

فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر

سال چهارم، شماره یازدهم، زمستان ۱۳۸۹

تاریخ دریافت: ۸۹/۶/۱۶ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۱۴

صص ۱۹۸ - ۱۷۱

بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده در شهر اصفهان

دکتر مجتبی شاهنوشی^۱ و زیبا کریمی^۲

چکیده

باروری واژه‌ای پر معنایی است که از گذشته تا به امروز نگاه‌های زیادی را به خود جلب کرده است. باروری یا توانایی داشتن فرزند، موفقیت در تولید مثل و آغاز تولدی دوباره برای زوجین و نقطه مقابل آن یعنی ناباروری با ایجاد اشکال و اختلال در تولید مثل همواره به عنوان پدیده‌ای گاه قابل درمان و گاه غیر قابل درمان، پیامدهای متعددی را ناخواسته در مقابل زوجین قرار خواهد داد. برخی از این پیامدها فردی است؛ از جمله اختلالات روحی و روانی و برخی اجتماعی؛ مانند طلاق، سرزنش اطرافیان که تأکید ما در این مقاله بر آثار اجتماعی آن است. جامعه آماری تحقیق، کلیه زنان متأهل ۱۸ سال به بالا که در سن باروری هستند، بوده و

mshahnooshi@yahoo.com

۱- استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان (نویسنده مسؤول)

۲- کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان

نمونه ما ۴۰۳ نفر است که به وسیله پرسشنامه مورد سؤال قرار گرفته‌اند. در این تحقیق، ۷ فرضیه مورد آزمون قرار گرفت که در آن رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته از جمله؛ نازایی برسرزنش اطرافیان، اختلاف زن و شوهر، بیماری‌های روحی و روانی، طول مدت ازدواج، تشویق به طلاق، تشویق به ازدواج مجدد و تشویق به پذیرش فرزند خوانده بررسی شده است که نتایج تحقیق بیانگر آن است که زوجین نازایی که مورد سرزنش اطرافیان قرار نگرفته‌اند، فاقد اختلاف و درگیری ناشی از نازایی بوده‌اند. همچنین، این مسأله باعث ایجاد بیماری‌های روحی و روانی میان آنها نشده است. از طرف دیگر، طول مدت ازدواج بر باروری آنها تاثیر داشته و گاه نازایی آنها باعث شده از طرف دیگران به طلاق، ازدواج مجدد و پذیرش فرزند خوانده تشویق شوند.

واژه‌های کلیدی: نازایی، ناباروری، پیامدهای اجتماعی، خانواده، ازدواج

مقدمه

آنجا که زندگی چشم به دنیای تازه‌ای می‌گشاید، هیاهو و شادی در فضای خانه طنین انداز می‌شود، عشق به آینده، امیدها و آرزوها معنای دوباره‌ای می‌یابد، و نور روشنایی همچون مرواریدی زیبا بر دل‌ها می‌تابد، آن هنگام است که کودکی قدم به خانه آمال و آرزوهای زوجین نهاده است. چرا که برای بسیاری از زوجین، کودک یعنی عشق، نشاط و شور زیستن، و به نوعی حس بودن و توانایی را در وجود آنها نمایان کردن، اما افسوس آن هنگامی که شعله‌های این توانایی و موفقیت به عدم و خاموشی گراید و کلبه آرزوهایشان را به خاکستری سرد و بی روح تبدیل کند. اینجاست که نازایی با کوله باری از اندوه به عنوان شدیدترین بحران زندگی رخ می‌دهد، بحرانی که همراه است با عدم توانایی در داشتن کودکی که عشقشان را جاودانه سازد و رویاهایشان را رنگ واقعیت ببخشد.

مسأله نازایی و ناباروری و پیامدهای آن در میان خانواده‌ها و به طور کلی، جوامع انسانی آن چنان ابعاد گسترده‌ای دارد که به نوبه خود جایی برای هیچ گونه شک و تردیدی باقی نمی‌گذارد. در واقع، از ابتدای خلقت بشریت و گام نهادن انسان به عالم زیبای هستی، و آن هنگام که تنها یک زن و مرد در کره خاکی زندگی خود را آغاز نمودند باروری و تولید مثل پایه و اساس حیات بشری محسوب می‌شد. اما عدم توانایی در باروری همیشه به عنوان معضلی عظیم بر زندگی افراد اثرات ویرانگری به همراه داشته است، به طوری که حتی از گذشته‌های دور تا به امروز با این مشکل بزرگ یعنی نازایی دست به گریبان بوده‌اند. هر چند امروزه با پیشرفت علم و تکنولوژی و استفاده از روش‌های نوین درمانی حل بهتر این مسأله بعد تازه‌ای به خود گرفته است و ناباروری تا حدود زیادی سیمای بهتری از خود در ذهن بشریت ترسیم نموده است.

با این وجود علارغم تمامی پیشرفت‌های علمی و پزشکی، کماکان درصد قابل توجهی از زوجین در ردیف کسانی قرار می‌گیرند که همچنان موفق به درمان مشکل ناباروری خود نیستند. به همین دلیل پیامدهای مربوط به ناباروری چه به صورت فردی و چه اجتماعی به اشکال عمیق و بنیادین تار و پود زندگی زوجین نابارور را تحت تأثیر شدید خود قرار داده است.

این پژوهش، در جستجوی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده خواهد بود و بررسی این که این پیامدها تا چه حد خانواده‌های نازا و بدون فرزند را تحت تأثیر خود قرار خواهد داد. در ابتدا با توجه به محدودیت نظریه‌ها در زمینه نازایی موضوع را در قالب دیدگاه‌ها و نظریه‌های گوناگون جامعه‌شناسان، جمعیت‌شناسان اقتصاددانان و روانشناسان بررسی نموده‌ایم. بررسی و اهمیت این موضوع، به لحاظ پیامدهای متعدد و گاه جبران ناپذیری بوده که ناخواسته بسیاری از خانواده‌ها را درگیر خود ساخته و آن‌ها را در حل مسأله، با ناتوانی همراه

کرده است. نهایتاً به دنبال دستیابی به پاسخی قابل قبول برای هر کدام از فرضیه‌ها و سؤالات مطرح شده این تحقیق، در طی مراحل مختلف شامل: طرح و بیان مسأله؛ چهارچوب نظری تحقیق؛ پیشینه تحقیق؛ روش شناسی تحقیق؛ تجزیه و تحلیل اطلاعات و نتیجه گیری انجام گرفته است.

طرح و بیان مسأله:

باروری و تولید مثل جزئی از حیات خانواده، دنباله و امتداد رشته هستی انسان و به عنوان هدفی مقدس و بنیادی، همواره از ارزش و قداست خاصی برخوردار بوده و هست. چرا که توانایی داشتن فرزند، یکی از اساسی ترین محرک‌های انسانی در استحکام زندگی و معنا دادن به پیوند زناشویی محسوب می‌شود. آن هنگام که زوجین زندگی مشترک خود را با دنیایی از آمال و آرزوها بنا می‌کنند کودک نقطه عطف و آغازین تمامی خواسته‌های آنها قرار گرفته و تمام تلاش‌ها را به سوی ان معطوف می‌کنند.

بنابراین، آرزوی داشتن کودکی در زندگی هر چند که در بیشتر موارد برای اکثریت قریب به اتفاق خانواده‌ها امری آسان و تحقق یافته محسوب می‌شود، ولی متأسفانه گاه در این میان با زوجینی برخورد می‌کنیم که بر خلاف میل و انگیزه خود قادر به تجربه کردن چنین خواسته‌ای نیستند و چه بسا کانون گرم و پر مهر خانواده تحت تأثیر این عامل مخرب سست شده و از بین می‌رود.

