

پیامدهای اجتماعی استفاده از تکنیک‌های کمک باروری (ART) در زنان تحت درمان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی^(ه) ساری در ۱۳۸۷

دکتر حسین بزرگ نژاد*، دکتر نرگس مسلمی زاده**، فرشته غلامی***

چکیده: زمینه و هدف: ناباروری و درمان آن با توجه به فناوری نوین باروری بر جنبه‌های مختلف زندگی انسان تأثیرگذار است. روش‌های نوین باروری، روزه‌های امیدی به‌روی زوج‌های نابارور گشوده است، بررسی پیامدهای آن از ابعاد روانی و اجتماعی حائز اهمیت است. لقاح خارج رحمی در زنان با توجه به اهمیت نقش مادری در جامعه و ارزشمند بودن فرزند به دلایل فرهنگی و اجتماعی، پدیده‌ای است که مطالعه‌ی آن با تکیه بر جنبه‌های اجتماعی اهمیت ویژه‌ای دارد. این پژوهش به بررسی جنبه‌های اجتماعی روش‌های کمک باروری (ART) در زنان تحت درمان پرداخته است.

روش: در این پژوهش ۵۰ زن مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی^(ه) ساری در ۱۳۸۷، از نمونه‌های در دسترس بودند که مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات با تکمیل یک پرسش‌نامه‌ی دو قسمتی جمع‌آوری و برای ارزیابی یافته‌های تحقیق، داده‌های حاصل با استفاده از آمار توصیفی، جدول فراوانی، آزمون^۲ پیر با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: مطالعه‌ی حاضر نشان داد، ۵۶ درصد زنان از اینکه دیگران از بارداری آنان به روش آزمایشگاهی مطلع شوند، نگرانند و علاقه‌مند نیستند کسی از این شیوه بارداری آنان آگاه شود. یافته‌ها، حاکی از آن است که مراجعه و طی کردن مراحل درمان به کمک روش‌های نوین باروری، به دلیل ایجاد امیدواری در درمان، بر رضایت زناشویی می‌افزاید و موجب کاهش عوارض ناشی از ناباروری و سست‌شدن روابط زناشویی می‌شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، فناوری نوین باروری ضمن درمان ناباروری منجر به پیامدهای اجتماعی مختلف برای زنان می‌شود. لذا تغییر نگرش‌های قالبی و بالا بردن آگاهی افراد جامعه، حمایت‌های اجتماعی و قانونی از زنان برای استفاده از فرصت‌های زندگی و استفاده از توانایی‌های این قشر از جمعیت فعال جامعه، توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: ناباروری، رضایت زناشویی، نگرش‌های قالبی، روش‌های کمک باروری (ART)

* دکتر حقوق، عضو هیأت علمی، استادیار دانشکده علوم اجتماعی، واحد رودهن

** متخصص زنان و زایمان، مدیر گروه زنان، عضو هیأت علمی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

*** کارشناس ارشد مطالعات زنان، دانشکده علوم اجتماعی، واحد رودهن

مقدمه

یکی از آرزوهای دیرینه انسان داشتن فرزند است. قرآن کریم در سوره کهف آیه ۴۶ فرزند را زینت زندگی خوانده است. در سوره‌ی مریم آیه‌ی ۳-۶ از قول حضرت زکریا نقل می‌کند که دست نیاز به درگاه خداوند دراز کرد و عرضه داشت «خداوندا» فرزندی که وارث من و آل یعقوب شود به من عطا فرما. اقدام برای علاج این بیماری از گذشته‌های دور متداول بوده است، و حتی در آثار دانشمندانی چون بوعلی سینا دستورالعمل‌هایی به چشم می‌خورد. علم پزشکی جدید راه‌های مؤثری پیش پای انسان‌ها نهاده است، این روش به دلیل ارتباط ژنتیک بچه با زوجین یا با یکی از زوجین اهدایی، رضامندی بیشتری در پی دارد (جام جم، سال نهم، شماره ۲۴۲۹: ۱).

اولین آزمایش تلقیح مصنوعی را دانشمندی آلمانی به نام (لیدویک جاکوبی) در ۱۷۶۵ میلادی روی ماهی انجام داد. سپس در ایتالیا و بعداً در روسیه تلقیح مصنوعی روی حیوانات انجام گرفت و کم‌کم به انسان تعمیم یافت. دانشمندان در ۱۷۹۹ در انگلستان، در ۱۸۶۶ در ایالت متحد آمریکا و در ۱۸۶۸ در فرانسه و در بیمارستان نیویورک سیتی آزمایش‌های خود را انجام دادند (جعفرزاده، ۱۳۷۸: ۵۳).

IVF اولین بار در دنیا به سال ۱۹۷۸ در انگلستان جنین شناسی به نام دکتر ادواردز^۱ و یک متخصص زنان به نام دکتر استپتو^۲ با موفقیت انجام دادند. بعد از آن به سرعت در سراسر جهان جایگاه خود را پیدا کرد، به طوری که تا امروز حدود سیصد هزار کودک در جهان با این روش، متولد شده‌اند (فصلنامه فقه و حقوق اسلامی، شماره ۳۶، زمستان ۱۳۸۳).

در ایالات متحد در ۱۹۸۱، IVF برای اولین بار به صورتی موفقیت آمیز اجرا شد، از آن زمان تاکنون بیش از ۲۵۰۰۰۰ نوزاد با استفاده از روش باروری آزمایشگاهی (لقاح مصنوعی) به دنیا آمد. IVF به زوج‌های نابارور شانس به دنیا آوردن بچه‌ای را می‌دهد که از لحاظ بیولوژی شبیه و وابسته به آن‌هاست (برک جاناتان، ۱۳۸۶: ۹۴۸).

