

چالش‌های افشا در بارداری با تخمک اهدایی: یک مطالعه مروری

الهه صدیقی لویه^۱، ملیحه امیریان^{۲،۳}، حمیده جعفری^۴

۱. گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران
۲. مرکز تحقیقات خانواده و جوانی جمعیت، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

تاریخ دریافت:	چکیده
۱۴۰۳/۰۹/۱۳	زمینه و هدف: یکی از مشکلات مهم استفاده از تخمک اهدایی مربوط به افشا یا عدم افشای آن می‌باشد. جهت پیشگیری از تنش‌های ناشی از افشا، لازم است که چالش‌های افشا در خصوص بارداری با تخمک اهدایی شناسایی گردد. لذا این مطالعه باهدف تعیین چالش‌های افشا در بارداری با تخمک اهدایی انجام گردید.
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۴	روش‌ها: دراین مطالعه مروری، مقالات کیفی و کمی در پایگاه‌های PubMed، Scopus، SID، Magiran و موتور جستجوی Google Scholar، با استفاده از کلیدواژه‌های افشا، محرمانگی، تخمک اهدایی و باروری شخص سوم و معادل انگلیسی آن‌ها بدون محدودیت زمانی تا سپتامبر ۲۰۲۴ مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعات منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی مرتبط با افشا و بارداری با تخمک اهدایی به عنوان معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شدند. داشتن محتوای غیر مرتبط به مطالعه، خلاصه مقاله و یا تکراری بودن مطالعات نیز به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.
کلیدواژه‌ها: افشا، محرمانگی، چالش‌های تخمک اهدایی، باروری شخص ثالث	نتایج: در مرور متون انجام شده بر روی ۵۹ مطالعه مرتبط با بارداری با تخمک اهدایی و افشا، مفاهیم موجود در زمینه موضوع افشا، پیرامون چهار حیطه تمایل به محرمانگی و اهداکننده ناشناس، چالش افشای حقیقت برای کودک، شباهت چهره و ترس از قضاوت شدن متمرکز بودند.
تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.	نتیجه‌گیری: با توجه به چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه در زمینه افشا، به نظر می‌رسد به منظور ایجاد حمایت از خانواده‌های دارای فرزندان حاصل از تخمک اهدایی نیاز به برنامه‌ریزی جهت انجام مشاوره‌های تخصصی ضروری می‌باشد تا در زمینه تصمیم‌گیری جهت افشا بتواند به این افراد کمک کند.

مقدمه

زوج نابارور وجود دارد که از این تعداد ۵ تا ۱۰ درصد (بیش از ۳۰۰,۰۰۰ زوج) کاندیدای روش های اهدای تخمک یا جنین هستند (۲۴).

با وجود پیشرفت های زیاد، تجربه بارداری به دنبال ART به معنای پایان مشکلات نبوده و باعث بروز پرسش هایی در عرصه های مختلف شده است که شناخت آن ها بر اساس وضعیت فرهنگی- اجتماعی و اعتقادی هر کشور، نیازمند مطالعات گسترده است (۱۰، ۲۵). استفاده از OD نیز، راهی است پر از موانع و چالش های جسمی و روانی و به عنوان آخرین گزینه فرزندآوری، چشم انداز تولیدمثل انسان را تغییر داده و هنجارهای سنتی مادری را به چالش می کشد؛ چرا که فرزند حاصل از OD از نظر بیولوژیکی با اهداکننده گامت مرتبط است (۲، ۲۶-۲۹). جعفری (۲۰۱۵) و پافاریتو^۵ (۲۰۰۷) نیز تصریح نموده اند که انتخاب روشهای اهدایی کمک باروری تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی می باشد (۳۰، ۳۱). زوجین متقاضی استفاده از روشهای اهدایی کمک باروری، در طی درمان با چالش های پیچیده ای مواجه هستند که می تواند اثرات روانی مهمی بر زندگی آنان داشته باشد (۳، ۳۲). افشا یا عدم افشای این اطلاعات برای فرزندان اهداکننده یکی از چالش برانگیزترین مسائل برای زوج ها است. با وجود نیاز به استفاده از این فناوری، برخی از زوج ها از درمان خودداری می کنند، مگر این که محرمانه بودن آنها حفظ شود. بسیاری از زوج ها با محرمانه نگه داشتن درمان اهدایی، برای رهایی از انگ اجتماعی موجود و محافظت از هویت خود، کودک و هویت اهدا کننده، این عمل را به طور مخفیانه دنبال می کنند (۲۹). در مطالعه لطیف نژاد اکثر زوجین با اهداء کننده غریبه موافق بودند و مهم ترین معیار آن ها جهت انتخاب، ویژگی های اخلاقی وی بود. علت این انتخاب این بود که زوجین می خواستند به گونه ای رفتار کنند که اطرافیان تصور کنند که کودک متولد شده، فرزند خود آنان است تا مورد قضاوت آن ها قرار نگیرند (۳۲). در مطالعه قلیچ

ناباروری به عنوان یک عامل استرس زای مهم در زندگی زنان، منجر به افزایش پریشانی روانی می شود. سازمان بهداشت جهانی ناباروری را به عنوان یک مشکل بهداشت باروری در سراسر جهان شناسایی کرده و حق تسهیل باروری را جزو حقوق باروری قلمداد می نماید (۱-۵). اهمیت ویژه ای که باروری در تمامی فرهنگ های بشری دارد، منجر به ظهور بسیاری از تکنیکهای کمک باروری^۱ برای غلبه بر ناباروری شده است (۶). ART به فرآیندهای آزمایشگاهی با مراحل متوالی به دقت تنظیم شده اشاره دارد. این مراحل شامل تحریک تخمدان، برداشتن تخمک از تخمدان، لقاح با اسپرم در آزمایشگاه^۲ و سپس انتقال جنین ها به رحم می باشد. همچنین تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم^۳ از دیگر روش های ART می باشد (۷-۹). از سویی روشهای اهدایی کمک باروری به استفاده از تخمک، اسپرم یا جنینی اطلاق می گردد که شخص سومی آن را اهدا کرده است. همچنین در اختیار گرفتن رحم دیگری برای پرورش جنین زوجی که رحم زن قادر به نگهداری جنین نیست، حکم باروری شخص سوم را می یابد (۱۰). استفاده از تخمک اهدایی^۴ به عنوان آخرین شانس بارداری در موارد نارسایی و یا کاهش عملکرد تخمدان و مشکلات ژنتیکی قابل استفاده است. این روش در طول سال ها به طور چشمگیری افزایش یافته و منجر به مادر شدن میلیون ها نفر در جهان شده است (۱۱-۱۸). اولین اهدای موفقیت آمیز تخمک در سال ۱۹۸۴ در زنی ۲۵ ساله با نارسایی زودرس تخمدان آغاز و تا سال ۲۰۱۲ منجر به بیش از ۵۰۰۰ تولد در ایالات متحده شده و شامل ۱۰ درصد از کل ART در ایالات متحده در سال ۲۰۱۷ بوده است. همچنین نرخ تولد زنده با استفاده از این روش بیش از ۵۰ درصد در هر چرخه است (۱۱، ۱۴، ۱۶، ۱۹-۲۳). در ایران، براساس برآوردهای سال ۲۰۱۴، تقریباً چهار میلیون

