

## Spiritual Strategies for Infertile People during Assisted Reproductive Treatment

Seyedeh Maryam Pourmousavi<sup>1</sup> , Fatemeh Fayyaz<sup>2\*</sup> , Yaser Rezapour-Mirsaleh<sup>3</sup> , Mehdi Arabzadeh<sup>4</sup> 

1- Department of Counseling, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Department of Psychology, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, Iran.

3- Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran.

4- Department of Educational Psychology, Faculty of Science and Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran.

\*Correspondence should be addressed to Dr. Fatemeh Fayyaz; **Email:** [f.fayyaz@alzahra.ac.ir](mailto:f.fayyaz@alzahra.ac.ir)

### Article Info

Received: Mar 25, 2025

Received in revised form:

May 10, 2025

Accepted: May 31, 2025

Available Online: Mar 21, 2026

### Keywords:

Assisted reproductive treatment

Infertility

Qualitative research

Spiritual strategies



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v12i1.47887>

### Abstract

**Background and Objective:** Infertility has increased significantly in recent years, so much so that the World Health Organization has classified it as one of the three health problems in 2021. People show different reactions when faced with the problem of infertility. Sometimes they choose to surrender to the problem, while others end treatment, and sometimes they start whining and lamenting. In some cases, they cope with the problem by resorting to prayer and trust. For this reason, the purpose of the present study is to extract the spiritual and non-spiritual strategies of infertile people during assisted reproductive treatment.

**Methods:** In the present qualitative study, interviewees were selected through online calls and by visiting some infertility treatment centers (Mam Center, Ibn Sina, Royan, Infertility Clinic of Erfan and Niayesh Hospital) in Tehran. 32 infertile individuals (10 men and 22 women) who had experienced at least one assisted reproductive treatment were subjected to semi-structured interviews until data saturation. The interviews were based on the use of strategies used during and after assisted reproductive treatment. Data analysis was performed using Strauss and Corbin's method. In the present study, all ethical considerations were observed and the authors reported no conflicts of interest.

**Results:** The results of data analysis led to extraction of a selected code of spirituality-based strategies, and 4 axial codes including ineffective coping styles (surrender, avoidance, emotional, and superstitious decisions), occupational-educational (adaptability in the job, promotion of career knowledge, educational advancement), improvement of couple relationship (agreement, companionship, and problem solving), and personal excellence (connection to the true source, insight enhancement, promotion of moral virtues, self-care, and elimination of negative characteristics). 16 open codes were also extracted.

**Conclusion:** According to the results of this study on the strategies of infertile individuals during assisted reproductive treatment, it seems that some of the strategies of the individuals were efficient and some were ineffective, which is why there is a need for problem-solving and decision-making training during the treatment process. As the results of this study show, adopting spiritual strategies and connecting to the source of existence facilitates the tortuous path of treatment.

**Please cite this article as:** Pourmousavi SM, Fayyaz F, Rezapour-Mirsaleh Y, Arabzadeh M. Spiritual Strategies for Infertile People during Assisted Reproductive Treatment. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2026;12(1):80-95. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v12i1.47887>

## Summary

### Background and Objective

“Infertility” is a health problem that affects couples worldwide, regardless of their ethnicity, community, culture, or economic status (1-3). Although it is initially recognized as a physical problem, it is a broad and comprehensive experience that is often accompanied by psychological and emotional distress (6-7). The diagnosis of infertility and the receipt of fertility treatment may also place additional strain on the marital relationship (8).

Assisted reproductive therapies, despite advances that have improved clinical pregnancy rates, pose significant challenges to patients, including high costs, frequent invasive procedures, long treatment cycles, and uncertainty about treatment success (10). For this reason, it is essential to pay attention to the psychological well-being of patients undergoing assisted reproductive treatments, provide effective psychological interventions to reduce stress and negative emotions, and encourage positive coping mechanisms to enhance treatment effectiveness.

Infertility, when seen as a life crisis, can cause individuals to reflect deeply on the meaning and purpose of life (21). Numerous studies have shown that many patients, whether religious or non-religious, find solace in their underlying spirituality as a source of meaning, hope, and direction in life (22). For this reason, the researchers intend to obtain the strategies they use during treatment through this study with people undergoing assisted reproductive treatment and to answer the questions of what strategies infertile people use during assisted reproductive treatment and whether these strategies are based on spirituality.

### Methods

**Compliance with ethical guidelines:** In this study, all ethical considerations, including obtaining informed consent, privacy, anonymity of respondents, and confidentiality of subject information, were observed.

This qualitative study was part of a larger study conducted in Tehran in 2013-2014 using the grounded theory method. The study population consisted of all infertile individuals who underwent assisted reproductive treatment. Based on the theoretical foundations and background of the study, purposive sampling was used to conduct semi-structured interviews with individuals. General questions such as the cause

of infertility, problems encountered during treatment, and solutions adopted during treatment were asked, and follow-up questions were also used to clarify the content. A total of 32 infertile individuals (10 male and 22 female) participated in this study. The research samples were selected after multiple calls in cyberspace and attendance at infertility centers. The interviews lasted 30 to 70 minutes. The criteria for entering the interview included the following: 1- Having passed at least two years since the diagnosis of infertility, 2- Having been referred to medical centers in Tehran, 3- Having used at least one of the assisted reproductive treatment methods, 4- Having satisfaction, sufficient motivation and filling out a consent form. The interviews continued with questions about infertility problems during treatment, solutions and approaches to the problems encountered, and expressing their personal experiences. The interviews continued until theoretical saturation was reached and no new concepts were extracted.

### Results

The strategies used by participants during assisted reproductive treatment included 4 core codes of ineffective coping styles (surrender, avoidance, emotional, and superstitious decisions), academic-occupational (job adaptability, career knowledge enhancement, academic advancement, and skill enhancement), couple relationship improvement (agreement, companionship, and problem solving), and personal excellence (connection to the true source, insight enhancement, promotion of moral virtues, self-care, and elimination of negative characteristics). The above-mentioned items are the strategies used by infertile individuals during assisted reproductive treatment.

### Conclusion

In his theory, Frankl considers man as a responsible individual believing that man is a spiritual and transcendent creature. He emphasizes that the inner motivations of the individual create a comprehensive meaning and purpose in his life in a way that leads his life towards the fundamental goal and personal dignity (44). This unique human being needs a strong thread called religion to connect with the eternal beloved. Religion itself is important as a fundamental motivation in the life of a person with faith (45). Faith in God makes the individual's attitude towards existence purposeful and meaningful (46). According to Dumar et al. (47) people are more adaptable to diseases. This group has more self-control that allows them to manage their

behaviors and cognitions, and as a result, accept the situation better. They also have less depression and anxiety. Latif Nejad Rudsari et al. (48) found that the challenge stage in decision-making in infertile women goes through different phases so that they can manage their illness. In all these phases, the attention of religious infertile women is focused on their religious beliefs. Most religious infertile women evaluate infertility in a religious-spiritual way. Some of them move towards the preliminary meaning-making process. In this stage, they try to protect themselves against emotional failure. With a positive image of God, they consider infertility as a God-given phenomenon and in the next stage, they face the challenge of accepting their self as an infertile person.

### **Acknowledgements**

The researchers are grateful to the participants in this study for their sincere cooperation and assistance in achieving the goals of the study.

### **Ethical considerations**

According to the authors, Tehran University of Science and Research approved this research with the ethics code [IR.IAU.SRB.REC.1402.247](https://doi.org/10.21860/IR.IAU.SRB.REC.1402.247).

### **Funding**

According to the authors, this article did not receive any financial support.

### **Conflict of interest**

There are no conflicts of interest in this study.

### **Authors' contribution**

Data collection: First author; Supervising the research implementation: Second author; Data analysis and drafting the article: First and third authors; Discussion and conclusion: Fourth author.

## الحلول الروحية لعلاج من يعانون من العقم أثناء تلقي العلاجات المساعدة على الإنجاب

سيده مريم بورموسوي<sup>١</sup>، فاطمة فياض<sup>٢</sup>، ياسر رضا پور مير صالح<sup>٣</sup>، مهدي عرب زادة<sup>٤</sup>

١- قسم الإستشارة، فرع العلوم والدراسات، جامعة آزاد الإسلامية، طهران، إيران.

٢- قسم علم النفس والعلوم التربوية، مركز دراسات المرأة، جامعة الزهراء، طهران، إيران.

٣- قسم علوم الإستشارة، كلية العلوم الإنسانية وعلم الاجتماع، جامعة أردكان، يزد، إيران.

٤- قسم علم النفس التربوي، كلية العلوم وعلم النفس، جامعة الخوارزمي، كرج، إيران.

\* المراسلات الموجهة إلى الدكتورة فاطمة فياض؛ البريد الإلكتروني: [f.fayyaz@alzahra.ac.ir](mailto:f.fayyaz@alzahra.ac.ir)

### معلومات المادة

الوصول: ٢٥ رمضان ١٤٤٦

وصول النص النهائي: ١٢ ذى القعدة ١٤٤٦

القبول: ٤ ذى الحجة ١٤٤٦

النشر الإلكتروني: ١ شوال ١٤٤٧

### الكلمات الرئيسية:

الإستراتيجيات الروحية

الدراسة النوعية

العلاج المساعد على الإنجاب

العقم

### الملخص

خلفية البحث وأهدافه: شهدت المجتمعات البشرية في الآونة الأخيرة موجة عارمة من العقم وعدم القدرة على الإنجاب وارتفعت هذه الحالات بشكل ملحوظ؛ لدرجة دفعت منظمة الصحة العالمية لمدق ناقوس الخطر في عام ٢٠٢١ وإعلانها ضمن إحدى ثلاث تحديات أساسية تواجهها البشرية في ما يتعلق بالسلامة. فقد يتعامل الأفراد بأشكال مختلفة عند مواجهة مشكلة العقم وعدم القدرة على الإنجاب. فمنهم من يستسلم أمام هذه المشكلة، ومنهم من ينهي العلاج بعد فترة وجيزة، ومنهم من يلجأ إلى البكاء والتألم؛ لكن هناك أفراد يتكلمون على الله ويتوسلون به فيستسلمون أمام ما أراد الله لهم. ومن هنا تسعى هذه الدراسة لقراءة الإستراتيجيات الروحية وغير الروحية التي يلجأ إليها هؤلاء الأفراد أثناء تلقي العلاجات المساعدة على الإنجاب.

