

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور: مطالعه موردی در تهران

محمد جلال عباسی شوازی*، اصغر عسگری خانقاه**، حجیه بی بی رازقی نصرآباد***

چکیده: در جوامعی از جمله ایران که فرزندآوری جزئی از پایگاه و هویت زنان است و داشتن فرزند منبعی از قدرت زن در خانواده و جامعه محسوب می‌شود، معمولاً ناباروری یک مشکل زنانه تلقی می‌شود. از این رو زنان نابارور با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان روبرو می‌باشند. این مقاله در پی بررسی موقعیت زنان نابارور و تأثیرات ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها است. داده‌های مورد نیاز برای مطالعه از طریق روش‌های کیفی و به وسیله مصاحبه عمیق با ۳۰ زن نابارور در تهران به دست آمده است.

نتایج مطالعه بیانگر این است که در شرایط ناباروری، زنان با مشکلات متعددی روبرو هستند. تعریف افراد جامعه از ناباروری و شیوه برخورد با افراد و یا زوجین نابارور تأثیر مهمی در این زمینه دارد. افزایش آگاهی‌های عمومی در مورد ناباروری، می‌تواند تا اندازه‌ای زنان نابارور را از مشکلات عدیده‌ای که با آن روبرو هستند مصون داشته و در نهایت به سلامت و پایداری خانواده این افراد کمک نماید.

واژه های کلیدی: ناباروری، مصاحبه عمیق و نظریه سیستمی خانواده.

mabbasi@ut.ac.ir

aasgari@chamran.ut.ac.ir

hnrnazeghi@yahoo.com

* دانشیار گروه جمعیت شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

** استاد گروه انسان شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

*** کارشناسی ارشد جمعیت شناسی از دانشگاه تهران

مقدمه

ناباروری از نظر پزشکی عبارتست از «بارور نشدن یک زوج پس از یکسال تماس جنسی منظم بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری» (لاننفلد^۱ و دیگران، ۲۰۰۴: ۳۱۸؛ لارسن^۲، ۲۰۰۰: ۲۸۵). زنان و مردان به یکسان با این مشکل روبرو هستند. به طور کلی ۳۵ درصد ناباروری‌ها مربوط به مردان، ۳۵ درصد مربوط به زنان، ۲۰ درصد به عوامل ناشناخته‌ای که می‌تواند از زن یا مرد ناشی شود و ۱۰ درصد به عوامل قابل پیشگیری از جمله سن ازدواج، عفونت‌ها، بیماری‌هایی مانند سل و مالاریا، نوع شغل و عوامل محیطی مربوط می‌باشد (ایونز، ۲۰۰۴). علی‌رغم اینکه زنان و مردان به یک میزان علت ناباروری می‌باشند، با این حال به دلیل تعصبات اجتماعی، ناباروری یک مشکل زنانه تلقی می‌شود و به همین دلیل نیز زنان معمولاً با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان، روبرو می‌باشند.

مرور مطالعات در بسیاری از مناطق جهان بیانگر این است که زنان بار اصلی ناباروری را به دوش می‌کشند. این بار ممکن است شامل سرزنش به دلیل شکست در فرزندآوری، پریشانی، اضطراب، غم و اندوه، ترس، طرد از اجتماع، تهدید به ترک و طلاق و یا زندگی در شرایط چند همسری شود. ایران از جمله کشورهایی است که از نظر اجتماعی-فرهنگی و مذهبی اهمیت خاصی به فرزندآوری می‌دهد. فرهنگ عمومی جامعه ایران نیز از نقطه نظر مذهبی و تاریخی، فرزندان را موهبت الهی قلمداد می‌کند و بی‌فرزندی را امر ناخوشایندی می‌شمرد. اصطلاح «کور بودن اجاق» در جامعه ایرانی به خانواده‌های بدون فرزند اطلاق می‌شود. این هنجارهای حاکم بر خانواده عموماً از پشتوانه فرهنگی نیز برخوردارند. این در حالی است که مطابق آمارها ایران دارای یک و نیم میلیون زوج نابارور می‌باشد.

یکی از انتظارات و اهدافی که افراد در تشکیل خانواده دارند داشتن فرزند است که این امر می‌تواند بنیان خانواده را تحکیم بخشد، نیاز عاطفی و روحی افراد را برطرف نماید و در نهایت موجب تجدید و تداوم نسل گردد. در سیستم‌های پدرسالاری مادر شدن منشأ احترام و قدرت است. جامعه برای زنی که مادر می‌شود ارزش قائل است. اهمیت داشتن فرزند و حمایت و تأکید جامعه در این مورد به اندازه‌ای است که چنانچه زوجی داوطلبانه قصد کنترل تعداد فرزندان در جهت فاصله‌گذاری بین تعداد فرزندان و بویژه بین ازدواج و تولد اولین فرزند را داشته باشند، فشارهای اعضای خانواده و جامعه موجب می‌شود که افراد در تصمیم خود

^۱- Lunenfeld, B.

^۲- Lursen, U.

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور ۹۳

تجدید نظر کنند.

قانون حمایت از خانواده ایران نیز بیانگر اهمیت فرزندآوری در جامعه ایران است. براساس ماده ۹ این قانون، عقیم بودن می‌تواند به عنوان یکی از دلایل طلاق مطرح شود و در صورت تقاضای یکی از طرفین، طلاق بلامانع می‌باشد. در فرهنگ و سنت ایرانی، همانند بسیاری از کشورهای دیگر، نقش مادری زن اهمیت و جایگاه ویژه‌ای داراست. خود زنان نیز نقش مادری را مهمترین وظیفه خود می‌دانند. در مطالعه‌ای که رفعت‌جاه در سال ۱۳۸۳ در تهران تحت عنوان « زنان و باز تعریف هویت اجتماعی » انجام داد به این نتیجه رسید که بیش از ۹۰٪ زنان تهرانی ۴۵-۲۵ ساله که در این پژوهش مورد مطالعه بودند، اهمیت زیادی به نقش مادری می‌داده‌اند، ۸۲٪ نیز همسری و ازدواج را برای یک زن دارای اهمیت زیاد شمرده‌اند. مهمترین نقش یک زن از نظر پاسخگویان در مطالعه رفعت‌جاه در وهله اول مادری، سپس همسری، در مرتبه سوم تحصیلات عالی و نقش‌های تحصیلی و در وهله چهارم اشتغال و نقش‌های شغلی بوده است. در شرایطی که فرزندآوری ثبات رابطه زناشویی و رابطه زوجین را تضمین می‌کند، برای زنان، که نقش مادری عنصری از پایگاه و هویت آنها را می‌سازد، داشتن فرزند منبعی از قدرت زن در خانواده و جامعه محسوب می‌شود. طبیعی است که با از دست دادن این پایگاه در اثر بی‌فرزندی، آسیب‌های روانی، شخصیتی و اجتماعی زیادی می‌بینند و بسیاری از امتیازهای اجتماعی و اقتصادی را از دست می‌دهند و با مشکلات زیادی در سطح خانواده و جامعه مانند بی‌ثباتی ازدواج، تهدید به طلاق، متارکه، طرد از خانواده و اجتماع روبرو هستند.

کریمی نوری (۱۳۷۹) در بررسی تفاوت‌های بین زنان و مردان نابارور مطرح می‌کند که مردان زمانی که خودشان دلیل ناباروری باشند، آشفته‌تر و پریشان‌تر هستند. در حالی که زنان چه خودشان و چه همسرانشان دلیل ناباروری باشند، به طور یکسان دچار آشفتگی روانی می‌شوند. این امر به تعریف نقش‌های جنسی بستگی زیادی دارد به گونه‌ای که اثر تفاوت در نقش جنسی در تجربه ناباروری مهمتر از آن است که مشکل ناباروری به جهت زیستی به کدام یک از زوجین برگردد. وی مطرح می‌کند که نقش‌های جنسیتی و هویت جنسی در شکل دهی به تجربه ناباروری سهم زیادی دارد.

