

عوامل و پیامدهای اجتماعی ناباروری زنان شیعه و سنی

پروانه افشاری^۱، علی پزهان^۲، احسان رحمانی خلیلی^۳

چکیده

تحقیق حاضر بر این هدف اصلی متمرکز است تا برخی از مهمترین عوامل و پیامدهای اجتماعی مرتبط با ناباروری را مورد بررسی و شناسایی قرار دهد. چهارچوب نظری این تحقیق براساس نظریه های انتخاب عقلانی، تبیین ساختاری و نظریه های مرتبط با تبیین هنجارهای فرهنگی و اجتماعی است. از میان نظریه ها نظریه اقتصاد جدید خانوار، سیستمی خانواده، فمینیستی، روانشناسی مبتنی بر جنسیت، خود و من و برچسب زنی استفاده می شود. تحلیل های این مقاله مبتنی بر داده های پژوهشی پیمایشی است که جمعیت نمونه آن را ۵۳۵۸ نفر از زنان نابارور شیعه و سنی (مرکز ناباروری ابن سینا) تشکیل داده اند. مطابق تحلیل های مقدماتی مبتنی بر شاخص های نگرش های اجتماعی، عوامل اجتماعی متأثر از متغیرهای جمعیت شناختی، تعداد سال های نازایی، مشکلات نازایی، روش های درمانی، نوع شغل، درآمد خانوار و محل سکونت می باشد. به طوری که بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش آنها به شرایط فناوری، هنجارهای ذهنی، انگ اجتماعی، انسجام زندگی اجتماعی، طرد اجتماعی، فقدان پویایی، نشاط خانوادگی، اعتماد به نفس، شرایط محیطی و جدایی زن و شوهر رابطه معنی داری وجود دارد. بیشترین عاملی که سبب گردیده زنان و مردان از ناباروری رنج ببرند ترس از دست دادن زندگی مشترک است.

واژگان کلیدی: پیامدهای اجتماعی، زنان، ناباروری، شیعه و سنی.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۳/۲۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۲۸

^۱ گروه علوم اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (Email: afsharip1@gmail.com)

^۲ گروه علوم اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) (Email: pezhhan_ali@yahoo.com)

^۳ گروه جامعه شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (Email: ehsan5171@gmail.com)

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت ناباروری را، ناتوانی در بارور شدن پس از یک سال مقاربت منظم یا تلقیح مصنوعی بدون استفاده از روش های جلوگیری از بارداری شدن و یا ناتوانی در داشتن یک حاملگی موفق تعریف کرده است. ناتوانی در بارداری شدن به دو شکل ناباروری اولیه و ناباروری ثانویه مطرح شده است. ناباروری اولیه یعنی اینکه فرد، توانایی بارور شدن در زمان حاضر را ندارد. ناباروری ثانویه به این معنی است که یک زن در گذشته توانسته است باردار شود، اما در زمان حاضر قادر به بارداری شدن نیست. این نوع ناباروری شامل زنانی می شود که مشکل سقط جنین یا حاملگی خارج از رحم داشته و یا از لحاظ پزشکی نیاز به سقط جنین دارند (اکبری، ۱۳۹۳: ۲۲۹). علی رغم تمام پیشرفت های پزشکی، کماکان درصد قابل توجهی از زن و شوهرهای نابارور در ردیف کسانی قرار می گیرند که همچنان موفق به درمان مشکل ناباروری خود نیستند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، شکست در بارداری حدود ۸۰ میلیون فرد را در دنیا درگیر کرده است. در ایران یک مطالعه فراگیر در سال ۲۰۰۵ برای تعیین شیوع ناباروری انجام شد. مطالعه نشان داد که ۲۴/۹ درصد زن و شوهرهای ناباروری اولیه را در طول زندگی زناشویی تجربه کرده اند. ناباروری در موارد زیادی منجر به طلاق و فروپاشی خانواده ها شده و بی تردید آسیب های مختلفی نیز به همراه دارد و به عنوان یک مشکل اجتماعی جدی متأسفانه در کشور متولی ندارد و بیمه ها نیز از آن حمایت نمی کنند. ناباروری تنها یک وضعیت پزشکی نیست و این مسأله و درمانش می تواند جنبه های مختلف زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و مشکلات روانی و عاطفی مانند افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه و احساس بی ارزشی را به همراه بیاورد (اله یاری و همکاران، ۱۳۹۸: ۶۹). روند ناباروری به خصوص با گسترش و ظهور HIV و پیشرفت تکنولوژی های زاد و ولد، پدیده مهم و قابل بررسی است. علل ناباروری بسیار متفاوت است و از علل عفونی مانند سل دستگاه تناسلی تا علل مادرزادی، داروها، ضربه و مشکلات غددی و پارازیت های ماهواره ای محتمل است. یک زن بدون فرزند احساس ناامنی و تزلزل در زندگی زناشویی خود میکند. برخی محققین ذکر کرده اند که ناتوانی یک زن در تولد فرزند، میتواند منجر به انگ اجتماعی و فشارهای زیاد خانوادگی گردد. همانطور که گفته شد مشکل ناباروری سراسر جهان و جوامع مختلف را درگیر می نماید و پیامدهای روانی- اجتماعی آن گریبانگیر مردان و زنان نابارور است؛ لیکن در جوامعی که هنجارهای فرهنگی به زن در برابر نقش مادر بودن ارجح بیشتری می نهند، این پیامدها تشدید شده و عوارضی همچون بی ثباتی زندگی مشترک، خشونت خانگی، استیگما و انزوا را به دنبال خواهد داشت. زوج های نابارور در ابتدا سعی می کنند یکدیگر را تسلی دهند، اما کم کم فشارها و سرکوب ها شروع می شوند و آنها را با زنجیره ای از مشکلات درگیر خواهند کرد (اوسطی، ۱۳۹۳: ۷). علیرغم اینکه زنان و مردان به یک میزان علت ناباروری می باشند، با این حال به دلیل تعصبات اجتماعی، ناباروری یک مشکل زنانه تلقی می شود و به همین دلیل نیز زنان معمولاً با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان، روبرو می باشند. مرور مطالعات بیانگر این است که زنان بار اصلی ناباروری را به دوش می کشند. این بار ممکن است شامل سرزنش، اضطراب، غم و اندوه، ترس، طرد از اجتماع، تهدید به ترک و طلاق شود.

فرزندآوری در ایران از اهمیت اجتماعی- فرهنگی و مذهبی، جایگاه بالایی دارد. در ادبیات تاریخی ایران بسیار مشهود است که اگر کسی بنا به هر دلیلی بچه دار نشود (کور بودن اجاق) به او تعلق می گیرد. یا حتی در برخی از کشورها از جمله هند نداشتن بچه به معنای شیطان یا جن بودن خانواده است، یعنی خدا دوست ندارد نسل این گونه خانواده اشاعه پیدا کند. بنابراین این هنجارهای حاکم بر خانواده می باشد، که عموماً از پشتوانه فرهنگی ملت ها شکل می گیرد. بر اساس آمار "دفتر سلامت و جمعیت خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی"، در ۱۳۹۸ حدود سه میلیون زوج نابارور در کشور ما وجود دارد که نسبت به سال گذشته (۲۵۳۲ نفر) روند افزایش داشته است ناباروری اگرچه مشکل امروز و دیروز نیست، اما خوشبختانه در حال حاضر، شرایط مناسب درمان این مشکل در کشور شکل گرفته و به این ترتیب، برچسب ها و مشکلات، نگرانی ها و پیامدهای اجتماعی ناشی از ناباروری

