

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی مؤثر بر درمان ناباروری در زنان نازا

دکتر اکبر شریفیان*

ربابه صادقیان**

تاریخ دریافت: ۸۹/۹/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۲۵

چکیده

در این پژوهش عوامل اجتماعی مؤثر بر انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا مورد بررسی قرار خواهد گرفته است. هدف از این پژوهش بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر درمان ناباروری در زنان نازا می‌باشد. از مجموعه عوامل اجتماعی، تأثیر دو عامل روابط اجتماعی، گفتگویی - علمی و اعتماد اجتماعی به عنوان متغیر مستقل بر متغیر وابسته (انتخاب درمان ناباروری) مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این پژوهش مرکز تحقیقات ناباروری بیمارستان ولی عصر و جمعیت آماری دو گروه از زنان نازا می‌باشد. گروه اول، گروهی که درمان را انتخاب نموده‌اند و گروه دوم گروهی که درمان را انتخاب ننموده‌اند.

* استادیار مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

nesad60@yahoo.com

** کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

روش نمونه‌گیری گروه اول سرشماری از کل جمعیت زنان نازایی که طی سه هفته جهت درمان به درمانگاه نازایی مراجعه نموده‌اند که تعداد آنها ۸۰ نفر می‌باشد و گروه دوم، گروهی که درمان را انتخاب ننموده‌اند که تعداد آنها معادل با گروه اول است و از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس می‌باشند. این پژوهش با تکیه بر تکنیک پیمایش، روش مقایسه علی، استفاده از شیوه کمی و ابزار پرسشنامه انجام شد.

نتایج پژوهش مبین این واقعیت می‌باشد که هرچه میزان اعتماد اجتماعی و روابط اجتماعی - گفتمانی، علمی بیشتر باشد، میزان انتخاب درمان نیز بیشتر خواهد بود و از طرفی رابطه مستقیمی بین دو متغیر اعتماد اجتماعی و روابط اجتماعی - گفتمانی، علمی وجود دارد. با بالا رفتن اعتماد اجتماعی، روابط اجتماعی - گفتمانی، علمی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که عواملی چون خانواده، دوستان، خویشاوندان، میزان آگاهی به علم درمان ناباروری، منابع اطلاعاتی، نحوه دسترسی به اطلاعات، پزشکان، متخصصین، اعتماد به صداقت و قابل اتکا بودن آنان و حمایت‌های مالی از طرف همسر و خویشاوندان در افزایش میزان اعتماد اجتماعی و روابط اجتماعی - گفتمانی، علمی تأثیر گذار است و ارتباط مستقیم بین این دو متغیر مستقلمبر انتخاب درمان ناباروری اثرگذار است. در راستای نتایج بدست آمده پیشنهادهای کاربردی و دارای قابلیت اجرای متناسب با یافته‌های حاصل از پژوهش ارائه گردیده، که امید است مفید واقع گردد.

واژه‌های کلیدی: اعتماد اجتماعی، روابط اجتماعی - گفتمانی، علمی،

ناباروری

مقدمه

باروری و نیاز به داشتن فرزند سیری طبیعی است که در تمام موجودات زنده موهبتی الهی محسوب می‌گردد. حرکت در سیر غیر طبیعی و دور از انتظار زنان و مردان

بالغی که بعد از تشکیل زندگی مشترک در انتظار ایفای نقش پدرانه و مادرانه خود می‌باشند به طور حتم باعث ایجاد تعارضاتی برای آنان خواهد شد و در نهایت این تعارضات تهدیدی جدی برای پایه‌های زندگی مشترک و روابط اجتماعی افراد نابارور است.

زنان به طور طبیعی میل به زایش و تولید مثل دارند. مادر شدن یکی از اصلی‌ترین نیازهای آنان محسوب می‌شود، این مساله بسیاری از مناسبات اجتماعی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و زنانی که به طور طبیعی قادر به فرزندآوری نیستند، درگیر بسیاری از مشکلات فردی و اجتماعی خواهند شد که آنان را در جریان غیرمعمول زندگی قرار خواهد داد. علم پزشکی جهت پاسخ‌گویی به نیاز طبیعی و بیولوژی زنان نازا تلاش بسیاری نموده است که برخی از این زنان از آن استقبال می‌کنند و از طریق علم پزشکی در جهت پاسخ به این نیاز خود می‌باشند و برخی دیگر آن را نمی‌پذیرند. بسیاری از عوامل اجتماعی می‌تواند تاثیر به‌سزایی در روند پذیرش داشته باشد که در این پژوهش تاثیر دو عامل اعتماد اجتماعی و روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی بر انتخاب درمان مورد بررسی خواهد گرفت.

اهداف پژوهش

هدف کلی این پژوهش عبارت است از: *پژوهش‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*

۱. بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا. با توجه به گستردگی موضوع و وسعت عوامل اجتماعی در این مقوله اعتماد اجتماعی و روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی به عنوان عوامل مؤثر مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

اهداف جزئی در این پژوهش عبارتند از:

۱. بررسی میزان اعتماد اجتماعی بر انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا؛

۲. بررسی میزان روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی بر انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا؛

۳. بررسی رابطه دو عامل روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی و اعتماد اجتماعی بر یکدیگر و تاثیر آن بر انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا.

طرح مساله

پیشرفت علم و تکنولوژی در زمینه دانش پزشکی مانند سایر علوم و توسعه روزافزون به کارگیری صنایع و تجهیزات پزشکی امکانات جدیدی را به منظور رفع مسایل و مشکلاتش در اختیار بشر قرار داده است. پیشگیری بسیاری از بیماری‌های واگیردار و افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ و میر نوزادان از فواید بهره‌مندی از این تکنولوژی‌های پیشرفته و پرثمر می‌باشد. پیشرفت‌ها و تحقیقات علمی دهه‌های اخیر امکان امید به بهبود بسیاری از بیماری‌ها را ایجاد کرده است که یکی از این بیماری‌ها، ناباروری مردان و زنان است. زوجین به طور طبیعی بعد از تشکیل خانواده در انتظار ایفای نقش پدرانه و مادرانه خود می‌باشند. برخی از آنان با روش‌های طبیعی به این نیاز خود پاسخ می‌دهند و برخی دیگر به دلیل عوامل بیولوژیک و غیربیولوژیک در هر دو یا یکی از آنها با مشکل ناباروری مواجه می‌شوند.

در طول ۲۵ سال گذشته قدم‌های بسیار بلندی در درمان ناباروری برداشته شده و بسیاری از زوج‌هایی که قبلاً نابارور قلمداد می‌شدند، امروزه می‌توانند صاحب فرزند شوند.

تولد اولین فرزند حاصل از لقاح خارج از رحم در سال ۱۹۷۸ این امکان را برای زوجین نابارور فراهم نمود که برخلاف دهه‌های پیشین به داشتن فرزند امیدوار شوند. از آن زمان تاکنون روش‌های زیادی برای درمان ناباروری مانند: تحریک تخمک‌گذاری،

جایگزین به شکل گسترده‌ای مورد استفاده نیازمندان قرار گرفته است.^۱GIFT, اهدای گامت، اهدای جنین و شیوه رحم

در این پژوهش زنان نازایی مورد بررسی قرار خواهند گرفت که علل نازایی مربوط به آنها می‌باشد. با توجه به این که این زنان در روند غیرمعمول نسبت به سایر زنان نابارور قرار می‌گیرند به شدت مورد هجوم عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی و باورها و نگرش‌های سنتی قرار می‌گیرند و این امر موجبات تعارضات خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی را برای آنها فراهم خواهد نمود. از طرفی مجموعه عوامل خانوادگی و تمایلات طبیعی آنها را به درمان ناباروری متمایل می‌کند. همان‌گونه که بیان شد این زنان نازا جهت درمان ناباروری خود با روش‌های نوینی مواجه می‌شوند. فقدان اطلاعات کافی به دلیل عدم ارتباط با عناصر علمی، هزینه‌های بالا، آگاه نبودن از منابع حمایتی و برخی اعتقادات خانوادگی و شخصی و عدم توانایی آنها در مهارت برقراری ارتباط بین حقوق و نیازهای خود و عدم اعتماد باعث می‌شود که این زنان برای پاسخ گویی به نیاز طبیعی خود، با استفاده از روش‌های مصنوعی دچار تردید گردند. با نظر به این که عوامل متعددی در انتخاب درمان ناباروری تاثیرگذار است، در این پژوهش عوامل اجتماعی مورد بررسی قرار خواهند گرفت، و درصدد رسیدن به این سوال خواهیم بود که: چه عوامل اجتماعی بر انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا تاثیرگذار است. حال که آرزوی فرزندآوری و اهمیت آن در میان فرهنگ‌های گوناگون کشورمان اهمیت دارد، شناخت عوامل اجتماعی در انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا می‌تواند اثرات منفی این عوامل را کاهش و اثرات مثبت برخی دیگر از عوامل را تقویت کند و زنان نازایی که بنا به نگرانی‌ها و برخی نگرش‌ها و عدم اعتماد، به

^۱GIFT: Gamete intrafallopian transfer
^۲ICSI: Intracytoplasmic sperm injection
^۳IUI: Intra Uterine Insemination
^۴IVF: In vitro fertilization
^۵ZIFT: Zygote intrafallopian transfer

یاری‌رسانی دیگران، خود را از این حق طبیعی محروم ساخته‌اند و درصد درمان ناباروری خود نیستند را آماده درمان سازد.

