

چکیده ای درباره ی

فرزندپذیری

(فرزندخواندگی)

فرزندپذیری

تألیف: رضا رزاقی

ناشر: انتشارات اداره کل روابط عمومی سازمان بهزیستی کشور

نوبت چاپ: اول، سال ۱۳۸۵

شمارگان: ۳۰۰۰

طرح روی جلد: علی رضا عارف

حروفچین: آرزو حسینی

شابک: ۹۶۴-۰۶-۹۱۶۰-۷

سرشناسنامه: رزاقی، رضا، ۱۳۴۷-

عنوان و پدیدآور: چکیده‌ای درباره‌ی فرزندپذیری (فرزندخواندگی) / رضا رزاقی.

مشخصات نشر: تهران: سازمان بهزیستی کشور، اداره کل روابط عمومی، ۱۳۸۵

مشخصات ظاهری: ۹۹ص.: مصور، نمودار، جدول.

شابک: ۷-۹۱۶۰-۰۶-۹۶۴

یادداشت: فیپا

یادداشت: کتابنامه: ص. {۹۵} - ۹۹

یادداشت: واژه‌نامه

موضوع: فرزندخواندگی.

موضوع: فرزندخواندگی - - ایران.

موضوع: کودکان - - سرپرستی.

شناسه افزوده: سازمان بهزیستی کشور. اداره کل روابط عمومی.

رده‌بندی کنگره: ۸چ۴/ر۴ HV۸۷۵

رده‌بندی دیویی: ۷۳۴/۳۶۲

شماره کتابخانه ملی: ۲۲۵۷۸-۸۵م

پیش گفتار

در اجرای اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی وظیفه حمایت از کودکان بی سرپرست به سازمان بهزیستی سپرده شده است و به تبع آن مسئولیت خطیر فرزندخواندگی نیز به عهده این سازمان می باشد. براساس ماده ۲۱ پیمان نامه حقوق کودک نیز تأمین منافع عالیه کودک در فرایند فرزندخواندگی به عهده دولت هاست که در ایران این وظیفه به عهده سازمان بهزیستی است. پاسخگویی به نیازهای خانواده های متقاضی و کودکان در مراحل مختلف تصمیم گیری، پذیرش و پرورش فرزند نیازمند برنامه ریزی علمی و توسعه ساختارهای حقوقی و اجرایی است که ارتقاء سطح کیفی خدمات را ضروری می سازد.

با توجه به این مطالب و رسالت دفتر امور شبه خانواده در ارتقاء سطح کیفی خدمات و نیز تحقق اهداف سازمان بهزیستی کشور در این زمینه، این دفتر بر آن شد تا از جناب آقای رزاقی روان شناس ارزنده و کارشناس ارشد فرزندخواندگی دفتر امور شبه خانواده بخواهد کتابی در این زمینه تدوین نموده تا ضمن پر کردن برخی از خلاء های موجود، بتواند زمینه ساز خدمات رسانی بیشتر و بهتر به همه کسانی باشد که درگیر فرایند فرزندخواندگی هستند. لذا کتاب «چکیده ای درباره فرزندپذیری» که حاصل تجارب نامبرده در طی ۴ سال کار با دست اندرکاران فرزندپذیری و خانواده های فرزندپذیر است، معرفی می گردد. امید است این کتاب بتواند زمینه ساز تحقیقات و تألیفاتی باشد که در آینده فرزندانمان و زندگی خانواده های ایرانی مفید و موثر واقع شود.

نبی...عشقی ثانی

مدیر کل دفتر امور شبه خانواده

مقدمه

افرادی که به طور طبیعی بچه دار نمی شوند، برچسب هایی مانند غیرطبیعی، نازا، نابارور و ... می خورند و تفاوت و جدایی با دیگران را تجربه می کنند. این برای آنها ناکام کننده است، اگرچه پذیرش کودکی که از نظر بیولوژیکی متعلق به آنها نیست، درد آنها را تسکین نمی دهد اما درد و رنج ناباروری، آنها را به سمت والد شدن و تجربه والدینی سوق می دهد. آنها باید هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ عاطفی برای ورود یک کودک آماده شوند. هر کدام باید نیازهایش را ارزیابی کند و قادر باشد تجربه بارداری را از والد شدن جدا کند. اما اغلب تصور می شود که با استقرار کودک در خانواده فرزندپذیر، والدین و فرزندخوانده به راحتی و شادکامی مسیر زندگی خود را طی می کنند. اما در واقع آنها فشارهای روانی متعدد و متفاوتی را تجربه می کنند. گاهی ما شاهد ناتوانی و شکست والدین در فرایند فرزندپذیری هستیم، رویدادی که برای والدین و کودک ویران کننده است. همه این موضوعات بر این نکته تأکید دارند که چه قبل از پذیرش فرزند و چه بعد از آن خانواده های فرزندپذیر نیازمند دریافت خدمات آموزشی و مشاوره ای هستند.

متقاضیان فرزندخواندگی می خواهند برای فرزندپذیری آماده شوند مشاوران و کارشناسان فرزندپذیری چه در سطح مراکز مشاوره چه در سطح شیرخوارگاه ها نیازمند اطلاعاتی برای بهبود عملکرد مشاوره ای خود در این زمینه هستند؛ مقامات قضایی، وکلا و مشاوران حقوقی نیز جدا از دانش حقوقی خود نیاز

دارند با انگیزه ها و گرفتاری های متقاضیان و فرایند روانی اجتماعی فرزندپذیری بیشتر آشنا شوند و نهایتاً مراکز درمان ناباروری و متخصصین ناباروری نیازمند درک بهتر و بیشتر جنبه های رفتاری و روان شناختی درمان زوج های نابارور به ویژه آنهایی هستند که بالاخره گزینه فرزندپذیری را انتخاب می کنند یا به این سمت هدایت می شوند.

