

Technologically-Assisted Parenthood and the Disjuncture of Genetic, Biological, and Social Dimensions of Childbearing: Exploring Iranian Couples' Strategies Regarding Disclosure of Children's Genetic Identity

Abbas Askari-Nodoushan¹, Hajieh Bibi Razeghi-Nasrabad^{2,*}, Ali Ruhani¹,
Zahra Ghane-Mokhallesouni², Razieh Dehghani-Firouzabadi³

1. Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

2. Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

3. Yazd Reproductive Sciences Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

* Corresponding author: Hajieh Bibi Razeghi-Nasrabad. Email: hrazeghi@ut.ac.ir

Original Article

Abstract

Background and Aim: The rise of Assisted Reproductive Technologies (ART), while enabling many infertile couples to realize their dream of parenthood, has also redefined traditional kinship by fragmenting the genetic, biological, and social dimensions of parenthood. This study explores how couples navigate the challenge of disclosing a child's biological identity and managing relationships with third-party donors or surrogates within the cultural context of Yazd.

Data and Method: This study was conducted using a qualitative methodology. Data were collected through in-depth, semi-structured interviews with 30 individuals (25 women and 5 men) who had experienced parenthood via ART. Data collection and analysis were performed simultaneously and continued until theoretical saturation was achieved.

Findings: Analysis of participants' experiences revealed three decision-making patterns: 1) The non-disclosure pattern, aimed at protecting the child from harm and prioritizing bio-emotional parenthood over genetics; 2) The hesitation pattern, stemming from the conflict between the child's right to know and the fear of adverse consequences of disclosure; and 3) The inclined disclosure pattern, which primarily emerged under unavoidable circumstances such as public awareness among relatives, and familiarity with the surrogate mothers. Across all groups, a decisive strategy of severing any contact with the donor or surrogates was employed to consolidate the child's attachment and preserve the family.

Conclusion: The underlying logic of all three decision-making patterns is 'Family Preservation'. This core logic manifests in various behavioral actions, ranging from secrecy and cautious hesitation to planned disclosure and severance of ties with third parties. In essence, all these strategies represent diverse forms of a singular effort to care for the family unit.

Keywords: Disclosure, Decision-making, Assisted Reproductive Technology (ART), Family Preservation, Infertility.

Key Message: Iranian couples' decisions to manage their child's biological identity are strategic social actions against preserving the family amid cultural stigma. The rising share of couples conceiving through ART underscores an urgent need for specialized professional counseling services. Such support is essential to help families navigate the complexities and long-term consequences of their decisions, ensuring the child's psychological well-being and the family's continued resilience.

Received: 04 January 2026

Accepted: 13 February 2026

Citation: Askari-Nodoushan, A., Razeghi-Nasrabad, H. B., Ruhani, A., Ghane-Mokhallesouni, Z. & Dehghani Firouzabadi, R. (2026), Technologically-assisted parenthood and the disjuncture of genetic, biological, and social dimensions of childbearing: Exploring Iranian couples' strategies regarding disclosure of children's genetic identity, *Journal of Social Continuity and Change*, 5(4), 477-507. <https://doi.org/10.22034/jscc.2026.24214.1368>



Extended Abstract

Introduction

Childbearing is widely recognized as a fundamental function in the formation and endurance of the family institution across diverse cultures ([Inhorn, 2003](#)). Within Iranian society, given its specific cultural and religious context, the ability to reproduce and preserve lineage carries profound significance. Nevertheless, infertility—as a global public health concern—affects millions of couples worldwide ([Gerrits et al., 2017](#); [Kurabayashi et al., 2016](#)). While Assisted Reproductive Technologies (ART) have offered new horizons for infertile couples, they have simultaneously introduced complex psychosocial challenges ([Inhorn, 2003](#)). One of the most critical challenges is the dilemma of whether to disclose the mode of conception to the child and how to navigate the dynamics of contact with third parties, such as gamete/embryo donors or surrogate mothers.

This issue is particularly sensitive in the Iranian context, where an emphasis on biological lineage and traditional family values remains paramount. Existing literature suggests that the fear of social stigma and external judgment constitutes a primary catalyst for secrecy among couples ([Alamin et al., 2020](#); [Abbasi-Shavazi et al., 2008](#)). Labeling and stigma theories elucidate how the dread of social "disgrace" compels individuals toward concealment ([Goffman, 1990, 2021](#); [Becker, 2018](#)). In contrast, rights-based perspectives advocate for the child's right to genetic transparency, asserting that timely disclosure fosters healthier identity development ([Canzi et al., 2019](#); [Ilioi et al., 2017](#)). Despite the weight of this phenomenon, the decision-making processes of Iranian couples remain under-researched ([Latifnejad Roudsari et al., 2013](#)). Accordingly, this qualitative study explores the patterns and mechanisms underlying how infertile couples in Yazd navigate disclosure and donor-related interactions.

Methods and Data

This study adopted a qualitative design grounded in inductive content analysis. The study participants included individuals in Yazd who had achieved parenthood via Assisted Reproductive Technologies (ART), specifically IVF, gamete donation, or gestational surrogacy. To ensure a comprehensive perspective, participants were recruited through purposive sampling with a focus on maximum variation across age, infertility duration, treatment modalities, and educational backgrounds.

Data collection continued until theoretical saturation was achieved, yielding a final sample of 30 participants (5 men and 25 women, aged 28–53). Primary data were gathered through in-depth, semi-structured interviews, which were subsequently transcribed and subjected to inductive thematic processing. This analytical journey involved rigorous stages of data familiarization, open coding, and the systematic synthesis of subcategories into overarching themes. To uphold the scientific rigor of the findings, trustworthiness was established

through the four-fold criteria of credibility, transferability, dependability, and confirmability, reinforced by peer debriefing and member-checking strategies.

Findings

The analysis of participants lived experiences identified three distinct decision-making trajectories regarding disclosure and a singular, consistent strategy concerning donor contact.

1. Typologies of Disclosure Decision-Making: The research categorized disclosure strategies into three primary patterns:

- *The Non-Disclosure Pattern:* Participants in this group chose to conceal the truth. Their rationale was based on three primary motivations: protecting the child from social stigma and psychological harm (e.g., identity crisis, feelings of worthlessness, or labeling); prioritizing socio-emotional parenthood over genetic connection (emphasizing nurturing and upbringing over biological ties); and preserving family cohesion and peace (preventing tension or rifts in family relationships).
- *The Pattern of Ambivalence and Indecision:* This group was caught in a dilemma between the child's right to know and the fear of the negative consequences of disclosure. Unable to reach a final decision, they often avoided the issue by postponing it or leaving it to the future. The conflict between ethics (the child's right) and expediency (fear of negative reactions) was the defining feature of this pattern.
- *The Pattern of Reactive Disclosure:* This pattern primarily emerged in situations where concealment was untenable or highly difficult due to reasons such as public awareness among acquaintances, advanced parental age, significant physical dissimilarity, or the use of a surrogate mother. The main motivations included honesty and trust-building (preferring controlled disclosure over accidental exposure), responsible parenting (planning for gradual disclosure with professional consultation), and responding to inevitable circumstances.

2. Management of Third-Party Boundaries: A salient finding was the universal consensus on the absolute *severance of contact* with donors or surrogate mothers. This radical boundary-setting was justified through two strategic lenses:

- *Fortifying Familial Boundaries:* Any contact was perceived as an existential threat to the family's internal cohesion, a potential disruption to daily life, and a risk of exposing the method of conception.
- *Ensuring Exclusive Belonging:* Couples feared that contact with the donor could lead to the child's identity confusion, a diminished sense of belonging to the nurturing family,

or even the loss of the child. This concern intensified in cases where the surrogate mother sought to maintain contact. Therefore, parents sought to protect the child from "identity fragmentation" and ensure an undivided sense of belonging to the primary family. To enforce this, some couples resorted to extreme measures, including geographic relocation or changing contact information, specifically to eliminate the "third-party shadow."

3. **The Central Logic: Family Preservation** Analysis of these patterns revealed that the common core underlying all decisions and actions was a singular, overarching core logic: "*Safeguarding the Protecting the Family.*" The family is perceived as a fragile entity requiring protection against external threats (stigma and social exclusion) and internal threats (tension and fragmentation). Thus, whether the decision was to conceal, disclose, or sever contact, all strategies were employed to preserve and consolidate this institution. Consequently, whether through secrecy, guarded disclosure, or the active exclusion of donors, all parental strategies function as defensive mechanisms designed to preserve the sanctity and stability of the family unit.

Conclusion and Discussion

The findings of this study demonstrate that for Iranian couples, decision-making regarding disclosure and donor management is not merely a personal choice but a *strategic project of family protection*. The *Non-Disclosure Pattern* finds its theoretical resonance in [Goffman's \(1990\)](#) stigma theory; in a cultural landscape where biological lineage is a primary source of social capital, secrecy functions as a vital defense mechanism against being devalued. This aligns with a significant body of domestic literature that conceptualizes confidentiality as a survival strategy against the prevailing stigma of donor-assisted reproduction ([Abbasi-Shavazi et al., 2008](#); [Latifnejad Roudsari et al., 2013](#)).

In contrast, the *Pattern of Willingness to Disclose* should be understood as an *adaptive pragmatism* rather than an ideological shift toward transparency. Disclosure, in this context, is often a preemptive strike to maintain control over the family narrative in the face of inevitable exposure, thereby minimizing the risk of social humiliation. Furthermore, the *Pattern of Hesitation* reflects the tension between the global discourse on children's rights ([Canzi et al., 2019](#); [Shaban, 2022](#)) and the dominant "familism" norms in the Iranian context, consistent with the findings of [Hershberger \(2021\)](#), [Becker et al. \(2005\)](#), and [Abbasi-Shavazi et al. \(2006\)](#).

The universal decision to sever contact with donors underscores couples' heightened sensitivity to the integrity and boundaries of the family unit. This action can be interpreted through the lens of *Social Exclusion Theory* ([Ritzer, 2007](#)), suggesting that by actively

excluding the "other" (the third party), couples seek to consolidate their identity as a complete, independent family and eliminate potential threats to emotional stability.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines

The researchers have strictly adhered to all ethical principles, including confidentiality, trustworthiness, citation accuracy, respect for contributors, and data collection standards. All participants were assured of the confidentiality of the findings, and their involvement was entirely voluntary. This study was conducted under the approval of the Ethics Committee for Research at Yazd University (Ethics Code: IR.YAZD.REC.1400.085)

Funding

This paper is derived from a research project titled "Assisted Reproductive Technologies and Coping Strategies of Infertile Couples with Socio-cultural Challenges in Iran," supported by the Iran National Science Foundation (INSF) under contract number 4031576.

Authors' Contributions

Abbas Askari Nodoushan: Writing – review & editing.

Hajieh Bibi Razeghi-Nasrabad: Conceptualization, Data analysis, Writing – review & editing.

Ali Ruhani: Writing – review & editing.

Zahra Ghane Makhlosani & Razieh Dehghani Firouzabadi: Engaged in sample preparation and fieldwork implementation.

Conflicts of Interest

The authors declare no competing interests

Author's ORCID

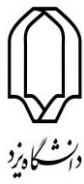
Abbas Askari-Nodoushan: <https://orcid.org/0000-0001-9815-7476>

Hajieh Bibi Razeghi-Nasrabad: <https://orcid.org/0000-0002-0990-9689>

Ali Ruhani: <https://orcid.org/0000-0001-9146-6436>

Zahra Ghane-Mokhallesouni: <https://orcid.org/0000-0002-9378-2931>

Razieh Dehghani Firouzabadi: <https://orcid.org/0000-0002-3157-6518>



والد شدن به کمک فناوری و گسست ساحت‌های ژنتیکی، بیولوژیکی و اجتماعی فرزندآوری: واکاوی راهبردهای زوجین در زمینه افشای هویت ژنتیکی فرزندان

عباس عسکری‌ندوشن^۱، حجه بی‌بی رازقی نصرآباد^{۲*}، علی روحانی^۱، زهرا قانع‌مخلصونی^۲، راضیه دهقانی فیروزآبادی^۳

۱. دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

۲. دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. مرکز تحقیقات و درمان ناباروری، پژوهشکده علوم تولیدمثل یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد ایران.

* نویسنده مسئول: حجه بی‌بی رازقی نصرآباد. رایانامه: hrazeghi@ut.ac.ir

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: کاربرد فزاینده فناوری‌های نوین کمک‌باروری، اگرچه امروزه رؤیای داشتن فرزند را برای بسیاری از زوجین نابارور به واقعیت مبدل نموده، اما با ایجاد گسست میان ساحت‌های ژنتیکی، بیولوژیکی و اجتماعی والدگری، بنیان‌های هویتی پیشین خانواده و خویشاوندی را بازتعریف و دگرگون کرده است. برای زوجینی که با کمک این فناوری‌ها صاحب فرزند می‌شوند، یکی از چالش‌های پیش‌رو، تصمیم‌گیری میان "افشای هویت بیولوژیک" یا "پنهان‌سازی واقعیت" از فرزند و همچنین چگونگی مدیریت رابطه با شخص ثالث (اهداء‌کننده / مادرچانشین) است. هدف پژوهش حاضر، واکاوی الگوها و فرایندهای این تصمیم‌گیری است.

روش و داده‌ها: این پژوهش به روش کیفی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته با ۳۰ فرد نابارور (شامل ۲۵ زن و ۵ مرد) که تجربه فرزندآوری با فناوری‌های کمک باروری را داشته‌اند، جمع‌آوری و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. گردآوری و تحلیل داده‌ها به‌صورت همزمان انجام شد.

یافته‌ها: مشارکت‌کنندگان، سه الگوی متمایز را در تصمیم‌گیری دنبال می‌کنند: ۱) الگوی عدم افشا: با هدف محافظت از کودک در برابر انگ اجتماعی و آسیب‌های روانی. برای این گروه، والدگری زیستی - عاطفی بر پیوند ژنتیکی و همچنین حفظ انسجام و آرامش خانواده اولویت دارد. ۲) الگوی تردید: این گروه با تعارض درونی مواجه‌اند: از یک سو، به حق کودک برای دانستن حقیقت آگاه‌اند و از سوی دیگر، از عواقب ناگوار افشا هراس دارند. ۳) الگوی تمایل به افشا: عمدتاً در شرایط اجتناب‌ناپذیر بروز می‌یابد؛ مانند زمانی که اطرافیان از موضوع آگاه هستند، والدین سن بالایی دارند، یا مادر جایگزین/اهداءکننده فردی آشناست. این گروه با تأکید بر صداقت و اعتمادسازی، افشا را یک مسئولیت آگاهانه برای پیشگیری از طرد یا انگ احتمالی می‌دانند. یافته مهم دیگر، تصمیم قاطع برای اجتناب و قطع کامل ارتباط با اهداکننده یا مادر جایگزین بود که با دو هدف تحکیم دلبستگی کودک به خانواده اصلی و حذف تهدیدات بیرونی و محافظت از حریم خانواده توجیه می‌شد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر آن است که یک منطق مشترک و بنیادین در پس هر سه الگوی تصمیم‌گیری وجود دارد: "صیانت از خانواده". این منطق محوری، خود را در قالب کنش‌های رفتاری متفاوتی بروز می‌دهد؛ از پنهان‌کاری و تردید احتیاط‌آمیز گرفته تا افشای برنامه‌ریزی‌شده و قطع ارتباط با اشخاص ثالث. در واقع، تمام این راهبردها، تجلی اشکال گوناگونی از یک تلاش واحد برای مراقبت و حفاظت از خانواده و فرزند هستند.

