

عبور از گذرگاه پرتنش تردید و انتخاب: تجارب مادران از مواجهه و پذیرش حمل جایگزین

میترا زندی^۱، دکتر زهره ونکی^{۲*}، دکتر مرضیه شیوا^{۳*}، دکتر عیسی محمدی^۴، دکتر نرگس باقری لنگرانی^۵

تاریخ دریافت: 1391/05/25 تاریخ پذیرش: 1391/08/24

چکیده

پیش زمینه و هدف: تجارب زنان نابارور به هنگام مواجهه با راهکار حمل جایگزین و تصمیم گیری برای داشتن فرزند از این طریق، موضوعی است که در تحقیقات به آن پرداخته نشده است. شناخت عمیق تجربه مادران پذیرنده حمل جایگزین جهت برنامه ریزی‌های مراقبتی آتی بسیار مهم بوده لذا، هدف از این مطالعه تبیین تجارب مادران استفاده کننده از حمل (رحم) جایگزین به هنگام مواجهه با راهکار حمل جایگزین بوده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه کیفی (سال ۹۱-۱۳۸۹)، ۱۱ نفر از مادرانی که برای اولین بار از حمل جایگزین کامل برای درمان ناباروری خود استفاده نموده بودند و ۵ نفر از پرسنل تخصصی که مورد مشورت مادران در انتخاب روش درمان قرار می‌گرفتند، به صورت هدفمند از پژوهشگاه رویان و سایر مراکز ناباروری کشور انتخاب شدند. در مجموع ۲۵ مصاحبه بدون ساختار و عمیق با ۱۶ نفر صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از روش آنالیز محتوای کیفی قراردادی تحلیل گردید.

یافته‌ها: تحلیل تجارب مشارکت کنندگان مضمون اصلی «عبور از گذرگاه پرتنش تردید و انتخاب» را نمایان ساخت که از دو درون مایه فرعی و ۷ زیر طبقه شکل گرفته است. درون مایه‌های فرعی شامل: ۱. حسرت داشتن فرزند شامل دو بعد «رنج ناباروری» و «در آرزوی مادر شدن». ۲. انتخاب تنها راه امید شامل پنج بعد «جمع آوری اطلاعات از منابع مختلف»، «مخمصه تصمیم گیری»، «مقاومت و تردید در پذیرش حمل جایگزین»، «اولویت سنجی راهکارها» و «آغاز پذیرش حمل جایگزین» می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری: زنان نابارور در مواجهه با تکنولوژی‌های کمک باروری، فرآیند دشواری را تا تصمیم گیری نهایی طی می‌کنند. پرستاران تأمین کنندگان مراقبت از خانواده و جامعه می‌باشند و می‌توانند نقش شایان توجهی را در ارائه اطلاعات کافی و در نتیجه پذیرش آگاهانه روش‌های نوین کمک باروری و همچنین حمایت عاطفی از آنان ایفا نمایند.

کلید واژه‌ها: پذیرش تدریجی، حمل (رحم) جایگزین، تکنولوژی کمک باروری، ناباروری

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره ششم، پی در پی 41، بهمن و اسفند 1391، صص 807-823

آدرس مکاتبه: دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، گروه پرستاری، تلفن:

Email: vanaki_z@modares.ac.ir

مقدمه

ناباروری مشکلی زنانه تلقی می‌شود. از این رو زنان نابارور با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان روبرو می‌باشند. همچنین فرزندآوری در بسیاری از فرهنگ‌ها به عنوان یکی از کارکردهای خانواده و ناباروری امری ناخوشایند محسوب می‌شود (۱).

در جوامعی از جمله ایران که فرزندآوری جزئی از پایگاه اجتماعی و هویت زنان است و داشتن فرزند منبعی از قدرت زن در خانواده و جامعه محسوب می‌شود، علی‌رغم این که زنان و مردان به یک میزان علت ناباروری می‌باشند اما معمولاً

^۱ دانشجوی دکترای پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری

^۲ دانشیار، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاددانشگاهی تهران (نویسنده مسئول)

^۴ دانشیار، دانشگاه تربیت مدرس تهران، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری

^۵ استادیار، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاددانشگاهی تهران

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ۱۰ الی ۱۵ درصد از زوج‌های جهان (بیش از ۸۰ میلیون) با مشکل ناباروری مواجه بوده (۲) و در ایران حدود یک چهارم زوج‌های ایرانی، ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترکشان تجربه می‌کنند (۳). امروزه با توسعه فناوری‌های نوین در عرصه دانش پزشکی، امکانات و توانمندی‌های تازه‌ای فرا روی بشر قرار گرفته است. ناباروری یکی از حیطه‌هایی است که پیشرفت علم پزشکی و فناوری‌های مربوطه توانسته است امکان پاسخ گویی به نیاز انسان‌ها را فراهم آورد (۵،۴). حمل جایگزین یکی از روش‌های جدید کمک باروری است و استفاده از آن، راه حلی انتخابی برای داشتن فرزند است که بسیاری از فقها و حقوق دانان شیعه نیز آن را جایز دانسته‌اند (۶). به طور کلی بیشترین موارد درمان با حمل جایگزین، از نوع ناقص یا کامل، در آمریکا رخ می‌دهد (۷). تعداد کودکان متولد شده از حمل جایگزین کامل در آمریکا از سال ۲۰۰۴-۲۰۰۸ یعنی در طول ۴ سال ۸۹ درصد افزایش یافته است (۸).

استفاده از حمل جایگزین پس از چند دهه کاربرد، هم اکنون در جامعه ما نیز مطرح شده و قابل اجراست (۷). در ایران طرح استفاده از حمل جایگزین برای اولین بار در سال ۱۳۸۰ توسط برخی از درمانگاه‌های ناباروری به اجرا درآمده است (۹). فناوری‌های پیشرفته درمان ناباروری به سرعت در مناطق مختلف دنیا به ویژه در جهان اسلام رو به گسترش است. با این حال، همه زوجین نابارور از روش‌های جدید استفاده نمی‌کنند و تصمیم گیری در مورد آن متأثر از درک آن‌ها و نیز انتظارات و نگرش جامعه نسبت به استفاده از این فناوری‌ها است (۱). چگونگی فهم و برخورد با ناباروری به عوامل فرهنگی بستگی دارد (۱۰). همچنین در بسیاری از جوامع، ارزش‌های مذهبی از عوامل تعیین کننده و تأثیرگذار در رفتارهای افراد می‌باشد (۱). در دنیای پزشکی استفاده از بیوتکنولوژی جدید به کاری عادی و روزمره تبدیل شده است، اما مردم عادی هنوز نگرانی‌هایی درباره این روش‌ها دارند (۱۱).

بخشی از این نگرانی‌ها در ارتباط با تأثیر این روش‌ها بر طبیعت و زندگی طبیعی انسان‌ها و برخی دیگر در رابطه با مسایل اخلاقی، شرعی و حقوقی استفاده از این روش‌ها است (۱۱-۱۲). داده‌های تجربی اندکی در مورد پدیده حمل جایگزین وجود دارد و بیشتر تحقیقات بر دل‌بستگی مادر به کودک، افزایش استفاده از حمل جایگزین به کودک، ویژگی‌های شخصیتی و انگیزه دهندگان رحم و تغییر در خصوصیات مادران استفاده کننده از حمل جایگزین تمرکز داشته است (۱۳). در ایران نیز تقریباً اکثر مطالعات انجام شده در زمینه حمل جایگزین، کتابخانه‌ای بوده و بر توصیف و تبیین جنبه‌های حقوقی و عدم وجود قوانین مدون در این زمینه (۴، ۱۴-۱۸)، جنبه‌های اخلاقی (۵، ۱۰، ۱۹-۲۱)، مشاوره (۱۲، ۲۲-۲۴)، ارزیابی سلامت (۱۱، ۱۷)، تعریف و توصیف حمل جایگزین (۲، ۲۵)، نظر سنجی از افراد در مورد استفاده از این فن (۱۱، ۲۶) و تحقیق میدانی بر روی زنان داوطلب حمل جایگزین (۶) متمرکز بوده است. بنابراین تجربه قابل توجهی در ایران در زمینه باروری شخص ثالث وجود نداشته و تأثیرات آن بر روی دریافت کنندگان و اهدا کنندگان دقیقاً مشخص نیست (۲).

