

انتخاب اهدای تخمک: راهی برای رسیدن به مادری
(مطالعه پدیدارشناختی تجربه زنان نابارور مراجعه کننده به
پژوهشگاه رویان)

نسرين ايزديار،^۱ شيرين احمدنيا،^۲ سيدمحمد سيدميرزايي،^۳
سيدعلي آذين،^۴ محمد يزداني صفا^۵

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۳، تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۳۰

چکیده

استفاده از شیوه اهدای تخمک از جمله فناوری‌های کمک باروری (ART) است که در سال‌های اخیر به دنبال موفقیت روزافزون آن به زنان ناباروری که به دلیل مشکلات تخمدان یا دیگر موضوع‌های پزشکی قادر به فرزندآوری با تخمک خود نیستند، امید بسیار زیادی برای رسیدن به آرزوی داشتن فرزند بخشیده است. شناخت تجربه زنان نابارور در دوره دشوار تصمیم‌گیری برای استفاده از اهدای تخمک و ترجیح این شیوه درمان به دیگر راه‌های جایگزین (فرزندپذیری یا ادامه زندگی بدون فرزند)، بسیار بااهمیت می‌نماید و پژوهش‌های انگشت‌شماری در سطح داخلی با توجه به موضوعات اجتماعی و فرهنگی خاص کشور برای شناخت این پدیده صورت گرفته است.

۱. کارشناس ارشد مطالعات زنان، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولیدمثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری
nasrin_yar@yahoo.com
۲. استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی
shirin.ahmadnia@gmail.com
۳. استاد گروه علوم اجتماعی، مردم‌شناسی و جمعیت‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات
۴. استادیار گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری، پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولیدمثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی باروری، گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری
saliazin@gmail.com
۵. کارشناس ارشد مطالعات زنان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات
mohamad.yazdanisafa@gmail.com

مقاله حاضر به توصیف تجربه زنان نابارور از انتخاب اهدای تخمک به‌مثابه راهی برای رسیدن به مادری می‌پردازد. محقق با هدف شناخت و توصیف این تجربه از روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی استفاده کرده است و یازده مشارکت‌کننده را تحت مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته قرار داده است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش از میان زنانی که برای درمان اهدای تخمک به پژوهشگاه رویان مراجعه کرده بودند، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. اجرای پژوهش و تحلیل داده‌ها براساس طرح عملی کلایزی انجام شد. یافته‌ها حاصل از توصیف‌های زنان شامل شش عبارت اصلی است: امکان حفظ محرمانگی در اهدای تخمک، امکان تجربه حاملگی، زایمان و شیردهی در اهدای تخمک، انتقال ژنتیک شوهر، تأثیر زمان در انتخاب اهدای تخمک، مجازبودن اهدای تخمک به لحاظ شرعی، بار عاطفی و اجتماعی ناباروری.

واژگان کلیدی: زنان، ناباروری، اهدای تخمک، تجربه زیسته، پدیدارشناسی.

مقدمه

ناباروری^۱ در تعریف پزشکی آن به «رخ ندادن حاملگی به‌دنبال یک سال مقاربت محافظت (بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی)» اطلاق می‌شود (پرک^۲، ۲۰۱۱: ۱۱۸۶). براساس گزارش سازمان سلامت جهانی^۳ ناباروری در سراسر جهان به‌طور تقریبی در ۸ تا ۱۲ درصد از زوج‌هایی که در سن باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) هستند دیده می‌شود. در ایران نیز مطالعه سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی، میزان ناباروری در تهران را ۱۲ درصد گزارش کرد. مطالعات سال‌های اخیر از افزایش میزان ناباروری در جامعه ایران خبر داده‌اند و در آخرین مطالعه شیوع ناباروری ۲۴/۹ درصد گزارش شده است (وحیدی و دیگران، ۱۳۸۵). ناباروری اگرچه موضوعی پزشکی تلقی می‌شود، هم‌زمان دارای جنبه‌های روانی و اجتماعی نیز هست. زوج‌های نابارور -به‌ویژه زنان- با فشار اجتماعی^۴ بسیار زیادی برای باروری و داشتن فرزند روبه‌رو هستند (رفعت‌جاه، ۱۳۸۳). فشار برای پذیرش نقش مادری به‌اندازه‌ای شدید است که گویی زنی که مادر نیست، هویت جنسیتی^۵ اش دچار اختلال است. این وضعیت حکم مادری^۶ نامیده می‌شود. تا آنجا که طبق پژوهش‌های انجام‌شده، افرادی که به‌طور خودخواسته تصمیم

1. Infertility
2. Berek
3. World Health Organization (WHO)
4. Social Strain
5. Gender Identity
6. Motherhood Mandate

می‌گیرند فرزندی نداشته باشند، افرادی گمراه با سازگاری ضعیف در نظر گرفته می‌شوند (پترسون، ۱۹۸۳ به نقل از هاید، ۱۳۸۷).

مادری^۱ مهم‌ترین نقشی تلقی می‌شود که هر زن باید در زندگی برعهده بگیرد (رفعت‌جاه، ۱۳۸۳)؛ به‌گونه‌ای که زنان در جامعه مجبور به مادرشدن هستند. این اجبار و رشد چشمگیر فناوری‌های کمک‌باروری^۲ در سال‌های اخیر باعث شده که زوج‌های نابارور بسیاری برای رسیدن به آرزوی خود به دنبال این شیوه‌های جدید درمان ناباروری باشند. تا آنجا که در سال ۲۰۰۰ بیش از یک میلیون کودک در سراسر جهان به دنبال فناوری‌های کمک‌باروری به دنیا آمده‌اند (گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲).

