



<https://jas.ui.ac.ir/?lang=en>

Journal of Applied Sociology

E-ISSN: 2322-343X

Vol. 35, Issue 3, No.95, Autumn 2024, pp 101-134

Received: 26.06.2024 Accepted: 17.09.2024

Research Paper

Women Undergoing Donor IVF Treatment: The Moderating Role of Economic Independence in Isfahan

Heidar Zafari

Ph.D. student, Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran
zafari.heidar@yahoo.com

Ali Asghar Mohajerani* 

Assistant professor, Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran
mohajerani@iau.ac.ir

Seyyed Naser Hejazi

Assistant professor, Department of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran
Hejazinaser@yahoo.com

Introduction

Infertility is a significant social concern worldwide, including in Iran. In many societies, particularly our own, femininity is often defined through motherhood, which is frequently viewed as the primary means for women to enhance their status within the family and society (Hasanpoor-Azghady et al., 2019). The ability to have children is perceived as a vital individual, social, and cultural value. In developing countries, the negative effects of infertility are often more pronounced due to various social, cultural, and economic factors, leading to considerable social pressure on couples (Ebrahimzadeh Zagami et al., 2021). This study aimed to sociologically analyze the impact of social stigma on relationship quality among infertile men and women undergoing donor IVF treatment with a particular focus on the moderating role of women's economic independence within the family. Specifically, the research examined how social stigma influenced the quality of family and social relationships for both men and women undergoing donor IVF treatment. Additionally, it assessed the extent to which women's economic independence moderated the effect of social stigma on these relationships.

Materials & Methods

This research employed a quantitative, cross-sectional design, distinguishing it from longitudinal studies. The unit of analysis was micro-level, focusing on individual families (husband and wife). As such, the study was categorized as survey research, falling under non-experimental methods. The statistical population included all infertile men and women, who visited the Isfahan Fertility and Infertility Center and the Pouyesh Fertility Center for treatment during 2022 and 2023. The sample size was estimated using SPSS Sample Power software, resulting in a minimum of 140 sample units based on specific criteria. Ultimately, 147 samples were analyzed to test the hypotheses. Data collection was conducted using a questionnaire that measured the quality of family relationships, the quality of social relationships, and the social stigma associated with infertility, employing the instruments adopted by Golombok-Rust

(1985), Pierce et al. (1991), and Younesi et al. (2005), respectively. Additionally, women's economic independence was assessed based on their approximate income levels. To evaluate the validity and reliability of the measurement tools, factor validity techniques were applied for reflective measures, while face validity was used for formative measures. The results indicated that all tools suitable for this technique demonstrated factor validity. Reliability analysis showed that all reflective scales and subscales exhibited internal consistency with Cronbach's alpha coefficients exceeding 0.90 or being very close to that threshold. Data analysis was conducted using Structural Equation Modeling (SEM) with the Partial Least Squares (PLS) approach, utilizing SmartPLS4 software.

Discussion of Results & Conclusion

* Corresponding author

Mohajerani, A.A., Zafari, H., & Hejazi, N. (2024). Women undergoing donor IVF treatment: The moderating role of economic independence in Isfahan. *Journal of Applied Sociology*, 35(3), 101-134. <https://doi.org/10.22108/jas.2024.141913.2527>



The descriptive analysis of the research variables revealed that the infertile men and women rated the quality of their family relationships with their spouses as good to excellent, while their social relationships were perceived as average. Regarding social stigma, the analysis indicated that, on average, the participants experienced social stigma although its severity was below the average threshold. Hypothesis testing demonstrated that social stigma negatively impacted both the family and social relationships of couples undergoing donor IVF treatment. However, the moderating role of women's economic independence was not supported by the findings. Overall, the results suggested that social stigma adversely affected the family and social dynamics of couples undergoing donor IVF treatment, regardless of the woman's economic independence. The decline in the quality of family and social relationships among infertile couples due to social stigma is a complex and multifaceted issue that

requires careful attention and comprehensive support. To aid these couples, the society can foster a more supportive environment by increasing public awareness of infertility and addressing the negative stigmas associated with it. This awareness can be promoted through various media, including television, radio, and social networks, as well as through workshops and seminars. Additionally, providing counseling services and establishing support groups for infertile couples can be beneficial. Furthermore, developing and implementing supportive legislation—such as financial assistance, access to treatment services, and protections for the rights of infertile couples in the workplace—can help them navigate the challenges of infertility and successfully undergo treatment.

Keywords: Social Stigma, Family Relationship Quality, Social Relationship Quality, Donor IVF, Economic Independence.



مقاله پژوهشی

تحلیل جامعه‌شناختی تأثیر استیگمای (انگ) اجتماعی بر کیفیت روابط زنان و مردان نابارور تحت درمان IVF اهدایی با تأکید بر تعدیل‌گری استقلال اقتصادی در شهر اصفهان

حیدر ظفری، دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

zafari.heidar@yahoo.com

علی اصغر مهاجرانی^{ID*}، استادیار، گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

mohajerani@iau.ac.ir

سید ناصر حجازی، استادیار، گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

Hejazinaser@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تحلیل جامعه‌شناختی تأثیر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی با تأکید بر نقش تعدیل‌گری استقلال اقتصادی زن بود. روش پژوهش، کاربردی و از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، تمامی زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر اصفهان در بازه زمانی تیر تا اسفند ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه برای سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون حداقل ۸۰٪، برابر با ۱۴۷ نفر تعیین شد. کیفیت روابط خانوادگی، کیفیت روابط اجتماعی و استیگمای اجتماعی ناشی از ناباروری به ترتیب، با استفاده از پرسش‌نامه‌های راست و گلوبوک^۱ (1985)، پیرس و همکاران^۲ (1991)، یونسی و همکاران (۱۳۸۴) سنجش شد. همچنین، استقلال اقتصادی زن بر اساس سطح تقریبی درآمد زن سنجش شد. داده‌ها با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری، با رویکرد حداقل مربعات جزئی و با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS4 تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد استیگمای اجتماعی بر روابط خانوادگی و همچنین، روابط اجتماعی زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی، تأثیر منفی دارد. همچنین براساس نتایج، نقش تعدیل‌گری استقلال اقتصادی زن تأیید نشد. نتایج بر ارائه راهکارهای کاهش استیگمای اجتماعی، که مستلزم اقدامات هماهنگ و گسترده در سطوح مختلف جامعه است، تأکید می‌کند. **واژه‌های کلیدی:** استیگمای اجتماعی، کیفیت روابط خانوادگی، کیفیت روابط اجتماعی، IVF اهدایی، استقلال اقتصادی.

* نویسنده مسئول:

ظفری، حیدر؛ مهاجرانی، علی اصغر و حجازی، سید ناصر. (۱۴۰۳). تحلیل جامعه‌شناختی تأثیر استیگمای (انگ) اجتماعی بر کیفیت روابط زنان و مردان نابارور تحت درمان IVF اهدایی با تأکید بر تعدیل‌گری استقلال اقتصادی در شهر اصفهان جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۵(۳)، ۱۰۱-۱۳۴. <https://doi.org/10.22108/jas.2024.141913.2527>



2322-343X © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¹ Rust & Golombok

² Pierce et al.



<https://doi.org/10.22108/jas.2024.141913.2527>

مقدمه

معضل ناباروری در دنیای امروز، به یک دغدغه اجتماعی تبدیل شده است. سازمان بهداشت جهانی، ناباروری را یک مشکل عمده سلامت معرفی کرده است (Hasanpoor-Azghady et al., 2019). ناباروری از طریق زنان بین ۲۰ تا ۴۴ سال، ۸ تا ۱۲ درصد از زوجها در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده است. براساس گزارش‌ها، از تمام زوج‌های نابارور، ۴۰ تا ۵۰ درصد به دلیل عوامل مرتبط با زنان، ۳۰ تا ۴۰ درصد به دلیل عوامل مرتبط با مردان، ۲۰ درصد به دلیل عوامل مرتبط با زن و مرد و تقریباً ۱۵ درصد به دلایل ناشناخته، نابارور تشخیص داده شده‌اند (Şahiner & Boz, 2022). در کشورهای در حال توسعه، از هر چهار زوج، یک زوج نابارورند (Ebrahimzadeh et al., 2021). نرخ باروری کل برای استان اصفهان، در سال‌های ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۳۹۸، ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰، به ترتیب برابر با ۱/۷۷، ۱/۶۴، ۱/۴۱، ۱/۳۲ و ۱/۳۶ گزارش شده است؛ بنابراین روند کلی کاهش باروری در استان مشهود است (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۱).

موقعیت اجتماعی، امنیت زناشویی و انجام تکلیف شرعی در ایران، در گرو داشتن فرزند است؛ بنابراین فرزندآوری یک تعهد اجتماعی و فرهنگی برای زنان است و انتظار می‌رود بلافاصله پس از ازدواج، صاحب فرزند شوند که از این طریق، نهاد خانواده تقویت شود. بر این اساس، زنان نابارور ممکن است نگران از دست دادن حمایت همسرشان به دلیل ناتوانی آنها در فرزندآوری باشند. زوج‌های نابارور حتی در جوامعی که کانون خانواده قوی است، نسبت به هویت شخصی و خانوادگی خود احساس ناامنی می‌کنند (Ebrahimzadeh et al., 2021). در حالی که در این باره توافق کلی وجود دارد که نقش و جایگاه زنان نباید تنها براساس توانایی باروری آنها تعریف شود، اما در بسیاری از جوامع، احساس زنانگی از طریق مادربودن درک می‌شود که در بیشتر مواقع، تنها ابزار زنان برای ارتقای جایگاه خود در خانواده و جامعه

است (Hasanpoor-Azghady et al., 2019). در برخی جوامع از جمله جامعه ما، داشتن فرزند، ارزش فردی، اجتماعی و فرهنگی تلقی می‌شود. نکته درخور توجه آن است که در کشورهای در حال توسعه با جوامع سنتی‌تر مانند ایران، به دلیل عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، تأثیر منفی ناباروری در مقایسه با جوامع غربی بسیار بیشتر است و احتمالاً ناباروری فشارهای اجتماعی بسیار شدیدی را بر زوجها وارد می‌کند (Ebrahimzadeh Zagami et al., 2021).

به این دلایل، زوجین نابارور کوشش و هزینه فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می‌کنند (شاکری و همکاران، ۱۳۸۵). ناباروری یک رویداد استرس‌زا برای زوج‌هایی است که در تلاش برای داشتن فرزندند. نه تنها خود ناباروری استرس‌زا است، درمان‌های پزشکی تهاجمی و نامطمئن نیز، سطح استرس را به‌طور چشم‌گیری افزایش می‌دهد (Öztürk et al., 2021). همچنین فرآیند درمان ناباروری به دلیل مصرف دارو و روش‌های تهاجمی، کیفیت زندگی زنان را کاهش می‌دهد (Şahiner & Boz, 2022). در ایران، بسیاری از اشکال درمان کمک‌باروری از جمله لقاح خارج رحمی^۱، با تأیید و حمایت قوی فقهای شیعه مشروعیت یافته است. ایران در ارائه این روش‌ها، در میان کشورهای مسلمان خاورمیانه پیشتاز است. بیش از ۷۰ مرکز ناباروری در ایران وجود دارد که ۱۸ درصد از درمان‌های کمک‌باروری را در بخش دولتی و ۸۲ درصد را در بخش خصوصی انجام می‌دهند (Zagami et al., 2019). در شهر اصفهان نیز در حال حاضر، تعداد سه مرکز تخصصی درمان ناباروری (کلینیک پویش، مرکز درمان ناباروری حضرت مریم و بیمارستان تخصصی میلاد اصفهان) فعال وجود دارد.

از جمله عوامل مهمی که زوج‌های نابارور از لحاظ فشارهای هنجاری با آن درگیرند، مسئله استیگمای اجتماعی است. مفهوم استیگمای اجتماعی که در نتیجه شکست در

¹ IVF: In Vitro Fertilization

می‌آورد و مادری که برای او نقش والد را دارد، یکی نیست (Golombok et al., 2004). بنابراین انتخاب روش‌های اهدایی برای درمان، چالش بزرگی برای افراد نابارور محسوب می‌شود. از طرف دیگر، استیگمای درک‌شده از سوی افراد نابارور تحت درمان با روش‌های اهدایی در شهرهایی بیشتر مشهود است که دارای فرهنگ سنی‌تری اند. به نظر می‌رسد زنان و مردان نابارور در شهری مانند اصفهان با بافت سنتی و مذهبی، با چالش‌های بیشتری از جمله استیگما مواجه باشند که این بر روابط خانوادگی و اجتماعی و همچنین، سلامت روانی آنها آثار منفی می‌گذارد.

مرور پیشینه موضوع مرتبط با تجربیات زیسته افراد نابارور نشان می‌دهد در بسیاری از این پژوهش‌ها، که عمدتاً با روش‌های کیفی انجام شده است (برای مثال، یونسی، ۱۳۸۴؛ ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۵، خداکرمی و همکاران، ۱۳۸۸)، بر وجود استیگما به‌عنوان یکی از تجربیات رنج‌آور آنها تأکید شده است. با وجود این در پژوهش‌های گذشته، تأثیر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط زنان و مردان نابارور، به‌طور خاص مطالعه نشده است. علاوه بر آن، نقش استقلال اقتصادی زن که دارای مزیت‌های روانی و اجتماعی برای زنان است، در این پژوهش‌ها مطالعه نشده است. نویسندگان این مقاله استدلال می‌کنند که داشتن استقلال اقتصادی برای زن، تأثیر استیگمای اجتماعی را بر روابط خانوادگی، اجتماعی و همچنین سلامت روانی زنان و مردان نابارور تحت درمان IVF اهدایی تعدیل می‌کند.

پژوهش حاضر، با هدف تحلیل جامعه‌شناختی تأثیر استیگمای (انگ) اجتماعی بر کیفیت روابط زنان و مردان نابارور تحت درمان IVF اهدایی با تأکید بر تعدیل‌گری استقلال اقتصادی زن در خانواده انجام شد. بر این اساس، تأثیر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی زن و مردهای درمان IVF اهدایی مطالعه شد. همچنین نقش تعدیل‌گری استقلال اقتصادی زن در خانواده،

برآوردن هنجارهای اجتماعی شکل می‌گیرد، در زنان و مردان درگیر با ناباروری، با خوددراکی از نقص، شکست نقش و کاهش احترام همراه است. نقش والدینی، به‌عنوان یک مرحله زندگی، تثبیت یک خانواده جدید را نشان می‌دهد و ناباروری باعث می‌شود که زوج‌ها به مرحله پیش‌بینی‌شده پدر و مادری انتقال نیابند و در نتیجه نظم در فعالیت‌های زندگی و نقش‌های افراد دچار به هم ریختگی شود و کارکردهای خانواده آسیب ببیند (عباسی شوازی و همکاران، ۱۳۸۴: ۹۵). استیگمای اجتماعی حاصل از بازخوردهای منفی ناشی از ناباروری در جامعه، به بی‌اعتباری یا کاهش اعتبار اجتماعی نزد دیگران منجر می‌شود؛ زیرا از نگاه پیش‌فرض گفتمان مسلط در جامعه، کسی که قادر به فرزندآوری نیست، احتمالاً فردی ناتوان است. استیگمای ناباروری با احساس شرم و پنهان‌کاری همراه است. اگر ناباروری به‌عنوان یک استیگما تجربه شود، این پتانسیل را دارد که فرد نابارور را از حمایت اجتماعی محروم کند و باعث افسردگی، اضطراب و استرس، احساس گناه و مشکلات مربوط به روابط شود. همچنین ممکن است باعث اختلال روان‌شناختی، کاهش عزت‌نفس و خودکارآمدی و تمایل به خود‌انگ‌زنی شود. استیگمای ناباروری و فشارهای اجتماعی مرتبط با آن، بر تمام ابعاد زندگی و رفاه زنان تأثیر می‌گذارد (Taebi et al., 2021).

به نظر می‌رسد افراد ناباروری که روش‌های اهدایی را به‌عنوان راه‌حل درمان انتخاب می‌کنند، استیگمای بیشتری را تجربه خواهند کرد. در روش‌های اهدایی، خانواده‌های جدیدی ایجاد می‌شود که در آنها والدین ژنتیکی، از والدین اجتماعی جدا می‌شود. کودکانی که با اهدای تخمک باردار می‌شوند، ارتباط ژنتیکی با مادرشان ندارند، کودکانی که با اهدای اسپرم باردار می‌شوند، ارتباط ژنتیکی با پدرشان ندارند و کودکانی که با اهدای جنین باردار می‌شوند، از نظر ژنتیکی با هر دو والدین ارتباط ندارند. دربارهٔ رحم اجاره‌ای که یک زن برای زن دیگر بچه‌دار می‌شود، مادری که بچه را به دنیا

در تأثیر استیگمای اجتماعی بر روابط خانوادگی و روابط اجتماعی آنها سنجش شد.

