



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

**Strategic Research on Social Problems**

E-ISSN: 3041-8623

Vol. 14(3), 1-28

Received: 19.11.2024 Accepted: 15.04.2025

#### Research Paper

### Sociological Explanation of the Relationship Quality of Infertile Couples Undergoing Donated IVF Treatment Based on Economic Support, Emphasizing the Mediating Role of Mental Health

**Heidar Zafari**

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

**Ali Asghar Mohajerani\*** 

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

**Seyyed Naser Hejazi**

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

#### Introduction

The family as the smallest and most fundamental social institution has played a crucial role in the creation and survival of society. It has consistently been the focus of scholars across various disciplines, including sociology. Relationships within the family are considered one of the most significant aspects of social interactions among individuals. The quality of relationships between couples is a key determinant of family health and influences society's expectations regarding family functioning (Taghizadeh Firouzjaei et al., 2017). One critical issue affecting family health is childbearing. Fertility rates in many countries worldwide have fallen below replacement levels due to widespread economic and social changes. Consequently, infertility has become a pressing social concern, leading to psychological distress among couples and, in some cases, dissolution of relationships. The World Health Organization has identified infertility as a major health issue (Hasanpoor-Azghady et al., 2019). Infertile couples often experience stress and depression, both individually and interdependently. This stress can manifest in various psychological problems, including depression, isolation, shame, and feeling of inadequacy, ultimately increasing the risk of divorce (Shakeri et al., 2006). While there is a general consensus that women's roles and identities should not be defined solely by their reproductive capabilities, in many societies, femininity is often associated with motherhood. This perception can be a significant means for women to elevate their status within the family and society (Hasanpoor-Azghady et al., 2019). To address infertility, many couples turn to assisted reproductive technologies. However, the high costs associated with diagnosing and treating infertility are the major factors influencing couples' decisions to pursue or abandon treatment. The lack of adequate financial support can impose considerable economic burdens on these individuals, compounding the stress associated with infertility. Infertility treatment is typically long-term and expensive. Couples must be prepared to face emotions, such as anger, fatigue, and the potential failure of various treatment methods. Some may feel insecure and lose their sense of privacy (Shakeri et al., 2006). Additionally, couples undergoing infertility treatment through donor IVF methods frequently encounter significant economic challenges. While assisted reproductive technologies like donor IVF can enhance the likelihood of pregnancy, they can also lead to substantial financial strain. These costs encompass both direct expenses related to the treatment process and indirect costs. Concerns about meeting treatment expenses can generate significant stress and anxiety, negatively impacting the quality of couples' relationships.

#### Materials & Methods

The research method employed in this study emphasized the

measurability of variables and the ability to estimate the intensity and direction of relationships between phenomena,

\*Corresponding author

Zafari, H., Mohajerani, A.A., & Hejazi, N. (2025). Sociological explanation of the relationship quality of infertile couples undergoing donated IVF treatment based on economic support, emphasizing the mediating role of mental health. *Strategic Research on Social Problems*, 14(3), 1-28. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.143438.2054>



3041-8623/ © University of Isfahan

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



<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.143438.2054>

classifying it within quantitative methods. This study was cross-sectional, meaning it was conducted at a single point in time without plans for replication after a certain period. In terms of the unit of analysis, the research operated at the micro level, focusing specifically on family units (husband and wife). Data collection was carried out through a survey study, which fell under non-experimental methods. The statistical population consisted of all infertile couples seeking assistance from infertility centers in Isfahan. This included both men and women, who visited the Isfahan Fertility and Infertility Center and the Pooyesh Fertility Center during the years 1401 and 1402 and underwent treatment. These two centers are the primary facilities in Isfahan Province dedicated to addressing couples' infertility. The sample size was determined using SPSS Sample Power software. To achieve a statistical power of at least 80%, a confidence level of at least 95%, and the ability to detect an effect size of 0.05, a minimum sample size of 140 units was established. Ultimately, 147 individuals were included in the analysis to test the hypotheses. Data collection was conducted through individual, face-to-face interviews, each lasting between 30 and 45min. Convenience sampling was employed and data collection occurred between September and March 1402. The research variables included the quality of relationships, which comprised 2 dimensions: the quality of family relationships and the quality of social relationships, serving as the dependent variable. Financial support was identified as the independent variable, while mental health acted as the mediating variable. Standardized questionnaires were used for data collection. The quality of family relationships was operationally defined using the Rust-Golombok questionnaire (Rust & Golombok, 1985), which consisted of 28 items. Factor analysis indicated that this questionnaire represented a single-factor construct. Half of the items were positively oriented (agreement indicated more favorable family

relationships), while the other half were negatively oriented (agreement indicated less favorable family relationships).

#### Discussion of Results & Conclusion

This study demonstrated that economic support, including access to medical facilities and financial assistance, could alleviate the economic and psychological pressures faced by infertile couples, thereby enhancing the quality of their family relationships. These findings aligned with Murdoch's theory, which posited that economic support could help mitigate disruptions in family functioning. The results indicated that both institutional and non-institutional economic support could effectively moderate these disruptions. This is consistent with Giddens' theory, which suggests that social and economic support can prevent disturbances in family dynamics and improve the psychological and social well-being of families. Overall, the findings of this study revealed that mental health played a significant mediating role between economic support—both institutional and non-institutional—and the quality of family and social relationships among infertile couples undergoing donor IVF treatment. This indicated that economic support contributed to the improvement of family and social relationships by positively influencing mental health. These results underscored the necessity for comprehensive support programs in the field of infertility that addressed not only financial aspects, but also the mental health of individuals. Consequently, it is essential for policymakers and healthcare providers to prioritize economic support. By positively impacting the mental health of infertile couples, such support can lead to significant improvements in the quality of their family and social relationships.

**Keywords:** Relationship Quality, Economic Support, Donor IVF, Infertile Couples, Mental Health.

پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی  
سال چهاردهم، شماره پیاپی (۵۰)، شماره سوم، ۱۴۰۴، ص ۱-۲۸  
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

#### مقاله پژوهشی

## تبیین جامعه‌شناختی کیفیت روابط زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی بر مبنای حمایت‌های اقتصادی با تأکید بر نقش میانجی سلامت روانی

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

zafari.heidar@yahoo.com

علی اصغر مهاجرانی \*، استادیار، گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

mohajerani@iau.ac.ir

سیدناصر حجازی، استادیار، گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

hejazinaser@yahoo.com

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر، تبیین کیفیت روابط اجتماعی و خانوادگی زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی بر مبنای حمایت‌های اقتصادی نهادی و غیرنهادی با تأکید بر نقش میانجی سلامت روانی بود. روش پژوهش کاربردی و از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، تمامی زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر اصفهان بود. حجم نمونه برای سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون حداقل ۸۰ درصد برابر با ۱۴۷ نفر تعیین شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد در بازه زمانی شهریور تا اسفند ۱۴۰۲ انجام شد. کیفیت روابط خانوادگی، کیفیت روابط اجتماعی و سلامت روانی به ترتیب با استفاده از پرسش‌نامه‌های گلوبوک-راست (1985)، پیرس و همکاران (1991)، مقیاس گلدبرگ (1972) سنجش شد. همچنین، متغیر حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی با استفاده از مقیاس محقق‌ساخته عملیاتی شد. داده‌ها با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی و با استفاده از نرم‌افزار SmartPLS4 تحلیل شد. براساس نتایج پژوهش، سلامت روانی عمومی در تأثیر حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط خانوادگی اثر میانجی کامل داشت. اثر میانجی کامل سلامت روانی عمومی در تأثیر حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط اجتماعی نیز تأیید شد. اثر مستقیم حمایت نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط در هر دو مدل با حضور متغیر میانجی سلامت روانی عمومی تصادفی و غیرمعنادار به دست آمد. این نتیجه بیانگر آن است که حمایت اقتصادی، مستقیماً بر کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی تأثیر نمی‌گذارد، بلکه از طریق بهبود سلامت روانی تأثیر خود را اعمال می‌کند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت روابط، حمایت اقتصادی، IVF اهدایی، زوج‌های نابارور، سلامت روانی

\*نویسنده مسئول

ظفری، حیدر، مهاجرانی، علی‌اصغر و حجازی، سید ناصر. (۱۴۰۴). تبیین جامعه‌شناختی کیفیت روابط زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی بر مبنای حمایت‌های اقتصادی با تأکید بر نقش میانجی سلامت روانی. پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، ۱۴ (۳)، ۱-۲۸.

<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.143438.2054>



## مقدمه و بیان مسئله

خانواده به عنوان کوچک‌ترین و بنیادی‌ترین نهاد اجتماعی، بزرگ‌ترین نقش را در ایجاد و بقای جامعه ایفا کرده و همواره توجه اندیشمندان علوم مختلف، از جمله جامعه‌شناسی را به خود جلب کرده است. روابط درون خانواده به عنوان یکی از موارد مهم در بررسی روابط اجتماعی میان افراد به شمار می‌رود. چگونگی روابط بین زوجین، عاملی تعیین‌کننده در سلامت خانواده و انتظار جامعه از کارکرد خانواده محسوب می‌شود (تقی‌زاده فیروزجایی و همکاران، ۱۳۹۶). از جمله موضوعات مهم برای سلامت خانواده، موضوع فرزندآوری است. نرخ باروری در بسیاری از کشورهای جهان به دلیل تغییرات اقتصادی، اجتماعی گسترده به زیر سطح جانشینی کاهش یافته است. کشورهای پیشرفته صنعتی باروری پایین را تجربه کرده‌اند؛ اما امروزه، این مسئله تنها به کشورهای توسعه‌یافته مربوط نیست، بلکه تقریباً نیمی از جمعیت جهان در کشورهای با باروری پایین و زیر سطح جانشینی زندگی می‌کنند.

ناباروری به عنوان یک چالش جهانی بر ۸ تا ۱۲ درصد از زوجها تأثیر می‌گذارد و پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی گسترده‌ای به همراه دارد. براساس گزارش‌ها، از تمام زوجها نابارور، ۴۰ تا ۵۰ درصد به دلیل عوامل مرتبط با زنان، ۳۰ تا ۴۰ درصد به دلیل عوامل مرتبط با مردان، ۲۰ درصد به دلیل عوامل مرتبط زن و مرد و تقریباً ۱۵ درصد از آنها به دلایل ناشناخته نابارور تشخیص داده شده‌اند (Şahiner & Boz, 2022). در کشورهای در حال توسعه از هر چهار زوج، یک زوج نابارور هستند (Ebrahimzadeh-Zagami et al., 2021). شیوع ناباروری در میان زنان و مردان مناطق مختلف ایران نیز از ۱۷/۳ تا ۲۵ درصد گزارش شده است (Ebrahimzadeh-Zagami et al., 2021).

معضل ناباروری در دنیای امروز به یک دغدغه اجتماعی تبدیل شده است که منجر به عدم تعادل روانی بین زوجین و گاه قطع رابطه آنها با هم می‌شود. سازمان بهداشت جهانی، ناباروری را به عنوان یک مشکل عمده سلامت معرفی کرده

است (Hasanpoor-Azghady et al., 2019). زوجین نابارور، تنش ناشی از افسردگی را به صورت فردی و نیز به صورت وابسته به یکدیگر تجربه می‌کنند. چنین تنش‌هایی می‌تواند منجر به مسائل روحی-روانی مختلف از جمله افسردگی، انزوا، شرم‌ساری و بی‌کفایتی شود و در نهایت زمینه طلاق را فراهم آورد (شاکری و همکاران، ۱۳۸۵).

در حالی که در این مورد توافق کلی وجود دارد که نقش و جایگاه زنان نباید تنها براساس ظرفیت باروری آنها تعریف شود، در بسیاری از جوامع، احساس زنانگی از طریق مادربودن درک می‌شود که بیشتر، تنها ابزار زنان برای ارتقای جایگاه خود در خانواده و جامعه است (Hasanpoor-Azghady et al., 2019). برای حل مشکل ناباروری، بسیاری از زوجها به روش‌های درمانی کمک‌باروری رجوع می‌کنند. این روش‌ها نیز غالباً فشار روانی زیادی را بر زن وارد می‌سازند؛ برای مثال، با آنکه لقاح خارج رحمی (IVF<sup>۱</sup>) توانسته بر تعدادی از موانع بر سر راه باروری فائق آید و روزه‌های امید بسیاری را برای زوجها نابارور بگشاید، اما خود مشکلاتی را نیز به دنبال داشته است. مطالعات متعدد به اختلال روان‌شناختی توأم با انجام لقاح خارج رحمی توجه کرده‌اند و معتقدند انجام روش‌های مختلف درمان ناباروری ممکن است سبب ایجاد علائم اضطراب و افسردگی در ۵۰-۱۰ درصد از زنان شود. بیماران تحت درمان با IVF نگران بوده و در سیکل‌های درمانی منجر به شکست، بیشتر دچار افسردگی می‌شوند (شاکری و همکاران، ۱۳۸۵). این چالش‌ها در خصوص زوجهاایی که به دنبال داشتن فرزند از طریق روش‌های اهدایی هستند با شدت بیشتری دیده می‌شود و به این زوجها نه تنها از سوی جامعه، بلکه از سوی خانواده، اقوام و دوستان خود تعصب زیادی وجود دارد.

در کشورهای در حال توسعه، طرد شدن خانواده و فشارهای اجتماعی از جمله عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری درباره جست‌وجوی روش درمانی است و انتخاب درمان تحت تأثیر شدید اعضای خانواده انجام می‌شود؛ به عبارت دیگر، تصمیم‌گیری درباره استفاده از روش‌های باروری اهدایی برای

<sup>1</sup> In Vitro Fertilization

و غیرسازمانی است. همچنین، هرچه زوج‌ها از سلامت روانی بالاتری برخوردار باشند، احتمالاً بهتر می‌توانند با چالش‌های مسئله ناباروری و درمان آن مواجه شوند و آنها را مدیریت کنند. مطالعه پیشینه موضوع نشان می‌دهد که برخی از پژوهش‌های داخلی (خان‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱؛ هاشمی‌خواه و همکاران، ۱۴۰۱؛ روشنایی و همکاران، ۱۴۰۰) به موضوع کیفیت روابط زوج‌های نابارور تحت درمان پرداخته‌اند. همچنین پژوهش‌های دیگری (زارعان و غفاری، ۱۴۰۰؛ جعفری و همکاران، ۱۳۹۹؛ گوهرشاهی و همکاران، ۱۳۹۹؛ بایرامی و همکاران، ۱۳۹۷؛ وداده‌یر و همکاران، ۱۳۹۵؛ ایزدیار و همکاران، ۱۳۹۳) تجربه‌ها و چالش‌های زنان و مردان نابارور تحت درمان روش‌های IVF اهدایی را بررسی کرده‌اند و در برخی از این پژوهش‌ها (بایرامی و همکاران، ۱۳۹۷؛ جعفری و همکاران، ۱۳۹۹)، بر چالش‌های مالی و نقش مهم حمایت‌های مالی به‌عنوان یکی از نیازهای زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی تأکید کرده‌اند. باوجود مطالعات متعددی که در زمینه ناباروری و پیامدهای روانی و اجتماعی آن انجام شده است، پژوهش‌های کمی به‌طور مشخص تأثیر حمایت‌های مالی را بر کیفیت روابط زوج‌های نابارور بررسی کرده‌اند؛ علاوه‌براین، درک دقیق‌تر از چگونگی ارتباط میان سلامت روانی و پایداری روابط زوجین تحت درمان‌های کمک‌باروری، می‌تواند به سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و اجتماعی مؤثرتر منجر شود؛ بنابراین، این پژوهش در تلاش است تا با بررسی جامع این ابعاد، شکاف پژوهشی موجود را پر کند و راهکارهایی برای بهبود کیفیت زندگی زوج‌های نابارور ارائه دهد.