منهجية البحث: المنهج البحثي الذي استخدمه الباحثون هو عبارة عن استبيانات ومقابلات؛ بحيث قام الباحثون بإجراء مقابلات في دراسة نوعية وطلب مقابلات في الفضاء الافتراضي والمقابلة معهم في بعض المراكز المتخصصة في علاج العقم في طهران ومن بينها مركز مام، ومركز ابن سينا، و رويان، ومركز علاج العقم التابع لمستشفى عرفان ومستشفى نيايش، واختير هؤلاء الأفراد عبر أخذ العينات المتاحة. اختار الباحثون ٣٢ شخصاً (٢٢ امرأة و ١٠ رجال) ممن كانت لديهم تجربة تلقي العلاجات المساعدة للإنجاب مرة واحدة على الأقل لتتبع البيانات وأجريت معهم مقابلات شبه مُهيكلية. وكانت المقابلات قائمة على إفتراض أنّ المشاركين تلقوا العلاجات المساعدة على الإنجاب واستخدموا إستراتيجيات أثناء العلاج وبعده. وقد استفاد الباحثون من منهج اشتراكي وكورين لتحويل المعطيات. يذكر أنه قد تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية ولم يذكر المؤلفون أي تضارب في المصالح.

المعطيات: اعتمد الباحثون لتحليل المعطيات على كودات لتحديد الإستراتيجيات التي اتخذها متلقو العلاج وهي إستراتيجيات قائمة على أسس روحية؛ وهي أربعة أكواد أو شيفرات أساسية وهي أنماط لمواجهة غير الفاعلة (الإستسلام، والتوقي، والاضطراب، والقرارات الخرافية)، والأنماط المتعلقة بالمهنة-الدراسة (التأقلم مع بيئة العمل، الإرتقاء بتجارب المهنة، والإرتقاء بالمستوى الدراسي)، ونمط تحسين العلاقة الزوجية (الوثام، والتضامن، وحل المسألة)، والتميز الفردي (الإتصال بالمنبع الحقيقي، وتوسيع دائرة الوعي، والإهتمام بالفضيلة الأخلاقية، والعناية الذاتية، والقضاء على السلوك السلبي)؛ وهي عبارة عن ١٦ شيفرة أربعة لكل منها.

الاستنتاج: نظراً لمعطيات الدراسة حول إستراتيجيات الأفراد الذين يعانون من العقم وعدم الإنجاب أثناء تلقي العلاج المساعد على الإنجاب، يبدو أنّ بعض هذه الإستراتيجيات ناجعة وبعضها إستراتيجيات فاشلة. ولذا يبدو من الضروري الإهتمام بالتعليم والتثقيف أثناء تلقي العلاج وتوعية الأفراد بهذه الأمور قبل اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب. تؤكد نتائج الدراسة أنّ إتخاذ إستراتيجيات قائمة على أسس دينية وروحية والإتصال بالذات الإلهية تسهل عملية العلاج وتساعد على تجاوز هذه المشكلة.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Pourmousavi SM, Fayyaz F, Rezapour-Mirsaleh Y, Arabzadeh M. Spiritual Strategies for Infertile People during Assisted Reproductive Treatment. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2026;12(1):80-95. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v12i1.47887>

## راهبردهای معنوی افراد نابارور در طول درمان کمک باروری

سیده مریم پورموسوی<sup>۱</sup>، فاطمه فیاض<sup>۲\*</sup>، یاسر رضاپور میرصالح<sup>۳</sup>، مهدی عربزاده<sup>۴</sup>

۱- گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۳- گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و علوم اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

۴- گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران.

\*مکاتبات خطاب به دکتر فاطمه فیاض؛ رایانامه: [f.fayyaz@alzahra.ac.ir](mailto:f.fayyaz@alzahra.ac.ir)

### اطلاعات مقاله

دریافت: ۵ فروردین ۱۴۰۴

دریافت متن نهایی: ۲۰ اردیبهشت  
۱۴۰۴

پذیرش: ۱۰ خرداد ۱۴۰۴

نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۱۴۰۵

### چکیده

**سابقه و هدف:** ناباروری در چند سال اخیر به‌طور چشمگیری افزایش یافته، به‌طوری که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۱ آن را جزو سه مشکل سلامتی دسته‌بندی کرده است. افراد در مواجهه با مسئله ناباروری واکنش‌های مختلفی از خود نشان می‌دهند؛ برخی تسلیم‌شدن در برابر مشکل را برمی‌گزینند، برخی دیگر به درمان خاتمه می‌دهند، برخی شیون و زاری در پیش می‌گیرند؛ بعضی از افراد نیز با توسل و توکل با مسئله کنار می‌آیند. از این‌رو، هدف از پژوهش حاضر استخراج راهبردهای معنوی و غیرمعنوی افراد نابارور در طول درمان کمک‌باروری بود.

**روش کار:** مصاحبه‌شوندگان در مطالعه کیفی حاضر، طی فراخوان‌هایی در فضای مجازی و نیز با مراجعه به برخی مراکز درمانی ناباروری (مرکز مام، ابن سینا، رویان، کلینیک ناباروری بیمارستان عرفان و نیایش) در شهر تهران به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. ۳۲ نفر ناباروری (۲۲ خانم و ۱۰ آقا) که تجربه دست‌کم یک بار درمان کمک باروری داشتند تا اشباع داده‌ها، تحت مصاحبه نیمه‌ساختاریافته قرار گرفتند. مصاحبه‌ها مبتنی بر استفاده از راهبردهای به‌کارگیری در حین و بعد از درمان کمک‌باروری بود. برای تحلیل داده‌ها از روش اشتراک و کوربین استفاده شد. در این پژوهش همه اصول اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

**یافته‌ها:** از تحلیل داده‌ها یک کد انتخابی راهبردهای مبتنی بر معنویت و چهار کد محوری سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد (تسلیم، اجتناب، هیجانی و تصمیم‌های خرافی)، شغلی - تحصیلی (انطباق‌پذیری در شغل، ارتقای دانش شغلی و ارتقای تحصیلی)، بهبود رابطه زوجی (توافق، همراهی و حل مسئله) و تعالی فردی (اتصال به منبع حقیقی، بینش‌افزایی، ارتقای فضائل اخلاقی، خودمراقبتی و حذف خصائص منفی) با ۱۶ کد باز استخراج شد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش درباره راهبردهای افراد نابارور در حین درمان کمک‌باروری، به نظر می‌رسد که برخی از راهبردها کارآمد و برخی دیگر ناکارآمد بود. به همین دلیل نیاز است که در مسیر درمان آموزش‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری انجام گیرد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، اتخاذ راهبردهای معنوی و اتصال به سرمنشأ هستی مسیر پرپیچ و خم درمان را تسهیل می‌کند.

استناد مقاله به این صورت است:

Pourmousavi SM, Fayyaz F, Rezapour-Mirsaleh Y, Arabzadeh M. Spiritual Strategies for Infertile People during Assisted Reproductive Treatment. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2026;12(1):80-95. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v12i1.47887>

## مقدمه

ناباروری<sup>۱</sup> نوعی مشکل بهداشتی است که زوجها را در سراسر جهان بدون توجه به قومیت، جامعه، فرهنگ یا وضعیت اقتصادی آنان، تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱-۳). بی‌فرزندی غیرارادی می‌تواند حس کامل‌بودن را به‌دلیل آرزوی برآورده‌نشده والدینی به چالش بکشد (۴، ۵). اگرچه ناباروری در ابتدا مشکلی فیزیکی شناخته می‌شود، تجربه‌ای گسترده و جامع است که معمولاً با پریشانی روانی و عاطفی همراه است (۶، ۷). تشخیص ناباروری و دریافت درمان باروری ممکن است فشار بیشتری را نیز در روابط زناشویی (۸) ایجاد کند.

توسعه فناوری کمک‌باروری<sup>۲</sup> امیدی را برای افرادی که با ناباروری مواجه هستند، فراهم کرده است. این فناوری پزشکی از روش‌هایی شامل تخمک‌اهدایی، اسپرم، تخمک بارور شده و جنین برای رسیدن به لقاح استفاده می‌کند و شامل فن‌هایی مانند لقاح مصنوعی<sup>۳</sup>، لقاح آزمایشگاهی، انتقال جنین<sup>۴</sup> و مشتقات آن است (۹). از زمان اولین بارداری موفقیت‌آمیز آی‌وی‌اف در سال ۱۹۷۸، درمان کمک‌باروری یکی از مؤثرترین درمان‌ها برای ناباروری در نظر گرفته شده است.

