

چالش های انتخاب اهداء کننده: تجربیات زوجین نابارور ایرانی استفاده کننده از روش های اهدایی کمک باروری

دکتر رباب لطیف نژاد رودسری^۱، فاطمه هادی زاده طلاسا^{۲*}، دکتر معصومه

سیمبر^۳، دکتر نیره خادم غائبی^۴

۱. دانشیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات اختلالات تخمک گذاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۸

خلاصه

مقدمه: زوجین متقاضی استفاده از روش های اهدایی کمک باروری، در طی درمان با چالش های پیچیده ای مواجه هستند که می تواند اثرات روانی مهمی بر زندگی آنان داشته باشد که یکی از آن چالش ها، تصمیم برای انتخاب یک اهداء کننده مناسب است. مطالعه حاضر با هدف فراهم نمودن توصیف عمیقی از تجربیات زوجین نابارور استفاده کننده از روش های اهدایی در ارتباط با انتخاب اهداء کننده انجام شد.

روش کار: این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا با نمونه گیری هدفمند از تیر ماه ۱۳۹۰ تا مرداد ماه ۱۳۹۱ بر روی ۳۲ زوج نابارور و داوطلب استفاده از روش های اهدایی کمک باروری مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر مشهد انجام شد. افراد مورد مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام گرفت. برای تأیید دقت و صحت داده ها از شیوه های بازنگری مشارکت کنندگان و استفاده از نظرات اساتید و همکاران استفاده شد.

یافته ها: تجربیات زوجین نابارور در ارتباط با انتخاب اهداء کننده در سه طبقه: چالش انتخاب نوع اهداء کننده، معیارگزینی در انتخاب و کنکاش تناسب اهداء کننده طبقه بندی شد. اکثر زوجین با اهداء کننده غریبه موافق بوده و مهم ترین معیار آن ها جهت انتخاب، ویژگی های اخلاقی وی بود. با این حال به دلیل محدودیت تعداد اهداء کنندگان، اکثر زوجین بدون توجه به آن و بدون هیچ تحقیقی از اهداء کننده، به انتخاب وی پرداخته بودند.

نتیجه گیری: محدودیت اهداء کننده، از مهم ترین عواملی است که عملاً در تصمیم گیری اکثر زوجین جهت انتخاب اهداء کننده تأثیر اساسی داشته و باعث صرف نظر کردن زوجین از نوع اهداء کننده و معیارهای انتخاب می گردد.

کلمات کلیدی: انتخاب اهداء کننده، روش های کمک باروری، مطالعه کیفی، ناباروری

* نویسنده مسئول مکاتبات: فاطمه هادی زاده طلاسا؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۶۵۵۲۶۶ پست الکترونیک: shahnazhadizadeh@yahoo.com

مقدمه

ناباروری، یک مشکل جهانی بهداشت باروری با شیوع بالا می باشد که حداقل ۱۵ درصد زوجین سنین باروری در سرتاسر دنیا گرفتار آن می باشند (۱). تکنولوژی های پیشرفته درمان از جمله باروری شخص ثالث که به سرعت در حال گسترش است، از یک طرف باعث افزایش امید افراد نابارور به درمان و از طرف دیگر باعث افزایش رنج ناشی از ناباروری و روش های درمان شده است (۲) که خود به دلیل مواجهه زوجین متقاضی استفاده از روش های اهدایی با تصمیمات مهم و شدیداً استرس زایی است که باید در طی درمان به آن توجه کنند. از جمله این تصمیمات، انتخاب یک اهداء کننده مناسب می باشد که نهایتاً ممکن است بر سلامت فیزیکی و روانی زوجین و همچنین کودک تأثیر بگذارد (۳-۷). چالش انتخاب یک اهداء کننده مناسب توسط زوجین نابارور که در مطالعات متعدد به آن اشاره شده است (۳-۱۰)، ممکن است به دلیل عدم تناسب بین عرضه و تقاضا و فراتر بودن تقاضا از عرضه باشد (۹، ۱۱) که این عدم تناسب ممکن است ناشی از این باشد که اهداء، برخلاف هنجارهای فرهنگی - اجتماعی و سنتی می باشد (۱۱). تغییر در قوانین موجود در ارتباط با حذف ناشناخته بودن اهداکننده (۱۲) و همچنین حذف وجوه پرداختی به وی (۹) در بسیاری از کشورهای اروپایی، باعث کاهش شدید تعداد اهداء کنندگان در دسترس شده است (۹، ۱۲)، به همین دلیل جهت افزایش تمایل به اهداء، سیاست های متفاوتی در کشورهای مختلف اعمال شده است که از جمله آنها، ناشناخته بودن اهداء کننده (۱۱) و پرداخت مالی می باشد. کاهش شدید تعداد اهداء کنندگان در دسترس و کمبود در گامت های اهدایی، باعث ایجاد پدیده جدیدی به نام توریسم باروری^۱ شده است؛ به گونه ای که زوجین با سفر به خارج از کشور، در سایر کشورهایی که درمان های کمک باروری در آنجا در دسترس است، به جستجوی اهداء کننده می پردازند (۹). بدیهی است که باروری شخص ثالث بدون عرضه گامت یا جنین از سوی اهداء کنندگان ممکن نیست و

گیرندگان باید با توجه به وضعیت اجتماعی - اقتصادی خود اهداء کننده ای مناسب از نظر نوع و معیارهای مطلوب انتخاب کنند.

همواره بحث های فراوانی در رابطه با انتخاب نوع اهداء کننده وجود داشته است، از جمله اینکه آیا بهتر است فرد اهداء کننده شناخته شده یا ناشناس باشد؟ بسیاری از دریافت کنندگان، تمایل به دریافت گامت یا جنین از اهداء کنندگان ناشناس دارند، در حالی که برخی دریافت کنندگان، اصرار به شناختن اهداء کننده دارند. نتایج مطالعات مختلف درباره ترجیح گیرندگان برای انتخاب اهداء ناشناخته در مقابل اهداء شناخته متناقض است. در مطالعه گرین فیلد و همکاران (۱۹۹۸) در آمریکا، ۷۱ درصد گیرندگان تخمک از اهداء ناشناخته و ۲۸ درصد از اهداء شناخته (۳) و در مطالعه بیتن و همکاران (۲۰۰۰) در بروکسل، دو سوم زوجین از اهداء شناخته و یک سوم از اهداء ناشناخته استفاده کردند (۱۳). در مطالعاتی که اهداء شناخته به طور جزئی تر بررسی شده است، بیشتر گیرندگان، خواهر و یا یک دوست نزدیک را به عنوان اهداء کننده انتخاب کرده بودند (۳، ۱۴). در ارتباط با معیارهای انتخاب اهداء کننده نیز نتایج مطالعات مختلف متفاوت بوده است. هرشبرگر به نقل از سودراستروم^۲ و همکاران (۱۹۹۸) بیان کرد که ۴۸ درصد گیرندگان نمی خواستند هیچ اطلاعاتی درباره اهداء کننده دریافت کنند در حالی که سایر گیرندگان، علاقه مند به دانستن سن، شغل، ظاهر فیزیکی، سرگرمی ها و محل اقامت اهداء کننده بودند. هرشبرگر به نقل از لیندهیم و همکاران (۲۰۰۰) همچنین گزارش کرد که برای گیرندگان مسن تر، هوش مهم تر بوده در حالی که برای گیرندگان جوان تر، ظاهر فیزیکی از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است (۱۴). در مطالعه شوازی و همکاران (۲۰۰۶) در تهران، زنان از این که هیچ اطلاعاتی از خصوصیات و ویژگی های دهنده گامت نداشتند، ناراحت بودند و علیرغم اینکه مرکز درمانی سعی می کرد که فرد اهداء کننده را به گونه ای انتخاب کند که تا حدودی با ویژگی ها و پایگاه اجتماعی -

¹ Reproductive Tourism

2- Soderstrom

درک زمینه‌های فرهنگی اجتماعی دخیل و انعکاس صدای مشارکت‌کنندگان است، استفاده شود (۱۶). مطالعه حاضر با هدف بررسی تجربیات زوجین نابارور استفاده‌کننده از روش‌های اهدایی کمک باروری در ارتباط با انتخاب اهداءکننده انجام شد تا از نتایج آن بتوان در سیاست‌گذاری، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای پیرامون روش‌های کمک باروری برای جامعه ایران استفاده کرد.

