



From Identity Crisis to Conscious Agency: Lived Experiences of Infertility and the Treatment Process within the Cultural Context of Yazd, Iran

Hajieh Bibi Razeghi-Nasrabad¹ , Abbas Askari-Nodoushan² , Zahra Ghane-Mokhallesouni³ ,
Ali Ruhani⁴ , Razieh Dehghani-Firouzabadi⁵

1. Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: hrazeghi@ut.ac.ir

2[✉]. Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran. (Corresponding Author). Email: aaskarin@yazd.ac.ir

3. Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: zahraghane2@gmail.com

4. Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran. Email: aliruhani@yazd.ac.ir

5. Research and Clinical Center for Infertility, Yazd Reproductive Sciences Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Email: Dr_firoozabadi@ssu.ac.ir

Article Info

Article type:

Research Article

Article history:

Received 2025-12-30

Received in revised form

2026-05-25

Accepted 2026-06-11

Available online 2026-10-09

Keywords:

Infertility,
Assisted Reproductive
Technology (ART),
Identity Crisis,
Involuntary Childlessness,
Intentional Parenthood,
Yazd City.

ABSTRACT

Objective: Infertility is not merely a biomedical challenge, but a profound social issue capable of transforming family and kinship systems that redefines normative structures of individuals' lifeworlds. This study explored how infertile individuals confront, construct meaning, and exercise agency during treatment process using assisted reproductive technologies (ART) within the socio-cultural context of Yazd, Iran.

Method: Using a qualitative approach, 30 infertile individuals (25 women, 5 men; aged 28–53) who achieved parenthood through ART were selected via purposeful snowball sampling. Data were gathered through in-depth semi-structured interviews and analyzed thematically.

Results: The thematic analysis revealed that couples' initial confrontation with infertility encompassed identifying the problem, shock, distrust in medical staff, neutralization strategies, identity crisis, and eventually returning to active agency. Following social pressure, treatment cessation, and despair, couples regained psychological and financial strength to readopt an active stance. Although fraught with emotional and social challenges, this trajectory revealed participants' dynamic agency. Initially facing a lifeworld crisis that disrupted traditional identities, infertile individuals evolved into active agents who consciously rebuilt their lives, transitioning from involuntary childlessness to intentional parenthood.

Conclusions: Within the studied cultural context, infertility is not merely a biological occurrence, but a complex bio-social phenomenon that redefines individual identity and social relationships. The confrontation process among couples reflects a dynamic cycle from identity crisis to conscious agency. Multidimensional interventions and structured psychosocial empowerment programs are essential to support infertile couples throughout their treatment trajectory.

Cite this article: Razeghi-Nasrabad, H. B., Askari-Nodoushan, A., Ghane-Mokhallesouni, Z., Ruhani, A., & Dehghani-Firouzabadi, R. (2026). From identity crisis to conscious agency: Lived experiences of infertility and the treatment process within the cultural context of Yazd, Iran. *Iranian Journal of Anthropological Research*, 16(1), 19-33. <https://doi.org/10.22059/ijar.2026.409090.459956>



© The author(s) retain the copyright.

Publisher: University of Tehran Press.

DOI: <https://doi.org/10.22059/ijar.2026.409090.459956>

Introduction

Infertility is not merely a biological or medical issue, but a profound socio-cultural event that significantly impacts family structures, marital dynamics, and individual identities. While medical interventions and assisted reproductive technologies (ART) have advanced considerably in Iran, health policy and clinical practice frequently reduce infertility to a purely biological failure, thereby overlooking its complex socio-cultural dimensions and personal meanings. In traditional and culturally cohesive familial societies such as Yazd, parenthood serves as a central pillar of adult identity, social maturity, and marital stability. Consequently, involuntarily childless couples face severe normative pressures, social stigmata, and existential crises.

This study was designed to investigate how infertile individuals experience, interpret, and navigate infertility and its treatment trajectory within the socio-cultural fabric of Yazd. Specifically, the research sought to elucidate the process of initial diagnosis, defensive socio-psychological strategies, the experience of identity crisis and grief, the influence of gender stereotypes, and the eventual transition from passive emotional distress to conscious agency in seeking ART interventions.

Method

This study utilized a qualitative approach grounded in constructivist grounded theory to capture the deep lived experiences and subjective meanings constructed by infertile individuals. The target population comprised individuals who had experienced primary or secondary infertility, utilized assisted reproductive technologies (including in vitro fertilization [IVF], donor gametes/embryos, or surrogacy), and successfully transitioned to parenthood. A combination of purposive and snowball sampling strategies was employed. Participants were recruited through infertility treatment centers, physician referrals, and community intermediaries in Yazd. Data saturation was achieved after conducting in-depth semi-structured interviews with 30 individuals (25 women and 5 men) aged between 28 and 53 years. The participants represented diverse educational backgrounds (ranging from primary education to doctoral degrees) and socioeconomic statuses.

Interviews ranged from 30 to 60 minutes (averaging 45 minutes) and were transcribed verbatim immediately following each session. Inductive thematic analysis was conducted using open, axial, and selective coding to identify primary concepts, sub-themes, and main themes. Trustworthiness and rigor were ensured through peer debriefing, member checking, maximum variation sampling, and prolonged engagement in the field. Ethical standards were strictly maintained by securing institutional ethics approval, obtaining informed consent, and guaranteeing total participant anonymity.

Results

The qualitative analysis revealed six main themes characterizing the dynamic journey of navigating infertility:

1. *The Event of Diagnosis; Disruption of the Lifeworld*: Initial realization of childlessness represented a boundary event that divided participants' lives into "pre-diagnosis" and "post-diagnosis" phases. Most participants initially viewed pregnancy delays as temporary irregularities rather than medical failures. Confronting an official diagnosis disrupted their normative lifeworld, creating shock, disbelief, and an immediate threat to their self-identity.
2. *Medicalized Treatment; The Experience of Powerful Others*: Upon entering the medical system, participants encountered a highly clinical and alienated environment. Experiences were marked by cognitive distance from physicians, feelings of being objectified, financial strain, and initial mistrust towards medical practitioners. Blunt communication regarding low success rates or mandatory donor usage often induced emotional trauma and heightened vulnerabilities.
3. *Social Stigma and Defensive Strategies*: In response to societal scrutiny, intrusive inquiries, and covert or overt marginalization, participants deployed neutralization mechanisms. This included denial of the diagnosis, concealing the truth from extended family by claiming a voluntary desire for childlessness or medical contraindications to pregnancy, and social isolation. While these strategies temporarily mitigated external pressure, they inadvertently narrowed support networks.
4. *Experience of Loss and Identity Crisis (Disenfranchised Grief)*: Infertility was experienced as a multi-layered loss—not only the absence of a biological child, but also the forfeiture of pregnancy, lactation, parental roles, and personal control. Both men and women experienced profound existential grief, self-evaluative inadequacy, and identity disruption. Women predominantly expressed this loss as physical body failure, whereas men framed it in terms of social inadequacy and unfulfilled responsibility.
5. *Gender Stereotypes and Losses in Marital Intimacy*: Deep-seated cultural stereotypes initially led to attributing infertility predominantly to female factors, even when clinical evidence indicated male-factor subfertility. Over time, prolonged cycles of unsuccessful treatments eroded marital communication and emotional intimacy, transforming marital life into an instrumental, treatment-focused routine characterized by coldness, anxiety, and mutual detachment.
6. *Transition from Passivity to Agency (Conscious Return to Treatment)*: Despite facing emotional burnout, financial distress, and periods of treatment cessation, participants eventually experienced a crucial psychological turnaround. Increased health literacy, exposure to successful ART cases, spiritual coping, and financial re-mobilization

empowered them to break through social stigma. During treatment pauses, participants rebuilt their psychological resilience and re-entered the medical process with strategic decision-making, transitioning from involuntary childlessness to intentional, chosen parenthood.

Discussion

The findings illustrate that the experience of infertility in traditional contexts like Yazd extends far beyond clinical pathology, operating as a socio-cultural crisis that redefines individual identity and relational structures. The trajectory from initial diagnosis to successful treatment reflects a fundamental shift from passive suffering to active, conscious agency.

Initially, the medicalization of infertility subjects' patients to institutional alienation and objectification, where blunt communication from health practitioners exacerbates feelings of helplessness. Furthermore, deep-seated cultural norms assign disproportionate blame to women, reinforcing gender inequalities and causing severe disenfranchised grief—where emotional suffering is socially unacknowledged or minimized. To survive social stigma and intrusive inquiries, couples adopt defensive strategies such as secrecy and social withdrawal; however, these mechanisms often lead to isolation and marital detachment.

The turning point occurs when individuals transition from viewing themselves as victims of biological failure to becoming active decision-makers in their reproductive journey. Through periods of treatment pause, enhanced health literacy, spiritual reflection, and peer support, participants reconstruct their self-efficacy. Assisted reproductive technologies thus transition from being perceived as external clinical impositions to empowering tools for fulfilling personal agency and achieving intended parenthood.

Conclusions

Infertility in the cultural landscape of Yazd is a complex bio-social process involving systemic identity disruption, severe socio-cultural pressure, and strategic agency reconstruction. The study highlights that clinical interventions alone are insufficient to address the holistic needs of infertile individuals. To bridge the gap between biomedical treatment and psycho-social well-being, healthcare systems must integrate culturally sensitive psychological counseling, establish peer-support frameworks, and implement public awareness campaigns to destigmatize childlessness. Empowering patients through transparent communication, emotional counseling, and financial support is critical to transforming the painful trajectory of infertility into a journey of conscious, resilient parenthood.

Funding

This study was funded by the Iran National Science Foundation (INSF), Grant No. 4031576 (Research Project Title: *"Assisted Reproductive Technologies and Coping Strategies of Infertile Couples with its Socio-cultural Challenges in Iran"*).

CRedit authorship contribution statement

Data curation, Hajieh Bibi Razeghi-Nasrabad, Zahra Ghane-Mokhallesouni, and Razieh Dehghani-Firouzabadi; writing—original draft preparation, Hajieh Bibi Razeghi-Nasrabad and Abbas Askari-Nodoushan; formal analysis, Hajieh Bibi Razeghi-Nasrabad, Abbas Askari-Nodoushan, and Ali Ruhani; writing—review and editing, Hajieh Bibi Razeghi-Nasrabad, Abbas Askari-Nodoushan, and Ali Ruhani; project administration, Hajieh Bibi Razeghi-Nasrabad. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Declaration of Generative AI and AI-assisted technologies in the writing process

During the preparation of this work the authors used Gemini in order to assist with language editing, improving readability, translating the extended abstract into English, and standardizing reference citations. After using this tool/service, the authors reviewed and edited the content as needed and take full responsibility for the content of the publication.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; or in the writing of the manuscript.

Ethical considerations

All procedures performed in this study involving human participants were in accordance with the ethical standards of the Institutional Research Ethics Committee of Yazd University (Ethical Code: IR.YAZD.REC.1400.085)

Data availability statement

Due to privacy and confidentiality considerations involving the study participants, the qualitative datasets are not publicly available. However, data are available from the authors upon reasonable request.

Acknowledgements

The authors would like to thank the Iran National Science Foundation (INSF) for supporting this research project. The authors would also like to thank all participants in this study, as well as the project reviewers and anonymous reviewers for their valuable suggestions in manuscript revision.



از بحران هویت تا کنشگری آگاهانه: تجربه زیسته ناباروری و فرآیند درمان در بافت فرهنگی

یزد

حجیه بی‌بی رازقی نصرآباد^۱، عباس عسکری ندوشن^۲، زهرا قانع مخلصونی^۳، علی روحانی^۴، راضیه دهقانی فیروزآبادی^۵

۱. دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: hrazeghi@ut.ac.ir

۲. نویسنده مسئول، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. رایانامه: aaskarin@yazd.ac.ir

۳. دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: zahraghane2@gmail.com

۴. دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. رایانامه: aliruhani@yazd.ac.ir

۵. مرکز تحقیقات و درمان ناباروری، پژوهشکده علوم تولید مثل یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. رایانامه: Dr_firoozabadi@ssu.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی،

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۳/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۲۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۷/۱۷

کلیدواژه‌ها:

ناباروری،

فناوری کمک‌باروری،

بحران هویت،

بی‌فرزند ناخواسته،

والدگری انتخابی،

شهر یزد.

ناباروری صرفاً یک چالش بهداشتی-درمانی نیست، بلکه به مثابه یک مسئله اجتماعی می‌تواند نظام خانواده و خویشاوندی و ساختارهای هنجاری زیست‌جهان افراد را دگرگون سازد. هدف این مطالعه واکاوی نحوه مواجهه، معناسازی، تجارب زیسته و چگونگی کنشگری افراد نابارور در فرآیند درمان با استفاده از فناوری‌های کمک‌باروری در بافتار فرهنگی و اجتماعی شهر یزد است. این پژوهش با رویکرد کیفی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۳۰ فرد نابارور (۲۵ زن و ۵ مرد) در دامنه سنی ۲۸ تا ۵۳ سال بودند که از طریق فناوری‌های کمک‌باروری صاحب فرزند شده بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و انتخاب و شناسایی نمونه‌ها به شیوه گلوله‌برفی از طریق رابطین درمان و معرفی پزشکان صورت گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری و مورد تحلیل قرار گرفت. مضامین احصاء شده از مصاحبه‌ها نشان داد مواجهه اولیه زوجین با ناباروری، شامل تلاش برای شناسایی مشکل، ناباروری و بی‌اعتمادی به پزشک، خنثی‌سازی، احساس شکست و بحران در هویت و بازگشت به کنشگری فعال در فرآیند درمان است. با این حال، مشارکت‌کنندگان پس از تجربه انواعی از فشارهای اجتماعی و به دنبال آن دوره‌هایی از توقف، انفعال و ناامیدی، با تجدید قوای روانی و اقتصادی، مجدداً موضعی فعال اتخاذ نموده‌اند. این چرخه درمان هرچند با چالش‌های هیجانی و اجتماعی متعددی همراه بوده، حکایت از عاملیت فعال مشارکت‌کنندگان داشت. افراد شرکت‌کننده در این مطالعه ابتدا با یک بحران زیست‌جهان مواجه شدند که ساختارهای سنتی هویتی آنان را به چالش کشیده بود. اما این تجربه ناباروری به تدریج از آن‌ها کنشگرانی فعال ساخته که تلاش کردند تا زندگی خود را آگاهانه بازسازی نمایند و از وضعیت بی‌فرزند ناخواسته به سوی والدگری انتخابی حرکت کنند. ناباروری در بافت فرهنگی مورد مطالعه رویدادی صرفاً بیولوژیک نیست، بلکه پدیده‌ای زیستی-اجتماعی است که هویت و روابط فرد را بازتعریف می‌کند. فرایند مواجهه زوجین نشان‌دهنده چرخه‌ای پویا از بحران هویت تا شکل‌گیری عاملیت آگاهانه است. در نتیجه نیازمند مداخلات چندبعدی و برنامه‌ریزی برای توانمندسازی اجتماعی زوجین نابارور است تا به آن‌ها برای قرار گرفتن در مسیر درمان کمک نماید.

استناد: رازقی نصرآباد، حجیه بی‌بی؛ عسکری ندوشن، عباس؛ قانع مخلصونی، زهرا؛ روحانی، علی؛ دهقانی فیروزآبادی، راضیه. (۱۴۰۵). از بحران هویت تا کنشگری

آگاهانه: تجربه زیسته ناباروری و فرآیند درمان در بافت فرهنگی یزد. *پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران*، ۱۶ (۱)، ۳۳-۱۹.



<https://doi.org/10.22059/ijar.2026.409090.459956>

مقدمه و بیان مسأله

ناباروری صرفاً یک چالش بهداشتی-درمانی نیست، بلکه به‌مثابه یک مسئله اجتماعی می‌تواند نظام خانواده، خویشاوندی و ساختارهای هنجاری زیست‌جهان افراد را دگرگون سازد. با این حال، تقلیل ناباروری به یک نارسایی صرفاً بیولوژیک، نادیده انگاشتن ابعاد عمیق‌تر اجتماعی و فرهنگی آن است. سازمان جهانی بهداشت، عواقب روانی-اجتماعی ناباروری را در شش سطح طبقه‌بندی کرده است که دو سطح نخست به پیامدهای روانی و چهار سطح بعدی به پیامدهای اجتماعی این پدیده اختصاص دارد (واینا^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). با این وجود، در عرصه سیاستگذاری سلامت در ایران، ابعاد اجتماعی ناباروری کمتر مورد توجه قرار گرفته و غلبه با رویکرد پزشکی‌سازی بوده است. در نتیجه، این پدیده عمده‌تاً در چارچوب کلینیک‌ها و مداخلات درمانی صرف مدیریت شده و ابعاد اجتماعی و فرهنگی آن مغفول مانده است. این در حالی است که درک فرد نابارور از وضعیت خود و نحوه مواجهه‌اش با درمان، همگی بر ساخته‌ای اجتماعی هستند که از نگرش‌های جامعه نشأت می‌گیرند. پژوهش حاضر درصدد است تا با عبور از نگاه صرفاً کمی و پزشکی، نحوه مواجهه، معنا سازی و کنشگری افراد نابارور را در بافت فرهنگی-اجتماعی مطالعه نماید.

