

رابطه بین نگرش نسبت به روش های کمک باروری نویین و شاخص های جمعیت شناختی

فربیا شکیبا^۱، دکتر منوچهر ازخوش^{۲*}، دکتر بهروز دولتشاهی^۱، دکتر سید جلال یونسی^۲،
دکتر مریم افتخار^۳

۱. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۲. دکترای روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۳. متخصص زنان، فلوشیپ نازایی، مرکز تحقیقاتی و درمانی ناباروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۴/۱۶

خلاصه

مقدمه: امروزه با پیشرفت علم پزشکی، امکان باروری برای بسیاری از زوجین فراهم شده است ولی با توجه به ویژگی های این روش های درمانی و چالش های پیش روی آن، پذیرش آنها به عوامل متعددی بستگی دارد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین ویژگی های جمعیت شناختی افراد نابارور با نگرش آنها نسبت به روش های نوین کمک باروری انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی توصیفی در تابستان سال ۱۳۹۱ بر روی ۲۵۰ زن و مرد نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری استان یزد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. اطلاعات توسط پرسشنامه دو قسمتی که حاوی مشخصات فردی و عبارات نگرشی بود، گردآوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های تی مستقل، آنوا و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: بین طول مدت ازدواج ($p=0/01$)، مدت زمان ناباروری ($p=0/001$)، سن ($p=0/04$) و میزان درآمد ماهیانه ($p=0/004$) با نگرش افراد نسبت به روش های کمک باروری نوین ارتباط آماری معنی داری وجود داشت، ولی بین جنسیت، سطح تحصیلات و نوع سکونت با نگرش افراد نسبت به روش های کمک باروری تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p>0/05$).

نتیجه گیری: طولانی شدن مدت زمان ازدواج، مدت زمان ناباروری، افزایش سن و وضعیت اقتصادی مناسب، نگرش زنان و مردان نابارور نسبت به روش های کمک باروری را تحت تأثیر قرار می دهد.

کلمات کلیدی: جمعیت شناختی، روش های کمک باروری، ناباروری، نگرش

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر منوچهر ازخوش؛ دانشکده مشاوره و روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۶۱
پست الکترونیک: azkhosh34@yahoo.com

مقدمه

تولید مثل، یکی از توانایی های انسان است ولی تعداد محدودی از زوجین، این توانایی را نداشته و نابارور هستند. ناباروری پدیده ای زیستی، روانی و اجتماعی است که زندگی زوجین را با بحران روبرو می سازد (۱)، به گونه ای که سازمان جهانی بهداشت، ناباروری را به عنوان یک معضل بهداشت باروری در سراسر دنیا مطرح کرده است که سلامت روانی زوجین نابارور را تهدید کرده و زمینه ابتلاء آنها به اختلالاتی نظیر ناامیدی، استرس، خشم، افسردگی، انزوا طلبی، اضطراب، احساس گناه، مشکلات جنسی و زناشویی و عدم اعتماد به نفس را فراهم می کند (۲-۸).

آگاهی مردم از درمان های نوین کمک باروری، با تولد لوئیس براون^۱ به عنوان اولین فرزند حاصل از لقاح آزمایشگاهی^۲ در سال ۱۹۷۸ افزایش یافت، به گونه ای که از آن سال به بعد، با پیشرفت های حاصل در این زمینه، راه های جدید کمک باروری و امکان داشتن فرزند، پیش روی افراد گذاشته شد (۹). ولی با این وجود، ناباروری همچنان در بین بسیاری از خانواده ها به خصوص در خانواده های ایرانی، یک مشکل اساسی و بزرگ تلقی می شود و روش های نوین کمک باروری در بین اقشاری از جامعه ایران همانند جمعیت وسیعی از جهان (۱۰)، پذیرفته نیست و همه زوجین نابارور به دلیل عوامل فرهنگی و مذهبی تأثیرگذار در تصمیم گیری آنها برای درمان، از این فناوری ها استفاده نمی کنند، حتی زوجین در برخی موارد ممکن است نگرش متفاوتی نسبت به روش های کمک باروری^۳ داشته باشند، به عنوان مثال ممکن است یکی از زوجین، انواع مختلف روش های بارداری مصنوعی را بپذیرد ولی زوج دیگر در درمان، احساس ناتوانی کرده و دچار ناامیدی شود (۱۱). پس می توان گفت یکی از مسائلی که در پذیرش شیوه های درمان تأثیر دارد، تغییر نگرش آنهاست.

