

پدیدارشناسی تجربیات مادران درخواست‌کننده رحم جایگزین

Phenomenological Experiences of the Requesting Mother for Renting Wombs

H. R. Sadeghi, Ph.D. Student

H. Malekahamdi, Ph.D. Student

A. S. Abdellahi, Ph.D. Student

✉ حمیدرضا صادقی

عضو هیأت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور

حکیمه ملک‌احمدی

مدرس و دانشجوی دکتری، گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور

عظیمه‌السادات عبدالهی

عضو هیأت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور

دریافت مقاله: ۹۲/۳/۱۲

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۳/۴/۱۸

پذیرش مقاله: ۹۳/۴/۲۳

Abstract

Desire to have children is one of the basic human needs. Historically, fertility and child bearing and the number of children have been considered as a social value. Of course, in fertility always has been a problem for human beings and they have sought different ways for treatment. One of the most recent assisted reproductive technologies is surrogacy.

In this way, after fertilization of sperm and ovum, the embryo is transferred in to the alternative womb for 9 months and after birth, the baby is delivered to the real parents.

چکیده

علاقه به داشتن فرزند یکی از نیازهای بنیادین بشر است. از ابتدای تاریخ باروری اهمیت فوق‌العاده‌ای داشته و فرزندآوری و تعداد فرزندان یک نوع ارزش اجتماعی محسوب می‌شده است. البته ناباروری نیز همیشه همراه بشر بوده است و به روش‌های مختلف افراد در پی درمان آن بوده‌اند. یکی از جدیدترین تکنیک‌های کمک باروری، رحم جایگزین است. در این روش پس از لقاح اسپرم و تخمک، جنین به رحم مادر جایگزین منتقل می‌شود و وی در طول ۹ ماه وظیفه نگهداری از جنین را برعهده گرفته و پس از تولد، نوزاد را به والدین اصلی تحویل می‌دهد.

✉ Corresponding author: Social Science Department, Payame Noor University, 19395-4697, Tehran, I.R. of IRAN.

Email: sadeghipnu@gmail.com

✉ نویسنده مسئول: دانشگاه پیام‌نور اصفهان
sadeghipnu@gmail.com پست الکترونیکی:

For this purpose, research erssought to understand the meaning and experience of the phenomen on of surrogacy. This qualitative study was done with a phenomenological approach and based on purposive sampling.

So, deep and un structure dinter views were carried out with ten requesting mothers of surrogacy who referred to Esfahan fertility and in fertility center, and mothers expressed their experiences in this field. The data obtained from these in terviews were analyzed using 7-step Colaizzi, and five main themes were extracted in cluding: "Cause of action", "Relation of requesting mother with Surrogate Mother ", "family", "decision making" and "worries and concerns". The data of this study could provide a better understanding of the experiences of surrogacy requesting mothers.

Keywords: Infertility, Surrogacy, Phenomenology.

بر این اساس در این پژوهش، محققین به دنبال درک معنا و تجربه این پدیده به کمک مادران در خواست‌کننده رحم جایگزین بودند.

این مطالعه به صورت کیفی با رویکرد پدیدارشناسی و مبتنی بر نمونه‌گیری هدفمند انجام شده است. به این منظور، مصاحبه‌های عمیق و بدون ساختار با ۱۰ مادر درخواست‌کننده رحم جایگزین که به مرکز باروری ناباروری اصفهان مراجعه کرده بودند، صورت گرفت که طی آن مادران درخواست‌کننده، تجارب خود را در این زمینه بیان نمودند. داده‌های به دست آمده از این مصاحبه‌ها با روش ۷ مرحله‌ای کولیزی تجزیه و تحلیل شد، که حاصل آن استخراج پنج تم اصلی از یافته‌ها بود که عبارت بودند از: «دلایل اقدام»، «رابطه مادر درخواست‌کننده با مادر جایگزین»، «اطرافیان»، «فرآیند تصمیم‌گیری» و «نگرانی‌ها و دغدغه‌ها». داده‌های این مطالعه توانست تصویر روشنی از تجارب مادران درخواست‌کننده رحم جایگزین ارائه دهد.

کلیدواژه‌ها: ناباروری، رحم جایگزین، پدیدارشناسی.

مقدمه

باروری و فرزندآوری یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های نقش جنسیتی زنان است. زنانگی زن با باروری کامل شده و در صورت ناباروری زن احساس عدم قدرت و کفایت می‌کند. ناباروری ارزش «مادری» و «همسری» زن را زیر سؤال می‌برد، به خصوص در جامعه‌ای که باروری مهم بوده و به نوعی تکمیل‌کننده و تثبیت‌بخش ازدواج به حساب می‌آید؛ زنان بار اصلی ناباروری را به دوش می‌کشند و بیشتر از مردان در معرض آسیب‌های روانی قرار می‌گیرند. زنان نابارور احساس افسردگی و ناامیدی و مشکلات عاطفی مختلفی را تجربه می‌کنند که در نهایت تأثیر برجسته‌ای بر کاهش رضایت آن‌ها از زندگی دارد (سیف و البرزی، ۱۳۸۰). بیشترین مشکلات عاطفی و روانی زنان نابارور، «ناامیدی و سرخوردگی» و «ترس و اضطراب» است که با مشکلات اجتماعی و خانوداگی از نوع بر هم خوردن روابط زناشویی و بروز مسائلی از قبیل ازدواج

مجدد، جدایی و طلاق (کرمی نوری، آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۰)، تهدید سلامت روانی و ایجاد مشکلات جنسی (بشارت و بازرگان، ۱۳۸) همراه می‌شود. در واقع در مسئله ناباروری، شبکه‌ای از عوامل فردی، جسمانی و اجتماعی فرد نابارور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین در عین حال که باروری امری خصوصی مربوط به زوجین به حساب می‌آید؛ با عوامل اجتماعی مختلفی درگیر می‌شود که روی اهمیت و خواست داشتن فرزند تأثیر می‌گذارد.

ناباروری به معنای شکست در بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم و بدون پیشگیری است که از نظر فشار روانی و اضطراب واردکننده بر فرد نابارور «قابل مقایسه با مرگ یکی از بستگان درجه یک» است که واکنش سوگ را به دنبال دارد (همان). یکی از جدیدترین تکنیک‌هایی که در درمان ناباروری به کار گرفته شده، باروری آزمایشگاهی و رحم جایگزین است که عبارت است از: توافق با بانوی صاحب رحم که آمادگی خود را به منظور بارداری برای زوج نابارور اعلام می‌نماید و پس از زایمان نوزاد را به زوج نابارور تحویل می‌دهد. بانوی صاحب رحم که حامل بارداری است، مادر جانشین و زوج نابارور، والدین حقیقی فرزند تلقی می‌گردند (برینسدن، ۲۰۰۳).

در واقع رحم جایگزین به زوج‌ها کمک می‌کند که فرزند ژنتیکی خود را داشته باشند و یک روش انتخابی برای زنانی است که به دلایل مشکلات پزشکی، خصوصاً نداشتن رحم قادر به بارداری نیستند. این روش عموماً هنگام از دست دادن رحم، سقط مکرر، شکست مکرر IVF و شرایط پزشکی خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد (فضلی خلف، شفیع‌آبادی و ترحمی، ۱۳۸۷). اصطلاح «مادر جایگزین» نیز به زنی گفته می‌شود که تخم بارور شده‌ای را از یک زوج می‌پذیرد و آن را حمل نموده، نوزادی را به دنیا می‌آورد. زوج متعهد در صورت دست یافتن به فرزند، والدین ژنتیک آن فرزند محسوب خواهند شد. مادر ژنتیک، دهنده تخمک برای تولید سلول تخم بارور است. مادر طبیعی حامل و به دنیا آورنده سلول تخم بارور می‌باشد (برینسدن، ۲۰۰۳؛ به نقل از یوسفی و قهاری، ۱۳۸۷). «مادر جانشین» به مورد قرارداد جانشینی متعهد می‌شود تا مطابق شرایط قرارداد، عرف مرسوم در بارداری و اصول پزشکی، تخمک بارور شده یا جنین والدین حکمی را در رحم خویش به مدت معینی نگه دارد و با رعایت اموری که برای سلامتی خود و جنین ضرورت دارد، آن را پرورش دهد و پس از طی زمان بارداری و زایمان، فرزند را به والدین حکمی تحویل دهد (علیزاده، ۱۳۸۸).

