



دانشگاه پیام نور

دانشکده علوم انسانی

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

رشته جامعه شناسی

گروه علوم اجتماعی

**عنوان :**

**بررسی جامعه شناختی رفتار بیماری زنان نابارور**

**(مراجعه کنندگان به مراکز درمان ناباروری دولتی استان مازندران)**

سیده زهره بزرگ نژاد

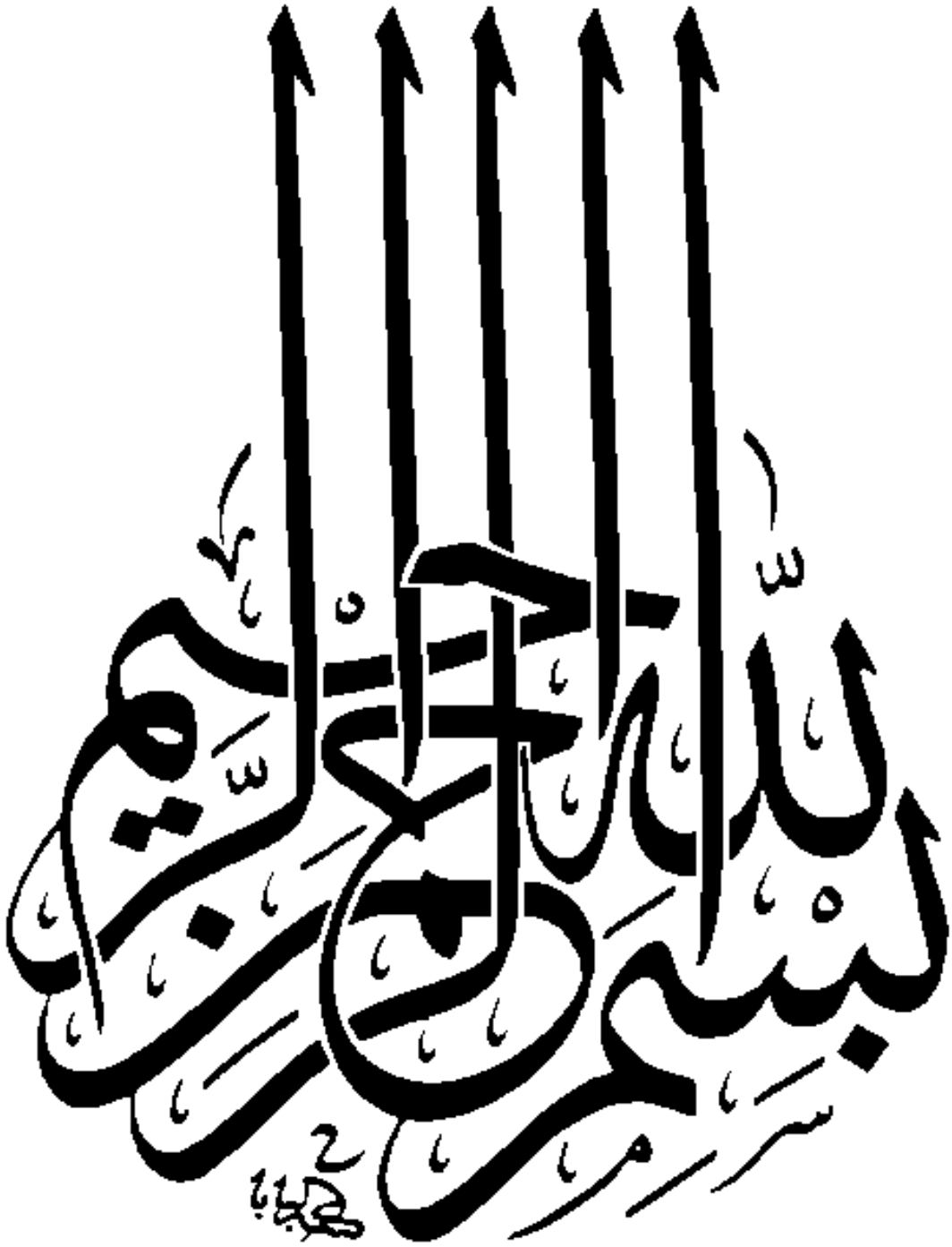
استاد راهنما

دکتر امیر ملکی

استاد مشاور

دکتر شیرین احمدنیا

آبان ماه ۱۳۹۱





دانشگاه پیام نور

دانشکده علوم انسانی  
مرکز تهران

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

رشته جامعه‌شناسی

گروه علوم اجتماعی

**عنوان :**

**بررسی جامعه‌شناختی رفتار بیماری زنان نابارور**

**(مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان ناباروری دولتی استان مازندران)**

سیده زهره بزرگ نژاد

استاد راهنما

دکتر امیرملکی

استاد مشاور

دکتر شیرین احمدنیا

آبان ماه ۱۳۹۱

هزاران سال به طول انجامید تا تو توانستی به جهان قدم بگذاری و جهان هزار سال در  
خاموشی منتظر خواهد بود تا ببیند تو با زندگی خود چه خواهی کرد.

(کارلایل به نقل از وبر ، ۱۳۸۹: ۴۴۴)

تقدیم به :

خانواده عزیزم

و تمام کسانی که دوستشان دارم..... .

