

# ناباروری و عدم احساس امنیت در زندگی زناشویی<sup>1</sup>

تاریخ پذیرش: 1398/07/11

تاریخ دریافت: 1398/02/05

طلعت‌اله یاری<sup>2</sup>، بهزاد قربانی<sup>3</sup>، شقایق عالمین<sup>4</sup>

از صفحه 67 تا 92

## چکیده

**زمینه و هدف:** این پژوهش در زمینه ناباروری و متعاقب آن احساس ناامنی و بروز احتمالی طلاق انجام شده است. ناباروری می‌تواند باعث بروز احساس ناامنی اجتماعی، اضطراب اجتماعی، نگرانی از آینده خانواده و بروز خشونت خانگی شود. هدف پژوهش حاضر یافتن مشکلات تهدیدکننده ثبات زندگی مشترک ناشی از ناباروری در زوجین نابارور جامعه ایران است.

**روش‌شناسی:** این مطالعه کیفی در سال‌های 1396-1398 از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با 40 فرد نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری این سینا انجام شد. در تحلیل داده‌ها از روش کدگذاری اشتراوس و کوربین<sup>5</sup> استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش حاضر آشکار ساخت که ناباروری و فرآیند درمان آن به خودی خود منجر به ایجاد ابهام در زندگی می‌شود و به دنبال خود انواعی از استرس‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی و احساس شکست، اندوه، فقدان و خشم را به همراه دارد. همین موارد به پایین آمدن کیفیت زندگی افراد و ایجاد بحران می‌انجامد در نتیجه افراد احساس عدم امنیت در زندگی زناشویی می‌کنند. در صورتی که بحران حل نشود و تداوم یابد، ناباروری به عنوان تهدیدی جدی برای ثبات زناشویی و واقعیت‌های مشترک زن و شوهر به شمار می‌آید.

**نتیجه‌گیری:** در واقع ناباروری به عنوان یک اختلال پیش‌بینی نشده، روال عادی زندگی افراد را بر هم زده و آنان را به حاشیه منفی منحنی نرمال می‌راند. این حاشیه منفی می‌تواند منتهی به ایجاد بحران و سبب‌ساز عدم احساس امنیت گردد. برقراری امنیت در زندگی زن و شوهرهای نابارور منوط به رهایی از تهدید و امکان بهره‌گیری از فرصت‌هاست.

**واژه‌های کلیدی:** ناباروری، مددکاری اجتماعی، احساس امنیت، ابهام، بحران.

1- این مقاله برگرفته از رساله دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی است.

2- دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)، رایانامه: tallahya@gmu.edu

3- استادیار پژوهشی پژوهشگاه ابن سینا، رایانامه: b.ghorbani@avicenna.ac.ir

4- دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، رایانامه: shaghayeghalamin@gmail.com

5- Strauss and Corbin coding paradigm

پدیده ناباروری در میان جوامع، قدمتی به درازای تاریخ بشر دارد و آرزوی داشتن فرزند مبتنی بر احساس غریزی و ذاتی است. ناباروری به عنوان یک بحران عمده در زندگی که سال‌های متمادی طول می‌کشد، تنشی جدی محسوب می‌شود و با طیف وسیعی از مشکلات همراه است. این رویداد می‌تواند بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی افراد تأثیر گذاشته، منجر به انگ اجتماعی و بروز خشونت گردد و در نهایت سلامت روانی و اجتماعی و ثبات و امنیت افراد و زندگی مشترک آنها را تهدید کند.

امروزه با وجود تغییر و تحولات اجتماعی در کشورهای در حال توسعه، نازایی همچنان به عنوان یک مشکل دیده می‌شود و در بسیاری مناطق، عقیمی برای صدور حکم طلاق کافی است. ناباروری بحرانی است که در صورت حل نشدن و یا عدم مداخله مناسب، می‌تواند به دنبال خود زنجیره‌ای از آسیب‌های اجتماعی و مشکلات اجتماعی و خانوادگی را برای زن و شوهرهای نابارور به همراه داشته باشد. آسیب‌ها و مشکلاتی که نه تنها دامن‌گیر خانواده‌های زوجین نابارور و تهدیدکننده امنیت آنان می‌باشد، بلکه در جامعه بزرگتر نیز تأثیرات مخرب خود را به جا خواهد گذاشت. چرا که امنیت از نیازها و انگیزه‌های اساسی انسان است؛ به طوری که با زوال آن، آرامش خاطر انسان از بین می‌رود و تشویش، اضطراب و ناآرامی جای آن را می‌گیرد و مرتفع شدن بسیاری از نیازهای آدمی در گرو تأمین امنیت است؛ چنانکه آبراهام مازلو<sup>1</sup> نیز در سلسله مراتب نیازها، احساس امنیت را بلافاصله پس از ارضای نیازهای اولیه قرار می‌دهد. روشن است که داشتن جامعه سالم مستلزم وجود افراد و خانواده‌های سالم است و خانواده هنگامی کارکرد خود را به درستی انجام می‌دهد که دچار نابه‌سامانی و آشفتگی و احساس عدم امنیت نباشد.

ناباروری یکی از مهم‌ترین موارد مولد نگرانی در زن و شوهرهایی است که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند. علی‌رغم تمام پیشرفت‌های پزشکی، کماکان درصد قابل توجهی از زن و شوهرهای نابارور در ردیف کسانی قرار می‌گیرند که همچنان موفق به درمان مشکل ناباروری خود نیستند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، شکست در

1- Abraham Maslow

بارداری حدود 80 میلیون فرد را در دنیا درگیر کرده است. در ایران یک مطالعه فراگیر در سال 2005 برای تعیین شیوع ناباروری انجام شد. مطالعه نشان داد که 24/9 درصد زن و شوهرهای ناباروری اولیه را در طول زندگی زناشویی تجربه کرده‌اند (وحیدی<sup>1</sup>، 2005:291). به بیان دیگر حدود یک چهارم زوج‌های ایرانی ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترکشان تجربه می‌کنند. آمار شیوع ناباروری در ایران از میانگین جهانی آن حدود 5 تا 7 درصد بالاتر است. نرخ شیوع ناباروری در شهرها 19/9 و در روستاها 22 درصد است (خداکرمی، 1388:1287). بر مبنای شواهد پارادوکس اصلی ناباروری این است که اغلب افراد نابارور در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، در حالی که داشتن فرزند در این جوامع بسیار با اهمیت تلقی شده و اغلب به عنوان تنها راه زنان برای دستیابی به پایگاه و ارزش در اجتماع می‌باشد. ناباروری در موارد زیادی منجر به طلاق و فروپاشی خانواده‌ها شده و بی‌تردید آسیب‌های مختلفی نیز به همراه دارد و به عنوان یک مشکل اجتماعی جدی متأسفانه در کشور متولی ندارد و بیمه‌ها نیز از آن حمایت نمی‌کنند. ناباروری تنها یک وضعیت پزشکی نیست و این مسأله و درمانش می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و مشکلات روانی و عاطفی مانند افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه و احساس بی‌ارزشی را به همراه بیاورد. سازمان جهانی بهداشت عواقب روانی- اجتماعی ناباروری در افراد نابارور را در 6 سطح طبقه‌بندی کرده است که دو سطح اول آن پیامدهای روانی و بقیه سطوح پیامدهای اجتماعی ناباروری هستند (واینا<sup>2</sup>، 2002: 17-18). در جوامعی که ازدواج و به دنبال آن فرزندآوری بسیار مهم شمرده می‌شود به احتمال زیاد تأثیرات منفی بیشتری را در صورت رویارویی با ناباروری مشاهده خواهیم کرد. ناباروری در کشورهای در حال توسعه به عنوان یک بدن بیمار و هویت انسانی برآورده نشده تعریف می‌شود و تهدیدکننده امنیت افراد و زندگی خانوادگی آنان است. امنیت پدیده‌ای چند بُعدی است؛ اما ناباروری واقعیت تلخی است که به صورت عینی و ذهنی تهدیدکننده امنیت می‌باشد. توسل به قانون برای زنان (ناباروری که دچار انواع خشونت خانگی می‌شوند) بسیار دشوار است و در بیشتر موارد، پلیس مداخله نکردن را ترجیح می‌دهد و به آرام کردن مشاجره اکتفا می‌کند (گیدنز، 1381:218). در بسیاری موارد نیز موارد مختلف

1- Vahidi

2- Vayena

خشونت و تهدید اصلاً گزارش نمی‌شوند و در عرصه حریم خصوصی به صورت حل نشده باقی می‌مانند.

