University of Tehran
Faculty of Social Sciences

Sociological Review
(Social Science Letter)

E- ISSN: 2809-1010

Home page: jsr.ut.ac.ir

Infertile Couples in Society: A study of infertile couples with unexplained Infertility disorder

Leila Arabsorkhi[1] | Afsaneh Kamali[2] | Firozeh Ghaffari[3]

1.Corresponding author. PhD student/ Alzahra University, Tehran, iran. E-mail: l.arabsorkhi@gmail.com

2. Assistant Professor, department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran, Tehran, iran. E-mail: afsane_kamali@yahoo.com

3. Department of Endocrinology and Female Infertility,Reproductive Biomedicine Research Center,Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran, Iran; E-mail: ghafaryf@yahoo.com

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:
Received 12 September 2022
Received in revised form 25 January 2024
Accepted 25 January 2024
Published online 21 September 2024

Keywords:
Unexplained infertility, Infertile couple, Phenomenology, To be on threshold, Lived experience

ABSTRACT

Couples' experience of living with infertility is influenced by social values and scientific norms arising from the dominant model of modern medicine. the predominance of the bio-medical model Since the 19th century, and the division of diseases according to the cause of their occurrence, categorized infertility, along with other diseases, as a physical phenomenon which its treatment relies on finding its causes. this research was due to study the lived experience of "infertile couples with unexplained infertility disorder" as a 15% minority who despite having enough potential, do not have children. 22 under-treatment-couples in Royan Institute were participated. In this paper, descriptive phenomenology and 7-step Claizian analysis method were used. The findings were categorized in 13 clusters and 3 categories which include: approaches (the perception of infertility, the perception of being unexplained in infertility, the perception of parenthood as a role, the perception of treatment and the perception to a child), experiences (experience of pressure, experience of sexual relationship, experience of marital relationship and experience of terminated parenting) and fundamental structures (the issue of time, existing possibilities, gender and fatalism). Finally, the Phenomenon of " To be on threshold" explains the lived experience of "infertile couples with unexplained infertility disorder" which refers to observing an uncontrollable situation in which couple with a juxtaposed sense of ambiguity and desperation are willing to reach a level of certainty.

Cite this article: Arabsorkhi, L., Kamali, A., & Ghaffari, F. (2024). Infertile Couples in Society: a study of infertile couples with unexplained Infertility disorder, *Sociological Review (Social Science Letter)*, 31 (1), 47- 77.
DOI: http://doi.org/10.22059/JSR.2024.348590.1796

© The Author(s).

Publisher: University of Tehran Press.

. DOI: http://doi.org/10.22059/JSR.2024.348590.1796

دانشگاه تهران
دانشکده علوم اجتماعی

مطالعات جامعه شناختی
(نامه علوم اجتماعی)

شاپا: ۲۸۰۹-۱۰۱۰

Home page: jsr.ut.ac.ir

زوج‌های بارورخواه در جامعه:
مطالعه تجربه‌زیسته زوج‌های بارورخواه با اختلال ناباروری ناشناخته

لیلا عرب‌سرخی[۱]✉ | افسانه کمالی[۲] | فیروزه غفاری[۳]

۱. نویسنده مسئول، دانشجوی دکترای دانشگاه الزهرا(س)، تهران، ایران. رایانامه: l.arabsorkhi@gmail.com
۲. عضو هیئت علمی گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهرا ، تهران، ایران. رایانامه: afsane_kamali@yahoo.com
۳. پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست شناسی و علوم تولید مثل جهاددانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولیدمثل، گروه اندوکرینولوژی و ناباروری زنان، تهران، ایران.
رایانامه: ghafaryf@yahoo.com

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: مقالهٔ پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۲۱
تاریخ بازنگری:۱۴۰۲/۱۰/۰۵
تاریخ پذیرش:۱۴۰۲/۱۰/۰۵
تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۶/۳۱

کلیدواژه‌ها:
ناباروری ناشناخته، زوج بارورخواه، پدیدارشناسی، آستانگی، تجربه‌زیسته

چکیده

تجربه زوج‌ها از زیست با ناباروری از ارزش‌های اجتماعی و هنجارهای علمی برآمده از الگوی مسلط پزشکی زمانه اثر می‌پذیرد. از قرن ۱۹ میلادی تاکنون، با غلبه مدل زیستی–پزشکی و تقسیم بیماری‌ها بر حسب علّت پیدایش، ناباروری نیز در کنار دیگر بیماری‌ها، به‌عنوان عارضه‌ای جسمی شناخته شد که برای درمان باید علل آن‌را یافت و با تمسک به روش‌های کمک‌باروری در بطن نهادپزشکی آن را درمان کرد. در این پژوهش تجربه‌زیسته «زوج‌های بارورخواه با اختلال ناباروری ناشناخته» به‌عنوان اقلیتی ۱۵درصدی که با وجود پتانسیل‌های کافی جسمی صاحب فرزند نمی‌شوند و در تحقیقات اندکی مورد پژوهش قرار گرفته‌اند، با مشارکت ۲۲ زوج در پژوهشگاه رویان مطالعه شد. در پژوهش حاضر از روش پدیدارشناسی توصیفی و روش تحلیل ۷ گام کلایزی استفاده شده است. یافته‌ها در ۱۳ خوشه و در ۳ گروه شامل: روی‌آورد به ادراک (ناباروری، ناشناختگی در ناباروری، والد شدن، درمان و فرزند)، تجربه (فشار، رابطه جنسی، رابطه زوجیت و والدی منقطع) و ساختارهای اساسی شامل مسئله زمان، امکان‌های موجود، جنسیت و تقدیرگرایی به دست آمدند. در نهایت پدیده «آستانگی» ناظر بر موقعیتی کنترل‌ناپذیر که در آن زوج‌ها با حسی از ابهام آمیخته به استیصال در انتظار رسیدن به حدی از قطعیت می‌باشند، تصریح‌کننده تجربه‌زیسته زوج‌های بارورخواه با اختلال ناباروری ناشناخته تبیین شد.

استناد: عرب‌سرخی، لیلا؛ کمالی، افسانه و غفاری، فیروزه. (۱۴۰۳). زوج‌های بارورخواه در جامعه: مطالعه تجربه‌زیسته زوج‌های بارورخواه با اختلال ناباروری ناشناخته. *مطالعات جامعه‌شناختی (نامه علوم اجتماعی سابق)*، ۳۱ (۱)، ۴۷-۷۷.

DOI: http://doi.org/10.22059/JSR.2024.348590.1796

ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.

© نویسندگان.

CC BY NC

مقدمه

در طول تاریخ، رویکرد جامعه نسبت به سلامت، بیماری و درمان همواره در حال تغییر بوده است. این تنوع گسترده، به‌دلیل تفاوت در سبب‌شناسی، نظام تشخیص و فنون درمانی است که منجر به ایجاد نظام‌های گوناگون سلامت و درمان شده است (تشومه[۱]، ۲۰۱۷). بااین‌وجود، «باروری»[۲] غالبا به معنای نوعی «توانایی»[۳] بشر برای «تولیدمثل»[۴] و به‌عنوان نقطه عطفی در استمرار حیات و توسعه جوامع تلقی می‌شود (نوتمن، ۱۹۹۰). در مقابل، «ناباروری»[۵] ناظر بر نوعی «ناتوانی»[۶] و دارای جان‌مایه‌ای ناخوشایند است (آئودو[۷] و دیگران، ۲۰۱۳: ۲۴) تا جایی که می‌تواند به‌عنوان یک بحران[۸] مطرح شده و افراد بدون بچه نیز ناقض نظم اجتماعی محسوب شوند (کمبل و آکوز چویک[۹]، ۲۰۲۲).

دیری نپایید که با ظهور علم پزشکی و در حیطه دانش اثبات‌گرایانه، مفهوم ناباروری از «عقوبت گناه»[۱۰] در بستر تلقی‌های محافظه‌کارانه و تقدیرگرایانه به «اختلالی»[۱۱] معین در جسم انسان و به ابژه‌ای دردسترس و قابل‌سنجش تبدیل شد که باید مورد بررسی قرار گرفته و با اعمال مداخلات[۱۲] عینی در آن تغییراتی ایجاد کرد. مهم‌ترین دستاورد این نگاه، ابداع و کاربرد انواع روش‌های کمک‌باروری (ART)[۱۳] در جهت درمان انواع ناباروری بر حسب نوع عارضه است.

در ادامه روند تحولات اجتماعی و علمی، ناباروری از معنای پزشکی اولیه خود، ناظر بر وضعیتی پیش‌بینی‌پذیر و شناخته شده زیر ذره‌بین علم پزشکی نیز دور شده و به پدیده‌ای پیچیده، با ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی تبدیل شده است (حسن‌پور ازغدی[۱۴] و دیگران، ۲۰۱۹). در بستر این رویکرد جامع‌نگر و بین‌رشته‌ای، ناباروری با حفظ تعریف زیستی خود به‌عنوان مسئله‌ای اجتماعی مطرح می‌شود. چرا که از سویی در جریان روابط اجتماعی تعریف و تثبیت می‌شود و از سوی دیگر، واجد پیامدهایی است که آن‌ها نیز در بستر حیات جمعی شکل می‌گیرند. براین‌اساس ناباروری به‌عنوان وضعیت اظهارشده‌ای در تعارض با ارزش‌های جمعی تلقی شده و توافقی عمومی برای اقدام در جهت رفع آن وجود دارد (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۳: ۱۵ – ۱۳).

در بستر این تحولات، سازمان جهانی بهداشت[۱۵] نیز تعریف مشخصی از ناباروری ارائه داده است که طبق آن، ناباروری شرایطی است که در آن زوج‌های زیر ۳۵ سال، به مدت یک سال و بالای ۳۵ سال به مدت شش ماه، به‌طور منظم باهدف باروری ارتباط جنسی بدون محافظت و منظم داشته‌اند، اما موفق به باروری نشده‌اند. با ارجاع به این تعریف، در سراسر جهان ۱۸۶ میلیون نفر

1 Teshome
2 Fertility
3 Ability
4 Reproduction
5 Infertility
6 Disability
7 Audu
8 Infertility Crisis
9 Cambel and Akkoz Cevik
10 Guilt
11 Disorder
12 Interventions
13 Assisted Reproductive Technologies
14 Hasanpoor-Azghady
15 World Health Organization

(۱۰درصد جمعیت جهان) برابر با ۴۸ میلیون زوج شامل ۱۵درصد افراد در سن فرزندآوری با ناباروری دست‌وپنجه نرم می‌کنند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰).

در ایران نیز، تجربه ناباروری در بستر روابط جمعی و در پوشش ارزش‌ها و باورهایی برآمده از عرف و مذهب تشیع شکل می‌گیرد که گرایش به ازدواج و تمایل به فرزندآوری را به‌مثابه دو باور بنیادین در جریان جامعه‌پذیری برای افراد درونی می‌کند (ون‌بلن و اینهورن[1]، ۲۰۰۲). در بستر این فرهنگ فرزندخواه، والد شدن[2] چه در معنای مادری (رفعت‌جاه، ۱۳۸۳) و چه در قالب پدری، تحت‌تأثیر کارکردهای مورد توافق فرزند از قبیل: معنادهی به زندگی و پیوند زندگی با توسعه فردی، امر اجتناب‌ناپذیری به نظر می‌رسد (گریل[3] و دیگران، 2011). در این بستر، در جریان مواجهه با ناباروری این هنجارها به مثابه معیار عمل افراد، تعیین‌کننده رفتار زوج بارورخواه در تعامل با نهاد درمان خواهند بود و ارکان تجربه زیست با ناباروری را با دشواری‌های فراوان برمی‌سازد (احمدی، ۱۳۹۰).

علاوه بر بستر فرهنگی فوق، آمارهای ناباروری نیز در ایران حاکی از وضعیت هشدار هستند. بر اساس اعلام مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن‌سینا، نرخ ناباروری کل معادل ۲۰,۳ درصد (جهاد دانشگاهی، ۱۳۹۷) و بیشتر از میانگین جهانی برابر با ۱۵,۱ درصد می‌باشد. روند روبه‌رشد نرخ ناباروری در ایران از ۶ درصد در دهه ۱۳۷۰، تا ۱۲,۳ درصد در دهه ۱۳۸۰ و در نهایت ۲۰,۳ درصد در دهه ۱۳۹۰ نیز نشان‌دهنده کاهش جدی در قدرت باروری زوج‌ها داوطلب فرزندآوری است. همچنین در ترسیم چهره ناباروری در ایران شاهد فزونی نرخ ناباروری ثانویه با 61 درصد نسبت به ناباروری اولیه با 39 درصد می‌باشیم. بر این اساس، در ایران، حوادث و سبک زندگی طی سالیان منجر به کاهش تدریجی و فقدان توانایی باروری زوج‌های بعد از نخستین تولد می‌شود (ساعی[4] و دیگران، ۲۰۲۰: ۳۴۱).

باتوجه به تعاریف و آمارهای ارائه شده، می‌توان چنین جمع‌بندی نمود که در جریان مواجهه با ناباروری، ارزش‌های جمعی مورد توافق تبدیل به منابع فشار مستمر در بستر حیات جمعی می‌شوند؛ فشارهایی که به‌موجب آنها نه‌تنها زوج نابارور ناقض نظم اجتماعی تلقی می‌شوند، بلکه ملزم به درمان شده و حتی رفتارهای آنها در انتخاب روش درمان را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. فراتر از چنین شرایطی، اگر ناباروری تحت تاثیر عللی غیر از علل متداول و مرسوم باشد، ناباروری ناشناخته[5] تشخیص داده خواهد شد که سهم آن به‌عنوان کوچک‌ترین گروه نابارور، بین ۱۵ تا ۲۵ درصد تخمین زده می‌شود (مونشی[6]، ۲۰۱۸).

در این بستر، درک تجربه زوج‌های با اختلال ناباروری ناشناخته حائز اهمیت است. چراکه این زوج‌ها، در سایه سکوت سبب-شناسانه علم پزشکی در تعلیل و تشخیص، در هیچ یک از دسته‌بندی‌های رایج انواع ناباروری اعم از زنانه، مردانه و ترکیبی نمی-گنجند و به‌تبع آن ذیل پروتکل‌های درمانی مشخصی نیز قرار نمی‌گیرند (گورویچ[7]، ۲۰۱۸). در چنین شرایطی تجربه‌زیسته این زوج‌ها که از سویی متحمل بار ناباروری در زیست اجتماعی هستند و از سوی دیگر طرد از نهاد درمان را تجربه می‌کنند، نیازمند مطالعه با رویکردی جامعه‌شناختی است. با این وجود این گروه از بارورخواهان به عنوان موضوعی در حوزه سلامت مورد توجه پژوهشگران پزشکی و علوم زیستی و سپس رشته‌های وابسته‌ای همچون روانشناسی قرار گرفته‌اند. در این میان، علوم اجتماعی تا زمان نگارش

1 Van Balen and Inhorn
2 Parenthood
3 Greil
4 Saei
5 Unexplanied Issues
6 Munshi
7 Gurevich

این پژوهش، توجه قابل ملاحظه‌ای برای پرداختن به این زوج‌ها به عنوان مسئله‌ای اجتماعی نداشته است. این در حالی است که ضرورت رعایت عدالت در پژوهش کیفی، حاکی از اهمیت بررسی اقلیت‌ها و گروه‌های کوچک دارد. بدین‌ترتیب در این پژوهش، به بررسی تجربه زیسته زوج‌های بارورخواه با اختلال ناباروری ناشناخته اقدام شده است.