واژگان کلیدی: افشا، تصمیم‌گیری، روش‌های نوین کمک‌باروری، صیانت از خانواده، ناباروری.

پیام اصلی: تصمیم زوج‌های ایرانی در خصوص افشا یا کتمان هویت بیولوژیک فرزند، را باید فراتر از یک ترجیح شخصی، به‌مثابه یک کنش اجتماعی راهبردی نگریست که مستقیماً با هویت فرزند، مراقبت از کیان خانواده و هنجارهای فرهنگی گره خورده است. سهم روزافزون زوج‌هایی که با استفاده از فناوری‌های نوین کمک‌باروری قادرند صاحب فرزند شوند، نیاز مبرم به خدمات مشاوره تخصصی و حرفه‌ای را برجسته می‌کند تا به این خانواده‌ها کمک شود با پیچیدگی‌ها و پیامدهای بلندمدت تصمیم خود سازگار شوند و بهترین مسیر را برای حفظ سلامت روانی کودک و مراقبت از خانواده بیابند.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۱۴

ارجاع: عسکری‌ندوشن، عباس؛ رازقی نصرآباد، حجه بی‌بی؛ روحانی، علی؛ قانع‌مخلصونی، زهرا؛ دهقانی فیروزآبادی، راضیه. (۱۴۰۵). والد شدن به کمک فناوری و گسست ساحت‌های ژنتیکی، بیولوژیکی و اجتماعی فرزندآوری: واکاوی راهبردهای زوجین در زمینه افشای هویت ژنتیکی فرزندان. تداوم و تغییر اجتماعی، ۵(۴)، ۴۷۷-۵۰۷.

<https://doi.org/10.22034/jscc.2026.24214.1368>



مقدمه و بیان مسأله

فرزندآوری همواره به‌عنوان یکی از کارکردهای اساسی تشکیل و تداوم نهاد خانواده در تمامی فرهنگ‌ها و جوامع مطرح بوده است. در جامعه ایران نیز با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی و تأکید بر ارزش‌های خانوادگی، توانایی باروری و تداوم نسل از اهمیت زیادی برخوردار است (قانع‌مخلصونی و همکاران، ۱۴۰۰؛ عسکری‌ندوشن و رازقی‌نصرآباد، ۱۴۰۴). با این حال ناباروری که طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، اکنون بیش از ۸۰ میلیون نفر در سطح جهان را تحت تأثیر قرار داده است (Gerrits et al., 2017; Kurabayashi et al., 2016)، امروزه به‌عنوان یک مشکل بهداشت عمومی معرفی می‌شود و ارائه فناوری کمک باروری^۱ (ART) برای غلبه بر ناباروری زنان و مردان، مطابق با دستور کار حقوق باروری است که در سال ۱۹۹۴ در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه^۲ (ICPD) در قاهره تدوین شده است. یکی از اجزاء حقوق باروری، حق تسهیل باروری در مواقع تهدید باروری است. تسهیل باروری ممکن است مستلزم توسل به فناوری کمک باروری، چه در میان مردان و چه در میان زنان باشد (Inhorn, 2009; Inhorn & Patrizio, 2015).

ایران به‌عنوان نمونه‌ای مثبت از توسعه خدمات و فناوری‌های کمک‌باروری شناخته می‌شود. به‌نحوی که با حدود دو تا سه میلیون زوج نابارور، جزء معدود کشورهای مسلمانی است که در آن فناوری‌های کمک باروری مشروعیت یافته و به قانون تبدیل شده است (Behjati, 2008; Abbasi-Shavazi et al., 2015; Ardakani et al., 2015). اکنون در ایران بیش از ۷۰ کلینیک لقاح مصنوعی^۳ مشغول به فعالیت است که بعد از ترکیه یکی از بیشترین تعداد مراکز درمان در خاورمیانه را دارا می‌باشد (Inhorn, 2003). در سال‌های اخیر با توجه به کاهش سطح باروری، افزایش سن ازدواج و فرزندآوری، و پیامدهای جمعیتی اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن (شمس‌قهفرخی و همکاران، ۱۴۰۰، ۱۴۰۲؛ امامی و همکاران، ۱۴۰۰؛ خانی، ۱۴۰۲)، سیاست‌های جمعیتی تغییر یافته است. ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت توسط مقام معظم رهبری در اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ و تصویب قانون «جوانی جمعیت و حمایت از خانواده» در آبان ماه سال ۱۴۰۰ در پاسخ به همین شرایط و به منظور افزایش باروری به بالای سطح جانشینی صورت گرفته است. یکی از مهم‌ترین نقاط تمرکز این قانون افزایش سطح باروری و درمان ناباروری است. در همین راستا در قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، به حمایت از زوجین نابارور، گسترش و راه‌اندازی مراکز درمان ناباروری و تجهیز بیمارستان‌ها به تکنولوژی‌های نوین باروری و تسهیل دسترسی متقاضیان به این فناوری‌ها تأکید شده است (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۴۰۰).

اگرچه فناوری‌های کمک باروری روزنه امیدی به روی زوجین نابارور گشوده‌اند، و توانسته‌اند مشکل بیولوژیک بسیاری از زوج‌های ناباروری را حل کنند، اما خود زمینه‌ساز مسائل و چالش‌های نوینی شده‌اند که بار روانی- اجتماعی ناشی از ناباروری و همچنین خود فرآیند درمان را افزایش می‌دهند (Inhorn, 2003) از این‌رو این پدیده که به ظاهر یک مساله پزشکی می‌نماید، به عرصه‌های اجتماعی، اخلاقی و حقوقی کشیده شده است.

روش‌های اهدایی کمک باروری به استفاده از تخمک، اسپرم یا جنین شخص سوم، و در مواردی رحم جایگزین اطلاق می‌گردد. در روش‌های اهدایی، حداقل یک شخص ثالث در فرآیند فرزندآوری مشارکت دارد. این مشارکت می‌تواند در سطح ژنتیکی (اهداءکننده گامت)، در سطح رحم (مادر جایگزین) و یا در هر دو سطح باشد. در اهداء گامت معمولاً یکی از طرفین والد زیستی طفل نیست و در اهداء

1. Assisted Reproductive Technology (ART)

2. International Conference on Population and Development (ICPD)

3. In Vito Fertilization (IVF)

جنین که جنین به زوج دیگری تعلق دارد، هیچکدام از زوجین اتصال ژنتیکی با فرزند خود ندارند در این شرایط گاه فرایند بارداری توسط زوجه طی می‌شود. اما زمانی که لقاح گامت در زوجین مشکل زاست و رحم زوجه نیز توانایی حمل جنین را ندارد. از این جهت برای رفع دو مشکل، گامت زوجین بیگانه در آزمایشگاه بارور شده و به رحم زن بیگانه‌ای منتقل می‌شود که در نهایت بعد از باروری، فرزند دنیا آمده به خانواده درخواست‌کننده تحویل داده می‌شود. کمک‌کننده‌ها در این حالت، به‌صورت اهداء جنین به اضافه اهداء رحم جایگزین می‌باشند. در این حالت زوجین (خانواده) هم دریافت‌کننده جنین و هم دریافت‌کننده رحم جایگزین می‌باشند و باید گفت زوجین یا همان خانواده درخواست‌کننده و پرورش‌دهنده فرزند، هیچ‌کدام از اتصالات ژنتیکی و فیزیولوژیکی را با فرزند حاصله ندارند.

در مواردی لقاح گامت در زوجین مشکلی نداشته، اما رحم زوجه توانایی حمل جنین را ندارد. از این جهت بحث رحم جانشین، که اصطلاحاً در برخی موارد، رحم اجاره‌ای گفته می‌شود، مطرح می‌شود. در این حالت زوجین (خانواده) تنها دریافت‌کننده رحم جایگزین می‌باشند و همچنین والدین ژنتیکی فرزند می‌باشند، اما زوجه به لحاظ فیزیولوژیکی از فرزند منفصل است. در این روش پس از لقاح اسپرم و تخمک، جنین به رحم مادر جایگزین منتقل می‌شود و او در طی ۹ ماه وظیفه نگهداری از جنین را بر عهده گرفته و پس از تولد، نوزاد را به والدین اصلی تحویل می‌دهد. این شرایط منجر به ایجاد وضعیت‌های خانوادگی می‌شود که در آن والدین ژنتیکی (اهداءکنندگان)، والدین اجتماعی (پرورش‌دهندگان) و در برخی موارد مادر بارداری که جنین را با خود همراه دارد از یکدیگر متمایز می‌شوند. بدیهی است در چنین شرایطی، مفهوم سنتی خویشاوندی و والدینی که در بسیاری از جوامع از جمله ایران بر پیوند بیولوژیکی استوار است، به چالش کشیده است.

یکی از مهم‌ترین مسائل برای زوج‌های نابارور، افشا یا عدم افشای اطلاعات برای فرزندان است که از طریق تکنولوژی‌های کمک باروری به‌ویژه اهدای گامت، جنین و یا رحم جانشینی متولد شدند. این موضوع از چند بعد قابل بررسی است. شواهد نشان می‌دهد با وجود نیاز مبرم برخی زوجین به استفاده از این فناوری، بسیاری از آنان در صورتی حاضر به درمان هستند که محرمانگی آن تضمین شود ([Behjati Ardakani et al., 2023](#)). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که ترس از انگ اجتماعی (استیگما) و قضاوت منفی دیگران از اصلی‌ترین دلایل پنهان‌کاری زوجین است ([Inhorn, 2003](#)). نظریه‌های برچسب‌زنی و استیگما توضیح می‌دهند که چگونه ترس از داغ‌خوردگی اجتماعی، می‌تواند افراد را به سمت پنهان‌سازی سوق دهد. از نظر گافمن، استیگما شخص را از یک فرد کامل به فردی کم‌ارزش و لکه‌دار تقلیل می‌دهد. این ترس در جامعه‌ای که به فرزندآوری اهمیت زیادی داده می‌شود و و اصل و نسب و تبار خونی دارای اهمیت است تشدید می‌شود. در مقابل رویکرد محرمانگی، دیدگاه دیگری مبتنی بر حقوق کودک مطرح است که بر حق او برای دانستن اصل و نسب ژنتیکی خود تأکید می‌ورزد. تحقیقات بین‌المللی نشان می‌دهد افشای این اطلاعات به نفع کودکان است، درحالی‌که پنهان‌کاری می‌تواند تأثیرات مخربی بر رشد هویت و اعتماد درون خانوادگی داشته باشد ([Canzi et al., 2019](#)). مطالعات نشان داده‌اند کودکانی که در سنین پایین از نحوه تولد خود آگاه شده‌اند، سازگاری روانی بهتری داشته و رابطه صادقانه‌تری با والدین خود دارند. در مقابل، افشای دیر هنگام یا کشف اتفاقی حقیقت در نوجوانی یا بزرگسالی، می‌تواند منجر به شوک، احساس خیانت، بی‌اعتمادی و اختلال در هویت فرد شود ([Canzi et al., 2019](#)). در برخی کشورها مانند بریتانیا، قوانین به سمت اهداء با افشای هویت تغییر کرده است. براساس قانون اهدای با هویت مشخص در بریتانیا، اهداءکننده در زمان درمان برای والدین مورد نظر ناشناس است، اما کودک حق دسترسی به اطلاعات هویتی اهداءکننده را از سن ۱۸ سالگی دارد. قانون انتشار هویت پس از یک مشاوره عمومی گسترده ارائه شد و به کسانی که مایلند و از ماهیت لقاح خود مطلع شده‌اند، این امکان را می‌دهد تا هویت اهداءکننده خود را بیابند ([Lysons et al., 2022](#)).

در نظام سلامت ایران، اصل بر محرمانگی و ناشناس بودن اهداءکنندگان است. بر طبق مطالعات انجام شده در ایران نیز تمایل به محرمانگی به دلایلی چون ترس از قضاوت اجتماعی، حفظ حریم خانواده و محافظت از کودک در برابر آسیب‌های احتمالی است (Ghane-Mokhallesouni et al., 2022; Alamin et al. 2020؛ هاشمی‌خواه و همکاران ۱۴۰۱؛ لطیف‌نژاد رودسری و همکاران، ۱۳۹۲؛ صدیقی‌لویه و همکاران، ۱۴۰۳). مطالعه لطیف‌نژاد رودسری و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد اکثر زوجین نابارور برای رهایی از انگ اجتماعی و محافظت از هویت خود و کودک، درمان اهدایی را به صورت مخفیانه دنبال می‌کنند. آن‌ها نگران انتشار موضوع و قضاوت اجتماعی اطرافیان بودند و برای حمایت خود و کودک از استیگما، از اهداءکننده ناشناخته استفاده می‌کردند.

با وجود این چالش‌ها به دلیل محرمانگی و رازداری فقط تعداد کمی از مطالعات به طور مستقیم دیدگاه و تجربیات ذهنی زوجینی که با این روش‌ها صاحب فرزند شدند را بررسی کرده‌اند (Canzi et al., 2019؛ هاشمی‌خواه و همکاران، ۱۴۰۱؛ لطیف‌نژاد رودسری و همکاران، ۱۳۹۲) و مطالعات داخلی انجام شده عمدتاً بر نگرش‌ها و ترجیحات اولیه زوجین در قبل و یا حین درمان متمرکز بوده و تجربه زیسته زوجین از زندگی با این راز و تصمیم زوجین به افشا یا عدم افشا کمتر مورد کاوش قرار گرفته است.