افزایش تعداد زوج‌های نابارور در جامعه و از طرفی درمان‌های متعدد و متنوع آن، موضوع ناباروری و درمان آن را به یکی از بحث‌های اجتماعی در سطح جامعه تبدیل کرده است و به «سنخ‌بندی و ساخت مجدد فرآیندهای اجتماعی و مفاهیم کلیدی مربوط به باروری مانند خانواده، ازدواج، خویشاوندی، نژاد، صفات و تجربیات زیسته پدری، مادری، خواهری، برادری و جز آن‌ها بدل شده‌اند» (قاضی طباطبایی و دادهیر، ۱۳۸۷). از آنجایی که مبحث مربوط به مادر جایگزین چالش‌ها

و نگرانی‌های ناشناخته‌ای در سطح جامعه به وجود می‌آورد، کمک به شناسایی آن‌ها می‌تواند گامی در رفع آن باشد. امروزه خانواده‌های بسیاری هستند که هنوز به دیده شک و تردید به موضوع مادر جایگزین می‌نگرند. این نگاه‌های گاهی شکاکانه می‌تواند مانعی بر سر راه ادامه درمان دیگران و از طرفی توسعه این روش درمانی باشد. آمار دقیقی از این‌که چه میزان زوج نابارور در ایران از این روش درمانی استفاده کرده‌اند، وجود ندارد. بخشی از این قضیه به شرایط اجتماعی و تمایل والدین به پنهان نگه داشتن چنین موضوعی بازمی‌گردد. بخشی از آن هم به احتمال شکست در باروری از طریق رحم جایگزین مربوط می‌شود. رحم جایگزین مراحل درمانی خود را از باروری تخمک، لقاح آزمایشگاهی، آماده کردن رحم جایگزین با داروهای هورمونی و کاشت دارد، در هر یک از این مراحل احتمال شکست وجود دارد. بنابراین در عمل همه اقدامات رحم جایگزین به نتیجه نمی‌رسد، خود مرکز باروری - ناباروری نیز همه این مراحل را به طور محرمانه طی می‌کند، بنابراین آمار دقیقی از این‌که چه میزان از زوجین نابارور از این روش استفاده می‌کنند موجود نیست. ولی تکمیل روندهای قانونی، حقوقی، بررسی‌های اخلاقی و فقهی، بررسی‌های روان‌شناسانه و جامعه‌شناسانه در این زمینه نشان از گسترش و قبول تدریجی این نوع باروری دارد.

بررسی‌های گوناگونی در این زمینه از دیدگاه‌های مختلف پزشکی - حقوقی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی در ایران انجام شده است، در زمینه اهداء جنین (آذین و آذین، ۱۳۹۳؛ روشن، ۱۳۸۴). اما در این مقاله تنها به مواردی که به طور اختصاصی روش درمانی رحم جایگزین را مورد بررسی قرار دادند پرداخته می‌شود، برای نمونه یداللهی باغلوئی و اسدی‌نژاد (۱۳۹۲) به بررسی حقوقی مسئولیت مادر جانشین در قوانین ایران پرداختند. نتایج آن‌ها نشان داد، از مجموع مقررات قانون مدنی در موارد مختلف و مقررات قانون مجازات و قانون مسئولیت مدنی، از یک طرف مادر جانشین ملزم به تحویل طفل به ابوین بوده و از طرف دیگر در صورت نگهداری از طفل، باید از عهده هر آسیب یا صدمه وارده برآید. شماعیان رضوی، عباسپور، خادمی و همکاران (۱۳۹۲) به بررسی دیدگاه پزشکان، پرستاران و ماماها درباره روش درمانی رحم جایگزین پرداختند. نتایج این بررسی نشان داد کادر علوم پزشکی دارای دیدگاه مثبتی نسبت به روش درمانی رحم جایگزین بودند، ولی از مبانی اخلاقی، فقهی و حقوقی این روش درمانی اطلاع چندانی نداشتند. بررسی‌های مهدوی، احمدوند و نوراحمدی (۱۳۹۲) در احکام فقهی رحم جایگزین نشان داد فقها و حقوقدانان اصول اسلامی، کلیات، معیارها و شاخص‌های عرفی و مصلحت بنیان خانواده و مصلحت طفل را جوابگوی خألهای موجود در قوانین فقهی و حقوقی می‌دانند. پژوهش محبی کیان، رضایی و بشیریان (۱۳۹۲) نیز نشان داد علی‌رغم آگاهی نسبتاً خوب زنان نابارور نسبت به رحم جایگزین، ولی نگرش آنان نسبت به این روش چندان مثبت نیست و در این زمینه نیاز به فرهنگ‌سازی و ایجاد بستر در بین عموم مردم احساس می‌شود. بررسی‌های دیگری در زمینه نسب و ارث کودکان متولد از اجاره رحم (ساعی و برزگر، ۱۳۹۱)، نگرش و آگاهی از روش درمانی رحم جایگزین (شکور، صالحی و کهن، ۱۳۹۱)، معضلات قانونی

حمل جایگزین (زندگی، ونکی، مرضیه، محمدی و همکاران، ۱۳۹۱)، احکام حقوقی طفل حاصل از رحم جایگزین (لطفی و سعادت ۱۳۹۰)، نسب طفل متولد از رحم جایگزین (روشن و حمداللهی، ۱۳۸۷)، ملاحظات اخلاقی در بهره‌گیری از روش بارداری با رحم جایگزین (بزمی، ۱۳۹۰) و نگرش زنان نابارور نسبت به رحم جایگزین (احمری طهران، جعفریگلو، شیخ‌الاسلامی و همکاران ۱۳۸۹) در ارتباط با این حوزه انجام شده است.

ولی تحقیق مستقلی که به طور کامل روی تجربیات و احساسات، دغدغه‌ها و نگرانی‌های زنان متقاضی رحم اجاره (مادران درخواست‌کننده رحم) متمرکز شود، انجام نشده است. تنها کار مشابه، پژوهش (زندگی، ونکی، مرضیه، محمدی و همکاران، ۱۳۹۱) در خصوص تنش‌ها و تردیدهای مادران در مواجهه و پذیرش رحم جایگزین بود. نتایج آن‌ها حاکی از این بود که زنان نابارور در مواجهه با تکنولوژی‌های کمک‌باروری، فرآیند دشواری را تا تصمیم‌گیری نهایی طی می‌کنند که با تم «عبور از گذرگاه پرتنش تردید و انتخاب» در این پژوهش از آن یاد شده است. از این رو بررسی و ورود به دنیای ذهنی و تجربیات زیسته زنان ناباروری که استفاده از رحم جایگزین را تجربه کرده‌اند می‌تواند راهکاری برای برخی از چالش‌ها و تنش‌های موجود حداقل برای زوجینی که در استفاده از این روش مردد و نگران‌اند، ارائه دهد.

روش مطالعه و نمونه‌گیری

این مطالعه به شیوه پدیدارشناسی^۱ که یکی از انواع روش‌های کیفی است، انجام شده است. فنومنولوژی به بررسی تجربیات انسان‌ها و جوهره پدیده‌هایی که توسط مردم تجربه شده است، می‌پردازد. در این روش محققین به دنبال مطالعه و پیگیری تجربیات مادران ناباروری بودند که استفاده از رحم جایگزین را به عنوان آخرین راه درمانی، انتخاب نموده‌اند. به این منظور طی یک دوره ۶ ماهه با حضور در مرکز باروری - نابآوری و مطب پزشکان نازایی در اصفهان گروه نمونه انتخاب شد. محققین با حضور روزانه مداوم در مرکز و زیر نظر گرفتن بیماران، زنانی را که برای درمان یا استفاده از رحم جایگزین به مرکز مراجعه نموده بودند، شناسایی نمودند. برخی از افراد نمونه توسط رابطان مرکز (کسانی که متقاضی رحم جایگزین را به فرد داوطلب برای رحم جایگزین شدن، معرفی می‌کنند) به محققین معرفی شدند. در نهایت ۹ مادر درخواست‌کننده‌ای که آمادگی بیان تجربیاتشان در این زمینه را داشتند «به طور هدفمند» (ادیب حاج باقری پوریزی و صاصالی، ۱۳۸۹) وارد نمونه شدند. البته راضی کردن افراد نمونه به مصاحبه با محقق، به علت شرایط روحی آن‌ها و به خصوص استرس به نتیجه رسیدن این روش درمانی، مشکلات خاص خود را داشت. به این علت محققین سعی نمودند تا جای امکان در مراحل درمانی مختلف، از انتخاب مادر جایگزین، حل و فصل قضایای مالی، آزمایشات، تشکیل جنین و انتقال آن با مادران درخواست‌کننده همراهی کنند.

تا هم رابطه صمیمی و نزدیک‌تری بین محقق و آن‌ها شکل گیرد و هم محققین بتوانند از نزدیک شاهد احساسات، تلاطم‌های روحی و رابطه دو مادر با هم باشند. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها^۲ یعنی تا زمانی که محققین احساس کردند داده‌های جمع‌آوری شده تکرار داده‌های قبلی است ادامه یافت. در واقع «تکرار اطلاعات قبلی یا تکرار تم‌ها و نکات برجسته» (همان) کفایت حجم نمونه را نشان داد.

