

تدوین برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری مبتنی بر نیاز مادران جایگزین ایرانی: یک مطالعه‌ی کیفی

مرجان گلی^۱، شهناز کهن^۲، زینب حیدری^۳، زیبا فرج‌زادگان^۴، سید مهدی احمدی الون‌آبادی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مادران جایگزین با حمل جنین زوج نابارور، به درمان آن‌ها کمک می‌نمایند. ارزیابی‌ها نشان می‌دهد سلامت باروری مادران جایگزین در مقایسه با بارداری طبیعی دارای جنبه‌های متفاوت می‌باشد. این مطالعه، با هدف تدوین برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری مبتنی بر نیاز مادران جایگزین ایرانی انجام گرفت.

روش‌ها: در این پژوهش، ترکیبی متوالی اکتشافی ابتدا با رویکرد تحقیق کیفی مادران جایگزین و ارایه دهندگان و سیاست‌گذاران خدمات سلامت باروری به طور هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته‌ی عمیق جمع‌آوری، مکتوب و تحلیل گردید و نیازهای مراقبتی مادران جایگزین تبیین گردید. با ادغام نتایج مطالعه‌ی کیفی و مرور متون و راهنماهای موجود، پیش‌نویس برنامه‌ی مراقبتی طراحی شد و مناسبت هر یک از مراقبت‌های پیشنهادی با تکنیک دو مرحله‌ای Delphi ارزیابی و برنامه‌ی نهایی تدوین گردید.

یافته‌ها: در تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از مطالعه، نیازهای سلامت باروری مادران جایگزین در ۴ طبقه‌ی اصلی مراقبت‌های مختص بارداری جایگزین، نیازهای آموزشی، حمایت‌های روان‌شناختی و پیامدهای اجتماعی و خانوادگی خلاصه شد. بر اساس همین نیازها، برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری مادران جایگزین در شش بخش اصلی شامل ارزیابی‌ها و مراقبت‌های قبل، حین و بعد از زایمان تدوین گردید.

نتیجه‌گیری: مراقبت سلامت باروری مادران جایگزین، چالش‌های متعدد و منحصر به فردی دارد که لازم است ارایه دهندگان مراقبت سلامت باروری به این دسته از مادران، به آن‌ها توجه ویژه بنمایند.

واژگان کلیدی: ناباروری؛ سلامت؛ مادر جایگزین

ارجاع: گلی مرجان، کهن شهناز، حیدری زینب، فرج‌زادگان زیبا، احمدی الون‌آبادی سید مهدی. تدوین برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری مبتنی بر نیاز مادران جایگزین ایرانی: یک مطالعه‌ی کیفی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۹؛ ۳۸ (۶۰۵): ۹۷۱-۹۸۱.

باروری (Assisted reproductive technique یا ART) می‌باشد (۲) که در آن، جنین ایجاد شده‌ی زوج نابارور به روش لقاح آزمایشگاهی (In vitro fertilization یا IVF) به رحم مادر جایگزین (Surrogate mother) منتقل می‌گردد (۳). از این رو، روش پیش‌گفته برای زنانی که با روش‌های دیگر قادر به بارداری نمی‌باشند، یک گزینه‌ی مناسب فرزنددار شدن است (۴). در حالی که استفاده از رحم جایگزین فواید زیادی دارد و در

مقدمه

بارداری جایگزین برای زنانی که قادر به بارداری نیستند و یا به علت شرایط طبی، بارداری برای آن‌ها ممنوع است، یک روش جایگزین (Alternative) برای بچه‌دار شدن می‌باشد و تنها گزینه‌ای است که باعث می‌شود این زنان فرزندی از تخمک (ژنتیک) خودشان داشته باشند (۱). استفاده از رحم جایگزین، به عنوان یکی از روش‌های درمان نازایی و یکی از تکنولوژی‌های جدید درمان با روش‌های کمک

- ۱- استادیار، گروه مامایی، مرکز تحقیقات توسعه‌ی علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
 - ۲- دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۳- استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۴- استاد، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۵- متخصص زنان و مامایی، کلینیک باروری و ناباروری اصفهان، اصفهان، ایران
- نویسنده‌ی مسؤول: شهناز کهن؛ دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده‌ی علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: shhznkohan@gmail.com

جایگزین و مطلعین کلیدی شامل ارایه دهندگان مراقبت به این مادران، سیاست گذاران سلامت مادران و متخصصین سلامت باروری تبیین گردید. در این پژوهش، زنان با تجربه‌ی حداقل یک بارداری جایگزین کامل و موفق، به صورت هدفمند و با بیشترین تنوع از نظر سن، سطح تحصیلات، تعداد بارداری، تعداد بارداری جایگزین، قومیت و فاصله‌ی سپری شده از بارداری جایگزین از بین مراجعه کنندگان به مراکز درمان ناباروری اصفهان انتخاب شدند. همچنین، ارایه دهندگان مراقبت به مادران جایگزین شامل پزشک متخصص ناباروری، ماما، روان‌پزشک، روان‌شناس، سیاست‌گذاران سلامت مادران و متخصصان سلامت باروری در صورت داشتن حداقل یک سال سابقه در زمینه‌ی مراقبت مادران جایگزین نیز برای مشارکت، دعوت شدند.

مشارکت کنندگان با رضایت آگاهانه و اطلاع کامل از اهداف، وارد مطالعه شدند. اطلاعات از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. مکان مصاحبه‌ها بر اساس تمایل مشارکت کنندگان، مرکز باروری و ناباروری اصفهان، بیمارستان آیت اله بهشتی اصفهان و یا محل کار یا زندگی مشارکت کنندگان تعیین گردید. مصاحبه با هر شرکت کننده توسط محقق در طی یک تا دو جلسه و با میانگین زمان ۶۰-۴۰ دقیقه انجام شد. در شروع مصاحبه، محقق به شرح اهداف پژوهش و جلب اعتماد مشارکت کنندگان می‌پرداخت. سپس، رضایت کلامی و کتبی برای شرکت در تحقیق، ادامه‌ی همکاری و در صورت لزوم انجام مصاحبه‌های بعدی و اجازه‌ی ضبط مصاحبه اخذ شد. سپس، مصاحبه‌ها به صورت انفرادی در محیطی آرام و خصوصی انجام گرفت و در صورت عدم تمایل مشارکت کنندگان به ضبط مصاحبه، یادداشت برداری انجام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل محتوای مرسوم (Conventional content analysis) پیشنهادی Graneheim و Lundman انجام شد. پس از پایان هر مصاحبه، مصاحبه‌ی ضبط شده به صورت کلمه به کلمه مکتوب گردید. هر مصاحبه یک واحد تحلیل در نظر گرفته شد. سپس، با خواندن مکرر تمام مصاحبه، محقق یک دید کلی به دست آورد که منجر به تشکیل واحد معنایی (Meaning unit) گردید. در مرحله‌ی بعد، کدها استخراج شد. سپس، کدهای مشابه در زیر طبقات جای گرفت. زیر طبقات مرتبط با هم، طبقات فرعی را تشکیل دادند و در نهایت، با دسته‌بندی طبقات فرعی، طبقات اصلی ظهور یافتند (۱۳).