بر این اساس، مطالعه حاضر با تمرکز بر زوجینی که با روش‌های نوین کمک باروری صاحب فرزند شدند، با هدف واکاوی فرآیند تصمیم‌گیری آنان در رابطه با دو موضوع انجام شده است: الف) تصمیم‌گیری درباره افشای هویت تولد به فرزند و ب) تصمیم‌گیری در مورد ارتباط با اهداءکننده یا مادر جایگزین. این مطالعه کیفی در پی پاسخ به این پرسش‌های اصلی است: الگوهای تصمیم‌گیری زوجین نابارور در مورد افشای روش تولد به فرزندشان چیست؟ تصمیم آن‌ها در مورد ارتباط با اهداءکننده/مادر جایگزین چگونه است؟ یافته‌های این پژوهش ضمن ارائه درکی عمیق و مبتنی بر زمینه فرهنگی شهر یزد از این پدیده، می‌تواند در طراحی برنامه‌های حمایتی و سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد مورد استفاده قرار گیرد.

پیشینه تجربی

تصمیم‌گیری درباره افشا یا عدم افشای روش‌های اهدایی کمک باروری به فرزند و ارتباط با اهداءکنندگان یکی از چالش‌های روانی-اجتماعی زوجین نابارور است که توجه محققان زیادی را در سطح جهان و همچنین ایران به خود جلب کرده است. بر همین اساس در این قسمت به مرور دو دسته از تحقیقات (تصمیم‌گیری درباره افشا یا عدم افشای روش‌های اهدایی کمک باروری به فرزند، و ارتباط با اهداءکنندگان) می‌پردازیم.

اینهورن (۲۰۰۳) در مطالعات خود نشان داد استفاده از انواع روش‌های درمانی منبع مهمی از انگ و داغ را برای بسیاری از فرهنگ‌ها ایجاد می‌کند و با توجه به این که این وسایل و تکنولوژی‌های پیشرفته درمان به سرعت در حال گسترش به کشورهای مختلف‌اند، از یک طرف باعث افزایش امید افراد نابارور به درمان گشته است و از طرف دیگر باعث افزایش رنج ناشی از ناباروری و روش‌های درمان شده است. حتی ممکن است کسانی که از اسپرم و یا تخمک خود درمان شده باشند نیز با مشکلاتی روبرو بوده و افراد جامعه فرزند آن‌ها را ناشی از گامت دیگران بدانند. پوروال و ون دن آکر^۱ (۲۰۰۹) در مرور خود بر مطالعات بریتانیا

1. Purewal & van den Akker

تأکید کردند که تابوهای عمیق فرهنگی حول ناباروری و استفاده از گامت شخص ثالث، محرمانگی را نه یک انتخاب، بلکه یک ضرورت برای بقای اجتماعی خانواده می‌سازد.

در مطالعه [لمپیک^۱ و همکاران \(۲۰۲۱\)](#) بیش از نیمی از والدینی که تحت درمان اهداء گامت و اهداء اسپرم قرار گرفته بودند، قبلاً لقاح‌های را برای فرزندشان فاش کرده بودند. در میان والدینی که هنوز فرآیند افشا را شروع نکرده بودند، این باور که افشا پیامدهای مطلوبی خواهد داشت و تمایل به عمل مطابق با هنجارهای اجتماعی طرفدار افشا، با قصد آن‌ها برای صحبت با فرزندشان در مورد لقاح‌های اهدایی در طول سال آینده ارتباط مثبت داشت. در مقابل، اعتماد به نفس درک شده برای صحبت با کودک در مورد منشأ ژنتیکی او با قصد شروع فرآیند افشا ارتباط منفی داشت. در این مطالعه نوع درمان و وجود یا عدم وجود پیوند ژنتیکی با کودک ارتباط مستقیمی با قصد افشای والدین نداشت.

در مطالعه [شیرایی^۲ \(۲۰۱۹\)](#) مادران ژاپنی که با تخمک‌های اهدایی باردار شده بودند بر این باور بودند که باید حقیقت را به فرزندانشان بگویند، و بچه‌ها را به اندازه‌های قوی تربیت کنند که بتوانند شنیدن این حقیقت را تحمل کنند. در مطالعه [هرشبرگر^۳ \(۲۰۲۱\)](#) چهار الگوی افشای والدین در ۱۲ سالگی پدیدار شد: تمایل به افشا، تناقض در افشا، عدم برنامه‌ریزی برای افشا و فاش کردن. هرشبرگر به این نتیجه رسید که که مداخلات خانواده‌محور برای کمک به والدین در فرآیند تصمیم‌گیری ضرورت دارد. مطالعه مروری [داف و گودکه^۴ \(۲۰۲۴\)](#) در مورد افشا نشان داد اکثر والدین قبل از ۱۰ سالگی به فرزندان متولد شده از اهداءکننده خود افشاگری کردند. علاوه بر این، اکثر کسانی که هنوز چیزی نگفته بودند، گزارش دادند که قصد افشاگری دارند، اگرچه تصمیم‌گیری‌های با تأخیر نیز با افشای کلی کمتر مرتبط بود.

در دو دهه گذشته، با بزرگ شدن اولین نسل کودکان حاصل از اهداء، توجه به پیامدهای آن افزایش یافته است. [ایلیوی و همکاران \(۲۰۱۷\)](#) در یک مطالعه طولی نشان دادند که زمان افشا نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. کودکانی که قبل از سن هفت‌سالگی از موضوع مطلع شده بودند، در نوجوانی (۱۴ سالگی) سازگاری روانی بهتر، رابطه صادقانه‌تر با والدین و کنجکاوی سالم‌تری نسبت به اهداءکننده داشتند. در مقابل، افشا در سنین بالاتر یا کشف اتفاقی حقیقت، با سطوح بالاتری از پریشانی، سردرگمی هویتی و احساس خیانت همراه بود. [زاده^۵ و همکاران \(۲۰۱۸\)](#) با مصاحبه با نوجوانان حاصل از اهداء دریافتند که تمایل به دانستن اطلاعات غیرهویت‌ی (مانند علایق، پیشینه پزشکی) بسیار شایع است و برای برخی، دسترسی به اطلاعات هویتی اهداءکننده در سن ۱۸ سالگی مهم تلقی می‌شود.

[کانزی و همکاران \(۲۰۱۹\)](#)، در یک مطالعه مروری نشان داد تمایل فرزندان برای تماس با اهداءکننده نه تنها از سن آن‌ها، بلکه از متغیرهای دیگری مانند جنسیت، نوع خانواده، کیفیت دلبستگی به خانواده نیز متأثر بوده است. در مجموع، نوجوانان و بزرگسالانی که در مورد اهداءکننده خود مطلع شده‌اند، به دلیل اختلال در هویت و احساس عصبانیت و بی‌اعتمادی نسبت به سایر اعضای خانواده، بیشتر در

1. Lampic

2. Shirai

3. Hershberger

4. Duff & Goedeke,

5. Zadeh

معرض شوک و سردرگمی قرار می‌گیرند. اما افرادی که در سن کودکی در مورد شیوه تولد خود آگاه می‌شوند پذیرش آن برای‌شان آسان‌تر است.

بخشی از ادبیات پژوهشی پیرامون افشا در مورد آشکار بودن هویت اهداءکننده و ارتباط کودک یا زوجین با اهداءکننده است. در مطالعه [لیزونس و همکاران \(۲۰۲۲\)](#)، مادران احساسات پیچیده‌ای را در مورد چشم‌انداز تماس اهداءکننده و کودک در آینده ابراز کرده و دانستن هویت اهداءکننده را تا حدی تهدیدکننده می‌دانستند. این تهدید درک شده به سه صورت نشان داده شد: به‌عنوان تهدیدی برای رابطه مادر و کودک، تهدیدی برای کودک و تهدیدی برای اهداءکننده. یک دیدگاه برجسته این بود که توانایی کودک برای دسترسی به اطلاعات اهداءکننده، تهدیدی مستقیم برای رابطه مادر و کودک است. در این مطالعه بخش قابل‌توجهی از مادران، اهداءکننده را حتی پنج سال پس از تولد فرزندشان، تهدیدکننده می‌دانستند. در مقابل مطالعه [لارل و همکاران \(۲۰۱۱\)](#) نشان داد که برخی از مادران، اهداءکننده ناشناس را ترجیح نمی‌دهند، از نظر آن‌ها منشأ ناشناخته اهداءکننده، باعث ایجاد احساس ترس و وحشت در آن‌ها می‌شود، این زنان دسترسی به اطلاعات دقیق اهداءکننده را اطمینان‌بخش می‌دانستند.

در این نیز مطالعات متعددی پیرامون موضوع اهداء گامت و جنین انجام شده است. مطالعه [عباسی‌شوازی و همکاران \(۱۳۸۵\)](#) که پیشگام مطالعات در این زمینه در ایران محسوب می‌شود، نشان داد زنانی که از تخمک اهدایی استفاده کرده بودند، نه تنها قصد افشا نداشتند، بلکه اصلاً کسی (حتی نزدیکان) را از روش درمان مطلع نکرده بودند. دلیل اصلی، عدم پذیرش اجتماعی روش و ترس از انتقال برچسب فرزند نامشروع به کودک بود. این مطالعه نشان داد که انگ نه فقط متوجه ناباروری، که متوجه نحوه غلبه بر آن نیز هست.

مطالعه [لطیف‌نژاد رودسری و همکاران \(۱۳۹۲\)](#) نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان، نگران انتشار موضوع و قضاوت اجتماعی اطرافیان بودند و برای حمایت خود و کودک از استیگما، از اهداءکننده ناشناخته استفاده می‌کردند، زیرا استفاده از اهداءکننده شناخته شده را تهدیدی جهت حفظ محرمانگی می‌دانستند. [هادی‌زاده و همکاران \(۲۰۲۰\)](#) در مطالعه خود در شهر مشهد دو الگوی تصمیم‌گیری را شناسایی کردند: «آشکار نکردن اطلاعات برای کودک» و «افشای اطلاعات برای کودک». الگوی اول شامل سه زیرمجموعه بود: ۱. حمایت از کودک از آسیب‌های احتمالی. ۲- حفظ روابط خانوادگی سالم و ۳. عدم وجود دلیل قانع‌کننده برای افشای این اطلاعات. دسته دوم، چهار زیرمجموعه را در بر می‌گیرد: ۱. آگاهی از دیگران. ۲. ظهور شرایط زندگی جدید. ۳. قدردانی از اهداءکننده. و ۴. صداقت در بین اعضای خانواده.

[قلیچ‌خانی و همکاران \(۲۰۲۱\)](#) در مطالعه کیفی خود با زنان دریافت‌کننده تخمک اهدایی، طیف وسیعی از احساسات را ثبت کردند. علاوه بر ترس از قضاوت، احساس غم و اندوه برای عدم اشتراک صفات فیزیکی و ژنتیکی با کودک به‌عنوان یک چالش عاطفی عمیق مطرح شد. این احساس گاهی با نظرات ناخواسته اطرافیان درباره شباهت یا عدم شباهت کودک تشدید می‌گردید. [صدیقی لویه و همکاران \(۱۴۰۳\)](#) در یک مطالعه مروری بر روی ۵۹ مطالعه مرتبط با بارداری با تخمک اهدایی و افشا، نشان دادند که مفاهیم موجود در زمینه موضوع افشا، پیرامون چهار حیطه تمایل به محرمانگی و اهداءکننده ناشناس، چالش افشای حقیقت برای کودک، شباهت چهره و ترس از قضاوت شدن متمرکز بودند. [ظفری و همکاران \(۱۴۰۴\)](#) نیز نشان دادند که استیگمای درک‌شده ناشی از ناباروری در شهرهایی با بافت سنتی‌تر قوی‌تر است و این بر انزوای اجتماعی و پنهان‌کاری بیشتر زوجین تأثیر می‌گذارد.

به‌طور خلاصه، مطالعات گذشته نشان داده‌اند که افزایش روش‌های اهدایی یک چالش مهم برای زوجین است و عوامل زیادی مانند ترس از قضاوت دیگران بر آن تاثیر می‌گذارد. بیشتر این تحقیقات به نگرش زوجین نابارور در قبل و یا حین درمان پرداخته‌اند. با وجود غنای مطالعات پیشین در شناسایی چالش‌ها و عوامل مؤثر بر تصمیم افشا، تحقیقات کمتری به تصمیم زوجین، پس از درمان و تولد کودک پرداخته‌اند. اینکه زوجین در زندگی واقعی چگونه این تصمیم را می‌گیرند و چه راهبردهایی را اتخاذ کردند، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این پژوهش کیفی با هدف درک فرآیند تصمیم‌گیری و تجربه زیسته زوجین نابارور در این زمینه انجام شده است.

ملاحظات نظری

برای تحلیل تصمیم افراد برای آشکارسازی روش درمان نیازمند چارچوب‌های نظری هستیم که بتوانند ابعاد اجتماعی و روانی این پدیده را توضیح دهند. در این پژوهش، از دو نظریه برچسب‌زنی^۱ و استیگما (داغ)^۲ و طرد اجتماعی برای تحلیل یافته‌ها استفاده شده است. تعامل گرایی نمادین به‌طور اعم و نظریه‌های برچسب‌زنی به‌طور خاص بیان می‌کنند که بی‌ارزش‌سازی اجتماعی^۳، منجر به بی‌ارزش‌سازی خود^۴ می‌شود. مطابق نظریه برچسب‌زنی، افرادی که توسط دیگران (به‌ویژه توسط کارگزاران قدرتمند کنترل اجتماعی) به‌عنوان منحرف طبقه‌بندی می‌شوند، به جایی می‌رسند که خودشان را منحرف در می‌یابند. پذیرش هویت منحرف بدین خاطر رخ می‌دهد که افراد برچسب خورده، نظرات دیگران راجع به خود را می‌گیرند و خود را همان‌گونه تعریف می‌کنند که دیگران تعریف کرده‌اند (آزاد ارمکی، ۱۴۰۳).

استیگما، هزینه‌ای است که فرد برچسب خورده، می‌پردازد. استیگما را می‌توان میزان بی‌ارزشی، طرد، تبعیض و از دست دادن پایگاه برای افرادی دانست که یک صفت و یا رفتار نامطلوب به آنان نسبت داده شده است، یعنی برچسب خورده‌اند (Payton & Thoits, 2011). مفهوم استیگما، ریشه در کار اروینگ گافمن^۵ دارد، که به نوبه خود تحت تأثیر افرادی مانند دورکیم بوده است. از دیدگاه گافمن، اصطلاح داغ ننگ به ویژگی یا صفتی اشاره دارد که به‌شدت بدنام‌کننده و یا ننگ‌آور است. اما باید توجه داشت که قدرت داغ‌زنی یک صفت نه در ذات خودش، بلکه ریشه در روابط اجتماعی دارد (Goffman, 1990). استیگما به‌عنوان وضعیت فردی که از پذیرش کامل اجتماعی محروم شده است تلقی می‌شود، و چنین فردی در ذهن مردم از یک «فرد کامل و معمولی» به یک فرد «کم‌ارزش و لکه‌دار» تقلیل می‌یابد.

