

کنکاشی جامعه شناختی در مفاهیم و شیوه‌های درمان سنتی ناباروری

زنان:

تحلیل کمی و کیفی

سیده زهره بزرگ نژاد شیاده^۱، امیر ملکی^۲

(تاریخ دریافت ۹۵/۰۷/۱۵، تاریخ پذیرش ۹۶/۰۲/۲۵)

چکیده

الگوهای درمان جویی افراد پدیده ساده درمانی نیست که بتوان تنها از منظر پزشکی آن را تبیین کرد، بلکه انتخاب شیوه های درمانی می‌تواند بیش از سایر عوامل، تابعی از متغیرهای اجتماعی و فرهنگی باشد. به علت اهمیت زیاد مسئله باروری و فرزندآوری در بسیاری از فرهنگ‌ها از جمله فرهنگ سنتی جامعه ما، فردی که دچار مشکل ناباروری است اقدام به انجام روش‌های مختلف درمانی می‌کند؛ از درمان های سنتی گرفته تا درمان غیر سنتی و مدرن. مقاله حاضر درصدد ارائه کنکاش جامعه شناختی در حوزه مفاهیم و شیوه‌های سنتی درمان ناباروری زنان در استان مازندران است. این مطالعه به روش ترکیبی و با به‌کارگیری هر دو رهیافت کیفی و کمی اجرا شده است به نحوی که در ابتدا با به‌کارگیری نمونه گیری نظری و استفاده از مصاحبه عمیق با ۲۸ زن نابارور، شیوه های سنتی درمان ناباروری مورد کنکاش قرار گرفت که در نهایت این شیوه‌ها در قالب مفاهیمی همچون مراجعه به ضامن، پیر پزشک، دعانویس، افراد سریع الاجابه، چله بری، دعا درمانی، زیارت و نذری دسته بندی شدند. در ادامه، مطالعه به روش پیمایش بر روی ۹۵ زن نابارور مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری استان مازندران، که به صورت تصادفی انتخاب شدند، اجرا گردید. یافته‌های حاصل از پیمایش حاکی از آن است که شیوه های دعا درمانی (۲۱٪) و زیارت اماکن

^۱ دانشجوی دکتری جامعه شناسی (نویسنده مسئول) z.bozorgnezhad@gmail.com

^۲ دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور a_maleki@pnu.ac.ir

مقدس و نذر کردن هر کدام (۱۶٪) دارای بالاترین فراوانی و مراجعه به پیرپزشک و جادودرمانی نیز هر کدام (۲٪) کمترین فراوانی را دارا هستند. در پایان با به‌کارگیری رگرسیون لجستیک احتمال انتخاب هریک از شیوها با توجه به عواملی همچون تحصیلات، سن، مدت ناباروری، محل سکونت و درآمد خانواده مورد بررسی قرار گرفت.

مفاهیم کلیدی: شیوه‌های درمان سنتی، ناباروری، زنان، استان مازندران.

مقدمه:

با وجود پیشرفت های علم پزشکی در زمینه درمان ناباروری هنوز الگوهای درمان اجویی تحت عنوان درمان سنتی ناباروری وجود دارند و سالانه تعداد قابل توجهی از افراد نابارور در ایران و جهان، در کنار درمان‌های تخصصی و مدرن، درمان های سنتی را نیز دنبال می‌کنند. به طوری که در پژوهش عظیمی (۱۳۸۷) که در ایران انجام شده، آمده است ۷۹ درصد افراد برای درمان ناباروریشان درمان مدرن و ۲۱ درصد دیگر درمان سنتی را انتخاب میکنند. گونتوپالی و چن چل گودم (۲۰۰۰) در پژوهشی در کشور هند، به این نتیجه رسیدند که مراجعه افراد نابارور به پزشکان متخصص بر خلاف مراجعه شان به پزشک سنتی و به‌خصوص دعاگران، به ندرت اتفاق می‌افتد. همچنین، در بررسی بهاتی (۱۹۹۹) در کشور پاکستان آمده است که، افراد نابارور دامنه متفاوتی از روش های درمانی چون مراجعه به پزشکان متخصص، دعا نویسان، طب سوزنی و... را تجربه می‌کنند و گونای (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی، به بررسی اقدامات سنتی و مدرن زوجین نابارور ترکیه می‌پردازد. داده نشان می‌دهد که، ۶۱٪ افراد نابارور به دنبال روش‌های سنتی درمان بودند که این میزان در زنان بیشتر از مردان بوده است.

قبل از پرداختن به اهمیت بررسی موضوع لازم است به طرح و بررسی اختلاف دیدگاه محققان در تلقی نمودن ناباروری^۱ به عنوان یک بیماری^۲ و یا یک وضعیت (شرایط)^۳ پرداخت. در مباحث بیمه‌ای، ناباروری به‌جای بیماری به عنوان یک وضعیت و مشکل بهداشتی ارجاع می‌شود. این واقعیت از سویی به دلیل مدت زمان طولانی ای که ناباروری تشخیص داده می‌شود و مورد درمان قرار می‌گیرد و هزینه‌گزار این دوران و از سوی دیگر دخالت عامل‌های روانشناختی ناباروری به‌جای عوامل جسمانی و نشانه‌های فیزیکی می‌باشد (عظیمی، ۱۳۸۷). اما بسیاری ناباروری را بیماری سیستم های تولید مثلی در زن و مرد می‌دانند که باعث عدم توانایی در حامله شدن با وجود

¹ . treatment seeking

2- Infertility

3 - illness

4 - Condition

گذشت ۱۲ ماه از روابط جنسی کنترل نشده می‌باشد (هاریسون، ۱۵۰۵:۱۳۸۱). لین وایت، علاوه بر بارور نشدن زوجین در زمانی مشخص در ضمن داشتن روابط جنسی منظم و کنترل نشده، ادراک این شرایط توسط زوجین و اقدام به کمک جویی را از شرطی می‌داند تا شخص به عنوان بیمار نابارور تلقی شود (وایت، ۲۰۰۵).

ناباروری چه به عنوان یک بیماری در نظر گرفته شود چه به عنوان نوعی شرایط و مشکل، از جمله موضوعات نسبتاً مهم در جوامع مختلف و از جمله در ایران است. بر اساس آمارهای موجود حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در سراسر جهان نوعی ناباروری را تجربه می‌کنند و این تجربه می‌تواند بدترین تجربه در طول زندگی آن‌ها باشد (کامپایر و دیگران، ۱۳۷۳). در ایران سالانه حدود ۷۵۰ هزار ازدواج ثبت می‌شود (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷) به نقل از سالنامه آماری، ۱۳۸۵: ۳۰۸) که طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی (WHO) و آمار مراکز تخصصی ناباروری ایران، ۱۰-۱۵ درصد این زوج‌ها با مشکل نازایی مواجه می‌شوند (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷). طبق گزارش خبر آنلاین نرخ شیوع ناباروری در کل کشور ۲۰/۲ درصد است که با میانگین جهانی که ۱۲ تا ۱۵ درصد است فاصله زیادی دارد. متأسفانه در استان مازندران نیز این بیماری شیوع بسیاری دارد، به طوری که به گفته دکتر جورسرایبی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، نرخ آن به ۲۵ درصد می‌رسد. مواجه شدن با ناباروری بر زندگی زنان و مردان تاثیر بسزایی دارد. بر همین اساس اکثریت افراد بعد از آگاهی از این موضوع که نابارور هستند، اقدام به درمانجویی می‌کنند و دست به روش‌های مختلف درمانی می‌زنند تا شاید از این مشکل رهایی یابند. الگوهای درمانجویی افراد نابارور متعدد است، از جمله؛ الگوهای طب سنتی با تکیه بر داروهای گیاهی، استفاده از اوراد، دعا و سحر و جادو، و پزشکی مدرن با الگوهای علمی و تخصصی (عظیمی، ۱۳۸۷). با توجه به شیوع بالای ناباروری و نیز اهمیت اجتماعی فرزندآوری، شناخت شیوه‌های سنتی درمان ناباروری، از اهمیت جامعه‌شناختی ویژه‌ای برخوردار است. همچنین با توجه به این که مطالعاتی که از منظر اجتماعی به شیوه درمان سنتی افراد نابارور بپردازد، انگشت شمارند و خلاء مطالعاتی در این حوزه‌ها وجود دارد، لذا مطالعه حاضر سعی می‌کند از منظر جامعه‌شناسی پزشکی، به این سوال پاسخ دهد؛ انواع شیوه‌های درمان سنتی ناباروری در استان مازندران کدامند و چه عواملی بر انتخاب هر یک از این الگوهای سنتی موثر است.

بررسی پیشینه

در اکثر فرهنگ‌ها به باروری بهای زیادی داده می‌شود و تمایل به داشتن فرزند از اساسی‌ترین انگیزه‌های پیوندهای زناشویی در انسان‌ها است. برای بسیاری از زوج‌ها توانایی به دنیا آوردن فرزند

امری مهم در تکامل شخصیت، تعیین هویت و غایت نهایی زندگی‌شان است. ناباروری به عنوان یک اختلال مهم می‌تواند تأثیرات مخربی بر سیر زندگانی افراد بگذارد و آن‌ها را دچار بحران‌های شدیدی کند. در این میان زنان بیشتر از مردان آسیب پذیرند، چرا که بسیاری از آنان با این آرزو پرورش یافته‌اند که در آینده مادر خواهند شد. به طوری که نانسی فرایدی نویسنده فمینیست می‌نویسد: "بچه دار شدن را چنان از زنان انتظار دارند و آن را چنان در روند رشد آن‌ها برنامه ریزی کرده‌اند که زنان بی اختیار این موضوع را به عنوان مهمترین نقش زندگی‌شان می‌پذیرند" (فرایدی، ۱۳۷۹: ۳۷۵). از آن‌جا که از سویی، اولین انتظار و تصور دوران بلوغ در بسیاری از زنان مادر شدن است و نرسیدن به آن می‌تواند یک ضربه شدید بر خود پنداره آنان باشد. از سوی دیگر، زنان به علت وجود محدودیت سنی در امر باروری بیشتر از مردان آسیب پذیرند، عمدتاً بیشتر از مردان درگیر برنامه‌های تشخیص و درمان ناباروری اند و ممکن است الگوهای درمان‌جویی متعددی را تجربه کنند. هر چند در خصوص شیوه‌های درمانی افراد در حوزه‌های تخصصی چون پزشکی، زیستی و روانشناختی تحقیقات متعددی انجام شده، اما تحقیقاتی که بخواهد این مسئله را از دیدگاه اجتماعی بررسی کند محدودتر است. خصوصاً مطالعاتی که از منظر اجتماعی به شیوه درمانی افراد نابارور بپردازد، انگشت شمارند. در نتیجه در خصوص پیشینه پژوهش حاضر علاوه بر پژوهش‌هایی که در مقدمه ذکر شده است به دو نمونه دیگر از مطالعاتی که در زمینه فرایند و الگوی درمان‌جویی زنان نابارور است اشاره می‌شود.

