

اللَّهُمَّ  
الْحَمْدُ لِلَّهِ  
الْحَمْدُ لِلَّهِ  
الْحَمْدُ لِلَّهِ



دانشگاه تربیت مدرس  
دانشکده علوم پزشکی

رساله

دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) در رشته پرستاری

عنوان:

تبیین فرآیند مادر شدن در مادران استفاده کننده از حمل جایگزین و

طراحی مدل مراقبتی

نگارش

میترا زندی

استاد راهنما

دکتر زهره ونکی

اساتید مشاور

دکتر مرضیه شیوا

دکتر عیسی محمدی

زمستان ۱۳۹۱



تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از  
رساله دکتری

خانم میترا زندی رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان « تبیین فرآیند مادر شدن در  
مادران استفاده کننده از حمل جایگزین و طراحی مدل مراقبتی» در تاریخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۳  
ارائه کردند.

بدینوسیله اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا  
برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر زهره ونکی	استاد راهنما
	دکتر مرضیه شیوا	استاد مشاور
	دکتر عیسی محمدی	استاد مشاور
	خانم ربابه معماریان	استاد ناظر
	دکتر سیمما محمد خان کرمانشاهی	استاد ناظر
	دکتر زهرا کاشانی نیا	استاد ناظر
	دکتر نعیمه سید فاطمی	استاد ناظر
	دکتر منیره انوشه	نماینده تحصیلات تکمیلی

## آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی دانشگاه تربیت مدرس

**مقدمه:** با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

**ماده ۱-** حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می‌باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

**ماده ۲-** انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می‌باشد.

**تبصره:** در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

**ماده ۳-** انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آیین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

**ماده ۴-** ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته‌ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

**ماده ۵-** این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب **زندگی دانشجوی رشته پرستاری** ورودی سال تحصیلی **۱۳۸۷** مقطع **دکتری تخصصی** دانشکده **علوم پزشکی** متعهد می‌شوم کلیه نکات مندرج در آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته‌های علمی مستخرج از پایان‌نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین‌نامه فوق‌الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می‌دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم»

۱۳۹۱/۲/۲۳



## آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

" کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته پرستاری است که در سال ۱۳۹۱ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم دکتر زهره ونکی و مشاوره سرکار خانم دکتر مرضیه شیوا و جناب آقای دکتر عیسی محمدی از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب میترا زندی دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری تخصصی تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

میترا زندی  
۱۳۹۱/۱۲/۲۳

تقدیم به خورشیدرخ برکشیده در پس ابرها...

و به مادران استفاده کننده از حمل جایگزین  
که خالصانه تجارب ارزشمند خویش را در اختیارم قرار دادند.

تقدیم به مادر مهربانم

او که نغمه های زیبای دعا های عاشقانه اش، همواره پیشاپیش من گام برمی دارد و راه می کشاید. او که هر روز  
سکوفه های معطر بخندش را بدرقه راهم می کند. او که سبیل عشق است و عشق...  
امید که گل وجودش، همواره زیبایی بخش باغ زندگیم باشد.

تقدیم به پدر عزیزم

او که وجودم برایش همه رنج بود و وجودش برایم همه مهر؛ او که مویش سپید گشت تا رویم سپید بماند. مهر در دل  
نهفته اش را در فروغ چشمانش می خوانم و در برابر وجود کرامت زانوی ادب بر زمین می نهم و بادلی مملو از  
عشق و خضوع بردستان پر مهرش بوسه می زنم.  
امید که خورشید وجودش، همواره روشنی بخش آسمان زندگیم باشد.

## تشکر و قدردانی

سپاس و ستایش خداوند عالم را که به من آموخت در هر رنجی، کشفی و در هر سختی مهری نهفته است.

او که عشق و شوق را به زندگی هدیه داد.

سپاس بیکران اساتید معظمی را که افتخار شاگردیشان نصیبم کردید،

استاد راهنمای گرانقدرم (اسطوره‌ی مهربانی و ذکاوت سرکار خانم دکتر زهره ونکی

استاد مشاور بزرگوارم (اسطوره‌ی صبر و نجابت سرکار خانم دکتر مرضیه شیوا

و استاد مشاور ارجمندم (اسطوره‌ی علم و اخلاق جناب آقای دکتر عیسی معمدی

و تقدیر فراوان از اساتید بزرگوارمی که کاستی‌های این مطالعه را با ظرافت و دقت یادآور شده

و در اصلاح آن کوشیدند، اساتید محترم ناظر

سرکار خانم دکتر نعیمه سید فاطمی، سرکار خانم دکتر زهرا کاشانی نیا

سرکار خانم دکتر سیما کرمانشاهی و سرکار خانم دکتر ربابه معماریان

و با سپاس بیکران از تمامی اساتید معظم گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس که به حق، آنان را معلمین حقیقی

علم و اخلاق یافتم

ابراز تشکر صمیمانه و قلبی از مسئولین محترم پژوهش دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

به ویژه جناب آقای موسویان و سرکار خانم دباغ عزیز که همواره در انجام وظایف معوله

از جان مایه گذارند

تقدیر فراوان از مسئولین محترم پژوهشگاه رویان که در حد توان امکان انجام رساله را فراهم آوردند، بخشی از

مشارکت کنندگان این رساله بر مبنای قرارداد شماره ۸۹/۴۲۸۱۵ پ مورخ ۸۹/۵/۶ توسط پژوهشگاه رویان

