

(مقاله پژوهشی)

## تجربه زیسته زنان نابارور از مسئله بی‌فرزندگی

سیدعلیرضا افشانی<sup>۱</sup>، آزاده ابویی\*<sup>۲</sup>، علی روحانی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف این پژوهش، کاوشی بر تجربه زیسته زنان نابارور از مسئله بی‌فرزندگی بود. پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد کیفی و روش نظریه زمینه‌ای انجام شد. جامعه هدف این مطالعه، زنان نابارور اولیه بین ۲۵ تا ۴۰ سال با مشکل نازایی بودند که دارای این معیارها باشند: حداقل ۵ سال تجربه زندگی مشترک، حداقل دوسال چالش در درمان ناباروری و تجربه حداقل یکبار شکست آی‌وی‌اف. براین اساس ۲۱ نفر با استفاده از نمونه‌گیری نظری مطالعه شدند. فرایند نمونه‌گیری نظری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. ابزار اصلی این مطالعه مصاحبه بود و اطلاعات جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به شیوه کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد پیامدهای ناباروری شامل هشت مقوله اصلی هستند که به ترتیب عبارت‌اند از: گذار از متن به حاشیه، کالانگاری زن دوم، نقش قربانی، گذار پرگداز جدایی، استحاله در شوهر، فانتزی عشق، ناباروری: بستر مشکل‌آفرین و تنهایی وجودی و یک مقوله هسته تحت عنوان قربانیان قربانی‌خواه.

قربانیان قربانی‌خواه اشاره به این مفهوم دارد که زنانی که تجربه ناباروری دارند، به‌مرور زمان و به‌دلیل مواجهه با پیامدهای ناباروری و خصوصاً پیامدهای مبتنی بر فرهنگ ازدواج مجدد، با تمایل به ازدواج مجدد همسرشان مواجه می‌شوند. تبیین نتایج به‌طور کلی نشان می‌دهد، وجود نگرانی از ازدواج مجدد همسر و در مواردی همراهی همسر برای ازدواج مجدد جهت فرزنددار شدن و طلاق همسر دوم، این زنان را از منظر روانشناختی و رابطه زن و شوهری آشفته کرده است.

### کلیدواژگان

ناباروری، ازدواج مجدد، طلاق، قربانی، درمان‌های نازایی، فرزندآوری

۱. استاد، عضو هیئت علمی گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. [afshanalireza@yazd.ac.ir](mailto:afshanalireza@yazd.ac.ir)

۲. استادیار، عضو هیئت علمی گروه مشاوره، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران (نویسنده مسئول)

[a.abooui@tea.sau.ac.ir](mailto:a.abooui@tea.sau.ac.ir)

[aliruhani@yazd.ac.ir](mailto:aliruhani@yazd.ac.ir)

۳. دانشیار، عضو هیئت علمی گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

تاریخ دریافت: ۲۶ تیر ۱۴۰۰ - تاریخ پذیرش: ۱۸ مهر ۱۴۰۰

## مقدمه

ازدواج به‌عنوان یک پدیده اجتماعی نه‌تنها در ثبات و نظم جامعه نقش دارد، بلکه نوعی سلامت جسمی و روحی برای افراد جامعه را به‌دنبال دارد. اغلب، هدف اصلی مردان و زنان از ازدواج، تولید مثل و در واقع بچه‌دار شدن است، درحالی‌که تولید مثل، با دو پدیده باروری و ناباروری مواجه است. پدیده باروری بدیهی است که تولید مثل موفقیت‌آمیز را شامل می‌شود. باروری همواره یکی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده به‌شمار می‌رود. البته خانواده دارای کارکردهای مهم دیگری از قبیل دلبستگی، عشق، همراهی و برطرف کردن نیازهای روان‌شناختی نیز می‌باشد. باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی فرزنددار شدن از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است. حاملگی و مادر شدن برای زنان از پایه‌های تکاملی هستند و در فرهنگ ایرانیان بر آن بسیار تأکید شده است. اگر تلاش در جهت فرزندآوری با شکست مواجه شود، می‌تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل شود.

ناباروری به‌عنوان عدم موفقیت در باروری بعد از ۱۲ ماه رابطه جنسی محافظت‌نشده در نظر گرفته می‌شود (لوتی و مگی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵؛ واندرو و وینز؛ ۲۰۱۸). افرادی که ناباروری را تجربه می‌کنند، علاوه‌بر مسائل جسمانی، از نظر عاطفی و روانی تحت فشار قرار دارند. بیماری‌های روانشناختی ناباروری از جمله اضطراب، افسردگی و استرس مزمن بین جمعیت نابارور و خصوصاً زنان شایع است (پاش<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶ و کلیفتون و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). یافته‌های پژوهش مازاروتی و همکاران (۲۰۱۹) که به بررسی تأثیر درمان ناباروری بر اضطراب و افسردگی زنان نابارور پرداختند، نشان داد شکست در درمان، افسردگی و اضطراب را در زنان نابارور افزایش می‌دهد. ناباروری فقدان را نشان می‌دهد، ولی برخلاف داغ‌دیدگی، فقدان‌های ناباروری مشاهده نمی‌شوند. این فقدان‌ها شامل از دست دادن عزت نفس، فقدان امنیت و فقدان کنترل هستند (تورز، ۲۰۱۰: ۹). یافته‌های پژوهش سجویک و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) که به بررسی وضعیت سلامت روان زنان نابارور قبل از درمان پرداخته‌اند، نشان می‌دهد ۳۵ درصد از این زنان مستعد افسردگی بودند. یکی از پیامدهای ناباروری، انگ اجتماعی یا استیگما<sup>۵</sup> است. تجربه انگ اجتماعی، تجربه‌ای مشترک میان زنان و مردان نابارور است؛ زیرا آنها از نظر اجتماعی حمایت نمی‌شوند (اسلید، آنیل، سیمپسون و لاشن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷: ۱۲)، حتی ناباروری می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی شود و در نتیجه فرد نتواند درباره مشکل خود با دیگران صحبت کند (همان، ۱۵). بیشتر پژوهش‌های کمی و کیفی در زمینه علوم تولیدمثل بر تفاوت‌های جنسیتی مرتبط با واکنش‌های هیجانی به ناباروری تمرکز داشته‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که زنان نابارور واکنش‌های هیجانی بیشتر و شدیدتری در مقابله با

1. Lotti and Maggi
2. Pasch et al
3. Clifton et al
4. Sejbaek et al
5. Stigma
6. Slade, O'Neill, Simpson and Lashen

ناباروری از خود نشان می‌دهند و بیشتر از مردان نابارور، اضطراب، افسردگی و احساسات منفی را تجربه می‌کنند (هولتر، اندرهیم، برگ و مولر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ تامپسون، وود وارد و استنتن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲؛ چاچامویش و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹؛ ویشمن، استامر، شرگ، گرهارد و ورس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱؛ ژلستد و همکاران، ۱۹۹۹؛ پترسون، پیریتانو، کریستن و اشمیت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸، چو، چنگ و چنگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶؛ کلیفتون، ۲۰۲۰: ۱۵).

پیرو یافته‌های پژوهش پیشین، در زوجین نابارور سطوح بالاتری از حمایت ادراک شده با سطح بالاتری از رضایت زناشویی برای زنان همراه است، اما برای مردان چنین رابطه‌ای وجود ندارد (گریل و همکاران، ۲۰۱۸: ۱۳۲۱)، درحالی‌که بسیاری از زنان نابارور از همدلی و درک اطرافیان و خصوصاً همسرانشان محروم‌اند (میرز و دومار<sup>۷</sup>، ۲۰۲۱: ۶۸۰). طبق آمار به‌دست‌آمده از پژوهش عباسی مولید و همکاران (۱۳۹۰) به‌منظور شناسایی آسیب‌های زندگی زوج‌های نابارور ایرانی، ۳۹ پژوهش داخلی با موضوعات مرتبط با ناباروری را با روش تحلیل محتوا بررسی کردند. نتایج تحقیق آنها نشان داد ۵۳ نوع آسیب بالقوه در زندگی زوج‌های نابارور ایرانی، در سه حیطه درون‌فردی یا شخصی (۲۳ آسیب)، بین‌فردی یا گروهی (۱۷ آسیب) و فرافردی یا اجتماعی (۱۳ آسیب) وجود دارد که هر یک از این آسیب‌ها نیز در پنج بُعد شناختی، هیجانی، رفتاری، زیستی و محیطی طبقه‌بندی شده‌اند؛ همچنین براساس یافته‌های دیرکوند مقدم، دل‌پیشه و سایه میری (۱۳۹۵) یک‌دهم جمعیت دنیا از ناباروری رنج می‌برند و روند ناباروری در دنیا طی سال‌های اخیر روبه‌افزایش بوده است. براساس برآوردهای تقریبی وضعیت فعلی ناباروری در کشور به شرح ذیل است:

الف) شیوع ناباروری در کشور ۱۱-۱۹ درصد برآورد شده است و بر این اساس در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال حدود ۱/۷ میلیون زوج سابقه ناباروری اولیه و ثانویه دارند.