با درگیری مداوم با داده‌های پژوهش و بازبینی داده‌ها توسط مشارکت کنندگان و همکاران تیم تحقیق، اعتبار داده‌ها افزایش یافت. برای تأیید پذیری داده‌ها از نظرات پژوهشگرانی که خارج از مطالعه قرار داشتند، استفاده شد. به منظور افزایش قابلیت اعتماد داده‌ها،

برخی موارد یک ضرورت محسوب می‌گردد، اما یکی از بحث برانگیزترین روش‌های درمان ناباروری می‌باشد که لازم است چالش‌های پزشکی، اخلاقی، فقهی، حقوقی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی متعاقب آن مورد بحث کارشناسی قرار بگیرد (۳). گرچه جنبه‌های پزشکی لقاح آزمایشگاهی و بارداری در استفاده از رحم جایگزین استاندارد است، اما در جنبه‌های مهم دیگر نظیر غربالگری پزشکی و روان‌شناختی، مشاوره‌ی قانونی، تعارضات قانونی بین مادر جایگزین و والدین گیرنده، هماهنگی مادرگیرنده و جایگزین، فرایند تولد و مراقبت دوران بارداری، مسایل قانونی و روانی بعد از تولد و مسایل شیردهی مورد اختلاف نظر است (۵). همچنین، موضوع رحم جایگزین به صورت مبسوط در منابع استاندارد مامایی اشاره نشده است و راهنماهای بالینی کمی در مورد آن وجود دارد (۶). علاوه بر توجه به جنبه‌های علمی و پزشکی و حتی حقوقی بارداری جایگزین، بررسی و آشنایی با احساسات، تجربیات، دغدغه‌ها و نگرانی افرادی که از این روش استفاده می‌کنند نیز دارای اهمیت می‌باشد (۷).

با گسترش کاربرد بارداری جایگزین در درمان ناباروری، مسئولیت حرفه‌ای در جهت عملکرد ایمن و بی‌خطر برای این مادران الزامی است (۸)، اما با گذشت چندین سال از آغاز استفاده از بارداری جایگزین، همچنان یک پدیده‌ی جدید محسوب می‌شود که در زمینه‌های مختلف نیاز به بررسی، برنامه‌ریزی و آشنایی نسبت به زوایای گوناگون آن وجود دارد (۹)؛ در حالی که با توجه به جدید بودن پدیده‌ی بارداری جایگزین و نیز تناقضات قانونی موجود در کشورهای مختلف جهان نسبت به آن، مطالعات و بررسی‌های کمی در مورد آن وجود دارد (۱۰).

در ایران نیز بارداری جایگزین به عنوان یک گزینه‌ی انتخابی برای بچه‌دار شدن از طرف تعداد زیادی از زوج‌های نابارور مورد استقبال قرار گرفته است (۱۱)، در حالی که برنامه‌ی مراقبتی مدون، ویژه‌ی این بارداری در سیستم سلامت کشور در دسترس نمی‌باشد (۱۲). از این رو، تدوین برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری در مادران جایگزین، مبتنی نیاز و شرایط فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و غیره در مادران جایگزین ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، مطالعه‌ی حاضر با هدف تدوین برنامه‌ی مراقبتی مبتنی بر نیاز در مادران جایگزین ایرانی انجام شد.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی ترکیبی اکتشافی بود که توسط کمیته‌ی اخلاقی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بررسی و با کد اخلاقی IR.MUI.RESEARCH.REC.1395.3.942 مورد تأیید قرار گرفت. ابتدا، با یک رویکرد پژوهش کیفی، نیازهای مراقبتی مادران جایگزین با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی از دیدگاه مادران

مراحل تحقیق به طور دقیق گزارش شد تا امکان پی‌گیری برای دیگر محققان فراهم گردد. قابلیت انتقال داده‌ها با گذاشتن داده‌ها در اختیار افراد مشابه با شرکت کنندگان و بررسی میزان تشابه نظرات آنان با نتایج به دست آمده تقویت گردید.

در مرحله‌ی بعد، مروری بر متون به شیوه‌ی *Narrative review* شامل جستجو از طریق منابع کتابخانه‌ای و الکترونیکی و بانک‌های اطلاعاتی شامل Science Direct, PubMed, Web of science, Embase, Magiran, Proquest, Scopus, Ovid, Cochrane library و SID Database به منظور دستیابی به دانش موجود در زمینه‌ی مراقبت‌ها و نیازهای مراقبتی مادران جایگزین قبل، حین و پس از زایمان صورت گرفت و راهنماها و مطالعات با محتوای مراقبت‌ها و تجربیات مادران جایگزین و پیامدهای آن از سال ۲۰۰۵، به دو زبان انگلیسی و فارسی و با واژه‌های مادر جایگزین و بارداری جایگزین مورد بررسی و تماتیک آنالیز قرار گرفت. با استفاده و ادغام یافته‌های به دست آمده از مطالعه‌ی کیفی و همچنین، مرور مطالعات، پیش‌نویس برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری مبتنی بر نیاز در مادران جایگزین ایرانی طراحی گردید.

یافته‌ها

در مرحله‌ی اول (مطالعه‌ی کیفی) ۹ مادر جایگزین و ۱۲ نفر ارایه دهندگان مراقبت به مادران جایگزین و ۵ نفر از سیاست‌گذاران و متخصصان سلامت مادران مشارکت داشتند که به صورت هدفمند انتخاب و وارد مطالعه شدند (جدول ۱).

