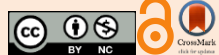


تحلیل کیفی تجربه زوج‌های نابارور از فشار خانوادگی، شرم اجتماعی و بازتعریف هویت زناشویی

مشخصات نویسندگان:	چکیده
۱. امیر سفری*: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران *پست الکترونیکی نویسنده مسئول: amir.safari.clin@gmail.com شیوه استناددهی: سفری، امیر. (۱۴۰۵). تحلیل کیفی تجربه زوج‌های نابارور از فشار خانوادگی، شرم اجتماعی و بازتعریف هویت زناشویی. پژوهش‌های خانواده و زوج‌درمانی، ۲(۱)، ۲۶-۳۷.  ۱۴۰۵ © تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.	هدف: هدف پژوهش حاضر، تبیین تجربه زیسته زوج‌های نابارور شهر تهران از فشار خانوادگی، شرم اجتماعی و فرایند بازتعریف هویت زناشویی در بستر ناباروری بود. مواد و روش‌ها: این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۴ نفر از زوج‌های نابارور، ۱۲ زن و ۱۲ مرد، ساکن تهران بودند که به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع از نظر سن، مدت ازدواج، مدت ناباروری، علت ناباروری و تجربه درمان انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شد. فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ اشباع در مصاحبه بیستم حاصل شد و چهار مصاحبه تکمیلی برای اطمینان از کفایت داده‌ها انجام گرفت. همه مصاحبه‌ها ضبط، پیاده‌سازی و با استفاده از نرم‌افزار NVivo تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها بر اساس کدگذاری اولیه، تشکیل زیرمقوله‌ها و انتزاع مقوله‌های اصلی انجام شد. برای افزایش اعتبار، از بازبینی مشارکت‌کنندگان، مرور همتایان، یادداشت‌برداری میدانی و ثبت مسیر تحلیل استفاده شد. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها به استخراج چهار مقوله اصلی منجر شد: «فشار خانوادگی و مداخله در حریم زوجی»، «شرم اجتماعی و مدیریت پنهان‌کاری»، «فرسایش عاطفی و بازآرایی رابطه زناشویی» و «بازتعریف هویت زناشویی فراتر از فرزندآوری». یافته‌ها نشان داد ناباروری برای زوج‌ها صرفاً یک مسئله پزشکی نبود، بلکه به تجربه‌ای اجتماعی، عاطفی و هویتی تبدیل می‌شد. خانواده‌های اصلی و خانواده همسر با پرسش‌های مکرر، مقایسه، توصیه‌های تحمیلی و گاه سرزنش، فشار روانی زوج‌ها را افزایش می‌دادند. شرم اجتماعی نیز موجب پنهان‌کاری، کناره‌گیری از مراسم خانوادگی و احساس نقص در نقش زنانه، مردانه و زناشویی می‌شد. با این حال، برخی زوج‌ها از طریق حمایت متقابل، مرزبندی با اطرافیان و بازتعریف معنای زندگی مشترک، به نوعی هویت زوجی مقاوم‌تر دست یافتند. نتیجه‌گیری: تجربه ناباروری در میان زوج‌های تهرانی، پدیده‌ای چندبعدی است که در پیوند میان بدن، خانواده، فرهنگ و هویت زناشویی شکل می‌گیرد. مداخلات روان‌شناختی و زوج‌درمانی برای این گروه باید علاوه بر کاهش آشفتگی فردی، بر مدیریت فشار خانواده، کاهش شرم اجتماعی، تقویت ائتلاف زوجی و بازسازی روایت مشترک زوج از زندگی بدون قطعیت فرزندآوری تمرکز کند. واژگان کلیدی: ناباروری؛ زوج‌های نابارور؛ فشار خانوادگی؛ شرم اجتماعی؛ هویت زناشویی؛ تحلیل مضمون؛ پژوهش کیفی.

A Qualitative Analysis of Infertile Couples' Experiences of Family Pressure, Social Shame, and Redefinition of Marital Identity

Authors' Information:

1. Amir Safari*: Department of Clinical Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Corresponding author's email: amir.safari.clin@gmail.com

How to cite: Safari, A. (2026). A Qualitative Analysis of Infertile Couples' Experiences of Family Pressure, Social Shame, and Redefinition of Marital Identity. *Family Research and Couple Therapy*, 2(1), 26-37.



© 2026 the authors. This is an open access article under the terms of the [CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) License.

Abstract

Objective: This study aimed to explore the lived experiences of infertile couples in Tehran regarding family pressure, social shame, and the redefinition of marital identity in the context of infertility.

Methods and Materials: This qualitative study was conducted using thematic analysis. The participants consisted of 24 infertile married individuals, including 12 women and 12 men from Tehran, selected through purposive sampling with maximum variation in age, duration of marriage, duration of infertility, infertility cause, and treatment history. Data were collected through in-depth semi-structured interviews. Sampling continued until theoretical saturation was achieved; saturation occurred after the twentieth interview, and four additional interviews were conducted to ensure data adequacy. All interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and analyzed using NVivo software. Data analysis involved initial coding, development of subcategories, and abstraction of main themes. Credibility and trustworthiness were enhanced through member checking, peer review, field notes, analytic memoing, and audit trail documentation.

Findings: Four main categories emerged from the data: “family pressure and intrusion into the marital boundary,” “social shame and secrecy management,” “emotional erosion and reorganization of the marital relationship,” and “redefinition of marital identity beyond childbearing.” The findings indicated that infertility was not experienced merely as a medical condition, but as a social, emotional, and identity-related crisis. Repeated questioning, comparison with fertile couples, unsolicited advice, and blame from family members intensified couples' psychological distress. Social shame led many participants to conceal infertility, avoid family gatherings, and experience a sense of deficiency in gendered and marital roles. Nevertheless, some couples developed more resilient marital identities through mutual support, boundary-setting with relatives, and reconstructing the meaning of their shared life.