از دیدگاه صاحب‌نظران علوم اجتماعی، پدیده ناباروری فراتر از یک مسئله زیستی، واقعه‌ای اجتماعی است که شبکه‌ای پیچیده از روابط قدرت، مناسبات فرهنگی و نهادهای اجتماعی را بازتعریف می‌کند و از قضا در بسترهای فرهنگی مختلف، معانی متفاوتی می‌یابد (اینهورن و بیرنباوم-کارملی^۲، ۲۰۰۸؛ ترماین و آخوندی^۳، ۲۰۱۶؛ حسن‌پور ازغدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ رازقی‌نصرآباد و همکاران، ۲۰۲۰؛ قانع‌مخلصونی و همکاران، ۱۴۰۰ الف، ۱۴۰۰ ب؛ ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۵؛ هاشمی‌خواه و همکاران، ۱۴۰۱). علی‌رغم مطالعات گسترده در ایران درباره پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری، کمتر پژوهشی به‌صورت متمرکز به فرآیند پویای مواجهه اولیه، راهبردهای دفاعی و چرخه توقف و بازگشت به درمان در بافتار فرهنگی خاصی مانند یزد پرداخته است. این در حالی است که امروزه امکان دسترسی و استفاده از فناوری‌های نوین کمک‌باروری و درمان ناباروری برای بسیاری از زوج‌های نابارور فراهم گردیده است (قانع‌مخلصونی و همکاران، ۲۰۲۲). این شکاف‌ها ضرورت پژوهش حاضر را توجیه می‌کند.

مطالعات پیشین نشان دادند که ناباروری به‌عنوان رویداد تنش‌زای مزمن، نه تنها روابط بین‌فردی و کیفیت زندگی زناشویی را متأثر می‌سازد، بلکه عاملی مهم در شکل‌گیری بحران هویتی و فرسایش سرمایه اجتماعی زوجین نابارور به شمار می‌رود (اینهورن و همکاران، ۲۰۱۸؛ پاش و کریستنسن^۴، ۲۰۰۰؛ عباسی‌شوازی و همکاران، ۲۰۰۸). به‌طوری‌که ناباروری در برخی از بسترهای فرهنگی-اجتماعی به‌عنوان یک نقص تلقی شده (اینهورن و وان‌بالن، ۲۰۰۲؛ برنز و کاوینگتون^۵، ۲۰۰۰) و در مواردی زمینه‌ساز گسست خانواده و طلاق گردیده است (اینهورن، ۲۰۰۳؛ زارع زردبینی، ۲۰۲۱).

اینهورن (۲۰۰۳) با طرح «دیالکتیک باروری-ناباروری»، استدلال می‌کند که رنج ناباروری در جوامعی برجسته می‌شود که باروری در کانون ارزش‌های اجتماعی جای دارد. در جامعه ما نیز میل به فرزندآوری از اهمیت برخوردار است و با وجود دگرگونی در نظام ارزشی خانواده، بعد عاطفی ارزش فرزند همچنان مهم است (رازقی‌نصرآباد و سرایی، ۱۳۹۳؛ ربانی و همکاران، ۱۴۰۱؛ شریعایی و همکاران، ۱۳۹۹) و در زیست‌جهان بسیاری از افراد، تجربه والدگری به‌عنوان عمیق‌ترین سائق هویتی مطرح است. این پیوند عمیق میان والدگری و هویت، سبب می‌شود که ناباروری علاوه بر اینکه یک مسئله پزشکی است، بحرانی وجودی تلقی شود که احساس ارزشمندی فرد را هدف قرار می‌دهد.

1. Vayena

2. Inhorn & Birenbaum-Carmeli

3. Tremayne & Akhundi

4. Pasch & Christensen

5. Burns & Covington

علی‌رغم تأخیر در ازدواج و فرزندآوری (امامی و همکاران، ۱۴۰۰؛ رازقی نصرآباد و همکاران، ۲۰۲۰؛ علیمردیان و همکاران، ۱۴۰۲)، زوجین در فاصله اندکی پس از ازدواج و به‌طور متوسط در بازه‌ای حدود ۲۰۵ تا ۳۰۵ سال، فرزند اول خود را به دنیا می‌آورند (علیمردیان و همکاران، ۱۴۰۲؛ نیک‌اردکانی و همکاران، ۱۴۰۵-زودآیند) و تاکنون تمایل به بی‌فرزندگی در جامعه ایران، عمومیت و فراگیری گسترده‌ای نیافته است. بنابراین، امروزه علی‌رغم تمام «بازتعریف‌ها» در قلمرو خانواده، در جامعه ایران میل به داشتن فرزند کماکان از محرک‌های بنیادین در تداوم زندگی مشترک به شمار می‌رود، به گونه‌ای که حتی در زوج‌هایی که در ابتدای ازدواج تمایل به فرزنددار شدن نشان نمی‌دهند، اما در نهایت دست‌کم یک فرزند را به دنیا می‌آورند و حتی در صورت تشخیص ناباروری، غالباً به جستجوی درمان روی می‌آورند (عباسی‌شوازی و همکاران، ۱۳۸۵). زیرا نداشتن فرزند باعث عدم امنیت عاطفی، اجتماعی و بی‌ثباتی در ازدواج و انگ و داغ‌زدگی اجتماعی [۱] می‌گردد (نقیب و حجازی، ۱۳۹۳؛ ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۵؛ یونسی و همکاران، ۱۳۸۵). این زمینه ارزشی و هنجاری، بستری را شکل می‌دهد که در آن ناباروری تجربه‌ای هویت‌فرسا و چالشی روزمره می‌شود، تجربه‌ای که این پژوهش به واکاوی چگونگی مواجهه و کنشگری افراد در برابر آن می‌پردازد.

با این اوصاف، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش‌های مهم پژوهشی است: ۱) افراد نابارور در مواجهه اولیه با تشخیص ناباروری چه فرآیندی را طی می‌کنند و این مواجهه چه معناهایی در زیست‌جهان آن‌ها دارد؟ ۲) ناباروری و فرآیند درمان آن، چگونه هویت فردی، روابط زناشویی و تعاملات اجتماعی فرد را بازتعریف می‌کند؟ ۳) فرآیند درمان و مواجهه افراد نابارور با روش‌های کمک‌باروری در بافت فرهنگی شهر یزد چگونه تجربه می‌شود؟

چارچوب مفهومی

در این پژوهش، نظریه‌های موجود به‌عنوان ابزار حساسیت نظری^۱ به کار رفته‌اند، به این معنا که به پژوهشگر کمک کرده‌اند ابعاد مختلف تجربه ناباروری را بهتر بشناسد، بدون آنکه به‌عنوان قالبی تحمیلی بر داده‌ها عمل کنند. مضامین اصلی پژوهش مستقیماً از دل داده‌ها ظهور یافته‌اند و نظریه‌ها ضمن آنکه بینش‌های ارزشمندی را به پژوهشگر در ورود به میدان و همچنین طراحی مقولات داده‌اند، در تفسیر و بحث از یافته‌ها نیز به کار گرفته شدند.

در سطح خرد و فردی، نظریه خودبازتابی گیدنز و نظریه فقدان و اندوه به ترتیب به بازسازی هویت و تجربه سوگ در ناباروری می‌پردازند. نظریه خودبازتابی^۲ و ساخت‌یابی^۳ گیدنز برای تحلیل بازسازی هویت در تجربه ناباروری به کار می‌رود. گیدنز (۱۹۸۴، ۱۹۹۱) با طرح مفهوم "دوگانگی ساختار"، از دوگانه ساختارگرایی و کنش‌گرایی فراتر می‌رود، او معتقد است ساختارها هم‌زمان محدودکننده و توانمندسازند و کنشگران در تعاملات روزمره، آن‌ها را بازتولید یا دگرگون می‌کنند (استونز^۴، ۲۰۰۵). گیدنز (۱۹۹۱) استدلال می‌کند که در مدرنیته متأخر، هویت دیگر امری ازپیش‌تعیین‌شده نیست، بلکه «پروژه‌ای بازتابی» است که فرد به‌طور مداوم درباره آن تأمل و انتخاب می‌کند. این بازتاب‌گری بخشی از فرآیند نگهداشت هویت و معنا در جهانی است که سنت‌ها و هنجارهای ثابت تضعیف شده‌اند (جونز و کارستن^۵، ۲۰۰۸؛ گیدنز، ۱۹۹۱). بر این اساس، مواجهه با ناباروری به صورت پذیرش منفعلانه نیست، بلکه کنشی آگاهانه و اجتماعی-بازتابی است که در آن زوجین با تعامل با ساختارهای فرهنگی و جنسیتی، مسیر زندگی و هویت خود را بازتعریف می‌کنند.

1. Theoretical Sensitivity
2. Reflexive self
3. structuration
4. Stones
5. Jones & Karsten

نظریه فقدان و اندوه «کوپلر-راس» (۱۹۶۹) که در اصل برای تحلیل سوگ ناشی از فقدان عزیزان تدوین شده، در ادبیات پژوهشی ناباروری نیز برای تبیین تجربه از دست دادنی که فرد تجربه می‌کند، به کار می‌رود (عالمین و همکاران، ۲۰۲۰؛ گیسون و مایرز^۱، ۲۰۰۰). در تجربه ناباروری، فشارهای روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی ناشی از فقدان فرزند و تلاش برای جبران آن، اغلب با اندوه سوگ برابری می‌کند. به کارگیری این نظریه در پژوهش حاضر، حساسیت نظری ما را نسبت به ابعاد عاطفی تجربه زیسته زوجین، از جمله ترس، پشیمانی، اندوه یا در مقابل، آرامش و رضایت افزایش داد. در فرایند تحلیل داده‌ها، این چارچوب نظری کمک کرد تا با دقت بیشتری بر واژگان احساسی و نمادهای بیانگر نارضایتی یا رضایت مشارکت‌کنندگان در مواجهه با چالش‌های درمان و تکنولوژی‌های کمک‌باروری تمرکز کنیم.

در سطح میانی و روابط بین‌فردی، نظریه سیستمی خانواده و نظریه ساختی-کارکردی به تحلیل چگونگی تأثیر ناباروری بر پویایی روابط و کارکرد خانواده می‌پردازد. بر مبنای نظریه سیستمی، خانواده سیستمی باز و پویاست که تعاملات اعضای آن بر یکدیگر اثر می‌گذارد (استریت، ۱۳۷۶؛ عباسی‌شوازی و همکاران، ۱۳۸۴). از آنجا که گذار به مرحله «والدگری» نقطه عطفی در تثبیت هویت خانواده و تداوم چرخه زندگی خانوادگی محسوب می‌شود، ناباروری با ایجاد وقفه در این روند، موجب برهم‌خوردن تعادل سیستم، ابهام در نقش‌ها و اختلال در کارکردها می‌گردد. علاوه بر این، ناباروری می‌تواند منجر به تغییر در مرزهای روابط زوجین با خانواده‌های اصلی‌شان شود. در این شرایط، برخی زوجین برای محافظت از حریم خصوصی خود در برابر مداخله اطرافیان، مرزهای نفوذناپذیری ترسیم می‌کنند، این مکانیسم دفاعی اگرچه در کوتاه‌مدت راهگشاست، اما در بلندمدت می‌تواند به انزوای اجتماعی آنان از شبکه‌های حمایتی و جامعه منجر شود (اینهورن و وان‌بالن، ۲۰۰۲؛ برنز و کاوینگتون، ۲۰۰۰).

بر اساس نظریه ساختی-کارکردی، ناباروری تنها به معنای فقدان فرزند نیست، بلکه به دلیل پیوستگی نظام‌مند کارکردها، کل سیستم خانواده را دچار اختلال می‌کند. به تعبیر مرداک (۱۹۵۵)، ناباروری سه کارکرد اصلی خانواده یعنی تولیدمثل، جامعه‌پذیری کودکان و تثبیت شخصیت بزرگسالان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. در واقع، ناکامی در کارکرد زادوولد، زنجیره‌ای از اختلالات را در سایر ابعاد پدید می‌آورد که با تهدید هویت خانواده و تضعیف پیوندهای عاطفی، می‌تواند پایداری آن را به مخاطره بیندازد (ظفری و همکاران، ۱۴۰۴؛ فربد، ۱۳۷۸).

در سطح کلان، نظریه برچسب‌زنی (استیگما) و طرد اجتماعی چارچوب‌هایی را برای تحلیل فشارهای هنجاری، انگ و گسست روابط در تجربه ناباروری فراهم می‌کنند. ریشه‌های جامعه‌شناختی استیگما به آثار اروینگ گافمن^۲ بازمی‌گردد. او استدلال می‌کند که استیگما برخلاف دیدگاه‌های پارسونزی (که بیماری را صرفاً انحراف اجتماعی می‌دانستند)، یک ویژگی ذاتی نیست، بلکه برساخته‌ای است که در روابط اجتماعی ریشه دارد (گافمن، ۱۴۰۰). از نظر گافمن، استیگما فرد را از جایگاه «انسان کامل و معمولی» به موجودی «کم‌ارزش و لکه‌دار» تقلیل داده و با تخریب هویت، انحراف را بازتولید می‌کند (عسکری‌ندوشن و همکاران، ۱۴۰۵). منبع اصلی طرد اجتماعی افراد نابارور، انحراف از هنجارهای سنتی والدگری به عنوان تنها معیار اثبات بلوغ و بهنجاری است. این فشار هنجاری موجب می‌شود زوجین با احساس شکست و از دست دادن اعتمادبه‌نفس، به انزوای اجتماعی روی آورده و از موقعیت‌های یادآور فرزندآوری اجتناب کنند (طالبیان و همکاران، ۲۰۲۵؛ طیبی و همکاران، ۲۰۲۱؛ لافتس و ناماسته^۳، ۲۰۱۱). در مواجهه با این انگ، استراتژی‌های فردی اغلب به سمت پنهان‌سازی سوق می‌یابد. مفهوم طرد اجتماعی^۴ به فرآیندهای چندبعدی اشاره دارد که منجر به فاصله‌گیری اجتماعی، حاشیه‌ای شدن و عدم مشارکت می‌گردد (سیلور، ۱۹۹۴). این نظریه به پژوهش حاضر حساسیت لازم را بخشد تا تجربه زوجین و فرزندان‌شان را در مواجهه با واکنش‌های اطرافیان بررسی کنیم، واکنش‌هایی که ممکن است به شکل نادیده‌انگاری، تفاوت در رفتارهای حمایتی (عاطفی/مالی) یا غریبه‌انگاری به دلیل

1 . Gibson & Myers

2 . Goffman

3 . Loftus & Namaste

4 Social Exclusion

فقدان پیوند خونی بروز یابد. به عنوان نمونه، این طرد می‌تواند از سوی بستگان یا اعضای خانواده رخ دهد و آن‌ها زوجین و یا فرزند آن‌ها را به دلیل نداشتن پیوند خونی فرزندشان با آن‌ها غریبه بدانند و در جمع خود نپذیرند، یا یک‌سری حقوق فردی و اجتماعی وی نادیده گرفته شود به نحوی که آن‌ها احساس نادیده انگاشتن و در حاشیه قرار گرفتن را داشته باشند. برای مثال تفاوت نحوه برخورد پدر بزرگ و یا مادر بزرگ با فرزند آن‌ها در مقایسه با سایر نوه‌ها می‌تواند زمینه انزوا و فاصله‌گیری و در نهایت طرد فرد را به وجود بیاورد. این چارچوب کمک کرد تا چگونگی محدود شدن دسترسی به شبکه‌های حمایتی و میزان طرد والدین و کودکان حاصل از تکنولوژی‌های کمک‌باروری در گروه‌های خانوادگی و اجتماعی تحلیل شود.

این نظریه‌ها در مجموع به پژوهشگر کمک کردند تا هم ابعاد فردی (فقدان، بحران هویت)، هم ابعاد بین فردی (روابط زناشویی، خانواده) و هم ابعاد اجتماعی (انگ، طرد) تجربه ناباروری را در تحلیل و تفسیر یافته‌ها مدنظر قرار دهد.

پیشینه تحقیق

پژوهش‌های گسترده‌ای در سال‌های اخیر به ابعاد روانی-اجتماعی و فرهنگی ناباروری پرداخته‌اند. در ادامه، برخی از یافته‌های این مطالعات مرور می‌شود.

