

دیدگاه زنان نابارور در مورد اهداء گامت: یک مطالعه موردی در تهران

محمد جلال عباسی شوازی (Ph.D.)^۱، حجه بی بی رازقی نصرآباد (M.A.)^۲، زهره بهجتی اردکانی (B.Sc.)^۳، محمد مهدی آخوندی (Ph.D.)^۴

۱- دانشیار، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳- کارشناس پزشکی اجتماعی، گروه حقوق بیوتکنولوژی و اخلاق پزشکی، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی-ابن‌سینا، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه غدد تولید مثل و جنین‌شناسی، مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی-ابن‌سینا، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: به‌طور متوسط حدود ۱۵-۱۰٪ از زوجین در ایران مبتلا به مشکل ناباروری می‌باشند. در دو دهه اخیر موفقیت‌های قابل توجهی در زمینه فن‌آوری‌های نوین کمک باروری حاصل شده است و زوجین نابارور نیز با محدودیت قانونی برای استفاده از این فن‌آوریها روبرو نمی‌باشند. با این حال، همه زوجین نابارور از روش‌های جدید استفاده نمی‌کنند و تصمیم‌گیری در مورد آن متأثر از درک آنها و نیز انتظارات و نگرش جامعه نسبت به استفاده از این فن‌آوریها است. از اینرو، ارائه شناخت عمیق‌تری از درک و نگرش زوجین نابارور می‌تواند جنبه‌های اجتماعی- فرهنگی تصمیم‌گیری زوجین نابارور در استفاده از این فن‌آوری‌های مدرن را روشن سازد.

روش بررسی: هدف از مطالعه حاضر بررسی دیدگاه زنان نابارور در تهران پیرامون اهداء تخمک و جنین در درمان ناباروری بود. داده‌های مورد نیاز برای مطالعه حاضر با استفاده از روش‌های کیفی و بکارگیری مصاحبه عمیق با ۳۰ زن نابارور در تهران جمع‌آوری گردید. نیمی از پاسخگویان را زنانی تشکیل دادند که به مرکز درمانی ابن‌سینا مراجعه نموده بودند و نیمی دیگر نیز به‌صورت تصادفی از پنج مرکز بهداشت تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انتخاب شدند. داده‌های مورد مطالعه طی مدت سه ماه در تابستان ۱۳۸۴ جمع‌آوری گردیدند.

نتایج: نتایج این مطالعه بیانگر تفاوت دیدگاه زنان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی ابن‌سینا با سایر پاسخگویان در مراکز بهداشتی منطقه شهید بهشتی بود. تمام پاسخگویان در مرکز درمانی ابن‌سینا با اهداء تخمک آشنایی داشتند و آن را یک اقدام پزشکی و روش درمانی مانند سایر روشها می‌دانستند. همچنین اعتقادات مذهبی آنها بر انتخاب و پذیرش این شیوه درمان تأثیری نداشت؛ در حالیکه سایر پاسخگویان در زمینه اهداء تخمک و جنین و نظر علمای مذهبی در این مورد اطلاعات ناچیزی داشته، اکثر آنها آنرا حرام و یا خلاف شرع می‌دانستند. در مجموع، تمامی زنان نابارور از افتاء شدن روش درمانی آنها و اینکه دیگران فرزند آنها را به عنوان فرزند بیولوژیکی نپذیرند، ترس و نگرانی داشتند.

نتیجه‌گیری: ارائه اطلاعات صحیح در زمینه روش‌های درمانی، قوانین و احکام شرعی مرتبط با آن، ضمن افزایش آگاهی‌های عمومی، بر تغییر نگرش‌های کلیشه‌ای افراد در مورد ناباروری و تصمیم‌گیری زوجین نابارور به استفاده از اهداء گامت و جنین در درمان ناباروری، مؤثر است.

کلید واژگان: ناباروری، اهداء گامت، اهداء جنین، مراکز بهداشتی، روش کیفی، مصاحبه عمیق.

مسئول مکاتبه: دکتر محمد جلال عباسی شوازی، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، بزرگراه جلال آل احمد، تهران، ایران.

پست الکترونیک: mabbasi@ut.ac.ir

زمینه و هدف

فرزندآوری در بسیاری از فرهنگها به عنوان یکی از کارکردهای خانواده و ناباروری امری ناخوشایند محسوب می‌شود. اگرچه باروری تحت عنوان قدرت و توان فرزندآوری بیان می‌شود، ناباروری تعریف جهانی مشخصی ندارد و در فرهنگ‌های مختلف تعابیر مختلفی از آن می‌شود. در بعضی از فرهنگها ناباروری به معنی « ناتوانی برای داشتن تعداد بچه‌هایی که فرهنگ آن جامعه به زوجین دیکته می‌کند » و در مناطق دیگر به معنی « نداشتن فرزند پسر » می‌باشد (۱). ناباروری از نظر پزشکی عبارت است از « بارور نشدن یک زوج پس از یکسال تماس جنسی منظم بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری » (۲،۳).

