

نگرش زنان و مردان ساکن شهر شیراز نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک

شاپور فریدونی (Ph.D.)^۱، بنت‌الهدی فریدونی دشمن‌زیاری (M.Sc.)^۲، حمیده سلیمانی (M.A.)^۳

۱- گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران، گچساران، ایران

۲- گروه زیست‌شناسی، دانشکده علوم، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳- گروه آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اهدای تخمک، یکی از روش‌های درمانی برای زنان تحت درمان سرطان، زنان با تخمدان‌های نابالغ و نارسایی زودرس تخمدان، زنان پس از دوران یائسگی یا مبتلایان به بیماری‌های ژنتیکی جدی وابسته به جنس و اتوزومی می‌باشد. استفاده از تخمک اهدایی برای زنانی توصیه می‌شود که دارای رحم سالم با قابلیت نگهداری جنین می‌باشند. اما تخمدان‌های این افراد تخمک‌های مناسبی تولید نمی‌کنند. هدف از پژوهش حاضر، بررسی نگرش زنان و مردان نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک و عوامل مؤثر بر آن بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-همبستگی بوده است که در بهار سال ۱۳۸۷ در شهر شیراز انجام شد. نمونه‌های مورد بررسی، ۲۰۶ نفر (۱۰۲ زن و ۱۰۴ مرد) ساکن شهر شیراز اعم از مجرد و متأهل، با و بدون فرزند و بارور و نابارور بودند که با پر کردن پرسشنامه محقق ساخته، در این پژوهش شرکت کردند. پرسشنامه شامل مشخصات عمومی افراد، سئوالات مربوط به نگرش نسبت به اهدای تخمک و اعلام شرایطی که افراد در آن شرایط حاضر به درمان از طریق اهدای تخمک می‌باشند، بود. نتایج مطالعه با استفاده از آزمون χ^2 من-ویتنی و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این پژوهش مقدار $p < 0/01$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شده است.

نتایج: نتایج نشان داد که بین جنسیت و نگرش نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین میزان نگرش افراد نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک، به سطح تحصیلات بستگی داشت. در بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری از لحاظ وجود شرایط پزشکی و حاضر بودن به انجام این درمان گزارش شد ($p < 0/01$)؛ به نحوی که در صورت وجود علت زنانه برای ناباروری، زنان بیشتر از مردان حاضر به انجام این نوع درمان بودند و مردان بیشتر از زنان اظهار کردند که در هیچ شرایطی حاضر به انجام این نوع درمان نیستند. اما در موارد ناباروری به علت افزایش سن، داشتن کودک ناتوان یا وجود مشکلات ارثی در خانواده، تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به لزوم استفاده از روش درمانی تخمک اهدایی برای برخی از دلایل ناباروری و لزوم پذیرش این روش توسط هر دوی زوجین، مراکز درمانی باید با فراهم آوردن زمینه مشاوره مناسب جهت ارائه اطلاعات صحیح در خصوص نحوه انجام روش درمانی و مسائل حقوقی و شرعی فرا روی زوجین، آنها را در پذیرش یا رد این روش کمک نمایند.

کلید واژگان: اهدای تخمک، درمان ناباروری، ناباروری زنان، نارسایی زودرس تخمدان، یائسگی.

مسئول مکاتبه: دکتر شاپور فریدونی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی- واحد گچساران،

