

ارزیابی پیامدهای روانی و اجتماعی رحم جایگزین در مادر جایگزین و کودک حاصل از این روش: یک مطالعه مروری

دکتر میترا صوابی اصفهانی^۱، حدیث سوری نژاد^۲، الهام ادیب مقدم^{۲*}، زهرا محبی^۳

۱. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. مربی گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۰۵

خلاصه

مقدمه: یکی از تکنیک‌های جدید کمک باروری، رحم جایگزین است که میزان استفاده از آن در حال افزایش است. با این وجود، پیامدهای روانی و اجتماعی این تکنیک، به صورت جامع مورد بررسی قرار نگرفته است، لذا مطالعه مروری حاضر با هدف بررسی این پیامدها متعاقب رحم جایگزین در مادر جایگزین و کودک صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه مروری جهت یافتن مطالعات مرتبط، در بازه زمانی ۲۰۱۸-۱۹۹۰ از پایگاه‌های فارسی SID و Magiran و پایگاه‌های انگلیسی Pubmed، Scopus، Elsevier، Weily online library، SID، Web Of Sciences و موتور جستجوی Google Scholar استفاده شد. برای دستیابی به تمام مقالات فارسی و انگلیسی مورد نظر از کلیدواژه‌های فارسی مادر جایگزین، ارتباط مادر-کودک، ارتباط مادر-جنین، ارتباط، پیامد روانی، پیامد اجتماعی و کلیدواژه‌های انگلیسی Surrogate mother، surrogacy، Maternal-fetal، relations، mother-child relationships، family، surrogates، attachment، bonding، social outcome، psychology، با همه ترکیبات احتمالی این کلمات استفاده شد. از بین ۵۰۰ مقاله، ۱۸ مقاله واجد شرایط پژوهش بود و برای این مطالعه انتخاب شدند.

یافته‌ها: نتایج مطالعات مختلف بیانگر این مسأله بود که تولد کودک برای مادران جایگزین و خانواده متقاضی پدیده‌ای استرس‌آور است که می‌تواند سبب افسردگی در مادر جایگزین شود. تفاوت عمده‌ای در تکامل، ابعاد روانی و اجتماعی کودکان متولد شده به روش رحم جایگزین با کودکانی طبیعی وجود نداشت. نتایج تست‌های شخصیتی و متغیرهای روان‌شناختی در بیشتر مادران جایگزین طبیعی بوده و آسیب‌های روان‌شناختی جدی در آنان مشاهده نشده بود.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی جایگزینی در اکثر مادران جایگزین تجربه‌ای مثبت تلقی شده است. کودکان متولد شده نیز احساس خوبی نسبت به مادر جایگزین خود داشته و به‌لحاظ روان‌شناختی، تفاوتی با کودکان طبیعی نداشته‌اند. البته توجه به این نکته ضروری است که تفاوت در فرهنگ کشورها، تجربیات و سیستم‌های حمایتی آنها، ممکن است بر پیامدهای روانی و اجتماعی در رحم جایگزین تأثیرگذار باشند.

کلمات کلیدی: پیامد اجتماعی، پیامد روانی، کودک، مادر، مادر جایگزین

* نویسنده مسئول مکاتبات: الهام ادیب مقدم؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۷۶۱۸؛ پست الکترونیک: adibme921@gmail.com

مقدمه

احتمال داشتن فرزند توسط تکنیک‌های کمک باروری به میزان زیادی افزایش پیدا کرده اما در عین حال، با مسائل پیچیده‌ای همراه است (۱). یکی از این روش‌ها که استفاده از آن قدمت طولانی دارد، استفاده از مادر جایگزین بوده که با پیشرفت تکنولوژی‌های کمک باروری و افزایش شیوع ناباروری، میزان استفاده از آن نیز افزایش یافته است (۲، ۳). در این روش، والدین متقاضی، بارداری و زایمان را به شخصی به نام مادر جایگزین واگذار می‌کنند (۴). روش مادر جایگزین روشی است که در آن بانوی صاحب رحم توافق خود را جهت بارداری برای زوجین نابارور اعلام می‌کند 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 (۵، ۶). استفاده از این روش در بسیاری از زوجین تنها گزینه در بین تکنیک‌های کمک باروری است؛ به طوری که طبق گزارشات، تعداد کودکان حاصل از رحم جایگزین کامل در آمریکا در سال‌های ۲۰۰۴-۲۰۰۸ به میزان ۸۹٪ افزایش یافته است و بر اساس داده‌های ثبت شده در ایالت متحده، در سال ۲۰۱۸، ۶۹/۴٪ کلینیک‌های ناباروری از این روش درمانی استفاده می‌کنند (۷-۹).

این تکنیک اولین بار توسط اوتیان و همکاران (۱۹۸۵) مورد استفاده قرار گرفت (۱۰). استفاده از رحم جایگزین به دو صورت است: نوع اول رحم جایگزین جزئی (نسبی^۱ یا سنتی^۲) است که در آن مادر جایگزین با پدر قانونی، والدین ژنتیکی کودک می‌باشند و به منظور ایجاد جنین از روش لقاح آزمایشگاهی (IVF)^۳ استفاده می‌شود. نوع دوم رحم جایگزین کامل^۴ است که زن باردار هیچ ارتباط ژنتیکی با جنین ندارد و فقط جنین زوج دیگری را که در آزمایشگاه لقاح یافته، پرورش می‌دهد (۱۱). 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 انسان‌دوستانه انجام پذیرد. در این مقاله، به رحم جایگزین کامل پرداخته می‌شود (۲، ۴، ۱۴-۱۲). مواردی که استفاده از رحم جایگزین مدنظر قرار می‌گیرند شامل: نداشتن مادرزادی رحم یا در اثر هیستروکتومی، ناهنجاری‌های شدید مولرین، ناموفق بودن درمان‌های مکرر سقط راجعه، ۳ یا بیش از ۳ بار شکست در انتقال جنین به روش IVF، مواردی که بارداری برای مادر خطرناک باشد، درمان دارویی جهت بیماری مادر که ممکن است اثر تراژونیک بر جنین داشته باشد و تاریخچه ضعیف مامایی می‌باشند (۷، ۱۵).

با وجود افزایش میزان استفاده از رحم جایگزین، در تعداد اندکی از مطالعات پیامدهای روانی و اجتماعی این مسأله مورد بررسی قرار گرفته است (۱۶). از آنجایی که فرآیند رحم جایگزین، نیازمند تعامل بین مادر جایگزین، والدین متقاضی و کودک می‌باشد، بنابراین توجه به جنبه‌های روانی و اجتماعی آن بسیار اهمیت خواهد داشت (۲). از طرفی تأثیر مادر جایگزین بر روی سلامت روان و روابط او با خانواده خود در درازمدت نیز مورد بحث است (۱۷). همچنین عوامل خاصی نیز که ممکن است منجر به آسیب روانی مادر جایگزین شوند، همچنان ناشناخته باقی مانده‌اند (۱۸، ۱۹). تجربیات مادر جایگزین با توجه به نوع جایگزینی (ژنتیکی یا بارداری) نیز متفاوت است؛ به طوری که در بین مادران جایگزین آشنا برای والدین متقاضی مانند اعضای خانواده آنان و یا مادران جایگزین نآشنا نیز این تجربه متفاوت می‌باشد (۱۷). از آنجایی که فرآیند رحم جایگزین و مادر جایگزین، سرانجام نامعلومی دارد، بنابراین می‌تواند منجر به اضطراب مادر جایگزین و متقاضی گردد و هرچه به انتهای بارداری، زایمان و تحویل نوزاد نزدیک‌تر می‌شود، این استرس افزایش می‌یابد و این استرس بالا می‌تواند عواقب نامطلوب پری‌ناتال را به دنبال داشته باشد (۲۰، ۲۱). مطالعه تیاجی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که مادران رحم جایگزین اضطراب و افسردگی بیشتری را در دوران بارداری و پس از زایمان را تجربه می‌کنند (۲۲). با این وجود در مطالعه قلیچی و همکاران (۲۰۱۷) گزارش

¹ Partial surrogacy

² Traditional surrogacy

³ In vitro fertilization

⁴ Full surrogacy

شد که سطح اضطراب در مادران رحم جایگزین بیشتر از مادران با بارداری نرمال نیست (۲۳).

