

جنبه‌های روانی بارداری به روش رحم جایگزین در زنان میزبان

زهره فضلی خلف (M.A.)^۱، عبدالله شفیع آبادی (Ph.D.)^۲، مجید ترحمی (M.D.)^۱

۱- مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولیدمثل، پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی- ابن‌سینا، تهران، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: بارداری با استفاده از رحم جایگزین برای زنانی که به دلیل مشکلات پزشکی، به‌خصوص نداشتن رحم، قادر به بارداری نیستند روشی انتخابی است. این روش درمانی به آنها کمک می‌کند تا بتوانند فرزند بیولوژیک خود را داشته باشند. این روش در هنگام از دست دادن رحم، سقط مکرر، شکست مکرر IVF و شرایط خاص پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد و یکی از موارد چالش برانگیز در حیطه درمان‌های کمک باروری است. با توجه به لزوم بررسی جنبه‌های مختلف استفاده از این روش، هدف از انجام این مطالعه بررسی مروری مطالعات انجام شده در مورد رحم جایگزین، تجارب روانی مادران میزبان جنین، مشکلات و مسائل مرتبط با استفاده از این روش در زندگی زناشویی، روابط اجتماعی و خانوادگی زنان میزبان جنین بود.

روش بررسی: این مقاله با مرور مطالعات صورت گرفته طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۷ میلادی نگاشته شد.

بحث: مطالعات انجام شده نشان می‌دهد تحویل جنین به زوج صاحب نوزاد پس از زایمان ممکن است موجب بروز اضطراب در مادر میزبان شود و مشکلات روانی ایجاد نماید. زنانی که پس از زایمان، نوزاد را تحویل می‌دهند در معرض خطر افسردگی پس از زایمان و احساس خشم و گناه هستند. از طرفی ممکن است زن میزبان جنین، به دلیل نیاز مالی به وجه توافق شده برای پرداخت از سوی زوج صاحب نوزاد، بدون آگاهی از جنبه‌های مختلف مسئله، اقدام به این عمل نماید. مسئله مهم دیگر این است که وارد شدن در این روش درمانی ممکن است اثرات نامطلوبی بر همسر و فرزندان زن میزبان جنین باقی گذارد و زندگی خانوادگی او را تهدید کند. آگاهی کامل همسر و مادر میزبان و حمایت کامل او در حین بارداری از اهمیت فراوانی برخوردار است. از طرفی، مطالعات دیگر نشان می‌دهد که براساس تجربه زنان میزبان و همچنین زوج صاحب جنین، مشکل حاد روانی در استفاده از این روش وجود ندارد و میزان افسردگی پس از زایمان هم بیشتر از بارداری طبیعی نمی‌باشد. لذا به نظر می‌رسد با انجام مشاوره‌های دقیق و حمایت یک تیم تخصصی، بسیاری از زنان می‌توانند این دوران را به صورت یک تجربه کاملاً مثبت سپری نمایند.

نتیجه‌گیری: با توجه به مسائل فوق، بارداری به روش رحم جایگزین باید به عنوان تجربه روانی پرخطری تلقی شود. مشاوره کامل و دقیق و دادن اطلاعات کافی قبل از ورود به مراحل درمان، حین بارداری و پس از آن، به مادر میزبان جنین و زوج صاحب نوزاد دارای اهمیت فراوانی است.

کلید واژگان: درمان‌های کمک باروری، رحم جایگزین، مادر میزبان جنین، تجارب روانی، مشاوره ناباروری.

مسئول مکاتبه: زهره فضلی خلف (M.A.)، پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی- ابن‌سینا، دانشگاه شهید بهشتی، اوین، تهران، ایران.

پست الکترونیک: zfazli@avicenna.ac.ir

زمینه و هدف

استفاده از فن‌آوری‌های کمک باروری (ART)^۱ در جوامع مختلف، همواره با چالش‌هایی روبرو بوده و رشد سریع آن باعث بروز نگرانی‌هایی در اذهان مردم و متخصصان شده است. بخشی از این نگرانی‌ها در ارتباط با تأثیر این روش‌ها بر طبیعت و زندگی طبیعی انسانها و برخی دیگر در رابطه با مسایل اخلاقی، شرعی و حقوقی استفاده از این روش‌ها است (۱).