کمرنگ تر شده است. اگر چه در قانون حمایت از خانواده ایران اهمیت فرزندآوری قید و مهم تلقی شده است. براساس ماده ۹ این قانون عقیم بودن می تواند به عنوان یکی از دلایل طلاق مطرح شود و در صورت تقاضای یکی از طرفین طلاق بلامانع می باشد. تحقیقات نشان داده اند که ناباروری به عنوان یک بحران فردی، استرس زیادی به زوجهای نابارور وارد میکند و میتواند به طرق گوناگون، سلامت روانی آنها را تهدید کند. ناباروری میتواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، جدایی، طلاق، کاهش اعتماد به نفس، احساس طرد شدن و درماندگی و در نتیجه منجر به افسردگی شود، هم مردان و هم زنان، پریشانی و استرس ناشی از ناباروری را تجربه میکنند، اما به نظر میرسد که زنان در زمینه ی مسائل درون شخصی، بین شخصی و فراشخصی در مقایسه با مردان نگرشها، نقشها و احساسات متفاوت تری را تجربه می کنند (ریاحی و زارع زاده، ۱۳۹۱: ۱۵۷-۱۵۹).

گفتنی است که انجام این قبیل تحقیقات به ویژه در جوامع دارای حکومت دینی مثل جامعه ایران که مکانیسم های رسمی جامعه پذیری مانند سیستم های آموزشی و رسانه ای جامعه از قبیل مدارس، رادیو و تلویزیون و... به طور کم نظیری متأثر از مذهب و آموزه های دین است از اهمیت و ضرورت به مراتب بیشتری برخوردار است بدین سبب که از یکسو معمولاً مجموعه ایی از الگوهای ایده آل و آرمانی و تصاویر فرهنگی دینی از سوی منابع قدرت و مکانیسم های رسمی جامعه پذیری به ویژه از طریق سیستم های آموزشی و رسانه ای بازنمایی و باز تولید می شود.

با توجه به مشکلات و تنگناهایی که زوجین نازا در مراحل گوناگون زندگی به طور مستقیم با آن مواجه شده و به نوعی آن را تجربه می کنند. بنابراین زوجین نابارور با یک زندگی تحمیلی روبرو خواهند بود که این زندگی به طرق مختلف هویت پدر و مادر بودن آنها را زیر سؤال خواهد برد به همین دلیل پیامدهای مربوط به ناباروری چه به صورت فردی و چه اجتماعی به اشکال عمیق و بنیادین تار و پود زندگی زوجین نابارور را تحت تأثیر شدید خود قرار داده است.

نتایج تحقیق سفاری (۱۳۹۷) نشان داده است که ناباروری و پیامدهای اجتماعی حاصل از آن متأثر از نگرش های دینی و آموزه های مذهبی است و اهمیت و ضرورت توجه به این نکته ریشه در این واقعیت دارد که مطابق نظریه اینهورن^۱ (۲۰۰۳) پارادوکس اصلی ناباروری این است که عمومیت آن بیشتر در جوامعی است که باروری نیز بالا است و افراد جامعه برای فرزندآوری اهمیت خاصی قائل هستند. اینهورن از این وضعیت به عنوان "دیالکتیک باروری و ناباروری" نام می برد علاوه بر ابزارها و مکانیسم های پیامدهای ناباروری باید به سایر عناصر و اعضای آن نیز توجه شود تا بدین ترتیب با انجام دادن طیف گسترده و فزاینده تحقیقات و مطالعات علمی ابعاد گوناگونی این پیامدها را در نظام ارزش های جامعه و چالش های جدی در عرصه مذهب و قومیت هر چه بیشتر و دقیقتر بررسی و شناسایی شود. از سوی دیگر روند قوم گرایی و رشد مظاهر دنیای مدرن مانند شهرنشینی نیز در جامعه افزایش یافته و علی رغم اینکه درصد قابل توجهی از زوجین در جامعه نابارورند و با مسائل و مشکلات اجتماعی روبرو می باشند. پژوهشگران اجتماعی کشور کمتر به این موضوع پرداخته اند. بدین ترتیب می توان گفت که مسأله اصلی تحقیق معطوف به ناباروری زنان شیعه و سنی با رویکرد اجتماعی می باشد. بنابراین مقاله حاضر در صدد است تا به پرسش های زیر پاسخ دهد:

۱. بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش به نازایی به مثابه انگ اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد؟
۲. بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش به نقش نازایی در چالش انسجام زندگی خانوادگی تفاوت معنی داری وجود دارد؟
۳. بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش به نقش نازایی در طرد اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد؟
۴. بین نوع مذهب پاسخگویان و فقدان پویایی و نشاط خانوادگی ناشی از نازایی تفاوت معنی داری وجود دارد؟
۵. بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش به نقش شرایط محیطی در بروز نازایی تفاوت معنی داری وجود دارد؟
۶. بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش به نقش نازایی در جدایی زن و شوهر تفاوت معنی داری وجود دارد؟

^۱ Enhoren

پیشینه تحقیق

معاضدی عالی و همکاران (۱۳۹۷) در تحقیق "بررسی اثربخشی روان درمانی معنوی مذهبی مبتنی بر آموزه های اسلام بر کیفیت زندگی زنان نابارور" بیان کردند جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان نابارور شهر شیراز در تابستان سال ۱۳۹۶ تشکیل می دادند. نمونه آماری بالغ بر ۳۶ نفر ۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه کنترل بود که به روش نمونه گیری در دسترس از مراکز ناباروری شیراز انتخاب شدند. نتایج نشان داد که اثربخشی روان درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه های اسلام بر کیفیت زندگی زنان نابارور تأثیر داشت و آنها را بهبود بخشید. لذا این امر در جامعه ما، که مذهب و معنویت جایگاهی ویژه دارد، توجه بیشتری می طلبد. کریمی و همکاران (۱۳۹۵) به بررسی آثار اجتماعی ناباروری مردانه در زنان ایرانی به یک مطالعه کیفی پرداختند، تجزیه و تحلیل داده ها منجر به پدیدار شدن یک طبقه اصلی «درک تنش های مربوط به خانواده و اجتماع» رفتارهای آزار دهنده خانواده و اطرافیان (شامل زیر طبقات «تجسس و دخالت»، «دریافت برچسب و سرزنش»، «طرد شدن»، «مواجهه با باورهای نادرست خانواده و اطرافیان» و «احساس تبعیض رفتاری» و «حضور در جمعیت های خاص» و «احساس فقدان حمایت اجتماعی» شد. حقیقیان و همکاران (۱۳۹۳) به بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده در شهر اصفهان پرداختند، نتایج تحقیق نشان داد که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور به میزان قابل توجهی از ناراحتی های روحی رنج می برند و این مسأله می تواند بر جنبه های دیگر زندگی آنها از جمله روابط اجتماعی و اختلافات خانوادگی آنها تأثیر منفی بگذارد. شاهنوشی و کریمی (۱۳۸۹) به بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده پرداختند، نتایج تحقیق بیانگر آن است که زوجین نازایی که مورد سرزنش اطرافیان قرار نگرفته اند، فاقد اختلاف و درگیری ناشی از نازایی بوده اند. همچنین این مسأله باعث ایجاد بیماری های روحی و روانی میان آنها نشده است. از طرف دیگر، طول مدت ازدواج بر باروری آنها تأثیر داشته و گاه نازایی آنها باعث شده از طرف دیگران به طلاق، ازدواج مجدد و پذیرش فرزند خوانده تشویق شوند. عادولوجو^۱ و همکاران (۲۰۱۵)، در پژوهشی با عنوان خشونت علیه زنان نابارور؛ در ترکیه نیز تفاوت های آماری معنی داری بین خشونت جنسی در دو گروه بارور و نابارور گزارش کردند به طوری که میزان این خشونت در گروه نابارور بیشتر بود. نتایج مطالعه فردریکسون^۲ و همکاران (۲۰۱۵) نشان می دهد طیف مشکلات و پیامدهای اجتماعی ناشی از ناباروری همسر می تواند شامل برچسب اجتماعی، انزوای اجتماعی و کناره گیری از جامعه، ترس، از دست دادن جایگاه اجتماعی، ناامیدی و در برخی موارد خشونت باشد.

