

Research Paper

Sociological Study of Explaining the Social Factors of Attitude towards Adoption (Case Study: Married Women live in Shiraz)

Majeed Movahed Majd^{1*}, Sara Zare², Marzieh Fazeli³

1. Professor, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran

2. M.A. in Women's Studies, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran

3. M.A. in Women's Studies, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran

Received: 2024/06/16

Revised: 2024/09/18

Accepted: 2024/09/21

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jzv.2024.33537.4204

Keywords:

Women, Adoption, Infertility, Attitude, Health.

Abstract

Introduction: Childbearing has always been a way to bring a family together. Having a child naturally may not be possible for some people for any reason, such as biological reasons, although they can achieve it by adopting a child. This study evaluated the relationship between sociological factors and the attitude toward adoption. The conceptual framework used in this study was stigma theory and labeling theory.

Methods: This study was conducted among 400 women, the statistical population of Shiraz. Participants in this study were married women between the ages of 20 and 60 who had been married for at least three years. Half of these women were randomly selected from Shiraz and the other half from infertility centers. Data were collected through surveys and personal visits using the simple sampling method and analyzed in an SPSS environment using statistical tests.

Findings: The hypothesis test showed there was a significant relationship between the independent variables of two dimensions of social health and spiritual health, and both dimensions were respondents' self-evaluation of physical health and attitude towards adoption. On the other hand, the results indicated no significant relationship between other independent variables, including social health and its other dimensions, mental health, age, level of education, number of children, and infertility experience, with the dependent variable. The results of this study will help to understand different aspects of adopting and will pave the way for other sociological research in this field.

Citation: Movahed Majd M, Zare S, Fazeli M. Sociological Study of Explaining the Social Factors of Attitude towards Adoption (Case Study: Married Women Lives in Shiraz). Quarterly Journal of Women and Society. 2025; 15 (60): 15-27

***Corresponding author:** Majeed Movahed Majd

Address: Professor of Sociology, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Tell: 09177188265

Email: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Reproduction holds significant importance for individuals, as it serves as a vital means to attain personal fulfillment, societal recognition, and a sense of sexual identity(1). The topic of fertility is crucial for both the sustainability and growth of the human population. The impact of infertility extends beyond individual couples, affecting governmental structures and society as a whole. Therefore, understanding this phenomenon and its implications is essential(2). In every culture, couples often experience a sense of inadequacy when they are unable to have children. They view the ability to fulfill the roles of father and mother as essential for personal fulfillment, societal acceptance, the realization of their sexual identity, and achieving full adulthood(3). Although adopting a child can enhance unity and affection within a family, addressing the challenges orphaned children face often contributes to the child's development and well-being in various physical and cognitive dimensions(4). This study evaluated the relationship between sociological factors and the attitude toward adoption. The conceptual framework used in this study was stigma theory and labeling theory. The research variables are categorized into three distinct groups: background variables, family variables, and health variables. Background variables encompass age, educational attainment, and the number of children. The family variable pertains to the individual's experience with infertility, while health variables include social health, spiritual health, and self-evaluations of both physical and mental well-being.

Methods

This study employs a descriptive-correlational design and was carried out through a cross-sectional survey method during the years 2021-2022. The researchers gathered data using a questionnaire, which was administered in person at three infertility centers and across eleven urban regions of Shiraz, Iran. The study comprised 200 respondents from infertility centers and an additional 200

married women from urban areas of Shiraz. The sample focused on married women aged between 20 and 60 years residing in Shiraz. The sampling from infertility centers involved women who sought assistance in 2022, while the city-wide sampling was conducted randomly across all 11 districts of Shiraz, proportionate to the population in each area. A key characteristic shared by all participants in this research is that they have been married for a minimum of three years. According to Lin's table, a sample size of 384 individuals was necessary to achieve a 5% error rate. To enhance reliability, a total of 400 questionnaires were randomly distributed, with 200 being allocated to the city and the remaining 200 to infertility centers. Following the information-gathering process, the relevant data was encoded and input into the SPSS V.27 platform for analysis. The analysis was conducted at two tiers: descriptive statistics and inferential statistics.

Findings

The mean age of participants in this study is 38.4 years, with the most common age range being 35 to 39 years, accounting for 21.7% of the sample. Additionally, 53% of the participants reported having no prior experience of parenthood. Among women attending infertility centers, 58.8% had not experienced childbirth, while 50.8% of women involved in this study at the city level also reported a lack of experience in having children. A total of 60.5% of participants reported experiencing infertility at some point in their lives, while 19.7% expressed a positive outlook on adoption, and 49.5% held a negative perspective regarding it. Among the three background variables—family, health, and another—only the health variable demonstrates a connection with attitudes toward adoption. Specifically, the four dimensions of social health, spiritual health, and two aspects of self-assessed physical health of the respondents exhibit a significant relationship with the dependent variable. The multivariable step regression analysis conducted in this study indicates that the chosen variables account for 18.1% of the variance in the dependent variable.

Discussion

Embracing the journey of adoption allows couples to experience the profound joys of parenthood while addressing the emotional challenges associated with childlessness. While adoption is often viewed as a practical means to fulfill parental desires, it encompasses much more than just welcoming a child into one's arms; it involves navigating a range of intricate issues that gradually emerge throughout the adoption process⁽⁵⁾. Overall, it can be stated that the process of adopting a child presents various challenges. The key to success lies in addressing and integrating past experiences, actively engaging in the present, and strategically planning for the future. Stigma theory suggests that individuals facing infertility struggle to view themselves as normal due to societal experiences, leading to heightened feelings of insecurity. Additionally, labeling theory posits that individuals who are labeled tend to internalize others' perceptions of them. Based on the theories applied in this study and the findings obtained, it is evident that health variables—encompassing social health, spiritual health, and self-perceived health—are significantly related to the dependent variable. A person's sense of security within the community correlates positively with their attitude towards adoption.

Conclusion

Adoption can yield beneficial outcomes for both parents and children, fulfilling the inherent desire to parent, providing a child with the gift of family, and fostering a sense of spiritual fulfillment. However, research indicates that a significant portion of the surveyed population holds negative or neutral views regarding adoption, with only 19.7% expressing a positive perspective.

Therefore, it is essential to work towards shifting societal attitudes and fostering a more favorable view of adoption.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All participants participated in the research with their consent and the researchers assured them that the results would be confidential. The Ethics Review Board of Shiraz University of Medical Sciences approved the present study under the following numbers: IR.SUMS.REC.1402.225

Funding

This study received no grant from any institution/company/university.

Authors' contributions

Dr. Majeed Movahed Majd: General planning of the framework, Design and Conceptualization, and selection of approaches.

Sara Zare: Collaboration in general framework planning, gathering and collecting data.

Marzieh Fazeli: Methodology and data analysis, editing and analysis, submission and correction.

The final manuscript received approval from all authors, who collectively reviewed and confirmed its content.