علی‌رغم اینکه درصد قابل توجهی از زوجین در جامعه نابارورند و با مسائل و مشکلات خاصی روبرو می‌باشند، پژوهشگران اجتماعی کشور کمتر به این موضوع پرداخته‌اند. از این‌رو بررسی ابعاد مختلف اجتماعی

فرهنگی ناباروری بویژه با تأکید بر تجربه زیسته زنان از منظر جامعه‌شناسی و مردم‌شناسی ضروری بنظر می‌رسد. در این مطالعه سعی می‌شود با بررسی تجارب زنان نابارور و تأثیراتی که ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان داشته است به تبیین عواملی که باعث این سوگیری شده است بپردازیم. ابتدا، ویژگی‌های جمعیتی زنان نابارور، اهمیت فرزندآوری و انگیزه پاسخگویان برای درمان ناباروری را بررسی می‌نمائیم. سپس به بررسی تأثیرات ناباروری بر ازدواج، رابطه زوجین با یکدیگر و خوشاوندان و تلقی زنان از وضعیت زندگی آینده‌شان و روش‌های احتمالی که برای رفع مشکل ناباروری دنبال خواهند کرد، خواهیم پرداخت.

چارچوب نظری و مطالعات تجربی

نیاز غریزی، عاطفی و طبیعی انسان‌ها حکم می‌کند که زوجین پس از ازدواج صاحب فرزند شوند، و در واقع برای اکثر افراد، مفهوم خانواده با تولد فرزند شکل می‌گیرد. اینهورن^۱ (۲۰۰۳b) در رابطه با ناباروری بیان می‌کند که 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 می‌برد. در این جوامع ناباروری برای سیاستگذاران مسئله بی‌اهمیتی می‌باشد و سیاست‌های بهداشت باروری بر ابزارها، وسایل پیشگیری و خدمات درمان ناباروری کمتر تأکید دارند.

در سال ۱۹۹۴ در کنفرانس بین‌المللی «جمعیت و توسعه»^۲ در قاهره این موضوع به عنوان یکی از جنبه‌های بهداشت باروری که می‌تواند بر زندگی و سلامت افراد تأثیر داشته باشد مورد توجه قرار گرفت. «کنفرانس جمعیت و توسعه» تغییر جهت صریحی در تعریف بهداشت باروری داشت. بهداشت باروری به عنوان وضعیتی از رفاه فیزیکی، روانی، اجتماعی کامل و نه فقط نبود بیماری یا ناتوانی معرفی شد و برای اولین بار جمعیت نابارور نادیده گرفته شده نظیر زنان یائسه، دختران و زنان نابارور موضوع مورد بحث بهداشت باروری قرار گرفته و ناباروری به عنوان یک اولویت بهداشتی معرفی شد (کنفرانس جمعیت و توسعه، ۱۹۹۴). علی‌رغم این تحولات در بسیاری از کشورهای در حال توسعه که با افزونی جمعیت و رشد

¹- Inhorn, M.C.

²- International Conference on Population & Development (ICPD)

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور ۹۵

جمعیت روبرو می‌باشند، کنترل باروری اهمیت زیادی دارد و به ناباروری در بستر فرهنگی، خویشاوندی و خانواده توجهی نمی‌شود. این در حالی است که در بسیاری از جوامع زنان نابارور با مشکلات بسیار زیادی روبرو هستند.

نظریات مختلفی از جنبه روانشناختی به تبیین تأثیرات ناباروری پرداخته‌اند. مطابق نظریه روان‌شناسی خود و من که مبتنی بر اصول روانکاوان است، هنگامی که فقدان چیزی برای درک فرد از خود اساسی باشد، می‌تواند 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 بی‌کفایتی و مردان احساس شرمندگی و عصبانیت می‌کنند. مفهوم انگ اجتماعی که از شکست در انجام هنجارهای اجتماعی ناشی می‌شود، در زنان و مردان نابارور شامل یک خود ادراکی از نقص، شکست نقش و کاهش احترام می‌باشد (برنز و کاوینگتون، ۲۰۰۰: ۱۱). در رویکرد نظریه سیستمی به خانواده، خانواده به‌عنوان سیستمی با سایر نظام‌ها مانند نظام خانواده زن، خانواده مرد و سایر نظام‌های متعامل در ارتباط است. تمامی عناصر نظام در پدیدارها و رخدادها سهیم می‌باشند، با هم کار می‌کنند، تغییر می‌یابند، بیمار می‌شوند و با هم درمان می‌شوند (استریت، ۱۳۷۶). برای حل مشکلات نیز لازم است تا چند نسل خانواده مورد ملاحظه قرار گیرند. طبق این نظریه در طول چرخه زندگی خانوادگی یک سری مراحل قابل‌انتظاری وجود دارد که بیشتر مردم آن را به طریق قابل پیش‌بینی طی می‌کنند. پدر و مادری به عنوان یک مرحله زندگی نشان‌دهنده تثبیت یک خانواده جدید می‌باشد و ناباروری باعث می‌شود که زوجین به مرحله پیش‌بینی شده پدر و مادری منتقل نشوند، نظم فعالیت‌های زندگی و نقش‌های افراد بهم بریزد و کارکردهای خانواده آسیب ببینند (برنز و کاوینگتون، ۲۰۰۰: ۱۰).

نظریه‌های روانشناسی مبتنی بر جنسیت تمایل دارند که تفاوت‌های میان زن و مرد را تقویت نمایند و زنان را به عنوان افرادی وابسته و مردان را افرادی مستقل شناسایی کنند. نقش مادری و فرزندآوری به عنوان اساس زندگی و هویت زنان، عامل اقتدار و امتیاز زنان و تکمیل جنسیت محسوب شود (برنز و کاوینگتون، ۲۰۰۰: ۱۲).

در نظر برخی فمینیست‌های افراطی از جمله فایرستون^۱ (۱۹۷۹) تولید مثل و مادری کردن باری بر

^۱ - Firestone, S.

دوش زنان و بخشی از سرکوبی است که باید رفع شود. اینان تولید مثل را سر منشأ سلطه مردان بر زنان تلقی می‌کنند. ایشان فناوری‌های نو را متهم می‌کنند که با استفاده از دارو و هورمون برای تحریک تخمک‌گذاری، خطراتی برای سلامت زنان ایجاد می‌کنند و به سبب واداشتن زنان نازا به تلاش برای بچه دار شدن باعث وارد آمدن یا افزایش فشارهای اجتماعی بر آنها می‌شوند (فریدمن، ۱۳۸۳: ۱۱۹-۱۱۰).

فمینیست‌ها همچنین پزشکان را در خطرهایی که زنان را تهدید می‌کند، مسئول می‌دانند، چرا که به نظر آن‌ها، پزشکان تکرار روش‌های مختلف درمان را به بیماران خود توصیه می‌کنند در حالی که میزان موفقیت این روش‌ها چندان بالا نیست. فمینیست‌های رادیکال فناوری‌های باروری جدید را ابزار پدرسالاری و صنعت پزشکی بر علیه زنان می‌دانند که هدفش کنترل بدن زنان و به ویژه فرایند فرزندآوری است. بسیاری از آن‌ها زنانی را که به دنبال روش‌های درمانی می‌باشند فریب خورده فرهنگ معرفی می‌کنند (ونبلن، اینهورن، ۲۰۰۲: ۱۵).

تفاوت‌های موجود در زمینه تأثیر پذیری زوجین نابارور در کشورها و مناطق مختلف متأثر از نظام‌های خویشاوندی خاص، سبک‌های پیوند زناشویی، قوانین اخلاقی و حقوقی، رسومات مذهبی و به طور کلی عوامل فرهنگی می‌باشد. بنابراین در درک و فهم ناباروری نمی‌توان اهمیت تأثیر این عوامل را نادیده گرفت. به طوری که بسیاری از زنان برای رفع مشکل خود به شیوه‌های مختلفی و چه بسا غیر بهداشتی متوسل می‌شوند چرا که برای آن‌ها توجه به جنبه‌های بهداشتی، نسبت به مادر شدن و نیاز اجتماع و خانواده به بچه، اهمیت کمتری دارد (ملوک^۱، ۲۰۰۰: ۲۵۰؛ اینهورن، ۲۰۰۳: دانیلاک^۲ و دیگران، ۱۹۸۷: ۳۶-۲۹).

