

مهاجرت شغلی مردان به کشورهای دیگر و تجربه زیسته بارداری همسران جامانده در شهر لار

فاطمه نوروژی*، آرمان حیدری**، مریم مختاری***

چکیده

مهاجرت‌های شغلی مردان به سایر کشورها می‌تواند بر نرخ باروری در سطح کلان و سطح فردی تأثیرگذار باشد. با توجه به روند نزولی نرخ باروری توجه به این پدیده از منظر تأثیرش بر احتمال باروری زنان جامانده از مهاجرت و مشکلات پس از بارداری آنها حائز اهمیت است. مهاجرت بین‌المللی کاری مردان یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر شرایط زنان جامانده، به ویژه در دوره بارداری که مادر نیازمند به مراقبت ویژه از جنین و سلامت خویش است، می‌باشد. چنین اثراتی در محیط‌هایی با امکانات زیرساختاری کمتر و فرهنگ سنتی‌تر دو چندان می‌شود. پژوهش حاضر به‌منظور شناخت همه‌جانبه و عمیق تجربه‌ی زیسته بارداری زنان جامانده از مهاجرت همسر، با روش پدیدارشناسی انجام شده است و جهت فهم و درک این تجربه با ۱۴ نفر از زنان شهر لار در استان فارس که همسرشان به جهت امور شغلی به کشورهای دیگر مهاجرت نموده‌اند، مصاحبه شده است. داده‌ها با روش مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته و عمیق گردآوری، سپس با کمک روش تحلیل کلایزی تحلیل شدند. بر اساس محتوای مصاحبه‌ها و خوشه‌بندی تم‌ها، می‌توان ساختار کلی تجربه‌ی زیسته و ادراک این زنان از فرایند باروری را ذیل دو مضمون اجتماعی و مضمون زیست-روان شناختی تحلیل و بازنمایی نمود.

واژگان کلیدی

بارداری، تجربه‌ی زیسته، زنان جامانده، مهاجرت، شهر

*. عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (fatemehnowrouzi@pnu.ac.ir)

** استادیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران (نویسنده‌ی مسئول) (Alheidari2011@yu.ac.ir)

*** دانشیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران، (mmokhtari@yu.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۹

۱- مقدمه و بیان مسئله

مهاجرت و باروری شاید در اولین نگاه، ارتباط چندانی با هم نداشته باشند؛ اما یکی از آثار محسوس، ماندگار و اثرگذار مهاجرت مردان، بر پدیده باروری و فرزندآوری است که می‌تواند در دو سطح جمعیت‌شناختی کلان و تجربه‌ی فردی موردتوجه قرار گیرد. در سطح کلان، مهاجرت‌های مردان متأهل می‌تواند بر احتمال بارداری و در نهایت نرخ باروری کل تأثیرگذار باشد و در سطح فردی، تجربه‌ی زیسته‌ی زنان باردار به‌عنوان کارگزاران اصلی بارداری کنون توجه است. امروزه یکی از مهم‌ترین مسائل و سیاست‌گذاری‌های کلان و بلندمدت کشور، نرخ باروری و سیاست‌های جمعیتی می‌باشد. طبق نتایج مرکز آمار ایران^۱ نرخ رشد باروری کل، روندی کاهشی داشته و از ۲/۰۷ در سال ۱۳۹۶ به ۱/۹۷ در سال ۱۳۹۷، ۱/۷۷ در سال ۱۳۹۸ و نهایتاً به عدد ۱/۲۴ در سال ۱۴۰۱ نزول کرده است. دولت، نیز جهت مقابله با این روند نزولی فرزندآوری مشوق‌هایی مانند افزایش خدمات رفاهی و اعطای تسهیلات قرض‌الحسنه، تهیه و تأمین امکانات پزشکی برای زنان و مردان نابارور را در برنامه خود قرار داده است. در مقابل، آنچه کمتر موردتوجه و تحقیق قرار گرفته آثار و پیامدهای جمعیت‌شناختی مهاجرت شغلی مردان در سطح کل و تجربه‌ی زیسته‌ی بارداری زنان جامانده از مهاجرت‌های بین‌المللی مردان به‌صورت خاص است.

۹۲

تجربه بارداری در دو وجه جمعیت‌شناختی و اجتماعی و نیز روان‌شناختی قابل مطالعه علمی است. البته تاکنون آثار جمعیت‌شناختی بیشتر مورد تحلیل و مطالعه بوده و ابعاد اجتماعی-روان‌شناختی کمتر موردتوجه قرار گرفته است. از نظر اجتماعی، قابلیت باروری و بارداری از دیرباز به‌عنوان یکی از خصایص برجسته و ممتاز یک زن بوده و «زن نازا» جایگاه و منزلت اجتماعی چندانی نداشته یا ناقص و معیوب تصور می‌شده است. از نظر روان‌شناختی، نیز وجود فرزند برای زنان به عنوان مایه آرامش، شادی و نشاط معنا شده است، هرچند زنان در حین بارداری نیز دغدغه‌ها و استرس‌های زیادی را متحمل می‌شوند که نیازمند مراقبت از خود و جنین می‌باشند و چه بسا در این فرآیند، به‌ویژه در حین زایمان، جان خود را نیز از دست بدهند. در چنین شرایطی شناخت، توصیف و تحلیل تجربه‌ی زیسته‌ی زنان باردار جامانده از مهاجرت شغلی همسران، می‌تواند در شناخت شرایط و حالات و چالش‌های فرزندآوری این گروه از زنان مفید باشد و به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مناسب جهت کاهش بار مسائل متعدد آن‌ها بینجامد.

بی‌تردید، درک این مسائل، مستلزم واکاوی این تجربه از منظر و ادراک زنان باردار یا زنانی است که این پدیده را در گذشته تجربه نموده‌اند. آنها علاوه بر تحمل وضعیت بارداری، باید همه‌ی مسئولیت‌های خانه و امور خانه‌داری را نیز مدیریت کنند که چنین وضعیتی می‌تواند تجارب خاصی را برای آن‌ها به همراه داشته باشد. مطالعه‌ی تجارب این زنان در بستر فرهنگ سنتی منطقه لار، فقدان برخورداری از امکانات و تجهیزات درمانی و پزشکی، نبود حمایت‌های رسمی و سازمان‌یافته، تضعیف حمایت‌های غیررسمی سنتی، ارزیابی زنان از قدرت فرزندزایی و حتی جنس فرزند به عنوان زنانگی و... اهمیتی دوچندان می‌یابد. اکثر تحقیقات کمی به موضوع مهاجرت‌های شغلی و بین‌المللی از منظر تأثیر بر رشد جمعیت و پیامدهای اقتصادی آن توجه نموده‌اند، یا به تحلیل و ارزیابی ویژگی‌ها، شرایط و دغدغه‌های مردان مهاجر یا مسائل کشورها و روستاهای مبدأ و مقصد مهاجرت آن‌ها پرداخته‌اند و توجه چندانی به تجارب زیسته‌ی زنان درگیر در پدیده‌ی بارداری نداشته‌اند. از جمله‌ی چنین تحقیقاتی می‌توان به تحقیقات جاکبسن^۱ (۲۰۰۲)، تیکا رام^۲ (۲۰۰۶)، سنجیز و بوکت^۳ (۲۰۱۵) گلا دول^۴ (۲۰۲۰)، موکانو^۵ و دیگران^۶ (۲۰۲۰) داوولینگ^۷ و دیگران (۲۰۲۰)، رستمعلی زاده و حسینی (۱۳۹۵) اشاره کرد.

مهاجرت‌ها از نظر شاخص‌های مسافت، مدت‌زمان، مقصد، هدف و افراد درگیر در مهاجرت متنوع‌اند و هر الگویی در سطوح و ابعاد مختلف آثار و پیامدهای خاص خود را دارد. در مطالعه حاضر، الگوی مهاجرت مردان متأهل در منطقه لار استان فارس به گونه‌ای است که مردان به‌تنهایی، به‌قصد اشتغال و کسب درآمد، به‌صورت فصلی، به یکی از کشورهای حوزه خلیج‌فارس مهاجرت می‌کنند و زن و فرزندانشان خود را در مبدأ، تنها می‌گذارند و بنا به مقتضیات کاری، هرچند وقت یک‌بار، با آن‌ها دیدار می‌کنند. چنین مهاجرت‌هایی معمولاً در مناطق کمتر توسعه‌یافته رایج است و زنان باید به‌تنهایی، انتظارات و کارویژه‌های نقش‌های مردانه و زنانه را ایفا نمایند. مهاجرت شوهر به سایر کشورها آثار و پیامدهای متعددی برای خانواده‌های آن‌ها در پی دارد. از جمله بر کمیت و کیفیت باروری تأثیر گذار است. به تعبیر لرچ^۷ (۲۰۰۹)، نظریه انتقال جمعیتی کلاسیک، نقش

1- Jacobsen

2- Gautam, Tika Ram

3- Cengiz& Buket

4- Gladwell

5-Mocanu

6- Dowling

7- Lerch(2009)

مهاجرت‌های مردان را در تغییر جمعیت مدنظر قرار نمی‌دهد؛ اما نظریه‌های جدیدتر، واکنش‌ها و رفتارهای فردی مرتبط با مهاجرت مانند سقط‌جنین، به تعویق انداختن ازدواج، پیشگیری از بارداری را نیز مدنظر قرار می‌دهند. از نظر فرگویس^۱ (۲۰۰۷)، مهاجرت بین‌المللی ممکن است بر رفتار فرزندآوری و از این طریق بر روند باروری در کشورهای مبدأ تأثیر بگذارد. کاسترلاین^۲ (۲۰۰۱) با تأکید بر ظرفیت انطباق‌پذیری انسان‌ها با شرایط بیان می‌کند که، ایده‌ها، ارزش‌ها و فرهنگ‌ها ممکن است در مقایسه با تغییرات اقتصادی ظرفیت بیشتری برای تغییر رفتار داشته باشند. در مجموع، بر اساس تحقیقات، آثار باروری مهاجرت در کشور مبدأ متنوع است. لینستروم و گیورگیل^۳ (۲۰۰۷)، پوتر (۲۰۰۲) و کلیفورد^۴ (۲۰۰۹) بیان می‌کنند به‌طور معمول جدایی همسر به دلیل مهاجرت شغلی باعث کاهش بارداری می‌شود؛ البته در مقابل، آمندی و ایمبا^۵ (۲۰۰۳) و کلیفورد (۲۰۰۹) مهاجرت مردان را موجب افزایش بارداری دانسته‌اند. مطالعات دیگر به موضوع تنظیم خانواده به جهت دوری زن و شوهر، رابطه بین وضعیت مالی خانواده و باروری، مقوله جنسیت‌مندی بارداری و ... پرداخته‌اند. در مجموع دغدغه‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با کاهش نرخ باروری و فرزندآوری، کمبود تحقیقات پیشین در مورد تجربه‌ی زیسته زنان باردار، آشنایی با مشکلات زنان باردار دارای شوهر مهاجر، موجب گردید تا مطالعه‌ی پدیدار شناختی تجربه‌ی زیسته‌ی زنان باردار جامانده از مهاجرت شغلی همسران^۶ در شهر لار انتخاب شود. در این تحقیق، بارداری به مثابه یک فرآیند، از بازه‌ی زمانی قصد و اقدامات قبل و حین باروری تا زمان زایمان و دوره‌ی کوتاهی بعدازآن را شامل می‌شود. بر اساس موارد مذکور، هدف پژوهش حاضر مطالعه پدیدارشناختی تجربه‌ی زیسته‌ی بارداری زنان جامانده از مهاجرت شوهر در شهر لار است. لارستان به‌عنوان شهرستانی قدیمی در جنوب استان فارس از گذشته‌های دور درگیر پدیده مهاجرت‌های خارجی و رفت‌وآمد مردان به کشورهای حوزه خلیج فارس بوده است. به گفته وثوقی و دیگران (۱۳۸۷) در گذشته، مردم لارستان علاقه وافری به تجارت و بازرگانی داشته و در بندرها و جزایر خلیج فارس، تجار و بازرگانان لارستانی فعالیت داشتند. هرچند آمار رسمی و دقیقی از مهاجرت مردان منطقه لارستان به کشورهای حوزه خلیج فارس در دسترس نیست،

1- Fargues(2007)

2- Casterline, J.B. 2001

3- Lindstrom, D. P. & Giorguli Saucedo, S. (2007).

4- Clifford, D. (2009)

5-Omondi, C. & Ayiembra, E. H. O. (2003).

۶- زنان جامانده از مهاجرت زنانی‌اند که شوهرشان به‌قصد کار به یکی از کشورهای حوزه خلیج فارس مهاجرت کرده و برای مدت زمانی ۶ ماه یا بیشتر از همسر خود دور می‌باشند.

اما مهاجرت مردان در این منطقه امری مرسوم و توأم با تبعات جمعیتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی متعدد بوده است. مبنای اساسی مقاله واکاوی پدیده‌ی بارداری از افق و تجربه‌ی معنایی زنان جامانده از مهاجرت همسر بوده است تا به فهم عمیق‌تر این پدیده و کیفیت، ابعاد و مسائل و پیامدهای متعدد آن یاری رساند. چنین شناختی، به نوبه خود، می‌تواند زمینه‌ی سیاست‌گذاری متناسب با وضعیت خاص و چالش‌های زندگی این زنان را فراهم نماید. این پژوهش در صدد مطالعه سؤالات ذیل است:

زنان جا مانده از مهاجرت در شهر لار فرآیند بارداری خود را چگونه درک و توصیف می‌کنند؟
تجربه زیسته‌ی بارداری بر اساس افق ادراکی و بینشی زنان درگیر در این فرآیند چیست؟

۲- پیشینه‌ی پژوهش

در کارهای محدود داخلی و بیشتر مطالعات خارجی به صورت متنوعی به مهاجرت و باروری و مسائل مرتبط به آن پرداخته شده است، برای درک بهتر مسئله، موضوعات چالش برانگیز در این ارتباط در بخش مرور ادبیات تحقیق در محورهای ذیل پرداخته شده است: محور اول: استفاده از وسایل کنترل باروری و گفتگو در مورد تنظیم خانواده و کاهش باروری مبدأ؛ وطن خواه و دیگران (۱۳۹۷)، مک الروی و آلبوکرک^۱ (۱۹۹۰)، سپریانی^۲ (۲۰۰۶)، دیویس و لاپز کر^۳ (۲۰۱۰)، کوارانتا^۴ (۲۰۱۱)، لینک^۵ (۲۰۱۱)، آقاجانیان^۶ و همکاران (۲۰۱۱)، لینک^۷ (۲۰۱۱)، لینگ و دیگران (۲۰۱۳)، سویون و آقاجانیان^۸ (۲۰۱۵)، آندروود^۹ و همکاران (۲۰۱۶) و هندریکسون^{۱۰} و دیگران (۲۰۱۸).