اصفهان به‌عنوان یکی از کلان‌شهرهای ایران و از قطب‌های مهم فرهنگی، اقتصادی و درمانی کشور، از ویژگی‌های منحصربه‌فردی برخوردار است. این شهر به دلیل وجود مراکز درمانی پیشرفته ازجمله مراکز تخصصی درمان ناباروری به یکی از مقاصد اصلی زوج‌های نابارور برای دریافت خدمات درمانی تبدیل شده است؛ درنتیجه، اصفهان نمونه‌ای مناسب برای مطالعه چالش‌های مرتبط با درمان‌های کمک‌باروری، به‌ویژه IVF اهدایی محسوب می‌شود. جمعیت درخور توجه شهر اصفهان و ترکیب متنوع آن از نظر سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و نگرش‌های فرهنگی، بستری مناسب برای انجام

زوج‌ها فرایندی پیچیده و دشوار است که ارزش‌ها و باورهای آنها را به چالش می‌کشد. اتخاذ این تصمیم، فرایندی اجتماعی و تعاملی پیچیده است که متأثر از عوامل مختلف فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، روانی و اخلاقی قرار دارد و متأثر از تعاملات زوج‌ها با یکدیگر و با خانواده، دوستان، کارکنان بهداشتی و درمانی، افراد کلیدی و مردم است (Hadizadeh-  
Talasaz et al., 2019).

هزینه‌های بالای تشخیص و درمان ناباروری یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری زوج‌ها برای ادامه درمان یا انصراف از آن است. نبود حمایت‌های مالی کافی، می‌تواند فشارهای اقتصادی درخور توجهی را به این افراد تحمیل کرده و استرس ناشی از ناباروری را دوچندان کند. درمان ناباروری، درازمدت و هزینه‌بر است. باید زوج را آماده کرد تا با خشم، خستگی و گاهی شکست روش‌های مختلف درمانی کنار بیایند. در برخی زوج‌ها احساس ناامنی و از بین رفتن حریم خصوصی ایجاد می‌شود (شاکری و همکاران، ۱۳۸۵). همچنین، ازجمله مسائل مهم دیگری که زوج‌های تحت درمان ناباروری با روش‌های IVF اهدایی با آن درگیر هستند، مسائل اقتصادی است. روش‌های کمک باروری مانند IVF اهدایی، باوجود افزایش امید و شانس بارداری می‌تواند مشکلات مالی درخور توجهی را برای زوج‌ها به همراه داشته باشد. این هزینه‌ها، هزینه‌های مستقیم مرتبط با فرایند درمان و همچنین هزینه‌های غیرمستقیم را شامل می‌شود. نگرانی از بابت تأمین هزینه‌های درمان می‌تواند استرس و اضطراب درخور توجهی را برای زوج‌ها ایجاد کند و بر کیفیت روابط آنها تأثیر منفی بگذارد. مرور پیشینه موضوع نشان می‌دهد نتایج برخی از پژوهش‌ها (Dyer & Patel, 2012; Jafarzadeh-Kenarsari et al., 2006a; Wiersema et al., 2015)، هزینه‌های بالای تشخیص و درمان ناباروری را به‌عنوان یکی از مشکلات جدی مؤثر بر روابط زوج‌های نابارور معرفی کرده‌اند و پژوهش‌های دیگری نیز بر لزوم حمایت‌های مالی و اهمیت آن (Anderson et al., 2017; Jung & Kim, 2009) برای بهبود روابط این زوج‌ها تأکید کرده‌اند؛ بنابراین، به نظر می‌رسد یکی از عوامل کاهنده استرس و بهبوددهنده روابط بین این زوج‌ها حمایت‌های مالی سازمانی

پژوهش‌های جامعه‌شناختی فراهم می‌کند. این ویژگی باعث می‌شود تا نتایج پژوهش قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشند و یافته‌های آن بتوانند در سیاست‌گذاری‌های کلان استفاده شوند. باتوجه به شرایط ویژه شهر اصفهان و همچنین شکاف تحقیقاتی موجود، پژوهش حاضر با هدف اصلی تبیین جامعه‌شناختی کیفیت روابط (خانوادگی و اجتماعی) زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی بر مبنای حمایت‌های اقتصادی با تأکید بر نقش میانجی سلامت روانی انجام شد.

### بنیان‌های نظری

بنیان‌های نظری تأثیرپذیری کیفیت روابط اجتماعی و خانوادگی و همچنین سلامت روانی از حمایت‌های اقتصادی سازمانی و غیرسازمانی را می‌توان در سه حوزه نظری ردیابی کرد. اولین و مهم‌ترین آن به نظریه‌های کلاسیک و فراحوزه‌ای جامعه‌شناختی مربوط می‌شود که به‌ویژه در تنوری‌های ساختی-کارکردی، کنش متقابل نمادی و تضاد یا کشمکش منعکس شده است. در مرتبه دوم اهمیت می‌توان به حوزه نظری تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی سلامت (جسمانی و روانی) پرداخت که در آنها نیز حمایت‌های اقتصادی و پیامدهای آن در حوزه سلامت روانی و اجتماعی توجه نظریه‌پردازان را به خود جلب کرده است و در وهله سوم باید به تنوری‌های مرتبط با حمایت اجتماعی اشاره کرد که در تعریف آن حمایت‌های اقتصادی همواره به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی آن تعریف شده و نقش آن در بهبود شرایط روان‌شناختی و اجتماعی گروه‌های اجتماعی و به‌ویژه نهاد خانواده تحلیل شده است.

در میان جامعه‌شناسان کلاسیک، نظریه حمایت اجتماعی و اقتصادی به نظریه انسجام اجتماعی دورکیم<sup>۱</sup> برمی‌گردد. دورکیم در مطالعه خود درباره خودکشی (۱۴۰۲) به این نتیجه دست یافت که پیوندهای نزدیک اجتماعی نقش مهمی در کاهش نرخ‌های خودکشی دارد. او دریافت که همراه با صنعتی‌شدن جوامع، همبستگی اجتماعی ضعیف می‌شود و به موازات آن با تشدید مهاجرت روستاییان به شهرها، پیوندهای خانوادگی،

ارتباط با کلیسا و گردهمایی‌های بزرگ انسانی از هم فرو می‌پاشد؛ به عبارت دیگر، دورکیم صنعتی‌شدن، کاهش حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش سلامت روان و اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی و درنهایت خودکشی را پدیده‌هایی در پیوند با یکدیگر تلقی می‌کرد. بر مبنای تئوری همبستگی اجتماعی دورکیم انتظار می‌رود که حمایت‌های اقتصادی نهادی و غیرنهادی به زوجین نابارور تحت درمان IVF اهدایی بتواند از فشارهای ناشی از انزوای اجتماعی در جامعه‌ای روبه صنعتی‌شدن بکاهد و زوجین خود را تنها و درگیر در مسئله پدیدآمده برای خود ندانند. چنین وضعیتی بر شرایط روانی (سلامت عمومی روانی) و اجتماعی (کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی) تأثیر مثبت می‌گذارد و از فشارهای زندگی در جامعه صنعتی می‌کاهد.

براساس نظریه ساختی-کارکردی (گیدنز، ۱۴۰۲) وقتی زوجین نابارور ناتوان از فرزندآوری هستند، خانواده به‌لحاظ کارکردی دچار اختلال می‌شود، به نحوی که نه تنها به دلیل فقدان فرایند اجتماعی‌کردن کودک، خانواده با نقصان روبه‌روست، بلکه به دلیل ارتباط نظام‌مند کارکردها با یکدیگر، حفظ شخصیت بزرگسالان نیز دچار اختلال کارکردی می‌شود. درواقع اختلال دوم عامل مهم‌تری به‌لحاظ پیامدهای رفتاری آن است. زوجین ناباروری که به سمت درمان و حل مشکل حرکت می‌کنند، از این دیدگاه درواقع به دنبال رفع اختلال کارکردی خانواده در رابطه با اجتماعی‌کردن کودکان و حفظ شخصیت بزرگسالان هستند. اختلال ایجادشده در کارکردهای نهاد خانواده در اثر فقدان فرزند می‌تواند به‌وسیله حمایت‌های اقتصادی نهادی و غیرنهادی تعدیل شود.

براساس نظریه پیتیر مرداک (1955) از پیشگامان در نظریه‌پردازی درباره خانواده و خویشاوندی، می‌توان چنین نتیجه گرفت که ناتوانی زوجین نابارور در فرزندآوری سه کارکرد کلیدی خانواده را به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم مختل می‌کند؛ هرچند می‌تواند بر سایر کارکردها نیز اثرگذار باشد. در وهله اول و به‌طور مستقیم ناباروری زوجین، کارکرد زادوولد

<sup>1</sup> Durkheim

ناعادلانه اقتدار یا مشروعیت است. نظریه تضاد بر نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی تمرکز دارد و در زمینه ناباروری به شکاف‌های طبقاتی و نابرابری دسترسی به منابع و خدمات مرتبط با درمان ناباروری توجه می‌کند. افراد و خانواده‌های مرفه‌تر ممکن است به درمان‌های پیشرفته‌ای مانند IVF (لقاح آزمایشگاهی)، تخمک اهدایی، رحم جایگزین و دیگر روش‌های پرهزینه دسترسی داشته باشند؛ درحالی‌که افراد با درآمد پایین‌تر ممکن است از این امکانات محروم باشند. این نابرابری در دسترسی به درمان ناباروری می‌تواند به تقویت شکاف‌های اقتصادی و اجتماعی در جامعه منجر شود. به‌علاوه، این نظریه به ساختارهای اقتصادی و نحوه‌ای را بررسی می‌کند که نظام‌های سلامت عمومی و خصوصی بر افراد تأثیر می‌گذارند. در کشورهایی که سیستم بهداشت عمومی هزینه‌های ناباروری را پوشش نمی‌دهد، افراد طبقات پایین‌تر ممکن است به دلیل محدودیت مالی از درمان ناباروری صرف‌نظر کنند. در چنین وضعیتی است که به‌ویژه قوانین از طریق سازمان‌های رسمی می‌توانند برای لایه‌های پایینی گروه‌های اجتماعی در میان زوجین نابارور نقشی اساسی در کاهش فشارهای مادی و بهبود شرایط روانی و اجتماعی خانواده بردارند.

بخش مهمی از ادبیات نظری جامعه‌شناختی مربوط به حمایت اقتصادی و پیامدهای فردی (در اینجا سلامت روانی عمومی) و اجتماعی (در اینجا کیفیت روابط اجتماعی و خانوادگی) آن ذیل موضوع عام‌تر حمایت اجتماعی و سلامت نتایج آن طرح شده است. معمول‌ترین تعاریف نظری و عملیاتی برای حمایت اجتماعی شامل بُعد حمایت اقتصادی، حمایت ملموس، حمایت وسیله‌ای/ابزاری یا حمایت مادی است؛ برای نمونه، در تعریف شربون و استوارت<sup>۱</sup> (1991) حمایت ملموس را در کنار ابعاد دیگری از حمایت اجتماعی شامل حمایت هیجانی و حمایت اطلاعاتی ذکر کرده است. در تعریف کوهن و هوبرمن<sup>۲</sup> (1983) از حمایت اجتماعی و ابعاد آن نیز، حمایت وسیله‌ای شامل حمایت‌های مالی و پولی است و در کنار دو بُعد دیگر شامل حمایت اطلاعاتی و احساسی قرار می‌گیرد.

را مختل می‌کند. اختلال این کارکرد به‌نوبه خود منجر به اختلال در کارکردهای تربیت و محافظت از کودکان و اجتماعی‌کردن فرزندان می‌شود. چنین وضعیتی تا آنجا اهمیت دارد که هویت خانواده می‌تواند در اثر چنین اختلال‌هایی در کارکردهایش با مخاطره مواجه شود. به‌ویژه چنانچه این اختلال کارکردی بر برقراری پیوندهای عاطفی نیز تأثیر منفی بگذارد، وضعیت بسیار بغرنج و پیچیده می‌شود. تاجایی که می‌تواند به فروپاشی خانواده بینجامد (فربد، ۱۳۷۸: ۱۴۵-۱۴۷). حمایت‌های اقتصادی در شکل نهادی و قانونی و غیرنهادی و فامیلی یکی از متغیرهای تأثیرگذاری است که می‌تواند در تعدیل این اختلال کارکردی نقش بازی کند. منظور از حمایت‌های نهادی، کمک‌هایی ازجمله تأمین مالی درمان‌های ناباروری، ارائه تسهیلات بیمه‌ای، یارانه‌های درمانی، تسهیلات بانکی یا وام‌های کم‌بهره برای هزینه‌های درمان است که از سوی دولت، سازمان‌های رسمی، بیمه‌های درمانی و سایر نهادهای اجتماعی ارائه می‌شود. درمقابل، حمایت‌های غیرنهادی و فامیلی عمدتاً از سوی خانواده، بستگان، دوستان و شبکه‌های اجتماعی نزدیک زوجین ارائه می‌شود؛ بنابراین، حمایت‌های نهادی معمولاً رسمی و سازمان‌یافته‌اند، درحالی‌که حمایت‌های غیرنهادی بیشتر بر روابط شخصی و خانوادگی استوارند.

از نظر کنش‌گرایان (کنش متقابل نمادی)، ایفای نقش‌های خانوادگی و سایر نقش‌ها در جهت معنابخشی به زندگی و برقراری تعامل با دیگران ضروری است (اکبری و دنبایی، ۱۳۹۵: ۸۵). خانواده نهادی است که نقش‌های مادری، پدری، همسری و فرزنددی درون آن تعریف شده است و فقدان هریک از آنها به نقصی در این نهاد منجر خواهد شد و آن را از حالت کامل خارج خواهد کرد. حمایت‌های اقتصادی نهادی و غیرنهادی در جهت به نتیجه‌رسیدن درمان ناباروری با IVF اهدایی می‌تواند نقص مربوط به نقش‌های فرزنددی و مادری را در نهاد خانواده مرتفع کند یا افق‌های روشنی برای زوجین نابارور در این راه بگشاید.

جان‌مایه نظریه تضاد در خانواده برگرفته از منافع آشکار و پنهان خانواده، وجود نظام قشربندی یا نابرابری و توزیع

<sup>2</sup> Cohen & Hoberman<sup>1</sup> Sherbourne & Stewart

در این باره نقش حمایت‌های اقتصادی به عنوان یکی از ابعاد اصلی حمایت اجتماعی بهبود سلامت روان و روابط اجتماعی زوجین نابارور است.

همچنین در حوزه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، آدریان بونر (۱۳۹۹) با رویکردی میان‌رشته‌ای به موضوع نابرابری‌های اجتماعی و بهزیستی روانی و اجتماعی پرداخته است. کوکرین (۱۳۷۶) نیز در اثر ارزشمند خود با عنوان مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی به این نتیجه رسیده است که جامعه‌شناسان سلامتی/بیماری روانی را بیشتر دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی (در مقایسه با ابعاد زیست‌شناختی و روان‌شناختی) می‌دانند؛ بر این مبنا سازه‌های جامعه‌شناختی نظیر حمایت‌های نهادی و غیرنهادی اقتصادی و اجتماعی نقش کلیدی در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامتی ایفا می‌کنند.