در سیستم‌های پدرسالاری مادر شدن منشأ احترام و قدرت است. زنی که مادر می‌شود جامعه به او ارزش می‌دهد. تقاضای فرهنگی جوامع مهمترین عاملی است که انتظار می‌رود همه ازدواج‌ها منجر به فرزندآوری شود. در بسیاری از جوامع آسیایی و آفریقایی، فرزندآوری ثبات رابطه زناشویی و رابطه زوجین را تضمین می‌کند. به ویژه برای زنان که نقش مادری بخشی از پایگاه و هویت آن‌ها را می‌سازد و داشتن فرزند منبع قدرت زن در خانواده و جامعه محسوب می‌شود. طبیعی است که آنان با نداشتن توانایی فرزندآوری آسیب‌های روانی، شخصیتی و اجتماعی زیادی دیده و بسیاری از امتیازهای اجتماعی و اقتصادی را از دست بدهند. در ازدواج‌های تنظیم شده، که خانواده‌ها در شکل‌گیری آن نقش اساسی دارند، در صورت ناباروری،

¹ -Molock, S.D.

² -Daniluk, J.C, et.al.

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور ۹۷

دخالت خانواده برای حل مشکل بسیار مشهود می‌باشد (وایدج، بی تا: ۶۰).

میسن^۱ (۱۹۹۳) بیان می‌کند که تا سال‌های متمادی در اکثر مناطق، ناباروری یک مشکل زنانه قلمداد می‌شد و روش‌های درمانی نیز توسط زنان پیگیری می‌شد. عوامل مختلف فرهنگی، پزشکی و تاریخی در ایجاد این نگرش مؤثر بوده‌اند. به ویژه در فرهنگ‌هایی که مردان مظهر اقتدار و قدرت محسوب می‌شوند، مردان تمایلی ندارند که مشکل خود را اظهار کنند. همچنین در اماکن عمومی و یا محیط کار از اینکه دیگران آن‌ها را افرادی ناقص تلقی کنند همواره در ترس و اضطراب بسر می‌برند به همین دلیل در این مناطق مسئولیت ناباروری به عهده زنان می‌باشد.

اینهورن (۲۰۰۳a؛ ۲۰۰۳b؛ ۲۰۰۴) در مطالعات خود در مصر به این نتیجه رسید که به دلیل نظام پدرسالاری حاکم بر این جامعه، زنان مصری ازدواج کرده با مردان نابارور مشکلات و سرزنش‌های زیادی را از جانب همسر، خویشاوندان همسر و همسایگان تجربه می‌کنند و در مواردی که حتی معلوم است که ناباروری علت مردانه دارد، زنان به دلیل اینکه تحت فشارهای روانی و اجتماعی زیادی هستند اقدامات درمانی را پیگیری می‌کنند و مردان از طرق انکار مشکل، اجتناب از استفاده همه اشکال تشخیص و درمان ناباروری و مقصر دانستن همسرانشان رنج و داغ ناشی از ناباروری را در خود کاهش می‌دهند. در بسیاری از جوامع مانند نیجریه، موزامبیک، زامبیا و بنگلادش نیز زنان نابارور از بسیاری از مراسم و آداب اجتماعی محروم می‌باشند. افراد جامعه آنها را به عنوان افرادی شرور در نظر می‌گیرند. زنان نابارور در معرض خشونت خانگی و رفتارهای توهین‌آمیز از جانب همسر و خانواده‌اش قرار دارند و همسر فرد مجاز به ترک زن و ازدواج مجدد می‌باشد (ونبلن، گریتنس، ۲۰۰۴: ۲۱۶).

در برخی جوامع مردان نسبت به زنان تمایل بیشتری به چند همسری و یا روابط جنسی متعدد دارند. این امر باعث می‌شود که بیماری‌های زیادی به خانواده‌ها و به ویژه زنان منتقل شود که می‌تواند عامل بیماری‌هایی مانند ایدز و یا عفونت‌های دیگر باشد، که مشکلاتی همچون ناباروری را ایجاد می‌کند. در کشورهای در حال توسعه که بسیاری از ناباروری‌ها ناشی از عفونت‌هایی است که از مردان به زنان منتقل می‌شود، پیشگیری از عفونت‌های دستگاه تولید مثل راه مؤثری برای کاهش مشکل ناباروری در این کشورها می‌باشد. در مواردی نیز مردان پس از اطلاع از ناباروری تمایل زیادی به برقراری ارتباط جنسی با دیگر زنان

^۱-.Mason, M.C.

دارند. همچنین در میان زوجین نابارور وسایل پیشگیری مانند کاندوم به ندرت استفاده می‌شود. این امر منجر به افزایش خطر عفونت‌های منتقله از راه جنسی مانند HIV/AIDS در میان زنان نابارور در بخش‌های مختلفی از جهان به ویژه آفریقای مرکزی گشته است. در این زمینه تصمیم‌گیری مردان نابارور برای استفاده از فناوری‌های جدید باروری و وسایل پیشگیری می‌تواند منجر به رفاه اجتماعی و رفاه بهداشتی زنان گردد (دادگئون، اینهورن، ۲۰۰۴: ۱۳۸۳).

آنچه که در خلال پژوهش‌های انجام گرفته در مناطق مختلف نمایان می‌شود، این است که ناباروری در بسیاری از فرهنگ‌ها برای زنان به عنوان یک مسئله و بحران در نظر گرفته می‌شود، که به شیوه‌های مختلف بر زندگی زنان سایه افکنده است. مشکلات زنان نابارور به تعریف افراد جامعه از ناباروری و شیوه برخورد با افراد و یا زوجین نابارور بستگی زیادی دارد. مقاله حاضر تلاش دارد تا به اختصار به برخی از پیامدهای روانی، خانوادگی و اجتماعی ناباروری برای زنان نابارور بپردازد.

روش مطالعه

نظریه‌های ناباروری اکثراً دارای رویکردی روانشناختی می‌باشند و نظریه مشخص و همه جانبه‌ای که بتواند به تبیین ناباروری و تفاوت‌های افراد به لحاظ تأثیرپذیری از ناباروری بپردازد، وجود ندارد، از اینرو خلاء وجود یک نظریه کارآمد که بتوان از چشم انداز آن به طرح فرضیاتی منسجم در این خصوص پرداخت خوبی حس می‌شود. همچنین افراد نابارور با توجه به شرایط خاص اجتماعی و خانوادگی، معمولاً تمایلی به ارائه اطلاعات شخصی در مورد ناباروری و پیامدهای آن در زندگی خود ندارند. از اینرو برای بررسی و درک عمیق از جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی ناباروری بایستی از روش‌های پژوهش کیفی بهره گرفت. با استفاده از روش‌های کیفی می‌توان برای درک واقع‌ای خاص، دیدگاه کسانی را که در آن واقعه درگیر بوده‌اند، به خوبی مطالعه نمود (عباسی شوازی، ۱۳۸۳). طرفداران تحلیل‌های کیفی معتقدند موقعیت‌هایی که در آن موضوع به خوبی تعریف نشده و دامنه و توالی فعالیت‌های درگیر با موضوع مورد مطالعه ناشناخته است و یا 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 کارآمد هستند (بوگو^۱، ۱۹۸۳). همچنین زمانی که نظریه‌ای برای تبیین رفتار عاملان یا جمعیت مورد مطالعه وجود نداشته باشد، مطالعه کیفی می‌تواند برای شناخت رفتارها مورد

^۱. Bogo, D

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور ۹۹

استفاده قرار گیرد (کرسول، ۱۹۹۸).