مبانی نظری

ناباروری، ناتوانی در باردارشدن، با وجود ۱۲ ماه رابطه جنسی محافظت‌نشده تعریف می‌شود. تقریباً ۱۸۶ میلیون نفر در سراسر جهان نابارورند (Yokota et al., 2022). تعداد بسیار زیادی روش درمان کمک‌باروری وجود دارد که بسته به علت ناباروری در زن و مرد متفاوت است. روش IVF اهدایی، یکی از این روش‌هاست. IVF اهدایی چهار روش رحم اجاره‌ای، اهدای تخمک، اهدای اسپرم و اهدای جنین را شامل می‌شود. اطلاق رحم جایگزین در لقاح خارج از رحمی، موقعی به کار می‌رود که زنی برای به ثمر رساندن جنین زوج دیگر، باردار شود (آخوندی و همکاران، ۱۳۸۶). تخمک اهدایی، در محیط آزمایشگاه با اسپرم‌های گرفته‌شده از زوج نابارور مجاور می‌شود، لقاح انجام و جنین حاصل‌شده به رحم زن نابارور منتقل می‌شود. در مواردی که مشکل ناباروری مربوط به مرد است (ناتوانی در تولید اسپرم از تمام روش‌های ممکن) و یا زمانی که احتمال انتقال بیماری‌های ژنتیکی به نسل بعد وجود دارد، ناگزیر از اهدای جنین استفاده می‌شود (خلیلیان و رضایی، ۱۳۹۹). در نهایت، در صورتی که مشکل ناباروری مربوط به مرد باشد، اسپرم‌های مرد کیفیت مطلوب را نداشته و یا مرد ناقل یک ناهنجاری کروموزومی باشد، به استفاده از اسپرم اهدایی نیاز است (خلیلیان و رضایی، ۱۳۹۹).

برنامه‌های درمان ناباروری بیشتر فشار روانی زیادی را بر زن وارد می‌کنند؛ برای مثال، با آنکه روش IVF توانسته است بر تعدادی از موانع بر سر راه باروری فائق آید و روزه‌های امید بسیاری را برای زوج‌های نابارور بگشاید، اما خود مشکلاتی را نیز به دنبال داشته است. بیماران تحت درمان با IVF، نگران‌اند و در سیکل‌های درمانی منجر به شکست، بیشتر دچار افسردگی می‌شوند. زوجین نابارور، تنش

ناشی از افسردگی را هم به صورت فردی و هم به صورت وابسته به یکدیگر تجربه می‌کنند. چنین تنش‌هایی به مسائل روحی-روانی مختلف از جمله افسردگی، انزوا، شرمساری و بی‌کفایتی منجر می‌شود و در نهایت زمینه طلاق را فراهم می‌آورد (شاکری و همکاران، ۱۳۸۵). استیگما از جمله عواملی است که به نظر می‌رسد در تشدید شرایط دشوار افراد نابارور تحت درمان روش IVF اهدایی مؤثر است و روابط و سلامت روانی آنها را در خانواده، به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

از دیدگاه گافمن (۱۴۰۰)، اصطلاح داغ ننگ به ویژگی یا صفتی اشاره دارد که به شدت بدنام‌کننده و یا ننگ‌آور است. اما باید توجه داشت که قدرت داغ‌زنی یک صفت نه در ذات خودش، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد. به گفته گافمن (۱۴۰۰)، استیگما «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 (Donkor & Sandall, 2007). مروری بر مطالعات گذشته (Imeson & McMurray, 1996; Kimani & Whiteford & Gonzalez, 1995; Olenja, 2001; Miall, 1985) از کشورهای مختلف، در جوامع صنعتی و غیرصنعتی نشان می‌دهد زنان نابارور به دلیل مشکلات باروری خود، احساس استیگما کرده‌اند. در واقع غیبت فرزندان در یک مرحله خاص از زندگی (یعنی سال‌های باروری) به دیگران نشان می‌دهد که یک زن در دسته‌بندی زنان غیرعادی قرار می‌گیرد؛ زیرا انتظارات جنسیتی هنجاری برای زنان، مادری بیولوژیکی را شامل می‌شود. این وضعیت درباره مردان نابارور نیز در پژوهش‌های پیشین دیده شده است؛ برای مثال، پژوهش‌های (Inhorn, 2004; Slade et al., 2007) استیگمای اجتماعی در مردان نابارور را نتیجه گرفته‌اند. هرچند استیگمای ناشی از نقص ناباروری در هر دو زنان و مردان درک می‌شود، اما برخی پژوهش‌ها (Mumtaz et al., 2013; Slade et al., 2007)، شدت بیشتر استیگما در زنان را نتیجه گرفته‌اند.

نظریه اجتماعی توضیح‌دهنده استیگما، نشان می‌دهد که

ناشی از این بیماری را ارائه کرده است (Avila, 2016). میال^۳ (1985) تجارب زنان نابارور و استیگما را با استفاده از نظریه استیگمای گافمن (1۴۰۰)، به‌عنوان چارچوب راهنما تحلیل کرد. او متوجه شد که بیشتر پاسخ‌دهندگان در مطالعه او، واکنش‌های منفی یا متفاوتی را در هنگام افشای وضعیت ناباروری خود برای دیگران تجربه کرده و بیشتر آنها پرسش‌های ناخواسته‌ای از دیگران درباره وضعیت پزشکی خود دریافت کرده‌اند که باعث ناراحتی آنها شده است. میال (1985)، این حالت را «تحریم غیررسمی» نامید؛ زیرا افرادی که زنان نابارور با آنها در تعامل بودند، لزوماً در انگ‌زدن به زنان نکوشیدند، اما این کار را از طریق واکنش‌های اولیه و پرسش‌های نابجا انجام دادند. دیگر زنان، به‌طور مستقیم و گاه به شیوه علنی، شرم‌ساری به‌دلیل وضعیت بی‌فرزندگی خود را تجربه کردند.

استیگمازدن به زنان مبتلا به ناباروری، یکی از مهم‌ترین دلایلی است که بر بهزیستی فیزیولوژیکی، روانی و معنوی زنان تأثیر منفی می‌گذارد (Höbek Akarsu & Kızılkaya Beji, 2021). نتایج پژوهش (Daibes et al., 2018) نشان داد که زنان نابارور احساس می‌کنند از سوی همسر، همسایه و دوستان خود به‌عنوان یک فرد شکست‌خورده یا پست‌تر از دیگران دیده می‌شوند. آنها به‌دلیل ناتوانی در باروری به‌عنوان افراد «نیازمند همدردی»، «غیرنرمال» یا «عقیم» انگاشته شدند. انگ درک‌شده، در زمینه‌های مختلف سلامتی رایج است و محققان نشان داده‌اند که استیگمای درک‌شده به‌طور کلی، رابطه معکوس معنی‌داری با عوامل مختلف مؤثر بر کیفیت زندگی دارد. با این حال، مطالعات اندکی به‌طور خاص، تأثیر انگ را روی افراد نابارور بررسی کرده‌اند. انگ معمولاً در مردان و زنانی احساس می‌شود که با ناباروری دست‌وپنجه نرم می‌کنند. مردان و زنان نه‌تنها با انگ شخصی ناشی از تشخیص ناباروری، با انگ جمعی نیز مواجه می‌شوند؛ زیرا تشخیص این بیماری بر اهداف تنظیم خانواده و ادراک اجتماعی هر دو

نابرابری‌های اجتماعی زیربنایی (مانند جنسیت)، استیگما را پی‌ریزی می‌کند. گریتس و همکاران^۱ (2023) به نقل از لینک و فیلان^۲ معتقدند فرایند استیگمازنی با استفاده از پنج مؤلفه مرتبط، مفهوم‌سازی و تعریف می‌شود: اول، گروه‌های خاصی از نظر اجتماعی متمایز و براساس موضوعات مهم اجتماعی در یک موقعیت تاریخی و اجتماعی خاص (مثلاً کسانی که قادر به فرزندآوری هستند/نیستند و فرزند دارند/ندارند)، برجسب‌گذاری می‌شوند؛ دوم، قضاوت‌ها یا صفات منفی به این گروه‌ها اختصاص داده می‌شود و این گروه‌ها را «نامطلوب»، «غیرمسئول» یا حتی «غیراخلاقی» و «تهدید» برای بافت جامعه می‌کند؛ سوم، این برجسب‌گذاری‌ها و کلیشه‌ها، باعث ایجاد سلسله‌مراتبی از ارزش، از نظر تمایز بین «آنها و ما» می‌شود؛ چهارم، گروه‌های مورد استیگما، مانند «زنان یا مردان نابارور» در سلسله‌مراتب وضعیت و وضعیتی از نابرابری، مشروعیت‌بخشیدن به تحریم‌ها و انگ قرار داد. این چهار مؤلفه انگ، توسط یک مؤلفه پنجم، یعنی قدرت ناشی از نابرابری‌های اجتماعی موجود، مانند نابرابری‌های مبتنی بر جنسیت یا طبقه، پشتیبانی می‌شود. انگ معمولاً با شدت بیشتری بر گروه‌هایی اعمال می‌شود که قبلاً به حاشیه رانده شده‌اند. استیگمازنی، نظم اخلاقی و اجتماعی را کنترل می‌کند و بنابراین به‌عنوان اعمال قدرت برای حفظ هنجارهای اجتماعی و نابرابری‌های موجود تعبیر می‌شود. استیگمازدن اشکال مختلفی دارد: انگ درون‌فردی یا درونی؛ انگ پیش‌بینی‌شده؛ استیگمای بین فردی یا اعمال‌شده (به‌صورت کلامی یا فیزیکی) و استیگمای ساختاری (برای مثال از نظر قانونی یا در مراکز بهداشتی).

وقتی زنی توقع فرزندآوری را در دوران باروری برآورده نکند، جامعه او را به انحراف تنزل می‌دهد و بر زن داغ‌زنی انجام می‌شود. ناباروری، مانع از توانایی فرزندآوری بیولوژیک می‌شود و پیشینه موجود، نمونه‌های متعددی از استیگمای

¹ Gerrits et al.

² Link and Phelan

³ Miall

مختلف در جامعه علیه او اعمال می‌شود و فرصت‌های زیستی او کاهش می‌یابد. بر این اساس، به‌دلیل آنکه افراد نابارور در معرض استیگمای اجتماعی قرار دارند، احتمالاً فشارهای زیادی از نظر روانی و اجتماعی بر آنها تحمیل می‌شود. بنابراین انتظار می‌رود استیگمای درک‌شده از سوی افراد نابارور بر سلامت روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی آنها تأثیر منفی بگذارد. به نظر می‌رسد این شرایط برای افرادی که در جست‌وجوی فرزند با روش‌های درمانی IVF اهدایی هستند، به‌دلیل ویژگی‌های خاص آن، با شدت بیشتری نمود داشته باشد.

پیشینه پژوهش

مطالعه پیشینه موضوع نشان می‌دهد پژوهش‌های متعددی درباره تجربیات متفاوت زنان نابارور انجام شده است. همچنین در برخی از مطالعات گذشته، استیگمای ناشی از ناباروری پژوهش شده است. از جمله پژوهش‌های داخلی که وضعیت استیگما را در بین زنان و مردان نابارور ایرانی بررسی کرده‌اند، به پژوهش یونسی و همکاران (۱۳۸۴) اشاره می‌شود که با هدف آشنایی با جنبه‌های روانی-اجتماعی زندگی ناباروران در رابطه با فرهنگ ایران انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد از میان سه منبع «شناخت خود»، مقایسه اجتماعی، نقش اول و پس‌خوراندهای اجتماعی نقش دوم را در ادراک وضعیت استیگما در افراد نابارور بازی می‌کنند. همچنین، یونسی (۱۳۸۴) در پژوهشی دیگر، عوامل ایجادکننده استیگما را برای اشخاص نابارور در ایران توضیح داد و با ارائه مشاهدات بالینی، بر نقش مهم تحریفات شناختی در ایجاد شرایط استیگما برای ناباروری تأکید کرد. جعفری و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود، با استفاده از روش مروری، ابعاد مختلف فرهنگی-اجتماعی ناباروری را مطالعه کردند. نتایج این پژوهش پس از مرور ۴۹ مطالعه انجام‌شده، ۱۶ مؤلفه مرتبط با مسائل فرهنگی-اجتماعی ناباروری و روش‌های اهدایی کمک‌باروری را معرفی کرد که سه مؤلفه آن مربوط به پذیرش اجتماعی (انزوا، استیگما و پذیرش خانواده)

طرف تأثیر می‌گذارد. اسلید و همکاران^۱ (۲۰۰۷) پیش‌بینی کردند زوج‌هایی که با ناباروری دست‌وپنجه نرم می‌کنند، سطوح بالایی از استیگما را درک می‌کنند و افشاگری کمی نسبت به مسئله خود دارند که این امر به حمایت اجتماعی کم و متعاقباً پریشانی عاطفی منجر می‌شود. آنها دریافتند که صرف‌نظر از تعداد دفعات افشای این مسئله از سوی فرد و درک آنها از حمایت اجتماعی موجود، افراد همچنان احساس انگ می‌کنند که این بیشتر به پریشانی عاطفی آنها منجر می‌شود. بیشتر زوج‌هایی که با چالش‌های ناباروری روبرو هستند، با درماندگی، ناتوانی، ناامیدی و جدایی اجتماعی نیز دست‌وپنجه نرم می‌کنند و بیشترشان باید مکانیسم مقابله با جداسازی اجتماعی مرتبط با ناباروری را توسعه دهند (Esan et al., 2022).

در کشورهای در حال توسعه، کودکان به دلایل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بسیار ارزشمندند. در چنین کشورهایی بی‌فرزندگی ممکن است به مشکلات فردی، اجتماعی و خانوادگی همراه با عوامل استرس‌زا، کاهش امنیت و ثبات در ازدواج و پذیرفتن حق ازدواج مجدد برای مرد منجر و همه این عوامل به طردکردن زنان نابارور منتهی می‌شود. در مقابل، احتمال ازدواج مجدد برای زنان ناباروری کم است که شوهرانشان آنها را رها کرده و یا طلاق گرفته‌اند. زندگی زنان به‌تنهایی از لحاظ اجتماعی تأیید نمی‌شود و نبود حمایت اجتماعی و اقتصادی برای بیشتر زنان، آسیب‌های روانی زنان نابارور را عمیق‌تر می‌کند؛ در نتیجه ممکن است ناباروری به انگی ناخوشایند و آسیب‌زا تبدیل شود که با پیامدهای پیچیده و مخرب آن در جامعه مطلوب نیست (Zorlu & Erbaş, 2023).

براساس نظریه گافمن (۱۴۰۰) درباره استیگما، نقص جسمانی یکی از انواع داغ ننگ است. با توجه به اینکه ناباروری نیز یک نقص جسمانی است، بنابراین این افراد در جوامع در معرض استیگمای اجتماعی قرار دارند. گافمن (۱۴۰۰) بیان می‌کند که یک فرد داغ‌خورده از نگاه دیگران، انسان کاملی نیست و براساس این تصور، انواع تبعیض‌های

¹ Slade et al.

فرزند در معرض خطر بیشتری از اختلالات عاطفی، کیفیت زندگی پایین‌تر، اختلافات زناشویی، افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از حادثه‌اند. پژوهش (Kalateh Sadati et al., 2017) با روش کیفی، تجربیات زنان نابارور را در شیراز بررسی کرد. نتایج این پژوهش نشان داد زنان نابارور تحت فشارهای چندبعدی از جنبه‌های روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارند و فشارهای اجتماعی در کنار زندگی بدون هیجان، عزت‌نفس پایین و مشکلات درمانی از مضامین استخراج‌شده این پژوهش بود. پژوهش (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015) نیز با انجام تحلیل محتوای کیفی مصاحبه‌های انجام‌شده از ۲۵ زن مبتلا به ناباروری، پیامدهای ناباروری را در قالب پنج دسته اصلی شناسایی کردند. این پیامدها شامل موارد ذیل بود:

۱. خشونت، خشونت روانی و فیزیکی خانوادگی؛
۲. بی‌ثباتی یا بلا تکلیفی زناشویی؛
۳. انزوای اجتماعی شامل دوری از افراد خاص یا رویدادهای اجتماعی خاص و انزوای خودخواسته از خانواده و دوستان؛
۴. محرومیت اجتماعی و محرومیت نسبی از جمله بی‌توجهی اعضای خانواده و نزدیکان و کاهش تعاملات اجتماعی با زن نابارور و
۵. بیگانگی اجتماعی.

