

سیستم‌های حمایت اجتماعی در دسترس مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین (رحم جایگزین): چالشی فراروی مراکز ناباروری

میترا زندی، زهر ونکی،[■] مرضیه شیوا[■]، عیسی محمدی

چکیده

مقدمه: یکی از متغیرهای مؤثر در ایفای نقش مادری، دسترسی به منابع حمایتی است. مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین علاوه بر مواجهه با چالش‌های مادر شدن برای اولین بار، با موقعیت منحصر به فردی مواجه هستند؛ اما تا کنون مطالعه‌ای به بررسی تجرب این مادران و بررسی نحوه دسترسی آنان به منابع حمایتی مورد نیاز نپرداخته است. شناسایی این منابع به منظور برنامه‌ریزی مبتنی بر نیاز مددجویان و استفاده بهینه از این منابع در جهت کاهش تنش و دشواری‌های انتقال به نقش مادری ضروری است.

هدف: این مطالعه با هدف بررسی ادراکات مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین از سیستم‌های حمایتی‌شان فرآیند مادر شدن صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی طی بیست ماه در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۱ صورت گرفته است. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه بدون ساختار و عمیق و نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بوده است. به طور کلی در این پژوهش ۳۲ مصاحبه با ۱۵ مادر استفاده‌کننده از حمل جایگزین و ۵ نفر از پرسنل مراکز ناباروری که در ارتباط نزدیک با این مادران بودند، انجام شد. محیط پژوهش پژوهشگاه رویان و سایر مراکز ناباروری خصوصی، دولتی، مطب‌ها و مراکز ناباروری شهرستان‌ها که حمل جایگزین در آن‌ها صورت می‌گیرد، بود. تحلیل داده‌ها به روش آنالیز محتوای متعارف صورت گرفت.

یافته‌ها: در طی فرآیند آنالیز محتوا در نهایت دو تم که نشان‌دهنده ماهیت و ابعاد درک مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین از منابع حمایتی آن‌ها در فرآیند مادر شدن بود، آشکار شد. این تم‌ها شامل: برخورداری از تکیه‌گاه شامل دو طبقه اصلی «بهره‌مندی از حامیان معتمد» شامل ۶ زیر طبقه و «حمایت مراکز ناباروری در تسهیل فرآیند مادر شدن» شامل ۴ زیر طبقه. همچنین تم حمایت غیر اثربخش شامل سه طبقه اصلی «عدم کفایت خدمات سازمانی»، «عدم برخورداری از حمایت کافی همسر و اطرافیان» و «حمایت درک نشده» می‌باشد که هر یک دارای زیر طبقه فرعی و فرعی‌تری می‌باشند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد با وجود منابع حمایتی اندک در دسترس در خانواده و جامعه، مادران آگاهانه از آن صرف‌نظر نموده و در جستجوی تکیه‌گاه‌هایی قابل اطمینان و افرادی معتمد برای یاری شدن هستند. آگاهی از نیازهای مادران می‌تواند راهنمایی جهت تمرکز خدمات بوده و به مدیران، برنامه‌ریزان و به ویژه مسئولین مراکز ناباروری در برنامه‌ریزی‌های آتی کمک نماید.

کلمات کلیدی: حمایت، حمل جایگزین، مادر شدن، تکنولوژی‌های کمک باروری، رحم جایگزین

میترا زندی

فارغ‌التحصیل دکترای گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

■ مؤلف مسؤول: زهر ونکی

دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
آدرس: vanaki_z@modares.ac.ir

■ مؤلف مسؤول: مرضیه شیوا

استادیار پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولید مثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات پزشکی تولید مثل، گروه اندوکرینولوژی و ناباروری زنان، تهران، ایران
آدرس: shivamarzieh@yahoo.com

عیسی محمدی

دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال دوم، دوره دوم، شماره چهارم
زمستان ۱۳۹۲

■ مقدمه

انتقال به نقش مادری بزرگ‌ترین رویداد تکاملی زندگی یک زن است. مادر شدن حرکت از واقعیت شناخته شده‌ی فعلی به واقعیت جدید ناشناخته است (۱). انتقال به تجربه مادری و بچه دار شدن تجربه بسیار ویژه‌ای است که به مادر توانایی منحصر به فرد مراقبت از کودک می‌دهد. تحقیقات موجود در زمینه مادر شدن، حاکی از تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی در مادر و خانواده در طول حاملگی و بچه‌دار شدن می‌باشد. زنان در انتقال به نقش مادری آسیب‌های فراوانی را تجربه می‌کنند و با چالش‌های بسیاری مواجه می‌شوند (۲). در صورتی که مادر در طول بارداری و بچه دار شدن متحمل آسیب شود، او فرآیند مادر شدن را بسیار استرس‌زا خواهد یافت. در چنین موقعیت‌های آسیب‌زایی، بسیاری از زنان برای کسب هویت مادری ممکن است دچار تضاد با خود شوند (۳). داشتن مسئولیت یک نوزاد برای اولین بار باعث احساس ناتوانی، اندوه، صدمه، عصبانیت و رنجش می‌شود (۴). مطالعات بسیار زیادی بر روی مادرانی که مادر شدن را برای اولین بار تجربه می‌کنند، صورت گرفته است (۴-۱۲) که این خود نشان دهنده پرچالش بودن و اهمیت اولین تجربه مادر شدن می‌باشد. راه‌های متفاوتی برای مادر شدن زنان وجود دارد که شامل مادر شدن به شیوه طبیعی، با کمک تکنولوژی‌های کمک باروری، حمل‌جایگزین و فرزندخواندگی می‌باشد. صرف‌نظر از این که یک زن چگونه مادر شده است، او در انتقال به نقش مادری با چالش‌های منحصر به فردی روبروست (۱۳).

حمل‌جایگزین یکی از بحث‌انگیزترین روش‌های والد شدن 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 (۱۴). تعداد کودکان متولد شده از حمل‌جایگزین کامل در آمریکا از سال ۲۰۰۸-۲۰۰۴ یعنی در طول ۴ سال ۸۹٪ افزایش یافته است (۱۵). طرح استفاده از حمل‌جایگزین در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۸۰ توسط برخی از کلینیک‌های ناباروری به اجرا درآمده است (۱۶).