ب) حدود ۸۸ هزار زوج نابارور در هر سال به این تعداد افزوده می‌شوند (معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۸). به‌همین دلیل هدف این پژوهش بررسی ارتباط زنان نابارور با همسرانشان و پیامدهای احتمالی نازایی بر کیفیت رابطه با همسرشان بوده است.

1. Holter, Anderheim, Bergh and Moller
2. Thompson, Woodward and Stanton
3. Chachmovich
4. Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard and Verres
5. Peterson, Pirritano, Christensen and Schmidt
6. Chow, Cheung and Cheung
7. Meyers and Domar

## چارچوب نظری و پیشینه پژوهش

ناباروری تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی و روان‌شناختی قرار می‌گیرد. هم عوامل روان‌شناختی می‌تواند در ایجاد ناباروری دخالت داشته باشد و هم ناباروری می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی مختلفی به همراه داشته باشد. اینکه فرد نمی‌تواند به‌طور طبیعی باروری را تجربه کند و صاحب فرزند شود، یک تجربه تلخ و دردآور به‌شمار می‌رود که زمینه‌ها و شرایط روانی اجتماعی نیز می‌تواند بر اهمیت آن بیفزاید و آن را تبدیل به بحران روان-اجتماعی کند (فعال کلخوران، بهرامی، فرخی، زراعتی و ترجمی، ۱۳۹۰: ۱۶۰). طبق تئوری «روان‌زاد بودن ناباروری» خصومت یا تردید درباره پذیرش نقش جنسیت مناسب موجب جلوگیری از ناباروری می‌شود. از دیدگاه روانکاو، زنان نابارور به یکی از بازدارنده‌های روانی بارداری، نظیر شخصیت مردانه پرخاشگر، طرد حاملگی، سردمزاجی و شخصیت زنانه نابالغ مبتلا هستند. روبنتسن (۱۹۵۱) معتقد است که در تعدادی از زنان نابارور ترس ناخودآگاه از داشتن فرزند عامل مهمی در ناباروری است (به‌نقل از حریریان، محمدپور و آقاجانلو، ۱۳۸۹: ۴۸).

تفاوت‌های جنسیتی در واکنش‌های روان‌شناختی به ناباروری، معمولاً در زمان آغاز درمان‌های نازایی محسوس است (ادلمن و کونلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰: ۳۶۵). در حوزه‌های روان‌شناختی و هیجانی و حتی جسمانی وضعیت نامناسب‌تری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند (هوپلشوتن و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲: ۱۲). تجربه ناباروری می‌تواند برای بعضی از زنان ویران‌کننده باشد و این درباره زنانی است که سابقه حاملگی قبلی نداشته‌اند. این چهارچوب زیستی-روانی-اجتماعی بیانگر اهمیت انجام تحقیقات بیشتر درباره رابطه بین عوامل ریسک و عوامل حمایتی با سلامت و سازگاری با باروری است و این تحقیق پتانسیل استراتژی‌های مقابله‌ای ایجادشده براساس ارتباط ذهن-بدن برای جمعیت‌های نابارور را بیان می‌کند (چان و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶: ۳۴۷). گریل (۱۹۹۷) گزارش داد که افسردگی و سطح بالای استرس که با کاهش عزت‌نفس همراه است، در زنان نابارور نسبت به مردان نابارور بیشتر مشاهده شده است (پترسون، نیوتن و روزن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶: ۲۵۲). عوامل پیچیده‌ای در مسئولیت‌پذیری زیاد و استرس زنان نابارور دخالت دارند، این وضعیت با تغییراتی در زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و جنبه‌های دیگر زندگی همراه است. به‌طور خلاصه، عوامل بیولوژیکی و دیگر عوامل نشان می‌دهند: تفاوت در واکنش‌های روان‌شناختی زنان به حضور مشکلات، نوع ناباروری و جنسیت فرد بستگی دارد. برای رسیدگی به مشکلات زنان نابارور، باید عوامل رفاهی و محافظت‌کننده مرتبط با استرس در نظر گرفته شود (پاش، سچتر و چریزتنسن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲: ۱۲۴۲). به‌طور خلاصه، شواهد موجود حاکی از آن است که به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای و بیش مسئولیت‌پذیری در بین زنان نابارور بیشتر شایع است، درحالی‌که مردان اغلب یا از

1. Edelman And Connolly
2. Huppel Schoten et al
3. Chan et al
4. Peterson, Gold, Feingold.
5. Pezch, Sechtero and Chritzensen

موقعیت فاصله می‌گیرند و یا خودکنترلی و حل مسئله مسالمت‌آمیز را انتخاب می‌کنند و از آنجا که ناباروری تجربه‌ای متفاوت برای مردان و زنان است، لازم است حمایت‌های روان‌شناختی و اجتماعی هم متناسب با این تفاوت اعمال شود. در واقع ناباروری به‌عنوان یکی از تأثیرگذارترین عوامل استرس‌زا در مقایسه با مرگ و طلاق در زندگی افراد شناخته شده است و بسیاری از پژوهشگران به شباهت‌های بین ناباروری و تجربه سوگ اشاره می‌کنند (پترسون، گلد و فینگلد، ۲۰۰۷؛ وودز، الشانسکی و درایو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱ و برنز، ۲۰۰۷: ۶۹۰). عده‌ای دیگر معتقدند که برخلاف سوگ ناشی از ازدست‌دادن، سوگی که به‌خاطر ناباروری تجربه می‌شود، یک نقشه مشخص را دنبال نمی‌کند و دوره‌های برانگیختگی، تحریک‌پذیری و عودکنندگی را شامل می‌شود که این تجارب به‌علت ماهیت طبیعی چرخه قاعدگی است (وودز، الشانسکی و درایو، ۱۹۹۱، مک کارتی، ۲۰۰۸ و رایتبرگ، مولر، هوستروم، ترونستاد و لالوش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷: ۶۰۱)؛ بنابراین، از ناباروری به‌عنوان یک مدل اندوه مزمن یاد می‌شود (وودز، اولشانسکی و درایو، ۱۹۹۷: ۱۸۱). مفهوم «غم رهاننده» برای توصیف تجربه ازدست‌دانی به‌کار می‌رود که حق اجتماعی برای سوگواری درباره آن تعریف نشده است. از طرف دیگر از جمله شدیدترین امیال انسان، میل به تعلق است؛ علاقه شدید به احساس تعلق به دیگران از جمله انگیزه‌های اساسی در نوع بشر است. ناباروری باعث می‌شود زوجین احساس تنزل و جدافتادگی از جامعه، دوستان و اطرافیان داشته باشند (پرونایس، بویوین و اشمیت، ۲۰۰۷: ۱۰۷). مراسمی مانند مهمانی‌هایی که به مناسبت به‌دنیا آمدن فرزند برگزار می‌شود و یا رفتن به دیدار کسی که تازه زایمان کرده، از جمله پیشامدهای دردناکی است که برای زنان نابارور اتفاق می‌افتد، لذا زوجین برای اینکه از رنج‌های روانی ناشی از مواجهه با زوجین بارور دوری کنند، شروع به فاصله گرفتن از افراد می‌کنند و به سمت انزواگزینی پیش می‌روند، که این موضوع منجر به ایجاد افسردگی بیشتر در آنها می‌شود (نیلفروشان، احمدی، عابدی و احمدی ۲۰۰۶: ۴۷). جامعه می‌تواند اثرات مخرب ناباروری را شدیدتر کند، زمانی که در برنامه‌های تلویزیون، مردم را به فرزندآوری تشویق می‌کند، تبلیغات مربوط به مراقبت‌های حین بارداری ارائه می‌دهد و در فیلم‌ها تأکید زیادی بر کودک و خانواده دارد، به‌صورت غیرمستقیم به این مردان و زنان ناباروری‌شان را یادآوری می‌کند (گیتز، ۲۰۱۲: ۳۳). این پیام‌ها باعث می‌شود این گروه از زنان و مردان باور کنند، آنها جزئی از جمعیت مولد و کارآمد جامعه نیستند.

