

تجارب مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین به هنگام انتخاب حامل

میترا زندی^۱، * زهره ونکی^۲، * مرضیه شیوا^۳، عیسی محمدی^۴

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، و پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه اندوکرینولوژی و ناباروری زنان، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۳. استادیار و متخصص زنان و مامایی، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه اندوکرینولوژی و ناباروری زنان، تهران، ایران.

* نویسنده مسؤول: تهران، بزرگراه چمران، تقاطع جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری
پست الکترونیک: vanaki_z@modares.ac.ir

* نویسنده مسؤول: تهران، بزرگراه رسالت، خیابان بنی هاشم شمالی، کوی حافظ، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه اندوکرینولوژی و ناباروری زنان
پست الکترونیک: shivamarzieh@yahoo.com

چکیده

مقدمه: حمل جایگزین (رحم جایگزین) یکی از بحث‌انگیزترین روش‌های درمان ناباروری است که با وجود افزایش روزافزون به‌کارگیری آن، داده‌های تجربی اندکی در این زمینه موجود است. تاکنون مطالعه‌ای به منظور درک تجارب مادران به هنگام انتخاب حامل صورت نگرفته است.

هدف: تبیین تجارب مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین به هنگام انتخاب حامل

روش: این مطالعه با رویکرد کیفی در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۱ انجام شد. روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه بدون ساختار و نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. به طور کلی ۳۲ مصاحبه با ۱۵ مادر استفاده‌کننده از حمل جایگزین و ۵ نفر از کارکنان درمانی انجام شد. محیط پژوهش پژوهشگاه رویان و سایر مراکز ناباروری دولتی، خصوصی، بیمارستان‌ها و مطب‌ها در تهران و شهرستان‌ها بود. تحلیل داده‌ها به روش آنالیز محتوای متعارف صورت گرفت. برای امکان تأییدپذیری، اعتماد، انتقال‌پذیری و حساسی تحقیق، روند پژوهش تا حد امکان گام‌به‌گام گزارش شد. اخذ مجوز از کمیته اخلاق و کسب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان از ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود.

یافته‌ها: در نهایت، سه مضمون که نشان‌دهنده ماهیت و ابعاد تجارب مادران به هنگام انتخاب حامل بود، آشکار شد. این مضمون‌ها شامل «چالش انتخاب حاملی امین»، «برخورداری از تکیه‌گاه» و «حمایت ناکارآمد» می‌باشد؛ که هر یک دارای زیر طبقه‌بندی هستند.

نتیجه‌گیری: انتخاب حامل امین یکی از مراحل چالش‌برانگیز مادرشدن به شیوه حمل جایگزین است و سیستم‌های حمایتی از کارآمدی لازم برخوردار نمی‌باشند. ارائه نتایج مبتنی بر واقعیت می‌تواند مسئولین را از معضلات موجود آگاه نموده و راه را برای برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر و مراقبت اصولی‌تر هموار کند.

کلیدواژه‌ها: حامل، مادر جایگزین، رحم جایگزین، حمل جایگزین، تکنولوژی‌های کمک باروری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۵/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۷/۰۸

مقدمه

جایگزین، کتابخانه‌ای بوده و بر توصیف و تبیین جنبه‌های حقوقی و عدم وجود قوانین مدون در این زمینه (۱۴-۱۸)، جنبه‌های اخلاقی (۱، ۹، ۱۹-۲۰)، روانشناسی، اجتماعی و مشاوره (۷-۸، ۱۲، ۲۱)، تعریف و توصیف حمل جایگزین (۷، ۲۱)، نظر سنجی از افراد در مورد استفاده از این تکنیک (۲، ۲۲) و تحقیق میدانی زنان داوطلب حمل جایگزین (۱۰) متمرکز بوده است. تاکنون مطالعه‌ای به منظور درک تجارب مادران به هنگام انتخاب حامل صورت نگرفته است. پشمی و همکاران (۲۰۱۰) در اصفهان با رویکرد کمی به بررسی کلی تجارب مادران استفاده کننده از حمل جایگزین و حاملین پرداخته‌اند. در این تحقیق تنها در جمله‌ای اشاره شده که حامل توسط مراکز ناباروری به زوج خواهان فرزند معرفی می‌شده و هیچ یک از مشارکت کنندگان فرآیند استفاده از حمل جایگزین را تنش‌زا تجربه ننموده‌اند (۲۳). مراکز درمانی انجام دهنده حمل جایگزین اکثراً مسئولیت یافتن حامل را بر عهده نمی‌گیرند و بر اساس بررسی‌های اولیه‌ای که محقق انجام داده است، به ویژه در بسیاری از مراکز ناباروری خصوصی و مطب‌ها، مسئولیت یافتن حامل به زوج خواهان فرزند واگذار می‌شود؛ اما در مورد این که مادر در مرحله انتخاب حامل با چه چالش‌هایی روبرو می‌شود، اطلاعات چندانی در دسترس نیست. در کشور ما دانش عملی اندکی وجود دارد که توصیف کننده تجارب مادران به هنگام انتخاب حامل و مشخص کننده نقش پرستاران و رفتارهای مراقبتی آنان در این مرحله باشد. از طرفی، به دلیل این که هزینه این‌گونه درمان‌ها در ایران نسبت به سایر کشورها ارزان‌تر است، ایران به قطب این گونه درمان‌ها در خاورمیانه مبدل شده است (۵). به نظر می‌رسد به منظور روشن نمودن نقش مراقبتی پرستار، درک تجارب مادران در این مرحله، گام اولیه و اساسی است. بنابراین، هدف از این مطالعه، بررسی تجارب مادران استفاده کننده از حمل جایگزین، در مرحله انتخاب حامل می‌باشد.

روش‌ها

این تحقیق با رویکرد کیفی صورت گرفته است. پارادایم طبیعت‌گرا و روش‌های کیفی واقعیت را مبتنی بر زمینه دیده و واقعیات و سازه‌های متعدد از یک پدیده را می‌پذیرند. این روش‌ها برای مطالعه حیطه‌هایی که کمتر شناخته شده‌اند، مفید می‌باشند (۲۴). بنابراین، به منظور درک عمیق تجارب این مادران از رویکرد کیفی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با روش آنالیز محتوای متعارف Conventional content analysis صورت گرفت. استفاده از روش آنالیز محتوای متعارف و

امروزه با استفاده از فناوری‌های کمک‌باروری Assisted Reproductive Technology (ART) امکان بارورساختن تقریباً تمام زوجین نابارور وجود دارد (۱). حمل جایگزین (رحم جایگزین) یکی از جدیدترین و بحث‌انگیزترین روش‌های والدشدن و درمان ناباروری است که در آن، یک زن جنین را برای زنی دیگر حمل می‌کند. این روش به زوج‌ها کمک می‌کند که فرزندی از خون خود داشته باشند (۲). تعداد کودکان متولد شده از حمل جایگزین کامل در آمریکا در سالهای ۲۰۰۴-۲۰۰۸ یعنی در طول ۴ سال ۸۹٪ افزایش یافته است (۳). استفاده از حمل جایگزین پس از چند دهه کاربرد، هم اکنون در جامعه ما نیز مطرح شده و قابل اجراست (۴). طرح استفاده از حمل جایگزین در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۸۰ توسط برخی از کلینیک‌های ناباروری به اجرا درآمد است (۵).

حمل جایگزین به دو دسته کلی حمل جایگزین کامل (Full Surrogacy) که در آن، بانوی صاحب رحم ارتباط ژنتیکی با کودک ندارد و حمل جایگزین نسبی (Partial Surrogacy) که بانوی صاحب رحم با اهدای تخمک، والده ژنتیکی کودک نیز هست، طبقه‌بندی می‌شود (۱، ۶-۱۰). هر دو روش ممکن است با انگیزه‌های تجاری یا مالی صورت گیرد؛ گاهی هم ممکن است این کار با انگیزه‌های نوع‌دوستانه انجام پذیرد (۸). در این صورت، تقسیم‌بندی دیگری نیز می‌توان برای حمل جایگزین قائل شد که شامل جایگزینی تجاری (Commercial) و غیرتجاری (Non-Commercial Altruistic) می‌باشد. هر یک از این روش‌ها، پیامدهای متفاوتی در پی خواهد داشت و در نظر گرفتن تمامی جوانب و رعایت دستورالعمل‌های لازم در این زمینه ضرورت دارد (۷). امروزه به دلیل پیشرفت در تکنولوژی‌های کمک‌باروری و تقاضای بیشتر، استفاده از حمل جایگزین گسترده‌تر شده است (۱۱).

استفاده از فناوری‌های کمک‌باروری در جوامع مختلف، همواره با چالش‌هایی روبرو بوده و رشد سریع آن باعث بروز نگرانی‌هایی در اذهان مردم و متخصصان شده است (۲، ۱۲). حق فرد حامل در سقط جنین، امتناع از مراقبت‌های بارداری، امتناع از غربالگری، عدم رعایت شیوه زندگی ایمن و در نهایت، عدم تمایل وی به تحویل کودک به والدین ژنتیکی از مواردی است که باعث نگرانی از نتیجه استفاده از این روش کمک‌باروری می‌شود (۱).

داده‌های تجربی اندکی در مورد پدیده حمل جایگزین وجود دارد (۱۳). در ایران تقریباً اکثر مطالعات انجام شده در زمینه حمل

استقرایی زمانی کاربرد دارد که تئوری و مطالعات موجود در زمینه پدیده مورد مطالعه محدود باشد (۲۵-۲۶).

محیط پژوهش، پژوهشگاه رویان و سایر مراکز ناباروری دولتی، خصوصی، بیمارستان‌ها و مطب‌هایی در تهران و شهرستان‌ها بود که حمل جایگزین در آن‌ها صورت می‌گیرد.

به منظور دستیابی به نمونه‌های دارای تجارب دست اول مبتنی بر هدف پژوهش (۲۷)، از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. لازم به ذکر است به دلیل دسترسی بیشتر به نمونه‌های حمل جایگزین کامل در ایران، همگی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، از نوع حمل جایگزین کامل هستند (یعنی اسپرم و تخمک از پدر و مادر خواهان فرزند است و تنها رحم از شخص ثالث می‌باشد). مشارکت‌کنندگان مادرانی بودند که در مرحله درمان برای کاشت جنین، کاشت جنین، دوره انتظار (بارداری حامل) و یا پس از آن (پرورش کودک) قرار داشته، توانایی بیان کلامی به زبان فارسی و تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند.

