

تبیین پیامدهای باروری مولتیپل اسکلروزیس با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی

فائزه غفوری^{۱*}، ناهید دهقان نیبری^۲

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.
۲. گروه مدیریت پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۹/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۰۹

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) یک بیماری پیشرونده و مزمن سیستم اعصاب مرکزی است که می‌تواند اثرات منفی بر سلامت جسمی، روانی و حتی سلامت باروری افراد داشته باشد. این بیماری اغلب در زنان سنین باروری (۲۰ تا ۴۰ سالگی)، زنانی که در اوج فعالیت‌های باروری و جنسی خود قرار دارند بروز می‌کند. لذا در این مطالعه، تبیین مشکلات باروری این زنان و همسران‌شان هدف قرار داده شد.

روش: این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی در انجمن ام اس ایران انجام شد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه هدفمند و با در نظر گرفتن حداکثر تنوع بود که با توجه به اشباع داده‌ها با ۱۶ زن مبتلا به ام اس مصاحبه‌های حضوری انجام گردید. مدیریت داده‌های متنی و کدهای استخراج شده با کمک نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ انجام شد.

یافته‌ها: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، مشکلات باروری زنان مبتلا به ام اس و همسران‌شان شامل چهار درون‌مایه (۱) رضایت زناشویی نامطلوب، (۲) افول قدرت باروری، (۳) چالش در انتخاب روش پیشگیری از بارداری و (۴) آسیب‌پذیری روانی اجتماعی شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که زنان مبتلا به ام اس و همسران‌شان، مشکلات عدیده‌ای در حوزه سلامت باروری دارند که کارکنان و برنامه‌ریزان حوزه سلامت می‌توانند با ارائه مداخلات مناسب در جهت کاهش این مشکلات و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر باشند.

کلیدواژه: سلامت باروری، مولتیپل اسکلروزیس، مطالعه کیفی، زنان.

*نویسنده مسئول: فائزه غفوری، ایمیل: f.ghafoori1366@gmail.com

ارجاع: غفوری فائزه، دهقان نیبری ناهید. تبیین پیامدهای باروری مولتیپل اسکلروزیس با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی. مجله دانشکده علوم پزشکی

ساوه، ۱۴۰۴؛ (۳) ۱-۲۲. doi: 10.22034/sumsj.2025.531893.1040

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS)^۱ یک بیماری تخریب کننده، پیشرونده و مزمن سیستم اعصاب مرکزی است که با تخریب قشای میلین طناب نخاعی مشخص می‌شود و می‌تواند اثرات منفی بر سلامت جسمی و روانی (۱) و حتی سلامت باروری افراد داشته باشد (۲). این بیماری اغلب در سنین باروری (۲۰ تا ۴۰ سالگی) رخ می‌دهد و در زنان ۳ برابر بیشتر از مردان است (۳، ۴). لذا ام اس در میان زنان سنین باروری، زنانی که در اوج فعالیت‌های جنسی و باروری خود قرار دارند، با سرعت بیشتری در حال گسترش است (۵).

باید توجه داشت شیوع ام اس در سراسر جهان ۲.۸ میلیون نفر (۳۵.۹) در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت برآورد شده است و با شیب تند از سال ۲۰۱۳ در حال افزایش است (۵). یک مطالعه سیستماتیک در سال ۲۰۲۲ شیوع تلفیقی ۱۰۰ در ۱۰۰.۰۰۰ در ایران را گزارش داده است (۶).

روند رو به رشد این بیماری در ایران به‌ویژه در سال‌های اخیر دیده شده است؛ به‌طوری که در دهه گذشته ایران به جمع کشورهای با شیوع متوسط-بالا پیوسته است (۷، ۸) و از سوی دیگر وسعت علائم این بیماری مانند کاهش حافظه، ضعف و خشکی عضلانی، اختلال در تعادل، خستگی، بی‌خوابی، افسردگی، خشکی مثانه و کاهش تونوس عضلانی واژن (۹)، اهمیت پرداختن به موضوع سلامت باروری در این افراد را نشان می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۲ نیز ام اس و روش‌های درمانی آن را به عنوان یک عامل تاثیرگذار بر سلامت باروری افراد مطرح کرده است (۱۰).

بررسی مطالعات انجام شده نشان داد که علی‌رغم این روند افزایشی ام اس، مطالعات اندکی در این زمینه در ایران انجام شده است. در یک مطالعه مقطعی در سال ۲۰۲۳ گزارش کرد که ۳۳/۶٪ زنان ایرانی مبتلا به ام اس، از خشونت جنسی رنج می‌برند (۱۱). در تحلیل داده‌های ثبت شده، Ezabadi و همکاران (۲۰۲۴) نیز دریافتند که سابقه بارداری با شدت ناتوانی در این زنان ارتباط معکوس دارد (۱۲). از سوی دیگر، شواهد ضد و نقیضی در کشورهای دیگر وجود دارد (۱۳-۱۵).

به طوری که Mikkelsen و همکاران (۲۰۲۲) اظهار داشتند بارداری به دلیل سرکوب فعالیت سیستم ایمنی می‌تواند اثر محافظتی بر این بیماری داشته باشد (۱۶). با این حال، Moccia (۲۰۲۳) تاکید می‌کند افزایش استرس و خستگی در دوران بارداری باعث پیشرفت حملات ام اس در این دوران می‌شود (۱۷). مشابه این، Vukusic و همکاران (۲۰۲۱) تاکید کردند که عملکرد و علائم ام اس با تغییرات هورمونی و علائم بارداری مرتبط است (۱۵). مطالعه Holz و همکاران (۲۰۲۳) در مورد پیامدهای تولد و تغذیه با شیر مادر در حضور ام اس، تأثیر منفی بیماری را نشان داد (۱۴). Zeydan و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که سن شروع ام اس با سن یائسگی ارتباط منفی دارد (۱۸).

بنابراین، شیوع نسبتاً بالا و ماهیت خاص بیماری ام اس نظیر علائم ناخوشایند و عوارض دارویی آن (۱۹)، ناشناخته بودن علت دقیق بیماری و عدم وجود درمان قطعی برای آن (۲۰)، غیرکشنده بودن بیماری و به تبع آن، زندگی طولانی با این نقص (تخمین عمری نزدیک به طبیعی در مبتلایان) (۲۱)، باعث شده توجه به سلامت باروری این زنان جهت بهبود کیفیت زندگی آنان حائز اهمیت گردد (۴، ۱۶، ۱۷). لذا لازم است این حیطه از سلامت مورد توجه بیشتری قرار گیرد و مشکلات و نگرانی‌های خاص این زنان مورد شناسایی قرار گیرند. بدیهی است، این نگرانی‌ها در گروه خاصی همچون زنان مبتلا به ام اس که با دنیای گسترده‌ای از تغییرات و مشکلات مواجه هستند، بیشتر احساس می‌شوند. با این وجود، بیشتر اطلاعات ما در این زمینه حاصل مطالعات کشورهای دیگر می‌باشد (۲۲، ۲۳).

به طور خلاصه، اگرچه مطالعات انجام شده در سایر کشورها، اطلاعات مفیدی را فراهم می‌آورند؛ اما به دلیل تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی و مذهبی، بازتابی از نگرانی‌ها و مشکلات سلامت باروری زنان ساکن کشور ما نخواهند بود؛ بنابراین چون نگرانی‌ها و مشکلات عمیق این زنان مبتنی بر فرهنگ و زمینه (Context) بوده و تنها با پژوهش‌های کمی قابل‌ارزیابی نیستند، انجام مطالعه‌ای کیفی در بستر فرهنگی ایران که به موارد فوق بپردازد، ضروری است. همچنین در این مطالعه

¹ Multiple Sclerosis

² World Health Organization

می‌کردند، داشته باشند، پژوهشگر برای یافتن نمونه‌های پژوهش به این مراکز نیز مراجعه کرد.

بدین ترتیب در این مطالعه شش مورد از مصاحبه‌ها در انجمن ام اس ایران، سه مورد در بیمارستان‌های دارای بخش اعصاب (ولیعصر و سینا) و دو مورد نیز در مطب‌های خصوصی متخصصان مغز و اعصاب صورت گرفت. همچنین باتوجه به راحتی مشارکت‌کنندگان، یک مورد از مصاحبه‌ها در پارک، یک مورد در سرای محله، دو مورد در دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و یک مورد نیز در منزل مشارکت‌کننده انجام شد.

جمع‌آوری داده‌ها

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته استفاده شد. مدت‌زمان مصاحبه‌ها بسته به نحوه پاسخگویی و تمایل مشارکت‌کنندگان از ۳۵ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود (میانگین حدود ۶۲ دقیقه). در این مطالعه ۱۷ مصاحبه با ۱۶ مشارکت‌کننده زن انجام شد (با مشارکت‌کننده دوم ۲ بار مصاحبه صورت گرفت). همسران این زنان نیز مورد مصاحبه قرار گرفتند (به جز ۴ همسر که حاضر به مصاحبه نشدند). تلاش بر این بود که مصاحبه‌ها در مکان و زمانی که برای مشارکت‌کنندگان راحت باشد، انجام شود.

قبل از مصاحبه، محقق هدف تحقیق را توضیح داد و رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. سپس مصاحبه‌ها با سؤالات کلی در این زمینه آغاز شد. راهنمای مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای مصاحبه با زنان مبتلا به ام اس و همسرانشان تهیه شده است. راهنمای مصاحبه با سؤالات باز در مورد ام اس و سلامت باروری شروع شد و سپس به سؤالات ساختارمندتر در مورد تجربیات فردی آنها در خصوص باروری در زندگی پس از ام اس منتقل شد. به‌عنوان مثال، برخی از سؤالات باز از جمله: "زندگی باروری شما چگونه است؟" "آیا در سلامت باروری خود مشکلی دارید؟" "لطفاً افکار و احساسات خود را در مورد زندگی باروری خود به من بگویید؟" زندگی باروری شما بعد از ام اس چه تأثیری دارد؟" پس از ام اس در سلامت باروری شما چه اتفاقی افتاد؟ چه تغییراتی رخ داد؟"

زوجین در نظر گرفته شده‌اند چرا که ابعاد سلامت باروری نظیر روابط جنسی تحت‌تأثیر عملکرد همسران قرار می‌گیرد و مشارکت مردان یکی از پارادایم‌های مهم سلامت باروری است؛ لذا این مطالعه کیفی با هدف تبیین مسائل و نگرانی‌های سلامت باروری زنان مبتلا به ام اس و همسرانشان انجام شد.

روش

این مطالعه کیفی از طریق تحلیل محتوای قرارداری^۱ و پس از تأیید طرح پیشنهادی تحقیق و تأییدیه کمیته اخلاق و دریافت معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق (IR.Tums.VCR.Rec.1395.98) انجام شد.

نمونه‌گیری و انتخاب مشارکت‌کنندگان

نمونه‌گیری در این مطالعه به‌صورت هدفمند^۲ و با حداکثر تنوع آغاز شد و مشارکت‌کنندگان بر اساس معیارهای ورود: الف- بودن در سن باروری (۱۵-۴۹ سال)، ب- ابتلا به ام اس با تشخیص متخصص مغز و اعصاب، ج- نداشتن بیماری مزمن دیگری شامل بیماری‌های تناسلی و جنسی، د- تمایل به شرکت در مطالعه، ن- داشتن حداقل یک سال سابقه ابتلا به ام اس وارد مطالعه شدند. همسران این زنان نیز وارد مطالعه شدند.

براین اساس، از آنجایی که غالب زنان مبتلا به ام اس را می‌توان به‌آسانی در انجمن ام اس ایران پیدا کرد، پژوهشگر برای یافتن مشارکت‌کنندگان اولیه به این مرکز مراجعه نمود. اولین شرکت‌کننده یک دانشجوی دکتری مهندسی مکانیک و از اساتید دانشگاه آزاد اسلامی بود. مشارکت‌کنندگان بعدی بر اساس نتایج تحلیل مقایسه‌ای مداوم داده‌ها^۳ و با در نظر گرفتن حداکثر تنوع و ویژگی‌های متفاوت (از نظر سن، تحصیلات، اشتغال، وضعیت اقتصادی اجتماعی، مدت بیماری، ابتلا در زمان ازدواج، تعداد فرزندان و شدت ناتوانی) انتخاب شدند؛ لذا از آنجایی که زنان مبتلا به ام اس مراجعه‌کننده به مطب‌های خصوصی و یا بستری در بخش اعصاب بیمارستان‌ها احتمالاً مشخصات متفاوتی از زنانی که به انجمن ام اس مراجعه

¹ Conventional Content Analysis

² Purposive sampling

³ Constant Comparative Analysis

اجماع مورد بحث قرار گرفت. اگر اتفاق نظر حاصل نمی‌شد، با یک محقق خارج از تیم تحقیق مشورت می‌شد. مدیریت داده‌های متنی و کدهای استخراج شده با کمک نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ انجام شد.

