

ابعاد فرهنگی و اجتماعی ناباروری و روش‌های اهدایی کمک باروری: یک مطالعه مروری

حمیده جعفری^{۱،۲}، علی تقی‌پور^{۳،۴}، ملیحه عافیت^۵، رباب لطیف‌نژاد رودسری^{۶،۷*}

- دانشجوی دکتری بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- مری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
- استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- استاد، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- استادیار، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- استاد گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۰۷

چکیده

مقدمه: استفاده از روش‌های اهدایی کمک باروری، امید به حاملگی را در زوجین نابارور افزایش می‌دهد. با این وجود، بخش وسیعی از جمعیت جهان این روش‌ها را به دلیل مسائل فرهنگی و اجتماعی نمی‌پذیرند. در این راستا، شناسایی ابعاد مختلف فرهنگی- اجتماعی می‌تواند راه‌گشا باشد. با توجه به مطالب بیان شده، مطالعه حاضر با هدف تعیین ابعاد فرهنگی و اجتماعی ناباروری و روش‌های اهدایی کمک باروری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مروری، مقالات فارسی و انگلیسی نمایه شده در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر شامل: Google Scholar، PubMed، Scopus و SID بدون محدودیت زمانی مورد بررسی قرار گرفتند. مقالات مرتبط حاصل از تحقیقات کمی و کیفی در این زمینه بررسی شدند. شایان ذکر است که منابع و مطالعات انجام شده به زبان انگلیسی و فارسی موجود در این پایگاه‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. واژگان کلیدی مورد جستجو عبارت بودند از: Reproductive donation techniques، Socio-cultural aspects، Infertility و معادل فارسی آن‌ها.

یافته‌ها: براساس بررسی ۴۹ مطالعه انجام شده، ۱۶ مؤلفه مرتبط با مسائل فرهنگی- اجتماعی ناباروری و روش‌های اهدایی کمک باروری استخراج شدند که شامل: پنج مؤلفه روش‌های فرزندآوری (همسرگزینی و روش‌های سنتی)، پذیرش اجتماعی (انزوا، استیگما و پذیرش خانواده)، هویت اجتماعی (نقش مادری یا پدری، بقای نسل و تعصب)، پذیرش دینی (شریعت، توکل، تقدیر و مشیت) و حمایت اجتماعی (حمایت قانونی، حمایت مالی، حمایت مددکاری، حمایت شغلی و حمایت رسانه‌ای) بودند.

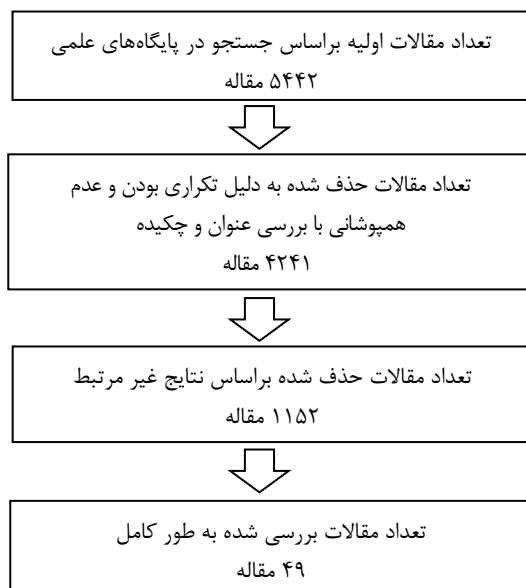
نتیجه‌گیری: افراد نابارور در زمینه استفاده از روش‌های اهدایی کمک باروری با چالش‌های فرهنگی و اجتماعی متعددی مواجه هستند.

کلمات کلیدی: ابعاد فرهنگی و اجتماعی، روش‌های کمک باروری، ناباروری

مقدمه

افزایش می‌دهد. روش‌های اهدایی کمک باروری یا "باروری شخص ثالث" به استفاده از تخمک، اسپرم یا جنینی اطلاق می‌گردد که شخص ثالثی آن را اهدا کرده است. در اختیار گرفتن رحم دیگری برای پرورش جنین، حکم باروری شخص ثالث را دارد. گرچه به‌کارگیری این روش‌ها در عرصه پزشکی و ژنتیک موجب گشایش و سهولت فراوان گشته و پیشرفت‌های خیره‌کننده‌ای را در این حوزه‌ها به دنبال داشته است (۱۲)؛ اما بخش وسیعی از جمعیت جهان، درمان‌های پزشکی را برای ناباروری نمی‌پذیرند و حتی پذیرش آن‌ها در کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای با اقتصاد نوظهور، متفاوت است (۱۳). علاوه‌براین، در بسیاری از کشورها به‌کارگیری این روش‌ها غیر قانونی می‌باشد (۱۴). با توجه به اینکه تنها نیمی از افراد نابارور در سراسر جهان در جستجوی درمان برمی‌آیند، این سؤال که چه فاکتورهایی جستجوی درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، در نوع خود جالب می‌باشد (۱۵). جعفری (۲۰۱۵)، Papaharitou (۲۰۰۷) و لطیف‌نژاد (۲۰۰۷) تصریح نموده‌اند که انتخاب روش‌های کمک باروری تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی می‌باشد (۱۶-۱۸). همچنین در مطالعه لطیف‌نژاد و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده شد که بین باورهای فرهنگی- اجتماعی زوجین نابارور با نگرش آن‌ها نسبت به روش‌های اهدایی، رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد (۱۹). Purewal (۲۰۰۶) نیز پیشنهاد نموده است که یک رویکرد هدفمند و متناسب با فرهنگ برای آموزش اهدا در زمینه عرضه و تقاضای گامت در ناباروری باید مورد استفاده قرار گیرد (۲۰). Liu (۲۰۱۷) نیز اذعان می‌دارد که روش‌های اهدایی کمک باروری، نه تنها شامل زوج‌های نابارور می‌شود، بلکه مسائل اجتماعی و اخلاقی مربوط به خانواده‌های آن‌ها و جامعه می‌باشد (۲۱). ارزش‌های فرهنگی، مذهبی، خانوادگی و نقش‌های جنسیتی

در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه قاهره (۱۹۹۴) از ناباروری به عنوان عاملی جهت آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری افراد یاد شد و مقرر گردید که تمام کشورها، ناباروری را در برنامه‌های بهداشت باروری خود بگنجانند (۱). ناباروری یکی از بیماری‌ها و مشکلاتی است که در سراسر جهان، جوامع مختلف را درگیر می‌نماید و بر روابط اجتماعی و خانوادگی مردان و زنان نابارور به طور عمیقی تأثیر می‌گذارد. در جوامعی که هنجارهای فرهنگی به زن در برابر نقش مادر بودن ارج بیشتری می‌نهند، این پیامدها تشدید شده و عوارضی همچون بی‌ثباتی زندگی مشترک، خشونت خانگی، تغییر در خودپنداره، استیگما و انزوا را به دنبال خواهد داشت (۲،۳). شیوع ناباروری در ایران براساس مرور سیستماتیک که در سال ۱۳۹۲ انجام شد، ۱۳/۲ درصد (۴) و میانگین کلی ناباروری در جهان در سال ۲۰۱۶، ۱۳ درصد گزارش شده است (۵). به دنبال تولد Luis Brown به عنوان اولین کودک ناشی از لقاح آزمایشگاهی در سال ۱۹۷۸، روش‌های جدید کمک باروری به سرعت رشد و گسترش یافتند (۶)؛ به طوری که تا سال ۲۰۰۹، بیش از ۳ میلیون نوزاد به دنبال لقاح آزمایشگاهی (لقاح خارج از رحمی) در سراسر جهان متولد گردیدند (۷). در کشورهای توسعه‌یافته، ۵ درصد از کودکان حاصل شرایط آزمایشگاهی بودند (۸) و در اروپا ۳/۹-۰/۲ درصد از تولدها با کمک روش‌های کمک باروری صورت گرفته است (۹). روش‌های کمک باروری، درمان انتخابی برای بسیاری از زوجین نابارور است که دلایل مردانه، زنانه یا ایدیوپاتیک دارند (۱۰، ۱۱). اقدامات اولیه درمانی برای درمان ۵۰ درصد از ناباروری‌ها مؤثر است. استفاده از روش‌های پیشرفته کمک باروری نظیر استفاده از گامت شخص ثالث و رحم جایگزین، امید به حاملگی را در زوجینی که با وجود درمان‌های متعدد جراحی و دارویی صاحب فرزند نشده‌اند،



شکل ۱: فلوجارت جستجوی مقالات

در چگونگی تجربه و تفسیر افراد و گروه‌های فرهنگی از ناباروری مؤثر هستند (۲۲). در رابطه با روش‌های هدایی کمک باروری نیز موضع‌گیری‌ها و گره‌های فرهنگی-اجتماعی، اخلاقی، شرعی و حقوقی به وجود آمده، نیاز به انجام مطالعات همه‌جانبه و تحقیقات گسترده براساس شرایط فرهنگی، اجتماعی و اعتقادی هر کشور را روشن می‌سازد (۱،۱۲،۲۳). در مطالعات معدودی به ابعاد فرهنگی-اجتماعی ناباروری و استفاده از روش‌های کمک باروری در کشورهای مختلف اشاره شده است؛ از این رو با توجه به مطالب بیان شده، با توجه به اهمیت موضوع این مطالعه با هدف تعیین ابعاد فرهنگی و اجتماعی ناباروری و روش‌های هدایی کمک باروری براساس متون موجود انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مروری، مقالات فارسی و انگلیسی نمایه شده در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر شامل: Google Scholar، Scopus، PubMed و SID بدون محدودیت زمانی مورد بررسی قرار گرفتند. مقالات مرتبط حاصل از تحقیقات کمی و کیفی در این زمینه بررسی شدند. منابع و مطالعات انجام شده به زبان انگلیسی و فارسی موجود در این پایگاه‌ها بررسی گردیدند. کلیدواژه‌های جستجو عبارت بودند از: Socio-cultural aspects، Reproductive donation techniques، Infertility و معادل فارسی آن‌ها. مطالعات منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی و بیان ابعاد فرهنگی-اجتماعی ناباروری و روش‌های هدایی کمک باروری به عنوان معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شدند. داشتن محتوای غیر مرتبط به مطالعه و یا تکراری بودن مطالعات نیز به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. در نهایت ۴۹ مقاله مروری روایتی که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، مورد بررسی قرار گرفتند (شکل ۱).

