MEJDS. 2021; 11:214.

Published online 2022 March. **Original Article**

Qualitative Evaluation of Psychological Challenges in Infertile Females Undergoing Alternative Infertility Treatment Methods

Goharshahi Sh[1], *Soleimanian AA[2], Heydarnia A[3]

Author Address
1. Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran;
2. Associate Professor, Department of Educational Sciences and Counseling, University of Bojnord, Bojnord, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Counseling, University of Bojnord, Bojnord, Iran.
***Corresponding author's email:** soleimanian@ub.ac.ir

Received: 2020 October 17; **Accepted:** 2021 February 20

Abstract

Background & Objectives: Infertility is among the issues with multiple effects on couples' lives. By the development of medical science and the use of new methods of infertility treatment, including embryo donation, sperm donation, egg, and surrogate uterus donation, these problems have been largely solved; however, any advancement in technology and medicine also brings challenges. Sometimes these challenges are also problematic and take precedence over the essence of the problem. Applying advanced assisted reproductive techniques, such as using third–party gametes and surrogates, increased the expectation of pregnancy in couples without children despite numerous surgical and pharmacological interventions. Alternative methods of treating infertility or third–party infertility refer to the use of an egg, sperm, or embryo donated by a third party and obtaining another uterus to develop the fetus. The present study aimed to explain the psychological challenges of infertile women who intend to have children through alternative methods of infertility treatment.

Methods: This was a qualitative study with an interpretive phenomenological design. The study participants included a group of women with infertility. Accordingly, 10 infertile subjects were referred to one of the infertility treatment clinics in Mashhad City, Iran, and applied for one of the new methods of assisted reproduction, including egg donation embryo or surrogate donation. Now the beginning of the end of the treatment was selected using the purposive and criterion sampling methods. The required data were collected using in–depth and semi–structured individual interviews. The interviews lasted an average of 45 minutes, beginning with the key question, "Which alternative method did you and your spouse most agree to use, and what challenges did this agreement pose to you?" Follow–up questions were probed according to the previous answers and more specialized. The obtained data were coded and analyzed by DiKelman et al.'s (1989) method. The coding process was analyzed in the form of primary codes, concepts, and categories. In this study, MAXQDA was used to analyze the collected data.

Results: The study results led to the extraction of 248 initial codes of 7 concepts and 3 categories; they reflected the psychological challenges perceived by this group in the path of new assisted reproductive therapies. The study findings were extracted from the description of psychological challenges by infertile women; they were divided into 3 general categories based on the scope of these challenges, i.e., as follows: 1– focal challenges (i.e., challenges related to the treatment process, mental and emotional challenges of couples, challenges related to marital relationships and challenges concerning the child and the role of being a parent). Infertility as a defect and the treatment that couples choose and seek to compensate for that defect in themselves or their spouse poses a series of challenges for them, both individually and in the relationship with their spouse. The scope of these challenges included the individual and their spouse separately and concerning each other. The scope included all thoughts, feelings, thoughts, and ideas and biopsychosocial, religious, and economic issues of the person and his wife separately; also concerning their life together. 2. Local challenges (i.e., challenges related to family acceptance and challenges related to the reaction of families & others) include psychological challenges that go beyond the focal challenges, that is, beyond the boundaries of the individual and the couple. It consists of family, friends, and society. They became a family and a community which surrounded them. It includes the individual and the couple's concerns concerning family, friends, neighbors, and the community. 3. Extensive challenges (i.e., sociocultural & religious issues). These challenges included psychological issues and challenges that were broader than the local and local challenges and factors and were influenced by society's beliefs, culture, and general policies.

Conclusion: Alternative therapies for infertile couples have numerous challenges that stress the individual and his family. Therefore, to improve the quality of life of infertile couples and the intensive care of the treatment process, a program should be developed and implemented to diagnose, find the cause, and solve these psychological problems and psychological pressures.

Keywords: Reproductive assistance technologies, Psychological challenges, Female infertility.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۲۱۴.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی کیفی چالش‌های روان‌شناختی زنان نابارور اقدام‌کننده به روش‌های درمان جایگزین ناباروری

شیوا گوهرشاهی[۱]، *علی‌اکبر سلیمانیان[۲]، احمد حیدرنیا[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران؛

۲. دانشیار گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران؛

۳. استادیار گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** soleimanian@ub.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۶مهر۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲اسفند۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: در خانواده، داشتن فرزند آرزویی ارزشمند است؛ امّا عده‌ای از زوجین به‌دلایل گوناگون قادر به تولیدمثل نیستند. هدف این پژوهش، بررسی کیفی چالش‌های روان‌شناختی زنان نابارور اقدام‌کننده به روش‌های درمان جایگزین ناباروری بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر، کیفی با طرح پدیدارشناسی تفسیری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خصوصی ناباروری مشهد تشکیل دادند که در فرایند درمان ناباروری قرار داشتند یا متقاضی دریافت روش‌های جایگزین درمان بودند. نمونه شامل ده نفر بود که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافتهٔ فردی جمع‌آوری شد. مدت‌زمان مصاحبه‌ها به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه بود. کدگذاری و تحلیل داده‌ها ازطریق روش دیکلمن و همکاران (۱۹۸۹) صورت گرفت. در این پژوهش، برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخهٔ ۱۲ استفاده شد.

یافته‌ها: براساس یافته‌های پژوهش، چالش‌های روان‌شناختی که توسط زنان نابارور بیان شد، شامل سه مقولهٔ کلی چالش‌های کانونی (چالش‌های مربوط به فرایند درمان، چالش‌های فکری و احساسی زوجین، چالش‌های مربوط به روابط زوجی، چالش‌های مرتبط با کودک و نقش والدبودن)، چالش‌های موضعی (چالش‌های مربوط به پذیرش خانواده‌ها، چالش‌های مربوط به واکنش خانواده‌ها و اطرافیان) و چالش‌های گسترده (چالش‌های اجتماعی و فرهنگی و مسائل شرعی) بود.

نتیجه‌گیری: درمان‌های جایگزین برای زنان نابارور چالش‌های فراوانی در بر دارد که منجربه ایجاد فشارهای روانی زیاد بر فرد و خانوادهٔ او می‌شود؛ ازاین‌رو درجهت بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور علاوه‌بر مراقبت‌های ویژهٔ مراحل درمانی، باید برنامه‌ای به‌منظور تشخیص و علت‌یابی و درمان این مشکلات روان‌شناختی و فشارهای روانی ایجادشده تدوین و اجرا شود.

کلیدواژه‌ها: فناوری‌های کمک‌باروری، چالش‌های روان‌شناختی، ناباروری زنان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

۱ مقدمه

بارداری[1] به‌طور سنتی از مشخصه‌های بسیار برجستهٔ نقش جنسی زنان به‌شمار می‌آید؛ ازاین‌رو ناباروری[2] به‌طور سنتی، مشکلی زنانه تلقی شده است (۱). آمارها حکایت از آن دارد که ۶۰ تا ۱۶۸ میلیون نفر در سراسر دنیا، تحت‌تأثیر این پدیدهٔ جهانی قرار گرفته‌اند و عمدهٔ افراد مبتلا در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۲)؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که زنان نابارور با مشکلات متعددی ازجمله افسردگی[3]، نومیدی[4]، اضطراب[5] و نارضایتی[6] از زندگی مشترک درگیر باشند. این مشکلات به‌ویژه در جوامعی که هنجارهای فرهنگی به مادربودن ارج بیشتری می‌نهد، پیامدهایی چون بی‌ثباتی زندگی مشترک، خشونت خانگی و انزوا را به‌دنبال خواهد داشت (۳). اضطراب و افسردگی به‌عنوان اختلالات شایع‌تر خُلقی و اضطرابی، علل احتمالی شکست اولین دورهٔ لقاح آزمایشگاهی[7] مطرح شده است. همچنین سایر بررسی‌ها نشان داده است، زنان نابارور به‌علت ناتوانی در داشتن فرزند مستعد حالت‌های ناامیدی، احساس ناکامل‌بودن، کناره‌گیری از اجتماع و اضطراب و افسردگی هستند و هرچه فرایند درمان طولانی‌تر شود، این پیامدها نیز شدت بیشتری می‌یابد (۴). برای درمان ناباروری از روش‌های دارویی[8]، جراحی[9] و بارداری شخص ثالث[10] (تخمک اهدایی[11]، اسپرم اهدایی[12]، رحم جایگزین[13]، جنین اهدایی[14]) استفاده می‌شود (۵). در این راستا استفاده از فناوری‌های کمک‌باروری[15] در جوامع مختلف به‌جهت درمان ناباروری، همواره با چالش‌هایی روبه‌رو بوده و رشد سریع آن باعث بروز نگرانی‌هایی شده است (۶).