در ارتباط با دلبستگی مادر به جنین در مادران رحم جایگزین، مطالعه فیشر و همکاران (۱۹۹۱) نشان داد که مادر صاحب رحم کمتر به جنین خود دلبسته شده و متعاقب تحویل کودک نیز کمتر دچار آزردهی می‌شود (۲۴). تیو (۲۰۰۷) گزارش کرد که مادران جایگزین لازم است که خود این تصمیم را بگیرند تا کمتر دلبسته جنین شوند، در این صورت آسان‌تر نوزاد را تحویل والدین می‌دهند (۲۵). در مطالعه قلیچی و همکاران (۲۰۱۷) در ایران نیز گزارش شد که دلبستگی بین زنان رحم جایگزین و جنین کمتر از زنان با بارداری نرمال می‌باشد (۲۳).

به لحاظ سلامت روان، برخی مادران جایگزین در چند هفته اول بعد از تولد، مشکلات اندکی را گزارش می‌کنند که به‌نظر می‌رسد در طول زمان کاهش می‌یابد (۲۶). در مطالعه وان دن آکر (۲۰۰۵) و جادوا و همکاران (۲۰۰۳) مشاهده شد که عمده مادران جایگزین ۶ ماه الی ۱ سال بعد از تولد مشکلات روحی پیدا می‌کنند (۲۶، ۲۷). در این زمینه کلی (۲۰۰۹) اظهار می‌دارد که اغلب مادران جایگزین ژنتیکی پس از تحویل نوزاد به خانواده متقاضی، احساس از دست دادن، ناراحتی و گناه می‌کنند؛ در نتیجه مستعد افسردگی و اضطراب پس از تحویل نوزاد هستند (۲۸). در حالی که جادوا و همکاران (۲۰۱۴) گزارش می‌کند که در مواردی که مادر جایگزین از نوع جایگزین بارداری باشد، چنین احساسی را تجربه نخواهند کرد (۱۷). همچنین تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که بیشتر مادران جایگزین، تجربه مثبتی از جایگزینی داشته و پیامدهای روانی ناشی از حمل جنین فرد دیگری را متحمل نمی‌شوند (۲۰، ۲۶، ۲۹).

نتایج مطالعات، تفاوت عمده‌ای را در تکامل کودکان متولد شده به روش رحم جایگزین با کودکانی طبیعی نشان ندادند (۱۶، ۳۴-۳۰). معمولاً در سازگاری کودکان جایگزین با والدین متقاضی مشکلی وجود ندارد، اما در برخی مطالعات مشاهده شده که در سن ۷ سالگی، کودکان متولد شده از طریق رحم جایگزین، مشکلات سازگاری بیشتری نسبت به خانواده‌های طبیعی وجود

داشته که البته از نظر بالینی قابل توجه نبوده است و تا سن ۱۰ سالگی برطرف شده است (۳۵).

در مورد تداوم ارتباطی خانواده‌های متقاضی با مادر جایگزین، مطالعات نشان داده‌اند که اکثر این خانواده‌ها در حین بزرگ شدن کودک، تماس خود را با مادر جایگزین حفظ می‌کنند (۱۶). این تداوم ارتباط چالش برانگیز بوده و سؤالاتی از این قبیل ایجاد می‌کند که کودکان خود مادر جایگزین چه احساسی نسبت به والدین متقاضی و کودک جایگزین خواهند داشت؟ با این وجود تأثیر داشتن یا نداشتن این ارتباط بر روی کودکان مادر جایگزین، مورد بررسی قرار نگرفته است (۱۴). درحالی‌که نتایج مطالعه هنی و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که این ارتباط برای مادر جایگزین اثرات مثبتی دارد، زیرا از وضعیت سلامتی کودک آگاه می‌گردد (۳۶).

با توجه به اینکه رحم جایگزین یکی از روش‌هایی است که در فرآیند ناباروری ممکن است مورد استفاده قرار گیرد و در این فرآیند مادر جایگزین، والدین متقاضی و کودک با یکدیگر تعامل دارند، توجه به جنبه‌های روانی این مسأله بسیار اهمیت دارد. 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. 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 (۱۹).

بررسی مسائل روانی و اجتماعی این پدیده جهت شناسایی و تدوین استراتژی‌هایی که منجر به موفقیت این فرآیند شود و پیامدهای مثبت آن را تقویت کند، ضروری به‌نظر می‌رسد، لذا مطالعه مروری حاضر با هدف ارزیابی پیامدهای روانی و اجتماعی رحم جایگزین در مادر میزبان و کودک انجام شد.

روش کار

در این مطالعه مروری جهت یافتن مطالعات مرتبط، در بازه زمانی ۲۰۱۸-۱۹۹۰ از پایگاه‌های فارسی SID و magiran و پایگاه‌های انگلیسی Scopus, Pubmed

، Elsevier، Weily online library، SID، Web Of Sciences و موتور جستجوی Google Scholar استفاده شد و تمام مقالات منتشر شده از سال ۱۳۶۹ تا ۱۳۹۷/۶/۳۱ مورد بررسی قرار گرفتند. برای دستیابی به تمام مقالات فارسی و انگلیسی مورد نظر از کلیدواژه‌های فارسی مادر جایگزین، ارتباط مادر-کودک، ارتباط مادر-جنین، ارتباط، پیامد روانی، پیامد اجتماعی و کلیدواژه‌های انگلیسی Surrogate Maternal-fetal surrogacy، mother-mother-child relationships، relations، attachment، bonding، surrogates' family با social outcome، psychology outcome همه ترکیبات احتمالی این کلمات استفاده شد. برای به حداکثر رساندن جامعیت جستجو، فهرست منابع مورد استفاده در تمامی مقالات مرتبطی که در جستجوی فوق یافت شده بودند، به شکل دستی مورد بررسی قرار گرفت.

در آغاز لیستی از عناوین و خلاصه تمام مقالاتی که در پایگاه‌های ذکر شده بود، تهیه گردید. مطالعات انتخاب شده بین سال‌های ۲۰۱۸-۱۹۹۰ انجام شده بودند. معیار اصلی ورود مطالعات در مطالعه مروری حاضر، مقالات منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی بود که پیامدهای روانی و اجتماعی را در مادر جایگزین، خانواده‌های متقاضی و کودکان متولد شده از این روش مورد بررسی قرار داده بودند. سایر معیارهای ورود به مطالعه شامل: مشخص بودن اهداف، روش کار، حجم نمونه، آنالیز و نتیجه‌گیری مطالعات بودند. معیارهای خروج نیز شامل: داشتن محتوایی خارج از مطالعه، مقالات ارائه شده در همایش‌ها، نامه به سردبیر، حجم کم نمونه، داده‌های ناکافی مقالات و عدم امکان دسترسی به متن کامل مقالات مرتبط بود.

در ابتدا بر اساس استراتژی جستجو و کلیدواژه‌های مورد نظر، فهرستی از تمام مقالات موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی نام برده تهیه شد. عناوین مقالات جستجو شده توسط پژوهشگران بررسی و موارد تکراری حذف گردید. در مرحله بعد عنوان و چکیده مقالات باقی‌مانده بررسی و مقالات غیرمرتبط کنار گذاشته شدند. سپس متن

کامل مقالات به ظاهر مرتبط، با استفاده از چک لیست^۱ STROBE مورد بررسی قرار گرفتند و در نهایت مقالاتی که حد نصاب نمره ارزیابی کیفی را دریافت کردند، وارد مطالعه مروری حاضر شدند. به‌منظور جلوگیری از سوگیری احتمالی، تمام مراحل استخراج و بررسی منابع توسط دو پژوهشگر و مستقل از یکدیگر انجام شد. در صورت وجود اختلاف نظر بین دو پژوهشگر، مقاله توسط نفر سوم مورد بررسی قرار می‌گرفت.

مطالعات متعدد به شیوه کمی و کیفی که از لحاظ محتوا با هدف مطالعه حاضر قرابت داشتند، انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. در جستجوی اولیه تعداد ۱۷۸۹ مقاله یافت شد که پس از حذف موارد تکراری و مطالعات غیرمرتبط، تعداد ۵۰۰ مقاله مورد بررسی قرار گرفت. پس از بررسی عنوان و چکیده ۵۰۰ مطالعه یافت شده، تعداد ۳۱ مقاله از نظر متن کامل بررسی شدند که از این تعداد، پس از بررسی معیارهای ورود و خروج و ارزیابی کیفی، ۱۳ مقاله به‌دلیل عدم تطابق با معیارهای ورود به مطالعه حذف و در انتها تعداد ۱۸ مقاله برای این مطالعه مروری انتخاب شدند.