تجزیه و تحلیل داده‌ها در مرحله‌ی اول پژوهش منجر به شکل‌گیری ۱۲ طبقه‌ی فرعی و ۴ طبقه‌ی اصلی شامل مراقبت‌های مختص بارداری جایگزین، نیازهای آموزشی، حمایت‌های روان‌شناختی و پیامدهای اجتماعی و خانوادگی گردید (جدول ۱). در جدول ۲ طبقات حاصل از تحلیل توصیف مشارکت کنندگان از نیازهای مراقبتی مادران جایگزین آمده است.

با ادغام یافته‌های مطالعه‌ی کیفی و مطالعه‌ی مروری، پیش‌نویس برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری مادران جایگزین ایرانی طراحی و سپس، طی دو راند تکنیک دلفی (RAM)، مراقبت‌ها ارزیابی و در نهایت، برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری مادران جایگزین تدوین گردید و برنامه‌ی تدوین شده در شش بخش تنظیم شد. بخش اول برنامه، ارزیابی صلاحیت اولیه‌ی داوطلبین بارداری جایگزین، بخش دوم مشاوره و آموزش‌های قبل از بارداری، بخش سوم، مراقبت‌ها و آموزش‌های حوالی انتقال جنین، بخش چهارم مراقبت‌ها و آموزش‌های دوران بارداری، بخش پنجم مراقبت‌ها و آموزش‌های حین زایمان و بخش ششم مراقبت‌های پی‌گیر پس از زایمان است.

سپس، مناسبیت هر یک از مراقبت‌ها در برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری مادران جایگزین با استفاده از تکنیک اصلاح شده‌ی Delphi دو مرحله‌ای (RAND appropriateness method یا RAM) با لیکرت ۹ امتیازی ارزیابی شد. در دور اول، امتیازدهی به هر یک از مراقبت‌ها، به طور انفرادی توسط متخصصان مربوط انجام شد (۱۲). کلیه‌ی اعضای شرکت کننده به هر یک از مراقبت‌های برنامه، امتیازی بین ۱-۹ بر اساس نسبت سود به زیان هر مراقبت دادند. سپس، هر یک از مراقبت بر اساس میانگین نمره‌ی کسب شده، در سه گروه مناسب (میانگین نمرات ۷-۹) و نامناسب (میانگین نمرات ۱-۳) و نامطمئن (میانگین نمرات ۴-۶) قرار گرفتند. مراقبت‌های نامناسب، از لیست مراقبت‌ها حذف گردید و مراقبت‌هایی که مناسب ارزیابی گردیده بود، در قالب نهایی برنامه‌ی

جدول ۱. مشخصات فردی مادران جایگزین

کد مشارکت کننده	سن (سال)	تحصیلات	سابقه‌ی اهدای تخمک/ جنین	تعداد بارداری جایگزین	تعداد فرزندان	وضعیت تأهل
P1	۲۹	دبیرستان	یک بار اهدای تخمک	۱	۲	مطلقه
P2	۳۴	دیپلم	۰	۱	۱	مطلقه
P3	۳۵	سیکل	۰	۱	۱	متأهل
P4	۳۴	دبیرستان	۳ بار اهدای تخمک	۲	۱	مطلقه
P5	۳۷	ابتدایی	۱ بار اهدای جنین	۱	۲	متأهل
P6	۳۴	ابتدایی	۱ بار اهدای تخمک	۱	۲	مطلقه
P7	۳۱	راهنمایی	۱ بار اهدای جنین	۱	۱	متأهل
P8	۲۸	دانشجو	۰	۱	۱	مطلقه
P9	۳۸	ابتدایی	۰	۱	۳	متأهل

جدول ۲. طبقات حاصل از تحلیل توصیف مشارکت کنندگان از نیازهای

مراقبتی مادران جایگزین

طبقه‌ی اصلی	طبقه‌ی فرعی
مراقبت‌های مختص بارداری جایگزین	مراقبت‌های ویژه‌ی بارداری جایگزین نیاز به مراقب خانگی
نیازهای آموزشی	مراقبت جهت توقف تولید شیر شناخت ابعاد حقوقی و سلامتی بارداری جایگزین چگونگی آشناسازی فرزندان با بارداری جایگزین تقویت مهارت‌های ارتباطی مادر جایگزین و گیرنده
حمایت‌های روان‌شناختی	غربالگری و ارتقای سلامت روان مادر جایگزین حمایت از مادر جایگزین در اداره‌ی دلبستگی به جنین تقویت انگیزه‌ی نوع‌دوستانه
پیامدهای اجتماعی و خانوادگی	تقویت تاب‌آوری جهت تطابق با بارداری جایگزین قضاوت شدن و انگ ناشی از بارداری جایگزین آشنفگی‌های خانوادگی

در این برنامه‌ی مراقبتی، کلیه‌ی آموزش‌ها و مراقبت‌ها با رویکرد تیمی شامل متخصص زنان، ماما، متخصص بهداشت باروری، روان‌شناس، روان‌پزشک و مشاور امور حقوقی که علاوه بر مهارت‌های حرفه‌ای، آموزش‌های لازم در زمینه‌ی بارداری جایگزین را نیز دیده بودند، ارائه می‌گردد.

بخش اول: ارزیابی صلاحیت اولیه‌ی داوطلبین بارداری جایگزین:

در این بخش از برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری مادران جایگزین، داوطلبین بارداری جایگزین از نظر مشخصات دموگرافیک، سابقه‌ی مامایی، طبی، اجتماعی، روانی، کلینیکی و پاراکلینیکی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (ضمیمه‌ی ۱).

بخش دوم: مشاوره و آموزش حقوقی- باروری و روان‌شناختی

قبل از بارداری: در صورت تأیید صلاحیت داوطلب بارداری جایگزین بر اساس موارد بررسی شده در بخش اول برنامه و احراز کلیه‌ی شرایط، یک جلسه‌ی آموزش و مشاوره توسط مشاور حقوقی و یک جلسه‌ی آموزش و مشاوره توسط کارشناس مامایی/متخصص بهداشت باروری و یک جلسه‌ی آموزش و مشاوره توسط مشاور روان‌شناس با حضور داوطلب بارداری جایگزین و همسر وی برگزار می‌شود (ضمیمه‌ی ۲).