بسیاری کشورها از جمله ژاپن، انگلستان، ایالات متحده، استرالیا، چین، نیوزلند، یونان، ترکیه و کشورهای اروپایی با استفاده از پژوهش‌های زمینه‌ای به بررسی نگرش‌های مردم نسبت به بیوتکنولوژی جدید پرداخته‌اند (۲۷-۳۰). نتایج تحقیقات صورت گرفته در کشورهای مختلف بر روی عامه مردم متناقض است و کمتر استفاده از شخص ثالث در باروری مورد پذیرش مردم است (۱۳). در ایران نیز حقیقت و همکاران به بررسی نگرش زنان و مردان ایرانی در تهران، قم، اصفهان و شهرهای شمالی پرداخته‌اند. در این پژوهش، بیش از نیمی از افراد به طور کلی با این روش موافق و نسبت کمتری این روش را به پذیرش فرزند ترجیح می‌دهند. در بین افرادی که با این روش مخالفند، بیشترین نگرانی‌ها در مورد مشکلاتی است که مادر جایگزین ممکن است

برای خانواده ایجاد کند (۱۱). این نگرش منفی در پژوهش‌های گذشته خارج از کشور نیز مشاهده شده است (۱۳، ۲۷، ۳۱). بیکل معتقد است افرادی که با مشکل ناباروری مواجه نیستند، افراد مناسبی برای بررسی میزان پذیرش درمان‌های ناباروری نیستند. بنابراین مطالعات این‌چنینی باید بر روی افرادی که تجربه ناباروری را داشته‌اند صورت گیرد (۲۷). تحقیقی که به بررسی تجارب زنده زنان نابارور پذیرنده این روش، در زمینه نحوه‌ی مواجهه و پذیرش استفاده از این روش پرداخته باشد، یافت نشد. درک این مسئله که چگونه این افراد از نظر روحی روانی به پدیده‌ی حمل جایگزین واکنش نشان داده و تصمیم به استفاده از آن می‌گیرند، بسیار مهم است. ارائه شناخت عمیق تر از درک و نگرش مادران پذیرنده‌ی حمل جایگزین می‌تواند جنبه‌های اجتماعی- فرهنگی تصمیم‌گیری آنان از این فناوری‌های مدرن را روشن ساخته و پرستاران را در توانمند نمودن زنان یاری رساند. توانمند سازی زمانی روی می‌دهد که پرستاران و سایر تأمین کنندگان مراقبت، زنان را به بر عهده گرفتن جنبه‌های تصمیم‌گیری تشویق نمایند و پرستاران حرفه‌ای به طریقی عمل نمایند که در زنان احساس کنترل و درک درمان ناباروری‌شان و مراقبت‌های بعدی زایمانشان به وجود آورند (۳۲). لذا هدف از این مطالعه تبیین تجارب مادران استفاده کننده از حمل جایگزین به هنگام مواجهه با راهکار حمل جایگزین بوده است.

مواد و روش‌ها

با توجه به هدف پژوهش، از رویکرد کیفی تحلیل محتوا استفاده گردید. استفاده از روش آنالیز محتوای متعارف و استقرایی زمانی کاربرد دارد که تئوری و مطالعات موجود در زمینه‌ی پدیده‌ی مورد مطالعه محدود باشد (۳۳-۳۴). هدف از تحلیل محتوا، تأمین دانش، دستیابی به بینش جدید، باز نمایی وقایع و راهنمایی سودمند برای عمل است که به توصیف عمیق و وسیع

پدیده تحت مطالعه می‌پردازد و برآیند این تحلیل، مفاهیم یا طبقات توصیف کننده پدیده است (۳۴). مشارکت کنندگان این تحقیق، مادرانی بودند که برای اولین بار از حمل جایگزین استفاده کرده و در مرحله انتظار (بارداری مادر جایگزین) و یا پس از آن (پرورش کودک) بوده، توانایی بیان کلامی به زبان فارسی و تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند. لازم به ذکر است به جهت دسترسی بیشتر به نمونه‌های حمل جایگزین کامل در ایران، همگی مشارکت کنندگان در این پژوهش، از حمل جایگزین کامل استفاده نموده‌اند. محیط پژوهش، پژوهشگاه رویان و سایر مراکز ناباروری شهرهای مختلف کشور بود. در این مطالعه انتخاب شرکت کنندگان بدون در نظر گرفتن محدودیت سنی و براساس نمونه گیری هدفمند آغاز شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در ابتدا با هر یک از مشارکت کنندگان تماس گرفته می‌شد و ضمن بیان هدف تحقیق، روش مصاحبه، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و حق آن‌ها در شرکت یا خروج از مطالعه توضیح داده شد. مشارکت کنندگان این پژوهش بسیار به محرمانه بودن اطلاعات حساس بوده و جلب اطمینان آنان به سختی صورت می‌گرفت. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه بوده و هویت و مشخصات آن‌ها در مطالعه گزارش نخواهد شد. سپس در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، زمان و مکان مناسب از نظر مشارکت کننده برای انجام مصاحبه تعیین می‌گردید. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در محیطی آرام و در زمان و مکان مناسب که مشارکت کنندگان احساس راحتی می‌نمودند (منزل مشارکت کنندگان در تهران و شهرستان‌های مختلف، بوستان‌های اطراف منزل مشارکت کننده، پژوهشگاه رویان و...) انجام شد. به طور کلی یازده مادر توسط پژوهشگاه رویان معرفی شد که پس از تماس تلفنی و توضیح هدف مطالعه، هشت مادر موافق به شرکت در پژوهش بوده و سه نفر به دلیل نگرانی از افشا، از شرکت در پژوهش امتناع نمودند. همچنین سه مشارکت کننده‌ی دیگر از

سایر مراکز ناباروری شهرستان‌ها با شرکت در تحقیق موافقت نمودند.

از آن جهت که مادران برای تصمیم‌گیری و انتخاب این روش با افراد متخصص و پرسنل مراکز ناباروری مشورت و تعامل می‌نمایند، برای جمع‌آوری داده‌های تکمیلی و بیشتر و افزایش اعتبار یافته‌ها از طریق تلفیق منابع، با پنج نفر از پرسنل مراکز ناباروری که در ارتباط مستقیم با مادران بودند نیز مصاحبه گردید. از مشارکت کنندگان رضایت نامه کتبی طبق فرمت دانشگاه گرفته شد. با برخی مشارکت کنندگان بیش از یک بار مصاحبه گردید. به طور کلی ۱۹ مصاحبه رسمی چهره به چهره، سه مصاحبه رسمی تلفنی تکمیلی و ۴ مصاحبه غیر رسمی انجام شد و در مجموع ۲۵ مصاحبه صورت گرفت. در مصاحبه‌های غیر رسمی، بدون در نظر داشتن قرار قبلی و در برخوردهای اتفاقی با مادران، موارد عنوان شده یادداشت می‌شد. مادران مشارکت کننده در این مطالعه دارای میانگین سنی ۳۵/۸ سال و میانگین ناباروری ۱۲/۱ سال بودند. به دلیل ملاحظات اخلاقی از ذکر جزئیات مشخصات مشارکت کنندگان صرف‌نظر می‌شود.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه بدون ساختار و عمیق با استفاده از سؤالات باز بود. مصاحبه بدون ساختار منجر به انعطاف‌پذیری شده و محقق را قادر می‌سازد علائق و تفکرات مشارکت کنندگان را دنبال کند (۳۵). مصاحبه ابتدا با استفاده از سؤال باز «چه شد که تصمیم به استفاده از این روش گرفتید؟» آغاز می‌گردید. به منظور روشن‌سازی مفهوم مورد مطالعه، سؤالات روشن‌کننده و پی‌گیری‌کننده بر اساس اطلاعاتی که از شرکت‌کننده به دست می‌آمد، پرسیده می‌شد. همچنین سؤالات عمق‌دهنده مصاحبه مانند امکان دارد در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ منظورتان چیست؟ می‌توانید مثالی را ذکر کنید؟ و... متناسب با پاسخ‌ها پرسیده شد. طول مدت مصاحبه بین نیم الی ۳ ساعت (با میانگین ۷۰ دقیقه) و در مصاحبه‌های تکمیلی بین ۵ الی

۳۵ دقیقه متغیر بود که به صورت فردی انجام شد. فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به مدت ۱۹ ماه از آبان ماه ۸۹ تا اردیبهشت ماه ۹۱ صورت گرفت.

شیوه تحلیل داده‌ها: تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری آن‌ها و به روش تحلیل محتوای متعارف^۱ انجام شد. تحلیل محتوای کیفی روشی است که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های زمینه‌ای به کار می‌رود (۳۳) و چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی است، بلکه از این طریق می‌توان الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های مشارکت کنندگان نمایان ساخت (۳۶). در روش تحلیل محتوای متعارف، آنالیز داده‌ها با خواندن مکرر داده‌ها شروع می‌شود تا پژوهشگر با غوطه‌وری در داده‌ها به ادراک درستی از داده‌ها دست یابد. مرحله دوم، خواندن داده‌ها به صورت کلمه به کلمه برای استنتاج مفاهیم و ایده‌های کلیدی به صورت کد می‌باشد. سپس، کدهای اولیه فهرست شده و به شکل زیر طبقات دسته‌بندی می‌گردند و در نهایت بسته به ارتباطات میان زیر طبقات، محقق می‌تواند ابعاد را به تعداد کمتری سازماندهی و طبقه‌بندی کند (۳۷).