«فناوری‌های کمک‌باروری در تعریف به مداخلات پزشکی برای به‌دست‌آوردن تخمک گفته می‌شود. این فناوری‌ها، که رایج‌ترین آنها لقاح برون‌تنی^۳ است، می‌تواند با تخمک‌اهدایی^۴ نیز صورت گیرد» (پرک، ۲۰۱۱: ۱۲۳۷). در این شیوه، اسپرم مرد و تخمک زن اهداکننده در خارج از بدن و در محیط آزمایشگاه، با هم ترکیب می‌شوند و بعد از لقاح و گذشت ۴۸ تا ۷۲ ساعت، جنین حاصل به رحم زن نابارور منتقل می‌شود. جنین منتقل‌شده در ۳۰ تا ۳۵ درصد از موارد در رحم لانه‌گزینی و رشد می‌کند؛ از این‌رو زنان مبتلا به نارسایی زودرس تخمدان، کیفیت پایین تخمک‌ها و پاسخ‌دهی ضعیف تخمدان به تحریک‌گذاری قادر به باروری با تخمک‌خود نیستند یا زنانی که سابقه درمان‌های متعدد ناموفق پیشرفته ناباروری را دارند، می‌توانند با تخمک‌اهدایی، دوره بارداری، زایمان و شیردهی را تجربه کنند (پرک، ۲۰۱۱: ۱۲۴۶). اما آنها حلقه اتصال ژنتیک خود با فرزند را به علت ورود شخص سوم (اهداکننده تخمک) از دست می‌دهند.

از نکته‌های مثبت مادری با تخمک‌اهدایی، که زنان گیرنده در مطالعات قبلی به آن اشاره کرده‌اند، تجربه‌کردن بارداری، زایمان، شیردهی و کاهش بروز مشکلات کروموزومی است و از طرف دیگر امکانی برای شوهر فراهم می‌آورد که فرزندی با ژنتیک خود داشته باشد. زنان گیرنده تخمک‌اهدایی، از دست‌دادن نسل ژنتیکی خود را از جمله نکته‌های منفی دریافت تخمک‌اهدایی می‌دانند (هرشبرگر^۵، ۲۰۰۷؛ ایزدیار، ۱۳۹۱). دریافت ویژگی‌های ژنتیکی فرد دیگر در خانواده، آنان را با نگرانی‌های بسیار زیادی مواجه می‌کند. تصمیم‌گیری بین اهداکننده

1. Motherhood
2. Assisted Reproductive Technologies (ART)
3. In Vitro Fertilization (IVF)
4. oocyte donation
5. Hershberger

شناس یا ناشناس، ارتباط اهداکننده در آینده، به‌ویژه در اهدا به صورت شناس و مبهم‌بودن گذشته ژنتیکی فرزند حاصل در درمان ناشناس از موضوعاتی هستند که زنان گیرنده تخمک اهدایی به آنها اشاره کرده‌اند (هرشبرگر، ۲۰۰۷؛ ایزدیار، ۱۳۹۱). علاوه بر مطالعات اندک پیش‌گفته در زمینه تجربه زنان گیرنده تخمک اهدایی، مطالعات دیگر به روابط عاطفی و بهزیستی روانی خانواده‌هایی پرداخته‌اند که به کمک اهدا صاحب فرزند شده‌اند (هالِبون^۱، ۱۹۹۱؛ وان برِکِل^۲، ۲۰۰۷؛ گولومبوک^۳ و دیگران، ۲۰۱۱؛ گولومبوک و دیگران، ۲۰۰۴؛ گولومبوک و دیگران، ۱۹۹۹). مطالعات دیگر به چالش‌های فراروی والدین درخصوص افشای حقیقت برای کودک و درنهایت شکل‌گیری الگوی تصمیم‌گیری والدین در این‌باره تمرکز دارند (ریدینگز^۴، ۲۰۱۲؛ جادوا^۵، ۲۰۱۱؛ وان برِکِل^۶، ۲۰۰۷؛ هرشبرگر، ۲۰۰۷؛ مورای^۷، ۲۰۰۳).

این درحالی است که تجربه زنان نابارور در دوره دشوار تصمیم‌گیری و انتخاب دریافت تخمک اهدایی، به‌مثابه راه‌حل برون‌رفت از وضعیت زندگی بدون فرزند و ترجیح این شیوه درمان به دیگر راه‌های جایگزین (فرزندپذیری یا ادامه زندگی بدون فرزند)، از موضوع‌های بااهمیتی است که تجربه آن با توجه به مسائل اجتماعی- فرهنگی خاص کشور درک یا گزارش نشده است و افراد حرفه‌ای کمک‌رسان مانند مددکاران اجتماعی و مشاوران خانواده را با شواهد بسیار کمی برای راهنمایی کار با این افراد مواجه ساخته است.

مقاله حاضر به توصیف تجربه زنان نابارور در فرایند انتخاب اهدای تخمک به‌مثابه راهی برای رسیدن به مادری می‌پردازد. به این منظور، پژوهش حاضر تجربه مستقیم زنانی را که دارای تجربه زیسته درمان لقاح برون‌تنی هستند، مطالعه کرده است؛ منظری که از رهیافت ادموند هوسرل در پدیدارشناسی متأثر است و بازگشت به سوی خود چیزها را توصیه می‌کند (ایزدیار، ۱۳۹۱).