یکی از مهمترین مواردی که می تواند در این زمینه به والدین و متقاضیان فرزندپذیری و حتی فرزندخوانده ها از یک سو و دست اندرکاران فرزندپذیری از جمله مشاوران، مددکاران، وکلا و حتی متخصصان درمان ناباروری از سوی دیگر کمک کند، دسترسی به منابع علمی و کاربردی است که از نیازهای بسیار ضروری برای همه افرادی است که به نوعی درگیر فرایند فرزندپذیری هستند.

کتابی که پیش رو دارید حاصل تجارب مشاوره ای، تدریس در دوره های آموزشی « مشاوره فرزندخواندگی » و نیز مطالعاتی است که در این زمینه انجام گرفته است. علیرغم محدودیت در دسترسی به منابع مختلف، این کتاب مقدمه ای است بر مباحث مطرح شده در فرزندپذیری که امید است ضمن پر کردن برخی از خلاء های موجود، بتواند زمینه ساز خدمات رسانی بیشتر و بهتر به همه کسانی باشد که درگیر فرایند فرزندپذیری هستند. مطمئناً این کتاب دارای محدودیتهایی است که با بازخوردهای مدبرانه و نظرات تکمیلی خوانندگان عزیز زمینه اصلاحی برای آن در چاپ های بعدی فراهم می گردد.

کتاب دارای پنج فصل است که در فصل اول کلیاتی در باره فرزندپذیری، تعاریف و انواع فرزندپذیری مطرح شده است. در فصل دوم به مشخصه ها و مباحثی پرداخته شده است که در ایران بیشتر به آنها توجه شده است، اما برخی از این مشخصه ها تقریباً جهان شمول اند. در این فصل ضمن بیان این مشخصه ها به فراخور موضوع راه کارها و دیدگاه هایی مطرح شده اند که مطمئناً دیدگاه خوانندگان را به چالش خواهد گرفت. فصل سوم اشاره ای دارد کوتاه به نظریه های مرتبط با فرزندپذیری اما تمرکز اصلی در این فصل بر نظریه نقش اجتماعی است. در فصل

چهارم با توضیح مشاوره فرزندپذیری و اهداف آن، از یک طرف به مهمترین مسائل والدین متقاضی پرداخته شده و از طرفی دیگر به مشکلات احتمالی پیش روی فرزندخوانده ها توجه شده است. فصل پنجم نیز به وظایف والدین فرزندپذیر و نقش مشاوران در تسهیل فرایند فرزندپذیری اشاره دارد. علاوه بر این واژه نامه از جمله ضمایم این کتاب است که سعی شده در آن مهمترین واژه ها و اصطلاحات مرتبط با فرزندپذیری گنجانده شود تا ضمن آشنایی با آنها زمینه برای جستجوی مطالب در اینترنت برای خوانندگان علاقه مند فراهم گردد.

به هر حال سعی شده در این کتاب از واژه ها و اصطلاحاتی بهره گرفته شود که بار مثبت و ارزشی بیشتری داشته باشند. برای مثال با آنکه فرزندخواندگی واژه ای فراگیر و جا افتاده تر است اما در بیشتر مواقع از « فرزندپذیری » به واسطه بار مثبت تر آن بهره گرفته شده است یا به جای والدین اصلی، والدین زیستی (بیولوژیک) به کار گرفته شده است.

در پایان جا دارد از همه کارشناسان فرزندخواندگی بهزیستی استان ها که با طرح دیدگاه های خود مرا در تدوین این کتاب یاری دادند، مراتب سپاسگزاری خود را اعلام دارم. از جناب آقای عشقی ثانی مدیرکل دفتر امور شبه خانواده سازمان بهزیستی کشور، خانم فاطمه رضایی کارشناس حقوقی و نیز همسر و «روژا»ی عزیزم کمال تشکر را دارم.

رضا رزاقی

روان شناس و کارشناس ارشد فرزندخواندگی

تابستان ۱۳۸۵

razaghireza@gmail.com

فهرست

۱	فصل اول (فرزندپذیری)
۲	فرزندپذیری چیست
۴	انواع فرزندپذیری
۷	برخی سوالات
۱۱	فصل دوم (فرزندپذیری در ایران)
۱۴	ناباروری زن یا مرد
۱۵	جنسیت کودک
۱۷	محرمیت
۲۲	پیشینه کودک
۲۴	افشاسازی واقعیت
۳۰	نوزاد انتخابی
۳۳	فصل سوم (نظریه ها)
۳۴	نظریه نقش اجتماعی
۳۶	سرنوشت مشترک
۳۷	معلولیت نقش
۴۱	اصرار بر سر تفاوتها
۴۳	تمایز بالا و پایین
۴۵	خلاصه
۴۷	فصل چهارم (مشاوره فرزندپذیری)
۴۹	سوگ و فقدان
۵۰	سوگ زوج های نابارور

۵۴	برخی موضوعات هویتی والدین
۵۹	دلستگی
۶۱	عوامل موثر بر دلستگی
۶۴	اختلال دلستگی
۶۷	شکل گیری هویت

۶۹ فصل پنجم (وظایف والدین فرزندپذیر)

۶۹	در نظر گرفتن مقدماتی فرزندپذیری به عنوان یک گزینه
۷۲	تصمیم گیری به عنوان یک زوج
۷۳	کشف نیازها، باورها و ترسهای شخصی
۷۵	سوگواری در مورد کودک متولد نشده
۷۷	جمع آوری اطلاعات
۸۰	گروه‌های همیار

۸۵ واژه نامه

۹۳ منابع

توانایی بچه‌دار شدن به معنای توانایی پدر و مادر شدن نیست.

