

بررسی رابطه باورهای دینی با نگرش زوجین نابارور نسبت به روش های اهدایی کمک باروری و انتخاب آن به عنوان یک رویکرد درمان ناباروری

دکتر رباب لطیف نژاد رودسری^۱، حمیده جعفری^{۲*}، دکتر علی تقی پور^۳،

دکتر نیره خادم^۴، مهندس سعید ابراهیم زاده^۵

۱. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار و ارتقاء کیفیت سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. مربی گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱/۵

خلاصه

مقدمه: امروزه استفاده از روش های اهدایی کمک باروری باعث بروز پرسش هایی در عرصه های مختلف شده است که شناخت آنها بر اساس وضعیت فرهنگی - اجتماعی و اعتقادی هر کشور، نیازمند مطالعات گسترده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه باورهای دینی با نگرش زوجین نابارور نسبت به روش های اهدایی کمک باروری و انتخاب آن به عنوان یک رویکرد درمان ناباروری انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی - توصیفی در فاصله زمانی خرداد تا آبان ماه سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۱۵ زوج نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری منتصریه مشهد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های روا و پایای باورهای دینی، نگرش نسبت به روش های اهدایی کمک باروری و پرسشنامه انتخاب، جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون های آماری تی مستقل، من ویتنی، کای اسکوئر و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها: بین باورهای دینی زنان نابارور با نگرش آنها نسبت به روش های اهدایی ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$)، اما بین باورهای دینی مردان نابارور با نگرش آنها ارتباط مستقیم و معنی داری وجود داشت ($p = 0/036$). همچنین بین باورهای دینی زنان و مردان نابارور با انتخاب روش های اهدایی ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: باورهای دینی، نگرش مردان نابارور نسبت به روش های اهدایی کمک باروری را تحت تأثیر قرار می دهد اما با نگرش و انتخاب زنان نابارور و نیز انتخاب مردان نابارور ارتباطی ندارد.

کلمات کلیدی: انتخاب، روش های کمک باروری، نگرش

* نویسنده مسئول مکاتبات: حمیده جعفری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۳۰۰۶۲۴۳؛ پست الکترونیک: jafari.hamideh@yahoo.com

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، ناباروری را به عنوان یک معضل بهداشت باروری در سراسر دنیا مطرح کرده است (۱). در مطالعه ای که در مؤسسه بین المللی بهداشت در کشورهای بلژیک، فرانسه و هلند انجام شد، زنان نابارور را از نظر میزان شدت تنش زا بودن در بین تجربه های تنش زای زندگی، پس از مرگ مادر، مرگ پدر و خیانت همسر در مرتبه چهارم از لیست ۱۲ گانه وقایع حیاتی متأثر کننده تقسیم بندی کردند (۲). میزان ناباروری در کشورهای مختلف از ۵ درصد در برخی کشورهای توسعه یافته تا بیش از ۳۰ درصد در صحرای آفریقا متفاوت است (۳، ۴). در ایران نیز بیش از ۱/۵ میلیون زوج با مشکل ناباروری مواجه هستند (۲). پیشرفت تکنیک های درمان ناباروری از بدو ظهور آن در سال ۱۹۷۸ و تنوع و گسترش آنها، باعث افزایش امید به بارداری در زوجینی شده که علیرغم درمان های متعدد جراحی و دارویی، صاحب فرزند نشده اند (۵، ۶) و باعث شده که امروزه زوجین ناباروری که باروریشان تا دو دهه پیش، آرزویی بیش نبود (۷)، حتی به دلیل نداشتن عوامل اصلی در شکل گیری جنین، با استفاده از روش های اهدایی کمک باروری بتوانند نسبت به درمان ناباروری خود اقدام کنند (۸). روش های اهدایی کمک باروری به استفاده از تخمک، اسپرم یا جنینی اطلاق می شود که شخص ثالثی آن را اهدا کرده است. همچنین در اختیار گرفتن رحم دیگری برای پرورش جنین زوجی که رحم زن، قادر به نگهداری جنین نیست، به معنای باروری شخص ثالث تلقی می شود (۵، ۹). ایران به دنبال فتوای آیت الله خامنه ای در سال ۱۹۹۹، اقدامات نوین درمان ناباروری را آغاز کرد (۱۰)، با این حال در ایران نیز همانند بخش وسیعی از جمعیت جهان (۱۱) همه زوجین نابارور از این فناوری ها استفاده نمی کنند (۸). بنابراین دانستن اینکه که چه عواملی جستجوی درمان را تحت تأثیر قرار می دهند، در نوع خود جالب می باشد (۱۲). در بسیاری از جوامع، ارزش های مذهبی از جمله عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای افراد می باشند (۱۳). مطالعات نشان داده اند که دین و باورهای دینی، در چگونگی تعریف فرد از بیماری و شکل گیری الگوهای رفتاری در حوزه سلامت

