



## چالش‌های زناشویی زوج‌های نابارور: یک بررسی پدیدارشناسی

دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
استادیار گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران  
دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مرضیه ابراهیمی <sup>id</sup>  
فرشاد محسن‌زاده\* <sup>id</sup>  
کیانوش زهراکار <sup>id</sup>

farshad.mohsenzadeh@khu.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۶

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۸

### فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۲ پیاپی ۱۱ | ۸۴-۶۷

تابستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(ابراهیمی، محسن‌زاده و زهراکار، ۱۴۰۱)

### در فهرست منابع:

ابراهیمی، مرضیه، محسن‌زاده، فرشاد، و زهراکار، کیانوش. (۱۴۰۱). چالش‌های زناشویی زوج‌های نابارور: یک بررسی پدیدارشناسی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۲) پیاپی ۶۷-۸۴. (۱)

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی و تعیین چالش‌های زناشویی زوج‌های نابارور بود. **روش پژوهش:** روش تحقیق پژوهش حاضر، شیوه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی است، دامنه شمول پژوهش زنان و مردان ناباروری هستند که برای درمان پیشرفته ناباروری به پژوهشگاه رویان و دفتر مددکاری اجتماعی و مشاوره خانواده مراجعه کرده‌اند. پژوهشگر با شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با مصاحبه نیمه‌ساخت یافته با ۱۵ زوج پرداخت و داده‌های به دست آمده را بر اساس شیوه عملی کلایزی تحلیل کرد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر با بررسی و دسته‌بندی کدهای توصیفی حاصل از متون مصاحبه، ۲۷ مقوله فرعی را شناسایی نموده و با توجه به شباهت و قرابت معنایی آن‌ها، در ۶ مفهوم اصلی شامل: چالش در تصمیم‌گیری و پذیرش درمان، چالش‌های مربوط به کنش‌ها و واکنش‌های خانواده و اطرافیان، نگرانی از عدم پذیرش فرهنگی و اجتماعی و دغدغه‌های شرعی، نگرانی‌های ناشی از احتمال بروز نقایص جسمی، ذهنی و رفتاری کودک، چالش‌های تأثیرگذار بر زندگی مشترک و چالش‌های اقتصادی درمان ناباروری دسته‌بندی نموده است. **نتیجه‌گیری:** مضمون‌های استخراج شده مشخص نمود که ناباروری می‌تواند سراسر زندگی زوج نابارور را تحت تأثیر قرار دهد. به نظر می‌رسد استفاده گسترده‌تر از خدمات مشاوره مامایی و روانشناسی برای زوج‌های نابارور و اطرافیان آن‌ها در مراکز درمان ناباروری، برای این زوج‌ها کمک کننده است.

**کلیدواژه‌ها:** زناشویی، ناباروری، پدیدارشناسی، زوج

## مقدمه

ناباروری به عدم وقوع حاملگی پس از یک سال مقاربت کافی و منظم بدون استفاده از روش‌های جلوگیری گفته می‌شود. باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و داشتن فرزند یکی از مؤثرترین راه‌ها برای القای حس کامل بودن به انسان‌ها محسوب می‌شود. مشکلات روان‌شناختی متعددی در پی ناباروری در سطوح شناختی و هیجانی برای فرد به وجود می‌آیند (گوهرشاهی، سلیمانان و حیدرنیا، ۱۳۹۹). مشکلاتی که با علائم اختلال استرس پس آسیبی قابل مقایسه هستند. عوارضی مانند اختلالات خواب، ناکامی‌های شغلی، اختلال در روابط زناشویی و روابط اجتماعی و حساسیت نسبت به هرگونه محرک محیطی مربوط به تولیدمثل و بچه‌دار شدن نیز در افرادی که از ناباروری رنج می‌برند، مشاهده می‌شود. بسیاری از زوج‌ها، ناباروری را به طور مسلم بحران اصلی در زندگی و عامل استرس‌زا می‌دانند. در نتیجه، ناباروری به یک بحران زیستی- روانی- اجتماعی تبدیل می‌شود که سلامت روانی زوج‌های نابارور را تهدید می‌کند. از طرف دیگر، فشار روانی و استرس بر اثر شرایط نامساعدی که ناباروری به وجود می‌آورد افزایش می‌یابد و سیکل معیوبی را به وجود می‌آورد که توانایی زوج در باروری را بیش از پیش تضعیف می‌کند (دیر، آبراهامز، هافمن و ون در اسپوی، ۲۰۱۹).

به همین جهت نحوه سازگاری زوجین با ناباروری از اهمیتی ویژه برخوردار می‌شود؛ اگرچه ناباروری به عنوان یک منبع استرس، هم زن و هم مرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش‌ها، به وجود تفاوت جنسیتی در نحوه سازگاری با ناباروری اشاره دارد؛ مثلاً زنان در مقایسه با مردان بیشتر از راهکارهایی مانند بهره‌گیری از حمایت اجتماعی، فرار، اجتناب و ارزیابی مثبت، حل مسئله برنامه‌ریزی شده استفاده می‌کنند (فاننت، ۲۰۱۸). در مردان نیز ناباروری سبب از دست دادن اعتماد به خود و احساس گناه می‌شود. افسردگی، افسردگی، اضطراب، شرم و اضطراب در زنان نابارور شایع‌تر از مردان نابارور است. اختلال در عملکرد و رضایت جنسی نیز از پیامدهای ناباروری، شناخته شده است که در مردان بیشتر باعث اختلال نعوظ و زودانزالی می‌شود و در زنان بیشتر با مشکلاتی در زمینه برانگیختگی و تجربه ارگاسم همراه است. تفاوت پیامدهای ناباروری در مردان و زنان تا حدودی به نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی مربوط می‌شود (اوویدات، هاملان و کالیستر، ۲۰۱۴). ناباروری با احساس فقدان هدف در زندگی، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی و فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد به نفس همراه است. احساس‌های وابسته به این فقدان‌ها شامل غم، حقارت، تنهایی، خستگی، درماندگی و ترس است. در واقع احساس‌های تجربه شده توسط فرد نابارور مشابه با آن چیزی است که افراد در مقابل هر فقدان مهم همچون فقدان یک عزیز تجربه می‌کنند (تابونگ و آدونگو، ۲۰۱۳).

معمولاً اگر زن و شوهر قبل از پیدایش بحران ناباروری روابط خوبی داشته باشند، پس از پدیدار شدن مسئله‌ی ناباروری و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن، شانس بیشتری برای فائق آمدن بر آن خواهند داشت. در واقع اغلب زوج‌ها به‌طور علنی اظهار می‌کنند که در اثر پیش آمدن این وضعیت ناخواسته، روابط بین آن‌ها قوی‌تر و نزدیک‌تر گردیده است، در حالی که احتمال بروز مشکلات عمده در زوج‌هایی با روابط مشکل و غیرمصمیمانه، بیشتر است (زرغام و جعفرزاده، ۲۰۱۴). ناباروری یکی از بحران‌های پیچیده زندگی زوجین است که به فشارهای عمیق عاطفی و روانی بر روی زوجین منجر می‌شود. آشفتگی، تنش، افسردگی، پایین

بودن عزت نفس، نارضایتی زناشویی از پیامدهای روان‌شناختی ناباروری هستند. ناباروری به عنوان یک بحران فردی، استرس زیادی را بر زوج‌های نابارور وارد می‌کند و می‌تواند به طرق گوناگون سلامت روانی آن‌ها را تهدید کند (ملائی نژاد، جعفرپور، جهانفر و جمشیدی، ۱۳۹۸).

سازگاری با ناباروری به مجموعه‌ای از راهکارهای شناختی و رفتاری فرد اشاره دارد که برای مقابله با بحران ناباروری از آن‌ها استفاده می‌کند سطوح سازش زوجین با ناباروری تحت تأثیر عوامل متعدد شخصی، ارتباطی و اجتماعی متفاوت است. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که عواملی مثل کیفیت ارتباط زوجین، باورهای شخصی آن‌ها و حمایت اجتماعی می‌توانند سطوح سازش زوجین با ناباروری را تحت تأثیر قرار دهند. محققان مفهوم‌سازی‌های متعددی از سازگاری با بیماری مزمن و شواهد تجربی لازم برای شناسایی عواملی که ارتباط مناسب و متجانسی دارند، زنان به میزان کمتری دچار افسردگی می‌شوند. همچنین در این زوج‌ها رضایت در روابط زناشویی در مقایسه با گروهی که ارتباط زوجین مخدوش است، بیشتر دیده شده است. چنانچه زوجین نابارور از رضایت زناشویی بالایی برخوردار باشند، استرس‌های ناشی از ناباروری کمتر به رابطه زناشویی آنان آسیب می‌زند و بهتر می‌توانند با مشکلات ناباروری سازگار شوند (برادرز و مدوکس، ۲۰۱۳).