مطالعاتی که در راستای بررسی نگرش^۴ نسبت به روش های کمک باروری انجام شده اند، نشان داده اند که بین

نگرش زنان و مردان نسبت به اهداء تخمک^۵ تفاوتی وجود ندارد و افرادی که دارای سطح تحصیلات بالاتری هستند، به طور معنی داری نگرش مثبت تری نسبت به این نوع درمان دارند (۱۲) که با مطالعه چنگاوی و همکاران (۲۰۰۵) همخوانی نداشت (۱۳). در مطالعه لطیف نژاد و همکاران (۲۰۱۳)، بین باورهای دینی زنان نابارور با نگرش آنها نسبت به روش های اهدایی کمک باروری ارتباط معناداری وجود نداشت (۱۴).

همچنین در مطالعه احمدی و همکاران (۲۰۱۱)، بین نوع نگرش نسبت به رحم جایگزین با سطح تحصیلات، تعداد سال های نازایی و میزان درآمد افراد ارتباط معنی داری وجود داشت، ولی بین نوع نگرش افراد با قومیت و شغل همسر ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت (۱۵). مطالعه آی ان هورن (۲۰۰۴) در مصر نشان داد که در کشورهای مسلمان، مذهب تأثیر زیادی بر انتخاب روش درمانی دارد (۱۶). همچنین در مطالعه مینای و همکاران (۲۰۰۷)، مردان پس از دریافت اطلاعات در مورد رحم جایگزین، مخالفت بیشتری نسبت به این روش داشتند (۱۷). در مطالعات انجام شده، به نقش عوامل فردی به عنوان عامل مؤثر در نگرش افراد نابارور توجه شده که برای تصمیم گیری کلی کافی نیست، زیرا به تمام روش های نوین توجه نشده است، بنابراین با توجه به دغدغه های موجود در جامعه و چالش های پیش روی افراد نابارور و عدم پذیرش آسان روش های نوین کمک باروری، نیاز به انجام مطالعه همه جانبه که ویژگی های اساسی فردی را در ارتباط با تمام روش های نوین باروری بررسی کند، احساس می شود تا بر اساس آن، راهکارهایی جهت تغییر نگرش افراد نابارور ارائه شود، زیرا نگرش آنها تأثیر بسزایی در انتخاب روش های درمان دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین ویژگی های جمعیت شناختی با نگرش به انواع روش های کمک باروری نوین انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع همبستگی است و نمونه آماری آن (بر اساس جدول نمونه گیری کوکران)، ۲۵۰ نفر از زنان