Conclusion: Infertility among couples in Tehran is a multidimensional phenomenon shaped by the interaction of body, family, culture, and marital identity. Psychological and couple-based interventions should address not only individual distress but also family pressure, social stigma, marital alliance, and the reconstruction of a shared couple narrative under reproductive uncertainty.

Keywords: *Infertility; infertile couples; family pressure; social shame; marital identity; thematic analysis; qualitative research.*

مقدمه

ناباروری یکی از چالش‌های مهم سلامت باروری و سلامت روانی - اجتماعی است که پیامدهای آن فراتر از سطح زیستی و پزشکی گسترش می‌یابد و بر تجربه فردی، رابطه زوجی، جایگاه خانوادگی و هویت اجتماعی افراد اثر می‌گذارد. سازمان جهانی بهداشت، ناباروری را ناتوانی در دستیابی به بارداری پس از ۱۲ ماه یا بیشتر رابطه جنسی منظم و بدون پیشگیری تعریف می‌کند و بر اساس گزارش جهانی خود اعلام کرده است که حدود یک نفر از هر شش نفر در طول زندگی خود نوعی از ناباروری را تجربه می‌کند. (World Health Organization, 2023) این آمار نشان می‌دهد که ناباروری نه یک مسئله حاشیه‌ای، بلکه پدیده‌ای گسترده و جهانی است که نیازمند توجه هم‌زمان پزشکی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی است. با وجود این، تجربه ناباروری در همه بافت‌های فرهنگی یکسان نیست؛ در جوامعی که فرزندآوری بخشی مهم از هویت خانوادگی، تداوم نسل، مشروعیت ازدواج و پذیرش اجتماعی زوج‌ها تلقی می‌شود، ناباروری می‌تواند به بحرانی عمیق در معنای زندگی مشترک تبدیل شود. گزارش WHO ناباروری را یک مسئله جهانی سلامت معرفی می‌کند و بر ضرورت دسترسی به مراقبت باکیفیت و مقرون‌به‌صرفه تأکید دارد.

در بسیاری از فرهنگ‌ها، ازدواج نه فقط پیوند عاطفی و قانونی دو فرد، بلکه آغاز یک مسیر اجتماعی مورد انتظار برای تشکیل خانواده و فرزندآوری تلقی می‌شود. در چنین زمینه‌ای، زوج نابارور با انتظارات مستقیم و غیرمستقیم اطرافیان مواجه می‌شود؛ انتظاراتی که گاه در قالب پرسش‌های تکراری، توصیه‌های درمانی، سرزنش، مقایسه با زوج‌های دارای فرزند، فشار برای مراجعه به درمان‌های مختلف یا حتی تهدید به جدایی و ازدواج مجدد ظاهر می‌شود. مطالعات جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشان داده‌اند که ناباروری، پدیده‌ای صرفاً فردی نیست، بلکه تجربه‌ای زوجی و اجتماعی است که در شبکه‌ای از معانی فرهنگی، هنجارهای جنسیتی و روابط خانوادگی ساخته می‌شود. (Greil et al., 2010) به بیان دیگر، ناباروری زمانی به بحران تبدیل می‌شود که ناتوانی در فرزندآوری با ارزش‌های فرهنگی درباره زن بودن، مرد بودن، کامل بودن ازدواج و موفقیت خانوادگی پیوند می‌خورد.

یکی از مهم‌ترین ابعاد تجربه ناباروری، فشار خانوادگی است. خانواده‌های اصلی و خانواده همسر، به‌ویژه در بافت‌های جمع‌گرا، اغلب خود را ذی‌نفع مستقیم فرزندآوری زوج می‌دانند. در چنین شرایطی، ناباروری ممکن است نه به‌عنوان مسئله خصوصی زوج، بلکه به‌عنوان مسئله‌ای خانوادگی یا حتی خویشاوندی فهم شود. این وضعیت می‌تواند مرزهای زوجی را تضعیف کند و زوج را در معرض مداخله مداوم اطرافیان قرار دهد. برای مثال، پرسش‌هایی مانند «پس کی بچه‌دار می‌شوید؟»، «مشکل از کدام‌تان است؟»، «چرا درمان را جدی‌تر پیگیری نمی‌کنید؟» یا «زندگی بدون بچه چه معنایی دارد؟» ممکن است در ظاهر کنجکاو یا دلسوزی تلقی شوند، اما در تجربه زوج نابارور به‌صورت نظارت، قضاوت و فشار روانی درک می‌شوند. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز نشان داده‌اند که زنان نابارور اغلب با سرزنش، کاهش منزلت اجتماعی و مداخله خانواده مواجه می‌شوند و این تجربه می‌تواند به احساس بی‌ارزشی، انزوا و رنج اجتماعی منجر شود (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015).

(Taebi et al., 2021). مطالعات ایرانی کیفی نیز نشان داده‌اند که خانواده و جامعه می‌توانند از منابع اصلی انگ و فشار روانی برای زنان نابارور باشند.

بعد دیگر این تجربه، شرم اجتماعی است. شرم در ناباروری معمولاً از برخورد میان انتظارات فرهنگی و تجربه بدن ناتوان در تولید فرزند شکل می‌گیرد. زوجها ممکن است احساس کنند که در برابر خانواده و جامعه «کامل» نیستند یا ازدواج آنان هنوز به رسمیت کامل شناخته نشده است. این شرم به‌ویژه زمانی تشدید می‌شود که ناباروری با هویت جنسیتی پیوند بخورد؛ برای زنان، ناباروری ممکن است با تهدید احساس مادری، زنانگی و جایگاه در خانواده همسر همراه شود و برای مردان، با تهدید مردانگی، توانایی جنسی و اقتدار خانوادگی گره بخورد. مرور نظام‌مند (Xie et al., 2023) نشان داد که انگ ناباروری با پیامدهایی مانند اضطراب، افسردگی، کاهش کیفیت زندگی، انزوای اجتماعی و کاهش عزت‌نفس همراه است. همچنین (Luk and Loke, 2015) در مرور نظام‌مند خود نشان دادند که ناباروری بر بهزیستی روان‌شناختی، رابطه زناشویی، رابطه جنسی و کیفیت زندگی زوجها اثر می‌گذارد. مرورهای نظام‌مند اخیر نیز ناباروری را با پیامدهای روانی، زوجی، جنسی و اجتماعی مرتبط دانسته‌اند.

