

Original Article

Psychological Challenges of Infertile Males Seeking Infertility Alternative Therapies: A Qualitative Study

Shiva Goharshahi¹ , Ali Akbar Soleimani^{2*} , Ahmad Heydarnia² 

¹ Department of Psychology and Counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

² Department of Educational Sciences and Counseling, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

*Corresponding Author:
Ali Akbar Soleimani;
Department of Educational Sciences and Counseling,
University of Bojnord,
Bojnord, Iran.

Email:
soliemani@gmail.com,
soleimani@ub.ac.ir

Received: 16 Sep, 2020
Accepted: 27 Dec, 2020

Abstract

Background and Objectives: Nowadays, with the development of medical science, the couples' infertility problem has been resolved; however, this issue has presented some challenges. This study was conducted to explain the psychological challenges of infertile men seeking alternative infertility treatments.

Methods: This qualitative research with phenomenological design (n=9) was carried out on infertile males seeking alternative infertility treatments. The subjects were selected using purposive and criterion sampling methods with maximum variation until reaching saturation. The necessary data were collected through a semi-structured interview method and coded and analyzed using the Dickelman method. The coding process was analyzed in the form of primary codes, concepts, and categories.




Results: Based on the findings, the psychological challenges of infertile men seeking alternative reproductive therapies included 4 main themes (precedent challenges, process challenges, contextual challenges, and approaching challenges) and 13 sub-themes (problems in decision-making and acceptance of treatment, challenges related to childless life, intellectual and emotional challenges of couples through the treatment, challenges affecting marital life, concerns related to the course of treatment, challenges related to the actions and reactions of family and relatives, concerns about cultural and social rejection and religious issues, concerns due to the possibility of physical, mental, and behavioral defects of the child, and challenges related to the parental role).

Conclusion: In general, reviewing the categories and concepts obtained from this study and summarizing them could well reveal the concerns and difficulties experienced by infertile males and provide a clear picture of their problems to experts and authorities.

Keywords: Directed tissue donation; Male infertility; Psychological.

DOI: 10.29252/qums.14.9.69

تبیین چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور متقاضی درمان‌های جایگزین ناباروری: یک مطالعه کیفی

شیوا گوهرشاهی^۱ ، علی اکبر سلیمانان^{۲*} ، احمد حیدرنیا^۲ 

چکیده

زمینه و هدف: امروزه با توسعه علم پزشکی، مشکل ناباروری زوجین برطرف شده است؛ اما این مسأله، چالش‌هایی را نیز به همراه داشته است. در این ارتباط، مطالعه حاضر با هدف تبیین چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور متقاضی درمان‌های جایگزین ناباروری انجام شد.

روش بررسی: طرح پژوهش حاضر از نوع پدیدارشناسی بوده و روش آن کیفی می‌باشد. جامعه هدف شامل: نه نفر از مردان نابارور متقاضی درمان‌های جایگزین ناباروری بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند و ملاک‌محور با حداکثر تنوع تا رسیدن به اغنا انتخاب شدند. سپس داده‌ها با استفاده از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری گشته و با استفاده از روش دیکلمن (Dickelman) کدگذاری و تحلیل گردیدند. فرایند کدگذاری در قالب کدهای اولیه، مفاهیم و مقوله‌ها مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها، چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور متقاضی درمان‌های جایگزین کمک باروری شامل: چهار درونمایه اصلی (چالش‌های پیش‌آیندی، چالش‌های فرایندی، چالش‌های زمینه‌ای و چالش‌های پس‌آیندی) و ۱۳ درونمایه فرعی (مشکل در تصمیم‌گیری و پذیرش درمان، چالش‌های مرتبط با زندگی عاری از فرزند، چالش‌های فکری و احساسی زوجین در مسیر درمان، چالش‌های تأثیرگذار بر زندگی مشترک، نگرانی‌های مرتبط با جریان درمان، چالش‌های مربوط به کنش‌ها و واکنش‌های خانواده و اطرافیان، نگرانی از عدم پذیرش فرهنگی و اجتماعی و دغدغه‌های شرعی و نگرانی ناشی از احتمال بروز نقایص جسمی، ذهنی و رفتاری کودک و چالش‌های مرتبط با ایفای نقش والدی) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی، مرور مقوله‌ها و مفاهیم به دست آمده از این پژوهش و جمع‌بندی آن‌ها به خوبی می‌تواند دغدغه‌ها و دشواری‌های تجربه شده توسط مردان نابارور را نمایان سازد و تصویر شفافی از مشکلات آن‌ها را در اختیار متخصصان و مسئولان قرار دهد.

کلیدواژه‌ها: اهدای مستقیم بافت؛ روان‌شناسی؛ ناباروری مردان.

^۱ گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

^۲ گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

علی اکبر سلیمانان؛ گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

solimanian@gmail.com,
soleimanian@ub.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۰۷

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Goharshahi S, Soleimanian AA, Heydarnia A. Psychological Challenges of Infertile Males Seeking Infertility Alternative Therapies: A Qualitative Study. Qom Univ Med Sci J 2020;14(9):69-84. [Full Text in Persian]

مقدمه

باروری و تولید مثل، پایه و اساس حیات بشری محسوب می‌شود (۱)؛ اما عدم توانایی در باروری همواره به عنوان مشکلی مهم در زندگی افراد، اثرات ویرانگری را به همراه داشته است؛ به طوری که از گذشته‌های دور تاکنون با این مشکل بزرگ دست به گریبان بوده‌اند (۲). حدود ۱۵ درصد از زوجین مشکل ناباروری دارند که در حدود ۵۰ درصد از موارد، عامل مردانه دخیل می‌باشد (۳). عوامل متعددی می‌توانند باعث ایجاد ناباروری در زوجین شوند که عبارت هستند از: اختلالات اسپرم (۳۵ درصد)، اختلالات تخمدان (۲۰ درصد)، اختلالات لوله رحمی (۳۰ درصد) و سایر دلایل (۱۵ درصد) (۴). ناباروری مردان می‌تواند به دلایل مختلفی از جمله واریکوسل، سابقه عفونت ژنیتال، آسیب به بیضه و مشکلات ایمنولوژی ایجاد شود. این مهم به عنوان عامل تنش‌زا، تأثیر منفی چشمگیری بر زندگی زوجین نابارور داشته و افراد مبتلا را در معرض مشکلات روحی، روانی و جسمی بی‌شماری قرار می‌دهد (۵). دلایل ناباروری مردان ممکن است متعدد باشد؛ از جمله اینکه مرد فاقد اسپرم بوده و یا اسپرم وی توانایی باروری نداشته باشد و یا اینکه به دلایل ثانوی، امکان استفاده از اسپرم مقدور نباشد. در تمامی این موارد هنگامی که پس از انجام آزمایشات متعدد مشخص شود که همسر این فرد قدرت باروری را دارد ممکن است براساس قوانین و مقررات هر کشور، جنین و یا اسپرم اهدایی مطرح شده و مورد استفاده قرار گیرد (۶).

باروری جایگزین به روشی اطلاق می‌شود که توسط آن با استفاده از اسپرم، تخمک یا جنینی که توسط شخص ثالثی اهدا شده است، امکان تجربه پدر و مادر بودن برای زوج نابارور فراهم آید. این درمان معمولاً زمانی پیشنهاد می‌شود که مشکلی در نطفه یکی از زوجین یا هر دوی آن‌ها، مانع باروری شده و امکان تشکیل جنین سالم امکان‌پذیر نباشد. در چنین مواردی استفاده از روش‌های جایگزین درمان ناباروری (اسپرم، تخمک یا جنین اهدایی و یا رحم جایگزین) برای درمان ناباروری زوج متقاضی مطرح می‌شود (۷).

ناباروری و درمان آن به عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش و هویت والدین، نه تنها مشکلات روان‌شناختی را به وجود می‌آورد، بلکه می‌تواند به عنوان یک عامل تأثیرگذار،

علیه روابط بین زوجین عمل کند (۸). تجربه ناباروری که با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است، می‌تواند تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار دهد (۹). براساس بررسی‌های انجام شده، مواردی همچون افسردگی، اضطراب، پایین بودن عزت نفس، نارضایتی زناشویی و جنسی از جمله پیامدهای روان‌شناختی ناباروری مردان می‌باشد (۱۰). مطالعات متعددی اثرات روان‌شناختی ناباروری را آشکار ساخته‌اند. در این راستا، Celaver و Canen (۲۰۰۸) در پژوهش خود بیان نمودند که ۹۰ درصد از مردان نابارور دارای ملاک تشخیص افسردگی عمده بودند؛ در حالی که تنها ۳۰ درصد از گروه کنترل چنین ملاک تشخیصی را داشتند (۱۱). در روش‌های کمک باروری مردان، چالش‌های جسمی، روانی و مالی موجود در روند کاربرد این روش‌ها، زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به طوری که مشکلات مربوط به ناباروری مردان در اواخر دهه دوم و سوم زندگی بسیاری از افراد، آن‌ها را در سراسیمی منتهی به افسردگی قرار می‌دهد. تلاش برای باردار شدن، اقدامات پزشکی گران‌قیمت و ملال‌آوری را به همراه دارد و تردید و بروز ناامیدی همراه با ناباروری می‌تواند پایه‌های روابط یک زوج را شکننده و متزلزل نماید (۱۲). شیوع گسترده ناباروری مردان در کشور نسبت به آمار مشابه جهانی (نرخ ناباروری در جهان حدود ۱۵-۱۲ درصد و در ایران حدود ۲۰/۲ درصد)، یکی از اولین دلایلی است که لزوم پژوهش در این زمینه را ضروری می‌سازد (۱۳). دومین عامل در این زمینه، نقص دانش بافتی موجود در ارتباط با چالش‌ها و پیامدهای درمان ناباروری به ویژه درمان‌های نوین کمک باروری است. شواهد تجربی و تحقیقات کیفی در این راستا، مهم‌ترین منبع دانش و زیربنای طراحی مداخلات مؤثر و کارآمد به شمار می‌رود. کسب دانش کافی در این حوزه مستلزم مطالعاتی است که اطلاعات مناسبی را درباره چالش‌های درمان‌های نیازمند شخص سوم در بافت فرهنگی-اجتماعی موجود به دست دهند. ضرورت انجام پژوهش حاضر آن است که با توجه به اینکه تمرکز پژوهشگران در اغلب مطالعات پیشین بر روش کمی و پرسشنامه‌ای معطوف بوده و این روش برای کسب دانش عمیق در این حوزه کافی نمی‌باشد، انجام پژوهش‌هایی با رویکردهای دیگر نظیر رویکرد کیفی، ضرورتی انکارناپذیر

