

غربالگری متقاضیان فرزندپذیری: مشخصه‌ها و چالش‌ها

Adoption Applicants Screening: Characteristics and Challenges

R. Razaghi, Ph.D.

Bureau of Children & Adolescents Affairs, State Welfare
Organization, Tehran, Iran

A. Ghapanchie, M.A.

Counseling Center of University of Tehran, Tehran, Iran

✉ دکتر رضا رزاقی

سازمان بهزیستی کشور

آلا قپانچی

مرکز مشاوره دانشگاه تهران

دریافت مقاله: ۹۵/۷/۲۶

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۶/۹/۱۴

پذیرش مقاله: ۹۶/۱۰/۱۰

Abstract

Recently an increasing interest in studying and exploring the Iranian adoptive families has been evolved. Nevertheless, there are still frequent unknown factors about adoption in Iran. This study proceed to survey on characteristics of adoptive applicants due to programming and interventional needs in adoption counselling area. In this study, the descriptive survey method has been used and it involved all clients who referred to adoption counseling from March 2014 to March 2016. The clients were 411 adoptive applicants who attended in semi-structured interview. Among the clients, 78% of them aimed at the adoption institutionally and 22% have followed the process illegally.

چکیده

علاقه‌مندی فراوانی در زمینه مطالعه و شناخت خانواده‌های فرزندپذیر ایرانی در حال شکل‌گیری است، با این حال هنوز ناشناخته‌های این حوزه در ایران فراوان است. با توجه به نیازهای متعدد برنامه‌ریزی و مداخلاتی به ویژه در حوزه مشاوره فرزندپذیری، این مطالعه به بررسی مشخصه‌های متقاضیان فرزندپذیری پرداخته است. در این بررسی از روش زمینه‌یابی توصیفی بهره گرفته شده است. این پژوهش کلیه مراجعینی را دربر می‌گرفت که طی سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ جهت دریافت خدمات مشاوره فرزندپذیری مراجعه کرده بودند. با ۴۱۱ متقاضی پذیرش فرزندخواندگی مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. از بین مراجعین، ۷۸ درصد فرزندپذیری را به شیوه مؤسسه‌ای و ۲۲ درصد این فرایند را به صورت غیرقانونی پیگیری کرده‌اند. زوج‌های متقاضی نابارور تقریباً نیمی از زندگی مشترک خود را صرف دریافت خدمات ناباروری کرده بودند.

✉ Corresponding author: Children & Adolescent
State Welfare Organization, Tehran Iran.
Email: razaghireza@gmail.com

✉ نویسنده مسئول: تهران، خیابان فیاض‌بخش، سازمان بهزیستی کشور،
معاونت امور اجتماعی، دفتر امور کودکان و نوجوانان.
پست الکترونیکی: razaghireza@gmail.com

Nearly half of the marriage life of infertile couples were spent to seek for infertility services. The findings indicated that nearly 27 percent of applicants are ready for adoption and other applicants require more preparation or canceling adoption process. Adoptive applicant screening process is critical and sensitive and consulting services facilitate this process; but the important point is the use of standard instrument and check-lists according to local and cultural conditions.

Keywords: Adoption, Adoptive Families, Adoption Counselling, Adoptee.

یافته‌ها نشان داد که فقط نزدیک ۲۷ درصد متقاضیان از آمادگی لازم برای پذیرش فرزند برخوردارند و بیشتر آن‌ها نیازمند آمادگی بیشتر یا انصراف از ادامه روند فرزندپذیری هستند. غربالگری متقاضیان فرزندپذیری فرایندی مهم و حساس است که ارائه خدمات مشاوره‌ای این فرایند را تسهیل می‌کند، اما آن‌چه اهمیت می‌یابد زمینه بهره‌گیری از ابزار و چک‌لیست‌های استاندارد با توجه به شرایط بومی و فرهنگی موجود است.

کلیدواژه‌ها: فرزندپذیری، خانواده‌های فرزندپذیر، مشاوره فرزندپذیری، فرزندخوانده

مقدمه

با روند رو به رشد تعداد فرزندپذیری در ایران و به تبع آن رشد تعداد خانواده‌های فرزندپذیر، یعنی افزایش تقریبی هر ساله ۱۰۰۰ خانواده فرزندپذیر؛ علاقه‌مندی فراوانی در رابطه با شناخت این خانواده‌ها، چالش‌های پیش‌رو؛ خدمات و حمایت‌های مورد نیاز آن‌ها در حال شکل‌گیری است. با این حال هنوز ناشناخته‌های این حوزه در ایران فراوان است و پاسخگویی به نیازهای خانواده‌های فرزندپذیر و فرزندخوانده‌ها در مراحل مختلف تصمیم‌گیری، پذیرش و پرورش فرزند مستلزم برنامه‌ریزی علمی و توسعه ساختارهای حمایتی و حرفه‌ای است و این افراد و خانواده‌ها، نیازمند بهره‌گیری از خدمات و مداخلات روان‌شناسی قبل و بعد از فرزندپذیری^۱ هستند (رزاقی^۲، ۱۳۹۵). به نظر می‌رسد نبود آمار و اطلاعات مبتنی بر شواهد در ایران، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های سازمان‌یافته در این زمینه را محدود ساخته است. با این حال هم‌چنان که پلاسیوس و برودزینسکی^۳ (۲۰۱۰) اشاره می‌کنند این حوزه در آینده به همسویی نتایج پژوهشی، سیاست‌گذاری‌ها و اقدامات اجرایی نیاز دارد که قطعاً همکاری‌های بین‌بخشی و بین‌رشته‌ای بیشتری را می‌طلبد.

