



# منوی باز برخی مراکز در برابر زوج‌های خواهان فرزند!

## درمان‌های آی‌وی‌اف مخصوص زوج‌های نابارور است نه زوج‌های سالم

### ■ زهرا چپندری

مادر شدن از ناپ‌ترین احساساتی است که برخی افراد برای تجربه آن با چالش‌هایی مواجهند. طبق آمارها حدود یک پنجم از زوج‌ها در کشورمان با مشکل ناباروری مواجهند و نمی‌توانند به‌طور طبیعی بچه‌دار شوند.
حالا بر اساس مصوبه جدید مجلس و طرح جوانی جمعیت، زوج‌های نابارور برای درمان ناباروری‌شان از سوی دولت مورد حمایت قرار گرفته‌اند. در این میان اما برخی مراکز درمان ناباروری در کنار کارکرد اصلی‌شان که کمک به درمان زوجین نابارور است، وارد حوزه کارهای تجاری و تبلیغاتی

**آقای دکتر صادقی تبارا در حال حاضر آمار ناباروری در کشورمان چگونه است؟**
۲۰ درصد زوجین نابارور هستند و قریب به ۴ میلیون زوج نابارور داریم.
**یعنی از آمار جهانی بالاتر است؟**
نه چندان حدود ۲-۳ درصد.
**دلیل این تفاوت دو، سه درصدی چیست؟**
عوامل طیف از وی‌اف یا میکرو اینجکشن است این مسئله تأثیرگذار است اما خُب قطعی نیست.
**در حال حاضر هزینه درمان ناباروری به چه صورت است و بیمه‌ها چگونه از زوج‌های نابارور حمایت می‌کنند؟**

درمان ناباروری به چهار تیپ درمان مختلف گفته می‌شود. آنچه در حال حاضر مورد حمایت دولت و بیمه‌ها قرار گرفته، درمان آی‌وی‌اف است. عمده درمان ناباروری آی‌وی‌اف یا میکرو اینجکشن است که سه بخش دارد: یکی هزینه‌های بررسی بیمار، خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی که حدود ۲۰ درصد از هزینه‌های درمان مربوط به این قسمت است. بعد از این مرحله وقتی مادر کاندید آی‌وی‌اف شد باید داروهایی را دریافت کند که اغلب هم داروهای گران‌قیمتی است و از سال ۹۲ تحت پوشش بیمه بوده است.
مصرف یک دوره از این داروها رقم ثابتی نیست اما از ۲-۳ میلیون تا ۶-۷ میلیون تومان هزینه دارد. حدود ۵۰ درصد از درمان آی‌وی‌اف مربوط به هزینه‌های اتاق عمل و جنین‌شناسی است که در حال حاضر حدود ۷ میلیون تومان از هزینه‌های این قسمت از درمان ناباروری را بیمه پوشش می‌دهد. هزینه این بخش از درمان ناباروری در بخش طرف قرارداد بیمه همین حدود و برای مراکز خصوصی حدود ۱۰ تا ۱۲ میلیون تومان است.

**پس پوشش ۹۰ درصدی نیست؟**

بر اساس مصوبات مجلس و اقداماتی که بیمه سلامت ایران انجام داده است، فارغ از درصد پوشش در حال حاضر ۷ میلیون تومان از هزینه کپیج اتاق عمل و جنین‌شناسی را بیمه تقبل و پرداخت می‌کند و اگر مرکز خصوصی باشد باید مابه‌التفاوت را خود بیمار پرداخت کند. مردم اگر به مرکزی مراجعه کردند که هزینه درمانشان ۱۷ میلیون شد انتظار نداشته باشند ۹۰ درصد هزینه‌هایش را دولت بدهد بلکه این ۹۰ درصد هزینه جنین‌شناسی و اتاق عمل برای مراکز غیردولتی طرف قرارداد بیمه‌هاست. البته در حال حاضر حتی اگر بیمار در مرکزی خصوصی تحت درمان قرار گیرد می‌تواند با ارائه مدارک به بیمه این کمک ۷ میلیون تومانی را دریافت کند.