رحم جایگزین^۲، که در آن یک زن برای زن دیگری فرزند به دنیا می‌آورد، یکی از موارد بحث انگیز در حیطه درمان‌های کمک‌باروری است (۲). این روش در برخی از کشورها مثل سوئد و آلمان غیرقانونی و در برخی دیگر مانند فرانسه، دانمارک، هلند، بعضی ایالت‌های آمریکا و استرالیا دارای مقررات خاصی است (۳).

در واقع رحم جایگزین به زوجها کمک می‌کند که فرزند ژنتیکی خود را داشته باشند و یک روش انتخابی برای زنانی است که به دلیل مشکلات پزشکی، خصوصاً نداشتن رحم، قادر به بارداری نیستند. این روش عموماً در هنگام از دست دادن رحم، سقط مکرر، شکست مکرر IVF و شرایط پزشکی خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد (۴). دو نوع درمان به روش رحم جایگزین وجود دارد: ۱- رحم جایگزین نسبی^۳ همراه با ارتباط ژنتیکی مادر با جنین ایجاد شده که در این روش تخمک زن میزبان به صورت آزمایشگاهی با اسپرم شوهر زن دیگری لقاح می‌یابد. ۲- رحم جایگزین کامل که زن باردار هیچ ارتباط ژنتیکی با جنین ندارد و فقط جنین زوج دیگری را که در آزمایشگاه لقاح یافته، پرورش می‌دهد.

استفاده از هر دو روش رحم جایگزین ممکن است اثرات روانی بر زن میزبان جنین ایجاد نماید (۲،۵). ولی تاکنون داده‌های تجربی اندکی در مورد جنبه‌های

اجتماعی و روان‌شناختی رحم جایگزین وجود دارد (۶،۷).

مشکلاتی که ممکن است مادر میزبان جنین با آنها مواجه شود، همواره مورد توجه محققین بوده است. از جمله مشکلاتی که تاکنون در مطالعات به آن اشاره شده است پس دادن نوزاد به زوج متقاضی است که ممکن است برای زن میزبان جنین بسیار تنش‌زا باشد و موجب ایجاد مشکلات روانی در وی شود. همچنین بیم آن می‌رود که مادر میزبان جنین به دلیل ارتباط عاطفی که در دوران بارداری با جنین برقرار می‌کند در هنگام تحویل نوزاد به زوج متقاضی دچار مشکلاتی شود. از طرف دیگر ممکن است زن میزبان جنین، به دلیل آنکه جنین را فرزند خود نمی‌داند در دوران بارداری مراقبت‌های لازم را انجام ندهد و این مسئله ممکن است سلامت جنین را به خطر اندازد (۸). همچنین، در زنانی که پس از زایمان، نوزاد را تحویل می‌دهند خطر افسردگی پس از زایمان و احساس خشم و تقصیر وجود دارد و ممکن است در آینده سلامت روانی آنان را در آینده به خطر اندازد. اینکه زن میزبان جنین، زوج متقاضی را بشناسد یا نشناسد و اینکه زن میزبان مادر ژنتیکی کودک باشد یا نباشد، بر سلامت روانی زن پس از زایمان مؤثر است. آنچه بسیار مورد بحث قرار گرفته این است که امکان دارد زن میزبان جنین به دلیل مشکلات مالی، حاضر به انجام این کار شود؛ بدون اینکه از امکان بروز مشکلات آگاهی کامل داشته باشد (۹،۱۰).

نگرانی دیگر در ارتباط با استفاده از رحم جایگزین، تأثیرات احتمالی بر همسر زن میزبان، والدین و فرزندان اوست. انجمن پزشکی انگلستان بر حمایت کامل همسر در دوران بارداری و پس از تولد نوزاد تأکید دارد. در صورتیکه مادر میزبان، فرزندی داشته باشد، باید آنها را در مورد برنامه رحم جایگزین آگاه ساخت؛ زیرا نبود نوزاد پس از زایمان ممکن است برای آنها تنش‌زا