¹ ART :Assisted Reproductive Technology

² IVF: In Vitro Fertilization

³ ICSI: Intracytoplasmic Sperm Injection

⁴ OD: Oocyte Donation

⁵ Papaharitou

می رسد نیاز به راهنمایی زنان دریافت کننده تخمک اهدایی در مورد رابطه در حال رشد مادر و کودک وجود دارد (۴۲، ۴۳). در مطالعه‌ای که در سوئد انجام شد، گروه‌های قابل توجهی از مادران به دنبال اهدای گامت، نیاز به مشاوره در مورد چگونگی و زمان صحبت با فرزندان خود در این مورد را ابراز کردند (۴۴). با توجه به اینکه تا همین اواخر، عدم قطعیت قابل توجهی در مورد نحوه بهترین توصیه به والدین وجود داشته و نقش متخصصان، ارائه راهنمایی به والدین در تصمیم‌گیری می باشد، این مطالعه می تواند با ارائه نتایج مطالعات انجام شده در زمینه افشا، راهنمایی در جهت تصمیم‌گیری والدین و چالش‌های پیش رو ارائه نماید.

روش‌ها

در این مطالعه مروری، مقالات کیفی و کمی در پایگاه‌های PubMed، Scopus، SID و Magiran و موتور جستجوی Google Scholar، با استفاده از کلیدواژه‌های افشا، محرمانگی، تخمک اهدایی و باروری شخص سوم و معادل انگلیسی آن‌ها بدون محدودیت زمانی تا سپتامبر ۲۰۲۴ مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعات منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی مرتبط با افشا و بارداری با تخمک اهدایی به عنوان معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شدند. داشتن محتوای غیر مرتبط به مطالعه، خلاصه مقاله و یا تکراری بودن مطالعات نیز به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. پژوهشگران لیستی از عناوین و چکیده مقالات استخراج شده از بانک‌های اطلاعاتی ذکر شده را تهیه و جهت بررسی مقالات مرتبط آن‌ها را مورد مطالعه قرار دادند. در نهایت ۵۹ مطالعه که به ابعاد افشا پرداخته و واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. (شکل ۱).

نتایج

در مرور متون انجام شده بر روی ۵۹ مطالعه، مفاهیم موجود در رابطه با موضوع افشا، پیرامون چهار حیطه تمایل به محرمانگی و اهدا کننده ناشناس، چالش افشای حقیقت برای کودک، شباهت چهره و ترس از قضاوت شدن بودند.

خانی (۲۰۲۱) نیز انگ اجتماعی یکی از یافته‌های حاصل در زنان دریافت‌کننده تخمک اهدایی بود (۲۸). دیدگاه‌های متفاوتی در مورد افشای اطلاعات مربوط به بارداری برای اهدای تخمک وجود دارد. در فرانسه و اسپانیا اهدای تخمک به صورت ناشناس انجام می شود (۳۳). در مطالعه هرشبرگر چهار الگوی افشای والدین در ۱۲ سالگی پدیدار شد: تمایل به افشا، تناقض در افشا، عدم برنامه ریزی برای افشا و فاش کردن (۳۴). در مطالعه ایزدی‌ار (۱۳۹۲) موضوع امکان حفظ محرمانگی در اهدای تخمک یکی از شش موضوع اصلی بود (۳۵). در مطالعه بیکر و همکاران (۲۰۰۵) از مجموع ۱۴۸ زوج، ۲۷ درصد متمایل به افشا، ۵۳ درصد متمایل به افشا در آینده بوده و ۱۲ درصد تمایلی به افشا نداشتند و ۸ درصد نیز بالاتکلیف بودند (۳۶). در مطالعه گلمبوک و همکاران (۲۰۰۴) حدود نیمی از والدین در مطالعه حاضر قصد داشتند به فرزندان خود در مورد شرایط تولدشان بگویند و کمتر از یک چهارم به طور قطع تصمیم به افشای این موضوع ندارند.

حمایت از این زنان یکی از ضروری‌ترین خدمات مراقبتی است که در مراکز درمانی موردنیاز است (۴۱). از آنجا که برنامه ریزی قبل از بارداری در بیماران می تواند به طور قابل توجهی نتایج بارداری را بهبود بخشد (۳۷)، لازمه این برنامه ریزی شناخت چالش‌های موجود در زمینه تخمک اهدایی می باشد چرا که شناسایی این چالش‌ها در طول فرآیند درمان، برای بهبود سلامت روان گیرندگان تخمک اهدایی بسیار مهم است (۲۸). یکی از دلایل منجر به تفاوت بهزیستی روانشناختی والدین در خانواده‌های اهدایی، موضوع افشا است (۳۸، ۳۹).

در همین راستا به منظور ارتقای سلامت، مدل‌های مراقبتی جدیدی باید مورد استفاده قرار گیرد که در آن اهداکنندگان، والدین دریافت‌کننده، فرزندان و خواهر و برادر ناتنی اهداکننده بتوانند در مورد اطلاعات ژنتیکی و اصل و نسب، و همچنین ارائه پشتیبانی محرمانه در مورد تجربه اهدا، افشا و مسائل مربوط به روابط اهداکننده، اطلاعاتی دریافت کنند (۴۰، ۴۱). با توجه به اختلاف نظر در مورد افشای یا عدم افشای آن، به نظر

وجود آمدن تجربه مادری بیولوژیک در اهدای تخمک، این امکان را دارند که ضمن مخفی کردن موضوع از دیگران، دوره بارداری، زایمان و شیردهی داشته باشند (۳۵). در مطالعه کرسپو (۲۰۱۶) نیز گرایش در میان شرکت کنندگان در تحقیق، تمایل به محرمانه نگه داشتن مادری با تخمک اهدایی بود (۴۵). برای رسیدن به آرامش در طول درمان و کاهش انگ اجتماعی، افراد باید اصول رازداری را رعایت کنند. محرمانه بودن برای زینفعان حیاتی است که به موجب آن امنیت خانواده، کودک و جامعه محافظت می شود (۲۹). در مطالعه قلیچ خانی (۲۰۲۱) نگرانی در مورد افشا و در نتیجه تلاش برای پنهان کردن روند درمان از جمله رویکردهای غالب (۹۵٪) شرکت کنندگان در مطالعه بود (۲۸).