روش کار

این مطالعه کیفی از تیر ماه ۱۳۹۰ تا مرداد ماه ۱۳۹۱ بر روی ۳۲ زوج نابارور و داوطلب استفاده از روش‌های اهدایی کمک باروری مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری شهر مشهد انجام شد. در این مطالعه از رویکرد کیفی از نوع تحلیل محتوا استفاده شد. رویکرد کیفی جهت مطالعه درباره موضوعات جدید مناسب بوده و به محقق اجازه می‌دهد که به کشف تجربیات مشارکت‌کنندگان در زمینه موضوعاتی که کمتر درباره آن تحقیق شده است، بپردازد (۱۷). در مجموع ۳۷ مشارکت‌کننده وارد مطالعه شدند که شامل: ۲۳ زن نابارور (۱۱ نفر تخمک‌اهدایی، ۷ نفر جنین‌اهدایی، ۲ نفر تخمک‌اهدایی و رحم‌جایگزین، ۳ نفر رحم‌جایگزین)، ۹ مرد نابارور (۴ نفر تخمک‌اهدایی، ۳ نفر جنین‌اهدایی، ۱ نفر تخمک‌اهدایی و رحم‌جایگزین، ۱ نفر رحم‌جایگزین)، ۲ ماما، ۲ متخصص زنان و ۱ روانشناس بود. معیارهای ورود زوجین به مطالعه شامل: ناباروری با علت مردانه، زنانه و یا هر دو، فاقد فرزند بیولوژیک یا فرزند خوانده، تنها شریک زندگی همسر و داوطلب استفاده از روش‌های اهدایی کمک باروری در حال یا گذشته بود. معیار ورود اعضا تیم درمان به مطالعه، داشتن حداقل یک سال سابقه کار مرتبط بود. محیط پژوهش، مرکز کمک باروری ناباروری منتصریه شهر مشهد بود که تنها مرکز دولتی جهت درمان ناباروری می‌باشد. دلیل انتخاب این بود که تنها مرکز درمان ناباروری دولتی در شرق کشور بوده و طیف وسیعی از مراجعین از استان‌های شمال شرق، شرق، جنوب شرق و حتی استان‌های مرکزی کشور را تحت پوشش قرار می‌دهد، لذا امکان برخورداری از حداکثر تنوع در

اقتصادی بیماران نزدیک باشند، زنان نابارور همواره نگران بودند که فرزند متولد شده به این طریق، تفاوت‌های زیادی با آن‌ها داشته باشد (۲).

مروری بر مطالعات انجام شده نشان داد که اکثر مطالعات در رابطه با انتخاب اهداءکننده، مربوط به مطالعات خارجی بوده و هیچ‌یک از مطالعات به‌طور خاص به بررسی درک و تجربه زوجین نابارور درباره انتخاب اهداءکننده نپرداخته بودند. در بررسی‌های انجام شده در ایران نیز پژوهشگر مطالعه‌ای در زمینه تجربیات زوجین نابارور در ارتباط با انتخاب اهداءکننده نیافته و مطالعه حاضر یکی از اولین مطالعاتی است که در این زمینه در ایران انجام شده است. با توجه به اینکه انتخاب اهداءکننده مناسب، یکی از مهم‌ترین و حیاتی‌ترین مراحل در استفاده از روش‌های اهدایی می‌باشد، بنابراین لازم است اطلاعاتی پیرامون نحوه تصمیم‌گیری زوجین نابارور درباره انتخاب اهداءکننده وجود داشته باشد. زوجین، استفاده از روش‌های اهدایی را یکی از مهم‌ترین نیازهای خود می‌دانند (۱۵) و همواره با این چالش روبرو هستند که چگونه درباره انتخاب اهداءکننده مناسب تصمیم بگیرند. در بسیاری از مطالعات، انتخاب اهداءکننده، به عنوان یکی از تصمیمات مهم در طی درمان مطرح بوده است (۳-۷) و در مطالعه اس وان برگ و همکاران (۲۰۰۳)، انتخاب اهداءکننده تخمک برای بسیاری از کلینیک‌های ناباروری، به عنوان یک چالش بوده است (۱۰). در حال حاضر شناخت کافی و عمیقی از تجربیات زوجین نابارور درباره انتخاب اهداءکننده و همچنین موانع و چالش‌هایی که آن‌ها در این زمینه با آن مواجه هستند وجود ندارد، در حالی که جهت حل مشکلات و کمک به زوجین نابارور در فرآیند تصمیم‌گیری و همچنین برنامه‌ریزی، این شناخت مورد نیاز می‌باشد. با توجه به متفاوت بودن فرهنگ ایران از سایر کشورها و همچنین با توجه به تأثیر عوامل فرهنگی در انتخاب اهداءکننده، انجام مطالعه‌ای درباره ترجیحات زوجین نابارور در انتخاب اهداءکننده در بستر فرهنگی - اجتماعی ایران روشن می‌گردد. در این مطالعه از رویکرد کیفی استفاده شد تا از نقاط قوت آن که همان

انتخاب مشارکت کنندگان وجود داشت. نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع (از نظر سن، مدت ناباروری، مدت درمان، سطح تحصیلات و پایگاه اجتماعی اقتصادی) انجام شد و تا اشیاع داده ها (زمانی که داده جدیدی گزارش نمی شد) ادامه یافت.

در این مطالعه جهت گردآوری داده ها از مصاحبه و مشاهده استفاده شد. روش گردآوری داده های کیفی، مصاحبه عمیق فردی و نیمه ساختار یافته بود؛ بدین ترتیب که پس از کسب مجوزهای لازم، با مراجعه به مرکز ناباروری، جمع آوری داده ها آغاز شد. مصاحبه با یک سؤال کلی مرتبط با هدف مطالعه (ممکن است تجربه خود را در رابطه با چگونگی انتخاب اهداء کننده بیان کنید؟) شروع و با راهنمای مصاحبه در طول مصاحبه ادامه می یافت تا امکان پوشش به تمام سؤالات مقدر گردد. در برخی موارد، مصاحبه های تکمیلی نیز انجام شد. مصاحبه با زنان و مردان نابارور به صورت جداگانه و توسط پژوهشگر در مرکز ناباروری انجام گرفت. مدت زمان هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۱۰۰ دقیقه بود. مصاحبه ها با اجازه از مشارکت کنندگان، ضبط شد.

تجزیه و تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی و با استفاده از نرم افزار MAXqda انجام شد؛ بدین ترتیب که در ابتدا مصاحبه های ضبط شده به صورت دست نوشته درآوردند، سپس این دست نوشته ها چندین بار مرور و بازخوانی شدند تا محقق، دید کلی نسبت به داده ها پیدا کند. سپس داده ها خط به خط خوانده شدند و مفاهیم اصلی موجود در هر خط یا پاراگراف مشخص و به آن ها کد داده شد. سپس دسته بندی کدها آغاز شد؛ به این ترتیب که کدهای با مفهوم مشترک تحت یک طبقه^۱ قرار داده و نامگذاری شد. با هر مصاحبه جدید ممکن بود طبقه بندی های قبلی بازنگری و حتی ادغام و یا طبقه بندی جدید ایجاد شود.