جهت استفاده از درمان های پزشکی مؤثر است (۱۴). جوادی آملی (۱۳۷۷) با استفاده از آیات و روایات، معنای اصطلاحی دین را مجموعه ای از عقاید، اخلاق، قوانین و مقرراتی که هدف آن اداره امور جامعه انسانی و پرورش انسان ها می باشد، تعریف می کند (۱۵). مؤلفه های دین داری در سه بُعد باور دینی، علایق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی تقسیم می شوند. از نظر آرگیل (۲۰۰۰)، باورها، غالباً محوری ترین بُعد دینداری محسوب می شوند و همان هایی هستند که مذهبی بودن فرد را تعیین می کنند. در اینجا باور، مترادف ایمان قرار گرفته است و در لغت به معنای یقین، اعتقاد به قول کسی و تصدیق و پذیرش آن است. در اصطلاح دینی، باور به معنای پذیرش و اقرار و تصدیق قلبی نسبت به اصول و شرایع دین است (۱۶). باور دینی شامل زیر مؤلفه های پذیرش خداوند و صفات کمالیه او، پذیرش انبیاء، پذیرش زندگی آخروی یعنی معاد، پذیرش کتاب های آسمانی و احکام و قوانین خداوند و پذیرش ملائکه می باشد. آثار باور دینی شامل خوش بینی به جهان و خلقت، روشندلی، امیدواری به نتیجه خوب، تلاش خوب، آرامش خاطر و مقابله با مشکلات زندگی می باشد (۱۷). ایمان به خدا باعث می شود که نگرش فرد به کل هستی، هدفدار و معنی دار باشد (۱۸). ارتباط بین دین و سلامتی، مدت های مدیدی مورد علاقه متخصصین علوم بهداشتی، اجتماعی و رفتاری بود (۱۹). سدهولدو هیل (۲۰۰۱) نشان دادند که باورهای دینی قوی با استراتژی های مقابله ای گوناگون، باعث تصمیم گیری های صحیح در حوادث منفی زندگی می شود. همچنین سبک زندگی توأم با رفتارهای با صلابت در نتیجه احکام مذهبی می تواند مکانیسم دیگری برای آثار مثبت دین و معنویت باشد (۲۰). مطالعه لطیف نژاد و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که مرحله چالش در تصمیم گیری در زنان نابارور از فازهای مختلفی عبور می کند تا آنان بتوانند بیماریشان را اداره کنند. در همه این فازها، توجه زنان نابارور مذهبی به باورهای دینی شان معطوف می شود. اکثر زنان نابارور مذهبی، ناباروری را با شیوه مذهبی - معنوی مورد ارزیابی قرار می دهند. برخی از آنها به سمت فرآیند معنی سازی مقدماتی پیش می روند. آنان در این مرحله

پذیرش این روش ها با آن مواجهند، به دست آورد و بر اساس آن، راهکارهایی جهت حل این موضوع ارائه کرد و در زمینه مشاوره ناباروری نیز از آن بهره برد؛ چراکه لازمه یک مشاوره خوب، اشراف داشتن بر کلیه ابعاد زندگی زوجین می باشد.

بر اساس کد رفتار حرفه ای مرکز مشاوره پرستاری و مامایی و مراقبت های بهداشتی کشور انگلستان، پرستاران و ماماها باید ارزش ها و باورهای دینی بیماران و مراجعین را مورد توجه قرار دهند (۲۰). سازمان بهداشت جهانی نیز مدل های مراقبتی را که توجه کمتری به دین و معنویت دارند، مورد انتقاد قرار داده و خاطر نشان کرده که بیماران و پزشکان باید به ارزش عناصری مانند ایمان و اعتقاد، امید و غمخواری در فرآیند بهبودی پی ببرند (۲۵). لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه باورهای دینی با نگرش زوجین نابارور نسبت به روش های اهدایی و انتخاب آن به عنوان یک رویکرد درمانی انجام شد.

روش کار

این مطالعه همبستگی توصیفی در فاصله زمانی خرداد تا آبان ماه سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۱۵ زوج نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری منتصریه مشهد که جهت اقدامات تشخیصی، درمانی و یا مشاوره ای ناباروری به مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری منتصریه مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. افراد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و مسلمان بودن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم استفاده از مواد مخدر، نداشتن فرزند خوانده و عدم ابتلاء به بیماری طبی شدید بود. جهت تعیین حجم نمونه به دلیل فقدان مطالعه ای مشابه در این زمینه، از مطالعه مقدماتی استفاده شد. از آنجایی که مطالعه حاضر، بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد تحت عنوان "بررسی رابطه باورهای دینی و فرهنگی - اجتماعی با نگرش زوجین نابارور نسبت به روش های اهدایی کمک باروری و انتخاب آن به عنوان یک رویکرد درمان ناباروری" می باشد، جهت محاسبه حجم نمونه، میزان همبستگی بین متغیر

سعی می کنند که خود را از شکست عاطفی مصون سازند. آنها با تصویر مثبتی که از خداوند دارند، ناباروری را به عنوان پدیده ای خدادادی تلقی می کنند و در مرحله بعد، در چالش پذیرش خود به عنوان فرد نابارور قرار می گیرند و پس از پذیرش هویت ناباروری، در جستجوی روش های درمانی بر می آیند و در این بین تلاش می کنند از باورهای شفابخش مذهبی خود کمک بگیرند. این افراد باورهای گوناگونی دارند که این گوناگونی در باورها، انتخاب گزینه درمانی توسط آنها را تحت تأثیر قرار می دهد (۲۱). عباسی شوازی به نقل از اینهورن (۲۰۰۶) بیان می کند که در کشورهای مسلمان، دین تأثیر زیادی بر انتخاب روش درمانی دارد (۱۳). مطالعه رازقی (۲۰۰۵) در تهران نشان داد که زنان نابارور در رابطه با روش های پیشرفته درمان ناباروری با اهداء گامت و جنین، تابع نظر رهبران مذهبی بوده و آگاهی آنها از مجاز بودن این روش ها به لحاظ مذهبی و تصویب قانونی آن، تأثیر زیادی در استفاده از این روش ها دارد (۲۲). در مطالعه رمضان زاده و همکاران (۲۰۰۹)، اکثر گیرندگان تخمک (۷۹/۲٪)، اگر چه این روش را به عنوان آخرین راه درمانی می دانستند، اما آن را مورد تأیید اخلاقی و مذهبی خود نمی دانستند (۲۳). بر اساس نظر دومار (۲۰۰۵)، مطالعات اندکی در رابطه با تأثیر مذهب بر روی قضاوت های روانشناختی زوجین نابارور انجام شده است (۲۴). در محدود مطالعات انجام شده نیز به نقش دین به عنوان یک یافته جانبی توجه شده که برای تصمیم گیری های کلی کافی نیست، بلکه تنها به عنوان هشدار است که این سؤال را مطرح می سازد که علیرغم مشروعیت این روش ها در ایران، چرا هنوز پذیرش زوجین از روش های کمک باروری در هاله ای از ابهام قرار دارد؟ از طرفی با توجه به گزارشات متناقض موجود در مطالعات و نیز موضع گیری ها و گره های فرهنگی اجتماعی، اخلاقی، شرعی و حقوقی به وجود آمده در رابطه با روش های اهدایی کمک باروری، نیاز به انجام مطالعات همه جانبه و تحقیقات گسترده تر بر اساس شرایط فرهنگی، اجتماعی و اعتقادی هر کشور ضروری می باشد. با بررسی این ارتباط، می توان دید وسیعی نسبت به چالش هایی که زوجین نابارور در