تولوک^۱ و همکاران (۲۰۲۵) در مطالعه‌ای با هدف تبیین ابعاد فرهنگی-اجتماعی ناباروری و انگ ناشی از آن نشان دادند که ناباروری به عنوان وضعیتی پیچیده و چندبعدی می‌تواند بر زندگی اجتماعی، بهزیستی روانی، روابط زناشویی، زندگی جنسی، برنامه‌های آینده، عزت نفس و کیفیت کلی زندگی افراد و زوجها تأثیر منفی بگذارد. در بسیاری از فرهنگ‌ها، داشتن و بزرگ کردن فرزند به افراد احترام و امتیاز روانی و اجتماعی می‌بخشد، اما ناتوانی در فرزندآوری باعث می‌شود افراد جایگاه خود را در جامعه زیر سؤال ببرند و احساس نقص کنند. در جوامعی که فرزندآوری و تشکیل خانواده ارزش بالایی دارد، افراد نابارور اغلب با انگ اجتماعی مواجه می‌شوند که نه تنها موقعیت آن‌ها در جامعه، بلکه روابطشان با اطرافیان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این فرآیند، زنان بیشتر سرزنش و طرد را تجربه می‌کنند، درحالی که مردان به دلیل تصورات سنتی از مردانگی تحت فشار قرار می‌گیرند. این مطالعه بر اهمیت حمایت روانی-اجتماعی برای افراد و زوجها نابارور در مقابله با پیامدهای انگ تأکید دارد.

زمانی که افراد برای اولین بار به عنوان نابارور تشخیص داده می‌شوند، واکنش آن‌ها معمولاً شوکه شدن، تعجب فراوان و احساس فروپاشی با گذشت زمان به ویژه پس از چند تلاش شکست خورده برای درمان یا سقط جنین مکرر است (عالمین و همکاران، ۲۰۲۰؛ طیبی و همکاران، ۲۰۲۱). این پدیده با تضعیف احساس کنترل شخصی و کاهش اعتماد به نفس، مجموعه پیچیده‌ای از هیجانات منفی از جمله اندوه، خشم، احساس گناه، حقارت، تنهایی، ترس و شرم را برمی‌انگیزد (طالبيان و همکاران، ۲۰۲۵). تحقیقات کیفی اخیر نشان داده‌اند که افراد نابارور ممکن است بحران هویت را تجربه نمایند، زیرا در بسیاری از فرهنگ‌ها والدگری به عنوان دروازه ورود به بزرگسالی و بلوغ اجتماعی تعبیر می‌شود. عالمین و همکاران (۲۰۲۰) به بحران هویت افراد نابارور در ایران پرداخته و هسته اصلی پدیده پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری را عدم موفقیت در ایجاد هویت دانسته‌اند.

مطالعات متعددی نشان می‌دهند که در جوامع مختلف بر افرادی که مشکل باروری دارند برچسب زده می‌شود و به لحاظ اجتماعی از بسیاری از فعالیت‌ها طرد می‌شوند (رازقی نصرآباد و همکاران، ۱۳۹۹). لی^۲ و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که ۱۹/۷ درصد از زنان نابارور احساس انگ می‌کنند. انگ ناباروری سبب می‌شود تا فرد نابارور، تبعیض را از سوی همسر یا دیگر اعضای خانواده تجربه کند. در برخی از جوامع، ناباروری مشکلی زنانه تلقی می‌شود و زنان علت اصلی ناباروری شناخته می‌شوند. حتی در ایران، زمانی که ناباروری مردانه تشخیص داده می‌شود، زنان بار ناباروری را به دوش می‌کشند و خود را عامل معرفی می‌کنند

1 Toluk, Kirca, & Ozekinci

2 Li, Zhu, Lei

(عباسی‌شوازی و همکاران، ۱۳۸۴؛ ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۵). الول^۱ (۲۰۲۲) در مطالعه روی زنان مالای نشان داد در این جوامع نابرابری‌های جنسیتی و روابط خویشاوندی درهم تنیده می‌شوند و انگ مرتبط با ناباروری را تولید می‌کنند که پیامدهای اجتماعی و فرهنگی ناباروری را در این جوامع تشدید می‌نماید.

عالمین و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده‌اند که ناباروری با هویت زوجین تلاقی کرده و آنان شایستگی خود را زیر سؤال می‌برند. ظفری و همکاران (۱۴۰۴) نیز کیفیت روابط زوج‌های نابارور تحت درمان‌های اهدایی را تبیین کرده و بر نقش حمایت‌های اقتصادی و سلامت روان تأکید نموده‌اند. رازقی‌نصرآباد و همکاران (۲۰۲۴) بر نقش طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات، پایگاه اقتصادی-اجتماعی خانوار و بافت اجتماعی-فرهنگی استان محل سکونت در احتمال تجربه ناباروری تأکید داشتند. در مطالعه ودادهیر و همکاران (۱۳۹۵) مشخص شد که تجربه زیسته زنان نابارور از عواملی نظیر بافت فرهنگی، طبقه اجتماعی، تحصیلات، مدت ناباروری و سابقه درمانی متأثر است. در این مطالعه اغلب زنان در جستجوی درمان، ناباروری را موضوعی ناخوشایند می‌انگارند. تجارب آنان از نامطلوب شدن اخلاق و رفتار همسرانشان به دلیل ناباروری حکایت داشت. مهم‌ترین راهبردی که مشارکت‌کنندگان برای رهایی از پیامدهای روانی و اجتماعی به کار می‌بندند، انزوای اجتماعی است.

رازقی‌نصرآباد و همکاران (۱۳۹۹ الف) نشان دادند زنان بیش از مردان محیط خانواده همسر را تنش‌زا درک می‌کنند، پیش‌تاز درمان بوده و بر تکرار آن پافشاری می‌کنند. از مهم‌ترین راهبردهای سازگاری با ناباروری در زنان می‌توان به پذیرش ناباروری و جستجوی مداوم درمان اشاره کرد، درحالی‌که مردان بیشتر از انکار و کم‌اهمیت جلوه دادن مسئله استفاده می‌کنند. یینگ^۲ و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که زنان نابارور به دلیل ادراک شدت تنش ناباروری، راهبردهای مقابله‌ای نامناسبی را در مواجهه با این مشکل به کار می‌گیرند. ناباروری اعتمادبه‌نفس آن‌ها را پایین آورده و سبب می‌شود تا آنان از راهبردهای خودسرزنشی و اجتناب از دیگران استفاده کنند و در تنش‌های بین زوجی خود نتوانند واکنش‌های مناسب نشان دهند و گفت‌وگوی آنان غیرمنطقی باشد و باعث کاهش کیفیت رابطه زناشویی آنان شود.

گوهرشاهی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه خود چالش‌های روانشناختی زنان نابارور را شناسایی کردند، براساس این مطالعه این چالش‌ها شامل چالش‌های مربوط به فرآیند درمان، چالش‌های فکری و احساسی زوجین، چالش‌های مربوط به روابط زوجی، چالش‌های مرتبط با کودک و نقش والدبودن، چالش‌های مربوط به پذیرش خانواده‌ها، چالش‌های مربوط به واکنش خانواده‌ها و اطرافیان، چالش‌های اجتماعی و فرهنگی و مسائل شرعی است.

حیدریه و همکاران (۱۴۰۴) نیز نقش انگ ناباروری، حمایت اجتماعی و ذهن‌آگاهی را در موفقیت درمان‌های IVF بررسی کرده‌اند. یائو^۳ و همکاران (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود نشان دادند که ناباروری و انگ ناشی از آن به احتمال زیاد به بی‌ثباتی زناشویی منجر می‌شود. بهبهانی مندلی‌زاده و همایی (۱۳۹۹) نیز اثر انگ ناباروری را در کیفیت رابطه زناشویی زوجین نشان دادند. بر طبق مطالعه آن‌ها، ناباروری باعث طرح سؤالات کنجکاوانه و فشارهای اطرافیان می‌شود و همین امر، موجب نگرانی زوج‌ها شده و باعث می‌شود که فراهیجانات منفی در زوجین نابارور بیشتر باشد و ناامیدی و فقدان تسلط و کنترل نسبت به غم و اندوه و مشکلات هیجانی خود را تجربه کنند. فقدان احساس کنترل و کارایی، می‌تواند آسیب‌مخبری را در روابط بین‌فردی آنان داشته باشد.

گامیرو^۴ و همکاران (۲۰۱۲) در یک مطالعه مروری نشان دادند مهم‌ترین دلایل قطع درمان ناباروری از نگاه بیماران شامل به تعویق انداختن درمان (حدود ۴۰ درصد)، فشار روانی و جسمی (حدود ۱۹ درصد) و مشکلات فردی و ارتباطی (حدود ۱۷ درصد)

1 . Elwell

2 . Ying

3 . Yao

4 . Gameiro

است. در ایران نیز از جمله دلایل توقف درمان ناباروری در بین زوجین، فشار روانی، احساس ناامیدی و انگ اجتماعی است (رازقی نصرآباد و همکاران، ۱۳۹۹ الف؛ ۱۳۹۹ ب). قربانی و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که کیفیت خدمات، اثرات جسمی-عاطفی و اثرات اجتماعی ناباروری از عوامل مؤثر بر توقف درمان هستند.

کوگ^۱ و همکاران (۲۰۲۵) در یک مطالعه مروری یکپارچه با هدف تدوین درک مفهومی از مراقبت روانی-اجتماعی حساس به فرهنگ در ناباروری، شش مطالعه (شامل سه مرور سیستماتیک و سه دستورالعمل مدیریت ناباروری) را مورد تحلیل قرار دادند. یافته‌های آن‌ها دو مضمون اصلی را آشکار ساخت: نخست، نیاز به مراقبت بیمارمحور و دوم، در دسترس بودن حمایت‌های روانی، عاطفی و اجتماعی. این مطالعه تأکید می‌کند که علی‌رغم پیشرفت در راهبردهای مدیریت ناباروری، هنوز دستورالعمل‌های روشنی برای ارائه مراقبت‌های روانی-اجتماعی متناسب با زمینه‌های فرهنگی مختلف وجود ندارد و این شکاف نیازمند توجه بیشتر است.

در مجموع، مرور مطالعات نشان می‌دهد که ناباروری به‌عنوان یک مشکل جدی در بسیاری از جوامع و ایران مطرح است، زیرا پیامدهای اجتماعی شدیدی از قبیل ننگ اجتماعی، انزوای اجتماعی، از خود بیگانگی و ترس را به دنبال دارد. علی‌رغم تغییر نگرش‌ها در زمینه ازدواج و فرزندآوری، پژوهش‌ها بیانگر آن است که پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری در ایران بسیار پررنگ است (رازقی نصرآباد و همکاران، ۱۳۹۹ ب). بنابراین، علاوه بر درمان پزشکی، نحوه درک ناباروری و شیوه مواجهه با آن نیز اهمیت دارد. در این مطالعه تلاش شده است تا بر تجربه زیسته افراد نابارور و نحوه مواجهه آن‌ها تمرکز شود.

روش و داده‌های تحقیق

این مطالعه بخشی از نتایج یک طرح پژوهشی پیرامون فناوری‌های نوین کمک‌باروری و چگونگی مواجهه خانواده (زوجین نابارور) با چالش‌های فرهنگی و اجتماعی آن در ایران است که با رویکرد کیفی و روش نظریه داده‌بنیاد انجام شده است. در این مقاله تلاش شده است تا نحوه و چگونگی مواجهه زوجین با پدیده ناباروری واکاوی شود. جامعه مورد مطالعه را افراد ناباروری تشکیل می‌دادند که از طریق تکنولوژی‌های کمک‌باروری مانند لقاح مصنوعی، اهدای گامت یا رحم جایگزین صاحب فرزند شده بودند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند بود. مرحله پیدا کردن افراد نمونه و جلب موافقت آن‌ها حدود شش ماه به طول انجامید. با توجه به این که کلیه افراد نمونه کسانی بودند که درمان شده و صاحب فرزند بودند، به همین دلیل عمده‌تاً ارتباط آن‌ها با مراکز درمان و مطب پزشک قطع شده بود. بنابراین نحوه جستجو و انتخاب نمونه به این صورت مهیا شد که بعد از انتخاب نمونه‌های مورد نظر از چک‌لیست زوجین نابارور درمان شده، با شماره تلفن مطب یا با واسطه رابطین (جهت اعتمادسازی) با افراد تماس گرفته شد. بسیاری از خانواده‌ها شماره‌های خود را تغییر داده بودند یا بعد از تماس حاضر به همکاری نبودند. بخشی از مصاحبه‌ها توسط رابطین یا با مشارکت و حضور آن‌ها انجام شد. تعدادی از افراد نمونه نیز به صورت گلوله‌برفی شناسایی شدند و در محلی که خودشان تعیین کردند مصاحبه انجام شد. پس از اطمینان بخشی درباره محرمانه بودن پاسخ‌ها و عدم گزارش نام افراد، مصاحبه‌ها آغاز شد. همه مصاحبه‌ها مکتوب شدند. مصاحبه‌ها از اواسط اردیبهشت ۱۴۰۴ تا مهر ۱۴۰۴ ادامه یافت.

در این مطالعه برای تعیین تعداد نمونه براساس معیار اشباع نظری اقدام شد، به نحوی که فرآیند نمونه‌گیری تا رسیدن به مرحله تکرار داده‌ها ادامه پیدا کرد. با این حال تلاش شد نمونه‌ها براساس ملاک‌های زیر انتخاب شوند: افرادی که در سنین ۲۵ تا ۵۵ سال بودند، با استفاده از تکنولوژی‌های کمک‌باروری (دریافت گامت یا جنین، رحم اجاره‌ای و لقاح مصنوعی زوجین) موفق به بارداری و صاحب فرزند شده بودند و از سطوح مختلف تحصیلی برخوردار داشتند. بر این اساس، نمونه شامل ۳۰ فرد نابارور (۵ مرد و ۲۵ زن) با دامنه سنی ۲۸ تا ۵۳ سال است. تحلیل داده‌ها با رویکرد استقرایی و با استفاده از کدگذاری مفاهیم و دسته‌بندی مضامین انجام شد.

صحت و قابلیت اعتماد پژوهش با چهار معیار اعتبارپذیری^۱، انتقال پذیری^۲، قابلیت اطمینان^۳ و تأییدپذیری^۴ تضمین شد. برای دستیابی به قابلیت اعتماد از بررسی همکاران^۵ (ازجمله تیم پژوهشی مطالعه و ناظر علمی) و نیز تأیید مشارکت کنندگان^۶ استفاده شد، به طوری که در مرحله کدگذاری، گزاره ها و مفاهیم در چند مرحله توسط گروه همکاران بررسی و مطالعه شد و مفاهیم و خرده مقوله ها چندین بار پالایش و اصلاح گردید. همچنان که در مطالعه مشهود است، بسیاری از مقولات با ارائه شواهد کافی از متن سخنان مشارکت کنندگان تحلیل و تفسیر شدند و در ارائه آن ها، با نقل قول های مستقیم مشارکت کنندگان حمایت شدند. با توجه به این که جمع آوری و تحلیل داده ها همزمان انجام می شد، در برخی موارد مفاهیم و گزاره ها به مشارکت کنندگان ارائه و نتایج و برداشت ها توسط آن ها تأیید شد. با حضور مستمر محقق در میدان پژوهش، مشارکت کافی و تعامل نزدیک با مشارکت کنندگان، تنوع مشارکت کنندگان تحقیق از نظر سن، تجربه بارداری، تحصیلات، تلفیق داده ها و مرور و بازنگری مکرر داده ها، اعتبارپذیری تحقیق تقویت شد.