¹Lewis Brown

²In Vitro Fertilization

³Assisted reproductive techniques

⁴Attitude

⁵Oocyte donation

و مردان ناباروری بودند که در تابستان سال ۱۳۹۱، جهت اقدامات تشخیصی و درمانی به مرکز تحقیقات و درمان ناباروری یزد مراجعه کرده بودند. افراد به طور تصادفی ساده از لیست مراجعین مرکز با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، تشخیص قطعی ناباروری و معیار خروج از مطالعه شامل: داشتن همسری به غیر از همسر فعلی خود بود. به منظور گردآوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی که شامل سؤالات فردی و پرسشنامه محقق ساخته نگرش نسبت به روش های کمک باروری بود، استفاده شد. پرسشنامه پژوهشگر ساخته: پرسشنامه ای دو قسمتی است که قسمت اول آن شامل ۹ سؤال در مورد مشخصات فردی افراد مورد مطالعه (جنس، سن، سطح تحصیلات، میزان درآمد، طول مدت ازدواج، مدت زمان ناباروری، نوع سکونت) و قسمت دوم آن شامل ۲۸ عبارت است که نگرش کلی افراد را در مورد روش های مختلف کمک باروری (آی یو آی، میکرواینجکشن، آی وی اف، اسپرم اهدایی، تخمک اهدایی، جنین اهدایی، رحم جایگزین) می سنجد و بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم درجه بندی شده است. حداکثر نمره فرد ۸۴ و حداقل نمره، صفر می باشد که کسب نمره بیشتر در این مقیاس، نشان دهنده نگرش مثبت تر می باشد. اعتبار علمی این مقیاس که به وسیله محققان تهیه شد، با استفاده از روش اعتبار محتوا و با ارائه و طرح در شورای گروه پزشکی در مرکز که با حضور متخصصین زنان و فلوشیب نازایی تشکیل شد، ارزیابی و با در نظر گرفتن نظرات آنها اصلاح و تهیه شد. پایایی این پرسشنامه نیز با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۷ تأیید شد. روش گردآوری داده ها به این صورت بود که ابتدا با کسب معرفی نامه از دانشگاه و هماهنگی با مسئولین

مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری یزد، به این مرکز مراجعه شد و پس از بیان اهداف و روش مطالعه و اطمینان دادن به بیماران در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات آنان و بر اساس معیارهای ورود، افراد واجد شرایط به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسشنامه ها، داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت توصیف داده ها از روش های آمار توصیفی شامل شاخص های مرکزی و توزیع فراوانی استفاده شد. جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی با نگرش نسبت به روش های کمک باروری، از آزمون همبستگی پیرسون و جهت بررسی تفاوت متغیرهای جمعیت شناختی در نوع نگرش افراد از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۲۵۰ نفر (۱۲۵ زن، ۱۲۵ مرد) مورد بررسی قرار گرفتند که اکثر آنها در محدوده سنی ۳۰-۲۰ سال قرار داشتند. سطح تحصیلات اکثر افراد (۵۶/۸٪)، دیپلم و فوق دیپلم بود. همچنین اکثر افراد مورد مطالعه (۸۶/۴٪) ساکن شهر بودند. میزان درآمد ماهیانه ۱۲۳ نفر (۴۹/۲٪) از افراد، زیر ۶۰۰ هزار تومان بود و بیشترین فراوانی مربوط به طول مدت ازدواج (۴۰/۸٪) و طول مدت ناباروری (۵۴/۴٪)، کمتر از ۵ سال بود. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، در نگرش به روش های نوین کمک باروری به تفکیک جنسیت ($p > 0/05$) و نوع سکونت ($p > 0/05$) اختلاف معناداری وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره نگرش نسبت به روش های نوین کمک باروری به تفکیک جنسیت و نوع سکونت افراد نابارور

متغیرها	سطوح متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
جنسیت	مردان	۱۲۵	۳۵/۶۶	۱۵/۷	۰/۹۴
	زنان	۱۲۵	۳۵/۵۴	۱۵/۱	
نوع سکونت	شهری	۲۱۶	۳۵/۰۶	۱۵/۴۹	۰/۱۶
	روستایی	۳۴	۳۹	۱۴/۶	

ازدواج، مدت زمان ناباروری و افزایش سن، افراد نگرش مثبت تری نسبت به روش های درمانی داشتند (جدول ۲).

