

دانش و نگرش بیماران در مورد استفاده از رحم جایگزین به عنوان روش درمانی زوجین نابارور - بیمارستان مصطفی خمینی (ره) در سال ۱۳۹۵

کبری خواجوی شجاعی^{۱*}، دکتر علی دواتی^۲، دکتر شهرزاد هداوند^۳، موحد بهرامی^۴

۱. مربی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، بهداشت مادر و کودک، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۴. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۱۶

خلاصه

مقدمه: ناباروری، سلامت روانی زوجین نابارور را تهدید می‌کند. جامعه باید نسبت به کاشته شدن رویانی که حاصل لقاح آزمایشگاهی است در رحم حامل به عنوان یک روش درمانی، آگاهی لازم را داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی دانش و نگرش بیماران بیمارستان مصطفی خمینی (ره) در مورد رحم حامل به عنوان یک روش درمانی انجام شد. **روش کار:** این مطالعه مقطعی تحلیلی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۲۱۶ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان مصطفی خمینی (ره) انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه دو بخشی محقق ساخته بود که بخش اول سؤالات جمعیت‌شناسی و بخش دوم سؤالات مربوط به تعیین دانش و نگرش بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری همبستگی، تی مستقل، من ویتنی، کروسکال والیس و آنالیز واریانس انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۱۸۵ نفر (۸۵/۶٪) بیان داشتند در مورد رحم حامل اطلاعاتی دارند، درحالی‌که بر اساس نتایج، تنها ۳۱ نفر (۱۴/۸٪) دانش خوب و خیلی خوب داشتند. ۹۹ نفر (۴۳/۵٪) هیچ‌گونه نگرش شرعی در مورد این روش نداشتند. نگرش ۹۰ نفر (۴۱/۷٪) نسبت به اولویت اجاره رحم از فامیل و دوستان منفی بود. ۱۴۴ نفر (۶۶/۷٪) موافق حمایت بیمه‌ها بودند. بر اساس آزمون تی، میانگین نگرش زنان و مردان متفاوت نبود. بر اساس آزمون آنالیز واریانس، بین نگرش افراد در گروه‌های تحصیلی اختلاف معناداری وجود داشت ($P=0/04$).

نتیجه‌گیری: نگرش بیشتر افراد نسبت به طرح مسائل عاطفی، قانونی و شرعی رحم حامل، منفی بود ولی نگرش آنها نسبت به حل مشکلات و هزینه‌های مالی و حمایت بیمه‌ها مثبت بود.

کلمات کلیدی: دانش و نگرش، رحم جایگزین، ناباروری

* نویسنده مسئول مکاتبات: کبری خواجوی شجاعی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۲۲۸۴۲۴۹۶؛ پست الکترونیک:

prskhajavi@yahoo.com

مقدمه

ناباروری به عنوان یک بحران روانی، استرس زیادی را بر زوجین نابارور وارد کرده و به روش‌های گوناگون سلامت روانی آن‌ها را تهدید می‌کند. یأس، نگرانی، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس، احساس گناه و شکست و ناتوانی در پیگیری مراحل تشخیص و درمان از جمله احساسات و واکنش زوجین نازا نسبت به مشکل نازایی‌شان می‌باشد (۱). پیشرفت علم و فناوری امکان ارائه خدمات بیشتری را جهت رفاه جامعه بشری فراهم می‌آورد و یکی از این حیطه‌ها ناباروری است (۲). یکی از جدیدترین روش‌های والد شدن، روش حامل بارداری^۱ می‌باشد و به این صورت است که رویانی که به وسیله لقاح آزمایشگاهی (IVF)^۲ خلق شده در رحم حامل (رحم جایگزین) کاشته می‌شود و در نتیجه بچه از نظر ژنتیکی ارتباطی با جانشین ندارد. چندین زیر گروه از حامل باروری به شرح زیر وجود دارد:

۱- حامل بارداری با جایگزینی رویان والدین (رحم جایگزین)، ۲- حامل بارداری همراه با اهداء تخمک، ۳- حامل بارداری همراه با اهداء اسپرم و ۴- حامل بارداری همراه با اهداء رویان. نوع دیگری به عنوان حامل بارداری سنتی^۳، ناقص، ژنتیک یا مستقیم نیز وجود دارد: در این روش تلقیح رحم حامل به طور طبیعی یا مصنوعی با اسپرم پدر در نظر گرفته شده، از طریق IVF، تلقیح داخل رحمی اسپرم (IUI)^۴ یا طبیعی می‌باشد. در این حالت کودک از نظر ژنتیکی شبیه به پدر و به فرد دهنده رحم حامل می‌باشد (۳).

مورد مشخص برای استفاده از رحم حامل زمانی است که زنی قادر به حمل جنین بارور شده نیست. این امر ممکن است به خاطر فقدان مادرزادی رحم باشد یا رحم به خاطر بدخیمی‌ها یا خونریزی شدید تحت عمل جراحی برداشته شده باشد، در این صورت تخمدان‌های شخص فعال و قادر به تولید تخمک‌های سالم است. کاربرد دیگر این روش که کمتر قطعی است در مورد زنانی است که از سقط‌های مکرر رنج برده‌اند. همچنین موارد IVF ناموفق هم می‌تواند در این گروه قرار بگیرد. به علاوه خانم‌هایی

که از برخی بیماری‌های طبی چون نارسایی شدید قلبی یا کلیوی که امکان بارداری و زایمان بی‌خطر را از آنها می‌گیرد می‌توانند از این روش استفاده کنند (۱).

باید توجه داشت که ایران در گذر تاریخی از سنت به مدرنیته است. در واقع هم‌زمانی پدیده‌های سنتی و جدید باعث پیچیدگی و دشواری‌های خاص در اجرای روش‌های تازه درمانی در ناباروری شده است و لزوم انجام مطالعات کافی درباره درمان ناباروری به شیوه رحم حامل در جامعه را مطرح می‌سازد تا بتوان به طور دقیق به بررسی ابعاد این مسئله پرداخت (۴). پیشرفت فناوری‌های کمک باروری از جمله رحم حامل در عرصه‌های مختلف باورهای مذهبی، اخلاقی، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و حقوق باعث بروز پرسش‌ها و مشکلاتی شده است که در موارد بسیاری هم‌چنان بی‌جواب مانده و مستلزم مطالعات گسترده‌تری است (۵). در رابطه با نگرش زنان نسبت به رحم حامل در برخی از شهرها از جمله تهران (۶) و تبریز (۷) مطالعاتی انجام شده اما نتایج به دست آمده از این مطالعات به میزان زیادی با یکدیگر متفاوت است، بنابراین نیاز به انجام مطالعات بیشتر برای نتیجه‌گیری صریح‌تر وجود دارد (۸). مسائل روان‌شناختی، بحث‌انگیزترین مسائل در ارتباط با فرآیند رحم حامل است و احتمال پیوند عاطفی با کودک آینده وجود دارد. همچنین خطر افسردگی پس از زایمان در مادران حامل وجود دارد، در مواردی دیده شده که این مادران دچار احساس گناه و خشم شده‌اند و خود را مجرم دانسته‌اند (۹-۱۱).