تحقیق حاضر در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه یزد به تصویب رسید. علاوه بر دریافت کد اخلاق، در ابتدای هر مصاحبه به شرکت کنندگان در مورد اهداف تحقیق توضیحاتی ارائه شد. همچنین به شرکت کنندگان گفته شد که آزادانه می توانند تصمیم بگیرند در مطالعه شرکت کنند و به هر سؤالی که تمایل نداشتند پاسخ ندهند. علاوه بر آن، چنانچه هر زمان خواستند مصاحبه را متوقف کنند نیز مختار هستند. رعایت اصل گمنامی مشارکت کنندگان از مهم ترین مسائل تحقیق حاضر بود. بدین منظور به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که آن ها گمنام خواهند بود. مشخصات افراد شرکت کننده در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات شرکت کنندگان

کد	سن	مدت ازدواج	سن همسر	نوع درمان	سن فرزندان	دفعات انتقال	سابقه نازایی خانوادگی	تحصیلات	تحصیلات همسر	شغل	شغل همسر
۱	۳۶	۲۰	۴۰	لحاق آزمایشگاهی	۴	۲	خیر	کارشناسی	کارشناسی	خانه دار	نظامی
۲	۴۰	۱۴	۴۰	تخمک اهدایی	۶	۶	خیر	فوق دیپلم	کارشناسی	تکنسین اتاق عمل	مغازه دار
۳	۴۱	۱۹	۴۳	اهدای جنین	۳	۲	عمه همسر	کارشناسی	کارشناسی ارشد	کارمند	کارمند
۴	۳۱	۶	۲۸	تخمک اهدایی	۴ ماه	۳	خیر	کارشناسی	کارشناسی ارشد	مسئول پروژه	خانه دار
۵	۳۳	۱۱	۳۴	تخمک اهدایی	۸ ماه	۳	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی	خانه دار	نظامی
۶	۳۵	۸	۳۷	رحم جایگزین	۲ سال	۴	خواهر همسر	دکتری	دکتری	هیات علمی	هیات علمی
۷	۴۶	۱۸	۴۷	اهدای جنین	۵	۲ بار	خیر	سیکل	ابتدایی	خانه دار	آزاد
۸	۴۴	۱۵	۴۲	تخمک اهدایی	۵	۲	خیر	ابتدایی	سیکل	آزاد	خانه دار
۹	۳۸	۱۰	۴۰	تخمک اهدایی و رحم جایگزین	۴	۴	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی	وکیل	معلم
۱۰	۴۲	۲۴	۴۶	اهدای جنین	۳	۳	خواهر همسر	سیکل	سیکل	خانه دار	آزاد
۱۱	۴۵	۲۰	۴۳	اهدای جنین	۳	۲	خواهر	دیپلم	سیکل	آزاد	خانه دار
۱۲	۴۴	۱۷	۴۷	رحم جایگزین	۳	۵	خیر	کارشناسی	کارشناسی	کارمند بیمه	کارمند بیمه
۱۳	۲۸	۸	۳۸	اهدایی اهدایی	۶	۱	خیر	کارشناسی	کارشناسی ارشد	کارمند	وکیل
۱۴	۳۷	۹	۲۷	لحاق مصنوعی	۶	۲	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی	کارمند	خانه دار

1. Credibility
2. Transferability
3. Dependability
4. Confirmability
5. Peer review
6. Member checking

کد	سن	مدت ازدواج	سن همسر	نوع درمان	سن فرزند	دفعات انتقال	سابقه نازایی خانوادگی	تحصیلات	تحصیلات همسر	شغل	شغل همسر
۱۵	۳۱	۷	۳۳	لقاح مصنوعی	۴	۲	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی ارشد	مهندس شرکت	پرستار
۱۶	۳۵	۱۲	۴۲	اهدای جنین	۴	۲	خیر	دپلم	کارشناسی	خانه‌دار	کارمند
۱۷	۳۶	۱۴	۴۰	تخمک اهدایی	۴	۳	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی ارشد	کارمند دانشگاه	کارمند
۱۸	۳۸	۱۶	۴۷	تخمک اهدایی	۴	۲	دختر خاله	دپلم	سیکل	خانه‌دار	آزاد
۱۹	۳۸	۱۵	۴۵	تخمک اهدایی	۴	۲	خیر	کارشناسی	کارشناسی	خانه‌دار	آزاد
۲۰	۳۳	۶	۳۷	اهدای جنین	۹ ماه	۷	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی	معلم	کارمند
۲۱	۳۹	۱۸	۴۴	تخمک اهدایی و رحم جانشینی	۴	۲	خیر	دپلم	سیکل	خانه‌دار	آزاد
۲۲	۴۵	۱۴	۴۷	IVF، اهدای جنین	۱	۳	خیر	راهنمایی	ابتدایی	خانه‌دار	دامدار-کشاورز
۲۳	۳۸	۱۶	۴۷	تخمک اهدایی	۴	۴	عمو	دپلم	سیکل	خانه‌دار	آزاد
۲۴	۵۳	۳۰	۴۷	IVF، اهدا جنین	۵	۴	خواهر/برادر	ابتدایی	ابتدایی	کشاورز	خانه‌دار
۲۵	۳۷	۱۴	۳۹	IUI، تخمک اهدایی، IVF	۲	۶	خیر	کارشناسی	کارشناسی	خانه‌دار	کارمند
۲۶	۳۸	۱۰	۴۰	تخمک اهدایی	۲	۴	خیر	کارشناسی	کارشناسی	کارمند	بانک
۲۷	۳۷	۱۳	۴۱	تخمک اهدایی	۳	۳	خیر	دپلم	دپلم	خانه‌دار	کارگر کارخانه
۲۸	۳۹	۱۴	۴۲	تخمک اهدایی و رحم جانشینی	۳	۳	خیر	دپلم	کارشناسی	معلم	معلم
۲۹	۳۰	۱۰	۳۴	رحم جانشینی	۴	۳	عمه	دپلم	فوق دپلم	خانه‌دار	کارواش
۳۰	۳۴	۸	۳۸	تخمک اهدایی	۱	۱	خیر	دانشجوی دکتری	کارشناسی ارشد	کار پاره‌وقت	کارمند

یافته‌ها

همان‌طور که شرح داده شد، در این پژوهش با ۳۰ فرد نابارور (۵ مرد و ۲۵ زن) با دامنه سنی ۲۸ تا ۵۳ سال مصاحبه صورت گرفت. افراد شرکت‌کننده از لحاظ وضعیت اشتغال شامل ۱۶ نفر شاغل و ۱۴ نفر غیرشاغل بودند. مردان شرکت‌کننده در پژوهش همگی اشتغال داشتند، اما در میان زنان، ۱۱ نفر شاغل، ۱۳ نفر خانه‌دار و ۱ نفر شاغل به‌صورت پاره‌وقت بودند. شرکت‌کنندگان پژوهش از لحاظ سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی ناهمگون بوده و به طبقات مختلف تعلق داشتند، به‌نحوی که ۱۶ نفر دارای مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر، ۹ نفر دارای مدرک فوق‌دپلم و دپلم و ۵ نفر دارای تحصیلات زیر دپلم بودند.

از نظر نوع درمان و اتصال ژنتیکی، ۸ نفر از شرکت‌کنندگان دریافت‌کننده جنین بودند. در این شرایط مشکل ناباروری از سوی مرد، زن یا هر دو بوده و هیچ‌گونه پیوند ژنتیکی میان فرزند و والدین برقرار نیست. در مواردی که مرد مشکل باروری نداشت و ناباروری صرفاً زنانه بود، افراد از طریق تخمک اهدایی یا رحم جانشینی صاحب فرزند شده بودند. در این مطالعه، ۱۴ نفر از طریق تخمک اهدایی صاحب فرزند شدند که در این حالت، فرزند دارای پیوند ژنتیکی با پدر است. همچنین در بین شرکت‌کنندگان، ۵ نفر از رحم جانشینی (۲ نفر به‌طور همزمان از تخمک اهدایی و رحم جانشینی) و ۳ نفر از لقاح آزمایشگاهی (IVF) استفاده کرده بودند که در این موارد، پیوند ژنتیکی کامل میان فرزند و زوج نابارور برقرار است.

پس از گفت‌وگوهای کلی اولیه، نحوه و چگونگی مواجهه زوجین با پدیده ناباروری از مشارکت‌کنندگان جویا شدیم. در ابتدا از افراد خواسته شد درباره زمان اطلاع از مشکل ناباروری، نوع و علت آن و واکنش هر یک از زوجین توضیحاتی ارائه دهند. سپس شیوه اطلاع‌رسانی پزشک و تأثیر مواجهه با این موضوع بر فرد، روابطش با همسر و تعاملات با اطرافیان مورد واکاوی قرار گرفت. در مرحله بعد، تلاش زوجین برای حل مسئله و مسیرهای درمانی طی‌شده پیش از پیشنهاد روش کاشت جنین اهدایی یا رحم جانشینی بررسی گردید.

در ادامه، یافته‌های مطالعه در شش محور اصلی شامل: «رخداد تشخیص؛ فروپاشی زیست‌جهان»، «درمان پزشکی‌شده؛ تجربه دیگری قدرتمند»، «تجربه انگ اجتماعی و راهبردهای دفاعی»، «تجربه فقدان و بحران هویت: سوگ پنهان»، «کلیشه‌های جنسیتی و تجربه باخت باهم‌بودگی» و «گذار از انفعال به عاملیت: بازگشت آگاهانه به چرخه درمان» ارائه شده است. در جدول ۲، مفاهیم و مقوله‌های اصلی مرتبط با نحوه مواجهه زوجین با ناباروری منعکس گردیده است.

جدول ۲. مفاهیم، خرده‌مضمون‌ها و مضمون‌های اصلی استخراج‌شده از تجربه زیسته افراد نابارور

مضمون اصلی	خرده‌مضمون	مفاهیم
رخداد تشخیص؛ فروپاشی زیست‌جهان	مراجعه به پزشک بدون اطلاع از ناباروری	باردار نشدن علی‌رغم عدم استفاده از وسیله پیشگیری، نامنظم بودن پریود، احساس درد، داشتن کیست، مشکلات رحمی
	معاینات تشخیصی	مراجعه به پزشکان متخصص برای اطمینان از تشخیص، جستجو در اینترنت، مطالعه مقالات و کتب مختلف، بررسی سایت‌های مرکز درمان ناباروری
درمان پزشکی‌شده؛	فاصله شناختی پزشک از وضعیت بیمار	صراحت بیان پزشک در ناتوانی برای فرزندآوری، پیشنهاد روش‌های اهدا گامت بدون در نظر گرفتن شرایط، عادی بودن ناباروری برای پزشک و سردی برخورد آن‌ها با بیمار
تجربه دیگری قدرتمند	تلقی منفعت‌طلبی پزشکان	هزینه بالای آزمایش‌ها، اذعان به منفعت‌طلبی پزشکان، اهمیت پول ویزیت برای پزشک، وقت کم برای معاینه دقیق‌تر، اظهار پایین بودن شانس درمان با روش‌های معمول
تجربه انگ اجتماعی و راهبردهای دفاعی	انکار	فقدان سابقه خانوادگی و نپذیرفتن مشکل، رد هر گونه مشکل
	پنهان‌سازی واقعیت	و انمود کردن به نخواستن فرزند، موقتی فرض کردن مشکل، اظهار به نداشتن مشکل، بیان عدم آمادگی برای فرزندآوری، بیان سختی بزرگ کردن فرزند
	انزوای اجتماعی	کم کردن روابط خانوادگی، در دسترس نبودن برای فرار از پاسخ‌دهی
	انگ اجتماعی	پرسش‌های مکرر- سرزنش و زخم زبان، اطلاع‌رسانی از حاملگی و فرزندآوری اقوام، بیان عباراتی مبنی بر سرنوشت و شانس بد آن‌ها در جمع، یادآوری مداوم این موضوع توسط خانواده همسر، طرح مکرر مشکل در جمع
بحران هویت و خودآزمایی منفی	فشار اجتماعی	معرفی پزشک و شیوه‌های درمانی توسط اطرافیان، تأکید مکرر برای پیگیری درمان، دعا کردن در جمع برای صاحب اولاد شدن زوج نابارور، سردی روابط خانوادگی، نادیده‌نگاری و طرد
	سوگ عاطفی و احساس فقدان	احساس نقص، عدم کفایت، ناتوانی برای کنترل و مدیریت زندگی، احساس شکست، شکست بدن، از دست رفتن رویاها و آرزوها، احساس گناه، احساس تقصیر، احساس پوچی، حسادت به دیگران، احساس ناتوانی برای مادر شدن
	سوگ عاطفی و احساس فقدان	احساس غم و اندوه، گریه‌های شبانه، افسردگی، احساس فقدان، خشم، ترس، ناامیدی، اندوه، سوار شدن غم عالم بر دل، آرزوی مرگ
کلیشه‌های جنسیتی و باخت باهم‌بودگی	کلیشه‌های جنسیتی	اشتباه دانستن تشخیص ناباروری همسر، فقدان سابقه خانوادگی و رد دانش پزشک توسط همسر، تلقی ناباروری به‌عنوان مسأله‌ای زنانه، بی‌اهمیت دانستن فرزند بعد از تشخیص ناباروری مردانه، ارتباط ناباروری به ناتوانی در فرزندآوری زن و ژنتیک وی
	شکاف عاطفی با همسر	اختلاف با همسر بر سر موضوع فرزندآوری و درمان، بی‌اهمیت دانستن فرزندآوری توسط همسر، عدم همراهی همسر برای پیگیری درمان، عدم تمایل برای پرداخت هزینه درمان، احساس خطر برای تداوم زندگی زناشویی، پایین آمدن کیفیت زندگی، کاهش رضامندی، زندگی پرچالش، سردی روابط، عادی شدن زوجین برای همدیگر، سوءظن و بدگمانی، سکوت و عدم گفتگو
گذار از انفعال به عاملیت: بازگشت	تلاش برای حل مسأله	تلاش بی‌نتیجه، مراجعه مکرر به پزشک‌های مختلف، استفاده از داروهای گیاهی، توسل و دعا و تضرع به درگاه خداوند، مراجعه به پزشک دیگر برای اطمینان از تشخیص

مضمون اصلی	خرده مضمون	مفاهیم
آگاهانه به چرخه درمان	تسلیم شدن توقف درمان	خستگی از تلاش و پیگیری، راضی به سرنوشت، آزمون الهی، پذیرش ناباروری قطعی، تلاش برای عادت کردن به بی‌اولادی، تلاش برای سازگاری
	بازساخت فعالانه	از سرگیری درمان، تسلیم نشدن، افزایش آگاهی، ناامید نشدن، نادیده گرفتن دیگران، تمرکز بر هدف فرزندانآوری، مقاومت در برابر مشکلات، تصمیم برای تغییر، ساختن زندگی، بازتعریف موقعیت

۱) رخداد تشخیص؛ فروپاشی زیست‌جهان

مواجهه افراد نابارور با این پدیده، در روایت‌های آن‌ها مرحله‌ای آغازین را نشان می‌داد که به صورت رخدادی مرزی زیست‌جهان‌شان را به دو بخش «قبل از تشخیص» و «بعد از تشخیص» تقسیم می‌کرد. آن‌ها از زمان اطلاع از مشکل ناباروری، نوع مشکل، علت آن و واکنش خود و همسرشان گفتند. همچنین از نحوه اطلاع‌رسانی پزشک و تأثیر آن بر خود، روابط زناشویی و ارتباط با اطرافیان روایت کردند. برخی از آن‌ها پیش از رسیدن به روش‌های پیشرفته (مانند اهدای جنین یا رحم جایگزین)، مسیرهای درمانی متعددی را تجربه کرده بودند.

همه شرکت‌کنندگان پس از شش ماه تا یک سال تلاش برای بارداری و عدم موفقیت، به پزشک مراجعه کرده بودند. تعدادی به دلیل اختلالات قاعدگی، کیست، مشکلات رحمی یا سابقه خانوادگی، زودتر به پزشک رفتند. بقیه فکر نمی‌کردند نابارور باشند، گمان می‌کردند اختلالی موقتی رخ داده یا باردار نشدن در سال‌های اولیه طبیعی است. این ناباروری اولیه فراتر از یک واکنش روان‌شناختی ساده بود. مشارکت‌کنندگان نمی‌توانستند خود را در جایگاه «نابارور» بازتعریف کنند، چون این جایگاه با تصویر ایده‌آلی که از خود به‌عنوان یک زن یا مرد بارور داشتند، در تضاد بود. به همین دلیل، در ابتدای این فرایند مراجعه به پزشک را اقدامی تشریفاتی و موقتی می‌پنداشتند بی‌آنکه آنرا آغاز یک بحران هویتی درک کنند. به‌عنوان مثال، شرکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید:

«۱۸ ساله که ازدواج کردم خدا را شکر مشکلی نداریم و تنها مشکل زندگی ما ناباروری بنده بود. از تقریباً یک سال بعد از ازدواج یعنی سال ۱۳۸۶، چون مشکل پریودی داشتم، دنبال این موضوع رفتم» (شرکت‌کننده شماره ۱، ۳۶ ساله، دارای فرزند ۴ ساله).

شرکت‌کننده شماره ۱۷ نیز اشاره دارد که اوایل به دلیل اشتغال، اهمیت زیادی به این موضوع نداده و بعد از ۸ سال از ازدواج تصمیم گرفتند برای فرزندانآوری اقدام کنند اما موفق نمی‌شوند و از آن زمان شرایط زندگیشان تغییر می‌کند. شرکت‌کننده شماره ۱۹ نیز می‌گوید ۶ سال اول زندگی خوب و بدون جالشی داشتند:

«از همان روز اول فکر فرزند بودیم چون همسرم خیلی دوست داشت، اما چون هر دو دانشجو بودیم تمایلی به فرزند داشتن نداشتیم. تا اینکه دو سال بعد اقدام کردیم اما نشد و به چند پزشک مراجعه کردیم تشخیص دادند من نمی‌توانم» (شرکت‌کننده شماره ۱۹، ۳۸ ساله).

همچنین شرکت‌کننده شماره ۱۶ درباره تجربه خود چنین می‌گوید:

«هیچ‌کدام مشکل نازایی نداریم. حتی دو بار هم باردار شدم، تا سه ماه هم پیش رفتم، اولی خودش سقط شد، دومی مشکل ژنتیکی داشت. دیگه توصیه شد که ما به صورت طبیعی نمی‌توانیم بچه سالم بیاریم» (شرکت‌کننده شماره ۱۶، ۳۵ ساله).