مطالعه امانتی و همکاران (۱۳۸۸)، نشان داد فشار اطرافیان برای داشتن فرزند، بر کیفیت زندگی زوج‌های نابارور تأثیر منفی می‌گذارد. به عبارت دیگر، انتظارات دوستان و خانواده، احساس حقارت ناشی از ناتوانی در عملکرد طبیعی اولیه بچه‌دارشدن بر زوج‌های نابارور، بار روان‌شناختی ایجاد می‌کند و کیفیت زندگی آنها را به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

پژوهش‌های خارجی نیز کیفیت زندگی زنان و مردان نابارور و تجربیات آنها را بررسی کرده‌اند. در این پژوهش‌ها نیز بر استیگمای اجتماعی به‌عنوان یکی از تجربیات این افراد تأکید شده است؛ برای مثال، پژوهش (Zorlu & Erbaş, 2023) با روش کیفی، مشکلات روانی-اجتماعی زنان نابارور و وضعیت انگ‌زدن آنها را در ترکیه شناسایی کردند. نتایج این پژوهش، فشار اجتماعی ادراک‌شده، انزوای اجتماعی، فقدان میل جنسی، احساس شکست جنسی را به‌عنوان برخی از

بود. پژوهش غفاری و همکاران (۱۴۰۲) نیز با مطالعه تجربه زیسته مردان نابارور از پدرانگی با روش فرزندپذیری، به این نتیجه دست یافت که ناباروری و نداشتن فرزند از سویی و پذیرش فرزندخوانده از سوی دیگر، موجب بروز استیگما و ننگ اجتماعی در مردان نابارور فرزندپذیر می‌شود. پژوهش خداکرمی و همکاران (۱۳۸۸)، با روش کیفی پدیدارشناسی، تجربیات زوج‌های نابارور را مطالعه و بر وجود استیگما از طرف اعضای خانواده، به‌عنوان یکی از عوامل آزاردهنده زنان و مردان نابارور، تأکید کرد. همچنین نتایج این پژوهش کاهش روابط عاطفی بین زوج‌ها را دیگر چالش این زوج‌ها معرفی کرد. پژوهش عباسی مولید و همکاران (۱۳۸۸)، با بررسی ۳۹ پژوهش داخلی مرتبط با موضوع و با رویکرد تحلیل اسناد، زندگی زوج‌های نابارور ایرانی را آسیب‌شناسی کرد. نتایج این پژوهش، ۵۳ آسیب بالقوه این زوج‌ها را در سه بعد فردی، بین فردی و فرافردی شناسایی کرد. احساس فقدان تکمیل هویت اجتماعی، احساس انزوای اجتماعی، حساسیت نسبت به نگرش فامیل، دوستان و جامعه و همچنین اشتغال ذهنی درباره استیگما به‌عنوان آسیب‌های این زوج‌ها در بعد فرافردی طبقه‌بندی شد. و دادهیر و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی، با استفاده از روش پدیدارشناختی تفسیری، تجربه زیسته زنان نابارور را در جست‌وجوی درمان در قزوین مطالعه کردند. نتایج این پژوهش بر فشار اجتماعی اطرافیان، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده پریشانی‌های روانی زوج‌ها و پیامدهای اجتماعی مخرب تأکید کرد. خان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی با روش کیفی تحلیل مضمون، نقش خانواده‌های اصلی را در کیفیت زندگی زناشویی زوج‌های نابارور در شهر یزد مطالعه و شناسایی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد سلامت خانواده‌های اصلی زوج‌ها و رابطه حسنه خانواده‌ها با همدیگر، بر کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار است. پژوهش (Aghakhani et al., 2020)، تجربیات زنان ایرانی را از ناباروری‌شان با روش کیفی بررسی کرد. نتایج این پژوهش نشان داد زنان بدون

به شمار می‌رود. نتایج پژوهش (Mete et al., 2020) که در جامعه زنان نابارور ترک انجام شد، تجربیات این زنان را در قالب سه مضمون اصلی شامل تغییرات روان‌شناختی، تغییرات در زندگی اجتماعی (شامل نارضایتی در روابط زناشویی، پنهان‌کردن احساسات از همسر و اضطراب در روابط زوجها) و تغییرات مرتبط با درمان جای داد. براساس نتایج پژوهش (Ergin et al., 2018)، صرف‌نظر از جنسیت، تقریباً نیمی از زوج‌های نابارور با ترس از استیگمای اجتماعی، وضعیت ناباروری خود را از دیگران پنهان می‌کنند.

پژوهش (Tahiri et al., 2015)، تأثیر ناباروری را بر زنان مسلمان در آلبانی و همچنین باورها، نگرش‌ها و ادراکات فرهنگی آنان را درباره ناباروری بررسی کرد. این پژوهش، چهار مضمون اصلی شامل «روابط سرد با شوهر»، «فشار خانواده»، «انزوای اجتماعی»، «راه‌حل‌های جایگزین»، «احساس گناه» را شناسایی کرد. پژوهش (Vizheh et al., 2015) نیز با هدف تعیین تأثیر تشخیص ناباروری بر اساس جنسیت، بر پاسخ زوج‌های نابارور در ایران انجام شد. نتایج نشان داد تشخیص ناباروری در رضایت زناشویی و جنسی زوج‌های نابارور، تأثیر بسزایی دارد. پژوهش (Obeidat et al., 2014)، تجربیات زیسته زنان مسلمان اردنی نابارور را مطالعه کرد که درمان‌های کمک‌باروری ناموفق داشتند. این پژوهش مضامینی شامل دست‌دادن مادری و زندگی با ناباروری، تجربه عوامل استرس‌زای زناشویی، احساس فشار اجتماعی، تجربه افسردگی و ناامیدی، داشتن مشکلات مرتبط با درمان، قدردانی از حمایت خانواده و دوستان، استفاده از راهبردهای مقابله و ترس از آینده نامعلوم را شناسایی کرد. پژوهش (Behboodi-Moghadam et al., 2013) نشان داد آگاهی زوجها از مسئله ناباروری آنها، باعث ایجاد مشکلات خانوادگی و ایجاد فاصله بین زوج‌ها می‌شود. فشار روحی ناشی از ناباروری، ممکن است بنیان خانواده را سست کند و حتی باعث طلاق شود. این پژوهش، تجربیات منفی زنان از ناباروری‌شان را در چهار مضمون شامل «سوءاستفاده»، «بی‌ثباتی

مشکلات این زنان ذکر کرد. نتایج این پژوهش نشان داد زنان نابارور تحت درمان، به‌دلیل بی‌فرزندگی، مشکلات روانی اجتماعی و انگ‌های زیادی را تجربه کرده‌اند. آنها زندگی اجتماعی خود را محدود می‌کنند، از صحبت با زنان/خانواده‌های دارای فرزند یا باردار طفره می‌روند تا از پاسخ به سؤالات مرتبط با فرزندآوری دوری کنند. پژوهش اوزترک و همکاران^۱ (2021) نیز، تجارب استیگما و خشونت زنان نابارور را در مقایسه با زنان بارور در ایالات متحده مطالعه کرد. نتایج این پژوهش نشان داد زنان نابارور در ایالات متحده، به‌عنوان یک کشور توسعه‌یافته، انگ و سطوح بالایی از استرس را تجربه کرده‌اند. آنها همچنین در معرض خشونت عاطفی یا فیزیکی قرار دارند، اما به‌طور شگفت‌انگیزی، زنان نابارور کمتر از زنان بارور، خشونت را گزارش کردند. پژوهش جنزینسکی و همکاران^۲ (2021)، تجربیات زنان تحت درمان روش‌های کمک‌باروری در یک زمینه فرهنگی-مذهبی، به‌ویژه پروناتالیستی در ایالات متحده انجام شد و نتایج آن نشان داد زنان نابارور در مسیر درمان خود، نشخوار فکری و سرزنش خود را به دلایل اجتماعی-فرهنگی تجربه کردند. این نتایج بر نقش فرهنگ و انگ با ناراحتی زنان در رابطه با ناتوانی در باردارشدن تأکید کرده است که انزوای اجتماعی آنها را باعث می‌شود. نتیجه دیگر این پژوهش نشان داد آشفستگی ناباروری و استفاده از روش‌های کمک‌باروری، باعث تقویت روابط زوج‌ها شده و آنها را به یکدیگر نزدیک‌تر کرده است. نتایج پژوهش (Bornstein et al., 2020) در روستاهای کشور مالاوی^۳ نشان داد استیگمای اجتماعی در نتیجه ناباروری، یک پدیده فراگیر در این جامعه بوده و پیامدهای اجتماعی و استیگمای مرتبط با ناباروری پیش‌بینی‌شدنی است. این پژوهش نشان داد معنای اجتماعی و انتظارات از باروری و فرزندآوری در فرهنگ مالاوی، عناصر اصلی چگونگی و چرایی تولید و تداوم انگ

¹ Öztürk et al.

² Gezinski et al.

³ Malawi

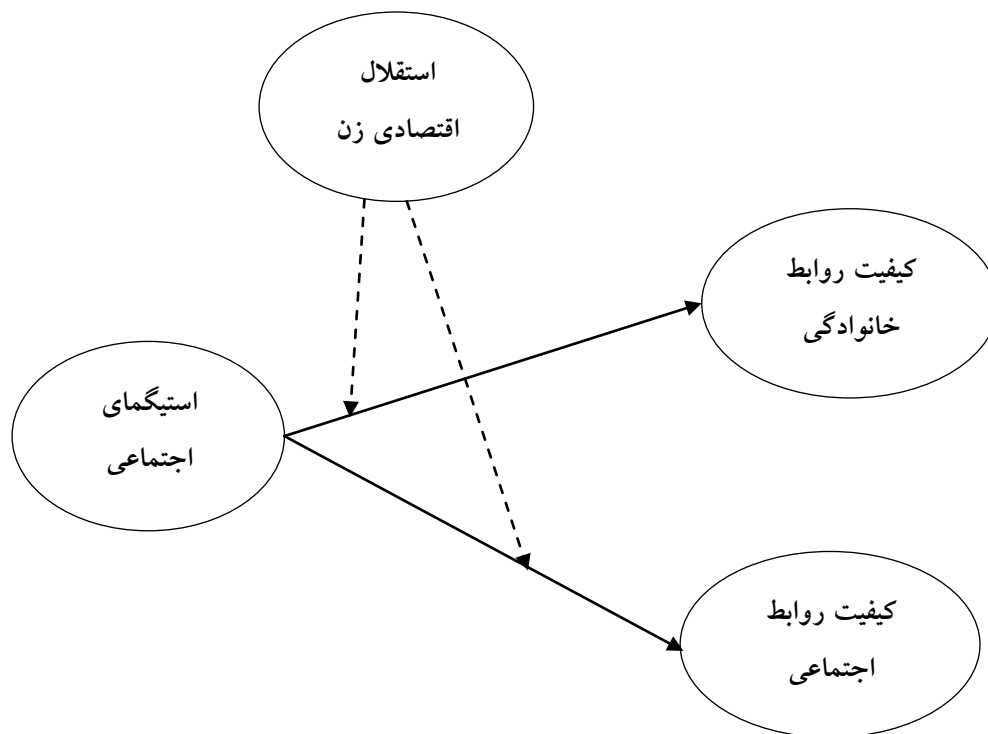
تجربی و با روش کمی مطالعه نشده است. به عبارت دیگر، در این پژوهش‌ها وجود استیگما در زندگی افراد نابارور تأیید شده است، اما تأثیر آن بر روابط آنها تأکید نشده است. علاوه بر آن، نقش استقلال اقتصادی زن به‌عنوان یک عامل بهبوددهنده وضعیت روانی و اجتماعی او، به‌عنوان یک عامل تعدیل‌گر در تأثیر استیگمای اجتماعی بر روابط پژوهش نشده است. پژوهش حاضر برای پرکردن شکاف تحقیقاتی موجود، با هدف تحلیل جامعه‌شناختی تأثیر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی با تأکید بر نقش تعدیل‌گری استقلال اقتصادی زن انجام شد.

با توجه به مبانی نظری و پیشینه تجربی، مدل مفهومی پژوهش به‌صورت شکل زیر ارائه می‌شود. توضیح بیشتر اینکه در پژوهش اصلی، متغیرهای دیگری (سطح تحصیلات، سن زوجین، پایگاه اجتماعی - اقتصادی خانواده، فشار هنجاری، خداباوری، همسان‌همسری و حمایت‌های نهادی و غیرنهادی) نیز مطرح بوده است که در متن اصلی و مقاله‌های دیگری بررسی شده است.

زناشویی»، «انزوای اجتماعی» و «از دست دادن عزت‌نفس» شناسایی کرد. پژوهش (Mumtaz et al., 2013) چگونگی شکل‌گیری ایدئولوژی‌ها، ارزش‌ها و انتظارات جنسیتی را بر تجارب زنان و مردان از ناباروری در پاکستان مطالعه و مقایسه کرد. نتایج این پژوهش نشان داد بی‌فرزندی، باعث تضعیف پیوندهای زناشویی می‌شود و زنان نسبت به مردان، با پیامدهای روانی، اجتماعی، عاطفی و جسمی شدیدتری از قبیل طرد و انگ را در سطح زوج، خانواده و اجتماع مواجه‌اند. نتایج پژوهش (Schanz et al., 2011) با مطالعه طولی زنان دانمارکی طی دوازده سال، به این نتیجه دست یافت که نزدیک به بیست‌وهفت درصد از زنان، با فردی ادامه نداده‌اند که در زمان ارزیابی باروری با او زندگی می‌کردند. به‌طور خاص، زنانی که بعد از ارزیابی بارداری اولیه بچه‌دار نشدند، نسبت به زنانی که بچه‌دار شدند، به‌طور درخور توجهی نرخ بالاتری از پایان‌دادن به رابطه زناشویی را پس از گذشت دوازده سال، نشان دادند. همچنین، نتایج مطالعه اسلید و همکاران (2007) نشان داد زنان نابارور، انگ اجتماعی بیشتری را نسبت به مردان درک کرده‌اند. اما تجربه استیگمای اجتماعی، تجربه مشترک بین زنان و مردان نابارور است. همچنین ادراک انگ، در هر دو زنان و مردان، حمایت اجتماعی درک‌شده کمتری را نتیجه داد (Slade et al., 2007). مطالعه اینهورن¹ (2004)، نیز بر مردان نابارور تحت درمان در خاورمیانه (کشورهای مصر و لبنان) انجام شد و نشان داد رفتارهای پنهان‌کارانه مردان نابارور، بیانگر وجود انگ اجتماعی و به تبع آن، فشار هنجاری در موقعیت آنهاست.

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد با وجود آنکه در پژوهش‌های زیادی، استیگمای اجتماعی یکی از عوامل آسیب‌زای موجود در نتیجه مواجهه زوج‌ها با ناباروری مطرح شده است، اما در این پژوهش‌ها، تأثیر استیگمای اجتماعی بر روابط (خانوادگی، اجتماعی و سلامت روانی) زنان و مردان نابارور تحت درمان، به‌ویژه با روش IVF اهدایی، به‌طور

¹ Inhorn



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش

Fig 1- Conceptual model of the research

فرضیه‌های پژوهش

با توجه به پیشینه تجربی و مدل مفهومی پژوهش، فرضیه‌ها به صورت جهت‌دار یا یک‌سویه صورت‌بندی شدند. فرضیه‌های پژوهش به شرح زیرند:

فرضیه اول: استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط خانوادگی زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی اثر منفی دارد.

فرضیه دوم: استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط اجتماعی زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی اثر منفی دارد.

فرضیه سوم: اثر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط اجتماعی و خانوادگی زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی به وسیله استقلال اقتصادی زن تعدیل می‌شود.

روش پژوهش

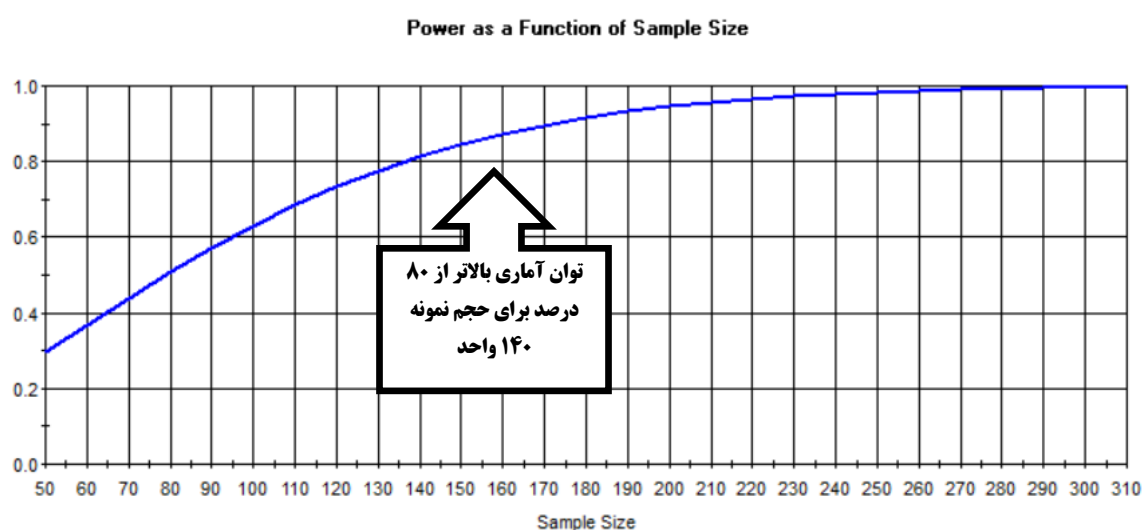
روش تحقیق پژوهش حاضر، با تأکید بر سنجش‌پذیربودن متغیرها و قابلیت برآورد شدت و جهت روابط بین پدیده‌ها،

در ذیل روش‌های کمی قرار می‌گیرد. به لحاظ معیار زمان، این پژوهش از نوع مقطعی (در مقابل تحقیق طولی) است و انتظار نمی‌رود که پس از مدت‌زمان مشخصی، این تحقیق دوباره تکرار شود. به لحاظ واحد تحلیل، مطالعه حاضر در سطح خرد (در مقایسه با واحدهای میانه و کلان) بوده و داده‌های مورد نیاز در سطح خانواده (زن و شوهر) گردآوری شده است. در نهایت، به لحاظ روش گردآوری اطلاعات و کنترل میدانی متغیرها، تحقیق حاضر از نوع مطالعات پیمایشی است که در ذیل روش‌های غیرآزمایشی طبقه‌بندی می‌شود. جامعه آماری پژوهش، تمامی زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر اصفهان بود. برآورد حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار SPSS Sample Power انجام شد. براساس محاسبات مربوط به حجم نمونه، برای رسیدن به توان آماری حداقل ۸۰ درصد، سطح اطمینان حداقل ۹۵٪ و قدرت تشخیص اندازه اثر به کوچکی ۰/۰۵، ۱۴۰ واحد نمونه مشخص شد. در نهایت ۱۴۷ نمونه برای تحلیل نتایج و آزمون فرضیه‌ها مطالعه شدند.