نتایج

براساس بررسی ۴۹ مطالعه انجام شده در زمینه ابعاد فرهنگی و اجتماعی ناباروری و روش‌های هدایی کمک باروری، ۱۶ زیرگروه مرتبط با مسائل فرهنگی-اجتماعی استخراج شد. این مفاهیم شامل: نقش مادری یا پدری، تعصب، بقای نسل، پذیرش خانواده، انزوا، استیگما، حمایت قانونی، حمایت مالی، حمایت مددکاری، حمایت شغلی، حمایت رسانه‌ای، شریعت، توکل، تقدیر و مشیت، همسرگزینی و روش‌های سنتی بودند که مطابق با جدول ۱ به عنوان زیرگروه در پنج گروه قرار گرفتند. این پنج مؤلفه کلی شامل: هویت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، حمایت اجتماعی، پذیرش دینی و روش‌های فرزندآوری بودند.

هویت اجتماعی

نقش مادری یا پدری

برای بیشتر افراد، فرزندان معنای زندگی هستند و بخش مهمی از هویت آن‌ها را تشکیل می‌دهند (۲۴)؛ به طوری که داشتن یک فرزند با ورود به دنیای بزرگسالی،

جدول ۱: مفاهیم و زیرگروه‌های مرتبط با مسائل فرهنگی- اجتماعی ناباروری

مؤلفه	زیرگروه
هویت اجتماعی	نقش مادری یا پدری، تعصب، بقای نسل
پذیرش اجتماعی	پذیرش خانواده، انزوا، استیگما
حمایت اجتماعی	حمایت قانونی، حمایت مالی، حمایت مددکاری، حمایت شغلی، حمایت رسانه‌ای
پذیرش دینی	شریعت، توکل، تقدیر و مشیت
روش‌های فرزندآوری	همسرگزینی و روش‌های سنتی

همین حس قوی بقای نسل و بازیابی هویت اجتماعی به عنوان محرک‌هایی قوی می‌توانند نگرش افراد را به سمت انتخاب روش‌های اهدایی کمک باروری سوق دهند.

تعصب

ممکن است زوجین نابارور با داشتن فرزند از طریق روش‌های اهدایی کمک باروری، تعصب و پیش‌داوری آشکاری را نه تنها از سوی جامعه؛ بلکه از سوی خانواده، خویشاوندان و دوستان خود تجربه کنند (۲۹). از سوی دیگر، اگر چه زنان و مردان به یک میزان علت ناباروری می‌باشند؛ اما بنا بر یک تعصب و جانبداری اجتماعی، ناباروری یک مشکل زنانه تلقی می‌شود؛ به همین دلیل زنان با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری از جمله ترس از تهدید به ترک و طلاق، طرد از اجتماع و چند همسری مواجه شده و مجبور هستند به تنهایی روش‌های درمانی را پیگیری کنند. به ویژه در فرهنگ‌هایی که مردان مظهر اقتدار محسوب می‌شوند، مردان تمایلی به اظهار مشکل خود ندارند. همچنین در اماکن عمومی و یا محیط کار از اینکه دیگران آن‌ها را افرادی ناقص تلقی کنند، همواره در ترس و اضطراب به سر می‌برند (۳۰). به نظر می‌رسد با به‌کارگیری روش‌های اهدایی کمک باروری، این گونه تعصبات در مردان تشدید می‌شود؛ به طوری که با وجود میل باطنی خود و همسرشان، درمان‌های ناباروری را رها می‌کنند. نتایج مطالعات نشان داده‌اند که زنان ناباروری که تجربه رد کردن درمان یا فشار از سوی

برابر دانسته شده و زوج نابارور بدون این تجربه، باور ندارند که گذرگاه روان‌شناختی ورود به دنیای بزرگسالی را پشت سر گذاشته و رشد هویت خود را تکمیل نموده‌اند. علاوه بر این، زوجین دستیابی به نقش والدی را شرط اساسی کمال فردی، پذیرش اجتماعی، تکمیل هویت جنسی و موقعیت کامل بزرگسالی می‌دانند (۲۵)؛ به ویژه در رابطه با زنان می‌توان گفت که فرزندآوری جزئی از پایگاه و هویت آن‌ها است و داشتن فرزند، منبعی از قدرت زن در خانواده و جامعه محسوب می‌شود و جامعه برای زنی که مادر می‌شود، ارزش قائل است (۲۶).

بقای نسل

تمایل به داشتن فرزند نه تنها به دلیل مطلوب بودن فرزندان و کسب هویت در انسان قوت می‌یابد؛ بلکه آرزوی حفظ بقا و بر جای گذاشتن یادگاری ارزشمند، همواره ذهن انسان را به خود مشغول داشته است (۲۶، ۲۷). شاید بتوان گفت عمیق‌ترین خواسته هر فرد در زندگی، تداوم نسل او از طریق فرزندانش است (۲۸)؛ به طوری که در مطالعه لطیف‌نژاد و همکاران (۲۰۱۹)، اکثر زوجین نابارور از اینکه نسلی از خود بر جای نگذارند، در هراس بودند (۱۹). جلال آل احمد (۱۳۶۰) در کتاب خود تحت عنوان "سنگی بر گوری" با اشاره به مسأله ناباروری خود و همسرش به اهمیت ناباروری در فرهنگ و سنت ایرانی اشاره نموده و فرزند را سنگی بر گور پدر خویش و بقای نسل معرفی می‌کند (۲۶).

همسرانشان و خانواده را دارند، سطح بالایی از دیسترس را تجربه می‌کنند (۱۵).

پذیرش اجتماعی (پذیرش خانواده، انزوا و استیگما) پذیرش خانواده

جامعه افراد را در مقابل انتظارات متفاوت و متضادی قرار می‌دهد. در جریان درمان امکان دارد که فرد بیمار تحت فشار اطرافیان به پزشک مراجعه کرده باشد. بدین‌منظور باید نقش گروه‌های اجتماعی مانند خانواده زوجین نابارور، نزدیکان، دوستان و غیره را در اتخاذ تصمیم برای درمان مورد توجه قرار داد (۳۱). در ازدواج‌هایی که خانواده در شکل‌گیری آن نقش اساسی دارند، در صورت ناباروری، دخالت خانواده برای حل مشکل بسیار مشهود می‌باشد (۲۶) و افراد مبتلا در معرض فشارهای خانوادگی زیادی در زمینه‌های درمانی قرار می‌گیرند (۱)؛ به عنوان مثال در کشورهای در حال توسعه مانند سنگال، عدم پذیرش خانواده و فشارهای اجتماعی از عوامل تأثیرگذار بر انتخاب روش‌های درمانی می‌باشند و در واقع مسیر انتخاب روش‌های درمانی از میان اعضای خانواده می‌گذرد (۳۲،۳۳). فرزندآوری در زنان آفریقایی یکی از مهم‌ترین راه‌های تثبیت وضعیت آن‌ها در خانواده و جامعه می‌باشد. بدون فرزند، زنان اغلب رنج بسیاری را متحمل می‌شوند (۱۰). در فرهنگ ایران با توجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، ناباروری بعد عمیق‌تری را به خود می‌گیرد؛ به گونه‌ای که هر تأخیری در حاملگی موجب تجسس و فشار اطرافیان شده و آسیب‌های زیادی به زوجین و خانواده وارد می‌کند (۲۷،۳۴). در مطالعه کریمی و همکاران تجسس و دخالت یکی از مصادیق رفتارهای آزاردهنده اطرافیان بود که از سوی زنان نابارور اظهار شده بود (۳۵). زوجین نابارور در واکنش به این امر و شاید به این دلیل که ناباروری را برای خود به صورت یک نقص

می‌بینند، تلاش می‌کنند تا خود را از اطرافیان دور نموده و مسأله ناباروری خویش را پنهان سازند (۲۸). از سوی دیگر طبق مطالعه لطیف نژاد و همکاران (۲۰۱۹)، ناباروری زوجین نابارور را تا حدودی به سمت "انزوا"، "استیگما" و این احساس که "خانواده" پذیرای روش‌های اهدایی کمک باروری نیست، سوق داده بود (۱۹).