ناباروری به عنوان عاملی تنش‌زا، تأثیر منفی زیادی بر زندگی زوجین نابارور خواهد داشت و افراد مبتلا را در معرض مشکلات روحی روانی و جسمی بی شماری قرار می‌دهد. مشکلات و تنگناهایی که زوجین نازا در مراحل گوناگون به طور مستقیم با آن مواجه شده و به نوعی آن را تجربه می‌کنند، به طوری که زوجین نابارور با یک زندگی تحمیلی برخورد خواهند کرد که این نوع زندگی به طرق مختلف هویت پدر و مادر بودن آنها را زیر سؤال خواهد برد.

در این موارد زن خود را معیوب دانسته و احساس سرخوردگی توأم با یأس و ناامیدی سراسر وجودش را در بر می‌گیرد و مرد نیز به نوبه خود نوعی حس تقلیل یافته از مردانگی در خود احساس می‌کند و این چنین حس و نگرشی می‌تواند منجر به ظهور عوامل و معضلات متعددی شده و پایه و اساس زندگی و روابط زوجین را به لرزه در آورد.

بنابراین، با توجه به این که ناباروری به نوبه خود اثر مخرب و ناگواری را بر زندگی زوجین نابارور در ابعاد مختلف فردی و اجتماعی به همراه دارد و با توجه به اهمیت و جود فرزند به خصوص در میان فرهنگ اصیل خانواده‌های ایرانی که به نوعی استحکام و تداوم ازدواج را در وجود کودکی جستجو می‌کنند که قدم به کانون خانواده می‌گذارد، ما نیز بر آن شدیم که این مسأله مهم و پیامدهای حاصل از آن را در میان خانواده‌هایی که به طریقی با مشکل نازایی دست به گریبان هستند، را بررسی کنیم.

مروری بر تحقیقات انجام شده:

تحقیقات داخلی:

بهدانی و همکاران در سال ۱۳۸۳ در بررسی شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور، ۲۰۰ زن مراجعه کننده به کلینیک نازایی منتصریه مشهد را با روش نمونه‌گیری ساده و از طریق پرسشنامه مورد بررسی قرار داده و نتایج نشان داده بود که ۵۷٪ از زنان نابارور به درجاتی افسرده و ۲۰/۹٪ آنها در حد افسردگی بالینی بودند. در واقع، هر چقدر زنان تحصیلات کمتر و مشارکت اجتماعی کمتری داشتند، شیوع افسردگی ناشی از ناباروری در آنها بیشتر بوده است.

فولادی و همکاران در سال ۱۳۸۴ در پژوهشی به بررسی دیدگاه زوجین نابارور نسبت به نازایی و ناسازگاری زناشویی پرداختند. در مطالعه خود ۱۶۰ زوج نازا را که جهت درمان به مرکز رویان تهران مراجعه کرده بودند به عنوان نمونه انتخاب کردند و از طریق پرسشنامه

معیارهایی همچون نازایی به مدت یک سال، عدم داشتن فرزند و ازدواج مجدد و غیره را مورد سؤال قرار داده و نتایج نشان داده که مردان نیز به مانند زنان به داشتن فرزند علاقه داشته و در تشخیص پیگیری و درمان نازایی تلاش می کنند.

تحقیق دیگری با عنوان تبیین جامعه شناختی کاهش باروری زنان در شهر یزد در سال ۱۳۸۵ توسط آقای زارع شاه آبادی انجام گرفته است. در این تحقیق، ۳۸۳ نفر از زنان شهر یزد با استفاده از پرسشنامه مورد سؤال قرار گرفته اند و نتایج نشان داده بود که عواملی همچون؛ قرار گرفتن در عصر فناوری اطلاعات و تحصیلات و غیره، فرصت‌هایی را عاید زنان و مردان می کند که با داشتن فرزند سازگار نبوده و میزان اشتغال بالای زنان باعث استقلال و برابری آنها شده است. همچنین، افزایش هزینه‌های مربوط به فرزندان و کاهش فواید آنها با ناباروری رابطه منفی نشان داده بود.

تحقیقات خارجی:

نوتون^۱ و همکاران (۲۰۰۰) در طراحی به عنوان مدیریت استرس، از مدل درمانی -شناختی استفاده نموده و این برنامه را بر روی ۱۷ زوج نابارور تحت درمان (IVF) انجام دادند. داده‌ها به صورت نظر خواهی از زوج‌های نابارور در مورد تأثیر گروه درمانی انجام شد. نتایج نشان داد زنانی که در جلسات گروهی شرکت کردند به طور معناداری پس از درمان نسبت به قبل اضطراب کمتری داشتند. مردان گروه آزمایش نیز نسبت به گروه کنترل در پایان دوره خوشبین تر بودند، ولی میزان عقاید غیر منطقی آنها بیشتر بود.

وان دن آکر (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای که بر روی زوجین نابارور انجام داد. از دو گروه کنترل خواسته شد به پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی پاسخ دهند، یافته‌ها نشان داد که در امر مشاوره

علاوه بر تمرکز بر احساسات، نیاز است که حتماً به روابط بین زوجین توجه داشت. به نظر می‌رسد تفهیم کیفیت زندگی به مراجعان طی جلسات مشاوره اهمیت زیادی داشته است. دومار^۱، زاتر میستر^۲ و فریدمن^۳ (۱۹۹۸) در پژوهشی به مقایسه ویژگی‌های روانی افراد دارای مشکل ناباروری و افراد دارای بیماری‌های جسمی مزمن و سخت پرداختند و چنین نتیجه گرفتند که پریشانی روانی، همراه با ناباروری می‌تواند به شدت و عمق پریشانی روانی بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی و برخی بیماری‌های مزمن باشد.

آبرسون^۴ (۱۹۷۸) در بررسی پدیده ناباروری معتقد بود کسانی که دارای سبک بد بینانه در این زمینه بوده و خود را مقصر دانسته و امیدی به درمان ندارند نسبت به کسانی که با دیدی خوشبینانه به مسأله نگاه می‌کنند و معتقدند وضعیت این گونه نخواهد ماند و به درمان‌های گوناگون پزشکی اعتقاد دارند. این افراد از زندگی لذت برده و احساس درماندگی کمتری در مقایسه با گروه اول تجربه خواهند کرد. بنابراین، اقدامات درمانی و روان پزشکی برای گروه اول بیشتر توصیه می‌شود.

نقد و بررسی تحقیقات انجام شده:

با توجه به نرخ بالای زاد و ولد در ایران و اهمیت باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی مطالعه پدیده ناباروری بویژه با تکیه بر جنبه‌های روانی - اجتماعی آن از اهمیت زیادی برخوردار است. تا یکی دو دهه اخیر پژوهش‌های دقیق‌تر کمتر یافت می‌شد و بیشتر آنها در سطح برداشت‌های کلی انجام می‌شد. اما در حال حاضر، پژوهش‌های انجام شده، مسأله را هر چند با ژرفای عمیق تری مورد بررسی قرار داده اند، اما نتایج اغلب آنها چه داخلی و چه