بین متغیرهای طول مدت ازدواج ($p=0/01$)، مدت زمان ناباروری ($p=0/001$) و سن ($p=0/04$) با نگرش نسبت به روش های کمک باروری نوین، ارتباط آماری معنی داری وجود داشت؛ به گونه ای که با افزایش طول مدت

جدول ۲- همبستگی بین متغیرهای پژوهش با نگرش نسبت به روش های نوین کمک باروری

متغیر	مقدار ضریب همبستگی	سطح معنی داری
مدت زمان ازدواج	۰/۱۶	۰/۰۱
طول مدت ناباروری	۰/۳۱	۰/۰۰۱
سن	۰/۱۲	۰/۰۴

تحصیلات و نمره نگرش افراد نسبت به روش های کمک باروری، تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد ($p>0/05$) (جدول ۳).

همچنین تفاوت معناداری در نگرش افراد با سطوح درآمد متفاوت مشاهده شد ($p=0/004$)، به طوری که با افزایش سطح درآمد، افراد نابارور نگرش مثبت تری نسبت به روش های درمانی داشتند. ولی بین سطح

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی و نگرش نسبت به روش های کمک باروری

متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
میزان درآمد	۲۵۸۱	۲۴۷ و ۲	۱۲۹۰/۵	۵/۶۳	۰/۰۰۴
سطح تحصیلات	۶۷۹	۲۴۷ و ۲	۳۳۹/۵	۱/۴۴	۰/۲۴

نیز مانند زنان، علاقمند به بچه دار شدن هستند و از ناباروری رنج می برند، ولی نوع واکنش آنها متفاوت است. زیرا فرزنددار شدن، نقش مهمی در شادی زندگی آنها دارد، به خصوص زمانی که مردان دلیل ناباروری باشند، افسردگی، تغییر در تصویر ذهنی، کاهش اعتماد به نفس و احساس فقدان بیشتری را نسبت به زمان های دیگر پیدا می کنند (۲۱). بر اساس نظریه جلال آل احمد، فرهنگ و سنت این چنین القاء می کند که فرزند، نام پدر را زنده نگه خواهد داشت، بنابراین این فشار در جامعه وجود دارد که ناباروری را فقدان مردانگی می دانند. بنابراین مردان نیز به دلیل این تفکرات فرهنگی و نداشتن توانایی ادامه نسل، زنده نگه داشتن اسم خود و رهایی از بدنامی، این مسئله را پذیرفته و هر دو زوج، مشتاق درمان هستند و تفاوتی بین آنها وجود ندارد.

در مطالعه حاضر، با افزایش سن، افراد نابارور نگرش مثبت تری نسبت به روش های درمانی داشتند که با نتایج مطالعه احمدی و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت (۱۵). با کاهش یافتن توانایی باروری زنان پس از ۳۵ سالگی، کیفیت و کمیت تخمک ها نیز کاهش یافته

بر اساس نتایج جدول ۳، وضعیت اقتصادی افراد در نوع نگرش افراد تأثیرگذار بود؛ به گونه ای که بین طبقات اقتصادی مختلف در نگرش به روش های کمک باروری نوین اختلاف معناداری وجود داشت ($p=0/004$).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نگرش زنان و مردان نسبت به روش های نوین کمک باروری تفاوتی ندارد که با نتایج مطالعه فریدونی (۲۰۰۹) همخوانی داشت (۱۲). می توان اظهار داشت که زنان در جامعه ایران، واکنش شدیدتری نسبت به ناباروری از خود نشان داده و دچار آشفتگی روانی بیشتری می شوند، زیرا از طرفی در جوامع مختلف به نقش مادری، به عنوان مهم ترین نقش زن تأکید شده و از طرف دیگر، ترس از دست دادن زندگی مشترک، مهم ترین عامل آزار دهنده زنان می باشد (۱۹)، بنابراین زنان، عزت نفس خود را از دست داده (۲۰) و در جستجوی اطلاعات بیشتری هستند، درمان را زودتر آغاز کرده و امید بیشتری دارند. مطالعه فولادی و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که مردان

و این امر باعث افزایش سقط های خود به خودی و نتایج ضعیف آی وی اف و روش های کمک باروری می شود (۲۳-۲۵). بنابراین با گذشت زمان، زوجین بیشتر نگران مسئله درمان می شوند. نکته قابل توجه دیگر این است که با افزایش سن و تعامل با انسان های مختلف، فرد نگرش و دیدگاه کامل تری نسبت به مسائل پیرامون خود پیدا کرده و تجربه بیشتری کسب می کند، بنابراین ناسازگاری آنها کمتر شده و به احتمال زیادتری به راه حل های نوین کمک باروری روی می آورد.