معرفی گردیده و دانشگاه حقوق معنوی پژوهشگاه را رعایت خواهد نمود

و صمیمانه‌ترین سپاس‌ها و تقدیرها نثار دوستان عزیزم

همراهان همیشگی دوران پر شور و شوق تحصیل، دانشجویان دکترای پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

## چکیده

**مقدمه:** حمل جایگزین یکی از تحولات علمی دهه‌های اخیر در حیطه‌ی درمان ناباروری است که به بحث‌انگیزترین موضوع تکنولوژی‌های کمک باروری مبدل شده است. در ایران با وجود روند گسترده استفاده از این روش، به رویکرد سلامت محور در این زمینه به ویژه از جنبه پرستاری پرداخته نشده است. انجام مراقبت بهینه از این مادران مستلزم وجود مدل‌های مراقبتی مناسب می‌باشد که گام اول و اساسی برای انجام این مهم، درک فرآیند مادر شدن در آنان می‌باشد. هدف از انجام این پژوهش، تبیین فرآیند مادرشدن در مادران استفاده کننده از حمل جایگزین و طراحی مدل مراقبتی است.

**روش:** این مطالعه یک مطالعه کیفی است که در دو مرحله صورت گرفته است. در مرحله اول با استفاده از روش تئوری زمینه‌ای، تجارب مادران استفاده کننده از حمل جایگزین از مرحله تصمیم‌گیری قاطعانه تا پس از تولد کودک مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. جمع‌آوری داده‌ها ابتدا به صورت هدفمند از پژوهشگاه رویان آغاز گردید و سپس به مدت بیست ماه به صورت نظری از مراکز ناباروری، مطب‌ها و بیمارستان‌های تهران و شهرستان‌ها ادامه یافت. پس از کسب رضایت آگاهانه، ۳۹ مصاحبه بدون ساختار با ۱۵ مادر، ۲ همسر، ۴ حامل و ۵ تن از پرسنل مراکز ناباروری صورت گرفت. علاوه بر مصاحبه از یادداشت عرصه، یک مورد بحث گروهی و مستندات موجود نیز برای جمع‌آوری داده استفاده شد. در مرحله اول تحلیل داده‌ها با استفاده از روش اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸)، همزمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت و در مرحله دوم یعنی پس از ظهور تئوری زمینه‌ای، با بهره‌گیری از روش ساخت تئوری واکر و اوانت (۲۰۱۱)، مدل مراقبتی از مادران استفاده کننده از حمل جایگزین طراحی گردید.

**یافته‌ها:** آنالیز مقایسه‌ای و مداوم داده‌ها نشان داد که مادر شدن در حمل جایگزین، در بستر پرچالش «تنگنای فرهنگی» صورت می‌گیرد «نامنی در مادری» مهم‌ترین مسئله مادران می‌باشد. «امنیت جویی» راهبرد اصلی مادران است که به عنوان مفهوم مرکزی این مطالعه ظهور یافت. «برخورداری از تکیه‌گاه»، «حمایت غیر اثر بخش»، «تعاملات طرفین»، «حس مادری درک شده» و «ویژگی‌های فردی-محیطی» از عوامل تأثیرگذار بر این فرآیند هستند که می‌توانند نقشی تسهیل کننده و یا بازدارنده ایفا نمایند. پیامد بکارگیری راهبردها و عوامل تأثیرگذار، در نهایت «دستیابی به آرامش نسبی» و یا تداوم نآسودگی و در نتیجه «فرسودگی روحی و جسمی» مادر می‌باشد. در مرحله دوم پژوهش، در مدل مراقبتی امنیت بخشی در مادری طراحی شده، نقش‌های پرستار متخصص حمل جایگزین در قالب چارچوب مفهومی؛ هماهنگی، مشارکت و امنیت بخشی (حمایت فیزیکی، عاطفی، قانونی، توانمندسازی، حضور، مدافع مددجو و مدیریت روابط طرفین) مفهوم‌پردازی شده و تمامی فعالیت‌های وی در چارچوب فرآیند پرستاری صورت می‌گیرد که پیامد آن امنیت و آرامش است. دو شرط مهم برای اجرای این مدل ۱. تربیت پرستاران متخصص و ۲. تأسیس مرکز ارائه خدمات مراقبتی خاص حمل جایگزین می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه بیانگر تأثیر تعاملی عوامل چندگانه بر فرآیند مادر شدن می‌باشد. درک بیشتر فرآیند مادرشدن در این مادران خاص به پرستاران در ارائه مراقبت فردی و حرفه‌ای برای این جمعیت خاص کمک نموده و مدل پیشنهادی می‌تواند به عنوان راهنمای اولیه‌ای در بکارگیری یک رویکرد کل‌نگر در پرستاری از این مادران به کار گرفته شود.