ناهید خداکرمی (۱۳۸۸) مطالعه‌ای با روش کیفی و با هدف اطلاع از تجربیات زندگی زوج‌های نابارور در طی دوران ناباروری انجام داده است. نتایج نشان داد که ناباروری روابط عاطفی و جنسی زوجها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، ارتباط زوج با اطرافیان در واکنش به برخورد آنان با ناباروری تغییر می‌نماید. همچنین زوجها علاوه بر درمان طبی ممکن است به درمان‌های غیرمعمول نیز متوسل شوند.

عباسی شوازی و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهشی از طریق روش‌های کیفی و به وسیله مصاحبه عمیق با ۳۰ زن نابارور در تهران در پی بررسی موقعیت زنان نابارور و تأثیرات ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها برآمده است. نتایج مطالعه بیانگر این است که در شرایط ناباروری، زنان با مشکلات متعددی روبه‌رو هستند، از این رو دست به اقدامات درمانی متعددی می‌زنند. تعریف افراد جامعه از ناباروری و شیوه برخورد با افراد و یا زوجین نابارور تأثیر مهمی در این زمینه دارد.

از مطالعات انجام شده در زمینه درمان‌جویی زنان نابارور نتیجه می‌شود که زنان دامنه متفاوتی از درمان‌ها را برای رهایی از ناباروری، تجربه می‌کنند از درمان‌های سنتی گرفته تا درمان‌های مدرن و تخصصی.

در خصوص این‌که چرا زنان دست به این اقدامات می‌زنند، نظریه‌های متعددی وجود دارد. قبل از ارائه نظریه‌های مناسب این موضوع، لازم است تعریفی دقیق از مفهوم فرایند و الگوی درمانجویی داشته باشیم. فرایند درمان‌جویی^۱ عبارت است از مجموعه فعالیت‌هایی که با هدف اصلاح یا رفع اختلال ادراک شده در زمینه وضعیت سلامت فرد صورت می‌گیرد (کریسمن، ۱۹۷۷ به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۳۸) و نیز الگوهای درمانجویی عبارت است از کلیه روش‌های درمانی (مدرن، سنتی، جایگزینی و ترکیبی) و شقوق آن که برای تشخیص و درمان یک بیماری خاص وجود دارد (عظیمی، ۱۳۸۷). در ادامه، ابتدا به نظریه‌هایی که به طور کلی به فرایند و انتخاب الگوهای درمان‌جویی افراد اشاره دارند می‌پردازیم و سپس الگوهایی که به طور خاص به شیوه‌های درمانجویی زنان نابارور مربوط هستند را بیان می‌کنیم.

۱-۳) رویکرد انتخاب عقلانی و نظریه مبادله:

نظریه‌های اولیه اقتصادی متفکران بزرگی چون آدام اسمیت، دیوید ریکاردو و کارل منگر بر فرضیاتی درباره روان‌شناسی فردی و مستلزمات آن برای رفتار افراد در بازار متکی بود (والاس و ولف، ۱۹۹۹ به نقل از دیلینی، ۱۳۸۸). نظریه پردازان انتخاب عقلانی، همان‌طور که در الگوی نظریه مبادله نیز یافت می‌شود، به چهار قضیه اقتصادی بنیادی معتقد بودند. ۱. افراد به طور عقلانی به دنبال حداکثر رساندن سود خود هستند و بر اساس امیال خود تصمیم می‌گیرند. ۲. هر قدر که یک فرد از چیزی بیشتر داشته باشد، علاقه کمتری به کسب بیشتر آن دارد. ۳. بهای کالا و خدماتی که در یک بازار آزاد عرضه می‌شوند مستقیماً بر اساس سلیقه خریداران و فروشندگان بالقوه آن‌ها تعیین می‌شوند. ۴. کالاها، اگر به صورت انحصاری عرضه شوند، معمولاً گران‌تر خواهند بود. هومنز فرضیات اقتصادی نظریه پردازان انتخاب عقلانی را پایه‌ای در مورد تبیین رفتار انسان‌ها قرار داد (دیلینی، ۱۳۸۸: ۳۹۱-۳۹۲). نظریه مبادله وی اساساً حاکی از تلاشی است به منظور انتخاب اصول رفتارگرایی، آمیختن آن‌ها با ایده‌هایی دیگر و به‌کارگیری آن در موضوعات مورد توجه جامعه شناسان (همان: ۳۹۳). آنچه محور توجه او قرار داشت عبارت بود از شرح الگوهای تقویت و سابقه پاداش‌ها و هزینه‌هایی که افراد را به سوی آنچه انجام می‌دهند رهنمون می‌کنند (ریترز، ۲۰۰۰ به نقل از دیلینی، ۱۳۸۸). هومنز انسان را موجودی حسابگر می‌دانست که به محاسبه عقلانی خوشی‌ها و رنج‌هایش می‌پردازد و همواره سعی می‌کند به حداکثر سود و حداقل ضرر دست یابد. هومنز با طرح پنج قضیه دقیق کوشید تمام رفتارهای انسان را توضیح دهد. این قضایا بنیاد نظریه مبادله او را تشکیل می‌دهند (دیلینی، ۱۳۸۸: ۳۹۴-۳۹۵). برای تبیین گزینش الگوهای درمان‌جویی برخی از

¹ - Treatment seeking

مفروضات هومنز که قابلیت تبیین رفتار درمان‌جویی افراد را دارند در کنار مفروضات نظریه انتخاب عقلانی مطرح شده است. نظریه انتخاب عقلانی سعی می‌کند تا همه اعمال فردی و جمعی را بر حسب منافع و مضار آن توجیه کند و به لحاظ نظری دارای دلالت‌های مفیدی برای تبیین این اعمال و گزینش انسانی فراهم می‌کند (عظیمی، ۱۳۸۷). تئوری انتخاب عقلانی بحث می‌کند که انتخاب‌ها به طور مشابهی حاصل محاسبه برآیندهای کنش‌های ممکن است (اسکات، ۱۹۹۵ به نقل از عظیمی، ۱۳۸۷) در مجموع این‌که، مفاهیم فایده و اولویت، بر مبنای مقایسه دخل و خرج‌ها و منافع، مطرح می‌شود. در نتیجه؛ افراد الگویی از کمک‌جویی را استفاده می‌کنند که هزینه و زمان کمتری را از آن‌ها در دستیابی به هدف تلف کند، همچنین در انتخاب هر یک از الگوهای کمک‌جویی ضمن محاسبه مضار و منافع آن احتمال دستیابی به نتیجه مطلوب را در نظر می‌گیرند (عظیمی، ۱۳۸۷).

۲-۳) نظریه ناکامی:

هنگامی که انگیزه‌های قوی به وسیله موانع سد شوند، ناکامی به وجود می‌آید. ناکامی‌ها با دو دسته عوامل خارجی و داخلی (یا شخصی نظیر نقایص شخصی و بدنی) در ارتباطند. فرد در مقابل ناکامی مکانیزم‌هایی را به کار می‌اندازد که به آن جبران می‌گویند که از جمله تاکید بر یک انگیزه در موقعی که بیان یا تظاهر انگیزه دیگر منع شده است و یا جانشین‌سازی یعنی تبدیل یک وسیله از بیان و تظاهر انگیزه در موقعی که وسیله یا راه دیگری برای آن وجود ندارد. در هر دو مورد جانشینی وجود دارد. در یکی انگیزه‌ای دیگر و در یکی دیگر مشکل تازه‌ای از بیان یا تظاهر همان انگیزه. انکار نیز یکی از مکانیزم‌های جبرانی است که در آن فرد به کلی منکر وجود مانع یا شناخت عامل ناکام کننده به عنوان مانع می‌شود. عدم ارضای به موقع بسیاری از توقعات فرد برای ایجاد ناکامی و در نتیجه افسردگی، نگرانی و اضطراب می‌کند. مکانیزم‌های دفاعی روش‌هایی تقریباً ناخودآگاه برای حفظ تعادل و کاهش عواقب منفی ناکامی‌اند (کریمی، ۱۳۸۱: ۲۰۴). بیماری و در این‌جا نازایی، ممکن است مانع از دستیابی افراد به دیگر اهداف زندگانی‌شان شود و بدین ترتیب نازایی به عنوان یک عامل ناکام کننده ضمن ایجاد پیامدهای روانی نظیر اضطراب، افسردگی برای افرادی که با آن مواجه‌اند آنان را به واکنش در جهت رفع ناکامی برمی‌انگیزد. بدین ترتیب از یک سو به جست‌وجوی روش‌های درمانی می‌پردازند و از سوی دیگر مکانیزم‌های روانی جبران را برای کاهش تنش ناشی از بیماری را مورد توجه قرار می‌دهند. (با اقتباس از عظیمی، ۱۳۸۷)

۳-۳) سیستم ارجاع عامیانه^۱:

هر چند به نظر می‌رسد که با شکل‌گیری و توسعه پزشکی مدرن، از تعداد منابع کمک جویی کاسته شده باشد، اما در دنیای مدرن امروز، سایر منابع غیر تخصصی، همچنان اهمیت خود را در ارائه خدمات و مشاوره‌های درمانی حفظ کرده‌اند. منابع کمک جویی بسیار متعدّدند. در یک تقسیم‌بندی کلی، می‌توان این منابع را به دو دسته تقسیم نمود: الف) شبکه‌های ارجاعی عامه^۲، که چارچوبی غیر رسمی مرکب از خانواده، دوستان و درمانگران محلی را شامل می‌شوند و ب) چارچوب‌های رسمی، که پزشکی تخصصی را شامل می‌شود. زولا یک سیستم ارجاع عامیانه را برای کمک جویی و انتخاب الگوهای درمان جویی مشخص می‌سازد. این سیستم ارجاع عامیانه به صحبت بیشتر افراد درباره بیماری‌شان با دوستان و اعضای خانواده قبل از مراجعه به پزشک اشاره دارد (گب، ۲۰۰۴).