Conflicts of interest

This article is based on the senior thesis entitled "Sociological Study of Attitudes Toward Adoption Among Women in Shiraz." The authors have stated that there are no conflicts of interest related to this publication.

مقاله پژوهشی

مطالعه جامعه‌شناختی تبیین عوامل اجتماعی نگرش به فرزندپذیری
(مطالعه موردی: زنان متاهل شهر شیراز)مجید موحد مجد^{۱*}، سارا زارع^۲، مرضیه فاضلی^۳

۱. استاد گروه جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۲. دانش‌آموخته ارشد مطالعات زنان، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۳. دانش‌آموخته ارشد مطالعات زنان، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

چکیده

هدف: فرزندآوری همواره راهی برای تکمیل خانواده بوده است. تجربه احساس طبیعی داشتن فرزند به هر دلیلی ممکن است به صورت طبیعی و زیستی برای یک فرد فراهم نباشد، لیکن افراد می‌توانند آن را با پذیرش فرزند غیر زیستی تجربه نمایند. هدف از انجام این پژوهش مطالعه رابطه عوامل جامعه‌شناختی با نگرش نسبت به فرزندپذیری می‌باشد. چارچوب نظری به کار گرفته شده نظریه داغ ننگ اجتماعی و برچسب زنی می‌باشد.

روش: این پژوهش در جامعه آماری شهر شیراز با تعداد نمونه ۴۰۰ نفر انجام گرفته است. پاسخگویان در این پژوهش زنان متاهل ۲۰ تا ۶۰ سال می‌باشند، که حداقل ۳ سال از ازدواجشان گذشته باشد، نیمی از این زنان در سطح شهر و نیم دیگر در مراکز ناباروری بوده‌اند. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه و به صورت مراجعه حضوری، گردآوری شده و سپس در محیط SPSS با استفاده از آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: آزمون فرضیه‌ها نشان داد متغیرهای روش زندگی در سلامت معنوی، تحصیلات، سلامت روانی، تعداد فرزند، انسجام در سلامت اجتماعی، سلامت جسمانی، شکوفایی و همبستگی در سلامت اجتماعی، سن، مشارکت، پذیرش و خودکارآمدی سلامت معنوی رابطه‌ای معنادار با نگرش به فرزندپذیری دارند. نتایج این پژوهش کمک شایانی به درک بهتر ابعاد گوناگون پدیده فرزندپذیری کرده و راه را برای سایر پژوهش‌های جامعه‌شناختی در این حوزه هموار خواهد کرد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۲۷

تاریخ داوری: ۱۴۰۳/۰۶/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۳۱



DOI:

10.30495/jzv.2024.33537.4204

واژه‌های کلیدی:

زنان، فرزندپذیری، ناباروری، نگرش، سلامت.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* نویسنده مسئول: مجید موحد مجد

نشانی: استاد بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

تلفن: ۰۹۱۷۷۱۸۸۲۶۵

پست الکترونیکی: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

مقدمه

فرزندآوری نیاز فطری انسان‌ها و تامین جمعیت از کارکردهای مهم نهاد خانواده است. عشق و علاقه به فرزند همیشه در بین آدمیان مورد توجه بوده است. والدین همواره سعی می‌کنند زندگی خوبی برای فرزندان خود تدارک ببینند زیرا کانون گرم خانواده بهترین مکان برای رشد و تربیت کودکان می‌باشد. تولید نسل برای همه افراد بسیار اهمیت دارد چرا که یکی از ابزارهای لازم برای دستیابی به رضایت از خویشتن، پذیرش اجتماعی و رسیدن به هویت جنسی می‌باشد (۱)، اما خانواده‌هایی وجود دارند که بنا بر علل گوناگون از نعمت داشتن فرزند محروم هستند و از سوی دیگر، برخی کودکان طعم داشتن پدر و مادر را نچشیدند (۶).

ناباروری از این جهت نیز حائز اهمیت است که، با توجه به اینکه نرخ رشد جمعیت در چند سال اخیر در ایران بسیار پایین آمده است می‌تواند منجر به تهدید پیری جمعیت و چالش‌های بسیار اساسی در حوزه اجتماعی و اقتصادی شود. در نهایت، می‌توان گفت باروری موضوع مهم برای حفظ و گسترش بشریت است و آسیب‌های ناشی از ناباروری فقط متوجه زوجین نیست بلکه دولت و جامعه را نیز درگیر خواهد کرد لذا ضرورت شناخت این پدیده و پیامدهای آن آشکار می‌شود (۲). از سوی دیگر، در تمام فرهنگ‌ها زن و شوهر در صورتی که قادر به فرزندآوری نباشند احساس ضعف می‌کنند و رسیدن به نقش پدر مادری را شرط اصلی کمال فردی، پذیرش اجتماعی، تکمیل هویت جنسی و موقعیت کامل بزرگسالی می‌دانند (۳). در کشور ما نیز به دلیل عناصر فرهنگی موضوع فرزندآوری از اهمیت بالایی برخوردار است و گاه تحت تاثیر شرایط اجتماعی و روانی می‌تواند برای یک فرد تبدیل به بحران شود، بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت ناتوانی در داشتن فرزند منجر به تنش و آشفتگی در زندگی افراد خواهد شد میل شدید به داشتن فرزند را می‌توان با پذیرش کودکی که طبیعت او را از داشتن والدین محروم کرده است، جبران کرد. بنابراین، فرزندپذیری راه حل منطقی جهت تامین نیاز ذاتی بشر است، می‌توان گفت، فرزندپذیری ایجاد رابطه والد - فرزندی به شیوه‌ای قانونی و اجتماعی است و راهی برای برآورده کردن نیازها و اهداف فرد می‌باشد (۷).

همان‌گونه که اشاره شد، فرزندپذیری شیوه‌ای از مراقبت فرزند است که در آن رابطه والد-فرزندی به شیوه قانونی، عاطفی و اجتماعی بین افرادی ایجاد می‌شود که به واسطه تولد هیچ رابطه‌ای با یکدیگر ندارند و تلاش می‌کنند به اهداف خود یعنی تجربه پدر مادر شدن و پاسخ به فقدان‌هایی که تجربه کردند دست یابند (۷). فرزندپذیری می‌تواند منجر به استحکام و گرمی کانون خانواده و رفع مشکلات کودکان بی‌سرپرست و بعضاً رشد

و شکوفایی کودک در جنبه‌های گوناگون جسمانی و ادراکی شود (۴). افزایش روند فرزندپذیری در ایران و جوامع دیگر (به طور مثال در آمریکا ۵/۱ میلیون فرزند خوانده زیر ۱۸ سال وجود دارد)، افزایش سطح آگاهی و کمتر شدن دید منفی نسبت به این موضوع، فرزندپذیری را این روزها به پدیده قابل بحث و مقبول برای خانواده تبدیل کرده است (۸). به گزارش سازمان بهزیستی کشور سالانه بیش از ۲۰۰۰ خانواده در ایران از راه فرزندپذیری صاحب فرزند می‌شوند. طبق جدیدترین آمار مجموع تقاضای فرزندپذیری در سه سال اخیر بیش از ۳۸ هزار متقاضی است از این تعداد به ۶۰۰۰ خانواده در سه سال اخیر فرزند سپرده شده است. در سال ۱۴۰۱ نه هزار و سیصد و هفتاد و دو خانواده برای فرزندپذیری ثبت نام کردند که از این تعداد ۲۳۰۰ خانواده صاحب فرزند شدند (۹).