جمعیت مورد مطالعه مادران جایگزین، مادران متقاضی رحم جایگزین، کودکان متولد شده به‌روش جایگزینی و کودکان مادران جایگزین بودند. تعداد ۸ مطالعه به بررسی والدین و کودکان متولد شده به‌روش جایگزینی در ۱ سالگی، ۲ سالگی، ۳ سالگی، ۷ سالگی، ۱۴ سالگی، ۵-۹ سالگی و ۱۰ سالگی و یک مطالعه به بررسی صرف مادر متقاضی رحم جایگزین پرداختند (۱۶، ۳۵-۳۰، ۳۷، ۳۸). یک مطالعه به بررسی تأثیر جایگزینی بر فرزندان بالای ۱۲ سال خود مادران جایگزین و ۸ مطالعه به بررسی مادران جایگزین (۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۴۲-۳۹) پرداختند.

در مرحله بعد پس از تعیین مقالات منتخب، پژوهشگران با استفاده از چک لیست STROBE مقالات را مورد ارزیابی کیفی قرار دادند. هدف از ارائه این چک لیست، ارائه توصیه‌هایی به‌منظور شفاف نمودن هرچه بیشتر

¹ Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

قابل کسب از نظر چک لیست استروب و معیارهای ورود حذف و در انتها تعداد ۱۸ مقاله برای این مطالعه مروری انتخاب شدند.

تمام مقالات نهایی وارد شده به فرآیند مطالعه، توسط یک چک لیست از قبل تهیه شده، آماده استخراج شدند. چک لیست شامل نام نویسنده یا نویسندگان، سال انجام پژوهش، نوع پژوهش، مکان انجام پژوهش، هدف از انجام پژوهش، تعداد نمونه، ابزار مورد استفاده و نتایج حاصل از مقالات بود.

در مطالعه حاضر، یافته‌ها از دو منظر مورد بررسی قرار گرفتند:

۱. پیامدهای روانی و اجتماعی رحم جایگزین بر کودکان متولد شده به روش جایگزینی و کودکان مادران جایگزین
۲. پیامدهای روانی و اجتماعی رحم جایگزین بر مادر جایگزین و خانواده متقاضی

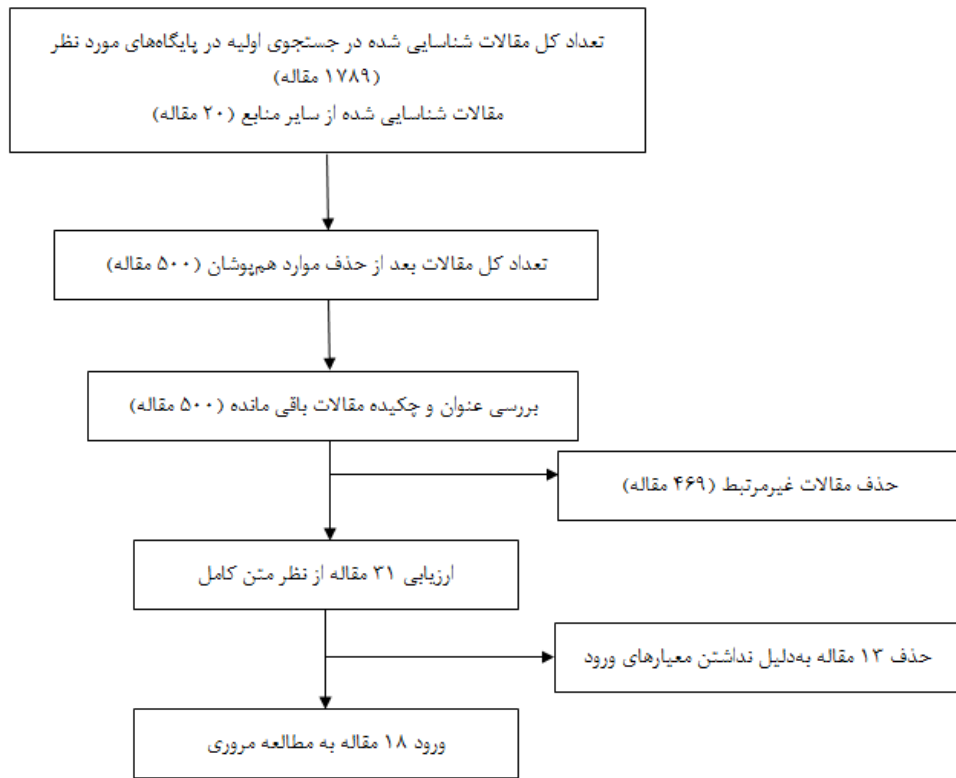
یافته‌ها

در جستجوی اولیه تعداد ۱۷۸۹ مقاله یافت شد که پس از حذف موارد تکراری و مطالعات غیرمرتبط، تعداد ۵۰۰ مقاله مورد بررسی قرار گرفت که از این تعداد پس از بررسی عنوان و چکیده، تعداد ۳۱ مقاله از نظر متن کامل مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد، ۱۳ مقاله به دلیل عدم تطابق با معیارهای ورود به مطالعه حذف و در انتها تعداد ۱۸ مقاله برای این مطالعه مروری انتخاب شدند (شکل ۱).

طراحی، روش اجرا و یافته‌های مطالعات مشاهده‌ای بود و به عبارت دیگر، هدف بیانیه STROBE، «گزارش» هرچه بهتر مطالعات مشاهده‌ای و نه «اجرای» هرچه بهتر این مطالعات است (۴۳، ۴۴).

چک لیست STROBE مشتمل بر ۶ بخش کلی تحت عناوین: عنوان و چکیده، مقدمه، روش‌ها، نتایج، بحث و سایر اطلاعات است. برخی از این عناوین به زیرمجموعه‌های دیگری تقسیم می‌شوند و در مجموع، این بیانیه مشتمل بر ۲۲ بند است. از مجموع ۲۲ بند این بیانیه، ۱۸ بند به صورت عمومی در تمامی انواع مطالعات مشاهده‌ای اعم از هم‌گروه، مورد-شاهدی و مقطعی مورد استفاده قرار می‌گیرند و ۴ بند به صورت تخصصی برحسب نوع مطالعه، لحاظ می‌گردند. در این چک لیست جنبه‌های متنوع متدلوژی شامل روش‌های نمونه‌گیری، اندازه‌گیری متغیرها، تحلیل آماری، تعدیل مخدوش‌کننده‌ها، ذکر مشخصات روایی و پایایی ابزارهای مورد استفاده و اهداف مطالعه را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۴۵).

به هر قسمت از چک لیست دو امتیاز داده شد و در انتها، مجموع امتیاز داده شده به مقالات توسط دو پژوهشگر با هم مقایسه شدند. حداقل نمره قابل کسب ۱۵/۵ در نظر گرفته شد و مقالاتی که حد نصاب نمره ارزیابی کیفی را دریافت کردند، وارد مطالعه شدند (۴۶). در مطالعه حاضر، پس از حذف موارد تکراری و مطالعات غیرمرتبط، در نهایت تعداد ۳۱ مقاله مورد بررسی قرار گرفتند که پس از بررسی معیارهای ورود و خروج و ارزیابی کیفی، ۱۳ مقاله به دلیل عدم کسب حداقل نمره



نمودار ۱- مراحل انتخاب و ورود مقالات به مطالعه

از زوجین بارور طبیعی مشاهده نشد (۳۲). علاوه بر این در مطالعه گلوبوبوک و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی کودک متولد شده از رحم جایگزین انجام دادند، نشان داد که اگرچه تعامل مثبت مادران و این کودکان کمتر از کودکان متولد شده از زوجین بارور طبیعی بوده است، ولی سازگاری روانی در بین این کودکان تفاوتی با یکدیگر نداشته است (۳۳). نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد پیامدهای روانی انواع تکنیک‌های کمک باروری در سنین ۱، ۲، ۳، ۷، ۱۰ و ۱۴ سالگی، بیانگر این موضوع است که تفاوتی در سلامت روانی، اعتماد به نفس و مشکلات سازگاری در این سنین بین این کودکان و کودکان دیگر وجود ندارد. تنها در سن ۷ سالگی، کودکانی که از طریق رحم جایگزین متولد شده بودند، مشکلات سازگاری بیشتری نسبت به خانواده‌های با باروری طبیعی داشتند که از نظر بالینی قابل توجه گزارش نشده بود (۲۲، ۲۷). مطالعه گلوبوبوک و همکاران (۲۰۱۳) که سازگاری روانی این کودکان را با کودکان طبیعی در سن ۳، ۷ و ۱۰ سالگی مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد که کودکان متولد شده از رحم جایگزین

یافته‌ها به لحاظ پیامدهای روانی و اجتماعی بر کودکان متولد شده به‌روش جایگزینی، کودکان مادران جایگزین، مادر جایگزین و خانواده متقاضی مورد بررسی قرار گرفت.

