بررسی ابعاد مشاوره برای مادر جانشین قبل از اقدام به اهدای رحم جایگزین

منیر پشمی (M.A.)[1]، سیداحمد احمدی (Ph.D.)[2]، سیدمحمدصادق طباطبایی (Ph.D.)[3]

۱- گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- گروه حقوق، دانشکده علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: استفاده از رحم جایگزین، که در آن یک زن (مادر جانشین) برای یک زوج، جنینی را حمل می‌کند و به مجرد تولد، نوزاد را به زوج می‌دهد، یکی از درمان‌های کمکی در ناباروری است. این روش در سال‌های اخیر در ایران در بین زوجین نابارور رایج شده است. این زنان در صورتی که بدون آگاهی‌های لازم اقدام به این کار نمایند، ممکن است در طول بارداری و پس از زایمان و یا به هنگام تحویل جنین به زوج درخواست‌کننده، دچار مشکلات رفتاری- روانی شوند که تأثیرات نامطلوبی بر زندگی آنان و زوج صاحب فرزند بگذارد. هدف از این مطالعه، شناسایی خطرات احتمالی و مواردی است که ممکن است برای مادران جانشین مشکل‌ساز شده و یا ایجاد نگرانی کنند تا قبل از اقدام به اهدای رحم جایگزین، این نکات طی جلسات مشاوره برای آنها توضیح داده شود.

روش بررسی: این مقاله براساس مروری بر مطالعات صورت گرفته طی سال‌های ۱۹۸۷ تا ۲۰۰۸ نگاشته شده و در زمینه‌های فرهنگی و حقوقی، به منابع و مطالعات داخل کشور نیز توجه شده است. در این نوشتار ابتدا مطالعات انجام شده روی مادران جانشین، مرور می‌شود و سپس نکات حائز اهمیت در مشاوره با این زنان بیان می‌گردد.

نتایج: براساس نتایج این مطالعه در مراکز درمان ناباروری، پزشک یا مشاور باید در اولین مشاوره، به مسائل اخلاقی و قانونی استفاده از رحم جایگزین، همچنین به خطرات پزشکی و مزایای همه جانبه این عمل، اشاره داشته باشد. ارجاع برای مشاوره بهداشت روانی باید امکان‌پذیر باشد و قبل از اقدام به بارداری صورت گیرد؛ بدین ترتیب به مادر جانشین امکان داده می‌شود دامنه نتایج و اثرات طولانی مدت این عمل را بررسی نماید و نیز خطرات روانشناختی و آسیب‌پذیری خودش و همچنین اثرات احتمالی بارداری بر روابط اجتماعی‌اش را بررسی کند. مادر جانشین بالقوه باید اهمیت داشتن توافقنامه کتبی مشتمل بر شرایط، پیش شرطها و حوادث احتمالی را درک کند. آگاهی مادر جانشین از روند درمان و پیامدهای آن، از نکات مهمی است که باید در مشاوره به آن توجه شود.

نتیجه‌گیری: مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که انجام مشاوره دقیق و آگاه ساختن زنان داوطلب رحم جایگزین از مسیری که پیش‌رو دارند، می‌تواند به آنها کمک کند تا این دوران را به صورت یک تجربه مثبت و همراه با حس کمک و نوع دوستی نسبت به زوج درخواست کننده پشت سر بگذارند؛ لذا باید در مراکز باروری و ناباروری، یک تیم مشاور متشکل از متخصصان مختلف تشکیل شود که بتوانند تمامی ابعاد مشاوره برای رحم جایگزین اعم از پزشکی، روان‌شناختی، فقهی، حقوقی و اجتماعی را برای زوج درخواست کننده و همچنین مادران جانشین به تفکیک ارائه دهند.

کلید واژگان: رحم جایگزین، روش جایگزینی جزئی (نسبی)، روش جایگزینی کامل، زوج نابارور، مادر جانشین، مشاوره پزشکی، مشاوره حقوقی، مشاوره روانی.

مسئول مکاتبه: منیر پشمی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

پست الکترونیک: monirpashmi@Gmail.com

دریافت: ۸۷/۷/۱۳ **پذیرش:** ۸۷/۱۰/۷

Downloaded from http://www.jri.ir

زمینه و هدف

پیشرفت‌های دانش پزشکی در روش‌های نوین درمان ناباروری، باعث شده تا دگرگونی‌هایی در فرایند تولیدمثل انسان پدیدار شود. یکی از روش‌های کمک باروری، استفاده از رحم جایگزین است. رحم جایگزین 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 حاصل را به زوج نابارور تحویل می‌دهد. بانوی صاحب رحم که حامل بارداری است، مادر جانشین و زوج نابارور، والدین حقیقی فرزند تلقی می‌گردند (۱).

استفاده از رحم جایگزین به دو صورت است:

۱) رحم جایگزین جزئی (نسبی)[1] که با ارتباط ژنتیکی مادر با جنین ایجاد شده همراه است و در این صورت، تخمک زن میزبان به صورت آزمایشگاهی با اسپرم شوهر زن دیگری لقاح می‌یابد.