دقت و صحت مطالعه با بکارگیری روش های گوناگون از جمله درگیری طولانی مدت با مشارکت کنندگان، بازنگری مشارکت کنندگان از طریق بازگرداندن متن

کدگذاری شده به آن ها، بازنگری توسط همکاران و استفاده از یک ناظر با تجربه در تحقیق کیفی مورد تأیید قرار گرفت. بدین منظور تعدادی از متون، کدگذاری و در اختیار مشارکت کنندگان قرار داده شد و از آنان در مورد صحت برداشت پژوهشگران نظرخواهی شد که آن ها کدگذاری ها را تأیید کردند. نمونه هایی از داده های کدگذاری شده و تفاسیر صورت گرفته، در اختیار سایر پژوهشگران با تجربه در تحقیق کیفی قرار گرفت که درستی کدگذاری ها نیز تأیید شد. جهت اطمینان از تأییدپذیری یافته ها، تمام مراحل پژوهش به صورت گام به گام مکتوب گردید. نتایج مطالعه در اختیار چند نفر از زنان مشابه با مشارکت کنندگان که در مطالعه شرکت نداشتند، قرار گرفت تا میزان انتقال پذیری یافته ها مشخص شود. این مطالعه قبل از اجرا مورد تأیید کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی و مشهد قرار گرفت و رضایت آگاهانه از تمام مشارکت کنندگان گرفته شد. در ضمن به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که تمام اطلاعات کسب شده محرمانه باقی خواهد ماند و همچنین در پایان مطالعه، نوارهای ضبط شده منهدم خواهد شد.

یافته ها

میانگین سن زنان شرکت کننده در مطالعه ۳۱ سال، میانگین سن مردان شرکت کننده ۳۴ سال، میانگین طول مدت ازدواج افراد ۸ سال و ۴ ماه و میانگین مدت درمان ناباروری افراد، ۱ سال و ۵ ماه بود. از نظر سطح تحصیلات، ۱ نفر از زنان (۳/۱ درصد) سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۱۰ نفر (۳۱/۲ درصد) دیپلم و ۱۲ نفر (۳۷/۵ درصد) دانشگاهی و در بین مردان، ۳ نفر (۹/۴ درصد) دیپلم و ۶ مورد (۱۸/۸ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. بر اساس تجزیه و تحلیل داده ها، تجربیات زوجین نابارور در خصوص انتخاب اهداء کننده در ۳ طبقه: چالش انتخاب نوع اهداء کننده، معیارگزینی در انتخاب و کنکاش تناسب اهداء کننده قرار دادند (جدول ۱).

¹ - Categories

جدول ۱- طبقات و زیر طبقات به دست آمده از مطالعه	
طبقات اصلی	زیر طبقات
چالش انتخاب نوع اهداء کننده	اهداء کننده شناخته شده
	اهداء کننده ناشناخته
	اهداء کننده معرفی شده بانک
معیارگزینی در انتخاب	مشخصات فردی
	خصوصیات فیزیکی
	سلامت جسمی و اخلاقی
	هزینه دریافتی در دسترس بودن
کنکاش تناسب اهداء کننده	انجام تحقیقات (تحقیقات محلی، تحقیق از طریق معرف)
	صحبت حضوری یا تلفنی با اهداء کننده
	فضاوت ظاهری
	پایش اهداء کننده در طی مراجعات امتناع از کنکاش

۱- چالش انتخاب نوع اهداء کننده

در ارتباط با انتخاب نوع اهداء کننده، شرکت کنندگان به ۴ نوع اهداء کننده شناخته شده، اهداء کننده ناشناخته، اهداء کننده معرفی شده و بانک اشاره کردند. در نوع اهداء کننده شناخته شده، اهداء کننده، فامیل و یا از دوستان و آشنایان است. در نوع اهداء کننده ناشناخته، اهداء کننده برای گیرنده غریبه بوده و توسط مرکز ناباروری، خیریه ها و دفاتر ازدواج و طلاق معرفی شده و یا ممکن است توسط خود زن از بین مراجعین مرکز ناباروری انتخاب شده باشد. در نوع اهداء کننده معرفی شده، اگرچه ممکن است اهداء کننده برای گیرنده غریبه باشد ولی توسط یکی از دوستان و آشنایان وی معرفی شده است.

در این مطالعه ۶ نفر از شرکت کنندگان تصمیم داشتند که از اهداء کننده شناخته شده استفاده کنند که دلایل این تصمیم شامل: کم بودن بار اقتصادی، کاهش زمان انتظار و اطمینان از دارا بودن معیارهای انتخاب بود. تجزیه و تحلیل اظهارات مشارکت کنندگان حاکی از آن بود که مسائل مالی، زمینه مهمی برای تصمیم گیری زوجین بوده و ارزیابی صحیح آن‌ها را در انتخاب نوع اهداء کننده تحت تأثیر قرار می دهد. بیان عباراتی نظیر عدم درخواست پول توسط اهداء کننده و یا کمتر بودن هزینه دریافتی، همگی در راستای ارتباط مسائل

اقتصادی با تصمیم گیری زوجین جهت انتخاب اهداء کننده بود.

مشارکت کنندگان به در دسترس نبودن اهداء کننده اشاره داشته و بیان کردند که انتخاب نوع اهداء کننده به دلیل دسترسی مشکل به آنان تحت تأثیر قرار می گرفت. برخی مشارکت کنندگان علی رغم نارضایتی از انتخاب اهداء کننده شناخته شده و استرس ناشی از عواقب آن، به دلیل عدم دسترسی فوری به اهداء کننده ناشناخته، طولانی بودن زمان انتظار و محدودیت زمانی در باردار شدن به دلیل بالا رفتن سن، به اجبار آن را به عنوان تنها انتخاب در دسترس انتخاب کردند. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه گفت:

"دوست نداشتم بگم، چون می ترسیدم بین فامیل پر بشه ولی مجبور شدم، چون اینجا می گفتن یک سال طول می کشه تا نوبت تون بشه. دختر خاله ام در دسترس بود، البته قبل این که بهش بگم مطمئن نبودم قبول کنه ولی این ریسک رو کردم. خیلی بهش سفارش کردم که به کسی نگه، دیگه نمی دونم بگه یا نه. همش استرس دارم به کسی نگه" (زن، ۳۴ ساله، داوطلب تخمک اهدایی).

اطمینان از دارا بودن معیارهای انتخاب از جمله سلامت جسمی و اخلاقی و همچنین شباهت فیزیکی اهداء کننده شناخته شده با زوجین گیرنده، باعث ایجاد

اطمینان خاطر بیشتری در گیرنده ها می شد و می توانست تا حد زیادی موفقیت عملی روند درمانی را تضمین کند. توصیه مراقبین بهداشتی به اهداء کننده شناخته شده به دلیل داشتن شناخت و اطمینان از سلامت وی نیز در این انتخاب نقش داشت.

در این مطالعه اکثر زوجین از اهداء کننده ناشناخته استفاده کردند که در اکثر موارد، انتخاب ارجح آن ها بود و برخی نیز به ناچار آن را انتخاب کردند (در حالی که یک کشش درونی به سمت اهداء کننده شناخته شده داشتند). در افرادی که انتخاب ارجح آن ها اهداء کننده ناشناخته بود، دلایل این تصمیم شامل: حفظ محرمانگی، امکان پذیر نبودن استفاده از اهداء کننده شناخته و جلوگیری از عواقب آتی اهداء کننده شناخته شده بود.