در مطالعه لطیف نژاد اکثر زوجین نابارور با اهداکنندگان ناشناس موافق بودند (۲). در مطالعه گرینفلد^۶ و هرشبرگر برخی از زنان به طور خاص اهدای ناشناس را انتخاب کردند تا از چشم انداز تماس اهداکننده و کودک در آینده جلوگیری کنند (۴۷، ۴۶). یافته‌های یک مطالعه در بریتانیا نشان می‌دهد برخی از مادران چشم‌انداز یک اهداکننده شناخته‌شده را «نامنی طولانی‌مدت» می‌دانند (۴۸). در مطالعه ایمری نیز اقلیتی از زنان ابراز نگرانی کردند که اهداکننده شناخته شده می‌تواند هویت مادری آن‌ها را تهدید کند. در نقطه مقابل اهدا توسط یکی از اعضای خانواده، حس تعلق کودک به خانواده را به دلیل وجود ویژگی‌های مشترک و شباهت‌های فیزیکی را در این زنان افزایش می‌داد (۱۳). در مطالعه لیزونس^۷ مادران احساسات پیچیده‌ای را در مورد چشم‌انداز تماس اهداکننده و کودک در آینده ابراز کرده و دانستن هویت اهداکننده را تا حدی تهدیدکننده می‌دانستند. این تهدید درک شده به سه صورت نشان داده شد: به عنوان تهدیدی برای رابطه مادر و کودک، تهدیدی برای کودک و تهدیدی برای اهداکننده. یک دیدگاه برجسته این بود که توانایی کودک برای دسترسی به اطلاعات اهداکننده، تهدیدی مستقیم برای رابطه مادر و کودک است. در

^۶ Greenfeld

^۷ Lyons



شکل ۱: فلوچارت جستجوی مقالات

نتایج

در مرور متون انجام شده بر روی ۵۹ مطالعه، مفاهیم موجود در رابطه با موضوع افشا، پیرامون چهار حیطه تمایل به محرمانگی و اهداکننده ناشناس، چالش افشای حقیقت برای کودک، شباهت چهره و ترس از قضاوت شدن بودند.

تمایل به محرمانگی و اهداکننده ناشناس: در زنان مورد مطالعه جعفری و همکاران (۲۰۲۳) ترس از تحت الشعاع قرار گرفتن حس خوب مادرانه به دنبال آگاه شدن دیگران، باعث ممانعت از افشا در آنها شده بود. این زنان به دور از چشمان جامعه باردار شده، این راز را به تنهایی به دوش کشیده و تلاش کرده بودند از نگاه اطرافیان دور بمانند و هر مدرکی دال بر اهدایی بودن را حذف کنند (۴۱). در مطالعه ایزدیار (۲۰۱۴) امکان حفظ محرمانگی در اهدای تخمک یکی از مضامین حاصله بود. زوجین از محرمانگی به مثابه سپری در مقابل دیگران برای حفاظت از خود و فرزندشان استفاده کرده و انتخاب تخمک اهدایی را به دلیل امکان پنهان کردن آن از دیگران پذیرفته بودند؛ و اکثر آنان تمایل داشتند موضوع اهدای تخمک را به عنوان رازی خانوادگی نگه دارند. این زنان به دلیل به

موضوع قبلاً توسط گلمبوک^۸ (۲۰۱۳) توضیح داده شد، که ناشی از عدم وجود ارتباط ژنتیکی بین یک یا هر دو والدین و کودک است (۵۴، ۵۵). در مطالعه شیرایی^۹ (۲۰۱۹) مادران ژاپنی که با تخمک اهدایی باردار شده بودند احساس می‌کردند که باید حقیقت را به فرزندانشان بگویند، و بچه‌ها را به اندازه‌ای قوی تربیت کنند که بتوانند حرف‌هایشان را تحمل کنند (۵۵).

شباهت چهره: در مطالعه جعفری (۲۰۲۳) شبیه نبودن چهره فرزند بود که برای مادران تبدیل به کابوسی شده بود که می‌توانست منجر به واکنش فرزند و افشای رازشان گردد (۴۱). در مطالعه بیکر^{۱۰} همه شرکت کنندگان در مطالعه، نگران شباهت با فرزند حاصل از تخمک اهدایی بودند (۳۶). در مطالعه قلیچ خانی (۲۰۲۱) نیز از جمله نگرانی‌های مهم زنان دریافت کننده تخمک اهدایی، نگرانی از عدم شباهت ظاهری فرزند حاصل به والدین و در نتیجه قضاوت منفی دیگران، همراه با تحمل برخی انگ‌ها بود (۲۸). در مطالعه ایمری (۲۰۲۰) نیز برخی از مادران نظرات دیگران در مورد ظاهر کودک را به عنوان تحریک کننده افکار در مورد اهدای تخمک توصیف کردند. چندین زن نیز احساس غم و اندوه را در مورد عدم وجود ویژگی‌های جسمانی خود در کودک توصیف کردند. به نظر می‌رسد علت این ترس بر این اساس باشد که اهدا کننده، با عرضه مواد ژنتیکی، نسبت به مالکیت کودک مدعی گردد (۱۳). از آنجایی که فرزندان تا حدودی از طریق شباهت در خانواده نهادینه می‌شوند، سؤالات دیگران در مورد شباهت، مطرح کننده عدم اطمینان از فرآیندهای والدین برای استقرار فرزندشان در خانواده می‌باشد (۳۶).

ترس از قضاوت مردم: در مطالعه جعفری و همکاران (۲۰۲۳) این مادران به دلیل افزایش حساسیت نسبت به قضاوت دیگران، دچار حس انزوا شده و همواره درصدد تایید دیگران هستند و از سویی نوعی انزجار از قضاوت مردم را تجربه می‌کنند (۴۱). در مطالعه قلیچ خانی (۲۰۲۱) نگرانی در مورد قضاوت دیگران

این مطالعه بخش قابل توجهی از مادران، اهداکننده را حتی پنج سال پس از تولد فرزندشان، تهدیدکننده می‌دانستند. این مهم نشان می‌دهد که برای برخی از مادران، چالش‌های فرزندپروری با استفاده از اهداکننده شناخته شده، ممکن است محدود به دوره‌های قبل و بعد از زایمان نباشد و احساس تهدید، فرصت و دوسوگرایی ممکن است در طول زندگی خانوادگی ایجاد و فروکش کند (۴۹). علت این که برخی از مادران، اهدا کننده ناشناس را ترجیح می‌دهند، این است که منشأ ناشناخته اهداکننده، باعث ایجاد احساس ترس و وحشت در آن‌ها می‌شود، این زنان دسترسی به اطلاعات دقیق اهداکننده را اطمینان بخش می‌دانستند (۵۰، ۵۱). چنین اطلاعاتی به برخی از مادران این امکان را می‌دهد که احساس کنند با اهداکننده پیوند یا رابطه دارند (۵۲).