در مورد ارتباط باورهای دینی و استفاده از روش‌های کمک باروری مطالعات اندکی انجام شده است، ولی نتایج متفاوت می‌باشد (۱۲-۱۶). یکی دیگر از جنبه‌هایی که می‌توان در رابطه با رحم حامل مورد بررسی قرار داد، بررسی ابعاد مالی مربوط به این روش است. به نظر می‌رسد با ارائه خدمات بیمه‌های تکمیلی، استفاده متقاضیان نیازمند به این اقدام درمانی تسهیل خواهد شد. ولی متأسفانه زمینه سوء استفاده از این فناوری در موارد غیر پزشکی در برخی جوامع شکل گرفته است (۱۷). گرایش به داشتن فرزندی از آن خود بدون تجربه بارداری موجب شکل‌گیری گسترده فعالیت واسطه‌ها در

¹gestational surrogacy

²In Vitro Fertilization

³Traditional surrogacy

⁴Intra Uterine Insemination

مربوط به تعیین دانش و نگرش نمونه‌ها در این زمینه که خود شامل سه بخش الف، ب و ج می‌شد.

الف) یک سؤال که پاسخ آن در قالب یک مقیاس درجه‌بندی شده از ۱ تا ۴ نمره‌دهی شد، پذیرش کلی فرد نسبت به روش سؤال شد. اگر یکی از دو گزینه اول (گزینه‌های باید بپذیرد و بسته به شرایط باید پذیرفته شود) انتخاب شود، پذیرش فرد آزادی خواهانه است، یعنی فرد انتخاب این روش را به عنوان یک روش درمانی کاملاً پذیرفته است و اگر گزینه چهارم انتخاب می‌شد یعنی فرد این روش را اصلاً نپذیرفته است.

ب) دانش فرد نسبت به این روش به وسیله ۷ سؤال سه گزینه‌ای صحیح، غلط و نظری ندارم سنجیده شد. با توجه به اینکه نمره آگاهی توزیع نرمال نداشت برای طبقه‌بندی نمره آگاهی با استفاده از نظر اساتید زیر ۹ را بسیار ضعیف، ۹/۱-۱۲ ضعیف، ۱۲-۱۵ متوسط، ۱۵/۱-۱۸ خوب و بیشتر از ۱۸/۱ بسیار خوب طبقه‌بندی شد.

ج) نگرش فرد از این روش به وسیله ۲۰ سؤال که پاسخ آن‌ها در قالب طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای طراحی شده بود سنجیده شد. لازم به ذکر است با توجه به اینکه نمرات نگرش از توزیع نرمال برخوردار بود برای طبقه‌بندی نمرات با استفاده از میانگین و انحراف معیار به دست آمده در این حیطة، میانگین ± 1 را متوسط و کمتر از آن را ضعیف و بیشتر از آن خوب قلمداد شد. در نهایت کمتر از ۵۵ ضعیف، بین ۵۵ تا ۷۷ متوسط و بیشتر از ۷۷ خوب طبقه‌بندی شد.

برای تعیین ارتباط بین نگرش و آگاهی ابتدا هم ترازوی انجام شد به این صورت که آگاهی توتال را در ۶/۴ ضرب شد تا هم وزن نمرات نگرش شود. سپس آزمون همبستگی اسپیرمن انجام شد.

جهت طراحی پرسشنامه و سنجش روایی و پایایی آن، ابتدا پرسشنامه با کسب نظر از اساتید گروه بهداشت، پزشکی اجتماعی و آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت طراحی و طی مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر از زنان به صورت مصاحبه نیمه ساختاری اصلاحات لازم انجام شد و روایی صوری و محتوا مورد تأیید قرار گرفت. جهت پایایی سؤالات نگرش که به صورت طیف لیکرت است از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد. جهت پایایی پرسشنامه،

ایجاد این بازارهای نوپدید گشت و اصطلاح غلط اجاره رحم مطرح شد (۱۸)، اما استفاده از این فن‌آوری در چارچوب ضرورت‌های درمانی در بسیاری از جوامع قابل پذیرش است و نه تنها محدودیت اخلاقی و شرعی ندارد بلکه اقدامی نوع‌دوستانه و ایثارگرانه تلقی می‌شود (۱۹). نقشه قوانین و مقررات حقوقی رحم حامل در جهان نشان می‌دهد که کشور ما جزء مناطقی است که در این زمینه وضعیت نامشخص و بدون نظارت دارد. درحالی‌که رحم حامل در کشورهای اروپای غربی از جمله آلمان، بعضی از ایالت‌های آمریکا و کشورهای آسیای شرقی و ژاپن غیرقانونی است (۳، ۲۰، ۲۱).

با توجه به بررسی‌های انجام گرفته بر روی مطالعات داخل و خارج کشور مشخص شد که دغدغه‌های موجود در جامعه و چالش‌های پیش روی افراد نابارور و عدم پذیرش آسان روش درمانی رحم حامل نیاز به آگاهی دادن و آشنا کردن جامعه با این روش درمانی و پیامدهای آن دارد، به همین دلیل لازم است که مطالعات بیشتر نه تنها در افراد نابارور بلکه در گروه‌های مختلف جامعه انجام شود. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی دانش و نگرش مراجعه‌کنندگان بیمارستان مصطفی خمینی (ره) در مورد رحم حامل به عنوان یک روش درمانی انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۲۱۶ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان مصطفی خمینی (ره) انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول آماری برآورد میانگین جامعه و $k=0/05$ و میانگین نمره آگاهی مطالعه مشابه و $s=0/51$ ، ۲۱۶ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری به شکل آسان و در دسترس در یک بازه زمانی دو ماهه انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بین ۲۰-۶۵ سال و ایرانی بودن و معیار خروج از مطالعه عدم همکاری شرکت‌کنندگان بود. دانش و نگرش فرد نسبت به روش حامل بارداری با جایگزینی رویان والدین (رحم جایگزین) به وسیله پرسشنامه محقق ساخته دوبخشی بررسی شد. بخش اول پرسشنامه شامل سؤالات جمعیت‌شناسی و بخش دوم شامل سؤالات

مطالعه مقدماتی روی ۲۰ نفر از مراجعه‌کنندگان واجد شرایط که به درمانگاه بیمارستان مصطفی خمینی (ره) مراجعه کرده بودند، انجام شد و پس از انجام آزمون آلفا کرونباخ و شناسایی گویه‌های مبهم موجود در پرسشنامه ضریب همبستگی درونی به ۰/۸۰۶ ارتقاء یافت. قبل از پاسخگویی افراد، در رابطه با هدف مطالعه (روش حامل بارداری با جایگزینی رویان والدین (رحم جایگزین) و این که پرسشنامه‌ها بدون نام هستند و اطلاعات محرمانه خواهند بود، توضیح داده شد و اگر کسی مایل به شرکت در مطالعه نبود از مطالعه خارج شده و پرسشنامه به نمونه دیگری داده شد. نمونه‌ها در زمان دریافت پرسشنامه اقدام به پاسخگویی کردند و پرسشنامه‌ها را پس از تکمیل به پژوهشگر تحویل دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری همبستگی، تی مستقل، من ویتنی، کروسکال والیس و آنالیز واریانس انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۲۱۶ نفر، ۱۸۵ نفر (۸۵/۶٪) از شرکت‌کنندگان بیان داشتند که در مورد رحم حامل اطلاعاتی دارند و ۳۱ نفر (۱۴/۶٪) اظهار بی‌اطلاعی در مورد رحم حامل کردند. منبع کسب اطلاعات ۱۲۱ نفر (۴۶/۳٪) رادیو و تلویزیون و ۱۱ نفر (۵/۱٪) مردم و فامیل بودند. ۵۴ نفر (۲۵٪) نظرشان این بود که جامعه باید این روش را به عنوان یک روش درمانی بپذیرد. ۱۱۴ نفر (۵۲/۸٪) از شرکت‌کنندگان با در نظر گرفتن شرایطی فقط برای مادرائی که رحمشان مشکل دارد موافق بودند، ۹ نفر (۴/۲٪) اعتقاد داشتند که این روش

از سوی جامعه تحت هیچ شرایطی نباید پذیرفته شود و ۳۹ نفر (۱۸/۱٪) در این مورد نتوانستند تصمیم خاصی اتخاذ کنند.