یکی از دلایل ضرورت انجام این پژوهش، افزایش مقدار ناباروری زوجین و موضوع کودکان بی سرپرست و مبحث فرزندپذیری می‌باشد (۱۰) طبق آمار بیست درصد از زوجین در ایران ناباروری را تجربه کرده‌اند، همچنین، تجربه ناباروری می‌تواند به دو صورت رخ دهد، ناباروری اولیه و ثانویه. فردی که تاکنون موفق به بارداری نشده باشد، به ناباروری اولیه مبتلا است و ناباروری ثانویه زمانی است که فرد تجربه بارداری داشته است، اما بعد از آن دیگر باردار نشده است (۱۱).

تولید مثل و مسئله باروری جزئی از حیات خانواده و امتداددهنده رشته وجودی انسان به عنوان هدف اصلی و مقدس در طول تاریخ از ارزش و قداست خاصی برخوردار بوده و هست زیرا توانایی فرزندآوری یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی در استحکام زندگی و معنا دادن به پیوند زناشویی بشمار می‌رود. زمانی که زوجین زندگی مشترک خود را با دنیایی از آرزوها و آمال می‌سازند، کودک نقطه عطف و آغازین تمامی خواسته‌های آنها قرار گرفته و تمام تلاش‌ها را به سوی آن معطوف می‌دارند به همین دلیل زوج‌های نابارور کوشش فراوانی صرف تشخیص و درمان ناباروری می‌کنند. گیبسون (۱۹۷۹) بر این باور است که زوجین نابارور دچار مشکل افسردگی و کاهش عزت نفس می‌شوند و چنانچه گفته شد فرزندپذیری بهترین راه حل به نظر می‌رسد، اما نکته‌ای که باید به آن توجه کرد این است که اگرچه گمان می‌شود فرزندپذیری، موضوعی به سادگی در آغوش گرفتن یک کودک است، اما در واقعیت آمیزه‌ای از مسائل و موضوعات پیچیده را در بر می‌گیرد. به عنوان مثال خانواده‌ها با نگرانی‌های بسیاری چون عدم وابستگی به کودک، مباحث مربوط به هویت و نحوه شکل‌گیری آن، مواجه می‌شوند (۵). در مجموع می‌توان

1 Gibson

نیمه ساختار یافته انجام داده است، که در نهایت به شش مضمون اصلی شامل تصمیم برای فرزندخواندگی، در مسیر اقدام برای فرزندخواندگی، فرایند تحویل گرفتن کودک از بهزیستی، تجربه بحران با ورود کودک به خانه، در مسیر بحران و گذر از بحران به دست آورده است. نتایج نشان می‌دهد عوامل ویژگی‌های مرتبط با فرزند خوانده، ویژگی‌های مرتبط با خانواده‌های والدین فرزندپذیر، ویژگی‌های مرتبط با والدین فرزندپذیر و ویژگی‌های مرتبط با بهزیستی جوهره مشترک تجربه والدین است و نقشی مهم در موفقیت فرزندخواندگی ایفا می‌کنند (۱۶).

رادان (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان «سنجش نگرش نسبت به فرزندپذیری و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن» با هدف سنجش نگرش دختران و زنان مجرد ۳۰ تا ۵۰ ساله ساکن تهران به فرزندپذیری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست و شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر نگرش جامعه آماری پژوهش، به منظور شناسایی و کاهش موانع متعدد و افزایش عوامل مؤثر بر نگرش به فرزندپذیری این گروه از اعضای جامعه که با روش پیمایشی انجام گرفته بود، به این نتایج رسید، مؤلفه‌های مقدار دینداری بیش‌ترین تأثیر و عضویت در گروه مرجع غیر نهادی (در زمینه رفع مشکلات روحی و روانی) کم‌ترین تأثیر بر نگرش به فرزندپذیری را دارند (۱۷).

رحیمی احمدآبادی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «مقایسه شیوه‌های فرزندپذیری و سلامت روان زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی با زوجین بدون فرزند» به مقایسه بین دو گروه مورد مطالعه و کنترل از نظر سلامت روان و شیوه‌های فرزندپروری پرداختند. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمام زوجین متقاضی فرزندخواندگی بوده که در سال ۹۲ به اداره پزشکی قانونی استان خراسان رضوی مراجعه کرده‌اند و از این میان ۵۱ زوج در دسترس انتخاب و پرسش‌نامه سلامت روان و شیوه‌های فرزندپذیری را تکمیل کرده‌اند. نتایج حاکی از آن است که بین سلامت روان و شیوه‌های فرزندپذیری زوجین متقاضی فرزند با زوجین بدون فرزند تفاوتی معنادار وجود دارد. به‌طوری‌که نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی و افسردگی در زوجین متقاضی فرزند بیش‌تر از زوجین بدون فرزند بود و زوجین متقاضی فرزند شیوه فرزندپروری مستبد و قاطع کم‌تری داشتند و در شیوه فرزندپروری سهل‌گیر تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت (۱۰).

جمع‌بندی نهایی از پژوهش‌های پیشین در این زمینه نشان می‌دهد، سلامت روانی، دینداری و معنویت و ویژگی‌های خانوادگی بر فرزندپذیری تأثیر بسزایی دارد. در این مطالعات، زوجینی و یا زنان و دختران مجرد، در نظر گرفته شده‌اند. کمبود

گفت، فرزندخواندگی موضوع پیچیده‌ای است که مورد سوء تفاهم، افسانه‌سازی و انگ واقع می‌شود، بدین منظور مطالعه نگرش به فرزندپذیری و عوامل مرتبط با آن می‌تواند نمایانگر اهمیت این پدیده اجتماعی باشد.

سلامت یکی از مهم‌ترین مولفه‌ها در حوزه فرزندپذیری می‌باشد، تعریفی که از سلامت در سازمان جهانی بهداشت عنوان شده عبارت است از یک حالت آسودگی جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی‌شود بلکه شامل سه محور جسم، روان و جامعه می‌باشد (۱۲)، به همین منظور سلامت در این پژوهش در سه بعد سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و خودآرزیابی سلامت روان و جسم مورد مطالعه قرار گرفته است. سلامت اجتماعی، هماهنگی و کنش متقابل بین هر فرد و دیگر اعضای جامعه و محیطی است که افراد در آن زندگی می‌کنند. بعد اجتماعی سلامت شامل سطوح گوناگونی از جمله مهارت‌های اجتماعی فرد، عملکرد اجتماعی و توانایی درک او به عنوان عضوی از یک جامعه بزرگ‌تر و مشارکت اجتماعی بهتر می‌باشد. می‌توان گفت، از دید سلامت اجتماعی، هر فرد عضوی از یک خانواده و از یک جامعه بزرگ‌تر است و به شرایط اجتماعی و اقتصادی و بهزیستی فرد در بطن اجتماعی که فرد زندگی می‌کند، تمرکز دارد (۱۳)، به بیانی دیگر، سلامت اجتماعی، چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع است.