این روایت‌ها نشان می‌دهد که تشخیص ناباروری برای مشارکت‌کنندگان یک رخداد مرزی بود. نگرانی از نازا بودن، تأخیر در اقدام و دریافت خبر ناتوانی در بارداری طبیعی، زندگی عادی آن‌ها را دچار گسست کرد.

۲) درمان پزشکی شده؛ تجربه دیگری قدرتمند

پس از تشخیص ناباروری، مشارکت‌کنندگان وارد نظام درمانی شدند. آن‌ها در این مسیر با تجربیات جدیدی روبرو شدند که برخی از آن‌ها به اندازه خود تشخیص ناباروری دردناک بود. از جمله این تجربیات، بی‌اعتمادی به پزشک و احساس طردشدگی از سوی کادر درمان بود. شرکت‌کننده شماره ۲۲ به بی‌اعتمادی همسرش و باور وی به منفعت‌طلبی کادر درمان اشاره دارد:

«من یک سال بعد از ازدواج متوجه شدم که بچه‌دار نمی‌شیم. فکر کردم مشکل از خودمه، به همسر هم گفتم بریم دکتر. گفت: خودت برو آزمایش‌ها را بده، کاری داشتی خبر بده. چندین بار دکتر رفتم، هر بار دکتر می‌گفت خانم باید شوهرتان هم آزمایش بدن، اما ایشان این‌ها را قبول نداشت، می‌گفت دکتر! برای این‌که پول بگیرن هی می‌گن بیاین آزمایش بدین...» (شرکت‌کننده شماره ۲۲، ۴۵ ساله، تحصیلات ابتدایی).

دلیل دیگر بی‌اعتمادی شرکت‌کنندگان به پزشک، ناشی از صراحت بیان پزشک برای شرح علت بی‌فرزندگی و عادی نشان دادن و حتی بعضاً بی‌تفاوت بودن کادر درمان نسبت به مسئله حیاتی آن‌ها بوده است:

«وقتی دکتر گفت احتمالاً مشکل ناباروری است، انگار همه دنیا روی سر ما خراب شده بود. بی‌نظمی و نوبت‌دهی‌های نامناسب، معطلی تو مطب یا آزمایشگاه قابل تحمل نبود. مسئله بزرگ زندگی ما، برای اون‌ها خیلی کوچک و ناچیز و عادی بود» (شرکت‌کننده شماره ۲۶، ۳۸ ساله، تحصیلات کارشناسی).

«ما تا مشکل مون معلوم نشد خیلی اذیت شدیم. یک وقت‌هایی صبح می‌اومدیم تا عصر همچنان بیمارستان بودیم، حتی ناهار هم نمی‌خوردیم. بهم می‌ریختیم، تحمل ما خیلی کم می‌شد» (شرکت‌کننده شماره ۱۷، ۳۶ ساله، تحصیلات کارشناسی ارشد).

شرکت‌کننده شماره ۲ اشاره داشت که در سال‌های اول پیگیری درمان، پزشک یک‌سری احتمال‌ها و روش‌های درمانی را معرفی کرده و توصیه کرده است که سریعاً و بدون از دست دادن زمان اقدام کنند. این نحوه برخورد و معرفی روش‌های درمان برای آن‌ها سخت و بهت‌آور بوده است.

به نظر مشارکت‌کنندگان، در ابتدای فرآیند درمان هنوز تعامل مناسبی بین پزشک و بیمار شکل نگرفته و همین عامل باعث برداشت‌های متفاوتی از عملکرد و گفتار پزشک گردیده است، اما به مرور زمان روابط همدلانه‌تر شده است. برخی نیز بیان داشتند با تغییر پزشک توانسته‌اند راهنمایی‌های مناسبی دریافت کنند و سخنان امیدوارانه پزشک، انگیزه ادامه این مسیر را برای آن‌ها فراهم کرده است:

«اوایل تهران دکتر می‌رفتیم، تو بیمارستان از بقیه خانم‌هایی که مثل من بودند می‌پرسیدم تحت نظر کدوم دکتر هستید؟ هر کدوم یکی را می‌گفتند. با خودم فکر می‌کردم شاید اون دکتر دیگه علمش بیشتر باشه. هزینه هم بالا بود، رفت‌وآمدمون به تهران هم بیشتر اذیت می‌کرد. یکی دو بار با منشی بحث‌مون شد. اما این آخرها همین‌جا دکتر خوب بود، ما همیشه دعاگوشون هستیم» (شرکت‌کننده شماره ۱۷، ۳۶ ساله، تحصیلات کارشناسی ارشد).

مصاحبه‌های صورت گرفته نشان می‌دهد اکثر افراد سال‌های طولانی تحت درمان بودند، مسیرهای پرفرازونشیبی را طی کرده و توسط پزشکان متعددی مورد معاینه قرار گرفته‌اند. تعداد معدودی بدون توقف درمان را ادامه داده و در مدت کوتاهی درمان شدند. بنابراین برداشت آن‌ها از تعامل با پزشک در مراحل مختلف متفاوت است. با این حال، در ابتدای آشکار شدن این مسئله، آگاه شدن از موضوع و فرآیندهای درمانی پس از آن، تجربه‌ای تلخ و ناگوار بوده که بعضاً شرایط روحی-روانی نامناسب، مسائل مالی، خستگی و بلا تکلیفی بر تعامل آن‌ها با کادر درمان تأثیر داشته است. شرکت‌کننده شماره ۲۶ در این باره می‌گوید:

«یادمه خانم دکتر رفتیم، وقتی همه آزمایش‌ها را دید گفت باید کفش آهین به پا کنید. نیتش خوب بود، اما ما ترسیدیم. گفت این راه سخته، هم رفت‌وآمد زیاد داره، هم هزینه. اگه توانشو ندارین یا برید راضی به سرنوشت بشید یا که از پرورشگاه بچه بیارید... تا مدت‌ها گریه کردم. همسرم می‌گفت من می‌روم مطب این خانم دکتر را روی سرش خراب می‌کنم! اون‌ها فقط پول می‌شناسن، فکر کرده تو نداری گفته برو از پرورشگاه بیار» (شرکت‌کننده شماره ۲۶، ۳۸ ساله، تحصیلات کارشناسی).

(۳) تجربه انگ اجتماعی و راهبردهای دفاعی

یکی از شیوه‌های مواجهه افراد نابارور با مسئله ناباروری، خنثی‌سازی است. این مقوله به واکنش‌های افراد پس از اطلاع از مسئله ناباروری و طی کردن فرآیندهای درمانی طولانی و بدون نتیجه اشاره دارد. انکار، پنهان‌سازی واقعیت و انزوای اجتماعی از جمله واکنش‌هایی بوده که بسیاری از زوجین تجربه کرده بودند. فشار ناشی از واکنش‌های اطرافیان، سردرگمی و بلاتکلیفی در مورد نتیجه درمان، گاه به اندازه‌ای است که با وجود تشخیص قطعی ناباروری، زوجین در وضعیت انکار و بدبینی نسبت به تشخیص پزشکان به سر می‌برند. در همین زمینه، یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«من تا مدت‌ها معتقد بودم اشتباه می‌کنند چون تو خانواده سابقه نازایی نداشتیم، حتی اگه کسی هم می‌پرسید می‌گفتم ما بچه نمی‌خواهیم، ما چه گلی سر پدر مادر زدیم که بچه‌های ما بزنند! اگر اصرار خانمم نبود اصلاً دنبالش نمی‌اومدم، اما خانمم بی‌تابی می‌کرد و تا بالاخره اومدیم اهدا» (شرکت‌کننده شماره ۱۱، ۴۵ ساله، دیپلم، علت ناباروری مردانه).

تعدادی از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که علت ناباروری و حتی دلیل بی‌فرزندگی را از اطرافیان پنهان کرده و آن را به تمایل داوطلبانه به بی‌فرزندگی، خطرناک بودن بارداری یا ناتوانی برای برآورده ساختن تعهدات بلندمدت والدینی مرتبط ساخته‌اند:

«اول گفتن شوهرت مشکل داره، بعد دوباره گفتند خودت مشکل داری و تخمک کافی نداری. بعد که آزمایش دادم گفتن اگر تخمک کیفیت بالا داشته باشه می‌شه کاری کرد. بعد یک مدت گفتند آندومتر باریکه، بعد گفتند همسرت هم اسپرمش پایینه. هر دفعه یه چیزی گفتند، این قدر که دیگه ول کردیم؛ گفتیم ما همین‌طوری راحتیم. حتی به همه گفتیم مشکل قلبی دارم، بارداری برای من خطرناکه...» (شرکت‌کننده شماره ۳، ۴۱ ساله، تحصیلات کارشناسی).

«تحمّل حرف‌ها و زخم زبان‌های مادر شوهرم را نداشتم. هر بار که می‌رفتم می‌گفت فلانی بارداره، عروس فلانی دوقلو آورده، زنی که مادر نشه که زن نیست. این شد دیگه خونس نرفتم...» (شرکت‌کننده شماره ۲۱، ۳۹ ساله، دیپلم).

نقل‌قول‌های فوق نشان می‌دهد که زخم زبان، سرزنش و تحقیری که اطرافیان علیه زنان نابارور اعمال کردند، در ذهن افراد باقی مانده است. این واکنش‌ها و برچسب‌زنی خانواده به افراد نابارور، منجر به طرد آن‌ها از جمع‌های خانوادگی گشته است:

«تا به یک بچه خودم یا همسرم محبت می‌کردیم احساس ترحم می‌کردند. گاهی می‌گفتند ان شاءالله دامن تو هم سبز بشه یا اجاقت گرم شه، یا این که حتی بعضی‌ها نگران بودن آه بکشم و از حسادت آن‌ها را چشم بزنم. یادمه جاری‌ام باردار شده بود دو سه ماه اول پنهان کردند...» (شرکت‌کننده شماره ۱۲، ۴۴ ساله، تحصیلات کارشناسی).

شرکت‌کننده شماره ۱۴ بیان می‌دارد حمایت خانواده همسرش بیشتر بوده، اما خانواده خودش ناخواسته فشارها و شرایط نامساعدی برای حضور آن‌ها در جمع‌های خانوادگی فراهم کرده‌اند:

«آخر هفته‌ها می‌رفتیم خانه مادرم. یک بار رفتم دیدم کسی نیست، یک کم نشستیم دیدم نیومدن. منتظر شدیم دیدیم خبری نشد، زنگ زدم خواهرم گفت خانه برادر کوچک‌ترم رفتیم، برای پسرش تولد گرفته. گفتیم شما شاید تو شلوغی اذیت بشین دعوت نکردند. یادمه بعد اون ماجرا تا چند ماه خانمم از خانه در نیومد، خانه برادرم هم که اصلاً دیگه نرفتیم، فقط خانه مادر خودش می‌رفت...» (شرکت‌کننده شماره ۱۴، ۳۷ ساله، تحصیلات کارشناسی ارشد).

بسیاری از شرکت‌کنندگان تجربه انزوا را بیان داشتند. آن‌ها برای کاهش فشارها و استرس ناشی از مورد پرسش قرار گرفتن، سرزنش یا قضاوت شدن، سعی کرده بودند از دیگران دوری کنند. این اقدام از یک‌سو برای کاهش آسیب‌های خانوادگی و از سوی دیگر برای کنترل استرس و تأثیر آن بر روند درمانی اتخاذ شده است. از نظر مشارکت‌کنندگان، استرس یکی از دلایل عدم موفقیت درمان در دوره‌های مختلف بوده است. بنابراین برای اجتناب از آن، سعی کردند کمتر خود را در معرض دید دیگران قرار دهند و رفت‌وآمدهای کمتری با اطرافیان داشته باشند.

در نقل‌قول‌های بالا، تجربه انگ و فشار اجتماعی آشکار بود. براساس شواهد فوق می‌توان گفت ناباروری از جمله چالش‌هایی است که همزمان برچسب «نابارور» یا «نازا»، کلیشه‌سازی، طرد، انزوا و اعمال فشار و یا تبعیض در منابع حمایتی و تعاملات را به همراه می‌آورد. این تجربه انگ ناشی از فاصله گرفتن از هنجارهای سنتی و برآورده نساختن انتظارات مبنی بر والدگری است. از این‌رو، افراد علاوه بر واکنش‌های عاطفی ناشی از فقدان (مانند افسردگی و غم)، از سوی دیگران نیز تحت فشار قرار می‌گیرند، به‌نحوی که گرچه در یک مرحله راهبردهایی نظیر انکار، پنهان‌سازی یا انزوا را در پیش می‌گیرند، اما در نهایت به این نتیجه می‌رسند که تنها راه واقعی برای بهنجار محسوب شدن، بچه‌دار شدن است. از این‌رو، تجربه افراد پیش از رویارویی با فناوری‌های کمک‌باروری، بحران هویت ناشی از عدم تحقق والدگری هنجاری است.

این راهبردهای دفاعی (انکار، پنهان‌سازی و انزوا) گرچه در کوتاه‌مدت فشار روانی را کاهش می‌دادند، اما در بلندمدت به افزایش انزوای فرد و تضعیف شبکه حمایت اجتماعی می‌انجامیدند. آنچه در این روایت‌ها مشهود است، تلاش فرد برای حفظ تصویر «عادی» از خود در برابر جامعه است، تصویری که در آن ناباروری یا به کلی انکار می‌شود یا به انتخاب شخصی «ما بچه نمی‌خواهیم» تبدیل می‌گردد. زنان در این مطالعه فشارهای اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کردند و بیشتر به پنهان‌سازی روی می‌آوردند، اما مردان نیز با شدت کمتری از انکار و کم‌اهمیت جلوه دادن مسئله استفاده می‌کردند.

۴) تجربه فقدان و بحران هویت: سوگ پنهان

یکی از متداول‌ترین واکنش‌ها نسبت به ناباروری، احساس عمیق از دست دادن است که نتیجه فقدان‌های متعدد مرتبط با این پدیده است. فقدان بزرگ در شرایط ناباروری، از دست دادن داشتن یک فرزند بیولوژیکی است (کانوی و والتین، ۱۹۸۸). احساسات مرتبط با این فقدان اغلب برابر با احساس از دست دادن یک عزیز در اثر مرگ است. سوگ یا احساس فقدان به صورت غم و اندوه عمیق، دوره‌هایی از افسردگی، اضطراب، خشم، انکار و احساس گناه خود را نشان داده است.

ناباروری برای افراد مورد مطالعه فقط از دست دادن یک فرزند بیولوژیکی نبود، بلکه از دست دادن تجربه بارداری، زایمان، شیردهی، والدگری، مدیریت زندگی، روابط، شکست بدن و نرسیدن به جایگاه پدر و مادری و شکست در تکمیل هویت زنانه یا مردانه بود:

«وقتی فهمیدم بچه‌دار نمی‌شوم دنیا روی سرم خراب شد. من از درون شکستم و احساس پوچی و نقص همه وجودم را فرا گرفت. با خودم فکر می‌کردم من کجای این دنیا قرار دارم و اگر قرار نبود مادری کنم پس ازدواج من چه حاصلی داشت؟» (شرکت‌کننده شماره ۲۵، ۴۲ ساله).

«زمانی که فهمیدم نمی‌تونم باردار بشم احساس کردم نسبت به همه خانم‌های اطرافم یه چیزی کم دارم؛ توانایی که همه بدون هیچ تلاشی دارند. به همسرم بدگمان بودم، فکر می‌کردم دیگه دوستم نداره، محبت و عشق شو باور نداشتم و همش می‌گفتم شاید تو دلش به زن‌های دیگه فکر می‌کنه چون که دیگه من کمبود دارم؛ بدن من مثل بقیه زن‌ها نبود...» (شرکت‌کننده شماره ۱۷، ۳۶ ساله، تحصیلات کارشناسی ارشد).

«تو جامعه ما فکر می‌کنند همه باید یک مسیر مشخص را برن: ازدواج کنند، بلافاصله بچه‌دار شوند، اولی را آوردند دومی را باید بیارند... مشکل همین، مدام از سوی بقیه تحت فشاری. همین غم و غصه اطرافیان باعث میشه نتونی تصمیم درست برای زندگیت بگیری یا کنترلی روی زندگیت داشته باشی... واقعاً چه اصراری هست که وقتی کسی نمی‌تونه ازدواج کنه یا بچه‌دار بشه این همه مسائل را تحمل کنه؟ اگه بقیه این نوع خانواده‌ها را بپذیرن، یک زن و شوهر می‌توانند بدون فرزند هم ادامه بدن» (شرکت‌کننده شماره ۲۹، ۳۰ ساله، دیپلم).

آنچه در این روایت‌ها برجسته است، پیوند ناگسستنی میان «والدگری» و «هویت» در بافت فرهنگی یزد است. مشارکت‌کنندگان (اعم از زن و مرد)، ناباروری را یک نقص زیستی نمی‌پنداشتند، بلکه «شکست در تکمیل هویت خود» توصیف می‌کردند. با این حال، زنان بیشتر این فقدان را متوجه ناتوانی بدن خود می‌دانستند («بدن من مثل بقیه زن‌ها نبود»)، درحالی که مردان بیشتر بر از دست دادن موقعیت اجتماعی و نارسایی در مسئولیت‌پذیری تأکید داشتند.