**کلمات کلیدی:** حمل جایگزین، مادر شدن، مادری، مدل امنیت بخشی در مادری، مراقبت پرستاری.



## فهرست مطالب

### فصل اول: مقدمه و مروری بر مطالعات گذشته

- ۱-۱. اهمیت پژوهش ..... ۲
- ۱-۲. ضرورت و دلایل انتخاب موضوع ..... ۴
- ۱-۳. تبیین چالش موجود ..... ۹
- ۱-۴. جمع بندی و ارائه سؤال اصلی پژوهش ..... ۱۱

### فصل دوم: فلسفه هدایت کننده پژوهش

- ۱-۱. پیشینه نظری ..... ۱۴
- ۱-۱-۲. نظریات روانشناسی ..... ۱۵
- ۲-۱-۲. نظریات جامعه شناسی ..... ۱۸
- ۳-۱-۲. نظریات فمینیستی ..... ۲۰
- ۴-۱-۲. نظریات پرستاری ..... ۲۴
- ۵-۱-۲. جمع بندی تئوری‌های موجود ..... ۲۸
- ۲-۲. مروری بر نظرات مراجع عظام در مورد حمل جایگزین ..... ۲۸
- ۳-۲. مرور و نقد مطالعات موجود مرتبط با موضوع پژوهش ..... ۳۰
- ۱-۳-۲. مطالعات مربوط به حمل جایگزین ..... ۳۰
- ۲-۳-۲. مطالعات مربوط به پرستاری در تکنولوژی‌های کمک باروری ..... ۳۴
- ۳-۳-۲. مطالعات مربوط به پدیده مادر شدن ..... ۳۶
- ۴-۲. جمع بندی نهایی ..... ۳۹

### فصل سوم: روش پژوهش

- ۱-۳. دلایل انتخاب روش پژوهش ..... ۴۲
- ۲-۳. عرصه پژوهش ..... ۴۶
- ۳-۳. روش جمع آوری داده‌ها ..... ۴۶
- ۱-۳-۳. مصاحبه ..... ۴۷
- ۲-۳-۳. یادداشت‌های عرصه ..... ۵۰
- ۳-۳-۳. مستندات موجود ..... ۵۰
- ۴-۳-۳. بحث گروهی ..... ۵۰
- ۵-۳-۳. نوشته‌های سایت (صفحه مجازی) اختصاصی حمل جایگزین ..... ۵۲

۵۲	..... ۴-۳. ویژگی‌های و نحوه انتخاب مشارکت کنندگان
۵۵	..... ۵-۳. روش تحلیل داده‌ها
۵۵	..... ۱-۵-۳. کدگذاری باز
۵۶	..... ۲-۵-۳. کدگذاری محوری
۵۷	..... ۳-۵-۳. کدگذاری انتخابی
	..... ۴-۵-۳. تکنیک‌های استفاده شده در روند تحلیل داده‌ها و کدگذاری‌های باز، محوری و انتخابی
۵۹	..... الف. یادآور نویسی و نمونه‌گیری نظری
۵۹	..... ب. تحلیل موارد منفی
۶۰	..... ج. رسم دیاگرام‌ها
۶۱	..... ۶-۳. دقت و اعتبار علمی مطالعه
۶۴	..... ۷-۳. ملاحظات اخلاقی

#### فصل چهارم: نتایج و یافته‌ها

۶۶	..... ۱-۴. ارائه یافته‌ها
۶۶	..... ۱-۱-۴. ویژگی‌های مشارکت کنندگان
۶۷	..... ۲-۱-۴. ارائه یافته‌ها بر اساس الگوریتم و روش آنالیز انتخاب شده
۶۹	..... ۱-۲-۱-۴. خط اصلی داستان
۷۶	..... ۲-۲-۱-۴. تبیین تئوری نهایی
۹۰	..... ۲-۴. بحث پیرامون یافته‌ها
۱۰۹	..... ۳-۴. جمع‌بندی نهایی

#### فصل پنجم: طراحی مدل مراقبتی

۱۱۲	..... ۱-۵. مقدمه
۱۱۳	..... ۲-۵. مفهوم مدل در این مطالعه و جایگاه آن در ساختار دانش پرستاری
۱۱۶	..... ۳-۵. طراحی مدل امنیت بخشی در مادری
۱۱۶	..... ۱-۳-۵. روش پردازش مدل
۱۱۹	..... ۲-۳-۵. انتخاب راهبرد مناسب جهت ایجاد تئوری
۱۲۰	..... ۳-۳-۵. سنتز مدل امنیت بخشی در مادری بر اساس راهبرد سنتز واکر و اوانت (۲۰۱۱).
۱۲۰	..... تعیین مفهوم / مفاهیم مرکزی

مرور مطالعات جهت شناسایی فاکتورهای مرتبط با مفهوم مرکزی و تعیین ماهیت ارتباطات.....	۱۲۱
سازماندهی مفاهیم و بیانیه‌ها در درون یک کل مرتبط .....	۱۵۰
۴-۳-۵. اجزای ساختاری مدل امنیت بخشی در مادری .....	۱۵۱
پیش‌فرض‌ها .....	۱۵۱
مفاهیم اصلی .....	۱۵۴
مفاهیم متاپارادایمیک مدل .....	۱۵۴
مفهوم پارادایمیک مدل .....	۱۵۸
اهداف مدل .....	۱۶۰
۵-۳-۵. چارچوب مفهومی مدل عملیاتی امنیت بخشی در مادری حمل جایگزین .....	۱۶۱
۶-۳-۵. مددجویان مدل .....	۱۶۱
۷-۳-۵. شرایط اجرای مدل .....	۱۶۲
۸-۳-۵. پیامد حاصل از اجرای مدل .....	۱۶۴
۹-۳-۵. نقش پرستار در مدل امنیت بخشی در مادری .....	۱۶۴
مشارکت .....	۱۶۵
هماهنگی .....	۱۶۵
امنیت بخشی .....	۱۶۶
۱۰-۳-۵. بکارگیری فرآیند پرستاری در مدل امنیت بخشی در مادری .....	۱۶۷
۱۱-۳-۵. دیاگرام پیشنهادی برای مدل عملیاتی امنیت بخشی در مادری .....	۱۶۸
۱۲-۳-۵. مراحل اجرایی مدل امنیت بخشی در مادری در مرکز ارائه خدمات مراقبتی ....	۱۶۹
۴-۵. نتیجه‌گیری نهایی .....	۱۸۰
۵-۵. کاربرد یافته‌ها در پرستاری .....	۱۸۲
فهرست منابع .....	۱۸۷
ضمائم .....	۱۹۶
چکیده انگلیسی .....	۱۹۸

