

مطلع ساختن فرزند حاصل از رحم جایگزین، خانواده و اطرافیان در مقایسه با فرزندخواندگی و دیگر روشهای کمک باروری (ART)

بهزاد قربانی (M.D.)^۱، زهره بهجتی اردکانی (B.Sc.)^۲

۱- مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فن آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی-ابن‌سینا، تهران، ایران.

۲- مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری و سقط مکرر ابن‌سینا، پژوهشکده فن آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی-ابن‌سینا، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: از زمان به وجود آمدن درمان‌های کمکی در ناباروری همواره یکی از سئوالات اساسی، مطلع ساختن کودکان از نحوه تولد آنها بوده است. در روش استفاده از رحم جایگزین نیز یک تریاد مشخص شامل مادر نابارور، مادر جایگزین و فرزند حاصل وجود دارد که یکی از موارد مهم قابل بررسی در آن، افشا یا عدم افشا حقیقت برای کودک حاصل می‌باشد، زیرا هر یک از این دو استراتژی، رویکردهای خاص خود را در زوج نابارور به همراه دارد. هدف از مطالعه حاضر نیز بررسی ضرورت مطلع ساختن فرزند حاصل از رحم جایگزین در مقایسه با دیگر روش‌های کمک باروری و فرزندخواندگی است.

روش بررسی: در این مقاله مروری، ابتدا به مطالعات Van den Akker در مطلع ساختن کودک، خانواده و اطرافیان در روش استفاده از رحم جایگزین و مقایسه آن با فرزندخواندگی و دیگر روش‌های کمک باروری اشاره شده است. سپس با استفاده از پرسش‌های مطروحه Chliaoutakis نگرش جمعیت عمومی راجع به روش ترجیحی آنها در صورت استفاده از درمان‌های کمک باروری مورد بررسی قرار گرفته است.

نتایج: مطالعات Van den Akker نشان می‌دهد مادران استفاده‌کننده از روش رحم جایگزین از نوع لانه‌گزین بیشتر از روش رحم جایگزین از نوع ژنتیکی ترجیح می‌دهند نحوه تولد را به کودک خود بازگو نمایند (۵۲٪ در برابر ۲۴٪). مادران استفاده‌کننده از روش‌های کمک باروری مانند IVF و مادران صاحب فرزند خوانده عمدتاً ترجیح می‌دهند کودک خود را مطلع نمایند. مطالعه Chliaoutakis نیز نشان داد که جمعیت عمومی در صورت نیاز به استفاده از روش رحم جایگزین و یا دریافت گامت (چه تخمک و چه اسپرم) ترجیح می‌دهد از افراد غریبه استفاده کند؛ در مقابل اگر قرار باشد نقش مادر جایگزین یا اهداکننده تخمک را ایفا نماید ترجیح می‌دهد به خواهر، برادر و اقوام نزدیک خود اهدا نماید؛ اما در مورد اهدای اسپرم ترجیحاً اهدا به افراد غریبه برای آنها در اولویت است. در تمام موارد فوق، جمعیت عمومی ترجیح می‌دهد موضوع را با دوستان خود در میان نگذارد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد در مطلع ساختن فرزند حاصل از رحم جایگزین فاکتورهای واقع‌بینانه و فداکارانه از یک سو و قرابت ژنتیکی با خانواده و فاکتورهای اجتماعی مؤثر در پرورش کودک از سوی دیگر با هم رقابت می‌نمایند. واضح است که در این گونه درمانها، مشاوره متناسب و به طور مستمر باید مدنظر باشد تا والدین را، هم در زمینه تصمیم‌گیری جهت افشای موضوع و هم در اینکه چگونه و چه زمان این اقدام مهم صورت گیرد یاری نماید؛ اما مهمترین چیزی که باید به خاطر سپرد این است که: «گفتن حقیقت به کودک نباید حقوق طبیعی او را از زندگی سلب نماید».

کلید واژگان: رحم جایگزین، فرزند خواندگی، روش‌های کمک باروری، رحم جایگزین از نوع لانه‌گزین، رحم جایگزین از نوع ژنتیکی، اهدا، افشا، گامت.

مسئول مکاتبه: بهزاد قربانی (M.D.)، مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری و سقط مکرر ابن‌سینا، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی، تهران، ایران.