یافته‌های این مقاله ازجمله نتایج پژوهش گسترده‌تری است که با عنوان «بررسی پدیدارشناختی تجربه زیسته زنان نابارور» در سال ۱۳۹۰-۱۳۹۱ در پژوهشگاه رویان انجام شده

1. Hallebone
2. Van Berkel
3. Golombok
4. Readings
5. Jadva
- 6 Murray

است. این مقاله شامل چهار بخش روش‌شناسی پژوهش، یافته‌ها، بحث و نتیجه‌گیری است که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

روش‌شناسی پژوهش

هدف پژوهش پیش‌رو، شناخت تجربه زنان نابارور گیرنده تخمک‌اهدایی در فرایند انتخاب این شیوه درمان برای رسیدن به مادری است؛ از این‌رو رویکرد پدیدارشناسی توصیفی، به‌مثابه شیوه مناسب کاوش، تحلیل و توصیف مستقیم این پدیده و تا حد ممکن آزاد از پیش‌فرض‌ها به‌کار گرفته می‌شود (اسپیگل‌برگ، ۱۹۷۵: ۷۵ به نقل از محمدپور، ۱۳۸۹: ۲۷۶). به عبارت دیگر، روش پدیدارشناسی می‌کوشد تجربه‌های انسان را در متن و زمینه‌ای که در آن روی می‌دهد توصیف کند (محمدپور، ۱۳۸۹: ۲۶۲). به این‌منظور این شیوه با هدف دریافت و فهم تجربه زیسته زنان نابارور گیرنده تخمک‌اهدایی، با تأکید بر غنا، وسعت و عمق این تجربه‌ها به‌کار گرفته شده است. اسپینگلبرگ (۱۹۶۵ و ۱۹۷۵) سه مرحله را در این نوع پدیدارشناسی از هم تشخیص داده است:

الف) شهود: این مرحله مستلزم آن است که محقق به طور کامل در پدیده تحت مطالعه غوطه‌ور شود و گامی فرایندی است که به آن وسیله محقق به کسب آگاهی درباره پدیده، آن‌طور که مشارکت‌کننده‌ها توصیف می‌کنند، می‌پردازد.

ب) تحلیل: دومین گام تحلیل پدیدارشناختی است که عبارت است از شناسایی ذات پدیده تحت بررسی براساس داده‌های به‌دست‌آمده و اینکه چطور این داده‌ها ارائه شوند.

ج) تشریح: هدف از مرحله تشریح، ارتباط‌دادن و نگارش توصیف‌های شفاهی و عناصر اساسی پدیده‌هاست» (محمدپور، ۱۳۸۹: ۲۷۷).

«تحلیل پدیدارشناختی از دشوارترین شیوه‌های تحلیل داده‌هاست. هدف تحلیل پدیدارشناختی، درک و استخراج معنای موجود در پدیدار یا ذات^۱ پدیده تحت مطالعه است... پدیدارشناسی درصدد است تا پدیده‌ها را با اتکالی به مشخصه‌ها و ویژگی‌های (ذات‌ها/جوهره‌ها) خودشان توضیح دهد. در این شیوه تحلیل، محقق باید با رهاکردن خود از دام همه عادت‌واره‌های فکری پیشین، پرهیز از کاربرد هرگونه نظریه یا فرضیه راهنما و اپوخه پدیده مورد مطالعه (فرایند در پرانتزگذاری) آن را توصیف کند» (محمدپور، ۱۳۹۰: ۸۷).

مشارکت‌کنندگان در پژوهش، یازده زن نابارور هستند که به دلیل مشکلات تخمدان، امکان باروری با تخمک خود را ندارند و جهت دریافت خدمات درمان تخمک‌اهدایی از زمستان

1. Essence

۱۳۸۹ تا پاییز ۱۳۹۰ به پژوهشگاه رویان مراجعه کردند. سن زنان مشارکت‌کننده از ۳۱ تا ۴۶ و تحصیلات آنان از ابتدایی تا کارشناسی‌ارشد بود. پنج مشارکت‌کننده شاغل، پنج مشارکت‌کننده در زمان مصاحبه خانه‌دار و یک مورد بازنشسته بود. زنان شرکت‌کننده در این پژوهش در شش وضعیت درمانی قرار دارند. جدول ۱ وضعیت‌های ممکن و تعداد مصاحبه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. وضعیت درمانی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

وضعیت شماره ۱	وضعیت شماره ۲	وضعیت شماره ۳	وضعیت شماره ۴	وضعیت شماره ۵	وضعیت شماره ۶	وضعیت
در لیست انتظار قرار دارند	در پروسه درمان هستند	در انتظار دو هفته‌ای نتیجه درمان هستند	درمان با نتیجه ناموفق	درمان با نتیجه موفق و زن در دوره بارداری است	کودک حاصل از تخمک اهدایی متولد شده است	وضعیت
۱	۱	۱	۱	۳	۴	تعداد مصاحبه

در توضیح وضعیت‌های شش‌گانه باید گفت، زنان ناباروری که پس از بررسی پزشکی با پیشنهاد اهدای تخمک از سوی پزشک متخصص زنان مواجه می‌شوند، پس از دریافت مشاوره و تصمیم‌گیری درباره دریافت تخمک اهدایی، در لیست انتظار ورود به درمان قرار می‌گیرند (وضعیت اول). پس از گذشت زمان انتظار برای دریافت درمان اهدای تخمک که به دلیل محدودیت تعداد اهداکنندگان تخمک، غالباً دو تا سه سال ادامه می‌یابد، زوجین امکان ورود به مرحله درمان را پیدا می‌کنند. این مرحله درمانی به‌طور تقریبی دو ماه به طول می‌انجامد که شامل هماهنگ کردن دوره قاعدگی گیرنده و اهداکننده تخمک است و با آماده‌سازی رحم گیرنده و تحریک تخمک‌گذاری اهداکننده ادامه می‌یابد (وضعیت دوم) و در نهایت، درمان با انتقال جنین (حاصل از لقاح تخمک اهداکننده و اسپرم مرد در آزمایشگاه) به رحم گیرنده به پایان می‌رسد. پس از انتقال جنین به رحم، دو هفته انتظار برای نتیجه بارداری آغاز می‌شود (وضعیت سوم) و از آنجا که میزان موفقیت این درمان در بهترین وضعیت ۳۵ درصد است، عده‌ای پس از دو هفته انتظار با نتیجه منفی مواجه می‌شوند (وضعیت چهارم) و دیگران پس از نتیجه مثبت بارداری دوره حاملگی را می‌گذرانند (وضعیت پنجم) که در این پژوهش در زمان مصاحبه یک مشارکت‌کننده در سه‌ماهه دوم و دو مشارکت‌کننده در سه‌ماهه سوم بارداری بودند. پس از اتمام دوره حاملگی، فرزند یا فرزندان حاصل از اهدای تخمک به دنیا می‌آیند (وضعیت ششم).