آنچه که در خلال پژوهش های انجام گرفته در مناطق مختلف نمایان می شود، این است که ناباروری در بسیاری از فرهنگ ها برای زنان و مردان به عنوان یک مسئله اجتماعی و بحران در نظر گرفته می شود، که به شیوه های متفاوتی بر زندگی زنان و مردان سایه افکنده است. رابطه علی بین پیامدهای اجتماعی ناباروری و مذهب (شیعه و سنی) در طول چند دهه گذشته مورد توجه جامعه شناسان و جمعیت شناسان و پزشکان بوده است. با این وجود برخی از تحقیقات به این نتیجه رسیده اند که ناباروری یک مسأله پزشکی با رویکرد اجتماعی و اقتصادی می باشد. برای اینکه موضوع ناباروری و پیامدهای آن بهتر فهم و تبیین شود بایستی با رویکردهای متفاوت به موضوع پرداخت. همواره عوامل فرهنگی مهمترین مولفه تأثیر گذار در میان زنان شیعه و سنی بوده و هست.

مبانی نظری

در قسمت مبانی نظری از دیدگاه ها و نظریه های مربوط به موضوع استفاده شده است از جمله:

نظریه داغ خوردگی گافمن

طبق نظریه داغ خوردگی گافمن ناباروری یک داغ اجتماعی محسوب می شود. فرد نابارور، همانند یک بیمار روانی و یا معلول جسمی خود را در شرایطی بدنام کننده در جامعه می بیند. وقتی ارزشها و هنجارهای فرهنگی، تولید مثل و فرزندزایی را تشویق می کنند و والدگری را جشن می گیرند، بی فرزندی موجب دریافت برچسب بدنام کننده و به دنبال آن داغ خوردگی افراد نابارور می شود که

¹ Adulojo

² Frederiksen

می تواند با تأثیر گذاری منفی در هویت افراد نابارور، روابط بین فردی آنها را دستخوش تغییرات منفی عمیقی کند. منبع اصلی استیگما و طرد اجتماعی ناباروران، در انحراف آنها از هنجارهای فرهنگی سنتی است که بر اساس آن تنها راه واقعی برای بهنجار محسوب شدن و اثبات کردن خود برای زنان، مادر شدن است و اینکه هر زن و شوهری، باید بتواند بچه دار شوند. ناباروران به دلیل ناباروری، می پندارند که اهدافشان را در زندگی گم کرده و موقعیت و اعتماد به نفس خود را از دست رفته تلقی می کنند. آنها تمایل زیادی به انزوای اجتماعی داشته و سعی می کنند از حضور در موقعیت هایی که در آن زنان باردار یا خانواده هایی با فرزندان خردسال حضور دارند، اجتناب کنند. این پیامدهای فردی و اجتماعی زیانبار در تصور فرد نابارور از خویش تأثیر می گذارد که به نوبه خود باعث از دست رفتن اعتماد به نفس و شکل گیری هویت تباها شده در آنها می گردد (لوفتوس و ناموست^۱، ۲۰۱۱: ۳).

نظریه گیدنز و ناباروری

از نظر گیدنز امنیت را میتوان موقعیتی خواند که در آن یک رشته خطرهای خاص، به حداقل رسیده یا با آنها مقابله می شود. تجربه امنیت به تعادل اعتماد و مخاطره بستگی دارد. او به طرح امنیت وجود؛ به عنوان یکی از صورت های مهم امنیت پرداخته و از ضرورت امنیت وجودی سخن گفته است. این اصطلاح راجع به اطمینانی است که بیشتر آدم ها به تداوم تشخیص هویت خود و دوام محیط های اجتماعی و مادی کنش در اطراف خود دارند. از نظر بوزان جوامع متشکل از یک احساس هویت اجتماعی هستند و در ادامه عناصر ارگانیک امنیت اجتماعی را هویت نامیده و "امنیت اجتماعی" را مترادف "امنیت هویت" تلقی می کند. ناباروری به عنوان وضعیتی که شکل گیری هویت مطلوب افراد را با مشکل روبرو می سازد، ارتباط مستقیم با عدم امنیت اجتماعی و عدم احساس امنیت دارد (اله یاری و همکاران، ۱۳۹۸: ۷۱).

نظریه فمینیستی تولید مثل: در نظر برخی فمینیست های افراطی از جمله فایرستون^۲ (۱۹۷۹) تولید مثل و مادری کردن باری بر دوش زنان و بخشی از سرکوبی است که باید رفع شود. اینان تولید مثل را سرمنشا سلطه مردان بر زنان تلقی می کنند ایشان فناوری های نو را متهم می کنند که با استفاده از دارو و هورمون برای تحریک تخمک گذاری خطرناکی برای سلامت زنان ایجاد می کنند و به سبب واداشتن زنان نازا به تلاش برای بچه دار شدن باعث وارد آمدن یا افزایش فشار های اجتماعی بر آنها می شوند. فمینیست ها همچنین پزشکان را در خطر هایی که زنان را تهدید می کند، مسئول می دانند، چرا که به نظر آن ها، پزشکان تکرار روش های مختلف درمان را به بیماران خود توصیه می کنند درحالی که میزان موفقیت این روش ها چندان بالا نیست. فمینیست های رادیکال فناوری های باروری جدید را ابزار پدر سالاری و صنعت پزشکی بر علیه زنان می دانند که هدفش کنترل بدن زنان و به ویژه فرایند فرزندآوری است. بسیاری از آنها زنانی را که به دنبال روش های درمانی می باشند فریب خورده فرهنگ معرفی می کنند (چراغی، ۱۳۸۷).

نظریه روان شناسی خود و من: اصول این نظریه مبتنی بر اصول روانکاوان است که در آن «من» ابتدا به صورت ساختار روانی مرکزی شکل می گیرد. هنگامی که فقدان چیزی برای درک فرد از «خود» اساسی باشد، می تواند به درک فرد از «خود» آسیب برساند و فرد را دچار احساساتی نظیر ناامیدی، استرس، خشم، اضطراب و احساس شرمندگی و ... کند. زنان نابارور به دلیل شکست در اجرای نقش فردی و اجتماعی احساس نقص و بی کفایتی می کنند و مردان احساس شرمندگی و عصبانیت. مفهوم انگ اجتماعی، که از شکست در انجام هنجارهای اجتماعی ناشی می شود، در زنان و مردان نابارور شامل یک خود ادراکی از نقص و شکست نقش و کاهش احترام می باشد. از اینرو سازماندهی مجدد از خود برای مقابله با ایده آل های از دست رفته مانند نقش پدر و مادری لازم است. طبق این نظریه برای اینکه زوجین از ناباروری به عنوان عاملی که تمرکز اصلی را بر زندگی دارد، دور شوند قبل از هر چیز باید ناباروری را یک قسمت از هویت فردیشان بدانند. در این صورت است که با وجود ناباروری، دیگر احساس نقص و بی کفایتی را نخواهند داشت (رئیس السادات، ۱۳۹۵: ۱۵).