خانواده به‌عنوان یک سیستم اجتماعی، دارای اعضای به‌هم وابسته، مرتبط و دارای ارتباط متقابل است، به‌کارگیری نظریه سیستمی در مطالعه خانواده به‌عنوان یک سیستم می‌تواند مفید باشد. خانواده یک سیستم پیچیده است که تغییر در یک بخش از آن، بر روی بخش‌های متفاوت و اعضای آن تأثیر خواهد گذاشت؛ بنابراین، نظریه سیستمی خانواده، چارچوبی را فراهم می‌کند که در آن برای فهم پیچیدگی خانواده‌ها به‌عنوان یک سیستم تلاش می‌شود. تحقیقات ناباروری عوامل بین شخصی را

بررسی کرده، به میزان زیادی بر شبکه‌های پشتیبانی اجتماعی سنتی خانواده و دوستان تأکید می‌کنند. گزارش شده که تجربه ناباروری را می‌توان با استرس در روابط بین شخصی که معمولاً شبکه‌های پشتیبانی اجتماعی را تشکیل می‌دهند، ارتباط داد (مایندز و همکاران، ۲۰۰۶: ۲۱۸). از آنجایی که زوجها، ناباروری را به‌طور غیرارادی تجربه می‌کنند، ناباروری زن یا مرد بر روی شریک دیگر تأثیر خواهد گذاشت. آنها همچنین وقتی که مسئله ناباروری و سازگاری زناشویی را در خانواده به‌عنوان یک واحد فعل و انفعالی بررسی می‌کنند، زوجین در این واحد به‌هم‌پیوسته و متقابل باهم در ارتباط‌اند که می‌توان به آنها از دیدگاه سیستمی نگاه کرد. همان بخشی از نظریه سیستمی خانواده که سیستم بزرگ‌تر و زمینه‌ای که شخص را احاطه کرده (روابط زناشویی) مطالعه می‌کند، بر روی ناباروری تمرکز می‌کند؛ زیرا در تجربه ناباروری هر دو شریک سهیم‌اند و این مشکل در یک زمینه بزرگ‌تر خانواده تجربه می‌شود. به‌خاطر اینکه تجربه ناباروری بخشی از مشکل بین زوج‌هاست. از دیدگاه سیستمی خانواده بهتر درک می‌شود. بر طبق نظریه سیستمی خانواده روابط زناشویی احتمالاً به‌وسیله سازگاری یکی از زوجها به ناباروری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، ناباروری اغلب به‌عنوان یک بحران تجربه می‌شود و به‌طور منفی بخش‌های مختلف رابطه زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (برنز و کوپنگتن، ۲۰۰۰: ۴۶۳).

از آنجا که ناباروری در اغلب جوامع، در ابتدای مراحل تشخیص به زن نسبت داده می‌شود و بچه‌دار نشدن مشکلات زیادی برای زن ایجاد می‌کند، در ایران نیز فرزندآوری جزئی از پایگاه و هویت زن در خانواده و جامعه محسوب می‌شود. زنان با مسائل و مشکلات بیشتری نسبت به مردان روبه‌رو می‌شوند. از سوی دیگر، زنان به‌علت محدودیت سنی برای باروری بیشتر از مردان آسیب‌پذیر هستند و عموماً بیشتر از مردان درگیر برنامه‌های تشخیص و درمان ناباروری هستند (بزرگ‌نژاد، مسلمی‌زاده و غلامی، ۱۳۸۸: ۱۰۸). از این رو زنان با رنج زیاد ناشی از ناباروری روبه‌رو هستند. نزد ایرانیان ازدواج و فرزندآوری از اهمیت خاصی برخوردار است. ایرانیان داشتن فرزند را عامل حفظ بنیان خانواده، بقای نسل و نیکبختی اجتماعی می‌دانند (ملکی و بزرگ‌نژاد، ۱۳۹۳: ۱۴۴). یکی از راهکارهای سازگارانه زوجین در مسئله ناباروری زن، ازدواج مجدد همسر است، اگرچه گاهی در جامعه دید منفی نسبت به زانی که همسر دوم می‌شوند، وجود دارد که آن هم به این دلیل است که همگی بر این عقیده‌اند که آنها کانون گرم خانواده‌ای را با ورود خود به تباهی می‌کشاند (فرهمند و رضوانی، ۱۳۹۸: ۱۴۴)، اما نازایی زنان یکی از دلایل موجه چندهمسری محسوب می‌شود (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۸: ۷۳).

همان‌طور که مشخص شد، ارزش فرزند از جنبه‌های گوناگونی در فرهنگ جامعه ایرانی برجسته شده است. از آموزه‌های دینی، تا فرهنگ تاریخی و سنتی، اهمیت اقتصادی و همچنین هژمونی خانواده‌های عرفی، همگی فرزند را در فرهنگ ایرانی به امری مهم و تاحدی حیاتی بدل کرده است. هرچند در سال‌های اخیر، این امر فرهنگی تغییر کرده است و حتی ما شاهد ظهور سبک زندگی بی‌فرزندی هستیم، اما به‌طریق مختلف، عرف جامعه، فشارهای فراوانی را به خانواده‌های نابارور وارد

می‌کند. براساس این چارچوب نظری و با توجه به مطالعات اشاره‌شده، پژوهش حاضر، حساسیت نظری خود را بر مفاهیمی همچون ازدواج مجدد، مفهوم تنهایی، رنج، تعارض و کشمکش خانوادگی، احساسات منفی و ... گذاشت و سعی کرد در طراحی پروتکل مصاحبه، این بسترها را مورد پرسش قرار دهد.

## روش تحقیق

روش‌شناسی تحقیق حاضر براساس پارادایم تفسیری پیکربندی شده است. در این مسیر پژوهش حاضر براساس پارادایم تفسیری، روش‌شناسی کیفی را برگزید. چرایی این امر به مسئله‌ی اساسی پژوهش مرتبط است؛ زیرا فهم تجربه زیسته تنها از طریق نورا فکتی بر دنیای میان ذهنیت افراد میسر می‌شود و چنین امری از دریچه پژوهش‌های تفسیری و مبتنی بر میدان قابل حصول است. در این میان براساس پاسخگویی به سؤالات و اهداف تحقیق، روش کیفی نظریه‌زمینه‌ای در طراحی روش‌شناسی تحقیق استفاده شد. اهمیت این روش‌شناسی، از یکسو به قابلیت آن در نظریه‌سازی و از سوی دیگر به ایجاد ظرفی برای تحلیل داده‌های کیفی است. این روش در پی دستیابی به سطحی بالاتر از توصیف، به دنبال تولید یا کشف نظریه است. به‌وسیله این روش افراد مشابهی را که درگیر فرایند مشابهی هستند، می‌توان به‌خوبی مطالعه کرد و روش تئوری زمینه‌ای یا پدیدارشنده از تجربه ارائه کرد.

نمونه‌گیری پژوهش حاضر، براساس نمونه‌گیری نظری است؛ بنابراین محقق براساس نمونه‌گیری نظری، ۲۱ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری یزد را انتخاب کرده، مورد مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته قرار داده است. شایان ذکر است که فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه داشته است. در این مسیر، جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آنها هم‌زمان پیش رفت. در این پژوهش، از کدگذاری باز<sup>۱</sup> و محوری<sup>۲</sup> برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. منظور از کدگذاری باز این است که ابتدا از متون مصاحبه، جمله‌های مرتبط با هم انتخاب و کنار هم گذاشته و مقولات استخراج شدند و سپس با استفاده از کدگذاری محوری پارادایم مربوط به هر قسمت مشخص شد. برای دستیابی به قابلیت اعتماد از: بررسی همکاران<sup>۳</sup> ممیزی خارجی، مثلث‌بندی و تأیید مشارکت‌کنندگان<sup>۴</sup> استفاده شده است. همچنین، با رعایت اصول و نکات مصاحبه، ثبت رخدادها<sup>۵</sup> کامل و پیاده‌سازی دقیق اتکاپذیری<sup>۵</sup> تأیید شده است.

در این پژوهش، ۲۱ نفر از زنان نابارور اولیه بین ۲۵ تا ۴۰ سال که با مشکل نازایی مواجه بودند، براساس سه معیار اصلی شمول و نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند: ۱. حداقل ۵ سال تجربه زندگی

1. Open Coding
2. Axial Coding
3. Peer Review
4. Member Checking
5. Dependability

مشترک ۲. حداقل مدت دو سال درگیری با درمان ناباروری و ۳. تجربه یکبار شکست آی‌وی‌اف<sup>۱</sup>. ملاک خروج از این پژوهش، زانی بودند که ناباروریشان علت مردانه داشت. این مشارکت‌کنندگان براساس نمونه‌گیری نظری و هدفمند از این میان زانی انتخاب شدند که ناتوانی در فرزندآوری در آنها تأیید شد.