۲) رحم جایگزین کامل[2] که زن باردار هیچ ارتباط ژنتیکی با جنین ندارد و فقط جنین زوج دیگری را که در آزمایشگاه لقاح یافته پرورش می‌دهد. هر دو روش ممکن است با انگیزه‌های تجاری یا مالی صورت گیرد؛ یعنی مادر جانشین در قبال حمل و زایمان نوزاد، پول و امکانات مادی دریافت کند؛ گاهی هم ممکن است این کار با انگیزه‌های خیرخواهانه یا انسان دوستانه انجام پذیرد.

در این مقاله، به رحم جایگزین کامل پرداخته می‌شود.

جایگزینی رحم، به دلایل پزشکی زیر صورت می‌گیرد:

الف) عدم وجود رحم به طور مادرزادی

ب) عدم وجود ثانویه رحم در زن به دلیل هیسترکتومی (برداشتن رحم)

ج) ابتلای زن به بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن نظیر بیماری‌های قلبی و سرطان که بارداری سلامتی وی را با تهدید جدی مواجه می‌نماید (٤).

د) ابتلای زن به سقط‌های مکرر که منجر به ناباروری و ختم خود به خودی بارداری گردیده است (٥).

ه) عدم موفقیت در تکرار درمان ناباروری به روش لقاح خارج رحمی. در این حالت به دلایل ناشناخته، رحم توانایی باروری یا حفظ و نگهداری جنین را در همان مراحل ابتدایی ندارد (٦).

استفاده از رحم جایگزین پس از چند دهه کاربرد، در جامعه ما نیز مطرح شده و قابل اجراست. با توجه به ویژگی‌های این روش، چالش‌های حقوقی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی چندی در این زمینه بروز می‌کند که بررسی آنها می‌تواند از نتایج و عواقب نامساعد آن پیشگیری کند.

یکی از این عواقب نامساعد، آثار روانی نامطلوب بر مادر جانشین است؛ زیرا بیم آن می‌رود که مادر جانشین در طول بارداری و پس از آن به دلیل ارتباط عاطفی که در دوران بارداری با جنین برقرار می‌کند، در هنگام تحویل نوزاد به زوج متقاضی، دچار مشکلاتی مانند افسردگی پس از زایمان و احساس خشم و تقصیر شود. این مسائل خصوصاً در زنانی بیشتر بروز می‌کند که بدون آگاهی از جوانب امر و بعضاً به دلیل مشکلات مالی حاضر به انجام این کار شده‌اند و هیچگونه اطلاعاتی در این زمینه ندارند. گرچه ضروری به نظر می‌رسد که این زنان قبل از اقدام به اهدای رحم جایگزین، مورد مشاوره قرار گیرند و تمام

1- Conventional surrogacy
2- Full surrogacy

Downloaded from http://www.jri.ir

جوانب امر اعم از روانشناختی، اجتماعی و حقوقی برای آنها توضیح داده شود؛ چنانچه در انگلستان فراهم‌سازی شرایط مشاوره برای تمام افرادی که در استفاده از رحم جایگزین سهیم هستند، الزامی است (۷).

هدف از این مطالعه، شناسایی خطرات احتمالی و مواردی است که احتمال دارد برای مادران جانشین مشکل‌ساز و نگران کننده باشد و آنها نیاز به جلسات مشاوره قبل از اقدام به اهدای رحم جایگزین داشته باشند.

روش بررسی

برای نگارش این مقاله، اغلب مقالات علمی بین‌المللی در موضوعات رحم جایگزین، بررسی وضعیت روان‌شناختی مادر جانشین، مشاوره‌های پزشکی، روانی و حقوقی، چگونگی تنظیم قراردادها و پرداخت حق‌الزحمه به مادران جانشین و برخی موارد دیگر، انتشار یافته طی سال‌های ۱۹۸۷ تا ۲۰۰۸ مورد استفاده قرار گرفت. همچنین از مقالات و کتاب‌های نوشته شده به زبان فارسی به ویژه در ابعاد فقهی، حقوقی و روان‌شناسی در زمینه رحم جایگزین سود برده شد.

نتایج

الف) ضرورت انجام مشاوره برای مادر جانشین قبل از اقدام به اهدای رحم: کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان (ACOG)[1]، اولین بیانیه و اظهار نظر خود را در خصوص رحم جایگزین در سال ۱۹۸۳ منتشر ساخت. از آن زمان تاکنون با اینکه استفاده از این روش رایج‌تر و معمول‌تر گردیده است؛ ولی همچنان درباره مسائل اخلاقی، حقوقی و روانشناختی آن نظرات ضد و نقیضی وجود دارد. این کمیته برای نظم دادن به انجام روش رحم جایگزین، توصیه‌هایی را ارائه کرده است و از پزشکان و افراد مسئول ارائه این خدمات می‌خواهد تا به این توصیه‌ها عمل کنند. توصیه‌های اخلاقی این کمیته در ٤ گروه آمده است: ۱ــ مشاوره با زوجی که خواهان عمل رحم جایگزین هستند؛ ۲ــ مشاوره با مادران جانشین بالقوه؛ ۳ــ ارائه خدمات به مادر جانشین باردار؛ ٤ــ ارائه تکنیک‌های تولیدمثلی در رابطه با رحم جایگزین.