۱ فرزندپذیری

فرزندپذیری موضوعی کهن هم در عالم واقع و هم در عالم افسانه هاست. در تمام کتابهای آسمانی حداقل چند بار درباره فرزندپذیری، اهمیت آن و داستان های مرتبط با آن صحبت شده است. داستان موسی و فرعون شاید یکی از کهن ترین این داستان ها باشد. داستان ادیپ و به فرزندى پذیرفته شدن او توسط شاه و ملکه سرزمین کورینس نیز از جمله افسانه های مربوط به فرزندپذیری است که فروید^۱ با الهام از آن، یکی از با نفوذترین مقوله های روان شناسی رشد و شخصیت را معرفی کرد.

مطالعات جامعه شناختی نشان می دهد که فرزندپذیری در ابتدا، کارکردی مذهبی داشته است. برای بسیاری از ادیان فرزندپذیری راهی به سوی گشودن دروازه بهشت بوده و برای برخی قبایل، پذیرش کودک دشمنان راهی برای مصالحه و

¹ - Freud

آشتی و دور ماندن از تهاجم آنها بوده است، (کول^۱ و دانلی^۲، ۱۹۸۷). در اسلام نیز با آنکه هیچ رابطه نسبی بین والدین فرزندپذیر و فرزندخوانده وجود ندارد اما همواره رسیدگی و مراقبت از ایتم مورد توجه بوده است و نگهداری و مراقبت از کودکان یتیم درون خانواده مورد تاکید بوده و در احادیث پاداش بهشت برای مراقبین نوید داده شده است، (نقی نیا، ۱۳۷۸).

فرزندپذیری چیست؟

سازمان بهزیستی فرزندپذیری را اینگونه تعریف می کند: «فرزندخواندگی عبارت است از سرپرستی کودکان بدون ولی شناخته شده تحت سرپرستی سازمان بهزیستی به خانواده‌های متقاضی که واجد شرایط قانون جاری حمایت از کودکان بی سرپرست باشند»، (منصوری ۱۳۷۶، دفتر امور شبه خانواده ۱۳۷۹). این تعریف موضوعاتی را انعکاس می دهد که از قانون حمایت از کودکان بی سرپرست مصوب ۱۳۵۳ برگرفته شده اند. قانونی که بیش از ۳۰ سال هنوز به عنوان مهمترین مرجع برای واگذاری کودکان بی سرپرست به فرزندی است.

همچنانکه از تعریف بر می آید چند مشخصه وجود دارد که باید به آنها اشاره شود. در تعریف، به سرپرستی کودکان بدون ولی شناخته شده اشاره شده است. بر اساس قانون حمایت از کودکان بی سرپرست مصوب ۱۳۵۳ کودکانی به فرزندی سپرده خواهند شد که والدین یا جد پدری آنها، شناخته شده نباشد. از طرف دیگر این کودکان باید تحت سرپرستی سازمان بهزیستی قرار گرفته باشند، به عبارتی قبل از سپردن کودکان به فرزندی این کودکان باید از طریق مراجع قضایی در اختیار سازمان بهزیستی قرار گیرند و مهمتر اینکه این کودکان باید به خانواده‌هایی سپرده شوند که این قانون تعیین کرده است یعنی:

۱. زن و شوهر داوطلب سرپرستی، ایرانی یا مقیم ایران باشند.

¹ - Cole

² - Donley

۲. پنج سال تمام از تاریخ ازدواج آنها گذشته و از این ازدواج صاحب فرزند نشده باشند.

۳. هرگاه زوجین به دلایل پزشکی نتوانند صاحب فرزند شوند معافیت از شرایط بالا به عهده دادگاه می‌باشد. (برای دریافت جزئیات بیشتر می‌توان به قانون حمایت از کودکان بی سرپرست مصوب سال ۱۳۵۳ مراجعه نمود).

با وجود این، قانون جاری فرزندپذیری دارای موانع و محدودیت‌های متعددی است که مستلزم بازنگری و اصلاح است. در این زمینه بررسی و اقدامات مهمی توسط سازمان بهزیستی و قوه قضائیه انجام گرفته است که به احتمال زیاد در آینده ای نزدیک به تغییر این قانون منجر خواهد شد، (موسوی، ۱۳۸۴). اما آنچه مهم است تعریفی که سازمان بهزیستی از این فرایند ارائه داده است تقریباً یک تعریف عملیاتی برای آن سازمان محسوب می‌شود.