مفاهیم ضروری

ناباروری[1]:

ناباروری شرایطی است که در آن زوجی با سن کمتر از ۳۵ سال، به مدت یک سال و یا بیش از ۳۵ سال به مدت شش ماه، به طور منظم با هدف باروری ارتباط جنسی بدون محافظت و منظم داشته‌اند، اما در این مدت موفق به باروری نشده‌اند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰).

امراض ناشناخته[2]:

علائم ناشناخته در علم پزشکی، به شرایطی گفته می‌شود که در آن بیماری‌های اجتماعی و بالینی ظهور می‌کنند اما منشأ علی مشخص برای آن‌ها یافت نمی‌شود (kirmayor, 2004). البته در هر شاخه‌ای از علم پزشکی انواعی از ناشناختگی وجود دارد. به طور مثال ناباروری ناشناخته یکی از انواع ناباروری است که هنوز دلیلی برای وقوع و استمرار آن یافت نشده است. این موارد اغلب نشان‌دهنده فقدان نام‌گذاری[3] و تعریف[4] هستند (Tschudi-Madsen, 2013).

ناباروری ناشناخته[5]:

ناشناخته یا نامتعارف[6] به معنای عدم تحقق لقاح به صورت طبیعی پس از یک سال یا شش ماه رابطه جنسی بدون جلوگیری است. به طوری‌که هیچ یک از علل رایج ناتوانی در تخمک‌گذاری، اسپرم‌سازی و دیگر علل شناخته شده ناباروری وجود نداشته باشند (Mol & Others, 2018). به عبارت دیگر، در گروه ناباروری‌های بدون دلیل مشخص، ۳۰ درصد آن ناباروری ناشناخته نام می‌گیرند.

زوج بارورخواه[7]:

افراد نابارور اعم از زن و مرد، لزوما بیمار نیستند، چرا که از سلامت عمومی برخوردار هستند و در صورت عدم درمان ناباروری، سلامتی آنها از دست نمی‌رود. همچنین ممکن است که بر اثر مصرف داروها و قرار گرفتن در جریان روش‌های متعدد کمک باروری، بعضا سلامت زنان به خطر بیافتد. لازم به ذکر است که ناباروری به ذاته بیماری نیست و همان‌طور که پیش از این اشاره شد، علاوه بر زمینه پزشکی، به صورت اجتماعی تعریف می‌شود. بنابراین با علم به بار منفی و «انگ‌گونه» ای که ناباروری می‌تواند داشته باشد، بهتر است با ارجاع به ابتکار ایزدیار (۱۳۹۰) به جای نابارور، بیمار و حتی درمان‌جو- چرا که زوج نابارور ناشناخته لزوما خود را در جریان درمان نمی‌دانند- از واژه «بارورخواه» استفاده شود (ایزدیار، ۱۳۹۰: ۲۹ – ۲۸).

---

1 Infertility
2 Medically Unexplained Deseases
3 Terminology
4 Definition
5 Unexplained Infertility
6 Normal Infertility
7 Infertile Couples

پیشینه پژوهش

در پزشکی مدرن فرآیند شناسایی و تشخیص بیماری‌ها، غالبا در الگوی زیستی–پزشکی و با ارجاع به تبیین علّی صورت می‌پذیرد. در این مدل عنصر معرفت‌شناختی دال بر یافتن راه شناخت پدیده‌ها به‌تبع اصول حاکم بر علوم طبیعی همچون: قطعیت[1]، کار می‌کند. اما امروزه علیّت با محوریت میزان قطعیت آن مورد مناقشه است. به‌طوری‌که برخی از صاحب‌نظران به این نتیجه رسیده‌اند که قراردادن علیّت به‌عنوان مبنایی برای مدل زیستی–پزشکی در علم پزشکی باوری کاذب است. نیکولای فیلسوف آلمانی از اوایل ۱۹۵۶ تمرکز زمینه پژوهشی خود یعنی نشانه‌شناسی پزشکی را معطوف مطالعه واقعیت‌ها و فرآیندهای بدن انسان نمود. وی در این بررسی بر ناتوانی نشانه‌شناسان در توضیح و تجزیه‌وتحلیل علیّت واقعیت‌ها و فرآیندهای بدن انسان تاکید نمود. وی اساسا شرح بیماری را خارج از دسترس دانش پزشکی می‌داند. نیکولای معتقد است که بیماری، خود به‌تنهایی یک نهاد دلالت‌کننده نیست، بلکه برای حواس بشر پنهان می‌ماند و این بازی تصادفی اتفاقات است که برخی بیماری‌ها را ذیل یک نظام طبقه‌بندی قرار می‌دهد. زیرمن از این هم پیشتر می‌رود و معتقد است که بیماری ساختاری است که روابط زمانی بین علائم مختلف را برقرار می‌کند. در این شرایط تشخیص را تنها از طریق آگاهی از تاریخچه تصادفات می‌توان بیان کرد نه بر حسب خصوصیاتی که برای یک بیماری اساسی می‌دانیم (کیستنر[2]، ۱۹۹۸: ۱۳– ۱۵).

براین‌اساس، تمرکز بر علیّت را تجربه کرد. به‌طوری‌که در پزشکی امروز گفته می‌شود که به‌طورکلی بیشتر بیماری‌ها نه حاصل تنها یک علّت بلکه نتیجه چندین علیّت می‌باشند که در آن‌ها معمولا رابطه میان علّت و معلول، در بیشتر موارد درهم‌تنیده و چندوجهی است. بنابراین لازم و کافی بودن و حتی لازم بودن از جنبه علیّت در بیماری معمولا نسبی است (مارکوم و دیگران، ۱۳۹۹: ۶۷). بنابراین علّت زیستی–پزشکی به‌ندرت مطلقا متعین و درعوض غالبا احتمالی است.

1 Certainty
2 Kistner

شکل ۱: طرح شماتیک بستر نظری بحث پیرامون بیماری‌های ناشناخته

مجادلات فلسفی و انتقادی فوق درمورد بیماری‌هایی با علّت ناشناخته پررنگ‌تر می‌شوند؛ جایی‌که در آن روند رایج در علم پزشکی ناظر بر انتخاب الگوی تبیین و تصمیم‌گیری برای انتخاب شیوه درمان، کاربردپذیر نیست و پزشک و بیمار، در مواجهه با پدیده ناشناخته دوراه دارند؛ طرح رویکردهای بدیل و بیمارمحوری همچون طب سنتی و یا خارج‌ساختن موقت آن بیماری از دایره تبیین با مفروضات مدل زیستی پزشکی که اغلب از سوی پزشکان اجرا می‌شود و معرفی آن به‌عنوان یک بیماری ناشناخته. بر این اساس با توجه به ابهام هستی‌شناسانه در خصوص ماهیت مسئله ناشناختگی در بیماری‌ها و عدم اطمینان معرفت‌شناسانه برای روش شناسایی و درمان آن، سالهاست که از حیطه علم پزشکی خارج شده و بررسی آن به صورت موضوعی بین رشته‌ای دنبال می‌شود. بر این اساس، نیازمند توصیف کلی از فضای پژوهش در رشته‌های مختلف هستیم، تا به مرور مختصر پاسخ‌هایی بپردازیم که به معمای ناشناختگی پرداخته‌اند. بدین‌ترتیب در ادامه به سه حوزه اصلی دیگر شامل: طب مکمل یا آلترناتیو، الگوهای احیاگر و الگوهای بین-رشته‌ای که درصدد پاسخگویی به معمای ناشناخته‌ها هستند، پرداخته می‌شود.

رویکردهای آلترناتیو

رویکرد مدرن در علم پزشکی با عناوینی همچون متعارف[1] و غربی[2] مبتنی‌بر نظامی جزئی‌نگر است که روح را جدا دانسته و بر آزمون جسم جهت دریافت علّت و درمان بیماری تاکید می‌کند. در مقابل رویکرد سنتی با عناوینی مثل طب سنتی[3]، بدیل[4] و یا غیرمتعارف[5] قرار می‌گیرد که با رویکردی کل‌گرایانه و با استفاده از روش‌های عقلی و بالینی اقدام به تشخیص، پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی کرده و به‌صورت گفتاری یا نوشتاری نسل به نسل منتقل می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲).

1 Conventional
2 Western
3 Traditional Medicine
4 Alternative
5 Unconventional

طب سنتی به‌مثابه راهی آلترناتیو در درمان بیماری‌های شناخته و ناشناخته، از ارزیابی سلامت عمومی بدن با به‌کارگیری ترکیبی روش‌های شهودی مبتنی‌بر اقرار بیمار و ابزارهای کشفی رایج در علم پزشکی مدرن بهره می‌گیرد و گاه در کسوت سبک زندگی باهدف تسریع اثربخشی مداخلات درمانی برای بیماران نقش مکمل ایفا می‌کند (عبداللهی[1] و دیگران، ۲۰۱۸).

الگوی احیاگر: پزشکی ذهن–بدن[2]

در واکنش به جدایی جسم و روح و تصویر پاره‌پاره انسان مدرن، الگوی پزشکی ذهن–بدن با ماهیت بین‌رشته‌ای اما برآمده از مفروضات علم پزشکی به‌تدریج شکل گرفت. این الگو ترکیبی از رویکردهای سیستماتیک، سلامت‌محور و انسان‌گرا است که به دانش پراکنده بشر در خصوص ابعاد کالبدشناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی انسان وحدت می‌بخشد. براین‌اساس درک مفروضات هستی‌شناختی و معرفت‌شناختی و سپس هستنده‌های[3] منبعث از آن، نیازمند درک مقدمات فیزیکی، فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و فلسفی است. در این مدل بین‌رشته‌ای که اغلب پزشکان به دلیل نابسندگی به ایجاد نگاه بین‌رشته‌ای متوسل شده‌اند، منشأ ظهور بیماری‌ها را روان‌تنی می‌دانند.

پزشکی ذهن–بدن وابستگی بسیاری به ارتباط درمانگر–بیمار و تفسیرهای آن‌ها از تأثیرات جسمانی، شناختی و رفتاری، درمان را یک مفهوم هرمنوتیکی و وابسته به شرایط فردی و اجتماعی می‌داند (روتان و آسپینا–کمرر، ۱۳۹۲: ۱۰). درمان در این مدل به‌ویژه برای بیماران با امراض ناشناخته، در قیاس با مدل زیستی–پزشکی با روش‌های منعطف اما کم‌دقت‌تر و شخص‌مدار[4] و نه لزوما بیماری–محور[5] و اغلب مبتنی‌بر روایت بیمار به‌جای پروتکل‌های درمانی تجویز انجام می‌شود.

ابداع مدل‌های بین‌رشته‌ای

محققان علومی چون روان‌شناسی و جامعه‌شناسی، با طرح ادعاهایی مبنی بر ناتوانی علم پزشکی در علّت‌یابی برخی بیماری‌ها، به دنبال مدل تبیین جدیدی برای شناسایی و حل معمای بیماری‌های ناشناخته هستند (فراهانی، ۱۳۸۰ به نقل از صیامی کیوی، ۱۳۸۹: ۱۰). برخی از این مدل‌ها عبارت است از:

۳–۱. مدل روانی-اجتماعی[6]

در این مدل بررسی واکنش‌های فردی و جمعی نسبت به ناباروری مدنظر است. در این بستر ناباروری نه‌تنها مسئله‌ای با ماهیت زیستی در حیطه مطالعه پزشکی، بلکه برآمده از مجموعه‌ای از عوامل استرس‌زای زندگی جمعی و مولد واکنش‌های پیچیده‌ای در بستر روابط اجتماعی زوج‌ها است (کوک، ۱۹۹۳ به نقل از گریتی[7]، ۲۰۰۱). به‌طور مثال جنسیت یکی از عوامل اثرگذار در ایجاد ناباروری و حاصل انباشت تبعیض است. به دنبال مواجهه با ناباروری، زن احساس «ویران‌شدن»[8]، «بیهودگی»[9] و «بی‌لیاقتی»[1] می-

1 Abdollahi
2 Mental-body Medicine
3 Extistances
4 Person-Center
5 Disease-Oriented
6 Psychosocial Model
7 Gerrity
8 Devastated
9 Consumed

کند و حتی برای پدر نشدن همسر نیز خود را شماتت می‌کند. در اینجا حس فقدانی ایجاد می‌شود که منجر به ظهور خلأهای دیگری در عدم تجربه باروری، تولد فرزند و شیردهی، والد شدن، کنترل بر روابط و تجربه فردی از نابارور بودن می‌شود (ایزدیار، ۱۳۹۰). در این شرایط مردان احساس «در هم کوبیده شدن»[۲] دارند، خود را مردِ کاملی ندانسته و هویت خود را «معیوب»[۳] توصیف می‌کنند. این در حالی است که به عقیده مردان ناباروری با وجود ایجاد دلسردی عمیق، تهدیدی برای زندگی نبوده و همواره امکان غلبه بر آن را ممکن می‌دانند.

۳-۲. مدل زیستی-اجتماعی[۴]

طبق این مدل باید به ماهیت نسبی تعریف بیماری‌ها به‌ویژه ناباروری در بستر حیات اجتماعی پرداخت زیرا علیّت روان‌شناختی[۵]، جسمی‌سازی[۶] و تقویت جسمی[۷] نمی‌تواند بیماری‌هایی همچون ناباروری به‌ویژه از نوع ناشناخته را به‌عنوان اختلالی جسمانی بررسی نماید (کرمایر[۸] و دیگران، ۲۰۰۴). مدل زیستی-اجتماعی با شناسایی ۴ دسته از عوامل شکل‌دهنده مفهوم ناباروری در زندگی یک زوج بر حسب بستر اجتماعی-فرهنگی اشاره می‌کند و با رویکردی تجویزی به کاربرد برخی از تعدیل‌گرها شامل: حمایت و مواجهه اجتماعی به‌عنوان دو ابزار مهم در جهت کنترل استرس تأکید می کند (گریتی، ۲۰۰۱؛ ۱۵۱-۱۵۳).