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت ناباروری به عنوان یک بحران در زندگی افراد و یک مشکل اجتماعی در حال رشد، نمود پیدا کرده و عوارض مخرب آن نیز نه تنها به روابط بین زن و شوهرها خلل وارد می‌نماید بلکه دولت و جامعه را نیز درگیر می‌کند. میزان آن در جامعه‌ای با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی ایران، شیوع یافته است و از طرفی یکی از موضوعات مهم در روند تحولات جمعیتی به شمار می‌رود، بنابراین، ضرورت شناخت دقیق این پدیده و پیامدهای آن در راستای درک بومی ناباروری در راستای تدوین برنامه‌های مختلف حمایتی و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی آشکار می‌گردد. بر این اساس کشورهای در حال توسعه نیاز به ارزیابی مجدد اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی برای رویارویی با پیامدهای ناباروری در جامعه دارند. مددکاری اجتماعی به عنوان حرفه‌ای که به کار با افراد و خانواده‌ها می‌پردازد و در حوزه بهداشت و سلامت در دنیای مدرن فعال است؛ این حوزه عمل را با توجه به اهمیتی که در زمینه فرهنگی-اجتماعی ما دارد، به خوبی نمی‌شناسد و برنامه‌های دقیق و آگاهانه‌ای برای کار در این حوزه ندارد. در مطالعات جدید مددکاری اجتماعی لازم است که دانش ما در مورد پدیده رو به رشد ناباروری و پیامدهای آن برای افراد و خانواده‌ها گسترش یابد. دانش عمیق و بومی مددکاری اجتماعی از ناباروری در جامعه معاصر می‌تواند راهنمای پردازش نظریه‌های مربوطه و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی پیرامون این مسأله شود و به فعالیت عملی مددکاران اجتماعی نیز غنا بخشد. بنابراین سوالی که در پژوهش حاضر مطرح است این است که ابعاد پدیده ناباروری که تهدیدکننده امنیت و ثبات زندگی زناشویی در افراد می‌گردد بر مبنای درک بومی از جامعه ایران کدام است؟ و از طریق چه راهکارهایی می‌توان به ارتقای رضایت‌مندی و کیفیت زندگی زن و شوهرهای نابارور کمک کرد؟

### مبانی نظری و پیشینه پژوهش

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، مطالعات ناباروری به شدت پزشکی شده است با این وجود علاوه بر مطالعات پزشکی در این زمینه که البته ضروری است، مطالعات دیگری

نیز از ناباروری وجود دارد که به بررسی پیامدهای روانی و اجتماعی ناباروری تحت تأثیر زمینه اجتماعی می‌پردازد. زیرا ناباروری به عنوان بیماری تعریف شده که جنبه‌های مختلف روانی و اجتماعی نیز علاوه بر جنبه جسمانی دارد. نظریات مطرحی در مددکاری اجتماعی وجود دارد که درک وسیع‌تری از پیچیدگی‌های ناباروری را میسر می‌سازد. مداخلات گوناگون روانی-اجتماعی برای کمک به افراد و زوج‌هایی که ناباروری را تجربه می‌کنند عمدتاً به کمک نظریات جامعه‌شناسی، نظریه‌های زیست- روان اجتماعی، نظریه‌های روانی-اجتماعی و نظریه‌های مددکاری اجتماعی صورت می‌گیرد.

### - نظریه‌های جامعه‌شناسی

از نظر گیدنز امنیت را می‌توان موقعیتی خواند که در آن یک رشته خطرهای خاص، به حداقل رسیده یا با آنها مقابله می‌شود. تجربه امنیت به تعادل اعتماد و مخاطره بستگی دارد. او به طرح امنیت وجود؛ به عنوان یکی از صورت‌های مهم امنیت پرداخته و از ضرورت امنیت وجودی سخن گفته است (گیدنز، 75:1378). این اصطلاح راجع به اطمینانی است که بیشتر آدم‌ها به تداوم تشخیص هویت خود و دوام محیط‌های اجتماعی و مادی کنش در اطراف خود دارند (گیدنز، 110:1377).

از نظر بوزان<sup>1</sup> جوامع متشکل از یک احساس هویت اجتماعی هستند و در ادامه عناصر ارگانیکی امنیت اجتماعی را هویت نامیده و «امنیت اجتماعی» را مترادف «امنیت هویت» تلقی می‌کند (بوزان، 2009). ناباروری به عنوان وضعیتی که شکل‌گیری هویت مطلوب افراد را با مشکل روبرو می‌سازد، ارتباط مستقیم با عدم امنیت اجتماعی و عدم احساس امنیت دارد.

### - نظریه زیست-روان اجتماعی

نظریه زیست - روان اجتماعی<sup>2</sup> ادغام چندین نظریه است: زیستی، روانی و نظریه‌های اجتماعی. این اصطلاح اشاره به این ایده دارد که مشکلات جنبه‌های مختلف زیستی، روانی و اجتماعی دارند. اساساً هیچ مشکل زیستی بدون وجود پیامدهای روانی و اجتماعی و هیچ مشکل روانی بدون پیامدهای زیستی نیست (گریل<sup>3</sup>، 1991). این

1- Buzan

2- Biopsychosocial

3- Greil

نظریه چارچوبی برای درک فعل و انفعالات پیچیده بین تمام سیستم‌های درگیر در ناباروری ایجاد می‌کند. این رویکرد با توجه آگاهانه به وضعیت پزشکی و نقش آن در زندگی شخصی نه تنها بیمار، بلکه روابط بین فردی و زندگی تمام افراد خانواده و دیگر سیستم‌های نهفته مشخص می‌شود. درک امروز ما از ناباروری ریشه در مدل‌های پزشکی دارد و ناباروری در دهه‌های اخیر بسیار پزشکی‌سازی شده است.

### - نظریه‌های روانی - اجتماعی

ناباروری تنها یک مشکل پزشکی نیست که صرفاً نیاز به مداخله‌های پزشکی داشته باشد. برای بسیاری از افراد نابارور و خانواده‌های آن‌ها یک بحران در زندگی با پیامدهای جدی روانی و اجتماعی است. نظریه رشد اریکسون چارچوبی برای درک اینکه چگونه ناباروری مراحل طبیعی رشد و مراحل عاطفی زندگی را متوقف می‌کند، فراهم می‌نماید و همچنین برای درک اینکه چگونه ناباروری محرک نظریه چرخه فقدان/اندوه «کوبلر-راس»<sup>1</sup> بوده است.

اریکسون به این نتیجه رسید که رشد انسانی ناشی از تعامل بین نیازهای روانی افراد و توانایی‌ها و انتظارات اجتماعی و خواسته‌ها است (اریکسون<sup>2</sup>، 1950). یکی از دستاوردهای مهم اریکسون مفهوم‌سازی یک رویکرد رشدی است که باید قبل از انتقال به مرحله بعدی زندگی رخ دهد. از دیدگاه رشد روانی-اجتماعی، مشکل ناباروری حل نشده به طور بالقوه می‌تواند کل زندگی یک بزرگسال را مختل نماید. این وضعیت به عنوان یک «وضعیت عبور»<sup>3</sup> تعریف شده که تهدیدی برای واقعیت‌های مشترک زن و شوهر و مستلزم ساخت واقعیت‌های جدید مشترک است (گریل، 1997).