جدول ۱ - برآورد توان آزمون‌های آماری در تحقیق حاضر برای حجم نمونه از ۵۰ تا ۳۱۰ واحد با گام ۱۰ برای سطح اطمینان ۹۵٪ و اندازه اثر ۰۵/

Table 1- Estimation of statistical power for sample sizes from 50 to 310 units with a step of 10, at a 95% confidence level and an effect size of 0.05

حجم نمونه	۵۰	۶۰	۷۰	۸۰	۹۰	۱۰۰	۱۱۰	۱۲۰	۱۳۰
توان آماری	۰/۲۹۸	۰/۳۶۹	۰/۴۳۹	۰/۵۰۷	۰/۵۷۱	۰/۶۳۰	۰/۶۸۴	۰/۷۳۳	۰/۷۷۶
حجم نمونه	۱۴۰	۱۵۰	۱۶۰	۱۷۰	۱۸۰	۱۹۰	۲۰۰	۲۱۰	۲۲۰
توان آماری	۰/۸۱۳	۰/۸۴۵	۰/۸۷۳	۰/۸۹۶	۰/۹۱۶	۰/۹۳۲	۰/۹۴۶	۰/۹۵۷	۰/۹۶۶
حجم نمونه	۲۳۰	۲۴۰	۲۵۰	۲۶۰	۲۷۰	۲۸۰	۲۹۰	۳۰۰	۳۱۰
توان آماری	۰/۹۷۳	۰/۹۷۹	۰/۹۸۳	۰/۹۸۷	۰/۹۹۰	۰/۹۹۲	۰/۹۹۴	۰/۹۹۵	۰/۹۹۶



شکل ۲- برآورد توان آزمون‌های آماری در تحقیق حاضر برای حجم نمونه از ۲۰ تا ۶۰۰ واحد با گام ۲۰ برای سطح اطمینان ۹۵٪ و اندازه اثر ۱۰/

Fig 2- Estimation of statistical power for sample sizes from 20 to 600 units with a step of 20, at a 95% confidence level and an effect size of 0.10

ICSI و IVF بوده‌اند. آمار دو گروه ذکرشده به تفکیک موجود نبوده است. در هر حال، در این گروه زوجینی که فرآیند درمان با روش IVF را طی می‌کنند، جزء جامعه آماری پژوهش حاضر بوده‌اند که آمار دقیق آنها در دسترس نبوده است.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان و مردان ناباروری است که طی سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ به مرکز باروری و ناباروری اصفهان و مرکز باروری پویش مراجعه و فرآیند درمان را طی کرده‌اند. دو مرکز ذکرشده، مراکز اصلی در استان اصفهان‌اند که در زمینه درمان ناباروری زوجین فعالیت می‌کنند. آمار مراجعان به این مراکز طی سال‌های مدنظر، به شرح جدول ۲ است. بر این اساس، در مجموع ۸۹۲۴ نفر طی دو سال برای درمان ناباروری به دو مرکز باروری و ناباروری اصفهان و مرکز باروری پویش مراجعه کرده‌اند که از میان آنها ۷۸۹۸ نفر در مسیر درمان از طریق

¹ Intracytoplasmic Injection

جدول ۲- مراجعان به مرکز باروری و ناباروری اصفهان و مرکز باروری پویش

Table 2- Visitors to the Isfahan fertility and infertility center and pouyesh fertility center

مجموع	سال		خدمت
	۱۴۰۲	۱۴۰۱	
۷۸۹۸	۳۵۱۶	۴۳۸۲	IVF + I
۱۰۲۶	۴۸۰	۵۴۶	اهدای جنین
۸۹۲۴	۳۹۹۶	۴۹۲۸	مجموع

مقیاس هرکدام دارای ۱۴ آیتم (۷ آیتم با جهت‌گیری منفی و ۷ آیتم با جهت‌گیری مثبت) هستند.

با توجه به اینکه هریک از آیت‌ها برای قبل و پس از اقدام به درمان ناباروری پرسش شده است، در مرحله مقدماتی در مجموع ۵۶ پرسش و در مطالعه نهایی در مجموع ۲۸ پرسش در اختیار پاسخ‌گویان قرار گرفته است. ضرایب همبستگی و نمودارهای پراکنندگی مربوط به فرم‌های موازی اول و دوم نشان می‌دهد که به لحاظ آماری (ضرایب همبستگی بالاتر از ۰/۸۰) و به لحاظ روش‌شناختی (رعایت اقتصاد پرسش‌نامه و بالاتر رفتن دقت در پاسخ‌گویی به پرسش‌ها به علت کاهش تعداد آنها)، از هریک از فرم‌های اول و دوم به جای فرم کامل استفاده شد، در حالی که نتایج نهایی تغییر معناداری پیدا نمی‌کنند. به این ترتیب در این مطالعه از فرم کامل برای مطالعه مقدماتی و از فرم اول (پرسش‌نامه پیوست) برای گردآوری داده‌های نهایی استفاده شده است.

به این ترتیب، حداکثر نمره برای کیفیت روابط خانوادگی برابر با ۱۴ و حداکثر آن برابر با ۵۶ می‌شود. حد وسط مقیاس تعریف شده ۳۵ است. به عبارت دیگر، افرادی که نمره کیفیت روابط خانوادگی آنها بیشتر از ۳۵ باشد، در کم و بیش از کیفیت روابط خانوادگی خوبی برخوردارند، در حالی که اخذ نمره کمتر از ۳۵ به معنی کیفیت روابط خانوادگی کم و بیش بد است.

پرسش‌نامه‌ها به صورت انفرادی تکمیل شده‌اند. به عبارت دیگر، از هر خانواده تنها یکی از افراد (زن یا شوهر) پرسش‌نامه را تکمیل کرده است. همچنین پرسش‌نامه‌ها به صورت فیزیکی در اختیار افراد قرار داده شد. در برخی از موارد که نمونه انتخاب شده مایل به تکمیل توسط خودش نبوده است، پرسشگر سؤالات را مطرح و پاسخ آنها در پرسش‌نامه ثبت کرده است. تعریف نظری متغیرها در قسمت‌های قبل آورده شد. در ادامه، تعریف عملیاتی متغیرهای پژوهش آمده است:

کیفیت روابط خانوادگی

کیفیت روابط خانوادگی با استفاده از پرسش‌نامه راست و گلوبوک (1985) تعریف عملیاتی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۸ آیتم است و تحلیل عاملی انجام شده بر آن نشان می‌دهد که سازه‌ای تک‌عاملی است. نیمی از آیت‌ها دارای جهت‌گیری مثبت (موافقت با آنها به معنای روابط خانوادگی مطلوب‌تر است) و نیمی از آیت‌ها دارای جهت‌گیری منفی (موافقت با آنها به معنای روابط خانوادگی نامطلوب‌تر است) هستند. با توجه به تعداد متغیرهای مدنظر در پژوهش حاضر و همچنین حجم بالای پرسش‌نامه، این مقیاس براساس نتایج مطالعه مقدماتی به دو فرم موازی تقسیم شد. به این ترتیب دو

۱۴	۱۶	۱۸	۲۰	۲۲	۲۴	۲۶	۲۸	۳۰	۳۲	۳۴	۳۶	۳۸	۴۰	۴۲	۴۴	۴۶	۴۸	۵۰	۵۲	۵۴	۵۶
صمیمیت کم و بیش بالا در روابط خانوادگی											صمیمیت کم و بیش پایین در روابط خانوادگی										
صمیمیت بالا											صمیمیت متوسط بالا										
صمیمیت متوسط پایین											صمیمیت پایین										

شکل ۳- مقیاس اندازه‌گیری کیفیت / صمیمیت روابط خانوادگی با گام ۲

Fig 3- Scale for measuring the quality/intimacy of family relationships with a step of 2

کیفیت روابط اجتماعی

برای اندازه‌گیری کیفیت روابط اجتماعی، از مقیاس پیرس و همکاران (1991) استفاده شده است. این مقیاس که از ۲۵ آیتم تشکیل شده است، متشکل از سه خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی، تعارض بین فردی و عمق روابط می‌شود. حمایت اجتماعی از ۷ آیتم (آیتم‌های اول تا هفتم)، تعارض بین فردی ۱۲ آیتم (آیتم‌های هشتم تا نوزدهم) و عمق روابط نیز از ۶ آیتم (آیتم‌های بیستم تا بیست و پنجم) تشکیل شده‌اند (پرسش‌نامه پیوست). هریک از ۲۵ آیتم برای سه گروه شامل والدین، دوستان و دیگران پرسش می‌شود و به این ترتیب در مرحله مقدماتی، در مجموع ۷۵ پرسش در اختیار پاسخگویان قرار گرفته است. به منظور بالا بردن دقت پاسخگویان، مناسب

بود تا مقیاس کیفیت روابط اجتماعی به دو فرم موازی تقسیم و فرم اول (شامل ۱۳ آیتم) در مطالعه نهایی استفاده شود (پرسش‌نامه پیوست). در برابر هریک از آیتم‌ها، چهار گزینه شامل هیچ، کم، متوسط و زیاد تعریف شده است که به ترتیب امتیازهای ۱ تا ۴ را به خود اختصاص دادند.

به این ترتیب، حداکثر نمره برای کیفیت روابط اجتماعی برابر با ۱۳ و حداکثر آن برابر با ۵۲ می‌شود. حد وسط مقیاس تعریف شده ۳۲/۵ است. به عبارت دیگر، افرادی که نمره کیفیت روابط اجتماعی آنها بیشتر از ۳۲/۵ باشد، کم و بیش از کیفیت روابط اجتماعی خوبی برخوردارند، در حالی که اخذ نمره کمتر از ۳۲/۵ به معنی کیفیت روابط اجتماعی کم و بیش بد است.

۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱	۴۲	۴۳	۴۴	۴۵	۴۶	۴۷	۴۸	۴۹	۵۰	۵۱	۵۲				
کیفیت کم و بیش پایین روابط اجتماعی											کیفیت کم و بیش بالای روابط اجتماعی																																
کیفیت پایین											کیفیت متوسط پایین											کیفیت متوسط بالا											کیفیت بالا										

شکل ۴- مقیاس اندازه‌گیری کیفیت روابط اجتماعی

Fig 4- Scale for measuring the quality of social relationships

دقیق‌تر به انجام می‌رسد.

گزینه‌های تعریف شده برای هریک از آیتم‌ها به ترتیب شامل همیشه، بیشتر اوقات، بعضی از اوقات، به ندرت و هرگز می‌شوند که به ترتیب کدهای ۵ (قوی‌ترین حالت استیگما یا انگ اجتماعی) تا ۱ (فقدان استیگما یا انگ اجتماعی) را به خود اختصاص داده‌اند. به این ترتیب، بیشترین مقدار ممکن برای انگ اجتماعی نمره ۷۰ و کمترین مقدار ممکن برابر با ۱۴ با حد وسط ۴۲ تعریف شد، به نحوی که اخذ نمره بیشتر از ۴۲ در مجموع حاکی از انگ اجتماعی بالاتر از متوسط و اخذ نمره کمتر از ۴۲ در مجموع حاکی از انگ اجتماعی پایین‌تر از متوسط است.

استیگمای اجتماعی

انگ یا استیگمای اجتماعی ناشی از ناباروری، با استفاده از پرسش‌نامه یونسی و همکاران (۱۳۸۴) تعریف عملیاتی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۴ آیتم است که موضوع ناباروری را از نگاه فرد، همسرش، مقایسه‌اش با افراد نابارور، مقایسه‌اش با افراد بارور و از نگاه دوستان و آشنایان اندازه‌گیری می‌کند. پرسش‌نامه اصلی (که در مرحله مقدماتی به کار رفت) به صورت برش قطبین تدوین شده بود که مشخص شد بیشتر پاسخگویان برای پاسخگویی به آیتم‌های آن، دچار آشفتگی ذهنی می‌شوند. به همین دلیل قالب تدوین آیتم‌ها به طیف لیکرت تغییر پیدا کرد که فهم آن برای پاسخگویان ساده‌تر و بنابراین پاسخگویی به آنها

۵۱۴	۵۱۶	۵۱۸	۵۲۰	۵۲۲	۵۲۴	۵۲۶	۵۲۸	۵۳۰	۵۳۲	۵۳۴	۵۳۶	۵۳۸	۵۴۰	۵۴۲	۵۴۴	۵۴۶	۵۴۸	۵۵۰	۵۵۲	۵۵۴	۵۵۶	۵۵۸	۵۶۰	۵۶۲	۵۶۴	۵۶۶	۵۶۸	۵۷۰
انگ اجتماعی پایین‌تر از حد متوسط														انگ اجتماعی بالاتر از حد متوسط														
انگ اجتماعی پایین							انگ اجتماعی متوسط پایین							انگ اجتماعی متوسط بالا							انگ اجتماعی بالا							

شکل ۵- مقیاس اندازه‌گیری انگ اجتماعی ناشی از ناباروری با گام ۲

Fig 5- Scale for measuring social stigma resulting from infertility with a step of 2

استقلال اقتصادی زن

زن براساس یک مقیاس ترتیبی، از بدون درآمد (مقدار صفر) تا درآمد ماهیانه ۴۰ میلیون تومان یا بالاتر (مقدار ۷) در نظر گرفته شده است.

استقلال اقتصادی زن براساس سطح تقریبی درآمد زن اندازه‌گیری شده است، به نحوی که هرچه درآمد او بیشتر باشد، استقلال اقتصادی‌اش بیشتر تعریف شده است. درآمد

درآمد تقریبی ماهیانه زن	بدون درآمد	کمتر از ۵	۵ تا ۹	۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۹	۴۰ و بیشتر
سطح استقلال اقتصادی	کمترین استقلال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	بیشترین استقلال

شکل ۶- مقیاس اندازه‌گیری استقلال اقتصادی زنان

Fig 6- Scale for measuring women's economic independence

برخوردارند، به نحوی که بیشتر آنها دارای ضرایب بیشتر از ۰/۹۰ یا نزدیک به آن را به دست آورده‌اند. نتایج تحلیل روایی و پایایی مقیاس‌ها در مطالعه مقدماتی با ۳۰ نمونه در جدول ۱ ارائه شد. این تحقیق بر مبنای فرضیه‌های تدوین شده، از تکنیک مدل‌سازی معادله ساختاری به منظور تبیین کیفیت روابط خانوادگی، روابط اجتماعی و استیگمای اجتماعی بهره برد.