در مطالعه حاضر حفظ محرمانگی، مهم ترین انگیزه اهداء کننده ناشناخته بود زیرا زوجین می خواستند به گونه ای رفتار کنند که اطرافیان تصور کنند که کودک متولد شده، فرزند خود آنان است تا مورد قضاوت آن ها قرار نگیرند. اکثر شرکت کنندگان، نگران انتشار موضوع و قضاوت اجتماعی اطرافیان بودند که متعاقباً جهت حمایت خود و کودک از استیگما، از اهداء کننده ناشناخته استفاده کردند، زیرا استفاده از اهداء کننده شناخته شده را تهدیدی جهت حفظ محرمانگی می دانستند. با توجه به این که والدین حق دارند مسائل خصوصی خود را محرمانه نگه دارند، اهداء کننده ناشناخته این حق را برای والدین محفوظ نگه می دارد.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

"دوست نداشتم آشنا باشه، چون هرچی بهش بسپاری، بالاخره امکان داشت به بقیه بگه، نمی خواستم دو روز دیگه بگن این بچه خودتون نیست و از فلانیه" (مرد، ۲۶ ساله، داوطلب جنین اهدایی).

علیرغم اینکه برخی شرکت کنندگان به دلیل شباهت فیزیکی و اطمینان از سلامت جسمی و اخلاقی اهداء کننده، مایل به استفاده از اهداء کننده شناخته شده بودند، اما جهت پنهان ماندن موضوع، بالاجبار از خواسته خود صرف نظر کردند. حتی برخی شرکت کنندگان، مواردی از اهداء کننده شناخته شده را در

نظر داشتند که به نظر آن ها ایده آل و دارای مشخصات مورد نظر نیز بود، اما به دلیل ترس از افشاگری موضوع، اهداء کننده ناشناخته را ترجیح دادند. برخی شرکت کنندگان به دلیل نگرانی از رد پیشنهاد اهداء توسط آشنایان و سپس افشاگری موضوع به اطرافیان، اهداء کننده ناشناخته را ترجیح می دادند.

در برخی موارد به دلیل عدم دسترسی به افراد آشنا و یا رد پیشنهاد اهداء توسط آشنایان، اهداء کننده شناخته شده امکان پذیر نبود و زوجین مجبور به استفاده از اهداء کننده ناشناخته بودند زیرا انتخاب دیگری نداشتند و گرنه برخی مشارکت کنندگان اظهار داشتند که در صورت وجود فرد آشنا، به دلیل مشکلات مالی از وی به عنوان اهداء کننده استفاده می کردند.

جلوگیری از عواقب آتی اهداء کننده شناخته شده از جمله انتقال بیماری های ژنتیکی، ایجاد روابط صمیمی گیرنده با اهداء کننده و رودررویی و برخورد بعدی زوجین با اهداء کننده و ایجاد حس شرمندگی و خجالت در زوجین، در ترجیح اهداء کننده ناشناخته نقش داشت.

در مطالعه حاضر برخی شرکت کنندگان علیرغم اینکه از اهداء کننده ناشناخته استفاده کردند، ولی تمایل داشتند که از طریق معرف مطمئن، به شناخت بیشتری از وی نائل شوند (اهداء کننده معرفی شده) که این موضوع نشان دهنده این است که گیرنده ها همواره نگران مشخصات اهداء کننده هستند. اگرچه ممکن بود زوجین به گونه ای برخورد کنند که به نظر آید در برخی موارد، ظاهراً توجهی به آن ندارند ولی این نگرانی همواره همراه آن ها وجود داشت:

"آشنا هم نبود، نبود، فقط یکی باشه که خوب بشناسی و ازش خاطر جمع باشی، تمام نگرانی های آدم برطرف میشه (مرد، ۳۸ ساله، کاندید رحم جایگزین).

در این مطالعه برخی مشارکت کنندگان، موافق استفاده از بانک جنین بوده و برخی نیز مخالف آن بودند. تمایل به ملاقات با اهداء کننده قبل از انتخاب وی جهت اطمینان از مناسب بودن وی، از دلایل مخالفین با بانک جنین بود. موافقین بانک جنین نیز به عواملی مانند محدودیت زمانی و مشکلات ناشی از هماهنگی با اهداء

تخمک اهدایی). تنها یکی از شرکت کنندگان به جوان بودن اهداء کننده نیز اشاره کرد.

در این مطالعه خصوصیات فیزیکی مورد توجه گیرندگان شامل: شکل و قیافه ظاهری (زیبایی چهره)، شباهت فیزیکی با زوجین گیرنده، ظواهر اهداء کننده و هوش وی بود. تنها یکی از شرکت کنندگان به زیبایی چهره اهداء کننده و یک نفر دیگر نیز به باهوش بودن وی اشاره کرد. با توجه به اینکه اکثر مشارکت کنندگان، روش‌های اهدایی را از اطرافیان پنهان کرده بودند، جهت جلوگیری از افشا شدن موضوع و در نتیجه قضاوت اجتماعی، به دنبال اهداء کننده شناخته شده و یا با شباهت فیزیکی به زوجین گیرنده بودند. این مسئله منعکس کننده اهمیت دادن زوجین به دارا بودن فرزندی است که شبیه به آن‌ها به نظر برسد. زوجین همواره نگران این موضوع بودند که در صورت استفاده از اهداء کننده ناشناخته و متفاوت شدن کودک و عدم شباهت ظاهری با والدین، موضوع افشا شود زیرا عدم تشابه ظاهری و جسمی کودک و والد ممکن است برای خود کودک و یا اطرافیان، سؤال برانگیز شده و والدین را مجبور به افشاء راز اهداء برای آن‌ها کند.

برخی مشارکت کنندگان به ظواهر اهداء کننده اشاره داشتند که به اعتقاد آن‌ها می‌توانست نشانی از باطن فرد و خصوصیات اخلاقی وی باشد. بنابر نظر آنان ظاهر قابل قبول، حجاب و وجاهت ظاهری فرد می‌توانست مشخص کننده پاکی و نجابت درونی آن‌ها نیز باشد در حالی که ظاهر غیر قابل قبول می‌توانست احتمالاً مطرح کننده سایر موارد غیر اخلاقی باشد. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه گفت:

"تا حدودی قیافه اش مهمه، چون برخی قیافه‌های خاصی دارن، چند وقت پیش یک خانمی اومد شبیه معتادا بود، نمی‌گم خوشگل باشه ولی یک وجاهت و نجابتی در قیافه اش باشه" (زن، ۳۹ ساله، کاندید تخمک اهدایی و رحم جایگزین).

سلامت جسمی و اخلاقی اهداء کننده نیز یکی از نگرانی‌های برخی زوجین گیرنده بود. سلامت اخلاقی اهداء کننده یکی از مهم‌ترین معیارهای انتخاب بود که اکثر مشارکت کنندگان به آن اشاره داشتند. نجابت،

کننده و تمایل به عدم ملاقات با اهداء کننده اشاره کردند. با توجه به اینکه در طی فرایند اهداء، اهداء کننده و گیرنده برای مدت زیادی در تماس با یکدیگر می‌باشند، لذا امکان بروز برخوردهای نامناسب وجود دارد. یکی از مشارکت کنندگان از ایجاد مزاحمت توسط اهداء کننده شاکی و در نتیجه خواهان عدم ملاقات با اهداء کننده بود. وی موافق با گمنامی کامل و مایل به استفاده از بانک جنین بود. مشارکت کننده دیگری نیز به این نکته اشاره کرد که به خصوص در محیط‌های کوچک، امکان مدعی شدن اهداء کننده و اطرافیان وی وجود دارد.