۱ نفر (۰/۰۵٪) دانش خود را در سطح بسیار بالا، ۱۲ نفر (۵/۶٪) بالا، ۸۹ نفر (۴۱/۲٪) معمولی، ۷۰ نفر (۳۲/۴٪) پایین و ۴۴ نفر (۲۰/۴٪) دانش خود را بسیار پایین ارزیابی کردند. درحالی‌که میانگین نمره دانش آن‌ها $11/33 \pm 5/29$ از ۲۱ بود. بدین ترتیب که ۷۹ نفر (۳۶/۶٪) دانش بسیار ضعیف، ۵۴ نفر (۲۵٪) دانش ضعیف، ۵۱ نفر (۲۳/۶٪) دانش متوسط، ۲۶ نفر (۱۲٪) دانش خوب و فقط ۶ نفر (۲/۸٪) دانش بسیار خوب داشتند.

۹۹ نفر (۴۳/۵٪) هیچ‌گونه نگرش شرعی در مورد این روش نداشتند. نگرش ۹۰ نفر (۴۱/۷٪) افراد نسبت به اولویت اجاره رحم از فامیل و دوستان منفی بود. ۱۵۵ نفر (۷۱/۷٪) این روش را راهکاری جهت استحکام خانواده و جلوگیری از طلاق به دلیل ناباروری زن می‌دانستند. همچنین استفاده از رسانه‌جمعی جهت فرهنگ‌سازی توسط ۱۵۵ نفر (۷۲/۲٪) مناسب‌ترین راه شناخته شد. نگرش ۱۴۲ نفر (۶۵/۷۵٪) نسبت به پذیرش این روش در آینده از طرف مردم مثبت بود. ۱۴۴ نفر (۶۶/۷٪)، ورود بیمه‌های درمانی به موضوع را مثبت ارزیابی کردند.

بر اساس آنالیز انجام شده میانگین نمره نگرش $67/87 \pm 8/60$ بود که کمترین نمره نگرش ۲۵ و بیش‌ترین آن ۹۱ بود. در نهایت ۱۷۴ نفر (۸۰/۶٪) دارای نگرش متوسط، ۳۰ نفر (۱۳/۹٪) نگرش خوب و فقط ۱۲ نفر (۵/۶٪) افراد نگرش منفی داشتند.

جدول ۱ - درصد نگرش شرکت‌کنندگان در مطالعه نسبت به رحم حامل

| شماره سؤال | جملات | کاملاً مخالفم | مخالقم | نظری ندارم | موافقم هستم | کاملاً موافقم |
|------------|--|---------------|--------|------------|-------------|---------------|
| ۱ | این روش از نظر شرعی شبیه به روش گرفتن دایه برای شیردهی نوزاد است. | ۴/۶ | ۱۵/۳ | ۴۳/۵ | ۲۹/۶ | ۶/۹ |
| ۲ | در این روش فرد اجاره دهنده رحم شرعاً حق مادری به فرزند دارد | ۷/۹ | ۲۱/۳ | ۳۸ | ۲۷/۸ | ۵/۱ |
| ۳ | اگر در مورد این روش روشنگری شود جامعه ما به لحاظ شرعی و فرهنگی آن را می‌پذیرد. | ۳/۲ | ۱۰/۲ | ۳۲/۴ | ۴۲/۱ | ۱۲ |
| ۴ | اولویت با اجاره رحم از فامیل و دوستان می‌باشد. | ۱۹/۹ | ۲۱/۸ | ۳۱/۵ | ۲۱/۳ | ۵/۶ |
| ۵ | گرایش به این روش در آینده افزایش خواهد یافت. | ۲/۸ | ۵/۶ | ۲۹/۲ | ۴۴/۹ | ۱۷/۶ |
| ۶ | به تدریج برای عموم قابل پذیرش خواهد شد. | ۲/۳ | ۶ | ۲۲/۷ | ۵۰/۵ | ۱۸/۵ |

| | | | | | | |
|------|------|------|------|------|--|----|
| ۲۴/۵ | ۴۷/۲ | ۱۸/۱ | ۶/۹ | ۳/۲ | می‌تواند از طلاق به دلیل ناباروری زن پیشگیری کند. | ۷ |
| ۲۸/۲ | ۴۴ | ۲۳/۱ | ۳/۲ | ۱/۴ | جهت فرهنگ سازی استفاده از رسانه جمعی راه مناسبی است. | ۸ |
| ۳۱/۹ | ۴۰/۷ | ۲۱/۳ | ۳/۷ | ۲/۳ | جهت فرهنگ سازی و استفاده درست از این روش نیاز به وضع قوانین حقوقی و کیفری مناسب با پشتوانه اجرایی می‌باشد. | ۹ |
| ۶/۵ | ۲۴/۱ | ۴۳/۱ | ۱۷/۶ | ۸/۸ | از نظر شرعی و قانونی حق مادری نسبت به فرزند برای فرد اجاره دهنده رحم هم مانند مادر رضاعی باید محفوظ باشد. | ۱۰ |
| ۹/۷ | ۴۳/۱ | ۳۳/۳ | ۸/۸ | ۵/۱ | احتمال به هم ریختگی عاطفی در فرد اجاره دهنده رحم پس از تحویل فرزند و محفوظ نبودن حق مادری او می‌باشد. | ۱۱ |
| ۵/۱ | ۲۳/۶ | ۴۶/۸ | ۱۸/۱ | ۶/۵ | در صورت آگاهی فرزند از این روش در آینده ارتباط با مادر دچار اختلال می‌شود. | ۱۲ |
| ۳/۲ | ۱۹/۹ | ۳۴/۷ | ۳۰/۱ | ۱۲ | امکان از بین رفتن رابطه عاطفی بین زن و شوهر وجود دارد. | ۱۳ |
| ۴/۲ | ۱۲/۵ | ۳۱/۵ | ۲۹/۶ | ۲۲/۲ | اجاره‌دهنده می‌تواند پس از تولد نوزاد ادعای مادری کند. | ۱۴ |
| ۶/۵ | ۲۴/۱ | ۴۲/۶ | ۱۷/۱ | ۹/۷ | تثبیت حق مادری اجاره‌دهنده رحم از نظر شرعی و قانونی از مشکلات بعدی پیشگیری می‌کند. | ۱۵ |
| ۲۵/۵ | ۴۹/۵ | ۲۰/۸ | ۱/۹ | ۲/۳ | هزینه اجاره رحم باید بر اساس قانون برآورد شده و بیمه‌ها ملزم به پرداخت آن شوند. | ۱۶ |
| ۱۱/۱ | ۳۸ | ۳۹/۴ | ۸/۸ | ۲/۸ | نظارت کامل و مناسب بر مادر جانشین (اجاره دهنده رحم) در طی بارداری هزینه اجاره رحم را افزایش می‌دهد. | ۱۷ |
| ۲۰/۸ | ۳۸/۴ | ۳۳/۸ | ۴/۲ | ۲/۸ | سن و سلامت عمومی اجاره‌دهنده رحم از پارمترهای تأثیرگذار بر هزینه اجاره رحم است. | ۱۸ |
| ۲۶/۹ | ۳۷ | ۲۱/۸ | ۹/۳ | ۵/۱ | یکی از معایب رحم اجاره‌ای تمایل زنان فقیر برای اجاره دادن رحم است. | ۱۹ |
| ۲۱/۳ | ۴۵/۴ | ۲۶/۹ | ۴/۲ | ۲/۳ | در صورت تحت بیمه قرار گرفتن، این روش یا متقاضیان بیشتری رو به رو می‌شود. | ۲۰ |