جدول ۱: عوامل استرس‌زای شکل‌دهنده مفهوم ناباروری بر اساس مدل زیستی-اجتماعی

ردیف	عوامل شکل‌دهنده مفهوم ناباروری	تعریف
۱.	عوامل استرس‌زای ناباروری در قلمرو وجودی Existential Stressors	ناباروری به معنای تهدیدی برای اعتمادبه‌نفس و برداشت از خود که منجر به احساس غیرقابل‌پذیرش بودن شده و فرد را در لاک دفاعی قرار می‌دهد
۲.	عوامل استرس‌زای ناباروری در قلمرو جسمی Physical Stressors	ناظر بر اضطرابی که اغلب ناشی از اعمال مداخلات پزشکی و تغییراتی می‌باشند که در جراحی‌ها یا استفاده درازمدت از داروها در بدن ایجاد می‌شود
۳.	عوامل استرس‌زای ناباروری در قلمرو عاطفی Emotional Stressors	کلیه عواقب منفی و ناخوشایندی که پس از تثبیت هویت فرد به‌عنوان شخصی نابارور ایجاد شده و بر بهزیستی وی اثرات عمیقی دارد
٤.	عوامل استرس‌زای ناباروری در قلمرو بین‌فردی Interpersonal Stressors	مستقیما در روابط نزدیک و شبکه‌های ارتباطی دورتر فرد نابارور اثر منفی داشته و در نهایت می‌توانند موجبات طرد وی را ایجاد نموده

در ادامه این مدل، که استرس را مهم‌ترین مشکل افراد و زوج‌های نابارور می‌داند، با رویکردی تجویزی به کاربرد برخی از تعدیل‌گرها شامل: حمایت و مواجهه اجتماعی به‌عنوان دو ابزار مهم در جهت کنترل استرس تأکید می‌کند (گریتی، ۲۰۰۱؛ ۱۵۱-۱۵۳).

1 Inadequate
2 Crushed
3 Spoiled
4 Biosocial Model
5 Psychogenic Causation
6 Somatization
7 Somatic Amplification
8 Kirmayer

۴. جامعه‌شناسی بیماری‌ها و بیماران ناشناخته

در این مدل بیمار–محور که اغلب با آثار جامعه‌شناسانی همچون سارا نتلتن شناخته می‌شود، ضمن پذیرش مفروضات مدل زیستی–پزشکی، به دو وجه بیمار و بیماری ناشناخته تأکید می‌شود.

۴–۱. بیماری ناشناخته

یکی از معانی به‌کاررفته برای واژه Unexplained، غیرقابل‌توضیح بودن است که ناظر بر ابهام در گفت‌وگو میان پزشک و بیمار و ناظر بر مجموعه‌ای از تظاهرات و نشانه‌های بالینی همراه با عدم اطمینان ذاتی است. در موارد حادتر، ماهیت بیماری نیز مورد سؤال است (گرکو[1]، ۲۰۱۷: ۱۱۳ – ۱۱۲). این علائم ناشناخته که درجاتی از رنج را به همراه دارند، پدیده دست‌اول و عدم تشخیص یا تشخیص همراه با تردید آنها که خود موجب تحمیل رنجی مضاعف[2] ناشی از عدم اطمینان عمیق، داغ ننگ اجتماعی، انکار بالقوه و عدم دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی است، پدیده دست‌دوم نامیده می‌شود.

۴–۲. نقش بیمار با اختلال ناشناختگی

وقتی علّت بیماری مشخص نباشد، بیمار قادر به ایفای نقش خود براساس هنجارهای نهاد پزشکی نبوده و ساختار درمان نیز در مواجهه با او قطعیت دیگر بیماران را ندارد. بنابراین بیمار مبتلا به عارضه ناشناخته، به‌ویژه ناباروری که همواره توأم با فشار اجتماعی فزاینده‌ای است، هویت بیمار را نداشته و اغلب به‌عنوان بیمار سرپایی[3] شناخته می‌شود. این بیماران خود را در وضعیتی ناهنجار یا «خارج از محدوده»[4] می‌بینند و نوسانی بی‌حاصل را بین بیماری[5]، مرض[6] و اختلال[7] تجربه می‌کنند (نتلتن[8] و دیگران، ۲۰۰۴). بیماران با اختلال ناشناخته، در تلاش برای توضیح وضعیت خود، اغلب سه نوع روایت را ارائه می‌دهند (بری[9]، ۲۰۰۱):

جدول ۲: انواع روایت‌های بیماران مبتلا به امراض ناشناخته

1 Greco
2 Additional Burden
3 Outpatient
4 Matter out of place
5 Disease
6 Illness
7 Disorder
8 Nettleton
9 Bury

ردیف	انواع روایات	تعریف
۱.	روایات حدسی Contingent narratives	باورهای بیمار در خصوص منشأ، علل احتمالی و پیامدهای بیماری بر زندگی روزمره
۲.	روایت‌های اخلاقی Moral narratives	تغییرات هویت فرد پیرو ابتلا به یک بیماری که منجر به بازیابی هویت اجتماعی وی یا تشدید فاصله او با دیگران می‌شود
۳.	روایت‌های هسته‌ای Core narratives	تصریح ارتباط بین تجربیات افراد مختلف و معنای فرهنگی ملحق به رنج و بیماری

با ادامه ماندن در وضعیت ناشناختگی، بیمار احساس ناتوانی می‌کند و در درازمدت توانایی‌های جسمی و اجتماعی خود را نیز از دست می‌دهد. همچنین اغلب این نوع بیماری‌ها در نظام تأمین اجتماعی به رسمیت شناخته نمی‌شود و مورد حمایت نیز قرار نمی‌گیرد (فینک و رزندال[1]، ۲۰۰۸). این گروه با اتکا به معیارهایی همچون: سن، جنس و وضعیت اشتغال از سطح کیفیت زندگی نازل‌تری برخوردارند (ارین‌فولامی[2] و دیگران، ۲۰۱۰)، احساس رضایت کمتری دارند، به‌طور انتخابی به اطلاعات پزشکی توجه می‌کنند (ریف[3] و دیگران، ۲۰۰۶) و ممکن است احساس طردشدن را از سوی پزشک معالج خود تجربه کنند. در برخی موارد نیز وقتی که درک وضعیت دشوار می‌شود، بیمار تسلیم شده و راهی جز تحمل و کنار آمدن با شرایط خود را نمی‌بیند.

«عدم تشخیص» به‌عنوان واسطه‌ای میان بیماری و به رسمیت شناختن هویت بیمار، دسترسی به اطلاعات، بروشورهای مراقبت بیمار، گروه‌های همیاری و در نهایت فرآیند درمان را دشوار نموده و بیماران ناشناخته را فراتر از مرزهای علم پزشکی قرار می‌دهد (آرونویتز[4]، ۲۰۰۱). در این شرایط بیمار تصمیم به جستجوی استراتژی برای فهم شرایط خود می‌کند. وی ابتدا به جستجوی زندگی خود و وقایع مهم آن پرداخته و درصدد یافتن دلیلی برای ناباروری خود است و گاهی هم، در صورت اطلاع دیگران، آماج پیشنهادات و تجربیات دیگران قرار می‌گیرد (نتلتن، ۲۰۰۵ :۱۱۷۰).

گلنتون در بررسی وضعیت بیماران مبتلا به کمردرد ناشناخته، دوگانگی و تضاد را برجسته می‌داند. وی معتقد است که آنها از سویی نمی‌خواهند بپذیرند که بیمارند و از سوی دیگر می‌خواهند چیزی برای درمان پیدا کنند (نتلتن، ۲۰۰۵).

همچنین فرانک این دوگانگی را «بدگمانی تثبیت شده»[5] می‌نامد. وی این پدیده را ترس از مواجهه با نهادی می‌داند که برای کمک به فرد طراحی شده است. وی معتقد است که مبتلایان به بیماری‌هایی با منشأ ناشناخته با وجود عدم دسترسی به منابع درمانی، همواره احساس دوگانگی با محوریت ترس از نهاد درمان را دارند(اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸).

عارضه‌های ناشناخته نوعی فروپاشی درونی را رقم می‌زنند که بدون بروز نشانگانی قابل‌فهم در دایره نهاد پزشکی و روابط متقابل بیمار و پزشک، فرد را دچار نوعی «بی‌هنجاری» می‌کنند. تجربه این افراد که همواره با بیماری دست‌وپنجه نرم می‌کنند و در عذابی بی‌معنا به‌سر می‌برند، را باید در سطحی آغازین (ازلی) و عمیق‌تر درک نمود (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸: ۲۱۶) که روش پدیدارشناسی می‌تواند برای مطالعه این نوع تجربه کاربردپذیر باشد.

1 Fink and Rosendal
2 Erinfolami
3 Rief
4 Aronowitz
5 Embodied Paranoia

روش تحقیق

پدیدارشناسان خواهان برقراری دوباره پیوند میان علم و زندگی و تفکیک میان جهان انتزاعی علوم و جهان انضمامی تجربه انسان هستند (فورت[1] و دیگران، ۱۹۸۵، ۶۰۸). در سال‌های اخیر، کاربرد این روش به‌ویژه برای بررسی مسائل حوزه سلامت مفید بوده است. پدیدارشناسی، روشی توصیفی است که نه بر شواهد تجربی متکی است و نه بر استدلال‌های منطقی، بلکه بر ساختار تجربه متمرکز است و اصولی را سازماندهی می‌کند که به زندگی، شکل و معنی می‌دهد (به‌وان[2]، ۲۰۱۴: ۱۳۶). محقق در روش پدیدارشناسی به دنبال توصیف تجربه فرد، به آن شیوه‌ای است که فرد آن را تجربه می‌کند (اعرابی و بودلایی، ۱۳۹۰: ۴۲).

در پژوهش حاضر نیز، فهم تجربه‌زیسته زوج‌های نابارور با اختلال ناباروری ناشناخته، مستلزم توصیف دقیق این تجربه در مواجهه با نهاد پزشکی، حیات روزمره اجتماعی و زندگی زناشویی است. لذا با استفاده از روش هوسرل با عنوان پدیدارشناسی توصیفی تلاش می‌شود تا از بعد نوئتیک[3] بر افق‌های تجربه شده فرد در طول زندگی‌اش به پدیده‌های معنادار در دایره ناباروری ناشناخته استفاده شود. همچنین وجود خلأ پژوهشی موجود در فهم ناشناختگی بیماری‌ها و خاصه نوع ناباروری ناشناخته، کاربرد روش‌های کیفی و اکتشافی را در فهم چیستی و چگونگی ظهور این‌گونه پدیدارها ضروری می‌سازد. بدین‌ترتیب مصاحبه‌ها با حضور مستمر (در ساعات اداری رویان از ۸ صبح تا زمان اتمام ویزیت‌ها در عصر) با استفاده از تکنیک مصاحبه در طیفی از ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت به همراه ثبت مشاهدات با مشارکت ۲۲ زوج انجام شد.

روش تحلیل به صورت رفت و برگشتی از استخراج گزاره‌های حاوی مفهوم، تشکیل مضامین فرعی و اصلی و در نهایت دسته-بندی یافته‌ها در قالب خوشه[4] به شیوه ۷ گام کلایزی به شرح ذیل انجام شده است:

جدول ۳: اقدامات اجرایی برای تحلیل داده‌های میدانی

1 Forte
2 Bevan
3 Noetic
4 Cluster

ردیف	گام	اقدامات اجرایی برای تحلیل داده‌های میدانی در این پژوهش
۱.	آشناسازی Familiarization	کلیه توصیف‌های زوج‌های بارورخواه با اختلال تاباروری تاشناخته، ابتدا در قالب فایل صوتی مصاحبه‌ها به‌دفعات شنیده و پیاده‌سازی شدند و در خلال نگارش متن، کلیه واسطه‌های جسمانی و زبانی همچون تغییرات در چهره، تغییرات حالت بدن[1]، تغییرات لحن و شدت صدا و تغییراتی در احساسات برای درک بهتر معنای جملات و عبارات به‌ویژه در موارد دوپهلو در میان یا پایان جملات در پرانتز ذکر گردید. همچنین این متن نیز برای تطابق با فایل صوتی و ایجاد حس مشترک بارها مطالعه شد و برای درک بهتر معانی جملات و کلمات کامل-کننده‌ای همچون افعال پایان جملات در کروشه بدان افزوده شد.
۲.	شناسایی گزاره‌های مهم Identifying Significant statement	روایت‌ها و خرده‌روایت‌هایی همچون بیوگرافی پزشکی، استراتژی‌ها، ارتباط با نهاد درمان، مفهوم تاباروری در بستر زمان، امکان‌های موجود و غیره شناسایی و گزاره‌های حاوی مفهوم از آنها جدا شدند.
۳.	تدوین معانی Formulating meanings	معانی مستخرج از گزاره‌های حاوی مفهوم، در ارتباط با پدیده اصلی مانند روی‌آورد به تاشناختگی در تاباروری، مسئله زمان، مواجهه با تاباروری، اولین رابطه جنسی، عدم تشکیل نطفه به‌طور مکرر، حساسیت به همتایان، تجربه عادت ماهانه در جریان درمان تاباروری و غیره که به‌صورت تدریجی برآمدند، به کمک «در پرانتزگذاری» تدوین شدند.
۴.	دسته‌بندی مضمون‌ها Clustering Themes	معانی برآمده از توصیفات مشارکت‌کنندگان دسته‌بندی و اصطلاحا خوشه‌بندی شد. در این مطالعه ۱۴ خوشه در سه گروه: روی‌آوردها، تجربیات و ساختارهای اساسی به‌دست آمدند.
۵.	توصیف جامع Developing exhaustive description	معانی برآمده از خوشه‌ها در پیوند با ساختارهای کلانی همچون فرهنگ فرزندخواه، جنسیت و غیره ترکیب شدند، تا توصیفی کامل از پدیده «آستانگی» به دست آمد.
۶.	ایجاد ساختار بنیادی Producing the fundamental structure	ساختار جامع به‌دست‌آمده در مرحله قبل به توصیفی مختصر با محوریت پدیده «آستانگی» کاهش یافت. به‌عبارت‌دیگر «آستانگی» در جایگاه پدیده اصلی این مطالعه، توصیفی مختصر و کامل از تجربه‌زیسته زوج‌های بارورخواه ارائه می‌کند.
۷.	تأیید ساختار اساسی Verification of the fundamental structers	جهت کسب اطمینان از ساختار و پدیده اصلی به‌دست‌آمده، این توصیف جامع با مشارکت-کنندگان در میان گذاشته شد و میزان سازگاری آن با تجربیات آنها مورد بررسی قرار گرفت.

در نهایت ۱۴ خوشه حاصل ترکیب مضامین اصلی و فرعی به دست آمد و «آستانگی»، به‌عنوان پدیده محوری تعیین شد.

جدول ۴: گروه‌بندی ۳ گانه خوشه‌ها

روی‌آوردها	تجربیات	ساختارهای اساسی
روی‌آورد به ادراک تاباروری	تجربه فشار	مسئله زمان
روی‌آورد به ادراک تاشناختگی در تاباروری	تجربه رابطه جنسی	امکان‌های موجود
روی‌آورد به ادراک والد شدن به مثابه یک نقش	تجربه رابطه زوجیت	جنسیت
روی‌آورد به ادراک درمان	تجربه والدی منقطع	تقدیرگرایی
روی‌آورد به ادراک فرزند	-	-

مشارکت‌کنندگان

در پدیدارشناسی، بیمار سوژه‌ای است که در بافتی زنده یا به‌اصطلاح هوسرل در زیست جهان زندگی می‌کند. این زیست‌جهان از نگاه مایل شوارتس و آزبرن ویگینز جهان دنیای مادی نیست که دانش بتواند آن را شرح دهد، بلکه جهان عادی است که از کنش‌ها و طرح‌های شخصی ما ساخته شده است.