استفاده از روش‌های جایگزین (نوین) کمک‌باروری[16] نظیر استفاده از گامت شخص ثالث[17] و رحم جایگزین و نیز جنین اهدایی[18]، امید به حاملگی و صاحب فرزندشدن را در زوجینی که باوجود درمان‌های متعدد جراحی و دارویی صاحب فرزند نشده‌اند، افزایش می‌دهد (۶). اولین اهدای موفقیت‌آمیز در سال ۱۹۸۳ توسط ترونسون[19] و همکاران گزارش شد (۶). در دههٔ گذشته افزایش چشمگیری در تعداد نوزادان متولدشده درنتیجهٔ اهدای گامت در جهان رخ داده است (۳). برخی از زنان نازا به‌علت فعالیت‌نداشتن تخمدان‌ها، قادر به ایجاد تخمک سالم نیستند؛ ولی رحمی سالم دارند و با اهدای تخمک توسط یک زن سالم می‌توانند فرصت معقولی برای حاملگی داشته باشند. اهدای تخمک شامل تهیه و جمع‌آوری تخمک از زن اهداکننده و باروری آن‌ها در آزمایشگاه با اسپرم شوهر زوج نازا و انتقال جنین حاصل به رحم زن نابارور است (۷). برطبق گزارش مرکز کنترل بیماری و پیشگیری در ایالات متحدهٔ آمریکا، سالیانه نزدیک به ۱۳۰۰۰ تلاش برای حاملگی با استفاده از تخمک اهدایی صورت می‌گیرد (۸).

جدیدبودن تکنیک‌های لقاح خارج از رحمی و روش‌های جایگزین درمان ناباروری و نیز گرایش به درمان با این روش‌ها، زمینهٔ بروز پرسش‌ها و ابهامات متعددی را در زمینه‌های مختلف برای زوجین ایجاد کرده است. بی‌توجهی به ملاحظات همه‌جانبه در این زمینه می‌تواند زمینهٔ بروز نگرانی‌های جدی آتی را در اهداکنندگان و به‌خصوص دریافت‌کنندگان فراهم آورد. شیوع زیاد ناباروری در کشور درمقایسه با آمار مشابه جهانی براساس یافته‌های پژوهش دارابی (نرخ ناباروری در جهان حدود ۱۲ تا ۱۵ درصد، در ایران حدود ۲۰/۲ درصد)، توجه بیش از پیش پژوهشگران را به این حوزه ضروری می‌کند (۹). باتوجه به اینکه توجه پژوهشگران در اغلب پژوهش‌های پیشین بر روش کمی و پرسش‌نامه‌ای معطوف بوده است و این روش برای کسب دانش عمیق در این حوزه کافی نیست، انجام پژوهش‌هایی با رویکردهای دیگر، نظیر رویکرد کیفی، ضرورتی انکارناپذیر است.

افزایش تعداد زوج‌های نابارور در جامعه و ازطرفی درمان‌های متعدد و متنوع آن، موضوع ناباروری و درمان آن را به یکی از بحث‌های اجتماعی در سطح جامعه تبدیل کرده است. این موضوع موجب سنخ‌بندی و ساخت مجدد فرایندهای اجتماعی و مفاهیم کلیدی مربوط به باروری مانند خانواده، ازدواج، خویشاوندی، نژاد، صفات و تجربیات زیستهٔ پدری، مادری، خواهری، برادری و... شده است (۱۰). ازآنجاکه مبحث مربوط به روش‌های جایگزین درمان ناباروری چالش‌ها و نگرانی‌های روان‌شناختی متعددی را برای زنان به‌وجود می‌آورد، شناسایی آن‌ها می‌تواند کمک شایانی در رفع چالش‌های پیش روی زنان نابارور در روند درمان و درنتیجه کاهش عوارض ناشی‌از درمان و بهبود وضعیت بهداشت روانی زنان نابارور باشد. پژوهش‌های محققان تاکنون، هرکدام به بررسی یکی از جنبه‌های این نوع درمان‌ها پرداخته و سعی شده است بیشتر از دیدگاه حقوقی و شرعی و اخلاقی به این موضوع نگریسته شود؛ همچنین در اکثر پژوهش‌ها از روش‌های کمی به‌منظور بررسی نظرات زنان نابارور تحت درمان‌های شخص ثالث استفاده شده است و کمتر پژوهشی دیده می‌شود که جنبه‌های روان‌شناختی افراد نابارور تحت درمان‌های کمک‌باروری را به‌صورت کیفی و عمیق بررسی کرده باشد؛ ازجمله در پژوهش مقدم تبریزی و فیض‌بخش بررسی عزت‌نفس، خودکارآمدی و پیامد درمان در زنان نابارور خواهان استفاده از روش لقاح داخل آزمایشگاهی صورت گرفت (۱۱). همچنین والیانی و همکاران به ارزیابی تأثیر تن‌آرامی بر پیامد درمان زنان نابارور به‌روش جایگزین پرداختند (۱۲). احمری طهران و همکاران مطالعه‌ای در زمینهٔ نگرش زنان نابارور به رحم جایگزین انجام دادند (۱۳). در تحقیقی مشابه با پژوهش حاضر، پیرنیا به بررسی

---

1. Pregnancy
2. Infertility
3. Depression
4. Frustration
5. Anxiety
6. Dissatisfaction
7. In-Vitro Fertilization
8. Pharmaceutical methods
9. Surgery
10. Third party pregnancy
11. Donated egg
12. Donated sperm
13. Surrogate uterus
14. Donated fetus
15. Assisted reproductive technology
16. Alternative (modern) methods of assisted reproduction
17. Third-party gamete
18. Donated embryos
19. Trounson

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

تجربهٔ زیستهٔ زنان نابارور تحت درمان با تکنولوژی‌های نوین باروری در شهر ساری پرداخت (۱۴). امروزه مراجعهٔ زنان نابارور متقاضی درمان با استفاده از تکنولوژی‌های نوین به مطب پزشکان و کلینیک‌ها و مراکز باروری نوین، بیشتر و بیشتر شده است؛ بدون اینکه دربارهٔ چالش‌های اخلاقی و اجتماعی (و روان‌شناختی) به‌کارگیری این تکنولوژی‌های نوین، تأثیرات و همچنین نظرات و شکست‌های ناشی‌از عمل‌های مختلف باروری مصنوعی آگاهی و اطلاعات جامعی به (دریافت) کنندگان آنکه عموما زنان هستند، داده شود (۱۴).

به‌طور کلی مشکل ناباروری به‌خودی‌خود برای زنان از مشکلات بسیار دشوار است که تمامی ابعاد زندگی آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. این مشکل زمانی شدیدتر می‌شود که فرد تصمیم می‌گیرد برای رفع آن، اقدام به درمان‌هایی کند که معمولاً با عُرف جامعه سازگاری ندارد و به‌دلیل بافت سنتی و مذهبی جامعه برای اکثریت افراد جامعه ناهمخوان و تعریف نشده است و شاید برای بسیاری افراد قابل قبول نباشد؛ درنتیجه فرد علاوه‌بر تحمل فشارهای ناشی‌از ناباروری مجبور است برای خاتمه‌دادن به آن فشارها به درمان‌هایی پناه آورد که انتخاب و انجام آن شیوه‌های درمانی خالی از استرس و بار هیجانی و چالش نیست. مسئلهٔ اساسی و آنچه در پژوهش حاضر مدنظر بود، آن است که مشخص شود درمان‌های جایگزین کمک‌باروری چه چالش‌هایی را برای زنان نابارور به‌همراه دارند و چه تأثیراتی بر روند زندگی ایشان و روند درمان می‌گذارند؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد انجام پژوهشی کیفی به‌منظور شناسایی چالش‌های روان‌شناختی زنان اقدام‌کننده به روش‌های جایگزین درمان ناباروری ضروری است تا در سایهٔ آن لزوم مشاوره‌های روان‌شناختی و همچنین حمایت‌های بیشتر از این گروه توسط دست‌اندرکاران کادر درمان و مؤسسات و دستگاه‌های مربوط صورت گیرد. هدف این پژوهش، بررسی کیفی چالش‌های روان‌شناختی زنان نابارور اقدام‌کننده به روش‌های درمان جایگزین ناباروری بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، کیفی با طرح پدیدارشناسی تفسیری بود. این روش تحقیق نظام‌دار و دقیق، یکی از رویکردهای تحقیق است که به جلوه‌گری و نمایاندن ادراکات تجربهٔ انسانی دربارهٔ انواع پدیده‌ها می‌پردازد (۱۵). جامعهٔ هدف را زنان ناباروری تشکیل دادند که با یکی از روش‌های جایگزین درمان ناباروری اقدام به فرزندآوری کردند. این جامعه شامل گروهی از زنان بود که خودشان نابارور بودند و به یکی از کلینیک‌های درمان ناباروری شهر مشهد مراجعه کردند؛ همچنین دریافت‌کنندهٔ یکی از شیوه‌های باروری به‌وسیلهٔ اهدای جنین، اهدای تخمک یا رحم جایگزین بودند و در مرحلهٔ ابتدا یا حین یا خاتمهٔ درمان قرار داشتند. این مطالعه به تأیید کمیتهٔ ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی رسید و دارای کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1398.005 بود. در این تحقیق، به‌منظور درک و شناخت نظرات شرکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند به‌شیوهٔ اشباع نظری استفاده شد. در این نوع نمونه‌گیری، محقق در حین جمع‌آوری اطلاعات به‌صورت هم‌زمان به تحلیل یافته‌ها پرداخت و فرایند نمونه‌گیری را تا زمانی ادامه داد که به اشباع نظری دست یافت؛ به عبارتی دیگر، زمانی‌که نظرات جدیدتری ارائه نشد، فرایند نمونه‌گیری توقف پیدا کرد (۱۶).

