای مذهبی و معنویت، مکانیسم مهمی برای تطابق با بحران و عوامل استرس‌زای زندگی هستند (۲۷). از آن جایی که بیشتر مردم ایران مسلمان هستند، جامعه‌ی ایرانی متأثر از فرهنگ اسلامی است. برخی زنان خود را تسلیم خواسته‌ی خدا می‌دانستند و راضی به رضای او بودند. چنانچه در برخی از آیات قرآن کریم (نظیر آیات ۱۱۹ سوره‌ی مائده و ۱۰۰ سوره‌ی توبه)، پس از بیان نعم و موهبت‌های مادی و معنوی، از رضایت الهی از انسان و راضی بودن انسان از خداوند به عنوان رستگاری بزرگ یاد شده است. برخی نیز بیماری را آزمونی از جانب خدا می‌دانستند؛ همان‌طور که مسأله‌ی امتحان و آزمایش انسان‌ها از سوی خداوند متعال، از سنت‌های الهی و هدف ابتدایی از خلقت انسان بوده است و در قرآن کریم، در آیات مختلف به این امر اشاره

خونسردی و بدون درک شرایط روحی آنان، این خبر مهم را به آن‌ها داده بود. آنان از فقدان مراقبت با کیفیت، عدم پوشش درمان‌های ناباروری، پردرسر و پرهزینه بودن فرزندخواندگی شکایت داشتند (۱۴). همچنین، در سایر مطالعات، زنان تجارب مشابهی نظیر نارضایتی از نحوه‌ی اطلاع‌رسانی و عدم اختصاص وقت کافی توسط پزشک داشتند (۲۹، ۱۳). روشن است که انتقال خبر بد یکی از وظایف دشوار تیم مراقبتی است و عملکرد غیر مسئولانه‌ی پرسنل بهداشتی - درمانی در انتقال خبر بد، می‌تواند ارتباط بیمار با تیم مراقبتی را تضعیف نماید و به عدم پذیرش و عدم تطابق بیمار منجر شود (۳۴).

از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر این بود که مشارکت کنندگان به صورت محدود و هدفمند انتخاب شدند و همچنین، تنها از تجارب افرادی که برای شرکت در مطالعه رضایت داشتند، استفاده شد. بنابراین، ممکن است نتایج قابل تعمیم به کل جامعه نباشد که این امر، به ماهیت این مطالعات مربوط می‌شود. در پایان، با عنایت به این که راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده توسط بیماران، تنها حیطه‌ای هستند که ارایه دهندگان خدمات سلامت می‌توانند در آن دخالت کنند، پزشکان و تیم درمانی با شناخت منابع و موانع سازگاری، می‌توانند مداخلات مناسب را در کنار مراقبت‌های معمول به منظور بهبود کیفیت زندگی این زنان ارایه دهند. همچنین، نیاز مبرمی به ارتباط مؤثر و حمایتی، ارایه‌ی اطلاعات دقیق و خدمات مشاوره‌ای به این دسته از زنان احساس می‌شود. با توجه به استفاده‌ی این افراد از اینترنت به عنوان اصلی‌ترین منبع اطلاعاتی، ایجاد پایگاه‌های اینترنتی جهت ارایه اطلاعات صحیح، ضروری به نظر می‌رسد. در کنار این عوامل، دولت می‌تواند با پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت باروری (اعم از تشخیصی، مشاوره‌ای و درمانی)، راه سازگاری را بر آنان هموار سازد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکتری تخصصی سلامت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین وسیله، از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران به دلیل حمایت مالی از اجرای مطالعه و تمام شرکت کنندگان در این پژوهش که بدون همکاری آنان انجام این مطالعه میسر نبود، تشکر و قدردانی می‌گردد. همچنین، از پرسنل محترم درمانگاه ثمین سپاسگزاری می‌گردد.

عوارض و مقابله با ناباروری، سعی در مدیریت سلامتی خود دارند. بیشتر زنان تحت درمان HRT بودند و از اثرات مثبت جسمانی و روان‌شناختی آن بر کیفیت زندگی خود سود می‌بردند. در صورت عدم وجود منع مصرف برای HRT، استفاده از آن برای بهبود علائم و پیش‌گیری از عوارض بلند مدت POI، تا سن طبیعی یائسگی توصیه شده است (۹).

نتایج مطالعه‌ی Boughton و همکاران، نشان داد که خودمراقبتی از بدن و ظاهر بدن برای مقابله با تغییرات جسمانی و روان‌شناختی مرتبط با POI برای زنان در اولویت قرار دارد (۱۷). همسو با نتایج مطالعه‌ی حاضر، در مطالعه‌ی Pasquali زنانه‌ی که از HRT استفاده نمی‌کردند، به درمان‌های طبیعی و گیاهی و طب سوزنی برای مقابله با تغییرات جسمانی و روانی مرتبط با یائسگی روی می‌آوردند (۱۸). در مطالعه‌ی حاضر، برخورداری از حمایت خانواده، همراهی و درک همسر یک منبع با اهمیت برای سازگاری در این گروه از زنان بود. در سایر مطالعات در ایران نیز بر مؤثر بودن نقش حمایتی همسر در کنار آمدن با مسأله‌ی نازایی تأکید شده است (۳۲-۳۳).