یکی از برجسته‌ترین مضامین اطراف ناباروری احساس عمیق از دست دادن است، که در ادبیات ناباروری غالب است. نظریه فقدان و اندوه که توسط «کوبلر-راس» (1969) مطرح شد در کار با مرگ و از دست دادن عزیزان بسیار کاربرد دارد. در ناباروری با توجه به تجربه از دست دادن که فرد تجربه می‌کند، دید جدیدی را مطرح کرده است. غم و اندوه روند داخلی برقراری مجدد تعادل عاطفی و شناختی پس از عدم تعادل ناشی از

1- Kubler-Ross

2- Erickson

3- Status-passage

تجربه از دست دادن است. این یک واکنش طبیعی با از دست دادن است. غم و اندوه می‌تواند یک واکنش به فقدان‌های ناشی از عوامل غیر از مرگ مانند ناباروری باشد. غم و اندوه در واکنش به ناباروری منحصر به فرد است زیرا فرآیند مواجهه با ناباروری چرخه‌ای است و ممکن است با هر چرخه قاعدگی درمان شود. فقدان‌ها شامل: از دست دادن تجربه بارداری، زایمان و شیردهی، از دست دادن والدی‌گری، از دست دادن روابط زناشویی صمیمانه و از دست دادن نگاه به خود به عنوان یک فرد بارور است (بالبی<sup>1</sup>، 1980)

### - نظریه‌های مددکاری اجتماعی

نظریات این دسته شامل نظریه مداخله در بحران، نظریه‌شناختی رفتاری و دیدگاه سیستم‌ها است. روانشناسی روان پویایی من (ایگو) در مداخله در بحران به کار گرفته می‌شود تا بر توانمندی‌های عاطفی افراد در برخورد با بحران‌ها تأکید گردد. مداخله در بحران، اصولاً اقدامی برای قطع مجموعه حوادثی است که منجر به وقفه و گسیختگی در کارکرد معمول افراد می‌شود. این رویکرد فقط با پیامدهای یک مسأله مهم که در آن موقعیت تعریف و مشخص می‌شود، برخورد می‌کنند و تلاش می‌کند ظرفیت و توانایی افراد را در برخورد با مشکلات زندگی‌شان بهبود بخشند. این الگو به دلیل پرداختن به مشکلات فوری و اضطراری مورد علاقه موسسات عمومی مددکاری اجتماعی قرار دارد (پین<sup>2</sup>، 1390: 207-211).

روش‌های شناختی-رفتاری راه کارهای درمانی هستند که بر تغییر افکار و احساسات به جای تغییر رفتار یا همراه با تغییر رفتار و یا مقدماتی برای تغییر رفتار، تمرکز دارند. زوج پایه و اساس بستر مهمی به نام خانواده است و امروزه به علت بروز بحران‌های زناشویی، زوج درمانی به عنوان یک شیوه مهم در خانواده درمانی مورد توجه قرار گرفته است. در نهایت زیربنای فلسفی این برداشت آن است که تغییر رفتار به تنهایی برای تصحیح تعامل‌های ناکارآمد کافی نیست بلکه باید بر شیوه تفکر افراد در روابط و الگوهای رفتاری ناسازگار تأکید شود (داتیلیو<sup>3</sup>، 2005: 34)

1- Bowlby

2- Payne

3- Dattilio

دیدگاه‌های سیستم‌ها برای مددکاران اجتماعی مهم‌اند، زیرا کانون توجه آن‌ها اجتماع می‌باشد. با این حال رویکردشان به مسائل اجتماعی عمدتاً رویکرد کار با افراد است تا آنان را با نظم اجتماعی موجود تطبیق داده و سازگار نمایند. نظریه سیستم‌ها بر افراد به مثابه اجزای سیستم‌های دیگر و همچنین تلفیق شده در این سیستم‌ها تمرکز دارد. بنابراین، این نظریه عناصر روانی- اجتماعی را در عمل با هم ترکیب و تلفیق می‌نماید. بررسی این شیوه‌ها کمک می‌کند به این که دربابیم چگونه افراد با یکدیگر در خانواده‌ها، جوامع و محیط‌های اجتماعی وسیع‌تر به تعامل می‌پردازند. نظرات سیستم‌ها به ویژه در کار با خانواده‌ها مهم و کارآمد هستند. به طور کلی نظریه سیستم‌ها فهم ناباروری را به بهترین نحو می‌سازد زیرا دیدگاه وسیع‌تر و عمیق‌تری را برای فهم ناباروری فراهم می‌نماید. کار کردن با دیگران امتیاز مهم نظریه سیستم‌هاست. این نظریه روی چگونگی کار غیرمستقیم با موسسات دیگر و یا خانواده و شبکه‌هایی که امکان تأثیرگذاری بر مراجعان ما را دارند، تأکید دارد (پین، 1390: 277-276).

عباسی شوازی و همکاران (1384)، با عنوان «ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور» ایران از جمله کشورهایی است که از نظر اجتماعی- فرهنگی و مذهبی اهمیت خاصی به فرزندآوری می‌دهد. فرهنگ عمومی جامعه ایران نیز از نقطه نظر مذهبی و تاریخی، فرزندان را موهبت الهی قلمداد می‌کند و بی‌فرزندی را امری ناخوشایند می‌شمرد. اصطلاح «کور بودن اجاق» در جامعه ایرانی به خانواده‌های بدون فرزند اطلاق می‌شود. این هنجارهای حاکم بر خانواده عموماً از پشتوانه‌های فرهنگی نیز برخوردارند. رمضان زاده (1389)، در پژوهشی در زمینه سازگاری هیجانی در افراد نابارور و عزیزاده (1384)، در پژوهشی در رابطه با عزت نفس و کنترل استرس ناباروری؛ به این نتیجه رسیدند که؛ مسأله ناباروری در فرهنگ ایرانی، شکل و ماهیت خاصی دارد؛ به گونه‌ای که با اندکی تأخیر در حاملگی، نگرانی‌ها، کنجکاوی‌ها، دل‌مشغولی‌ها، فشارها و در نهایت دخالت‌های اطرافیان آغاز شده و موجبات نگرانی زوجها را فراهم می‌کند. البته با نگاهی مثبت به سنت‌های اجتماعی ارزشمند ایرانی، می‌توان این نگرانی‌ها و دل‌مشغولی‌های اطرافیان را شاخصی از دلسوزی و احساس نزدیکی و همدردی با افراد نابارور از سوی دیگران نیز ارزیابی کرد. هر چند تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که هم مردان و هم زنان، پریشانی و استرس ناشی از ناباروری را تجربه می‌کنند اما به نظر می‌رسد که زنان در زمینه



مسائل درون شخصی، بین شخصی و فراشخصی در مقایسه با مردان؛ نگرش‌ها، نقش‌ها و احساسات متفاوت‌تری را تجربه می‌کنند در مطالعات بر روی مردان نیز نتایج مختلفی گزارش شده است. بلوچ<sup>1</sup> و همکاران (1998)، در پژوهشی با عنوان جنبه‌های روانی-اجتماعی ناباروری مردان؛ نشان دادند که مردان ایرانی نمرات بالاتری از افسردگی و اضطراب دارند به ویژه در میان کسانی که علت ناباروری آن‌ها عامل مردانه است. ریاحی و همکاران (1391)، در پژوهش خود تحت عنوان «تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری» نشان داده‌اند که ناباروری به‌عنوان یک بحران فردی، استرس زیادی به زوج‌های نابارور وارد می‌کند و می‌تواند به راه‌های گوناگون سلامت روان آنان را تهدید کند. ناباروری می‌تواند باعث اختلال در کیفیت زندگی زناشویی، جدایی، طلاق، کاهش اعتمادبه‌نفس، احساس طرد شدن و درماندگی و در نتیجه منجر به افسردگی شود. عباسی مولید و همکاران (1388)، در پژوهشی با عنوان «آسیب‌شناسی زندگی زوج‌های نابارور ایرانی» انجام دادند سعی کردند که آسیب‌های زندگی زوج‌های نابارور ایرانی شناسایی و طبقه‌بندی شود. بنابراین، تعداد 39 پژوهش داخلی با موضوعات مرتبط با ناباروری تحلیل محتوا شد. نتایج نشان داد 52 نوع آسیب بالقوه در زندگی زوج‌های نابارور ایرانی در سه حیطه درون فردی یا شخصی (23 آسیب)، بین فردی یا گروهی (7 آسیب) و فرافردی و اجتماعی (13 آسیب) وجود دارد که هر یک از این آسیب‌ها نیز در پنج بُعد شناختی، هیجانی، رفتاری، زیستی و محیطی طبقه‌بندی شده است. در مطالعه رهنوردی و همکاران (1398)، با عنوان «بررسی تأثیر ناباروری بر میزان خشونت جنسی در زنان نابارور» مشخص شد افراد نابارور خشونت اعمال شده از طرف خانواده را به طور معنی‌داری بیشتر از گروه نابارور گزارش کرده‌اند. در خصوص ارتباط خشونت با متغیرهای سطح تحصیلات، شغل زنان، درآمد، تحصیلات و شغل همسر، نوری و همکاران (2017)، ارتباط معناداری بین میزان تحصیلات زن و شغل همسر با خشونت شناسایی کردند. به طوری که تحصیلات پایین‌تر مردان با خشونت فیزیکی و... مرتبط بود.