1- Assisted Reproductive Technology

2- Surrogacy

3- Partial surrogacy

اینکه بسیاری از زنان فقط به دلیل مشکلات مالی و بدون آگاهی از مخاطرات وارد این جریان شوند (۱۰). این موضوع می‌تواند مورد منازعه طرفداران نظریه‌های مبتنی بر جنسیت، به ویژه طرفداران حقوق زنان^۲ باشد. آنان فن‌آوری‌های جدید را متهم می‌کنند که با استفاده از دارو و هورمون برای تحریک تخمک‌گذاری که خطرات بالقوه‌ای برای سلامت زنان در بردارند و وا داشتن زنان به تلاش برای بچه‌دار شدن، باعث وارد آمدن یا افزایش فشارهای اجتماعی بر آنها می‌شوند. فمینیست‌های تندرو، فن‌آوری‌های نوین باروری را ابزار مردسالاری و بر ضد زنان می‌دانند که هدف آن کنترل بدن زنان و مخصوصاً تحمیل فرزندآوری می‌باشد. بسیاری از آنها زنانی را که به دنبال روش‌های درمان ناباروری هستند، فریب خورده این فرهنگ معرفی می‌کنند (۱۲)؛ در حالیکه بیشتر زنان میزبان جنین تجربه بارداری و تولد را لذت بخش توصیف می‌کنند و حتی آنرا مرحله‌ای از رشد می‌دانند (۱۳).

مسائل روانی دوران بارداری و پس از آن: برخی از تحقیقات، نگرانی‌هایی را در مورد اثرات روانی نامطلوب این روش بر زن میزبان جنین، مطرح می‌کنند (۲، ۵)؛ در صورتیکه، سایر مطالعات در زمینه آسیب‌شناسی روانی زنان میزبان جنین، مشکلات حادی را گزارش نکرده‌اند (۹). مطالعه‌ای که در انگلستان انجام شد نشان داد که همه زنان تحت مطالعه پس از زایمان بی‌هیچ شکلی، نوزاد را طبق قرار قبلی به زوج متقاضی تحویل دادند. پیگیری تجارب روانی زنان بعد از تحویل نوزاد نشان داد که ۳۲٪ زنان تا چند هفته بعد از تحویل نوزاد دچار مشکلات عاطفی و احساسی هستند. این میزان بعد از چند ماه به ۱۵٪ کاهش یافت و در ۶٪ موارد تا یکسال ادامه داشت. این تحقیق نشان داد که در صورت آشنایی زن میزبان با زوج متقاضی امکان بروز مشکلات عاطفی- احساسی بعد از تحویل نوزاد افزایش می‌یابد.

باشد؛ علاوه بر آن ممکن است مادر میزبان، مورد عدم پذیرش یا سرزنش دوستان و همسایگان قرار گیرد که این مسئله آثار منفی بر سلامت روانی او خواهد داشت (۸).

به‌طور کلی، مسائل مربوط به تجربه‌های روانی زنان میزبان جنین، از چند جنبه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد که شامل انگیزه و نگرش زنان نسبت به موضوع، مسائل روانی در دوران بارداری و پس از آن، ارتباطات اجتماعی، ارتباطات خانوادگی و ارتباط با زوج صاحب جنین می‌باشد.

این مطالعه، یک بررسی مروری است که مسائل مربوط به تجربه‌های روانی زنان میزبان جنین را ارزیابی می‌کند و براساس مرور مطالعات انجام شده در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۷ نگاشته شده است.

نتایج

انگیزه و نگرش زنان میزبان جنین: تحقیقات اندکی در مورد انگیزه و نگرش زنان در خصوص اقدام به پذیرش میزبانی جنین انجام شده است. در انگلستان در بررسی یک نمونه ۱۹ نفری از زنان میزبان جنین^۱، مشاهده شد که انگیزه‌های بسیار متفاوتی برای ورود به این روش درمان وجود دارد که از آن جمله می‌توان به بهره‌مندی مالی، لذت از احساس مادری، برخورداری از احساس ارزشمندی با انجام دادن کاری نیک و سخاوتمندانه اشاره نمود (۹). مطالعه‌ای که در انگلستان انجام گرفت، نشان داد که اکثر زنان با هدف نوع دوستی اقدام به این کار می‌کنند (۲). مطالعه دیگری نیز نشان داد که انگیزه‌های نوع دوستی عامل مهمتری نسبت به پرداخت مالی در ایجاد انگیزه در این زنان است و پرداخت مالی عامل مهمی نیست (۱۱). این در حالی است که برخی ادعا کرده‌اند که فرایند رحم جایگزین ممکن است به نحوی بهره‌برداری مادی از زنان را مطرح سازد (۹) و