در سطح رابطه زناشویی، ناباروری می‌تواند هم عامل فرسایش و هم زمینه‌ای برای بازسازی رابطه باشد. برخی زوجها در مواجهه با ناباروری دچار سکوت، فاصله عاطفی، سرزنش متقابل، کاهش صمیمیت جنسی و ناتوانی در گفت‌وگوی سازنده می‌شوند. رابطه جنسی که پیش‌تر ممکن بود بخشی از صمیمیت و لذت زوجی باشد، گاه تحت تأثیر زمان‌بندی درمان، توصیه‌های پزشکی و فشار بارداری به کنشی عملکردی و اضطراب‌آور تبدیل می‌شود. در مقابل، برخی زوجها از طریق همدلی، گفت‌وگو، تقسیم فشار درمان، حمایت عاطفی و مرزبندی با اطرافیان، ائتلاف زوجی قوی‌تری پیدا می‌کنند (Peterson et al., 2003). نشان دادند که همخوانی زوجها در درک فشار ناباروری با سازگاری زناشویی بهتر همراه است؛ یعنی زمانی که زن و مرد تجربه رنج را به‌صورت مشترک و نه جداگانه یا متعارض می‌فهمند، رابطه زوجی کمتر آسیب می‌بیند. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی، پنهان‌کاری و کناره‌گیری می‌توانند پریشانی فردی و زوجی را افزایش دهند (Peterson et al., 2008).

از منظر هویتی، ناباروری زوجها را با پرسش‌های بنیادینی درباره معنای ازدواج، آینده مشترک و تعریف خانواده مواجه می‌کند. بسیاری از زوجها پیش از مواجهه با ناباروری، مسیر زندگی مشترک را به‌صورت خطی تصور می‌کنند: ازدواج، فرزندآوری، تثبیت خانواده و ایفای نقش والدینی. اما ناباروری این روایت خطی را مختل می‌کند و زوج را در وضعیتی از تعلیق قرار می‌دهد؛ وضعیتی که در آن نه می‌توانند به‌آسانی از امید به فرزند چشم‌پوشی کنند و نه می‌توانند زندگی مشترک را بر اساس قطعیت فرزندآوری بنا کنند. در این وضعیت، بازتعریف هویت زناشویی اهمیت می‌یابد. بازتعریف هویت زناشویی به معنای توانایی زوج برای بازسازی معنای «ما»، «خانواده»، «کامل بودن» و «آینده» در شرایطی است که فرزندآوری قطعی یا در دسترس نیست. این بازتعریف ممکن است از طریق پذیرش تدریجی، معنویت، تمرکز بر کیفیت رابطه، بررسی گزینه‌هایی مانند فرزندخواندگی، یا تصمیم برای ادامه زندگی بدون فرزند شکل گیرد.

در بافت فرهنگی ایران، اهمیت فرزند در استمرار خانواده، رضایت والدین، منزلت اجتماعی زوج و احساس موفقیت ازدواج، تجربه ناباروری را پیچیده‌تر می‌کند. مطالعات ایرانی نشان داده‌اند که ناباروری می‌تواند با کاهش روابط اجتماعی، تجربه تحقیر، ترس از طرد، نگرانی از ازدواج مجدد همسر و احساس ناامنی در خانواده همسر همراه باشد (Taebi et al., 2021; Hasanpoor-Azghdy et al., 2015; Aghakhani et al., 2020). این تجربه برای زنان اغلب با فشار شدیدتر اجتماعی همراه است، زیرا در بسیاری از بافت‌های فرهنگی، مسئولیت فرزندآوری بیش از مردان به زنان نسبت داده می‌شود، حتی زمانی که علت پزشکی ناباروری مردانه یا مشترک باشد. با این حال، مردان نیز به‌ویژه در موارد ناباروری مردانه، ممکن است احساس شرم، تهدید مردانگی، کناره‌گیری و ناتوانی در بیان رنج را تجربه کنند. پژوهش‌های جدید درباره تجربه مردان نابارور ایرانی نیز بر فشار روانی، احساس تحقیر و تأثیر قضاوت اطرافیان تأکید کرده‌اند.

با وجود رشد پژوهش‌های کمی درباره پریشانی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوج‌های نابارور، هنوز نیاز به مطالعات کیفی وجود دارد که بتوانند لایه‌های معنایی، فرهنگی و رابطه‌ای تجربه ناباروری را از زبان خود زوج‌ها آشکار کنند. رویکرد کیفی امکان می‌دهد ناباروری نه فقط به‌عنوان متغیری پزشکی یا روان‌شناختی، بلکه به‌عنوان تجربه‌ای زیسته در متن خانواده، اجتماع و ازدواج تحلیل شود. به‌ویژه در شهر تهران، که هم‌زمان ویژگی‌های سنتی، خانوادگی، شهری و مدرن در کنار یکدیگر حضور دارند، زوج‌های نابارور ممکن است با ترکیبی از فشارهای سنتی برای فرزندآوری و انتظارات مدرن برای استقلال زوجی مواجه شوند. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تحلیل کیفی تجربه زوج‌های نابارور از فشار خانوادگی، شرم اجتماعی و بازتعریف هویت زناشویی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. انتخاب رویکرد کیفی به این دلیل بود که هدف مطالعه، سنجش شدت متغیرها یا آزمون فرضیه‌های آماری نبود، بلکه فهم عمیق تجربه زیسته زوج‌های نابارور از فشار خانوادگی، شرم اجتماعی و بازتعریف هویت زناشویی مدنظر قرار داشت. تحلیل مضمون به دلیل انعطاف‌پذیری نظری، امکان شناسایی الگوهای معنایی در داده‌های مصاحبه و قابلیت سازمان‌دهی تجربه‌های پیچیده انسانی در قالب مقوله‌های اصلی و فرعی انتخاب شد (Braun & Clarke, 2006). برای گزارش مطالعه نیز اصول کلی گزارش‌دهی پژوهش‌های کیفی مبتنی بر مصاحبه و معیارهای COREQ مورد توجه قرار گرفت (Tong et al., 2007). منابع روش‌شناختی تحلیل مضمون، COREQ و اعتمادپذیری پژوهش کیفی در این طراحی لحاظ شده‌اند.

مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل ۲۴ نفر از زوج‌های نابارور ساکن تهران بودند؛ ۱۲ زن و ۱۲ مرد که در قالب ۱۲ زوج در پژوهش شرکت کردند. روش نمونه‌گیری، هدفمند و با حداکثر تنوع بود. معیارهای ورود شامل: داشتن تشخیص ناباروری اولیه یا ثانویه توسط پزشک متخصص، گذشت حداقل یک سال از تلاش برای بارداری، سکونت در تهران، قرار داشتن در رابطه زناشویی رسمی، تمایل به مشارکت در مصاحبه، و توانایی بیان تجربه‌های شخصی بود. معیارهای خروج شامل: تجربه بحران روان‌پزشکی حاد، قرار داشتن در فرایند جدایی رسمی در زمان مصاحبه، یا عدم تمایل به ادامه مصاحبه بود. تلاش شد مشارکت‌کنندگان از نظر سن، مدت ازدواج، مدت ناباروری، علت ناباروری، سطح تحصیلات و تجربه درمان‌های کمک‌باروری متنوع باشند.

نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. پس از مصاحبه با ۲۰ مشارکت‌کننده، داده‌های جدید عمدتاً تکرار الگوهای قبلی بودند و کد یا مقوله تازه‌ای که ساختار تحلیل را تغییر دهد، به دست نیامد. با این حال، چهار مصاحبه تکمیلی دیگر انجام شد تا کفایت و پایداری مقوله‌ها بررسی شود. بنابراین، تعداد نهایی مشارکت‌کنندگان ۲۴ نفر تعیین شد.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شدند. مصاحبه‌ها در بازه زمانی پیشنهادی سه‌ماهه و در محیطی آرام و محرمانه، بنا بر ترجیح مشارکت‌کنندگان، به صورت حضوری یا آنلاین انجام شد. مدت هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه بود. با کسب رضایت آگاهانه، مصاحبه‌ها ضبط صوتی شدند و سپس واژه به واژه پیاده‌سازی شدند. راهنمای مصاحبه شامل پرسش‌های باز بود و در طول مصاحبه، پرسش‌های پیگیرانه برای روشن شدن تجربه‌ها مطرح می‌شد.

نمونه پرسش‌های مصاحبه عبارت بودند از: «وقتی متوجه شدید با مسئله ناباروری مواجه هستید، رابطه شما با خانواده‌ها چه تغییری کرد؟»، «اطرافیان چگونه درباره بچه‌دار شدن با شما صحبت می‌کنند؟»، «آیا تا به حال احساس شرم یا قضاوت اجتماعی به دلیل ناباروری داشته‌اید؟»، «ناباروری چه تأثیری بر رابطه عاطفی و زناشویی شما گذاشته است؟»، «آیا تعریف شما از زندگی مشترک یا خانواده بعد از این تجربه تغییر کرده است؟» و «چه چیزهایی به شما کمک کرده است که با این وضعیت کنار بیایید؟». علاوه بر مصاحبه‌ها، یادداشت‌های میدانی درباره لحن، مکث، هیجان‌های آشکار و زمینه گفت‌وگو ثبت شد.

تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان با گردآوری داده‌ها انجام شد. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، متن‌ها چندین بار خوانده شدند تا پژوهشگر با کلیت داده‌ها آشنا شود. سپس واحدهای معنایی مرتبط با تجربه فشار خانوادگی، شرم اجتماعی، رابطه زوجی و هویت زناشویی استخراج شدند. در مرحله بعد، واحدهای معنایی به کدهای اولیه تبدیل شدند. کدهای مشابه در قالب زیرمقوله‌ها و سپس مقوله‌های اصلی سازمان‌دهی شدند. برای مدیریت داده‌ها، ذخیره کدها، مقایسه مصاحبه‌ها، بازبایی نقل‌قول‌ها و ترسیم ساختار مضامین از نرم‌افزار NVivo استفاده شد. تحلیل با حرکت مداوم میان داده خام، کدها، زیرمقوله‌ها و مقوله‌های اصلی انجام گرفت.

برای افزایش اعتبار یافته‌ها، از راهبردهای اعتمادپذیری لینکلن و گوبا شامل اعتبارپذیری، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری استفاده شد (Lincoln & Guba, 1985). اعتبارپذیری از طریق بازبینی مشارکت‌کنندگان، درگیری طولانی با داده‌ها و مرور همتایان تقویت شد. برای انتقال‌پذیری، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان و زمینه پژوهش با جزئیات گزارش شد. برای وابستگی، مراحل گردآوری و تحلیل داده‌ها ثبت و مستندسازی شد. برای تأییدپذیری نیز یادداشت‌های تحلیلی و مسیر تصمیم‌گیری پژوهشگر نگهداری شد تا امکان پیگیری فرایند تحلیل فراهم باشد.