1. Domar
2. Zattermeister
3. Friedman
4. Abramson

خارجی حاکی از آن است که: اولاً؛ در بررسی و مطالعات خود افراد نابارور را به صورت افراد و گروه‌هایی همگن و یکسان در نظر می‌گیرند و این مسأله به نوبه خود نتایج پژوهش را با مشکل مواجه می‌سازد، چرا که ممکن است دو گروه؛ یکی کسانی که در ابتدای مرحله درمان امیدوار، با کسانی که نا امید و بدون نتیجه گرفتن از مراحل گوناگون درمان بوده اند، با هم در یک ردیف قرار گرفته و مقایسه شوند. ثانیاً؛ این که در نظر گرفتن نوع و علت ناباروری از لحاظ نوع اولیه و نوع ثانویه و همچنین علت زنانه و علت مردانه در مراحل گوناگون چه تشخیص و چه درمان اهمیت زیادی دارد. در حالی که در اغلب پژوهش‌ها توجه چندانی به آن نشده و بیشتر علل و عوامل روان شناختی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

چهار چوب نظری

باروری و کارکرد اجتماعی آن

شهوَت جنسی زن و مرد را به یکدیگر مجذوب می‌کند و به دنبال آن محصول مشترکی به نام فرزند پدید می‌آید (بهشتی، ۱۳۸۴:۲۲۶). کودک نماد یکپارچه شدن دو جان و تن است (منجم، ۱۳۸۴:۱۶۸). و عدم توانایی در به انجام رساندن این وظیفه مشترک و سرزنش یک نفر به عنوان عامل ناباروری و یا متهم نمودن زن یا مرد به نوبه خود اثرات مخربی را برای بیماران به جا می‌گذارد (کی و سایرین، ۱۳۷۵:۲۹).

هومنز^۱ معتقد است: «وقتی که یک شخص نتواند آنچه را که انتظار دارد به دست بیاورد، باید گفت که سرخورده شده است» (ریترز، ۱۳۷۴:۴۳۱). هومنز در نظریه خود از سرخوردگی به عنوان نوعی اختلال نام می‌برد که همراه با ناکامی در موقعیت‌های گوناگون ایجاد شده است. و او انسان را موجودی عقل گرا دانسته که همواره به دنبال منافع خود در رویارویی با تصورات ذهنی و واقعیت قرار می‌گیرد. «هومنز سرخوردگی را تنها به یک حالت درونی

¹ - Homans

مربوط نمی‌داند بلکه آن را رویدادی می‌داند که نه تنها بوسیله خود شخص بلکه به وسیله دیگران نیز قابل مشاهده است» (ریترز، ۱۳۷۴:۴۳۱).

از نظریه وی چنین استنباط می‌شود که وجود کودک هدف اصلی زندگی زوجین بوده و عدم دستیابی به این هدف، احساس گناه، ناامیدی و گاه سرزنش از جانب خود و دیگران را به همراه دارد.

«ویرتون^۱» درباره اهمیت فشار اجتماعی عنوان می‌کند «که افراد تابع محیط پیرامون خود هستند و خط سیر آن‌ها بوسیله دیگران تعیین می‌شود (محمدی، ۱۳۸۳:۳۱). به نظر وی رابطه بین خانواده و اجتماع رابطه تنگاتنگی است که مرز قاطعی بین آنها وجود ندارد و فرد تنها در تطابق بین این دو مجموعه می‌تواند به رشد و بالندگی برسد. «وی معتقد است که این دو با نفوذ قوی حتی ارزش‌های فکری آن‌ها را تعیین می‌کنند» (محمدی، ۱۳۸۳:۳۱).

طبق نظریه وی اجتماعی بودن انسان به طریق مختلف او را به جهان پیرامون متصل کرده و این اتصال گاه او را در معرض موفقیت و گاه شکست قرار داده و به دنبال شکست‌ها و ناکامی‌ها سرزنش‌ها و کنایه‌ها را به نوبه خود تجربه خواهد کرد.

«گاه در اندیشه فمینیست‌ها استدلال درباره کنترل زنان بر جسم خود ابعادی به شدت افراطی، مضحک و تأسف‌بار پیدا می‌کند» (مشیرزاده، ۱۳۸۵:۲۸۷). آنها با تفاوت جنسی بین زن و مرد که از طریق آن تصویری مبهم از سیمای وجودی یک زن ترسیم می‌شود مخالفند و معتقدند این تفاوت جنسی ارزش وجودی زن را انکار می‌کند. «آنها می‌خواهند تداوم نسل از طریق زنان با پیشرفت‌های فناورانه از بین برود» (مشیرزاده، ۱۳۸۵:۲۸۷). از نظر آنها می‌توان دریافت که عدم توانایی زنان در زمینه فرزند آوری، با توجه به وضعیت فیزیولوژی آنها،

سرزنش‌های بی شماری در قالب عباراتی همچون؛ اجاق کور و نازا را برای آنها به همراه داشته است. بر اساس نظریات مطرح شده می‌توان فرضیه زیر را ساخت:

۱- به نظر می‌رسد بین نازایی و سرزنش اطرافیان رابطه وجود دارد.

فرزند و بقای نسل

بسیاری از ادیان توالد و تناسل را وسیله رستگاری و جاودانی شدن حقیقتی به شمار آورده‌اند (کتابی، ۱۳۷۰:۱۰۳). حفظ نسل یکی از مقاصد اساسی اسلام است و ازدواج برای حفظ آن مقرر شده است (طلعتی، ۱۳۸۳:۹۰). آرزوی داشتن فرزند و بجای گذاشتن یادگاری ارزشمند، همواره برای انسان هدفی مهم محسوب می‌شود (خداکرمی و دیگران، ۱۳۸۸:۲۹۳). چرا که تولید مثل در انسان از ارکان هستی و باعث دوام و قوام بشر می‌شود (میزی، ۱۳۸۱:۲۷). از دیدگاه پارسونز^۱: «یک نظام اجتماعی قبل از هر چیز شبکه‌ای از روابط متقابل میان افراد و گروه‌هاست. و عوامل زیادی را به هم پیوند می‌دهد (توسلی، ۱۳۷۶:۱۹۱). پارسونز کنش مقابل میان افراد را به عنوان تنها عامل بین آنها نمی‌داند، بلکه مبنای ارتباط را مجموعه انتظاراتی می‌داند که در طی ارتباط بین افراد ایجاد می‌شود. این دیدگاه: «پدیده‌های مادی و نمادی را متعلق به نظام اجتماعی ندانسته، بلکه به عنوان عوامل بیرونی که کنش بین افراد را تعیین می‌کند از آنها نام می‌برد» (توسلی، ۱۳۷۶:۱۹۱).

طبق نظریات او خانواده مجموعه‌ای از افرادی است که از طریق پیوندهای نسبی و سببی با هم در ارتباط بوده و منشأ تمامی این پیوندها بر اساس تولید مثل استوار بوده و نقش فرزند به عنوان عاملی مهم در این تولید مثل آنجا معنای واقعی می‌یابد که تداوم دهنده نسلی باشد.

¹ - Parsons

اسپنسر^۱ می‌گوید: «اولاً در هر فرد یک نوع حس بقا برای حفظ ذات وجود دارد، ثانیاً هر فرد دارای خصوصیت تولید نسل است.» (جهانفر، ۱۳۵۴:۳۳). مفهوم بقای نسل از نظر وی زمانی شکل می‌گیرد که دو اصل بودن و تولید مثل همواره کنار هم قرار گیرد. که این امر به نوبه خود مستلزم داشتن روابط مداوم و متقابل میان آنهاست. «از نظر او میان خصوصیت حفظ ذات هر فرد و خصوصیت تولید نسل او تضادی وجود دارد» (جهانفر، ۱۳۵۴:۳۳).

اسپنسر در مسأله بقا به خوبی نشان داده که باروری و تولید مثل، حس بودن و تداوم را در انسان‌ها هموار ساخته و عدم توانایی در چنین مسیری به نوبه خود افراد را در کشاکش بقا و ناتوانی در حفظ موجودیت خود قرار می‌دهد.