۳-۴) الگوهای کمک جویی:

به طور معمول فرد بعد از مراحل تعریف، تفسیر و ارزیابی علائم و اتخاذ شیوه‌های خاص مقابله، به طرح ریزی کنش‌ها و اقدام‌های درمانی دست می‌زند. یکی از راهبردهای پاسخ به علائم، طرح اقدام درمانی است (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۳۹). در بحث الگوهای اقدام درمانی، مدل‌هایی مطرح است که انواع شیوه‌های درمانی مورد استفاده توسط افراد را بیان می‌کند از جمله الگوهایی که بهاتی و گونای ارائه داده‌اند.

۳-۴-۱) الگوی کمک جویی بهاتی: بهاتی (۱۹۹۹)، چهار شیوه کمک جویی برای درمان را در میان افراد نابارور مشخص می‌کند که عبارتند از: پزشکی زیستی^۳، مراجعه به حکیم^۴، دعا درمانی، پزشکان مشابه درمان (هومیوپاتی) (عظیمی، ۱۳۸۷).

۳-۴-۲) الگوی کمک جویی گونای: گونای (۲۰۰۵) در مطالعه‌اش به‌طور کلی دو نوع شیوه درمانی و کمک جویی را در میان افراد نابارور متمایز ساخته است:

الف. شیوه درمان سنتی: از نظر وی اگرچه در سراسر جهان اقسام بی‌شماری از روش‌های سنتی برای درمان ناباروری مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما شیوه‌های فراوان‌تر کاربرد آن شامل توسل به داروهای سنتی مختلف با منشأ گیاهی و حیوانی، طب سوزنی، انرژی درمانی، برخی اعمال مذهبی چون قربانی حیوانات، داشتن طلسم و دعا، اماکن متبرکه و رهبران مذهبی می‌باشد. به نظر

¹- Lay referral system

²- Lay referral networks

³- Allopathic doctors

⁴- Hakims

او استفاده از چنین شیوه‌هایی با افزایش امکانات پزشکی مدرن و فراگیری سیستم بیمه اجتماعی کاهش می‌یابد.

ب. شیوه درمان مدرن: این شیوه‌ها، به‌طور عام، با مراجعه به پزشکان و مراکز درمانی تخصصی مشخص می‌شود و شامل راهنمایی پزشکان، آزمایش‌های اندام تناسلی، آزمایش‌های هورمونی، سونوگرافی، آنالیز اسپرم، درمان با جراحی، بارور سازی در محیط آزمایشی و... می‌باشد (گونای، ۲۰۰۵).

در راستای دستیابی به اهداف پژوهش حاضر، از الگوی شیوه درمانی و کمک جویی گونای پیروی شده است.

روش شناسی تحقیق:

پژوهش حاضر با اتخاذ رهیافت ترکیبی برای مطالعه شیوه‌های درمان سنتی ناباروری زنان از هر دو روش کمی و کیفی استفاده نموده است. رویکرد روش شناختی ترکیبی (الف) رویکردهای مختلف در تمام مراحل مطالعه (مانند تبیین مسئله، گردآوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و نتیجه‌گیری نهایی) را با یکدیگر تلفیق می‌کند و (ب) شامل تبدیل داده‌ها و تحلیل آن‌ها به رویکرد دیگر می‌شود" (تشکری و تدلی، ۲۰۰۳، به نقل از اووه فلیک، ۱۳۹۰: ۳۷). مطالعه حاضر نیز با روش کیفی آغاز شد به نحوی که در ابتدا با انتخاب ۲۸ نمونه به شیوه نمونه‌گیری نظری و هدفمند و انجام مصاحبه عمیق با ایشان، شیوه‌های سنتی درمان ناباروری زنان در استان مازندران مورد کنکاش و کاوش قرار گرفت تا جایی‌که اشباع نظری حاصل شد. به بیان پاول «کفایت نظری و اشباع» زمانی است که «افراد نمونه، دیگر چیزی به داده‌ها اضافه نکنند، و یا آن‌چه که مطرح می‌کنند، در تضاد با دانسته‌های گردآوری شده نباشند» (حریری، ۱۳۸۵: ۱۴۰).

در مورد اعتبار و پایایی پژوهش کیفی باید گفت: در پژوهش‌های کیفی اعتبار و پایایی مانند روش‌های کمی بر اصول مشخصی استوار نیست، البته این به زیربنا و منطق درونی پژوهش کیفی و جنبه تفسیری و تاویلی آن بر می‌گردد. چنان‌که حتی عده‌ای از محققان کیفی احراز اعتبار و پایایی را برای پژوهش کیفی به دلیل برداشت‌های متفاوت رفتارها و گفتارها از سوی مشاهده‌گران بی‌فایده می‌دانند، به بیان دیگر قاعده کلی در روش‌های کیفی در خصوص ارزیابی اعتبار و پایایی وجود ندارد اما در مقابل عده‌ای دیگر از پژوهشگران هم با توجه به ویژگی متمایز و متفاوت پژوهش کیفی از کمی، به جای اعتبار و پایایی به ابداع مفاهیمی همچون تایید پذیری و انتقال پذیری و... اقدام نمودند و برای رفع محدودیت‌ها، سعی کردند با استفاده از تثلیث، کسب اطلاعات موازی، تحلیل موارد منفی و... بر محدودیت‌های مذکور غلبه نمایند (عباس زاده، ۱۳۹۱)

۱. استفاده از فرایند ساخت یافته از مصاحبه‌های همگرا.
 ۲. سازمان‌دهی فرایندهای ساخت یافته برای ثبت، نوشتن و تفسیر داده‌ها.
 ۳. وجود حداقل دو نفر برای انجام مصاحبه به صورت جداگانه، اما موازی با یکدیگر و مقایسه یافته‌های دو و یا چند محقق.
 ۴. استفاده از کمیته راهنما برای ارزیابی و اجرای برنامه مصاحبه. بنابر این اگر اعضای کمیته با همدیگر در مورد پدیده‌ای اجماع داشته باشند، در این صورت ارزیابی جمعی شان، صورت عینی و علمی به خود خواهد گرفت (رائو و پری، ۲۰۰۳ به نقل از عباس زاده، ۱۳۹۱).
- در پژوهش حاضر نیز سعی شده است با رعایت نکات فوق درجه اعتبار و پایایی تحقیق بالا رود. در موج دوم مطالعه (پیمایش کمی) با استفاده از مفاهیم حاصله از مطالعه کیفی، پرسش‌نامه محقق ساخته‌ای تهیه شده است. واحد مشاهده و واحد تحلیل داده‌ها، فرد و به تبع آن سطح تحلیل خرد می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی درمان ناباروری در استان مازندران می‌باشد. با توجه به این‌که چارچوب نمونه‌گیری و آمار دقیقی از تعداد زنان نابارور استان مازندران در دست نیست، لذا، روش نمونه‌گیری این پژوهش به شکل غیر احتمالی و سهمیه‌ای است و به نسبت تعداد مراجعه کنندگان ماهانه به هر مرکز، با استفاده از فرمول کوکران^۱، حجم نمونه مشخص شده است.^۲

مرکز درمان ناباروری	میانگین مراجعین ماهانه	حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران
فاطمه زهرا ی بابل	۵۰	۴۵
بیمارستان امام خمینی ساری	۵۰	۴۵

در مورد اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها برای اطمینان از اعتبار پرسش‌نامه، از نوع اعتبار صوری استفاده شده است. برای این منظور، علاوه بر سعی در انجام دقیق پیشینه تحقیق و مشاوره با

^۱. $n = \frac{NZ^2}{4NE^2 + Z^2}$ E=5% Z=1/96

^۲. لازم به ذکر است که؛ تعداد مراکز درمان ناباروری دولتی ۲ مورد می باشد.

اساتید، پس از تکمیل پرسش‌نامه، پیمایشی مقدماتی انجام شده برخی گویه‌های نامناسب حذف و برخی گویه‌های مناسب به سوالات افزوده شد. بدین ترتیب از اعتبار صوری پرسش‌نامه تا حد زیادی اطمینان حاصل گردید

و نیز برای اندازه‌گیری میزان روایی پرسش‌نامه و اطمینان از این‌که گویه‌های انتخابی مسئله واحدی را می‌سنجند و پاسخ‌گویان از آن برداشت یکسانی دارند در مرحله پیش از تکمیل پرسش‌نامه، از طریق مصاحبه با ۱۵ نفر از زنان نابارور، اقدام به احتساب ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های پرسش‌نامه شده است و سپس گویه‌های نامناسب حذف گردید و مجدداً محاسبه ضریب آلفای کرونباخ صورت گرفته است تا به حد قابل قبولی برسد.

داده‌ها بعد از گردآوری در نرم افزار **spss** مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پردازش داده‌ها در دو سطح توصیفی و تحلیلی صورت گرفته است. در بخش توصیفی از آماره‌های توصیفی چون؛ توزیع فراوانی و در بخش تحلیل داده‌ها از آماره‌های استنباطی چون؛ تکنیک رگرسیون لجستیک استفاده شده است.

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها و نحوه سنجش آن‌ها:

درآمد: منظور از درآمد در این پژوهش، عبارت است از درآمد تقریبی ماهانه خانواده زن نابارور به تومان (هم درآمد زن و هم درآمد همسر زن نابارور). سطح سنجش این متغیر نسبی می‌باشد.

محل سکونت: منظور از محل سکونت در این پژوهش، عبارت است از مکانی که زن نابارور با همسرش در آن‌جا زندگی می‌کند. سطح سنجش این متغیر اسمی و دامنه تغییر آن شهر و روستا است.

سن: منظور تعداد سال‌های زندگانی زن نابارور می‌باشد و با توجه به این‌که پاسخ این سوال هم به عدد است، سطح سنجش این متغیر نیز در سطح فاصله‌ای می‌باشد.

تحصیلات: منظور از تحصیلات یعنی تعداد سال‌هایی که زن نابارور تحصیل کرده است. و با توجه به این‌که پاسخ این سوال هم به عدد است، سطح سنجش این متغیر نیز در سطح فاصله‌ای می‌باشد.

مدت ناباروری: تعداد سال‌هایی که زن قادر به فرزندآوری نمی‌باشد و با توجه به این‌که پاسخ این سوال هم به عدد است، سطح سنجش این متغیر نیز در سطح فاصله‌ای می‌باشد.