پیشینه پژوهش

پیشینه پژوهش خارجی

- کی. ای ساندرزوان. دیبلو. بروس در مقاله‌ای با عنوان رابطه بین استرس اجتماعی - روانی و نتیجه لقاح آزمایشگاهی و درمان انتقال گامت به درون رحم را بررسی کردند. حدود ۹۰ زنی که برای درمان در یک مطب خصوصی نازایی ثبت نام کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج تحقیقات در برگیرنده این نکته است که استرس روانی - اجتماعی ناشی از درمان بسیار دارای اهمیت است. بنابراین نقش برنامه حمایت از بیماران در برابر فشارهای روانی - اجتماعی ناشی از درمان نازایی باید بیشتر مورد بررسی قرار گیرد (Sunders Van, 1999: 162).

- ادلمن در ۲۰۰۴ با بررسی ۱۵۲ زوج نابارور در طی مراحل IVF به این نتیجه رسید که سازگاری زناشویی زنانی که عامل ناباروری به آنها نسبت داده شده است کاهش می‌یابد (Edleman, 2004:123).

- نتایج مطالعات انجام گرفته توسط گلوبوک و موری در درمان ناباروری با موضوع Families created through surrogacy: Parent - child relationships in the first year of life با ۴۸ خانواده دریافت کننده، در سال ۲۰۰۴ به این شرح است: زوج درخواست کننده، از طریق رسانه‌ها با این روش درمان ناباروری آشنا شده است و با اعتماد کامل به مادر اهداکننده در نگهداری از نوزاد در طول بارداری و واگذاری نوزاد پس از آن درگیر این فرآیند شده‌اند و از این انتخاب شاد بودند، و از این طریق شبکه‌های حمایت اجتماعی خود را در جریان گذاشته‌اند، در این پژوهش هیچ نگرانی از بابت بهره برداری مالی، ترس از عدم واگذاری نوزاد، مشکلات قانونی، هیجانی و اجتماعی و نگرانی از ارتباط ژنتیکی نوزاد توسط جامعه آماری مطرح نشده است (Golombok and Murray, 2004: 133).

- مطالعات وان دن اکر در زمینه درمان ناباروری با موضوع: (Psychosocial aspects of surrogate mother hood) در سال ۲۰۰۷ نشان داد که بیشتر مادران اهداکننده رحم جایگزین (به عنوان یکی از شیوه‌های درمان ناباروری) تجربه بارداری و تولد را لذت بخش می‌دانند و بسیاری تجربه اهدای رحم جایگزین را نوعی تکامل یا افزوده شدن چیزی به زندگی‌شان گزارش کرده‌اند مانند: افزایش احساس خود ارزشمندی یا اعتماد به نفس، و ارتباط نزدیک با زوج درخواست کننده، بویژه با مادر درخواست کننده. حتی برای برخی، تجربه اهدای رحم جایگزین، گذار از یک مرحله رشدی مثبت مانند: بالا رفتن از کوه، شروع تحصیلات دانشگاهی یا مطالعه در رشته مامایی تلقی شده است. رابطه خوبی بین زوج درخواست کننده و مادر اهدا کننده در طول بارداری وجود دارد. بیشترین رابطه گزارش شده در طول بارداری، بین مادر درخواست کننده با مادر اهدا کننده است تا پدر درخواست کننده. بیشتر مادران با یکدیگر ملاقات می‌کنند، بویژه در معاینات پزشکی مادر درخواست کننده فعالانه حضور دارد و مادر اهداکننده رحم از حضور مادر درخواست کننده و درگیری در این فرآیند احساس رضایت می‌کند. در اواخر دوران بارداری هر دو سطح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند. اما در آخر بارداری، مادر درخواست کننده اضطراب بیشتری را تجربه می‌کند که ناشی از احساس دلبستگی به نوزاد و نگرانی درباره سلامت اوست (Vandenakker, 2007: 53-62).

- وان دن اکر در پژوهشی دیگر با موضوع: (Psychological trait and state characteristics) به این نتایج رسید که با نظر به اینکه تغییرات جسمی و هیجانی در فرآیند اهدای رحم جایگزین و بارداری اتفاق می‌افتد، بسیاری از اهداکنندگان رحم جایگزین با زوج‌های درخواست کننده ارتباط نیرومند و دوستانه را ادامه می‌دهند. بسیاری از زوج‌های دریافت کننده افت و خیزهای هیجانی، از قبیل لذت بردن از جواب مثبت آزمایش یا ناراحتی از سقط را تجربه می‌کنند. بنابراین بین افراد در این مدت تقریباً یک سال صمیمیتی ایجاد می‌شود و بیشتر آنها تمایل دارند که پس از پایان

بارداری به این ارتباط ادامه دهند. بیشتر مادران اهداکننده رحم جایگزین درباره ترتیبات رحم جایگزین و سلامت و رفاه نوزاد اطمینان کافی دارند. آنها فکر می‌کنند که اگر کودک از نظر ژنتیکی به مادر در خواست‌کننده تعلق داشته باشد، مادر کودک را آسانتر خواهد پذیرفت. نگرش مادر درخواست‌کننده به نوزاد در دوران بارداری مثبت است، در حالی که مادر اهداکننده در دوران بارداری نگران سلامت نوزاد است. مادران اهداکننده به دلیل عدم حمایت اجتماعی، حتی با وجود رابطه با ثبات با همسر، مشکلات بیشتری را در مقایسه با مادران درخواست‌کننده تجربه می‌کنند و ناهماهنگی‌های زناشویی قبل از بارداری، یک سال و نیم بعد از زایمان ادامه می‌یابد، بویژه اهمیت این موضوع در قبل از بارداری و سه ماهه اول برای موفقیت فرآیند اهدا باید مورد توجه قرار بگیرد (Vandenakker, 2007: 2287-2295).

مطالعات رگون در سال ۱۹۹۴ بر این نکته تأکید دارد که بر نقش پدر در فرآیند رحم جایگزین تأکید کمتری وجود دارد و مادر درخواست‌کننده ارتباط مستحکمی را با مادر اهداکننده برقرار می‌کند و در طول بارداری بسیار مشارکت دارد. مشارکت مادر درخواست‌کننده در طول بارداری موجب ایجاد ارتباط بین او و نوزاد می‌شود.

با توجه به بررسی‌های انجام شده در مجله‌های:

European Journal Of Social Work, European Journal Of Communication,
The British Journal Of Social Work, International Social Work, British Of
Social Work,

و سایت‌های:

www.babycenter.com, www.wikipedia.org/wiki/surgacy,
www.searo.who.int, www.Euroobserver.com, www.infertility.com,
www.surrogacy.com, www.nicefertility.org.uk, www.aresing.ir

متغیر مستقل اعتماد اجتماعی و روابط اجتماعی علمی - گفتمانی و تاثیر آن بر ناباروری تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است و در پژوهش‌هایی که در زمینه

ناباروری صورت گرفته عوامل دیگر مانند: حمایت‌های اجتماعی، سلامت روانی، مشارکت زوجین و عوامل فیزیولوژیکی مورد نظر بوده است.

پیشینه پژوهش داخلی

۱- پژوهشی با عنوان "مقایسه عوامل اضطراب‌آور در زنان و مردان ناباور" توسط افتخارالسادات حاجی‌کاظمی - آذر محمودی - مهشید جعفرپور و دکتر محمودی صورت گرفت. پژوهش از نوع FIELDSTUDY بوده که عوامل اضطراب‌آور خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی به تفکیک در زنان و مردان تعیین و با هم مقایسه گردیده است. نتایج نشان می‌دهد هر چه طول مدت ازدواج بیشتر شده عوامل اضطراب‌آور در آنها بیشتر بوده است. تمایل باروری در هر دو گروه وجود داشته و بین عوامل اضطراب‌آور خانوادگی بیشترین درصد مربوط به ترس از دادن زندگی مشترک بوده است (۵۸٪ زنان - ۳۶٪ مردان) و نیز ۶۶٪ زنان و ۴۴٪ مردان از چگونگی انجام آزمایشات تشخیصی و درمانی دچار اضطراب شده بودند و ۴۸٪ زنان در برابر ۳۸٪ مردان دخالت بی‌جای اقوام را عامل شدید اضطراب در خود بیان کرده‌اند. اما در مجموع عوامل اضطراب‌آور در بین زنان و مردان اختلاف معنادار آماری نداشته و بسیار مشابه بوده است.

۲- پژوهشی با عنوان «بررسی ارتباط بین احساس تنهایی و حمایت اجتماعی در زوجین ناباور» توسط اعظم خوشبین در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد صورت گرفت. این پژوهش یک مطالعه همبستگی بوده که در طی آن احساس تنهایی و احساس حمایت اجتماعی زوجین اندازه‌گیری و توصیف گردیده است.

یافته‌ها نشان داد که همبستگی معناداری بین احساس حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در زنان ناباور در همسرانشان وجود دارد، و افزایش حمایت اجتماعی در زوجین ناباور موجب کاهش احساس تنهایی گشته است؛ پس برقراری روابط

۲۴۳ بررسی تأثیر عوامل اجتماعی مؤثر بر درمان ...

صمیمانه توام با ارزش و احترام که موجب ارتقاء احساس حمایت اجتماعی در زوجین نابارور می‌گردد توصیه می‌گردد.

۳- در سال ۱۳۷۹ پژوهشی با عنوان "بررسی میزان آگاهی و طرز نگرش افراد نابارور نسبت به روش‌های کمک باروری در کلینیک‌های نازایی دانشگاه علوم پزشکی تهران توسط دکتر فرناز سهراب‌وند و همکاران صورت گرفت. ۴۰۰ فرد نازا (۲۵۱ زن و ۱۴۹ مرد) که کاندیدای استفاده از ART بودند به صورت متوالی، در صورت رضایت وارد مطالعه شدند. روش جمع‌آوری اطلاعات به شکل پرسشنامه بود. براساس تعداد پاسخ‌های صحیح، ۱۷۷ نفر (۴۴٪/۳) آگاهی خوب و ۲۲۳ نفر (۵۵٪/۷) آگاهی عینی نسبت به روش‌های کمک باروری داشتند. منبع آگاهی ۷۳٪ افراد مراکز درمانی ART بود. سطح آگاهی در ۷۴٪/۶ افراد دارای مدرک دیپلم یا بالاتر و در ۳۰٪/۳ درصد افراد زیر دیپلم خوب بود.