برای اطمینان از صحت و داده‌های کیفی، از معیارهای (اعتبار، قابلیت اعتماد، انتقال‌پذیری، تأییدپذیری و صداقت) معرفی شده توسط لینکلن و گوبا^۲ استفاده شد (۲۶، ۲۷). بنابراین بازنگری مشارکت‌کنندگان^۳، تعامل طولانی مدت، بازنگری ناظرین^۴، فرصت کافی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام شد و همچنین گزارش کاملی از روش مطالعه، ویژگی‌های شرکت‌کنندگان و نتایج برای اطمینان از صحت داده‌ها ارائه شد.

یافته‌ها

زنان شرکت‌کننده در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۷ سال، با میانگین سنی 32.6 ± 2.1 سال بودند. ۶۲.۵ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی و ۶۹ درصد خانه‌دار بودند. این زنان از مناطق جغرافیایی مختلف تهران بودند و میانگین طول مدت ام اس $4/9 \pm 3/5$ سال و اکثراً (۶۳ درصد) دارای فنوتیپ ام اس عودکننده - فروکش‌کننده بودند. شدت ناتوانی برآورد شده توسط متخصص مغز و اعصاب از طریق مقیاس وضعیت ناتوانی گسترده یا EDSS^۵ (۰/۵۶) در سطح ۴.۵ یا کمتر بود. این مقیاس، شدت ناتوانی جسمی را در سیستم هرمی، ساقه مغز، مخچه، حسی، روده و مثانه، بینایی و ذهنی بررسی می‌کند. نمرات در محدوده صفر (عادی) تا ۱۰ (مرگ) است. نمره بالاتر نشان‌دهنده ناتوانی بیشتر است. میانگین مدت ازدواج $2/3 \pm 2/3$ سال بود. میانگین سنی شوهران $42/3 \pm 2/3$ سال و بیشتر دارای تحصیلات دانشگاهی (۰/۷۵) و شاغل (۰/۶۷) بودند. تنها یک نفر بازنشسته و بقیه به مشاغل آزاد مانند مغازه‌داری مشغول بودند. جزئیات بیشتر مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ و ۲ آورده شده است.

مثال‌هایی از سؤالات اولیه در مصاحبه با همسران نیز بدین شرح است: لطفاً توضیح دهید وقتی همسر شما مبتلا به ام اس تشخیص داده شد، چه احساسی داشتید؟ چه کار کردید؟ مبتلا شدن همسر شما به ام اس در زندگی شما تأثیری داشته؟ تغییر خاصی در زندگی شما ایجاد شده؟ در روابط شما با همسرتان چگونه؟ از اینکه همسری دارید که مبتلا به ام اس است چه احساسی دارید؟ آیا مورد یا موضوع خاصی هست که تمایل داشته باشید در مورد آن صحبت کنید؟ تمام مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط شد، به‌غیر از یک مورد که مشارکت‌کننده اجازه ضبط نداد. در این مورد محقق هم‌زمان با انجام مصاحبه، صحبت‌ها را یادداشت نمود.

مصاحبه‌ها به‌صورت انفرادی انجام شد. در حقیقت محقق از زن در مورد ترجیح او برای صحبت در حضور همسرش سوال می‌نمود. همه زنان شرکت‌کننده ترجیح دادند که همسرانشان حضور نداشته باشند و حتی چهار شوهر از مصاحبه خودداری کردند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی، تحلیل محتوای قراردادی به روش گرانهایم و لاندمن^۱ (۲۴، ۲۵) انجام شد. به این ترتیب که: ۱. مصاحبه‌های ضبط‌شده کلمه به کلمه رونویسی شدند و بارها خوانده شدند تا درک جامعی از مفهوم مصاحبه به دست آید. ۲. متن ارائه شده به واحدهای معنی تقسیم و فشرده شد. ۳. واحدهای معنی انتزاعی شده و با یک کد برچسب‌گذاری شدند. ۴. کدها با هم مقایسه و در زیرطبقات قرار گرفتند. بدین ترتیب پس از هر مصاحبه متن به صورت کلمه به کلمه در Microsoft Word تایپ شد. پس از چندین بار شنیدن و خواندن، کدهای اولیه در همان روز مصاحبه استخراج شد. سپس براساس شباهت کدهای اولیه، توسط محقق زیرطبقات و طبقات تشکیل شدند. فهرست آنها توسط تمامی اعضای تیم تحقیق مورد بررسی و دسته‌بندی مجدد قرار گرفتند. اختلاف نظرها بین اعضای تیم تحقیق برای

¹ Graneheim and Lundman

² Lincoln and Guba

³ Member Check

⁴ External Check & Peer Debriefing

⁵ Expanded Disability Status Scale

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی زنان مشارکت‌کننده در مطالعه

کد مشارکت‌کننده	سن	تحصیلات	وضعیت اشتغال	محل سکونت	وضعیت اقتصادی	مدت ازدواج	تعداد فرزند	مدت ابتدا	ابتلا در زمان ازدواج	شدت ناتوانی
۱	۳۳	دانشجوی دکتری	مدرس دانشگاه	شرق	مطلوب	۱/۵ سال	-	۱۸ سال	بله	۶/۵
۲	۲۶	لیسانس	مامای بیمارستان	جنوب	مطلوب	۳ سال	-	۷ سال	بله	۳/۵
۳	۲۸	دیپلم	خانه‌دار	شرق	نامطلوب	۶ سال	۱	۱ سال	خیر	۲/۵
۴	۲۳	ترک تحصیل از دانشگاه	خانه‌دار	غرب	نامطلوب	۵ سال	-	۱ سال	خیر	۱/۵
۵	۴۰	راهنمایی	خیاط	غرب	نامطلوب	۱۱ سال	-	۱۴ سال	بله	۷/۵
۶	۳۵	دیپلم	بازاریاب سابق شرکت ساختمانی	جنوب	تا حدی مطلوب	۹ سال	۱	۲ سال	خیر	۸
۷	۳۷	فوق دیپلم	خانه‌دار	جنوب	نامطلوب	۸ سال	-	۲۰ سال	بله	۵/۵
۸	۴۵	دیپلم	خانه‌دار	غرب	نامطلوب	۱۷ سال	۱	۱۱ سال	خیر	۴/۵
۹	۴۷	ابتدایی	خانه‌دار	شمال	مطلوب	۲۵ سال	۳	۱۷ سال	خیر	۶/۵
۱۰	۲۱	فوق دیپلم	تحويل‌دار داروخانه	شمال	مطلوب	۲ سال	۱	۳ سال	بله	۷
۱۱	۳۹	فوق لیسانس	کارمند اداره زمین‌شناسی	جنوب	مطلوب	۲۲ سال	۲	۵ سال	خیر	۸
۱۲	۲۰	دیپلم	دستیار سابق دندان‌پزشک	شمال	تا حدی مطلوب	۱ سال	-	۱ سال	بله	۱/۵
۱۳	۴۷	لیسانس	خانه‌دار	جنوب	مطلوب	۱۴ سال	۲	۶ سال	بله	۴/۵
۱۴	۳۶	لیسانس	خانه‌دار	شرق	تا حدی مطلوب	۲ سال	-	۱ سال	خیر	۳/۵
۱۵	۲۱	دانشجوی لیسانس	خانه‌دار	غرب	نامطلوب	۱ سال	-	۲ سال	بله	۴/۵
۱۶	۲۳	فوق دیپلم	خانه‌دار	شرق	تا حدی مطلوب	سال ۱/۵	-	۱ سال	خیر	۳/۵

جدول شماره ۲: مشخصات جمعیت‌شناختی همسران زنان مشارکت‌کننده در مطالعه

کد مشارکت‌کننده	سن	تحصیلات	وضعیت اشتغال	مدت ازدواج	تعداد فرزند	ابتلا در زمان ازدواج
۱	۳۶	فوق لیسانس	حسابدار	۱/۵ سال	-	بله
۲	۳۵	لیسانس	مغازه‌دار	۳ سال	-	بله
۳	۳۱	لیسانس	معلم	۶ سال	۱	خیر
۴	۳۴	لیسانس	نمایشگاه ماشین	۵ سال	-	خیر
۵	۵۴	دیپلم	راننده تاکسی-نگهبان	۱۱ سال	-	بله
۶	۴۷	پزشک	پزشک	۹ سال	۱	خیر
۷	۴۴	لیسانس	کارمند دادگستری	۸ سال	-	بله
۸	۵۶	دیپلم	بازنشسته	۱۷ سال	۱	خیر
۹	۵۴	دیپلم شیرینی‌پزی	قنادی	۲۵ سال	۳	خیر
۱۰	۳۸	فوق دیپلم	حسابدار	۲ سال	۱	بله
۱۱	۴۳	دکتر	ایران خودرو	۲ سال	-	خیر
۱۲	۳۶	فوق لیسانس	نیروی انتظامی	۱/۵ سال	-	خیر

*همسران زنان مشارکت‌کننده با کد ۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۵ حاضر به مصاحبه نشدند.

"مدتی بعد از اینکه ام اس گرفتم، احساس کردم دیگه حسی ندارم. دیگه مثل قبل وقتی شوهرم به من نزدیک می‌شد حس خاصی پیدا نمی‌کردم. انگار ترش‌حی تو واژنم نیست. خشک خشک. هیچ حس خوبی بهم دست نمیده." (مشارکت‌کننده ۴)

در این میان، نه تنها مشکلات جسمی موجب آسیب روابط جنسی مشارکت‌کنندگان شده بود؛ بلکه به دلیل تأثیر بیماری و عوارض آن، مشارکت‌کنندگان دچار مشکلات روحی روانی و به تبع آن، بی‌میلی جنسی و فقدان ارگاسم نیز شده بودند. به طوری که در مطالعه ما برخی از مشارکت‌کنندگان از احساس غمگینی مداوم و حتی افسردگی شکایت داشتند و اظهار می‌کردند که در غالب موارد حوصله هیچ چیز، حتی معاشقه با همسرشان را نیز ندارند.

علاوه بر این، سه تن از مشارکت‌کنندگان مطالعه ما از عملکرد ادراری مختل مشتمل بر بی‌اختیاری، احتباس و عفونت‌های ادراری مکرر رنج می‌بردند. این مسئله عملکرد جنسی آنها را نیز متأثر کرده بود. به طوری که مشارکت‌کننده‌ای با تجربه ریزش ادرار در حین رابطه جنسی از احساس شرمندگی و کاهش میل جنسی خود، سخن به میان آورد: "گاهی اوقات حتی چند قطره از ادرارم می‌ریزه. خیلی خجالت می‌کشم. سرخ می‌شم. با خودم میگم حتماً شوهرم داره تو دلش می‌گه

در تحلیل داده‌های کیفی، ۷۹۶ کد از مصاحبه‌ها استخراج شد که بر اساس قرابت محتوایی مورد قیاس قرار گرفته و به صورت ۲۲ زیر طبقه، ۹ طبقه و ۴ درون‌مایه شامل: ۱. رضایت زناشویی نامطلوب، ۲. افول قدرت باروری، ۳. چالش در انتخاب روش پیشگیری از بارداری و ۴. آسیب‌پذیری روانی اجتماعی سازماندهی شدند (جدول شماره ۳).