بر اساس نتایج مطالعه، اگرچه برخی مشارکت کنندگان در تصمیمات اولیه، استفاده از اهداء کننده شناخته شده یا ناشناخته را ترجیح می‌دادند، اما به دنبال عدم موفقیت درمان، در تصمیمات بعدی بالاجبار انواع دیگر اهداء کننده را انتخاب می‌کردند. در واقع محدود بودن اهداء کننده باعث کاهش قدرت تصمیم‌گیری فرد در فرآیند انتخاب می‌شد.

در این مطالعه در تمامی موارد، بین زوجین در ارتباط با نوع اهداء کننده توافق وجود داشت به جز در یک مورد که زن و شوهر در ابتدا دارای نگرش‌های متفاوتی بودند؛ به گونه‌ای که شوهر مایل به اهداء کننده شناخته شده و زن مایل به اهداء کننده ناشناخته بود که در آن مورد نیز زوجین نهایتاً به یک تصمیم واحد رسیدند که در واقع به دلیل تبعیت زن نسبت به خواسته‌ها و عقاید همسر بود.

۲- معیارگزینی در انتخاب

در ارتباط با معیارهای انتخاب اهداء کننده، زوجین گیرنده به معیارهایی نظیر مشخصات فردی، خصوصیات فیزیکی، سلامت جسمی و اخلاقی، هزینه دریافتی، و در دسترس بودن اهداء کننده اشاره کردند.

مشخصات فردی شامل توانایی در فراهم کردن تخمک‌های سالم، سابقه پاسخگویی خوب تخمدان و بارداری‌های موفق بود که از معیارهای انتخاب برخی مشارکت کنندگان بود. یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت: "برام مهم بود تخمک هاش خوب باشه، این خانم می‌گفت من سریع حامله می‌شم" (زن، ۳۴ ساله، کاندید

پاکی، پای بندی و تعهد اخلاقی از مصادیق سلامت اخلاقی بود که به دلیل تأثیر آن‌ها بر روی خلق و خوی و آینده کودک، مشارکت کنندگان بر آن تأکید داشتند. مدعی نشدن اهداء کننده و عدم ایجاد مزاحمت در آینده نیز توسط برخی مشارکت کنندگان به عنوان بخشی از سلامت اخلاقی اهداء کننده مطرح شد. یکی از مشارکت کنندگان مطرح کرد:

"نمی‌خواستم زن هرزه و بدی باشه، چون ممکنه روی بچه اثر داشته باشه. بعد می‌خواستم کسی باشه که در آینده مزاحمت هم ایجاد نکنه، فقط یکی باشه که پولشو بگیره و بره" (مرد، ۳۶ ساله، کاندید تخمک اهدایی).

در بخش سلامت اخلاقی اهداء کننده، برخی مشارکت کنندگان حتی بر سلامت اخلاقی همسر وی نیز تأکید داشتند.

اهمیت میزان هزینه دریافتی در برخی مشارکت کنندگان در درجه اول و در برخی در درجات بعدی قرار داشت. در گروه اول در برخی موارد از سایر خواسته‌های خود صرف نظر کرده و موضوعات مالی به عنوان اولین معیار مورد توجه بوده است. برخی مشارکت کنندگان علی‌رغم رضایت از اهداء کننده، به دلیل عدم توافق گیرنده و دهنده در ارتباط با هزینه دریافتی، از آن صرف نظر کردند.

اگرچه در دسترس بودن اهداء کننده، ظاهراً به عنوان معیار اول نبود و در درجات بعدی اهمیت قرار داشت، اما عملاً دسترسی سریع‌تر به اهداء کننده و کاهش زمان انتظار، سایر معیارهای انتخاب را تحت تأثیر خود قرار داده و اکثر مشارکت کنندگان به عنوان مهم‌ترین معیار انتخاب به آن توجه داشتند که این امر به دلیل اهمیت زمان برای آن‌ها بوده است. به عبارت دیگر عدم دسترسی به اهداء کننده، انتخاب اهداء کننده را تحت تأثیر خود قرار می‌داد و باعث ایجاد اجبار و الزام در انتخاب اهداء کننده توسط زوجین می‌شد. مشارکت کنندگان در صحبت‌های خود مکرراً به دسترسی مشکل به اهداء کننده و در نتیجه فقدان قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری اشاره کردند. آن‌ها همچنین بر این نکته تأکید داشتند که به دلیل محدودیت اهداء کننده،

آن‌ها هیچ کنترلی بر فرآیند انتخاب اهداء کننده ندارند. این موضوع می‌تواند در انتخاب عجولانه و بی‌ضابطه اهداء کننده توسط بسیاری از زوجین دخالت داشته باشد. یکی از اعضای تیم درمان نیز به نداشتن قدرت انتخاب و در نتیجه انتخاب عجولانه گیرنده‌ها اشاره کرد و گفت:

"اصلاً حق انتخاب ندارن، اونقدر اهداء کننده کمه که ناچاراً هر موردی که پیش میاد، می‌پذیرن. مواردی بوده که ما اهداء کننده را کاملاً می‌شناختیم و سابقه اهداء داشته و اصلاً زن خوبی از نظر اخلاقی نبوده و نمی‌دونم از کجا گیرنده اونو پیدا کرده، هر چی بهش می‌گیم اینو انتخاب نکن، می‌گه شما چه کار دارین، بچه منه، تو خانواده من می‌خواد بزرگ بشه" (ماما، ۱۵ سال سابقه کار در مرکز ناباروری).

مشارکت کننده دیگری نیز به عدم توجه گیرنده‌ها به مشخصات اهداء کننده و صرف باردار شدن اشاره نموده و گفت:

"اصلاً نمی‌فهمه، می‌گه من حامله بشم به هر قیمتی، ما که نمی‌خواهیم یک مشمت کور و کچل در مملکت مون زیاد کنیم. ما نمی‌خواهیم کودک منگل و عقب افتاده زیاد کنیم، اگه می‌خواهیم اهداء استفاده کنیم، باید اصلاح نژاد هم در کنارش داشته باشیم، یعنی فرد باید حداقل معیار برای IQ، قد، رنگ و نژاد رو داشته باشه و همین جوری نباید از هر کسی استفاده کنه، ما وضعمون از این نظرها خیلی بده" (متخصص زنان، ۵ سال سابقه کار در مرکز ناباروری).

کمبود اهداء کننده و عدم دسترسی به آن، بارها و بارها توسط بسیاری از مشارکت کنندگان مطرح شد که یکی از دلایل آن، ناآگاهی جامعه از روش‌های کمک باروری، اهداء و فرآیند آن و ترس از اهداء گزارش شده بود. مشارکت کنندگان همچنین بر این نکته تأکید داشتند که در زمینه روش‌های اهدایی باید در جامعه اطلاع‌رسانی شود.

در راستای کمبود اهداء کننده، یک مشارکت کننده پزشک به این نکته اشاره کرد که تأسیس بانک تخمک و جنین می‌تواند تا حدودی این مشکل را حل کند. الزام و اجبار در انتخاب اهداء کننده که توسط بسیاری

همین فرد رو بپذیری، حالا هر طوری که باشه، چون کس دیگه ای نیست" (زن، ۳۲ ساله، کاندید تخمک اهدایی).

گروه سوم نیز کسانی بودند که اگرچه در ابتدای کار مشخصات اهداء کننده برایشان مهم بود، اما با گذشت زمان خواسته های آنان کم رنگ تر شده و عملاً از خواسته های خود و حتی در برخی موارد بالاجبار از مهم ترین معیار انتخاب خویش صرف نظر می کردند که این بی توجهی خود متعاقباً باعث ایجاد استرس در آنها می شد. یکی از مشارکت کنندگان گفت:

"از نظر شکلی هم برام مهم بود. چون من و شوهرم هر دو سفید هستیم، خانمه سبزه تند بود ولی شوهرش سفید و بور بود. همش نگران بودم می گفتم نکنه از نظر شکلی بچه شکل ما نشه" (زن، ۳۴ ساله، کاندید جنین اهدایی).