باورها و عقاید افراد بر نحوه تعامل بین شخصی و روابط اجتماعی آن‌ها تأثیر مستقیم دارد. در تعامل زوجین نیز توجه به اهمیت نقش باورها و نگرش‌های زن و مرد به عنوان یک عامل تعیین‌کننده در کیفیت رابطه زوجین حائز اهمیت است. باورهای غیرمنطقی بر کاهش سازگاری زناشویی و نارضایتی زوجین تأثیر می‌گذارد. زوجینی که باورهای غیرمنطقی در مورد اهمیت ارتباط، روش‌های مؤثر حل تعارض، اهمیت خانواده و نقش‌های جنسیتی دارند، نسبت به زوجینی که چنین باورهایی ندارند، فروپاشی بیشتری را در روابط زناشویی تجربه می‌کنند (خان‌آبادی، فرحبخش، یاسینی اردکانی و اسمعیلی، ۱۳۹۷)؛ آنچه که به عنوان سیستم باورها و نگرش زوجین نسبت به ناباروری مطرح است، شامل ساختارهای شناختی، جهان‌بینی، فرضیات، منطق، ویژگی‌ها و تبیین‌هایی است که به ابعاد مختلف ناباروری مربوط است و از سه منبع عقاید و نگرش‌های همگانی، عقاید خاص فردی و باورهای مشترک زوجین سرچشمه می‌گیرد. پژوهشگران، نگرش نسبت به ناباروری را در چهار حیطة مشکل ناباروری، باورهای مربوط به جنسیت، مفهوم و ارزش فرزند و نقش والدینی و باورهای مربوط به شیوه‌های درمان در نظر می‌گیرند (آدامز و جونز، ۲۰۱۷).

دیدگاه هر یک از زوجین نسبت به ناباروری شامل اهمیت فرزند، روند درمان ناباروری، ابراز احساسات در مورد ناباروری و تأثیر ناباروری بر فرد می‌شود؛ حمایت اجتماعی نیز از عوامل تأثیرگذار بر سلامت و بیماری است. ارتباط دوستانه یک نیاز بنیادی انسان مانند غذا و امنیت است. انسان به طور ذاتی نیازمند دوست داشتن دیگران و دوست داشته شدن از طرف دیگران است. اهمیت وجود شبکه‌های اجتماعی متعدد در زندگی هر شخص و حمایت این شبکه‌ها از فرد در مقابله با چالش‌ها است؛ حمایت اجتماعی یک قابلیت واقعی از منابع اجتماعی است که در موقعیت‌های استرس‌زا به عنوان مساعدت و یاری استفاده می‌شود (اعتمادی، ۱۳۹۴)؛ حمایت اجتماعی توسط شبکه اجتماعی فرد فراهم می‌شود و شامل افرادی است که شخص با آن‌ها رابطه اجتماعی دارد. خانواده، دوستان و همکاران مهم‌ترین شبکه‌های اجتماعی محسوب می‌شوند. همه شبکه‌های اجتماعی حمایت‌کننده نیستند، بلکه آن‌هایی حمایت‌کننده‌اند که منجر به

تندرستی و سلامتی می‌شوند. به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی با افزایش سلامت جسمانی و روانی فرد و کاهش آثار منفی عوامل استرس‌زا با سلامت رابطه مستقیم دارد (گوهرشاهی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین تأثیر وسعت ارتباطات اجتماعی بر کاهش اثرات منفی استرس بر تندرستی بدن و روان تأیید شده است. مطالعات بسیاری راه‌های تأثیرگذاری ارتباطات اجتماعی را برای سازگاری افراد با بیماری حاد و مزمن یا در مواقع سوگواری، تجاوز جنسی، بیکاری، ناتوانی‌های جسمی و ناباروری تأیید کرده‌اند (ادلیسون و اپستین، ۲۰۱۶)

پیامدهای هیجانی ناباروری بر ارتباطات زوجین با شبکه اجتماعی نیز تأثیر مستقیم دارند و می‌توانند روابط با اعضای شبکه اجتماعی را کاهش دهند و زوجین نابارور را به انزوا بکشند از آنجایی که دریافت حمایت اجتماعی از منابعی چون خانواده و دوستان می‌تواند جنبه‌های بسیاری از استرس‌های زندگی را کاهش دهد، مطالعات طولی و گسترده انجام شده نقش حمایت اجتماعی را در چگونگی کنار آمدن زوجین با ناباروری تأیید کرده‌اند طلب کردن حمایت اجتماعی با افزایش کیفیت رابطه و رضایت زناشویی زوجین نابارور رابطه مستقیم دارد (اسدپور، شقاقی و مهدی‌نژاد قوشچی، ۱۳۹۲). اهمیت تأثیرگذاری متغیرهایی چون کیفیت روابط زناشویی، باورهای شخصی زوجین و حمایت اجتماعی بر سطوح سازش با ناباروری استنباط می‌شود، اما این شواهد اولاً مقدماتی هستند؛ ثانیاً از انسجام و هماهنگی لازم برای نتیجه‌گیری برخوردار نیستند؛ و ثالثاً مجموعه این عوامل با هم و در تعامل با یکدیگر مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. به همین جهت در پژوهش حاضر این سه دسته عامل با هم در نظر گرفته می‌شوند و روابط مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها با سازش زوجین با ناباروری بررسی می‌شود. نتایج این پژوهش می‌تواند مکانیسم‌های ارتباطی و تأثیرگذاری این متغیرها را به طور اختصاصی بر سازگاری با ناباروری مشخص کند (رضایی، یونسی، احمدی، عسگری و میرزایی، ۱۳۹۵) در دنیای پیشرفته، مشکل ناباروری در حال افزایش بوده و به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است. یک زوج زمانی از نظر بالینی نابارور تلقی می‌شوند که طی یک سال مقاربت بدون پیشگیری، باروری حاصل نگردد. از سال ۱۹۸۸ در کنفرانس بین‌المللی ناباروری بانکوک، ناباروری به عنوان یک مشکل بهداشتی جهانی با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی توصیف شده است (خان‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۷). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی تخمین زده می‌شود که حدود ۸ درصد از زوجین در طول سال‌های باروری خود، به نوعی مشکل ناباروری را تجربه می‌کنند؛ به عبارت دیگر در سراسر دنیا ۸۰-۵۰ میلیون نفر به شکل اولیه یا ثانویه دچار مشکل ناباروری می‌باشند. ناباروری و درمان آن یک بحران عمده در زندگی است که سال‌هایتمادی طول می‌کشد. این رویداد تنشی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه‌ی روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌سازد (لاک و لوک، ۲۰۱۶). این تنش بر روابط بین‌فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر گذاشته و می‌تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آن‌ها گردد. ناباروری با احساس فقدان هدف در زندگی، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی و فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد به نفس همراه است. احساس‌های وابسته به این فقدان‌ها شامل غم، حقارت، تنهایی، خستگی، درماندگی و ترس است. در واقع احساس‌های تجربه شده توسط فرد نابارور مشابه با آن چیزی است که افراد در مقابل هر فقدان مهم همچون فقدان یک عزیز تجربه می‌کنند (کیندریگان و وایت، ۲۰۱۳). ادلمن<sup>۱</sup> با بررسی ۱۵۲ زوج نابارور در طی

مراحل درمان ناباروری به این نتیجه رسید که سازگاری زناشویی زنانی که عامل ناباروری به آن‌ها نسبت داده شده کاهش می‌یابد. در حالی که در مورد مردان، ناباروری، موجب کاهش رضایت جنسی می‌شود؛ ساندلوسکی<sup>۱</sup> نیز در بررسی ۵۲ زوج آمریکایی دریافت که متغیر زمان در سازگاری خانوادگی زنان، تأثیر به‌سزایی دارد و گذشت زمان موجب کاهش سازگاری زناشویی زنان نابارور می‌شود (نقل از گوهرشاهی و همکاران، ۱۳۹۹)