در کشور ما، گرچه آمار دقیقی از تعداد متقاضیان و میزان موفقیت روش‌های معمول باروری در دسترس نیست، باتوجه به جمعیت فعلی کشور و تعداد مراکز درمانی باروری کمکی، آمار کودکان حاصل از این روش‌ها بدون تردید قابل ملاحظه است. (حدود ۵۰ مرکز در تهران و شهرستان‌ها). بنابراین امروزه این روش‌ها به‌عنوان پر اهمیت‌ترین و کارآمدترین روش‌های درمانی، در مراکز درمان ناباروری مورد استفاده قرار می‌گیرند.

1. Dr. Edwards

2. Dr. Steptoe

اجرای روش‌های باروری کمکی نیاز به صرف هزینه، وقت و انرژی روانی بیماران دارد، به طوری که زوج‌های نابارور بعد از یک یا دو بار تجربه به دلیل فشار زیاد مالی و روحی حین درمان، این روش را رها می‌کنند. در ضمن زوج‌های مبتلا برای حل این مشکل وقت و هزینه زیادی صرف می‌کنند و تعداد زیادی از بستگان و آشنایان آنها نیز درگیر این برنامه می‌شوند (دهقانی، ۱۳۷۹: ۲۹-۲۴).

از دید فمینیست‌ها، این فناوری بیش از آن که راه حلی برای کاهش فشار تولید مثل باشد، در واقع غالباً در تجربه زنان از بارداری، زایمان و مادری، اختلال ایجاد می‌کند. همچنین فناوری جدید متهم به این است که به دلیل استفاده از دارو و هورمون برای تحریک تخمک‌گذاری و غیره، خطراتی برای سلامت زنان در بردارد و در واداشتن زنان نازا به تلاش برای بچه‌دار شدن باعث وارد آمدن یا افزایش فشارهای اجتماعی بر آنها می‌شود. اُکلی^۱ استدلال می‌کند که طبی کردن و رواج فناوری‌های جدید تولیدمثل از قبیل بارورسازی آزمایشگاهی و انتقال جنین بیش‌تر به «مداوای جسمانی» بیماران مربوط شده است تا «مسائل روان‌شناختی» (فریدمن، ۱۳۷۶: ۱۱۲-۳۸).

تجربه ناباروری با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است و تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ناباروری به احساس فقدان هدف در زندگی، بی‌هویتی شخصی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد به نفس منجر می‌شود. احساس‌های وابسته به این فقدان‌ها شامل غم، حقارت، تنهایی، خستگی، درماندگی و ترس است (رجوعی، ۱۳۷۶: ۷۷). جنسیت^۲ یکی از عواملی است که نوع واکنش فرد به ناباروری و سازگاری با آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، و در اغلب جوامع نقش مادری مهم‌ترین نقش در بزرگسالی به حساب می‌آید. موقعیت فرد در ساختار اجتماعی (پایگاه اجتماعی) شکل‌دهنده باورها، نگرش‌ها و رفتارهای (نقش اجتماعی) اوست. بر این اساس اعضای جامعه از هر فرد توقعات و انتظاراتی در مورد رفتارهای مناسب دارند و این انتظارات اجتماعی بر پایه‌ی تعلق افراد به یکی از مقولات مرد یا زن شکل گرفته‌اند (ریاحی، پژوهش زنان، دوره ۵، شماره ۱، ۱۳۸۶).

با پیشرفت فناوری و ابداع روش‌های نوین درمان ناباروری، افراد نابارور علاوه بر مشکلات جسمی که با آن روبه‌رو هستند، در حین انجام تشخیص و درمان، علائم روانی، اجتماعی زیادی را نشان می‌دهند که در شیوه زندگی، و روابطشان با همسر و اعضای خانواده، دوستان و

1. Oakly

2. Gender

همکاران آنها مشکل و اختلال ایجاد می‌کند و حتی گاهی عملکرد شغلی، و نیز همکاری بیمار با تیم پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (شهبازی، سلیمی، ۱۳۷۹).

طرح مسئله

آرزوی داشتن فرزند میلی جهانی است. ناباروری هم مسئله‌ای فردی و خصوصی است و هم مسئله‌ای عمومی و اجتماعی. دهه‌ی هشتاد قرن بیستم را شاید بتوان دهه‌ی تحول در امر درمان ناباروری تلقی کرد، لقاح خارج رحمی IVF نوید تحقق آرزوی بسیاری از زوج‌های نابارور را به همراه داشت (فیدلر، ۱۹۹۹: ۴۹۵).

شیوع ناباروری در مناطق مختلف براساس مطالعات انجام شده از ۱۰ تا ۱۸ درصد متفاوت است. در یک بررسی که در ایالات متحد انجام شده است، بین ۱۹۶۸ و ۱۹۸۴ تعداد مراجعه به مطب برای درمان نازایی تقریباً سه برابر شده و به ۱/۶ میلیون مراجعه در سال رسیده است، از هر ۷ زوج ۳۰-۳۴ ساله، هر ۵ زوج ۳۵-۳۹ ساله و هر ۴ زوج ۴۰-۴۵ ساله آمریکایی یک زوج نابارور است. با وجود این و به رغم افزایش آگاهی از درمان‌های موجود، ۴۳ درصد زوج‌های نازا برای درمان مراجعه می‌کنند و ۲۴ درصد خواستار درمان‌های اختصاصی می‌شوند. کمتر از ۲ درصد آنها از باروری آزمایشگاهی (IVF) یا دیگر انواع فناوری بارداری کمکی (ART) استفاده می‌کنند (برک جاناتان، ۱۳۸۶: ۹۴۸). در ایران از هر ۷۵۰ هزار ازدواج سالانه، ۱۵ درصد به ناباروری می‌انجامد، در حالی که هم اکنون دو میلیون زوج نابارور در کشور زندگی می‌کنند و سالانه حدود ۱۰۰ هزار زوج نابارور به این تعداد افزوده می‌شود (جام جم، سال نهم، شماره، ۲۴۲۹: ۱).