در این مطالعه در رابطه با توافق زوجین درباره مشخصات اهداء کننده، اکثر زوجین یک توافق اولیه داشتند و در بسیاری از موارد با توجه به اعتماد شوهر به زن، انتخاب را به همسران واگذار کرده بودند.

۳- کنکاش تناسب اهداء کننده

جهت بررسی مناسب بودن اهداء کننده، مشارکت کنندگان به طرق مختلف از جمله: انجام تحقیقات (تحقیقات محلی، تحقیق از طریق معرف)، صحبت حضوری یا تلفنی با اهداء کننده، پایش اهداء کنندگان در طی مراجعات به مرکز و یا قضاوت ظاهری، به کسب اطلاعات درباره وی می پرداختند.

اکثر مشارکت کنندگان فقط با توجه به ظواهر فرد و اکتفا کردن به چند سؤال از وی، به انتخاب دست زده و هیچ تحقیقاتی از وی به عمل نیاورده بودند و برخی حتی اهداء کننده را فقط در طی فرآیند درمان ملاقات کردند که به دلایل متعددی از جمله محدود بودن اهداء کننده و نداشتن قدرت انتخاب، نگرانی از ناراحتی و انصراف اهداء کننده، عدم همکاری اهداء کننده در زمینه تحقیق، عدم اطمینان از صحت اطلاعات، انتخاب از مرکز و تصور بر مورد تأیید بودن وی، محدودیت زمانی و مشغله کاری بوده است. یکی از مشارکت کنندگان مطرح کرد:

از مشارکت کنندگان مطرح شده و باعث عدم در نظر گرفتن معیارهای انتخاب و یا بی توجهی به آن ها شده است، علاوه بر عدم دسترسی به اهداء کننده ممکن است به دلایل دیگری نظیر: طولانی و خسته کننده بودن فرآیند بررسی سلامت اهداء کننده، انجام بخشی از مراحل و پرداخت هزینه در ازای آن، طی مسافت طولانی جهت مراجعه و غیبت از محل کار، نگرانی از پاسخگویی به اطرافیان و محدودیت زمانی و تعجیل در اقدام بوده است. تمام این عوامل باعث شده است که حتی در صورت تردید زوجین درباره مشخصات اهداء کننده، آن ها به استفاده از اهداء کننده ادامه دهند. این بی توجهی گاهی درباره مهم ترین معیار اهداء کننده از جمله مشخصه اخلاقی وی بوده که گاه آن را از شوهر نیز پنهان می کردند. یکی از مشارکت کنندگان گفت:

"برام مهم بود نطفه ای که تشکیل میشه حلال باشه، حرام نباشه. شوهرم هم خیلی براش مهم بود، اصلاً بهش نگفتم که به اهداء کننده شک کردم" (زن، ۲۵ ساله، کاندید تخمک اهدایی).

علاوه بر دسترس بودن، دسترسی فیزیکی نیز معیار دیگری برای انتخاب اهداء کننده بود که برخی زوجین جهت سر زدن به اهداء کننده، نزدیکی محل زندگی و برخی نیز به دلیل نگرانی از ایجاد مزاحمت بعدی توسط اهداء کننده، دوری محل زندگی اهداء کننده را ترجیح می دادند.

به طور کلی بر اساس نتایج مطالعه، مشارکت کنندگان از لحاظ معیارگزینی در انتخاب در سه گروه قرار داشتند: گروه اول کسانی بودند که هیچ معیاری برای انتخاب نداشته و تنها رسیدن فوری به هدف فرزندآوری برایشان مهم بود. در گروه دوم نیز افرادی قرار داشتند که اگرچه مشخصات اهداء کننده برایشان مهم بود، ولی علی رغم سازگار نبودن مشخصات اهداء کننده با خواسته های آن ها، در همان ابتدای کار بالاجبار اهداء کننده موجود را پذیرفتند. یکی از مشارکت کنندگان به نداشتن قدرت انتخاب در انتخاب اهداء کننده اشاره کرد و گفت:

"چون چند نفر نیستند که آدم قدرت انتخاب داشته باشه و بتونه از بین اونا یکی رو انتخاب کنه، مجبوری

"اهداکننده ها خیلی نمی خوان بازگو کنن، من هم خیلی نمی خوام چیزی بپرسم که فکر کنه فضولم و دلخور بشه، بعد ممکنه راضی نباشه که تو تحقیق کنی و بعد که بفهمه بهش بربخوره و بگه نه، من نمیام، بعد ما چه کار کنیم. سؤال دیگه هم بپرسیم و جواب هم بده معلوم نیست که راست یا دروغ میگه" (زن، ۳۲ ساله، کاندید تخمک اهدایی).

در برخی موارد زوجین نه تنها از جستجوی اطلاعات پیرامون اهداء کننده امتناع کردند بلکه حتی ترجیح می دادند اهداء کننده را هم ملاقات نکنند، زیرا حس خوبی از دیدن اهداء کننده نداشتند.

بحث

این مطالعه از جمله مطالعات کیفی است که به بررسی تجربیات زوجین نابارور استفاده کننده از روش های اهدایی کمک باروری در ارتباط با انتخاب اهداء کننده پرداخت. یکی از تصمیمات مهمی که زوجین استفاده کننده از روش های اهدایی در طی درمان با آن مواجه هستند، انتخاب نوع اهداء کننده است. استفاده از یک اهداء کننده شناخته شده یا ناشناخته ممکن است یک انتخاب فعال و یا یک موقعیت اجباری به دلیل برخی شرایط باشد. در این مطالعه انتخاب نوع اهداء کننده بر اساس شرایطی نظیر مسائل اقتصادی، مدت زمان انتظار، اطمینان از دارا بودن معیارهای انتخاب، حفظ محرمانگی و جلوگیری از عواقب آتی اهداء کننده شناخته شده بود. در مطالعه گرین فیلد و همکار (۲۰۰۴) در آمریکا نیز انتخاب نوع اهداء کننده بر اساس عواملی نظیر موضوعات مالی، در دسترس بودن، نگرانی در مورد انگیزه اهداء کننده و مشخصات اهداء کننده بود (۵). در مطالعه حاضر اهداء کننده ناشناخته، انتخاب ارجح اکثر زوجین بود که شایعترین علت آن، ترس از افشاگری موضوع و قضاوت اجتماعی و تمایل به حفظ محرمانگی بود. در این مطالعه علی رغم ترجیح اهداء کننده شناخته شده یا ناشناخته توسط برخی مشارکت کنندگان، زوجین در برخی موارد جهت دستیابی سریع تر به هدف فرزندآوری، از سایر اهداء کننده ها و حتی کسانی که با خواسته های آن ها

سازگاری نداشتند، نیز استفاده کردند. در مطالعه بیتن و همکاران (۲۰۰۰) در بروکسل نیز تمام زوجین به منظور اجتناب از انتظار طولانی، اهداء کننده را از بین دوستان و بستگان خود جستجو کردند (۱۳).