پست الکترونیک: bhzhorbani@yahoo.com

زمینه و هدف

این مقاله مروری به جنبه‌های روانی-اجتماعی رحم جایگزین و تریاد آن (مادر درخواست‌کننده، مادر صاحب رحم و فرزند حاصل) پرداخته و سپس روی یک جنبه خاص آن، یعنی دلبستگی و بازگویی واقعیت برای کودک حاصل تمرکز خواهد نمود. هرچند به کارگیری رحم جایگزین در بسیاری از کشورها متداول شده است اما این واقعیت وجود دارد که تمایل عمومیت یافته‌ای برای استفاده از این روش وجود ندارد (۱). هرچند نگرش اجتماع به این پدیده تا حدودی تغییر کرده اما شاید هنوز هم اقدام مادری که فرزند نارس خود را به زن دیگری می‌سپارد از عرف قابل قبول جامعه به دور باشد. به نظر می‌رسد مادر درخواست‌کننده و مادر صاحب رحم، انتخاب غیر معمول خود را از طریق یک روند هماهنگی شناختی^۱ تطابق می‌بخشند و موفقیت یا شکست آنان در این روند، خواست، اراده و صداقت آنان را در این زمینه تحت تاثیر قرار می‌دهد. در مقابل، جمعیت عمومی بارور وجود یک فرد سوم را در بارداری کمتر می‌پذیرد چرا که در این زمینه نیاز شخصی حس نمی‌کند و با وضعیت شناختی خود به این قضایا می‌نگرد. تاکنون در این زمینه مطالعات کمی صورت گرفته و تنها یک سری مطالعات طولی و یا مقایسه‌ای بین جمعیت‌های گوناگون وجود دارد که بسیار انتخابی بوده و تعمیم دادن آنها نیز دشوار است (۱). این که آیا مطلع ساختن کودکان از نحوه تولد آنها ضرورت دارد یا خیر یکی از سئوالات اساسی در این زمینه است. طبعاً نوع پاسخ به این سئوال رویکردهای خاص خود را در زوج نابارور به همراه خواهد داشت. هدف از مطالعه حاضر بررسی ضرورت مطلع ساختن فرزند حاصل از رحم جایگزین در مقایسه با دیگر روش‌های کمک باروری و فرزند خواندگی می‌باشد.

1- Cognitive assonance

ویژگی‌های روانشناختی

مادر صاحب رحم با وجود اینکه بسیاری از اهداکنندگان بیان می‌کنند که وارد شدن در فرایند رحم جایگزین به ویژگی‌های شخصیتی خاصی نیاز دارد، مطالعات در زمینه آسیب‌شناسی روانی نشان داده است که مشکل روانشناختی خاصی در داوطلبان مشاهده نشده است (۲،۳). هرچند در مطالعه Franks مشکلات روانشناختی خفیفی گزارش گردیده است (۴). Baslington در مصاحبه با ۱۹ مادر اهداکننده رحم آنها را زنانی شجاع ارزیابی نمود (۵). Ragone نیز ویژگی این مادران را به طور خلاصه در عبارت "بخشنندگان زندگی" معرفی کرد (۶). اگرچه برخی از اهداکنندگان آشکارا پول را اولین دلیل اهدای رحم جایگزین بیان کردند ولی اکثریت آنان دلایل انسان دوستانه را مطرح نمودند. بیشتر آنان تجربه بارداری و تولد را لذت بخش توصیف نموده و تجربه اهدا را نوعی تکامل یا افزوده شدن چیزی به زندگی خود و مانند افزایش احساس خود ارزشمندی یا اعتماد به نفس گزارش نمودند (۷،۲).

تحویل فرزند و واگذاری نوزاد برای بیشتر مادران اهداکننده یک تجربه شاد به شمار رفته و این شادی توأم با احساس رها شدن بوده است. شادی توأم با غم قسمتی از واگذاری نوزاد است (۶). به شکل نظری زنان دلبستگی به جنین را در طول بارداری کسب می‌کنند و این امر با تولد کودک بیشتر می‌شود. دلبستگی پیش از تولد با فاکتورهایی از جمله سن بارداری و نگرش به بارداری در ارتباط است (۸،۹). طبیعتاً این فاکتورها در امر واگذاری فرزند به غیر نیز مؤثر هستند؛ بنابراین از لحاظ سنی مادران صاحب رحم بهتر است اواخر دهه بیست یا مسن‌تر بوده و خودشان نیز حتماً صاحب خانواده کاملی باشند (۷،۱۰). تحقیقات صورت گرفته در مورد دلبستگی نشان داده که مادران صاحب رحم کمتر به جنین خود دلبسته شده و متعاقب تحویل کودک نیز کمتر دچار آزرده‌گی می‌شوند (۱۱).