گچساران، ایران، کدپستی: ۷۵۸۱۸-۶۳۸۷۶

پست الکترونیک: shapour.fereydouni@gmail.com

دریافت: ۸۷/۷/۱۷ پذیرش: ۸۷/۱۲/۲۱

زمینه و هدف

از اواسط نیمه دوم قرن بیستم پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه فناوری‌های کمک باروری حاصل شده است. به منظور حل مشکل اشخاصی که به دلایل جسمی و یا ژنتیکی قدرت باروری ندارند، بر حسب نوع علت ناباروری روش‌های درمانی متعدد وجود دارد که در حال حاضر در اغلب کشورهای دنیا از جمله در ایران برای این زوجین قابل ارائه می‌باشد. یکی از این روشها، اهدای تخمک تحت شرایط خاص است. اولین گزارش موفقیت‌آمیز اهدای تخمک مربوط به سال ۱۹۸۴ است. از آن زمان تاکنون چندین هزار مورد تولد در جهان با این روش گزارش شده است (۱۰). با پیشرفت علم و استفاده از تکنیک‌های برتر، نخستین نوزاد آزمایشگاهی (لوئیس بروان) در لندن با تلاش Steptoe و همکاران به دنیا آمد (۱). استفاده از تخمک اهدایی امکان درمان ناباروری را در بسیاری از زوج‌هایی که به هر دلیل از داشتن فرزند محروم بوده‌اند فراهم نموده است (۲). اهدای تخمک یکی از روش‌های درمانی برای زنانی است که تحت درمان سرطان بوده، در دوره پس از یائسگی قرار دارند یا خانم‌های دارای تخمدان‌های نابالغ یا دچار بیماری‌های ژنتیکی جدی وابسته به جنس و اتوزومی می‌باشند که در این گونه موارد استفاده از این روش برای زنانی توصیه می‌شود که دارای رحم سالم با قابلیت نگهداری جنین هستند اما تخمدان‌های ایشان تخمک مناسبی تولید نمی‌کند (۳). این نقص همچنین ممکن است ناشی از عدم وجود تخمدان، نارسایی زودرس تخمدان یا سن بالای زن باشد (۴). همچنین در مواردی که تخمدانها بر اثر معالجه سرطان (به سبب شیمی‌درمانی یا پرتو درمانی)، اندومترئوز یا عفونت لگنی، توانایی خود را در تولید تخمک سالم از دست می‌دهند، زن می‌تواند داوطلب دریافت تخمک باشد (۵،۶). شایان ذکر است که در صورت ابتلای مادر به بیماری ژنتیکی، احتمال انتقال بیماری به کودک وجود

دارد و در اینگونه موارد نیز می‌توان به منظور پیشگیری از ابتلای کودک، از تخمک اهدایی استفاده نمود (۷). همچنین اهداء کننده باید دارای شرایط سنی خاصی باشد؛ ترجیحاً باروری وی قبلاً ثابت شده باشد و تیم درمانی با بررسی‌های لازم، از سلامت وی اطمینان حاصل کرده باشند. دلیل شرط سنی اهداء کننده تخمک این است که زنان جوان به داروهای هورمونی تجویز شده در طول درمان پاسخ بهتری می‌دهند و تخمک‌های سالم و بیشتری دارند. همچنین امکان بروز اختلالات ژنتیکی، کمتر و درصد موفقیت بارداری آنها بیشتر است (۸-۱۰).

عباسی شوازی و همکاران، دیدگاه زنان نابارور در مورد اهداء گامت را در یک مطالعه موردی در شهر تهران در دو مرکز درمانی ابن‌سینا و مراکز بهداشتی-درمانی شهید بهشتی بررسی کردند. نتایج نشان داد که تمام پاسخ‌گویان در مرکز درمانی ابن‌سینا، با اهداء تخمک آشنایی داشتند و آن را یک اقدام پزشکی و روش درمانی مانند سایر روشها می‌دانستند. همچنین اعتقادات مذهبی آنها بر پذیرش این شیوه درمان تأثیری نداشت؛ در حالیکه سایر پاسخ‌گویان، در زمینه اهداء تخمک و جنین و نظر علمای مذهبی در این مورد، اطلاعات ناپذیری داشتند؛ اکثر آنها آن را حرام یا خلاف شرع می‌دانستند. در مجموع تمامی زنان نابارور، از اهداء شدن روش درمانی آنها و اینکه دیگران فرزند آنها را به عنوان فرزند بیولوژیکی نپذیرند، ترس و نگرانی داشتند (۱۱).

Inhorn طی مطالعات خود در مصر، به این نتیجه رسید که در کشورهای مسلمان، مذهب تأثیر زیادی بر انتخاب روش درمانی دارد و افراد نابارور، تلاش می‌کنند تا به فناوری‌های کمک باروری مطابق با دستورالعمل‌های مذهبی خود دسترسی یابند (۱۲). قانون اهدای جنین در ایران در سال ۱۳۸۲ در مجلس شورای اسلامی تصویب و آیین‌نامه اجرایی آن نیز در سال ۱۳۸۳، تصویب و

توسط ۱۵ زن و ۱۵ مرد و ده روز بعد، مجدداً توسط همان زنان و مردان تکمیل شد؛ پس از گردآوری داده‌ها با آزمون اسپیرمن، ضریب همبستگی ۰/۹۱ به دست آمد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گردید. برای مقایسه و تعیین رابطه بین متغیر جنس و سطح تحصیلات با وضعیت نگرش زنان و مردان نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک، روش‌های آماری مورد استفاده، آمار توصیفی، χ^2 ، من-ویتنی، کروسکال والیس بود و سطح معنی‌داری $p < 0/01$ در نظر گرفته شد.