تاکنون پژوهش‌های متفاوتی در این مورد انجام شده است. مثلاً یافته فریمن، باکر، ریکلر، تورک، ماسترویانی، (۱۹۸۵) نشان می‌دهد نیمی از زوج‌هایی که مورد بررسی آنان قرار گرفتند اظهار داشته‌اند که ناباروری ناراحت‌کننده‌ترین رویداد زندگی‌شان است. مطالعه فریمن و همکاران (۱۹۸۵) روی ۲۰۰ زن تحت درمان IVF نشان داد که ناباروری بدترین تجربه‌ی زندگی آنها بوده است (کرمی نوری، ۱۳۷۹: ۶۸-۵۶).

به لحاظ علمی، توسل به روش‌های نوین باروری با هدف تزریق اسپرم (IUI)^۱، تخمک و اسپرم (GIFT)^۲، تخمک بارور شده (Zift)^۳ و رویان (جنین) (IVF)^۴ پرسش‌های فراوانی را در حوزه روان‌شناختی و جامعه‌شناختی و فقه و حقوق اخلاق بر می‌انگیزد. سؤال اساسی پژوهش فعلی این است که روش نوین کمک باروری منجر به چه پیامدها و عواقبی در زنان تحت درمان خواهد شد. سؤال دیگر پژوهش این است که زنان تحت درمان ناباروری به شیوه ART تا چه اندازه از ابراز و بیان آن به‌عنوان یک امر غیرطبیعی اکراه یا شرم دارند؟

مبانی نظری

طبق نظریه‌ی هومنز اگر فردی جریان عمل معینی را انتخاب کند که انجام دادن کامل آن مستلزم وقت باشد، یکی از هزینه‌هایی که متحمل می‌شود و یکی از ارزش‌هایی که از آن صرف‌نظر می‌کند، محروم ساختن خود از فرصت‌های دیگری است که ممکن است بعدها حتی برایش نتیجه‌ای بهتر و جالب‌تر داشته باشد. به این ترتیب او دیگر نمی‌تواند همزمان با عمل انتخابی خود، عمل دیگر را نیز انجام دهد، و در نتیجه، این امر می‌تواند در شرایط حیات انسانی به فاجعه‌ای منجر شود (توسلی، ۱۳۸۲: ۴۰۳-۴۰۲). استیگما^۵ یا لکه‌ی ننگ ارتباط زیادی با بعد اجتماعی و روانی ناباروری دارد، زیرا فرد نابارور با توجه به تجاربی که در جامعه کسب می‌کند، از پذیرش خود به‌عنوان فردی همانند افراد دیگر امتناع می‌ورزد و این نگرش را باید در طرز تفکر جامعه جستجو کرد (یونسی، ۱۳۷۴: ۸۶). «بلومر معتقد است، افراد انسانی همه در مقابل اشیا و موضوعات بر اساس معنایی که برای آنها دارند واکنش نشان می‌دهند. در تبیین جامعه‌شناسی تأکید بر عواملی چون وضعیت اجتماعی و مسائل فرهنگی، هنجارها، فشارها و غیره تأکید می‌شود. در واقع معنای یک چیز برای فرد وابسته به واکنش سایر افراد به شیء مورد نظر است، و بر اثر کنش دیگران ممکن است فرد وضعیت خود را رها سازد و در آن تجدید نظر کند (توسلی، ۱۳۸۲: ۴۶۷-۲۱). تنش ناشی از این واقعیت که دیگران قضیه را می‌دانند نیز قابل تعمق است. مسئله اصلی فرد مطلع نشدن دیگران از قضیه است، و به همین دلیل رازداری تبدیل به یکی از مسائل اساسی می‌شود، زیرا فرد می‌خواهد قضیه‌اش (که داشتن فرزند به‌وسیله لقاح خارج رحمی است) ناشناخته بماند. این امر در مورد باروری با روش درمان ART نیز می‌تواند صادق باشد.

1. Intra uterine Insemination
3. Zygote Intra Fallopian Transfer
5. Stigma

2. Gamate Intra fallopian Transfer
4. In vitro Fertilization

«ناباروری می‌تواند درک منفی از خود^۱ را تشدید کند، و منجر به انزوای اجتماعی زوج‌های نابارور شود. در واقع با توجه به نظر گافمن، میان آنچه یک شخص باید باشد، یعنی همان «**هویت اجتماعی بالقوه**» و آنچه واقعاً هست «**هویت اجتماعی بالفعل**» شکاف ایجاد می‌شود» (ریترز، ترجمه: ثلاثی، ۱۳۸۲: ۳۹۸-۹۹).