۴- در سال ۱۳۸۷ پژوهشی با عنوان پیامدهای اجتماعی استفاده از تکنیک‌های کمک باروری (ART) در زنان تحت درمان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ساری توسط دکتر حسین بزرگ‌نژاد و همکاران انجام شده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ۵۶ درصد زنان از اینکه دیگران از بارداری آنان آگاه شوند نگرانند و طی کردن مراحل درمان به کمک روش‌های نوین بارداری به دلیل ایجاد امیدواری در درمان بر رضایت زناشویی ایشان می‌افزاید و موجب کاهش عوارض ناشی از ناباروری و سست شدن روابط زناشویی می‌شود.

روش تحقیق

در این پژوهش از روش مقایسه علی دو واحد تحلیل استفاده شده است. پژوهش از نوع کاربردی بوده و واحد تحلیل و هم‌چنین مشاهده شامل دو گروه می‌باشد: الف: زن نازا که درمان را انتخاب کرده است

ب: زن نازا که درمان را انتخاب نکرده است.

با توجه به محدودیت جمعیت‌آماری از دو شیوه نمونه‌گیری برای دو واحد تحلیل استفاده شده است.

۱- سرشماری

تعداد کل جمعیت زنان نازا که در طی سه هفته جهت درمان به درمانگاه ناباروری بیمارستان ولیعصر مراجعه نموده‌اند، که معادل با ۸۰ نفر می‌باشند.

۲- نمونه‌گیری تصادفی در دسترس

با توجه به مقاومت و عدم مراجعه برخی از زنان نازا جهت پیگیری درمان به مراکز درمانی، شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دسترس، جهت این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، و معادل با گروه اول تعداد ۸۰ نفر از زنان نازا که درمان را انتخاب نکرده‌اند از طریق نمونه‌گیری مطرح شده، مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

جمعیت آماری از هر دو گروه زنان به طور مجزا ۸۰ نفر می‌باشد و جامعه آماری مورد نظر پژوهش مرکز تحقیقات بهداشت ناباروری بیمارستان ولیعصر است، و از پرسشنامه محقق ساخته جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. نوع اعتبار این پژوهش بیرونی می‌باشد و با توجه به تحقیقات صورت گرفته توسط متخصصان و آیت‌های تایید شده در پژوهش‌های پیشین در زمینه دو متغیر مستقل این پژوهش، و تایید استاد راهنما، ۵۳ گویه کاملاً علمی در پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفته است.

جهت بررسی پایایی داده‌ها، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. مقدار آلفا در دامنه ۰-۱ است. به طوری که از طریق این ضریب به پایداری درونی گویه‌ها پی برده می‌شود. اگر این ضریب صفر باشد، بیانگر عدم پایایی کامل گویه‌ها و اگر یک باشد، پایایی کامل را نشان می‌دهد. در این پژوهش ۱۰ پرسشنامه به عنوان پیش‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند که ضریب آلفای کرونباخ آنها به شرح ذیل می‌باشد:

ضریب آلفای کرونباخ پیش‌آزمون

متغیر	ضریب آلفای کرونباخ
اعتماد اجتماعی	۰/۶۷
روابط علمی گفتمانی	۰/۵۸

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری spss انجام شده است. در این نرم‌افزار برای توصیف صفات کیفی به محاسبه درصد و توزیع فراوانی و... و برای آزمون روابط متغیرها نیز از آزمون‌های کرامر و ضریب همبستگی کندال، χ^2 یا χ یا χ^2 استفاده شده است.

تعریف متغیرهای مورد استفاده در پژوهش

تعریف متغیرهای مستقل

عوامل اجتماعی

تعریف نظری

عامل

"عامل در ریاضیات هر یک از عناصر تشکیل‌دهنده یک حساب که احتساب آن مورد نظر است، می‌باشد. بطور کلی در علوم انسانی عنصری است که در جریان تغییر یک پدیده وارد می‌شود. در مواردی چند این واژه را جهت نشان دادن شرطی لازم یا علتی تعیین کننده در مورد یک پدیده نیز بکار می‌برند.

تعیین و طبقه‌بندی عوامل در جامعه‌شناسی، به نظام نظری مرجع، به درجاتی از وسعت که در تحلیل مطمح نظر قرار گرفته‌اند، به فرضیه‌هایی که در آن تحقیق بیان شده‌اند و به هدف‌های غایی و عملی که برای خود تعیین کرده‌ایم وابسته است" (بیرو، ۱۳۷۰: ۱۲۹).

تعریف عملیاتی

با توجه به تعاریف نظری بالا، اهداف و چارچوب نظری پژوهش از مجموعه عوامل، عوامل اجتماعی مورد توجه بوده، و با توجه به گستردگی عوامل اجتماعی دو عامل اعتماد اجتماعی و روابط اجتماعی - گفتمانی، علمی در این پژوهش مدنظر می‌باشد. با توجه به این که عامل اجتماعی در دایره المعارف علوم اجتماعی تعریف مستقلی ندارد، تعاریف نظری و عملیاتی دو عامل یاد شده به تفکیک بیان خواهد شد.

اعتماد اجتماعی

تعریف نظری:

"اعتماد را می‌توان به عنوان اطمینان به قابل اتکا بودن یک شخص یا یک سیستم یا در نظر گرفتن رشته خاصی از نتایج یا وقایع تعریف کرد، که طی آن، اطمینان بیانگر ایمان به صداقت دیگران یا عشق به آنها و ایمان به صحت اصول انتزاعی مجرد است" (Giddings, 1994: 32).

در تعریف گیدنز از اعتماد به چند نکته اشاره شده است:

۱- به اعتقاد گیدنز شرط نخستین مقتضیات اعتماد، عدم وجود اطلاعات کامل است. در مورد شخصی که فعالیت‌های او به صورت مستمر در معرض دید بوده و روند افکار او آشکار است و نیز در مورد سیستمی که اعمال آن شناخته شده و قابل درک است، نیازی به اعتماد نیست.

۲- اعتماد در اصل نه با ریسک بلکه با احتمال وقوع در ارتباط است. اعتماد همیشه مفهوم ضمنی و مجازی قابلیت اتکاء و اطمینان به شکل پیامدهای احتمالی را دارد، خواه این پیامدها مربوط به عملکرد افراد باشد، خواه مربوط به عملکرد سیستم. پیش فرض قابلیت اتکاء به عوامل انسانی، قابلیت اتکاء و باور به درستی، صداقت و عشق است.

- ۳- اعتماد همان ایمان به قابلیت اتکاء فرد یا سیستم نمی‌باشد بلکه آن چیزی است که از ایمان سرچشمه می‌گیرد. اعتماد دقیقاً خط اتصال ایمان و اطمینان است.
- ۴- می‌توانیم از اعتماد به نشانه‌های سمبلیک و نظام تخصصی صحبت کنیم، ولی این بستگی به ایمان ما از اصول دارد که فرد از آنها غافل است و نه ایمان به صداقت اخلاقی. گرایش‌های خیر دیگران، البته اعتماد به افراد همیشه تا حدی با این سیستم‌ها ارتباط دارد، ولی بجای آنکه به اعمال خود آنها بستگی داشته باشد به کار مناسب و مطلوب بستگی دارد.

تعریف عملیاتی

در این تعریف شاخص‌های زیر استخراج گردیده:

اطمینان به قابل اتکا بودن یک شخص

اطمینان به قابل اتکا بودن یک سیستم

ایمان به صداقت دیگران

ایمان به صحت اصول انتزاعی

این شاخص‌ها با گویه‌های تایید شده در پنج سطح کاملاً موافق، موافق، بی تفاوت، مخالف، کاملاً مخالف و با استفاده از مقیاس طیف لیکرت سنجیده می‌شوند.

با توجه به پایین‌ترین نمره و بالاترین نمره، میزان اعتماد اجتماعی در سه مقوله پایین، متوسط و بالا مطرح می‌گردد.

نمرات بین ۲۲ تا ۵۵/۵ بیانگر اعتماد اجتماعی، پایین می‌باشد.

نمرات بین ۵۱/۵ تا ۸۲ بیانگر اعتماد اجتماعی، متوسط می‌باشد.

نمرات بین ۸۲ تا ۱۱۰ بیانگر اعتماد اجتماعی، بالا می‌باشد.

سطح سنجش متغیرها ترتیبی می‌باشد.

تعریف نظری

روابط اجتماعی-گفتمانی، علمی

با توجه به اینکه روابط اجتماعی-گفتمانی، علمی تعریف مستقلی در دایره‌المعارف علوم اجتماعی ندارد، در ابتدا به تفکیک هر کدام از این سه روابط تعریف می‌گردد و در پایان از ادغام مجموعه تعاریف به عنوان تعریف نظری مورد استفاده در پژوهش استفاده می‌شود.