## تشکر و قدردانی

حمد و سپاس خدای را که در همه لحظات خصوصا در طی مسیر سالهای تحصیلی ام همراه و پشتیبانم بوده است. بی شک گردآوری این پایان نامه جز در سایه لطف او میسر نمی شد. حال که نوشتن این پایان نامه به سرانجام می رسد بر خود لازم می دانم که از تمام همراهانی که راهنمایی ها و مساعدت های خود را دریغ نوزیدند تقدیر کنم. ابتدا از استاد ارجمندم جناب آقای دکتر امیر ملکی که با صبر و حوصله بسیار زیادی مرا در تدوین این پایان نامه راهنمایی نمودند ، سپاسگزاری می نمایم. همچنین از زحمات بی دریغ خانم دکتر شیرین احمدنیا استاد مشاورم که اگر کمک ها و پیشنهاد های ایشان نبود، چنین کاری حاصل نمی شد، بسیار ممنونم، و همچنین از جناب دکتر زاهدی که زحمت داوری این پایان نامه را به عهده داشتند قدردانی می کنم. از خانواده ام، بویژه پدر و مادر بزرگوار و برادر عزیزم که در طی سال های تحصیل با گذشت و فداکاری مرا تامین و تشویق کردند، کمال تشکر را دارم. همچنین از خواهر نازنینم و همسر محترمشان آقای مسعود براری و تمام دوستانم بخصوص خانم سارا شفعتی و دیگرانی که همیشه همراه و راهنمای خوب من بودند تشکر می کنم.

سیده زهره بزرگ نژاد شیاده

آبان ماه ۱۳۹۱

## چکیده :

بر اساس نظریات روان شناختی و جامعه شناختی فرض بر آن است که بیماری و رفتار حاصل از آن جدای از مبانی ژنتیک و زیست شناختی به وسیله عوامل فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی شکل می گیرد. یکی از بیماری هایی که رفتار بیماری آن بیش از سایر عوامل تابعی از متغیرهای اجتماعی و فرهنگی می باشد، ناباروری است. به علت اهمیت زیاد مسئله باروری و فرزندآوری در بسیاری از فرهنگ ها، پژوهش حاضر از منظر جامعه شناسی پزشکی به بررسی رفتار بیماری زنان نابارور در استان مازندران می پردازد. از اینرو به بررسی مرحله اول (ادراک علائم)، و مرحله آخر (رفتار کمک جویی) رفتار بیماری و همچنین الگوی درمانجویی و تاخیر در درمانجویی نیز تاثیر شرایط توانمندی و شرایط آمادگی بر هر یک از موارد یاد شده پرداخته شده است.

مطالعه حاضر به روش پیمایش و با استفاده از تکنیک پرسشنامه همراه با مصاحبه به اجرا درآمده است. تعداد حجم نمونه شامل ۹۵ زن نابارور مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری دولتی استان مازندران و ابزار سنجش، پرسشنامه اصلاح شده ادراک بیماری (IPQ-R) و مقیاس مکان کنترل سلامت بوده است.

نتایج حاصل شده از تحقیق حاضر همسو با تحقیقات گذشته نشان داد که: عناصر شناختی نقش عمده در درمان جویی و گزینش الگوهای درمان جویی دارد، رفتار بیماری به مثابه یک فرایند می باشد، زنان نابارور دامنه متفاوتی از روش های درمانی را تجربه می کنند و نیز تمایل بیشتری به گزینش الگوهای درمانجویی مدرن دارند.

فرضیه اول پژوهش مبتنی بر وجود رابطه بین شرایط توانمندی و شرایط آمادگی با ابعاد ادراک بیماری تایید شده، فرضیه دوم مبتنی بر وجود رابطه بین شرایط توانمندی و شرایط آمادگی با رفتار کمک جویی تایید نشده است. فرضیه سوم مبتنی بر وجود رابطه بین شرایط توانمندی و شرایط آمادگی با الگوی درمان جویی و فرضیه چهارم مبتنی بر وجود رابطه بین شرایط آمادگی و تاخیر در درمانجویی تایید شده است و همچنین فرضیه های بعدی تحقیق مبتنی بر وجود رابطه بین ادراک بیماری و رفتار کمک جویی، رابطه بین رفتار کمک جویی و الگوی درمانجویی و رابطه بین رفتار کمک جویی و تاخیر در درمانجویی تایید شده است.

از دیگر نتایج این مطالعه می توان به موارد زیر اشاره کرد؛ بیشترین فراوانی پاسخگویان (۵۹ درصد)، مربوط به کیفیت ادراک بیماری در حد متوسط بوده است. درمورد ادراک علل بیماری، بیشترین فراوانی (۴۸ درصد) اعتقاد دارند که عوامل خطر زا تاثیرات متوسطی در علل بیماریشان دارد. درمورد رفتار کمک جویی بیشترین فراوانی (۸۷ درصد) رفتار کمک جویی رسمی بوده است. و همچنین، اکثریت پاسخگویان (۸۷ درصد) در مرحله اول الگوی درمانی مدرن و در مرحله دوم الگوی درمانی سنتی (۳۴ درصد) و در مرحله سوم الگوی درمانی ترکیبی (۳۷ درصد) را انتخاب کرده اند. در مورد تاخیر در درمانجویی نیز، اکثریت پاسخگویان (۹۲ درصد) تاخیر در درمانجویی نداشتند.

کلید واژه: رفتار بیماری، ادراک بیماری، رفتار کمک جویی، ناباروری، شرایط آمادگی، شرایط توانمندی.