ناباروری عموماً در بیشتر کشورها نامطلوب است، به خصوص در فرهنگ‌هایی که پایگاه اجتماعی و رفاه خانواده وابسته به تعداد فرزندان می‌باشد و یا مانند کشورهای آفریقایی که فرزندآوری یکی از دلایل و اهداف اصلی ازدواج می‌باشد، زوجین نابارور از این بابت با مشکلات زیادی روبرو خواهند شد. در بسیاری از جوامع ازدواج زمانی رسمیت می‌یابد که فرزند یا فرزندی تولد یافته باشند. پس در صورتی که زمان معینی از ازدواج یک زوج بگذرد و فرزندی به دنیا نیاورند، ازدواج آنان از جانب فرد و جامعه ملغی اعلام می‌گردد و هریک از طرفین حق دارند بدون فسخ قرارداد زوجیت، با فرد دیگری قرارداد ازدواج ببندند که بدان طلاق ارتجالی^۱ می‌گویند (۴).

بدیهی است که فشار اجتماعی برای داشتن فرزند منجر به رنج روانی، فیزیکی و اجتماعی می‌شود. به‌ویژه برای زنان که نقش مادری، عنصری از پایگاه و هویت آنها را می‌سازد و داشتن فرزند منبعی از قدرت زن در خانواده و جامعه محسوب می‌شود، طبیعی است که با از دست دادن آن آسیب روانی، شخصیتی و اجتماعی زیادی

ببینند. در چنین موقعیتی افراد به‌خصوص در جوامع پروناتالیست (طرفدار افزایش جمعیت) حاضر به انجام هر کاری هستند و علی‌رغم اینکه خطرهایی سلامتی آنها را تهدید می‌کند، همه نوع اقدام درمانی اعم از سنتی و مدرن را انجام می‌دهند (۷-۵).

چگونگی فهم و برخورد با ناباروری به عوامل فرهنگی بستگی دارد. بعضی از فرهنگها استفاده از درمانگران سنتی مانند سحر و جادو را تقویت می‌کنند؛ بسیاری تکنیک‌های پزشکی را به دلایل فرهنگی نمی‌پذیرند و به جای کمک از فن‌آوری‌های درمانی، از شبکه اجتماعی کمک می‌گیرند و از طریق فرزندخواندگی و یا طلاق و ازدواج مجدد بر ناباروری فائق می‌آیند. راه حل دیگری که بسیاری از جوامع اتخاذ می‌کنند تغییر قانون یا احکام مذهبی در خصوص استفاده از تکنیک‌های پزشکی است (۵،۱).

از اواسط نیمه دوم قرن بیستم پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه فن‌آوری‌های کمک باروری حاصل شده است. در سال ۱۹۷۸ اولین کودک آزمایشگاهی، لوئیز براون، به روش IVF^۲ متولد شد. فن‌آوری‌های پیشرفته لقاح خارج رحمی با بکارگیری روش‌های مختلف باعث درمان ساده‌تر ناباروری شده است (۸). اهداء گامت نیز یکی از روش‌هایی است که باعث درمان بسیاری از زوجین نابارور گشته است. برخی از زنان نابارور به علت عدم فعالیت تخمدانها قادر به ایجاد یک تخمک سالم نیستند ولی دارای رحم سالم هستند و با اهداء تخمک توسط یک زن سالم فرصتی برای باردار شدن دارند. اولین گزارش موفقیت‌آمیز استفاده از اهداء تخمک مربوط به سال ۱۹۸۴ است. از آن زمان تاکنون چندین هزار مورد تولد در جهان با این روش گزارش شده است. فن‌آوری‌های پیشرفته درمان ناباروری به سرعت در مناطق مختلف دنیا به ویژه در جهان اسلام رو به گسترش است. در بسیاری از جوامع،

1- Spontaneous divorce

2- In Vitro Fertilization

روش بررسی

این بررسی با استفاده از مطالعه کیفی^۱ و مصاحبه عمیق^۲، نگرش زنان نابارور را در مورد استفاده از فناوری‌های نوین باروری و دغدغه‌ها و نگرانی‌های آنها در رابطه با استفاده از این فناوریها، به ویژه اهداء گامت و جنین، مورد توجه قرار داده است؛ چرا که تئوری‌های مبتنی بر ناباروری اکثراً تئوری‌های روانشناختی می‌باشند و تئوری مشخص و همه جانبه‌ای وجود ندارد که بتواند به تبیین ناباروری و اقداماتی بپردازد که زوجین نابارور برای رفع مشکل خود اتخاذ می‌کنند و در واقع خلاء وجود یک تئوری کارآمد که بتوان از چشم‌انداز آن به طرح فرضیاتی منسجم در این خصوص پرداخت به خوبی حس می‌شود.

زمانی که نظریه‌ای برای تبیین رفتار عاملان یا جمعیت مورد مطالعه وجود نداشته باشد، مطالعه کیفی می‌تواند برای شناخت رفتارها مورد استفاده قرار گیرد (۱۰). با استفاده از روش‌های کیفی می‌توان برای درک واقعه‌ای خاص، دیدگاه کسانی که در آن واقعه درگیر بوده‌اند را به خوبی مطالعه نمود (۱۱). طرفداران تحلیل‌های کیفی معتقدند در رابطه با موقعیت‌هایی از تحقیق که در آن موضوع به خوبی تعریف نشده و دامنه و توالی فعالیت‌های درگیر شده با موضوع مورد مطالعه ناشناخته است و در جایی که موضوع به شدت خصوصی است و تمایل به عدم گزارش آن وجود دارد روش‌های کیفی جمع‌آوری داده‌ها تا حد زیادی مؤثر و کارآمدند (۱۲). در این مطالعه به دلیل حساسیت موضوع و عدم تمایل پاسخگویان به ارائه اطلاعات در این باره از روش‌های کیفی استفاده گردید.