رضایت زناشویی نامطلوب

در این مطالعه درون‌مایه "رضایت زناشویی نامطلوب" با سه طبقه "عملکرد جنسی ادراری آسیب‌دیده"، "روابط خانوادگی آسیب‌دیده"، و "ترس و مخفی‌کاری" پدیدار شد: تمامی مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر معتقد بودند که روابط جنسی آنها به میزان قابل توجهی از بیماری ام اس، اثر پذیرفته است. آنها تجربیات جنسی قبل و بعد از بیمار شدنشان را مقایسه می‌کردند و معتقد بودند که توانایی جنسی‌شان به شدت کاهش یافته است. آنان بسیاری از مشکلات جنسی خود را ناشی از مشکلات جسمی نظیر کاهش حس ناحیه ژنیتال و لغزندگی واژینال ناکافی می‌دانستند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این ارتباط توضیح داد:

تجربه می‌کردند، از ترس نارضایتی همسر گرفته تا ترس از دست‌دادن کامل او. این ترس‌ها در مشارکت‌کنندگان مختلف با شدت‌های مختلفی تجربه می‌شد. زنان تازه ازدواج کرده (کمتر از پنج سال)، تازه مبتلا شده به ام‌اس (کمتر از پنج سال) و آنهایی که همسران با وضع اقتصادی بالاتری داشتند، احساس ترس بیشتری داشتند و به تبع آن، تمایل بیشتری هم به مخفی‌کاری داشتند.

ترس از یادآوری بیماری و تجدید انگ، از نگرانی‌های دیگری بود که مخفی‌کاری مشارکت‌کنندگان را سبب می‌شد. "چند وقت پیش کاغذ داروم رو خوندم دیدم نوشته تا شش ماه بعد قطعش هم نباید باردار شد. می‌دونم شوهرم بچه می‌خواد.... بهش چیزی نگفتم که فعلاً نمی‌تونیم بچه‌دار شیم. اگه بفهمه، مریضم یادش میاد. حالا هی می‌خواد بگه به خاطر مریضمی تو!" (مشارکت‌کننده ۴)

زنان مشارکت‌کننده در مطالعه ما تمایل به مخفی‌کاری مشکلات و نگرانی‌هایشان از همسرانشان داشتند و از زندگی مشترک خود رضایت چندانی نداشتند. در این اثنا شوهران مشارکت‌کننده نیز از شرایط موجود اظهار نارضایتی می‌کردند. این اظهار نارضایتی شوهران، علی‌رغم اظهار علاقه و محبت‌ورزی آنها به همسر و خانواده‌شان بود. در حقیقت آنها نمی‌توانستند بر جهت‌گیری صحیح احساسات خود صحنه بگذارند و همواره در بین نارضایتی و محبت‌ورزی در حرکت بودند. در این ارتباط یکی از شوهران مشارکت‌کننده با ۳۶ سال سن، سابقه ۲ سال زندگی متأهلی و صاحب یک فرزند توضیح داد:

"زنم خیلی دوست دارم. زن خوبیه. برای من خیلی کارا کرده. همه جوره پام وایساده. هر کاری بتونم برارش می‌کنم." (شوهر ۱۰)

همین شوهر در ادامه مصاحبه، از تغییرات خلقی همسرش شکایت داشت: "خانم من خیلی حساس شده. از وقتی مریض شده بهونه‌گیر شده. همیشه اصلاً بهش حرف زد. والا من همه جوره در خدمتشم اما باز ایراد میگیره. بعضی وقتا کلافم می‌کنه." (شوهر ۱۰)

شوهران مشارکت‌کننده از هزینه‌های درمان و مضاعف شدن مسئولیت خود نیز شکایت داشتند: "باید دو شیفت کار کنم. بعضی شبها هم میرم نگهبانی. وگرنه با این هزینه‌های بیماری

چه زن چندشی دارم... شایدم نگه... ولی من که شرمونده میشم. سریع میگم ببخشید... دیگه حسی برام نمی‌مونه تا لذت ببرم. با این وضع خُب معلومه دیگه دوست ندارم رابطه جنسی داشته باشم. جز شرمندگی برای من چی داره؟" (مشارکت‌کننده ۱۱)

روابط خانوادگی آسیب‌دیده، در بیان تجارب بسیاری از مشارکت‌کنندگان به‌عنوان یکی از ابعاد و ویژگی‌های مهم رضایت زناشویی نامطلوب پدیدار گردید. غالب مشارکت‌کنندگان مطالعه ما روابط خود با اقوام و خویشاوندان به خصوص خویشاوندان همسر را محدود کرده بودند. آنها دخالت خانواده همسر را عاملی تأثیرگذار بر محدودیت روابط معرفی کردند.

"رابطه خوبی با خانواده و اقوام ندارم. حوصله فامیل ندارم. راستش بعضی وقتا حوصله خودمم ندارم... با فامیل شوهر که هیچ رابطه‌ای ندارم. به شوهرم گفتم هر وقت خواست خودش بره مامانش ببینه. بچه را ببره تا ببیننش... خانواده شوهر من خیلی حرف می‌زنن. همش نیش و کنایه. اعصابم بهم می‌ریزن. با این بیماری هم که می‌بینی اعصابم بهم بریزه فردا باید دوباره بیام بیمارستان پالس بگیرم. به خاطر سلامتی‌مه که از شون دوری می‌کنم." (مشارکت‌کننده ۴)

ما مشاهده کردیم که زنان با ناتوانی بیشتر، روابط خانوادگی آسیب‌دیده‌تری دارند. مشارکت‌کننده‌ای با شدت ناتوانی ۷/۵ توصیف کرد: "با هیچ کدوم از فامیلا رفت و آمد نمی‌کنم. چه فامیل خودم چه فامیل شوهرم. دوست ندارم منو این جور (اشاره به پاهای کم‌حس‌اش) ببینن. به شوهرم گفتم تا این جوریم کسی رو خونه نیاره." (مشارکت‌کننده ۵)

ترس و مخفی‌کاری از دیگر ابعاد رضایت زناشویی نامطلوب بود. مخفی‌کاری حاکی از پنهان کردن مشکلات و نگرانی‌ها از همسران بود. زنان مشارکت‌کننده در مطالعه ما تمایل داشتند در پشت نقابی به زندگی خود ادامه دهند؛ نقابی که شادی و رضایت آنها از زندگی مشترک را می‌رساند درحالی‌که در پشت این نقاب مشکلات و نگرانی‌های بسیاری وجود داشت. مشکلات و نگرانی‌هایی که تمایل داشتند از همسرانشان مخفی کرده و با آنها در میان نگذارند.

این مخفی‌کاری‌ها در بیان غالب مشارکت‌کنندگان به جهت ترس بود. آنها طیفی از ترس‌های مختلف را در زندگی خود

سابقه ۳ سال زندگی متاهلی اظهار کرد: "با اینکه خیلی دلم بچه می‌خواد. اما دلم شور میزنه. آخه من همین الانشم کمردرد شدیدی دارم. حالا نمی‌دونم تو بارداری قراره چه بلایی سر کمرم بیاد. می‌ترسم دیگه نتونم حتی از تختم بلند شم." (مشارکت کننده ۲)

مشارکت‌کننده دیگری در خصوص ترس از عود بیماری پس از بارداری گفت: "درسته میگن بارداری عود نمیده، حتی حالمون بهترم میشه. ولی بعدش چی؟ بعدش که امکان عودش زیاد میشه... فکر کن آدم تازه زایمان کرده باشه، تو اون شرایط با یه بچه شیرخوار. حالا ام‌اس عود کنه مجبور شه بره بیمارستان، پنج روز بستری شه... " (مشارکت کننده ۸)

ترس از بارداری در مشارکت‌کنندگان به دلیل ترس از آسیب سلامت جنین نیز بود. به طوری که مشارکت‌کننده‌ای ۳۵ ساله صاحب یک فرزند دختر اظهار کرد: "گاهی فکر می‌کنم تا سرپا تر هستم یه بچه دیگه بیارم. آخه دخترم خیلی تنهاست. اما با این داروهایی که هر روز هر روز می‌خورم فکر نکنم بچه سالمی از آب در بیاد (لیخند تلخ)." (مشارکت کننده ۶)

برخی مشارکت‌کنندگان نیز به دلیل ناتوانی در مراقبت از فرزند به ویژه فرزند شیرخوار، از بارداری اجتناب می‌نمودند. مشارکت‌کننده‌ای با شدت ناتوانی ۷/۵ (شدید) که با کمک واکر راه می‌رفت، در خصوص اجتناب از بارداری پس از ۱۱ سال زندگی متاهلی گفت: "چه جور بچه دار شم وقتی حتی نمی‌تونم کارای خودم درست انجام بدم. حالا یکی باید بیاد از اون (کودک) مراقبت کنه. بچه کوچیک خیلی کار داره. من که نمی‌تونم. تازه بزرگم که بشه لابد می‌خواد ببرمش پارک، باهش توپ بازی کنم. بگم نمی‌تونم نمیکه پس برای چی منو به دنیا آوردی؟ الان بچه‌ها همش از این حرفا می‌زنن." (مشارکت کننده ۵)

تعدادی از مشارکت‌کنندگان در مطالعه ما به دلیل داروهای مصرفی ام‌اس، قاعدگی‌های مختل را تجربه می‌نمودند که گاهی محدودیت درمان‌های هورمونی سبب سوق آنها به سمت یائسگی زودرس و تجربه ناباروری نیز می‌شد.

مشارکت‌کننده‌ای که یائسگی زودرس را تجربه نموده بود در این باره توضیح داد: "سه سالی بود که پریدام خیلی اذیتم می‌کرد. زمان دقیق نداشت. گاهی حتی از خونریزی نمی‌تونستم راه برم... تا ۳۱ سالگی، که یه شب از درد داشتم

خانومم، کم میاریم. فیزیوتراپی‌ام که تمومی نداره... میرم خونه تازه باید برم به خانومم کمک کنم یه غذایی برای شام بنذاره... کارای بچه‌هام که هست. کاردستی‌هاشون (تکان دادن سر)... همین روزهاست که منم از پا در بیام." (شوهر ۵)

همین شوهر اظهار می‌داشت با وجود اصرار همسرش برای ازدواج مجدد، وی تمایلی به تجدید فراش ندارد: "خانومم تا حالا چند بار شده بهم گفته برو زن بگیر، من راضیم. اما من میگم وقتی اومدی خونه‌ی من سالم بودی. تو خونه من این جور شدی. من تو رو سالم از بابات تحویل گرفتم پس تا خوبام نشی تحویل بابات نمیدم (خنده)." (شوهر ۵)

حتی برخی شوهران با وجود آگاهی از بیمار بودن خانم با او ازدواج کرده بودند و از زندگی با او رضایت داشتند. "بهم گفته بود ام‌اس داره. به نظر من مهم محبت بین زن و مرده. وگرنه این مریضی ممکن بود برای من باشه. الانشم معلوم نیست شاید چند وقت دیگه من از اون بدتر شم. مثلاً با یه تصادف ساده، آبی فلج شم... الان هشت ساله داریم با هم زندگی می‌کنیم. از زندگی راضیم." (شوهر ۷)

در حقیقت تضاد احساسی همسران به طور واضح در مصاحبه‌ها به چشم می‌خورد.

افول قدرت باروری

"افول قدرت باروری" دیگر درون‌مایه اصلی برآمده از این مطالعه بود که با دوطبقه اصلی "نگرانی از پیامدهای مادر شدن" و "ترس از تجربه ناباروری" ظهور یافت. غالب مشارکت‌کنندگان مطالعه ما از بارداری به دلیل پیامدهای آن اظهار نگرانی می‌کردند. این نگرانی مربوط به تأثیر ام‌اس بر سلامت خود و فرزندشان، و احساس ناتوانی در مراقبت و نگهداری از فرزند می‌شد که سبب اجتناب برخی زنان از بارداری شده بود و تا آنجا ادامه می‌یافت که برخی در نهایت یائسگی زودرس و ناباروری را تجربه می‌نمودند.