**آقای دکتر! در برخی سایت‌ها با تبلیغاتی برای دوقلوزایی از سوی برخی مراکز درمان ناباروری مواجهیم. آیا این تبلیغات مجاز است و آیا به واسطه داروها و درمانی که در این رابطه وجود دارد این مسئله برای مادر یا خطراتی همراه است؟**
مادر شدن از ناپ‌ترین احساساتی است که برخی افراد برای تجربه آن با چالش‌هایی مواجهند. طبق آمارها حدود یک پنجم از زوج‌ها در کشورمان با مشکل ناباروری مواجهند و نمی‌توانند به‌طور طبیعی بچه‌دار شوند.
حالا بر اساس مصوبه جدید مجلس و طرح جوانی جمعیت، زوج‌های نابارور برای درمان ناباروری‌شان از سوی دولت مورد حمایت قرار گرفته‌اند. در این میان اما برخی مراکز درمان ناباروری در کنار کارکرد اصلی‌شان که کمک به درمان زوجین نابارور است، وارد حوزه کارهای تجاری و تبلیغاتی

در امور پزشکی به‌طور کلی اگر با اهداف تجاری و اقتصادی اطلاع‌رسانی شود، مذموم است و ما حتی عمل قلب باز را هم تجاری نمی‌کنیم و می‌گوییم برای هر کس نیاز است باید این عمل انجام شود. ما حدود چهل واندی مرکز درمان ناباروری در تهران داریم که ممکن است برخی از این مراکز در فضای مجازی فعالیت‌هایی داشته باشند که بوی تبلیغ از آنها به مشام برسد. اما به‌طور کلی در حوزه علوم پزشکی اگر اطلاع‌رسانی با مضمون آگاه شدن مراجعه‌بیماران برای گرفتن خدمات بهتر یا آشنایی از انواع خدمات یک حوزه برای انتخاب بهتر که قطعاً جنبه تبلیغاتی‌اش قابل تشخیص است، هیچ اشکالی ندارد. اما اگر با هدف

تبلیغات یا القای یک نیاز برای اینکه مردم بیایند و آن خدمت را آماراد بر نیازشان بگیرند، مضموم است و به هیچ عنوان توصیه نمی‌شود. به هر حال در حوزه پزشکی تبلیغات به هیچ عنوان مجاز نیست بلکه برای اطلاع‌مخاطبان به صورت علمی و نه تجاری باید صورت گیرد. تبلیغ برای چندقلوایی هم به نظر می‌رسد که در حوزه تبلیغات غیرمجاز قرار بگیرد و اتفاقاً چندقلوایی حتی می‌تواند خطرناک باشد.

**اجازه بدهید سؤالم را اینگونه مطرح کنم، آیا امکان این وجود دارد که مادری انتخاب کند فرزندش یک یا دوقلو باشد؟**

مادر می‌تواند درخواست کند اما نمی‌تواند تعیین کند؛ چراکه شرایط بالینی مادر به عبارتی وضعیت جسمی، اندازه رحم و قطر لگن بسیار مهم است و باید دید آیا مادر می‌تواند بچه‌ها را تحمل کند و سالم به دنیا بیاورد یا خیر؟ این کار تنها در پروسه آی‌وی‌اف می‌تواند اتفاق بیفتد و هیچ‌گاه توصیه نمی‌شود مادری که به شکل طبیعی می‌تواند باردار شود در پروسه آی‌وی‌اف قرار بگیرد و با آی‌وی‌اف چندقلو شود. این کار با آی‌وی‌اف قابل انجام است که ما می‌توانیم یک دو یا سه جنین را منتقل کنیم. در حال حاضر سیاست بسیاری از مراکز درمان ناباروری در دنیا به سمت بارداری یک قلو پیش می‌رود و ما توصیه نمی‌کنیم دوقلو یا بیش از دو قلو را ترویج کنیم؛ چراکه این کار می‌تواند برای مادر یا عوارضی همراه باشد.