ارتباط اجتماعی

تعریف نظری

«ارتباط در لغت به معنای پیوند دادن و ربط دادن، بستگی و رابطه می‌باشد. ارتباط اجتماعی جریانی است که طی آن دو نفر یا بیشتر به تبادل افکار، احساسات، نظرات و عقاید خود می‌پردازند و از طریق بکار بردن پیام‌هایی که معنایش برای تمام آنها یکسان است، به انجام این امر مبادرت می‌ورزند» (ساروخانی، ۱۳۷۶: ۵). «ارتباط اجتماعی بین اشخاص و گروه‌ها به معنای انتقال یک "معناست" چه در سطح اندیشه‌ها و خواسته‌ها، چه در سطح احساسات و حالات عاطفی. در هر ارتباط از علایم، نشانه‌ها و زبان استفاده می‌شود. این فرآیند تضمین نوعی اشتراک است» (ساروخانی، ۱۳۷۶: ۳۴۴).

روابط گفتمانی

قبل از اینکه روابط گفتمانی را تعریف نماییم ابتدا به تعریف گفتمان می‌پردازیم تا مفهوم این واژه به درستی روشن شود. مفهوم گفتمان پدیده‌ای است چند وجهی و چند معنایی. کثرت وجوه و کثرت معنایی این پدیده موجب پیچیدگی و ابهام در دریافت صحیح معانی و تعاریف آن و فهم دقیق نقش، جایگاه، کار ویژه‌ها و استلزام‌های آن شده است.

واژه گفتمان (Discourse) که سابقه آن در برخی منابع به قرن ۱۴ میلادی می‌رسد از واژه فرانسوی dis-cour و لاتین discors-us به معنی گفتگو، محاوره، گفتار و از

واژه *discursum* به معنای طفره رفتن، از سرباز کردن، تعلل ورزیدن و... گرفته شده است. گفتمان در معنای ارتباط اندیشه از طریق کلام، تبادل یا تعامل زبانی، گفتگو و صحبت و قوه یا ملکه صحبت کردن، مذاکره و مشورت و گفتگو (دایان مک دانل، ۱۳۸۰: ۱۰) معنای مورد نظر این پژوهش است.

تحلیل‌های جامعه‌شناختی از مفهوم گفتمان در دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ وارد عرصه‌های زبان‌شناسی، نقد ادبی، روانکاوی، فلسفه نظریه سیاسی، نظریه اجتماعی و نظریه فرهنگی شده است (دایان مک دانل، ۱۳۸۰: ۱۷) روابط گفتمانی، نوعی ارتباط نمادی است که در آن پیام‌ها، اطلاعات و معارف گوناگون رد و بدل می‌شوند.

این ارتباط می‌تواند چهره به چهره باشد و یا به صورت تصویری، صوتی، نوشتاری یا ترکیبی از آنها به انحاء متفاوت از راه دور یا غیرمستقیم به صورت یک سویه یا دو سویه تحقق یابد. به لحاظ تحلیلی روابط گفتمانی را می‌توان به چهار نوع عمده تقسیم نمود:

روابط گفتمان علمی، سیاسی، اخلاقی و سرانجام فلسفی و هنری (چلبی، ۱۳۷۵: ۱۶۱) در این پژوهش با توجه به اهداف مورد نظر به تعریف گفتمان علمی به عنوان متغیر مستقل و تأثیر آن بر انتخاب درمان ناباروری می‌پردازیم.

روابط گفتمان علمی - فنی

قبل از تعریف روابط گفتمان علمی - فنی به علت نزدیکی مفهوم ارتباط علمی با آن این مفهوم تعریف می‌شود.

ارتباط علمی

"ارتباط علمی زیر مجموعه‌ای از ارتباط اجتماعی است که طی آن دو نفر یا بیشتر یا موسسات و انجمن‌های علمی و پژوهشی به تبادل افکار، آراء و نظریه‌های علمی و فنی می‌پردازند، و این ارتباط را بر مبنای به کارگیری نمادهای ویژه و اصطلاحات کلیدی علوم برقرار می‌سازند. به عبارت دیگر ارتباط علمی فرآیندی است که به موجب

آن پیام‌های علمی از منابع به گیرنده انتقال می‌یابد و عناصر اصلی آن مانند هر شکل دیگر از ارتباط عبارتند از: منبع، پیام، کانال ارتباطی و گیرنده پیام. ارتباط می‌تواند جریانی دو طرفه و متقابل باشد" (محسنی، ۱۳۷۲: ۲۱۴).

روابط گفتمانی علمی - فنی

با توجه به مفهوم روابط گفتمانی و روابط علمی، روابط گفتمانی - علمی عبارت است از: انتقال پیام‌ها و نمادهای علمی و فنی از منابع به گیرنده و عناصر اصلی آن مانند هر شکل دیگر ارتباط عبارت است از: منبع، پیام، کانال ارتباطی و گیرنده پیام. ارتباط می‌تواند جریانی دو طرفه و متقابل باشد به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم. در این روابط گیرنده پیام زنان نازا و اجتماع علمی و اطرافیان وی فرستنده و منبع پیام می‌باشند (چلبی، ۱۳۷۵: ۱۶۱).

حال با توجه به تعریف تفکیکی از روابط اجتماعی، روابط گفتمانی و روابط علمی می‌توان تعریف تلفیقی زیر را ارائه نمود:

ارتباط اجتماعی - گفتمانی، علمی زیر مجموعه‌ای از ارتباط اجتماعی است که در آن نوعی ارتباط نمادین شکل می‌گیرد و آنچه بین گیرنده و فرستنده پیام مبادله می‌گردد، نمادهای علمی و فنی است.

تعریف عملیاتی

روابط اجتماعی - علمی، گفتمانی

در این پژوهش روابط اجتماعی و روابط گفتمانی - علمی با گویه‌های تایید شده در پنج سطح، کاملاً موافق، موافق، بی تفاوت، مخالف، کاملاً مخالف با استفاده از مقیاس طیف لیکرت، سنجیده شده است.

۲۵۱ بررسی تأثیر عوامل اجتماعی مؤثر بر درمان ...

با توجه به پایین ترین نمره و بالاترین نمره، میزان روابط اجتماعی - گفتمانی، علمی در سه مقوله پایین، متوسط و بالا مطرح می گردد.

نمرات بین ۲۱ تا ۴۹ بیانگر روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی پایین می باشد.

نمرات بین ۴۹ تا ۷۷ بیانگر روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی متوسط می باشد.

نمرات بین ۷۷ تا ۱۰۵ بیانگر روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی بالا می باشد.

سطح سنجش متغیرها ترتیبی می باشد.

با توجه به ادغام این دو متغیر، عوامل اجتماعی مؤثر نیز در سه سطح مطرح

می شوند.

نمرات بین ۲ تا ۳/۳ بیانگر تاثیر پایین عوامل اجتماعی می باشد.

نمرات بین ۳/۳ تا ۴/۶ بیانگر تاثیر متوسط عوامل اجتماعی می باشد.

نمرات بین ۶/۴ تا ۶ بیانگر تاثیر بالا عوامل اجتماعی می باشد.

تعریف متغیر وابسته

تعریف نظری

ناباروری

ناباروری به صورت رخ ندادن حاملگی به دنبال یک سال نزدیکی جنسی محافظت نشده (بدون استفاده از روش های جلوگیری از حاملگی)، تعریف می شود. ناباروری را می توان به ناباروری اولیه (که در آن حاملگی در گذشته اتفاق نیفتاده است) و ناباروری ثانویه (که در آن یک مورد حاملگی قبلی (اگرچه ضرورتاً به صورت تولد زنده نبوده اتفاق افتاده است)، تقسیم کرد (برک، ۱۳۸۶: ۱۰۹۰).

تعریف عملیاتی

با توجه به تعریف نظری ارائه شده، ناباروری در این پژوهش شامل موارد زیر

می باشد:

- ۱- زنان نازا که بعد از تشخیص پزشک جهت درمان اقدام نموده‌اند. در هر دو حالت ناباروری اولیه و ثانویه
- ۲- زنان نازا که بعد از تشخیص پزشک جهت درمان اقدام ننموده‌اند. در هر دو حالت ناباروری اولیه و ثانویه و تنها علت ناباروری، زنانه باشد. این متغیر در پرسشنامه به صورت سوال بسته مطرح شده و سطح سنجش متغیر، اسمی می‌باشد.

مبانی نظری پژوهش

در این مقاله با استفاده از نظریه‌های اندیشمندانی چون اسپینوزا، هابرماس و گیدنز به بررسی تاثیر عوامل اجتماعی چون روابط اجتماعی-گفتمانی، علمی و اعتماد اجتماعی بر انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا خواهیم پرداخت.

نظریه‌های روابط اجتماعی - علمی گفتمانی

دو عنصر اساسی سازنده جامعه در سطح خرد، فرد و تعامل است. زمانی که بین دو نفر تعاملی دارای استمرار با مجموعه‌ای از انتظارات بوجود می‌آید یک رابطه شکل می‌گیرد. همچنان که از سطح خرد دور می‌شویم با شبکه‌های به مراتب گوناگون از افراد و "ماها" و تعاملات آنها روبرو می‌شویم.

بنیاد روابط اجتماعی را تعامل اجتماعی می‌سازد (در جریان تعاملات اجتماعی با یکدیگر روابط اجتماعی ساخته می‌شود).

پارسونز چهار بُعد برای "ماها" و تعاملات که با عنوان چارچوب آجیل مطرح است بیان می‌کند. چهار بُعد عبارتند از: بُعد ابزاری (A)، که در این بُعد "ما" رابطه خود را با محیط خویش تنظیم می‌کند؛ در بُعد سیاسی (G)، نقش رهبری در "ما" مطرح

می‌شود؛ در بُعد فرهنگی (L)، نقش اطلاعات، انتقال آنها و یادگیری مهم است و در بُعد اجتماعی (I) که بُعد محوری (ما) است تعاملات صورت می‌گیرد.