انزوا

مطالعات نشان می‌دهند که ممکن است شرکت‌کنندگان به دلیل فشار ناشی از استفاده از این روش‌ها، ارتباطاتشان را با همسر و دیگر افراد نزدیک به خود تغییر دهند و نوعی حس انزوا به آن‌ها دست دهد (۱۵،۳۶). تا جایی که حتی ممکن است به جایی دور از دوستان و خانواده مهاجرت کنند (۳۷). در برخی از موارد نیز دوستان و آشنایان رفت و آمد با زوج نابارور را محدود می‌کنند و علاقه کمتری به معاشرت با افراد نابارور دارند؛ تأثیر این مسأله معمولاً به صورت بروز تجربه‌ای سنگین از احساسات منفی بروز می‌کند (۲۸). عدم پذیرش اجتماعی زوجین نابارور موجب انزوای بیشتر آن‌ها خواهد شد؛ به عنوان مثال آن‌ها ترجیح می‌دهند در مهمانی‌های مربوط به جشن تولد و یا سایر تجمعات فامیلی، کمتر شرکت کنند (۳۸)؛ بنابراین احساس تنهایی و طرد شدن و به دنبال آن کناره‌گیری اجتماعی و انزوا و شکست در ارتباطات در برخی از افراد نابارور مشاهده می‌شود (۱،۳۵). به گفته Menning (۱۹۸۰)، حس ایزوله شدن در زوجین نابارور برای این است که آن‌ها تمایل ندارند مورد دلسوزی و ترحم دیگران قرار گیرند (۳۹). نوع نگاه دیگران به افراد نابارور نیز برای زوجین نابارور، نگران‌کننده است؛ زیرا روان‌شناسان اعتقاد دارند که چگونگی اطلاع یافتن عکس‌العمل و قضاوت‌های دیگران نسبت به خبر ناباروری از نگرانی‌های شدید زوجین نابارور است. به دنبال استفاده از روش‌های اهدایی کمک باروری،

حتی محرومیت در تجربه یک نگاه سالم و بهنجار از سوی دیگران نام برد (۴۰). در بسیاری از جوامع جهانی، ناباروری اغلب بدنامی محسوب می‌شود که منجر به رنج عمیق اجتماعی برای زوج‌های نابارور و به ویژه زنان نابارور می‌گردد (۴۱). اصطلاح "کور بودن اجاق" در جامعه ایرانی به خانواده‌های بدون فرزند اطلاق می‌گردد. این باورهای حاکم بر خانواده عموماً از پشتوانه فرهنگی برخوردار هستند (۲۶، ۳۵)؛ به عنوان مثال در فرهنگ کامرون، ناباروری می‌تواند منبع فلاکت برای زنان باشد؛ زیرا باروری در کشورهای در حال توسعه برای هویت زن بسیار مرکزیت دارد (۱۵). لطیف‌نژاد به نقل از Withford و Gonzales بیان می‌کند که استیگما باعث احساس بی‌هویتی در فرد نابارور می‌شود. برخی از این زنان برای مبارزه با برچسب ناباروری، وانمود می‌کنند که علاقه‌ای به بارداری ندارند. برخی از اوقات این پنهان‌کاری بر جستجوی درمان در آن‌ها اثر می‌گذارد؛ به گونه‌ای که ممکن است هرگز به جستجوی درمان نپردازند و ترجیح دهند بدون فرزند باقی بمانند. در مقابل، برخی ممکن است آشکارا در جستجوی درمان باشند (۴۲). بسیاری از زوجین نابارور از انگ ناشی از ناباروری و روش‌های درمانی رنج می‌برند و سعی می‌کنند آن را از همه مخفی نمایند (۳۰). آن‌ها احساس می‌کنند از نظر اخلاقی در رابطه با ناباروری و تصمیمشان نسبت به استفاده از روش‌های کمک باروری مورد قضاوت قرار می‌گیرند (۴۳). در این راستا، در مطالعه King (۱۹۹۲) نشان داده شد که بسیاری از زنان از روش‌های نوین کمک باروری استقبال می‌کنند؛ زیرا نمی‌خواهند مسئولیت گناه و سرزنش مربوط به شکست‌ها و ناکامی‌های ناشی از باروری طبیعی را بر عهده بگیرند. همچنین آن‌ها نمی‌خواهند در معرض اتهام بی‌مسئولیتی در قبال بارداری خود قرار گیرند (۴۴). در مطالعه‌ای در ایران، پاسخگویانی که روش درمانی آن‌ها اهدای تخمک بود، بیان داشتند که

این نگرانی‌ها ممکن است تشدید شود و آسیب جدی را بر خود اجتماعی (Social self) زوجین نابارور وارد سازد. در چنین شرایطی علاوه بر این که زوجین احساس می‌کنند به نوعی مرزهای زندگی خصوصی آن‌ها از دست رفته است، از اینکه کسی در این مورد از آن‌ها سؤالی بپرسد نیز ابراز ناراحتی می‌کنند. این فرایند می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی در زوجین نابارور گردد. علاوه بر این، ممکن است اطرافیان برای همدردی با آن‌ها، ارتباط خود را با آن‌ها کم نموده و یا آن‌ها را به حال خود رها سازند که این مسأله می‌تواند منجر به افزایش شدت استیگما شود (۴۰).

استیگما

استیگما یا مفهوم داغ از جمله مفاهیمی است که در رابطه با انواع بیماری، مورد توجه روان‌کاوان قرار دارد. استیگما گونه‌ای از عکس‌العمل‌های اجتماعی منفی و تقلیل ارزش و برچسب زدن منفی بر اشخاص می‌باشد. یکی از بهترین توصیفات در مورد استیگما (این لغت دارای ریشه یونانی است که به وضعیت بردگان در یونان باستان ارتباط دارد. در آن زمان برای ممانعت از فرار آن‌ها توسط علائمی که در پیشانی آن‌ها (با داغ زدن) ایجاد می‌گردید، بردگان از دیگران متمایز می‌شدند) توسط Goffman شرح داده شده است. وی بر این باور است که: "استیگما بدنامی اخلاقی می‌باشد" (۳۷، ۴۰). در چنین شرایطی که حاکی از داغ‌زدگی است، فرد از محیط خود بنا بر دلایل فیزیکی و یا روانی متمایز شده و به عنوان یک وصله ناجور تلقی می‌شود. علاوه بر این، استیگما محدودیت‌هایی را برای فرد مورد نظر ایجاد می‌کند که به شدت زندگی روانی-اجتماعی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که از آن جمله می‌توان از محدودیت در روابط اجتماعی و پذیرفته شدن در جمع هم‌نوعان، محرومیت در استفاده از مواهب اقتصادی و اجتماعی، محرومیت در موقعیت‌های شغلی و تحصیلی و

می‌شوند؛ در نتیجه محیط و موقعیتی است که افراد نابارور در آن زندگی می‌کنند. این امر نشان‌دهنده آن است که تجربه ناباروری تحت تأثیر بهداشت عمومی، خدمات رفاهی، اجتماعی و مسائل اقتصادی کشورها و جوامع قرار می‌گیرد (۴۷). حال اگر افراد نابارور از حمایت منطقی و نظام‌یافته برخوردار نباشند ممکن است برای حل مشکل خود به راه‌هایی دست یازند که برخی در نگاه نخست، باور نکردنی می‌نماید؛ به همین دلیل برنامه‌ریزی برای کمک نظام‌یافته به ناباروران از جمله الزامات بهداشت باروری می‌باشد (۴۶). حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی از جمله مواردی است که اعلامیه حقوق بشر بر آن تأکید نموده و اهمیت آن تا حدی است که قوانین اساسی غالب کشورها آن را مورد توجه قرار داده‌اند. مقدمه قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، خانواده را واحد بنیادین جامعه و کانون اصلی رشد و تعالی انسان برشمرده است. تعهدات متقابل فرد، اجتماع، جامعه و دولت ایجاب می‌کند تا جامعه و دولت، حقوق افراد و خانواده‌ها را به رسمیت شناخته و آن‌ها را در برابر هر گزندی مورد حمایت قرار دهند (۴۸). در تدوین قانون باید حق طبیعی زوج‌های نابارور را در نظر داشت (۲۳). امروزه در کمتر کشوری از جهان، قانون‌گذار برای جمع دستاوردهای علوم زیستی و پزشکی با ارزش‌های اخلاقی، مذهبی و اجتماعی در مقام وضع قواعد مناسب حقوقی برنیامده است. قانون‌گذار ایران نیز مانند دیگر قانون‌گذاران جهان، ضمن توجه به روش‌های نوین ارائه شده در مورد روش‌های اهدایی کمک باروری و ورود مباحث این علم در حوزه‌های مذهبی و حقوقی کشور، اقدام به تصویب قانون در این خصوص نموده است (۴۹). با این وجود در بسیاری از کشورها هنوز از نظر قانونی اجازه استفاده از روش‌های اهدایی کمک باروری داده نمی‌شود که بعضاً باعث بروز مشکلاتی در زمینه درمان گردیده است (۶).

کسی از روش درمانی آن‌ها اطلاعی نداشته و آن‌ها نیز تصمیم ندارند کسی را مطلع نمایند. به نظر آن‌ها این روش‌ها مورد پذیرش جامعه نبوده و به همین دلیل ارائه این اطلاعات نه تنها هیچ ضرورتی ندارد؛ بلکه سرمنشأ مشکلات زیادی نیز خواهد بود. از سوی دیگر، برجستگی که تاکنون به آن‌ها به عنوان یک فرد نابارور خورده است، به فرزند آن‌ها نیز به عنوان فرزند نامشروع منتقل شده و مشکل فرزندشان چندین برابر بیشتر از مشکلاتی که آن‌ها تاکنون داشته‌اند، خواهد بود (۲۶). نتیجه مطالعه لطیف‌نژاد رودسری و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف تجربیات زوجین نابارور استفاده‌کننده از روش‌های اهدایی در ارتباط با انتخاب اهداکننده انجام شد، نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان، نگران انتشار موضوع و قضاوت اجتماعی اطرافیان بودند و برای حمایت خود و کودک از استیگما، از اهداکننده ناشناخته استفاده می‌کردند، زیرا استفاده از اهداکننده شناخته شده را تهدیدی جهت حفظ محرمانگی می‌دانستند (۴۵).

