

Infertility and Women's Suffer (A Review of the Psychological, Social & Economic Problems of Infertility)

Hamideh Dabbaghi  *

Assistant Professor of Women Studies, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Zeinab Rafieepoor 

M.A in Women Studies, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Abstract

Motherhood is a central factor in the acquisition of women's identity, and it is crystallized as a clear, sacred, and consistent image in the gender socialization of women. Based on such a strong belief and core value around motherhood, infertility and not being a mother are considered a defect for women. Based on this, infertile women face many challenges and social problems beyond infertility, such as physical and medical issues, creating a different lived experience for them. After reviewing the theories of identity, interaction, cultural approaches, and biological-psychological-social approach, four concepts of infertility construction, infertility stigma, loss and grief, and role identity were used. Based on this, the central question of the current research is: what failures do infertile women perceive during their infertility experience, and what does it mean to them? This research is based on a qualitative approach and the application of thematic analysis using Max Q.D.A qualitative software. It is based on semi-in-depth and semi-structured interviews with 20 infertile women who live in Mashhad. The findings of this research show that women's experience of infertility refers to 3 main themes: suspended maternal identity, imperfect body perception and incomplete treatment.

Keywords: Unintended Infertility, Stigma, Social Identity, Perception of Self.

* Corresponding Author: h.dabaghi@atu.ac.ir

How to Cite: Dabbaghi. H., Rafieepoor. Z. (2022). Infertility and Women's Suffer (A Review of the Psychological, Social & Economic Problems of Infertility), *Quarterly Journal of Social sciences*, 29(98), 81-119.

Introduction

Motherhood is one of the contemporary gender expectations of women and is the opposite of motherhood - in a natural way. According to the World Health Organization, about 17.5 percent of the adult population—that is about 1 in 6 people worldwide—experiences infertility. In Iran, overall infertility in Iranian couples is 20.3%, and considering the population of about 16 million women in the age group of 15 to 49 years in the country, more than 3 million Iranian couples experience some form of infertility in their lifetime.

Today, infertility is not just a medical condition/problem but a problem that can challenge different aspects of people's lives depending on the individual-social situation and attitudes in society. The mainstream on this topic focuses on infertility solutions such as in vitro fertilization and other reproductive technologies rather than providing an analysis of the factors affecting the emotional, psychological, and physical state of women who are infertile. This article intended to answer the following questions:

- What failures do infertile women perceive during their infertility experience?
- What does infertility mean for them?

Literature Review

From a theoretical point of view, infertility is related to a network of concepts such as motherhood, pregnancy, gender, femininity, and parenting. It is based on different approaches derived from psychoanalytic theories based on gender, the theory of "self and me," the theory of Williams et al. in the biological-psychological-social framework; Lipstein's theory is based on an economic-social approach that can be analyzed. The main issue in this article is to understand the experience of infertile women and the research methodology, which is based on a qualitative approach; in this section, concepts such as the construction of infertility, the stigma of infertility, and the concept of loss and grief have been analyzed. Moreover, it has been used as a conceptual framework.

Materials and Methods

A qualitative approach and the thematic analysis method were used, and Max Q.D.A qualitative software for analyzing. In-depth and semi-structured interviews with 21 infertile women who live in Mashhad

were used to gather data. In this research, infertile women were selected by non-random sampling due to serving infertility treatment in medical clinics.

Results

The infertile women studied were in the age range of 23 to 50 years. From the point of view of education, 12 people were undereducated, six people had a higher education than a diploma to a bachelor's degree, and three had post-baccalaureate education. What's more, 14 women were housewives, and the rest (7) were employed.

Research findings show that women's experience of infertility refers to the three main themes of loss and grief, alienation from the body, and incomplete treatment. Loss and grief in women cause them to suffer psychologically and experience feelings such as disappointment, stress, anger, anxiety, and shame. Sometimes, these feelings become so strong that a person becomes depressed, and his life is disrupted. Moreover, women are placed in a situation where they criticize themselves. Fertility is the default of patriarchal society, and accordingly, they blame themselves for infertility. Sometimes, society inculcates in a woman that her duty is to bear children, that a person suffers from the torment of multiple consciences and feels that if she is infertile, she must have sinned and made a mistake and divine punishment, or she has been deprived of God's blessings. Sometimes, these accusations are said directly by the people around her, and sometimes, the existence of complex conditions and numerous challenges of the infertile woman make her believe the stigmas heard by others about her, become pessimistic, and her self-esteem is damaged.

Furthermore, she did not consider herself worthy of a good position. The second main theme is alienation from the body, which causes infertile women to perceive their condition as an incurable defect and gives them a sense of failure. One of these failures is the feeling of pity that people have for them, and because of that, most of these women are injured and experience the feeling of being useless. The feeling of pity causes the feeling of insecurity and social isolation in infertile women. The last theme is incomplete treatment, which refers to costly treatment and lack of financial support. Infertile women believe that the main burden of the treatment cost is on their

shoulders, and the people around them and family members do not provide financial help. Such a reaction and lack of support from the husband and the people around them is sometimes due to a lack of financial resources. However, often, and unfortunately, it is due to blaming the woman for infertility. Sometimes, this economic pressure in some low-income families is so great that they are deprived of the ability to continue treatment. So, paying the treatment costs with many problems is complex, and the spouses make them have two jobs at the same time or borrow money to continue their treatment. The lack of insurance coverage has created challenging conditions for this group.

Discussion

Considering the suffering that infertile women experience due to the failure to bear children, the reproduction and construction of infertility as a female defect are worthy of reflection and concern. Rethinking the lived experience of the studied infertile women and its relationship with the cultural and social background and especially the alarming statistics of the officials makes the negative feelings and the experience of suffering of the studied women clearer and more believable.

Conclusion

Policymakers should pay attention to the following:


- The field of public culture and raising awareness and culture about infertility.
- Using education, media, and advertising to understand the infertility problem better.
- The necessity of insurance coverage for infertile people and reduction of treatment costs.


Acknowledgments

We are grateful to all women who participated in our research.



ناباروری و رنج زنان (مروری بر مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی نازایی)

حمیده دباغی *  استادیار مطالعات زنان، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

زینب رفیعی‌پور  کارشناسی‌ارشد مطالعات زنان، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

مادری، یکی از انتظارات جنسیتی معاصر از زنان و به‌عنوان امری بدیهی، مقدس و انگاره‌ای قوام‌یافته در جامعه‌پذیری جنسیتی زنان تبلور دارد. بر مبنای چنین باور قوی و ارزش محوری پیرامون مادری، ناباروری در نقطه مقابل، به‌مثابه یک نقص برای زن است. بر این اساس، زنان نابارور، با چالش‌ها و مشکلات اجتماعی متعددی مواجه می‌شوند که فراتر از ناباروری به‌مثابه یک امر بیولوژیکی و پزشکی است و در واقع نوعی تجربه زیسته متفاوتی را برای آنان رقم می‌زند. پس از مروری بر نظریات هویت، کنش متقابل و رویکردهای فرهنگی و رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی، از ۴ مفهوم برساخت ناباروری، انگ (داغ) ناباروری، فقدان و اندوه و هویت نقش استفاده شد. بر این اساس سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که زنان نابارور چه ناکامی‌هایی را در طی تجربه ناباروری خود درک می‌کنند و برای آن‌ها چه معنایی دارد؟ این پژوهش مبتنی بر رویکرد کیفی و روش تحلیل تماتیک به‌وسیله نرم‌افزار کیفی Max Q.D.A. بر روی مصاحبه‌های نیمه عمیق و نیمه ساختمند با ۲۰ زن نابارور است که در مشهد ساکن هستند. بر اساس یافته‌های تحقیق، تجربه زنان از ناباروری به ۳ مضمون اصلی: هویت مادری تعلیق یافته، ادراک بدن ناقص و درمان ناتمام اشاره دارد.

کلیدواژه‌ها: ناباروری ناخواسته، داغ، هویت اجتماعی، برداشت از خود.

بیان مسئله

مادری، یکی از انتظارات جنسیتی معاصر از زنان است. اغلب جوامع، بر اساس انتظارات فرهنگی خود، زنان را ملزم به فرزندآوری و پرورش فرزندان می‌دانند و آن‌قدر بر این دیدگاه، باور دارند که زنان را نسبت به مادری، در دو دسته هنجارمند- و دارای فرزند- یا منحرف بی‌فرزند^۱، تقسیم‌بندی می‌کنند (Ulrich and Weatherall, 2000).

ناباروری به‌عنوان نقطه مقابل مادری-به شیوه طبیعی- را می‌توان یک بیماری دستگانه تناسلی مردانه یا زنانه دانست که با عدم موفقیت در بارداری پس از ۱۲ ماه یا بیشتر و پس از رابطه زناشویی محافظت نشده منظم، قابل تعریف است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، در حدود ۱۷,۵ درصد از جمعیت بزرگسال - یعنی تقریباً ۱ نفر از هر ۶ نفر در سراسر جهان - ناباروری را تجربه می‌کنند (WHO, 2023).

بر اساس آخرین مطالعات انجام‌شده در پیمایش ملی شیوع ناباروری در ایران، شیوع عمری ناباروری کلی در زوج‌های ایرانی ۲۰,۳ درصد است و با توجه به جمعیت در حدود ۱۶ میلیون نفری زنان در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ ساله در کشور می‌توان گفت که در کل کشور، بیش از ۳ میلیون زوج ایرانی در طول عمر خود هر نوعی از ناباروری اولیه و یا ثانویه را تجربه می‌کنند که بیشتر از میانگین جهانی است (Tehran University of Medical Sciences, 2018).

امروزه پژوهشگران بین‌رشته‌ای حوزه‌های پزشکی و جامعه‌شناسی تأکید دارند که ناباروری تنها یک وضعیت/معضل پزشکی نیست. بلکه معضلی است که بسته به وضعیت فردی-اجتماعی و نگرش‌های موجود در جامعه، می‌تواند ابعاد مختلف زندگی اشخاص را با چالش مواجه کند و مشکلات روانی متعددی از قبیل افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه را برای زن نابارور به همراه بیاورد؛ بنابراین فشار و هزینه‌های روانی و اجتماعی ناباروری برای زنان بیشتر از مردان است؛ زیرا موقعیت زنان در دسترسی به مراقبت‌های پزشکی، تنها عاملی نیست که تعیین می‌کند چه کسانی تحت درمان قرار