جدول ۱: توزیع افراد مورد مصاحبه بر حسب متغیرهای سن، شغل، شغل همسر

سن	تحصیلات	شغل	شغل همسر	محل سکونت	علت ناباروری	سال‌های ناباروری
۲۹	لیسانس	کارمند	کارمند	شهرکرد	سقط مکرر، فشار بالا، مشکلات روحی	۱۰
۳۱	دیپلم	خانه‌دار	مهندس	اصفهان	سقط، تنبلی تخمدان	۱۳
۳۵	لیسانس	دبیر	کارمند	اصفهان	پاره شدن کیسه آب	۸
۲۸	دکتری	پزشک	کارمند	بندرعباس	مشکلات رحمی	۱۲
۴۴	دیپلم	خانه‌دار	آزاد	بم	مرگ فرزندان شوهر، سقط و فشار بالا	۱۴
۳۰	دیپلم	خانه‌دار	کارمند	کرمان	چسبندگی رحم	۱۰
۲۷	لیسانس	خانه‌دار	آزاد	اهواز	سقط مکرر	۸
۳۲	دیپلم	کارمند	کارمند	شیراز	فشار بالا و مشکلات روحی	۱۲
۳۰	دیپلم	خانه‌دار	مهندس	اصفهان	مشکلات رحمی	۸
۳۶	دیپلم	خانه‌دار	آزاد	شیراز	تنبلی تخمدان و مشکلات رحمی	۱۶

جمع‌آوری داده‌ها

در این پژوهش با استفاده از مصاحبه نیمه‌استاندارد و «با استفاده از یک راهنمای مصاحبه با تمرکز روی حوزه‌های قابل پوشش» (هومن، ۱۳۸۵) به گفت‌وگوی عمیق و ژرف با مادران جایگزین پرداخته شد. مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید و مکالمات با استفاده از دستگاه ضبط صوت، ضبط و سپس لغت به لغت روی کاغذ پیاده شد. قبل از پیاده‌شدن هر مصاحبه، این مکالمات توسط محققین گوش داده شد تا درک بهتری از داده‌ها حاصل شود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش آنالیز ۷ مرحله‌ای کولیزی استفاده شد (صانعی و نیکبخت، ۱۳۸۳). به این صورت که در ابتدا، گفته‌های شرکت‌کنندگان به دقت خوانده و در چند مرحله بازخوانی مجدد شد، تا پژوهشگر به درک عمیقی از گفته‌های شرکت‌کنندگان برسد. در مرحله بعد جملات مهمی که مربوط به پدیده مورد بررسی بود استخراج شدند و معنای هر یک از جملات فرموله شد. این کار برای هر توصیفی از مصاحبه‌شوندگان تکرار شد. سپس این معانی فرموله شده به صورت خوشه‌ها و تم‌هایی از موضوعات دسته‌بندی شدند. بعد از این مرحله تمامی ایده‌های حاصله در قالب یک توصیف مفصل از پدیده مجتمع شد و سپس این توصیف‌های تفضیلی به یک ساختار بنیادی تقلیل داده شد. مرحله آخر تحلیل کولیزی مراجعه مجدد به شرکت‌کنندگان پژوهش است

تا عقیده آن‌ها درباره اعتبار یافته محقق مورد بررسی قرار گیرد که این مرحله نیز به طور کامل صورت گرفت.

اعتمادپذیری

اعتمادپذیری پژوهش با «حضور طولانی مدت محقق در میدان مشاهده و مشاهده مداوم» (فلیک، ۱۳۸۸) و جمع‌آوری داده‌های تحقیق در دریک دوره زمانی ۶ ماهه و با حضور روزانه محققین در مرکز ناباروری اصفهان و مطب پزشکان نازایی تامین گردید. هم‌چنین برای دست یافتن به «اعتبار پایانی یا نهایی که با مراجعه به هر یک از مطلعین صورت می‌گیرد» (محمدپور، ۱۳۸۹) پژوهشگران متن مصاحبه را در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داده تا آن‌ها یافته‌ها را مطالعه کرده و همسانی آن را با تجارب خویش کنترل کنند. برای دستیابی به انتقال‌پذیری به عنوان «جانشینی برای اصطلاح روایی بیرونی و نزدیک به اندیشه تعمیم‌پذیری مبتنی بر تئوری» (هومن، ۱۳۸۵)، محققین تلاش کردند جوانب متفاوت هر فرد از نمونه را در حد امکان و به طور کامل مورد بررسی قرار دهند.

جدول ۲: مثالی از نحوه استخراج کدهای توصیفی، تفسیری

کد تفسیری	زیرکدهای تفسیری	زیرکدهای توصیفی
	دلایل اقدام	پزشکی
		روحي
		محيطی
		شخصی
تجربه مادران درخواست‌کننده در زمینه اجاره رحم	رابطه با مادر جایگزین	معیار انتخاب
		حین بارداری
		بعد زایمان
		آگاهی از اقدام
	اطرافیان	شبکه حمایتی
		پذیرش بچه از پرورشگاه
		مسائل مالی
		مسائل شرعی
نگرانی و دغدغه‌ها	فرآیند تصمیم‌گیری	موفقیت‌آمیز بودن انتقال جنین
		وضعیت جنین در دوران بارداری
		مشکلات بعد زایمان
		فرآیند پذیرش بچه
		آگاهی دادن به فرزند از نحوه تولد

یافته‌ها

از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، پنج تم اصلی از تجارب مادران درخواست‌کننده رحم جایگزین استخراج شد که عبارتند از: «دلایل اقدام»، «رابطه مادر درخواست‌کننده با مادر جایگزین»، «اطرافیان»، «فرآیند تصمیم‌گیری» و «نگرانی و دغدغه‌ها».

دلایل اقدام

دلایل اصلی درخواست اجاره رحم به ۴ دسته: «پزشکی»، «روحی»، «محیطی» و «شخصی» تقسیم می‌شود. البته مهم‌ترین علت همان مشکلات پزشکی شامل تنبلی تخمدان، سقط مکرر، مشکلات رحمی و فشار خون بالا است، که با دیگر روش‌های درمان نازایی بهبود نیافته و رحم جایگزین بعد از پشت سر گذاشتن مراحل مختلف درمانی به زوجین نابارور پیشنهاد شده است. علاوه بر این، مشکلات روحی، مثل داشتن استرس و اضطراب (به علت مراحل درمانی قبل و ناباروری چند ساله) عاملی برای اقدام به این روش است. «شرایط اجتماعی و ارزش فرزندآوری و به قول عامیانه حرف مردم» و «نیاز شخصی و طبیعی هر زوج برای داشتن فرزند» در اقدام به روش‌های کمک باروری مؤثر است.

نمونه‌هایی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان:

پزشکی:

- فشارم می‌رفت بالا. سه بار خودم حامله شدم اما بچه‌هام از بین رفتن. یه ۶ ماهه، یه ۶ ماه و نیمه و یه ۲ ماهه.
- خانم من ۵ بار سقط کرده، خودش حامله می‌شه ولی سقط می‌شه، روی همین منظور ما تصمیم گرفتیم از این کانال بریم جلو.
- تنبلی تخمدان داشتم. دارو هم زیاد مصرف کردم. شکمم آب آورد.

روحی:

- وقتی سقط کردم دیگه از نظر جسمی و روحی کشش نداشتم. شاید اگه برای بار ششم می‌کاشتم حامله می‌شدم چون جنین فیروز شده داشتم، اما از نظر احساسی کشش نداشتم.

محیطی:

- به خاطر اطرافیان دیگه خسته شدم. اعصاب خردی، مجبورم دیگه باش کنار بیام. می‌گم به خاطر اینکه از اطرافیان راحت شیم، حرف می‌زنم، رفتار شون، حرکات شون
- محیط بی‌تأثیر نیست، اطرافیان بی‌تأثیر نیستن. که بالاخره تا می‌گیم بچه، می‌گن آخی! پس چرا؟ چطور؟ آخی حیفه زندگیه.

شخصی:

- به هر حال هر کسی دوست داره ذاتاً بچه داشته باشه و نسلش ادامه پیدا کنه.

رابطه مادر درخواست‌کننده با مادر جایگزین

این تم شامل سه زیرمضمون «معیارهای انتخاب»، «رابطه مادران در دوره بارداری» و «رابطه بعد زایمان» می‌شود. مشارکت‌کنندگان معیارهای مختلفی برای گزینش فرد صاحب رحم در نظر داشتند، مانند ملاک‌های مذهبی، اخلاقی، خانوادگی و ظاهری. حتی ممکن بود مدتی روند درمانی

به تعویق افتاده باشد، صرفاً به این علت که موردهای رحم جایگزین از نظر ملاک‌های زوجین نابارور مورد مورد پسند قرار نگرفته است.

مورد دیگر در این مضمون، رابطه بین مادر جایگزین و مادر درخواست‌کننده در دوران بارداری است که شامل طیفی از روابط، از رابطه بسیار نزدیک و صمیمی و خانوادگی حتی چندین سال بعد از تحویل بچه، تا عدم رابطه به طور مطلق و ندیدن دو طرف و انجام کارها توسط وکیل یا رابط (شخصی که صاحب رحم را به صاحب جنین معرفی می‌کند) می‌شود. درباره رابطه بعد از زایمان، به دلیل نگرانی خانواده درخواست‌کننده از ایجاد رابطه عاطفی فرد صاحب رحم با نوزاد، اکثر مشارکت‌کنندگان در پژوهش خواهان قطع رابطه به طور کامل بعد از تحویل بچه بودند.