جامعه آماری در این تحقیق ۳۰ نفر از میان کلیه زنان ناباروری که به منظور درمان ناباروری در تابستان ۸۴ به مرکز درمانی ابن‌سینا در تهران مراجعه کرده بودند

ارزش‌های مذهبی از عوامل تعیین کننده و تأثیرگذار در رفتارهای افراد می‌باشد. مذهب از جنبه‌های مختلفی مانند مشروع دانستن برخی روش‌های درمانی و یا ارائه یک فلسفه اخلاقی در خصوص افراد نابارور، با ناباروری ارتباط می‌یابد. Inhorn طی مطالعات خود در مصر به این نتیجه رسید که در کشورهای مسلمان، مذهب تأثیر زیادی بر انتخاب روش درمانی دارد و افراد نابارور تلاش می‌کنند تا به فن‌آوری‌های کمک باروری مطابق با دستورالعمل‌های مذهبی خود دسترسی یابند. در مصر و سایر کشورهای سنی مذهب، اهداء گامت حرام است و حتی بعضی از زوجین نابارور با این تصور که ممکن است اسپرم فرد دیگری برای آنها جایگزین شود حاضر به استفاده از روش‌های معمول درمان مانند IVF نیز نمی‌باشند (۹)؛ اما در میان کشورهای شیعه مذهب از جمله ایران با بیش از یک و نیم میلیون زوج نابارور، اهداء گامت و جنین به لحاظ قانونی مجاز شناخته شده است.

قانون اهدای جنین در ایران در سال ۱۳۸۲ در مجلس شورای اسلامی تصویب و آیین‌نامه اجرایی آن نیز در سال ۱۳۸۳ تصویب و ابلاغ شد و زوجین نابارور با محدودیت قانونی برای استفاده از این روشها روبرو نمی‌باشند؛ با این حال همه زوجین نابارور از این فن‌آوریها استفاده نمی‌کنند و عوامل فرهنگی و مذهبی تأثیر زیادی در این تصمیم‌گیری دارد. عدم وجود اطلاعات کامل در خصوص نگرش زوجین نابارور و موانعی که آنان در این باره با آن مواجه هستند، سدی برای بهبود وضعیت افراد نابارور محسوب می‌شود. بدین منظور در این مقاله سعی شده است ابتدا، ویژگی‌های جمعیتی زنان نابارور و سپس دیدگاه آنها در مورد اهداء گامت و جنین بررسی شود.

1- Qualitative study
2- In-depth interview

مقدماتی معلوم شد برخی از زوجین نابارور به دلیل مخارج بالای درمان و یا ازدواج مجدد همسر روش‌های درمان را دنبال نمی‌کنند. چنانچه مطالعه حاضر اگر فقط در مرکز درمان ناباروری ابن‌سینا انجام می‌شد این‌گونه افراد مورد مطالعه قرار نمی‌گرفتند. ملاک انتخاب پاسخگویان، سن، طول مدت ازدواج و علت ناباروری بود. بنابراین پاسخگویانی انتخاب شدند که سن آنها از ۲۰ سال بالاتر، مدت ازدواج آنها بیشتر از ۲ سال، علت ناباروری آنها زنانه، نامشخص یا هر دو (علت ناباروری هم مردانه و هم زنانه) بود. پس از اطمینان بخشیدن به پاسخگویان در جهت محرمانه باقی ماندن اطلاعات، مصاحبه‌ها آغاز شد. طول مدت هر مصاحبه بطور متوسط ۴۵ دقیقه بود. در تمامی موارد مصاحبه‌ها توسط یک نفر انجام شد. در این بررسی در مواردی برای جمع‌آوری داده‌ها با رضایت پاسخگو از ضبط صوت استفاده می‌شد و در مواردی نیز پاسخها یادداشت می‌گردید.

نتایج

همانطور که بیان شد به منظور بررسی دیدگاه زنان نابارور در مورد استفاده از اهداء گامت و جنین، ۳۰ مورد مصاحبه با زنان نابارور انجام گرفت. سن زنان پاسخگو در مراکز بهداشتی از ۲۴-۲۶ سال متغیر بود. بیشترین تعداد پاسخگویان در این دسته در فاصله‌های سنی ۳۹-۳۵ و ۴۹-۴۵ سال قرار داشتند. میزان تحصیلات پاسخگویان از بی‌سواد تا لیسانس متغیر بود. ۱ نفر از زنان بی‌سواد، ۳ نفر با تحصیلات ابتدایی، ۱ نفر راهنمایی، ۵ نفر دیپلم و ۵ نفر لیسانس بودند. اکثر پاسخگویان به زبان فارسی و تنها دو مورد به زبان ترکی تکلم می‌کردند. به لحاظ وضعیت اشتغال، دو مورد از زنان نابارور شاغل و بقیه غیرشاغل بودند. در میان بیماران مرکز درمانی ابن‌سینا نیز سن زنان از ۴۹-۲۳ سال متغیر بود و بیشترین تعداد پاسخگویان در