می‌گیرند و چه کسانی از درمان برخوردار نیستند. بلکه «نگرش‌های فرهنگی-اجتماعی» نسبت به درمان و مسئله ناباروری نیز، اهمیتی کلیدی در این مقوله دارد و موجب می‌شود تا زوجین نابارور، به میزان نابرابری از اثرات و هزینه‌های اجتماعی فرهنگی و روانی ناباروری، متأثر شوند. وایت و همکارانش در مطالعه‌ای نشان دادند که علی‌رغم اهمیت ادراک زنان از امر ناباروری، نمی‌توان به‌طور قطعی تعیین کرد که آیا این ادراک و پذیرش، پیش‌نیازی برای درمان ناباروری است یا این «درمان» است که باعث می‌شود افراد خود را نابارور تعریف کنند و به‌عنوان یک فرد نابارور بپذیرند (White & et al, 2006). چنین یافته‌ای حاکی از وجود عوامل مداخله‌ای اجتماعی و فرهنگی است که می‌تواند بر ناباروری اثرگذار باشد. ادبیات علمی در مورد ناباروری نیز به‌طور فزاینده‌ای بر اهمیت بستر فرهنگی، اجتماعی در شکل‌گیری تجربه زیسته ناباروری تأکید دارند. پژوهش‌های متعدد پیرامون ناباروری زنان، نشان می‌دهد که مشکلات ایجادشده بعد از ناباروری در فرهنگ‌های مختلف یکسان نیست و فشارها در جوامع سنتی شدیدتر است. در جوامع سنتی، از آنجا که مادری مقامی بسیار والا و مهم است و بسیار مورد احترام می‌باشد؛ زن با همسر شدن و مادر شدن شخصیت می‌یابد و اگر زنی مادر نشود، در واقع خلاف طبیعت بوده و حتی برایش قابل قبول نیست. میزان هزینه‌های اجتماعی، فرهنگی و طرد زنان نابارور در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است؛ گاهی در حد رانده شدن و منحوس بودن زنان نابارور است و گاهی در حد نادیده‌انگاری و به حاشیه رانده شدنشان. به‌طور مثال، یکی از ویژگی‌های بافت اجتماعی-فرهنگی که بر ناباروری تأثیر می‌گذارد و مادری می‌تواند ایجادکننده هویت و پروناتالیسم^۱ برای زنان باشد (Parry, 2005). فشار روانی واردشده از ناتوانی برای مادر شدن، باعث ایجاد نوعی فاصله‌گذاری نسبت به دیگران از طرف خود فرد نابارور می‌شود، زیرا با دیدن بارداری دیگران، این نقص و ضربه دوباره برایش یادآوری شده و باعث ناراحتی‌اش می‌شود. حال اگر علاوه بر مشکلات درونی و روانی که برای زنان به وجود می‌آیند، به مشکلاتی که بین زن و شوهر هم هست، توجه کنیم

۱ یک سیاست دولتی است که محور آن تشویق به فرزندآوری است-Pronatalism

درمی‌یابیم که زنان نابارور، فشار مضاعفی را متحمل می‌شوند. پژوهشگران نیز تأکید دارند که مضمون ناباروری، مستقلاً به‌عنوان یک پدیده اجتماعی، بایستی مطالعه شود و منبع اصلی آن نیز کاوش در چارچوب زندگی روزمره زنان است (Jones & Hunter, 1996). بستر اجتماعی، در شکل‌گیری درک و واکنش افراد به مشکلات فرزندآوری بسیار کلیدی و بنیانی است (Miall, 1985). اکثر تحقیقات و پژوهش‌های مرتبط با ناباروری، این مسئله را به‌عنوان یک پدیده‌ای که اثرگذار و متأثر از ساختار اجتماعی بوده و دارای پیامدهایی در این حوزه است؛ مطالعه نمی‌کند و ناباروری را صرفاً به‌عنوان یک مسئله پزشکی موردبررسی قرار می‌دهد (Greil et al, 2011). به‌بیان‌دیگر، ادبیات غالب در این موضوع، بر راه‌حل‌های ناباروری مانند لقاح آزمایشگاهی و سایر فناوری‌های باروری تمرکز دارد تا اینکه تحلیلی از دلایل مؤثر بر وضعیت روحی، روانی و جسمی زنانی که دچار ناباروری هستند، ارائه دهد (BELL, 2012). پژوهش حاضر با رویکردی متفاوت، تلاش دارد تا تجربه زنان نابارور و ناکامی‌ها و رنج‌هایی را که متحمل می‌شوند از منظر اجتماعی نشان دهد.

پیشینه تحقیق

در این بخش مروری بر برخی از تحقیقات جدید پیرامون تجربه زنان نابارور، کیفیت زندگی آن‌ها، فهم تجربه‌شان در بستر فرهنگی و اجتماعی که در داخل و خارج از کشور انجام شده خواهیم داشت:

جدول ۱. مروری بر پیشینه تحقیقاتی

Table 1. An Overview of the Research Background

عنوان تحقیق	سال	محقق	یافته‌های مهم
تجربه زیسته زنان چینی-هنگ کنگی از ناباروری	2018	تیو و همکاران	یافته‌ها نشان‌دهنده ۴ مضمون از جمله بار فرهنگی اجباری در خانواده چینی، ناراحتی روانی و انزوا ناشی از حسادت، ناامیدی نسبت به خدمات بهداشت باروری و دلسوزی نسبت به خود است. همچنین راهبرد این زنان برای غلبه بر مشکلات، دین و کاربرد آن در زندگی شخصی است. محقق در این مقاله نتیجه گرفته است که علل ناباروری بسیار پیچیده است.

عنوان تحقیق	سال	محقق	یافته‌های مهم
			به‌غیر از شرایط پزشکی، بسیاری از شرایط اجتماعی نیز احتمالاً باعث مشکل در بارداری می‌شود. متخصص مراقبت‌های بهداشتی همچنین باید بر جنبه‌های اجتماعی و روانی زنان نابارور تمرکز کند (Tiu et al, 2018).
کیفیت زندگی زنان با ناباروری	2015	فریرا و همکاران	یافته‌ها حاکی از آن است که بین سن، تحصیلات، تعداد بارداری‌های قبلی، نوع درمان در صورت سقط از دست‌رفته، مدت قاعدگی، ناباروری و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد. این نتایج با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعات دیگر که تغییر در کیفیت زندگی را با توجه به چندین ویژگی اجتماعی-جمعیت‌شناختی، تاریخچه زایمان و تشخیص ناباروری تأیید می‌کنند، مطابقت دارد ((Ferreira et al, 2015).
تجربه زیسته زنان نابارور تحت درمان با تکنولوژی‌های نوین باروری در شهر ساری	2019	نرجس پیرنیا	یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که زنان نابارور از اثرات منفی ناباروری بر زندگی زناشویی و فعالیت‌های اجتماعی‌شان ناراحت هستند. آن‌ها فرزندآوری سرنوشت نهایی و نقش و وظیفه مهم خود می‌دانند و از داغ ناشی از ناباروری و از دست دادن ارزش و اعتبار خود در خانواده رنج‌برده و احساس انزوا و طرد اجتماعی دارند.
ناباروری و تجزیه زیسته زنان نابارور؛ مطالعه موردی در تهران	2005	شوازی و همکاران	یافته‌ها نشان می‌دهد از آنجاکه فرزندآوری در جامعه ایران جزئی از هویت زنان است و از آنجاکه ناباروری معمولاً یک مشکل زنانه تلقی می‌شود، زنان نابارور با مشکلات متعددی در حوزه زیست فردی-اجتماعی مواجه هستند. نتایج مطالعه آنان بیانگر آن است که تعریف افراد و نوع نگاه جامعه به مضمون ناباروری و شیوه برخورد با زن نابارور و یا زوجین تأثیر مهمی در میزان چالش‌های ناباروران و مواجهه با ناباروری دارد. همچنین آنان استدلال کرده‌اند افزایش آگاهی‌های عمومی درباره ناباروری، می‌تواند تا اندازه‌ای زنان نابارور را از مشکلات عدیده‌ای که با آن روبه‌رو هستند مصون داشته و در نهایت به سلامت و پایداری خانواده و جامعه کمک نماید. همچنین نتایج بررسی آنان نشان می‌دهد میزان تأثیرات ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی زنان، به عوامل متعددی از جمله نوع ناباروری، علت نازایی، مدت ناباروری، موقعیت اقتصادی-اجتماعی فرد نابارور و... بستگی دارد. ضمن اینکه بیشترین عاملی که سبب گردیده زنان از ناباروری رنج ببرند ترس از دست دادن زندگی مشترک است.
تجربه زندگی با ناباروری؛ یک بررسی پدیدارشناسی	2010	خداکریمی و همکاران	در این تحقیق استدلال شده که ناباروری تأثیری منفی بر زندگی مردان و زنان دارد و افراد مبتلا را در معرض مشکلات روانی فراوانی قرار می‌دهد. معضلات جسمی، روانی و اقتصادی در پروسه استفاده از روش‌های کمک

عنوان تحقیق	سال	محقق	یافته‌های مهم
			<p>باروری نیز زوج‌های جوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کوشش برای بارداری، اقدامات پزشکی گران‌قیمت و طولانی را به همراه دارد و تردید و ناامیدی در روند درمان می‌تواند بنیان زندگی یک زوج را به لرزه درآورد. این مقاله حاصل یک مطالعه کیفی با تمرکز بر تجربه زندگی ناباوران بوده و هدف آن دسترسی به تجربیات زندگی زوج‌های ناباور در طی دوران ناباروری بود. در این مقاله یازده زوج ناباور در مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی درباره تجربیات زندگی با ناباروری مورد مصاحبه قرار گرفتند. از تدوین مصاحبه‌های انجام‌شده، شش مضمون و یازده زیر مضمون استخراج شد. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که ناباروری روابط عاطفی و جنسی زوج‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، ارتباط زوج با اطرافیان در واکنش به برخورد آنان با ناباروری تغییر می‌نماید. همچنین زوج‌ها انتظارات ویژه‌ای از پرسنل درمانی داشتند که برآورده نمی‌شود، به همین دلیل علاوه بر درمان طبی ممکن است به درمان‌های غیر معمول نیز متوسل شوند.</p>

مروری بر مطالعات انجام‌شده پیشین - فارسی و انگلیسی - بیانگر آن است که پرداختن به مسئله ناباروری و چالش‌های مرتبط با آن در ابعاد مختلف پزشکی-درمان، فرهنگی-اجتماعی، سیاست‌گذاری و اقتصادی از دغدغه‌های مهم زوج‌های ناباور و همچنین پژوهشگران بوده و هست. توجه به بخش پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که هرکدام از پژوهش‌های انجام‌گرفته بر بخشی از عواملی که بر نگرش ناباوران تأثیر می‌گذارد، علل ناباروری، پیامدهای جسمی و روحی، نحوه درمان، اولویت‌های درمان و ... را تبیین و بررسی می‌کنند. نوآوری‌های این تحقیق، تمرکز بر تجارب زیسته زنان ناباور و پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی ناباروری در زندگی فردی و خانوادگی آن‌هاست.

ملاحظات مفهومی و نظری

ناباروری که به‌طور مستقیم با شبکه‌ای از مفاهیم نظیر مادرانگی^۱، بارداری، جنسیت، زن

1. Motherhood

بودگی، والدگری در ارتباط است و مبتنی بر رویکردهای مختلفی برآمده از نظریات روان‌کاوی مبتنی بر جنسیت، نظریه «خود و من»، نظریه ویلیامز و همکارانش در چارچوب زیستی-روانی-اجتماعی، نظریه لیپ اشتاین مبتنی بر رویکردی اقتصادی-اجتماعی قابل تحلیل است.

پیرامون مادری، نظریات و رویکردهای نظری متعددی وجود دارد که بولکرافت و تچمن، آن‌ها را در سه دسته: نظریه انتخاب عقلانی/اقتصادی^۱، فرهنگ و هویت^۲ و نظریه‌های دوره زندگی / موقعیتی^۳ توضیح می‌دهند (Bulcroft & Teachman, 2004). هر رویکرد مفاهیم خاصی را پیشنهاد می‌کند که باید با اهمیت مادری برای زنان مرتبط است. رویکرد انتخاب عقلانی، مادری را به مثابه پاداش‌ها و هزینه‌های ادراک شده از بچه‌دار شدن تحلیل می‌کند (Morgan & King, 2001) و از این منظر، ترکیبی از شرایط اشتغال و مادری را برای زنان پرهزینه می‌داند. این نظریه اغلب در تحلیل تعارض کار و زندگی خانوادگی و سیاست‌گذاری کاربرد دارد و در بحث ناباروری داوطلبانه یا خودخواسته قابل استفاده است.