محدودیتی از لحاظ سن وجود نداشت. در ابتدا محقق با هر یک از مشارکت‌کنندگانی که شماره تماس آنان را از مرکز رویان دریافت نموده بود، تماس گرفته و ضمن بیان هدف تحقیق، روش مصاحبه، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و حق آن‌ها در شرکت یا خروج از مطالعه توضیح داده شد. مشارکت‌کنندگان این پژوهش بسیار به محرمانه بودن اطلاعات حساس بوده و جلب اطمینان آنان به سختی صورت می‌گرفت. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده می‌شد 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 مشارکت‌کننده برای انجام مصاحبه تعیین می‌گردید. مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول مقاله و به صورت انفرادی، در محیطی آرام و در زمان و مکان مناسب که مشارکت‌کنندگان احساس راحتی می‌نمودند (منزل مشارکت‌کنندگان در تهران و شهرستان‌های مختلف، بوستان‌های اطراف منزل مشارکت‌کننده، پژوهشگاه رویان و...) انجام شد. در ابتدا یازده مادر توسط پژوهشگاه رویان معرفی شدند که پس از تماس تلفنی و توضیح هدف مطالعه، هشت مادر موافق به شرکت در پژوهش بوده و سه نفر به دلیل نگرانی از آشکار شدن حقیقت، از شرکت در پژوهش امتناع نمودند. هفت مشارکت‌کننده دیگر نیز از سایر مراکز ناباروری دولتی و خصوصی و مطب‌های شهر تهران و شهرستان‌ها با شرکت در تحقیق موافقت نمودند. با برخی مشارکت‌کنندگان بیش از یک بار مصاحبه انجام شد. به جز یک مورد، تمامی مصاحبه‌های اول به صورت چهره به چهره انجام شد؛ اما مصاحبه‌های تکمیلی برخی مجدداً به صورت چهره به چهره و برخی به صورت تلفنی

صورت گرفت. در مجموع از ۳۲ مصاحبه، ۲۷ مصاحبه با ۱۵ مادر صورت گرفت که ۲۳ مصاحبه رسمی و ۵ مصاحبه غیررسمی (در برخوردهای حضوری و تلفنی اتفاقی که اطلاعاتی در اختیار محقق قرار می‌گرفت) بود. همچنین به منظور جمع‌آوری داده‌های تکمیلی و افزایش اعتبار یافته‌ها از طریق تلفیق منابع، ۵ مصاحبه با ۵ تن از پرسنل مراکز ناباروری که ارتباط نزدیک با این مادران داشتند نیز صورت گرفت. اشباع داده‌ها پس از انجام ۳۰ مصاحبه ایجاد شد که به منظور اطمینان‌یابی از اشباع، دو مصاحبه دیگر نیز صورت گرفت که داده طبقه جدیدی به دست نیامد. مادران مشارکت‌کننده در این مطالعه دارای حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۹ سال با میانگین سنی ۳۳/۱۳ سال بودند. ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

مادر سن	تحصیلات	علت ناباروری	ارتباط فامیلی با حامل
۳۴	دیپلم	بیماری لوپوس	ندارد
۳۱	لیسانس	بیماری لوپوس	ندارد
۳۹	زیر دیپلم	سندرم راکی تانسکی	ندارد
۳۲	فوق دیپلم	سندرم راکی تانسکی	ندارد
۳۴	زیر دیپلم	هیستریکتومی اورژانسی	ندارد
۴۹	فوق لیسانس	تومور شکمی و سقط مکرر	ندارد
۳۰	لیسانس	سندرم راکی تانسکی	ندارد
۳۵	زیر دیپلم	سندرم راکی تانسکی	خواهر
۴۰	دکترای تخصصی	نامشخص	ندارد
۳۴	لیسانس	سندرم راکی تانسکی	مادر
۲۳	لیسانس	سندرم راکی تانسکی	ندارد
۳۰	لیسانس	هیستریکتومی اورژانسی	ندارد
۳۵	لیسانس	سقط مکرر	ندارد
۳۲	لیسانس	ترومبوفیلی	ندارد
۳۰	زیر دیپلم	سندرم راکی تانسکی	ندارد

در این پژوهش، ۲ نفر از مادران ارتباط فامیلی با حامل داشته و از حمل جایگزین غیرتجاری (نوع‌دوستانه) استفاده نموده‌اند. گردآوری داده‌ها از آبان ماه ۱۳۸۷ تا خرداد ماه ۱۳۹۱ به وسیله مصاحبه بدون ساختار عمیق با استفاده از سؤالات باز صورت گرفت. مصاحبه ابتدا با استفاده از سؤال باز «پس از تصمیم به استفاده از حمل جایگزین چه کردید؟» آغاز می‌گردید. به منظور روشن‌سازی مفهوم مورد مطالعه، سؤالات روشن‌کننده و پیگیری‌کننده بر اساس اطلاعاتی که از شرکت‌کننده به دست

آرامش دهنده از جهت تخلیه فشارهای درونی خود می‌دانستند که به اعتبار مطالعه می‌افزود. همچنین برای امکان تأییدپذیری، اعتماد، انتقال‌پذیری و حساسیتی تحقیق، مراحل و روند پژوهش تا حد امکان به طور دقیق و گام به گام ثبت و گزارش شد تا امکان پی‌گیری تحقیق برای سایرین فراهم شود.

اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس و پژوهشگاه رویان، توضیح کامل در مورد اهمیت، اهداف و روش تحقیق و کسب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان طبق ساختار دانشگاه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه و پرهیز از اصرار برای شرکت در تحقیق با وجود کمبود شدید نمونه، حفظ محرمانه بودن اطلاعات در تمامی مراحل تحقیق و تعیین مکان و زمان مصاحبه مطابق میل مشارکت‌کنندگان از نکات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت گردید.

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها در نهایت سه مضمون اصلی را نمایان ساخت که شامل **۱. چالش انتخاب حاملی امین** متشکل از چهار زیرطبقه «دشواری یافتن حامل»، «حساسیت در انتخاب»، «مواجهه با تجاری شدن حمل جایگزین» و «برخورد با کاندیدهای نامناسب» **۲. برخوردارگی از تکیه‌گاه** متشکل از دو زیرطبقه «بهره‌مندی از حامیان معتمد»، «مساعادت مراکز ناباروری» **۳. حمایت ناکارآمد** متشکل از دو زیرطبقه «عقیم‌سازی منابع حمایتی» و «عدم دریافت حمایت مورد انتظار» می‌باشد.

چالش انتخاب حاملی امین

«چالش انتخاب حاملی امین»، بیانگر فراز و نشیب‌هایی است که مادر در مرحله انتخاب حامل مواجه می‌شود. این مفهوم متشکل از چهار زیرطبقه «دشواری یافتن حامل»، «حساسیت در انتخاب»، «مواجهه با تجاری شدن حمل جایگزین» و «برخورد با کاندیدهای نامناسب» است.

۱. دشواری یافتن حامل

مشکلات ناشی از کم‌یابی کاندیدهای اهداء/اجاره رحم در جامعه، واگذاری مسئولیت یافتن حامل به مادر، واجد شرایط نبودن کاندیداها و پشیمانی طرفین به دلایل مختلف می‌باشد. در بیشتر مراکز خصوصی و از جمله مطب‌ها، این مسئولیت به مادر واگذار می‌شود و آنان هیچ مسئولیتی (به جز بررسی جسمی) در قبال حامل نمی‌پذیرند.

"یعنی اصلاً دکتر و بیمارستان به این کارا کاری نداره، یعنی این کارا کارهاییه که خودمون باید پیگیرش باشیم، اصلاً متاسفانه کلینیک و بیمارستان و این‌ها روی شرایط زندگی اون خانم و این‌ها هیچ نظارتی نداره! فقط به سلامتی اون خانم توجه می‌کنه این که از لحاظ بارداری مثلاً می‌تونه دوران بارداری رو به سلامت طی کنه یا نه." م ۱۲

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 (یک مورد) متغیر بود (با میانگین ۵۶ دقیقه) که به صورت فردی انجام شد.

تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری آن‌ها و به روش تحلیل محتوای متعارف انجام شد. مطابق با روش گرانهمیم و لاندمن (۲۰۰۴)، مناسب‌ترین واحد تحلیل، کل یک مصاحبه انتخاب شد (۲۸). مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط شد و در اولین فرصت به صورت کلمه به کلمه و همراه با اشارات غیرکلامی از قبیل گریه، خنده، سکوت در محیط Word تایپ و سپس وارد نرم‌افزار MaxQDA 2007 که ابزار کارآمدی در سازماندهی داده‌هاست (۲۹) گردید. متن هر مصاحبه بارها خوانده و مرور شد تا پژوهشگر با غوطه‌وری در داده‌ها به ادراک درستی از داده‌ها دست یابد. سپس داده‌ها به واحدهای معنایی (کدها) شکسته شد. کدهای اولیه فهرست شد و پس از چند مصاحبه، بر اساس تشابه مفهومی و معنایی گروه‌بندی شدند و هر طبقه به وسیله عناوینی که مبین ویژگی‌های محتوای آن بود، نامگذاری گردید. به تدریج با مقایسه و ادغام مداوم، داده‌ها در طبقات اصلی‌تر که انتزاعی‌تر و مفهومی‌تر بودند قرار گرفتند و در نهایت، مضمون‌ها انتزاع شدند. فرایند انتزاع تا تشکیل سه مضمون اصلی ادامه یافت (جدول ۲).

جدول ۲: مفاهیم ظهور یافته در تحلیل محتوا

مضمین اصلی	مضمین فرعی
چالش انتخاب حاملی امین	دشواری یافتن حامل
	حساسیت در انتخاب
	مواجهه با تجاری شدن حمل جایگزین
	برخورد با کاندیدهای نامناسب
برخورداری از تکیه‌گاه	بهره‌مندی از حامیان معتمد
	مساعادت مراکز ناباروری
حمایت ناکارآمد	عقیم‌سازی منابع حمایتی
	عدم دریافت حمایت مورد انتظار

به منظور افزایش اعتبار Credibility داده‌ها از درگیری طولانی مدت با داده‌ها Prolonged Engagement (بیست ماه)، بازنگری مشارکت‌کنندگان Member Check، بازنگری ناظرین Externals Check و تلفیق منابع (مادران و کارکنان مراکز ناباروری) استفاده شده است. همچنین برخی مادران به دلیل کتمان حقیقت از سایرین، امکان تخلیه عاطفی و ابراز نگرانی‌های قبلی را نداشتند؛ بنابراین، مصاحبه‌ها را بسیار

می‌کنند. همچنین ممکن است حامل از نظر مادر و یا مرکز ناباروری و یا پزشک مورد تأیید قرار نگرفته و فرآیند جستجو برای یافتن حامل مناسب مجدداً آغاز گردد. همه این تجارب حاکی از دشواری یافتن حاملی مناسب برای کاشت جنین می‌باشد.