نازایی به عنوان یک بحران زندگی، با طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی، روانی، جسمی و مالی همراه است (اسلید و همکاران، ۲۰۰۷؛ گرلی و همکاران ۲۰۱۰) بیش از ۸۰ میلیون نفر در جهان نابارور هستند؛ نرخ ناباروری در بین کشورهای مختلف از کمتر از ۵ درصد تا بیش از ۳۰ درصد متفاوت است (هانا و گوگ، ۲۰۱۷). گوهرشاهی و همکاران (۱۳۹۹) میزان ناباروری را در زوج‌های ایرانی ۲۴/۹ درصد گزارش کرد؛ اکثر افراد نابارور در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند؛ داشتن فرزند در این کشورها اغلب تنها راه برای زنان به منظور ارتقاء وضعیت خود در خانواده و جامعه است (والمر، روسنر، توس، استروویتسکی و ویسچمن، ۲۰۱۷)؛ شیوع گسترده ناباروری مردان و زنان در کشور نسبت به آمار مشابه جهانی (نرخ ناباروری در جهان حدود ۱۵-۱۲ درصد و در ایران حدود ۲۰/۲ درصد)، یکی از اولین دلایلی است که لزوم پژوهش در این زمینه را ضروری می‌سازد (گوهرشاهی و همکاران، ۱۳۹۹). دومین عامل در این زمینه، نقص دانش بافتی موجود در ارتباط با چالش‌ها و پیامدهای درمان ناباروری به ویژه درمان‌های نوین کمک باروری است؛ شواهد تجربی و تحقیقات کیفی در این راستا، مهم‌ترین منبع دانش و زیربنای طراحی مداخلات مؤثر و کارآمد به شمار می‌رود. کسب دانش کافی در این حوزه مستلزم مطالعاتی است که اطلاعات مناسبی را درباره چالش‌های درمان‌های نیازمند شخص سوم در بافت فرهنگی-اجتماعی موجود به دست دهند. ضرورت انجام پژوهش حاضر آن است که با توجه به اینکه تمرکز پژوهشگران در اغلب مطالعات پیشین بر روش کمی و پرسشنامه‌ای معطوف بوده و این روش برای کسب دانش عمیق در این حوزه کافی نیست، انجام پژوهش‌هایی با رویکردهای دیگر نظیر رویکرد کیفی، ضرورتی انکارناپذیر است. از سوی دیگر، در مطالعات داخلی و خارجی، روش‌های جایگزین ناباروری در مردان و زنان مورد بررسی دقیق قرار نگرفته است؛ بنابراین این مطالعه با رویکرد کیفی با هدف تبیین درک و تجزیه زنان نابارور ایرانی در جستجوی درمان از پیامدهای روانی عاطفی ناباروری به بررسی سؤال پژوهشی زیر پرداخت:

۱. چالش‌های زناشویی زوج‌های نابارور کدام اند؟

## روش پژوهش

روش تحقیق پژوهش حاضر، شیوه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی است، دامنه شمول پژوهش زنان و مردان ناباروری هستند که برای درمان پیشرفته ناباروری به پژوهشگاه رویان و دفتر مددکاری اجتماعی و مشاوره خانواده مراجعه کرده‌اند. پژوهشگر با شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با مصاحبه نیمه‌ساخت یافته و برای اطمینان بیشتر تا نمونه ۱۵ زوج و رسیدن به اشباع نظری مصاحبه‌ها و گردآوری داده‌ها را ادامه داد و داده‌های به دست آمده را بر اساس شیوه عملی کولایزی تحلیل کرد. در تحقیق حاضر که تحقیق پدیدارشناسی است از

راهبرد نمونه‌گیری هدفمند یا معیار محور جهت‌گزینش نمونه‌ها و واحدهای موردنظر (تجربه‌های زیسته) استفاده شد؛ با توجه با اینکه این راهبرد افراد را برحسب دانش خاص آن‌ها در مورد پدیده تحت بررسی برای مشارکت در تحقیق انتخاب می‌کند پژوهشگر نمونه‌ها را از بین زوج‌های ناباروری که کاندید دریافت تخمک اهدایی، اسپرم و دیگر کمک‌ها و درمان‌ها جهت باروری بودند در جهت تحت پوشش قرار دادن تجربه‌های متفاوتی که در این مسیر دارند، گزینش نمود. تا ورود همه‌ی عناصر متشکله، رویدادها، فرآیندها و مانند آن تأمین گردد که در نهایت به تهذیب و اطلاع‌بخشی این تفهم کمک نماید. این اصل نمونه‌گیری کیفی را "بازنمایی نمادین" می‌خوانند، زیرا یک واحد خاص انتخاب می‌شود تا مشخصه‌های مناسب بررسی را هم "بازنمایی" و هم "نمادسازی" کند، لذا تلاش گردید تا نمونه‌ها در محدوده‌های جمعیت تعریف شده متنوع باشد. «این تنوع به دو دلیل است: نخست این که شانس شناسایی طیف نسبتاً کاملی از عوامل یا مشخصه‌های مرتبط با پدیده را به حداکثر برساند؛ دوم، امکان بررسی وابستگی متقابل بین متغیرها و عواملی را که دارای بیشترین تناسب هستند از آن‌هایی که اهمیت کمتری دارند، میسر سازد» (برگ، ۲۰۰۶)؛ بر این مبنا، محقق چهار حالت را از هم تفکیک نموده که منجر به قرار گرفتن بارور خواهان در شش وضعیت گردید.

### ابزار پژوهش

۱. **مصاحبه نیمه ساختاریافته.** فرم مصاحبه نیمه ساختاریافته شامل پرسش‌های باز برای بررسی چالش‌های زناشویی زوج‌های نابارور بود. برای این منظور پژوهشگر ابتدا به تدوین فرم مصاحبه پرداخت. این فرم شامل عنوان طرح تحقیق، زمان مصاحبه، تاریخ و محل مصاحبه است. در ابتدای این فرم خلاصه‌ای از هدف طرح تحقیق ذکر شد و مصاحبه‌گر با قرائت آن برای مصاحبه شونده او را در جریان هدف تحقیق قرار داد. پس از آن هر یک از سؤال‌های مصاحبه به ترتیب ذکر شدند. مدت زمان مصاحبه‌ها بر حسب شرایط و تمایل شرکت‌کنندگان ۴۵-۹۰ دقیقه بود. همه مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله پس از ضبط کلمه به کلمه نوشته شد. برای افزایش روایی و پایایی که معادل استحکام علمی یافته‌ها<sup>۱</sup> در تحقیق کیفی است، درگیری طولانی مدت محقق<sup>۲</sup> و تماس و ارتباط او با مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع نیز اعتبار داده‌ها را افزایش داد. همچنین از روش‌های مقبولیت داده‌ها<sup>۳</sup> با مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان<sup>۴</sup> جهت رفع هرگونه ابهام در کدگذاری‌ها استفاده شد (سیدمن، ۱۳۹۴). برای این منظور، پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و کدگذاری را در اختیار آنان قرار داده تا به مفاهیم یک‌سان در رابطه با گفته‌های مشارکت‌کنندگان دست یابد. همچنین از اشباع داده‌ها نیز برای بالا بردن اعتبار استفاده شد. قابلیت تعیین - تأیید<sup>۵</sup> نیز با جمع‌آوری سیستماتیک داده‌ها و با رعایت بی‌طرفی محقق، توافق اعضا<sup>۶</sup> روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات برای مقایسه بین آنچه که محقق برداشت نموده با آنچه که منظور مشارکت‌کنندگان بوده است، استفاده شد (ایمان و نوشادی، ۱۳۹۰).

1. truth worthing
2. prolonged engagement
3. credibility
4. member check
5. confirmability
6. peer check

**روش اجرا.** در این پژوهش از ۱۵ مصاحبه باز و عمیق با هدف اکتشاف پدیده مورد مطالعه و استفاده از تجربه ۴ ساله پژوهشگر در ارتباط با زوجین نابارور، راهنمایی برای مصاحبه (فهرستی از سؤالات) تهیه گردید و سایر مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساخت یافته ادامه یافت. از آنجا که هدف دستیابی به تجربه‌ی زیسته‌ی زنان گیرنده‌ی تخمک‌اهدایی است، محقق می‌بایست فضای بازی را در مصاحبه ایجاد می‌کرد تا پاسخگو بتواند در خصوص همه‌ی ابعاد مورد بررسی سخن بگوید؛ بنابراین، نوع اول مصاحبه نمی‌توانست کاربرد داشته باشد و از آنجا که موضوع و محورهای اصلی پژوهش مشخص شد، ادامه روش سوم مصاحبه نیز نمی‌توانست راهگشا باشد. در این پژوهش ۱۵ مصاحبه تلفنی به مدت زمان ۴۵ تا ۹۰ انجام شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی زوج‌های مصاحبه شونده ۳۷/۵۲ سال (۴/۱۲) بود؛ میانگین مدت زمان ناباروری زوج‌ها برابر با ۷ سال و ۸ ماه بود.