چالش افشای حقیقت برای کودک: در مطالعه جعفری (۲۰۲۳) ترس از برملا شدن راز برای فرزند، خصوصاً به دنبال اختلاف با همسر، تبدیل به کابوسی برای مادران شده بود. نگرانی عمده این زنان ایجاد حس دوگانگی در فرزند و دلسردی فرزند نسبت به مادر و آسیب روحی به مادر به دنبال افشا بود (۴۱). مطالعات دیگری نیز به چالش‌های فراروی والدین درخصوص افشای حقیقت برای کودک و در نهایت شکل‌گیری الگوی تصمیم‌گیری والدین در خصوص افشا تمرکز دارند (۴۷، ۵۳). نگرانی‌هایی در مورد تأثیر چشم‌انداز ارتباط اهداکننده-کودک بر عملکرد خانواده مطرح شده است زیرا اهداکننده ممکن است به عنوان حضور مستمر و برجسته در زندگی خانوادگی تلقی شود (۴۹). هادی زاده (۲۰۲۰) محافظت از کودکان در برابر آسیب‌های احتمالی را دلیل اصلی پنهان کاری زوج‌های نابارور تحت درمان ذکر می‌کنند (۳۸). از منظر کرسپو (۲۰۱۶) هیچ مدرک علمی وجود ندارد که نشان دهد این اشکال جدید خانواده ممکن است عامل خطری برای مشکلات والدین یا سازگاری کودک باشد. در این مطالعه برخی بر این باور بودند که ایجاد خانواده از طریق اسپرم، تخمک یا جنین اهدایی ممکن است به والدین و سازگاری روانی کودکان آسیب برساند، این

⁸ Golombok

⁹ Shirai

¹⁰ Becker

فشارهای روانی، اجتماعی و شخصی قرار می گیرند (۳۵). بلیک^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند که والدینی که با استفاده از تخمک اهدایی باردار شده اند، در مورد افشا به فرزند خود و چگونگی و زمان آن حق انتخاب دارند. افشای اسرار ممکن است همیشه گزینه آسانی نباشد و ممکن است منجر به واکنشی شود که از نظر روانی آسیب زا باشد؛ از سویی حفظ راز در خانواده ممکن است باعث اضطراب شدید شود و از نظر روانی به عنوان "کار سخت" توصیف شده است (۳۹).

در دهه ۱۹۸۰، زمانی که اهدای تخمک توسعه یافت، طبق گزارش‌ها، توصیه‌های اولیه به والدین با جملاتی مانند «به محض بارداری، فراموش خواهید کرد که چگونه اتفاق افتاده است» و «هیچکس نیازی به دانستن ندارد»، از افشای آن جلوگیری می شد. امروزه به اذعان برخی از مقالات رازداری و ناشناس بودن دیگر فرضیات قابل قبولی نیستند و ممکن است همه طرف‌ها علاقه زیادی به تماس و ارتباط داشته باشند. در حال حاضر تحقیقات تجربی بر روی این بحث به نفع افشای اولیه و تطبیق با واقعیت‌های جدید است (۵۹). یک دیدگاه این است که کودک حق دارد ماهیت لقاح را بداند. در حالی که دیدگاه دیگر تمایل به محرمانه نگه داشتن آن برای محافظت از کودک، مادر و پدر، حفظ روابط خانوادگی سالم و همچنین عدم وجود دلیل قابل قبول برای افشای اطلاعات است. سایر عوامل کلیدی که منجر به رازداری می شود عبارتند از رفاه کودکان، دلایل مذهبی یا فرهنگی، خجالت از ناتوانی باردار شدن، ترس از این که ممکن است با فرزندان متفاوت رفتار شود، و این تصور که اعضای خانواده ممکن است کودک را نپذیرند (۲۰، ۳۰، ۳۸، ۴۲، ۴۳، ۶۰).

مطابق بحث‌های داغ اخلاقی/معنوی حول ارزشی که برای حفظ حریم خصوصی و حفاظت در مقابل صراحت قائل می‌شود، اطلاعات در مورد ریشه‌های ژنتیکی «حق کودک» است. در مطالعه ای، والدین افشاگر، رازداری را تهدیدی برای رفاه کودک می دانستند، در حالی که از منظر والدین غیر افشاگر، افشا تهدید

برای استفاده از تخمک اهدایی، ترس از واکنش منفی دیگران به این روش و انگ زدن به زنان به عنوان عامل ناباروری، چالش هایی را برای این زنان با دیگران به ویژه خانواده خود ایجاد کرده بود. ترس از قضاوت دیگران باعث نگرانی آن ها در مورد افشای اطلاعات اهدایی و همچنین منشاء ژنتیکی فرزندان شده بود (۲۸). در مطالعه هاموند (۲۰۱۸) زنان نگران این نکته بودند که دیگران چگونه تجربه آن ها را درک خواهند کرد (۵۶). در مطالعه ایزدیار (۲۰۱۴) نیز زنان مورد مطالعه، به شدت نگران واکنش دیگران در این باره بوده و نمی خواستند زخم زبان قطع ارتباط ژنتیک مادر و فرزند و ناتوانی ناشی از نقص را، در قالب فشاری اجتماعی تحمل کنند (۳۵). در مطالعه ظفری (۲۰۲۴) انتخاب روش های اهدایی برای درمان، چالش بزرگی برای افراد نابارور محسوب می شود. در روش های اهدایی، خانواده های جدیدی ایجاد می شود که در آنها والدین ژنتیکی از والدین اجتماعی جدا می شوند. از طرف دیگر، استیگمای درک‌شده از سوی افراد نابارور تحت‌درمان با روشهای اهدایی در شهرهایی بیشتر مشهود است که دارای فرهنگ سنتی تری اند (۵۷).

بحث

با مشخص شدن نواحی و قسمتهایی از منطقه سیستم‌های مطابقت با یافته های حاصل از این مطالعه، مفاهیم موجود بر موضوع افشا، پیرامون چهار حیطه تمایل به محرمانگی و اهدا کننده ناشناس، چالش افشای حقیقت برای کودک، شباهت چهره متمرکز و ترس از قضاوت شدن بودند.

پس از تولد کودک، حفظ حریم خصوصی در مورد منشا کودک اهداکننده می تواند به عنوان راهی برای حفظ تعادل برای سه گانه والد-کودک در نظر گرفته شود. در زوج هایی که با یکدیگر در مورد تصمیم افشاگری اختلاف نظر دارند، این ناهماهنگی می‌تواند به گونه ای عمل کند که برای کودک آسیب رسان باشد (۵۸). زندگی زوجین نابارور در وضعیت شیشه ای است و همه احساس ها، روابط و کنش های آنان زیر نظر دیگران قرار دارد. آنان همواره خود را زیر نظر جامعه می انگارند و بیم آن دارند که رازشان افشا شود. زنان در طول دوره درمان هم تحت تأثیر

¹¹ Blake

بود. امروزه تحقیقات تجربی بر روی این بحث به نفع افشای اولیه تاثیر زیادی گذاشته است. تحقیقات نشان داده است که (۱) کودکان معمولاً به اطلاعات مربوط به بارداری اهدایی با کنجکاوی یا بی تفاوتی واکنش نشان می دهند تا پریشانی، (۲) والدینی که افشا می کنند معمولاً تأثیر کلی را خنثی یا مثبت می بینند (۳) فرزندی که در کودکی به آنها گفته شده است نسبت به آنهایی که در بزرگسالی آگاه شده اند، با اهداکننده راحت تر هستند و کسانی که در بزرگسالی متوجه می شوند، ممکن است دچار اضطراب قابل توجهی شوند (۶۱، ۶۲). شاید قانع کننده ترین شواهد تا به امروز به نفع توصیه به والدین برای شروع زود هنگام اشتراک گذاری، مطالعه طولی تیم گلمبوک باشد که در آن خانواده هایی که با اهدای تخمک، اهدای اسپرم و رحم جایگزین ایجاد شده اند از دوران نوزادی تا نوجوانی مورد مطالعه قرار گرفتند. در خانواده هایی که در سال های پیش دبستانی افشا صورت گرفته بود، معمولاً زمانی که فرزندان به سن نوجوانی رسید، نتایج مثبت تر سازگاری کودک و خانواده را نسبت به خانواده هایی که دیرتر یا اصلاً افشا نکردند، نشان می دادند (۶۳).