نسبت جنسیتی شرکت‌کنندگان، ۱۳۹ نفر (۶۴/۴٪) زن و ۷۷ نفر (۳۵/۶٪) مرد بود. بر اساس آزمون من ویتنی، سطح دانش زنان و مردان متفاوت نبود ($p=0/22$) و بر اساس آزمون تی مستقل، میانگین نگرش زنان و مردان متفاوت نبود.

جدول ۲- اختلاف میانگین آگاهی و نگرش در بین دو جنس

| گروه | تعداد | میانگین \pm انحراف معیار | متغیر وابسته | سطح معنی‌داری |
|------|-------|----------------------------|--------------|---------------|
| مرد | ۷۷ | ۱۰/۶۷ \pm ۵/۷۸ | آگاهی | ۰/۲۲ |
| زن | ۱۳۹ | ۱۱/۶۹ \pm ۵/۰۰ | | |
| مرد | ۷۷ | ۸۶/۲۸ \pm ۸/۴۲ | نگرش | ۰/۴۹ |
| زن | ۱۳۹ | ۶۷/۶۵ \pm ۸/۷۲ | | |

متوسط سن شرکت‌کنندگان $36/18 \pm 1/01$ سال، کمترین سن ۲۰ سال و بیش‌ترین سن ۶۷ سال بود. بیشتر افراد در سن ۳۰ سالگی بودند. بین دانش افراد با سن آن‌ها همبستگی مثبت معنی‌دار وجود داشت ($I=1$) و $p=0/006$ و بین نگرش افراد با سن آن‌ها نیز همبستگی مثبت معنی‌دار وجود داشت ($I=1$ و $p=0/005$). ۲۳ نفر (۱۰/۶٪) از شرکت‌کنندگان مجرد، ۱۸۴ نفر (۸۵/۲٪) متأهل، ۷ نفر (۳/۲٪) مطلقه و ۲ نفر (۰/۹٪) بیوه بودند. بر اساس آزمون کروسکال والیس، بین دانش و وضعیت‌های مختلف تأهل اختلاف معناداری وجود نداشت. همچنین بر اساس آزمون آنالیز واریانس (ANOVA)، بین نگرش و وضعیت‌های مختلف تأهل نیز اختلاف معناداری وجود نداشت. تحصیلات ۲۴ نفر از شرکت‌کنندگان در سطح دکترا (۱۱/۱٪)، ۷۶ نفر (۳۵/۲٪) در سطح لیسانس و فوق لیسانس، ۸۹ نفر (۴۱/۲٪) در سطح دیپلم و فوق دیپلم و ۲۷ نفر (۱۲/۵٪) در سطح دبیرستان و ابتدایی بودند. بر اساس آزمون کروسکال والیس، بین دانش در گروه‌های مختلف تحصیلی اختلاف معناداری وجود داشت ($p=0/02$). جهت تعیین این اختلاف بین گروه‌ها با استفاده از آزمون توکی نشان داده شد که میانگین دانش گروه لیسانس و فوق لیسانس با گروه ابتدایی و دبیرستان اختلاف معنی‌داری دارد ($p=0/01$). همچنین بر اساس

آزمون آنالیز واریانس (ANOVA)، بین نگرش افراد در گروه‌های مختلف تحصیلی اختلاف معناداری وجود داشت ($p=0/04$). جهت تعیین این اختلاف بین گروه‌ها با استفاده از آزمون L.S.D نشان داده شد که میانگین نگرش در گروه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار دارد. بین دانش و نگرش افراد همبستگی مثبت معنی‌دار وجود داشت ($r=0/22$, $p=0/001$).

جدول ۳- بررسی تأثیر میزان تحصیلات بر میزان آگاهی نسبت به رحم حامل

| گروه | تعداد | میانگین \pm انحراف معیار | متغیر وابسته | سطح معنی‌داری |
|---------------------|-------|----------------------------|--------------|---------------|
| دکتری | ۲۴ | ۱۲/۲۵ \pm ۵/۴۴ | آگاهی | ۰/۰۱ |
| فوق لیسانس و لیسانس | ۷۶ | ۱۲/۲۷ \pm ۴/۷۷ | | |
| فوق دیپلم و دیپلم | ۸۹ | ۱۱/۱۱ \pm ۵/۱۶ | | |
| ابتدایی و دبیرستان | ۲۷ | ۸/۵۵ \pm ۶/۲۱ | | |
| دکتری | ۲۴ | ۷۰/۱۲ \pm ۶/۹۶ | نگرش | ۰/۰۴ |
| فوق لیسانس و لیسانس | ۷۶ | ۶۹/۵۳ \pm ۶/۹۵ | | |
| فوق دیپلم و دیپلم | ۸۹ | ۶۶/۳۷ \pm ۱۵/۱۰ | | |
| ابتدایی و دبیرستان | ۲۷ | ۶۶/۱۸ \pm ۷/۵۶ | | |

جدول ۴- مقایسه میزان اختلاف در نگرش در گروه‌های مختلف تحصیلی

| سطح تحصیلات | سطح تحصیلات | سطح معنی‌داری | Mean Difference |
|---------------------|---------------------|---------------|-----------------|
| فوق لیسانس و لیسانس | فوق لیسانس و لیسانس | ۰/۹۸۳ | - |
| دکتری | فوق دیپلم و دیپلم | ۰/۳۴۴ | - |
| ابتدایی و دبیرستان | ابتدایی و دبیرستان | ۰/۰۱۲ | ۳/۶ |
| دکتری | دکتری | ۰/۹۸۳ | - |
| فوق لیسانس و لیسانس | فوق دیپلم و دیپلم | ۰/۱۵۵ | - |
| ابتدایی و دبیرستان | ابتدایی و دبیرستان | ۰/۰۰۲ | ۳/۷ |
| دکتری | دکتری | ۰/۳۴۴ | - |
| فوق دیپلم و دیپلم | فوق لیسانس و لیسانس | ۰/۱۵۵ | - |
| ابتدایی و دبیرستان | ابتدایی و دبیرستان | ۰/۰۲۷ | ۲/۵ |
| دکتری | دکتری | ۰/۰۱۲ | -۳/۶ |
| ابتدایی و دبیرستان | فوق لیسانس و لیسانس | ۰/۰۰۲ | -۳/۷ |
| فوق دیپلم و دیپلم | فوق دیپلم و دیپلم | ۰/۰۲۷ | -۲/۵ |