ACOG معتقد است اگر مراکز درمان ناباروری و پزشکان بخواهند در تسهیل روش رحم جایگزین به مادر جانشین، کمک کنند باید موارد زیر را در نظر داشته باشند:

۱- پزشک یا مشاور باید به مسائل اخلاقی و قانونی آن همراه با خطرات پزشکی و مزایای هر طرف از این عمل، در اولین مشاوره اشاره داشته باشد.

۲- مادر جانشین، بالقوه باید اهمیت داشتن توافقنامه کتبی مشتمل بر شرایط، پیش شرایط و حوادث احتمالی را درک کند.

۳- در تهیه توافقنامه، باید مادر جانشین و همچنین زوج درخواست کننده ترغیب شوند که نماینده قانونی مستقلی داشته باشند.

٤- پزشک باید از روند مناسب غربالگری مادر جانشین و مادر درخواست کننده اطمینان یابد.

٥- ارجاع به مشاوره بهداشت روانی باید امکان‌پذیر باشد و باید قبل از اقدام به بارداری صورت گیرد تا بدین ترتیب به مادر جانشین امکان داده شود دامنه نتایج و اثرات طولانی مدت را بررسی نماید و نیز خطرات روانشناختی و آسیب‌پذیری خودش و همچنین اثرات احتمالی بارداری بر روابط اجتماعی‌اش را بررسی کند (۸).

1- American College of Obstetricians and Gynecologists

Downloaded from http://www.jri.ir

ب) ابعاد مشاوره برای مادر جانشین: ۱- بررسی روانی مادر جانشین: ارزیابی سلامت روان مادر جانشین از اهمیت خاصی برخوردار است. ارزیابی شخصیتی فرد، انگیزه وی از حضور در فرایند درمان، سابقه ابتلا به اختلالات روانی، اختلالات خوردن، داروهای مصرفی و عدم اعتیاد و استفاده از مشروبات الکلی از جمله مواردی هستند که در بررسی سلامت روان مادر جانشین باید مورد توجه قرار گیرد. در این خصوص توجه به انجام آزمون‌های استاندارد نظیر آزمون MMPI-2[1] به همراه اجرای آزمون فرافکن[2] مانند آزمون رورشاخ[3] که اطلاعات بسیار مفیدی را جهت ارزیابی ارائه می‌دهد، توصیه می‌گردد (۹).

۲- بررسی هدف و انگیزه مادر جایگزین در اهدای رحم: در تحقیقی که در تهران توسط گرمارودی (۱۰) روی زنان میزبان جنین صورت گرفته است، انگیزه‌های افراد مورد مطالعه به دو دسته تقسیم شده است:

الف) بیشتر این افراد نیاز مالی را انگیزه اصلی خود در حمل جنین دیگری می‌دانند.

ب) عده دیگری انگیزه خود را از این اقدام، کمک به دوستان یا خویشاوندانشان که رحم آنان به دلایلی قادر به حمل و نگهداری جنین نیست، بیان کرده‌اند.

هر دو گروه به انگیزه‌های انسان دوستانه و کمک به شخص یا خانواده ثالثی که از معضل ناباروری رنج می‌برد نیز اشاره نموده‌اند.

همانطور که تحقیقات نشان می‌دهد، این موضوع که مادر جایگزین هدفی مثبت و کارآمد را در نظر گرفته و قصد کمک و بدنیا آوردن کودکی برای خانواده‌ای نابارور را داشته باشد، باعث ایجاد احساس ارزشمندی و اعتماد به نفس در وی می‌شود. چنانچه این کار به خاطر مسائل و مشکلات موجود در زندگی و به خاطر بهره‌مندی مالی انجام شده باشد، فرد احساس قربانی شدن می‌کند و گمان می‌برد که از وی بهره‌برداری شده است (۱۱)؛ لذا یکی از نکاتی که قبل از اهدای رحم جایگزین باید به آن توجه کرد، شفاف ساختن هدف و انگیزه مادر جایگزین از پذیرفتن جنین برای حمل و مراقبتی نه ماهه است.

۳- ارائه توضیحات کافی در مورد اقدامات پزشکی قبل، حین و پس از بارداری: آگاهی مادر جانشین از روند درمان و پیامدهای آن از نکات مهمی است که باید در مشاوره به آن توجه شود. توضیحات کامل درباره اقدامات پزشکی اصولاً توسط مراکز درمان ناباروری صورت می‌گیرد. به طور کلی مسائلی که درباره مادر جانشین قابل ذکر است عبارتند از:

الف) بررسی پزشکی مادر جانشین قبل از شروع فرایند: بانوی صاحب رحم از نظر وضعیت تولیدمثلی، نظم عادت ماهیانه و سلامت رحم، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. همچنین متخصصان داخلی و عفونی نیز وضعیت سلامت عمومی وی را از نظر ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای، بررسی می‌نمایند. سابقه داشتن فرزند و سن زیر ۳۵ سال در انتخاب مادر جانشین ارجحیت دارد (۱۲).