پیشینه تحقیق

اینک چندین دهه است که در مطالعات حیطه علوم انسانی و اجتماعی، لزوم توجه به جنبه‌های فرهنگی مورد تأکید قرار گرفته است. همچنین تغییرات بین فرهنگی و زمینه‌ها و محیط‌های فرهنگی علاوه بر ناباروری (کاوینی، ۱۳۸۰: ۹)، نگرش به روش‌های کمک باروری را که بیش از بیست و پنج سال از عمر آن نمی‌گذرد شکل می‌دهند. تاکنون توجه چندانی به جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی روش‌های کمک باروری نشده است، و تنها مطالعات معدودی صورت گرفته است که به آنها اشاره خواهد شد. در این مورد، می‌توان به استثناهایی نظیر رویکردهای تعامل‌گرا (آل سانسکی، ۱۹۸۷؛ ساندیوسکی، ۱۹۸۷، ۱۹۹۳؛ گریل، ۱۹۹۱؛ لوربر و باند لامودی، ۱۹۹۳) و رویکردهای ارزیابی شناختی (مندولا و دیگران، ۱۹۹۰؛ مورو و دیگران، ۱۹۹۵؛ استانتون و دیگران، ۱۹۹۹) و سازگاری (ادلمن و دیگران، ۱۹۹۴؛ اسلاد و دیگران، ۱۹۹۲) اشاره کرد. بنابراین در نوشته‌های تحقیقی ناباروری به‌عنوان یک حالت فیزیولوژیکی و با الگوی پزشکی مورد مطالعه قرار گرفته است نه به‌عنوان یک پدیده اجتماعی (کرمی نوری، ۱۳۷۹: ۷۹-۵۹). سندلاوسکی و پولاک در پژوهش خود (۱۹۸۶)، به نقل از زولدبراد، (۱۹۹۳) با ۴۹ زن تحت درمان پزشکی مصاحبه کردند و نتیجه گرفتند که این زنان به دنبال هدفی برای زندگی هستند و احساس نقص، متفاوت بودن با دیگران و تنهایی می‌کنند (رچوعی، ۱۳۷۵: ۷-۲).

در استرالیا، کی. ای. ساندرزوان. دیبلو. بروس، در مقاله‌ای رابطه‌ی بین استرس اجتماعی-روانی و نتیجه‌ی لقاح آزمایشگاهی و درمان انتقال گامت به درون رحم را بررسی کردند. حدود ۹۰ زنی که برای درمان در یک مطب خصوصی نازایی ثبت نام کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج تحقیقات در برگینده‌ی این نکته است که استرس روانی-اجتماعی ناشی از درمان بسیار حائز اهمیت است. بنابراین نقش برنامه حمایت از بیماران در برابر فشارهای روانی-اجتماعی ناشی از درمان نازایی‌ها باید بیشتر مورد بررسی قرار گیرد (ساندرزوان، ۱۹۹۹: ۱۶۶۲-۱۶۵۰).

از لحاظ اجتماعی نیز کاویانی و همکاران (۱۳۶۰) در بررسی ناباروری گزارش دادند که در ناباروری به‌عنوان یک مسئله‌ی فردی، نمی‌توان در آن نقش فرهنگ را نادیده گرفت (کاویانی، ۱۳۸۰: ۱۰).

طبق بررسی جلال شاکری در مورد راهبردهای مقابله‌ای و رضایت زناشویی در ۵۰ زن نابارور تحت درمان IVF در ۱۳۸۲، ناباروری می‌تواند علیه استحکام ازدواج عمل کند و به مشکلات و تعارضات خانوادگی منجر شود.

ادلمن در ۱۹۹۴ با بررسی ۱۵۲ زوج نابارور در طی مراحل IVF به این نتیجه رسید سازگاری زناشویی زنانی که عامل ناباروری به آنها نسبت داده شده است کاهش می‌یابد. در پژوهش چیتا و همکارانش روی ۱۰۷ زن نابارور ژاپنی، کنایه‌ها و سرزنش‌های اطرافیان یکی از عوامل تعیین‌کننده استرس زنان نابارور شناخته شد و این استرس نیز بی‌تردید بر کیفیت زندگی افراد و رضایت زنان از خود و زندگی مشترکشان تأثیر منفی خواهد داشت (کرمی نوری، ۱۳۷۹: ۶۳).

به‌طور کلی، هنوز در مورد نظریه‌پردازی پیرامون آثار اجتماعی تلاش زیادی صورت نگرفته است، و در نوشته‌های تحقیقی، ناباروری به‌عنوان یک حالت فیزیولوژیک و با الگوی پزشکی مورد مطالعه قرار گرفته است و نه به‌عنوان یک پدیده اجتماعی.

باید اشاره کرد که مشخص‌ترین تفاوت بیولوژیکی دوجنس، قابلیت فرزندآوری زنان است. قابلیت‌هایی که مردها فاقد آن هستند، اما به نظر می‌رسد این قابلیت نه تنها به نفع زن‌ها نیست بلکه به ضررشان نیز بوده است (اعزازی، ۱۳۸۶: ۱۸۸). به نظر می‌رسد «هویت جنسیتی»^۱ را عمدتاً عوامل روانی و اجتماعی، نه عوامل بیولوژیکی، تعیین می‌کنند و نقش جنسیتی که هنگام تولد به کودک محول می‌شود، مهم‌ترین قدم اولیه در این فرایند است (گولومبورک، ۱۳۷۷: ۲۲۱-۱۸). علت وجودی واقعیت اجتماعی، نیازهای نظام اجتماعی است که واقعیت در خدمت آن است. در واقع پدیده‌های اجتماعی قبل از هر چیز تابعی از یک نظام اجتماعی هستند که خود جزیی از آن به شمار می‌روند. به نظر پارسنز ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی چگونگی کنش را شکل می‌دهند و رهبری می‌کنند. در تحلیل نهایی، فرد راهی را پیش می‌گیرد که منطبق با خواست نظام اجتماعی است (توسلی، ۱۳۸۲: ۴۶-۲۱).