مرسر (۲۰۰۶) معتقد است یکی از متغیرهای مادری مؤثر در ایفای نقش مادری، منابع حمایتی در دسترس می‌باشد (۶). همچنین حمایت اجتماعی دریافت شده توسط مادر بر روی کسب نقش مادری وی تأثیر دارد (۱۲). به هنگام عهده دار شدن نقش جدید مادری، بازخورد همسر و شبکه اجتماعی برای معتبر سازی

صلاحیت مادری مهم هستند. تارکا (۲۰۰۳) به نقل از مرسر (۱۹۸۵)، مهم‌ترین منبع حمایتی مادران در نقش مادری را مادر خود آنان نقل کرده و پس از آن سایر زنان از جمله عمه/خاله، خواهر و دوستان مهم‌ترین منابع حمایتی مادر بوده‌اند (۱۲). در مطالعه براکلی (۱۹۹۷) نیز مادران، بستگان و دوستانی را که خود تجربه داشتن فرزند داشته‌اند به عنوان مهم‌ترین منبع یادگیری در نقش مادری جدید خود عنوان کرده‌اند و دریافت کمک‌های آنان را گزارش نموده‌اند (۵). منبع مهم دیگر برای دریافت حمایت افراد حرفه‌ای از طریق ارائه اطلاعات در مورد مراقبت و تربیت کودک می‌باشند. مادرانی که از حمایت افراد حرفه‌ای و متخصصین بالینی بیشتر استفاده می‌کنند، احتمالاً بازخورد بیشتری در مورد خودشان به عنوان مادر دریافت می‌کنند (۱۲). جامعه‌ی هدف تمامی این مطالعات، زنانی بوده است که به شیوه طبیعی مادر شده‌اند. اما مطالعه‌ای که به بررسی درک و تجربه مادران استفاده کننده از حمل‌جایگزین از منابع حمایتی آن‌ها در فرآیند مادر شدن پرداخته باشد، در ایران و در خارج از کشور یافت نشد. آکر (۲۰۰۷) می‌نویسد، مطالعات محدودی به بررسی معنای خانواده در حمل‌جایگزین، نیاز خانواده و یا تأثیرات در دسترس بودن درمان و افراد حرفه‌ای و فاکتورهای مالی بر روی انتخاب صورت گرفته توسط مادر جایگزین (حامل) و مادر استفاده کننده از رحم صورت گرفته است (۱۷). در ایران نیز تجربه قابل توجهی در زمینه باروری شخص ثالث وجود نداشته و تأثیرات آن بر روی دریافت کنندگان و اهدا کنندگان دقیقاً مشخص نیست (۱۸). لذا این مطالعه با هدف بررسی ادراکات و تجربیات مادران استفاده کننده از حمل‌جایگزین یعنی مادرانی که می‌خواهند از این روش برای داشتن فرزند استفاده نمایند (نه خانم اجاره دهنده یا اهدا کننده رحم) از سیستم‌های حمایتی آنان در فرآیند مادر شدن صورت گرفته است. شناسایی منابع حمایتی در دسترس این مادران به منظور استفاده بهینه از این منابع در جهت کاهش تنش و دشواری‌های انتقال به نقش مادری ضروری است.

■ مواد و روش‌ها

هدف: بررسی تجارب مادران استفاده کننده از حمل‌جایگزین از سیستم‌های حمایتی در فرآیند مادر شدنشان بوده است.

طرح: روش کیفی با رویکرد آنالیز محتوای متعارف انتخاب شد. استفاده از روش آنالیز محتوای متعارف و استقرایی زمانی کاربرد دارد که تئوری و مطالعات موجود در زمینه‌ی پدیده‌ی مورد

مطالعه محدود باشد (۲۰۱۹، ۲۰).

محیط پژوهش: محیط پژوهش در این مطالعه، پژوهشگاه رویان و سایر مراکز ناباروری، بیمارستان‌ها و مطب‌های انجام دهنده حمل جایگزین در تهران و شهرهای مختلف کشور بود.

مشارکت‌کنندگان: به منظور دستیابی به نمونه‌های دارای تجارب دست اول مبتنی بر هدف پژوهش (۲۱)، 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. مشارکت‌کنندگان مادرانی بودند که از حمل جایگزین استفاده نمود و در مرحله درمان برای کاشت جنین، کاشت جنین، دوره انتظار (بارداری مادر جایگزین) 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. 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 شد که پس از تماس تلفنی و توضیح هدف مطالعه، هشت مادر موافق به شرکت در پژوهش بوده و سه نفر به دلیل نگرانی از 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 غیر رسمی (در برخورد‌های حضوری و تلفنی اتفاقی که اطلاعاتی در اختیار محقق قرار می‌گرفت) بود. همچنین جهت جمع‌آوری داده‌های تکمیلی و افزایش اعتبار یافته‌ها از طریق تلفیق منابع، با ۵ نفر از پرسنل مراکز ناباروری که ارتباط نزدیک با این مادران داشتند نیز مصاحبه رسمی صورت گرفت.

گردآوری داده‌ها: از آبان ماه ۱۳۸۹ تا خرداد ماه ۱۳۹۱ به وسیله مصاحبه باز عمیق با استفاده از سؤالات باز به گردآوری داده‌ها پرداخته شد. مصاحبه ابتدا با استفاده از سوال باز «چه شد که تصمیم به استفاده از این روش گرفتید؟» آغاز می‌گردید. به منظور روشن‌سازی مفهوم مورد مطالعه، سؤالات روشن‌کننده و پی‌گیری‌کننده بر اساس اطلاعاتی که از شرکت‌کننده به دست می‌آمد، پرسیده می‌شد. همچنین سؤالات عمق دهنده مصاحبه مانند امکان دارد در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ منظورتان چیست؟ می‌توانید مثالی را ذکر کنید؟ و... متناسب با پاسخ‌ها پرسیده شد. مصاحبه از کارکنان نیز بیشتر به صورت نمونه‌گیری نظری و در زمینه مسائل و معضلات قانونی که مادران به آن‌ها اشاره کرده بودند و نارسایی‌هایی که در سیستم درمانی به آن اشاره شده بود، صورت گرفت. از جمله سؤالاتی که از کارکنان پرسیده می‌شد این موارد بود که در برخورد با معضلات قانونی حمل جایگزین چه می‌کنید؟ خانواده‌ها را چطور حمایت می‌کنید؟ در زمینه عقد قرارداد میان دو طرف به چه مسائل و نکاتی توجه می‌کنید و غیره. طول مدت مصاحبه بین نیم الی ۳ ساعت (با میانگین ۵۶ دقیقه) متغیر بود. مصاحبه‌ها تا عدم شناسایی داده/طبقه جدید ادامه یافت. کلیه مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول انجام می‌شد که در زمینه انجام مصاحبه مطالعات کیفی تحت آموزش‌های تئوری و عملی قرار گرفته بود. همچنین روند انجام مصاحبه‌ها توسط نویسنده دوم و چهارم مقاله که در مطالعات کیفی صاحب نظر هستند مورد ارزیابی و نقد قرار می‌گرفت.