حمایت اجتماعی (حمایت قانونی، حمایت مالی، حمایت مددکاری، حمایت شغلی و حمایت رسانه‌ای) حمایت قانونی

نمی‌توان این حقیقت را نادیده گرفت که فرزند داشتن یک نیاز عمیق انسانی است؛ از این رو زوجین نابارور باید مورد عنایت و توجه قرار بگیرند (۲۳). برای بسیاری از افراد نابارور، پیچیدگی‌های اجتماعی و عاطفی ناباروری و درمان آن با عدم حمایت همراه می‌باشد و به همین دلیل ممکن است دست به پنهان‌کاری بزنند (۴۲). اگر افراد نابارور به پنهان ساختن مشکل خود نپردازند، فشار روانی بر آن‌ها کاهش می‌یابد که لازمه آن حمایتی همه جانبه از سوی جامعه می‌باشد (۴۶). تفاوت‌های گسترده در میزان بروز ناباروری که منجر به پیامدهای روانی- اجتماعی مهم

حمایت مالی

زوجینی که تحت درمان‌های طولانی مدت ناباروری قرار دارند، علاوه بر تحمل رنج‌های جسمانی، متحمل فشار ناشی از بار شدید اقتصادی نیز می‌گردند (۳۰،۲۶)؛ به طوری که ممکن است هزینه‌های زیاد درمان‌های ناباروری باعث از بین رفتن امنیت مالی گردد (۵۰،۵۱). در کشورهای در حال توسعه، این خدمات به طور گسترده‌ای در دسترس نیستند و هزینه‌های آن‌ها برای اکثر ساکنین آن غیر قابل دسترس می‌باشد (۳). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که تأمین هزینه‌های درمان برای بسیاری از افراد نابارور مشکل است؛ به طوری که حتی برخی مجبور به فروش منزل خود می‌گردند و گاهی نیز از ادامه درمان منصرف می‌شوند (۳۲،۳۷،۵۲). در برخی از کشورها، مشکلات ناشی از این مسأله باعث روی آوردن مردم به روش‌های سنتی می‌گردد (۳۲). در بسیاری از کشورها مهم‌ترین نگرانی زوج‌های نابارور، عدم برخوردارگی از مزایای بیمه درمانی در روند درمان ناباروری است. لازم به ذکر می‌باشد که اغلب زوج‌هایی که می‌توانند با استفاده از برخی از این روش‌ها درمان شوند، به دلیل عدم حمایت سازمان‌های بیمه‌گر از ادامه درمان بازمی‌مانند که این امر از بعد اخلاق پزشکی، سؤال‌برانگیز است؛ به همین دلیل امروزه بسیاری از پژوهشگران اجبار نمودن سازمان‌های بیمه‌گر جهت پرداخت هزینه‌های درمان ناباروری را از بعد حقوقی و اخلاقی مد نظر قرار داده‌اند (۲۸). در مطالعه Sundby (۱۹۹۷) در ارتباط با ۱۴۸ زن نابارور گامبیایی، ۱۴/۳ درصد از عدم توانایی مالی را علت عدم مراجعه خود به مراکز درمانی عنوان نمودند (۵۲). در مطالعات Ragon و willis (۲۰۰۰) نیز نشان داده شده است که زنان طبقه پایین، کمتر از زنان طبقه متوسط طالب و پذیرای روش‌های نوین پزشکی هستند (۵۳). از سوی دیگر در مطالعه Chliaoutakis و همکاران (۲۰۰۰)، افزایش نمره در

زمینه حمایت مالی، شغلی و قانونی به طور معناداری همراه با افزایش قصد استفاده از گامت اهدایی و رحم جایگزین بود. در این مطالعه شرکت‌کنندگان بر نگرانی خود در مورد مشکلات مالی ناشی از روش‌های کمک باروری، ترغیب دولت و حمایت اجتماعی به منظور تحت پوشش قرار دادن هزینه‌ها و نیز تغییرات قانونی مطلوب در راستای تأمین این خواسته‌ها تأکید نمودند. این پژوهشگران در انتها پیشنهاد نمودند که اطلاعات ناکافی، هزینه‌های بالای درمانی و برخی از باورهای فردی مردم را نسبت به این روش‌ها مردد و بی‌میل می‌سازد (۵۴). در این راستا در مطالعه خداکرمی و همکاران (۱۳۸۸) با عنوان "تجربه زندگی با ناباروری"، زوجها از اینکه سازمان‌های بیمه‌گر در درمان ناباروری از آن‌ها حمایت نمی‌کنند، ناراضی بودند. این پژوهشگران چنین نتیجه گرفتند که در این میان، نیاز به مؤسساتی جهت حمایت از این افراد و به ویژه تشکیل جلسات مشاوره‌ای حمایتی و بهره‌گرفتن از همکاری یک روان‌شناس و مددکار اجتماعی در کادر درمانی لازم می‌باشد. در هر حال، درمان‌های کمک باروری از جمله درمان‌های پزشکی هستند که از سیاست‌های بیمه درمانی مستثنی می‌باشند. بسیاری از افراد دارای بیمه نیز با مشکلات مهمی در این زمینه مواجه می‌باشند. باید خاطر نشان ساخت که بسیاری از مردم اصلاً تحت پوشش بیمه درمانی قرار نداشتند (۲۸).

حمایت مددکاری

یکی از دلایل تمایل ناباروران به شیوه‌های سنتی در جوامع در حال توسعه، علاوه بر افزایش بار مالی ناشی از درمان‌های ناباروری می‌تواند مربوط به دسترسی محدودتر به مراقبت باشد. در واقع خدمات بهداشتی-درمانی تابع فلسفه سیاسی هستند و به این جهت ارزش‌های اجتماعی و سیاسی بر انتخاب‌های صورت‌گرفته، مؤسسات تأسیس شده و سرمایه‌گذاری‌های انجام شده تأثیر دارد (۳۱). فقدان

اهدایی کمک باروری مطرح می‌باشد. بی‌گمان در میان جلوه‌های پیشرفت فناوری، یکی از عواملی که بیش از همه زندگی معاصر و به ویژه روحیات مدرن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، فنون ارتباط جمعی است. فنون ارتباط جمعی قادر هستند مدل‌ها، ارزش‌ها و آرمان‌هایی متفاوت را به جامعه عرضه کنند (۴۶). مطالعات نشان داده‌اند که علت عمده مخالفت بسیاری از افراد نابارور در استفاده از روش‌های اهدایی کمک باروری، عدم آگاهی آن‌ها از احکام مذهبی و قانونی بوده است. برخی از افراد نابارور به صرف مجوز قانونی برای انجام آن‌ها بسنده می‌کنند و برخی فتوای مراجع تقلید خود را لازمه انتخاب آن می‌دانند (۵۳). رازقی نصر آباد (۱۳۸۴) آگاهی زوجین نابارور از مجاز بودن مذهبی و قانونی روش‌های اهدایی را در استفاده از آن‌ها بسیار مؤثر می‌داند (۳۰). در مطالعه عباسی شوازی (۱۳۸۴) نیز زنان نابارور بیان داشتند که تا قبل از مراجعه به مراکز درمانی، با روش‌های اهدایی مخالف بودند؛ اما زمانی که از انجام این روش‌ها در مراکز درمانی به عنوان مکان‌های رسمی اطلاع یافتند، اعتقادات مذهبی خود را در این زمینه تعدیل نموده و آن را به عنوان یک روش درمانی انتخاب می‌کردند؛ در این بخش نقش وسایل ارتباط جمعی در آگاه‌سازی مردم آشکار می‌گردد (۵۳).

پدیرش دینی (شریعت، توکل، تقدیر و مشیت)

در جهان محوریت فرهنگ بر دین قرار داده می‌شود (۵۸) و مذهب و معنویت بخش‌های اصلی فرهنگ هستند (۲۲)؛ به طوری که فرهنگ متأثر از دین می‌باشد (۱۸). در بسیاری از جوامع، ارزش‌های مذهبی از عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای افراد هستند.

شریعت

مذهب از جنبه‌های مختلفی مانند مشروعیت بخشیدن

هماهنگی بین مراقبین درمانی به این معنا می‌باشد که مردم ممکن است چندین بار مسیر همین درمان را طی کنند. در بسیاری از کشورهای دنیا، زنان ثروتمند به امکانات پیچیده مامایی و روش‌های کمک باروری دسترسی دارند؛ اما نیازهای زنان طبقه متوسط و فقیر جامعه تأمین نمی‌شود (۱۵). Sundbye (۲۰۰۲) اذعان نموده است که سیستم‌های رسمی پزشکی در گامبیا و زیمبابوه قادر به پاسخگویی به نیازهای سیستم سلامت نمی‌باشند (۵۲)؛ اما باید بیان نمود که زوجین نابارور نیاز به انواع خدمات ناباروری شامل: مشاوره، تشخیص و درمان برای کمک به مشکل ناباروری دارند که در این میان، مشاوره بخش ضروری درمان ناباروری می‌باشد (۵۵). در مطالعه قاسمی و همکاران (۲۰۰۶) نیز بخش اعظمی از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که هم گیرندگان و هم دهندگان باید جلسات مشاوره‌ای برای هرگونه مشکلی که ممکن است در فرایند اهدای جنین با آن مواجه شوند، داشته باشند (۵۶). در مطالعه زندی و همکاران (۲۰۱۲)، زوجین نابارور ایرانی حمایت سیستم‌های ارائه‌دهنده خدمات باروری را در عرصه رحم جایگزین، بسیار ناکارآمد توصیف کرده‌اند (۵۷).