**بنابراین شما درمان آی‌وی‌اف را فقط برای زوج‌های نابارور توصیه می‌کنید؟**

برای افرادی که به صورت طبیعی می‌توانند باردار شوند، راهکارهای دارویی برای کمک به دوقلوزایی وجود دارد. اما توصیه می‌شود فردی که به صورت طبیعی باردار می‌شود برای دوقلوزایی وارد پروسه درمان آی‌وی‌اف نشود. فردی که به صورت طبیعی باردار می‌شود باید از مسیر طبیعی پیش برود نه درمان آی‌وی‌اف.

**درباره تعیین جنسیت چطور؟**

حتماً برای تعیین جنسیت باید از تکنیک‌های درمان ناباروری استفاده شود. بعد از انجام یک مرحله درمان ناباروری فعالیت تشخیصی آزمایشگاهی زنیتک انجام شود تا بتوان تعیین کرد که کدام جنین‌ها دختر و کدام پسر هستند تا طبق خواسته زوج برایشان اقدام شود.

متأسفانه در کشور ما اغلب خانواده‌ها به دنبال جنس مذکر هستند و پسر می‌خواهند. من معتقدم هر جنسی خداوند به پدر و مادر عطا می‌کند لطف و نعمت و هدیه خداست.

**ظاهراً حتی برای آی‌وی‌اف هم محدودیت‌هایی برای تکسار درمان وجود دارد و این مسئله در پوشش بیمه‌ها هم لحاظ شده، درست است؟**

تا سن ۴۲ سال خانم‌ها می‌توانند تا سه بار در سال تحت درمان آی‌وی‌اف قرار بگیرند. ممکن است فردی با یک بار در مان موفق نشود. در درمان آی‌وی‌اف شانس درمان ۳۵ تا ۴۰ درصد است.

**این محدودیت سه بار در سال به خاطر عوارض داروهای آی‌وی‌اف است؟**

بله، این میزان حجم داروهای هورمونی را به مادر تزریق کردن می‌تواند عارضه‌زا باشد اما در فرآیند درمان ناباروری جنین‌های اضافی را که به دست می‌آوریم دور نمی‌بریم. ممکن است مادری در طول یک دوره درمان ۱۰ جنین خوب داشته باشد که این که تصمیم به داشتن بچه دارند هر چه زودتر نسبت می‌شود. بر این اساس اگر موفقیت حاصل نشد دیگر لازم نیست مادر این پروسه دارویی را بگیرد و عوارزش را تحمل کند تا زمانی که جنین‌های فریز شده دارد از آن جنین‌ها برایش استفاده می‌شود و یک پروسه درمانی بسیار بسیار ملایم‌تری فقط جهت آمادگی رحم اعمال می‌شود.

**اگر این درمان موفق باشد و مادر دیگر نیازی به جنین‌های فریز شده خود نداشته باشد، امکان اهدای آنها به دیگر زوج‌های نابارور وجود دارد؟**

بله مادر می‌تواند بعد از بچه‌دار شدن اگر تمایل دارد جنین‌های فریز شده را به مرکز واگذار کند تا برای زوجینی که به صورت طبیعی از داشتن فرزند محروم



**یک مطالعه جدید پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۳۰ حداقل ۷/۴ میلیون نوزاد دختر کمتر در جهان به دنیا می‌آیند و در نتیجه این روند، تا سال ۲۱۰۰ این رقم به ۲۲ میلیون می‌رسد.**
از سوی دیگر خدماتی همچون استفاده از تکنیک‌های درمان ناباروری برای دو یا چندقلو زایی یا انتخاب جنسیت جنین مستلزم مصرف داروهای هورمونی از سوی مادر و عوارض جانبی این داروهاست.
درمان ناباروری و خدمات لوکس برخی مراکز درمان ناباروری از جمله موضوعاتی است که برای پاسخ به آنها با دکتر علی صادقی تبار، مدیر مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر پژوهشگاه ابن‌سینا به گفت‌وگو نشستیم.