تحلیل داده‌ها: تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری آن‌ها و به روش تحلیل محتوای متعارف انجام شد. مطابق با گرانهم و لاندمن (۲۰۰۴)، مناسب‌ترین واحد تحلیل، کل یک مصاحبه انتخاب شد (۲۲). مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط شده و در اولین فرصت به صورت کلمه به کلمه همراه با اشارات غیر کلامی از قبیل گریه، خنده، سکوت در محیط Word تایپ و

سپس وارد نرم افزار MaxQDA که ابزار کارآمدی در سازماندهی داده هاست (۲۳) 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. سپس، کدهای اولیه فهرست شده و پس از چند مصاحبه بر اساس تشابه مفهومی و معنایی گروه بندی شد و هر طبقه به وسیله عناوینی که مبین ویژگی‌های محتوای آن بود، نامگذاری شد. به تدریج با مقایسه و ادغام مداوم، داده‌ها در طبقات اصلی‌تر که انتزاعی‌تر و مفهومی‌تر بودند قرار گرفتند و در نهایت تم‌ها انتزاع شدند. فرآیند انتزاع تا تشکیل دو مضمون اصلی ادامه یافت (جدول ۱).

استحکام مطالعه: جهت افزایش اعتبار داده‌ها از درگیری طولانی مدت با داده‌ها (بیست ماه)، بازنگری مشارکت کنندگان، بازنگری ناظرین و تلفیق منابع (مادران و پرسنل مراکز ناباروری) استفاده شده است. همچنین جهت امکان تأییدپذیری، اعتماد، انتقال پذیری و حسابرسی تحقیق، مراحل و روند پژوهش تا حد امکان به طور دقیق و گام به گام ثبت و گزارش شد تا امکان پی‌گیری تحقیق برای سایرین فراهم شود.

ملاحظات اخلاقی: 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 مشارکت کنندگان طبق فرمت دانشگاه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه و پرهیز از اصرار برای شرکت در تحقیق با وجود کمبود نمونه‌ها، حفظ محرمانه بودن اطلاعات در تمامی مراحل تحقیق و تعیین مکان و زمان مصاحبه مطابق میل مشارکت کنندگان از نکاتی بود که در این پژوهش رعایت گردید.

■ یافته‌ها

مادران مشارکت کننده در این مطالعه دارای حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۹ سال با میانگین سنی ۳۳/۱۳ سال سال بودند. ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت کنندگان در جدول ۲ خلاصه شده است. در این پژوهش، ۲ نفر از مادران ارتباط فامیلی با مادر جایگزین داشته و از حمل جایگزین غیر تجاری (نوعدوستانه) استفاده نموده‌اند. تحلیل داده‌ها در نهایت دو مضمون نهایی را نمایان ساخت که شامل ۱. برخورداری از تکیه گاه متشکل از دو طبقه اصلی «بهره‌مندی از حامیان معتمد» خود شامل ۶ زیرطبقه و «حمایت مراکز ناباروری جهت تسهیل فرآیند مادر شدن» شامل ۴ زیر

طبقه و ۲. حمایت غیر اثربخش بود که شامل ۳ زیر طبقه «عدم کفایت خدمات سازمانی»، «عدم برخورداری از حمایت همسر و اطرافیان» و «حمایت درک نشده» بوده و خود دارای زیر طبقاتی بودند.

۱. برخورداری از تکیه گاه

«برخورداری از تکیه گاه»، برخورداری از پشتوانه‌هایی است که مادر از سوی آنان احساس حمایت می‌نموده است. از آنجایی که مادران استفاده کننده از حمل جایگزین، به دلیل اعتقاد به عدم پذیرش فرهنگی حمل جایگزین، معمولاً استفاده از این تکنولوژی را از دیگران پنهان می‌کنند، لذا امکان برخورداری از تمامی منابع حمایتی که در حالت عادی برای مادر شدن وجود دارد، برای این مادران خاص وجود ندارد. بنابراین تکیه‌گاه‌های آن‌ها افراد خاصی هستند که مادر به رازداری آن‌ها اعتماد کامل دارد. بر اساس تجارب مشارکت کنندگان این پژوهش، برخورداری از تکیه‌گاه شامل دو زیرطبقه ی الف. «بهره‌مندی از حامیان معتمد» که شامل افراد مورد اطمینان مادر می‌باشند و ب. «حمایت مراکز ناباروری جهت تسهیل فرآیند مادر شدن» می‌باشد.

منظور از مفهوم «بهره‌مندی از حامیان معتمد»، بهره‌مندی از حامیانی است که مادر نسبت به رازداری آنان اطمینان داشته و می‌تواند به آن‌ها تکیه نماید. از جمله این منابع می‌توان به درک حمایت معنوی، حمایت همسر، حمایت خانواده و اطرافیان، حمایت و همکاری حامل و حمایت گروه هم‌تا اشاره نمود. البته حامیان معتمد، همراهان همیشگی مادر نیستند و گاهی اوقات مادر تنها از یک یا دو ناحیه حمایت می‌شود. همسران مهمترین حامیان معتمد فرآیند مادر شدن می‌باشند. همچنین یکی از منابع حمایتی مهم، خانم حامل می‌باشد که در صورت انتخاب درست، منبع حمایتی بسیار مؤثری است که تعاملات مداوم با مادر داشته و مهم‌ترین عامل انگیزشی مادر (جنین) به وی سپرده شده است. متعهد بودن به قرارداد و احساس مسئولیت در برابر وظیفه خطیر امانت داری، تقویت روحی مادر به وسیله ابراز بیانات اطمینان بخش در مورد مراقبت از جنین و رعایت اصول تغذیه‌ای، جسمی، روحی، مذهبی مطابق میل مادر، تقویت حس مادری از طریق کلامی و گزارش مداوم وضعیت جنین و حرکات وی به مادر، برخورد گرم با مادر، همکاری برای شیردهی و تغذیه کودک پس از تولد و از خود گذشتگی از حس مادرانه خود نسبت به کودک و تسلیم کودک بلافاصله پس از تولد از جمله مواردی است که

جدول ۱. نحوه انتزاع مفاهیم و شکل‌گیری طبقات فرعی و اصلی

برخورداری از تکیه‌گاه	بهره‌مندی از حامیان معتمد	درک حمایت معنوی
		حمایت همسر
		حمایت خانواده و اطرافیان
		حمایت و همکاری حامل
		حمایت گروه هم‌تا
حمایت غیر اثربخش	حمایت مراکز ناباروری جهت تسهیل فرآیند مادر شدن	کمک به انتخاب آگاهانه
		مدیریت روابط طرفین
	عدم کفایت خدمات سازمانی	قصور در ارائه خدمات مسئولانه
		عدم وجود سیستم نظارتی
		نارضایتی مددجویان
	عدم برخورداری از حمایت کافی همسر و اطرافیان	
	حمایت درک نشده	

مادران به عنوان حمایت‌های حامل تجربه نموده‌اند.