2- Feminists

1- Surrogate mothers

داد^۲ - زنان جوان کانادایی با این روش مخالفند (۲۰). نگرش مردم انگلیس هم نسبت به این روش مثبت نیست (۲۱). تحقیقی که با عنوان بازاندیشی خویشاوندی در رحم جایگزین توسط گرمارودی در سال ۱۳۸۶ در ایران انجام شد، نشان داد با وجود اینکه ۵۳٪ از افراد مورد مطالعه نسبت به روش رحم جایگزین نگرش مثبت دارند؛ ولی بیشترین نگرانیها در مورد مشکلاتی است که ممکن است مادر جایگزین برای خانواده ایجاد کند (۲۲). همین تحقیق نشان داد که برخی مادران جایگزین معتقدند زمینه و محیط فرهنگی آنان این آمادگی را ندارد که دیگران را از این اقدام خود و علت اصلی بارداری آگاه کنند. در این صورت بیشتر این افراد راه حل مشابهی را برای توضیح این حاملگی برگزیده‌اند: نسبت دادن حاملگی به شوهرانشان و اعلام حاملگی ناموفق به دیگران بعد از زایمان و تحویل نوزاد به زوج متقاضی؛ هرچند تعدادی از آنان با توجه به محیط و زمینه فرهنگی که در آن قرار گرفته‌اند دیگران را از تصمیم خود آگاه می‌سازند.

آگاهی و رضایت شوهران از این اقدام زنان، موافقت شرع و علمای دین با این روش، مشروع بودن نسب نطفه‌ای که در رحم آنها رشد می‌کند و همچنین جنبه انسان دوستانه این اقدام به منظور کمک به حل مشکل ناباروری زوجی دیگر، عوامل مهمی هستند که تأثیر بسیاری در تصمیم‌گیری زنان داوطلب رحم جایگزین و همسرانشان در آگاه کردن دیگران از علت حاملگی دارند (۲۲).

ارتباطات خانوادگی: درک افراد خانواده، به ویژه فرزندان و همسران، نسبت به رحم جایگزین و واکنش آنها به این اقدام بسیار مهم است. بررسی انجام شده در انگلستان، در خصوص تجارب زنان میزبان جنین در آشکارسازی مسئله به خانواده‌شان، نشان داد که در ۷٪ موارد خانواده‌ها واکنش منفی نسبت به موضوع نشان داده‌اند، در ۴۶٪ موارد خانواده‌ها واکنش خنثی یا

در این تحقیق قبل از زایمان نیز ۹٪ موارد با مشکلات روانی مواجه بودند که در ۶٪ 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 (۲). با این حال میزان افسردگی پس از زایمان در این زنان بیشتر از جمعیت عادی نیست (۱۴). همچنین پیگیری میزان تماس مادران میزبان با کودک پس از تولد نشان داد مادرانی که آشنایی قبلی با زوج داشتند بیش از مادران ناآشنا ارتباط عاطفی با کودک برقرار کردند (۲). اکثر تحقیقات مشکلات روانشناختی حادی را برای مادران میزبان جنین گزارش نمی‌کنند و بر تجارب مثبت تأکید بیشتری دارند (۲، ۵، ۱۱). در مقابل برخی تحقیقات نیز بر آثار منفی و مشکلات روانی به دنبال استفاده از رحم جایگزین اشاره می‌کنند (۱۹-۱۵).

به طور کلی، نتیجه مطالعات نشان می‌دهد با وجود اینکه نگرانی‌هایی در مورد مشکلات هیجانی و عاطفی مادران میزبان جنین وجود دارد، این مشکلات، سلامت روانی آنان را تهدید نمی‌کند. با این حال، توصیه می‌شود با انجام مشاوره‌های تخصصی قبل از بارداری، در انتخاب افراد متقاضی میزبانی جنین، دقت لازم به عمل آید (۱۴).

ارتباطات اجتماعی: یکی از مسائل مهمی که بر سلامت روانی زنان میزبان جنین تأثیرگذار است، نگرش دوستان، همکاران و به طور کلی نگرش جامعه نسبت به رحم جایگزین می‌باشد. فقدان حمایت اجتماعی در روند استفاده از رحم جایگزین، که ناشی از نگرش عامه مردم است، می‌تواند زمینه را برای برخی آسیب‌پذیریها فراهم کند (۱۳). برخی تحقیقات نشان می‌دهند که مردم معمولاً نگرش مثبتی نسبت به مادر جایگزین ندارند و این فقدان حمایت اجتماعی، آنها را آسیب‌پذیرتر می‌سازد. یک تحقیق در یونان نشان داد که بیشتر مردم نسبت به این روش نگرش منفی دارند (۶). تحقیق دیگری نشان

برای آن قائل نشده‌اند، آنان را قادر به سازگارکردن فرایند رحم جایگزین در چهارچوب‌های دینی و خیرخواهانه می‌کند. به هر حال عواملی هم وجود دارد که موجب نارضایتی همسران و نزدیکان می‌شود. داده‌های تحقیق فوق نشان داد که این عوامل ریشه در بافت فرهنگی دارد (۲۲).