۵) کلیشه‌های جنسیتی و تجربه باخت باهم‌بودگی

منظور از «باخت باهم‌بودگی» در این مطالعه، تجربه تدریجی کاهش صمیمیت عاطفی، تبدیل گفت‌وگوهای زناشویی به گزاره‌های ابزاری و درمان‌محور و احساس تنهایی در خانه مشترک است. یکی از تجارب مشترک اکثر افراد این بود که در ابتدا تصور می‌کردند مشکل ناباروری به اختلالات بیولوژیکی زنان مربوط است، در واقع نقش زن را در زایش پررنگ‌تر می‌دیدند و در جستجوی علت، انتظار علت‌های زنانه را داشتند. این کلیشه‌های جنسیتی و تلقی زنانه بودن ناباروری، علی‌رغم گذشت سال‌ها همچنان پررنگ است.

«من یکسال بعد از ازدواج متوجه شدم که بچه‌دار نمی‌شیم فکر کردم مشکل از خودمه، به همسر هم گفتم بریم دکتر، گفت: خودت برو آزمایش‌ها را بده کاری داشتی خبر بده، چندین بار دکتر رفتم هر بار دکتر می‌گفت خانم باید شوهرتان هم آزمایش بدن، اما ایشان این‌ها را قبول نداشت می‌گفت: دکتر! برای که پول بگیرن هی می‌کنن آزمایش بدین...» (۴۵ ساله، تحصیلات ابتدایی).

شرکت‌کننده شماره ۷ (۴۶ ساله) اشاره می‌کند قبل از فهمیدن مشکل همسرش، به گمان این که خودش نابارور است، به پزشکان مختلف مراجعه کرده تا این که مشخص شده رحم و تخمدان‌ها مشکلی ندارند. شرکت‌کننده شماره ۱۴ نیز بیان می‌دارد با این که هر دو توانایی فرزندآوری نداشتند، اما خانواده‌اش تصور می‌کردند علت زنانه عمداً پنهان می‌شود.

تأثیرات ناباروری بر روابط زوجین در مفاهیمی نظیر سردی روابط، عادی شدن زوجین برای یکدیگر، سوءظن، سکوت، اختلاف بر سر درمان، کاهش رضایتمندی و احساس خطر برای تداوم زندگی زناشویی متجلی می‌شد. مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که پس از مدتی، فضای خانه به جای مأمی امن، به محیطی کسالت‌آور و سرشار از احساس تنهایی تبدیل می‌شد:

«اون موقع‌ها من یا خانه مادرم می‌رفتم یا که خانه خودمون سرگرم گلدوزی و تمیز کردن خانه و سریال تلویزیونی بودم یا تو اینستا می‌گشتم، زیاد می‌خوایدم. هیچ موضوع یا اتفاق هیجان‌انگیزی نبود، یه وقت‌هایی حوصله غذا پختن هم نداشتم. اوایل این‌طور نبود، گاهی با هم می‌رفتیم بیرون، اما کم‌کم هر

کسی سرش تو کار خودش بود. یه وقتی دو روز خانه مادرم می‌رفتیم چون خانه خودمون برام زندان شده بود» (شرکت‌کننده شماره ۱۸، ۳۸ ساله، دیپلم).

زوجین نابارور هر بار که تصمیم به از سرگیری درمان می‌گرفتند، زندگی زناشویی و حتی روابط جنسی را با نیت و قصد تلاش برای فرزندآوری تنظیم کرده بودند، نوع تغذیه، زمانبندی مقاربت، تنظیم تعاملات با دیگران و در نهایت نتیجه‌بخش نبودن این برنامه‌ریزی‌ها، از دست دادن شور و شوق جنسی و احساس ناتوانی جنسی را همراه داشته است. همه این تجارب و واکنش‌های عاطفی بر صمیمیت بین زوجین و حتی با دیگران تاثیر داشته است:

«خیلی تاثیر نداشته اما به هر حال مثل قبل نبود. من هر بار با خودم و خدای خودم نجوا می‌کردم می‌گفتم شاید معجزه‌ای رخ بده، اما بعد هیچ... برای همین خیلی دوست نداشتم. از یک طرف دلم برای شوهرم می‌سوخت، کنار من می‌گفت آرومه و چیز دیگه‌ای برایش اهمیتی نداره اما خودم اذیت می‌شدم» (شرکت‌کننده شماره ۶، ۳۵ ساله، تحصیلات دکتری).

زنان در آغاز هر چرخه قاعدگی تجربه شکست جسمی را تحمل می‌کردند، درحالی‌که مردان تمایلی به ابراز احساسات نداشتند و سعی می‌کردند مسئله را کم‌اهمیت جلوه دهند. شرکت‌کننده شماره ۱۴ می‌گوید:

«دوست‌های من یک تعداد ازدواج نکردند یا ازدواج کردند بچه‌دار نشدند، خیلی عادی و طبیعی است. اما خانمم خیلی حساس بود، همه حرف‌ها و صحبت‌های دیگران را به خودش می‌گرفت. خیلی وقت‌ها اصلاً روی سخن اطرافیان ما نبودیم، منتها ایشون خیلی شکونده شده بود، به خاطر اون من ادامه دادم» (شرکت‌کننده شماره ۱۴، ۳۷ ساله، تحصیلات کارشناسی‌ارشد).

۶) گذار از انفعال به عاملیت: بازگشت آگاهانه به چرخه درمان

چنانچه پیشتر بیان شد بسیاری از شرکت‌کنندگان پس از تشخیص ناباروری انواع روش‌های درمانی را تجربه کرده بودند. این روش‌ها از دعا و نیایش، مراجعه به دعانویس، درمانگران سنتی تا پزشکان و متخصصان بوده است. انتخاب این روش‌ها گاه به صورت شخصی و یا تحت تاثیر خانواده انجام بوده است. مسیر درمان برای افراد چرخه‌ای از جستجو، درمان، توقف، جستجو و بازنگری و از سرگیری بود. توقف‌ها گاه به دلیل فشار روحی-روانی و گاه به دلیل هزینه‌های سنگین صورت می‌گرفت. بنابراین طیفی از کنشگری فعال تا توقف و از سرگیری مجدد مشاهده گردید. شرکت‌کننده شماره ۲۵ می‌گوید:

«حدود پانزده سال پیش به دکتر مراجعه کردم، مدت طولانی دارو مصرف کردم، چند سالی رها کردم. خانواده و دوستان پزشک‌های متعددی را پیشنهاد می‌دادند. گاهی برای این‌که ناراحت نشوند پیشنهادشان را اجرا می‌کردم، اما داروهای دکترها رو دیگه مصرف نمی‌کردم چون تاثیری نداشتند. خودم خیلی جدی نبودم اما به خاطر فشار خانواده همسرم که به لحاظ روانی خیلی اذیت‌کننده بود تصمیم گرفتم آی‌یو‌آی (IUI) و آی‌وی‌اف (IVF) انجام دادم. اینم نتیجه نداد، رفتم سراغ تخمک‌اهدایی».

شرکت‌کننده شماره ۱۶ که بیان می‌دارد زندگی پرچالشی داشته است و به دلیل تنهایی ناشی از تک فرزند بودنش، از همان ابتدای زندگی مشترک برای بارداری اقدام کرده است:

«همان سال اول وقتی دیدم بدون پیشگیری باردار نشدم سریع به پزشک مراجعه کردم، لاپاراسکوپی انجام دادم، خراش رحم داشتم ولی نتیجه نداشت. یک مدت ناامید و خسته شدم. هزینه‌ها هم بالا بود، نمی‌شد ادامه بدم. کلاً رها کردم و اصلاً دارو مصرف نکردم. اما دوباره خیلی جدی پیگیر شدم چون همه زندگی من تحت‌تأثیر قرار گرفته بود، شوهرم شب‌ها خانه نمی‌آمد، همش با دوستاش بود. من و مادرم راه حل بیرون آمدن از این وضعیت را درمان می‌دیدیم، این شد که این دفعه جدی‌تر دنبال کردم».

«پنج ماه بعد از ازدواج شروع کردم. اول که درمان‌ها روتین و بی‌نتیجه بود، بعد از آن پنج بار تخمک‌اهدایی گرفتم. تقریباً هر دو سال انجام دادم. هر بار دنبال وام و پول و قرض برای درمان بودیم، دست‌مون که خالی می‌شد بی‌نتیجه بی‌خیال می‌شدم» (شرکت‌کننده شماره ۲، ۳۹ ساله).

افراد جوان‌تر، دارای تحصیلات بالاتر و شاغل، به دلیل دسترسی به منابع اطلاعاتی، زودتر با فناوری‌های نوین آشنا شده و آن‌ها را دنبال کردند برای نمونه شرکت‌کننده شماره ۲۸ می‌گوید:

«من بعد از هفت سال از ازدواج تصمیم گرفتم بچه‌دار بشم اما دیدم نشد. به پزشک مراجعه کردم، وقتی متوجه شدم مشکل دارم خیلی ناراحت شدم اما بابت درمان نگرانی نداشتیم، چون می‌دانستیم که راه‌هایی برای درمان وجود دارد. از روانشناس و مشاور هم کمک گرفتیم، بی‌درنگ آی‌وی‌اف، تخمک‌اهدایی و رحم‌اجاره‌ای را انجام دادم».

کلیه مشارکت‌کنندگان پس از طی دوره‌های طولانی درمان و تحمل فشارهای روانی و اجتماعی و دوره‌ای از توقف، پس از آگاهی از فناوری‌های کمک‌باروری مجدداً به مسیر درمان بازگشتند. آگاهی از موفقیت سایر زوج‌ها از طریق رسانه‌ها، پزشکان یا اطرافیان، انگیزه‌ای دوباره را در آنان زنده می‌کرد. پس از آشنایی با این فناوری‌ها، مواجهه عقلانی و منطقی شکل گرفت. افراد اطلاعات لازم را کسب کرده، کادر درمان را ارزیابی نموده و تمکن مالی لازم را فراهم ساختند. در واقع دوره توقف درمان، دوره خودبازسازی و تجدید قوا بوده است:

«وقتی شنیدم خیلی‌ها که بیست سی سال بچه‌دار نشدند الان بچه‌دارند یا حتی تو تلویزیون می‌دیدم طرف چندین سال بچه نداشته بعد حالا دوقلو سه قلو داره، دیگه معطل نکردم، همه طلاهایم رو فروختم تا که به این آرزوم برسم» (شرکت‌کننده شماره ۲۷، ۳۷ ساله).

موضوعی که قابل توجه بود، مقابله با انگ اجتماعی از طریق نادیده گرفتن و بی‌توجهی و کم‌اهمیت دانستن نظرات دیگران است. برخی از شرکت‌کنندگان بیان کردند که چنانچه سایر افراد از شیوه درمان آن‌ها مطلع می‌شدند، ممکن بود با پیامدهای منفی از جمله سرزنش، تحقیر، کنایه و حتی مخالفت روبرو شوند و یا پیگیری‌های مکرر اطرافیان در مورد فرآیند درمان، آن‌ها را دچار استرس کند. آن‌ها سعی کردند تا زمانی که موفق نشدند، اطلاعاتی در مورد روش درمانی خود به دیگران ندهند. روایت یکی از مشارکت‌کنندگان چنین است:

«همسرم خیلی صحبت کرد گفت ما که این همه صبر کردیم، این راه را هم امتحان کنیم ولی این دفعه قرار شد به هیچ‌کی نگیم. واقعاً خدا کمک کرد و ما ناامید نشدیم و هر بار شکست می‌خوردیم می‌گفتم دفعه بعد جواب می‌گیریم».

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که تجربه ناباروری در بافت فرهنگی یزد یک سیر چندمرحله‌ای را طی می‌کند. مرحله اول، «رخداد تشخیص» است که در آن فرد با شوک و ناباروری مواجه می‌شود و زیست‌جهان او دچار گسست می‌گردد. مرحله دوم، مواجهه با نظام پزشکی است که در آن بی‌اعتمادی به پزشک و احساس طردشدگی از کادر درمان، فشار روانی را دوچندان می‌کند. در مرحله سوم، افراد نابارور برای کاهش فشارهای اجتماعی به راهبردهای دفاعی مانند انکار، پنهان‌سازی و انزوا پناه می‌برند. مرحله چهارم، «بحران هویت و سوگ» است که در آن فرد فقدان فرزند بیولوژیک و رویاهای والدگری را به صورت احساس نقص، پوچی و شرم تجربه می‌کند. کلیشه‌های جنسیتی در این میان نقش تشدیدکننده دارند و فشار مضاعفی بر زنان وارد می‌کنند. در نهایت، مرحله پنجم «گذار از انفعال به عاملیت» است که در آن فرد با بازاندیشی در شرایط خود و با وجود فراز و

فرودهای بسیار، آگاهانه به مسیر درمان بازمی‌گردد و از بی‌فرزندى ناخواسته به سوى والدگری انتخابی حرکت می‌کند. این سیر نشان‌دهنده چرخه‌ای است که در آن فرد نابارور میان انکار و پذیرش، انفعال و کنشگری در نوسان است.

یافته‌ها نشان داد زوجین پس از مواجهه با ناباروری و ناتوانی در تحقق الگوی والدگری زیستی، متحمل فشارهای روحی، روانی و اجتماعی زیادی نظیر انگ، انزوای اجتماعی، احساس سوگ، احساس شکست در هویت اجتماعی و ناتوانی در ایفای نقش‌های مورد انتظار شدند. تحلیل‌ها نشان داد ناباروری به‌مثابه مانعی در تکمیل هویت زنان و مردان و گذار به بزرگسالی ادراک می‌شود و افراد، تولد فرزند را تثبیت‌کننده هویت خود می‌دانستند. همسو با پژوهش حاضر، حقیقتیان (۱۳۹۳) نیز نشان داد که ناباروری با هویت زوجین مداخله کرده به شکلی که آنان شایستگی، کفایت و توانایی خود را زیر سؤال قرار می‌دهند. عالمین و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان دادند افراد نابارور هویت زنانه و هویت مردانه خود را دچار نقص و اختلال می‌پندارند، زیرا هویت واقعی زنان و مردان در جامعه ما از طریق تبدیل شدن به والدین، کامل محسوب می‌گردد. نقیب و حجازی (۱۳۹۳) نیز نشان دادند ناباروری در زنان مانع از درک کامل هویت زنانگی آنان می‌شود و زنان نابارور هویت خود را از بعد فردی کامل نمی‌دانند، به نحوی که فرزند آخرین حلقه‌ای است که زن وابستگی خود را از مادر و همسر به آن انتقال می‌دهد. ظریف گلباریزی و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان دادند ناباروری علاوه بر ایجاد چالش‌های فردی همچون شوک ناشی از تشخیص و افسردگی، می‌تواند بر روابط اجتماعی با اطرافیان (همچون همسر، خانواده و دوستان) و نیز جهان‌بینی زنان نابارور تأثیرگذار باشد و در بسیاری از موارد، با بازتعریف روابط با اطرافیان، زوجین را به سمت انتخاب راهبرد انزوا برای گریز از قضاوت‌های اجتماعی هدایت نماید.

نتایج مطالعه نشان داد افراد نابارور نه تنها احساس ناتوانی، نقص، عدم کفایت و عدم کنترل بر زندگی داشتند، بلکه در معرض انگ اجتماعی قرار گرفته بودند. سایر مطالعات نیز نشان دادند یکی از مهم‌ترین پیامدهای اختلال ناباروری، انگ است (حیدریه و همکاران، ۱۴۰۴؛ خانی‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱؛ طائی و همکاران، ۲۰۲۱). بر طبق مطالعه گریس و همکاران (۲۰۲۳)، انگ ناباروری یکی از ناراحت‌کننده‌ترین مسائل روانشناختی در زوجین نابارور است و در زنان با شدت بیشتری تجربه می‌شود. بر طبق مطالعه طائی و همکاران (۲۰۲۱)، حدود ۷۰ درصد از زنان نابارور احساس انگ می‌کنند که حکایت از شیوع بالای این مشکل در زوجین نابارور دارد. انگ ناباروری سبب می‌شود که فرد نابارور تبعیض زیادی را از سوی همسر و سایر اعضای خانواده تجربه کرده و در معرض قضاوت یا نگاه‌های تحقیرآمیز دوستان و آشنایان قرار گیرد (جعفری و همکاران، ۱۳۹۹) و در نهایت دچار طرد اجتماعی، انزواگزینی خودخواسته، احساس بی‌عدالتی و عدم پذیرش اجتماعی شود. در این مطالعه دیدیم برخی از افراد نابارور از قرار گرفتن در جمع‌های خانوادگی واهمه داشتند یا از حضور در مهمانی‌ها امتناع می‌ورزیدند، حتی آن‌ها گاهی از سوی دیگران برای حضور در مراسم‌ها طرد شده بودند. همسو با این یافته، عالمین و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان دادند زوج‌های نابارور تمایل زیادی به انزوای اجتماعی دارند و سعی می‌کنند از حضور در موقعیت‌هایی که در آن زنان باردار یا خانواده‌هایی با فرزندان خردسال حضور دارند، اجتناب کنند. مطالعه ودادهیر و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد مهم‌ترین راهبردی که مشارکت‌کنندگان به کار می‌بندند، انزوای اجتماعی است تا از بار روانی و اجتماعی تحمیل‌شده بر خود بکاهند. در مطالعه لوفتوس و ناماستی (۲۰۱۱) نیز زوجین نابارور می‌پندارند که اهداف‌شان را در زندگی گم کرده و موقعیت و اعتمادبه‌نفس خود را از دست‌رفته تلقی می‌کنند.