زوجین کاندید انتخاب اهداء کننده ناشناخته، برای اهداکننده خود معیارهایی در نظر داشتند. در این مطالعه معیارهای مورد توجه زوجین شامل مشخصات فردی، خصوصیات فیزیکی، سلامت جسمی و اخلاقی، هزینه دریافتی و در دسترس بودن اهداء کننده بود که مهم ترین معیار از نظر آن ها، سلامت اخلاقی بود که با توجه به مذهبی بودن جامعه ما، تفاوت نتایج با سایر مطالعات قابل توجه است؛ به گونه ای که در مطالعه کلاک و گرین فیلد (۲۰۰۴) در آمریکا، ۳ مشخصه مهم اهداء کننده برای مردان و زنان به ترتیب ظاهر فرد، سلامتی و هوش بود (۶). هرشبرگر (۲۰۰۵) به نقل از لیندهیم بیان کرد که در مطالعه وی، مهم ترین مشخصه اهداء کننده، تاریخچه طبی بود. در مطالعه هارت و همکار (۲۰۱۱) مهم ترین مشخصات برای گیرندگان اهداء ناشناخته تخمک، تاریخچه ژنتیک، استعداد اهداء کننده، نوع گروه خونی و ویژگی های شخصیتی و کم اهمیت ترین مشخصه، ظاهر فیزیکی اهداء کننده بود (۷). اگرچه در مطالعه حاضر، تشابه فیزیکی اهداء کننده، جزء مهم ترین معیارهای انتخاب نبود، اما همواره مشارکت کنندگان نگران این موضوع بودند. نگرانی زوجین درباره شباهت اهداء کننده، یک بیان غیر مستقیم از نگرانی آن ها درباره شباهت ظاهری کودک با والدین بود. در واقع والدین می خواستند کودک به اندازه کافی شبیه آن ها به نظر برسد تا این که به عنوان بچه ژنتیکی آن ها تصور شود و از این طریق بتوانند استفاده از روش های اهدایی را محرمانه نگه دارند. در این مطالعه هزینه دریافتی نیز عامل مهمی برای تصمیم گیری زوجین محسوب می شد و ارزیابی صحیح آن ها را در انتخاب نوع اهداء کننده تحت تأثیر قرار می داد. وجوه پرداختی به اهداکننده بر اساس میزان عرضه و تقاضا و نحوه مذاکرات طرفین مشخص می شد که در مطالعه یی و همکاران (۲۰۰۷) در تورنتو نیز به این موضوع اشاره

آگاهی از روش‌های اهدایی به خصوص در بین جمعیت بارور، اغلب پایین است و نه تنها نگرش آنان نسبت به این روش‌ها نامطلوب است، بلکه به دلیل تابوهای فرهنگی اجتماعی موجود در جامعه، بسیاری از مردم، زوجین را به دیده منفی و با احساس گناه می‌نگرند (۱۲). ناآگاهی و نگرش منفی نسبت به روش‌های اهدایی، باعث بهره‌مندی ناکافی از این روش‌ها می‌شود. همچنین متعارف نبودن روش‌های اهدایی و استیگمای ناشی از آن باعث می‌شود مشارکت در اهداء نیز برخلاف هنجارهای اجتماعی فرهنگی سنتی باشد (۱۱).

در مطالعه حاضر از نظر میزان آگاهی زوجین از مشخصات اهداء کننده و کنکاش تناسب اهداء کننده، اکثر مشارکت‌کنندگان فقط با توجه به ظواهر فرد و اکتفا کردن به چند سؤال به انتخاب پرداختند. برخی زوجین جهت جلوگیری از مزاحمت‌های بعدی و همچنین به دلیل نداشتن حس خوب از دیدن اهداء کننده، حتی ترجیح می‌دادند اهداء کننده را نبینند که برخلاف مطالعه پوروال و همکار (۲۰۰۹) بود که ملاقات با اهداء کننده‌های احتمالی تخمک به عنوان کلیدی در تصمیم‌گیری برای انتخاب اهداء کننده توسط زنان بود (۱۱).

با توجه به نیاز مبرم زوجین نابارور برای استفاده از روش‌های اهدایی، برخی زوجین زمانی که تحت فشار و استرس ناشی از ناباروری قرار می‌گیرند، برای خلاص شدن از فشار ناباروری، حاضر به انجام هر کاری بوده و حتی برای انتخاب اهداء کننده، از تمام خواسته‌های خود صرف نظر کرده و بالاجبار و برخلاف میل خود به انتخاب یک اهداء کننده تن می‌دهند، بدون آن که به عواقب آن بیندیشند. به خصوص در مواردی که برخی زوجین بسیار جوان بوده و ممکن است متوجه پیامدهای تصمیم خود نباشند، اما همواره این خطر وجود دارد که پس از گذشت زمان و رسیدن به آرزوها و آرمان‌های خود، از تصمیم‌شان پشیمان شوند که آن زمان برای انجام هر اقدامی دیر است. با توجه به اینکه نیازهای گذران روزمره زندگی، مانع درک پیامدهای درازمدت می‌شود، لذا برگزاری جلسات مشاوره با

شده است (۹). از نظر توجه به معیارهای انتخاب، برخی زوجین در این مطالعه گزارش کردند که مشخصات اهداء کننده برایشان مهم نیست، برخی با تعداد محدودی معیار جهت انتخاب اهداء کننده وارد مطالعه شدند و برخی نیز بیان کردند که تعداد و اهمیت مشخصات دلخواهشان با گذشت زمان تغییر کرده است؛ بدین گونه‌ای که با افزایش زمان انتخاب اهداء کننده، مشخصات دلخواهشان کاهش یافته و حتی در برخی موارد، اهداء کننده‌هایی انتخاب می‌شدند که هیچ سازگاری با معیارهای اولیه زوجین نداشتند. صرف نظر کردن از معیارهای مورد نظر، همواره باعث ایجاد استرس نه تنها در طی اقدام، بلکه در تمام دوران بارداری و بعد از آن می‌شود. در مطالعه هرشبرگر (۲۰۰۵) در میچيگان برخی زنان گیرنده گزارش کردند که افکارشان درباره مشخصات اهداء کننده ایده آل با گذشت زمان تغییر کرده است (۷) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. به نظر می‌رسد تصمیمات عده‌ای از زوجین نابارور درباره انتخاب اهداء کننده با عواملی نظیر پیچیدگی به دست آوردن یک اهداء کننده و عدم دسترسی به آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد. محدود بودن اهداء کننده و نداشتن کنترل بر فرآیند انتخاب اهداء کننده، از مهم‌ترین عواملی بود که عملاً در تصمیم‌گیری اکثر زوجین جهت انتخاب اهداء کننده تأثیر داشت و باعث صرف نظر کردن زوجین از نوع اهداء کننده و معیارهای انتخاب می‌شد؛ به گونه‌ای که تصمیم‌گیری آن‌ها جهت انتخاب اهداء کننده، منعکس کننده اولویت‌هایشان درباره نوع اهداء کننده و مشخصات اهداء کننده نبود که این نتایج همسو با مطالعه هرشبرگر (۲۰۰۵) در میچيگان است. در مطالعه وی نیز گیرنده‌ها کنترل زیادی در انتخاب اهداء کننده نداشتند (۷). در مطالعه گرین‌فیلد و همکار (۲۰۰۴) ۴۰ درصد زنان و ۴۴ درصد مردان گزارش کردند که انتخاب تخمک اهدایی اصلاً مشکل نیست (۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که یکی از علل کمبود اهداء کننده، ناآگاهی جامعه از روش‌های کمک باروری است. مطالعه پوروال و همکاران (۲۰۰۹) در لندن نشان داد که