رویکرد فرهنگ و هویت، مادری را بر مبنای الزام فرهنگی به مادرشدن و فشارهای هنجاری پروناتالیستی بر زنان، تحلیل می‌کند. همچنین نشان می‌دهد که چگونه ایدئولوژی‌های مذهبی و جنسیتی، به عنوان عوامل فرهنگی مهم، بر اهمیت مادری تأکید دارند؛ بنابراین می‌توان گفت که انتظار می‌رود زنان مذهبی‌تر، بیشتر به مادری اهمیت بدهند. از سوی دیگر زنانی که بیشتر به برابری جنسیتی معتقدند، اهمیت کمتری برای مادری قائل هستند و بیشتر بی‌فرزندی را می‌پذیرند (Koropeckyj-Cox & Pendell, 2007). مفاهیمی چون هویت نقش و هویت اجتماعی برآمده از این رویکرد، در بخش مفاهیم نظری برای تحلیل مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

رویکرد دوره زندگی یا نظریه موقعیتی، ادراک زنان از مادری را در نسبت به شرایط

-
1. Rational Choice/Economic
 2. Culture and Identity
 3. Life-course/Situational Theories

زندگی، قابل تغییر می‌داند و از آنجا که به‌طور مثال سن زنان، نشانگر مهمی از تغییرات در شرایط زندگی زنان است، بر مبنای این نظریه، افزایش سن با افزایش ارزش مادری برای زنان همراه است. در نتیجه زنان مسن‌تر، نگرش منفی‌تری نسبت به بی‌فرزندگی خواهند داشت (Heaton, et al. 1999) و محققانی چون کوروپکسی-کاکس و پندل (۲۰۰۷)، نشان دادند که زنان مسن‌تر نسبت به زنان جوان‌تر اهمیت بیشتری به مادری بدهند. حال آنکه محققین دیگری چون کریتندن، شواهدی ارائه می‌دهند مبنی بر اینکه تجربه بیشتر زندگی و مواجه شدن زنان با مشکلات در ترکیب و توازن کار و مادری، حجم مادر شدن را کاهش می‌دهد (Crittenden, 2001).

از منظر جامعه‌شناسی نیز، می‌توان به نظریه کنش متقابل نمادینمید، تعریفش از «خود» و کار مهم روزنبرگ^۱ در طرح مفهوم «برداشت از خود»، اشاره کرد. از منظر روزنبرگ، خود مفهوم عامی است که هم در مقام شناسه و هم شناسا قرار می‌گیرد؛ یعنی هم اثره است و هم سوژه؛ اما روزنبرگ برداشت از خود را متفاوت از خود می‌داند. از نظر او، برداشت از خود، به جامعیت اندیشه‌ها و احساساتی که فرد در ارجاع به خودش به‌عنوان یک شناخته‌عینی، دارد، بازمی‌گردد. در واقع برداشت از خود اگرچه بخشی از خود است اما اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد و منعکس‌کننده مجموعه‌ای از اطلاعات و دیدگاه‌های منحصر به فرد یک شخص درباره خودش را منعکس می‌کند. برداشت از خود به نظر روزنبرگ، می‌تواند به احساساتی مانند شرمساری یا افتخار و غرور و سربلندی منتهی گردد (Ritzer, 2019: 297).

اما با توجه به مسئله اصلی در مقاله حاضر که همانا فهم تجربه زنان نابارور است، یعنی زنانی که مادر نشدن، انتخاب آن‌ها نبوده و به دلایل طبیعی نمی‌توانند مادری را تجربه کنند، لازم است تا بر مجموعه‌ای از مفاهیم نظری به جهت تحلیل تمرکز شود. مفاهیمی چون برساخت ناباروری، انگ (داغ) ناباروری، فقدان و اندوه و هویت نقش. رویکرد برساخت ناباروری، به این موضوع اشاره دارد که ناباروری نوعی درک

1. Rosenberg

«بین‌الذہانی» و مشترک است که در جامعه برساخت می‌شود و بدین ترتیب این روابط اجتماعی و ادراک کنشگران (زنان) است که به آن معنی می‌بخشد و آن را تقویت می‌کند. بر مبنای رویکرد برساخت‌گرایی، معناها و ادراک کنشگران به صورت اجتماعی - و نه از پیش تعیین‌شده - شکل می‌گیرد و قوام می‌یابد و دانش از طریق کنش متقابل با دیگران «برساخته» می‌شود. برساخت ناباروری با تمرکز بر بستر فرهنگی-اجتماعی و نشان دادن شیوه‌ها و رویه‌هایی که بر اساس آن افراد در خلق معانی مشارکت می‌کنند، به روشن ساختن ابعاد مختلف ناباروری که نقش مهمی در چگونگی مواجهه با ناباروری دارد، می‌پردازد. در یک دهه اخیر نیز مفهوم «برساخت اجتماعی ناباروری»^۱ در بین پژوهشگران مورد استفاده قرار گرفته و تأکید می‌شود که برساخت ناباروری به مثابه یک سازه اجتماعی، برساخته از ایدئولوژی‌ها، نژاد، طبقات، جنسیت و سایر نهادهای اجتماعی و بین‌الذہانی می‌باشد (Greil et al, 2011. BELL, 2012).

مفهوم دیگر داغ یا انگ یا استیگماست که در کتابی با همین عنوان^۲ توسط «گافمن» در سال ۱۹۶۳ ارائه شده است. نظریه داغ یا انگ به مسئله هویت‌های خدشه‌دار شده اشاره دارد. گافمن استیگما را نوعی شکاف میان آنچه شخص باید باشد و آنچه واقعاً هست بیان می‌کند. این تمایز بین هویت بالقوه و هویت بالفعل، داغ آشکار و شناخته‌شده دارد و فرد در معرض بی‌اعتباری که هنوز دیگران از داغ او مطلع نیستند، قرار می‌گیرد (Ritzer, 2019: 298). بر این اساس زنان نابارور به دلیل شکست در اجرای نقش فردی و اجتماعی و نیز بسته به نوع نگرش برساخته شده در جامعه، احساس نقص، محرومیت و بی‌کفایتی می‌کنند و به همین دلیل آن‌ها سعی می‌کنند از اینکه برچسب ناباروری به آن‌ها زده شود، طفره روند. مطابق رویکرد داغ گافمن، زن نابارور هم داغ بی‌اعتباری^۳ و هم داغ احتمال بی‌اعتباری^۴ را بایستی به دوش بکشد. داغ بی‌اعتباری برای زمانی است که او وارد جمعی می‌شود که اطرافیان از موضوع ناباروری‌اش اطلاع دارند و بنابراین او از این داغ رنج

1. Social Construction of Infertility

2. Stigma

3. Discredited Stigma

4. Discreditable Stigma

می‌برد؛ داغ ناشی از عدم توانایی در فرزندآوری؛ این داغ زمانی شدیدتر است که در بستر فرهنگی یک جامعه، داشتن فرزند و توانایی فرزندآوری جایگاهی اساسی برای تکریم مقام زن داشته باشد. در این وضعیت، زن نابارور از تفاوتی که در جمع، بین خود و دیگران احساس می‌کند رنج می‌برد. داغ احتمال بی‌اعتباری نیز برای زمانی است که اطرافیان یا خرده اجتماعی که او با آن‌ها در ارتباط است، هنوز از موضوع ناباروری او اطلاعی ندارند؛ از این رو زن نابارور مدام مراقب گفتار و رفتارش است و موضوع ناباروری خود را به‌عنوان یک راز پنهان نگه می‌دارد و همیشه اضطراب برملا شدن این موضوع را با خود همراه دارد (Ritzer, 2019). از منظر لانسدون شرایط استیگما، ارتباط وثیقی با بعد اجتماعی و روانی ناباروری دارد و فرد نابارور با توجه به تجاربی که از طرف اجتماع دارد از پذیرش خود به‌عنوان فردی همانند افراد دیگر امتناع می‌کند. در این شرایط فرد احساس ناامنی شدیدی دارد چراکه از وضعیت خود از نگاه دیگران مطمئن نیست و نوعی بلا تکلیفی به دنبال دارد (Naqib & Hijazi, 2015).

مفهوم فقدان و اندوه که ذیل مباحث روان‌شناختی مطرح می‌گردد و به احساس عمیق «از دست دادن» و نداشتن چیزی اشاره دارد؛ این مفهوم توسط «کوبلر رأس» مطرح شد و چارچوبی برای تبیین و درک پدیده مرگ و از دست دادن عزیزان افراد را در اختیار پژوهشگران اجتماعی قرار می‌دهد. این رویکرد در ناباروری با توجه به تجربه فرد به‌مثابه فردی که چیزی از دست داده، نگرش جدیدی را طرح کرده است. غم و اندوه روند داخلی برقراری مجدد تعادل عاطفی و شناختی پس از عدم تعادل ناشی تجربه‌ی از دست دادن است (Elahyari, et al. 2018).

مفهوم هویت نقش، می‌تواند اثر زیادی در ایجاد و افزایش عزت‌نفس در افراد داشته باشد. محققان از دو استدلال در رابطه‌مندی میان هویت نقش و عزت‌نفس سخن می‌گویند. استدلال اول به این مهم بازمی‌گردد که ارکان هویتی متفاوت می‌تواند به سطوح متفاوتی از عزت‌نفس، منتهی گردد. به این معنا که افراد با انجام موفقیت‌آمیز وظایف و نقش‌های محوله به آن‌ها، احساس شایستگی می‌کنند؛ بنابراین، هرگونه عملکردی در راستای تأیید

هویت نقش، عزت نفس ناشی از کارایی و اثربخشی افراد را، افزایش می‌دهد (هویت فردی). یکی دیگر از ارکان هویتی، هویت گروهی یا اجتماعی است که نشان می‌دهد افراد، در گروه‌های اجتماعی پذیرفته می‌شوند و مورد تأیید جامعه هستند (Stets & Lee, 2021). گافمن نیز از مفهوم فاصله نقش در راستای تحلیل اندازه فاصله فرد از نقشی معین اشاره دارد. فاصله نقش از منظر گافمن به درجه کناره‌گیری افراد از نقش‌های محوله‌شان اشاره می‌شود. گافمن در این راستا به دو مفهوم دیگر یعنی هویت اجتماعی بالقوه و بالفعل اشاره دارد و وجود فاصله میان این دو را بیانگر داغ و ننگ برای فرد می‌داند (Ritzer, 2019: 298).

نظریه هویت اجتماعی^۱ از ایده‌های هنری تاجفل^۲، آغاز شد. نظریه هویت اجتماعی به دلیل انتشار سریع و گسترده‌اش، به‌عنوان یک دیدگاه نظری برجسته در روانشناسی اجتماعی توصیف می‌شود. نظریه هویت، به موضوع نقش‌هایی که افراد در جامعه بر عهده‌دارند و معنای آن برای افراد می‌پردازد؛ اما نظریه هویت اجتماعی، بر گروه‌هایی که افراد به آن‌ها تعلق دارند و چگونگی تأثیر فرآیندهای گروهی و روابط بین گروهی بر ایده‌های مربوط به هویت فرد، تمرکز دارد؛ بنابراین در نظریه هویت اجتماعی، فرآیندهای مقایسه و طبقه‌بندی اجتماعی صورت می‌گیرد و افرادی که شبیه یا متفاوت- از هنجارهای مورد تأیید گروه- به نظر می‌رسند، به‌عنوان خودی و متعلق به درون گروه، شناخته می‌شوند و در غیراین صورت، برچسب غیر خودی-خارج از گروه- را دریافت می‌کنند. اعضای متعلق به گروه، مثبت و اعضای خارج از گروه، منفی ارزیابی می‌شوند. پذیرش از سوی گروه، همانطور که پیش‌تر گفته شد، می‌تواند عزت نفس و احساس تعلق را افزایش دهد. ایده مشترک در نظریات هویت و هویت اجتماعی، ادراک از خود به‌عنوان یک مفهوم انعکاسی است (Pries, 2021).