کرتزل^۲ معتقد است: «نسبت خویشاوندی به معنای نسل را انسان‌شناسان اجتماعی در ارجاع به روابط والدین و فرزندان و نیز اعضای خانواده به کار برده‌اند» (یوسفی، ۱۳۸۳:۲۴). از مفهوم نظری وی چنین برداشت می‌شود که استواری نسل‌ها تنها در سایه ازدواج و به دنبال آن تولید مثل و تحکیم روابط خانواده می‌تواند تحقق یابد. بر اساس نظریات مطرح شده می‌توان فرضیه زیر را ساخت:

۲- به نظر می‌رسد بین نازایی و اختلافات زن و شوهر رابطه وجود دارد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
تال جامع علوم انسانی

زن، باروری و احساس هویت

باروری دوره‌ای طولانی که بیشتر زنان روزی تجربه خواهند کرد (برناردز، ۱۳۸۴:۲۷۶). زن با باروری خود، جزیی از کل و حلقه‌ای از زنجیره بی پایان نسل‌ها تلقی می‌شود (بوودار، ۱۳۷۵:۳۶۴). در واقع مادر شدن به مفهوم امضای سند محکمی است، در جهت خدمت‌گذاری و تر و خشک کردن دائمی (بوریس آنکو، ۱۳۷۸:۱۴). بنابراین، ظرفیت و قدرت زن برخلاف

1 - spencer

2 -kertzal

موقعیت حرفه‌ای غیر تولیدش در حقیقت تعریفی از زن و هویت وی است (قائم مقامی، ۱۳۵۶:۸۰).

اریکسون^۱: «بر مفاهیم هویت، بحران هویت و آشفتگی هویت تأکید می‌کند، بحران هویت اصطلاحی است که وی برای توصیف عدم توانایی نوجوان در قبول نقشی که جامعه از او انتظار دارد، به کار برده می‌شود» (شرفی، ۱۳۸۰:۱۹). وی به عنوان یک روانشناس به مسأله هویت اهمیت زیادی داده به ویژه زمانی که این واژه با بحران ارتباط پیدا می‌کند و این درست همان جایی است که اختلالات درونی فرد تشکیل می‌شود. «مشخصه اصلی این پدیده پریشانی درونی است که مشتمل بر توانایی فرد در تطبیق دادن خود در احساسات نسبتاً منطقی قابل قبول است» (شرفی، ۱۳۸۰:۱۹).

طبق دیدگاه وی با توجه به این که باروری و تولید مثل عاملی مهم در تکوین شخصیت و هویت زنانه محسوب می‌شود، عدم توانایی آن به نوبه خود شکست در انجام نقش مورد انتظار و به دنبال آن بحران هویت را در پی خواهد داشت.

نظریه پردازان شناختی معتقداند: «این رویدادها و حوادث نیستند که اضطراب یا فشارهای روانی را موجب می‌شوند، بلکه بیشتر تعبیر این رویدادها است که ممکن است به مشکلات بینجامد (پاول وانرایت، ۱۳۷۷:۲۵). بر طبق دیدگاه آنها، واکنش در مقابل هر چیزی بر اساس معنایی است که از آن برداشت می‌شود و توجه کردن به معناهای مختلف که عامل کنش و واکنش بین آنها است رفتارهای انسانی را به طرق مختلف مخدوش می‌کند. آنها معتقدند: «که اضطراب و بیماری‌های روحی ناشی از مسایل اغلب از طریق ارزیابی نادرست یک موقعیت ایجاد می‌شود» (پاول وانرایت، ۱۳۷۷:۲۵).

¹ - Ericson

از نظریات آنها این طور استنباط می‌شود: که عدم توانایی در باروری به نوبه خود به عنوان یک مشکل و معضل حاد تلقی نمی‌شود بلکه نوع برداشت از آنها می‌تواند زمینه ساز بسیاری از ناهنجاری‌ها برای یک زن که تکامل خود را در وجود کودکی دنبال می‌کند، قرار گیرد. بر اساس نظریات مطرح شده می‌توان فرضیه زیر را ساخت:

فرضیه ۳: به نظر می‌رسد بین نازایی و بیماری‌های روحی و روانی رابطه وجود دارد.

فرزند و کارکرد خانواده

در جامعه امروزی کودکان نقش و اهمیت بسیاری دارند. در حالی که در گذشته چنین نبود و کودکان را مینیاتور بزرگسالان می‌دانستند (اعزازی، ۱۳۷۶:۱۳۲). به طوری که در جوامع روستایی و کم درآمد فرزندان در دوره‌های خردسالی با کار در خانه و یا در مزرعه و کارگاه اهمیت اقتصادی زیادی داشتند (صرام، ۱۳۸۷:۲۰). بر خلاف گذشته، در دنیای امروز داشتن فرزند منفعتی در بر نداشته و بیشتر تلاش‌ها به سمت دارا بودن حداقل فرزند است (زمانیان، ۱۳۸۷:۴۴). با این وجود، فرزند ضامن تلاش والدین و مایه امید و دلگرمی آنها است (قائمی، ۱۳۶۷:۳۸).

بنیان کارکرد گرایی بر این واقعیت استوار است: «که کلیه سنن و مناسبات و نهادهای اجتماعی دوام و بقایشان به کار یا وظیفه‌ای بستگی دارد که در نظام اجتماعی یعنی کل برعهده دارند» (توسلی، ۱۳۷۶:۲۱۲). در واقع، یکی از اساسی‌ترین مفاهیمی که مطرح می‌کنند مفهوم نظام اجتماعی است. نظامی که کارکرد مطلوبش تحت تأثیر همبستگی میان عناصر مختلفی است که آن را ایجاد می‌کنند. «آنچه مطرح است فایده و سود مندی آنها در کل نظام است» (توسلی، ۱۳۷۶:۲۱۲).

طبق نظریات آنها این چنین برداشت می‌شود که از میان کارکردهای گوناگون خانواده، تولید مثل به عنوان کارکردی مهم قلمداد شده، و طبیعتاً تا هنگامی که خانواده این وظیفه مهم را به خوبی انجام می‌دهد به رغم تمامی تحولاتی که ممکن است شکل و ساختار آن را تغییر دهد همچنان برقرار می‌ماند. و در صورت عدم توانایی در چنین وظیفه‌ای با گسست در ساختار مواجه می‌شود.

«فرانسواپرو^۱ از اقتصاد دانان معاصر فرانسوی که عامل جمعیت را از عوامل رشد اقتصادی می‌داند» (جهانفر، ۱۳۵۴: ۱۱۰). به اعتقاد وی تعادل یا عدم تعادل نیروی انسانی تلاش برای فعالیت‌های مختلف را تحت تأثیر قرار می‌دهد. «پرو می‌گوید: فشار جمعیت، محرک کار و تولید بوده است و همانطور زیاد شدن افراد یک خانواده و برطرف کردن نیازهای آنها علت اساسی فعالیت‌های افراد یک خانواده بوده، همین طور هم زیاد شدن جمعیت فعالیت اقتصادی را رونق و کاهش آن باعث رکود فعالیت می‌شود» (جهانفر ۱۳۵۴: ۱۱۰). چنین به نظر می‌رسد که هرچه جمعیت بیشتر باشد، فعالیت‌ها با جمعیت هماهنگی و توازن بیشتر پیدا کرده و نتیجه مطلوب تری بدست می‌آید و برعکس؛ هر چقدر جمعیت کمتر باشد، تعادل بین جمعیت و فعالیت از بین می‌رود.