و همچنین زنان ناباروری که از طریق پنج مرکز بهداشتی- درمانی منطقه شمال و شرق تهران شناسایی شده بودند به‌طور تصادفی انتخاب شدند. ابتدا سعی بر این بود که با این ۳۰ زن نابارور پیرامون موضوع مورد بررسی مصاحبه عمیق انجام شود، لذا قبل از شروع کار، به منظور آشنائی با مشکلات کار و نیز برای طراحی آگاهانه تحقیق، دو نمونه به‌طور تصادفی انتخاب و مصاحبه به‌عنوان مطالعه مقدماتی^۱ انجام گرفت. البته موارد زیادی برای مصاحبه معرفی شدند که از میان آنها با دو مورد مصاحبه کامل انجام گرفت. چندین مورد به دلیل ترس از همسران خود تمایل به مصاحبه تلفنی و تکمیل پرسشنامه بدون حضور پرسشگر، داشتند. نتایج این دو مصاحبه، محققین این طرح را به سمتی رهنمون شد که روش انتخاب نمونه تحقیق را تغییر دهند و زنان مورد مطالعه را به دو دسته تقسیم نمایند. دسته اول زنان ناباروری بودند که از طریق مراکز بهداشتی- درمانی شناسایی شده بودند. نمونه‌های مورد نظر در مراکز بهداشتی، با همکاری معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران از پنج مرکز بهداشتی- درمانی منطقه شمال و شرق انتخاب شدند. بدین ترتیب مصاحبه‌ها در پنج مرکز بهداشتی دنبال شد. این مراکز عبارت بودند از: مرکز درمانی تراب، شهید نامجو، صاحب الزمان (عج)، دکمه‌چی و ليله‌القدر، که مجموعاً ۵۲ زن نابارور در این مراکز شناسایی شدند. با کمک رابطین بهداشتی از این افراد دعوت به عمل آمد. ۱۰ مورد از آنها ناباروری با علت مردانه داشتند که از مطالعه حذف شدند و در نهایت با ۱۵ زن نابارور مصاحبه انجام گرفت. دسته دوم پاسخگویان، از بیمارانی که از تاریخ دوازدهم تا پایان شهریور ۱۳۸۴ به مرکز درمان ناباروری ابن‌سینا مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. دسته‌بندی پاسخگویان به این دلیل بود که در مطالعه

1- Pilot study

گفتند که آیت... خامنه‌ای اجازه داده برای همین ما هم قبول کردیم، چند سالی بود که درمان را قطع کرده بودیم اما دیدیم این روش انجام می‌شود آمدیم برای اهداء جنین. اما دوباره دکتر گفتند اول میکرو انجام بدهید اگر [درمان] نشدید بعد بیایید برای اهداء» (زن ۳۶ ساله، لیسانس، قم، مدت ازدواج ۱۰ سال).

در میان پاسخگویان مرکز درمان ناباروری ابن‌سینا تمام افرادی که برای مصاحبه مراجعه نمودند با اهداء گامت آشنایی داشتند و چه آنهایی که باید از این طریق درمان می‌شدند و چه آنهایی که روش درمانی دیگری داشتند، همگی این روش را قبول داشتند و این شیوه درمان را یک اقدام پزشکی و روش درمانی مانند سایر درمان‌های پزشکی می‌دانستند. زنان نابارور در مرکز درمان ابن‌سینا در این رابطه بیان می‌داشتند که تا قبل از مراجعه به مراکز درمانی با این روش مخالف بودند؛ اما زمانی که مطلع شدند مراکز درمانی به عنوان یک مکان رسمی، این کار را انجام می‌دهند اعتقادات مذهبی خود را در این زمینه تعدیل کرده‌اند. پاسخگوی زیر که به علت کم‌کاری تخمدان تصمیم داشت به روش اهداء تخمک درمان شود بیان داشت:

« من می‌خواهم تخمک از کسی بگیرم با اینکه می‌دانم کار حرامی هست، اما می‌بینم در اینجا اینکار [انجام] می‌شود می‌گویم شاید حلال است. با خودم هم می‌گویم خدا بنده‌هایش را دوست دارد می‌خواهد که خوشبخت بشوند و اگر من از زندگی ام راضی باشم خدا هم من را می‌بخشد. غیر از این هم با شیرینی که من به آن بچه بدهم حلال می‌شود» (زن ۴۰ ساله، پنجم ابتدایی، مدت ازدواج ۱۲ سال).

در مواردی که ناباروری تأثیرات منفی زیادی بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد داشت، زنان حاضر به استفاده از این روش بودند. ۲۷٪ از پاسخگویان در مراکز بهداشتی نسبت به اهداء گامت نظر مثبت داشتند و این روش را یک اقدام پزشکی می‌دانستند که می‌تواند