¹ Loftus & Namaste

² Firsetone

نظریه نقش اجتماعی که یک مجموعه به هم وابسته "انتظارات ضابطه مند و قالب ریزی شده" مقاوم و پایدار فهمیده می شود که به دارنده موقعیت های خاص اجتماعی ارزانی می دارد. به دیگر سخن دارنده انتظار یاد شده را به سوی موقعیت اجتماعی خاص سوق می دهد مثلا انتظار می رود که یک پزشک برحسب آخرین و جدیدترین سطح تحقیق پزشکی، همه توان خود را برای معالجه بیماران عرضه کند یا از یک زن ازدواج کرده انتظار می رود که فرزند یا فرزندان به دنیا بیاورد و تمام توان خود را برای تربیت آنها به کارگیرد. پس انسان ها انتظاراتی را که در داخل سیستم برهم کنشی وجود دارد و از آن انتظارات رفتارهای واقعی افراد را پیگیری می کند، بررسی می نماید. در چنین مواردی اگر زن نابارور باشد و انتظارات که افراد جامعه از آن دارند برآورد نکند در واقع نقش اجتماعی خود را برآورد ننموده است (کریمیان و نوابخش، ۱۳۹۶).

روش شناسی تحقیق

روش اجرای این پژوهش از نوع پیمایشی است که همراه با پرسشنامه و مصاحبه حضوری انجام شده است. این پژوهش از نوع مطالعات پنهانگر، (کمی) بوده که می تواند قابلیت آزمون پذیری و تعمیم پذیری داشته باشد و از لحاظ تحلیلی، توصیفی و تبیینی بوده و همچنین از لحاظ زمانی مقطعی، و از لحاظ هدف تحقیق کاربردی می باشد. این مقاله حاصل پیمایشی است که در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران انجام و اطلاعات از طریق پرسشنامه‌ی ساخت یافته گردآوری، واحد تحلیل آن از میان زنان نابارور شیعه و سنی مراجعه کننده به مرکز ناباروری ابن سینا صورت گرفته است. تعداد جامعه آماری زنان پرونده دار در مرکز ابن سینا تقریباً ۵۳۵۸ مورد بوده است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۴۰۰ نفر تعیین شد که بین ۳۸۸ نفر پرسشنامه توزیع شد. روش نمونه گیری تصادفی بود پژوهشگر به مدت ۸۰ روز (روزهای فرد) در این کلینیک حضور داشته و مادرانی را که در این مدت به آنجا مراجعه می کردند به صورت تصادفی مورد مصاحبه قرار داده و اطلاعات لازم را تا تعداد حجم نمونه کامل شود، جمع آوری نموده است و با توجه به اینکه مراجعه کنندگان به مرکز ناباروری ابن سینای تهران از سراسر ایران بوده اند در مرحله اول از طریق پرسشگر توجیه شده و سپس پرسشنامه محقق ساخته در میان آنها توزیع گردید. پایایی ابزار یا استفاده از آزمون آلفا کرونباخ صورت گرفت که با ۰/۷۶ برآورد شد و روایی ابزار نیز از طریق روایی صوری و روایی محتوایی سنجیده شد. برای بررسی برابری واریانسها، آزمون چند متغیره، آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها، آزمون تحلیل مسیر و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شده است.

متغیرهای تحقیق

پرسشنامه تحقیق شامل ۳ بخش بوده است: بخش اول در برگیرنده مشخصات پاسخگویان بوده است، بخش دوم عوامل ناباروری زنان را در بر می گیرد (اجتماعی، اقتصادی، روانشناختی، زیستی و باورهای دینی) و در نهایت بخش سوم پرسشنامه پیامدهای حاصل از ناباروری زنان را می سنجید. متغیرهای تحقیق شامل دو دسته متغیرهای مستقل و وابسته است. متغیر وابسته ناباروری زنان شیعه و سنی است و از طریق پرسش در مورد این که عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر ناباروری زنان شیعه و سنی چه بوده است؟ اندازه گیری شده است. متغیرهای مستقل نیز به ۵ دسته در حوزه اجتماعی، اقتصادی، روانشناختی، زیستی، باورهای دینی تقسیم بندی شده است. جدول ۱ متغیرهای مستقل برحسب گویه های تحقیق را بیان می نماید.

جدول (۱): متغیرهای مستقل برحسب گویه های تحقیق

| شاخص / نام متغیر | گویه ها |
|------------------|--|
| اجتماعی | مشخصه اجتماعی شامل: تحکیم خانواده، ازدواج فامیلی، گسترش زنان سرپرست خانوار، سرخوردگی، فرزند خواندگی، جایگاه زوجین، آموزش نقش زوجه، وسایل ارتباط جمعی، طلاق، تجدید فراش، سلامت اجتماعی، قدرت اجتماعی، انگ اجتماعی، انحراف اجتماعی، برجسب زدن می باشد که نمرات هر یک از متغیرها به نمره استاندارد تبدیل شده و از مجموع آنها عوامل اجتماعی فرد محاسبه می شود. |
| باورهای دینی | مشخصه باورهای دینی شامل: باورها و اعتقادات مذهبی، مذهب و تنش میان خانواده ها، باور به لقاح مصنوعی |

یافته ها

نتایج تحقیق در دو بخش ارائه می شود: ابتدا تصویری از ویژگی های اقتصادی، اجتماعی ارائه می شود. آنگاه عوامل و پیامدهای ناباروری در میان زنان شیعه و سنی با رویکرد اجتماعی مطرح می گردد. سپس نتایج تحلیل های دو متغیره ذکر و در پایان با استفاده از تکنیک آزمون T و لووان و... به تحلیل پیامدهای اجتماعی ناباروری زنان شیعه و سنی پرداخته می شود.

مشخصه های اقتصادی و اجتماعی

بر پایه این بررسی میانگین سن زنان نابارور شیعه و سنی در هنگام بررسی به ترتیب گروه های سنی ۳۱ تا ۳۵ و ۲۶ تا ۳۰ بوده و میانگین تعداد سالهای نازایی ۵-۲ و کمتر از ۲ سال بوده است. همانگونه که مشاهده می شود میانگین سن زنان هنگام بررسی و تعداد سالهای نازایی برای زنان شیعه نسبت به زنان سنی بیشتر بوده است. تحلیل گروه های سنی نشان دهنده پایین آمدن سن ناباروری در میان زنان شیعه و سنی بخصوص در میان زنان شیعه کاهش مشهود می باشد. یافته ها از عمومیت سطح سواد و تحصیلات در سطح کارشناسی در میان پاسخگویان حکایت دارد. شایان ذکر است میزان تحصیلات کارشناسی در میان زنان سنی نسبت به شیعه از عمومیت بالاتری به میزان ۵۴ درصد برخوردار می باشد. همچنین میزان تحصیلات دکتری در میان زنان سنی (۶,۲درصد) نسبت به زنان شیعه (۵,۲درصد) بیشتر است. مشکل نازایی در میان زنان شیعه (۷,۲درصد) و در میان زنان سنی (۷,۵۶درصد) و در میان مردان شیعه (۶,۲۱درصد) و در میان مردان سنی (۷,۳۸درصد) می باشد، و ۵ درصد مشکلات هر دو جنس بوده است.