بر طبق دیدگاه وی، آنچه رابطه بین انگیزه و هدف را معنا می‌بخشد به طوری که هدف با شور بیشتری مسیر خود را طی می‌کند وجود محرکی به نام انگیزه است. این مسأله مصداق خانواده‌هایی است که با وجود داشتن فرزند تلاش‌ها بیشتر و مقبول‌تر و با نبود آن اهداف در مسیری گمنام حرکت خواهند کرد.

«نظریه مبادله با محوریت جورج هومنز^۲ یکی از نظریات جامعه‌شناسی است. این نظریه با آنچه در جریان مبادله داده و گرفته می‌شود، متمرکز است. اساس مبادله (بده و بستان) بر

^۱ - Fransoapro

^۲ - Gorge Homens

پاداش یا مجازات است» (ارمکی، ۱۳۸۶: ۲۳). این نظریه معتقد به نوعی برابری و تعادل است و این ویژگی را ناشی از سرشت و طبیعت انسان‌ها نمی‌داند، بلکه آن را زائیده قرار داد اجتماعی دانسته که همواره بین مبادلات حالاتی از تعادل را ایجاد می‌کند.

اگر برطبق این نظریه، ازدواج را مبادله‌ای بدانیم که زوجین به عنوان طرفین مبادله، برای انجام آن هزینه زیادی را متقبل می‌شوند و در قبال آن اهداف زیادی از جمله داشتن فرزند را می‌طلبند. اما در صورتی که هزینه‌ای که آنها به عنوان دو رکن اصلی مبادله برای ازدواج پرداخت می‌کنند با آن چیزی که انتظار دریافت دارند یعنی فرزند برابر نباشد در این صورت طلاق و جدایی معنا می‌یابد. بر اساس نظریات مطرح شده می‌توان دو فرضیه زیر را ساخت:

فرضیه ۵: به نظر می‌رسد بین نازایی و احتمال طلاق رابطه وجود دارد.

فرضیه ۶: به نظر می‌رسد بین نازایی و ازدواج مجدد رابطه وجود دارد.

نتایج آمار توصیفی:

در این پژوهش، جامعه آماری کلیه زنان متأهل ۱۸ سال به بالا که در سن باروری قرار دارند، هستند. حجم نمونه ۴۰۳ نفر انتخاب شده که از نظر سنی بیشترین گروه مورد تحقیق در گروه سنی ۳۱-۴۵ سال قرار داشتند. (۱۰۴ نفر) و رقمی حدود ۵۳/۱ درصد را تشکیل می‌دادند. در بررسی از میزان تحصیلات دو گروه مورد بررسی (نازا و زایا)، گروه نازا با ۱۹۶ نفر بیشترین تحصیلات را در مقاطع فوق دیپلم و لیسانس؛ و گروه زایا با ۲۰۷ نفر بیشترین تحصیلات را در مقطع دیپلم داشتند. کمترین تحصیلات هر دو گروه در مقاطع بی سواد و ابتدایی بودند. بر حسب وضعیت اشتغال از میان گروه نازا بیشترین افراد با تعداد ۸۴ نفر در ردیف شاغلین بوده و از میان گروه زایا بیشترین افراد با تعداد ۱۲۰ نفر جزو گروه خانه دار بوده‌اند. و بقیه افراد هر گروه یا مشغول به تحصیل یا بیکار بوده‌اند. همچنین، در میان گروه نازا، بیشترین جمعیت با تعداد ۱۳۷ نفر در شهر غیر مرکز استان و کمترین افراد با تعداد ۵۹ نفر، در مرکز استان زندگی

می کنند. و در میان گروه زایا نیز بیشترین جمعیت با تعداد ۱۱۴ نفر در مرکز استان و کمترین افراد با تعداد ۹۳ نفر در شهر غیر مرکز سکونت دارند.

در بررسی نظریات گروه نازا بر حسب عدم توانایی در بچه دار شدن آنها از میان ۴ گزینه ناتوانی جنسی همسر- ناتوانی جنسی خود - ناتوانی مربوط به هر دو و عللی غیر از این موارد که مورد سؤال قرار گرفته بود، بیشترین پاسخگویان با تعداد ۵۳ نفر که ۲۷٪ از پاسخگویان را تشکیل می دادند. عللی غیر از این موارد را پاسخ داده و کمترین پاسخگویان با تعداد ۴۵ نفر که ۲۳٪ از پاسخگویان را تشکیل می دادند، ناتوانی مربوط به هر دو را ذکر نموده‌اند. در بررسی از نظریات گروه نازا بر حسب دخالت خانواده‌ها هنگام بچه دار نشدن آنها بیشترین پاسخگویان با تعداد ۱۴۴ نفر که ۷۳/۵ درصد از پاسخگویان را تشکیل می دادند عنوان کرده که نازایی آنها موجب دخالت خانواده‌ها نشده و کمترین پاسخگویان با تعداد ۵۱ نفر که چیزی حدود ۲۶٪ را تشکیل می دهند به این سؤال مبنی بر دخالت خانواده‌ها در نازایی خود پاسخ مثبت داده بودند. در بررسی از نظریات پاسخگویان بر حسب داشتن فرزند و ایجاد هویت برای آنها بیشتر پاسخگویان با تعداد ۱۵۱ نفر که ۷۷٪ از پاسخگویان را تشکیل می دادند، فرزند را باعث ایجاد هویت برای خود دانسته و کمترین پاسخگویان با تعداد ۴۴ نفر که ۲۲/۴ درصد از آنها را تشکیل می دادند، با این سؤال مبنی بر داشتن فرزند و ایجاد هویت برای آنها موافق نبودند. در بررسی از نظریات گروه نازا بر حسب عدم وجود فرزند و فنا شدن آرزوها بیشترین پاسخگویان با تعداد ۱۲۵ نفر که ۶۳/۸ درصد از آنها را تشکیل می دادند، نبود فرزند را عاملی برای از بین رفتن آرزوهای خود ندانسته و کمترین پاسخگویان با تعداد ۷۱ نفر که ۳۶/۲ درصد از آنها را تشکیل می دادند، نبود فرزند را مساوی با فنا شدن آرزوهای خود قلمداد کرده اند. در بررسی از نظریات گروه نازا بر حسب مقصر دانستن همسر در مسأله نازایی، بیشترین پاسخگویان با تعداد ۱۲۷ نفر که ۶۴/۸ درصد از پاسخگویان را تشکیل داده اند، همسر خود را

در مسأله نازایی مقصر ندانسته و کمترین پاسخگویان با تعداد ۶۸ نفر که ۳۴/۷ درصد از پاسخگویان را شامل می شوند، همسر خود را در مسأله نازایی مقصر عنوان کرده بودند.

پایایی (قابلیت اعتماد)

پایایی یا قابلیت اعتماد یکی از ویژگی‌های فنی ابزار اندازه گیری است. پایایی در تحلیل محتوا یک مفهوم کلیدی است. پایایی به این معنا است که اگر ما اندازه گیری مطالب یا محتوای واحدی را تکرار کنیم به نتایج کم و بیش یکسانی برسیم (حیدری تفرشی، دلاور، ۱۳۸۵: ۲۱۰). ضریب پایایی نشانگر آن است که تا چه اندازه ابزار اندازه گیری ویژگی‌های با ثبات آزمونی و یا ویژگی‌های متغیر وموقتی وی را می سنجد. برای بررسی پایایی در این تحقیق از آلفای کر و بناخ استفاده کردیم که عدد ۰/۷۲ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات (آزمون فرضیه‌ها)

در این قسمت با توجه به فرضیه‌های تحقیق و با استفاده از آزمون‌های (k-s) دو بعدی، t دو گروه مستقل، X^2 یک بعدی، X^2 دو بعدی) در پی بررسی رابطه بین متغیر مستقل با متغیر وابسته خواهیم بود.