در این پژوهش نیز مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت کنندگان ضبط شده و سپس در اولین فرصت به صورت کلمه به کلمه همراه با اشارات غیر کلامی از قبیل گریه، خنده، سکوت در محیط Word تایپ و سپس وارد نرم افزار Max QDA که ابزار کارآمدی در سازماندهی داده‌هاست (۳۶) می‌گردید و چندین بار خوانده و مرور می‌شد و در نهایت به واحدهای معنایی شکسته می‌شد. پس از مرور مکرر هر واحد معنایی، کدهای مناسب هر واحد نوشته می‌شد. سپس کدهای باز اولیه، بر اساس تشابه مفهومی و معنایی، دسته‌بندی شدند و بر اساس تشابهات معنایی در دسته‌های اصلی که کلی‌تر و مفهومی‌تر بود، قرار می‌گرفتند. در نهایت این طبقات به درونمایه اصلی «عبور از گذرگاه پر تنش تردید و انتخاب» تقلیل

¹ Conventional Content Analysis

یافتند. نحوه شکل گیری یکی از زیر طبقات و مضمون مربوط به آن به عنوان نمونه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره (۱): نمونه‌ای از شکل گیری طبقات و درون مایه‌ها

واحد‌های معنایی	کدهای باز	زیر طبقه	درونمایه فرعی (طبقه)	درونمایه اصلی
۱. بعد هم یه حس حقارتی خیلی نمی دونم چجوری به گم براتون. چون نقص از من بود. یه حس بدی در مقابل شوهرم، در مقابل خانومای دیگه ای که موقعیت من رو نداشتند و مادر شده بودند و بچه داشتند. اصلاً برای چی ما بعد از این همه سال که تهرانیم با هیچ کس رفت و آمد نداریم؟ خیلی از فامیل‌مون تهرانند، همه شهرستان که نیستند که ولی من از همون موقع وقتی می‌دیدم هر جا بریم در مقابل این خانوما قرار می‌گیرم هر کدوم بچه‌ای داشتند، تو فامیلای ما از همدوره ای هام که همه با هم ازدواج کرده بودیم فقط من بودم که بچه نداشتم، به خاطر همین اصلاً خودمو کنار می‌کشیدم، دلم نمی‌خواست تو جمعشون قرار بگیرم، اصلاً با هیچ کس رفت و آمد نمی‌کردم.	حس حقارت	رنج ناباروری	حسرت داشتن فرزند	عبور از گذرگاه پر تنش تردید و انتخاب
۲. به خاطر این که ایراد از من بود. شاید اگر ایراد از اون (همسر) بود اون این حس حقارت رو نداشت ولی حالا که نقص از من بودم من این حس رو داشتم.				
۱. خیلی خیلی من سختی کشیدم خیلی تلخی‌هایی رو گذروندم. درسته که زندگی شیرینی و تلخی داره ولی دیدید تلخی‌ها بیشتر تو خاطر آدم می‌مونه؟ شما وقتی یه شیرینی ای می‌خورید، پشتش که آب بخورید سریع شیرینی از دهنتون می‌ره، ولی حالا اگر یه بادوم تلخ خورده باشید!!!! هر چقدرم که آب بخورید مگه اون تلخیش می‌ره! تا ته حلقت احساسش می‌کنی. برای منم تلخی‌ها بیشتر تو ذهنم مونده. اینقدر که من عذاب کشیدم.	عذاب و سختی			
۲. یعنی ۱۳ سال خوب اونجوری عذاب کشیدم، نداشتم بچه و اینا.				

تکنیک نمونه گیری با حداکثر تنوع تا حد امکان، به قابلیت اعتماد و انتقال پذیری یافته‌ها کمک می‌کند. همچنین جهت امکان تأییدپذیری، اعتماد، انتقال پذیری و حسابرسی تحقیق، مراحل و روند پژوهش تا حد امکان به طور دقیق و گام به گام ثبت و گزارش شد تا امکان پی گیری تحقیق برای سایرین فراهم شود.

یافته‌ها

تحلیل تجارب مشارکت کنندگان، مضمون مشترک «عبور از گذرگاه پر تنش تردید و انتخاب» را نمایان ساخت که بیانگر تجارب مادران از نحوه مواجهه و انتخاب راهکار حمل جایگزین از

در این مطالعه جهت افزایش اعتبار^۱ داده‌ها از درگیری طولانی مدت با موضوع تحقیق^۲ (نوزده ماه)، بازنگری مشارکت کنندگان^۳، بازنگری ناظرین^۴ و تلفیق منابع (مادران و پرسنل مراکز ناباروری) استفاده شده است. همچنین برخی مادران به دلیل کتمان حقیقت از سایرین، امکان تخلیه عاطفی و ابراز نگرانی‌های قبلی را نداشته لذا مصاحبه‌ها را بسیار آرامش دهنده از جهت تخلیه‌ی فشارهای درونی خود می‌دانستند که به اعتبار مطالعه می‌افزود. به‌کارگیری

¹ Credibility

² Prolonged Engagement

³ Member Check

⁴ Externals Check

میان راهکارهای موجود می‌باشد. از آنجایی که تصمیم‌گیری در مورد انتخاب روش با تردیدها و تنش‌های فراوانی همراه بوده است، لذا «عبور از گذرگاه پر تنش تردید و انتخاب» می‌تواند نشانگر تجارب مادران در این مرحله باشد که خود شامل دو مضمون اصلی

۱. حسرت داشتن فرزند و ۲. انتخاب تنها راه امید می‌باشد و این درونمایه‌ها نیز شامل طبقاتی بودند که در جدول ۲ به طور خلاصه آورده شده است و در ذیل به شرح مبسوط هر یک پرداخته می‌شود.

جدول شماره (۲): مضامین و زیر طبقات

مضمون اصلی	مضامین فرعی	زیر طبقات
	حسرت داشتن فرزند	رنج ناباروری در آرزوی مادر شدن
		جمع آوری اطلاعات
عبور از گذرگاه پر تنش تردید و انتخاب	انتخاب تنها راه امید	مخمصه تصمیم‌گیری مقاومت و تردید در پذیرش حمل جایگزین اولویت‌سنجی راهکارها آغاز پذیرش حمل جایگزین

مثلاً سرطان داری؟ ولی حالا یه کسی که بچه دار نشه!!! بیا و ببین چیا که بهش نمی‌گن!!! اصلاً یه چیز عجیبه برای مردم! آره این بچه دار نمی‌شه (به حالت درگوشی بیان می‌کند)، این شاید اصلاً مرد باشه، این شاید اصلاً ژنتیکش مشکل داره. اینجاها (شهرستان) یکی بچه دار نشه هزار تا حرفه. من اصلاً فکرشو نمی‌کردم یه زنی که مثلاً بچه دار نشه، حتی اگر تو یکی از دهاتای خیلی دور افتاده هم باشه، اینقدر این رو تحت فشار بذارن! من از طرف خانواده شوهرمم خیییییلی تحت فشار بودم. یعنی اصلاً بی‌نهایت! (م ۱۱).

ترس از دست دادن زندگی مشترک نیز از عوامل مهم آزار دهنده زنان نابارور می‌باشد.

«ترس از این که همسرم یه وقت بذاره بره!... طوری شده بود که به همسرم بدبین شده بودم. شاید به خاطر این که عیب از خودم بود. احساس می‌کردم می‌گفتم نکته یه وقتی بذاره بره! من چکار کنم؟ انوقت خوب دغدغه‌های من خیلی زیاد بود. به اینام خیلی فکر می‌کردم.» (م ۲).

همچنین حسرت ناشی از دیدن مادر شدن نزدیکان نیز از عوامل آزار دهنده زنان نابارور بوده و این آزار روحی با دیدن زنان

۱. حسرت داشتن فرزند

«حسرت داشتن فرزند» که دارای دو بعد «رنج ناباروری» و «در آرزوی مادر شدن» می‌باشد، بیانگر دنیای درونی زن نابارور بوده که از یک سو با حس تلخ ناباروری و رنج ناشی از آن و از سوی دیگر با آرزوی مادر شدن و امید به داشتن فرزند آمیخته است.

«رنج ناباروری»، فشارهای روحی ناشی از معضلات ناباروری بر روی زنان نابارور می‌باشد. این فشارها که از سوی خانواده و جامعه به مادر وارد می‌شده، عرصه را برای زنان نابارور تنگ نموده و فشارهای روحی زیادی را به آنان وارد می‌نموده است. یکی از مادران تجربه خود را چنین توصیف می‌نماید:

«خیلی مریضی‌ها هستش که شاید تو خودت باعث میشی بگیری اما این (ناباروری) تنها مریضی‌ایه که ما اصلاً دخالتی در اون نداریم، یعنی مادرزادیه، خواست خدائه. بعد از اون ور بیشترین فشارها انگار روی کسایی می‌یاد که این مشکلو دارند. در صورتی که یه کسی که سرطان داره که کسی نمی‌یاد بهش به گه! تو چرا

موفق در بارداری و کودکان آنها تشدید می شده است به طوری که آنان حتی نسبت به اظهار محبت همسران خود به کودکان اطرافیان نیز ناراحت می شده و تحت فشار روحی سنگینی قرار می گرفته اند. بیانات زیر مصداق این مدعا است:

«خوب توی این سال ها، ۱۳ سال کم نیست، بالاخره خواهرم که از من کوچیکتره بچه دار شدش، همراهش رفتم، پیشش موندم، خواهر شوهرام همینجور. هر کدومشون مثلاً ۲ تا بچه دارند، پیش ۲ تا شونم رفتم یه ۱۵-۱۰ روز موندم، به رام خیلی سخت بود. مثلاً می دیدیم شوهرم محبت می کنه ولی به بچه‌ی کس دیگه ای محبت می کنه. دوست داشتم این محبت رو به بچه‌ی خودم بکنه. خوب اینا همه سخته. گفتنش شاید راحت باشه ولی خوب این که آدم تو اون موقعیت قرار به گیره بخواد اون دورانو بگذرونه خیلی سخته.» (م ۱۰)