"یعنی من بگم از خواهر بهتر شما شاید باورتون نشه. خیلی خانم بود. خیلی حرف‌هایی می‌زد که منو دل‌داری می‌داد... اصلاً حتی به من می‌گفت دست بذار روی شکم من احساس کن بچتو. به من خیلی روحیه می‌داد... آروم می‌کرد دیگه اینجوری بهتون بگم. تا این که این ۹ ماه تموم شد." م ۳

حمایت اطرافیان شامل حمایت خانواده مادر، خانواده همسر، بستگان، دوستان و آشنایان مطلع می‌باشد که از جنبه‌های مختلف حمایت‌های روحی و مالی، پیشنهاد اهداء رحم، همراهی مادر در پروسه‌های درمانی، و حمایت در مراقبت از کودک می‌باشد. حمایت روحی از مادر یکی از مهم‌ترین جنبه‌های حمایتی از دیدگاه مادران بوده که در صورت عدم پنهان‌سازی، خانواده و اطرافیان یکی از منابع مهم تأمین این نیاز بوده‌اند.

"خواهرم خیلی حرف‌قشنگی به من زد می‌گفت فرزندت رو بسپار به خدا. دیگه دل‌نگران نباش. اگه بخواد باشه، هست. اگه بخواد نباشه تو هر کاری بکنی نیست. پس اینقدر خودتو آزار نده. بسپارش به خدا، یه ذره آروم می‌شی. وقتی می‌سپردمش به خدا ناخودآگاه اصلاً یه آرامش خیلی خاصی می‌گرفتم. خیلی آروم می‌شدم می‌گفتم خوب سپردمش به خدا. بزرگتر از خدا هم کسی نیست دیگه اون خودش مراقبه. ناخودآگاه آروم می‌شدم. خنده یه ذره می‌آمد سراغم، دوباره یه ۲ ساعتی می‌شد دوباره دل‌هره

می‌گرفتم." م ۲

حمایت گروه هم‌تا، تنها از سوی معدود مادرانی ممکن است که دسترسی به اینترنت داشته باشند و تنها به صورت مجازی از طریق سایت‌های اینترنتی و با نام‌های مستعار صورت می‌گیرد. ب. حمایت مراکز ناباروری جهت تسهیل فرآیند مادر شدن: سلسله فعالیت‌های حمایتی آموزشی است که توسط معدود مراکز درمانی از جمله رویان از ابتدای مراجعه مادر برای انتخاب این روش تا قبل از زایمان حامل و به ندرت پس از آن را در بر می‌گیرد. کمک به انتخاب آگاهانه به هنگام انتخاب طرف مقابل قرارداد و راهنمایی به هنگام بروز مشکلات بالقوه و بالفعل از جمله تهدید به سقط جنین، افشا/عدم افشا به کودک و دیگران، یاری رساندن به خانواده‌ها در تصمیم‌گیری جهت رفع معضلات بالقوه و بالفعل آنان، غربالگری پزشکی و روحی روانی طرفین پیش از شروع درمان، آموزش و آگاه‌سازی در مورد فرآیند پیش رو از جنبه‌های مختلف از جمله مراحل درمان، میزان موفقیت، حقوق طرفین، چگونگی مطرح نمودن انتظارات و خواسته‌ها، مدیریت روابط طرفین یا به عبارتی کمک به معارفه و آشناسازی طرفین قرار داد و میانجی‌گری به هنگام بروز اختلاف میان آن‌ها و ... از جمله این موارد است. "از زمانی که وارد مرکز شدیم، حدوداً می‌شه گفت ۴ الی ۵ نفر به ما معرفی شد. این خانم (حامل) پنجمین نفر بود. اول یه خانمی معرفی شد رفتیم تمام کاراشم انجام دادیم، یک سری آزمایشاتم

جدول ۲. ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

۱	سن مادران	۴۷-۲۰ سال با میانگین ۳۳ سال
۲	تحصیلات	۴ نفر (۲۶/۷٪) زیر دیپلم، ۱ نفر (۶/۷٪) دیپلم، ۱ نفر (۶/۷٪) فوق دیپلم، ۷ نفر (۴۶/۷٪) لیسانس، ۱ نفر (۶/۷٪) فوق لیسانس، ۱ نفر (۶/۷٪) دکترای تخصصی
۳	ارتباط با حامل	۲ نفر (۱۳/۳٪) ارتباط فامیلی (یک مورد مادر و یک مورد خواهر)، ۱۳ نفر (۸۶/۷٪) بدون آشنایی قبلی
۴	علت استفاده از حمل جایگزین	۷ نفر (۴۶/۷٪) سندرم راکی تانسکی، ۵ نفر (۳۳/۳٪) سقط مکرر به علل متفاوت، ۲ نفر (۱۳/۳٪) هیستریکتومی اورژانسی، ۱ نفر (۶/۷٪) ناباروری با علت نامشخص
۵	تعداد کودکان	۱۰ نفر (۶۶/۷٪) یک قلو، ۲ نفر (۱۳/۳٪) دوقلو، ۱ نفر (۶/۷٪) سه قلو، ۲ نفر (۱۳/۳٪) در حال درمان

سازی، قادر به استفاده از این منابع نیستند و ۳. منابع حمایتی موجود هستند اما از کفایت لازم برخوردار نمی‌باشند مانند حمایت مراکز ناباروری در تسهیل فرآیند مادر شدن. مادران استفاده کننده از حمل جایگزین ترکیبی از دو یا سه حالت فوق را تجربه نموده و به طور کلی می‌توان گفت «حمایت غیراثربخش» شامل ۳ ویژگی «عدم کفایت خدمات سازمانی»، «برخوردار نبودن از حمایت کافی همسر و اطرافیان» و «حمایت درک نشده» می‌باشد.