نتایج

پرسشنامه‌ها بعد از جمع‌آوری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مشخصات عمومی افراد مورد مطالعه بر حسب جنس، داشتن یا نداشتن فرزند و سطح تحصیلات در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سنی زنان، $28/72 \pm 4/64$ سال و میانگین سنی مردان، $29/76 \pm 4/66$ سال بود. حداقل سن زنان، ۱۸ سال و حداکثر آن، ۳۹ سال، حداقل سن مردان، ۲۰ سال و حداکثر آن، ۳۹ سال بود. تمامی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، مسلمان و دارای مذهب شیعه بودند.

جدول ۱- مشخصات عمومی افراد مورد مطالعه ساکن شهر شیراز، ۱۳۸۷

گروه	زن (n=102)		مرد (n=104)	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
متاهل	۶۲	۶۰/۷۸	۶۳	۶۰/۵۸
مجرد	۴۰	۳۹/۲۲	۴۱	۳۹/۴۲
مطلقه	-	-	-	-
دارای فرزند	۴۸	۴۷/۰۵	۵۱	۴۹/۰۳
بدون فرزند	۵۴	۵۲/۹۵	۵۳	۵۰/۹۷
سطح تحصیلات				
زیر دیپلم	۱۹	۱۸/۶۳	۱۸	۱۷/۳۱
دیپلم	۲۶	۲۵/۴۹	۲۸	۲۶/۹۲
فوق دیپلم	۲۴	۲۳/۵۳	۲۱	۲۰/۱۹
لیسانس و بالاتر	۳۳	۳۲/۳۵	۳۷	۳۵/۵۸

ابلاغ شد؛ لذا زوجین نابارور با محدودیت قانونی برای استفاده از این روشها روبرو نمی‌باشند. با این حال، هنوز همه زوجین نابارور از این فناوری استفاده نمی‌کنند و عوامل فرهنگی و مذهبی، تأثیر زیادی در این تصمیم‌گیری دارد (۱۱).

با توجه به اینکه نگرش افراد در ارتباط با درمان از طریق اهدای تخمک، می‌تواند نقش به‌سزایی در انتخاب روش‌های کمک باروری ایفاء کند، این پژوهش با هدف بررسی نگرش زنان و مردان نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک در شهر شیراز انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-همبستگی و جامعه آماری آن، مجموعه زنان و مردان ساکن شهر شیراز در بهار سال ۱۳۸۷ بوده است. نمونه بررسی شده در این پژوهش، ۲۰۶ نفر (۱۰۲ زن و ۱۰۴ مرد مسلمان اهل تشیع) ساکن شهر شیراز اعم از مجرد و متأهل، با و بدون فرزند، بارور و نابارور بودند و با مراجعه به درب منزلشان بدون در نظر گرفتن معیار خاص وارد مطالعه شدند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده گردید. به پاسخ‌گویان در جهت محرمانه باقی‌ماندن اطلاعات، اطمینان داده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که پرسشنامه شامل سه قسمت بود؛ قسمت اول، مشخصات عمومی افراد تحت مطالعه، قسمت دوم سئوالات مربوط به نگرش افراد نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک و قسمت سوم، شرایطی که پاسخ‌دهندگان در آن شرایط حاضر به درمان از طریق اهدای تخمک بودند. برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوا و برای کسب اعتماد علمی، از روش آزمون - بازآزمون^۱ استفاده شد. ابتدا پرسشنامه

1- Test-Retest

جدول ۲- نگرش افراد نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک در زنان و مردان ساکن شیراز، ۱۳۸۷