پیامدها متعاقب رحم جایگزین بر کودکان متولد شده به‌روش جایگزینی و کودکان مادران جایگزین:

یافته‌های حاصل از مطالعات با انجام پیگیری کودکان از سن ۱-۱۰ سالگی نشان داد که تفاوتی در تکامل کودکان متولد شده به‌روش رحم جایگزین یا اهدای تخمک، با کودکانی که به‌طور طبیعی متولد شده بودند، مشاهده نشده است (۱۶، ۳۴-۳۰). از طرفی نتایج مطالعه شلتون و همکاران (۲۰۰۹) بیانگر این موضوع بود که مشکلات سازگاری کودکان حاصل از رحم جایگزین، در میانه کودکی تفاوتی با کودکان طبیعی نداشته است (۳۷). همچنین در مطالعه گلوبوبوک و همکاران (۲۰۰۶) که سلامت روان‌شناختی، ارتباط والد با کودک و عملکرد کودک حاصل از رحم جایگزین را در سن ۲ سالگی مورد بررسی قرار دادند، تفاوتی از نظر تکامل شناختی، عاطفی و اجتماعی در این کودکان نسبت به کودکان متولد شده

در سن ۷ سالگی از مشکلات سازگاری بالاتری نسبت به دیگر کودکان برخوردار بودند، ولی این تفاوت در سن ۳ و ۱۰ سالگی مشاهده نشد (۳۴).

نتایج مطالعه جادوا و همکاران (۲۰۰۳) که به بررسی وضعیت فرزندان مادران جایگزین پرداخت، نشان داد که این کودکان نسبت به جایگزین بودن مادر خود واکنش مثبتی داشته‌اند (۲۶). علاوه بر این نتایج مطالعه همین پژوهشگر (۲۰۱۲، ۲۰۱۳) که بر روی ۳۶ نفر از فرزندان بالای ۱۲ سال مادران جایگزین که از اقدام مادر خود اطلاع داشتند، انجام شد، بیانگر این بود که اکثر این کودکان نیز دیدگاه مثبتی نسبت به جایگزین بودن مادر خود داشتند و از اینکه مادرشان می‌تواند به افراد دیگر کمک کند، احساس غرور می‌کردند و برخی از آنان این پدیده را ارزشمند دانسته و یکی از جنبه‌های مثبت آن را داشتن ارتباط با والدین متقاضی و کودک جایگزین اظهار می‌کردند (۱۴، ۱۶). به‌طور کلی وضعیت روانی کودکان متولد شده از مادر جایگزین در مقایسه با کودکانی که با استفاده از سایر روش‌های کمک باروری و یا به‌صورت طبیعی متولد شده‌اند، متفاوت نمی‌باشد.

پیامدها متعاقب رحم جایگزین بر مادر جایگزین و خانواده متقاضی:

در مطالعه جادوا و همکاران (۲۰۱۴) که پس از ۱۰ سال پیگیری بر مادران جایگزین صورت گرفت، نمره اعتماد به نفس مادران جایگزین در محدوده طبیعی قرار داشت و در مقیاس افسردگی بک، نشانه‌های افسردگی مشاهده نشد. در واقع مادران جایگزین پس از تولد کودک، مشکلات روان‌شناختی را تجربه نکرده بودند و سازگاری روانی و پایداری عاطفی در آنان طبیعی گزارش شد (۱۷). در مطالعه جادوا و همکاران (۲۰۰۳) نیز که افسردگی مادران جایگزین را یک سال پس از تولد توسط مقیاس افسردگی ادینبورگ بررسی کرد، هیچ‌یک از مادران جایگزین به افسردگی مبتلا نبودند و پدیده جایگزینی برای آنان تجربه‌ای مثبت بود و مادران پس از این کار احساس خودارزشی و موفقیت داشتند و از اعتماد به نفس بالاتری برخوردار بودند و همین مسأله منجر به رضایت آنها شده بود (۲۶). پیزیتز و همکاران (۲۰۱۳) نیز در رابطه با ویژگی‌ها و پروفایل روان‌شناختی

مادران جایگزین نشان دادند که بیشتر این مادران در محدوده طبیعی تست‌های شخصیتی قرار داشتند (۴۷). علاوه بر این تجربه جایگزینی می‌تواند برای مادر جایگزین تجربه‌ای مثبت باشد و یکی از جنبه‌های مثبت این فرآیند، نشاط‌آور بودن لحظه تولد برای مادر جایگزین است، زیرا با کامل شدن فرآیند زایمان اطمینان خاطر می‌یابد که مسئولیتش را به صحت و درستی به انجام رسانده است (۲۶). البته این نشاط می‌تواند با ناراحتی نیز همراه باشد که در واقع حاکی از احتمال قطع ارتباط پس از زایمان با والدین متقاضی و کودک متولد شده است (۲۰، ۳۹). یافته‌های حاصل از برخی مطالعات انجام شده در مورد مشکلات ایجاد شده برای مادر جایگزین پس از تولد نوزاد و تحویل وی به خانواده متقاضی، نشان داد که مادران جایگزین پس از تحویل کودک مشکلاتی را تجربه کرده‌اند، اما این مشکلات خیلی شدید نبوده و در مدت کوتاهی در نتیجه گذر زمان کاهش یافته و از بین رفته‌اند (۲۶).

در زمینه ارتباط مادر جایگزین با خانواده کودک، یافته‌های مطالعات حاکی از آن بود که احساس مادران جایگزین به این ارتباط عمدتاً مثبت بوده است (۱۷، ۲۶)، اگرچه برخی مادران جایگزین اظهار داشتند که انتظار آنان از ارتباط با خانواده متقاضی بیش از حد انتظارشان بوده، ولی اکثر آنان احساس مثبتی نسبت به کودک داشتند. همچنین بیشتر مادران جایگزین تمایل داشتند که ارتباط خود را با کودک حفظ کنند و در صورت تمایل کودک به ارتباط با آنان، در دسترس وی باشند. از طرفی هیچ‌یک از مادران جایگزین نسبت به جایگزین بودن خود اظهار پشیمانی نکردند (۱۷)، اما باید به این نکته توجه داشت که یافته‌های حاصل از برخی مطالعات نشان داده که تولد کودک، هم برای مادر جایگزین و هم برای والدین متقاضی فرآیندی استرس‌آور است (۲۰، ۳۹).

در بررسی سلامت روانی والدین متقاضی، کیفیت ارتباط والد و کودک و همچنین خلق‌وخوی نوزاد که پس از یک سال از تولد ۴۲ کودک حاصل از مادر جایگزین، ۵۱ کودک حاصل از اهدای اسپرم یا تخمک و ۸۰ کودک طبیعی انجام شد، نشان داد که سلامت روان و سازگاری

با والد در خانواده‌های حاصل از رحم جایگزین نسبت به خانواده‌های با باروری طبیعی بالاتر است (۳۰). تعدادی از محققین با انجام مطالعاتی در این زمینه نشان دادند که تجربه والدی در خانواده‌های متقاضی رحم جایگزین در زمان‌های ۱، ۲ و ۳ سال پس از تولد، نسبت به خانواده‌های با باروری طبیعی تجربه مثبت‌تری بوده است (۳۲-۳۰). در همین رابطه گلوبوک و همکاران (۲۰۰۴) طی بررسی‌هایی که پس از یک سال انجام دادند، نشان دادند که سلامت روانی والدین متقاضی رحم جایگزین نسبت به افرادی که تخم‌گذاری دریافت کرده یا بارداری طبیعی داشتند، بیشتر بوده است. استرس روانی و افسردگی کمتر بوده و دل‌بستگی در مادران و رضایت والدی در پدران بیشتر گزارش شده بود (۳۰). در ارزیابی‌هایی که پس از دو سال توسط همان محقق انجام

گرفت، ارتباط والدین متقاضی با کودک نسبت به والدینی که از اهدای تخم استفاده کرده یا به صورت طبیعی باردار شده بودند، بهتر بوده و در آنها استرس کمتری مشاهده شده بود (۳۲). تجربه منفی والدی و مشکلات ارتباطی در خانواده‌هایی که از رحم جایگزین استفاده کرده بودند در مقایسه با خانواده‌هایی که از سایر روش‌ها استفاده کرده بودند، کمتر گزارش گردید، درحالی‌که میزان پذیرش نسبت به کودک در خانواده‌هایی که از رحم جایگزین استفاده کرده بودند، بالاتر بود (۳۵). یافته‌های به‌دست آمده از مطالعه جادوا و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد که ارتباط مادر جایگزین با خانواده متقاضی در گذر زمان تداوم داشته و مثبت بوده است (۲۶).