درمان‌های کمک‌باروری با وجود پیشرفت‌هایی که در بهبود نرخ حاملگی بالینی<sup>۵</sup> داشته است، چالش‌های مهمی را برای بیماران به همراه دارد؛ از جمله هزینه‌های بالا، روش‌های تهاجمی مکرر، چرخه‌های طولانی درمان و مطمئن‌نبودن از موفقیت درمان (۱۰). در نتیجه، افرادی که تحت درمان قرار می‌گیرند، اغلب پریشانی روانی شدید به‌ویژه اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۱، ۱۲). فراتحلیل ۵۳ هزار و ۳۰۰ بیمار نابارور در ۴۴ مطالعه نشان داده است که شیوع اختلال افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، استرس و افسردگی به ترتیب ۲۲/۹، ۱۳/۳، ۷۸/۸ و ۳۱/۶ درصد بود (۱۳). علاوه‌براین، گوزیوسیل<sup>۶</sup> و همکارانش دریافته‌اند که ۱۵ درصد از زنانی که برای اولین بار تحت درمان قرار می‌گیرند، اضطراب و ۱۸ درصد آنان افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۴).

این احساسات منفی نه‌تنها پایبندی به درمان و همکاری را کاهش می‌دهد، بلکه پاسخ‌های فیزیولوژیکی نامطلوب مانند افزایش ضربان قلب و فشار خون را ایجاد می‌کند که می‌تواند

بر نتایج درمان تأثیر منفی بگذارد و خطر عوارض بعد از عمل را افزایش دهد (۱۵، ۱۶). همچنین، پریشانی روانی می‌تواند بر نتایج تخمک‌گذاری و کیفیت تخمک در طول درمان تأثیر بگذارد (۱۷، ۱۸). نوسانات شدید احساسی ممکن است عصب سمپاتیک<sup>۷</sup> را تحریک کند و به آزاد شدن کاتکول آمین‌ها<sup>۸</sup> منجر شود که موجب انقباض عضلات صاف رحم می‌شود و ممکن است لانه‌گزینی جنین را مختل کند و درنهایت میزان بارداری را کاهش دهد (۱۹، ۲۰). ازاین‌رو، توجه به رفاه روانی بیماران تحت درمان کمک‌باروری، ارائه مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای کاهش استرس و احساسات منفی و تشویق سازوکارهای مقابله‌ای مثبت برای افزایش اثربخشی درمان ضروری است.

ناباروری تجربه‌ای بحران‌زا در زندگی است که می‌تواند افراد را به تأملی عمیق درباره معنا و هدف زندگی سوق دهد (۲۱). یافته‌های پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که بسیاری از بیماران، فارغ از گرایش‌های مذهبی یا غیرمذهبی، در معنویت اساسی خود منبعی برای دستیابی به معنا، امید و جهت‌مندی در زندگی می‌یابند (۲۲). ازاین‌رو، توجه به بُعد سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت، در درک تجربه زیسته بیماران نابارور و نیز در فرایند مراقبت و مداخلات سلامت‌محور، حائز اهمیت است (۲۳). اگرچه مطالعات نشان می‌دهد که دین و معنویت می‌تواند برای بسیاری از افراد در دوره‌های بحران، آسیب و غم و اندوه بسیار ارزشمند باشد، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مطالعات کمی درباره تأثیرات معنویت بر وضعیت روانی زنان نابارور انجام شده است (۲۴). به‌همین دلیل پژوهشگران قصد داشتند از طریق این مطالعه با افراد تحت درمان کمک‌باروری، راهبردهای آنان را در طول درمان به دست آورند و به این سؤال پاسخ دهند که افراد نابارور در طول درمان کمک‌باروری از چه راهبردهایی استفاده می‌کنند؟ و این راهبردها مبتنی بر معنویت هستند یا خیر؟

## روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی رعایت شد. به شرکت‌کنندگان درباره محرمانه‌بودن اطلاعات دریافتی بر اساس اصول رازداری و حفظ حریم شخصی افراد، اطمینان کامل داده شد. در تحلیل

<sup>۱</sup>) Infertility

<sup>۲</sup>) Assisted reproductive technology (ART)

<sup>۳</sup>) Artificial insemination (AI)

<sup>۴</sup>) In vitro fertilization - embryo transfer (IVF-ET)

<sup>۵</sup>) Clinical pregnancy rate

<sup>۶</sup>) Gozuyesil

<sup>۷</sup>) Sympathetic

<sup>۸</sup>) Catecholamines

ملاک ورود به مصاحبه شامل موارد ذیل بود: (۱) حداقل دو سال از تشخیص ناباروری گذشته باشد، (۲) به مراکز درمانی در تهران مراجعه کرده باشند، (۳) حداقل از یکی از روش‌های درمانی کمک‌باروری استفاده کرده باشند و (۴) داشتن رضایت، انگیزه کافی و تکمیل فرم رضایت‌نامه.

مصاحبه‌ها با سؤالاتی درباره مشکلات ناباروری در حین درمان، راه‌حل‌ها و راهکارهای متناسب با مشکلات و بیان تجربیات شخصی آنان ادامه یافت. مصاحبه‌ها تا زمان رسیدن به اصل اشباع نظری و استخراج‌نشدن مفهوم جدید ادامه یافت. پس از انجام هر مصاحبه، بلافاصله پیاده‌سازی و سپس تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها انجام شد. روایی و پایایی مقوله‌ها و کدها نیز به این روش دنبال شد. چندین پژوهشگر کدگذاری داده‌ها را بررسی کردند و در حین گرفتن مصاحبه نیز پاسخ مصاحبه‌شوندگان تکرار شد تا از بیان و صحت گفته‌هایشان اطمینان حاصل شود و از سوگیری دور باشد. از چندبُعدی‌سازی (مثلث‌بندی داده‌ها) و احصا داده‌ها از سه گروه افراد در طول درمان کمک‌باروری، افراد دودل برای برگشت به درمان کمک باروری و افراد منصرف‌شده از این درمان (در سال‌های گذشته از این روش استفاده کردند)، جهت متقن‌بودن داده‌ها استفاده شد.

مصاحبه‌ها از نام مستعار و کد برای افراد استفاده گردید. ضبط مصاحبه‌ها با رضایت و آگاهی کامل شرکت‌کنندگان انجام شد. شرکت‌کنندگان در طول دوره آموزشی، نسبت به مشارکت‌داشتن یا نداشتن در فعالیت‌ها، بحث‌ها و گفت‌وگوها آزادی عمل داشتند.

این مطالعه کیفی بخشی از پژوهشی بزرگ‌تر بود که به‌روش نظریه داده‌بنیاد در سال ۱۴۰۲-۰۳ در شهر تهران انجام شد. جامعه بررسی‌شده تمامی افراد ناباروری بودند که تحت درمان کمک‌باروری قرار گرفتند. با توجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند جهت مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با افراد استفاده شد. سؤالات کلی مانند علت ناباروری، مشکلات پیش‌آمده در طول درمان و راهکارهای انجام‌شده در مسیر درمان، پرسیده شد و جهت شفافیت مطالب از سؤالات پیگیری نیز استفاده گردید. در کل ۳۲ فرد ناباور (۲۲ زن و ۱۰ مرد) در این مطالعه شرکت کردند. نمونه‌های پژوهشی پس از فراخوان‌های متعدد در فضای مجازی و حضور در مراکز ناباروری انتخاب شدند. ویژگی جمعیت‌شناسی افراد در جدول ۱ آمده است. مصاحبه‌ها ۳۰ تا ۷۰ دقیقه طول کشید.

جدول (۱) ویژگی‌های افراد ناباور شرکت‌کننده در مصاحبه

| کد          | سن | تحصیلات  | شغل      | مدت ازدواج | مدت ناباروری | علت ناباروری | تعداد و نوع درمان      |
|-------------|----|----------|----------|------------|--------------|--------------|------------------------|
| مشخصات زنان |    |          |          |            |              |              |                        |
| ۱           | ۳۴ | دکتری    | کارمند   | ۱۱         | ۵            | ناشناخته     | ۲ بار IVF              |
| ۲           | ۳۷ | ارشد     | خانه‌دار | ۱۳         | ۱۰           | زنانه        | ۵ بار IVF<br>۲ بار IUI |
| ۳           | ۴۲ | دیپلم    | خانه‌دار | ۵          | ۲            | زنانه        | ۱ بار IVF              |
| ۴           | ۴۳ | کارشناسی | کارمند   | ۱۶         | ۱۴           | زنانه        | ۲ بار IVF<br>۲ بار IUI |
| ۵           | ۴۷ | کارشناسی | کارمند   | ۷          | ۴            | زنانه        | ۱ بار IVF              |
| ۶           | ۳۲ | دیپلم    | خانه‌دار | ۹          | ۵            | هر دو        | ۲ بار IVF              |
| ۷           | ۴۰ | ارشد     | کارمند   | ۱۳         | ۸            | مردانه       | ۳ بار IVF              |
| ۸           | ۳۳ | دیپلم    | کارمند   | ۱۰         | ۶            | زنانه        | ۲ بار IVF              |
| ۹           | ۴۰ | دیپلم    | خانه‌دار | ۱۸         | ۱۰           | مردانه       | ۴ بار IVF              |
| ۱۰          | ۲۶ | دیپلم    | خانه‌دار | ۵          | ۴            | مردانه       | ۱ بار IVF<br>۱ بار IUI |
| ۱۱          | ۳۴ | ارشد     | کارمند   | ۱۱         | ۶            | زنانه        | ۲ بار IVF<br>۱ بار IUI |
| ۱۲          | ۳۸ | کارشناسی | خانه‌دار | ۱۲         | ۱۰           | هر دو        | ۵ بار IVF<br>۱ بار IUI |
| ۱۳          | ۳۴ | دیپلم    | کارمند   | ۱۰         | ۷            | مردانه       | ۲ بار IVF              |