# فهرست مطالب

صفحه

عنوان

## فصل اول: کلیات تحقیق

۲-۱-۱- مقدمه.....	۲
۲-۱-۲- بیان مساله.....	۳
۲-۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق.....	۷
۲-۱-۴- هدف های تحقیق.....	۷
۲-۱-۵- پرسش های تحقیق.....	۸

## فصل دوم: مرور منابع و متون تحقیق

### ۲-۱- بخش اول: پیشینه تجربی موضوع.....

۲-۱-۱- پیشینه تحقیقات رفتار بیماری در ایران.....	۱۰
۲-۱-۲- پیشینه تحقیقات رفتار بیماری در خارج.....	۱۲
۲-۱-۳- پیشینه تحقیقات ناباروری در ایران.....	۱۵
۲-۱-۴- پیشینه تحقیقات ناباروری در خارج.....	۱۶

### ۲-۲- بخش دوم: مبانی نظری.....

۲-۲-۱- بیماری.....	۱۸
۲-۲-۲- رفتار بیماری.....	۲۰
۲-۲-۳- رفتار بیماری به مثابه یک فرایند.....	۲۳
۲-۲-۳-۱- ادراک علائم.....	۲۲
۲-۲-۳-۲- استناد معنا.....	۲۴
۲-۲-۳-۳- بیان و انتقال.....	۲۵
۲-۲-۳-۴- واکنش های مقابله ای.....	۲۵
۲-۲-۳-۵- رفتار کمک جویی: فرایند درمان جویی.....	۲۶
۲-۲-۴- عوامل موثر بر رفتار بیماری.....	۲۸
۲-۲-۵- ناباروری.....	۲۹
۲-۲-۶- علل ناباروری زنان.....	۲۹
۲-۲-۷- درمان های ناباروری.....	۳۱

### ۲-۳- بخش سوم: نظریات و مدل ها.....

- ۳۸-۱-۲ نظریه ها و مدل های رفتار بیماری..... ۳۸
- ۳۸-۱-۳ مدل عقل سلیم..... ۳۸
- ۴۰-۱-۲ مدل مراحل تجربه بیماری..... ۴۰
- ۴۱-۲-۲ نظریه ها و مدل های رفتار کمک جویی و اقدامات درمانی..... ۴۱
- ۴۱-۲-۲-۱ الگوی بهاتی..... ۴۱
- ۴۲-۲-۲-۲ الگوی گونای..... ۴۲
- ۴۳-۲-۲-۳ رویکرد انتخاب عقلانی و نظریه مبادله..... ۴۳
- ۴۴-۲-۲-۴ سیستم ارجاع عامیانه..... ۴۴
- ۴۵-۲-۲-۵ دعا نویسی و درمان..... ۴۵
- ۴۷-۳-۲ نظریه ها و مدل های رفتار بیماری نازایی..... ۴۷
- ۴۷-۳-۳-۱ مدل لین وایت..... ۴۷
- ۴۸-۳-۳-۲ پزشکی شدن ناباروری و درمان جویی..... ۴۸
- ۴۹-۳-۳-۳ نظریه مرتن..... ۴۹
- ۵۰-۳-۳-۴ نظریه ناکامی..... ۵۰
- ۲-۴ بخش چهارم: چارچوب نظری، مدل نظری و تدوین فرضیات.. ۵۱**
- ۵۱-۴-۱ (۲-۴-۱) چارچوب نظری..... ۵۱
- ۵۴-۴-۲ (۲-۴-۲) مدل تحلیلی تحقیق..... ۵۴
- ۵۵-۴-۳ (۲-۴-۳) تدوین فرضیه های تحقیق..... ۵۵

### **فصل سوم: روش شناسی تحقیق**

- ۵۹-۱-۳ روش انجام پژوهش..... ۵۹
- ۵۹-۲-۳ روش گردآوری داده ها..... ۵۹
- ۵۹-۳-۳ جامعه آماری..... ۵۹
- ۵۹-۴-۳ روش نمونه گیری..... ۵۹
- ۵۹-۵-۳ حجم نمونه..... ۵۹
- ۶۰-۶-۳ اعتبار و پایایی ابزار گردآوری..... ۶۰
- ۶۲-۷-۳ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات..... ۶۲
- ۶۲-۸-۳ تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها و نحوه سنجش آنها..... ۶۲

### **فصل چهارم: یافته های تحقیق**

بخش اول: سیمای نمونه آماری.....



- ۱-۱-۱: ویژگی های افراد از نظر نوع ناباروری، مدت ناباروری و..... ۷۴
- ۱-۱-۱-۱: نوع ناباروری ..... ۷۴
- ۱-۱-۱-۲: مدت ناباروری ..... ۷۴
- ۱-۱-۱-۳: مدت زمان تصمیم به درمانجویی ..... ۷۵
- ۱-۲: توصیف ویژگی های شرایط توانمندی و آمادگی ..... ۷۶
- ۱-۲-۱: درآمد ماهانه خانواده ..... ۷۶
- ۱-۲-۲: محل سکونت ..... ۷۷
- ۱-۲-۳: سن ..... ۷۷
- ۱-۲-۴: تحصیلات ..... ۷۸
- ۱-۲-۵: مکان کنترل سلامت ..... ۷۹
- ۱-۲-۶: نظام ارجاعات عامیانه ..... ۸۰
- ۱-۳: توصیف ابعاد ادراک بیماری ( علت شناسی و ادراک) ..... ۸۱
- ۱-۳-۱: علت ..... ۸۱
۱. خصیصه روانشناختی ..... ۸۱
۲. عوامل مربوط به ایمنی ..... ۸۲
۳. عوامل خطر زا ..... ۸۴
- ۱-۳-۲: ادراک بیماری ..... ۸۷
۱. برآیند بیماری ..... ۸۷
۲. خط زمانی ..... ۸۸
۳. کنترل شخصی ..... ۹۰
۴. کنترل درمان ..... ۹۱
۵. تظاهرات هیجانی ..... ۹۳
۶. کیفیت ادراک بیماری ..... ۹۵
- ۱-۴: توصیف رفتار کمک جویی ..... ۹۶
- ۱-۴-۱: رفتار کمک جویی ( فرایند درمانجویی) ..... ۹۶
- ۱-۴-۱-۱: الگوی درمانجویی پیشنهادهای اطرافیان ..... ۹۶
- ۱-۴-۲: اولین اقدام درمانجویی ..... ۹۷
- ۱-۴-۳: دومین اقدام درمانجویی ..... ۹۷
- ۱-۴-۴: سومین اقدام درمانجویی ..... ۹۸
- ۱-۴-۵: نوع درمان سنتی ..... ۹۹