### پیشینه پژوهش

از آنجاکه پیگیری درمان ناباروری از طریق روش‌های کمک‌باروری، هزینه بسیاری را بر زوج‌های نابارور تحمیل می‌کند، یکی از مسائل مهمی که این زوج‌ها با آن درگیر هستند، تأمین مخارج درمان ناباروری است. مطالعات نشان می‌دهد، زوج‌های نابارور به انواع حمایت‌ها از سوی خانواده‌ها، دوستان و همچنین جامعه نیازمندند که یکی از این حمایت‌ها، حمایت اقتصادی است. اهمیت دریافت حمایت اقتصادی از سوی زوج‌های نابارور در مطالعات تجربی گذشته بررسی و تأیید شده است. در ادامه، این پژوهش‌ها مرور می‌شود.

آریا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهش خود به مطالعه خدمات و حمایت‌های دردسترس مرتبط با توان‌بخشی برای زنان نابارور در اتیوپی پرداختند. نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها با روش تحلیل مضمون بر اهمیت حمایت‌های مالی برای درمان ناباروری تأکید کرده است. از دیگر حمایت‌های تأکیدشده در این پژوهش ارائه حمایت‌های روانی-اجتماعی، افزایش آگاهی در جامعه و ایجاد گروه‌های خودیاری بود. لای<sup>۲</sup>

و همکاران (۲۰۲۱) درباره اهمیت کمک‌های مالی به خانواده‌های نابارور در جست‌وجوی درمان در ایالات متحده نشان داده‌اند که در ایالت‌هایی که کمک‌های بیمه‌ای کمتری در اختیار زنان نابارور قرار می‌دهند، کمک‌های مالی کمتری (براساس نرخ سرانه) توسط کمپین‌ها جمع‌آوری می‌شود. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در ایالت‌هایی که بیمه‌های اجباری برای ناباروری وجود دارد، کاهش بار مالی ناشی از آن به‌طور معناداری موثرتر از ایالت‌هایی بوده است که این نوع از بیمه‌ها اجباری نبوده است. این نتایج می‌توانند قوانین مربوط به سیاست‌های سلامت آینده را در سطوح ایالتی و فدرال برای کمک به بار مالی ناباروری اصلاح کنند؛ به عبارت دیگر، در این پژوهش بر اصلاح حمایت‌های سازمانی به زوجین نابارور با هدف بهبود شرایط اجتماعی این گروه از افراد تأکید شده است. نیاجی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۰) در مروری نظام‌مند با هدف

کلی مقایسه بار مالی مرتبط با مراقبت‌ها و درمان ناشی از ناباروری رابطه آن را با شاخص‌های اقتصادی در دو گروه کشورهای با درآمد پایین و درآمد متوسط تحلیل کرده‌اند. در این مطالعه دو هدف ویژه به این شرح دنبال شده است: اول، ارزیابی میزان بار مالی تحمیل‌شده به افراد یا زوج‌ها یا خانواده‌هایی که به دنبال خدمات درمان ناباروری در کشورهای با درآمد پایین و متوسط هستند؛ دوم، بررسی ارتباط بار مالی ناشی از درمان ناباروری و مراقبت‌های بهداشتی با شاخص‌های کلان اقتصادی نظیر تولید ناخالص داخلی/درآمد سرانه. در این مطالعه بر مفهوم هزینه سلامت فاجعه‌بار<sup>۴</sup> تأکید شده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین هزینه‌های درمان و مراقبت‌های بهداشتی مرتبط با آن با زمینه سیستم بهداشت و درمان کشور همبستگی قوی وجود دارد و کشورهایی که از درآمد سرانه و تولید ناخالص داخلی بیشتری برخوردار بوده‌اند، حمایت‌های مالی بیشتری را در این باره به انجام رسانده‌اند؛ به نحوی که هزینه سلامت در کشورهای با درآمد متوسط کمتر در وضعیت هزینه سلامت فاجعه‌بار قرار می‌گیرد. پایین آمدن این نوع هزینه

<sup>4</sup> Catastrophic Health Expenditure

<sup>1</sup> Araya

<sup>2</sup> Lai

<sup>3</sup> Njagi

(فاجعه‌بار) بر کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی زوجین نابارور تأثیر می‌گذارد؛ براین اساس، می‌توان گفت که انتظار نمی‌رود که در ایران این هزینه‌ها با صفت فاجعه‌بار توصیف شود، اما به‌ویژه برای طبقات پایین جامعه این موضوع فاجعه‌بار قلمداد می‌شود؛ به عبارت دیگر، هرچه تعلق طبقاتی زوجین نابارور به طبقات پایین‌تر از متوسط قوی‌تر شود، اهمیت حمایت‌های اقتصادی سازمانی و غیرسازمانی حائز اهمیت بیشتر می‌شود.

نتایج پژوهش جانگ و کیم<sup>۱</sup> (2017) نیز بر اهمیت حمایت اقتصادی جامعه از زوج‌های نابارور به عنوان عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی زنان نابارور تحت درمان در کره جنوبی تأکید کرده است. جعفرزاده خوانساری و همکاران (2015) با روش کیفی نیازهای حمایتی زوج‌های نابارور ایرانی را مطالعه کرده‌اند. نتایج این پژوهش نشان داد که هزینه‌های هنگفت تشخیص و درمان ناباروری، ماهیت طولانی و تکرارشونده این فرایندها و محدودیت‌های مالی بیماران از جمله نگرانی‌های جدی زوج‌های نابارور است. بیشتر زوج‌های مطالعه‌شده، هزینه‌های هنگفت و مشکلات مالی خود را دلیل تأخیر در درمان یا قطع احتمالی روش‌های درمانی در صورت شکست تلاش‌های اولیه برشمردند. بر تقاضای حمایت مالی از خانواده و آشنایان، شرکت‌های بیمه و همچنین همکاری مقامات دولتی و نهادهای غیردولتی توسط زوج‌های نابارور مطالعه‌شده در این پژوهش بارها تأکید شده است. براساس نتایج پژوهش، زوج‌های نابارور علاوه بر نیازهای درمانی و پزشکی با چالش‌های مختلفی در جنبه‌های مختلف عاطفی، روانی اجتماعی، ارتباطی، شناختی، معنوی و اقتصادی مواجه هستند که می‌تواند بر زمینه‌های مختلف زندگی آنها را تأثیر بگذارد و منجر به نگرانی‌ها، مشکلات و خواسته‌های جدیدی شود. این پژوهش تأکید کرده است که حمایت اقتصادی یکی از نیازهای مهم زوج‌های نابارور به‌شمار می‌رود. این نوع از حمایت‌ها نه تنها بر سلامت روانی زوجین نابارور اثرگذار است، بلکه بر روابط اجتماعی آنها در درون و بیرون از خانواده تأثیر می‌گذارد.

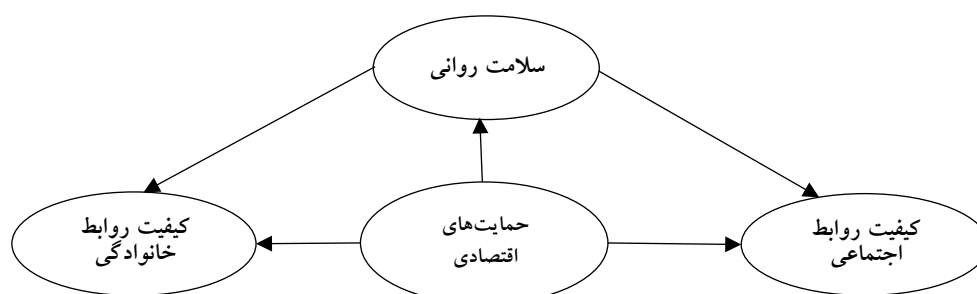
پژوهش دیر و پتل<sup>۲</sup> (2012) با مرور سیستماتیک مطالعات انجام‌شده در کشورهای در حال توسعه به این نتیجه دست یافتند که برای زن و شوهرهایی که کمک مالی از سازمان‌ها دریافت نمی‌کنند، درمان ناباروری با خطر درخور توجهی از هزینه‌های فاجعه‌بار، حتی برای مداخلات غیرمؤثر، همراه است. پیامدهای اقتصادی منفی در این باره بسیار عمیق است که به علت‌های مختلف از جمله از دست دادن دسترسی به کار و حمایت از کودکان، طلاق و همچنین قوانین عرفی یا نگرش‌های منفی علیه افراد نابارور رخ می‌دهد. این پیامدها برای زنان در مقایسه با مردان قوی‌تر و ناگوارتر است؛ به این ترتیب، چنانچه کمک‌های مالی سازمانی و قوانین مرتبط با آن به زوجین نابارور تقویت شود، می‌توان اثرات مثبت آن را در بهبود سلامت روانی این گروه و همچنین بهبود کیفیت روابط اجتماعی آنها مشاهده کرد. پژوهش اندرسون<sup>۳</sup> و همکاران (2009) نشان داده است که خانواده‌های دارای بیمه درمان خصوصی در ایالات متحده، بیشتر برای درمان ناباروری اقدام می‌کنند. نتایج پژوهش انجام‌شده توسط ویرسماء<sup>۴</sup> و همکاران (2006a) در جنوب ویتنام تأکید کرده است که مشکلات اقتصادی ناشی از درمان‌های کمک‌باروری نظیر IVF بر زندگی زوجها و استرس آنها تأثیر می‌گذارد؛ به عبارت دیگر، عدم حمایت‌های اقتصادی از زوجین نابارور می‌تواند بر سلامت روانی این افراد تأثیر منفی بگذارد. از جمله پژوهش‌های داخلی مرتبط با موضوع می‌توان به این موارد اشاره کرد: بیرانوند و همکاران (۱۴۰۳) با مرور تأثیرات ناباروری بر زندگی زوجین و پیامدهای منفی روانی، اجتماعی و اقتصادی برای آنها، سیاست‌ها و برنامه‌های حمایتی ممکن دولت را برای کمک به زوج‌های نابارور در مواجهه با ناباروری بررسی کرده‌اند. یکی از موارد تشریح‌شده در این پژوهش، انواع کمک‌های مالی نهادی برای ارائه به زوجین نابارور است. پژوهش خان‌آبادی و همکاران (۱۴۰۱) مضامین اجتماعی مرتبط با کیفیت زناشویی زوج‌های نابارور را در شهر یزد مطالعه کرده و امکانات اقتصادی جامعه را به عنوان یکی از مضامین اصلی اجتماعی این زوجها شناسایی کردند. جعفری و همکاران

<sup>3</sup> Anderson<sup>4</sup> Wiersema<sup>1</sup> Jung & Kim<sup>2</sup> Dyer & Patel

(۱۳۹۹) نیز در پژوهشی با هدف مطالعه ابعاد فرهنگی و اجتماعی ناباروری و روش‌های اهدایی کمک‌باروری، حمایت اجتماعی (حمایت قانونی، حمایت مالی، حمایت مددکاری، حمایت شغلی و حمایت رسانه‌ای) را به‌عنوان یکی از مسائل زوج‌های نابارور مطرح کرده‌اند. در پژوهشی دیگر، بایرامی و همکاران (۱۳۹۷) با مطالعه درک مردان از بارداری حاصل از لقاح آزمایشگاهی بر مشکلات اقتصادی به‌عنوان یکی از نگرانی‌های مردانی تأکید کرده‌اند که همسران آنها با روش لقاح آزمایشگاهی باردار شده بودند.

لازم به ذکر است، بخش مهمی از پژوهش مرتبط با تأثیر حمایت‌های اقتصادی بر سلامت روانی و کیفیت روابط اجتماعی زیرمجموعه پژوهش‌هایی قرار می‌گیرد که درباره حمایت اجتماعی به انجام رسیده‌اند. حمایت‌های اجتماعی بیشتر به‌عنوان حمایت‌های اجتماعی مادی (اقتصادی)/ غیرمادی (فرهنگی، اجتماعی و رسانه‌ای) و همچنین حمایت‌های ملموس (شامل حمایت‌های اقتصادی) و ناملموس (مشمول بر فرهنگی و اجتماعی و رسانه‌ای) طبقه‌بندی شده است؛ برای نمونه، ابراهیمی‌پرگو و همکاران (۱۳۹۲) در فراتحلیل خود بر تأثیر حمایت‌های اجتماعی (مشمول بر حمایت‌های اقتصادی) بر سلامت روان تأکید کرده‌اند. این فراتحلیل بر روی ۱۶ پژوهش موردی به انجام رسیده است و نشان داده است که بین حمایت اجتماعی مشتمل بر حمایت‌های اقتصادی و سلامت روابط، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ براین‌اساس می‌توان گفت که هرچه حمایت اقتصادی از افراد بیشتر باشد، با ثابت

فرض کردن سایر شرایط انتظار می‌رود که آنها از سلامت روان بالاتری برخوردار باشند. همچنین در نتایج پژوهش تأکید شده است که سیستم‌های حمایتی از وضعیت‌های استرس‌زا می‌کاهد. مرور پژوهش‌های گذشته مرتبط با موضوع نشان می‌دهد، پژوهش‌هایی که در ارتباط با اهمیت حمایت‌های اقتصادی به زوجین نابارور به انجام رسیده‌اند، تأثیر مستقیم این نوع از کمک‌ها را بر شرایط روحی و روانی زوجین نابارور و همچنین کیفیت روابط اجتماعی یا کیفیت زندگی آنان را به‌طور کلی تحلیل و بر آنها تأکید کرده‌اند. در این پژوهش‌ها بر اهمیت حمایت‌های مالی از زوج‌های نابارور تحت‌درمان تأکید شده است، اما هیچ‌یک از این پژوهش‌ها به‌طور مشخص تأثیر حمایت‌های اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط زوج‌های نابارور را در قالب مدلی کمی تحلیل نکرده‌اند. این پژوهش همچنین نقش میانجی سلامت روانی را در بهبود روابط زوج‌ها بررسی می‌کند. این دیدگاه که سلامت روانی می‌تواند به‌عنوان عامل میانجی در تأثیر حمایت‌های مالی بر کیفیت روابط زوج‌ها عمل کند، به تحقیقات پیشین در این زمینه افزوده و به ارائه مدل‌های پیچیده‌تر در این حوزه کمک می‌کند؛ علاوه‌برآن، انتخاب اصفهان، که یکی از قطب‌های مهم درمان ناباروری در ایران به‌شمار می‌رود، به‌عنوان جامعه هدف بستر مناسبی برای مطالعه این مسئله خاص به‌شمار می‌رود. با توجه به مبانی نظری و پیشینه تجربی، مدل مفهومی پژوهش به‌صورت شکل زیر ارائه می‌شود.



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش

Fig 1- Conceptual model of the research

## فرضیه‌های پژوهش

باتوجه به پیشینه تجربی و مدل مفهومی پژوهش، فرضیه‌ها به صورت جهت‌دار یا یک‌سویه صورت‌بندی شدند. فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر است:

فرضیه اول: سلامت عمومی روانی بین متغیر برونزای حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی و متغیر درونزای کیفیت روابط خانوادگی در بین زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی، نقش میانجی کامل دارد؛

فرضیه دوم: سلامت عمومی روانی بین متغیر برونزای حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی و متغیر درونزای کیفیت روابط اجتماعی در بین زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی، نقش میانجی کامل دارد.