| کد                  | سن | تحصیلات  | شغل      | مدت ازدواج | مدت ناباروری | علت ناباروری | تعداد و نوع درمان      |
|---------------------|----|----------|----------|------------|--------------|--------------|------------------------|
| <b>مشخصات زنان</b>  |    |          |          |            |              |              |                        |
| ۱۴                  | ۴۷ | دکتری    | کارمند   | ۳۲         | ۱۰           | هر دو        | ۲ بار IVF              |
| ۱۵                  | ۲۷ | کارشناسی | مربی     | ۶          | ۵            | زنانه        | ۱ بار IVF<br>۲ بار IUI |
| ۱۶                  | ۳۲ | کاردانی  | گرافیسیت | ۱۱         | ۱۰           | ناشناخته     | ۲ بار IVF              |
| ۱۷                  | ۳۳ | کارشناسی | کارمند   | ۱۰         | ۵            | هر دو        | ۲ بار IVF<br>۱ بار IUI |
| ۱۸                  | ۳۳ | ارشد     | کارمند   | ۱۱         | ۷            | مردانه       | ۳ بار IVF              |
| ۱۹                  | ۳۰ | ارشد     | خانه‌دار | ۱۰         | ۹            | مردانه       | ۲ بار IVF              |
| ۲۰                  | ۳۶ | ارشد     | خانه‌دار | ۱۵         | ۱۴           | زنانه        | ۴ بار IVF              |
| ۲۱                  | ۳۲ | کارشناسی | خانه‌دار | ۱۳         | ۱۱           | زنانه        | ۴ بار IVF              |
| ۲۲                  | ۳۰ | دیپلم    | مربی     | ۱۰         | ۹            | زنانه        | ۲ بار IVF<br>۱ بار IUI |
| <b>مشخصات مردان</b> |    |          |          |            |              |              |                        |
| ۱                   | ۳۵ | کارشناسی | کارمند   | ۱۱         | ۵            | ناشناخته     | ۲ بار IVF              |
| ۲                   | ۴۰ | کارشناسی | آزاد     | ۱۳         | ۱۰           | زنانه        | ۵ بار IVF<br>۲ بار IUI |
| ۳                   | ۴۲ | کارشناسی | کارمند   | ۹          | ۸            | مردانه       | ۲ بار IVF              |
| ۴                   | ۳۲ | کارشناسی | آزاد     | ۳          | ۲            | مردانه       | ۱ بار IVF              |
| ۵                   | ۴۵ | کارشناسی | جوشکار   | ۱۴         | ۷            | هر دو        | ۲ بار IVF              |
| ۶                   | ۴۸ | دکتری    | پزشک     | ۱۸         | ۵            | هر دو        | ۳ بار IVF              |
| ۷                   | ۳۵ | کارشناسی | آزاد     | ۱۰         | ۹            | زنانه        | ۴ بار IVF              |
| ۸                   | ۴۲ | ارشد     | کارمند   | ۱۲         | ۱۰           | مردانه       | ۳ بار IVF              |
| ۹                   | ۳۷ | دیپلم    | سرشیفت   | ۱۰         | ۹            | زنانه        | ۴ بار IVF<br>۲ بار IUI |
| ۱۰                  | ۳۵ | کارشناسی | کارمند   | ۱۱         | ۱۰           | ناشناخته     | ۲ بار IVF              |

تحصیلی، بهبود رابطه زوجی و تعالی فردی با ۱۶ کد باز و ۱ کد انتخابی راهبردهای مبتنی بر معنویت تعریف می‌شود. جدول ۲ نمای کلی کدهای استخراج‌شده درباره راهبردهای استفاده‌شده در افراد ناباور را نشان می‌دهد.

### یافته‌ها

منظور از راهبردها، شیوه یا روش‌هایی است که افراد ناباور در مواجهه با درمان از خودشان نشان می‌دهند. در این مؤلفه چهار کد محوری شامل سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، شغلی -

جدول ۲) کدهای محوری و باز راهبردهای افراد ناباور در طول مسیر درمان کمک‌باروری

| کد انتخابی                | کد محوری                   | کد باز | گویه   |
|---------------------------|----------------------------|--------|--|
| راهبردهای مبتنی بر معنویت | سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد | تسلیم  | «وقتی چندبار IVF ام منفی می‌شه، فقط یک چیز به ذهنم می‌آد: «شکست»؛ و منو به زانو درمی‌آره» (کد ۲-ز).                    |
|                           | سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد | اجتناب | «دفعه اول و دوم که منفی شد چهار سال طول کشید تا با خودم کنار بیام و واقعاً می‌ترسم از اینکه دوباره منفی بشه» (کد ۷-ز). |
|                           | سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد | هیجانی | «فقط گریه می‌کردم و دیگران رو مقصر می‌دونستم و بعد از همه عصبانی بودم و با تندرویی با دیگران صحبت                      |

| کد انتخابی       | کد محوری | کد باز              | گویه   |
|------------------|----------|---------------------|--|
|                  |          |                     | می‌کردم» (کد ۱۲-ز).  |
|                  |          | تصمیم‌های خرافی     | «یکی از اقوام رفته بود و برام سر کتاب باز کرده بود و بهش گفته بودن که برام دعا نوشتن و شاید هیچ وقت بچه‌دار نشم، کارهایی که گفته بودن انجام دادم، اما فعلاً خبری نیست» (کد ۱-ز).   |
|                  |          | انطباق‌پذیری در شغل | «خیلی برام سخت بود که هم برم سر کار و هم درمان رو انجام بدم؛ اما با شرایط کنار اومدم تا بتونم با درمان ادامه بدم» (کد ۴-ز).  |
| شغلی - تحصیلی    |          | ارتقای دانش شغلی    | «من شیفت شب کار می‌کنم و این خیلی برامون سخت بود که خانومم رو تنها بذارم و کنارش نباشم، اما تونستم با صحبتی که کردم درس بخونم تا عنوان شغلیم رو تغییر بدم» (کد ۹-م).   |
|                  |          | ارتقای تحصیلی       | «دفعه دوم که جواب منفی شد از همه چیز سیر شدم؛ اما بعدش تصمیم گرفتم که دانشگاه برم و ارشدم رو بگیرم» (کد ۲۰-ز).   |
|                  |          | مهارت‌افزایی        | «می‌دونم که باید سر خودم رو گرم کنم. چند سال هست که دوره‌های نقاشی رو دنبال می‌کنم. نمی‌دونم اگه نقاشی نبود چه بلایی سرم می‌اومد» (کد ۲۲-ز).   |
|                  |          | توافق               | «همسرم موافق این کار نبود و خوب ما هر دو پزشک هستیم و این خیلی برامون سخت بود؛ اما با مشورت با یک مشاور به این نتیجه رسیدیم که IVF برامون بهترین مسیره و الان هر دو راضی هستیم» (کد ۶-م).  |
| بهبود رابطه زوجی |          | همراهی              | «دفعه اول که توی سیکل بودم اصلاً باهام نمی‌اومد؛ فقط موقع اسپرم و انتقال اومد؛ اون هم با کلی التماس؛ اما وقتی با هم صحبت کردیم، از اون به بعد باهام می‌آد» (کد ۸-ز).   |
|                  |          | حل مسئله            | «احساس خشم و عصبانیت نسبت به همسرم داشتم و گاهی هم حس قهرمانی بهم دست می‌داد که ازش مراقبت می‌کنم و فکر می‌کردم اون بهم بدهکاره؛ اما وقتی این مسیر رو طی می‌کردم، می‌دیدم نه ما باید این زندگی رو با هم بسازیم و اصلاحش کنیم» (کد ۱۸-ز).   |
|                  |          | اتصال به منبع حقیقی | «همیشه اعتقاد و توسل به خدا و ائمه بوده. چله‌های مختلف زیارت عاشورا زیاد می‌گیرم؛ مخصوصاً شهید مدافع حرم نوید صفری» (کد ۱۳-ز).   |
|                  |          | بینش‌افزایی         | «من با خودم می‌گفتم بچه‌دار شدن چیز کوچیکیه؛ دیدم رو بزرگ‌تر کردم، هدفم رو بزرگ‌تر کردم و گفتم وقتی تو سرباز امام زمان می‌خوای، پس نمی‌تونه بدون تلاش این اتفاق بیفته و به همین خاطر دوباره ادامه دادم و ادامه می‌دم» (کد ۲-ز).  |
| تعالی فردی       |          | ارتقای فضائل اخلاقی | «این اتفاقات چند سال اخیر و درمان‌های ناموفق و پر از شکست مثل خشمی هستش که سال‌ها مونده و بعد فریاد می‌شه، اما مهم اینه که این فریاد تبدیل به آهنگ خوش بشه» (کد ۱۰-ز).   |
|                  |          | خودمراقبتی          | «سعی کردم روی خودم کار کنم، فکراهی مثبت کنم، حواسم به تغذیه باشه» (کد ۳-م).  |
|                  |          | حذف خصائص منفی      | «برادر شوهرم بچه‌دار شدن، خیلی تأثیر گذاشت روم و شرایط روحیم بهم خورد و خیلی اذیت شدم. بعد از اون برادر خودم بچه‌دار شد و من توی این مرحله کلی بغض کردم و ناراحت شدم؛ اما با تولد فرزند دیکه در فامیل روی خودم کار کردم و الان از شنیدن خبر بچه‌دار شدن دیگران ناراحت نمی‌شم» (کد ۱۶-ز). |

#### ۱- سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد: منظور از این کد

محوری، روش‌هایی است که افراد نابارور در حین درمان انجام می‌دهند و مناسب نیست. در این کد محوری چهار کد باز تسلیم، اجتناب، هیجانی و تصمیم‌های خرافی استخراج شد.