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، تنها ۱۴/۸٪ از افراد مورد پژوهش از دانش خوب و بسیار خوب نسبت به رحم حامل برخوردار بودند و ۸۵/۲٪ دانش متوسط، ضعیف و بسیار ضعیف داشتند، در حالی که در ابتدا ۸۵٪ افراد بیان کرده بودند که از این روش دانش دارند که نشان‌دهنده تفکر ناقص افراد از آگاهی خود نسبت به این روش درمانی است. در مطالعه صالحی و همکاران (۲۰۱۵) که دانش دانشجویان رشته‌های مرتبط با علوم پزشکی را نسبت به روش رحم حامل بررسی کردند نیز

دانش اکثر دانشجویان در حد متوسط و ضعیف بود (۲). در حالی که انتظار می‌رود دانشجویان مرتبط با مسائل باروری و ناباروری دانش بیشتری در مورد این روش درمانی داشته باشند. همچنین در مطالعه بروس و همکاران (۲۰۰۹) در انگلستان مشخص شد، تفاوتی در میزان دانش در مورد رحم حامل در دانشجویانی که زنان و زایمان را گذرانده‌اند یا نگذرانده‌اند وجود ندارد (۴۱). همچنین در مطالعه چیائوتاکیس و همکاران (۲۰۰۲)، اکثر افراد شرکت کننده (۷۳/۷٪) که از جمعیت عادی واقع در سنین باروری با میانگین سنی ۳۰ سال و با میانگین میزان تحصیلات ۱۳/۵ سال بودند، دانش پایینی

نسبت به روش رحم حامل نگرش مثبت دارند (۴۰). در مطالعه سایتو و همکار (۲۰۰۹) که به منظور بررسی عوامل تأثیرگذار بر روی نگرش زوجین نازا نسبت به پذیرش رحم جایگزین در ژاپن انجام شد، ۷۰٪ زوجین نابارور، روش درمان رحم حامل را قبول داشتند (۴۲). همچنین در مطالعه مقطعی سوزوکی و همکاران (۲۰۰۶) بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه با انجام رحم جایگزین به عنوان یک اقدام کمک باروری موافق و حدود ۳۰٪ افراد مخالف بودند (۳۸). تفاوت نتایج مشاهده شده در زمینه نگرش نسبت به روش رحم حامل در مطالعه حاضر با مطالعات فوق می‌تواند در نتیجه تفاوت در گروه‌های مورد مطالعه باشد. به نظر می‌رسد با توجه به این که در مطالعات فوق، زوج‌های نابارور به عنوان جامعه پژوهش، مورد بررسی قرار گرفته‌اند، با توجه به آگاهی بیشتر این زوج‌ها نسبت به روش‌های کمک باروری و درگیری این افراد به طور مستقیم با این مسئله، نگرش مثبت بیشتری در این افراد نسبت به افراد مورد پژوهش مطالعه حاضر که جمعیت عادی جامعه می‌باشند، وجود دارد. البته در مطالعه توصیفی - مقطعی کیان و همکاران (۲۰۱۴) تحت عنوان رحم حامل از دیدگاه زنان نابارور که بر روی ۱۵۰ زن نابارور که جهت درمان به مرکز ناباروری فاطمیه همدان مراجعه کرده بودند انجام شد، علی‌رغم آگاهی نسبتاً خوب زنان نابارور نسبت به رحم حامل، نگرش آنان نسبت به این روش چندان مثبت نبود (۲۹). در مطالعه شکور و همکاران (۲۰۱۵) نیز مشخص شد دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی نگرش مثبتی نسبت به رحم حامل داشته و آن را پذیرفته‌اند (۲). در مطالعه بروس و همکاران (۲۰۰۹) نیز که بر روی دانشجویان پزشکی در انگلستان انجام شد، ۷۲/۲٪ دانشجویان با رحم حامل به عنوان یک روش تولید مثل موافق بودند (۴۱)، که این امر می‌تواند ناشی از آگاهی نسبتاً بیشتر آن‌ها نسبت به افراد عادی جامعه باشد.

در مطالعه حاضر، زنان و مردان در رابطه با رحم حامل، نگرش مشابهی داشتند و تفاوتی بین دو جنس وجود نداشت. مطالعه شکور و همکاران (۲۰۱۵) در ارتباط با دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی نیز نتایج مشابهی در

از روش‌های کمک باروری اهدای گامت و رحم حامل داشتند (۴۳) که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت و مؤید این مسئله است که بین افراد در جوامع مختلف و حتی با تحصیلات مرتبط نیز دانش مناسبی نسبت به روش‌های کمک باروری از جمله روش رحم حامل وجود ندارد. به نظر می‌رسد در مجموع نیاز به اقدامات آموزشی بسیار جامع‌تر چه در سطح جامعه و چه در برنامه آموزشی دانشجویان بخش علوم پزشکی در ارتباط با مسائل باروری و ناباروری وجود دارد.

بر اساس نتایج این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین نمره دانش افراد با جنسیت و وضعیت تأهل وجود نداشت، اما با افزایش سن و میزان تحصیلات، نمره دانش به طور معنی‌داری افزایش می‌یافت. در مطالعه صالحی و همکاران (۲۰۱۵) نیز ارتباطی بین جنسیت و وضعیت تأهل با میزان دانش دانشجویان مورد مطالعه یافت نشد (۲)، که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ۱۳/۹٪ از افراد نگرش خوبی نسبت به روش درمانی رحم حامل داشتند و در ۵/۶٪ افراد این نگرش منفی بود. در حالی که اکثریت افراد جامعه مورد مطالعه (۸۰/۶٪) دارای نگرش متوسطی نسبت به این مسئله بودند. در مطالعه احمدی طهران و همکاران (۲۰۱۰) که به منظور بررسی نگرش زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری قم نسبت به رحم حامل انجام شد، ۳۰۰ نمونه با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته دو قسمتی مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج نشان داد که بیش از نیمی از زنان نابارور (۶۱/۳٪) نگرش مثبتی نسبت به رحم حامل داشته و آن را پذیرفته‌اند و بیش‌ترین نگرش مثبت در گروه سنی ۳۹-۳۴ سال مشاهده شد (۳۹)، که می‌توان بیان کرد افزایش سن بر تجربیات افراد می‌افزاید و آنان راحت‌تر با ناباروری خود کنار می‌آیند و به دنبال راه‌های درمانی نوین خواهند بود. در مطالعه کاظمی‌فرد و همکاران (۲۰۱۳) تحت عنوان نگرش زنان نابارور روستایی جهرم نسبت به رحم حامل، ۲۰۰ نفر با نازایی اولیه تحت مطالعه قرار گرفتند و اطلاعات توسط پرسشنامه دو قسمتی که حاوی مشخصات فردی و عبارات نگرشی بود گردآوری شد، نتایج نشان داد که بیش از نیمی از زنان نابارور