1- McElroy, J. and K. de Albuquerque

2- GIAM PIETRO CIPRIANI

3- Jason Davis & Lopez-Carr

4- Quaranta

5- Link

6- Agadjanian

7- Link

8- Sevoyan & Agadjanian

9- Underwood

10- Hendrickson

محور دوم: تمایل به داشتن فرزند و گفتگو در مورد فرزندآوری و عدم کنترل؛ آبرندی (۱۹۹۶)، یانج^۱ (۲۰۰۰)، یانگ و پنگ^۲ (۲۰۰۳)، لرج^۳ (۲۰۰۹)، سویون^۴ (۲۰۱۱)، کانال^۵ و دیگران (۲۰۱۳)، هندریکسون و دیگران (۲۰۱۸)، فرناندز سانچز (۲۰۲۰).

محور سوم: تأثیر حواله‌های ارسالی (پولی که فرد مهاجر بعد از کار در مقصد برای خانواده‌اش ارسال می‌نماید) بر تمایل به فرزند؛ آبرندی (۱۹۹۶) آقاجانیان و دیگران (۲۰۱۱)، کولانتس^۶ (۲۰۱۶)، ماتیز لرج^۷ (۲۰۰۹)، کوارانتا^۸ (۲۰۱۱).

محور چهارم: مقایسه‌ی خانواده‌های مهاجر و غیرمهاجر در موضوع باروری؛ ماتیز لرج^۹ (۲۰۰۹)، آقاجانیان و دیگران (۲۰۱۱).

محور پنجم: ترس از ازدواج مجدد شوهر و تمایل به فرزند پسر؛ احمد (۲۰۲۰)، لیلنگ و دیگران (۲۰۱۳).

محور ششم: تحت نظارت اجتماعی بودن باروری زنان و به چالش کشیدن هنجارهای سنتی و کاهش باروری؛ هندریکسون و همکاران (۲۰۱۹)، کولانتس^{۱۰} (۲۰۱۶).

۹۶
وطن‌خواه و دیگران (۱۳۹۷) در مطالعه خود به شناسایی مهم‌ترین اثرات مهاجرت انفرادی مردان سرپرست خانوار پرداخته و یکی از عوامل کاهش فرزندآوری را مهاجرت مردان معرفی می‌کنند. مک‌لروی و آلبوکرک (۱۹۹۰) بیان می‌کنند با افزایش مهاجرت مردان، تعداد زنان خواهان تنظیم باروری کاهش یافته، سن ازدواج افزایش یافته و طول دوره باروری کاهش می‌یابد. همچنین جدایی از همسر بر موضوع ثبات ازدواج و وضعیت باروری تأثیرگذار است. آبرندی (۱۹۹۶) سرمایه‌های ارسالی مهاجران را در قالب حواله‌های برگشتی از مقصد به مبدأ به عنوان یکی از منابع درآمد متنوع خانواده‌های مهاجر می‌داند که انگیزه‌های اقتصادی فرزندآوری را بهبود می‌بخشد. در واقع، اگر هنجارهای اجتماعی بدون تغییر بمانند و هزینه‌های فرزندآوری، از درآمد خارج از کشور حمایت شود، احتمالاً ترجیحات باروری افزایش می‌یابد. یانج (۲۰۰۰) به بررسی باروری مهاجرین

1-YANG

2-Yang, Y. M. & Peng,

3- Mathias Lerch

4-Sevoyan

5-Khanal

6- Collants

7- Lerch

8- Quaranta

9- Mathias Lerch

10- Collants

موقت به کشور چین و موضوع سیاست تک‌فرزندی می‌پردازد. به نظر او جدایی محل اقامت مهاجران موقت از محل سکونت رسمی آن‌ها، باعث ایجاد روزنه‌ای در برنامه تنظیم خانواده آنان و تضعیف کنترل اجتماعی بر باروری آن‌ها می‌شود. افرادی که مهاجرت موقتی داشته‌اند نسبت به کسانی که ساکن هستند یا مهاجر دائمی هستند، احتمال بیشتری دارد که فرزند دوم را تجربه کنند. یافته‌های او با تأیید فرضیه جدایی^۱، نشان می‌دهد گرچه مهاجران موقتی مقرر افزایش جمعیت روستایی در چین نیستند، اما اگر این جدایی اتفاق نیفتد، باروری کمتر است. یانگ و پنگ (۲۰۰۳) بیان داشتند در چین، مهاجران نرخ باروری بالاتر، اما ثبت‌نشده‌ای داشتند و اینکه ۶۴ درصد باروری‌های غیرقانونی متعلق به مهاجران بوده است. سپریانی (۲۰۰۶) به این امر اشاره دارد که باروری مهاجران در منطقه مبدأ پایین است. ماتیز لرج (۲۰۰۹) برآوردهای انجام‌شده از سرشماری‌های ۱۹۸۹ و ۲۰۰۱ آلبانی نشان‌دهنده وجود یک رابطه مکمل بین مهاجرت بین‌المللی جوانان و کاهش نسبی باروری در مناطقی است که بالاترین افزایش در سطح زندگی را داشته‌اند. داده‌های نظرسنجی از استانداردهای زندگی (۲۰۰۲)، شواهدی از تأثیر منفی مهاجرت بر باروری را در خانواده‌های اعزامی ارائه می‌دهد. زنانی که در معرض مهاجرت قرار دارند کار فرزندآوری خود را زودتر آغاز می‌کنند، اما در مقایسه با کسانی که این کار را نمی‌کنند خانواده‌های کوچک‌تری دارند. دیویس و لاپزکر (۲۰۱۰) استدلال می‌کنند که افزایش کوتاه مدت مصرف به دلیل ارسال حواله‌ها، با کاهش سریع باروری در بین خانوارهای مهاجر در جامعه کوهستانی گواتمالا ارتباط ندارد. با این حال با گذشت زمان، هزینه‌های مصرف ممکن است از طریق پیشگیری از بارداری و هنجارهای تنظیم خانواده، میزان باروری را کاهش دهد. کوارانتا (۲۰۱۱) به این نتیجه رسید که در آلپ ایتالیا، مهاجرت مردان ثروتمند و سالم که دارای شرایط و حقوق زیادی هستند، تأثیر زیادی در مدرن شدن الگوی باروری و کاهش آن داشته است. لنینک (۲۰۱۱) با بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌های طولی زوج‌های روستایی نپال، تأثیر ارتباط همسران در مورد تنظیم خانواده را بر استفاده بعدی آن‌ها از پیشگیری از بارداری بررسی می‌کند. او نتیجه می‌گیرد که زوجها در مورد تنظیم خانواده با هم صحبت می‌کنند و در مورد آن تصمیم‌گیری مشترک دارند. پویایی‌های زناشویی و همچنین برداشت شوهران از این پویایی‌ها بر رفتار باروری تأثیر می‌گذارد. آقاجانیان و دیگران (۲۰۱۱) در بررسی بین مهاجرت و باروری در مناطق روستایی موزامبیک، میزان زاد و ولد کمتری را در بین همسران مهاجر گزارش می‌دهند که با توقف مهاجرت و افزایش نرخ زاد و

ولد جبران می‌شود. تجزیه و تحلیل میزان باروری زنان در طول زندگی نشان می‌دهد که با افزایش زمان مهاجرت همسران، میزان باروری کاهش می‌یابد. هنگامی که تولیدمثل همسران مهاجران با همسران غیرمهاجران مقایسه می‌شود، همسران مهاجران بدون توجه به تعداد فرزندان زنده، به احتمال زیاد فرزند دیگری می‌خواهند، اما این تفاوت فقط برای زنانی که مهاجرت را از نظر اقتصادی به نفع خود می‌دانند، قابل توجه است. در این خانوارها، زنان به طور قابل توجهی بیشتر از زنان دیگر از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده می‌کنند. لیلنگ و دیگران (۲۰۱۳) به بررسی تأثیر مهاجرت بر باروری تحت محدودیت‌های اساسی چین می‌پردازند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که در مهاجرت پایین به بالا یعنی از روستا به شهر، با پدیده کاهش باروری مهاجران در مبدأ و در مهاجرت بالا به پایین یعنی از شهر به روستا با افزایش باروری در مبدأ مواجه هستیم و هنوز ضرورت مراقبت از والدین در پیری و ترجیح جنسیتی پسر بر دختر بر باروری تأثیرگذار است. این امر در بین مهاجران نیز نمود دارد. کانال و دیگران (۲۰۱۳) در نپال و دیگر محیط‌های آسیای جنوبی، مهاجرت شغلی همسر ممکن است با کاهش استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در میان همسران غیرمهاجر مرتبط باشد. زنانی که شوهران آنها حداقل یک سال دور از خانه بودند، باروری بسیار کمتری نسبت به زنانی داشتند که در زمان مطالعه با همسران خود زندگی می‌کردند. سویون و آقاجانیان (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که برای زوج‌های در سن باروری جدایی ناشی از مهاجرت کاری و زندگی مشترک موقت می‌تواند بر ارتباطات آنها در موضوع سلامت باروری تأثیر بگذارد. کولانتس (۲۰۱۶) در فیلیپین، نشان داد که تمایلات و فرصت‌های مهاجرت برای کار، برخی از زنان را در حوزه هنجارهای جنسیتی سنتی و تأخیر در تصمیم‌گیری برای ازدواج و بچه‌دار شدن به چالش بکشاند. هندریکسون و دیگران (۲۰۱۸) نشان دادند که مهاجرت شغلی شوهران نقش فرزندآوری زنان را تقویت کرده و بر اهداف تنظیم خانواده و روش‌های پیشگیری از بارداری زنان تأثیر می‌گذارد. زنان اغلب در رابطه با زندگی جنسی و باروری خود تحت نظارت اجتماعی قرار دارند. سانچز (۲۰۲۰) به نقل از سکیزی و منجوار (۲۰۱۱) بیان می‌کند اگرچه زنان جامانده از مهاجرت در زمانی که شریک زندگی‌شان دور می‌باشد، نرخ تولد کمتری دارند، اما با بازگشت شریک، نرخ باروری آنها افزایش می‌یابد. احمد (۲۰۲۰) به این امر اشاره می‌کند که یکی از ملاک‌های ازدواج مجدد مردان مهاجر، نداشتن فرزند پسر از زن اول است. از زنان انتظار می‌رود که به شوهران مهاجر خود وفادار بمانند، شوهر مهاجر می‌تواند در صورت استطاعت مالی

با همسر دوم یا سوم ازدواج کند. خانواده‌هایی که دو همسر از یک شوهر مهاجر داشتند، معمولاً به ناتوانی همسر اول در داشتن فرزند (معمولاً پسر) به‌عنوان توجیهی برای ازدواج دوم شوهر مهاجر اشاره می‌کردند.

در مجموع، در بخش پیشینه تحقیقاتی، توجه هم زمان به مهاجرت و باروری در منابع داخلی و تاثیرگذاری مهاجرت مردان بر باروری (به صورت کاهشدهنده و افزایشدهنده) در تحقیقات خارجی ارزیابی شد. در بررسی حاضر نگاه تئوریکی به دو پدیده مهاجرت شغلی و باروری در کنار هم، دامنه‌ی درگیری در مسئله‌ی باروری را از احتمال بارداری تا مشکلات بارداری، زایمان و حتی نگهداری از نوزاد در بین زنان جامانده از مهاجرت بر اساس روش کیفی پدیدارشناسی به‌صورت عمیق مد نظر قرار می‌دهد. اغلب مطالعات پیشین بحث باروری در میان زنان جامانده را با تأکید بر بعد جمعیتی مورد توجه قرار داده‌اند و دغدغه‌ها و مسائل اجتماعی و روانی مرتبط با باروری، کمتر مورد توجه بوده است.

۳- چهارچوب مفهومی

تهرانی^۱ و دیگران (۲۰۱۵) هدف پدیدارشناسی را توصیف ماهیت یک پدیده با کاوش در دیدگاه کسانی می‌دانند که آن را تجربه کرده‌اند. هدف پدیدارشناسی توصیف معنای این تجربه هم از نظر تجربه و هم از نظر چگونگی تجربه است. از نظر هوسرل^۲ انجام تحقیق پدیدارشناسانه مستلزم تعویق هر فرض پیشینی است. در این راستا، هیچ نظریه فلسفی یا علمی، هیچ روش منطقی قیاسی و هیچ علم تجربی یا گمانه زنی روان‌شناختی نباید در این نوع تحقیق سهیم باشد. در عوض، تمرکز باید بر روی چیزی باشد که مستقیماً به شهود یک فرد داده می‌شود (Neubauer et al, 2019). پدیدارشناسی به توصیف معانی یک مفهوم یا پدیده از دیدگاه عده‌ای از مردم و برحسب تجارب زیسته^۳ آنان در آن مورد می‌پردازد. پدیدارشناسی به کسب فهم عمیق تری از معانی و تجارب روزمره کمک می‌کند. پدیدارشناس می‌پرسد: این تجربه چیست و به چه می‌ماند؟ (بودلایی، ۱۳۹۸: ۲۲) در ایستار پدیدارشناسی طبق نظر هوسرل، زیست جهان همچنان حضور دارد، اما دیگر آن را بدیهی نمی‌دانیم. ایستار جدید در چگونگی تجربه کردن و شیوه تفکر با ایستار طبیعی کاملاً تفاوت دارد (بک، ۱۴۰۰: ۱۴).