۱-۱- تسلیم: برخی از افراد در مقابل شکست‌های درمانی احساس ضعف می‌کنند و خود را تسلیم ماجرا می‌دانند. مشارکت‌کنندگان برخی از مضامین را مطرح کردند که به شرح زیر است:

«وقتی نتیجه منفی می‌شه، هیچ راه دیگه‌ای جلو پای تو نیست و احساس ضعف می‌کنی. اینجاست که دیگه تن می‌دی به همه احساسات» (کد ۱۱-ز).

«با این روش وقتی بچه‌دار نشی باید قبول کنی که ضعف

داری و بی‌ارزشی» (کد ۳-م).

۱-۲- اجتناب: برخی از مشارکت‌کنندگان برای برطرف‌شدن اضطراب خود تصمیم گرفتند که از موقعیت اضطراب‌زا فرار کنند. در این افراد موقعیت اضطراب‌زا درمان کمک‌باروری تشخیص داده شده است.

«اسم مراکز ناباروری می‌آد، بدنم می‌لرزه و اصلاً دوست ندارم برگردم به اون روزا» (کد ۸-ز).

«بین دفعه اول و دفعه دوم خیلی طول کشید که با شرایط کنار بیام و اصلاً دوست ندارم به این شرایط تن بدم» (کد ۱۱-ز).

۱-۳- هیجانی: افرادی که از این شیوه جهت کاهش اضطراب خود استفاده می‌کنند، بیشتر از ابزار غم، خشم، گریه،

اندوه، ناراحتی و عصبانیت استفاده می‌کنند. صحبت‌های برخی از افراد ناباور به شرح زیر است:

«از عالم و آدم خشمگینی وقتی با جواب منفی روبه‌رو می‌شی، فکر می‌کنی این حس زودگذره، اما این‌طور نیست» (کد ۱۰-ز).

«یادم نمی‌ره چقدر با همسرم گریه کردیم، اما خانومم همچنان هم گریه‌هاشو داره و خیلی ناراحته» (کد ۳-ز).

**۱-۴- تصمیم‌های خرافی:** در مسیر ناباورری برخی از افراد سعی می‌کنند از راه‌های انحرافی به نتیجه برسند، همچون دعانویسی، چله‌افتادن، ارتباط با جنیان، آویزان کردن اجرام مختلف از خانه و غیره. صحبت افراد که از آنان این کد استخراج شده است:

«بهم می‌گفتن چله روم افتاده و باید بری یکی این چله رو از روت برداره» (کد ۱۳-ز).

«توی بیمارستان یه خانومه کارت ویزیت دعانویسی پخش می‌کرد که ما هم تماس گرفتیم» (کد ۱۰-م).

**۲- شغلی - تحصیلی:** برخی از افراد برای اینکه اوقات خود را پر کنند یا نقص‌های خود را بپوشانند، سعی کردند از لحاظ شغلی و تحصیلی خود را ارتقا دهند. چهار کد باز انطباق‌پذیری، ارتقای دانش در شغل، ارتقای تحصیلی و مهارت‌افزایی در این کد محوری دسته‌بندی شد.

**۱-۲- انطباق‌پذیری شغلی:** این کد به این معنا است که فرد بتواند در شرایط و محیط سخت، سازگاری از خود نشان دهد تا به اهداف خود برسد. هم‌زمانی انتقال جنین و شاغل‌بودن یکی از مشکلات این افراد بود که برخی‌ها توانسته بودند مسئله را حل کنند.

«سرکار هم می‌رفتم و این برام سخت بود که سر کار باید مراقب خودم می‌بودم، اما چاره‌ای نبود» (کد ۱۹-ز).

«چون کسی از وضعیت ما خبردار نشده بود، مجبور شدم خودم کنار همسرم بمونم و کارها رو به‌صورت دورکاری انجام بدم که مشکلی پیش نیاد» (کد ۸-م).

**۲-۲- ارتقای دانش در شغل:** برخی از افراد ناباور به دلیل اینکه فقط در مسئله درمان تمرکز کردند، از برخی امور دور ماندند، اما برخی دیگر توانستند در مسائل شغلی پیشرفت کنند.

«وقتی به خودم اومدم دیدم چند سال از عمرم گذشته و من داشتم درجا می‌زدم و هیچی به دست نیاوردم و شاید جاهایی هم پس‌رفت کرده باشم؛ از اون به بعد تصمیم گرفتم به ابعاد دیگه از زندگی هم نگاه کنم؛ دوره‌های نظام مهندسی

شرکت کردم و امیدوارم قبول بشم» (کد ۱-م).

«دوره‌های پیشرفته مدیریت برامون می‌داشتن، من نمی‌تونستم به خاطر شرایطم برم؛ اما دیگه دل رو زدم به دریا و گفتم تا کی باید جلو خودمو بگیرم» (کد ۱۴-ز).

**۳-۲- ارتقای تحصیلی:** افرادی که در این پژوهش با آنان مصاحبه شد، سعی کرده بودند از نظر تحصیلات نیز خود را ارتقا دهند و به‌اصطلاح پیشرفت در زمینه تحصیلی را نیز تجربه کنند.

«به خاطر کارهای درمانی چندسالی پایان‌نامه ارشدم فاصله افتاد، اما بعد از چند تا درمان ناموفق، تصمیم گرفتم کار پایان‌نامه رو تموم کنم» (کد ۱۱-ز).

«دفعه دوم که جواب منفی شد از همه چیز سیر شدم، اما بعدش تصمیم گرفتم که دانشگاه برم و ارشدم رو بگیرم» (کد ۲۰-ز).

**۴-۲- مهارت‌افزایی:** در این کد افراد تشخیص دادند که می‌توانند در برخی زمینه‌ها تلاش کنند تا خود را به سطح مطلوب‌تری برسانند. برخی از صحبت‌ها به شرح زیر است:

«من چون به رشته مشاوره علاقه داشتم، کتاب‌های مربوطه رو زیاد می‌خوندم و تلاش کردم دوره‌های مختلف خودشناسی رو شرکت کنم و مهارت‌های کنترل خشم شرکت می‌کردم» (کد ۱۶-ز).

«یکم خیاطی و گلدوزی بلد بودم، اما هیچ‌وقت به‌صورت حرفه‌ای دنبالشون نکردم، اما الان دارم این دوره‌ها رو می‌گذرونم» (کد ۶-ز).

**۳- بهبود رابطه زوجی:** یکی از معضلاتی که این افراد دارند، رابطه زن و شوهری آنان است؛ به‌دلیل مشکلاتی که در طول درمان با آن دست به‌گریبان می‌شوند، رابطه آنان تیره و تار می‌شود. توافق، همراهی و حل مسئله کدهای باز این کد محوری هستند.

**۱-۳- توافق:** این کد بدین معنا است که هر یک از زوجین بر سر انجام برخی کارها به هماهنگی‌های نسبی رسیده‌اند. بیشتر افراد مشارکت‌کننده در ابتدای مسیر چالش‌هایی را برای رسیدن به اتحاد تجربه کردند، اما برخی توانسته بودند بر این مشکل فائق آیند و برخی همچنان از همراهی‌نکردن همسر خود گلایه‌مند بودند. صحبت‌های افراد به شرح زیر است:

«برای درمان سر مسائل مالی با هم توافق نداشتیم؛ چون همسرم می‌گفت بریم جایی که دولتی باشه و هزینه کمتری بخواد، اما من می‌گفتم نه؛ حاضرم طلاهام رو بفروشم و بریم

جای خصوصی؛ اما با تحقیق‌هایی که کردیم به مراکزی رو که جهاد دانشگاهی بودن انتخاب کردیم و به توافق رسیدیم خدا رو شکر» (کد ۱۹-ز).

«چون مشکل از هردو تامون بود از اول خیلی مشکل نداشتیم و هماهنگ بودیم برای درمان» (کد ۵-م).

**۲-۳- همراهی:** کد باز همراهی به این دلیل از توافق جدا شده است که گاهی افراد با یکدیگر موافق هستند، اما همدیگر را در انجام آن کار همراهی و مساعدت نمی‌کنند. در فضای درمان نیز ممکن است یکی از زوجین مشکلی با درمان نداشته باشد و توافق هم وجود داشته باشد، اما در طول درمان کمکی از همسر دریافت نشود. گاهی این همراهی عملی و گاهی دلی خواهد بود. صحبت‌های افراد به شرح زیر است:

«یکی از پیشنهادهایی که برای افراد مثل خودم دارم این هست که همسرشون رو از اول با خودشون همراه کنن و طول درمان کنارشون باشه؛ چون اون وقت نمی‌فهمه که ما چه سختی‌هایی در این مسیر کشیدیم» (کد ۴-ز).

«از قزوین می‌آم این مرکز، ماشین هم نداریم؛ اما شوهرم ماشین برادرش رو می‌گیره تا با هم بیایم. می‌تونه نیاد؛ چون فعلاً با اون کاری ندارن، ولی می‌گه دلم اینجوری راضی‌تره» (کد ۶-ز).

**۳-۳- حل مسئله:** یکی دیگر از کدهای بازی که در زمینه مسائل زوجی وجود دارد، توانایی حل مسئله به همراه یکدیگر است. برخی مشکلات به نظر می‌رسد قابل حل نباشد، اما این افراد با رویکردها و روش‌های خودشان توانسته‌اند آنها را به حداقل برسانند یا آنها را کم‌رنگ نمایند.

«همه فکر می‌کردند که نتونم شوهرم رو راضی کنم برای درمان؛ دفعه‌های اول اینجوری بود. خودم با اتوبوس از کرمانشاه می‌اومدم و باهام نمی‌اومد، اما نوبت‌های بعدی سعی کردم کارهام رو بهش بسپارم. بهش یاد دادم تا آمپول‌هام رو خودش تزریق کنه و وقتی درد کشیدنام رو می‌دید یا می‌دید که دیگه جای سالم توی بدنم نیست، می‌فهمید که چقدر تنهام و الان حاضر نیست به لحظه تنهام بذاره» (کد ۹-ز).