این زمینه داشت (۲). همچنین نتایج مطالعه فریدونی و همکاران (۲۰۰۹) در مورد نگرش مردان و زنان ساکن شهر شیراز نسبت به درمان از روش اهداء تخمک، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه فریدونی نیز بین جنسیت و نگرش افراد نسبت به درمان از طریق اهداء تخمک تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (۳۰)، اما در مطالعه مقطعی سوزوکی و همکاران (۲۰۰۶)، مردان پس از دریافت اطلاعات در مورد رحم حامل، مخالفت بیشتری با این روش داشتند. در این مطالعه ۱۵۶۴ نفر پرسشنامه رضایت‌سنجی را دریافت کردند و ۲۰۶۳ نفر علاوه بر پرسشنامه، یک پمفلت آموزشی را در خصوص اقدامات کمک باروری به‌ویژه در مورد رحم حامل، دریافت کردند. در نهایت، ۱۳۰۶ مرد و ۱۷۹۹ زن با طیف سنی ۵۹-۳۰ سال، پرسشنامه را تکمیل کردند و نتایج نشان داد که بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه با روش رحم حامل موافق و ۳۰٪ مخالف بودند که بیش‌ترین عوامل دخیل در موافقت یا رد آن، میزان تحصیلات و عوامل اقتصادی بود. در این رابطه نگرش مثبت در بین مردانی که بروشور اطلاعاتی را در رابطه با روش‌های کمک باروری دریافت کرده بودند، نسبت به سایر مردان که بروشور رادریافت نکرده بودند بیشتر بود (۳۸). از این نتایج می‌توان چنین استنباط کرد که ارائه اطلاعات صحیح و قابل فهم در مورد اقدامات کمک باروری می‌تواند به ارتقاء دانش افراد کمک کرد و در نتیجه بر روی نگرش مثبت و در نهایت در تصمیم‌گیری آنان مؤثر باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، نگرش افراد نسبت به روش رحم حامل با افزایش سن بهبود می‌یافت. در مطالعه سائتو و همکار (۲۰۰۹) نیز که در ژاپن انجام شد، زنان بالای ۳۵ سال تمایل بیشتری به استفاده از این روش درمانی داشتند (۴۲). در مطالعه احمری طهران (۲۰۱۰) نیز که بر روی زنان نابارور انجام شد، با افزایش سن و در نتیجه افزایش سال‌های ناباروری، نگرش مثبت افزایش می‌یافت (۳۹). همچنین در مطالعه پوت (۲۰۰۹) که به منظور بررسی نگرش زنان انگلیسی نسبت به رحم جایگزین بر روی ۱۸۷ زن انجام شد، از نظر میزان تمایل به انتخاب شدن جهت مادر جانشین، ۷۶ نفر نسبت به

انتخاب خود به عنوان مادر جانشین تمایل نشان داده و ۱۱۱ نفر نیز پاسخ منفی دادند. بر اساس نتایج این مطالعه، مادرانی که تمایل به اجاره رحم خود داشتند از سن پایین‌تر و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند. همچنین مقبولیت این روش در هر دو گروه با افزایش سن بیشتر می‌شد. در این میان اکثریت مادران یکی از اقوام نسبی خود را برای استفاده از این روش ترجیح داده بودند. در نهایت محققان نتیجه گرفتند که این بررسی می‌تواند تأییدکننده تئوری تأثیر ارزش‌های فردی و اجتماعی بر چگونگی رفتار و عملکرد انسان‌ها باشد (۴۴) بر اساس نتایج مطالعه برینزدن (۲۰۰۳) و جادوا (۲۰۰۳) یکی از نگرانی‌های افراد نسبت به روش رحم حامل، ترس از ایجاد رابطه عاطفی بین مادر جانشین و فرزند و احتمال امتناع از تحویل فرزند بعد از تولد بود. به عبارت دیگر اگرچه زن میزبان، مادر ژنتیکی جنین می‌باشد و به دلیل رابطه عاطفی عمیق‌تر ممکن است مشکلات عاطفی و روانی افزایش یابد، ولی مطالعات انجام شده مشکلات حاد روانی را نشان نمی‌دهند (۱۹، ۳۱).

مطالعه مک کالم و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد علی‌رغم این که در مطالعات گذشته، ایجاد رابطه فرزند و مادر جانشین از جمله نگرانی‌های بارداری با رحم جایگزین به شمار می‌رفت، تجربه زوجین سفارش دهنده نشان داد در مواردی که مادران حامل و بچه تماس داشتند، ۹۲٪ مادران و ۹۰٪ پدران ژنتیکی از این رابطه احساس مثبتی داشتند. همچنین برخلاف انتظار نشان دادند تنها یک مادر در تحویل فرزند مردد بود و البته یک مادر نیز در پذیرش فرزند تردید داشت (۲۳).

یکی دیگر از نتایج قابل بحث حاصل از سایر مطالعات، وجود دیدگاه‌های منفی در بین افراد جامعه، دوستان و آشنایان می‌باشد که باعث می‌شود اغلب زنان در آشکارسازی موضوع با مشکلات فراوانی مواجه شوند که این موضوع بر ارتباط بین فردی زنان و سلامت روانی آنان تأثیرات منفی بر جای می‌گذارد. مطالعه سوزوکی (۲۰۰۶) نشان داد خانواده‌هایی که از روش‌های کمک باروری دارای فرزند می‌شوند، لطمه‌های زیادی را نه تنها از طرف جامعه، بلکه از طرف وابستگان و دوستان متحمل می‌شوند (۳۸). 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 فائق آمد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که تحویل نوزاد پس از زایمان به زوج متقاضی ممکن است باعث بروز اضطراب در مادر میزبان شده و مشکلات روانی ایجاد کند. این زنان در معرض افسردگی پس از زایمان و احساس خشم و گناه هستند. مسئله مهم دیگر این است که وارد شدن در این روش درمانی ممکن است اثرات نامطلوبی بر همسر و فرزندان زن میزبان باقی گذارد و زندگی خانوادگی او را تهدید کند. لذا آگاه‌سازی کامل همسر و حمایت کامل زن میزبان در طی بارداری از اهمیت فراوانی برخوردار است (۱۴). شواهد موجود از دیدگاه روانشناسی پیشنهاد می‌کند که فرآیند رحم حامل باید به عنوان یک تجربه روانشناختی پر خطر برای افراد دخیل در آن در نظر گرفته شود. همچنین توصیه شده است که مادران میزبان در طی بارداری و پس از زایمان از مشاوره روان‌شناس برخوردار شوند و اگر امکان چنین مشاوره‌ای وجود ندارد، به دقت وضعیت روانی مادر تحت نظر قرار گیرد، اما علی‌رغم تمامی تلاش‌های انجام شده جهت نشان دادن درجه اهمیت مشاوره در این فرآیند، مشاوره و تداوم آن کمتر استفاده می‌شود (۴۶).