غالب مشارکت‌کنندگان، اعم از زنان بی‌فرزند و یا صاحب فرزند، ترس از بارداری آبی را تجربه می‌نمودند. برخی از مشارکت‌کنندگان حتی با وجود تمایل به بارداری و فرزندآوری، از این فرآیند اظهار نگرانی می‌کردند. این نگرانی با ترس از آسیب سلامت فردی مشارکت‌کنندگان ارتباط داشت. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای ۲۶ ساله، بدون فرزند با

مناسب می‌دیدند و احساس می‌کردند حق انتخاب چندانی ندارند؛ چراکه روش‌های متنوعی را در مقابل خود نمی‌دیدند. در این ارتباط مشارکت‌کننده ۳۵ ساله‌ای با سابقه ۹ سال زندگی متأهلی و ۲ سال ابتلا به ام‌اس اظهار داشت:

"کلاً ۴-۵ تا روش که بیشتر نیست. اونام غالباً برای بیماری ما مناسب نیستن... من خودم تو این مدت همیشه روشم طبیعی (منقطع) بوده. چون می‌ترسم بیماریم به وقت به خاطر این دستکاری‌ها بدتر بشه." (مشارکت‌کننده ۶)

مشارکت‌کننده جوانی نیز به مقایسه روش‌های پیشگیری از بارداری با شرایط بیماری خود پرداخت: "هورمونی‌ها که برای مریضیم ضرر داره. آی‌بودی که لکه‌بینی میده. منم که به خاطر میتوکسانترون که می‌خورم قاعدگی‌هام نامنظم شدن همین‌الآنشم. یا باید برم لوله‌هامو ببندم که فقط ۲۸ سالمه... فقط کاندوم می‌مونه. حق انتخابی نیست. حالا خوبه شوهرم قبول کرده کاندوم استفاده کنه. وگرنه نمی‌دونم باید چیکار می‌کردم." (مشارکت‌کننده ۳)

مشارکت‌کنندگان در مطالعه ما از تأثیر منفی روش‌های هورمونی پیشگیری از بارداری (اعم از قرص یا آمپول) بر تشدید علائم ام‌اس و تغییرات خلقی آن نگران بودند. آنها همچنین از تأثیرات منفی آی‌بودی و تشدید مشکلات قاعدگی‌شان نظیر لکه‌بینی و بی‌نظمی‌های قاعدگی سخن می‌گفتند.

"قرص و آمپول که میگن رو اعصاب آدم اثر داره. میگن حتی افسردگی میده. من که همین جوریش ساز نزنه می‌رقصم حالا این چیزارم مصرف کنم ببین دیگه چی میشه... به نظرم برای ماها خوب نیست از این روشا استفاده کنیم. من که به دوستانم میگم نکنن." (مشارکت‌کننده ۷)

مشارکت‌کننده دیگری با تجربه یک سال استفاده از آی‌بودی در دوران ابتلایش به ام‌اس، توصیف کرد: "سه سال بعد شروع ام‌اس ام، آی‌بودی گذاشتم. اما به خاطر خونریزی‌ام بعد به سه سال درش آورم. البته من از قبلشم گاهی لکه‌بینی داشتم. این جور نبود که بگم فقط به خاطر آی‌بودی بوده. اما بعد اون، لکه‌بینی‌هام خیلی شدید شد... به سه سال بیشتر نشد رفتم درش آوردم. دیگم نمی‌ذارم." (مشارکت‌کننده ۱۱)

بدین ترتیب مشارکت‌کنندگان مطالعه ما در حضور بیماری ام‌اس، برای انتخاب روش پیشگیری از بارداری احساس

می‌کردم. مامانم اینا منو بردن بیمارستان. گفتن. باید تخمداناشو در بیاریم. از اون به بعد دیگه قاعده نشدم... دکترم گفت چون دستش بسته بود بهم هورمون بده، کیستام بزرگ شدن اینطوری شد...". (مشارکت‌کننده ۷)

مشارکت‌کننده‌ای نیز در خصوص ترس از تأثیر منفی ام‌اس و داروهای آن بر قدرت باروری خود چنین توضیح داد: "درست نمی‌دونم ولی فکر کنم ام‌اس تنبلی تخمدان یا کیست میده. چون خیلی از بچه‌های اینجا (انجمن) باهاشون صحبت کنی می‌بینی کیست دارن. خیلی‌هاشونم میگن تخمداناشون تنبله. البته به خاطر داروها هم هستن... خب این کیستا باردار شدن سخت می‌کنه." (مشارکت‌کننده ۱۲)

محدودیت درمان ناباروری در حضور ام‌اس عامل دیگری بود که مشارکت‌کنندگان را به ترس تجربه ناباروری و ناتوانی در بچه‌دار شدن وامی‌داشت. به طوری که مشارکت‌کننده ۲۳ ساله‌ای، بدون فرزند، با سابقه ۵ سال ازدواج و یک سال ابتلا به ام‌اس اظهار کرد: "شیش ماهه که می‌خوایم بچه‌دار بشیم. ولی هنوز خبری نیست. خدا کنه بتونم باردار شم. وگرنه به خاطر ام‌اس نمی‌تونم آی‌وی اف کنم. دکترم میگه به خاطر هورمونی سنگینی که باید بگیرم احتمالش زیاده که حمله بهم دست بده." (مشارکت‌کننده ۴)

بنابراین، مشارکت‌کنندگان مطالعه ما به دلیل تهدید سلامت خود و فرزندشان، و ناتوانی در مراقبت از فرزند، از بارداری در هراس بودند. این هراس موجب اجتناب آنها از بارداری می‌شد، تا آنجا که برخی به دلیل داروهای مصرفی ام‌اس دچار اختلالات قاعدگی می‌شدند و این اختلالات به دنبال محدودیت درمان هورمونی در حضور بیماری ام‌اس، درمان درستی نمی‌شد؛ و برخی مشارکت‌کنندگان یائسگی زودرس و ناباروری را تجربه کرده بودند.

چالش در انتخاب روش پیشگیری از بارداری

"چالش در انتخاب روش پیشگیری از بارداری" از دیگر درون‌مایه‌های اصلی برآمده از این مطالعه بود که با دوطبقه "احساس محدودیت" و "ترس از تشدید عوارض" پدیدار شد. در مطالعه ما، مشارکت‌کنندگان برای انتخاب روش پیشگیری از بارداری در حضور بیماری ام‌اس، احساس محدودیت می‌کردند. آنها روش‌های محدودی را با شرایط بیماری خود

همین مشارکت‌کننده در جایی دیگر اذعان داشت: "فکرای منفی زیاد میاد تو سرم. مثلاً اینکه مُردن بهتر از این مدلی زندگی کردنه... مادری من به چه درد بچم می‌خوره؟! اصلاً به من میشه گفت مادر... (مشارکت‌کننده ۶)

همین مشارکت‌کننده پس از توصیف استرس ناشی از فوت برادرش اظهار کرد: "وقتی بچه‌های برادرم می‌بینم که بعد فوتش به چه روزی افتادن، می‌گم بازم خوبه زندم. همین که بالا سر بچم هستم خوبه." (مشارکت‌کننده ۶)

مشارکت‌کنندگان مطالعه ما گاه امید به بهبود بیماری داشتند و گاهی دیگر از ناامیدی سخن می‌گفتند. "من همیشه می‌گم که بالآخره درمان قطعی ام‌اس پیدا میشه. چون علم پزشکی خیلی داره پیشرفت میکنه..." (مشارکت‌کننده ۵)

همین مشارکت‌کننده در جایی دیگر اذعان داشت: "امیدی ندارم که یه روز بتونم مثل قبل بدووم. یا حتی بتونم بدون افتادن راه برم. امکان نداره مثل اولام شم. حتی اگر درمانی براش پیدا شه بعید می‌دونم کاملاً مثل قبل ام بشم." (مشارکت‌کننده ۵)

پنهان کردن خود بیماری، یکی از دیگر وجوه آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی بود. زنان مشارکت‌کننده به واسطه بیماری ام‌اس و تغییرات منتج از آن به تدریج دچار گسست با خود قبلی‌شان شده و در نگاه خود و دیگران متفاوت شده بودند، ولی بیشتر می‌ترسیدند تا در نگاه دیگران متفاوت جلوه کنند، تا آنجا که همواره در هراس از واکنش منفی دیگران به سر می‌بردند. این هراس آنها را به سمت پنهان کردن خود و بیماری‌شان، سوق می‌داد.

"از وقتی که ام‌اس گرفتم احساس می‌کنم همه یه جور دیگه نگاه می‌کنن. انگار منو یه ناتوان... یه سربار... یا یه همچین چیزی می‌بینن. برای شوهرم دلسوزی می‌کنن... برای همینه که به کسی نمی‌گم ام‌اس دارم. دلم نمی‌خواد از در خونه بیرون بیام." (مشارکت‌کننده ۳)

مشارکت‌کننده دیگری اظهار داشت: "به هیچ‌کس نگفتم مبتلا شدم. حتی به خانواده خودمم نگفتم... حتی وقتی مهمون میاد دوست ندارم از اتاقم بیرون بیام. احساس می‌کنم همش دارن منو برانداز می‌کنن. مطمئنم تو ذهن هاشون دائماً منو ارزیابی می‌کنن..." (مشارکت‌کننده ۷)

محدودیت می‌کردند. آنها روش‌های پیشگیری از بارداری هورمونی و آی‌یودی را مناسب برای شرایط بیماری خود نمی‌دانستند و احساس می‌کردند گزینه‌چندانی برای انتخاب ندارند.

آسیب‌پذیری روانی اجتماعی

مشارکت‌کنندگان در پی مواجهه با بیماری ام‌اس و خطر درک شده از افول سلامتی، با مروری مداوم دوران قبل و بعد از ام‌اس را مقایسه می‌کردند. آنها در خلوت خود توانایی‌ها و ضعف‌های قبلی و فعلی خود را در کفه ترازو قرار داده و در این اثنا با سیر و تفکر بیشتر بر احوالات گذشته و اکنون خود، استقلال فردی خویش را در شرف نابودی تدریجی ارزیابی می‌کردند و احساس نگرانی برای آینده به سراغ آنها می‌آمد. گویی با نگاهی حسرت‌بار به گذشته در پی تفسیر و پیش‌بینی آینده خود بودند. این افکار باعث می‌شد تا نهیب درونی نزاع با خود آغاز گردد، به طوری که مشارکت‌کنندگان در درون خود همواره با تفکرات مثبت و منفی در نزاع بودند. این نزاع آنها را به سمت آسیب‌پذیری روانی سوق می‌داد و تمام ابعاد سلامتی از جمله سلامت باروری مشارکت‌کنندگان را تحت تأثیر قرار می‌داد. در همین رابطه مشارکت‌کننده جوانی که دچار یائسگی زودرس شده بود توضیح داد:

"انگار همیشه ذهنم درگیره. کلاً من خیلی فکر می‌کنم. به شرایطم، به آینده... به نظرم این درگیری‌های ذهنی بی‌تأثیر نبوده (روی ابتلا به یائسگی). نمی‌گم ام‌اس بی‌تأثیر بوده‌ها. بالآخره داروهایی که می‌خورم عوارضی دارن. ولی اینکه همیشه ذهن آدم درگیر باشه حتماً رو جسمش اثراتی داره." (مشارکت‌کننده ۱)

بنابراین درون‌مایه "آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی" با دو طبقه "نزاع با خود" و "پنهان کردن خود-بیماری" در فرآیند مطالعه پدیدار شد.

نزاع با خود از وجوه آسیب‌پذیری روانی بود. این نزاع درونی در مطالعه ما به شکل سردرگمی بین تفکرات مثبت و منفی، جزو و مد امید و روحیه متلاطم نمود یافت. "گاهی با خودم می‌گم ام‌اس از سرطان یا تومور مغزی که بهتره. حداقل آدم نمی‌کشه. آدم زنده می‌مونه. بالآخره هنوز می‌تونم برای بچم مادری کنم..." (مشارکت‌کننده ۶)

بدین ترتیب مشارکت‌کنندگان مطالعه ما به دلیل نزاعی که در درون با خود داشتند از نظر روانی بسیار آسیب‌پذیر می‌شدند؛ و این آسیب‌پذیری در کنار انزوای اجتماعی و جمع‌گریزی آنها، سلامت باروری مشارکت‌کنندگان را تحت تأثیر قرار می‌داد.