«هر چیزی به راه حلی داره؛ باید یاد بگیریم. اولش سر شوهرم داد می‌زدم، قهر می‌کردم؛ چون مشکل از اون بود، همش اونو مقصر می‌دونستم؛ ولی با هم صحبت که کردیم، فهمیدم ما با سختی این زندگی رو ساختیم و الان درست نیست که سر مسائل کوچیک خرابش کنیم. به روز برایش نامه نوشتم و گذاشتم توی غذاش تا بره تو اداره بخونه، خیلی تأثیرگذار بود» (کد ۱۵-ز).

**۴- تعالی فردی:** منظور از این کد محوری این است که فرد خود را به کمال انسانی برساند. هر فردی می‌تواند با اعمال خود به تعالی برسد و فضیلت‌های اخلاقی را در خود تقویت کند؛ تا جایی که یکی از راه‌های رسیدن به خداوند توجه به تعالی در همه ابعاد رفتاری انسان است (۲۵). تعالی فرد توانایی درونی برای خودشکوفایی است که طی آن شخصیت بر اساس معنویت انسجام می‌یابد (۲۶). پنج کد باز اتصال به منبع حقیقی، بینش‌افزایی، ارتقای فضائل اخلاقی، خودمراقبتی و حذف خصائص منفی در این کد محوری دسته‌بندی شدند.

**۱-۴- اتصال به منبع حقیقی:** هر فردی که چندین مرتبه در مراحل زندگی دچار شکست می‌شود، درمی‌یابد که با منابع غیرمادی نمی‌تواند مشکلات خود را حل کند؛ به همین دلیل ارتباط خود را با معبود قوی‌تر می‌کند تا در هنگام سختی همدمی چون خدا داشته باشد. کدهای اولیه در این مؤلفه شامل دعا، راز و نیاز، توسل، نذر، شرکت در مجالس و مراسم مذهبی و استقبال از مراکز مذهبی همچون زیارتگاه‌ها، نشان‌دهنده این است که افراد ناباور در شرایط سختی مانند درمان کمک‌باروری همواره به منبع اصلی اتصال یافته‌اند. «قبل از انتقال جنین رفتیم مقبره شهدا و از اون‌ها کمک خواستیم» (کد ۵-ز).

«همیشه سعی می‌کنم چله‌های دعای توسل یا زیارت عاشورا برای رفع گرفتاری همه داشته باشم، شاید خدا و ائمه گرفتاری ما رو هم رفع کنن» (کد ۲۰-ز).

**۲-۴- بینش‌افزایی:** منظور از این کد آگاهی از شرایط خود، خودشناسی، دریافت معنا در زندگی و هر آن چیزی است که فرد در مسیر تعالی به آن نیاز دارد. «با کانالی به‌عنوان نسل توحیدی آشنا شدم و تمام صوت‌هاشون رو گوش دادم. دوره‌هاشون رو شرکت کرد. اونجا فهمیدم همه چیز در قرآن هستش و آگاهی باید کسب کرد تا شیطان نتونه بیاد سراغت» (کد ۱۲-ز).

«خیلی کتاب‌های معرفت‌شناختی می‌خوندم و الان هم دوره‌های خودشناسی ثبت نام کردم» (کد ۶-ز).

**۳-۴- ارتقای فضائل اخلاقی:** هر فردی دارای فضیلت‌های پسندیده‌ای است که باید آنها را حفظ کند یا در اتقای آنها کوشا باشد. برخی صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به قرار زیر است:

«ارتباطم با بچه‌ها خیلی خوبه و می‌تونم زود باهاشون ارتباط بگیرم و بعد از اینکه متوجه شدم مشکل دارم و به این راحتی نمی‌تونم مادر بشم، تصمیم گرفتم توی مهد کودک

عوامل برانگیزاننده، تجربه هیجان‌ناش و منفی‌بیزیستی ذهنی، رفتاری و هیجانی افراد را به مخاطره می‌اندازد (۲۷). برخی از افراد از روش‌های ناکارآمد و نامؤثر استفاده می‌کنند و در نهایت به انواع و اقسام اختلالات روانی و رفتاری‌های اجتماعی مبتلا می‌شوند (۲۸).

نتایج مطالعه طولی تری و هینز<sup>۱</sup> نشان می‌دهد که راهبردهای اجتناب و فرار پیش‌بینی‌کننده سازگاری ضعیف فرد ناباور و افزایش استرس بعد از یک دوره درمان است (۲۹). اشمیت<sup>۲</sup> و همکاران نیز بیان کرده‌اند که در آغاز دوره درمان استفاده فعال از راهبرد اجتناب (اجتناب از بودن با زنان باردار و ترک مکانی که افراد دیگر از باروری صحبت می‌کردند) در میان زنان و مردان سطح بالاتری از استرس ناباوروری را در حوزه فردی و اجتماعی پیشگویی می‌کند (۳۰). پترسون<sup>۳</sup> و همکاران دریافته‌اند که استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای فرار/اجتناب در میان زوجین ناباور جوپای درمان بسیار شایع و متداول است و این افراد خود را مسئول ناباوروری می‌دانند و در برابر نشانگان افسردگی آسیب‌پذیرتر هستند و همچنین این سبک مقابله‌ای ارتباط مثبتی با استرس ناباوروری دارد (۳۱). مصاحبه با افراد ناباور نیز این مطلب را تأیید می‌کند که برخی از افراد از روش اجتناب و تسلیم استفاده می‌کنند و برخی نیز از روش‌های هیجان‌مدار که بسیار تحت تأثیر شرایط قرار می‌گیرند و تصمیم‌های ناگهانی اتخاذ می‌کنند. برخی افراد نیز از راهبردهای خرافی استفاده می‌کنند و دست به دامان دعانویس و شیوه‌های نادرست می‌شوند.

افراد ناباور به دلیل اینکه احساس حقارت می‌کنند و نداشتن توانایی فرزندآوری را نوعی کمبود می‌دانند، سعی می‌کنند در مراتب شغلی و تحصیلی خود را بالا ببرند. آنان سعی می‌کنند خود را سرگرم کنند و مهارت‌هایی را در جهت شغل و رشته خود بیاموزند. باورهای سوگیرانه اجتماعی نسبت به ناباوروری را می‌توان از طریق مفهوم انگ اجتماعی گافمن<sup>۴</sup> (۳۲) تبیین نمود. ناباوروری به معنای محرومیت از داشتن فرزند، در نظر گافمن موجب بروز پیامدهای برچسب و تبعیض خواهد شد. بر اساس مفهوم تبعیض اجتماعی، افراد به دلیل داشتن صفات غیرعادی یا ویژگی‌های متفاوت طبیعی جامعه، انتقاد می‌شوند (۳۳). بدنامی و انگ اجتماعی بیش از اینکه ناشی از کیفیت ذاتی یک خصلت یا خود رفتار باشد، از تعاریف

مری بشم» (کد ۱۳-ز).

«از بچگی قرآن می‌خوندم، اما خیلی حرفه‌ای نبود؛ اما بعد از ماجراهایی که برامون پیش اومد، قرآن خوندن شده جزئی از کارهام» (کد ۴-م).

**۴-۴- خودمراقبتی:** منظور از این کد باز، توجه کردن به جسم و روان فرد است که بتواند در شرایط سخت از خود مراقبت کند. برخی از افراد توجه لازم را در این باره نداشتند؛ اما برخی دیگر هم جسم هم روان خود را جهت پاسخ‌دهی بهتر به درمان حفظ کردند.

«دوران جوانی قلیون مصرف می‌کردم، اما با متوجه شدن مشکلمون سعی کردم بذارمش کنار و الان ورزش هم انجام می‌دم» (کد ۳-م).

«وقتی فهمیدم مشکل ناباوروری دارم خیلی به فکر تغذیه بودم و سبک زندگی رو تغییر دادم. یکم سنم بیشتر شد، دیدم سلامت روان هم باید برام مهم باشه» (کد ۱۶-ز).

**۴-۵- حذف خصائص منفی:** وقتی کسی یک خصلت منفی دارد، ممکن است در شرایط آرام کسی متوجه آن نشود، اما در شرایط دشوار و بحرانی بروز و ظهور بیشتری خواهد داشت. چون افراد ناباور در شرایط دشوار قرار می‌گیرند، این بروز و ظهورها برایشان بیشتر آشکار است.

«من تا چند وقت بعد از منفی‌شدن، اسم رویان می‌اومد تنم می‌لرزید و خیلی مضطرب می‌شدم، اما شروع کردم روی خودم کار کردن، تمام مراحل رو از اول بارها و بارها برای خودم مرور کردم و نوشتم تا ترس از درمان برام کم‌رنگ شد. دیگه نمی‌ترسم و مجدد داریم تلاش می‌کنیم» (کد ۱-ز).