یک مشارکت‌کننده در وضعیت ششم، فرزندان دوقلوی ده‌ماهه و دیگران فرزندان تک‌قلوی یک‌و نیم‌ساله، دوساله و سه‌ساله داشتند.

با توجه به اصول نمونه‌گیری هدفمند در تحقیقات کیفی، که رعایت الزامات مترتب بر اصول نمونه‌گیری تصادفی در تحقیقات کمی (برابری تعداد نمونه‌ها در هر وضعیت ذکر شده) در آن ضرورتی ندارد، محققان در انتخاب نمونه‌ها از تمرکز خاص بر یک وضعیت مشابه در میان مشارکت‌کنندگان خودداری کردند تا گستره‌ای از تجربه‌های زیسته را ثبت کنند. از این جهت بیشترین تعداد مصاحبه در وضعیت ششم با چهار مصاحبه و وضعیت پنجم با سه مصاحبه انجام شد و با توجه به اینکه زنانی که در وضعیت‌های پنجم و ششم هستند، وضعیت‌های قبلی را نیز تجربه کرده بودند، گستردگی تجربه آنان به غنای پژوهش افزود.

زنان مشارکت‌کننده به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش، تحت مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته به مدت زمان ۴۵ تا ۱۰۰ دقیقه با هماهنگی قبلی قرار گرفتند. مصاحبه‌ها به صورت نیمه‌ساختاریافته با سؤال باز «تجربه گرفتن تخمک‌گذاری برای شما چگونه است؟» آغاز شد و محقق با سؤالاتی مشارکت‌کننده را به تشریح بیشتر پدیده هدایت کرد. سپس محقق با هدف شناخت ذات پدیده و با کمک محورهای مصاحبه (فرآیند تصمیم‌گیری برای اهدای تخمک و انتخاب این روش از بین دیگر بدیل‌ها برای مادرشدن) مصاحبه را از تشریح پدیده به سمت جست‌وجوی ذات مشترک بین آنها حرکت داد. شش مصاحبه در محل پژوهشگاه رویان، سه مصاحبه با تمایل خود مشارکت‌کنندگان در منزلشان، یک مصاحبه در دفتر کار مشارکت‌کننده و یک مصاحبه تلفنی انجام شده است. از مصاحبه نهم، اشباع داده‌ها اتفاق افتاد. با وجود این، محققان روند جمع‌آوری داده را تا یازده مصاحبه ادامه دادند.

تحلیل داده‌ها از همان مصاحبه اول که از فایل صوتی به صورت نوشتاری درآمد، براساس طرح عملی کلایزی^۱ (۱۹۷۸) آغاز شد. گام‌های این طرح به شرح زیر انجام شد:

- تمام توصیف‌های به‌عمل‌آمده از زنان نابارور جهت دستیابی به احساسی درباره آنها بارها و بارها خوانده شد.

- به هریک از روایت‌ها برگشتیم و عبارت‌های مهم را استخراج کردیم.

- معنای هریک از عبارت‌های مهم نوشته شد (این مرحله به فرمول‌بندی معانی موسوم است).

- معانی فرمول‌بندی‌شده در قالب خوشه‌هایی از مضمون‌ها سازمان داده شد.

1. Colaizzi

در این مرحله، مضمون‌های به‌دست‌آمده به روایت‌های اولیه جهت معتبرسازی آنها برگردانده شد. پژوهشگر داده‌ها یا مضمون‌های نامرتبط یا نامنطبق را حذف کرد.
- نتایج مراحل قبلی در قالب یک توصیف مفصل و کامل از ناباروری و انتخاب اهدای تخمک ترکیب شدند.

- توصیف مفصل و کامل از پدیده اهدای تخمک تا حد امکان در قالب عبارت شناختی نهم‌ارز صورت‌بندی شد (محمدپور، ۱۳۹۰). در نهایت معتبرسازی نهایی با بازگشت به مشارکت‌کنندگان برای "آزمون اعتبار"^۱ نتایج انجام شد (هایشنر، ۱۹۸۵: ۲۹۷).

یافته‌ها

شش عبارت اصلی از توصیف زنان مشارکت‌کننده از تجربه تحت مطالعه (انتخاب پدیده اهدای تخمک) به دست آمد. این موارد عبارت‌اند از:

- ۱) امکان حفظ محرمانگی در اهدای تخمک؛
 - ۲) امکان تجربه حاملگی، زایمان و شیردهی در اهدای تخمک؛
 - ۳) انتقال ژنتیک شوهر در اهدای تخمک؛
 - ۴) تأثیر زمان در انتخاب اهدای تخمک؛
 - ۵) مجازبودن اهدای تخمک به لحاظ شرعی؛
 - ۶) بار عاطفی و اجتماعی ناباروری عاملی در انتخاب اهدای تخمک.
- در ادامه به توصیف هر عبارت با استفاده از روایت‌های خود زنان می‌پردازیم.
- ۱) امکان حفظ محرمانگی در اهدای تخمک

مشارکت‌کنندگان در پژوهش، انتخاب اهدای تخمک را به دلیل امکان پنهان کردن آن از دیگران می‌پذیرند و اکثر آنان تمایل دارند موضوع اهدای تخمک را رازی خانوادگی نگه دارند. این زنان به دلیل به‌وجود آمدن تجربه مادری بیولوژیک در اهدای تخمک این امکان را دارند که آن را از دیگران مخفی کنند و دوره بارداری، زایمان و شیردهی داشته باشند. مشارکت‌کننده ۴ که در زمان مصاحبه ماه هفتم بارداری خود را می‌گذرانید می‌گوید:

«اینکه این موضوع را کسی نمی‌فهمید، خیلی برایم خوب بود، خیلی آرام‌ترم، خیلی اعتماد به‌نفسم را بالا می‌برد. این موضوع آدریافت تخمک

1. Validity Check

اهدایی] را فقط من می‌دانم و شوهرم و خدا، هیچ‌کس دیگر خبر ندارد. الان همه با من مثل یک زن باردار معمولی برخورد می‌کنند. البته می‌دانند که من آی. وی. افی هستم، ولی نمی‌دانند تخمک اهدایی است، فکر می‌کنند تخمک خودم بوده...».