جدول ۱- مشخصات مطالعات مورد بررسی

نویسنده / سال / رفرنس	نوع پژوهش	محل پژوهش	هدف پژوهش	تعداد نمونه	ابزار پژوهش	نتیجه
جادوا و همکاران (۲۰۱۲) (۱۶)	کیس سری	انگلستان	ارتباط والدین و کودک با مادر جایگزین و درک کودک از نحوه لقاح خود	۴۲ خانواده متقاضی رحم جایگزین	مصاحبه نیمه‌ساختار یافته	ارتباط خوب خانواده متقاضی با مادر جایگزین در طول زمان، احساس مثبت کودکان نسبت به مادر جایگزین خود
گلوبوک و همکاران (۲۰۰۴) (۳۰)	کوهورت	انگلستان	ارتباط والد کودک در اولین سال زندگی	۵۲ خانواده متقاضی رحم جایگزین، ۵۱ خانواده متقاضی اهدای تخمک، ۸۰ خانواده با بارداری طبیعی	مصاحبه استاندارد، پرسشنامه سنجش سلامت روان والدین، کیفیت ارتباط والد کودک و خلق‌وخوی کودک	سلامت روان و سازگاری والدی بالاتر در خانواده متقاضی مادر جایگزین نسبت به خانواده‌های طبیعی
گلوبوک و همکاران (۲۰۰۶) (۳۲)	کوهورت	انگلستان	عملکرد والدی، ارتباط والد کودک و تکامل روانی کودک در ۲ سالگی	۳۷ خانواده متقاضی رحم جایگزین، ۴۸ خانواده متقاضی اهدای تخمک و ۶۸ خانواده با بارداری طبیعی	مصاحبه استاندارد پرسشنامه سنجش سلامت روان والدین، ارتباط مادر کودک، سلامت روان کودک	عدم تأثیر منفی جایگزینی بر والدی و تکامل کودک در سن ۲ سالگی
گلوبوک و همکاران (۲۰۰۶) (۳۱)	کوهورت	انگلستان	ارتباط والد کودک و سلامت روان مادر و پدر متقاضی و کودک در سن ۳ سالگی	۳۴ خانواده متقاضی رحم جایگزین، ۴۱ خانواده متقاضی اسپرم اهدایی و ۴۱ خانواده متقاضی تخمک اهدایی و ۶۷ خانواده با بارداری طبیعی	مصاحبه استاندارد پرسشنامه سنجش سلامت روان والدین، ارتباط مادر کودک، سلامت روان کودک	عدم تأثیر منفی جایگزینی بر ارتباط والد کودک و سلامت روان مادر، پدر و کودک در سن ۳ سالگی
گلوبوک و همکاران (۲۰۱۱) (۳۳)	کوهورت	انگلستان	تأثیر مادر جایگزین بر ارتباط مادر کودک و سازگاری روانی کودکان در ۷ سالگی	۲۲ خانواده متقاضی رحم جایگزین، ۳۲ خانواده متقاضی اهدای تخمک و ۵۴ خانواده با بارداری طبیعی	مصاحبه استاندارد، پرسشنامه سازگاری روانی کودک	سازگاری مناسب کودکان و عملکرد خوب خانواده در ۷ سالگی
گلوبوک و همکاران (۲۰۱۳) (۳۴)	کوهورت	انگلستان	سازگاری کودکان متولد شده از طریق اهدای باروری در سن ۳، ۷ و ۱۰ سالگی	۳۰ خانواده متقاضی رحم جایگزین، ۳۱ خانواده متقاضی تخمک اهدایی، ۳۵ خانواده متقاضی اسپرم اهدایی، ۵۳ خانواده با بارداری طبیعی	مصاحبه استاندارد، پرسشنامه سنجش اضطراب، افسردگی و کیفیت زوجی، سازگاری کودکان	کودکان حاصل از رحم جایگزین به دلیل عدم پرورش در رحم مادر متقاضی در بارداری و نداشتن ارتباط با وی مشکلات بیشتری در سازگاری روانی نسبت به کودکان روش اهدای تخم که با مادر متقاضی ارتباط ژنتیکی نداشته ولی در رحم وی پرورش می‌یابند، تجربه می‌کنند.
شلتون و همکاران (۲۰۰۹) (۳۷)	کوهورت	انگلستان	مشکلات سازگاری روانی در بین کودکان متولد شده توسط ART	۷۶۹ کودک ۵ تا ۹ سال (۲۱) کودک متولد شده به روش رحم جایگزین	پرسشنامه سنجش سازگاری روانی کودک	عدم تفاوت در سازگاری روانی کودکان متولد شده از طریق مادر جایگزین با کودکان متولد شده از زوجین با باروری طبیعی

جداوا و همکار (۲۰۱۳) (۱۴)	بخشی از مطالعه دیگر	ایالت متحده آمریکا	تأثیر استفاده از رحم جایگزین بر فرزندان مادر جایگزین	۳۶ فرزند مادر جایگزین	مصاحبه نیمه‌ساختار یافته- پرسشنامه سلامت روان، ارزیابی روابط خانوادگی	عدم تجربه پیامدهای منفی در کودکان مادر جایگزین صرف نظر از استفاده یا عدم استفاده از تخمک وی
گلوبوک و همکاران (۲۰۱۷) (۳۵)	کوهورت	انگلستان	ارتباط والد- نوجوان و سازگاری نوجوان در ۱۴ سالگی	۸۷ خانواده که از ART استفاده کرده بودند در مقابل ۵۴ خانواده با بارداری طبیعی	مصاحبه استاندارد شده، پرسشنامه و ارزیابی مشاهده‌ای	نبود ارتباط ژنتیکی (نه ارتباط مربوط به بارداری) با مادر یا ارتباط ضعیف‌تر مادر- نوجوان مرتبط است.
وان دن آکر (۲۰۰۷) (۲۰)	کوهورت	انگلستان	ویژگی‌ها و حالات روانی، حمایت اجتماعی و نگرش نسبت به بارداری با استفاده از رحم جایگزین و نوزاد متولد شده	۶۱ مادر جایگزین و ۲۰ مادر متقاضی	پرسشنامه شخصیت Eysenck پرسشنامه اضطراب اشپیل برگ، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده، پرسشنامه افسردگی بعد زایمان ادینبورگ	اثرات روان‌شناختی در فرآیند جایگزینی رحم وجود دارد و نیازمند توجه است.
باسلینتون (۲۰۰۲) (۳۹)	مطالعه موردی	انگلستان	بررسی جدایی مادر جنین در مادران جایگزین	۱۷ مادر جایگزین	مصاحبه نیمه‌ساختار یافته	مادران جایگزین سعی در عدم دل بستگی به نوزاد دارند.
پوتی و همکار (۲۰۰۸) (۴۰)	مقطعی	انگلستان	دیدگاه زنان انگلیسی نسبت به رحم جایگزین	۱۸۷ زن از جمعیت عمومی	پرسشنامه	علت عمده عدم تمایل به رحم جایگزین مسأله انگ اجتماعی است
وان دن آکر (۲۰۰۰) (۳۸)	مقطعی	انگلستان	اهمیت وجود ارتباط ژنتیکی با کودک در مادران متقاضی رحم جایگزین	۲۹ زن نابارور	پرسشنامه	داشتن ارتباط ژنتیکی به کودک، مهم‌تر از وجود ارتباط در بارداری و پرورش در رحم است.
جداوا و همکاران (۲۰۱۴) (۱۷)	کوهورت	انگلستان	سلامت روان و تجربه مادر جایگزین در طول ۱۰ سال	۲۰ مادر جایگزین	مصاحبه نیمه‌ساختار یافته و پرسشنامه	طبیعی بودن عزت نفس و افسردگی، مثبت بودن روابط زوجی و احساس مثبت نسبت به کودک جایگزین پس از ۱۰ سال
لامبا و همکاران (۲۰۱۸) (۴۱)	طولی آینده‌نگر	هندوستان	سلامت روان و باندینگ حول و حوش زایمان مادران جایگزین	۵۰ مادر جایگزین و ۶۹ مادر با بارداری طبیعی	مصاحبه نیمه‌ساختار یافته و پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس، مقیاس دل بستگی مادری، جنین	در مادران جایگزین افسردگی بیشتر و عدم وجود ارتباط بین باندینگ بالاتر دوره پری‌ناتال و دیسترس روانی بالاتر بود.
لورنسو و همکاران (۲۰۱۵) (۴۲)	کمی	اروپا، انگلستان، استرالیا	مقایسه همدلی و دل بستگی مادر جایگزین و مادر با بارداری طبیعی	۴۴ مادر جایگزین و ۳۲ مادر باردار با بارداری طبیعی	پرسشنامه واکنش بین فردی، مقیاس همدلی، مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی	اضطراب و افسردگی کمتر در مادران جایگزین، دل بستگی قوی ولی با کیفیت پایین‌تر و عدم تفاوت در همدلی نسبت به مادران با بارداری طبیعی
فیشر و گیل من (۱۹۹۱) (۲۴)	اکتشافی	آمریکا	کیفیت دل بستگی مادر به جنین، دیدگاه نسبت به بارداری و حمایت اجتماعی	۲۱ مادر جایگزین و ۲۱ مادر با بارداری طبیعی	پرسشنامه دل بستگی مادر به جنین، سازگاری و نگرش مادری، منابع شخصی	در مادران جایگزین، دل بستگی به جنین کمتر، حمایت اجتماعی کمتر و نگرش مثبت نسبت به بارداری بیشتر بود.
قلیچی و همکاران (۲۰۱۶) (۲۳)	پس رویدادی	ایران	بررسی مقایسه دل بستگی مادر به جنین و اضطراب در دوران بارداری زنان داوطلب رحم جایگزین با زنان با بارداری طبیعی	۳۰ زن با بارداری رحم جایگزین و ۳۰ زن با بارداری طبیعی	پرسشنامه فردی، پرسشنامه دل بستگی مادر به جنین کرانلی و پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس	دل بستگی مادر به جنین در مادران رحم جایگزین کمتر از مادران نرمال است، اما سطح اضطراب در مادران رحم جایگزین بیشتر از مادران با بارداری نرمال نیست.