چهار نوع عمده تعامل بر اساس چارچوب آجیل عبارتند از:

۱- روابط مبادله‌ای (اقتصادی) A، ۲- روابط قدرت (سیاسی) G، ۳- روابط ارتباطی (اجتماعی) و ۴- روابط گفتمانی (فرهنگی) L. در روابط مبادله‌ای، کالا و خدمات مورد نیاز اطراف رابطه رد و بدل می‌شوند؛ در روابط قدرت دستورات رد و بدل می‌شوند؛ در روابط اجتماعی حق و تکلیف و عاطفه مبادله می‌شود و سرانجام در روابط گفتمانی اطلاعات و برداشت‌ها جهت رسیدن به فهم و تفاهم رد و بدل می‌شوند (چلبی، ۱۳۷۵: ۱۸).

روابط مبادله‌ای و سیاسی را وجوه سخت و روابط ارتباطی و گفتمانی را وجوه نرم یا اظهاری می‌گویند.

این تعاملات بالقوه دارای دو وجه عمده است: ابزاری و اظهاری در تعامل با وجه صرفاً ابزاری، تعامل برای کنشگر جنبه کاملاً ابزاری دارد، این تعامل نوعی مبادله سرد است. این تعاملات زیاد انجام می‌شود و تصادفی و مشروط است و وسیله‌ای است برای نیل به هدف. این تعامل به تنهایی دوام نمی‌آورد و آنچه افراد را به هم پیوند می‌دهد، بُعد اظهاری تعامل است که روابط ارتباطی و گفتمانی از این دست می‌باشند.

در تعامل اظهاری هدف تعامل است و در اینجا فرد دارای ارزش درونی است. در اثر روابط اظهاری امکان ادخال گروه‌ها در یکدیگر و در اجتماع جامعه‌ای وجود دارد (چلبی، ۱۳۷۵: ۲۹-۱۲).

هابرماس نیز سه نوع کنش را از هم تفکیک می‌کند:

۱- کنش ابزاری ۲- کنش استراتژیک ۳- کنش ارتباطی

کنش ابزاری دارای موقعیت غیراجتماعی است و در سطح بین فردی، عقلانیت ابزاری را به همراه می‌آورد، یعنی جستجوی سود و به پیش بردن منافع شخصی. کنش استراتژیک یا راهبردی و کنش ارتباطی هر دو دارای موقعیت اجتماعی‌اند. کنش استراتژیک نیز در گفت و شنود افراد شکل می‌گیرد، اما کنشی هدفدار و عقلانی است. اما کنش ارتباطی واسطی است که از طریق آن، اذهان متکلم و کنشگر، گفتار کنش خود را در هم می‌بینند از طریق این واسط و فرایند عادی به تفاهم رسیدن است که به هم وابسته می‌شویم (پیوزی، ۱۳۷۹: ۱۰۶).

از نظر هابرماس جایی که کنش ارتباطی می‌تواند صورت بگیرد، حوزه عمومی است، وی حوزه عمومی را در برابر حوزه خصوصی مطرح می‌کند.

از نظر وی جایی که کنش ارتباطی می‌تواند شکل بگیرد، حوزه عمومی است که افراد بدون اینکه تابع اجبار باشند، آزادانه به طرح دیدگاه‌های خود می‌پردازند و افکار خصوصی و درونی خود را عملی می‌کنند و گفتگو هسته مرکزی کنش ارتباطی به حساب می‌آید. (هابرماس، ۱۳۸۱: ۴۴۰).

از نظر هابرماس در کنش ارتباطی شرکت کنندگان به همکاری خود می‌افزایند. فعالیت‌ها به سمت رسیدن به تفاهم و همدلی معطوف شده است و گفتگو هسته مرکزی کنش ارتباطی به حساب می‌آید. در مدل هابرماس از گفتگو، هر کنشگر یک منتقد اجتماعی است. او در چارچوب بحث خود درباره گفتار سه وظیفه بر آن مترتب می‌دارد: الف) بین اذهان رابطه دو طرفه برقرار می‌کند، یعنی به واسطه گفتار گوینده می‌تواند با جهان بیرون از خود ارتباط برقرار کند و این کارکرد گفتار باعث ایجاد رابطه دو طرفه می‌شود. ب) از طریق زبان فرد می‌تواند با پدیده‌ها و اشیای خارجی ارتباط برقرار کند. ج) فرد می‌تواند تجربیات خود را به دیگران منتقل کند (شریفیان، ۸۵، ۱۳۸۵).

"اسپیونزا^۱ پیوندهای بوجود آمده از روابط اجتماعی را به ضعیف و قوی تقسیم می‌کند و باور دارد پیوندهای اجتماعی امکان دسترسی به همه منابع را امکان پذیر می‌نماید" (به نقل شریفیان، ۱۳۸۵: ۸۶).

با توجه به تیپولوژی اسپیونزا می‌توان مبادلات منابع حمایتی را براساس چهار تیپ زیر مطرح کرد:

۱. پیوندهای قوی خویشاوندی (خویشاوندان بلافصل)

۲. پیوندهای قوی دوستی (دوستان نزدیک)

۳. پیوندهای ضعیف خویشاوندی (خویشاوندان دور و گسترده)

۴. پیوندهای ضعیف دوستی، آشنایان خویشاوندی

در تیپولوژی اسپیونزا روابط اجتماعی شامل دو گروه است: خویشاوندی و دوستی. خویشاوندی مبتنی بر هنجارهایی است که زندگی اجتماعی را تنظیم می‌کند و خویشاوندی طیف گسترده‌ای دارد که دامنه آن از روابط اجتماعی و فیزیکی نزدیک شروع و تا خویشاوندان به لحاظ اجتماعی و فیزیکی دور، امتداد دارد که هم نسبی و هم سببی را در بر می‌گیرد. در دامنه تغییرات دوستی از اساس تعلقات مشترک بسیار زیاد آغاز می‌شود و به احساس تعلق مشترک بسیار کم خاتمه می‌یابد.

در این مقاله روابط گفتمانی - علمی نیز یکی از مقوله‌های مورد توجه می‌باشد که در ادامه به آن خواهیم پرداخت.

روابط گفتمانی

رابطه گفتمانی یک رابطه نمادی است، که در آن پیام‌ها، اطلاعات و معارف گوناگون رد و بدل می‌شوند. این ارتباط می‌تواند چهره به چهره باشد و یا بصورت تصویری، صوتی، نوشتاری یا ترکیبی از آنها به انحاء متفاوت از راه دور یا غیر مستقیم به صورت یک سویه یا دو سویه تحقق یابد. به لحاظ تحلیلی، روابط گفتمانی را می‌توان به چهار نوع عمده تقسیم نمود:

۱- روابط گفتمان علمی ۲- روابط گفتمان سیاسی ۳- روابط گفتمان اخلاقی
۴- روابط گفتمان فلسفی

به دنبال افزایش روابط گفتمانی اولاً مکانیسم‌های مجاب‌سازی در شبکه روابط اجتماعی تقویت می‌شود؛ ثانیاً ادخال اجتماعی در بعد فرهنگی تسهیل می‌گردد؛ ثالثاً سطح فرهیختگی جامعه و اعضای آن افزایش می‌یابد؛ رابعاً حجم و سرعت اطلاعات در عرصه جامعه افزایش می‌یابد و خامساً سطح آمادگی جامعه برای حل عقلانی تناقضات منطقی- فرهنگی در حوزه‌های گوناگون بیشتر می‌شود. بالعکس در صورتی که روابط گفتمانی در حوزه‌ای قلیل و نارسا باشد در آن صورت جامعه از پیامدهای کارکردی این گونه روابط که پیش‌تر به آن اشاره گردید محروم می‌ماند.

با نظر به اینکه زنان نابارور در فرآیند درمان ناباروری خود با پدیده‌ای مدرن مواجه هستند میزان و محتوای اطلاعاتی که در جریان گستره روابط اجتماعی و گفتمانی کسب می‌کنند بسیار مهم می‌باشد. از آنجایی که این فرایند، فرایندی است در شکاش پیشرفت‌های علمی، قطعاً این زنانی که تاکنون با شیوه‌های سنتی فرزندآوری آشنا بوده‌اند را نیازمند اطلاعات بیشتری در زمینه شیوه‌های علمی و تکنولوژی علم پزشکی و بررسی پیامدهای ناشی از آن می‌کند. به این منظور نوع و محتوای ارتباط و گفتمان آنها نیز می‌تواند نقش مهمی در انتخاب درمان ناباروری داشته باشد. همان‌گونه که گفته شد روابط گفتمانی به چهار نوع عمده تقسیم می‌شوند اما با توجه به نیاز جامعه آماری پژوهش به تبادل اطلاعات علمی، سطوح روابط اجتماعی و روابط گفتمانی علمی آنان مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

افزایش روابط گفتمانی علمی و استمرار آنها در جامعه کمک می‌کند تا اجتماع‌های علمی شکل گیرد و علم نهادینه شود. با تشکیل اجتماع علمی و نهادینه شدن علم، امکان جامعه‌پذیری علمی و رشد شخصیت‌های علمی و تولید علمی فراهم می‌شود. هم چنین باعث گسترش تعقل‌گرایی ابزاری و نفوذ آن در سایر حوزه‌های کنش در جامعه، اشاعه یافته‌های علمی در جامعه، پذیرش تغییرات بطئی

و معقول، امکان بکارگیری یافته‌های علمی و اقتباس روش‌های نوین علمی و افزایش ظرفیت برنامه‌ریزی و سازماندهی در سطوح گوناگون جامعه می‌شود (چلبی، ۱۳۷۵: ۱۶۰-۳).