۲. حساسیت در انتخاب

حساسیت و دقت نظر مادر در انتخاب حامل می‌باشد. تمامی مادران پیش از انتخاب حامل، یک سری معیارهایی را برای انتخاب وی در نظر می‌گیرند. از رایج‌ترین معیارهایی که توسط مادران در نظر گرفته شده است، می‌توان به متاهل بودن حامل، عدم مصرف دخانیات و اعتیاد، اعتقادات مذهبی و شباهت‌های اعتقادی و به طور کلی، همگن بودن دو خانواده تا حد امکان، آرامش روحی، ارتباطات خانوادگی با همسر و فرزندان، رضایت همسر وی، برخورداری از منابع حمایتی، اصالت خانوادگی، ویژگی‌های شخصیتی و نحوه برخورد، ویژگی‌های ظاهری و جوان بودن، مؤدب بودن، تحصیلات، نزدیک بودن محل زندگی وی به محل زندگی مادر، مستمند نبودن بیش از حد، علاقمندی به کودکان و عدم اجاره رحم صرفاً به دلایل نیاز مالی، ویژگی‌های هوشی فرزندان، وضعیت تغذیه‌ای و ... اشاره نمود. آگاهی در مورد عدم امکان شباهت ظاهری کودک به حامل، منجر به این می‌شود که ویژگی‌های ظاهری حامل برای مادر مهم نباشد. بیانات مادران نشان‌دهنده تمرکز آنان بر معیارهای از پیش تعیین شده آنان می‌باشد:

"برام خوب ظاهرش که اصلاً فرقی نمی‌کرد، فقط دوست داشتم یه آدم خیلی مؤمنی باشه، یعنی با ایمان باشه از نظر این که حالا فردا هی برامون بامبول درنباره که درآورد. خانواده مؤمنی باشند، من خیلی برام مهم بود." م ۹

"یکی این که اعتیاد نداشته باشه، این برام خیلی مهم بود، مثلاً سیگاری و اعتیاد و اینا نداشته باشه. بعد یکیم این که آدم تحصیل کرد ه‌ای باشه. چون کسی که تحصیل کرد دست خوب خیلی مواردو رعایت می‌کنه. بعد یکیم با خدا باشه. اینم برام خیلی مهم بود و خدا روشکر هر سه تا ویژگی رو داشتند." م ۱۰

"من گفتم این کسی که شهیده چه نسبتی باهاتون داره؟ گفت: برادرمه، این حالا نمی‌دونم، یه دلگرمی به من داد این که اون‌ها توی این محل شناخته شده‌اند، متوجه‌اید؟ بالاخره برادرش شهیده توی اون کوچه و اصلاً از قدیمی‌های اون محله‌اند، شناخته شده‌اند. چون طبقه بالای مادرش هم زندگی می‌کنه، این برای من مهم بود، یعنی خیلی بهم دلگرمی داد؛ که حالا اینا کسایی نیستند که از یه جایی اومده باشند، هیچ کس توی محل شناسدشون، فردا هم جمع کردند و رفتند، هیچی به هیچی." م ۱۲

۳. مواجهه با تجاری شدن حمل جایگزین

مراکز ناباروری معتبر معمولاً مسئولیت یافتن حامل را می‌پذیرند اما در صورتی که مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین به

واگذاری مسئولیت یافتن حامل به خانواده، عدم تمایل اعضای خانواده و بستگان به اهدای رحم و یا عدم امکان استفاده از آن‌ها به دلیل پنهان‌سازی و یافتن حامل از میان غریبه‌ها در جامعه‌ای که هنوز با پدیده حمل جایگزین مأنوس نیست مشکلات زیادی را برای خانواده‌ها به همراه دارد.

"طرف می‌گه من کلیه‌ام رو می‌فروشم اما این کار رو نمی‌کنم، شکمم بیاد بالا طبقه بالایی چی می‌گه؟ همسایه سر کوچه چی می‌گه، این چی می‌گه، اون چی می‌گه؟ نمی‌کنم. بعد الان خب من باید برم اعلامیه که نمی‌تونم بزنم، من حتی روزنامه همشهری رفتم گفتم برای من اطلاعیه چنین چیزی بزنند، گفتند نمی‌شه. از لحاظ قانونی نمی‌تونیم. یعنی من رفتم دست نوشته زدم چسبوندم رو در مطب‌ها که خانمی که میاد نیاز داره، از کجا باید من رو پیدا کنه؟ شما برای پیدا کردن ماها چقدر زحمت کشیدید؟ باز بالاخره به اینترنت دسترسی داشتید. یه خانمی که بی‌سواده، وضع مالیش بده، یه خانمی که شاید خیلی راحت نتونه از خونه بیرون بیاد و بره، تو جنوب شهره، به اینترنت دسترسی نداره، شاید تلفنم خونه‌اش نداشته باشه، از کجا می‌خواد منو پیدا کنه؟ این یه واقعیتیه!" م ۱۴

"کسی هم گیرمون نیومد. من خیلی جاها سپردم... بعد خودمونم که تو فامیل که مثلاً کسی نیومد، یه بارم همون عروس خواهرم که اومد، اونم ترسید. می‌دونی اونا فکر می‌کردند عمل روشون می‌شه، می‌ترسیدند." م ۸

پشیمانی فرد کاندید به دلایل مختلف از رایج‌ترین معضلات مادران پس از انتخاب حامل می‌باشد. گاهی اوقات به دلیل عدم آگاهی کافی در مورد حمل جایگزین، افراد پس از شروع مراحل درمان و مواجهه با دشواری‌های آن، از ادامه درمان سرباز می‌زنند. در مراکز ناباروری دولتی معمولاً نیاز به مراجعات پی‌درپی به مرکز ناباروری و طولانی شدن فرآیند درمان منجر به پشیمانی کاندیدا می‌شود. اما در بیشتر موارد پشیمانی به دلیل طمع مالی حامل و یافتن (و یا تظاهر به یافتن) قراردادی پرسودتر می‌باشد.

"ساروگیت (حامل) اولم خب خیلی بد بود. یه دفعه جا زد و رفت گفت نمی‌خوام. اصلاً من نفهمیدم برای چی؟... به خدا گریه‌ای من پشت تلفن می‌کردم!!! که گفتم تو شناس بچه‌دار شدن رو از من گرفتی!! من از روز اول به تو گفتم بین عزیزم، شوهر من ناراضیه! من با التماس اینو آوردم! از اول فکراتو بکن! چقدر پول می‌خوای، برای چی، شوهرت نشسته بود، شوهرت راضی باشه، چون شوهر من ناراضیه!!! به خاطر من داره این کار رو می‌کنه. یه دفعه گفت: نه شوهرم گفته که من کمتر از ۲۰ میلیون نمی‌گیرم. ای بابا ما مگه روز اول با هم حرف نزدیم؟؟ یعنی من اون روز اینقدر حالم بد شد، اینقدر گریه کردم... الللتماسش می‌کردم... می‌گفتم چرا این کار رو داری با من می‌کنی؟ رفت که رفت." م ۱۳

گاهی دو طرف در همان تعاملات ابتدایی به دلیل داشتن برخی مشکلات ارتباطی با یکدیگر، از شروع و یا ادامه درمان امتناع

غیراخلاقی به حامل‌ها، به شیوه‌های گوناگون از زوج خواهان فرزند اخذی می‌کنند.

"آخه می‌دونید حالا به چیز جالبی که تو چند نفری (حامل) که اول می‌رفتم می‌دیدم مشترک بود، این بود که همه!!! به جورایی تبلیغاتی که معلوم بود همش از پیش پرداخته شده هست می‌کردند. همه همسراشون (همسران افراد کاندید اجاره رحم) بلااستثناء می‌گفتند که آره؛ خانم ما نماز خونه، نمی‌دونم اعتقادات خودش رو داره، خیلی صبور، خیلی آرومه، یعنی جملات همه تکراری بود. انگار اون خانمی که واسطه هستش بهشون گفته باشه که همشون بیان بگن ما نماز می‌خونیم، ما آرامش داریم، چون واقعاً این تنها چیزیه که والدین از اون طرف می‌خواهند که فقط خانوادگی اون آرامش نسبی رو داشته باشند." م ۱۲

۴. برخورد با کاندیدهای نامناسب

به دلیل رواج نوع تجاری حمل جایگزین در کشور ما، معمولاً افرادی از قشرهای پایین اجتماع که نیازمند هستند برای کسب درآمد به این کار روی می‌آورند و در نتیجه، امکان برخورد با کاندیدهای اجاره رحمی که شرایط مناسبی ندارند بیشتر می‌شود. منظور از «برخورد با کاندیدهای نامناسب»، تجربه مادر از مواجهه با کاندیدهای اجاره رحمی است که به دلایل مختلف واجد شرایط لازم برای اجاره رحم نبوده و یا با انجام رفتارهای نامناسب از جمله سوء استفاده مالی و اخذی از زوج خواهان فرزند به طرق مختلف، برقراری ارتباط فراتر از حد و مرز حامل با همسر/پدر، ادعای مادری حتی پیش از کاشته شدن جنین و... زوج خواهان فرزند و به ویژه مادر را متحمل فشارهای روحی سنگین نموده‌اند و در نهایت با فسخ قرارداد، مادر مجبور به جستجوی مجدد جهت یافتن حامل مناسب شده است.