پیش از شروع مصاحبه، هدف پژوهش، نحوه استفاده از داده‌ها، محرمانگی اطلاعات و حق انصراف در هر زمان برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. رضایت آگاهانه کتبی یا شفاهی از همه مشارکت‌کنندگان دریافت شد. نام‌ها و اطلاعات شناسایی حذف شدند و برای نقل‌قول‌ها از کدهایی مانند زن ۳ یا مرد ۷ استفاده شد. فایل‌های صوتی و متنی در فضای امن نگهداری شدند و فقط پژوهشگر به آن‌ها دسترسی داشت. همچنین به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که عدم پاسخ به هر پرسش یا توقف مصاحبه هیچ پیامدی برای آنان نخواهد داشت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۴ نفر از زوج‌های نابارور ساکن تهران شرکت کردند که شامل ۱۲ زن و ۱۲ مرد بودند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۸ تا ۴۶ سال بود. از نظر مدت ازدواج، ۷ نفر کمتر از ۵ سال، ۱۰ نفر بین ۵ تا ۱۰ سال و ۷ نفر بیش از ۱۰ سال سابقه ازدواج داشتند. مدت ناباروری در ۶ نفر کمتر از ۳ سال، در ۱۱ نفر بین ۳ تا ۶ سال و در ۷ نفر بیش از ۶ سال بود. از نظر نوع ناباروری، ۸ زوج ناباروری اولیه و ۴ زوج ناباروری ثانویه را گزارش کردند. علت ناباروری در ۴ زوج عامل زنانه، در ۳ زوج عامل مردانه، در ۲ زوج عامل مشترک و در ۳ زوج نامشخص گزارش شد. از نظر تحصیلات، ۵ نفر دیپلم یا کاردانی، ۱۲ نفر کارشناسی و ۷ نفر کارشناسی ارشد یا بالاتر داشتند. همچنین ۱۵ نفر سابقه درمان‌های کمک‌باروری مانند IUI یا IVF را گزارش کردند.

تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج چهار مقوله اصلی و دوازده زیرمقوله منجر شد. این مقوله‌ها نشان دادند که تجربه ناباروری در زوج‌ها در سه سطح اصلی جریان دارد: سطح خانوادگی، سطح اجتماعی و سطح هویت زوجی. جدول زیر خلاصه مقوله‌های اصلی، زیرمقوله‌ها و فراوانی اشاره مشارکت‌کنندگان به هر مقوله را نشان می‌دهد. فراوانی‌ها به معنای شمار مشارکت‌کنندگانی است که به مضمون مربوط اشاره کرده‌اند و جنبه آماری تعمیم‌پذیر ندارند.

نخستین مقوله، فشار خانوادگی و مداخله در حریم زوجی بود. بیشتر مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که پس از گذشت مدتی از ازدواج، پرسش‌های خانوادگی درباره بچه‌دار شدن به بخشی ثابت از تعاملات خانوادگی تبدیل شد. این پرسش‌ها در ابتدا با شوخی یا کنجکاوی مطرح می‌شدند، اما به تدریج برای زوج‌ها معنای قضاوت، بازخواست و نظارت پیدا کردند. برخی مشارکت‌کنندگان بیان کردند که خانواده همسر، به‌ویژه مادرشوهر یا مادرزن، در تصمیم‌های درمانی، زمان مراجعه به پزشک و حتی انتخاب روش‌های سنتی یا پزشکی دخالت می‌کردند. در مواردی، فشار خانوادگی به شکل سرزنش زن، زیر سؤال بردن مردانگی مرد، یا پیشنهاد غیرمستقیم ازدواج مجدد ظاهر می‌شد. یک زن ۳۴ ساله گفت: «هر مهمانی که می‌رفتیم، انگار باید جواب پس می‌دادم. هیچ‌کس نمی‌پرسید حال خودت چطور است؛ فقط می‌پرسیدند دکتر رفتی؟ چرا هنوز خبری نیست؟» یک مرد ۳۸ ساله نیز بیان کرد: «وقتی فهمیدند مشکل از من هم هست، دیگر جرئت نمی‌کردم در جمع حرف بزنم. حس می‌کردم همه دارند قضاوت می‌کنند، حتی اگر چیزی نگویند.» این مقوله نشان داد که فشار خانواده، مرز خصوصی زوج را تضعیف می‌کند و ناباروری را از یک مسئله پزشکی - زوجی به موضوعی عمومی در شبکه خویشاوندی تبدیل می‌سازد.

دومین مقوله، شرم اجتماعی و مدیریت پنهان‌کاری بود. مشارکت‌کنندگان اغلب ناباروری را تجربه‌ای همراه با شرم، سکوت و ترس از افشا توصیف کردند. بسیاری از زوج‌ها تلاش می‌کردند علت نداشتن فرزند را با بهانه‌هایی مانند مشغله کاری، مشکلات اقتصادی یا تصمیم شخصی برای تأخیر در فرزندآوری توضیح دهند. پنهان‌کاری به‌ویژه درباره علت پزشکی ناباروری شدیدتر بود؛ زوج‌هایی که عامل مردانه یا زنانه مشخص داشتند، نگران بودند که افشای علت، یکی از طرفین را در معرض تحقیر یا سرزنش قرار دهد. شرم اجتماعی موجب شد برخی زوج‌ها از شرکت در جشن تولد کودکان، مهمانی‌های خانوادگی یا جمع‌هایی که محور گفت‌وگو در آن فرزندآوری بود، اجتناب کنند. یک زن ۳۱ ساله گفت: «وقتی کسی باردار می‌شد، همه خوشحال بودند، ولی من بعدش تا چند روز به هم می‌ریختم. هم خوشحال می‌شدم، هم از خودم خجالت

می‌کشیدم که چرا من نمی‌توانم.» یک مرد ۴۱ ساله بیان کرد: «به خانواده خودم گفتیم فعلاً بچه نمی‌خواهیم، چون نمی‌خواستیم کسی بداند چند سال است درمان می‌کنیم.» این مقوله نشان داد که شرم ناباروری فقط احساس فردی نیست، بلکه پاسخی به نگاه اجتماعی و هنجارهای فرهنگی درباره کامل بودن ازدواج است.