به منظور ارزیابی اعتبار یا روایی ابزارهای اندازه‌گیری انعکاسی، از تکنیک اعتبار عاملی و برای ابزارهای اندازه‌گیری ساختاری از اعتبار صوری استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد ابزارهایی که مناسب برای این تکنیک بوده‌اند، همگی از اعتبار عاملی برخوردار بوده‌اند. بررسی پایایی متغیرهای پژوهش نشان داد کلیه مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های انعکاسی از سازگاری درونی و بنابراین ضریب آلفای کرونباخ بالایی

جدول ۳- شاخص‌های ارزیابی مدل‌های عاملی و ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های انعکاسی براساس داده‌های مطالعه مقدماتی

Table 3- Indicators for Evaluating Factor Models and Cronbach's Alpha Coefficients for Reflective Scales Based on Preliminary Study Data

ردیف	مقیاس	زمان / گروه	متوسط واریانس استخراج شده	میانگین میزان‌های اشتراک	آلفای کرونباخ
			AVE	Communalities	
۱	مقیاس صمیمیت در روابط خانوادگی	قبل از درمان	٪ ۶۹/۸۱	۰/۷۰	۰/۸۷۱
۲		بعد از درمان	٪ ۷۰/۹۷	۰/۷۱	۰/۸۵۶
۳	مقیاس کیفیت روابط	والدین	٪ ۷۳/۰۱	۰/۷۳	۰/۹۶۰
۴		دوستان	٪ ۸۲/۵۳	۰/۸۲	۰/۹۶۱
۵		دیگران	٪ ۶۸/۴۲	۰/۶۸	۰/۹۷۸
۶	مقیاس انگ اجتماعی ناشی از ناباروری	-	٪ ۸۱/۰۶	۰/۸۱	۰/۸۷۹

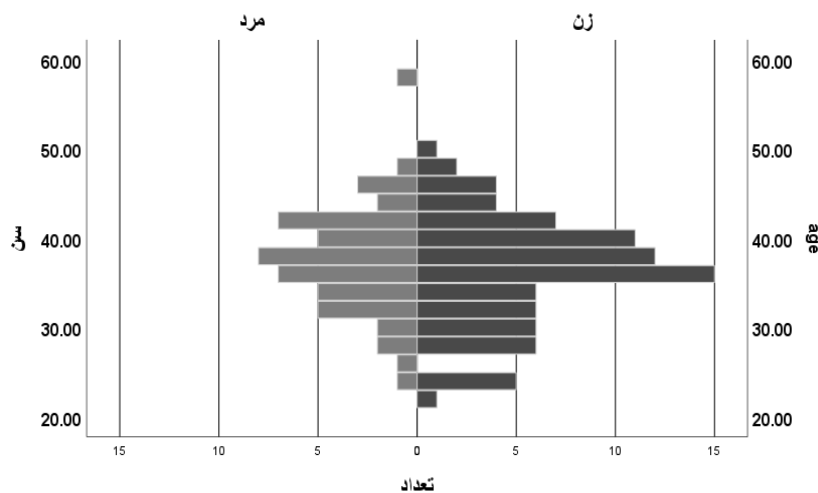
یافته‌های پژوهش

قسمت اول: تحلیل توصیفی براساس ویژگی‌های فردی، خانوادگی و موضوع ناباروری در پژوهش حاضر، زنان در مقایسه با مردان نسبت بیشتری از

نمونه مطالعه شده را تشکیل می‌دهند. ۶۳/۹٪ از نمونه را زنان و ۳۶/۱٪ از آنان را مردان شامل شدند. همچنین در بین گروه‌های سنی، بیشترین نسبت مربوط به گروه سنی ۳۰-۳۹ ساله بود. بیشتر از نیمی از افراد مطالعه شده (۵۱٪) در این

بیشتر از نیمی (۳/۵۰٪) از پاسخ‌گویان میزان عشق و علاقه به همسرشان را در هنگام ازدواج زیاد یا خیلی زیاد اظهار کردند. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که در نمونه مطالعه‌شده، میانگین مدت‌زمان اطلاع‌داشتن از ناباروری حدود ۶ سال است و همچنین به‌طور متوسط بین ۴ تا ۵ سال (۴/۶۸ سال) است که اقدام به درمان کرده‌اند. به عبارت دیگر، تقریباً و به‌طور متوسط زوجین نابارور پس از یک سال و نیم از اطلاع‌یافتن از موضوع ناباروری، برای درمان اقدام می‌کنند.

گروه سنی قرار گرفتند. به‌لحاظ سطح تحصیلات، بیشترین نسبت از نمونه مطالعه‌شده در گروه کارشناسی قرار داشتند. این گروه، نزدیک به یک سوم (۳۲٪) از نمونه را تشکیل داد. به‌لحاظ سطح درآمد، در گروه زنان افراد بدون درآمد بیشترین نسبت را به خود اختصاص دادند. نزدیک به ۶۰٪ از زنان (۵۸/۵٪) در این گروه قرار داشتند. اکثریت پاسخ‌گویان، شامل نزدیک به یک‌چهارم از آنها (۲۴/۵٪)، شناخت خود از همسرشان را در هنگام ازدواج در حد متوسط ذکر کرده‌اند.



شکل ۷- هرم سنی - جنسی نمونه مطالعه‌شده

Fig 7- Age-gender pyramid of the study sample

می‌گیرند. آنچه از پاسخ‌های ارائه‌شده مشخص است، اینکه زوجین نابارور تا حد زیاد یا خیلی زیادی تحت فشار مالی ناشی از هزینه‌های درمان‌اند. بیشتر از ۷۰ درصد از پاسخ‌گویان (۷۰/۷٪) با انتخاب این دو گزینه میزان تحت‌فشاربودن به‌سبب هزینه‌های درمان را نشان داده‌اند.

قسمت دوم: تحلیل توصیفی - استنباطی براساس متغیرهای کلیدی پژوهش

الف. کیفیت روابط خانوادگی

میانگین‌های به دست آمده برای کیفیت روابط خانوادگی بین زوجین نابارور مطالعه‌شده نشان می‌دهد که آنان روابط میان

یکی از پرسش‌های دیگری که در موضوع ناباروری از پاسخ‌گویان پرسیده شد، درباره این بود که پزشکان مشکل ناباروری را به کدام‌یک از زوجین مرتبط می‌دانستند. در گروه پاسخ‌گویان مرد، بیشترین پاسخ مربوط به گزینه همسر بوده است. بیشتر از یک سوم پاسخ‌گویان مرد، مشکل ناباروری را برحسب تشخیص پزشکان به همسرانشان مرتبط دانسته‌اند. به همین ترتیب، اکثریت زنان پاسخگو (۴۷/۹٪) اظهار کرده‌اند که تشخیص پزشکان، مشکلات جسمانی آنان را دلیل اصلی ناباروری بیان کرده‌اند. اکثریت پاسخ‌گویان نسبت به نتیجه‌بخش بودن درمان خود امید زیاد یا خیلی زیادی دارند. بیشتر از نیمی از پاسخ‌گویان (۵۴/۴٪) در این گروه قرار

طبقه‌بندی در متن رساله آورده شده است)، براساس سطح کیفیت روابط خانوادگی نشان می‌دهد که بیشتر از ۹۰٪ از پاسخ‌گویان (۹۲/۵٪)، کیفیت این روابط را در سطح متوسط بالا یا بسیار بالا دانسته‌اند، در حالی که تنها ۱/۴٪ کیفیت این روابط را پایین ارزیابی کرده‌اند. همچنین نسبت افرادی که کیفیت روابط خانوادگی را پایین یا متوسط پایین دانسته‌اند، تنها ۷/۵٪ از کل نمونه مطالعه شده است.

خود را در سطح کیفی خوب و بالایی ارزیابی کرده‌اند. در کل نمونه مطالعه شده، میانگین به دست آمده برابر با ۴۳/۰۴ به طور درخور توجهی از حد وسط مقیاس اندازه‌گیری (۳۵) بیشتر است (توضیح اینکه ۲۸ آیتم طراحی شده در مطالعه مقدماتی به دو فرم موازی ۱۴ آیتمی تقسیم و از یکی از فرم‌ها در تحلیل نهایی استفاده شد) که نشان می‌دهد این افراد کیفیت روابط خانوادگی خود را در سطح بالایی دانسته‌اند. همچنین گروه‌بندی چهارگانه از نمونه مطالعه شده (جزئیات و نحوه

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویان برحسب سطح کیفیت روابط خانوادگی

Table 4- Absolute and relative frequency distribution of respondents by level of family relationship quality

گروه	دامنه نمرات	کیفیت روابط خانوادگی	شاخص‌ها و آزمون تی تک نمونه‌ای		تعداد
			درصد از کل	درصد	
کل	۱۴ - ۲۴	پایین	۱/۴	۱/۴	۲
	۲۵ - ۳۴	متوسط پایین	۷/۵	۶/۱	۹
	۳۵ - ۴۴	متوسط بالا	۵۹/۲	۵۱/۷	۷۶
	۴۵ و بالاتر	بالا	۱۰۰	۴۰/۸	۶۰
	مجموع		-	۱۰۰	۱۴۷

(حد وسط مقیاس)
میانگین پیراسته
میانگین

T = 14.66
Sig < 0.001

یا اندکی پایین‌تر) قرار گرفته است. این وضعیت نشان می‌دهد که هرچند زوجین نابارور از کیفیت روابط خانوادگی بالایی برخوردارند، اما کیفیت روابط اجتماعی در مجموع به سمت متوسط متمایل است.

ب. کیفیت روابط اجتماعی

در وهله اول آنچه از مجموع مقادیر گزارش شده در جدول ۳ برای کیفیت روابط اجتماعی نتیجه گرفته می‌شود، این است که کیفیت این متغیر، پیرامون حد متوسط مقیاس (اندکی بالاتر

جدول ۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویان برحسب سطح کیفیت روابط اجتماعی

Table 5- Absolute and relative frequency distribution of respondents by level of social relationship quality

مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها	دامنه نمرات	کیفیت روابط اجتماعی	شاخص‌ها و آزمون تی تک‌نمونه‌ای		تعداد
			درصد از کل	درصد	
کیفیت روابط اجتماعی	۱۳ - ۲۲	پایین	-	-	-
در مجموع	۲۳ - ۳۲	متوسط پایین	۲۳/۱	۲۳/۱	۳۴
	۳۳ - ۴۲	متوسط بالا	۹۸/۶	۷۵/۵	۱۱۱
	۴۳ - ۵۲	بالا	۱۰۰	۱/۴	۲
	مجموع		-	۱۰۰	۱۴۷

(حد وسط مقیاس)
میانگین پیراسته
میانگین

T = 11.09
Sig < 0.001

ج. استیگمای اجتماعی

جدول ۶، اطلاعات لازم برای توصیف وضعیت استیگمای اجتماعی را در بین زوجین نابارور مطالعه‌شده ارائه می‌دهد. که تحت درمان با روش VIF اهدایی‌اند. اولین و کلی‌ترین نتیجه‌ای که از مقادیر محاسبه‌شده به دست می‌آید، این است که به‌طور متوسط افراد مطالعه‌شده از استیگمای اجتماعی رنج می‌برند، هرچند شدت آن کمتر از متوسط است. میانگین‌های نمونه‌ای به دست آمده برای کل نمونه (۳۰/۶۷)، نشان می‌دهد که همه میانگین‌ها کمتر از حد وسط مقیاس تعریف‌شده برای سنجش استیگمای اجتماعی (مقدار ۳۵) هستند.

میانگین به دست آمده برای کیفیت روابط اجتماعی، در مجموع برابر با ۳۴/۳۷ از حد متوسط مقیاس اندازه‌گیری (۳۲/۵) کمی بالاتر است (توضیح اینکه در مطالعه مقدماتی، دو فرم موازی ۱۲ و ۱۳ آیتمی به دست آمد و در تحلیل نهایی از فرم ۱۳ آیتمی استفاده شده است). سطح معنی‌داری به دست آمده برای تفاوت این دو میانگین ($Sig = 0.071$)، نشان می‌دهد که این تفاوت به‌لحاظ آماری معنی‌دار نبوده و تصادفی است. به این ترتیب، کیفیت روابط اجتماعی در جامعه آماری زوجین نابارور تحت درمان با روش VIF اهدایی در سطح متوسط برآورد می‌شود.

جدول ۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویان برحسب سطح استیگمای اجتماعی

Table 6- Absolute and relative frequency distribution of respondents by level of social stigma

گروه	دامنه نمرات	کیفیت روابط خانوادگی	تعداد	درصد از کل	شاخص‌ها
				درصد	میانگین
				تجمعی	میانگین پیراسته
				(حد وسط مقیاس)	
کل	۱۴ - ۲۴	پایین	۶۶	۴۴/۹	۳۰/۶۷
	۲۵ - ۳۴	متوسط پایین	۴۷	۳۲	۳۰/۱۷
	۳۵ - ۴۴	متوسط بالا	۳۱	۲۱/۱	(۳۵)
	۴۵ و بالاتر	بالا	۳	۲	T = -4.56
	مجموع		۱۴۷	۱۰۰	Sig < 0.001
				-	

به‌نحوی که هرچه استیگمای اجتماعی در میان زوجین نابارور تحت درمان با روش IVF اهدایی قوی‌تر باشد، کیفیت روابط خانوادگی آنان ضعیف‌تر می‌شود. نتایج به دست آمده در رابطه با تأثیر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط خانوادگی، نشان می‌دهد که این تأثیر به‌لحاظ آماری قوی و معنادار است. ضریب تعیین به دست آمده نشان می‌دهد که ۹/۶٪ از تغییرات در کیفیت روابط خانوادگی تحت تأثیر تغییرات در استیگمای اجتماعی قرار دارد، به‌نحوی که هرچه استیگمای اجتماعی ناشی از ناباروری کمتر باشد، کیفیت روابط خانوادگی بیشتر است. ضریب بتای استاندارد برابر با ۳۰۹- با سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد ۱ واحد تغییر در انحراف معیار استیگمای اجتماعی، با ۳۰۹- انحراف معیار در کیفیت روابط خانوادگی همراه است که بر مبنای معیار کوهن^۱

مقایسه میانگین‌های نمونه‌ای به دست آمده برای کل پاسخ‌گویان، گروه مردان و گروه زنان به‌طور معناداری کمتر از حد وسط مقیاس تعریف‌شده برای شدت مواجهه با استیگمای اجتماعی‌اند. سطح معناداری به دست آمده برای کل پاسخ‌گویان ($Sig < 0.001$)، نشان می‌دهد اطمینان بالا و حداقل ۹۵٪ برآورد می‌شود که نه‌تنها در نمونه آماری مطالعه‌شده، در جامعه آماری زوجین نابارور تحت درمان با روش VIF اهدایی، شدت مواجهه با استیگمای اجتماعی از حد متوسط کمتر است، هرچند شدت تفاوت با حد متوسط زیاد نیست.

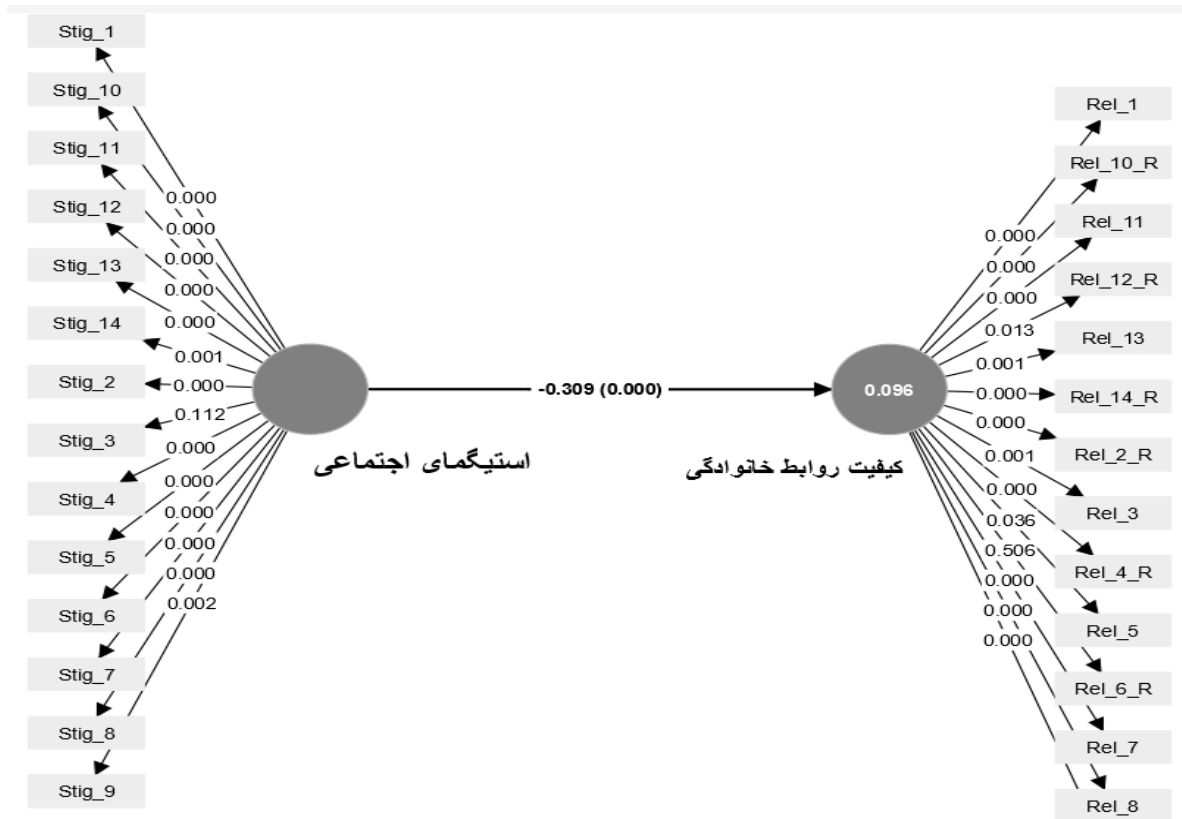
قسمت سوم: آزمون فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول تحقیق به این شرح صورت‌بندی شده است: استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط خانوادگی اثر منفی دارد،

¹ Cohen

تحقیق تأیید شد.