جدول ۱: مشخصات مشارکت‌کنندگان تحقیق

ردیف	نام مستعار	سال‌های سپری شده از ازدواج	تعداد سال‌های جست‌وجوی درمان	وضعیت شغلی همسر	سن
۱	مریم	۸	۵	کارگر	۳۲
۲	زهرا	۱۲	۷	معلم	۳۰
۳	بهاره	۵	۲	آزاد	۲۹
۴	زینب	۶	۳	کشاورز	۲۷
۵	زهره	۵	۳	کشاورز	۲۸
۶	نجمه	۸	۶	آزاد	۲۹
۷	اطهر	۶	۵	کارگر	۲۵
۸	نعیمه	۱۶	۱۰	کارمند	۳۳
۹	مژده	۹	۶	نانوا	۳۷
۱۰	حمیده	۱۱	۹	راننده تاکسی	۳۵
۱۱	اکرم	۱۵	۱۲	مکانیک	۳۸
۱۲	عارفه	۷	۴	پلیس	۲۶
۱۳	فریبا	۱۰	۶	کشاورز	۳۳
۱۴	الهام	۱۰	۵	آزاد	۳۶
۱۵	بتول	۵	۳	کارمند	۲۷
۱۶	سمانه	۱۳	۱۰	شالیکار	۳۰
۱۷	نرگس	۱۰	۷	کارمند	۳۱
۱۸	معصومه	۸	۶	آپاراتی	۳۴
۱۹	نقیسه	۱۷	۱۲	آزاد	۳۶
۲۰	فائزه	۵	۴	معلم	۲۶
۲۱	شکوفه	۹	۵	آزاد	۳۲

مصاحبه‌های تحقیق، گزاره‌های اصلی، مفاهیم، مقوله‌های فرعی، مقوله‌های اصلی و درنهایت مقوله



هسته، در فرایندی طولانی، دقیق، جزئی و مفهوم، ارائه شد. در نتیجه، این مقوله از ۹ مقوله اصلی، ۱۴ مقوله فرعی و ۲۵ مفهوم برساخته شده است.

### یافته‌های پژوهش

در این قسمت، مفاهیم مستخرج از گزاره‌ها و متن در جدول‌های مفاهیم آورده شده، سپس مقولات فرعی و اصلی که از مفاهیم آن منتج شده و مقوله هسته که از این مقولات فرعی و اصلی استخراج شده، در قالب خط داستان گزارش شده‌اند. پس از آن مدل پارادایمی استخراج شده، براساس شرایط علی، شرایط مداخله‌گر، شرایط زمینه‌ای، پدیده مرکزی، استراتژی‌ها و پیامدها بیان می‌شود. مصاحبه‌های تحقیق، گزاره‌های اصلی، مفاهیم، مقوله‌های فرعی، مقوله‌های اصلی و درنهایت مقوله هسته، در فرایندی طولانی، دقیق، جزئی و مفهوم، ارائه شده و در نتیجه، این مقوله هسته از ۹ مقوله اصلی، ۱۴ مقوله فرعی و ۲۵ مفهوم برساخته شده است.

جدول شماره ۲: مفاهیم، مقوله‌های فرعی و اصلی

مفاهیم	مقوله‌های فرعی	مقوله‌های اصلی
پیشنهاد ازدواج مجدد به شوهر	استحقاق شوهر در ازدواج مجدد	گذار از متن به حاشیه
پذیرش حضور زن دوم	مرجعیت مردان چندزنه	
حضور مجازی زن دوم در روزمرگی‌ها	پذیرش زن دوم	
پذیرش حضور زن دوم		
کالانگاری زن دوم	کالانگاری زن دوم	کالانگاری زن دوم
رنجش از رفتار شوهر	رنجش از شوهر	نقش قربانی
نارضایتی شوهر	محاكمه بی‌محكمه	
متهم شدن زن		
پیش‌داوری شوهر		
افسردگی و اضطراب به‌خاطر رابطه مختل با شوهر	زندگی متعارض	گذار پرگداز جدایی
دعوا با شوهر		
رضایت به جدایی	ترجیح جدایی	

		عدم تاب‌آوری درباره زن دوم
استحاله در شوهر	کودک برای حفظ شوهر	کودک برای آرامش شوهر
		آرزوی تجربه حس پدری برای شوهر
	پذیرش فرودستی	خودتحقیری
		خودخواهی زنانه
		ترس و تسلیم
ناباروری: بستر مشکل‌آفرین	ناباروری: بستر مشکل‌آفرین	بی‌میلی به شوهر
		سردی رابطه به خاطر بچه
آرزوی انتقام	آرزوی انتقام	آرزوی انتقام
تنهایی وجودی	تنهایی وجودی	درددل با خانواده
		دوست‌داشته‌شدن شرطی

### خط داستان

از زمان تشخیص ناباروری موقعیت گنگ و پیچیده‌ای از نظر روانی برای زن به وجود می‌آید. ناکامی، اضطراب و ترس از آینده و بی‌بچه ماندن برای تمام عمر. جدای از مسائل شخصی و روان‌شناختی، در زندگی زناشویی زوجی هم مسائلی پیش می‌آید مثل فشار اطرافیان بر زن مبنی بر ترغیب شوهرش به ازدواج مجدد و یا حضور مردان چندزنه در جامعه که باعث مشروعیت‌بخشی به این داستان می‌شوند. خصوصاً زنان ناباروری که مدت‌زمان درمان آنها بیش از ۵ سال طول کشیده، تحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرند، چرا که طول کشیدن درمان ناباروری طی ۴ تا ۶ سال باعث بالارفتن اضطراب و افسردگی می‌شود (رمضان‌زاده، عابدی‌نیا، زارعی، خان‌افشار و شریعت، ۲۰۰۴)، لذا در مواردی دیده می‌شود که یک زن نابارور شوهرش را مستحق ازدواجی دیگر می‌پندارد تا با حضور زن دوم نقص او مبنی بر فرزنددار شدن برطرف شود. در نتیجه این فشارهای فرهنگی مبنی بر به‌حق بودن ازدواج مجدد شوهر، مرجعیت و مشروعیت مردان چندزنه و تن‌دادن به حضور واقعی یا مجازی زن دوم در زندگی زناشویی، باعث ۱- گذار از متن به حاشیه در زنان نابارور می‌شود؛ یعنی آنها ایفاگر نقش اصلی در زندگی زناشویی شناخته نمی‌شوند و به‌واسطه پذیرش حضور زن دوم در زندگی زناشویی از مرکز اهمیت بودن به حاشیه رانده می‌شوند. مثل نجمه که می‌گوید:

«اگه بهم بگن که بچه‌دار نمی‌شی، به‌خاطر تیروئید یا هر چیز دیگه‌ای، من راه ازدواج مجدد رو بر شوهرم نمی‌بندم که به‌خاطر بچه‌دار نشدن من به پای من بسوزه و به‌ش می‌گم که برو ازدواج کن.»

یا فائزه که می‌گوید:

«این سری که دعوا من شد، گفتم تو برو به زن دیگه بگیر، من رضایت می‌دم.»  
اکثر این زنان حضور زن دوم در زندگی زناشویی خود را به‌اجبار می‌پذیرند. آنها حضور زن دوم را به‌شرطی در کنار خود می‌پذیرند که او فرزندی برای آنها به‌دنیا بیاورد و سپس زندگی آنها را ترک کند تا این زنان دوباره به جایگاه خود در زندگی زناشویی دست‌یابند. آنها زن دوم را کالایی در نظر می‌گیرند که فقط برای ارضای یکی از نیازهای اساسی آنها، یعنی نیاز به بقاء، آمده و قرار است پس از ایفای نقش خود صحنه زندگی آنها را ترک کند. همچنین یکی از سخت‌ترین موقعیت‌ها برای زن نابارور این است که شوهرش از وضعیت موجود ابراز ناراضی کند، یا از سوی شوهرش مورد اتهام قرار گیرد. بسیاری از این زنان رابطه زناشویی خوبی با همسرانشان ندارند و در موقعیت‌های مختلف به‌واسطه ناباروریشان با بدرفتاری شوهرشان روبه‌رو هستند: بار سنگین قضاوت‌ها و اتهام‌ها مبنی بر سهل‌انگاری زن در فرایند بچه‌دار شدن، مثل استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری یا طولانی‌شدن مدت پیشگیری از بارداری از سمت شوهر و حتی محاکمه شدن از سمت شوهر بدون اینکه علت دقیق نازایی مشخص شده باشد. مریم می‌گوید:

«زن که نه، فقط به‌خاطر بچه گفتم حاضرم خودم پیدا کنم، صیغه بشه، بچه که به‌دنیا اومد، بره.»