روش گردآوری داده‌ها به‌صورت میدانی بود. برای رسیدن به هدف پژوهش، از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های کمک‌باروری یعنی زوج‌های مراجعه‌کننده برای دریافت یکی از درمان‌های اهدایی کمک‌باروری شامل تخمک اهدایی، جنین اهدایی و رحم جایگزین، همچنین افراد معرفی‌شده توسط آشنایان و چند نمونه نیز از افراد عضو در کانال تلگرام مربوط به افراد ناباروری که استفاده‌کنندهٔ این درمان‌ها بودند، شناسایی شدند و آن‌ها دعوت به مصاحبه شدند. اشخاصی که وارد مصاحبه شدند، دارای معیارهای ورود به مصاحبه بودند. معیارهای ورود زنان نابارور به مطالعه عبارت بود از: ۱. زنان ناباروری که حداقل دو سال از ازدواجشان گذشته باشد؛ ۲. ازطریق روش‌های طبیعی و درمان‌های متداول کمک‌باروری صاحب فرزند نشدند؛ ۳. برای درمان یکی از روش‌های اهدایی کمک‌باروری شامل جنین اهدایی، تخمک اهدایی و رحم جایگزین را انتخاب کردند؛ ۴. در مرحلهٔ شروع یا حین یا خاتمهٔ درمان بودند. در ابتدای هر مصاحبه، هدف از انجام مصاحبه ذکر شد و کسب اجازه برای ضبط مصاحبه صورت گرفت. دربارهٔ محرمانه‌بودن اطلاعات و مصاحبه‌های ضبط‌شده به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد.

برای گردآوری داده‌ها، مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافتهٔ فردی به‌کار رفت. مدت‌زمان مصاحبه‌ها به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه بود و با سؤال اصلی «کدام‌یک از روش‌های جایگزین بیشتر مورد توافق شما و همسرتان برای استفاده بوده است و این توافق چه چالش‌هایی را برای شما ایجاد کرده است» شروع شد. سؤالات پیگیری باتوجه به پاسخ‌های قبلی و به‌صورت تخصصی‌تر پرسیده شد.

برای دستیابی به قابلیت اطمینان که به‌معنای سازگاری، منطقی و پیوسته‌بودن یافته‌ها است، پژوهشگران از اقداماتی همچون بازبینی توسط اعضا و تحلیل همکاران بهره گرفتند. وقتی معیار معتبربودن برای پژوهشی تأیید می‌شود، به این معنا است که معیار قابلیت اعتماد نیز تأیید شده است. محققان با اقداماتی همچون بازبینی توسط اعضا و نیز تماس با شرکت‌کنندگان برای رفع سوءتفاهم‌های احتمالی در پاسخ‌های داده‌شده، قابلیت اطمینان پژوهش را تأمین کردند. برای تعیین قابلیت تصدیق، محققان کوشیدند تا از ورود پیش‌فرض‌های پیشین خود در روند پژوهش و به‌ویژه نتیجه‌گیری اجتناب کنند؛ بدین‌منظور محققان با حفظ مستندات و رونوشت کتبی از پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در تمامی مراحل پژوهش، به تضمین قابلیت تصدیق کمک کردند.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر اقدامات زیر صورت گرفت: بیان هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان و کسب رضایت آگاهانهٔ کتبی از آن‌ها برای شرکت در پژوهش و نیز ضبط یا رونوشت‌برداری از مصاحبه‌های آن‌ها؛ درج‌نکردن نام شرکت‌کنندگان روی فایل‌ها و متون پیاده‌شده؛ رعایت اصل رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات و نیز حق انصراف در همهٔ مراحل پژوهش؛ همچنین بنا به درخواست برخی شرکت‌کنندگان قرار شد نام مرکز درمانی مطالعه‌شده مخفی بماند و اشاره‌ای به نام مرکز درمانی در پژوهش نشود.

باتوجه به استفاده از طرح پدیدارشناسی تفسیری به‌عنوان روش

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

پژوهش، فرایند تحلیل داده‌ها با استفاده از روش دیکلمن و همکاران انجام گرفت (۱۷). براساس این روش، متن مصاحبه‌ها پس از پیاده‌شدن روی کاغذ، چندین بار مرور شد تا شناخت کلی از آن حاصل شود. برای هریک از متون مصاحبه خلاصه تفسیری نوشته شد و برای درک و استخراج معانی نهفته در آن ازطریق کدگذاری اقدام شد. در ادامه پژوهشگران در استخراج مضامین به مشارکت و تبادل نظر پرداختند. با تداوم مصاحبه‌ها، مفاهیم قبلی روشن‌تر شد و پرورش یافت و گاه مفهوم جدید شکل گرفت. به‌منظور روشن‌سازی، مقوله‌بندی و رفع تناقض‌های موجود در تفسیر، فرایند بازگشت مکرر به متون صورت گرفت. هدف از تحلیل داده‌ها استخراج مفاهیم و سپس مقوله‌ها بود. مقوله‌ها یک‌سری مشخصه‌های کلی بودند که معنای محوری مفاهیم، تشابهات و تفاوت‌ها را بازنمایی کردند. لازم به ذکر است که نمونه‌گیری و تحلیل یکی پس از دیگری انجام شد و تحلیل هر مصاحبه کار گردآوری داده‌ها را در مصاحبهٔ بعدی هدایت کرد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخهٔ ۱۲ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش ده نفر از زنان با مشکل ناباروری شرکت کردند. همهٔ آن‌ها متأهل و دارای حداقل دو سال زندگی مشترک بودند؛ همچنین با روش‌های طبیعی صاحب فرزند نشدند و در ابتدا یا ادامه یا خاتمهٔ درمان با روش‌های جایگزین درمان ناباروری شامل رحم جایگزین، تخمک اهدایی یا جنین اهدایی قرار داشتند. در ادامه ویژگی‌های جمعیت‌شناسی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی زنان نابارور

مشارکت‌کننده	سن	تحصیلات	سن همسر	تحصیلات همسر	سابقهٔ تأهل	شغل	نوع درمان	مدت ناباروری
۱	۳۶	فوق‌لیسانس	۳۵	لیسانس	هشت سال	کارمند	رحم جایگزین	هفت سال
۲	۲۷	لیسانس	۳۸	دکترا	دو سال	کارمند	تخمک اهدایی	دو سال
۳	۳۶	فوق‌لیسانس	۳۶	دکترا	چهار سال	کارمند	جنین اهدایی	چهار سال
۴	۳۲	فوق‌لیسانس	۳۷	لیسانس	دو سال	خانه‌دار	تخمک اهدایی	دو سال
۵	۲۷	فوق‌لیسانس	۳۰	فوق‌لیسانس	دو سال	کارمند	تخمک اهدایی	دو سال
۶	۳۲	لیسانس	۳۲	لیسانس	چهار سال	کارمند	تخمک اهدایی	دو سال
۷	۲۹	لیسانس	۳۲	فوق‌دیپلم	هفت سال	کارمند	تخمک اهدایی	چهار سال
۸	۳۵	دکترا	۴۱	دکترا	هفت سال	مدرس	رحم جایگزین	شش سال
۹	۳۶	دکترا	۳۴	فوق‌لیسانس	دو سال	کارمند	جنین اهدایی	دو سال
۱۰	۳۶	فوق‌لیسانس	۳۸	لیسانس	سه سال	کارمند	تخمک اهدایی	دو سال

پس از جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شد و جملات مهم و فراهم‌کنندهٔ اطلاعات دربارهٔ چالش‌های روان‌شناختی مؤثر مشخص و برجسته شدند. از این جملات تعداد ۲۴۸ کد اولیه به‌دست آمد. در مرحلهٔ بعد کدهای مرتبط با هم در قالب یک مفهوم قرار داده شدند و درنهایت هفت مفهوم استخراج شد. این مفاهیم در سه مقولهٔ اصلی دسته‌بندی شدند. در ادامه سه مقولهٔ اصلی، باعنوان «چالش‌های اصلی زنان نابارور تحت درمان‌های ناباروری به شیوه‌های جایگزین»، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. مقوله‌بندی چالش‌های روان‌شناختی زنان نابارور تحت درمان‌های جایگزین کمک‌باروری