ب) لقاح خارج رحمی و انتقال جنین: پس از تأیید سلامت بانوی صاحب رحم، اطلاعات جامعی درباره چگونگی روند درمان؛ به ویژه چگونگی لقاح خارج رحمی، به طرفین عرضه می‌گردد. با توجه به اینکه پس از دریافت تخمک و اسپرم زوج نابارور، جنین‌های حاصل به رحم بانوی صاحب رحم انتقال می‌یابند، هم زمانی سیکل زوج

1- Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2
2- Projection test
3- Rorschach

Downloaded from http://www.jri.ir

نابارور و بانوی صاحب رحم ضروری است. در این فرایند و در زمان مناسب، تخمک از زوجه نابارور دریافت و در شرایط آزمایشگاهی با اسپرم همسر وی لقاح یافته، تعدادی از جنین‌های حاصل به رحم بانوی صاحب رحم انتقال می‌یابند (٤).

ج) مراقبت‌های حین بارداری: نکاتی که مادر جانشین پس از شروع بارداری باید رعایت کند، عبارتند از مراقبت کامل از جنین در طول مدت بارداری و زایمان، ارزیابی روند رشد جنین در طول دوران بارداری، استراحت، تغذیه مناسب، عدم مصرف داروهای غیر مجاز، انجام محتاطانه امور روزمره زندگی، توجه به اصول بهداشتی، عدم استعمال سیگار، الکل و مواد مخدر، حفظ آرامش و دوری از استرس و نیز هرگونه نکته دیگری که در قرارداد بین طرفین ذکر شده است (١٣).

٤- تأکید بر آگاهی و رضایت داشتن خانواده مادر جانشین: در صورتی که مادر جانشین دارای خانواده (همسر، فرزندان، پدر و مادر) باشد، مشورت با آنها و اخذ رضایت می‌تواند باعث بهره‌مندی وی از حمایت‌های روانی در حین بارداری شود. بررسی Jadva و همکاران (١٤) در خصوص تجارب زنان میزبان جنین در آشکارسازی مسئله به خانواده خود نشان داد که در ٧٪ موارد خانواده‌ها واکنش منفی نسبت به موضوع نشان داده‌اند، در ٤٦٪ موارد خانواده‌ها واکنش خنثی یا مجموعه‌ای از واکنش‌های مثبت و منفی را بروز داده و در ٤٨٪ موارد واکنش خانواده‌ها مثبت بوده است. پیگیری موضوع نشان داد که احساس خانواده‌ها نسبت به موضوع یک سال پس از زایمان در ٧٦٪ موارد مثبت بوده و فقط ٣٪ موارد احساس منفی نسبت به موضوع داشتند. در خصوص نحوه حمایت همسران در طول دوران بارداری، ٨٧٪ زنان حمایت کامل همسران خود را گزارش کردند و ١٣٪ زنان حمایت همسران خود را ناکافی می‌دانستند. در بررسی رضایتمندی زناشویی آنها مشخص شد که در ١٦٪ موارد رضایتمندی زناشویی اندک و در ٤٪ مشکلات ارتباطی شدید با همسر وجود داشته و در ٨٠٪ موارد رضایتمندی زناشویی متوسط یا زیاد بوده است. اطلاع داشتن و موافقت خانواده، باعث همراهی کردن با مادر جانشین می‌شود و در نتیجه وی آرامش روحی خواهد داشت. چنانچه هرگونه پنهان کاری و تکذیب موقعیت وجود داشته باشد، باعث ایجاد شرایط استرس‌زا و فشارهای روانی برای زن خواهد شد. این نکات در مشاوره‌های قبل از جانشینی رحم باید برای مادر جایگزین توضیح داده شود.

٥- ارائه توضیحات کافی در مورد وضعیت حقوقی مادر جایگزین، طفل و مادر درخواست کننده: جایگزینی رحم سئوال‌های زیادی را در مورد مسائل حقوقی و چگونگی نسب کودک حاصل از این روش ایجاد می‌کند. براساس نظر برگزیده که بیشتر فقها و صاحب‌نظران بر آن اجماع داشته‌اند، مادر اصلی، زن صاحب تخمک است؛ زیرا تخمک وی در نخستین مرحله وجود کودک دخالت داشته و نطفه جنین از ترکیب تخمک و اسپرم بوجود آمده است. امام خمینی، آیت الله صانعی، آیت الله مومن قمی و دکتر شهیدی، از جمله فقها و دانشمندانی هستند که بر این نظر بوده‌اند (١٥). این فقها مادر صاحب رحم را در حکم مادر رضاعی محسوب کرده‌اند. در نتیجه بین مادر جانشین و طفل محرمیت و حرمت نکاح بوجود می‌آید؛ ولی رابطه توارث برقرار نمی‌شود. این زن مانند دایه‌ای است که بچه‌ای را برای شیر

Downloaded from http://www.jri.ir

دادن تحویل می‌گیرد و پس از آنکه دوران شیر دادن بچه کامل شد، او را تحویل والدینش می‌دهد.

٦- ارائه توضیحات لازم درباره چگونگی ارتباط مادر جانشین با زوج صاحب جنین: ارتباط مادر جانشین با زوج درخواست کننده برای موفقیت فرایند رحم جایگزین ضروری است. همانطور که مادر جانشین از حمایت‌های روانی خانواده خود برخوردار می‌شود، باید از حمایت‌های روانی زوج درخواست کننده نیز برخوردار باشد. مادر جانشین درباره پرورش و رشد مناسب جنین دارای نگرانی‌هایی است که زوج درخواست کننده باید آن را درک کرده و به مادر جانشین این اطمینان را بدهند که چنانچه مسئله‌ای برای جنین بوجود بیاید، او را بازخواست نخواهند کرد و ارتباط خوب و مثبت با او خواهند داشت.