(2013)، برای اندازه‌های اثر حاکی از یک ارتباط قوی بین دو متغیر وارد شده در مدل است. به این ترتیب، فرضیه اول



شکل ۸- مدل برای آزمون فرضیه اول: اثر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط خانوادگی (ضریب تأثیر برای مدل ساختاری و سطوح معناداری برای مدل‌های اندازه‌گیری)

Fig 8- Model for testing hypothesis 1: The effect of social stigma on family relationship quality (Effect coefficient for the structural model and significance levels for the measurement models)

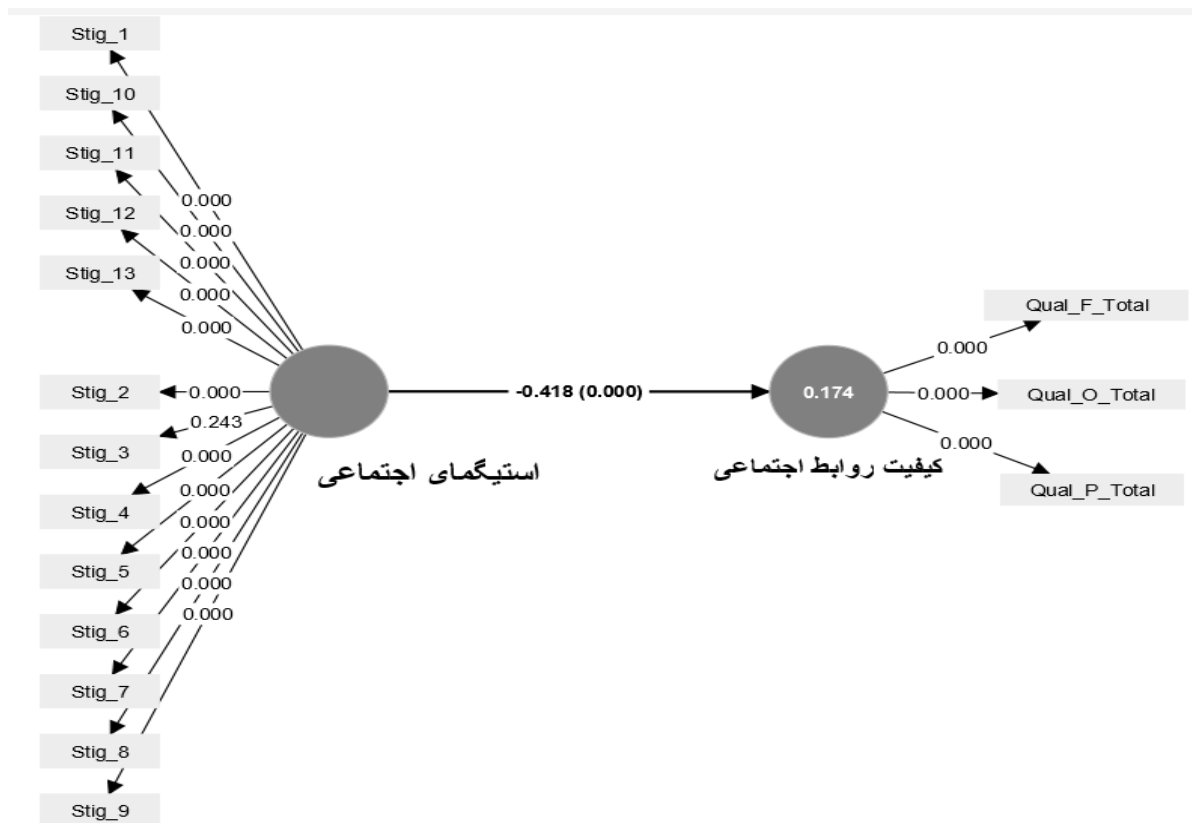
ناشی از نابرابری کمتر باشد، کیفیت روابط اجتماعی بیشتر است. ضریب بتای استاندارد برابر با -0.418 با سطح معناداری کوچک‌تر از 0.001 نشان می‌دهد، ۱ واحد تغییر در انحراف معیار استیگمای اجتماعی، با 0.418 انحراف معیار در کیفیت روابط اجتماعی همراه است که حاکی از یک ارتباط قوی بین دو متغیر وارد شده در مدل است. به این ترتیب، فرضیه دوم تحقیق تأیید شد.

مقایسه نتایج مرتبط با فرضیه‌های اول و دوم نشان می‌دهد تأثیر استیگمای اجتماعی بر روابط اجتماعی خارج از خانواده به‌طور درخور توجهی قوی‌تر از این تأثیر بر روابط خانوادگی

فرضیه دوم تحقیق به این شرح صورت‌بندی شده است: استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط اجتماعی اثر منفی دارد، به‌نحوی که هرچه استیگمای اجتماعی در میان زوجین ناباور تحت درمان با روش IVF اهدایی قوی‌تر باشد، کیفیت روابط اجتماعی آنان ضعیف‌تر می‌شود. نتایج به دست آمده در رابطه با تأثیر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط اجتماعی نشان می‌دهد این تأثیر به‌لحاظ آماری قوی و معنادار است. ضریب تعیین به دست آمده نشان می‌دهد 17.4% از تغییرات در کیفیت روابط اجتماعی تحت تأثیر تغییرات در استیگمای اجتماعی قرار دارد، به‌نحوی که هرچه استیگمای اجتماعی

واریانس کیفیت روابط خانوادگی است. همچنین مقایسه ضرایب بتای استاندارد در دو مدل تحلیل شده (مقدار $-۰/۳۰۹$ برای مدل اول و مقدار $-۰/۴۱۸$ برای مدل دوم) نیز این نتیجه را از زاویه متفاوت تأیید می‌کند.

است. مقایسه ضرایب تعیین $۰/۰۹۶$ در تحلیل نتایج مربوط به فرضیه اول با مقدار $۰/۱۷۴$ در تحلیل نتایج مربوط به فرضیه دوم نشان می‌دهد توان استیگمای اجتماعی در تبیین واریانس کیفیت روابط اجتماعی نزدیک به دو برابر این توان در تعیین



شکل ۹- مدل برای آزمون فرضیه دوم: اثر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط اجتماعی (ضریب تأثیر برای مدل ساختاری و سطوح معناداری برای مدل‌های اندازه‌گیری)

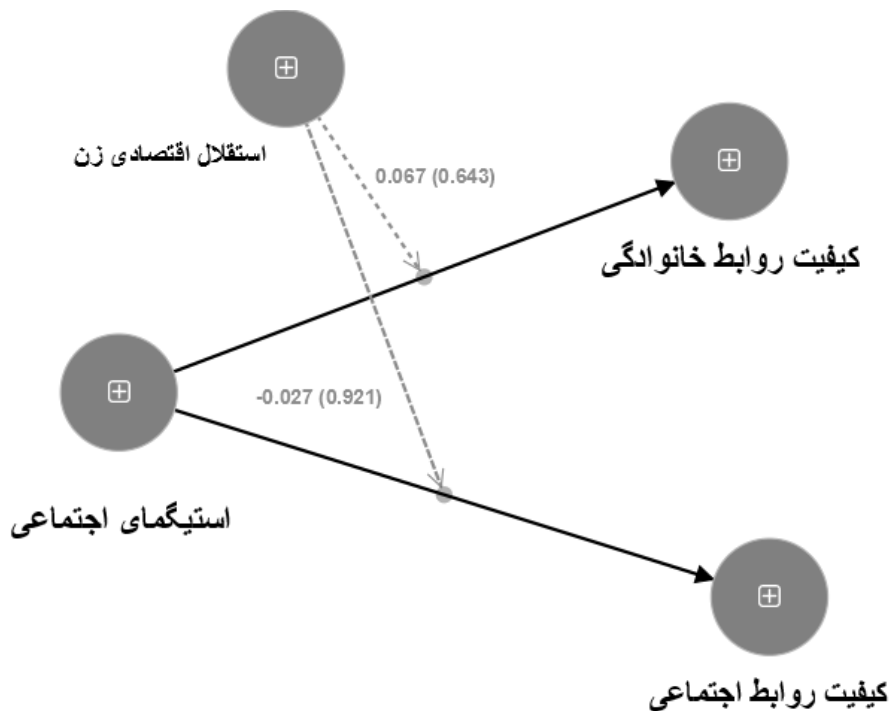
Fig 9- Model for testing hypothesis 2: The effect of social stigma on social relationship quality (Effect coefficient for the structural model and significance levels for the measurement models)

وابسته کاهش یابد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد فرضیه سوم تحقیق رد شده است. به عبارت دیگر، استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی زوجین نابارور تحت درمان با روش IVF اهدایی قوی خواهد بود، حتی اگر استقلال اقتصادی زن بسیار بالا باشد. همین نتیجه برای خانواده‌هایی صدق می‌کند که استقلال اقتصادی زن بسیار پایین است. ضرایب مربوط به اثر متغیر تعدیل‌گر بر دو رابطه تعریف شده در مدل، فاقد معناداری به لحاظ آماری‌اند.

فرضیه سوم تحقیق به این شرح صورت‌بندی شده است: تأثیر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط اجتماعی و خانوادگی به وسیله استقلال اقتصادی زن تعدیل می‌شود. در واقع این فرضیه بر این موضوع تأکید می‌کند که استقلال اقتصادی زن، شدت تأثیر استیگمای اجتماعی را بر کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی کاهش یا افزایش می‌دهد. بر این اساس انتظار می‌رود که هرچه استقلال اقتصادی زنان در خانواده بیشتر باشد، تأثیر استیگمای اجتماعی بر متغیرهای

هستند (مقادیر ۰/۹۲۱ و ۰/۶۴۳). به این ترتیب، فرضیه سوم تحقیق رد شد.

این ضرایب بسیار کوچک و نزدیک به صفر (مقادیر ۰/۲۷- و ۰/۰۶۷) و سطوح معناداری آنها بسیار بزرگ‌تر از مقدار ۰/۰۵



شکل ۱۰- مدل برای آزمون فرضیه سوم: اثر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی با نقش تعدیل‌گری استقلال اقتصادی زن

Fig 10- Model for testing hypothesis 3: The effect of social stigma on family and social relationship quality with the moderating role of women's economic independence

بحث و نتیجه

زمینه‌ای نظیر سن، جنس، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و نظایر آن را فراهم آورد که به دلیل محدودیت جامعه آماری، به‌طور طبیعی و سختی فراوان در گردآوری داده‌ها از واحدهای نمونه در مدل تحقیق وارد نشده‌اند. در ادامه، تحلیل فرضیات پژوهش ارائه می‌شود.

براساس نتایج، اثر منفی استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط خانوادگی زوج‌های نابارور تأیید شد؛ به این معنا که هرچه استیگمای اجتماعی در میان زوج‌های نابارور تحت درمان با روش IVF اهدایی قوی‌تر باشد، کیفیت روابط خانوادگی آنان ضعیف‌تر می‌شود. همچنین نتایج نشان داد استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط اجتماعی زوجین نابارور اثر منفی دارد. به عبارت دیگر، هرچه استیگمای اجتماعی در میان زوجین نابارور تحت درمان با روش IVF اهدایی قوی‌تر

پژوهش حاضر با هدف اصلی تحلیل جامعه‌شناختی تأثیر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی با تأکید بر تعدیل‌گری استقلال اقتصادی انجام شد. براساس تحلیل نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش، کیفیت روابط خانوادگی بین زنان و مردان نابارور مطالعه‌شده، در سطح بالا و مطلوب و کیفیت روابط اجتماعی آنها در مجموع به‌سمت متوسط متمایل بود. تحلیل توصیفی استیگمای اجتماعی نشان داد به‌طور متوسط افراد مطالعه‌شده از استیگمای اجتماعی رنج می‌برند، هرچند شدت آن کمتر از متوسط برآورد شد. یکی از نکاتی که به‌عنوان محدودیت پژوهش لازم است به آن توجه شود، این است که حجم نمونه بالاتر می‌توانست امکان کنترل برخی متغیرهای

فشار خانواده، استیگما و انزوای اجتماعی را از جمله پیامدهای ناباروری بر زنان نابارور ترک (Zorlu & Erbaş, 2023)، زنان نابارور مسلمان در آلبانی (Tahiri et al., 2015)، زنان نابارور مسلمان در اردن (Obeidat et al., 2014)، زنان نابارور پاکستانی (Mumtaz et al., 2013)، مردان نابارور در مصر و لبنان (Inhorn, 2004)، زنان نابارور مالایایی (Bornstein et al., 2020) و زنان نابارور در ایالات متحده (Gezinski et al., 2021; Öztürk et al., 2021) ذکر کرده‌اند. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز، به نتایج مشابهی دست یافتند. در این پژوهش‌ها، فشار اجتماعی (Hasanpoor et al., 2017) و انزوای اجتماعی (Azghdy et al., 2015) پیامدهای ناباروری برای زوج‌ها ذکر شده است. کاهش کیفیت روابط خانوادگی در زوج‌های نابارور نیز، در پژوهش‌های گذشته (Aghakhani et al., 2020; Behboodi-Moghadam et al., 2013; Mete et al., 2020; Mumtaz et al., 2011; Schanz et al., 2013) تأیید شده است. یکی از پژوهش‌هایی که بر تأثیر فشار اجتماعی و استیگما به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت روابط زوج‌های نابارور تأکید کرده است، مطالعه‌ی امانتی و همکاران (۱۳۸۸) است که نشان داد فشار اطرافیان برای داشتن فرزند، بر کیفیت زندگی زوج‌های نابارور تأثیر منفی می‌گذارد. به عبارت دیگر، نتایج این پژوهش تأکید کرد بار روان‌شناختی ناشی از انتظارات دوستان و خانواده، احساس حقارت ناشی از ناتوانی در عملکرد طبیعی اولیه‌ی بچه‌دار شدن بر زوج‌های نابارور، کیفیت زندگی آنها را به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج امانتی و همکاران (۱۳۸۸) همسو است.

براساس دیگر نتیجه‌ی پژوهش، تأثیر منفی استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی زوجین نابارور تحت درمان با روش IVF اهدایی، صرف‌نظر از استقلال اقتصادی زن، قوی است. به این ترتیب، نتایج کلی پژوهش حاضر نشان داد استیگمای اجتماعی بر روابط خانوادگی و اجتماعی زوج‌های نابارور تحت درمان با روش IVF اهدایی، تأثیر منفی داشته و این آثار منفی در خانواده‌هایی که زن از استقلال اقتصادی برخوردار است و

باشد، کیفیت روابط اجتماعی آنان ضعیف‌تر می‌شود. این نتایج بیانگر آن است که مسئله‌ی استیگمای اجتماعی در زندگی زوج‌های نابارور تأثیر مهمی می‌گذارد. به‌طور کلی ناباروری یک نقص در یک جامعه سنتی مانند ایران دیده می‌شود و زوج‌های درگیر با آن، با چالش‌های بسیاری روبه‌رو می‌شوند. ناباروری باعث می‌شود فرد احساس کند که ارزش کمتری دارد یا نتوانسته است نقش‌های سنتی مرتبط با جنسیت خود را به‌درستی ایفا کند. این مسئله به تضعیف اعتماد به نفس و ایجاد احساس ناکامی در فرد منجر می‌شود و در نتیجه، روابط خانوادگی و اجتماعی فرد را تضعیف می‌کند. زوج‌های نابارور ممکن است به‌دلیل ترس از قضاوت دیگران، از شرکت در رویدادهای اجتماعی خودداری کنند. این انزوا باعث کاهش حمایت‌های اجتماعی و احساس تنهایی می‌شود. جامعه بیشتر دیدگاه‌های منفی یا باورهای غلطی درباره‌ی ناباروری دارد و این نگرش‌ها باعث می‌شود افراد نابارور احساس کنند قضاوت یا سرزنش می‌شوند و این احساسات آنها را به انزوا و دوری از روابط اجتماعی سوق می‌دهد. احساس شرم و خجالتی که زوج‌های نابارور به‌دلیل ناتوانی در فرزندآوری درک می‌کنند، آنها را از حضور در گردهمایی‌های اجتماعی، جشن‌ها و حتی دیدارهای خانوادگی بازمی‌دارد. در بسیاری از فرهنگ‌ها از جمله ایران، توانایی بچه‌دار شدن به‌عنوان یک معیار مهم برای موفقیت در زندگی تلقی می‌شود و ناتوانی در این زمینه، به احساس ناکامی و شرمساری در زوج‌های نابارور منجر می‌شود. در بسیاری از مواقع، افراد نابارور ممکن است از حضور در جمع‌های خانوادگی و اجتماعی اجتناب کنند تا از سؤالات ناراحت‌کننده درباره‌ی وضعیت ناباروری خود دوری کنند. به همین دلیل، آنها ممکن است ترجیح دهند از موقعیت‌هایی دوری کنند که چنین سؤالاتی در آن مطرح می‌شود.