سارتر در تحلیلی که از درد و بیماری ارائه می‌دهد، معتقد است که بیمار ۴ سطح برسازی معنا را تجربه می‌کند. اول، سطح پیشاتأملی است. در این سطح، زیربنای برسازی معنای بیماری توسط تجربه حسی پیشاتأملی به‌صورت بی‌واسطه شکل می‌گیرد. در اینجا، بیمار با احساس درد، در هر لحظه، بیماری را تجربه می‌کند، درحالی‌که بیماری فراتر از این دردها است و ترکیبی از همه آنها می‌باشد. در ادامه فرآیند تأمل بر درد و شکل‌گیری آگاهی به بیماری، آن را به‌مثابه یک مرض درک می‌کند. در این سطح بیماری به‌مثابه یک «مرض» عینی، با تجمیع خرده‌دانش‌های اکتسابی از دیگران (دانشی متشکل از اصول فیزیولوژیکی و پاتولوژی) درک می‌شود. به‌عبارت‌دیگر من بیمار در روند عادی‌سازی رویدادها، بیماری را از شکلی از بدن دردآلود–زیسته به مرض عینی که جایی مشخص در بدن من دارد، حرکت می‌کنم. همچنین شکل دیگری از این معنا، طی تعامل با پزشک، ناظر بر آسیبی کالبدشناختی یا پاتوفیزیکی برساخته می‌شود که سارتر به آن «وضعیت مریضی» می‌گوید (تومبز، ۱۳۹۷).

درک زیست با ناباروری ناشناخته، مستلزم فهم تفاوت سطوح اول و چهارم و تمرکز بر دو سطح اول است. در این پژوهش، هدف، تفحص در سطوح اول و دوم معناسازی جهت درک تجربه‌زیسته زوج‌های مراجع است. چرا که سطح بنیادین برسازی معنای بیماری همان سطح تجربه حسی پیشاتأملی است و در واقع معمولا این بیمار است که ابتدا در تجربه ملموس یک احساس بدنی بیگانه مانند درد یا در تجربه احساسی از یک تغییر در کارکرد متوجه می‌شود که مشکلی وجود دارد. در این پژوهش با ارجاع به هدف اصلی ناظر بر درک تجربه زوج‌های مبتلا به ناباروری ناشناخته نمونه هدفمندی[1] از مشارکت‌کنندگان تشکیل شد که علل ناباروری آنها بر مبنای پروتکل‌های درمانی پژوهشگاه رویان ناشناخته اعلام شده، ناباروری اولیه را تجربه می‌کنند و همچنان تاکید بر باروری با تخمک و اسپرم خود را دارند و به راه‌های دیگری چون تخمک‌اهدایی و یا رحم اجاره‌ای وارد نشده بودند.

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، «زوج» هستند؛ زیرا اولا درک تجربه‌زیسته از ناباروری ناشناخته با رعایت تعادل جنسیتی ناظر بر لحاظ نمودن نگاه زنانه و مردانه به‌طور همزمان و همتراز است. دوما بررسی یک تجربه با تاکید بر یک پدیده در شرایطی که زن و مرد جداگانه مصاحبه می‌شوند، پژوهشگر را به یک نگاه بینابینی و میانگین از ناباروری ناشناخته به‌عنوان یک تجربه مشترک می‌رساند و در آخر، انتخاب یک زوج به‌عنوان مشارکت‌کننده می‌تواند کمبود چشمگیر موجود در پژوهش حوزه ناباروری با مشارکت زوج را جبران نماید.

رویه انتخاب مشارکت‌کنندگان نیز به این صورت بود، که طبق برنامه ویزیت پزشک متخصص زنان و زایمان در پژوهشگاه رویان، پرونده‌های مراجعان در ساعت اوج مراجعه بررسی شده و در صورت وجود مورد ناشناخته، آن زوج به پژوهشگر معرفی می‌شدند.

1 Purposeful Sampling

جدول ۵: پیشینه پزشکی و سوابق درمانی مشارکت‌کنندگان

کد:	عارضه(های) موجود:	سوابق درمانی و نتایج:	مدت درمان:	مدت زمان ازدواج:	وضعیت درمانی زوج (تا زمان مصاحبه):
زوج ۱	عدم تطابق هورمونی مشکلاتی در اسپرم عدم آمادگی ذهنی اثر استرس‌های مداوم	دارودرمانی، زیفت، IVF، اصلاح تغذیه، دعانویس، طب سنتی و تجربه سقط (توقف رشد جنین ۳ ماهه)	۴ سال	۴ سال	مراجعه اولیه به رویان و در مرحله ارائه آزمایشات
زوج ۲	کمبود تخمک‌های سالم سرعت کم اسپرم اسپرم صفر قلب راستی	طب سنتی، IVF، انتقال جنین، میکرواینجکشن منفی و تجربه سقط (توقف رشد جنین)	۵ سال	۶ سال	آماده‌سازی برای ورود مجدد به سیکل انتقال جنین
زوج ۳	استرس جدایی موقت و انقطاع طولانی در رابطه جنسی	سه بار IUIمنفی یک بار IVFمنفی	۱۰ سال	۱۲ سال	آماده‌سازی برای ورود مجدد به سیکل انتقال جنین
زوج ۴	حدی از عامل مردانه	دارودرمانی، عمل واریکوسل، یک بار IUIمنفی، دو بار IUIمنجر به سقط و تجویز مجدد IUI	۴ سال	۵ سال و ۸ ماه	آماده‌سازی برای IUI
زوج ۵	تیروئید واریکوسل تنبلی تخمدان	۴ بار IUIمنفی ۲ بار IVFمنفی یک بار بارداری پوچ	۹ سال	۱۰ سال	آماده‌سازی برای ورود به سیکل IVF
زوج ۶	وسواس در رعایت بهداشت قاعدگی نوعی گرفتگی در اندام تناسلی زنانه نوعی رسوب مواد در دریچه‌های رحم ضعف قابل اغماض اسپرم	دارودرمانی داروی تقویت اسپرم هر عامل ناشناخته در بدن زن	۳ سال	۵ سال	آماده‌سازی برای عمل تخمک‌کشی، لقاح آزمایشگاهی و انعقاد جنین در لوله
زوج ۷	ضعف اسپرم کم‌کاری تیروئید	دارودرمانی طب سنتی	۳ سال	۴ سال و ۹ ماه	آزمایشات اولیه
زوج ۸	کم‌تحرکی اسپرم	جراحی واریکوسل	۶ ماه	۱ سال و نیم	آزمایشات اولیه
زوج ۹	کمبود ذخیره تخمدان	دارودرمانی	۲ سال	۳ سال	آزمایشات اولیه
زوج ۱۰	مطلقا نامعلوم	۳ بار IUIمنفی ۲ بار IVFمنفی طب سنتی	۸ سال	۱۰ سال	آماده‌سازی برای ورود مجدد به چرخه IVF

کد:	عارضه(های) موجود:	سوابق درمانی و نتایج:	مدت درمان:	مدت زمان ازدواج:	وضعیت درمانی زوج (تا زمان مصاحبه):
زوج ۱۱	عامل سن ضعف اسپرم	مصرف داروهای تقویتی	۲ سال	۲ سال	آزمایشات اولیه
زوج ۱۲	کمبود ذخیره تخمدان	دارودرمانی	۵ سال	۶ سال	آزمایشات اولیه
زوج ۱۳	مطلقا نامعلوم	–	۱ سال	۱ سال	آزمایشات اولیه
زوج ۱۴	ضعف در تخمک‌گذاری دیابت اندک برای زن	۳ بار IUIمنفی	۲ سال	۳ ماه	گذار از آزمایشات اولیه به آغاز درمان
زوج ۱۵	مطلقا نامعلوم	۱ بار IUIمنفی	۱۱ ماه	۲ سال	آزمایشات اولیه
زوج ۱۶	کوچک بودن تخمک‌ها دارودرمانی	عمل واریکوسل	۳ سال	۳ سال ونیم	آزمایشات اولیه
زوج ۱۷	عفونت زنانه کیست تخمدان	دارودرمانی	۵ سال	۶ سال	آزمایشات اولیه
زوج ۱۸	چسبندگی رحم جهش و سرعت کم اسپرم	عمل واریکوسل	۵ سال	۷ سال	آزمایشات اولیه
زوج ۱۹	مطلقا ناشناخته	دارودرمانی	۲ سال و نیم	۳ ماه	آزمایشات اولیه
زوج ۲۰	کیفیت پایین اسپرم تنبلی تخمدان	دارودرمانی یک بار میکرواینجکشن منفی	۹ سال	۹ سال	آزمایشات اولیه
زوج ۲۱	ضعف اسپرم اختلال در غده تیروئید اختلال در غده هیپوفیز	دارودرمانی فرآیند شست‌وشوی اسپرم	۷ سال	۸ سال	آزمایشات اولیه
زوج ۲۲	کیست تخمدان کوچک بودن لوله‌های زن مصرف مداوم قرص‌های اعصاب	دارودرمانی	۸ سال	۸ سال	آماده‌سازی برای ورود به چرخه IVF

باتوجه‌به اهمیت حفظ محرمانگی در افزایش اعتبار نتایج، ابتدا پزشک معالج توضیحات مقدماتی و مسئولیت خود را برای بیماران توضیح می‌داد و از آنها دعوت می‌کرد که در صورت تمایل با پژوهشگر همکاری کنند. محقق نیز پس از معرفی مختصر خود و موضوع پژوهش از افراد برای مشارکت دعوت کرده و سپس با تاکید بر مواردی چون آزادی در ورود به تحقیق و خروج از آن، حفظ اطلاعات شخصی و حریم خصوصی افراد و طرح مجدد جزییات تحقیق در قالب فرم رضایت‌نامه به جلب اعتماد آنها مبادرت می‌ورزید.

اجرای مفروضات فوق پس از دریافت کد اخلاق، با حضور مستمر پژوهشگر در میدان، جهت تولید اطلاعات کیفی با استفاده از فنونی چون: مصاحبه، مشاهده و یادداشت‌برداری انجام شد. در این پژوهش، به سیاق دیگر پژوهش‌های کیفی، تحلیل داده‌ها به‌طور همزمان و نهایتا پس از انجام هر مصاحبه انجام گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های نهایی حاصل از این پژوهش، در ۳ گروه شامل روی‌آوردها ناظر بر فهم نحوه درک مشارکت‌کننده از موضوعات اندیشیده، تجربیات شامل مواردی که فرد در ارتباط با موضوع اصلی –ناباروری ناشناخته– از سر گذرانده و درنهایت ساختارهای اساسی شکل-دهنده به تجربه‌زیسته زوج‌های بارورخواه با اختلال ناباروری ناشناخته تقسیم شدند.

جدول ۶: خوشه‌ها و مضامین اصلی تشکیل‌دهنده

روی‌آوردها		تجربیات	ساختارهای اساسی
روی‌آورد به ادراک ناباروری		**تجربه فشار**	**مسئله زمان**
تجربه طول عمر قطع ارتباط بدن با ذهن بی‌پیچگی متافیزیک		فشار درونی فشار اجتماعی	نگاه خطی به زندگی زمان دوری نقاط عطف
روی‌آورد به ادراک ناشناختگی در ناباروری		**تجربه رابطه زوجیت**	**امکان‌های موجود**
هستی‌شناختی (فقدان علت)	ابهام در علّت تعیّن‌ناپذیر عللی از جنس دیگر	نسبت زوجیت و فرزند در زندگی زوجیت مثبت / یا «تظاهر به» مثبت چانه‌زنی بر سر بار ناباروری رابطه زوجیت منفی رابطه زوجیت در بستر بی‌پیچگی	ادامه درمان متافیزیک راه‌های موازی سبک زندگی بدون تغییر
	علت‌یابی مبتنی بر احتمال در پزشکی سبک زندگی		
معرفت‌شناختی (فقدان متد)	بدون تشخیص مرتبط کاربرد بی‌نتیجه ابزار پزشکی		
محصول (خروجی)	ناشناختگی، چیزی درون من اقلیت بودن		
روی‌آورد به ادراک والد شدن به مثابه یک نقش		**تجربه رابطه جنسی**	**جنسیت**
تصویر (تجربه بنیاد) والدی تصورات پدری تصورات مادری		زمان و رابطه جنسی کیفیت در استمرار رابطه جنسی	جنسیت در ناباروری جنسیت در درمان جنسیت
روی‌آورد به ادراک درمان		**تجربه والدی منقطع**	**تقدیرگرایی**
درمان، راهی بی‌پایان زبان نامفهوم پزشکی رویان نماینده نهاد درمان		تجربه بارداری برای زن تجربه باروری برای مرد تجربه سقط برای زن تجربه سقط برای مرد ظن باروری برای زوج	باور به متافیزیک متافیزیک به مثابه راهکار
روی‌آورد به ادراک فرزند			
احساس به بچه کارکرد بچه			

روی‌آوردها

۱. خوشه روی آورد[1] به ادراک ناباروری[2]

این خوشه ناظر بر معنای ناباروری به‌عنوان محوری‌ترین عنصر در تجربه‌زیسته بارورخواهان با اختلال ناباروری ناشناخته، در ۴ ساحت به شرح ذیل زیسته می‌شود:

۱,۱ تجربه طول عمر:

زوج‌ها در توصیف مفهوم ناباروری به زمان‌مندبودن آن اشاره کرده و ناباروری را *تجربه‌ای به طول عمر خود* تعبیر می‌کنند؛ *« بدبختی ما فقط بچه نداشتن هم نیست. اصلا بحث امروز هم نیست، ما همیشه گرفتار بودیم و هستیم»* ***(زوج هفتم، مرد)***. آنها تجربه ناکامی ناشی از ناباروری به‌عنوان وضع موجود خود را به یاری *مکانیزم حافظه و قدرت یادآوری*، با گذشته خود یکپارچه کرده و شرایط خود را به‌عنوان بخشی از تاریخچه‌ای از ناکامی‌ها تعبیر می‌دانند. به بیانی دیگر ناباروری عاملی برای بازخوانی نقاط عطف گذشته و ترس از آینده است و آن‌را به‌مثابه *حلقه وصل* تمام ناکامی‌های زندگی خود می‌دانند.