الگوهای درمانجویی: عبارت از کلیه روش‌های درمانی (مدرن، سنتی، جایگزین، ترکیبی) و شقوق آن که برای تشخیص و درمان یک بیماری خاص وجود دارد. این متغیر در پرسش‌نامه به صورت سوال باز (شما چه اقدامات درمانی یا تشخیصی را انتخاب کردید، لطفاً به ترتیب اولویت نام

ببرید. اقدام اول.....، اقدام دوم....، اقدام سوم..... و غیره) پرسیده شده است. بعد از گردآوری داده‌ها، اقداماتی غیر از مراجعه به پزشک را به عنوان الگوی درمان‌جویی سنتی با کد ۱، مراجعه به پزشک به عنوان الگوی درمان‌جویی مدرن با کد ۳ و سرانجام انتخاب هر دو الگوی سنتی و مدرن را تحت الگوی درمان‌جویی ترکیبی با کد ۲ در سطح سنجش اسمی طبقه‌بندی شده‌اند.

ارائه یافته‌ها

الف) - یافته‌های کیفی: شیوه‌های سنتی درمان ناباروری

کشف روش‌های خاص در درمان سنتی ناباروری در ابتدا از روش تحقیق کیفی بهره برده ایم. با توجه به جنبه اکتشافی بودن پژوهش با پرسش‌های مشخصی پیرامون ناباروری و راه‌های درمان آن در میان زنان نابارور صورت پذیرفته است. هدف از این کار درک تجربه و تصور زنان نسبت به موضوع "شیوه‌های سنتی درمان ناباروری" به روایت خودشان بوده است. پس از رسیدن به "کفایت نظری و اشباع" و مقوله‌بندی داده‌های در قالب مفاهیم و سپس طبقه‌بندی مفاهیم هم معنا، مقوله‌های زیر به عنوان مفاهیم موجود در درمان سنتی ناباروری حاصل شده‌اند. محققین در راستای دستیابی به اهداف تحقیق، در ابتدا با کمک فنون مشاهده همراه با مشارکت - "که تکنیکی مردم‌شناختی برای برقرار کردن ارتباط موثر با افراد مورد مطالعه و فهم و گزارش درست وقایع است" (محمدپور و شاهی زاده، ۱۳۹۰: ۱۳۰) - در مکان‌هایی که ممکن بود افراد نابارور^۱ برای درمان سنتی مراجعه کنند و یا مراسم خاص که این قبیل افراد شرکت کرده بودند، حاضر شده^۲ و همچنین برای تکمیل و تصحیح دریافت‌ها و تعبیرات حاصل از مشاهدات، اقدام به مصاحبه عمیق با چند زن نابارور کرده‌اند. در این بخش از مطالعات اکتشافی روش‌های مختلف درمان سنتی کشف و شناسایی شده‌اند که شامل: مراجعه به ضامن، مراجعه به دعانویس، انجام چله‌بری، مراجعه به سادات و افراد سریع‌الاجابه، انجام نذر، دعا به درگاه خداوند، درمان بر اساس طب نبوی، جادو درمانی و مراجعه به پیرپزشک هستند:

۱ از آن‌جا که تحقیق کیفی فاقد نمونه از جمعیت آماری به معنای مورد نظر در تحقیقات کمی است، لذا در تحقیقات کیفی به افرادی که در تحقیق شرکت می‌کنند، مشارکت‌کننده یا مطلع گفته می‌شود (استراوس و کوربین، ۱۹۹۹: ۴۵، به نقل از کیانی، ۱۳۸۹: ۱۶). تحقیق حاضر در استان مازندران انجام شده است مشارکت‌کنندگان در تحقیق نیز از میان افرادی که به مکان‌های مورد نظر مراجعه می‌کردند انتخاب شدند

۲. از آن‌جا که در این مکان‌ها، مراجعه‌کنندگان با علم به این‌که صحبت‌های آن‌ها با دعانویس یا ضامن یا ملا بی‌بی و.... در حضور دیگران انجام می‌شود و در نتیجه چند نفر دیگر نیز شاهد مشاوره آن‌ها هستند، به صحبت در مورد مشکل و بیماری خود می‌پرداختند، ضبط تعاملات از نظر اخلاقی مشکلی را ایجاد نمی‌کرد

۱. ضامن و توسل به آن: مفهوم ضامن به افرادی اشاره دارد که به ازای دریافت مبلغی پول یا اجناس، ضمانت می‌کنند که خودشان طی مدتی چند ماهه دعا و اعمال مخصوصی انجام می‌دهند تا فرد بچه دار شود.

زهرآ، ۱۱، ۳۰ ساله، دارای تحصیلات متوسطه و خانه دار می‌گوید: «به یکی (سید آقا) پانصد هزار تومان پول دادیم تا ضامنم بشه تا حامله بشم»
سیمین، ۲۱، دارای تحصیلات ابتدایی و خانه دار می‌گوید:
«ملا رضا ضامن چند نفر بود که بچه دار نمی‌شدن و الان اونا بچه دارن، منم اومدم تا قبول کنه ضامنم بشه، قسمتو چه دیدی شاید روزی ملا رضیه که پول دوا درمونو به اون بدیم»

۲. دعا نویس^۲ و مراجعه به آن: از دیگر اشکال درمان‌هایی که در جریان مطالعات اکتشافی تحقیق حاضر با آن برخوردیم، مراجعه به دعا نویسان و انجام اعمال مخصوصی که دعا نویسان دستور می‌دهند. مثلاً دعا نویس دعای بچه دار شدن را به صورت مکتب با آب زعفران می‌نویسد و به فرد می‌دهد و یا دستورات خاصی صادر می‌کند مثلاً دور کمر بستن دعای بچه دار شدن، استحمام با دعایی که در آب حل شد، پاشیدن آب دعا در مکان‌هایی در خانه. و همچنین شیوه‌هایی شبیه انتقال انرژی و یا با خواندن دعا و دمیدن بر آب، نبات یا خرما و... انرژی خود را منتقل می‌کند و اعتقاد دارد که عواملی که مانع بچه‌دار شدن فرد است را از بین برده‌اند و فرد بچه دار می‌شود.

پریسا، ۲۰ ساله، دارای مدرک کاردانی و کارمند بخش خصوصی، می‌گوید:
«دختر خاله ام امد پیش حاجی جواب گرفت و الان یه پسر داره، منم امدم تا حاجی برام یه دعایی کنه تا حامله بشم»
مریم، ۲۵ ساله، دارای مدرک دبیرم و خانه دار، می‌گوید: «دست حاجی خیلی سبکه، مامانم از کوچیکیم هر وقت مریض می‌شدیم میامد حاجی یه قلم برامون بنویسه، ما هم خوب می‌شدیم، الانم امدم حاجی یه قلمی بنویسه ایشالله که مشکلم حل شه»

۱. در ذکر مصادیق، جهت حفظ حریم خصوصی افراد از اسامی مستعار استفاده شده است.

۲. دعا نویسی با طرق معمول دعا کردن - که به طور عادی در زندگی افراد دین‌دار جریان دارد - متفاوت است. در این روش مددجو، با قصد و هدفی خاص به دعانویس که در زمان و مکان خاصی مستقر است - مراجعه می‌کند و دعا نویس هم نوع ویژه‌ای از دعا را - با کمیت، کیفیت و آداب مشخصی - توصیه می‌کند. دعا نویسی، فراتر از نوشتن دعا، شامل کلیه شیوه‌هایی است که به آماده سازی، تنظیم، انتقال و ارائه دعا از دعانویس به فرد مراجعه کننده - حضوری یا غیر حضوری - منتهی می‌شود (جواهری، ۱۳۸۱).

۳. چله بُری: از روش‌های خاصی که اکثر دعانویسان برای رفع مشکل ناباروری فرد ارائه می‌دهند، انجام عمل "چله بری" است. در خصوص معنی دقیق این واژه اطلاعات دقیقی در دسترس نیست، اما آنچه که از سوی افراد مورد مطالعه روشن شد این بود که "چله افتادن" یعنی ایجاد یک مانع در امر باروری فرد که می‌تواند از سوی انسان، حیوان و اجنه باشد و "چله بری" عملی است برای رفع این مشکل. نگارنده در جریان مطالعات اکتشافی به مواردی از اشکال "چله افتادن" برخورد کرده است که در ادامه به نمونه‌هایی از آن اشاره می‌شود.

رویا، ۲۲ ساله، دارای تحصیلات راهنمایی و خانه دار، می‌گوید:

«حاج نعمت می‌گه چله افتادم و باید چله بری کنه، آخه با جاریم تو یه روز

عروسی کردیم، من یادم نبود و اول نگاش کردم و چله افتاد واسم و حامله نمیشم»

نسترن، ۱۹ ساله، دارای تحصیلات متوسطه و خیاط، می‌گوید:

«مامان بزرگم می‌گه، چله افتاد واسم، اومدم مشهدی محمد واسم یه قلم چله

بری بنویسه، وقتی من عقد کردم، دختر همسایه مونم به تازگی عقد کرده بود، تو

کوچه چشمم به چشمش افتاد، نبایست نگاش میکردم، میگن دو دختر که همزمان

عقد می‌کنن هرکی زودتر با دومی چشم تو چشم شد واسش چله می‌افته».

ریحانه، ۲۶ ساله، دارای تحصیلات متوسطه و خانه دار، می‌گوید:

«چله افتاده واسم، چله بری هم کردم، حمام ده^۱ زایمان دوستم، همراش رفتم

حمام، قابله محلمون اومد چهل تاس^۲ ریخت رو سرش و من کنارش نشستم،

مقداری از آبی که به تن اون می‌خورد به بدن منم می‌خورد، ایشالله که چله من

برطرف شده باشه و شفا پیدا کنم»

ندا، ۲۰ ساله، دارای تحصیلات ابتدایی و کارگر کارخانه، می‌گوید:

«ملا عیسی می‌گه چله حیوان افتاد واسم، گفته که کمی شیر سگ تازه زایمان

کرده رو موقع حموم کردن رو سرم بریزم تا چله برطرف بشه»

شیرین، ۳۰ ساله، دارای تحصیلات متوسطه و کارمند، می‌گوید:

۱. مراسمی است به نام ده حمام، بدین گونه که ده روز بعد از زایمان زن، مادر و بچه را به حمام می‌برن و وقتی از حمام

بیرون آمدن برایشان جشن می‌گیرند.

۲. نام ظرف مخصوصی است که از مشهد یا اماکن مقدس دیگر تهیه می‌کنند، کاسه‌ای کوچک و اصولاً از جنس استیل

به رنگ طلایی داخلش آیات قرآنی و اسماء متبرکه نوشته شده است و برای آب‌خوری از آن استفاده می‌کنند. رسم بر

این هست که هر کس از این راه شفا یافت، باید چهل تا از این ظرف را بخورد و به همان جا که یک ظرف را قبلاً گرفته

اهدا کند.