در صورتی که داوطلب بارداری جایگزین صلاحیت لازم را در نظر مشاوره‌ی حقوقی و باروری و روان‌شناختی احراز نماید، یک جلسه توسط مشاور روان‌شناس با حضور داوطلب بارداری جایگزین (در صورت تأهل با حضور همسر وی) و والدین گیرنده قبل از انتقال جنین به منظور معارفه‌ی اجمالی مادر جایگزین و والدین گیرنده با یکدیگر و اطلاع‌رسانی در مورد حقوق و وظایف هر یک از طرفین و نیز بحث و تبادل نظر در مورد نحوه و میزان تعاملات و انتظارات متقابل دو طرف از

یکدیگر برگزار می‌گردد. در صورت توافق نهایی مادر جایگزین و گیرنده، بخش سوم مراقبت‌ها و آموزش‌ها آغاز می‌گردد.

بخش سوم: مراقبت‌ها و آموزش‌های حوالی انتقال جنین: این بخش شامل آموزش و مراقبت‌های قبل، حین و بعد از انتقال جنین به رحم مادر جایگزین می‌اشد (ضمیمه‌ی ۳).

بخش چهارم: مراقبت‌ها و آموزش‌های دوران بارداری: مراقبت‌های این بخش از زمان تأیید بارداری آغاز می‌شود و تا پایان بارداری ادامه می‌یابد و شامل آموزش و مراقبت‌های اضافی بارداری جایگزین است که علاوه بر مراقبت‌های بارداری معمول، توسط متخصص زنان، متخصص روان‌پزشکی و متخصص بهداشت باروری/ماما و مشاور روان‌شناس ارائه می‌گردد (ضمیمه‌ی ۴).

بخش پنجم: مراقبت‌ها و آموزش‌های حول و حوش زایمان: این مراقبت‌ها حین زایمان و بلافاصله بعد از زایمان در بیمارستان ارائه می‌گردد و شامل آموزش و مراقبت‌های اضافی به مادران جایگزین است که علاوه بر مراقبت‌های معمول، توسط متخصص زنان و متخصص بهداشت باروری/ماما ارائه می‌گردد (ضمیمه‌ی ۵).

بخش ششم: مراقبت‌ها و آموزش‌های بعد از زایمان: این بخش شامل آموزش‌ها و مراقبت‌های اختصاصی مادران جایگزین تا دو ماه بعد از زایمان می‌باشد. این مراقبت‌ها علاوه بر مراقبت‌های معمول بعد از زایمان، در سه نوبت، توسط متخصص زنان، ماما و مشاور روان‌شناس ارائه می‌گردد. زمان و فاصله‌ی جلسات بعدی مشاوره و لزوم حضور همسر و فرزندان مادر جایگزین در جلسات مشاوره بر اساس نیاز و با تشخیص مشاور روان‌شناس تعیین می‌گردد (ضمیمه‌ی ۶).

در صورت طبیعی بودن کلیه‌ی موارد بررسی شده و عدم نیاز به مراقبت پی‌گیر، اتمام مراقبت دوره‌ی بارداری جایگزین اعلام می‌گردد و در صورت مشاهده‌ی هر گونه عارضه‌ی ناشی از بارداری جایگزین، برنامه‌ریزی جهت پی‌گیری‌های تخصصی توسط مرکز ناباروری برنامه‌ریزی می‌گردد.

بحث

این مطالعه‌ی کیفی برای اولین بار در ایران تلاش کرد برنامه‌ی مدونی برای مراقبت همه جانبه از سلامت باروری مادران جایگزین ارائه دهد. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد نیازهای مراقبت سلامت باروری مادران جایگزین شامل مراقبت‌های مختص بارداری جایگزین، آموزش، حمایت روان‌شناختی، حمایت در برابر پیامدهای اجتماعی و خانوادگی می‌باشد. با توجه به نوع نیازهای‌های پیش‌گفته، مشخص می‌شود مادران جایگزین به مراقبت در کلیه‌ی ابعاد سلامت باروری شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی نیاز دارند. همچنین، تحلیل توصیف مشارکت کنندگان در مطالعه نشان داد مادران جایگزین علاوه

برنامه‌ی مراقبتی تدوین شده‌ی حاضر، جلسات مشاوره به منظور بررسی و مدیریت دلبستگی به جنین و نوزاد برگزار می‌گردد.

بر اساس یافته‌های به دست آمده از مطالعه‌ی کیفی، یکی از جنبه‌های حمایت روان‌شناختی مورد نیاز مادران جایگزین، نیاز به حمایت جهت تقویت انگیزه‌های نوع‌دوستانه بود. در مطالعات اخیر، تأکید فراوانی در بررسی انگیزه‌ی مادران جایگزین وجود دارد. در کشورهایی نظیر آمریکا و انگلیس، انگیزه‌ی اصلی اقدام به بارداری جایگزین، انگیزه‌های نوع‌دوستانه است و در موارد بسیار کمی انگیزه‌های تجاری وجود دارد (۱۵)؛ در حالی که در ایران، مهم‌ترین انگیزه‌ی اقدام به بارداری جایگزین، نیاز مالی می‌باشد (۷) و ممکن است بعضی از زنان به دنبال فشارهای فقر و نیاز مالی اقدام به بارداری جایگزین نمایند (۲). به نظر می‌رسد فاصله‌ی طبقاتی زیاد بین مادر جایگزین و گیرنده از نظر اقتصادی و استفاده‌ی تجاری از بدن زنان فقیر و انتخاب مادران جایگزین از روی ناچاری و نداشتن راه دیگری برای کسب درآمد، مادران جایگزین را در معرض آسیب‌های روانی قرار می‌دهد (۱۴).