در رحم جایگزین، به دلیل برقراری و ضرورت ارتباط، زوج و مادر اهداکننده باید دوستی نیرومندی داشته باشند (١٦). گاهی مادر جانشین دوست یا خویشاوند زوج درخواست کننده و گاهی نیز فردی ناشناس است. برخی ناشناس بودن را مشکل‌زا می‌دانند (١٧).

٧- ارائه مشاوره در خصوص امکان بروز برخی مشکلات عاطفی در زمان تحویل نوزاد: تحویل نوزاد به زوج متقاضی می‌تواند برای زن میزبان جنین تنش‌زا باشد و موجب ایجاد مشکلات روانی در او شود (٧). بیم آن می‌رود که مادر میزبان جنین به دلیل ارتباط عاطفی که در دوران بارداری با جنین برقرار می‌کند، در هنگام تحویل نوزاد دچار مشکلاتی شود. در زنانی که پس از زایمان، نوزاد را تحویل می‌دهند احتمال خطر بروز افسردگی پس از زایمان، احساس خشم و تقصیر وجود دارد. پیگیری میزان ارتباط مادران میزبان با کودک پس از تولد، نشان داده است مادرانی که آشنایی قبلی داشته‌اند بیش از مادران نا آشنا ارتباط عاطفی با کودک برقرار کرده‌اند (١٤). اکثر تحقیقات، مشکلات روان‌شناختی حادی را برای مادران میزبان جنین گزارش نمی‌کنند و بر تجارب مثبت تأکید بیشتری دارند (١٤). مطالعه Ragone (١٨) نشان داد که واگذاری نوزاد برای بیشتر مادران اهدا کننده، تجربه‌ای شاد به شمار رفته و این شادی توأم با احساس رها شدن بوده است. با این وجود لازم است تمام نکته‌های مثبت و منفی برای مادران جانشین توضیح داده شود و از آنها خواسته شود تا از ابتدا به مسئله پس دادن نوزاد اندیشیده و آن را در ذهن خود بررسی کنند و بپذیرند.

٨- ارائه توضیحات لازم درباره تأثیر روانی مادر جانشین بر جنین: علی‌رغم عدم ارتباط مستقیم دستگاه عصبی جنین با مادر، حالت‌های هیجانی مادر از قبیل خشم، ترس و یا اضطراب می‌توانند در عکس‌العملها و رشد جنین تأثیر بگذارند. این حالت‌های هیجانی، ترشح بعضی از مواد شیمیایی را ایجاد می‌کند که می‌تواند از طریق جفت وارد بدن جنین گردد. بعضی از این مواد شیمیایی مانند استیل‌کولین و اپی‌نفرین از طریق جفت در جنین اثر گذارده، حرکات بدنی جنین را افزایش می‌دهد و متعاقباً اثرات نامطلوبی روی نوزاد می‌گذارد. فشارهای عاطفی مختلفی که مادر جایگزین در دوران بارداری به علل گوناگون به آنها دچار می‌گردد، احتمالاً در زندگی نوزاد مؤثرند. این قبیل نوزادان که از مادران غمگین، هیجان زده یا عصبانی متولد می‌شوند، احتمالاً نارس، بیقرار و دارای وزن کم هستند و مشکلاتی از قبیل بی‌نظمی در غذا خوردن، اختلالات دستگاه گوارش و بیخوابی در آنها بوجود می‌آید (١٩)؛ لذا مادر جانشین باید از این تأثیرات و ارتباطات خونی و

Downloaded from http://www.jri.ir

هیجانی آگاه باشد و آرامش خود را در طول دوران بارداری حفظ و از شرایط هیجان‌زا دوری کرده و بهداشت روانی خود را رعایت نماید.

۹- مشاوره جهت چگونگی تنظیم قرارداد و تعیین هزینه‌های رحم جایگزین: شاید هیچ موضوعی در خصوص مادر جانشین، بحث برانگیزتر از جبران زحمات مادر جانشین و پرداخت حق‌الزحمه او از جانب والدین درخواست کننده نبوده است (۲۰).

فردی که رحم جایگزین را در اختیار می‌گذارد، می‌تواند طبق قرارداد، حق‌الزحمه‌ای دریافت کند. میزان این حق‌الزحمه به توافق طرفین بستگی دارد و در مراکز مختلف درمان ناباروری در سطح کشور متفاوت است. به غیر از این هزینه، هزینه‌های دیگری مانند هزینه دارو، معاینات پزشکی و حتی رفت و آمدهای مادر جانشین برای این امر بر عهده زوجین صاحب گامت است.

پس از آگاه ساختن طرفین از روند درمان، باید جهت تدوین انتظارات زوج نابارور و بانوی صاحب رحم، جلسات مشترکی فراهم شود و پیش‌نویس قرارداد فی‌مابین تنظیم گردد. از جمله موضوعاتی که در این قرارداد باید مطرح شوند، عبارتند از: چگونگی پرداخت هزینه‌های مورد توافق، آمادگی بانوی صاحب رحم برای انتقال جنین و بارداری، مراقبت کامل وی از جنین و توجه به اصول بهداشتی.