- ۱۰۰.....۶-۴-۱-۱.نوع درمان مدرن.....
- ۱۰۱.....۵-۱-۴: تاخیر در درمانجویی.....

بخش دوم، آزمون فرضیات.....

- ۱۰۲.....۱-۲-۴: قسمت اول.....
- ۱۰۳.....۱-۲-۱(۴) رابطه شرایط توانمندی و آمادگی با ادراک بیماری.....
- .....۲-۲-۲(۴) قسمت دوم: رفتار کمک جویی (فرایند درمانجویی).....
- ۱۲۰.....۱-۲-۲(۴) شرایط توانمندی و آمادگی با رفتار کمک جویی.....
- .....۳-۲-۴(۲) الگوی درمانجویی.....
- ۱۲۱.....۱-۲-۳(۴) رابطه شرایط توانمندی و آمادگی با الگوی درمانجویی.....
- .....۴-۲-۴(۲) تاخیر در درمانجویی.....
- ۱۲۲.....۱-۲-۳(۴) رابطه شرایط توانمندی و آمادگی با تاخیر در درمانجویی.....
- ۱۲۱.....۴-۲-۴(۲) ادراک بیماری و رفتار کمک جویی.....
- ۱۲۵.....۵-۲-۴(۲) رفتار کمک جویی و الگوی درمانجویی.....
- ۱۲۶.....۶-۲-۴(۲) رفتار کمک جویی و تاخیر در درمانجویی.....

فصل پنجم (بحث و نتیجه گیری)

- ۱۲۸.....۱-۵) خلاصه پژوهش.....
- ۱۲۹.....۲-۵) ارائه یافته ها.....
- ۱۳۲.....۳-۵) بیان محدودیت ها.....
- ۱۳۲.....۴-۵) پیشنهاد ها.....

ضمیمه

- ۱۳۴..... پرسشنامه.....
- ۱۳۸..... منابع.....

فصل اول:

کلیات تحقیق

## ۱-۱) مقدمه:

سلامت و بیماری را میتوان طیفی دو سویه در نظر گرفت که بیماری در یک طرف طیف و سلامتی در طرف دیگر آن قرار میگیرد. این دو مفهوم هیچ یک مطلق و با ثبات نیستند بلکه هر دو حالاتی متغیر می باشند. هر جامعه ای مفهوم خاصی از سلامت دارد و این مفهوم از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است. ممکن است حالتی در یک جامعه و فرهنگ بیماری بحساب آید و در فرهنگ و جامعه دیگر سلامتی محض محسوب شود (خلیلی، ۱۳۸۷).

در ارتباط با مفاهیم سلامت و بیماری مفاهیم وابسته به آنها یعنی رفتار سلامت و رفتار بیماری مطرح میشود. در یک تعریف ساده رفتار سلامتی را میتوان رفتارهایی دانست که از سوی افراد به منظور حفظ یا بهبود سلامتی انجام می شود (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۴۴) و رفتار بیماری، به شیوه های مختلف ادراک نشانه ها، ارزیابی و عمل در مورد آنها (یا عمل نکردن در موردشان) از سوی افراد اطلاق میشود. (آرمسترانگ، ۱۳۷۰: ۲۹ به نقل از مکانیک، ۱۹۶۲) این مفهوم که از نظریات روانشناختی ادراک، شناخت و اسناد معنا و به علاوه از نظریه های روابط اجتماعی سود میبرد بر این فرض استوار است که بیماری و نیز تجربه ی بیماری به وسیله ی عوامل فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی، جدای از مبانی ژنتیک یا سایر مبانی زیست شناختی بیماری شکل میگیرد. (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۱۳).

با توجه به اهمیت مسائل اجتماعی، فرهنگی و روانشناختی در مورد مسئله بیماری و رفتار مرتبط به آن، میتوان از رفتار بیماری در حوزه ای خاص سخن گفت. ناباروری به عنوان یک بیماری، به علت اهمیت زیاد مسئله باروری و فرزندآوری، طبیعتاً رفتار بیماری خاصی را به دنبال دارد، لذا موضوع اصلی این نوشتار در حیطه جامعه شناسی پزشکی و به بررسی رفتار بیماری زنان نابارور (استان مازندران) می پردازد.