بیشتر زنان مشارکت‌کننده دانستن راز دریافت تخمک اهدایی را صرفاً به خود و شوهرشان محدود کرده‌اند و برخی نیز اعضای مؤنث خانواده خود (مادر و خواهر) را از این موضوع باخبر کرده‌اند. آنچه گروهی از شرکت‌کنندگان در تجربه خود به آن اشاره و تأکید کرده‌اند، تلاش آنان برای مخفی نگه داشتن این واقعیت از دیگران، به خصوص خانواده شوهر، است؛ آنان به شدت نگران واکنش دیگران در این باره هستند: «وای اگر بدانند که واویلا می‌شود» (مشارکت‌کننده ۶)؛ یا «این جوری دیگر کسی نیست که توی رویم یا پشت سرم بگویند که این از کس دیگری تخمک گرفته...» (مشارکت‌کننده ۳).

۲) امکان تجربه حاملگی، زایمان و شیردهی در اهدای تخمک

از نگاه زنان تحت پژوهش بارداری، زایمان و شیردهی نقش مهمی در بساخت تجربه مادری دارد. از این رو زنان پس از اطلاع از اینکه می‌توانند این تجربه‌ها را در درمان اهدای تخمک داشته باشند، آن را انتخاب می‌کنند. مشارکت‌کننده ۲ که در مدت انتظار برای دریافت تخمک اهدایی بود، درباره انتخابش می‌گوید: «من با این کار می‌توانم مثل همه زن‌ها بارداری و زایمان داشته باشم». در توصیف زن دیگر آمده است: «از یک طرف خوب این اهدایی بود، ولی توی وجود خودم پرورش می‌گرفت. درست است از خودم نبود، ولی اینکه توی وجود خودم پرورش می‌گرفت خیلی به من آرامش می‌داد؛ تا اینکه من بخواهم بچه یکی را بگیرم و از نوزادی بزرگش کنم. حالا شاید آدم همان حس را داشته باشد، ولی اینکه خودت باردار می‌شوی و خودت به دنیا می‌آوری، بهش شیر می‌دهی...» (مشارکت‌کننده ۷).

نکته مهم، برجسته‌سازی مادری بیولوژیک نسبت به مادری ژنتیک در ادراک آنان است؛ زنان گیرنده تخمک اهدایی به دلیل عدم امکان "تجربه مادری یک پارچه" ناشی از ورود زیست‌فناوری به مقوله مادری، در مواجهه با مفهوم مادری بر مادری بیولوژیک تأکید دارند: «چیزی که خیلی مهم است اینکه توی آن نه‌ماه آن قدر با بچه‌ای که تخمکش از من نیست ارتباط بگیرم که وقتی به دنیا آمد حتی یک‌ده‌هزارم هم یادم نیفتد که این تخمکش از من نبوده. او از خون من تغذیه می‌کند، توی وجود من شکل می‌گیرد، من باید ارتباط خوبی باهاش بگیرم» (مشارکت‌کننده ۶).

۳) انتقال ژنتیک شوهر در اهدای تخمک

زنان از اهمیت انتقال ژنتیک شوهر در این شیوه درمانی سخن گفتند و آن را عامل مهمی در انتخاب این درمان در بین دیگر بدیل‌های پیش رو مانند فرزندپذیری می‌دانند. زنان مشارکت‌کننده در روایت‌های خود، اصالت درخور تأملی به انتقال ژنتیک مرد می‌دهند و می‌گویند: «خوبی‌اش این است که مال شوهر خودم است...». در توصیف دیگر زنان آمده است: «مهم نطفه مرد است»، «توی این درمان حالا مال من هم نیست اشکال ندارد؛ حداقل از یک سمت که بچه مال خودمان می‌شود».

۴) تأثیر زمان در انتخاب اهدای تخمک

عنصر زمان به‌مثابه عاملی تأثیرگذار در انتخاب اهدای تخمک به دست آمده که شامل دو عبارت فرعی است:

- گذشت زمان و سابقه طولانی بچه‌دارنشدن:

زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش در روایت‌های خود از طولانی‌شدن دوره ناباروری و بچه‌دارنشدن به‌عنوان عاملی تأثیرگذار در انتخاب اهدای تخمک نام برده‌اند. مشارکت‌کننده ۵ که بیش از بیست‌سال از ازدواجش می‌گذرد در این باره می‌گوید:

«چه جوری بگویم آخر؟ برای من بعد از این همه سال هیچ فرقی نمی‌کند... اوایل ازدوادم بود؛ یعنی دقیقاً یک‌سال و نیم گذشته بود که این‌طوری شد و فهمیدم که دیگر خودم نمی‌تونم باردار شوم. بعدها که این درمان‌ها خیلی زیاد شد یادم است دکتری گفت که تخمک‌های بگیری، ولی آن موقع اصلاً قبول نکردیم، گذاشتیم و رفتیم، ولی حالا دیگر نظرم فرق کرده...».

- بالا رفتن سن زن، عاملی تهدیدکننده:

زنان با این نگرانی که با بالا رفتن سن قوای جسمانی خود، همچون سلامت رحم، را برای گذراندن دوران بارداری و زایمان از دست می‌دهند، گذار زمان را عاملی تهدیدکننده می‌بینند و اهدای تخمک را برای رسیدن به مادری قبول می‌کنند. مشارکت‌کننده ۳ در این باره می‌گوید:

«شاید من دیگر فرصت‌ش را نداشته باشم که بارداری را تجربه کنم. می‌ترسیدم یواش یواش نیروی جسمانی‌ام را هم از دست بدهم و دیگر این را هم نتوانم داشته باشم».