به‌بیان‌دیگر، هنگامی که هویت گروهی و اجتماعی تأیید می‌شود، ارزش فرد به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر، تأیید می‌شود. هویت مادری، نیز با مفاهیمی مانند «مراقبت» و

1. Social Identity
2. Henri Tajfel

«پرورش» و رفتارهایی که منعکس کننده این معانی هستند مانند تغذیه، پوشاک، آموزش و گذراندن اوقات فراغت با فرزندان، پیوند دارد. مراقبت مناسب از فرزندان، نشانگر انجام نقش مادری است که موجب افزایش احساس شایستگی در زنان می‌شود. از سوی دیگر هویت مادری، حامل معنای ارزشمند بودن برای جامعه نیز هست. تحقیقات نشان می‌دهد که بیشتر زنان، از جمله زنان در طبقات اجتماعی و گروه‌های نژادی/قومی مختلف، نگرش مثبتی نسبت به مادر بودن دارند و از طریق مادری، سعی دارند که به هویت گروهی و اجتماعی-یعنی گرفتن تائید از جامعه-نائل آیند. هویت مادری، ارزشمندی را نه فقط به واسطه کارایی و اثربخشی در انجام نقش مادری (هویت فردی)، بلکه به واسطه دریافت تائید اجتماعی و به عنوان عضوی ارزشمند در جامعه (هویت اجتماعی)، به دست می‌آورد؛ بنابراین مادر بودن ارزشمند است زیرا با زنانگی و ویژگی‌های زنانه همراه است و هم برآورده کننده انتظارات جامعه از زنان است (Stets & Lee, 2021).

روش تحقیق

رویکرد تحقیق حاضر، کیفی مبتنی بر سؤالات توصیفی و اکتشافی است. روش مورد استفاده در این مقاله، تحلیل مضمونی یا تحلیل تماتیک است. این روش به کدگذاری طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها می‌پردازد و نشان می‌دهد که داده‌ها چه می‌گویند و چگونه باید آن‌ها را تفسیر کرد (Mohammadpour, 2012).

درواقع تحلیل تماتیک ابزار پژوهش مناسبی است زیرا در حین سادگی امکان ایجاد داده‌هایی غنی و پیچیده را فراهم می‌کند همچنین سرعت نسبی یادگیری، انجام تناسب با رویکردهای مشارکتی، شرکت کننده به عنوان همکار، توانایی تلخیص مفید و ویژگی‌های کلیدی از بدنه وسیعی از داده‌ها، ارائه توصیف عمیق از داده‌ها، توانایی برجسته کردن شباهت‌ها و تفاوت‌ها از میان توانایی، تولید بینش‌های غیرمنتظره و امکان تولید تحلیل کیفی مناسب برای توسعه خط‌مشی‌ها از ویژگی‌های این روش است (Clark and Braun, 2006). تحلیل تماتیک شامل ۶ مرحله است: آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جستجوی مضمون‌ها، بازنگری مضمون‌ها، تعریف و نام‌گذاری مضمون‌ها و تهیه گزارش

(Mohammadpour, 2012). میدان مطالعه در این تحقیق زنان نابارور قطعی یا زنانی که تأخیر غیرارادی در باروری اول دارند و به مراکز درمان ناباروری مراجعه کرده و ساکن استان خراسان رضوی هستند، می‌باشد. در این تحقیق زنان متأهلی که حداقل ۶ سال از ازدواج آن‌ها گذشته و هنوز فرزندی ندارند، مدنظر هستند. زمان ۶ سال به این دلیل انتخاب شده که بر اساس آمارها، میانگین تأخیر در فرزندآوری پس از ازدواج در کل کشور ۴ سال اما در استان خراسان رضوی ۶ سال است. همچنین در این تحقیق سعی شد تا میدان مطالعه از تنوع موارد مطالعاتی برخوردار باشد و زنان شاغل/خانه‌دار و زنان تحصیل کرده/فاقد تحصیلات عالی، در گروه مطالعاتی قرار گیرند. تعداد زنان مورد مصاحبه ۲۱ نفر است که اطلاعات آن‌ها در جدول ذیل با نام مستعار آمده است:

جدول ۲. مشخصات افراد مصاحبه شده

Table 2. Characteristics of the Interviewed People

شماره	نام مستعار	سن	تحصیلات	شغل	سابقه ناباروری
۱.	زهرا	25	فوق دیپلم	بهبار	7
۲.	سارا	35	کارشناسی ارشد	آموزگار	8
۳.	معصومه	39	ابتدایی	خانه‌دار	6
۴.	مهسا	33	سیکل	آزاد	10
۵.	فاطمه	42	سیکل	خانه‌دار	21
۶.	نسرین	45	ابتدایی	خانه‌دار	15
۷.	تکتم	33	دیپلم	خانه‌دار	10
۸.	لیلا	35	کارشناسی ارشد	خانه‌دار	10
۹.	ریحانه	25	سیکل	خانه‌دار	8
۱۰.	مهدیه	35	کارشناسی	معلم قرآن و خانه‌دار	12
۱۱.	سمیه	33	کارشناسی	خانه‌دار	10
۱۲.	مرضیه	38	دیپلم	خانه‌دار	13
۱۳.	مریم	37	کارشناسی	مری پیش دبستانی	8
۱۴.	زینب	23	سیکل	خانه‌دار و خیاط	8

شماره	نام مستعار	سن	تحصیلات	شغل	سابقه ناباروری
۱۵.	فهیمه	38	دیپلم	خانه‌دار	7
۱۶.	نجمه	48	دیپلم	خانه‌دار	20
۱۷.	محدثه	43	کارشناسی	حسابدار	6
۱۸.	فائزه	23	دیپلم	خانه‌دار	8
۱۹.	نسترن	40	ابتدایی	خانه‌دار	13
۲۰.	نازنین	44	کارشناسی ارشد	کارشناس آزمایشگاه	6
۲۱.	زهره	34	کارشناسی	خانه‌دار	9

از آنجا که تحقیق حاضر، مبتنی بر رویکرد کیفی است و اهمیت دارد که افراد به صورت هدفمند و بر اساس درگیری با مسئله تحقیق، انتخاب شوند؛ شیوه نمونه‌گیری در این مقاله، روش غیر تصادفی و به شیوه عمدی و در دسترس است و مصاحبه‌ها از طریق کدگذاری نیمه‌باز و کاربرد نرم‌افزار تحلیل داده‌های کیفی (مکس کیو.دی.ای) Max Q.D.A تحلیل شده‌اند. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه عمیق و نیمه ساختاریافته، استفاده شده است؛ یعنی مصاحبه‌هایی که در آن ابتدا سعی می‌شود چند سؤال کلی طرح شده و سپس بقیه سؤالات در روند مصاحبه تعیین گردد. در این تحقیق با توجه به حضور در کلینیک درمان نازایی، بانوان نابارور در دسترس هستند. دسترسی به نمونه‌ها علاوه بر کلینیک‌ها از طریق فضای مجازی تماس تلفنی یا حضوری با دوستان و آشنایان و به صورت گلوله برفی نیز انجام شد. همچنین از مصاحبه‌های نیمه عمیق و نیمه ساختاریافته با مدت‌زمان یک ساعت تا یک ساعت و نیم در این تحقیق در راستای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. در حین مصاحبه، هیچ فهرستی از سؤال‌های از پیش تعیین شده به جز چند سؤال کلی، وجود نداشت و اغلب سؤالات در حین مصاحبه و البته در جهت موضوع اصلی پرسیده شد.

لینکلن و گوبا، چهار معیار را به منظور سنجش دقت در تحقیقات کیفی مطرح می‌کنند که مبتنی بر مفاهیمی چون اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت اعتماد و سازگاری است.

تحقیق کیفی حاضر در راستای تحقق اهداف فوق و باهدف درک و روشن کردن فهم تجربه زنان نابارور بر اساس معیارهای فوق انجام شد. اعتبار در این تحقیق، تصویرسازی دقیق و واقعی از تجربه زیسته زنان مورد مصاحبه بود که در تعامل با محقق بودند. همچنین با پیاده‌سازی کامل متون مصاحبه سعی شد تا تحریف در مصاحبه‌ها نباشد (Lincoln & Guba, 1991).

همچنین از تکنیک مثلث‌سازی با بررسی متقابل داده‌ها و تفاسیر آنها، توسط دو محقق کیفی به دست آمد. قابلیت انتقال با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و ارائه توصیفی غلیظ و داده‌های قوی با طیف وسیعی از اطلاعات از زنان مورد مصاحبه حاصل شد. به‌زعم لینکلن و گوبا، از «قابلیت اعتماد» در تحقیقات کیفی مترادف با مفهوم «پایایی» در تحلیل کمی استفاده می‌کنند. قابلیت اطمینان داشتن در این مقاله با کمک محقق در میدان که متخصص مطالعات خانواده بود و نویسنده مسئول انجام شد. هر مضمون و توصیف جدیدی که توسط محقق به دست آمد، مورد بررسی قرار گرفت. سپس با تحلیل مضمونی و پس از توافق هر دو تحلیلگر مضامین نهایی استخراج گردید.

یافته‌های توصیفی: معرفی میدان تحقیق

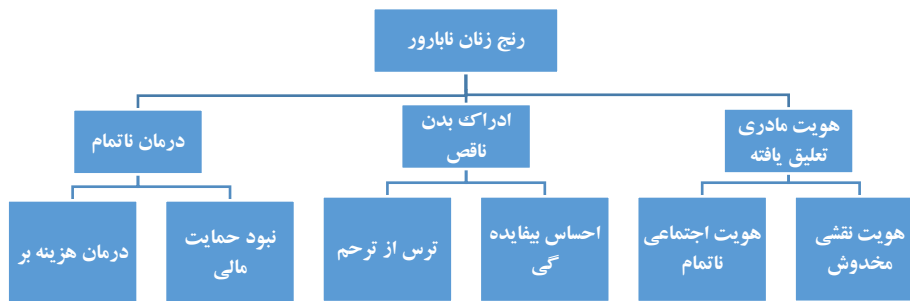
در این پژوهش بر اساس روش مصاحبه نیمه ساخت‌یافته با ۲۱ فرد نابارور که با محدوده سنی ۲۳ تا ۵۰ سال در موضوع تحقیق مشارکت داشته‌اند، گفتگو شده است. سپس محتوای حاصل از این مصاحبه‌ها کدگذاری شده و نتایج به‌دست‌آمده تحلیل و ارائه شده است. در این بین از نظر تحصیلات ۱۲ نفر در محدوده ابتدایی تا دیپلم، ۶ نفر با تحصیلات بالاتر از دیپلم تا کارشناسی، ۳ نفر در مقطع تحصیلی فوق کارشناسی قرار دارند. از نظر وضعیت اشتغال ۱۴ نفر از خانم‌ها خانه‌دار و مابقی (۷ نفر) علاوه بر خانه‌داری به کار دیگری اشتغال دارند. ۱۰ نفر از این افراد سابقه ناباروری ۱۰ سال و بیشتر داشته و ۱۱ نفر کمتر از ۱۰ سال است که نابارور بوده‌اند. همسران مشارکت‌کنندگان ۶ نفر شغل آزاد، ۶ نفر کارگر و ۹ نفر کارمند هستند.