1- Teherani

2-

3- Lived experience

به تعبیر هوگو^۱ (۲۰۰۰)، زنان جامانده از مهاجرت، زانی هستند که شوهرانشان در جستجوی کار، مهاجرت کرده‌اند و با عناوین زنان پشت سر جامانده^۲، زنان پشت سر ترک شده^۳ از آن‌ها یاد می‌شود. به تعبیر جین^۴ (۲۰۰۹)، «همسران جامانده» زانی هستند که شوهران مهاجر آن‌ها به دلیل اشتغال یا فرصت‌های شغلی در مکان‌های دور از خانواده‌های خود، به مدت بیش از ۶ ماه یا بیشتر، آنان را ترک می‌کنند. جاکا^۵ (۲۰۱۲) این اصطلاح را شامل زنان متأهل ۱۸ تا ۶۰ ساله می‌داند که شوهرانشان مهاجرت کرده‌اند و ۶ ماه یا بیشتر را در خارج از خانه می‌گذرانند. برخی از مطالعات از واژه «زنان جامانده» فقط برای زنان متأهل ۵۵ ساله یا کمتر استفاده می‌کنند.

۴- روش‌شناسی پژوهش

از آنجاکه هدف پژوهش حاضر دست‌یابی به عمق تجربه مشارکت‌کنندگان در زمینه‌ی بارداری و زایمان و نگاه‌داری از نوزادان و مسائل آن برای زن جامانده از مهاجرت است؛ مطالعه‌ی حاضر بر اساس منطق و استراتژی پژوهشی پدیدارشناسی، به‌عنوان یکی از رهیافت‌های عمیق اما کمتر شناخته‌شده‌ی کیفی در جامعه‌شناسی، صورت گرفته است. در کل، مطالعه پدیدارشناسی معنای تجارب زیسته افراد متعدد از یک مفهوم یا پدیده را توصیف می‌کند (کرسول، ۱۳۹۱: ۷۹). هدف پدیدارشناسی توسعه بینش‌ها از دیدگاه افرادی است که در یک دوره‌ی زمانی خاص پدیده‌ی موردنظر را تجربه کرده‌اند. انجام پژوهش‌های پدیدارشناسانه مستلزم توجه به مجموعه‌ای از الزامات فلسفی، منطقی و روش‌شناختی انجام چنین پژوهش‌هایی است.

اولین و مهم‌ترین گام و مفهوم در روش پدیدارشناسی توصیفی هوسرل، مفهوم «پوخه» است. این مفهوم بیانگر این است که محقق پدیدارشناس باید مفروضات، قضاوت‌ها، مفاهیم علمی و پیش‌ادراکات خود را از موضوع مورد مطالعه به حالت تعلیق درآورد. مرحله دوم، ذات بخشی است، به طوری که از پدیداری محض به مرحله‌ی ذاتی برمی‌گردد و درصدد برمی‌آید با ذات بخشی به پدیده‌ها و خلق مفاهیم کلی، زمینه را برای خلق علوم فراهم سازد. گام سوم این نوع پژوهش، توجه به مفهوم قصدیت یا حیث التفاتی است. عینیت یافتن این مرحله برای هوسرل تنها در چارچوب روابط بین‌الذهانی و بر اساس روش همدلی صورت می‌گیرد (بودلایی، ۱۳۹۸: ۳۳-).

1- Hugo G
2- left-behind wives
3- wives left behind,
4- Jing WHR
5- Jacka

۳۵). هوسرل معتقد است که انسان همان‌طور که سوگیری‌های خود را کنار می‌گذارد، جهان بیرونی را نیز در پرائتز می‌گذارد (امامی سیگارودی، ۱۳۹۱، ۵۹). کلایزی مانند مرلوپونتی (۱۹۵۶) معتقد است: تقلیل کامل پیش‌فرض‌ها امکان‌پذیر نیست؛ فقط باید ایستار پژوهشگر تغییر کند تا حدی که با تجربه مشارکت‌کننده مواجه شود (بک، ۱۴۰۰: ۲۶). مشارکت‌کنندگان پژوهش، زنانی از شهر لار هستند که همسرانشان در کشورهای حوزه خلیج‌فارس به کار مشغول‌اند. این زنان طبق پیشینه‌های مرور شده جا مانده تلقی می‌شوند. در این بررسی باروری زنان جامانده، از منظر و دیدگاه خود آن‌ها و طبق تجربه زندگی‌شان بررسی شده است. این زنان مسائلی که باروری و انتخاب داشتن فرزند در زندگی‌شان را تحت تأثیر قرار داده است را شرح داده‌اند. از آنجا که از تعداد مهاجران منطقه، اطلاعات دقیق و مستندی در دسترس نیست می‌توان بر اساس جمعیت کلی شهر لار، تعداد آن‌ها را تخمین زد. طبق آمار سرشماری ۱۳۹۵ تعداد جمعیت شهر لار ۶۲۰۰۰ نفر و دارای ۱۸۵۰۰ خانوار است. با استناد به گفته فرمانداری منطقه لارستان، حدود ۸ درصد خانوارهای شهر لار را می‌توان مهاجر (شاغل در کشورهای حوزه خلیج‌فارس) برآورد کرد که بر اساس تعداد جمعیت کلی، تعداد مهاجران را می‌توان ۱۴۸۰ خانوار دانست. بالتبع همین درصد از زنان این شهر، نیز زنان جامانده از مهاجرت محسوب می‌شوند.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش هدفمند بوده و سعی شده است تنوع نمونه‌ها از نظر سنی، تعداد فرزند، سال‌های مهاجرت شوهر، طول ماه‌هایی که شوهر در منطقه حضور دارد یا غایب است و ... نیز مورد توجه قرار گیرد. در پژوهش حاضر از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. مصاحبه‌ها به ترتیب با نفر اول شروع شده و بعد از تحلیل داده‌ها با نفرات بعدی به ترتیب مصاحبه به عمل آمده و تا تکرار داده‌های جمع‌آوری شده مصاحبه ادامه یافت. در واقع تکرار اطلاعات قبلی یا نکات اساسی یا مقوله‌ها کفایت نمونه‌گیری را تضمین نموده است. در روش پدیدارشناسی، داده‌ها معمولاً از طریق انجام مصاحبه‌های غیر رسمی انفرادی و با افراد دارای تجربه‌ای خاص به دست می‌آید. سپس مصاحبه‌ها به منظور دستیابی به درک مشارکت‌کنندگان و معانی موردنظر آنان از پدیده‌ی مشخص، تجزیه و تحلیل می‌شوند (Dowling et al, 2020:3). بر اساس منطق پژوهش، ابتدا از زنان خواسته شد که در خصوص باردارشدن، افکار، احساسات، ادراکات و کنش‌های معنایی و قصدی مربوطه به آن در حد امکان صحبت کنند. پدیدارشناسی از نوع توصیفی بوده و برای تحلیل نتایج از روش کلایزی استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها، بعد از مصاحبه اول و مرور یادداشت‌ها، مطالب و محتواهای مرتبط با موضوع، مشخص، کدگذاری و سپس مقولات استخراج شدند. روش تحلیل کلایزی ۷ مرحله است، هرچند

غالباً این مراحل با یکدیگر هم‌پوشانی دارد و باید توالی مراحل منعطف تلقی شود و در صورت نیاز تغییر کند (بک، ۱۴۰۰: ۲۵-۲۸). مراحل هفت‌گانه کلازلی عبارت‌اند از: ۱- مصاحبه‌های ضبط‌شده به صورت مکتوب پیاده‌سازی می‌شوند و متن هر مصاحبه مجدد مطالعه می‌شود. ۲- عبارات معنی‌دار مربوط به پدیده‌ی مورد مطالعه برای هر متن مصاحبه، استخراج می‌گردد. ۳- هر یک از عبارات معنی‌دار استخراج‌شده از مرحله قبل، صورت‌بندی می‌شود (کدگذاری)، ۴- مفاهیم صورت‌بندی شده بر اساس تشابه، خوشه‌بندی شده و از این طریق مضامین استخراج می‌گردد. ۵- توصیف جامعی از تجربیات بیان‌شده مشارکت‌کنندگان ارائه می‌گردد. ۶- یک ساختار بنیادین از پدیده توصیف می‌شود. ۷- تجربیات مشارکت‌کنندگان از طریق مراجعه مجدد به مشارکت‌کنندگان تحقیق، اعتبارسنجی می‌شود (اکبری پورنگ و پور، ۱۳۹۹: ۲۲).

برای رعایت اصول اخلاقی و افزایش اعتبار، کار ابتدا اهداف مطالعه با مصاحبه‌شوندگان مطرح شد. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که نام و نشان آن‌ها مخفی نگه‌داشته خواهد شد. دو نفر از مشارکت‌کنندگان نیز از شرکت در فرآیند تحقیق خودداری کردند. مصاحبه‌ها به دو طریق حضوری و تلفنی انجام شده است. در مواردی که مصاحبه‌شونده به علت شیوع کرونا حاضر به ادامه‌ی مصاحبه در جلسات بعدی نبوده است از مصاحبه‌ی تلفنی نیز استفاده شده است. بعد از کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها توسط گوشی هوشمند ضبط و سپس برای تحلیل بر روی کاغذ نوشته شدند. مدت‌زمان انجام هر مصاحبه به‌طور متوسط بین ۷۵ الی ۹۰ دقیقه بود. در مواردی بنا به ضرورت و رفع ابهام و پی بردن به منظور مشارکت‌کننده، مراجعه به برخی مصاحبه‌شونده‌ها بیش از دو بار بوده است. مصاحبه‌ها در بازه‌ی زمانی آذر ۱۴۰۰ تا شهریورماه ۱۴۰۱، تقریباً به مدت ۱۰ ماه، صورت گرفته است.

برای ارزیابی اعتبار یافته‌ها، تم‌های نهایی با مصاحبه‌شوندگان در میان نهاده شد که آن‌ها هماهنگ بودن نتایج یافته‌ها با تجربیات خود را تایید نموده‌اند. برای افزایش اعتبار داده‌های مصاحبه، از تکنیک‌های متعددی مانند در پرانتز گذاشتن داوری‌ها و قضاوت‌های پیشینی محقق، جلب نظر و ایجاد فضای مساعد برای مشارکت‌کنندگان، جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان، دادن اطمینان به گمنام ماندن هویت واقعی آنان و مراجعه به تحلیل‌های نظری مرتبط جهت افزایش حساسیت محقق در تحلیل مضامین و نهایتاً مطلع نمودن مشارکت‌کنندگان از تحلیل داده‌ها و جویا شدن نظر آنان استفاده شده است. به‌عنوان مثال برای رعایت بحث در پرانتز گذاشتن داوری‌ها و قضاوت‌های پیشینی، محقق پیش‌فرض‌های خود را در مرحله ابتدایی کار نوشته و سعی کرده در مراحل مختلف جمع‌آوری، استخراج و تحلیل نتایج به آن‌ها رجوع نماید تا در مسیر انجام

تحقیق خللی وارد نشود. یکی از اصلی‌ترین پیش‌فرض‌های محقق که در پرانتز قرار گرفت، تصور از پرجمعیت بودن و ازدیاد فرزندان خانواده‌های مهاجر بود. برای حفظ گمنامی مشارکت‌کنندگان، نام مستعار برای آن‌ها انتخاب و هر ویژگی که هویت آن‌ها را فاش می‌نمود، از تحقیق حذف شده است. از پیشینه‌های تحقیق و بحث‌های نظری فقط برای ایجاد حساسیت نظری محقق استفاده شده و ضمن ارسال نتایج تحقیق برای چند تن از افراد مورد مطالعه، انطباق آن با نظرات آن‌ها بررسی شد، تا در صورت نیاز تغییرات اعمال گردد. بعد از شروع مصاحبه با نفر اول و صحبت‌های او در مورد تجارب باروری خود و مسائلی که باروری او را تحت‌الشعاع قرار داده، مضامین استخراج و در مصاحبه‌های بعدی نیز مضامین جدیدی شناسایی شدند و در نهایت مجموعه‌ای از مضامین مرتبط با کیفیت تجربه‌ی باروری یک زن جامانده استخراج شد.

ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان

سن مشارکت‌کنندگان بین ۲۸-۵۳ سال است. سعی شده از زنانی مصاحبه به عمل آید که سنشان زیر ۵۵ سال است؛ زیرا طبق تعریف زنان جامانده اغلب زیر ۵۵ سال می‌باشند و بالاتر از آن سالمند جامانده تلقی می‌شوند. زنان در این بررسی می‌توانند تجربه بارداری خود را از ابتدا به تصویر بکشند. از آنجایی که برخی مردان قبل از ازدواج مهاجر بوده‌اند، تعداد مهاجرت آن‌ها بین ۱۰-۳۷ سال است. میانگین سال‌های ازدواج افراد بین ۳۴ تا ۳۸ است. تعداد ماه‌هایی که مرد در مبدأ حضور دارد، بین ۲ تا ۶ ماه و تعداد ماه‌هایی که مرد غایب است بین ۶ تا ۲۰ ماه گزارش شده است. محل مهاجرت مردان ۶ نفر دبی، ۴ نفر کویت، ۳ نفر ابوظبی و ۱ نفر قطر بوده است. اکثر افراد ۲ فرزند، دو خانواده ۳ و دو خانواده ۱ فرزند داشته‌اند. یکی از زنان در زمان مصاحبه باردار بوده است. حداقل سواد زنان، اول راهنمایی و حداکثر سواد، لیسانس است. تحصیلات مردان نیز بین اول راهنمایی تا دیپلم گزارش شده است. شغل اغلب مردان، شاگرد سوپر مارکت، میوه‌فروشی، نانوایی و بقالی بوده است.