با آنکه بیشتر فرزندپذیری‌ها در ایران توسط زوج‌های نابارور انجام می‌گیرد (رزاقی، ۱۳۸۵)، اما با تصویب قانون جدید فرزندپذیری در سال ۱۳۹۲ دامنه شمول متقاضیان فرزندپذیری به زنان مجرد و خانواده‌های دارای فرزند نیز گسترش یافته است. با وجود این موضوعات، برخی یافته‌های پژوهشی (یاسینی، تقوی شوازی و تقوی شوازی^۴، ۲۰۱۲) در خصوص عوامل پیش‌بینی‌کننده فرزندپذیری در بین زوج‌های نابارور نشان می‌دهد که از بین مشخصه‌های مهم جمعیت‌شناختی فقط طول مدت ازدواج و سابقه وجود فرزندپذیری در خانواده مرد، پیش‌بینی‌کننده قبول گزینه فرزندپذیری و دنبال کردن آن توسط زوج‌های نابارور است. به

عبارتی هر چه طول مدت زندگی مشترک زوجها بیشتر باشد، احتمال این که پس از درمان‌های ناموفق ناباروری به فرزندپذیری روی آورند؛ بیشتر می‌شود. این در حالی است که موانع متعددی برای فرزندپذیری زوج‌های نابارور وجود دارد و امید به بارداری مهم‌ترین عامل برای عدم پیگیری فرزندپذیری به عنوان یک گزینه مطرح شده است، به همین دلیل اغلب زوج‌های نابارور دنبال کردن یک روش جدید درمانی یا یک بار تلاش دیگر برای باروری کمکی را علیرغم هزینه‌های بالا و دردهای آن ترجیح می‌دهند (بکایی، فرج‌خدا، انجذاب، حیدری و کریمی زرچی^۵، ۲۰۱۲). برخی نتایج پژوهشی نشان می‌دهند که نزدیک ۴۰ درصد زوج‌های نابارور به گزینه فرزندپذیری فکر می‌کنند (یاسینی و همکاران، ۲۰۱۲)، اما ۸۲ درصد تمایلی به پیگیری این موضوع ندارند (بکایی و همکاران، ۲۰۱۲). به عبارتی احتمالاً تنها ۱۸ درصد از زوج‌های نابارور به طور جدی فرزندپذیری را به عنوان یک گزینه دنبال می‌کنند.

با این حال، با توجه به معیارهای بین‌المللی (یونیسف^۶، ۱۳۹۳) و دستورالعمل‌های اجرایی سازمان بهزیستی کشور^۷ (۱۳۹۱) تأمین منافع عالی‌ه کودک در فرایند فرزندپذیری از اولویت‌های خدمات و مشاوره‌های فرزندپذیری است و دست‌اندرکاران این حوزه به منظور تأمین منافع کودک و پیشگیری از شکست و گسست^۸ فرزندپذیری‌ها (کواکلی و بریک^۹، ۲۰۰۸؛ هوستون و کرامر^{۱۰}، ۲۰۰۸؛ فستینگر^{۱۱}، ۲۰۰۲) نسبت به غربالگری متقاضیان مبادرت ورزیده و آن دسته از متقاضیان را در اولویت پذیرش فرزند قرار می‌دهند که شاخص‌های این غربالگری را تأمین نمایند (دیگرسون و آلن^{۱۲}، ۲۰۰۷).

کودکانی که برای فرزندپذیری انتخاب می‌شوند، اغلب دامنه‌ای از تجارب پر فشار و آسیب‌زا را داشته‌اند که ارزشمندی، خودکارآمدی و ظرفیت آن‌ها را برای مقابله با چالش‌های رشدی تحت تأثیر قرار داده است (شوفیلدو بیک^{۱۳}، ۲۰۰۵). از طرف دیگر متقاضیان فرزندپذیری نیز با چالش‌هایی مواجه بوده که برخی مشخصه‌ها مانند ناباروری حل‌نشده (سالزر^{۱۴}، ۲۰۰۶) و سایر علائم بالینی مانند افسردگی (فولی، سوس و لیم^{۱۵}، ۲۰۱۴) را با خود وارد این فرایند می‌کنند. علاوه بر این مؤسسات متولی فرزندپذیری نیز گاهی با سیاست‌های ناپایدار و ناهماهنگ، تغییر و تحولات مربوط به پرسنل و حجم کار زیاد آن‌ها؛ روند فرزندپذیری را به طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهند (فستینگر، ۲۰۰۲؛ ریکوس، فروندلیچ، هوگز، کیفر و اکز^{۱۶}، ۲۰۰۶). به همین منظور شناسایی و توجه به عوامل خطر ساز و محافظتی^{۱۷} در کودکان تحت مراقبت، متقاضیان فرزندپذیری و حتی مؤسسات درگیر در این فرایند می‌تواند احتمال شکست و گسست فرزندپذیری و بازگشت مجدد کودکان به سیستم مراقبت شبانه‌روزی را کاهش دهد (چنوت و ریفل^{۱۸}، ۲۰۰۵). از این رو آمادگی برای فرزندپذیری یک عامل مهم حمایتی در استقرار فرزندخوانده‌ها و درگیر شدن والدین فرزندپذیر در این فرایند است. سنجش این آمادگی به عنوان یک موضوع مهم در فرایند مشاوره‌های فرزندپذیری نه‌تنها به فرایند غربالگری کمک می‌کند، بلکه زمینه را برای تدارک مداخلات مناسب برای ارتقای این آمادگی فراهم می‌سازد (رزاقی، ۱۳۹۵).