در مطالعه‌ی حاضر برخی از جنبه‌های اجتماعی این پدیده مورد مطالعه قرار گرفته است. لذا هدف این مطالعه، تعیین میزان تمایل فرد به آگاه‌شدن یا نشدن دیگران از باروری آزمایشگاهی، میزان همکاری زوجین و میزان رضایت زناشویی در این زمینه است. زوجها طی

مراحل درمان در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی^(ره) شهر ساری مورد مطالعه قرار گرفتند. سؤال‌های پژوهش بر همین اساس مورد بررسی قرار گرفت و در بخش یافته‌ها مطرح شده‌اند.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- میزان گرایش به لقاح آزمایشگاهی در میان زنان سطوح مختلف سنی تفاوت دارد.
- ۲- میزان گرایش به لقاح آزمایشگاهی در میان زنان سطوح مختلف تحصیلی تفاوت دارد.
- ۳- ناباروری زنان بر سست شدن روابط زناشویی آنها تأثیر دارد.

روش‌شناسی پژوهش

برخلاف سایر صور دستیابی به شناخت، علم با استفاده از روش تحقیق درست، شناخت و درک یکسانی به افراد مختلف می‌دهد. انتخاب روش تحقیقات بستگی به ماهیت اهداف، فرضیه‌ها، امکانات مالی و اجرای دامنه و گستردگی موضوع تحقیق، روش جمع‌آوری اطلاعات و معیارهای اخلاقی و انسانی، ناظر بر موضوع تحقیق دارد.

- روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است.

- جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش زنان مراجعه‌کننده به مرکز IVF بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ساری است. به دلیل منظم نبودن زمان مراجعه بر حسب شرایط فیزیولوژیک و نوع آزمایشات، نمونه‌گیری بصورت نمونه‌گیری غیر احتمالی از نوع اتفاقی (نمونه‌های در دسترس) صورت گرفت.

- حجم نمونه و روش نمونه‌گیری: تعداد ۵۰ زن مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی^(ره) شهر ساری، اعم از اینکه مشکل باروری مربوط به خودشان بوده یا همسرانشان، در ۱۳۸۷ بر اساس نمونه‌گیری از جامعه در دسترس و مصاحبه منظم، حضوری و آزاد، مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاده عبارت است از: پرسش‌نامه‌ی دو قسمتی: الف)، مشخصات دموگرافیک شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، درآمد، محل سکونت. ب)، پرسش‌های مربوط به عوامل

اجتماعی شامل عوامل وادارکننده به لقاح آزمایشگاهی، فرزندخواندگی، روابط زناشویی، همکاری زوجین، تمایل به آگاه‌شدن دیگران از باروری به روش فوق، و ... در طی درمان است.

- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌های حاصل با استفاده از آمار توصیفی، جدول فراوانی، آزمون χ^2 و با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

حداقل سن پاسخگویان مراجعه‌کننده به این مرکز درمانی ۲۰ سال، حداکثر ۴۵ سال بوده است. میانگین سنی ۲۹/۷ سال و انحراف استاندارد ۶/۷۹ است که پراکندگی سنی پاسخگویان را نشان می‌دهد (جدول شماره ۱). اکثر پاسخگویان کمتر از ۳۰ سال داشتند.

براساس یافته‌ها ۸۲ درصد زنان خانه‌دار و ۱۸ درصد شاغل بوده‌اند. از نظر محل سکونت، ۴۴ درصد پاسخگویان ساکن روستا و ۵۶ درصد ساکن شهر بوده‌اند.

در مورد تمایل زنان به آگاهی دیگران از باروری به شیوه‌ی لقاح مصنوعی، ۱۲ درصد از پاسخگویان تمایل داشتند فقط خانواده خودشان از این اقدام آنان آگاهی داشته باشند. ۱۴ درصد تمایل داشتند هر دو خانواده بدانند. از دیدگاه ۱۸ درصد پاسخگویان اهمیتی نداشت که کسی این مسئله را بداند یا نداند. اما ۵۶ درصد پاسخگویان دوست نداشتند کسی از این مسئله باخبر شود.

جدول شماره ۱: جدول دو بعدی گرایش به لقاح آزمایشگاهی به تفکیک وضعیت سواد

| وضعیت سواد | گرایش به لقاح آزمایشگاهی | | زیاد | | متوسط | | کم | |
|------------------------|--------------------------|--------------|------|--------------|-------|--------------|----|--------------|
| | بسیار زیاد | فراوانی درصد | زیاد | فراوانی درصد | متوسط | فراوانی درصد | کم | فراوانی درصد |
| بی سواد | - | ۱ | ۱۰۰ | - | - | - | - | - |
| ابتدایی | ۸ | ۷۲/۷ | ۳ | ۲۸/۳ | - | - | - | - |
| راهنمایی | ۵ | ۴۱/۷ | ۴ | ۳۳/۳ | ۲ | ۱۶/۷ | ۱ | ۸/۳ |
| دیپلم متوسطه | ۱۱ | ۶۴/۷ | ۳ | ۱۷/۶ | ۲ | ۱۱/۸ | ۱ | ۵/۹ |
| دارای تحصیلات دانشگاهی | ۵ | ۵۵/۶ | ۱ | ۱۱/۱ | ۲ | ۲۲/۲ | ۱ | ۱۱/۱ |
| جمع | ۲۹ | ۵۸ | ۱۲ | ۲۴ | ۶ | ۱۲ | ۳ | ۶ |

تمامی زنان بی سواد و کم سواد (در حد ابتدایی) یعنی صد در صد آنها گرایش زیاد و بسیار زیادی به لقاح آزمایشگاهی داشتند. به طوری که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد با بالا رفتن سطح تحصیلات، گرایش زنان به لقاح آزمایشگاهی کاهش می‌یابد، به طوری که یک سوم زنان دارای تحصیلات عالی گرایش کم و متوسطی دارند. این میزان در میان زنان دیپلمه ۱۷/۷ درصد و در میان زنان دارای تحصیلات ابتدایی و بیسواد صفر است.