۵) مجاز بودن اهدای تخمک به لحاظ شرعی

بیشتر شرکت‌کنندگان شرعی بودن اهدای تخمک را عاملی مهم بیان کرده‌اند. در فقه شیعه اجماع مراجع تقلید (با وجود اختلاف‌نظرهایی در باب تأهل اهداکننده) بر شرعی بودن دریافت تخمک اهدایی است. مشارکت‌کننده ۱۰ که تجربه دوبار درمان اهدای تخمک ناموفق را داشت و در زمان مصاحبه در درمان بار سوم بود، با عنوان این موضوع که: «... برای من مهم شرع است که این اجازه را داده [درمان اهدای تخمک]» به توصیف اهمیت این موضوع در پذیرش اهدای تخمک می‌پردازد.

«آن موقع که گفتند شوهرم باید آن زن اهداکننده را صیغه کند، نمی‌دانید چه حالی شدم. می‌گفتند صیغه نشود بچه حرام است. آن زن باید مطلقه یا بیوه باشد... سخت بود. درست است که موقت بود، ولی خوب بالاخره صیغه بود دیگر، ولی بعدش قبول کردم. به خودم می‌گفتم پس شاید دفعه اول که درمانم نتیجه نداد کار خدا بود، چون بچه حرام‌زاده می‌شد. ولی حالا می‌گویند فتوا دادند که دیگر لازم نیست صیغه بخوانند. برای من مهم شرع است که این اجازه را داده و من انجامش می‌دهم».

۶) بار عاطفی و اجتماعی ناباروری عاملی در انتخاب اهدای تخمک

فشار عاطفی و اجتماعی ناباروری عاملی تأثیرگذار در انتخاب درمان اهدای تخمک توصیف شده است و شامل سه عبارت فرعی است:

- بار عاطفی پدرنبودن شوهر بر دوش زنان

با توجه به نقش تاریخی فرزندآوری زنان برای همسرانشان، زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش بر این باورند که با ناباروری خود شوهر را از نعمت بچه‌دارشدن محروم کرده‌اند و در مصاحبه‌های انجام‌شده زنان با ایده‌هایی همچون «برای شوهرم تخمک اهدایی را پذیرفتم»، «شوهرم چه گناهی کرده»، «شوهرم را اجاق‌کُور نکنم»، اهدای تخمک را پذیرفته‌اند. مشارکت‌کننده ۲ در این باره می‌گوید:

«بیشتر به خاطر حق شوهرم. به خاطر فداکاری که ۱۵ سال است دارد برایم می‌کند، می‌خواهم برایش فداکاری کنم و اجازه بدهم حتی تخمک یک نفر دیگر بیاید توی شکمم. آره، یک قسمتی‌اش فقط به خاطر شوهرم است. همان‌طور که او پذیرفت ۱۵ سال بدون بچه با من راحت زندگی کند و واقعاً هیچ‌وقت به روی من نیاورد».

- بار عاطفی حفظ استحکام خانواده با بچه‌دار شدن زنان مشارکت‌کننده بچه‌دار شدن را عاملی برای استحکام خانواده و ارتباط زوج و نجات از بحران‌ها می‌دانند و این عامل را برای پذیرش اهدای تخمک مطرح کرده‌اند. برای مثال مشارکت‌کننده ۱۱ که فرزندی ۳ ساله حاصل از اهدای تخمک دارد می‌گوید:

«حالا خودم هیچی، شوهرم مخصوصاً. او برایم خیلی مهم‌تر بود. با آمدن بچه از این استرس و نگرانی بیرون می‌آمدیم. شاید اگر این گزینه نبود ما مجبور می‌شدیم یک راه‌حل دیگر را در نظر بگیریم. شاید هم به جدایی مجبور می‌شدیم، علی‌رغم میل باطنی جفتمان. حرف جدایی هم پیش آمد، قبل از اینکه بحث اهدا بشود... چون ما هنوز نمی‌دانستیم اهدا هم می‌شود، این‌قدر پیشرفت کرده که کسی هست که بیاید اهدا کند و...».

- بار اجتماعی ناباروری

تمام زنان شرکت‌کننده در پژوهش از فشار بسیار زیاد دیگران برای اقدام به بچه‌دار شدن و درمان سخن گفتند. آنان همواره با گفتاری مانند «چرا بچه‌دار نمی‌شوید؟» یا «چرا درمان نمی‌کنید؟» مورد پرسش، کنایه و دلسوزی و دعا برای بارداری از سوی اطرافیان قرار دارند.

بحث

یافته‌های پژوهش تجربه زنان نابارور را در انتخاب اهدای تخمک توصیف می‌کند. زنان ناباروری که از سلامت رحم برخوردارند، ولی امکان بچه‌دار شدن با تخمک خود را ندارند و دوره بسیار دشوار تصمیم‌گیری را برای دریافت تخمک اهدایی می‌گذرانند. با وجود این، زنان تحت پژوهش به عوامل مهمی در روایت‌های خود اشاره کردند که چرا در نهایت دریافت تخمک اهدایی را به دیگر بدیل‌ها ترجیح دادند.

دریافت تخمک اهدایی از دید مشارکت‌کنندگان پژوهش دربردارنده نوعی محرمانگی با "دیگری" است و این خود عاملی در جهت پذیرفتن این روش برای تولد فرزند است؛ اگرچه این "دیگری" برای هریک از مشارکت‌کنندگان دارای دامنه متفاوتی است: برخی آن را محدود به خود و شوهرشان می‌دانند، برخی آن را تنها به خانواده نزدیک زن و اعضای مؤنث خانواده (مادر و خواهر) محدود کرده‌اند. بنابراین نگرانی برای حفظ محرمانگی با دیگری در تمام مشارکت‌کنندگان دیده می‌شود و تنها دامنه تفکیک این "خود" و "دیگری" است که در زوجین مختلف و متفاوت است.