اغلب، مشاوره فرزندپذیری به عنوان یک مشاوره فوق تخصصی (جانوس^{۱۹}، ۱۹۹۷) در نظر گرفته می‌شود که معمولاً هدف آن فراهم آوردن تسهیلات برای اجزای سه‌گانه فرزندپذیری^{۲۰} به منظور ورود به فرایند فرزندپذیری است. ارزیابی اولیه متقاضیان، بررسی انگیزه‌های آن‌ها، ارائه راهنمایی‌های لازم و آموزش‌های

مرتبط با فرزندپذیری و رسیدگی به سایر مشکلات به منظور تأمین منافع عالی‌ه کودک و خانواده‌های فرزندپذیر و پیشگیری از گسست فرزندپذیری‌ها از اقدامات مهم این فرایند محسوب می‌شوند (رزاقی، ۱۳۸۵). با وجود این هنوز یافته‌های علمی اندکی در ایران در کار با این خانواده‌ها وجود دارند و این ضروری است که به منظور ارتقای کمی و کیفی خدمات از داده‌ها و اطلاعات اولیه در این زمینه بهره گرفت. به همین منظور و با توجه به نیازهای متعدد برنامه‌ریزی و مداخلاتی به ویژه در حوزه مشاوره و مداخلات روان‌شناختی فرزندپذیری، این مطالعه درصدد بوده ضمن بررسی مشخصه‌های متقاضیان فرزندپذیری، عوامل مهم در غربالگری متقاضیان را معرفی و توصیه‌های اجرایی و کاربردی را ارائه نماید.

روش تحقیق

در این بررسی از روش توصیفی به عنوان بخشی از یک مطالعه کیفی بهره گرفته شده است. این پژوهش کلیه مراجعینی را دربر می‌گرفت که طی سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ جهت دریافت خدمات مشاوره فرزندپذیری با معرفی بهزیستی استان تهران به کلینیک خدمات روان‌شناختی مراجعه کرده بودند. این مراجعین عبارت بودند از ۴۱۱ متقاضی پذیرش فرزندخوانده، شامل ۳۹۱ زوج و ۲۰ فرد (زن مجرد). ابزار بررسی بالینی عبارت بود از یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و محقق‌ساخته که بر اساس آن مصاحبه‌ها و جلسات مشاوره‌ای هدایت و گزارش‌های مشورتی تنظیم و ارائه می‌شد. بنا به ضرورت و به منظور تکمیل تشخیص‌های احتمالی در حین مصاحبه‌ها، برای ۵۳ مورد از متقاضیان از آزمون‌های تشخیصی SCL90-R، MCMI-3 و MMPI-2 نیز استفاده شد. داده‌های این مطالعه مبتنی بر گزارش‌های مشورتی استخراج شده است.

ساختار و موضوع مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برگرفته از شیوه‌نامه خدمات روان‌شناختی در فرایند فرزندپذیری^{۲۱} سازمان بهزیستی (۱۳۹۳) موارد ذیل را شامل می‌شد: مصاحبه بالینی، موضوعات سلامت روان، روابط متقابل زوج، مهارت‌های فرزندپروری و سایر موضوعات مرتبط با فرزندپذیری مانند الگوی نقش و محریت. کلیه مراجعین، یک فرایند چهار جلسه‌ای را با کمک روان‌شناس طی کرده که جلسه اول ضمن آشنایی با متقاضیان به بررسی انگیزه‌ها و نگرش‌های زوج به فرزندپذیری، نحوه تعامل با موضوع ناباروری و آگاه ساختن زوج از اهداف جلسات مشاوره می‌پرداخت. جلسات دوم و سوم دریافت شرح حال از هر یک متقاضیان به طور جداگانه از کودکی تاکنون را دربر می‌گرفت. در این جلسات متناسب با مصاحبه و معاینه روانی، مسائل و مشکلات بالینی، رضایت زناشویی، مهارت‌های مقابله‌ای و فرزندپروری ارزیابی می‌شد و در صورت نیاز و ردگیری اختلالات احتمالی، ممکن بود از آزمون‌های تشخیصی بهره گرفته شود. جلسه آخر ضمن بررسی مباحث مربوط به فرزندپذیری همچون الگوی نقش و موضوعات مرتبط، متناسب با ارزیابی‌های به عمل آمده به راهنمایی زوج و ارائه توصیه‌های کاربردی و جمع‌بندی جلسه اختصاص می‌یافت. در نهایت با توجه به این بررسی‌ها، آمادگی زوج برای ورود به فرایند فرزندپذیری در قالب یک گزارش مشورتی به سازمان بهزیستی ارائه می‌شد.

برای هر یک از مقوله‌های بررسی‌شده به فراخور موضوع ۲ تا ۷ سؤال توسط روان‌شناس از متقاضیان پرسیده می‌شد. برای مثال برای ردگیری علائم ناباروری حل‌نشده متقاضیان، به سؤالات زیر توجه می‌شد: از این‌که کودک زیستی خود را ندارید، چه احساسی دارید؟ هنگامی که بارداری، زایمان و شیردهی را تجربه

نکرده‌اید، چگونه با نداشتن بچه روبه‌رو شده‌اید؟ (سؤال برای خانم‌ها) واکنش شما نسبت به روبه‌رو شدن با زنان باردار یا محیط‌هایی که کودکان در آن حضور دارند، چگونه است؟ (سؤال برای خانم‌ها) آیا موضوعی وجود دارد که مانع حضور شما در چنین جمع‌هایی شود؟ آیا هنوز به داشتن کودک زیستی خود فکر می‌کنید؟ آیا همچنان تمایل دارید درمان ناباروری را دنبال کنید؟ چقدر از این موضوع نگرانید که فرزندخوانده در آینده شما را دچار مشکل کند؟

با این روند و با بهره‌گیری از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته نسبت به تکمیل گزارش و جمع‌آوری داده‌ها اقدام شد. علاوه بر مشخصه‌های جمعیت‌شناختی مهم، مشخصه‌های متقاضیان متناسب با شیوه‌نامه موجود در سه حوزه بررسی گردید:

- ۱) مشخصه‌های روان‌شناختی و بالینی اعم از رضایت زناشویی، سبک‌های مقابله‌ای، سبک‌های فرزندپروری، علائم ناباروری حل‌نشده برای زوج‌های نابارور و سایر نشانه‌های تشخیصی.
 - ۲) مشخصه‌های مربوط به فرزندپذیری مانند الگوی نقش متقاضیان، رویکرد آن‌ها به موضوع محرمیت، آمادگی برای گفتن واقعیت فرزندپذیری به فرزندخوانده و نگرش متقاضیان و اطرافیان به فرزندپذیری.
 - ۳) آمادگی متقاضیان برای فرزندپذیری و نتایج ارزیابی به همراه توصیه‌های مشاورتی.
- در افراد یا زوج‌هایی که در هر یک از مقوله‌های مورد بررسی عوامل خطرناک‌تری ردگیری می‌شد به عنوان افرادی در نظر گرفته می‌شدند که آمادگی آن‌ها برای پذیرش کودک یا تداوم فرزندپذیری به طور منفی تحت تأثیر قرار گرفته است. برای مثال علائم سوگ حل‌نشده (ناباروری)، افسردگی، اضطراب یا حتی ردگیری بیماری‌های جسمی پرمشکل مانند سرطان و بیماری‌های قلبی یا تجربه یک فقدان مهم و جدید مانند مرگ فرزند و... به همراه حساسیت بیش از اندازه درباره محرمیت، پنهان‌کاری و انکار فرزندپذیری از دیگران، آماده نکردن اطرافیان برای ورود فرزندخوانده و البته برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مهم مانند سن بالای متقاضیان یا عدم هماهنگی آشکار زوج از معیارهای آماده نبودن متقاضیان برای ورود به فرایند فرزندپذیری بوده است. در برخی شرایط محرز شدن روان‌پریشی فرد و تحت درمان بودن او تنها دلیل فوری برای رد پذیرش بوده است؛ بنابراین ارزیابی آمادگی متقاضیان برای فرزندپذیری، وابسته به شرایط آن‌ها، مجموعه‌ای از عوامل خطرناک و محافظتی را دربر می‌گرفت که از یک متقاضی دیگر می‌توانست متفاوت باشد. به طور کلی در هر یک از مقوله‌های مورد بررسی هرچه وجود علائم مرتبط با تهدید منافع عالیه کودک و عوامل خطرناک‌تری ردگیری می‌شد، آمادگی متقاضیان کمتر ارزیابی می‌گردید. درصد افرادی که آمادگی آن‌ها بالا، متوسط یا پایین ارزیابی شده است، بر اساس کلیه گزارش‌هایی بوده است که در فرایند تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. لازم به توضیح است که داده‌های جمع‌آوری شده با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-23 تجزیه و تحلیل آماری شده است.

یافته‌ها

۱. مشخصه‌های جمعیت‌شناختی

از بین مراجعین ۷۸ درصد (۳۲۱ مورد) فرزندپذیری را از طریق سازمان بهزیستی، به شیوه مؤسسه‌ای^{۲۲} دنبال کرده و ۲۲ درصد آن‌ها (۹۰ مورد) این فرایند را خارج از نظام پذیرش سازمان بهزیستی به صورت باز^{۲۳}

غیرقانونی) پیگیری کرده‌اند. با این حال، ۸۴/۴ درصد کل مراجعین (۳۴۷ مورد) زوج‌های نابارور؛ ۹/۲ درصد (۳۸ مورد) زوج‌های دارای فرزند زیستی؛ ۱/۴ درصد (۶ مورد) زوج‌های دارای شرایط شیردهی به واسطه تجربه فقدان کودک زیستی و ۴/۹ درصد (۲۰ مورد) نیز زنان مجرد بودند. مورد اخیر جزء موارد جدید متقاضیان فرزندپذیری هستند که به واسطه قانون جدید حمایت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست مصوب سال ۱۳۹۲ این گزینه را دنبال می‌کنند.

از میان زوج‌های نابارور که ۳۵۳ مورد را شامل می‌شدند (با احتساب ۶ مورد شرایط شیردهی)؛ مشکل ناباروری ۵۷/۸ درصد (۲۰۴ نفر) مربوط به آقایان؛ ۲۶/۴ درصد (۹۳ نفر) مربوط به خانم‌ها؛ ۱۵/۸ درصد (۵۶ مورد) مربوط به هر دوی زن و شوهر بود که به صورت علل ناشناخته یا وجود مشکلات ژنتیکی عنوان شده بود. میانگین سنی زنان متقاضی ۳۹ سال با انحراف استاندارد ۷/۱ و میانگین سنی آقایان ۴۳/۶ سال با انحراف استاندارد ۷/۳ بود. مدت‌زمان زندگی مشترک برای زوج‌های نابارور ۱۴/۴ سال (انحراف استاندارد ۷/۲) بود که به طور متوسط ۶/۶ سال از این دوره؛ یعنی تقریباً نزدیک نیمی از آن را صرف دریافت خدمات ناباروری (اعم از درمان‌های دارویی، گیاهی و اقداماتی مانند IVF و IUI و...) کرده بودند.

در میان افرادی که به شیوه مؤسسه‌ای متقاضی فرزندپذیری بودند، ۵۸/۳ درصد (۱۸۷ مورد) متقاضی پذیرش دختر و ۳۳/۳ درصد (۱۰۷ مورد) متقاضی پذیرش پسر بودند. در این میان ۸/۴ درصد (۲۷ مورد) جنسیت کودک برایشان فرقی نداشت. با این حال در بین افرادی که به شیوه باز و به دور از مجاری قانونی اقدام به فرزندپذیری کرده بودند؛ ۵۴/۴ درصد (۴۹ مورد) دختر و ۴۵/۶ درصد (۴۱ مورد) پسر را به فرزندپذیری پذیرفته بودند که در جدول ۱ تجمیع شده است.