توجه به پاسخ‌های پیشین و به صورت تخصصی‌تر پرسیده شد. برای رسیدن به هدف پژوهش، از بین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک کمک باروری "ارمغان" (زوجیهایی که برای دریافت یکی از درمان‌های اهدایی شامل اهدای جنین، اهدای اسپرم، مراجعه کرده بودند)، مواردی که توسط آشنایان معرفی شدند و چند تن از افرادی که در کانال تلگرام مربوط به افراد ناباروری که از این درمان‌ها استفاده می‌کردند عضو بودند، چند نفر که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، شناسایی گشته و دعوت به مصاحبه شدند. باید خاطر نشان ساخت که بر مبنای معیارهای ورود به مطالعه، زوج‌های ناباروری که حداقل دو سال از ازدواجشان گذشته بود، به روش‌های طبیعی و درمان‌های متداول کمک باروری صاحب فرزند نشده بودند، برای درمان یکی از روش‌های اهدایی درمان کمک باروری شامل جنین یا اسپرم اهدایی را انتخاب کرده بودند و در مراحل آغازین، میانی و یا انتهایی درمان قرار داشتند، وارد مطالعه شدند. پژوهش در یک بازه زمانی شش ماهه انجام شد که از شهریور ۱۳۹۷ آغاز گردید و به مدت شش ماه به طول انجامید.

برای دستیابی به قابلیت اطمینان که به معنای سازگار، منطقی و پیوسته بودن یافته‌ها است، پژوهشگران از اقداماتی همچون بازبینی توسط اعضا و تحلیل همکاران سود بردند. هنگامی که معیار معتبر بودن برای یک پژوهش تأیید می‌شود، به این معنا است که معیار قابلیت اعتماد نیز تأیید گردیده است. محققان با اقداماتی از جمله بازبینی توسط اعضا و تماس با شرکت‌کنندگان برای رفع سوء تفاهم‌های احتمالی در پاسخ‌های داده شده، قابلیت اطمینان پژوهش را تأمین نمودند. برای تعیین قابلیت تصدیق، پژوهشگران کوشیدند تا از ورود پیش‌فرض‌های پیشین خود در روند پژوهش به ویژه نتیجه‌گیری اجتناب نمایند. برای این منظور، آن‌ها با حفظ مستندات و رونوشت کتبی از پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در تمامی مراحل پژوهش، به تضمین قابلیت تصدیق کمک کردند. با توجه به ماهیت پژوهش، روش تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس مقوله‌بندی و کدگذاری بود. شایان ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA 12 استفاده گردید و از روش Dickelman بهره گرفته شد.

داده‌ها با استفاده از روش Dickelman مورد تجزیه و تحلیل قرار

می‌باشد. از سوی دیگر، در مطالعات داخلی و خارجی، روش‌های جایگزین ناباروری در مردان مورد بررسی دقیق قرار نگرفته است؛ بنابراین هدف از انجام پژوهش کیفی حاضر، شناسایی چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور متقاضی درمان با استفاده از روش‌های جایگزین کمک باروری می‌باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با طرح پدیدارشناسی می‌باشد. جامعه هدف شامل مردان ناباروری بود که از طریق یکی از روش‌های جایگزین درمان ناباروری اقدام به فرزندآوری کرده بودند. این مردان نابارور به یکی از کلینیک‌های درمان ناباروری شهر مشهد مراجعه کرده و متقاضی دریافت یکی از شیوه‌های درمان ناباروری از طریق اهدای جنین یا اسپرم بودند. باید خاطر نشان ساخت که این افراد در مراحل ابتدایی، میانی و یا انتهایی درمان قرار داشتند. این مطالعه مورد تأیید کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی بوده و دارای کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1398,005 می‌باشد. این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی با هدف بررسی این مهم که خانواده‌ای که در آن مرد نابارور وجود دارد و هریک از روش‌های جایگزین کمک باروری را استفاده می‌کند، با چه چالش‌هایی مواجه است، می‌باشد. در این مطالعه به منظور سنجش نظرات شرکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند به شیوه اغنا استفاده گردید. در این نوع نمونه‌گیری، محقق در حین جمع‌آوری اطلاعات، به صورت همزمان به تحلیل یافته‌ها می‌پردازد و فرایند نمونه‌گیری را تا زمانی ادامه می‌دهد که به اشباع نظری دست یابد و یا به عبارت دیگر، هنگامی که نظرات جدیدتری ارائه نشود، فرایند نمونه‌گیری متوقف می‌گردد (۱۴). در این مطالعه، گردآوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق صورت گرفت. برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته فردی در ارتباط با مشکلات زوجین استفاده شد. مدت زمان مصاحبه‌ها به طور متوسط ۴۵ دقیقه بود که با سؤال اصلی "کدامیک از روش‌های جایگزین، بیشتر مورد توافق شما و همسران برای درخواست بوده و این توافق چه چالش‌هایی را برای شما به همراه داشته است؟" آغاز گشته و سؤالات پیگیری با

اعتباریابی شد (۱۵).

شایان ذکر است که ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بر مبنای این موارد بود: بیان هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، کسب رضایت آگاهانه کتبی و یا تلفنی از آن‌ها برای شرکت در پژوهش و رونوشت برداری از مصاحبه‌های آن‌ها، درج نکردن نام شرکت‌کنندگان روی فایل‌ها و متون پیاده شده، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و حق انصراف در تمام مراحل پژوهش.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در مطالعه، نه مرد با مشکل ناباروری بودند که همگی متأهل بوده و حداقل دو سال از زندگی مشترک آن‌ها گذشته بود. این افراد با استفاده از روش‌های طبیعی صاحب فرزند نشده و متقاضی درمان با روش‌های جایگزین درمان ناباروری شامل اسپرم یا جنین اهدایی بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه‌های پیاده‌سازی شده و جملات مهم و فراهم‌کننده اطلاعات در مورد چالش‌های روان‌شناختی مؤثر در این گروه، مشخص و برجسته شدند. از این جملات، ۲۳۲ کد اولیه به دست آمد. در مرحله بعد، کدهای مرتبط با یکدیگر در قالب یک مفهوم قرار داده شدند. در نهایت، نه درونمایه فرعی استخراج گردید. این مفاهیم در چهار درونمایه اصلی دسته‌بندی گردیدند (جدول ۲).

تقسیم‌بندی چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور تحت

گرفتند. در مرحله اول در پایان هر مصاحبه و ثبت یادداشت‌برداری‌های میدانی، ابتدا به صورت مکرر به بیانات ضبط شده شرکت‌کنندگان گوش داده شد و اظهارات آن‌ها کلمه به کلمه روی کاغذ نوشته شد و مصاحبه نوشته شده برای درک تجارب شرکت‌کنندگان چند بار مطالعه گردید. در مرحله دوم پس از دریافت و ثبت تمام توصیفات شرکت‌کنندگان، زیر اطلاعات با معنا و بیانات مرتبط با پدیده مورد بحث خط کشیده شد و از این طریق جملات مهم مشخص گردید. مرحله سوم، مرحله استخراج مفاهیم فرموله شده بود. در این مرحله پس از مشخص کردن عبارات مهم در هر مصاحبه سعی شد در هر عبارت، یک مفهوم که بیانگر معنا و بخش اساسی تفکر فرد بود، استخراج گردد. البته پس از کسب این مفاهیم تدوین شده سعی گردید تا مرتبط بودن معنای تدوین شده با جملات اصلی و اولیه مورد بررسی قرار گیرد و از صحت ارتباط بین آن‌ها اطمینان حاصل گردد. پس از استخراج کدها و مطابق با مرحله چهارم کلایزی، پژوهشگر مفاهیم تدوین شده را به دقت مطالعه کرد و آن‌ها را براساس تشابه مفهوم به دسته‌های موضوعی یا تم‌ها گروه‌بندی نمود. در انتهای این مرحله، گروه‌های موضوعی از مفاهیم تدوین شده تشکیل گردید. در مرحله پنجم، نتایج برای توصیف جامعی از پدیده تحت مطالعه به یکدیگر پیوستند و گروه‌های کلی‌تری را به وجود آوردند. در مرحله ششم، توصیف جامعی از پدیده تحت مطالعه تا حد امکان با بیانی واضح و بدون ابهام ارائه گردید. در مرحله پایانی با ارجاع به هر نمونه و بازخوانی تجربه آن‌ها درباره یافته‌ها، نتایج به دست آمده