در صورتی که مادران جایگزین قصد کمک به فرزنددار شدن یک زوج نابارور را داشته باشند و هدفی مثبت و کارآمد از اقدام به بارداری جایگزین داشته باشند، بارداری جایگزین در این مادران منجر به ایجاد احساس ارزشمند بودن و اعتماد به نفس می‌شود؛ در حالی که اقدام به بارداری تنها با انگیزه‌ای مالی به این مادر احساس قربانی شدن القا می‌نماید (۱۶). از این رو، یکی از مراقبت‌های تعبیه شده در برنامه‌ی مراقبتی مادران جایگزین در مطالعه‌ی حاضر، مشاوره به منظور تقویت انگیزه‌های نوع‌دوستانه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

بنابراین، در برنامه‌ی مراقبتی حاضر، بر اساس نتایج به دست آمده، بیشترین تأکید در مراقبت‌ها و آموزش‌ها و مشاوره‌ها در قبل از بارداری و پس از زایمان است و با توجه به مشابهت مراحل این بارداری با بارداری‌های معمول، مراقبت‌های اختصاصی در دوران بارداری، کمترین میزان را به خود اختصاص دادند؛ در حالی که با توجه به اهمیت و نیز تفاوت بارداری جایگزین در مراحل قبل از بارداری و پس از زایمان، بیشترین میزان مراقبت‌های اختصاصی بارداری جایگزین در این دو قسمت می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی مقطع دکتری به شماره‌ی طرح ۳۹۵۴۲ مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. از کلیه‌ی پرسنل و کارکنان کلینیک باروری و ناباروری اصفهان که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزار می‌گردم.

بر مراقبت‌های معمول بارداری، به علت ویژگی‌های منحصر به فرد این بارداری، نیازمند مراقبت‌های مختص بارداری جایگزین مانند غربالگری داوطلبین بارداری جایگزین و مراقبت‌های اختصاصی حول و حوش انتقال، دوران بارداری و پس از زایمان می‌باشند.

در برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری تدوین شده در این مطالعه، اولین مرحله‌ی برنامه‌ی مراقبتی شامل ارزیابی صلاحیت اولیه‌ی داوطلبین بارداری جایگزین می‌باشد. در این مرحله، مشخصات فردی همچون سن، تعداد بارداری و فرزند، دین و مذهب، شغل، رفتارهای پرخطر، سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌هایی نظیر دیابت، آسم، صرع و غیره و مصرف دارو در داوطلبین بارداری جایگزین توسط ماما و متخصص زنان ارزیابی می‌گردد.

بر اساس برنامه‌ی مراقبتی (CFC) Create Fertility Center بزرگ‌ترین مرکز برنامه‌ریزی برای مادران جایگزین در کانادا، در داوطلبین بارداری جایگزین بررسی شرح حال دقیق و معاینات فیزیکی، غربالگری از نظر ایدز، هپاتیت، سرخچه، آبله مرغان، سیفلیس، گنوره و کلامیدیا و بررسی سونوگرافی لگن و مشاوره‌های پزشکی برای مادر جایگزین الزامی می‌باشد. همچنین، مشخصات فردی پذیرش مادران جایگزین شامل سن بین ۲۱-۴۵ سال و حداقل یک بارداری ترم بدون مشکل با تولد نوزاد زنده می‌باشد (۵).

بر اساس یافته‌های به دست آمده از مطالعه‌ی کیفی، یکی از نیازهای اصلی مادران جایگزین، نیاز به آموزش بود. خواجوی شجاعی و همکاران، در بررسی دانش افراد درباره‌ی رحم جایگزین در تهران به این نتیجه رسیدند که ۶۱ درصد شرکت‌کنندگان در مورد بارداری جایگزین دانش بسیار ضعیف و یا ضعیف و ۲۳ درصد دانش متوسط و فقط ۱۴ درصد دانش خوب و یا بسیار خوب داشتند (۳). بارداری جایگزین، یک پدیده‌ی جدید و تخصصی می‌باشد و اغلب افراد جامعه از آن اطلاع صحیح و کاملی ندارند. در برنامه‌ی مراقبتی تدوین شده‌ی حاضر، یکی از آموزش‌های ضروری برای مادران، آموزش و اطلاع‌رسانی در مورد مفاد قرارداد رحم جایگزین می‌باشد که توسط مشاور حقوقی و یا متخصص بهداشت باروری می‌تواند ارائه گردد.

یافته‌های به دست آمده از مطالعه‌ی کیفی حاکی از نیاز مادران جایگزین به حمایت‌های روان‌شناختی بود. بر همین اساس، مشخص شد این مادران نیاز دارند قبل از اقدام به بارداری مورد غربالگری روان‌شناختی قرار بگیرند و در دوران بارداری و پس از زایمان نیز نیاز به مشاوره و حمایت‌های روان‌شناختی در زمینه‌ی تقویت انگیزه‌های نوع‌دوستانه و کنترل دلبستگی به نوزاد دارند.

منتقدین بارداری جایگزین، چنین استدلال می‌کنند که طی بارداری یک پیوند عاطفی عمیق بین مادر جایگزین و جنین ایجاد می‌شود. بنابراین، برای این مادر تحویل نوزادی که در رحم پرورش داده است باعث ایجاد فشار عاطفی می‌شود (۱۴). از این رو، در

References

1. Machtinger R, Duvdevani NR, Lebovitz O, Dor J, Hourvitz A, Orvieto R. Outcome of gestational surrogacy according to IVF protocol. *J Assist Reprod Genet* 2017; 34(4): 445-9.
 2. Ahmari TH, Tashi S, Mehran N, Eskandari N, Dadkhah TT. Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study. *Iran J Reprod Med* 2014; 12(7): 471-80.
 3. Khajavi Shojae K, Davati A, Hadavand S, Bahrami M. Knowledge and attitude of patients about the use of surrogacy as treatment method of infertile couples - Mostafa Khomeini hospital in 2016. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(1): 31-42. [In Persian].
 4. Klock SC, Covington SN. Results of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 among gestational surrogacy candidates. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 130(3): 257-60.
 5. 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* 2015; 30(2): 345-52.
 6. Burrell C. Surrogacy legislation remains complex and unsatisfactory. *BJOG* 2018; 125(3): 353.
 7. Hamidreza S, Bhjatyazdkhasti, Hakime M, Azimehsadat A. Phenomenological experience of the surrogate mothers in renting wombs. *Woman and Family Studies* 2014; 1(2): 135-53. [In Persian].
 8. Kapfhamer J, Van VB. Gestational surrogacy: A call for safer practice. *Fertil Steril* 2016; 106(2): 270-1.
 9. 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-e20.
 10. Yousefi H, Ghahari S. Perspectives and challenges of surrogacy in Iran. *J Reprod Fertil* 2008; 9(2): 137-44.
 11. Garmaroudi S. Gestational surrogacy in Iran. *J Reprod Fertil* 2008; 9(1): 50-65. [In Persian].
 12. Goli M, Farajzadegan Z, Heidari Z, Kohan S. Reproductive and sexual Health of surrogate mothers, developing a care program: a protocol for mixed methods study. *Reprod Health* 2019; 16(1): 23.
 13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
 14. Lamba N, Jadva V, Kadam K, Golombok S. The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Hum Reprod* 2018; 33(4): 646-53.
 15. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. Gestational surrogacy: Psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention* 2016; 25(3): 187-93.
- Pashmi M, Sadegh Tabatabaie SM, Ahmadi SA. Evaluating the experiences of surrogate and intended mothers in terms of surrogacy in Isfahan. *International Journal of Reproductive Biomedicine* 2010; 8(1): 33-40.