این مسئله کاملاً طبیعی به نظر می‌رسد. زیرا زنان بی سواد و کم سواد تنها با بچه‌زایی قادرند هویت وجودی خودشان را در خانواده نشان دهند، در حالی که زنان با سطح تحصیلات بالاتر، مشغله و دستاویزهای دیگری به جز فرزندزایی و حتی خانه‌داری دارند و این مسئله بر میزان گرایش آنها به لقاح آزمایشگاهی تأثیر گذاشته است.

جدول شماره‌ی (۱-۱): آزمون χ^2 برای بررسی رابطه بین گرایش به لقاح آزمایشگاهی و سطح تحصیلات

| متغیرها | آماره χ^2 | درجه آزادی | سطح معناداری |
|---------------------------------------|----------------|------------|--------------|
| وضعیت سواد و گرایش به لقاح آزمایشگاهی | ۹/۱۴۸ | ۱۲ | ۰/۶۹۰ |

نتیجه آزمون χ^2 در جدول شماره‌ی (۱-۱) نشان می‌دهد که آماره χ^2 برابر با ۰/۶۹۰ است که با درجه آزادی ۳ از نظر آماری معنادار نیست (P-values = ۰/۶۹۰).

جدول (۲) جدول دوبعدی تأثیر ناباروری بر رابطه با همسر به تفکیک میزان گرایش به لقاح آزمایشگاهی

| تأثیر ناباروری بر رابطه با همسر | | بی تأثیر | | سست شدن رابطه | |
|---------------------------------|---------|----------|---------|---------------|---------|
| گرایش به لقاح آزمایشگاهی | فرآوانی | درصد | فرآوانی | درصد | فرآوانی |
| بسیار زیاد | ۲۲ | ۷۴/۹ | ۷ | ۲۴/۱ | ۲۴/۱ |
| زیاد | ۸ | ۶۶/۷ | ۴ | ۳۳/۳ | ۳۳/۳ |
| متوسط | ۵ | ۸۳/۳ | ۱ | ۱۶/۷ | ۱۶/۷ |
| کم | ۲ | ۶۶/۷ | ۱ | ۳۳/۳ | ۳۳/۳ |
| جمع | ۳۷ | ۷۴ | ۱۳ | ۲۶ | ۲۶ |

جدول شماره‌ی (۱-۲): آزمون χ^2 برای بررسی رابطه بین تأثیر ناباروری بر رابطه با همسر و گرایش به لقاح آزمایشگاهی

| متغیرها | آماره χ^2 | درجه آزادی | سطح معناداری |
|--|----------------|------------|--------------|
| تأثیر ناباروری بر رابطه با همسر و گرایش به لقاح آزمایشگاهی | ۰/۷۴۳ | ۳ | ۰/۸۶۳ |

همچنین جدول دوبعدی نشان می‌دهد که ۶۶/۷ درصد از کسانی که گرایش زیاد، ۸۳/۳ درصد از کسانی که گرایش متوسط و ۶۶/۷ درصد کسانی که گرایش کمی به لقاح آزمایشگاهی داشتند، معتقد بوده‌اند ناباروری بر رابطه‌ی آنها با همسرشان تأثیری نگذاشته است. در مقابل ۳۳/۳ درصد از کسانی که علاقه زیاد، ۱۶/۷ درصد از کسانی که علاقه متوسط و ۳۳/۳ درصد از کسانی که علاقه کمی به استفاده از روش لقاح آزمایشگاهی داشتند، معتقد بودند ناباروری موجب سست شدن رابطه‌ی آنها با همسرشان شده است. نتیجه آزمون χ^2 در

جدول شماره‌ی ۲ نشان می‌دهد که آماره χ^2 برابر با ۰/۷۴۳ است که با درجه آزادی ۳ از نظر آماری معنادار نیست (P-values = ۰/۸۶۳).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحقیق حاضر نشان می‌دهد، باروری به شیوه آزمایشگاهی از لحاظ اجتماعی و فرهنگی قابل تعمق است. نکته مهم در این خصوص استیگما (لکه‌ی ننگ) و ارتباط آن با ابعاد روانی و اجتماعی ناباروری و استفاده از روش‌های نوین کمک باروری است. زیرا فرد از جایگاه خود در میان دیگران و اطرافیان مطمئن نیست و دچار نوعی بلاتکلیفی است. این امر در زنان مورد مطالعه از بعد جامعه‌شناسی و حتی روان‌شناختی بر تمایل به انتشار خبر شیوه باروری آنها تأثیر داشته است. نتایج نشان می‌دهد که ۵۶ درصد پاسخگویان دوست نداشتند کسی از بارداری آنان به روش آزمایشگاهی باخبر شود.