"ضربه‌های خیلی بدی زد. خیلی. بعد با من اصلاً حرف نمی‌زد. به خانم مددکار می‌گفت من شوهرشو دوست دارم، خیلی راحت! می‌گفت شوهرش خیلی مهربونه. جالبه می‌گند آدمایی که بلدند خدا رسواشون می‌کنه، ناخودآگاه از دهنش هی می‌ریخت بیرون... بعد به خاطر ضربه‌ای که خورده بودم، حواسمو خیلی جمع کرده بودم." م ۴

"آمیول‌هایی که دونه‌ای ۱۲۰ (هزار) تومن می‌گرفتم که منم می‌زدم اونم بزنه، اون می‌رفت آمیول‌ها رو بیرون می‌فروخت... تا رفتیم روی تخت دراز کشید، خانم دکتر بهش گفت تو چکار کردی با خودت؟ با این خانومه چکار کردی؟ تو که اصلاً آماده نیستی؟ آمیول‌رو استفاده نکردی؟ گفت چرا استفاده می‌کردم. حالا من که پشت پرده بودم بین به من چی می‌گذشت... باورم نمی‌شد. می‌گفتم آخه این که این همه خدمت‌شو کردم، این همه احترام، عزت، این همه برارش توضیح دادم که زندگی اینه، سرنوشت اینه! من الان لب مرز هستم دیگه! خودمو قانع می‌کردم که این نیستش تا این که پرده کنار رفت خانومه اومد بیرون. دیدم خانومه رنگش پریده. خانم دکترم خیلی عصبانی بود. پرستاره بیچاره فهمیده بود که من خیلی خوب رنگ رخسارم قشنگ مشخص بود دیگه. همینطور که دستمو گرفته بود که داشتیم با هم‌دیگه می‌اومدیم که بریم تو دفتر ببینیم چرا این کارو کرده تا اومدم

مراکز خصوصی، بیمارستان‌ها و مطب‌ها مراجعه نموده باشند، با بازار آزاد حمل جایگزین مواجه می‌شوند. بازاری که در آن دلان یا واسطه‌ها، کالای کمبای را که در اینجا رحم است، به قیمت‌های گزاف به فروش می‌رسانند و سود هنگفتی را عاید می‌شوند. تعیین قیمت سلیقه‌ای در این بازار، زوج استفاده کننده از حمل جایگزین را با مشکلات بیشتری در یافتن حامل مناسب مواجه می‌کند. برخی کارکنان مراکز و پزشکان نیز به شیوه‌های بسیار متفاوت و گوناگونی از این بازار سود می‌برند. واسطه قراردادن منشی‌های خود در مطب و اجبار مادران به دریافت خدمات درمانی در همان مطب در صورت یافتن حامل در مطب خود، پیشنهاد اجاره رحم از افراد به ظاهر پزشک برای اخذ پول بیشتر و ... همگی از تجربیاتی است که توسط مادران گزارش شده است.

"میری بیمارستان... می‌گند (به حالت درگوشی) چی می‌خوای؟ تخمک می‌خوای؟ رحم می‌خوای؟ اسپرم می‌خوای؟ اصلاً دنبالمون می‌گردند واسطه‌ها! بعد میاد با ساروگیت (حامل) قرارداد می‌بندند ۵ میلیون، به من میگه ۱۵ میلیون... نرخ الان شده ۱۵٪، الان شده ۲۰٪، شما هر قراردادی که ببندی ۱۵٪ - ۲۰٪ مال منه، چه بگیره چه نگیره، روز انتقال من می‌گیرم! یعنی شما اگه بدویند که این مراکز ما رو توی چه معضلی قرار دادند که من بتونم ساروگیت پیدا کنم!!! خب من از کجا برم ساروگیت پیدا کنم؟ من خونه واسطه‌ها هم رفتم، واسطه‌ای بوده که می‌گفته بیاید همدیگرو ببینید، خدای من مشاهده وضع مالیش از من بهتره!! یعنی دکوراسیون خونه‌ای که اون داره من ندارم! ماشینی که اون سواره من سوار نیستم... خانم دکترم راستش خیلی وقته این کار رو انجام می‌ده، بعد در واقع منشی‌اش هم واسطه است؛ این وسط، ولی خب شرط این که بخواد کاری انجام بده (حامل پیدا کنه)، می‌گه باید پیش همین خانم دکتر این کارو بکنی... اینه که من می‌گم نه تنها اون واسطه منو به صورت به کیسه پول می‌بینه، همون ساروگیت منو به صورت کیسه پول می‌بینه، خود دکتر هم منو به صورت یک کیسه پول می‌بینه!" م ۱۴

همچنین بازار حمل جایگزین از حامل‌ها واسطه می‌سازد. اکثر افراد حامل، پس از تجربه اجاره رحم برای بار اول و درک دشواری‌های آن و آشنایی با کار واسطه‌ها و دلان بازار آزاد حمل جایگزین، واسطه‌گری را بر اجاره رحم ترجیح داده و پس از یک بار تجربه اجاره رحم، تبدیل به واسطه می‌شوند و در بسیاری از موارد، این امر به شکل اپیدمی در بستگان نیز رایج می‌شود و قیمت‌ها به صورت رقابتی تعیین می‌گردد. واسطه‌ها با فریب طرفین قرارداد و پیشنهاد مبالغ غیرواقعی و بسیار پایین به حامل‌ها و بسیار بالا به زوج خواهان فرزند، سود هنگفتی را عاید می‌شوند. آنان اجازه ملاقات به طرفین قرارداد را نداده و گاه با آموزش صحبت‌های کلیشه‌ای و خوشایند به حامل و همسر وی به منظور تحویل دادن به زوج خواهان فرزند، امکان فریب دادن آنان را فراهم آورده و از طریق آموزش کارهای

ایشونو بهمون معرفی کردند." م ۹
 "دیگه مامانم رحم داد چون کم‌سن بود، حالا اون موقعی که دایتم
 این کارو می‌کردم ۳۷ سالش بود. الان ۴۰ سالشه." م ۱۱
 حامیان معتمد دیگر، مادران مشابه یا گروه هم‌تا می‌باشند.
 حمایت گروه هم‌تا که دریافت حمایت از سوی سایر مادران
 استفاده‌کننده از حمل جایگزین می‌باشد، نه از طریق حضوری و
 رودررو بلکه تنها از طریق مجازی و با عضویت در سایت‌های
 اینترنتی و با نام‌های مستعار صورت می‌گیرد. دریافت این
 حمایت تنها از سوی محدود مادرانی امکان‌پذیر است که
 دسترسی به اینترنت داشته باشند؛ که به ویژه در کشور ما این
 امکان برای گروه کثیری از مادران وجود ندارد.

"دومی هم که پیدا کردم (دومین فرد کاندید اجاره رحم)، یکی از
 بچه‌های سایت یه روز یعنی اینقدر من حالم بد بود که این اولیه بهم
 خورده بود، شب عید بود این قضیه که بهم خورده بود، خیلی ناراحت
 بودم، گفتم بچه‌ها شما تورو خدا اگه می‌دونید من نمی‌خوام واسطه‌ای
 میون باشه. شما هر کسی که فکر کردید چیزی به من شماره تلفنشو
 بدید... چون اون روز بیمارستان ... بوده، بعد این ساروگیت جدید منو
 دیدم... بهش گفته یکی از دوستای من رحم می‌خواد. گفته من خودم
 می‌شم، دیگه شمارشو به من داد، گفت این خانم جوونیه و خودش
 می‌شه فقط قیمتش یکم بالاست." م ۱۳

۲. مساعدت مراکز ناباروری

کمک مراکز ناباروری به طرفین قرارداد به منظور داشتن انتخاب
 درست طرف مقابل می‌باشد. این حمایت دوجانبه بوده است و
 شامل حمایت از زوج خواهان فرزند در انتخاب حامل مناسب و
 همچنین حمایت از حامل در انتخاب زوجی که با آن‌ها راحت
 باشند و بتواند مدتی را با آن‌ها مراد داشته باشد و به طور کلی
 همگون بودن دو طرف از نظر ویژگی‌های مورد نظر خود و
 مرکز ناباروری می‌باشد. در این انتخاب، نه تنها داشتن
 ویژگی‌های مورد نظر طرفین مهم است؛ بلکه داشتن معیارهای
 ورود به این فرآیند درمانی نیز از ضروریات است. مراکز ناباروری
 با انجام غربالگری‌های روانی اجتماعی، پزشکی و اعتیاد، ابتدا
 صلاحیت طرفین را بررسی نموده و سپس در صورت توافق
 طرفین، انتخاب نهایی صورت می‌گیرد. البته شایان ذکر است
 که تأکید و دقت مراکز ناباروری بیشتر بر انتخاب حامل مناسب
 است؛ زیرا افراد کاندید اجاره رحم معمولاً از طبقات پایین
 اقتصادی اجتماعی بوده و بیشترین انگیزه آنان انگیزه مالی
 می‌باشد؛ بنابراین، در چنین شرایطی امکان سوء استفاده‌های
 مالی و بروز مشکلات بیشتر می‌باشد. در مراکز ناباروری معتبر
 دولتی، اجازه ورود به واسطه‌ها داده نمی‌شود و بنابراین، طرفین
 در محدوده قیمت مشخصی که مرکز ناباروری به آنان اعلام
 می‌نماید، به صورت توافقی عقد قرارداد می‌کنند. یکی از

پیام تو بیهوش شده بودم. از ناراحتی از حال رفته بودم. دیگه سریع
 تمام دکترا و سرپرستار اینجا اومده بود. رفتیم تو دفترشون تازه. اون
 فرار کرده بود دیگه. حالا بین من چی کشیدم. دوباره بچم ۵ ماله
 فریز بود." م ۳

کارکنان مراکز ناباروری نیز نامناسب بودن اکثر افراد کاندید
 اجاره رحم را تأیید می‌نمایند.

"اکثر کسانی که داوطلبند شوهراشون معتادند... افراد حرفه‌ای هم
 گاهی اوقات وارد می‌شند که خیلی حالت کاسبی اصلاً به قضیه
 می‌دند که ما سعی می‌کنیم اینارو واردشون نکنیم." پ ۵

برخورد با کاندیدهای نامناسب و کسب تجارب ناخوشایند قبلی
 منجر به افزایش حساسیت مادر در انتخاب و تشدید دشواری
 یافتن حاملی مناسب و امین می‌شود.

برخورداری از تکیه‌گاه

درک مادر از مساعدت خداوند، خانواده و اطرافیان مطلع، گروه
 هم‌تا و همچنین مساعدت مراکز ناباروری در یافتن و انتخاب
 حامل مناسب می‌باشد. این مفهوم شامل دو زیرطبقه
 «بهره‌مندی از حامیان معتمد» و «مساعدت مراکز ناباروری»
 می‌باشد.

۱. بهره‌مندی از حامیان معتمد

بهره‌مندی از حامیان معتمد شامل درک حمایت معنوی، حمایت
 خانواده و اطرافیان نزدیک و نیز گروه هم‌تا (سایر مادران استفاده
 کننده از حمل جایگزین) در یافتن و انتخاب حامل می‌باشد.

درک حمایت معنوی به معنی اعتقاد مادر به حمایت خداوند و
 ائمه به عنوان نیرویی برتر و دارای قدرت و مورد اطمینان است
 که در حیطه‌های مختلف از جمله یافتن رحم جایگزین مناسب و
 شناسایی کاندیدهای نامناسب، تجربه شده است.