تأکید بر نقش میانجی کامل به معنای آن است که تأثیر حمایت‌های اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط اجتماعی و خانوادگی زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی به طور کامل از طریق سلامت روانی عمومی انتقال پیدا می‌کند و اثر مستقیم بین آنها با حضور متغیر میانجی تصادفی و غیرمعنادار خواهد شد. همچنین لازم به توضیح است که حمایت اقتصادی نهادی شامل حمایت از طرف بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، بیمه تکمیلی، سازمان‌های غیردولتی، بانک‌ها و محل کار می‌شود. همچنین حمایت اقتصادی غیرنهادی شامل حمایت از طرف خانواده پاسخ‌گو، خانواده همسر پاسخ‌گو و دوستان و آشنایان می‌شود.

## روش‌شناسی پژوهش

روش تحقیق پژوهش حاضر با تأکید بر سنجش‌پذیر بودن

متغیرها و قابلیت‌برآورد شدت و جهت روابط بین پدیده‌ها در ذیل روش‌های کمی قرار می‌گیرد. به لحاظ معیار زمان، این پژوهش از نوع مقطعی (در مقابل تحقیق طولی) است و انتظار نمی‌رود که پس از مدت‌زمان مشخصی این تحقیق دوباره تکرار شود. به لحاظ واحد تحلیل، مطالعه حاضر در سطح خرد (در مقایسه با واحدهای میانه و کلان) بوده و داده‌های لازم در سطح خانواده (زن و شوهر) گردآوری شده است؛ در نهایت، به لحاظ روش گردآوری اطلاعات و کنترل میدانی متغیرها، تحقیق حاضر از نوع مطالعات پیمایشی است که در ذیل روش‌های غیرآزمایشی طبقه‌بندی می‌شود. جامعه آماری پژوهش، تمامی زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر اصفهان بود.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان و مردان ناباروری است که طی سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ به مرکز باروری و ناباروری اصفهان و مرکز باروری پویش مراجعه کرده و فرایند درمان را طی می‌کنند. دو مرکز ذکرشده مراکز اصلی در استان اصفهان هستند که در زمینه درمان ناباروری زوجین فعالیت می‌کنند. آمار مراجعین به این مراکز طی سال‌های مدنظر به شرح جدول (۱) است؛ براین اساس، در مجموع ۸۹۲۴ نفر طی دو سال برای درمان ناباروری به دو مرکز باروری و ناباروری اصفهان و مرکز باروری پویش مراجعه کرده‌اند که از میان آنها ۷۸۹۸ نفر در مسیر درمان از طریق IVF و ISCI بوده‌اند. آمار دو گروه ذکرشده به تفکیک موجود نبوده است. در هر حال، در این گروه زوجینی که فرایند درمان با روش IVF را طی می‌کنند، جزء جامعه آماری پژوهش حاضر بوده‌اند که آمار دقیقی آنها در دسترس نبوده است.

جدول ۱- مراجعین به مرکز باروری و ناباروری اصفهان و مرکز باروری پویش

Table 1- Referrals to Isfahan fertility and infertility center and pooyesh fertility center

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

(1972) سنجش شد که از عمومی‌ترین ابزارها برای سنجش سلامت عمومی است. فرم کوتاه این مقیاس با ۱۲ آیتم از دو خرده‌مقیاس سلامت روان مثبت و نشانه‌های اختلال روانی تشکیل شده است. هریک از خرده‌مقیاس‌ها ۶ آیتم را به خود اختصاص داده‌اند. هر آیتم با چهار گزینه‌ی اصلاً، در حد معمول، بیشتر از حد معمول و خیلی بیشتر از حد معمول سنجش شد؛ در نهایت، متغیر حمایت اقتصادی سازمانی و غیرسازمانی براساس ۸ معرف شامل ۵ معرف برای حمایت اقتصادی از طرف سازمان‌های دولتی و غیردولتی و ۳ معرف از طرف مراجع غیرسازمانی شامل خانواده، دوستان و آشنایان عملیاتی شد. سه متغیر سلامت روانی عمومی، کیفیت روابط اجتماعی و کیفیت روابط خانوادگی بر مبنای مدل انعکاسی و حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر مبنای مدل ساختی اندازه‌گیری شدند. شرح کامل مقیاس‌های استفاده‌شده در پیوست مقاله آورده شده است.

به منظور ارزیابی اعتبار یا روایی ابزارهای اندازه‌گیری انعکاسی از تکنیک اعتبار عاملی و برای ابزارهای اندازه‌گیری ساختی از اعتبار صوری استفاده شده است. نتایج نشان داد که ابزارهایی که مناسب برای این تکنیک بوده‌اند، همگی از اعتبار عاملی برخوردار هستند. بررسی پایایی متغیرهای پژوهش نشان داد که کلیه مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های انعکاسی از سازگاری درونی و بنابراین ضریب آلفای کرونباخ بالایی برخوردارند؛ به نحوی که بیشتر آنها دارای ضرایب بیشتر از ۰/۹۰ یا نزدیک به آن را به دست آورده‌اند. نتایج تحلیل روایی و پایایی مقیاس‌ها در مطالعه‌ی مقدماتی با ۳۰ نمونه در جدول (۲) ارائه شد. این تحقیق بر مبنای فرضیه‌های تدوین‌شده، از تکنیک مدل‌سازی معادله ساختاری به منظور تبیین کیفیت روابط خانوادگی، روابط اجتماعی، سلامت روانی و حمایت‌های اقتصادی بهره برد.

برآورد حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار SPSS Sample Power انجام شد. براساس محاسبات مربوط به حجم نمونه، برای رسیدن به توان آماری حداقل ۸۰ درصد، سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد و قدرت تشخیص اندازه اثر به کوچکی ۰/۰۵، حداقل برابر با ۱۴۰ واحد نمونه مشخص شد؛ در نهایت، ۱۴۷ نفر برای تحلیل نتایج و آزمون فرضیه‌ها مطالعه شدند. گردآوری داده‌ها به صورت مصاحبه‌ی انفرادی و رودرو به انجام رسیده است. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامیده است. نمونه‌گیری به شیوه‌ی در دسترس بوده است. گردآوری داده‌ها در فاصله‌ی زمانی شهریور تا اسفندماه ۱۴۰۲ به انجام رسیده است. متغیرهای پژوهش شامل کیفیت روابط مشتمل بر دو بُعد کیفیت روابط خانوادگی و کیفیت روابط اجتماعی به عنوان متغیر وابسته، حمایت‌های مالی به عنوان متغیر مستقل و سلامت روانی به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های استاندارد استفاده شد. کیفیت روابط خانوادگی با استفاده از پرسش‌نامه گلوبوک-راست (1985) تعریف عملیاتی شد (Rust & Golombok, 1985). این پرسش‌نامه دارای ۲۸ آیتم است و تحلیل عاملی انجام‌شده بر روی آن نشان می‌دهد که سازه‌ای تک‌عاملی است. نیمی از آیتم‌ها دارای جهت‌گیری مثبت (موافقت با آنها به معنای روابط خانوادگی مطلوب‌تر است) و نیمی از آیتم‌ها دارای جهت‌گیری منفی (موافقت با آنها با معنای روابط خانوادگی نامطلوب‌تر است) هستند. این مقیاس با استفاده از طیف چهارگزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم) سنجش شد. برای اندازه‌گیری کیفیت روابط اجتماعی از مقیاس پیرس و همکاران (1991) استفاده شد (Pierce et al., 1991). این مقیاس از ۲۵ آیتم متشکل از سه خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی، تعارض بین‌فردی و عمق روابط تشکیل شده است. طیف پاسخ‌ها برای این مقیاس شامل گزینه‌های هیچ، کم، متوسط و زیاد بود.

متغیر سلامت روانی، با استفاده از مقیاس گلدبرگ<sup>۱</sup>

<sup>1</sup> Goldberg

**جدول ۲-** شاخص‌های ارزیابی مدل‌های عاملی و ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های انعکاسی براساس داده‌های مطالعه مقدماتی

**Table 2-** Factor model evaluation indices and Cronbach's alpha coefficients for reflective scales based on pilot study data

| ردیف | مقیاس                      | گروه      | متوسط واریانس<br>استخراج شده<br>AVE | میانگین میزان‌های<br>اشتراک<br>Communalities | آلفای کرونباخ |
|------|----------------------------|-----------|-------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|
| ۱    | مقیاس کیفیت روابط خانوادگی | زن و شوهر | ٪ ۷۰/۹۷                             | ۰/۷۱                                         | ۰/۸۵۶         |
| ۲    |                            | والدین    | ٪ ۷۳/۰۱                             | ۰/۷۳                                         | ۰/۹۶۰         |
| ۳    | مقیاس کیفیت روابط اجتماعی  | دوستان    | ٪ ۸۲/۵۳                             | ۰/۸۲                                         | ۰/۹۶۱         |
| ۴    |                            | سایرین    | ٪ ۶۸/۴۲                             | ۰/۶۸                                         | ۰/۹۷۸         |
| ۵    | مقیاس سلامت روانی          | پاسخ‌گو   | ٪ ۶۷/۹۸                             | ۰/۴۵                                         | ۰/۸۹          |

### یافته‌های پژوهش

#### قسمت اول: تحلیل توصیفی براساس ویژگی‌های فردی،

#### خانوادگی و موضوع ناباروری

در پژوهش حاضر، زنان در مقایسه با مردان نسبت بیشتری از نمونه مطالعه‌شده را تشکیل دادند. ۶۳/۹ درصد از نمونه را زنان و ۳۶/۱ درصد از آنان را مردان شامل شدند. همچنین در بین گروه‌های سنی، بیشترین نسبت مربوط به گروه سنی ۳۹-۳۰ ساله بود. بیشتر از نیمی از افراد مطالعه‌شده (۵۱٪) در این گروه سنی قرار گرفتند. به لحاظ سطح تحصیلات بیشترین نسبت از نمونه مطالعه‌شده در گروه کارشناسی قرار داشتند. این گروه نزدیک به یک‌سوم (۳۲٪) از نمونه را تشکیل داد. به لحاظ سطح درآمد، در گروه زنان، افراد بدون درآمد بیشترین نسبت را به خود اختصاص دادند. نزدیک به ۶۰ درصد از زنان (۵۸/۵٪) در این گروه قرار داشتند. بیشتر پاسخ‌گویان، شامل نزدیک به یک‌چهارم از آنها (۲۴/۵٪) شناخت خود را از همسرشان در هنگام ازدواج در حد متوسط ذکر کرده‌اند. بیشتر از نیمی (۵۰/۳٪) از پاسخ‌گویان میزان عشق و علاقه به همسرشان را در هنگام ازدواج زیاد یا خیلی زیاد اظهار کردند. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که در نمونه مطالعه‌شده، میانگین مدت زمان اطلاع‌داشتن از ناباروری حدود ۶ سال است و همچنین به طور متوسط بین ۴ تا ۵ سال (۴/۶۸ سال) است که اقدام به درمان کرده‌اند؛ به عبارت دیگر، می‌توان گفت تقریباً و به طور متوسط زوجین نابارور پس از یک‌سال‌ونیم از

اطلاع‌یافتن از موضوع ناباروری، برای درمان اقدام می‌کنند.

یکی از پرسش‌های دیگری که در موضوع ناباروری از پاسخ‌گویان پرسیده شد، درباره این بود که پزشکان مشکل ناباروری را به کدام یک از زوجین مرتبط می‌دانستند. در گروه پاسخ‌گویان مرد، بیشترین پاسخ مربوط به گزینه همسر بوده است. بیشتر از یک‌سوم پاسخ‌گویان مرد، مشکل ناباروری را برحسب تشخیص پزشکان به همسرانشان مرتبط دانسته‌اند؛ به همین ترتیب، بیشتر زنان پاسخ‌گو (۴۷/۹٪) اظهار کرده‌اند که تشخیص پزشکان مشکلات جسمانی آنان را دلیل اصلی ناباروری عنوان کرده‌اند. بیشتر پاسخ‌گویان به نتیجه‌بخش بودن درمان خود امید زیاد یا خیلی زیادی داشتند. بیشتر از نیمی از پاسخ‌گویان (۵۴/۴٪) در این گروه قرار می‌گیرند. آنچه از پاسخ‌های ارائه‌شده مشخص است، اینکه زوجین نابارور تا حد زیاد یا خیلی زیادی در فشار مالی ناشی از هزینه‌های درمان هستند. بیشتر از ۷۰ درصد از پاسخ‌گویان (۷۰/۷٪) با انتخاب این دو گزینه، میزان زیر فشاربودن به دلیل هزینه‌های درمان را نشان داده‌اند.

#### قسمت دوم: تحلیل توصیفی-استنباطی براساس متغیرهای

#### کلیدی پژوهش

#### الف. کیفیت روابط خانوادگی

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

را در سطح کیفی خوب و بالایی ارزیابی کرده‌اند. در کل نمونه مطالعه شده، میانگین به دست آمده برابر با  $43/04$  به طور چشمگیری از حد وسط مقیاس اندازه گیری (۳۵) بیشتر بود که بیانگر آن است که این افراد کیفیت روابط خانوادگی خود را در سطح بالایی دانسته‌اند. همچنین گروه بندی چهارگانه از نمونه مطالعه شده براساس سطح کیفیت روابط خانوادگی نشان داد که بیشتر از ۹۰ درصد از پاسخ گویان ( $92/5\%$ ) کیفیت این روابط را در سطح متوسط بالا یا بسیار بالا دانسته‌اند. در حالی که تنها  $1/4$  درصد، کیفیت این روابط را پایین ارزیابی کرده‌اند. همچنین نسبت افرادی که کیفیت روابط خانوادگی را پایین یا متوسط پایین دانسته‌اند، تنها  $7/5$  درصد از کل نمونه مطالعه شده را شامل شد.

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ گویان بر حسب سطح کیفیت روابط خانوادگی

Table 3- Absolute and relative frequency distribution of respondents according to the level of quality of family relationships

| شاخص‌ها و آزمون تی تک نمونه‌ای |            |            |       | کیفیت روابط خانوادگی | دامنه نمرات | گروه |
|--------------------------------|------------|------------|-------|----------------------|-------------|------|
| میانگین                        | درصد از کل | درصد تجمعی | تعداد |                      |             |      |
| میانگین پیراسته (حد وسط مقیاس) |            |            |       |                      |             |      |
| $43/04$                        | $1/4$      | $1/4$      | ۲     | پایین                | ۱۴ - ۲۴     | کل   |
| $43/33$                        | $7/5$      | $6/1$      | ۹     | متوسط پایین          | ۲۵ - ۳۴     |      |
| (۳۵)                           | $59/2$     | $51/7$     | ۷۶    | متوسط بالا           | ۳۵ - ۴۴     |      |
| $T = 14.66$                    | ۱۰۰        | $40/8$     | ۶۰    | بالا                 | ۴۵ و بالاتر |      |
| $Sig < 0.001$                  | -          | ۱۰۰        | ۱۴۷   | مجموع                |             |      |

ب. کیفیت روابط اجتماعی در وهله اول آنچه از مجموع مقادیر گزارش شده در جدول (۴) برای کیفیت روابط اجتماعی می‌توان نتیجه گرفت، این است که کیفیت این متغیر، حدود حد متوسط مقیاس (اندکی بالاتر یا اندکی پایین‌تر) قرار گرفته است. این وضعیت نشان می‌دهد که هرچند زوجین نابارور از کیفیت روابط خانوادگی بالایی برخوردارند، کیفیت روابط اجتماعی در مجموع به سمت متوسط متمایل است.