استیگما به‌عنوان یک واکنش اجتماعی، موجب تباهی و تخریب هویت فرد می‌شود. به عقیده گافمن، هنجارهای موجود راجع به هویت، همان‌گونه که تولیدکننده هم‌نواپی‌اند، می‌توانند موجب تولید انحراف نیز باشند. منبع اصلی استیگما و طرد اجتماعی افراد نابارور، در انحراف آن‌ها از هنجارهای مسلط فرهنگی سنتی است. این داغ می‌تواند به یک صفت (ناباروری)، یک کنش (استفاده از گامت بیگانه) یا یک وضعیت (فرزند دارای تبار دوگانه) متصل شود که در رابطه با موضع این مطالعه انحراف از شیوه رایج والدینی و خویشاوندی است. هنگامی که فرزندآوری با کمک فناوری و به‌ویژه مشارکت شخص ثالث از هنجارهای مسلط فرهنگی نظیر تأکید بر تبار خونی مستقیم و

1. Labeling theory

2. Stigma

3. Social devaluation

4. Self Devaluation

5. Goffman

طبیعی بودن تولیدمثل فاصله می‌گیرد، به‌طور بالقوه قابل استیگما شدن است. این وضعیت به‌عنوان نقص در هویت اجتماعی است و ممکن است فرد را در نظر دیگران «کم‌تر از یک انسان کامل و پذیرفتنی» جلوه دهد.

طرد اجتماعی^۱ گسست روابط اجتماعی است. این امر فرآیندی از کاهش مشارکت اجتماعی، دسترسی و همبستگی است. در سطح اجتماعی، این امر با انسجام یا یکپارچگی ناکافی منعکس می‌شود. در سطح فردی، با کمبود ظرفیت برای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی که به‌طور هنجاری انتظار می‌رود برای معنی دار ساختن روابط اجتماعی انجام شود. در کل معنای اصلی طرد اجتماعی بر فاصله اجتماعی، حاشیه‌ای شدن و یکپارچگی ناکافی تاکید دارد (Ritzer, 2007).

طرد مسئله‌ای مرتبط با درون یا بیرون است، تا مسئله‌ای مربوط به (طبقه) بالا و پایین. به دلیل اینکه طرد مربوط به روابط مخدوش است، همواره دو طرف وجود دارد: طردکننده و همچنین طرد شده. ضمن آنکه طرد چند بعدی و ترکیب محرومیت اجتماعی و اقتصادی است (Ritzer, 2007). بنابراین پویایی فرآیند طرد ناشی از محرومیت چندگانه، گسست پیوندهای خانوادگی و روابط اجتماعی و گم کردن هویت و هدف است. اگر نظریه استیگما بر ترس از نگاه تحقیرآمیز دیگران متمرکز است، نظریه طرد اجتماعی به ترس از کنش‌های عینی و محرومیت‌های ملموسی اشاره دارد که ممکن است در پی آشکارشدن و افشا رخ دهند. طرد اجتماعی فرآیندی است که طی آن فرد یا گروهی به دلیل دارا بودن یک ویژگی خاص، از مشارکت کامل در زندگی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی محروم شده و به حاشیه رانده می‌شود. این محرومیت می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد: از کناره‌گیری و فاصله‌گیری دوستان و آشنایان و شایعه‌پراکنی، تا محرومیت‌های عمیق‌تر مانند ایجاد مشکل برای ازدواج آینده فرزند، قضاوت منفی در محیط‌های آموزشی یا حتی چالش در رسمیت یافتن هویت خانوادگی.

در مجموع نظریه‌های برچسب‌زنی، استیگما (داغ ننگ) و طرد اجتماعی، الگوی تحلیلی مناسبی برای تبیین تصمیم‌گیری افراد در زمینه افشای روش تولد فرزند حاصل از فناوری‌های کمک باروری (به‌ویژه با دخالت شخص ثالث) فراهم می‌آورد. بر اساس این چارچوب، تولد فرزند از مسیری غیر از تولیدمثل طبیعی به‌طور بالقوه مستعد برچسب‌خوردن به‌عنوان وضعیتی «منحرف» از هنجارهای مسلط فرهنگی است. این برچسب‌زنی اجتماعی می‌تواند به فرآیند داغ‌ننگ منجر شود که طی آن والدین نه‌تنها با نگاه تحقیرآمیز و بی‌ارزش‌سازی از سوی دیگران مواجه می‌شوند، بلکه ممکن است این تعریف منفی را در هویت خود درونی کرده و دچار بحران در پذیرش نقش والدی گردند. هم‌زمان، ترس از پیامدهای عینی‌تر این وضعیت، یعنی طرد اجتماعی در قالب گسست روابط خویشاوندی، قضاوت‌های منفی در محیط‌های اجتماعی و چالش‌های هویتی برای فرزند، به‌عنوان عاملی اساسی در شکل‌گیری الگوهای تصمیم‌گیری برای افشا یا پنهان‌سازی ایفای نقش می‌کند. در بستر فرهنگی ایران که تأکید بر تبار خونی و پیوندهای نسبی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، این پژوهش با توجه به نظریات مذکور به واکاوی این پرسش می‌پردازد که تصمیم‌گیری والدین در مورد «افشای هویت بیولوژیک» یا «پنهان‌سازی واقعیت» از فرزند و همچنین مدیریت رابطه با شخص ثالث (اهداءکننده / مادر جانشین) چگونه است.

روش و داده‌های پژوهش

این مطالعه با هدف واکاوی تجربیات و فرآیند تصمیم‌گیری زوجین نابارور در مورد افشای روش تولد به فرزند، با این مطالعه کیفی

1. Social Exclusion

است و از روش تحلیل پدیدارشناسی تفسیری^۱ بهره گرفته است. جامعه آماری پژوهش را افراد ناباروری تشکیل می‌دادند که از طریق تکنولوژی‌های کمک‌باروری مانند لقاح مصنوعی، اهدای گامت یا رحم جایگزین صاحب فرزند شده بودند. مرحله پیدا کردن افراد نمونه و جلب موافقت آن‌ها حدود شش ماه به طول انجامید. با توجه به این که کلیه افراد نمونه، کسانی باید بودند که درمان شده و صاحب فرزند بودند، به همین دلیل عمدتاً ارتباط آن‌ها با مراکز درمان و مطب پزشک قطع شده بود. بنابراین نحوه جستجو و انتخاب نمونه به این صورت مهیا شد که بعد از انتخاب نمونه‌های مورد نظر از چک‌لیست زوجین نابارور درمان شده با آن‌ها تماس گرفته شد و بعد از ارائه توضیحات لازم در زمینه پژوهش، در صورت تمایل و موافقت با شرکت در مطالعه، هماهنگی‌های لازم جهت تعیین وقت و مکان مصاحبه انجام گرفت. البته تعدادی از مصاحبه‌ها توسط رابطین و یا با مشارکت و حضور آن‌ها انجام شد. تعدادی از افراد نمونه نیز به‌صورت گلوله‌برفی شناسایی و در محلی که خودشان تعیین کردند مصاحبه انجام شد.

پس از اطمینان بخشی به محرمانه بودن پاسخ‌ها و عدم گزارش نام افراد در پژوهش، مصاحبه‌ها آغاز شد. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با در نظر گرفتن حداکثر تنوع از نظر سن، مدت ناباروری، نوع روش درمان مورد استفاده و سطح تحصیلات آغاز شد. فرآیند نمونه‌گیری و مصاحبه تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ یعنی تا زمانی که داده‌های جدید، مفهوم یا جنبه تازه‌ای به یافته‌های پژوهش اضافه نکرد. هر مصاحبه با یک سؤال کلی و باز آغاز گردید مانند: «لطفاً از تجربه خود در زمینه تصمیم‌گیری درباره گفتن یا نگفتن روش تولد به فرزندان بگوئید» و با توجه به جهت گفتگو، از پرسش‌های پیگیری و اکتشافی برای عمق بخشیدن به پاسخ‌ها استفاده شد نظیر چه عواملی در این تصمیم بیشترین تأثیر را داشت؟ نگران چه واکنش‌هایی از طرف فرزند یا اطرافیان هستید؟ ارتباطات با اهداءکننده یا مادر جایگزین چگونه است؟ همه مصاحبه‌ها مکتوب شد به‌عبارتی هیچ کدام ضبط نشدند. در مجموع متوسط زمان مصاحبه ۴۵ دقیقه بود. مصاحبه‌ها از اواسط اردیبهشت ۱۴۰۴ تا مهر ۱۴۰۴ ادامه یافت. بر این اساس نمونه شامل ۳۰ فرد نابارور (۵ مرد و ۲۵ نفر زن) با دامنه سنی ۲۸ تا ۵۳ سال است.

برای تحلیل متون مصاحبه‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی استفاده شد. این روش امکان استخراج مفاهیم و الگوها را مستقیماً از خود داده‌ها فراهم می‌کند. فرآیند تحلیل در چند مرحله به شرح زیر انجام پذیرفت. مرحله نخست آشنایی با داده‌ها بود. در این مرحله متن تمام مصاحبه‌های پیاده‌شده بارها و به دقت مطالعه شد تا با کلیت فضای داده‌ها و جزئیات تجارب آشنا شویم. مرحله دوم کدگذاری اولیه یا باز بود. در این مرحله، متن به‌صورت سطر به سطر یا بند به بند بررسی شد و هر عبارت، جمله یا بخشی که حاوی یک ایده، مفهوم یا تجربه مرتبط با سؤال پژوهش بود، شناسایی و با یک برچسب مفهومی (کد) نام‌گذاری شد. این کدها تا حد ممکن به زبان خود مشارکت‌کنندگان نزدیک و توصیفی بودند. مرحله سوم ایجاد مقوله‌های فرعی بود. به این صورت که کدهای تولیدشده که از نظر محتوایی به یکدیگر شباهت داشتند، در گروه‌های مفهومی بزرگ‌تری دسته‌بندی شدند. هر یک از این گروه‌ها به‌عنوان یک مقوله فرعی نام‌گیری و تعریف شد. در نهایت، مقوله‌های فرعی مرتبط از نظر معنایی در یک سطح انتزاعی بالاتر با یکدیگر تلفیق شدند تا مقوله‌های اصلی پژوهش را شکل دهند. کل فرآیند تحلیل به‌صورت چرخه‌ای و بازگشتی بود و هر بار با افزوده شدن داده جدید، کدها و مقوله‌ها مورد بازنگری قرار می‌گرفتند.

1. Interpretive Phenomenological Analysis (IPA)

جدول ۱. مشخصات شرکت‌کنندگان در پژوهش

کد سن	مدت ازدواج	سن همسر	نوع درمان	سن فرزند	دفعات انتقال	سابقه نازایی خانوادگی	تحصیلات	تحصیلات همسر	شغل	شغل همسر
۱ ۳۶	۲۰	۴۰	لقاح آزمایشگاهی	۴	۲	خیر	کارشناسی	کارشناسی	خانه‌دار	نظامی
۲ ۴۰	۱۴	۴۰	تخمک اهدایی	۶	۶	خیر	فوق‌دیپلم	کارشناسی	تکنسین اتاق عمل	مغازه‌دار
۳ ۴۱	۱۹	۴۳	جنین	۳	۲	عمه همسر	کارشناسی	کارشناسی ارشد	کارمند	کارمند
۴ ۳۱	۶	۲۸	تخمک اهدایی	۴ ماه	۳	خیر	کارشناسی	کارشناسی ارشد	مسئول پروژه	خانه‌دار
۵ ۳۳	۱۱	۳۴	تخمک	۸ ماه	۳	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی	خانه‌دار	نظامی
۶ ۳۵	۸	۳۷	رحم جایگزین	۲ سال	۴	خواهر همسر	دکتری	دکتری	هیات علمی	هیات علمی
۷ ۴۶	۱۸	۴۷	جنین	۵	۲	خیر	سیکل	ابتدایی	خانه‌دار	آزاد
۸ ۴۴	۱۵	۴۲	تخمک اهدایی	۵	۲	خیر	ابتدایی	سیکل	آزاد	خانه‌دار
۹ ۳۸	۱۰	۴۰	تخمک اهدایی و رحم جایگزین	۴	۴	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی	وکیل	معلم
۱۰ ۴۲	۲۴	۴۶	جنین	۳	۳	خواهر همسر	سیکل	سیکل	خانه‌دار	آزاد
۱۱ ۴۵	۲۰	۴۳	جنین	۳	۲	خواهر	دیپلم	سیکل	آزاد	خانه‌دار
۱۲ ۴۴	۱۷	۴۷	رحم جایگزین	۳	۵	خیر	کارشناسی	کارشناسی	کارمند بیمه	کارمند بیمه
۱۳ ۲۸	۸	۳۸	اهدایی	۶	۱	خیر	کارشناسی	کارشناسی ارشد	کارمند	وکیل
۱۴ ۳۷	۹	۲۷	لقاح مصنوعی	۶	۲	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی	کارمند	خانه‌دار
۱۵ ۳۱	۷	۳۳	لقاح مصنوعی	۴	۲	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی ارشد	مهندس شرکت	پرستار
۱۶ ۳۵	۱۲	۴۲	جنین	۴	۲	خیر	دیپلم	کارشناسی	خانه‌دار	کارمند
۱۷ ۳۶	۱۴	۴۰	تخمک اهدایی	۴	۳	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی ارشد	کارمند دانشگاه	کارمند
۱۸ ۳۸	۱۶	۴۷	تخمک اهدایی	۴	۲	دختر خاله	دیپلم	سیکل	خانه‌دار	آزاد
۱۹ ۳۸	۱۵	۴۵	تخمک اهدایی	۴	۲	خیر	کارشناسی	کارشناسی	خانه‌دار	آزاد
۲۰ ۳۳	۶	۳۷	جنین	۹ ماه	۷	خیر	کارشناسی ارشد	کارشناسی	معلم	کارمند
۲۱ ۳۹	۱۸	۴۴	تخمک اهدایی و رحم جانشینی	۴	۲	خیر	دیپلم	سیکل	خانه‌دار	آزاد
۲۲ ۴۵	۱۴	۴۷	اهدا جنین	۱	۳	خیر	راهنمایی	ابتدایی	خانه‌دار	دامدار-کشاورز
۲۳ ۳۸	۱۶	۴۷	تخمک اهدایی	۴	۴	عمو	دیپلم	سیکل	خانه‌دار	آزاد
۲۴ ۵۳	۳۰	۴۷	اهدا جنین	۵	۴	خواهر / برادر	ابتدایی	ابتدایی	کشاورز	خانه‌دار
۲۵ ۳۷	۱۴	۳۹	تخمک اهدایی	۲	۶	خیر	کارشناسی	کارشناسی	خانه‌دار	کارمند
۲۶ ۳۸	۱۰	۴۰	تخمک اهدایی	۲	۴	خیر	کارشناسی	کارشناسی	کارمند	کارمند بانک
۲۷ ۳۷	۱۳	۴۱	تخمک اهدایی	۳	۳	خیر	دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	کارگر کارخانه
۲۸ ۳۹	۱۴	۴۲	تخمک اهدایی و رحم جانشینی	۳	۳	خیر	دیپلم	کارشناسی	معلم	معلم
۲۹ ۳۰	۱۰	۳۴	رحم جانشینی	۴	۳	عمه	دیپلم	فوق‌دیپلم	خانه‌دار	کارواش
۳۰ ۳۴	۸	۳۸	تخمک اهدایی	۱	۱	خیر	دانشجوی دکتری	کارشناسی ارشد	کار پاره‌وقت	کارمند