«دعانویس گفته چله افتاده واسم، گفته باید هفت تا نخ ابریشم مختلف و کمی خاک قبرستون و کمی آرد از هفت تا خونه همسایه بگیرم و از هفت تا چشمه هم کمی آب تهیه کنم و همه اینارو تو یه ظرف بزرگ مخلوط کنم و این آبو بیست بار رو سرم و ده بار سمت راست و ده بار سمت چپ بدنم بریزم، ایشالله که چله برطرف بشه و من بچه‌دار بشم».

نگار، ۲۳ ساله، دارای مدرک دیپلم و خانه دار می‌گوید: «بهم گفتن چله افتاد واست، گفتن باید طلاق بگیرم و هفت روز شوهرمو نبینم و بعد دوباره عقدش بشم تا چله برطرف بشه.»

۴. جادو - درمانی. طبق مطالعات اکتشافی و مصاحبه‌های میدانی معلوم شد که از دیگر روش‌های درمانی که اکثر دعانویسان بیان می‌کنند، ادعایی است مبتنی بر این‌که جن و پری باعث ناباروری فرد شده‌اند و آن‌ها (فرد دعانویس) می‌توانند با برقراری ارتباط با اجنه و پرییان مشکل ناباروری افراد را برطرف کنند. به طوری‌که به زن نابارور طلسم می‌آویختند تا ارواح شریری را که به درون جسمش رفته بودند، خرسند و از آن‌ها دور کنند.

راضیه، ۳۰ ساله، دارای تحصیلات ابتدایی و خانه‌دار می‌گوید:

«کربلایی مریم می‌گه؛ چون شوهرم تو جوونی ندونسته بچه جنو کشت، اونا هم

نمیزارن من بچه دار شم، ایشالله که دعای کربلایی اونارو از من دور کنه.»

نرگس، ۱۹ ساله، دارای تحصیلات راهنمایی و خانه دار می‌گوید:

«مشهدی عیسی، تو حسابم دید که نوشته بود همزاد دارم، یه پری، نمیزاره من

بچه دار شم، ایشالله که قلم مشهدی سبکه و این پری دست از سرم برداره.»

۵. افراد سریع الاجابه و توسل به آن‌ها: افراد سریع الاجابه به افرادی گفته می‌شود که دعاهایشان زود مستجاب می‌شود که می‌توانند سادات یا افراد دیگر باشند. مراجعه به چنین افرادی نیز از دیگر روش‌های درمان سنتی بوده که در جریان پژوهش حاضر مشاهده شده است.

فاطمه، ۲۰ ساله، دارای تحصیلات راهنمایی و خانه دار می‌گوید:

«همه میدونن جد سید جعفر خیلی سنگینه و دعاش زود میگیره، بهش گفتم

واسم دعا کنه مشکلم حل بشه ایشالله که منم حامله بشم.»

لیلا، ۲۴ ساله، دارای مدرک کاردانی و کارمند، می‌گوید:

«خاله‌ام به زن همسایشون سپرد واسم دعا کنه، اون زنه خیلی مومنه، دعاهاش

زود مستجاب میشه، خاله‌ام چن دفعه آزمایش کرد، رد خور نداره، پناه بر خدا، شاید

ما هم جواب گرفتیم.»

عز نذر کردن: درمان از راه سفره انداختن و نذر و نیاز کردن و نذری پزی و از دیگر اشکال درمان سنتی ناباروری بوده که در جریان مطالعه حاضر مشخص شده است. به طوری که اکثریت افراد مورد مطالعه در مرحله‌ای از جست و جوی‌های درمانی‌شان و همچنین بعد از درمان‌شان گذاشتن سفره نذری، نذری پزی، قربانی کردن و... را انجام داده‌اند.

نگین، ۳۵ ساله، دارای مدرک دیپلم و خانه دار می‌گوید:

«سفره ابولفضل گذاشتم تا ابولفضل دردمو درمون کنه، نذر کردم اگه حامله بشم

و پسر بدنیا بیارم اسمشو ابولفضل بزارم.»

مرجان، ۲۴ ساله، دارای مدرک دیپلم و خانه دار می‌گوید:

«امشب تو سقاخونه ممیمونم تا خواب نما بشم، یا شاید سقاخونه منو شفا بده و

دامنمو سبز کن.»

الهام، ۲۴ ساله، دارای تحصیلات متوسطه می‌گوید:

«نذر کردم اگه پیر سقاخونه، دخیلمو باز کنه و تا محرم سال دیگه بچه دار بشم،

تا وقتی میتونم خرج یه شام محرم تو سقاخونه رو خودم بدم»

شیوا، ۲۳ ساله، دارای مدرک کاردانی و کارمند می‌گوید:

«نذر کردم اگه امام رضا ناامیدم نکنه و من امسال بچه دار بشم، همه سال بچمو

ببرم یا بوس امام رضا، یا امام رضا ناامیدم نکن»

۷. دعا درمانی: یکی دیگر از روش‌های بسیار کهن و رایج درمان بیماری‌ها، مداوای بیماران از راه خواندن کلمات مقدس، یا دعا - درمانی می‌باشد. مطالعات اکتشافی و مصاحبه‌های میدانی نشان داده است که دسته‌ای از زنان نابارور مورد بررسی با خواندن دعا و راز و نیاز با خداوند و انجام اعمال مذهبی مخصوص، رفتن به اماکن متبرکه مثل زیارت امام رضا (ع)، توسل به ائمه و معصومین و امام زاده‌ها، برگزاری روزه و روزه خوانی و..... برای شفا یافتن و بچه دار شدن، دعا درمانی را اجرا می‌کنند.

محبوبه، ۱۹ ساله، دارای تحصیلات راهنمایی و خانه دار می‌گوید:

«سفر روزه خوانی رو سرم تکون دادن، به برکت این سفره مقدس، یا امام

حسین، منم حامله بشم.»

نازنین، ۲۲ ساله، دارای مدرک دیپلم و کارمند می‌گوید:

«با خودم قرار گذاشتم دیگه نماز قضا نشه، مادر نشدن بد دردی، فقط خدا

می‌تونه کمکم کنه» مینا، ۲۷ ساله و دارای مدرک کارشناسی و خانه‌دار می‌گوید:

«وقتی دلم میگیره، وقتی میبینم همه همسن و سلام مامان شدن و من نه، دلم آتیش می‌گیره، فقط قرآن و دعا آروم می‌کنه»

۸. طب نبوی: طب نبی و ائمه، مجموعه حدیث‌ها و روایت‌های منقول از پیامبر(ص) و امامان(ع) است که زمینه‌ی طبّی - درمانی دارند و راه و روش و سیره‌ی پیامبر(ص) و ائمه(ع) را در زندگی روزانه و نظر و عقیده و آموزش‌ها و توصیه‌های ایشان را دربرداشت تن و روان و دوری‌گزینی از بلاهای آسمانی و بیماری‌ها و راه‌های درمان آن‌ها با انواع خوراکی‌ها و پرهیزها نشان می‌دهند. این حدیث‌ها و روایت‌های طبّی را شماری از دانشمندان اسلامی و عالمان علم حدیث که به دانش پزشکی متداول در زمان خود نیز آشنا بودند گردآوری کرده، و در مجموعه‌هایی برحسب موضوع، تنظیم و تدوین نموده‌اند. نمونه‌ای از درمان ناباروری مبتنی بر طب نبوی که محققین در جریان مصاحبه‌های میدانی با آن برخورد کرده‌اند، زنانی هستند که در بر طبق سنت و کتاب‌های مذهبی اعمال مخصوصی انجام می‌دهند، که باید فرد نابارور انجام دهد تا شفا یابد.

مهن‌از ۲۰ ساله، دارای تحصیلات متوسطه می‌گوید:

«ملا کلثوم گفته توی احادیث اومده که انار واسه مشکل بچه دار شدن زنان

خیلی خوبه»

بهاره، ۲۳ ساله و دارای مدرک دیپلم می‌گوید:

«سید خانم تو مراسم (بی بی سه شنبه) میگفت غسل و زنجبیل و با هم مخلوط

کنم و صبح‌ها ناشتا بخورم، به مرور مشکلم حل میشه»

۹. مراجعه به پیر پزشک: پیر پزشک افراد پیری هستند که بر اساس تجربه یک سری درمان‌هایی را پیشنهاد می‌کنند. در منطقه مورد مطالعه در زمینه درمان ناباروری نیز افراد پیری (اعم از زن و مرد) هستند که در زمینه درمان ناباروری درمان‌هایی ارائه می‌دهند.

معصومه ۲۸ ساله، دارای مدرک دیپلم و خانه دار می‌گوید:

«ننه صدیقه خیلی تجربه داره، اون به سری گیاه داد تا دم کنم و بخورم، تا

مشکلم حل بشه.»

سمیرا، ۲۱ ساله و دارای تحصیلات ابتدایی و خانه دار می‌گوید:

«خیلی‌ها با نسخه‌ای که بی بی خانم بهشون داد بچه دار شدن، منم امدم تا

بمنم به نسخه بده، ایشالله که حامله میشم.»

(ب) - تحلیل کمی:

در مرحله کمی پژوهش یک نمونه ۹۵ نفری از زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی ناباروری استان مازندران انتخاب شدند تا توزیع فراوانی شیوه های سنتی درمان های ناباروری و عوامل موثر بر آن با استفاده از یک پرسش‌نامه محقق ساخته بررسی شود.

(۱). ویژگی‌های اقتصادی/اجتماعی نمونه: از مجموع ۹۵ زن نابارور مورد بررسی، ۶۳ درصد ناباروری اولیه^۱ و ۳۴ درصد ناباروری ثانویه را گزارش داده‌اند و همچنین از نظر مدت ناباروری، ۴۰ درصدشان ناباروری ۲ تا ۵ سال، ۳۴ درصد ناباروری ۶ تا ۹ سال، ۲۴ درصد ناباروری ۱۰ تا ۱۳ سال و ۲ درصد نیز ناباروری ۱۴ تا ۱۷ سال را تجربه می‌کردند. از نظر سطح تحصیلات نیز ۴ درصد بی سواد، ۹/۵ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۹/۵ درصد دارای تحصیلات راهنمایی، ۵۱ درصد دارای تحصیلات متوسطه و ۲۵ درصد نیز دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. از نظر گروه سنی، ۳۱ درصد زنان در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال، ۳۰ درصد در گروه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال، ۲۶ درصد در گروه سنی ۳۵ تا ۳۹ سال، ۹ درصد در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال، ۳ درصد در گروه ۴۰ تا ۴۴ سال و ۱ درصد نیز در گروه ۴۵ تا ۴۹ ساله بوده‌اند. از نظر محل سکونت ۵۹ درصد در شهر و ۴۱ درصد در روستا زندگی می‌کردند.