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناسی مردان نابارور

شرکت‌کننده	سن	تحصیلات	سن همسر	تحصیلات همسر	سابقه تأهل (سال)	شغل	نوع درمان	مدت ناباروری (سال)
۱	۳۵	دیپلم	۲۷	دیپلم	۵	آزاد	اسپرم اهدایی	۵
۲	۳۵	دیپلم	۲۷	کارشناسی	۷	آزاد	جنین اهدایی	۴
۳	۴۰	کارشناسی ارشد	۳۵	کارشناسی	۸	کارمند	جنین اهدایی	۸
۴	۴۵	کارشناسی ارشد	۲۳	کارشناسی	۲	آزاد	اسپرم اهدایی	۲
۵	۳۵	کارشناسی	۳۷	کارشناسی ارشد	۲	آزاد	اسپرم اهدایی	۲
۶	۴۱	دکتری	۲۹	کارشناسی	۴	مدرس	اسپرم اهدایی	۴
۷	۳۴	کارشناسی	۲۸	کارشناسی	۶	کارمند	اسپرم اهدایی	۵
۸	۳۸	دکتری	۳۶	دکتری	۲	مدرس	اسپرم اهدایی	۲
۹	۳۴	کارشناسی ارشد	۳۴	دکتری	۶	کارمند	اسپرم اهدایی	۵

درمان‌های جایگزین به شرح زیر می‌باشد:

نقص، احساس بی‌کفایتی، احساس سرخوردگی، عدم تفاهم بین زوجین، مشاجرات بین زوجین، مثلث‌سازی و غیره.

چالش‌های مطرح شده توسط مردان نابارور تحت درمان‌های جایگزین در مقوله چالش‌های پیش‌آیندی شامل دو دسته عمده از چالش‌ها بودند: ۱. مشکل در پذیرش درمان و ۲. چالش‌های مرتبط با زندگی عاری از فرزند.

۱. مشکل در پذیرش درمان

در ارتباط با گروه اول چالش‌ها یعنی مشکل در پذیرش درمان، شرکت‌کنندگان به مواردی چون دشواری زیاد رضایت به درمان و تصمیم‌گیری در مورد آن، شک و تردید در زمینه پذیرش اسپرم اهدایی، مجبور شدن به انتخاب درمان و عدم رضایت قلبی نسبت به آن، نگرانی از منصرف شدن از درمان و غیره اشاره نمودند.

مصاحبه‌شونده پنج: "برای هر تصمیمی، یه سری نقاط کور و مبهم وجود داره که باعث تردید میشه".

مصاحبه‌شونده سه: "از زمانی که متوجه شدیم مشکل ما تنها با این گزینه قابل حله، تا تونستم خودمو راضی کنم تا این روش غیر معقول و اجباری رو بپذیریم یک سال طول کشید. البته خانمم خیلی زود متقاعد شد و مشتاق بود؛ اما پذیرشش برای من خیلی طول کشید. به این دلیل میگم غیر معقول و اجباری چون تنها راه والد شدن ما همین راه بود".

مصاحبه‌شونده یک: "نظر همسر من همیشه این بوده که من دوست دارم از شوهر خودم نوزادی در رحم پرورش پیدا کنه نه مرد

چالش‌های پیش‌آیندی (Priority challenges)

تحلیل داده‌های به دست آمده از گروه مردان حاکی از آن بود که برخی از چالش‌ها در ابتدای درمان و اقدام به آن بروز کرده و تصمیمات زوجین برای درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند که در تقسیم‌بندی درونمایه‌های اصلی، آن‌ها را چالش‌های پیش‌آیندی نامیده‌ایم. این چالش‌ها متأثر از دیدگاه زوجین به مسائل و مشکلاتی است که زندگی بدون فرزند برای آن‌ها ایجاد نموده و باعث شده است که برای درمان اقدام کنند. این چالش‌ها در مرحله ورود به درمان رخ داده و تصمیم‌گیری برای درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. درمان‌های ناباروری همواره به دلیل جدید بودنشان برای افراد سؤال‌برانگیز و استرس‌زا می‌باشند. از میان تمامی روش‌های درمانی، روش‌های جایگزین به دلیل دخالت یک عامل بیرونی و غریبه برای تشکیل جنین، بیشتر مورد بحث و تأمل قرار گرفته و بیشتر از درمان‌های دیگر برای زوجین شک‌برانگیز بوده است؛ به گونه‌ای که پذیرش درمان را برای آن‌ها دشوار نموده و باعث شده است که این افراد، این شیوه‌های درمانی را به اجبار و به دلیل اینکه تنها راه ممکن هستند، بپذیرند و این پذیرش با اکراه و تردید همراه باشد. این تردیدها به مرور زمان باعث به وجود آمدن مشکلاتی برای خود فرد و همچنین زوجین می‌شود؛ از جمله احساس شکست، احساس تنهایی، احساس

جدول شماره ۲: مقوله‌ها و مفاهیم چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور تحت درمان‌های جایگزین کمک باروری

مضمون اصلی	درونمایه‌های اصلی	درونمایه‌های فرعی
	چالش‌های پیش‌آیندی	مشکل در تصمیم‌گیری و پذیرش درمان چالش‌های مرتبط با زندگی عاری از فرزند
چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور تحت درمان با روش‌های جایگزین درمان ناباروری	چالش‌های فرآیندی	چالش‌های فکری و احساسی زوجین در مسیر درمان چالش‌های تأثیرگذار بر زندگی مشترک نگرانی‌های مربوط به فرایند درمان چالش‌های مربوط به کنش‌ها و واکنش‌های خانواده و اطرافیان
	چالش‌های زمینه‌ای	نگرانی از عدم پذیرش فرهنگی و اجتماعی و دغدغه‌های شرعی
	چالش‌های پس‌آیندی	نگرانی‌های ناشی از احتمال بروز نقایص جسمی، ذهنی و رفتاری کودک چالش‌های مرتبط با ایفای نقش والدی

چالش‌های فرایندی (Process challenges)

بررسی داده‌های به دست آمده از پژوهش نشان می‌دهد که برخی از چالش‌ها مخصوص دوره‌ای هستند که زوجین در مسیر درمان قرار گرفته و در حال درمان می‌باشند و به صورت دفعی با آن‌ها مواجه می‌شوند.

در جریان درمان ممکن است زوجین با برخی از چالش‌های روان‌شناختی مواجه شوند که متأثر از تجربه شرایط درمان برای اولین بار و نداشتن آگاهی و پیشینه قبلی از مراحل درمان برای زوجین و انتظاراتی هستند که زوجین از درمان دارند. این انتظارات ممکن است در جریان درمان تحقق نیابند؛ به عنوان مثال امید به بهتر شدن روابط زوجین به واسطه بچه‌دار شدن و یا رسیدن به تمایز یافتگی زوجین از خانواده‌های طرفین که حتی ممکن است سخت بودن شرایط درمان و استرس ناشی از آن نه تنها مرحمی بر این مسائل و مشکلات نباشد، بلکه باعث تشدید آن‌ها گردد. همچنین این احتمال وجود دارد که برخی از چالش‌های روان‌شناختی به دلیل درگیر شدن خانواده‌ها با شرایط جدیدی که تاکنون مشابه آن را تجربه نکرده‌اند و نیز استرس ناشی از تضادهای ایجاد شده احتمالی در مسیر درمان برای زوجین و خانواده‌های ایشان به وجود آید؛ زیرا کمتر خانواده‌ای است که با این روش‌های درمانی مجبور به بقای نسل باشد و به طور معمول همه انتظار دارند هر زوجی پس از ازدواج به روش طبیعی بارور شده و صاحب فرزند شوند و هنگامی که زوجی با این مشکل برخورد نموده و مجبور می‌شود از روش‌های خاص استفاده کند، خانواده‌ها و زوجین به دلیل مواجه شدن با یک مشکل جدید که تا حدودی برای آن‌ها ناشناخته می‌باشد، دچار سردرگمی شده و این مهم باعث بروز رفتارها و واکنش‌های غیر منتظره از جانب ایشان می‌شود. گاهی به دلیل ناشناخته بودن این درمان‌ها، زوجین در هر جمعی مورد سؤال یا کنایه‌های اطرافیان قرار می‌گیرند که این موضوع باعث رنجش آن‌ها شده و آن‌ها را در برخوردهای اجتماعی حساس‌تر، تحریک‌پذیرتر و کلافه‌تر می‌کند و موجب می‌شود که آن‌ها نتوانند همچون قبل با دیگران ارتباطی به دور از استرس و اضطراب برقرار کنند؛ زیرا دائماً نگران آن هستند که باید برای دیگران توضیح بدهند. این استرس موجب می‌شود که نتوانند از ارتباطات خود لذت ببرند.

دیگری؛ آن هم براساس سیستم ایران؛ اسپرم ناشناس. حتی با اسپرم افراد آشنا هم مشکل داره. همین باعث می‌شد ساز مخالف بزنه". باید خاطرنشان ساخت که دشواری راضی نمودن خانواده‌های طرفین یکی از مواردی بود که برخی از شرکت‌کنندگان به عنوان چالش پیش رو و تجربه شده توسط ایشان به آن اشاره نمودند.