از طرفی باید به این نکته توجه داشت که زوجینی که سنشان پایین است، درجاتی از امید به باروری از طریق روش طبیعی را دارند، بنابراین مقاومت نشان داده و سال ها طول می کشد تا شیوه های درمانی را به عنوان یک راه حل در نظر بگیرند؛ به گونه ای که پذیرش این روش ها، روند تدریجی دارد و پس از ناامیدی از سایر روش ها، آن را به عنوان تنها راه امید می پذیرند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره نگرش به روش های کمک باروری در افراد با سطح درآمد بالا، به طور معنی داری بیشتر از افراد با درآمد پایین بود که با نتایج مطالعه سوزوکی همخوانی داشت (۲۶). درمان های ناباروری، پرهزینه می باشد، زیرا این افراد، بارها و سال ها از این درمان ها استفاده می کنند، بنابراین فشار زیادی به آنها وارد می شود که با توجه به عدم پوشش این درمان ها توسط خدمات بیمه در کشور ما، نگرش به درمان را تحت تأثیر قرار می دهد؛ به ویژه زمانی که افراد مجبور می شوند برای درمان به شهر دیگری سفر کرده و هزینه های مالی سنگین تری را متقبل شوند، چه بسا این هزینه ها، بسیاری را از زوجین را با وجود تمایل زیاد به بچه دار شدن، وادار به ترک درمان می کند؛ به گونه ای که بر اساس آمارهای موجود، ۳۱ درصد زنان نابارور، هزینه های درمانی را علت وقفه در درمان ذکر کردند.

در مطالعه گلی و همکاران (۲۰۱۲)، زنان ناباروری که وضعیت اقتصادی مطلوب تری داشتند، تفکرات غیر منطقی و فشارهای روانی کمتر و در طول درمان، احساس امنیت خاطر بیشتری داشتند (۲۷، ۲۸). بنابراین با توجه به اهمیت این مسئله، حمایت های مالی و بیمه ای برای درمان، به عنوان راهی برای کاهش

فشارهای اقتصادی و اصلاح نگرش آنها ضروری به نظر می رسد.

در مطالعه حاضر با افزایش طول مدت ازدواج و افزایش مدت زمان ناباروری، افزایش نگرش مثبت تری نسبت به روش های کمک باروری داشتند که با نتایج مطالعه احمری و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت (۱۵). مطالعه برگ و همکاران (۱۹۹۱) نشان داد که مشکلات هیجانی در سال اول ناباروری بیشتر بوده، در سال دوم به حد نرمال رسیده و مجدداً بعد از سال سوم افزایش می یابد، بنابراین علی رغم حاد بودن مشکل ناباروری در ابتدای ازدواج، طولانی تر شدن این زمان هم مشکلات را بهبود نبخشیده و حتی افزایش می دهد (۲۹). از طرف دیگر، زوجین نابارور جهت مخفی نگهداشتن این مسئله تلاش می کنند زیرا با طولانی شدن زمان ازدواج، فشارها و کنجکاوای های اطرافیان خصوصاً خانواده شوهر و نزدیکان، مبنی بر فرزنددار شدن، افزایش یافته و باعث نگرانی زوجین می شود. لذا با توجه به اینکه افزایش زمان نازایی، باعث افزایش تنش ها و آسیب های روان شناختی شده و زمینه اضطراب بیشتری را در آنها ایجاد می کند (۳۰)، زوجین هر اقدامی را در جهت بچه دار شدن پذیرفته و مقاومت ها را کنار می گذارند.