حمایت شغلی

در مسیر طولانی و پیچیده ناباروری، یکی از دغدغه‌های فکری بیماران، محدود بودن زمانی است که می‌توانند برای درمان صرف کنند. بسیاری از زوج‌های نابارور از این که باید مدت زیادی منتظر پزشک بمانند، دچار اضطراب و استرس می‌شوند؛ زیرا در محیط کار خود نیز به دلیل غیبت‌های طولانی با مشکل مواجه می‌شوند (۲۸).

حمایت رسانه‌ای

حمایت رسانه‌ای یکی دیگر از انواع حمایت اجتماعی است که در رابطه با استفاده زوج‌های نابارور از روش‌های

بوده و آن‌ها هر آنچه را که بخواهند در آموزه‌های قرآن می‌یابند؛ از این رو نیازی به مشاوره با دیگران ندارند. به نظر می‌رسد با چنین نگاهی، فتوای مراجع دینی بهترین عامل تصمیم‌گیری زوجین نابارور قلمداد گردد (۳۹).

تقدیر و مشیت

فهامی (۲۰۱۰) در مطالعه خود بیان می‌دارد که برخی از ناباروران به ناباروری به عنوان یک امتحان الهی می‌نگرند و ناباروری را امری ماورای اختیار خود می‌دانند و اعتقادشان بر این است که اگر تقدیر و مشیت الهی ایجاب کند، مسلماً آن‌ها نیز بچه‌دار خواهند شد؛ بنابراین انتخاب یا عدم انتخاب روش درمانی از سوی آن‌ها متأثر از این باور می‌باشد (۳۲، ۵۹). این در حالی است که ۹۷/۴ درصد از مردان نابارور و ۹۵/۶ درصد از زنان نابارور مورد مطالعه در پژوهش لطیف‌نژاد و همکاران (۲۰۱۹)، تقدیر را به معنای تسلیم شدن در برابر آنچه که اتفاق افتاده نمی‌دانستند و با این عبارت که خداوند از طریق اسباب عمل می‌کند، نسبتاً موافق تا کاملاً موافق بودند (۱۹). در مطالعه دیگری از لطیف‌نژاد و همکاران (۲۰۰۷) با عنوان "پاسخ‌های زنان نابارور به روش‌های کمک باروری در بستر دین" نیز زنان مذهبی یک امید ماورایی برای داشتن یک حاملگی موفقیت‌آمیز داشتند که برخاسته از باور آن‌ها به رحمت خداوند و معجزه بود (۶۰). sewpaul (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای با رویکرد کیفی جهت درک ابعاد فرهنگی و دینی ناباروری در جنوب آفریقا مشاهده کرد که برای برخی از زنان، ناباروری به عنوان تقدیر و قسمت تلقی می‌گردد تا آن‌ها را برای هدف مهم‌تری در زندگی آماده کند (۳۹).

توکل

برخی افراد خواست خدا را بر هر چیز مقدم دانسته و حکمت و قضا و قدر الهی را باعث این امر می‌دانند (۳۰). از

به برخی از روش‌های درمانی و یا ارائه یک فلسفه اخلاقی در خصوص افراد نابارور، با ناباروری ارتباط می‌یابد (۵۳). Inhorn (۲۰۰۵) اظهار می‌دارد زوج‌هایی که دارای اعتقادات دینی هستند، دوست دارند به شیوه‌های صحیح مذهبی بچه‌دار شوند؛ بنابراین، دین به طور عمیقی بر تکنولوژی تولید مثل در جهان تأثیر می‌گذارد (۱۸)؛ به طوری که بسیاری به دلایل مذهبی از به کارگیری و استفاده از این روش‌های درمانی منصرف می‌شوند (۱۲). در مطالعه لطیف‌نژاد و همکاران (۲۰۱۹) نیز اکثر زنان (۹۱/۳ درصد) و مردان (۸۴/۳ درصد) نابارور مورد مطالعه معتقد بودند که استفاده از روش‌های اهدایی منوط به اجازه شرع می‌باشد (۱۹). عباسی شوازی (به نقل از Inhorn، ۲۰۰۶) بیان می‌کند که در کشورهای مسلمان، دین تأثیر زیادی بر انتخاب روش درمانی دارد. در این مطالعه ۲۷ درصد از زنان نابارور با این روش به دلایل مذهبی مخالف بودند و آن را حرام می‌دانستند. این افراد اکثراً درباره مجاز اعلام شدن این روش‌ها از سوی علمای مذهبی هیچ اطلاعی نداشتند و به نظرشان این اقدامات با خواست خدا در تضاد می‌باشد. برخی از پاسخگویان اگرچه با روش‌های اهدایی آشنایی داشتند؛ اما هنوز از مجاز بودن این روش در ایران اطلاعی نداشتند و این کار را حرام می‌دانستند. تعدادی از آن‌ها در این زمینه تابع نظر رهبران مذهبی بودند و از آنجایی که مراجع تقلید این روش‌ها را مجاز اعلام کرده و سؤالات شرعی آن‌ها حل شده بود، با این روش موافق بودند. این مسأله بیانگر نقش مذهب بر نگرش عده‌ای از آن‌ها بود (۵۳). در ترکیه دو نگرانی عمده کمیته‌های تدوین‌کننده قانون مربوط به روش‌های اهدایی، ترس ناشی از عدم درک فناوری‌های جدید و ترس ناشی از مباحث مذهبی می‌باشد (۶). در مطالعه لطیف‌نژاد و همکاران (۲۰۰۹)، برخی از زنان نابارور مذهبی در پاسخ به نیازشان به مشاوره ابراز می‌نمودند که آموزه‌های دینی بهترین منبع مشورتی آن‌ها

دست می‌یازند و راه‌حل را در میان طبای سنتی و دعانویسان - حتی بدون موفقیت درمانی - جستجو می‌کنند (۶۲). آن‌ها بعضاً گیاه‌درمانان را به دلیل صرف زمان کمتر بر پزشکان ترجیح می‌دهند. دلیل دیگر این ترجیح آن است که گیاه‌درمانان با همان زبان بیمار سخن می‌گویند و مسأله بیماری را برایشان تشریح می‌کنند. همچنین هزینه‌هایی که دریافت می‌کنند، مناسب بوده و به راحتی قابل پرداخت برای بیماران می‌باشد (۶۳). بسیاری نیز با وجود عدم اعتقاد به دعانویسان به آن‌ها مراجعه می‌کنند (۲۸). فالگیری نیز یکی از روش‌هایی است که توسط منطبق و تجربه مورد تأیید قرار نگرفته است. نمونه‌هایی از آن را می‌توان در سنگال مشاهده نمود. در این کشور ۸۰ درصد از مردم از درمان‌های سنتی به دلیل همخوانی آن‌ها با فرهنگشان استفاده می‌کنند؛ از جمله اینکه صدف‌ها برای برقراری ارتباط با عالم ارواح برای یافتن علت بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند. همچنین فالگیرها با استفاده از موادی نظیر گیاهان یا آئین تطهیر به درمان می‌پردازند. در برخی موارد نیز از طلسم‌هایی استفاده می‌کنند که بنا بر عقیده آن‌ها موجب فشار بر ارواحی می‌گردد که جنین‌های زنان حامله را ربوده و باعث سقط آن‌ها می‌شوند (۳۲). در مطالعه‌ای در ایران نیز یکی از پاسخگویان که دو سال بود مبادرت به قطع درمان ناباروری نموده بود، معتقد بود که وی هیچ مشکلی از نظر پزشکی نداشته و تنها تحت تأثیر جادوی تعدادی از اقوام که به او حسادت داشته‌اند، می‌باشد. پاسخگوی دیگری که به مدت هفت سال اقدامات درمانی را در ایران و ژاپن دنبال کرده بود، بیان داشت که پزشکان هنوز نتوانسته‌اند علت اصلی ناباروری وی را تشخیص دهند و در هر زمان دلیل آن را چیز متفاوتی بیان نموده‌اند؛ به همین دلیل علت ناباروری خود را جسمانی نمی‌دانست و معتقد بود که تحت تأثیر جادو بوده و برای حل مشکل خود قبل از هر جایی باید به جادوگر مراجعه کند؛ زیرا تا طلسم

سوی دیگر، عده‌ای بر این باور هستند که با توکل به خداوند و توسل به بزرگان دینی، احتمال موفقیت درمانشان بیشتر خواهد شد؛ بنابراین با تکیه بر عقاید مذهبی به مدیریت استرس‌های درمانی خود می‌پردازند (۵۹). در حقیقت، توکل همان اعتقاد قلبی در تمام کارها بر خدا است که این مهم با تحصیل اسباب منافات ندارد (۶۱). از دید بسیاری از افراد نابارور، اهمیت تلاش و جستجو برای حل مشکلات، یک ارزش مذهبی مهم تلقی می‌شود. آن‌ها معتقد هستند که خدا می‌خواهد آن‌ها به تلاششان ادامه بدهند. آن‌ها اگرچه ناباروری را آزمایش الهی می‌دانند؛ اما بر این عقیده هستند که اگر خدا نخواهد، آن‌ها هرگز صاحب فرزند نخواهند شد. طبق باور ۹۰/۵ درصد از مردان و ۸۷/۸ درصد از زنان نابارور مورد مطالعه در پژوهش لطیف‌نژاد و همکاران (۲۰۱۹)، با توکل بر خداوند می‌توان بدون نگرانی از آینده فرزند از روش‌های اهدایی استفاده نمود (۱۹).