متأسفانه در کشور ما اغلب خانواده‌ها به دنبال جنس مذکر هستند و پسر می‌خواهند. من معتقدم هر جنسی خداوند به پدر و مادر عطا می‌کند لطف و نعمت و هدیه خداست.

**ظاهراً حتی برای آی‌وی‌اف هم محدودیت‌هایی برای تکسار درمان وجود دارد و این مسئله در پوشش بیمه‌ها هم لحاظ شده، درست است؟**

تا سن ۴۲ سال خانم‌ها می‌توانند تا سه بار در سال تحت درمان آی‌وی‌اف قرار بگیرند. ممکن است فردی با یک بار در مان موفق نشود. در درمان آی‌وی‌اف شانس درمان ۳۵ تا ۴۰ درصد است.

**این محدودیت سه بار در سال به خاطر عوارض داروهای آی‌وی‌اف است؟**

بله، این میزان حجم داروهای هورمونی را به مادر تزریق کردن می‌تواند عارضه‌زا باشد اما در فرآیند درمان ناباروری جنین‌های اضافی را که به دست می‌آوریم دور نمی‌بریم. ممکن است مادری در طول یک دوره درمان ۱۰ جنین خوب داشته باشد که این که تصمیم به داشتن بچه دارند هر چه زودتر نسبت می‌شود. بر این اساس اگر موفقیت حاصل نشد دیگر لازم نیست مادر این پروسه دارویی را بگیرد و عوارزش را تحمل کند تا زمانی که جنین‌های فریز شده دارد از آن جنین‌ها برایش استفاده می‌شود و یک پروسه درمانی بسیار بسیار ملایم‌تری فقط جهت آمادگی رحم اعمال می‌شود.

**اگر این درمان موفق باشد و مادر دیگر نیازی به جنین‌های فریز شده خود نداشته باشد، امکان اهدای آنها به دیگر زوج‌های نابارور وجود دارد؟**

بله مادر می‌تواند بعد از بچه‌دار شدن اگر تمایل دارد جنین‌های فریز شده را به مرکز واگذار کند تا برای زوجینی که به صورت طبیعی از داشتن فرزند محروم

متأسفانه در کشور ما اغلب خانواده‌ها به دنبال جنس مذکر هستند و پسر می‌خواهند. من معتقدم هر جنسی خداوند به پدر و مادر عطا می‌کند لطف و نعمت و هدیه خداست.

### ■ جمعیت‌یاب‌دار



## چند فرزندها شادترند

### ■ محمدمهدی نیک‌ضمیر

با اجرای سیاست‌های تحدید جمعیت در دهه ۷۰، بسیاری از خانواده‌ها به تک‌فرزندی روی آوردند. هم‌اکنون در جامعه با جوانان دهه هفتادی مواجه هستیم که اغلب آنها تک‌فرزند یا نهایتاً دارای یک خواهر و برادر هستند. اگر پای درددل این افراد بنشینیم، به‌طور یقین خاطرات خوشایندی از تک‌فرزند بودن‌شان ندارد.

تک‌فرزندها معمولاً محور و کانون توجه پدر و مادر هستند و این مسئله وابستگی شدیدی بین آنها و والدین ایجاد می‌کند. از سوی دیگر این افراد از همراهی با گروه همسالان خود محروم می‌مانند. این در حالی‌است که بسیاری از مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی کودکان در مواجهه با سایر اعضای خانواده و خواهر و برادرها شکل می‌گیرد اما تک‌فرزندان از چنین نعمتی برخوردار نبوده‌اند.