فرزندپذیری به فرایندی اطلاق می‌شود که در آن بچه ای از سوی یک یا چند شخص بالغ که والدین بیولوژیک او نیستند ولی قانوناً والدین او شمرده می‌شوند در خانواده ای پذیرفته می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). با توجه به این مباحث می‌توان فرزندپذیری را شیوه‌ای از مراقبت کودکان معرفی کرد که در آن رابطه والد- فرزند به شیوه ای قانونی، عاطفی و اجتماعی بین افرادی برقرار می‌شود که هیچ رابطه ای به واسطه تولد با یکدیگر ندارند. در این فرایند اجزاء سه گانه فرزندپذیری^۱ (فرزندخوانده^۲، والدین فرزندپذیر^۳ و والدین بیولوژیک یا زیستی^۴ کودک) هر یک اهدافی را دنبال می‌کنند، (شکل ۱-۱).

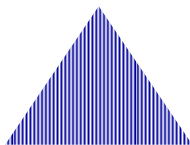
¹ - adoption triad

² - adoptee

³ - adoptive parents

⁴ - biologic parents

فرزند



والدین اصلی (بیولوژیک)

والدین فرزندپذیر

شکل ۱-۱، مثلث یا اجزاء سه گانه فرزندپذیری

این اهداف می تواند متنوع و گسترده باشند اما مهمترین هدف برای کودک «مراقبت» و رفع نیازهای اساسی است که این می تواند همراه با شناخت و آگاهی کودک یا غیر آن باشد. برای والدین فرزندپذیر این هدف، همان فرزندپذیری، تجربه والدینی و پاسخ به فقدان هایی است که تجربه کرده اند. برای والدین زیستی رهایی از یک فشار روانی بزرگ که معمولا بارداری ناخواسته به آنها تحمیل می کند از مهمترین هدفهایی است که آنها دنبال می کنند. در کشور ما ممکن است، والدین اصلی مستقیما در فرایند فرزندپذیری حضوری نداشته باشند. با این حال فرزندپذیری با روش های مختلفی اتفاق می افتد که برخی مشخصه ها منجر به تفکیک و تقسیم بندی آن می شود. اینکه چه کودکی و با چه مشخصاتی به فرزندپذیری سپرده می شود یا اینکه این کودک از چه مسیری و به چه نحو به فرزندپذیری سپرده می شود، تعیین کننده نوع فرزندپذیری است.

انواع فرزندپذیری

امروزه در دنیا گزینه های مختلفی برای پذیرش فرزند وجود دارد که والدین فرزند پذیر می توانند بهترین گزینه را بر اساس اینکه کدام گزینه نیازها و ارزش های خانوادگی آنها را پاسخ می دهد، انتخاب نمایند. به هر حال هر کدام از این گزینه ها مزایا و معایبی نیز دارند.

۱. فرزندپذیری موسسه‌ای^۱: در ایالات متحده امریکا موسساتی وجود دارند که والدین زیستی کودک را به این مؤسسات سپرده و این مؤسسات طبق فهرستی که از متقاضیان فرزندپذیری دارند، والدین فرزند پذیر را انتخاب می‌کنند. در بیشتر موارد، والدین زیستی و والدین فرزند پذیر ارتباط برقرار کرده تا بین آنها اطلاعات لازم مبادله شود. بیشتر موارد فرزندپذیری در ایران به شیوه موسسه‌ای و از طریق سازمان بهزیستی کشور انجام می‌گیرد؛ با این تفاوت که والدین زیستی به طور مستقیم کودک خود را به سازمان بهزیستی واگذار نمی‌کنند، بلکه این واگذاری از طریق مراجع قضایی عملی می‌شود. با این توضیح به استثنای مواردی که به طور غیر رسمی اتفاق می‌افتند و معمولاً فرزندپذیری شفاف^۲ و مستقل^۳ را شامل می‌شود، کلیه موارد فرزندپذیری از طریق سازمان بهزیستی اتفاق می‌افتند.

۲. فرزندپذیری موسسه‌ای، کودکان با نیازهای خاص: این شیوه فرزندپذیری کودکانی را دربرمی‌گیرد که دارای نیازهای ویژه هستند مانند کودکان دارای اختلالات عاطفی، کودکان عقب مانده ذهنی یا کودکان معلول.

۳. فرزندپذیری مستقل: منظور از فرزندپذیری مستقل همان فرزندپذیری خصوصی است و معمولاً هنگامی اتفاق می‌افتد که والدین متقاضی به طور خصوصی با والدین زیستی ملاقات کرده و درباره استقرار کودک در خانواده فرزندپذیر مذاکره کرده که این مذاکره اغلب به هنگام بارداری مادر اصلی و مستلزم مبادله مبالغ بالای پول است. گاهی والدین متقاضی برای پذیرش فرزند مورد علاقه خود به دوستان، همکاران و آشنایان می‌سپارند که در صورت وجود کودکی برای فرزندگی به آنها اطلاع دهند یا در روزنامه‌ها، مجلات و اینترنت مبادرت به درج آگهی می‌کنند. با

¹ - institutional adoption

² - open adoption

³ - independent adoption

اینکه در بیشتر ایالت‌های امریکا این کار قانونی است اما در بعضی ایالتها مانند ماساچوست و میشیگان این یک کار غیر قانونی است، (سالزر، ۱۹۹۸). بر اساس ماده ۳۵ پیمان نامه حقوق کودک (۱۹۹۰) این کار خرید و فروش کودک محسوب می شود و بر اساس قانون حمایت از کودکان و نوجوانان (پیشگیری از کودک آزاری مصوب ۱۳۸۲) این کار در کشور ما نیز پیگرد قانونی دارد. با این حال این نوع فرزندپذیری در صدی از موارد فرزندپذیری در کشور ما را شامل می شود که برآورد آن تقریباً امکان پذیر نیست.