ضمائم

ضمیمه‌ی ۱

بخش اول: ارزیابی صلاحیت اولیه‌ی داوطلبین بارداری جایگزین

در این بخش از برنامه‌ی مراقبت سلامت باروری مادران جایگزین، داوطلبین بارداری جایگزین از نظر مشخصات دموگرافیک، سابقه‌ی مامایی، طبی، اجتماعی، روانی، کلینیکی و پاراکلینیکی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (مسئول بررسی و اجرای هر یک از موارد در پراپتزر ذکر شده است):

- ۱- سن بین ۲۱-۴۰ سال (ماما)
- ۲- وضعیت تأهل: متأهل، مطلقه و یا بیوه (ماما)
- ۳- سابقه‌ی حداقل ۱ بار زایمان نوزاد زنده‌ی ترم سالم (ماما)
- ۴- سابقه‌ی حداکثر ۳ زایمان و ۲ سزارین (ماما)
- ۵- وجود حداقل ۲ سال فاصله از آخرین زایمان در صورت شیردهی و یک سال در صورت عدم شیردهی و یا بارداری جایگزین قبلی (ماما)
- ۶- عدم وجود پیامد نامطلوب در بارداری قبلی (ماما)
- ۷- عدم وجود سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای (ماما)
- ۸- عدم مصرف الکل، دخانیات، دارو و عوامل تراوتوژن (ماما)
- ۹- BMI در محدوده‌ی طبیعی ۱۸/۵-۲۵ کیلوگرم/مترمربع (ماما)
- ۱۰- عدم اشتغال در مشاغل سخت و سنگین و عدم تماس با مواد شیمیایی و عفونی (ماما)
- ۱۱- عدم سابقه‌ی اعتیاد و رفتار پرخطر در داوطلب بارداری جایگزین و همسر وی (ماما)
- ۱۲- داوطلب بارداری جایگزین و همسر وی از پیروان ادیان و مذاهبی که بارداری جایگزین در آن‌ها ممنوع است (یهودیان، مسیحیان کاتولیک و یا اهل تسنن) نباشند (ماما)
- ۱۳- معاینه‌ی پستان جهت بررسی علائم غیر طبیعی و در صورت نیاز ارجاع به پزشک متخصص (ماما)
- ۱۴- معاینه‌ی لگنی جهت بررسی بیماری‌ها و عفونت تناسلی و در صورت نیاز انجام درمان مناسب (متخصص زنان/ماما)
- ۱۵- علائم حیاتی در محدوده‌ی طبیعی (ماما)
- ۱۶- نتایج پاپ اسمیر در محدوده‌ی طبیعی (متخصص زنان/ماما)
- ۱۷- نتایج سونوگرافی رحم و تخمدان طبیعی (متخصص زنان)
- ۱۸- نتایج آزمایش‌های (CBC) complete blood count، (FBS) Fasting blood sugar، (TSH) Thyroid-stimulating hormone، (BUN/Cr) Blood urea nitrogen/Creatinine، (BG/Rh) blood group/ Rhesus factor، (UA/UC) Urinary albumin to urinary creatinine ratio، کومیس غیر مستقیم، تیترا آنتی‌بادی ضد سرخجه و واریسلا در محدوده‌ی طبیعی (متخصص زنان)
- ۱۹- نتایج آزمایش‌های (HIV)، (HBs Ag) antigen of the hepatitis B virus، (HC Ab) Hepatitis C antibodies، (VDRL) Venereal Disease Research Laboratory، (CMV) Cytomegalovirus و گنوره و اعتیاد در داوطلب بارداری جایگزین و همسر وی در محدوده‌ی طبیعی (متخصص زنان)
- ۲۰- تأیید سلامت سیستم قلب و عروق (متخصص قلب)
- ۲۱- تأیید سلامت روان (روان‌پزشک)

ضمیمه‌ی ۲

بخش دوم: مشاوره و آموزش حقوقی - باروری و روان‌شناختی قبل از بارداری

➤ مشاوره و آموزش مسایل حقوقی در مورد مسایل زیر انجام می‌شود:

- ۱- آشنایی با مفاد قرارداد بارداری جایگزین
- ۲- لزوم اخذ رضایت کتبی آگاهانه از مادر جایگزین (و در صورت متأهل بودن از همسر وی) جهت اقدام به بارداری جایگزین
- ۳- اطلاع از نحوه‌ی دریافت دستمزد بر اساس تعداد جنین‌ها و نحوه‌ی محاسبه‌ی هزینه‌ها (کلیه‌ی هزینه‌های درمان، دارو، بیمارستان و ایاب و ذهاب به عهده‌ی والدین جنین می‌باشد)
- ۴- تعهد مادر جایگزین به رعایت تمامی نکات ایمنی و سلامتی جهت حفظ سلامت جنین و اجتناب از اقدام به اعمال مخاطره‌آمیز برای سلامت جنین و پرداخت غرامت توسط مادر جایگزین در صورت تعمد در هر گونه آسیب به جنین یا خاتمه‌ی بارداری
- ۵- تعهد به تحویل فوری نوزاد یا نوزادان متولد شده بعد از زایمان به والدین نوزاد یا قیم قانونی آن‌ها و سلب حق هر گونه ادعا و اعتراض نسبت به نوزاد یا نوزادان متولد شده
- ۶- حق ختم بارداری در صورت وجود خطر جانی برای مادر جایگزین بر اثر ادامه‌ی بارداری
- ۷- سلب حق هر گونه ممانعت و اعتراض مادر جایگزین در مورد سقط جنین با تشخیص قطعی پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر ناهنجاری جنین
- ۸- لزوم تحت پوشش بیمه قرار گرفتن مادر جایگزین در برابر خطرات و آسیب‌های ایجاد شده در اثر بارداری جایگزین در صورت بروز خطا و قصور پزشکی