جدول شماره ۳: درون‌مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات، و نمونه‌ای از کدهای استخراج شده از داده‌های کیفی

درون‌مایه	طبقات	زیر طبقات	نمونه‌ای از کدها	
رضایت زناشویی نامطلوب	عملکرد جنسی ادارای آسیب‌دیده	عملکرد جنسی آسیب‌دیده	• مشکلات جسمی در رابطه جنسی	
			• ناخوشایندی از تغییر تصویر بدنی	
			• احساس کاهش جذابیت‌های زنانه در حضور ام اس	
			• نگرانی از عود بیماری به دلیل رابطه جنسی	
			• تن دادن به رابطه جنسی برای حفظ شوهر	
	روابط خانوادگی آسیب‌دیده	عملکرد اداری آسیب‌دیده	• ریزش ادرار	
			• سختی در ادرار کردن	
			• عفونت‌های ادراری مکرر	
			• سرد شدن روابط با خانواده و اقوام همسر	
			• کاهش رفت و آمدها با فامیل	
رضایت زناشویی نامطلوب	دخالته خانواده همسر	محدودیت روابط فامیلی	• دوری از فامیل	
			• قطع ارتباط با خویشاوندان	
			• محدود کردن روابط به تماس تلفنی	
			• نیش و کنایه‌های اقوام همسر	
			• ناتوان نامیده شدن توسط اقوام همسر	
	ترس و مخفی کاری	تضاد احساسی همسر	• نارضایتی جنسی همسر	
			• نارضایتی از تغییرات خلقی زن	
			• نارضایتی از ناتوانی زن در ایفای نقش‌های مادری و مراقبت از فرزندان	
			• نارضایتی از ناتوانی زن در رسیدگی به امور منزل	
			• شکایت از مسئولیت مضاعف	
تهدید قدرت باروری	نگرانی از پیامدهای مادر شدن	ترس از تجدید انگ	• محبت ورزی به زن	
			• ابراز علاقه به زن	
			• مخفی کردن نگرانی‌ها به دلیل ترس از یادآوری بیماری در ذهن همسر	
			• ترس از تجدید نکوهش‌های همسر	
			• ترس از دوباره بیمار خوانده شدن	
	نگرانی از تأثیر بیماری بر سلامت فرزند	نگرانی از تأثیر بیماری بر سلامت خود	ترس از دست دادن یا خیانت شوهر	• ترس از کنار گذاشته شدن توسط شوهر
				• ترس از خیانت به شوهر
				• ترس از تنها ماندن
				• نگرانی از تأثیر داروهای مصرفی بر جنین
				• نگرانی از تأثیر بیماری بر جنین
نگرانی از تأثیر بیماری بر سلامت خود	ناتوانی در مراقبت از فرزند	• نگرانی از انتقال ژن بیماری به فرزند		
		• نگرانی از فشار جسمی مضاعف در بارداری		
		• نگرانی از عود بیماری به دلیل زایمان		
		• ترس از ناتوانی در نگهداری از شیرخوار		
		• ناتوانی در شیردهی		

<ul style="list-style-type: none"> • ناتوانی در برآوردن خواسته‌های کودک • نگرانی در مورد ضعف در بازی با کودک • ناتوانی در نگهداری کودک • نگرانی از پیشرفت بیماری و ناتوانی در حمایت از فرزند در آینده • نگرانی از ابتلای فرزند به ام‌اس در آینده مانند خودش • نگرانی از ناتوانی فرزند در ازدواج به دلیل مادر بیمار داشتن لکه‌بینی • قاعدگی‌های نامنظم • فواصل طولانی بین قاعدگی‌ها • محدودیت درمان هورمونی • تجربه بانسگی زودرس • نگرانی از تاثیر منفی بیماری بر باروری • نگرانی از تاثیر منفی داروهای بیماری بر باروری • داروهای هورمونی و کاهش اثر داروهای بیماری • تاثیر منفی درمان‌های ناباروری بر بیماری 	<ul style="list-style-type: none"> • نگرانی از آینده فرزند • قاعدگی‌های مختل اجتناب‌ناپذیر • ترس از تجربه ناباروری • نگرانی از تاثیر بر قدرت باروری • محدودیت درمان ناباروری در حضور بیماری 	
<ul style="list-style-type: none"> • موجود بودن گزینه‌های محدود برای انتخاب • داشتن حق انتخاب محدود به خاطر ام‌اس • بسته بودن دست‌ها برای استفاده از هر روشی در حضور ام‌اس • ترس از وخیم‌تر شدن بیماری با مصرف قرص و آمپول هورمونی • ترس از تشدید تغییرات خلقی با مصرف روش‌های هورمونی لکه‌بینی • نامنظمی قاعدگی‌ها • زیاد شدن خونریزی 	<ul style="list-style-type: none"> • احساس محدودیت در انتخاب روش • پیشگیری از بارداری در حضور بیماری • تاثیر منفی روش‌های هورمونی • پیشگیری از بارداری • تاثیر منفی آی‌یودی بر قاعدگی‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> • احساس محدودیت • چالش در انتخاب روش پیشگیری از بارداری • ترس از تشدید عوارض
<ul style="list-style-type: none"> • مثبت‌اندیشی نسبت به بیماری • تفکرات منفی نسبت به بیماری • ناامیدی از بهبود شرایط • امید به بهبودی • روحیه منفی در مواجهه با بیماری • روحیه مثبت در مواجهه با بیماری • خانه‌نشینی • انزواطلبی • جمع‌گریزی • کاهش فعالیت‌های اجتماعی • مخفی کردن بیماری از اقوام • مخفی کردن بیماری از خانواده همسر • پنهان کردن بیماری از دوستان 	<ul style="list-style-type: none"> • سردرگمی بین تفکرات مثبت و منفی • جزر و مد امید • روحیه متلاطم • انزوای اجتماعی • پنهان کردن خود - بیماری • پنهان‌سازی بیماری 	<ul style="list-style-type: none"> • نزاع با خود • آسیب‌پذیری روانی اجتماعی

بحث

خانواده را تضعیف کرده و منجر به آسیب نقش‌های خانوادگی شود (۳۴). یافته‌های یک مطالعه تحت عنوان اثرات بیماری ام اس بر خانواده نشان داد که درصد قابل توجهی از بیماران (۳۹ درصد از مردان و ۲۹ درصد از زنان) روابط صمیمی با اعضای خانواده و دوستان قدیمی خود را از دست داده‌اند (۳۵).

ترس و مخفی‌کاری یکی دیگر از طبقات رضایت زناشویی نامطلوب در مطالعه حاضر بود. زنان مبتلا به ام اس در مطالعه حاضر تمایل داشتند نقابی از شادی و رضایت در زندگی مشترک‌شان بر چهره داشته باشند، در حالی که در پشت این نقاب مشکلات و نگرانی‌های بسیاری وجود داشت. مشکلات و نگرانی‌هایی که تمایل داشتند از همسران‌شان مخفی کرده و با آنها در میان نگذارند. Janghorban و همکاران (۲۰۱۵) بیان داشتند که زنان ایرانی در سایه‌ای از سکوت زندگی می‌کنند و از بحث در خصوص مسائل جنسی حتی با همسران‌شان اجتناب می‌کنند (۳۶). Shirpak و همکاران (۲۰۰۸) توضیح می‌دهند که این سکوت به دلیل آن است که صحبت در خصوص مسائل جنسی به عنوان یک تابو در میان زنان ایرانی شناخته می‌شود و آنها از صحبت در این زمینه احساس شرم می‌کنند (۳۷). برخلاف نتایج، اسماعیلی و همکاران (۲۰۰۷) که به مطالعه زندگی جنسی زنان مبتلا به ام اس در کانادا پرداخته بودند، اشاره‌ای به پنهان‌سازی مشکلات جنسی از همسران نداشته‌اند (۳۸). به نظر می‌رسد تجربیات زنان از ابتلا به ام اس به شرایط و زمینه‌ی منطقه‌ای که در آن زندگی می‌کنند مرتبط باشد. تفاوت در زمینه و بستر فرهنگی کشورها و همچنین نگرش و دیدگاه متفاوت آنها به بیماران ناتوان و مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌تواند در این زمینه موثر باشد.

این در حالی است که پژوهشگران مطالعه حاضر دریافتند که زنان ایرانی مبتلا به ام اس سعی می‌کنند نه تنها مسائل جنسی بلکه سایر مشکلات و نگرانی‌هایشان را نیز از همسرانشان پنهان کنند. آنها خود را به عنوان یک بیمار (بیمار بودن

نتایج این مطالعه چهار بعد را در بیان مشکلات و نگرانی‌های سلامت باروری زنان مبتلا به ام اس مشخص نمود که یکی از این ابعاد رضایت زناشویی نامطلوب بود. رضایت زناشویی به خرسندی و احساس شادمانی زوجین از زندگی مشترک و با هم بودن اشاره می‌کند (۲۸). در این مطالعه، رضایت زناشویی نامطلوب با اختلال عملکرد جنسی ادراری، روابط خانوادگی آسیب‌دیده و ترس و مخفی‌کاری مرتبط بود. براساس مطالعات مختلف، اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به ام اس به سه شکل اولیه، ثانویه و ثالثیه دیده می‌شود (۲۹، ۳۰). اختلال عملکرد جنسی اولیه^۱ در نتیجه‌ی آسیب‌های نورولوژیکی مرتبط با ام اس که مستقیماً بر عملکرد جنسی اثر دارند رخ می‌دهد (۲۹). در مطالعه حاضر نیز مشارکت‌کنندگان از کاهش حس ناحیه ژنیتال و لغزندگی واژینال ناکافی شکایت داشتند.

اختلال عملکرد جنسی ثانویه^۲ توسط تغییرات فیزیکی که غیرمستقیم بر عملکرد جنسی بیماران مبتلا به ام اس اثر دارند، ایجاد می‌شود (۳۱). ما نیز در مطالعه خود همانند مطالعه Altmann و همکاران (۲۰۲۱) دریافتیم که تغییرات فیزیکی نظیر ضعف عضلات، محدودیت حرکتی و اختلال عملکرد مثانه بر عملکرد جنسی مشارکت‌کنندگان اثر منفی دارند (۳۱). همچنین مشارکت‌کنندگان در مطالعه ما نگران چگونگی پیشرفت این تغییرات فیزیکی بودند. این نگرانی‌ها بر وضعیت روحی روانی زنان مبتلا به ام اس و افزایش خطر بروز علایم افسردگی در آنها اثر داشتند. Aydın و همکاران (۲۰۲۲) تاکید کردند که با افزایش شدت علایم افسردگی در زنان مبتلا به ام اس، ارگاسم و لذت جنسی کاهش می‌یابد (۳۲). این اختلال عملکرد جنسی ایجاد شده در نتیجه آسیب‌های روانی اجتماعی ام اس را اختلال عملکرد جنسی ثالثیه^۳ می‌نامند (۳۳).

روابط خانوادگی آسیب‌دیده از دیگر طبقات رضایت زناشویی نامطلوب بود. سایر مطالعات انجام شده نیز بیانگر آن است که ابتلا به بیماری ام اس می‌تواند روابط و صمیمیت بین افراد

¹ Primary Sexual Dysfunction

² Secondary Sexual Dysfunction

³ Tertiary Sexual Dysfunction

طرف مقابل را نیز به عهده بگیرند درحالیکه زنان بیمار اینگونه احساس نگرانی بیشتری پیدا می‌کنند. شاید این نیز دلیلی باشد که به مخفی‌کاری از همسران‌شان روی می‌آورند. تاکید می‌کنیم که این مخفی‌کاری خود اثر سینرژیسمی بر تشدید نگرانی‌های آنها داشت و لذا توصیه می‌کنیم مشاوره‌های زوجی برای زنان مبتلا به ام اس، در نظر گرفته شود.

افول قدرت باروری

افول قدرت باروری یکی دیگر از ابعاد نگرانی‌های سلامت باروری زنان مبتلا به ام اس بود. در مطالعه حاضر اکثر زنان مبتلا به ام اس اعم از بی‌فرزند و یا صاحب فرزند، از یک سو ترس از بارداری آتی و از سوی دیگر ترس از تجربه ناباروری را داشتند؛ بنابراین در مطالعه حاضر، زنان ترس و نگرانی از بارداری داشتند که این نگرانی مربوط به سلامت خود و فرزندشان، و احساس ناتوانی در مراقبت و نگهداری از فرزند می‌شد که سبب اجتناب برخی مشارکت‌کنندگان از بارداری شده بود.

Villaverde-González (۲۰۲۲) در مطالعه خود بر نگرانی زنان مبتلا به ام اس از بارداری تأکید کرد و اظهار داشت که ترس از تشدید حملات ام اس و به‌خطراتدان وضعیت سلامت خود، مهم‌ترین نگرانی زنان مبتلا به ام اس از بارداری است. در این مطالعه مشارکت‌کنندگان، باردارشدن را یک عملکرد پرخطر ارزیابی کرده بودند (۴۲).