صحت و قابلیت اعتماد پژوهش با چهار معیار اعتبارپذیری^۱، انتقال‌پذیری^۲، قابلیت اطمینان^۳ و تأییدپذیری^۴ تضمین شد. برای دستیابی به قابلیت اعتماد از بررسی همکاران^۵ (ازجمله تیم پژوهشی مطالعه و ناظر علمی) و نیز تأیید مشارکت‌کنندگان^۶ استفاده شد؛ به‌طوری‌که در مرحله کدگذاری، گزاره‌ها و مفاهیم در چند مرحله توسط گروه همکاران بررسی و مطالعه شد و مفاهیم و خرده‌مقوله‌ها چندین بار پالایش و اصلاح شد. همچنان‌که در مطالعه مشهود است، بسیاری از مقولات با ارائه شواهد کافی از متن سخنان مشارکت‌کنندگان تحلیل و تفسیر شدند و در ارائه آن‌ها، با نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان حمایت شدند. باتوجه‌به این‌که جمع‌آوری و تحلیل داده همزمان انجام می‌شد، در برخی موارد، مفاهیم و گزاره‌ها به مشارکت‌کنندگان ارائه و نتایج و برداشت‌ها توسط آن‌ها تأیید شد. با حضور مستمر محقق در میدان پژوهش، مشارکت کافی و تعامل نزدیک با مشارکت‌کنندگان، تنوع مشارکت‌کنندگان تحقیق از نظر سن، تجربه بارداری، تحصیلات، تلفیق داده‌ها و مرور و بازنگری مکرر داده‌ها اعتبارپذیری تحقیق تقویت شد.

تحقیق حاضر در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه یزد با کد اخلاق IR.YAZD.REC.1400.085 به تصویب رسید. علاوه بر دریافت کد اخلاق، در ابتدای هر مصاحبه به شرکت‌کنندگان در مورد اهداف تحقیق توضیحاتی ارائه شد. همچنین به شرکت‌کنندگان گفته شد که آزادانه می‌توانند تصمیم بگیرند که در مطالعه شرکت کنند و هر سؤال را که تمایل نداشتند، پاسخ ندهند. علاوه بر آن چنانچه هر زمان خواستند که مصاحبه را متوقف کنند، نیز مختار هستند. رعایت اصل گمنامی مشارکت‌کنندگان از مهم‌ترین مسائل تحقیق حاضر بود. بدین منظور به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که آن‌ها گمنام خواهند بود. مشخصات افراد شرکت‌کننده در جدول ۱ ارائه شده است.

یافته‌های پژوهش

براساس تحلیل داده‌های مصاحبه، تجربیات و تصمیم‌گیری‌های مشارکت‌کنندگان در دو بخش ارائه می‌شود. بخش نخست به مدیریت اطلاعات و تصمیم زوجین به افشا یا عدم افشای روش تولد به کودکان اختصاص دارد و بخش دوم به تصمیمات زوجین در برقراری یا قطع ارتباط با اهداءکننده/مادر جایگزین می‌پردازد. در ادامه، یافته‌های مربوط به هر دو بخش به تفصیل و با استناد به گفتار مشارکت‌کنندگان تشریح می‌گردد. چارچوب مقوله‌بندی پژوهش نیز در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است.

۱) تصمیم‌گیری برای افشای نحوه تولد

تجربیات شرکت‌کنندگان، سه الگوی متمایز در تصمیم‌گیری برای افشای نحوه تولد به کودک را آشکار ساخت: الگوی عدم افشا، الگوی تردید و بلا تکلیفی، و الگوی تمایل به افشا. مفاهیم خرده مقوله‌ها و مقوله‌های اصلی مرتبط با تصمیم‌گیری درباره افشا یا عدم افشا در جدول ۲ ارائه شده است.

1. Credibility
2. Transferability
3. Dependability
4. Confirmability
5. Peer review
6. Member checking

جدول ۲. مفاهیم، مقوله‌های فرعی و مقوله‌های اصلی مرتبط با تصمیم‌گیری درباره افشا یا عدم افشا

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم
تمایل به افشا		
- مسئولیت آگاهانه والدگری - صداقت و اعتمادسازی - افشای ناگزیر		آشکار نمودن هویت در زمان و سن مناسب فرزند، با مشاوره و مطالعه و بازگویی تدریجی، گفتن مشکلات و بیان ناگزیر شدن، بیان حقیقت در صورت مجبوری، اذعان به مشکل رحم، مشورت با متخصص بازگو کردن حقیقت زیر نظر مشاور، بیان واقعیت، راستگویی به‌عنوان ارزش، ساختن رابطه صادقانه با کودک، پیشگیری از شنیدن از دیگران، شنیدن از زبان خومان بهتر از دیگران تفاوت چهره آشکار، تفاوت چهره رنگ مو و چشم، بازگویی به دلیل اطلاع اطرافیان، توضیح واضح و کامل، ناتوانی برای پنهان‌سازی به دلیل فرزندآوری بعد از ۲۰ سال، پنهان نشدن به دلیل چندقلوایی، کنجکاوی و سئوالات اطرافیان
پنهان‌سازی حقیقت با هدف محافظت		
- محافظت از کودک در برابر انگ و آسیب روانی - اولویت‌دادن به والدگری عاطفی بر ژنتیک - حفظ انسجام و آرامش خانواده		ترس از شوک روحی کودک، نگرانی از اختلال در هویت، پیشگیری از احساس بی‌ارزشی یا غیرعادی بودن، ترس از برچسب فرزند نامشروع خوردن کودک، باخبر نکردن از خبر کاشت به دلیل ترس از مسخره کردن کودک خودم به دنياش آوردم، من بزرگش کردم، بزرگ کردن تا آخر عمر، سعی بر فراموشی، عادی شدن به مرور زمان، تأکید بر پرورش به جای تولد مخالفت همسر برای گفتن، جلوگیری از تنش خانوادگی، شکاف روابط خانوادگی، بی‌اعتنایی اطرافیان، حفظ روابط بین والدین، نگرانی از سرزنش و قضاوت اقوام نزدیک
عدم اطمینان و تردید		
- اجتناب از تصمیم‌گیری - تعارض بین حق کودک و ترس از عواقب		عدم تصمیم‌گیری، پیدا نکردن راه درست، به تفاهم نرسیدن با همسر، فکر نکردن به موضوع، طفره رفتن از موضوع، عدم تمایل به فکر کردن هنوز فکر نکردیم، بگذارید آینده مشخص شود، صحبت نکردن با همسر درباره موضوع حقشه ولی نگرانیم، دوگانگی بین اخلاق و مصلحت، حق قانونی فرزند، پس زدن بچه، ترس از واکنش بچه و خراب شدن رابطه

۱-۱. الگوی تمایل به افشا

الگوی تمایل به افشا بیانگر پذیرش واقعیت روش تولد و برنامه‌ریزی آگاهانه برای بازگو کردن آن به کودک است. این الگو عمدتاً در میان افرادی مشاهده شد که در سنین بالاتر صاحب فرزند شده بودند، از رحم جایگزین استفاده کرده بودند، یا در محیط‌های اجتماعی کوچک و محله‌های شناخته‌شده زندگی می‌کردند یا رفت‌وآمد داشتند که پنهان‌سازی دائمی را غیرممکن می‌ساخت. محرک‌های اصلی در

این الگو را می‌توان در سه مضمون اصلی شامل صداقت و اعتمادسازی، مسئولیت آگاهانه والدگری، و افشای ناگزیر ناشی از تفاوت‌ها و شواهد عینی آشکار دسته‌بندی کرد.

مضمون صداقت و اعتمادسازی به اهمیت راستگویی و اعتماد اعضای خانواده به یکدیگر اشاره دارد. برخی از شرکت‌کنندگان در مورد این مضمون، افشا را نشانی از صداقت و لازمه تحکیم رابطه و پیوند خانوادگی می‌دانستند. آنان نگران بودند که پنهان‌کاری به مرور زمان به اعتماد اعضای خانواده نسبت به یکدیگر لطمه بزند. همان‌طور که شرکت‌کننده شماره ۴ بیان کرد:

«نمی‌شه پنهون کرد خودم هم می‌خوام از اول رابطه‌مون با فرزندم راست و حسینی باشه، نمی‌خوام یه روز با برملا شدن این راز تمام اعتمادش به خودمو از دست بده... اگر از زبون خودم بشنوه بهتره می‌بینم ما باهاش روراستیم، اونم می‌پذیره می‌گم رحمم مشکل داشت یا که مریض بودم نمی‌تونستم بچه سالم داشته باشم»

شرکت‌کننده شماره ۲۰ به نگرانی‌اش از مطلع شدن فرزند در مورد هویتش اشاره دارد و بیان می‌کند ممکن است کسی در مورد مشکلات ناباروری آن‌ها به فرزندشان چیزی بگوید و آرامش ذهنی بچه و آن‌ها را به هم بریزند.

«دهن مردم را نمی‌شه بست، همیشه یه سری آدم هستند بدشون نیماه به زندگی بقیه سرک بکشند، کافیه به بچه ما هم بگن پدر و مادرت سال‌ها دنبال دوا درمون بودن، الان هم که همه از این روش‌ها مطلعند، ممکنه این بچه هم به شک بیفته بخواد آزمایش بده تست بده تا همه چیزو بفهمه».

این شرکت‌کننده می‌گوید این موضوع بارها دغدغه ذهنی او شده و گاهی شب‌ها حتی کابوس می‌بیند که بچه را از وی گرفتند. این زن ادامه می‌دهد:

«به شوهرم می‌گم بیا از این شهر کلا بریم جایی که هیچ کی ما رو نشناسه ولی اون میگه بالاخره چی؟ نمی‌شه که با همه قطع ارتباط کنیم، حتی گاهی می‌گم کاش این‌طوری با سرنوشت این بچه بازی نمی‌کردیم ولی به هر حال خودمون حقیقت را بگیم خیلی بهتره تا اینکه برملا بشه».

مضمون مسئولیت آگاهانه والدگری نوعی افشای برنامه‌ریزی‌شده را دلالت می‌کند. این گروه از زوجین تصمیم داشتند از طریق مشورت با متخصصان (روانشناس، مشاور)، انتخاب زمان مناسب (معمولاً سنین پایین‌تر کودکی) و با به‌کارگیری زبان و مهر مادرانه آن را به کودک اطلاع دهند. به عنوان مثال، شرکت‌کننده شماره ۲۷ می‌گوید:

«با مشاور مرکز صحبت کردیم. گفت می‌تونید در قالب داستان ماجرا را به تدریج بگید مثلاً بگیم دکترها به مامان کمک کردن تا تو به دنیا بیای. به مرور و وقتی بزرگتر شد، جزئیات بیشتر رو بگیم. تو سن پایین واکنش منفی یا هیجانی نداده چون بالاخره الان که بچه است وابستگی بیشتری به ما داره وقتی هم بزرگ بشه با یک موضوع جدید مواجه نمی‌شه»

در نهایت مضمون افشای ناگزیر از شرایط عینی و خارج از کنترل زوجین نشأت می‌گیرد. در این موارد، تصمیم به افشا بیشتر یک واکنش تطبیقی به واقعیت‌های غیرقابل انکار یا غیرقابل مخفی کردن است عواملی همچون بالا بودن سن والدین در زمان تولد، تفاوت فاحش ظاهری بین کودک و والدین، آگاهی بستگان و همسایگان و مواردی مانند چندقلوایی یا رحم جانشینی، پنهان‌سازی را ناممکن یا

بسیار پرریسک می‌سازد. این افراد نیز بیان داشتند که با توجه به اطلاع دیگر افراد ترجیح می‌دهند بعد از مشورت با روانشناس و مشاور، هویت فرزند را در زمان مناسب بازگو کنند. شرکت‌کننده شماره ۷ که ۴۵ سال دارد می‌گوید:

«الان شش سالشه سال بعد باید بره مدرسه، همه هم سن و سال‌هاش نهایت مادرپدرشون ۳۰ سال دارند... ما هم سن مادر بزرگ اونا هستیم، با خودم می‌گم نکنه بقیه چیز ی بگن مجبور شم ماجرا را براشون بگم».

شرکت‌کننده شماره ۲۲ در این باره بیان داشت: ما بعد از این همه سال بچه‌دار شدیم بعد هم تو محیط روستا همه از همدیگه مطلع‌اند نمیشه پنهونش کرد». شرکت‌کننده شماره ۲۷ هم می‌گوید:

«خوب خیلی‌ها در جریان هستند بعید میدونم بشه پنهون بمونه بالاخره یکی بهش میگه ترجیح میدهم تا کوچیکه بهش بگم که بدتم ضعیف بود دکترها کمک کردن تو به دنیا بیای، اما وقتی بزرگتر شد حتما جزئیات کامل رو بیان می‌کنیم».

شرکت‌کننده شماره ۲۰ نیز به تفاوت‌های ظاهری توجه دارد و در این باره می‌گوید: «بعد تولد هر کی اومد زوم می‌کرد روی چهره یکی می‌گفت اصلا شبیه نیست یکی می‌گفت معلوم نیست شبیه کی هست....» شرکت‌کننده شماره ۱۳ نیز بیان داشت:

«اولین چیز که برام مهمه بود، گروه خونیش بود که خوب با من یکی بود و بر همین اساس هم انتخاب شد. بعد هم ظاهرش... ظاهرش اصلا شبیه نیست منتها چشاش رنگیه خواهر شوهرم میگه مادر بزرگش چش رنگی بوده و منم همینو همه جا می‌گفتم که شبیه مادر بزرگ همسرم شده».