منظور از «عدم کفایت خدمات سازمانی»، عدم ارائه خدمات مکفی توسط مراکز ناباروری، بیمارستان‌ها و کلیه مراکز رسمی درمانی مرتبط با حمل جایگزین و نبود سیستم نظارتی و گرفتن بازخورد در مورد نحوه ارائه این خدمات است که با نارضایتی مددجویان همراه است. قصور در آگاه‌سازی و ابراز نارضایتی مددجویان از مراکز درمانی در زمینه عدم ارائه اطلاعات کامل به آنان و توضیح در زمینه‌های مختلف مراحل درمان و مشکلات احتمالی پیش رو از جمله معضلات قانونی و مشکلات روز زایمان، بی‌حرمتی به مددجویان و عدم نظر گرفتن شأن انسانی مددجویان توسط کادر درمانی انجام دهنده حمل جایگزین، عدم رعایت حریم خصوصی مددجویان در مراکز بهداشتی به هنگام معاینه و ویزیت، توهین و تحقیر، سهل انگاری یا به عبارتی عدم توجه و بی‌دقتی در ارائه خدمات، رسیدگی ناکافی و عدم ارائه تسهیلات مناسب از جمله امکانات رفاهی، وقت دهی مناسب و عدم پاسخگویی به مددجویان، وقت دهی غیر دقیق و عدم هماهنگی در ارائه خدمات از جمله این موارد است. مادری که در زمان مصاحبه دارای دو کودک دو قلویش شش ماهه است، از تجربیات خود در زمینه قصور

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، دائماً استرس پولو داشت. هیچ توجهی انگار به بچه نمی‌خواست بکنه. فقط دغدغهش این بود که پول رو کی می‌گیره؟ چجوری می‌گیره؟ من بیماری لوپوس 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

علیرغم برخورداری از تکیه گاه، درک تجربه مادران حاکی از این مطلب است که از نگاه آنان، منابع حمایتی کفایت لازم را نداشته است. همچنین در بسیاری از موارد، برخی منابع حمایتی از جمله خانواده و اطرافیان وجود خارجی داشته اما مادر به دلیل پنهان سازی قادر به بهره‌گیری از آنان نبوده است.

۲. حمایت غیر اثربخش

حمایت غیر اثربخش حاکی از احساس دریافت حمایت ناکافی توسط مادر است که معمولاً به سه شکل زیر وجود دارد: ۱. برخی منابع حمایتی رسمی و غیر رسمی اصلاً وجود نداشته و مادر به دلیل عدم وجود منابع حمایتی قادر به دریافت این حمایت نمی‌باشد. به عنوان مثال عدم وجود منابع حمایتی رسمی از جمله عدم وجود قوانین خاص حمل جایگزین و عدم پوشش هزینه‌های درمان ناباروری توسط بیمه و... و عدم وجود حمایت‌های غیر رسمی از جمله فوت پدر و مادر، عدم توانمندی مالی والدین و ... ۲. گاهی منابع حمایتی وجود داشته اما مادران به دلیل قرار گرفتن در شرایط نامساعد فرهنگی و استفاده از راهکار پنهان

مراکز در آگاه‌سازی مددجویان می‌گوید:

"حتی من از مرکز گله دارم چون اصلاً اولش به ما نگفت. فقط اول که ما رفتیم به ما گفتش که شما اگه بخواید برای گرفتن شناسنامه به مشکل برخوردید، باید برید فلان بیمارستان چون تنها بیمارستانی که این مسئله رو می‌دونه. باهش کنار اومده. اونجا مثلاً برید دیگه مشکلی ندارید. ما هم با همین خیال دیگه خیالمون راحت بود. گفتیم خوب حتماً اونجا مشکلی نداره. آخرش که دیگه رفتیم سؤال کردیم و اینا می‌گفت نه شما که می‌باید، باید برید دادگاه نامه بیارید... یعنی لحظه‌ی آخر این حرفارو به ما زدند!!! ... خوب همین حرف رو می‌تونستید ۹ ماه قبلش به ما بزنید که ما هم در جریان باشیم." م ۷

«برخوردار نبودن از حمایت کافی همسر و اطرافیان» ویژگی دیگر مفهوم حمایت غیر اثر بخش است. یافته‌ها نشان داد مهم‌ترین منبع حمایتی مادران، همسران آنان می‌باشند اما از آنجایی که آنان نیز در فرآیند مادر شدن (پیش از کاشت جنین، دوره انتظار و گاهی پس از تولد کودک) نگرانی و فشارهای روحی سنگینی متحمل می‌شوند، نمی‌توانند به خوبی نقش حمایتی خود را ایفا نمایند. مادر ۳۴ ساله‌ای که در مرحله درمانی حمل جایگزین قرار دارد، می‌گوید:

"الان که اوفتادیم تو پروسه‌ی رحم جایگزین واقعاً من دارم (همسرمو) هلش میدم! یعنی تا به مشکلی بر می‌خوریم می‌گه دیدی گفتیم؟ ولش کن." م ۹

ممکن است منبع حمایتی اصلاً وجود نداشته باشد از جمله فوت پدر و مادر زوج خواهان فرزند که می‌توانند یک منبع حمایتی برای آنان باشند گاهی اوقات منبع حمایتی وجود دارد اما حمایت کافی صورت نمی‌گیرد به عنوان مثال والدین زوج خواهان فرزند در صورت زنده بودن، توانمندی مالی حمایت از فرزندشان را ندارند و یا همسر/پدر ژنتیکی به هر دلیلی از جمله مشغله کاری با مادر همراهی نمی‌کند که نشان‌دهنده عدم کفایت منبع حمایتی است. در برخی موارد نیز مادر با وجود برخورداری از منابع حمایتی، به قصد محافظت از اطرافیان از جمله پدر و مادر و همسر، از بیان احساسات و مشکلات خود جلوگیری به عمل آورده و مانع انتقال تنش‌های خود به آنان می‌شود.

"نه با همسایه‌ای نه با دوستی، نه با فامیلی حتی نه با مادرم! این جواری نمی‌تونم صحبت کنم، روراست باشم... مادرم نه این که شنونده خوبی نباشه، من احساس می‌کنم که خب مادرم که

کاری نمی‌تونه برام بکنه جز این که بشینه گریه کنه. یعنی دلم نمی‌خواد مادرم ناراحت بشه. روی این اصل! ... بقیه هم حتی مثلاً دوست‌های دوران دانشگاهیم نمی‌دونند." م ۱۴

و یا به دلیل پنهان‌سازی استفاده از حمل جایگزین، امکان دریافت حمایت اطرافیان وجود ندارد و در این صورت خود متحمل فشارهای روحی مضاعفی می‌شود. مادری که استفاده از حمل جایگزین را حتی از خانواده خود نیز پنهان نموده و در زمان صاحبه کودکی ۱۶ ماهه دارد در این باره می‌گوید:

"می‌دونین، همه از دوران حاملگی‌شون با یک حس خوبی یاد می‌کنند، آره اینجوری بود، توجه شوهرمون بهمون خیلی بیشتر شده بود، توجه فامیل. همه یک حس خوبی به تو پیدا می‌کنند می‌گن که مثلاً زن حاملست، بهت کمک می‌کنند، زبانی، روحی، جسمی، همه جوهره بهت کمک می‌کنند ولی من تو این دوران جز نفرت، جز همش یادآوری روزهای تلخ گذشته، چیزی نفهمیدم. بارها شده گفتم من از هر چی زن حامله، از هر چی حاملگی و از هر چی زایمانه متنفرم! تا یکو می‌بینم حاملست می‌گم ایش این چه بیکار بوده دیگه! بعد می‌گم خوب بابا مثل من که نیست که، اونا یک دوران شیرینی رو دارند طی می‌کنند! الان همین دختر همسایمون بچه‌ی سومیشو حاملست، اومده خونه‌ی مامانه راحت می‌خوره و می‌خوابه. اینارو که می‌بینم اینقدر ناراحت می‌شم برای خودم‌ها!! می‌گم وای من چقدر بی کس بودم! من چه تنها بودم! چه دوران بدی رو طی کردم!" م ۱

همچنین گاهی اوقات اطرافیان با نشان دادن بازخوردهای منفی به مادر از جمله کنجکاوی بیش از حد، واکنش‌های منفی به ایفای نقش مادری مادر و ... شرایط نامناسبی را برای وی فراهم می‌آورند. «حمایت درک نشده» احساس درونی مادر از عدم درک حمایت و نیاز به حمایت روحی و داشتن همدم به ویژه در دوره انتظار و همچنین دریافت اطلاعات و راهنمایی در زمینه‌های مختلف می‌باشد.

"خیلی از لحاظ روحی به آدم فشار میاد، آدم ناراحت می‌شه، یعنی هیچکی نمی‌تونه آدم رو درک کنه، حتی شوهرت" م ۱۵

■ بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد با وجود منابع حمایتی محدود برای مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین در جامعه، آنان از این منابع اندک موجود نیز به دلیل نگرانی از نگرش واکنش منفی جامعه نسبت به استفاده از تکنولوژی‌های نوین صرف نظر

نموده و معمولاً فردی خاص را که به عنوان معتمد به رازداری و احتمال بروز واکنش مثبت وی اطمینان دارند، به عنوان تکیه‌گاه خود انتخاب می‌کنند. گاهی اوقات دسترسی به فرد معتمد نیز وجود نداشته و مادر جز همسر، سیستم حمایتی دیگری ندارد که آن هم ممکن است نقش حمایتی داشته و یا نداشته باشد. مراکز ناباروری و مرکز درمانی از جمله تکیه‌گاه‌هایی هستند که مادر به آن‌ها اعتماد می‌کند و می‌تواند یکی از مهم‌ترین منابع ارائه خدمات حمایتی و آموزشی باشد که علاوه بر ارائه اطلاعات کافی و روشن، حمایت عاطفی و اطلاعاتی را برای وی فراهم آورد. اما متأسفانه در اکثر موارد ارائه خدمات به صورت نامطلوب و یا ناقص صورت گرفته و رضایت مددجویان را در پی نداشته است.

این در حالی است که حمایت از زنان حین انتقال به نقش مادری، یکی از وظایف مهم کارکنان حرفه‌ای بهداشتی است (۴). همانطور که در مطالعات خارجی مادران استفاده کننده از تکنولوژی‌های کمک باروری از جمله حمل جایگزین، چنین انتظاری را از مراکز درمانی تحت نظر داشته (۲۴، ۲۵) و این انتظارات برآورده شده است (۲۵). تجارب مددجویان نشان می‌دهد که آنان دریافت اطلاعات از پرستاران و تیم بهداشتی را نشاندهنده رفتار مراقبتی و از ابعاد حمایت در نظر می‌گیرند (۲۶). در مطالعه کلین پیترا (۲۰۰۶) که به ارزشیابی برنامه حمل جایگزین کلیفرنیا از دیدگاه زوج خواهان فرزند پرداخت، مددجویان بسیار اصرار داشتند که راهنمایی و اطلاعات مورد نیاز خودشان را از مدیر آژانس تأمین کنند و به او به عنوان یک مشاور می‌نگریستند که حمایت عاطفی آنان را تأمین خواهد کرد (۲۵). اما نتایج مطالعه حاضر حاکی از عدم ارائه اطلاعات شفاف و آگاه‌سازی کافی خانواده‌ها توسط برخی مراکز درمانی بوده و مددجویان حمل جایگزین حمایت غیر اثربخش را تجربه نموده‌اند.

در مطالعه دیگر کلین پیترا (۲۰۰۲) که به بررسی تجارب زوج‌های استفاده کننده از حمل جایگزین پرداخته است، یافته‌ها نشان می‌دهد که اکثر خانواده‌ها در جستجوی حمایت از خانواده و دوستان بوده‌اند. نتایج تحقیق وی نشان داد پاسخ خانواده در فرآیند حمل جایگزین اکثراً حمایتی بوده و در برخی موارد به صورت مخلوط یعنی حمایتی و غیر حمایتی همراه با هم (حمایت همراه با نگرانی، کنج‌کاوایی بیش از حد و ...) و در معدود مواردی غیر حمایتی درک شده است و هیچ یک از مشارکت کنندگان، واکنش غیر حمایتی را از دوستان خود دریافت ننموده‌اند. از نظر دریافت

حمایت‌های حرفه‌ای، از ۲۶ مشارکت کننده‌ی بررسی شده، شش نفر از گروه‌های حمایتی و ۴ نفر از روان درمانی بهره گرفته‌اند که حمایت گروه‌های حمایتی بسیار مفیدتر از روان درمانی تجربه شده است و ۱۶ نفر حمایت‌های حرفه‌ای (روان درمانی و گروه‌های حمایتی) را دریافت نکرده‌اند هرچند مشارکت کنندگان معتقد بوده‌اند که در این دوره نیاز به حمایت بیشتری داشته‌اند (۲۷). نتایج تحقیق کلین پیترا با تحقیق حاضر در برخی موارد از جمله ابراز نیاز مشارکت کنندگان به حمایت بیشتر همخوانی داشته اما در زمینه دریافت حمایت خانواده و دوستان مقایسه نتایج نشان می‌دهد که خانواده‌های استفاده کننده از حمل جایگزین در کلیفرنیا جو حمایتی بهتری را تجربه نموده‌اند. همچنین مطالعات نشان می‌دهند که در انگلستان و آمریکا، مراکزی خاص جهت ارائه خدمات در زمینه یافتن حامل مناسب وجود دارد (۲۸-۳۰). در انگلستان نوع تجاری حمل جایگزین ممنوع بوده و تنها به شیوه نودوستانه صورت می‌گیرد (۳۱)؛ بنابراین حامل ممکن است از اعضاء خانواده و دوستان نزدیک زوج باشد و یا زوج ممکن است حامل مناسب خود را از طریق گروه‌های حمایت از بیماران نابارور از جمله ISSUE, CHILD, COTS و سروگیزی یو کی 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 (۱، ۱۷). علاوه بر این، 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 SMO اشاره نمود (۲۸) در حالی که در ایران چنین مراکز حمایتی وجود ندارد. در ایران برخی مراکز ناباروری دولتی علاوه بر مسئولیت ارائه خدمات درمانی، مسئولیت یافتن حامل را نیز بر عهده گرفته‌اند و کمبود متقاضیان اهداء/اجاره رحم و کثرت متقاضیان دریافتی منجر به طولانی شدن لیست انتظار و در نهایت نارضایتی مددجویان می‌شود (۳۲)؛ بنابراین با توجه به روند رو به رشد استفاده از تکنولوژی‌های کمک باروری در کشور، نیاز به تأسیس مراکز حمایتی در حیطه‌های مختلف به شدت احساس می‌شود. همچنین کرک (۱۹۹۸) به نقش تمامی افراد حرفه‌ای از جمله پرستاران، ماماها و مددکاران اجتماعی که در ارائه خدمات کمک