در بسیاری از کشورها، به ویژه در ایران که حمایت قانونی قوی برای این درمان وجود ندارد، توصیه می شود کودک را از این موضوع بی خبر نگه دارند که منجر به برقراری رابطه عاطفی طبیعی بین کودک و گیرنده گامت یا جنین می شود. برای رسیدن به آرامش در طول درمان و کاهش انگ اجتماعی، افراد باید اصول رازداری را رعایت کنند و همچنین بر تأمین منافع کودک و جامعه تمرکز کنند و ذینفعان (اهداننده، گیرندگان و کودک) از مزایای چنین فناوری هایی بهره مند شوند. محرمانه بودن برای ذینفعان حیاتی است که به موجب آن امنیت خانواده، کودک و جامعه محافظت می شود. کسب پذیرش عمومی از افراد غیرمتخصص در مورد پیشرفت های تکنولوژیکی پیشرفته، تلاشی پر زحمت است. بنابراین، حتی مانند ایران، اگر مراجع دینی پس از اطلاع از روش ها (به نحوی که اجازه داده اند) اجازه استفاده از این فناوری درمانی را بدهند و نمایندگان مجلس نیز

قانون فناوری هایی مانند اهدای جنین را تصویب و اجرا کنند، باز هم تلاش بسیاری جهت کسب پذیرش این مسیر نیاز می باشد. بنابراین، افراد عادی ناآگاه و همچنین مقامات اجرایی ممکن است موانعی در مسیر انجام این گونه درمان ها ایجاد کنند. در حال حاضر در ایران مواردی مانند صدور شناسنامه برای فرزند ناشی از درمان ناباروری، ثبت اطلاعات اهداکننده در شناسنامه، ثبت اطلاعات مربوط به حق کودک در دانستن هویت بیولوژیکی اهداکننده و یا نگرانی در مورد ازدواج آینده وی با اقوام نزدیک، نگرانی زوج های نابارور ایرانی از افشای گزینه درمانی خود برخی از مشکلات هستند. (۲۹).

در دستورالعمل های پزشکی تهیه و استفاده از اسپرم، تخمک و جنین اهداکنندگان در انگلستان (۲۰۱۹) آمده است که هنگامی که افراد به دنبال درمان با استفاده از گامت های اهدا کننده یا جنین هستند، باید اطلاعاتی در موارد زیر به آن ها داده شود: (الف) اهمیت اطلاع دادن به کودک حاصل در سنین پایین، مبنی بر این که با استفاده از گامت های فردی که والدین آن ها نیست، باردار شده اند (ب) روش های مناسب برای گفتن این موضوع به کودک، (۶۴). در بریتانیا بیماران می توانند اهداکننده ای با هویت مشخص^{۱۲} که توسط کلینیک معرفی می شود را انتخاب کنند. قانون حذف ناشناس بودن اهداکنندگان در بریتانیا در سال ۲۰۰۵ معرفی شد. بنابراین، کسانی که مایلند با اهدای تخمک والدین شوند، باید از یک اهداکننده قابل شناسایی استفاده کنند. بسیاری از کشورها (مانند سوئد، آلمان، نروژ، نیوزلند و استرالیا) هر چند نه همه (مانند اسپانیا و چین) قوانینی را که ناشناس ماندن اهداکنندگان را در دهه های اخیر منع می کند، اجرا نمی کنند. براساس اهدای با هویت مشخص در بریتانیا، اهداکننده در زمان درمان برای والدین مورد نظر ناشناس است، اما کودک حق دسترسی به اطلاعات هویتی اهداکننده را از سن ۱۸ سالگی دارد. قانون انتشار هویت پس از یک مشاوره عمومی گسترده ارائه شد و به کسانی که مایلند و از ماهیت لقاح خود مطلع شده اند، این امکان را می دهد تا هویت اهدا کننده خود را بیابند (۴۹).

از سویی نگرانی‌هایی در مورد تأثیر چشم‌انداز ارتباط اهداکننده-کودک بر عملکرد خانواده مطرح شده است، زیرا اهداکننده ممکن است به‌عنوان کسی که به طور مستمر و برجسته در زندگی خانوادگی حضورش احساس می‌شود، تلقی شود. واضح است که والدین آینده نگر به اطلاعات، گزینه‌ها و راهنمایی در مورد چگونگی و زمان صحبت در مورد مفهوم اهداکننده و همچنین ایده‌های زبانی و متنی برای افشای اطلاعات نیاز دارند. مشاوره باید به روش‌های مؤثر برای به اشتراک گذاشتن اهدای تخمک با کودک و دیگران پردازد و به احتمال تماس با او توجه کند. مشاوره روان‌شناختی طولانی‌مدت در زمینه افشا در حین و پس از فرآیند اهدا به شدت توصیه می‌شود (۶۵، ۴۹). هرشبرگر (۲۰۱۹) در مطالعه طولی خود بر روی خانواده‌های دریافت‌کننده تخمک اهدایی نتیجه‌گیری کرد که نیاز به مداخلات خانواده محور برای کمک به والدینی «خواهان افشا» و والدین «در تعارض با افشا» در فرآیند تصمیم‌گیری خود در درمان پس از OD وجود دارد (۳۴). در مطالعات مختلف نیز، نیاز به مشاوره افشاگری در مورد زمان افشا، نحوه گفتن به کودک، واکنش کودک، تعامل اهداکننده در آینده با فرزندان و اطمینان از این که افشا خصوصی نگه داشته می‌شود، مسائل هویتی بالقوه، سؤالاتی که کودک ممکن است در مورد منشأ خود پرسد، عدم اطمینان مداوم در مورد تصمیم افشاگری و همچنین افشای اطلاعات برای دیگران و نگرانی شدید در مورد قضاوت دیگران، انگ اجتماعی، ضرورت برنامه ریزی برای افشای یا عدم افشای آن، اختلاف بین شرکا در مورد افشای اطلاعات به کودک و نیاز به ارائه مناسب مشاوره برای گیرندگان مختلف با دیدگاه‌های مختلف در مورد اهداکننده نشان داده شده است (۲۰، ۲۸، ۴۲، ۴۴، ۵۰، ۶۶، ۶۷).