برای روشن شدن این نکته به نمونه‌ای از مصاحبه‌ها اشاره می‌شود:

مصاحبه‌گر: لطفاً نظرتان را در مورد آگاهی دیگران از باروری و فرزنددارشدن با روش لقاح آزمایشگاهی بیان کنید.

پاسخگو (الف): هیچ کس، زیرا فردا می‌گویند بچه آنها تزریقی است.

پاسخگو (ب): هیچ کس جز شوهرم. دیگران می‌گویند او از طریق سوزنی بچه‌دار شد، دهان مردم را نمی‌شود بست.

پاسخگو (ج): نمی‌خواهم کسی بداند آنها از من تحقیق می‌کنند، باید سیر تا پیاز را توضیح دهم ناراحت می‌شوم.

پاسخگو (د): در محیط ما فرهنگ پایین است. می‌گویند با سوزن بچه‌دار شد. پشت سر ما حرف می‌زنند.

موارد ذکر شده دقیقاً بیان‌کننده استیگما و جنبه‌های روانی - اجتماعی لقاح آزمایشگاهی است، زیرا یکی از نگرانی‌های آنان عکس‌العمل و قضاوت دیگران در مورد باروری به شیوه لقاح مصنوعی است. افراد مورد مطالعه با این تصور که دیگران ممکن است فرزندشان را به‌عنوان فرزند بیولوژیکی نپذیرند، تلاش می‌کنند آن را از دیگران مخفی نگه دارند. این امر طبق نظر روزنبرنگ آسیب‌زایی بالایی برای خود اجتماعی^۱ آنان در بردارد.

از طرفی، ۷۴/۹ درصد زنانی که گرایش بسیار زیادی به لقاح آزمایشگاهی داشتند گفتند که ناباروری تأثیری بر روابط زناشویی آنها نداشته و ۲۴/۱ درصد اظهار داشتند ناباروری منجر به

سست شدن رابطه بین آنها و همسرانشان شده است ($P\text{-values} = ۰/۸۶۳$). بنابراین لقاح آزمایشگاهی در روابط بین زوجین در طی درمان تأثیری نداشته است (جدول شماره ۲). بنابراین نتایج پژوهش حاضر با توجه به اینکه ۶۲ درصد زنان وجود فرزند را (با پاسخ بسیار زیاد) در استحکام زندگی زناشویی مؤثر می‌دانسته‌اند و از دیدگاه ۷۴/۹ درصد پاسخگویان ناباروری هیچ تأثیری بر روبری زناشویی آنان نداشته است، با نتایج سایر تحقیقات ذکر شده همخوانی ندارد.

با توجه به ساختار اجتماعی و فرهنگی کشور ما در طی سال‌های متمادی، داشتن فرزند بر استحکام روابط زوجین می‌افزاید و این مسئله یکی از عوامل مهم در روابط زناشویی افراد نابارور محسوب می‌شود، زیرا ناامیدی و دست نیافتن به فرزند از وجود خود سبب می‌شود که زوجها طلاق را به‌عنوان آخرین راه حل انتخاب کنند. اما نتایج تحقیقات حاضر نشان می‌دهد که اقدام به لقاح آزمایشگاهی و طی کردن مراحل درمانی از آن‌جا که روزه امید می‌دهد زوج‌های نابارور محسوب می‌شود، نه تنها بر کاهش میزان ناسازگاری و طلاق مؤثر است، بلکه منجر به ادامه زندگی مشترک می‌شود. از طرف دیگر با توجه به یافته‌ها ۵۲ درصد زنان همکاری بسیار زیاد و ۳۶ درصد همکاری زیادی در اقدام به بارور شدن به روش لقاح آزمایشگاهی داشتند. این امر نشان می‌دهد که زنان به دلایل فرهنگی و اجتماعی و تأکید بر نقش مادری به‌عنوان عنصر هویت و پایگاه و منبع قدرت در خانواده و جامعه و تحکیم زندگی زناشویی، بیشترین همکاری را با همسرانشان در این زمینه دارند.

بنابراین آموزش و فرهنگ‌سازی برای تغییر نگرش‌های قالبی در مورد باروری آزمایشگاهی و حمایت‌های اجتماعی و فرهنگی از زنان، با توجه به مراجعه افراد نابارور به مراکز IVF، برای باروری ضروری به نظر می‌رسد و باید در سطح جامعه تحقیقات بیشتری در این مورد انجام گیرد.

یافته‌ها نشان می‌دهد به دلیل ارزشمند بودن فرزند در فرهنگ ایرانی و اسلامی و نقش مادری به‌عنوان مهم‌ترین نقش زن و نیز بازشدن روزه‌های امید برای باروری به کمک دستاوردهای پزشکی و با وجود درمان‌های سخت و پر زحمت، مشکلات جسمانی، ترس و نگرانی از عدم موفقیت در درمان، واکنش اطرافیان، از دست دادن فرصت‌های زندگی و هزینه درمان به رغم پیامدهای آن، زنان در هر شرایطی بیشترین میزان همکاری را در امر باروری به شیوه آزمایشگاهی دارند. از این‌رو ساختار اجتماعی و فرهنگی درک انتظارات و نگرش جامعه به استفاده از این فناوری و باروری و فرزنددار شدن به این شیوه، و نیز افزایش یا کاهش پیامدهای فناوری مدرن بسیار مهم است. از سوی دیگر هزینه کردن فرصت‌های زندگی برای هدفی خاص، منجر به از دست دادن فرصت‌های زندگی در زمینه‌های دیگر و عدم رشد خلاقیت و

کارآفرینی این قشر از جمعیت فعال جامعه خواهد شد. بنابراین لزوم توجه و حمایت‌های قانونی، اجتماعی و فرهنگی، اقتصادی و تغییر نگرش‌های قالبی افراد در مورد ناباروری و باروری با استفاده از فناوری مدرن، همراه با افزایش آگاهی‌های عمومی حائز اهمیت است.