گومز^۲ و فیشر^۲ (۲۰۰۳) سلامت معنوی را حالتی از بودن، احساس‌های مثبت، شناخت و ارتباط فرد با خود، دیگران و یک نیروی ماورائی تعریف کرده‌اند (۱۴)، می‌توان گفت، سلامت معنوی حسی از متصل بودن، هماهنگی بین خود، طبیعت و وجود متعالی که از راه یک فرایند رشد پویا و منسجم دست یافتنی است و به یک شناخت هدف نهایی و معنای زندگی منجر می‌شود (۱۵). هم‌چنین، وضعیت سلامت جسمی و روانی فرد از این منظر که فرد به لحاظ سلامت روانی و قدرت جسمانی خود را در چه سطحی می‌داند، بررسی شده است.

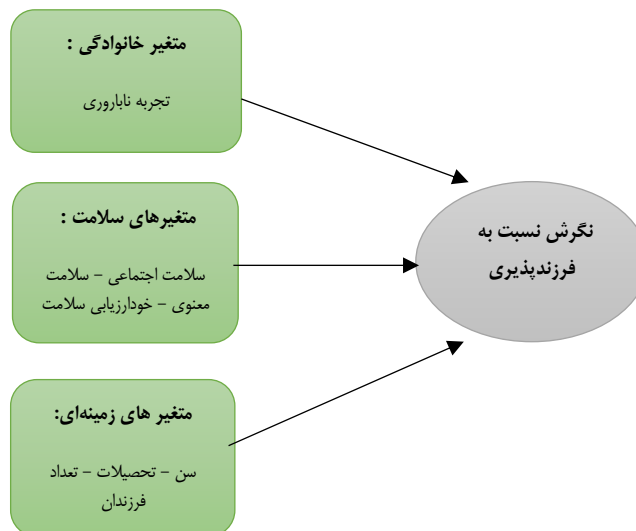
در این پژوهش متغیر وابسته، نگرش نسبت به فرزندپذیری است که تأثیر متغیرهای مستقل که پیش‌تر عنوان شد، بر مقدار شدت این متغیر سنجیده می‌شود. نگرش به فرزندپذیری در واقع مجموعه‌ای از باورها و عقاید یک فرد نسبت به این موضوع و دیدگاه مثبت یا منفی وی را نشان می‌دهد.

اکاتی (۱۴۰۰)، پژوهشی را با عنوان «تجربه زیسته والدین بارور فرزندپذیر از پدیده فرزندخواندگی» با هدف شناسایی تجربه زیسته والدین بارور فرزندپذیر از پدیده فرزندخواندگی، به روش مطالعه کیفی و از ۱۳ نفر فرد در دسترس، مورد مصاحبه عمیق

² Fisher

¹ Gomez

پژوهش‌ها در این زمینه، در میان زنان متأهل و نگرش آن‌ها به فرزندپذیری مورد توجه است.



شکل ۱. نگرش زنان نسبت به فرزندپذیری

وایت فورد و گوانزانر^۱ (۱۹۹۵) استیگما^۲ (داغ ننگ اجتماعی) را انتقال درد خصوصی فرد نابارور به دردی آشکار شده در سطح اجتماع می‌دانند. فرد نابارور با توجه به تجربیاتی که در اجتماع دارد از پذیرش خود به عنوان یک فرد عادی امتناع می‌کند، احساس ناامنی شدیدی دارد و به نوعی خود را بالاتکلیف می‌داند (۱۸) نظریه برچسب زنی بیان می‌کنند ارزش سازی اجتماعی منجر به بی‌ارزش سازی خود می‌شود. مطابق با نظریه برچسب زنی افرادی که توسط دیگران به خصوص افراد دارای قدرت در کنترل اجتماعی، منحرف معرفی می‌شوند به جایی می‌رسند که خودشان نیز خود را منحرف می‌دانند. پذیرش هویت منحرف هنگامی اتفاق می‌افتد که افراد برچسب خورده نظر دیگران راجع به خود را قبول می‌کنند و خود را همانگونه معرفی می‌کنند، که دیگران تعریف و معرفی کرده‌اند مفهوم برچسب زنی در مسئله ناباروری و فرزندپذیری نیز قابل اهتمام می‌باشد. در این پژوهش مطابق چارچوب مفهومی به بررسی و تحلیل پدیده فرزندپذیری پرداخته شده است. نظریه‌های داغ ننگ اجتماعی (استیگما) و برچسب زنی^۳ در این پژوهش استفاده شده، با توجه به چارچوب نظری و متغیرهای مستقل و وابسته، مدل مفهومی این پژوهش به شکل بالا می‌باشد.

فرضیه‌های پژوهش، با توجه به مدل مفهومی به قرار زیر است:

بین متغیر خانوادگی (تجربه ناباروری در فرد) و نگرش نسبت به فرزندپذیری رابطه وجود دارد.

بین متغیرهای سلامت (سلامت اجتماعی - سلامت معنوی - خودارزیابی سلامت) و نگرش نسبت به فرزندپذیری رابطه وجود دارد.

بین متغیرهای زمینه‌ای (سن - تحصیلات - تعداد فرزندان) و نگرش نسبت به فرزندپذیری رابطه وجود دارد.

با توجه به مسائل مطرح شده در این حوزه، هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه عوامل جامعه‌شناختی با نگرش نسبت به فرزندپذیری در میان زنان متأهل شهر شیراز می‌باشد.

متغیرهای مورد پژوهش در سه دسته متغیرهای زمینه‌ای، متغیرهای خانوادگی و متغیرهای سلامت مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند. متغیرهای زمینه‌ای شامل، سن، مقدار تحصیلات و تعداد فرزندان می‌باشد. متغیر خانوادگی تجربه ناباروری فرد در نظر گرفته شده است و متغیرهای سلامت، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و خودارزیابی سلامت جسمی و روانی را در بر می‌گیرد.

روش پژوهش و ابزار پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی می‌باشد که به صورت مقطعی و به روش پیمایش در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ انجام گرفته است. پژوهشگر با استفاده از ابزار پرسش‌نامه اطلاعات را جمع‌آوری کرده و پس از تحلیل آماری داده‌ها، نتایج در قالب جداول و نمودارها ارائه و در نهایت، مورد تفسیر و تبیین قرار گرفته است.