جدول ۱: وضعیت جمعیت‌شناسی متقاضیان بر حسب نوع فرزندپذیری و میانگین سنی

وضعیت متقاضیان		نوع فرزندپذیری			متقاضی جنسیت		میانگین سنی	
		مؤسسه‌ای	باز	دختر	پسر	فرقی ندارد	زن	مرد
نابارور		۸۱	۲۶۶	۱۹۰	۱۳۶	۲۱	۳۹/۴	۴۳/۲
دارای فرزند زیستی		۳	۳۵	۲۴	۱۰	۴	۴۳/۵	۴۷/۸
شیردهی		۰	۶	۴	۰	۲	۳۰/۶	۲۳/۴
مجرد		۱۴	۶	۱۸	۲	۰	۴۵	-
جمع/ میانگین		۳۲۱	۹۰	۲۳۶	۱۴۸	۲۷	۳۹/۹	۴۳/۶

۲. مشخصه‌های روان‌شناختی

از میان زوج‌های مراجعه‌کننده (۳۹۱ مورد)؛ ۲۱۸ مورد (۵۵/۸ درصد) از رضایت زناشویی قابل قبولی برخوردار بودند، ۱۳۹ مورد (۳۵/۵ درصد) رضایت زناشویی بالا و ۳۴ مورد (۸/۷ درصد) رضایت زناشویی پایینی داشتند. از طرف دیگر از ۳۳۹ زوج نابارور، ۶۶ مورد یعنی ۱۹/۵ درصد علائم ناباروری حل نشده را داشتند. این علائم دامنه‌ای از انکار، غم و اندوه، خشم و حساسیت نسبت به حضور کودکان و زنان باردار، حساسیت نسبت به حضور در جمع، انزوا و... را در مواجهه با موضوع ناباروری دربر می‌گیرد که یکی از زوجها یا هر دو، آن را بروز داده‌اند. در رابطه با سبک‌های مقابله‌ای ۱۴۸ مورد (۳۸ درصد) سبک‌های مقابله‌ای نامؤثر

و در رابطه با سبک فرزندپروری نیز ۶۷/۲ درصد آن‌ها یعنی ۲۵۷ مورد بیشتر نشانه‌های سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه یا مستبدانه را انعکاس داده‌اند. موضوع مهم دیگر مشکلات مهم حوزه سلامت مانند افسردگی، اضطراب، وسواس و حتی اسکیزوفرنی و... یا علائم سوگ شدید به واسطه بیماری‌های جسمی نگران‌کننده مانند سرطان و بیماری‌های قلبی جدی بود که در بین ۱۳۸ مورد؛ یعنی ۳۳/۶ درصد متقاضیان ردگیری شد.

۳. مباحث مربوط به فرزندپذیری

در رابطه با موضوع گفتن واقعیت فرزندپذیری از ۴۱۱ مورد، ۲۷۰ مورد (۶۵/۷ درصد) موافق گفتن واقعیت فرزندپذیری به فرزندخوانده بودند و ۱۴۱ مورد (۳۴/۱ درصد) با این موضوع مخالف بودند و در این زمینه نگرانی‌هایی داشتند. با این حال آن‌هایی که به طور غیرقانونی کودکی را به فرزندی پذیرفته بودند، ۵۱ مورد یعنی ۵۶/۷ درصد مخالف گفتن این واقعیت بودند. این موضوع آنجا اهمیت دارد که گفتن واقعیت یک راه پیشگیرانه برای افشای ناگوار این موضوع در آینده است و معمولاً آگاهی فرزندخوانده از این موضوع را به عنوان یک حق اولیه برای او در نظر می‌گیرند که به شکل‌گیری هویت مبتنی بر واقعیت کمک می‌کند.

موضوع مهم دیگر در این زمینه محرمیت است. از آنجایی که در دین اسلام فرزندخوانده با خانواده فرزندپذیر محرم نیست، راه‌هایی برای ایجاد محرمیت از سوی مراجع دینی توصیه شده است. رویکرد مراجعین در اینجا در دو دسته طبقه‌بندی شده است، آن‌هایی که رویکرد مثبت به موضوع محرمیت دارند و روش‌های آسان‌گیرانه‌ای برای ایجاد محرمیت اتخاذ کرده‌اند و آن‌هایی که رویکردی منفی و سخت‌گیرانه به آن دارند (رزاقی، ۱۳۹۵؛ ۱۳۸۵)؛ بنابراین از بین ۳۹۱ مورد، ۲۹۴ مورد آن‌ها (۷۵/۲ درصد) رویکردی مثبت و ۹۷ مورد (۲۴/۸ درصد) رویکردی منفی و سخت‌گیرانه به موضوع دارند و شرط اصلی پذیرش کودک را ایجاد محرمیت عنوان کرده‌اند و تأکیدی انعطاف‌ناپذیر در این زمینه داشتند.

از آنجایی که حمایت اطرافیان و خانواده‌ها به عنوان یک عامل حمایتی مهم محسوب می‌شود، نتایج نشان داد که تنها ۶۵ مورد یعنی ۱۶/۵ درصد متقاضیان فرزندپذیری از حمایت بالای اطرافیان برخوردارند و ۵۷ مورد (۱۳/۷ درصد) پیام‌های منفی و غیرحمایتی و تشویق برای انصراف از فرزندپذیری را دریافت کرده بودند. ۲۷۴ مورد (۶۹/۷ درصد) حمایت‌های بینابینی را از برخی اطرافیان داشته و برخی دیگر اگرچه اطرافیان حمایت جدی نکرده‌اند، اما نظر منفی هم نداشته‌اند.

مشخصه دیگری که در این فرایند به آن توجه شده است، الگوی نقش متقاضیان فرزندپذیری است، بدین معنی که آیا زوج‌های نابارور تفاوت خود را با خانواده‌های دارای کودک زیستی پذیرفته‌اند یا خیر؟ خانواده‌هایی که تفاوت‌های خود با خانواده‌های زیستی را پذیرفته‌اند، در برابر پذیرش کودکان سن بالا مقاومت نمی‌کنند، موضوع فرزندپذیری را با دیگران در میان می‌گذارند و افشاسازی واقعیت فرزندپذیری را انکار نمی‌کنند، در طبقه پذیرش تفاوت^{۲۴} (AD) و آن‌هایی که رویکرد انکاری داشته و سعی می‌کنند موضوع فرزندپذیری را پنهان نمایند و خود را به عنوان خانواده دارای کودک زیستی معرفی نمایند، در طبقه رد تفاوت^{۲۵} (RD) قرار می‌گیرند. نتایج نشان می‌دهد که ۲۲۲ مورد (۵۷/۲ درصد) دارای الگوی نقش پذیرش تفاوت (AD) و ۱۶۶ مورد (۴۲/۸) الگوی نقش رد تفاوت (RD) داشته‌اند.