مقوله‌های اصلی	زیرمقوله‌ها	مفاهیم
چالش‌های کانونی (هسته‌ای)	چالش‌های مربوط به فرایند درمان	سخت‌بودن تصمیم‌گیری
		پیداکردن کیس مناسب
		عوارض داروها
		برخوردهای غیرهمدلانهٔ کادر
		سخت‌بودن پذیرش درمان
		نگرانی از افزایش سن
		دغدغه‌های مالی
		نگرانی از وجودنداشتن چشم‌انداز روشن اجتماعی و اقتصادی
	چالش‌های فکری و احساسی زوجین	احساس گناه درقبال همسر
		آشفتگی فکری و استرس
		احساس سرخوردگی
		ابهام در به‌دست‌آوردن امید و سلامت روانی
	چالش‌های مربوط به روابط زوجی	نگرانی از ناکارایی درمان در بهبود روابط زوجین
		نگرانی از طلاق
		نگرانی از ازدواج مجدد همسر

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

		نگرانی از ارتباط همسر با مادر جایگزین در رحم جایگزین نگرانی از تأثیر حرف اطرافیان بر همسر
چالش‌های موضعی	چالش‌های مرتبط با کودک و نقش والدبودن	دغدغهٔ تصاحب بچه توسط والدین اصلی نگرانی از نداشتن توانایی در تربیت درست کودک نگرانی از مطلع‌شدن کودک از داستان تولدش
	چالش‌های مربوط به پذیرش خانواده‌ها	دغدغه‌های ناشی‌از پنهان‌کاری دشواری قانع‌کردن خانواده‌ها دشواری پذیرش حقیقت توسط خانواده‌ها
	چالش‌های مربوط به واکنش خانواده‌ها و اطرافیان	دغدغهٔ ناشی‌از دخالت خانواده‌ها نگرانی از حرف و حدیث‌های اطرافیان نگرانی از دیدگاه‌های منفی خانواده‌ها نگرانی از جنجال‌های خانوادگی در صورت برملاشدن ماجرا نگرانی از برچسب‌زدن‌ها و سرزنش‌های اطرافیان نگرانی از قضاوت‌ها و برخوردهای تمسخرآمیز اطرافیان
چالش‌های گسترده	چالش‌های اجتماعی و فرهنگی	نگرانی از نبود پذیرش اجتماعی نگرانی از نبود فرهنگ‌سازی و وجودنداشتن شناخت درست از این روش‌های درمانی نگرانی از وجود دیدگاه‌های منفی در میان مردم
	مسائل شرعی	دغدغهٔ ابهامات شرعی نگرانی از تعصبات خشک مذهبی خانواده‌ها و مردم نگرانی از وجود ابهامات شرعی به‌عنوان بهانه‌ای برای دخالت‌های اطرافیان

در بررسی انجام‌شده در این پژوهش، چالش‌های روان‌شناختی زوجینی که در آن‌ها زنان تحت درمان جایگزین قرار گرفته بودند، از حیث دامنهٔ گستردگی آن در سه دستهٔ عمده جای گرفت که عبارت بود از: ۱. چالش‌های کانونی یا هسته‌ای[1] که دامنهٔ آن خود فرد و همسرش بودند و هستهٔ خانواده را تشکیل دادند؛ ۲. چالش‌های موضعی[2] که شامل خانوادهٔ طرفین و اقوام و خویشان آن‌ها بود و مانند چتری زوجین را در بر داشت؛ ۳. چالش‌های گسترده[3] که گسترهٔ آن شامل فرهنگ و جامعه بود و زوجین و خانواده‌های ایشان و کل جامعه را در بر گرفت.

۱. چالش‌های کانونی (هسته‌ای)

تحلیل داده‌ها نشان داد، از چالش‌های بسیار مهم که زنان نابارور در جریان درمان با آن روبه‌رو بودند، عوامل و چالش‌های کانونی بود که دامنهٔ آن شامل تمامی تفکرات، احساسات، افکار و عقاید و مسائل جسمی، روحی، روانی، اعتقادی، اجتماعی و اقتصادی خود شخص و همسرش به‌طور جداگانه و نیز در ارتباط با زندگی مشترکشان می‌شود. این عوامل که در خط اول درمان و حتی پیش از آن بروز می‌کند، تحت‌تأثیر شرایط و موقعیت‌ها و همچنین باورها و نگرش‌های زوجین دربارهٔ ناباروری و شیوهٔ درمان است و ساختارهای شناختی، جهان‌بینی، فرضیات، منطق و تبیین‌هایی را در بر می‌گیرد که زوجین از مشکل خود دارند.

ـ چالش‌های مربوط به فرایند درمان

به‌طور کلی در دسته‌بندی که از چالش‌های پیش روی زنان نابارور تحت درمان‌های جایگزین در حوزهٔ چالش‌های کانونی انجام شد، یک‌سری از چالش‌ها به فرایند درمان ربط داشت. سخت‌بودن تصمیم‌گیری دربارهٔ درمان و شک و تردید در زمینهٔ شیوه‌های درمان جایگزین از چالش‌های بسیار مهمی بود که تقریباً تمام شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱: «من به‌خاطر شک و تردیدی که به این روش داشتم، دربارهٔ مشکلاتی که ممکن بود بابت رحم اجاره‌ای ایجاد بشه، خیلی نگران بودم؛ مخصوصاً نگران به‌وجودآمدن یک رابطهٔ ناخواسته بین همسرم و آن خانم بودم.»

پیداکردن گزینهٔ (کیس) مناسب نیز از چالش‌های بسیار مهمی بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۸: «یک مشکل دیگه پیداکردن رحم اجاره‌ای که به اون شخص شناخت و اطمینان کامل داشته باشیم، بود.»

عوارض داروها و تأثیرات جسمی و روانی آن‌ها بر فرد، از دیگر چالش‌های مطرح‌شده توسط زنان تحت درمان بود. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۷: «خیلی درمان‌ها رو امتحان کردم و خیلی اذیت شدم. گاهی کلاً پشیمون می‌شدم. مصرف داروها و انجام اقدامات درمانی خیلی فرسودم کرده.»

برخوردهای بدون احساس همدردی و بی‌ملاحظهٔ برخی پرستاران و کادر درمان از دیگر موضوعاتی بود که برخی شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند.

1. Focal challenges
2. Local challenges
3. Extensive challenges

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۳: «یکی از مشکلات من بی‌ملاحظه‌بودن پرستارا در برخوردهاشون با بیمارانه. بعضی پرستارها اصلاً درک مناسبی از مشکلات ما ندارن و خیلی سرد و بی‌عاطفه برخورد می‌کنند. می‌خوان همه‌چی سریع انجام بشه تا بتونن تعداد بیشتر مریض رو جوابگو باشن.»

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۷: «هر دفعه که می‌خوام بیام مرکز دلشوره برم می‌داره. اصلاً شرایط آدمو درک نمی‌کنن.»

سخت‌بودن پذیرش درمان و کنارآمدن با آن برای زوجین نیز از چالش‌هایی بود که اکثر شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۷: «هنوزم برای من جا نیفتاده؛ اما مجبورم. اگه روش دیگه‌ای برای تقویت تخمدان‌ها و باروری با تخمک‌های خودم بود، مطمئناً انتخاب می‌کردم.»

یکی دیگر از چالش‌های عنوان‌شده توسط زنان تحت درمان‌های جایگزین، نگرانی از افزایش سن و دغدغهٔ ازدست‌رفتن زمان بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۳: «نگرانم اگه این دفعه هم از درمان جواب نگیرم، باتوجه به اینکه سنم داره بالا می‌ره کلاً شانسمونو برای بچه‌دارشدن از دست بدیم.»

دغدغه‌های مالی از چالش‌هایی بود که شرکت‌کنندگان در حوزهٔ چالش‌های کانونی بیان کردند. این دسته از چالش‌ها شامل موضوعاتی چون نگرانی از هزینه‌های هنگفت روش‌های جایگزین و نگرانی از سوءاستفادهٔ افراد سودجو و کلاهبردار در مسیر درمان بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۲: «هزینه‌های بالای درمان و وضعیت اقتصادی الآن خیلی برای بیماران مشکله؛ مخصوصاً که این نوع درمان‌ها تحت پوشش بیمه نیست. وقتی هیچ‌کس به فردای کاری و شرایط اقتصادی خودش مطمئن نیست، چطور می‌تونه به‌طور جدی برای بچه‌دارشدن اقدام کنه. حالا چه برسه به زوج‌های نابارور و هزینه‌های بالای درمان ناباروری.»