فرضیه ۱ به نظر می‌رسد بین نازایی و سرزنش اطرافیان رابطه وجود دارد.

با توجه به نوع متغیر وابسته که رتبه ای بود از آزمون k-s دو بعدی استفاده کردیم که نتایج زیر به دست آمده است.

جدول شماره (۱) بررسی رابطه بین نازایی و سرزنش اطرافیان

Kolmogorov-smirnovz	۱/۰۲۸
Sig.(2-tailed)	۰/۲۴۲

با توجه به سطح معنی داری به دست آمده ($\text{sig}=0/242$) رابطه بین دو متغیر مستقل و متغیر وابسته معنی داری نیست. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم رابطه بین دو متغیر تأیید و پذیرفته شده و فرض ما تأیید نمی شود. پس می توان گفت: بین نازایی و سرزنش اطرافیان رابطه معنی داری وجود ندارد.

فرضیه ۲: به نظر می رسد بین اختلاف زن و شوهر و نازایی رابطه وجود دارد.
برای بررسی این آزمون از t دو گروه مستقل استفاده کردیم که نتایج زیر به دست آمده است.

جدول شماره (۲): بررسی رابطه بین اختلاف زن و شوهر و نازایی

پاسخگو	تعداد	میانگین
نازا	۱۹۶	۱۵/۲۲
زایا	۲۰۷	۱۴/۹۵

$t=0/806$

$df=401$

$\text{sig}=0/421$

با توجه به سطح معنی داری به دست آمده ($\text{sig}=0/421$) رابطه بین دو متغیر مستقل و متغیر وابسته معنی دار نیست. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم رابطه بین دو متغیر پذیرفته می شود و فرضیه ما رد شده و تأیید نمی شود. پس می توان گفت: بین اختلاف زن و شوهر و نازایی رابطه معنی داری وجود ندارد.

فرضیه ۳: به نظر می رسد بین بیماری های روحی، روانی و نازایی رابطه وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از آزمون t دو گروه مستقل استفاده کردیم که نتایج زیر به دست آمده است.

جدول شماره (۳): بررسی رابطه بین بیماری‌های روحی، روانی و نازایی

پاسخگو	تعداد	میانگین
نازا	۱۹۶	۱۱/۷۱
زایا	۲۰۷	۱۱/۸۱

$$t=۰/۳۳۹$$

$$df=۴۰۱$$

$$sig=۰/۷۳۵$$

با توجه به سطح معنی داری به دست آمده ($sig = ۰/۷۳۵$) رابطه بین دو متغیر مستقل و متغیر وابسته معنی دار نیست. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم رابطه بین دو متغیر پذیرفته می شود و فرض ما رد می شود.

پس می توان گفت: بین بیماری‌های روحی، روانی و نازایی رابطه معنی داری وجود ندارد.

فرضیه ۴: به نظر می رسد بین طول مدت ازدواج و نازایی رابطه وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از آزمون t دو گروه مستقل استفاده کردیم که نتایج زیر به دست

آمده است:

جدول شماره (۴): بررسی رابطه بین طول مدت ازدواج و نازایی

پاسخگو	تعداد	میانگین
نازا	۱۹۶	۹/۰۸
زایا	۲۰۷	۱۰/۵۴

$$t=۲/۲۶۱$$

$$df=۴۰۱$$

$$sig=۰/۰۲۴$$

با توجه به نتایج جدول سطح معنی داری ($sig = ۰/۰۲۴$) است و نشان دهنده این که رابطه بین متغیر مستقل و وابسته معنی دار است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم رابطه بین دو متغیر رد شده و فرض ما مبنی بر وجود رابطه بین دو متغیر پذیرفته می شود. پس می توان گفت: بین طول مدت ازدواج و نازایی رابطه معنی داری وجود دارد.

فرضیه ۵: به نظر می‌رسد بین نازایی و تشویق به طلاق رابطه وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از آزمون خی دو (χ^2 یک بعدی) استفاده کردیم که نتایج زیر به دست آمده است:

جدول شماره (۵): بررسی رابطه بین نازایی و تشویق به طلاق

تشویق به طلاق	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار
خیر	۱۵۴	۹۸
بله	۴۲	۹۸
مجموع	۱۹۶	

$$\chi^2 = 0.00064$$

$$df = 1$$

$$sig = 0.000$$

با توجه به نتایج جدول سطح معنی داری ($sig = 0.000$) برابر صفر و کمتر از ۰.۵٪ است. و نشان دهنده این است که رابطه بین دو متغیر مستقل و وابسته معنی دار است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم رابطه بین دو متغیر رد شده و فرض ما مبنی بر وجود رابطه بین دو متغیر پذیرفته می‌شود. پس می‌توان گفت: بین نازایی و تشویق به طلاق رابطه معنی داری وجود دارد.

فرضیه ۶: به نظر می‌رسد بین نازایی و تشویق به ازدواج مجدد رابطه وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از آزمون خی دو (χ^2 یک بعدی) استفاده کردیم که نتایج زیر به دست آمده است:

جدول شماره (۶) بررسی رابطه بین نازایی و تشویق به ازدواج مجدد

تشویق به ازدواج مجدد	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار
خیر	۱۶۱	۹۸
بله	۳۵	۹۸
مجموع	۱۹۶	

$$x^2=۰/۰۰۰۸۱$$

$$df=۱$$

$$sig=۰/۰۰۰$$

با توجه به نتایج جدول سطح معنی داری ($sig = ۰/۰۰۰$) است و نشان دهنده این است که رابطه بین دو متغیر مستقل و وابسته معنی دار است بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم رابطه بین دو متغیر رد شده و فرض ما مبنی بر وجود رابطه بین دو متغیر پذیرفته می شود. پس می توان گفت: بین نازایی و تشویق به ازدواج مجدد رابطه معنی داری وجود دارد.

فرضیه ۷: به نظر می رسد بین نازایی و پذیرش فرزند خوانده رابطه وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از آزمون خی دو (X^2 یک بعدی) استفاده کردیم که نتایج زیر به دست آمده است.

جدول شماره (۷) بررسی رابطه بین نازایی و پذیرش فرزند خوانده

تشویق به پذیرش فرزندخوانده	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار
خیر	۱۵۷	۹۸
بله	۳۹	۹۸
مجموع	۱۹۶	

$$x^2=۷۱/۰۴۱$$

$$df=۱$$

$$sig=۰/۰۰۰$$

با توجه به نتایج جدول سطح معنی داری ($\text{sig} = 0/000$) است و نشان دهنده این است که رابطه بین دو متغیر مستقل و وابسته معنی دار است بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم رابطه بین دو متغیر رد شده و فرض ما مبنی بر وجود رابطه بین دو متغیر پذیرفته می شود. پس می توان گفت: بین نازایی و پذیرش فرزند خوانده رابطه معنی داری وجود دارد.