## بحث و نتیجه‌گیری

راهبردهایی که مشارکت‌کنندگان در طول درمان کمک‌باروری از آن استفاده می‌کنند شامل چهار کد محوری است اعم از: سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد (تسلیم، اجتناب، هیجانی و تصمیم‌های خرافی)، تحصیلی - شغلی (انطباق‌پذیری در شغل، ارتقای دانش شغلی، ارتقای تحصیلی و مهارت‌افزایی)، بهبود رابطه زوجی (توافق، همراهی و حل مسئله) و تعالی فردی (اتصال به منبع حقیقی، بینش‌افزایی، ارتقای فضایل اخلاقی، خودمراقبتی و حذف خصائص منفی). موارد ذکرشده شیوه‌های اجرایی افراد ناباور در طول درمان کمک‌باروری است. سبک‌های مقابله‌ای آن دسته از راهبردهایی است که افراد جهت مقابله با رویدادهای استرس‌زا به کار می‌برند و به‌عنوان

<sup>۱</sup> Terry & Hynes

<sup>۲</sup> Schmidt

<sup>۳</sup> Peterson

<sup>۴</sup> Goffman

ساخته‌شده جامعه سرچشمه می‌گیرد (۳۲) و به‌عنوان یک واکنش اجتماعی، موجب تباهی و تخریب هویت فرد می‌شود. در چنین شرایطی، افراد ممکن است به خاطر بدنامی کنار گذاشته و نادیده گرفته شوند. به همین دلیل، افراد نابارور سعی می‌کنند در ابعاد دیگر خود را قوی نشان دهند؛ از آن جمله می‌توان مسائل تحصیلی و شغلی را نام برد. از آنجایی که این افراد امکان دارد فراغت بیشتری داشته باشند، به‌سمت مهارت‌آموزی می‌روند تا بتوانند زمان‌های خود را بهتر مدیریت نمایند و این خود نوعی راهبرد است که افراد اتخاذ می‌کنند.

بهبود رابطه زوجی بیانگر این مطلب است که زنان نابارور مشکلات زیادی در زمینه رضایت و سازگاری زناشویی تجربه می‌کنند. حیاتی و ملماسی در پژوهش خود نشان داده‌اند که سازگاری زناشویی در افراد دارای نتیجه لقاح مصنوعی منفی و مثبت تفاوت معناداری دارد (۳۴). نتایج پژوهش عزیزبروجنی و همکاران نشان می‌دهد که بین زوجین بارور و نابارور در رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد (۳۵). همچنین غزلباشیان و عارفی در پژوهش خود نشان داده‌اند که صمیمیت و خرسندی زناشویی در زوجین بارور به‌طور معنی‌داری بیشتر از زوجین نابارور است (۳۶). کیم<sup>۱</sup> و همکارانش به بررسی مؤلفه‌های روان‌شناختی ناباروری پرداخته‌اند. آنان دریافته‌اند که در نگاه افراد مبتلا، ناباروری بر سلامت جسمی، عاطفی و همچنین روابط اجتماعی و عاشقانه زناشویی تأثیر می‌گذارد (۳۷). زوج‌های با رضایت بالا توافق زیادی با یکدیگر دارند؛ از نوع و سطح روابطشان راضی‌اند؛ از نوع و کیفیت گذران اوقات فراغت رضایت دارند و مدیریت خوبی در زمینه وقت و مسائل مالی خودشان اعمال می‌کنند (۳۸).

در تبیین این کد می‌توان گفت زمانی که افراد در شرایط سخت و دشوار قرار می‌گیرند، سعی می‌کنند اتحاد خود را نسبت به مسائل بیرونی حفظ کنند و در برابر دشمن بیرونی خود منسجم‌تر عمل نمایند. این افراد نیز ناباروری و درمان کمک‌باروری را دشمن بیرونی می‌دانند و اتحاد خود را مقابل آن حفظ می‌کنند و همسر خود را همراه و موافق خود می‌نمایند.

رشد شخصی یا فردی که از آن با عنوان «رشد پس از سانحه» نیز یاد می‌شود، به تغییرات روان‌شناختی مثبت و معناداری اطلاق می‌شود که در پی مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی و در نتیجه فرایند کنار آمدن با این

تجربه‌ها شکل می‌گیرد (۳۹). رشد می‌تواند خود را به یک یا چند مورد از پنج راه نشان دهد؛ پیوند نزدیک‌تر با دیگران، شناخت امکانات جدید زندگی، احساس قوی‌تر از قدرت شخصی، افزایش معنویت و قدردان بودن (۴۰). مطالعات اخیر رابطه پیچیده‌ای بین استرس و رشد فردی نشان می‌دهد. روزن<sup>۲</sup> و همکاران نشان داده‌اند که سطوح متوسط استرس با سطوح بالاتر رشد شخصی مرتبط است. آنان معتقدند سطح پایین استرس برای تحریک رشد کافی نیست (۴۱). سطح بالای استرس مستلزم سرمایه‌گذاری زیادی از منابع ذهنی و شناختی به‌منظور تنظیم و پردازش احساسات است؛ در نتیجه، رشد فردی درجه در دسترس بودن عاطفی مورد نیاز را کاهش می‌دهد. پژوهشگران در جهان نیز بررسی رشد فردی به‌دنبال انواع رویدادهای استرس‌زا هرچند غیر آسیب‌زا، از جمله مشکلات باروری را شروع کرده‌اند (۴۲). تحقیقات در این زمینه هنوز در مراحل اولیه است، اما شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد زنان ممکن است در پی درمان باروری، رشد فردی را به‌شکل تغییر ادراک از خود و بهبود رابطه تجربه کنند (۴۳). از یک سو، پژوهش‌های مطرح‌شده و از سوی دیگر، مصاحبه‌های صورت‌گرفته نشان می‌دهد افراد زمانی که استرس بیشتری را تحمل کردند، توانستند از آن مرحله عبور کنند و با اتصال به منبع حقیقی یعنی خداوند و کمک‌گرفتن از ائمه مسیر را برای خود هموار سازند و مسائل را به دست خداوند بسپارند.

فرانکل<sup>۳</sup> در نظریه خود انسان را فردی مسئول می‌داند و معتقد است انسان یک مخلوق معنوی و متعالی است. وی تأکید می‌کند انگیزه‌های درونی فرد معنا و هدفی جامع در زندگی او به وجود می‌آورند؛ به‌گونه‌ای که زندگی او را به‌سوی هدف اساسی و منزلت فردی سوق می‌دهد (۴۴). این انسان بی‌همتا برای اتصال به معشوق جاودان نیازمند ریسمانی محکم به نام مذهب است. مذهب همچون یک انگیزه بنیادین در زندگی فرد باایمان اهمیت دارد (۴۵). ایمان به خدا موجب می‌شود که نگرش فرد به هستی، هدف‌دار و معنی‌دار باشد (۴۶). از نظر دومار<sup>۴</sup> و همکارانش این افراد در برابر بیماری‌ها سازگارترند؛ خودکنترلی بیشتری دارند که به آنان امکان می‌دهد رفتارها و شناخت‌های خود را مدیریت کنند؛ در نتیجه، شرایط را بهتر بپذیرند. این افراد همچنین افسردگی و اضطراب کمتری دارند (۴۷). لطیف‌نژاد رودسری و همکارانش

<sup>2</sup> Rozen

<sup>3</sup> Frankl

<sup>4</sup> Domar

<sup>1</sup> Kim

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران این پژوهش را با کد اخلاق [IR.IAU.SRB.REC.1402.247](https://doi.org/10.24212/IR.IAU.SRB.REC.1402.247) تأیید کرده است.

### حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، مقاله حاضر حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی مؤلفان نگاشته شده است.

### تضاد منافع

مؤلفان هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

### مشارکت مؤلفان

جمع‌آوری داده‌ها: مؤلف اول؛ نظارت بر نحوه اجرای پژوهش: مؤلف دوم؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله: مؤلفان اول و سوم؛ بحث و نتیجه‌گیری: مؤلفان اول و چهارم.

### References

- Morshed-Behbahani B, Lamyian M, Joulaei H, Montazeri A. Analysis and exploration of infertility policies in Iran: A study protocol. Health research policy and systems. 2020;18(1):5. (Full Text in Persian)
- Pessoa de Farias Rodrigues M, Lima Vilarino F, de Souza Barbeiro Munhoz A, da Silva Paiva L, de Alcantara Sousa LV, Zaia V, et al. Clinical aspects and the quality of life among women with endometriosis and infertility: a cross-sectional study. BMC women's health. 2020;20(1):124.
- Njagi P, Groot W, Arsenijevic J, Dyer S, Mburu G, Kiarie J. Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low-and middle-income countries: a systematic review. Human reproduction open. 2023;2023(2):hoad007.
- Klitzman R. How infertility patients and providers view and confront religious and spiritual issues. Journal of religion and health. 2018;57(1):223-39.
- Khodabakhshi Koolae A, Heidari S, Khoshkonesh A, Heidari M. Relationship between spiritual intelligence and resilience to stress in preference of delivery method in pregnant women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013;16(58):8-15. (Full Text in Persian)
- Captari LE, Sandage SJ, Vandiver RA. Spiritually integrated psychotherapies in real-world clinical practice: Synthesizing the literature to identify best practices and future research directions. Psychotherapy. 2022;59(3):307.

مجله پژوهش در دین و سلامت

در پژوهش خود نشان داده‌اند که مرحله چالش در تصمیم‌گیری در زنان نابارور از مرحله‌های مختلفی عبور می‌کند تا آنان بتوانند بیماری‌شان را اداره کنند. در همه این مراحل، توجه زنان نابارور مذهبی به باورهای دینی‌شان معطوف می‌شود (۴۸). بیشتر زنان نابارور مذهبی، ناباروری را با شیوه مذهبی معنوی ارزیابی می‌کنند. برخی از آنان به سمت فرایند معنی‌سازی مقدماتی پیش می‌روند. آنان در این مرحله سعی می‌کنند که خود را از شکست عاطفی مصون سازند. با تصویب مثبتی که از خداوند دارند، ناباروری را پدیده‌ای خدادادی تلقی می‌کنند و در مرحله بعد، در چالش پذیرش خود فرد نابارور قرار می‌گیرند.

### محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش در عین دستیابی به نتایج قابل بحث و جدید، با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که از جمله آنها، همکاری نکردن مسئولان مراکز درمانی با پژوهشگر بود که موجب اتلاف زمان و طولانی‌شدن مراحل پژوهش شد و پژوهشگر مجبور شد نمونه‌ها را از شیوه دیگری برگزیند. محدودیت دیگر اینکه، مردان با مصاحبه‌کننده زن همکاری نکردند و به همین دلیل از مصاحبه‌گر مرد در ادامه استفاده شد (در ضمن آموزش‌های لازم جهت مصاحبه به وی ارائه گردید).

### پیشنهاد‌های پژوهش

با توجه به نتایج این پژوهش به دست‌اندرکاران امر مشاوره و آموزش توصیه می‌شود با انجام اقداماتی همچون برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت افزایش مهارت‌های شناختی و بهبود افکار و نگرش صحیح نسبت به معنویت و مذهب به بهبود و ارتقای سلامت روانی افراد نابارور کمک کنند. همچنین، همراهی روان‌شناختی در مسیر درمان با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های دیگر می‌تواند التیام خاطر این افراد باشد.

### قدردانی

پژوهشگران از همکاری و مساعدت صمیمانه افراد نابارور شهر تهران در نیل به اهداف پژوهش کمال تشکر را دارند.

### ملاحظات اخلاقی

دوره ۱۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵

7. Underwood LG. The daily spiritual experience scale: Overview and results. *Religions*. 2011;2(1):29-50.
8. Underwood LG, Vagnini KM. The daily spiritual experience scale: Empirical relationships to resiliency-related outcomes, addictions, and interventions. *Religions*. 2022;13(3):237.
9. Graham ME, Jelin A, Hoon Jr AH, Wilms Floet AM, Levey E, Graham EM. Assisted reproductive technology: Short-and long-term outcomes. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2023; 65(1):38-49.
10. Ghorbani M, Hosseini FS, Yunesian M, Keramat A. Dropout of infertility treatments and related factors among infertile couples. *Reproductive Health*. 2020; 17(1):192. (Full Text in Persian)
11. Sahraian K, Abdollahpour Ranjbar H, Namavar Jahromi B, Cheung HN, Ciarrochi J, Habibi Asgarabad M. Effectiveness of mindful self-compassion therapy on psychopathology symptoms, psychological distress and life expectancy in infertile women treated with in vitro fertilization: a two-arm double-blind parallel randomized controlled trial. *BMC psychiatry*. 2024; 24(1):174. (Full Text in Persian)
12. Zhang L, Shao H, Huo M, Chen J, Tao M, Liu Z. Prevalence and associated risk factors for anxiety and depression in infertile couples of ART treatment: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*. 2022; 22(1):616.
13. Salari N, Babajani F, Hosseinian-Far A, Hasheminezhad R, Abdoli N, Haydarisharaf P, et al. Global prevalence of major depressive disorder, generalized anxiety, stress, and depression among infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2024;309(5):1833-46. (Full Text in Persian)
14. Gozuyesil E, Karacay Yikar S, Nazik E. An analysis of the anxiety and hopelessness levels of women during IVF-ET treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020;56(2):338-46.
15. Shafierizi S, Basirat Z, Nasiri-Amiri F, Kheirkhah F, Geraili Z, Pasha H, et al. Predictors of nonresponse to treatment and low adherence to internet-based cognitive behavioral therapy in depressed/anxious women facing the couple's fertility problems: a secondary analysis of a randomized control trial. *BMC psychiatry*. 2024;24(1):39. (Full Text in Persian)
16. Renzi A, Di Trani M, Solano L, Minutolo E, Tambelli R. Alexithymia, infertility-related stress and quality of life in women undergoing an Assisted Reproductive Treatment. *Stress and Health*. 2020; 36(5):654-62.
17. Gonçalves BSM, Mariotti FFN, Ponsone G, Soares TAA, Perão PCBG, Mônico-Neto M, et al. High and fluctuating levels of ovarian hormones induce an anxiogenic effect, which can be modulated under stress conditions: evidence from an assisted reproductive rodent model. *Hormones and behavior*. 2022; 137:105087.
18. Mariotti FFN, Gonçalves BSM, Pimpão G, Mônico-Neto M, Antunes HKM, de Barros Viana M, et al. A single ovarian stimulation, as performed in assisted reproductive technologies, can modulate the anxiety-like behavior and neuronal activation in stress-related brain areas in rats. *Hormones and Behavior*. 2020; 124:104805.
19. An Y, Sun Z, Li L, Zhang Y, Ji H. Relationship between psychological stress and reproductive outcome in women undergoing in vitro fertilization treatment: psychological and neurohormonal assessment. *Journal of assisted reproduction and genetics*. 2013;30(1):35-41.
20. Parker VJ, Douglas AJ. Stress in early pregnancy: maternal neuro-endocrine-immune responses and effects. *Journal of reproductive immunology*. 2010; 85(1):86-92.
21. Romeiro J, Caldeira S, Brady V, Timmins F, Hall J. Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(23-24):3917-35.
22. Stelcer B, Bendowska A, Karkowska D, Baum E. Supporting elderly patients in strengthening their personal and spiritual health resources. *Frontiers in psychology*. 2023; 14:1237138.
23. Miller M, Addicott K, Rosa WE. Spiritual care as a core component of palliative nursing. *AJN The American Journal of Nursing*. 2023;123(2):54-9.
24. Ni Y, Huang L, Tong C, Qian W, Fang Q. Analysis of the levels of hope and influencing factors in infertile women with first-time and repeated IVF-ET cycles. *Reproductive Health*. 2021;18(1):200.
25. McCarthy VL, Ling J, Carini RM. The role of self-transcendence: a missing variable in the pursuit of successful aging? *Research in Gerontological Nursing*. 2013;6(3):178-86.
26. Venter HJ. Maslow's self-transcendence: How it can enrich organization culture and leadership. *International Journal of business, humanities and technology*. 2012;2(7):64-71.
27. van de Wiel M, Derijcke S, Galdermans D, Daenen M, Surmont V, De Droogh E, et al. Coping Strategy Influences Quality of Life in Patients With Advanced Lung Cancer by Mediating Mood. *Clinical lung cancer*. 2021;22(2):e146-e52.
28. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine*. 1988;26(3):309-17.
29. Terry D, Hynes G. Adjustment to a Low-Control Situation: Reexamining the Role of Coping Responses.

Journal of Personality and Social Psychology. 1998; 74:1078-92.

30. Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human reproduction (Oxford, England)*. 2005;20(11):3248-56.

31. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human reproduction (Oxford, England)*. 2006;21(9):2443-9.

32. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Translated by M. Kianpour. Tehran: Nashre Markaz.; 1997.

33. Halevy N, Chou EY, Cohen TR, Bornstein G. Relative deprivation and intergroup competition. *Group Processes & Intergroup Relations*. 2010; 13(6):685-700.

34. Hayati M, Zeynab M. Comparison of the amount of stress and marital satisfaction in infertile women with positive and negative microinjection results. *The Women and Families Cultural-Educational*. 2024; 19(68):189-207. (Full Text in Persian)

35. Azizi Borujeni A, Ghazanfari A, Sharifi T. Comparison of emotional regulation and marital satisfaction of fertile and infertile couples in Isfahan in 2016. *The Second International Congress on Community Empowerment in the Field of Counseling, Family and Islamic Education 2016*. (Full Text in Persian)

36. Ghezelbashyan Z, Arefi M. Material intimacy and material satisfaction in infertile and normal women. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*. 2016;4(4):360-7. (Full Text in Persian)

37. Kim MO, Park JS, Nam HA. Factors Associated with Marital Satisfaction of Women Under Infertility Treatments. *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*. 2016; 20:228-38.

38. Ozturk R, Taner A, Guneri SE, Yilmaz B. Another face of violence against women: Infertility. *Pakistan journal of medical sciences*. 2017; 33(4):909-14.

39. Schaefer JA, Moos RH. The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. The LEA series in personality and clinical psychology*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1998. p. 99-125.

40. Tedeschi R, Calhoun L. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 15(1): 1-18. *Psychological Inquiry - PSYCHOL INQ*. 2004; 15:1-18.

41. Rozen G, Taubman-Ben-Ari O, Strauss T, Morag I. Personal Growth of Mothers of Preterms: Objective Severity of the Event, Subjective Stress, Personal Resources, and Maternal Emotional Support. *Journal of Happiness Studies*. 2018;19:1-20.

42. Yu Y, Peng I, Chen L, Long L, He W, Li M, et al. Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry research*. 2013;215.

43. Berger R, Paul MS, Henshaw LA. Women's experience of infertility: a multi-systemic perspective. *Journal of International Women's Studies*. 2013;14(54-68).

44. Frankl V. *Man's Search for Meaning*. Translation Movement: Salehian and Milani (2005). Tehran: Dorsa; 1963.

45. Salehi B, Asghari Ebrahim Abad MJ. Investigating the impact of the role and dimensions of religion and distress tolerance in predicting the psychological safety of infertile women. *Women's Studies Sociological and Psychological*. 2019;17(1):165-92. (Full Text in Persian)

46. Dutney A. Religion, infertility and assisted reproductive technology. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2007; 21:169-80.

47. Domar AD, Penzias A, Dusek JA, Magna A, Merarim D, Nielsen B, et al. The stress and distress of infertility: Does religion help women cope? *Sexuality, Reproduction and Menopause*. 2005;3(2):45-51.

48. Latifnejad Roudsari R, Allan HT. Women's Experiences and Preferences in Relation to Infertility Counselling: A Multifaith Dialogue. *International Journal of Fertility and Sterility*. 2011;5(3):158-67. (Full Text in Persian)