گزینه	زن (n=102)		مرد (n=104)	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
تمایل به اطلاع دادن به دوستان و بستگان در صورت داشتن فرزند از روش اهدای تخمک	۹	۸/۸	۱۲	۱۱/۵
موافقت مذهب با روش اهدای تخمک برای درمان ناباروری	۱۰	۹/۸	۱۱	۱۰/۵
ترجیح دادن فرزند خواندگی به فرزند دار شدن از روش اهدای تخمک	۷	۶/۸	۹	۸/۶
اعتقاد به اینکه ناباروری یک مشکل زنانه است	۵	۴/۹	۶	۵/۷
اعتقاد به تأثیر ناباروری در روابط زناشویی	۷۵	۷۳/۵	۷۶	۷۳/۰
اعتقاد به اینکه اهدا کننده تخمک حق دارد فرزند را از آن خود بداند	۱۶	۱۵/۶	۱۹	۱۸/۲
موافقت کامل با ضرورت عدم اطلاع فرزند از روش تولدش به صورت اهدای تخمک	۶۰	۵۸/۸	۶۴	۶۱/۵
موافقت کامل با محرمانه ماندن درمان با روش اهدای تخمک بین زن، مرد و پزشک	۳۲	۳۱/۳	۴۰	۳۸/۴
موافقت کامل با امکان دوست داشتن فرزند حاصل از اهدای تخمک به اندازه فرزند ژنتیکی	۴۴	۴۳/۱	۴۵	۴۳/۲

من- ویتنی برای گروه‌های مستقل استفاده شد؛ نتایج این آزمون نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین نگرش زنان و مردان نسبت به این نوع درمان وجود ندارد ($p > 0/01$). همچنین افرادی که دارای سطح تحصیلات بالاتری بودند به طور معنی‌داری ($p < 0/01$) نگرش مثبت‌تری نسبت به این نوع درمان داشتند.

شرایطی که پاسخ‌دهندگان حاضر به درمان از طریق اهدای تخمک بودند، در جدول ۳ نشان داده شده است. در پاسخ برخی از سئوالات این جدول، بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری از لحاظ موافقت با درمان به روش اهدای تخمک در شرایط مختلف وجود داشت ($p < 0/01$)؛ به نحوی که در صورت وجود علت زنانه برای ناباروری زنان بیشتر از مردان حاضر به انجام این نوع درمان بودند و مردان بیشتر از زنان اظهار داشتند که تحت هیچ شرایطی حاضر به انجام این نوع درمان نیستند؛ اما در موارد ناباروری به علت افزایش سن، داشتن کودک ناتوان و وجود مشکلات ارثی در خانواده، بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/01$).

بحث

در پژوهش حاضر، سعی شد با استفاده از روش توصیفی- همبستگی، نگرش زنان و مردان نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک مشخص شود.

نگرش زنان و مردان نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک، در جدول ۲ نشان داده شده است. ۷۰٪ (۶۸/۶۳) زن و ۷۲٪ (۶۹/۲۴) مرد، پاسخ دادند که اگر فرزندی از طریق اهدای تخمک داشتند، به دوستان و بستگان خود نمی‌گفتند. همچنین ۱۰٪ (۹/۸۰) زن و ۱۱٪ (۱۰/۵۸) مرد، پاسخ دادند که اگر آنها به درمان از طریق اهدای تخمک نیاز داشته باشند، مذهب آنها از این درمان جلوگیری می‌کند. ۷٪ (۶/۸۷) زن و ۹٪ (۸/۶۶) مرد، پاسخ دادند که اگر فرزندی را بپذیرند، بهتر است تا اینکه از طریق اهدای تخمک فرزندی داشته باشند. ۸۸٪ (۸۶/۲۸) زن و ۸۵٪ (۸۱/۷۳) مرد، پاسخ دادند که ناباروری تنها یک مشکل زنانه نیست. ۷۵٪ (۷۳/۵۳) زن و ۷۶٪ (۷۳/۰۸) مرد، پاسخ دادند که اگر دارای فرزند نشوند، روی روابط زناشویی آنها تأثیر خواهد گذاشت. ۶۲٪ (۶۰/۷۹) زن و ۵۹٪ (۵۶/۷۳) مرد، پاسخ دادند که اهداء کننده تخمک، حق اینکه فرزند را از آن خود بداند، ندارد.

به منظور بررسی تفاوت نگرش زنان و مردان نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک، از آزمون

جدول ۳- شرایطی که پاسخ‌دهندگان حاضر به درمان از طریق اهدای تخمک بودند

شرایط	زن (n=102)		مرد (n=104)	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
ناباروری با علت زنانه	۷۰	۶۸/۶۳	۳۲	۳۰/۷۷
ناباروری به علت افزایش سن زنان	۵	۴/۹	۳	۲/۸۸
داشتن کودک ناتوان	۲	۱/۹۶	۶	۵/۷۷
وجود مشکلات ژنتیکی در خانواده	۴	۳/۹۲	۲	۱/۹۳
در هیچ شرایطی حاضر به انجام این نوع درمان نیستم.	۲۱	۲۰/۵۹	۶۱	۵۸/۶۵