انکار یا پنهان‌سازی و بی‌اهمیت جلوه دادن یا کوچک شمردن مسئله (درحالی‌که این موضوع به شدت برای فرد با اهمیت است) نیز بخشی از تجربه و نحوه مواجهه‌ای بود که افراد در دوران ناباروری داشتند. در حقیقت، افراد تلاش کردند ضمن این‌که مدتی در درون خود موضوع را بی‌اهمیت جلوه دهند تا بتوانند با تهدیدهای درونی ناشی از غم و اندوه مقابله کنند، همچنین با تغییر تعریف مسئله و پنهان‌سازی واقعیت سعی کردند با تهدیدهای بیرونی از جمله قضاوت، سرزنش، دخالت دیگران و انگ نیز مقابله کرده و محیط بیرون را تا حدی کنترل نمایند. این نحوه مواجهه، نوعی تکنیک خنثی‌سازی است که افراد برای محافظت از خود در برابر تهدیدات درونی و بیرونی به کار می‌گیرند. به‌کارگیری این نوع استراتژی‌ها در مطالعه ویرسما و همکاران (۲۰۰۶)،

رازقی نصرآباد و همکاران (۱۳۹۹ب) و عالمین و همکاران (۲۰۲۰) نیز گزارش شده است. در واقع، به کارگیری این راهبرد توسط زوجین، نشان‌دهنده تلاشی فعالانه برای مدیریت هویت در برابر فشارهای بیرونی است.

نتایج مطالعه نشان داد که مسیر درمان برای مشارکت‌کنندگان، خطی و ساده نبود، بلکه چرخه‌ای پویا از جستجو (مراجعه به پزشکان، متخصصان و حتی درمانگران سنتی)، اقدام، شکست، توقف موقت و شروع مجدد را شامل می‌شد. از این‌رو، بسیاری از شرکت‌کنندگان پس از تشخیص ناباروری، انواعی از روش‌های درمانی از دعا و نیایش گرفته تا مراجعه به دکانویس، درمانگران سنتی و پزشکان متخصص را تجربه کرده بودند. مسیر درمان برای افراد چرخه‌ای از جستجو، درمان، توقف، بازنگری و از سرگیری درمان است. بنابراین طیفی از کنشگری فعال تا توقف و مجدداً از سرگیری درمان را شاهد بودیم. اگرچه این چرخه درمان با چالش‌های هیجانی و اجتماعی فراوانی همراه بوده است، اما تداوم آن نشان‌دهنده گذار از انفعال به کنشگری فعال است. این یافته را می‌توان همسو با نظریه گیدنز و مفهوم «خودبازتابی» تفسیر نمود. گیدنز (۱۹۹۱) استدلال می‌کند که در شرایط مدرنیته متأخر، هویت امری ازپیش‌تعیین‌شده نیست، بلکه به‌صورت مستمر از طریق بازاندیشی و انتخاب‌های روزمره ساخته و بازساخته می‌شود. انسان مدرن به تعبیر او «پروژه‌ای بازتابی» است که در آن فرد به‌طور دائم درباره شیوه زیستن، روابط، ارزش‌ها و انتخاب‌هایش تأمل می‌کند. زنان شرکت‌کننده در این مطالعه اگرچه ابتدا با بحرانی در زیست‌جهان ساختارهای سنتی هویت زنانه مواجه شدند که آنان را به چالش کشیده بود، اما به تدریج با بازاندیشی در شرایط خود، به کنشگرانی فعال تبدیل شدند. به عبارت روشن‌تر، این تجربه ناباروری به تدریج از آن‌ها کنشگرانی فعال ساخته که تلاش کردند تا زندگی خود را آگاهانه بازسازی نمایند و از وضعیت بی‌فرزند ناخواسته به سوی والدگری انتخابی حرکت کنند.

نتایج این مطالعه بر ضرورت توجه به ابعاد اجتماعی و فرهنگی ناباروری در سیاست‌گذاری سلامت تأکید دارد. مداخلات صرفاً پزشکی بدون در نظر گرفتن بحران هویت، انگ اجتماعی و فشارهای جنسیتی، نمی‌تواند به نیازهای واقعی افراد نابارور پاسخ دهد. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های توانمندسازی روانی-اجتماعی، مشاوره‌های مبتنی بر بازسازی هویت و حمایت از عاملیت فردی در کنار خدمات درمانی ارائه شود.

ملاحظات اخلاقی

حامی مالی

مقاله حاضر برگرفته از گزارش طرح پژوهشی با عنوان «فناوری‌های نوین کمک‌باروری و چگونگی مواجهه خانواده (زوجین نابارور) با چالش‌های فرهنگی، اجتماعی آن در ایران» است که با حمایت مالی بنیاد ملی علم ایران به شماره قرارداد ۴۰۳۱۵۷۶ انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

جمع‌آوری داده‌ها: حجه‌بی‌بی رازقی نصرآباد، زهرا قانع مخلصونی، راضیه دهقانی‌فیروزآبادی؛ تهیه پیش‌نویس مقاله: حجه‌بی‌بی رازقی نصرآباد، عباس عسکری‌ندوشن؛ تحلیل داده‌ها، بازبینی اصلاحات دآوری و پاسخ به داوران مقاله: حجه‌بی‌بی رازقی نصرآباد، عباس عسکری‌ندوشن، علی روحانی.

اعلامیه هوش مصنوعی مولد و فناوری‌های مبتنی بر هوش مصنوعی در فرایند نگارش

در فرایند آماده‌سازی این مقاله، نویسندگان به صورت محدودی از هوش ماشینی Gemini به منظور ویرایش و روانی نوشتار متن مقاله، ترجمه انگلیسی چکیده مبسوط مقاله و استانداردسازی منابع مقاله کمک گرفته‌اند. پس از استفاده از این ابزار، نویسندگان مطالب را بازخوانی و ویرایش کرده و مسئولیت کامل محتوای مقاله را بر عهده می‌گیرند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش بر مبنای کد اخلاق IR.YAZD.REC.1400.085 از کمیته اخلاق دانشگاه یزد انجام شده است. نویسندگان اصول اخلاقی را در انجام و انتشار این پژوهش علمی رعایت نموده‌اند و این موضوع مورد تأیید همه آنهاست.

بیانیه دسترسی به داده‌ها

داده‌های پژوهش حاضر براساس اجرای یک مطالعه کیفی و براساس ملاحظات مربوط به حفظ حریم خصوصی مشارکت‌کنندگان گردآوری شده است. لذا داده‌ها به صورت عمومی قابل انتشار و در دسترس نیست.

سپاسگزاری

بدینوسیله از بنیاد ملی علم ایران بعنوان حامی مالی طرح مطالعاتی حاضر قدردانی می‌شود. همچنین از نظرات اصلاحی داوران طرح و نیز پیشنهادات اصلاحی داوران ناشناس مقاله حاضر تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

منابع

- استریت، ادی. (۱۳۷۶). *مشاوره خانواده: نظر و عمل در نگرش سیستمی* (ترجمه مصطفی تبریزی و علی علوی‌نیا). فراروان.
- امامی، عادل؛ عسکری‌ندوشن، عباس؛ ترکاشوند مرادآبادی، محمد؛ و ترابی، فاطمه. (۱۴۰۰). تأخیر ازدواج در ایران: تحلیل تفاوت‌های شهرستانی در الگوهای مجرد مردان و زنان ایرانی. *مطالعات جمعیتی*، ۱۶(۱)، ۳۵-۶۵.
https://jips.nipr.ac.ir/article_144524.html
- بهبهانی‌مندنی‌زاده، آناهید؛ و همایی، رضوان (۱۳۹۹). رابطه علی‌انگ ناباروری و پریشانی روان‌شناختی با کیفیت رابطه زناشویی از طریق میانجی‌گری فراهیجان در زنان نابارور. *خانواده پژوهی*، ۱۶(۱)، ۵۵-۷۶.
https://jfr.sbu.ac.ir/article_97802.html
- جعفری، حمیده؛ تقی‌پور، علی؛ عافیت، ملیحه؛ و لطیف‌نژاد رودسری، رباب. (۱۳۹۹). ابعاد فرهنگی و اجتماعی ناباروری و روش‌های اهدایی کمک‌باروری: یک مطالعه مروری. *نوید نو*، ۲۳(۷۶)، ۸۴-۱۰۱.
<https://doi.org/10.22038/nmj.2020.53111.1243>
- حسن‌پور ازغدی، سیده‌بتول؛ سیمبر، معصومه؛ و ودادهیر، ابوعلی. (۱۳۹۲). پیامدهای روانی-عاطفی نازایی در زنان نابارور در جستجوی درمان: نتایج یک مطالعه کیفی. *مجله باروری و ناباروری*، ۱۲(۲)، ۱۳۸-۱۳۱.
<http://ijrm.ir/article-1-505-fa.html>
- حقیقتیان، منصور؛ حقیقت، فرشته؛ و رستمی، زهرا. (۱۳۹۳). بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده در شهر اصفهان. *تحقیقات نظام سلامت*، ۱۰(۲)، ۳۶۱-۳۵۴.
<http://hsr.mui.ac.ir/article-1-691-fa.html>
- حیدریه، فاطمه‌سادات؛ یعقوبی، حمید؛ عمانی‌سامانی، رضا؛ و فراهانی، حجت‌الله. (۱۴۰۴). موفقیت در درمان ناباروری با روش لقاح آزمایشگاهی (IVF): نقش انگ ناباروری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ذهن‌آگاهی. *سلامت و مراقبت*، ۲۷(۲)، ۲۰۳-۲۱۴.
<http://dx.doi.org/10.61882/jhc.27.2.203>
- خان‌آبادی، مهدی؛ مهدی‌زاده اردکانی، محمد؛ طبخی، فریبا؛ ایانی‌مقدم، هما؛ و مهدی‌زاده، فردوس‌السادات. (۱۴۰۱). مضامین اجتماعی مرتبط با کیفیت زناشویی زوج‌های نابارور در شهر یزد: یک مطالعه کیفی. *پژوهش پرستاری*، ۱۷(۱)، ۱۸-۶.
<http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.17.1.5>

رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی و حسن سرابی (۱۳۹۳). تحلیل کوهورتی ارزش فرزند در استان سمنان، زن در توسعه و سیاست، ۱۲ (۱)، ۲۵۰-۲۲۹. <https://doi.org/10.22059/jwdp.2014.5235>

رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی؛ علی مندگاری، ملیحه؛ و کریمی، مژگان. (۱۳۹۹ الف). ناباروری و راهبردهای کنار آمدن با آن در زنان و مردان مراجعه کننده به پژوهشکده علوم تولیدمثل یزد. *خانواده پژوهی*، ۱۶ (۶۴)، ۴۹۲-۴۷۳. https://jfr.sbu.ac.ir/article_100876.html

رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی؛ حسینی چاووشی، میمنت؛ و عباسی شوازی، محمدجلال (۱۳۹۹ ب). عمومیت ناباروری و شیوه مواجهه با آن در پنج استان منتخب ایران، تهران: موسسه تحقیقات جمعیت کشور. <https://nipr.ac.ir/product>

ربانی، مهدیه، جوادیان، سیدرضا و عسکری ندوشن، عباس (۱۴۰۱). پیامدهای طولانی شدن ساعات کاری پدر بر تغییر کیفیت روابط بین نسلی: یک مطالعه کیفی. *تداوم و تغییر اجتماعی*، ۱۱ (۱)، ۵۷-۷۵. <https://doi.org/10.22034/jscc.2022.2772>

شرعیاتی، لیلا؛ عسکری ندوشن، عباس؛ و روحانی، علی. (۱۳۹۹). فرزندپذیری در آینه دیگران مهم: مطالعه‌ای داده بنیاد از فرآیند مواجهه والدین با فشارهای هنجاری فرزندپذیری. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۱۵ (۳۰)، ۲۰۱-۱۶۷. <https://doi.org/10.22034/jpai.2021.527859.1180>

ظفری، حیدر؛ مهاجرانی، علی اصغر؛ و حجازی، سیدناصر. (۱۴۰۴). تبیین جامعه‌شناختی کیفیت روابط زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی بر مبنای حمایت‌های اقتصادی با تأکید بر نقش میانجی سلامت روانی. *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی*، ۱۴ (۳)، ۲۸-۱. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.143438.2054>

عباسی شوازی، محمدجلال؛ رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی؛ آخوندی، محمدمهدی؛ و بهجتی اردکانی، زهره. (۱۳۸۵). بررسی دیدگاه زنان نابارور در رابطه با اهداء گامت و جنین در درمان ناباروری. *باروری و ناباروری*، ۷ (۲)، ۱۴۸-۱۳۹. <https://www.jri.ir/article/233>

عباسی شوازی، محمدجلال؛ عسکری خانقاه، اصغر؛ و رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی. (۱۳۸۴). ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور: مطالعه موردی در تهران. *پژوهش زنان*، ۳ (۳)، ۹۱-۱۱۳. https://jwdp.ut.ac.ir/article_19200.html

عسکری ندوشن، عباس؛ رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی؛ روحانی، علی؛ قانع مخلصونی، زهرا؛ دهقانی فیروزآبادی، راضیه (۱۴۰۵). والد شدن به کمک فناوری و گسست ساخت‌های ژنتیکی، بیولوژیکی و اجتماعی فرزندآوری؛ واکاوی راهبردهای زوجین در زمینه افشای هویت ژنتیکی فرزندان. *تداوم و تغییر اجتماعی*، ۱۵ (۳)، ۱۳۶۸. <https://doi.org/10.22034/jscc.2026.24214.1368>

علیمرادیان، مریم؛ رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی؛ علی مندگاری، ملیحه؛ و عسکری ندوشن، عباس. (۱۴۰۲). طول دوران بی‌فرزندگی زوجین: تحلیلی از تفاوت‌ها و تعیین‌کننده‌ها در شهر خرم‌آباد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۲۵ (۳)، ۷۸-۶۸. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-4264-fa.html>

فرید، محمدصادق. (۱۳۷۸). *درآمدی بر خانواده و خویشاوندی*. دانژه.

فهمای، فریبا؛ حسینی قوچانی، سمانه؛ احسان‌پور، سهیلا؛ و ضرغام، علی. (۱۳۸۹). تجربه زیستی زنان نابارور از ناباروری با علت زنانه. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۳ (۴)، ۴۵-۵۳. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2010.5836>

قانع مخلصونی، زهرا؛ عسکری ندوشن، عباس؛ رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی؛ و کلاته‌ساداتی، احمد. (۱۴۰۰ الف). چالش‌های اجتماعی و فرهنگی رحم جایگزین: تجربه مادران جایگزین در شهر یزد. *مطالعات جمعیتی*، ۷ (۲)، ۶۴-۳۵. <https://doi.org/10.22034/nipr.2022.338655.1157>

قانع‌مخلصونی، زهرا؛ رازقی‌نصرآباد، حبیبه‌بی‌بی؛ عسکری‌ندوشن، عباس؛ و کلاته‌ساداتی، احمد. (۱۴۰۰). مادران جایگزین، انگیزه‌های تصمیم‌گیری و احساس تعهد: یک نظریه زمینه‌ای. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۱۶ (۳۱)، ۱۵۷-۱۳۳.

<https://doi.org/10.22034/jpai.2022.547593.1217>

گافمن، اروینگ. (۱۴۰۰). *داغ‌ننگ: چاره‌اندیشی برای هویت ضایع‌شده* (ترجمه مسعود کیان‌پور). مرکز.

گوهرشاهی، شیوا؛ سلیمانیان، علی اکبر؛ حیدرنیا، احمد (۱۴۰۰). بررسی کیفی چالش‌های روانشناختی زنان نابارور اقدام‌کننده به روش‌های درمان جایگزین نابارور، *مطالعات ناتوانی*، ۱۱ (۲۱۴)، ۱-۱۱. <http://jdisabilstud.org/article-1-2340-fa.html>

گیدنز، آنتونی. (۱۴۰۲). *نظریه‌های جامعه‌شناسی* (ترجمه حسین چاووشیان). نی.