در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات با نمره نگرش افراد، تفاوت معنی داری وجود نداشت که با مطالعه کاظمی فرد (۱۳۹۱) و چنگاوی همخوانی داشت (۳۱). در مطالعه کاظمی فرد، ۳۲٪ از افراد با تحصیلات دانشگاهی، نگرش مناسبی نسبت به روش های جدید درمان ناباروری نداشتند. بر اساس تئوری نوگرایی و نظریات کالدول، افراد تحصیل کرده، گرایش کمتری نسبت به فرزنددار شدن دارند (۳۲) و زمانی که با ناباروری روبرو می شوند، به دلیل آگاهی داشتن نسبت به مشکلاتشان، بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته و میزان اضطراب آنها افزایش می یابد (۳۳). از طرفی احتمال می رود این گروه با ادامه تحصیل، در رابطه با روش های کمک باروری، اطلاعات جدید از منابع مختلف پیدا کنند که انتخاب این روش های درمانی و تحلیل ابعاد آن، برای آنها مشکل تر شده و به سادگی پذیرای درمان نخواهند بود و خواهان بررسی مسئله از همه جوانب هستند، ولی

کمک باروری بود؛ چه بسا اگر این تفکیک انجام می گرفت، نتایج آن ممکن بود متفاوت باشد، لذا پیشنهاد می شود در مطالعات آینده، نگرش به تمام روش های کمک باروری نوین به طور مجزا سنجیده و با هم مقایسه شود. همچنین به دلیل تنوع قومیتی و اختلاف عقاید موجود در کشور، پیشنهاد می شود به فرهنگ به صورت جامع نگریسته شود و فرهنگ های مختلف به طور مجزا مد نظر قرار گیرند. همچنین لزوم مشاوره در کنار تیم درمان ناباروری، برای حمایت های عاطفی، روانی و اجتماعی زوجین نابارور و برگزاری کلاس های آموزشی در مراکز بهداشتی و ارائه آموزش هایی در مورد ناباروری و روش های درمانی، جهت افزایش سطح آگاهی افراد، ضروری می باشد تا این امر در نهایت، منجر به تصمیم گیری بهتر زوجین برای انتخاب روش های درمانی شود.

نتیجه گیری

تصمیم گیری و پذیرش شیوه های نوین کمک باروری، تحت تأثیر برخی ویژگی های فردی مانند مدت زمان ازدواج، مدت زمان ناباروری، سن و وضعیت اقتصادی قرار دارد؛ به گونه ای که با طولانی شدن زمان ازدواج، طولانی شدن زمان ناباروری، بالا رفتن سن و افزایش درآمد ماهیانه، افراد نگرش مثبت تری به این شیوه ها پیدا می کنند. بنابراین لازم است که متخصصین و برنامه ریزان کشور به مسئله تبلیغات و ارائه اطلاعات در مورد شیوه های درمان از طریق رسانه های جمعی، روزنامه ها و تبلیغات گسترده، توجه خاصی داشته باشند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مسئولین و پرسنل مرکز تحقیقات باروری و ناباروری استان یزد و تمامی کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

افراد دارای تحصیلات پایین به سادگی حرف پزشک را پذیرفته و آن را برای خود یک حجت می دانند.

همچنین ون دن آکر (۲۰۰۷) می نویسد: نگرش های اجتماعی و فرهنگی نسبت به هر نوآوری یا مداخله ای، به شدت تحت تأثیر هنجارهای آن جامعه، شکل می گیرد، بنابراین ممکن است اطلاعات فردی زیاد باشد، ولی نگرش فرد تحت تأثیر عقاید و هنجارهای جامعه ای که در آن زندگی می کند، قرار گیرد (۳۴).