از جمله عواملی است که باعث می‌شود زن نابارور احساس کند در حال ایفای نقش قربانی است؛ قربانی شرایطی که علتش هنوز مشخص نشده و پیامدهای آن نیز مبهم است. مزده می‌گوید:

«شوهرم می‌گه تقصیر توئه که شش‌ماه جلوگیری کردی و قرص خوردی، من می‌گم که ۱۰۰ تا دکتر پرسیدم و می‌گن هیچ ربطی نداره، اما باز هم می‌گه نه، تقصیر توئه.»

برخلاف زنانی که حاضرند با حضور زن دوم در زندگی مشترک با همسرشان باقی‌مانند و زندگی‌شان را ادامه دهند، گروه دیگری از زنان اعلام داشتند، علی‌رغم اینکه به همسر و زندگی مشترکشان علاقه دارند، اما حضور زن دوم در زندگی خود را نمی‌پذیرند و ترجیح می‌دهند رفتن از زندگی مشترک را انتخاب کنند؛ لذا این زنان ۴-گذار پرگذار جدایی را تجربه می‌کنند؛ یعنی برخلاف میل و علاقه باطنی به همسر و زندگی کنونی، به‌علت ناتوانی در فرزندآوری از زندگی مشترک با شوهرشان دست می‌کشند. مثل شکوفه که می‌گوید:

«نمی‌تونم تحمل کنم، مگر اینکه ازش جدا بشم، نمی‌تونم حضور زن دیگه‌ای رو تو زندگی تحمل کنم.»

زنانی که ناباروری را تجربه می‌کنند، معمولاً خود را در جایگاه پایین‌تری نسبت به هم‌تایان خود در جامعه و در زندگی مشترک می‌پندارند؛ زیرا خود را در برآورده‌کردن یکی از مهم‌ترین نیازهای شوهرشان ناتوان می‌بینند، لذا تسلیم خواسته‌های گاهی غیرمعقول همسرشان می‌شوند. خیلی از این زنان در آرزوی فرزند هستند، نه برای اینکه حس مادری را در خودشان ارضا کنند، بلکه برای اینکه

بتوانند همسرشان را برای خود نگه دارند. گاهی یک زن نازا آن قدر تسلیم خواسته‌های همسرش می‌شود که به نوعی ۵-در او ذوب می‌شود و خود و خواسته‌های خودش را فراموش می‌کند. معصومه می‌گوید:

«دوست دارم شوهرم حس پدری رو تجربه کنه، چون خیلی داره دیر می‌شه».

به‌علت مسائل و دشواری‌های پیش‌آمده فردی، زناشویی و اجتماعی برای زنان نابارور، آنها به‌شدت از نظر روانی تاب‌آوری خود را از دست می‌دهند. طی مصاحبه‌های انجام‌شده بسیاری از آنان اذعان داشتند که در ۷- آرزوی انتقام از اطرافیان‌شان هستند، یعنی آرزو می‌کنند دیگرانی که آنها را قضاوت می‌کنند (خصوصاً خانواده همسر) مشکلی شبیه مشکلات آنها پیدا کنند و استدلال آنها این است که به‌واسطه این مشکل جایگاه خود را در زندگی زناشویی از دست داده‌اند و مجبورند حضور زن دوم را تحمل کنند یا از همسرشان جدا شوند؛ آن هم فقط به‌خاطر بچه. مسئله بسیار رنج‌آوری است. سمانه می‌گوید:

«می‌گم ای کاش اون‌ها هم چنین مشکلی پیدا کنن تا من رو درک کنن».

زندگی زناشویی این زنان با شوهرانشان رضایت‌بخش نیست. آنها نسبت به همسران خود بی‌میل هستند و تمایلی به ارتباط صمیمانه با آنها ندارند و علت سردی در روابط خود را نداشتن فرزند می‌دانند. بسیاری از این زنان از ۸-ناباروری به‌عنوان بستر مشکل‌آفرین یاد می‌کنند. نجمه می‌گوید:

«سر مسائل کوچک قهر می‌کنه و شب نمید خوابه».

شرایطی که علل اصلی بروز پدیده هستند در پژوهش حاضر عبارت‌اند از: ناباروری بستر مشکل‌ساز. ناتوانی در فرزندآوری نه‌تنها هویت یک زن را تهدید می‌کند، بلکه بقیه ابعاد مختلف زندگی (از جمله زندگی زناشویی، اجتماعی و ارتباطی) او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. نازایی عاملی است که باعث رنج زنان در مقام جنبه‌های زندگی‌شان می‌شود.

شرایط زمینه‌ای در این پارادایم که در شکل‌گیری پدیده نقش قربانی تأثیر دارد، فانتزی‌هایی است که این زنان از عشق در رابطه با ارتباط زناشویی دارند. از نظر این زنان، عشق یعنی پذیرفته شدن بدون قید و شرط توسط شوهرانشان و اینکه فرزنددار نشدن آنها باعث خدشه‌دار شدن این رابطه نشود. برآورده نشدن این فانتزی‌ها باعث توقع آنها از شوهرشان شده و نارضایتی آنها را می‌افزاید.

شرایط مداخله‌گر در این پژوهش آرزوی انتقام است. آنها از فشارهای اطرافیان و سردشدن همسرشان نسبت به آنها به‌علت نداشتن فرزند رنجیده‌اند و از آنجایی که برای مقابله با این شرایط نمی‌توانند کار کنند، به‌صورت منفعلانه خشم خود را بروز می‌دهند. از جمله روش‌های منفعلانه در این زنان، گریه، افسردگی و آرزوی مشقت و سختی برای دیگران است.

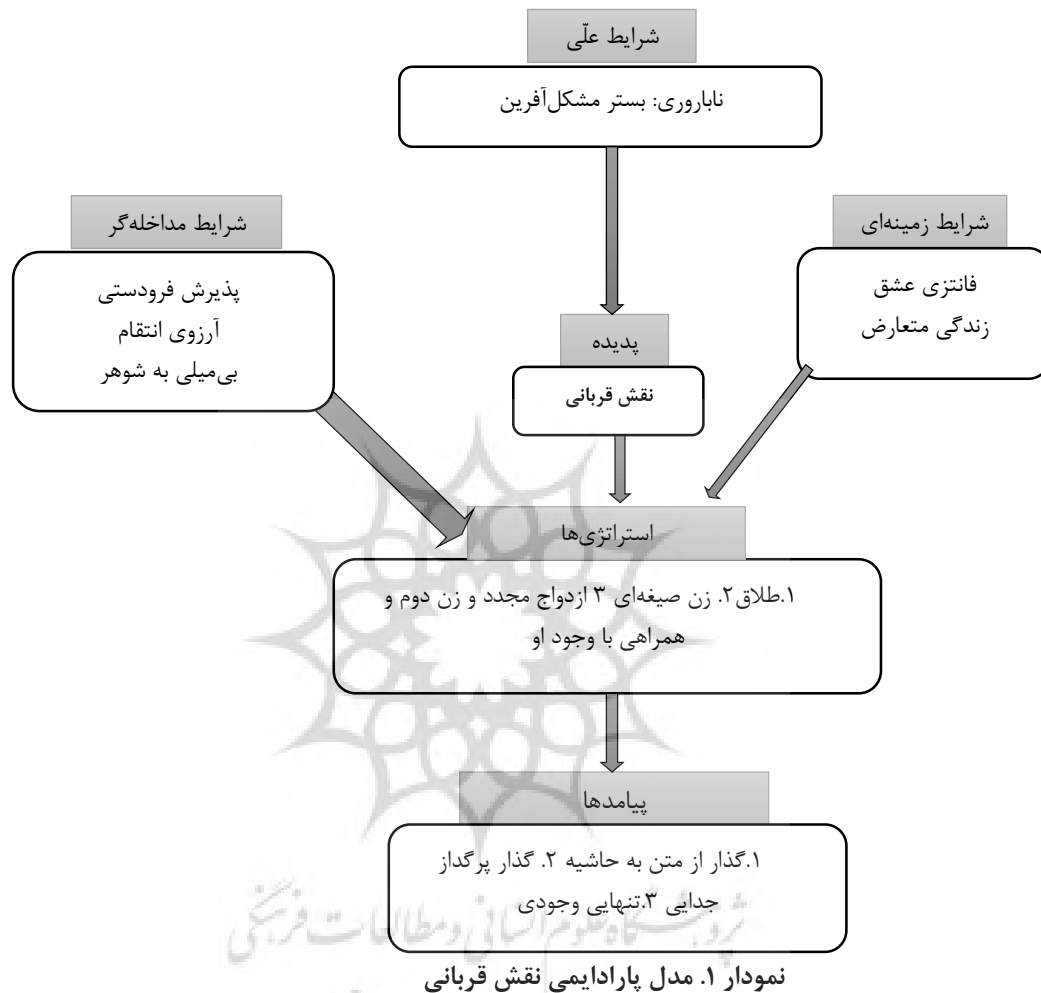
اگر درمان نتیجه ندهد، راهکار و استراتژی آنها شامل: طلاق، زن صیغه‌ای، ازدواج مجدد و زن دوم و همراهی با وجود او خواهد بود. بسیاری از آنها خود و نیازهایشان را فراموش کرده‌اند و طوری رفتار می‌کنند گویی تنها هدفشان برآورده کردن نیازهای همسرانشان است که این نوع طرز فکر باعث خودفریبی و خودخوارپنداری در این زنان می‌شود. گاهی زنان نابارور برای حفظ زندگی زناشویی خود