جدول (۲): توصیف متغیرهای اصلی پژوهش

| نام متغیر | میانگین | انحراف معیار |
|--|---------|--------------|
| نقش شرایط فناوری در نازایی | ۲,۶۳ | ۱,۱۳ |
| هنجار ذهنی نسبت به حل مساله نازایی | ۲,۷۷ | ۰,۹۴ |
| نگرش به نازایی به مثابه مانع | ۲,۷۳ | ۰,۸۱ |
| نگرش به نازایی به مثابه انگ اجتماعی | ۲,۶۶ | ۰,۹۵ |
| نگرش به نقش نازایی در چالش انسجام زندگی خانوادگی | ۳,۱۲ | ۱,۰۱ |
| نگرش به نقش نازایی در طرد اجتماعی | ۲,۳۲ | ۱ |
| فقدان پویایی و نشاط خانوادگی ناشی از نازایی | ۲,۳۵ | ۱,۰۲ |
| کاهش اعتماد به نفس ناشی از نازایی | ۲,۹ | ۰,۹۲ |
| نگرش به نقش شرایط محیطی در بروز نازایی | ۲,۴۴ | ۰,۹۷ |
| نگرش به نقش نازایی در جدایی زن و شوهر | ۲,۹۳ | ۰,۶۶ |

آماره های استنباطی

فرضیه ۱: بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش به نازایی به مثابه انگ اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول (۳): آزمون تفاوت نگرش به نازایی به مثابه انگ اجتماعی بر حسب نوع مذهب پاسخگویان

| مذهب | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد | آماره تی | سطح معنی داری |
|------|---------|---------|------------------|----------|---------------|
| شیعه | ۱۹۴ | ۲,۵۳ | ۰,۷۸ | -۲,۸ | ۰,۰۰۶ |
| سنی | ۱۹۴ | ۲,۷۹ | ۱,۰۸ | | |

این جدول نتایج بررسی تفاوت میانگین نگرش به نازایی به مثابه انگ اجتماعی بر حسب مذهب پاسخگویان را نشان می دهد. میزان میانگین ها حاکی است که میانگین متغیر نگرش به نازایی به مثابه انگ اجتماعی در بین پاسخگویان شیعه کمتر از مقدار آن برای پاسخگویان سنی شده است. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار -۲,۸ و سطح معنی داری ۰,۰۰۶ بیانگر این است که با ۹۵ درصد اطمینان، تفاوت معنی داری بین افراد شیعه و سنی از نظر نگرش به نازایی به مثابه انگ اجتماعی، وجود دارد، لذا فرضیه فوق تایید می شود.

فرضیه ۲: بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش به نقش نازایی در چالش انسجام زندگی خانوادگی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول (۴): آزمون تفاوت نگرش به نقش نازایی در چالش انسجام زندگی خانوادگی بر حسب نوع مذهب پاسخگویان

| مذهب | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد | آماره تی | سطح معنی داری |
|------|---------|---------|------------------|----------|---------------|
| شیعه | ۱۹۴ | ۳,۵۹ | ۰,۷۱ | ۱۰,۷ | ۰,۰۰۰ |
| سنی | ۱۹۴ | ۲,۶۳ | ۱,۰۴ | | |

این جدول نتایج بررسی تفاوت میانگین نگرش به نقش نازایی در چالش انسجام زندگی خانوادگی بر حسب مذهب پاسخگویان را نشان می‌دهد. میزان میانگین‌ها حاکی است که میانگین متغیر نگرش به نقش نازایی در چالش انسجام زندگی خانوادگی در بین پاسخگویان شیعه بیشتر از مقدار آن برای پاسخگویان سنی شده است. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار ۱۰,۷ و سطح معنی داری ۰,۰۰۰ بیانگر این است که با ۹۵ درصد اطمینان، تفاوت معنی داری بین افراد شیعه و سنی از نظر نگرش به نقش نازایی در چالش انسجام زندگی خانوادگی، وجود دارد، لذا فرضیه فوق تایید می‌شود.

فرضیه ۳: بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش به نقش نازایی در طرد اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول (۵): آزمون تفاوت نگرش به نقش نازایی در طرد اجتماعی بر حسب نوع مذهب پاسخگویان

| مذهب | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد | آماره تی | سطح معنی داری |
|------|---------|---------|------------------|----------|---------------|
| شیعه | ۱۹۴ | ۱,۵۹ | ۰,۵۸ | -۲۰,۷ | ۰,۰۰۰ |
| سنی | ۱۹۴ | ۳,۰۵ | ۰,۷۸ | | |

این جدول نتایج بررسی تفاوت میانگین نگرش به نقش نازایی در طرد اجتماعی بر حسب مذهب پاسخگویان را نشان می‌دهد. میزان میانگین‌ها حاکی است که میانگین متغیر نگرش به نقش نازایی در طرد اجتماعی در بین پاسخگویان شیعه کمتر از مقدار آن برای پاسخگویان سنی شده است. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار -۲۰,۷ و سطح معنی داری ۰,۰۰۰ بیانگر این است که با ۹۵ درصد اطمینان، تفاوت معنی داری بین افراد شیعه و سنی از نظر نگرش به نقش نازایی در طرد اجتماعی، وجود دارد، لذا فرضیه فوق تایید می‌شود.

فرضیه ۴: بین نوع مذهب پاسخگویان و فقدان پویایی و نشاط خانوادگی ناشی از نازایی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول (۶): آزمون تفاوت فقدان پویایی و نشاط خانوادگی ناشی از نازایی بر حسب نوع مذهب پاسخگویان

| مذهب | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد | آماره تی | سطح معنی داری |
|------|---------|---------|------------------|----------|---------------|
| شیعه | ۱۹۴ | ۱,۹۷ | ۰,۸۶ | -۷,۷ | ۰,۰۰۰ |
| سنی | ۱۹۴ | ۲,۷۲ | ۱,۰۴ | | |

این جدول نتایج بررسی تفاوت میانگین فقدان پویایی و نشاط خانوادگی ناشی از نازایی بر حسب مذهب پاسخگویان را نشان می‌دهد. میزان میانگین‌ها حاکی است که میانگین متغیر فقدان پویایی و نشاط خانوادگی ناشی از نازایی در بین پاسخگویان شیعه کمتر از مقدار آن برای پاسخگویان سنی شده است. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار -۷,۷ و سطح معنی داری ۰,۰۰۰ بیانگر این است که با ۹۵ درصد اطمینان، تفاوت معنی داری بین افراد شیعه و سنی از نظر فقدان پویایی و نشاط خانوادگی ناشی از نازایی، وجود دارد، لذا فرضیه فوق تایید می‌شود.

فرضیه ۵: بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش به نقش شرایط محیطی در بروز نازایی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول (۷): آزمون تفاوت نگرش به نقش شرایط محیطی در بروز نازایی بر حسب نوع مذهب پاسخگویان

| مذهب | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد | آماره تی | سطح معنی داری |
|------|---------|---------|------------------|----------|---------------|
| شیعه | ۱۹۴ | ۲,۰۱ | ۰,۷۱ | -۹,۸ | ۰,۰۰۰ |
| سنی | ۱۹۴ | ۲,۸۸ | ۱,۰۱ | | |

این جدول نتایج بررسی تفاوت میانگین نگرش به نقش شرایط محیطی در بروز نازایی بر حسب مذهب پاسخگویان را نشان می‌دهد. میزان میانگین‌ها حاکی است که میانگین متغیر نگرش به نقش شرایط محیطی در بروز نازایی در بین پاسخگویان شیعه کمتر از مقدار آن برای پاسخگویان سنی شده است. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار -۹,۸ و سطح معنی داری ۰,۰۰۰

بیانگر این است که با ۹۵ درصد اطمینان، تفاوت معنی داری بین افراد شیعه و سنی از نظر نگرش به نقش شرایط محیطی در بروز نازایی، وجود دارد، لذا فرضیه فوق تایید می شود.