در مطالعه جعفری و همکاران (۲۰۲۳) تأکید شده است که مشاوره در مورد افشا و اهداکننده باید در زمینه‌های زیر باشد: مشاوره زنان در خصوص اعلام بارداری به خانواده و دوستان و پذیرش هویت جدید مادری آنها، مشاوره در زمینه افشا به دیگران (نگرانی از قضاوت دیگران، طرد شدن، انگ

اجتماعی)، مشاوره در زمینه افشا به کودک (نگرانی از واکنش کودک-احتمال عدم پذیرش فرزند-رفتار متفاوت با فرزند-احتمال بازگشت اهداکننده)، محرمانه ماندن اطلاعات، مشاوره در زمینه زمان مناسب افشا، مشاوره در زمینه نحوه افشا، مشاوره زوجین در زمینه مدیریت رابطه با اهداکننده (۴۱). در بسیاری از کشورها، به ویژه در ایران که حمایت قانونی قوی برای این درمان وجود ندارد، توصیه می‌شود کودک را از این موضوع بی‌خبر نگه دارید که منجر به برقراری رابطه عاطفی طبیعی بین کودک و گیرنده گامت یا جنین می‌شود (۲۹). مطابق با استراتژی مطالعه حاضر، در سوئد نیز زوج‌هایی که تحت درمان اهدایی قرار می‌گیرند ممکن است از فرصت‌هایی برای گفتگو با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی برای افشای اطلاعات به دیگر افراد و فرزندان در اوایل فرآیند درمان بهره‌مند شوند (۴۴). در ایالات متحده، اگرچه دستورالعمل‌های اخلاقی انجمن طب تولیدمثل آمریکا از سال ۲۰۰۴ افشاگری را تشویق کرده است، در سال ۲۰۱۸ تأکید شد که "تصمیم‌گیری در نهایت به عهده والدین است". والدین آینده نگر به اطلاعات، گزینه‌ها و راهنمایی در مورد چگونگی و زمان صحبت در مورد مفهوم اهداکننده و همچنین ایده‌های زبانی و متنی برای افشای اطلاعات نیاز دارند. مشاوره باید به روش‌های مؤثر برای به اشتراک گذاشتن اهدای تخمک با کودک و دیگران پردازد و به احتمال تماس با او توجه کند (۶۱). به طور مشابه، در بریتانیا، والدین در تصمیم‌گیری آزادند، اما تشویق می‌شوند تا شواهد موجود را با دقت در نظر بگیرند. همان‌طور که در شورای اخلاق زیستی نوفیلد بریتانیا بیان شد: «در عمل، هر تصمیم در مورد افشا به عهده والدین بچه‌های اهداکننده است، مگر این که به طور استثنای خطر جدی آسیب رساندن به دیگران وجود داشته باشد» (۳۴). مطابق با کدهای عملیاتی انجمن باروری استرالیا و نیوزلند و کمیته اعتباربخشی فناوری تولیدمثل واحدهای ART استرالیا، باید یک خط مشی افشای اختیاری داشته باشند (۶۸). همانند برنامه حمایتی تدوین شده توسط جعفری و همکاران (۲۰۲۴) (۴۱) در زمینه افشا، نیاز به مشاوره در مورد افشا در ۹

بیشتر با صلاحیت اخلاقی، این مفهوم در برنامه درسی دوره‌های مختلف آموزش پرستاری مانند دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد نیز گنجانده شود.

تشریح و قدردانی

بدین وسیله از تمامی نویسندگانی که مطالبشان در این مقاله مورد استفاده قرار گرفت، قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

- (۱) مفهوم‌پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع‌آوری داده‌ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها: دکتر حمیده جعفری
- (۲) تهیه پیش‌نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان
- (۳) تأیید نهایی دست‌نوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

مطالعه با در نظر گرفتن ابعاد اخلاقی، روان‌شناختی یا اجتماعی تاکید شده است. در مطالعه هرشبرگر (۲۰۲۱) نیز به این نکته اشاره شده است که نیاز به مداخلات خانواده محور برای کمک به والدین موافق و مخالف افشا در فرآیند تصمیم‌گیری خود در درمان پس از OD وجود دارد (۳۴).

نتیجه‌گیری

استفاده از تخمک‌های اهدایی در بارداری با چالش‌های پیچیده‌ای در زمینه افشای اطلاعات برای همه افراد درگیر، از جمله والدین، فرزندان و اهداکنندگان همراه است که شامل مسائل اخلاقی و عاطفی در چهار حیطه تمایل به محرمانگی و اهداکننده ناشناس، چالش افشای حقیقت برای کودک، شباهت چهره و ترس از قضاوت شدن می‌باشد.

با توجه به چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه در زمینه افشا، به نظر می‌رسد به منظور ایجاد حمایت از خانواده‌های دارای فرزندان حاصل از تخمک اهدایی، به برنامه ریزی جهت انجام مشاوره‌های تخصصی به منظور تصمیم‌گیری در زمینه افشا برای این افراد نیاز می‌باشد.

لذا توصیه می‌شود مطالعات کمی و کیفی بیشتری در رابطه با صلاحیت اخلاقی در سطوح و موقعیت‌های مختلف پرستاری به صورت کمی و کیفی انجام شود، و برای آشنایی هر چه

References

1. Inhorn MC. Right to assisted reproductive technology: Overcoming infertility in low-resource countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;106(2):172-4.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.034>
2. Latifnejad Roudsari R, Jafari H, Taghipour A. The relationship of sociocultural beliefs and infertile couples' attitude toward reproductive donation: A descriptive-correlational study. *Iran J Reprod BioMed*. 2019;17(5):315.
<https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i5.4599>
3. Roudsari RL, Jafari H, Taghipour A. The relationship of sociocultural beliefs and infertile couples' attitude toward reproductive donation: A descriptive-correlational study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2019;17(5).
<https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i5.4599>
4. Jafari H, Roudsari RL, Modarres M, Roudsari FV. The association of self efficacy with health locus of control and psychological distress in infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2013;7:41.
5. Jafari H, Shirvan FS, Roudsari RL. The Relationship between Self-Efficacy and Psychological Distress among Infertile Women. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*. 2023;11(2).
6. H J, A T, R L. The Association of socio-demographic characteristics of infertile men and women with their attitude towards donation procedures. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2019;7(3):65-76.
7. Berntsen S, Söderström-Anttila V, Wennerholm U-B, Laivuori H, Loft A, Oldereid NB, et al. The health of children conceived by ART: 'the chicken or the egg?'. *Human reproduction update*. 2019;25(2):137-58.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmz001>
8. Roque M, Haahr T, Geber S, Esteves SC, Humaidan P. Fresh versus elective frozen embryo transfer in IVF/ICSI cycles: a systematic review and meta-analysis of reproductive outcomes. *Human reproduction update*. 2019;25(1):2-14.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmy033>
9. Graham ME, Jelin A, Hoon Jr AH, Wilms Floet AM, Levey E, Graham EM. Assisted reproductive technology: Short-and long-term outcomes. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2023;65(1):38-49.
<https://doi.org/10.1111/dmcn.15332>
10. Jafari H, Taghipour A, Afiat M, Latifnejad Roudsari R. Socio-cultural Dimensions of Infertility and Assisted Reproductive Donation Techniques: A Review Study. *Navid No*. 2021;23(76):84-101.
11. Lindheim SR, Klock SC. Oocyte donation: lessons from the past, directions for the future. *Fertility and sterility*. 2018;110(6):979-80.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.09.019>
12. Deomampo D. Racialized commodities: Race and value in human egg donation. *Med Anthropol*. 2019;38:620-33.
<https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1570188>
13. Imrie S, Jadv V, Golombok S. "Making the child mine": Mothers' thoughts and feelings about the mother-infant relationship in egg donation families. *J Fam Psycho*. 2020;34(4):469.
<https://doi.org/10.1037/fam0000619>
14. Melnick AP, Rosenwaks Z. Oocyte donation: insights gleaned and future challenges. *Int J Fertil Steril*. 2018;110:988-93.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.09.021>