DASS21

بحث

مطالعه مروری حاضر که با هدف بررسی پیامدهای روانی و اجتماعی متعاقب رحم جایگزین در مادر جایگزین و کودک حاصل از این روش انجام شد، نشان داد جایگزینی در بیشترین مادران جایگزین تجربه‌ای مثبت تلقی شده است. عمده مطالعات مورد بررسی در پژوهش حاضر نشان دادند که نتایج تست‌های شخصیتی و متغیرهای روان‌شناختی در بیشتر مادران جایگزین

طبیعی بوده و آسیب‌های روان‌شناختی جدی در آنان مشاهده نشده است.

دل بستگی مادر- جنین تجربه یک ارتباط عاطفی یا پیوند احساسی توسط مادر به جنین تعریف می‌شود که از اوایل هفته ۱۰ بارداری شکل گرفته و به تدریج قوی‌تر می‌گردد و پیشرفت این ارتباط برای سازگاری جسمی و روانی در بارداری ضروری است (۴۲). مطالعات متعددی به بررسی باندینگ و نگرش نسبت به جنین در فرآیند جایگزینی پرداخته بودند که بدان‌ها اشاره شده است (۲۰، ۲۴، ۴۲). در مطالعه وان دن آکر (۲۰۰۷)، تفاوت

معنی داری در نگرش نسبت به جنین در دوران بارداری در بین مادر جایگزین و مادر متقاضی وجود داشت، نگرانی مادران جایگزین نسبت به سلامت جنین کمتر بود و دیدگاه مثبتشان نسبت به جنین نیز کمتر بود. از طرفی مادر متقاضی نسبت به بارداری دیدگاه منفی تری داشت (۲۰). اینگونه احساسات مثبت و منفی نمایانگر تلاش جهت ایجاد یا عدم ایجاد باندینگ یا دلبستگی به جنین است. طبق گزارشات مطالعات متعدد، دیدگاه منفی مادران متقاضی نسبت به اواخر بارداری می تواند ناشی از ترس از زنده نماندن نوزاد با نزدیک تر شدن به انتهای بارداری و نداشتن احساس مثبت یا منفی مادران جایگزین نسبت به جنین باشد و کمتر فکر کردن به وی، تلاشی عمدی جهت رهایی از دلبستگی است تا بر مشکل از دست دادن جنین بعد از تحویل وی به خانواده متقاضی غلبه کند (۲۴، ۳۸، ۴۱، ۴۸). در حالی که در مطالعه لورنکو و همکاران (۲۰۱۵) تفاوتی در دلبستگی بین مادران جایگزین و مادران با بارداری طبیعی مشاهده نشد (۴۲). در مطالعه فیشر و همکار (۱۹۹۱) باندینگ عاطفی مادر جایگزین با نوزاد نسبت به مادران طبیعی، کمتر بود (۲۴). در مطالعه قلیچی و همکاران (۲۰۱۷) نیز مشاهده شد که دلبستگی مادر به جنین در زنان با بارداری رحم جایگزین کمتر از سایر مادران است؛ چراکه این افراد با توجه به اینکه می دانند جنینی که در رحم خود پرورش می دهند، متعلق به آنها نمی باشد و بر اساس توافق باید به خانواده متقاضی تحویل دهند، از ابتدا سعی می کنند کمتر دلبسته شوند (۲۳).

همچنین با توجه به اینکه معمولاً این کار در ایران با انگیزه مالی صورت می گیرد، تفاوت مشاهده شده در باندینگ مادر جایگزین و نوزاد را می توان به علت دریافت پول، عدم قصد نگهداری از کودک پس از زایمان و آگاه بودن از تحویل نوزاد به خانواده متقاضی نسبت داد (۲۹، ۴۹). باسلینگتون (۲۰۰۲) نیز مشابه با مطالعه قلیچی، دلیل این مسأله را دریافت پولی می داند که مادر جایگزین بابت کارش دریافت می کند و این مسأله منجر به دور شدن از نظر عاطفی نسبت به جنین می شود (۳۹). اکثر مطالعات انجام شده در انگلستان و آمریکا نیز نشان دهنده این هستند که مادر جایگزین به راحتی نوزاد

را به والدین متقاضی تحویل می دهد (۱۶، ۲۶، ۵۰، ۵۱). شاید دلیل این مسأله این است که مادر جایگزین به این پدیده به عنوان یک شغل نگاه می کند و نوزاد را متعلق به خود نمی داند و یا دریافت پول منجر به این می شود که احساسی به کودک نداشته باشد. در این زمینه نتایج مطالعه جادوا و همکاران (۲۰۰۳) نیز بیانگر این بود که این زنان، جنینی را که حمل می کنند، متعلق به خود نمی دانند (۲۶). باسلینگتون (۲۰۰۲) نیز اظهار داشت که پرداخت پول بابت جایگزین بودن برای جنین خانواده متقاضی، عامل دیگری است که منجر به فاصله احساسی بین او با نوزاد می گردد (۳۹).

از سوی دیگر احتمال دارد مادر جایگزینی که در دوره بارداری نسبت به جنین دلبستگی پیدا کرده، اضطراب بیشتری داشته باشد و دچار افسردگی بعد از زایمان شود. اگرچه در مطالعه لامبا و همکاران (۲۰۱۸) افسردگی در مادران جایگزین در طول بارداری و پس از زایمان به میزان معنی داری بیشتر از مادران باردار طبیعی گزارش شد، اما در مطالعه لورنکو و همکاران (۲۰۱۵) میزان افسردگی و اضطراب مادران جایگزین نسبت به مادران با بارداری طبیعی کمتر بود (۴۱، ۴۲). حمایت اجتماعی، انگ ناشی از این مسأله و پنهان کردن مسأله از سایرین نیز می تواند بر افسردگی مادر جایگزین مؤثر باشد (۲۴، ۴۲). البته میزان درآمد مادر، خود بر مشکلات عاطفی و افسردگی اولیه یا پس از زایمان نقش دارد، که همین مسائل می تواند آنان را در معرض مشکلات بیشتری قرار دهد (۴۱)؛ به طوری که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ گزارش کرد که فقر مادر و درآمد پایین تر بر مشکلات روانی و اجتماعی مادر تأثیرگذار است (۵۲).