«آرزوی مادر شدن»، تمایل فردی و درونی زنان نابارور به مادر شدن می باشد. گویی نه تنها انتظار جامعه بلکه انتظار درونی خود زن نیز به داشتن فرزند و مادر شدن، منجر به تشدید این حس می شده است. به طوری که یکی از مادران که در زمان مصاحبه در دوره انتظار قرار داشته و به علت ابتلاء به سندرم راکی تانسکی به طور کلی فاقد رحم می باشد، از تجارب دوران ناباروری خود می گوید: «من خودم قبلاً اصلاً کلاً همیشه می گفتم خودم بچه دار میشم. عروسی که کردم بازم همش دنبال معجزه بودم. می گفتم خدا هر چیزی (بیماری) رو بده دوباره خودش درش رو برای من باز می کنه. حتی می دونستم بچه دار نمی شم به خدا می گفتم خدایا اگه من بدونم تو منو بچه دار می کنی، زایمان طبیعی حتماً می کنم. نمی دارم سزارین شم.» (م ۴).

۳. انتخاب تنها راه امید

زنان تجربه کننده ناباروری، یا به طور کلی فاقد رحم هستند و امکان تجربه بارداری را ندارند و یا دارای رحم بوده اما رحم آنها فاقد عملکرد طبیعی است و توانایی به ثمر رساندن یک بارداری

کامل را ندارد. گروه دوم معمولاً پیش از انتخاب حمل جایگزین، بارها و بارها تجربه بارداری و سقط مکرر و همچنین بارداری با کمک تکنیک‌های لقاح خارج رحمی (از جمله آی وی اف، آی یو آی، میکرو اینجکشن و...) را داشته‌اند و پس از ناامیدی از همه این روش‌ها، به باور ناباروری رسیده‌اند. در هر حال پس از پذیرش ناباروری، چه با مقاومت و چه بدون مقاومت، آنان با سه راهکار مواجه بوده‌اند. یا باید با حسرت داشتن فرزند تطابق نموده و یا از میان فرزند خواندگی و استفاده از حمل جایگزین، یک راه را برای داشتن فرزند انتخاب نمایند. «رنج ناباروری» و «آرزوی مادر شدن» مانع انتخاب راه اول می شود. یکی از مادران که به دلیل بیماری لوپوس تجربه سقط مکرر داشته است می گوید:

«بینید ما یه حالتی بود که به بن بست رسیده بودیم. یعنی کاملاً بن بست بود. راه دیگه ای نداشتیم. یا باید تجربه می کردیم که دیگه بچه دار نشیم، یا این که باید از پرورشگاه یه بچه‌ای رو می آوردیم که پذیرفتن اون سخت تر بود، پذیرفتن این خیلی راحت تر بود، یا این که باید این راه (حمل جایگزین) رو انتخاب می کردیم.» م ۲

«انتخاب تنها راه امید» در واقع انتخاب تنها راه ممکن با در نظر گرفتن تمامی جوانب و شرایط است. برای انتخاب تنها راه امید مادر مسیر دشواری را طی می کند که با جمع آوری اطلاعات در مورد راهکارهای موجود (فرزندخواندگی و حمل جایگزین) و قرار گرفتن در دنیایی از اطلاعات معتبر و نامعتبر آغاز شده و در نهایت با مشورت با افراد صاحب نظر در مراکز ناباروری و بهزیستی و در نظر گرفتن معایب و مزایای هر روش، کمک گرفتن از منابع حمایتی از جمله همسر و خانواده، تصمیم نهایی که در این مطالعه پذیرش حمل جایگزین به عنوان تنها راه امید برای داشتن فرزند می باشد پایان می پذیرد. مضمون «انتخاب تنها راه امید» شامل ابعاد «جمع آوری اطلاعات از منابع مختلف»، «مخمسه تصمیم

گیری»، «مقاومت و تردید در پذیرش حمل جایگزین»، «اولویت سنجی راهکارها» و «آغاز پذیرش حمل جایگزین» می‌باشد. «جمع آوری اطلاعات از منابع مختلف»، به معنی جمع آوری اطلاعات در مورد نحوه و شرایط فرزند خواندگی و همچنین رفع ابهامات ذهنی در مورد حمل جایگزین می‌باشد از منابع معتبر و غیر معتبر می‌باشد. از آنجایی که اکثر افراد جامعه در مورد مبنای علمی و روند استفاده از حمل جایگزین، انتخاب دهنده رحم، امکان مشابهت جنین به دهنده رحم، مشروعیت حمل جایگزین و نیاز یا عدم نیاز به عقد صیغه میان پدر ژنتیکی و مادر جایگزین اطلاعاتی نداشته و گاه با برخی شایعه‌ها نیز مواجه می‌شوند، لذا سعی بر جمع آوری اطلاعات از منابع ذی صلاح از جمله کادر بهداشت درمان و مراکز ناباروری می‌نمایند.

"یکی می‌گه از نظر شرعی مشکل داره، یکی می‌گه... ما از خیلی‌ها پرسیدیم. از قم سؤال کردیم. از اینور و اون ور سؤال کردیم گفتند مشکلی نداره. خوب خودمونم رو این مسئله حساس بودیم." م ۷

"مثلاً می‌پرسیدم اگر بی‌ام این همه دارم هزینه می‌کنم موفق میشم؟ ولی از ۱۰۰ درصد به من ۳۰ درصد امیدواری داده بودند." م ۳

«مخمصه تصمیم گیری»، قرار گرفتن مادر در دریایی از اطلاعات معتبر و نامعتبر به ویژه در مورد حمل جایگزین، تناقض اطلاعات دریافت شده از منابع متعدد، ایجاد هراس در مادر و فشار روحی ناشی از تصمیم گیری می‌باشد. با وجود این که اکثر مادران به هنگام تصمیم گیری، سعی به جمع آوری اطلاعات از منابع معتبر از جمله پزشکان، ماماها و روانپزشکان نموده‌اند، اما متأسفانه به دلیل این که جمع کثیری از پرسنل بهداشت درمان نیز اطلاعات درستی در این زمینه ندارند، در عوض حمایت مادر در تصمیم گیری، وی را با چالش‌های بیشتری مواجه می‌کنند. مادران از تجارب خود می‌گویند:

"زمانی که ما دست به چنین کاری زدیم، اطلاعات در این زمینه خیلی کم بود. الان باز خیلی بیشتر شده. ما حدوداً چهار سال پیش داشتیم تحقیق می‌کردیم. خیلی جا افتاده نبود همه بدونند. ولی از همین چند نفریم که پرسیدم، خیلی هاشون تحصیل کرده بودند ولی سررشته خاصی نمی‌گم مثلاً تو این زمینه داشتند. حتی از خانومی پرسیدم که ماما بود، یکیم متخصص زنان زایمان بود، حتی با سه چهارتا پزشک مشورت کردم ولی بازم نتونستند راهنمایی خوبی بکنند... البته اینم به گم من قبلش با یه روانشناسم صحبت کرده بودم. بعد حالا نمی‌دونم آشنایی نداشت یا... گفت ممکنه اون خانم با همسرت رابطه برقرار کنه... یا یکی دیگه هم یادمه که می‌گفتند همسرت نمی‌تونه به پذیره این موضوع رو. بالاخره یه ازدواج دیگه ای می‌کنه که خودش پدر شه. یا مثلاً این جور چیزا... به خاطر همین چیزا خیلی بهمون فشار اومده بود. یه جور دیگه گفتند ولی اصلاً اونطوری نبود." م ۲

یکی از مهم‌ترین دلایل «مقاومت و تردید در پذیرش حمل جایگزین»، تمایل به کسب تجربه بارداری و مادری توسط خود فرد می‌باشد. عدم اعتماد به توانایی دهندگان رحم در رسیدگی‌های روحی و جسمی به جنین، احساس عدم امکان برقراری ارتباط عاطفی با جنین در روش حمل جایگزین، نگرانی از برقراری ارتباط صمیمی میان همسر و دهنده رحم، عدم اعتماد مادر به خانواده و بستگان در مورد پذیرش رحم جایگزین، داشتن تجربه تولد زنده از عواملی است که مانع تصمیم گیری مادر در مورد پذیرش استفاده از حمل جایگزین می‌شود. مادران از تجارب خود می‌گویند: "خودم خیلی احساس بدی داشتم بخوام این کارو بکنم. دوست داشتم خودم تجربه مادر شدن داشته باشم. نمی‌دونم، احساس می‌کردم اون ۹ ماه بارداری به دوران خیلی زیباییه که من ارتباط عاطفی با بچه برقرار می‌کنم. همسرهم خوب خیلی دوست داشت. می‌گفت