(۲). توزیع انواع درمان های سنتی ناباروری: با توجه به جدول شماره (۱)، بیشترین فراوانی پاسخ‌گویان به نوع درمان سنتی، گزینه دعا درمانی با ۲۱ درصد فراوانی بوده است، و همچنین بیشترین فراوانی‌های بعدی به ترتیب زیارت اماکن مقدس با ۱۶ درصد و مراسم روضه خوانی و سفره ابولفضل نیز ۱۶ درصد، و ۱۴ درصد مراجعه به دعا نویس، ۹ درصد مراجعه به سادات، ۸ درصد مراجعه به ضامن، ۷ درصد گیاه درمان. مراجعه به افراد سریع الاجابه و پیرپزشک نیز هر کدام ۴ درصد را به خود اختصاص دادند.

(۳). تحلیل رگرسیون عوامل موثر در انواع درمان های سنتی:

به منظور بررسی احتمال انجام هر یک از شیوه های سنتی درمان ناباروری و عوامل موثر بر آن از تکنیک رگرسیون لجستیک استفاده شده و نتایج آن در جدول شماره دو ارائه شده است. در معادله اول، از بین عوامل موثر بر الگوی "مراجعه به دعانویس"^۲، متغیرهای "مدت ناباروری و محل سکونت" در سطح معناداری قابل قبولی بودند. با توجه به مقدار نسبت بخت ها، می‌بینیم که به ازای

۱ - ناباروری به دو نوع تقسیم می شود. ناباروری اولیه، که در این حالت قبلا بارداری صورت نگرفته و ناباروری ثانویه، که در این حالت بارداری قبلی وجود دارد اگرچه الزاما منجر به تولد نوزاد زنده نشده باشد (برک، ۱۳۸۷: ۹۴۸)

۲. از آنجا که اکثر دعانویسان روش‌های درمان سنتی چله بُری و جادو درمانی را انجام می‌دهند، لذا الگوی درمانی مراجعه به دعا نویس شامل روش های درمان انجام چله بری و جادو درمانی نیز می‌شود.

یک واحد افزایش در مدت ناباروری احتمال مراجعه به دعانویس ۸۸٪ افزایش می‌یابد. همچنین با توجه به کد گذاری محل سکونت به صورت صفر(روستا) و یک (شهر)، با تغییر محل سکونت از روستا به شهر احتمال مراجعه به دعانویس ۱۵٪ کاهش پیدا می‌کند. متغیرهای "سن، تحصیلات و درآمد" (Si g) شرایط لازم برای وارد شدن به معادله را نداشتند.

جدول شماره (۱) توزیع فراوانی نوع درمان سنتی که افراد انتخاب می‌کنند

فراوانی		نوع درمان سنتی
تعداد	درصد	
۷۲	۲۱	دعا درمانی (دعا به درگاه خداوند و توسل به ائمه و...)
۵۵	۱۶	زیارت اماکن مقدس و روشن کردن شمع و بستن دخیل
۵۴	۱۶	روضه خوانی و نذر کردن و گرفتن مراسم دعا و سفره حضرت ابولفضل و بی بی سه شنبه و....
۴۸	۱۴	مراجعه به دعا نویس و انجام عمل چله بری ^۱ و....
۲۹	۹	مراجعه به سادات
۲۷	۸	مراجعه به ضامن ^۲
۲۴	۷	گیاه درمانی
۱۴	۴	مراجعه به افراد سریع الاجابه ^۳
۱۳	۴	مراجعه به پیر پزشک ^۴
۵	۱	انرژی درمانی
۳۴۱	۱۰۰	جمع

معادله دوم نشان می‌دهد که از بین متغیرهای مستقل تاثیر گذار بر الگوی "دعا به درگاه خداوند"، تنها متغیر "میزان تحصیلات" در سطح معناداری قابل قبولی بوده است. با توجه به مقدار نسبت بخت‌ها، می‌بینیم که به ازای یک واحد افزایش در میزان تحصیلات احتمال دعا کردن به

^۱ - روش های خاصی که اکثر دعانویسان برای رفع مشکل ناباروری فرد ارائه می‌دهند

^۲ - افرادی که به ازای دریافت مبلغی پول یا اجناس، ضمانت می‌کنند که خودشان طی مدتی مثلا سه ماهه دعا و اعمال مخصوصی انجام می‌دهند تا فرد بچه دار شود.

^۳ - افرادی که دعاهایشان زود برآورده می‌شود.

^۴ - افراد پیری که بر اساس تجربه یک سری درمان‌هایی را برای ناباروری پیشنهاد می‌کنند.

درگاه خداوند ۶۰٪ افزایش به وجود می‌آید. در حالی که متغیرهای "سن، مدت ناباروری، محل سکونت و درآمد" ($si > 5$) شرایط لازم برای وارد شدن به معادله را احراز نکردند.

در معادله سوم نیز از بین متغیرهای تاثیر گذار بر الگوی "مراجع به ضامن"، متغیرهای "مدت ناباروری، میزان تحصیلات و محل سکونت"، در سطح معناداری قابل قبولی بوده‌اند. با توجه به مقدار نسبت بخت‌ها، می‌بینیم که به ازای یک واحد افزایش در مدت ناباروری، احتمال مراجعه به ضامن ۳۸٪ افزایش می‌یابد. و همچنین به ازای یک واحد افزایش در میزان تحصیلات، احتمال مراجعه به ضامن ۵۵٪ کاهش می‌یابد. و نیز با توجه به کد گذاری محل سکونت به صورت صفر (روستا) و یک (شهر) می‌توان چنین تفسیر کرد که با تغییر محل سکونت از روستا به شهر احتمال "مراجعه به دعانویس" ۲۳٪ کاهش پیدا می‌کند. لازم به ذکر است که متغیرهای "سن و درآمد" ($si > 5$) شرایط لازم برای وارد شدن به معادله را نداشتند.

معادله چهارم نیز نشان می‌دهد که، از بین عوامل تاثیر گذار بر الگوی "مراجعه به پیرپزشک"، متغیرهای "سن، میزان تحصیلات و مدت ناباروری"، در سطح معناداری قابل قبولی بوده‌اند. با توجه به مقدار نسبت بخت‌ها می‌بینیم که به ازای یک واحد افزایش در سن احتمال مراجعه به پیرپزشک ۸۸٪ افزایش می‌یابد. و همچنین به ازای یک واحد افزایش در میزان تحصیلات، ۰/۸۱ احتمال انتخاب این الگو ۸۱٪ افزایش می‌آید و نیز به ازای یک واحد افزایش در مدت ناباروری، احتمال مراجعه به پیرپزشک، ۱۳٪ افزایش می‌یابد. در حالی که متغیرهای "محل سکونت و درآمد" ($si > 5$) شرایط لازم برای وارد شدن به معادله را نداشتند.

در معادله پنجم می‌بینیم که، متغیرهای مستقل تاثیر گذار بر "مراجع به سادات و افراد سریع الاجابه"، متغیرهای "درآمد خانوادگی، سن و محل سکونت"، در سطح معناداری قابل قبولی بوده‌اند. در تفسیر معادله رگرسیون داریم که به ازای یک واحد افزایش در درآمد احتمال انتخاب این الگو ۱۰٪ کاهش می‌یابد. و همچنین به ازای یک واحد افزایش در سن، احتمال انتخاب این الگو ۹٪ افزایش می‌یابد و نیز با توجه به کد گذاری محل سکونت به صورت صفر (روستا) و یک (شهر) می‌توان چنین تفسیر کرد که با تغییر محل سکونت از روستا به شهر احتمال مراجعه به سادات و سریع الاجابه ۱٪ کاهش پیدا می‌کند. و نیز متغیرهای "مدت ناباروری و درآمد" ($si > 5$) شرایط لازم برای وارد شدن به معادله را احراز نکردند.

معادله ششم نشان می‌دهد که، از بین عوامل تاثیر گذار بر الگوی "درمان بر اساس طب نبوی" متغیرهای "مدت ناباروری، سن و محل سکونت"، در سطح معناداری قابل قبولی بوده‌اند. با توجه به مقدار نسبت بخت‌ها، داریم که به ازای یک واحد افزایش در مدت ناباروری احتمال انجام درمان بر اساس طب نبوی ۹۸٪ افزایش می‌یابد و همچنین به ازای یک واحد افزایش در سن، احتمال درمان

بر اساس طب نبوی ۳۱٪ افزایش به وجود می‌یابد و نیز با توجه به کد گذاری محل سکونت به صورت صفر(روستا) و یک (شهر) می‌توان چنین تفسیر کرد که با تغییر محل سکونت از روستا به شهر احتمال انتخاب این الگو ۶٪ کاهش یابد. درحالی‌که متغیرهای "سن و درآمد" ($si > 5$) شرایط لازم برای وارد شدن به معادله را نداشتند.

با توجه به معادله هفتم، از بین متغیرهای مستقل تاثیر گذار بر الگوی " رفتن به زیارت"، تنها متغیرهای "مدت ناباروری، تحصیلات"، در سطح معناداری قابل قبولی بوده اند. با توجه به مقدار نسبت بخت‌ها می‌بینیم که به ازای یک واحد افزایش در مدت ناباروری احتمال رفتن به زیارت ۱۲٪ افزایش می‌یابد. و همچنین به ازای یک واحد افزایش در تحصیلات، احتمال انتخاب این الگوی درمان، ۱۲٪ افزایش به وجود می‌آید. در حالی‌که متغیرهای "سن، محل سکونت و درآمد" ($si > 5$) شرایط لازم برای وارد شدن به معادله را احراز نکردند.

سرانجام در معادله هشتم تنها متغیر "مدت ناباروری"، بر الگوی " نذر کردن و گرفتن روضه خوانی"، در سطح معناداری قابل قبول و تاثیرگذار بوده است. با توجه به مقدار نسبت بخت‌ها، به ازای یک واحد افزایش در مدت ناباروری احتمال انتخاب این الگو ۱۳٪ افزایش می‌یابد در حالی‌که متغیرهای "سن، تحصیلات، محل سکونت و درآمد" ($si > 5$) شرایط لازم برای وارد شدن به معادله را احراز نکردند.

خلاصه و نتیجه گیری

به علت اهمیت زیاد مسئله باروری و فرزندآوری در بسیاری از فرهنگ‌ها از جمله فرهنگ سنتی جامعه ایران، همچنین با توجه به فراوانی ناباروری در دهه‌های اخیر، و دغدغه‌های فردی و اجتماعی که برای بسیاری از افراد درگیر آن ایجاد می‌کند.