مطالعات گریل<sup>1</sup> (1991)، با عنوان «زوجین نابارور در آمریکا» و موناج<sup>2</sup> (1993)، تحت عنوان «تجربه خارج از اختیار بدون فرزند بودن» نشان داد که ناباروری فقط یک مشکل پزشکی نیست. برای بیشتر نمونه‌ها، تجربه ناباروری یک بحران روانی و اجتماعی بوده است. دیر<sup>3</sup> و همکاران (2002)، در پژوهشی کیفی با عنوان «تجربه زنان بدون فرزند» در بررسی نگرانی‌ها و تجارب مربوط به ناباروری در بین 30 نفر از زنان نابارور آفریقای جنوبی دریافتند که تمامی زنان احساسات ناخوشایندی راجع به ناباروری خود داشته‌اند و تعدادی از آن‌ها، به خاطر ناباروری‌شان پیامدهای منفی اجتماعی از جمله بی‌ثباتی زناشویی، احساس ناامنی در ثبات زندگی مشترک و بدنامی و سوء استفاده را تجربه کرده بودند. همچنین پژوهش جویسی<sup>4</sup> و همکاران (2011)، تحت عنوان «پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری در نیجریه» به منظور شناسایی شیوع پریشانی‌های روانی و همچنین ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی مرتبط با آن در بین یکصد نفر از زنان نابارور نیجریه، نشان داد که بیش از 64 درصد از زنان نابارور عنوان کرده بودند که به خاطر ناباروریشان دچار خشونت‌های کلامی و جسمی از سوی دیگران (همسایگان 15 درصد، بستگان همسر 14 درصد و همسر 10 درصد) شده‌اند.

در برخی موارد ناباروری تأثیر مخربی بر روابط زناشویی دارد. طبق پژوهش ساندهای<sup>5</sup> (1997)، تحت عنوان «ناباروری در گامبیا» ناباروری به عنوان یک تهدید بزرگ برای ثبات زناشویی دیده شده است. این مطالعات نشان می‌دهند که تأثیر ناباروری بر روابط زناشویی بستگی به زمینه اجتماعی و فرهنگی دارد. برای مثال، در جوامعی که نقش زنان به شکل محکمی با فرزندآوری گره خورده است و فرزندآوری برای یک خانواده بسیار مهم دانسته می‌شود و ازدواج با فرزندآوری و پرورش فرزند تعریف می‌شود، به احتمال زیاد شاهد تأثیرات منفی بیشتری بر روابط زن و شوهرها هستیم. این به آن معنی است که ناباروری تأثیر بیشتری بر روابط در کشورهای در حال توسعه خواهد داشت. لیا سو<sup>6</sup> و همکاران (2015)، در پژوهشی با عنوان «خشونت علیه زنان نابارور» ناباروری یک عامل استرس‌زا در زندگی زناشویی افراد می‌باشد که باعث اعمال

1- Greil  
2- Monach  
3- Dyer  
4- Joyce  
5- Sundby  
6- Lliyasu

خشونت از جانب همسر می‌شود. آمارهای متفاوتی در زمینه خشونت خانگی علیه زنان نابارور ارائه شده است به طوری که بالاترین آمار با 82/8 درصد در یک مطالعه در کشور نیجریه به ثبت رسیده است. در حالی که اردبیلی و همکاران (2011)، در پژوهشی با عنوان «شیوع و عوامل خطر خشونت خانگی علیه زنان نابارور در ایران» این میزان 7/3 درصد گزارش کرده‌اند. عادولوجو<sup>1</sup> و همکاران (2015)، در پژوهشی با عنوان خشونت علیه زنان نابارور؛ در ترکیه نیز تفاوت‌های آماری معنی‌داری بین خشونت جنسی در دو گروه بارور و نابارور گزارش کردند به طوری که میزان این خشونت در گروه نابارور بیشتر بود.

نگاهی به پژوهش‌های خارجی حاکی از آن است که گرچه این پژوهش‌ها نیز همانند پژوهش‌های داخلی بیشتر در زمینه روان‌شناسی انجام شده است. نکته قابل توجه در پژوهش‌های خارجی آن است که بخش عمده این پژوهش‌ها در کشورهای آسیایی نظیر ویتنام، فلسطین، ژاپن (ماتسوبایاشی<sup>2</sup>، 2001)، کویت (فیدی و زاهدی<sup>3</sup>، 2004)، ترکیه (وان روجی<sup>4</sup>، 2007) انجام شده‌اند. این یافته، می‌تواند تأییدی بر اهمیت فرزندآوری در کشورهای شرقی و جهان سوم باشد که فرهنگ‌هایی جمع‌گرا و سنتی داشته و برای ساختار خانواده و پیوندهای خویشاوندی اهمیت ویژه‌ای قائل‌اند. مسأله دیگر ارتباط جنسیت و ناباروری است، زنان عموماً در جوامع در حال توسعه بیشتر از مردان تحت تأثیر پیامدهای منفی ناباروری قرار می‌گیرند.

### مدل مفهومی پژوهش



شکل 1- الگوی مفهومی پژوهش

- 1- Aduloju
- 2- Matsubayashi
- 3- Fidi&Zahid
- 4- Van Rooji

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی-کاربردی و به صورت کیفی انجام شده است. با توجه به موضوع پژوهش، مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا جهت درمان؛ قلمرو مطالعه این پژوهش بود و افراد نابارور مراجعه‌کننده به این مکان، جامعه آماری پژوهش و به عنوان شرکت‌کنندگان بالقوه در مطالعه در نظر گرفته شدند. در پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و سپس نمونه‌گیری نظری، نمونه‌ای 40 نفری از افراد مراجعه‌کننده (20 مرد و 20 زن) به مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا در سال 1396، که تمایل به همکاری داشتند به عنوان واحد نمونه و واحدهای مشاهده وارد پژوهش شدند. سپس از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد.

## یافته‌های پژوهش

### یافته‌های توصیفی

با استفاده از روش گراند تئوری به تحلیل مصاحبه با 40 فرد نابارور (20 نفر مرد و 20 نفر زن) با دامنه سنی 21 تا 43 سال که در پژوهش شرکت کردند، پرداخته شد. افراد شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها از حیث اشتغال شامل شاغل (27 نفر) و غیر شاغل (13 نفر) بودند. به عبارت دقیق‌تر اگرچه همه مردان شرکت‌کننده در پژوهش شاغل بودند اما زنان پژوهش هم شامل شاغل (7 نفر) و هم خانه‌دار (13 نفر) می‌شدند. علاوه بر این شرکت‌کنندگان پژوهش از حیث تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی ناهمگون و به طبقات اجتماعی و اقتصادی مختلف تعلق داشتند. به گونه‌ای که از حیث تحصیلات 20 نفر دارای مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر، 15 نفر دارای مدرک فوق دیپلم و دیپلم و 5 نفر زیر دیپلم بودند. از نظر شهر محل سکونت، شرکت‌کنندگان در پژوهش 20 نفر ساکن تهران و 20 نفر نیز مقیم شهرستان‌ها بودند. در ادامه مشخصات مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها در قالب جدولی آمده است:

جدول 1- مشخصات مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها

شاخص	سنجه	فراوانی	شاخص	سنجه	فراوانی
جنسیت	مجموع	40	تحصیلات	لیسانس و بالاتر	20
	مرد	20		فوق دیپلم و دیپلم	15
	زن	20		زیر دیپلم	5
سن	بین 20 تا 29 سال	13	مدت زمان ناباروری	1 تا 5 سال	24
	بین 30 تا 39	25		6 تا 10 سال	12
	بیشتر از 40	2		بالای 10 سال	4
شغل	شاغل	27	علت ناباروری	زنانه	13
	غیر شاغل	13		مردانه	16
	تهران	20		زنانه و مردانه	5
شهر محل سکونت			نامشخص	6	