روش‌های فرزندآوری (همسرگزینی و روش‌های سنتی)

روش‌های سنتی

برخی از جوامع به دلیل باورهای فرهنگی خاص، روش‌های پزشکی را نمی‌پذیرند و در مقابل، استمداد از روش‌های درمانی و شبکه اجتماعی می‌نمایند و از طریق فرزندخواندگی و یا طلاق و ازدواج مجدد بر ناباروری فائق می‌آیند. برخی از فرهنگ‌ها نیز استفاده از درمانگران سنتی مانند سحر و جادو را تقویت می‌کنند (۲۶). افراد نابارور اگر از حمایت منطقی و نظام‌یافته برخوردار نباشند، ممکن است برای حل مشکل خود به راه‌هایی دست زنند که در نگاه نخست باورنکردنی می‌نماید؛ از جمله این موارد استفاده از جادو و جنبل و عمل به عقاید خرافی می‌باشد (۴۶). بسیاری از زوجین و به ویژه زنان نابارور برای جلوگیری از فروپاشی زندگی خود به روش‌های سنتی

نظیر این موارد در قاره آفریقا بسیار معمول است؛ اگرچه محتوای این باورها ممکن است متفاوت باشند (۵۲). گاه درمان‌های غیر طبی مذکور، هزینه‌های مالی و حتی روحی بسیار زیادی را برای زوجین به همراه داشته و بعضاً با عوارض زیادی همراه می‌باشد (۲۸).

همسرگزینی

در برخی از فرهنگ‌ها مانند فرهنگ ایران، ناباروری به عنوان یک مسأله مهم اجتماعی مطرح می‌گردد تا جایی که ممکن است بر روابط زوجین اثر گذاشته و حتی تهدیدی برای بقای ازدواج باشد (۵۶). بسیاری از زنان از این بابت نگرانی عمیقی دارند؛ به ویژه اگر در درمان نیز دچار شکست شده باشند (۲۸،۴۲). در مطالعه کریمی، شرکت‌کنندگان از القائات منفی و فشار اطرافیان سخن گفتند؛ مبنی بر اینکه زن و مرد حتماً باید پدر و مادر شوند؛ در غیر این صورت بهترین گزینه، جدایی از همسر به دلیل بی‌فایده بودن زندگی با مرد نابارور و یا از دست دادن زمان برای باردار شدن است (۳۵). از ناباروری به عنوان سومین عامل یا یکی از پنج عامل اول طلاق نام برده شده است (۶۴). اگرچه در زاغه‌نشین‌های بنگلادش، زنان برای درمان بیشتر از شفادهنده‌ها و عطاری‌ها استفاده می‌کنند؛ اما شایع‌ترین درمان برای مردان، ازدواج می‌باشد (۱۵). زنان در آسیا و آفریقا به ویژه در روستاها، ناباروری را تهدیدی برای زندگی زناشویی خود دانسته و از اینکه شوهرانشان آن‌ها را رها کنند، واهمه دارند و همین ترس از جدایی و ازدواج مجدد همسر، مهم‌ترین عامل و انگیزه برای درمان می‌باشد (۳۰،۵۲،۳۷). در بنگلادش و نیجریه، شایع‌ترین درمان برای مردان، ازدواج مجدد است (۱۵،۵۲،۶۲). البته در این مطالعات به نواحی با سطح اجتماعی اقتصادی پایین و فقیرنشین یا روستاها اشاره شده است که می‌تواند مطرح‌کننده عدم توان پرداخت هزینه‌های

وی باز نشود، پزشکان نمی‌توانند کاری از پیش ببرند (۳۰). در این راستا، Gerrits (۱۹۹۷) در مطالعه خود بیان نمود که در موزامبیک، اکثر زنان از درمانگران سنتی و فروشندگان گیاهان طبی کمک می‌طلبند. همچنین آن‌ها تمایل دارند ناباروری خود را به دلایل ماورایی مانند تسخیر به وسیله ارواح، جن‌زدگی و یا جادوگران نسبت دهند. در این کشور بیماران نابارور به درمانگران سنتی بیشتر از پزشکان رجوع می‌کنند و تفسیر زنان نابارور از دلایل ناباروری خود، بیشتر برخاسته از نظر و دیدگاه درمانگران سنتی است تا تیم پزشکی (۲۹). Greil (۲۰۱۰) نیز در مطالعات خود در آفریقای جنوبی و زیمباوه بیان داشته است که بسیاری از بیماران نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک اذعان نموده‌اند که قبل از رجوع به بیمارستان، یک درمانگر سنتی را ملاقات کرده‌اند (۱۵). همچنین Yebei (۲۰۰۰) گزارش نموده است که حتی پس از اینکه زنان غنایی به هلند مهاجرت می‌کنند، به دلیل مخارج بالای درمان‌های پزشکی، اغلب در جستجوی درمانگران دیگر مانند گیاه‌درمانان و دعانویسان برمی‌آیند. تلاش غیر معمول برای غلبه بر ناباروری در جامعه غنا براساس یک سیستم اجتماعی- مذهبی می‌باشد؛ به این معنا که زمانی که متخصصین پزشکی به درمان جسمی می‌پردازند، شفادهنده‌های مذهبی و سنتی نیز در جهت مراقبت‌هایی در بعد معنوی و اجتماعی به کمک طلبیده می‌شوند (۶۳). در مطالعه Sundbye (۱۹۹۷) ۳۶ درصد از زنان نابارور گامبیایی شرکت‌کننده در مطالعه به اماکن متبرکه یا مکان‌های مقدس مراجعه نموده بودند. همچنین در گامبیا، از جمله اقداماتی که افراد نابارور در راستای جستجوی کمک برای درمان خود انجام می‌دهند، مراجعه به مارابوت (مارابوت عنوانی است که در آفریقا به علمای دینی اطلاق می‌شود که از قرآن استفاده می‌کنند و افرادی روحانی و اهل نماز می‌باشند) و گیاه‌درمانان است. باورهای سنتی

موجود و همسو نمودن فرهنگ مادی با فرهنگ معنوی، نیاز به مشارکت همگانی در این امر محسوس می‌باشد. در غیر این صورت، استفاده از این روش‌ها تبدیل به تابویی می‌شود که سایه آن بر آرامش و یکپارچگی خانواده‌ها به عنوان واحدهای تشکیل‌دهنده جامعه سنگینی کرده و اثرات سوء آن نظیر عوارض اقتصادی و تبعات اجتماعی، اخلاقی، قانونی و حقوقی آن متوجه زوجین نابارور و بعضاً سایر افراد خانواده و جامعه خواهد شد. به نظر می‌رسد برای از بین بردن ترس و تردید نسبی زوجین نابارور می‌بایست آگاهی سایر گروه‌ها یعنی در قدم اول سایر ناباوران و در ادامه کلیت افراد جامعه را افزایش داد و با ایجاد یک پشتوانه فرهنگی در سطح جامعه، تردیدهای موجود را برطرف نمود تا بدون دغدغه‌های ناشی از فشارهای روانی-اجتماعی در این زمینه تصمیم‌گیری گردد (۶۵). حمایت مالی و عاطفی خانواده و تنها نگذاشتن افراد نابارور باعث می‌شود که این افراد راحت‌تر بتوانند با مشکل خود مقابله کرده و شرایط خود را بپذیرند (۶۶). در این راستا، هم‌اندیشی‌های صاحب‌نظران حوزه‌های مختلف دانش که به نوعی با امر ناباروری مرتبط هستند نیز می‌تواند نقش مؤثری را در تدوین برنامه‌هایی جهت شفاف‌سازی افکار عمومی نسبت به جنبه‌های مختلف به‌کارگیری این روش‌ها ایفا کند (۱۹). همچنین لازم است علاوه بر تیم مراقبتی ناباروری که ضمن استفاده از رویکرد مراقبت جامع‌نگر به تمام نیازهای فردی، روانی، اجتماعی و معنوی زوجین نابارور توجه دارد، از علمای دینی جهت تبیین و روشن کردن اصول فقه اسلامی بهره گرفته شود (۶۷). متخصصین امر در حوزه دین باید نسبت به برانگیختگی دینی در میان زوجین نابارور اقدام نمایند تا در کنار درمان‌های پزشکی از اثرات معنوی و روانی دین به شکل مطلوب استفاده گردد (۶۵). از بین عوامل فردی و اجتماعی که فرد را در برابر استرس آسیب‌پذیر می‌سازد، حمایت اجتماعی نقش

درمانی توسط این افراد و روی آوردن ناگزیر به ازدواج مجدد باشد. در مطالعه لطیف‌نژاد و همکاران (۲۰۱۹) اگرچه مردان نابارور تمایل بیشتری از زنان نابارور به همسرگزینی مجدد داشتند؛ اما به طور کلی چه در زنان و چه در مردان نابارور، روش‌های سنتی فرزندآوری بر همسرگزینی ترجیح داده می‌شوند (۱۹). در بنگلادش در محلات پرجمعیت و فقیرنشین، درمان ناباروری برای مردان ازدواج مجدد است؛ زیرا زنان مسئول ناباروری در نظر گرفته می‌شوند (۱۵). در ویتنام نیز برخی از مردانی که خود را مسئول ناباروری می‌دانند، تمایل به جدا شدن از همسر خود دارند تا شانس مادر شدن را به آن‌ها بدهند (۳۷). تمامی مفاهیم مطرح شده در این بخش یادآور این نکته می‌باشد که نیاز به داشتن دیدی جامع‌نگر در درک، ارزیابی و اداره زوجین نابارور احساس می‌شود (۳۹). شرط مراقبت جامع‌نگر نیز توجه به نیازهای فردی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی افراد می‌باشد (۴۲).