حالا من مردم ولی دوست دارم تو تجربه‌ی مادر شدن رو داشته باشی" م ۶

عامل مهم دیگر «مقاومت و تردید در پذیرش حمل جایگزین»، نگرانی از واکنش اطرافیان نسبت به استفاده از این روش می‌باشد. در مواردی که احتمال واکنش‌های منفی وجود دارد، مادر بیشتر دچار تردید در انتخاب شده و تصمیم‌گیری دشوارتر می‌شود. برعکس زمانی که مادر از واکنش مثبت اطرافیان اطمینان داشته است، تصمیم‌گیری برای وی راحت تر بوده است. در زیر دو نمونه از شرایط متفاوت مادران آورده شده است:

"بهتون گفتم مادرشوهرم اصلاً قبول نداشت این روش‌ها رو از اونم می‌ترسیدم. این چیزها هم بود دیگه." م ۷

"همه موافق بودند. خوب بین چون چند سالم از ما گذشته بود همه می‌دونستند اصلاً زیاد براشون چیز نبود." م ۸

«اولویت سنجی راهکارها»، بررسی و مقایسه معایب و مزایای روش حمل جایگزین و فرزندخواندگی توسط مادر می‌باشد. مادران پس از جمع‌آوری اطلاعات از منابع مختلف به ویژه مراکز ناباروری و پرورشگاه‌ها، به مقایسه این دو روش از جنبه‌های مختلف می‌پردازند. یکی از مهم‌ترین مزایای روش حمل جایگزین (حمل جایگزین کامل)، از نظر خانواده‌ها، داشتن پیوند ژنتیکی با کودک و در نتیجه ایجاد احساس مالکیت در والدین و نیز احتمال بالای مشابهت کودک به والدین می‌باشد که همین عامل نقش بسیار مهمی در پذیرش و به‌کارگیری این روش داشته است. اطمینان از مشروع بودن کودک، امکان کنترل شرایط محیطی و تغذیه‌ای جنین و... نیز از سایر مزایای ذکر شده توسط مادران می‌باشد. از طرفی مشخص نبودن هویت و مشروعیت کودکان پرورشگاهی و شرایط دشوار فرزندخواندگی، از مهم‌ترین معایب این روش در بررسی خانواده‌ها بوده است. یکی از مادران می‌گوید:

"(حمل جایگزین) اولین مزیتش این بود که بچه مال خودمون بود. از نظر ژنتیک کاملاً مال خودمون بود. الان یعنی بچه من مثل

یک سیب از وسط نصف شده با من. یعنی کاملاً فتوکپی برابر اصله از نظر قیافه. بعدم یه چیز دیگه ای هم هست که کاملاً صورتش که به من رفته، بقیه ژناش به باباش رفته. خوب اینا ناخودآگاه یک حس نزدیکی بیشتری برقرار می‌کنه با بچه. از این که بچه خودمونه، کاملاً مال خودمونه فقط این که مدتی رو مهمان اون خانم بود... بعدم یه چیز دیگه این که من اون خانم رو می‌تونستم تحت نظر داشته باشم... می‌تونستم روزی یه بار برم بهش سر بزنم. حالا ما راهمون دور بود روزی یک بار نمی‌تونستیم بریم، هفته‌ای یک بار می‌تونستیم بریم. از نظر تغذیه هم کاملاً اون چیزی که خودم دوست داشتم استفاده کنم زمانی که باردار باشم... واسه اون فراهم می‌کردم. اینا همه یه جورایی حس قشنگی به آدم می‌ده تا این که بخوام از پرورشگاه بیارم. بچه‌ای که می‌خوام از پرورشگاه بیارم اولاً نمی‌دونستم مال کیه؟ مال کجاست؟ پدرش کیه؟ مادرش کیه؟ یا ببخشید... نمی‌دونم حلال زادست یا حروم زادست. مهم‌ترین چیزش همین بود. من نمی‌دونستم اون چیه. بعدش... زمانی که می‌رفتیم پرورشگاه، حق این رو نداشتی که گذشته اون بچه رو بدونی. نمی‌گفتند که مثلاً این بچه مامانش مُرده، باباش مُرده یا زندست یا اصلاً پدر داره مادر نداره. اینارو نمی‌گفتند بهت. آشنایی با خانواده‌اش نداشتی. خیلی سخت تر بود به نظر من." م ۲

در برخی موارد خانواده‌ها حتی در معرض انتخاب فرزند خواندگی نیز قرار نگرفته‌اند زیرا برای درمان ناباروری مستقیماً به مراکز ناباروری مراجعه نموده و در نهایت راهکار حمل جایگزین به آنان پیشنهاد شده است. اما حتی در این صورت نیز خانواده‌ها به دلیل نداشتن اطلاعات در مورد حمل جایگزین و متناقض بودن اطلاعات جمع‌آوری شده، رنج بسیاری را متحمل شده‌اند. بنابراین با در نظر گرفتن جوانب مختلف راهکارهای موجود و شرایط فردی، اجتماعی و فرهنگی، خانواده‌ها پس از طی فرآیند بسیار پر تنش تصمیم‌گیری، ممکن است یکی از روش‌ها را به عنوان

راهکاری برای داشتن فرزند برگزینند. حتی در برخی موارد هم ممکن است خانواده‌ها فرزند خواندگی را ترجیح داده و یا به طور کلی از انتخاب هر دو روش منصرف شوند و نداشتن فرزند را ترجیح دهند اما از آنجایی که این پژوهش بر روی مادران استفاده کننده از حمل جایگزین صورت گرفته است، لذا در این فرآیند تصمیم گیری در نهایت تمامی خانواده‌ها به انتخاب حمل جایگزین روی آورده‌اند.

«آغاز پذیرش حمل جایگزین»، به معنی نهایی کردن تصمیم و انتخاب حمل جایگزین برای داشتن فرزند می‌باشد. این تصمیم گاهی به دلیل نداشتن شرایط فرزند خواندگی و گاهی به دلیل اولویت دادن خانواده‌ها و در نظر گرفتن مزایای حمل جایگزین نسبت به فرزندخواندگی و یا نداشتن همیشگی فرزند صورت می‌گیرد. بدیهی است که در نهایت همه مشارکت کنندگان این پژوهش، مرحله مشترک «آغاز پذیرش حمل جایگزین» را تجربه نموده‌اند. ارائه اطلاعات درست توسط مراکز ناباروری و حمایت همسر و اعضاء خانواده در پذیرش نهایی این روش نقش مؤثری داشته است. در زیر نمونه‌ای از بیانات مادران که بیانگر پذیرش نسبتاً راحت و دشوار حمل جایگزین می‌باشد آورده شده است: "خوب چون خیلی قبل تر از ازدوایم کلاً می دونستم. همه دکترها بهم گفته بودند که فقط یه همچین روشی برای من وجود داره (پذیرش این روش) به رام عادی بود. " م ۱۱

"(وقتی که گفتند می تونید از این روش استفاده کنید) خیلی خوشحال شدم! چون راهی نداشتم اون موقع. باز خداروشکر می‌کنم" م ۵

"نه اولش خیلی سخت بود. اولش چون نشنیده بودما یجوری بود به رام، همش می‌گفتم خدایا چجوریه؟ هیچی در موردش نمی‌دونستم یه کم سخت بود. بعد یکیم که بهتون گفتم مادرشوهرم اصلاً قبول نداشت این روش‌ها رو از اونم می‌ترسیدم این چیزها هم

بود دیگه. دیگه مامانم و خواهرم خیلی پشتیبانیم کردند گفتند اشکالی نداره. همونا خیلی تشویقم کردند باعث شد پذیرفتم. " م ۷ منظور از آغاز پذیرش این است که خانواده‌ها حتی پس از تصمیم گیری به استفاده از این روش نیز، با مراجعه به مراکز ناباروری و گفتگو با مشاوران این مراکز، سعی بر جمع آوری اطلاعات بیشتر و زدودن غبار تردید از ذهن خود در مورد استفاده از این روش می‌شوند و با پرس و جو از منابع مختلف، سعی بر افزایش آگاهی خود در زمینه مادر شدن به شیوه حمل جایگزین و بررسی مسائل مختلف آن می‌نمایند و در نهایت پس از اطمینان یابی، مادر شدن به این شیوه را پذیرفته و آغاز می‌کنند.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه سعی شد به تبیین تجارب زنده مادران استفاده کننده از حمل جایگزین به هنگام مواجهه و تصمیم گیری استفاده از حمل جایگزین پرداخته شود. به طور کلی تجارب مشارکت کنندگان در قالب دونمایه مشترک «عبور از گذرگاه پرتنش تردید و انتخاب» ظهور یافت که نشان می‌داد زنان در بستر فشارهای فردی و اجتماعی ناباروری، با تنش‌ها و تردیدهای فراوان در انتخاب راهی برای مادر شدن مواجهند که پس از طی بررسی‌های فراوان و در نظر گرفتن جوانب و با بهره گیری از منابع اطلاعاتی مختلف، در نهایت به انتخاب تنها راه امید تن می‌دهند. آگاه سازی و ارائه اطلاعات درست توسط مراکز ناباروری و حمایت همسر و نزدیکان تأثیر چشمگیری بر تسهیل انتخاب و تصمیم گیری نهایی مادران داشته است. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که زنان تنش‌های عاطفی شدیدی را ناشی از ناباروری و درمان‌های آن تجربه می‌کنند (۳۸-۴۰) و تمامی مطالعات، ناباروری را به عنوان یک تجربه وحشتناک به ویژه برای زنان معرفی نموده‌اند (۳۸، ۴۰-۴۴) و اثرات منفی ناباروری بر روی سلامت عاطفی، رضایت از زندگی و اعتماد به نفس را تأیید نموده‌اند (۳۸، ۴۴-۴۵). در