نقش حمایتی خانواده‌ی همسر نیز قابل توجه بود. به طور تقریبی، همه‌ی زنان مسأله‌ی تخمک‌اهدایی را از خانواده همسر خود پنهان می‌نمودند. نتایج مطالعات درباره‌ی تجارب زنان نابارور ایرانی، نشان می‌دهد بیشتر این زنان به علت رفتار غیر حمایتی خانواده‌ی همسر، مجبور به قطع ارتباط با آن‌ها می‌شوند و یا ناگزیر مشکل خود را پنهان می‌کنند (۳۲-۳۳). در جامعه‌ی ایرانی که داشتن فرزند منبع قدرت زن محسوب می‌شود، از دست دادن قابلیت باروری بر تصویر دیگران از فرد تأثیر می‌گذارد و تبدیل به داغ یا انگ اجتماعی می‌شود؛ به طوری که این زنان با وجود مشکلات خود، فشارهایی از سمت دیگران را نیز متحمل می‌شوند و به تنهایی و بدون حمایت دیگران با رنج و دشواری ناشی از نازایی مقابله می‌کنند (۳۲).

زنان در مطالعه‌ی حاضر اعتقاد داشتند که حمایت پزشک، تیم درمانی و دولت در مقابله با مشکلات کمک‌کننده است. لازم است حمایت عاطفی و مشاوره برای این گروه از زنان، در اولویت قرار گیرد (۱۷-۱۷). همسو با نتایج مطالعه‌ی حاضر، در مطالعه‌ی Groff و همکاران، بزرگ‌ترین منبع حمایت عاطفی در زنان متأهل، همسران آنان و در زنان مجرد، والدین به خصوص مادران بودند (۱۳). زنان در مطالعه‌ی Orshan و همکاران، زمان تشخیص را ویران‌کننده‌ترین لحظه‌ی زندگی خود توصیف می‌کردند و در حالی که پزشک با



References

1. Keshavarz Z, Golezar S, Hajifoghaha M, Alizadeh S. The effect of phytoestrogens on menopause

symptoms: A systematic review. J Isfahan Med Sch 2018; 36(477): 446-59. [In Persian].