#### جدول ۱. مقوله‌های اصلی و فرعی پژوهش

مقوله اصلی	مقوله فرعی
چالش در تصمیم‌گیری و پذیرش درمان	۱. چالش‌های پذیرش زندگی عاری از فرزند ۲. چالش‌های فکری و احساسی در مسیر درمان ۳. نگرانی‌های مربوط به فرآیند درمان ۴. تقلیل ارزش و برجسته‌سازی منفی بر اشخاص ۵. تردید در جواب‌گیری طی درمان ناباروری
چالش‌های مربوط به کنش‌ها و واکنش‌های خانواده و اطرافیان	۶. کنجکاوی و دخالت اطرافیان ۷. نقش حمایتی خانواده‌ها ۸. پیشنهاد طلاق و یا چند همسری ۹. عدم همدلی و سازگاری اطرافیان با زوجین
نگرانی از عدم پذیرش فرهنگی و اجتماعی و دغدغه‌های شرعی	۱۰. تعصب و پیش‌داوری از سوی جامعه و خانواده ۱۱. اعتقاد به روش‌های اهدایی منوط به اجازه شرع ۱۲. ترس ناشی از مباحث مذهبی و حرام بودن ۱۳. پذیرش تقدیر و سرنوشت خود
نگرانی‌های ناشی از احتمال بروز نقایص جسمی، ذهنی و رفتاری کودک	۱۴. احساس گناه زوجین در صورت تولد نوزاد نارس ۱۵. نگرانی از آینده مبهم فرزند
	۱۶. احتمال بروز مشکلات ژنتیکی برای جنین ۱۷. احتمال تولد نوزاد معلول (جسمی-ذهنی و حرکتی)
	۱۸. احساس رکود و بازندگی زوجین

۱۹. احساس شکست در زندگی	<b>چالش‌های تأثیرگذار بر زندگی مشترک</b>
۲۰. افزایش اضطراب و استرس زوجین	
۲۱. کاهش کیفیت رابطه زناشویی	
۲۲. انزوا و بی‌انگیزگی زوجین	
۲۳. هزینه‌های بالای درمان ناباروری و از بین رفتن امنیت مالی زوجین	<b>چالش‌های اقتصادی درمان ناباروری</b>
۲۴. مشکلات مالی زوجین	
۲۵. عدم حمایت بیمه‌های درمانی	
۲۶. عدم حمایت مددکاری و شغلی	
۲۷. فقدان حمایت منطقی و نظام‌یافته اقتصادی از زوجین نابارور	

### چالش در تصمیم‌گیری و پذیرش درمان

مواجهه با تشخیص ناباروری و روند درمانی بعدی آن می‌تواند منجر به پریشانی عاطفی، اجتماعی و روانی در زوجین شود. چندین مطالعه افسردگی، اضطراب، اختلال عملکرد جنسی و انقیاد زناشویی، کاهش اعتماد به نفس و سطح پایین رفاه روان‌شناختی و کیفیت زندگی را گزارش کرده‌اند. در زوجین نابارور، در حقیقت، ناباروری به عنوان یک اختلال جسمی منحصربه‌فرد و به عنوان یک سندرم اولیه، بروز بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی است. حتی اگر مردان و زنان از نظر احساسی و احساسی تحت تأثیر ناباروری هستند، مطالعات نشان می‌دهد که زنان مستعد فشار بیشتری هستند. همچنین، ۵۰٪ از زنان نابارور ناباروری را به عنوان چالش‌برانگیزترین مسئله زندگی خود تلقی می‌کنند. اهمیت درد ناشی از ناباروری با توجه به توصیف آن‌ها معادل دردهای روانی بیمارانی است که از بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مانند سرطان و بیماری‌های قلبی عروقی رنج می‌برند (دیشپاند و پوپتا، ۲۰۱۹).

زنانی که احساس می‌کنند ناباروری باعث از دست دادن کنترل بر زندگی آن‌ها شده است، در مراحل درمان ناباروری دچار مشکلات تطابقی بیشتری می‌شوند. تعارض و جروبحث درباره‌ی کنار آمدن با ناباروری می‌تواند رضایت و بهداشت زندگی زناشویی را کاهش دهد. نقش‌های جنسیتی سنتی که در آن زن و شوهر به گونه‌ی متفاوتی احساسات منفی خود را ابراز می‌دارند، باعث می‌شود آن‌ها از روش‌های مقابله‌ای یکسانی برای مواجهه با مشکل استفاده نکنند. همچنین تنش ناشی از ناباروری می‌تواند به ساختار روابط زناشویی آسیب‌زده و منجر به کاهش رضایت زناشویی، سلامت ذهن و کیفیت زندگی شود (نیلفروشان، لطیفی، عابدی و احمدی، ۱۳۸۵).

### چالش‌های مربوط به کنش‌ها و واکنش‌های خانواده و اطرافیان

بچه‌دار نشدن می‌تواند خواسته زوج‌ها یا مشکلی در بارداری باشد. اگر این تصمیم، توافقی باشد که زوج‌ها با هم داشتند، کمتر دچار تردید خواهند شد، اما اگر تصمیمی بر اثر ناتوانی در بارداری باشد، با چالش‌های فراوانی روبه‌رو می‌شوند و در یک موقعیت احساسی متناقض قرار می‌گیرند که به چند نمونه اشاره خواهد شد.



کم شدن احساس خوشبختی: معمولاً احساس رضایت در بین زوج‌های جوانی که فرزند ندارند، فقط برای سال‌های اولیه است و به تدریج افسردگی و تنش در خانواده رو به افزونی می‌رود و احساس خوشبختی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

خسته شدن از حرف مردم: «هنوز بچه ندارید؟ کی بچه‌دار می‌شوید؟ نمی‌خواهید به زندگی‌تان تغییری بدهید؟...» سؤالات و انتظارات دنیای خارج و اطرافیان، مقابله با جنبه‌های فیزیکی و احساسی ناباوروری را پیچیده‌تر می‌کند (امین‌الرعا‌یای یمینی و موسوی، ۱۳۹۸).

در جامعه ما خواه‌ناخواه نگاه منفی به نازایی وجود دارد و متأسفانه با دخالت‌ها و سؤال‌پیچ کردن‌ها، این دید منفی را به فرد ناباور منتقل می‌کنیم. در برخی موارد راهکارهایی مانند طلاق، ازدواج مجدد و فرزندخواندگی از طرف خانواده همسر فردی که سالم است، مطرح می‌شود غافل از این‌که این نظرات به‌راحتی می‌توانند حلقه ارتباط زوج‌های ناباور را تا قبل از این‌که تلاششان برای بچه‌دار شدن به نتیجه‌ای برسد از هم جدا و آن‌ها را از ادامه راه مأیوس کند.

خانواده‌ها و اطرافیان زوج ناباور هوشیار باشند که برای عبور از مرحله سخت درمان یا حتی پذیرش ناباوروری برای همیشه، خطر افسردگی و تنش زوج‌ها و منزوی شدن آن‌ها را تهدید می‌کند؛ بنابراین همراهی مالی و عاطفی خانواده در این زمینه بسیار مؤثر است و می‌تواند به سرعت دادن روند پذیرش این مشکل و تصمیم‌گیری برای درمان آن کمک کند (ملک‌زاده، نوید، محمدی و عمانی سامانی، ۱۳۹۹).