"خدا واقعاً برای من خواست! یعنی یکی بود مثل خودم نه خیلی آدم
 مذهبی خشکه مقدس، نه از این آدمایی که خیلی امروزی خودشونو
 حساب می‌کنند و می‌خوانند مثلاً به همه چیز بی‌اعتنا باشند که این
 حرفا چیه، اینا مال قدیم بوده. مثل خودم بود." م ۱

خانواده، بستگان، دوستان و آشنایانی که رازدار مادر هستند،
 نقش مهمی در حمایت مادر در انتخاب و یا یافتن حامل
 داشته‌اند. در برخی موارد، افراد نزدیک خانواده پیشنهاد استفاده
 از رحم خود را به مادر می‌دهند. هر چند در بسیاری از موارد به
 دلایل مختلف از جمله عدم پذیرش همسر/ پدر، پشیمانی فرد
 پیشنهاد دهنده، واجد شرایط نبودن وی پس از بررسی توسط
 پزشک، این پیشنهاد به نتیجه نمی‌رسد اما همین پیشنهاد جنبه
 حمایت روحی برای مادر داشته است. همچنین گاهی اوقات
 خانواده و اطرافیان مطلع نزدیک، به تلاش برای پیدا کردن
 حامل می‌پردازند و از این طریق به مادر در یافتن حامل کمک
 می‌کنند.

"خواهرم پیداش کرد. تو یک مؤسسه خیریه بود یک خانومی، بعد

رو دارند با ما، صحبت‌هایی که می‌شه، ریسک‌هایی که ممکنه باشه، مشکلاتی که توی ارتباط قبلی بوده، راجع به اونا صحبت می‌شه." پ

۴

"به هر حال، از اول آمادگی‌های روحی روانی همه به ساروگیت داده می‌شه که طول درمان چقدر هست؟، داروهاتون چیه؟ و اینا همه رو بهشون می‌گیم." پ ۲

حمایت ناکارآمد

علی‌رغم وجود و بهره‌مندی از منابع حمایتی باز هم مشارکت کنندگان در مورد «حمایت ناکارآمد» اجماع داشتند. این مضمون که شامل دو زیرطبقه «عقیم‌سازی منابع حمایتی» و «عدم دریافت حمایت مورد انتظار» می‌باشد، بیانگر این مطلب است که به دلایل مختلف، مادر از حمایت برخوردار نبوده است؛ حال گاه خود از دریافت این حمایت امتناع می‌نموده است که مفهوم «عقیم‌سازی منابع حمایتی» را روشن می‌سازد و گاه خانواده و جامعه آن حمایت مورد انتظار مادر را از وی نداشته‌اند که نشان‌دهنده «عدم دریافت حمایت مورد انتظار» می‌باشد.

۱. عقیم‌سازی منابع حمایتی

«عقیم‌سازی منابع حمایتی» حاکی از وجود منابع حمایتی و عدم بهره‌گیری مادر از آن‌هاست. دلیل مهم این امر، پنهان‌سازی استفاده از حمل جایگزین برای داشتن فرزند می‌باشد که در نتیجه، این پنهان‌سازی، مادر قادر به دریافت حمایت از خانواده و اطرافیان نیست. پنهان‌سازی حقیقت از خانواده و به ویژه مادر خود (مادر بزرگ کودک) به این معناست که فرد مهم‌ترین حامی معتمد خود را از دست داده است یا از مهم‌ترین منبع حمایتی چشم‌پوشی نموده است.

"از در و همسایه ساختمان خودمون پرسیدم کسی حاضره به این کار؟ چون خانواده من شهرستانند و می‌دونستم به گوششون نمی‌رسه." م ۱
پنهان‌سازی نه تنها منجر به حذف منابع حمایتی خانواده و اطرافیان می‌شود، بلکه حتی در برابر گروه هم‌تا نیز صورت می‌گیرد و با عقیم‌سازی این منبع حمایتی مهم نیز همراه است. اکثر مادران از برقراری ارتباط مستقیم با مادران مشابه امتناع می‌کنند و در برابر آنان نیز پنهان‌سازی می‌کنند.

"من تو رویان یه بار یکیشونو دیدم ولی احساس کردم داره دوری می‌کنه، منم خیلی طرفش نرفتم. احساس می‌کردم اصلاً می‌ترسه، فرار می‌کنه. ولی وقتی می‌خواست بیاد تو مطب دکتر گفتند این قضیه‌ست، من فهمیدم اینا اینجوری هستن... از یکیشونم پرسیدم گفت نه، من برای خودم نیستم، برای یکیم که اومده من مددکارم. ولی خودش بود، چون بلندبلند تو مطب دکتر صحبت می‌کرد؛ صداش می‌اومد که فهمیدم این قضیه هستش. بهشتم گفتم، گفت که نه، من مددکارم از ارگان فلانی اومدم، این خانم اومده به من مراجعه کرده. در حالی که خودش بود ولی اصلاً نگفت." م ۷

مددکاران اجتماعی مرکز ناباروری در مورد معیارهای ورود به درمان می‌گویند:

"خیلی بررسی‌ها انجام می‌شه. اولش روانی اجتماعیه، ما اصلاً شرایط زندگیشو بررسی می‌کنیم ببینیم توی چه سطحیند (حامل)؟، ارتباط زوج چطوره؟، استحکام خانواده به چه شکلیه؟، ارتباط والدین با بچه‌ها چطوره؟، اینا همه رو چک می‌کنیم. از نظر شرایط روانی با مصاحبه‌های طولانی و مشاوره‌های طولانی این رو بررسی می‌کنیم. بعد آزمایش مورفین برای اعتیاد حتماً انجام می‌دیم؛ هم خود خانم (حامل) هم شوهرش. چون اکثراً کسانی که داوطلبند شوهراشون معتادند. بعدش وقتی تأیید مارو داشتند، روانپزشکمون تأیید کرد، می‌فرستیم برای غربالگری پزشکی، رحم چک می‌شه بیماری خاصی نداشته باشند، مشکل جسمی نداشته باشند که سلامت خودشون به خطر بیافته و رحم هم رحم خوبی باشه که بتونیم کمک خوبی ازشون بگیریم." پ ۵

همچنین یکی از مادران از تجارب خود در انتخاب حامل و دقت نظر مرکز ناباروری می‌گویند:

"از زمانی که وارد مرکز شدیم، حدوداً می‌شه گفت ۴ الی ۵ نفر (حامل) به ما معرفی شد. این خانم پنجمین نفر بود. اول یه خانمی معرفی شد رفتیم تمام کاراشم انجام دادیم، یک سری آزمایشاتم انجام دادیم، به وسط کار رسیدیم مددکار گفت اجازه ندارید، نمی‌خواد. گفتیم چرا؟ گفت: خانم از نظر شخصیتی مشکل دارند. اول تشخیص ندادند. چون ظاهراً خرج پدرش رو می‌داد، دائم استرس پولو داشت. هیچ توجهی انگار به بچه نمی‌خواست بکنه. فقط دغدغهش این بود که پول رو کی می‌گیره؟ چجوری می‌گیره؟ من بیماری لویوس دارم. بیماری من هم طوریه که اصلاً نباید به من استرس وارد شه. یعنی استرس برای بیماری من سمه. به خاطر همین گفتند این خانم به دردتون نمی‌خوره." م ۲

یکی از نکات مثبت و قابل توجه مراکز ناباروری این است که حتی مواردی که حامل توسط خانواده‌ها معرفی می‌شود و طرفین نیز رضایت به شروع درمان دارند، مرکز در انتخاب حامل دقت داشته و مورد ارزیابی و غربالگری کامل قرار می‌دهد و در صورت واجد شرایط نبودن، از شروع درمان خودداری می‌نماید. همچنین حتی در صورت تأیید شدن افراد در آزمایشات غربالگری و واجد شرایط بودن دو طرف، مدتی هرچند کوتاه به خانواده‌های طرفین فرصت داده می‌شود که پیش از انعقاد قرارداد رسمی و شروع کار، مراودات خصوصی خارج از مراکز ناباروری داشته باشند تا نسبت به یکدیگر شناخت بیشتری کسب نموده و در صورت بروز مشکل، از انعقاد قرارداد صرف‌نظر نمایند. همچنین پیش از جلسه معارفه، زوجین دو طرف در طی جلساتی به طور جداگانه در زمینه فرآیند پیش رو و مشکلات و خطرات آگاه می‌شوند. برگزاری این جلسات از عقد قرارداد زود هنگام و پشیمانی پس از شروع درمان پیشگیری می‌کند.

"قبل از این که جلسه معارفه باشه، زوجین جداگانه حداقل دو جلسه

۲. عدم دریافت حمایت مورد انتظار

بگذره من خودم آرام می‌شم. در صورتی که اون زمانی که اون تو لاک خودش، من به اون نیاز دارم. اون زمانی که اون از لاک خودش بیرون اومده منم با خودم کلنجار رفتیم، مشکل خودمو حل کردم. خوب نمی‌تونم بگم همیشه اینطوری بود! خیلی وقت‌ها همسر باهام بود، کمکم می‌کرد، ولی بیشتر این کلنجارهایی که داشتم همسر باهام نبود، اون تو لاک خودش بود، اونم ناراحت بود دیگه. متقابلاً اونم ناراحت بود." م ۲

همچنین در صورتی که همسر/پدر ژنتیکی با مادر تفکرات و تمایلات هم‌سوئی نداشته باشد، مادر این منبع حمایتی را نیز از دست می‌دهد. عدم رضایت قلبی همسر به استفاده از حمل جایگزین، عدم توافق به استفاده از رحم بستگان نزدیک و عدم توافق در ویژگی‌های حامل انتخابی و... از مواردی است که در مادران منجر به احساس عدم دریافت حمایت مورد انتظار و بروز مشقت‌هایی برای مادر شده است.