نظریه‌های اعتماد اجتماعی

گیدنز معتقد است بیشتر کنش‌های ما از انگیزش‌های مستقیمی برخوردار نیستند و انگیزش‌ها با آنکه ناآگاهانه هستند ولی نقش مهمی در کردار انسان دارند. بطور کلی گیدنز معتقد است که کنشگران توانایی دخل و تصرف در امور را دارند و اگر این توانایی را نداشته باشند دیگر یک کنشگر نخواهند بود.

گیدنز معتقد است که در جهان الزام‌هایی وجود دارد اما این به این معنا نیست که کنشگران قدرت هیچ‌گونه گزینشی را ندارند (ریتزر، ۱۳۷۴: ۶۰۲).

طبق نظریات گیدنز زنان نابارور از این قاعده مستثنی نیستند، آنها کنشگرانی هستند که توانایی دخل و تصرف در امورشان را دارند. گرچه در دنیای واقع تحت تاثیر الزاماتی می‌باشند اما حق گزینش و انتخاب دارند. این انتخاب می‌تواند تحت تاثیر عواملی باشد که یکی از این عوامل اعتماد اجتماعی است. به نظر گیدنز اعتماد در جامعه سنتی تحت نظام‌های خویشاوندی، اجتماع محلی، کیهان‌شناسی مذهبی و سنت و در جامعه مدرن تحت نظام‌های انتزاعی به وجود می‌آید. زنان نازا با گروه‌های متفاوتی در ارتباط هستند که طبق نظریه اسپینوزا دامنه این افراد شامل خویشاوندان نزدیک تادوستان و آشنایان و جامعه پزشکی و درمانی می‌باشد و بنا به نظریات گیدنز برقراری رابطه اجتماعی با هر کدام از این افراد مستلزم داشتن اعتماد و باور، تکیه و اطمینان به صداقت آنان است. در جوامع تحت تسلط نظام‌های انتزاعی اعتماد بسیار مهم است. نظام‌های انتزاعی امنیت قابل ملاحظه‌ای را در زندگی روزمره فراهم آورده‌اند که در جوامع سنتی وجود نداشت. این اعتماد با فاصله‌گیری زمانی - مکانی ارتباط دارد.

دیگر نیاز نداریم تنها به افرادی اعتماد کنیم که در معرض دیدمان قرار گرفته‌اند بلکه هر چه این فاصله فزون‌تر گردد دیگر اطلاع از پدیده‌های مکانی-زمانی نداریم، در نتیجه اعتماد لازم و ضروری می‌شود (ریترز، ۷۶۸، ۱۳۷۴).

چارچوب تئوریک

بنیاد روابط اجتماعی را تعامل اجتماعی می‌سازد و در جریان تعاملات اجتماعی با یکدیگر، روابط اجتماعی شکل می‌گیرد. با توجه به نظریاتی که از پارسونز، چلبی، اسپینوزا و هابرماس مطرح گردید این تعاملات به طور کلی در دو دسته قرار می‌گیرند:

تعاملاتی که تصادفی و مشروط است و در آن رسیدن به هدف مهمی باشد. تعامل برای کنشگر جنبه کاملاً ابزاری دارد، که پارسونز آنها را تعاملات مبادله‌ای و سیاسی، و هابرماس آنها را تعاملات غیراجتماعی یا کنش ابزاری، و میلز آنها را روابط مبادله‌ای می‌نامد، این تعاملات به دنبال موقعیت می‌باشند، تمام این روابط به دنبال کسب منافع و رسیدن به هدف می‌باشند. اما در تعاملات اظهاری آنچه مهم است بُعد اظهاری تعامل است. در این نوع تعامل فرد یا افراد دارای ارزش درونی می‌باشند و احساس علاقه‌مندی و مسئولیت نسبت به دیگران پایه و اساس، دادن منابع است که پارسونز در چارچوب A.G.I.L خود روابط اجتماعی و گفتمانی را از این دسته معرفی می‌کند. هابرماس نیز کنش‌های ارتباطی را با این ویژگی‌ها مطرح می‌کند.

به نظر گیدنز اعتماد در جامعه سنتی تحت نظام‌های خویشاوندی، اجتماع محلی، کیهان‌شناسی مذهبی و سنت و در جامعه مدرن تحت نظام‌های انتزاعی به وجود می‌آید. زنان نازا با گروه‌های متفاوتی در ارتباط هستند که طبق نظریه اسپینوزا دامنه این افراد شامل خویشاوندان نزدیک تادوستان و آشنایان، جامعه پزشکی و درمانی می‌باشد و بنا به نظریات گیدنز برقراری رابطه اجتماعی با هر کدام از این افراد مستلزم داشتن اعتماد و باور، تکیه و اطمینان به صداقت آنان است.

زنان نازا مانند هر کنشگر دیگری نیازمند به داشتن امنیت در زندگی می‌باشند که این امنیت را در جامعه مدرن بنا بر نظریات گیدنز، نظام‌های انتزاعی (پول و تخصص) فراهم می‌کند. زن نازایی که قصد درمان نازایی خود را با استفاده از شیوه مدرن فرزندآوری دارد نیازمند اعتماد به دانش تخصصی و علم پزشکی است، و قطعاً میزان این اعتماد در این انتخاب اثرگذار است.

با گسترش دامنه روابط اجتماعی امکان این که فرد در حوزه ارتباطی خود با افراد متخصص‌تری مواجه شود و از طریق گفت‌وگوهای علمی - فنی توانایی تجزیه و تحلیل مسائل علمی و پیامدهای ناشی از آن را داشته باشد، بیشتر می‌شود، که این امر خود اعتماد وی را به دانش تخصصی و اطمینان به توانایی متخصصین در این زمینه تحت تاثیر قرار می‌دهد. و از طرفی چنانچه اعتماد بین افراد با توجه به اطمینان به صداقت و ایمان به توانایی آنان بوجود بیاید، دامنه روابط اجتماعی آنان گسترده می‌شود، و بنا به نظریات هابرماس فرد از حوزه خصوصی و خلوت زندگی خود خارج می‌شود و در جایی امکان حضور می‌یابد که می‌تواند بدور از زور و فشار، عقاید و خواسته‌های خود را مطرح کند و به تبادل اطلاعات با دیگران پردازد.

در این پژوهش در صدد بررسی تاثیر این دو عامل اجتماعی (روابط اجتماعی - گفت‌وگویی، علمی و اعتماد اجتماعی) به عنوان متغیرهای مستقل بر انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا به عنوان متغیر وابسته می‌باشیم.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی پژوهش:

احتمالاً عوامل اجتماعی در انتخاب درمان ناباروری بر زنان نازا تاثیرگذار است.

فرضیه‌های فرعی پژوهش

۱- بین میزان اعتماد اجتماعی و انتخاب درمان در زنان نازا رابطه وجود دارد.

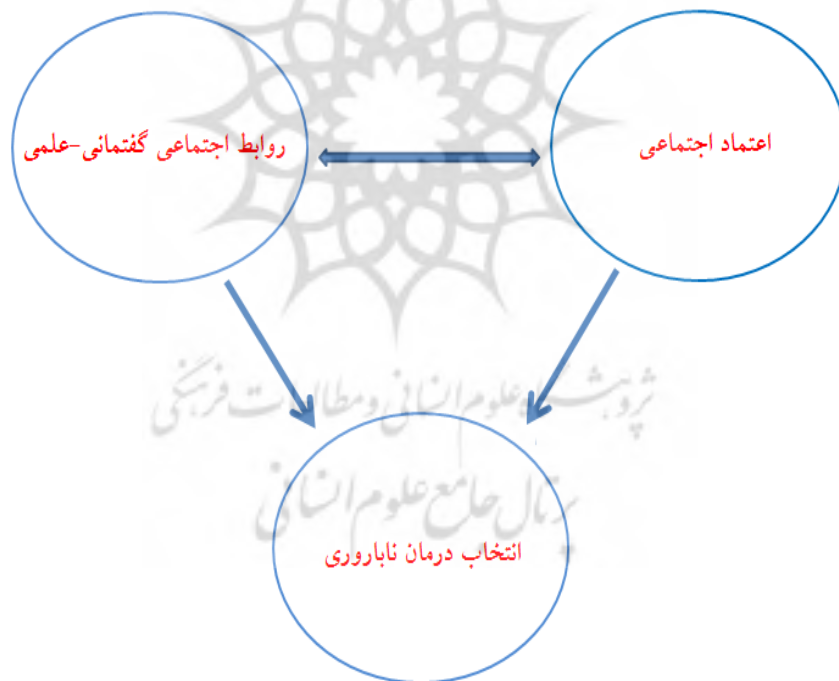
۲- بین روابط اجتماعی، گفتمانی- علمی و انتخاب درمان در زنان نازا رابطه وجود دارد.

۳- بین روابط اجتماعی، گفتمانی- علمی و میزان اعتماد اجتماعی رابطه وجود دارد و این ارتباط بر انتخاب درمان در زنان نازا اثرگذار است.

الگوی علی پژوهش

با توجه به نظریات مطرح شده و چارچوب تئوریک الگوی علی زیر ترسیم می‌گردد.

نمودار ۱- الگوی علی پژوهش



تبیین داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها

در این بخش به آزمون فرضیه‌های تحقیق پرداخته و رابطه علی متغیرهای مستقل و وابسته را مورد سنجش قرار داده‌ایم.