#### **نگرانی از عدم پذیرش فرهنگی و اجتماعی و دغدغه‌های شرعی**

اگرچه در ظاهر ناباوروری یک نارسایی فیزیولوژیک شمرده می‌شود، اما جنبه‌های روانی و اجتماعی گسترده‌ای پیدا می‌کند. اصطلاح ناباوروری برای افرادی تعریف می‌شود که پس از گذشت یک سال از تصمیم به بارداری، باردار نمی‌شوند و نیاز دارند با مراجعه به مراکز خاص تحت درمان قرار گیرند؛ ناتوانی در داشتن فرزند اغلب با مشکلات جسمی، جنسی و روانی با احساس شرم و قطع رابطه با دوستان، خانواده و همکاران همراه است و مسائل فرهنگی آن را پیچیده‌تر هم می‌کند. در کشورهای آسیایی روش روبه‌رو شدن افراد با ناباوروری به ارزش‌های اجتماعی-فرهنگی جامعه بستگی دارد. در حالی که برخی، ناباوروری را غم‌انگیزترین حادثه زندگی می‌دانند، برخی هم خیلی آن را مهم نمی‌بینند. این تفاوت به میزان آسیب‌پذیری و نحوه برداشت افراد از ناباوروری بستگی دارد (پاک‌سرشت، سلیمی کیوی، عطرکار روشن و قصاب شیرازی، ۱۳۹۸).

همچنین امروزه تکنولوژی و زیست‌فناوری‌های نوین، امکان‌های جنین را برای زوج‌های ناباور فراهم آورده است. به‌کارگیری روش‌های نوین درمانی گرچه به لحاظ توسعه و تحول این رشته از معارف بشری چشم‌گیر و خیره‌کننده است، اما در عرصه‌های مختلف اخلاقی و فقهی ابهامات زیادی مطرح شده است که پاسخ به آن‌ها نیازمند تفکری جدی و تحقیقی گسترده است. مشکلات فقهی و توجه به اینکه روش‌های کمک باروری هنوز در بین افراد جامعه ناشناخته است، ابهامات زیادی برای زوجین به همراه دارد، از این رو ارائه شناخت عمیق‌تری از درک و نگرش زوجین ناباور می‌تواند جنبه‌های اخلاقی و فقهی تصمیم‌گیری زوجین ناباور در استفاده از این فن‌آوری‌های مدرن را روشن سازد. استفاده از فناوری‌های جدید با چالش‌های اخلاقی و فقهی زیادی روبرو است، اما با توجه به اینکه فقهای شیعه توانسته‌اند همگام با تحولات پزشکی، فتاوای مناسبی برای حل مشکلات مربوط به ناباوروری تدارک ببینند، در نتیجه می‌توان با رعایت برخی قیود اخلاقی و

حرفه‌ای و پیشگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی، استفاده از این فناوری‌ها را به لحاظ اخلاقی موجه شمرد (تقی‌پور، شیرین‌زاد باغبانی و شیخ‌الطائفه، ۱۳۹۸).

### نگرانی‌های ناشی از احتمال بروز نقایص جسمی، ذهنی و رفتاری کودک

متداول‌ترین و مؤثرترین روش کمک باروری IVF یا تلقیح آزمایشگاهی آزمایش بیشتر از محیط داخل رحم است استفاده از این روش احتمال باروری را افزایش می‌دهد. طی این روند، تخمک‌های بالغ از بدن خانم گرفته شده و داخل آزمایشگاه با اسپرم ترکیب می‌شود و تخمک بارور شده پس از گذشت ۳ تا ۵ روز از لقاح (امبریو) در داخل رحم قرار داده می‌شود. اگر درمان موفقیت آمیز باشد، جنین در داخل دیواره رحم لانه‌گزینی می‌کند و به رشد خود ادامه می‌دهد تا نوزاد متولد شود. آی وی اف معمولاً بهترین روش درمانی برای مشکلاتی مثل انسداد دوطرفه لوله‌های تخمدان، اندومتریوز، ناباروری به علت مشکلات گردن رحم، نازایی با علت مردانه، اختلالات تخمک‌گذاری است. از آنجایی که معمولاً بیش از یک جنین در رحم کاشته می‌شود، معمولاً شناسی دو یا چند قلوبی نیز افزایش می‌یابد (گوهرشاهی و همکاران، ۱۳۹۹). گاهی داروهای باروری باعث تحریک بیش‌ازحد تخمدان می‌شود و در نتیجه تخمدان بزرگ‌شده و مشکلاتی به همراه دارد. افزایش وزن، سرگیجه، درد لگن، تهوع و استفراغ از علائم این حالت است. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد، کودکانی که به کمک آی وی اف به دنیا می‌آیند اغلب وزن تولد کمی دارند. البته بیشترین میزان کمبود وزن تولد در اثر چند قلوبی است؛ بنابراین ممکن است این اطلاعات جدید بانوانی که باردار شدن به روش آی وی اف را در نظر دارند را دچار تردید کند. بنابر تجزیه و تحلیلی که در کنفرانس ملی آکادمی اطفال امریکا عرضه شد، بچه‌ی متولد شده از طریق آی وی اف ۲۵/۱ برابر بیشتر در خطر اختلالات مادرزادی قرار می‌گیرد. همچنین در نوزادان به دنیا آمده از طریق آی وی اف احتمال بروز مشکل چشم، قلب، اندام تولید مثل و سیستم ادرار نیز تا حدودی افزایش می‌یابد (هانا و گوگ، ۲۰۱۷).

این تجزیه و تحلیل، نوزادانی را که پس از استفاده از فناوری تولید مثل یاری شده (ART) متولد شده بودند با نوزادانی مقایسه کرده است که جنین شان به شکل طبیعی لقاح شده بود. فناوری تولید مثل یاری شده شامل تمام درمان‌هایی است که در آن تخمک‌ها و اسپرم هر دو دستکاری می‌شوند. آی وی اف معمول‌ترین شکل فناوری تولید مثل یاری شده است. دیگر درمان‌های باروری، مثل لقاح مصنوعی یا القای تخمک‌گذاری، جداگانه تجزیه و تحلیل شدند و با خطر فزاینده‌ای اختلالات مادرزادی مرتبط نبودند؛ اما قبل از اینکه کاملاً از روشی آی وی اف صرف نظر کنید، دست نگه دارید! خطر فزاینده‌ای اختلالات مادرزادی ظاهراً ترسناک است، اما پژوهشگران تأکید دارند که این احتمال افزایش خطر فقط به دلیل انجام آی وی اف نیست. در نهایت باید این را در نظر داشته باشید که این عوارضی در برابر مزیت مهم آی وی اف که در درمان نازایی موفق‌ترین روشی است که تا امروز در دسترس بیشتر قرار گرفته است چندان نگران‌کننده نیست (شهدی پور، ۱۳۹۸).

### چالش‌های تأثیرگذار بر زندگی مشترک

باروری، تولید مثل و داشتن فرزند، یکی از آرزوهای انسانی و اساس بقای نسل بشر است که به علل مختلف ممکن است برخی زوج‌ها از آن محروم شوند. در ایران، از هر ۵ زوج، یک زوج با مشکلات ناباروری دست و پنجه نرم می‌کند. در بافت اجتماعی و مذهبی کشور ما که تشکیل خانواده و فرزندآوری از وظایف اصلی

هر فرد محسوب می‌شود، ناباروری می‌تواند اثرات مخرب عمیق‌تری روی افراد نابارور بگذارد. تحمل و باور به نداشتن فرزند برای بسیاری کابوس است. فشار روانی، مهم‌ترین نگرانی است که زوج‌های نابارور با آن روبه‌رو هستند. احساس ناامیدی، افت اعتماد به نفس، نبود هدف در زندگی از جمله آسیب‌ها در این‌گونه خانواده‌هاست. بعضی افراد ناباروری را با هویت خود پیوند می‌دهند که خود باعث حس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی می‌شود. گاهی هم احساس می‌کنند که دچار ضعف یا نقص جسمانی هستند یا کامل نیستند و نمی‌توانند هم‌پایه دیگرانی باشند که توانایی بچه‌دار شدن دارند. درمان نازایی به لطف پیشرفت علم دگرگون شده، اما این درمان پر از عوارض جانبی را بیشتر زنان به تنهایی به دوش می‌کشند حتی اگر مشکل باروری از شوهر باشد (کریمی، ۱۳۹۹).