فردی که دچار مشکل ناباروری است اقدام به انجام روش‌های مختلف درمان می‌کند، از درمان های سنتی گرفته تا درمان غیر سنتی و مدرن تا از این مسئله رهایی یابد.

اهمیت مسئله زمانی نمایان می‌شود که در یابیم که شیوه درمان مدرن که روندی علمی و اثبات پذیری است و هزینه و نتیجه‌ای که به بار می‌آورد قابل بررسی است. اما در شیوه‌های سنتی ابهامات زیادی وجود دارد که هنوز به اثبات علمی نرسیده و با توجه به این، افراد هستند که از این عدم اثبات پذیری از افراد طالب این روش سوء استفاده می‌کنند و گاهی شاید سبب آسیب‌های جسمی و روحی در فرد شوند و نیز هزینه‌های مادی هم برای شخص و هم در سطح کلان برای جامعه به بار آورند و نیز ممکن است روند رسیدن به نتیجه مطلوب را کند یا حتی از بین ببرند.

بر همین اساس پژوهش حاضر در صدد توصیف و تبیین الگوی درمان‌جویی سنتی افراد نابارور بر آمده است و نیز موید این نکته است که در یابیم نوع الگوهای درمان‌جویی افراد تنها یک پدیده ساده پزشکی و زیستی نیست، بلکه به شدت متأثر از عوامل اجتماعی، فرهنگی و روانشناختی نیز می‌باشد.

پژوهش حاضر با علم به اهمیت موضوع با اتخاذ روش ترکیبی اقدام به مطالعه شیوه‌های درمانی خاصی بر آمد که می‌توان آن‌ها را طبق دسته بندی گونای (۲۰۰۵) در مقوله کلی شیوه‌های درمان سنتی ناباروری قرار دارد. در مطالعه حاضر در ابتدا با به‌کارگیری نمونه گیری نظری و استفاده از مشاهده مشارکتی و انجام مصاحبه عمیق با ۲۸ زن نابارور، شیوه‌های سنتی درمان ناباروری مورد کنکاش قرار گرفت که در نهایت این شیوه‌ها در قالب مفاهیمی همچون مراجعه به ضامن، پیر پزشک، دعانویس، افراد سریع الاجابه، چله بری، دعا درمانی، زیارت و نذری و .. دسته بندی شدند. در موج کمی، مطالعه ای به روش پیمایش بر روی ۹۵ زن نابارور مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری استان مازندران، که به صورت تصادفی انتخاب شدند، اجرا گردید. یافته های حاصل از پیمایش حاکی از آنست که شیوه های دعا درمانی (۲۱٪) و زیارت اماکن مقدس و نذر کردن (هر کدام ۱۶٪) دارای بالاترین فراوانی و مراجعه به پیرپزشک و افراد سریع الاجابه (هر کدام ۴٪) و نیز انرژی درمانی (۱٪) کمترین فراوانی را دارا هستند. در پایان با به‌کارگیری رگرسیون لجستیک احتمال انتخاب هریک از شیوه‌ها با توجه به عواملی همچون تحصیلات، سن، مدت ناباروری، محل سکونت و درآمد خانواده مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیق عظیمی (۱۳۸۷) هم راستا است. او به این نتیجه رسید که افراد نابارور ضمن تمایل به گزینش الگوهای درمانی مدرن (۷۹٪)، در ۲۱ درصد موارد الگوهای درمانی سنتی را هم تجربه می‌کنند، یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر نیز این امر را تایید می‌کند که نسبتی از زنان نابارور علاوه بر گزینش الگوی مدرن درمان، اقدام به درمان‌های سنتی نیز می‌کنند. همچنین در پژوهشی از گونتوپالی و چن چل گودم (۲۰۰۰) آمده است، افراد نابارور به پزشک سنتی و به خصوص دعاگران مراجعه می‌کنند. در پژوهش حاضر نیز به این یافته رسیدیم که یکی از اقدامات سنتی درمان ناباروری مراجعه به دعانویسان و دعاگران بوده است. مطالعه حاضر با پژوهش بهاتی، (۱۹۹۹) نیز همسو است. او نشان داد زنان نابارور دامنه متفاوتی از روش‌های درمانی چون مراجعه به پزشکان متخصص، دعا نویسان، طب سوزنی و.. را تجربه می‌کنند. همچنین طبق تحقیقات لین وایت (۲۰۰۵)، عواملی تحت عنوان شرایط توانمندی (عواملی که به افراد بیمار در دستیابی به درمان مطلوبشان یاری می‌کنند. شامل درآمد و محل سکونت) و شرایط آمادگی (عواملی که در ارزیابی و ادراک افراد از نشانه های بیماری و اقدامات درمانی اثر می‌گذارد شامل: سن/

جدول شماره (۲): ضرایب رگرسیونی لجستیک عوامل موثر بر شیوه‌های سنتی درمان ناباروری

متغیرهای مستقل	معادله (۱) متغیر وابسته: مراجعه به دهانوس					معادله (۲) متغیر وابسته: دعا به درگاه خداوند					معادله (۳) متغیر وابسته: مراجعه به ضامن				
	sig	Exp (B)	W	s.e	B	sig	Exp (B)	W	s.e	B	sig	Exp (B)	W	s.e	B
سن	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تحصیلات	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
محل سکونت*	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰
درآمد	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
مدت ناباروری	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰
مقدار ثابت	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰

متغیرهای مستقل	معادله (۴) متغیر وابسته: مراجعه به پیریزشک					معادله (۵) متغیر وابسته: مراجعه سادات و افراد سریع‌الاجابه					معادله (۶) متغیر وابسته: درمان بر اساس طب نبوی				
	sig	Exp (B)	W	s.e	B	sig	Exp (B)	W	s.e	B	sig	Exp (B)	W	s.e	B
سن	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تحصیلات	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
محل سکونت*	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰
درآمد	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
مدت ناباروری	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰
مقدار ثابت	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰

متغیرهای مستقل	معادله (۷) متغیر وابسته: زیارت اماکن مقدس					معادله (۸) متغیر وابسته: نذر کردن و گرفتن روزه خوانی				
	sig	Exp (B)	W	s.e	B	sig	Exp (B)	W	s.e	B
سن	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تحصیلات	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
محل سکونت	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
درآمد	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
مدت ناباروری	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰
مقدار ثابت	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰

(احراف استاندارد = s.e ، اماره والد =wald ، نسبت بخت = Exp(B) ، سطح معناداری = sig)

* (روستا- صفر، شهر- یکتا)

تحصیلات/ مکان کنترل سلامت/ نظام ارجاعات عامیانه) عوامل تاثیر گذار بر انتخاب الگوهای درمانی هستند که در پژوهش حاضر به این نتیجه رسیدیم که عواملی چون سن، مدت ناباروری، تحصیلات، محل سکونت و درآمد بر انتخاب الگوهای درمانی موثر هستند.

حال سوال این‌جاست که با وجود پیشرفت‌های علم و فناوری در زمینه شیوه‌های مدرن درمان ناباروری^۱ در جهان امروز چرا همچنان افراد به سراغ درمان‌های سنتی می‌روند؟ آیا این افراد از شیوه‌های مدرن درمان ناباروری اطلاعی ندارند؟ یا هزینه انجام چنین روش‌هایی را ندارند؟ و یا باور و اعتقاد قلبی به ثمربخش بودن این روش‌های مدرن ندارند؟ و یا از طرفی با توجه به طولانی شدن مدت ناباروری و از طرف دیگر با توجه به فشار اجتماعی که بر زن نابارور از سوی دیگران وارد می‌شود، وی را وادار می‌کند که دست به هر کاری بزند تا از این مشکل رهایی یابد؟

رویکرد حسابگرانه‌ای چون مبادله و انتخاب عقلانی بر پایه سودمندی و ریسک‌پذیری و اطمینان‌تر بخشی می‌توانند در تبیین‌گزینه‌های الگوهای درمانی با توجه به محاسبه هزینه و فایده‌گزینش، تبیین نظری بدیعی را ارائه نمایند. فرض بر این است که زنان نابارور، نوع الگوی کمک‌جویی‌شان را در زمینه درمان و مراجعه به نهادهای مشاوره‌ای سنتی یا مدرن بر اساس ارزیابی‌شان از نتیجه این روش‌ها سر و سامان می‌دهند. به عبارت دیگر این‌که، اگر زنی در گذشته در مقابله با یک بیماری، الگوی درمان‌جویی خاصی را اتخاذ کرده باشد و از آن نتیجه مثبت گرفته باشد، احتمال تکرار چنین رفتاری در موقعیت مشابه یعنی ناباروری افزایش می‌یابد. به عنوان مثال، در نمونه مصاحبه‌ها مربوط به مراجعه به دعانویس آمده بود: «دست حاجی خیلی سبکه، مامانم از کوچیکم هر وقت مریض میشدیم میامد حاجی یه قلم برامون بنویسه، ما هم خوب میشدیم، الانم ادمم حاجی یه قلمی بنویسه، ایشالله که مشکلم حل می‌شه» در این‌جا تأییدی بر قضیه موفقیت‌هومنز را می‌بینیم " همه اعمالی که اشخاص انجام می‌دهند، غالباً این‌گونه است که هر عملی از یک شخص اگر مورد پاداش قرار گیرد، احتمال تکرار آن عمل به وسیله همان شخص افزایش می‌یابد" (ریترز، ۱۳۸۴: ۴۲۷) در اینجا رفتن نزد دعانویس عملی است که با پاداش بازیافت سلامتی همراه بوده و یا قضیه ارزش " هر چه نتیجه یک کنش برای شخص با ارزشتر باشد، احتمال بیشتری دارد که همان کنش را دوباره تکرار کند" (همان، ۴۲۹). همچنین اینکه روش‌های سنتی درمان

^۱ این شیوه‌ها، به‌طور عام، با مراجعه به پزشکان و مراکز درمانی تخصصی مشخص می‌شود و شامل راهنمایی پزشکان، آزمایش‌های اندام تناسلی، آزمایش‌های هورمونی، سونوگرافی، درمان با جراحی، بارورسازی در محیط آزمایشی و... می‌باشد (گونای و همکاران، ۲۰۰۵).

ناباروری در مقابل روش‌های مدرن هزینه زیادی برای فرد در بر ندارد و طبق نظریه انتخاب عقلانی افراد انتخابیهایی را دست می‌زنند که هزینه کمتر و فایده بیشتری داشته باشد.