مصاحبه‌شونده شش: "خانواده‌های دو طرف خیلی اسرار می‌کردن که زودتر به هر روشی که مورد نظر متخصص هاست، اقدام به بچه دار شدن کنیم".

مصاحبه‌شونده شش: "اما نگفتم چه روشی قراره استفاده بشه. چون ممکن موضع‌گیری کنن. برای خانواده‌های ایرانی هنوز جا نیفتاده".

نگرانی از عدم پذیرش همسر و نگرانی از عدم رضایت درونی کامل وی نیز از دیگر مواردی بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند.

مصاحبه‌شونده پنج: "فقط بابت پذیرش از سمت خانمم ناراحت بودم".

مصاحبه‌شونده نه: "با بررسی‌های مختلف و توجیه خانمم و مشاوره‌های زیادی که داشتیم به این موضوع رضایت داد".

۲. چالش‌های مرتبط با زندگی عاری از فرزند

در ارتباط با گروه دوم چالش‌ها در زیرگروه چالش‌های پیش‌آیندی که چالش‌های مربوط به زندگی عاری از فرزند بود، شرکت‌کنندگان به بیان چالش‌هایی که ناباروری و نداشتن فرزند برایشان ایجاد کرده بود، پرداختند؛ از جمله نگرانی از تکراری بودن کارهای خانه برای همسر، نداشتن انگیزه پیشرفت، نداشتن شوق زندگی و خستگی از یکنواختی زندگی.

مصاحبه‌شونده شش: "هم من و هم همسرم خیلی دوست داشتیم بچه‌دار بشیم و از یکنواختی زندگیمون خسته شده بودیم".

مصاحبه‌شونده یک: "برنامه خاصی نداشتیم. همه روزامون تکراری شده بود. منم زیاد انگیزه‌ای برای پیشرفت کردن و کار کردن نداشتم. خانمم هم شوق زندگی نداشت. از وقتی که متوجه مشکل شدیم تا الان خیلی بهمون سخت گذشت. هر دو تامون افسرده شده بودیم تا بالاخره تصمیم گرفتیم که این درمان رو امتحان کنیم".

در بررسی انجام شده در ارتباط با چالش‌های مردان نابارور تحت درمان‌های جایگزین و مقوله‌بندی آن‌ها در مقوله چالش‌های فرایندی، شرکت‌کنندگان به چند دسته از چالش‌ها اشاره کردند که عبارت بودند از: ۱. چالش‌های فکری و احساسی زوجین در مسیر درمان، ۲. چالش‌های تأثیرگذار بر زندگی مشترک، ۳. نگرانی‌های مربوط به جریان درمان، ۴. نگرانی‌های مالی، ۵. چالش‌های مربوط به کنش‌ها و واکنش‌های خانواده و اطرافیان.

۳. چالش‌های فکری و احساسی زوجین در مسیر درمان اولین گروه از چالش‌ها در مقوله چالش‌های فرایندی، چالش‌های فکری و احساسی زوجین در مسیر درمان بود؛ به عبارت دیگر با شروع درمان، زوجین با برخی دغدغه‌های فکری و احساسی مواجه می‌شدند که تأثیر به‌سزایی بر زندگی آن‌ها می‌گذاشت. گاهی استرس‌های تجربه شده توسط زوجین، آن‌ها را بسیار حساس و زودرنج نموده و گاهی باعث ایجاد افکار منفی در ایشان شده بود که این افکار منفی و ناراحتی‌ها بر روابط آن‌ها نیز تأثیر گذاشته بود.

مصاحبه‌شونده دو: "مشکل اینه که همسر من خیلی حساس شده؛ به طوری که هرکس هر حرفی می‌زنه، میگه داره به من طعنه می‌زنه یا منظورش من بودم و خیلی ناراحت میشه و گاهی هم گریه میکنه. خودمم تقریباً همینطور شدم".

مصاحبه‌شونده هشت: "بعضی از افراد فامیل چنان با آب و تاب از بچشون تعریف میکنن که انگار می‌خوان پدر بودنشونو به رخ من بکشن".

از جمله موارد دیگری که این گروه از شرکت‌کنندگان به آن‌ها اشاره کرده بودند، افسردگی، وسواس زیاد همسر در مورد بروز خطرات احتمالی، کم شدن تحمل پس از پشت سر گذاشتن درمان‌های طولانی، عدم کنترل استرس، تأثیر استرس‌های مراحل درمان بر زندگی، نداشتن انگیزه لازم برای زندگی و غیره بود.

مصاحبه‌شونده دو: "همسر کم‌تر حواسش به منه. آرامش نداره و همش نگرانه".

مصاحبه‌شونده شش: "خودم هنوز به نقطه آرامش نرسیدم".

همچنین مواردی چون احساس بی‌کفایتی، نداشتن احساس خوب، احساس شکست، احساس نقص و نبود احساس تملک از دیگر چالش‌های احساسی مطرح شده توسط شرکت‌کنندگان در این

گروه بودند.

مصاحبه‌شونده سه: "احساس تملک صد در صد نسبت به این بچه ندارم".

مصاحبه‌شونده یک: "با وجودی که خیلی مشتاق به دنیا اومدن فرزندم هستم؛ اما هنوز اون حس تعلق در من به وجود نیومده".

احساس تعارض به دلیل وجود ابهامات در مورد نتیجه درمان و بی‌علاقگی به درمان به دلیل نداشتن سهم در ایجاد بچه نیز از دیگر مواردی بودند که شرکت‌کنندگان در این گروه از چالش‌ها به آن‌ها اشاره نمودند.

مصاحبه‌شونده نه: "اما من قلباً علاقه‌ای به این روش ندارم. هرچند شاید عاقلانه‌ترین راه باشه برای حفظ خانواده و زندگیم".

مصاحبه‌شونده سه: "یکی از دغدغه‌های من اینه که این روش هم عملی نباشه و به نتیجه نرسه و حتی ممکن در حین حاملگی، سقط یا مشکلات دیگه پیش بیاد".

برخی از چالش‌های تجربه شده توسط شرکت‌کنندگان، چالش‌های مربوط به دغدغه بقای نسل بودند؛ از جمله حسرت داشتن بچه‌ای که از خودمان باشد، نگرانی نسبت به عدم پایداری و ثبات خانواده، دغدغه تلاش برای محکم شدن ریسمان زندگی، ترس از نداشتن وارث، نگرانی نسبت به عدم تداوم زندگی در نسل‌های بعد، نگرانی نسبت به تصاحب اموال توسط فامیل پس از مرگ و غیره.

مصاحبه‌شونده چهار: "الان واقعاً می‌خوام بچه داشته باشم تا بعد از من، کل کار و بارمو براش بدارم. واقعیتش نمی‌خوام این همه تلاشم برای جمع کردن زندگی بدون ثمر بومونه و بعد از من، فک و فامیل روی اموالم چنبره بزنند. بچه دار شدن خیلی واسم مهمه".

مصاحبه‌شونده سه: "خانواده با وجود یک فرزند ادامه‌دار است و پایداری بیشتری داره؛ حتی با فوت یکی از والدین، باز این خانواده پابرجا خواهد ماند".

۴. چالش‌های تأثیرگذار بر زندگی مشترک

چالش‌هایی که زوجین در این زمینه بیان نمودند شامل این موارد بود: ابهام در به دست آوردن استقلال خانوادگی، ابهام در تقویت شدن روابط زوجین پس از اقدام برای درمان، ابهام در نزدیک شدن نظرات و ایجاد تفاهم، دشواری در حل تناقضات، نگرانی نسبت به وابستگی همسر به خانواده مبدأ، نگرانی نسبت به

شرکت کنندگان به آن اشاره کردند و مواردی را در این ارتباط بیان نمودند.

مصاحبه‌شونده چهار: "ضمن اینکه این درمان هزینه‌های زیادی رو به ما تحمیل کرده، واقعیتش نمی‌خوام این همه تلاشم برای جمع کردن زندگی بی‌ثمر بمونه و بعد از من، فک و فامیل روی اموالم چنبره بزنن".

مصاحبه‌شونده دو: "از مشکلاتی که داشتیم و یکی از مهم‌ترین مشکلاتش هم بود، مسئله مالی بود که هزینه زیادی داره".

۷. چالش‌های مربوط به کنش‌ها و واکنش‌های خانواده و اطرافیان آخرین گروه از مقوله چالش‌های فرایندی، چالش‌هایی بود که به کنش‌ها و واکنش‌های خانواده و اطرافیان با موضوع درمان‌های جایگزینی که شرکت کنندگان از آن استفاده کرده بودند، مربوط می‌شد؛ از جمله تحریک‌پذیری بیش از حد زوجین در ارتباط با دیگران، سنگین شدن جو خانوادگی و اطرافیان به دلیل حساسیت‌های زیاد زوجین، نگرانی از کم شدن رفت و آمدها با خانواده‌ها، فامیل و دوستان، نگرانی به دلیل پنهان ماندن موضوع و ترس از برملا شدن آن.

مصاحبه‌شونده دو: "تو فامیل یا خانواده هر کی حرفی از بچه و بچه دار شدن بزنه، فکر می‌کنم می‌خواد این موضوع رو به رخ من بکشه و خیلی عصبانی می‌شم. برای همین تو جمع شدن‌های خانوادگی، خانواده سعی میکنن حرفی نزنن که ما ناراحت نشیم و جو خانوادگیمون خیلی سنگین شده".