در مطالعه حاضر، بین نگرش افراد به تفکیک سکونت شهری یا روستایی تفاوتی وجود نداشت. شیوه برخورد با ناباروری و میزان فشار روانی وارده بر آنها، تحت تأثیر سیستم های خویشاوندی خاص، سبک پیوند زناشویی و رسومات و سنت خاص هر فرهنگی قرار دارد. در خانواده های روستائین، باتوجه به خانواده های گسترده و پیوندهای خویشاوندی و تعصبات بین اقوام، ناباروری، مسئله خاصی به شمار رفته و شاید برخورد مناسبی با زوج، به خصوص زن نداشته باشند و او را مقصر بدانند. در فرهنگ هایی که نداشتن فرزند از روی اختیار، معنایی ندارد، امکان پنهان سازی ناباروری وجود نداشته و احتمال ننگ و استرس در کشورهای در حال توسعه و جوامع سنتی تر بیشتر است (۳۵).

از طرف دیگر امروزه در عصر فناوری اطلاعات، توانایی سازمان ها در ترویج دانش پزشکی و به روز دنیا بیشتر شده، دانشگاه ها، مراکز انتشاراتی و مطبوعات در هر شهر و منطقه ای گسترش یافته و اطلاعات و منابع خبری را به گوش تمام افراد ساکن در مناطق مختلف می رسانند و این امر، باعث تغییراتی در سنت ها و عقاید خشک و قدیمی شده و جای خود را به فناوری و علوم پیشرفته داده است. به خصوص، وسایل ارتباط جمعی که در کم رنگ تر شدن باورها و اعتقادات غلط مردم در این مورد و موارد دیگر مؤثر بوده اند. بنابراین باورهای و هنجارهای اجتماعی ثابت نیستند و با گذشت زمان تغییر می کنند (۳۶).

نقطه قوت مطالعه حاضر، قابلیت تعمیم نتایج به دلیل حجم بالای نمونه و بررسی نگرش کلی افراد نابارور به تمام روش های نوین کمک باروری بود. از جمله محدودیت های این مطالعه، عدم تفکیک روش های