### چالش‌های اقتصادی درمان ناباروری

درمان‌های ناباروری هزینه‌بر است و با این‌که معمولاً افراد فرصت‌های دیگری برای تکرار درمان ناباروری دارند، اما به دلیل هزینه‌های زیاد کمتر این امکان را پیدا می‌کنند تا دوباره این فرایند را شروع کنند و به اتمام برسانند. بر اساس آمارها، هزینه درمان ناباروری در مراکز دولتی حدود ۲۵ میلیون و در مراکز خصوصی حدود ۵۴ میلیون تومان برآورد شده است. برخی از درمان‌های ناباروری نیازمند تکرار هستند و به همین منظور هزینه‌های زیادی به صورت مداوم و پیوسته به یک زوج نابارور تحمیل می‌شود تا در نهایت منجر به تولد یک کودک شود. این در حالی است که این رقم، با ۵۰ الی ۸۰ درصد درآمد سالانه یک خانوار ایرانی برابری می‌کند. به همین دلیل مشکل اصلی و ریشه‌ای که باید برای ناباروران حل شود، هزینه‌های درمان آنان است. بر اساس تحقیقات مشخص شده است که ۹۵ درصد ناباروران درمان می‌شوند. بعد از ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت و همچنین تأکید رهبری برای رسیدگی به زوجین نابارور، در کشور برای درمان ناباروری این زوجین بودجه‌ای اختصاص یافته است. در بند سوم این سیاست‌ها تأکید شده است که باید برای مادران به ویژه در دوره بارداری و شیردهی تسهیلات مناسبی به مادران اعطا شود همچنین هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان مورد پوشش بیمه‌ها قرار بگیرد. اگرچه پس از ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت باز هم توجه‌ها به موضوع ناباروری بیشتر شد، اما همچنان به جز بیمه نیروهای مسلح، هیچ بیمه دیگری هزینه‌های ناباروری را متقبل نشده و عمل‌های جراحی این مورد را هم رده عمل‌های جراحی زیبایی قلمداد می‌کنند؛ به عبارت دیگر درمان ناباروری جزو عمل‌های زیبایی تعریف شده است و تاکنون برای آن بیمه‌ای اختصاص نیافته است؛ با پیگیری‌های متعدد فعالان در این عرصه، از سال ۱۳۹۳ برای حمایت و کمک به این زوجین سالانه ۲۰۰ میلیارد تومان در قانون بودجه اختصاص یافته است. این بودجه هر ساله به وزارت بهداشت تعلق می‌گرفت؛ اما عملکرد مطلوبی از وزارت بهداشت گزارش نشده است (نشاط، باقری‌پناه و پورمحمد، ۱۳۹۹).

### بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر در پی شناسایی چالش‌های زناشویی زوج‌های نابارور بوده است. نتایج پژوهش حاضر با بررسی و دسته‌بندی کدهای توصیفی حاصل از متون مصاحبه، ۲۷ مقوله فرعی را شناسایی نموده و با توجه به شباهت و قرابت معنایی آن‌ها، در ۶ مفهوم اصلی شامل: چالش در تصمیم‌گیری و پذیرش درمان، چالش‌های

مربوط به کنش‌ها و واکنش‌های خانواده و اطرافیان، نگرانی از عدم پذیرش فرهنگی و اجتماعی و دغدغه‌های شرعی، نگرانی‌های ناشی از احتمال بروز نقایص جسمی، ذهنی و رفتاری کودک، چالش‌های تأثیرگذار بر زندگی مشترک و چالش‌های اقتصادی درمان ناباروری دسته‌بندی نموده است. ناتوانی در بارداری پس از یک سال مقاربت منظم، بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از باروری به‌عنوان ناباروری تعریف می‌شود (زرغام و جعفرزاده، ۲۰۱۴). در تعریف جهانی، ناباروری به‌عنوان تجربه‌ای استرس‌زا برای بیمار تلقی می‌شود که بر تمام جنبه‌های زندگی فرد از جمله زناشویی، اجتماعی، جسمانی، هیجانی، اقتصادی و معنوی اثر می‌گذارد (نصرآباد، شوازی و ترابی؛ ۱۳۹۹). در این پژوهش در پی بررسی چالش‌های مرتبط به زوج‌های نابارور پرداخته شد که نتایج به دست آمده با یافته‌های گوهرشاهی و همکاران (۱۳۹۹)، عباسی مولید و همکاران (۱۳۹۸) و خان آبادی و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود. در پژوهش‌های مرور شده مشابه ۵۳ نوع آسیب بالقوه در زندگی زوج‌های نابارور ایرانی در سه حیطه درون فردی یا شخصی (۲۳ آسیب)، بین فردی یا گروهی (۱۷ آسیب) و فرا فردی یا اجتماعی (۱۳ آسیب) شناسایی شدند که هر یک از این آسیب‌ها نیز در پنج بعد شناختی، هیجانی، رفتاری، زیستی و محیطی طبقه‌بندی شده است.

امروزه متخصصان سلامت روان به این نتیجه رسیده‌اند که نه‌تنها ارائه خدمات پزشکی برای افراد نابارور در جهت حل مشکلاتشان کافی نیست بلکه کمک‌های روان‌شناختی باید به‌عنوان قسمت مهمی از فرایند درمان لحاظ شود (بشارت، لشکری و رضازاده، ۱۳۹۵). با وجود مسئله ناباروری در ایران و پیشرفت‌های درمان پزشکی در این زمینه، هنوز خبری از ارائه خدمات روان‌شناختی در کنار درمان پزشکی نیست.

ناباروری پدیده‌ای وابسته به فرهنگ است و زمینه‌های اجتماعی و مذهبی، اثرات آسیب‌زای روان‌شناختی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ لذا قبل از به‌کارگیری الگوهای مشاوره ناباروری، لازم است ویژگی‌های زوجین نابارور ایرانی به‌دقت شناسایی شود. شناخت از چگونگی سازگاری و کنار آمدن زوجین ایرانی با ناباروری، یکی از زمینه‌هایی است که می‌تواند مشاوران را در انتخاب مدل مشاوره‌ای مناسب یاری دهد؛ موضوع ناباروری در پژوهش‌های داخلی حوزه علوم انسانی به‌تازگی مورد توجه قرار گرفته است و به دلیل ماهیت پیچیده و اثرات چندوجهی آن همچنان نیازمند پژوهش و بررسی به‌ویژه با رویکردهای کیفی است. مقایسه شاخص‌های سازش یافتگی زنان و مردان نشان می‌دهد که سطح سازش روان‌شناختی زنان با ناباروری کمتر از سطح سازش روان‌شناختی مردان با ناباروری است؛ همچنین، با توجه به ویژگی‌های خاص مراکز تخصصی درمان ناباروری در کشور، زن (نه زوج نابارور) به‌تنهایی مراحل درمان را طی می‌کند (اتاق انتظار، ملاقات با پزشک متخصص، انجام معاینات ضروری) و از حضور و همراهی مرد مگر در مراحل خاص درمان (گرفتن نمونه اسپرم و...) ممانعت به عمل می‌آید، با در نظر گرفتن این شرایط زنان به‌عنوان گروه مورد پژوهش انتخاب شده‌اند.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۹ از ناباروری که از معضلات رو به افزایش کشورهای درحال توسعه است، به عنوان یک معضل بهداشت عمومی یاد کرده است. میزان ناباروری در دنیا بین ۱۲ تا ۱۵ درصد گزارش شده و ۸۰ تا ۱۶۸ میلیون نفر از ناباروری رنج می‌برند که سالانه ۱۰۰ هزار زوج نابارور به جمعیت زوجین نابارور افزوده می‌شود. طبق آمار بین سه تا چهار میلیون زوج نابارور در ایران زندگی می‌کنند و سالانه ۱۵ درصد به این تعداد افزوده می‌شود. ناباروری با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روان‌شناختی شامل

کاهش کیفیت زندگی و افزایش سطح تنیدگی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است (سامی و همکاران، ۲۰۱۲)

در همین راستا یکی از بحران‌های اساسی در زندگی زنان نابارور کاهش کیفیت رابطه زناشویی است. کیفیت روابط زناشویی مفهومی چندبعدی است که شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوجین، مانند سازگاری، رضایت جنسی، شادمانی، انسجام و تعهد می‌شود؛ پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که زوجین نابارور نسبت به زوجین بارور از رضایت زناشویی، ابراز علاقه نسبت به همسر، سازگاری زناشویی، خشنودی و رضایت جنسی پایین‌تری برخوردارند. ناباروری عاملی استرس‌زاست که بر روابط زناشویی زوجین تأثیر منفی دارد و همین عامل کیفیت رابطه زناشویی را با خطر جدی مواجه می‌کند. استرس ناباروری مجموعه‌ای از نشانه‌هاست که به دنبال تشخیص ناباروری در افراد بروز می‌کند و به صورت ترکیبی از پنج مؤلفه، شامل نگرانی اجتماعی، نگرانی جنسی، نگرانی ارتباطی، نیاز به والد بودن و نپذیرفتن سبک زندگی بدون فرزند ظاهر می‌شود (آریان فر و پورشهریاری، ۱۳۹۶)

مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری و درمان آن باعث تأثیراتی مانند آشفتگی، سرخوردگی، افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه و احساس بی‌ارزشی، احساس درماندگی، طرد و شکست در زندگی می‌شود. به علاوه احساس طرد، درماندگی و شکست یک پیش‌بینی‌کننده قوی در روابط زوجین محسوب می‌شود. احساس شکست هم‌پوشی زیادی با ناامیدی دارد، وقتی فردی احساس شکست را تجربه می‌کند، ابتدا ناامید می‌شود بعد از آن دو وضعیت پیش می‌آید: یا وی می‌تواند درصد جبران آن برآمده و از نو شروع می‌کند و یا اینکه به سمت ناکامی و افسردگی می‌رود (رازقی و همکاران، ۱۳۹۸). ناامیدی و شکست همراه با ناباروری می‌تواند اساس روابط یک زوج را متزلزل کند. باروری و سلامت باروری از اجزای مهم سلامت عمومی جامعه و برای گسترش و حفظ بشریت لازم و ضروری است، همچنین اگرچه درمان ناباروری و مداخله‌های طبی مربوط به آن اغلب مشکل، طولانی‌مدت و گران است، اما تنش روانی و احساس شکست ناشی از آن بر کیفیت زندگی زناشویی نابارورها مسئله مهم‌تری به نظر می‌رسد بنابراین ناباروری به عنوان یک بحران در زندگی افراد و یک مشکل اجتماعی در حال رشد، نمود پیدا کرده و عوارض مخرب آن نیز نه‌تنها به روابط بین زوجین خلل وارد می‌کند، بلکه دولت و جامعه را نیز درگیر می‌کند، بنابراین، ضرورت شناخت دقیق این پدیده و پیامدهای آن آشکار می‌شود. پژوهش حاضر با بررسی و دسته‌بندی کدهای توصیفی حاصل از متون مصاحبه، ۲۷ مقوله فرعی را شناسایی نموده و با توجه به شباهت و قرابت معنایی آن‌ها، در ۶ مفهوم اصلی شامل: چالش در تصمیم‌گیری و پذیرش درمان، چالش‌های مربوط به کنش‌ها و واکنش‌های خانواده و اطرافیان، نگرانی از عدم پذیرش فرهنگی و اجتماعی و دغدغه‌های شرعی، نگرانی‌های ناشی از احتمال بروز نقایص جسمی، ذهنی و رفتاری کودک، چالش‌های تأثیرگذار بر زندگی مشترک و چالش‌های اقتصادی درمان ناباروری دسته‌بندی نموده است. یادآوری این مهم ضروری است که مقوله‌های تحلیل شده جنبه قطعیت نداشته و صرفاً در این پژوهش قابل استناد هستند. جهت تشکیل سازه‌های تم مجزا، تمامی تم‌های استخراج شده در قالب یک توصیف جامع، ارائه و خوشه‌های تم با هم ادغام شدند. بدین ترتیب ساختار کلی پدیده مورد نظر پدیدار گردید. در نهایت مضامین اصلی و فرعی پژوهش شامل ۶ مقوله اصلی و ۲۷ مقوله فرعی بوده است که در بخش قبل به آن‌ها اشاره شد.

در نهایت، باید توجه داشت که طراحی مداخلات سنجیده و مؤثر در حوزه ناباروری، مستلزم مطالعات جامع در بافت فرهنگی اجتماعی موجود است، چراکه معنای ناباروری و پیامدهای آن از بافتی به بافت دیگر فرق می‌کند و جنبه اجتماعی این موضوع بااهمیت‌تر از جنبه فردی و زوجی آن است. با توجه به نرخ ناباروری در کشور، شناسایی این راهبردها و پیامدهای روان‌شناختی آن‌ها می‌تواند کمک شایانی به مشاوران و فعالان این حوزه باشد تا با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، در ارتقای سلامت روان این زوجین نقش بسزایی ایفا نمایند. ناگفته نماند که یافته‌های این پژوهش می‌تواند زنجیره و سیکل معیوب مجموعه‌ای از عوامل ذکر شده در نتایج تحقیق را به عنوان فاکتورهای اصلی آسیب‌رسان در ارتباطات زناشویی (در شرایط ناباروری) معرفی و تبیین و تصریح کند که این عوامل نه تنها کیفیت روابط زناشویی را مختل می‌کند، بلکه اثر منفی در چرخه باروری گذاشته و امکان باروری را به طور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین شناسایی و بررسی متغیرهای اثرگذار روان‌شناختی بر کیفیت روابط زناشویی در شرایط ناباروری و ارائه مدل مهارتی معکوس (مهارت حذف متغیرهای مزاحم به جای تقویت) از نقاط قوت این پژوهش است. با توجه به این موضوع که پندار غالب در شرایط ناباروری بیشتر بر آسیب‌های روان‌شناختی برگرفته از شرایط اجتماعی و سبب‌های بیرونی متمرکز است و فرد از عوامل درونی مثل احساس شکست، استرس و غیره آگاه نبوده و در شرایطی حتی مورد انکار قرارشان می‌دهد، پیشنهاد می‌شود با بازشناسی زنجیره‌ای از متغیرهای روان‌شناختی درونی برگرفته از مجموعه‌ای از تحقیقات، به تدوین پروتکل مهارتی شناختی در این زمینه همت گمارده شود. همچنین ارائه این مجموعه نتایج به درمانگران در مراکز مشاوره، آن‌ها را در درمان یاری می‌کند و اهداف درمانی معطوف به بیماران را نیز تحقق می‌بخشد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی و مقطعی بودن از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری حین مصاحبه رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان انجام مصاحبه ضمن تأکید به محرمانه بودن پاسخ‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

### سپاسگزاری

از مدیران و کارکنان زحمت‌کش پژوهشگاه رویان و دفتر مددکاری اجتماعی و مشاوره خانواده و همه زوج‌های شرکت‌کننده در مصاحبه که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

### مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری مصاحبه و تحلیل آن، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

## منابع

- آرین فر، نیره، پورشهریاری، مه سیمیا. (۱۳۹۶). مدل معادلات ساختاری پیش‌بینی تعارضات زناشویی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی و طرد و متغیر میانجی سبک‌های عشق‌ورزی، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۲۹): ۱۰۷-۱۳۴
- اسد پور، اسماعیل، شقاقی، شهرزاد، و مهدی نژاد قوشچی، رحمان. (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه اثربخشی زوج-درمانی خود‌نظم‌بخشی و هیجان‌محور بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران. فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۴۵(۱۲): ۹۵-۱۱۳
- اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۴). بررسی و مقایسه اثر بخش رویکرد روانی-آموزشی مبتنی بر شناختی-رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. پایان نامه دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تربیت معلم. تهران.
- امین‌الرعایای یمینی، الهام، و موسوی، مهسالسادات. (۱۳۹۸). مروری بر درمان ناباروری زنان و مردان از منظر طب سنتی. همایش ملی ارتقا سلامت فرد، خانواده و جامعه.
- ایمان، محمدتقی، و نوشادی، محمدرضا. (۱۳۹۰). تحلیل محتوای کیفی. فصلنامه پژوهش، ۳(۲): ۱۵-۴۴.
- بشارت، محمدعلی، و فیروزی، منیژه. (۱۳۹۵). مقایسه زنان و مردان نابارور بر حسب سبک دلبستگی و سازش روان‌شناختی با ناباروری. روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۳(۲): ۲۷-۴۵.
- پاک سرشت، صدیقه، سلیمی کیوی، مهسا، عطر کار روشن، زهرا، و قصاب شیرازی، مروارید. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط استرس با موفقیت حاصل از لقاح آزمایشگاهی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز نازایی شهر رشت در سال ۱۳۹۸. همایش کشوری مامایی و سلامت زنان (به مناسبت صد سال مامایی آکادمیک در ایران).
- تقی پور، مبین، شیرین‌زاد باغبانی، معصومه، و شیخ الطائفه، مصطفی. (۱۳۹۸). چالش‌های فقهی و اخلاقی استفاده از فناوری‌های جدید برای درمان ناباروری، ششمین همایش دانشجویی بررسی فرهنگ سلامت از منظر قرآن و حدیث، تهران.
- سیدمن، ایروینگ. (۱۳۹۴). روش‌شناسی مصاحبه در پژوهش کیفی. ترجمه مجتبی حبیبی، هاشم جبرائیلی و غلامرضا یادگارزاده، تهران: انتشارات فرهنگ شناسی، ۳۴-۴۶.
- شهیدی پور، نیلوفر. (۱۳۹۸). ناباروری و سلامت روان. هدیه مهر، ۲۲: ۴۴-۵۱
- خداکرمی، ناهید، هاشمی، سمیه، صدیق، صدیقه، حمدیه، مصطفی، و طاهری پناه، ربابه. (۱۳۸۸). تجربه زندگی با ناباروری: یک بررسی پدیدارشناسی. مجله باروری و ناباروری، ۱۰(۴): ۲۸۷-۲۹۷
- رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی، عباسی شوازی، محمدجلال، و ترابی، فاطمه. (۱۳۹۳). دیدگاه تعدادی از زنان در مورد سن مناسب مادر در زمان تولد اولین فرزند در تهران، مطالعات زن و خانواده، ۲(۲): ۱۱۹-۱۴۶.
- رضائی، مهدیه، یونسی، جلال، احمدی، خدابخش، عسگری، علی، و میرزایی، جعفر. (۱۳۹۵). تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ و همسران‌شان. خانواده پژوهی، ۶(۲۱): ۴۳-۵۸.
- کریمی، فاطمه. (۱۳۹۹). رابطه‌ی جنسی و معضل ناباروری. کنفرانس بین‌المللی یافته‌های نو در مامایی، زنان، زایمان و نازایی.