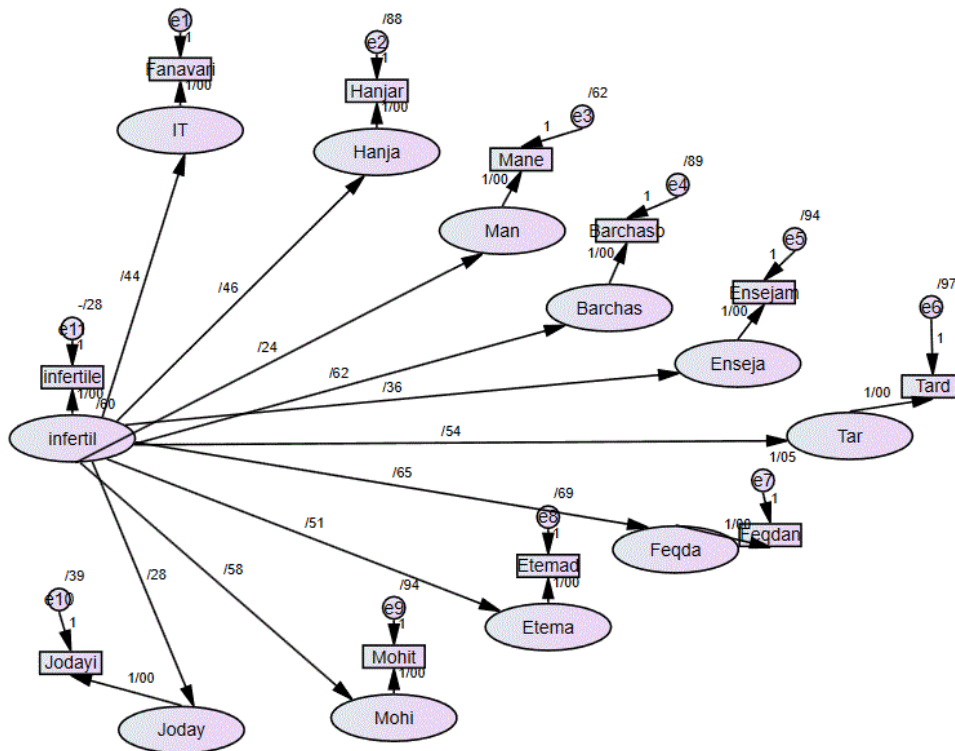
فرضیه ۶: بین نوع مذهب پاسخگویان و نگرش به نقش نازایی در جدایی زن و شوهر تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول (۸): آزمون تفاوت نگرش به نقش نازایی در جدایی زن و شوهر بر حسب نوع مذهب پاسخگویان

| مذهب | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد | آماره تی | سطح معنی داری |
|------|---------|---------|------------------|----------|---------------|
| شیعه | ۱۹۴ | ۳,۰۸ | ۰,۶۸ | ۴,۶ | ۰,۰۰۰ |
| سنی | ۱۹۴ | ۲,۷۷ | ۰,۶۱ | | |

این جدول نتایج بررسی تفاوت میانگین نگرش به نقش نازایی در جدایی زن و شوهر بر حسب مذهب پاسخگویان را نشان می دهد. میزان میانگین ها حاکی است که میانگین متغیر نگرش به نقش نازایی در جدایی زن و شوهر در بین پاسخگویان شیعه بیشتر از مقدار آن برای پاسخگویان سنی شده است. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار ۴,۶ و سطح معنی داری ۰,۰۰۰ بیانگر این است که با ۹۵ درصد اطمینان، تفاوت معنی داری بین افراد شیعه و سنی از نظر نگرش به نقش نازایی در جدایی زن و شوهر، وجود دارد، لذا فرضیه فوق تایید می شود.

در نمودار زیر مدل معادلات ساختاری در حالت ضرایب استاندارد را مشاهده نمایید:



نمودار (۱): مدل معادلات ساختاری در حالت ضرایب استاندارد

جدول ۹ خلاصه ای از ضرایب مسیر، نقاط بحرانی، سطح معنی داری و نتیجه فرضیه های تحقیق را بیان می کند:

جدول (۹): ضرایب مسیر، نقاط بحرانی و سطح معنی داری

| متغیرها مستقل | متغیرها وابسته | ضریب تاثیر | نقطه بحرانی | سطح معنی داری | نتیجه |
|---------------|----------------|------------|-------------|---------------|------------------|
| ناباروری | شرایط فناوری | ۰/۴۴ | Up ۱/۹۶ | ۰/۰۰۵ | نقش معنی دار است |
| ناباروری | هنجار ذهنی | ۰/۴۶ | Up ۱/۹۶ | ۰/۰۰۵ | نقش معنی دار است |
| ناباروری | مثابه مانع | ۰/۲۴ | Up ۱/۹۶ | ۰/۰۰۵ | نقش معنی دار است |
| ناباروری | انگ اجتماعی | ۰/۶۲ | Up ۱/۹۶ | ۰/۰۰۵ | نقش معنی دار است |

| | | | | | |
|----------|------------------------------|------|---------|-------|------------------|
| ناباروری | چالش انسجام زندگی خانوادگی | ۰/۳۶ | Up ۱/۹۶ | ۰/۰۰۵ | نقش معنی دار است |
| ناباروری | طرد اجتماعی | ۰/۵۴ | Up ۱/۹۶ | ۰/۰۰۵ | نقش معنی دار است |
| ناباروری | فقدان پویایی و نشاط خانوادگی | ۰/۶۵ | Up ۱/۹۶ | ۰/۰۰۵ | نقش معنی دار است |
| ناباروری | کاهش اعتماد به نفس | ۰/۵۱ | Up ۱/۹۶ | ۰/۰۰۵ | نقش معنی دار است |
| ناباروری | شرایط محیطی در بروز نازایی | ۰/۵۸ | Up ۱/۹۶ | ۰/۰۰۵ | نقش معنی دار است |
| ناباروری | جدایی زوجین | ۰/۲۸ | Up ۱/۹۶ | ۰/۰۰۵ | نقش معنی دار است |

تفسیر و تعبیر مدل

به طور کلی در کار با برنامه لیزرل، هر یک از شاخص‌های بدست آمده برای مدل به تنهایی دلیل برازندگی مدل یا عدم برازندگی آن نیستند، بلکه این شاخص‌ها را باید در کنار یکدیگر و با هم تفسیر کرد. برای ارزیابی مدل مدلسازی معادلات ساختاری چندین مشخصه برازندگی وجود دارد. در این پژوهش از

شاخص‌های χ^2 (CMIN)، شاخص برازندگی GFI، شاخص نرم‌شده برازندگی (NFI)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و شاخص بسیار مهم ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب RMSEA استفاده شده است. از آزمون χ^2 اغلب به عنوان شاخص موفقیت نام برده می‌شود. این شاخص به سادگی نشان می‌دهد که آیا بیان مدل ساختار روابط میان متغیرها مشاهده شده را توصیف می‌کند یا خیر. هر چقدر مقدار χ^2 کوچکتر باشد بهتر است.