پرسش‌نامه از چند بخش تشکیل شده است، بخش نخست پرسش‌نامه سلامت اجتماعی توسط صفاری‌نیا (۱۳۹۱) بر اساس الگوی سلامت اجتماعی کیز^۴ و شاپیرو^۵ (۲۰۰۴) طراحی شده است و مشتمل بر ۲۸ گویه می‌باشد. چهار گویه این پرسش‌نامه، خرده مقیاس همبستگی اجتماعی، هشت گویه، خرده مقیاس انسجام اجتماعی، پنج گویه، خرده مقیاس مشارکت اجتماعی، گویه‌های هشت گویه دیگر، خرده مقیاس شکوفایی اجتماعی و سه گویه آخر، خرده مقیاس پذیرش اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کنند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش ۰/۷۳ به دست آمده است. بخش دوم پرسش‌نامه نگرش نسبت به فرزندپذیری که برای اولین بار توسط عبدالله‌زاده و همکاران در سال ۱۳۹۸ طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۳ گویه و بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت^۶ از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵

۴. keyes

۵. shapiro

۶. Lickert

۱. Whiteford & Guanzaner

۲. Stigma

۳. Labeling theory

آمده که می‌توان نتیجه گرفت این شاخص ابزاری معتبر و قابل اعتماد است و می‌تواند در مطالعات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مورد استفاده قرار گیرد، در این پژوهش نیز برای اطمینان از پایایی و روایی گویه‌ها با استفاده از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، پایایی گویه‌های سنجش سلامت معنوی مورد ارزیابی قرار گرفته است، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش ۰/۸۶ به دست آمده است که نشان دهنده پایایی ابزار سنجش می‌باشد، در جدول ۱ گزارش ضریب آلفای هر سه پرسش‌نامه قابل مشاهده می‌باشد.

(کاملاً موافقم) تنظیم شده است. مقدار آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۷۰۹ می‌باشد و این نشان دهنده آن است که این پرسش‌نامه دارای پایایی بالایی می‌باشد، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش ۰/۷۷ به دست آمده است که نشان دهنده پایایی ابزار سنجش می‌باشد. بخش سوم پرسش‌نامه سلامت معنوی توسط تیموتی پی. دالمن^۱ و بروس فری^۲ (۲۰۰۴) با هدف آزمون کردن یک معیار معتبر و قابل اعتماد از معنویت طراحی شد که دارای ۱۲ گویه و ۲ بعد می‌باشد. ۶ گویه مقیاس خود کارآمدی و ۶ گویه خرده مقیاس راه و روش زندگی را می‌سنجد. اعتبار (روایی) و پایایی پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۹۱ به دست

جدول ۱. نتیجه آزمون آلفای کرونباخ

مقیاس	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
سلامت اجتماعی	۲۸	۰/۷۳
سلامت معنوی	۱۲	۰/۸۹
نگرش به فرزندپذیری	۲۳	۰/۷۷

شهر و نیمی دیگر در مراکز ناباروری توزیع شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های مورد نظر کدگذاری شده و جهت تجزیه و تحلیل وارد محیط SPSS V.27 شده است. داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌ها و نتایج این پژوهش در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. همان‌گونه که پیش از این اشاره شد، زنان متأهل ۲۰ تا ۶۰ سال در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی در این مطالعه ۳۸/۴ است، کم‌ترین فراوانی مشارکت کنندگان در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال با ۵ درصد، و بیش‌ترین فراوانی در گروه سنی ۳۵ تا ۳۹ سال، با ۲۱/۷ درصد مشاهده شده است. سطح تحصیلات مشارکت کنندگان، در مقطع لیسانس بیش‌ترین درصد فراوانی (۴۹/۲) و در مقاطع کم‌تر از دیپلم کم‌ترین درصد فراوانی (۳) را دارد. ۵۳ درصد از مشارکت کنندگان تجربه داشتن فرزند را نداشتند و ۳۸ درصد یک فرزند داشتند، ۵۸/۸ درصد از زنانی که در مراکز ناباروری و ۵۰/۸ درصد از زنانی که در سطح شهر در این مطالعه شرکت کردند، تجربه داشتن فرزند را نداشتند. ۶۰/۵ درصد پاسخگویان در طول زندگی خود تجربه ناباروری داشتند و ۳۹/۵ درصد از پاسخگویان تجربه ناباروری نداشتند، ۲۱/۱ درصد از زنان در سطح شهر نیز ناباروری را تجربه کرده بودند. در توصیف

برای خودارزیابی سلامت جسمی و روانی به طور کلی از دو سوال «شما وضعیت سلامت جسمانی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟» و «شما وضعیت سلامت روحی-روانی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟» استفاده شده است، آزمودنی‌ها پاسخ خود را در یک طیف ۵ درجه‌ای از «بسیار خوب» تا «بسیار بد» بیان می‌کنند. در نهایت، سوالات باز و جمعیت‌شناختی مربوط به پاسخگو شامل مشخصات چون سن، مقدار تحصیلات، تعداد فرزندان و تجربه ناباروری مطرح شده است.

این پرسش‌نامه به صورت حضوری توسط مراجعه محقق به سه مرکز ناباروری و یازده منطقه شهری شیراز تکمیل شده است. ۲۰۰ نفر از پاسخگویان شامل زنان مراجعه کننده به مراکز ناباروری و ۲۰۰ نفر از پاسخگویان شامل زنان متأهل در مناطق شهری شهر شیراز بودند و نمونه از زنان متأهل بین ۲۰ تا ۶۰ سال شهر شیراز انتخاب شده بودند. نمونه‌گیری در مراکز ناباروری، شامل نمونه‌های در دسترس و زنانی هستند که به این مراکز در سال ۱۴۰۱ مراجعه کرده‌اند، و نمونه‌گیری در سطح شهر، به صورت تصادفی در هر منطقه از ۱۱ مناطق شهر شیراز و به تناسب جمعیت در آن مناطق می‌باشد، ویژگی مشترک تمام زنان در این پژوهش، گذشتن حداقل ۳ سال از ازدواج می‌باشد.

با توجه به تعداد جامعه آماری، حجم نمونه مورد نیاز با ضریب خطای ۵ درصد در جدول لین^۳ (۱۹۷۶) تعداد ۳۸۴ نفر به دست آمد که برای اطمینان بیش‌تر ۴۰۰ پرسش‌نامه به روش نمونه‌گیری تصادفی که نیمی از آنها (۲۰۰ پرسش‌نامه) در سطح

3. Lin

¹Timothy P. Daaleman

² DO, Brouce B, Frey

می‌شود، سطح نگرش به پدیده فرزندپذیری ۳۰/۸ درصد از پاسخگویان در حد متوسط، ۱۹/۷ درصد پاسخگویان نگرش مثبت و ۴۹/۵ درصد، نگرش منفی به فرزندخواندگی داشتند. آزمون رابطه میان متغیرهای مستقل سلامت، خانوادگی و زمینه‌ای با نگرش به فرزندپذیری، در آمار استنباطی مورد پژوهش قرار گرفته است. برای تبیین بهتر رابطه میان متغیرهای مستقل و نگرش به فرزندپذیری، از رگرسیون چندگانه برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شده است که در جدول ۳ و در جدول ۴، آزمون رگرسیون دو متغیره آمده است.