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱: «یه‌سری واسطه‌ها و افراد اهداکننده که به این کار به‌شکل دلالی نگاه می‌کنند، باعث به‌وجود اومدن دیدگاه منفی در افراد می‌شن.»

از دیگر دغدغه‌های شرکت‌کنندگان در این دسته از چالش‌ها، نگرانی از وجودنداشتن چشم‌انداز روشن درخصوص وضعیت اجتماعی و ثبات اقتصادی بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۶: «به‌خاطر مشکلات اجتماعی، اقتصادی، گرونی‌های پی‌درپی، تورم افزایشی، کاهش قدرت خرید و غیره به‌ثمر رسوندن بچه خیلی سخت شده.»

علاوه‌بر مطالب یادشده، نگرانی از گرفتاری‌های مالی و مشکل هزینه‌های درمان نیز دغدغه‌ای بود که اکثر شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۸: «رحم اجاره خیلی هزینه داره. واقعاً برامون خیلی سخت بود.»

ـ چالش‌های فکری و احساسی زوجین

دستهٔ دوم چالش‌ها در طبقهٔ چالش‌های کانونی، چالش‌های فکری و احساسی زوجین بود؛ ازجمله دغدغه‌هایی که شرکت‌کنندگان در زمینهٔ چالش‌های فکری و احساسی بیان کردند، احساس گناه درقبال همسر و ناراحتی از نداشتن توانایی باروری و حسرت به‌دنیاآوردن بچه است.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵: «وقتی می‌بینم همسرم به یک بچه نگاه می‌کنه، خیلی اذیت می‌شم. احساس بدی بهم دست می‌ده و احساس گناه می‌کنم. کاش ما هم می‌تونستیم بدون این همه دردسر بچه‌دار بشیم.»

آشفتگی فکری و استرس، وسواس‌های فکری دربارهٔ پذیرش شخصی، دغدغهٔ فکری دربارهٔ احتمال نبود پذیرش عاطفی زوجین و دغدغهٔ فکری و مشغولیت ذهنی از رغبت‌کم همسر برای بچه‌دارشدن، از دیگر دغدغه‌های عنوان‌شده توسط شرکت‌کنندگان در این دسته از چالش‌ها بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۶: «به‌علت مشکلاتی که داشتم، قرار شد از روش تخمک اهدایی استفاده کنیم. هر دوتامون این روشو دوست نداشتیم؛ اما چی‌کار می‌تونستیم بکنیم. تسلیم شرایط شدیم. از اونجایی که جنین داخل بدنم رشد می‌کنه، باعث شده به این روش رضایت بدم. می‌تونم حس مادری و حاملگی رو درک کنم.»

از دیگر چالش‌های بیان‌شده توسط زنان تحت درمان‌های جایگزین ناباروری، احساس سرخوردگی در صورت موفق‌نبودن درمان و اندوه ناشی‌از فقدان وجود فرزند بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۶: «خیلی افسرده شدم. بعضی اوقات آن‌قدر گریه می‌کنم؛ حتی می‌گم بی‌خیال بشم؛ اما بعدش تا آخر عمر بدون بچه باید باشم. به‌خاطر همین، تمام سختی‌هاشو قبول کردم.»

در این دسته از چالش‌ها شرکت‌کنندگان یک‌سری ابهاماتی را بیان کردند؛ ازجمله ابهام در به‌دست‌آوردن امید و سلامت روانی با استفاده از روش‌های جایگزین، ابهام در ایجاد امید به آینده و انگیزهٔ زندگی، ابهام در ایجاد آرامش و خوشحالی، ابهام در ایجاد حس مادری. هر کدام از شرکت‌کنندگان با آرزوی رسیدن به یک‌سری نتایج مطلوب علاوه‌بر صاحب اولاد شدن به درمان وارد شدند که معلوم نبود آیا درمان و به‌دنیا آمدن فرزند آن‌ها را به آن نتایج خواهد رساند یا خیر.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۳: «شاید احساس مادرشدن و پدرشدن ما رو قوی‌تر کنه تا بتونیم دربرابر مشکلات محکم‌تر باشیم و زود جا نزنیم.»

ـ چالش‌های مربوط به روابط زوجی

دستهٔ سوم چالش‌ها در طبقهٔ چالش‌های کانونی، چالش‌های مربوط به روابط زوجی بود؛ ازجمله چالش‌ها و نگرانی‌هایی که شرکت‌کنندگان در این زمینه بیان کردند، نگرانی از ناکارایی درمان جایگزین و بچه‌دارشدن در بهبود روابط و نگرانی نرسیدن به آرامش در زندگی باوجود تمام تلاش‌ها است.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۷: «خدا کنه حس پدر و مادرشدن باعث بشه روابطمون بهتر بشه.»

نگرانی از طلاق به‌علت بچه‌دارنشدن، نگرانی از ناپایداری ازدواج و نگرانی از ازدواج مجدد همسر نیز از موضوعاتی بود که برخی از شرکت‌کنندگان بیان کردند.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۴: «اما حقیقتی که الآن وجود داره، زندگیمه که باید از فروپاشی نجاتش بدم و تنها راهش بچه‌دارشدنه. امیدوارم که نتیجه بده.»

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۹: «این ازدواج دومم هست. همسر اولم به‌خاطر همین مشکل ناباروی منو طلاق داد.»

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

در روش درمان ازطریق رحم جایگزین برخی از شرکت‌کنندگان نگران ایجاد رابطهٔ بین همسر و مادر جایگزین بودند. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۸: «نسبت به شوهرم حساس شدم. گاهی فکر می‌کنم نکنه با خانمی که بچمون رو داره، رابطه برقرار کنه.»

نگرانی از تأثیر حرف اطرافیان بر همسر و نگرانی از خراب‌شدن روابط زوجین به‌دلیل دخالت خانواده‌ها از دیگر موضوعاتی بود که برخی از شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۴: «خانوادهٔ همسرم کلاً از این نظر، پذیرششون خیلی پایینه. اصلاً براشون قابل قبول نیست. شاید علتش می‌تونه طلاق دخترشون به‌خاطر بچه‌دارنشدن باشه. منم به‌خاطر همین استرس زیادی دارم. تأکیدم روی اینه حتماً بچه‌دار بشم وگرنه ممکنه به هر شکلی شده زندگیم از بین بره.»

ـ چالش‌های مرتبط با کودک و نقش والدبودن

دستهٔ چهارم از چالش‌های عنوان‌شده در طبقهٔ چالش‌های کانونی که توسط زنان نابارور تحت درمان‌های جایگزین به آن اشاره شد، چالش‌های مرتبط با کودک و نقش والدی است؛ از این چالش‌ها می‌توان از دغدغهٔ تصاحب بچه توسط والدین اصلی و نگرانی از درخواست والد اصلی برای رابطه با بچه در آینده نام برد.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۸: «یکی از نگرانی‌های من و همسرم این بود نکنه بعد از به‌دنیا اومدن بچه، اون خانم قانع به دادن بچه نشه. برای همین یه خانمی رو پیدا کردیم که خودش بچه داره و یک قرارداد مطمئن نوشتیم و متوجه شدیم که قبلاً هم این کارو انجام داده و دفعهٔ اولش نیست. برای همین کمی خیالمون از این بابت راحت شد.»

همچنین نگرانی از نداشتن توانایی در تربیت درست کودک و استرس دربارهٔ آیندهٔ روانی بچه از نگرانی‌های مطرح‌شده در این مقوله بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵: «اما عشق به بچه‌دارشدن باعث می‌شه برای تربیت بچه خیلی حساس بشیم. خیلی باید مراقب باشیم که زیادی لوسش نکنیم.»

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۰: «خانواده‌ها رو در جریان این موضوع نذاشتیم؛ چون حرف و حدیث‌های زیادی پیش میاد. واکنش‌های منفی خانواده‌ها روی روحیهٔ بچه اثر منفی می‌ذاره.»

نگرانی از باخبرشدن بچه دربارهٔ اصل ماجرا و نگرانی از ضربه‌خوردن بچه در صورت برملاشدن راز تولدش نیز از دیگر نگرانی‌های مطرح‌شده در این زمینه بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۷: «نگران اینم که یک روزی حقیقت برای بچه‌ام روشن بشه، اونوقت خیلی لطمه می‌خوره.»