مصاحبه‌شونده سه: "کسی غیر از منو همسرم و پزشک در جریان اصل واقعیت قرار نداره. تلاش می‌کنیم که این موضوع کاملاً سکرته بمونه".

مصاحبه‌شونده شش: "اما فکر کنم خانواده که از روش بچه دار شدن مطلع بشن، خیلی رفتار متفاوتی نشون بدن. اینا به خاطر عدم آگاهی هستش".

از سوی دیگر مواردی چون نگرانی نسبت به ریش‌خندها و طعنه‌های اطرافیان، سرزنش اطرافیان، عدم شناخت و آگاهی اطرافیان و بروز برخوردهای نامناسب، ناراحتی به دلیل موضع‌گیری منفی اطرافیان و غیره از دیگر مواردی بودند که شرکت کنندگان به آن‌ها اشاره کردند.

مصاحبه‌شونده چهار: "گاهی دو به هم زنی‌ها و حرف‌هایی که از

فروپاشی زندگی، عدم تصور نقطه مشترک در آینده بین زوجین و بچه‌دار شدن به عنوان مشکل اساسی زندگی.

مصاحبه‌شونده سه: "انتظار دارم روابط منو همسرم طبیعتاً با این انگیزه‌ای که برای والد شدن مطرح شده، گرم‌تر و امیدبخش‌تر بشه".

مصاحبه‌شونده دو: "گاهی فکر می‌کنم نکنه وقتی بچه به دنیا بیاد، تمام زندگیشو پر کنه و کلاً تنونه مثل قبل به زندگی رسیدگی کنه".

۵. نگرانی‌های مربوط به فرایند درمان

اقدام به درمان و عبور از مراحل درمان، چالش‌هایی را برای شرکت کنندگان ایجاد کرده بود که از جمله این چالش‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: حساسیت در پیدا کردن مورد مناسب، نگرانی از ضعیف بودن جنین، نگرانی از به وجود آمدن مشکل پس از تولد به دلیل مشکلات دوره بارداری و نگرانی از زود به دنیا آمدن بچه به دلیل استرس‌های دوران بارداری.

مصاحبه‌شونده یک: "خانمم خیلی نگرانه. احساس می‌کنم خیلی هم وابسته شده؛ طوری که نگرانم اگه مشکلی پیش بیاد یا به هر دلیلی بچه سقط بشه، تنونه تحمل کنه. گاهی بهش میگم این وسواس‌ها زیادین و باید کمی آرامششو حفظ کنه و به خدا توکل کنه؛ ولی انگار دست خودش نیست".

مصاحبه‌شونده دو: "نگران این هستم که نکنه جنین ضعیف و کم وزن باشه و بعد از تولدش مشکل پیش بیاد. یا اینکه به دلایل مختلف، همسرم انقدر استرس داشته باشه که بچه زودتر از زمان لازم به دنیا بیاد".

مصاحبه‌شونده سه: "یکی از دغدغه‌های من این بود که این روش هم عملی نباشه و حتی در حین حاملگی، سقط یا مشکلات دیگه پیش بیاد".

دغدغه از دست دادن فرصت و نگرانی از بالا بودن سن نیز از دیگر مواردی بود که توسط شرکت کنندگان بیان شد.

مصاحبه‌شونده چهار: "منم سنم بالاست. باید زودتر بچه‌دار بشم".
مصاحبه‌شونده هفت: "الان می‌خوام بچه‌دار بشم. سریع هم بچه‌دار بشم".

دغدغه‌ها و نگرانی‌های مالی و همچنین نگرانی نسبت به از بین رفتن هزینه‌ها و زحمات‌ها، از دیگر چالش‌هایی بود که اکثر

دور و اطراف به گوشم می‌رسید، نشون می‌داد که روی سن و تفاوت سنی من و خانومم یه مقدار مانور میدن و می‌گن که نباید با مردی با این سن ازدواج می‌کرد تا مجبور به استفاده از این روش‌های درمانی نباشه؛ اما به نظرم این‌ها به خاطر عدم شناخت خانواده‌هاست."

مصاحبه‌شونده پنج: "گاهی افرادی از فامیل که جزء فامیل درجه دو و سه محسوب میشن، با صحبت‌های منفیشون در مورد روش‌های درمان ناباروری، جو منفی و افکار منفی رو توی فضای خانواده‌ها حکمفرما می‌کنن. گاهی این صحبت‌ها اثر منفی داشته."

چالش‌های زمینه‌ای (Background challenges)

تحلیل داده‌های به دست آمده در گروه مردان نابارور تحت درمان با روش‌های جایگزین نشان داد که برخی از چالش‌های روان‌شناختی این گروه، چالش‌هایی می‌باشند که متأثر از فرهنگ و اعتقادات و آداب و رسوم هستند که از گذشته‌های نه چندان دور در جامعه ما وجود داشته‌اند و با گذشت زمان و تغییرات جامعه، همچنان بر زندگی افراد تأثیر می‌گذارند؛ ما در تقسیم‌بندی مقوله‌ها، این چالش‌ها را با عنوان چالش‌های "در زمینه‌ای" تقسیم‌بندی کرده‌ایم.

همان‌طور که اشاره شد برخی از چالش‌های روان‌شناختی، متأثر از دیدگاه‌های جامعه تقریباً سنتی که هنوز در فرهنگ ما وجود دارند و افراد نقش‌ها و هویت خود را از طریق آن‌ها شکل می‌دهند، هستند. با توجه به قدمتی که این دیدگاه‌ها دارند، هنگامی که افراد جامعه با مسائل و مشکلات جدید مواجه می‌شوند، ابتدا موجب مقاومت و پس زدن جامعه و افراد می‌شود و زمان می‌برد تا جامعه بتواند خود را با شرایط جدید تطبیق داده و با آن سازگار شود و تا این اتفاق بیافتد، افراد زیادی که درگیر این مشکل هستند را دچار چالش‌های جدی می‌کند. در جوامع سنتی، خانواده نهادی اجتماعی با مرکزیت و محوریت مشخص است و هویت افراد با توجه به خانواده‌هایشان شناخته می‌شود. اعضای خانواده سنتی را پدر و مادر، فرزندان، پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها تشکیل می‌دهند. دین، باورها و آداب و رسوم مذهبی در خانواده‌های سنتی جایگاه ویژه‌ای دارد؛ بنابراین خانواده‌ها و زوجین در برخورد با مشکلات جدید و حل آن‌ها، زمانی که به دین و آداب

و رسوم و سنت‌ها رجوع می‌کنند و به دلیل تعریف نشدن این مشکلات در بافت سنتی جامعه، با ابهاماتی مواجه می‌شوند. این ابهامات خانواده‌ها را دچار چالش و سردرگمی کرده و تصمیم‌گیری را برایشان مشکل می‌سازد؛ از جمله این چالش‌ها و نگرانی‌های زوجین، ابهام در مورد مسائل شرعی و احکام مربوط به جایز بودن و شروط جایز بودن روش‌های درمان جایگزین می‌باشد. نگرانی نسبت به زمزمه‌های اطرافیان و آشنایان و صحبت‌های آن‌ها ناشی از ضعف فرهنگی و اجتماعی و دخالت در امور یکدیگر است. به طور کلی در بررسی انجام شده در این پژوهش، در مقوله چالش‌های "در گذار"، شرکت‌کنندگان به برخی از چالش‌ها اشاره کردند که ما آن‌ها را به چند دسته کلی تقسیم نمودیم: ۱. دغدغه مشکلات شرعی، ۲. عدم پذیرش فرهنگی و اجتماعی و ۳. نگرانی از تأثیر برخوردهای نامناسب اجتماع بر کودک.

۸. نگرانی از عدم پذیرش فرهنگی و اجتماعی و دغدغه‌های شرعی

در این گروه از چالش‌ها، شرکت‌کنندگان به مواردی از این قبیل اشاره نمودند: نگرانی از عدم پذیرش کامل فرزند توسط فامیل، نگرانی از وجود مشکلات فرهنگی و اجتماعی، نگرانی از عدم پذیرش اجتماعی و اعتقادی خویشاوندان، نگرانی از عدم پذیرش برای برخی از مردهای فامیل و استرس ناشی از سخت بودن پذیرش درمان برای یک مرد.

مصاحبه‌شونده نه: "خانواده ما خیلی مقید هستن؛ برای همین در مورد پذیرش این موضوع و برخوردهای تبعیض‌آمیز و گاهاً قهریشون نگرانم."

مصاحبه‌شونده سه: "چون نگران این هستم که این روش درمانی به لحاظ وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اعتقادی خویشاوندانم مورد پذیرش قرار نگیره."

برخی از چالش‌هایی که شرکت‌کنندگان در ارتباط با این گروه از چالش‌ها به آن‌ها اشاره کردند، مربوط به نگرانی‌هایی می‌شدند که متأثر از برخورد اجتماع و اطرافیان با موضوع یا همان شیوه درمان بودند. در این زمینه، شرکت‌کنندگان به مواردی از قبیل نگرانی نسبت به رفتار متفاوت فامیل با فرزند و انگشت‌نما کردن وی در جمع‌های خانوادگی اشاره نمودند.