نقیب، فرزانه؛ و حجازی، الهه. (۱۳۹۳). تجربه شکل‌گیری هویت زنانگی زنان نابارور: یک مطالعه کیفی. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۱ (۱۱)، ۱۰۵-۱۰۱. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1678-fa.html>

نیک‌اردکانی، طیبه؛ رازقی‌نصرآباد، حبیبه‌بی‌بی؛ عسکری‌ندوشن، عباس (زیرچاپ). تحلیل عوامل مؤثر بر فاصله زمانی بین ازدواج تا تولد اولین فرزند در زنان همسر دار شهرستان اردکان، *پایش*، (زیرچاپ).

نیلفروشان، پریسا؛ احمدی، احمد؛ عابدی، محمدرضا؛ و احمدی، مهدی. (۱۳۸۴). بررسی میزان اضطراب و افسردگی در همسران نابارور. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱ (۱۲)، ۱۳۰-۱۱۹. <https://doi.org/10.22051/psy.2005.1673>

هاشمی‌خواه، زینب؛ افشانی، سیدعلیرضا؛ افراسیابی، حسین؛ و روحانی، علی. (۱۴۰۱). بر ساخت روابط خانوادگی در خانواده‌های نابارور. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۶ (۱)، ۲۹۸-۲۷۸. <https://doi.org/10.30487/jcp.2022.312598.1332>

ودادهیر، ابوعلی؛ رحمانی، مهرناز؛ و دباغ، طلعت. (۱۳۹۵). ناباروری به‌مثابه مسئله‌ای اجتماعی-فرهنگی: تجربه زیسته زنان نابارور در جست و جوی درمان در قزوین. *مسائل اجتماعی ایران*، ۷ (۲)، ۱۷۵-۱۵۹. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jspi.7.2.159>

یونسی، سیدجلال؛ اکبری‌زردخانه، سعید؛ و بهجتی‌اردکانی، زهره. (۱۳۸۴). ارزیابی استیگما در میان زنان و مردان نابارور ایران. *مجله باروری و ناباروری*، ۶ (۵)، ۵۴۳-۵۳۱. <https://www.jri.ir/article/215>

References

- Abbasi-Shavazi, M. J., Asgari-Khanghah, A., & Razeghi-Nasrabad, H. B. (2005). Women and infertility experience: A case study in Tehran. *Woman in Development & Politics*, 3(3), 91–113. [In Persian]. https://jwdp.ut.ac.ir/article_19200.html
- Abbasi-Shavazi, M. J., Inhorn, M. C., Razeghi-Nasrabad, H. B., & Toloo, G. (2008). The Iranian ART revolution: Infertility, assisted reproductive technologies, and third-party donation in the Islamic Republic of Iran. *Journal of Middle East Women's Studies*, 4(2), 1–28. <https://doi.org/10.2979/MEW.2008.4.2.1>
- Abbasi-Shavazi, M. J., Razeghi-Nasrabad, H. B., Behjati-Ardakani, Z., & Akhondi, M. M. (2006). Attitudes of infertile women towards gamete donation: A case study in Tehran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 7(2), 139–148. [In Persian]. <https://www.jri.ir/article/233>
- Alamin, S., Allahyari, T., Ghorbani, B., Sadeghitabar, A., & Karami, M. T. (2020). Failure in identity building as the main challenge of infertility: A qualitative study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 21(1), 49–58. <https://www.jri.ir/article/60064>
- Alimoradian, M., Razeghi-Nasrabad, H. B., Alimondegari, M., & Askari-Nodoushan, A. (2023). The duration of couples' childlessness: An analysis of differences and determinants. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 25(3), 68–78. [In Persian]. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-4264-en.html>
- Askari-Nodoushan, A., Razeghi-Nasrabad, H. B., Ruhani, A., Ghane-Mokhallesouni, Z., & Dehghani-Firouzabadi, R. (2026). Technologically-assisted parenthood and the disjuncture of genetic, biological, and social dimensions of childbearing: Exploring Iranian couples' strategies regarding disclosure of children's genetic identity. *Journal of Social Continuity and Change* 5(3), 1368. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jscc.2026.24214.1368>
- Behbahani Mandizadeh, A., & Homaei, R. (2020). The casual relationship Stigma infertility and psychological distress with quality of marital relationship through the mediation of meta-emotion in infertile women. *Journal of Family Research*, 16(1), 55-76. [In Persian]. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97802.html
- Burns, L. H., & Covington, S. H. N. (2000). *Psychology of infertility*. Parthenon Publishing.
- Elwell K. (2022). The social and cultural consequences of infertility in rural and peri-urban Malawi. *African journal of reproductive health*, 26(7), 112–126. <https://doi.org/10.29063/ajrh2022/v26i7.12>
- Emami, A., Askari-Nodoushan, A., Torkashvand Moradabadi, M., & Torabi, F. (2022). Marriage Postponement in Iran: District-level Analysis of Youth Singlehood Patterns. *Iranian Population Studies*, 7(1), 35-65. [In Persian]. https://jips.nipr.ac.ir/article_144524.html
- Fahami, F., Hoseini-Quchani, S., Ehsanpour, S., & Zargham, A. (2010). Women's lived experiences of female infertility. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 13(4), 45–53. [In Persian]. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2010.5836>
- Farbod, M. S. (1999). *An introduction to family and kinship*. Danzhe Publications. [In Persian].

- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- Ghane-Mokhallesouni, Z., Askari-Nodoushan, A., Razeghi Nasrabad, H. B., Kalateh Sadati, A., & Dehghani Firouzabadi, R. (2022). Representation of a positive experience of surrogacy in Yazd, Iran: A qualitative study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 20(9), 769–778. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v20i9.12067>
- Ghane-Mokhallesouni, Z., Askari-Nodoushan, A., Razeghi-Nasrabad, H. B., & Kalateh-Sadati, A. (2021). Social and cultural challenges of surrogacy: The experience of surrogate mothers in Yazd City, Iran. *Iranian Population Studies*, 7(2), 35–64. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/nipr.2022.338655.1157>
- Ghane-Mokhallesouni, Z., Razeghi-Nasrabad, H. B., Askari-Nodoushan, A., & Kalateh-Sadati, A. (2022). Surrogate mothers, decision-making motivations, and commitment: A grounded theory. *Journal of Population Association of Iran*, 17(33), 161–188. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.547593.1217>
- Ghorbani, M., Hoseini, F. S., Yunesian, M., Salehin, S., Talebi, S. S., & Keramat, A. (2023). A supportive randomized clinical trial on Iranian infertile women with the history of infertility treatments dropout following unsuccessful ART cycle/s: A study protocol. *Heliyon*, 9(3), e13838. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13838>
- Gibson, D. M. (2007). The relationship of infertility and death: Using the relational/cultural model of counseling in making meaning. *The Humanistic Psychologist*, 35(3), 275–289. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/08873260701415348>
- Gibson, D. M., & Myers, J. E. (2000). Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *Journal of Counseling & Development*, 78(4), 400–410. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb01923.x>
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Polity Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press.
- Giddens, A. (2023). *Sociology* (H. Chavoshian, Trans.) Ney Publishing. [In Persian].
- Goffman, E. (2021). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* (M. Kianpour, Trans.) Publishing Center. [In Persian].
- Goharshahi, S., Soleimani, A. A., & Heydarnia, A. (2021). Qualitative evaluation of psychological challenges in infertile females undergoing alternative infertility treatment methods. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 11, Article 214. [In Persian]. <http://jdisabilstud.org/article-1-2340-en.html>
- Haghighatian, M., Haghighat, F., & Rostami, Z. (2014). Uses of heat wrap therapy for the relief of patients acute low back pain. *Journal of Health System Research*, 10(2), 354–361. [In Persian]. <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-691-en.html>

- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 12(2), 131–138. [In Persian]. <http://ijrm.ir/article-1-505-en.html>
- Hashemikhah, Z., Afshani, S. A., Afrasiabi, H., & Ruhani, A. (2022). Construction of family relationships in infertile families. *Cultural Psychology*, 6(1), 278–298. [In Persian]. <https://doi.org/10.30487/jcp.2022.312598.1332>
- Heidarieh, F. S., Yaghoubi, H., Omani-Samani, R., & Farahani, H. (2025). Success in infertility treatment with in-vitro fertilization (IVF): The role of infertility stigma, perceived social support, and mindfulness. *Journal of Health and Care*, 27(2), 203–214. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.61882/jhc.27.2.203>
- Inhorn, M. C. (2003). "The worms are weak": Male infertility and patriarchal paradoxes in Egypt. *Men and Masculinities*, 5(3), 236–256. <https://doi.org/10.1177/1097184X02238525>
- Inhorn, M. C., & Birenbaum-Carmeli, D. (2008). Assisted reproductive technologies and culture change. *Annual Review of Anthropology*, 37, 177–196. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.37.081407.085223>
- Inhorn, M. C., & van Balen, F. (Eds.). (2002). *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. University of California Press.
- Inhorn, M. C., Birenbaum-Carmeli, D., Birger, J., Westphal, L. M., Doyle, J., Gleicher, N., ... & Patrizio, P. (2018). Elective egg freezing and its underlying socio-demography: A binational analysis with global implications. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12958-018-0374-4>
- Jafari, H., Taghipour, A., Afiat, M., & Latifnejad Roudsari, R. (2021). Socio-cultural dimensions of infertility and assisted reproductive donation techniques: A review study. *Navid No*, 23(76), 84–101. [In Persian]. <https://doi.org/10.22038/nnj.2020.53111.1243>
- Jones, M. R., & Karsten, H. (2008). Giddens's structuration theory and information systems research. *MIS Quarterly*, 32(1), 127–157. <https://doi.org/10.2307/25148831>
- Khanabadi, M., Mahdizadeh-Ardakani, M., Tabkhi, F., Imani-Moghadam, H., & Mahdizade, F. (2022). Social issues related to the marital quality of infertile couples in Yazd: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research*, 17(1), 5–18. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.17.1.5>
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.
- Kuug, A. K., James, S., & Sihaam, J.-B. (2025). Psychosocial-cultural care for couples experiencing infertility: An integrative review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 22, Article 100823. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2025.100823>
- Li, H., Yan, C. L., Zhu, S. J., Lei, J. (2010). Humiliation Feeling of Infertile Women and Its Relevant Factors. *Chin Gene Practice*, 13(1), 1627–1629

- Loftus, J., & Namaste, P. (2011). Expectant mothers: Women's infertility and the potential identity of biological motherhood. *Qualitative Sociology Review*, 7(1), 36–54. <https://digitalcommons.memphis.edu/facpubs/9186>
- Murdock, G. P. (1955). Changing emphases in social structure. *Southwestern Journal of Anthropology*, 11(4), 361–370. <http://www.jstor.org/stable/3628912>
- Naghib, F., & Hejazi, E. (2015). Infertile women's experience of the formation of the feminine identity: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Journal*, 12(11), 1005–1011. [In Persian]. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1678-fa.html>
- Nik-Ardakani, T., Razeghi-Nasrabad, H. B., & Askari-Nodoushan, A. (In press). Analysis of determinants of the timing of first birth since marriage among married women in Ardakan city. *Payesh (Health Monitor)*. [In Persian].
- Nilforooshan, P., Ahmadi, A., Abedi, M. R., & Ahmadi, M. (2005). Examining the rate of anxiety and depression in infertile couples. *Journal of Psychological Studies*, 1(4), 119–130. [In Persian]. <https://doi.org/10.22051/psy.2005.1673>
- Pasch, L. A., & Christensen, A. (2000). Couples facing fertility problems. In K. B. Schmalings & T. G. Sher (Eds.), *The psychology of couples and illness: Theory, research, & practice* (pp. 241–267). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10360-009>
- Rabbani, M., Javadian, S. R., & Askari-Nodoushan, A. (2022). Consequences of father's long work hours on the intergenerational relationship quality: A qualitative study. *Journal of Social Continuity and Change*, 1(1), 57–75. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jscc.2022.2772>
- Razeghi Nasrabad, H. B., Abbasi-Shavazi, M. J., & Moeinifar, M. (2020). Are we facing a dramatic increase in voluntary and involuntary childlessness in Iran that leads to lower fertility? *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*, 7(2), 212–219. <https://ijwhr.net/text.php?id=716>
- Razeghi Nasrabad, H. B., Hosseini Chavoshi, M., & Abbasi-Shavazi, M. J. (2021). Prevalence of Infertility and Coping Strategies in Five Selected Provinces of Iran. Tehran: National Institute of Population Research. <https://nipr.ac.ir/product>. [In Persian].
- Razeghi Nasrabad, H. B., Hosseini Chavoshi, M., & Abbasi-Shavazi, M. J. (2024). Socio-demographic determinants of infertility: A study in four selected provinces of Iran. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 12(2), 94–102. <https://www.doi.org/10.15296/ijwhr.2024.6005>
- Razeghi-Nasrabad, H. B., Alimondegari, M., & Karimi, M. (2021). Infertility and coping strategies in men and women referring to Yazd Institute of Reproductive Sciences. *Journal of Family Research*, 16(4), 473–492. [In Persian]. <https://doi.org/10.29252/jfr.16.4.473>
- Razeghi Nasrabad, H. B., & Saraei, H. (2014). A Cohort Analysis of Women's Attitude towards Value of Children in Semnan Province. *Woman in Development & Politics*, 12(2), 229–250. <https://doi.org/10.22059/jwdp.2014.52357>.

- Shareyati, L., Askari-Nodoushan, A., & Ruhani, A. (2020). Adoption and significant-others: Understanding the normative pressure perceived by adoptive parents. *Journal of Population Association of Iran*, 15(30), 167–201. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jpai.2021.527859.1180>
- Silver, H. (1994). Social exclusion and social solidarity: Three paradigms. *International Labour Review*, 133(5/6), 531–578.
- Stones, R. (2005). *Structuration theory*. Palgrave Macmillan.
- Street, E. (1997). *Family counseling: Theory and practice in a systemic approach* (M. Tabrizi & A. Alavinia, Trans.). Fararavan. [In Persian].
- Taebe, M., Kariman, N., Montazeri, A., & Alavi Majd, H. (2021). Infertility stigma: A qualitative study on feelings and experiences of infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 15(3), 189–196. <https://doi.org/10.22074/IJFS.2021.139093.1039>
- Talebian, Z., Akbarbegloo, M., Zareipour, M., Asadi, L., & Mokhtari, M. (2025). The relationship between infertility stigma and sexual quality of life in infertile women: A correlational study. *Annals of Military and Health Sciences Research*, 23(2), e159276. <https://doi.org/10.5812/amh-159276>
- Toluk, G., Kirca, N., & Ozekinci, M. (2025). The socio-cultural dimension of infertility and stigmatization. *International Journal of Caring Sciences*, 18(1), 588. <https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/56.nurcan.pdf>
- Tremayne, S., & Akhondi, M. M. (2016). Conceiving IVF in Iran. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 2, 62–70. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2016.07.002>
- Vayena, E., Rowe, P., & Griffin, D. (Eds.). (2002). *Current practices and controversies in assisted reproduction: Report of a World Health Organization meeting*. World Health Organization.
- Vedadhir, A., Rahmani, M., & Dabbagh, T. (2016). Infertility as a socio-cultural issue: Understanding and lived experience of infertile women seeking treatment. *Social Problems of Iran*, 7(2), 159–175. [In Persian]. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jspi.7.2.159>
- Wiersema, N. J., Drukker, A. J., Dung, M. B. T., Giang, H. N., Nguyen, N. T., & Lambalk, C. B. (2006). Consequences of infertility in developing countries: Results of a questionnaire and interview survey in south of Vietnam. *Journal of Translational Medicine*, 4, Article 54. <https://doi.org/10.1186/1479-5876-4-54>
- Yao, H., Chan, C. H. Y., & Chan, C. L. W. (2018). Childbearing importance: A qualitative study of women with infertility in China. *Research in Nursing & Health*, 41(1), 69–77. <https://doi.org/10.1002/nur.21846>
- Ying, L. Y.; Wu, L. H.; & Loke, A. Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1640–1652. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004>

- Younesi, S. J., Akbari-Zardkhaneh, S., & Behjati-Ardakani, Z. (2006). Evaluating stigma among infertile men and women in Iran. *Journal of Reproduction and Infertility*, 6(5), 531–545. [In Persian]. <https://www.jri.ir/article/215>
- Zafari, H., Mohajerani, A., & Hejazi, S. N. (2025). Sociological explanation of the relationship quality of infertile couples undergoing donated IVF treatment based on economic support, emphasizing the mediating role of mental health. *Strategic Research on Social Problems*, 14(3), 1–28. [In Persian]. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.143438.2054>
- Zareh Zardini, S., Jafari, A., & Ghamari, M. (2021). Prediction of marital burnout based on feelings of loneliness and emotional divorce in infertile women. *Journal of Research & Health*, 11(5), 323–332. <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-1924-en.html>