از آنجایی که حمل جایگزین ویژگی‌های منحصر به فردی دارد که شاید در سایر روش‌های مادر شدن کمتر تجربه شود، از جمله دور بودن از جنین در حال رشد و عدم تجربه تغییرات جسمی بارداری، لذا نیازمند حمایت‌ها و توجهات ویژه‌ای است که بایستی در برنامه‌های آماده‌سازی برای ایفای نقش مادری این مادران مورد توجه قرار گیرد. این مطالعه به دلیل دسترسی بیشتر، تنها بر روی مادران استفاده‌کننده از حمل جایگزین کامل صورت گرفته است. پیشنهاد می‌شود تجارب مددجویان استفاده‌کننده از حمل جایگزین نسبی نیز در تحقیقات آتی مد نظر قرار گرفته و نتایج آن با این گروه از مادران مقایسه و تحلیل گردد. ارائه حمایت همواره هزینه‌بردار نبوده و در برخی موارد با مدیریت درست منابع موجود می‌توان از منابع به شکل بهینه استفاده نمود. لذا توصیه می‌شود در مطالعات آتی، حمایت‌های اجتماعی ممکن در حیطه‌های مختلف طراحی و به کار گرفته شده و نحوه‌ی عملکرد آنان مقایسه گردد.

■ نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از عدم حمایت کافی مادران در فرآیند مادر شدن حمل جایگزین می‌باشد که منجر به تحمیل تنش‌های مضاعف بر آنان می‌شود و می‌تواند در آینده آثار سوئی بر پرورش کودک و کیفیت زندگی خانواده داشته باشد. آگاهی از تجارب مددجویان و دستیابی به اطلاعات به روز عرصه، راه را برای برنامه‌ریزی‌های مراقبتی مبتنی بر نیاز مددجویان هموارتر نموده و از پیش نیازهای اصلی ارائه مراقبت بهینه از این مادران می‌باشد که می‌تواند راهنمایی جهت تمرکز خدمات بوده و به مدیران، برنامه‌ریزان و به ویژه مسئولین مراکز ناباروری در برنامه ریزی‌های آتی کمک نماید.

■ تشکر و قدرانی

این مطالعه بخشی از نتایج رساله مصوب دکترای پرستاری و طرح پژوهشی مشترک با دانشگاه تربیت مدرس و پژوهشگاه رویان است (کد طرح: ۳-۴۳۱) که توسط کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس و پژوهشگاه رویان به طور جداگانه مورد تأیید قرار گرفته است. از کلیه مشارکت کنندگان بابت ارائه تجارب ارزشمند خویش و همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت مالی و پژوهشگاه رویان بابت همکاری صمیمانه شان تشکر می‌شود.

باروری به طور مستقیم یا غیر مستقیم درگیرند، در آگاه‌سازی جامعه و حمایت و آگاه‌سازی زوج‌های نابارور جستجو کننده درمان از مشکلات پیش رو اشاره نموده و بیان کرده است که افراد حرفه‌ای باید به مشکلات افراد درگیر این فرآیند آگاه بوده و به روز رسانی این اطلاعات برای افراد حرفه‌ای که در چنین فیلدهای به سرعت پیشرونده‌ای شاغل هستند، ضروری است (۳۳). پایش و اطمینان از کیفیت مراقبت ارائه شده به مددجو توسط تیم مراقبت بهداشتی وظیفه پرستار است (۲۴).

برینسدن (۲۰۰۳) در مقاله خود می‌نویسد تنها ۲۹ کلینیک از ۱۱۳ کلینیک در انگلستان مجوز انجام حمل جایگزین را دارند و در این کلینیک‌ها، تمامی مادران، پیش از شروع درمان، تحت مشاوره‌های دقیق و آگاه‌سازی کافی در زمینه‌های مختلف حمل جایگزین از جمله مشکلات قانونی، اخلاقی، مالی و... قرار می‌گیرند و در جلسات مشاوره، مشکلات احتمالی و اثرات کوتاه مدت و طولانی مدت درمان به خانواده‌های طرفین گوشزد خواهد شد. بنابراین طرفین با آگاهی کامل وارد فرآیند درمان می‌شوند (۱). هر چند در کشور ما نیز این مشاوره‌ها توسط مراکز ناباروری معدودی به خوبی صورت می‌گیرد، اما با توجه به روند رو به رشد تکنولوژی‌های کمک باروری در کشور و فعالیت مراکز خصوصی متعدد در این زمینه، باید راهکاری اساسی برای ایجاد نظارت و ارزشیابی مداخلات و مقایسه عملکرد مراکز صورت گیرد و از فعالیت مراکز نامعتبر جلوگیری به عمل آید. در استرالیا سازمان گسترده قانون‌گذاری در زمینه خدمات تکنولوژی کمک‌باروری وجود ندارد اما تمامی کلینیک‌های ناباروری، سالیانه توسط کمیته اعتبار بخشی تکنولوژی کمک باروری استرالیا بازدید می‌شود تا حداقل استانداردهای موجود را دارا بوده و جهت بهبود کیفیت ارائه مراقبت به مددجویانشان تشویق شوند. همچنین دولت فدرال استرالیا از طریق شورای ملی تحقیقات پزشکی و سلامت راهبردهای اخلاقی را برای استفاده در حیطه تکنولوژی‌های کمک‌باروری در بالین و تحقیقات انتشار داده است (۳۴). این در حالی است که در کشور ما حمل جایگزین توسط هر مؤسسه دارای صلاحیت و یا فاقد صلاحیتی صورت می‌گیرد و هیچ نظارتی بر روند انجام این پروسه به ویژه در مطب‌های خصوصی وجود ندارد و اکثر خانواده‌ها بدون این که آگاهی کافی از مشکلات پیش رو داشته باشند، ناآگاهانه وارد فرآیندی می‌شوند که در صورت مثبت شدن کاشت جنین هیچ راه بازگشتی ندارد.