۴. فرزندپذیری بین نژادی^۱: با اینکه بیشتر متقاضیان فرزندپذیری تمایل دارند، کودکی را انتخاب کنند که هم نژاد آنها باشد، اما در بعضی شرایط به ویژه در آمریکای شمالی، برخی والدین سفیدپوست یا سیاه پوست تمایل دارند که کودکی متفاوت از نژاد خود انتخاب کنند. با آنکه یکی از مشکلات این نوع فرزندپذیری، مسائل هویتی این کودکان خواهد بود، اما سالزر (۱۹۹۸) اشاره می کند مطالعات در ایالات متحده نشان می دهد کودکانی که به شیوه بین نژادی به فرزندپذیری پذیرفته شده اند، مشکلاتی متفاوت با کودکانی که هم‌نژاد والدین خود هستند، ندارند و با آنها با احترام رفتار می شود.

۵. فرزندپذیری بین‌المللی^۲: فرزندپذیری بین‌المللی به آن دسته از فرزندپذیری اشاره دارد که از طریق کشورهای دیگر امکان پذیر است و یک کودک به عنوان فرزندخوانده از کشور مبدأ به کشور مقصد منتقل می شود. معمولاً در این شیوه والدین و کودک هم نژاد هستند اما ممکن است دارای ملیت متفاوتی باشند. برای مثال یک کودک رومانیایی به عنوان یک

¹ - transracial adoption

² - international adoption

کودک سفیدپوست، در یک خانواده سفید پوست آمریکایی پذیرفته می شود.

۶. فرزندپذیری پیش از تولد^۱: برخی بر این عقیده اند فرزندپذیری نه تنها دربرگیرنده فرزندپذیری سنتی است بلکه شیوه غیرسنتی آن یعنی «فرزندپذیری پیش از تولد» را نیز شامل می شود که از طریق تلقیح مصنوعی تخمک، با روش های مختلف فن آوری کمکی تولید مثل^۲ یا «تلقیح از طریق شخص ثالث^۳» انجام می گیرد، (سالزر^۴، ۱۹۹۸). با نفوذ فن آوری های کمکی تولید مثل، نگرش ها درباره فرزندپذیری در سالهای اخیر حتی در ایران بسیار باز و شفاف شده است و آگاهی بیشتری درباره موضوعات فرزندپذیری مانند شناخت اثرات عاطفی فرزندپذیری بر اجزاء سه گانه آن وجود دارد.

برخی سوالات

سوالات و نگرانی های متعددی درباره فرزندپذیری وجود دارد که بیشتر زوج های نابارور و متقاضیان فرزندپذیری به دقت به آنها توجه می نمایند. علاقه عمومی این است که آیا می توان فرزندخوانده را به اندازه فرزند اصلی (بیولوژیک) خود دوست داشت یا نه؟ برخی از اینکه یک رابطه خونی برای رابطه شدید، عاطفی و متعهدانه لازم است، نگران اند. اغلب برای زوج های فرزندپذیر مفید است که این موضوع را با آنهایی که کودکی را به فرزندپذیری پذیرفته اند یا روابط آنها را مشاهده می کنند، در میان بگذارند. پیوند عاطفی والد-کودک به وسیله پیوندهای بیولوژیکی تعیین نمی شود. برغم این نگرانی ها، یافته های یک تحقیق (باور^۵، ۱۹۹۴) بر این نکته اشاره

¹ - prenatal adoption

² - assisted reproductive technology

³ - third-party reproduction

⁴ - Salzer

⁵ - Bower

دارد که ۹۵ درصد از والدین فرزندپذیری که در تحقیق آنها شرکت داشتند، دلبستگی عمیقی را به کودکشان داشتند.

نگرانی دیگر این است که فرزندخوانده سرانجام والدین فرزندپذیر را به هواداری از والدین اصلی رد خواهد کرد. این موضوعی است که بیشتر در بین خانواده‌ها و متقاضیان سایر کشورها به ویژه کشورهای صنعتی مشاهده می‌شود. فرزندپذیری در ایران گاهی فاقد یک جزء اصلی از اجزاء تشکیل دهنده فرایند فرزندپذیری یعنی والدین زیستی است و تمایل این است که فرزندخوانده بودن کودک پنهان بماند. با اینحال این نوع از نگرانی‌ها در بین خانواده‌های فرزندپذیر ایرانی نیز گزارش شده است، (اسماعیلی، ۱۳۸۳). در جریان افشاسازی‌ها، بررسی‌های خصوصی و بازکردن اسناد و موارد مثبتی مربوط به تولد، فرصت زیادی برای جستجوی والدین بیولوژیک به وجود می‌آید. در سایر کشورها، افرادی که با والدین اصلی تجارب مثبتی داشته‌اند، این را یافته‌اند که این تجارب، رابطه‌ها را در خانواده فرزندپذیر گرمتر و محکمتر می‌سازد. برخی کودکان این ارتباط را در وهله اول برای دریافت اطلاعات درباره دودمانشان و جایگاهشان برای رسیدن به موضوعات هویتی جستجو می‌کنند. اینها نیازهایی هستند که اغلب توسط والدین فرزندپذیر برآورده نمی‌شوند.