ارتباط با زوج صاحب جنین: ارتباط مادر جایگزین با زوج متقاضی برای فرایند رحم جایگزین ضروری است. گاهی مادر میزبان دوست یا خویشاوند زوج متقاضی است و گاهی نیز فردی ناشناس است. برخی ناشناس بودن را مشکل‌زا می‌دانند (۲۳). در شکل‌های دیگر کمک باروری، مانند اهدای تخمک و اسپرم، معمولاً افراد ناشناس می‌مانند. ولی در رحم جایگزین، به دلیل ضرورت برقراری ارتباط بین زوج و مادر جایگزین دوستی ایجاد می‌شود (۲۴). تحقیقات نشان می‌دهد که معمولاً زنان میزبان جنین در دوران بارداری با زوج متقاضی ارتباط مناسبی برقرار می‌کنند. در موارد اندکی هم مشاهده شده است که امکان رابطه تنش‌زا وجود دارد اما در اکثر موارد مادر میزبان از اینکه مادر متقاضی در حین بارداری با او تعامل و رابطه داشته باشد، راضی و خشنود بوده است. در موارد اندکی هم زنان میزبان در خصوص دخالت زوج متقاضی ابراز نارضایتی نموده‌اند (۲). این زنان در بیشتر موارد، رابطه خود را با زوج متقاضی رابطه‌ای رضایت‌بخش می‌دانند و فرآیند را بدون مشکل گزارش می‌کنند. اکثر رابطه گزارش شده در طول بارداری، بین مادر متقاضی و مادر جایگزین بوده است تا با پدر متقاضی و البته بیشتر، مادران متقاضی، در طول معاینات پزشکی حضور فعالانه دارند (۲۴).

بحث

نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که تجربه زنان نسبت به مسئله رحم جایگزین اغلب تجربه مثبتی

مجموعه‌ای از واکنش‌های مثبت و منفی را نشان دادند و در ۴۸٪ موارد واکنش خانواده‌ها مثبت بود. پیگیری موضوع نشان داد که احساس خانواده‌ها نسبت به موضوع یکسال پس از زایمان در ۷۶٪ موارد مثبت بود و فقط ۳٪ موارد احساس منفی نسبت به موضوع داشتند (۲). در همین تحقیق، مطالعه بر روی نحوه مواجهه همسران این زنان نشان داد که در ۸۳٪ موارد همسران احساسی مثبت، ۳٪ خنثی یا بی‌تفاوت و ۴٪ احساس منفی نسبت به موضوع داشتند. در خصوص نحوه حمایت همسران در طول دوران بارداری ۸۷٪ زنان حمایت کامل همسران خود را گزارش کردند و ۱۳٪ زنان حمایت همسران خود را ناکافی می‌دانستند. در بررسی رضایتمندی زناشویی آنها مشخص شد ۱۶٪ رضایتمندی زناشویی اندک و در ۴٪ موارد مشکلات ارتباطی شدید با همسر وجود داشته است و در ۸۰٪ موارد رضایتمندی زناشویی متوسط یا زیاد بوده است.

در مورد واکنش کودکان این زنان نسبت به تحویل نوزاد به زوج متقاضی، مشخص شد که اگر موضوع در شروع بارداری به کودکان توضیح داده شود در ۸۷٪ موارد واکنش آنها هنگام تحویل نوزاد مثبت خواهد بود و در ۱۳٪ موارد، خنثی یا با مشکلاتی همراه خواهد بود (۲).