نمونه‌هایی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان:

معیار انتخاب:

- من اولین چیزی که برام مهم بود اعتقادش بود، همین که اهل نماز و قرآن باشه برامون کافیه.
- یه خانمی را به ما پیشنهاد دادن. ما تا مراحل آزمایشم رفتیم اما یه آدمی بود که دنبال ظاهرش بود. ۲،۳ بار جراحی روی بینی‌اش کرده بود، همش به ظاهرش می‌رسید، تقوی تو چهره این بشر من ندیدم، حتی تا مراحل آزمایشم رفتیم، ولی خواست خدا بود نمی‌دونم دیگه، ما قطعش کردیم وسط‌های راه.
- با اینکه رحم اجاره‌ای زیاد قیافه مهم نیست، ولی من ظاهرش برام مهم بود، می‌خواستیم قیافه‌اش خوب باشه، وقتی می‌بینمش، طرز صحبت کردنش برام مهم بود.

حین بارداری:

- هفته‌ای ۲ بار می‌رم خونشون سر می‌زنم. چند بار هم خونه مادر شوهرم رفته، خونه خودم نیومده، من باش می‌رم تو مطب، صدای قلبش را گوش می‌دم. هر وقت بیاد دکتر باش میام. سونوگرافی داشته باشه می‌بینم.
- رابطه باش برام سخته. به قول شوهرم می‌گه شما زن‌ها یه حس حسادت تو همتون هست. من اون بنده خدا را نمی‌شناسم ولی برام سخته این یا هر کس دیگه! یه جوریم نسبت بهش. می‌دونی اونم یه زنه! البته شوهر من چنین آدمی نیست. ولی نگرانیه دیگه، پیش میاد. هرچه قدرم که آدم خوب باشه ممکنه یه کم کج بشه.
- بش می‌گم خودت را تقویت کن، اینو بخور اونو بخور، گفتم روزی چند آیه قرآن باید بخونی که روی بچه اثر مثبت بگذاره. من خودمم اینجا ختم قرآن برداشتم.

بعد زایمان:

- بعد زایمان نمی‌خوام دیگه باش رابطه داشته باشم، در حد اینکه حق و حقوقش رو بش بدم.

- من اصلاً خودم فکر کردم، به محض این‌که بچه را گرفتیم حتی شماره موبایل‌هامون را هم عوض کنیم. الانم آدرس و اینا دقیق بشون ندادیم.
- قراره رابطه قطع شه، یعنی خودش هم این اعتقاد را داره که رابطه نباشه بهتره!
- اگه دیدم مدام دوست داره بیاد بچه را ببینه یا خیلی احساسات به خرج می‌ده مقابله می‌کنم.

اطرافیان

این تم شامل دو زیرمضمون «آگاهی از اقدام» و «شبکه‌های حمایتی» می‌شود. اکثر شرکت کنندگان در پژوهش اطرافیان خود را در جریان استفاده از رحم جایگزین قرار داده بودند. البته این اطلاع‌رسانی زمانی صورت می‌گرفت که انتقال جنین با موفقیت انجام شده بود و چند ماهی از بارداری می‌گذشت. فقط دو مورد از شرکت کنندگان در پژوهش خود مدعی بارداری شده بودند و استفاده از رحم جایگزین را از اطرافیان خود پنهان نمودند، زیرا پنهان کردن نحوه بچه‌دار شدن برای همه شرکت کنندگان در پژوهش میسر نبود.

به علاوه همه مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که حمایت اطرافیان و در درجه اول شوهر و بعد خانواده‌ها، در کم کردن تنش‌های این دوران بسیار مؤثر است. این حمایت‌ها شامل دید مثبت اطرافیان به این روش درمانی و حتی پیشنهاد گرفتن رحم جایگزین به زوج ناباور بود.

نمونه‌هایی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان:

آگاهی از اقدام:

- شوهرم گفت ما راستش می‌گیم. چرا دروغ بگیم؟ می‌خوان قبول کنن، می‌خوان نکنن. ما که خودمون می‌دونیم بچه از خودمونه.
- به اطرافیان می‌گیم، اشکال نداره، من خانواده خودم تحصیل کردن، خانم خودمم تحصیل کرده است. اطرافیان اگه اطلاع داشته باشن محیط پرورش ما خانم دیگه است، بابت اون تغذیه هم که از خون مادر می‌گیره ما در قبالش ۱۰۰ تومن بش می‌دیم یا خودمون خوراکی و... می‌گیریم، او چیزهایی که نیاز بچه است.

- به خانواده خودم آره ولی خانواده شوهرم نه، گفتم خودم حامله شدم، شکم‌بند بسته بودم.
- من نمی‌تونستم تظاهر به بارداری کنم، فامیل‌هامون این مدلی نبودن، خیلی با هم هستیم. رفت و آمد داریم. من نمی‌تونستم خودم را به بارداری بزنم، اصلاً بلد نیستم فیلم بازی کنم.

شبکه حمایتی:

- من سری اول که گذاشتم نشد، روحیه‌ام خیلی به هم ریخت، ظرفیتم خیلی پایینه. ولی شوهرم که بام صحبت می‌کنه آرام می‌شم.
- اطرافیانم همه دیدشون مثبت بود. روی این قضیه همه متفق‌القول بودن که خیلی فکر خوبیه! حتی یه نفر هم نبود که با این تصمیم مخالف باشه، همه منا تشویق می‌کردن که این کار را بکنم، هم خانواده خودم هم شوهرم.

- خانواده شوهرم اکثراً تحصیل کردن، خودشون هم خیلی وقت‌ها این پیشنهاد را به ما دادن که این کار را بکنی، عکس‌العمل مثبت نشان دادن و تایید این تصمیم، همه می‌دونن. گفتم دکتر این پیشنهاد را بهم داده. خواهر، برادر، فامیل از نظر فرهنگی درکشون خوبه! همشون قبول کردن. گفتن این کار را تو باید 4 سال پیش می‌کردی. حالا همه می‌گن کاش چند سال پیش بود. حالا بچه‌ها چند ساله‌اش بود!

فرآیند تصمیم‌گیری

این تم شامل سه زیرمضمون «پذیرش بچه از پرورشگاه»، «مسائل مالی» و «مسائل شرعی» می‌شود. فرآیند تصمیم‌گیری خود شامل درگیری‌های «ذهنی برای پذیرش این روش»، «رضایت شخصی و پذیرش اجتماعی این روش»، «دغدغه نچسبیدن لذت بارداری و پرورش بچه در وجود خود» و «غلبه بر خستگی‌های جسمی و روحی از مراحل درمانی قبل و سقط‌های مکرر» است.

بیشتر مشارکت‌کنندگان با پذیرش بچه از پرورشگاه موافق نبودند، البته تحت پوشش گرفتن فرزندان بی‌سرپرست به طور غیرمستقیم در مواردی مطرح می‌شد. برای برخی از آنها نیز آوردن بچه از پرورشگاه در صورت موفقیت‌آمیز نبودن رحم جایگزین معنا می‌یافت، هم‌چنین مسائل و مشکلات مالی جزء دغدغه‌های اصلی بود زیرا تمام مراحل درمانی با استفاده از رحم جایگزین متضمن هزینه‌های سنگینی است که در برخی موارد نیز علی‌رغم صرف هزینه‌های زیاد انتقال با موفقیت روبه‌رو نمی‌شود. در مورد مسائل شرعی استفاده از رحم جایگزین هم دغدغه خاص در بین افراد شرکت‌کننده مشاهده نشد، به خصوص این‌که آن‌ها مسائل شرعی را به طور مستقیم به قانونی بودن این کار ربط می‌دادند، به همین دلیل کنکاش و پرس‌وجوی زیادی درباره مسائل شرعی این اقدام نیز صورت نگرفته بود.

نمونه‌هایی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان:

- تصمیمش برام سخت بود یعنی احساس می‌کردم من خودم مشکل دارم، سخت بود خیلی، خیلی سخت بود.

- سخت بود بخوام یکی را بگیرم این کار را بکنم، مخصوصاً به خاطر مردم و اینا.

- من دوست داشتم بچه از خودم باشه تو شکم خودم پرورش پیدا کنه خیلی آرزوم بود.

- دیگه علاجی نیست، تنها راهی که فعلاً مونده همینه. خدا کنه برای هیچ کس اتفاق نیفته.

هنوزم قبولش برام سخته، اینکه بالاخره خدا این ویژگی را از من گرفته که بتونم مادر شم (گریه) باز خدارا شکر جنین از خودمونه.

پذیرش بچه از پرورشگاه:

- خانواده شوهرم قبول نکردن که چون مشکلی نداره چرا باید بره بچه یکی دیگه را برداره؟؟

- شوهرم می‌گه هنوز زوده تا جایی که می‌شه و امکان هست خودمون درمان کنیم اگه نشد بعد

پرورشگاه.