همچنین مشاهده شده که تولد کودک برای مادران جایگزین و خانواده متقاضی، پدیده ای استرس آور است. شاید علت، انگ ناشی از این مسأله باشد که منجر به مخالفت جامعه با آنان شده و در نتیجه استرس گردد. در مطالعه پوت (۲۰۰۸) این مسأله مشاهده شد که مخالفت های خانواده و جامعه با مادر جایگزین در استرس ایجاد شده در آنان نقش دارد (۴۰). اگرچه در مطالعه قلیچی گزارش شد که زنان داوطلب رحم

جایگزین اضطراب بیشتری را نسبت به مادران نرمال تجربه نمی‌کنند و علت این قضیه را انجام آزمایشات پاراکلینیکی متعدد در طول بارداری و تأیید سلامت جنین و همچنین با توجه به عدم تعلق جنین به آنها را ذکر نمودند (۲۳).

استرس ایجاد شده در والدین متقاضی نیز می‌تواند دلایل متعددی داشته باشد. برای مثال یافتن مادر جایگزین مناسب، ارتباط طرفین با یکدیگر، دیدگاه جامعه و خانواده آنان به این فرآیند، به‌درستی به پایان رسیدن فرآیند جایگزینی، امکان سوء استفاده مالی مادر جایگزین در طول بارداری، نیاز به درمان طبی مادر جایگزین در دوران بارداری، ترس از به دست نیاموردن کودک پس از تولد، انگ عاطفی، قانونی و اجتماعی، نداشتن ارتباط ژنتیکی با کودک و نگرانی از سلامت وی در طول بارداری و بعد از تولد مواردی هستند که در مطالعات مختلف به آنها اشاره شده است (۲، ۳۸، ۵۳).

اکثر مادران جایگزین نسبت به کودک احساس مثبتی دارند (۱۷). احساس مثبت مادر جایگزین به کودک، در مسائل مربوط به سیاست‌گذاری نقش عمده‌ای دارد و می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که حتی مادران جایگزینی که با خانواده متقاضی و کودک ارتباط ندارند، شاید تمایل داشته باشند که در صورت وجود تمایل در کودک نیز وی را ملاقات کنند. در این زمینه مطالعاتی نیاز است که به بررسی تمایل کودکان متولد شده از مادر جایگزین به ملاقات با وی نیز بپردازند.

در مورد تناوب تماس مادران جایگزین با کودکان و خانواده متقاضی، نتایج مطالعات متفاوت است. این مسأله ارتباطی به دیدگاه مادر جایگزین به ارتباط با کودک و خانواده متقاضی ندارد. در مطالعه جادوا و همکاران (۲۰۱۴) تقریباً تمامی مادران جایگزین، ارتباط مثبتی با خانواده متقاضی داشته و کیفیت این ارتباط ربطی به تعداد دفعات آن نداشت (۱۷). در مطالعه جادوا و همکاران (۲۰۱۲) که این مسأله را در ۱۰ سالگی بررسی کردند، تعداد دفعات تماس گزارش شده توسط والدین متقاضی و کودک جایگزین، بر ارتباط آنان با مادر جایگزین تأثیر نداشت (۱۶). همچنین بیشتر مادران جایگزین مشکلات عمده‌ای را در داشتن ارتباط با والدین

متقاضی در حین فرآیند جایگزینی تجربه نمی‌کنند و اکثر آنان تماس خود را با خانواده متقاضی پس از تولد کودک حفظ می‌کنند (۲۶). بنابراین به نظر نمی‌رسد که میزان تماس مادر جایگزین با خانواده متقاضی به احساس آنان نسبت به یکدیگر یا نسبت به پدیده جایگزینی، ارتباطی داشته باشد.

ارتباط مادر متقاضی با کودک در دوره نوجوانی مثبت بوده و مشکلات سازگاری مشاهده نمی‌شود. همچنین این ارتباط مثبت نسبت به روش گامت‌هدایی بهتر بوده است (۳۵). ارتباط والد کودک نیز در خانواده‌های متقاضی رحم جایگزین نسبت به خانواده‌های با بارداری طبیعی مثبت‌تر گزارش شده است (۳۰، ۳۲). شاید این مسأله ناشی از این باشد که کودکان متولد شده به روش جایگزین کودکانی هستند که تولد آنان برای والدین، کاملاً برنامه‌ریزی شده بوده، در نتیجه والدین نسبت به آنان متعهد بوده و آنها را دوست دارند. البته سلامت روانی بالاتر والدین نیز می‌تواند در این زمینه نقش داشته باشد. در این زمینه، گلوبوک و همکاران (۲۰۰۶) نیز گزارش کردند که علاقه و محبت بیشتر والدین به کودک و خشم و احساس گناه کمتر نسبت به او، می‌تواند بر ارتباط مثبت والدین با کودک جایگزین نقش داشته باشد (۳۲).

نتایج مطالعات، تفاوت عمده‌ای را در تکامل کودکان متولد شده به روش رحم جایگزین با کودکانی طبیعی نشان ندادند (۱۶، ۳۴-۳۰). معمولاً در سازگاری کودکان جایگزین با والدین متقاضی مشکلی وجود ندارد، اما در برخی مطالعات مشاهده شده که در سن ۷ سالگی، کودکان متولد شده از طریق رحم جایگزین، مشکلات سازگاری بیشتری نسبت به خانواده‌های با بارداری طبیعی دارند که البته از نظر بالینی قابل توجه نبوده است و تا سن ۱۰ سالگی برطرف شده است (۳۵). از سوی دیگر نتایج مطالعات در این زمینه نشان می‌دهد که فرزندان مادران جایگزین، مشکلات خانوادگی یا سلامت روانی را تجربه نمی‌کنند (۱۴، ۱۶). احتمالاً علت این مسأله، دیدگاه صحیح و مثبت کودکان به جایگزینی مادر خود باشد و بسیاری از کودکان پدیده جایگزینی مادر خود و در دوران بارداری را ارزشمند دانسته و از

اینکه مادرشان می‌تواند به افراد دیگر کمک کند، احساس غرور می‌کنند (۱۴، ۱۶). از نقاط قوت مطالعه مروری حاضر، فراهم نمودن اطلاعات لازم و جامع در زمینه جنبه‌های روانی و اجتماعی استفاده از رحم جایگزین در مادر میزبان و کودک می‌باشد. همچنین از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، وجود مطالعات محدود در خصوص توجه به پیامدهای روانی و اجتماعی رحم جایگزین در مادر جایگزین و کودک در ایران می‌باشد که با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی متفاوت نسبت به سایر کشورها، انجام مطالعات بیشتر به خصوص مطالعات کیفی در این زمینه پیشنهاد می‌گردد. امید است در ایران نیز توجه به پیامدها و جنبه‌های روانی و اجتماعی استفاده از رحم جایگزین برای مادر میزبان و کودک مورد توجه قرار گیرد و زمینه انجام مشاوره‌های تخصصی قبل، حین و بعد از بارداری برای مادر جایگزین فراهم شود.