متغیرهای سلامت، سطح نمره دو متغیر سلامت اجتماعی و سلامت معنوی، در پاسخگویان محاسبه شده است ۱۸/۷ درصد از پاسخگویان در سطح بالای سلامت اجتماعی، ۶۷/۸ درصد در سطح متوسط و ۱۳/۵ درصد در سطح پایین هستند. ۱۷ درصد در سطح بالای سلامت معنوی، ۶۲/۸ متوسط و ۱۴/۵ درصد در سطح پایین هستند. پاسخگویان شرایط سلامت جسمی خود را بد (۷/۸ درصد)، متوسط (۱۲/۵ درصد)، خوب (۴۷/۵)، بسیار خوب (۳۲/۳ درصد) ارزیابی کرده اند، همچنین، شرایط سلامت روانی خود را بد (۴/۳ درصد)، متوسط (۵۶ درصد)، خوب (۲۱/۵)، بسیار خوب (۱۸/۳ درصد) ارزیابی کرده اند. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده

جدول ۲. سطح نگرش به پدیده فرزندپذیری

نگرش به فرزندپذیری	فراوانی	درصد
مثبت	۷۹	۱۹/۷
متوسط (خنثی)	۱۲۳	۳۰/۸
منفی	۱۹۸	۴۹/۵
جمع	۴۰۰	۱۰۰

اجتماعی و متغیر وابسته، رابطه‌ای معنادار مشاهده نشد. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، متغیر خودکارآمدی (با سطح اطمینان ۹۹ درصد)، با نگرش به فرزندپذیری رابطه‌ای معنادار دارند. خودکارآمدی با ضریب همبستگی، ۰/۳۲۲، رابطه معکوس و معناداری با متغیر وابسته دارند و می‌توان گفت هر چه نمره این متغیر بیش‌تر باشد، نگرش به فرزندپذیری منفی‌تر است و بالعکس، اما روش زندگی رابطه‌ای معنادار با متغیر وابسته ندارد. با توجه به جدول زیر و آزمون متغیرهای خودارزیابی سلامت، سلامت جسمی با ضریب همبستگی ۰/۱۰۶ و با سطح اطمینان ۹۵ درصد رابطه مستقیم و معناداری با نگرش به فرزندپذیری دارد، می‌توان گفت، اگر فرد سلامت جسمی خود را بهتر ارزیابی کند، نگرش مثبت‌تری به فرزندپذیری دارد، ولی میان سلامت روانی و متغیر وابسته، رابطه‌ای معنادار مشاهده نشد.

آزمون فرضیه رابطه میان سن و نگرش به فرزندپذیری در جدول ۳ نشان می‌دهد، رابطه‌ای معنادار میان این دو متغیر مشاهده نمی‌شود. همین‌طور مقدار تحصیلات در نمونه مورد مطالعه، که متغیر فاصله‌ای می‌باشد و به ازای هر یک سال تحصیل نمره‌ای به فرد اختصاص داده شده است، با نگرش به فرزندپذیری رابطه‌ای معنادار ندارد، همچنین، رابطه‌ای معنادار میان تعداد فرزندان و متغیر وابسته مشاهده نمی‌شود.

متغیرهای سلامت اجتماعی، سلامت معنوی، خودارزیابی سلامت، سن، تحصیلات و تعداد فرزندان وارد آزمون رگرسیون شده‌اند. همان‌گونه که پیش از این اشاره شد، متغیر سلامت شامل سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و خودارزیابی سلامت را شامل می‌شود. متغیر سلامت اجتماعی دارای پنج بعد، همبستگی، انسجام، مشارکت، شکوفایی و پذیرش می‌باشد، در آزمون فرضیه میان سلامت اجتماعی و نگرش به فرزندپذیری، هرکدام از ابعاد این متغیر را تشکیل می‌دهند و به صورت جداگانه، وارد آزمون شده‌اند. همچنین، متغیر سلامت معنوی نیز از دو بعد خودکارآمدی و روش زندگی تشکیل شده است، مقدار تحصیلات در این مطالعه یک متغیر فاصله‌ای می‌باشد، به این دلیل که هر یک سال تحصیل به منزله یک نمره در نظر گرفته شده است و از صفر تا ۲۲ متغیر است. همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود، دو بعد انسجام و مشارکت، هر دو، با سطح اطمینان ۹۹ درصد با نگرش به فرزندپذیری رابطه دارند، انسجام با ضریب همبستگی معکوس ۰/۱۴۱ رابطه‌ای معنادار با متغیر وابسته دارد، بدین معنی که هرچه نمره فرد در بعد انسجام که از ابعاد سلامت اجتماعی می‌باشد، بیش‌تر باشد، نگرش به فرزندپذیری منفی‌تر است، و مشارکت با ضریب همبستگی ۰/۲۴۰ رابطه مستقیم با نگرش به فرزندپذیری دارد، هرچه نمره فرد در بعد مشارکت بیش‌تر باشد، نگرش او به فرزندپذیری مثبت‌تر است. بین ابعاد دیگر سلامت

جدول ۳. آزمون رگرسيون چندگانه رابطه متغيرها با نگرش به فرزندپذيري

متغير	B	Bete	t	P-value	R	R-squar	Adjust R-squard	F	P-value
همبستگي	-۰/۱۴۳	-	-۰/۶۶۷	۰/۵۰۵					
انسجام	-۰/۳۰۰	-	-۲/۶۹۲	۰/۰۰۷					
مشاركت	۰/۸۲۰	۰/۲۴۰	۴/۳۱۶	<۰/۰۰۱					
شكوفايي	-۰/۰۵۱	-	-۰/۴۴۵	۰/۶۵۷	۰/۴۴۳	۰/۱۹۷	۰/۱۷۲	۷/۸۸۸	
پذيرش	-۰/۴۴۵	-	-۱/۴۶۸	۰/۱۴۳					
خودكارآمدی	-۰/۰۶۶	-	-۵/۰۶۶	<۰/۰۰۱					<۰/۰۰۱
روش زندگي	۰/۲۷۳	۰/۱۲۰	۱/۹۰۰	۰/۰۵۸					
سلامت جسمي	۱/۱۵۶	۰/۱۰۶	۲/۱۸۹	۰/۰۲۹					
سلامت رواني	۰/۲۵۴	۰/۰۵۹	۱/۲۳۹	۰/۲۱۶					
سن	۰/۰۴۵	۰/۰۳۷	۰/۷۲۹	۰/۴۶۷					
تحصيلات	-۰/۰۹۵	-	-۰/۵۲۰	۰/۶۰۳					
تعداد فرزندان	۰/۳۹۱	۰/۰۲۸	۰/۵۷۴	۰/۵۶۷					

ناباروري و تجربه داشتن فرزند تاثيري بر نگرش به فرزندپذيري ندارد.