باورهای دینی و باورهای فرهنگی - اجتماعی با نگرش نسبت به روش های هدایی کمک باروری، به تفکیک بر روی ۱۰ زوج (۱۰ زن و ۱۰ مرد) نابارور که دارای مشخصات واحد پژوهش بودند، محاسبه شد. سپس با استفاده از فرمول همبستگی و میزان همبستگی به دست آمده و با در نظر گرفتن درجه اطمینان $(\alpha=0/01)$ و توان آزمون $(\beta=0/01)$ ، حجم نمونه معادل ۱۱۵ زوج (۲۳۰ زن و مرد) محاسبه شد. همچنین با توجه به پایین بودن آمار انتخاب این روش ها در مرکز ناباروری منتصریه، تعداد افراد با انتخاب مثبت در ۱۰ زوج محاسبه شد و نسبت آن به کل حجم نمونه، ۴۶ نفر برآورد شد و در نهایت، ۵۰ زن و مرد نابارور با انتخاب مثبت وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است که تا پایان نمونه گیری، ۱۵ زوج (۳۰ نفر) به دلیل عدم تکمیل کامل پرسشنامه ها و یا انصراف از ادامه تکمیل آنها و همچنین تکمیل کردن مشارکتی پرسشنامه ها با همسر خود از مطالعه خارج شدند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل: چک لیست انتخاب واحد پژوهش، فرم مشخصات کلی واحد پژوهش، پرسشنامه سنجش نگرش نسبت به روش های هدایی کمک باروری، پرسشنامه انتخاب روش های هدایی و پرسشنامه باورهای دینی که ترکیبی از بخش باورهای دینی دو مقیاس سنجش دینداری خدایاری فرد (۱۳۸۴) (۱۶) بود. پرسشنامه باورهای دینی متناسب با اهداف مطالعه حاضر تغییر شکل یافته و شامل ۲۳ عبارت با دامنه تغییرات حداقل ۲۳ و حداکثر ۱۳۸ بود. امتیازات هر عبارت بر اساس مقیاس ۶ درجه ای لیکرت از گزینه بسیار مخالف (نمره ۱) تا گزینه بسیار موافق (نمره ۶) نمره گذاری شده بود. عبارت های ۲۱، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۸، ۶ و ۲ نمره معکوس داشتند. نمره بیشتر، نشان دهنده باور دینی قوی تر بود. پرسشنامه سنجش نگرش نسبت به روش های هدایی کمک باروری که در ساختن آن از پرسشنامه تغییر یافته اسکوگ (۲۰۰۲)، مهram (۱۳۸۴) و خلیلی (۱۳۸۴) استفاده شده بود، شامل ۳۲ سؤال با دامنه تغییرات ۳۲ تا ۱۹۲ بود که در ۷ خرده مقیاس: اهمیت فرزندآوری، وابستگی ژنتیک بین والدین و فرزند، نگرش عمومی نسبت به روش های هدایی کمک

باروری، محرمانه ماندن فرآیند اهداء، نگرش نسبت به تخمک هدایی، نگرش نسبت به جنین هدایی و نگرش نسبت به رحم جایگزین تنظیم شده بود. در این دو پرسشنامه، امتیازات هر عبارت بر اساس مقیاس ۶ درجه ای لیکرت از گزینه بسیار مخالف (نمره ۱) تا گزینه بسیار موافق (نمره ۶) نمره گذاری شده بود. نمره بیشتر نشان دهنده نگرش مثبت تر بود. پرسشنامه پژوهشگر ساخته انتخاب روش های هدایی شامل ۵ سؤال به منظور تفکیک افراد انتخاب کننده روش های هدایی کمک باروری از سایر زوجین نابارور بود. روایی پرسشنامه باورهای دینی، نگرش و انتخاب به شیوه روایی محتوا تعیین شد. پایایی پرسشنامه باورهای دینی که ترکیبی از بخش باورهای دینی فرم الف مقیاس سنجش دینداری خدایاری فرد $(\alpha=0/93)$ و بخش باورهای دینی مقیاس سنجش دینداری خدایاری فرد $(\alpha=0/90)$ بود (۱۶)، به روش همسانی درونی با ضریب آلفا کرونباخ $0/846$ تأیید شد. پایایی پرسشنامه نگرش نیز با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ $0/757$ تأیید شد. پایایی پرسشنامه انتخاب روش های هدایی نیز به روش آزمون - باز آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت؛ بدین ترتیب که پرسشنامه، توسط ۱۵ نفر از واحدهای پژوهش، دو بار و به فاصله ۱۵ روز تکمیل شد و پایایی آن با $r=1$ مورد تأیید قرار گرفت. روش گردآوری داده ها به این صورت بود که پژوهشگر پس از تأیید پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و اخذ مجوز از مسئولین مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری منتصریه مشهد، روزانه به این مرکز مراجعه می کرد و پس از بیان اهداف و روش مطالعه و اطمینان دادن به بیماران در مورد محرمانه ماندن اطلاعات آنان و بر اساس معیارهای ورود، افراد واجد شرایط را انتخاب کرد. پس از کسب رضایت نامه کتبی از واحدهای پژوهش، توضیحات کلی در مورد نحوه پاسخ دهی به سؤالات ارائه شد و پرسشنامه ها توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف داده ها از روش های آمار توصیفی شامل شاخص های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی استفاده شد.