۲,۱ قطع ارتباط بدن با ذهن:

یکی از وجوه پرتکرار ادراک ناباروری، *مکان‌مندکردن* آن است. نخستین و نزدیکترین مکان برای استقرار ناباروری *بدن* است، بدنی که پیش‌وپس از تجربه ناباروری معنا و زیست متفاوتی را برای افراد رقم می‌زند. بدن پیش از تجربه ناباروری، به‌عنوان بدنی یکپارچه و بدیهی زیست می‌شد که نه‌تنها جدای از *من* نبود، بلکه *معادل من* تعریف می‌شد و در واقع *من چیزی جز بدن من نبود*. این بدن در آن وضعیت ایدئال در هماهنگی کامل با ذهن، قادر به انجام هر کاری بوده است، اما پس از مواجهه با ناباروری یک چیزی غریب و ناشناخته است؛ *«این اواخر گاهی به بدنم می‌گم که گیرت کجاست؟ چرا درست کار نمی‌کنی؟! دقیقا در یک سال اخیر احساساتم رو جهت می‌دهم به بدن و رحمم. شوهرم می‌گه: بدنت هم مثل خودت لجبازه! انگار یک مقاومتی هست. یک چیزی سر جایش نیست!» (زوج اول. زن)*

در چنین شرایطی تمامیت و یکپارچگی خویشتن فرد بارورخواه مورد تهدید قرار می‌گیرد و *ابژه‌سازی* از بدنی *بیگانه شده* که پیش‌ازاین معادل *«من»*[3] و برخوردار از *سوژگی* بود، آن را به بدنی تبدیل می‌کند که ماهیتا منحصر به جسم است و به‌دلیل *بدکارکردن* نه‌تنها معادل *من* نیست، بلکه دسترس‌ناپذیر، مکانیکی و مقابله‌گر است. فروکاستن بدن به ساختاری فیزیکی و کارکردی که از قضا دچار *کژکارکرد* شده و *من ناقص* و *من ناتوانی* بر آن کنترلی ندارد. *«من خودم خیلی حسرت می‌خورم، چون ناقصم! و این برای من، برای یک مرد بدترین حس دنیاست» (زوج دهم. مرد).*

---

1 Intentionality

۲ واژگان به کار رفته در نام‌گذاری مضامین فرعی، اصلی و خوشه‌ها همگی کدهای زنده و برآمده از واژگان مشارکت‌کنندگان در میدان تحقیق هستند و سپس در جریان تحلیل و در ارتباط با تیم پژوهشی با وفاداری به ادبیات پدیدارشناسی مورد پالایش قرار گرفته‌اند.

3 I

۳,۱ بی‌بچگی

زوج‌های مشارکت‌کننده، نه‌تنها خود را *نابارور* نمی‌دانند، بلکه با استناد به مدارک پزشکی خود را *بارور بالقوه* دانسته و ناباروری را *وضعیتی موقت* می‌دانند. درواقع پاسخ آزمایش‌های پزشکی که نشان از وجود پتانسیل‌های زنانه و مردانه برای باروری دارد، فرد را از وضعیت ناباروری دور کرده و امکان *تظاهر به آتونومی*[1] در جهت‌دهی به شرایط و بدن را به وی می‌دهد.

در این شرایط، *انکار* به‌عنوان یک مکانیزم دفاعی در توافقی بین‌الاذهانی برای یک زوج بارورخواه با اختلال ناباروری ناشناخته در بستر روابط اجتماعی شکل می‌گیرد. انکار در چنین شرایطی کتمان دو مسئله‌ای است که زوج بارورخواه در توصیف روی‌آوردشان نسبت به ناباروری با آن مواجه می‌شوند: *اهمیت ناباروری* و *نیاز به فرزند* که در شرایط بی‌بچگی تلاش می‌کنند هر دو را انکار کنند؛ *«می‌دونم که بچه کوچک دوست داره. شوهرم مدام با بچه‌های مردم مشغول بازی هست. ولی وقتی باهاش در مورد بچه حرف می‌زنم و گلایه می‌کنم که چرا ما بچه نداریم؟ می‌گه ول کن! خودمون رو بچسب. (با گریه ادامه میده) ولی میدونم که ظاهرسازیه! »* ***(زوج یازدهم. زن).***

۴,۱ تقدیرگرایی

جستجوی مداوم علّت و تقلا برای معناسازی برای ناباروری ناشناخته، زوج‌ها را به سمت توضیحات ماورایی سوق می‌دهد. کاربرد عباراتی چون: *چالشی از جانب خدا*، *حکمت و خواست خدا* و *قسمت* نشان از نسبت‌دادن ناباروری به عوامل ماورایی و قدرت‌هایی دارد که فراتر از *عاملیت من*، توان کنترل و اثرگذاری دارند و در غیاب علّت مشخص برای ناباروری می‌توانند وضع موجود را رقم بزنند. درچنین شرایطی توسل به نیروهای ماورایی مرجع معتبری برای ساخت الگوی توضیحی زوج‌های بارورخواه ناشناخته خواهد بود؛ *«شوهرم که فقط می‌گه: خدا نمی‌خواد. یک اصطلاحی داره که همیشه می‌گه: بین این‌همه بت‌هایی که از دکترها و درمان و بیمارستان برای خودت ساختی، یک خدایی هم این وسط هست. شاید او نمی‌خواهد»* ***(زوج پنجم. زن).***

۲. روی‌آورد به ادراک ناشناختگی در ناباروری

۱,۲ هستی‌شناختی- فقدان علّت

روی‌آورد به *ناشناختگی* از نظر هستی‌شناختی با ارجاع به ارزش‌های مدل زیستی-پزشکی *جهت‌مند* می‌شود. این جهت‌مندی برای زوج‌هایی با ناباروری ناشناخته، با توسل به علیّت برساخته می‌شود؛ علیّتی که به‌موجب آن وجود علّت دارای تقدم ذاتی و زمانی برای تشکیل معلول وجودی است. ذیل این قاعده، ناباروری ناشناخته که به‌ظاهر علّتی نداشته و تعیّن‌ناپذیر می‌نماید، عللی مبهم و یا از جنس دیگر دارد، اما ماهیتا به‌دنبال علّت است، حتی اگر آن علل، احتمالی و درمان آن مبتنی‌بر آزمون‌وخطا باشد. به همین خاطر از سویی نهاد پزشکی درصدد علّت‌یابی برآمده و از سوی دیگر زوج بارورخواه با جستجو در سبک زندگی خود در مواردی چون: تغذیه، ورزش، کیفیت رابطه جنسی، سلامت روان و غیره در جستجوی علّت برای ناباروری هستند.

1 Autonomy

«والا بلاتکلیفی هست. نمی‌دونم علم تا کجا پیش رفته که نمی‌تونن تشخیص بدن. به من هم امروز گفتند: مشکلی نیست. همین‌جور ادامه بده. از طرف خانمم هم می‌پرسم، باز هم جوابی ندادن که بگه چرا نشده و نمیشه. کاش یه چیزی بود که حداقل به اون متوسل می‌شدیم» ***(زوج سوم. مرد).***

۲,۲ معرفت‌شناختی- فقدان روش

دومین وجه روی‌آورد زوج‌های بارورخواه به ناشناختگی در ناباروری مربوط به بعد معرفت‌شناختی است، زیرا به اعتقاد آن‌ها الگوی زیستی-پزشکی *فاقد روش* در شناخت علل است. به‌عبارت‌دیگر زوج‌های بارورخواه با ناباروری ناشناخته، معتقدند که ناشناختگی در علّت ناباروری آنها حاصل *عدم کارایی* مدل تبیین علّی در تشخیص مرتبط و *کاربرد نادرست و بی‌اثر* ابزارهای پزشکی است؛

«متأسفانه، عمل‌هایی که خانمم می‌کرد منفی می‌شد. دیگر عادی شده. (با کلافگی میگه:) خب به تو امیدواری می‌دن. صددرصد امیدوارت می‌کنن. آدم تلاش می‌کنه دوست داره نتیجه بده، یک‌دفعه متأسفانه می‌بینی نتیجه نمیده و منفی میشه. خب ناراحت‌کننده هست. (با عصبانیت پاهاش رو روی صندلی تکون میده و میگه:) معلوم نیست باید چه‌کار کرد! اینه که آزاردهنده می‌شه» ***(زوج ششم. مرد).***

زوج‌های بارورخواه در تشریح روی‌آورد خود در خصوص ناشناختگی در ناباروری در ساحت *روش‌شناختی* علم پزشکی، در جریان درمان خود به *عدم جواب قطعی*، *فقدان تشخیص* و یا *تعدد* و *غیرقابل‌قبول* بودن *تشخیص پزشکی* اشاره کرده و نوع ناباروری خود را نه‌تنها در تعریف، بلکه در درمان هم *تعین‌ناپذیر* می‌دانند. براین‌اساس، ماحصل تست‌ها و آزمایشاتی که به نتیجه و در نهایت روش درمانی مشخصی منجر نمی‌شود، *بی‌نتیجگی* و *نامطمئن* بودن را حتی در اعمال روش‌های کمک‌باروری در کسوت نوعی *درمان مقطعی* تصریح می‌کند.

۳,۲ محصول – بی‌نتیجه

محصول ابهام نظام‌مند مذکور، جستجوی ناشناختگی در درون خود و القای احساس اقلیت بودن است. در واقع درنتیجه *فقدان* قطعیت هستی‌شناسانه و عدم اطمینان در روش و کاربرد آن، زوج بارورخواه، ناباروری ناشناخته را با *استیصال*، *سردرگمی* و *احساس خلأ* و *ناتوانی* در درون خود جستجو می‌کند؛ بیش‌ازپیش خود را می‌کاود و پیرو سکوت علّت‌شناسانه علم پزشکی، به سیر در زمان گذشته، حال و آینده با محوریت خود پرداخته و ناشناختگی در ناباروری را امری شخصی و در درون خود می‌انگارد.

«وقتی این‌همه روش داری، انجام می‌دهی نمی‌گیره، وقتی IUI می‌کنی، نمی‌گیره! دارو مصرف می‌کنی، نمی‌گیره! میکرو می-کنی، نمی‌گیره! خب آدم خودش درمونده میشه! که برای چی هیچ کدوم از این‌ها نمی‌گیره؟! در وجود من یا شوهرم چه مشکلی هست که باعث میشه بی‌ثمر بمونیم؟» ***(زوج دوازدهم. زن).***

زوج بارورخواه پس از بی‌نتیجگی درمان و عقیم‌ماندن روش‌های کمک‌باروری، احساس طرد از نهاد درمان داشته و باتوجه‌به خلأ هستی‌شناسانه و معرفت‌شناسانه در فرآیند درمان، نسبت به سایر گروه‌های بارورخواه احساس ناخوشایند *اقلیت‌بودن* را ابراز می‌کند؛

«دکتر گفت: برای شما ناشناخته هست. نامعلوم هست. مشخص نیست که علّت چی هست. برای همین زدم زیر گریه. بدیش اینه که می‌گن ۱۰ درصد هستن که به این نوع ابتلا دارن. (اشکاش رو پاک میکنه و میگه:) خیلی سخته بری تو این گروه. خیلی سخته. (با صورتی که کامل خیس شده و گلوی پر بغض ادامه میده:) این یعنی هیچ کس نمیتونه برات کاری بکنه!» ***(زوج ششم. زن).***

۳. روی‌آورد به ادراک والد شدن به‌مثابه یک نقش

روی‌آورد زوج‌های مشارکت‌کننده نسبت به *والدشدن*، به‌مثابه یک *نقش* است. طبق تعریف جامعه‌شناختی، مفهوم *نقش* ناظر بر بهره‌مندی از حقوق برای انجام وظایف است. نقش والدی برای یک زوج بارورخواه ناظر بر حقوقی معنوی است که به‌صورت پیشینی برای تمام افراد محفوظ است و در مقابل وظایفی را نیز برای آنها در قبال فرزند تعریف می‌کند. این نقش، به لحاظ محتوایی ناظر بر دو بخش شامل تجربیات زوج در نقش فرزند و همچنین آن تصویری است که از موقعیت‌های شبیه‌سازی شده والدی تجربه کرده است؛ *« والا سرپرست بودن و پدری کردن برای من چیز جدیدی نیست. من از ۹ سالگی سرپرست خانواده خودم بودم. چون پدر و مادرم از هم جدا شده بودن. من هم کار می‌کردم تا بتوانیم امورات را بگذرانیم و هم مراقب خواهر و برادر کوچکترم بودم» **(زوج نهم. مرد)**.* براین‌اساس مشارکت‌کننده هم از جنبه وظایف فرزندی و هم حقوق والدی، تجربه خود را به‌عنوان فردی در مسیر والدشدن بیان می‌کند.

در بخش دوم روی‌آورد به ادراک والدشدن به‌مثابه نقش و درکنار یادآوری نقش فرزندی با اتکای به مکانیسم حافظه، زوج‌های شروع به ساختن تصورات خود از نقش والدی‌شان می‌کنند. برای ساخت چنین تصوری زوج‌ها به‌جایی در آینده‌ای نامعلوم تکیه خواهند کرد. در اینجا هم زن و هم مرد هر یک تصور خود را از خود و همسرشان بیان می‌کنند. باتوجه‌به اینکه هریک از طرفین در توصیف نقش والدی‌شان در آینده به نقش متقابل همسرشان نیز ارجاع می‌دهند، بنابراین، ادراک فرزندآوری برای آن‌ها یک تجربه مشترک خواهد بود؛ *«بچه یک نشانه مشترک هست از خودت و همسرت. ولی وقتی نیست [سکوت می‌کند] وقتی نداری. قطعا یک تکه از پازل زندگی گم شده» **(زوج ششم. زن)**.*

۴. روی‌آورد به ادراک درمان

روی‌آورد زوج‌های بارورخواه نسبت به درمان، از سویی مبتنی‌بر تجربه‌پزشکی‌شده تحت *نگاه سراسربین* نهاد پزشکی ناظر بر توصیف کامل سابقه درمانی شامل روش‌های درمانی، تجویزهای پزشک‌های متعدد، داروهای مورداستفاده و دوره‌های اعمال مداخلات مختلف است. ازسوی‌دیگر این روی‌آورد مربوط به تجربه زیست با نهاد درمان شامل روایت‌های بالینی مشارکت‌کنندگان می‌شود که در آن درمان بیش از هر چیز، فرآیندی *نتیجه‌محور* و معطوف به *آینده‌ای نامعلوم* است که در نتیجه آزمایش بارداری خلاصه می‌شود. بدین سبب در روایت‌های زوج‌های مشارکت‌کننده، درمان به‌مثابه *راهی بی‌پایان* و *فرآیندی نامتناهی* و همواره *ممزوج با درد* اما ناگزیر است. زوج‌های مشارکت‌کننده که درگیر ناباروری اولیه هستند و هنوز درمان آن‌ها را به هدف نرسانده، با وجود ابراز انزجار از تکرار دوره‌های درمانی، اما همچنان آن را *گریزناپذیر* می‌دانند و آن را در زمانی نامشخص در آینده، نتیجه‌بخش توصیف می‌کنند. درواقع ازآنجایی‌که زوج بارورخواه همواره درصدد حل مسئله ناباروری از راه علم پزشکی باتوجه‌به دستاوردهای آن هستند، تأثیر نگذاشتن درمان و استمرار ناباروری ناشناخته، به‌عنوان اختلالی حل‌ناشدنی تجربه می‌شود که راهی جز توسل چندباره به‌نظام درمان برای آن وجود ندارد؛

*«واقعا نمی‌دونم تا کی ای راه رو ادامه بدم. اصلا نمی‌دونم تا کی در توانم باشه که ادامه بدم. (آهی میکشه و به آسمن نگاه میکنه و میگه:) حالا ما امیدواریم این بار که اومدیم، نتیجه بگیریم. اگر هم نشه، احتمالا باز هم همون نظر دکترها رو انجام می‌دیم. ولی همه چیز وابسته به نظر دکترهاست. ما ایشالا ادامه می‌دیم.» **(زوج هشتم. مرد)***

با ارجاع به دو شق متفاوت تشکیل‌دهنده روی‌آورد به ادراک درمان، منشأ متفاوت زبان پزشک و بیمار نیز حائز اهمیت است؛ تفاوتی برآمده از عدم توافقی بنیادین که منجر به تفسیر متفاوت از مفهوم محوری بدن –به‌عنوان جایی که ناباروری در آن قرار دارد– و تعریف ناباروری می‌شود؛ زوج‌ها به‌ویژه زنان، ناباروری را در قالب بدن و مشخصا رحمی که درست کار نمی‌کند تجربه می‌کنند، درحالی‌که پزشک آن را با ارجاع به پروتکل‌های درمانی رایج در چارچوب «وضعیت بیماری» تفسیر می‌کند. غیبت علّتی که وضع موجود را توضیح دهد، به شکاف این دو زبان دامن می‌زند. بدین سبب، زوج مبتلا به ناباروری ناشناخته، بیش از بیماران دیگر و بیشتر از دیگر بارورخواهان، نیازمند زبانی کارا و گویا است که در غیاب علّت و درمان، تجربه خاص او از ناباروری را توضیح دهد؛ «*همیشه این سؤال هست که چرا من که انقدر دکتر می‌رم، باردار نمی‌شم. آقامون می‌گه شاید چون تو نمی‌تونی خوب صحبت کنی، شهرستانی هم هستی، دکترها زیاد تحویلت نمی‌گیرن، به حرفت گوش نمی‌دهن، تو هم قشنگ متوجه حرف‌هاشون نمی‌شی حتی اگه برات توضیح بدهن، شاید هم آن‌ها نمی‌گن. در واقع نمی‌خوان بهت بگن*» ***(زوج هشتم. زن)***.