### یافته‌های استنباطی

نتایج پژوهش حاضر پیامد عمده ناباروری را مقوله اصلی ایجاد ابهام در زندگی افراد نشان داد. که از زیر مقوله‌های واکنش‌های شناختی، واکنش‌های عاطفی-هیجانی و بحران در زندگی و اختلال پیش‌بینی نشده، تشکیل می‌شود. در واقع ناباروری به عنوان یک اختلال پیش‌بینی نشده، روال عادی زندگی افراد را بر هم زده و به دنبال خود مسائل مختلفی را ایجاد می‌کند. ناباروری و درمان آن با توجه به ویژگی‌های خاصی مانند عدم قطعیت در مورد مؤثر بودن درمان‌ها و احتمال موفقیت منتهی به ابهام در آینده زندگی مشترک و ایجاد تردید در توانایی ادامه زندگی مشترک بدون فرزند، می‌گردد. این پدیده اصلی ابهام در زندگی منجر به انواع استرس‌های فردی/خانوادگی و اجتماعی و احساس شکست/ اندوه/ فقدان و گناه برای افراد می‌گردد. ایجاد ابهام در زندگی افراد نابارور به عنوان پیامد ناباروری منجر به پایین آمدن سطح کیفیت زندگی زوج‌های نابارور، عدم احساس ثبات و امنیت در زندگی زناشویی و بروز انواعی از واکنش‌های شناختی و واکنش‌های عاطفی-هیجانی خواهد بود که در صورت عدم به کارگیری استراتژی‌های مقابله‌ای کارآمد و استمرار در نهایت به ایجاد بحران در زندگی مشترک و به عنوان تهدیدی جدی برای ثبات زندگی زناشویی تلقی می‌شود. نتایج

حاصل از کدگذاری مصاحبه‌ها پیامدهای ناباروری را در قالب مقوله عمده ایجاد ابهام در زندگی و مقوله‌ها و مفاهیم جدول زیر نشان داد.

جدول 2- نتایج حاصل از کدگذاری مقوله اصلی پیامدهای ناباروری

مفاهیم	مقوله‌ها	مقوله ی عمده	نوع مقوله
احساس فقدان-احساس شکست در(هدف زندگی/تجربه بارداری/تجربه فرزندپروری)-احساس گناه	واکنش های شناختی		
خشم-اندوه-سطوح بالای اضطراب، استرس و افسردگی	واکنش های عاطفی - هیجانی	ابهام در زندگی	پیامدها
تحمل خشونت-کیفیت زندگی پایین-احساس عدم امنیت- تهدید جدی زندگی زناشویی	بحران در زندگی و اختلال پیش بینی نشده		

شواهد پژوهش حاضر حاکی از آن بود که ابهام و تردیدی که بدون فرزند بودن در زندگی افراد ایجاد می‌نماید آنها را از پیش‌بینی زندگی در آینده و نشانه‌گیری هدف نهایی باز می‌دارد. این ابهام و تردید، ساخت کلی زندگی افراد را تغییر می‌دهد و مشکلاتی را در مراحل مختلف زندگی ایجاد می‌نماید. ناباروری به طور غیرمستقیم ترس از آینده زندگی مشترک را بر زوجین تحمیل می‌کند. چرا که با توجه به تأثیرات عمیقی که بر زوجها می‌گذارد و فرهنگ خاص جامعه ما، دستیابی به اهداف زندگی مشترک، با توجه به باور عمومی، تنها از طریق فرزندآوری امکان‌پذیر می‌شود. به طوری که زوجین داشتن فرزند را عامل استحکام زندگی، امیدواری به زندگی و آینده، شور و حال زندگی می‌دانند و در مقابل بدون فرزند بودن را عامل دلسردی از زندگی، یک نواختی زندگی زناشویی، احساس تنهایی و بی‌هدف شدن زندگی می‌بینند مصاحبه‌شوندگان با اشاره به احساس تنهایی و کاهش امیدواری به آینده، در نهایت به نگرانی خود بابت ادامه زندگی مشترک‌شان اشاره می‌کردند.

افراد شرکت‌کننده فرزندآوری را هدف نهایی زندگی مشترک و عامل تحکیم‌کننده آن می‌دانند و در نتیجه زندگی خود را بدون آینده یافته و در مورد موفقیت و ادامه آن ابهاماتی را در پیش‌رو می‌دیدند.

بر اساس رویکردهای شناختی این حوادث و رویدادها نیستند که فرد را ناراحت می‌سازند بلکه طرز تفکر فرد که حاصل باورها، طحوااره ها و نگرش اوست، بر شیوه پردازش اطلاعات تأثیر گذاشته و سبب بروز هیجانات و واکنش‌های فردی می‌شوند. لذا براین اساس به نظر می‌رسد باورها و طرز تفکر افراد پیرامون مسأله ناباروری، نوع و شدت این واکنش‌ها را نشان می‌دهد. از جمله واکنش‌های شناختی که در این پژوهش کشف شد عبارتند از: احساس فقدان، احساس شکست در (هدف زندگی/ تجربه باراری/ تجربه فرزندپروری) و احساس گناه که دومین زیر مقوله از مقوله اصلی ایجاد ابهام در زندگی مشترک می‌باشد.

احساس فقدان<sup>1</sup> غالب‌ترین موضوعی بوده که در پژوهش گریل<sup>2</sup> (1991) و موناچ<sup>3</sup> (1993) به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز نتایج مصاحبه‌ها با شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد که زنان اکثراً به ناباروری به صورت یک فقدان نگاه می‌کنند تا این‌که آن را به عنوان یک چالش ببینند. شواهد پژوهش حاضر حاکی از آن است که فقط یک رویداد مهم (ناباروری) نیست که باعث چرخه داغ‌دیدگی می‌شود، بلکه یک سری از فقدان‌ها است که حتی در هر ماه اتفاق می‌افتد (شکست درمان و تلاش برای باروری)، در نتیجه تجربه فقدان به صورت دوره‌ای ایجاد می‌شود. زمانی که افراد برای اولین بار افراد نابارور تشخیص داده می‌شوند، واکنش آنها معمولاً شوکه شدن و تعجب فراوان است. با گذشت زمان، به ویژه پس از چند تلاش شکست خورده برای درمان و یا سقط جنین، احساسات افراد نابارور اغلب ویران‌تر و تلخ‌تر می‌شود. افراد نابارور نه تنها شکست در تجربه پرورش کودک را تجربه می‌کنند، بلکه در بسیاری از جنبه‌های زندگی نیز شکست را تجربه می‌کنند از جمله، هدف زندگی، تجربه بارداری، باروری، هویت شخصی، هویت جنسی. زنان در آغاز هر چرخه قاعدگی تجربه شکست جسمی را تحمل می‌کنند در حالی که مردان چنین شکستی را تجربه نمی‌کنند.

با توجه به صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان پژوهش‌گر متوجه کمبود معنا در زندگی افراد نابارور شد. معناگرایی<sup>4</sup> جنبه مربوط به انسانیت است که بر نیاز مشترک انسان‌ها،

1- Loss

2- Greil

3- Monach

4- Sprituality

که گفته می‌شود نیاز عام و جهانی انسان‌ها برای یافتن معنا در زندگی‌شان و چیز مهمی که فراتر از بقاء و یا وجد محض می‌باشد، تأکید دارد. مطابق نظر اریکسون به لحاظ تکاملی ناباروری، نشان‌دهنده یک شکست برای رسیدن به یکی از نقاط عطف زندگی است. اریکسون (1974)، معتقد بود که جوانان به سمت مرحله زاینده‌گی<sup>1</sup> و داشتن فرزند «به عنوان اولین و مهم‌ترین مواجهه با زاینده‌گی است» در حرکتند. شکست در تولید مثل می‌تواند رشد شخصی را متوقف نماید. هنگامی که تمام امیدها برای داشتن فرزند تضعیف می‌شود، پاسخ معمولاً به صورت تجربه بارسنگینی از احساسات منفی است. علاوه بر تمام دغدغه‌های روانی ناشی از ناباروری، فردی که مشکل ناباروری از جانب او تشخیص داده می‌شود، زن یا مرد، خود را مسئول و مقصر در نداشتن فرزند می‌داند که این موجب رویارویی وی با احساس گناه می‌شود. او ممکن است دچار عذاب وجدان و ناراحتی شده و خود را سرزنش نماید.