زوجین پیش از اقدامات درمانی جهت آموزش و اطلاع رسانی به موقع و با شیوه های کارآمد و آگاه نمودن آن ها از انواع اهداء و عواقب هر کدام و لزوم توجه به معیارهای اهداء می تواند از عواقب جبران ناپذیر انتخاب عجلوانه اهداکننده جلوگیری کند. مشاوره باعث توانمند کردن زوجین در انتخاب اهداء کننده شده و باعث می شود که کنترلی بر فرآیند انتخاب داشته باشند، همچنین باعث مجهز کردن آن ها به استراتژی های حمایت از خود شده تا بتوانند تماس های توهین آمیز برخی اهداء کنندگان را مدیریت کنند (۱۸). همچنین لازم است تمهیداتی جهت اطلاع رسانی و افزایش آگاهی نسبت به روش های اهدایی در جامعه اتخاذ گردد. اطلاع رسانی در ارتباط با روش های اهدایی می تواند در کاهش قبح و زشتی آن و همچنین ترس از اهدا مؤثر بوده و همانند اهداء عضو در بین جامعه قابل قبول شود که نتیجه آن افزایش تمایل به اهداء می باشد. اگر زنان بیشتری از وضع نامساعد گیرندگان باخبر شوند، تعداد بیشتری با نیت خیرخواهانه برای اهداء مراجعه خواهند کرد. برنامه ها و اخبار در رسانه ها از طریق اطلاع رسانی درباره نیاز به همکاری جامعه جهت اهدا، باعث افزایش تماس زنان جهت کمک شده اند (۱۹). بعید به نظر می رسد که قانون به تنهایی در نایل شدن به تغییرات نگرش اجتماعی بدون اقدامات مکمل برای بالا بردن آگاهی عمومی نیاز به اهداء تأثیرگذار باشد (۹). سیاست های افشاگری که به اهداء کنندگان اطلاعات بیشتری درباره زوجین گیرنده و پیامدهای اهداء می دهد و سیاست هایی که اهداء کنندگان کنترل بیشتری بر استفاده بالقوه تخمک هایشان داشته باشند، ممکن است مقبولیت اخلاقی اهداء تخمک و تمایل زنان به مشارکت در این فرآیند را بهبود بخشد (۲۰). عواملی نظیر امکان دریافت مشاوره حرفه ای، صحبت با زنان دارای تجربه مشابه اهداء، فاصله کوتاه فیزیکی اهداء کننده تا کلینیک و دوره درمان کوتاه تر نیز در افزایش تمایل به اهداء نقش دارد (۱۰). استفاده از بانک تخمک و جنین نیز می تواند در جبران کمبود اهداء کننده نقش داشته باشد.

از محدودیت های این مطالعه آن بود که ماهیت حساس، سری بودن و برچسب های منفی ناشی از ناباروری، تمایل و احتمال بحث آزادانه در مورد موضوع را تا حدودی کاهش می داد. پیشنهاد می شود مطالعات عمیق تری در زمینه بررسی پیامدهای پیچیده شخصی در انواع مختلف اهداء کننده و با معیارهای متفاوت در زوجین گیرنده انجام شود.

نتیجه گیری

عدم دسترسی به اهداء کننده، انتخاب اهداء کننده را تحت تأثیر خود قرار داده و سبب الزام و اجبار در انتخاب اهداء کننده و در نتیجه انتخاب عجلوانه و بی ضابطه توسط زوجین می شد. جهت جلوگیری از عواقب جبران ناپذیر انتخاب ناخواسته یک اهداء کننده، برگزاری جلسات مشاوره با زوجین پیش از اقدامات درمانی برای آموزش و اطلاع رسانی و همچنین توانمند کردن زوجین در انتخاب اهداء کننده و کنترل آن ها بر فرآیند انتخاب در راستای باورهای فرهنگی - اجتماعی و مذهبی زوجین ضروری می باشد. استفاده از استراتژی هایی جهت افزایش تمایل به اهداء از جمله اطلاع رسانی و افزایش آگاهی جامعه نسبت به روش های اهدایی و امکان دریافت مشاوره حرفه ای توسط اهداء کننده نیز پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکترای تخصصی بهداشت باروری مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد که به صورت طرح مشترک بین دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی (با کد ۸۷۱۷) و مشهد (با کد ۹۱۰۱۱۱) انجام شد. بدین وسیله از حمایت های مالی دو دانشگاه و همچنین از ریاست محترم مرکز ناباروری منتصریه شهر مشهد سرکار خانم دکتر نزهت موسوی فر و تمامی پرسنل و کارکنان محترم مرکز که ما را در انجام این طرح یاری کردند و همچنین از صبر و حوصله و همراهی مشارکت کنندگان در مطالعه که بدون حضور آن ها انجام چنین پژوهشی مقدور نبود، تشکر و قدردانی می شود.

1. Inhorn MC. Right to assisted reproductive technology: overcoming infertility in low-resource countries. *Int J Gynecol Obstet* 2009 Aug;106(2):172-4.
2. Abbasi-Shavazi MJ, Razeghi Nasrabad HB, Behjati Ardakani Z, Akhondi MM. [Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2006 Jul-Sep;7(2(27)):139-48.
3. Greenfeld DA, Greenfeld DG, Mazure CM, Keefe DL, Olive DL. Do attitudes toward disclosure in donor oocyte recipients predict the use of anonymous versus directed donation? *Ferti Steril* 1998 Dec;70(6):1009-14.
4. Shehab D, Duff J, Pasch LA, Mac Dougall K, Scheib JE, Nachtigall RD. How parents whose children have been conceived with donor gametes make their disclosure decision: contexts, influences, and couple dynamics *Fertil Steril* 2008 Jan;89(1):179-84.
5. Greenfeld DA, Klock SC. Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients. *Fertil Steril* 2004 Jun;81(6):1565-71.
6. Klock SC, Greenfeld DA. Parents' knowledge about the donors and their attitudes toward disclosure in oocyte donation. *Hum Reprod* 2004 Jul;9(7):1575-9.
7. Hershberger P. *Pregnant donor oocyte recipients: the lived experience*. Chicago:University of Illinois;2005.
8. Hart V, Plath D. Egg donor wanted: social work with women looking for an egg donor. *Austr Soc Work* 2011;64(4):515-25.
9. Yee S, Hitkari JA, Greenblatt EM. A follow-up study of women who donated oocytes to known recipient couples for altruistic reasons. *Hum Reprod* 2007 Jul;22(7):2040-50.
10. Svanberg AS, Lampic C, Bergh T, Lundkvist OE. Characterization of potential oocyte donors in Sweden. *Hum Reprod* 2003 Oct;18(10):2205-15.
11. Purewal S, van den Akker OB. British women's attitudes towards oocyte donation: Ethnic differences and altruism. *Patient Educ Couns* 2003 Dec;64(1-3):43-9.
12. Purewal S, van den Akker OB. Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Hum Reprod* 2009 Sep-Oct;15(5):499-515.
13. Baeten P, Devroey P, Camus M, Van Steirteghem AC, Ponjaert-Kristoffersen I. Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. *Hum Reprod* 2000 Feb;15(2):476-84.
14. Hershberger P. Recipients of oocyte donation: An integrative review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004 Sep-Oct;33(5):610-21.
15. Kilic S, Ucar M, Yaren H, Gulec M, Atac A, Demirel F, et al. Determination of the attitudes of Turkish infertile women towards surrogacy and oocyte donation. *Pak J Med Sci* 2009 Jan-Mar;25(1):36-40.
16. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. California:Sage Publication;2007.
17. Polit DF, Beck CT. *Essential of nursing research methods, appraisal and utilization*. 6th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2006.
18. Jafarzadeh MG. [Assisted human reproduction techniques: necessities, achievements and the need] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2001;2(1):4-16.
19. Englert Y. Ethics of oocyte donation are challenged by the health care system. *Hum Reprod* 1996 Nov;11(11):2353-5.
20. Kalfoglou AL, Gelle G. A follow-up study with oocyte donors exploring their experiences, knowledge, and attitudes about the use of their oocytes and the outcome of the donation. *Fertil Steril* 2000 Oct;74(4):660-7.