علی‌رغم نبود چنین زبان مشترکی، زوج نابارور درصدد انتساب توضیحی برای ناشناختگی در ناباروری، بیش‌ازهرچیز، دست‌به‌دامن نهاد پزشکی می‌شود و تحت نگاه خیره پزشک و آزمون‌وخطای درمان‌های مختلف قرار گرفته و درنتیجه از بدن خود، از کشف علّت ناباروری و از هویت بیمار یا سالم خود فاصله می‌گیرند. در جریان این ارتباط ناکامل و بی‌اثر بودن درمان، احساس شکست تدریجی برای زوج‌ها اتفاق می‌افتد.

۵. روی‌آورد به ادراک فرزند

فرزندآوری به‌عنوان هدف مشترک زوج بارورخواه، معنایی در دو ساحت احساس و کارکرد دارد: احساس به معنای عواطف درونی یک زوج نسبت به فرزند و کارکرد ناظر بر امری اجتماعی مبتنی‌بر زیست اجتماعی زوج‌ها که به نیازهایی که در جریان روابط اجتماعی روزمره شکل می‌گیرند، پاسخ می‌دهد. با این نگاه فرزند می‌تواند به‌مثابه حسی درونی برای والدین باشد؛

«*اولین باری که حس کردم، شاید چیزی در خانه ما کم هست شبی بود که دراز کشیده بودیم، چراغ‌ها همه خاموش بود، هرکدوم سرمون تو گوشی بود، کلیپ نگاه می‌کردیم که یک دفعه یک فیلمی با صدای نوزاد پخش شد. (بغضش را فرو می‌دهد و می‌گه:) در اون خونه ساکت، یکدفعه صدا پیچید. انگار همه چیز به هم ریخت. احساس کردم، دلم رفت. از ان به بعد همه چیز بوی بچه و نبودش رو می‌داد: موی سفید شوهرم، چاقی خودم و دلم که دیگه بچه می‌خواد. (با صورتی پر از اشک می‌گوید:) شاید من که خیلی سال بود دیگر یادم رفته بود، بچه چیه، ولی اون لحظه احساس کردم که شاید قشنگ باشه؛ اینکه یک‌چیزی از وجود خودت باشد. و تو بی‌قیدوشرط بهش عشق بدی*» ***(زوج یازدهم. زن)***.

فرزند همچنین می‌تواند به‌مثابه *امر مشترک*، به‌مثابه اثبات هویت فردی و یا ابزاری برای *کاستن از فشار اجتماعی* در نظر گرفته شود؛ «*من بچه‌دار نشوم، شما نشوی، آن‌یکی نشود، پس دیگر دنیا تمام می‌شود که! بالاخره این بچه باید باشد که این زندگی و این دنیا رو ادامه بده*» ***(زوج هجدهم. مرد)***.

تجربه‌ها

۱. تجربه والدی منقطع

با ارجاع به اسناد پزشکی، زوج‌های بارورخواه با ناباروری ناشناخته، به‌دلیل وجود *پتانسیل باروری* ممکن است که به‌طور طبیعی یا بر اثر مداخلات درمانی، یک یا چند بار لقاح و سپس سقط را تجربه کنند. سقط یک *انقطاع پیش‌بینی‌نشده* و تلخ است که زوج پس از *تجربه موقت والدی* به‌طور ناگهانی آن را تجربه می‌کند.

« بعد از اینکه نتیجه IVF مثبت شد. ما همین‌جوری پشت هم پیگیر بودیم. هفته اول، هفته دوم (کمی مکث میکنه و میگه:) تا اینکه اون خبر بد رو به ما دادن که (انگار لکنت گرفته و جمله‌ش ناتموم میمونه). روزی که رفتیم سونوگرافی، انگار خود دکتره یه دفعه‌ای شوکه شده بود، به ما گفت: من الآن باید صدای قلبو می‌شنیدم، شما هم باید می‌شنیدید. ولی چیزی حس نمی‌کنم! گفتش که شما تا کمتر از یک هفته برید، یه جا سونوگرافی خوب، ایشالا مشکلی نباشه. خیلی سخت گذشت، خانمم خیلی تحت فشار بود. (بغض می‌کنه) داغون شده بودم. اصلا نمی‌تونستم اون چند روز رو تحمل کنم. مرخصی هم نمی‌تونستم بگیرم از محل کارم. مدام با رویانم در ارتباط بودم. مجدد بعد چند روز رفتیم سونو کردیم، پزشک گفتش که: متاسفانه قلبش نمی‌زنه و جنین داره کوچیک میشه. (بسیار غمگین و ناتوان در توضیح بیشتر)» **(زوج دوم. مرد)**

مهم‌ترین نکته در دریافت و بازتاب تجربه سقط، تفاوت نگاه زن و مرد به آن است؛ بخشی از مردان و اکثر زنان تمام رویدادها را اعم از لحظه مثبت اولیه در آزمایش بارداری، وقوع بارداری، کلیه دوره‌های درمانی و درنهایت تجربه *فرآیند سقط* را با جزییات به‌خاطر می‌آورند. اما مردان، به‌دلیل *عدم بدن‌مندی در تجربه سقط*، آن را به‌عنوان یک شکست تلخ تجربه کرده و به یاد می‌آورند؛

«خیلی به اون بچه فکر نکردم، ولی گاهی از ذهنم می‌گذرد که اگر بچه من هم [زنده] مانده بود، الآن ۱۴ یا ۱۵ سالش بود. ولی نه، هیچ حسی ندارم. سعی می‌کنم فکر نکنم. کم کم فراموش می‌شود.» ***(زوج هفتم. مرد).***

۲. تجربه فشار

استمرار وضعیت ناباروری و ناکامی در درمان، با سلب برخی از امکانات *کنش اجتماعی*، به‌تدریج منجر به اختلال در رابطه فرد با محیط اجتماعی وی می‌شود و این در شرایطی اتفاق می‌افتد که *ناباروری* به‌عنوان یک *مسئله اجتماعی* مطرح است که همان‌طورکه گفته شد از تعریف تا درمان تحت‌تأثیر توافقات اجتماعی معنا می‌شود. براین‌اساس *معناسازی* جمعی بیماری با دشواری انجام شده و *تجربه‌زیسته* دشواری نیز برای زوج‌ها رقم می‌زند. ناباروری با اختلال همزمانی که برای روح و جسم ایجاد می‌کند.

« یه جایی درون من نابارور هست که تو شرایط نبود بچه، ترکیبی از حس سرزنش و قربانی بودن رو برای من ایجاد میکنه بروز؛ نمی‌دونم شاید جایی نزدیک قلبم باشه. (سری به نشانه تاسف تکان می‌ده و می‌گه) امسال که تولد گرفتم، گفتن آرزو کن، گفتم: والا آرزوهای من دیگر تکراری شده. گفتم یک‌سال دیگر پیر شدم. ولی چون مَرد هستم، نمی‌تونم بروز بدم. نمی‌تونم به زبون بیارم. نبود بچه خیلی سنگین هست. خیلی » ***(زوج دوم. مرد).***

علاوه بر آشوب در درون فرد، در موجودیت اجتماعی فرد در جهان پیرامون نیز اختلال ایجاد می‌کند. *فشار* نامی است که می‌توان بر وضعیت تعامل یک زوج بارورخواه در جریان استمرار ناباروری گذاشت که هم در دایره تعاملات اجتماعی مأنوس اعم از خانواده و دوستان و هم از منشأ درونی اتفاق می‌افتد.

« احساس می‌کنم، همکارام روی من حساس شدن، چون من چند سال هست که ازدواج کردم، برای همه سؤاله که چرا من بچه‌دار نشدم. حتی خیلی‌ها فکر می‌کنن که من جدا شدم و الکی حلقه می‌اندازم یا از همسرم صحبت می‌کنم. بعضی‌ها هم شاید به این نتیجه رسیدن که من بچه نمی‌خوام یا شایدم به این نتیجه رسیدن که من بچه‌دار نمیشم. چون من پرسنل اینجا هم هستم، اینکه ممکنه من رو تو ساختمون درمان ببینن، حالم رو بدتر میکنه. این خیلی پروسه پر تشنج و استرس‌آوریه که واقع اداره آزارم میده » ***(زوج ششم. زن).***

۳. تجربه رابطه جنسی

زمان، بیش از آنکه بستری برای تحقق رابطه جنسی باشد، یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های آن است؛ زمانِ اولین رابطه‌جنسی، زمان و دفعات برقراری رابطه جنسی در زندگی مشترک به‌ویژه در جریان درمان ناباروری، دوره‌های وقفه در آن و غیره هم گی حکایت از ماهیت زمانی یا زمانمندی رابطه جنسی دارد. این ویژگی پس از مواجهه با ناباروری تشدید شده و حتی آن را به خود زمان و معادل زمان بودن تقلیل می‌دهد. *«راستش الآن فکر می‌کنم، اگر هست، فقط برای بچه است. کاملا طبق برنامه پزشک هست. گفته یک شب در میان. ما هم به همو عمل می‌کنیم. گاهی شوهرم خسته هست یا خودم توان ندارم. اما چه کنیم که بچه می‌خواهیم.»* ***(زوج دهم. زن).***

در چنین شرایطی رابطه جنسی در ارتباط با زمان تخمک‌گذاری در بدن زن و تنها باهدف باروری و گاهی هم برای تخلیه روحی و جسمی مرد با نگاهی کارکردگرایانه انجام می‌شود. براین‌اساس، در قید زمان بودن برای رابطه جنسی آن را تبدیل به ابزاری برای تحقق یک کارکرد می‌کند؛

« ما ۱۴ روز زندگیمون نرماله. ۱۴ روز دوم زندگیمون غیرطبیعیه. یعنی تقسیم می‌شه به دو تا دو هفته مختلف که روند زندگیمون رو این طور زیر و رو می‌کنه. ببینید وقتی آدم برای ارتباطاتش زمان‌بندی می‌کنه. مثلا شما با خودت تنظیم می‌کنی، حتما و حتما و حتما دوازدهم. حتما چهاردهم. کلا دو هفته اول و دو هفته آخر، اون جو روانیه خیلی رو مغزمه.» **(زوج اول. مرد)**

۴. تجربه رابطه زوجیت[۱]

در خوشه *رابطه زوجیت نسبت مفهوم فرزند و زوجیت* در بستر زندگی مشترک زوج بارورخواه مطرح می‌شود. در این مورد، برخی مشارکت‌کنندگان صرف تولد فرزند را هدف غایی و دلیل تشکیل زندگی می‌دانند و تجربه زوجیت آن‌ها از زیست با ناباروری ناشناخته، در گرو روی‌آورد آنها نسبت به فرزند شکل می‌گیرد. این زوج‌های غایت‌گرا در توصیف روی‌آورد خود، باور به *کارکردهای فرزند* دارند، آن را ستون رابطه زناشویی دانسته و هرآنچه در جریان رابطه زوجیت وجود دارد اعم از رابطه جنسی را برای فعلیّت دادن به پتانسیل باروری در خود می‌دانند.

« اصلا مگه میشه بچه‌دار نشد! من اون کسی رو که ده ساله ازدواج کرده، ولی سمت بچه نرفته رو نمی‌فهمم. این‌ها اصلا چرا ازدواج می‌کنن؟ خب برو با یک نفر دوست شو و همخونه باش. ولی وقتی یک نفر رو انتخاب می‌کنی، رسما ازدواج می‌کنی، می‌ری

---

۱ باتوجه‌به گستردگی مفهوم زوجیت، تنها شواهدی مورد استناد قرار گرفته‌اند، که مرتبط با توصیف رابطه زوجیت در بستر ناباروری باشند.

زیر یک سقف و تمام پیچیدگی‌های زندگی مشترک رو تحمل میکنی. اصلا هدفت چی میتونه باشه از زندگی؟ هی بری کار کنی، پول دربیاری، با هم بخورید و تمام؟! باید یک بچه‌ای باشه که یک روزی دستت رو در پیری بگیره.» ***(زوج نوزدهم. مرد).***

در مقابل، زوج‌های بارورخواه دیگری قرار می‌گیرند که *فرزند* را *ابژه عاطفی* مشترک در بستر رابطه زناشویی می‌دانند. به‌عبارت‌دیگر فرزند در امتداد علاقه مشترک زوج‌های، یکی از دوست‌داشتنی‌های زندگی آنها است و در تکمیل رابطه زوجیت، آن را پربار می‌کند؛ *« میگم اگه بچه بیارم، شوهرم که الان انقدر دوستم داره، اون موقع زیادتر دوسم داره. (با لبخند ادامه میده:) خیلی دوست دارم بچه بگیرم بغلم، برم، خونه پدرم، خونه پدرشوهرم. به همه نشونش بدم. با شوهرم سه تایی بریم بیرون. خلاصه با بچه خیلی زندگی شیرین‌تر میشه. »* ***(زوج نهم. زن)***

بر اساس دوگانه شکل‌گرفته مذکور، ناظر بر تجربه رابطه زوجیت برحسب نسبت آن با فرزند، تجربه زوج‌ها از این رابطه نیز با جهت‌مندی‌های متفاوتی خواهد بود. به‌طوری‌که هر یک تجربه زوجیت خود را با صفات مثبت و یا منفی توصیف کرده‌اند. در این شرایط، از سویی زوج‌ها با *انکار* اهمیت فرزند و تلاش برای محوریت خودِ زوجیت روابط متقابل خود را *محترمانه*، با *همراهی*، *عشق*، *نزدیک‌شدن*، *اعتماد*، *هم‌تکمیلی*، *فداکاری*، *دلسوزی* و توأم با *رضایت‌مندی* و *درک متقابل* توصیف می‌کنند. از سوی دیگر، زوج‌های بارورخواهی که وزن مفهوم *فرزند* را در بستر یک نگاه *کارکردگرایانه*، بیش از زوجیت می‌دانند، در جریان درمان ناباروری، رابطه زناشویی خود را با واژگانی چون: *کشمکش*، *مبتنی‌بر تفاوت*، *نابرابر* و *همواره توأم با کنترل مرد* و بعضا *تلاش‌های مخفی زن برای باروری* توصیف می‌کنند.