یافته‌های تحلیلی

در این بخش تصویری از مجموع مضامین اصلی و فرعی به‌عنوان یافته‌های مقاله حاضر ارائه شده که مبتنی بر معرفی ۳ مضمون اصلی (هویت مادری تعلیق یافته، ادراک بدن ناقص، درمان ناتمام) و مضامین فرعی و مفاهیم است.

شکل ۱. مضامین اصلی، فرعی و مفاهیم (یافته‌های تحقیق)

Figure 1. Main themes, sub-themes and concepts (research findings)



مضمون اصلی اول: هویت مادری تعلیق یافته

مضمون فرعی: هویت نقشی مخدوش

هویت نقش به‌عنوان احساس عزت‌نفس، موفقیت و کامیابی به‌واسطه اجرای نقش‌ها، در زنان نابارور مخدوش می‌شود چراکه مادری به‌عنوان یکی از وظایف محوله جنسیتی به زنان، برای آنکه ممکن نیست. عدم موفقیت در اجرای نقش‌های جنسیتی، با کاهش عزت‌نفس، احساس کامیابی همراه است و زنان را به فقدان و اندوه دچار می‌کند. احساساتی نظیر احساس شکست، حسرت، افسردگی و اضطراب ناشی از ناتوانی در اجرای نقش‌های جنسیتی است که مادری هم یکی از آنهاست.

مفهوم احساس شکست: طبق نظریه خود و من زمانی که فقدان یک چیز برای «خود» فرد، اساسی باشد می‌تواند به ادراک او آسیب برساند و موجب احساساتی نظیر ناامیدی، استرس، خشم، اضطراب و احساس شرمندگی و غیره شود. از این‌رو زنان نابارور به دلیل عدم موفقیت در اجرای نقش فردی و اجتماعی احساس بی‌کفایتی و گناه می‌کنند.

تکتم: «خیلی حس بدی بود حس شکست بهت دست می‌دهد اینکه نمی‌توانی یک کاری درست انجام بدهی».

سارا: «واقعاً بعد از چند سال خسته شدم حس شکست داشتم بعد از کاشت‌هایی که داشتم و ناموفق بود همه گروه‌ها و ترک کردم تمام گروه‌های تلگرامی تا هر چه داشتم و ترک کردم هیچ‌جا نمی‌رفتم و واقعاً حس شکست داشتم».

گاهی این احساس شکست گذراست و گاهی تأثیرات عمیقی دارد و فرد را دچار انزوا می‌کند.

مفهوم حسرت: این حسی است که اکثر زنان نابارور تجربه می‌کنند و زمانی بیشتر می‌شود که فرد خود را با گروه همالان، مقایسه می‌کند. نظریه فقدان و اندوه احساس عمیق از دست دادن می‌تواند باعث ایجاد حسرت در فرد شود. کوبلر رأس از دست دادن را باعث غم و اندوه در فرد می‌داند و ناباروران را در این حیطه منحصر به فرد می‌داند چون هر بار با قاعدگی دچار حس از دست دادن و ناکامی می‌شوند.

محدثه: «حسرت که یک جورایی غبطه خوردن، یک جورایی خواستن. این چنین حسی بود. سعی کردم خیلی بهش فکر نکنم».

حال در بعضی این حسرت به غبطه تبدیل شده و بعضی حس حسادت، گاهی هم اهرمی است برای تلاش بیشتر برای ادامه درمان است.

مهدیه: «خانم‌های جوان در فامیل خودم زیاد بودند. هم‌زمان با اکثرشان در یک دوره زمانی ۱۰ ساله، تلاش کردم که باردار بشوم؛ اما تلاش من به نتیجه نرسید و مال آن‌ها شد. خیلی تلاش کردم که حسادت نکنم یا مثلاً غمگین نشوم. در اسلام هم هست. حالا درست یادم نیست جمله‌اش را؛ اما خب غبطه می‌خورم به آن‌ها».

مفهوم افسردگی: افسردگی زیرمجموعه رویکرد تلفیقی است. طبق این رویکرد فرد به‌خاطر این که به در نقش خود به موفقیت نرسیده است احساس می‌کند به بن‌بست رسیده

است. معمولاً حس افسردگی بیشتر بعد از شکست روش‌های درمانی سخت اتفاق می‌افتد که دلایلی همچون مصرف داروهای هورمونی، هزینه بالای درمان، ترس از درمان مجدد، شرایط جسمی و روحی سختی است که در این پروسه به وجود می‌آید؛ و همه این‌ها باعث احساس افسردگی در بسیاری از زنان نابارور شده است.

زهره: «من بعد چند وقت افسردگی گرفتم و داشتم ارشد می‌خواندم درسمو ول کردم هیچ جا نمی‌رفتم ساعت‌ها گریه می‌کردم نه کاری نه درسی نه هیچی فقط به بچه فکر می‌کردم».

برخی دلیل افسردگی خود را انزوا و کم شدن رفت‌وآمدها می‌دانند؛ که برخی دلیل انزوا را کنایه اطرافیان و برخی ناامیدی می‌دانستند.

معصومه: «اگر زیاد می‌رفتم از خونه بیرون می‌گفتند ای بابا این زن که اصلاً توی خونش نمی‌شیند یکسره بیرونه به خودشون نمی‌گن که این زن تنها حوصلش سر میره افسردگی می‌گیره و به خاطر همین حرف‌ها بود که خونه نشینش شدم و انتقدر افسرده».

مفهوم اضطراب: همچنین می‌توان گفت در مضمون ناباروری، استیگما در حقیقت انتقال درد خصوصی فرد نابارور به دردی آشکار شده در سطح اجتماع است که دردی بس آزاردهنده‌تر از خود ناباروری است و اگر افراد استرس فاش شدن رازشان را نداشتند با مشکلات کمتری مواجه می‌شدند.

سمیه: «خیلی دلهره داشتم. فکر می‌کردم الان یکی یک حرفی بزند یک چیزی بگوید ولی خب زیاد پیش نیامد برایم خودم ناراحت بودم. الان فکر می‌کنم کار اشتباهی می‌کردم باید قوی‌تر می‌بودم بالاخره یک چیز طبیعی بود بالاخره باید با آن کنار می‌آمدم نباید این‌قدر خودم رو اذیت می‌کردم دست خودم که نبود خواست خدا بود ولی خودم خودم رو اذیت می‌کردم».

ناباروران همچنین نگران قضاوت دیگران نسبت به خود و واکنش آن‌ها هنگام فهمیدن و

تغییر رفتارشان هستند. در این زمینه لانسدون بیان می‌کند شرایط استیگما، ارتباط وثیقی با بعد اجتماعی و روانی ناباروری دارد و فرد نابارور با توجه به تجاربی که از طرف اجتماع دارد از پذیرش خود به‌عنوان فردی همانند افراد دیگر امتناع می‌کند. در این شرایط فرد احساس ناامنی شدیدی دارد چراکه از وضعیت خود از نگاه دیگران مطمئن نیست و نوعی بلا تکلیفی به دنبال دارد.

مضمون فرعی: هویت اجتماعی ناتمام

هویت اجتماعی، ناظر بر تعلق فرد به گروه‌ها و پذیرش و اجرای هنجارهای آن‌هاست. مادر شدن یکی از هنجارهای جنسیتی مورد تأیید جامعه برای زنان است و می‌تواند تنظیم‌کننده روابط زنان، ایجاد شبکه‌های دوستی و اجتماعی جدید و متفاوت باشد؛ مانند دوستی و روابط خانوادگی که میان زنان دارای فرزند به‌واسطه دوستی فرزندانشان ایجاد می‌شود. همان‌طور که در بخش ملاحظات مفهومی نیز بیان شد، در فرایند شکل‌گیری و توسعه هویت اجتماعی، فرایندهای مقایسه و طبقه‌بندی اجتماعی صورت می‌گیرد و افراد به‌واسطه شباهت به گروه، درون گروه یا خارج از گروه تعریف می‌شوند. مادری با دربرداشتن وظایفی چون مراقب‌تگری و پرورش فرزندان، در زنان ایجاد حس کارآمدی می‌کند و آن‌ها را هم‌راستا با هنجارهای جامعه نشان می‌دهد؛ اما هویت اجتماعی ناتمام، به نقص و قصور زنان در برقراری ارتباط، ایجاد پیوندهای اجتماعی و طرد آن‌ها از جامعه‌ای که فرزند داشتن را برای خانواده ارزشمند می‌داند، می‌انجامد؛ بنابراین زنان نابارور همواره خود را مقصر دانسته و به‌نوعی همواره مورد قضاوت خود هستند. احساساتی که در آن‌ها میل به تشدید عذاب وجدان را پدید می‌آورد.

مفهوم ترس از قصور: اغلب افراد جامعه باروری را وظیفه زنان دانسته و در صورت عدم داشتن فرزند ناخودآگاه و بر اساس پیش‌فرض‌های مردسالارانه حاکم بر جامعه، ذهن‌ها به سمت این می‌رود که جنس زن مشکل دارد و یا این که زن مقصر در ناباروری است. این نگاه برگرفته از فرهنگ غالب در جامعه است که باروری و داشتن فرزند اصل اساسی

زندگی است و این اصل هم تماماً بر عهده زنان است. به طور کلی در نگاه افراد خانواده بدون فرزند، خانواده‌ای اساساً ناقص است و این وظیفه زن است که به نوعی این نقص را برطرف کند.

زهرة: «در کل این طوری بود که همه فکر می‌کنند مشکل از من - زن - است خوب یعنی حتی بالاینکه ما نگفته بودیم مشکل از منه ولی حدس می‌زدند».

مفهوم عذاب وجدان معنوی: برخی از زنان - متأثر از شرایط و برخوردهای جامعه با آنان - معضل ناباروری خود را نوعی عذاب الهی برای زندگی خود می‌بینند و آن را به تقدیر خدا برای زندگی شان مرتبط می‌دانند. آن‌ها می‌گویند: مگر چه گناهی کردیم که خدا چنین آزمایشی برای ما قرار داده است؛ چه گناهی در رفتار و کردار ماهاست که خدا به ما این نعمت را عطا نمی‌کند... احساس عذاب الهی، یا عذاب وجدان معنوی را می‌توان مانند اضطراب و احساس شرمندگی و غیره ذیل نظریه خود و من تبیین کرد؛ زیرا فقدان فرزند برای فرد به ادراک او آسیب رسانده و باعث شده تا بینش‌های غیرمنطقی را بپذیرد و آن‌ها را در زندگی خودش به رسمیت بشناسد.

مهدیه: «نه اینکه بخواهم خیلی عذاب وجدان و فشار روحی بیمارگونه داشته باشم اما به قول معروف خودم مخصوصاً بعد از اینکه در روش‌های مادی راهی پیدا نشد به این فکر کردم که دنبال آن گره معنوی بگردم. اینکه ممکن است عامل معنوی از سمت ما باشد و من دنبال آن گشتم».

گاهی این اتهام از اطرافیان به شخص انتقال داده می‌شود: آن‌ها فرد نابارور را متهم می‌کنند به این که چون فلان کار را انجام دادی خدا جوابت را داده یا خدا زده توی سرت.

مریم: «خیلی سال پیش یک بحث کوچکی با کسی داشتم و بعدش هم معذرت‌خواهی کردم. ولی او گفت این طوری هستید که خدا به شما بچه نمی‌دهد لیاقت ندارید لیاقت مادر شدن ندارید».