تحليل رگرسيون چند متغير گام به گام در اين مطالعه نشان مي‌دهد كه متغيرهاي انتخاب شده، ۱۸/۱ درصد از تغييرات واريانس متغير وابسته را تبين مي‌كند، ۵ متغير وارد شده در مدل رگرسيون به ترتيب خودكارآمدی، انسجام، مشاركت، سلامت جسماني و روش زندگي هستند و مي‌توان گفت سلامت در ابعاد گوناگون از جمله سلامت اجتماعي، جسمي و معنوي تاثيري بسزا در نگرش به فرزندپذيري دارند.

آزمون رگرسيون چندگانه نشان مي‌دهد متغيرهاي روش زندگي در سلامت معنوي، تحصيلات، سلامت رواني، تعداد فرزند، انسجام در سلامت اجتماعي، سلامت جسماني، شكوفايي و همبستگي در سلامت اجتماعي، سن، مشاركت و پذيرش در سلامت اجتماعي و خودكارآمدی سلامت معنوي با سطح اطمينان ۹۹ درصد رابطه‌اي معنادار با نگرش به فرزندپذيري دارند.

در جدول ۵، آزمون رابطه تجربه ناباروري و تجربه داشتن فرزند با نگرش به فرزندپذيري، به كمك آزمون تفاوت ميانيگين (T-test) انجام شده است، همان‌گونه كه مشاهده مي‌شود، رابطه‌اي معنادار در متغيرهاي تجربه ناباروري و تجربه داشتن فرزند با متغير وابسته مشاهده نشده است، مي‌توان گفت، تجربه

جدول ۴. آزمون رگرسيون دو متغيره

متغير	B	Bete	t	R	R-squard	Adjust R-squard	F	P-value
همبستگي	-۰/۱۷۲	-۰/۰۴۱	-۰/۸۱۷	۰/۰۴۱	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۱	۰/۶۶۷	۰/۴۱۵
انسجام	-۰/۳۴۸	-۰/۱۶۴	-۳/۳۱۱	۰/۱۶۴	۰/۰۲۷	۰/۰۲۴	۱۰/۹۶۲	۰/۰۰۱
مشاركت	۰/۹۶۸	۰/۲۸۴	۵/۹۰۰	۰/۲۸۴	۰/۰۸۰	۰/۰۷۸	۳۴/۸۰۴	<۰/۰۰۱
شكوفايي	-۰/۱۶۴	-۰/۰۷۴	-۱/۴۷۶	۰/۰۷۴	۰/۰۰۵	۰/۰۰۳	۲/۱۷۸	۰/۱۴۱
پذيرش	۰/۲۱۹	۰/۰۴۰	۰/۸۰۵	۰/۰۴۰	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۰/۴۲۱
خودكارآمدی	-۰/۶۲۶	-۰/۳۰۶	-۶/۴۰۵	۰/۳۰۶	۰/۰۹۳	۰/۰۹۱	۴۱/۰۲۰	<۰/۰۰۱

روش زندگی	-۰/۳۵۵	-۰/۱۵۶	-۳/۱۴۲	۰/۱۵۶	۰/۰۲۴	۰/۰۲۲	۹/۸۷۱	۰/۰۰۲
سلامت جسمی	۱/۷۴۸	۰/۱۶۰	۳/۲۳۱	۰/۱۶۰	۰/۰۲۶	۰/۰۲۳	۱۰/۴۳۹	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۰/۳۳۸	۰/۰۷۸	۱/۵۶۲	۰/۰۷۸	۰/۰۰۶	۰/۰۰۴	۲/۴۴۱	۰/۱۱۹
سن	۰/۰۹۹	۰/۰۸۱	۱/۶۲۵	۰/۰۸۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۴	۲/۶۴۲	۰/۱۰۵
تحصیلات	-۰/۰۳۸	-۰/۰۱۰	-۰/۲۰۴	۰/۰۱۰	۰/۰۰۰	-۰/۰۰۲	۰/۰۴۲	۰/۸۳۸
تعداد فرزندان	۰/۴۶۶	۰/۰۳۲	۰/۶۶۰	۰/۰۳۳	۰/۰۰۱	-۰/۰۰۱	۰/۴۳۶	۰/۵۱۰

جدول ۵. آزمون تفاوت میانگین متغیرها با نگرش به فرزندپذیری

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	t	P-value
تجربه ناباروری	۲۴۲	۴۳/۸۵	۵/۷۹	-۰/۴۹۸	۰/۶۱۹
	۱۵۸	۴۳/۵۶	۵/۴۲		
تجربه داشتن فرزند	۱۸۸	۸۲/۴۴	۹/۸۶	-۱/۱۳۳	۰/۲۵۸
	۲۱۲	۸۳/۳۴	۹/۴۹		

بحث و نتیجه گیری

خانواده اصلی‌ترین رکن جامعه و کانون رشد و تعالی انسان‌ها می‌باشد. توکلی و کریمی (۱۹) به این نکته اشاره کردند که تجربه نشان داده است کودک در محیط خانواده سالم بهتر رشد می‌کند و تکامل می‌یابد و بدیهی است کودکی که در محیط خالی از عشق و سرد خانوادگی بزرگ شود، احتمال دارد همواره با بحران‌های عاطفی و روحی بسیاری مواجه شود از طرفی یکی از کارکردهای بنیادین نهاد خانواده زاد و ولد بشمار می‌آید تا جایی که فرزند داشتن برابر با رشد و ورود به دنیای بزرگسالی دانسته می‌شود، فرزندپذیری باعث می‌شود زوجین مزه شیرین پدر و مادر شدن را بچشند و آسیب‌ها و مشکلات روحی ناشی از نداشتن فرزند را در زندگیشان را برطرف کنند. فرزندپذیری هرچند راه حل منطقی برای ارضای نیاز والدین به حساب می‌آید، اما موضوع به سادگی در آغوش گرفتن یک کودک نیست بلکه آموزه‌ای از موضوعات و مسائل پیچیده است که هنگام ورود به این فرایند به طور تدریجی خود را نشان می‌دهد (۵). به طور کلی باید گفت فرزندپذیری مجموعه‌ای از چالش‌ها را به همراه دارد که لازمه موفقیت از آن گذر از گذشته و جذب آن، حضور موثر و فعال در حال و برنامه‌ریزی مدیرانه برای آینده است.