۰/۰۵ در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که جهت تعیین نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد.

یافته ها

مشخصات فردی افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

جهت بررسی ارتباط بین باورهای دینی با نگرش نسبت به روش های اهدایی کمک باروری از آزمون همبستگی اسپیرمن و جهت بررسی ارتباط نوع انتخاب با نگرش از آزمون من ویتنی استفاده شد. همچنین جهت مقایسه باورهای دینی بین زنان و مردان نابارور از آزمون من ویتنی و جهت مقایسه نگرش از آزمون تی مستقل و من ویتنی استفاده شد. جهت بررسی ارتباط بین انتخاب و جنسیت نیز از آزمون کای اسکوتر استفاده شد. در انجام آزمون ها ضریب اطمینان ۹۵٪ و سطح معنی داری

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش

مشخصات فردی	مردان (۱۱۵ نفر)	زنان (۱۱۵ نفر)
میانگین سن	۳۳/۹±۴/۷	۲۸/۸±۶/۰
مذهب		
شیعه	۱۰۸ (۹۳/۹۰)	۱۰۹ (۹۴/۸۰)*
سنی	۷ (۶/۱۰)	۶ (۵/۲۰)
تحصیلات		
ابتدایی	۴ (۳/۵۰)	۹ (۷/۸۰)
راهنمایی	۱۹ (۱۶/۵۰)	۱۷ (۱۴/۸۰)
متوسطه و دیپلم	۵۵ (۴۷/۸۰)	۴۹ (۴۲/۶۰)
فوق دیپلم و لیسانس	۳۵ (۳۰/۴۰)	۳۹ (۳۳/۹۰)
فوق لیسانس و بالاتر	۲ (۱/۷۰)	۱ (۰/۹۰)
محل سکونت		
روستا	۱۴ (۱۲/۲۰)	۱۳ (۱۱/۳۰)
شهر	۱۰۱ (۸۷/۸۰)	۱۰۲ (۸۸/۷۰)

مردان نابارور مورد مطالعه را با یکدیگر و نیز با نمره کلی نگرش آنها مقایسه کرد، میانگین نمره نگرش کل و مؤلفه های مربوطه، به گونه ای تغییر داده شوند که تبدیل به درصد با حداقل صفر و حداکثر ۱۰۰ شوند. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، بین میانگین نمره نگرش کل زنان و مردان تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$). بر اساس نتایج آزمون تی مستقل در مورد مؤلفه های نگرش، بین نگرش زنان و مردان نابارور نسبت به اهمیت فرزندآوری اختلاف معنی داری وجود داشت ($p = 0/005$)، به گونه ای که اهمیت فرزندآوری از نظر زنان نابارور، ۶/۵ درصد بیشتر از مردان نابارور بود. همچنین بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، بین نگرش زنان و مردان نابارور نسبت به محرمانه بودن فرآیند اهداء اختلاف معنی داری وجود داشت ($p = 0/044$)؛ به گونه ای که مردان نابارور، ۴/۸ درصد بیشتر از زنان نابارور

میانگین سنی واحدهای پژوهش $5/8 \pm 30/8$ سال با محدوده سنی ۴۵-۱۹ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی زوجین مربوط به تحصیلات متوسطه و دیپلم و کمترین فراوانی مربوط به فوق لیسانس و بالاتر بود. از نظر نوع مذهب، ۲۱۷ نفر (۹۴/۳٪) از افراد شیعه و تنها ۱۳ نفر (۵/۷٪) سنی بودند. همچنین اکثر افراد مورد مطالعه (۸۸/۳٪) ساکن شهر بودند. بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، دو گروه زن و مرد از نظر میانگین نمره باورهای دینی اختلاف معنی داری نداشتند (به ترتیب $9/9 \pm 12/5$ ، $12/5 \pm 12/7$)، همچنین ۱۱۰ نفر (۹۵/۷٪) از زنان نابارور، دارای باورهای دینی قوی و بسیار قوی و ۱۰۵ نفر (۹۱/۳٪) از مردان نابارور دارای باورهای دینی قوی و بسیار قوی بودند و بقیه زنان و مردان نابارور دارای باورهای دینی نسبتاً قوی بودند. لازم به ذکر است برای آن که بتوان مؤلفه های نگرش زنان و

همچنین کمترین میانگین نمره نگرش در زنان و مردان نابارور مورد مطالعه مربوط به مؤلفه محرمانه بودن فرآیند اهداء با میانگین نمره به ترتیب $22/5 \pm 35/7$ و $22/5 \pm 22/5$ $40/5$ درصد بود. همچنین 83 نفر ($73/00$ ٪) از زنان نابارور و 83 نفر ($72/30$ ٪) از مردان نابارور، نگرش نسبتاً مثبت تا کاملاً مثبتی نسبت به روش های اهدایی کمک باروری داشتند (جدول ۲).