■ References

1. Brinsden, P.-R., Gestational surrogacy. *Human Reproduction Update*, 2003. 9(5): 483-491.
2. Mercer, R.-T., Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN*, 2006. 35(5): 649-651.
3. Nystedt, A., U. Hogberg, and B. Lundman, Women's experiences of becoming a mother after prolonged labour. *Journal of Advanced Nursing*, 2008. 63(3): 250-258.
4. Barnes, M., et al., Learning About Baby: What New Mothers Would Like to Know *Journal of Perinatal Education*, 2008. 17(3):33-41.
5. Barclay, L., et al., Becoming a mother — an analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 1997. 25: 719-728.
6. Mercer, R.-T. and L.-O. Walker, A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *JOGNN*, 2006. 35(5): 568-582.
7. Nelson, A.M., Transition to Motherhood, 2003. 32(4): 465-477.
8. Nelson, A.M., A Qualitative Study of Older First-Time Mothering in the First Year. *Journal of Pediatric Health Care*, 2004: 284-291.
9. Newburn, M., Becoming a mother. *New Digest*, 2008.
10. Rogan, F., et al., Becoming a mother-developing a new theory of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 1997. 25: 877-885.
11. Russell, k., Maternal confidence of first-time mothers during their child's infancy in Bydrine F. Lewis School of Nursing 2006, Georgia State University: Georgia.
12. Tarkka, M.-T., Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 2003. 41(3): 233-240.
13. Fontenot, H.-B., Transition and Adaptation to Adoptive Motherhood. *JOGNN*, 2007. 36(2): 175-182.
14. Haghighat, F., et al., Surrogacy: Attitudes of Iranian males and females about surrogacy. Second ed. 2009, Tehran: SAMT. [persian]
15. Gugucheva, M., Surrogacy in America, 2010, Council for Responsible Genetics: Cambridge.
16. Hamdolahi, A. and M. Roshan, Comparative study of jurisprudence and legal contract of Surrogacy. First ed. 2009, Tehran: Majd. [persian]
17. Van-den-Akker, O.B.A., Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*, 2007. 13(1): 53-62.
18. Akhondi, M.M., et al., A close look at natural and in vitro fertilization as well as the need for donated gametes in treatment of infertility Payesh, 2007. 6(4):307-321. [persian]
19. Elo, S. and H. Kyngas, The qualitative content analysis process. *JAN Research Methodology*, 2007.
20. Hsieh, H.-F. and S. E. Shannon, Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 2005. 15(9): 1277-1288.
21. Streubert, H. and D. Carpenter, Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 4 th ed. 2007, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
22. Graneheim, U.H. and B. Lundman, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004. 24:105-112.
23. Corbin, J. and A. Strauss, Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 3th ed. 2008, California: SAGE Publications.
24. Payne, D. and S. Goedeke, Holding together: caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. *Journal of Advanced Nursing*, 2007. 60(6): 645-653.
25. Kleinpeter, C.B., T.L. Boyer, and M.E. Kinney, Parents' Evaluation of a California-Based Surrogacy Program. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 2006. 13(4): 1-23.

26. Hershberger, P.-E. and K. Kavanaugh, Enhancing pregnant, donor oocyte recipient women's health in the infertility clinic and beyond: a phenomenological investigation of caring behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 2008. 17: 2820–2828.
27. Kleinpeter, C.B., Surrogacy: The Parents' Story '. *Psychological Reports*, 2002. 91:201-219.
28. Griswold, Z., Surrogacy was the way. first Ed. 2006: Nightengle press in USA.
29. Ragone, H., Surrogate Motherhood, conception in the heart. first ed. 1994, United State of America: Westview Press. 215.
30. Sharma, B.R., Forensic considerations of surrogacy – an overview. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 2006. 13: 80-85.
31. Yousefi, H. and S. Ghahari, Perspectives and chalenges of surrogacy in Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 2008. 9(2): 138-143. [persian]
32. Zandi, M., et al., Experiences of Commissioning Mothers in Selection of Surrogate Mother. *Evidence Based Care*, 2012. 2(3): 7-22. [persian]
33. Kirk, M., Relative concerns associated with genetics and surrogacy. *British Journal of Nursing*, 1998. 7(12): 717-721.
34. Hammarberg, K., L. Johnson, and T. Petrillo, Gamete and embryo donation and surrogacy in australia: the social context and regulatory framework. *International Journal of Fertility and Sterility*, 2011. 4(4): p. 176-183.

Social support systems available to surrogacy commissioning mothers: challenge facing infertility centers

Mitra Zandi, Zohreh Vanaki[■], Marziyeh Shiva[■], Eesa Mohamadi

Introduction: One of the factors affecting maternal role is access to supportive resources. In addition to the challenges of motherhood surrogacy commissioning mothers for the first time, are faced with a unique situation. But so far no study to examine the experiences of these women and how to access support resources.

In order to identify these resources is essential for planning based on client needs and optimal use of these resources that reduce stress and hardship of the transition to motherhood.

Aim: This study has examined surrogacy commissioning mothers' perceptions of their support systems in the process of becoming a mother.

Method: This study has been done with qualitative approach from August 2010 to Jun 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.

Results: During the process of content analysis, two themes was revealed that indicate the nature and dimension of commissioning mothers perception about their support resources in the process of becoming a mother. These themes was including: 1. having the support contained of two main categories "Benefit from the support of a trusted" and "support of infertility centers in facilitation of motherhood process" and 2. non-effective support contained of three main categories: "Inadequacy of organizational services", "lack of adequate support from husband, family and friends" and "not perceived support". Each one has a more sub-classes.

Conclusion: Findings show that despite the limited resources available to support of mothers in the family and community, mothers ignore them consciously and they looking for someone who are reliable and trustworthy to help them. Awareness of mothers needs can help to managers, planners and officials, especially in infertility centers in future planning.

Key words: assisted reproductive technology, becoming a mother, support, surrogacy

Zandi M.

PhD in Nursing, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

■ Corresponding author:

Vanaki Z.

Associate Professor of Nursing, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Address:

vanaki_z@modares.ac.ir

■ Corresponding author:

Shiva M.

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

Address:

shivamarzieh@yahoo.com

Mohamadi E.

Associate Professor of Nursing, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Second Year, Vol 2, No 4, Winter 2013