فهیمة: «این هم یکی بهم گفت چون یه بار دل منو شکستی خدا جوابت را داده و

حالا بچه‌دار نمی‌شید. خودم هم حس می‌کنم چون اول زندگی گفتم بچه نمی‌خوام
حالا که می‌توان خدا میگه من نمی‌دم هیچ وقت نباید کاری رو از جانب خودت
بدونی».

مفهوم قضاوت خود: در شرایط سخت و چالش‌های متعدد به‌وجود آمده برای زن نابارور، اگر فضای اجتماعی هم او را تحت فشار قرار دهد و انگ‌ها و نسبت‌های ناروا به او داده شود، او به‌نوعی بدبینی مزمن گرفتار می‌شود. به این معنی که ممکن است آن نسبت‌ها را درست بداند و خود را شایسته یک منزلت اجتماعی مناسب نداند. در مواقعی نیز ناباروری باعث شده فرد نسبت به خود حس منفی پیدا کند هرچند این موارد اندک بوده اما بازهم نشان از تأثیر رفتار اجتماعی بر کنش‌های فردی و دستگاه ادراک و شناختی او دارد.

زهرا: «ولی حس ناراحت‌کننده‌ای هم داشتم که چرا بدن من این‌طور است. چرا نمی‌تونم باردار بشم. این همیشه مثل یک خوره توی وجودم هست که چرا من مثل بقیه نیستم، بدنم مثل بقیه خانم‌ها نیست. همیشه فکر می‌کنم که نسبت به هم‌سن و سال‌های خودم که بچه دارند، یک چیزی کم دارم. من شرایطم خاصه. اونها شرایط بهتری دارند و خیلی مشکلات کمتری دارند چون بچه دارند. آن روز هم یک خانمی در مرکز ناباروری می‌گفت بقیه فکر می‌کنند من ناقصم».

مضمون اصلی دوم: ادراک بدن ناقص

مفهوم احساس ننگ: احساس شرمی است که فرد انگ‌خورده تجربه می‌کند و به‌خاطر درونی شدن این حس، استانداردهای زندگی او تحت تأثیر قرار می‌گیرد. طبق نظریه گافمن وقتی یک ویژگی در جامعه اصل محسوب می‌شود افرادی که فاقد آن ویژگی باشند دچار سرخوردگی می‌شوند؛ زیرا افراد جامعه او را دارای شخصیت کاملی نمی‌دانند. حتی اگر ویژگی‌های مثبت و برجسته فراوان داشته باشند اما بازهم در جامعه، فرد ناقصی به حساب می‌آید.

مهدیه: «تولید این بچه این‌حال آن‌ها به صورت یک نقص جلوه می‌کند حالا یکی

هست که سرطان دارد فکر نمی‌کند که او یک نقصی دارد ولی اینکه چون منجر به تولید انسان می‌شد و آن بچه و آن حضور و آن خلأ بچه شاید به خاطر این است که این قدر به شکل نقص جلوه می‌کند».

گاهی زن ناباروری را نقصی غیرقابل درمان می‌دانند و تلاش‌های درمانی ناباروران را بیهوده می‌دانند و تنها راه موجود را جدایی می‌بینند. همچنین ناباروری برای انسان معادل بی‌ثمری و نقص محسوب می‌شود و افرا نابارور و خانواده‌هایشان سعی می‌کنند به هر نحوی این انگ را از خود دور کنند.

فائزه: «خواهرشوهرم یه بارم بهم می‌گفت که نه تو که بچه‌دار نمی‌شی چرا این قدر تلاش می‌کنی و دکتر می‌ری خرج می‌کنی پشت سرم توی فامیل می‌گن مشکل از عروسمنه حتی یواشکی از مدارکم عکس می‌گیرند به بقیه نشون می‌دهند که ثابت کنند پسرشون مشکلی نداره».

مفهوم ترس از ترحم: یکی از شرایط ناکام کننده اجتماعی برای زن نابارور، احساس ترحم اطرافیان و افراد جامعه نسبت به آنهاست. شاید بتوان با استفاده از نظریه برساخت ناباروری این حس ترحم را با برساخت اجتماعی مفهوم نقص مرتبط کرد؛ زیرا با توجه به این نظریه افراد جامعه بارور بودن را برای یک زن اصل دانسته و ناباروری به مثابه یک نقص و عدم تکامل محسوب می‌شود. به همین دلیل کسی که در جامعه دچار نقص باشد مورد ترحم هم قرار می‌گیرند

ریحانه: «بیشتر دلسوزی می‌کنند ولی این دلسوزی هم خیلی آدم را اذیت می‌کند حالا شاید هم آنها از روی دلسوزی بگویند واقعاً ولی خب این رفتارها به نظرم درست نیست این بخواهد این قدر دلسوزی خوب نیست مثلاً هرکسی بچه می‌آورد می‌گویند که ان شاءالله... خدا به این هم بدهد یا مثلاً هر حرفی هر جا بخواهند دعا بکنند اول اسم ما را می‌گویند خب این طوری اصلاً خوب نیست آدم اذیت می‌شود».

مفهوم احساس بی‌فایده‌گی: طبق نظریه داغ گافمن کسی که دچار نقص در یکی از ویژگی‌های ایدئال اجتماعی باشد علاوه بر متهم شدن به ناقص بودن، انگ بی‌فایده بودن نیز می‌خورد. در فرهنگ ما کنایه قدیمی «کور بودن اجاق زن» به موضوع ناباروری اشاره می‌کند. این کنایه در واقع تمام شخصیت زن را زیر سؤال می‌برد چراکه تمام شخصیت و کارکرد او را در باروری و فرزندآوری یا فرزند داشتن می‌داند.

در این زمینه لانسدون بیان می‌کند شرایط استیگما، ارتباط وثیقی با بعد اجتماعی و روانی ناباروری دارد و فرد نابارور با توجه به تجاربی که از طرف اجتماع دارد از پذیرش خود به‌عنوان فردی همانند افراد دیگر امتناع می‌کند. در این شرایط فرد احساس ناامنی شدیدی دارد چراکه از وضعیت خود از نگاه دیگران مطمئن نیست و نوعی بلا تکلیفی به دنبال دارد. همچنین دیموند و همکارانش بیان می‌کنند زوجین احساس می‌کنند به‌نوعی مرزها و دیوارهای زندگی خصوصی آن‌ها از دست رفته است. این فرایندها می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی از طرف زوجین شود و اطرافیان و بستگان را بیشتر به قطع ارتباط با آن‌ها تشویق کند. چراکه ممکن است مردم برای همدردی با زوجین نابارور، ارتباط خود با آن‌ها را کم کنند و یا آن‌ها را به حال خود رها سازند. مجموع این‌ها منجر به افزایش وضعیت استیگما خواهد شد.

مرضیه: «اطرافیان تیکه مینداختن که اجاق کوره و تونمی‌تونی بچه‌دار بشی و... زن نیستی. به چشم مجرم نباید به زن نگاه کنند که تونازا هستی و اجاق کوری».

تعبیری دیگری مانند عرضه نداشتن، ثمر نداشتن، سفیدبخت نبودن و... هم از مواردی که نمونه‌های مصاحبه در این پژوهش بیان کردند و همگی را نوعی تحقیر ساختاری و اجتماعی علیه شخصیت و زنانگی خود می‌دانند.

فائزه: «پدرشوهرم یه بار بهم گفت که تو درخت بی میوه‌ای تو ثمرنداری خیلی من ناراحت شدم و واقعاً بهم برخورد مادرشوهرم یه بار بهم گفت که زمین بی حاصلی هرچه آب به پات بریزن حاصل نداری میوه نداری اینا خیلی منو عذاب می‌ده».

مضمون اصلی سوم: درمان ناتمام

با توجه به همه مصاحبه‌ها نمونه‌های پژوهش به‌طور متغیر شرایط اقتصادی از ضعیف تا خوب را دارند برای مثال برخی از نمونه‌ها شرایط اقتصادی بسیار ضعیف دارند که شرایط سختی را تجربه کردند و گاهی از درمان محروم شدند یا به‌سختی به درمان پرداختند. برخی وضع اقتصادی متوسط و بعضی هم شرایط خوبی داشتند و توانستند به‌راحتی از پس هزینه‌ها بر بیایند.

مضمون فرعی: نبود حمایت مالی

مفهوم عدم حمایت مالی دیگران: بسیاری از زنان ابراز کردند که از حمایت عاطفی خانواده خود برخوردارند ولی حمایت مالی فقط توسط عده‌ای اندک انجام شده است و معمولاً هزینه‌های درمان به‌عهده خود زن و شوهر بوده است.

سارا: «به لحاظ کمک کردن هم خانواده خودم فقط دل‌داری می‌دادن می‌گفتن حالا همیشه چه عجله‌ای دارید خدا هر وقت بخواد می‌ده اما به‌لحاظ مالی هیچ‌کس کمک نکرد».

مفهوم عدم همراهی مالی همسر: در برخی از موارد پژوهش این مسئله بیان شده که هزینه‌های درمان توسط خود زنان نابارور و خانواده‌ی او تأمین شده است و دلیل آن گاهی عدم تمکن مالی مرد بوده است که در این موارد زن به میل خودش از حقوق خود به درمان پرداخته است.

سارا: «هزینه درمان از اول همیشه گفت با خودم بود شوهرم درآمد بالایی نداشت کلاً هزینه درمان را از حقوق خودم می‌دادم وام می‌گرفتم و تقریباً بیشتر حقوقم رو همیشه قسط می‌دادم».

برخی از مردان هم که تعداد کمی دارند با وجود تمکن مالی از هزینه کردن خودداری کرده و می‌گویند به‌خاطر اینکه مشکل ناباروری از زن است پس هزینه‌اش را هم باید زن و خانواده‌اش پردازند.

فائزه: «شوهرم یکی دو بار اولی که آی.وی.اف کردم هزینه‌ها رو داد ولی الان دیگه منو اذیت می‌کنه و می‌گه پول درمان باید پدرت بده من توی گل گیر کردم باباتم باید بگیر کنه عمل لوله باز کردن و آی.وی.اف رو همه رو پدرم داد بهم گفت اگر این عمل بگیره پول پدرتو پس می‌دهم ولی اگر نگیره یک تومن هم دیگه خرجت نمی‌کنم و خسته شدم».

مضمون فرعی درمان هزینه بر

مفهوم قشر کم‌درآمد: بیشتر زن نابارور یکی از مشکلات اصلی‌شان در مسیر درمان را مشکلات مالی عنوان کردند. هزینه‌های درمان بسیار بالا و پوشش بیمه بسیار محدود است و این مشکلات زیادی ایجاد می‌کند. گاهی افراد از هزینه‌های جانبی خود دست کشیده، شبانه‌روز کار می‌کنند تا بتوانند به درمان بپردازند. این زنان معمولاً از طبقه‌ای هستند که درآمد مستقل از همسر ندارند یا اینکه حتی درآمد زن و شوهر با هم کفاف مدیریت مالی خانواده را نمی‌دهد.

زینب: «شوهرم می‌رود کارگری می‌کند هر چه درآمد دارد خرج دکتر می‌کنیم این طوری نیست که مثلاً حتی برای خودمان بخواهیم یک لباسی بخریم تا این حد. این قدر پس‌انداز می‌کنیم فقط همه‌اش خرج دکتر می‌شود و چون دکتر هم گفته آی.وی.اف کنید بعد هزینه‌های آی.وی.اف و داروهای آن خیلی گران هستند برای خاطر آن دیگر درآمدی که داریم پس‌انداز می‌کنیم برای دکتر».