سومین مقوله، فرسایش عاطفی و بازآرایی رابطه زناشویی بود. مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که ناباروری در ابتدا موجب شوک، اندوه و اضطراب مشترک شد، اما در ادامه، بسته به نوع ارتباط زوج، پیامدهای متفاوتی ایجاد کرد. برخی زوجها وارد چرخه سکوت و اجتناب شدند؛ آنان کمتر درباره احساسات خود صحبت می‌کردند، زیرا گفت‌وگو درباره ناباروری به گریه، بحث یا احساس گناه منجر می‌شد. برخی دیگر از کاهش صمیمیت جنسی سخن گفتند، زیرا رابطه جنسی برای آنان از تجربه‌ای عاطفی به عملی زمان‌بندی‌شده، درمان‌محور و همراه با فشار تبدیل شده بود. با این حال، همه تجربه‌ها فرساینده نبود. برخی زوجها گزارش کردند که ناباروری باعث شد بیشتر به یکدیگر تکیه کنند، مرز مشترکی در برابر اطرافیان بسازند و به‌جای مقصر دانستن یکدیگر، مسئله را به‌عنوان مسئله‌ای مشترک ببینند. یک زن ۳۶ ساله گفت: «یک مدت از هم دور شدیم؛ نه حرف می‌زدیم، نه حتی مثل قبل می‌خندیدیم. ولی بعد فهمیدیم اگر خودمان پشت هم نباشیم، هیچ‌کس نمی‌تواند کمک کند.» یک مرد ۳۵ ساله نیز گفت: «من به همسرم گفتم بچه مهم است، ولی نه بیشتر از خودت. همان حرف باعث شد هر دو آرام‌تر شویم.» این مقوله نشان داد که ناباروری می‌تواند هم رابطه را فرسوده کند و هم در صورت حمایت متقابل، زمینه تقویت ائتلاف زوجی را فراهم سازد.

چهارمین مقوله، بازتعریف هویت زناشویی فراتر از فرزندآوری بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که پیش از تجربه ناباروری، تصور آنان از ازدواج کامل، پیوندی بود که به فرزند ختم می‌شود. اما سال‌های درمان، شکست‌های مکرر، فشار اطرافیان و تعلیق امید موجب شد برخی زوجها به تدریج معنای زندگی مشترک را بازنگری کنند. این بازتعریف به معنای کنار گذاشتن کامل میل به فرزند نبود، بلکه به معنای تلاش برای جلوگیری از فروکاستن کل ازدواج به مسئله بارداری بود. برخی زوجها گفتند که یاد گرفته‌اند برای رابطه خود، کیفیت زندگی، آرامش روانی، رشد فردی و حمایت متقابل ارزش مستقل قائل شوند. برخی نیز درباره گزینه‌هایی مانند فرزندخواندگی، ادامه درمان با حد و مرز مشخص، یا پذیرش زندگی بدون فرزند تأمل کرده بودند. یک زن ۳۹ ساله گفت: «قبلاً فکر می‌کردم اگر مادر نشوم، زندگی‌ام ناقص است. هنوز هم بچه می‌خواهم، ولی دیگر نمی‌خواهم همه وجودم را با این یک موضوع تعریف کنم.» یک مرد ۴۲ ساله نیز اظهار کرد: «ما تصمیم گرفتیم هر چه شد، اول زندگی‌مان را حفظ کنیم. بچه اگر بیاید، نعمت است؛ اگر نیاید، نباید ما را از هم بگیرد.» این مقوله نشان داد که بازتعریف هویت زناشویی، فرایندی تدریجی، دشوار و در عین حال محافظت‌کننده است که می‌تواند به کاهش شرم و افزایش انسجام زوجی کمک کند.

بحث

یافته نخست پژوهش نشان داد که فشار خانوادگی و مداخله در حریم زوجی، یکی از برجسته‌ترین تجربه‌های زوجها نابارور است. این یافته با مطالعات پیشین همسو است که ناباروری را نه صرفاً مسئله‌ای پزشکی، بلکه پدیده‌ای اجتماعی و خانوادگی می‌دانند (Greil et al., 2010; Inhorn & Patrizio, 2015). در بافت‌هایی که فرزندآوری بخشی از مشروعیت اجتماعی ازدواج و تداوم نسل تلقی می‌شود، خانواده‌های اصلی

و خانواده همسر معمولاً خود را در مسئله باروری زوج صاحب حق اظهار نظر می‌دانند. یافته حاضر نشان داد که پرسش‌های مکرر، توصیه‌های تحمیلی، مقایسه و سرزنش، مرز خصوصی زوج را تهدید می‌کند و ناباروری را از یک تجربه مشترک میان زن و مرد به مسئله‌ای عمومی و قضاوت‌پذیر تبدیل می‌سازد. این نتیجه با پژوهش‌های ایرانی همخوان است که نشان داده‌اند زنان نابارور در ایران با فشار خانواده، کاهش منزلت اجتماعی و گاه تهدیدهای آشکار یا پنهان نسبت به ثبات ازدواج مواجه می‌شوند (Aghakhani et al., 2020; Hasanpoor-Azghdy et al., 2015; Taebi et al., 2021). چنین فشاری می‌تواند ائتلاف زوجی را تضعیف کند؛ زیرا زن و مرد به جای تجربه ناباروری به عنوان «مسئله مشترک ما»، آن را به عنوان «مسئله‌ای برای پاسخ دادن به دیگران» تجربه می‌کنند. بنابراین، یکی از ابعاد مهم مداخله با زوج‌های نابارور، کمک به آنان برای ایجاد مرزهای روشن با خانواده‌ها و تبدیل فشار بیرونی به گفت‌وگوی درونی حمایت‌گرانه است.