۴. آمادگی برای فرزندپذیری

در این زمینه نتایج نشان می‌دهد که فقط ۶۹ مورد (۱۶/۸ درصد) در طبقه آمادگی بالا برای فرزندپذیری قرار گرفته، ۱۲۷ مورد (۳۱ درصد) در طبقه آمادگی پایین و ۲۱۵ مورد (۶۲/۲ درصد) در طبقه آمادگی متوسط بوده‌اند. از آنجایی که برای تداوم فرزندپذیری‌هایی که به صورت باز و غیرقانونی انجام گرفته بود، ملاحظاتی همچون مدت‌زمانی که کودک نزد خانواده قرار داشته، دلبستگی والدین و کودک و سایر منافع کودک وجود داشت، تقریباً در ۷۵ مورد؛ یعنی ۸۳ درصد موارد، توصیه به تداوم فرزندپذیری به همراه دریافت خدمات پس از فرزندپذیری شد که این کلیه خانم‌های مجرد ۶ مورد را شامل می‌شد و ۱۵ مورد (۱۷ درصد) شرایط را برای تداوم فرزندپذیری نداشتند؛ اما برای گروهی که به طور مؤسسه‌ای به این فرایند ورود پیدا کرده بودند (در مجموع ۳۲۱ متقاضی)؛ ۸۵ مورد (۲۶/۵ درصد) برای پذیرش فرزند به سازمان بهزیستی معرفی شدند. ۱۱۶ مورد (۳۶ درصد) نیز به عنوان مواردی که در حال حاضر شرایط را برای پذیرش کودک یا تداوم فرزندپذیری ندارند، در طبقه عدم پذیرش معرفی شدند که این موضوع برای خانم‌های مجرد ۴ مورد یعنی ۲۹ درصد را شامل می‌شد. علاوه بر این ۱۲۰ مورد (۳۷/۴ درصد) نیز به عنوان مواردی معرفی شدند که نیازمند دادن فرصت برای کسب آمادگی بیشتر و دریافت خدمات آموزشی و مشاوره‌ای مرتبط بودند که ۶۴ درصد (۹ مورد) خانم‌های مجرد را دربر می‌گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

با آنکه یافته‌های پژوهشی در حوزه مطالعات ناباروری مبین این است که نزدیک ۳۰ درصد ناباروری‌ها مربوط به آقایان و ۳۵ درصد مربوط به خانم‌ها و ۳۵ درصد مربوط به هر دو یا عوامل ناشناخته است (انجمن اروپایی تولید مثل و جنین‌شناسی انسان^{۲۶}، ۲۰۱۴)؛ اما در فرایند فرزندپذیری این شرایط کاملاً متفاوت می‌شود، به گونه‌ای که نزدیک ۶۰ درصد مشکلات ناباروری متقاضیان، مربوط به آقایان و ۲۵ درصد مربوط به خانم‌ها و ۱۵ درصد مربوط به هر دو است. اگرچه در اینجا نسبت به مطالعات قبلی (رزاقی، ۱۳۸۵) یک روند کاهش در تعداد موارد متقاضیانی که ناباروری آن‌ها مربوط به آقایان است، مشاهده می‌شود، اما همچنان این خانم‌ها هستند که با شرایط ناباروری همسران خود بیشتر سازگار و همراه می‌شوند. این پدیده می‌تواند به عنوان یک پیش‌فرض ناشی از فرهنگ مردسالاری، وجود حمایت‌های قانونی از ازدواج مجدد مردان در صورت نازایی خانم و تمایلات مادرانه زنان در نظر گرفت که همه این موارد مستلزم بررسی بیشتر است.

موضوع مهم دیگر سن متقاضیان و مدت‌زمانی است که برای درمان‌های ناباروری اختصاص می‌دهند. به نظر می‌رسد امید به درمان و عدم ارائه رهنمودهای شفاف توسط مؤسسات خدمات ناباروری، باعث می‌شوند زوج‌های متقاضی مدت‌زمان معناداری را صرف درمان کنند و فرصت مناسب برای فرزندپذیری را از دست بدهند و اغلب، فرزندپذیری را در اوایل و اواسط میانسالی دنبال کنند که این می‌تواند عاملی مخاطره‌ساز برای تداوم و کیفیت فرزندپذیری تلقی شود. یکی از توصیه‌های اساسی که مراکز خدمات ناباروری در جریان ارائه خدمات خود به زوج‌های نابارور می‌توانند ارائه کنند، این است که آن‌ها به طور همزمان فرزندپذیری و خدمات ناباروری را پیگیری نمایند. این موضوع آنجا اهمیت می‌یابد که روند فرزندپذیری به علل مختلف مانند تعداد اندک کودکان قابل واگذاری، تعداد زیاد متقاضیان پشت نوبت فرزندپذیری و نیز طول مدت

ارزیابی‌های تخصصی؛ یک فرایند طولانی است و اولویت دادن به دریافت خدمات ناباروری از سوی زوج‌های نابارور، می‌تواند فرصت‌های مناسب فرزندپذیری را از آن‌ها بگیرد. از آنجا که سن بالای متقاضیان اغلب به عنوان یک عامل خطر (بری و بارث^{۲۷}، ۱۹۹۰) در نظر گرفته می‌شود، بهتر است به این موضوع مهم در جریان خدمات مشاوره‌ای توجه جدی شود. طبق یک قاعده سرانگشتی معمولاً فاصله سنی والدین فرزندپذیر و کودک نباید بیشتر از ۴۰ سال باشد.