1. Hamid N. [The relationship between religious attitude and mental health and immune function] [Article in Persian]. *Psychol Study* 2009;5(2):38-48.
2. 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.
3. Mohammadi M, Khalaj AF. [Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them] [Article in Persian]. *J ReprodInfertil* 2001;2(8):33-9.
4. Boivin J, A review of psychosocial interventions in infertility. *SocSci Med* 2003 Dec;57(12):2325-41. Review.
5. Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med* 1991 Feb;14(1):11-26.
6. Boivin J, Takefman JE. Stress level across stages of in vitro fertilization subsequently pregnant and nonpregnant women. *FertilSteril* 1995 Oct;64(4):802-10.
7. Burns LH, Covington SH. *Psychology of Infertility*. New York:Parthenon Publishing;2000.
8. Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient EducCouns* 2010 Dec;81(3):422-8.
9. 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.
10. Zegers F, Hochschild JE, Schwarze V, Alam F. *Infertility international encyclopedia of public*. New York:Academic Press;2008:576-87.
11. KhodaKarami N, Hashmi S, Sedigh S, Hamdiyeh M, Taheripannah R. [Experiences of living with infertility: a phenomenological study] [Article in Persian]. *J ReprodInfertil* 2009 Winter;10(4):287-97
12. FereiduniSh, FereiduniDoshmanZiari B, Soleymani H. [Attitudes towards the treatment of women and men living in Shiraz through oocyte donation] [Article in Persian]. *J ReprodInfertil* 2009 Spring;10(1):51-7.
13. Changavy F, Janan F, Akbari S. [Of infertile couples' attitudes towards gamete and embryo donation Infertility Treatment. Second National Seminar on gamete and embryo donation. 2005.10-11 March, Tehran. [in Persian].
14. Latifnejad R, Jafari J, TaghipurA, Khadem N, Ebrahimzadeh S. [The association of religious beliefs in infertile couples' attitude towards donation procedures and its selection as a therapeutic approach to infertility] [Article in Persian]. *J Mashhad Univ Med Sci* 2013;16(44):1-10.
15. Ahmari Tehran H, Jafarbeglu E, Zia Sheikholeslami N, Abedini Z. [Attitudes of infertility women in surrogacy] [Article in Persian]. *J Med His Eth* 2011;4(1):62-70.
16. Inhorn MC. Middle Eastern masculinities in the age of new reproductive technologies: male infertility and stigma in Egypt and Lebanon. *Med Anthropol Q* 2004 Jun;18(2):162-82.
17. Minai J, Suzuki K, Takeda Y, Hoshi K, Yamagata Z. There are gender differences in attitudes toward surrogacy when information on this technique is provided. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2007 Jun;132(2):193-9.
18. ShavaziRazeghiNasrabad HB, Ardakani BZ, Akhondi MM. [Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran] [Article in Persian]. *J ReprodInfertil* 2006;7(2):139-48
19. Wright J, Duchesne C, Saburina S, Bissonette F, Benoit J, Girard J. Psychological distress and infertility: men, women respond differently. *FertilSteril* 1991 Jan;55(1):100-8.
20. Bharadway TR. Psychological adjustment to infertility and culture: male and female responses at to infertility. *J PsychomerticResearch* , 1991;38(3):229-240.
21. Fooladi E, Danesh M.M, Kashfi F, Khani S, Mohammadpor R. [A study of infertile husbands' and wives' point of view to infertility and marital adjustment in patients referring to Royan infertility center of Tehran] [Article in Persian]. *J MazandaranUniv Med Sci* 2006;16(55):131-7
22. Saleh RA, Ranga GM, Raina R, Nelson DR, Agarwal A. Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *FertilSteril* 2003 Apr;79(4):909-12.
23. Yen S, Jaffe R, Barbri R. *Reproductive endocrinology, physiology, path physiology and clinical management*. 4thed.Philadelphia,WB Saunders;1999.134-152
24. Meden-Vrtovec H. Ovarian aging and infertility. *ClinExpObstetGynecol* 2004;31(1):5-8.
25. Soderstrom-Anttila V. Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Hum Reprod Update* 2001 Jan-Feb;7(1):28-32.
26. Suzuki K, Hoshi K, Minai J, Yanaiharu T, Takeda Y, YamagataZ. Analysis of national representative opinion surveys concerning gestational surrogacy in Japan. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2006 May 1;126(1):39-47.
27. Goli M, Ahmadi M, Goli Sh.[Irrational perception of parenthood in infertile women] [Article in Persian]. *J Res BehavSci* 2012;10(3):213-20.
28. Marjan Goli1, Seyed Mehdi Ahmadi2, Shadi Goli3 Abbey A, Halman LJ, Andrews FM. Psychosocial treatment and demographic predictors of stress associated with infertility. *FertilSteril* 1992 Jan;57(1):122-8.
29. Abedinia N, Ramazanazadeh F, Aghssa MM. [The relationship between anxiety and depression with duration of infertility] [Article in Persian]. *Payeh* 2003;2:253-8.
30. Domar AD, Seibel MM, Benson H.The mind/body program for infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility. *FertilStril* 1990 Feb;53(2):246-9.
31. Kazemifard, y;Jafarian, j;Zahedi, r ;Mosalanejad,h. Attitude of Rural Infertile Women towards Surrogacy in Jahrom Town. [Article in Persian].2012;15(33):26-32
32. Caldwell JC. Toward a restatement of demographic transition theory, *PopulatDev Rev* 1976;2(3-4):321-366



33. Naghib R, Dorosty A, Khalilinejad S. [Examine the role of economic, social and cultural attitudes towards women's reproductive] [Article in Persian]. *Book Month Social Sciences* 2010;36:122-133
34. Van-den-Akker OBA. (2007). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Hum Reprod Update*;13(1): 53-62.
35. 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.
36. Fazeli N. Cultural studies and its role to Shaping the future. *Cultural studies and communication Iranian Society Newsletter* 2010 Fall-Winter;13:14.

Archive of SID