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ گویان بر حسب سطح کیفیت روابط اجتماعی

Table 4- Absolute and relative frequency distribution of respondents according to the level of quality of social relationships

| شاخص‌ها و آزمون تی تک نمونه‌ای |            |            |       | کیفیت روابط اجتماعی | دامنه نمرات | مقیاس و خرده مقیاس‌ها        |
|--------------------------------|------------|------------|-------|---------------------|-------------|------------------------------|
| میانگین                        | درصد از کل | درصد تجمعی | تعداد |                     |             |                              |
| میانگین پیراسته (حد وسط مقیاس) |            |            |       |                     |             |                              |
| $34/37$                        | -          | -          | -     | پایین               | ۱۳ - ۲۲     | کیفیت روابط اجتماعی در مجموع |
| $34/41$                        | $23/1$     | $23/1$     | ۳۴    | متوسط پایین         | ۲۳ - ۳۲     |                              |
| (۳۲/۵)                         | $98/6$     | $75/5$     | ۱۱۱   | متوسط بالا          | ۳۳ - ۴۲     |                              |
| $T = 11.09$                    | ۱۰۰        | $1/4$      | ۲     | بالا                | ۴۳ - ۵۲     |                              |
| $Sig < 0.001$                  | -          | ۱۰۰        | ۱۴۷   | مجموع               |             |                              |

میانگین به‌دست‌آمده برای کیفیت روابط اجتماعی در مجموع برابر با  $34/37$  از حد متوسط مقیاس اندازه‌گیری ( $32/5$ ) کمی بالاتر است. سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده برای تفاوت این دو میانگین ( $\text{Sig} = 0.071$ ) نشان داد که این تفاوت به‌لحاظ آماری معنی‌دار نبوده و تصادفی است؛ به‌این ترتیب، کیفیت روابط اجتماعی در جامعه آماری زوجین نابارور تحت درمان با روش IVF اهدایی در سطح متوسط برآورد می‌شود.

### ج- حمایت‌های اقتصادی

میانگین حمایت‌های اقتصادی به‌دست‌آمده برای حمایت‌های سازمانی و غیرسازمانی نشان می‌دهد که تا چه اندازه این حمایت‌ها اندک هستند. مقیاس اندازه‌گیری مجموع حمایت‌های سازمانی و غیرسازمانی در فاصله صفر تا  $40$  با

حد وسط  $20$  تعریف شده است. میانگین به‌دست‌آمده برابر با  $4/48$  و فاصله بسیار زیاد با مقدار حد وسط مقیاس ( $20$ ) و همچنین تفاوت معنادار این دو مقدار با یکدیگر نشان می‌دهد که تا چه اندازه این کمک‌ها در سطح اندک و پایینی قرار دارند. این موضوع نه تنها در نمونه مطالعه‌شده، بلکه با توجه به مقدار تی به‌دست‌آمده ( $39/18$ ) و سطح معنی‌داری مربوط به آن ( $\text{Sig} < 0.001$ ) با اطمینان حداقل  $99$  درصد تعمیم‌پذیر به جامعه آماری مطالعه‌شده است. براساس یک طبقه‌بندی چهارگروهی نتایج نشان می‌دهد که این حمایت‌ها برای نزدیک به  $90$  درصد از پاسخ‌گویان ( $8/87$ ) در سطح کم ارزیابی شده است؛ درحالی‌که هیچ‌یک از پاسخ‌گویان در گروه با حمایت‌های سازمانی و غیرسازمانی بالا قرار نگرفته‌اند.

جدول ۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌گویان برحسب سطح حمایت‌های اقتصادی سازمانی و غیرسازمانی از آنها

**Table 5- Absolute and relative frequency distribution of respondents according to the level of organizational and non-organizational economic support they receive**

| شاخص‌ها و آزمون تی تک‌نمونه‌ای |             |             |       |                |            |             |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------|----------------|------------|-------------|
| نوع حمایت اقتصادی              | دامنه نمرات | تعداد       | تعداد | درصد از کل     | درصد تجمعی | میانگین     |
|                                |             |             |       | (حد وسط مقیاس) |            |             |
| نهادی/غیرنهادی                 | ۰-۹         | کم          | ۱۲۹   | ۸۷/۸           | ۸۷/۸       | ۴/۴۸        |
|                                | ۱۰-۱۹       | متوسط پایین | ۱۳    | ۸/۸            | ۹۶/۶       | ۳/۸۸        |
|                                | ۲۰-۲۹       | متوسط بالا  | ۵     | ۳/۴            | ۱۰۰        | (۲۰)        |
|                                | ۳۰-۴۰       | بالا        | -     | -              | -          | T = -39.18  |
| مجموع                          |             |             | ۱۴۷   | ۱۰۰            | -          | Sig < 0.001 |

### د- سلامت عمومی روانی

سلامت عمومی روانی یکی از متغیرهای کلیدی دیگری است که در مدل مفهومی پژوهش وارد شده است. مقادیر محاسبه‌شده برای میانگین سلامت عمومی روانی در مجموع و خرده‌مقیاس‌های تشکیل‌دهنده آن شامل سلامت روان مثبت و نداشتن اختلال روانی نشان داد که در مجموع، نمونه مطالعه‌شده سلامت عمومی روانی خود را در سطح بالاتر از متوسط ارزیابی کرده‌اند. میانگین  $37/18$  و مقایسه آن با حد

وسط مقیاس (مقدار  $30$ ) چنین نتیجه‌ای را به‌بار آورد. بر مبنای خرده‌مقیاس نداشتن اختلال روانی، پاسخ‌گویان در وضعیت بسیار مطلوبی قرار داشتند؛ به‌نحوی که میانگین به‌دست‌آمده (مقدار  $23/29$ ) به‌شدت با حد وسط مقیاس تعریف‌شده (مقدار  $14$ ) بالاتر بود. همچنین بیشتر از سه‌چهارم از پاسخ‌گویان ( $76/9$ ) سلامت روانی خود را به‌لحاظ نداشتن اختلال روانی در سطح بالا دانستند؛ باین حال، بر مبنای خرده‌مقیاس سلامت روان مثبت، میانگین به‌دست‌آمده (مقدار  $13/89$ ) مقداری نزدیک به حد وسط مقیاس (مقدار  $14$ ) را نشان داد.

جدول ۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌گویان برحسب سطح سلامت عمومی روانی و ابعاد آن

Table 6- Absolute and relative frequency distribution of respondents according to the level of general mental health and its dimensions

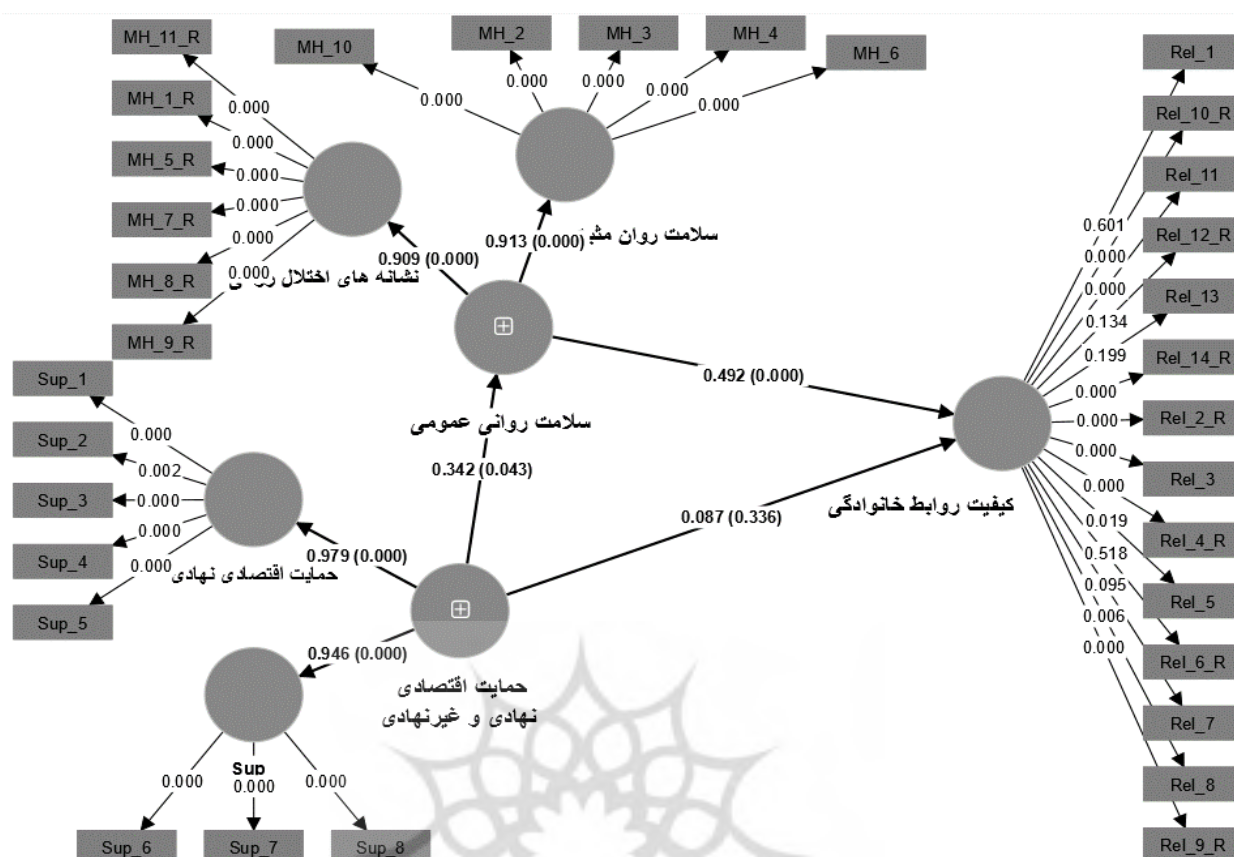
| شاخص‌ها و آزمون تی تک‌نمونه‌ای |            |            |       | معیارهای سلامت روانی |             |                   |
|--------------------------------|------------|------------|-------|----------------------|-------------|-------------------|
| میانگین                        | درصد از کل | درصد تجمعی | تعداد | سطح سلامت روانی      | دامنه نمرات | سلامت عمومی روانی |
| (حد وسط مقیاس)                 |            |            |       |                      |             |                   |
| ۳۷/۱۸                          | ۰/۷        | ۰/۷        | ۱     | پایین                | ۱۲ - ۲۰     | سلامت عمومی روانی |
| ۳۷/۲۸                          | ۱۲/۹       | ۱۲/۲       | ۱۸    | متوسط پایین          | ۲۱ - ۲۹     |                   |
| (۳۰)                           | ۶۶/۷       | ۵۳/۷       | ۷۹    | متوسط بالا           | ۳۰ - ۳۹     |                   |
| T = 14.83                      | ۱۰۰        | ۳۳/۳       | ۴۹    | بالا                 | ۴۰ - ۴۸     |                   |
| Sig < 0.001                    | -          | ۱۰۰        | ۱۴۷   | مجموع                |             |                   |

## قسمت دوم: آزمون فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول تحقیق به این شرح صورت‌بندی شده است: سلامت عمومی روانی بین متغیر برون‌زای حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی و متغیر درون‌زای کیفیت روابط خانوادگی در بین زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی، نقش میانجی کامل دارد. نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که اثر میانجی کامل برای تأثیر حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط خانوادگی از طریق متغیر میانجی سلامت روانی عمومی تأیید می‌شود. نتایج گزارش‌شده در شکل (۲) و جدول (۷) نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم حمایت نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط خانوادگی به‌لحاظ آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار است ( $P < 0.050$ )؛ درحالی‌که اثر مستقیم بین دو متغیر ذکرشده به‌لحاظ آماری در همین سطح اطمینان غیرمعنی‌دار یا تصادفی است ( $P > 0.050$ )؛ به‌این ترتیب، فرضیه اول تحقیق مبنی بر وجود یک اثر میانجی کامل بین حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط خانوادگی تأیید می‌شود و کلیه این اثر از طریق سلامت روانی عمومی انتقال می‌یابد. شدت تأثیر به‌دست‌آمده برابر با ۰/۳۹۰ است.

دهد که اثر غیرمستقیم حمایت نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط خانوادگی به‌لحاظ آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار است ( $P < 0.050$ )؛ درحالی‌که اثر مستقیم بین دو متغیر ذکرشده به‌لحاظ آماری در همین سطح اطمینان غیرمعنی‌دار یا تصادفی است ( $P > 0.050$ )؛ به‌این ترتیب، فرضیه اول تحقیق مبنی بر وجود یک اثر میانجی کامل بین حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط خانوادگی تأیید می‌شود و کلیه این اثر از طریق سلامت روانی عمومی انتقال می‌یابد. شدت تأثیر به‌دست‌آمده برابر با ۰/۳۹۰ است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



شکل ۲- مدل برای آزمون فرضیه اول: اثر میانجی سلامت روانی عمومی برای متغیر برونزای حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی و متغیر درونزای کیفیت روابط خانوادگی (ضریب تأثیر برای مدل ساختاری و سطوح معناداری برای مدل‌های اندازه‌گیری)

Fig 2- Model for testing the first hypothesis: the mediating effect of general mental health for the exogenous variable of institutional and non-institutional economic support and the endogenous variable of family relationship quality (effect coefficient for the structural model and significance levels for the measurement models)

جدول ۷- برآوردهای انجام شده برای آزمون فرضیه اول

Table 7- Estimates made to test the first hypothesis

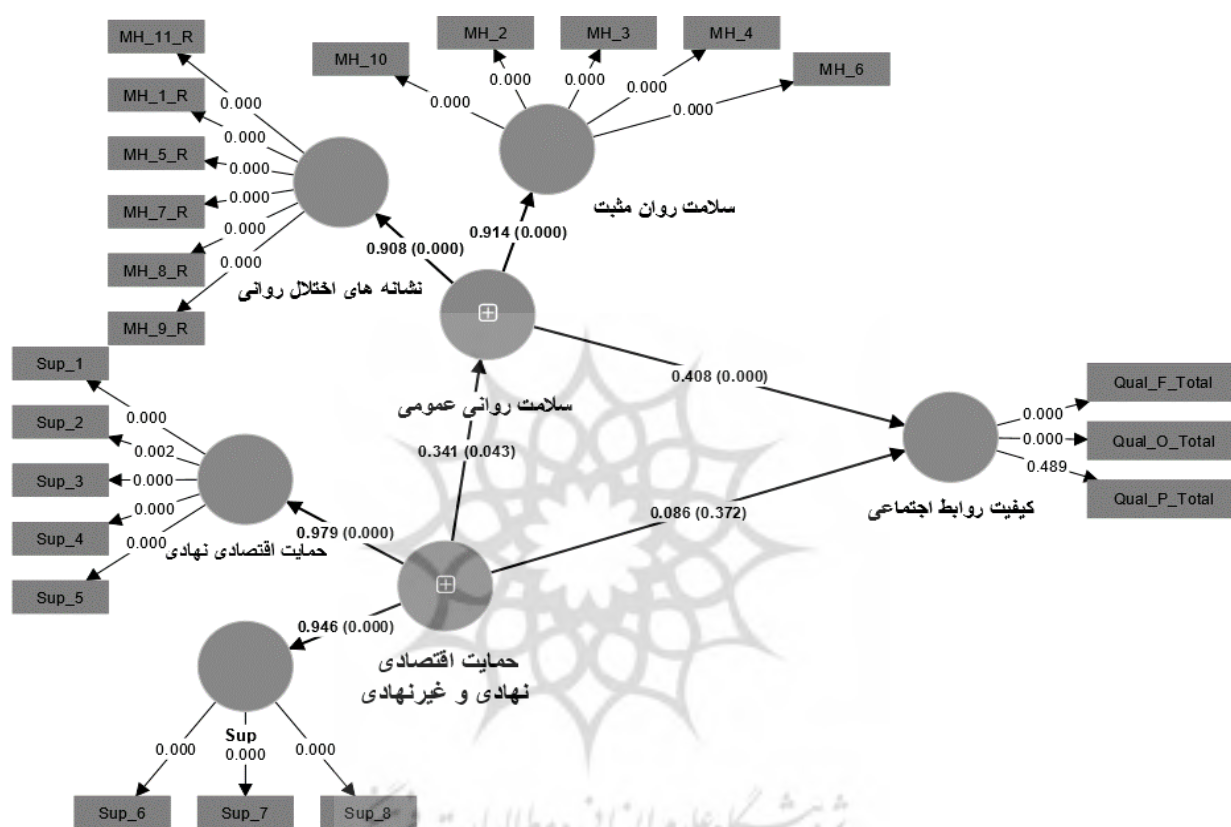
| نوع اثر   | متغیر برونزا  | متغیر میانجی      | متغیر درونزا         | ضریب تأثیر | انحراف معیار | آماره t | سطح معناداری |
|-----------|---------------|-------------------|----------------------|------------|--------------|---------|--------------|
| مستقیم    | حمایت اقتصادی | -                 | کیفیت روابط خانوادگی | ۰/۰۸۷      | ۰/۰۹۷        | ۰/۸۹۳   | ۰/۳۳۶        |
| غیرمستقیم | حمایت اقتصادی | سلامت روانی عمومی | کیفیت روابط خانوادگی | ۰/۳۹۰      | ۰/۱۱۲        | ۲/۲۶    | ۰/۰۱۹        |