مطالعه کریمی (۱۳۹۱) نیز که تجارب زنده زنان نابارور در ایران مورد بررسی قرار گرفته است، زنان به شدت تحت فشارهای «فردی» و «اجتماعی» ناشی از ناباروری بوده و در اکثر مواقع بیشترین فشار را از جانب نزدیکان حس می‌نموده‌اند (۴۴). مشابه همین نتایج در مطالعه عباسی شوازی (۱۳۸۴) نیز بیان شده است (۴۱). در مطالعه حاضر نیز زنان پیش از انتخاب راهکار حمل جایگزین به شدت از نظر روحی تحت فشار بوده و فشارهای فردی و اجتماعی و ترس از دست دادن زندگی مشترک عرصه را برای مادر تنگ می‌نموده است. در مطالعه شوازی (۱۳۸۴) ترس از دست دادن زندگی مشترک مهم‌ترین عامل آزاردهنده زنان نابارور بوده است (۴۱). در مطالعه‌ای که توسط گریل (۲۰۱۰) با مروری بر تحقیقات ۱۰ سال اخیر در مورد تجربه ناباروری صورت گرفت، نشان داد زنان ناباروری که طرد شدن یا فشار از سوی همسر و خانواده را تجربه می‌کنند، سطوح استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. گریل دریافت تفاوت‌های چشمگیری میان تجارب ناباروری در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه وجود دارد. در کشورهای توسعه یافته، نداشتن فرزند به صورت اختیاری، مناسب تر و معقول تر به نظر می‌رسد و زنان بدون فرزند اغلب به نظر دیگران به صورت اختیاری فاقد فرزند تلقی می‌شوند. در حالی که به عنوان مثال در هند، زایش و پرورش فرزند به عنوان مرکز قدرت و رفاه زن تلقی می‌شود. بنابراین در برخی از فرهنگ‌ها، ناباروری به عنوان یک «تنگ مخفی»^۱ تجربه می‌شود. در فرهنگ‌هایی که مفهوم نداشتن فرزند از روی اختیار معنایی ندارد، امکان پنهان سازی ناباروری نیز وجود ندارد؛ بنابراین احتمال احساس تنگ و استرس ناباروری، در کشورهای در حال توسعه بیشتر است (۴۰). همچنین مطالعات ناباروری در جوامع در حال توسعه در اغلب موارد کاملاً به مسائل بافت اجتماعی فرهنگی حساس است؛ در حالی که مطالعات ناباروری در کشورهای توسعه یافته اغلب درمان

ناباروری را به عنوان مسئله‌ای پزشکی، اخلاقی یا روانی در نظر گرفته و کمتر به بافت اجتماعی فرهنگی توجه می‌شود (۴۰). به همین دلیل انگیزه والد شدن در کشورهای غربی توسعه یافته بیشتر به منظور داشتن احساس عشق و شادکامی است و هنجارهای اجتماعی کمتر برجسته می‌باشد. اما در کشورهای در حال توسعه مانند افریقا (و از جمله ایران) تولید مثل در موفقیت افراد در متن جامعه و رفاه آن‌ها نقش قابل توجهی داشته و ناباروری با واکنش‌های منفی اجتماعی همراه بوده است (۴۳). در ایران مسئله ناباروری در میان زوج‌ها می‌تواند بنیاد خانواده، این نهاد اجتماعی را متزلزل نماید (۴۴). بنابراین همان‌طور که ملاحظه می‌شود، مطالعات مختلف در کشورهای پیشرفته غربی، حاکی از انگیزه‌های فردی برای داشتن فرزند است و این نتایج با یافته‌های مطالعه ما هم‌خوانی دارد؛ اما به نظر می‌رسد دلایل اجتماعی در کشورهای توسعه یافته کمتر اهمیت دارد. دایر (۲۰۰۸) در مقاله تحقیقاتی خود می‌نویسد علاوه بر انگیزه‌های فردی برای والد شدن، سایر عوامل از قبیل فرهنگ، جامعه، وراثت و مذهب از عوامل مهم و مؤثر در تصمیم به والد شدن هستند. این تنوع انگیزه‌های والدی نشان دهنده ارزش فرزند در جوامع افریقایی می‌باشد و به درک این که چرا میزان باروری در بسیاری از نواحی افریقا بالاست و چرا ناباروری یک شرایط وحشت آور است کمک می‌کند. یافته‌های مطالعه وی نشان می‌دهد منابع اجتماعی سازگاری، حمایت همسر و خانواده همگی در کاهش استرس زنان نابارور مؤثر می‌باشد (۴۳). کریمی (۱۳۹۱) نیز در مقاله خود راهکارهایی را جهت کاهش فشار ناباروری پیشنهاد می‌کند که از جمله آن می‌توان عدم کنجکاوی نزدیکان در مورد علت ناباروری و عدم دخالت در فرآیند درمان، حمایت‌های کلامی از زن در مقابل دیگران و تحمل برخی رفتارهای زن که در اثر خستگی از درمان یا فشارهاست اشاره نمود (۴۴). اما در مورد این که پذیرش راهکار حمل جایگزین چگونه صورت می‌گیرد، راگون (۱۹۹۴) طی

1. "Secret Stigma"

مطالعه‌ای اتنوگرافیک در زمینه حمل‌جایگزین در امریکا دریافت فاکتورهای فراوانی بر روی تصمیم‌گیری یک زوج جهت استفاده از حمل‌جایگزین از میان سایر روش‌ها تأثیر می‌گذارد؛ از جمله سن، مدت زمان انتظار، هزینه‌های مالی، در دسترس بودن نوزاد سالم برای فرزندخواندگی، ساختارهای فرهنگی و... یکی از عواملی که با تصمیم‌گیری آنان ارتباط مستقیم دارد این است که آن‌ها در کجای طیف ناباروری قرار دارند. این طیف از ناتوانی برای داشتن فرزند پس از یک سال مقاربت محافظت نشده (تعریف پزشکی ناباروری) تا تلاش‌های فراوان انجام شده با بسیاری از تکنولوژی‌های کمک باروری بدون موفقیت گسترده خواهد بود. به ویژه اگر زوج‌ها هنوز درجاتی از امید به باروری از طریق سایر روش‌ها را داشته باشند، حمل‌جایگزین را به عنوان راه حل مناسبی برای داشتن فرزند در نظر نمی‌گیرند. اگرچه زوج‌هایی هم هستند که بلافاصله ایده حمل‌جایگزین را می‌پذیرند، اما در بسیاری از موارد ممکن است سال‌ها طول بکشد تا زوج‌ها حمل‌جایگزین را به عنوان یک راه حل در نظر بگیرند؛ هرچند ممکن است آن‌ها این گزینه (حمل‌جایگزین) را "برای دیگران" قابل قبول بدانند. بنابراین فرآیند پذیرش حمل‌جایگزین در اکثر مشارکت‌کنندگان مطالعه وی آهسته و تدریجی بوده و پذیرش معمولاً زمانی صورت می‌گرفته که ناامیدی از درمان‌های ناباروری و فرزندخواندگی افزایش پیدا می‌کرده است. وی عنوان می‌کند حتی پس از پذیرش حمل‌جایگزین نیز اغلب تا حدی مقاومت نسبت به این ایده باقی می‌ماند و گاهی اوقات در سرتاسر تجربه نیز ادامه می‌یافته است (۴۶). همان‌طور که ملاحظه می‌شود یافته‌های مطالعه راگون با مطالعه حاضر تا حد زیادی هم‌خوانی دارد. در مطالعه حاضر نیز اکثر مشارکت‌کنندگان فرآیند پذیرش تدریجی را طی نموده و پس از ناامیدی کامل از سایر روش‌ها حمل‌جایگزین را به عنوان «تنها راه امید» پذیرفته‌اند. با این تفاوت که در مشارکت‌کنندگان ما فرزندخواندگی از مقبولیت کمتری