یافته دوم نشان داد که شرم اجتماعی و پنهان کاری، بخش مهمی از تجربه زوج‌های نابارور را تشکیل می‌دهد. مشارکت‌کنندگان برای پرهیز از قضاوت، اغلب درمان، علت ناباروری یا مدت تلاش برای بارداری را پنهان می‌کردند. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند ناباروری با انگ اجتماعی، احساس نقص، کاهش عزت‌نفس، اضطراب، افسردگی و انزوای اجتماعی همراه است (Fu et al., 2015; Xie et al., 2023). Taebi et al. (2021) نیز در مطالعه کیفی خود نشان دادند که زنان نابارور با شکل‌هایی از انگ اجتماعی و خودانگاره منفی مواجه می‌شوند که به شرم، سکوت و راهبردهای دفاعی منجر می‌شود. در پژوهش حاضر، شرم فقط در زنان دیده نشد؛ مردان نیز به‌ویژه زمانی که احتمال عامل مردانه وجود داشت، احساس تهدید مردانگی و نگرانی از افشا را تجربه می‌کردند. با این حال، به نظر می‌رسد فشار فرهنگی بر زنان شدیدتر و آشکارتر بود، زیرا نقش مادری در بسیاری از زمینه‌های فرهنگی، بخشی مرکزی از هویت زنانه تلقی می‌شود. شرم اجتماعی باعث می‌شود زوج‌ها از منابع حمایت اجتماعی فاصله بگیرند و در نتیجه، رنج آنان در سکوت تشدید شود. این چرخه شرم - پنهان کاری - انزوا می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت روان زوج‌ها را کاهش دهد. بنابراین، کاهش انگ ناباروری نیازمند مداخلاتی فراتر از اتاق درمان است؛ از جمله آموزش عمومی، اصلاح باورهای فرهنگی درباره ناباروری، تأکید بر زوجی بودن مسئله و پرهیز از مقصرسازی جنسیتی.

یافته سوم نشان داد که ناباروری می‌تواند موجب فرسایش عاطفی، سکوت، کاهش صمیمیت و درمان‌محور شدن رابطه جنسی شود، اما در برخی زوج‌ها نیز به بازآرایی حمایتی رابطه منجر می‌شود. این یافته با مرور (Luk and Loke, 2015) همسو است که نشان داد ناباروری بر بهزیستی روان‌شناختی، رابطه زناشویی، رابطه جنسی و کیفیت زندگی زوج‌ها اثرگذار است. همچنین (Newton et al., 1999) در معرفی ابعاد فشار ناباروری نشان دادند که نگرانی‌های اجتماعی، جنسی و رابطه‌ای از ابعاد اصلی تنش ناباروری هستند. در پژوهش حاضر، زوج‌هایی که گفت‌وگوی بازتر، حمایت عاطفی بیشتر و نگاه مشترک به مسئله داشتند، کمتر به سرزنش متقابل و فاصله عاطفی دچار می‌شدند. این یافته با مطالعه (Peterson et al., 2003) همخوان است که نشان داد همخوانی زوج‌ها در ادراک فشار ناباروری با سازگاری زناشویی بهتر همراه است. در مقابل، اجتناب، سکوت و مقابله فردی می‌تواند پریشانی زوجی را تشدید کند؛ همان‌گونه که (Peterson et al., 2008) نشان دادند راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی با افزایش فشار فردی، اجتماعی و زناشویی مرتبط است. بنابراین، ناباروری لزوماً رابطه را تخریب نمی‌کند، بلکه کیفیت ارتباط

زوج، شیوه معنا دادن به مسئله و توانایی آنان برای حمایت متقابل تعیین می‌کند که ناباروری به عامل فرسایش یا فرصتی برای انسجام بیشتر تبدیل شود.

یافته چهارم پژوهش نشان داد که برخی زوجها در مسیر مواجهه با ناباروری، هویت زناشویی خود را فراتر از فرزندآوری بازتعریف می‌کنند. این یافته از نظر نظری با دیدگاه ساخت اجتماعی ناباروری همسو است؛ زیرا ناباروری فقط فقدان بارداری نیست، بلکه وضعیتی است که افراد و زوجها باید معنای آن را در نسبت با بدن، خانواده، آینده و ارزش‌های فرهنگی بازسازی کنند (Greil et al., 2010; McQuillan et al., 2003). بازتعریف هویت زناشویی در این پژوهش به معنای نفی میل به فرزند نبود، بلکه به معنای رهایی تدریجی از این باور بود که ارزش ازدواج فقط با فرزند سنجیده می‌شود. چنین بازتعریفی می‌تواند شامل مرزبندی با اطرافیان، تمرکز بر کیفیت رابطه، پذیرش محدودیت‌های درمان، بررسی گزینه‌های جایگزین و ساختن روایت مشترک از زندگی باشد (Pasch and Sullivan, 2017). نیز بر اهمیت مقابله زوجی و حمایت رابطه‌ای در مواجهه با ناباروری تأکید کرده‌اند. از منظر بالینی، این یافته اهمیت مداخلات مبتنی بر روایت، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، آموزش ارتباطی و مداخلات مبتنی بر پذیرش را برجسته می‌کند؛ زیرا زوجها نیاز دارند بتوانند میان «امید به فرزند» و «حفظ زندگی مشترک» تعادل برقرار کنند. در غیر این صورت، ناباروری ممکن است تمام معنای ازدواج را اشغال کند و رابطه زوجی را به پروژه‌ای درمانی و فرساینده فروبکاهد.