اجتماعی از طریق متغیر میانجی سلامت روانی عمومی تأیید می‌شود. نتایج گزارش شده در شکل (۳) و جدول (۸) نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم حمایت نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط اجتماعی به لحاظ آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار است ( $P < 0.050$ )؛ درحالی‌که اثر مستقیم بین دو متغیر ذکر شده به لحاظ آماری در همین سطح اطمینان

فرضیه دوم تحقیق به این شرح صورت‌بندی شده است: سلامت عمومی روانی بین متغیر برونزای حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی و متغیر درونزای کیفیت روابط اجتماعی در بین زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی، نقش میانجی کامل دارد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که اثر میانجی کامل برای تأثیر حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط

مقایسه نتایج مرتبط با فرضیه‌های اول و دوم نشان می‌دهد که تأثیر حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط خانوادگی در مقایسه با کیفیت روابط اجتماعی از طریق سلامت روانی عمومی به‌طور درخور توجهی بیشتر است. مقایسه دو ضریب تأثیر ۰/۳۹۰ و ۰/۱۹۴ تأییدکننده چنین نتیجه‌ای است.

غیرمعنی‌دار یا تصادفی است ( $P > 0.050$ )؛ به این ترتیب، فرضیه دوم تحقیق نیز مبنی بر وجود یک اثر میانجی کامل بین حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط اجتماعی تأیید می‌شود و کلیه این اثر از طریق سلامت روانی عمومی انتقال می‌یابد. شدت تأثیر به‌دست آمده برابر با ۰/۱۹۴ است.



شکل ۳- مدل برای آزمون فرضیه اول: اثر میانجی سلامت روانی عمومی برای متغیر برونزای حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی و متغیر درونزای کیفیت روابط اجتماعی (ضریب تأثیر برای مدل ساختاری و سطوح معناداری برای مدل‌های اندازه‌گیری)

**Fig 3-** Model for testing the first hypothesis: the mediating effect of general mental health for the exogenous variable of institutional and non-institutional economic support and the endogenous variable of social relationship quality (effect coefficient for the structural model and significance for the measurement models)

جدول ۸- برآوردهای انجام شده برای آزمون فرضیه دوم

**Table 8-** Estimates made to test the second hypothesis

| نوع اثر   | متغیر برونزا  | متغیر میانجی        | متغیر درونزا        | ضریب تأثیر | انحراف معیار | آماره t | سطح معناداری |
|-----------|---------------|---------------------|---------------------|------------|--------------|---------|--------------|
| مستقیم    | حمایت اقتصادی | کیفیت روابط اجتماعی | کیفیت روابط اجتماعی | ۰/۰۸۶      | ۰/۰۹۹        | ۰/۸۹۱   | ۰/۳۷۲        |
| غیرمستقیم | حمایت اقتصادی | سلامت روانی عمومی   | کیفیت روابط اجتماعی | ۰/۱۹۴      | ۰/۰۸۳        | ۱/۹۹    | ۰/۰۴۷        |

## بحث و نتیجه

پژوهش حاضر با هدف تبیین جامعه‌شناختی کیفیت روابط زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی بر مبنای حمایت‌های اقتصادی با تأکید بر نقش میانجی سلامت روانی انجام شد. بر اساس تحلیل نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش، کیفیت روابط خانوادگی بین زوجین نابارور مطالعه‌شده در سطح بالا و مطلوب و کیفیت روابط اجتماعی آنها در مجموع به سمت متوسط متمایل بود. همچنین، حمایت‌های اقتصادی برای نزدیک به ۹۰ درصد از پاسخ‌گویان در سطح کم ارزیابی شد.

نتایج تحلیل فرضیه اول پژوهش مبنی بر نقش میانجی کامل سلامت عمومی روانی بین متغیر برون‌زای حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی و متغیر درون‌زای کیفیت روابط خانوادگی در بین زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی نشان داد که این فرضیه تأیید می‌شود؛ به عبارت دیگر، فرضیه اول تحقیق مبنی بر وجود یک اثر میانجی کامل بین حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط خانوادگی تأیید می‌شود و تمامی این اثر از طریق سلامت روانی عمومی انتقال می‌یابد. این نتیجه بیانگر آن است که حمایت‌های اقتصادی نهادی مثل بیمه‌های درمانی و حمایت‌های دولتی و غیرنهادی مانند کمک‌های مالی خانواده، آشنایان و دوستان می‌تواند با بهبود سلامت روانی زوج‌های نابارور تحت درمان IVF، کیفیت روابط خانوادگی این زوج‌ها را بهبود دهد. در واقع، در زوج‌های نابارور تحت درمان IVF، فشارهای مالی می‌تواند سلامت روانی آنها را تضعیف کند، اما با وجود حمایت اقتصادی (چه نهادی و چه غیرنهادی)، استرس‌های مالی کاهش می‌یابد که به بهبود سلامت روانی منجر می‌شود. نتیجه این پژوهش مبنی بر نقش میانجی کامل سلامت روانی در رابطه با حمایت اقتصادی و کیفیت روابط خانوادگی نشان می‌دهد که حمایت اقتصادی به‌خودی‌خود، مستقیماً بر روابط خانوادگی تأثیر نمی‌گذارد، بلکه از طریق بهبود سلامت روانی تأثیر خود را اعمال می‌کند. هنگامی که زوج‌ها از نظر مالی در وضعیت بهتری قرار دارند، سطح استرس و اضطراب کاهش

می‌یابد و در نتیجه کیفیت روابط آنها بهبود می‌یابد. استرس‌های مالی و روانی ناشی از ناباروری و درمان‌های IVF می‌تواند به تعارضات خانوادگی و کاهش کیفیت روابط زناشویی منجر شوند. اما هنگامی که سلامت روانی بهبود یابد، زوج‌ها قادر خواهند بود تا تعاملات بهتری داشته باشند و از نظر عاطفی به یکدیگر نزدیک‌تر شوند که در نهایت به بهبود کیفیت روابط خانوادگی منجر می‌شود. در واقع، در شرایطی که زوج‌ها با مشکلات مالی روبه‌رو هستند، این فشارهای مالی می‌تواند بر سلامت روانی آنها تأثیر بگذارد و در نتیجه بر کیفیت روابط خانوادگی آنها نیز اثر منفی بگذارد؛ اما حمایت‌های مالی می‌تواند این فشارها را کاهش دهند و از طریق بهبود وضعیت روانی به ارتقای روابط خانوادگی کمک کنند. این نتیجه با دیدگاه‌هایی همخوانی دارد که بر اهمیت سلامت روانی در حفظ و بهبود روابط خانوادگی تأکید دارند. به عبارتی، وقتی سلامت روانی زوج‌ها بهبود می‌یابد، آنها قادر خواهند بود با همسر خود ارتباطات عاطفی و حمایتی بهتری برقرار کنند که این امر در نهایت به تقویت روابط خانوادگی می‌انجامد.

نتایج تحلیل فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه سلامت عمومی روانی بین متغیر برون‌زای حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی و متغیر درون‌زای کیفیت روابط اجتماعی در بین زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی نقش میانجی کامل دارد، نشان داد که این فرضیه تأیید می‌شود. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که اثر میانجی کامل برای تأثیر حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی بر کیفیت روابط اجتماعی از طریق متغیر میانجی سلامت روانی عمومی تأیید می‌شود. این نتیجه بر اهمیت حمایت اقتصادی و تأثیر آن بر سلامت روانی و در نهایت بهبود کیفیت روابط اجتماعی تأکید می‌کند؛ به عبارت دیگر، این نتیجه بیانگر آن است که حمایت‌های اقتصادی نهادی و غیرنهادی به‌تنهایی نمی‌تواند به‌طور مستقیم بر کیفیت روابط اجتماعی زوج‌ها تأثیرگذار باشد، بلکه از طریق تأثیر بر سلامت روانی، بر کیفیت روابط اجتماعی آنها اثر می‌گذارد؛ بنابراین، حمایت‌های اقتصادی تنها زمانی به بهبود کیفیت روابط اجتماعی منجر می‌شود که سلامت روانی افراد

نیز تقویت شود. این نتیجه مطابق با نظریه‌های موجود در زمینه نقش سلامت روانی به عنوان عامل کلیدی در کیفیت روابط اجتماعی است. بهبود سلامت روانی می‌تواند تنش‌ها و تعارضات در روابط اجتماعی را کاهش دهد و ارتباطات افراد با دیگران را بهبود بخشد. درواقع، استرس و اضطراب‌های روانی که احتمالاً به دلیل مشکلات مالی و چالش‌های روانی زوج‌های نابارور ایجاد می‌شود، می‌تواند بر روابط اجتماعی آنها تأثیر سوء بگذارد؛ اما در صورتی که سلامت روانی این زوج‌ها بهبود یابد، آنها قادر خواهند بود روابط اجتماعی خود را بهتر مدیریت کنند.

این پژوهش نشان می‌دهد که حمایت‌های اقتصادی از جمله تسهیلات درمانی و کمک‌های مالی می‌تواند به کاهش فشارهای اقتصادی و روانی زوجین نابارور کمک کند و به نوبه خود کیفیت روابط خانوادگی را بهبود بخشد. این یافته‌ها با نظریه مرداک همخوانی دارند که می‌گوید حمایت‌های اقتصادی می‌توانند به تعدیل اختلالات در کارکردهای خانواده کمک کنند. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهند که حمایت‌های اقتصادی (چه نهادی و چه غیرنهادی) می‌توانند اختلالات ایجادشده در کارکرد خانواده را تعدیل کنند؛ بنابراین، این نتایج با نظریه گیدنز همخوانی دارد که می‌گوید حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی می‌توانند از اختلال در کارکردهای خانواده جلوگیری کنند و به بهبود وضعیت روانی و اجتماعی خانواده کمک کنند. همچنین نتایج این پژوهش با دیدگاه دورکیم همخوانی دارد که تأکید می‌کند حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی نقش مهمی در حفظ سلامت روان و انسجام اجتماعی دارند. همچنین، این نتایج با نظریه کنش متقابل نمادین توضیح‌پذیر است که نقش‌های خانوادگی و تعاملات اجتماعی را در معنابخشی به زندگی افراد مهم می‌داند. همچنین، یافته‌های این پژوهش با نظریه تضاد همخوانی دارد که به نقش منابع اقتصادی در کاهش نابرابری‌ها و بهبود شرایط اجتماعی و روانی خانواده‌ها اشاره دارد. مقایسه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های گذشته بیانگر همسویی آنها است. اهمیت بسیار حمایت‌های اقتصادی در پژوهش‌های خارجی

از جمله لای و همکاران (2021)؛ آریا و همکاران (2024)؛ جلنگ و کیم (2017) و پژوهش‌های داخلی از جمله جعفرزاده خوانساری (2015)؛ بیرانوند و همکاران (۱۴۰۳)؛ جعفری و همکاران (۱۳۹۹)؛ ابراهیمی‌پرگو و همکاران (۱۳۹۲) تأیید شده است.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که سلامت روانی بین حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی و کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی زوج‌های نابارور تحت درمان IVF اهدایی نقش میانجی کامل دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که حمایت‌های اقتصادی از طریق بهبود سلامت روانی زوج‌های نابارور تحت درمان به بهبود کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی آنها کمک می‌کنند. این نتیجه بر توجه به برنامه‌های حمایتی جامع در زمینه ناباروری تأکید می‌کند که نه تنها جنبه‌های مالی بلکه سلامت روانی افراد را لحاظ کند؛ براین اساس، می‌توان گفت که توجه به حمایت‌های اقتصادی بایستی از طریق سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در اولویت واقع شود. این حمایت‌ها با تأثیر مثبت بر سلامت روانی زوج‌های نابارور می‌تواند به بهبود کیفیت خانوادگی و روابط اجتماعی آنها منجر شود؛ به عبارت دیگر، این نتایج بر اهمیت حمایت دولت و مؤسسات بیمه‌ای در تدوین و اجرای استراتژی و برنامه‌هایی گسترده و پویا به منظور پوشش هزینه‌های درمان ناباروری تأکید می‌کند. حمایت‌های اقتصادی نهادی مانند بیمه‌های درمانی می‌بایست هزینه‌های درمان ناباروری به‌ویژه درمان‌های پرهزینه‌ای مانند IVF اهدایی را تا حد قابل‌قبولی پوشش دهد. کاهش هزینه‌های درمان برای زوج‌های نابارور می‌تواند به کاهش استرس‌های ناشی از مشکلات مالی آنها و در نتیجه سلامت روانی زوج‌ها منجر شود و کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی آنها را بهبود دهد. از طرف دیگر بر نقش حمایت‌های مالی از سوی خانواده و دوستان نیز به جهت بهبود سلامت روانی زوج‌های نابارور تأکید می‌شود؛ بنابراین نتایج این پژوهش تأکید می‌کند که به‌منظور تقویت نقش خانواده‌ها و دوستان در حمایت از زوج‌های نابارور، برنامه‌های اجتماعی و اطلاع‌رسانی تدوین و

بونر، آ. (۱۳۹۹). تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت: رویکردی میان‌رشته‌ای به نابرابری اجتماعی و بهزیستی (مهری شمس قهفرخی، محمدرضا قاسمی و مهدی نصرت‌آبادی، مترجمان). دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

بیرانوند، س.، بهزادی‌فر، م.، شایگان، ف.، آذری، ص.، مارتینی، م.، و بهزادی‌فر، م. (۱۴۰۳). سیاست‌های حمایتی از زوجین نابارور در ایران: یک خلاصه سیاستی. یافته، ۲۶ (۱)، ۲۵-۳۷.

<http://yafte.lums.ac.ir/article-1-3724-fa.html>

تقی‌زاده فیروزجایی، ا.، سادات، ز.، تقدسی، م.، ترکی حبیب‌آبادی، ب. (۱۳۹۶). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت روابط بین زوجین. پایش، ۱۷ (۱)، ۸۵-۹۴.