2. Cooper AR, Baker VL, Sterling EW, Ryan ME, Woodruff TK, Nelson LM. The time is now for a new approach to primary ovarian insufficiency. *Fertil Steril* 2011; 95(6): 1890-7.
3. Jin M, Yu Y, Huang H. An update on primary ovarian insufficiency. *Sci China Life Sci* 2012; 55(8): 677-86.
4. Luborsky JL, Meyer P, Sowers MF, Gold EB, Santoro N. Premature menopause in a multi-ethnic population study of the menopause transition. *Hum Reprod* 2003; 18(1): 199-206.
5. Golezar S, Ramezani Tehrani F, Khazaei S, Ebadi A, Keshavarz Z. The global prevalence of primary ovarian insufficiency and early menopause: A meta-analysis. *Climacteric* 2019; 22(4): 403-11.
6. Delavar MA, Hajiahmadi M. Age at menopause and measuring symptoms at midlife in a community in Babol, Iran. *Menopause* 2011; 18(11): 1213-8.
7. Parsaeian M, Pouraram H, Djazayeri A, Abdollahi Z, Dorosty A, Jalali M, et al. An explanation for variation in age at menopause in developing countries based on the second National Integrated Micronutrient Survey in Iran. *Arch Iran Med* 2017; 20(6): 361-7.
8. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas* 2010; 65(2): 161-6.
9. Hewlett M, Mahalingaiah S. Update on primary ovarian insufficiency. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2015; 22(6): 483-9.
10. Gong D, Sun J, Zhou Y, Zou C, Fan Y. Early age at natural menopause and risk of cardiovascular and all-cause mortality: A meta-analysis of prospective observational studies. *Int J Cardiol* 2016; 203: 115-9.
11. Webber L, Davies M, Anderson R, Bartlett J, Braat D, Cartwright B, et al. ESHRE Guideline: Management of women with premature ovarian insufficiency. *Hum Reprod* 2016; 31(5): 926-37.
12. Goswami D, Conway GS. Premature ovarian failure. *Horm Res* 2007; 68(4): 196-202.
13. Groff AA, Covington SN, Halverson LR, Fitzgerald OR, Vanderhoof V, Calis K, et al. Assessing the emotional needs of women with spontaneous premature ovarian failure. *Fertil Steril* 2005; 83(6): 1734-41.
14. Orshan SA, Furniss KK, Forst C, Santoro N. The lived experience of premature ovarian failure. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001; 30(2): 202-8.
15. Pasquali EA. Premature menopause and self-concept disjunctions. A case for crisis management. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2002; 40(9): 20-9.
16. Ebadi A, Ahmadi F, Ghaneei M, Kazemnejad A. Coping resource in chemical victims with mustard gas: A qualitative study. *Journal of Behavioral Sciences* 2008; 2(2): 107-16. [In Persian].
17. Boughton MA. Premature menopause: multiple disruptions between the woman's biological body experience and her lived body. *J Adv Nurs* 2002; 37(5): 423-30.
18. Pasquali EA. The impact of premature menopause on women's experience of self. *J Holist Nurs* 1999; 17(4): 346-64.
19. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
20. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
21. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1985.
22. Driscoll MA, Davis MC, Aiken LS, Yeung EW, Sterling EW, Vanderhoof V, et al. Psychosocial vulnerability, resilience resources, and coping with infertility: A longitudinal model of adjustment to primary ovarian insufficiency. *Ann Behav Med* 2016; 50(2): 272-84.
23. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
24. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress* 2000; 13(3): 521-7.
25. Wolff S. The concept of resilience. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29(4): 565-74.
26. Davis M, Ventura JL, Wieners M, Covington SN, Vanderhoof VH, Ryan ME, et al. The psychosocial transition associated with spontaneous 46,XX primary ovarian insufficiency: illness uncertainty, stigma, goal flexibility, and purpose in life as factors in emotional health. *Fertil Steril* 2010; 93(7): 2321-9.
27. Jacobs-Pilipski MJ, Winzelberg A, Wilfley DE, Bryson SW, Taylor CB. Spirituality among young women at risk for eating disorders. *Eat Behav* 2005; 6(4): 293-300.
28. Kimiafar K, Sarbaz M, Naseri P, Ahmadi Simab S, Abazari F. The relationship between neurosurgery patients' awareness of surgery procedures and complications on preoperative stress level. *Paramedical Sciences and Rehabilitation* 2017; 5(4): 33-42. [In Persian].
29. Alzubaidi NH, Chapin HL, Vanderhoof VH, Calis KA, Nelson LM. Meeting the needs of young women with secondary amenorrhea and spontaneous premature ovarian failure. *Obstet Gynecol* 2002; 99(5 Pt 1): 720-5.
30. Singer D, Mann E, Hunter MS, Pitkin J, Panay N. The silent grief: psychosocial aspects of premature ovarian failure. *Climacteric* 2011; 14(4): 428-37.
31. Bazarganipour F, Hosseini N, Tagavi SA. Coping strategies in patients with polycystic ovarian syndrome; a qualitative research. *Knowledge Health* 2014; 9(3): 28-39. [In Persian].
32. Karimi M, Omani Samani R, Shir Kavand A. A qualitative study of the experiences of infertile woman in Iran. *Payesh Health Monit* 2015; 4(4): 453-65. [In Persian].
33. Savadzadeh S, madadzadeh N. Explanation of emotional feelings of women with infertility: A qualitative study. *J Ilam Univ Med Sci* 2013; 21(1): 16-24. [In Persian].
34. Baghdari N, Torkmannejad Sabzevari M, Karimi Moonaghi H, Rad M, Amiri M. The effect of educational approaches on knowledge and attitude of midwifery students in breaking bad news to patients. *J Med Educ Dev* 2016; 9(22): 12-20. [In Persian].

Coping with Primary Ovarian Insufficiency in Iranian Women: A Qualitative Study

Samira Golezar¹, Fahimeh Ramezani-Tehrani², Abbas Ebadi³, Zohreh Keshavarz⁴, Farid Zayeri⁵

Original Article

Abstract

Background: Primary ovarian insufficiency is known as menopause before the age of 40 years. The afflicted women face both physical complications and various psychosocial problems capable of reducing their quality of life. The present study aimed to investigate the way Iranian women coped with the disease.

Methods: This was a qualitative study using in-depth semi-structured interviews with 16 women with primary ovarian insufficiency selected via purposive sampling method. The data from interviews were then analyzed using content analysis method.

Findings: Four main categories emerged for the way Iranian women with primary ovarian insufficiency confronted the disease: resilience (adaptation to life, spirituality, posttraumatic growth, and obtaining information), attitude towards the disease (wrong beliefs vs. positivism), attempts to manage health (life style modification, risk reduction, preventive measures, and non-genetic motherhood), and seeking support (from spouse, family, friends, healthcare team, and the government).

Conclusion: There is a strong need to provide these women with effective and supportive relationships, as well as accurate information and consultation services. Moreover, creating websites for accurate information provision and forming virtual support groups helps them get adapted. Besides, the government can facilitate their adaptation with the disease through fertility insurance coverage.

Keywords: Coping skills, Primary ovarian insufficiency, Qualitative evaluation

Citation: Golezar S, Ramezani-Tehrani F, Ebadi A, Keshavarz Z, Zayeri F. **Coping with Primary Ovarian Insufficiency in Iranian Women: A Qualitative Study.** J Isfahan Med Sch 2019; 37(529): 608-16.

1- PhD Candidate in Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Professor, Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Behavioral Sciences Research Center, Life Style Research Institute, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Associate Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Associate Professor, Proteomics Research Center AND Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Zohreh Keshavarz, Email: keshavarz-zohre@yahoo.com