➤ مشاوره و آموزش فرایند بارداری جایگزین و باروری سالم توسط ماما/متخصص بهداشت باروری انجام می‌شود:

- ۱- فرایند و آماده‌سازی برای بارداری جایگزین و مراحل انتقال جنین
- ۲- نحوه‌ی مصرف داروهای خوراکی، تزریقی یا واژینال و عوارض احتمالی داروهای مصرفی
- ۳- نحوه‌ی مراقبت از خود طی بارداری و احتمال نیاز به استراحت در بستر یا بستری در بیمارستان و محدودیت‌های احتمالی نظیر مسافرت، اشتغال و روابط زناشویی و غیره به دنبال بارداری جایگزین
- ۴- پیامدهای احتمالی بارداری جایگزین نظیر چندقلویی، عدم موفقیت در بارداری و غیره
- ۵- تأثیر بارداری جایگزین بر باروری بعدی و محدودیت‌های احتمالی فرزندآوری
- ۶- نحوه و محل زایمان
- ۷- نحوه‌ی مدیریت توقف شیر بعد از زایمان

➤ آموزش و مشاوره در زمینه‌ی مسایل روان‌شناختی زیر توسط مشاور روان‌شناسی انجام می‌شود:

- ۱- بحث و تبادل نظر در مورد انگیزه‌های اقدام به بارداری جایگزین و تأکید بر انگیزه‌های نوع‌دوستانه
- ۲- مهارت‌های ارتباطی با گیرنده و اطرافیان و تعاملات زناشویی
- ۳- نحوه‌ی اطلاع‌رسانی و آماده‌سازی فرزندان در رابطه با بارداری جایگزین و سرانجام آن
- ۴- مشکلات و محدودیت‌های احتمالی اجتماعی، شغلی و احتمال عدم حمایت اطرافیان و خانواده و غیره به دنبال بارداری جایگزین
- ۵- دغدغه‌های دل‌بستگی به جنین و تحویل فوری نوزاد به گیرنده بعد از زایمان و عدم امکان ارتباط بعدی با نوزاد بعد از زایمان
- ۶- پیامدهای اجتماعی و خانوادگی مادران جایگزین مطلقه و بیوه

ضمیمه‌ی ۳

بخش سوم: مراقبت‌ها و آموزش‌های حوالی انتقال جنین

- ۱- آماده‌سازی جسمی و روانی مادر جایگزین برای انتقال جنین (تجویز هورمون‌ها و سونوگرافی و غیره) (متخصص زنان/روان‌شناس)
- ۲- انتقال جنین در محیط آرام، با حفظ محرمانگی و مجزا از دیگر مادران و مراقبت از مادر جایگزین بعد از انتقال در بخش به صورت مجزا از دیگر مادران (متخصص زنان/ماما)
- ۳- آموزش به مادر جایگزین در مورد استراحت نسبی و نحوه‌ی مراقبت‌های لازم در منزل بعد از انتقال (ماما)
- ۴- اطلاع‌رسانی و پی‌گیری نحوه‌ی مصرف داروها در منزل بعد از انتقال (ماما)
- ۵- ارایه‌ی جزوه‌ی آموزشی در مورد نحوه‌ی مراقبت از خود، فعالیت‌های مجاز و غیر مجاز، زمان انجام آزمایش بارداری و مراجعه‌ی بعدی (ماما)
- ۶- درخواست انجام آزمایش Heterodimer consisting of a β -subunit (hCG β) دو هفته بعد از انتقال (متخصص زنان/ماما)
- ۷- مشاوره‌ی تلفنی مادر جایگزین توسط مامای آموزش دیده در ساعات مقرر (ماما)

ضمیمه‌ی ۴

بخش چهارم: مراقبت‌ها و آموزش‌های دوران بارداری

- ۱- آموزش در مورد نحوه‌ی مصرف داروهای هورمونی (استرادیول و پروژسترون) و بررسی عوارض آن در ویزیت‌های سه ماهه‌ی اول بارداری (ماما)
- ۲- ارجاع به روان‌پزشک طی سه ماه اول بارداری جهت ویزیت و تعیین فاصله‌ی ویزیت‌های بعدی (متخصص زنان)
- ۳- آموزش و پاسخ به سؤالات مادر جایگزین درباره‌ی تغذیه، استراحت، فعالیت و روابط زناشویی (ماما)
- ۴- توصیه به استراحت مطلق مادر جایگزین در صورت لزوم، طی بارداری در منزل (متخصص زنان) و انجام ویزیت مراقبت‌های بارداری در منزل (ماما)
- ۵- تشخیص نیاز به مراقب خانگی طی دوران بارداری با توجه به شرایط طبی، اجتماعی، خانوادگی و غیره در مادر جایگزین (متخصص زنان) و برنامه‌ریزی برای تأمین مراقب خانگی و هماهنگی با والدین گیرنده برای پرداخت هزینه‌ها (ماما)
- ۶- تشخیص نیاز به همراه در صورت بستری در بیمارستان با توجه به شرایط طبی، اجتماعی، خانوادگی و غیره مادر جایگزین (متخصص زنان) و برنامه‌ریزی برای تأمین آن و هماهنگی با والدین گیرنده برای پرداخت هزینه‌ها (ماما)
- ۷- برگزاری جلسات آموزش‌های بارداری و آمادگی برای زایمان ویژه‌ی مادران جایگزین به صورت انفرادی و در صورت امکان با حضور مادر گیرنده به عنوان همراه مادر جایگزین (متخصص بهداشت باروری/ماما)
- ۸- برنامه‌ریزی زمان، محل و نحوه‌ی زایمان طی مراقبت‌های سه ماهه‌ی سوم بارداری (متخصص زنان/ماما)
- ۹- مشاوره و آماده‌سازی مادر جایگزین برای تحویل فوری نوزاد و توقف تولید شیر بعد از زایمان طی سه ماهه‌ی سوم بارداری (ماما/روان‌شناس)
- ۱۰- مشاوره‌ی باروری سالم و برنامه‌ریزی بارداری‌های بعدی طی مراقبت‌های سه ماهه‌ی سوم بارداری (متخصص بهداشت باروری/ماما)
- ۱۱- آموزش مهارت‌های ارتباطی و تقویت حس نوع‌دوستی و انگیزه‌های خیرخواهانه (روان‌شناس)
- ۱۲- ارزیابی دلبستگی مادر جایگزین به جنین و آماده‌سازی وی برای پذیرش جدایی از نوزاد بعد از تولد (روان‌شناس)
- ۱۳- اطلاع‌رسانی به مادر جایگزین در مورد توجیه فرزندان در مورد ماهیت بارداری جایگزین و سرنوشت نوزاد پس از زایمان (روان‌شناس)
- ۱۴- معنادرمانی و ایجاد حس مثبت و ارتقای اعتماد به نفس و آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی و غیره (روان‌شناس)
- ۱۵- بررسی انتظارات متقابل و اختلافات احتمالی گیرنده و مادر جایگزین (روان‌شناس)