# فصل اول

مقدمه

## ۱-۱. اهمیت پژوهش

لحظه‌ی آمدنش عمری و الباقی عمر      نفسی بود که با خون جگر آمد و رفت

آرزوی داشتن فرزند، غریزه‌ای فطری است و پدر و مادر شدن از مهم‌ترین مراحل تحول زندگی فرد است [۱]. در جوامعی از جمله ایران که فرزندآوری جزئی از پایگاه اجتماعی و هویت زنان محسوب می‌شود و داشتن فرزند منبعی از قدرت زن در خانواده و جامعه به حساب می‌آید، علی‌رغم این که زنان و مردان به یک میزان علت ناباروری می‌باشند اما به دلیل تعصبات اجتماعی، ناباروری مشکلی زنانه تلقی می‌شود و به همین دلیل نیز زنان معمولاً با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان روبرو می‌باشند. همچنین فرزندآوری در بسیاری از فرهنگ‌ها به عنوان یکی از کارکردهای خانواده و ناباروری امری ناخوشایند محسوب می‌شود [۲]. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ۱۰ تا ۱۵ درصد از زوج‌های جهان (بیش از ۸۰ میلیون) با مشکل ناباروری مواجه بوده [۳] و در ایران حدود یک چهارم زوج‌های ایرانی، ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترکشان تجربه می‌کنند [۴].

امروزه با توسعه فن‌آوری‌های نوین در عرصه دانش پزشکی، امکانات و توانمندی‌های تازه‌ای فراروی بشر قرار گرفته است. ناباروری یکی از حیطه‌هایی است که پیشرفت علم پزشکی و فن‌آوری‌های مربوطه توانسته است امکان پاسخ‌گویی به نیاز انسان‌ها را فراهم آورد [۵-۶]. پیشرفت‌های خیره‌کننده علوم پزشکی، هرروز مسائل انسانی، اخلاقی، حقوقی و اجتماعی ویژه و جدیدی ایجاد می‌نمایند که گاهی استفاده از محصول این پیشرفت‌ها را سال‌ها و بلکه برای همیشه محدود و یا متوقف می‌کنند. توسعه کاربردی این فناوری‌ها وابسته به پاسخ‌گویی به سؤالات و مسائل مطرح در مورد آن‌ها می‌باشد. حمل‌جایگزین یکی از روش‌های جدید کمک باروری است که بسیاری از فقها و حقوقدانان شیعه آن را جایز دانسته‌اند [۷]. این روش یکی از تحولات علمی دهه‌های اخیر در حیطه‌ی درمان ناباروری است که به دلیل جنبه‌های منحصر به فرد خود، در

سال‌های اخیر به بحث‌انگیزترین موضوع تکنولوژی‌های کمک‌باروری مبدل شده است [۱، ۲] و تاکنون پیامدهای عمیقی در مذهب، حقوق، اخلاق و جامعه به دنبال داشته است [۳، ۴].

حمل جایگزین یعنی توافق با بانوی صاحب رحمی که آمادگی خود را جهت بارداری برای زوج نابارور اعلام می‌نماید؛ به گونه‌ای که پس از زایمان، نوزاد حاصل را به زوج نابارور تحویل دهد. بانوی صاحب رحم که وظیفه بارداری به او محول می‌شود، مادر جایگزین<sup>۱</sup> / حامل و زوج نابارور<sup>۲</sup> والدین حقیقی کودک تلقی می‌گردند [۸-۱۲]. در واقع حمل جایگزین به زوج‌ها کمک می‌کند که فرزند ژنتیکی خود را داشته باشند [۱، ۱۳].

حمل جایگزین به دو دسته کلی جایگزینی کامل<sup>۳</sup> که در آن حامل (مادر جایگزین) ارتباط ژنتیکی با کودک ندارد و جایگزینی نسبی<sup>۴</sup> که حامل با اهداء تخمک، والده ژنتیکی کودک نیز هست، طبقه بندی می‌شود [۶، ۷، ۱۰-۱۱، ۱۴]. هر دو روش ممکن است با انگیزه‌های تجاری یا مالی صورت گیرد؛ یعنی حامل در قبال حمل و زایمان نوزاد، پول و امکانات مادی دریافت کند؛ گاهی هم ممکن است این کار با انگیزه‌های خیرخواهانه یا انسان دوستانه انجام پذیرد [۱۱]. در این صورت تقسیم بندی دیگری نیز می‌توان برای حمل جایگزین قائل شد که شامل نوع تجاری<sup>۵</sup> و غیر تجاری<sup>۶</sup> می‌باشد [۱۰]. هر یک از این روش‌ها پیامدهای متفاوتی در پی خواهد داشت و در نظر گرفتن تمامی جوانب و رعایت دستورالعمل‌های لازم در این زمینه ضرورت دارد [۱۵].

پر واضح است که مهم‌ترین موارد استفاده از حمل جایگزین کامل، عدم وجود رحم به طور مادرزادی و عدم وجود ثانویه رحم در زن به دلیل هیستریکتومی ناشی از کارسینوما یا خونریزی می‌باشد؛ اما در تمامی این موارد، هنوز عملکرد تخمدان‌ها نرمال است. سایر موارد کم شیوع‌تر شامل ابتلای زن به سقط‌های مکرر و یا ضعف در نگهداری جنین می‌باشد [۸-۹، ۱۱، ۱۴].