مسائل مالی:

- مشکلات مالی خیلی داریم بالاخره از فامیل قرض کردیم، تا الان نزدیک ۱۹ میلیون آب خورده برامون.
- پارسال حدود هفت میلیون هزینه کردیم اما نتیجه‌ای نگرفتیم، اگه نتیجه گرفته بودم دلم نمی‌سوخت، به هر حال پول گیر میاد ولی متأسفانه جواب نگرفتیم.

مسائل شرعی:

- اینا مشکلی نداره تو قانون هم هست.
- اگه از نظر شرعی مشکل داشت، در مرکز چنین کاری انجام نمی‌شد و به طور قانونی حمایت نمی‌شد.
- مسائل شرعی خاصی نداره، یه حالت نگهداری! حتی صیغه‌ای هم خونده نمی‌شه.

نگرانی و دغدغه‌ها

این تم شامل پنج زیرمضمون «موفقیت‌آمیز بودن انتقال جنین»، «وضعیت جنین در دوران بارداری»، «مشکلات بعد زایمان»، «فرآیند پذیرش بچه» و «آگاهی دادن به فرزند از نحوه تولد» می‌شود.

دغدغه اولیه مشارکت‌کنندگان، موفقیت‌آمیز بودن نتیجه کاشت و انتقال جنین است. برخی از آن‌ها، چندین بار تجربه انتقال ناموفق داشته که بر ناراحتی و میزان تنش آن‌ها برای ادامه درمان اثر می‌گذارد، به ویژه این که هزینه‌های مراحل مختلف درمان، فرد را متحمل هزینه‌های زیادی می‌کند. بعد از قطعی شدن نتیجه انتقال جنین، نگرانی بعدی وضعیت جنین و میزان توجه و نوع نگهداری و مراقبت مادر جایگزین است. علاوه بر مراقبت‌های جسمانی و غذایی، کنترل رفت و آمد، به خصوص استراحت‌های اولیه برای کمک به مثبت بودن انتقال جنین؛ درخواست مراقبت‌های روحی و آرامش نیز از جانب مادران درخواست‌کننده مشاهده شد.

مشارکت‌کنندگان در پژوهش به علت طی شدن همه مراحل به صورت قانونی، نگرانی و ترس جدی از پس ندادن بچه نداشتند به خصوص این که برگه بیمارستان با نام پدر و مادر صاحب جنین صادر شده و نام مادر درخواست‌کننده به عنوان مادر اصلی ذکر می‌شود. همچنین مادران درخواست‌کننده عنوان می‌کردند که چون مادر جایگزین به علت مشکلات مالی تن به این کار داده است و خود نیز صاحب فرزند است، بعید است که بعدها مدعی بچه شود. اما گرچه نگرانی جدی از لحاظ قانونی و ادعای مادر جایگزین برای بچه وجود نداشت، اما نگرانی از نظر وابستگی عاطفی وجود داشت، به همین علت مادران می‌خواستند که سریع این رابطه قطع شود. حتی در مواردی اصلاً اجازه دیدن بچه بعد زایمان را به مادر جایگزین نمی‌دادند. شرکت‌کنندگان در پژوهش تردیدی نسبت به پذیرش نوزادی که از این طریق به دنیا آمده است، نداشتند. در مورد نحوه اطلاع دادن به فرزند از

نحوه تولدش بیشتر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که باید در زمان مناسب فرزند خود را از واقعیت مطلع کنند، اما در بین برخی در این زمینه یکسری تردید و نگرانی‌هایی مشاهده می‌شد.

نمونه‌هایی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان:

موفقیت آمیز بودن انتقال جنین:

- من دفعه سوم هست که دارم رحم اجاره ای می‌گیرم. اون ۲ دفعه خیلی اضطراب داشتم، اصلاً دیوانه می‌شدم، یعنی خیلی ساختم بود، مخصوصاً بار اول که جوابم نگرفتم، چون خودم هم می‌رفتم اتاق عمل با هم هماهنگ می‌شدیم، یعنی در عین حال که داشتم زجر روحی می‌کشیدم یه رجز جسمی هم داشتم.

وضعیت جنین در دوران بارداری:

- نگران هستم استرس دارم الان نزدیک یکی دو ماهه رو به قرص آرام بخش رو آوردم شب‌ها اصلاً خواب ندارم شوهرمم همش تو فکره می‌گی چی می‌شه؟ ناراحتی‌ام بیشتر اینه که دوست دارم بچه‌ها صحیح و سالم به دنیا بیان می‌گم نکنه خدای نکرده اتفاقاتی بیفته در طول این ۹ ماه.

- مادر وقتی خودش حامله می‌شه، از تمام جونش می‌زنه برای بچه‌اش. از هر جهت سعی می‌کنه بهترین را بذاره برای بچه‌اش. ولی من نمی‌دونم شرایط این خانم چه جوریه؟ چه طوری می‌خواد از بچه مراقبت کنه؟ می‌خوام بچه آرامش داشته باشه. راحت و آرام باشه. مشکلات زندگی خودشون باعث نشه روی بچه اثر بذاره.

مشکلات بعد زایمان:

- قانونیه! یه قراردادی هم ما امضا کردیم هم اون، با وکیل مرکز، این طور نیست که ما بتونیم زیرش بزنیم مثلاً تعهداتمون را انجام ندیم یا اونا بخوان بزنی زیرش.

- بچه‌ها هم که به دنیا آمدن سریع می‌یارمشون. نمی‌ذارم بمونن. اون بنده خدا هم خودش ۲ تا بچه داره.

- اگه بخاد زیاد احساسات عاطفی نشون بده باش مقابله می‌کنم.

فرآیند پذیرش بچه:

- فرقی نمی‌کنه! جنین از خودمون بوده فقط محیط پرورش مال کس دیگه است.

- بچه خودمه، یعنی اگه بشه از صمیم قلبم دوستش دارم، بچه خودم می‌شه.

آگاهی دادن به فرزند از نحوه ی تولد:

- فکر می‌کنم باید بش حقیقت را بگیم.

- به هر حال فکر می‌کنم این قدر بچه‌های الان رشد فکری دارن که خیلی راحت با این قضیه کنار بیان که ما به خاطر مشکلی که داشتیم این کار را کردیم، فکر نمی‌کنم مشکل خاصی باشه.

- بالاخره ما نگییم اطرافیان می‌گن ولی باید حقیقت را بگییم. اطرافیان بگن بیشتر ناراحت می‌شه. دیگه همه عواقب را در نظر گرفته گرچه در مورد چگونگی و نوع گفتن هنوز هیچ ایده‌ای وجود نداشت. هنوز فکر نکردیم که چه طور باید حقیقت را بش بگییم.

نتیجه‌گیری

رحم اجاره‌ای یا رحم جایگزین، یکی از جدیدترین تکنیک‌های پزشکی در زمینه درمان ناباروری است. این روش به علت شرایط خاص خود، یعنی بزرگ شدن جنین در رحمی غیر از رحم مادر اصلی و حضور دو مادر در جریان بارداری، (یک مادر صاحب رحم و یک مادر صاحب تخمک) ممکن است چالش‌برانگیز باشد. بر این اساس محققین در پژوهش حاضر به دنبال دستیابی به تجربیات و احساسات مادران نابارور درخواست‌کننده رحم بودند. به این منظور با روش پدیدارشناسی به مصاحبه با ۱۰ نفر از مادران درخواست‌کننده پرداخته شد.

بر اساس یافته‌های صورت‌بندی شده در جدول ۲ تجارب مادران درخواست‌کننده، در سطح زیرکد تفسیری به پنج تم «دلایل اقدام»، «رابطه مادر درخواست‌کننده با مادر جایگزین»، «اطرافیان»، «فرآیند روند تصمیم‌گیری» و «نگرانی و دغدغه‌ها» تقسیم شد.

تحلیل داده‌ها در «چارچوب دلایل اقدام» نشان داد علاوه بر «علل پزشکی» نظیر مشکلات رحمی، فشار خون بالا، سقط مکرر و اضطراب، «فشارهای محیطی» مثل خواست اطرافیان، شرایط اجتماعی و ارزش فرزندآوری و به قول عامیانه «حرف مردم» دلیل دیگر مشارکت‌کنندگان برای اقدام به گرفتن رحم جایگزین در درمان ناباروری است. محیط در این مورد می‌تواند نقش دوگانه‌ای را برای استفاده‌کنندگان از رحم جایگزین بازی کند. هم در تصمیم‌گیری اولیه آن‌ها برای اقدام و به نوعی فشار اجتماعی مؤثر در این تصمیم و هم در به رسمیت شناختن این نوع بارداری و کم کردن فشارهای روحی و نگرانی‌های والدین در مورد به رسمیت شناختن والدین از این طریق و پذیرش فرزندان حاصل از این روش. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که شکل‌گیری چنین حمایت‌هایی هم روند درمان را برای آن‌ها راحت‌تر می‌کند و هم خانواده درخواست‌کننده را از اضطراب و نگرانی‌های مربوط به آینده تا حدی رها می‌سازد.