۲. چالش‌های موضعی

یکی از کاربردهای عمدهٔ ازدواج در ایران، تشکیل خانواده و فرزندآوری است. فرزندآوری با ایجاد نقش‌های جدید همچون پدربزرگ و مادربزرگ، عمو، عمه، خاله و دایی‌شدن، تأثیر زیادی بر روابط بین‌فردی زوجین، خانواده‌ها، فامیل و اطرافیانشان دارد. باتوجه به بافت سنتی جامعهٔ ما، این نقش‌ها در زندگی مشترک زوجین بسیار پررنگ است؛ به‌طوری‌که گاهی حتی خانوادهٔ زوجین ابتکار عمل را به‌دست می‌گیرند و سعی می‌کنند با فشارهای واردشده آن‌ها را وادار به فرزندآوری کنند. باتوجه به مطالب مذکور، در تعریف چالش‌های موضعی می‌توان اظهار کرد که این چالش‌ها شامل چالش‌های روان‌شناختی بودند که وسعت آن‌ها از چالش‌های کانونی یعنی از محدودهٔ فرد و زوجین فراتر رفت و به گسترهٔ بزرگ‌تری چون خانواده‌های طرفین و فامیل و اجتماع اطراف آن‌ها رسید. چالش‌های موضعی شامل موضوعات و دغدغه‌هایی بود که فرد و زوجین در ارتباط با فامیل، خانواده، اطرافیان و جامعه تجربه کردند و با آن‌ها درگیر بودند.

ـ چالش‌های مربوط به پذیرش خانواده و اطرافیان

از چالش‌های مطرح‌شده در این طبقه توسط زنان نابارور تحت درمان‌های جایگزین، دغدغه‌های ناشی‌از اجبار به پنهان‌کاری در استفاده از روش‌های جایگزین، دشواری قانع‌کردن خانواده‌ها و دشواری قبول‌کردن حقیقت برای خانواده‌های طرفین بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۴: «خانوادهٔ همسرم فکر می‌کنند با استفاده از درمان‌هایی که انجام دادیم، باعث شده بچه‌دار بشیم. نمی‌دونند تخمک از کس دیگه‌ای است. همین پنهان‌کاری باعث شده الآن خیلی خوشحال باشند؛ اما از روزی می‌ترسم این حقیقت برملا بشه؛ چون واکنش‌های تندی می‌تونند داشته باشند.»

ـ چالش‌های مربوط به واکنش خانواده‌ها و اطرافیان

از چالش‌های مطرح‌شده در این طبقه توسط زنان نابارور تحت درمان‌های روش‌های جایگزین، دغدغه‌های ناشی‌از دخالت خانواده‌های طرفین و نگرانی از حرف و حدیث‌ها و طعنه‌های اطرافیان و موضع‌گیری‌ها و دیدگاه‌های منفی خانواده‌ها بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵: «کلاً خانواده رو در جریان این موضوع نذاشتم. چون حرف و حدیث‌های زیادی پیش میاد. واکنش‌های منفی خانوادهٔ همسرم مطمئناً خیلی زیاد خواهد بود. نظر همسرم این بود کسی نفهمه از چه روشی استفاده می‌شه.»

همچنین نگرانی از جنجال‌های خانوادگی ناشی‌از برملاشدن ماجرا، تبدیل‌شدن زندگی زوجین به کارزار جنگ میان خانواده‌ها و سردرگمی زوج‌ها به‌دلیل دخالت اطرافیان، از دیگر چالش‌های عنوان‌شده توسط این گروه از شرکت‌کنندگان بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۰: «خانوادهٔ همسرم خیلی دخالت می‌کردند. خانوادهٔ منم به‌خاطر فشاری که تحمل می‌کردم به سبک خودشون دخالت می‌کردند. زندگی ما داشت به کارزار جنگ تبدیل می‌شد؛ درصورتی‌که من و همسر، با هم مشکلی نداشتیم.»

نگرانی از اعتراض و دخالت اطرافیان و نگرانی از برچسب‌زدن‌ها و سرزنش‌های اطرافیان نیز توسط این گروه از شرکت‌کنندگان، به‌عنوان چالش‌های تجربه‌شدهٔ آن‌ها بیان شد.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱: «امیدوارم این نُه ماه به خیر و خوشی تموم بشه؛ چون اگه یکی از خانواده‌ها بفهمند، دخالت‌های زیادی می‌کنند. این جو خوبی که ایجاد شده کلاً از بین می‌ره. زندگیمونم به‌هم می‌ریزه.»

نگرانی از قضاوت‌ها و برخوردهای نادرست و تمسخرآمیز اطرافیان و نگرانی از رفتارهای ناخوشایند خانواده‌ها از چالش‌های بیان‌شده در این حوزه بود.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱: «خانوادهٔ همسرم درمورد بچه‌دارشدن، خیلی دخالت کردند؛ حتی پیشنهاد زن دوم به همسرم دادند. واقعاً تحت فشار روحی و روانی زیادی بودم.»

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

۳. چالش‌های گسترده

تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد، یک‌سری چالش‌های روان‌شناختی موضوعاتی هستند که ساخته و پرداختهٔ تفکرات اجتماع، فرهنگ و اعتقادات جامعه است و گسترهٔ وسیع‌تری از فرد، زوجین، خانواده‌ها و اطرافیانشان را در بر می‌گیرد.

ـ چالش‌های اجتماعی و فرهنگی

ازجمله چالش‌های مطرح‌شدهٔ زنان تحت درمان‌های جایگزین ناباروری در مقولهٔ چالش‌های گسترده، چالش‌های اجتماعی و فرهنگی بود. در این زمینه زنان از دغدغه‌هایی چون نگرانی از نبود پذیرش اجتماعی روش‌های جایگزین، نگرانی از نبود فرهنگ‌سازی و شناخت کامل از روش‌های جایگزین، نگرانی از ناآگاهی و اطلاعات نادرست خانواده‌ها دربارهٔ روش‌های جایگزین، نگرانی از وجودنداشتن شناخت و آگاهی خانواده‌ها و گوش‌دادن به شایعات دربارهٔ روش‌های درمان جایگزین، نگرانی از نهادینه‌نشدن روش‌های جایگزین در فرهنگ و وجود دیدگاه‌های منفی در میان مردم و... شکایت داشتند.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۰: «به‌خاطر این جوهای منفی، زندگی ما تحت‌الشعاع قرار می‌گرفت. این عدم شناخت خانواده‌ها، ناآگاهی خانواده‌ها، نهادینه‌نشدن این روش‌ها در فرهنگ خانواده‌ها... فشار زیادی را به ما تحمیل می‌کرد.»

ـ چالش‌های مربوط به مسائل شرعی

همچنین یکی از چالش‌های عمدهٔ زنان تحت درمان در مقولهٔ چالش‌های گسترده، دغدغه‌های مربوط به مسائل شرعی و اعتقادی بود. در این طبقه از چالش‌ها زنان به چالش‌هایی چون دغدغهٔ ابهامات شرعی دربارهٔ استفاده از روش‌های جایگزین، نگرانی از تعصبات خشک مذهبی خانواده‌های طرفین دربارهٔ استفاده از این روش‌های درمانی، نگرانی از ابهامات شرعی به‌عنوان راهی برای دخالت اطرافیان و... اشاره کردند.

مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۷: «یک‌سری فقها نظر مثبت می‌دن، یک‌سری نظر منفی. همین‌ها باعث می‌شه خیلی از خانواده‌ها کارشون به جدایی ختم بشه. واقعاً درست نیست.»

۴ بحث

پدیدهٔ ناباروری، تنها واجد ابعاد پزشکی نیست و ورود زیست‌فناوری‌های باروری به زندگی درمان‌خواهان ناباروری و اهداکنندگان، موجب تغییر در «جریان زندگی روزمره» می‌شود. در این میان، درمان‌های شخص سوم، واجد ابعاد اجتماعی پیچیده‌تری درمقایسه با درمان‌های بدون نیاز به شخص سوم است (۱۸). باتوجه به تابوهای اجتماعی مربوط به باروری و زایمان، اهداکنندگان و گیرندگان عمدتاً تلاش می‌کنند، کل فرایند درمان ناباروری را به‌صورت راز نگه دارند. در اکثر مواقع، با گیرندگانی مواجه می‌شویم که عمدتاً در تلاش هستند علاوه‌بر ناباروری، نوع درمان خود را نیز پنهان کنند (۱۸). بدین‌ترتیب درمان‌های ناباروری چه با منشأ زنانه و چه با منشأ مردانه، علاوه‌بر آنکه بار اصلی تبعات جسمانی درمان بر عهدهٔ زنان است، بار اجتماعی ورود زیست‌فناوری‌ها به مقولهٔ درمان نیز بیشتر زنان را متأثر می‌کند. باوجود این، باتوجه به کنترلِ بیشتر مردان بر منابع اقتصادی خانواده، در بسیاری از زوجین، تصمیم‌گیری نهایی درخصوص آغاز یا تداوم فرایند درمان ازطریق زیست‌فناوری‌های باروری، با مردان است (۱۸).

براساس یافته‌های این پژوهش، زنان نابارور تحت درمان‌های جایگزین کمک‌باروری، از نظر روان‌شناختی با چالش‌های متعددی روبه‌رو بودند. این چالش‌ها به سه مقولهٔ اصلی تقسیم شدند و عبارت بودند از: چالش‌های کانونی؛ چالش‌های موضعی؛ چالش‌های گسترده.