در این پژوهش، تفاوت معنی‌داری بین جنسیت و نگرش در مورد درمان از طریق اهدای تخمک وجود ندارد، که با گزارش Lessor و همکاران و همچنین کاظم و همکاران، مغایرت دارد؛ چرا که در گزارش‌های آنها، مردان اطلاع بیشتری نسبت به زنان داشتند (۱۴، ۱۵). در مطالعه حاضر، ۱۰ (۹٪/۸۰) زن و ۱۱ (۱۰٪/۵۸) مرد، پاسخ دادند که مذهب از این نوع درمان جلوگیری می‌کند؛ اما بیشتر افراد، در خصوص اینکه مذهب آنها از این نوع درمان جلوگیری می‌کند یا نه، نظری نداشتند. گزارش شوازی و همکاران نیز نشان داد افرادی که اهدای گامت را غیر شرعی می‌دانستند، در مورد احکام مذهبی و قانونی بودن این روش اطلاع زیادی نداشتند (۱۱).

در ایران مذهب و دیدگاه‌های اسلامی، برای کسانی که به دنبال درمان ناباروری هستند، اهمیت ویژه‌ای دارد؛ در حقیقت، دانش پزشکی و مذهب، دو عامل اصلی و مهم در تصمیم‌گیری زوجین برای استفاده از شیوه‌های نوین باروری محسوب می‌شود (۱۶).

از برخی آیات قرآن کریم نیز می‌توان بر صحت این نظریه (صدق پدر و مادر و صاحبان تخمک و اسپرم)، استناد کرد. برخی از آیات می‌فرمایند که ملاک مادر بودن، حمل کودک است؛ بنابراین زنی که کودک را حمل کرده و سپس او را زاییده است، از دیدگاه شریعت، مادر این کودک می‌باشد. به عنوان نمونه، از آیه ۲ سوره مجادله که می‌فرماید: "مادرشان فقط زنانی هستند که آنها را زاییده‌اند"، چنین استنباط کرده‌اند که مادر کودک، همان زنی است که او را می‌زاید؛ در نتیجه زنی که او را حمل می‌کند، در شرع مادر او است و به صاحب تخمک بر نمی‌گردد؛ لذا این مسئله، بر نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر که ۶۲ (۶۰٪/۷۹) زن و ۵۹ (۵۶٪/۷۳) مرد، پاسخ دادند اهداء کننده تخمک هیچ حقی بر اینکه فرزند را از آن خود بدانند، ندارد، صحه می‌گذارد.

بیشتر زنان و مردان پاسخ دادند که اگر صاحب فرزند نشوند، این مسئله بر روی روابط زناشویی آنها تأثیر خواهد گذاشت. برای بیشتر افراد، فرزندان معنای زندگی هستند و بخش مهمی از هویت آنها را تشکیل می‌دهند؛ ناباروری تحول بسیار پر تنش برای زوجین و زندگی خانوادگی و زناشویی آنها به شمار آمده و مشکلات مهمی را در روابط زوجین به وجود می‌آورد. با مواجه شدن زوجین با ناباروری، مشکلات متعددی شامل مشکل در ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، مشکلات جنسی، تصمیم‌گیری، فرایند بهداشت عاطفی و هیجانی و حتی تحول روانشناختی در زوجین نابارور ایجاد می‌گردد (۱۷، ۱۸).

بیشتر افراد پاسخگو، بر این باور بودند که فرزند هیچگاه نباید بداند که تولدش از طریق اهدای تخمک بوده است. بیشتر افراد پاسخگو در مطالعه Skoog Svanberg و همکاران، بیان کردند که فرزند باید بداند که تولدش از طریق اهدای تخمک بوده است (۱۳)، که این نتایج مغایر با پژوهش حاضر می‌باشد؛ زیرا به طور کلی والدین اغلب از اینکه ممکن است فرزندان‌شان در خصوص نحوه تولد و اصل واقعیات آنها مطلع شوند، ترس و نگرانی دارند. در بررسی بولتون و همکاران در بریتانیا، معلوم شد که تنها ۳۲٪ از دریافت کنندگان تخمک، موافق اعلام روش درمانی خود برای فرزندان‌شان بوده‌اند (۱۹). نتایج پژوهش حاضر با مطالعه شوازی و همکاران، همسو و هم جهت می‌باشد (۱۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، نگرش افراد نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک، به سطح تحصیلات بستگی دارد؛ یعنی هرچه در سطح تحصیلات بیشتر می‌شود، نگرش افراد نیز مثبت‌تر می‌باشد. همچنین داشتن یا نداشتن فرزند یک عامل مداخله‌گر در انتخاب این نوع درمان می‌باشد، که در این پژوهش به آن پرداخته نشد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که تصمیم‌گیری در مورد استفاده از روش‌های درمانی، درک و نگرش جامعه، متأثر از سطح تحصیلات نسبت به استفاده از این فناوریها است؛ یافته‌های این پژوهش، حکایت از آن دارد که زنان و مردان نگرش دقیقی نسبت به درمان از طریق اهدای تخمک ندارند؛ بنابراین لازم است مسئولان، متخصصان و برنامه‌ریزان مرتبط با ناباروری، به آن توجه خاصی مبذول کنند. همچنین با توجه به اینکه ناباروری تأثیر منفی زیادی بر جنبه‌های مختلف زندگی زوجین دارد (۱۵)، ارائه اطلاعات و آموزش