## ۲-۱) بیان مساله

از زمانی که محدودیت های اقتصادی در زمینه مراقبت های بهداشتی-درمانی با تاسیس " خدمات تندرستی ملی" در بیشتر کشورها کاهش یافت، چنین فرض می شد که همه کسانی که به مراقبت پزشکی نیاز دارند، با پزشک یا سایر ارائه کنندگان خدمات پزشکی مشاوره خواهند کرد (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۱۱) چرا که مدل انگاره سنتی پزشکی بر آن بود که بیماری ضایعه ای است در درون بدن انسان که دو گونه شاخص پدید می آورد. این شاخص ها نشان دهنده ی وجود بیماری است.

(۱)- نشانه ها: حالتی احساسی که بیمار به آن دچار میشود. این حالتها به بیمار هشدار می دهد که وضع روپراه نیست.

(۲)- علائم<sup>۲</sup>: نشانگرهایی که پزشک تشخیص میدهد. این نشانگرها بیان کننده ی وجود ضایعه ی آسیب شناسانه نهفته ای است. از همین رو پزشک نوعی کارآگاه است که از شواهد بیرونی پی به وجود بیماری می برد. در این انگاره از بیمار خواسته میشود نقشی بسیار خاص بازی کند. یعنی نشانه را نزد پزشک بیاورد و آن را به او گزارش کند.(آرمسترانگ، ۱۳۷۰: ۲۶).

به عبارتی اینکه اعتقاد بر این بود که فرایند بیماری، مشخص و روشن است و اغلب افراد می توانند تشخیص دهند که سالم هستند و اقلیت دیگری نیز از بیماریشان آگاهی دارند، زیرا می توانند علائم بیماریشان را احساس کرده و اهمیت آنرا درک و به پزشک مراجعه کنند(مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۱۱).

اما آنچه که مشخص شد این بود که اشخاص از نشانه ها همچون محرکهایی برای کمک گرفتن بهره نمی جویند، آنچنان که انتظار می رود عمل نمی کنند. مثلا: افرادی که با وجود مبتلا بودن به نشانه های بیماری شدید، یا نزد پزشک نمی روند و یا خیلی دیر اقدام می کنند. این افراد تشکیل دهنده ی گروهی هستند که به " کوه یخ کلینیکی"<sup>۳</sup> موسوم است. زیرا چنین مینماید که شمار آنهایی که دچار بیماری نشانه دار شدید هستند اما تحت مراقبتهای پزشکی نیستند بیش از آنهایی است که تحت مراقبتند.(آرمسترانگ، ۱۳۷۰: ۲۷).

این بیماران هستند که تصمیم می گیرند نشانه ای را جدی بگیرند یا خیر، آنها هستند که در وهله اول نخست قضاوت می کنند که چه چیز را باید نشانه بحساب آورند. شمار بسیار کمی از نشانه هایی که افراد گزارش میدهند عملا به مراجعه به پزشک انجامیده است، به این ترتیب چنین می نماید که بیماران باید پیش از تصمیمگیری برای مشورت با پزشک نشانه ها را به گونه ای تفسیر و ارزیابی کنند(همان: ۳۱)

"آنچه تا کنون در پرتو مطالعات متعدد روشن شده است که برخورد افرادمختلف نسبت به علائم و یا خود بیماری در فرایند بیماری متفاوت است آنها بر حسب اینکه در چه شرایط اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و تاریخی باشند:ادراکات متفاوتی از علائم بیماری دارند(موس و موریس و دیگران، ۱۹۹۶؛ هیجمن ۱۹۹۸؛

<sup>1</sup> - symptoms

<sup>2</sup> - signs

<sup>3</sup> - clinical iceberg

وینمن و پتربه (۱۹۹۷؛ مورفی ۲۰۰۲)؛ تظاهرات شناختی متفاوتی از بیماری دارند (هورمن و دیگران ۲۰۰۰؛ لونتان و کامرون ۲۰۰۱)؛ استناد معنای متفاوتی نسبت به علت و پیامدهای احتمالی علائم می دهند (تیلور ۱۹۸۳؛ زولا ۱۹۶۶؛ ساچمن ۱۹۶۵ پیلوفسکی ۱۹۸۴)؛ راهبردهای مقابله ای متفاوت برای غلبه بر بیماری اتخاذ می کنند (اسنایدر ۱۹۹۹؛ زیدنر و اندلر ۱۹۹۸؛ فولکمن و لازاروس ۱۹۸۸)؛ اقدام های درمانی متفاوتی نسبت به علائم بیماری انجام می دهند (آندرسن ۱۹۹۵؛ مکانیک ۱۹۹۵)؛ و الگوهای کمک جویی متفاوتی برای جست و جوی مراقبت های درمانی دارند. (هایران و کارااوس ۲۰۰۰؛ مک کینلی و دیگران ۲۰۰۰)" (به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۱۲).

از این رو مفهوم رفتار بیماری شیوه ایست مفید برای فهم و توصیف عوامل روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی در اینکه افراد چگونه بدن خود را پایش می کنند، علائم شان را تعریف و تفسیر می کنند، خودشان را بیمار می یابند، اقدام های درمانی خاصی را اتخاذ می کنند و در نهایت از منابع کمک تخصصی یا عامیانه استفاده می کنند (مکانیک ۱۹۸۷؛ همان ۳۱۳).

دو گونه رفتار برای بیماری ارائه می شود:

(۱) - جستجوی علت: نخستین واکنش انسانی که عرضه شده است (یا واکنش اطرفیانش) عبارت است از جستجوی علت (پورو، ۱۳۷۴: ۱۹۴)

(۲) - بازخوردهای اجتماعی در برابر بیماری: به هنگام پیدایش بیماری و یا در روزهای پس از آن، واکنش فرد بیمار می تواند به سه گونه باشد: پذیرش / امتناع / خرسندی (همان).