تحقیق انجام شده توسط گرمارودی در ایران (۲۲) نشان داد در صورتی که نطفه‌ای که مادر میزبان حمل می‌کند حاصل ارتباطی مشروع بین یک زوج نابارور باشد و هیچگونه رابطه جنسی (مشروع یا نامشروع) بین پدر واقعی (مرد صاحب اسپرم) و مادر میزبان وجود نداشته باشد، دیدگاه همسر و فرزندان نسبت به این امر و رضایت آنها به شرکت در این فرایند به نحو موثری از این موضوع شکل و تأثیر می‌پذیرد. از طرف دیگر، آگاهی به این امر که بسیاری از مراجع دینی نیز استفاده از رحم جایگزین را جایز می‌دانند و منع شرعی

- تأکید بر مشورت مادر میزبان جنین با همسر، فرزندان و سایر اعضای خانواده و اخذ رضایت آنها به منظور اطمینان از بهره‌مندی از حمایت‌های روانی در حین بارداری

- ارائه مشاوره‌های لازم در خصوص امکان بروز برخی مشکلات عاطفی در زمان تحویل نوزاد

- تهیه یک برنامه مناسب جهت ارتباط مادر میزبان با زوج صاحب جنین و توضیح نحوه و میزان دخالت زوج صاحب جنین در مراقبت‌های دوران بارداری

- تأکید بر این نکته که هرگونه مداخله‌ای در مراقبت‌های دوران بارداری تحت نظر پزشک می‌باشد و هیچیک از طرفین نمی‌توانند بدون نظر پزشک معالج، روندی را بر درمان تحمیل نمایند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، استفاده از رحم جایگزین تجربه مثبتی برای زنان می‌باشد و در اغلب موارد با انگیزه کمک به زوجی که صاحب فرزند نمی‌شوند و همچنین به دلایل نوع دوستی و احساس ارزشمندی انجام می‌شود. با این حال، این روش با چالش‌های روانشناختی و اجتماعی متعددی روبرو است.

توصیه می‌شود استفاده از رحم جایگزین به عنوان تجربه روانی پرخطر تلقی شود و طرفین تحت مراقبت دقیق قرار گیرند و مشاوره‌های تخصصی قبل، حین و بعد از بارداری صورت پذیرد. در این شرایط می‌توان توقع داشت که در صورت دسترسی زنان به خدمات و مشاوره‌های روانشناسی، مشکلات روانی استفاده از رحم جایگزین کاهش می‌یابد.

تشکر و قدردانی

از همکاری اعضای محترم کلینیک اهدا در مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا، به ویژه سرکار خانم زهره بهجتی اردکانی و جناب آقای دکتر بهزاد قربانی، تشکر و قدردانی می‌شود.

می‌باشد. در اکثر موارد زنان هیچ مشکلی در مورد تحویل نوزاد به زوج متقاضی ندارند و در اغلب موارد رابطه آنها با زوج متقاضی رابطه مشکل‌داری نبوده است. با این حال، مواردی از مشکلات روانی-عاطفی به خصوص بلافاصله بعد از تحویل نوزاد به زوج متقاضی مشاهده شده است (۲،۲۵). با این که در اکثر موارد این مشکلات حاد نمی‌باشند؛ ولی توجه به این مسئله از اهمیت زیادی برخوردار است.

در صورتیکه زن میزبان، مادر ژنتیکی جنین هم باشد، به دلیل ارتباط عاطفی عمیق‌تر ممکن است مشکلات عاطفی و روانی افزایش یابد. ولی تحقیقات انجام شده مشکلات حاد روانی را نشان نمی‌دهند (۴،۲۷،۲۶). در خصوص نحوه عکس‌العمل خانواده و همسر و فرزندان زنان میزبان، اکثر مطالعات واکنش‌های مثبت بیشتری را گزارش نموده‌اند. هرچند این مطالعات بر بستر فرهنگی و مسائل شرعی، تأکید بسیاری دارند.

تحقیقات نشان می‌دهد متأسفانه وجود دیدگاه‌های منفی در جامعه، دوستان و آشنایان باعث می‌شود تا اغلب زنان در آشکارسازی موضوع با مشکلات فراوانی مواجه شوند که این موضوع می‌تواند بر ارتباط بین فردی زنان و سلامت روانی آنها، تأثیرات منفی بر جای گذارد. به نظر می‌رسد بسیاری از مسائل مرتبط با نگرش افراد جامعه، در نتیجه عدم آگاهی از جنبه‌های مختلف موضوع است که با اطلاع‌رسانی و مشاوره صحیح، می‌توان بر آن فایق آمد.