مشغله دیگر والدین فرزندپذیر این است که آیا کودک آنها (فرزندخوانده) در معرض مشکلات روان‌شناختی قرار دارد؟ مطالعات انجام گرفته در این باره نتایج متفاوتی در برداشته است. اختلالات رفتاری و هیجانی نظیر رفتار پرخاشگرانه، دزدی و مشکلات یادگیری در کودکانی که به فرزندپذیری پذیرفته شده‌اند، بیشتر از سایر کودکان گزارش شده است هرچه سن کودک در هنگام پذیرش بالاتر بوده باشد، احتمال بروز و شدت مشکلات رفتاری بیشتر است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). یک مطالعه دیگر (باور، ۱۹۹۴) شامل ۷۱۵ خانواده فرزندپذیر، اشاره می‌کند نوجوانانی که در نوزادی به فرزندپذیری رفته‌اند، در مقایسه با نوجوانان غیر فرزندخوانده (عادی) از مشکلات سلامت روانی و هویتی بیشتری رنج نمی‌برند. به

هرحال، به نظر می‌رسد کودکان فرزندخوانده در نظام سلامت روان ایالات متحده بیشتر زیر ذره‌بین قرار گرفته‌اند. اگرچه کمتر از ۲ درصد کودکان زیر ۱۸ سال در ایالات متحده توسط والدین غیر خویشاوند به فرزندپذیری پذیرفته می‌شوند، فرزندخوانده‌ها ۵ درصد بیماران روان درمانی و ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران را در مراکز درمانی شبانه‌روزی تشکیل می‌دهند. چند تبیین در این زمینه برای این بزرگ‌نمایی^۱ وجود دارد. والدین فرزندپذیر که در جریان ناباروری و فرزندپذیری از خدمات درمانی و اجتماعی حرفه‌ای بسیار استفاده کرده‌اند، به احتمال زیاد کمک‌های بیشتری را در مقایسه با آنهایی که در جمعیت عمومی قرار دارند، جستجو می‌کنند. همچنین کودکانی که در سنین بالاتر به فرزندپذیری پذیرفته شده‌اند، اغلب دارای سابقه‌ای از بدرفتاری و غفلت هستند که مطمئناً احتمال شرکت آنها را در نظام سلامت روان بیشتر می‌کند. کودکان فرزندخوانده به طور کل دوره‌هایی از خشم یا افسردگی را به منظور رسیدگی به فقدان و حل موفقیت‌آمیز این موضوعات تجربه می‌کنند.

مطالعات دیگری که انجام گرفته است نشان می‌دهند که کودکان فرزندخوانده بیشتر در معرض خطر مشکلات یادگیری و تمرکز هستند، ۲۰ تا ۴۰ درصد فرزندخوانده‌ها به نظر می‌رسد که اختلال کمبود توجه دارند در حالی که فقط ۳ تا ۵ درصد از کودکان غیر فرزندخوانده با این مشکلات مواجه‌اند. مطالعات همچنین نشان می‌دهد که خطر بیشتری برای تنوعی از ناتوانایی‌های یادگیری وجود دارد. این ممکن است به واسطه عوامل وراثتی، مراقبت‌های والدینی ضعیف همچون استفاده مادر یا والدین از الکل، دارو یا مشکلات در حین بارداری یا زایمان باشد (ملینا، ۱۹۹۶).

متأسفانه در ایران تحقیقات انگشت شماری درباره فرزندپذیری و مسائل مربوط به آن انجام گرفته است اما پژوهشی که در سال ۱۳۶۹ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام گرفته، علیرغم برخی مشکلات روش شناختی، نشان می‌دهد کودکانی که فرزندخوانده هستند در مقایسه با کودکانی که در مراکز شبانه

¹ - over presentation

روزی نگهداری می شوند، از لحاظ رشد جسمی، رشد اجتماعی و پیشرفت تحصیلی از وضعیت مطلوب تری برخوردار بوده اند، (مشگی، ۱۳۶۹).

سوالات دیگری وجود دارند که از مشغله های ذهنی والدین، فرزندخوانده ها و دست اندرکاران فرزندپذیری است. برای مثال مشخصه ها و وضعیت فرزندپذیری در ایران چگونه است؟ آیا تفاوتی بین نگرانی ها و مشخصه های والدین فرزندپذیر در ایران و جهان وجود دارد؟ آیا باید به کودک گفت که او فرزندخوانده است؟ اگر پاسخ مثبت است، چگونه؟ وظایف والدین فرزندپذیر در این فرایند چیست؟ و ده ها سؤال مهم دیگر که سعی بر این است در این کتاب ضمن طرح دیدگاه ها و پایه های نظری مرتبط، زمینه برای پاسخ دهی به آنها فراهم شوند.

در کشورهایی که نظام فرزندخواندگی وجود دارد، این امر باید با توجه به منافع عالیّه کودک و با کمک مقامات ذی صلاح انجام گیرد.
(ماده ۲۱، پیمان نامه حقوق کودک)

۲ فرزندپذیری در ایران

فرزندپذیری یکی از مباحثی است که امروزه به واسطه افزایش میزان ناباروری زوجها و بی سرپرستی کودکان بیشتر در کانون توجه قرار گرفته است. گزارش نقی نیا (۱۳۷۸) حاکی است که در فاصله سال های ۱۳۵۱ تا ۱۳۷۴ فقط ۳۴۴۴ کودک از طریق شیرخوارگاه آمنه به فرزندى سپرده شده اند. بر اساس آمار عملکرد سازمان بهزیستی تقریباً سالیانه بین ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ کودک به فرزندى سپرده می شوند، (گزارش آماری دفتر امور شبه خانواده، ۱۳۸۴)، بر اساس آمارهای موجود می توان برآورد کرد که در طی ۲۵ سال گذشته تقریباً بیش از ۱۵۰۰۰ کودک به طور رسمی از طریق سازمان بهزیستی به فرزندى سپرده شده اند که این، از وجود تقریبی ۱۵۰۰۰ خانواده فرزندپذیر حکایت دارد و این جدای از مواردی است که از طریق مختلف یا به طور غیر رسمی و غیر قانونی به عنوان فرزندخوانده وارد خانواده ها شده اند، (رزاقی، ۱۳۸۲).