جدول ۱- توصیف مصاحبه‌شوندگان بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی

تعداد فرزند	حضور مرد در زمان مصاحبه	محل مهاجرت	تعداد ماه‌های غیبت	تعداد ماه‌های حضور	تعداد سالهای مهاجرت	سن ازدواج مرد	سن ازدواج زن	توصیفات مرد (کلاس)	توصیفات زن (کلاس)	سن مرد	سن زن	نام
۲	خیر	دبی	۱۴-۱۲	۶-۳	۳۶	۲۲	۱۸	۵	۹	۵۶	۵۲	خدیجه
۱	خیر	ابوظبی	۱۳-۸	۵-۳	۱۵	۲۶	۲۴	۱۲	۱۶	۳۷	۳۵	لیلا
۲	بله	کویت	۹-۶	۶	۳۰	۲۸	۲۲	۸	۱۶	۵۰	۴۴	سارا
۳	بله	دبی	۶	۸	۲۱	۲۷	۲۱	۱۲	۱۲	۴۲	۳۶	مریم
۲	بله	کویت	۶	۶	۳۵	۲۵	۱۹	۸	۱۲	۵۵	۴۹	حمیده
۲	خیر	کویت	۲۰-۱۲	۳-۲	۱۶	۲۷	۱۷	۱۲	۱۶	۴۳	۳۳	شهربانو
۲	بله	ابوظبی	۸	۴	۱۶	۳۱	۱۹	۱۲	۸	۴۱	۳۰	پروین
۱	خیر	قطر	۱۸-۱۲	۳	۱۰	۲۷	۱۷	۱۲	۱۲	۵۱	۴۱	طاهره
۳	بله	دبی	۱۸-۹	۶-۴	۳۷	۲۵	۱۷	۵	۸	۶۱	۵۳	فخری
۳	خیر	کویت	۱۲	۶	۳۶	۲۶	۱۵	۸	۸	۵۹	۴۸	شهلا
۱	خیر	دبی	۷	۲	۱۹	۲۶	۲۰	۸	۱۶	۳۴	۲۸	فاطمه
۲	خیر	دبی	۲۰-۱۲	۴	۱۶	۴۰	۲۸	۶	۶	۴۹	۴۰	سمیه
۲	خیر	دبی	۹-۸	۶-۴	۳۷	۲۸	۲۸	۸	۱۶	۵۱	۵۱	مرضیه
۲	خیر	ابوظبی	۱۲	۶-۴	۲۰	۲۶	۱۸	۵	۱۲	۴۳	۳۵	زهرا

۵- یافته‌های پژوهش

مضامین نهایی مربوط به ادراک و تجربه‌ی زیسته‌ی زنان مشارکت‌کننده از باروری می‌تواند دو تم اصلی که بعد اجتماعی تجربه زیسته‌ی بارداری و بعد زیستی- روان شناختی تجربه دوران بارداری شناسایی شدند و بعد هر یک از مضامین اصلی، حاوی مقولات و مضامین فرعی است که بیانگر عناصر سازنده‌ی آن‌ها و مربوط به مضامین دوگانه اصلی هستند. مضامین فرعی بعد اجتماعی تجربه زیسته‌ی بارداری شامل دو مضمون چالش‌های جمعیتی- اجتماعی فرزندخواهی و بارداری به مثابه‌ی امر اجتماعی است، هر کدام از این مضامین فرعی در تم‌های فرعی تر قرار گرفتند. مضمون فرعی اول، با مقوله میل به فرزند و هراس از انگ نازایی، مسئولیت‌های بارداری و هراس از فرزندآوری، جنسیت‌مندی بارداری با تمرکز بر پسرخواهی شدید شناسایی شد و تم‌های فرعی مضمون فرعی دوم شامل: دغدغه‌ی حاد حمایتی در بارداری و زایمان، دشواری ایفای نقش، نیاز به همدلی و تسهیم عواطف تعریف شد. دومین مضمون که بعد زیستی- روان شناختی بود، دارای مقولات فرعی ذیل می‌باشد: نیازهای طاق‌فرسای جسمانی- روانی و مسائل روان‌تنی.

جدول (۲) تصویرسازی مفاهیم، تم‌های فرعی، خوشه‌ها و مضامین

معانی صورت‌بندی شده (کد)	مقولات	مضمون فرعی	(مضمون اصلی) بعد
تنها ماندن در نبود شوهر و نداشتن فرزند، مدت کم هم‌خوابگی با شوهر، ترس از نازایی، سپری شدن استعداد باروری، الصاق انگ نازایی از سوی دیگران	میل به فرزند و هراس از انگ نازایی		
رو زدن به دیگران در هنگامه‌ی نیاز، تنهایی و ترس از سختی‌ها، زحمات مادر تنها، بار اجتماعی و فشار شدید مسئولیت‌های حاملگی، رفت‌وآمد به مراکز درمانی بعضاً دوردست، کارهای اداری مربوط به زایمان مراقبت از نوزاد	مسئولیت‌های بارداری و هراس از فرزندآوری	چالش‌های جمعیتی- اجتماعی فرزندخواهی	بعد اجتماعی زیسته‌ی بارداری
پسر برای انجام کارهای مردانه، پسر همیار و همکار زندگی، پسر دوستی مرد غایب و تماس بیشتر، پسر جانشین پدر غایب و تکیه‌گاه، دختر همدم مادر تنها	جنسیت‌مندی بارداری یا تمرکز بر پسرخواهی شدید		

معانی صورت‌بندی شده (کد)	مقولات	مضمون فرعی	مضمون اصلی بعد
حمایت خویشاوندان خود، حمایت خویشاوندان شوهر و حمایت همسایگان	دغدغه‌ی حد حمایتی در بارداری و زایمان	بارداری به مثابه امر اجتماعی	بعد اجتماعی زیسته‌ی بارداری
همدلی گروه‌های زنانه فامیل، همدلی شوهر غایب	نیاز به همدلی و تسهیم عواطف		
فشار نقشی، بار مضاعف نقشی	دشواری ایفای نقش		
ویار، ناتوانی جسمانی انجام کارها، از پا افتادن برای زایمان و پیرتر شدن از سن تقویمی، ناراحتی روحی شدید، تجربه اضطراب، استرس و وسواس	-	نیازهای طاق‌فرسای جسمانی-روانی	مسائل زیست-روان شناختی زیسته‌ی بارداری
ترس از شب و تنهایی، خجالت از ابراز نیازهای عادی، خم شدن زیر بار مشکلات، تجربه محدودآرامش زیاد با حضور مرد	-	مسائل روان-تنی	

۵-۱- بعد اجتماعی تجربه زیسته‌ی بارداری

اگر چه تمایل به داشتن فرزند، به صورت طبیعی در نهاد انسان‌ها وجود دارد، اما عوامل زیادی در قصد والدین برای داشتن فرزند مؤثر است. از جمله رفاه زوجها از فرزندآوری می‌تواند عامل موثری باشد. زن جامانده از مهاجرت، زن جدا از جامعه نیست. او در بطن جامعه‌ی شهری لار زندگی می‌کند؛ جامعه‌ای که ارزش وافر برای باروری قائل است و باروری می‌تواند شأن و جایگاه خاصی برای زنان داشته و بیانگر قابلیت زیستی او باشد. باین وجود، مردان مهاجر در مقایسه با زنان دیگر، زمان کوتاهی را در کنار همسرانشان به سر می‌برند و مجبورند در این مدت کوتاه، قابلیت باروری خود را به جامعه و حتی همسر خود اثبات نمایند. حتی تعدادی از این زنان، به قصد باروری، به محل کار شوهران خود مهاجرت نموده و مدتی را با شوهر خود سپری نموده‌اند. در مقابل، زنانی که همسرانشان شاگرد مغازه بوده‌اند، قابلیت رفت‌وآمد به مقصد مهاجرت به دلایل اقتصادی یا نداشتن جا و مکان در مقصد را ندارند و این امر، انتخاب زمان باروری را برای آنها سخت‌تر نموده است. بعد اجتماعی تجربه بارداری شامل اهمیت بارداری، زمان، درک و مدیریت بارداری و کمیت و کیفیت تعاملات همسران و مدیریت آن و انتظارات از زن باردار، تحت تأثیر بافت و زمینه‌ی فرهنگی- اجتماعی محل زیست همسران و منابع و امکانات در دسترس است.

این مضمون در دو مضمون فرعی، شامل چالش‌های جمعیتی-اجتماعی فرزندخواهی و بارداری به مثابه امر اجتماعی، مفهوم‌سازی شده است.

مضمون فرعی اول: چالش‌های جمعیتی-اجتماعی فرزندخواهی

این مضمون ایده‌های زن جامانده را در گستره‌ای از فرزندخواهی تا عدم تمایل به فرزند نشان می‌دهد. اموری که زن را به داشتن فرزند ترغیب می‌کند و درعین حال، مسائلی دیگر او را دلسرد کرده و بارداری او را به تعویق می‌اندازد. این زنان، زمان فرزندآوری و جنسیت مطلوب و ایده‌آل موردنظر خود را متناسب با نیازهای خاص خود و پرکردن خلأ تنهایی‌شان یا در زمان حضور بیشتر شوهر جهت مراقبت برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی می‌کنند. سه تم فرعی مورد اشاره مشارکت‌کنندگان، در این بخش، تم‌های فرعی میل به فرزند و هراس از انگ نازایی، مسئولیت‌های بارداری و هراس از فرزندآوری و پسرخواهی شدید شناسایی شدند.

میل به فرزند و هراس از انگ نازایی

انتخاب زمان باروری برای این زنان مانند زنان دیگر نیست. در انتخاب این زن‌ها تنها بودن و ترس از نازایی و انگ نازا خوردن در جامعه مزید علت است تا برای بارداری عجله کنند. ترس از تنهایی، بیشتر در بین زنانی وجود دارد که همسرشان بیش از یک سال آن‌ها را ترک نموده است. دغدغه‌های مرتبط با نازایی نیز در گفته‌های این زنان در قالب مفاهیم و مضامینی مانند تنها ماندن در نبود شوهر و نداشتن فرزند، مدت کم هم‌خوابی با شوهر و ترس از نازایی و سپری شدن استعداد باروری و الصاق انگ‌نازایی از سوی دیگران، نمود می‌یابد. این زنان دغدغه‌های خود را این‌گونه بیان می‌کنند؛ آن‌ها در نبود شوهر تنها هستند و حضور فرزند می‌تواند آنها را از تنهایی رهایی بخشد. دغدغه دیگر مشارکت‌کنندگان، حضور کوتاه‌مدت شوهر در مبدأ و هم‌خوابی ناکافی و رابطه‌ی جنسی نامنظم با همسر و احتمال ضعیف بارداری بود. آنها می‌ترسند که پتانسیل باروری خود را از دست دهند. با توجه به شیوع و رواج گسترده‌ی این اعتقاد که «احتمال بارداری در زنان دور از شوهر کمتر است»، اگر زنان جامانده از مهاجرت در مدت‌زمانی کوتاه بعد از ازدواج، باردار نشوند، در معرض انگ و برچسب «نازا بودن» قرار می‌گیرند. پنج نفر از زنان مشارکت‌کننده، دغدغه‌ی خود را نسبت دریافت انگ و داغ «نازابدگی» بیان کردند. سمیه تنها ماندن در نبود شوهر و نداشتن فرزند را در مدت یک سال و هشت ماه دوری شوهر این‌گونه به تصویر می‌کشد:

«خودم می‌خواستم زود بچه‌دار شوم، می‌گفتم: هم‌سنم بالا است (۲۸ سال) و هم اینکه تو خارج هستی و من هم تنها هستم».

مدت کوتاه هم‌خوابگی با شوهر و ترس از نازایی، احتمال ضعیف بارداری در زمان کوتاه حضور همسر، موضوع اکثریت زنان بود. زیرا مدت هم‌خوابگی، توان تصمیم در مورد بارداری را از فرد می‌گیرد. خدیجه که نازایی را به مدت ۷ سال تجربه کرده است و مدت سه ماه حضور شوهر را برای باروری خود زمان کافی نمی‌داند، می‌گوید:

«دکتر که می‌رفتم می‌گفت: هیچ‌کدام مشکلی ندارید. فکرش را بکنید من در این مدت کم بچه‌دار نمی‌شدم. یک مدتش که من عادت ماهیانه بودم. خوب چیزیش نمی‌ماند».

در ارتباط با سپری شدن زمان مناسب باروری و الصاق انگ نازایی از سوی دیگران در گفته‌های لیلا که یک فرزند دارد بحث نازایی را به شکل تعمیم‌یافته به زنانی که مرد سفری دارند، می‌توان مشاهده کرد. او ترس از ناباروری را به علت روش‌های خاص جلوگیری از بارداری این‌گونه شرح می‌دهد:

«البته روش جلوگیری ما طبیعی بود، اما احتمال این‌که زنانی که شوهرشان مهاجر است نابارور شوند، خیلی زیاد است. شاید روش‌های دیگر، امثال من را که شوهرشان زیاد اینجا نیست، نابارور کند».

مسئولیت‌های بارداری و هراس از فرزندآوری

تعدادی از زنان به دلایل متعدد نظیر: روزدن به دیگران در هنگامه‌ی نیاز، تنهایی و ترس از سختی‌ها، زحمات مادر تنها، بار اجتماعی و فشار شدید مسئولیت‌های حاملگی، رفت‌وآمد به مراکز درمانی بعضاً دور دست، کارهای اداری مربوط به زایمان و نهایتاً مراقبت از نوزاد، زمان بارداری خود را به تعویق می‌اندازند، یا به‌صورت کلی از بارداری اول یا بارداری‌های دوم و سوم صرف‌نظر می‌کنند. بیشتر این زنان، یکی از دردناک‌ترین تجارب خود را تجربه‌ی مرتبط با فرایند بارداری و پیامدهای آن در هنگامه‌ی دوری از شوهر می‌دانند. از این نظر استثناهایی نیز وجود دارند که قصد بارداری خود را به دلیل «کسب تجربه‌ی خوشی و لذت بعد از دواج و شناخت بیشتر مرد» به تعویق می‌اندازند یا میل چندانی به داشتن فرزند ندارند. این زنان، عدم تمایل به داشتن بچه و به تعویق انداختن بارداری را این‌طور به تصویر کشیدند. خدیجه در مورد روزدن به دیگران در هنگامه‌ی نیاز می‌گوید:

«من بعد بچه‌ی دوم جلوگیری را شروع کردم، راستش دیگه بچه نمی‌خواستم، به خاطر نبود شوهر و رو زدن به مردم و برادر، چقدر می‌شد به بقیه متوسل شد».