زوجین از محرمانگی به مثابه سپری درمقابل دیگران برای حفاظت از خود و فرزندشان استفاده می‌کنند؛ زنان نابارور نمی‌خواهند زخم زبان قطع ارتباط ژنتیک مادر و فرزند و ناتوانی ناشی از نقص را در قالب فشاری اجتماعی تحمل کنند. این مسئله زمانی اهمیت دوچندان می‌یابد که توجه کنیم زندگی زوجین نابارور در وضعیت "شیشه‌ای" است و همه رفتارها، احساس‌ها، روابط و کنش‌های آنان زیر نظر دیگران قرار دارد. آنان به واسطه ناباروری همواره خود را "زیر نظر" جامعه می‌انگارند (ایزدیار، ۱۳۹۱) و مشارکت‌کنندگان بیم آن دارند که رازشان افشا شود. تصویر شکم برآمده یک زن باردار نقشی اساسی در تأیید مادری توسط دیگران دارد و با توجه به اینکه اهدای تخمک امکان بروز بارداری را فراهم می‌آورد، اکثر مشارکت‌کنندگان رویکرد خود به مادری را براساس مادری بیولوژیک و مادری اجتماعی صورت‌بندی می‌کنند. این افراد با تکیه بر تجربه بارداری، زایمان، شیردهی و نگهداری از کودک، سعی دارند تجربه کاملی از مادری را بگذرانند. تا آنجا که تمایل دارند واقعیت دریافت ژنتیک دیگری را فراموش کنند و بکوشند تا مثل زنان دیگر شوند. بارداری، زایمان و شیردهی این موقعیت را برای آنان فراهم می‌کند. مطالعات دیگر نیز به تجربه بارداری به عنوان نکته مثبت مادری با تخمک‌اهدایی اشاره کرده‌اند (هرشبرگر، ۲۰۰۷).

"مالکیت بر فرزند" در تجربه زن دریافت‌کننده تخمک‌اهدایی اهمیتی پررنگ دارد؛ او درصدد است فرزندی را که مال او نیست مال خود کند. اما این مسئله صرفاً به مالکیت مادرانه محدود نیست؛ در نگاه مشارکت‌کنندگان در پژوهش، "اعتقاد به زنانگی کارکردی" دیده می‌شود. در نگاه آنان، کارکرد "زن بودن" زمانی رخ می‌دهد که منتج به زایمان شود. بنابراین، حتی وجود تجربه بارداری اگر منجر به زایمان نشود نیز فاقد زنانگی کارکردی است. به بیان دیگر، تولد بچه نقشی تعیین‌کننده در شکل‌گیری ادراک آنان از زن بودن خود دارد.

کارکرد فرزندآوری برای شوهر موضوعی است که زنان گیرنده تخمک‌اهدایی به دلیل آن با گذشتن از ژنتیک خود و اصالت بیشتر بخشیدن به ژنتیک شوهر به انتخاب اهدای تخمک می‌پردازند. از نگاه زنان آنچه مادر و فرزند را به هم ارتباط می‌دهد، انتقال ژنتیک شوهر به فرزند است؛ اگرچه نقش شوهر در پذیرش اهدای تخمک به انتقال ژن او محدود نیست. برخی مشارکت‌کنندگان در پژوهش تأکید می‌کنند مادری از طریق اهدای تخمک را با از خودگذشتگی برای بچه‌دار شدن شوهرشان پذیرفته‌اند. هرشبرگر هم در یافته‌هایش به این موضوع اشاره کرده است (هرشبرگر، ۲۰۰۷).

علاوه بر این، نیرومندبودن پندارهای مذهبی در بیشتر مشارکت‌کنندگان موجد پررنگ بودن مسائل شرعی در بحث اهدای تخمک است؛ آنان نمی‌خواهند فرزندشان "حرام‌زاده" باشد.

مجازبودن اهدای تخمک براساس فتوهای سال‌های اخیر فقها نقشی کلیدی در انتخاب اهدای تخمک ایفا کرده است. گفتنی است بجز درباره جنین‌اهدایی، در دیگر روش‌های درمان کمک‌باروری در ایران، قانون مشخصی وجود ندارد و مجازبودن انجام این درمان‌ها در بسیاری موارد معطوف به استفتا از مراجع عظام تقلید است.

گذران زمان به‌مثابه عاملی تهدیدکننده برای زنان نابارور در این پژوهش به جهت از دست‌دادن سلامت رحمی برای بارداری است و آنها را به انتخاب اهدای تخمک سوق می‌دهد. عامل زمان در مطالعه‌ای دیگر، نگرانی مربوط به مراقبت از فرزند در زنان با سن بالا، نگرانی از مرگ زودرس و نتایج بارداری در سن بالا توصیف شده است (هرشبرگر، ۲۰۰۷).

نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف شناخت تجربه زنان نابارور گیرنده تخمک‌اهدایی در فرایند انتخاب این شیوه درمان برای رسیدن به مادری با روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی به‌صورت مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته با یازده مشارکت‌کننده که به پژوهشگاه رویان مراجعه کرده بودند انجام شد. اجرای پژوهش و تحلیل داده‌ها با وجود محدودیت‌هایی براساس طرح عملی کلایزی انجام شد. معمولاً یکی از محدودیت‌های پژوهش، دستیابی دشوار پژوهشگران به جامعه مشارکت‌کننده است که خوشبختانه به دلیل اشتغال پژوهشگر در مرکز درمان ناباروری پژوهشگاه رویان به‌خوبی میسر گردید و به‌واسطه اینکه پژوهشگر مددکار اجتماعی مشارکت‌کنندگان بود، ارتباط کاملاً مناسبی همراه با اعتماد بین پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان برقرار شد. از محدودیت‌های پژوهش کمبود منابع درباب روش پدیدارشناسانه به زبان فارسی و استفاده از مفاهیم پدیدارشناسی فلسفی و نه جامعه‌شناختی بود. یافته‌ها از توصیفات زنان در شش عبارت اصلی صورت‌بندی شد.