به هر حربه‌ای متوسل می‌شوند، یکی از این‌ها در نظر گرفتن زن دوم برای شوهر است. آنها با ورود زن دوم در زندگی‌شان موافقت می‌کنند تا او نیازی را که آنها نتوانسته‌اند برای همسرشان برآورده کنند (فرزندآوری)، برآورده کرده و سپس زندگی زناشویی آنها را ترک کند. آنها زن دیگر را در زندگی‌شان به‌عنوان کالایی در نظر می‌گیرند که برای برآورده کردن نیازهای زناشویی آنها می‌آید، ایفای نقش می‌کند و سپس آنها را ترک می‌کند.

پیامد به‌کارگیری این راهبردها «گذار از متن به حاشیه» و «گذار پرگذار جدایی» است. منظور از گذار از متن به حاشیه از دست‌دادن جایگاه زن در زندگی زناشویی و از دست‌دادن نقش خود به‌عنوان همسر در زندگی زناشویی است. خیلی وقت‌ها این زنان وجود خود را در سایه زن دوم می‌پذیرند تا مبادا از شوهرشان طلاق بگیرند و یا کلاً زندگی زناشویی‌شان را از دست بدهند. از طرف دیگر عده‌ای از این زنان، تحمل وجود زن دیگری را در زندگی زناشویی خود ندارند و ترجیح می‌دهند طلاق بگیرند تا آنکه بخواهند زندگی مشترکی را ادامه دهند که حضور زن دیگری در آن غیر قابل اجتناب است.

### مدل پارادایمی

مدل پارادایمی تحقیق نشان‌دهنده فرایندها و فعالیت‌هایی است که در بستر مطالعه رخ داده است. مدل پارادایمی شامل قسمت‌های مختلفی است که عبارت‌اند از: شرایط علی، زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، استراتژی‌ها و پیامدها. همچنین پدیده مرکزی نیز در میانه مدل قرار گرفته است که فعالیت‌ها و جریان فرایندها حول آن شکل می‌گیرد. پویایی‌های این پژوهش نشان می‌دهد که پدیده مرکزی در پژوهش حاضر «نقش قربانی» بوده است؛ یعنی زنان در این فرایند به‌علت شرایط دشوار و پیچیده علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر، خود را به‌عنوان قربانی ناباروری در نظر می‌گیرند و در نتیجه منفعلانه به شرایط پاسخ می‌دهند و استراتژی‌های ناکارآمد برای مقابله به‌کار می‌گیرند.



**شرایط علی** که علت اصلی بروز پدیده هستند، در پژوهش حاضر عبارت است از: ناباروری بستر مشکل‌ساز. ناتوانی در فرزندآوری، نه‌تنها هویت یک زن را تهدید می‌کند بلکه بقیه ابعاد مختلف زندگی (از جمله زندگی زناشویی، اجتماعی و ارتباطی) او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. نازیایی عاملی است که باعث رنج زنان در مقام جنبه‌های زندگی‌شان می‌شود. **شرایط زمینه‌ای** در این پارادایم که در شکل‌گیری پدیده نقش قربانی تأثیر دارد، فانتزی‌هایی است که این زنان از عشق در رابطه با ارتباط

زناشویی دارند. از نظر این زنان، عشق یعنی پذیرفته شدن بدون قید و شرط توسط شوهرانشان و اینکه فرزنددار نشدن آنها باعث خدشه در این رابطه نشود. برآورده نشدن این فانتزی‌ها باعث توقع آنها از شوهرشان شده و نارضایتی آنها را می‌افزاید و همین باعث تعارض بیشتر میان آنها می‌شود. **شرایط مداخله‌گر** در این پژوهش آرزوی انتقام، بی‌میلی به شوهر و سردی رابطه به‌خاطر بچه است. آنها از فشارهای اطرافیان و سردشدن همسرشان نسبت به ایشان به‌علت نداشتن فرزند رنجیده‌اند و از آنجایی که برای مقابله با این شرایط نمی‌توانند کاری کنند، به‌صورت منفعلانه خشم خود را بروز می‌دهند؛ از جمله روش‌های منفعلانه در این زنان، گریه، افسردگی و آرزوی مشقت و سختی برای دیگران است. **استراتژی‌هایی** که این زنان به‌واسطه شرایط موجود به‌کار می‌گیرند، عبارت است از: طلاق، زن صیغه‌ای، ازدواج با زن دوم و همراهی با وجود او. بسیاری از تین زنان خود و نیازهای خود را فراموش کرده‌اند و طوری رفتار می‌کنند گویی تنها هدفشان برآورده کردن نیازهای همسرانشان است که این نوع طرز فکر باعث خودفروبی و خودخوارپنداری در این زنان می‌شود. گاهی زنان نابارور برای حفظ زندگی زناشویی خود به هر حربه‌ای متوسل می‌شود، یکی از این‌ها در نظر گرفتن زن دوم برای شوهر است. آنها با ورود زن دوم در زندگی‌شان موافقت می‌کنند تا او نیازی را که آنها نتوانسته‌اند برای همسرشان برآورده کنند (فرزندآوری) برآورده کرده، سپس زندگی زناشویی‌شان را ترک کند. آنها زن دیگر را در زندگی‌شان به‌عنوان کالایی در نظر می‌گیرند که برای برآورده کردن نیازهای زناشویی آنها می‌آید، ایفای نقش می‌کند و سپس آنها را ترک می‌کند. پیامد به‌کارگیری این راهبردها را گذار از متن به حاشیه و گذار پرگذار جدایی است. منظور از گذار از متن به حاشیه ازدست‌دادن جایگاه زن در زندگی زناشویی و ازدست‌دادن نقش خود به‌عنوان همسر در زندگی زناشویی است. خیلی وقت‌ها این زنان وجود خود را در سایه زن دوم می‌پذیرند تا مبادا از شوهرشان طلاق بگیرند و یا کلاً زندگی زناشویی‌شان را از دست بدهند. از طرف دیگر عده‌ای از این زنان تحمل وجود زن دیگری را در زندگی زناشویی خود ندارند و ترجیح می‌دهند طلاق بگیرند تا آنکه بخواهند زندگی مشترکی را ادامه دهند که حضور زن دیگری در آن غیر قابل اجتناب است.