20.1001.1.16807626.1396.17.1.8.8

جعفری، ح.، تقی‌پور، ع.، عافیت، م.، و لطیف‌نژاد رودسری، ر. (۱۳۹۹). ابعاد فرهنگی و اجتماعی ناباروری و روش‌های اهدایی کمک باروری: یک مطالعه مروری، نوید نو، ۲۳ (۷۶)، ۸۴-۱۰۱.

10.22038/NNJ.2020.53111.1243

خان‌آبادی، م.، مهدی‌زاده اردکانی، م.، طبخی، ف.، ایمانی‌مقدم، ه.، و مهدی‌زاده، ف. (۱۴۰۱). مضامین اجتماعی مرتبط با کیفیت زناشویی زوج‌های نابارور در شهر یزد: یک مطالعه کیفی. پژوهش پرستاری ایران، ۱۷ (۱)، ۵-۱۸.

<http://ijnr.ir/article-1-2542-fa.html>

دورکیم، ا. (۱۴۰۲). خودکشی (نادر سالارزاده امیری، مترجم). دانشگاه علامه طباطبائی.

روشنایی، م.، محقق، ح.، حسینی، ح.، و یارمحمدی واصل، م. (۱۴۰۰). مقایسه تعارض زناشویی در زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۱۶ (۳۲)، ۲۷۳-۲۴۱.

10.22034/JPAI.2022.556415.1237

زارعان، م.، و غفاری، م. (۱۴۰۰). تجربه زیسته بانوان از چالش‌های اقدام به فرزندپذیری. مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۱۹ (۱)، ۱۸۴-۱۴۳.

10.22051/JWSPS.2021.34262.2347

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

اجرا شود. افزایش آگاهی عمومی درباره اهمیت حمایت‌های مالی و عاطفی از زوج‌های نابارور می‌تواند در فرهنگ‌سازی در این زمینه کمک کند. بازنگری در قوانین مرتبط با حمایت از زوج‌های نابارور نیز از پیشنهادات دیگر این پژوهش است. این قوانین می‌بایست در زمینه پوشش مالی مناسب و همچنین برنامه‌های حمایتی در زمینه سلامت روانی و اجتماعی زوج‌ها بازنگری شود. دولت با تصویب قوانین حمایتی می‌تواند استرس‌های ناشی از هزینه‌های سنگین درمان برای زوج‌های نابارور را کاهش دهد و به بهبود سلامت روانی آنها کمک کند. در پایان لازم است اشاره شود که نمونه‌های آماری مطالعه شده به‌سختی در دسترس بودند. همچنین چنانچه متغیرهای کنترل در تحلیل وارد می‌شدند، اعتبار نتایج افزایش می‌یافت که به دلیل پیچیدگی زیاد مدل و حجم نمونه این امکان برای پژوهشگر فراهم نشد و لازم است به‌عنوان محدودیت‌های تحقیق به آنها توجه شود.

## منابع فارسی

ابراهیمی‌پیرگو، ا.، عابدی، ا.، و عریضی، ح. (۱۳۹۲). فراتحلیل رابطه حمایت اجتماعی بر سلامت روان. دومین کنگره ملی روان‌شناسی اجتماعی ایران. تهران، ۴۲۹-۴۳۴.

<https://sid.ir/paper/846747/fa>

اکبری، ر.، و دنیایی، ا. (۱۳۹۵). جامعه‌شناسی خانواده و آسیب‌های نوپدید آن. آوای نور.

ایزدیار، ن.، احمدنیا، ش.، سیدمیرزایی، س.، م.، آذین، س.، ع.، و یزدانی‌صفا، م. (۱۳۹۳). انتخاب اهدای تخمک: راهی برای رسیدن به مادری (مطالعه پدیدارشناختی تجربه زنان نابارور مراجعه‌کننده به پژوهشگاه رویان). مطالعات اجتماعی ایران، ۱۸ (۱)، ۲۱-۶۱.

[http://www.jss-isa.ir/article\\_21217.html](http://www.jss-isa.ir/article_21217.html)

بایرامی، ر.، عفتی‌داریانی، ف.، حاج شفیعیها، م.، و جان‌قربان، ر. (۱۳۹۷). درک مردان در انتظار اولین فرزند از بارداری حاصل از لقاح آزمایشگاهی: یک مطالعه کیفی. حیات، ۲۴ (۲)، ۱۱۱-۱۲۶.

<http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2265-fa.html>

- 24(2), 111-126. [In Persian]. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2265-fa.html>
- Beiranvand, S., Behzadifar, M., Shaygan, F., Azari, S., Martini, M., & Behzadifar, M. (2024). Supportive policies for infertile couples in Iran: A policy summary. *Yafteh Journal*, 26(1), 25-37. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.32592/Yafteh.2024.26.1.25>
- Bonner, A. (2019). *Social determinants of health: An interdisciplinary approach to social inequality and well-being* (M. Shams-Ghahfarkhi, M. R. Ghasemi, & M. Nosratabadi, Trans.). Isfahan University of Medical Sciences Press. [In Persian].
- Cochrane, R. (1997). *Social foundations of mental illnesses* (B. Najarian, Trans.). Roshd Publications. [In Persian].
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99-125. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>
- Durkheim, A. (2014). *Suicide* (N. Salarzadeh-Amiri, Trans.). Allameh Tabatabaee University Press. [In Persian].
- Dyer, S. J., & Patel, M. (2012). The economic impact of infertility on women in developing countries-A systematic review. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 4(2), 102-109. <https://www.researchgate.net/publication/261772807>
- Ebrahimi, A., Abedi, A., & Arizi, H. (2013). Meta-analysis of the effect of social support on mental health. *The Second Iranian Congress of Psychology*. Tehran. 429-434. [In Persian]. <sid.ir/paper/846747/fa>
- Ebrahimzadeh-Zagami, S., Latifnejad-Roudsari, R., Janghorban, R., Mousavi-Bazaz, S. M., Amirian, M., & Allan, H. T. (2021). Iranian infertile couples' strategies to manage social interactions after unsuccessful treatment with assisted reproductive technologies. *Human Fertility*, 24(5), 341-352. <https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1677950>
- Eyzadyar, N., Ahmadnia, S., Seyedmirzaei, S. M., Azin, S. A., & Yazdani-Safa, M. (2014). To choose the oocyte donation as a way of becoming a mother (Phenomenological study of infertile women's in Royan Institute). *Journal of Iranian Social Studies*, 8(1), 6-21. [In Persian]. [http://www.jss-isa.ir/article\\_21217.html?lang=en](http://www.jss-isa.ir/article_21217.html?lang=en)
- Farbod, M. (1999). *An introduction to family and kinship*. Danjeh Publishing. [In Persian].
- Giddens, A. (2023). *Sociological theories* (H. Chavushian, Trans.). Ney Publishing. [In Persian].
- Goharshahi, S., Soleimaniyan, A. A., & Heydarnia, A. (2020). Explaining the psychological challenges of infertile men seeking alternative infertility treatments: A qualitative study. *Journal of Qom University of Medical Sciences*, 14(9), 69-84. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.52547/qums.14.9.69>
- Goldberg, D. P. (1972). *General health questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Hadizadeh-Talasaz, F., Simbar, M., Esmaily, H., & مقابله‌ای و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF. *باروری و ناباروری*, ۷(۳)، ۲۶۹-۲۷۵. <https://www.jri.ir/article/248>
- فرید، م. (۱۳۷۸). *درآمدی بر خانواده و خویشاوندی*. داتژه.
- کوکری، ر. (۱۳۷۶). *مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی* (بهمن نجاریان، مترجم). رشد.
- گوهرشاهی، ش.، سلیمانیان، ع. ا.، و حیدرنیا، ا. (۱۳۹۹). تبیین چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور متقاضی درمان‌های جایگزین ناباروری: یک مطالعه کیفی. *دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۴(۹)، ۸۴-۶۹. <https://journal.muq.ac.ir/article-1-2929-fa.html>
- گیدنز، آ. (۱۴۰۲). *نظریه‌های جامعه‌شناسی* (حسن چاووشیان، مترجم). نی.
- ودادهیر، ا.، رحمانی، م.، و دباغ، ط. (۱۳۹۵). *ناباروری به مثابه مسئله‌ای اجتماعی-فرهنگی: تجربه زیسته زنان نابارور در جست‌وجوی درمان در قزوین. مسائلی اجتماعی ایران*، ۷(۲)، ۱۷۵-۱۵۹. <http://jspi.khu.ac.ir/article-1-2655-fa.html>
- هاشمی‌خواه، ز.، افشانی، س. ع.، ر.، افراسیابی، ح.، و روحانی، ع. (۱۴۰۱). *برساخت روابط خانوادگی در خانواده‌های نابارور. روان‌شناسی فرهنگی*، ۶(۱)، ۲۷۸-۲۹۸. <https://doi.org/10.30487/jcp.2022.312598.1332>

## References

- Akbari, R., & Donyaee, A. (2016). *Sociology of the family and its emerging damages*. Avae Noor Publications. [In Persian].
- Anderson, J. E., Farr, S. L., Jamieson, D. J., Warner, L., & Macaluso, M. (2009). Infertility services reported by men in the United States: National survey data. *Fertility and Sterility*, 91(6), 2466-2470. [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(08\)00593-1/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(08)00593-1/fulltext)
- Araya, B. M., Velez, M. P., Gelaye, K. A., Dyer, S., & Aldersey, H. M. (2024). Addressing the rehabilitation needs of women experiencing infertility in Ethiopia: Time for action. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 475-490. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040475>
- Bayrami, R., Effati-Dariani, F., Haj-Shafiha, M., & Jan-Ghorban, R. (2018). Perceptions of men expecting their first child from an in vitro fertilization pregnancy: A qualitative study. *Hayat Journal*,

- support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 1028–1039. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.6.1028>
- Roshanaei, M. R., Mohagheghi, H., Hosseini, H., & Yarmohamadi-Vasel, M. (2021). Comparison of marital conflict between infertile, fertilized by artificial insemination and naturally fertile couples. *Journal of Population Association of Iran*, 16(32), 241-273. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.556415.1237>
- Rust, J., & Golombok, S. (1985). The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 63-64. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1985.tb01314.x>
- Şahiner, E., & Boz, I. (2022). Experiences of women undergoing infertility treatment from embryo transfer until pregnancy test and their conceptualization of their embryo. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 153-164. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1865909>
- Shakeri, J., Hosseini, M., Golshani, S., Sadeghi, K., & Feizollahi, V. (2006). A study of general health, coping strategies and marital satisfaction in infertile women undergoing IVF treatment. *Fertility and Infertility Quarterly*, 7(3), 269-275. [In Persian]. <https://www.jri.ir/article/248>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Taghizadeh-Firouzjaei, A., Sadat, Z., Taqadosi, M., & Turki-Habibabadi, B. (2018). Psychometric properties of the quality of relationships questionnaire between couples. *Payesh Journal*, 17(1), 85-94. [In Persian]. <http://payeshjournal.ir/article-1-67-en.html>
- Vadadhir, A., Rahmani, M., & Dabbagh, T. (2017). Infertility as a socio-cultural issue: The lived experience of infertile women seeking treatment in Qazvin. *Social Issues of Iran*, 7(2), 159-175. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.jspi.7.2.159>
- Wiersema, N. J., Drukker, A. J., Dung, M. B. T., Nhu, G. H., Nhu, N. T., & Lambalk, C. B. (2006). Consequences of infertility in developing countries: Results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam. *Journal of Translational Medicine*, 4(54), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5876-4-54>
- Zarean, M., & Ghaffari, M. (2021). Women's lived experience of the challenges of adopting a child. *Social Studies of Women's Psychology*, 19(1), 143-184. [In Persian]. <https://www.doi.org/10.22051/jwsp.2021.34262.2347>
- Latifnejad-Roudsari, R. (2019). Development and validation of a decision-making donor conception questionnaire in Iranian infertile couples. *International Journal of Fertility & Sterility*, 13(3), 215-224. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2019.5700>
- Hasanpoor-Azghady, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The social construction of infertility among Iranian infertile women: A qualitative study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 20(3), 178-190. <https://www.jri.ir/article/60045>
- Hashemikhah, Z., Afshani, S. A. R., Afrasiabi, H., & Ruhani, A. (2022). Construction of family relationships in infertile families. *Cultural Psychology*, 6(1), 278-298. [In Persian]. <https://doi.org/10.30487/jcp.2022.312598.1332>
- Jafari, H., Taghipour, A., Afiat, M., & Latifnejad-Roudsari, R. (2021). Socio-cultural dimensions of infertility and assisted reproductive donation techniques: A review study. *Navid No*, 23(76), 84-101. [In Persian]. <https://doi.org/10.22038/nmj.2020.53111.1243>
- Jafarzadeh-Kenarsari, F., Ghahiri, A., Habibi, M., & Zargham-Boroujeni, A. (2015). Exploration of infertile couples' support requirements: A qualitative study. *International Journal of Fertility and Sterility*, 9(1), 81-92. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4212>
- Jung, Y. J., & Kim, H. Y. (2017). Factors influencing infertility-related quality of life in women undergoing assisted reproductive techniques: Focusing on depression and resilience. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 23(2), 117-125. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2017.23.2.117>
- Khanabadi, M., Mehdizadeh-Ardakani, M., Tabkhi, F., Imani-Moghaddam, H., & Mehdizadeh, F. (2022). Social themes related to the marital quality of infertile couples in Yazd: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research*, 17(1), 5-18. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.17.1.5>
- Lai, J. D., Fantus, R. J., Cohen, A. J., Wan, V., Hudnall, M. T., Pham, M., Brannigan, R. E., & Halpern, J. A. (2021). Unmet financial burden of infertility care and the impact of state insurance mandates in the United States: Analysis from a popular crowdfunding platform. *Fertility and Sterility*, 116(4), 1119-1125. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.05.111>
- Njagi, P., Groot, W., Arsenijevic, J., Dyer, S., Mburu, G., & Kiarie, J. (2020). Economic costs of infertility care for patients in low-income and middle-income countries: A systematic review protocol. *BMJ Open*, 10(11), e042951. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042951>
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social

## پیوست: ابزارهای استاندارد و محقق ساخته برای گردآوری داده‌ها

### مقیاس سلامت عمومی روانی گلدبرگ

مقیاس سلامت عمومی روانی گلدبرگ (1972) از عمومی‌ترین ابزارها برای سنجش سلامت عمومی است. فرم کوتاه این مقیاس با ۱۲ آیتم از دو خرده‌مقیاس سلامت روان مثبت و نشانه‌های اختلال روانی تشکیل شده است. هریک از خرده‌مقیاس‌ها ۶ آیتم را به خود اختصاص داده‌اند. در برابر هر آیتم چهار گزینه اصلاً، در حد معمول، بیشتر از حد معمول و خیلی بیشتر از حد معمول قرار دارد. آیتم‌ها به تفکیک خرده‌مقیاس‌ها به شرح زیر هستند:

#### • خرده‌مقیاس سلامت روان مثبت

- 0 آیا در چند هفته گذشته، قادر به تمرکز بر کارها و امور خود بوده اید؟
- 0 آیا در چند هفته گذشته، احساس کرده‌اید که نقش مفیدی در انجام کارها داشته اید؟
- 0 آیا در چند هفته گذشته، قادر به تصمیم‌گیری در امور خود بوده‌اید؟
- 0 آیا در چند هفته گذشته، قادر به روبه‌رو شدن با مشکلات خود بوده‌اید؟
- 0 آیا در چند هفته گذشته، روی هم‌رفته به زندگی احساس خرسندی داشته‌اید؟
- 0 آیا در چند هفته گذشته، از فعالیت‌های روزمره خود لذت برده‌اید؟

#### • خرده‌مقیاس نشانه‌های اختلال روانی

- 0 آیا در چند هفته گذشته، به دلیل نگرانی زیاد دچار بی‌خوابی شده‌اید؟
- 0 آیا در چند هفته گذشته، احساس کرده‌اید که دائماً در فشار هستید؟
- 0 آیا در چند هفته گذشته، احساس افسردگی و غمگینی داشته‌اید؟
- 0 آیا در چند هفته گذشته، احساس اعتماد به نفس خود را از دست داده‌اید؟
- 0 آیا در چند هفته گذشته، خود را آدم بی‌ارزشی پنداشته‌اید؟
- 0 آیا در چند هفته گذشته، احساس نموده‌اید که نمی‌توانید بر مشکلات خود فائق آیید؟

نمره‌گذاری این ابزار به دو روش صورت می‌گیرد: در روش اول گزینه‌های اصلاً و در حد معمول امتیاز صفر می‌گیرند و گزینه‌های بیشتر از حد معمول و خیلی بیشتر از حد معمول امتیاز ۱ دریافت می‌کنند؛ به این ترتیب، حداقل امتیاز برای هر پاسخ‌گو برابر با صفر و حداکثر آن برابر با ۱۲ با حد وسط ۶ تعریف شده است. به‌طور کلی هرچه نمره پاسخگو به ۱۲ نزدیک‌تر شود، او از سلامت عمومی روانی کمتری برخوردار است؛ در روش دوم برای نمره‌گذاری چهار گزینه ذکر شده به ترتیب امتیازهای ۱ تا ۴ را به خود اختصاص می‌دهند و نمره نهایی هر پاسخ‌گو از مجموع نمره ۱۲ آیتم به دست می‌آید؛ بر این اساس، مجموع نمره هر پاسخ‌گو از حداقل ۱۲ تا حداکثر ۴۸ با حد وسط ۳۰ تعریف می‌شود و هرچه نمره فرد به مقدار ۴۸ نزدیک‌تر شود، او از سلامت عمومی روانی پایین‌تری برخوردار است. در این تحقیق به دلیل هماهنگی روش دوم با شیوه نمره‌گذاری سایر متغیرها از روش دوم استفاده شده است. در رابطه با این مقیاس ضروری است دقت شود که هرچه نمره حاصل از مقیاس پایین‌تر باشد، سطح سلامت عمومی روانی بالاتر است.