برخوردار بوده است و گاهی حتی به عنوان راهی برای داشتن فرزند اصلاً در نظر گرفته نشده است. به نظر می‌رسد مهم‌ترین علت آن هم اعتقادات دینی و مذهبی مردم ایران و عدم اطمینان نسبت به نسب و مشروعیت کودکان پرورشگاهی می‌باشد. مطالعه شوازی (۱۳۸۵) بر روی دیدگاه زنان نابارور در مورد اهداء گامت نشان می‌دهد علی‌رغم این که در ایران هم اکنون محدودیت قانونی برای استفاده از فناوری‌های نوین کمک باروری توسط زوجین نابارور وجود ندارد؛ با این حال، همه زوجین نابارور از این فناوری‌ها استفاده نمی‌کنند. همه افراد در تحقیق وی معتقد بوده‌اند که محیط فرهنگی آن‌ها این روش‌های درمانی را نمی‌پذیرد. وی بیان می‌کند تصمیم‌گیری در مورد استفاده از این تکنولوژی‌ها متأثر از درک افراد و انتظارات و نگرش جامعه نسبت به استفاده از این فناوری‌ها بوده و در این رابطه مذهب تأثیر زیادی در درک افراد از ناباروری و به‌کارگیری روش‌های درمان دارد. شوازی بیان می‌کند که عدم آگاهی زنان در مورد مجاز بودن این روش می‌تواند عمده‌ترین دلیل مخالفت آن‌ها باشد (۱). مطالعات مختلف اخیر، ارتباط میان مذهب و به‌کارگیری خدمات پزشکی را مورد بررسی قرار داده است. این ارتباط بسیار پیچیده بوده زیرا مذهب ممکن است با اعتقاداتی در ارتباط باشد که جستجوی کمک پزشکی را ارتقاء داده یا ممانعت نماید (۴۷). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد وقتی مادر از پذیرش این روش از سوی جامعه و بستگان اطمینان داشته باشد و یا هنگامی که از مشروع بودن این روش اطمینان می‌یابد، راحت‌تر آن را می‌پذیرد. پذیرش دشوار تکنولوژی‌های کمک باروری و به ویژه حمل‌جایگزین، نه تنها در ایران بلکه در اکثر جوامع دیده می‌شود. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که در بسیاری از کشورهای غربی (۱۳، ۲۸) و آسیایی (۲۷، ۲۹، ۳۱، ۴۸) از جمله ایران (۱، ۱۱، ۲۶)، هنوز استفاده از این روش‌ها مورد پذیرش عموم مردم قرار نگرفته است. اما تنها در یک مطالعه در یکی از شهرهای ایران یعنی در نگرش

مردان و زنان نسبت به حمل جایگزین کامل نظر مثبت داشته‌اند و در سال ۲۰۰۹، دیدگاه ۱۷ درصد از زنان و ۲۳ درصد از مردان مثبت بوده است. وی بیان می‌کند یافته‌های مطالعات مختلف در ژاپن نشان می‌دهد دیدگاه مردم ژاپن در مورد حمل جایگزین هنوز هم به سمت پذیرش این روش پیش نرفته است (۳۱) در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۲ بر روی مردم یونان صورت گرفت، امتناع از دریافت/اهداء تخمک ۴۹ درصد، دریافت/اهداء اسپرم ۵۱ درصد و امتناع از دریافت/اهداء رحم بالاترین میزان یعنی ۷۳ درصد بود. علاوه تمایل به دریافت اسپرم/تخمک یا رحم جایگزین از افراد غریبه سالم بیشتر و از بستگان و دوستان کمتر بود. حفظ گمنامی دهندگان رحم به دلیل ترس از احتمال تماس دهنده با کودک و به خطر افتادن ثبات خانواده، یکی از نگرانی‌های بسیار مهم مشارکت کنندگان بود (۲۹). مطالعه بیکل (۲۰۰۸) نیز نشان داد ۱۵٪ از زوجین نابارور در ترکیه موافق با استفاده از حمل جایگزین برای داشتن فرزند می‌باشند و ۱۴٪ درصد بیان کرده‌اند که اطلاعات کافی در زمینه حمل جایگزین برای تصمیم گیری ندارند. ممکن است تأمین اطلاعات مختصر و واضح، پذیرش آن‌ها را از اهداء گامت و حمل جایگزین افزایش دهد. اگر چه در مطالعه سوزوکی (۲۰۰۶) به نقل از بیکل (۲۰۰۸)، ۵۰ درصد از پاسخ دهندگان در ابتدا حمل جایگزین را تأیید نموده‌اند اما پس از خواندن بروشور حاوی اطلاعاتی در مورد مزایا و خطرات این تکنولوژی، درصد افرادی که تأیید ننموده‌اند افزایش یافته است. اطلاعات بیشتر ممکن است منجر به نگرش‌های محتاطانه بیشتری گردد (۲۷). اما نکته شایان توجه این است که مهم نیست در نهایت چه تصمیمی گرفته می‌شود، به عبارتی پذیرش یا عدم پذیرش اهمیت چندانی ندارد، آنچه که مد نظر ماست این است که این تصمیم‌گیری به درستی و با در نظر گرفتن همه جوانب صورت گرفته و از پشیمانی و احساس ندامت پس از تجربه آن جلوگیری به عمل آید. به نظر می‌رسد آگاه‌سازی صادقانه عموم

سنجی که در سال ۸۹ در قم صورت گرفته است، بیش از نیمی از زنان نابارور نسبت به حمل جایگزین نگرش مثبت داشته‌اند. بین نگرش مثبت با سن، تحصیلات، سال‌های نازایی و درآمد، همبستگی مستقیم مشاهده شده است (۴۹). قضاوت در مورد تغییر نگرش عموم نیاز به تحقیقات جامع و گسترده‌تر دارد. ون دن آکر (۲۰۰۷) که از پیشکسوتان تحقیق در زمینه حمل جایگزین است می‌نویسد نگرش‌های اجتماعی و فرهنگی نسبت به هر نوآوری یا مداخله‌ای، به شدت تحت تأثیر آنچه که نرم در نظر گرفته می‌شود شکل می‌گیرد. هرچند به کارگیری رحم جایگزین در بسیاری از کشورها متداول شده است اما تمایل عمومیت یافته‌ای برای استفاده از این روش‌ها وجود ندارد. البته نگرش اجتماع به این پدیده تا حدودی تغییر کرده است اما هنوز هم اقدام مادری که فرزند نوری خود را به زن دیگری می‌سپارد از عرف جامعه به دور می‌باشد. به نظر می‌رسد مادر درخواست کننده و مادر صاحب رحم انتخاب غیرمعمول خود را از طریق یک فرآیند هماهنگی شناختی ۱ تطابق می‌بخشند. در مقابل، عموم مردم، بارور وجود یک جزء سوم را در بارداری کمتر می‌پذیرند چرا که در این زمینه نیاز شخصی حس نمی‌کنند و با وضعیت شناختی خود به قضایا می‌نگرند (۱۳) پوت (۲۰۰۹) در انگلیس به بررسی نگرش زنان نسبت به اهداء رحم پرداخت. نتایج نشان داد از ۱۸۷ زن بررسی شده، ۱۵ نفر مایل، ۶۱ نفر نامطمئن و ۱۱۱ نفر عدم تمایل به اهداء رحم داشتند. در این مطالعه ۶۰ درصد از افراد مایل، ۶۷ درصد از افراد نامطمئن و ۳۲ درصد از افراد در گروهی که عدم تمایل به مادر شدن جایگزین را داشتند، تمایل بیشتری به اهداء رحم به بستگان یا دوستان داشتند و عده کمی مایل به اهداء رحم به یک غریبه بودند (۲۸). همچنین کیسو (۲۰۱۱) در مقاله خود به مطالعات نظرسنجی شده از مردم ژاپن در مورد حمل جایگزین در بیست سال اخیر اشاره کرده است. در سال ۱۹۹۰، ۱۴٪ درصد از

کمک باروری، عاملی مؤثر در بهبود نگرش جامعه نسبت به این روش‌ها و کاهش مشکلات زوجین نابارور و در نهایت استحکام خانواده‌ها خواهد بود. اما نکته‌ای که نباید از نظر دور بماند و بایستی در تحقیقات آینده مدنظر قرار گیرد این است که آیا استفاده از تکنیک‌های کمک باروری موجب بهبود وضعیت زندگی زنان نابارور و کاهش فشارهای اجتماعی گذشته می‌شود؟ لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده، وضعیت زنان ناباروری که توانسته‌اند با کمک این روش‌ها بارور شوند و کودکان حاصل از این روش مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه بخشی از نتایج رساله مصوب دکترای پرستاری و طرح پژوهشی مشترک با دانشگاه تربیت مدرس و پژوهشگاه رویان است که توسط کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس و پژوهشگاه رویان به طور جداگانه مورد تأیید قرار گرفته است. از کلیه مشارکت‌کنندگان بابت ارائه تجارب ارزشمند خویش و همچنین از معاونت پژوهشی پژوهشگاه رویان و دانشگاه تربیت مدرس بابت همکاری صمیمانه‌شان تشکر می‌شود.

مردم در زمینه تکنولوژی‌های کمک باروری، نقش مؤثری در کمک به زوج‌های نابارور جهت داشتن انتخاب برتر و نگرش واقع بینانه افراد جامعه نسبت به تکنولوژی‌های نوین کمک باروری خواهد داشت. از محدودیت‌های این مطالعه، عدم دسترسی به نمونه‌های حمل جایگزین نسبی و انتخاب نمونه‌ها تنها از روش حمل جایگزین کامل بوده است. انجام مطالعات وسیع‌تر بر روی نمونه‌های حمل جایگزین کامل و نسبی می‌تواند نتایج پربارتری ارائه نماید.