در این راستا، نمونه هایی از علت شناسی بیماری و بازخوردهای اجتماعی در برابر بیماری را که تجربه زیسته محقق است، و آنچه را که باعث ایجاد مسئله تحقیق در ذهن محقق شده است را بیان می کنیم:

افرادی که بیمار می شوند، در مواردی نسبت به نشانه ها بی توجهی میکنند و بیماری را سطحی میدانند و آن را به خستگی و عدم خواب کافی و فشار عصبی نسبت می دهند و اقدام خاصی انجام نمیدهند و به اصطلاح تحمل میکنند و یا بیماری را حاصل چشم زخم و یا وجود ارواح پلید و اجنه میدانند و به افراد دعا نویس یا امامزاده ها پناه میبرد تا با خواندن دعا و اعمال مخصوص سحر و جادو (بیماری) از بین رود. در مواردی نیز، بیماری را ناشی از ورود عوامل بیماری زایی چون ویروس، باکتری، انگل و... به بدن میدانند اما اقدام جدی نمیکنند و درصدد درمان خانگی و خوددرمانی (شامل استفاده از داروهای شیمیایی و گیاهی) برمیآیند و در مواردی چند (مثل طولانی شدن دوره بیماری، تغییر در علائم حیاتی، اصرار اطرفیان و...) به پزشک عمومی یا متخصص مراجعه می کنند.

در مجموع اینکه، اقدامات درمانی افراد میتواند شامل درمان خرافی - سنتی و یا درمان علمی و پزشکی به صورت نادرست مثل خوددرمانی (هر نوع استفاده از داروهای شیمیایی و گیاهی بدون نظر فرد متخصص) و یا درمان طبی (مراجعه به پزشک) باشد.

این عوامل از جمله موانعی هستند که درمان بیماری‌ها را تحت نظر پزشک و استفاده از روش‌های مناسب پزشکی را با مشکل روبرو می‌سازد و از موانع عمده در مراجعه بیماران برای دریافت خدمات بهداشتی - درمانی از مراکز مربوطه می‌باشد. همچنین در مواردی نیز درمان خودسرانه می‌تواند منجر به تاخیر و اختلال در تشخیص بیماری، تشدید آن و اختلال در روش‌های درمانی و افزایش سرانه مصرف دارو، عوارض دارویی، ضرر اقتصادی و گاهی هم مخاطراتی همچو مرگ را دربر داشته باشد. (بزرگ نژاد، ۱۳۸۷)

اما آنچه که باعث ایجاد مسئله اصلی تحقیق شده است، "رفتار بیماری زنان نابارور است".<sup>۴</sup> پدیده ناباروری از جمله موضوعات نسبتاً مهم در جوامع مختلف و از جمله در ایران است. ناباروری<sup>۴</sup> در حوزه علوم پزشکی به عنوان عدم توانایی در حامله شدن با وجود گذشت ۱۲ ماه از روابط جنسی کنترل نشده توصیف می‌گردد (هاریسون، ۱۵۰۵: ۱۳۸۱) و به دو گروه تقسیم می‌شود: اولیه و ثانویه. در نازایی اولیه سابقه هیچ حاملگی قبلی وجود ندارد. ولی نازایی ثانویه حاملگی قبلی اتفاق افتاده است گرچه ممکن است منجر به یک تولد زنده نشده باشد (برک و دیگران، ۱۳۷۶: ۴۵۷) طیف وسیعی از موارد ناباروری، شامل کاهش میزان باروری (لقاح) با نیاز به مداخله طبی تا غیر قابل بازگشت ناباروری (عقیمی) وجود دارد. ناباروری به طور اولیه در ۲۵٪ موارد به مردان و در ۵۸٪ موارد به زنان نسبت داده می‌شود ضمن آن که در مورد حدود ۱۷٪ زوج‌ها هیچگونه توضیح قابل قبولی وجود نخواهد داشت و همچنین مشارکت همزمان فاکتورهای مردانه و زنانه ناباروری چندان ناشایع نمی‌باشد. علل زنانه ناباروری مربوط به ناهنجاری‌های عملکرد قاعدگی، شایع‌ترین علت ناباروری زنان را تشکیل می‌دهند. این اختلالات که شامل اختلال عملکرد تخمک گذاری و ناهنجاری‌های رحم یا مجاری خروجی می‌باشند، ممکن است به شکل آمنوره (فقدان قاعدگی) یا بروز سیکل‌های نامنظم یا کوتاه قاعدگی تظاهر نمایند (هاریسون، ۱۳۸۱: ۱۵۰۵) همچنین اینکه ناباروری می‌تواند به عواملی از جمله مشکلات ژنتیکی و هورمونی، قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی، مصرف برخی داروها، ابتلا به برخی بیماری‌های ایجادکننده نازایی، افزایش سن ازدواج، تغذیه نامناسب و آلودگی هوا و... بستگی داشته باشد (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷، به نقل از ایرانیان یوکا ۲۰۰۷).