15. Sälevara M, Punamäki RL, Unkila-Kallio L, Vänskä M, Tulppala M, Tiitinen A. The mental health of mothers and fathers during pregnancy and early parenthood after successful oocyte donation treatment: A nested case-control study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2018;97(12):1478-85.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13421>
16. Adib Moghaddam E, Kazemi A, Kheirabadi G, Ahmadi SM. A mental health intervention program for the oocyte donors: protocol for a mixed methods study. *Reproductive Health*. 2020;17:1-5.
<https://doi.org/10.1186/s12978-020-0864-9>
17. Martín FS, Martín PS, Tuñón JMJ. Egg and sperm donation. *Management of Infertility*: Elsevier; 2023. p. 325-32.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-89907-9.00018-1>
18. Kool E, Bos A, Van Der Graaf R, Fauser B, Bredenoord A. Ethics of oocyte banking for third-party assisted reproduction: a systematic review. *Human Reproduction Update*. 2018;24(5):615-35.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmy016>
19. Moghaddam EA, Kazemi A, Kheirabadi G, Ahmadi SM. A mental health intervention program for the oocyte donors: protocol for a mixed methods study. *Reproductive Health*. 2020;17(1):10.
<https://doi.org/10.1186/s12978-020-0864-9>
20. Bracewell-Milnes T, Saso S, Bora S, Ismail AM, Al-Memar M, Hamed AH, et al. Investigating psychosocial attitudes, motivations and experiences of oocyte donors, recipients and egg sharers: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2016;22(4):450-65.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmw006>
21. Raperport C, Chronopoulou E, McLaughlin A, Cox S, Srivastava G, Shah A, et al. 'It takes a village'—fertility treatment using donor gametes, embryos and/or surrogacy. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2022;24(4):251-9.
<https://doi.org/10.1111/tog.12830>
22. Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. *The Lancet*. 1978;312(8085):366.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(78\)92957-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(78)92957-4)
23. Lutjen P, Trounson A, Leeton J, Findlay J, Wood C, Renou P. The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*. 1984;307(5947):174-5.
<https://doi.org/10.1038/307174a0>
24. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Direkvand-Moghadam A. The global trend of infertility: an original review and meta-analysis. *Epidemiology and Health System Journal*. 2014;1(1):35-43.
25. Wang L-H, Lee T-Y. Assisted pregnancy after infertility: Taiwanese women. *Journal of Medical Sciences*. 2004;24(5):249-56.
26. Stevens JB, Hayes C. Perceptions regarding oocyte donation in a group of female college students. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2010;35(1):40-6.
<https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000366809.52208.60>
27. Hershberger PE, Driessnack M, Kavanaugh K, Klock SC. Oocyte donation disclosure decisions: a longitudinal follow-up at middle childhood. *Human Fertility*. 2019.
<https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1567945>
28. Ghelich-Khani S, Kazemi A, Fereidooni-Moghadam M, Alavi M. Psycho-social

experience of oocyte recipient women: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2021;21(1):1-8.

<https://doi.org/10.1186/s12905-021-01562-4>

29. Ardakani ZB, Akhondi MM, Khodaparast AH, Ranjbar F, Navabakhsh M. Commitment Theory as the Theoretical Framework in Third-Party Reproduction. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2023;24(1):3.

30. Jafari H, Latifnejad Roudsari R, Taghipour A, Khadem Ghaebi N, EbrahimZadeh S. Comparison of knowledge and attitude towards reproductive donation procedures between recipient and non-recipient infertile couples at Mashhad Infertility Center. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2015;3(2):25-16.

31. Papaharitou S, Nakopoulou E, Moraitou M, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Reproductive health and midwives: Does occupational status differentiate their attitudes on assisted reproduction technologies from those of the general population? *Human Reproduction*. 2007;22(7):2033-9.

<https://doi.org/10.1093/humrep/dem086>

32. Latifnejad Roudsari R, Hadizadeh Talasaz F, Simbar M, Khadem Ghaebi N. Challenges of Donor Selection: The Experiences of Iranian Infertile Couples Undergoing Assisted Reproductive Donation Procedures. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014;16(88):1-13.

33. Cordier C, Ducrocq B, Fry J, Catteau-Jonard S. Views of French oocyte donors at least 3 years after donation. *Reproductive BioMedicine Online*. 2020;40(6):819-26.

<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.02.003>

34. Hershberger PE, Driessnack M, Kavanaugh K, Klock SC. Oocyte donation disclosure

decisions: a longitudinal follow-up at middle childhood. *Human Fertility*. 2021.

35. Eyzadyar N, Ahmadnia S, Seyedmirzaei SM, Azin SA, Yazdani Safa M. To choose the oocyte donation as a way of becoming a mother (Phenomenological study of infertile women's in Royan Institute). *Journal of Iranian Social Studies*. 2014;8(1):6-21.

36. Becker G, Butler A, Nachtigall RD. Resemblance talk: a challenge for parents whose children were conceived with donor gametes in the US. *Soc Sci Med*. 2005;61(6):1300-9.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.018>

37. Rezaieyazdi Z, Mohammadi M, Yousefi Z, Jafari H, Khodashahi M. Outcomes of planned pregnancy in patients with systemic lupus erythematosus and their neonates. *The Egyptian Rheumatologist*. 2021;43(2):141-5.

<https://doi.org/10.1016/j.ejr.2021.01.001>

38. Hadizadeh-Talasaz F, Simbar M, Roudsari RL. Exploring infertile couples' decisions to disclose donor conception to the future child. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2020;14(3):240.

39. Blake L, Jadv V, Golombok S. Parent psychological adjustment, donor conception and disclosure: a follow-up over 10 years. *Human Reproduction*. 2014;29(11):2487-96.

<https://doi.org/10.1093/humrep/deu231>

40. Hershberger PE, Driessnack M, Kavanaugh K, Klock SC. Emerging views of kinships created through oocyte donation. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2020;45(1):18-24.

<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000586>

41. Jafari H, Taghipour A, Ebrahimipour H, Latifnejad Roudsari R. Women's needs in their journey towards motherhood via oocyte

donation: A mixed methods systematic review. *Int J Reprod Biomed*. 2023;21(6):451-62.

<https://doi.org/10.18502/ijrm.v21i6.13633>

42. Hershberger P. Recipients of oocyte donation: an integrative review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(5):610-21.

<https://doi.org/10.1177/0884217504268524>

43. Hadizadeh-Talasaz F, Latifnejad Roudsari R, Simbar M. Decision for disclosure: The experiences of Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive donation procedures. *Human Fertility*. 2015;18(4):265-75.

<https://doi.org/10.3109/14647273.2015.1076579>

44. Isaksson S, Sydsjö G, Skoog Svanberg A, Lampic C. Disclosure behaviour and intentions among 111 couples following treatment with oocytes or sperm from identity-release donors: follow-up at offspring age 1–4 years. *Human Reproduction*. 2012;27(10):2998-3007.

<https://doi.org/10.1093/humrep/des285>

45. Crespo E, Bestard J. Psychosocial needs of women and their partners after successful assisted reproduction treatment in Barcelona. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. 2016;3:90-9.