در سال ۱۹۷۷ اولین قرارداد حمل جایگزین تدوین شد. طبق این قرارداد، ضمن توافق انجام شده میان زوج نابارور و بانوی صاحب رحم، اسپرم همسر زوج نابارور پس از شستشو و آماده‌سازی، به رحم بانوی صاحب

- 
1. Surrogate Mother
  2. Comissioning Couples
  3. Gestational (full, host) Surrogacy
  4. Parcial (traditional, straight, genetic) Surrogacy
  5. Commercial
  6. Non-Commercial (Altruistic)

رحم تلقیح شده (حمل جایگزین نسبی) و نوزاد حاصل پس از تولد به زوجین نابارور مسترد گردید [۱۵]. اولین مورد حمل جایگزین کامل با استفاده از تخمک و اسپرم زوج نابارور، در سال ۱۹۸۵ میلادی در ایالات متحده امریکا در خانواده استرن صورت گرفته است [۱، ۱۴-۱۷]. به طور کلی بیشترین موارد درمان با حمل جایگزین، از نوع ناقص یا کامل در آمریکا رخ می‌دهد [۱۶]. در مورد تعداد کودکان متولد شده از حمل جایگزین نسبی آمار دقیقی در دست نیست؛ اما تعداد کودکان متولد شده از حمل جایگزین کامل در آمریکا از سال ۲۰۰۴-۲۰۰۸ یعنی در طول ۴ سال ۸۹٪ افزایش یافته است [۱۸]. استفاده از حمل جایگزین پس از چند دهه کاربرد، هم اکنون در جامعه ما نیز مطرح شده و قابل اجراست [۱۶]. در ایران طرح استفاده از حمل جایگزین برای اولین بار در سال ۱۳۸۰ توسط برخی از کلینیک های ناباروری به اجرا درآمده است [۱۹]. در حال حاضر در کشور ما ایران، حمل جایگزین تجاری رواج دارد [۱۰]. به جهت دسترسی بیشتر به نمونه‌های حمل جایگزین کامل در ایران، این مطالعه به حمل جایگزین کامل می‌پردازد.

## ۱-۲. ضرورت و دلایل انتخاب موضوع

در دنیای پزشکی استفاده از بیوتکنولوژی جدید به کاری عادی و روزمره تبدیل شده است، اما مردم عادی هنوز نگرانی‌هایی درباره این روش‌ها دارند [۱۴]. بخشی از این نگرانی‌ها در ارتباط با تأثیر این روش‌ها بر طبیعت و زندگی طبیعی انسان‌ها و برخی دیگر در رابطه با مسائل اخلاقی، شرعی و حقوقی استفاده از این روش‌ها است [۱، ۱۳]. به طور کلی تحت درمان قرار گرفتن با تکنولوژی‌های کمک باروری<sup>۱</sup> ممکن است تجربه تکان دهنده‌ای باشد. روش‌های کمک باروری اغلب محرمانه، منزوی کننده فرد و دردناک از نظر جسمی و عاطفی به نظر می‌رسند [۲۰]. حق مادر جایگزین در سقط جنین، امتناع از مراقبت‌های بارداری، امتناع از غربالگری، عدم رعایت شیوه زندگی ایمن و در نهایت عدم تمایل وی به تحویل کودک به والدین ژنتیکی از مواردی است که باعث نگرانی از نتیجه استفاده از این روش کمک باروری می‌شود [۶]. همچنین ممکن است والدین آینده از احتمال به دنیا آمدن فرزندی که دچار نقص مادرزادی باشد، دچار هراس گردند [۱۶]. در یکی از درمانگاه‌های مجاز انگلستان مهم‌ترین مشکلات استفاده از حمل جایگزین چنین گزارش شد: یک مورد عدم تحویل فوری نوزاد پس از تولد به زوج متعهد، جداسدن یک زوج متعهد پیش از شروع فرآیند درمان، یک مورد گزارش ناخوشایند روزنامه‌ای و شهرت منفی ماجرا، یک مورد انصراف از درمان زوج پس از انجام مشاوره‌های اولیه [۱۴].

<sup>۱</sup> Assisted Reproductive Technology (ART)