اگر چه ناباروری در حوزه علوم پزشکی مطرح بوده است، با این حال به عنوان یک توقع اجتماعی برآورده نشده، یک نیاز و یک مشکل اجتماعی و خانوادگی نیز مطرح است و به عنوان جریان مشترکی در حوزه علوم پزشکی و علوم اجتماعی قرار می‌گیرد. 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 (کامه‌ایر 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

<sup>4</sup> -Infertility

تخصصی ناباروری ایران ۱۰-۱۵ درصد این زوج ها با مشکل نازایی مواجه می شوند (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷). مواجه شدن با ناباروری بر زندگی زنان و مردان تاثیر بسزایی دارد و افراد مبتلا در معرض مشکلات زیادی قرار دارند (خداکرمی و دیگران، ۱۳۸۸). این معضل، عامل سومین علت طلاق در کشور است (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷، به نقل از ایرانیان یوکا، ۲۰۰۷)، چرا که در نزد ایرانیان ازدواج و فرزندآوری از اهمیت خاصی برخوردار است و جزئی از فرایض دینی آنان محسوب می شود. ایرانیان داشتن فرزند را عامل حفظ بنیان خانواده و بقاء نسل و نیکبختی اجتماعی می دانند (علوی، ۱۳۷۷: ۵۱).

طبق آمارها در ایران، زنان و مردان به یک اندازه با این مشکل روبرو هستند بطوری که ۳۵ درصد ناباروری مربوط به مردان و ۳۵ درصد دیگر مربوط به زنان، ۲۰ درصد مربوط به عوامل ناشناخته و ۱۰ درصد مربوط به عوامل قابل پیشگیری است. (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷، به نقل از رازقی، ۱۳۸۴: ۹۲).

از آنجا که ناباروری در اغلب جوامع، در ابتدای مراحل تشخیص به زن نسبت داده می شود و بچه دار نشدنش باعث ایجاد مشکلات (روحی، روانی، جسمی، اجتماعی و...) زیادی برای او می شود، در ایران نیز فرزندآوری جزئی از پایگاه و هویت زن در خانواده و جامعه محسوب می شود، زنان با مسائل و مشکلات بیشتری نسبت به مردان روبرو میشوند (خداکرمی و دیگران، ۱۳۸۸). از سوی دیگر زنان به علت وجود محدودیت سنی در امر باروری بیشتر از مردان آسیب پذیرند و عموماً بیشتر از مردان درگیر برنامه های تشخیص و درمان ناباروری اند (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷)، لذا وقتی زنی با مشکل نازایی مواجه می شود ممکن است اقدام به رفتار بیماری مختلف کند از درمان طبی گرفته تا درمانهای غیر طبی (خداکرمی و دیگران، ۱۳۸۸)، در این مطالعه سعی می شود که به این دو سوال کلی پاسخ داده شود که، فرایند ادراک زنان نازا از نازایشان چگونه است؟

زنان نازا چه رفتار کمک جویی و الگوی درمانی ای را انتخاب می کنند؟ و چه عواملی در این انتخاب تاثیر دارد؟

لذا، با توجه به اهمیت جامعه شناختی مسئله فوق، تحقیق حاضر بر آن شده است تا به بررسی جامعه شناختی رفتار بیماری زنان نابارور استان مازندران بپردازد.



### ۳-۱) اهمیت و ضرورت پژوهش:

بیماری پدیده ای زیستی، جسمی، روانی، اجتماعی است و این خود اهمیت بررسی جامعه شناختی رفتار بیماری را نشان می دهد. ناباروری نیز به عنوان یک بیماری یکی از مهمترین معضلات بهداشتی درمانی عصر کنونی در همه جوامع است و نرخ شیوع آن در کل کشور ۲۰.۲ درصد است که با میانگین جهانی که ۱۲ تا ۱۵ درصد است فاصله زیادی دارد<sup>۵</sup>. متأسفانه در استان مازندران نیز این بیماری شیوع بسیاری دارد و نرخ شیوع آن به ۲۵ درصد می رسد و بنا بر اعتقاد متخصصان، استفاده از سموم کشاورزی و تاثیر نامطلوب این سموم بر دستگاه تولید مثل زن و مرد از علل اصلی شیوع بالای این بیماری در استان مازندران است<sup>۶</sup>. با توجه به شیوع بالای ناباروری و نیز اهمیت اجتماعی فرزندآوری، شناخت رفتار بیماری در زمینه درمان ناباروری بخصوص درمان ناباروری زنان، از اهمیت جامعه شناختی ویژه ای برخوردار است. همچنین این تحقیق کوششی است برای کم کردن خلاء پژوهشی در خصوص بررسی و مطالعه جامعه شناختی بیماری، و اقدامات کمک جویی و رفتارهای بیماری ای که زنان نابارور انجام می دهند و اینکه کاربرد نتایج چنین بررسی هایی می تواند بر حل بسیاری از مشکلات و مخاطرات جلوگیری به عمل آورد.

### ۴-۱) اهداف پژوهش:

#### هدف اصلی :

شناخت رفتار بیماری زنان نابارور استان مازندران

بررسی اینکه زنان نابارور در فرایند درمان بیماری خود چه رفتار کمک جویی دارند و از چه الگوهای درمانی ای استفاده می کنند.

#### اهداف فرعی :

بررسی رابطه برخی متغیرهای دموگرافیک (سن، درآمد، محل سکونت، تحصیلات و ...) با ادراک بیماری، الگوهای کمک جویی، اقدامات درمانی، تاخیر در درمان جویی زنان نابارور.