<https://doi.org/10.1016/j.rbms.2017.04.001>

46. Greenfeld DA, Klock SC. Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients. *Fertility and sterility*. 2004;81(6):1565-71.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.10.041>

47. Hershberger PE. Pregnant, donor oocyte recipient women describe their lived experience of establishing the “family lexicon”. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(2):161-7.

<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00128.x>

48. Stuart-Smith S, Smith JA, Scott E. To know or not to know? Dilemmas for women receiving unknown oocyte donation. *Human reproduction*. 2012;27(7):2067-75.

<https://doi.org/10.1093/humrep/des116>

49. Lysons J, Imrie S, Jadv V, Golombok S. ‘I’m the only mum she knows’: parents’ understanding of, and feelings about, identity-release egg donation. *Human Reproduction*. 2022;37(10):2426-37.

<https://doi.org/10.1093/humrep/deac174>

50. Laruelle C, Place I, Demeestere I, Englert Y, Delbaere A. Anonymity and secrecy options of recipient couples and donors, and ethnic origin influence in three types of oocyte donation. *Human Reproduction*. 2011;26(2):382-90.

<https://doi.org/10.1093/humrep/deq346>

51. Winter A, Daniluk JC. A gift from the heart: The experiences of women whose egg donations helped their sisters become mothers. *Journal of Counseling & Development*. 2004;82(4):483-95.

<https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00337.x>

52. Hudson N. Egg donation imaginaries: embodiment, ethics and future family formation. *Sociology*. 2020;54(2):346-62.

<https://doi.org/10.1177/0038038519868625>

53. Van Berkel D, Candido A, Pijffers W. Becoming a mother by non-anonymous egg donation: secrecy and the relationship between egg recipient, egg donor and egg donation child. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2007;28(2):97-104.

<https://doi.org/10.1080/01674820701409868>

54. Golombok S, Blake L, Casey P, Roman G, Jadv V. Children born through reproductive donation: A longitudinal study of psychological

adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(6):653-60.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12015>

55. Shirai C. Genetic ties and affinity: Longitudinal interviews on two mothers' experiences of egg donation in Japan. *East Asian Science, Technology and Society: an International Journal*. 2019;13(2):299-315.

<https://doi.org/10.1215/18752160-6995912>

56. Hammond K. The role of normative ideologies of motherhood in intended mothers' experiences of egg donation in Canada. *Anthropol Med*. 2018;25(3):265-79.

<https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507483>

57. Zafari H, Mohajerani A, Hejazi SN. Women Undergoing Donor IVF Treatment: The Moderating Role of Economic Independence in Isfahan. *Journal of Applied Sociology*. 2024;35(3):101-34.

58. Covington SN, Burns LH. *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*: Cambridge University Press; 2006.

59. Sauer MV. Revisiting the early days of oocyte and embryo donation: relevance to contemporary clinical practice. *Fertility and Sterility*. 2018;110(6):981-7.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.09.005>

60. García D, Bautista O, Venereo L, Coll O, Vassena R, Vernaev V. Training in empathic skills improves the patient-physician relationship during the first consultation in a fertility clinic. *Fertility and sterility*. 2013;99(5):1413-8. e1.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.12.012>

61. Pasch LA. New realities for the practice of egg donation: a family-building perspective. *Fertility and sterility*. 2018;110(7):1194-202.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.08.055>

62. Zadeh S, Ilioi E, Jadv V, Golombok S. The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction*. 2018;33(6):1099-106.

<https://doi.org/10.1093/humrep/dey088>

63. Ilioi E, Blake L, Jadv V, Roman G, Golombok S. The role of age of disclosure of biological origins in the psychological wellbeing of adolescents conceived by reproductive donation: a longitudinal study from age 1 to age 14. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2017;58(3):315-24.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12667>

64. Clarke H, Harrison S, Perez MJ, Kirkman-Brown J. UK guidelines for the medical and laboratory procurement and use of sperm, oocyte and embryo donors (2019). *Human Fertility*. 2021;24(1):3-13.

<https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1622040>

65. Lampic C, Skoog Svanberg A, Sydsjö G. Attitudes towards disclosure and relationship to donor offspring among a national cohort of identity-release oocyte and sperm donors. *Human Reproduction*. 2014;29(9):1978-86.

<https://doi.org/10.1093/humrep/deu152>

66. Applegarth LD, Kaufman NL, Josephs-Sohan M, Christos PJ, Rosenwaks Z. Parental disclosure to offspring created with oocyte donation: intentions versus reality. *Hum Reprod*. 2016;31(8):1809-15.

<https://doi.org/10.1093/humrep/dew125>

67. Golombok S, Lycett E, MacCallum F, Jadv V, Murray C, Rust J, et al. Parenting infants conceived by gamete donation. *Journal of Family Psychology*. 2004;18(3):443.

<https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.3.443>

68. Committee RTA. Code of practice for assisted reproductive technology units. Melbourne: Fertility Society of Australia. 2019.

Disclosure challenges in pregnancy with egg donation: A review study

Elahe Seddighi louye¹, Maliheh Amirian^{2,3}, Hamideh Jafari⁴

1. Department of Midwifery, School of Medical Sciences, Islamic Azad University of Neyshabur, Neyshabur, Iran

2. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. Supporting of the Family and the Youth of Population Research Core, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydaryeh University of Medical Sciences, Torbat Heydaryeh, Iran

Corresponding author: Hamideh Jafari, Department of Midwifery, School of Nursing And Midwifery, Torbat Heydaryeh University of Medical Sciences, Torbat Heydaryeh, Iran.

Email: jafari.hamideh@yahoo.com

Submitted: 3 December 2024

Accepted: 13 January 2025

Abstract

Background & Aim: One of the main issues associated with the use of egg donation is the disclosure or non-disclosure of this method. To prevent and alleviate tensions that may arise during the disclosure process, it is essential to identify the challenges related to disclosing pregnancy with egg donation. Therefore, this study aims to determine the disclosure challenges in pregnancies involving egg donation.

Methods: This review, involved the examination of qualitative and quantitative articles from databases such as PubMed, Scopus, SID, Magiran, and Google Scholar, using keywords like disclosure, confidentiality, donated eggs, and third-party fertilization along with their English equivalents, without any time restricted up to September 2024. Studies in Persian and English related to disclosure and pregnancy with donated eggs were included, while those with relevant content, only abstracts, or repetitive studies were excluded.

Results: A review of 59 studies on pregnancy with donated eggs and disclosure, revealed that the key concepts in the field of disclosure primarily revolved around four areas: the desire for confidentiality and anonymity of the donor, the challenge of disclosing the truth to the child, facial resemblance, and the fear of judgment.

Conclusion: Based on the challenges identified in this study regarding disclosure, it appears crucial to plan for specialized counseling to assist families with children born from egg donation in making informed decisions about disclosure.

Keywords:

Disclosure,
Confidentiality, Egg
Donation challenges,
Third-Party
reproduction

How to Cite this Article: Seddighi louye E, Amirian M, Jafari H. Disclosure challenges in pregnancy with egg donation: A review study. Journal of Torbat Heydaryeh University of Medical Sciences. 2025;12(4):90-105.