در خصوص ناباروری و شیوه‌های درمان از طریق رسانه‌های جمعی، امری ضروری در جهت کمک به زوجین نابارور است. از آنجا که داشتن یا نداشتن فرزند یک عامل مداخله‌گر در انتخاب این نوع درمان می‌باشد و ما به آن نپرداختیم، پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر می‌کنیم.

References

- 1- Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet*. 1978;2(8085):366.
- 2- Klein J, Sauer MV. Oocyte donation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002;16(3):277-91. Review.
- 3- Lutjen P, Trounson A, Leeton J, Findlay J, Wood C, Renou P. The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*. 1984;307(5947):174-5.
- 4- Stolwijk AM, Zielhuis GA, Sauer MV, Hamilton CJ, Paulson RJ. The impact of the woman's age on the success of standard and donor in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 1997;67(4):702-10.
- 5- Coulam CB, Adamson SC, Annegers JF. Incidence of premature ovarian failure. *Obstet Gynecol*. 1986;67(4):604-6.
- 6- Coulam CB. Premature gonadal failure. *Fertil Steril*. 1982;38(6):645-55.
- 7- Rosenwaks Z. Donor eggs: their application in modern reproductive technologies. *Fertil Steril*. 1987;47(6):895-909.
- 8- Cohen MA, Lindheim SR, Sauer MV. Donor age is paramount to success in oocyte donation. *Hum Reprod*. 1999;14(11):2755-8.
- 9- Sauer MV, editor. Principles of oocyte and embryo donation. 1th ed. Vol. 5, Genetic aspects of donor selection. New York: Springer. 1998. 53 p.
- 10- Baird PA, Anderson TW, Newcombe HB, Lowry RB. Genetic disorders in children and young adults: a population study. *Am J Hum Genet*. 1988;42(5):677-93.
- 11- Abbasi Shavazi MJ, Razeghi Nasrabad HB, Behjati Ardakani Z, Akhondi MM. [Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran]. *J Reprod Infertil*. 2006;7(2):139-48. Persian.
- 12- Inhorn MC. Middle Eastern masculinities in the age of new reproductive technologies: male infertility and stigma in Egypt and Lebanon. *Med Anthropol Q*. 2004;18(2):162-82.
- 13- Svanberg AS, Lampic C, Bergh T, Lundkvist O. Public opinion regarding oocyte donation in Sweden. *Hum Reprod*. 2003;18(5):1107-14.
- 14- Kazem R, Thompson LA, Hamilton MP, Templeton A. Current attitudes towards egg donation among men and women. *Hum Reprod*. 1995;10(6):1543-8.
- 15- Lessor R, Reitz K, Balmaceda J, Asch R. A survey of public attitudes toward oocyte donation between sisters. *Hum Reprod*. 1990;5(7):889-92.
- 16- Sheibani S. [Whither Kinship? New assisted reproduction technology practices, Authoritative Knowledge and Relatedness case: studies from Iran]. *Payesh*. 2007;7(4):299-306. Persian.
- 17- Diamond R, Kezur D, Meyers M. Couple therapy for infertility. 1th ed. New York: Guilford Press; 1999. 237 p.
- 18- Chandra PS, Chaturvedi SK, Isaac MK. Marital life among infertile spouse, the wife's perspective and its implication in therapy. *Fam Ther*. 1991;18:145-54.
- 19- Golombok S, Fivush R. Gender development. 1th ed. New York: Cambridge University Press; 1994. 275 p.