در چارچوب «رابطه مادر درخواست‌کننده با مادر جایگزین» می‌توان به «معیارهای انتخاب مادر جایگزین»، «رابطه دو مادر در زمان بارداری» و «رابطه بعد از زایمان» اشاره کرد. به نظر می‌رسد مادر درخواست‌کننده و مادر صاحب رحم، انتخاب غیرمعمول خود را از طریق یک روند هماهنگی شناختی تطابق می‌بخشند و موفقیت یا شکست آنان در این روند، خواست، اراده و صداقت آنان را در این زمینه تحت تأثیر قرار می‌دهد (قربانی و اردکانی، ۱۳۸۷: ۱۴۱).

خانواده‌های درخواست‌کننده دارای نگرش‌ها و معیارهای مختلفی برای گزینش خانم صاحب رحم بودند که این معیارها با توجه به شرایط خانوادگی و سطح فرهنگی، عقاید و سلیقه‌های آن‌ها متغیر

بود. برخی از مشارکت‌کنندگان عقاید و اعمال مذهبی مادر جایگزین را معیار اصلی انتخاب می‌دانستند.

رابطه مادر درخواست‌کننده و مادر جایگزین از هنگام انتقال جنین و مثبت بودن جواب کاشت، به طور جدی‌تری شکل می‌گیرد. گرچه بخش اعظم این رابطه، یک رابطه قراردادی و پولی است؛ اما صرفاً به آن محدود نشده و رابطه احساسی و عاطفی خاص، رابطه معنوی و حتی خانوادگی (هرچند مقطعی و مربوط به دوره بارداری) ممکن است در بین افراد شکل گیرد. روابطی که در جریان استفاده از رحم جایگزین شکل می‌گیرد، از نوع روابطی است که بنا به دلایل خاص و مقتضیات ویژه و بعضاً با اجبار و اکراه شکل گرفته؛ بنابراین طبیعتاً نمی‌توان انتظار ادامه رابطه را بعد از پایان بارداری به جز در مواردی که دو طرف با هم پیشینه دوستی دارند، داشت. تمام مشارکت‌کنندگان در قطع شدن رابطه به طور کامل بعد از تحویل نوزاد تردیدی نداشتند و معتقد بودند خود صاحبان رحم هم به دلایلی مثل فهمیدن اطرافیان یا وابستگی عاطفی خواهان قطع این رابطه هستند. البته زمان و نحوه قطع کردن رابطه متفاوت بود. در برخی موارد افراد برای چند سالی رابطه تلفنی با هم داشته، ولی در مواردی هم مادر درخواست‌کننده، رحم جایگزین خود را اصلاً ندیده بود و همه کارهای مربوط به انتقال جنین و توسط رابط انجام می‌شد. در واقع نوع روابطی که مادران در این دوران با هم می‌گیرند، بستگی به عقیده آن‌ها نسبت به این روش، میزان ترس و نگرانی آن‌ها از اتفاقات بعد زایمان و البته شخصیت خود افراد دارد.

در چارچوب کد تفسیری «اطرافیان» دو کد توصیفی «آگاهی از اقدام به اجاره رحم» و «شبکه‌های حمایتی» قرار می‌گیرد. در جریان گذاشتن اطرافیان بستگی به شرایط فرهنگی و خانوادگی و شبکه‌های حمایتی که این افراد با آن مواجه هستند، دارد. اکثر مشارکت‌کنندگان ترجیح می‌دادند اطلاع‌رسانی از نحوه بارداری زمانی صورت گیرد که انتقال جنین با موفقیت انجام شده و چند ماهی از بارداری رحم جایگزین گذشته باشد. علت این تأخیر در اطلاع دادن، نگرانی از عدم موفقیت‌آمیز بودن رحم جایگزین و مواجه نشدن با دل‌داری و ترحم و پرس‌وجوهای دیگران در صورت عدم موفقیت بارداری است. خانواده‌هایی که اقدام به گرفتن رحم جایگزین می‌کنند، سال‌ها با مشکل ناباروری روبه‌رو بوده‌اند و این روش به عنوان آخرین راه برای آن‌ها مطرح می‌شود. بنابراین پذیرش راحت دیگران و شبکه‌های حمایتی اطراف آن‌ها، نقش مهمی در کم کردن اضطراب ناشی از انتخاب این روش دارد. یکی از مواردی که در دوره پژوهش، محققین با آن روبه‌رو شدند، زوج ناباروری بودند که به علت مواجه شدن با عدم پذیرش این شکل باروری و فرزند حاصل از آن توسط خانواده و محله زندگی، از اقدام به گرفتن رحم جایگزین برای درمان ناباروری منصرف شده بودند.

زیرمقوله‌های «فرآیند تصمیم‌گیری»، شامل «پذیرش بچه از پرورشگاه»، «مسائل مالی» و «مسائل شرعی» است. اکثر زوج‌های ناباروری که متقاضی اجاره رحم می‌شوند، خود قادر به تشکیل

جنین می‌باشند اما مادر قادر به نگهداری آن نیست، این با خانواده‌ای که اصلاً قادر به تشکیل جنین نیست و باید تخمک یا جنین اهدایی بگیرد، متفاوت است. زوجی که جنین آن‌ها تشکیل می‌شود، این مسئله برای آن‌ها مطرح است که بالاخره بچه از وجود خود آن‌هاست و بهتر است مراحل اداری و هزینه‌هایی که پذیرش بچه از پرورشگاه دارد را صرف درمان خود و داشتن بچه‌ای از خود کنند، اما زوج‌هایی که متقاضی گرفتن تخمک و به ویژه جنین هستند، چون بخشی یا تمام جنین از وجود آن‌ها نیست، ممکن است پذیرش راحت‌تری نسبت به پرورشگاه داشته باشند، البته باز در این مورد هم عوامل شخصی و اجتماعی مهمی دخیل هستند. چون در این مورد هم ترجیح اولیه می‌تواند با گرفتن جنین یا تخمک اهدایی باشد. به خصوص این‌که هیچ یک از اطرافیان از این‌که زوج نابارور از جنین یا تخمک اهدایی استفاده کرده‌اند باخبر نمی‌شوند و فرد می‌تواند به راحتی خود ادعای بارداری کند. بنابراین ترجیح گرفتن بچه از پرورشگاه بستگی به روحیات خود افراد و همچنین میزان امیدواری آن‌ها به ادامه درمان و نتیجه‌بخش بودن آن دارد. در مواردی که به خصوص مادر نابارور از روش‌های درمانی و مصرف دارو خسته شده، با مسئله پذیرش بچه از پرورشگاه راحت‌تر برخورد می‌کنند.

علاوه بر این تمام مراحل درمانی با استفاده از رحم جایگزین که شامل درخواست اولیه رحم جایگزین، هزینه آزمایش‌های اولیه برای ایدز و هپاتیت و اعتیاد، مصرف داروهای تخمک‌گذاری توسط خود مادر درخواست‌کننده، خوب بودن تخمک‌ها، تشکیل جنین، فریز جنین تا آماده شدن رحم جایگزین؛ مراحل آماده‌سازی داوطلب رحم جایگزین توسط دارو و آمپول‌های هورمونی، هزینه‌های بالایی را می‌طلبد. علاوه بر تمام هزینه‌های آزمایش و داروهای داوطلب رحم جایگزین که بر عهده خانواده درخواست‌کننده است، هزینه اجاره رحم بستگی به توافق دو طرف و یک قلو یا چند قلو بودن فرزندان دارد. همچنین ماهیانه‌ای که بابت غذا باید به مادر جایگزین پرداخت شود را باید به هزینه‌ها و مشکلات مالی افزود. البته علی‌رغم این هزینه‌ها در موارد زیادی ممکن است انتقال با موفقیت انجام نشود و بارداری از طریق رحم جایگزین صورت نگیرد. بیشتر شرکت‌کنندگان دغدغه خاصی با مسائل شرعی استفاده از این روش نداشتند. از نظر آن‌ها اگر این روش درمانی با منع شرعی روبه‌رو بود به صورت قانونی و مجاز در مرکز ناباروری انجام نمی‌شد.