در مورد نسبت مجذور کای χ^2 (CMIN) به درجه آزادی قطعیت وجود ندارد و در منابع مقدار زیر ۵ و در برخی منابع دیگر زیر ۳ قابل قبول است. معیار GFI نشان دهنده اندازه‌ای از مقدار نسبی واریانس‌ها و کواریانس‌ها می‌باشد که توسط مدل تبیین می‌شود. این معیار بین صفر تا یک متغیر می‌باشد که هرچه به عدد یک نزدیکتر باشد، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده شده بیشتر است. برای بررسی اینکه یک مدل به خصوص در مقایسه با سایر مدل‌های ممکن، از لحاظ تبیین مجموعه‌ای از داده‌های مشاهده شده تا چه حد خوب عمل می‌کند از مقادیر شاخص نرم‌شده برازندگی (NFI)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI) و شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) استفاده شده است. مقادیر بالای ۰/۹ این شاخص‌ها حاکی از برازش بسیار مناسب مدل طراحی شده در مقایسه با سایر مدل‌های ممکن است. در نهایت برای بررسی اینکه مدل مورد نظر چگونه برازندگی و صرفه جویی را با هم ترکیب می‌کند از شاخص بسیار توانمند ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب RMSEA استفاده شده است. شاخص RMSEA، ریشه میانگین مجذورات تقریب می‌باشد. این شاخص برای مدل‌های خوب ۰/۰۵ و کمتر است. مدلی که در آن این شاخص ۰/۱۰ یا بیشتر باشد برازش ضعیفی دارد. همانطور که مشخصه‌های برازندگی در پایین مدل‌ها نوشته شده است نشان می‌دهد داده‌های این پژوهش با ساختار عاملی و زیربنای نظری تحقیق برازش مناسبی دارد و این بیانگر همسو بودن سوالات با سازه‌های نظری است.

بحث و نتیجه‌گیری

مشکل ناباروری سراسر جهان و جوامع مختلف را درگیر می‌نماید و پیامدهای روانی-اجتماعی آن گریبانگیر مردان و زنان نابارور است؛ لیکن در جوامعی که هنجارهای فرهنگی به زن در برابر نقش مادر بودن ارج بیشتری می‌نهند، این پیامدها تشدید شده و عوارضی همچون بی‌ثباتی زندگی مشترک، خشونت خانگی، استیگما و انزوا را به دنبال خواهد داشت. زوج‌های نابارور در ابتدا سعی می‌کنند یکدیگر را تسلی دهند، اما کم‌کم فشارها و سرکوب‌ها شروع می‌شوند و آنها را با زنجیره‌ای از مشکلات درگیر خواهند کرد.

طبق نتایج بدست آمده از تحقیق حاضر زنانی که سنی هستند بیشتر شرایط محیطی در آنان تاثیر می‌گذارد. امروزه اشتغال خانم‌ها نسبت به سالیان قبل بسیار زیاد شده است و چون در معرض آلودگی هوا و استرس ناشی از کار و محیط بیرون از منزل قرار می‌گیرند بنابراین می‌توان گفت که ریسک این دسته از افراد جدا از عوامل دیگر باروری، به نابارور شدن بیشتر از سایر خانم‌های خانه‌دار است. مواردی چون آلاینده‌های زیست‌محیطی آب، خاک و هوا که تحقیقات علمی به دست آمده حاکی از آن است که این ترکیبات در

جلوگیری از تشکیل نطفه، سقط جنین، عدم رشد مناسب جنین، ایجاد ناباروری و ... مؤثر شناخته شده‌اند و جذب سرب از راه هوا و آب و غذا موجب عقیمی بزرگسالان خواهد شد. از دیگر عوامل محیطی می‌توان به استعمال مواد مخدر اشاره کرد. مصرف مواد مخدر که علاوه بر تخریب روحی و روانی بر انسان به علت تأثیر شدید روی سیستم تولید مثل هر دو جنس در صورت مصرف هرچند اندک آن می‌تواند موجب ناباروری شود. به تازگی پژوهش‌هایی در بخش فیزیکی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده که نشان می‌دهد نگرانی‌ها حقیقت دارد؛ امواج الکترومغناطیس نه تنها می‌تواند بر باروری مردان و زنان اثر بگذارد، بلکه توانایی سیستم ایمنی بدن را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد. که نتیجه پژوهش اوسطی (۱۳۹۳) و دادفر (۱۳۹۴) نیز بیانگر تأثیر منفی شرایط محیطی بر ناباروری می‌باشد.

نقش نازایی در طرد اجتماعی در بین پاسخگویان شیعه کمتر از پاسخگویان سنی شده است. نتایج مطالعه فردریکسون^۱ و همکاران (۲۰۱۵) نشان می‌دهد طیف مشکلات و پیامدهای اجتماعی ناشی از ناباروری همسر می‌تواند شامل برچسب اجتماعی، انزوای اجتماعی و کناره‌گیری از جامعه، ترس، از دست دادن جایگاه اجتماعی، ناامیدی و در برخی موارد خشونت باشد. مطالعه ایرانمنش نشان داد که در بعد روانی و اجتماعی زنان بیشتر از مردان دچار افسردگی، اضطراب و تعارضات زناشویی شده، ارتباط کمتر با خانواده، دوستان و همسر خود دارند و این امر باعث انزوای اجتماعی زنان می‌شود. نتایج مطالعه مهشوری^۲ و همکاران (۲۰۰۸)، ویسشمان^۳ (۲۰۰۸) با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

با توجه به نتایج تحقیق حاضر نقش نازایی در جدایی زن و شوهر در بین پاسخگویان شیعه بیشتر از مقدار آن برای پاسخگویان سنی شده است. اگر اطرافیان یک زوج نابارور، آنها را طرد کنند و تنها بگذارند، استرس ناشی از ناباروری بیش از پیش موجب اختلالات روانشناختی و تعارضات زناشویی و انزوای اجتماعی در زوجین می‌شود (لافتوس و ناماسته، ۲۰۱۱). نتایج مطالعه مارتینز، پترسون، کاستا، لیند، اشמיד^۴ (۲۰۱۳) ناباروری بر زندگی زناشویی زوجین نابارور اغلب با کشمکش و درگیریهای خانوادگی همراه است این یافته‌ها با نتایج تحقیقات حاضر همخوانی دارد. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد نازایی و احتمال طلاق در بین زنان شیعه بیشتر بوده است. تداوم زندگی مشترک، بدون فرزند برای افراد شیعه کمتر از خانواده‌های سنی است