وجود این تعداد از خانواده‌های فرزندپذیر نه تنها بیانگر تعداد قابل توجهی از این نوع خانواده‌ها در جامعه است که مسائل و مشکلات خاص خود را دارند بلکه این واقعیت را انعکاس می‌دهد که فرایند فرزندپذیری و افراد درگیر در این فرایند (فرزندخوانده و والدین) نیازمند بهره‌گیری از خدمات تخصصی به ویژه خدمات آموزشی هستند.

نتایج حاصل از بررسی‌های انجام گرفته (نقی‌نیا، ۱۳۷۸؛ سرداری‌سیار، ۱۳۷۹؛ سپهر، ۱۳۸۰) نیز بر این ادعا صحنه می‌گذارند که پاسخگویی به نیازهای خانواده‌های متقاضی و کودکان در مراحل مختلف تصمیم‌گیری، پذیرش و پرورش فرزند نیازمند برنامه‌ریزی علمی و توسعه ساختارهای حقوقی و اجرایی است و این افراد و خانواده‌ها، نیازمند بهره‌گیری از خدمات مشاوره‌ای، قبل و بعد از فرزندپذیری‌اند.

همچنانکه اشاره شد چارچوب حقوقی واگذاری فرزند در قالب فرزندخواندگی از سال ۱۳۵۳ در قالب قانون حمایت از کودکان بی سرپرست ریخته شده و با تشکیل سازمان بهزیستی کشور مسئولیت مربوط به امور فرزندخواندگی بر عهده این سازمان گذاشته شده است.

جامعه ایران، جامعه‌ای متنوع و همراه با گوناگونی قومی و مذهبی است. در حالی که برخی از اقوام و ادیان فرزندپذیری را در قالب انجمن‌های قومی مذهبی خود با رسمیت بیشتر مورد توجه قرار می‌دهند (برای مثال زرتشتیان، ارامنه و ...) دین اسلام علیرغم توصیه‌های متعدد به مراقبت از کودکان و سرپرستی از ایتام به استناد آیه‌های چهارم و ششم سوره احزاب^۱ فرزندخوانده را فرزند واقعی

۲- ما جعل الله الرجل من قلبین فی جوه و ما جعل ازواجکم اللاتی تظاهرون منهن امهاتکم و ما جعل ادعیاءکم ابناءکم ذلکم قولکم با فواہکم و الله یقول الحق و هو یمی السبیل. (آیه چهارم از سوره احزاب).

و خدا در درون یک مرد دو قلب قرار نداده و نیز زنانان را که مادر بخوانند. ما در شما پسر دیگری که فرزند بخوانید پسر شما قرار نداده، این گفتار شما زبان بی‌واقع است و خدا سخن بحق می‌گوید و شما را به حقیقت راهنمایی می‌کند.

نمی‌شناسد، (مشگی، ۱۳۶۹) و بر این اساس فرزندخوانده جزو طبقات ارث محسوب نمی‌شود. به نظر بسیاری از علمای دینی و کارشناسان حقوقی وراث محسوب شدن کودک اهدا شده (فرزندپذیری از طریق فن آوری کمکی) بر اساس قانون اهدای جنین مبهم است، (روزنامه ایران، ۱۳۸۴، شماره ۳۳۰۴). با این حال قوانین جاری کشور در این زمینه (قانون حمایت از کودکان بی سرپرست مصوب ۱۳۵۳) به طور ضمنی بر فرزندپذیری صحه می‌گذارد. در حالی که در بین زرتشتیان فرزندخوانده فرزند واقعی خانواده محسوب می‌شود و می‌تواند وارث والدین خود باشد، در دین اسلام با این فرض که فرزندخوانده فرزند نسبی والدین فرزندپذیر محسوب نمی‌شوند، دو برداشت تقریباً یکسان وجود دارد: یک برداشت مربوط به مسلمانان سنی مذهب است که مراقبت و سرپرستی از یک کودک بی سرپرست را تنها در قالب قیمومیت می‌پذیرند. برداشت مسلمانان شیعه مذهب نیز مشابه با مسلمانان سنی مذهب است، اما بسیاری از مراجع دینی شیعه با یکسری اقدامات و اعمال شرایط به ویژه در ارتباط با موضوع محرمیت، سعی در پذیرش ضمنی آن و ایجاد بستر مناسب برای فرزندپذیری توسط متقاضیان فرزندپذیری داشته‌اند.