گروه سنی ۳۹-۳۰ ساله قرار داشتند. وضعیت سواد پاسخگویان نیز از ابتدایی تا لیسانس و بالاتر متغیر بود. ۴ نفر از پاسخگویان ابتدایی، ۳ نفر راهنمایی یا دبیرستان، ۴ نفر دیپلم و ۴ نفر لیسانس و بالاتر بودند. به لحاظ وضعیت اشتغال، ۵ نفر از پاسخگویان شاغل و ۱۰ نفر غیر شاغل بودند. با توجه به اینکه در این بررسی، بیماران مراجعه کننده به مرکز ابن‌سینا از استان‌های مختلف بودند، پاسخگویان زبان و گویش‌های متعددی داشتند. زبان مادری ۸ نفر از آنها فارسی، ۲ نفر ترکی، ۳ نفر گیلکی و ۲ نفر کردی بود. اکثر زنان انتخاب شده در تحقیق دارای ناباروری اولیه بودند و تنها ۲ مورد از زنان در مرکز درمانی ابن‌سینا و ۳ نفر در مراکز بهداشتی ناباروری ثانویه داشتند. طول مدت ازدواج اکثر بیماران در مرکز درمان ابن‌سینا ۱۰ سال به بالا و در مراکز بهداشتی ۵ نفر از پاسخگویان طول مدت ازدواج آنها ۹-۴ سال، ۵ نفر ۱۶-۱۰ و ۵ نفر نیز ۱۵ سال به بالا بود.

اهداء تخمک: در بررسی حاضر در میان پاسخگویان مراکز بهداشت ۴۶٪ از روش اهداء گامت هیچ اطلاع و یا شناختی نداشتند. ۲۷٪ از آنها با این روش به دلایل مذهبی مخالف بودند و این روش را حرام می‌دانستند. این افراد اکثراً درباره مجاز اعلام شدن این روشها از طرف علمای مذهبی هیچ اطلاعی نداشتند و به نظرشان این اقدامات با خواست خدا در تضاد بود. برخی از پاسخگویان اگرچه که با این روش آشنایی داشتند اما هنوز از مجاز بودن این روش در ایران اطلاعی نداشتند و اینکار را حرام می‌دانستند. تعدادی از آنها در این زمینه تابع نظر رهبران مذهبی بودند و چون مراجع تقلید این روشها را مجاز اعلام کرده‌اند و سؤالات شرعی آنها حل شده است، با این روش موافق بودند.

« من باید میکرو انجام بدهم؛ اما خودم اهداء جنین را ترجیح میدم. همسرم هم موافق است؛ البته اوایل مسئله شرعی قابل هضم نبود؛ اما پرسیدم، در مشاوره‌ها هم

راه‌های معمول درمان مانند ICSI, IVF و ... را قبول نکرده و به این روشها به دیده تردید می‌نگرند. یکی از پاسخگویان در مرکز بهداشت شهید نامجو که دچار مشکلات رحمی بود و پزشکان به او رحم اجاره‌ای را پیشنهاد داده بودند در این باره می‌گفت: «اگر لازم شود حتی از اهداء تخمک هم استفاده می‌کنم، ولی دکتر بعد از ZIFT، رحم اجاره‌ای را پیشنهاد داد. درباره این روش هم به هیچ کس چیزی نمی‌گویم، حتی اگر بخواهم از رحم اجاره‌ای هم استفاده کنم ۹ ماه با هیچکس ارتباط برقرار نمی‌کنم. و به همه می‌گویم حامله‌ام و حتی اگر زمانی کسی به خانه‌ام آمد به‌طور ظاهری خودم را به‌صورت زن حامله در می‌آورم. من با اینکه روش ZIFT را هم به هیچ کس نگفتم اما همه اقوام می‌گفتند تخم اجنبی بوده چه برسد به رحم اجاره‌ای و اهدای جنین، اما من به خاطر زندگی حاضر به انجام هرکاری هستم و مطمئنم خدا هم از من راضی است» (زن ۲۸ ساله، لیسانس، تهران، مدت ازدواج ۶ سال).

پاسخگویانی که روش درمانی آنها اهداء تخمک بود علاوه بر نگرانی‌های فراوانی که در ارتباط با نگرش خانواده، دوستان، آشنایان و جامعه در مورد اهداء گامت داشتند، از اینکه هیچ اطلاعی از خصوصیات و ویژگی‌های دهنده گامت نداشتند ناراحت بودند و علی‌رغم اینکه مرکز درمانی سعی می‌کند که فرد اهداءکننده را طوری انتخاب کند که تا حدودی با ویژگیها و پایگاه اقتصادی-اجتماعی بیماران نزدیک باشد، زنان نابارور همواره نگران این امر بودند که فرزند متولد شده به این طریق تفاوت‌های زیادی با آنها داشته باشد. اکثر آنها تمایل داشتند اهداءکننده از پایگاه اجتماعی خوبی برخوردار باشد و به لحاظ مذهبی نیز مسلمان باشد.

همچنین این افراد نسبت به ویژگی‌های اخلاقی و شخصیتی فرزند متولد شده نگرانیهای زیادی داشتند. پاسخگوی زیر بیان می‌کند که برای حفظ زندگی

زندگی افراد زیادی را از شکست و جدایی نجات دهد. یکی دیگر از پاسخگویان در مرکز بهداشت که دو سال قبل از مطالعه یک مورد بارداری ناموفق به کمک روش ZIFT را تجربه کرده بود در این باره گفت: «بعضی از فقها با این روشها مخالفند اما اگر آنها شرایط ما نابارورها را درک کنند حتماً موافقت می‌کنند. ما که به نیت لذت جنسی اینکار را انجام نمی‌دهیم. اگر مجبور نباشیم ما هم حاضر نیستیم که جنین و یا تخمک کسی دیگر را استفاده کنیم. اما وقتی می‌بینیم زندگی‌ای را که با هزار امید و آرزو بنا کرده‌ایم به راحتی بخاطر فقدان یک بچه از دست می‌دهیم حاضر به انجام هر کاری می‌شویم» (زن ۲۸ ساله، لیسانس، تهران، مدت ازدواج ۶ سال).