در بیشتر مادران جایگزین طبیعی بوده و آسیب‌های روان‌شناختی جدی در آنان مشاهده نشده است. از سوی دیگر در روند سازگاری کودکان جایگزین با والدین متقاضی نیز مشکلی وجود نداشته و اکثر مطالعات مورد بررسی در این پژوهش نشان دادند که این کودکان احساس خوبی نسبت به مادر جایگزین خود داشته و به لحاظ روان‌شناختی تفاوتی با کودکان طبیعی یا متولد شده توسط سایر روش‌های ART ندارند. کودکان خود مادر جایگزین نیز عمدتاً با جایگزینی مادر خود مشکلی نداشته‌اند. البته باید توجه داشت که تفاوت در فرهنگ کشورها، تجربیات و سیستم‌های حمایتی آنها، ممکن است بر پیامدهای روانی و اجتماعی در رحم جایگزین تأثیرگذار باشند، لذا انجام مطالعات جامع‌تری در مورد پیامدهای رحم جایگزین با در نظر گرفتن فرهنگ کشورهای مختلف از جمله کشورهای آسیایی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی جایگزینی در اکثر مادران جایگزین تجربه‌ای مثبت تلقی شده است و طبق نتایج عمده مطالعات مورد بررسی، تست‌های شخصیتی و متغیرهای روان‌شناختی

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی نویسندگان مقالات استفاده شده در این مطالعه مروری، تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

1. Casella C, Capasso E, Terracciano L, Delbon P, Fedeli P, Salzano FA, et al. Ethical and legal issues in gestational surrogacy. *Open Med* 2018; 13(1):119-21.
2. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. Gestational surrogacy: psychosocial aspects. *Psychosoc Interv* 2016; 25(3):187-93.
3. Savabi-Esfahani M, Fathizadeh N. Why some men are infertile? *Isfahan: Kankash*; 2008.
4. Burrell C, Edozien LC. Surrogacy in modern obstetric practice. *Semin Fetal Neonatal Med* 2014; 19(5):272-8.
5. Go KJ, Gardner DK, Weissman A, Howles CM, Shoham Z, editors. *Textbook of Assisted Reproductive Techniques: Laboratory and Clinical Perspectives*: Andover, Hampshire, United Kingdom: Thomas Publishing Services, 2001: 1-768. Price: \$125.00. *Fertil Steril* 2002; 78(6):1357-8.
6. Soderstrom-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, Pinborg A, Aittomaki K, Romundstad LB, et al. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Hum Reprod Update* 2016; 22(2):260-76.
7. Dar S, Lazer T, Swanson S, Silverman J, Wasser C, Moskovtsev SI, et al. Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issues: experience from a large surrogacy program. *Hum Reprod* 2014; 30(2):345-52.
8. Gugucheva M. *Surrogacy in America*. Cambridge, MA: Council for Responsible Genetics Cambridge; 2010. P. 1-40.
9. Patel NH, Jadeja YD, Bhadarka HK, Patel MN, Patel NH, Sodagar NR. Insight into different aspects of surrogacy practices. *J Hum Reprod Sci* 2018; 11(3):212-8.
10. Utian WH, Sheean L, Goldfarb JM, Kiwi R. Successful pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer from an infertile woman to a surrogate. *N Engl J Med* 1985; 313(21):1351-2.
11. Mohebbi Kian E, Riazi H, Bashirian S. Surrogacy: viewpoints of infertile women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(49.50):23-32. (Persian).

12. Söderström-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, Pinborg A, Aittomäki K, Romundstad LB, et al. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Hum Reprod Update* 2016; 22(2):260-76.
13. Wang AY, Dill SK, Bowman M, Sullivan EA. Gestational surrogacy in Australia 2004-2011: treatment, pregnancy and birth outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2016; 56(3):255-9.
14. Jadva V, Imrie S. Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Hum Reprod* 2013; 29(1):90-6.
15. Jahani Shourab N, Latifnejad Roudsari R. A review of human rights, legal, ethical and religious aspects of Surrogacy in Iran with an emphasis on its counseling issues. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 19(40):33-44. (Persian).
16. Jadva V, Blake L, Casey P, Golombok S. Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Hum Reprod* 2012; 27(10):3008-14.
17. Jadva V, Imrie S, Golombok S. Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Hum Reprod* 2014; 30(2):373-9.
18. Warnock M. A question of life: the Warnock report on human fertilisation and embryology. New York: Basil Blackwell; 1985.
19. Morgan D. Changing conceptions of motherhood: the practice of surrogacy in Britain. London: British Medical Association; 1996.
20. Van den Akker OB. Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Hum Reprod* 2007; 22(8):2287-95.
21. Mancuso RA, Schetter CD, Rini CM, Roesch SC, Hobel CJ. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosom Med* 2004; 66(5):762-9.
22. Tyagi P, Singh AK, Tomar S, Kumar N, Singh NK, Singh R, et al. Surrogacy-does it affect physiology of bonding between surrogate mother-fetus and biological mother-new born? *Int J Health Sci Res* 2015; 5(3):321-3.
23. Ghelichi F, Roshan R, Khodabakhshi Kolae A. Comparing of maternal-fetal attachment and pregnancy anxiety in surrogate women and normal pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 19(39):46-53. (Persian).
24. Fischer S, Gillman I. Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support. *Psychiatry* 1991; 54(1):13-20.
25. Tieu M. Oh Baby Baby: the problem of surrogacy. *Bioethics Res Notes* 2007; 17(1):2.
26. Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Hum Reprod* 2003; 18(10):2196-204.
27. Van den Akker OB. A longitudinal pre-pregnancy to post-delivery comparison of genetic and gestational surrogate and intended mothers: confidence and genealogy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2005; 26(4):277-84.
28. Wrobel GM, Neil E. Emerging voices—Reflections on adoption from the birth mother's perspective. *Int Adv Adopt Res Pract* 2009; 10:245.
29. Braverman A, Casey P, Jadva V. Reproduction through surrogacy: the UK and USA experience. London: Cambridge University Press Cambridge; 2012. P. 289-307.
30. Golombok S, Murray C, Jadva V, MacCallum F, Lycett E. Families created through surrogacy arrangements: Parent-child relationships in the 1st year of life. *Dev Psychol* 2004; 40(3):400-11.
31. 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.
32. Golombok S, MacCallum F, Murray C, Lycett E, Jadva V. Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(2):213-22.
33. Golombok S, Readings J, Blake L, Casey P, Marks A, Jadva V. Families created through surrogacy: Mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Dev Psychol* 2011; 47(6):1579-88.
34. Golombok S, Blake L, Casey P, Roman G, Jadva V. Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54(6):653-60.
35. Golombok S, Ilioi E, Blake L, Roman G, Jadva V. A longitudinal study of families formed through reproductive donation: Parent-adolescent relationships and adolescent adjustment at age 14. *Dev Psychol* 2017; 53(10):1966-77.
36. Henney S, Ayers-Lopez S, McRoy R, Grotevant HD. A longitudinal perspective on changes in adoption openness: the birth mother story. *Contact in Adoption and Permanent Foster Care*. London: BAAF; 2004. P. 26-45.
37. Shelton KH, Boivin J, Hay D, van den Bree MB, Rice FJ, Harold GT, et al. Examining differences in psychological adjustment problems among children conceived by assisted reproductive technologies. *Int J Behav Dev* 2009; 33(5):385-92.
38. van den Akker O. The importance of a genetic link in mothers commissioning a surrogate baby in the UK. *Hum Reprod* 2000; 15(8):1849-55.

39. Baslington H. The social organization of surrogacy: relinquishing a baby and the role of payment in the psychological detachment process. *J Health Psychol* 2002; 7(1):57-71.
40. Poote A, van den Akker OB. British women's attitudes to surrogacy. *Hum Reprod* 2008; 24(1):139-45.
41. Lamba N, Jadv V, Kadam K, Golombok S. The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Hum Reprod* 2018; 33(4):646-53.
42. Lorenceau ES, Mazzucca L, Tisseron S, Pizitz TD. A cross-cultural study on surrogate mother's empathy and maternal-foetal attachment. *Women Birth* 2015; 28(2):154-9.
43. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg* 2014; 12(12):1495-9.
44. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. STROBE Website. Available at: URL: <http://www.strobe-statement.org>; 2016.
45. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med* 2007; 147(8):573-7.
46. Sayehmiri K, Beigom Bigdeli Shamloo M, Khataee M, Rabiei Fakhr F, Azami M. Occupational exposure and biological evaluation of lead in Iranian workers-a systematic review and meta-analysis. *Health Safety Work* 2016; 6(3):1-14.
47. Pizitz TD, McCullaugh J, Rabin A. Do women who choose to become surrogate mothers have different psychological profiles compared to a normative female sample? *Women Birth* 2013; 26(1):e15-20.
48. 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.
49. Jadv V. Surrogacy: issues, concerns and complexities. Cambridge: Cambridge University Press Cambridge, UK; 2016. P. 126-39.
50. Van Den Akker O. Genetic and gestational surrogate mothers' experience of surrogacy. *J Reprod Infant Psychol* 2003; 21(2):145-61.
51. Imrie S, Jadv 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.
52. World Health Organisation. Mental health: maternal mental health. Geneva: World Health Organisation; 2017.
53. Edelmann RJ. Surrogacy: the psychological issues. *J Reprod Infant Psychol* 2004; 22(2):123-36.
- 54.