براساس تجارب شرکت‌کنندگان این پژوهش در حوزهٔ چالش‌های کانونی، از چالش‌های بسیار مهم پیش روی آن‌ها، مرحلهٔ تصمیم‌گیری و انتخاب شیوهٔ درمانی بود. دربارهٔ انتخاب گزینهٔ (کیس) مناسب، در پژوهش صادقی و همکاران دربارهٔ بررسی پدیدارشناسی تجربیات مادران درخواست‌کنندهٔ رحم جایگزین، در رابطه با فرایند تصمیم‌گیری زیرمقوله‌های پذیرش بچه از پرورشگاه، مسائل مالی و مسائل شرعی مطرح شدند. در بحث انتخاب گزینه و رابطهٔ مادر درخواست‌کننده با مادر جایگزین، صادقی و همکاران در پژوهشی، موضوعاتی را ازقبیل معیارهای مادر جایگزین، رابطهٔ دو مادر در زمان بارداری و رابطهٔ بعد از زایمان مدنظر قرار دادند. برخی از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش عقاید و اعمال مذهبی مادر جایگزین را معیار اصلی انتخاب دانستند (۱۹). همچنین در زمینهٔ عامل پنهان‌کاری در پژوهش صادقی و همکاران، در چارچوب کد تفسیری اطرافیان، دو کد توصیفی «آگاهی از اقدام به اجاره» و «شبکه‌های حمایتی» قرار گرفت. در جریان گذاشتن اطرافیان بستگی به شرایط فرهنگی و خانوادگی و شبکه‌های حمایتی داشت که این افراد با آن مواجه بودند. اکثر مشارکت‌کنندگان ترجیح دادند، اطلاع‌رسانی از نحوهٔ بارداری زمانی صورت گیرد که انتقال جنین با موفقیت انجام شده و چند ماهی از بارداری گذشته باشد (۱۹). همچنین در پژوهش زندی و همکاران درخصوص تنش‌ها و تردیدهای مادران در مواجهه و پذیرش رحم جایگزین، نتایج نشان داد، زنان نابارور در مواجهه با تکنولوژی‌های کمک‌باروری، فرایند دشواری را تا تصمیم‌گیری نهایی طی می‌کنند که با عنوان «عبور از گذرگاه پرتنش تردید و انتخاب» از آن یاد شده است (۲۰).

یکی دیگر از دغدغه‌های عنوان‌شده توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، نامعلوم‌بودن نتیجهٔ قطعی درمان و مشکل هزینه‌های درمان بود؛ اینکه آیا فرد می‌تواند تا پایان درمان هزینه‌های لازم را پرداخت کند و آیا پس از این همه صرف هزینه‌های گزاف، درمان نتیجه خواهد داد یا خیر. باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش صادقی و همکاران، مشکلات مالی یکی از دغدغه‌های اصلی بود که در برخی موارد باوجود صرف هزینه‌های زیاد انتقال با موفقیت روبه‌رو نشد. طبق یافته‌های این تحقیق، دغدغهٔ اولیهٔ مشارکت‌کنندگان، موفقیت‌آمیزبودن نتیجهٔ کاشت و انتقال جنین بود. برخی از آنان، چندین بار تجربهٔ انتقال ناموفق داشتند که بر ناراحتی و میزان تنش آن‌ها برای ادامهٔ درمان اثر داشت؛ به‌ویژه اینکه هزینه‌های مراحل مختلف درمان، فرد را متحمل هزینه‌های زیادی می‌کند (۱۹). علاوه‌بر تحمل این مشکلات دشوار شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر از دغدغه‌هایی چون ناهماهنگی‌ها و ساز مخالف‌زدن‌ها و غرغرکردن‌های همسر، نالیدن همسر از پرداخت هزینه‌های هنگفت درمان، برخوردهای سرد و گاهی بی‌تفاوت همسر و احساس ناامنی در رابطهٔ زوجی و نیز نامعلوم‌بودن آینده و ترس از

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

طلاق یا ازدواج مجدد همسر، ابراز ناراحتی کردند. این زنان اکثراً ثبات رابطهٔ خود را در خطر دیدند و در مواقعی رابطهٔ زناشویی آن‌ها تا مرز جدایی نیز پیش رفته بود. براساس پژوهش ودادهیر و همکاران، برخی مشارکت‌کنندگان آن پژوهش نه‌فقط از وجود شوهر به‌منزلهٔ منبع حمایتی محروم بودند، بلکه کنش و عملکرد همسرشان منبعی تنش‌زا برای آنان بود (۲۱). یافته‌های پژوهش احمری طهران و همکاران نشان داد، پذیرش رحم جایگزین از سوی خانواده‌ها از ازدواج مجدد مردان جلوگیری می‌کند. این مسئله مشخص کرد، اکثر زنان نابارور برای نجات ازدواجشان به این روش‌های درمانی روی می‌آورند (۱۳). همچنین نگرانی دیگر برخی از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، نگرانی از ایجاد رابطهٔ همسر با فرد میزبان جنین (در رحم جایگزین) و نیز نگرانی از برقراری رابطهٔ والد اصلی با فرزند (در جنین اهدایی) در آینده بود. در پژوهش احمری طهران و همکاران روی زنان نابارور تحت درمان با روش رحم جایگزین، بیش از نیمی از زنان نابارور از ایجاد رابطهٔ عاطفی بین مادر جانشین و فرزند و احتمال امتناع از تحویل فرزند ابراز نگرانی کردند (۱۳). همچنین طبق یافته‌های پژوهش حاضر، زنان در سطحی وسیع‌تر از رابطهٔ زوجی، در سطح خانواده‌های طرفین و آشنایان و دوستان با یک‌سری چالش‌های عمده (چالش‌های موضعی) روبه‌رو بودند. مشکل ناباروری و نوع درمان فشار زیادی را بر ایشان وارد کرده بود؛ به‌طوری‌که بر تعاملات اجتماعی‌شان تأثیر گذاشته بود و برای فرار از فشارهای اجتماعی آنان را به انزوا کشیده بود. طبق پژوهش ودادهیر و همکاران، تعدادی از مشارکت‌کنندگان ابراز کردند، بعد از مواجهه با مسئلهٔ ناباروری با خانوادهٔ همسر دچار تنش شده‌اند یا برای جلوگیری از تنش و اختلاف، روابط با مادر شوهر و خانوادهٔ همسر را کم کرده‌اند (۲۱).

همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد، کنش متقابل اجتماعی خانواده‌های طرفین و اطرافیان با زوج نابارور، زمانی‌که عامل ناباروری زوج مردانه، زنانه یا مشترک باشد، متفاوت است، تعامل اطرافیان گاه وجهی مثبت می‌یابد و گاه در قالب اعمال تبعیض‌آمیز و ناپسند (سرزنش، تحقیر، زخم زبان)، کنجکاوی و پرسش‌های مکرر، مداخلهٔ مستقیم در حریم خصوصی یا محرومیت از حمایت‌های اجتماعی (مادی و غیرمادی) متجلی می‌شود. پژوهش عباسی شوازی و همکاران نیز مشخص کرد، واکنش‌های نامطلوب اطرافیان باعث می‌شود زنان نابارور در اجتماعات و محافل دوستانه و فامیلی شرکت نکنند (۲۲). از نظر گافمن[1]، انزوا و کناره‌گیری از مناسبات اجتماعی، بیشتر هنگامی اتخاذ می‌شود که فرد داغ ننگ بخورد، فاقد حامی باشد یا به هر دلیلی انکار و مخفی‌سازی یا پذیرش داغ و بهنجارسازی آن برایش دشوار باشد (به نقل از ۲۲).

از چالش‌های دیگری که در این حوزه شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند، فشار ناشی‌از تحمل طعنه‌ها و گوشه و کنایه‌ها و دخالت‌های خانواده‌ها بود. در پژوهش دادهیر و همکاران، برخی از مشارکت‌کنندگان برای در امان ماندن از فشارهای اجتماعی و روحی که دیگران به‌دلیل شیوه‌های درمان ممکن بود بر آن‌ها وارد کنند، رخدادهای مربوط به فرایند درمان را مخفی نگاه داشتند. افراد نابارور سعی کردند مراجعه به پزشک را از اطرافیان پنهان کنند و با افراد جدید ارتباط برقرار نکنند یا ارتباط خود را با آشنایان قطع نمایند تا مجبور به پاسخ‌گویی به کنجکاوی‌های آزاردهندهٔ آن‌ها نباشند (۲۱).