اهداء تخمک و انگ اجتماعی: در بررسی حاضر پاسخگویانی که روش درمانی آنها اهداء تخمک بود، بیان می‌داشتند که کسی از روش درمانی آنها اطلاعی نداشته و تصمیم هم نداشتند کسی را مطلع نمایند. به نظر آنها جامعه این روشها را نمی‌پذیرد و به همین دلیل ارائه این اطلاعات نه تنها هیچ ضرورتی ندارد بلکه سرمنشاء مشکلات زیادی نیز خواهد شد و انگی که تاکنون به آنها به عنوان یک فرد نابارور خورده است به فرزند آنها به عنوان فرزند نامشروع منتقل و مشکل فرزندشان چندین برابر بیشتر از مشکلاتی که آنها تاکنون داشته‌اند خواهد شد.

برخی از پاسخگویان اگرچه تمایل داشتند فرزندشان را راجع به روش‌های درمانی مورد استفاده مطلع کنند اما ترس از اینکه مبادا فرزندشان فکر کند با بقیه دوستانش متفاوت است این رویه را نمی‌پسندیدند. افرادی که از روش‌هایی به‌غیر از اهداء گامت درمان نیز تمایلی نداشتند که دیگران از روشها و اقداماتی که آنها انجام می‌دهند مطلع شوند و به نظرشان افراد جامعه هنوز

بحث

در این مقاله سعی شد با استفاده از روش کیفی و مصاحبه عمیق با زنان نابارور، نگرش زوجین نابارور در مورد اهداء گامت و جنین آشکار شود. همان گونه که اشاره شد همه زوجین نابارور از فن‌آوری‌های نوین کمک باروری استفاده نمی‌کنند و عوامل متعددی در تصمیم آنها برای استفاده از این فن‌آوریها تأثیر دارد. در این رابطه مذهب تأثیر زیادی در درک افراد از ناباروری و بکارگیری روش‌های درمان دارد. در میان پاسخگویان مراکز بهداشتی کسانی که با روش اهداء تخمک مخالف بودند در مورد احکام مذهبی و قانونی این روش آگاهی چندانی نداشتند. به نظر می‌رسد عدم آگاهی زنان در مورد مجاز شدن این روش عمده‌ترین دلیل مخالفت آنها باشد. در مرکز درمان ناباروری ابن‌سینا تعدادی از زنان نابارور بیان می‌کردند که تا قبل از مراجعه به مراکز درمانی با اهداء تخمک مخالف بودند، اما زمانی که مطلع شدند مراکز درمانی به عنوان یک مکان رسمی، این کار را انجام می‌دهند اعتقادات مذهبی خود را در این زمینه تعدیل کردند. تعدادی از آنها نیز اظهار می‌نمودند که اهداء تخمک از لحاظ شرعی یک گناه است؛ لکن بدون توجه به شرعی بودن آن از این روش استفاده می‌کنند. همچنین نتایج بررسی نشان داد که اگرچه پاسخگویان در مرکز درمان ناباروری ابن‌سینا از محیطها و قومیت‌های مختلفی بودند، با این حال نگرش آنها در مورد این روش تفاوتی با یکدیگر نداشت و قومیت نقشی در پذیرش و یا رد این روش توسط زنان نابارور ندارد. همه این افراد معتقد بودند که زمینه و محیط فرهنگی آنها این روش درمان را نمی‌پذیرد. به همین دلیل هیچ کدام تصمیم نداشتند که روش درمانی خود را برای دیگران افشاء کنند. آنها در لزوم موافقت عرف و شرع با این روشها، به تبیین عقلی خود رجوع کرده و اهداء تخمک و جنین را به دلیل تأثیر مثبتی که می‌تواند در زندگی آنها داشته باشد و باعث

حاضر به انجام هر کاری می‌باشد و تنها نگرانی عمده‌اش این است که نمی‌داند بچه وی خصوصیات چه کسی را خواهد داشت:

« من اول تردید داشتم، می‌ترسیدم صاحب تخمک یک زن قاتل باشد و بچه‌ام قاتل شود، اما مسئول آزمایشگاهی که این روش را معرفی کرد گفت، بسیار به خدا، تو این بچه را تو قلب خودت پرورش می‌دهی با گوشت و خون تو رشد می‌کند و بعد هم مثل خودت می‌شود اما با همه اینها هنوز هم در مورد خصوصیاتش نگرانم و می‌ترسم که بعداً مشکلی پیدا کند» (زن ۴۵ ساله، دیپلم، مدت ازدواج ۵ سال).

شبکه‌های ارتباطی: ۴۶٪ از پاسخگویان در مراکز بهداشت در مورد اهداء تخمک هیچ اطلاعی نداشتند. در این باره یکی از پاسخگویان بیان می‌کند که این روشها به خوبی به مردم اطلاع‌رسانی نمی‌شود و بسیاری از افراد درباره اهداء گامت آگاهی ندارند.

« به نظر من مسؤولیت کارهای آدمها با خودشان است، یک روش حتی اگر از نظر شرعی هم مجاز نباشد با تمام جزئیات و شرایطش باید به اطلاع مردم برسد تا خودشان با توجه به عقاید و نظر خود روش درمانی را انتخاب کنند» (زن ۴۳ ساله، دیپلم، تهران، مدت ازدواج ۱۸ سال).