اگرچه تاکنون برآوردی از موارد فرزندپذیری غیرقانونی در ایران گزارش نشده است، اما ردگیری یک مقدار ۲۲ درصدی در این پژوهش برای اولین بار در نوع خود می‌تواند بسیار مهم باشد که بر تعداد قابل توجهی از فرزندپذیری‌های باز و خارج از سیستم بهزیستی اشاره دارد. از طرف دیگر حضور پنج درصدی زنان مجرد برای پذیرش کودک، دارای اهمیت است که نه تنها بیانگر افزایش یک گروه دیگر به متقاضیان است؛ بلکه ضرورت توجه به مشخصه‌ها و نیازهای این گروه از متقاضیان در فرایند مشاوره را در اولویت قرار می‌دهد. از طرف دیگر همچنان که انتظار می‌رفت تقاضا برای پذیرش دختر بیشتر است (نزدیک ۸۰ درصد) که این می‌تواند ناشی از باورهایی نظیر دل‌بستگی و وابستگی دختر به خانواده، محبت بیشتر دختر به والدین، تربیت و آموزش راحت‌تر دختر، تفکرات غالبی درباره رها شدن والدین فرزندپذیر توسط پسرها و دریافت توجه و محبت بیشتر توسط دخترها در سال‌های پایان عمر والدین باشد (رزاقی، ۱۳۹۵)؛ اما این نسبت برای فرزندپذیری‌های باز تقریباً یکسان است.

مشخصه‌های روان‌شناختی مورد مطالعه به عواملی اشاره دارند که نه تنها کیفیت زندگی زوج‌های نابارور (آرتس و همکاران^{۲۸}، ۲۰۱۱؛ دیکرسون و آلن، ۲۰۰۷) را تحت تأثیر قرار داده، بلکه می‌تواند پس از فرزندپذیری (برودزینسکی و شختر^{۲۹}، ۱۹۹۰) نیز نقش مهمی ایفا نمایند. این که چگونه رضایت زوج می‌تواند تحت تأثیر موضوع ناباروری حل نشده قرار گیرد و در نبود روش‌های مقابله‌ای مؤثر این وضعیت تشدید شود و زمینه‌ساز بروز مشکلات و علائم بالینی شود یا بالعکس، به خودی خود به موضوعات مهمی اشاره دارند که مستلزم بررسی‌های بیشتر است. با این حال جهت‌گیری مداخلات و آموزش‌های روانی قبل و بعد از فرزندپذیری باید به سمتی باشد که ضمن بررسی این موضوعات به حل مسائل و کاهش علائم، بهبود و تقویت روش‌های مقابله‌ای و سبک فرزندپروری مقتدرانه منطقی و... منجر شود. با این حال این مهم است که یادآوری شود که وجود علائمی چون وجود مشکلات جدی روان‌شناختی، سوگ حل نشده و اختلافات شدید زوج و... جزء شاخص‌های رد تقاضای متقاضیان در فرایند غریبالگری است (دیکرسون و آلن، ۲۰۰۷).

موضوعاتی چون موافقت با گفتن واقعیت فرزندپذیری، محرمیت فرزندخوانده، پذیرش و حمایت اطرافیان و الگوی نقش متقاضیان همه بر این موضوع دلالت دارند که هنوز برخی خانواده‌ها در این باره نگرانی‌هایی دارند که چگونه خود را به عنوان خانواده فرزندپذیر معرفی نمایند. مشغله ذهنی با موضوع محرمیت، تمایل به پنهان کردن موضوع فرزندپذیری از فرزندخوانده و دیگران، نبود حمایت‌های خانوادگی و الگوی نقش رد تفاوت (RD) می‌تواند با آمادگی پایین متقاضیان برای ورود به فرایند فرزندپذیری رابطه داشته باشد که این موضوعات نیز مستلزم بررسی بیشتر هستند.

به هر حال یافته‌ها نشان می‌دهند که علیرغم نیت خوب و انگیزه‌های انسان‌دوستانه متقاضیان، فقط نزدیک ۲۷ درصد آن‌ها آمادگی لازم برای ورود به فرایند فرزندپذیری را داشتند و ۳۶ درصد فرصت‌های لازم

را برای پذیرش فرزند از دست داده بودند یا در اولویت فرزندپذیری قرار نمی‌گرفتند. این افراد اغلب دارای سن بالای ۵۰ سال بوده، یا از اختلال یا بیماری جدی رنج می‌بردند، علائم سوگ شدید داشتند، کنترل‌گری در روابط را نشان می‌دادند و به طور کلی رویکردی انکاری و مردد به فرزندپذیری داشتند. ۳۷ درصد نیز مستلزم دریافت خدمات آموزشی و روان‌شناختی برای حصول آمادگی بیشتر بودند. خدمات روان‌شناختی و مددکاری پس از فرزندپذیری همواره یکی از عوامل مهم در تثبیت روابط خانواده‌های فرزندپذیر و کاهش موارد شکست فرزندپذیری محسوب می‌شود.