از این رو در این بررسی سعی می‌شود تا از طریق مصاحبه عمیق اطلاعاتی درباره موضوع مورد نظر به دست آید تا مشخص شود که چه عواملی مشکلات بوجود آمده برای زوجین نابارور را تبیین می‌کند. در این پژوهش سعی می‌شود به این پرسش‌ها پاسخ گوئیم: داشتن فرزند تا چه حد برای زوجین اهمیت دارد؟ رابطه متقابل زوجین با همدیگر و با خانواده‌ها چگونه است؟ تصورات افراد در مورد نتیجه روش‌های درمانی که بکار می‌گیرند چیست؟

جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان ناباروری هستند که به منظور درمان ناباروری به مرکز درمانی ابن سینا در تهران مراجعه کرده‌اند و زنان ناباروری که از طریق پنج مرکز بهداشت درمانی منطقه شمال و شرق تهران شناسایی شده‌اند. تعداد نمونه ۳۰ نفر از زنان نابارور هستند که به طور تصادفی از جامعه مورد بررسی انتخاب شدند.

در این پژوهش سعی ما بر این بود که با ۳۰ زن نابارور پیرامون موضوع مورد بررسی مصاحبه عمیق انجام دهیم. پیش از آغاز کار، به منظور آشنائی با مشکلات کار و نیز برای طراحی آگاهانه پژوهش، دو نمونه مصاحبه به عنوان مطالعه مقدماتی^۱ انجام گرفت. این دو نمونه به طور کاملاً تصادفی انتخاب شدند. البته موارد زیادی برای مصاحبه معرفی شدند که از میان آنها با دو مورد مصاحبه کامل انجام گرفت. چندین مورد به دلیل ترس از همسرانشان تمایل به مصاحبه تلفنی و پرسشنامه بدون حضور پرسشگر، داشتند. نتایج این دو مصاحبه ما را به سمتی رهنمون کرد که روش انتخاب نمونه پژوهش را تغییر دهیم و زنان مورد مطالعه را به دو دسته تقسیم کنیم. دسته اول زنان ناباروری که از طریق مراکز بهداشت و درمان شناسایی می‌شدند. این بخش از جمعیت نمونه در مراکز بهداشت، با همکاری معاونت بهداشت و درمان منطقه شهید بهشتی تهران از پنج مرکز بهداشت منطقه شمال و شرق انتخاب شد. بدین ترتیب مصاحبه‌ها در پنج مرکز بهداشت انجام شد. این مراکز عبارت بودند از: مرکز درمانی تراب، شهید نامجو، صاحب الزمان^(عج)، دکمه‌چی و

^۱ . Pretest

۱۰۰ پژوهش زنان، دوره ۳، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۴

لیلة القدر، که مجموعاً ۵۲ زن نابارور در این مراکز شناسایی شد. با کمک رابطین بهداشتی^۱ از این افراد دعوت به عمل آمد. در ۱۰ مورد ناباروری‌ها علت مردانه داشتند که از مطالعه ما حذف شدند، و نهایتاً با ۱۵ زن نابارور مصاحبه انجام گرفت. دسته دوم پاسخگویان از بیمارانی که در مدت دوازدهم تا پایان شهریور ۱۳۸۴ به مرکز درمان ناباروری ابن سینا مراجعه کردند انتخاب شدند.

دسته‌بندی پاسخگویان به این دلیل بود که در مطالعه مقدماتی معلوم شد برخی از زوجین نابارور به دلیل مخارج بالای درمان و یا ازدواج مجدد همسر روش‌های درمان را دنبال نمی‌کنند، چنانچه مطالعه ما فقط در مرکز درمان ناباروری ابن سینا انجام می‌شد این گونه افراد مورد مطالعه قرار نمی‌گرفتند. ملاک‌های انتخاب پاسخگویان سن، طول ازدواج و علت ناباروری بود. بنابراین پاسخگویانی انتخاب شدند که سن آنها از ۲۰ سال بالاتر، مدت ازدواجشان بیشتر از ۲ سال، علت ناباروری آنها زنانه، نامشخص و هر دو (علت ناباروری هم مردانه و هم زنانه) باشد. پس از اطمینان بخشیدن به پاسخگویان در جهت محرمانه بودن اطلاعات، مصاحبه آغاز می‌شد، با وجود استفاده از پرسشنامه باز سعی شد که پرسش‌هایی نیز با توجه به نوع پاسخ‌های افراد پرسیده شود تا از این طریق بهتر به اهداف پژوهش دست یابیم.

در طی مصاحبه پاسخگویان با هیچ گونه محدودیت زمانی روبرو نبودند و می‌توانستند به جنبه‌های مختلف زندگی‌شان بپردازند. سپس در فرصتی مناسب این داده‌ها مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گرفت. همچنین به آنها اجازه داده شد که در صورت عدم تمایل، از ادامه مصاحبه کناره‌گیری کنند. پرسش‌هایی نیز که تصور می‌شد پاسخگو به درستی پاسخ نخواهد داد در آخر مصاحبه، زمانی که پاسخگو توانسته بود احساس نزدیکی با پژوهشگر داشته باشد، پرسیده شد. طول مدت هر مصاحبه به طور متوسط ۴۵ دقیقه بوده است. در مواردی برای جمع‌آوری داده‌ها با رضایت پاسخگو از ضبط صوت استفاده می‌شد و در موارد دیگری نیز پاسخ‌ها یادداشت می‌شد.

۱- رابطین بهداشتی خانم‌هایی هستند که بصورت خودجوش در کلاس‌های آموزشی ویژه‌ای شرکت نموده و پس از کسب اطلاعات و آموزش‌های بهداشتی با مراکز بهداشت همکاری می‌کنند. این رابطین ضمن برخورداری از روابط اجتماعی خوب مورد اعتماد و شناخته شده بودند.

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور ۱۰۱

یافته های پژوهش

ویژگی های جمعیتی نمونه مورد بررسی

جدول شماره «۱» فراوانی زنان نابارور را بر اساس ویژگی های جمعیتی نشان می دهد. سن زنان پاسخگو در مراکز بهداشت از ۲۶ سال تا ۴۸ سال متغیر بوده و بیشترین تعداد پاسخگویان در فاصله سنی ۳۵-۳۹ و ۴۵-۴۹ قرار داشتند. میزان تحصیلات پاسخگویان از بی سواد تا کارشناسی متغیر بوده است. اکثر زنان انتخاب شده نابارور اولیه بودند و تنها ۲ مورد از زنان در مرکز درمانی ابن سینا و ۳ نفر در مراکز بهداشت، نابارور ثانویه بودند.

ناباروری مشکل زنانه

آل احمد (۱۳۶۰) در اتوبیوگرافی خود تحت عنوان «سنگی بر گوری» با اشاره به مسئله ناباروری خود و همسرش، به اهمیت فرزندآوری در فرهنگ و سنت ایرانی اشاره داشته و فرزند را سنگی بر گور پدر خویش و بقای نسل معرفی می کند. وی شرح می دهد که با وجود آنکه از همان ابتدا پزشکان علت ناباروری وی را مردانه تشخیص داده بودند، اما تحت تأثیر اطرافیان، همسرش را نیز در ناباروری مقصر می دانست. این عامل سبب شده بود که همسرش تا مدت ها اقدامات درمانی سختی از جمله جراحی لوله تخمدان و ... را انجام دهد. علی رغم اینکه تمام اقدامات درمانی بیانگر این بود که ناباروری علت زنانه ندارد، با این حال آل احمد تحت تأثیر ساختار و فرهنگ جامعه همسرش را نیز در ناباروری مسئول می دانست. جالب اینکه در این مطالعه نیز اکثر پاسخگویان بیان نمودند که پیش از مراجعه به پزشک همه افراد خانواده و حتی خود آنها احتمال داده اند که علت ناباروری زنانه باشد. به عنوان نمونه پاسخگوی زیر که ۸ سال از ازدواجش می گذرد در این مورد می گوید:

«خب مسلم است، همه فکر می کنند مشکل از زن است. حتی خود من تا دیدم بچه دار نمی شوم خیلی ترسیدم و قبل از اینکه به شوهرم بگویم سریع با مادرم دکتر رفتم، اما به پیشنهاد دکتر شوهرم هم باید معالجه می شد با اینکه بچه برایش زیاد اهمیت نداشت، خیلی ناراحت شد و سر همین مسأله تا مدت ها با همدیگر مشاجره داشتیم» (زن ۳۰ ساله، لیسانس، گیلان، مدت ازدواج ۱۰ سال).