نتیجه گیری

در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان متأهل ۱۸ سال به بالا که در سن باروری قرار دارند، هستند. حجم نمونه ۴۰۳ نفر انتخاب شده که از نظر سنی بیشترین گروه مورد تحقیق در گروه سنی ۳۱-۴۵ سال قرار داشتند. (۱۰۴ نفر) و رقمی حدود ۵۳/۱ درصد را تشکیل می دادند. در بررسی از میزان تحصیلات دو گروه مورد بررسی (نازا و زایا)، گروه نازا با ۱۹۶ نفر بیشترین تحصیلات را در مقاطع فوق دیپلم و لیسانس، و گروه زایا با ۲۰۷ نفر بیشترین تحصیلات را در مقطع دیپلم، و کمترین تحصیلات هر دو گروه در مقاطع بی سواد و ابتدایی قرار داشتند. بر حسب وضعیت اشتغال از میان گروه نازا بیشترین افراد با تعداد ۸۴ نفر در ردیف شاغلان بوده و از میان گروه زایا بیشترین افراد با تعداد ۱۲۰ نفر جزو گروه خانه دار بوده اند. و بقیه افراد هر دو گروه یا مشغول به تحصیل یا بیکار بوده اند. همچنین، در میان گروه نازا، بیشترین جمعیت با تعداد ۱۳۷ نفر در شهر غیر مرکز استان و کمترین افراد با تعداد ۵۹ نفر، در مرکز استان زندگی می کنند. و در میان گروه زایا نیز بیشترین جمعیت با تعداد ۱۱۴ نفر در مرکز استان و کمترین افراد با تعداد ۹۳ نفر در شهر غیر مرکز سکونت دارند. در بررسی نظریات آنها بر حسب عدم توانایی در بچه دار شدن آنها، کمترین تعداد که چیزی حدود ۲۳٪ از پاسخگویان را تشکیل داده است، ناتوانی مربوط به خود و همسرشان را به عنوان علت اصلی نام برده و بقیه افراد که چیزی حدود ۷۷٪ را تشکیل می دهند، عللی غیر از این موارد را ذکر نموده اند. در پاسخ به سؤال دخالت خانواده ها هنگام نازایی، از دو گروه زایا با ۷۳/۵ درصد و

گروه نازا با ۲۲ درصد، دخالت خانواده‌ها را در این زمینه ناچیز عنوان کرده بودند. در بررسی نظریات درباره داشتن فرزند و ایجاد هویت برای آنها از دو گروه زایا با ۷۷٪ و نازا با ۲۲/۴ درصد داشتن فرزند را برای خود عامل اصلی ایجاد هویت می‌دانستند. همچنین، از دو گروه نازا با ۶۳/۸ درصد و گروه زایا ۳۶/۲ درصد عدم وجود فرزند را مساوی با فنا شدن آرزوهایشان نام برده‌اند. در مسأله مقصر دانستن همسر در نازایی، گروه نازا با ۶۴/۸ درصد و گروه زایا با ۳۴/۷ درصد همسر خود را در این زمینه مقصر می‌دانستند. در پاسخ به علت تأخیر در باروری، کمترین تعداد پاسخگویان با ۵٪ پاسخ، مشغله کاری و عللی غیر از آن را عنوان کرده و بیشترین تعداد به این سؤال پاسخی نداده بودند.

در این تحقیق به بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده در شهر اصفهان پرداخته شده است. همچنین در این رابطه نظریه‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفت که بر پایه نظریات مطرح شده ۷ فرضیه مورد آزمون قرار گرفت که به شرح زیر هستند:

اولین فرضیه به رابطه بین نازایی و سرزنش اطرافیان مربوط می‌شود که نتایج این پژوهش با بررسی از طریق آزمون K-S دو بعدی نشان می‌دهد که فرضیه تایید نشده است. یعنی بر خلاف آنچه تصور می‌کردیم که نازایی یا نبود فرزند به نوبه خود سرزنش و کنایه دیگران را به همراه خواهد داشت نظر و دیدگاه پاسخگویان مورد سنجش ما نظری غیر از این را نشان می‌داد که این امر نیز به نوبه خود می‌تواند در برخورد با این مسأله گامی مثبت تلقی شود.

دومین فرضیه به رابطه بین اختلاف زن و شوهر و نازایی مربوط می‌شود که نتایج حاکی از آن است که رابطه معنی داری بین اختلاف زن و شوهر و نازایی وجود ندارد. و فرضیه ما تأیید نشده است. شاید علت نبودن اختلاف در بین زوجین با نبود فرزند، وجود بسیاری از عوامل از جمله بلوغ، پختگی، ایجاد تفاهم و عشق واقعی مانع از ایجاد هرگونه اختلاف و درگیری در این زمینه باشد.

سومین فرضیه: به رابطه بین بیماری‌های روحی، روانی و نازایی مربوط می‌شود که با بررسی از طریق آزمون t دو گروه مستقل مورد تایید قرار نگرفته است. در این فرضیه هم بر خلاف تصور ما که در مواجهه با مسأله نازایی، بیماری‌های مختلف روحی و روانی از قبیل افسردگی، اضطراب و غیره را به نوعی به آن نسبت می‌دهیم دیدگاه پاسخگویان چیزی خلاف آن را ثابت می‌کند که شاید علت را بتوان در اعتماد به نفس بالا و امید به مراحل گوناگون درمانی و مواردی از این قبیل نام برد.

چهارمین فرضیه: به رابطه بین طول مدت ازدواج و نازایی مربوط می‌شود و نشان می‌دهد که رابطه معنی داری بین طول مدت ازدواج و نازایی وجود دارد و فرضیه تایید شده است. یعنی این طور به نظر می‌رسد که هر چقدر بیشتر از زمان ازدواج زوجین بگذرد احتمال باروری آنها بیشتر خواهد بود و نتیجه بهتری نسبت به کسانی که در مراحل اولیه ازدواج اقدامات عجولانه و گاه غیر قابل جبرانی را انجام می‌دهند، خواهند گرفت.

پنجمین فرضیه؛ به بررسی رابطه بین نازایی و تشویق به طلاق مربوط می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که رابطه معنی داری بین نازایی و تشویق به طلاق وجود دارد. یعنی با وجود نازایی زوجین چه زن و چه مرد از طرف خانواده‌های خود و گاه اطرافیان برای داشتن یک زندگی توأم با فرزند هر کدام به طریقی به سمت طلاق و جدایی تشویق می‌شوند.

ششمین فرضیه؛ به رابطه بین نازایی و تشویق به ازدواج مجدد مربوط می‌شود که نتایج این پژوهش با بررسی از طریق آزمون χ^2 یک بعدی نشان می‌دهد که رابطه معنی داری بین نازایی و تشویق به ازدواج مجدد وجود داشته و فرضیه ما تایید می‌شود که معمولاً از جمله دلایل اشتیاق خود زوجین و تشویق دیگران به این امر، حفظ بقا و استحکام خانواده و کسب اعتبار برای آنهاست.

هفتمین فرضیه؛ به رابطه بین نازایی و تشویق به پذیرش فرزند خوانده مربوط می‌شود که نتایج این پژوهش با بررسی از طریق آزمون X^2 یک بعدی نشان می‌دهد که رابطه معنی داری بین نازایی و پذیرش فرزند خوانده وجود داشته و فرضیه ما تأیید شده است. در واقع این نشان می‌دهد که خانواده‌های نازا با چنین انتخاب منطقی، مبنی بر پذیرش فرزند دیگری به عنوان فرزند خود از وقوع بسیاری از پیامدها در این رابطه جلوگیری می‌نمایند.

پیشنهاد به زوجین نازا

- ۱ - زوجین باید مسأله نازایی و یا نبود فرزند را به عنوان یک واقعیت در زندگی خود پذیرفته و هیچ‌گاه آن را مایه عذاب، سرزنش، ناتوانی و تقلیل یافتگی خود ندانسته و به این ترتیب تلاش کنند خود را از رنج‌ها و ناراحتی‌های مرتبط با ناباروری رها سازند.
- ۲ - گاه زوجین نازا می‌توانند با پذیرش فرزند از مراکز متعدد از جمله بهزیستی و شیرخوارگاه‌ها و غیره به بسیاری از مسایل و تنگناها در این زمینه پایان داده و خلاء ناشی از نبود فرزند را پر نموده و زندگی آرام و بی‌دغدغه‌ای را برای خود آغاز نمایند.