بحث

هدف از مطالعه حاضر، تعیین چالش‌های فرهنگی و اجتماعی ناباروری و روش‌های اهدایی کمک باروری بود. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، عمده‌ترین چالش‌های فرهنگی-اجتماعی پیش روی جوامع در رویارویی با ناباروری و درمان آن عبارت بودند از: نقش مادری یا پدری، تعصب، بقای نسل، پذیرش خانواده، انزوا، استیگما، حمایت قانونی، حمایت مالی، حمایت مددکاری، حمایت شغلی، حمایت رسانه‌ای، شریعت، توکل، تقدیر و مشیت، همسرگزینی و روش‌های سنتی فرزندآوری. انتخاب باروری اساساً تصمیمی است که توسط یک زوج نابارور اتخاذ می‌گردد؛ اما فرایند داشتن یک نوزاد از طریق روش‌های اهدایی کمک باروری در بطن جامعه و در ارتباط با آن صورت می‌گیرد (۶۵). اساساً برای خروج از تأخر فرهنگی

چالش‌های فرهنگی و اجتماعی متعددی مواجه هستند. در این راستا پیشنهاد می‌گردد با توجه به اهمیت ناباروری و مشکلات ناشی از روش‌های اهدایی کمک باروری، مطالعات کیفی عمیق‌تری به منظور شناسایی تمامی زوایای پنهان ناباروری انجام شود.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی نویسندگان انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

کلیه ملاحظات اخلاقی در انجام این پژوهش و ارائه نتایج آن توسط تیم پژوهش رعایت گردیده است.

تضاد منافع

نویسندگان اذعان می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل مطالب این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی نویسندگان مقالات استفاده شده در این مطالعه مروری، قدردانی می‌گردد.

تعیین‌کننده‌ای دارد (۶۸). Van den Akker (۲۰۰۲) نیز در کتاب خود با عنوان "راهنمای ناباروری، تشخیص، درمان و انتخاب" بر این نکته تأکید می‌کند که فقدان حمایت اجتماعی از رحم جایگزین براساس باور عامه مردم می‌تواند زمینه را برای آسیب‌پذیری‌های بعدی فراهم کند (۶۹). در این میان، نقش نهادهای دولتی برای حمایت اجتماعی به عنوان باوری قوی در بین زوجین نابارور، غیر قابل انکار بوده و سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی می‌بایست به این امر مهم در برنامه‌ریزی‌های کلان خود توجه نمایند (۶۵). تدوین راهنمای مشاوره‌ای جامع و در دسترس برای پاسخگویی به سؤالات طبی، قانونی و مذهبی زوجین داوطلب، قبل از انتخاب این روش درمانی ضروری می‌باشد (۷۰). لازم به ذکر است که در روند درمان و مشاوره، توجه به پیشینه فرهنگی- اجتماعی و دینی بیماران امری ضروری بوده و در این بین نقش رسانه‌های جمعی در فرهنگ‌سازی در سطح جامعه غیر قابل انکار می‌باشد (۶۵). یکی از محدودیت‌های این مطالعه، در دسترس نبودن برخی از مقالات به طور متن کامل بود.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج حاصل از این مطالعه مروری، افراد نابارور در زمینه استفاده از روش‌های اهدایی کمک باروری با

References

- Mohammadi M, Khalaj A.F F. Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them. Medical Journal Of Reproduction & Infertility. 2001;2(8):33-9 [Persian].
- Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Geneva: World Health Organization. 2002.
- Milanifar A, Akhondi MA, Behjati Ardekani Z, Abdolazadeh A. Issuing Birth Certificates and ID Cards for Newborns Following a Surrogate Birth and the Legal and Ethical Responsibilities of the Medical Team. J Reprod Infertil. 2008;9(1):82-88 [Persian].
- Direkvand Moghadam, A., Delpisheh, A., Sayehmiri, K. The Prevalence of Infertility in Iran, A Systematic Review. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013; 16(81): 1-7.
- Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. An Investigation of the worldwide prevalence of infertility as a systematic review. Qom Univ Med Sci J. 2016;10(1):76-87.
- M. Isikoglu, YS, KO, LD, AS-A. Public opinion regarding oocyte donation in Turkey: first data from a secular population among the Islamic world. Human Reproduction. 2006;21(1):318-23.
- Mohler-Kuo M, UZ, AD, Hohl MK, FG, Mutsch M. Attitudes of couples towards the destination of surplus

- embryos: results among couples with cryopreserved embryos in Switzerland. *Human Reproduction*. 2009; 24(8):1930-8.
8. Declercq E, Luke B, Belanoff C, Cabral H, Diop H, Gopal D, et al. Perinatal outcomes associated with assisted reproductive technology: the massachusetts outcomes study of assisted reproductive technologies (MOSART). *Fertil Steril* 2015; 103(4):888-95.
 9. Andrijasevic S, Dotlic J, Aksam S, Micic J, Terzic M. Impact of conception method on twin pregnancy course and outcome. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2014; 74(10):933-9.
 10. Dunietz GL, Holzman C, McKane P, Li C, Boulet SL, Todem D, et al. Assisted reproductive technology and the risk of preterm birth among primiparas. *Fertil Steril*. 2015; 103(4):974-9.
 11. Zare, O., Soleimani, F. Assisted Reproduction Technology and Perinatal Outcomes: A Review. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017; 20(supplement): 26-34.
 12. AKondi MM, Behjati.A Z, Arefi S, A HS, Arabi M. Familiarity with natural conception, IVF, and the need to replace the use of gametes in infertility treatment. *Paiesh*.2007;6(4):307-21[Persian].
 13. Zegers-Hochschild F, Schwarze J-E, Alam V. Infertility. *International Encyclopedia of Public Health*. 2008:576-87.
 14. Buster, J. The first live birth donation. *Society for Reproductive Medicine*.2008; 4(4), 23-28.
 15. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Social Health Illn*. 2010 Jan;32(1):140-62.
 16. Jafari H, LatifNejad roudsari R, Taghipour A, Khadem Ghaebi N, EbrahimZadeh S. Comparison of knowledge and attitude towards reproductive donation procedures between recipient and non-recipient infertile couples at Mashhad Infertility Center. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2015; 3 (2) :25-16
 17. Papaharitou S. Reproductive health and midwives: Does occupational status differentiate their attitudes on assisted reproduction technologies from those of the general population? . *Human Reproduction*. 2007;22(7) : 2033-2039
 18. Latifnejad Roudsari R, Allan H.T,Smith P.A.looking at infertility through the lens of religion and spiritualiyu:a review of the literature.*Human fertility*. 2007;10(3):141-149.
 19. Roudsari R L, Jafari H, Taghipour A. The relationship of sociocultural beliefs and infertile couples' attitude toward reproductive donation: A descriptive-correlational study. *IJRM*. 2019; 17 (5).
 20. Purewal, S., & van den Akker, O. British women's attitudes towards oocyte donation: Ethnic differences and altruism. *Patient Education and Counseling*, 2006; 64 (1-3), 43-49.
 21. Liu Y1, Cai L. Ethical issues of oocyte donation. *Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi*. 2017; 34(1):124-127.
 22. Covington SN, Hammer Burns L. *Infertility counseling: a comprehensive hand book for clinicians*. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2007. p.1-17, 175-180, 493-506
 23. Jafarzadeh MG. Assisted human reproduction techniques: necessities, achievements and the need. *J Reprod Infertil*. 2001;2(1):4-16[Persian].
 24. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Faghihi Imani Z, Ghashang N, Pato M. Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples. *J Reprod Infertil*. 2001;2(4):22-32 [Persian].
 25. Janelle L, DAG, Emre S. Third party reproduction and the aging couple. *Maturitas*. 2010;66:389-96.
 26. Abbasi Sh MJ,Asgari Kh. Asghar; Razeghi Nasrabad HB. Infertility and Female Infertility 's Lived Experiences:Case study in Tehran. *Journal Of Female Research*.2006;3(4):91-113[Persian].
 27. Mollaiy nezhad M, Jahanfar S, Jamshidi R. Infertility related stress and marital life in Iranian infertile women who referred to Isfahan infertility treatment clinic. *Medical Journal Of Reproduction & Infertility*. 2001;2(5):26-39 [Persian].
 28. Khodakarami N, Hashemi S, Seddigh S, Hamdiyeh M, Taheripanah R. Life Experience with Infertility; a Phenomenological Study *Medical Journal of Reproduction & Infertility* 2009;10(4):287-29 [Persian].
 29. Gerrits T. Social and cultural aspects of infertility in Mozambique. *Patient Educ Couns*. 1997;31(1):39-48.
 30. RazeghiT H.B.Socio-cultural aspect of infertility in Iran T MA Thesis in Demography , UT2005[Persian].
 31. Manoochehr M. *Medical Sociology*. 7 ed. Tehran: Tahouri; 1382 [Persian].
 32. Seybold D, A M. Choosing Therapies: A Senegalese woman's experience with infertility. *Health Care for women International*. 2002;23:540-9.
 33. Dhont N. Clinical, epidemiological and socio-cultural aspects of infertility in resource-poor settings. Evidence from Rwanda. *Facts, views & vision in ObGyn*. 2011;3(2):77.
 34. Enayat H, Dastranj M, Salmani F. A Survey of the factors associated with domestic discordances. *J Sociol Women*. 2011; 2(5):1-19.
 35. Karimi, F., Taghipour, A., Latifnejad Roudsari, R., Kimiaee, S., Mazloun, S., Amirian, M. Psycho - social effects of male infertility in Iranian women: a qualitative study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2016; 19(10): 20-32.
 36. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. *Epidemiology and psychosocial conse-*