جدول شماره ۱- فراوانی زنان نابارور مصاحبه شده در مرکز ابن سینا و مراکز بهداشت به تفکیک

ویژگیهای جمعیتی

تعداد زنان در مراکز بهداشت	تعداد زنان در مرکز درمانی ابن سینا	ویژگی جمعیتی
۰	۱	گروه‌های سنی ۲۰-۲۴
۳	۱	۲۵-۲۹
۱	۵	۳۰-۳۴
۵	۴	۳۵-۳۹
۱	۲	۴۰-۴۴
۵	۲	۴۵-۴۹
۱	۰	تحصیلات بیسواد
۳	۴	ابتدایی
۱	۳	راهنمایی دبیرستان
۵	۴	دیپلم
۵	۴	لیسانس
۲	۵	نوع فعالیت شاغل
۱۳	۱۰	غیر شاغل
۱۳	۸	زبان فارسی
۲	۲	ترکی
۰	۳	گیلکی
۰	۲	کردی
۱۲	۱۳	نوع ناباروری اولیه
۳	۲	ثانویه
۵	۲	طول مدت ازدواج ۴-۹
۵	۷	۱۰-۱۴
۵	۶	۱۵ به بالا
۱۵	۱۵	کل

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور ۱۰۳

یکی دیگر از پاسخگویان که همسرش بلافاصله پس از اطلاع از ناباروری ازدواج کرده است بیان می‌کند که، همسرش از همان ابتدا علت ناباروری را زنانه می‌دانسته و برای تشخیص و یا درمان مشکل به هیچ پزشکی مراجعه نکرده است. در مواردی نیز که پزشکان ناباروری را هم مردانه و هم زنانه تشخیص داده بودند ابتدا همسران آنها حاضر نبودند این واقعیت را که مشکل ناباروری به هردوی آنها مربوط می‌باشد، قبول کنند. البته این موضوع بیشتر در مورد پاسخگویان مراکز بهداشت صدق می‌کند.

بسیاری از مردان علی‌رغم اینکه به تشخیص پزشکان نابارور شناخته می‌شوند، حاضر به قبول این واقعیت نیستند و همسران خود را مقصر می‌دانند، و پس از چندین بار ازدواج و عدم موفقیت این موضوع را قبول می‌کنند. در مطالعه حاضر نیز دو مورد از زنانی که برای مصاحبه دعوت شدند ابتدا خود را نابارور معرفی کردند اما در طی مصاحبه معلوم شد که علت ناباروری آنها مردانه بوده و به دلیل اجبار همسرانشان و تهدید آنها به طلاق تاکنون خود را نابارور معرفی کرده‌اند. این یافته‌ها بیانگر این است که چگونه زنان تحت یک نظام پدرسالاری از ناباروری رنج مضاعف می‌برند، به گونه‌ای که حتی زمانی که همسرانشان نابارور هستند، باید بهای ناباروری همسرانشان را نیز بپردازند.

انگیزه درمان

طبق برخی از مطالعات انجام گرفته زمانی که پایگاه اجتماعی و رفاه زنان وابسته به تعداد فرزندان باشد، زنان نابارور انگیزه بیشتری برای درمان دارند و مهمترین عاملی که آنها را نگران می‌کند ترس از بهم خوردن نظام خانواده، طلاق، متارکه و ازدواج همسر می‌باشد. این موضوع به ویژه در کشورهای آفریقایی و آسیایی صدق می‌کند و هیچ چیز به اندازه ناباروری رابطه زوجین را تهدید نمی‌کند (ایونز، ۲۰۰۴). انگیزه درمان در میان پاسخگویان را می‌توان با عواملی چون حمایت‌های اقتصادی و اجتماعی فرزندان و مراقبت در دوران بیماری، تداوم زندگی، دسترسی به احترام و موقعیت اجتماعی برتر تبیین نمود که از میان آنها تداوم زندگی و ترس از جدایی و ازدواج همسر مهم‌ترین عامل و انگیزه برای درمان بوده است. برای بسیاری از افراد فرزندان به عنوان منبع حمایت اقتصادی، اجتماعی، روحی، روانی و مراقبت در دوران کهولت و بیماری

مطرح هستند. تمام پاسخگویان ترس از تنهایی و نداشتن حامی بخصوص در دوران کهولت را به عنوان انگیزه درمان بیان نمودند.

ناباروری عاملی است که باعث فشار اقتصادی و افزایش احتمال فقر در میان زنان نابارور شده است. مفهوم زنانه شدن فقر که به سهم نابرابر و بیشتر زنان از فقر در مقیاس جهانی اشاره دارد (شادی طلب، ۱۳۸۳) در میان تعدادی از زنان نابارور پر رنگ تر می شود. به گونه ای که می توان مشکلات زنان نابارور را در درون مجموعه ای از عوامل مانند فقر، نابرابری های جنسی و دسترسی نابرابر به منابع در نظر گرفت. برای نمونه شرح حال زیر مربوط به زنی است که از نظر اخلاقی با همسرش هیچ نوع تفاهمی ندارند. وی بیان می کند فرزندان می توانند نیازهای مالی و عاطفی مادران را تأمین کنند.

« اگر بچه داشتیم زندگی ما اینطور نبود شاید به خاطر بچه اخلاق شوهرم بهتر می شد، و یا حتی اگر بد بود بچه هام می توانستند از من دفاع کنند، به من محبت کنند، اگر مریض بشوم اجازه ندارم دکتر بروم ... شوهرم می گوید: تو بچه نداری لیاقت نداری که پول برای خرج کنم. الان که روی پای خودم هستم همسرم با من اینجوری رفتار می کند فردا که پیر و از کار افتاده شدم مطمئن هستم که من را از خانه بیرون می کند. اما اگر یک بچه داشتیم عصای پیریم می شد اجازه نمی داد اینطوری با من رفتار شود ». (زن ۴۸ ساله، بی سواد، مدت ازدواج ۳۴ سال).

یکی دیگر از پاسخگویان که همسرش ازدواج کرده است و سه فرزند نیز دارد، در زمان مطالعه در شرف طلاق بود می گوید :

« شوهرم قرار است طلاقم بدهد اما من طلاق نمی خواهم، التماس کردم که فکر کند خدمتکار خانه اش هستم، به زنش التماس کردم که شوهرش را راضی کند طلاقم ندهد در عوض تمام کارهای خانه اش را انجام می دهم... من خیلی نگرانم نه جایی را دارم نه کسی را اگر همان اول طلاقم می داد یا دوباره ازدواج می کردم یا به جایی که پول بیشتری می دادند کار می کردم و حالا هر شب یک جا نبودم » (زن ۴۷ ساله، پنجم ابتدایی، مدت ازدواج ۳۵ سال).

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور ۱۰۵

فشار اجتماعی و مشکلاتی که افراد در ارتباط با افراد جامعه پیدا می‌کنند از جمله عواملی می‌باشد که آن‌ها را برای تلاش به منظور فرزندآوری ترغیب می‌کند. تعداد زیادی از پاسخگویان، ناباروری را عامل از دست دادن پایگاه اجتماعی خود می‌دانستند و بنابراین درمان ناباروری را به دلیل گریز از بد نام شدن در جامعه و حفظ پایگاه اقتصادی- اجتماعی خود قبول می‌کردند.

بسیاری از پاسخگویان در پاسخ به این پرسش که «دوست دارید جای چه کسی باشید؟» عنوان می‌کردند که بزرگترین آرزویشان مادر شدن است و بیان می‌کردند که حاضر هستند هیچ چیزی از امکانات رفاهی و مالی را نداشتند به جای آن مادربودن را تجربه کرده بودند:

«کاش خدا به من هیچی نمی‌داد به جایش یک بچه می‌داد، من همه

چیز دارم اما هیچ کدامشان من را راضی نمی‌کند، دوست داشتم جای هرکسی

بودم به غیر از زن‌های نازا» (زن ۳۷ ساله، دیپلم، کرمان، مدت ازدواج ۱۰ سال).