مرور پیشینه‌ی موضوع نشان می‌دهد تجربیات زوج‌های درگیر با مسئله‌ی ناباروری در پژوهش‌های گذشته بررسی شده و این پژوهش‌ها، استیگمای اجتماعی را یکی از پیامدهای منفی ناباروری تأیید کرده است؛ برای مثال، برخی پژوهش‌ها

اجتماعی انجام می‌شود. برگزاری کارگاه‌ها و سمینارهایی برای ارائه اطلاعات به مردم و کاهش باورهای غلط و تصورات نادرست درباره ناباروری نیز به افزایش این آگاهی‌ها کمک می‌کند. افراد مشهور، رهبران جامعه و نخبگان فرهنگی نیز در ترویج دیدگاه‌های مثبت و حمایت‌کننده نقش مهمی دارند. همچنین ارائه خدمات مشاوره‌ای و گروه‌های حمایتی به زوج‌های نابارور کمک می‌کند تا با احساسات و چالش‌های خود بهتر مواجه و از حمایت‌های اجتماعی لازم برخوردار شوند. علاوه بر آن، تدوین و اجرای قوانین حمایتی برای زوج‌های نابارور، شامل حمایت‌های مالی و دسترسی به خدمات درمانی و همچنین، ایجاد سازوکارهایی برای محافظت از حقوق زوج‌های نابارور در محیط کار، زوج‌های نابارور را در مواجهه با چالش‌های ناباروری و طی کردن فرایند درمان کمک می‌کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. مهم‌ترین محدودیت ذکرشده در فرایند پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها از زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی است. علاوه بر آنکه آمار دقیقی از زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی موجود نبود، دسترسی به این زوج‌ها نیز، به دلیل محرمانگی اطلاعات پزشکی، چالش‌های زیادی به همراه داشت. همچنین برخی از زوج‌های نابارور تمایلی به مشارکت در پژوهش نداشتند و از ارائه اطلاعات شخصی خود اجتناب کردند. برخی ملاحظات اخلاقی نیز در این پژوهش رعایت شده است. از جمله این ملاحظات به استفاده از زبان محترمانه و غیر قضاوتی در طول مصاحبه، توجه به وضعیت روانی و احساسی مصاحبه‌شوندگان، اطمینان‌بخشیدن به مصاحبه‌شوندگان درباره افشانشدن هویت و اطلاعات شخصی آنان و استفاده مسئولانه از اطلاعات جمع‌آوری شده اشاره کرد. با توجه به آنکه این پژوهش تنها در شهر اصفهان انجام شد، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی، جامعه گسترده‌تری را مطالعه کردند. شرایط اجتماعی و فرهنگی شهرهای مختلف ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین با افزایش

همچنین خانواده‌هایی که زن استقلال اقتصادی ندارد، ادراک می‌شود. با وجود آنکه پژوهش‌های گذشته بر استرس ناباروری کمتر (Akyüz et al., 2014; Ünal et al., 2010; Yilmaz et al., 2020) و سازگاری اجتماعی بیشتر (Fatemi et al., 2010) در زنان با استقلال اقتصادی تأکید کرده‌اند، اما در این پژوهش این نتیجه حاصل شد که استقلال اقتصادی زن، آثار منفی ناشی از استیگمای اجتماعی بر روابط خانوادگی و اجتماعی زنان نابارور تحت درمان IVF اهدایی را کاهش نمی‌دهد.

نتایج این پژوهش مبنی بر آثار منفی استیگما بر روابط خانوادگی و اجتماعی مردان و زنان نابارور تحت درمان IVF اهدایی با نظریه استیگمای گافمن (۱۴۰۰) تبیین شدنی است. این نظریه بیان می‌کند اصلی‌ترین دغدغه‌ای که یک فرد داغ‌خورده از آن رنج می‌برد، به پذیرش او از سوی اطرافیان برمی‌گردد. براساس نظر گافمن (۱۴۰۰)، افرادی که با فرد داغ‌خورده در تعامل‌اند، اغلب نمی‌توانند توجه و احترامی را به او عطا کنند که جنبه‌های سالم هویت اجتماعی او طلب می‌کند و خودش نیز انتظار دریافت آن را دارد. براساس این نظریه، آگاه‌شدن فرد داغ‌خورده از موقعیت پست‌تر، باعث می‌شود او همیشه در مرادفات خود با دیگران احساس ناامنی کند. همچنین فرد داغ‌خورده همیشه این احساس را دارد که در تماس‌های خود با دیگران، در مرکز توجه آنهاست و در او احساسات بی‌قدرتی و استحکام ایجاد می‌شود (گافمن، ۱۴۰۰: ۷۳).

ناباروری به دلایل مختلفی باعث می‌شود فرد یا زوج احساس کنند از نظر اجتماعی کم‌ارزش یا ناقص‌اند. این وضعیت به تبعیض، انزوا و فشارهای اجتماعی منجر می‌شود.

کاهش کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی زوج‌های نابارور به دلیل استیگمای اجتماعی یک مسئله پیچیده و چندبعدی است که نیازمند توجه ویژه و حمایت‌های گسترده است. برای کمک به این زوج‌ها، جامعه با افزایش آگاهی عمومی درباره ناباروری و کاهش انگ‌های منفی مرتبط با آن، فضای حمایتی تری ایجاد می‌کند. این آگاهی‌ها از طریق رسانه‌های مختلف مانند تلویزیون، رادیو و شبکه‌های

راهبردهای مقابله‌ای و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF. *باروری و ناباروری*، ۷(۳)، ۲۶۹-۲۷۵.

عباسی‌شوازی، م.؛ رازقی نصرآبادی، ح.؛ بهجتی اردکانی، ز. و آخوندی، م.م. (۱۳۸۴). دیدگاه زنان نابارور در مورد اهدای گامت: یک مطالعه موردی در تهران. *باروری و ناباروری*، ۷(۲)، ۱۳۹-۱۴۸.

<https://www.sid.ir/paper/28597/fa>

عباسی مولید، ح.؛ قمرانی، ا. و فاتحی‌زاده، م. (۱۳۸۸). آسیب‌شناسی زندگی زوج‌های نابارور ایرانی. *طب و تزکیه*، ۱۷(۷۲-۷۳)، ۲۰-۸۳.

https://www.tebvatazkiye.ir/article_52390.html

غفاری، ا.؛ زارغان، م. و روشنی، ش. (۱۴۰۲). تجربه زیسته مردان نابارور از پدرانگی با روش فرزندپذیری. *نامه انجمن جامعه‌شناسی ایران*، ۱۸(۳۶)، ۱۸۱-۱۳۹.

[doi:10.22034/jpai.2024.2022532.1327](https://doi.org/10.22034/jpai.2024.2022532.1327)

گافمن، ا. (۱۴۰۰). *داغ‌نگ: چاره‌اندیشی برای هویت ضایع‌شده (ترجمه مسعود کیان‌پور)*، تهران: نشر مرکز.

مرکز آمار ایران. (۱۴۰۱). *Amir.org.ir/population-and-migration*

ودادهیر، ا.؛ رحمانی، م. و دباغ، ط. (۱۳۹۵). ناباروری به مثابه مسئله‌ای اجتماعی-فرهنگی: تجربه زیسته زنان نابارور در جست‌وجوی درمان در قزوین. *مسائل اجتماعی ایران*، ۷(۲)، ۱۵۹-۱۷۵.

[doi: 10.18869/acadpub.jspi.7.2.159](https://doi.org/10.18869/acadpub.jspi.7.2.159)

یونسی، س.ج.؛ اکبری زردخانه، س. و بهجتی اردکانی، ز. (۱۳۸۴). ارزیابی استیگما در میان زنان و مردان نابارور ایران. *باروری و ناباروری*، ۷(۵)، ۵۳۱-۵۴۵.

<https://www.jri.ir/documents/fullpaper/fa/215.pdf>

References

- Abbasi Shavazi, M.J., Razeghi Nasrabad, H.B., Behjati Ardakani, Z., & Akhoundi, M.A. (2005). Attitudes of infertile women towards gamete donation: A Case Study In Tehran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 7(2), 139-148. [In Persian]
- Abbasi Moulid, H., Ghamarani, A., & Fatehizadeh, M. (2009). Pathology of the life of Iranian infertile couples. *Journal of Medicine and Purification*, 17(72-73), 83-20. [In Persian]. https://www.tebvatazkiye.ir/article_52390.html
- Akhondi, M.M., Behjati Ardakani Z., Arefi S., Sadri Ardekani H., Arabi M., Zarnani A.H., et al . (2007).

جامعه و نمونه پژوهش، تعمیم‌پذیری نتایج با اطمینان بیشتری انجام می‌شود. علاوه بر آن، پیشنهاد می‌شود نقش تعدیل‌گری دیگر متغیرهای جمعیت‌شناختی در تأثیر استیگمای اجتماعی بر کیفیت روابط زوج‌های نابارور نیز مطالعه شود.

منابع فارسی

آخوندی، م.م.؛ بهجتی اردکانی، ز.؛ عارفی، س.؛ صدری اردکانی، ه.؛ اعرابی، م.؛ زرنانی، ا.ح.؛ چمنی تبریز، ل. و شبستری، ا. (۱۳۸۶). آشنایی با لقاح طبیعی، لقاح خارج رحمی و ضرورت استفاده از گامت جایگزین در درمان ناباروری. *پایش*، ۶(۴)، ۳۰۷-۳۲۱.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.16807626.1386.6.4.2.5>

امانتی، ل.؛ علامی، م.؛ شکرابی، ش.؛ حقانی، ح. و رمضان‌زاده، ف. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور. *زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۲(۴)، ۳۰-۳۶.

[doi: 10.22038/ijogi.2009.5878](https://doi.org/10.22038/ijogi.2009.5878)

جعفری، ح.؛ تقی‌پور، ع.؛ عافیت، م. و لطیف‌نژاد رودسری، ر. (۱۳۹۹). ابعاد فرهنگی و اجتماعی ناباروری و روش‌های اهدایی کمک‌باروری: یک مطالعه مروری. *نویدنو*، ۲۳(۷۶)، ۸۴-۱۰۱.

[doi:10.22038/mnj.2020.53111.1243](https://doi.org/10.22038/mnj.2020.53111.1243)

خان‌آبادی، م.؛ مهدی‌زاده، ف. و طبیحی، ف. (۱۳۹۹). نقش خانواده‌های اصلی در کیفیت زندگی زناشویی زوج‌های نابارور: یک تحلیل مضمون. *روان‌پرستاری*، ۸(۶)، ۵۲-۳۷.

<https://ijpn.ir/article-1-1656-fa.html>

خداکرمی، ن.؛ هاشمی، س.؛ صدیق، ص.؛ حمدیه، م. و طاهری‌پناه، ر. (۱۳۸۸). تجربه زندگی با ناباروری: یک بررسی پدیدارشناسی. *باروری و ناباروری*، ۱۰(۴)، ۲۹۷-۲۸۷.

<https://www.sid.ir/paper/28423/fa>

خلیلیان، ش. و رضایی، ح. (۱۳۹۹). نگاهی گذرا بر ناباروری و شیوه‌های نوین درمان. *آزمایشگاه و تشخیص*، ۱۲(۴۹)، ۵۳-۴۶.

<http://labdiagnosis.ir/article-1-422-fa.html>

شاکری، ج.؛ حسینی، م.؛ گلشنی، ص.؛ صادقی، خ.ا. و فیض‌الهی، و. (۱۳۸۵). بررسی سلامت عمومی،



- <https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1677950>
 Ergin, R. N., Polat, A., Kars, B., Öztekin, D., Sofuoğlu, K., & Çalışkan, E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish journal of Obstetrics and Gynecology*, 15(1), 46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5894536/>
- Esan, D. T., Nnamani, K. Q., Ogunkorode, A., Muhammad, F., Oluwagbemi, O. O., & Ramos, C. G. (2022). Infertility affects the quality of life of Southwestern Nigerian women and their partners. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 17, 100506. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100506>
- Fatemi, A. S., Younesi, S. J., Azkhosh, M., & Askari, A. (2010). Comparison of dysfunctional attitudes and social adjustment among infertile employed and unemployed women in Iran. *International Journal of Psychology*, 45(2), 140-146. <https://doi.org/10.1080/00207590903281096>
- Gerrits, T., Kroes, H., Russell, S., & van Rooij, F. (2023). Breaking the silence around infertility: a scoping review of interventions addressing infertility-related gendered stigmatisation in low- and middle-income countries. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(1), 2134629. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2134629>
- Gezinski, L. B., Carlsen, B., & Hawkins, C. (2021). Motherhood and assisted reproduction in a religious context: Genes, stigma and supports in Utah, United States. *Health & Social Care in the Community*, 29(6), 1738-1746. <https://doi.org/10.1111/hsc.13279>
- Goffman, E. (2021). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* (M. Kianpour, Trans.). Tehran: Nashr Markaz. [In Persian].
- Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., MacCallum, F., & Lycett, E. (2004). Families created through surrogacy arrangements: parent-child relationships in the 1st year of life. *Developmental Psychology*, 40(3), 400. <https://psycnet.apa.org/buy/2004-13591-007>
- Hasanpoor-Azghady, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The social construction of infertility among Iranian infertile women: A qualitative study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 20(3), 178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6670265/>
- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: A qualitative study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(4), 409. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355928/>
- Höbek Akarsu, R., & Kızılkaya Beji, N. (2021). Spiritual and religious issues of stigmatization women with infertility: A qualitative study: Spiritual and religious issues of stigmatization. *Journal of Religion and Health*, 60, 256-267. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00884-w>
- A close look at natural and in vitro fertilization as well as the need for donated gametes in treatment of infertility. *Payesh*, 6 (4), 307-321. [In Persian] <http://payeshjournal.ir/article-1-681-en.html>
- Aghakhani, N., Ewalds-Kvist, B. M., Sheikhan, F., & Khoei, E. M. (2020). Iranian women's experiences of infertility: A qualitative study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 18(1), 65. doi: 10.18502/ijrm.v18i1.6203
- Akyüz, A., Şahiner, G., Seven, M., & Bakır, B. (2014). The effect of marital violence on infertility distress among a sample of Turkish women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(1), 67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3973171/>
- Amanati, L., Allami, M., Shokrabi, S., Haghani, H., & Ramazanzade, F. (2009). Quality of life and influencing factors among infertile women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 12(4), 30-36. doi: 10.22038/ijogi.2009.5878 [In Persian]
- Avila, B. E. (2016). *Importance of motherhood and/or social stigma of infertility: What's driving infertility-related outcomes?* Michigan State University.
- Behboodi-Moghadam, Z., Salsali, M., Eftekhari-Ardabil, Y. H., Vaismoradi, M., & Ramezanzadeh, F. (2013). Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: a qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(1), 41-46. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00208.x>
- Bornstein, M., Gipson, J. D., Failing, G., Banda, V., & Norris, A. (2020). Individual and community-level impact of infertility-related stigma in Malawi. *Social Science & Medicine*, 251, 112910. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112910>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Daibes, M. A., Safadi, R. R., Athamneh, T., Anees, I. F., & Constantino, R. E. (2018). Half a woman, half a man; that is how they make me feel': A qualitative study of rural Jordanian women's experience of infertility. *Culture, Health & Sexuality*, 20(5), 516-530. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1359672>
- Donkor, E.S., & Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1683-1694. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.003>
- Ebrahimzadeh Zagami, S., Latifnejad Roudsari, R., Janghorban, R., Mousavi Bazaz, S. M., Amirian, M., & Allan, H. T. (2021). Iranian infertile couples' strategies to manage social interactions after unsuccessful treatment with assisted reproductive technologies. *Human Fertility*, 24(5), 341-352.