مادر دریافت کننده: وضعیت مادر دریافت کننده کاملاً متفاوت است. مسئله مهم در این گروه این است که آنان هیچ تلاشی برای توجیه عمل خود در مورد انتخاب این روش غیرممتداول به عمل نمی‌آورند (۱۲،۱۳،۱۴). در ارزیابی روانشناختی ۴۲ خانواده دریافت کننده در مطالعه Murray و Golombok و ۲۸ مادر دریافت کننده در مطالعه Van den Akker با آزمون‌های استاندارد، وضعیت روانی والدین خوب گزارش شده است (۱۳،۱۵).

فرزند حاصل: اگرچه تنها چند صد کودک با این شیوه در انگلستان متولد شده‌اند که همگی زیر ۱۶ سال سن دارند، یک فقر اطلاعاتی در مورد این نسل دیده می‌شود (۱۶). Murray و Golombok در مطالعه خود در خصوص ارتباط کودکان یک ساله حاصل از این روش با والدینشان، عملکرد خانواده‌ها و رشد کودکان را در مقایسه با خانواده‌های معمولی خوب گزارش کرده‌اند (۱۵). در مطالعه Van den Akker نیز بیشتر مادران سلامت جسمی و روانی خوبی را برای کودکانشان گزارش کردند (۱). هرچند تا به امروز چنین موردی در انگلستان به ثبت نرسیده است، اما اگر فرزند ماحصل این فرایند با معلولیت یا ناتوانی دنیا آید هیچ کسی قادر به پیش‌بینی نیست که چه اتفاقی خواهد افتاد!

روش بررسی

برای جمع‌آوری اطلاعات، جستجوی کامپیوتری در سایت Pubmed صورت گرفت. کلمات کلیدی متعددی جهت جستجو استفاده شد و خلاصه مقالات و مقالات کامل تا حد امکان از سایت یاد شده اخذ شد. پس از مطالعه خلاصه مقاله‌ها، مقاله‌های مربوطه تعیین شد و متن کامل مقالات مربوط به رحم جایگزین که به طور مشخص به دادن اطلاعات در مورد نحوه تولد این فرزندان پرداخته بودند انتخاب و تهیه شدند. مقاله‌های مروری جهت تعیین ساختار مطالعه و مقاله‌های

تحقیقاتی نیز جهت تکمیل مطالب مورد استفاده قرار گرفتند.

نظر به اهمیت موضوع در این مطالعه مروری ابتدا افشای حقیقت به فرزند حاصل، خانواده و اطرافیان در روش رحم جایگزین در مقایسه با فرزندخواندگی و دیگر روش‌های کمک باروری (ART) مورد بررسی قرار گرفت. سپس به نگرش جمعیت عمومی بارور در رابطه با روش ترجیحی آنها در صورت استفاده از درمان‌های کمک باروری اشاره شد.

نتایج

مطالعات Van den Akker و Blyth بدون ابهام بیان کرده‌اند که مادر دریافت کننده باید وضعیت اهدا شدن بوسیله رحم جایگزین را برای کودک آشکار کند. چون در مواردی که موضوع محرمانه می‌ماند مشکلاتی به وجود می‌آید. در مطالعه Van den Akker دو نفر از مادران دریافت کننده رحم جایگزین آشکار کردن مسئله را موجب اطمینان قلبی دانسته و محرمانه ماندن را بسیار مشکل‌زا توصیف کرده‌اند؛ به ویژه اگر کودک خودش آن را کشف کند (۲،۷). مطالعه طولی دیگری نشان داد که با آشکارسازی هیچ پیامد روانشناختی نامطلوبی در مادر جایگزین طی شش ماه اول پس از واگذاری نوزاد رخ نداده است (۱۴).