سارا تنها بودن و مشکلات مراقبت بارداری در نبود شوهر را دلیل ترس خود از بارداری عنوان می‌کند و می‌گوید:

«هر دفعه جلوگیری می‌کردم، از بارداری و زحمت و سختی‌هایش می‌ترسیدم. تو چه می‌دانی بعدش چه می‌شود، تو که تنهایی».

فخری در مورد فشار شدید مسئولیت‌های حاملگی، می‌گوید:

«وقتی تنهایی همه کارها با خودت هست، من سه تا بچه آوردم، اما دیگه حتی به بچه بعدی فکر هم نمی‌کنم، همه‌ی مسئولیت‌های بارداری با خودم بود».

شها برای رفت‌وآمد و پیگیری درمان مجبور به رفتن به مراکز درمانی دوردست است و مراقبت‌های دوران بارداری در نبود شوهر را این‌گونه بیان می‌کند:

«من بارداری‌های سختی داشتم و زیر نظر دکتری در شیراز بودم، با این شرایط نمی‌خواهم بچه بیشتری را تجربه کنم».

حمیده که استرس زیادی را در دوران زایمان اول تجربه کرده است، تجربه خود از کارهای اداری مربوط به زایمان را این‌گونه بیان می‌کند:

«انجام کارهای اداری همیشه برایم زجرآور بود، به خصوص در دوران زایمان».

فاطمه که فرزند دوم خود را باردار است، الگوی متنوعی را با تغییر شرایط مدرن‌تر برای تعویق بارداری ذکر می‌کند. او ۲۸ سال سن دارد و در اوایل ازدواج خود مانند دختران دیگر به دنبال شناخت همسرش و جلوگیری از بارداری است:

«ما تصمیم گرفتیم دو سال اول از بچه داشتن جلوگیری کنیم، من تازه شوهرم را درک کردم و طعم زندگی و باهم بودن را چشیدم».

تمرکز بر پسرخواهی در بارداری

زنان تنها، خود را در افق و زمینه‌ای می‌بینند که جنسیت پسر، دارای ارجحیت و ارزش در جامعه سنتی است. رؤیای پرورازی زن با جنسیت مذکر و حمایت‌های او در آینده شکل گرفته است و پسر دار شدن را برای او خوب جلوه می‌دهد. اینکه در خانواده جامانده، یک جانشین برای پدر نیاز است، زیرا پسر در خانه برای مرد مهاجر و زن جامانده، تکیه‌گاه یا ستون خانه در نبود مرد

تشبیه شده است. زن تنها با توجیه همدم بودن و تنها نبودن در آینده، این نیاز را توجیه می‌کند و مسئله‌ی نداشتن پسر را حل می‌کند. مفاهیم پرتکرار در این مقوله عبارتند از ضرورت وجود پسر برای انجام کارهای مردانه، پسر به عنوان همیار و همکار زندگی، پسر دوستی مرد مهاجر و تماس بیشتر او، پسر جانشین پدر غایب و تکیه‌گاه مادر، دختر، همدم مادر تنها. به نظر خدیجه پسر می‌تواند حداقل امکانات رفت‌وآمد را برای او فراهم نماید و هوای مادر را داشته باشد. او دو دختر دارد و می‌گوید:

«راستش قبل از اینکه بچه‌دار شوم می‌گفتم: اگر بچه اول پسر بشود خوب است. چون حداقل با موتورسیکلت می‌تواند مرا ببرد برای خرید و هوای من را داشته باشد».

از نظر سارا در بافت سنتی محل زندگی پسر دوستی رایج است و در چارچوب آرزومندی خود، علاقه به داشتن پسر را به جهت همیار و همکار زندگی بودن مربوط می‌داند:

«دوست داشتم بچه اول پسر باشد، پسر بعدها می‌تونست همیار و همکار زندگی‌ام باشه».

پروین که آرزوی خود را در آرزوی همسرش می‌بیند، زیرا شوهرش بعد از تولد پسرشان به خانواده توجه بیشتری می‌نماید. حتی تماس‌های صوتی او بیشتر به سمت تماس‌های تصویری رفته است:

«جنسیت بچه برای شوهرم فرق می‌کرد. بعد از تولد بچه دوم که پسر بود، خیلی تماس تصویری می‌گیرد، مرتب احوالش را می‌پرسد».

سمیه، با توجه به بافت جامعه سنتی، مستقیم و بدون هیچ حاشیه‌ای درحالی که همسرش نیز همانند او به جنسیت مذکر فرزند علاقه دارد، می‌گوید:

«همیشه علاقه به پسر داشتم. حداقل می‌تونی بگی یک مرد در خانه‌داری که تکیه‌گهت است، شوهرم هم همین نظر را دارد».

در اکثر موارد تمایل به دختردار شدن در صورت وجود فرزند اول پسر پذیرفته می‌باشد. فاطمه، باردار است و یک پسر دارد. او می‌گوید:

«دختر بیاورم همدمم هست، وقتی بابایش نیست پیشم هست. کنارم هست».

در مجموع می‌توان گفت که فرزندخواهی یا به تعویق انداختن آن، تحت شرایط خاص زندگی زنان جامانده نمود می‌یابد. اکثریت زنان، بارداری خود را به علت دوری طولانی مدت شوهر، به‌محض ازدواج برنامه‌ریزی می‌کنند و بعد از رسیدن به حد مطلوب تعداد فرزند، به انواع مختلف،

بارداری خود را به تعویق می‌اندازند یا تمایلی به داشتن فرزند بعدی به جهت مسائل زندگی خود و تنها بودن ندارند. در اینجا وضعیت دوگانه، فرزند خواهی از یک سو و عدم تمایل به فرزندآوری، از سوی دیگر برای این زنان وضعیت متناقضی را ایجاد می‌نماید. البته برخی از دلایل به تعویق انداختن بارداری نمایانگر تغییر در نگرش‌ها و تمایلات زنان، تحت شرایط مدرنیته است. با وجود اینکه تمایل به جنسیت مذکر تقریباً غالب بوده است، اما در گفته‌های نیمی از افراد تمایل به جنسیت مؤنث نیز به دلیل نیاز به همدم، مطرح شده است.

مضمون فرعی دوم: بارداری به مثابه امر اجتماعی

این مضمون بارداری را در حصار اجتماعی خود قرار داده است. این امر مانند کمبود زنجیره‌های حمایتی و فشار نقشی، زن را در تنگنای امر بارداری قرار می‌دهد، به حدی که توان رفع حواجی را از او می‌گیرد و در برخی مواقع نیز این امور در کنار تسهیم عواطف، راهگشا بوده و رنج بارداری و زایمان را کم می‌کند. این موضوع از منظر زنان، برجسته‌تر بوده و عناصر معنایی بیشتری را به خود اختصاص داده است. تم‌ها و عناصر فرعی این مضمون، می‌توانند ذیل خرده تم‌های: دغدغی حاد حمایتی در بارداری و زایمان؛ دشواری ایفای نقش؛ نیاز به همدلی و تسهیم عواطف، گنجانده و ارائه شوند.

دغدغی حاد حمایتی در بارداری و زایمان

اگر امور مرتبط با فرآیند باروری از قصد باروری تا زایمان فرزند را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین امور مرتبط با کیفیت زندگی زنان در سنین باروری بدانیم، نحوه‌ی درک، معنا و تجربه‌ی این پدیده در بین زنانی که دور از شوهر زندگی می‌کنند، وضعیت خاصی پیدا می‌کند؛ زیرا آمادگی برای بارداری، مدیریت آن، زایمان و مراقبت از نوزاد، برای اکثر زنان، دغدغی بزرگی است؛ اما چنین دغدغی‌های در بین زنان جامانده از مهاجرت که تنها هستند و فاقد امکانات و در شرایط کمبود امکانات پزشکی می‌باشند چند برابر می‌شود. در چنین شرایطی تنها منبع حمایتی برای زنان، حمایت‌هایی از نوع غیررسمی و خویشاوندی است که این‌گونه حمایت‌ها بر اساس شاخص‌های مختلف نظیر نسبت فرد یا افراد حامی با زن باردار، دامنه‌ی حمایت اطرافیان، ادراک و احساس زن باردار نسبت به حمایت دریافتی و ... به صورت عمیق و همه‌جانبه‌تری در سه خرده تم فرعی شامل: حمایت خویشاوندان فرد، حمایت خویشاوندان شوهر و حمایت همسایگان تحلیل و واکاوی می‌شود. هر چند بر اساس یافته‌های این تحقیق تنهایی این زنان در شبکه حمایتی ترمیم می‌یابد، اما تفکیک این دوستان و خویشاوندان و در نظر گرفتن احساس و تجربه‌ی زنان از انواع کمک‌های

متفاوت اقوام خود، اقوام شوهر و همسایگان امری ضروری است. بر اساس مضامین صحبت‌های مشارکت‌کنندگان در پژوهش، بیشترین حمایت‌ها از سوی نزدیکان درجه اول زن باردار، یعنی پدر و مادر، خواهر و برادرهای وی صورت گرفته است. این زنان این نوع حمایت‌ها را همه‌جانبه، فراگیر و تمام‌وقت دانسته‌اند. از نظر هویت حامی، حمایت‌ها در امتداد طیفی از افراد خانواده فرد نظیر پدر، مادر، برادر و خواهر بوده است. سارا می‌گوید:

«فکرش را بکنید همش (هم بارداری و هم زایمان) خانه مادرم بودم. خوب آنجا مادرم و اطرافیان بودند و کمک می‌کردند».

این حمایت‌ها از زن باردار و تازه زایمان کرده، از حمایت فراگیر و همه‌جانبه تا عدم دریافت حمایت متغیر است حمایت فراگیر، اغلب شامل ماندن زن باردار و تازه‌زایمان کرده در خانه پدری یا بودن مادر در خانه زن باردار یا دریافت همه نوع کمک است. این امر، زن را در حوزه‌ی حمایت وسیعی از طرف مادر و سایر اعضای خانواده قرار می‌دهد. زهرا حمایت دریافت شده از خانواده مادری و ماندن در محل سکونت آن‌ها و حمایت تام و کامل از خانواده خودش را در زمان بارداری و بعد زایمان چنین بیان می‌کند:

«بچه اول و دومم نه ماه کامل همه‌اش خانه مادرم بودم. بچه اولم، حتی تا سه ماه بعد هم آنجا بودم».

سطح حمایت برای برخی از این زنان، عمیق و همه‌جانبه بود، یعنی خدمات‌رسانی اعضای خانواده به زن برای همه امور حتی مسائل جزئی نیز بوده است. مرضیه در مورد این حمایت‌ها می‌گوید:

«دیگه برای بچه‌دار شدن دوم، همه کمک می‌کردند، حتی خواهرم که می‌آمد خانه، کفش‌هایم را هم تمیز می‌کرد. من دست به سیاه و سفید نمی‌زدم».

از لحاظ زمانی نیز حمایت‌ها یا دائمی و تمام‌وقت یا موقتی و در لحظات حساس است نظیر: زمان زایمان، زمان بستری شدن و زمان مسافرت. در صورتی که زن به‌صورت تمام‌وقت در منزل مادر اقامت داشته باشد، حمایت‌های خانواده نیز دائمی بوده است. پروین در این زمینه می‌گوید:

«همیشه پدر و مادر و برادرهایم بودند؛ بارداری، زایمان، مراقبت از نوزادم. اگر هم خودم کمکی نمی‌خواستم خودشان همه کارهایم را انجام می‌دادند».

مریم، کمک در موارد یا لحظات خاص را این‌گونه بیان می‌کند:

«مادرم فقط برای زایمانم این ۴۰ روز را می‌ماند، بعد برمی‌گشت دبی، دوران بارداری‌ام اصلاً نمی‌آمد».

از نظر مجاورت، حمایت‌ها به مجاورتی و دور دست قابل تقسیم است. مجاورت مکانی، می‌تواند زمینه حمایت همه‌جانبه و دائمی‌تر را فراهم سازد. دریافت حمایت‌ها، زمانی که زن در مجاورت خانه حمایت‌کننده زندگی می‌کند، قابل توجه و چشمگیرتر است. مریم یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«مادرم سر هر سه زایمانم برای مراقبت از من و بچه‌ها از دبی آمد».

لازم به ذکر است که حس و حال زنان دریافت‌کننده این حمایت‌ها، حس مثبت و توأم با آرامش و رضایت خاطر نیست و اغلب آنان نسبت به دریافت این کمک‌ها احساس انزجار، آکراه و سر بار بودن داشتند. آن‌ها تجربه‌ی خود را از طریق مفاهیمی مانند، سخت بودن ماندن در خانه پدر، رودربایستی داشتن و خجالت‌کشیدن، ناراحتی از زحمت دادن به دیگران بیان کردند. سارا می‌گوید:

«مگر چقدر می‌توانستم خانه‌ی مادرم بمانم، سختم بود، اما دست‌تنها بودم باید آنجا می‌ماندم».

حمایت‌های خانواده‌ی شوهر، دومین منبع حمایت دریافتی این زنان بوده است. اغلب زنان احساس خوشایندی از دریافت این نوع حمایت‌ها نداشتند و از سر ناچاری و ضرورت آن را پذیرفته یا مطالبه کرده‌اند. آنها چنین کمک‌هایی را تک‌بعدی و جزئی دانسته و گفته‌اند این حمایت‌ها و کمک‌ها به‌عنوان آخرین راه‌حل یا در مواقع اضطراری و باواسطه و از طریق شوهرشان پیگیری شده است. فخری می‌گوید:

«علاوه بر مادر و خواهرم، مادر شوهر خدایم‌رز و خواهر شوهرم برای کمک به من می‌آمدند».