محدودیت‌ها

یکی از مشکلات فعلی نداشتن اطلاعات کافی درباره‌ی موضوع پژوهش، (خصوصاً از بُعد اجتماعی)، و نیز وجود آمار و اطلاعات گوناگون در زمینه ذکر شده است. و عدم دسترسی به همسران زنان مراجعه‌کننده به مرکز موجب شد که تحقیق حاضر بر روی زنان انجام گیرد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته است که برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار و روایی آن محاسبه نشده است.

پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی بعضی از فاکتورهای روانی، اجتماعی، اقتصادی لقاح آزمایشگاهی در دو جنس به‌صورت مجزا بررسی شود. آگاهی دادن به افراد و فرهنگ‌سازی از طریق رسانه خصوصاً صدا و سیما با توجه به جنبه‌های اجتماعی و روانی مرتبط با موضوع لقاح آزمایشگاهی، بهبود کیفیت درمان و کاهش عوارض ناشی از روش‌های نوین درمانی با توجه به افزایش این نوع مراکز، از مسائل مهمی است که مسئولان بهداشتی و درمانی و سایر ارگان‌ها و سازمان‌ها باید مورد توجه کمی و کیفی قرار دهند.

منابع فارسی

- اعزازی، ش. (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی خانواده (با تأکید بر نقش، ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر). تهران: روشنگران و مطالعات زنان. ص ۱۸۸.
- برک، ج. (۱۳۸۶). بیماری‌های زنان نواک. ترجمه: مهرناز ولدان و همکاران. تهران: انتشارات نسل فردا، چاپ اول. ص ۹۴۸.
- توسلی، غ. ع. (۱۳۸۲). نظریه‌های جامعه‌شناسی. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت). ص ۴۰۳ - ۴۰۲.
- جام جم، سال نهم، شماره ۲۴۲۹، ص ۱.
- جعفرزاده، م. ق. (۱۳۷۹). تکنیک‌های نوین تولید مثل کمکی انسانی: ضرورت‌ها، دستاوردها و لزوم دخالت قانونگذار. فصلنامه باروری و ناباروری، زمستان. ص ۳۹-۲۶.
- جعفرزاده، م. ق. (۱۳۷۸). وضعیت بکارگیری تکنیک‌های نوین باروری کمکی در تولید انسانی. فصلنامه باروری و ناباروری، زمستان. ص ۵۳.

- دهقانی، ح. و دیگران (۱۳۷۹). تأثیر آموزش در کاهش اضطراب قبل و بعد از برداشت تخمک گذاری در زنان نابارور. مجله علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، سال ۲، شماره ۳، پائیز، ص ۲۹-۲۴.
- رجوعی، م. (۱۳۷۵). اثر درمان شناختی رفتاری بر مشکلات روانی زنان بارور تحت درمان با روش IVF- ET. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ص ۷-۲.
- رجوعی، م. (۱۳۷۶). جنبه های روانشناختی ناباروری. مجله پژوهش های روانشناختی، سال ۴، شماره ۴، ص ۷۷.
- ریاحی، م. ا. (۱۳۸۶). فصلنامه علمی - پژوهش های دانشگاه تهران، پژوهش زنان - دوره ۵، شماره ۱، بهار و تابستان.
- ریتزر، ج. نظریه های جامعه شناسی در دوران معاصر. ترجمه: محسن ثلاثی. تهران: علمی. ص ۳۹۸-۹۹.
- شهبازی، ل. و سلیمی، ط. (۱۳۷۹). میزان شیوع افسردگی در زوج های نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری یزد. مجله علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی نژاد، سال هشتم، شماره سوم، پاییز.
- فریدمن، ج. (۱۳۸۱). فمینیسم. ترجمه: مهاجر فیروزه. تهران: آشیان. ص ۱۱۲-۳۸.
- فصلنامه فقه و حقوق اسلامی، شماره ۳۶، زمستان ۱۳۸۳.
- کویانی، ح. و موسوی، ا. ا. (۱۳۸۰). بررسی روان شناسی کتاب سنگی برگور جلال آل احمد. فصلنامه باروری و ناباروری، پائیز ۱۳۸۰، ص ۹.
- کرمی نوری، ر. (۱۳۷۹). ناباوری و جنبه های روانی - اجتماعی. فصلنامه باروری و ناباروری، بهار، ص ۶۸-۵۶.
- گولومبورک، س.؛ رابین، ف. (۱۳۷۷). رشد جنسیت. ترجمه: مهرناز شهرآرامی. تهران: ققنوس. ص ۲۲۱-۱۸.
- یونسی، س. (۱۳۷۸). استیگما و ناباروری در ایران، راهکارهایی برای مقابله. فصلنامه باروری و ناباروری، پاییز، ص ۸۶-۷۴.

منابع انگلیسی

Fiddler A.T.; Bernstenin J. (1999). In fertility : from a personal to a public health problem, public health Reports. 144 (6):

495

- Inhorn, M.C.(2004). **Middle eastern masculinity in age of new reproductive Technology male infertility and stigma in Egypt and Lebanon Med Anthropolg.** 18 (2):163
- Sanders, K. A. & Bruce, N. W. (1999). **Human Reproduction** vol. 14no.6. pp, 1650-1662.

Archive of SID