در ایالات متحده بیشتر مادران دریافت کننده تمایل به بیان واقعیت به کودکان خود در سنین پایین دارند. Ragone توصیف می‌کند بخشی از این مادران که سعی جدی برای در میان گذاردن موضوع با کودک خود دارند نمی‌دانند چه زمانی باید آن را بگویند (مانند گیرندگان گامت) (۶). شاخص راهبردی رحم جایگزین در آمریکا^۱ و حتی بعضی برنامه‌های محرمانه^۲ بر افشای موضوع تأکید کرده اما چگونگی و زمان آن را مشخص نکرده‌اند. در انگلستان، مادر یک دوقلو پس از

1- American guideline

2- Close system

افشای صادقانه موضوع نه تنها برای کودکان بلکه برای یک برنامه اجتماعی در تلویزیون اینگونه بیان می‌کند: «من تغییری را در نگرش افراد نسبت به دوقلوها ندیدم. این فقط نگرانی شخصی من بوده است. من فقط امیدوارم وقتی کودکان بزرگ شدند بفهمند که ما چه تلاش و مبارزه‌ای برای آوردن آنها به این دنیا انجام داده‌ایم» (۱۸).

دلایل مهمی برای این افشا وجود دارد: بسیاری از اهداکنندگان رحم جایگزین با دریافت‌کننده‌ها ارتباط قوی و دوستانه را ادامه می‌دهند و همانطور که تغییرات هیجانی و جسمی اتفاق می‌افتد، بسیاری از آنان افت و خیزهای هیجانی مانند لذت بردن از مثبت بودن جواب آزمایش یا ناراحتی از سقط را با هم تجربه می‌کنند. این صمیمیت از ابتدا تا انتها، حداقل یک سال به طول می‌انجامد. به همین دلیل در فرایند رحم جایگزین اجازه دخالت به دلالت داده نمی‌شود چرا که در آن صورت این رابطه عاطفی شکسته خواهد شد (۱).

مطلع ساختن کودک، خانواده و دوستان در درمان ناباروری به روش رحم جایگزین و مقایسه آن با فرزندخواندگی و دیگر روش‌های کمک باروری (ART) اساس مطالعه Van den Akker است که نتایج آن در جدول ۱ آمده است. همانطور که دیده می‌شود، تفاوت بین این سه گروه آشکار بوده و این امر به رضایتمندی و آسایش خاطر والدین از روش فرزنددار شدن و اینکه تا چه حد توانسته‌اند خود را با شرایط موجود تطبیق

جدول ۱- مادران درخواست‌کننده رحم جایگزین، مادران استفاده‌کننده از روش‌های درمان کمک باروری و مادران صاحب فرزندخوانده و پاسخ‌های گوناگون آنها در قبال افشای حقیقت به کودک

| مادران درخواست‌کننده | استفاده‌کننده از رحم جایگزین ژنتیک به کودک می‌گوید (با ژن‌های مادر جایگزین) | استفاده‌کننده از رحم جایگزین لانه‌گزین به کودک می‌گوید (با ژن‌های خودش) |
|----------------------|---|---|
| رحم جایگزین | ۲۴ | ۵۲ |
| اهدای تخمک | ۱۰ | ۲۴ |
| اهدای اسپرم | ۱۰ | ۲۴ |
| IVF | ۱۷ | ۴۵ |
| فرزند خواندگی | ۲۴ | ۴۵ |

درصدها پاسخ «بلی» را مطرح می‌نمایند.

دهند بستگی دارد. در سایر مطالعات نیز نتایج مشابهی گزارش شده است (۱۲، ۲۰، ۱۹).

مادران درخواست‌کننده رحم جایگزین از نوع لانه‌گزین (و با استفاده از تخمک خودشان) خیلی بیشتر احتمال دارد که استفاده از جزء سوم در درمان ناباروری را به کودک خود بگویند. مادران استفاده‌کننده از روش‌های کمک باروری نوع IVF بیشتر احتمال دارد که واقعیت را به کودک خود بگویند. گروه مادران صاحب فرزندخوانده نیز بیشتر احتمال دارد به کودک خود بگویند که به‌رغم استفاده از جزء سوم آنها را به دست آورده‌اند (۱).