- Psychiatry*, 3, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2014/241075>
- Öztürk, R., Bloom, T. L., Li, Y., & Bullock, L. F. (2021). Stress, stigma, violence experiences and social support of US infertile women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(2), 205-217. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1754373>
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 1028-1039. <https://psycnet.apa.org/buy/1992-12680-001>
- Rust, J., & Golombok, S. (1985). The golombok-rust inventory of sexual satisfaction (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 63-64. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1985.tb01314.x>
- Şahiner, E., & Boz, I. (2022). Experiences of women undergoing infertility treatment from embryo transfer until pregnancy test and their conceptualization of their embryo. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 153-164. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1865909>
- Schanz, S., Reimer, T., Eichner, M., Hautzinger, M., Häfner, H.-M., & Fierlbeck, G. (2011). Long-term life and partnership satisfaction in infertile patients: a 5-year longitudinal study. *Fertility and Sterility*, 96(2), 416-421. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.064>
- Shakeri, J., Hosseini, M., Golshani, S., Feizollahi, V., & Sadeghi, Kh.A. (2006). Assessment of general health, stress coping and marital satisfaction in infertile women undergoing ivf treatment. *Journal of Reproduction & Infertility*, 7(3), 269-275. [In Persian]
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22(8), 2309-2317. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem115>
- Taebi, M., Kariman, N., Montazeri, A., & Majd, H. A. (2021). Infertility stigma: A qualitative study on feelings and experiences of infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 15(3), 189. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8233927/>
- Tahiri, F. B., Kalaja, D., & Bimbashi, E. K. (2015). The lived experience of female infertility the case of Muslim rural women leaving in Albania. *European Scientific Journal*, 11(11), 268-277. <https://core.ac.uk/download/pdf/236412808.pdf>
- Ünal, S., Kargın, M., & Akyüz, A. (2010). Factors affecting infertile women psychologically. *Türk Silahlı Kuvvetleri, Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 9(5), 481-486. http://www.korhek.org/khb/khb_009_05-481.pdf
- Vedadhir, A., Rahmani, M., & Dabbagh, T. (2017). Imeson, M., & McMurray, A. (1996). Couples' experiences of infertility: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 1014-1022. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02938.x>
- Inhorn, M. C. (2004). Middle Eastern masculinities in the age of new reproductive technologies: male infertility and stigma in Egypt and Lebanon. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(2), 162-182. <https://doi.org/10.1525/maq.2004.18.2.162>
- Iran Statistical Center. (2022). <https://amar.org.ir/population-and-migration> [In Persian]
- Kalateh Sadati, A., Rahnnavard, F., & Namavar Jahromi, B. (2017). Qualitative study of Iranian infertile females. *Women's Health Bulletin*, 4(1), 1-6. <https://doi.org/10.17795/whb-33490>
- Khanabadi, M., Mehdizadeh, F., Tabkhi, F. (2021). The role of main families in the quality of infertile couples' life: A study of content analysis. *IJPN*, 8 (6): 37-52 <http://ijpn.ir/article-1-1656-en.html> [In Persian]
- Khalilian, S., Rezaei, H. (2020). Insights in to infertility and modern therapies. *Journal of Laboratory & Diagnosis*, 12 (3), 46-53. [In Persian] <http://labdiagnosis.ir/article-1-422-en.html>
- Khodakarami, N., Hashemi, S., Sedigh, S., Hamdieh, M., & Taheripanah, R. (2009). Life experience with infertility: A phenomenological study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 10(4), 287-297 [In Persian]
- Kimani, V., & Olenja, J. (2001). Infertility: Cultural dimensions and impact on women in selected communities in kenya. *African Anthropologist*, 8(2), 200-214. <https://doi.org/10.4314/aa.v8i2.23110>
- Jafari, H., Taghipour, A., Afiat, M., & Latifnejad Roudsari, R. (2021). Socio-cultural Dimensions of infertility and assisted reproductive donation techniques: A Review Study. *Navid No*, 23(76), 84-101. [In Persian] doi: 10.22038/nmj.2020.53111.1243
- Mete, S., Fata, S., & Aluş Tokat, M. (2020). Feelings, opinions and experiences of Turkish women with infertility: A qualitative study. *Health Informatics Journal*, 26(1), 528-538. <https://doi.org/10.1177/1460458219839628>
- Miall, C. E. (1985). Perceptions of informal sanctioning and the stigma of involuntary childlessness. *Deviant Behavior*, 6(4), 383-403. <https://doi.org/10.1080/01639625.1985.9967686>
- Mumtaz, Z., Shahid, U., & Levay, A. (2013). Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. *Reproductive Health*, 10(3), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-3>
- Obeidat, H. M., Hamlan, A. M., & Callister, L. C. (2014). Missing motherhood: Jordanian women's experiences with infertility. *Advances in*

- Undergoing Infertility Treatment. *Healthcare*, 10(7), 1300. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071300>
- Younesi, S. J., Akbari Zardkhaneh, S., & Behjati Ardekani, Z. (2005). Evaluation of stigma among infertile men and women in Iran. *Journal of Reproduction and Infertility*, 7(5), 531-545. [In Persian]. <https://www.jri.ir/documents/fullpaper/fa/215.pdf>
- Zagami, S. E., Roudsari, R. L., Janghorban, R., Bazaz, S. M. M., Amirian, M., & Allan, H. T. (2019). A qualitative study of the experiences of Iranian infertile couples after unsuccessful assisted reproductive technologies. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(3), 331-338. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.55>
- Zorlu, S., & Erbaş, N. (2023). Psychosocial problems experienced by infertile women and stigmatization: a qualitative study. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 82-89. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.1087450>
- Infertility as a Socio-cultural Issue: Understanding and Lived Experience of Infertile Women Seeking Treatment. *Social Problems of Iran*. 7(2), 159-175. [In Persian] [doi:10.18869/acadpub.jspi.7.2.159](https://doi.org/10.18869/acadpub.jspi.7.2.159)
- Vizheh, M., Pakgohar, M., Rouhi, M., & Veisy, A. (2015). Impact of gender infertility diagnosis on marital relationship in infertile couples: A couple based study. *Sexuality and Disability*, 33, 457-468. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9417-5>
- Whiteford, L. M., & Gonzalez, L. (1995). Stigma: The hidden burden of infertility. *Social Science & Medicine*, 40(1), 27-36. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00124-C](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00124-C)
- Yilmaz, T., Yazici, S., & Benli, T. (2020). Factors associated with infertility distress of infertile women : A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(4), 275-281. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1708318>
- Yokota, R., Okuhara, T., Okada, H., Goto, E., Sakakibara, K., & Kiuchi, T. (2022). Association between Stigma and Anxiety, Depression, and Psychological Distress among Japanese Women

پیوست: پرسش‌نامه پژوهش

پاسخ‌گوی گرامی، خواهشمند است با توجه به تجارب ارزنده خویش، با دقت به پرسش‌های مطرح‌شده پاسخ دهید و گزینه‌های مدنظر را علامت بزنید. این پرسش‌نامه بدون نام و پاسخ‌ها کاملاً محرمانه است. قبلاً از وقتی که برای تکمیل این پرسش‌نامه صرف می‌کنید و از اینکه هیچ پرسشی را بدون پاسخ نخواهید گذاشت، سپاسگزارم.

(۱) جنس: مرد زن

(۲) سن: سال

(۳) سن همسر: سال

(۴) مدت‌زمان ازدواج: سال

(۵) سطح تحصیلات (قبل از اقدام به درمان)

ابتدایی	زیردیپلم	دیپلم	کاردانی	کارشناسی	کارشناس ارشد	دکترا		
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	خود	۱
							همسر	۲

(۶) درآمد ماهانه تقریبی زن و شوهر (قبل از اقدام به درمان)

بدون درآمد	کمتر از ۵	۹ تا ۵	۱۰ تا ۱۴	۱۵ تا ۱۹	۲۰ تا ۲۹	۳۰ تا ۳۹	۴۰ و بیشتر		
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	زن	۱
								شوهر	۲

(۷) وضعیت اقتصادی خانواده‌ها (قبل از اقدام به درمان)

خیلی خوب	خوب	متوسط	ضعیف	خیلی ضعیف		
۵	۴	۳	۲	۱	خانواده خودتان	۱
					خانواده پدری شما	۲
					خانواده پدری همسران	۳

(۸) لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید:

الف- زمینه‌های ازدواج

[۱] میزان شناخت شما از همسران، پیش از ازدواج چقدر بوده است؟

هیچ خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد

[۲] تا چه حد ازدواج شما با همسران، براساس عشق و علاقه بوده است؟

هیچ خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد

ب- موضوع ناباورری

[۱] چه مدت‌زمان است که از موضوع ناباروری اطلاع دارید؟ مدت‌زمان به ماه تبدیل شده است سال

ماه

[۲] چه مدت‌زمان است که برای درمان ناباروری اقدام کرده‌اید؟ مدت‌زمان به ماه تبدیل شده است سال

ماه

[۳] بر اساس نظر پزشکان، چه کسی نقص در باروری دارد؟ خودم همسر

۱	خودم
۲	همسر
۳	هر دو
۴	هیچ‌کدام

[۴] تا چه اندازه امیدوارید که درمان نتیجه‌بخش باشد؟ بسیار زیاد ۵ زیاد ۴ متوسط ۳ کم ۲ خیلی کم ۱

[۵] تا چه اندازه برای پرداخت هزینه‌های درمان تحت فشار هستید؟ بسیار زیاد ۵ زیاد ۴ متوسط ۳ کم ۲ خیلی کم ۱

(۶) مقیاس روابط خانوادگی و وضعیت زناشویی راست و گلوبوک (1985)

ردیف	گویه	دوره	کاملاً مخالف	مخالف	موافق	کاملاً موافق
۱	همسر من معمولاً نسبت به نیازهای من حساس و آگاه است.	قبل	۱	۲	۳	۴
		بعد				
۲	واقعاً از شوخ‌طبعی همسر لذت می‌برم.	قبل				
		بعد				
۳	فکر می‌کنم همسر دیگر به حرف‌های من توجهی ندارد (آنها را نمی‌شنود).	قبل				
		بعد				
۴	همسر هرگز به من خیانت نکرده است.	قبل				
		بعد				
۵	برای حفظ زندگی زناشویی خود حاضرم از دوستانم بگذرم.	قبل				
		بعد				
۶	از ارتباط زناشویی مان ناراضی هستم.	قبل				
		بعد				
۷	ای کاش همسر این قدر تنبل نبود و کارها را به تعویق نمی‌انداخت.	قبل				
		بعد				
۸	گاهی احساس تنهایی می‌کنم، حتی زمانی که با همسر هستم.	قبل				
		بعد				
۹	اگر همسر مرا رها کند، دیگر زندگی ارزشی ندارد.	قبل				
		بعد				
۱۰	من و همسر نظرات خود را به همدیگر تحمیل نمی‌کنیم.	قبل				
		بعد				
۱۱	وقتی به این نتیجه رسیدیم که باید جدا شد، ادامه زندگی مشترک بی‌معنی است.	قبل				
		بعد				
۱۲	هر دوی ما علائق یکسان داریم.	قبل				

(۶) مقیاس روابط خانوادگی و وضعیت زناشویی راست و گلوبوک (1985)

ردیف	گویه	دوره	کاملاً مخالف	مخالف	موافق	کاملاً موافق
		بعد				
۱۳	برایم مشکل است به همسر نشان دهم که دوستش دارم.	قبل				
		بعد				
۱۴	هرگز درباره اینکه ارتباط زناشویی خوبی دارم، شک نکرده‌ام.	قبل				
		بعد				
۱۵	از نشستن و حرف زدن با همسر لذت می‌برم.	قبل				
		بعد				
۱۶	فکر اینکه بقیه عمرم را با همسر سپری کنم، کسالت‌آور است.	قبل				
		بعد				
۱۷	همیشه در ارتباط ما، نرمش و گذشت حاکم است.	قبل				
		بعد				
۱۸	در موقع تصمیم‌گیری هرکدام از ما سعی می‌کند حرف خود را به کرسی بنشاناند.	قبل				
		بعد				
۱۹	من دیگر نمی‌توانم واقعاً به همسر اعتماد کنم	قبل				
		بعد				
۲۰	هنوز ارتباط ما سرشار از خوشی (لذت) و هیجان است.	قبل				
		بعد				
۲۱	یکی از ما دائماً حرف می‌زند و دیگری معمولاً ساکت است.	قبل				
		بعد				
۲۲	ارتباط ما هر روز بهتر می‌شود.	قبل				
		بعد				
۲۳	بیش از عشق، موضوع امنیت و پول در ازدواج دخیل است.	قبل				
		بعد				
۲۴	ای کاش گرمی و محبت بیشتری بین ما وجود داشت.	قبل				
		بعد				
۲۵	من نسبت به رابطه با همسر کاملاً وفادارم.	قبل				
		بعد				
۲۶	گاهی ارتباط ما تیره می‌شود؛ زیرا همسر دائماً عیب‌های مرا می‌گیرد.	قبل				
		بعد				
۲۷	گمان می‌کنم ما در مرز جدایی قرار داریم.	قبل				
		بعد				
۲۸	به سرعت پس از هر دعوا باهم کنار می‌آییم.	قبل				
		بعد				

(۷) مقیاس کیفیت روابط (QRI) (Pierce et al., 1991)

پرسش‌نامه زیر به منظور بررسی روابط شما با افراد مهم بیرون از خانواده (والدین، دوستان و دیگران شامل همکاران و همسایه‌ها) تنظیم شده است. لطفاً هر سؤال را برای والدین، همسر و دوستان خود به صورت جداگانه در نظر بگیرید و در جای مناسب علامت ضربدر بزنید.

زیاد	متوسط	کم	هیچ	گروه	گویه
۴	۳	۲	۱	والدین	(۱) وقتی از دست کسی عصبانی هستید تا چه اندازه امید دارید این افراد به شما توجه کنند؟
				دوستان	
				دیگران	
				والدین	(۲) تا چه اندازه برای حل یک مشکل می‌توانید روی کمک این افراد حساب کنید؟
				دوستان	
				دیگران	
				والدین	(۳) تا چه اندازه می‌توانید برای مشورت و نظرخواهی درباره مشکلات به این افراد رجوع کنید؟
				دوستان	
				دیگران	
				والدین	(۴) وقتی تحت فشار روانی قرار دارید، واقعاً تا چه اندازه می‌توانید روی این افراد حساب کنید که شما را از نگرانی رها کنند؟
				دوستان	
				دیگران	
				والدین	(۵) اگر شما همین امشب بخواهید به دنبال کار بیرون بروید تا چه اندازه اطمینان دارید که این افراد مایل به همکاری با شما هستند؟
				دوستان	
				دیگران	
				والدین	(۶) اگر یکی از اعضای نزدیک خانواده شما فوت کند تا چه اندازه می‌توانید روی کمک این افراد حساب کنید؟
				دوستان	
				دیگران	
				والدین	(۷) تا چه اندازه می‌توانید امیدوار باشید این افراد برخورد صادقانه‌ای با شما داشته باشند، حتی اگر شما نسبت به آنها بی‌تفاوت باشید؟
				دوستان	
				سایرین	
				والدین	(۸) این اشخاص تا چه اندازه‌ای عصبانیت شما را برمی‌انگیزند؟
				دوستان	
				دیگران	
				والدین	(۹) گاهی اوقات این افراد تا چه اندازه باعث اضطراب و آشفتگی شما می‌شوند؟
				دوستان	
				دیگران	
				والدین	(۱۰) هر چند وقت یکبار، این افراد شما را عصبانی می‌کنند؟
				دوستان	
				دیگران	
				والدین	(۱۱) چقدر با این افراد جروبحث می‌کنید؟
				دوستان	
				دیگران	
				والدین	(۱۲) هر چند وقت یکبار ناچارید با تلاش زیاد از کشمکش و درگیری با این افراد دوری کنید؟
				دوستان	

زیاد	متوسط	کم	هیچ	گروه	گویه
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۱۳) چقدر دوست دارید که این اشخاص تغییر کنند؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۱۴) تا چه اندازه ناچارید در روابط با این افراد تسلیم باشید؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۱۵) این اشخاص چقدر در شما احساس گناه ایجاد می‌کنند؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۱۶) تا چه اندازه این افراد خواهان تغییر در شما هستند؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۱۷) هر چند وقت یک‌بار این افراد سعی می‌کنند زندگی شما را تحت تأثیر یا کنترل خود داشته باشند؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۱۸) این افراد چقدر از شما انتقاد می‌کنند؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۱۹) در روابط با این افراد، آنچه شما به آنها می‌دهید نسبت به آنچه از آنها می‌گیرید، چقدر بیشتر است؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۲۰) روابط با این افراد چقدر در زندگی شما اهمیت دارد؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۲۱) چقدر به این اشخاص متکی هستید؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۲۲) در ده سال گذشته تا چه اندازه روابط شما با این افراد نزدیک بوده است؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۲۳) تا چه اندازه این اشخاص در زندگی شما نقش مثبتی داشته‌اند؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۲۴) تا چه اندازه در برابر آسایش و بهزیستی این افراد احساس مسئولیت می‌کنید؟
				دیگران	
				والدین	
				دوستان	۲۵) اگر شما و یکی از این اشخاص برای مدت یک ماه نتوانید یکدیگر را ببینید یا با هم گفت‌وگو کنید، چقدر جای خالی او را احساس می‌کنید؟
				دیگران	

(۸) پرسش‌نامه انگ اجتماعی ناشی از ناباروری

	همیشه	بیشتر اوقات	بعضی از اوقات	بیشتر اوقات	همیشه	
۱	۱	۲	۳	۴	۵	دیگران نسبت به ناباروری بودن من نگاه ترحم‌آمیز دارند
۲						ناباروری عیب است
۳						دیگران نسبت به ناباروری بودن من همدردی می‌کنند
۴						فرد نابارور، مانند درخت بی‌ثمر است
۵						خود را به سبب ناباروری سرزنش می‌کنم
۶						به علت ناباروری احساس درماندگی می‌کنم
۷						ناباروری من عامل ظلم به همسر است
۸						ناباروری را کم‌توانی جسمانی می‌دانم
۹						احساس می‌کنم نسبت به فرزندان دیگران شورچشم هستم
۱۰						نتیجه ازدواج داشتن فرزند از خود است
۱۱						موقع مشاهده محبت کردن دیگران به فرزندانشان احساس ناراحتی نمی‌کنم
۱۲						ناباروری مشکلی زجرآور است
۱۳						همسر به دلیل ناباروری، مرا زن/مرد نمی‌داند
۱۴						همسر ناباروری را نتیجه سحر و جادو می‌داند