"بعد من به شوهرم گفتم آره خواهرم می‌گه اگر بخواید من این کارو براتون انجام می‌دم. شوهرم گفت اصلاً!!!! اون خودش سه بار تا حالا زایمان کرده بزنه سر بچه ما یا چیزیش بشه دیگه ما می‌تونیم جواب شوهرشو بدیم؟ قبول نکرد." م ۱

بحث

مبتنی بر یافته‌های موجود، انتخاب حاملی امین یکی از مراحل بسیار چالش‌برانگیز در مادر شدن به شیوه حمل جایگزین بوده است و در عین حال، سیستم‌های حمایتی از کارآمدی لازم برخوردار نمی‌باشند. دشواری یافتن حامل که تا حدود زیادی حاصل نگرش جامعه به حمل جایگزین می‌باشد، خاص کشور ما نبوده و تجارب مادران نشان می‌دهد که حتی در آمریکا که پایه‌گذار حمل جایگزین در جهان بوده است، دشواری یافتن حامل و گاه ناامید شدن مادر از یافتن حامل مناسب تجربه می‌شود (۳۰). پوت (۲۰۰۹) در انگلیس به بررسی نگرش زنان نسبت به اهدای رحم پرداخت (در انگلیس تنها اهدای رحم مجاز است). یافته‌ها نشان داد که از ۱۸۷ زن بررسی شده، ۱۵ نفر مایل، ۶۱ نفر نامطمئن و ۱۱۱ نفر عدم تمایل به اهدای رحم داشتند. در این مطالعه، افراد تمایل بیشتری به اهدای رحم به بستگان یا دوستان داشتند و عده کمی مایل به اهدای رحم به یک غریبه بودند (۳۱). در ایران نیز این نگرش‌های منفی وجود دارد (۲، ۲۲). اما نکته مهم این است که در انگلستان و آمریکا، مراکزی خاص به منظور ارائه خدمات در زمینه یافتن حامل مناسب وجود دارد (۶، ۳۰، ۳۲). در انگلستان نوع تجاری حمل جایگزین ممنوع بوده و تنها به شیوه نوع‌دوستانه صورت می‌گیرد (۶)؛ بنابراین، حامل ممکن است از اعضای خانواده و دوستان نزدیک زوج باشد و یا زوج ممکن است حامل مناسب خود را از طریق گروه‌های حمایت از بیماران نابارور از جمله

Childlessness Overcome Through Surrogacy (COTS), CHILD, Surrogacy UK, ISSUE

«عدم دریافت حمایت مورد انتظار»، عدم بهره‌مندی مادر از سیستم حمایتی رسمی و غیررسمی اثربخش می‌باشد که این عدم حمایت ممکن است به شکل عدم دریافت حمایت رسمی (از سوی مراکز درمانی و اجتماعی) و یا غیررسمی (از سوی خانواده و اطرافیان) درک شود. در سیستم‌های رسمی، عدم دریافت حمایت مورد انتظار شامل عدم دسترسی به سیستم‌های حمایت اجتماعی برای ارتباط با گروه هم‌تا و انجمن‌ها، سایت‌های مجازی و... می‌باشد. همچنین این عدم دریافت حمایت از سوی مراکز درمانی نیز به شدت احساس می‌شود. به عنوان مثال، در مواردی که مادر به مراکز ناباروری معتبر مراجعه نمی‌کند و تحت درمان و کنترل مراکز خصوصی، بیمارستان‌ها و مطب‌ها قرار می‌گیرد، متأسفانه طیف وسیعی از حمایت‌های مراکز ناباروری که یکی از مهم‌ترین این حمایت‌ها مساعدت در انتخاب حامل مناسب می‌باشد را از دست می‌دهد. در مراکز خصوصی، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و مطب‌ها، مسئولیت یافتن حامل بر عهده خانواده‌ها می‌باشد و پس از انتخاب حامل توسط خانواده‌ها نیز کنترلی بر روی واجد شرایط بودن یا نبودن حامل و همسر وی از نظر روحی روانی و روابط خانوادگی و غیره صورت نمی‌گیرد. بررسی‌ها تنها از نظر جسمی بوده که البته در برخی مطب‌های خصوصی حتی سلامت جسمی یا ضرورت انجام حمل جایگزین نیز به خوبی بررسی نمی‌شود. مادران از تجارب خود می‌گویند:

"فقط از نظر جسمی بررسی می‌کنند؛ یعنی حتی برای همسر اون خانم، من و همسرم گفتیم حداقل آزمایشی که می‌تونیم بدیم، یک آزمایش ایندز و هیپاتیت، که به هر حال همسر اون خانم هم ناقصه دیگه! حداقل از این لحاظ چک شه که دکتر گفت، میل خودتونه دوست دارید من می‌نویسم. دیگه ما برای همسر اون خانم هم آزمایش ایندز و هیپاتیت نوشتیم وگرنه از لحاظ شرایط زندگی و اجتماعی و اینها نه از طرف دکتر هیچ بررسی‌ای نمی‌شه." م ۱۲

گاهی اوقات سیستم‌های حمایتی غیررسمی از جمله خانواده و اطرافیان، به دلیل عدم تمایل یا عدم توانمندی، حمایت لازم را از مادر ندارند. به عنوان مثال، گاهی اوقات خانواده و اطرافیان توانمندی حمایت مالی از والدین ژنتیکی را در فرآیند درمان ندارند؛ و یا این که همسر/پدر ژنتیکی به دلیل تحمل تنش‌های فراوان همگام با مادر، خود نیازمند حمایت روحی است و توانایی ارائه حمایت اثربخش به مادر را ندارد.

"خوب همسر من از به خانواده خیلی پولداری نبود که بخواد پشتوانه مالی داشته باشه. پدر مادر منم هر دو بازنشسته‌اند. به دست آوردن و جمع کردن این پول‌ها خیلی سخت بود... شوهر من زمانی که ناراحت می‌شه میره تو لاک خودش. ولی من زمانی که ناراحت می‌شم به همسر نیاز دارم، می‌گه با من کاری نداشته باش. بذار یه ساعتی

بدیهی است در کشورهایی که حمل جایگزین به شیوه تجاری ممنوع است، از جمله در کشورهای کانادا (از سال ۲۰۰۴) (۳۴)، انگلستان (۱۳، ۳۵) و اکثر ایالت‌های استرالیا (۳۶) مشکلات مربوط به مواجهه با تجاری شدن حمل جایگزین وجود نخواهد داشت. اما در کشورهایی که هم نوع تجاری و هم غیرتجاری حمل جایگزین به طور گسترده‌ای انجام می‌شود، از جمله تایلند، هند (از سال ۲۰۰۲) (۳۷)، شوروی، اوکراین (۳۸) و تقریباً نیمی از ایالت‌های آمریکا (۳۹) و از جمله ایران، کنترل قیمت‌ها و جلوگیری از هرج و مرج مسئله مهمی است. شواهد نشان می‌دهد آمریکا نیز از تجاری شدن حمل جایگزین در امان نیست. گوگوچوا (۲۰۱۰) بازار حمل جایگزین آمریکا را تنها بخشی از «صنعت پیچیده باروری» معرفی می‌کند و طیف وسیعی از ذی‌نفعان را دخیل در «تجارت کودک» می‌داند. تخمین زده می‌شود در آمریکا در هر سال، ده میلیون زن تقریباً ۳ بیلیون دلار برای داشتن فرزند صرف می‌کنند و این تنها تخمین است؛ زیرا هیچ کس با اطمینان نمی‌داند چند عدد معاملات باروری غیرثبت‌شده و غیرقانونی در سال رخ می‌دهد و به ویژه حمل جایگزین نسبی که بیشتر به چنین معاملات غیرقانونی مشکوک می‌باشد. مقالات جدید گزارش کرده‌اند که در آمریکا مجموع هزینه‌های زوج خواهان فرزند با احتساب هزینه‌های پزشکی و قانونی بین ۴۰-۱۲۰ هزار دلار می‌باشد که به نظر هزینه هنگفتی است؛ اما از این میزان بین ۵۰ سنت تا ۳ دلار در هر ساعت به حامل تعلق می‌گیرد. با توجه به این که در آمریکا نیز (مانند ایران)، زنان حامل از خانواده‌هایی با پایین‌ترین طبقه درآمد هستند، این رقم‌های جزئی بیشتر به بهره‌کشی از زنان آسیب‌پذیر اشاره می‌کند. بررسی این ارقام به طور واضح مشخص می‌کند که چگونه عدم تنظیم قوانین مشرف بر قراردادهای حمل جایگزین، از قرار معلوم به معاملاتی غیررسمی و به‌کارگیری اعمالی سودجویانه مبدل می‌شود. گوگوچوا (۲۰۱۰) توصیه می‌کند با توجه به رشد فزاینده هزینه‌های بازار باروری در آمریکا، حکومت‌های ایالت‌های مختلف نباید خاموش بمانند (۳). در تایلند و هندوستان نیز شرایط مشابهی از نظر سودجویی از زنان وجود دارد (۳۷). در هندوستان اصول راهنمای ملی برای معتبرسازی، نظارت و تنظیم قوانین تکنولوژی‌های کمک باروری نه در حیطه قراردادهای حمل جایگزین نوع‌دوستانه و نه در حیطه قراردادهای تجاری، تعریف نشده است (۴۰)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد راهکار مؤثر چیره شدن بر معایب تجاری شدن حمل جایگزین در ایران و یا هر کشور دیگری، تدوین قوانین اختصاصی و نظارت بر اجرای قوانین و یا محدود شدن مجوز حمل جایگزین تنها به شیوه نوع‌دوستانه می‌باشد.

پیدا کنند. در آمریکا نیز آژانس‌های تجاری حرف‌های فراوانی وجود دارد که اغلب توسط حقوقدانان اداره می‌شوند و میان زوج خواهان فرزند با زنی که مایل است عمل حمل جایگزین را انجام دهد، ارتباط برقرار می‌کنند (۳۳، ۳۴). همچنین در آمریکا همانند انگلستان، سایت‌هایی وجود دارد که زوج خواهان فرزند با مراجعه به این سایت و مشاهده ویژگی‌های ثبت شده افراد کاندید اجاره رحم، می‌توانند بر اساس معیارهای خود حامل مورد نظر را انتخاب نمایند. از جمله این سایت‌ها می‌توان به Surrogate Mother Online (SMO) اشاره نمود (۳۰). اما در ایران به جز مراکز ناباروری معتبر معدودی که خود مسئولیت یافتن دهنده را بر عهده می‌گیرند و البته لیست انتظار نسبتاً طولانی دارند، سازمان حمایتی خاصی به منظور یافتن حامل وجود ندارد و بدیهی است برای زوجی که پس از سال‌ها تجربه ناباروری و درمان‌های ناشی از آن و یا داشتن تجربه باروری‌های نافرجام و رنج ناشی از آن، تصمیم به استفاده از حمل جایگزین می‌گیرند، ماندن در لیست انتظار مراکز ناباروری بسیار طاقت فرساست و از طرفی یافتن حامل مناسب توسط خود زوج در جامعه بسیار مشکل می‌باشد.