علاوه بر نگرانی برای تهیه هزینه‌ها، برخی دچار عذاب وجدان هم می‌شوند و از اینکه به خاطر مشکل خودشان، همسرشان به سختی می‌افتد احساس بدی دارند.

نسترن: «اینکه خودم می‌دانستم همسرم پول ندارد ولی این هزینه درمان را می‌دهد خب اذیت بودم از لحاظ روحی روانی. میانگین مثلاً حساب می‌کردم شاید ماهی یک و پانصد من هزینه درمانی داشتم و آن خیلی سنگین بود برای ما».

هزینه‌های بالای درمان و شرایط اقتصادی و تورم از جمله موانع جدی برای درمان ناباروری

محسوب می‌شود. عدم پوشش بیمه در بیشتر موارد و پوشش ندادن داروهای لازم، نیز مشکل را دوچندان کرده است. در بین افراد مصاحبه شده، چندین مورد به این نکته اشاره کردند که به خاطر بالا بودن هزینه‌ها از درمان بازمانده یا آن را ناتمام رها کرده‌اند.

فاطمه: «به نظر من اگر که هزینه‌ها پایین بود و دولت کمک‌هایی می‌کرد صد درصد من تا الآن بچه دار بود و رفته بودم دنبال درمان و به نتیجه رسیده بودم توی این ۲۰ سال».

تکتم: «اگر هزینه‌ها کم بود خیلی بیشتر و زودتر پیگیری می‌کردیم مثلاً تکرارش می‌کردیم که بالاخره نتیجه بگیریم چون مثلاً دکترها می‌گویند سالی چند دفعه می‌توانید تکرار کنید ولی خب همین هزینه‌های آن دست و پای آدم را می‌بندد».

مفهوم استقراض: برخی از زنان نیز مجبور هستند در مسیر درمان نازایی، استقراض کرده و وام‌هایی را اخذ کنند که با توجه به اینکه اغلب خود درآمدزایی مستقلی ندارند، باری بر دوش خانواده است و برای آن‌ها عذاب وجدان به دنبال دارد و پیامدهای روانی و اجتماعی ناباروری‌شان را تعمیق می‌بخشد. در مواردی نیز آن‌ها مجبور به تحمل شیفت‌های کاری طولانی برای تأمین هزینه‌های درمانشان بودند که با توجه به فشار جسمی وارده بر آن‌ها، کیفیت سلامتی آن‌ها را مورد اثر قرار داده و خود عامل استرس بیشتر و در نتیجه درمان طولانی‌تر برای آن‌ها بود.

مهسا: «واقعاً از نظر هزینه‌ها خیلی سختی کشیدم. دو شیفته کار می‌کردم. بعضی ماه‌ها از اطرافیان قرض می‌کردم. واقعاً سخت است. بیشتر مشکلات مربوط به درمان و این‌هاست. وسیله نداریم برای رفت و برگشت به بیمارستان. حتی ما وسیله خوب نداشتیم و یادمه یه بار با موتور رفتیم برای عکس رنگی و بعد از اون خیلی درد داشتیم و حالم بد بود و شوهرم منو با شال گردن بست به کمر خودش روی موتور تا از روی موتور نیفتیم».

در راستای ارائه مدل نهایی مقاله، می‌توان از ۳ یافته مشخص سخن گفت که در میان یافته‌های ارائه شده، از اهمیت بیشتری برخوردار است. مهم‌ترین یافته، معنای فرزند در

زندگی زنان مورد مصاحبه است. معنای فرزند، برای زنان نابارور، عمیق و حیاتی است به طوری که آن را معنابخش به زندگی خانوادگی، عنصری ضروری، به‌مثابه سرمایه، مایه افتخار و تثبیت جایگاه خود در خانواده می‌دانند. احترام به مادر و شأن و منزلت مادری به‌واسطه، وجهی عمده و غالب در تجربه و اندیشه زنان مورد مطالعه دارد و به انگاره‌ای بنیادین تبدیل شده به طوری که آن‌ها، شخصیت خود را در ارتباط با مفهوم مادری تعریف می‌کنند و کمال زن را در آن می‌بینند. همان‌گونه که دویچ هم در تحقیقاتش نشان می‌دهد، زنان به‌گونه‌ای منفعلانه و غیرفعال، در انتظار باروری هستند و زندگی آن‌ها تنها در مقطعی فعال است که تجربه مادری را کسب می‌کنند.

نکته مهم دیگر در یافته‌های حاصل از میدان مطالعه، برداشت از خانواده ایدئال است. این برداشت، یک خانواده ایدئال را فاقد مشکل میان زوجین، فاقد چالش و ناسازگاری می‌داند. داشتن فرزند هدف و عامل موفقیت خانواده قلمداد می‌شود و نداشتن فرزند، چالشی است که زندگی خانوادگی را از مدل ایده آلتش دور می‌کند. به نظر می‌رسد خانواده بدون فرزند و پذیرش آن، هنوز روایتی نیست که موردپسند زنان باشد. در واقع هزینه‌های اجتماعی و روان‌شناختی تحمیل شده به زنان در موقعیت ناباروری، موجب می‌شود که آن‌ها نیز از خود، بارور شدن را به‌مثابه یک مسئولیت غیرقابل تغییر، داشته باشند بنابراین در نقطه مقابل مادری و جایگاهش در جامعه، بازتولید مفهوم زن ناقص قرار دارد که توسط خود زنان نابارور نیز، بازتولید می‌شود. باور به این ایده و بازتولید آن را می‌توان در رفتارها و واکنش‌های زنان نابارور و بروز احساساتی چون تنهایی، گوشه‌گزینی، دوری از شبکه‌های روابط اجتماعی، افسردگی، ناامیدی و بی‌معنا شدن زندگی برای آن‌ها، نظاره کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

فرزندآوری همواره به‌عنوان یکی از کارکردهای مهم خانواده متعارف به‌حساب می‌آید و داشتن فرزند بیشتر نشانی از تداوم خانواده و به‌مثابه یک ارزش برای خانواده می‌باشد. در این راستا نداشتن فرزند، برای خانواده ایرانی، یک دغدغه است و بیشترین پیامدهای آن به

زنان باز می‌گردد. پژوهش حاضر باهدف مطالعه تجربه زیسته زنان نابارور با تأکید بر زنان ساکن در مشهد سعی داشت به بیان مشکلات و دغدغه‌هایی اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی آنها پردازد.

از منظر نظری، مروری بر نظریات روان‌کاوی مبتنی بر جنسیت، نظریه «خود و من»، نظریه روزنبرگ و مفهوم برداشت از خود، نظریه گافمن و مفهوم فاصله نقش و داغ، ویلیامز و همکارانش در چارچوب زیستی-روانی-اجتماعی، نظریه لیپ اشتاین مبتنی بر رویکردی اقتصادی-اجتماعی انجام شد؛ اما با توجه به مسئله اصلی در مقاله حاضر که همانا فهم تجربه زنان نابارور و دغدغه‌ها و مشکلات آنها است، چارچوب مفهومی متشکل از مفاهیمی چون بر ساخت ناباروری، انگ (داغ) ناباروری، فقدان و اندوه و هویت نقش برای تحلیل یافته‌ها انتخاب شد. در بخش روش‌شناسی نیز مبتنی بر رویکرد کیفی در پژوهش از روش تحلیل تماتیک برای تحلیل مصاحبه‌های نیمه ساختمند با زنان نابارور ساکن در مشهد، استفاده شد.

در روند مصاحبه با زنان نابارور، روایت‌های مختلفی، شنیده شد که می‌بایست با تجمیع نقاط و مواضع مشترک در پاسخ‌ها، موارد اصلی و مشترک، استخراج گردد. بر این اساس در پاسخ به این سؤال که: «زنان نابارور چه تجربه‌ای را از سر گذرانده‌اند و با چه مشکلاتی مواجه بوده‌اند؟» می‌توان گفت که: تجربه زنان از ناباروری به ۳ مضمون اصلی: هویت مادری تعلیق یافته، ادراک بدن ناقص و درمان ناتمام اشاره دارد.

ناباروری مسئله‌ای است که در جنبه‌های مختلف زندگی زنان نابارور، اثرگذار است و پیامدهایی متعددی برای فرد نابارور در زندگی شخصی و اجتماعی دارد. بستر اجتماعی که فرد در آن قرار دارد و فرهنگ حاکم بر آن، اثر فراوانی در مثبت یا منفی بودن پیامدهای ناباروری در تجربه زنان دارد. اگر فرهنگ جامعه فرد نابارور را طرد کند، فرد مشکلات جسمی و روحی فراوانی علاوه بر مشکلات ناباروری پیدا می‌کند. اگر او توسط اطرافیان درک شود، به لحاظ روحی و جسمی وضعیت بهتری پیدا می‌کند و این به روند درمان نیز کمک می‌کند. حال آنکه ناباروری موجب می‌شود تا هویت مادری برای زنان به

تعلیق در آید.

هویت مادری تعلیق یافته، به عدم تکمیل هویت نقشی و هویت اجتماعی زنان نابارور، اشاره دارد. زنان به واسطه عدم توانایی در اجرای نقش جنسیتی که طبیعت به آنها محول کرده یعنی مادری، خود را ناکارآمد ارزیابی می‌کنند. عدم موفقیت در تکمیل نقش‌های جنسیتی، در آنها احساسات منفی متعددی را به وجود می‌آورد که به حس شکست، بی‌فایده‌گی و رنج منتهی می‌گردد. هویت نقشی اختلال یافته زنان نابارور، موجب می‌شود که هویت اجتماعی آنها نیز با تنش مواجه شود. به این معنی که اگرچه آنها به صورت طبیعی و نه به میل خودشان، توانایی مادر شدن را از دست داده‌اند- اما به هر جهت، در مسیر مخالف هنجارهای مورد تأیید جامعه، یعنی مادری، قرار دارند و مدیریت روابط در گروه‌های اجتماعی برای آنها دشوار می‌شود. جامعه آنها را در مسیر خلاف با ارزش‌ها خود می‌بیند و مورد قضاوت قرار می‌دهد. هویت نقشی و اجتماعی مختل شده و هویت مادری آنها تا مادامی که در فرایند درمان، به نتیجه مثبتی دست یابند، به تعلیق درمی‌آید. آنگاه بار دیگر فرایندهای قضاوت جامعه نسبت به آنها و مقایسه آنها با گروه‌های مورد تأیید جامعه، فعال می‌شود و آنها را به‌عنوان عضوی درون گروه یا خودی، بازمی‌شناسد.

از سوی دیگر اختلال در هویت نقشی و عدم موفقیت در انجام تمام و کمال نقش جنسیتی مادری، آنها را دچار فقدان و اندوه، احساس عمیق از دست دادن و حسرت می‌کند. این احساسات همان‌طور که کوبلر رأس می‌گوید، هر بار با بروز دوره قاعدگی و پایان امید زنان از تلاش‌هایشان برای بارور شدن، به آنها بازمی‌گردد. گاهی این احساسات به قدری قوی می‌شود که فرد دچار افسردگی شده و زندگی‌اش دچار اختلال می‌شود. آنها به‌خاطر دوری از کنایه‌های مردم از جامعه فاصله می‌گیرند و این انزوا موجب افسردگی و بازتولید آن می‌شود. بازتولید افسردگی خود به انزوای خود خواسته زنان، منتهی می‌گردد.