یک مطالعه کیفی در سال ۲۰۲۱ به بررسی ذهنیت و تصورات زنان مبتلا به MS از مادری پرداخته است. در این بررسی مادران مبتلا به ام اس اظهار داشتند زمانی که به فرزند خود فکر می‌کنند حس خودخواهی و گاهی حتی مضر بودن را دارند، چرا که هنگام تصمیم برای بارداری تمایل به مادر شدن خود را بر آینده و عاقبت فرزندشان اولویت داده بودند. آنها همچنین ترس آسیب رساندن به کودک‌شان را داشتند و تصور می‌کردند ممکن است به دلیل محدودیت‌های فیزیکی و یا فشارهای روانی ناشی از ابتلا به MS، فرزندشان متحمل آسیب‌هایی شود و خود را برای فرزندشان مضر تصور می‌کردند (۴۳). در همین راستا در مطالعه حاضر نیز یکی از دلایل ترس مشارکت‌کنندگان از بارداری، ترس از ناتوانی در مراقبت از فرزند بود. برخی زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، نگران

به‌عنوان یک تابو)، کسی که مشکلات و دردهای بسیاری از جمله مشکلات جنسی، مشکلات باروری، هزینه‌های درمانی سنگین و غیره دارد، می‌دیدند. از این رو غالب این زنان ترس از دست‌دادن همسرانشان را داشتند و همین ترس‌ها سبب می‌شد تا به مخفی‌کاری مشکلاتشان روی آورند؛ بنابراین شوهران این زنان نیز به دلیل ناآگاهی، کمکی به حل این مشکلات نکرده بودند؛ لذا توصیه می‌شود علاوه بر زنان مبتلا به ام اس، همسران آنها نیز از خدمات آموزشی مشاوره‌ای مناسب جهت آگاه‌سازی بهره‌مند گردند.

Sedighi و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که رضایت جنسی همسران بیماران (مرد و زن) مبتلا به ام اس به طور معناداری کاهش می‌یابد و این مسئله می‌تواند بر کیفیت زندگی خود بیماران نیز تاثیر منفی داشته باشد (۳۹). از سوی دیگر، همسران مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر اظهار می‌داشتند که از زمان ابتلای همسرشان وظایف و نقش‌های آنها بیشتر شده و این مسئله رضایت آنها را از زندگی مشترک کاهش داده است. Javidan و Dastmalchian (۲۰۰۳) دیدگاه مذهبی افراد را در رضایت زناشویی زوجین موثر می‌دانند (۴۰). در مطالعه حاضر نیز تأثیر دیدگاه مذهبی شوهران مشهود بود. به عنوان مثال نقل قول "اگر همسر بیمار و ضعیفم را رها کنم خداوند هم مرا را رها خواهد کرد" و "او را برنجانم، مورد خشم خدا قرار می‌گیرم" اشاره به تأثیر دیدگاه مذهبی شوهران مشارکت‌کننده در محبت‌ورزی به همسران بیمارشان داشت. از طرف دیگر در فرهنگ ایرانی-اسلامی کشور ما، حفظ بنیان خانواده برای حفظ سلامت فرزندان مورد اهمیت بسیار قرار دارد و پدران مشارکت‌کننده مطالعه حاضر نیز برای آسیب ندیدن بیشتر فرزندان‌شان تمایل داشتند مادران آنها ولو بیمار و ناتوان را رها نکرده و مورد حمایت قرار دهند.

در مقابل یک مطالعه فراترکیب در سال ۲۰۲۴ تاکید کرد که حمایت بیش از حد شوهران از مادران مبتلا به ام اس باعث شده که زنان احساس ناراحتی کنند و در مورد مناسب بودن خود برای نقش مادری شک کنند. آنها نگرانی‌های خود را در مورد برداشت‌هایشان از خود به عنوان مادران معلول و پیامدهای احتمالی از دست دادن برخی یا همه نقش‌هایشان به عنوان مادر ابراز کرده بودند (۴۱). لذا به نظر می‌رسد این تفکر ذهنی خود همسران باشد که فکر می‌کنند باید نقش‌های

هورمون در زنان مبتلا به ام اس در مقایسه با ۵۸ زن سالم گروه کنترل به طور معناداری پایین تر است (۵۱). علاوه بر این، داده‌های مطالعه ما نشان داد برخی از زنان مبتلا به ام اس درمان‌های ناباروری را در حضور بیماری ام اس خطرناک ارزیابی می‌کردند. در سال ۲۰۲۲ یک مطالعه در بیمارانی که مورد IVF قرار گرفته بودند افزایش معنی‌داری در عودهای بیماری ام اس نشان داد (۵۲). اگرچه مکانیسم افزایش حملات ام اس پس از ART به طور دقیقی شناخته نشده است. اما فرضیه‌هایی در این زمینه وجود دارد از جمله قطع داروهای مصرفی ام اس قبل از ART، افزایش ناگهانی سطوح هورمونی در بدن و تاثیر هورمون‌ها بر فعالیت سلول‌های ایمنی مختلف (۵۳). بنابراین مطالعه حاضر همراه با سایر مطالعات بر اهمیت نقش باروری (بارداری و ناباروری) در نگرانی‌های زنان مبتلا به ام اس تاکید می‌کند.

چالش در انتخاب روش پیشگیری از بارداری

از دیگر نگرانی‌های سلامت باروری زنان مبتلا به ام اس در مطالعه حاضر، احساس محدودیت در انتخاب روش پیشگیری از بارداری بود. احساسی که از عوارض و تاثیرات منفی روش‌های هورمونی پیشگیری از بارداری و آی‌بودی ناشی می‌شد. Becker و همکاران (۱۹۹۷) که به بررسی تجارب زنان دچار ناتوانی فیزیکی در خصوص استفاده از خدمات بهداشت باروری پرداخته بودند، دریافتند که این زنان با در نظر گرفتن ناتوانی خود گزینه‌های محدودی برای انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری دارند. آنان به دلیل مشکلات جسمی حرکتی، استفاده از کاندوم و مصرف هر روز قرص‌های پیشگیری از بارداری (OCP) را امکان‌پذیر نمی‌دیدند (۵۴). Frago و همکاران (۲۰۲۲) نیز با توجه به افزایش خطر ترومبوآمبولیسم توصیه می‌نمایند مصرف OCP در زنان مبتلا به MS که ناتوانی حرکتی دارند، محدود شود (۲). D'hooghe و همکاران (۲۰۱۲) در بلژیک با مطالعه روی ۹۷۳ زن مبتلا به ام اس دریافتند که استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری خوراکی با پیشرفت بیماری ام اس و افزایش خطر رسیدن به شدت ناتوانی بالا (EDSS=۶) همراه است (۵۵). این در حالی است که در مطالعه حاضر،

بودند که از عهده مسئولیت‌های مادری برنیایند. عده‌ای نیز تصور می‌کردند ممکن است فرزندان‌شان، ام اس را از آنها به ارث برند و این‌گونه خود را برای آنان آسیب‌رسان ارزیابی می‌کردند. Özkan (۲۰۲۳) نیز انتقال بیماری به کودک و نگهداری از کودک و تامین رفاه او را به عنوان یکی از دلایل نگرانی زنان مبتلا به ام اس از بارداری عنوان کرده‌اند (۴۴). زنان مبتلا به ام اس در مطالعه Parton و همکاران (۲۰۱۷) تامین ایمنی و رفاه کودک را بر حفظ سلامت و تامین رفاه خود مقدم می‌دانستند. آنها اظهار می‌داشتند که سلامت و تامین رفاه خود را آن چنان مهم نمی‌دانند که باعث ایجاد احساس نگرانی و تشویش خاطر در آنان شود (۴۵). این در حالی است که در مطالعه حاضر، تهدید سلامت فردی مادر به‌عنوان یک نگرانی مهم مشارکت‌کنندگان از بارداری شناخته شده است. این تفاوت در یافته‌های مطالعات شاید به دلیل تفاوت در کیفیت و کمیت خدمات بهداشتی درمانی کشورها و یا تاثیر تفاوت‌های فرهنگی بر اندیشه، احساس و تجربیات افراد باشد. Payne و McPherson (۲۰۱۰) نیز بحث می‌کنند که تصمیم‌گیری زنان مبتلا به ام اس برای باردار شدن یا نشدن به صورت خصوصی بین خودشان و همسران‌شان اتفاق نمی‌افتد؛ بلکه این محققین بارداری را به عنوان یک تجربه عمومی - خصوصی^۱ معرفی می‌کنند که نگرش سایر افراد به‌ویژه اعضای خانواده و حتی نگرش جامعه نسبت به مادران ناتوان، بر نگرانی‌های آنان و تصمیم‌گیری‌شان برای بارداری اثر می‌گذارد (۴۶).

یکی دیگر از طبقات افول قدرت باروری در مطالعه حاضر، ترس از ناباروری بود. بسیاری از مطالعات تاکید کرده‌اند که ام اس بر قدرت باروری زنان مبتلا تاثیر منفی ندارد (۴۷). (۴۸). با این وجود، Nabavi و همکاران (۲۰۱۸) در ۵۸ زن ایرانی مبتلا به ام اس در مقایسه با زنان سالم گروه کنترل شیوع بالاتری از قاعدگی‌های نامنظم، الیگومنوره و آمنوره را مشاهده کردند (۴۹، ۵۰). Thone و همکاران نیز در سال ۲۰۱۵ با اندازه‌گیری سطوح سرمی هورمون آنتی‌مولرین (AMH) به بررسی ذخایر تخمدانی ۷۶ زن مبتلا به ام اس در سنین باروری پرداختند. آنها دریافتند که سطوح سرمی این

¹ Public private experience

می‌کنند. بیماران با شدت ناتوانی متفاوت و در مراحل مختلف بیماری، میزان‌های متفاوتی از امیدواری را اظهار می‌داشتند (۵۹). آنها میان امیدواری و ناامیدی در حرکت بودند. محققین این حالت را فرآیند پویای امید و ناامیدی^۱ نام نهادند (۶۰) و معتقد بودند که با شدت بیماری و میزان ناتوانی بیماران ارتباط دارد (۵۹، ۶۱).

در این میان، مشارکت‌کنندگان مطالعه به سمت پنهان کردن خود بیماری، به معنای عدم برقراری ارتباط فردی و اجتماعی مناسب، تمایل به انزوا و گوشه‌گیری و مخفی کردن بیماری خود از دیگر افراد، سوق پیدا کرده بودند. براساس نتایج مطالعات مختلف، ابتلا به بیماری ام اس بر روابط تعاملی بین شخصی و اجتماعی تاثیر منفی گذاشته و همین امر نقش مهمی در کاهش اعتماد به نفس و صلاحیت بین شخصی ایفا می‌کند (۶۲-۶۴). از طرف دیگر، فقدان تعاملات اجتماعی ممکن است منجر به افسردگی و دیسترس روان‌شناختی بیشتر در بیماران شده و منجر به عدم تطابق فرد با بیماری شود (۶۲).

Pokryszko-Dragan و همکاران (۲۰۲۰) می‌نویسند پنهان کردن بیماری و انزوایابی در بیماران مبتلا به ام اس در پاسخ به فشارهای اجتماعی رخ می‌دهد (۶۵). مطالعه Sharifi و همکاران (۲۰۲۳) بر روی بیماران مبتلا به ام اس نشان داد که در این بیماران انگ‌های اجتماعی با پنهان کردن بیماری ارتباط مستقیم دارد. آنها بیان داشتند که این بیماران نگران انگ‌های جامعه هستند (۶۶). Khoshsirat و همکاران (۲۰۲۴) در مطالعه خود بیان داشتند که بیماران مبتلا به ام اس در جامعه ایرانی با انگ‌های مختلفی درگیر هستند. آنها این انگ‌ها را عاملی مؤثر در نیافتن شغل و برهم زدن زندگی عادی بیماران معرفی کردند (۶۷).