### مقیاس کیفیت روابط خانوادگی گلوبوک

کیفیت روابط خانوادگی با استفاده از پرسش‌نامه گلوبوک-راست (1985) تعریف عملیاتی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۸ آیتم است و تحلیل عاملی انجام‌شده بر روی آن نشان می‌دهد که سازه‌ای تک‌عاملی است. نیمی از آیت‌ها دارای جهت‌گیری مثبت (موافقت با آنها به معنای روابط خانوادگی مطلوب‌تر است) و نیمی از آیت‌ها دارای جهت‌گیری منفی (موافقت با آنها با معنای روابط خانوادگی نامطلوب‌تر است) هستند. باتوجه‌به تعداد متغیرهای مدنظر در پژوهش حاضر و همچنین حجم بالای پرسش‌نامه این مقیاس براساس نتایج مطالعه مقدماتی به دو فرم موازی تقسیم شد؛ به‌این‌ترتیب دو مقیاس که هرکدام دارای ۱۴ آیت‌م (۷ آیت‌م با جهت‌گیری منفی و ۷ آیت‌م با جهت‌گیری مثبت) هستند که در ادامه آمده است. باتوجه‌به اینکه هریک از آیت‌ها برای قبل و پس از اقدام به درمان ناباروری پرسش شده‌اند، در مرحله مقدماتی درمجموع ۵۶ پرسش و در مطالعه نهایی درمجموع ۲۸ پرسش در اختیار پاسخ‌گویان قرار گرفته است.

به‌این‌ترتیب، بیشترین نمره برای کیفیت روابط خانوادگی برابر با ۱۴ و بیشترین آن برابر با ۵۶ می‌شود. حد وسط مقیاس تعریف‌شده ۳۵ است؛ به‌عبارت‌دیگر، افرادی که نمره کیفیت روابط خانوادگی آنها بیشتر از ۳۵ باشد، کم‌وبیش از کیفیت روابط خانوادگی خوبی برخوردار هستند؛ درحالی‌که اخذ نمره کمتر از ۳۵ به معنی کیفیت روابط خانوادگی کم‌وبیش بد است.



## مقیاس روابط خانوادگی گلوبوک-سراست (1985)

| ردیف | گویه                                                                     | جهت  | فرم‌های موازی |     |
|------|--------------------------------------------------------------------------|------|---------------|-----|
|      |                                                                          |      | اول           | دوم |
| ۱    | همسر من معمولاً به نیازهای من حساس و آگاه است.                           | مثبت | ✓             |     |
| ۲    | واقعاً از شوخ‌طبعی همسر لذت می‌برم.                                      | مثبت |               | ✓   |
| ۳    | فکر می‌کنم همسر دیگر به حرف‌های من توجهی ندارد (آنها را نمی‌شنود)        | منفی | ✓             |     |
| ۴    | هرگز همسر به من خیانت نکرده است.                                         | مثبت | ✓             |     |
| ۵    | برای حفظ زندگی زناشویی خود حاضرم از دوستانم بگذرم.                       | مثبت |               | ✓   |
| ۶    | از ارتباط زناشویی‌مان ناراضی هستم.                                       | منفی |               | ✓   |
| ۷    | ای کاش همسر این قدر تنبل نبود و کارها را به تعویق نمی‌انداخت.            | منفی | ✓             |     |
| ۸    | گاهی احساس تنهایی می‌کنم، حتی زمانی که با همسر هستم.                     | منفی |               | ✓   |
| ۹    | اگر همسر مرا رها کند، دیگر زندگی ارزشی ندارد.                            | مثبت | ✓             |     |
| ۱۰   | من و همسر نظرات خود را به همدیگر تحمیل نمی‌کنیم.                         | مثبت |               | ✓   |
| ۱۱   | وقتی به این نتیجه برسیم که باید جدا شویم، ادامه زندگی مشترک بی‌معنی است. | منفی | ✓             |     |
| ۱۲   | هر دوی ما علائق یکسان داریم.                                             | مثبت | ✓             |     |
| ۱۳   | برایم مشکل است به همسر نشان دهم که دوستش دارم.                           | منفی |               | ✓   |
| ۱۴   | هرگز درباره اینکه ارتباط زناشویی خوبی دارم، شک نکرده‌م.                  | مثبت |               | ✓   |
| ۱۵   | از نشستن و حرف زدن با همسر لذت می‌برم.                                   | مثبت | ✓             |     |
| ۱۶   | فکر اینکه بقیه عمرم را با همسر سپری کنم، کسالت‌آور است.                  | منفی | ✓             |     |
| ۱۷   | همیشه در ارتباط ما، نرمش و گذشت حاکم است.                                | مثبت |               | ✓   |
| ۱۸   | در موقع تصمیم‌گیری هر کدام از ما سعی می‌کند حرف خود را به کرسی بنشاند.   | منفی |               | ✓   |
| ۱۹   | من دیگر نمی‌توانم واقعاً به همسر اعتماد کنم.                             | منفی | ✓             |     |
| ۲۰   | هنوز ارتباط ما سرشار از خوشی (لذت) و هیجان است.                          | مثبت | ✓             |     |
| ۲۱   | یکی از ما دائماً حرف می‌زند و دیگری معمولاً ساکت است.                    | منفی |               | ✓   |
| ۲۲   | ارتباط ما هر روز بهتر می‌شود.                                            | مثبت |               | ✓   |
| ۲۳   | بیش از عشق، موضوع امنیت و پول در ازدواج دخیل است.                        | منفی | ✓             |     |
| ۲۴   | ای کاش گرمی و محبت بیشتری بین ما وجود داشت.                              | منفی |               | ✓   |
| ۲۵   | من به رابطه با همسر کاملاً وفادار هستم.                                  | مثبت | ✓             |     |
| ۲۶   | گاهی ارتباط ما تیره می‌شود؛ زیرا همسر دائماً عیب‌های مرا می‌گیرد.        | منفی | ✓             |     |
| ۲۷   | گمان می‌کنم ما در مرز جدایی قرار داریم.                                  | منفی |               | ✓   |
| ۲۸   | سریعاً پس از هر دعوا باهم کنار می‌آیم.                                   | مثبت |               | ✓   |

## مقیاس کیفیت روابط اجتماعی پیرس و همکاران

برای اندازه‌گیری کیفیت روابط اجتماعی از مقیاس پیرس و همکاران (1991) استفاده شده است. این مقیاس که از ۲۵ آیتم تشکیل شده است، متشکل از سه خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی، تعارض بین‌فردی و عمق روابط می‌شود. حمایت اجتماعی از ۷ آیتم (آیتم‌های اول تا هفتم)، تعارض بین‌فردی ۱۲ آیتم (آیتم‌های هشتم تا نوزدهم) و عمق روابط نیز از ۶ آیتم (آیتم‌های بیستم تا بیست‌وپنجم) تشکیل شده‌اند.

هریک از ۲۵ آیتم برای سه گروه شامل والدین، دوستان و سایرین پرسش شده است و به‌این‌ترتیب در مرحله‌ی مقدماتی درمجموع ۷۵ پرسش در اختیار پاسخ‌گویان قرار گرفته است. به‌منظور بالا بردن دقت پاسخ‌گویان مناسب بود تا مقیاس کیفیت روابط اجتماعی به دو فرم موازی تقسیم شود و فرم اول (شامل ۱۳ آیتم) در مطالعه‌ی نهایی استفاده شود. کلیه‌ی مراحل علمی برای تهیه‌ی فرم‌های موازی گذرانده شده است.

مقیاس کیفیت روابط اجتماعی پیرس و همکاران (1991) برای سه گروه والدین، دوستان و سایرین

| ابعاد             | گویه‌ها                                                                                          | فرم‌ها |     |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
|                   |                                                                                                  | اول    | دوم |
| ۱. حمایت اجتماعی  | وقتی از دست کسی عصبانی هستید، تا چه اندازه امید دارید این فرد به شما توجه کند؟                   | ✓      |     |
|                   | تا چه اندازه برای حل یک مشکل می‌توانید روی کمک این افراد حساب کنید؟                              | ✓      |     |
|                   | تا چه اندازه می‌توانید برای مشورت و نظرخواهی درباره‌ی مشکلات به این افراد رجوع کنید؟             | ✓      |     |
|                   | وقتی در فشار روانی هستید، تا چه اندازه روی این افراد حساب می‌کنید که شما را از نگرانی رها سازند؟ | ✓      |     |
|                   | اگر همین امشب بخواهید دنبال کاری بروید، چقدر مطمئنید این افراد مایل به همکاری با شما هستند؟      | ✓      |     |
|                   | اگر یکی از اعضای نزدیک خانواده‌ی شما فوت کند، تا چه اندازه روی کمک این افراد حساب می‌کنید؟       | ✓      |     |
|                   | چه اندازه امیدوارید که اینها برخورد صادقانه با شما داشته باشند، حتی اگر به آنها بی‌تفاوت باشید؟  | ✓      |     |
| ۲. تعارض بین‌فردی | این اشخاص تا چه اندازه‌ای عصبانیت شما را برمی‌انگیزند؟                                           | ✓      |     |
|                   | گاهی اوقات این افراد تا چه اندازه‌ای باعث اضطراب و آشفتگی شما می‌شوند؟                           | ✓      |     |
|                   | هرچند وقت یک بار، این افراد شما را عصبانی می‌کنند؟                                               | ✓      |     |
|                   | چقدر با این افراد جروبخت می‌کنید؟                                                                | ✓      |     |
|                   | هر چند وقت یک بار ناچارید با تلاش زیاد از کشمکش و درگیری با این افراد دوری کنید؟                 | ✓      |     |
|                   | چقدر دوست دارید که این اشخاص تغییر کنند؟                                                         | ✓      |     |
|                   | تا چه اندازه ناچارید در روابط با این افراد تسلیم باشید؟                                          | ✓      |     |
|                   | این اشخاص چقدر در شما احساس گناه ایجاد می‌کنند؟                                                  | ✓      |     |
|                   | تا چه اندازه این افراد خواهان تغییر در شما هستند؟                                                | ✓      |     |
|                   | هر چند وقت یک بار این افراد سعی می‌کنند زندگی شما را تحت تأثیر یا کنترل خود داشته باشند؟         | ✓      |     |
|                   | این افراد چقدر از شما انتقاد می‌کنند؟                                                            | ✓      |     |
|                   | در روابط با این افراد آنچه شما به آنها می‌دهید از آنچه از آنها می‌گیرید، چقدر بیشتر است؟         | ✓      |     |
| ۳. عمق روابط      | روابط با این افراد چقدر در زندگی شما اهمیت دارد؟                                                 | ✓      |     |
|                   | چقدر به این اشخاص متکی هستید؟                                                                    | ✓      |     |
|                   | در ده سال گذشته تا چه اندازه روابط شما با این افراد نزدیک بوده است؟                              | ✓      |     |
|                   | تا چه اندازه این اشخاص در زندگی شما نقش مثبتی داشته‌اند؟                                         | ✓      |     |
|                   | تا چه اندازه در برابر آسایش و بهزیستی این افراد احساس مسئولیت می‌کنید؟                           | ✓      |     |
|                   | اگر شما و یکی از این اشخاص یک ماه نتوانید یکدیگر را ببینید، چقدر جای خالی او را حس می‌کنید؟      | ✓      |     |

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

### مقیاس حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی

سنجش حمایت اقتصادی نهادی و غیرنهادی براساس ۸ معرف شامل ۵ معرف برای حمایت اقتصادی از طرف سازمان‌های دولتی و غیردولتی و ۳ معرف از طرف مراجع غیرسازمانی شامل خانواده، دوستان و آشنایان عملیاتی شده است:

#### • حمایت اقتصادی سازمانی

0 حمایت از طرف بیمه تأمین اجتماعی و خدمات درمانی

0 حمایت از طرف بیمه تکمیلی

0 حمایت از طرف سازمان‌های غیردولتی

0 حمایت از طرف بانک‌ها

0 حمایت از طرف محل کار

#### • حمایت اقتصادی غیرسازمانی

0 حمایت از طرف خانواده خود

0 حمایت از طرف خانواده همسر

0 حمایت از طرف دوستان و آشنایان

هریک از معرف‌ها با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای شامل هیچ، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد اندازه‌گیری شده است. امتیازهای داده شده به هر یک از گزینه‌ها به ترتیب از مقدار صفر (گزینه هیچ) تا مقدار ۵ (گزینه خیلی زیاد) تعریف شده است؛ به این ترتیب، هر یک از پاسخ‌گویان به لحاظ متغیر حمایت‌های اقتصادی نهادی و غیرنهادی نمره‌ای بین حداقل صفر (کمترین میزان حمایت اقتصادی سازمانی و غیرسازمانی) تا حداکثر ۴۰ (بیشترین میزان حمایت اقتصادی سازمانی و غیرسازمانی) به دست می‌آورد. حد وسط مقیاس اندازه‌گیری حمایت اقتصادی سازمانی و غیرسازمانی ۲۰ است؛ به نحوی که افرادی که نمره نهایی آنها بیشتر از مقدار مرجع ۲۰ باشد، در مجموع از حمایت اقتصادی بالا و افرادی که نمره نهایی آنها کمتر از مقدار مرجع ۲۰ باشد، از حمایت اقتصادی پایینی برخوردار هستند.