بنابراین همان‌طور که ملاحظه گردید، نتایج تحقیقات در ایران، با بسیاری کشورهای از جمله انگلیس، یونان، ترکیه، ژاپن و امریکا مشابه بوده و نشان می‌دهد پذیرش حمل جایگزین همانند سایر روش‌های درمانی شخص ثالث محدود است. یافته‌های مطالعه حاضر حاکی است، محیط خانواده و ارتباطات میان زوجین در احساس امنیت و یا امتناع از استفاده از این تکنیک‌های برای حل معضل ناباروری بسیار تأثیر گذار است. همچنین محیط اجتماعی فرهنگی که در آن این تکنولوژی‌ها به کار می‌رود نقش حیاتی در ادراکات افراد خواهد داشت. آگاه‌سازی افراد جامعه و تغییر نگرش‌های نادرست جامعه در زمینه ناباروری و تکنولوژی‌های

References:

1. Abbasi-Shavazi MJ, HB Razeghi-Nasrabad, Z Behjati-Ardakani, MA Akhondi. Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran. *J Reprod Infertility* 2007; 7(2): 139-48. (Persian)
2. Akhondi MM, Behjati-Ardakani Z, Arefi S, Sadri-Ardekani H, ArabiIn Persian M, Zarnani AH, et al. A close look at natural and in vitro fertilization as well as the need for donated gametes in treatment of infertility. *Payesh* 2007; 6(4): 307-21. (Persian)
3. Vahidi S, A Ardalan, and K Mohammad. The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-5. *J Reprod Infertility* 2006; 7(3): 243-51. (Persian)
4. Naseri-Moghadam H. Jurisprudential laws of relationship regarding infants born via surrogacy. *J Reprod Infertility* 2008; 9(1): 15-29. (Persian)

5. Asghari F. Ethical Issues in Surrogate Motherhood. *J Reprod Infertility* 2008; 9(1): 31-35. (Persian)
6. Garmaroudi S. Gestational surrogacy in Iran. *J Reprod Infertility* 2008; 9(1): 51-64.
7. Yousefi H, Ghahari S. Perspectives and challenges of surrogacy in Iran. *J Reprod Infertility* 2008; 9(2): 138-43. (Persian)
8. Gugucheva M. Surrogacy in America. 2010, Council for Responsible Genetics [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 7]. Available from: www.councilforresponsiblegenetics.org/.../kaevej0a1m.pdf
9. Hamdolahi A, Roshan M. Comparative study of jurisprudence and legal contract of Surrogacy. 1st Ed. Tehran: Majd; 2009. P.312. (Persian)
10. Evens E. A Global Perspective on Infertility: An Under Recognized Public Health Issue [Internet]. 2004 [cited 2013 Jan 7]. Available from: cgi.unc.edu/.../a-global-perspective-on-infertility-an-under-recognize.
11. Haghghat F, Azad-Hoosh S, Alaeedini Z, Moetamedi S, Rasulzadeh-Tabatabaie SK. Surrogacy: Attitudes of Iranian males and females about surrogacy. 2nd Ed. Tehran: SAMT; 2009. (Persian)
12. Fazli-Khalaf Z, Shafiabadi A, Tarahhomi M. Psychological aspects of surrogate motherhood. *J Reprod Infertility* 2008; 9(1): 44-9. (Persian)
13. van-den-Akker OBA. Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Hum Reprod Update* 2007; 13(1): 53-62.
14. Jafaritarbar H. As loving the child; Surrogacy from a jurisprudential perspective. *J Reprod Infertility* 2008; 9(2): 116-20. (Persian)
15. Qasemzadeh SM. Fundamental conditions of validity of the contracts for treatment of infertility applying gamete and embryo. *Payesh* 2007; 6(4): 419-37. (Persian)
16. Qasemzadeh SM. Surrogacy contracts in the Iranian law. *J Reprod Infertility* 2008; 9(2): 183-94. (Persian)
17. Rahimi H. Civil responsibility in surrogacy. *J Reprod Infertility* 2008; 9(2): 166-81. (Persian)
18. Seifi G. Third party rights in surrogate mother contacts. *J Reprod Infertility* 2008; 9(1): 66-81. (Persian)
19. Al-Hasani S. Islamic consideration (in Suni School) regarding bioethics and ART (especially oocyte and embryo donation) and the law in Germany. *Payesh* 2007; 6(4): 379-84.
20. Aramesh K. Etical assessment of monetary relationship in surrogacy. *J Reprod Infertility* 2008; 9(1): 37-42. (Persian)
21. Ghorbani B, Behjati-Ardakani Z. Openness about a child's origins in surrogacy in comparison with adoption & ART. *J Reprod Infertility* 2008; 9(2): 131-6. (Persian)
22. Pashmi M, Ahmadi SA, Tabatabaie SMS. The need for counseling surrogate mothers. *J Reprod Infertility* 2009; 9(4): 361-72. (Persian)
23. Behjati-Ardakani Z, Akhondi MM, Yaghmaie F, Milanifar AR. Consultations and health assessments in surrogacy. *J Reprod Infertility* 2008; 9(2): 108-14. (Persian)
24. Behjati-Ardakani Z, Akhondi MM, Milanifar AR, Modaberi Y, Chamani-Tabriz L, Moeeni M, et al. Counseling, evaluation and screening of donor and recipient in third party reproduction and the matching process. *Payesh* 2007; 6(4): 443-51. (Persian)
25. Akhondi MM, Behjati-Ardakani Z. Surrogacy and the necessity for its application in infertility treatment. *J Reprod Infertility* 2008; 9(1): 8-13. (Persian)
26. Ziyaie T, Ghobadi K, Ziyaie F. Positive and negative effects of surrogacy on a group of people from Gorgan. *J Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery* 2007; 4(2): 46-50. (Persian)

27. Baykal B, Korkmaz C, Ceyhan S, Goktolga U, Baser I. Opinions of infertile Turkish women on gamete donation and gestational surrogacy. *Fertil Steril* 2008; 89(4): 817-22.
28. Poote AE, Van den Akker OBA. British women's attitudes to surrogacy. *Hum Reprod* 2009; 24(1): 139-45.
29. Chliaoutakis JE. A relationship between traditionally motivated patterns and gamete donation and surrogacy in urban areas of Greece. *Hum Reprod* 2002; 17(8): 2187-91.
30. Minai J, Suzuki K, Takeda Y, Hoshi K, Yamagata Z. There are gender differences in attitudes toward surrogacy when information on this technique is provided. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 132(2): 193-9.
31. Iori K, Kouji B, Makoto M, Takuya I, Yasunori Y. Current status of surrogacy in Japan and uterine transplantation research. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 158(2): 135-40.
32. Hershberger PE, Kavanaugh K. Enhancing pregnant, donor oocyte recipient women's health in the infertility clinic and beyond: a phenomenological investigation of caring behaviour. *J Clin Nurs* 2008; 17: p. 2820-8.
33. Hsieh HF, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
34. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
35. Abedi HA, Ravanipour M, Karimollahi M, Yousefi H. Qualitative research methods in nursing. Tehran: Boshra; 2007. (Persian)
36. Zhang Y, Wildemuth B. Qualitative Analysis of Content [Internet]. [cited 2013 Jan 7]. Available from: <http://education.iseek.com/iseek/search.nav.html>
37. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
38. Clausen ED. Stress and anxiety in IVF and non-IVF pregnancies, in *Social Science in Psychology*. New Zealand: University of Waikato; 2010. P. 137.
39. Payne D, Goedeke S. Holding together: caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. *J Adv Nurs* 2007; 60(6): 645-53.
40. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: A review of recent literature. *Social Health Illn* 2010; 32(1): 140-62.
41. Abbasi-Shavazi MJ, Asgari-Khanghah A, Nasrabad HBR. Infertility and Live Experiences of Infertile Women: A Case Study in Tehran. *Pajuheshe Zanan* 2006; 3(3): 91-113. (Persian)
42. Karami-Nouri R. Infertility and its psycho social aspects. *J Reprod Infertility* 2000; 57-68. (Persian)
43. Dyer S, Mokoena N, Maritz J, van der Spuy Z. Motives for parenthood among couples attending a level 3 infertility clinic in the public health sector in South Africa. *Hum Reprod* 2008; 23(2): 352-7.
44. Karimi M, Ommani-Samani R, Shircovand A. A Qualitative Research: Live Experiences of Infertile Women Referring to Royan Institute. *Payesh* 2012; In Press. (Persian)
45. Hammarberg K, Fisher JRW, Wynter KH. Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Hum Reprod* 2008; 14(5): 395-14.
46. Ragone H. *Surrogate Motherhood, conception in the heart*. 1st Ed. United State of America: Westview Press; 1994.P. 215.
47. Greil A, McQuillan J, Benjamins M, Johnson DR, Johnson KM, Heinz CR. Specifying the effects of religion on medical helpseeking: the case of infertility. *Soc Sci Med* 2010; 71(4): 734-42.
48. Chliaoutakis J, Koukouli S, Papadakaki M. Using attitudinal indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and

- surrogacy. Hum Reprod 2002; 17(11): 2995–3002.
49. Ahmari-Tehran H, Jafarbeglou E, Ziyae-Shaykholeslami N, Abedini Z, Haydarpour A. Infertile women's attitudes about surrogacy. Ethics and History of Medicine Journal, 2010. 4(1): p. 63-70. (Persian)