هر دو نوع رابطه زوجیت فوق، با استمرار درمان و بی‌نتیجگی آن، در نقطه تحمل *بار ناباروری* به هم می‌رسند. در شرایطِ ناشناخته بودن علّت ناباروری هر یک از زوج‌ها باهدف زدودن بار ناباروری، برای انتقال بار آن به همسر تلاش می‌کنند. در اینجا تقابل زوج‌ها در رابطه زوجیت، از جنس *شانه‌خالی‌کردن* از *بار ناباروری* است؛ زوج بارورخواه، در وهله نخست با ارجاع به *ابهام* و یا *غیبت علّت* برای توضیح ناباروری سعی در زدودن هویت خود از هرگونه *سهم و قصور* در ناباروری دارند و در صورت افشای هرگونه نقصان، تقلایی مستمر برای سهمی برابر در ناباروری خواهند داشت که این *بازی قدرتی* را مبتنی‌بر جنسیت برای یک زوج آغاز می‌کند.

«امروز دکتر خیال من رو راحت کرد. من از طرفی خوشحال شدم. ولی از طرف دیگه، می‌گم که کاش یک ایراد مشخصی بود، خیالم راحت می‌شد. یک چیزی می‌گفتن دارو می‌دادن. ولی اینکه هیچی نیست، اذیتم می‌کنه. شوهرم خودش می‌دونه که همه چیز اوکی هست. ولی یک زمانی کاملا نوک پیکان به سمت من بود. تهران رو نمی‌دانم ولی در شهرستان بچه‌دار نشدن تقصیر کسی هست که باید بچه رو به دنیا بیاره. کمتر فکر می‌کنن شاید مرد هم مشکل داشته باشد. یا هر دو. جالبه که از کلمه مشکل هم استفاده نمی‌کنند. می‌گویند تقصیر از کی هست» ***(زوج اول. زن).***

ساختارهای اساسی

۱. مسئله زمان

وجه اهمیت *زمان* در بررسی تجربه‌زیسته زوج‌های بارورخواه، ازآن‌جهت است که آنها زمان را در ارتباط با ناباروری به نوع دیگری احساس می‌کنند؛ برای آن‌ها زمان در تجربه زیستِ با ناباروری، هم بستر وقوع تجربه است و هم از آن تجربه معنا می‌گیرد. زمان در تجربه‌زیسته این زوج‌ها، با وجود ارجاع به زمان ساعتی و تقویمی، *معنایی منحصربه‌فرد* و *پدیدارشناسانه* دارد؛ *«وقتی داری میای*

اینجا، یک هیجانی هست، یک احساس غریبی که میگه شاید این دفعه بشه. ولی امان از خستگی ومنتظر موندن توی صف دکتر، آزمایشگاه و انتظار جواب آزمایش! امان از وقت برگشت به خونه، زمان نمی‌گذره. با خودت کلنجار میری که کجاشو بگم و کجاها رو تعریف نکنم. هر چی این جاده لعنتی رو می‌ری، انگار نمی‌رسی. انگار سر جای خودت هستی» ***(زوج بیستم. زن).***

در این پژوهش محقق تلاش کرد با اتکا به حافظه مشارکت‌کنندگان، آن‌ها را ترغیب به بازآوری تجربیات کند درنتیجه زمان تبدیل به یکی از بسترهای تعیین‌کننده در تجربه‌زیسته آن‌ها شد. پس زمان هم در شکل‌دهی به روی‌آوردها و هم تدوین تجربیات مؤثر است. طبق مصاحبه‌ها، زوج‌ها در تجربه زیست با ناباروری، نقاط عطفی را تجربه کرده‌اند که مسبوق به سابقه نبوده و درنتیجه آن‌ها زمان را گاهی به‌صورت *خطی* ناظر بر توالی تجربیات و رویدادها تجربه می‌کنند:

« ببینید من انقدر مطمئن بودم که تو مراحل اولیه که فکر می‌کردم، هیچ مشکلی در کار نیست. می‌گفتن خب اول میرم کلاس، *اقدامم رو شروع می‌کنم، بعد میرم دکتر، بعد هم فولیک اسید می‌خورم و تو یه پروسه دو سه ماهه باردار میشم.* حتی یه بار بحث شد، می‌خواستیم جابجایی خونه داشته باشیم، من کامل تنظیم کرده بودم که بعد جابجایی کاملا حله و هیچ مشکلی نیست. (سری تکون میده و با حسرت میگه:) حتی گفته بودم نه ماه دیگه منتظر باشید. تا این اندازه مطمئن بودم.» **(زوج اول. زن)**

و پس از مواجهه با ناباروری به‌صورت *دوری* ناظر بر گرفتاری در حصر ناباروری و رفت‌وبرگشت میان بیماری و سلامت، باروری و ناباروری، درمان و لاعلاج ماندن، تشکیل شدن یا نشدن رویان تجربه می‌نمایند؛

« هی دنبال علائمش می‌گردم. مثلا ماه قبل یه بوهایی که بهم می‌خورد، احساس می‌کردم حالت تهوع دارم. هی می‌گفتم نکنه باردارم. نکنه ... یه حالت ذوق و نگرانی... از اون‌ور ذوق داشتم که هستم، از این‌ور نگران که نکنه نباشه و اینا الکیه. گاهی میگم ولش کن! دیگه نمیایم، بخواد، خودش میشه. » ***(زوج دوازدهم. زن)***

« یه جورایی گیر افتادیم، آدم میخواد پیشرفتی بکنه تو زندگیش نمیشه، چون باز برمی‌گردم به این قضیه [ناباروری]. مثلا می‌خوام کارای دیگه انجام بدم، میگم باز این کار واجبتره. » **(زوج دوم. زن)**

۲. امکان‌های موجود

همان‌طور که پیش‌ازاین، در مضمون *من ناتوان* در روی‌آورد نسبت به *ناباروری* ذکر شد، ازآنجایی‌که وقوع ناباروری در وهله نخست، منجر به اختلال تعامل بی‌واسطه زوج بارورخواه با *جهان اجتماعی* می‌شود، فرد نه‌تنها در زمان حاضر که در آینده نیز احساس ناتوانی در نقش‌آفرینی در زندگی فردی و جمعی خود می‌کند. بنابراین درصدد *احیای عاملیت خودی* است که به سبب مغفول ماندن در جریان درمان، آزادی عمل وی کاملا تحدید شده است. فرد درصدد *تعامل* و یا *تقابل* با نظام درمان برآمده و مهیای پیش‌بینی راه‌هایی به‌عنوان *مکمل* و یا *آلترناتیو* خواهد شد.

« والا تصمیم داشتم که الآن دوباره دکترم رو عوض کنم. شنیده بودم یه دکتر هندی هست، نمی‌دونم شنیدید یا نه؟ می‌خواستم برم پیش اون، یه عده هم راضی بودن. من تا ۳۵ سالگی وقتی می‌تونم، هنوز تو سن باروریم، می‌خوام همه تلاشم رو بکنم. بعد که سنم گذشت، دیگه شد، شد، نشدم که دیگه نشده.» **(زوج ششم. زن)**

زوج بارورخواه که از زمان مواجهه با ناباروری تا قرارگرفتن در دوره‌های درمانی و در نهایت نتیجه‌نگرفتن و یا سقط *فاقد عاملیت* می‌باشد، با *جابه‌جایی در زمان* و قرارگرفتن در وضعیتی به نام *آینده* و با اتخاذ تصمیماتی سعی می‌کنند، به‌نوعی در مشخص‌کردن

وضعیت خود سهیم باشند. براین‌اساس *امکان‌های موجود* به کلیه راه‌ها و ابزارهایی اطلاق می‌شود که درنهایت می‌توانند به‌نوعی *عاملیت ازدست‌رفته* این زوج‌ها را بازسازی و احیاء نمایند.

« شاید اگه خانمم خیلی بچه دوست داشته باشه، یه بچه رو به فرزندی بگیریم. چون خودم دوست دارم. (چند لحظه‌ای عمیق فکر می‌کنه و میگه:) شاید این حس بهتری داشته باشه. نمیشه گفت بهتره. ولی چون انسان‌دوستی هم کنارش هست، جنسش یه جوریه که شاید شگفتی پدری رو نداشته باشه، ولی اونم یه حسه خوبیه به نظرم. جنسیتشم فرق نمی‌کنه. حتی رنگ هم فرقی نمی‌کنه. سیاه پوست، سفید پوست. فرقی نداره. (با لبخند میگه:) اصلا یه بچه سیاه پوست کله اسکاچی» ***(زوج دوازدهم. مرد)***

به‌زعم هوسرل، آگاهی، مبتنی‌بر *زمان زیسته* است؛ تجربه‌زیسته به‌مثابه امری زمان‌مند، علاوه بر گذشته، دارای آینده‌ای مبتنی‌بر زمان حال و تجربه ناباروری ناشناخته در جریان درمان می‌باشند. براین‌اساس، زوج بارورخواه با اختلال ناباروری ناشناخته، می‌تواند تجربه خود را به آینده نیز گسترش دهد. پس یکی از ارکان مهم تجربه مشارکت‌کنندگان این بود که به‌شرط استمرار وضعیت موجود، چه امکان‌هایی برای او در آینده وجود دارد.

«دیگر حالا روزگار و چرخ دنیا بگرده، ببینیم تا یک سال دیگه ما امیدمان به زندگی کم نیست، همیشه یک امیدی دل داریم. امید فردای بهتر. حالا هر چیز سرنوشت ما باشد، کاری نمی‌کنیم. چه بگوییم؟!» ***(زوج بیست و یکم. مرد).***

۳. جنسیت

جنسیت به معنای تفاوت اثر زن و مرد در باروری پیرو کلیشه‌های جنسیتی رایج ناظر بر *مسئولیت زن در ناباروری* و *اثربخشی مرد در تحقق باروری* به‌صورت مفهومی متناقض و مستمر خود را پیش از ناباروری و در جریان آن نشان می‌دهد. این هنجارهای مورد انتظار به قدری قوی می‌کنند که زن در جریان رابطه و در ارتباط با کمیت و کیفیت آن نیز خود را مسئول می‌داند.

« ما حدود ۸ ماه تلاش کردیم تا رابطه جنسی‌مون کامل انجام شد. من مدام فکر می‌کردم، شوهرم تو این مدت، داره یه از خودگذشتگی عظیمی انجام میده. چون مردایی که من دیده بود، هیچ کدوم حاضر نبودن تحمل کنن. مثلا اگه بابای خود من اگه مامانم چنین مشکلی داشت، می‌رفت طلاقش می‌داد. حتی جووناشون، حتی داییم که الآن ۴۰ سالشه، این اتفاق نیوفته، میره زنشو می‌ندازه بیرون دیگه. و من چون می‌دیدم این، این کارو نکرده و منو بیرون نینداخته، پس خیلی داره از خودگذشتگی می‌کنه. (با خودم می‌گفتم:) خدایا! منو یه کاری کن که بشه، راحت شیم از این بار فشار! بعدش متوجه شدم که نه ظاهرا خیلی از زن‌ها این اتفاق براشون میوفته، تعداد زیادی و خیلی از مردا هم هستن، که این اتفاق براشون میوفته، باهاش کنار میان، صبر می‌کنن. در واقع فهمیدم مردا اون‌قدرام هیولا نیستن» ***(زوج دوازهم. زن)***

بر این اساس باروری و اقدام برای آن معادل با *اراده‌ای مردانه* است، حال‌آنکه ناباروری و ناموفق بودن رابطه جنسی بدون محافظت در ایجاد یک تولد زنده، امری زنانه است. این اثر متفاوت و متناقض در ماهیت باروری به‌ویژه با ارجاع به خوشه روی‌آورد به ادراک ناباروری، ادراک درمان و در توصیف زوج بارورخواه از ناباروری و مواجهه با آن، به‌روشنی در تجربه زیست با ناشناختگی مشاهده شد.

« [همسرم] نمی‌خواست قبول کند. معمولا آقایان دوست ندارند آن عیب را خودشان داشته باشند... خب به خانواده خودم که نمی‌گویم... ولی خیلی نگران بودند، من با خانواده‌ام مطرح نکنم. مثلا زمانی که خانواده ما می‌آمدند خانه ما، داروهایشان را در یخچال

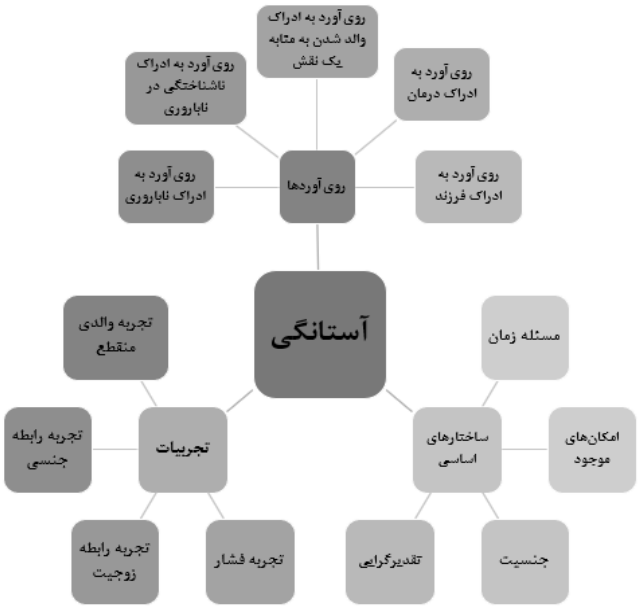
پشت وسایل قایم می‌کردند که کسی نبیند... از اینکه من مشکل داشته باشم، ناراحت نبود، ولی خب، از اینکه به او بگویم تو مشکل داری، ناراحت بود» ***(زوج یازدهم. زن).***[1]

۴. تقدیرگرایی

تقدیرگرایی، در تجربه‌زیسته مشارکت‌کنندگان این پژوهش، به‌دفعات در ابعاد مختلفی از روی‌آوردها و تجربیات مشاهده گردید و در نهایت به‌عنوان یکی از ساختارهای اساسی تعیین‌کننده آن‌ها شناسایی شده و در روی‌آورد به ناباروری، به‌عنوان پایه‌ای‌ترین مفهوم در تجربه‌زیسته این زوج‌ها دیده شد.