- گوهرشاهی، شیوا، سلیمانیان، علی اکبر، و حیدرنیا، احمد. (۱۳۹۹). تبیین چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور متقاضی درمان‌های جایگزین ناباروری: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۱۴ (۹): ۶۹-۸۴.
- خان آبادی، مهدی، فرح بخش، کیومرث، یاسینی اردکانی، سیدمجتبی، و اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۷). تبیین مضامین کیفیت زناشویی عالی در زوج‌های نابارور: مطالعه تحلیل مضمون. *ارمغان دانش*. ۲۳ (۶): ۷۹۲-۸۰۷.
- عباسی مولید، حسین، قمرانی، امیر، و فاتحی‌زاده، مریم‌السادات. (۱۳۹۸). آسیب‌شناسی زندگی زوج‌های نابارور ایرانی. *مجله طب و تزکیه*. ۷۲ (۷۳): ۸-۲۰.
- ملک زاده، فریده، نوید، بهناز، محمدی، مریم، و عمانی سامانی، رضا. (۱۳۹۹). بررسی عزت نفس و سبک‌های دفاعی در زوج‌های نابارور بر اساس علت ناباروری در مرکز درمان ناباروری رویان. *دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. ۲۸ (۷): ۲۸۶۷-۲۸۷۸.
- ملائی نژاد، میترا، جعفرپور، مهشید، جهانفر، شایسته، و جمشیدی، روح انگیز. (۱۳۹۸). ارتباط سازگاری زناشویی و تنیدگی (استرس) ناشی از ناباروری در زنان مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری شهر اصفهان. *مجله باروری و ناباروری*. ۲ (۵): ۲۶-۳۹.
- نشاط، رامش، باقری‌پناه، راضیه، و پورمحمد، فاطمه. (۱۳۹۹). پیشگیری از ناباروری. *بهورز*. ۵۲.
- نیلفروشان، پریسا، لطیفی، زهره، عابدی، محمدرضا، و احمدی، سیداحمد. (۱۳۸۵). مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در زنان بارور و نابارور. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۷ (۸): ۱۴-۲۸.

### References

- Adams, J.M. & Jons, W. H. (2017) Interpersonal commitment in historicalperspective. Inj. Adams and W.Jons (Eds.) *Handbook of Interpersonal Commitment and Relationship stability*. New York: Plenumpublisher., (pp.3-36).
- Brothers, S.C., & Maddux, J. E. (2013). The goal of biological parenthood and emotional distress from infertility: linking parenthood to happiness, *Journal of Applied Social Psychology*, 33, 2, 248–262.
- Callister, L. (2016). The pain and the promise of unfilled dreams: Infertile couples. In D. Crane, & E. Marshall (Eds.), *Handbook of families & health: Interdisciplinary perspectives*. (pp. 96-113). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, I
- Deshpande, P. S., & Gupta, A. S. (2019). Causes and prevalence of factors causing infertility in a public health facility. *Journal of human reproductive sciences*, 12(4), 287.
- Dyer, S. J., Abrahams, N., Hoffman, M., & van der Spuy, Z. M. (2019). “Men leave me as I cannot have children: Women’s experiences with involun tary childlessness”. *Human Reproduction*, 17 (6), 1663-8
- Eidelson, R. J., Epstein, N. (2016). Cognition and reation and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Counseling and Clinical psycilgy*, 50, 715-72
- Fontenot, M. C. (2018). A Phenomenological Study of Couples Who Pursue Infertility And The Impact on Their Live (doctoral dissertation). Louisiana State University. Retrieved From <http://etd.Isu.edu/docs/available/etd-11202008-073220/unrestricted/Dissfontenot.pdf>
- Hanna E, Gough B. (2017). Men’s accounts of infertility within their intimate partner relationships: an analysis of online forum discussions. *J Reprod Infant Psychol*, 35(2):150-8



- Kindregan CP, White D. (2013). International fertility tourism: the potential for stateless children in cross-border commercial surrogacy arrangements. *Suffolk Transnat'l L.* 36:527
- Luk BH, Loke AY. (2016). A review of supportive interventions targeting individuals or couples undergoing infertility treatment: Directions for the development of interventions. *J Sex & Marital Ther*, 42(6):515-33
- Obeidat, H. M., Hamlan, A. M., & Callister, L. C. (2014). Missing Motherhood: Jordanian Women's Experiences with Infertility. *Advances in Psychiatry*. Volume 2014, Article ID 241075, 7 pages.
- Sami N, Ali TS, Wasim S, Saleem S.(2012) Risk factors for secondary infertility among women in Karachi, Pakistan. *PloS One*, 7(4):e35828.
- Tabong, P. T., & Adongo, P. B. (2013). Infertility and childlessness: a qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth* 13:72. Retrieved From doi:10.1186/1471-2393-13-72
- Volmer L, Rösner S, Toth B, Stowitzki T, Wischmann T. (2017). Infertile Partners' coping strategies are interrelated—implications for targeted psychological counseling. *Geburtshilfe Frauenheilkund*, 77(1):52-8
- Zargham, A., & Jafarzadeh, F. (2014). Empowerment and Sense of Adequacy in Infertile Couples: A Fundamental Need in Treatment Process of Infertility - A Qualitative Study. *The Qualitative Report*, 11, 1-14.

\*\*\*

## Marital Challenges of Infertile Couples: A Phenomenological Study

Marziyeh. Ebrahimi<sup>1</sup>, Farshad. Mohsenzade\*<sup>2</sup> & Kianoush. Zahrakar<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** The present study aimed to investigate and determine the marital challenges of infertile couples. **Methods:** The research had a qualitative method with a phenomenological approach, and its scope consisted of infertile women and men who visited Royan Institute and the Department of Family Counseling and Social Work for advanced infertility treatment. The researcher used a purposive sampling method and semi-structured interviews with 15 couples and analyzed the obtained data based on Colaizzi's practical method. **Results:** The research identified 27 subcategories by examining and categorizing the descriptive codes obtained from the interviews, and classified them into six main concepts, namely the challenges in decision-making and acceptance of treatment, challenges related to actions and reactions of the family and acquaintances, concern for cultural and social non-acceptance and religious concerns, the concerns caused by the possibility of physical, mental, and behavioral deficiencies of children, the challenges affecting the marital life, and the economic challenges of infertility treatment, according to their semantic similarity and affinity. **Conclusion:** The themes extracted indicated that infertility could affect infertile couples' entire life. The greater use of midwifery and psychological counseling services for infertile couples and their acquaintances in infertility treatment centers seems helpful for these couples.

**Keywords:** Marriage, infertility, phenomenology, couple

---

1. PhD Student in Counseling, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. \*Corresponding Author: Assistant Professor of Counseling Department, Kharazmi University, Tehran, Iran

Email: farshad.mohsenzadeh@khu.ac.ir

3. Associate Professor of Counseling Department, Kharazmi University, Tehran, Iran