توجه دقیق به تعهدات فی‌مابین در هنگام تحویل نوزاد به صاحبان گامت پس از زایمان و پرداخت تعهدات طرف مقابل در اجرای قرارداد ضروری است. نظارت مراکز درمان ناباروری بر صحت قرارداد منعقده، پذیرش مراکز درمان به عنوان داور در حل مشکلات احتمالی و رعایت زمان‌بندی ارزیابی‌های سلامت جنین و مادر جانشین در طول بارداری، باید مورد توجه قرار گیرد (۱۳).

هرگونه هزینه‌ای که به مادر جانشین پرداخت می‌شود، باید فقط بر اساس وقت و زمانی که برای این کار می‌گذارد، تلاش وی برای شروع و ادامه بارداری، مشارکت وی در امر بارداری و زایمان، پذیرش خطرات احتمالی بارداری و به‌دنیا آوردن کودک و احتمال از دست دادن فرصت‌های شغلی باشد. پرداخت هزینه نباید مشروط به زایمان موفق و سلامت کودک باشد (۸).

۱۰- مشاوره در خصوص برخی مسائل جانبی که ممکن است ایجاد شود، شامل: الف) احتمال بروز زایمان چند قلویی: معمولاً در لقاح خارج رحمی، به منظور افزایش امکان باروری، بیش از یک جنین به رحم منتقل می‌شود؛ لذا بانوی صاحب رحم باید از امکان مواجهه با بارداری چند قلویی اطلاع داشته باشد (٤).

ب) احتمال آنکه فرزند به دنیا آمده دچار نقص و ضایعه مادرزادی باشد: درصد احتمال شکل‌گیری نقایص ژنتیکی در بارداری‌های خارج رحمی، بیش از بارداری‌های طبیعی نیست؛ ولی در صورت نقص ژنتیکی جنین، آمادگی بانوی صاحب رحم و زوج نابارور در مواجهه با این مشکل احتمالی لازم است (۲).

ج) عوارض احتمالی و احساس گناه از قطع ناگهانی بارداری: در طول دوران بارداری ممکن است مادر جانشین دچار عوارض بارداری مانند فشار خون بالا، مسمومیت بارداری، دیابت و نظیر آن شود و به بستری شدن در بیمارستان نیاز داشته باشد. بارداری خود نیز ممکن است عوارض پیش‌بینی نشده‌ای داشته باشد، مانند پارگی زودتر از موعد کیسه آب، خونریزی‌های حین بارداری و مهمتر از همه اینکه ممکن است بارداری به سقط منجر شود که عمل کورتاژ و عوارض خاص خود را به همراه دارد. مادر

Downloaded from http://www.jri.ir

جانشین قبل از شروع فرایند درمان، باید از این موارد آگاهی داشته باشد.

د) احتمال طلاق و جدایی یکی از زوج‌های متعهد پیش از پایان فرایند درمان: افرادی که به روش استفاده از رحم جایگزین متوسل می‌شوند، باید زندگی با ثباتی داشته و هیچگونه تردیدی در استفاده از این روش نداشته باشند. این شرط برای هر دو زوج متعهد الزامی است. اگر زوجین دارای شرایط بحرانی در زندگی خود باشند، ممکن است در طول فرایند درمان انگیزه‌های خود را درباره زندگی مشترک و تولد نوزاد از دست بدهند و به سمت طلاق و جدایی بروند. مطمئناً این اتفاق برای زوج جدا شده و کودک بدنیا آمده مشکل‌زا خواهد بود.

بحث

شواهد متناقضی درباره تأثیر فرایند اهدای رحم بر مادر جانشین وجود دارد. برخی از شواهد نشان می‌دهد که واگذاری نوزاد ممکن است به پریشانی قابل ملاحظه و مشکلات روانشناختی در مادر اهدا کننده منجر شود. همچنین نگرانی‌هایی در زمینه واگذاری نوزاد وجود دارد و عدم دلبستگی مادر به نوزاد طی فرایند رحم جایگزین ممکن است برای سلامتی نوزاد و مادر مخاطره‌برانگیز باشد (۲۱). مطالعه Jadva و همکاران (۱٤) در انگلستان نشان داد که همه زنان تحت مطالعه پس از زایمان بی چون و چرا، طبق قرارداد قبلی نوزاد را به زوج متقاضی تحویل دادند. پیگیری تجارب روانی زنان بعد از تحویل نوزاد نشان داد که ۳۲٪ زنان چند هفته بعد از تحویل نوزاد دچار مشکلات عاطفی و احساسی می‌شوند. این میزان بعد از چند ماه به ۱۵٪ کاهش یافت و در ٦٪ موارد تا یک سال ادامه داشت. بر اساس این تحقیق، در صورت آشنایی زن میزبان با زوج متقاضی، امکان بروز مشکلات عاطفی‌ـ احساسی بعد از تحویل نوزاد افزایش می‌یابد. در این تحقیق، ۹٪ زنان میزبان قبل از زایمان با مشکلات روانی مواجه بودند که در ٦٪ موارد نیاز به ویزیت پزشک یا روان‌شناس جهت مشاوره وجود داشت و فقط یک مورد در تمام مراحل بارداری به دلیل مشکلات موجود، تحت نظر روان‌شناس بود. با این حال افزایش افسردگی پس از زایمان در این زنان، بیشتر از شیوع بیماری در جمعیت عادی مشاهده نشد (۲۲).