این پژوهش با وجود ارائه تصویری عمیق از تجربه زوجها نابارور، با چند محدودیت همراه بود. نخست، مشارکت‌کنندگان فقط از شهر تهران انتخاب شدند؛ بنابراین تجربه زوجها نابارور در شهرهای کوچک‌تر، مناطق روستایی یا بافت‌های فرهنگی متفاوت ممکن است ابعاد دیگری داشته باشد. دوم، داده‌ها مبتنی بر مصاحبه‌های خودگزارشی بودند و ممکن است برخی مشارکت‌کنندگان به دلیل حساسیت موضوع، شرم یا نگرانی از قضاوت، همه تجربه‌های خود را بیان نکرده باشند. سوم، اگرچه حضور هر دو جنس در نمونه به فهم زوجی کمک کرد، اما تحلیل عمیق تفاوت تجربه زنان و مردان نیازمند مطالعه‌ای مستقل با تمرکز جنسیتی است. چهارم، زوج‌هایی که حاضر به شرکت در مصاحبه شدند احتمالاً آمادگی بیشتری برای بیان تجربه‌های خود داشتند؛ بنابراین صدای زوجها منزوی‌تر یا آسیب‌دیده‌تر ممکن است کمتر بازتاب یافته باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده تجربه زوجها نابارور را در بافت‌های فرهنگی و جغرافیایی متنوع‌تر بررسی کنند و تفاوت میان شهرهای بزرگ، شهرهای کوچک و مناطق روستایی را مورد توجه قرار دهند. همچنین انجام مطالعات طولی کیفی می‌تواند نشان دهد که تجربه فشار خانوادگی، شرم اجتماعی و هویت زناشویی در مراحل مختلف تشخیص، درمان، شکست درمان، فرزندخواندگی یا پذیرش زندگی بدون فرزند چگونه تغییر می‌کند. پژوهش‌های آینده می‌توانند تجربه مردان نابارور را به‌طور مستقل بررسی کنند، زیرا مردان اغلب رنج خود را کمتر بیان می‌کنند و فشارهای مرتبط با مردانگی ممکن است در مصاحبه‌های زوجی پنهان بماند. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای کیفی - کمی طراحی شوند تا اثربخشی زوج‌درمانی، مشاوره خانواده و مداخلات کاهش انگ بر سازگاری زوجها نابارور ارزیابی شود.

در سطح کاربردی، مراکز درمان ناباروری بهتر است خدمات روان‌شناختی و مشاوره زوجی را به‌عنوان بخشی ثابت از فرایند درمان ارائه دهند. درمانگران باید به زوج‌ها کمک کنند فشار خانواده را شناسایی کنند، مرزهای ارتباطی سالم بسازند و از تبدیل ناباروری به میدان سرزنش متقابل جلوگیری کنند. آموزش خانواده‌ها نیز ضروری است؛ زیرا بسیاری از رفتارهای آسیب‌زا در قالب دلسوزی یا کنجکاوی انجام می‌شوند. مداخلات گروهی برای زوج‌های نابارور می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و شرم کمک کند. همچنین لازم است در رسانه‌ها و برنامه‌های آموزشی، ناباروری به‌عنوان یک وضعیت پزشکی و زوجی معرفی شود، نه نشانه نقص زنانه، مردانه یا شکست ازدواج. در مشاوره بالینی، تمرکز هم‌زمان بر امید، پذیرش، تصمیم‌گیری درمانی واقع‌بینانه و بازسازی معنای زندگی مشترک می‌تواند به زوج‌ها کمک کند هویت زناشویی خود را فراتر از فشار فرزندآوری بازسازی کنند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که تجربه ناباروری در میان زوج‌های تهرانی، تجربه‌ای چندلایه و درهم‌تنیده با خانواده، اجتماع، بدن و هویت زناشویی است. ناباروری برای مشارکت‌کنندگان فقط ناتوانی در بارداری نبود، بلکه به تجربه‌ای از پاسخ‌گویی دائمی به خانواده، مواجهه با شرم اجتماعی، پنهان‌کاری، کاهش احساس کفایت و بازنگری در معنای ازدواج تبدیل شده بود. فشار خانوادگی، با تضعیف مرزهای زوجی، رنج ناباروری را تشدید می‌کرد و شرم اجتماعی، زوج‌ها را به سمت سکوت و انزوا سوق می‌داد. در عین حال، یافته‌ها نشان دادند که برخی زوج‌ها توانستند از طریق حمایت متقابل، گفت‌وگوی صادقانه، مرزبندی با اطرافیان و بازتعریف معنای زندگی مشترک، هویت زناشویی مقاوم‌تری بسازند. بنابراین، مداخلات روان‌شناختی برای زوج‌های نابارور باید بر سه محور اصلی متمرکز باشد: کاهش فشار و مداخله خانواده، کاهش شرم و انگ اجتماعی، و تقویت ائتلاف زوجی برای بازسازی روایت مشترک از آینده. چنین رویکردی می‌تواند به زوج‌ها کمک کند ناباروری را نه به‌عنوان پایان معنا، بلکه به‌عنوان بحرانی قابل فهم، قابل گفت‌وگو و قابل مدیریت تجربه کنند.

موازین اخلاقی

در تمامی مراحل پژوهش حاضر اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از همه افرادی که در این پژوهش به ما یاری رساندند سپاسگزاری به عمل می‌آید.

References

- Aghakhani, N., Ranjbar, F., Rahbar, N., & Haghdoost, A. A. (2020). Iranian women's experiences of infertility: A qualitative study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 18(1), 65–72.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293–308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Dyer, S. J., Abrahams, N., Mokoena, N. E., Lombard, C. J., & van der Spuy, Z. M. (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: A quantitative assessment. *Human Reproduction*, 20(7), 1938–1943. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh845>
- Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., Huang, X., & Yan, P. (2015). Development and validation of an infertility stigma scale for Chinese women. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.014>
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679–1704. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00102-0)
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Veadahir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: A qualitative study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(4), 409–420.
- Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: New thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 21(4), 411–426. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv016>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Luk, B. H. K., & Loke, A. Y. (2015). The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: A systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 610–625. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789>
- McQuillan, J., Greil, A. L., White, L., & Jacob, M. C. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 1007–1018. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.01007.x>
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54–62. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00164-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00164-8)
- Pasch, L. A., & Sullivan, K. T. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.07.004>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59–70. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x>
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23(5), 1128–1137. <https://doi.org/10.1093/humrep/den067>
- Taebe, M., Kariman, N., Montazeri, A., & Alavi Majd, H. (2021). Infertility stigma: A qualitative study on feelings and experiences of infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 15(3), 189–196. <https://doi.org/10.22074/IJFS.2021.139093.1039>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research: A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- World Health Organization. (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990–2021*. World Health Organization.
- Xie, Y., Ren, Y., Niu, C., Zheng, Y., Yu, P., & Li, L. (2023). The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 1093459. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1093459>