به‌طور خلاصه آنچه در پدیده مادری رخ می‌دهد جمع سه گونه تجربه است: مادری ژنتیک که ناظر بر ابعاد ژنتیکی است که به‌واسطه تخمک به جنین منتقل می‌شود؛ مادری بیولوژیک که دربردارنده تجربه بارداری درون رحم و زایمان است؛ و مادری اجتماعی که منظور، مرحله پس از تولد نوزاد است؛ به عبارت دیگر، مادری که کودک را بزرگ می‌کند.

فناوری‌های کمک‌باروری امکان جداسازی این سه نوع تجربه را در پدیده مادری فراهم کرده است؛ همان‌گونه که مادری با تخمک‌اهدایی فاقد تجربه مادری ژنتیک است. این نوع مادری، آن‌گونه که می‌نماید، پدیده‌ای بدیهی نیست و زنان دوره بسیار دشوار پذیرش واقعیت

ناباروری و سوگ ناشی از آن را می‌گذرانند و در مرحله سازگاری مجدد است که اهدای تخمک را به‌مثابه راهی برای رسیدن به مادری انتخاب می‌کنند. زنان نابارور مشارکت‌کننده، که در روند تصمیم‌گیری برای درمان مواجه بودند، در توصیف‌های خود در فرآیند انتخاب اهدای تخمک به عوامل تشویق‌کننده و بازدارنده، مانند ترس‌ها، به‌خصوص از آینده‌ای مبهم، اشاره کردند (ایزدیار، ۱۳۹۱). این یکی از مهم‌ترین تجربه‌های زنان گیرنده تخمک اهدایی است. شناخت تجربه زنان در روند تصمیم‌گیری برای درمان و فرآیند انتخاب اهدای تخمک کمک بسیار زیادی به تیم درمانی و حمایتی و مشاوران مرتبط با این خانواده‌ها می‌کند که در فرآیند سازگاری این زنان با مادری حاصل از تخمک اهدایی کمک‌رسان آنها باشند.

منابع

- ایزدیار، نسرين (۱۳۹۱) بررسی جامعه‌شناسی تجربه زیسته زنان نابارور گیرنده تخمک اهدایی مراجعه‌کننده به پژوهشگاه رویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشگاه آزاد، واحد علوم و تحقیقات.
- رفعت‌جاه، مریم و باقر ساروخانی (۱۳۸۳) «عوامل جامعه‌شناختی مؤثر در بازتعریف هویت اجتماعی زنان»، پژوهش زنان، دوره دوم، شماره ۱: ۹۱-۷۱.
- محمدپور، احمد (۱۳۸۹) ضد روش: منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی، جلد اول، تهران: جامعه‌شناسان.
- محمدپور، احمد (۱۳۹۰) روش در روش: درباره ساخت معرفت در علوم انسانی، تهران: جامعه‌شناسان.
- وحیدی، سراج‌الدین و همکاران (۱۳۸۵) «بررسی شیوع ناباروری اولیه در جمهوری اسلامی ایران در سال‌های ۸۴-۱۳۸۳»، فصلنامه باروری و ناباروری، دوره هفتم، شماره ۳: ۲۴۳-۲۵۱.
- هاید، جانت شیلی (۱۳۸۷) روان‌شناسی زنان، اکرم خمسه، تهران: آگه.
- Berek, Jonathan S. (2011), *Berek & Novak Gynecology*, 15th edition, Lippincott Williams & Wilkins.
- Golombok S, Readings J, Blake L, Casey P, Mellish L, Marks A, Jadva V.(2011), Children Conceived by Gamete Donation: Psychological Adjustment and Mother-child Relationships at Age 7, *Journal of Family Psychology*, 25(2): 230-239.
- Golombok S, Lycett E, Maccallum F, Jadva V, Murray C, Rust J, Abdalla H, Jenkins J, Margara R. (2004), Parenting Infants Conceived by Gamete Donation, *Journal of Family Psychology*, 18(3): 443-52.
- Golombok S, Murray C, Brinsden P, Abdalla H. (1999), Social Versus Biological Parenting: Family Functioning and the Socioemotional

- Development of Children Conceived by Egg or Sperm Donation, *Journal of Child Psychology*, 40(4): 519-27.
- Hallebone, El. (1991), Non-genetic Mothers and Their Own Children: Infertility and IVF Donor Birth, *Australian J Soc Issues*, 25 (2): 122-36.
- Hershberger, Patricia E. (2007), Pregnant, Donor Oocyte Recipient Women Describe Their Lived Experience of Establishing the "Family Lexicon", *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 161-167.
- Hershberger P, Klock Susan C, Barnes R. (2007), Disclosure Decision among pregnant women who received Donor oocyte: A phenomenological study, *Fertility & Sterility*, 87 (2):288-296.
- Hycner, Richard H. (1985), Some Guidelines for the Phenomenological Analysis of Interview Data, *Human Studies*, 8: 279 _ 303.
- Jadva J, Casey P, Readings J, Blake L, Golombok S. (2011), A Longitudinal Study of Recipients' Views and Experiences of Intra-family Egg Donation, *Human Reproduction*, 26(10): 2777-2782.
- Murray C, Golombok S. (2003), To Tell or not to Tell: the Decision Making Process of Egg Donation Parents, *Human Fertility*, 6(2): 89-95.
- Readings J, Blake L, Casey P, Jadva V, Golombok S. (2011), Secrecy Disclosure and Everything in Between: Decisions of Parents of Children Conceived by Donor Insemination, Egg Donation and Surrogacy, *Reprod Biomed Online*.
- Van Berkel D, Candidi A, Pijffers WH. (2007), Becoming a Mother by Non-anonymous Egg Donation: Secrecy and the Relationship Between Egg Recipient, Egg Donor and Egg Donation Child, *Journal of Psychosomatic obstetric Gynecology*, 28(2): 97-104
- WHO Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, 2002.