در مطالعات و پژوهش‌های خارجی گذشته بیش‌تر به مسائل‌ها و چالش‌های پسا فرزندپذیری پرداخته شده و مطالعات داخلی نیز بیش‌ترین تمرکزشان بر مبانی فقهی و حقوقی می‌باشد. این مطالعه با هدف شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر نگرش به فرزندپذیری در میان زنان متأهل بین ۲۰ تا ۶۰ سال شهر شیراز انجام گرفته است که در ضمن نیمی از این زنان در سطح شهر و نیمی دیگر در مراکز ناباروری انتخاب شده‌اند. با توجه به چارچوب نظری و مدل پژوهش، نتایج این مطالعه نشان داد که از سه متغیر

زمینه ای، خانوادگی و سلامت تنها متغیر سلامت با نگرش نسبت به فرزندپذیری رابطه دارد، همان‌گونه که مشاهده شد، چهار بعد از ابعاد سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و دو بعد آن و خودارزیابی سلامت جسمانی پاسخگویان با متغیر وابسته رابطه‌ای معنادار دارند. همان‌گونه که پیش از این نیز اشاره شد، نظریه استیگما بیان می‌کند که فرد نابارور با توجه به تجربیاتی که در اجتماع دارد از پذیرش خود به عنوان یک فرد عادی امتناع می‌کند و احساس ناامنی شدیدی دارد، و براساس نظریه برچسب زنی، افراد برچسب خورده نظر دیگران راجع به خود را قبول می‌کنند، با توجه به نظریه‌های استفاده شده در این مطالعه و نتایج پژوهش، می‌توان گفت متغیرهای سلامت که شامل سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و خودارزیابی سلامت که مفاهیمی از این دو نظریه را دارند، رابطه‌ای معنادار با متغیر وابسته دارند. هر چه فرد در اجتماع احساس امنیت بیش‌تری داشته باشد، نگرش او به فرزندپذیری، مثبت‌تر خواهد بود.

فرزندپذیری می‌تواند آثار و پیامدهای مثبتی را هم برای والدین و هم برای کودکان به همراه داشته باشد، مثل تامین نیاز فطری آدمیان به پدر و مادر شدن، بخشیدن نعمت خانواده به یک کودک، ایجاد حس معنوی مثبت و...، اما نتایج این پژوهش نشان می‌دهد اکثریت افراد نمونه آماری نگرش منفی و خنثی به پدیده فرزندپذیری داشته‌اند و تنها ۱۹/۷ درصد از پاسخگویان نگرش مثبت به پدیده فرزندپذیری داشتند، بنابراین به نظر می‌رسد تغییر این نگرش و ایجاد نگرش مثبت در جامعه الزامی است. در مجموع با توجه به آزمون فرضیه‌های مطرح شده، متغیرهای روش زندگی در سلامت معنوی، تحصیلات، سلامت روانی، تعداد فرزند، انسجام در سلامت اجتماعی، سلامت جسمانی، شکوفایی و همبستگی در سلامت اجتماعی، سن، مشارکت، پذیرش و

مشارکت نویسندگان

مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع ارشد است. دکتر مجید موحد مجد: برنامه ریزی کلی چارچوب، طراحی و مفهوم سازی و انتخاب رویکردها.

سارا زارع: همکاری در برنامه ریزی چارچوب کلی، جمع آوری داده ها.

مرضیه فاضلی: روش شناسی و تحلیل داده ها، ویرایش و تحلیل، ارسال و تصحیح.

نسخ خطی نهایی مورد تایید همه نویسندگان قرار گرفت و به طور جمعی محتوای آن را بررسی و تایید کردند.

تعارض منافع

این مقاله برگرفته از پایان نامه ارشد با عنوان " مطالعه جامعه شناختی نگرش نسبت به فرزندخواندگی در میان زنان شهر شیراز" می باشد و و با منافع شخصی یا سازمانی منافات ندارد.

References

- 1- Riahi ME, Zarezade Mehrizi E. A study on the gender differences in psycho-social consequences of infertility: infertile couples using Yazd'Infertility Center Services. Women's Strategic Studies. 2012;14(56 (summer 2012)):153-210.
- 2- Ebrahimi M, Mohsenzadeh F, Zaharakar K. Infertility and marital quality of life in couples (case study of infertile couples in Tehran). Journal of Psychological Science. 2022;21(118):2037-52.
- 3- Daniluk JC. Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. Fertility and sterility. 1988;49(6):982-90.
- 4- Jamilian HR, Nokani M, Khansari MR, Ajloo M, Doroodgar F, Jamilian M. Personality Profile Investigation of Adoption Applicant Couples in Arak, 2014. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2016;19(3):11-8.
- 5- Sepehr H. The existing situation and challenges facing acceptance and care of children in substitute families. Journal of Reproduction & Infertility. 2001;2(4).
- 6- Moosavi Bojnourdi SM, Alaie Novin F. A Study of the Condition of Stepchild after the Revolution. Pajouheshnameh Matin. 2009;11(42):21-46.
- 7- Razaghi R. Adoption. 1, editor. Tehran, Iran: Publication of the Public Relations

خودکارآمدی سلامت معنوی با سطح اطمینان ۹۹ درصد رابطه ای معنادار با نگرش به فرزندپذیری دارند.

ملاحظات اخلاقی

برای اجرای این طرح، پاسخگویان، پس از ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف طرح و با گرفتن رضایت آگاهانه، وارد مطالعه شدند و پرسش نامه ها در اختیار آن ها قرار گرفت.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

هیئت بررسی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز این مطالعه را با کد IR.SUMS.REC.1402.225 تایید کرده است.

حامی مالی

تمام منابع مالی و هزینه پژوهش و انتشار مقاله بر عهده نویسندگان بوده و هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

Department of the Welfare Organization; 2007.

8- Walkner-Spaan AJ. Adoption and Emerging Adult-Mother Relationship Quality: Is There an Association? : University of Minnesota; 2015.

9- Iran SWOo. Giving up 2,300 children for adoption last year / 56% of applicants wanted a girl child 2023 [Available from: <https://www.behzisti.ir/news/79413>].

10- Hejazi A, Attaran H, Aghamohammadian Sharbaf H, Karashki H, Kohestani L. Comparison of Parenting Styles & Mental Health of Infertile Couples Seeking Adoption by Childless Couples. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2015;21(3):157-66.

11- Entekhab.ir. Ibn Sina Center official: Infertility of 20% of Iranian couples 2024 [Available from: <https://www.entekhab.ir/003Np5>].

12- (WHO) WHO. Public health Surveillance. 2012 [Available from: http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/].

13- Mesdaghinia A. A comprehensive map of youth and adolescent health. Isfahan, Iran 2012.

14- Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire.

Personality and individual differences. 2003;35(8):1975-91.

15- Hungelmann J, Kenkel-Rossi E, Klassen L, Stollenwerk RM. Spiritual well-being in older adults: Harmonious interconnectedness. Journal of religion and Health. 1985;24:147-53.

16- Akati N. The living experience of fertile parents who adopt a child from the adoption phenomenon Tehran, Iran: Shahid Beheshti University; 2021.

17- Radan F. Measuring Girls and Single Women's Attitude toward Child Adoption

and the Social Factors Affecting It. Journal of Islam and Social Sciences. 2019;11(22):99-120.

18- Lansdown R. Psychological problems of patients with cleft lip and palate: discussion paper. Journal of the Royal Society of Medicine. 1990;83(7):448-50.

19- Aliakbari F, Tavakol K. Psychological experiences of families with adopted child. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2010; 2(8).