بنا به درک این زنان، حمایت خانواده‌ی شوهر، رنگ و بوی عاطفی-هیجانی کمتری داشته و انتظارات زنان کمتر برآورده شده است. همچنین، در مقایسه با حمایت‌های خانواده‌ی زن، این حمایت‌ها جز در برخی موارد محدود، داوطلبانه نبوده و زنان در زمان‌های اضطراری و خاص، مانند رفت‌وآمد به شهرهای دوردست به قصد درمان یا مریضی نوزاد، آن را درخواست نموده یا آن‌ها را باواسطه‌ی شوهرشان مطرح کرده‌اند. مریم در این باره می‌گوید:

«خانواده شوهرم هم که کمکی نمی‌کردند؛ مگه اینکه خودم درخواست کنم».

این حمایت‌ها بیشتر جنبه‌ی ابزاری داشته و از عمق و غنای عاطفی کمتری برخوردارند. شهربانو در این خصوص می‌گوید:

«در بارداری دوم زیر نظر یک دکتر در شیراز بودم، چون در بارداری مشکلات رحمی داشتم، شوهرم هر دفعه باید یکی را پیدا می‌کرد که برای ویزیت و معاینه منو شیراز پیش دکتر ببره و بیاره».

حمایت غیررسمی آشنایان و زنان همسایه محدود و در مواقع خاص و زمان نبود حمایت‌های دیگر بوده است. تا جایی که آن‌ها در مواردی در نهایت استیصال و با عبارت «محض رضای خدا»، همسایگان را به کمک طلبیده و از آن‌ها درخواست کمک نموده‌اند. چنین عبارتی، بیانگر اوج درماندگی و سردرگمی و بی‌پناهی بانوان تنها و در مرحله زایمان بوده است. سمیه در این مورد می‌گوید:

«اون روز که دردم گرفته بود کسی نبود، هر جا زنگ می‌زدم انگار نمی‌توانستند بیایند، با زن همسایه‌مان تماس گرفتم. گفتم بیا محض رضای خدا تا برویم بیمارستان. تا رفتیم بیمارستان، گفتند: بمان موقع زایمان است».

زنان جامانده از مهاجرت در مجموع به ترتیب اولویت، خویشاوندان خود، خویشاوندان شوهر و همسایگان و آشنایان را به‌عنوان مهم‌ترین منابع حمایتی غیررسمی خود ذکر کرده‌اند. هر چه از حمایت‌های نوع اول به سمت حمایت‌های نوع سوم حرکت کنیم، از شدت، عمق و بار عاطفی این حمایت‌ها کاسته می‌شود و زنان جامانده از مهاجرت، تجربه‌ی ناخوشایندتری از دریافت این نوع حمایت‌ها دارند. هرچند در کل، زنان مشارکت‌کننده تجربه‌ی ناخوشایندی از دریافت هر سه گونه‌ی این نوع حمایت‌ها داشتند.

دشواری ایفای نقش

زن جامانده با داشتن حامیان متعدد می‌تواند از عهده انجام کارها برآید، اما زمانی که این گروه حامی وجود ندارد یا حمایت‌ها کم‌رنگ می‌شود، مجبور به ایفای نقش‌های متعددی است و در اجرای نقش محول، جامعه ناتوان شده و نقش محقق، خود را با اجبار و ناراحتی به ظهور می‌رساند. گرچه اغلب این زنان نقش‌های چندگانه را بالاخره اجرا نموده‌اند، اما انجام آن را با سختی مضاعف شرح داده‌اند. این بحث با فشار نقشی و بار مضاعف نقشی پیگیری می‌شود. فشار نقش برای حمیده زن تنهای جامانده این‌گونه به تصویر کشیده شده است که زایمان زودرس خود را با انجام کارهای سنگین مردانه مرتبط می‌داند و با ناراحتی می‌گوید:

«این کارهای سنگین که کردم، شکمم درد گرفت و بردند مرا بیمارستان و بچه‌ی نارس به دنیا آوردم».

احساس فشار نقش مضاعف در لحظات خاص مثلاً هنگام زایمان یا بستری شدن در بیمارستان ایجاد شده و زن را مستأصل می‌کند. سمیه که در بارداری دوم حمایت‌های اطرافیان را از دست داده و همه مسئولیت‌ها را به دوش کشیده و با شکم باز و بخیه مجبور می‌شود رانندگی کند و به هر دو فرزندش رسیدگی نماید می‌گوید:

«پسرم هم یا از ترس یا برحسب اتفاق، آن روز (روز زایمان دوم) مریض شده بود. استفراغ می‌زد. زرد شده بود. یکی می‌گفت: شاید ترسیده، یکی می‌گفت: دوری خودت است که رفته‌ای بیمارستان. او را رها کرده‌ای، واقعاً از یک طرف او حالش بد بود، از یک طرف خودم بچه آورده بودم».

او درحالی که قطره اشک گوشه چشمانش را پاک می‌کند، این‌گونه ادامه می‌دهد:
«آخر مجبور شدم خودم برگشتم خانه، ماشین برداشتم. با آن حالی که زایمان کرده بودم. دوباره بچه‌ام را بستری کردم. دوباره پسر اولم را بردم دکتر».

در کل ایفای نقش برای زن تازه زایمان کرده و تنها، فشار نقشی مضاعفی را ایجاد می‌کند و زن، بدون همسر و بدون همراه، این نقش را با اکراه و اجبار انجام می‌دهد.

نیاز به همدلی و تسهیم عواطف

تسهیم عواطف زن باردار یا تازه زایمان کرده، از رنج و محنت او می‌کاهد، منظور مفاهیمی است که به تسهیم و تشریک هیجان‌ات زن با نزدیکان و فامیل خود و شوهر غایب و پاسخ آن می‌پردازد. زن جامانده‌ای که شوهر را در دوران بارداری و زایمان با خود ندارد، می‌تواند در گروه‌های زنانه فامیل آن را بیابد. در کنار این گروه زنانه، همدلی شوهر غایب از راه دور نیز در گفته برخی از زنان نمود داشت. شدت و حدت این همدلی‌ها از سطحی قوی تا ضعیف امتداد دارد. تعداد زیادی از افراد مشارکت‌کننده، همدلی عاطفی گروه زنانه فامیل مادری را دریافت نموده‌اند. حمیده که نداشتن خواهر را در تمام طول مصاحبه برای خود معضل بزرگی می‌شمرد حمایت کامل عاطفی را از طریق مادرش دریافت می‌کرد مطرح نمود:

«من همه‌ی نوازش‌ها را از مادرم دریافت می‌کردم. سنگ صبورم بود. (با ناراحتی می‌گوید)
خواه‌ری نداشتم».

حمایت‌های عاطفی دیگری نیز از سوی خانواده شوهر عنوان شده که اغلب از راه دور و اندک بوده است؛ لیلا می‌گوید:

«مادر شوهرم هم سراغم را زیاد می‌گرفت. هفته‌ای چند بار زنگ می‌زد.»

در مواردی هم شوهر بیش از یک سال از خانواده دور بوده است، اما همدلی عاطفی خود را به زن ابراز می‌کند، گرچه نمی‌تواند از لحاظ هیجانی کمک شایانی به زن داشته باشد. سمیه در زمینه‌ی تسهیم عواطف و همدلی شوهرش از راه دور می‌گوید:

«(شوهرم). زنگ هم که می‌زد، اصلاً باهاش حرف نمی‌زد. در بیمارستان فقط اشک می‌ریختم. گریه می‌کردم، می‌گفت: تو گریه نکن تو که گریه می‌کنی اینجا حال من بد می‌شود. فکر می‌کنی من نمی‌خواهم ببایم، حالا من یک روز هم ببایم چه اتفاقی می‌افتد. دوباره مرا می‌بینی دل تنگی‌ات بیشتر می‌شود.»

مرضیه دوران بعد از مرده‌زایی و تجربه ذهنی آن واقعه و همدلی همسر را این‌گونه بیان می‌کند:

«همسر من واقعاً و از صمیم قلب بچه‌دوست است، ولی انگار بعد مرده‌زایی من خیلی ضربه‌ی سختی خورد. هم من و هم خودش.»

همدلی‌های دریافت شده از سوی دو گروه زنانه و شوهر غایب در گفته‌های مشارکت‌کنندگان نمودهایی از سطح قوی تا ضعیف داشت.

مضمون دوم: بعد زیستی-روان شناختی تجربه زیسته‌ی بارداری

مسائل ذکر شده در ارتباط با چالش‌های زیستی مرتبط با بارداری برای زنان جامانده از مهاجرت، اغلب به طول دوران بارداری آن‌ها مربوط می‌شود. در این دوره، هم‌زمان با مسائل بارداری، زنان تنها، چالش‌های جسمانی و روانی را به‌گونه‌ای حادث‌تر از زنان دیگر تجربه کرده‌اند. این مضمون در دو مضمون فرعی نیازهای طاقت‌فرسای جسمانی-روانی و مسائل روان‌تنی ترسیم می‌شود.

نیازهای طاقت‌فرسای جسمانی-روانی

در گفته‌های زنان مشارکت‌کننده مفاهیمی مانند ویار، ناتوانی جسمانی انجام کارها، از پا افتادن برای زایمان و پیرتر نشان دادن نسبت به سن تقویمی مورد اشاره قرار گرفتند که همگی بر تغییرات فیزیولوژیک و وضعیت جسمانی زنان دلالت دارند. برخی از مشارکت‌کنندگان در منزل پدر همسرش به همراه با سایر اعضای خانواده زندگی کرده و بیان می‌دارند که قادر به رفع ویار خود در برخی مواقع نبوده‌اند. سمیه در اتاق خودش و در خانه مادر همسرش، حاملگی اول

را تجربه می‌کند، او در مانده از عدم رفع نیازش به عنوان زن تنها با تمام سختی‌های این دوران را می‌گذراند. سمیه در این باره می‌گوید:

«نمی‌توانستم به بقیه بگویم دلم چیزی می‌خواهد یا گرسنه‌ام. و یار هم داشتم) سمیه دست‌هایش را دور سرش حلقه می‌کند و با کلافگی ادامه می‌دهد) باز هم با همه‌ی سختی‌هایش می‌گذراندم».

عنصر دیگر تغییرات جسمانی مورد اشاره این زنان، عملکرد بدنی در دوران بارداری است که کارآمدی سابق را ندارد و شوهر هم غایب است و امور روزمره یا اداری مربوط به او توسط فرزندان یا خانواده سروسامان می‌یابد و باز هم ناچار است، با سختی طاقت‌فرسا پیگیر این امور شود، یا به دیگران متوسل شود.

شهربانو در این مورد می‌گوید:

«علاوه بر مشکلات دیگه در دوران بارداری‌ام، از لحاظ جسمی هم نمی‌توانستم کاری کنم. هیچ کاری نمی‌توانستم انجام دهم. باز کارهایم را دیگران می‌کردند».

در برخی موارد زن جامانده، ناتوانی خود را به زحمت و مشقتی که در دوران بارداری و زایمان بدون همسر، تحمل نموده، نسبت می‌دهد. حمیده خود را پیرتر از سن تقویمی خود دانسته و احساس از کار افتادگی می‌کند:

«آن قدر برای بچه‌ی اول و زایمانم زحمت کشیده بودم که از پا افتادم، من انگار ده سال از سنم پیرتر شده‌ام. خیلی زحمت کشیدم. من نازپرورده و تک دختر در خانه‌ی مادرم، این همه در خانه‌ی شوهر با حاملگی و زایمان تحت فشار قرار گرفته بودم».

تغییرات روانی نیز در بارداری و مسائل بعد از آن تا حدی برای همه زنان طبیعی انگاشته می‌شود. اما این مسائل در گفته‌های زنان در قالب ناراحتی روحی شدید، تجربه اضطراب، استرس و وسواس بیان شده است؛ مسائلی که در غیاب شوهر تشدید شده و حالتی وسواس گونه پیدا می‌کند. شهربانو در این خصوص می‌گوید:

«اضطراب دارم و زمانی که شوهرم نیست بیشتر هم می‌شود، خب در مدت بارداری دومم این زیاد هم شده بود، انگار نمی‌توانستم کنترلش کنم».

حمیده بدون وقفه صحبت می‌کند. او در تمام طول مصاحبه نگران است، او به علت مشکلات بارداری اول که همسرش را در کنار خود نداشته، گرفتار استرس و وسواس شده است و می‌گوید:

«من در نبود شوهرم گرفتار استرس و وسواس می‌شوم، برای بچه‌ی اولم که نبود این‌طور شدم».

مسائل روان - تنی

مسائل روان - تنی مرتبط با بارداری در مفاهیمی مانند: ترس از شب و تنهایی، خجالت از ابراز نیازهای عادی، خم شدن زیر بار مشکلات، تجربه محدود آرامش زیاد با حضور مرد توصیف شده است. سمیه می‌گوید:

«وقتی حامله بودم دلم می‌خواست یکی پیشم باشد. شب‌ها هر چه بود ترسناک بود. بچه بردار شوهرم می‌گفت: زن عمو پهلوی تو می‌خوابم تنها نباشی».

خجالت در ابراز نیاز به دیگران، مشکل دیگری است که حدود نیمی از مشارکت‌کنندگان به آن اشاره نموده‌اند. این مشکل روانی تا حد زیادی بر اثر شرایط زندگی این زنان خودنمایی می‌کند. زهرا یکی از مشارکت‌کنندگان احساس نیاز خود را به جهت عدم حضور شوهرش و خجالت از طرح درخواست‌های عادی دوران بارداری این‌طور بیان می‌کند:

«شب‌هایی که حالم خوب نبود یا شب‌هایی که یک‌چیز خوراکی می‌خواستم که نمی‌توانستم خودم بیرون بروم و بخرم خجالت می‌کشیدم به بقیه بگویم، بیایید بروید این را برایم بخرید».

حمیده، مشکلات زایمان در بیمارستان را برای خود قابل تحمل نمی‌بیند و تجربه‌ی خم شدن زیر بار این مشکلات را با آرزوی بودن مرد در کنار خود این‌گونه بیان می‌کند:

«زیر بار همه مشکلات بیمارستان، فقط اشکم می‌آمد. گریه می‌کردم. همش می‌گفتم کاش شوهرم بود».