در مروری که توسط آکر (۲۰۰۷) بر روی سه حیطة حمل جایگزین (حامل، مادر خواهان فرزند و کودک حاصل از این روش) صورت گرفت، نشان داد که اکثر تحقیقات موجود در این زمینه به تعدادی از مسائل خاص از جمله دلبستگی<sup>۱</sup> مادر به کودک، افشای استفاده از حمل جایگزین به کودک، ویژگی‌های شخصیتی و انگیزه حامل‌ها و تغییر در خصوصیات مادران استفاده کننده از حمل جایگزین تمرکز داشته است. فقدان تئوری و تحقیقات مداخله‌ای به طور برجسته‌ای مشهود است و فقط تعداد اندکی از مطالعات طولی یا مطالعات مقایسه‌ای در جمعیت‌های متفاوت صورت گرفته است. مطالعات معدودی به بررسی معنای خانواده در حمل جایگزین، نیاز خانواده و یا تأثیرات دردسترس بودن درمان و افراد حرفه‌ای و فاکتورهای مالی بر روی انتخاب صورت گرفته توسط حامل و مادر خواهان فرزند صورت گرفته است [۲۱]. اغلب تحقیقات صورت گرفته در این زمینه به بررسی مسائل و مشکلات حقوقی، قانونی و اخلاقی [۱۴، ۲۲-۲۴]، اجتماعی [۲۵]، تأثیرات روانشناختی [۲۱، ۲۶-۲۷]، نظرخواهی از افراد [۹] و تجربیات فرد حامل [۲۸] پرداخته است. این مطالعات اکثراً توصیفی، کمی و کتابخانه‌ای بوده است. از طرفی بیشتر مطالعات بر حامل تمرکز داشته و مطالعات انجام شده بر روی زوج خواهان فرزند انگشت شمار می‌باشد. در برخی موارد نیز جمع آوری اطلاعات به صورت کیفی و تحلیل آن‌ها به روش کمی صورت گرفته است. از جمله این موارد می‌توان به مطالعه مک‌کالوم اشاره نمود. در پژوهش مک‌کالوم و همکارانش (۲۰۰۳) که بر روی زوج خواهان فرزند در انگلیس صورت گرفت، ۴۲ زوج دارای کودک یک ساله حاصل از حمل جایگزین، درباره انگیزه‌ها، مسائل مربوط به حامل و مشکلات پس از زایمان از طریق مصاحبه نیمه ساختار، مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های این مطالعه که به صورت کمی تحلیل شد، حاکی از آن بود که زوجها پس از دوره طولانی درمان ناباروری، به حمل جایگزین به عنوان تنها راه درمانی روی آورده‌اند. ارزیابی گذشته‌نگر، سطح اضطراب زوجها را پایین نشان داد و ارتباط با حامل به طور کلی مناسب گزارش شد. زوجها به طور کلی تجربه حمل جایگزین را به عنوان یک تجربه مثبت ارزیابی نمودند [۲۹]. همچنین بسیاری کشورها از جمله ژاپن، انگلستان، ایالات متحده، استرالیا، چین، نیوزلند، یونان، ترکیه و کشورهای اروپایی با استفاده از پژوهش‌های زمینه‌ای به بررسی نگرش‌های مردم نسبت به بیوتکنولوژی جدید پرداخته‌اند [۹، ۳۰-۳۲]. نتایج تحقیقات صورت گرفته در کشورهای مختلف بر روی عامه مردم متناقض است و کمتر استفاده از شخص ثالث در باروری مورد پذیرش مردم است [۲۱].

---

<sup>۱</sup>. Attachment



در ایران نیز تقریباً اکثر مطالعات انجام شده در زمینه حمل جایگزین کتابخانه‌ای بوده و بر توصیف و تبیین جنبه‌های حقوقی و قانونی [۵، ۳۳-۳۹]، اخلاقی [۱، ۶، ۱۰، ۴۱]، روانشناختی و مشاوره [۱۱، ۱۳، ۱۵، ۴۲]، اجتماعی [۱، ۳۵] تعریف و توصیف حمل جایگزین [۸، ۳] و نظر سنجی از افراد [۱، ۳، ۴۳-۴۴] متمرکز بوده است. بنابراین تجربه قابل توجهی در زمینه باروری شخص ثالث وجود نداشته و تأثیرات آن بر روی دریافت کنندگان و اهدا کنندگان دقیقاً مشخص نیست [۳]. تنها مطالعه انجام شده بر روی مادران استفاده کننده از حمل جایگزین در ایران توسط پشمی و همکاران (۲۰۱۰) در اصفهان، با رویکرد کمی صورت گرفته است که از طریق پرسشنامه به بررسی و مقایسه تجارب ۱۵ مادران استفاده از حمل جایگزین، ۱۵ حامل و ۳۰ مادری که بارداری طبیعی داشته‌اند، پرداخته‌اند. یافته‌های این پژوهش حاکی از ارتباط خوب مادر ژنتیکی و حامل در دوره انتظار و رضایتمندی آن‌ها از یکدیگر بوده؛ اما مادران استفاده کننده از حمل جایگزین، پس از تحویل کودک، تمایل به تداوم ارتباط نداشته‌اند [۴۵].

همچنین حقیقت و همکاران (۱۳۸۶) به بررسی نگرش زنان و مردان ایرانی در تهران، قم، اصفهان و شهرهای شمالی پرداخته‌اند. در این پژوهش، بیش از نیمی از افراد به طور کلی با این روش موافق و نسبت کمتری این روش را به فرزندخواندگی ترجیح می‌دهند. در بین افرادی که با این روش مخالفند، بیشترین نگرانی‌ها در مورد مشکلاتی است که حامل ممکن است برای خانواده ایجاد کند [۱]. این نگرش منفی در پژوهش‌های گذشته خارج از کشور نیز مشاهده شده است [۲۱، ۲۸].

در خارج از کشور، مطالعات فراوانی در زمینه ناباروری با تأکید بر نقش پرستار صورت گرفته است که از جمله می‌توان به نقش پرستاران در درمان مشکلات باروری [۴۶]، نقش پرستاران در تکنولوژی‌های کمک باروری [۴۷]، پرستاری تکنولوژی کمک باروری در استرالیا [۴۸]، نقش پرستاران قبل از عمل در پروسیژرهای کمک باروری [۴۹]، پرستار کلینیک باروری و آموزش سبک زندگی [۵۰]، پرستاری باروری-فرصتی مهیج [۵۱]، مراقبت از مددجویان تکنولوژی‌های کمک باروری [۲۰] و بررسی فنومنولوژیکی رفتارهای مراقبتی پرستاران [۵۲] اشاره نمود. کرک (۱۹۹۸) به نقل از دالتون می‌نویسد پرستاران نه تنها در زمینه تکنولوژی‌های ناباروری و ژنتیک بلکه در زمینه جنبه‌های اخلاقی ناباروری نیز باید آموزش ببینند. همچنین به روز نمودن حرفه پرستاری در زمینه‌هایی که رشد سریع و پیش روندهای دارند، ضروری است [۵۳]. از نظر مرسر پرستاری حرفه پویایی است با سه کانون فعالیت: ارتقاء بهداشت، پیشگیری از بیماری‌ها،