تحلیل داده‌ها در بخش «نگرانی و دغدغه‌ها» حاکی از آن بود که بعد از گذار از نگرانی‌های اولیه در مورد «موفقیت‌آمیز بودن انتقال جنین» بیشترین دغدغه در مورد «وضعیت جنین در دوران بارداری» است. تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که به علت بزرگ شدن جنین در جایی غیر از رحم مادر اصلی، زوجین درخواست‌کننده فشار زیادی را از بابت به سلامت طی شدن این دوره و نوع مراقبت‌های پزشکی و تغذیه‌ای و به ویژه و آرامش روحی متحمل می‌شوند که به طرق مختلف نظیر همراهی با مادر جایگزین در چک‌آپ‌های ماهیانه نزد پزشک، تماس‌های مداوم به صورت حضوری یا

تلفنی و از طریق رابط، سفارشات غذایی و حتی تهیه نوع مواد غذایی که والدین دوست دارند در این دوران به فرزندشان برسد؛ سعی در تسکین این نگرانی‌ها داشتند. برخی از مشارکت‌کنندگان نیز علاوه بر سفارشات فوق، خواستار مراقب‌های روحی و معنوی نظیر خواندن قرآن و دعا نیز بودند. مشارکت‌کنندگان به علت طی کردن همه مراحل به شکل قانونی و تحت نظر مرکز باروری ناباروری؛ «مشکلات جدی بعد از زایمان» در زمینه تحویل نوزاد یا وابستگی عاطفی مادر جایگزین به طفل گزارش نکردند. در حالی که نتایج مطالعه احمدی طهران و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که ۸۳/۶ درصد از مادران درخواست‌کننده از ایجاد رابطه عاطفی بین مادر جانشین و فرزند نگران‌اند. گرچه ممکن است این نگرانی صرفاً محدود به دوره بارداری جانشین باشد ولی در عمل و هنگام تحویل طفل، مشکلی وجود نداشته باشد.

یافته‌های مطالعه مک کالوم (۲۰۰۳) روی ۴۲ زوج درمان شده از طریق رحم جایگزین با کودک یک‌ساله حاصل از این روش حاکی از آن بود که زوجین نابارور پس از دوره طولانی درمان، به عنوان تنها امکان درمانی به روش رحم جایگزین روی می‌آورند. پس از درمان سطح اضطراب زوج‌ها پایین آمده و رابطه خوبی میان والدین درخواست‌کننده و مادر جایگزین گزارش شده است.

تحقیقات کلینپیتر (۲۰۰۲) روی ۲۶ زوج نابارور که قصد بچه‌دار شدن از طریق رحم جایگزین را داشتند نیز نشان داد که بیشتر افراد این مطالعه تجربه کسب فرزند از این طریق را مثبت ارزیابی کردند و دچار معضلات و مشکلات روانی و حقوقی خاصی نشدند. نتایج بررسی‌ها در زمینه مقابل یعنی مادران جانشین هم نشان می‌دهد که «زنان اهداکننده رحم این فرآیند را تجربه‌ای رضایت‌بخش توصیف کرده‌اند» (جادوا و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعات طولی در زمینه رضایت مادران جایگزین و مشکلات روان‌شناختی آن‌ها نشان می‌دهد که نگرش‌های آن‌ها در مورد رضایت‌بخش بودن این تجربه، در طول زمان ثابت مانده است (باسلینگتون، ۲۰۰۲؛ ون دن آکر، ۲۰۰۷؛ تمن، ۲۰۰۶؛ به نقل از تمن، ۲۰۰۸).

گلوبوبوک و هم‌چنین اکر نیز در تحقیقات خود نشان دادند که نشانه‌ای مبنی بر نگرانی بابت اخاذی یا عدم تحویل نوزاد وجود ندارد (گلوبوبوک، ۲۰۰۴؛ آکر، ۲۰۰۵).

در چارچوب کد توصیفی «فرآیند پذیرش نوزاد» تجارب مشارکت‌کنندگان حاکی از آن بود که گرچه بسیاری از مراحل بارداری طبیعی هم از لحاظ روحی و هم جسمی در استفاده از رحم جایگزین طی نمی‌شود، ولی آن‌ها هیچ شکی در پذیرش بچه از نظر احساسی و روحی نداشتند و بیان می‌کردند که بچه از هر جهت متعلق به خود آن‌هاست. اصل و نطفه از آن‌هاست و فقط محل پرورش جایی دیگر است و از خون کس دیگری تغذیه کرده است که این نتایج توسط مطالعه گلوبوبوک نیز تأیید می‌شود. وی در بررسی‌اش نشان داد که سلامت روانی و سازگاری با نقش والدینی در پی درمان با استفاده از رحم جایگزین نسبت به والدین با باروری طبیعی بالاتر بوده است

که این نتایج پیش‌داوری‌های منفی در مورد فاصله و جدایی روانی میان والدین و فرزند را از بین می‌برد.

آخرین کد توصیفی در بخش نگرانی و دغدغه‌ها مربوط به «آگاهی دادن به فرزند از نحوه تولد» است. آگاهی دادن به فرزند از نحوه تولد بستگی به آگاهی اطرافیان از نوع بارداری دارد. در مواردی که مادر خود ادعای بارداری می‌کند و مراحل درمانی کاملاً مخفیانه انجام می‌شود، طبیعتاً به خود فرزند هم از نحوه تولد چیزی گفته نمی‌شود. اما در بقیه شرکت‌کنندگان هیچ تردیدی وجود نداشت که بالاخره بچه در زمانی باید از این مسئله اطلاع یابد، گرچه به علت درگیری شدید خانواده‌ها به فرآیندهای درمانی، در مورد چگونگی و نوع گفتن این حقیقت هنوز هیچ ایده‌ای وجود نداشت، مشارکت‌کنندگان فکر و تصمیم قطعی در این باره را به آینده و گذشت زمان، بزرگ شدن بچه و در نظر گرفتن شرایط آن وقت موکول کردند و فعلاً دغدغه آن‌ها صرفاً به نتیجه رسیدن این روش درمانی بود.

هرچند نگرش اجتماعی به این پدیده تا حدودی تغییر کرده است اما شاید هنوز هم اقدام مادری که فرزند نرس خود را به زن دیگری می‌سپارد از عرف قابل قبول جامعه به دور باشد (قربانی و اردکانی، ۱۳۸۷)، بنابراین حمایت اجتماعی و نگرش مثبت به این روش بارداری و آماده‌سازی فضای جامعه از طریق رسانه‌ها و به رسمیت شناخته شدن والدینی از این طریق نقش مهمی در کاهش تنش‌های زوج درخواست‌کننده رحم دارد. چنان‌چه سه نفر از مشارکت‌کنندگان به طور صریح و مستقیم تأثیر فیلم ساعت شنی، را در شروع اولین جرقه‌ها برای این تصمیم موثر دانستند، که این خود می‌تواند به تأثیر عمیق رسانه‌ها در آماده‌سازی افکار و پذیرش اجتماعی راحت‌تر این روش اشاره کند.

به علت مسائل فرهنگی و تنیده شدن شدید زندگی فردی و خانوادگی در زندگی اجتماعی، و باورهای محیطی نسبت به فرزندآوری و عدم پذیرش زوجین بدون فرزند، محیط اجتماعی و باورهایش در خواست اولیه فرزندآوری بسیار مؤثر است. بسیاری از زوجین نابارور ممکن است اگر تحت فشار محیط نباشند، با ناباروری کنار آمده و زندگی بدون فرزند را بپذیرند. ولی فشارهای محیطی در بسیاری از موارد، خواست فردی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، به ویژه در جامعه‌ای که به طور تاریخی برای فرزندآوری و تعداد فرزندان ارزش قائل بوده است.

در این میان باورها و ارزش‌های مذهبی و تشویق به فرزندآوری نیز با باور فرهنگی همگام شده و تأثیر آن را دوچندان می‌کند. در بین تمامی مشکلات درمانی این روش، به نظر می‌رسد مسائل فرهنگی و تا حدودی مذهبی خودنمایی بیشتری می‌کند. باورهای فرهنگی در این‌جا نقش دوگانه‌ای را بازی می‌کند، هم در فشار اولیه برای خواست فرزند و هم در پذیرش فرزند حاصل از این روش درمانی. البته مشارکت‌کنندگان به دلیل اعتماد به این‌که دولت کار غیرشرعی انجام نمی‌دهد و اگر

اجاره رحم مشکل شرعی داشت، امکان اقدام برای آن به طور رسمی وجود نداشت، نگرانی‌های شرعی خود را پوشش می‌دادند. البته اقداماتی که از نظر حقوقی و فقهی در این زمینه در دست اجراست و قوانین در حال تدوین در حل نگرانی‌ها بی‌تأثیر نخواهد بود.

در نهایت می‌توان گفت با توجه به این که افرادی که اقدام به گرفتن رحم جایگزین می‌کنند، سال‌ها با مشکلات ناباروری روبه‌رو بوده‌اند، این روش برای آن‌ها مانند یک روزنه امید و به عنوان آخرین قدمی که در جهت بچه‌دار شدن می‌توان برداشت، مطرح می‌شود. بنابراین در نهایت با همه مشکلات این روش، دغدغه‌های ذهنی و هزینه‌های مالی آن، در صورتی که به نتیجه برسد، آن‌ها را به آرزوی داشتن فرزند رسانده و مثبت ارزیابی می‌شود، به خصوص این که آن‌ها را از بسیاری از فشارهای روانی حاصل از خواست و علاقه شخصی به داشتن فرزند و عوامل محیطی رها می‌سازد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

به دلیل مشکلات و تنش‌های روانی خاص این روش درمانی، محققین در راضی کردن مادران درخواست‌کننده به مصاحبه و هم‌چنین گفت‌وگو در فضایی که آسیبی به مشارکت‌کننده وارد نسازد و اصول اخلاقی در پژوهش کیفی را رعایت کند، با محدودیت‌هایی روبه‌رو بودند که این محدودیت نیز در نهایت با تداوم حضور محققین در میدان و جلب اعتماد از مشارکت‌کنندگان، به ویژه زمان‌سنجی و اقدام به مصاحبه در شرایط مساعد، مرتفع گردید.