برخی نیز از اینکه رادیو و تلویزیون به عنوان یک رسانه جمعی در جهت اطلاع‌رسانی مردم در مورد روش‌های پیشرفته و شرایط درمان اقدامی انجام نمی‌دهند شکایت داشتند. آنها به تأثیر طبیعی جلوه دادن این روشها و تخفیف ترس استفاده کنندگان بوسیله رسانه‌های جمعی اشاره می‌کردند. پاسخگویانی که با اهداء تخمک آشنایی داشتند در بسیاری از موارد به کمک پزشکان و یا بیماران دیگر در مراکز درمان ناباروری آشنا شده بودند.

ثبات رابطه زوجین شود، قبول داشتند.

بسیاری از زوجین نابارور از انگ ناشی از ناباروری و روش‌های درمانی رنج می‌برند و تا چندین سال بعد از ازدواج سعی می‌کنند ناباروری خود را به صورت یک راز از همه مخفی کنند و یا اینکه از روشها و اقدامات درمانی خود کسی را مطلع نکنند. در این بررسی نیز طی مصاحبه محور صحبت‌های اکثر پاسخگویانی که از روش اهداء تخمک استفاده می‌کردند، ترس از این بود که مبادا دیگران از روش درمانی آنها مطلع شوند. آنها دلیل این رازداری را ترس از مشکلات و مسائل احتمالی در آینده برای فرزندشان، روش درمانی‌شان ذکر می‌کردند. این افراد با این تصور که ممکن است دیگران فرزند آنها را به عنوان فرزند بیولوژیکی آنها نپذیرند، تلاش می‌کنند روش درمانی خود را از دیگران مخفی نگه دارند. البته جستجوی انواع روش‌های درمانی منبع مهمی از انگ و داغ را برای بسیاری از فرهنگها ایجاد می‌کند و با توجه به اینکه این وسایل و تکنولوژی‌های پیشرفته درمان به سرعت در حال گسترش به کشورهای مختلفند، از یک طرف باعث افزایش امید افراد نابارور به درمان گشته است و از طرف دیگر باعث افزایش رنج ناشی از ناباروری و روش‌های درمان شده است (۸، ۱۲، ۱۳). حتی ممکن است کسانی که از اسپرم و یا تخمک خود درمان شده باشند نیز با مشکلاتی روبرو بوده و افراد جامعه فرزند آنها را ناشی از گامت دیگران بدانند. در مطالعه Inhorn تنها در ۱۷٪ زنان، مادران آنها از روش درمانی فرزند خود مطلع بودند و بقیه موارد حاضر نبودند که در خصوص روش درمانی مورد استفاده با کسی صحبت کنند (۸). همچنین والدین اغلب از اینکه ممکن است فرزندانشان درخصوص نحوه تولد و اصل واقعیات آنها مطلع شوند ترس و نگرانی دارند. در یک بررسی که اخیراً توسط بولتون و همکاران در بریتانیا انجام گرفته معلوم شد که تنها ۳۲٪ از دریافت کنندگان تخمک و ۱۲٪ از گیرندگان اسپرم

موافق بودند که روش درمانیشان را برای فرزندانشان بازگو کنند (۱۴). لذا این مساله در اکثر جوامع دیده می‌شود. بیکر و تعدادی از مردم‌شناسان نشان داده‌اند، حتی در ایالات متحده امریکا، جایی که نسبت به دیگر جوامع پروناتالیست هویت افراد کمتر به نقش پدر و مادری آنها وابسته است، شواهدی از انگ ناشی از ناباروری به خصوص ناباروری مردان و اقدامات درمانی دیده می‌شود (۱۲). این موضوع بر استفاده از این فناوری‌های نوین تأثیر خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

نتایج این بررسی نشان داد که علی‌رغم اینکه در ایران هم اکنون زوجین نابارور با محدودیت قانونی برای استفاده از فن‌آوری‌های نوین کمک باروری روبرو نمی‌باشند؛ با این حال، همه زوجین نابارور از این فن‌آوریها استفاده نمی‌کنند و تصمیم‌گیری در مورد استفاده از آن متأثر از درک آنها و نیز انتظارات و نگرش جامعه نسبت به استفاده از این فن‌آوریها است. بنابراین ارائه اطلاعات صحیح در زمینه روش‌های درمان، قوانین و احکام شرعی مرتبط با آن ضمن افزایش آگاهی‌های عمومی برای تغییر نگرش‌های قالبی افراد در مورد ناباروری و روش‌های درمان به ویژه اهداء گامت و جنین و در نهایت کاهش مشکلات زوجین نابارور مؤثر خواهد بود. همچنین با توجه به اینکه پیشرفت‌های عظیمی در روش‌های درمان ناباروری حاصل شده است، این سؤال مطرح می‌شود که آیا روش‌های پیشرفته درمان ناباروری به آرمان و هدف خود یعنی بهبود وضعیت زندگی زوجین نابارور دست یافته است؟ بدین منظور بررسی وضعیت زوجین ناباروری که توانسته‌اند با کمک این روشها بارور شوند، ضرورت دارد. از جمله می‌توان بررسی کرد که چه تغییراتی بعد از تولد فرزندشان در روابط آنها با همسر، خانواده‌ها و افراد

اهداف و توان این مطالعه بود، مورد بررسی قرار نگرفت:

- بررسی نگرش افراد جامعه در خصوص ناباروری و روش‌های مختلف درمان
- بررسی نگرش افراد نابارور با ویژگی‌های متفاوت مذهبی، قومی و فرهنگی در رابطه با اهداء گامت و جنین
- و بررسی نگرش و اهداف اهداء کنندگان از اهداء گامت و جنین.