این شرکت‌کننده بیان داشت ممکن است این تفاوت در آینده برای فرزندشان سؤال‌برانگیز شود و دلیلی برای شک و تردید شود بنابراین ترجیح می‌دهد خودشان در سن مناسب این حقیقت را فاش کنند. بنابراین در مواردی که تفاوت‌های ظاهری والدین با فرزند حاصل از این فناوری‌ها نیز زیاد بود، زوجین همواره نگران این موضوع بودند که عدم شباهت ظاهری با والدین، موضوع افشا شود. زیرا عدم تشابه ظاهری برای فرزند آن‌ها سؤال‌برانگیز شده و به نظرشان با بزرگ شدن فرزند این تفاوت‌ها بیشتر مشخص خواهد شد و ممکن است والدین را مجبور به افشاء راز اهداء کند.

۲-۱. الگوی عدم افشا

گروهی از شرکت‌کنندگان به‌طور قاطع تصمیم به عدم افشا داشتند. در این الگو، زوجها افشای روش تولد را نه به‌عنوان یک حق یا ضرورت، بلکه به‌عنوان تهدیدی بالقوه برای سلامت روان کودک، انسجام خانواده و نقش والدینی خود ارزیابی می‌کردند. سه مقوله فرعی شامل محافظت از کودک در برابر انگ اجتماعی و آسیب‌های روانی، اولویت‌دادن به والدگری عاطفی بر پیوند ژنتیکی، و حفظ آرامش و وحدت درونی خانواده از دلایل این تصمیم آن‌ها بود. این گروه از شرکت‌کنندگان نگران پیامدهای روحی- روانی و اجتماعی فرزند بودند. از نظر آن‌ها اطلاع از این واقعیت باعث می‌شود فرزند آن‌ها دچار بحران هویت شود و در مورد اصل و نسب و هویت خودش به شک و تردید بیفتد. چندین نفر اگرچه اطلاع از هویت واقعی را از حقوق فرزند می‌دانستند، ولی اصلاً تصمیم نداشتند حقیقت را برای فرزندشان آشکار کنند. آن‌ها این حق را در تعارض جدی با آرامش روانی کودک و انسجام خانواده می‌دیدند و تصمیم مبتنی بر عدم افشا را برای آرامش روح و روان فرزندشان ضروری می‌دانستند. شرکت‌کننده شماره ۸ بیان داشت:

«حقشه که بدونه، ولی همین که بفهمه با بقیه فرق داره، ممکنه احساس کمبود کنه، اعتماد به نفسش را از دست بده یا فکر کنه ما اونو دوست نداریم یا اونو رها می‌کنیم. دیگه آرامشش به هم میخوره».

شرکت‌کننده شماره ۲۳ می‌گوید:

«حقشه، منم موافقم. اما می‌خوام بگم به خاطر خودشون نباید گفته بشه همسر من هم همین فکر را داره میگه نباید رؤیا و آینده این بچه‌ها را خراب کنیم».

مضمون اولویت‌دادن به والدگری عاطفی بر پیوند ژنتیکی، یکی دیگر از مقولات فرعی بود و در بین افرادی صدق می‌کرد که تلاش داشتند به جای تمرکز بر اتصال ژنتیکی کامل به مراقبت و محبت کردن و مهر پدر-مادر و فرزند ارزش و اهمیت بدهند. نقل قول‌ها و عبارت‌های زیر نشان می‌دهد که گرچه عدم اتصال ژنتیکی برای افراد حقیقت آشکاری است، اما با اشاره و تمرکز بر اهمیت پرورش و بزرگ کردن فرزند توسط والدین ضرورتی بر افشا نحوه تولد نمی‌دیدند.

«خودم به دنیاش آوردم. تو بدن خودم چون گرفته» (شرکت‌کننده شماره ۳۰). «من بزرگش کردم تو دامن من رشد کرد» (شرکت‌کننده شماره ۹). «به خانمم هم می‌گم فکر اینونکن که جه جوری صاحب اولاد شدیم، الان باید به این فکر کنیم چطوری تربیتش کنیم» (شرکت‌کننده شماره ۱۱).

جملاتی مانند «مادر پدرش همونیه که بزرگش کرده» «من بهش شیر دادم، شب‌ها بیدار شدم» یا «تو دامن من رشد کرد» بارها در مصاحبه‌ها تکرار شد. اهمیت زیاد این افراد به والدگری اجتماعی-عاطفی، نوعی مقابله با باورها و ارزش‌های فرهنگی است که بر تبار خونی تأکید دارد. آن‌ها با این استدلال، عدم افشا را لازمه ساخت هویت و رابطه والدینی-فرزند می‌دانستند. شرکت‌کننده شماره ۱۹ نیز بیان داشت که طرح این مباحث هیچ فایده‌ای ندارد و جز پریشانی برای فرزند و کل خانواده نتیجه‌ای ندارد:

«شرعی و قانونی بخوام بگم بچه حق داره اصل و نسبش را بدونه، اما باباش که بابای خودشه منم که نه ماه از گوشت و خونم تغذیه کرده دیگه دلیلی برای گفتن نداره این بچه هم هیچی ندیده گفتنش چه فایده‌ای داره هیچی جز پریشانی برا اون و ما».

مقوله فرعی سوم حفظ انسجام و آرامش خانواده است. از نظر تعدادی از شرکت‌کنندگان، افشا می‌تواند موجب بدبینی، سوءظن و تنش و اختلافات خانوادگی و حتی خویشاوندی شود. آن‌ها خانواده را به‌عنوان پناهگاه امنی در نظر داشتند که قرار است در برابر فشارهای بیرونی از همه اعضا محافظت کند. آن‌ها افشا را عملی بی‌فایده و صرفاً منبع پریشانی و برهم خوردن آرامش و وحدت خانواده و کاهش امنیت روانی عاطفی تلقی می‌کردند.

۳-۱. الگوی تردید

سومین الگو، وضعیت بلاتکلیفی و تنش مداوم را نشان می‌داد. برخلاف دو الگوی دیگر که در آن افراد تصمیم نسبتاً مشخصی اتخاذ کرده‌اند، این دسته از افراد در دوراهی بین حق کودک و ترس از عواقب و پیامدهای احتمالی افشا معلق بودند و قادر به تصمیم‌گیری نهایی نبودند. برخی از آنها بیان کردند که هنوز به این موضوع به‌طور جدی فکر نکردند. برای نمونه شرکت‌کننده شماره ۳ می‌گوید:

«ببینید من الان می‌گم نمی‌گم، اما واقعا نمی‌دونم آینده چی میشه. شاید یه اتفاق همه چی رو برملا کرد. بنابراین باید منتظر باشیم ببینیم چی میشه، ما هیچ وقت فکر نمی‌کردیم روزی برسه بچه‌ای داشته باشیم که ژنش مال کسی دیگه است. از کسی دیگه ارث می‌بره به کسی دیگه محرمه یا حتی جای دیگه خواهر و برادری داره ولی همه این‌ها اتفاق افتاده و نمی‌دونیم باید این بچه بدونه یا نه! گفتنش زندگی شو شاید بهم بریزه شاید هم نه».

شرکت‌کننده شماره ۴ نیز اشاره می‌کند که آن‌ها در مورد افشای هویت واقعی به فرزند خود تردید دارند:

«گاهی می‌گم بگیم، گاهی می‌گم نگیم، بگیم چی میشه، اصلاً آیا لزومی داره بفهمه، خودمو جای بچه میذارم می‌گم حقه بدونه. اما نمی‌دونم واکنشش چیه تو فیلم‌ها زیاد دیدیم، بچه‌هایی که به سرپرستی یه خانواده دراومدن، بعد دنبال خانواده خودشون رفتند. این فکرها خیلی ذهنم را درگیر کرده، واقعیتش دوست ندارم اصلاً بهش فکر کنم».

شرکت‌کننده شماره ۲ نیز که پس از شش مرحله انتقال جنین، صاحب فرزند شده و در حال حاضر دارای فرزند دوقلو می‌باشد، ترجیح می‌دهد به نحوه تولد فکر نکند و می‌گوید:

«دیگه آخری که گرفت خیلی خوشحال بودم خدا را شکر می‌کردم، اصلاً یادم نبود که مصنوعیه فکر می‌کردم طبیعی، سعی کردم فراموش کنم چطوری به وجود آمده، برای همین حتی بهش فکر هم نمی‌کردم. شنیده بودم به هر چی فکر کنی همون میشه. درسته در اصل تخمک یکی دیگه است، اما از گوشت و جون من تغذیه کرد حالا معلوم نیست آینده چی بشه».

۲) اجتناب کامل از اهداءکننده و مادر جایگزین

یکی از یافته‌های محوری تحقیق، اتخاذ تصمیم قاطع اجتناب و قطع هرگونه ارتباط با اهداءکننده گامت یا مادر جایگزین بود. جدول ۳، مفاهیم، خرده‌مقوله‌ها و مقوله‌های فرعی مربوط به ارتباط زوجین با اهداءکنندگان را که در مقوله اصلی اجتناب کامل از اهداءکننده / مادر جانشین قابل تجمیع و احصاء است نشان می‌دهد.

نظر همه افراد شرکت‌کننده در تحقیق مبنی بر عدم تمایل به برقراری ارتباط با افراد اهداءکننده و مادر جانشین بود. آن‌ها این تصمیم را از دو جهت مثبت می‌پنداشتند: یکی از منظر پیوندهای خانوادگی و دیگری برای احساس تعلق فرزند به خانواده بود. از نظر برخی از افراد، همه این روش‌های درمان برای این است که باری از مشکلات خانواده‌ها کم شود و به زوجین نابارور کمک شود تا با درمان ناباروری بتوانند نهاد خانواده را حفظ کنند. مراکز درمانی نیز سعی می‌کنند افراد ناشناس باقی بمانند و تاکید می‌کنند که طرفین با همدیگر تعاملی نداشته باشند. از نظر آن‌ها چنانچه اهداءکننده یا مادران جانشین بخواهند ارتباط مستمر داشته باشند و یا حتی هویت آن‌ها برای‌شان آشکار گردد، احتمال بروز کشمکش‌های خانوادگی، برملا شدن اسرار زندگی، احساس سوءظن و بدگمانی زوجین به یکدیگر وجود دارد.

جدول ۳. مفاهیم، خرده‌مقوله‌ها و مقوله‌های اصلی پیرامون ارتباط با اهداءکنندگان (اهداءکننده / مادر جانشین)

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم
- اجتناب کامل از اهداءکننده / مادر جانشین - تقویت پیوندهای خانوادگی - تقویت احساس تعلق فرزند به خانواده	اقدامات برای تضمین پنهان‌سازی	تغییر محل سکونت/شماره تلفن، قطع هرگونه تماس پس از زایمان، عدم پیگیری از مرکز درمان
	تقویت پیوندهای خانوادگی	ایجاد اختلال در زندگی، برملا شدن اسرار زندگی، یادآوری روزهای سخت زندگی، تضعیف روابط خانوادگی؛ ترس از واکنش کودک و از بین رفتن حرمت‌ها، نگرانی از بی‌اعتمادی کودک، ترس از طرد شدن توسط فرزند؛ حفظ حریم خانواده، ترس از ورود غریبه به حریم خانواده، زیرسؤال رفتن ما، نگرانی از شایعات و حرف و حدیث‌ها
	تقویت احساس تعلق فرزند به خانواده	مشکلات روحی و شخصیتی برای فرزند، وابستگی فرزند به اهداءکننده و مادر جانشین، از دست دادن فرزند، بی‌اعتمادی فرزند به خانواده، جلوگیری از وابستگی به اهداءکننده، کاهش احساس تعلق به خانواده اصلی، ترس از دوگانگی هویت کودک

شرکت‌کننده شماره ۱۲ این ترس را این‌گونه بیان کرد:

«ببینید ما این همه سال زجر کشیدیم حالا زندگی مون تازه رنگ و بو گرفته... اگه قرار باشه این ارتباط ادامه داشته باشه مطمئناً استرس و دگرانی باز هم هست این دفعه حتی بدتر میشه، چون ممکنه بچه به اون‌ها وابسته بشه و یا اون‌ها بخوان بچه را بگیرن، کل زندگی ما از هم می‌پاشه با این سختی این زندگی را نگه داشتیم باز دوباره مشکلات بدتر سراغ مون میاد».

شرکت‌کننده شماره ۶ بیان داشت:

«همه این‌ها برای این بود که مشکل ما حل بشه این طوری مشکلات بیشتر هم میشه اون جوری دردمون این بود که بچه نداریم با این کار همه زحمات را به باد می‌دیم، معلومه که باید فاتحه این زندگی رو بخونیم نه دیگه اون بچه ارامش داره نه ما... دیگه حریم این خونه شکسته میشه».

دلیل دیگر برای عدم تمایل ارتباط با اهداءکننده یا مادر جانشین، مربوط به فرزند بود. از نظر همه شرکت‌کنندگان ارتباط با این افراد باعث می‌شود فرزند آن‌ها خود را در محیط خانواده بیگانه بداند و احساس دلبستگی و تعلق خاطرش به آن‌ها کم شود. شرکت‌کننده شماره ۱۶ می‌گوید:

«من همش تا یکی دوسال اول ذهنم درگیر بود نکنه جایی این‌ها هم را ببینند و بلاخره از خون هم هستند سریع به هم وابسته می‌شند، ترس ما از اینجا بود که یه بار این‌ها به خانم رابط تماس گرفته بودند و سراغ ما را گرفتند تا مدتی خیلی بهم ریختیم».

شرکت‌کننده شماره ۲ می‌گوید:

«من لزومی نمی‌بینم اینا با ما ارتباط داشته باشند، قطعاً اون‌ها هم همینو می‌خوان، نتیجه این ارتباط جز دردسر چیزی نیست. بچه دو هوا میشه، گناه داره ما به دنیا آوردیمش که هم زندگی خودمون رونق بگیره هم برای اون بچه».

در مواردی، تلاش مادر جایگزین برای تداوم ارتباط (مانند پیشنهاد شیردهی) به منزله تعرض به تمامیت نقش مادری و تهدید برای تصاحب فرزند تفسیر می‌شد و با واکنش شدید دفاعی مواجه می‌گشت. شرکت‌کننده شماره ۲۸ می‌گوید:

«اون خانم بدش نمی‌اومد، حتی این آخرها می‌گفت بذار من پیام شیر بدم، برایش مادری کنم، خیلی بدم اومد. اخه اصلاً قرار نبود این حرف‌ها باشه. بهش گفتم تو پولتو بگیر و برو خودت بچه داری. بذار ما هم زندگی مون را بکنیم. گفت پس من چی منم مادرشم... گاهی می‌ترسم نکنه یه روزی بیاد سراغ بچه‌ام، بچه‌امو از من بگیره....».