## بحث و نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های این پژوهش، نازایی و تجربه ناباروری باعث ایجاد پدیده‌ای به نام «نقش قربانی» می‌شود. همچنین وجود شرایط مداخله‌گر مثل آرزوی انتقام و شرایط زمینه‌ای مثل فانتزی عشق باعث پررنگ شدن تجربه نقش قربانی می‌شود. استراتژی‌هایی برای مقابله با این پدیده به‌کار می‌رود، مانند طلاق، زن صیغه‌ای، ازدواج مجدد و زن دوم و همراهی با وجود او، راهکارهای معیوبی است که زنان نابارور برای مقابله با پدیده مدّ نظر به‌کار می‌گیرند و پیامدهای نامطلوبی مثل گذار از متن به حاشیه، گذار پرگذار جدایی و تنهایی وجودی را تجربه می‌کنند. با توجه به یافته‌های ارائه‌شده می‌توان فهمید

که زنان نابارور در ارتباط با تعهد و اعتماد بین فردی با همسرانشان ناامنی را تجربه می‌کنند. نقش پدری و مادری با داشتن فرزند بیولوژیک در بسیاری از جوامع در حال توسعه پذیرش اجتماعی را به دنبال دارد (بکایی، ۲۰۱۶ و یاو و همکاران، ۲۰۱۸: ۷۲). دلایل مختلفی برای فرزندآوری وجود دارد. در برخی جوامع، فرزنددار شدن مهمترین دستاورد فرد در طول زندگی است (هس و همکاران، ۲۰۱۸: ۶۳) و گاهی فرزند به عنوان عامل ایمنی بخش در زندگی زن و شوهر به حساب می‌آید (لیامپتونگ و بنز، ۲۰۱۸، حسن پور ازغدی و همکاران، ۱۳۹۲: ۵). چندهمسری به عنوان پدیده چندعاملی در بسیاری از جوامع قابل مشاهده است (بارکرولنگرید، ۲۰۱۰ و مورس، ۲۰۱۶: ۷۵۱). یکی از دلایل چندهمسری در مردان ناباروری زن اول است که ازدواج مجدد شوهر بدون جدایی از همسر اول پیامدهایی از جمله فاصله گرفتن و عدم صمیمیت، احساس ناامنی و گاه پوچی را برای زنان نابارور در پی دارد (بالزاینی و همکاران، ۲۰۱۹: ۱۷۵۰). یافته‌های پژوهش کی و همکاران (۲۰۲۱) که به بررسی اعتقاد درباره فرزندآوری و پیامدهای روانشناختی نازایی بر افراد تحت درمان لقاح مصنوعی پرداخته‌اند، نشان داد ناتوانی در داشتن فرزند بیولوژیک تأثیر عمیقی بر سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و ارتباط بین زن و شوهر دارد. اضطراب، نگرانی، درماندگی، انگ اجتماعی، افکار خودکشی، پشیمانی، غم و سرخوردگی بعضی از پیامدهای گزارش شده از سوی زنان نابارور بود. همچنین یافته‌های پژوهش چسلا و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) که به بررسی پیامدهای ازدواج مجدد پرداختند، نشان داد مشکلات مربوط به مسائل جنسی از جمله مشکلاتی است که در خانواده‌های چندهمسری یا ازدواج مجدد ممکن است مشاهده شود. با توجه به این پیامد ناباروری، تجربه زنان نابارور از رنج نازایی دوچندان می‌شود. به‌طور تخمینی از دومیلیون نفر جمعیت نابارور (حسن پور ازغدی، ۱۳۹۲: ۲) می‌توان نتیجه گرفت که افراد زیادی در ایران با این مسئله دست‌وپنجه نرم می‌کنند و این امر توجهات ویژه‌ای می‌طلبد، لذا پیشنهاد می‌شود مراجعه‌کنندگان به مراکز خدماتی و درمانی ناباروری به روان‌شناسان، مشاوران و ماماهاپی دسترسی داشته‌باشند که آموزش‌های لازم را در زمینه خانواده‌های نابارور و مسائل آنها دیده باشند و بتوانند در این حیطه کمک کنند. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر دسترسی دشوار به زنان نابارور برای مصاحبه و عدم توانایی در کنترل متغیرهای مزاحم مثل تجربه آنها در زمان مصاحبه بود. در این پژوهش، محققان به دنبال این مسئله بودند که با روش پدیدارشناختی به بررسی تجربه زیسته این زنان بپردازند و ابعاد رنج‌آور ناباروری را در آنان بررسی کنند. از آنجاکه شمار مردان نابارور نیز روزبه‌روز در حال افزایش است، توصیه می‌شود مشابه این پژوهش بر روی مردان هم انجام شود.



## منابع

- [۱] اسمعیلی، قاسم؛ افشانی، سیدعلیرضا؛ فلاح، محمدحسین و وزیر، سعید (۱۳۹۸). «کاوشی کیفی از علل و زمینه‌های شکل‌گیری چندهمسری مردان»، پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۹ (۳۴): ۸۲-۶۳.
- [۲] بزرگ‌نژاد، حسین؛ مسلمی‌زاده، نرگس و غلامی، فرشته (۱۳۸۸). «پیامدهای اجتماعی استفاده از تکنیک‌های کمک باروری (ART) در زنان تحت درمان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی امام خمینی ساری در سال ۱۳۸۷». مجله پژوهش اجتماعی، (۲): ۹۷-۱۱۱.
- [۳] حریریان، حمیدرضا؛ محمدپور، یوسف؛ آقاجانلو، علی (۱۳۸۹). «بررسی فراوانی افسردگی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری کوثر ارومیه». دوماهنامه زنان، مامایی و نازایی ایران، شماره ۲۸: ۴۵-۴۹.
- [۴] حسن پورازغدی، سیده بتول؛ سیم‌بر، معصومه؛ ودادهیر، ابوعلی و حسین رشیدی؛ بتول (۱۳۹۲). «تبیین اثرات روانی نازایی در زنان نابارور در جست‌وجوی درمان: یک مطالعه کیفی. پیشرفت در پرستاری و مامایی». نشریه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، ۲۳ (۸۳): ۸-۱.
- [۵] دیرکوندمقدم، اشرف؛ دل‌پیشه، علی و سایه‌میری، کوروش (۱۳۹۵). «بررسی شیوع ناباروری در جهان به روش سیستماتیک». مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره دهم، شماره ۱: ۸۷-۷۶.
- [۶] رضازاده، علی (۱۳۸۷). «بررسی عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر چندهمسرگزینی مردان در منطقه باشت از توابع شهرستان گچساران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور واحد شیراز.
- [۷] عباسی مولید، حسین؛ قمرانی، امیر و فاتحی‌زاده، مریم‌السادات (۱۳۹۰). «آسیب‌شناسی زوج‌های نابارور ایرانی». مجله طب و تزکیه، شماره ۷۲: ۸-۲۰.
- [۸] عرب، سعید؛ دانشمند، بدرالسادات؛ پودینه، زهرا؛ ثامنی، ناهید؛ میرگل، احمد؛ باباخانلو، اشرف؛ «بررسی میزان بهزیستی روانشناختی و سازگاری زناشویی و رضایت از زندگی در بین خانواده‌های تک‌همسری و چند همسری». مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱۷: ۹۶-۸۰.
- [۹] عنایت، حلیمه و قلیجی، گلاره (۱۳۹۹). «دلایل چندزنی در نظام معنایی زن دوم (مطالعه موردی شهرستان ملکشاهی استان ایلام)». جامعه‌شناسی فرهنگ و هنر، ۲ (۴): ۱۰۸-۸۹.
- [۱۰] فرهنگ، مهناز. و رضوانی، زهرا (۱۳۹۸). «نقش ساختار خانواده بر عملکرد آن در خانواده‌های تک‌همسری و چندهمسری». جامعه‌شناسی کاربردی، مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان، ۳۰ (۳ (پیاپی ۷۵))، ۱۵۴-۱۳۴.
- [۱۱] فعال کلخوران، لیلا؛ بهرامی، هادی؛ فرخی، نورعلی؛ زراعتی، حجت؛ ترجمی، مجید (۱۳۹۰). «مقایسه اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی در دو گروه مختلف زنان نابارور و بارور در شهر تهران». باروری و ناباروری، شماره ۲: ۱۶۳-۱۵۷.
- [۱۲] معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۸). دستورالعمل برنامه حمایت مالی زوج نابارور مدیریت و توسعه خدمات درمان ناباروری.
- [۱۳] ملکی، امیر، بزرگ‌نژاد، سیده‌زهرا (۱۳۹۳). «بررسی جامعه‌شناختی رفتار بیماری زنان نابارور (مورد مطالعه: مراجعه‌کنندگان به مراکز ناباروری استان مازندران)». مجله مطالعات اجتماعی ایران، (۸): ۱۶۶-۱۴۱.