مطالعه نشان می‌دهد مادران استفاده‌کننده از روش رحم جایگزین از نوع لانه‌گزین^۱ (۵۲٪) ترجیح می‌دهند واقعیت نحوه تولد را به کودک خود بازگو نمایند؛ درحالی‌که در رحم جایگزین از نوع ژنتیکی^۲ این میزان به کمتر از نصف (۲۴٪) کاهش می‌یابد. همچنین به نظر می‌رسد مادران ترجیح می‌دهند بیشتر استفاده از روش IVF را به کودک خود بازگو نمایند (۷۱٪) و در استفاده از روش‌های دیگر مثل اهدای گامت از میزان بازگویی مادر به کودک به طور چشمگیری کاسته می‌شود (۴۱٪). مادران صاحب فرزند خوانده نیز عموماً دوست دارند به کودک خود بگویند که وی را به زعم استفاده از یک جزء سوم به دست آورده‌اند. پاسخ‌های مادران درخواست‌کننده و پذیرنده رحم جایگزین در خصوص گفتن حقیقت به کودک، خانواده و دوستان در جدول ۲ آمده است (۱).

تحقیقات صورت گرفته در مورد فرزندخواندگی مؤید حرکت از سیستم بسته به سیستم باز^۳ می‌باشد چرا که در آن صورت، کودکان هم احساس امنیت بیشتری در خانواده جدید خود خواهند داشت (۲۷).

1- Gestational surrogacy
2- Genetic surrogacy
3- Open system

جدول ۲- پاسخ‌های مادران استفاده کننده از روش‌های کمک باروری در خصوص گفتن حقیقت به کودک، خانواده و دوستان

| مادران درخواست‌کننده | گفتن به کودک | گفتن به خانواده | گفتن به دوستان |
|----------------------------|--------------|-----------------|----------------|
| رحم جایگزین | ۴۳ | ۵۰ | ۳۳ |
| اهدای تخمک | ۴۳ | ۴۵ | ۳۱ |
| اهدای اسپرم | ۴۱ | ۴۱ | ۲۶ |
| IVF | ۷۱ | ۶۹ | ۵۲ |
| فرزند خواندگی | ۷۹ | ۸۶ | ۶۹ |
| مادران پذیرنده رحم جایگزین | ۶۶ | ۶۰ | ۴۳ |
| اهدای تخمک | ۵۹ | ۵۲ | ۳۵ |
| اهدای اسپرم | ۵۸ | ۵۳ | ۳۵ |
| IVF | ۷۸ | ۷۵ | ۶۴ |
| فرزند خواندگی | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۹۸ |

درصدها پاسخ «بلی» را مطرح می‌نمایند.

Chliaoutakis و همکاران نیز به بررسی نگرش جمعیت عمومی بارور نسبت به استفاده از روش‌های درمانی کمک باروری پرداختند. به این منظور، نظر جمعیت بهنجار راجع به احتمال استفاده از هر یک از این درمانها با استفاده از یک پرسشنامه جمع‌آوری و نتایج آن در جدول ۳ به ثبت رسید (۲۱). نتایج نشان داد جمعیت عمومی ترجیح می‌دهد در صورت استفاده از رحم جایگزین از افراد غریبه به جای خانواده یا دوستان استفاده کند. اما برعکس، اگر قرار باشد به عنوان مادر صاحب رحم ایفای نقش نمایند، ترجیح می‌دهند این عمل را برای خانواده خود انجام دهند تا غریبه‌ها یا دوستان خود.

جمعیت بهنجار معتقدند دریافت گامت یا فرزند حاصل از رحم جایگزین از افراد غریبه ارجح است در حالی که آنها بیشتر ترجیح می‌دهند اهدا کننده تخمک یا مادر جایگزین برای نزدیکان خود باشند. در هیچ یک از انواع کمک باروری با جزء سوم به نظر نمی‌رسد که مطلع ساختن دوستان مدنظر باشد (۲۱).

همین طور در صورت نیاز به دریافت گامت (چه تخمک و چه اسپرم) داوطلبین ترجیح می‌دهند آن را از افراد غریبه دریافت نمایند تا خانواده یا دوستان. اما در

جدول ۳- پاسخ یک جمعیت نرمال در رابطه با مطلع ساختن دیگران در انواع گوناگون کمک باروری

| انواع جمعیت نرمال | خواهر، برادر، بستگان نزدیک | دوستان، آشنایان | افراد غریبه سالم |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------|------------------|
| مادر درخواست کننده رحم جایگزین | ۸ | ۶ | ۱۷ |
| دریافت تخمک | ۱۵ | ۷ | ۲۷ |
| دریافت اسپرم | ۱۴ | ۷ | ۳۳ |
| مادر صاحب رحم جایگزین شدن | ۱۱ | ۷ | ۹ |
| اهدای تخمک | ۲۴ | ۷ | ۲۰ |
| اهدای اسپرم | ۱۷ | ۱۲ | ۲۰ |

صورت ضرورت به اهدای گامت لزوماً موضوع مبرهن و شفاف نخواهد بود؛ یعنی اگر قرار باشد آنها اهدای تخمک نمایند خانواده خود را ارجح می‌دانند اما در صورت اهدای اسپرم اولویت ترجیحی آنها افراد بیگانه می‌باشند تا خانواده یا دوستان.