در حقیقت موضوع پیگیری و ارتباط اهداءکنندگان با فرزند، دغدغه افراد شرکت‌کننده در تحقیق بود. برخی از آن‌ها به کابوس‌های شبانه خود اشاره داشتند و یا نگران بودند که ممکن است طی یک رخداد شرایط طوری شود که این حقایق آشکار شود. از این رو اجتناب از ارتباط با اهداءکننده و مادر جانشین تصمیم قاطعی بود که در آن زوجین با قطع هرگونه ارتباط با اهداءکننده/مادر جایگزین، مراکز درمان، سعی در حذف فیزیکی و نمادین شخص ثالث از زیست‌جهان خانواده خود دارند. هدف نهایی این تصمیم، تحکیم بی‌چون‌وچرای مرزهای خانواده، تقویت احساس تعلق انحصاری فرزند و رفع تهدیدات بیرونی بر آرامش و وحدت خانواده است. برای تحقق این اهداف و تضمین قطع ارتباط، زوجین زیادی هم محل سکونت و هم شماره تلفن خود را تغییر دادند تا بتوانند در گمنامی فرزند خود را بزرگ کنند. حتی آن‌هایی که از طریق رحم جانشینی صاحب فرزند شدند و طی ماه‌های بارداری با مادر جانشین ارتباط داشتند، بیان کردند بعد از زایمان ارتباط آن‌ها قطع شده است و تمایلی به ادامه رابطه نداشتند.

۳) سنتز یافته‌ها و مقوله محوری

همان‌طور که در جدول ۲ و ۳ می‌بینیم، تحلیل تجربیات شرکت‌کنندگان، چهار الگوی کنشی متمایز را در قبال دو چالش اصلی افشای نحوه تولد و ارتباط با اهداءکننده آشکار ساخت. در بافت فرهنگی شهر یزد، از ورای این الگوهای به ظاهر متنوع از پنهان‌کاری کامل تا افشای برنامه‌ریزی‌شده، یک منطق محوری را می‌توان شناسایی کرد. در حقیقت هسته مشترک تمام این الگوها و کلیه تصمیمات و راهبردهای اتخاذشده توسط زوجها ذیل مفهوم «صیانت و محافظت از خانواده» قابل فهم و تفسیر می‌باشند. در این منطق، خانواده به‌عنوان نهاد مقدس و آسیب‌پذیر، نیازمند مراقبت در برابر تهدیدات بیرونی (انگ و طرد اجتماعی) و درونی (تنش و گسست) فرض می‌شود. این محافظت، هم شامل حریم خصوصی خانواده در برابر قضاوت اجتماعی می‌شود و هم تلاش برای تحکیم پیوند عاطفی والد-فرزند است. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که زوجها نابارور در این مطالعه، فرآیند تصمیم‌گیری و مدیریت رازداری و اجتناب از رابطه با اهداءکننده را به مثابه عملی استراتژیک برای حراست، تحکیم و تداوم بخشی به نهاد خانواده در بافت فرهنگی خاص شهر یزد اتخاذ کردند تا بتوانند کنترل بیشتری بر خانواده داشته و آن را از خطرات احتمالی بالقوه حفظ کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش که با هدف واکاوی فرآیند تصمیم‌گیری زوج‌های نابارور برای افشای شیوه تولد فرزند و ارتباط با اهداءکنندگان متمرکز بود سه الگوی متمایز تصمیم‌گیری درباره افشا شامل «عدم افشا»، «تردید» و «تمایل به افشا» و یک الگوی قاطع اجتناب و قطع ارتباط با اهداءکنندگان را نشان داد.

محرك اصلی در الگوی «عدم افشا» و همچنین دغدغه مشترک در الگوی «تردید»، ترس از قضاوت اجتماعی و تلاش برای حفظ محرمانگی به‌عنوان محافظتی در برابر انگ احتمالی است که در چارچوب نظریه انگ گافمن به‌خوبی قابل درک است. شرکت‌کنندگان در این مطالعه نگران بودند که افشای راز، موجی از پرسش‌ها و قضاوت‌های اجتماعی را به‌سوی کودک و خانواده سرازیر کند. این نگرانی در جامعه‌ای که بر تبار خونی و شباهت فیزیکی تأکید دارد، می‌تواند به عاملی تعیین‌کننده در این تصمیم تبدیل شود. این یافته، مؤید نظریه برچسب‌زنی و استیگما است. ترس شرکت‌کنندگان از قضاوت شدن و برملا شدن راز، که آنان را به پنهان‌کاری سوق می‌داد، دقیقاً بازتاب همان فرآیندی است که [گافمن \(۱۴۰۰\)](#) شرح می‌دهد که چگونه یک صفت (در اینجا، ناباروری و روش درمان) می‌تواند فرد را از «فردی کامل و معمولی» به فردی «کم‌ارزش و لکه‌دار» در دید جامعه تقلیل دهد. شرکت‌کنندگانی که مصلحت کودک و خانواده را در پنهان‌کاری مطلق می‌دیدند همواره نگران بودند که به خود یا فرزندان‌شان برچسب غیرعادی بودن، متفاوت بودن، وارد شود و یا شایعاتی در مورد حلال یا حرام بودن شیوه تولد فرزند منتشر شود. آن‌ها با اتخاذ الگوی تصمیم‌گیری عدم افشا و رازداری در حقیقت در حال مدیریت استیگما و اجرای یک راهبرد انطباقی برای حفظ هویت اجتماعی بالقوه آسیب‌پذیر و مقبول جامعه بودند. این یافته مؤید مطالعات پیشین داخلی است که محرمانگی را پاسخی ضروری به انگ پیرامون ناباروری و درمان‌های اهدایی می‌دانند. این بخش از یافته‌ها همسو با یافته‌های مطالعه [لطیف‌نژاد رودسری و همکاران \(۱۳۹۲\)](#) و مطالعه [عباسی‌شوازی و همکاران \(۱۳۸۵\)](#) است. [عباسی‌شوازی و همکاران \(۱۳۸۵\)](#) نیز در مطالعه خود نشان دادند زنانی که روش درمانی آن‌ها اهدای تخمک بود، بیان داشتند که در صورت افشا برچسبی که تاکنون به آن‌ها به‌عنوان یک فرد نابارور خورده است، به فرزند آن‌ها نیز به‌عنوان فرزند نامشروع منتقل شده و مشکل فرزندشان چندین برابر بیشتر از مشکلاتی که آن‌ها تاکنون داشته‌اند، خواهد بود.

در مقابل، الگوی تمایل به افشا عمدتاً از روی ناگزیری مانند آگاهی عمومی اطرافیان در محیط‌های کوچک و یا سن بالای والدین شکل گرفته بود. این یافته نشان داد زمانی که امکان پنهان‌سازی از بین می‌رود، برخی زوجین سعی می‌کنند با افشای برنامه‌ریزی‌شده اوضاع را کنترل کنند. این موضوع با رویکرد مبتنی بر حق کودک برای دانستن هویت که در مطالعاتی مانند [کانزی و همکاران \(۲۰۱۹\)](#) بر آن تأکید شده، تفاوت دارد. انگیزه اصلی نه الزاماً احقاق این حق، بلکه بیشتر کنترل یک موقعیت اجتناب‌ناپذیر و پیش‌دستی کردن بر افشای ناخواسته و بعضاً تحقیرآمیز و طرد اجتماعی قریب‌الوقوع بود. این امر نشان می‌دهد که آن‌ها با این اقدام می‌خواهند از پیامدهای طردکننده احتمالی، خود و یا فرزندشان را محافظت و مراقبت کنند.

الگوی تردید و بلاتکلیفی نوعی دیگری از الگوی تصمیم‌گیری بود که می‌تواند از یک‌سو برآمده از گفتمان جهانی حقوق کودک باشد ([شعبان، ۱۴۰۱](#)) و مانند مطالعه [کانزی و همکاران \(۲۰۱۹\)](#) افشا را برای رشد سالم هویت کودک ضروری بداند و یا اینکه ناشی از ترس و اضطراب از عدم تشابه ظاهری و تلاش فرزند برای کشف هویت باشد. از سوی دیگر، هنجار مسلط خانواده‌محوری که بر وحدت خانواده، صیانت از خانواده و پرهیز از هر نوع تنش تأکید دارد، از این‌رو این شرایط موجب می‌شود که افراد درباره آشکارسازی شیوه درمان در وضعیت تردید بسر ببرند. بنابراین حالت بلاتکلیفی، تعلیق، عدم اطمینان و اجتناب از فکرکردن که شرکت‌کنندگان در این مطالعه گزارش

کردند، نشانه‌ای از اضطراب نقش و ناتوانی در یافتن یک راهبرد صریح است. این یافته با نتایج [هرشبرگر \(۲۰۲۱\)](#) که الگوی «تناقض در افشا» را شناسایی کرد و با مطالعاتی مانند [بیکر و همکاران \(۲۰۰۵\)](#) که اکثریت زوجین را در حالت بلاتکلیفی یا تمایل به افشا در آینده نشان داد، همخوانی دارد.

یافته مهم و کم‌تر مورد توجه در پژوهش‌های پیشین، تصمیم قاطع اجتناب و قطع ارتباط با اهداءکننده/مادر جایگزین و پزشک و مراکز درمان بود. این یافته، که در تجربه همه شرکت‌کنندگان، صرف نظر از الگوی افشا، مشترک بود، از حساسیت فوق‌العاده زوجین نسبت به تمامیت و مرزهای خانواده جدید حکایت دارد. همان‌طور که شرکت‌کنندگان در تحقیق بیان کردند، هرگونه ارتباط به منزله تهدیدی برای احساس تعلق کودک، انسجام درونی خانواده و نقش بی‌بدیل والدگری آنان تلقی می‌شد. این موضوع را می‌توان در چارچوب نظریه طرد اجتماعی تفسیر کرد، به این معنا که زوجین با طرد «دیگری» (اهداءکننده/مادر جایگزین) از حریم خصوصی خود، تغییر محل سکونت و یا شماره تلفن در پی تحکیم هویت و یکپارچگی درونی خود به‌عنوان یک خانواده کامل و مستقل هستند. این تصمیم نشان می‌دهد که دغدغه آنان فراتر از مدیریت اطلاعات است و به بازبینی و بازاندیشی در روابط و حذف هرگونه عامل تهدیدکننده ثبات عاطفی خانواده نیز تسری می‌یابد. در مجموع تحلیل یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که علی‌رغم تنوع ظاهری در الگوی تصمیم‌گیری، یک منطق محوری، یعنی صیانت از خانواده بر کلیه تصمیمات و کنش‌های زوجین ناباور حاکم است و زوجین با هدف صیانت از حریم خانواده و تحکیم نهاد خانواده گاه به‌صورت دفاع در برابر انگ از طریق پنهان‌کاری، گاه به شکل افشا با هدف پوشش‌گیری از طرد و انگ بالقوه عمل می‌کنند.

با این حال چنانچه از نقل قول‌های افراد شرکت‌کننده برمی‌آید، عدم اتصال ژنتیکی و یا تفاوت در نحوه فرزندآوری ذهن بسیاری از زوجین را به خود مشغول داشته است. آن‌ها همواره با نگرانی در مورد افشا شدن هویت فرزند، مورد قضاوت اجتماعی قرار گرفتن فرزند به دلیل تفاوت‌های ظاهری و فاصله سنی و نگرانی در مورد سلامت فرزند و ارتباط ژنتیکی با اهداءکننده‌ها زندگی می‌کنند. این نگرانی‌ها، بازتاب همان مسئله‌ای است که [فینکلر \(۲۰۰۱\)](#) به آن اشاره می‌کند: در جوامعی که به تبار تک‌خطی تأکید می‌کنند، مردم تشخیص می‌دهند که مادر و پدر در شکل‌گیری فرزندان سهیم هستند و زمانی که این مسیر محقق نمی‌شود زوجین دچار تردید و نگرانی می‌شوند. این باور که خویشاوندی با تقسیم خون ایجاد می‌شود، در بافت فرهنگی یزد عمیقاً ریشه دوانده است بنابراین بخشی از نگرانی زوجین برای افشا شدن نحوه فرزندآوری به همین تقابل فرهنگی مربوط است. این نگرانی‌ها و ترس و هراس‌ها از برملا شدن راز زندگی آن‌ها و پیامدهای ناشی از آن، به بیان شرکت‌کنندگان در تحقیق، به کابوس شبانه تبدیل شده است. بنابراین یافته‌های این مطالعه ضرورت بازنگری در شیوه‌های مشاوره‌ای مرسوم به زوج‌های ناباور را آشکار می‌سازد. زوجین ناباور از قبل تا پس از درمان به مشاوره تخصصی، مستمر نیاز دارند که بتواند به آنان در سازگاری با پیامدهای بلندمدت تصمیم‌شان کمک کند. مشاوره کارآمد باید ضمن احترام به تصمیم زوج، آنان را برای سناریوهای احتمالی آینده مانند پرسش‌های خود کودک یا افشای ناخواسته آماده سازد. چنین حمایت‌های مشورتی می‌تواند بار عاطفی این تصمیم‌گیری دشوار را کاهش داده و به زوجها در حفظ سلامت و ثبات خانواده‌ای که با اشتیاق ساخته‌اند و با سختی‌ها و مشقت‌های زیادی برای ساختن‌اش مواجه بودند، یاری رساند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه مستخرج از طرح پژوهشی با عنوان «فناوری‌های نوین کمک باروری و چگونگی مواجهه خانواده (زوجین نابارور) با چالش‌های فرهنگی، اجتماعی آن» است که با حمایت مالی بنیاد ملی علم و دانشگاه تهران انجام شده و بدین‌وسیله سپاسگزاری می‌گردد.