ضمیمه‌ی ۵

بخش پنجم: مراقبت‌ها و آموزش‌های حول و حوش زایمان

- ۱- تعیین نوع و محل زایمان بر اساس کلیه‌ی شرایط مادر جایگزین (متخصص زنان)
- ۲- بستری و مراقبت مادر جایگزین جهت زایمان در بخش مجزا از دیگر مادران زایمان کرده (متخصص زنان/ماما)
- ۳- آموزش روش‌های توقف تولید شیر (کمپرس سرد، بستن پستان‌ها با فشار متوسط و عدم دوشیدن شیر) (ماما)
- ۴- هماهنگی به منظور تأمین مراقب خانگی جهت کمک در انجام وظایف خانگی به مادر جایگزین بعد از زایمان در صورت نیاز (متخصص زنان/ماما)

ضمیمه‌ی ۶

بخش ششم: مراقبت‌ها و آموزش‌های بعد از زایمان

- در ویزیت اول طی سه روز اول بعد از زایمان، مراقبت‌های زیر ارایه می‌گردد:
- ۱- معاینه‌ی پستان‌ها و بررسی وضعیت توقف شیر (متخصص زنان و ماما)
 - ۲- تجویز دارو به منظور توقف تولید شیر در صورت نیاز (متخصص زنان)
 - ۳- بررسی مادر جایگزین از نظر علائم سوگ جدایی از نوزاد متولد شده و کمک به تطابق با جدایی از نوزاد متولد شده (روانشناس)
 - ۴- ارجاع مادر جایگزین به روان‌پزشک در صورت نیاز (روانشناس)
 - ۵- آموزش نحوه‌ی واکنش مناسب به بازتاب‌های اجتماعی (روانشناس)
 - ۶- آموزش در مورد نحوه‌ی اعلام سرنوشت نوزاد به فرزندان خود (روانشناس)
 - ۷- ارزیابی و مشاوره‌ی فرزندان در رویارویی با شرایط جدید (روانشناس)
- ویزیت دوم، ۱۰ روز بعد از زایمان، مراقبت و آموزش‌های زیر ارایه می‌گردد:
- ۱- معاینه‌ی پستان‌ها و بررسی وضعیت توقف شیر (متخصص زنان/ماما)
 - ۲- تجویز دارو به منظور توقف تولید شیر در صورت نیاز (متخصص زنان)
 - ۳- آموزش و مشاوره‌ی باروری سالم و پیش‌گیری از بارداری (ماما)
- ویزیت سوم، دو ماه بعد از زایمان می‌باشد و مراقبت و آموزش‌های زیر ارایه می‌گردد:
- ۱- معاینه‌ی پستان‌ها و بررسی وضعیت توقف شیر و انجام اقدامات لازم (متخصص زنان/ماما)
 - ۲- مشاوره جهت پیش‌گیری از بارداری و برنامه‌ریزی باروری سالم بعدی (ماما)
 - ۳- بررسی آزمایشگاهی از نظر CBC، FBS، TSH، Cr، BUN، UA/UC (متخصص زنان)
 - ۴- انجام سونوگرافی رحم و تخمدان و پاپ اسمیر (متخصص زنان/ماما)
 - ۵- ارجاع به روان‌پزشک جهت تأیید سلامت روان (متخصص زنان)

Need-based Reproductive Health Care Program in Iranian Surrogate Mothers; A Qualitative Study

Marjan Goli¹, Shahnaz Kohan², Zeinab Heidari³, Ziba Farajzadegan⁴,
Seiied Mahdi Ahmadi-Oloonabadi⁵

Original Article

Abstract

Background: Surrogate mothers assist infertile couple by caring their baby. Assessments show differences on various aspects of reproductive health matters compared to normative pregnancy. The aim of this study was to develop a reproductive health care program for surrogate mothers.

Methods: This was an exploratory study with the qualitative-quantitative sequencing design. Primarily, through a qualitative approach, surrogate mothers, care providers, and policymakers of reproductive health services were selected purposefully. The data were gathered through semi-designed interviews. Then, the researcher explained surrogate mothers' needs about reproductive health care, and a care program draft was designed by integrating results of the qualitative study and reviewing the literature and guidelines. At the end of the study, reproductive and sexual health care program was designed using Delphi method.

Findings: The surrogate mothers' reproductive health needs were summarized in four main categories: surrogate mothers' extra-care, educational needs, psychological support, and protecting against surrogacy social and familial consequences. The reproductive health care program for surrogate mothers was developed in six sections: primary screenings of surrogacy volunteer, pre-pregnancy, during embryo transfer, during pregnancy counseling and training, and follow-up postpartum care.

Conclusion: Providing reproductive health care for surrogate mothers involves multiple unique challenges. The health care providers must carry out proper services to surrogate mothers.

Keywords: Infertility; Healthcare; Surrogate mother

Citation: Goli M, Kohan S, Heidari Z, Farajzadegan Z, Ahmadi-Oloonabadi SM. **Need-based Reproductive Health Care Program in Iranian Surrogate Mothers; A Qualitative Study.** J Isfahan Med Sch 2021; 38(605): 971-81.

1- Assistant Professor, Department of Midwifery, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2- Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Professor, Department of Community and Preventive Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences Isfahan, Iran

5- Gynecologist, Isfahan Fertility and Infertility Center, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Shahnaz Kohan, Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: shhznkohan@gmail.com