طبق نظریه سیستمی خانواده، در طول چرخه زندگی خانوادگی یک سری مراحل قابل انتظاری وجود دارد که بیشتر مردم آن را به طریق قابل پیش‌بینی طی می‌کنند. پدر و مادری به عنوان یک مرحله زندگی نشان دهنده تثبیت یک خانواده جدید می‌باشد و ناباروری باعث می‌شود که زوجین به مرحله پیش‌بینی شده، پدر و مادری منتقل نشوند، نظم فعالیت‌های زندگی و نقش‌های افراد بهم بریزد و کارکردهای خانواده آسیب ببینند. در این مطالعه نیز ۳ نفر از پاسخگویان مرحله «پدر و مادری» را یکی از مراحل اصلی زندگی‌شان ذکر کردند و نرسیدن به این مرحله را شکست بزرگی در زندگی خود می‌دانستند.

در این بررسی اکثر پاسخگویان در پاسخ به این پرسش که «مهمترین وظیفه یک زن چیست؟» بیان کردند که مادر بودن مهم‌ترین وظیفه زن است و زمانی خود را یک زن ایده‌آل برای همسر تلقی می‌کردند که بتواند فرزندی به دنیا بیاورد. آن‌ها اهمیت زیادی را که جامعه به نقش مادری می‌دهد، عاملی برای انگیزه بیشتر خود به داشتن فرزند ذکر می‌کردند. بسیاری از زنان بیان نمودند که «روز مادر و پدر» یکی از بدترین روزهای زندگی آنهاست.

«برای ما بدترین روز سال روز مادر یا روز پدر است. آن روز کار من

گریه است. شوهرم آن روز همیشه منو مسافرت می‌برد یا با هم می‌رویم بیرون

از خانه، اما هر دو فقط منتظریم آن روز تمام بشود. روز مادر که می‌شود

هرکسی را می‌بینی از هدیه‌هایی که از بچه‌هایش گرفته صحبت می‌کند.

تلویزیون مرتب در مورد اهمیت مادر بودن صحبت می‌کند. با اینکه همه زنها آن روز خوشحال هستند من می‌دانم همه آنهایی که بچه دار نمی‌شوند چه حالی دارند» (زن ۴۱ ساله، لیسانس، خوزستان، مدت ازدواج ۲۵ سال).

تأثیرات ناباروری

در این مطالعه اکثر پاسخگویان با صدای بغض آلود و چشمانی گریان به پرسش‌ها پاسخ می‌دادند و گاه با صدای بلند در مراکز گریه می‌کردند و با اینکه برخی از آن‌ها تلاش می‌کردند خود را آرام نشان دهند، اما به وضوح از چهره و صدای آنها تأثیر ناباروری بر زندگی آنها مشخص می‌شد. این موضوع بیشتر در مورد کسانی صدق می‌کرد که از طرف همسر و خانواده همسر تحت فشار بودند و همسرشان تصمیم به ازدواج و یا طلاق گرفته بود.

«از روزی که فهمیدم مشکل دارم، طعم خوشی را نجشیدم، الان همه جور قرص اعصاب را مصرف می‌کنم اگر شوهرم خوب بود زیاد ناراحت نبودم و یک جوری با مشکل کنار می‌آمدم» (زن ۳۵ ساله، دیپلم، مدت ازدواج ۱۰ سال).

بر عکس در مواردی که همسرانشان با آنها رفتار خوبی داشتند و در تمام مراحل درمان حامی آنها بودند توانسته بودند با وجود نداشتن بچه به فعالیتها و زندگی خود نظم بدهند.

اکثر زنان نابارور، قابلیت باروری را منبع قدرت خود معرفی کردند و ناباروری را تهدیدی جدی برای رابطه با همسرشان می‌دانستند. یکی از پاسخگویان در مرکز بهداشت در خصوص رابطه با همسرش بیان می‌کند که ناباروری باعث شده او در مقابل همسرش فرد حقیر و بی‌ارزشی جلوه کند و همسرش از او بخواهد در تمام عرصه‌های زندگی مطیعش باشد.

«شوهرم خیلی بد رفتاری نمی‌کند اما وقتی حرفی یا کاری پیش می‌آید از من انتظار دارد به حرفهایش گوش بدهم و می‌گوید من در رابطه با تو گذشت کردم تحمل کردم (طلاقت ندادم)... پس تو هم باید کوتاه بیایی اینها من را ناراحت می‌کند به اعصابم فشار می‌آورد نقطه ضعفم را می‌داند» (زن ۴۸ ساله، پنجم ابتدایی، تهران، مدت ازدواج ۲۸ سال).

همچنین ناباروری تأثیرات منفی زیادی در رابطه زنان با خانواده همسر دارد. در حالی که اکثر پاسخگویان رابطه خوبی با خانواده خود داشته و افراد خانواده به ویژه مادرانشان در همه مراحل درمانی

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور ۱۰۷

مشوق اصلی‌شان بودند و همواره به آنها پیشنهاد کمک مالی را داده‌اند، تنها دو مورد از پاسخگویان از رابطه خود با خانواده همسر رضایت داشتند. بقیه زنان روابط سرد و غیرصمیمی داشتند.

افرادی که ناباروری بر رابطه آنها با همسر و خانواده‌هایشان تأثیر گذاشته و در زندگی خصوصی خود با مشکل روبرو بودند، در فعالیتهای اجتماعی آنها نیز دگرگونی‌هایی ایجاد شده است. پاسخگوی زیر که خانواده و اقوام همسرش به شیوه‌های مختلف موجب آزار او شده‌اند نه تنها در جمع اقوام بلکه در مراسم مذهبی، اجتماعی و سیاسی نیز شرکت نمی‌کند.

«من تو هیچ (مراسمی) شرکت نمی‌کنم زندگی من با این جور فعالیت‌ها نه تنها بهتر نمی‌شود بلکه بدتر هم می‌شود توی هر جمعی که می‌روم فکر می‌کنم همه می‌دانند که من نازا هستم برای همین سعی می‌کنم کمتر کسی را ببینم»
(زن ۲۸ ساله، لیسانس، تهران، مدت ازدواج ۱۰ سال)

بسیاری از پاسخگویان هم در مراکز بهداشت و هم در این سینا بیان می‌کردند که پس از این تجربه حضورشان در مراسم مذهبی بیشتر و رابطه معنوی آنها با خدا قویتر شده و خود را به خدا نزدیکتر احساس می‌کنند. اکثر ایشان ناباروری را امتحان الهی می‌دانستند.

یکی از پاسخگویان معتقد است هیچ دلیلی برای شرکت در فعالیتهای اجتماعی ندارد و او و امثال او هیچ نقشی در ساختار جامعه ندارند و صرفاً در مراسم مذهبی شرکت می‌کند.

«من قبلاً در همه کارها نفر اول بودم اما الان هیچ تمایلی ندارم و فقط مراسم مذهبی را دوست دارم چون تنها جایی است که آرامش دارم. به نظرم این دنیا و کارهایش متعلق به بقیه است و ما در آن نقشی نداریم» (زن ۳۶ ساله، دیپلم، تهران، مدت ازدواج ۱۳ سال)

فرد دیگری با اینکه خیلی تمایل دارد با مردم ارتباط داشته باشد؛ اما همسرش اجازه نمی‌دهد که او در جامعه و یا فعالیتهای اجتماعی شرکت کند. این زن که ۲۴ سال از ازدواجش می‌گذرد بیان می‌کند که در طول مدت زندگی زناشویی در هیچ فعالیتی شرکت نکرده و صرفاً هر وقت شوهرش بخواهد باید شرکت کند.

ناباروری بر روی فعالیتهای اجتماعی اکثر پاسخگویان تأثیر منفی داشته است و تنها افرادی که هنوز مدت زیادی از ناباروریشان نگذشته و افراد کمی از مشکل آنها مطلع هستند، بیان کردند که تأثیری بر

فعالیت‌های آنها نداشته است. بقیه پاسخگویان سعی می‌کردند کمتر در میان اقوام و آشنایان حاضر شوند. بنابراین مدت ناباروری از جمله مؤلفه‌های اصلی می‌باشد که بر جوانب مختلف زندگی زوجین تأثیر می‌گذارد. البته در رابطه با تأثیرات ناباروری روی افراد و یا زوجین نابارور نباید از تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد در این زمینه غافل بود. چرا که زنانی که از پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالایی برخوردار بودند، نسبت به بقیه زنان مشکلات کمتری در ارتباط با همسر، خانواده همسر و افراد جامعه داشتند.