از دیگر جنبه‌های مورد توجه در مطالعه حاضر، اعتقاد بخشی از جامعه مورد بررسی بود که در مطالعه کاظمی فرد (۲۰۱۳) و احمري طهران (۲۰۱۰) نیز به آن اشاره شده است (۳۹، ۴۰) در رابطه با مغایر بودن این روش با عقاید اسلامی و خلقت طبیعی انسان است. با توجه به مطالعات مروری انجام شده توسط برخی محققین در ایران، پذیرش رحم حامل با رعایت برخی ضوابط و جوانب آن منع شرعی ندارد. در این خصوص فتوی و آرای آیات عظام دلالت بر جایز بودن این روش دارد (۸). مطالعه عباسی شوازی و همکاران (۲۰۰۶) که بر روی ۳۰ زن نابارور انجام شد، نشان داد که عوامل متعددی در تصمیم‌گیری زنان نابارور در استفاده از فناوری‌های کمک باروری دخالت دارد که یکی از آن‌ها مذهب است و عمده‌ترین مخالفت آن‌ها در استفاده از این روش‌ها را عدم آگاهی کافی از احکام مذهبی و قانونی این روش

دانستند و اذعان داشتند افزایش آگاهی زوجین نابارور از مسائل قانونی و مذهبی روش‌های کمکی ناباروری در تعدیل اعتقادات مذهبی آن‌ها نقش مؤثری خواهد داشت (۳۴). در مطالعه حاضر، ۳۸٪ از افراد هیچگونه نگرشی شرعی در مورد این روش نداشتند و بیش از ۷۰٪ از شرکت‌کنندگان بیان داشتند جهت استفاده درست از این روش کمک باروری نیاز به وضع قوانین حقوقی و کیفی مناسب با پشتوانه اجرایی می‌باشد. در این خصوص می‌توان گفت جهت جلوگیری از احتمال امتناع تحویل فرزند پس از تولد و ترس از ایجاد رابطه عاطفی بین فرزند و مادر جانشین، قراردادی آگاهانه و رسمی بین مادر اصلی و جانشین، قبل از اقدام به پذیرش رحم جایگزین عقد می‌شود. در این قرارداد طرفین از تمام مراحل بررسی‌ها، اقدامات، مراقبت‌ها، عوارض، احتمال به دنیا آمدن با ناتوانی یا نقص مادرزادی، جوانب عاطفی، ملاحظات اجتماعی، موازین حقوقی و مسئولیت‌هایی که می‌پذیرند به طور شفاف و با زبان قابل فهم مطلع می‌شوند (۲۴).

در برخی کشورها نظیر انگلستان و آمریکا علی‌رغم وجود قوانینی مدون، هنوز درباره مسائلی نظیر مسئولیت سرپرستی کودک، حقوق والدین و انگیزه طرفین در انجام این روش درمانی از نظر اخلاقی و قانونی اختلاف نظر وجود دارد. آمریکا از پیشگامان وضع قانونی در جایگزین رحمی است که با وجود وضع قوانین مدون از سال ۱۹۸۳، همواره با اختلاف نظرهایی درباره صدور یا عدم صدور جواز مواجه شده است. در استرالیا نیز مانند انگلیس، جایگزینی رحم بر مبنای نوع دوستی مجاز شمرده می‌شود. در کانادا از سال ۲۰۰۴، لقاح خارج رحمی با روش جایگزینی رحم، قانونی و مجاز شده است ولی در برخی استان‌های این کشور ضوابط متفاوت حاکم است (۴۷). در ایران در حال حاضر ضوابط قانونی مدونی وجود ندارد و اگرچه بر مبنای نظر فقهای عظام، محدودیتی در انجام آن مقرر نشده است، امید است که در آینده نزدیک محدودیت‌های قانونی اجرایی این اقدام درمانی مرتفع و شرایط مناسبی برای اجرای آن مهیا شود. از طرف دیگر ضوابط قانونی انجام این عمل در ایران به طور شفاف مشخص نشده است. لذا ضروری

است جهت پیشگیری از تبعات اجتماعی، راهکارها و قوانین مشخصی در مجلس و مراجع قانونی کشور مورد توافق قرار گیرد. پیش زمینه این امر توجه دقیق به بررسی باورها و نگرش افراد جامعه و نیز مراحل پیش از انتخاب افراد و انجام مشاوره‌های لازم با اشخاص داوطلب است (۴۰).

از دیگر مسائل قابل بحث بر اساس نتایج مطالعه حاضر، موضوع مسائل مالی مربوط به اجرای این روش است. بر این اساس بیش از ۶۰٪ از شرکت‌کنندگان در این مطالعه اعتقاد داشتند در صورتی که این روش تحت بیمه قرار بگیرد با متقاضیان بیشتری رو به رو می‌شود. همچنین بیش از ۶۰٪ از جامعه مورد مطالعه، یکی از معایب این روش را تمایل زنان فقیر برای اجاره دادن رحم می‌دانستند. بیش از ۷۰٪ شرکت‌کنندگان معتقد بودند که هزینه اجاره رحم باید بر اساس قانون برآورد شده و بیمه‌ها ملزم به پرداخت آن شوند. در مطالعه احمری طهران (۲۰۱۰) و مطالعه سوزوکی (۲۰۰۶) در ژاپن مشخص شد بیش‌ترین نگرش مثبت نسبت به این روش در زنانی وجود دارد که سرپرست آنان از وضعیت درآمدی مطلوبی برخوردار است (۳۸، ۳۹) که مؤید تأثیر مسائل اقتصادی بر نگرش افراد است. هرچند در بسیاری از کشورها پذیرش رحم جایگزین بدون دریافت وجه می‌باشد اما در ایران هنوز این مسئله به قوت خویش باقی است. لذا نداشتن تمکن مالی می‌تواند برای برخی از خانواده‌های نازا در رد یا پذیرش رحم جایگزین تأثیرگذار باشد. در حالی که در کشورهایی چون انگلستان، هرگونه جنبه مالی درمان رحم حامل ممنوع است، ضوابط قانونی انجام این عمل در ایران به طور شفاف مشخص نشده است (۳۹).

از جنبه‌های مثبت روش رحم حامل از دیدگاه جامعه مورد مطالعه اعتقاد ۷۱٪ از شرکت‌کنندگان مبنی بر استحکام خانواده و جلوگیری از طلاق به دلیل ناباروری زن می‌باشد. در مطالعه احمری طهران (۲۰۱۰) نیز

مشخص شد که ۸۱٪ از زنان نابارور اعتقاد دارند این روش سبب تحکیم بنیان خانواده می‌شود (۳۹). می‌توان ابراز داشت که پذیرش رحم حامل از سوی خانواده‌ها از ازدواج مجدد مرد جلوگیری می‌کنند. همچنین مطالعات نشان داده است احتمال دل بستگی به فرزند حاصل از این روش درمانی برای زوج‌های نابارور بیشتر از فرزند خواندگی بوده است زیرا به نوعی فرزند حاصل را از خون خود می‌دانستند (۳۹).

در مطالعه حاضر، مشخص شد که منبع کسب اطلاعات اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش رسانه‌ها و دوستان بوده است که این نتایج با نتایج مطالعه احمری طهران همخوانی داشت (۳۹). در حالی که در این رابطه پزشکان و مراکز بهداشتی و درمانی به واسطه دانش و آگاهی صحیح و علمی خود باید نقش پررنگ‌تری در اطلاع‌رسانی به جامعه داشته باشند.