تحقیق در زمینه موضوعات فوق می‌تواند درک و شناخت عمیق‌تری از جنبه‌های اجتماعی- فرهنگی ناباروری ایجاد نماید.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتیجه پژوهشی است که با حمایت مالی پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی- ابن‌سینا، صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) و معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است. از کلیه موسسات و مراکزی که زمینه انجام این پژوهش را فراهم نمودند سپاسگزاری می‌گردد. همچنین از نظرات اصلاحی جناب آقایان دکتر اصغر عسگری خانقاه و دکتر محمود قاضی طباطبایی تشکر و قدردانی می‌شود.

جامعه حاصل شده است؟ والدین، اقوام، افراد جامعه چه برخوردی با این فرزند دارند و آیا او را به عنوان فرزند بیولوژیک می‌پذیرند؟

یافته‌های این تحقیق حکایت از آن دارد که برخی از زنان نابارور نگران سلامتی و همچنین خصوصیات فردی فرزند متولد شده با روش اهداء گامت بودند. به منظور اطمینان بخشیدن به زوجین لزوم بررسی همه جانبه فرزندان حاصل از اهداء گامت احساس می‌شود. بررسی مسائل، مشکلات و نگرانی‌های زوجین بعد از درمان، بررسی وضعیت فرزندان متولد شده با این روش و ارتباط مداوم و مشاوره‌های متعدد و متفاوت قبل از درمان، گامی اساسی در جهت ارتقاء و بهبود وضعیت زوجین نابارور است، که لازم است مسئولان، متخصصان و برنامه‌ریزان مرتبط با ناباروری به آن توجه خاصی مبذول کنند. همچنین با توجه به اینکه ناباروری تأثیر منفی زیادی بر جنبه‌های مختلف زندگی زوجین دارد (۱۵)، ارائه اطلاعات و آموزش در خصوص ناباروری و شیوه‌های درمان از طریق رسانه‌های جمعی امری ضروری در جهت کمک به زوجین نابارور است.

همچنین در کنار این تحقیق لزوم مطالعه موضوعات زیر ضروری به نظر می‌رسید اما به دلیل اینکه فراتر از

References

- 1- Evens E.M. A global perspective on infertility: an under recognized public health issue. The University of North Carolina at Chapel Hill. 2004;18.
- 2- Lunenfeld B., Steirteghem A.V. Infertility in the third millennium; Implications for the individual, family and society. Hum Reprod Update. 2004;10(4): 317-325.
- 3- Larsen U. Primary and secondary infertility in sub-Saharan Africa. Int J Epidemiol. 2000;29(2):285-291.
- 4- ساروخانی باقر. مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی خانواده. تهران: سروش (۱۳۷۶)، صفحات: ۶۸.
- 5- Molock S.D. Racial, cultural and religious issues in infertility counseling. The Parthenon Publishing Group International Publishers in Medicines Science, Technology New York. 2000:249-265.
- 6- Inhorn M.C. Local babies, global science: gender, religion and In Vitro fertilization in Egypt. New York: Routledge. 2003b.
- 7- Duniluk J.C., Leader A., Taylor P.L. Psychological and relationship changes for counseling. Br J Guid Coun. 1987;15:29-36.
- 8- Inhorn M.C. The worms are weak: Male infertility and patriarchal paradoxes in Egypt. Special issue on Islamic Masculinities men and masculinities. Men Mascul. 2003a; 5(3):238-258.

- ۹- عباسی شوازی محمد جلال، کاربرد تحقیقات کیفی در جمعیت‌شناسی، گزارش منتشر نشده، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران ۱۳۸۵.
- 10- Boge D. Role of the qualitative method in demographic research. In Boge D., Arriage E., Anderton D (Editors). Readings in population research methodology. UNFPA New York. 1983;Vol:6,Chap:24;pp:2-7.
- 11- Creswell J.N. Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA: Sage. 1988.
- 12- Van Baleen F., Inhorn M.C. Introduction: interpreting Infertility-a View from the Social Sciences. Inhorn M., Van Balen F., (Editors). Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies. University of California Press. 2002:3-32.
- 13- Inhorn M.C. Middle eastern masculinity in age of new reproductive technology: male infertility and stigma in Egypt and Lebanon. Med Anthropol Q. 2004;18(2): 162-182.
- ۱۴- گلوبوک سوزان، رابین فی‌وش رشد جنسیت. ترجمه مهرناز شهرآرای، تهران: ققنوس (۱۳۷۷)، صفحه ۱۷۳.
- ۱۵- رازقی نصرآباد حجیه بی‌بی. جنبه‌های اجتماعی- فرهنگی و جمعیتی ناباروری: مطالعه موردی در تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی، تهران (۱۳۸۴)، صفحات: ۱۰۲-۸۵.

Archive of SID