جدول ۱- تحلیل رابطه دو متغیر اعتماد اجتماعی و انتخاب درمان ناباروری

جمع		خیر		بلی		انتخاب درمان اعتماد اجتماعی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۰۰	۲۳	۹۱/۳	۲۱	۸/۷	۲	بسیار کم
۱۰۰	۴۲	۸۵/۷	۳۶	۱۴/۳	۶	کم
۱۰۰	۳۱	۳۲/۳	۱۰	۶۷/۷	۲۲	متوسط
۱۰۰	۴۱	۲۵	۱۰	۷۵	۳۱	زیاد
۱۰۰	۲۲	۱۳/۵	۳	۸۶/۵	۱۹	بسیار زیاد
۱۰۰	۱۶۰	۵۰/۳	۸۰	۴۹/۷	۸۰	جمع

یافته‌ها نشان می‌دهد، از بین زنانی که اعتماد اجتماعی بسیار بالایی دارند ۸۶/۵ درصد درمان را انتخاب می‌کنند و ۱۳/۵ درصد انتخاب نمی‌کنند. از بین زنانی که اعتماد اجتماعی بالایی دارند ۷۵ درصد درمان را انتخاب می‌کنند ۲۵ درصد آنها انتخاب نمی‌کنند، از بین زنانی که اعتماد اجتماعی آنها متوسط است ۶۷/۷ درصد درمان را انتخاب و ۳۲/۳ درصد انتخاب نکرده‌اند، از بین زنانی که میزان اعتماد اجتماعی آنها کم می‌باشد ۱۴/۳ درصد درمان را انتخاب و ۸۵/۷ درصد درمان را انتخاب نکرده‌اند، از بین

افرادی که میزان اعتماد اجتماعی آنها بسیار کم است ۸/۷ درصد درمان را انتخاب نموده‌اند و ۹۱/۳ درصد درمان را انتخاب نکرده‌اند.

در جدول ۲ با استفاده از ضریب χ^2 و کرامر به بیان وجود رابطه و معناداری رابطه بین دو متغیر خواهیم پرداخت.

جدول ۲- آزمون آماری مربوط به رابطه بین اعتماد اجتماعی و انتخاب درمان

آزمون	میزان	معناداری	درجه آزادی	سطح سنجش
کاسکوئر (χ^2)	۵۸/۴۶	Sig=0	df=1	ترتیبی
ضریب کرامر	۶۳/۹	Sig=0	-	ترتیبی

براساس داده‌های آماری و استفاده از آزمون کای اسکوئر ضریب ۵۸/۴۶ و $\text{sig}=0$ بین دو متغیر بالا رابطه وجود دارد، و ضریب کرامر ۶۳/۹ و $\text{sig}=0$ مبین معناداری و مستقیم بودن رابطه می‌باشد. با توجه به مطالب بالا فرضیه H_1 مبتنی بر وجود رابطه بین دو متغیر تایید می‌گردد، در نتیجه در بین هر دو گروه از زنان چنانچه میزان اعتماد اجتماعی بالاتر باشد، تمایل به انتخاب درمان ناباروری نیز بیشتر خواهد شد.

جدول ۳- تحلیل رابطه دو متغیر روابط اجتماعی گفتمانی علمی و انتخاب درمان ناباروری

جمع		بلی مال جامع علوم خیر انسانی		انتخاب درمان	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۱۰۰	۱۳	۹۲/۳	۱۲	۷/۷	۱
۱۰۰	۴۴	۸۱/۸	۳۶	۱۸/۲	۸
۱۰۰	۴۰	۴۵	۱۸	۵۵	۲۲

۱۰۰	۳۴	۲۶/۵	۹	۷۳/۵	۲۵	زیاد
۱۰۰	۲۶	۱۵/۴	۴	۸۴/۶	۲۲	بسیار زیاد
۱۰۰	۱۵۷	۵۰/۳	۷۹	۴۹	۷۸	جمع

یافته‌ها نشان می‌دهد، از بین افرادی که میزان روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی بالایی دارند ۸۴/۶ درصد درمان را انتخاب نموده‌اند و ۱۵/۴ درصد درمان را انتخاب ننموده‌اند، و از بین زنانی که میزان روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی آنها زیاد است ۷۳/۵ درصد درمان را انتخاب نموده و ۲۶/۵ درصد درمان را انتخاب ننموده‌اند و از بین زنانی که میزان روابط اجتماعی گفتمانی علمی آنها متوسط بوده ۵۵ درصد درمان را انتخاب نموده و ۴۵ درصد درمان را انتخاب ننموده‌اند و از بین زنانی که میزان روابط اجتماعی گفتمانی علمی شان کم بوده است ۱۸/۲ درصد درمان را انتخاب نموده و ۸۱/۸ درصد درمان را انتخاب ننموده‌اند، و در پایان از بین زنان نازایی که میزان روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی آنها بسیار کم می‌باشد ۷/۷ درصد درمان را انتخاب نموده‌اند و ۹۲/۳ درصد درمان را انتخاب ننموده‌اند. در جدول (۴) با استفاده از ضریب χ^2 و کرامر به بیان وجود رابطه و معناداری رابطه بین دو متغیر خواهیم پرداخت.

جدول ۴- آزمون آماری مربوط به رابطه بین روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی و انتخاب درمان

آزمون	میزان	معناداری	درجه آزادی	سطح سنجش
کاسکوئر (χ^2)	۴۵/۸	Sig=0	df=1	ترتیبی
ضریب کرامر	۵۵	Sig=0	-	ترتیبی

براساس داده‌های آماری و استفاده از آزمون کای اسکوئر ضریب ۴۵/۸ و $\text{sig}=0$ بین دو متغیر بالا رابطه وجود دارد، و ضریب کرامر ۵۵ و $\text{sig}=0$ مبین معناداری و

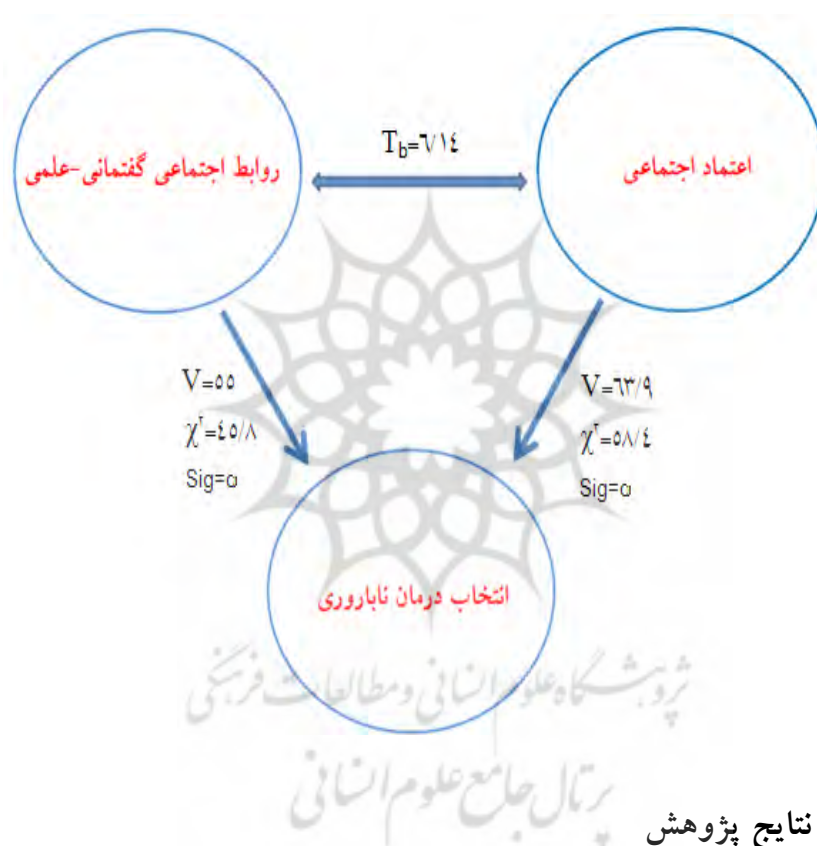
مستقیم بودن رابطه می‌باشد. با توجه به مطالب بیان شده فرضیه H_1 مبتنی بر وجود رابطه بین دو متغیر تایید می‌گردد، در نتیجه در بین هر دو گروه از زنان چنان چه میزان اعتماد اجتماعی بالاتر باشد، تمایل به انتخاب درمان ناباروری نیز بیشتر خواهد شد، و بالعکس.

جدول ۵- جدول تقاطعی مربوط به اعتماد اجتماعی و روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی

جمع		بسیار زیاد		زیاد		متوسط		کم		بسیار کم		روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی اعتماد اجتماعی
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۰۰	۲۳	۰	۰	۰	۰	۸۷	۲	۵۶/۵	۱۳	۳۴/۸	۸	بسیار کم
۱۰۰	۴۲	۰	۰	۹/۵	۴	۲۳/۸	۱۰	۵۴/۸	۲۳	۱۱/۹	۵	کم
۱۰۰	۳۱	۰	۰	۱۹/۴	۶	۵۸/۱	۱۸	۲۲/۶	۷	۰	۰	متوسط
۱۰۰	۴۰	۳۰	۱۲	۴۵	۱۸	۲۲/۵	۹	۲/۵	۱	۰	۰	زیاد
۱۰۰	۲۱	۶۶/۷	۱۴	۲۸/۶	۶	۴/۸	۱	۰	۰	۰	۰	بسیار زیاد
۱۰۰	۱۵۷	۱۶/۶	۲۶	۲۱/۷	۳۴	۲۵/۵	۴۰	۲۸	۴۴	۸/۳	۱۳	جمع

یافته‌های پژوهشی در جدول ۵ بیانگر رابطه بین دو متغیر مستقل می‌باشد. براساس داده‌های آماری و استفاده از ضریب آماری کندال و میزان $\text{Sig}=0$ و $7/14$ می‌توان نتیجه گرفت که بین دو متغیر مستقل اعتماد و روابط اجتماعی گفتمانی علمی رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد. در نتیجه فرضیه H_1 مبنی بر وجود رابطه بین دو متغیر تایید می‌گردد. یعنی هر چه میزان اعتماد اجتماعی بالاتر باشد میزان روابط اجتماعی، گفتمانی - علمی بالاتر خواهد بود و بالعکس. بدین ترتیب فرضیه بالا تایید

می‌گردد. حال با توجه به نتایج به دست آمده و آزمون‌های آماری و تایید فرضیه‌هایی که به تفکیک بیان شد می‌توان نتیجه گرفت زمانی که دو متغیر مستقل با یکدیگر در ارتباط مستقیم باشند و هر کدام به تنهایی بر متغیر وابسته اثرگذار باشند در نتیجه الگوی علی پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد.