می‌باشد. تحمل فشار ناشی از درمان ناباروری گاهی باعث بیشتر شدن این نگرانی‌ها در والدین می‌شود. برخی از نگرانی‌ها عبارت هستند از: برخورد‌های احتمالی اطرافیان یا جامعه با فرزندی که با روش‌های درمان جایگزین متولد شده است، با خیر شدن کودک از اصل ماجرا و اینکه پدر یا مادرش و یا هر دو والد واقعی او نیستند، انتقال مشکلات ژنتیکی احتمالی و ویژگی‌های خلقی و رفتاری که از طریق ژن قابل انتقال است و زمینه‌های ایجاد مشکلاتی را در آینده برای فرزند فراهم می‌کند و غیره.

به طور کلی در این پژوهش با توجه به چالش‌های بیان شده توسط شرکت‌کنندگان، چالش‌هایی که در زیرمقوله چالش‌های پس‌آیندی قرار می‌گرفتند به چند درونمایه فرعی تقسیم شدند: نگرانی‌های ناشی از احتمال بروز نقایص جسمی، ذهنی و رفتاری کودک، چالش‌های مرتبط با ایفای نقش والدی و دغدغه بقای نسل و ادامه زندگی.

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

چالش‌هایی که شرکت‌کنندگان بیان کردند و در این گروه قرار گرفت، شامل مواردی از این قبیل بود: نگرانی نسبت به سالم به دنیا نیامدن نوزاد، نگرانی از بد بودن ذات بچه، نگرانی از تأثیر ذات بد بر رفتار بچه، دغدغه مشکلات ژنتیکی، نگرانی در مورد مشکلات هوشی و نگرانی نسبت به مشکلات رفتاری بچه.

مصاحبه‌شونده سه: "یکی از دغدغه‌های اصلی من، دغدغه مشکلات ژنتیکی احتمالی و مشکلات هوشی و رفتاری بچه هست که نگرانم نکنه مطابق دلخواهم نباشه."

مصاحبه‌شونده چهار: "یه چیزی که گاهی فکرمو مشغول میکنه اینه که من سعی می‌کنم آدم درستی باشم و هرچی در میارم، پول زحمت کشیم باشه و سعی می‌کنم حق کسی رو ناحق نکنم. پدرم هم همینطور بوده و تو بازار به سرش قسم می‌خوردن. امیدوارم فرزندم هم همینطور باشه و ذات بدی نداشته باشه؛ چون بعضی از آدم‌ها ذاتشون بده. هر چقدر هم که پدر و مادر تلاش کنن، آخر اون ذاتشه که روش تأثیر بیشتری میداره. ما تو خانواده آدم بد ذات نداریم؛ اما نمیدونم این بچه که نصف وجودش از فرد دیگه‌ای هست، چطور آدمی میشه؟ خداکنه که آدم خوبی بشه."

۱۲. چالش‌های مرتبط با ایفای نقش والدی

مصاحبه‌شونده سه: "از جانب اقوام و فامیل این نگرانی رو دارم که احساس خویشتناوندی و پذیرش از سمت اقوام من و خانم نسبت به فرزندمون به قدر لازم نباشه."

مصاحبه‌شونده دو: "یکی از نگرانی‌ها اینه که نکنه فامیل با بچه من مثل بقیه رفتار نکنن یا وقتی که همه جمعیم، با اشاره کردن به این موضوع بچمو انگشت‌نما کنن و یا رفتار عادی مثل بقیه بچه‌ها باهاش نداشته باشن و یا در مشاجرات خانوادگی بچم رو مسخره کنن."

از سوی دیگر، در این گروه از چالش‌ها شرکت‌کنندگان به مواردی همچون نگرانی نسبت به مسأله حریمیت، نگرانی در مورد ابهامات شرعی، سردرگمی به دلیل نظرات متفاوت شرعی و نگرانی نسبت به مشکلات شرعی که در آینده به وجود خواهند آمد، اشاره نمودند.

مصاحبه‌شونده یک: "همسرم هر وقت به اسپرم‌اهدایی فکر می‌کرد، مسئله حریمیت ذهنشو درگیر می‌کرد."

مصاحبه‌شونده ۱۵: "یکی از عامل‌های دیگه، بحث شرعی این کار هست. صحبت‌های زیادی شده. یک سری تأیید و یک سری تا حدی این روش رو تأیید نمی‌کنن. هر کسی یه چیزی گفته."

چالش‌های پس‌آیندی (Futura challenges)

در تحلیل داده‌های به دست آمده از این پژوهش، به گروهی از چالش‌ها، موضوعات و نگرانی‌های روان‌شناختی برخوردیم که مربوط به آینده و دغدغه‌هایی که به دلیل گرفتن احتمالات و مسائلی که در آینده ممکن است رخ بدهند بودند و یا از تغییر شکل خانواده از خانواده بدون فرزند به خانواده دارای فرزند برای زوجین به وجود خواهد آمد ناشی می‌شدند. ما این موارد را در تقسیم‌بندی مقوله‌ها به نام چالش‌های پس‌آیندی نامگذاری کرده‌ایم. مواجه شدن با شرایط و موقعیت‌های جدید همواره برای انسان استرس‌زا بوده و بچه‌دار شدن خانواده‌ای که سال‌ها طعم و حسرت نداشتن بچه را چشیده‌اند، خارج از این قاعده نمی‌باشد. از سوی دیگر، برای این گونه افراد به دلیل حساسیت‌های اجتماعی و ترس از واکنش‌های نابه‌جای اطرافیان و اجتماع، نگرانی‌ها و استرس بیشتری وجود دارد. برخی از استرس‌های احتمالی والدین نابارور، ترس از به خطر افتادن سلامت و یا از دست دادن فرزند

و تعارضات دیگری به غیر از مشکل ناباروری هستند، به آن پرداخته شده و برطرف گردد تا زوجین با آرامش و آمادگی بیشتری وارد فرایند درمان شده و روند درمان سریع‌تر و بهتر پیش رود. با توجه به مشروعیت این روش‌ها از نظر اکثریت علما، برای فرهنگ‌سازی بیشتر و هموار نمودن سازگاری‌های اجتماعی برای افراد تحت درمان و خانواده‌های این افراد پیشنهاد می‌شود رسانه‌های جمعی، اطلاعات بیشتری را در این زمینه به عموم مردم منتقل کنند تا بدین‌وسیله موانع اجتماعی و دیدگاه‌های منفی حاکم بر جامعه در مورد این شیوه‌های درمانی کاهش یافته و بستر جامعه، آمادگی لازم برای پذیرش شیوه‌های درمانی نوین را پیدا کند. همچنین به منظور ارائه اطلاعات جامع در مورد جنین، تخمک و اسپرم اهدایی به زوجین متقاضی پیشنهاد می‌شود بانک اطلاعاتی شامل اطلاعاتی در مورد آزمون‌های روان‌شناختی که از فرد اهداکننده گرفته شده است، نتایج بررسی‌های روان‌شناختی، ژنوگرام فرد اهداکننده به همراه دیگر اطلاعات ژنتیکی و غیره ایجاد شود تا در صورت لزوم در اختیار زوجین دریافت‌کننده قرار گیرد. علاوه بر این با توجه به اینکه یکی از چالش‌های عمده زوجین، پذیرش خانواده‌های ایشان بود، بهتر است برای هموار کردن این مشکل، چند جلسه مشاوره گروهی و کارگاه برای خانواده‌های زوجین ترتیب داده شود. همچنین به منظور کاهش بار مالی این درمان‌ها پیشنهاد می‌گردد شرکت‌های بیمه، این نوع درمان‌ها را نیز تحت پوشش خود قرار دهند و یا بانک‌ها تسهیلاتی را برای این زوج‌ها از طریق دادن وام فراهم کنند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر که در آن به بررسی چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور متقاضی درمان‌های جایگزین پرداخته شد، نشان دادند که این گروه در مراحل مختلف درمان با چالش‌های متعددی مواجه بوده است. این چالش‌ها براساس زمان مواجهه با آن‌ها به چهار گروه عمده تقسیم شدند. اولین گروه، چالش‌های پیش‌آیندی بود که شرکت‌کنندگان در مرحله قبل از آغاز درمان با آن‌ها مواجه بودند؛ از جمله این چالش‌ها، مسئله پذیرش درمان و طولانی بودن زمان تصمیم‌گیری برای درمان بود. این مهم به دو دلیل توسط شرکت‌کنندگان عنوان شد. نخست اینکه پذیرش

برخی از چالش‌هایی که شرکت‌کنندگان بیان کردند، چالش‌های مربوط به ایفای نقش والدی بود؛ از جمله چالش‌های عنوان شده در این گروه، نگرانی در مورد نقش بازی کردن مصنوعی به عنوان والد، نگرانی نسبت به دشواری تربیت کردن فرزند، نگرانی در مورد دشواری‌های بچه‌داری، نگرانی از لوس کردن بچه توسط والدین، نگرانی نسبت به نبود پذیرش قلبی فرزند توسط والدین و غیره بود.

مصاحبه‌شونده چهار: "یکی از نگرانی‌ها در مورد آینده اینه که با توجه به اینکه می‌دونم که این فرزند واقعی من نیست، احساس و رفتارم نسبت به بچه مصنوعی باشه و از نظر عاطفی نسبت به خودش و آیندش انگیزه لازم رو نداشته باشم و خود من هم از ارضای عاطفی پدر بودن خارج بشم یعنی تنونم اون طور که باید مسئولیت‌م رو انجام بدم و احساس رضایت کنم".