پژوهشگران مشاهده کردند که زنان با ناتوانی بیشتر، روابط خانوادگی آسیب‌دیده‌تری دارند و انزوایابی بیشتری گزارش می‌کردند. به تبع، رضایت زناشویی پایین‌تر و مخفی‌کاری شدیدتری داشتند. Khatooni و همکاران (۲۰۲۴) نیز اظهار داشتند که درد و ناتوانی در بیماران مبتلا به ام اس باعث ایزوله شدن اجتماعی آنها می‌شود (۶۸). با این وجود مشارکت‌کنندگانی که طول مدت ابتلای بیشتری داشتند اما

مشارکت‌کنندگان از تغییرات خلقی ناشی از روش‌های هورمونی و اثر سینرژیسمی آن با تغییرات خلقی ام اس هم اظهار نگرانی می‌کردند.

با این وجود براساس مشاهداتی نظیر تشدید علائم ام اس در طی دوران قاعدگی و افزایش حملات بعد از زایمان-زمانی که سطوح استروژن به سرعت کاهش می‌یابد- به نظر می‌رسد که استروژن موجود در OCP می‌تواند اثر تسکین‌دهنده در علائم بیماری ام اس داشته باشد (۵۶). مطالعه Ghajarzadeh و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان داد که مصرف OCP اثر معناداری بر پیشرفت ام اس و عودهای این بیماری ندارد (۵۷).

در مطالعه حاضر تعدادی از زنان مبتلا به ام اس در خصوص استفاده از IUD و تشدید مشکلات قاعدگی نیز اظهار نگرانی می‌کردند. Hillert و همکاران (۲۰۱۴) بیان داشتند که IUD سبب افزایش عفونت‌های تناسلی و لگنی می‌شود و این فرض وجود دارد که یکی از دلایل شروع حملات ام اس عفونت و فعالیت‌های التهابی باشد. از این رو محققین نیز در خصوص استفاده از IUD در این بیماران اظهار نگرانی داشتند (۵۸). با این وجود به نظر می‌رسد مطالعات کلینیکال و شواهد قوی مبنی بر تاثیر مثبت یا منفی روش‌های هورمونی پیشگیری از بارداری و IUD بر علائم و حملات بیماری ام اس وجود ندارد. لذا توصیه می‌شود زنان مبتلا به ام اس که تمایل به استفاده از این روش‌ها را دارند، در خصوص مزایا و معایب آن به دقت آگاه شوند.

آسیب‌پذیری روانی اجتماعی

این درون‌مایه بر اهمیت نقش سلامت روان و سلامت اجتماعی بر سلامت باروری زنان مبتلا به ام اس اشاره دارد. به طوری که یکی از باورهایی که توسط شرکت‌کنندگان مطالعه ما بیان شد این بود که درگیری ذهنی و آسیب‌پذیری روانی در ایجاد اختلالات قاعدگی و بروز یائسگی زودرس آنها مؤثر بوده است. غالب مشارکت‌کنندگان مطالعه در خصوص بیماری‌شان هم تفکرات مثبت و هم تفکرات منفی داشتند. همین مسئله سبب شده بود تا گاهی امیدوار و گاهی ناامید به نظر برسند. مطالعه Soundy و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که افراد به دنبال تشخیص بیماری ام اس انواع گوناگونی از امید را تجربه

¹ Dynamic Process of Hope and Despair

از محدودیت‌های این مطالعه، عدم تمایل زنان به صحبت در حضور همسران‌شان بود که محقق سعی نمود براساس ترجیحات هر خانم مشارکت‌کننده عمل نماید و در آخر مصاحبه‌ها را به‌صورت فردی انجام شد.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این مطالعه، نگرانی‌های سلامت باروری زنان مبتلا به ام اس متناسب با مصاحبه با زنانی که بیماری ام اس را تجربه کرده بودند و همسران آنها، شناسایی شد. نگرانی‌های سلامت باروری به معنای دلواپسی‌ها و دغدغه‌هایی است که فرد در حیطه‌های مختلف سلامت باروری خود دارد و بیانگر موضوعات مهم و اثرگذار بر سلامت دستگاه تولیدمثل و عملکرد آن می‌باشد. این موضوعات مهم و اثرگذار در زنان مبتلا به ام اس شامل رضایت زناشویی نامطلوب، افول قدرت باروری، چالش در روش پیشگیری از بارداری و آسیب‌پذیری روانی اجتماعی می‌باشد. به طوری که یکی از باورهایی که توسط مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر بیان شد این بود که درگیری ذهنی و آسیب‌پذیری روانی در ایجاد اختلالات قاعدگی و بروز یائسگی زودرس آنها مؤثر بوده است. آنها همچنین به دلیل انزوای و پنهان‌سازی خود بیماری از شرکت در کلاس‌های آموزشی، مراجعه به مطب‌ها و کلینیک‌های تخصصی و کسب اطلاعات، اجتناب می‌کردند. این مسئله از یک سو سبب محدودیت اطلاعات مشارکت‌کنندگان از جمله اطلاعات سلامت باروری‌شان و از سوی دیگر سبب عدم تمایل آنها به تحت‌نظر مداوم پزشک زنان و مامایی بودن، شده بود که می‌توانست مشکلات سلامت باروری آنها را تشدید کند؛ لذا نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که می‌بایست تمامی این موارد و موضوعات مهم در حین برنامه‌ریزی در جهت بهبود سلامت باروری و در نهایت کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس مورد توجه برنامه‌ریزان بهداشتی کشور قرار بگیرد.

شدت ناتوانی آنها کم بود، بهتر با بیماری کنار آمده بودند و مشکلات و نگرانی‌های کمتری گزارش می‌کردند و انزوای کمتری هم داشتند. Carberry و همکاران (۲۰۲۵) نیز تاکید کردند که کنارآمدن^۱ با بیماری ام اس در فرآیندی چندمرحله‌ای رخ می‌دهد که اولین مرحله آن "انکار" نام دارد و پس از آن، بیمار به دنبال درمان و حل مشکلات بیماری‌اش می‌رود (۶۹). همچنین ما مشاهده کردیم زنانی که تحصیلات خود و همسرشان دانشگاهی بود بهتر همکاری می‌کردند و برای حل مشکلات‌شان بیشتر به دنبال راه‌حل بودند و حتی کشف درمان‌های جدید بیماری را پیگیری می‌کردند و تمایل به شرکت در کلاس‌های آموزشی انجمن ام اس را داشتند. Momsen و Maribo (۲۰۲۲) نیز در مطالعه خود گزارش کردند بیماران مبتلا به ام اس با تحصیلات بالاتر همکاری بهتری برای مشارکت در مداخلات بازتوانی دارند (۷۰). در پایان باید اذعان نمود که درون‌مایه‌ها و طبقات پدیدار شده در مطالعه با هم در تعامل بودند، برای مثال ترس از بارداری و نگرانی از پیامدهای مادر شدن، چالش در انتخاب روش پیشگیری از بارداری را در این زنان تشدید می‌کرد. آنها احساس فشار روانی زیادی برای انتخاب یک روش پیشگیری از بارداری مطمئن تجربه می‌نمودند. این فشارهای روانی متعدد و سردرگمی‌هایی که بین افکار مثبت و منفی داشتند و احساس دوگانه‌ای که بین ترس از مادر شدن و ترس از تجربه ناباروری داشتند، آنها را به رعب اجتماعی سوق می‌داد به طوری که تمایل داشتند در انزوا به زندگی خود ادامه دهند و نه تنها بیماری و مشکلات‌شان بلکه حتی نگرانی‌هایشان را از دیگران حتی همسرشان پنهان کنند. از این‌رو مخفی‌کاری در بین مشارکت‌کنندگان به‌وضوح دیده می‌شد تا جایی که مشکلات در روابط جنسی خود و حتی درخواست‌های جنسی‌شان را با همسرشان مطرح نمی‌کردند و به همین دلیل رضایت زناشویی آنها روندی روبه‌کاهش داشت. البته به دلیل انزوای غالباً به دنبال درمان و یافتن راه‌حل از سمت متخصصین هم نبودند و اکثر آنها در کلاس‌های آموزشی انجمن ام اس مشارکت فعال نداشتند و این عدم آگاهی مانند یک چرخه معیوب، مشکلات و نگرانی‌های آنها را تشدید می‌کرد.

^۱ Coping

تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی تهران برای تأمین مالی و از انجمن ام اس ایران در تهران برای همکاری در نمونه‌گیری تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران (IR.Tums.VCR.Rec.1395.98) و کسب اجازه از انجمن ام اس ایران در تهران انجام شد. از تمامی مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه اخذ و کلیه اطلاعات و مصاحبه‌های ضبط شده آنها محرمانه نگهداری شد.

کد اخلاق

IR.Tums.VCR.Rec.1395.98

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

حمایت مالی

این مطالعه با بودجه دانشگاه علوم پزشکی تهران (شماره کمک‌هزینه ۹۲۲۱۱۵۱۰۰۳) انجام شده است.

سهم نویسندگان

فائزه غفوری: انجام مصاحبه و تحلیل، نگارش مقاله
ناهید دهقان نیری: طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها

References:

- McGinley MP, Goldschmidt CH, Rae-Grant AD. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis: a review. *Jama*. 2021;325(8):765-79.
- Fragoso YD, Branco LP, de Carvalho VM. Pregnancy and family planning considerations in multiple sclerosis. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*. 2022;11(2):90-4.
- Krysko KM, Bove R, Dobson R, Jokubaitis V, Hellwig K. Treatment of women with multiple sclerosis planning pregnancy. *Current Treatment Options in Neurology*. 2021;23:1-19.
- McCombe PA, Greer JM. Female reproductive issues in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2013;19(4):392-402.
- Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Marrie RA, et al. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS. *Multiple Sclerosis Journal*. 2020;26(14):1816-21.
- Mirmosayyeb O, Shaygannejad V, Bagherieh S, Hosseinabadi AM, Ghajarzadeh M. Prevalence of multiple sclerosis (MS) in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences*. 2022;43:233-41.
- Etemadifar M, Nikanpour Y, Neshatfar A, Mansourian M, Fitzgerald S. Incidence and

- prevalence of multiple sclerosis in persian gulf area: a systematic review and meta-analysis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2020;40:101959.
- Hosseinzadeh A, Sedighi B, Kermanchi J, Heidari M, Haghdoost AA. Is the sharp increasing trend of multiple sclerosis incidence real in Iran? *BMC neurology*. 2021;21:1-5.
- Ross L, Ng HS, O'Mahony J, Amato MP, Cohen JA, Harnegie MP, et al. Women's health in multiple sclerosis: a scoping review. *Frontiers in neurology*. 2022;12:812147.
- WHO. Developing sexual health programmes: A framework for action. WHO; World Health Organization, 2010.
- Manouchehri E, Ghavami V, Larki M, Saeidi M, Latifnejad Roudsari R. Domestic violence experienced by women with multiple sclerosis: a study from the North-East of Iran. *BMC women's health*. 2022;22(1):321.
- Ezabadi SG, Ashtari F, Baghbanian SM, Majdi-Nasab N, Madreseh E, Hatamian H, et al. Investigation of pregnancy tendency, reproductive characteristics, and disability in women with multiple sclerosis: A secondary data analysis of the national registry in Iran. *Current Journal of Neurology*. 2024;23(2):106.
- Bartnik P, Wielgoś A, Kacperczyk-Bartnik J, Szymusik I, Podlecka-Piętowska A,