با توجه به تنوع قومیتی و اختلاف در فرهنگ و باورها افراد در کشور به نظر می‌رسد انجام چنین مطالعاتی آن هم به طور وسیع و گسترده قبل از هرگونه اقدام اجرایی، بسیار مهم و ضروری است. همچنین برای قانونمند کردن چنین روش نوینی، شناسایی دیدگاه‌های کارشناسی استادان رشته‌های مرتبط از جمله حقوق، روانشناسی و جامعه‌شناسی ضروری به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

بیشتر افراد نسبت به مسائل عاطفی، قانونی و شرعی؛ نگرش منفی داشتند، ولی در مورد مشکلات و هزینه‌های مالی نگرش مثبتی داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیران و کارکنان حوزه پژوهش دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد تهران و کارکنان بیمارستان مصطفی خمینی (ره) که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Milanifar AR, Akhondi MM, Ardekani ZB, Abdolazadeh A. Issuing birth certificates and ID cards for newborns following a surrogate birth and the legal and ethical responsibilities of the medical team. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):82-8. (Persian).
2. Salehi K, Shakour M, Pashaei Sabet F, Alizadeh S. The opinion of Iranian students about the society's perception on using surrogacy as an infertility treatment in the future community. *Sex Reprod Healthc* 2015; 6(1):19-22.
3. Asghari F. Ethical issues in surrogate motherhood. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):30-5. (Persian).
4. Akhondi MM, Ardekani ZB. Surrogacy and the necessity for its application in infertility treatment. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):7-13. (Persian).
5. van den Akker OB. Functions and responsibilities of organizations dealing with surrogate motherhood in the UK. *Hum Fertil* 1998; 1(1):10-3.
6. Yousefi H, Ghahari S. Perspectives and challenges of surrogacy in Iran. *J Reprod Infertil* 2008; 9(2):137-43. (Persian).
7. Callman J. Surrogacy—a case for normalization. *Hum Reprod* 1999; 14(2):277-8.
8. Ardakani ZB, Akhondi MM, Yaghmaie F, Milanifar AR. Consultations and health assessments in surrogacy. *J Reprod Infertil* 2008; 9(2):107-41. (Persian).
9. Ziaee T, Gobadi KH, Ziaee F. Positive and negative effects of surrogacy from the view of married people in Gorgan. *J Gorgan Facul Nurs Midwifery* 2007; 12:45-9. (Persian).
10. Minai J, Suzuki K, Takeda Y, Hoshi K, Yamagata Z. There are gender differences in attitudes toward surrogacy when information on this technique is provided. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 132(2):193-9.
11. Schuiling KD, Likis FE. Women's gynecologic health. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers; 2011.
12. Gardner DK. In vitro fertilization: a practical approach. Florida: CRC Press; 2006.
13. Covington SN, Burns LH. Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2006.
14. Balen AH. Infertility-epidemiology, diagnosis, counseling. *Infertility in practice*. New York: Informa Healthcare, Churchill Livingstone; 2008. P. 1-114.
15. Pashmi M, Ahmadi SA, Tabatabaie SM. The need for counseling surrogate mothers before practicing surrogacy. *J Reprod Infertil* 2009; 9(4):361-72. (Persian).
16. Kiyarash A. Ethical assessment of monetary relationship in surrogacy. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):36-42. (Persian).
17. Rao KA, Brinsden PR, Sathanathan AH. Infertility manual. New York: Mcgraw-Hill; 2008.
18. Seifi G. Third party rights in surrogate mother contracts. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):65-81. (Persian).
19. Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update* 2003; 9(5):483-91.
20. Braude P, Muhammed S. Assisted conception and the law in the United Kingdom. *BMJ* 2003; 327(7421):978-81.
21. Qasemzadeh SM. Surrogacy contracts in the Iranian law. *J Reprod Infertil* 2008; 9(2):182-94. (Persian).
22. Rahimi HA. Civil responsibility in surrogacy. *J Reprod Infertil* 2008; 9(2):165-81. (Persian).
23. MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadva V, Golombok S. Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Hum Reprod* 2003; 18(6):1334-42.
24. Asghari F. Ethical issues in surrogate motherhood. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):30-5. (Persian).
25. Imrie S, Jadva V. The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reprod Biomed Online* 2014; 29(4):424-35.
26. Akhondi MM, Ardekani ZB. Surrogacy and the necessity for its application in infertility treatment. *J Reprod Infertil* 2008; 9(1):7-13. (Persian).
27. Sohrabvand F, Jafarabadi M. Knowledge and attitudes of infertile couples about assisted reproductive technology. *Iran J Reprod Med* 2009; 3(2):90-4.
28. Rahmani A, Sattarzadeh N, Gholizadeh L, Sheikhalipour Z, Allahbakhshian A, Hassankhani H. Gestational surrogacy: viewpoint of Iranian infertile women. *J Hum Reprod Sci* 2011; 4(3):138.
29. Kian EM, Riazi H, Bashirian S. Attitudes of Iranian infertile couples toward surrogacy. *J Hum Reprod Sci* 2014; 747(1):47-51.
30. Fereydouni S, Fereydouni B, Solimani H. Attitude of male and female subjects towards oocyte donation in Shiraz. *J Reprod Infertil* 2009; 10(1):51-7. (Persian).
31. Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Hum Reprod* 2003; 18(10):2196-204.
32. Ragoné H. *Surrogate Motherhood*. Boulder, CO: Westview; 1994.
33. Latifnejad R, Jafari J, TaghipurA KN, Ebrahimzadeh S. The association of religious beliefs in infertile couples' attitude towards donation procedures and its selection as a therapeutic approach to infertility. *J Mashhad Univ Med Sci* 2007; 16(44):1-10.
34. Abbasi-Shavazi MJ, Nasrabad HB, Ardekani ZB, Akhondi MM. Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran. *J Reprod Infertil* 2006; 7(2):139-48. (Persian).

35. Drabiak K, Wegner C, Fredland V, Helft PR. Ethics, law, and commercial surrogacy: a call for uniformity. *J Law Med Ethics* 2007; 35(2):300-9.
36. Galbraith M, McLachlan HV, Swales JK. Commercial agencies and surrogate motherhood: a transaction cost approach. *Health Care Anal* 2005; 13(1):11-31.
37. Stöbel-Richter Y, Goldschmidt S, Brähler E, Weidner K, Beutel M. Egg donation, surrogate mothering, and cloning: attitudes of men and women in Germany based on a representative survey. *Fertil Steril* 2009; 92(1):124-30.
38. Suzuki K, Hoshi K, Minai J, Yanaihara T, Takeda Y, Yamagata Z. Analysis of national representative opinion surveys concerning gestational surrogacy in Japan. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 126(1):39-47.
39. Ahmari Tehran H, Jafarbagloo E, Zia Sheikholeslami N, Abedini Z, Heidarpoor A. Surrogacy: infertile women's attitude. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 4(1):62-70. (Persian).
40. Kazemifard Y, Jafarian J, Zahedi R, Mosala Nezhad H. Attitude of rural infertile women towards surrogacy in Jahrom town. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(33):26-32. (Persian).
41. Bruce-Hickman K, Kirkland L, Ba-Obeid T. The attitudes and knowledge of medical students towards surrogacy. *J Obstet Gynaecol* 2009; 29(3):229-32.
42. Saito Y, Matsuo H. Survey of Japanese infertile couples' attitudes toward surrogacy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2009; 30(3):156-61.
43. 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.
44. Poote AE, van Den Akker OB. British women attitudes to surrogacy. *Hum Reprod* 2009; 24(1):139-45.
45. Fasouliotis SJ, Schenker JG. Social aspect in assisted reoroduction. *Hum Repord Update* 1999; 5(1):26-39.
46. Reilly DR. Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers. *CMAJ* 2007; 176(4):483-5.
47. Jones HW Jr. Commentary on ACOG committee opinion number 88, November 1990--"Ethical issues in surrogate motherhood. *Woman Health Issues* 2000; 1(3):138-9.