مصاحبه‌شونده دو: "نگرانم با توجه به اینکه ما برای بچه‌دار شدن خیلی اذیت شدیم و این تنها بچمونه، خیلی حساس و لوس بارش بیاریم".

شناخت چالش‌های تجربه شده مردان نابارور تحت درمان‌های جایگزین، کمک شایانی به مشاورین، روان‌شناسان و کادر درمانی مرتبط با این خانواده‌ها می‌کند (۱۷-۱۹) تا در جهت طراحی و ارائه خدمات یاورانه مورد نیاز این گروه به ارائه خدمات تخصصی در جهت کاهش هرچه بیشتر این مشکلات بپردازند. به منظور دستیابی به این اهداف، چند راه کار ارائه می‌گردد. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود قبل از آغاز درمان زوجین نابارور متقاضی درمان‌های شخص ثالث- به منظور کسب آگاهی‌های لازم زوجین- این افراد تحت مشاوره کامل توسط مشاورین متخصص و آگاه در زمینه چالش‌ها و مشکلاتی که ممکن است برای زوجین و کودکان در مسیر درمان و پس از آن ایجاد شود، قرار گیرند تا بتوان از مشکلات احتمالی که ممکن است در ارتباط با این روش برایشان ایجاد شود، کاست و این امکان را برای زوجین ایجاد نمود که در هر مرحله از درمان که برایشان مشکلی ایجاد شد، بتوانند از راهنمایی‌های مشاور استفاده کنند. از سوی دیگر، برای کاهش استرس‌ها و فشارهای روانی حین درمان بهتر است زوجین پیش از وارد شدن به درمان، تحت بررسی‌های روان‌شناختی قرار بگیرند تا اگر به هر دلیلی تحت فشار، اضطراب

اشاره کردند، نگرانی‌های مربوط به واکنش خانواده‌ها، فامیل و اطرافیان بود. عدم حمایت‌های عاطفی خانواده‌ها و اطرافیان، سخنان تمسخرآمیز، طعنه، تبعیض‌های خانوادگی و غیره باعث شده بود که زوجین در برخوردها و ارتباطات خود با فامیل و اقوام، بسیار حساس و گاهی تحریک‌پذیر رفتار نموده و سعی کنند کمتر در جمع‌های فامیلی حاضر شوند. این موضوع به میزان زیادی به دلیل پایین بودن آگاهی‌های عمومی در مورد مشکلات افراد نابارور و شیوه‌های درمان می‌باشد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که سطح آگاهی عمومی نسبت به این روش‌ها پایین است؛ به عنوان مثال Hadsen و همکاران (۲۰۰۹) با مروری بر ۳۳ مقاله و همچنین Michael و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند که عموم مردم دانش کمی نسبت به روش‌های اهدایی درمان ناباروری دارند (۱۸). یکی از نگرانی‌های دیگر شرکت‌کنندگان در این زمینه، نگرانی از برملا شدن موضوع بود. بیشتر شرکت‌کنندگان به دلیل حفظ موقعیت خود در خانواده‌ها و ترس از طرد شدن و یا در معرض تمسخر قرار گرفتن، سعی در پنهان کردن موضوع می‌نمودند که این مسئله فشار روانی زیادی را بر آنها تحمیل می‌کرد. گروهی از شرکت‌کنندگان نیز که این موضوع را پنهان نکرده بودند، نگرانی‌ها و مشکلاتی چون دخالت‌ها، اختلاف‌پراکنی، رفتارهای نامناسب دیگران و برخوردهای متفاوت و تبعیض‌آمیز خانواده‌ها را مطرح کردند و این را ناشی از عدم شناخت و آگاهی آن‌ها و نداشتن درک درستی از موضوع می‌دانستند. مسئله محرمانه ماندن فرایند درمان با نتایج حاصل از مطالعه Clitex و همکاران (۲۰۰۲) مطابقت دارد (۱۸).

گروه سوم از چالش‌هایی که شرکت‌کنندگان به آن‌ها اشاره کردند، چالش‌های در گذار بودند. این چالش‌ها، دغدغه‌ها و نگرانی‌هایی هستند که تحت تأثیر سبک زندگی و سنت‌ها، اعتقادات و ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی که از گذشته‌های دور بر رفتار و سبک زندگی ما تأثیر گذاشته‌اند، بودند. نگرانی‌هایی چون دغدغه مشکلات شرعی، عدم پذیرش فرهنگی و اجتماعی و تأثیر برخوردهای نامناسب اجتماع بر کودک برخی از این چالش‌ها بودند. بسیاری از شرکت‌کنندگان نگرانی در مورد ابهامات شرعی را یکی از دغدغه‌های خود دانستند و برخی نیز موضوعاتی چون حضانت، ارث و محرمیت را به عنوان

ناباروری و قبول این موضوع که از هیچ راه دیگری جز اهدای جنین یا اسپرم نمی‌توانند صاحب فرزند شوند برای مردان شرکت‌کننده بسیار دشوار بود و غرور آن‌ها را جریحه‌دار کرده بود. دلیل دوم، مشکل راضی کردن همسر بود که اکثر شرکت‌کنندگان با آن دست به گریبان بودند؛ زیرا با توجه به بافت سنتی و فرهنگی جامعه، پذیرش اسپرم اهدایی برای لقاح آزمایشگاهی برای زوجین به ویژه زنان سخت بود و آن را خالی از اشکال نمی‌دانستند؛ اما در ارتباط با اهدای جنین، پذیرش بیشتری در همسران مشاهده می‌شد.

در حوزه چالش‌های فرایندی، برخی از نگرانی‌های شرکت‌کنندگان مربوط به نگرانی‌های فرایند درمان بود؛ از جمله این چالش‌ها می‌توان به دشواری آگاهی یافتن از اطلاعات دقیق در ارتباط با موارد اهدایی و دشواری در انتخاب کیس مناسب بود. هرچند اطلاعاتی جزئی در مورد مشخصات ظاهری افراد اهداکننده و اطلاع از عدم بیماری‌های ژنتیکی به شرکت‌کنندگان ارائه می‌گردید؛ اما یکی از نگرانی‌های شرکت‌کنندگان، در مورد مشکلات رفتاری و روانی قابل انتقال به جنین از فرد اهداکننده بود که در این زمینه بررسی قطعی و قابل اعتمادی صورت نمی‌پذیرفت. این مهم با یافته‌های پژوهش هاشمی و عکاظی (۱۳۸۶) همسویی دارد. در این مطالعه که در ارتباط با زوجین متقاضی جنین اهدایی صورت گرفت، ۷۲ درصد از گیرندگان اهمیت ویژه‌ای به مقوله ویژگی‌های ژنتیکی و نحوه ارزیابی آن‌ها می‌دادند و از مؤسسه و درمانگر خود تقاضای ارزیابی ژنتیکی جنین را داشتند (۱۶). در این راستا، یکی از مواردی که به عنوان چالش در پژوهش احمدی و همکاران مورد بررسی قرار گرفت، مجهول بودن هویت و مسائل مذهبی اهداکنندگان بود که ۷۸ درصد از شرکت‌کنندگان آن را دارای اهمیت می‌دانستند (۱۷).

برخی از نگرانی‌های مطرح شده توسط شرکت‌کنندگان در مورد مسائل مالی و هزینه‌های بالای درمان، عدم پوشش درمان‌های ناباروری توسط بیمه، عدم ثبات اقتصادی و افزایش پی در پی هزینه‌های درمانی بود. این گروه از چالش‌ها در پژوهش صادقی و همکاران (۱۳۹۳) نیز بیان شده بود و مشکلات مالی یکی از دغدغه‌های اصلی شرکت‌کنندگان در این پژوهش بود.

علاوه بر این، برخی از نگرانی‌هایی که شرکت‌کنندگان به آن‌ها

به نفس و احساس ضعف و نقص که از مشکل ناباروری و حس کامل نبودن در ایشان ناشی می‌شد، داشت. از دیگر نگرانی‌هایی که توسط برخی از شرکت‌کنندگان بیان شد، نگرانی از با خبر شدن بچه از ماجرای تولدش بود. در پژوهشی که هاشمی و عکاظمی (۲۰۰۸) انجام دادند، در مورد فاش نمودن نحوه بارداری برای کودک و اطرافیان از شرکت‌کنندگان نظرسنجی شد که ۸/۵ درصد از آن‌ها بیان نمودند که موضوع دریافت جنین را به اطرافیان خواهند گفت، ۱۳/۴ درصد اظهار داشتند که این موضوع را به کودک خود اطلاع می‌دهند، ۹۰/۲ درصد بیان کردند که موضوع را به دیگران نمی‌گویند و ۸۵/۴ درصد اظهار داشتند که موضوع دریافت جنین را حتی به کودک خود نخواهند گفت (۱۹). آنچه که از پژوهش هاشمی و عکاظمی استخراج شد، گویای این مطلب بود که ناشناس ماندن زوج‌های دهنده باعث می‌شود تداخلات حقوقی و عاطفی کمتری در آینده برای زوج دهنده و گیرنده ایجاد گردد. از سوی دیگر، حقوق انسانی کودکانی که از این طریق به دنیا می‌آیند، ایجاب می‌کند از نحوه تولد خود مطلع شوند. علاوه بر این، احتمال وقوع زنا با محارم به صورت غیر عمد و آنومالی‌های ژنتیکی به دنبال افزایش تعداد زایمان‌های ناشی از باروری کمکی، در مجموع نظر را به سمت گفتن حقیقت به فرزندان به ویژه در سنین قبل از بلوغ سوق می‌دهد؛ هرچند این موضوع در ایران نوپا بوده و تاکنون مطالعه قابل استنادی با در نظر گرفتن اختلافات فرهنگی و عقیدتی ما با سایر کشورها انجام نشده است (۱۹).