- Zakrzewska-Pniewska B, et al. Evaluation of reproductive health in female patients with multiple sclerosis in Polish population. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2018;53:117-21.
14. Holz A, Riefflin M, Heesen C, Riemann-Lorenz K, Obi N, Becher H. Breastfeeding and risk of multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Neuroepidemiology*. 2023;56(6):391-401.
 15. Vukusic S, Michel L, Leguy S, Lebrun-Frenay C. Pregnancy with multiple sclerosis. *Revue Neurologique*. 2021;177(3):180-94.
 16. Mikkelsen AP, Egerup P, Kolte AM, Westergaard D, Nielsen HS, Lidegaard Ø. Pregnancy loss and risk of multiple sclerosis and autoimmune neurological disorder: a nationwide cohort study. *Plos one*. 2022;17(3):e0266203.
 17. Moccia M, Affinito G, Fumo MG, Giordana R, Di Gennaro M, Mercogliano M, et al. Fertility, pregnancy and childbirth in women with multiple sclerosis: a population-based study from 2018 to 2020. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2023;94(9):689-97.
 18. Zeydan B, Atkinson EJ, Weis DM, Smith CY, Gazzuola Rocca L, Rocca WA, et al. Reproductive history and progressive multiple sclerosis risk in women. *Brain Communications*. 2020;2(2):fcaa185.
 19. Sparaco M, Bonavita S. The role of sex hormones in women with multiple sclerosis: From puberty to assisted reproductive techniques. *Frontiers in neuroendocrinology*. 2021;60:100889.
 20. Marcus R. What is multiple sclerosis? *Jama*. 2022;328(20):2078-.
 21. Walz L, Brooks JC, Shavelle RM, Robertson N, Harding KE. Life expectancy in multiple sclerosis by EDSS score. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2022;68:104219.
 22. Webb EJ, Meads D, Eskytė I, Ford HL, Bekker HL, Chataway J, et al. The impact of reproductive issues on preferences of women with relapsing multiple sclerosis for disease-modifying treatments. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2020;13(5):583-97.
 23. Oreja-Guevara C, González-Suárez I, Bilbao MM, Gómez-Palomares JL, Rodríguez CH, Rabanal A, et al. Multiple sclerosis: Pregnancy, fertility, and assisted reproductive technology—a review. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2024:105893.
 24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
 25. Serafini F, Reid SF. Multimodal content analysis: expanding analytical approaches to content analysis. *Visual communication*. 2023;22(4):623-49.
 26. Haq ZU, Rasheed R, Rashid A, Akhter S. Criteria for assessing and ensuring the trustworthiness in qualitative research. *International Journal of Business Reflections*. 2023;4(2).
 27. Alexander AP. Lincoln and Guba's quality criteria for trustworthiness. *IDC International Journal*. 2019;6(4):1-6.
 28. Dobrowolska M, Groyecka-Bernard A, Sorokowski P, Randall AK, Hilpert P, Ahmadi K, et al. Global perspective on marital satisfaction. *Sustainability*. 2020;12(21):8817.
 29. Drulovic J, Kusic-Tepavcevic D, Pekmezovic T. Epidemiology, diagnosis and management of sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Belgica*. 2020;120(4):791-7.
 30. Zaloum SA, Mahesh M, Cetin MA, Ganesh S, Horne R, Giovannoni G, et al. Diversity and representation within the literature on sexual dysfunction in multiple sclerosis: A systematic review. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2024:105767.
 31. Altmann P, Leutmezer F, Leithner K, Monschein T, Ponleitner M, Stattmann M, et al. Predisposing factors for sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Frontiers in Neurology*. 2021;12:618370.
 32. Aydın T, Onger ME. Depression, sexual dysfunction, life satisfaction and marriage satisfaction in women with multiple sclerosis. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2022;58(1):73.
 33. Köseoğlu M, ÇELİK RGG, TUTUNCU M, Bingöl A, ERBAS B, Deringöl D, et al. Sexual dysfunction and associated risk factors in multiple sclerosis. *Journal of Surgery and Medicine*. 2020;4(9):779-83.
 34. Di Tella M, Perutelli V, Miele G, Lavorgna L, Bonavita S, De Mercanti SF, et al.

- Family functioning and multiple sclerosis: study protocol of a multicentric Italian project. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:668010.
35. Gedizlioglu M, Mavioglu H, Uzunel F, Ce P, Oguz M, Sagduyu A, et al. Impact of multiple sclerosis on family and employment: a retrospective study in the Aegean district of Turkey. *International Journal of MS Care*. 2000;2(3):48-57.
36. Janghorban R, Latifnejad Roudsari R, Taghipour A, Abbasi M, Lottes I. The shadow of silence on the sexual rights of married Iranian women. *BioMed research international*. 2015;2015(1):520827.
37. Shirpak KR, Chinichian M, Maticka-Tyndale E, Ardebili HE, Pourreza A, Ramenzankhani A. A qualitative assessment of the sex education needs of married Iranian women. *Sexuality & Culture*. 2008;12(3):133-50.
38. Esmail S, Munro B, Gibson N. Couple's Experience with Multiple Sclerosis in the Context of their Sexual Relationship. *Sex Disabil*. 2007;25:163-77.
39. Sedighi B, Abedini Parizi M, Haghdoost AA, Jangipour Afshar P, Shoraka HR, Jafari S. How does multiple sclerosis affect sexual satisfaction in patients' spouses? *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1110884.
40. Javidan M, Dastmalchian A. Culture and leadership in Iran: The land of individual achievers, strong family ties, and powerful elite. *The Academy of Management Executive*. 2003;17(4):127-42.
41. Ghezlhesari EM, Heydari A, Ebrahimipour H, Nahayati MA, Khadivzadeh T. Meta-synthesis of the motherhood-related needs of women with multiple sclerosis. *BMC Women's Health*. 2024;24(1):559.
42. Villaverde-González R. Updated perspectives on the challenges of managing multiple sclerosis during pregnancy. *Degenerative Neurological and Neuromuscular Disease*. 2022;1-21.
43. Colaceci S, Zambri F, Marchetti F, Trivelli G, Rossi E, Petruzzo A, et al. 'A sleeping volcano that could erupt sooner or later'. Lived experiences of women with multiple sclerosis during childbearing age and motherhood: A phenomenological qualitative study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2021;51:102938.
44. Özkan İ, Polat Dünya C. Motherhood experiences of women with multiple sclerosis: a thematic Meta-synthesis. *Clinical Nursing Research*. 2023;32(6):954-70.
45. Parton C, Ussher JM, Natoli S, Perz J. Being a mother with multiple sclerosis: Negotiating cultural ideals of mother and child. *Feminism & Psychology*. 2017:0959353517732591.
46. Payne D, McPherson KM. Becoming mothers. *Multiple sclerosis and motherhood: A qualitative study*. *Disability and Rehabilitation*. 2010;32(8):629-38.
47. Magyari M, Koch-Henriksen N, Pflieger CC, Sørensen PS. Gender and autoimmune comorbidity in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2014;20(9):1244-51.
48. Ramagopalan SV, Dymment DA, Valdar W, Herrera BM, Criscuoli M, Yee IML, et al. Autoimmune disease in families with multiple sclerosis: a population-based study. *The Lancet Neurology*. 2007;6(7):604-10.
49. Nabavi SM, Koupai SA, Nejati MR, Garshasbi E, Jalali MR. Menstrual irregularities and related plasma hormone levels in multiple sclerosis patients treated with beta interferone. *Acta Medica Iranica*. 2010;48(1):36.
50. Zarabadipour S, Amini L, Nabavi SM, Haghani H. Menstrual disorders and related factors in women with multiple sclerosis. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018;21(4):43-52.
51. Thöne J, Kollar S, Noursome D, Ellrichmann G, Kleiter I, Gold R, et al. Serum anti-müllerian hormone levels in reproductive-age women with relapsing–remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2015;21(1):41-7.
52. Mainguy M, Tillaut H, Degremont A, Le Page E, Mainguy C, Duros S, et al. Assessing the risk of relapse requiring corticosteroids after in vitro fertilization in women with multiple sclerosis. *Neurology*. 2022;99(17):e1916-e25.
53. Hellwig K, Brzosko B, Airas L, Smith EK. Fertility and Assisted Reproductive Techniques in Women with MS. *Health Issues in Women with Multiple Sclerosis*: Springer; 2017. p. 9-17.
54. Becker H, Stuifbergen A, Tinkle M. Reproductive health care experiences of women with physical disabilities: a qualitative study.

Archives of physical medicine and rehabilitation. 1997;78(12):S26-S33.

55. D'hooghe M, Haentjens P, Nagels G, D'Hooghe T, De Keyser J. Menarche, oral contraceptives, pregnancy and progression of disability in relapsing onset and progressive onset multiple sclerosis. *Journal of neurology*. 2012;259(5):855-61.

56. Türkyılmaz E, Yıldırım M, Avşar AFY. Multiple sclerosis; a disease of reproductive-aged women and the dilemma involving contraceptive methods. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2015;16(1):49.

57. Holmqvist P, Hammar M, Landtblom A-M, Brynhildsen J. Age at onset of multiple sclerosis is correlated to use of combined oral contraceptives and childbirth before diagnosis. *Fertility and sterility*. 2010;94(7):2835-7.

58. Hillert J, Bove R, Haddad LB, Hellwig K, Houtchens M, Magyari M, et al. Expert opinion on the use of contraception in people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2024;30(9):1093-106.

59. Soundy A, Benson J, Dawes H, Smith B, Collett J, Meaney A. Understanding hope in patients with Multiple Sclerosis. *Physiotherapy*. 2012;98(4):349-55.

60. Morgante L. Hope in multiple sclerosis: a nursing perspective. *International Journal of MS Care*. 2000;2(2):9-15.

61. Barnard D. Chronic illness and the dynamics of hoping. *Chronic illness: From experience to policy*. 1995:38-57.

62. Dehghani A, Nayeri ND, Ebadi A. Features of coping with disease in Iranian multiple sclerosis patients: a qualitative study. *Journal of caring sciences*. 2018;7(1):35.

63. Sadat SJ, Âli Mohammadi N, Alamdari A. Phenomenological Study of Family and Social Relationships of Patients with Multiple Sclerosis.

Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012;21(1):244-52.

64. Nedjat S, Montazeri A, Mohammad K, Majdzadeh R, Nabavi N, Nedjat F, et al. Quality of life in multiple sclerosis compared to the healthy population in Tehran. *Iranian Journal of epidemiology*. 2006;2(3):19-24.

65. Pokryszko-Dragan A, Marschollek K, Chojko A, Karasek M, Kardyś A, Marschollek P, et al. Social participation of patients with multiple sclerosis. *Advances in Clinical & Experimental Medicine*. 2020;29(4).

66. Sharifi N, Kohpeima Jahromi V, Zahedi R, Aram S, Ahmadi M. Social stigma and its relationship with quality of life in multiple sclerosis patients. *BMC neurology*. 2023;23(1):408.

67. Khoshsirat NA, Mokaram R, Mahmoodi Z, Shahrestanaki E, Ghavidel N. Social determinants of health on attitudes toward childbearing among women with multiple sclerosis: A cross-sectional study. *Brain and Behavior*. 2024;14(9):e70031.

68. Khatooni M, Dehghankar L, Bahrami M, Panahi R, Hajnasiri H. Perceived Social Isolation Among Patients With Multiple Sclerosis Suffering From Disease-Induced Pain and Disability. *Journal of Nursing Research*. 2024;10.1097.

69. Carberry S, MacConaill S, Fortune DG. Couples' experiences of coping with multiple sclerosis: A qualitative systematic review and metasynthesis. *Disability and Rehabilitation*. 2025;47(4):814-26.

70. Momsen A-MH, Ørtenblad L, Maribo T. Effective rehabilitation interventions and participation among people with multiple sclerosis: an overview of reviews. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2022;65(1):101529.

Explaining the fertility issues of multiple sclerosis using conventional content analysis

Faezeh Ghafoori^{1*}, Nahid Dehghan-Nayeri²

1.Social Determinants of Health Research Center, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran.

2.Nursing Management Department, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received :30/06/2025

ePublished: 20/12/2025

ABSTRACT:

Introduction: Multiple Sclerosis is a persistent disorder of the central nervous system that can adversely affect physical, mental, and fertility health. This condition frequently manifests in women of age: 20–40 years, a period when they are typically at the peak of their reproductive and sexual activity. This study aimed to identify the fertility problems among these women.

Methods: This study was performed using a qualitative approach by conventional content analysis. Purposive sampling with maximum variation was employed, and data saturation was achieved through interviews with 16 women diagnosed with MS. Textual data and extracted codes were managed using MAXQDA Version 10 software.

Results: The fertility problems and issues faced by women with MS encompassed four main themes: (1) unsatisfactory marital satisfaction, (2) lack of fecundability, (3) challenges in selecting contraceptives, and (4) psychosocial vulnerability.

Conclusion: The participants experienced significant problems in the domain of the reproductive system and fertility. Healthcare professionals and policymakers can contribute to alleviating these problems and enhancing their quality of life through targeted interventions.

Keyword: Fertility, Multiple Sclerosis, Qualitative study, Women.

*Corresponding Author: Faezeh Ghafoori, e-mail: f.ghafoori1366@gmail.com

CITATION: Ghafoori F., Dehghan-Nayeri N. Explaining the fertility issues of multiple sclerosis using conventional content analysis. *Journal of Saveh University of Medical Sciences*, 2025; 1(3): 1-22. doi: 10.22034/sumsj.2025.531893.1040