- quences. *Dan Med Bull.* 2006 Nov;53(4):390-417.
37. Wiersema NJ, Drukker AJ, Dung MBT, Nhu GH, Nhu NT, et al. Consequences of infertility in developing countries: results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam. *Journal of Translational Medicine.* 2006;4(54):1-8.
 38. Balen Fv, Bos Hmw. The social and cultural consequences of being childless in poor-resource areas. *F, V & V IN OBGYN.* 2010:1-16.
 39. Latifnejad Rousari R, Allan H, Smith P. Discovering a stronger sense of self: The influence of religion and spirituality on emotional well-being of infertile women. In: *Religion and Psychology*. Evans M, Walker E, editors. Guildford, UK: Nova Science Publishers, Inc; 2009: 171-205.
 40. Younesi S. Stigma and infertility in Iran: Coping skills *Medical Journal of Reproduction & Infertility.* 2002;3(12):73-86 [Persian].
 41. Marcia C. Inhorn. Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt. *Social Science & Medicine* 56 (2003) 1837-1851.
 42. Latifnejad Rousari R, Allan H, Smith P. Navigating The Journey Of Infertility: Muslim Christian Infertile Women's Experiences. In: *Religion and Psychology*. Evans M, Walker E, editors. Guildford, UK: Nova Science Publishers, Inc; 2009: 208-241.
 43. A L. Peronace, BOIVIN J, SCHMIDT L. Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 6 April 2007;28(2):105-14
 44. Ghazi Tabatabaie M, Vedadhir AA. Surrogacy: Medicalization of Motherhood. *J Reprod Infertil.* 2008;9(2):144-164.
 45. Latifnejad Rousari R, Hadizadeh Talasaz F, Simbar S, Khadem Ghaebi N. Challenges of donor selection: the experiences of Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive donation procedures. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 16(88):1-13. (Persian).
 46. Zanjani KH, Mohammad MS, Mehriar A. Culture, development, Reproductive Health. 14 ed. Tehran: Boshra; 1389 [Persian].
 47. Boivin J, Bunting L, Collins J, Nygren K. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* 2007 march; 22(6): 1506-1512
 48. Hatami h, Razavi M, Majlesi F, Seied. N M. *Public Health.* Vol 3; 2 ed. Tehran: Arjmand; 1387 [Persian].
 49. Seifi Gh. Third Party Rights in Surrogate Mother Contracts. *J Reprod Infertil.* 2008;9(1):65-81 [Persian].
 50. Balen FV, Bos HMW. The social and cultural consequences of being childless in poor-resource areas. *F, V & V IN OBGYN.* 2010:1-16.
 51. Bagheri M. Factors that affected the infertile couples' acceptance of adoption. A Thesis presented for the Master Of Sciences Degree in Midwifery: School of Nursing & Midwifery of Mashhad; 2008.
 52. Sundby J. Infertility in the 'ambia: traditional and modern health care. *Patient Education and Counseling.* 1997;31:29-37.
 53. Shavazi, Razeghi Nasrabad HB, Ardakani bZ, Akhondi MM. [Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran]. *J Reprod Infertil.* 2006;7(2):139-148 [Persian].
 54. Chliaoutakis JE, Koukouli S, Papadakaki M. Using attitudinal indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and surrogacy. *Hum Reprod.* 2002;17(11):2995-3002.
 55. Soini S, et al. The interface between assisted reproductive technologies and genetics: technical, social, ethical and legal issues. *European Journal of Human Genetics.* 2006;14(588-645)
 56. Ghasemi N, Khalili M, Tayyebi N. Knowledge and Attitudes of Infertile Couples towards Embryo Donation Program: A Preliminary Report from Iran. *Ethics in Science and Technology.* 2007;5(1):89-96 [Persian].
 57. Zandi M, Vanaki Z, Shiva M, Mohammadi E. Experiences of commissioning mothers in selection of surrogate mother. *Evid Based Care* 2012; 2(3):7-21. (Persian).
 58. Taghiazad A. *Sociology culture.* 1, editor. Tehran: Amin; 1387 [Persian].
 59. Fahami F, Quchani SH, Ehsanpour S, Zargham A. Women's Lived Experiences of Female Infertility. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.* 2010;13(4):45-53 [Persian].
 60. Latifnejad R, Allan HT, Smith PA. Infertile women's Responses to Assisted Reproductive Technologies in a Religious Context: Voices of a Multi-Faith Population. 10th Congress on Reproductive Biomedicine; Tehran. Yakhteh; 2009.
 61. Khodayari Fard M, Naghi Faghihi A, Ghojari-Bonab B, Shokooi-Yekta M, Beh-Pajooch A, et al. Preparation and Standardization of the Religious Attitude Scale for University Students 2006 March 20th 2009]: Available from: <http://edupsy.ut.ac.ir/home.htm> [Persian].
 62. Araoye MO. Epidemiology of infertility: social problems of the infertile couples. *West Afr J Med.* 2003;22(2):190-6.
 63. Yebei VN. Unmet needs, beliefs and treatment-seeking for infertility among migrant Ghanaian women in the Netherlands. *Reproductive Health Matters.* 2000; 8(16):135-41.
 64. Alizadeh L, Merghati T, Samani RA. Combined donation of gametes and Surrogacy and parent –

- child' rights. *Medical Ethics and History Special Issue*. 1388:12-20 [Persian].
65. Jafari H. The association of religious and socio-cultural beliefs with infertile couples' attitudes towards donation procedures and its selection as a therapeutic approach to infertility. [Msc Thesis]. Iran. Nursing and Midwifery School of Mashhad University of Medical Sciences; 2006. (Persian).
 66. Martins MV, Peterson BD, Costa P, Costa ME, Lund R, Schmidt L. Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *J Soci Personal Relation*. 2013; 30(4):371-88.
 67. Latifnejad Roudsari, R., Jafari, H., Taghipour, A., Khadem, N., Ebrahimzdeh, S. The Association of Religious Beliefs in Infertile Couples' Attitude towards Donation Procedures and Its Selection as a Therapeutic Approach to Infertility. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013; 16(44): 1-10.
 68. Ezzati A, Nouri R, Hasani J. Structural relationship model between social support, coping strategies, stigma and depression in infertile Women in Tehran, Iran, 2010. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(45):20-8. [Persian].
 69. Van den Akker OB. *The complete guide to infertility:Diagnosis, treatment, options*. Free association books, UK. 2002:92-101.
 70. Jahani Shourab, N., Latifnejad Roudsari, R. A review of human rights, legal, ethical and religious aspects of Surrogacy in Iran with an emphasis on its counseling issues. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017; 19(40): 33-44.

Review Article

Socio-cultural Dimensions of Infertility and Assisted Reproductive Donation Techniques: A Review Study

Hamideh Jafari^{1,2}, Ali Taghipour^{3,4}, Maliheh Afiat⁵, Robab Latifnejad Roudsari^{6,7*}

¹ PhD Student of Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

³ Professor, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Professor, Department of Epidemiology, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁶ Professor, Nursing and Midwifery Care Research Centre, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁷ Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 28 October 2020

Accepted: 22 December 2020

Abstract

Introduction: The assisted reproductive donation technologies have increased the hope of pregnancy among infertile couples. However, a large part of the world's population does not accept such methods due to socio-cultural issues. In this regard, the identification of different socio-cultural dimensions can be helpful. This study aimed to determine the socio-cultural dimensions of infertility and assisted reproductive donation technologies

Materials and Methods: In this review study, detailed research was conducted on the Persian and English articles indexed in valid databases, including PubMed, Scopus, Google Scholar, and SID. The related articles from quantitative and qualitative research in this field were reviewed without time limitation. The search was performed using the following keywords in English and Persian: "Reproductive donation techniques", "Infertility", and "Socio-cultural aspects".

Results: According to the review of 49 studies, 16 components related to socio-cultural dimensions of infertility and assisted reproductive donation techniques were extracted. These components included childbearing methods (spouse selection and traditional methods), social acceptance (isolation, stigma, and family acceptance), social identity (maternal or paternal role, generation survival, and prejudice), religious acceptance (sharia, reliance, and destiny and fate), and finally social support (legal support, financial support, social worker support, job support, and media support).

Conclusion: Infertile people face many cultural and social challenges using assisted reproductive donation techniques.

Keywords: Assisted reproductive techniques, Infertility, Socio-cultural dimensions