پیشنهاد می‌شود موارد ذیل در مشاوره‌های مربوط به استفاده از رحم جایگزین مورد توجه قرار گیرد:

- انجام مشاوره روانشناسی قبل از بارداری و انتخاب مناسب کاندیداها

- ارائه توضیحات کافی در مورد اقدامات پزشکی قبل،

حین و پس از بارداری و بیان مشکلات احتمالی

- تأکید بر مسئولیت قانونی و اخلاقی مادر میزبان در

مورد حفظ سلامت جنین

References

- 1- Hibino A, Nagata M. Biotechnology in the Japanese media: comparative analysis of newspaper articles on genetic engineering in Japan and Europe. *Asian J Soc Psychol*. 2006;18(10):12-23.
- 2- Jadv V, Murray C, Lycett E, MacCallum F. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Hum Reprod*. 2003;18:2196-204.
- 3- Golombok S, Murray C, Jadv V, MacCallum F, Lycett E. Families created through surrogacy arrangements: Parent- Child relationship in the 1st year of life. *Dev Psychol*. 2004;40(3):400-11.
- 4- Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update*. 2003;9:483-91.
- 5- Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, Wert G.de, Tarlatzis B. Task force on ethics and law 10: Surrogacy. *Hum Reprod*. 2005;20(10):2705-07.
- 6- Chilaoutakis 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;17:2995-3002.
- 7- Ciccarelli JC, Beckna, L. Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy. *J Soc Issues*. 2005;61(1)21-43.
- 8- British Medical Association, Changing conceptions of motherhood. The practice of surrogacy in Britain. British Medical Association, London, 1996;p:46-8.
- 9- 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;12:189-198.
- 10- Brazier M, Campbell A, Golombok S. Surrogacy: Review for health ministers of current arrangements for payments and regulation. *Hum Reprod Update*. 1997;3(6):623-8.
- 11- Ragone H. Surrogate Motherhood: Conception in the heart. Westview Press. Oxford. 1994;52-68.
- 12- Van Balen F, Inhorn MC. Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies, Berkely: University of California Press. 2002;p:3-32.
- 13- Van den Akker OBA. Genetic and gestational surrogate mothers' experience of surrogacy. *J Reprod Infant Psychol*. 2003;21(2):145-61.
- 14- Reilly Dan R. Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers. *CMAJ*. 2007;176(4):483-5.
- 15- Ber R. Ethical issues in gestational surrogacy. *Theor Med Bioeth*. 2000;21:153-69.
- 16- Schwartz LL. A nightmare for King Solomon: the new reproductive technologies. *J Fam Psychol*. 2003;17:229-37.
- 17- Reame NE. The surrogate mother as a high risk obstetrical patient. *Womens Health Issues*. 1991;1: 151-4.
- 18- Lester EP. A surrogate carries a fertilized ovum: multiple crossings in ego boundaries. *Int J Psychoanal*. 1995;76:325-34.
- 19- Jessee SS. Panel report infertility, surrogacy and the new reproductive techniques: psychoanalytic perspectives. *Int J Psychoanal*. 1996;77:129-33.
- 20- Krishnan V. Attitudes toward surrogate motherhood in Canada. *Health Care Women Int*. 1994;15:333-57.
- 21- Lasker JN, Murray DE. Attitudes toward technologies for conception: A 15-year follow-up. *J Appl Psychol*. 2001;31(10): 2165-83.
- ۲۲- گرمارودی شیرین. بازاندیشی خویشاوندی. بررسی رحم جایگزین از منظر پزشکی، حقوقی، فقهی، اخلاقی- فلسفی، روان شناختی، جامعه شناختی. انتشارات سمت و پژوهشکده ابن‌سینا. تهران (۱۳۸۶)، صفحات: ۱۸-۳۰۱.
- 23- MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadv V, Golombok S. The experience of commissioning couples. *Hum Reprod*. 2003;18:1335-42.
- 24- Van den Akker, O. B. A. Psychological aspects of surrogate motherhood. *Hum Reprod Update*. 2007;13(1):53-62.
- 25- Duffy DA, Nulsen JC, Maier DB. Obstetrical complications in gestational carrier pregnancies. *Fertil Steril*. 2005;83:749-54.
- 26- Soderstrom-Anttila V, Blomqvist T, Foudila T, Hippeläinen M, Kurunmäki H, Sieberg R, et al. Experience of in vitro fertilization surrogacy in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81:747-52.
- 27- Parkinson J, Tran C, Tan T. Perinatal outcome after in-vitro fertilization-surrogacy. *Hum Reprod*. 1999;14: 671-6.