در تمام شش الگوی مدنظر فوق، جمعیت عمومی ترجیح می‌دادند موضوع را با دوستان خود در میان بگذارند. به نظر می‌رسد در این امر، فاکتورهای واقع بینانه و فداکارانه از یک سو در رقابت با یکدیگر بوده و قرابت ژنتیکی با خانواده و فاکتورهای اجتماعی مؤثر در پرورش کودک نیز از سویی دیگر با هم به رقابت می‌پردازند (۱).

بحث

همانطور که مشاهده شد، فقدان حمایت اجتماعی از رحم جایگزین که ناشی از نگرش عامه مردم است می‌تواند زمینه را برای آسیب پذیری‌های بعدی فراهم کند (۲۲). هرچند عملکرد روانشناختی (نظیر ارتباط والد-کودک) در خانواده‌های گیرنده کودک خوب است اما تمامی احتمالات ممکن را باید در ذهن داشت (۱۵).

برخی از مادران گیرنده فرزند که از الگوی محرمانه استفاده نموده‌اند در به پایان رساندن این فرایند با مشکلاتی مواجه شده‌اند (۱۷). همچنین در برخی از زنان صاحب رحم نیز متعاقب تحویل فرزند، مشکلات عاطفی

فرهنگی- اجتماعی و شرایط خانوادگی تأثیر گذار بوده و فاکتورهای واقع بینانه و فداکارانه از یک سو و قرابت ژنتیکی با خانواده و فاکتورهای اجتماعی مؤثر در پرورش کودک از سوی دیگر با هم رقابت می نمایند. باید توجه داشت که والدین نه تنها موظف هستند زندگی خوبی را برای فرزند خود فراهم نمایند بلکه باید احساس رضایت مندی از زندگی را نیز برای او ایجاد کنند. طبیعتاً انجام مشاوره های خاص می تواند به چگونگی بیان حقیقت و تشخیص زمان درست آن یاری رسانند. در پایان، اولین و مهمترین نتیجه ای که باید در ذهن سپرد این است که:

« گفتن حقیقت به کودک نباید حقوق طبیعی او را از زندگی سلب نماید» (۲۷).

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب سمینار میان رشته ای رحم جایگزین که به وسیله پژوهشکده ابن سینا برگزار گردید ارائه شد. از کلیه همکاران و پرسنل زحمت کش پژوهشکده و مرکز درمان ناباروری ابن سینا، به خصوص سرکار خانم توکلی که به هر وسیله در این امر، ما را یاری نموده اند تشکر و قدردانی می نماید.

طولانی مدت گزارش شده است (۲۴،۲۳). مسئله مهم دیگر، احساسی است که کودکان مادر صاحب رحم می توانند این ترس را داشته باشند که آنها هم در آینده واگذار خواهند شد (۲۶،۲۵). از نقطه نظر سلامت روانی، هدف اصلی از مشاوره، بیش از آنکه کاهش آشفتگی های روانشناختی باشد کمک به کاستن از اضطراب های خاص، تسهیل در امر تصمیم گیری و اطمینان بخشی مجدد می باشد (۱۰). واضح است که در این قبیل درمانها، مشاوره متناسب باید استمرار داشته باشد تا والدین راه هم در زمینه تصمیم گیری جهت افشای موضوع و هم اینکه چگونه و در چه زمان این اقدام مهم صورت گیرد یاری نماید (۱۰). هرچند متأسفانه علیرغم تمامی تلاش های انجام شده جهت نشان دادن درجه اهمیت مشاوره در رحم جایگزین، مشاوره و پیگیری های متعاقب آن و نیز در دسترس بودن آن، این مشاوره ها کمتر به کار گرفته می شود (۲۵).