موضوع مهم دیگر در ارتباط با بارداری، انجام امور اداری و بیمارستانی هنگام زایمان بود. وضعیتی که حتی در مواردی موجب سردرگمی این زنان در حین زایمان شده است. سمیه این مورد را تجربه کرده، او همیاران زایمان قبلی‌اش را از دست داده و می‌گوید:

«در آن مشکلات زایمان، مامانم که واقعاً نمی‌توانست بیاید. پای آن بچه‌ام نشسته بود. واقعاً ساختم بود. بقیه هم مشکلات خودشان را داشتند. برای انجام کارهای بیمارستان سردرگم بودم نمی‌دانستم چه کنم».

تعدادی از زنان، حضور شوهر در هنگام زایمان را نه وضعیتی «طبیعی»، بلکه اسباب شادی و هیجان خود دانسته و آن لحظه را یکی از مهم‌ترین و شادی‌آفرین‌ترین لحظات زندگی خود یاد کرده‌اند. تجربه‌ای که تنها برای تعداد کمی از زنان اتفاق افتاده است. حمیده که وسواس زیادی را برای بارداری قبلی تجربه کرده بود، می‌گوید:

«دیگه برای بچه دوم شوهرم بود. دیگه این قدر در دسر نکشیدم. آرامش زیادی داشتم که برای زایمانم او هست. استرس و نگرانی انجام کارها را نداشتم.»

در کل این زنان مسائل جسمانی و روان‌شناختی خود در دوران بارداری و زایمان را حاد و دردسز آفرین دانسته و نبود شوهر را به‌عنوان همراه و همیار و محرم اسرار، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های خود ذکر کرده‌اند. عده‌ای نیز حضور شوهر در هنگام زایمان را مایه‌ی آرامش و قوت قلب خود دانسته و از آن به‌عنوان لحظه‌ای حساس و به‌یادماندنی یاد کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

در جامعه ایران به‌طور سنتی، فرزندان مواهب الهی قلمداد می‌شوند و حضور آن‌ها عادی و مورد انتظار است و اگر زوجین دارای فرزند نباشند باید توضیح داده شود (هاشمی‌نیا و دیگران، ۱۳۹۶: ۶۲). آسوه^۱ و دیگران (۲۰۱۳) معتقدند، از دیدگاه اقتصادی، با فرض اینکه هدف زوجها به حداکثر رساندن سطح مطلوبیت یا رفاه باشد، احتمالاً زوجها فرزندآوری را انتخاب می‌کنند، زیرا رفاه آن‌ها را افزایش می‌دهد؛ اما همیشه و برای همه گروه‌ها این‌گونه نیست. هرچند پروسه‌ی آمادگی برای بارداری، مدیریت آن و نهایتاً زایمان و مراقبت از نوزاد، برای اکثر زنان دغدغه‌ی بزرگی محسوب می‌شود؛ اما چنین دغدغه‌ای در بین زنان تنها و جامانده از مهاجرت محسوس‌تر است. تحقیق حاضر به بررسی تجربه زیسته بارداری زنان جامانده از مهاجرت و تنهایی آنها در دوران بارداری بدون حضور کامل یا منظم شوهر پرداخته است. روش مطالعه، کیفی و پدیدارشناسی توصیفی بوده است. این تحقیق بازه‌ی زمانی بارداری را از زمان تصمیم به بارداری تا مرحله بارداری و زایمان و حتی مرحله مراقبت از نوزاد در نظر گرفته است. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. تحلیل تماتیک داده‌ها بر اساس روش کلایزی، نشان داد که مضامین کلی مرتبط با تجربه‌ی زیسته و ادراک این زنان از فرایند بارداری را می‌توان ذیل ۲ مضمون اصلی شامل بعد اجتماعی تجربه زیسته‌ی بارداری و بعد زیستی-روان‌شناختی تجربه زیسته‌ی دوران بارداری تعریف و شناسایی نمود. هر یک از این مضامین دارای مضامین فرعی تر هستند.

معمولاً در جوامع سنتی زنان باید قابلیت باروری خود را به جامعه ثابت نمایند، اما دوری طولانی مدت شوهر، آن‌ها را با کمبود گزینه‌های انتخاب مواجه می‌کند، چنانچه فرضیه اختلال ادعا می‌کند که تغییرات مرتبط با روند مهاجرت در باروری تداخل ایجاد می‌کند. شایع‌ترین اختلالات مربوط به مهاجرت، جدایی همسر و قطع دیدار همسر است (یانج^۱، ۲۰۰۰: ۱۶۵)، از سویی ترس از باور عامیانه‌ای تحت عنوان نازایی در بین زنان دارای شوهرغایب، آن‌ها را وادار به شروع سریع بارداری می‌نماید. این امر با فرضیه اختلال که تأثیر مهاجرت بر باروری را یک اثر توفقی می‌داند و نقل مکان را به خودی خود با کاهش علاقه برای داشتن یک حاملگی زودرس مرتبط دانسته، به طوری که باروری را کاهش می‌دهد، هماهنگ نیست. گرچه یانج (۲۰۰۰)، ماتییز لچ (۲۰۰۹) (۲۰۱۰) آقاجانیان و دیگران (۲۰۱۱)؛ نیز چنین نتایجی را گزارش نموده‌اند. انگ نازا بودن، طبق نظریه‌ی گافمن، برای این زنان خوشایند نیست؛ اما به اعتقاد زنان این منطقه، حضور مستمر مردان در سایر کشورهای خلیج فارس، به جهت آنکه مردان مهاجر هر از گاهی زنان‌شان را می‌بینند ممکن است بیشتر دچار نازایی شوند.

در ارتباط با عدم تمایل به فرزند بیشتر و تعویق بارداری نیز مسائل خاص مشارکت‌کنندگان نظیر رو زدن به مردم، تنهایی و ترس از زحمت و سختی‌ها، با تمرکز بیشتر مورد بحث بوده است. این سختی‌ها زن را در تنگنا قرار داده و تقاضا برای فرزند بعدی را تحت الشعاع قرار می‌دهد؛ البته تغییر الگو در این رابطه مانند کسب خوشی و لذت و عدم تمایل به بارداری زود هنگام در بین زنان جوان تر دیده می‌شود. کولانتس^۲ (۲۰۱۶) در فیلیپین، نشان می‌دهد که مهاجرت، برخی از زنان را به سمت به چالش کشیدن هنجارهای جنسیتی سنتی و تأخیر در تصمیم‌گیری برای بچه‌دار شدن سوق داده است. برخی از این زنان بعد از داشتن تعداد فرزندان دلخواه، از وسایل جلوگیری نیز برای به تعویق انداختن بارداری استفاده نموده‌اند، ولی بعضی به دلیل احتمال نازایی از آن روی گردان بوده‌اند. الگوی متفاوت استفاده از وسایل جلوگیری در کارهای خارجی دیده می‌شود؛ درحالی که کانال^۳ و دیگران (۲۰۱۳)، دایاما^۴ و دیگران (۲۰۱۲)، منصور^۵ و دیگران (۲۰۱۲) نشان دادند، مهاجرت کاری همسر ممکن است با کاهش استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در میان همسران جامانده مرتبط باشد، آقاجانیان و دیگران (۲۰۱۱) عکس این موضوع را در موزامبیک

1- YANG
2-
3- Khanal
4 -Dayama
5 -Mansur

نشان دادند. اکثر مشارکت کنندگان، ترجیح جنسیتی فرزند مذکر را با عباراتی مانند داشتن ستون و تکیه‌گاه به‌عنوان جانشین مرد غایب نشان داده‌اند. لیلنگ و دیگران (۲۰۱۳) ترجیح جنسیتی پسر بر دختر را در باروری مهاجران نشان می‌دهند. رای^۱ و دیگران (۲۰۱۴) نیز بیان می‌دارند که ترجیح پسر در کشورهای در حال توسعه به‌ویژه در کشورهای آسیای جنوبی غالب است و تأثیر آن بر باروری در حال گذار بیشتر مشهود است. علاقه به فرزند مؤنث معمولاً به‌عنوان همدم زن تنها به تصویر کشیده شده است که می‌تواند به‌عنوان دوست داشتن پیشینی و توجیه پسینی بعد از فرزندآوری و داشتن دختر شناخته شود. چنانچه نصرآباد و علی‌ماندگاری (۲۰۱۹) نشان دادند در حالی که ترجیح پسر در فرهنگ ایرانی ریشه دارد، ترجیح جنسیتی جدید با تمایل شدید به داشتن دختر در شهر تهران در حال ظهور است.

حمایت اجتماعی، تجربه‌ی چگونگی احساس یک فرد برای مراقبت، پاسخگویی و تسهیل توسط افراد در گروه‌های اجتماعی را نشان می‌دهد (هاجلی^۲ و دیگران، ۲۰۱۵). زن جامانده از مهاجرت، مجبور و در مواردی خواهان دریافت حمایت گروه‌های مختلف، در لحظات خاص بارداری، زایمان و مراقبت از نوزاد است. لی و دیزای^۳ (۲۰۲۱) با توجه به نتایج کار دسای^۴ و همکاران (۲۰۱۰) و گلاتی^۵ (۱۹۹۳) بیان می‌کنند، در جامعه هند، فقدان حمایت ابزاری از سوی شوهر، به‌ویژه برای زنان به دلیل انزوای زنانه چالش برانگیز است. زن تنها، از حمایت گروه‌های غیررسمی استقبال می‌نماید. به نظر هوانگ^۶ و دیگران (۲۰۱۰) انتظار می‌رود این حمایت، به رفع محرومیت یک فرد بیانجامد و بار مشکلات آن فرد را کاهش دهد. در این افق معنایی، حمایت می‌تواند به بهبود فرایند یک کار کمک کند. با توجه به شرایط جسمانی زن باردار، کمک‌های ابزاری نمود بیشتری دارد. وضعیت تجربه و ادراک زنان مشارکت‌کننده از حمایت دریافتی‌شان، نشان‌دهنده حمایت وسیعی از سوی گروه خویشاوندی و حتی همسایه‌هاست. نتایج مشابهی در تحقیقات خارجی دیده می‌شود؛ در مقالات دسای و بانر جی^۷ (۲۰۰۸) کائور^۸ (۲۰۲۰) نشان داده‌شده است که کمک

1-Rai

2-Hajli

3- Lei & Desai

4-Desai

5-Gulati

6- Huang

7-Desai & Banerji

8 -Kaur

سایر بزرگسالان در خانواده می‌تواند غیبت شوهر را جبران کند. آرچوم باولت^۱ (۲۰۱۰) اشاره دارد که تنهایی زنان با احاطه شدن توسط شبکه‌ای محکم از دوستان و خانواده کاهش یافته است. در بیشتر مقالات به حمایت پدرسالارانه خانواده شوهر اشاره شده است؛ اما آنچه در گفته‌های زنان مشارکت‌کننده در این خصوص مورد اشاره قرار گرفته، ناخرسندی و ناخشنودی و رودربایستی از خانواده‌ی همسر و مطالبه‌ی حمایت از آنان بوده است. شاید این وضعیت به محدود شدن دایره‌ی تعریف و کاهش میزان احساس مسئولیت خویشاوندی به خویشاوندان درجه اول زن مربوط باشد. البته در انگاره‌ها و ضرب‌المثل‌ها هم به رابطه‌ی پرتنش عروس و مادر شوهر اشاره شده است؛ ولی در اینجا این پرتنش بودگی تا حد زیادی به کل دایره‌ی اقوام شوهر سرایت کرده است. البته شاید چنین وضعیتی، بیانگر تعریف محدود از خویشاوندی، در تقابل با تعریف گسترده و آرمان‌گرایی کمک و احساس مسئولیت خویشاوندی باشد که در پژوهش احمد (۲۰۲۰) هم به آن اشاره شده است. بر اساس پژوهش احمد، در غیاب شوهر، خانواده بزرگ به‌طور کلی، معمولاً از طریق یک مرد مسلط دیگر یا در برخی شرایط، یک زن با موقعیت بالا (مثلاً یک مادر شوهر)، کنترل را حفظ می‌کنند که این امر، حمایت را نیز به دنبال دارد. بحث حمایت به‌گونه‌ای بحث تسهیم عواطف را نیز پوشش می‌دهد. ژان دسیتی^۲ (۲۰۰۷) چهار مؤلفه اساسی شامل سرایت عاطفی، خودآگاهی، انعطاف‌پذیری ذهنی و انتزاع و ظرفیت شناختی برای تنظیم هیجانات را برای تجربه همدلی تعیین می‌کند (مک کافری^۳ ۲۰۱۹: ۲). همدلی از دو مؤلفه‌ی اصلی تشکیل شده است: همدلی شناختی، به معنای درک وضعیت یا حالات هیجانی دیگران و همدلی عاطفی به معنای پاسخ دهی مناسب به این وضعیت (موسوی، ۱۳۹۶: ۷۶). همدلی و تسهیم عواطف زن باردار و تازه‌زایمان کرده، بیشتر با شوهر خود (به‌صورت حضوری یا از راه دور) و گروه زنانه فامیل مادری بوده و در موارد محدودی چنین همدلی‌ای به گروه زنانه فامیل شوهر تسری پیدا کرده است. همدلی دریافت شده از راه دور از شوهر، گرچه عاطفی بوده، ولی نمی‌توانسته قابلیت بالفعل و هیجانی پیدا کند، اما زن در موارد مستأصل شدن به آن نیاز داشته است. در اغلب تحقیقات خارجی، همدلی بین شوهر غایب و همسر جامانده این‌گونه به تصویر کشیده شده است؛ درحالی‌که هندریکسون^۴ و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که مردان مهاجر ارتباط دائمی با زنان جامانده خود دارند، لیکن یی^۵ و دیگران (۲۰۱۴)

1-Archambault
2 -Jean Decety
3-McCaffree
4- Hendrickson
5-Yi

در مطالعه خود نشان می‌دهند که با افزایش بار زایمان و کاهش زمان استراحت، شریک جامانده، نیز ممکن است احساس انزوای ذهنی یا حتی رها شدگی داشته باشد که می‌تواند باعث ایجاد حالت اضطراب جدایی شود. در واقع، غیبت همسر برای مدت طولانی، حمایت عاطفی متقابل را کاهش می‌دهد. بردبری و کارنی^۱ (۲۰۰۴) معتقدند، جدایی فیزیکی همسران، حمایت اجتماعی، روانی و عملی را دشوار می‌کند.