مضمون دیگر به ادراک بدن ناقص در زنان نابارور اشاره دارد که نشان می‌دهد آنها

با «خود» و تعریف آن، دچار مشکل شده و نسبت به خود، واکنش نشان می‌دهد. در واقع زنان نابارور خود را، به‌مثابه یک ابژه و از بیرون مورد قضاوت قرار داده و به عدم توانایی‌شان در بارور شدن، واکنش نشان می‌دهند. همان ایده‌ای که روزنبرگ از آن تحت عنوان برداشت از خود یاد می‌کند. زنان نابارور حتی اگر ناباروری و علت آن را هم پنهان کنند، بازهم خود را مقصر می‌دانند و برداشتشان از خود، مبتنی بر نقص است. جامعه نیز در این فرایند برداشت از خود و قضاوتی که زنان نابارور نسبت به خود دارند، نقش مؤثری دارد و آن‌قدر اهمیت فرزند آوری را به زن یادآوری می‌کند که زن، دچار عذاب وجدان شده و خود را ناقص، دچار عذاب الهی یا محروم از نعمت او، می‌داند. احساس عذاب الهی، یا عذاب وجدان معنوی را می‌توان با احساساتی چون اضطراب و احساس شرمندگی، بیان کرد؛ بنابراین فقدان توانایی فرزندآوری، در باور یک زن، او را به عرصه انتقاد از خود می‌کشاند و به ادراک او از خود، آسیب می‌رساند.

آخرین مضمون اصلی، درمان ناتمام است که با مضامین فرعی چون درمان هزینه‌بر و نبود حمایت مالی مشخص می‌شوند. در این قسمت مشکلات زنان نابارور، در مسیر درمان شنیده شد که حاکی از مشکلات متعددی مانند عدم حمایت مالی اطرافیان، اجبار به استقراض، عدم همراهی مالی از سوی همسر، وضعیت اقتصادی ضعیف خانواده بود. زنان نابارور بیان کردند که بار اصلی هزینه درمان به دوش خودشان بوده و اطرافیان و افراد خانواده، کمک مالی نمی‌کنند. چنین واکنشی و عدم همراهی از سوی همسر و اطرافیان گاهی به خاطر عدم تمکن مالی است ولی اغلب و در کمال تأسف به علت مقصر دانستن زن در ناباروری است. گاهی این فشار اقتصادی در برخی اقشار کم‌درآمد، به قدری زیاد است که توان ادامه درمان را، از آن‌ها سلب می‌کند و باعث می‌شود آن‌ها با مشکلات فراوان و دوشغلی بودن و استقراض به‌سختی هزینه‌های درمان را بپردازند. عدم پوشش بیمه در این زمینه شرایط بسیار سختی را برای این گروه به وجود آورده است.

اما در کنار تمامی مشکلات و چالش‌هایی که زنان نابارور تحمل می‌کنند، بازتولید و بر ساخت ناباروری به‌مثابه نقصی زنانه، قابل تأمل و نگرانی است. فهم این یافته به‌ویژه با

توجه به بافت اجتماعی فرهنگی مشهد که مذهبی و مبتنی بر ارزش‌های سنتی برای خانواده است، اهمیت می‌یابد. آمارها نشان می‌دهند که شهرستان مشهد با نرخ باروری ۱,۶ تا ۱,۷ پایین‌ترین میزان باروری در استان خراسان رضوی را دارد. ضمن اینکه به گفته مسئولین مربوطه، میزان ناباروری در مشهد نسبت به سال‌های گذشته ۵ درصد افزایش داشته است (Isna, 2023). اندیشیدن مجدد به تجربه زیسته زنان نابارور مورد مطالعه و ربط آن با بستر فرهنگی و اجتماعی و به‌ویژه آمارهای نگران‌کننده مسئولین، احساسات منفی و تجربه رنج زنان مورد مطالعه را روشن‌تر و قابل‌باور می‌کند. اینکه علی‌رغم پیشرفت علم، افزایش امید به درمان، افزایش سطح سواد عمومی جامعه و تغییرات اجتماعی و اقتصادی در وضعیت و جایگاه زنان، ناباروری همچنان به‌عنوان یک انگ و نقصی زنانه در جامعه بر ساخت و فهم شوندگی و هزینه‌های روانی و اجتماعی متعددی را بر زنان نابارور، تحمیل می‌کند. در این راستا به نظر می‌رسد توجه به چند نکته اهمیت دارد و می‌تواند زیربنایی برای سیاست‌گذاری در حوزه فرهنگ و جمعیت باشد:

- توجه و تأکید ویژه بر حوزه فرهنگ عمومی و ارتقای سطح آگاهی و فرهنگ‌سازی در خصوص نوع مواجهه عموم افراد جامعه و به‌خصوص زنان با زنان نابارور.
- تمرکز سازمان‌های مرتبط با امر ناباروری زنان مانند وزارت بهداشت و معاونت امور زنان و خانواده در راستای رفع مشکلات این گروه از زنان با تأکید بر:
 - ارائه مشاوره‌های خانوادگی و فردی به زنان نابارور در راستای تاب‌آوری و مواجهه با برخوردها و رفتارهای نامناسب خانواده و جامعه.
 - ارائه آموزش‌هایی به‌منظور توسعه مهارت‌های فردی و توانمندی‌های زنان باهدف بازتعریف هویتی آنان و اصلاح نگرش زنان نابارور به خود، تقویت عزت‌نفس و نیز ارتقا سطح اعتماد به‌نفس در آنها.
 - به‌کارگیری ظرفیت‌های آموزشی، رسانه‌ای و تبلیغاتی در راستای فهم بهتر مشکل ناباروری، دلایل و راهکارهای درمان آن به‌جهت مدیریت ترس و استرس در زنان نابارور و مواجهه منطقی سایرین با این گروه.

- ضرورت پوشش بیمه‌ای افراد نابارور و کاهش هزینه‌های درمان توسط سازمان‌های وابسته و حمایت‌های خانواده محور که نه فقط شامل ارائه درمان‌های پزشکی و روانشناسی به زنان نابارور است بلکه نیازمند ارائه مشاوره‌های خانوادگی، ترویج فرهنگی مواجهه کارآمد با مسئله ناباروری و فرهنگ‌سازی دارد.

تشکر و سپاسگزاری

از تمامی زنانی که در این تحقیق شرکت داشتند، سپاسگزاریم.

تعارض منافع

تعارض منافع نداریم.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در نگارش این مقاله مشارکت داشته‌اند.

ORCID

Hamideh Dabbaghi

Zeinab Rafieepoor



<http://orcid.org/0000-0002-7044-9992>



<http://orcid.org/0009-0002-7498-6733>

منابع

- BELL, A. V. (2012). Conceiving infertility: How social class shapes infertile experiences, The University of Michigan, A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (Sociology).
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3.
- Bulcroft, Richard, and Jay Teachman. (2004). Ambiguous constructions: Development of a childless or childfree life course. In *Handbook of contemporary families*, edited by Marilyn Coleman and Lawrence H. Ganong. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Crittenden, Ann. (2001). The price of motherhood: Why the most important job in the world is still the least valued. New York: Owl Books.
- Elahyari, Talat et al. (2018). Infertility and insecurity in married life. *Journal of Social Order*, Volume 11, Number 3, pp. 67-92. [In Persian]
- Ferreira, M, et al (2015). Influence of infertility and fertility adjustment on marital satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 96-103.
- Greil, A., McQuillan, J. and Slauson-Blevins, K. (2011). The Social Construction of Infertility. *Sociology Compass*, 5: 736-746.
- Greil, A.L., Slauson-Blevins, K. and McQuillan, J. (2010), The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32: 140-162.
- Heaton, Tim. B., Cardell K. Jacobson, and Kimberlee Holland. (1999). Persistence and change in decisions to remain childless. *Journal of Marriage and Family* 61: 531-39.
- Isna (2023). News title: 5% increase in infertility in Mashhad, news code: 1402021710524. [In Persian]
- Jones, S. C., & Hunter, M. (1996). The influence of context and discourse on infertility experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 93-111.
- Khodakarami, N. Hashemi, S. Sedifh, S. Hamdieh, M. & Taheripanah, R. (2010). Life Experience with Infertility, A Phenomenological Study *Journal of Reproduction And Infertility*, 10(4 (41)), 287-297. SID. <https://sid.ir/paper/28423/en>. [In Persian]
- Koropecj-Cox, Tanya, and Gretchen Pendell. (2007). The gender gap in attitudes about childlessness in the United States. *Journal of Marriage and Family* 69: 899-913.
- Lincoln YS, Guba EG. (1991). *Nat Inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Miall, C. E. (1985). Perceptions of informal sanctioning and the stigma of

- involuntary childlessness. *Deviant Behavior*, 6(4), 383–403.
- Mohammadpour, Ahmed (2012). *Qualitative research method - anti-method*, volume 1, Tehran: Sociologists. [In Persian]
- Morgan, Phillip, and Rosalind B. King. 2001. Why have children in the 21st century? *European Journal of Population* 17: 3-20.
- Naqib, Farzaneh and Elaha Hijazi. (2015). Reflecting on the identity and experience of infertile women: Saturation in the perspectives of social psychology, counseling and psychotherapy. Tehran: Avai Noor. (In Persian)
- Parry, D. C. (2005). Work, leisure, and support groups: An examination of the ways women with infertility respond to pronatalist ideology. *Sex Roles: A Journal of Research*, 53(5-6), 337–346.
- Pirnia, N. (2000). Investigating the lived experience of infertile women (under treatment with modern fertility technologies in Sari). Allameh Tabatabai University - Faculty of Social Sciences - 2019 - [Master's Degree]. [In Persian]
- Pries, J. S. (2021). Identity, transition to motherhood and consumption choices. Submitted for the Degree of Doctor of Philosophy. Heriot-Watt University Edinburgh. Business School. Available in: https://www.ros.hw.ac.uk/bitstream/handle/10399/4553/PriestJS_1121_ebsSS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ritzer, G. (2019). *Sociological Theory in the Contemporary Era*, translated by Mohsen Thalani, Tehran: Scientific Publications. (In Persian)
- Shavazi, A. Asghari, A. & Nasrabad, R. (2005). Women and Infertility Experience: A Case Study in TEHRAN. *Women In Development And PoliticsS (Women's Research)*, 3(3 (13)), 91-114. SID. <https://sid.ir/paper/404748/en> [In Persian]
- Stets, J.E and Lee, L. (2021). The Mother Identity and Self-Esteem. In book: *Identities in Action, Developments in Identity Theory* (pp.133-153).chapter 7. Available in: [file:///C:/Users/hdaba/Downloads/TheMotherIdentityandSelf-Esteem%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hdaba/Downloads/TheMotherIdentityandSelf-Esteem%20(1).pdf)
- The final report of the national survey of the prevalence of infertility in Iran (2018); Tehran: Tehran University of Medical Sciences. (In Persian)
- Tiu, Mimi MH and et al. (2018). Lived experience of infertility among Hong Kong Chinese women, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13:1.
- Ulrich, Miriam; Weatherall, Ann. (2000). Motherhood and infertility: Viewing motherhood through the lens of infertility. *Feminism & Psychology*;10: 323–36.
- White, L. & et al. (2006). Infertility: testing a help seeking model. *Social science & medicine* (1982), 62(4), 1031–1041.

World Health Organization. (2023). <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility#:~:text=Around%2017.5%25%20of%20the%20adult,prevalence%20of%20infertility%20between%20regions>.

استناد به این مقاله: دباغی، حمیده، رفیعی‌پور، زینب. (۱۴۰۱). ناباروری و رنج زنان (مروری بر مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی نازایی)، فصلنامه علوم اجتماعی، ۲۹(۹۸)، ۸۱-۱۱۹.

DOI: 10.22054/qjss.2023.72483.2610



Social sciences is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License...