برای بسیاری از افراد، داشتن فرزند یکی از مهمترین و پرمخاطره‌ترین تجربه‌های زندگی است. بنا به تحقیقات صورت گرفته، ناباروری اثرات بسیار نامطلوبی بر زندگی زوجین خواهد داشت و ترغیب والدین جهت درمان ناباروری تاثیر بسزایی در کاهش اختلافات خانوادگی و مشکلات روحی و روانی منتج از آن خواهد داشت.

باتوجه به گسترش علم و تکنولوژی در درمان ناباروری و اهمیت تاثیر ناباروری بر آن شدیم تا عواملی که بر انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا تاثیرگذار است را مورد شناسایی قرار داده و در راستای آن اقدامات اجرایی پیشنهادی ارائه کنیم. نتایج نشان می‌دهد که هر چه میزان اعتماد اجتماعی زنان نابارور بالاتر باشد میزان انتخاب درمان نیز در بین آنان بالاتر خواهد بود. و همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که با گسترش روابط اجتماعی - علمی و گفتگویی، میزان انتخاب درمان افزایش خواهد یافت و میزان اعتماد اجتماعی هم بالاتر می‌رود و بالعکس، که این به نوبه خود عامل مؤثری بر انتخاب درمان ناباروری خواهد بود. همان طور که گفته شد طبق نظریه گیدنز اعتماد در جامعه سنتی بر اساس نظام‌های خویشاوندی، اجتماع محلی، کیهان‌شناسی مذهبی و سنت و در جامعه مدرن بر اساس نظام‌های انتزاعی بوجود می‌آید. طبق نظریه اسپینوزا افراد با گروه‌های بسیاری در ارتباط هستند که دامنه این افراد شامل خویشاوندان نزدیک تا دوستان و آشنایان می‌باشد و بنا به آنچه گیدنز می‌گوید برقراری رابطه اجتماعی با هر کدام از افراد این دامنه، مستلزم داشتن اعتماد، باور و تکیه و اطمینان به صداقت آنان است.

در فرضیه اول پژوهش دیده شد که اعتماد اجتماعی بر میزان انتخاب درمان ناباروری تاثیر دارد به طوری که با بالا رفتن اعتماد اجتماعی میزان انتخاب درمان در زنان افزایش می‌یابد. این نتیجه را می‌توان این گونه تبیین نمود: در جوامع مدرن اعتماد از طریق نظام‌های انتزاعی شکل می‌گیرد و زن نازایی که قصد درمان نازایی خود را با استفاده از شیوه‌های مدرن فرزند آوری دارد، نیازمند اعتماد به دانش تخصصی و علم پزشکی است.

در فرضیه دوم پژوهش نشان داده شد که با بالا رفتن میزان روابط اجتماعی علمی گفتگویی میزان انتخاب درمان نیز در زنان نازا افزایش می‌یابد، که با تاکید بر نظریه اسپینوزا می‌توان چنین تبیین نمود که با گسترش روابط اجتماعی دامنه افرادی که زنان نازا با آنان در ارتباط است گسترش یافته و طبق نظریه هابرماس هر چه دامنه اجتماعی

افراد گسترده‌تر می‌شود، فرد از حوزه خلوت و خصوصی خود خارج شده و در جایی حضور می‌یابد که می‌تواند بدور از فشار، عقاید و خواسته‌های خود رامطرح کند و به تبادل اطلاعات با دیگران پردازد و در نتیجه میزان آگاهی آنان نیز از شیوه درمان ناباروری بالاتر خواهد رفت و این امر منجر به افزایش میزان انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا خواهد شد. فرضیه سوم مبین این است که اعتماد و روابط اجتماعی علمی گفتمانی با یکدیگر ارتباط مستقیم دارند و این ارتباط بر میزان انتخاب درمان ناباروری تاثیرگذار است. باتوجه به فرضیه اول و دوم و تلفیقی از نظریات اندیشمندانی چون گیدنز، هابرماس و اسپونزا می‌توان تبیین نمود که باگسترش دامنه روابط اجتماعی امکان این که فرد در حوزه ارتباطی خود با افراد متخصص تری مواجه شود و از طریق گفتمان علمی - فنی توانایی تجزیه و تحلیل مسائل علمی و پیامدهای ناشی از آن را داشته باشد بیشتر می‌شود و این امر خود در اعتماد زنان نازا به دانش تخصصی و توانایی متخصصین اثرگذار بوده و این عوامل خود منجر به افزایش میزان انتخاب درمان ناباروری خواهند شد.

پیشنهاد‌های پژوهش

با توجه به نتایج به دست آمده تغییر نگرش افراد جامعه نسبت به پدیده ناباروری و پذیرفتن راه‌های علمی درمان از طریق افزایش میزان اطلاعات علمی، شناساندن راه‌های علمی درمان با کمک رسانه‌های محلی و مجلات در دسترس، اینترنت و...، بالا بردن اعتماد و عزت نفس زنان نازا جهت پذیرش این مشکل طبیعی به منظور تطابق با شرایط فعلی و استفاده از شیوه‌های درمان امروزی با برگزاری کارگاه‌های آموزشی از طریق خانه‌های سلامت شهرداری و خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی، هم‌چنین باگسترش شبکه‌های ارتباطی زنان نازا بادوستان، خویشاوندان و جامعه علمی و اعتماد سازی در سطح خانواده از طریق رسانه‌ها، آموزش مهارت‌های زندگی توسط نهادهای

دولتی و غیردولتی، گسترش شبکه‌های حمایتی دولت و بیمه زنان نابارور جهت کاهش هزینه‌های درمانی از طریق افزایش بودجه سالانه مراکز بیمه درمانی و نیز گسترش شبکه‌های درمانی در شهرستان‌های دور به منظور دسترسی به امکانات درمان اقشار محروم و گسترش آگاهی آنان، خود می‌تواند زمینه مناسب برای افزایش میزان انتخاب درمان ناباروری در زنان نازا را فراهم آورد، و پیامدهای ناشی از این پدیده را در بین خانواده‌ها کاهش دهد.

منابع

- بازخوانی هابرماس. (۱۳۸۱)، درآمدی بر آراء اندیشه‌ها و نظریه‌های یورگن هابرماس، ترجمه: حسین علی نوذری، تهران: نشر چشمه.
- بیرو. آلن. (۱۳۷۰)، فرهنگ علوم اجتماعی، ترجمه: باقر ساروخانی، تهران: نشر کیهان.
- پیوزی. مایکل. (۱۳۷۹)، ترجمه: احمد تدین، نشر کتاب، هرمس.
- چلبی. مسعود. (۱۳۷۵)، جامعه‌شناسی نظم، تهران: نشر نی.
- چلبی. مسعود. (۱۳۸۱)، بررسی تجربی نظام شخصیت در ایران، موسسه فرهنگ هنر و ارتباطات.
- چلبی. مسعود. (۱۳۷۵)، جامعه‌شناسی نظم تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی، تهران: نشر نی.
- ریتزر. جورج. (۱۳۷۴)، نظری‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه: محسن ثلاثی، انتشارات علمی.
- ساروخانی. باقر. (۱۳۶۷)، جامعه‌شناسی ارتباطات، تهران: نشر اطلاعات.
- شریفیان. اکبر. (۱۳۸۵)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت خانگی، پایان‌نامه دوره دکترای جامعه‌شناسی استاد راهنما: دکتر سام آرام، دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبائی.

۲۶۹ بررسی تأثیر عوامل اجتماعی مؤثر بر درمان ...

- گیدنز. آنتونی. (۱۳۷۸)، **تجدد و تشخیص**، ترجمه: ناصر توفیقیان، تهران: نشر نی. .
- محسنی. منوچهر. (۱۳۷۲)، **مبانی جامعه‌شناسی علم**، کتابخانه طهوری، تهران.
- مک‌دانل. دایان. (۱۳۸۰)، **نظریه‌های گفتمان**، ترجمه: حسین‌علی نودری، نشر فرهنگ گفتمان، تهران.
- نواک جاناتان اس. برک. **بیماریهای زنان**، ترجمه: بهرام قاضی جهانی و سایرین، انتشارات پزشکی گلیان، آریان طب تبریز.
- Edelman, R. (2004). **Surrogacy: The Psychological issues**. Reprod in fant psycho, 22C2
- Giddens, Anthony. (1992). **The consequence of modernity**, cambrige, politypress.
- Golombok, S. and Murray, G. (2004). **Families created through surrogacy: parent-child relationship in the first year of life**, fertile steril, 80(3, suppl 550)
- NICE fertility: **Assessment and Treatment For People With Fertility Problems**, Clinical Guidline, 2004, www.Org.UK
- Infertility Network UK, **Implementation of the NICE fertility guid line**. press release, April 2005, www.Infertility
- Papreen net al. **living with infertility: experiences among urban slum population in Bangladesh**, pce productive health matters, 2000, 8.
- Van der Akker. (2007). **psychosocial aspects of surrogate motherhood**, Human reproduction update
- Van der Akker. (2007). **psychological trait and state characteristics, social support and attitude to the surrogate pregnancy and baby**. Human reproduction, vol. 22, No. 80