با توجه به نتایج حاصله از این پژوهش در زمینه فرهنگ‌سازی و نقش رسانه‌ها در این زمینه، پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

- فرهنگ‌سازی بیشتر و آشناسازی عموم مردم از این روش درمانی از طریق رسانه‌ها.
 - مطرح ساختن مسائل شرعی این روش درمانی و نظر مراجع تقلید در این باره.
 - گفت‌وگو با زوجین ناباروری که از این طریق صاحب فرزند شده‌اند.
 - آشناسازی افراد از مراحل مختلف درمانی در اجاره رحم.
- در زمینه پژوهشی، پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:
- نظر سنجی عمومی در زمینه آشنایی و میزان حمایت اجتماعی از این روش درمانی.
 - پژوهش‌های حقوقی و فقهی، برای حل مسائل شرعی و قانونی این روش درمانی.

منابع

آذین، س. م و آذین س. ع. (۱۳۹۳). مآلیت و قابلیت انتقال رویان، فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال دهم، شماره ۳۷، صص ۴۷-۶۳.

ادیب حاج باقری، م؛ پرویزی، س. و صلصالی، م. (۱۳۸۹). روش‌های تحقیق کیفی. تهران: انتشارات بشری.

احمری‌طهران، ه؛ جعفری‌گلوی، ع.؛ شیخ‌الاسلامی، ن.؛ عابدینی، ز. و حیدرپور، ا. (۱۳۸۹). نگرش زنان نابارور نسبت به رحم جایگزین. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره چهارم، شماره ۱، صص ۶۲-۷۰.

- بشارت، م. و حسین‌زاده بازرگانی، ر. (۱۳۸۳). مقایسه سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان بارور و نابارور. *مجله اندیشه و رفتار*، سال ۱۲ شماره ۳، صص ۱۸-۸.
- بزمی، ش. (۱۳۹۰). ملاحظات اخلاقی در بهره‌گیری از روش بارداری با رحم جایگزین. *فصلنامه اخلاق پزشکی*، شماره ۱۵، صص ۱۶۲-۱۴۷.
- روشن، م. و حمداللهی، ع. (۱۳۸۷). نسب طفل متولد از رحم جایگزین. *پژوهشنامه حقوق اسلامی*، شماره ۲۸، صص ۱۳۳-۱۲۱.
- روشن، م. (۱۳۸۴). وضعیت حقوقی طفل متولد از لقاح مصنوعی، فصلنامه خانواده‌پژوهی، *سال اول*، شماره ۲، صص ۱۸۹-۱۷۹.
- زندى، م؛ ونكى، ز؛ شیوا، م. و محمدی، ع. (۱۳۹۱). تجارب خانواده‌ها از معضلات قانونی حمل جایگزین. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، شماره ۵۸، صص ۲۳-۱۹.
- زندى، م؛ ونكى، ز؛ شیوا، م؛ محمدی، ع. و باقری لنگرانی، ن. (۱۳۹۱). عبور از گذرگاه پرتنش تردید و انتخاب: تجارب مادران از مواجهه و پذیرش حمل جایگزین. *ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، سال دهم، شماره ۶، صص ۸۱۷-۸۰۷.
- ساعی، م. و برزگری، ا. (۱۳۹۱). بررسی نسب و ارث کودکان متولد از اجاره رحم. *پژوهشنامه اندیشه‌های حقوقی*، شماره ۱، صص ۱۰۲-۷۳.
- سیف، د؛ البرزی، ش. و البرزی، س. (۱۳۸۰). تأثیر برخی عوامل عاطفی و دموگرافیک بر رضایتمندی زنان نابارور از زندگی. *فصلنامه باروری ناباروری*، شماره ۸، صص ۷۲-۶۶.
- شکور، م؛ صالحی، ک؛ شکور، ا. و کهن، ش. (۱۳۹۱). بررسی نگرش و میزان آگاهی دانشجویان از روش درمانی رحم جایگزین. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، شماره ۵۷، صص ۲۰-۸.
- شماعیان رضوی، ن؛ عباسپور، ن؛ خادمی، س. ح. و فرهادی‌فر، ا. (۱۳۹۲). بررسی دیدگاه پزشکان، پرستاران و ماماها درباره روش درمانی رحم جایگزین در شهرستان تربت حیدریه. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، شماره ۲، صص ۴۰-۳۱.
- صانعی، ا. و نیکبخت نصرآبادی، ع. (۱۳۸۳). *روش‌شناسی تحقیقات کیفی در علوم پزشکی*. تهران: انتشارات برای فردا.
- فضلی خلف، ز؛ شفیع‌آبادی، ع. و ترجمی، م. (۱۳۸۷). جنبه‌های روانی بارداری به روش رحم جایگزین در زنان میزبان. *فصلنامه باروری ناباروری*، شماره ۲، صص ۴۹-۴۳.
- فلیک، ا. (۱۳۸۷). *درآمدی بر تحقیق کیفی* (ترجمه هادی جلیلی). تهران: نشر نی.
- قاضی طباطبایی، م. و دادهیر، ا. (۱۳۸۷). رحم جایگزین: تأملی ساخت‌گرایانه بر پزشکی شدن مادری. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ش ۲، دوره ۹، مسلسل ۳۵، صص ۱۴۴-۱۶۴.
- کرمی نوری، ر؛ آخوندی، م؛ بهجتی اردکانی، ز. و همکاران (۱۳۸۰). جنبه‌های روانی اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی. *فصلنامه باروری ناباروری*، شماره ۷، صص ۲۱-۱۳.
- علیزاده، م. (۱۳۸۸). *آثار ناشی از قرارداد استفاده از رحم جایگزین*. آموزه‌های حقوقی، دانشگاه علوم اسلامی رضوی شماره ۱۲، صص ۱۷۵-۱۶۷.
- لطفی، ا. و سعادت، ص. (۱۳۹۰). احکام حقوقی طفل حاصل از رحم جایگزین. *مجله حقوق خصوصی*، شماره ۱۹، صص ۱۷۷-۱۶۹.
- محمدپور، ا. (۱۳۸۹). *صد روش: منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی*. جلد ۱، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- محبی‌کیان، ا؛ ریاضی، ه. و بشیریان، س. (۱۳۹۲). رحم جایگزین: از دیدگاه زنان نابارور. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، شماره ۸۸، صص ۳۲-۲۳.

- مهدوی، ص؛ احمدوند، ب. و نوراحمدی، ا. (۱۳۹۲). بررسی احکام فقهی - حقوقی کودکان متولدشده از رحم جایگزین. فصلنامه پژوهش‌های فقه و حقوق اسلامی، شماره ۳۱، صص ۱۹۰-۱۸۱.
- هومن، ح. (۱۳۸۵). راهنمای عملی - پژوهش کیفی. تهران: انتشارات سمت.
- یوسفی، ح. و قهاری، ش. (۱۳۸۷). رحم جایگزین: نگاهی بر جنبه‌های مختلف و چالش‌های آن. فصلنامه باروری ناباروری، شماره ۳۵، صص ۱۴۳-۱۳۷.
- یداللهی باغلوئی، ع. و اسدی‌نژاد، م. (۱۳۹۲). بررسی حقوقی مسئولیت مادر جانشین در صورت نگهداری از طفل در قوانین ایران، مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، سال ششم، شماره ۴، صص ۴۱-۲۹.

- Akker, Van Den. (2007). Psychological aspects of surrogate motherhood, Human Reproduction Update, Vol. 13, No. 1, PP. 53-62.
- Akker, Van Den. (2005). A longitudinal pre pregnancy to post delivery comparison of genetic and gestational surrogate and intended mothers: confidence gynecology, J Psychosom Obstet Gynecol, 26(4), 277-284.
- Brindsen Pr. Gestational surrogacy. Hum Reprout. Update. 2003 9(5): 483-91
- Golombok, S., C. Murray, V. Jadva, F. MacCallum and E. Lycett (2004). Families created through surrogacy arrangements: parent-child relationships in the 1st year if life", Dev Psychol, May 40(3): 400-11.
- Jadva, V. C., Murray & E. Lycett et al. (2003). Surrogacy: the experiences of surrogate mothers". Hum Reprod, 18: 2196-204.
- Klenpeter C. B. (2002). practice of surrogacy in Britain, UK. British Medical Association, London, surrogacy: the parents story. Psycho report, 91:201-1
- MacCallum F and etal (2003). ssurrogacy: the experience of commissioning couples. Hum report, 18.
- Teman, Elly (2008). The social construction of surrogacy research: An anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogacy motherhood, social science & Medicine, Vol. 67. pp. 1104-1112.