عکس‌العمل افراد جامعه

بسیاری از پاسخگویان بیان می‌کردند که تمایلی ندارند که افراد جامعه در خصوص داشتن بچه از آنها سؤالی بپرسند و از اینکه مردم به محض آشنایی با کسی در این مورد سؤال می‌پرسند، ناراحت بودند. اینان به همین علت از داخل شدن در گروه‌های جدید دلهره و نگرانی داشتند. اکثر آن‌ها سعی می‌کنند کمتر با دیگران ارتباط برقرار کنند. همچنین آن‌ها بیان می‌کردند از اینکه برخی از افراد جامعه از روی دلسوزی و محبت به آنها راهنمایی می‌کنند، ناراحت می‌شوند.

« مردم با من رفتار خوبی دارند اما بعضی از همسایه‌ها یا اقوام از روی دلسوزی حرف‌هایی می‌زنند که خیلی آزارم می‌دهد. مثلاً یکی از آن‌ها یک بار به من گفت: چرا شما سرکار می‌روی چرا اینقدر خودتان را اذیت می‌کنید ... ما هم که بچه داریم و خرجمان زیاد است هیچ جا نمی‌رویم شما هم که دو نفرید نمی‌روید » (زن ۳۶ ساله، لیسانس، تهران، مدت ازدواج ۱۰ سال).

برخی از پاسخگویان که از مشکل ناباروریشان کسی مطلع نبود همواره این نگرانی و ترس را داشتند که دیگران از مشکلاتشان باخبر شوند و به همین علت برای پنهان ماندن مشکل، اقدامات مختلفی انجام می‌دهند. پاسخگوی زیر که تا کنون کسی از مشککش باخبر نیست در این مورد می‌گوید:

«من به هیچ کس نگفتم بچه دار نمی‌شویم. گفتیم بچه نمی‌خواهیم و پیشگیری می‌کنیم حتی چندین بار با دختر خاله‌ام رفتیم داروخانه و من وسیله پیشگیری گرفتم اما خسته شدم از اینکه باید همیشه نقش بازی کنم» (زن ۳۰ ساله، لیسانس، گیلان، مدت ازدواج ۱۰ سال).

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور ۱۰۹

آینده نگری

زوجین نابارور پس از اینکه راه‌های گوناگون درمانی را طی می‌کنند در صورتی که به نتیجه نرسند چهار گزینه برای زندگی آینده‌شان در پیش رو دارند. ادامه زندگی بدون فرزند، گرفتن فرزندخوانده، ازدواج مجدد، و یا طلاق. در این مطالعه اکثر پاسخگویان حاضر نبودند به آینده و اینکه ممکن است آنها موفق نشوند فکر کنند، و تنها یک نفر از پاسخگویان در مرکز بهداشت و یک نفر در مرکز ابن سینا تصمیم به فرزندخواندگی داشتند و حتی برای انتخاب فرزند به بهزیستی نیز مراجعه کرده بودند. بقیه پاسخگویان با فرزندخواندگی کاملاً مخالف بودند. اکثر پاسخگویان دلیل مخالفت خود را مسائل عاطفی، مشکلات اجتماعی و حرف مردم و پیدا شدن والدین ذکر کردند.

اگرچه قانون حمایت از خانواده تقاضای زوجین نابارور را برای طلاق بلامانع دانسته، اما تا زمانی که زنان نیازهای اقتصادی - اجتماعی خود را از طریق ازدواج و نهاد خانواده تأمین می‌کنند طلاق برای آنها به گفته دوبرار (۱۳۸۰) یک «امکان انتزاعی» بیش نیست و این قانون در ایران تنها در جهت منافع مردان عملی است. حتی زمانی که مردان نابارور هستند نه تنها زنان اقدام به طلاق نمی‌کنند، بلکه از طرف همسران خود برای قبول کردن مسؤلیت ناباروری نیز به طلاق تهدید می‌شوند. تنها دو نفر از پاسخگویان در مراکز بهداشت و یک نفر در مرکز درمانی ابن سینا بیان می‌کردند که ادامه زندگی با این شرایط امکان‌پذیر نیست و زندگی آن‌ها به طلاق منجر می‌شود. شرح حال زیر مربوط به زنی است که همسرش در حال فراهم کردن اقدامات ازدواج مجدد می‌باشد.

«اگر شوهرم ازدواج کند، خودم طلاق می‌گیرم هرچند خانواده‌ام اصلاً راضی نیستند و تا حالا هر وقت حرفی شده گفتم که من طلاق می‌گیرم آن‌ها مخالفت کردند. برای همین حتی اگر شده بدون اینکه بفهمند تقاضای طلاق می‌کنم»
(زن ۳۵ ساله، دیپلم، تهران، مدت ازدواج ۱۰ سال).

این زن در صورت طلاق در مورد شیوه گذران معیشتش در صورت طلاق بیان می‌کند که علی‌رغم تنفرش از روسپی‌گری، این راه حل را در نظر گرفته است.

«من می‌دانم این کار بدترین و کثیف‌ترین کار است، دلم هم نمی‌خواهد به این راحتی خودم را در اختیار کسی بگذارم اما اگر مجبور شدم این کار را می‌کنم، به نظر من هر کسی جای من باشد وقتی نه منزل پدرش راحت باشد نه

جای دیگری، دنبال این کار می رود، حالا که سرنوشت با من می‌جنگد من هم
از خودم دفاع می‌کنم تازه یک امتیاز هم که دارم اینکه مثل بقیه زن‌ها نگران
نیستم که حامله بشوم»

بقیه پاسخگویان بیان می‌کردند که اگر خانواده همسرشان در زندگی آن‌ها دخالتی نداشته باشند و
همسرانشان را مجبور به ازدواج مجدد نکنند به زندگی بدون فرزند ادامه خواهند داد.

بحث و نتیجه‌گیری

فرزندآوری در بسیاری از فرهنگ‌ها به عنوان یکی از کارکردهای خانواده و در مقابل، ناباروری امر
ناخوشایندی تلقی می‌شود که ممکن است سلامت جسمانی را تهدید نکند، اما می‌تواند تأثیرات مخربی بر
رفاه روانی و اجتماعی زوجین نابارور و به ویژه زنان داشته باشد و اغلب نه فقط برای خانواده‌ها بلکه برای
جامعه بزرگتر نیز مشکلاتی را ایجاد کند. یافته‌های این بررسی نیز مانند دیگر مطالعات انجام گرفته در
کشورهای آسیایی و آفریقایی بیانگر تأثیرات منفی ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی زنان است.
نتایج این بررسی نشان داد که میزان تأثیرات ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی زنان، به عوامل
متعددی از جمله نوع ناباروری، علت نازایی، مدت ناباروری، موقعیت اقتصادی - اجتماعی فرد نابارور بستگی
دارد. در مواردی که زوجین هر دو مشکل ناباروری داشتند و یا علت ناباروری نامشخص بود، اگر چه خود
افراد دچار ناراحتی‌هایی از قبیل افسردگی، خشم، اضطراب، احساس شرمندگی و انزوایطلبی و ... بودند اما
رابطه متقابل زوجین و رابطه آن‌ها با خانواده‌ها مناسب بوده است و چه بسا خانواده‌ها حامی زوجین نابارور
بوده‌اند. در مواردی که علت ناباروری مردانه بوده و مردان خود را علت ناباروری نمی‌دانستند، زنان را مجبور
می‌کردند که خود را علت ناباروری معرفی کنند. همچنین اکثر پاسخگویان بیان کردند که همه افراد خانواده
و اقوام و حتی خود آنها پیش از مراجعه به پزشک علت ناباروری را زنانه احتمال داده‌اند. مطالعه کرمی نوری
و همکاران (۱۳۷۹) نیز نشان داد که مردان زمانی که خودشان دلیل ناباروری باشند، آشفته‌تر و پریشان‌تر
هستند. در حالی که زنان چه خودشان و چه همسرانشان دلیل ناباروری باشند، به طور یکسان دچار آشفته‌گی
روانی می‌شوند. دلایل این تأثیرپذیری می‌تواند متعدد باشد. اگر در جامعه‌ای نقش یک زن عمدتاً در مادری
دیده شود مورد انتظار است که اگر زنی از انجام این نقش بازماند دچار مشکلات و مسائل زیادی شود. البته
لزوماً اهمیت دادن به نقش مادری به چنین پیامدهایی نمی‌انجامد چرا که اهمیت دادن به نقش پدری به

ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور ۱۱۱

چنین پیامدی برای مردان نابارور نینجامیده است. بلکه این نظام فرهنگی ناعادلانه مرد سالاری است که چنین پیامدهایی دارد. آنچه به جهت فرهنگی مشکل ساز است خلاصه کردن نقش زن به نقش فرزندآوری است. از این رو ترکیب عناصر فرهنگی که اهمیت دارد و مفید و یا مضر بودن یک عامل نیز تنها در ترکیب با عناصر دیگر فرهنگی مشخص می شود. تصور ناباروری به عنوان یک مشکل زنانه شاهی از وجود علائم نظام پدرسالاری در جامعه ایران است که با وجود ناباروری مردانه، زنان از بسیاری از امتیازات خانوادگی، اجتماعی و ... محروم می شوند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیشترین عاملی که سبب گردیده زنان از ناباروری رنج ببرند ترس از دست دادن زندگی مشترک است. اکثر آن‌ها دخالت خانواده همسر را عامل اصلی در ایجاد مشکلات بین خود و همسرانشان می دانستند. همچنین کسانی که به لحاظ موقعیت شغلی و تحصیلی از مرتبه بالایی برخوردار بودند و یا از این نظر تفاوت زیادی با همسرانشان نداشتند در خانواده و جامعه با مشکلات کمتری روبرو بودند. برعکس کسانی که در موقعیت اجتماعی پایینی قرار داشتند، مشکلات زیادی را تحمل کرده و احساس ناامنی شدیدی در مورد زندگی آینده داشتند. این افراد برای فرزندان به لحاظ حمایت‌های اقتصادی - اجتماعی و عاطفی و عامل تداوم زندگی زناشویی ارزش زیادی قائل بودند.

این پژوهش ضرورت توانمندسازی زنان به ویژه زنان نابارور را در عرصه‌های مختلف، نشان می دهد. چرا که وابستگی اقتصادی زنان به مردان و استفاده مردان از قدرت فیزیکی و همچنین حمایت اجتماعی از ایشان، از عواملی هستند که در افزایش مشکلات زنان نابارور نقش دارند. حمایت از زنان نابارور برای رهایی از تنهایی و سرزنش توسط جامعه و افزایش آگاهی‌های عمومی برای کاهش اثرات ناباروری، می تواند تا اندازه‌ای زنان نابارور را از مشکلات عدیده‌ای که با آن روبرو هستند مصون داشته و در نهایت به سلامت و پایداری خانوادگی این افراد کمک نماید.

۱۱۲ پژوهش زنان، دوره ۳، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۴

منابع

- آل احمد، جلال (۱۳۶۰) سنگی بر گوری، تهران: رواق.
- استریت، ادی (۱۳۷۶) مشاوره خانواده؛ نظر و عمل در نگرش سیستمی، ترجمه مصطفی تبریزی و علی علوی نیا، تهران: فراروان.
- دوبوواری، سیمون (۱۳۸۰) جنس دوم، ترجمه قاسم صنعوی، تهران: توس.
- رفعت‌جاه، مریم (۱۳۸۳) زنان و بازتعریف هویت اجتماعی، رساله دکتری جامعه‌شناسی نظری، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- ساروخانی، باقر و مریم رفعت‌جاه (۱۳۸۳) عوامل جامعه‌شناختی مؤثر در باز تعریف هویت اجتماعی زنان، پژوهش زنان، شماره ۱، صص ۹۳-۷۱.
- شادی طلب، ژاله (۱۳۸۳) فقر زنان سرپرست خانوار، پژوهش زنان، شماره ۱، صص ۷۱-۴۹.
- کرمی نوری، رضا (۱۳۷۹) ناباروری و جنبه های روانی - اجتماعی، فصلنامه باروری و ناباروری، شماره ۲۳، صص ۴-۵.
- فریدمن، جین (۱۳۸۱) فمینیسم، ترجمه فیروزه مهاجر، تهران: آشیان.
- عباسی شوازی، محمد جلال (۱۳۸۳) کاربرد تحقیقات کیفی در جمعیت‌شناسی، گزارش منتشر نشده، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- مشیرزاده، حمیرا (۱۳۸۳) از جنبش تا نظریه اجتماعی: تاریخ دو قرن فمینیسم، چاپ دوم، تهران: شیرازه.
- منصور، محمود؛ دادستان، پریرخ (۱۳۷۶) روانشناسی ژنتیک ۲ از روان تحلیل‌گری تا رفتارشناسی، چاپ سوم، تهران: رشد.
- منصور، محمود (۱۳۷۹) روانشناسی ژنتیک، تحول روانی از تولد تا پیری، چاپ دوم، تهران: سمت.

Bhasin, K. (2005), *What is Patriarchy*, New Delhi: Okhla Phase.

Boge, D. (1983), *Role of the Qualitative Method in Demographic Research*, in Boge, D., Arriage, E. and Anderton, D. Readings in Population Research Methodology, UNFPA, New York, Vol. 6, pp: 2-7.

Burns, L.H., Covington, SH .N. (2000), *Psychology of Infertility*, The Parthenon Publishing Group International Publishers in Medicine Science Technology New York.

Doudeon, R.D, Inhorn, M.C. (2004), *Men's Influences on Women's Reproductive Health: Medical Anthropological Perspective*, *Social Science, Medicine*, Vol. 59: 1379-1395.

Duniluk, J.C, Leader, A., Taylor, P.L. (1987), *Psychological and Relationship Changes for Consoling*, *British Journal of Guidance and Counseling*, Vol. 15: 29-36.

- Evens, E.M.** (2004), A Global Perspective on Infertility: On Under Recognized Public Health Issue, University Center North Carolina at Chapel Hill, Vol. 18: 1-40.
- Inhorn, M.C.** (2002), *Sexuality, Masculinity, and Infertility in Egypt: Potent Troubles in the Marital and Medical Encounters*, The Journal of Men's Studies, Vol. 10 (3): 343-359.
- Inhorn, M.C.** (2003a), *The Worm are Weak: Male infertility and Patriarchal Paradox in Egypt, Special Issue on "Islamic Masculinities"*, Men and Masculinities, Vol. 5: 238-258.
- Inhorn, M.C.** (2003b). *Local Babies, Global Science Gender, Religion and In Vitro Fertilization in Egypt*, New York: Routledge.
- Larsen, U.** (2000), *Primary and Secondary Infertility in Sub-Saharan Africa*, International Journal of Epidemiology, Vol. 29(2): 285-291.
- Lunefeld, B., Steirteghem, A.V.** (2004), *Infertility in the third Millennium; Implications for the Individual, Family and Society*, Human Reproduction Update, Vol. 10(4): 317-325.
- Mason, M.C.** (1993), *Male Infertility- Men Talking*, London, Routledge.
- Molock, S. D.** (2000), *Racial, Cultural and Religious Issues in Infertility Counseling*, The Parthenon Publishing Group International Publishers in Medicines Science, Technology New York, pp: 249-265.
- Programme of Action.** (1994), *International Conference on Population and Development*, Cairo, Para 7/2, 7/6.
- Van Balen, F.V. Gerrits.T.** (2001), *Quality of Infertility Care in Poor-resource Areas and the Introduction of New Reproductive Technologies*, Human Reproduction Vol. 16(2): 215-219.
- Widge, A.** (N.D), *Sociocultural Attitudes towards Infertility and Assisted Reproduction in India*, pp: 61-73. [www.who.int/reproductive health /infertility/](http://www.who.int/reproductive_health/infertility/).