در واقع کودکان و نوجوانانی که در کنار خواهر یا برادر و همسالان قرار می‌گیرند می‌آموزند که باید برای کسب موفقیت تلاش کنند و خانواده‌ها با درک فرزندان و خلق فرصت‌ها و قرار دادن آنها در موقعیت‌ها و فعالیت‌های اجتماعی می‌توانند وجود

این مهارت را در فرزند خود تقویت کنند. برخی خانواده‌هایی که یک فرزند دارند، چالش اجتماعی شدن فرزند و لذت در کنار دیگر کودکان و گروه هم‌سال بودن را در ارتباطات خانوادگی و فامیلی و حضور و همراهی با فرزندان دیگر اعضای خانواده و فامیل برطرف می‌کنند؛ امری که هر چند جایگزین زندگی و همراهی همیشگی با خواهر و برادر نمی‌شود اما تا حدودی می‌تواند این خلأ را برطرف کند.

اما در برخی موارد که اطرافیان و سایر دوستان و آشنایان نیز فرزندان هم‌ردیف سنی خانواده‌های تک‌فرزند ندارند یا چالش‌هایی در مسیر اجتماعی شدن این بچه‌ها مواجهیم.

همچنین در بسیاری موارد والدین در تربیت تک‌فرزند خود دچار یک کمال‌گرایی افراطی و یک نگاه ایده‌آلیستی می‌شوند به‌طوری‌که می‌خواهند تمام آنچه را نداشته‌اند و برایشان محقق نشده‌است در فرزندان خود ببینند که این مسئله واردات تربیتی و روانی جدی را به فرزندان تک‌فرزند وارد می‌کند.

احساس تنهایی و فقدان حمایتگر در صورت فقدان پدر و مادر هم یکی از جدی‌ترین چالش‌هایی‌است که تک‌فرزندها با آن مواجهند. در خانواده‌های چند فرزند، خواهرها و برادرها از یکدیگر حمایت روانی، عاطفی و حتی مالی دارند و پشتیبان یکدیگر هستند و این ارتباطات و حمایتگری‌ها حتی در صورت فوت والدین باقی می‌ماند و چه بسا مستحکم‌تر هم می‌شود. اما تک‌فرزندان بعد از درگذشت والدین عملاً تنها می‌شوند و هیچ حمایتگر عاطفی و روانی ندارند.
همچنانکه در فرآیند بزرگ شدن‌شان هم به دلیل نداشتن خواهر و برادر و یک هم‌بازی که بتوانند هم‌ها و شادی‌هایشان را با او تقسیم کنند این حس تنهایی آنها را همراهی می‌کند.

از سوی دیگر والدین تک‌فرزندها هم در دوران پیری و ناتوانی با چالش بیشتری مواجه هستند چون تنها یک فرزند دارند. یک فرزند باید از آنها حمایت و نگهداری کند و خواهر و برادر فرزندان دیگری نیستند تا وظایف مرتبط با پدر و مادر در بین آنها تقسیم شود و حمایت بیشتری از والدین پیر خود داشته باشند. در چنین شرایطی

از سوی دیگر والدین تک‌فرزندها هم در دوران پیری و ناتوانی با چالش بیشتری مواجه هستند چون تنها یک فرزند دارند. یک فرزند باید از آنها حمایت و نگهداری کند و خواهر و برادر فرزندان دیگری نیستند تا وظایف مرتبط با پدر و مادر در بین آنها تقسیم شود و حمایت بیشتری از والدین پیر خود داشته باشند. در چنین شرایطی

از سوی دیگر والدین تک‌فرزندها هم در دوران پیری و ناتوانی با چالش بیشتری مواجه هستند چون تنها یک فرزند دارند. یک فرزند باید از آنها حمایت و نگهداری کند و خواهر و برادر فرزندان دیگری نیستند تا وظایف مرتبط با پدر و مادر در بین آنها تقسیم شود و حمایت بیشتری از والدین پیر خود داشته باشند. در چنین شرایطی