مطالعات خارجی که به بررسی و یا بیان ویژگی‌های مورد نظر مادران در انتخاب حامل پرداخته باشند، یافت نشد؛ اما با نگاهی به تجارب بیست مادر آمریکایی استفاده کننده از حمل جایگزین که در کتاب گریسوولد (۲۰۰۶) آورده شده است، یکی از رایج‌ترین معیارهای مادران برای انتخاب حامل، نزدیک بودن ایالت محل زندگی مادر به ایالت محل زندگی حامل می‌باشد (۳۰). مطالعه پشمی (۲۰۱۰) و همکاران در اصفهان که به بررسی تجارب مادران استفاده کننده از حمل جایگزین با رویکرد کمی پرداخته است، نشان می‌دهد که مادران استفاده کننده از حمل جایگزین، خصوصیات افراد کاندید را به دقت تحت نظر داشته و ویژگی‌هایی چون ظاهر فرد، وضعیت سلامت وی، اعتقادات مذهبی، اصالت، نجابت و پاکدامنی، تقوا، هوش و خردمندی، داشتن خانواده سالم، جوان بودن (سن زیر ۲۹ سال)، متأهل بودن و داشتن فرزند را از ویژگی‌های مورد نظر به منظور انتخاب حامل بیان نموده بودند (۲۳) که تا حدود زیادی با مطالعه ما همخوانی دارد با این تفاوت که حساسیت و معیارهای مورد نظر مشارکت‌کنندگان تحقیق حاضر، بیشتر بوده است. البته در مشارکت‌کنندگان تحقیق حاضر، داشتن تجربه برخورد با حاملان بد نیز در تشدید این حساسیت نقش به‌سزایی داشته است که در مطالعه پشمی به آن اشاره‌ای نشده است. در مقایسه معیارهای مادران مشارکت‌کننده در تحقیق ایران و آمریکا می‌توان نقش پررنگ و مؤثر مذهب را بر روی معیارهای مورد نظر مادران مشاهده نمود.

درمانی، مسئولیت یافتن حامل را نیز را بر عهده گرفته‌اند و این تعدد مسئولیت‌ها مانع از ارائه خدمات دقیق و تخصصی و همچنین توجه همه‌جانبه به حیطة خاصی از ارائه خدمات از جمله انتخاب حامل خواهد شد. از طرفی، سیستم‌های ارائه خدمات، متمرکز نبوده و تعدد بسیار فراوان مراکز انجام دهنده حمل جایگزین، امکان نظارت مؤثر بر نحوه انجام کار و دستیابی به آمار مشخص حمل جایگزین را فراهم نمی‌کند. به دلیل تعدد مراکز انجام دهنده حمل جایگزین و محدودیت تعداد مراکز دولتی در کشور، امکان مراجعه مادران به مراکز خصوصی و مطب‌ها بیشتر وجود داشته و در نتیجه، امکان برخورداری از حمایت‌هایی که مراکز ناباروری معتبر فراهم نموده‌اند نیز برای همه مادران وجود نخواهد داشت؛ بنابراین، با مراجعه به مطب‌ها و مراکز خصوصی، بدیهی است که مادر حمایت منسجم و برنامه‌ریزی شده‌ای را دریافت نمی‌کند و عدم حمایت در حیطة انتخاب حامل، در مراجعه‌کنندگان مراکز خصوصی و مطب‌ها بیش از مراکز ناباروری احساس می‌شود. در انگلستان حمل جایگزین کامل تنها می‌تواند توسط کلینیک‌هایی صورت گیرد که مجوز خود را از مرجع باروری و جنین‌شناسی انسانی

Human Fertilization and Embryology Authority (HFEA)

گرفته باشند تا این اطمینان وجود داشته باشد که فرآیندها صحیح پیش می‌رود و کنترل‌ها صورت می‌گیرد؛ به عبارتی تنها متخصصین مراکز ارجاعی سطح سوم

Specialist Tertiary Referral Centers

حمل جایگزین را انجام می‌دهند. همه زوج‌ها در ابتدا معمولاً به پزشک خانواده یا متخصص زنان مراجعه نموده و پس از بررسی‌های جسمی دقیق ارجاع داده می‌شوند. زوج خواهان فرزند در ابتدا تحت مشاوره‌های عمیق و بی‌طرفانه در تمامی جنبه‌های حمل جایگزین قرار می‌گیرند. پس از انجام مشاوره‌های عمیق، اگر آن‌ها اندیکاسیون مناسب برای درمان را داشتند و نیز اگر مشمول شرایط قید شده در راهنمای مرجع باروری و جنین‌شناسی انسانی بودند، به آن‌ها اطلاع داده می‌شود که آن‌ها در چارچوب قوانین حمل جایگزین انگلستان، باید خودشان حامل مناسب را پیدا کنند. حامل می‌تواند از نزدیکان زوج بوده و یا از طریق گروه‌های حمایتی ذکر شده در ابتدای بحث انتخاب شود (۶). در آمریکا نیز آژانس‌های خاص حمایت از خانواده‌ها در انتخاب حامل وجود دارد. در این آژانس‌ها دو نوع قابل توضیح از برنامه‌های حامل

(Surrogate Mother Programs)

وجود دارد که راگون (۱۹۹۴) تحت عنوان برنامه‌های باز و بسته (Open/Closed Programs)

مطالعه‌ای که به تبیین تجارب ناخوشایند مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین در برخورد با افراد کاندید اجاره رحم پرداخته باشد، یافت نشد اما گریسولود (۲۰۱۰) در کتاب خود به برخی تجارب تلخ گذشته مادران در مرحله انتخاب حامل از جمله پیشیمانی افراد حامل در شروع فرآیند، دروغ‌گویی و مورد اعتماد نبودن فرد کاندید و... اشاره نموده است (۳۰). البته باید گفت امکان برخورد با افراد فاقد شرایط مطلوب همواره و در هر کشوری وجود دارد؛ اما به نظر می‌رسد در کشورهای که نوع تجاری حمل جایگزین رواج پیدا می‌کند، به دلیل جذب افراد کم‌درآمد و نیازمند، امکان برخورد با افراد نامناسب و سودجو بیشتر خواهد بود.

مطالعات موجود در انگلیس، عدم پنهان‌سازی توسط خانواده‌های استفاده‌کننده از حمل جایگزین را گزارش نموده‌اند (۴۱-۴۳) و بنابراین، حذف منابع حمایتی آن گونه که در مشارکت‌کنندگان تحقیق حاضر تجربه شده است، وجود ندارد. برخلاف نتایج به دست آمده از تحقیقات انگلیس، راگون (۱۹۹۴) در کتاب خود طی مطالعه‌ای اتنوگرافیک در آمریکا نشان می‌دهد که افراد درگیر در تکنولوژی‌های کمک باروری و از جمله حمل جایگزین، تنها جنبه‌هایی از تجربیاتشان را که مشابه با ایدئولوژی خانواده‌های معمول است، بیان نموده و افشا می‌کنند. به عبارتی آن‌ها جنبه‌هایی را که از نظر فرهنگی برای مردم خوشایند نیست، بیان نمی‌کنند (۳۲). گریسولود (۲۰۰۶) هم در کتاب خود به تجارب مادرانی اشاره می‌کند که به دلیل پنهان‌سازی استفاده از حمل جایگزین از منابع حمایتی در دسترس خود از جمله خانواده (به ویژه خانواده همسر)، بستگان و حتی دوستان نزدیک خود چشم‌پوشی می‌کنند و احساسات خود را با آن‌ها در میان نمی‌گذارند (۳۰). همانطور که ملاحظه می‌شود، عملکرد خانواده‌ها در ایران با خانواده‌های آمریکایی قرابت بیشتری دارد. عقیم‌سازی منابع حمایتی به دلیل پنهان‌سازی و یا عدم انتقال تنش به آنان یا به هر دلیل دیگر باعث می‌شود که مادر نتواند فشارهای روحی روانی خود را تخلیه نموده و سنگینی بار ناشی از مرحله انتخاب حامل را تخفیف دهد. گاهی اوقات افراد در صورت دسترسی به گروه همتا این خلاء را جبران می‌نمایند؛ اما به ویژه در ایران، همواره برای همه مادران امکان دسترسی به اینترنت و برقراری ارتباط با گروه همتا به صورت مجازی وجود ندارد؛ بنابراین، در نظر گرفتن جلسات مشاوره و کمک به تخلیه احساسات می‌تواند برای این مادران بسیار کمک‌کننده باشد.

همانطور که در یافته‌ها نیز مشاهده شد، در کشور ما منبع حمایتی مهم دیگر در انتخاب حامل، مراکز ناباروری می‌باشند. در ایران مراکز ناباروری دولتی علاوه بر مسئولیت ارائه خدمات

مشخص شدن وظایف پرستاران، گسترش نقش آنان و ارائه مراقبت‌های مؤثرتر از مددجویان این تکنولوژی‌ها گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین، در مرحله انتخاب حامل با چالش‌های بسیاری مواجهند و عدم دریافت حمایت کافی را تجربه می‌کنند. پژوهشگران با بررسی حیطه‌های مختلف حمل جایگزین و ارائه نتایج مبتنی بر واقعیت می‌توانند مسئولین مؤسسات دخیل در امر حمل جایگزین را از معضلات موجود خانواده‌ها آگاه نموده و راه را برای برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر و واقع‌گرایانه‌تر هموار نمایند. یافته‌های مطالعه حاضر ضرورت توجه بیشتر به ارائه خدمات تخصصی و متمرکز در این حیطه را متذکر می‌شود و بر لزوم برپایی مؤسساتی با ارائه خدمات تخصصی‌تر تأکید می‌نماید. همچنین نظارت بر نحوه عملکرد مراکز و مؤسسات دولتی و خصوصی، بیمارستان‌ها و مطب‌ها و تلاش جهت جلوگیری از فعالیت واسطه‌ها در حیطه انتخاب حامل، کمک بزرگی به خانواده‌های استفاده‌کننده از حمل جایگزین خواهد نمود. پرستاران با آموزش و آگاه‌سازی و حمایت مادران در داشتن انتخاب آگاهانه می‌توانند شرایط مادر را برای داشتن انتخاب درست تسهیل نمایند.

تشکر و قدردانی

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 دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت مالی و پژوهشگاه رویان بابت همکاری صمیمانه‌شان تشکر می‌شود.