آرتسن و هنس^۲ (۲۰۲۰) بر این باور هستند که افراد اغلب مجموعه‌ای از نقش‌ها را هم‌زمان ایفا می‌کنند و این مجموعه ممکن است در طول زندگی تغییر کند. از طرفی ملون و کلوی^۳ (۲۰۰۸) نیز معتقدند افراد، زمان و انرژی محدودی دارند، بنابراین درگیر شدن در نقش‌های متعدد، نیروی بیش‌ازحدی نیاز دارد. این دیدگاه به‌عنوان فرضیه کمیابی شناخته می‌شود. تعارض و فشار، نتایج محتمل ایفای نقش‌های متعدد هستند. هر چه یک فرد نقش‌های بیشتری را اشغال کند، احتمال اینکه فرد استرس را تجربه کند بیشتر است. زن جامانده و تنها، طبق نظریه کمیابی در لحظاتی که هم‌زمان، باید نقش‌های مختلفی مانند مراقبت از نوزاد، انجام کارهای مردانه بیمارستان و رانندگی را ایفا نماید، نگرانی و اضطراب زیادی را گزارش می‌کند و حتی اگر از عهده انجام کار برآید، فشار و بار مضاعف نقشی زیادی را تحمل می‌کند. در تحقیقات دیگر، این مسئله به‌عنوان افزایش مسئولیت‌ها مورد اشاره قرار گرفته است. زو و بیان^۴ (۲۰۰۵) بار روانی و مسئولیتی، پاراناس^۵ (۲۰۰۵) چالش وظایف ناآشنا و استرس و زو^۶ (۲۰۰۷) فشار نقشی را در چنین مواردی گزارش نموده‌اند. بارداری، توأم با تغییرات فیزیولوژیک و روان‌شناختی بسیار گسترده‌ای است و با وجود احساس لذت مادر شدن، گاهی با تغییرات پاتولوژیک نیز همراه می‌شود (سهرابی و مرتضوی، ۱۳۹۶). در زمینه‌ی تغییرات فیزیولوژیک بدن و صدمات جسمانی، همان‌گونه که کویکل^۷ و دیگران (۲۰۰۴) بیان می‌کنند بار فیزیکی و عاطفی باروری بر دوش زنان و شریک‌شان است؛ ولی وقتی شریک زندگی غایب است، این سختی را باید زن به‌تنهایی تحمل نماید. مسائل زیستی- روانی در بارداری و بعد از آن، خود را نشان می‌دهد. این مسائل برای هر زن بارداری تا حدی طبیعی بوده

-
- 1- Bradbury & Karney
 - 2- Aartsen, M. & Hansen
 - 3- Mullen & Kelloway
 - 4- Zuo Bian
 - 5- Parrenas
 - 6- Zuo
 - 7- Cwikel

و چالش برانگیز نیست؛ اما با تغییر شرایط زندگی، این زنان مسائلی را به جهت جاماندگی، تجربه می کنند. مشارکت کنندگان این تجربه جسمی - روانی را برای خود مسئله‌زا توصیف کرده اند. بلیکا^۱ و دیگران (۲۰۱۸) استدلال می کنند هر مادر باردار، کم‌وبیش دوسوگرایی روان‌شناختی، تغییرات خلقی مکرر، اختلالات عاطفی و اختلال اضطراب-افسردگی مختلط را تجربه می کند. علاوه بر این، حاملگی باعث ایجاد یکسری دلهره‌های خاص در مورد مسیر و نتیجه می شود که بسته به ظرفیت‌های انطباقی در شخصیت زن، او را آسیب پذیر می کند. یی^۲ و همکاران، ۲۰۱۴ علائم افسردگی، سینگ^۳، ۲۰۱۸ تنهایی و ترس و سیر یوردهانا^۴ و همکاران (۲۰۱۵)؛ اضطراب را در بین این زنان گزارش کرده‌اند.

ابعاد روانی و اجتماعی در ارتباط متقابل، شدت و حدت بار بارداری را بر زن جامانده تصویرسازی می کنند. تجربه بارداری با آمیزه‌ای از فرزندخواهی از یک طرف و عدم تمایل به فرزند از سوی دیگر برای زن تنها و جامانده از مهاجرت نمایان می شود. او تجربه بارداری را با الزام‌هایی، برای شروع زودهنگام بارداری آغاز می کند و دوری طولانی مدت شوهر و مدت محدود هم‌خوابگی در زمان حضور، زمان‌بندی مناسبی را برای بارداری او رقم نمی‌زند، انگ نازا خوردن، او را می‌آزارد و از سویی دیگر فرزندان می‌توانند لحظات تنهایی دوری از شوهر را برای او پر نمایند. او در دوسوگی خواستن و نخواستن بچه طی مسیر می‌کند. برای زن جامانده و تنها، دردسرها، مشقات و طی کردن دوران بارداری و بزرگ کردن و مراقبت از نوزاد، نیازمند تحمل و تاب آوری بسیار است، به خصوص اگر حلقه حمایت‌های دور و نزدیک تنگ شده و او را در آشفتگی‌های جسمی و روحی تنها بگذارد. مسئله بارداری و تبعات آن، در اکثر اوقات، بار مضاعف نقشی را در لحظات حساس برای او ایجاد می‌نماید؛ هرچند حمایت گروه‌های مختلف و تسهیم عواطف، این فرآیند را از چالش می‌رهاند و طی کردن مسیر بارداری را هموارتر می‌کند، اما همچنان بار صدمات جسمانی-روانی بارداری بر زن تنهای جامانده سنگینی می‌کند.

1- Bjelica

2- Yi

3-Singh

4-Siriwardhana

منابع

- ◀ امامی سیگارودی، عبدالحسین و دیگران، (۱۳۹۱). «روش‌شناسی تحقیق کیفی: پدیدارشناسی»، پرستاری و مامایی جامع‌نگر، س ۲۲، ش ۶۸.
- ◀ امیدوار، بنفشه و شیدا لیراویانی نژاد، (۱۳۹۷). «تبیین رضایت از نقش مادری: خودکارآمدی مادری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان»، زن و جامعه، س ۹، ش ۴.
- ◀ استعلاجی، علیرضا و ابراهیم فتحی‌نیا، (۱۳۹۶). «تأثیر مهاجرت‌های بین‌المللی و وجوه ارسالی بر اقتصاد کشورها (موردپژوهش: کشور هند)»، نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی، س ۹، ش ۳.
- ◀ اکبری پوررنگ، محمد و سمیرا پور، (۱۴۰۰). تحلیل داده‌های کیفی با رویکرد پدیدارشناسی، بیرجند: دانشگاه بیرجند.
- ◀ بک، چریل تاتانو، (۱۴۰۰). مقدمه‌ای بر پدیدارشناسی با تمرکز بر روش‌شناسی، ترجمه‌ی الهام ابراهیمی و سید محسن علوی پور، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- ◀ بودلایی، حسن، (۱۳۹۵). روش تحقیق پدیدارشناسی، تهران: انتشارات اندیشه احسان.
- ◀ ترابی، فاطمه و رضا شیدانی، (۱۳۹۸). «بررسی عوامل مؤثر بر گرایش زنان ۴۹-۱۵ ساله ساکن شهر تهران به فرزندآوری کمتر»، مطالعات زن و خانواده، د ۷، ش ۲.
- ◀ خانی، فضیله، (۱۳۸۳). پی‌آمد مهاجرت انفرادی مردان بر کارکرد زنان در مناطق روستایی (مطالعه‌ی موردی روستاهای بندپی شرقی، مازندران)، مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، س ۲، ش ۴.
- ◀ راد، فیروز و حمیده ثوابی، (۱۳۹۴). «بررسی گرایش به باروری و عوامل اجتماعی مرتبط با آن (مطالعه موردی زنان متأهل ۵۰-۱۵ ساله ساکن شهر تبریز)»، مطالعات زن و خانواده، د ۳، ش ۱.
- ◀ رستمعلی‌زاده، ولی‌الله و قربان حسینی، (۱۳۹۵). «مهاجرت‌های روستایی در ایران و پیامدهای آن بر جامعه روستایی»، راهبرد فرهنگی و اجتماعی، د ۵، ش ۱۹۱.
- ◀ کرسول، جان، (۱۳۹۱). پوشش کیفی و طرح پژوهش، انتخاب از میان پنج رویکرد (روایت پژوهی، پدیدارشناسی، نظریه‌ی داده‌بنیاد، قوم‌نگاری، مصاحبه‌ی موردی)، ترجمه حسن دانایی‌فرد و حسین کاظمی، تهران: انتشارات صفار، ویرایش دوم.
- ◀ کمال، حمیرا، (۱۳۸۳). بررسی آثار تاریخی و هنری (درون‌شهری و برون‌شهری)، شیراز: انتشارات نوید شیراز، چاپ اول.
- ◀ محمودیان، حسین، (۱۳۷۹). «پژوهشی در زمینه‌های نظری و نتایج تجربی مهاجرت و باروری»، نامه علوم اجتماعی، ش ۱۵.
- ◀ محمودیان، حسین و رضا نوبخت، (۱۳۸۹). «مذهب و باروری: تحلیل رفتار باروری گروه‌های مذهبی سنی و شیعه شهر گله‌دار استان فارس»، مسائل اجتماعی ایران، س ۱، ش ۱.
- ◀ موسوی، پانته‌آ، (۱۳۹۶). ساختار عاملی مدل همدلی بر اساس پرسش‌نامه‌ی بهره‌ی همدلی در یک نمونه بزرگ‌سال ایرانی: تازه‌های علوم انسانی، س ۱۹، ش ۱.

- ◀ نیازی، محسن و دیگران، (۱۳۹۴). «فرا تحلیل عوامل اجتماعی مؤثر در ایران»، توسعه و رفاه اجتماعی، س ۷، ش ۲۹.
- ◀ وطن‌خواه نوغانی و دیگران، (۱۳۹۷). «شناسایی مهم‌ترین اثرات مهاجرت انفرادی مردان سرپرست خانوار بر زنان روستایی (مورد مطالعه: شهرستان مشهد)»، پژوهش‌های روستایی، د ۹، ش ۱.
- ◀ وثوقی، محمدباقر و دیگران، (۱۳۸۷). *تاریخ مفصل لارستان*، تهران: همسایه، چاپ دوم.
- ◀ هاشمی نیا، فاطمه، ماهرخ رجبی و علی یاراحمدی، (۱۳۹۶). «بررسی نگرش زنان به ارزش فرزندان مطالعه موردی: زنان ۱۵-۴۹ ساله شهر شیراز»، جامعه‌شناسی کاربردی، س ۲۷، ش ۲۷.
- ◀ همتی، رضا و مریم گنجی، (۱۳۹۵). «مهاجرت انفرادی مردان از روستا و چالش‌های پیش روی زنان جامانده»، توسعه محلی (روستایی - شهری)، د ۸، ش ۱.
- ◀ همدانیان، فاطمه، خلیل نعمت و روشنگر خدابخش، (۱۳۹۰). نگره‌ای بر «مادری» در روان‌شناسی و ادبیات ادیان، پژوهش‌نامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، س ۲، ش ۱.
- ▶ Aassve, A. Goisis, A. & Sironi, M. (2013). Happiness and childbearing across Europe, *Social Indicators research*, v 108, 65-6. [onlibe\(https://link.springer.com/article\)](https://link.springer.com/article).
- ▶ Aartsen, M. & Hansen, T. (2020). Social Participation in the Second Half of Life, *Encyclopedia of Biomedical Gerontology*.
- ▶ Abernethy, V. 1996. Environmental and ethical aspects of international migration. *International Migration Review* 30, no. 1.
- ▶ Agadjanian, V. Yabiku, S. & Cau, B. (2011). Men's migration and women's fertility in rural Mozambique. *Demography*, 48(3).
- ▶ Archambault, C. S. (2010). Women Left Behind? Migration, Spousal Separation, and the Autonomy of Rural Women in Ugweno, Tanzania, *Chicago Journals*, Vol. 35, No. 4 (Summer 2010), pp. 919-942. <http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>.
- ▶ Bjelica, A. Cetkovic, N, Trninic-Pjevic, A, Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy — a psychological view, *Ginekologia Polska*, Vol 89, No 2.
- ▶ Bradbury, T. N. & Karney, B. R. (2004). Understanding and altering the longitudinal course of marriage. *Journal of Marriage and Family*, 66.
- ▶ Casterline, J. B. 2001. The pace of fertility transition: National patterns in the second half of the twentieth century. *Population and Development Review*

27, no. 1.

- Catherine, Gladwell(2020). The impact of educational achievement on the integration and wellbeing of Afghan refugee youth in the UK, *Journal of Ethnic and Migration Studies*.
- Cengiz, Bahcekapili & Buket, Cetin(2015). Impacts of Forced Migration on Regional Economies: The Case of Syrian Refugees in Turkey, *International Business Research*, Vol. 8; Iss. 9.
- Cipriani, Giam Pietro (2006). Endogenous Fertility, International Migration and Growth”, *Risec*, Volume 53 (2006), No. 1.
- Clifford, D. (2009). Spousal separation, selectivity and contextual effects: Exploring the relationship between international labor migration and fertility in post-Soviet Tajikistan. *Demographic Research*, 21(32).
- Collantes, C. 2016. “Reproductive Dilemmas, Labour and Remittances: Gender and Intimacies in Cavite, Philippines. *South East Asia Research* 24 (1).
- Cwikel, J. Gidron, Y. Sheiner, E.(2004). Psychological interactions with infertility among women,, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 117 126–131, doi:10.1016/j.ejogrb.2004.05.004.
- Davis, Jason & David Lopez-Carr (2010). The effects of migrant remittances on population–environment dynamics in migrant origin areas: international migration, fertility, and consumption in highland Guatemala”, *Popul Environ*, 32.
- Dayama, S, J. Kosambiya, and S. Kantharia. 2012. “A Qualitative Approach to Various Factors Affecting Health of Seasonal Migrants. *Healthline, Journal of Indian Association of Preventive and Social Medicine* 3 (2).