تأمین مراقبت برای افرادی که برای دستیابی به بهترین سطح سلامت و عملکرد در زندگیشان نیاز به کمک افراد حرفه‌ای دارند. پرستاران تأمین‌کنندگان مراقبت از افراد، خانواده‌ها و جامعه می‌باشند [۵۴]. از آغاز بکارگیری تکنولوژی‌های کمک باروری، پرستاران نقش اساسی و مهمی را در مداخلات ناباروری و مراقبت از مددجویانی که تحت لقاح داخل آزمایشگاهی قرار می‌گیرند ایفا نموده‌اند [۲۰] و نیز نقش استراتژیک و بسیار مهمی در مراقبت از زنان تحت درمان‌های ناباروری داشته‌اند [۵۲]. پرستاران ناباروری، جزئی از تیمی هستند که شامل پزشکان، دانشمندان، جنین‌شناسان و مشاوران می‌باشد؛ اما در مقایسه با سایر اعضا که هر یک در دوره خاصی از طول درمان ناباروری نقش دارند، پرستاران بیشترین و مداوم‌ترین ارتباط را با زنان تحت درمان ناباروری دارند [۲۰]. پین (۲۰۰۷) به نقل از آلن می‌نویسد: زنان تحت درمان با تکنولوژی‌های کمک باروری، احساس نزدیکی بیشتری با پرستاران دارند و بیشتر قادرند با پرستاران ارتباط برقرار کنند تا با سایر افراد حرفه‌ای. این مسأله تا حدودی به دلیل جنسیتشان بوده است که زن بودن پرستاران، قدرت درک و سهیم شدن از نظر ذهنی با مددجویانشان را امکان‌پذیر می‌سازد و تا حدودی نیز به خاطر مهارت‌های پرستاری، مشاهدات و حمایت‌های ماهرانه آنان بوده است. عملکردهای هماهنگ‌کننده مهمی که توسط پرستاران در این محیط‌ها صورت می‌گیرد، نشانگر یک دیدگاه کل‌نگر به مراقبت از بیمار و واحد کاری تیم بهداشتی است [۲۰]. پرستاران پیشگامان و تأمین‌کنندگان مراقبت از افراد، خانواده‌ها و جامعه می‌باشند و نقش شایان توجهی را در تأمین مراقبت و اطلاعات در طول بارداری و دوره پس از زایمان ایفا می‌کنند [۵۴]. آن‌ها باید آگاه باشند که بسیاری از افرادی که برای اولین بار مادر شدن را تجربه می‌کنند، احساس عدم اطمینان شدید در مورد توانایی‌های والد شدن خود دارند [۵۵].

همچنین در مورد مداخلات پرستاری در فرآیند مادر شدن نیز مقالاتی در زمینه مداخلات لازم برای پرورش مادر شدن در خارج از کشور وجود دارد. مرسر (۲۰۰۶) در یک مقاله مروری، به بررسی مقالات و تعیین وضعیت مداخلات پرستاری مؤثر در فرآیند مادر شدن پرداخت. در این مقاله مروری، ۲۸ مقاله‌ای که بر مداخلات پرستاری متمرکز بر فرآیند مادر شدن در طی حاملگی و ۴ ماه پس از زایمان تأکید داشتند، بررسی گردید. نتایج این تحقیق نشان داد اکثر مداخلاتی که بر پرورش مادر شدن متمرکز بوده، ناموفق بوده است. مرسر معتقد است علت این پدیده شاید به خاطر ارزیابی زود هنگام مداخلات و متمرکز شدن سه چهارم مداخلات بر روی آموزش‌های مراقبت از نوزاد و نحوه تعامل با نوزاد بوده است. آموزش‌های مربوط به مراقبت

از نوزاد مؤثرتر خواهد بود اگر به مادر نوزاد تمرکز و توجه ویژه‌ای صورت گیرد. از طرفی برای افزایش ویژگی‌های مادرانه، مداخلات کوتاه مدت مؤثر نخواهد بود. همچنین به منظور ارزیابی متغیرهای پیامدهای مداخلات پرستاری، باید از ابزارهای متناسب با فرهنگ آن جمعیت خاص استفاده نمود [۵۶]. مرسر معتقد است یک مادر یا فردی که به تازگی مادر شده جزئی از یک فرهنگ خاص است که به هنگام تعامل با کودک از ارزش‌های فرهنگی، آداب و رسوم، و قوانین اجرایی تأثیر گرفته و تأثیر می‌گذارد [۵۷]. ارزش‌ها و رسوم خاص هر فرهنگ، در مراقبت مادر از نوزاد و رفتارهای پرورش کودک وی تأثیر دارد و بر پیشرفت مادر و انتقال وی به نقش مادری مؤثر است. تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که تفاوت‌های فرهنگی حتی بر نحوه‌ی ارائه مراقبت‌های بالینی به مادر و نیز بر روی دلبستگی مادر به کودک که یکی از ویژگی‌های مهم ایفای نقش مادری است، تأثیر می‌گذارد [۵۶].