با توجه به نتایج بدست آمده میانگین متغیر نگرش به نازایی به مثابه انگ اجتماعی در بین پاسخگویان شیعه کمتر از مقدار آن برای پاسخگویان سنی شده است بر این اساس می‌توان عنوان داشت ناباروری در خانواده‌های سنی به عنوان یکی از عوامل مهم برای برچسب خوردن می‌باشد. منبع اصلی طرد اجتماعی ناباروران، در انحراف آنها از هنجارهای فرهنگی سنتی است که بر اساس آن تنها راه واقعی برای بهنجار محسوب شدن و اثبات کردن خود برای زنان، مادر شدن است و اینکه هر زن و شوهری، باید بتواند بچه دار شوند. ناباروران به دلیل ناباروری، می‌پندارند که اهدافشان را در زندگی گم کرده و موقعیت و اعتماد به نفس خود را از دست رفته تلقی می‌کنند. آنها تمایل زیادی به انزوای اجتماعی داشته و سعی می‌کنند از حضور در موقعیت‌هایی که در آن زنان باردار یا خانواده‌هایی با فرزندان خردسال حضور دارند، اجتناب کنند. این پیامدهای فردی و اجتماعی زیانبار در تصور فرد نابارور از خویش تأثیر می‌گذارد که به نوبه خود باعث از دست رفتن اعتماد به نفس و شکل‌گیری هویت تباه شده در آنها می‌گردد (لوفتوس و ناموست^۵، ۲۰۱۱: ۳). طبق نظریه داغ خوردگی گافمن ناباروری یک داغ اجتماعی محسوب می‌شود. فرد نابارور، همانند یک بیمار روانی و یا معلول جسمی خود را در شرایطی بدنام کننده در جامعه می‌بیند. وقتی ارزشها و هنجارهای فرهنگی، تولید مثل و فرزندزایی را تشویق می‌کنند و والدگری را جشن می‌گیرند، بی‌فرزندگی موجب دریافت برچسب بدنام کننده و به دنبال آن داغ خوردگی افراد

¹ Frederiksen

² Maheshwari

³ Wischmann

⁴ Martins, Peterson, Costa, Costa, Lund, Schmidt

⁵ Loftus & Namaste

نابارور می شود که می تواند با تأثیر گذاری منفی در هویت افراد نابارور، روابط بین فردی آنها را دستخوش تغییرات منفی عمیقی کند. نتایج محققین نیز نشان داد ناباروری برای زنان در کشورهای کمتر توسعه یافته، پیامدهای اجتماعی شدیدی مانند برجسب اجتماعی و از دست دادن جایگاه اجتماعی دارد و نتایج مطالعه عزتی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد شرایط بحران ناباروری، باعث ایجاد افکار منفی در فرد نابارور شده و مقابله هیجان مدار، فرد را با این افکار بیشتر درگیر میکند مطالعه کانن^۱ و همکاران (۲۰۰۴)، نتایج مطالعه دآر^۲ و همکار (۲۰۰۲) با نتایج تحقیق حاضر همسو می باشد.

پیشنهادات

همه افراد چه بارور و چه نابارور و سایرین به این مسأله واقف هستند که به هر حال هزینه های درمان برای ناباروری بالاست و پرداخت چنین هزینه هایی گاه از توان اغلب خانواده ها خارج است. بنابراین، مسؤلان باید از طریق بیمه های درمانی و یا سایر خدمات مربوطه یاری رسان چنین خانواده هایی در مراحل متعدد درمانی باشند. مراکز درمان باروری و ناباروری اغلب در مراکز استانها دایر هستند. بنابراین، برخی مراجعان ناچارند برای طی کردن مراحل مختلف درمانی مسافت زیادی را طی کنند که این امر خود باعث افزایش هزینه های مالی و گاه آثار مخرب روحی، روانی و جسمی خواهد بود. بنابراین انتظار میرود چنین مراکزی در نقاطی غیر از مراکز استانها نیز وجود داشته باشد. زنانی که همسرانشان نابارور است، تنش های بسیاری را در ارتباطات اجتماعی خود تجربه میکنند که نشان دهنده رفتارهای نامحترمانه و ناشی از عدم بلوغ خانواده ها و اطرفیان بنابراین نیاز به طراحی برنامه های مشاوره های مناسب جهت آموزش خانواده و جامعه به منظور ارتقاء سطح آگاهی، بینش و عملکرد آنان ضروری به نظر میرسد.

منابع

۱. اکبری، ابوالقاسم (۱۳۹۳). دانش خانواده و جمعیت. تهران: نشر رشد و توسعه. چاپ اول.
۲. اوسطی، مهدیه. (۱۳۹۲). شیوع پدیده ناباروری در تهران سال ۱۳۹۳ (مطالعه موردی). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن. گرایش جمعیت شناسی.
۳. چراغی، اسماعیل. (۱۳۸۷). فمینیسم و کارکردهای خانواده فصلنامه معرفت شماره ۱۳۱
۴. حسن پور ازغدی، سیده بتول، سیمیر، معصومه. ودادهیر، ابوعلی. حسین رشیدی، بتول. (۱۳۹۲). تبیین تاثیرات روانی نازایی در زنان نابارور. در جستجوی درمان: یک مطالعه کیفی. نشریه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی دوره ۲۳، شماره ۸۳: ۸-۱۰
۵. حقیقتیان منصور، حقیقت فرشته، رستمی زهرا (۱۳۹۳). بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده در شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۱۰ (۲): ۳۶۱-۳۵۴
۶. ریاحی، محمد اسماعیل. زارع زاده مهریزی، الهام (۱۳۹۱). بررسی تفاوت های جنسیتی در پیامدهای روانی - اجتماعی ناباروری در بین مراجعین به مرکز ناباروری شهر یزد. فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات راهبردی زنان، شماره ۵۶.
۷. رئیس السادات، فاطمه. (۱۳۹۵). مطالعه ابعاد اجتماعی ناباروری در ایران (با توجه به نمونه های شهر تهران). گزارش فرهنگ، رسانه و اجتماع. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، مرکز پژوهشی آرا. ویرایش اول.
۸. شاهنویسی، مجتبی، کریمی، زیبا (۱۳۸۹). بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده در شهر اصفهان. فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر، سال چهارم، شماره یازدهم.
۹. کریمی، فاطمه زهرا و همکاران (۱۳۹۵). آثار روانی - اجتماعی ناباروری مردانه در زنان ایرانی: یک مکالمه کیفی. مجله زنان مامائی و نازایی ایران، دوره نوزدهم شماره ۱۰: ۳۲-۲۰.
۱۰. کریمیان، حبیب الله، نوابخش، مهرداد (۱۳۹۶). تحلیل جامعه شناختی شکاف نسلی فرزندان و والدین در انتظار از نقش یکدیگر در خانواده شهری ایران (مطالعه موردی: شهر تهران). مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، سال نهم، شماره سوم، تابستان ۱۳۹۶.

¹ Gannon

² Daar

۱۱. معاضدی عالی، کاظم . پرزور ، پرویز. پیرانی ، ذبیح. عدل ، حدیث السادات. احمدی، هما.(۱۳۹۷). بررسی اثربخشی روان درمانی معنوی مذهبی مبتنی بر آموزه های اسلام بر کیفیت زندگی زنان نابارور. فصلنامه سلامت و بهداشت دوره ۹، شماره ۵: ۵۸۹-۵۹۸
۱۲. یاری اله، طلعت. قربانی، بهزاد. عالمین، شقایق.(۱۳۹۸). ناباروری و عدم احساس امنیت در زندگی زناشویی. فصلنامه انتظام اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۳: ۶۷-۹۲

1. Adulojo PO, Olagbuji NB, Olofinbiyi AB, Awoleke JO. (۲۰۱۵). Prevalence and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic in south-western Nigeria. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.188(21) 66-69
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25794827>
2. Daar AS, Merali Z. Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. *Curr Pract Controv Assisted Reprod* 2002; 15(21):3-396
3. Frederiksen Y, Farver – Vestergaard I, Skovgard NG, IngerslevHj, Zachariae R (2015). Efficacy of Psychosocial interventions for psychological and pregnancy out comes in infertile women and men: a systematic review and Meta – analysis. *Bmjopen*; 5(1): e. 6592.
4. Loftus, Jeni & Paul Namaste. “Expectant Mothers: Women’s Infertility and the Potential Identity of Biological Motherhood”, *Qualitative Sociology*
5. Review, Vol 5(1), (2011).