

مسئله‌ای به نام ناباروری در ایران و افغانستان

ناباروری ظاهرا حتی یک بیماری نیست. افراد تا زمانی که ازدواج نکرده و قصد فرزندآوری نداشته باشند از این مشکل آگاهی پیدا نمی‌کنند. اما تحمل بار اجتماعی و در واقع داغ ناشی از ناتوانی در فرزندآوری در جوامع «فرزندخواه» بسیار دشوار است. افراد نابارور عموما منزوی شده، توانایی‌ها و مهارت‌های اجتماعی خود را از دست داده و حتی در ابعاد مختلف هویتی‌شان دچار مشکل می‌شوند. به‌عنوان مثال، زنی که نمی‌تواند مادر شود گویی دیگر زن هم نیست. این مسئله برای افغانستانی‌های ناباروری که به کشور ایران مراجعه می‌کنند بسیار حادثر است. ارزش اجتماعی فرزند در جامعه آن‌ها حتی از ایران بیشتر است.

یکشنبه ● ۳۱ تیر ۱۳۹۷ ● شماره صد و شصت‌ویک

ا ت ی ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱

ناباروری در ایران و جهان

بیمه‌ها در کنار وزارت بهداشت برای پوشش هزینه‌های درمان ناباروری زوج‌ها وارد میدان شده‌اند



مهم‌ترین اقدام وزارت بهداشت، پوشش ۸۵درصدی هزینه‌های درمان ناباروری با تعرفه دولتی برای زوج‌های نابارور اقشار محروم در قالب یارانه بوده است.

تومانی و ظرفیتی بالغ بر دو میلیون زوج دارد. این اعتبار به مراکز تحت‌نظر وزارت بهداشت اختصاص داده شده است و زوج‌ها با توجه به نیاز درمانی خود می‌توانند از ظرفیت مراکزی که در این برنامه هستند استفاده کنند. خدمات ناباروری شامل خدمات دارویی و خدمات تشخیصی-درمانی است که این طرح، خدمات تشخیصی-درمانی آن را پوشش داده است. برخی داروهای درمان ناباروری از سوی سازمان غذا و دارو یا سازمان‌های بیمه‌گر پوشش داده‌می‌شود که البته کامل نیست.

ناباروری با یک انگ اضافه!

نگاهی به تجربه و «مسئله» زنانی که از افغانستان برای درمان ناباروری به ایران می‌آیند

درآمد به ایران به شکل قانونی یا غیرقانونی مهاجرت می‌کنند بسیار متفاوت است. اما متأسفانه برخورد با این مراجعان در جست‌وجوی درمان که با خود ارز وارد کشور می‌کنند درست مشابه برخورد با کارگران در جست‌وجوی کار است که از ایران سرمایه خارج می‌کنند. اگرچه برخورد دولت‌های مختلف در ایران با همان کارگران مهاجر که در ازای خدماتی که ارائه می‌دهند و عموما هم مشاغل پرخطر و کم‌درآمدی دارند،

حرفه‌ای، کارآمد و بعضا انسانی نبوده است، اما دلیل برخورد‌های مشابه با مردمی که به قصد درمان وارد ایران می‌شوند کاملا مبهم و نامعلوم است.

کشور ایران در رده جوامع فرزندخواه (pronatalist) طبقه‌بندی می‌شود. ارزش اجتماعی فرزند در ایران بسیار بالاتر از جوامعی است که فرزند و فرزندآوری در اولویت زندگی‌شان نیست. فرزند در ایران فقط یک فرد یا یک نفس نیست، بلکه معنا و کارکردهای مختلف دیگری به فرزند نسبت داده می‌شود. به‌عنوان مثال، بسیاری از زوج‌ها فرزند را تنها راه فرار از تنهایی خود در

سنین پیری می‌دانند. بنابراین با وجود اینکه فرزند، دیگریک عصبی دست اقتصادی مصرف‌کننده و باری بر دوش خانواده بالا به لحاظ اقتصادی صرفه‌مند نیست و باری بر دوش خانواده محسوب می‌شود، اما یک عصبی عاطفی یا سرمایه‌گذاری عاطفی است تا افراد از تنهایی خود در سنین پیری فرار کنند. مسئله فرار از تنهایی، برای افرادی که سرمایه‌های مادی، اجتماعی و فرهنگی کمتری دارند، یعنی برای افراد در طبقات پایین‌تر اجتماعی، حتی قبل از سنین سالمندی مطرح می‌شود. به‌ویژه زنان طبقات پایین، به فرزند ان به‌عنوان یک سرمایه نمادین نگاه می‌کنند. زنانی که عموما می‌بایست ساعات زیادی را در خانه به تنهایی سپری کنند، امکان مسافرت‌های تفریحی یا حتی زیارتی را ندارند. روابط اجتماعی‌شان محدود به چند آشنا یا فامیل نزدیک می‌شود،