همانطور که از نتایج مطالعات بر می‌آید، فرهنگ و نظام ارزشی که زن در آن زندگی می‌کند، نوع نگاه به مادر شدن و تجربیات قبلی او از مواردی هستند که ضمن این که بر روی تجربه مادر شدن مؤثرند، در هر جامعه‌ای متفاوت از جامعه دیگر است؛ این درحالی است که در کشور ما ایران، با ارزش‌ها، فرهنگ و آداب و رسوم خاص خود، دانش عملی کمی وجود دارد که توصیف کننده تجارب مادران، دغدغه‌های آنان، تبیین نظری آن‌ها و مشخص کننده نقش پرستاران و رفتارهای مراقبتی آنان در برخورد با مادران استفاده کننده از حمل جایگزین و کودکان حاصل از این روش باشد و به رویکرد بهداشتی و سلامت محور در این زمینه به‌ویژه از جنبه پرستاری پرداخته نشده است. از طرفی به دلیل این که هزینه این‌گونه درمان‌ها در ایران نسبت به سایر کشورها ارزان‌تر است، ایران به قطب این‌گونه درمان‌ها در خاورمیانه مبدل شده است [۱۹]. اما در هیچ یک از مطالعات داخل کشور، جایگاهی برای پرستار که رکن اصلی هر سیستم بهداشتی درمانی است، در نظر گرفته نشده است؛ درحالی که در برخی مقالات نیاز به وجود یک تیم مشاوره از متخصصان مختلف که بتوانند تمامی ابعاد مشاوره برای حمل جایگزین اعم از پزشکی، روان‌شناختی، فقهی، حقوقی و اجتماعی را برای مراجعه‌کنندگان به تفکیک ارائه دهند، بیان شده است [۱۱]. این مشاوره‌ها در حال حاضر در ایران توسط مددکاران اجتماعی صورت می‌گیرد. در کشور ما با وجود افزایش نیاز به استفاده از روش‌های کمک باروری در درمان ناباروری و پیامدهای فردی و اجتماعی ناشی از آن، الگوهایی که مبنای مداخلات مؤثر توسط پرستاران در مادران استفاده کننده از حمل جایگزین قرار گیرد و منجر به توانمندسازی آنان در

ایفای نقش مادری گردد وجود نداشته و نیاز به ارائه الگو در این زمینه به شدت احساس می‌شود. توانمندسازی زمانی روی می‌دهد که پرستاران و سایر تأمین کنندگان مراقبت، زنان را به برعهده گرفتن جنبه‌های تصمیم‌گیری تشویق نمایند و پرستاران حرفه‌ای به طریقی عمل نمایند که در زنان احساس کنترل و درک درمان ناباوروری شان و مراقبت‌های بعدی زایمان شان به وجود آورند [۵۲].

### ۱-۳. تبیین چالش موجود

آشکار است که مادر در جایگزینی رحم، شبیه هر مادر دیگری نیست؛ اگر صاحب تخمک را مادر بدانند، او فرزندش را نپرورانده و نزیاییده است و اگر زن حامل را مادر بشناسند، او صاحب تخمک نیست. پس در هر دو حال، کسی را مادر فرض کرده اند و شخصی دیگر را مادر ندانسته‌اند [۳۴].

از سوی دیگر بچه دار شدن و برای اولین بار مادر شدن می‌تواند تجربه لذت بخشی باشد اما درعین حال تجربه پر چالشی است [۵۸]. مرسر معتقد است انتقال به نقش مادری بزرگ‌ترین رویداد تکاملی زندگی یک زن است. مادر شدن حرکت از واقعیت شناخته شده‌ی فعلی به واقعیت جدید ناشناخته است [۱۴]. انتقال به تجربه مادری و بچه دار شدن تجربه بسیار ویژه‌ای است که به مادر توانایی منحصر به فرد مراقبت از کودک می‌دهد. تحقیقات موجود در زمینه مادر شدن، حاکی از تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی در مادر و خانواده در طول بارداری و بچه دار شدن می‌باشد. وقتی مادر در طول بارداری و بچه دار شدن متحمل آسیب شود، او فرآیند مادر شدن را بسیار استرس زا خواهد یافت. در چنین موقعیت‌های آسیب زایی، بسیاری از زنان برای کسب هویت مادری ممکن است دچار تضاد با خود شوند [۵۹]. داشتن مسئولیت یک نوزاد برای اولین بار باعث احساس ناتوانی، اندوه، صدمه، عصبانیت و رنجش می‌شود [۶۰]. مطالعات بسیار زیادی بر روی مادرانی که مادر شدن را برای اولین بار تجربه می‌کنند صورت گرفته است [۵۵-۵۶، ۵۸، ۶۰-۶۵] که این خود نشان دهنده پر چالش بودن و اهمیت اولین تجربه مادر شدن می‌باشد. بارنز و همکارانش (۲۰۰۸) به بررسی و شناسایی نیازهای اطلاعاتی و آمادگی مادران نخست‌زا در استرالیا پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد علی‌رغم وجود طراحی برنامه‌های آموزشی رسمی و غیر رسمی فراوان قبل از زایمان و فراهم سازی اطلاعات در طی بارداری، تنها تعداد بسیار کمی از زنان احساس آمادگی جسمی و عاطفی کافی برای تجربه مادر شدن برای اولین بار داشتند [۶۰]. این نتایج مشابه نتایج مطالعه نلسون (۲۰۰۳) است. وی در یک متاسنتز از ۹ مطالعه کیفی که بر روی انتقال به نقش مادری در مادران نخست‌زا صورت گرفته بود،