شواهد پژوهش نشان داد که یکی از زیر مقوله‌های پدیده ابهام در زندگی مشترک واکنش‌های عاطفی-هیجانی از جمله استرس فردی/ خانوادگی و اجتماعی است. نتایج مصاحبه با شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان می‌دهد که سرمایه‌گذاری زنان برای داشتن فرزند و انجام درمان، بیشتر از مردان است چرا که زنان در صورت بدون فرزند ماندن سطوح بالاتری از ننگ را نسبت به مردان تجربه می‌کنند. استرس و اضطراب به عنوان پیامد منفی ناشی از داغ خوردگی در اثر نداشتن فرزند، وضعیت روانی و عاطفی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مصاحبه‌ها نشان داد، برخی از استرس‌هایی که افراد نابارور تجربه می‌کنند نه فقط ناشی از روند درمان ناباروری که خود بسیار استرس‌زاست، بلکه حتی استرس ناشی از آشکار شدن موضوع ناباروری برای همگان است. زمانی که افراد خود را در برابر مصائب ناباروری مستأصل می‌یابند، پاسخ‌های عاطفی شامل احساس خشم، اندوه و سطوح بالای اضطراب و استرس را بروز می‌دهند. تفاوت‌های جنسیتی در واکنش عاطفی نسبت به ناباروری و درمان آن نیز ثبت شده است به گونه‌ای که زنان اعتماد به نفس کمتر و احساسات منفی بیشتری را نسبت به مردان گزارش کرده‌اند. زنان به لحاظ عاطفی بیشتر تحت تأثیر ناباروری قرار می‌گیرند و پاسخ‌های روانی منفی‌تری دارند. تجربه ناباروری برای زنان به عنوان یک بحران جدی شناخته می‌شود،



در حالی که شوهران آن را به عنوان یک وضعیت ناامید کننده و نه لزوماً وضعیتی اضطراری درک می‌کنند.

احساس خشم یکی از واکنش‌های عاطفی-هیجانی ناشی از ناباروری است و توسط بسیاری از افراد شرکت‌کننده در پژوهش گزارش شد. افراد نابارور به دنبال احساس ناکامی یا شکست در فرزندآوری و به دنبال آن تحمل انگ و کنایه‌های اطرافیان و تهدیدی که برای ثبات زندگی زناشویی خود تجربه می‌کنند؛ احساس خشم می‌نمایند.

مطالعات، احساس اندوه<sup>1</sup> را به عنوان مهم‌ترین واکنش عاطفی ابراز شده ناباروران معرفی کرده‌اند. در هر مرحله از فرایند تجربه ناباروری در چرخه زندگی خانوادگی، زن و شوهرهای ممکن است اندوه حاصل از ناباروری را بارها و بارها تجربه کنند. مطالعه حاضر نیز نشان داد احساس اندوه شایع‌ترین واکنش عاطفی-هیجانی در میان افراد نابارور به خصوص زنان است. این نتیجه‌گیری براساس مشاهداتی که در مصاحبه‌ها، انجام شد مانند گریه کردن مصاحبه‌شوندگان، و یا ابراز اینکه احساس ناراحتی و اندوه می‌کنند، صورت گرفته است. اکثر مصاحبه‌شوندگان در هنگام مصاحبه‌ها دچار احساس اندوه و بروز واکنش گریه می‌شدند. افراد نابارور اغلب دچار غم و اندوه می‌شوند. نظریه غم و اندوه بیانگر بی کسی و فقدان است. فروید معتقد است هنگامی که فردی دچار غم و اندوه می‌شود در واقع از جایی که انتظار عشق و محبت داشته این انتظار برآورده نشده و حالتی از انتظار در فرد باقی می‌ماند. این نظریه معتقد است هنگامی که این وضعیت ادامه یابد، حالتی از یأس و نومییدی در فرد ایجاد می‌شود.

یکی از مهم‌ترین مقوله‌هایی که بعد از مصاحبه با افراد نابارور حاصل شد مقوله ایجاد بحران در زندگی به دنبال وقوع اختلال پیش‌بینی نشده است. از مهم‌ترین پیامدهای ناباروری و وقوع بحران، کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است. شواهد پژوهش حاضر نشان داد که با توجه به اثرات مختلف و نامطلوب جسمانی، روانی و اجتماعی ناباروری، مؤلفه کیفیت زندگی افراد نابارور به دلیل قوع بحران ناباروری در زندگی‌شان و ایجاد ابهام‌های مختلف مانند نامعلوم بودن نتیجه درمان و شکست روش‌های درمانی؛ در حد پایینی قرار دارد. کیفیت زندگی با عزت نفس و رضایت از

زندگی و رضایت جنسی ارتباط مستقیم دارد، و ناباروری کیفیت زندگی افراد از جنبه های مختلف اقتصادی و اجتماعی و... تحت تأثیر قرار می دهد. در واقع رضایت از زندگی یکی از نتایج کیفیت زندگی است که تحت تأثیر قرار می گیرد. ناباروری بر رضایت از زندگی و عزت نفس تأثیر گذاشته و درمان های ناموفق موجب کاهش رضایت از زندگی و در نتیجه کیفیت زندگی پایین می شود. گرچه روش های مختلف درمان ناباروری به سرعت در حال پیشرفت است، اما کیفیت زندگی زوج های نابارور به دلیل ماهیت ناباروری و ویژگی های فرهنگی و سیستم ارزشی زمینه؛ به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته است.

مشکل ناباروری در صورت درمان نشدن و یا عدم رویارویی صحیح با آن، می تواند به عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش و هویت یابی، نه تنها مشکلاتی را به لحاظ روانی و اجتماعی برای زوجین بوجود می آورد، بلکه می تواند به عنوان یک ضربه بر قدرت بر علیه روابط زوجین و کارکرد مناسب خانواده عمل نماید. همانند هر بحران دیگر، ناباروری بطور ناخواسته، یا زوجها را به هم نزدیک یا باعث بوجود آمدن مشکلات ارتباطی می شود و یا مشکلات پنهانی را بوجود می آورد. زیر مقوله بحران در زندگی و اختلال پیش بینی نشده دارای مفاهیمی چون تحمل خشونت و تهدید جدی زندگی زناشویی نیز هست.

برای زنان در کشورهای در حال توسعه، ناباروری ممکن است به عنوان یک تهدید جدی و حداقل تحمل انواع خشونت باشد. هر چند نوع خشونتی که افراد تجربه می کنند با توجه به متغیرهایی مانند مدت ناباروری، پایگاه اجتماعی و اقتصادی و... متفاوت است اما، افراد نابارور در مصاحبه ها گزارش کردند که حداقل یکی از انواع خشونت را از طرف همسر، خانواده و اطرافیان تجربه کرده اند. افراد ممکن است کنار گذاشته شده، نادیده گرفته شوند و یا هدف خشونت های روانی، عاطفی، کلامی، اقتصادی و گاه خشونت فیزیکی قرار گیرند که می تواند به سلامت روانی و اجتماعی آن ها آسیب برساند. انواع خشونت هایی که مصاحبه شوندگان در پژوهش گزارش دادند عبارت بودند از: خشونت های روانی: دعوا کردن، خشونت های عاطفی: دوری گزینی همسر، خشونت های کلامی: سرزنش به خاطر بچه دار نشدن، صحبت نکردن، خشونت اقتصادی: در مضیقه مالی قرار گرفتن، ندادن هزینه های درمان.

برای زوج‌های نابارور، گذشت زمان با احساس نگرانی همراه است و زنان بیش از مردان در معرض آسیب‌های روانی و اجتماعی هستند؛ به ویژه آن‌که انواع خطرانی مثل ازدواج مجدد، جدایی و طلاق آثار منفی شدیدی برای زنان به همراه دارد. ترس از آینده‌ای مبهم به دنبال شکست در درمان ناباروری و به خطر افتادن زندگی مشترک برای بسیاری از زنان نگران‌کننده و جدی است.