در مصاحبه‌ای که Blyth با مادران جانشین داشت، تعداد بسیار اندکی از آنها بیان کردند که احساس می‌کنند از آنها بهره‌برداری شده است (۲۱). قرارداد رحم جایگزین اغلب بین دو طرف با قدرت، تحصیلات و وضعیت اقتصادی نابرابر روی می‌دهد (۲۳). از این روی اگر مشاوره‌های لازم با مادران جانشین صورت نگیرد، این زنان ممکن است به طور ویژه مستعد بهره‌کشی باشند (۸).

بسیاری از اهداکنندگان رحم جایگزین بیان می‌کنند که درگیر شدن در این فرایند، مستلزم ویژگی‌های شخصیتی خاصی است. با وجود این، مطالعات در زمینه آسیب‌شناسی روانی هیچ مشکل روان‌شناختی را در آنان نشان نداده است (۲٤،۲۵). Baslington در مصاحبه با ۱۹ مادر اهداکننده، آنها را زنانی صاحب جرأت ارزیابی نمود (۲٦).

مطالعات Van den Akker بر روی مادران جانشین نشان داد که بیشتر مادران اهدا کننده رحم جایگزین، تجربه بارداری و تولد را لذت‌بخش توصیف کرده‌اند. بسیاری تجربه اهدای رحم جایگزین را نوعی تکامل یا افزوده شدن چیزی به

Downloaded from http://www.jri.ir

زندگی خود، مانند افزایش احساس خود ارزشمندی یا اعتماد به نفس و ارتباط دوستانه نزدیک با زوج درخواست کننده به ویژه با مادر درخواست کننده گزارش کرده‌اند. حتی برای برخی تجربه اهدای رحم جایگزین، گذار از یک مرحله رشدی مثبت مانند بالا رفتن از کوه، شروع تحصیلات دانشگاهی یا مطالعه در رشته مامایی تلقی می‌شود. واگذاری نوزاد تجربه‌ای شاد برای بیشتر مادران اهدا کننده رحم جایگزین بر شمرده شده است. این شادی توأم با احساس رهاشدن پس از بارداری بوده است. برای تعداد اندکی از مادران اهدا کننده نیز این شادی توأم با غم جدایی از نوزاد بوده است (۹).

مطالعات Van den Akker نشان داد که فقدان حمایت اجتماعی از اهدای رحم، که ناشی از نگرش عامه مردم است، می‌تواند زمینه را برای برخی آسیب پذیریها فراهم کند (۲۷). مادران اهدا کننده، به دلیل عدم حمایت اجتماعی، حتی با وجود رابطه با ثبات با همسر، مشکلات بیشتری را در مقایسه با مادران درخواست کننده تجربه می‌کنند و ناهماهنگی‌های زناشویی قبل از بارداری، یک سال و نیم پس از زایمان ادامه می‌یابد، به ویژه اهمیت این موضوع در قبل از بارداری و سه ماهه اول برای موفقیت فرایند اهدا باید مورد توجه قرار بگیرد (۲۸).

اکثر تحقیقات مشکلات روان‌شناختی حادی را برای مادران میزبان جنین گزارش نمی‌کنند و بر تجارب مثبت تأکید بیشتری دارند (۱۴،۱۸،۲۹).

به هر حال هر دوی مادران اهداکننده و درخواست کننده در طول فرایند اهدای رحم جایگزین نیازمند مداخلات روان‌شناختی برای سپری کردن این فرایند هستند (۹).

نتیجه‌گیری

هدف از مشاوره با زوج در روند درمان جایگزینی رحمی، آماده‌سازی آنان برای در نظر گرفتن جوانب و مشکلات کوتاه‌مدت و درازمدت است. طی مشاوره، مسائل اخلاقی، پزشکی، قانونی، روانی ـ اجتماعی، خطرات احتمالی و منافع آن برای زوج نابارور، فرد صاحب رحم و در صورت متأهل بودن بانوی صاحب رحم، برای همسر وی نیز تبیین می‌شود.

تمرکز اصلی در مشاوره بر مبنای حفظ منافع فرزند و طرفین دخیل در درمان جایگزینی رحم و جلوگیری از تصمیم ناآگاهانه از نظر درک صحیح از مشکلات و عوارض احتمالی است. از نقطه نظر سلامت روانی، هدف اصلی از مشاوره باید بیش از آنکه بر کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی متمرکز باشد، کمک به کاستن اضطراب، تسهیل در امر تصمیم‌گیری و اطمینان‌بخشی مجدد را هدف قرار دهد. بنابراین انجام مشاوره دقیق و آگاه ساختن مادران جانشین، از مسیری که پیش رو دارند، می‌تواند به آنها کمک کند تا این دوران را به صورت یک تجربه مثبت و همراه با حس کمک و نوع دوستی نسبت به زوج درخواست کننده، پشت سر بگذارند.