<sup>5</sup> - <http://www.newzzz.com/all/4804944>

<sup>6</sup> - <http://www.daryanews.com/?NewsId=6789>

## ۵-۱) سوال های پژوهش:

- ادراک زنان نازا از نازایشان چگونه است؟
- آیا بین درآمد و ادراک بیماری (ناباروری) رابطه وجود دارد؟
- آیا میان تحصیلات و ادراک بیماری (ناباروری) رابطه وجود دارد؟
- آیا میان محل سکونت و ادراک بیماری (ناباروری) رابطه وجود دارد؟
- آیا میان نظام ارجاعات عامیانه و ادراک بیماری (ناباروری) رابطه وجود دارد؟
- آیا میان مکان کنترل سلامت و ادراک بیماری (ناباروری) رابطه وجود دارد؟
- زنان نابارور چه رفتار کمک جویی دارند؟
- آیا میان محل سکونت و رفتار کمک جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان درآمد زن نابارور و رفتار کمک جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان تحصیلات و رفتار کمک جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان مکان کنترل سلامت زنان نابارور و رفتار کمک جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان نظام ارجاعات عامیانه زنان نابارور و رفتار کمک جویی رابطه وجود دارد؟
- زنان نابارور چه الگوهای درمان جویی دارند؟
- آیا میان محل سکونت و الگوی درمان جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان درآمد زن نابارور و الگوی درمان جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان تحصیلات و الگوی درمان جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان مکان کنترل سلامت زنان نابارور و الگوی درمان جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان نظام ارجاعات عامیانه زنان نابارور و الگوی درمان جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان محل سکونت و تاخیر در درمان جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان درآمد خانواده زن نابارور و تاخیر در درمان جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان تحصیلات و تاخیر در درمان جویی رابطه دارند؟
- آیا میان مکان کنترل سلامت زنان نازا و تاخیر در درمان جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان نظام ارجاعات عامیانه زنان نابارور و تاخیر در درمان جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان سن زن و تاخیر در درمان جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان ادراک بیماری و رفتار کمک جویی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان رفتار کمک جویی و الگوهای درمانی رابطه وجود دارد؟
- آیا میان رفتار کمک جویی و تاخیر در درمان جویی رابطه وجود دارد؟

فصل دوم:  
پیشینه ادبیات

## ۲-۱) بخش اول: پیشینه تجربی تحقیق:

مقدمه:

هر تحقیق علمی باید با آگاهی و مرور تحقیقات قبلی انجام گیرد تا محقق با شناخت نتایج و یافته های تحقیقات قبلی آگاهی خود را گسترش داده و در پرتو اطلاعات بدست آمده، مسئله تحقیق خود و متغیرهای خود را تعریف کرده و دامنه آن را مشخص سازد. زیرا در مطالعه هر پدیده اجتماعی و هر نوع تحقیق، دیگر مطالعه تحقیقاتی که در این زمینه صورت گرفته، به این معناست که هر کار تحقیقی از کارهای قبلی اثر و بر کارهای بعدی نیز تاثیر می گذارد. بنابراین آشنایی با تحقیقات قبلی که در زمینه موضوع مورد مطالعه صورت گرفته ضروری به نظر می رسد.

در واقع هیچ کس نمی تواند مدعی باشد بضاعت علمی اش او را از خوشه چینی در این دستاوردها بی نیاز می کند (کیوی و کاپنهود، ۱۳۸۶: ۳۹).

از این رو با بررسی های انجام شده و جستجو در کتابخانه ها و سایت های معتبر علمی، چند مطالعه، درباره رفتار بیمار بدست آمده است، اگرچه این تحقیقات مرتبط با ناباروری نمی باشند، اما ذکر آنها برای آشنایی بیشتر با مفهوم رفتار بیماری لازم است.

### ۲-۱-۱) تحقیقات داخلی در خصوص رفتار بیماری :

شاید نخستین مطالعه گسترده در زمینه رفتار بیماری در ایران، پایان نامه دکتری، مسعودنیا(۱۳۸۴) با عنوان "بررسی تاثیر طبقه اجتماعی بر رفتار بیماری در بیماران آرتریت روماتوئید" باشد. این پژوهش با هدف شناخت تاثیر طبقه اجتماعی بر جنبه های مختلف رفتار بیماری، در قالب مدل خودگردانی لونتال و همکاران انجام شده است. این مطالعه با روش پیمایش مقطعی بر روی ۱۴۶ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر اصفهان که با روش نمونه گیری سیستماتیک انتخاب شده بودند انجام گردید. این بیماران به یک پرسشنامه استاندارد اصلاح شده ادراک بیماری، شیوه های کنارآیی و پرسشنامه منابع کمک جویی پاسخ دادند.

نتایج پژوهش نشان داده است که در ارتباط با اولین مرحله از فرایند رفتار بیماری، یعنی ادراک بیماری، تفاوت معناداری بین سه طبقه اجتماعی وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه نشان داد که متغیر محل اقامت (مرحله اول)، دفعات مراجعه بیمار بر اثر آرتریت روماتوئید (مرحله دوم) و طبقه اجتماعی (مرحله سوم)، ۲۴/۸ درصد از واریانس ادراک بیماری را تبیین نمودند. همچنین در ارتباط با شیوه های کنارآیی، تفاوت معناداری را بین سه طبقه اجتماعی مشاهده نشد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی نشان داد که دو متغیر سابقه مرگ بستگان بر اثر آرتریت روماتوئید (مرحله دوم) و ادراک بیماری (مرحله چهارم) ۱۴/۸ درصد واریانس شیوه های کنارآیی را تبیین نمودند. در ارتباط با نوع اول