مهارت‌های هنری یا سرمایه‌بدنی برای انجام ورزش و پرکردن خلأهای زندگی روزمره ندارند. به شدت در پی آوردن فرزند هستند. در جوامعی مثل ایران و افغانستان که ارزش اجتماعی فرزند پسر از فرزند دختر بیشتر است، فرزندان پسر کارکردهای دیگری نیز دارند. تداوم نسل، حفظ میراث، امکان حمایت اقتصادی بیشتر از والدین و... در جوامع مردسالار به جنس ذکور نسبت داده می‌شود. پسران بنابراین برای زنان منبع قدرت و مایه افتخار محسوب می‌شوند و زنانی که کارکرد فرزندآوری یا پسرزایی را از دست داده‌اند در موضع ضعف و رقابت با زنان دیگر قرار می‌گیرند.

در خانواده‌های افغانستانی معمولاً این دختر و پسر نیستند که با یکدیگر برای تشکیل یک زندگی مشترک به توافق می‌رسند. بسیاری از دختران به پسرانی از فامیل یا آشنایان حتی قبل از تولد قول داده شده‌اند. همچنین این پدر و مادرها یی‌احتی بزرگان قوم هستند که در مورد وجود یا عدم وجود یک وصلت به توافق می‌رسند. در چنین شکل اجتماعی از

ازدواج، طبیعی است که رابطه یا احساسات خود زوجین به خودی خود در درجه اول اهمیت قرار نداشته باشد. در چنین شرایطی محیط اجتماعی و فرهنگی انتظار دارد تا کارکردهای منتسب به یک خانواده به‌تجارب آورده شود. به این دلیل است که تداوم نسل و فرزندآوری به اندازه خود رابطه زوجین و نه کمتر از آن در تعریف از خانواده اهمیت دارد. بنابراین نداشتن فرزند یک داغ اجتماعی محسوب می‌شود که برای فرار از آن، افغانستانی‌ها حاضر هستند به هر کاری دست بزنند. یکی از این راه‌های فرار از داغ اجتماعی ناباروری، به جان خریدن یک داغ اجتماعی دیگر است؛ داغ بیگانه یا «افغانی» بودن!

تحمل این داغ مضاعف و دوباره (dual stigma) وقتی دشوارتر می‌شود که بدانیم این مراجعان، که بیشتر از طبقات



کتیو | ۰۷

اروپایی نیز الگوی باروری مدت‌هاست تغییر کرده و میانگین سنی اولین بارداری بالاست. همین امر منجر به ارائه انواع خدمات بارانه‌ای برای ناباروری شده است. در ۲۵ سال گذشته درصد تولدهایی با مادران ۳۰ سال و بالاتر در انگلستان و ولز، دوبرابر شده است. یکی از هر شش زوج، نیازمند ارجاع برای تشخیص یا درمان ناباروری هستند. افرادی که توسط پزشک عمومی، نابارور تشخیص داده می‌شوند می‌توانند در نظام ارجاع به نظام سلامت ملی انگلستان مراجعه کنند و در لیست انتظار برخورداری از درمان ناباروری قرار بگیرند. بیش از ۴۰ درصد IVF ها از این طریق تحت پوشش قرار می‌گیرند. در آمریکا هزینه درمان ناباروری در برخی ایالت‌ها طبق قانون باید توسط بیمه پوشش داده شود و از سال ۱۹۸۰ به بعد در ۱۵ ایالت آمریکا، قوانینی تصویب شده است که بیمه‌کنندگان را ملزم می‌کند یا در مان ناباروری را پوشش بدهند یا بسته‌های مخصوص پوشش ناباروری به بیمه‌شوندگان پیشنهاد بدهند. در این میان کشور هلند مصداق بارز تغییر الگوی باروری در دنیای امروز است. در این کشور تمامی هزینه‌های درمان ناباروری از تشخیص تا درمان و IVF تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار دارد. این درمان-ها تا ۴۳ سالگی تحت پوشش بیمه است و تا ۴۵ سالگی ارائه می‌شود، یعنی زنانی که بین ۴۳ تا ۴۵ سال دارند خودشان باید هزینه‌های درمان ناباروری را تقبل کنند. با این وجود وزارت بهداشت هلند در پی آن است که درمان ناباروری را تا سن ۵۰ سالگی در برنامه‌های خود بگنجانند. این یعنی در آینده‌ای نزدیک این امکان وجود دارد که زنان با استفاده از خدمات بیمه تا ۵۰ سالگی بچه‌دار شوند. به نظر می‌رسد الگوهای فرهنگی دست به کار برای جابه‌جایی محلوده‌های زیستی نیز شده‌اند.