منابع

- آزاد ارمکی، تقی. (۱۴۰۳). نظریه‌های جامعه‌شناسی. تهران: سروش.
- امامی، عادل؛ عسکری‌ندوشن، عباس؛ ترکاشوند مرادآبادی، محمد؛ ترابی، فاطمه. (۱۴۰۰). تأخیر ازدواج در ایران: تحلیل تفاوت‌های شهرستانی در الگوهای مجرد مردان و زنان ایرانی. مطالعات جمعیتی، ۱۷(۱)، ۳۵-۶۵. https://jips.nipr.ac.ir/article_144524.html
- خانی، سعید. (۱۴۰۲). افزایش طلاق یا رکود ازدواج؟ تأملی بر روند تحولات شاخص‌های ازدواج و طلاق در ایران طی ۱۵ سال اخیر. تداوم و تغییر اجتماعی، ۱۲(۱)، ۲۵-۴۳. <https://doi.org/10.22034/jssc.2023.19288.1053>
- شعبان، مریم. (۱۴۰۱). فناوری‌های نوین باروری-زیستی و حقوق کودک: درآمدی بر آینده کودکی در ایران. تمدن حقوقی، ۵(۱۰)، ۲۸۳-۳۱۴. <https://doi.org/10.22034/lc.2022.143593>
- شمس‌قهفرخی، فریده؛ عسکری‌ندوشن، عباس؛ عینی‌زیناب، حسن؛ روحانی، علی. (۱۴۰۲). کاربرست روش‌شناسی کیو در شناسایی الگوهای ذهنی مردم در مورد فرزندآوری. مسائل اجتماعی ایران، ۱۴(۱)، ۲۳۵-۲۱۱. <https://doi.org/10.61186/jspi.14.1.211>
- شمس‌قهفرخی، فریده؛ عسکری‌ندوشن، عباس؛ عینی‌زیناب، حسن؛ روحانی، علی؛ عباسی‌شوازی، محمدجلال. (۱۴۰۰). چالش‌های اجرای سیاست‌های تشویقی فرزندآوری: مطالعه‌ای کیفی در شهر اصفهان. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۶(۳۲)، ۷۹-۱۱۲. <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.559285.1242>
- صدیقی لویه، الهه؛ امیریان، ملیحه؛ جعفری، حمیده. (۱۴۰۳). چالش‌های افشا در بارداری با تخمک اهدایی: یک مطالعه مروری. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۱۲(۴)، ۹۰-۱۰۴. <https://doi.org/10.61882/jmsthums.12.4.90>
- ظفری، حیدر؛ مهاجرانی، علی‌اصغر؛ حجازی، سیدناصر. (۱۴۰۴). تبیین جامعه‌شناختی کیفیت روابط زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی بر مبنای حمایت‌های اقتصادی با تأکید بر نقش میانجی سلامت روانی. پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، ۱۴(۳)، ۱-۲۸. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.143438.2054>
- عباسی‌شوازی، محمدجلال؛ رازقی‌نصرآباد، حبیب‌بی‌بی؛ آخوندی، محمدمهدی؛ بهجتی‌اردکانی، زهره. (۱۳۸۵). بررسی دیدگاه زنان نابارور در رابطه با اهداء گامت و جنین در درمان ناباروری. باروری و ناباروری، ۲۷(۲)، ۱۳۹-۱۴۸. <https://www.jri.ir/article/233>
- عسکری‌ندوشن، عباس؛ رازقی‌نصرآباد، حبیب‌بی‌بی. (۱۴۰۴). تمایلات باروری و موانع تحقق فرزندآوری در میان زنان شاغل در ایران. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۲۰(۳۹)، ۴۹-۷۲. <https://doi.org/10.22034/jpai.2025.2047993.1389>

گافمن، اروینگ. (۱۴۰۰). داغ ننگ: چاره‌اندیشی برای هویت ضایع‌شده، (ترجمه مسعود کیان‌پور). نشر مرکز.

قانع مخلصونی، زهرا؛ رازقی نصرآباد، حبیب‌بی؛ عسکری‌ندوشن، عباس؛ کلاته‌ساداتی، احمد. (۱۴۰۰). مادران جایگزین، انگیزه‌های تصمیم‌گیری و احساس تعهد: یک نظریه زمینه‌ای. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۱۶(۳۱)، ۱۵۷-۱۳۳.

<https://doi.org/10.22034/jpai.2022.547593.1217>

لطیف‌نژاد رودسری، رباب؛ هادی‌زاده، فاطمه؛ سیمبر، مسعود؛ خادم غائبی، نیره. (۱۳۹۲). چالش‌های انتخاب اهداء کننده: تجربیات زوجین نابارور ایرانی استفاده کننده از روش‌های اهدایی کمک باروری. مجله ایرانی زنان، مامایی و ناباروری، ۱۶(۸۸)، ۱-۱۳.

<https://doi.org/10.22038/ijogi.2014.2509>

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. (۱۹ آبان‌ماه ۱۴۰۰). قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت. شماره ۶۹۳۸۵/۲۷۸. بازیابی از:

https://rc.majlis.ir/fa/law/print_version/1678266

هاشمی‌خواه، زینب؛ افشانی، سیدعلیرضا؛ افراسیابی، حسین؛ روحانی، علی. (۱۴۰۱). برساخت روابط خانوادگی در خانواده‌های نابارور. روان‌شناسی

فرهنگی، ۱۶(۱)، ۲۹۸-۲۷۸. <https://doi.org/10.30487/jcp.2022.312598.1332>

Abbasi-Shavazi, M. J., Inhorn, M. C., Razeghi-Nasrabad, H. B., & Toloo, G. (2008). The Iranian ART revolution: Infertility, assisted reproductive technologies, and third-party donation in the Islamic Republic of Iran. *Journal of Middle East Women's Studies*, 4(2), 1-28.

<https://doi.org/10.2979/MEW.2008.4.2.1>

Abbasi-Shavazi, M. J., Razeghi Nasrabad, H., Behjati Ardakani, Z., & Akhondi, M. M. (2006). Attitudes of infertile women towards gamete donation: A case study in Tehran. *Journal of Reproduction and Infertility*, 7(2), 139-148. [In Persian]. <https://www.jri.ir/article/233>

Alamin, S., Allahyari, T., Ghorbani, B., Sadeghitabar, A., & Karami, M. T. (2020). Failure in identity building as the main challenge of infertility: A qualitative study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 21(1), 49-58. <https://www.jri.ir/article/60064>

Askari-Nodoushan, A., & Razeghi-Nasrabad, H. B. (2025). Fertility desires and barriers to childbearing among employed women in Iran. *Journal of Population Association of Iran*, 20(39), 49-72. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jpai.2025.2047993.1389>

Azad Armaki, T. (2024). *Sociological theories*. Soroush Publications. [In Persian].

Becker, G., Butler, A., & Nachtigall, R. D. (2005). Resemblance talk: A challenge for parents whose children were conceived with donor gametes in the US. *Social Science & Medicine*, 61(6), 1300-1309. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.018>

Becker, H. S. (2018[1974]). *Labelling theory reconsidered*. In Howard S. Becker (ed.). *Deviance and social control* (pp. 41-66). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351059039-2>

- Behjati Ardakani, Z., Akhondi, M. M., & Khodaparast, A. H. (2015). Embryo donation in Iranian legal system: A critical review. *Journal of Reproduction & Infertility*, 16(2), 130–137. <https://www.jri.ir/article/622>
- Behjati Ardakani, Z., Akhondi, M. M., Khodaparast, A. H., Ranjbar, F., & Navabakhsh, M. (2023). Commitment theory as the theoretical framework in third-party reproduction. *Journal of Reproduction & Infertility*, 24(1), 3–10. <https://dx.doi.org/10.18502/jri.v24i1.11903>
- Canzi, E., Accordini, M., & Facchin, F. (2019). 'Is blood thicker than water?' Donor conceived offspring's subjective experiences of the donor: A systematic narrative review. *Reproductive Biomedicine Online*, 38(5), 797–807. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.11.033>
- Duff, M. A., & Goedeke, S. (2024). Parents' disclosure to their donor-conceived children in the last 10 years and factors affecting disclosure: A narrative review. *Human Reproduction Update*, 30(4), 488–527. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmae010>
- Emami, A., Askari-Nodoushan, A., Torkashvand Moradabadi, M., & Torabi, F. (2022). Marriage postponement in Iran: District-level analysis of youth singlehood patterns. *Iranian Population Studies*, 7(1), 35–65. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jips.2022.324174.1149>
- Finkler, K. (2001). The kin in the gene: The medicalization of family and kinship in American society. *Current Anthropology*, 42(2), 235–263. <https://doi.org/10.1086/318677>
- Gerrits, T., Van Rooij, F., Esho, T., Ndegwa, W., Goossens, J., Bilajbegovic, A., Jansen, A., Kioko, B., Koppen, L., Kemunto Migiro, S., Mwenda, S., & Bos, H. (2017). Infertility in the Global South: Raising awareness and generating insights for policy and practice. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 9(1), 39–44. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5506768/>
- Ghane-Mokhallesouni, Z., Askari-Nodoushan, A., Razeghi Nasrabad, H. B., Kalateh Sadati, A., & Dehghani Firouzabadi, R. (2022). Representation of a positive experience of surrogacy in Yazd, Iran: A qualitative study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 20(9), 769–778. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v20i9.12067>
- Ghane-Mokhallesouni, Z., Razeghi-Nasrabad, H. B., Askari-Nodoushan, A., & Kalate Sadati, A. (2021). Surrogate mothers, decision motivations and sense of commitment: A grounded theory. *Journal of Population Association of Iran*, 16(31), 97–131. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.547593.1217>
- Ghelich-Khani, S., Kazemi, A., Fereidooni-Moghadam, M., & Alavi, M. (2021). Psycho-social experience of oocyte recipient women: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01562-4>
- Goffman, E. (1990). *The presentation of self in everyday life*. Penguin.

- Goffman, E. (2021). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. (Translated to Persian by Masoud Kianpour). Nashr-e Markaz. [In Persian].
- Hadizadeh-Talasaz, F., Simbar, M., & Latifnejad Roudsari, R. L. (2020). Exploring infertile couples' decisions to disclose donor conception to the future child. *International Journal of Fertility & Sterility*, 14(3), 240-246. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2020.44408>
- Hashemi-Khah, Z., Afshani, S. A., Afrasiyabi, H., & Ruhani, A. (2022). Construction of family relationships in infertile families: A qualitative study. *Cultural Psychology*, 6(1), 278-298. [In Persian]. <https://doi.org/10.30487/jcp.2022.312598.1332>
- Hershberger, P. E. (2021). Disclosure decisions among oocyte donation recipients: A longitudinal follow-up. *Human Fertility*, 24(3), 163-171. <https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1567945>
- Ilioi, E., Blake, L., Jadv, V., Roman, G., & Golombok, S. (2017). The role of age of disclosure of biological origins in the psychological wellbeing of adolescents conceived by reproductive donation: A longitudinal study from age 1 to age 14. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(3), 315-324. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12667>
- Inhorn, M. C. (2003). Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: Illustrations from Egypt. *Social Science & Medicine*, 56(9), 1837-1851. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00208-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00208-3)
- Inhorn, M. C. (2009). Right to assisted reproductive technology: Overcoming infertility in low-resource countries. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 106(2), 172-174. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.034>
- 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/dmv025>
- Islamic Parliament Research Center of The Islamic Republic of Iran. (2021). *The law of "Rejuvenation of the Population and Support of the Family"* (No. 278-69385). [In Persian]. <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266.2021>
- Khani, S. (2023). Increasing divorce or stagnation of marriage? A reflection on the trends in marriage and divorce in Iran during the last 15 years. *Journal of Social Continuity and Change*, 2(1), 25-43. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jssc.2023.19288.1053>
- Kurabayashi, T., Mizunuma, H., Kubota, T., & Hayashi, K. (2016). Ovarian infertility is associated with cardiovascular disease risk factors in later life: A Japanese cross-sectional study. *Maturitas*, 83, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.08.015>

- Lampic, C., Skoog Svanberg, A., Sorjonen, K., & Sydsjö, G. (2021). Understanding parents' intention to disclose the donor conception to their child by application of the theory of planned behaviour. *Human Reproduction*, 36(2), 395–404. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa299>
- Laruelle, C., Place, I., Demeestere, I., Englert, Y., & Delbaere, A. (2011). Anonymity and secrecy options of recipient couples and donors, and ethnic origin influence in three types of oocyte donation. *Human Reproduction*, 26(2), 382–390. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq346>
- Latifnejad Roudsari, R., Hadizadeh Talasaz, F., Simbar, M., & Khadem Ghaebi, N. (2014). Challenges of donor selection: The experiences of Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive donation procedures. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 16(88), 1-13. [In Persian]. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2014.2509>
- Lysons, J., Imrie, S., Jadv, V., & Golombok, S. (2022). 'I'm the only mum she knows': parents' understanding of, and feelings about, identity-release egg donation. *Human Reproduction*, 37(10), 2426–2437. <https://doi.org/10.1093/humrep/deac174>
- Payton, A. R., & Thoits, P. A. (2011). Medicalization, direct-to-consumer advertising, and mental illness stigma. *Society and Mental Health*, 1(1), 55–70. <https://doi.org/10.1177/2156869310397959>
- Purewal, S., & van den Akker, O. B. (2009). Systematic review of oocyte donation: Investigating attitudes, motivations and experiences. *Human Reproduction Update*, 15(5), 499–515. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp018>
- Ritzer, G. (2007). McDonaldization. In G. Ritzer (Ed.), *The Blackwell encyclopedia of sociology* (pp. 1–3). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosm010>
- Seddighi Louye, E., Amirian, M., & Jafari, H. (2025). Disclosure challenges in pregnancy with egg donation: A review study. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 12(4), 90-105. [In Persian]. <https://doi.org/10.61882/jmsthums.12.4.90>
- Sha'ban, M. (2022). New reproductive-biological technologies and child rights: An introduction to the future of childhood in Iran. *Fares Law Research*, 5(10), 283-314. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/lc.2022.143593>
- Shams-Ghahfarokhi, F., Askari-Nodoushan, A., Eini-Zinab, H., & Ruhani, A. (2023). The application of Q-methodology for identifying the mental patterns of the people of Isfahan city about childbearing. *Social Problems of Iran*, 14(1), 211-235. [In Persian]. <https://doi.org/10.61186/jspi.14.1.211>
- Shams-Ghahfarokhi, F., Askari-Nodoushan, A., Eini-Zinab, H., Ruhani, A., & Abbasi-Shavazi, M. J. (2021). Challenges of new pronatalist population policies and programs in Iran: A qualitative study in the city of Isfahan. *Journal of Population Association of Iran*, 16(32), 79-112. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.559285.1242>

- Shirai, C. (2019). Genetic ties and affinity: Longitudinal interviews on two mothers' experiences of egg donation in Japan. *East Asian Science, Technology and Society*, 13(2), 299-315. <https://doi.org/10.1215/18752160-7540022>
- Zadeh, S., Ilioi, E., Jadvā, V., & Golombok, S. (2018). The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction*, 33(6), 1099-1106. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey088>
- Zafari, H., Mohajerani, A., & Hejazi, S. N. (2025). Sociological explanation of the relationship quality of infertile couples undergoing donated IVF treatment based on economic support, emphasizing the mediating role of mental health. *Strategic Research on Social Problems*, 14(3), 1-28. [In Persian]. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.143438.2054>