نتیجه گیری

به نظر می رسد در امر سنجش مزایا و معایب افشای حقیقت تولد کودک به کمک رحم جایگزین، باورهای

References

- 1- Van den Akker OB. Psychosocial aspects of surrogate motherhood. Hum Reprod Update. 2007;13:53-62.
- 2- Van den Akker OB. Genetic and gestational surrogate mothers, experience of surrogacy. J Reprod Infant Psychol. 2003;21(2):145-61.
- 3- Hanafin H. Surrogate parenting: reassessing human bonding. Paper presented at the American Psychological Association Convention, New York. 1987.
- 4- Franks D. Psychiatric evaluation of women in surrogate mother program. Am J psychiatry. 1981;138:1378-9.
- 5- Baslington H. Anxiety overflow. Women's Studies Int Forum. 1996;19(6):675-84.
- 6- Ragone H. Surrogate Motherhood: Conception in the Heart. Westview Press, Boulder, CO, USA. 1994;pp: 114-8.
- 7- 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.
- 8- McWhinnie A. A study of parenting of IVF and DI children. Med Law. 1995;14(7-8):501-8.
- 9- Siddiqui A, Hagglof B, Eisemann M. An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. J Reprod Infant Psychol. 1999;17:369-80.
- 10- Edelman R. Surrogacy: the psychological issues. J Reprod Infant Psychol. 2004;22(2):123-36.
- 11- Fisher S, Gilman I. Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support. Psychiatry. 1991;54:13-20.
- 12- Van den Akker OB. The importance of a genetic link in

- mothers commissioning a surrogate baby in the UK. *Hum Reprod.* 2000;15(8):1849-55.
- 13- Van der Akker OB. Coping quality of life and psychiatric morbidity in 3 groups of sub-fertile women: Does process or outcome affect psychological functioning?. *Patient Educ Couns.* 2005;57:183-9.
 - 14- Van der Akker OB. A longitudinal pre pregnancy to post delivery comparison of genetic and gestational surrogate and intended mothers: confidence gynecology. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2005;26(4):277-84.
 - 15- Golombok S, Murray C. Families created through surrogacy: Parent-child relationship in the first year of life. *Fertil Steril.* 2004;80(3,Suppl S 50), 133.
 - 16- Van den Akker OB. functions and responsibilities of organizations dealing with surrogate motherhood in the UK. *Hum Fertil.* 1998;1:10-3.
 - 17- Van den Akker OB. The complete guide to infertility: Diagnosis, treatment, options. Free association books, UK. 2002;pp:92-101.
 - 18- Nelson L. Truth and surrogate child. In Biyth E, Crawshaw M, Spiers J (Editors). *Truth and Child: Information Exchange in Donor Assisted Conception.* BASW, UK. 1998;pp:231-9.
 - 19- Van den Akker OB. Adoption in the age of reproductive technology. *J Reprod Infant Psychol.* 2001;19(2): 147-59.
 - 20- Van den Akker OB. The acceptable face of parenthood: The relative status of biological and cultural interpretations of offspring in infertility treatment. *Psychol, Evol Gender.* 2001;3(2):137-53.
 - 21- Chliaoutakis J, Koukouli S, Papadakaki M. Using attitudinal indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and surrogacy. *Hum Reprod.* 2002;17(11):2995-3002.
 - 22- Van den Akker OB. HFEA Commissioned Report. Review: Psychosocial, moral and ethical issues involved in Donor, Surrogacy and Adoption Triads: A Graded Evaluation. Human Fertilisation and Embryology Association, London. 2002;pp:238-43.
 - 23- Wiess. Public attitudes about surrogate motherhood. *Michigan Sociol Rev.* 1992: 6;15-27.
 - 24- Connolly KJ, Edelmann RJ, Cooke ID, Robson J. The impact of infertility on psychological functioning. *J Psychosom Res.* 1992;36(5):459-68.
 - 25- Brazier M, Campbell A and Golombok S. Surrogacy: review for health ministers of current arrangements for payment and regulation. Report of the Review team. Cm 4068. Department of Health, London. 1998;pp:81-92.
 - 26- Kopfensteiner T. Ethical aspects of in vitro fertilization and embryo transfer. *Biomed Pharmacother.* 1998;52: 204-7.
 - 27- Hill M, Shaw M. Signposts in Adoption. BAAF, London, UK. 1998;pp:333-4.

Archive