برای اینکه زوج درخواست کننده و همچنین مادران جانشین بتوانند از خدمات مشاوره‌ای بهره لازم را ببرند، باید در مراکز درمان ناباروری، یک تیم مشاوره از متخصصان مختلف تشکیل شود که بتوانند تمامی ابعاد مشاوره برای رحم جایگزین اعم از پزشکی، روان‌شناختی، فقهی، حقوقی و اجتماعی را برای مراجعه‌کنندگان به تفکیک ارائه دهند.

Downloaded from http://www.jri.ir

تشکر و قدردانی

از جنـاب آقـای دکتـر سـیدمهدی احمـدی ریاسـت محتـرم مرکـز درمـان ناباروری اصـفهان و خانمهـا جعفـرزاده و حاجیـان، مـدیر داخلـی و مـسئول مـشاوره ایـن مرکـز بـه خـاطر همکـاری تـشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1- Brinsden PR, editor. Gestational surrogacy. Taylor & Francis; 2004. 703 p. (Gardner DK, Weissman A, Howles CM, Shoham Z, editors. Textbook of Assisted Reproductive Techniques; vol. 59).

2- Sullivan L. Surrogacy: the case for a conventional approach. Med Law. 1991; 10(4): 401-15.

3- Golombok S, Murray C, Jadva V, Lycett E, MacCallum F, Rust J. Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. Hum Reprod. 2006; 21(7): 1918-24.

4- Raziel A, Schachter M, Strassburger D, Komarovsky D, Ron-El R, Friedler S. Eight years' experience with an IVF surrogate gestational pregnancy programme. Reprod Biomed Online. 2005; 11(2): 254-8.

5- Carp HJ, Dirnfeld M, Dor J, Grudzinskas JG. ART in recurrent miscarriage: preimplantation genetic diagnosis/screening or surrogacy? Hum Reprod. 2004; 19(7): 1502-5.

6- Brinsden PR. Gestational surrogacy. Hum Reprod Update. 2003; 9(5): 483-91.

7- British Medical Association. Changing Conceptions of Motherhood: The Practice of Surrogacy in Britain. London: British Medical Association; 1996. 75 p.

8- Committee on Ethics. ACOG committee opinion number 397, February 2008: surrogate motherhood. Obstet Gynecol. 2008; 111(2 Pt 1): 465-70.

9- van den Akker OB. Psychosocial aspects of surrogate motherhood. Hum Reprod Update. 2007; 13(1): 53-62.

10- Garmaroudy Sh. [Gestational Surrogacy in Iran]. J Reprod Infertil. 2008; 9(1): 50-64. Persian.

11- Blyth E. Not a primrose path: commissioning parents' experiences of surrogacy arrangements in Britain. J Reprod Infant Psycho. 1995; 13(3/4): 185-96.

12- Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. JAMA. 1991; 265(14): 1868-71.

13- MacPhee D, Forest K. Surrogacy: programme comparisons and policy implications. Int J Law Fam. 1990; 4(3): 308-17.

14- Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. Hum Reprod. 2003; 18(10): 2196-204.

15- Rezania Moallem MR. [Forensic pregbubcies in accord with law and Islamic jurisprudence]. 1st ed. Qom: Islamic Development Organization. 2005: 321p. Persian.

16- Brazier M, Golombok S, Campbell A. Surrogacy: review for the UK Health Ministers of current arrangements for payments and regulation. Hum Reprod Update. 1997; 3(6): 623-8.

17- MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadva V, Golombok S. Surrogacy: the experience of commissioning couples. Hum Reprod. 2003; 18(6): 1334-42.

18- Ragone H. Surrogate Motherhood: Conception in the heart. 1st ed. Oxford: Westview press; 1994. 215 p.

19- Seif S, Kadivar P, Koromi Nouri R, Lotfabadi H. [Developmental psychology]. 11th ed. Tehran: Samt; 2002. 206 p. Persian.

20- Moody-Adams MM. On surrogacy: morality, markets, and motherhood. Public Aff Q. 1991; 5(2): 175-90.

21- Blyth E. I wanted to be interesting. I wanted to be able to say 'i've done something interesting with my life': Interviews with surrogate mothers in britain. J Reprod Infant Psychol. 1994; 12(3): 189-98.

22- Reilly DR. Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers. CMAJ. 2007; 176(4): 483-5. Review.

23- Harrison M. Financial incentives for surrogacy. Womens Health Issues. 1991; 1(3): 145-7.

24- Van den Akker OB. Genetic and gestational surrogate mothers, experience of surrogacy. J Repord Infant Psychol. 2003; 21(2): 145-61.

25- Hanafin H. Surrogate parenting: reassessing human bonding. American sychological Association Convention. NewYork; 1987.

26- Baslington H. Anxiety overflow : Implications of the IVF surrogacy case and the ethical and moral limits of reproductive technologies in Britain. Womens Stud Int Forum. 1996; 19(6): 675-84.

27- van den Akker OB. Psychosocial, moral and ethical

Downloaded from http://www.jri.ir

pregnancy and baby. Hum Reprod. 2007; 22(8): 2287-95.

29- Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, de Wert G, Tarlatzis B. ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: surrogacy. Hum Reprod. 2005; 20(10): 2705-7.

issues involved in donor, surrogacy and adoption triads: A graded evaluation. London: Human fertilization and Embryology Association; 2002.

28- van den Akker OB. Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate

Downloaded from http://www.jri.ir