اساسا تجارب زیسته در بستر فرهنگ و تحت‌فشار آن شکل می‌گیرند، پس تجربه ناباروری با ارجاع به ارزش‌های بنیادین زوج بارورخواه نیز از این قاعده مستثنا نیست. از روی‌آورد به مفهوم ناباروری، تا استراتژی برای مقابله با فشار اجتماعی و از تلاش برای فهم زبان نامفهوم پزشکی تا راهکاری آلترناتیو برای درمان ناباروری، تقدیرگرایی یک به‌وضوح مشاهده می‌شود؛

« هنوز تو تقدیر ما قرار نداده. من فکر میکنم هنوز این چرخ فلک برای ما نچرخیده. وگرنه براش کاری نداره. اما اینو میدونم که بچه یه آرزو برای همه‌س. خیلیا هم بهش رسیدن. پس وقتی یه آرزویی بیاد تو دلت، میتونی بهش برسی. چون اگه قرار نباشه بهش برسی، اصلا آرزوش هم نمیاد تو دلت. » ***(زوج پانزدهم. مرد)***



شکل ۲: طرح شماتیک ارتباط خوشه‌ها و پدیده مرکزی

---

۱ لازم به ذکر است که تعریف حدود ناشناختگی در ناباروری نزد پزشکان و مراکز مختلف درمانی متفاوت است. در تعریف رویان بسیاری از مراجعان که در دیگر مراجعات مطلقا ناشناخته محسوب شده بودند، *حائز حدی از علل مردانه یا زنانه شناخته می‌شوند.*

بحث و نتیجه‌گیری

ارزش‌های اجتماعی همچون فرزندخواهی و هنجارهای علمی مسلط مانند منطق علیّت، بر تجربه زوج‌های بارورخواه از زیست با ناباروری تأثیرگذارند. در این پژوهش تجربه‌زیسته زوج‌هایی بررسی شد که در سایه استیلای مدل زیستی-پزشکی و در بستر فرهنگ خانواده‌محور ایران بدون آنکه علّت مشخصی وجود داشته باشد، علی‌رغم رابطه جنسی بدون محافظت تا زمان انجام این پژوهش صاحب فرزند نشده‌اند.

همان‌طور که گفته شد، تلاش برای پاسخ به معمای امراض ناشناخته از جمله ناباروری ناشناخته، در ۴ حوزه شامل طب مکمل/ آلترناتیو و مدل‌های بین‌رشته‌ای شامل: روانی-اجتماعی و زیستی-اجتماعی و جامعه‌شناسی ناشناخته‌ها انجام شده است که به تفصیل شرح داده شدند. در بین این رویکردها، از تحقیقات جامعه‌شناسی بیماری‌های ناشناخته که با تاکید بر مراجعین به نهاد درمان به بررسی تجربه افراد می‌پردازد بهره برده شد. لازم به ذکر است که نقش یافته‌های این پژوهش در این حوزه نوپدید که مشتمل بر تعریف بیماری و نقش بیمار می‌باشد، بیش از هر چیز بر تفاوت معنای ناباروری ناشناخته با دیگر انواع امراض ناشناخته بنا می‌شود. همچنین در خصوص نقش بیمار اگرچه دیگر مبتلایان به امراض ناشناخته ملزم به اثبات هویت خود به عنوان بیمار هستند اما بارورخواهان به صرف تلاش جنسی بدون محافظت و بی‌ثمر پس از ۶ ماه و یا یک سال نابارور و در واقع بیمار شناخته می‌شوند.

اتخاذ رویکرد جامعه‌شناسی امراض ناشناخته از یک سو و از سوی دیگر عدم وجود پژوهش‌هایی که تجربه این گروه را مطالعه کند، تحقیق حاضر به استفاده از روش پدیدارشناسی هوسرل به توصیف تجربه زیسته زوج‌های بارورخواه با ناباروری ناشناخته به‌عنوان کوچک‌ترین گروه بارورخواهان رهنمون شد؛ اقلیتی که با به دوش کشیدن بار ناباروری در زیست روزمره حدی از طرد اجتماعی و با تحمل بار ناشناختگی در نظام درمان با طرد قابل‌توجهی از سوی نظام درمان مواجه هستند. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهند، تجربه زیسته این گروه، با محوریت پدیده «آستانگی»، برآیندی از ۱۳ خوشه است. پدیده «آستانگی» را می‌توان چنین تبیین کرد: «تجربه زیست با ناباروری ناشناخته برای زوج‌های با ناباروری ناشناخته، ناظر بر احساس بودن در موقعیتی کنترل‌ناپذیر است که در آن افراد با حسی از ابهام آمیخته با استیصال در انتظار رسیدن به حدی از قطعیت هستند و تحت‌تأثیر ارزش‌های اجتماعی و هنجارهای مسلط علمی زمانه خود و با حسی از ناکافی بودن، در سیّالیت میان باروری و ناباروری، سلامتی و بیماری قرار دارند. اثر آستانگی در کلیه این ۱۳ خوشه مشاهده می‌شود، اما نوع تأثیروتأثر آن با خوشه‌های مختلف متفاوت است. به‌طوری‌که روی‌آوردها به مثابه باورهای بنیادی هستند که در جریان تجربه ناباروری، جهان‌بینی زوج بارورخواه را نسبت به مفاهیم اصلی یافت‌شده در اظهارات آنها در مواردی چون: ناباروری، ناشناختگی در ناباروری، فرزند و والدشدن نشان می‌دهند. تجربه‌های یک زوج در بازه زیست با ناباروری در خصوص رابطه جنسی، رابطه زوجیت، فشار و والدی منقطع نیز ناظر بر تجاربی دست اول که در جهان شخصی در ارتباط با ناباروری رخ داده، می‌باشد. و در بخش پایانی، خوشه‌هایی همچون مسئله زمان، جنسیت و متافیزیک به‌عنوان ساختارهایی اساسی مطرح هستند که برای شکل‌گیری روی‌آوردها زمینه‌سازی کرده و مختصات شکل‌گیری تجربیات را در بستر زندگی اجتماعی برمی‌سازند.

کمک به این زوج‌ها برای خروج از وضعیت آستانگی، متکی بر پایان دادن به این وضع سیّال و قرار گرفتن در یکی از انواع دسته بندی‌های موجود برای ناباروری است. باتوجه‌به بستر نظری و اهمیت وجه اجتماعی ناباروری ناشناخته، ناظر بر نگاه‌های انتقادی و مدافع انسانی‌کردن پزشکی، یکی از راه‌های موثر کمک به این خروج، قراردادن دوره‌های مشاوره اجباری با رویکردهای مددکاری اجتماعی و روان‌شناسی اجتماعی، به‌عنوان یکی از گام‌های دوره‌های درمانی این گروه، خواهد بود.

همچنین باتوجه‌به فزونی ناباروری ثانویه نسبت به اولیه در ایران و تبیین معتبر فعلی در خصوص ناباروری ناشناخته در ارتباط با عوامل محیطی و سبک زندگی تمرکز بر اصلاح آن و اجرای سیاست‌های حمایت از فرزندآوری برای زوج‌های بارورخواه به‌عنوان بخشی از جمعیت در معرض باروری منطقی به نظر می‌رسد. مطالبه مکرر زوج‌های مشارکت‌کننده در این پژوهش در خصوص تعدیل و یا کاهش هزینه‌های درمان ناباروری می‌تواند در دایره سیاست‌های واقع‌بینانه در جهت افزایش جمعیت قرار بگیرد.

منابع

احمدی، مریم (۱۳۹۰). چالش‌های فقهی–حقوقی و پزشکی تلقیح مصنوعی و بررسی اثرات این چالش‌ها بر تصمیم‌گیری زوج نابارور. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. به راهنمایی منصوره موحدین و عزت سادات میرخانی. دانشکده علوم انسانی. دانشگاه تربیت مدرس.

اسکلمبر، گراهام و هیگز، پل. (۱۳۹۸). *مدرنیته، پزشکی و سلامت*. ترجمهٔ مهسا علاء. تهران: نشر فرهامه.

اعرابی، سید محمد و بودلایی، حسن. (۱۳۹۰). استراتژی تحقیق پدیدارشناسی. *فصلنامه علمی–پژوهشی روش‌شناسی علوم انسانی*. ۱۷ (۶۸)، ۵۸ –۳۱.

ایزدیار، نسرین (۱۳۹۰). بررسی جامعه‌شناختی تجربه زیسته گیرندگان تخمک اهدایی مراجعه‌کننده به پژوهشگاه رویان . *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. به راهنمایی شیرین احمدنیا. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی. واحد علوم تحقیقات.

تومبز، اس.کی. (۱۳۹۷). *معنای بیماری شرحی پدیدارشناختی از دیدگاه‌های متفاوت پزشک و بیمار*. ترجمه: محمدرضا اخلاقی‌منش. تهران: نشر فرهامه.

جهاد دانشگاهی، ۱۳۹۷. رییس پژوهشگاه ابن سینا: ۲۰ درصد زوج‌های ایرانی نابارور هستند. قابل دسترسی در: https://b2n.ir/h51863

رابینگتن، ارل و واینبرگ، مارتین. (۱۳۹۳). *رویکردهای نظری هفت‌گانه در بررسی مسائل اجتماعی*، ترجمه: رحمت‌الله صدیق سروستانی. تهران: دانشگاه تهران.

رفعت‌جاه، مریم. (۱۳۸۳). زنان و بازتعریف هویت اجتماعی. *انجمن جامعه‌شناسی ایران*. ۲. ۱۶۰ – ۱۳۳.

روتان، لئو و آسپینا–کمرر، ورونیکا، (۱۳۹۲). *کلیدهای پزشکی ذهن–بدن*. به ترجمهٔ: محبوبه فرزانگان. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی–درمانی استان اصفهان.

صیامی کیوی، حسنعلی، (۱۳۸۹). اثربخشی روان‌درمانی گروهی بر اساس نظریه منابع تکوین خود بر عزت نفس، شادکامی و سلامت روانی زوجین بارور – نابارور. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. به راهنمایی: علیرضا مهدویان. دانشگاه علم و فرهنگ.

مارکوم. جیمز ا. (۱۳۹۹). *فلسفه پزشکی مقدماتی: انسانی کردن پزشکی مدرن*. ترجمه: پیروزه شهباز و همکاران. تهران: لوح قلم.

ACECR, (2018), The chief on Avicenna research institute: 20 percent of Iranian couple are infertile, retrieved at: http://acecr.ac.ir/fa/news/1233 (in Persian).

Abdollahi, F; Khani, S and Yazdani Charati, J. (2018). Prevalence and related Factors to Herbal Medicines Use among Pregnant Females. *Jundishapour Journal of Natural Pharmaceutical*. DOI: 10.5812/jjnpp.13785

Arabi, S. M & Boodlaei, H. (2011), Phenomenological Research Strategy, *Journal of Methodology of Social Sciences and Humanities*, 17(68), 31 – 58.

Aronowitz, MD, Robert A. (2001), When Do Symptoms Become a Disease, *Annuals of internal medicine*, 134 (9). 803 – 808.

Audu, D. T.; Edem, C.; Iornenge A., R., (2013), Infertility and Gender Difference in reaction among couples and family and community treatment: A study of patients attending Hospital Mkar in Benue state, Nigeria, European scientific journal, 93 – 106.

Bevan, M. T. (2014). *A Method of Phenomenologica Interviewing*. Qualitative Health Research. Vol. 24 (1) 136–144.

Bury, M., (2001), Illness narratives: fact or fiction, *Sociology of health and illness*, Vol: 23, No: 3, Pp: 263- 285.

Cambel, B., & Akköz Çevik, S. (2022). Prevalence of intimate partner and family violence among women attending infertility clinic and relationship between violence and quality of life. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 1-7.

Erinfolami, A.; Olagunju1, A.; Oguntuase, A. & A. Akinbode, (2010), Quality Of Life And Sociodemographic Factors Of Patients With Unexplained Symptom In General Practice, *European Psychiatry*, Vol 25, 18th European congress of psychiatry, Germany.

Eyzadyar, N., Ahmadnia, S., Seyedmirzaei, S. M., Azin, S. A., & Yazdani Safa, M. (2014). To choose the oocyte donation as a way of becoming a mother (Phenomenological study of infertile women's in Royan Institute). *Journal of Iranian Social Studies*, *8*(1), 6-21 (in Persian).

Fink, P. & Rosendal, M., (2008), Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care, *Current Opinion in Psychiatry*, Vol: 21, 182–188.

Forte, M; Brown, D and Dysart, M. (1985). Through the Looking Glass: Phenomenological Reports of Advanced Meditators at Visual Threshold. Imagination, *Cognition and Personality*. Vol:4. Issue: 4. 323 – 338.

Gerrity, D. A, (2001), A Biopsychosocial Theory of Infertility, Vol. 9 No. 2, *the family journal: counseling and therapy for couples and families*, 151- 158.

Greco, M., (2017), Pragmatics of explanation: Creative accountability in the care of medically unexplained symptoms, *The sociological review monographs*, Vol: 62 (2), Pp: 110 – 129.

Greil, A., Mc Quillan, J., Slauon-blevins, C., (2011), The social construction of infertility, *Sociology compass*.

Gurevich, R., (2018), Understanding the Diagnosis of Unexplained Infertility.

Hasanpoor-Azghady, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A. A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The social construction of infertility among Iranian infertile women: a qualitative study. *Journal of reproduction & infertility*, 20(3), 178.

Kirmayer, L. J, Groleau, D., J Looper, K., Dominicé Dao, M., (2004), Explaining Medically Unexplained Symptoms, *Can J Psychiatry*, Vol 49, No 10, Pp: 663 – 372.

Kistner, U., (1998). Illness as Metaphor? The Role of Linguistic Categories in the History of Medicine. *Studies in 20th & 21st Century Literature*, Vol. 22. 1- 20. DOI: 10.4148/2334-4415.1432

Marcum, J. A. (2020). *An introductory philosophy of medicine: Humanizing modern medicine, Shahbaz, P. et. Al, Loheghalam, Tehran (in Persian)*.

Munshi, S., (2018), male infertility? Couples with male factor infertility potentially being treated prior to testing.

Nettleton, S., O'malley, L., Watt, Ian & Duffey, Philip, 2004, Enigmatic Illness: Narratives of Patients who Live with Medically Unexplained Symptoms, *Social Theory & Health*, Vol:2, PP: 47 – 66.

Nettleton, S., (2005), I just want permission to be ill: Towards a sociology of medically unexplained symptoms, *Social science and medicine*, Vol: 62, Pp: 1167 – 1178.

Notman, M, (1990), Reproduction and pregnancy: A psychodynamic developmental perspective. In N. Stotland (Ed.), *Psychiatric aspects of reproductive technology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Rotan, L. W., & Ospina-Kammerer, V. (2013). *MindBody medicine: Foundations and practical applications*, Farzanegan, M., Medical University of Isfahan Pub., Isfahan.

Rubington E. & Weinberg, M.S. (2014). The Study of Social Problems; Seven Perspectives, Sedigh Sarvestani, R., Tehran University Pub., Tehran (in Persian).

Rief, W., Maren Heitmuller, A., Reisberg, K. and Ruddel, H., (2006), Why Reassurance Fails in Patients with Unexplained Symptoms—An Experimental Investigation of Remembered Probabilities, Vol: 3, PLoS Med, Pp: 1266 – 1272.

Saei Ghare Naz, M., Ozgoli, G., Sayehmiri, K., (2020). Prevalence of Infertility in Iran: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Urology Journal*, Vol 17 No. 4. pp: 338-345. DOI: 10.22037/uj.v0i0.5610.