همچنین طبق نظریه زولا درباره سیستم ارجاع عامیانه تا حد زیادی می‌توان گزینش الگوهای درمان جویی از سوی زن نابارور را تبیین کرد. بر اساس این نظریه، افراد در مواجهه با نشانه ناباروری آن را برای دوستان و اعضای خانواده تعریف می‌کنند و بر اساس ارزیابی آن‌ها از وضعیت شان به کمک جویی می‌پردازند و از حمایت آن‌ها نیز بر خوردار می‌شوند. در اکثر مصاحبه‌ها فرد بنا بر توصیه دیگران، اقدام به مراجعه می‌کند. مثلاً در نمونه مراجعه به پیرپزشک آمده بود: «خیلی‌ها با نسخه ای که بی بی خانم بهشون داد بچه دار شدن، منم امدم تا به منم یه نسخه بده، ایشالله که حامله میشم». و یا در قسمت مراجعه به دعانویس، داشتیم: «مامان بزرگم میگه، چله افتاد واسم، اومدم مشهدی محمد واسم یه قلم چله بری بنویسه، وقتی من عقد کردم، دختر همسایه مونم به تازگی عقد کرده بود، تو کوچه چشمم به چشمش افتاد، نایست نگاش می‌کردم، میگن دو دختر که همزمان عقد میکنن هرکی زودتر با دومی چشم تو چشم شد واسش چله می‌افته،»

و سرانجام این‌که بر طبق نظریه ناکامی، داشتن فرزند و باروری انگیزه ای است که موانع ژنتیک و بیولوژیکی در زنان نابارور مانع از دستیابی به آن می‌شود. به این ترتیب ناباروری به عنوان یک عامل ناکام کننده ضمن ایجاد پیامدهای روانی نظیر اضطراب، افسردگی برای زنانی که با آن مواجه اند آنان را به واکنش درجهت رفع ناکامی برمی‌انگیزد. بدین ترتیب از یک سو به جست‌وجوی روش‌های درمانی می‌پردازند و از سوی دیگر مکانیزم‌های روانی جبران را برای کاهش تنش ناشی از نازایی مورد توجه قرار می‌دهند. این مکانیزم‌ها و به خصوص جانشین سازی به نوعی با نظریه مرتون درباره ناهماهنگی و عدم تعادل و سنخ‌های شخصیتی و رفتاری که در جهت بازگشت این تعادل مطرح می‌کند، متناظر است. در این جاست که می‌توان توسل به ائمه و امامزاده‌ها، نذر کردن، انجام فرایض دینی و دعا درمانی را توجیه کرد.

اگرچه در پاسخ به این سوال که زنان نابارور چه الگوهای درمانی را انتخاب می‌کنند و چرا دست به این انتخاب می‌زنند، نظریه‌های فراوان و پاسخ‌های متفاوتی وجود داد، اما آنچه در این پژوهش مورد تاکید قرار گرفت، شناسایی و معرفی روش‌های سنتی درمان ناباروری بوده است و اینکه انتخاب الگوی درمانجویی زن نابارور، محصول موقعیت اجتماعی اوست و عواملی چون سن، تحصیلات، درآمد، محل سکونت و... بر انتخاب‌های درمانی زن نابارور تاثیرگذار است. امید است در پژوهش‌های آینده، انواع الگوهای درمانی ناباروری و عوامل موثر بر گزینش الگوی درمانی زنان نابارور در سطحی وسیع مورد بررسی قرار گیرد، مبحثی که به نظر می‌رسد تا حدی تا کنون از حوزه

جامعه‌شناسی به طور عام و از حوزه جامعه‌شناسی پزشکی و جامعه‌شناسی زنان به طور خاص، خارج مانده است.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع:

- آرمسترانگ، دیوید (۱۳۸۷)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، ترجمه و تألیف محمد توکل، تهران: مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.
- برک، جانانان و دیگران (۱۳۸۷)، *بیماری زنان نواک ۲۰۰۷*، ترجمه مهرناز ولدان، تهران: موسسه فرهنگی انتشاراتی حیان، ویراست چهاردهم، چاپ دوم.
- جوهری، فاطمه (۱۳۸۱)، "مطالعه جامعه‌شناختی پدیده دعا نویسی در ایران"، *پژوهشنامه علوم انسانی*، شماره ۳۵: ۸۴-۶۳.
- حریری، نجلا، (۱۳۸۵)، *اصول و روش‌های پژوهش کیفی*، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات.
- خداکرمی، ناهید و دیگران (۱۳۸۸)، "تجربه زندگی با ناباروری"، *فصلنامه باروری و ناباروری*، دوره دهم، شماره ۴: ۲۷۸-۲۹۷.
- دیلینی، تیم (۱۳۸۸)، *نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی*، ترجمه بهرنگ صدقی و وحید طلوعی، تهران: نشر نی، چاپ دوم.
- ذاکر مشفق، اعظم (۱۳۷۸)، "بررسی جامعه‌شناختی تاثیر ناباروری بر زندگی زنان مراجعه کننده به مراکز ناباروری تهران"، پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته مطالعات زنان، دانشگاه تهران مرکز.
- ریتزر، جورج (۱۳۸۴)، *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی، چاپ دهم.
- شفعتی، معصومه (۱۳۹۱)، "بررسی جامعه‌شناختی رابطه متقابل پزشک و بیمار: مطالعه کیفی در شهر اهواز"، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی دانشگاه پیام نور تهران مرکز.
- صادقی فسایی، سهیلا. میرحسینی، زهرا (۱۳۸۸)، "تحلیل جامعه‌شناختی ترس از جرم در میان زنان شهر تهران"، *نامه علوم اجتماعی*، دوره هفدهم، شماره ۳۶: ۱۵۲-۱۲۵.
- عباس زاده، محمد (۱۳۹۱)، "تاملی بر اعتبار و پایایی در تحقیقات کیفی"، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و سوم، شماره پیاپی (۴۵)، شماره ۱: ۳۴-۱۹.
- عباسی شوازی، محمد جلال و دیگران (۱۳۸۴)، "ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور: مطالعه موردی در تهران"، *فصلنامه پژوهش زنان*، دوره سوم، شماره ۱۳: ۹۱-۱۱۳.
- عظیمی، محمد جواد (۱۳۸۷)، "بررسی پیامدهای اجتماعی ناباروری و الگوهای درمان جویی در افراد نابارور اولیه مراجعه کننده به مراکز تحقیقات درمانی ناباروری" یزد: پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم.
- فرایدی، نانی (۱۳۷۹)، *مادرم=خودم*، ترجمه زهره زاهدی، تهران: انتشارات جیحون.
- فلیک، اووه (۱۳۸۷)، *درآمدی بر تحقیق کیفی*، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشر نی.

- کامه‌پایر فرانک و دیگران(۱۳۷۸)، *راهنمای بررسی و تشخیص زوج نابارور*، ترجمه سراج‌الدین وحیدی و دیگران، یزد: انتشارات طب گستر.
- کریمی، یوسف(۱۳۸۱)، *روانشناسی اجتماعی*، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور، چاپ چهارم.
- کیانی، مزده، (۱۳۸۹)، "مطالعه تطبیقی توزیع قدرت در خانواده و باروری بین زوج‌های گروه سنی ۲۹-۲۰ و ۳۰ ساله و بالاتر-شهر اصفهان بر اساس نظریه مبنایی"، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم اجتماعی، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی.
- محسنی، منوچهر (۱۳۸۸)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات طهوری، چاپ نهم.
- محمدپور، احمد؛ شاهی زاده، رامین (۱۳۹۰)، "مطالعه مردم‌شناختی مراسم عاشورا در شهر اردبیل"، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره پنجم، شماره ۳: ۱۴۶-۱۲۶.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- مسعودنیا، ابراهیم و دیگران(۱۳۸۴)، "تاثیر طبقه اجتماعی بر کیفیت ادراک بیماری بیماران آرتریت روماتوئید از علائم بیماری و درد"، *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد*، سال دوازدهم، دوره جدید شماره ۱۳: ۳۶-۲۵.
- هاریسون (۱۳۸۱)، *اصول طب داخلی هاریسون جلد دوم*، ترجمه مترجمین انتشارات تیمورزاده، نشر طبیب: انتشارات تیمورزاده چاپ اول.
- Areson, Diane. (2000) "Defining Infertility", Public Health Report, 115, p 6
- Armstrong, D. (1988). "The contribution of sociology to psychiatry". Journal of the Royal Sociology of Medicine, Vol.81, P. P. 161-163
- Behatti, lubna ishaq et al. (1999) "the Quest of Infertile Woman in Squatter Settlements of Karachi: A Qualitative Study", Social Science & Medicine, 19(5), 1-19
- Dubos, R. J.(1969). *Mirage of health: utopias, progress, and biological change*, New York: Doubleday.
- Gunay, O et al. (2005)"Modern and Traditional Practices of Turkish Infertile Couples", European Journal of contraception and Reproductive Health Care, 10(2), 105-110
- Guntupalli, Meera,& chenchelgudem.P. (200) "Perception, Causes and Consequences of Infertility among the Chenchu Tribe of India", Journal of Reproductive And Infant Psychology, 22(4), 249-259
- Rao. Sally & Perry. Chad (2003), *Convergent interviewing to build a theory in under-researched areas: principles and an example investigation of Internet usage in inter-firm relationships*, Qualitative Marke Research: An International Journal, Volume6 Number4 2003 pp. 236-247.
- Solomon, G. F., and Temoshok, L.(1986). A psychoneuroimmunology perspective on AIDS research: questions, preliminary findings and suggestions. In: L. Temoshok and Andrew Baum (ed.), *psychosocial perspectives on AIDS* (P. 239-258). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

White, Lynn et al. (2005) "Infertility: Testing a help seeking model", *Social Science and Medicine*, 62(4), 1031-1041

؟، (۱۳۹۱)، *نرخ ناباروری در ایران بالاست*، <http://www.newzzz.com/all/4804944>، تاریخ مراجعه، تابستان ۱۳۹۱.

جورسرایبی،؟ (۱۳۸۹)، *دلایل تشدید ناباروری در مازندران چیست؟*،

۶۷۸۹، <http://www.daryanews.com?NewsId=6789>، تاریخ مراجعه، تابستان ۱۳۹۱

؟، (۱۳۹۰)، *دایره المعارف بزرگ اسلامی*،

۵۵۲۴&avai d=۱۲۳&i d=۱۲۳، <http://www.cgje.org.ir/shavad.asp?i d=123&avai d=5524>، تاریخ مراجعه، تابستان

۱۳۹۱