مخالف محرمانه ماندن فرآیند اهداء بودند. دو گروه زن و مرد از نظر سایر مؤلفه های نگرش، تفاوت معنی داری نداشتند ($p > 0/05$). بیشترین میانگین نمره نگرش کسب شده در زنان نابارور مورد مطالعه مربوط به مؤلفه اهمیت فرزندآوری (میانگین نمره $16/5 \pm 69/6$ درصد) و در مردان نابارور مورد مطالعه مربوط به مؤلفه نگرش عمومی (میانگین نمره $15/7 \pm 66/6$ درصد) بود.

جدول ۲- میانگین نمره نگرش کل و نمرات کسب شده از هفت مؤلفه پرسشنامه نگرش نسبت به روش های اهدایی در دو گروه

مؤلفه های نگرش	زن و مرد	
	مردان	زنان
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
اهمیت فرزندآوری	$63/1 \pm 18/1$	$69/6 \pm 16/5$
اهمیت وابستگی ژنتیکی	$43/7 \pm 18/7$	$44/8 \pm 14/9$
نگرش عمومی	$66/6 \pm 15/7$	$68/0 \pm 17/2$
محرمانگی فرآیند اهداء	$40/5 \pm 22/5$	$35/7 \pm 22/5$
نگرش نسبت به تخمک اهدایی	$65/0 \pm 21/7$	$64/1 \pm 20/6$
نگرش نسبت به جنین اهدایی	$55/3 \pm 17/3$	$57/0 \pm 18/6$
نگرش نسبت به رحم جایگزین	$53/3 \pm 20/8$	$48/7 \pm 22/7$
نمره کل	$57/8 \pm 12/0$	$58/3 \pm 12/6$

*آزمون تی، **آزمون من ویتنی

کمک باروری در مردان نابارور ارتباط مستقیم و معنی داری وجود داشت ($p = 0/036$)؛ به این معنا که با افزایش نمره باورهای دینی، نگرش کل مردان نابارور نسبت به این روش ها مثبت تر می شد. همچنین بین باورهای دینی و نگرش نسبت به اهداء تخمک در مردان نابارور ارتباط مستقیم و معنی داری مشاهده شد ($p = 0/005$)، به گونه ای که هر چه باورهای دینی مردان نابارور قوی تر بود، نگرش مثبت تری نسبت به اهداء تخمک داشتند. بر اساس نتایج حاصل، ارتباط معنی داری بین باورهای دینی با دیگر مؤلفه های نگرش مشاهده نشد ($p > 0/05$) (جدول ۳).

نتایج آزمون کای اسکوئر در رابطه با انتخاب روش های اهدایی کمک باروری نشان داد که بین جنسیت و وضعیت انتخاب روش های اهدایی کمک باروری ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$). همچنین اکثر زنان نابارور ($77/4$ ٪) و مردان نابارور ($79/1$ ٪)، روش های اهدایی را انتخاب نکرده بودند. بر اساس نتایج حاصل از ضریب همبستگی اسپیرمن، بین میانگین نمره باورهای دینی و نگرش زنان نابارور نسبت به روش های اهدایی کمک باروری به تفکیک و در کل ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$). از طرفی، بین میانگین نمره باورهای دینی و نگرش کل نسبت به روش های اهدایی

جدول ۳- همبستگی بین نمره باورهای دینی با نمره نگرش کل و مؤلفه های آن در زوجین نابارور

باورهای دینی				متغیر
مردان نابارور		زنان نابارور		
ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	
۰/۰۶۰	۰/۵۲۱	۰/۰۲۷	۰/۷۷۸	اهمیت فرزند آوری
-۰/۱۲۸	۰/۱۷۴	۰/۱۱۹	۰/۲۰۶	وابستگی ژنتیک بین والدین و بچه
۰/۱۷۵	۰/۰۶۱	۰/۱۱۲	۰/۲۳۴	نگرش عمومی
۰/۰۷۱	۰/۴۵۳	۰/۱۵۹	۰/۰۸۹	محرمانه ماندن فرآیند اهداء
۰/۱۶۷	۰/۰۷۴	۰/۲۶۳	۰/۰۰۵	نگرش نسبت به اهدای تخمک
-۰/۰۲۶	۰/۷۸۳	۰/۱۵۸	۰/۰۹۱	نگرش نسبت به اهدای جنین
۰/۰۲۶	۰/۷۰۰	۰/۰۱۱	۰/۹۰۴	نگرش نسبت به رحم جایگزین
۰/۱۰۳	۰/۲۷۳	۰/۱۹۵	۰/۰۳۶	نگرش کل

نتایج آزمون من ویتنی در رابطه با ارتباط باورهای دینی با انتخاب روش های اهدایی کمک باروری توسط زنان و مردان نابارور نشان داد که میانگین نمره باورهای دینی زنان نابارور و مردان دو گروه با و بدون انتخاب روش های اهدایی کمک باروری اختلاف معنی داری با یکدیگر نداشت (جدول ۴).