ناباروری به عنوان یک «وضعیت عبور<sup>1</sup>» تعریف شده که تهدیدی برای واقعیت‌های مشترک زن و شوهر و مستلزم ساخت واقعیت‌های جدید مشترک است. این وضعیت احساس امنیت افراد را در مورد پایداری ازدواج و آینده تهدید می‌کند و افراد دائماً به دنبال نشانه‌ها و اشاراتی در مورد خیانت همسر، توطئه اطرافیان و پایان زندگی مشترک هستند. عموماً زنان بیشتر خود را در موقعیت متزلزل و شکننده می‌یابند و این مسأله باعث تشدید واکنش‌های شناختی و واکنش‌های عاطفی-هیجانی منفی و بازتولید بحران در زندگی خانوادگی می‌گردد. مردان نیز به دلیل وجود ارزش‌های اجتماعی در مورد تشویق فرزندآوری و هویت مردانه و قرار گرفتن در معرض مشکلات اقتصادی، اجتماعی و روانی ناشی از ناباروری و درمان آن ممکن است به بروز واکنش‌های شناختی و واکنش‌های عاطفی - هیجانی منفی و کنترل نشده دست زده و مسبب پایدار ماندن بحران و تهدید زندگی زناشویی گردند.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر پیامد عمده ناباروری را که تهدیدکننده امنیت و ثبات زندگی مشترک است، مقوله اصلی ایجاد ابهام در زندگی افراد نشان داد. احساس امنیت، حاصل اعتماد به تعاریفی از زندگی است که هویت و هستی انسان بر مبنای آن سامان می‌گیرد و این احساس امنیت در خانواده پی‌ریزی می‌گردد. ناباروری بحرانی است که احساس امنیت از ثبات زندگی زناشویی را دچار تردید می‌کند. این یافته هم راستا با یافته‌های پژوهش ریاحی و همکاران (1391) است که ناباروری را از عوامل جدایی و طلاق دانسته است. از دیدگاه سیستمی، می‌توان بررسی کرد که چگونه هرگونه نوسان در یک بخش از سیستم می‌تواند سایر اجزای سیستم و کل سیستم را تحت تأثیر قرار دهد. زیرا یک

زن و شوهر سازنده یک سیستم در سطح خرد هستند و اگر یکی یا هر دو نفر آنها مسئول ناباروری باشند، این زوج است که تحت تأثیر قرار می‌گیرد و پیامدهای منفی مختلفی را تجربه خواهد کرد. از جمله واکنش‌های شناختی مانند احساس فقدان، احساس شکست در بسیاری از جنبه‌های زندگی از جمله هدف زندگی، تجربه بارداری و تجربه فرزندپروری و احساس گناه. دسته بعدی واکنش‌های عاطفی - هیجانی هستند که به صورت پاسخ‌های عاطفی شامل احساس خشم، اندوه، گریه و سطوح بالای اضطراب و استرس بروز می‌یابد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش عباسی مولید و همکاران (1388) که به آسیب شناسی زندگی زوج‌های نابارور پرداخته بود، همسو می‌باشد. شواهد پژوهش حاضر حاکی از آن بود که ابهام و تردیدی که بدون فرزند بودن در زندگی افراد ایجاد می‌نماید آنها را از پیش‌بینی زندگی در آینده و نشانه‌گیری هدف نهایی باز می‌دارد. این ابهام و تردید، ساخت کلی زندگی افراد را تغییر می‌دهد و مشکلاتی را در مراحل مختلف زندگی ایجاد می‌نماید. افراد شرکت‌کننده فرزندآوری را هدف نهایی زندگی مشترک و عامل تحکیم‌کننده آن می‌دانند و در نتیجه زندگی خود را بدون آینده یافته و در مورد موفقیت و ادامه آن ابهاماتی را در پیش رو می‌دیدند. عدم پذیرش حال و واقعیت رویکردی ناکارآمد و بسیار آسیب‌زا است زیرا افراد را از جستجوی هدف و معنای جدید و مسئولیت‌پذیری باز می‌دارد. ابهام در زندگی مشترک اگرچه در تحقیقات مختلف به صورت گذرا مورد توجه قرار گرفته اما به صورت یکی از پیامدهای جدی ناباروری از جهت مختل کردن نیروی اصیل و بنیادی معنای زندگی، مورد توجه ویژه قرار نگرفته است. به بیان دیگر ناباروری تهدیدی برای واقعیت‌های مشترک زن و شوهر و مستلزم ساخت واقعیت‌های جدید مشترک است.

می‌توان گفت ناباروری، بحرانی است که در نهایت مانند بحران‌های دیگر یا حل می‌شود یا به حالت نهایی می‌رسد و مانند هر بحران دیگر، نتیجه نهایی آن ممکن است تغییر و ایجاد یک خصوصیت ناسازگارانه باشد یا موجب افزایش رشد، بلوغ و استحکام بیشتر شخص شود. یکی از عوامل مؤثر در اینکه ناباروری به مرحله بحرانی نرسد قابلیت تاب‌آوری افراد است. کانر تاب‌آوری را به عنوان مقیاسی برای اندازه‌گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا و ویژگی فردی که به فرد اجازه رشد و شکوفایی، حتی در مواقع مواجهه با فاجعه، می‌دهد، در نظر می‌گیرند و آن را با «سختی شخصیت» که

مقیاسی برای استقامت عاطفی است، مترادف می‌دانند (کانر<sup>۱</sup>، 2006) در توصیف نظریه «فشار خانواده» هیل<sup>۲</sup> (1958) بیان می‌کند که این نظریه سه سازه نظری را که به واسطه آنها یک حادثه به بحران تبدیل می‌شود، معرفی می‌کند؛ که عبارتند از: اولین سازه، سختی خود حادثه است، که اشاره به استرس‌سوارها<sup>۳</sup> دارد. یک استرس‌سوار به عنوان حادثه‌ای تعریف می‌شود که خانواده آمادگی قبلی برای آن ندارد یا توانایی و آمادگی کمی برای مواجهه با آن دارد. دومین سازه بر "منابع خانواده" تأکید می‌کند و منظور از آن عبارت است از ساختار نقشی آن<sup>۴</sup>، انعطاف‌پذیری، تاریخچه قبلی بحران. سومین سازه، تعریفی است که خانواده از حادثه دارد، یعنی درک خانواده از حادثه؛ اگر خانواده حادثه را به عنوان استرس‌سوار درک نکند، درکی از بحرانی بودن حادثه نخواهد داشت (کانر، 2006: 81) بنابراین با توجه به موارد مطرح شده و اهمیت فرزندآوری در جامعه ایرانی، تعریف خانواده از ناباروری درک آن به عنوان یک استرس‌سوار است در اینجا نوع شخصیت فردی خود افراد و همین طور ارائه مشاوره‌ها و خدمات مددکاری اجتماعی مناسب و آموزش راهکارهای مقابله‌ایمؤثر و کارآمد برای جلوگیری از ایجاد بحران و تهدید امنیت خانواده‌های نابارور بسیار مؤثر خواهد بود. چرا که امنیت دو عنصر اساسی تهدید و فرصت دارد و برقراری امنیت منوط به رهایی نسبی از تهدید و بهره‌گیری از فرصت‌هاست.

### پیشنهادها

- در مراکز درمان ناباروری به جنبه‌های روانی و خصوصاً اجتماعی ناباروری توجه ویژه‌ای شود و از طریق ایجاد واحدهای مددکاری اجتماعی، به ارائه خدمات مناسب و آموزش راهکارهای مقابله‌ای کارآمد در زمینه کاهش احساس ناامنی در افراد نابارور پرداخته شود؛
- آموزش مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های زندگی و توانمندسازی افراد نابارور می‌تواند باعث شکل‌گیری ارتباطات مؤثر زن و شوهرها، افزایش کارکرد خانواده، ارتقاء کیفیت زندگی و در نهایت افزایش امنیت و ثبات در خانواده افراد نابارور شود؛

1- Conner

2- Hill

3- Stressor

4- Role structure

- انجام غربالگری خشونت در کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی -  
درمانی جهت اطمینان از امنیت زنان در خانواده و ارجاع افراد تحت خشونت جهت  
مشاوره؛

- در سطح کلان، سیاست‌گذاری‌های هدفمند و پوشش فراگیر بیمه‌های درمانی برای  
درمان‌های ناباروری، نقش بسیاری در کاهش بار مالی درمان دارد. همین امر سبب‌ساز  
آرامش بیشتر زوجین و احساس امنیت و افزایش کیفیت زندگی آنان می‌گردد.

### تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانم از پژوهشگاه ابن‌سینا جهت صدور مجوز برای انجام پژوهش  
در مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن‌سینا و کلیه پرسنل دلسوز و فداکار این  
مجموعه کمال تقدیر و تشکر را داریم.



## منابع

- پین، مالکوم (1390). نظریه نوین مددکاری اجتماعی. ترجمه طلعت الهیاری و اکبر بخشی نیا، تهران: انتشارات دانژه، صص 207-211 و 276-277.
- خداکرمی، ناهید؛ هاشمی، سمیه؛ صدیق، صدیقه و همکاران (1388). تجربه زندگی با ناباروری: یک بررسی پدیدارشناسی، باروری و ناباروری. سال 10، ش 4، صص 287-297.  
<http://www.jri.ir/documents/fullpaper/fa/397.pdf>
- رمضان زاده، فاطمه و همکاران (1389). سازگاری هیجانی در افراد نابارور. نشریه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، سال 20، ش 70، صص 36-44.  
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=189800>
- رهنوردی، منا و شایان، آرزو (1398). بررسی تأثیر ناباروری بر میزان خشونت جنسی در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا رشت. مجله سلامت و مراقبت، سال 21(1).  
<http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-961-fa.html>
- ریاحی، محمد اسماعیل و زارع زاده مهریزی، الهام (1391). بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای روانی- اجتماعی ناباروری در بین مراجعین به مرکز ناباروری شهر یزد. فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده، سال چهارم، شماره 56، صص 155-210.  
[http://www.jwss.ir/article\\_12268.html](http://www.jwss.ir/article_12268.html)
- عباسی شوازی و همکاران (1385). ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور: مطالعه موردی در تهران. باروری و ناباروری، سال 2، ش 2، صص 91-113.  
[https://jwdp.ut.ac.ir/article\\_19200.html](https://jwdp.ut.ac.ir/article_19200.html)
- عباسی مولید و همکاران (1384). آسیب‌شناسی زندگی زوج‌های نابارور ایرانی. طب و تزکیه، شماره 73، صص 83-20.  
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=111211>
- علیزاده، توران و همکاران (1384). رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور. باروری و ناباروری، سال 6، ش 2، صص 194-204.  
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=19249>
- گیدنز، آنتونی (1377). پیامدهای مدرنیته. ترجمه محسن ثلاثی. تهران: نشر مرکز.
- گیدنز، آنتونی (1378). تجدد و تشخص، جامعه و هویت شخصی در عصر جدید. ترجمه ناصر موفقیان، چاپ اول، تهران: نشر نی.
- Adulojo PO, Olagbuji NB, Olofinbiyi AB, Awoleke JO. (2015). Prevalence and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic

in south-western Nigeria. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.188(21)66-69  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25794827>

- Ardabili HE, Moghadam ZB, Sasali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. (2011) Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.112(1):15-17.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20961542>
- Baluch B, Nasser M, Aghssa MM. (1998). Psychological and social aspects of male infertility in a male dominated society. *Journal of Social and Evolutionary Systems*.21p 113-120.  
[https://www.researchgate.net/publication/222800083\\_Psychological\\_and\\_social\\_aspects\\_of\\_male\\_infertility\\_in\\_a\\_male\\_dominated\\_society](https://www.researchgate.net/publication/222800083_Psychological_and_social_aspects_of_male_infertility_in_a_male_dominated_society)
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Buzan B, Hansen L. (2009). *The evolution of International Security Studies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Conner KM, Davidson, J.R.T. (2006). Development of a new resilience scale. The Conner-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12964174>
- Dattilio, F.M. (2005) "The Role of Cognitive Behavioral Interventions in Couple and Family Therapy", *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 139-162  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01539.x>
- Dyer, S.J, N, Abrahams, M. Hoffman, & Z.M. Van der spuy. (2002). Men leave me as I cannot have children: women's experience with involuntary childlessness'. *Human Reproduction*, 17(6)  
<https://academic.oup.com/humrep/article/17/6/1663/2919233>
- Erikson. E.H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton
- Fido Aboullahi & Muhammad A. Zahid. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti woman: Cultural Perspectives', *International Journal of Social Psychiatry*, Vol 50  
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764004050334>
- Greil, A.L. (1991). *Not yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick, N.J.: University Press.
- Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & medicine*, 45(11), 1679-1704  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9428088>
- Joyce O Omaregba, Bawo o James, Ambrose O Lawani, Olufemi Morakinyo, Osasu Soloyu. (2011). Psychosocial characteristics of



- infertility in a tertiary health institution in Nigeria', *Annals of African Medicine*, Vol.10(1)  
<http://www.annalsafmed.org/article.asp?issn=1596-3519;year=2011;volume=10;issue=1;spage=19;epage=24;aulast=Omoaregba>
- Lliyasu Z, Galadanci HS, Abubakar S, Auwal MS, OdohC, SalihuHM, et al.(2015).Phnotypes of intimate partner violence among women experiencing infertility in Kani, Northwest Nigeria.*International Journal of Gynecology and Obstetrics*;133(1)32-36  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948339>
  - Matsubayashi,H.(2001).Emotional distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction*,vol.16(5).966-969.  
<https://academic.oup.com/humrep/article/16/5/966/2913492>
  - Monach,J.J.(1993). Chidless: No choice. The experience of involuntary childlessness.London:Routledge.
  - Noori A, Sango A, Jouybari L, AzimiM.Survey of types of domestic violence and its related factors in pregnant (2017).mothers in Kalaleh at 2014. *Iranian Journal of Obstetrics,Gynecology and Infertility*;9(39):54-62  
<http://eprints.mums.ac.ir/869/>
  - Sheikhan Z, Ozgoli G, Azar M.(2014) Domestic violence in Iranian infertile women.*Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*,28(4):152-60  
<http://mjiri.iums.ac.ir/article-1-2620-en.html>
  - Sundby,J.(1997).Infertility in the Gambiai traditional modern health care.*Patient Education and Conselling*,31,1,29-37  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399197010069>
  - Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. Prevalence of infertility in the Islamic Republic of Iran in2004-2005.*ASIA Pac J Public Health* 2009;21:287-293  
[https://www.researchgate.net/publication/24428934\\_Prevalence\\_of\\_Primary\\_Infertility\\_in\\_the\\_Islamic\\_Republic\\_of\\_Iran\\_in\\_2004-2005](https://www.researchgate.net/publication/24428934_Prevalence_of_Primary_Infertility_in_the_Islamic_Republic_of_Iran_in_2004-2005)
  - vanRooji, F.B., van Balen, F. and Hermanns, J.M.A.(2007) Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples in western Turkey, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*,28,2,87-95  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01674820701410015>
  - Vayena E, J.ROWE P, GRIFFIN D. (2002).Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction, World Health Organization.Geneva, 17-18.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42576/9241590300.pdf;jsessionid=7E1FD9B451831F8193F17F7F13FD5F90?sequence=1>
  - Wiersema Nicole J.,J.DrukkerAnouck, B T.Dung Mai, H NhuGiang, T.Nhunguyen&B.LambakCorneils.(2006)Consequences of infertility in developing countries:results of a questionnaire and interview survey in south of Vietnam',*Journal of Translational Medicine*,4(54)

[https://www.researchgate.net/publication/6608797\\_Consequences\\_of\\_infertility\\_in\\_developing\\_countries\\_Results\\_of\\_a\\_questionnaire\\_and\\_interview\\_survey\\_in\\_the\\_South\\_of\\_Vietnam](https://www.researchgate.net/publication/6608797_Consequences_of_infertility_in_developing_countries_Results_of_a_questionnaire_and_interview_survey_in_the_South_of_Vietnam)

- Wirtberg, I., Moller, A., Hogström, L., Tronstad, S.E., et al. (2007) Life 20 years after unsuccessful infertility treatment, Human Reproduction, 22, 2, 598-604  
<https://academic.oup.com/humrep/article/22/2/598/2939461>