از آن نام برده است. در برنامه‌های باز، اگر ویژگی‌های دو طرف از نظر یکدیگر با دیدن پروفایل مشخصات و عکس مناسب بود، زوج خواهان و فرد کاندید اجاره رحم به یکدیگر معرفی می‌شوند. آن‌ها یکدیگر را ملاقات کرده و انتخاب می‌کنند و در کل فرآیند حمل جایگزین تا زایمان از نزدیک با هم در تعاملند. در برنامه‌های بسته اگر چه زوج خواهان فرزند فرد کاندید اجاره رحم را از روی پروفایل شخصی وی انتخاب می‌کنند اما فرد کاندید اجاره رحم به همین میزان قدرت انتخاب ندارد و نیز دو طرف در طول فرآیند با هم تعاملی ندارند (۳۲). در بررسی که توسط آکر (۱۹۹۹) از سازمان‌های حامی انتخاب حامل در انگلستان صورت گرفت، تمامی مراکز، غربالگری افراد کاندید اهدای رحم را انجام می‌داده؛ هر چند شیوه‌های انجام این کار در مراکز با یکدیگر متفاوت بوده است؛ اما در کل برآیند کار، حاکی از خوب بودن و کفایت غربالگری مراکز بوده است. وی در مقاله خود بیان کرده که شیوه‌های انتخاب حامل در مراکز آمریکایی دقیق‌تر است که شاید به دلیل عملکرد منظم‌تر و تجاری‌تر آنان باشد (۴۴). بنابراین، می‌توان گفت ارائه خدمات تخصصی‌تر در مراکز ناباروری می‌تواند با پیامدهای بهتری برای مددجویان همراه باشد. پیشنهاد می‌شود اثربخشی عملکرد مراکز ناباروری دولتی که مسئولیت یافتن حامل را بر عهده گرفته‌اند و با غربالگری‌های پزشکی و روانشناختی سعی بر حمایت زوج خواهان فرزند دارند، در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد و نیز میزان رضایت زوج‌های خواهان فرزند از این برنامه‌ها بررسی شود. همچنین، انجام مطالعات مقایسه‌ای میان مراکز که مسئولیت یافتن حامل را بر عهده دارند با مؤسساتی که این حمایت را ندارند، می‌تواند مفید باشد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم دسترسی به نمونه‌های حمل جایگزین نسبی (تخمک از حامل) و انجام تحقیق، تنها بر روی مددجویان حمل جایگزین کامل دانست. مطالعه در زمینه حمل جایگزین و تکنولوژی‌های کمک باروری به ویژه در ایران که نقش پرستار در این حیطه‌ها به وضوح مشخص نیست، می‌تواند منجر به

References

1. Asghari F. Ethical Issues in Surrogate Motherhood. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):31-5. (Persian)
2. Haghghat F, Azad-Hoosh S, Alaeedini Z, Moetamedi S, and Rasulzadeh-Tabatabaie SK. *Surrogacy: Attitudes of Iranian Males and Females about Surrogacy*. Second ed. Tehran: SAMT; 2009.(Persian)
3. Gugucheva, M., *Surrogacy in America*. 2010, Council for Responsible Genetics: Cambridge.
4. Yousefi H, Ghahari S. Perspectives and Challenges of Surrogacy in Iran. *J Reprod Infertil* 2008;9(2):138-43. (Persian)
5. Hamdolahi A, Roshan M. *Comparative Study of Jurisprudence and legal Contract of Surrogacy*. First ed. Tehran: Majd. 2009. P:312. (Persian)
6. Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update* 2003;9(5):483-91.
7. Akhondi MA, Behjati-Ardakani Z. Surrogacy and the Necessity for its Application in Infertility Treatment. *J Reprod Infertil* 2008;9(1):8-13. (Persian)
8. Pashmi M, Ahmadi SA, Tabatabaie SMS. The Need for Counseling Surrogate Mothers *J Reprod Infertil* January March 2009;9(4):361-72. (Persian)
9. Aramesh K. Ethical Assessment of Monetary Relationship in Surrogacy. *J Reprod Infertil* 2008;9(1):37-42. (Persian)
10. Garmaroudi S. Gestational Surrogacy in Iran. *J Reprod Infertil* 2008;9(1):51-64. (Persian)
11. Strathern M. Still Giving Nature a Helping Hand? Surrogacy: A Debate About Technology and Society. *J. Mol. Biol* 2002;319:985-93.
12. Fazli-Khalaf Z, Shafiabadi A, Tarahhomi M. Psychological Aspects of Surrogate Motherhood. *J Reprod Infertil* 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 Infertil* 2008;9(2):116-20. (Persian)
15. Naseri-Moghadam H. Jurisprudential Laws of Relationship Regarding Infants Born via Surrogacy. *J Reprod Infertil* 2008;9(1):15-29. (Persian)
16. Qasemzadeh SM. Fundamental Conditions of Validity of the Contracts for Treatment of Infertility Applying Gamete and Embryo. *Payesh* 2007;6(4):419-37. (Persian)
17. Qasemzadeh SM. Surrogacy Contracts in the Iranian Law. *J Reprod Infertil* 2008;9(2):183-94. (Persian)
18. Seifi G. Third Party Rights in Surrogate Mother Contacts. *J Reprod Infertil* 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. Ghorbani B, Behjati-Ardakani Z. Openness about a Child's Origins in Surrogacy in Comparison with Adoption & Art. *J Reprod Infertil* 2008;9(2):131-36. (Persian)
21. Akhondi MM, Behjati-Ardakani Z, Arefi S, Sadri-Ardekani H, Persian MA, Zarnani AH et al., A Close Look at Natural and in Vitrom Fertilization as well as the Need for Donated Gametes in Treatment of Infertility. *Payesh* 2007;6(4):307-21. (Persian)
22. Ziyaie T, Ghobadi K, Ziyaie F. Positive and Negative Effects of Surrogacy on a Group of People from Gorgan. *Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery* 2007;4(2):46-50. (Persian)
23. Pashmi M, Tabatabaie SMS, Ahmadi SA. Evaluating the Experiences of Surrogate and Intended Mothers in Terms of Surrogacy in Isfahan. *IJRM* 2010;8(1):33-40.

24. Polit D, Tatano C. Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2006.
25. Elo S, Kyngas H. The Qualitative Content Analysis Process. JAN Research Methodology 2007.
26. Hsieh, HF, E. Shannon S. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. QHR 2005;15(9):1277-88.
27. Streubert H, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. NURS EDUC TODAY 2004;24:105-12.
29. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. third ed. USA: Sage Publications. 2008. P:310.
30. Griswold Z. Surrogacy Was the Way. First ed. USA: Nightengale Press. 2006.
31. Poote AE, van den Akker OBA. British Women's Attitudes to Surrogacy. Hum Reprod 2009;24(1):139-45.
32. Ragone H. Surrogate Motherhood, Conception in the Heart. first ed. United State of America: Westview Press. 1994. P:215.
33. van-den-Akker OBA. Psychological Trait and State Characteristics, Social Support and Attitudes to the Surrogate Pregnancy and Baby. Hum Reprod 2007;22(8):2287-95.
34. R. Reilly D. Surrogate Pregnancy: a Guide for Canadian Prenatal Health Care Providers. CMAJ 2007;176(4):483-5.
35. G. Schenker J. Assisted Reproduction Practice in Europe: Legal and Ethical Aspects. Hum Reprod Update 1997;3(2):173-84.
36. Hammarberg K, Johnson L, Petrillo T. Gamete and Embryo Donation and Surrogacy in Australia: the Social Context and Regulatory Framework. IJFS 2011;4(4):176-83.
37. Whittaker A. Cross-Border Assisted Reproduction Care in Asia: Implications for Access, Equity and Regulations. RHM 2011;19(37):107-16.
38. Asemani O, Emami M. Comparing The Iranian Surrogacy Law and The Gestational Surrogacy Act of Illinois. J Reprod Infertil 2010;11(4):305-18. (Persian)
39. Kisu I, Banno K, Mihara M, Iida T, Yoshimura Y. Current Status of Surrogacy in Japan and Uterine Transplantation Research. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2011;158(2):135-40.
40. Sharma BR. Forensic Considerations of Surrogacy—An Overview. JCFM 2006;13:80-5.
41. van-den-Akker, OBA. The Importance of Genetic Link in Mothers Commissioning a Surrogate Baby in UK. Hum Reprod 2000;15(8):1849-55.
42. MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadvá V, Golombok S. Surrogacy: The Experience of Commissioning Couples. Hum Reprod 2003;18(6):1334-42.
43. Readings J, Blake L, Casey P, Jadvá V, Golombok S. Secrecy, Disclosure and Everything In-Between: Decisions of Parents of Children Conceived by Donor Insemination, Egg Donation And Surrogacy. Reprod Biomed Online 2011;22:485-95.
44. van-den-Akker OBA. Organizational Selection and Assessment of Women Entering a Surrogacy Agreement in the UK. Hum Reprod 1999;14(1):262-6.

Experiences of Commissioning Mothers in Selection of Surrogate Mother

Mitra Zandi¹, *Zohreh Vanaki², *Marzieh Shiva³, Eesa Mohammadi²

1. PhD Candidate for Nursing, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University & Department of Endocrinology and Female Infertility, Reproductive Biomedicine Research Center, Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran, Iran.

2. Associated professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3. Assistant Professor of Gynecology, Department of Endocrinology and Female Infertility, Reproductive Biomedicine Research Center, Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran, Iran.

* Corresponding author, Email: vanaki_z@modares.ac.ir

* Corresponding author, Email: shivamarzieh@yahoo.com

Abstract

Background: The practice of surrogacy is one of the most controversial procedures in infertility treatment. Despite increasing of using this technology in Iran, there are few practical data about surrogacy. There isn't any study assessing experiences of commissioning mothers about surrogate mother selection.

Aim: The purpose of this study was exploring of commissioning mothers' experiences in selection of surrogate mother.

Method: This study has been done with qualitative approach in 2010-2012. The method of data collection was unstructured interview and sampling was purposeful. Generally 32 interviews were done with 15 commissioning mothers with gestational surrogacy and 5 infertility centers' personnel. Environment of research was Royan Research Center in Tehran and other governmental or nongovernmental infertility centers, hospitals and clinics that have done surrogacy in Iran. Data analysis has been done by use of conventional content analysis method. Also the research process reported point by point for verification, credibility, transferability and audit research. Approval of the ethics committee and obtaining of informed consent from participants was including ethical considerations of this study.

Results: Finally three main themes were revealed that were indicative of partnerships' essence and dimensions of their experiences about choosing the surrogate mother. They were including 1. "Challenge of surrogate mother selection" 2. "To benefit of helper/backer" 3. "Inefficient support"

Conclusion: Selection of surrogate mother is the most challenging stage of surrogate motherhood and also the supportive system isn't efficient. Presentation of context based findings could help to attendants for accurate planning.

Keywords: Surrogate Mother, Surrogacy, Assisted Reproductive Technology (ART)

Received: 21/08/2012

Accepted: 29/09/2012