جدول ۴- میانگین نمره باورهای دینی مردان و زنان نابارور در دو گروه با و بدون انتخاب روش های اهدایی کمک باروری

باورهای دینی						متغیر
مردان نابارور			زنان نابارور			
تعداد	درصد	میانگین	تعداد	درصد	میانگین	
۲۴	۲۰/۹۰	۱۴/۹	۲۶	۲۲/۶۰	۱۲۸/۶	بلی
۹۱	۷۹/۱۰	۱۱/۹	۸۹	۷۷/۴۰	۱۲۷/۱	خیر
۱۱۵	۱۰۰/۰۰	۱۲/۵	۱۱۵	۱۰۰/۰۰	۱۲۷/۵	کل
۰/۴۱۲			۰/۷۰۸			سطح معنی داری*

*آزمون من ویتنی

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه باورهای دینی با نگرش زوجین نابارور نسبت به روش های اهدایی کمک باروری و انتخاب آن به عنوان یک رویکرد درمان ناباروری انجام شد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین باورهای دینی زنان نابارور با نگرش آنها نسبت به روش های اهدایی کمک باروری ارتباط معنی داری وجود نداشت، اما بین باورهای دینی مردان نابارور با نگرش آنها نسبت به روش های اهدایی، ارتباط مستقیم و معنی دار اما ضعیفی وجود داشت. همچنین بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین باورهای دینی زنان و مردان

نابارور با انتخاب آنها ارتباط معنی داری وجود نداشت. در مطالعه پوت و همکار (۲۰۰۹) که با هدف تعیین نگرش زنان انگلیسی نسبت به رحم جایگزین انجام شد، مذهبی بودن که تنها با یک سؤال تعیین می شد، ارتباط معناداری با نگرش آنان نسبت به رحم جایگزین نداشت (۲۶). در مطالعه رمضان زاده و همکاران (۲۰۰۹) تحت عنوان "بررسی نگرش اهداء کنندگان و گیرندگان تخمک نسبت به مسائل اخلاقی آن"، با اشاره به تأثیر مذهب بر اهداء کنندگان، اعتقادات مذهبی از جمله دلایل اهداء تخمک از دید اهداء کنندگان بود (۲۳)؛ اما در مطالعه کلایتاکیس (۲۰۰۲)،

افراد مذهبی تر نسبت به سایر افراد، به میزان کمتری قصد استفاده از روش های کمک باروری جهت حل مشکل ناباروری را داشتند (۲۷). در این مطالعات و مطالعاتی مانند آن، سنجش نگرش افراد، بیشتر مد نظر بوده و مذهب، تنها به عنوان یک متغیر جانبی مطرح شده است، بنابراین نمی توان نتایج حاصل از این مطالعات را با مطالعه حاضر که نگاه به مذهب در بطن و بستره اصلی آن مطرح بود، مقایسه کرد. در مطالعه حاضر ۹۵/۷ درصد از زنان نابارور دارای باورهای دینی قوی و بسیار قوی و نیز ۹۱/۳ درصد از مردان نابارور دارای باورهای دینی قوی و بسیار قوی بودند که این مهم، نکته مثبتی به شمار می رود، اگرچه این یافته ها با توجه به جامعه دینی ما، دور از انتظار نمی باشد. در مطالعات دیگر نیز برجسته بودن این مؤلفه دینی تأیید شده است. خدایاری فر (۱۳۸۵) در مطالعه خود به نتیجه لطف آبادی (۱۳۸۴) در تهران اشاره دارد که ۹۰/۳ درصد از مردم تهران دارای هویت دینی بسیار نیرومندی هستند (۲۸). اما با توجه به وجود ارتباط ضعیف بین باورهای دینی مردان نابارور با نگرش آنها نسبت به روش های اهدایی از یک سو و عدم تفاوت معنی دار بین میانگین نمره نگرش و همچنین میانگین نمره باورهای دینی بین زنان و مردان نابارور مورد مطالعه از سوی دیگر، به نظر می رسد عوامل دیگری در این بین نقش داشته باشند که باعث این تفاوت شده است. از جمله اینکه در مطالعه حاضر پس از کنترل متغیرهای مختلف در مردان نابارور برخلاف زنان، تحصیلات و باورهای فرهنگی- اجتماعی به عنوان متغیرهای مداخله گر بر باورهای دینی مردان شناخته شد و البته ممکن است متغیرهای دیگری هم که خارج از کنترل پژوهشگران بود، بر متغیر باورهای دینی تأثیر داشته که از محدودیت های این مطالعه به شمار می رود. از طرفی این تفاوت را می توان به مهارت مردان در کاربردی نمودن مؤلفه های کلی دینی در امورات جزئی زندگی نسبت داد که باعث تمایز زنان و مردان در برقراری رابطه بین باورهای دینی و نگرش آنها شده است.