- [14] Al-Krenawi, A. & Kanat-Maymon, Y. (2016) "Psychological Symptomatology, Self-Esteem and Life Satisfaction of Women from Polygamous and Monogamous Marriages in Syria." *International Social Work*, 60 (1): 196–207. Doi: 10.1177/0020872814562478.
- [15] Al-Krenawi, A. (2016). Polygamy and Mental Health: an International Perspective. *EC Psychology and Psychiatry*, 1 (1), 1-3 as a dyadic measure for stepcouples. *Journal of family issues*, Vol 37 (1): 1–19.
- [16] Bakhtiyar, K., Beiranvand, R., Ardalan, A. et al. An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: a case-control study. *BMC Women's Health* 19, 114 (2019).
- [17] Balzarini, R. N., Dharma, C., Kohut, T., Campbell, L., Holmes, B. M., Lehmler, J. J., & Harman, J. J. (2018a). Demographic comparison of American individuals in polyamorous and monogamous relationships.
- [18] Balzarini, R.N., Dharma, C., Kohut, T. et al. Comparing Relationship Quality Across Different Types of Romantic Partners in Polyamorous and Monogamous Relationships. *Arch Sex Behav* 48, 1749–1767 (2019)
- [19] Barker, M., & Langdridge, D. (2010). Whatever happened to nonmonogamies? Critical reflections on recent research and theory. *Sexualities*, 13, 748–772.
- [20] Bokaie, M., Simbar, M., Ardekani, S.M., Majd, H.A., (2016). Women's beliefs about infertility and sexual behaviors: a qualitative study. *Iranian J. Nursing Midwifery Res.* 21 (4), 379–384.
- [21] Burns, L. H. (2007). "Psychiatric effects of infertility and infertility treatments." *Psychiatric Clinics of North America.*; 30: 689-716.
- Burns, L. H. (2006). Parenting after infertility. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 459–476). Cambridge University Press.
- [22] Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31: 101-110
- [23] Chan, C. H, E. H., Chan, C. L., & Chan, T. H. (2006). Effectiveness of psychosocial group interventions for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: A randomized controlled study. *Fertility & Sterility*, 13, 339-349.
- [24] Chelsea L. Garneau, Francesca Adler-Baeder, Brian Higginbotham. (2016). Validating the remarriage belief inventory
- [25] Chow, K-M, Cheung, M-C, Cheung, IK. Psychosocial interventions for infertile couples: a critical review. *J. Clin. Nurs.* 2016; 25: 2101–2113. doi:10.1111/jocn.13361
- [26] Claudia Massarotti, Giulia Gentile, Chiara Ferreccio, Paola Scaruffi, Valentino Remorgida & Paola Anserini (2019). Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization, *Gynecological Endocrinology*, 35:6, 485-489, DOI: 10.1080/09513590.2018.1540575
- [27] Clifton J, Parent J, Seehuus M, Worrall G, Forehand R, et al. (2020) An internet-based mind/body intervention to mitigate distress in women experiencing infertility: A randomized pilot trial. *PLOS ONE* 15(3): e0229379. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229379>.
- [28] Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* 2007;21 (2):293308.
- [29] Edelman, R.J., & Connolly, K. (2000). Gender differences in response to infertility

- and infertility investigations : Real or illusory. *British Journal of Health Psychology*, 5, 365-375
- [30] Dural O, Yasa C, Keyif B, Celiksoy H, Demiral I, Ozgor BY. Effect of infertility on quality of life of women: a validation study of the Turkish FertiQoL. *J human Fertility*. 2016;19 (3):186–91.
- [31] Getz, L. (2012). The Impact of Infertility. *Social Work Today*. 12 (6): 30-39/
- [32] Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J, Lowry MH, Burch AR, Shreffler KM. (2018). Relationship Satisfaction Among Infertile Couples: Implications of Gender and Self-Identification. *Journal of Family Issues*. 39 (5): 1304-1325.
- [33] Hasanpoor-Azghdy S B, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *IJRM*. 2014; 12 (2) :131-138
- [34] Hess, R.F., Ross, R., Gililand Jr, J.L., (2018). Infertility, psychological distress, and coping strategies among women in Mali, West Africa: a mixed-methods study. *African J. Reprod. Health* 22 (1), 60-72.
- [35] Holter H, Anderheim L, Bergh C, Moller A. (2006). First IVF treatment--short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human reproduction (Oxford, England)*. 21 (12):3295-302. McCarthy MP. (2008). Women's lived experience of infertility after unsuccessful medical intervention. *Journal of midwifery & women's health*. 53 (4):319-24.
- [36] Huppelschoten, Aleida & Duijnhoven, Noortje & Bommel, Peter & Kremer, Jan & Nelen, Willianne. (2012). Do infertile women and their partners have equal experiences with fertility care?. *Fertility and sterility*. 99. 10.1016/j.fertnstert.10-49.
- [37] Holter H, Anderheim L, Bergh C, Moller A. (2006). First IVF treatment--short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human reproduction (Oxford, England)*. 21 (12): 3295-3302.
- [38] Liamputtong, P., Benza, P. (2019). 'Being able to bear a child': Insights from Zimbabwean women in Melbourne. *Women and Birth*. Volume 32, Issue 2,
- [39] Li, X., Ye, L., Tian, L. et al. (2020). Infertility-Related Stress and Life Satisfaction among Chinese Infertile Women: A Moderated Mediation Model of Marital Satisfaction and Resilience. *Sex Roles* 82, 44–52.
- [40] Liamputtong, P., Benza, S., 2018. 'Being able to bear a child': insights from Zimbabwean women in Melbourne. *Women Birth*.
- [41] Lotti, F, Maggi, M. (2018). Ultrasound of the male genital tract in relation to male reproductive health. *Hum. Reprod*. 21: 56–83. doi:10.1093/humupd/dmu042
- [42] Marta Bornstein, Jessica D. Gipson, Gates Failing, Venson Banda, Alison Norris,
- [43] McCarthy MP. (2008). Women's lived experience of infertility after unsuccessful medical intervention. *Journal of midwifery & women's health*. 53 (4):319-24.
- [44] Meyers, Alison J. Domar, Alice D (2021). Research-supported mobile applications and internet-based technologies to mediate the psychological effects of infertility: a review. *Journal of Reproductive BioMedicine Online*. Volume 42, Issue 3, March, Pages 679-685
- [45] Mindes, E. J., Ingram, K. M., Kliever, W., & James, C. A. (2003). Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological Adjustment among women with fertility problems. *Social Science & Medicine*, 8, 53, 216-221.
- [46] Moors, A. C. (2016). Has the American public's interest in information related to relationships beyond "the couple" increased over time?

- [47] Nilforooshan, P, ahmasi,A, Aedi,M, Ahmadi,A. (2006) Studying the effect of cognitive-behavioral counseling based on interacting cognitive subsystems on depression of infertile couples. *Middle East Fertility Society Journal*, 11 (1): 43-47.
- [48] Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 77, 1241-1247.
- [49] Pasch, LA, Holley, SR, Bleil, ME, Shehab, D, Katz, PP, Adler, NE. (2016). Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertil. Steril*; 106.
- [50] Peterson, B. D., L. Gold and T. Feingold.T. (2007). "The experience and influence of infertility: considerations for couple counsellors." *The Family Journal*;15 (3): 251-257.
- [51] Peterson, B.O., Pirritano, M., Christensen, U, Schmidt, L. (2008). The Impact of Partner Coping in Couple Experiencing Infertility. *Human Reproduction*, 23: 1128-1137.
- [52] Peterson BD, Gold L, Feingold T.(2007). The Experience and Influence of Infertility: Considerations for Couple Counselors. *The Family Journal*. 2007;15(3):251-257. doi:[10.1177/1066480707301365](https://doi.org/10.1177/1066480707301365).
- [53] Peronace, L.A., Boivin, J., Schmidt, L.(2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 28(2):105-14.
- [54] Ramezanzadeh F, Aghssa M, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC women's health*. 4(1):9.
- [55] Read, J. (1999). Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ: British Medical Journal*, 318 (7183), 587–589.
- [56] Sejbæk, CS, Hageman, I, Pinborg, A, Hougaard, CO, Schmidt, L. Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42 880 women treated with ART. *Hum. Reprod*. 2013; 28
- [57] Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human reproduction (Oxford, England)*;22 (8):2309-17.
- [58] *Social Science & Medicine*, Volume 251, 2020.
- [59] Thompson E, Woodward J, Stanton A. (2012). Dyadic Goal Appraisal During Treatment for Infertility: How Do Different Perspectives Relate to Partners' Adjustment? *International Journal of Behavioral Medicine*, 19: 252-259.
- [60] Torez , B.L. (2010). Psychological stress of infertility. A conceptual analytic study. of the degree doctor of psychology. The California school of professional psychology. Alliant international university.
- [61] Vander Borght, M, Wyns, C Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin. Biochem*. 2018; 62: 2–10. doi:10.1016/j. clinbiochem.2018.03.012
- [62] Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. (2001) Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human Reproduction*. 16 (8):1753–1761.
- [63] Wirtberg I, Möller A, Hogström L, Tronstad SE, Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Hum Reprod*. 2007 Feb;22(2):598-604. doi: 10.1093/humrep/del401. Epub 2006 Nov 23. PMID: 17124258.
- [64] Woods NF, Olshansky E, Draye MA. (1991). Infertility: women's experiences. *Health Care Women Int*.12 (2):179-90.

- [65] Yao, H., Chan, C.H.Y., Chan, C.L.W., (2018). Childbearing importance: a qualitative study of women with infertility in China. *Res. Nurs. Health* 41 (1), 69–77.