این موضوعات نه تنها نشان می‌دهند که غربالگری متقاضیان فرزندپذیری فرایندی پیچیده و حساس است که باید در جریان ارائه خدمات مشاوره‌ای با دقت فراوان انجام گیرد، بلکه مستلزم ابزار و چک‌لیست‌های استاندارد است که بتواند با توجه به شرایط بومی و فرهنگی موجود به این فرایند کمک کند. نبود ابزارهای سنجش جامع و دقیق که بتواند به طور اختصاصی عوامل مهم و مؤثر در فرایند فرزندپذیری را به عنوان یک ابزار کمی بسنجد، نه تنها در بخش مداخلات بالینی یک کمبود محسوب می‌شود، بلکه یک محدودیت مهم پژوهشی نیز به حساب می‌آید که به درستی کمبود آن در این پژوهش احساس می‌شود. علاوه بر این آنچه در زمینه خدمات فرزندپذیری بیشتر اهمیت می‌یابد، ارائه خدمات تخصصی است که بتواند به متقاضیان کمک نماید تا با شرایط جدید پس از ارزیابی‌های اولیه (پذیرش یا رد فرزندپذیری) کنار آیند.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|---|---|
| 1. Pre-adoption and post-adoption interventions | 15. Foli, South & Lim |
| 2. Razaghi | 16. Rycus, Freundlich, Hughes, Keefer & Oakes |
| 3. Palacios and Brodzinsky | 17. risk and protective factors |
| 4. Yassini, Taghavi Shavazi & Taghavi Shavazi | 18. Chenot & Reifel |
| 5. Bokaie, Farajkhoda, Enjebab, Heidari & Karimi Zarchi | 19. Janus |
| 6. United Nations International Children's Emergency Fund | 20. adoption triad |
| 7. Implementation Guideline for Orphan Children Care | 21. Implementation Guideline for Orphan Children Care |
| 8. disruption | 22. Institutional Adoption |
| 9. Coakley & Berrick | 23. Open Adoption |
| 10. Houston & Kramer | 24. Acceptance of Differences |
| 11. Festinger | 25. Rejection of Differences |
| 12. Dickerson & Allen | 26. European Society of Human Reproduction and Embryology |
| 13. Schofield & Beek | 27. Berry & Barth |
| 14. Salzer | 28. Aarts, van Empel, Boivin, Nelen, Kremer & Verhaak |
| | 29. Brodzinsky & Schechter |

منابع

رزاقی، ر. (۱۳۸۵). فرزندپذیری. تهران: سازمان بهزیستی کشور.

- رزاقی، ر. (۱۳۹۵). خانواده‌های فرزندپذیر: ضرورتی نوین در پژوهش‌های حوزه رفاه اجتماعی. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۶۱(۶۰)، ۷-۳۲.
- دفتر امور کودکان و نوجوانان سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۱). *دستورالعمل اجرایی مراقبت از کودکان بی‌سرپریت*. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- دفتر امور کودکان و نوجوانان سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۳). *شیوه‌نامه خدمات روان‌شناختی در فرایند فرزندپذیری*. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- یونیسف (۱۳۹۳). *پیمان‌نامه حقوق کودک*. تهران: صندوق کودکان سازمان ملل متحد.

- Aarts, J. W., van Empel, I. W., Boivin, J., Nelen, W. L., Kremer, J. A., & Verhaak, C. M. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*, 26(5), 1112-1118.
- Berry, M., & Barth, R. P. (1990). A study of disrupted adoptive placements of adolescents. *Child Welfare*, 69(3), 209-225.
- Bokaie, M., Farajkhoda, T., Enjezab, B., Heidari, P., & Karimi Zarchi, M. (2012). Barriers of child adoption in infertile couples: Iranian's views. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 10(5), 429-434.
- Brodzinsky, D. M., & Schechter, M. D. (1990). *The Psychology of Adoption*. New York: Oxford University.
- Chenot, T. M., & Reifel, B. D. (2005). A Resilience-Based Model of Reunification and Reentry: Implications for Out-of-Home Care Services. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(2), 235-243.
- Children and Adolescents Office of State Welfare Organization (2012). [Implementation Guideline for Orphan Children Care]. Tehran: State Welfare Organization [in Persian].
- Children and Adolescents Office of State Welfare Organization (2014). [Guideline of Psychological Services in Adoption Process]. Tehran: State Welfare Organization [in Persian].
- Coackly, J., & Berrick, J. (2008). Research Review: In a rush to permanency: preventing adoption disruption. *Child & Family Social Work*, 13(1), 101-112.
- Dickerson, J. L., & Allen, M. (2007). *Adoptive and Foster Parent Screening: A Professional Guide for Evaluations*. Routledge: University of Michigan.
- European Society of Human Reproduction and Embryology (2014). *Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE*. Presented at Annual Meeting of ESHRE on 2014, Munich.
- Festinger, T. (2002). After adoption: Dissolution or permanence? *Child Welfare*, 81(3), 515-533.
- Foli, K. J., South, S. C., & Lim, E. (2014). Maternal postadoption depression: Theory refinement through qualitative content analysis. *Journal of Research in Nursing*, 19(4), 303-327.

- Houston, D. M., & Kramer, L. A. (2008). Meeting the long-term needs of families who adopt children out of foster care: A three year follow-up study. *Child Welfare, 87*, 145-170.
- Janus, N. G. (1997). Adoption Counseling as a Professional Specialty Area for Counselors. *Journal of Counseling and development, 75*, 266-274.
- Palacios, J., & Brodzinsky, D. (2010). Adoption research: Trends, topics, and outcomes. *International Journal of Behavioral Development, 34*, 270-284.
- Razaghi, R. (2006). [Adoption]. Tehran: State Welfare Organization [in Persian].
- Razaghi, R. (2016). [Adoptive families: Necessity for Research in Social Welfare]. *Journal of Social Welfare, 16(60)*, 7-32 [in Persian].
- Rycus, J., Freundlich, M., Hughes, R., Keefer, B., & Oakes, E. (2006). Confronting barriers to adoption success. *Family Court Review, 44(2)*, 210-230.
- Salzer, L. (2006). Adoption after Infertility. In: Covington, S., & Hammer Burns (Eds.). *Infertility Counseling*. UK: Cambridge University.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005). Risk and Resilience in Long-Term Foster-Care. *British Journal of Social Work, 35*, 1-19.
- UNICEF (2014). *Convention on the Rights of the Child*. Tehran: United Nations International Children's Emergency Fund [in Persian].
- Yassini, S. M., Taghavi Shavazi, M., & Taghavi Shavazi, N. (2012). Factors associated with adoption acceptance rate from the view point of infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine, 10(5)*, 413-418.