نتیجه‌گیری

به طور کلی، مرور مقوله‌ها و مفاهیم به دست آمده از این پژوهش و جمع‌بندی آن‌ها به خوبی می‌تواند دغدغه‌ها و دشواری‌های تجربه شده توسط مردان نابارور را نمایان سازد و تصویر شفافی از مشکلات آن‌ها را در اختیار متخصصان و دست‌اندرکاران قرار دهد. یافته‌ها حاکی از آن بودند که مردان نابارور تحت درمان‌های جایگزین، مشکلات روان‌شناختی متعددی را تجربه کرده‌اند؛ از این رو رسیدگی به هریک از این مشکلات نیازمند کار تخصصی مشاوره‌ای و روان‌شناختی است که با توجه به اهمیت لزوم حفظ سلامت روانی بیماران و بهبود کیفیت درمان از اهمیت ویژه‌ای

نگرانی‌های خود مطرح نمودند. در پژوهشی که احمدی و همکاران انجام دادند، کسب دیدگاه فقهی در مورد روش‌های کمک باروری شخص ثالث از نظر ۷۰ درصد از شرکت‌کنندگان دارای اهمیت بسیاری بود (۱۶).

در زمینه پذیرش فرهنگی و اجتماعی، بسیاری از شرکت‌کنندگان نگران عدم پذیرش فرزند توسط فامیل و همچنین برخوردهای متفاوت و تحقیرآمیز اطرافیان با وی بودند. در مواجهه با این نوع چالش‌ها می‌توان گفت که اغلب در جریان استفاده از نوآوری‌های تکنولوژی-چه در زمینه پزشکی و چه در زمینه‌های دیگر- لازم است بستر جامعه برای ورود و پذیرش آن آماده گردد و آگاهی‌های لازم در آن زمینه به جامعه ارائه شود. در غیر این صورت ممکن است جامعه آن را مغایر با مصالح خود دانسته و در برابر آن مقاومت نشان دهد. در پژوهشی که توسط احمدی و همکاران صورت گرفت، یکی از چالش‌های اجتماعی عنوان شده، عدم مطابقت این روش با مصالح فرهنگی، دینی و اجتماعی بود. در این مطالعه حدود ۶۱ درصد از پاسخگویان این روش‌ها را با مصالح فرهنگی، دینی و اجتماعی همسو نمی‌دانستند (۱۶).

گروه چهارم که با عنوان چالش‌های پس‌آیندی از آن یاد شد، شامل: دغدغه‌هایی مربوط به آینده و احتمالاتی که پس از درمان و به دنیا آمدن بچه ممکن بود برای زوجین رخ دهد، نگرانی در مورد سالم به دنیا نیامدن کودک، مشکلات هوشی و رفتاری که ممکن است از طریق ژن به کودک منتقل شود و عدم توانایی والد در امر تربیت صحیح فرزند بود. از دیگر دغدغه‌ها در این زمینه می‌توان به این موارد اشاره کرد: استرس پدر شدن، حسرت داشتن فرزند، نگرانی از نداشتن حس واقعی پدر بودن به دلیل اینکه فرد می‌داند که او در داشتن این فرزند و ایجاد آن نقش چندانی نداشته است و این باعث شود که احساس تعلق نکرده و نتواند مسئولیت تربیت کودک را به درستی انجام دهد و در نتیجه کودک نتواند به اندازه کافی از نظر عاطفی و دریافت محبت والدین اغنا شود. برخی نیز نگران آن بودند که زوجین نتوانند در موقعیت‌های بحرانی زندگی به اندازه کافی مسئولیت فرزند را بر عهده گرفته و یا به راحتی از آن بگذرند و مسئولیت را به گردن دیگری بباندازند. به نظر می‌رسد بیشتر دغدغه‌هایی که شرکت‌کنندگان در این حوزه بیان کردند، ریشه در کمبود اعتماد

برخوردار می‌باشد.

رسمی این گروه و یا توسط واسطه شناسایی شده و حاضر به شرکت در پژوهش بودند و همچنین برخی از مراجعه‌کنندگان به کلینیک "ارمغان" و کلینیک "نوبین" مشاهد صورت گرفته است. بدین‌وسیله از تمامی افرادی که ما را در فرایند انجام پژوهش حاضر یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی مشاوره از دانشگاه آزاد اسلامی بجنورد می‌باشد که با همکاری افراد تحت درمان ناباروری با روش‌های جایگزین که از طریق کانال‌های غیر

References:

- Amiri M, Sadeqi Z, Hoseinpoor MH, Khosravi A. Marital satisfaction and its influencing factors in fertile and infertile women. *J Fam Reprod Health* 2016;10(3):139-45. [Link](#)
- Zare Z, Golmakani N, Amirian M, Mazloun SR, Laal Ahangar M. Comparison of marital satisfaction in fertile and infertile couples and its relationship with sexual problems. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015;18(143):1-10. [Link](#)
- Hughes F, Bernstein PS. Sexism in obstetrics and gynecology: not just a "women's issue". *Am J Obstet Gynecol* 2018;219(4):364.e1-4. [DOI: 10.1016/j.ajog.2018.07.006](#)
- Salehi K, Shakour M, Sabet FP, Alizadeh S. The opinion of Iranian students about the society's perception on using surrogacy as an infertility treatment in the future community. *Sex Reprod Healthc* 2015;6(1):19-22. [DOI: 10.1016/j.srhc.2014.06.005](#)
- Van Landuyt L, Van de Velde H, De Vos A, Haentjens P, Blockeel C, Tournaye H, et al. Influence of cell loss after vitrification or slow-freezing on further in vitro development and implantation of human Day 3 embryos. *Hum Reprod* 2013;28(11):2943-9. [DOI: 10.1093/humrep/det356](#)
- Zimon AE, Shepard DS, Prottas J, Rooney KL, Ungerleider J, Halasa-Rappel YA, et al. Embryo donation: survey of in-vitro fertilization (IVF) patients and randomized trial of complimentary counseling. *PloS One*. 2019; 14(8):e0221149. [DOI: 10.1371/journal.pone.0221149](#)
- Golombok S, Blake L, Casey P, Roman G, Jadv V. Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(6):653-60. [DOI: 10.1111/jcpp.12015](#)
- Luk BH, Loke AY. A review of supportive interventions targeting individuals or couples undergoing infertility treatment: Directions for the development of interventions. *J Sex & Marital Ther* 2016;42(6):515-33. [DOI: 10.1080/0092623X.2015.1074133](#)
- Kindregan CP, White D. International fertility tourism: the potential for stateless children in cross-border commercial surrogacy arrangements. *Suffolk Transnat'l L. Rev* 2013;36:527. [Link](#)
- Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: results of a qualitative study. *Iran J Reprod Med* 2014;12(2):131-8. [Link](#)
- Hanna E, Gough B. Men's accounts of infertility within their intimate partner relationships: an analysis of online forum discussions. *J Reprod Infant Psychol* 2017;35(2):150-8. [DOI: 10.1080/02646838.2017.1278749](#)
- Patel A, Sharma PS, Narayan P, Binu VS, Dinesh N, Pai PJ. Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: a clinic-based study. *J Hum Reprod Sci* 2016;9(1):28-34. [DOI: 10.4103/0974-1208.178630](#)
- Dooley M, Dineen T, Sarma K, Nolan A. The psychological impact of infertility and fertility treatment on the male partner. *Hum Fertil* 2014;17(3):203-9. [DOI: 10.3109/14647273.2014.942390](#)
- El Kissi Y, Romdhane AB, Hidar S, Bannour S, Idrissi KA, Khairi H, et al. General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013;167(2):185-9. [DOI: 10.1016/j.ejogrb.2012.12.014](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.014)

15. Volmer L, Rösner S, Toth B, Strowitzki T, Wischmann T. Infertile Partners' coping strategies are interrelated—implications for targeted psychological counseling. *Geburtshilfe Frauenheilkund* 2017;77(1):52-8. [DOI: 10.1055/s-0042-119200](https://doi.org/10.1055/s-0042-119200)
16. De Berardis D, Mazza M, Marini S, Del Nibletto L, Serroni N, Pino MC, et al. Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter* 2014;165(3):163-9. [DOI: 10.7417/CT.2014.1716](https://doi.org/10.7417/CT.2014.1716)
17. Azghdy SB, Vedadhir A, Rashid BH. Psychological impact of infertility among infertile women. *Adv Nurs Midwifery* 2014;23(83):1-10. [Link](#)
18. Shani C, Yelena S, Reut BK, Adrian S, Sami H. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res* 2016;240:53-9. [DOI: 10.1016/j.psychres.2016.04.003](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.003)
19. Mirblouk F, Asgharnia M, Solimani R, Fakor F, Salamat F, Mansoori S. Comparison of sexual dysfunction in women with infertility and without infertility referred to Al-Zahra Hospital in 2013-2014. *Int J Reprod BioMed* 2016;14(2):117-24. [Link](#)