پیشنهاد به خانواده‌ها، بستگان و دوستان افراد نابارور:

- ۱ - به این گروه‌ها پیشنهاد می‌شود که افراد نازا چه فرزندان آنها باشند و چه غیر از آن، آنها را به خوبی درک و حمایت کنند. و با تأمل و درایت بیشتری در این زمینه گام بردارند.
- ۲ - با دیگران در برخورد با مسأله نازایی سعی کنید همراه و همدل باشید. افراد نازا بر خلاف تصور عموم اغلب تمایل دارند راجع به مشکل خود با شما صحبت و درد دل کنند، این فرصت را از آنها دریغ نکنید، به حرف‌هایشان گوش کنید ولی قضاوت بدون منطق نداشته باشید و از ارائه پیشنهاداتی که با روحیه آنها سازگار نیست جلوگیری نمایید.

پیشنهادات به مسؤولان و مراکز درمان باروری و ناباروری

- ۱ - همه افراد چه بارور و چه نابارور و سایرین به این مسأله واقف هستند که به هر حال هزینه‌های درمان برای ناباروری بالاست و پرداخت چنین هزینه‌هایی گاه از توان اغلب

خانواده‌ها خارج است. بنابراین، مسؤولان باید از طریق بیمه‌های درمانی و یا سایر خدمات مربوطه یاری رسان چنین خانواده‌هایی در مراحل متعدد درمانی باشند.

۲- مراکز درمان باروری و ناباروری اغلب در مراکز استان‌ها دایر هستند. بنابراین، برخی مراجعان ناچارند برای طی کردن مراحل مختلف درمانی مسافت زیادی را طی کنند که این امر خود باعث افزایش هزینه‌های مالی و گاه آثار مخرب روحی، روانی و جسمی خواهد بود. بنابراین انتظار می‌رود چنین مراکزی در نقاطی غیر از مراکز استان‌ها نیز وجود داشته باشد.

فهرست منابع:

- ۱- آزاد ارمکی، تقی، (۱۳۸۶)، جامعه شناسی خانواده ایرانی؛ سمت؛ تهران.
- ۲- اعزازی؛ شهلا (۱۳۷۶)؛ جامعه شناسی خانواده با تاکید بر نقش، ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر، نشر روشنگران، تهران.
- ۳- برناردز، جان، (۱۳۸۴)، در آمدی به مطالعات خانواده، ترجمه حسین قاضیان، نشر نی.
- ۴- بوریس انکو، جوان، (۱۳۷۸)، جلوه‌های زندگی یک زن، ترجمه منیژه بهزاد، نشر توتیا، تهران.
- ۵- بووار، سیمون دو، (۱۳۶۰)، جنس دوم، ترجمه قاسم صنعودی، نشر توس، جلد اول.
- ۶- بهدانی، فاطمه، وهمکاران، (۱۳۸۳)، (بررسی شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه کننده به کلینیک نازایی منتصریه مشهد) فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال ششم، شماره ۲۴ و ۲۳ صفحات ۱۴۶-۱۴۱.
- ۷- بهشتی، احمد، (۱۳۸۴)، مسائل و مشکلات تربیتی، نشر امیر کبیر.
- ۸- پاول، جی وانریت، ت، (۱۳۷۷)، فشار روانی، اضطراب و راه‌های مقابله با آن، ترجمه ع، بخشی پور، ح، صبوری مقدم، انتشارات آستان قدس رضوی، مشهد.
- ۹- توسلی، غلام عباس (۱۳۷۶)، نظریه‌های جامعه شناسی، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، تهران.
- ۱۰- جهانفر، محمد، (۱۳۵۴)، تاریخچه نظریه‌های جمعیتی، انتشارات شرکت سهامی چهر.

- ۱۱- خدا کرمی، ناهید، و دیگران، (۱۳۸۸)، «تجربه زندگی با ناباروری» فصلنامه باروری و ناباروری، دوره دهم، شماره ۴، صفحات ۲۹۷-۲۸۷.
- ۱۲- دلاور، علی، حیدری تفرشی، غلامحسین، (۱۳۸۵)، روش تحقیق در علوم اجتماعی، انتشارات نویسنده، اراک، چاپ اول.
- ۱۳- رفیع پور، فرامرز، (۱۳۸۲)، تکنیک‌های خاص تحقیق در علوم اجتماعی، شرکت سهامی انتشار، تهران، چاپ اول.
- ۱۴- ریترز، جورج، (۱۳۷۴)، نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه محسن ثلاثی، نشر علمی، تهران.
- ۱۵- زارع شاه آبادی، اکبر، (۱۳۸۵)، «تبیین جامعه‌شناسی کاهش باروری زنان در شهر یزد»، پایان نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه اصفهان، گروه علوم اجتماعی.
- ۱۶- زمانیان، علی، (۱۳۸۷)، تغییرات بنیادین نهاد خانواده در چند دهه اخیر در ایران، نشر کمیل، تهران.
- ۱۷- شرفی، محمد رضا، (۱۳۸۰)، جوان و بحران هویت، نشر سروش، تهران.
- ۱۸- صرام، محمد، (۱۳۶۵)، نازایی، ناباروری، عقیمی، امیر کبیر، تهران.
- ۱۹- طلعتی، محمدهادی، (۱۳۸۳)، رشد جمعیت، تنظیم خانواده و سقط جنین، آراء و مبانی فقهی-حقوقی، نشر بوستان کتاب، قم.
- ۲۰- فولادی، انسیه، و همکاران، (۱۳۸۴)، «بررسی دیدگاه زوجین نابارور نسبت به نازایی و سازگاری زناشویی در مراجین به مرکز نازایی رویان تهران» مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره شانزدهم، شماره ۵۵، صفحات ۱۳۷-۱۳۱.
- ۲۱- قائم مقامی، فرهنگ، (۱۳۶۵)، آزادی یا اسارت زن، نشر جاویدان.
- ۲۲- قائمی، علی، (۱۳۶۷)، نقش پدر در تربیت، نشر امیری.
- ۲۳- کتابی، احمد، (۱۳۷۰)، نظریات جمعیت‌شناسی، نشر اقبال.
- ۲۴- کی-چانگ-ربار-سولز، (۱۳۷۵)، ناباروری، ارزیابی و درمان، ترجمه محمد علی کریم زاده میدی و دیگران، موسسه انتشارات یزد.

۲۵- محمدی، زهرا، (۱۳۸۳)، بررسی آسیب‌های اجتماعی زنان در دهه (۸۰-۱۳۷۰)، روابط عمومی شورای فرهنگی-اجتماعی زنان، تهران.

۲۶- مشیرزاده، حمیرا، (۱۳۸۵)، از جنبش تا نظریه اجتماعی، تاریخ دو قرن فمینیسم، نشر پژوهش، شیراز.

۲۷- منجم، رویا، (۱۳۸۱)، زن-مادر، نگاهی متفاوت به مسأله زن، نشر مس، تهران.

۲۸- میرزایی، سید محمد، (۱۳۸۱)، جمعیت شناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

۲۹- یوسفی، نریمان، (۱۳۸۳)، شکاف بین نسل‌ها، انتشارات جهاد دانشگاهی، تهران.

- 1) Abramson L.Y., Seligman M.E.P., & Teasdale J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- 2) Domar, A., Zuttermeister, P.C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 14, Special Issue.
- 3) Newton, C., Sherrad, W., & Glavace, I. (2000). The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 74, 1033-1040.
- 4) Van den Akker, O.B.A. (2005). Coping quality of life and psychological in three groups of sub fertile women. *Patient Education and Counseling*, 58, 103-110.