یادداشت

● آزاده قاهری ●

قطعیت‌های ساختگی در درمان ناباروری

مراکز، پژوهشگران و پزشکان درمان ناباروری ایران، در تعقیب علم روز دنیا به سرعت پیش می‌روند، اما در ارائه خدمات ناباروری، آنچه به فرایند فرزندآوری روح و معنا می‌بخشد اغلب نادیده انگاشته شده است. با وجود پیشرفت علم پزشکی و انجام غربالگری‌ها و آزمایش‌ها، حتی در زوج‌های بارور نیز، باروری و تولد نوزاد زنده و سالم هنوز پدیده‌ای خارج از کنترل کامل پزشکان است. این «عدم قطعیت» ویژگی جدایی‌ناپذیر پدیده فرزندآوری محسوب می‌شود و آن را رمزگانه و حتی مقدس می‌کند. در زوجین نابارور اما این «عدم قطعیت» بسیار بیشتر نمود دارد. در حالی که تبلیغات درمان‌های ناباروری در تقاض با این میزان عدم قطعیت، تلویحا به زوجین نابارور «اطمینان» می‌بخشد که صددرصد می‌توانند به فرزنددار شدن اطمینان داشته باشند. برخی اطلاعات پایه‌ای درمان ناباروری که میزان عدم قطعیت آن‌ها را نشان می‌دهد، نه تنها در رسانه‌ها یا صفحات اینترنتی بسیاری از این مراکز در دسترس عموم قرار نمی‌گیرد که حتی به دست پژوهشگران و متخصصان این حوزه هم نمی‌رسد. در اغلب مراکز ناباروری متوسط نرخ موفقیت روش‌های مختلف درمان در بهترین حالت، حدود ۳۰ درصد است. از طرفی در فرایند درمان، افزایش احتمال موفقیت گاهی مستلزم تکرار درمان و به تبع آن، چند برابر شدن هزینه‌های درمانی است. اما اطلاعاتی از این دست پیش از ورود به مراکز درمانی، به گوش مخاطبان نمی‌رسد و هنگامی که زوج‌های نابارور در انتخاب گزینه‌ای از میان فرزند نداشتن، فرزندخوانده داشتن یا انجام درمان ناباروری سردرگم‌اند، اطلاعات معتبری از نرخ موفقیت و هزینه روش‌های مختلف درمانی مراکز مختلف کشور در دسترس ندارند. در واقع بسیاری از مراکز درمان ناباروری، با ارائه تصویری ناقص از میزان موفقیت درمان، ناتوانی نسبی خود در درمان ناباروری را با هزینه‌هایی مطلقا گزاف معامله می‌کنند.

تبلیغات مراکز درمان ناباروری نه تنها گزارش شفافی از کیفیت موفقیت درمان ارائه نمی‌دهند، بلکه تصویر و چشم‌انداز درستی از کیفیت این خدمات نیز در اختیار زوج‌های نابارور نمی‌گذارند. زوج‌های نابارور در پی آنند که با فرزنددار شدن به زندگی خود به‌عنوان یک خانواده معنا بخشند. حال آنکه در فرایند در مان روابط بدنی زوجین که منشأ پیوند، یکی شدن و به بار نشستن آن‌ها محسوب می‌شود از بین می‌رود؛ نمونه‌گیری از مردان اغلب در فضای احساس زدوده، انجام می‌گیرد و آزمایش‌ها و معاینات بدون توجه به معنا و اهمیت فرزندآوری از نگاه زوجین، صرفا به‌عنوان یک تکنیک انجام می‌شود. با این حال اگر نتایج درمان موفقیت‌آمیز باشد، این همه با برداشته‌شدن داغ و فشار اجتماعی ناباروری رنگ می‌یازد، اما معمولاً از یاد نمی‌رود و طعم این تجربه را مخدوش می‌کند. اگر حال شخصی یا اشخاص دیگری در به‌ثمر رسیدن آن نقش داشته باشند (اهداکننده تخمک، اسپرم، جنین یا رحم جایگزین) رضایت و لذت از تجربه فرزندآوری برای زوجین سخت و گاهی غیرممکن است. حال آنکه متخصصان درمان ناباروری و متولیان بهداشت و درمان تنها به افزایش نرخ موفقیت می‌اندیشند و خود را موظف نمی‌دانند که پیش از ورود زوجین به فرایند درمان، این چالش‌ها را با آن‌ها در میان بگذارند و در حین درمان به تجربه فرزندآوری زوجین معنا ببخشند و تا حد ممکن آن را به تجربه طبیعی آن نزدیک کنند.

دکترای آمار زیستی