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، در بحث چالش‌های گسترده که دامنهٔ آن سطحی وسیع‌تر یعنی فرهنگ و جامعه را در بر گرفت، زنان دغدغه‌هایی در زمینهٔ مشکلات شرعی و پذیرش اجتماعی و فرهنگی جامعه بیان کردند. لطیف‌نژاد رودسری و همکاران در پژوهشی دریافتند، باورهای فرهنگی‌اجتماعی دربارهٔ روش‌های اهدایی کمک‌باروری می‌تواند نگرش زوجین نابارور را درخصوص پذیرش این روش‌های درمانی تحت‌تأثیر قرار دهد؛ بنابراین باید گامی درجهت تطابق باورهای فرهنگی‌اجتماعی با درمان‌های جاری برای زوج‌های نابارور با کمک رسانه‌های اجتماعی برداشت تا بتوان به تصمیم‌گیری واقع‌بینانه در ارتباط با گزینه‌های انتخابی‌شان کمک کرد (۲۳).

تحمل این همه چالش‌های فراوان و گسترده برای زنان نابارور تحت درمانی که شرایط دشوار درمان را تحمل می‌کنند و ازطرفی برای حصول نتیجهٔ بهتر نیازمند محیطی آرام و بدون استرس و حمایتگر هستند، به‌نظر بسیار دشوار و گاهی غیرممکن می‌آید. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعاتی مفید و کاربردی برای متخصصان حوزهٔ درمان ناباروری به‌همراه داشته باشد. نتایج این پژوهش برای متخصصانی که در حوزه‌های ناباروری، مشاورهٔ خانواده و زوج‌درمانی مشغول به فعالیت هستند، کاربردی است. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند برای سیاست‌گذاران کلان حوزهٔ خانواده نیز قابل استفاده باشد و در صورت توجه، آن‌ها را به‌سمتی سوق دهد که به‌جای تکیه بر اطلاعات شهودی و غیرتجربی بر اطلاعات دقیق و بررسی‌شده روی آورند و سیاست‌گذاری‌ها را با واقعیت‌های موجود تطبیق دهند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، مجموعه چالش‌های روان‌شناختی که زنان نابارور تحت درمان‌های جایگزین کمک‌باروری با آن‌ها روبه‌رو هستند، در سه طبقهٔ اصلی شامل چالش‌های کانونی، چالش‌های موضعی و چالش‌های گسترده قرار می‌گیرند. این چالش‌ها در سطوح مختلف فردی، روابط زوجی، روابط خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی زندگی زنان نابارور را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند؛ بنابراین رسیدگی به هریک از این چالش‌ها نیازمند کاری تخصصی باتوجه به تمامی ابعاد زندگی فرد نابارور است که باتوجه به اهمیت لزوم حفظ سلامت روانی بیماران و بهبود کیفیت درمان اهمیت ویژه‌ای دارد.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر منتج از پایان‌نامه به‌منظور اخذ درجهٔ دکترای تخصصی مشاوره از دانشگاه آزاد اسلامی بجنورد است که با مساعدت کلینیک‌های خصوصی درمان ناباروری مشهد و مُراجعان این کلینیک‌ها انجام شد. بدین‌وسیله از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[1]. Goffman

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله منتج از پایان‌نامهٔ نویسندهٔ اول به‌منظور اخذ درجهٔ دکترای تخصصی و مورد تأیید کمیتهٔ ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی است؛ همچنین دارای کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1398.005 است. دربارهٔ رعایت اصول اخلاقی پژوهش و محرمانه‌ماندن اطلاعات دریافتی در کل فرایند پژوهش، توضیحات لازم ارائه شد؛ همچنین اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش صورت گرفت.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

به‌دلیل محرمانه‌بودن، اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌جز ازطریق مقاله امکان‌پذیر نیست.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی از مؤسسه یا نهادی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ دوم استاد راهنما و نویسندهٔ سوم استاد مشاور این پژوهش بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Seif D, Alborzi S, Alborzi S. Effect of some affective and demographic variables on life satisfaction of infertile women. Journal of Reproduction & Infertility. 2001;2(4):66–74. [Persian] https://static.jri.ir/documents/fullpaper/fa/69.pdf
2. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. Fertil Steril. 2009;92(5):1520–4. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009
3. Eitan-Schiller Y, Seidman DS. Sperm or oocyte donation: the dynamics of making the decision regarding the method and timing of disclosure of information to the sibling. Harefuah. 2009;148(4):251–5, 275. [Hebrew]
4. Besharat MA, Hoseinzadeh Bazargani R. A comparative study of fertile and infertile women's mental health and sexual problems. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006;12(2):146–53. [Persian] https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-24-en.pdf
5. Fazli Khalaf Z, Shafiabadi A, Tarahomi M. Psychological aspects of surrogate motherhood. Journal of Reproduction & Infertility. 2008;9(1):43–9. [Persian] https://static.jri.ir/documents/fullpaper/fa/305.pdf
6. Wang F, Sun Y, Kong H, Li J, Su Y, Guo Y. The evolution of oocyte donation in China. Int J Gynaecol Obstet. 2010;110(1):53–6. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.02.018
7. Buster JE. The first live birth donation. Society for Reproductive Medicine. 2008;4(4):23–8.
8. Stevens JB, Hayes C. Perceptions regarding oocyte donation in a group of female college students. MCN Am J Matern Child Nurs. 2010;35(1):40–6. https://doi.org/10.1097/01.nmc.0000366809.52208.60
9. Darabi A. A phenomenological approach in the analysis of political phenomena. Journal of Political Studies. 2009;2(5):61–82. [Persian]
10. Ghazi Tabatabaei M, Vedadhir AA. Surrogacy: medicalization of motherhood. Journal of Reproduction and Infertility. 2008;9(2):144–64. [Persian]
11. Moghaddam Tabrizi F, Feizbakhsh N. Self-esteem, self-efficacy and treatment outcome in infertile women undergoing in vitro fertilization referring to urmia infertility center. Nurs Midwifery J. 2015;13(6):535-43. [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2382-fa.html
12. Valiani M, Abedian S, Ahmadi S M, Pahlavanzade S. The effects of relaxation on outcome treatment in infertile women. Complementary Medicine Journal. 2014;4(2):845-53. [Persian] http://cmja.arakmu.ac.ir/article-1-217-fa.html
13. Ahmari Tehran H, Jafarbagloo E, Zia Sheikholeslami N, Abedini Z, Heidarpoor A. Surrogacy: infertile women's attitude. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010;4(1):62–70. [Persian] https://journals.tums.ac.ir/ijme/article-1-199-en.pdf
14. Pirnia N. Barrasi tajrobe zisteh zanan nabarvar (taht darman ba technology-haye novin barvari dar shahr Sari) [Survey of lived experience of infertile women (under treatment with new reproductive technologies in Sari)] [Thesis for M.A.]. [Tehran, Iran]: Faculty of Social Science, Allameh Tabataba'i University; 2020. [Persian]
15. Flick U. An introduction to qualitative research. Jalili H. (Persian translator). Tehran: Ney Pub; 2015.
16. Esterberg KG. Qualitative methods in social research. Pourahmad A, Shamaei A. Yazd: Yazd University Pub; 2005.
17. Dikelman N, Allen D, Tanner C. The national league for nursing criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical hermeneutic analysis. In: The NLN Criteria for Appraisal of Baccalaureate Programs: A Critical Hermeneutic Analysis. National League for Nursing; 1989.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

18. Amir Mazaheri AM, Sharifi M. Sociological examination of fertility biotechnologies in maternal issues. Sociological studies. 2011;4(12):91–105. [Persian] http://jss.iaut.ac.ir/article_521057_7c57028391e4b73ee2a54ea1372c0809.pdf
19. Sadeghi HR, Malekahamdi H, Abdellahi AS. Phenomenological experiences of the requesting mother for renting wombs. Journal of Family Research. 2014;10(4):401–21. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_96449_3761f3e7dab169c6898ebbe91b665e47.pdf
20. Zandi M, Vanaki Z, Shiva M, Mohamadi E, Bagari Lankarani N. Passing the stressful period of doubt and decision making: experiences of commissioning mothers to confront and accept surrogacy. Nursing And Midwifery Journal. 2013;10(6):807–17. [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1167-en.pdf
21. Vedadhir A, Rahmani M, Dabbagh T. Infertility as a socio-cultural issue: understanding and lived experience of infertile women seeking treatment. Journal of Social Problems of Iran. 2017;7(2):159–75. [Persian] http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.jspi.7.2.159
22. Abbasi-Shavazi MJ, Razeghi Nasrabad HB, Behjati Ardakani Z, Akhondi MM. Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran. Journal of Reproduction & Infertility. 2006;7(2):139–48. [Persian] https://static.jri.ir/documents/fullpaper/fa/233.pdf
23. Latifnejad Roudsari R, Jafari H, Taghipour A. The relationship of sociocultural beliefs and infertile couples' attitude toward reproductive donation: A descriptive-correlational study. International Journal of Reproductive BioMedicine. 2019;17(5):315–24. [Persian] http://dx.doi.org/10.18502/ijrm.v17i5.4599

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]