همچنین بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره زنان در زمینه اهمیت فرزندآوری به عنوان یکی از مؤلفه های نگرش، بیشتر از مردان بود و از این نظر، بین زنان و مردان نابارور تفاوت معنی داری وجود داشت، به عبارت دیگر، برای زنان، داشتن فرزند مهمتر از مردان بود. شاید همین مسأله بیشتر بودن اهمیت فرزندآوری برای زنان، باعث می شود که آنها کمتر تحت تأثیر باورهایشان قرار گیرند. همچنین در مطالعه الا (۲۰۰۹) تحت عنوان "معنا و درک فرهنگی- اجتماعی بی فرزندی در بین زنان و مردان" که در نیجریه انجام شد، زنان بسیار بیشتر از مردان، بر اهمیت داشتن فرزند تأکید داشتند (۲۹). در مطالعه شوازی و همکاران (۲۰۰۶) در تهران تحت عنوان "دیدگاه زنان نابارور در مورد اهداء گامت"، عده ای از زنان نابارور که به دلیل عدم آگاهی، تصور می کردند که استفاده از این روش ها از نظر شرعی مجاز نمی باشد، با این حال، باز هم دست به توجیه زده و اقدام به استفاده از تخمک اهدایی کرده بودند (۱۳). گریل (۲۰۱۰) در یک مقاله مروری و نقادانه در مورد اثر روانی- اجتماعی ناباروری، چنین نتیجه گرفت که ناباروری اساساً تجربه متفاوتی برای زنان نسبت به مردان است (۱۲). شاید درک و تجربه متفاوت زنان و مردان نیز، بکارگیری دین به عنوان راه حلی برای مقابله با ناباروری را تحت تأثیر قرار دهد (۳۰). چنانچه پرونیس و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود که با هدف تعیین الگوهای تعاملات اجتماعی در مردان نابارور انجام شد، بر این نکته تأکید داشتند که ناباروری و شکست درمانی، برای بیشتر مردان از نظر عاطفی سخت و طاقت فرسا می باشد (۳۱). این فشار روانی می تواند توجیه کننده این مطلب باشد که مردان به دنبال پشتوانه ای محکم برای غلبه بر مشکلات حاصل و کاهش استرس های موجود و تصمیم گیری هستند و آن چیزی جز بهترین پناه آدمی یعنی دین نیست. لذا این احتمال وجود دارد که از دین به عنوان منبعی حمایتی برای مقابله با این بحران کمک بگیرند (۳۰).

سؤالی که به طور کلی مطرح می شود این است که چرا با این که انتظار می رود دینداری، الگوهای رفتاری در

قرار دهند (۳۴). در این راستا تدوین برنامه های مشاوره ای با تکیه بر کاربردی کردن آموزه های دینی و ورود آن به حوزه درمان ناباروری و بررسی تأثیر آن بر نگرش و عملکرد زوجین نابارور از جمله پیشنهادات پژوهشگران می باشد.

نتیجه گیری

باورهای دینی، نگرش مردان نابارور نسبت به روش های اهدایی کمک باروری را تحت تأثیر قرار می دهد اما با نگرش و انتخاب زنان نابارور و نیز انتخاب مردان نابارور ارتباطی ندارد. از طرفی با توجه به نتایج مطالعه، این نیاز احساس می شود که باید علاوه بر تیم مراقبتی ناباروری که ضمن استفاده از رویکرد مراقبت جامع نگر به تمام نیازهای فردی، روانی، اجتماعی و معنوی زوجین نابارور توجه دارد، از علمای دینی جهت تبیین و روشن کردن اصول فقه اسلامی بهره برد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی می باشد. بدینوسیله از حمایت های مالی حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در اجرای این طرح (با شماره ثبت ۸۸۷۸۶)، مساعدت معاونت محترم پژوهشی و شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و نیز همکاری مدیریت و پرسنل محترم مرکز تحقیقاتی - درمانی ناباروری منتصریه مشهد، سرکار خانم قدوسی (کارشناس مامایی)، جناب آقای دکتر مهram و کلیه زوجین نابارور شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می شود. همچنین از دکتر وان آکر به دلیل ارسال مقیاس سنجش نگرش تغییر شکل یافته اسکوگ تشکر می شود.

حوزه سلامت، مانند استفاده از درمان های پزشکی را تحت تأثیر قرار دهد (۳۲)، چنین تأثیری در این مطالعه مشاهده نشد؟ مگر نه این است که عقاید و ارزش های دینی، بخشی از زندگی هر فرد بوده (۳۰) و از عوامل تعیین کننده و تأثیرگذار در رفتارهای افراد می باشد (۱۳). لطیف نژاد (۲۰۰۹) نیز به نقل از سدهولد و هیل (۲۰۰۱) بیان می دارد که باورهای دینی قوی با استراتژی های مقابله ای گوناگون، باعث تصمیم گیری های صحیح در حوادث منفی زندگی می شود (۲۰) و یا مطالعه لطیف نژاد و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که افراد با باورهای دینی قوی، با تکیه بر استراتژی مبتنی بر مثبت گرایی در دینشان، مسیری را برای حل این مشکل جستجو می کنند (۲۰). نگاهی به برخی از گزارشات موجود، حاکی از افزایش روز افزون آمارهای افسردگی می باشد که در مطالعات مختلف، نقش دین در کاهش آنها نشان داده شده است (۳۳) و این مسأله احتمالاً می تواند مصداق کم رنگ شدن عملکرد دینی در زندگی امروزی یا سطحی شدن باورهای دینی باشد که شاید انسان ها مجالی برای پیاده کردن باورهای دینی خود در عمل نمی یابند. در عین حال پژوهشگران معتقدند که این نتایج، حاصل یک مطالعه مقدماتی در یک جامعه مذهبی مانند ایران است و با توجه به حساسیت پژوهشی در زمینه های دینی، تکرار آن جهت مطرح کردن قاطع تر این یافته در جوامع مختلف مذهبی و سکولار ضروری به نظر می رسد. همچنین پیشنهاد می شود در مطالعات آینده، به دین به صورت جامع تر نگریسته شود و ابعاد دیگر آن شامل علائق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی نیز مورد نظر قرار گیرد. از سوی دیگر به مشاوران و دیگر اعضاء تیم مراقبتی ناباروری پیشنهاد می شود که علاوه بر پرداختن به نیازهای روانی - اجتماعی زوجین نابارور، نیازهای معنوی و مذهبی آنان را نیز مورد توجه

منابع

1. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility Prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. Hum ReProd 2007 Jun;22(6):1506-12.
2. Mohammadi M, Khalaj AF [Emotional and Psychological Problems of infertility and strategies to overcome them] [Article in Persian]. J ReProd Infertil 2001;2(8):33-9.

3. Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Current Practices and controversies in assisted reProduction: rePort of WHO meeting on "Medical, Ethical and Social AsPects of Assisted ReProduction". Geneva:World Health Organization;2002.
4. Balen AH. Infertility in Practice. 3rd ed. London:Informa Health Care;2008:1-4,8.
5. Akhondi MM, Behjati AZ, Arefi S, Arabi M. [Familiarity with natural concePtion, IVF, and the need to rePlace the use of gametes in infertility treatment] [Article in Persian]. Payesh 2007;6(4):307-21.
6. Ahmad NH. Assisted reProduction--Islamic views on the science of Procreation. Eubios J Asian Int Bioeth 2003 Mar;13(2):59-61.
7. Jafarzadeh MG. [Assisted human reProduction techniques: necessities, achievements and the need] [Article in Persian]. J ReProd Infertil 2001;2(1):4-16.
8. Behjati AZ, Akhondi MA, Yaghmaie F, Milanifar A. [Consultations and health assessments in surrogacy. J ReProd Infertil 2008;9(2):107-14.
9. Berek JS. Berek & Novak's gynecology. 14th ed. PhiladelPhia:LiPPincott Wiliams & Wilkins;2007.
10. Dutney A. Religion, infertility and assisted reProductive technology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007 Feb;21(1):169-80.
11. Zegers F, Hochschild JE, Schwarze V, Alam F. Infertility international encycloPedia of Public. New York:Academic Press;2008:576-87.
12. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The exPerience of infertility: a review of recent literature. Sociol Health Illn 2010 Jan;32(1):140-62.
13. Shavazi, Razeghi Nasrabad HB, Ardakani BZ, Akhondi MM. [Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran] [Article in Persian]. J ReProd Infertil 2006;7(2):139-48.
14. Taghiazad A. [Sociology culture]. Tehran:Amin;2008. [in Persian].
15. Javadi AA. [Islamic law in the miror of knowledge].Qom:Asra;1998. [in Persian].
16. Khodayarifard M, Ghobari Bonab B, ShokoohiYekta M. [PreParing a scale to measure religious attitudes of college students] [Article in Persian] . J Psychol 2000 4(15):268-85.
17. Motahhari M. [Introduction to the Islamic world]. Tehran:Sadr;1998. [in Persian].
18. Attari Y, Abbasi SA, Mehrabizadeh HM. [RelationshiP of simPle and multiPle religious attitude, oPtimism and attachment style with marital satisfaction in married men students] [Article in Persian]. J Psychol Educ Sci Ahvaz Univ 2006;13(1):93-110.
19. Hamid N. [The relationshiP between religious attitude and mental health and immune function] [Article in Persian]. Psychol Stud 2009;5(2):38-48.
20. Latifnejad Roudsari R, Allan HT, Smith PA. Discovering a stronger sense of sele: the influence of religion and sPirituality on emotional wellbeing of infertile women. In: Evans MT, Walker ED. Religion and Psychology. New York:Nova Science Publishers;2009:171-205.
21. Latifnejad Roudsari R, Allan HT, Smith PA. Navigating the jouPney of infertility: Muslim Christian infertile momeN's exPeriences. In: Evans MT, Walker ED. Religion and Psychology. New York:Nova Science Publishers;2009:208-41.
22. Razeghi Nasrabad HB. "Socio-cultural aspect of infertility in Iran." PhD Thesis,Tehran University,2005.
23. Ramezanzadeh F, Haghollahi F, Bagheri M, Masoomi M, Abedi-Nia N, Jafar-Abadi M, et al. [Attitudes of donors and recipients toward ethical issues in oocyte donation] [Article in Persian]. J ReProd Infertil 2009;10(1):71-80.
24. Domar AD, Penzias A, Dusek JA, Magna A, Merari D, Nielsen B, et al. The stress and distress of infertility: does religion help women coPe? Sex ReProd MenoPause 2005;3(2):45-51.
25. Culliford L. SPirituality and clinical care. BMJ 2002 Dec;325(7378):1434-5.
26. Poote AE, van den Akker OB. British women's attitudes to surrogacy. Hum ReProd 2009 Jan;24(1):139-45.
27. Chliaoutakis JE, Koukouli S, Papadakaki M. Using attitudinal indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and surrogacy. Hum Reprod. 2002 Nov;17(11):2995-3002.
28. Khodaiarifard M, Shahabi R, [Akbari Zardkhaneh S. The relationshiP between religious attitudes and marital satisfaction in Iranian Muslim married students]. Proceedings of the 2nd World Conference on Psychology, Counselling & Guidance. 2006; Tehran, Iran.
29. Ola TM. The socio-cultural PercePtion and imPlications of childlessness among men and women in an urban area, Southwest, Nigeria. J Soc Sci 2009;21(3):205-9.
30. Latifnejad Roudsari R. How religious faiths and sPiritual beliefs affect the exPeriences of infertile women seeking infertility treatmentsGuildford:University of Surrey;2008.
31. Peronace LA, Boivin J, Schmidt L. Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. J Psychosom Obstet Gynecol 2007 Jun;28(2):105-14.
32. Wiersema NJ, Drukker AJ, Mai BT, Giang HN, Nguyen TN, Lambalk CB. Consequences of infertility in develoPing countries: results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam. J Transl Med 2006 Dec 27;4:54.
33. Zandieh B. Religious beliefs and mental health. Religious Beliefs Univ Sem 2008;1:116-22.
34. Latifnejad Roudsari R, Allan HT. women's exPeriences and Preferences in relation to infertility counselling: a multifaiThdialogue. Int J Fertil Steril. 2011; 5(3): 158-167.