اما سؤال این است که فرزندپذیری در ایران دارای چه مشخصاتی است؟ اگرچه پاسخ به این سؤال مستلزم پژوهش‌های متعددی است اما با توجه به بررسی‌های انجام گرفته و نقطه نظرات دست‌اندرکاران فرزندپذیری می‌توان گفت موضوعات ذیل از مهم‌ترین مشخصه‌های فرزندپذیری در ایران به شمار می‌روند: ناباروری زن یا مرد، جنسیت کودک و محرمیت، آگاهی از پیشینه کودک و افشاسازی واقعیت، (رزاقی، ۱۳۸۲) که در اینجا درباره آنها بحث خواهد شد و به فراخور موضوع نقطه نظرات جامعه شناختی یا روان شناختی مرتبط ارائه خواهند شد.

ناباروری زن یا مرد

دست اندر کاران امور فرزندپذیری معتقدند که در بین متقاضیان فرزندپذیری بیشتر آندسته از زوج‌های نابارور برای پذیرش کودک پیش قدم می‌شوند که از بین زن و شوهر، «مرد» نابارور است نه «زن». یافته‌های نقی‌نیا (۱۳۷۸) سرداری سیار (۱۳۷۹) و رزاقی (۱۳۸۲)، نشان می‌دهند بین ۷۰ تا ۸۰ درصد زوج‌های ناباروری که متقاضی فرزندپذیری هستند، مشکل ناباروری آنها مربوط به مردان است.

یک توجیه بیانگر وجود یک نوع فضای مردسالارانه حاکم بر فرایند فرزندپذیری است. زوج‌هایی که ناباروریشان مربوط به مردها است؛ بیشتر برای پذیرش فرزند پیش قدم می‌شوند ولی زوج‌هایی که ناباروری آنها مربوط به خانمهاست، «ازدواج مجدد» آقایان ممکن است به عنوان یک راه کار انتخاب می‌شود. که گاه با تنش و طلاق همراه است در این مورد، ما شاهد خانواده‌های دو یا چند همسری^۱ نیز هستیم.

متأسفانه این جنبه‌ای است که روابط سلسله مراتبی و سلطه‌گرانه جنسیتی را انعکاس می‌دهد. روان‌شناسان و مددکاران انتقادی^۲ ستم جنسیتی را جزو ستم‌های چهارگانه‌ای^۳ دسته‌بندی می‌کنند که مستلزم تغییر و توسعه فرایند روابط برابرنگر است. این فرایند عملاً به پرورش برابری و عدالت و ظرفیت انسان‌ها برای مشارکت برابر بستگی دارد، (فوکس^۴ و پرلیلتنسکی^۵، ۱۹۹۷؛ هیلی^۶، ۲۰۰۰)

¹ - bigamy or polygamy

² - critical psychologists and social workers

^۳ - ستم نژادی، جنسیتی، طبقاتی و جهت‌گیری جنسی

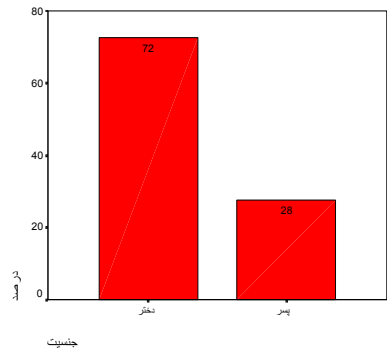
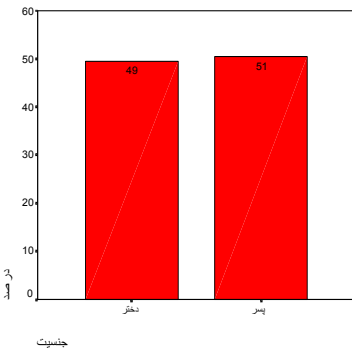
⁴ - Fox

⁵ - Prilleltensky

⁶ - Healy

جنسیت کودک

بیشتر متقاضیان از ابتدا خواهان پذیرش «دختر» به عنوان فرزند، هستند. به طوری که بر اساس فهرست انتظار ویژه متقاضیان فرزندپذیری، بیش از ۷۵ درصد این افراد، متقاضی فرزند دختر هستند (آمار عملکرد دفتر امور شبه خانواده، ۱۳۸۳). اما به واسطه اینکه تعداد فرزندان دختر و پسر در شیرخوارگاه‌ها تقریباً برابر هستند به ناچار و به واسطه وجود فرزندان پسر در شیرخوارگاه افرادی که صرفاً متقاضی فرزند دختر هستند، مجدداً در فهرست انتظار سازمان بهزیستی قرار می‌گیرند یا در بعضی موارد و در طی مشاوره‌های قبل از فرزندپذیری نسبت به پذیرش فرزند دختر تجدید نظر می‌کنند. اما آنچه مشخص است در نهایت تعداد کودکان واگذار شده به خانواده‌ها بر حسب جنسیتشان برابراند، (شکل شماره یک).



ب) درصد فرزندخوانده‌ها به تفکیک جنسیت در سال ۱۳۸۱

الف) درصد متقاضیان دختر و پسر در سال ۱۳۸۱

شکل شماره ۱، درصد متقاضیان فرزندپذیری (الف) در مقایسه با درصد کودکانی که به فرزندی سپرده شده‌اند (ب).

طبق شکل شماره یک با آنکه نزدیک ۷۳ درصد از زوج‌های متقاضی فرزندپذیری، خواهان فرزند دختر هستند (نمودار الف)، اما در نهایت نسبت فرزندان تحویل داده شده به خانواده‌ها تقریباً برابر است، (نمودار ب).

از دید دست‌اندرکاران امور فرزند‌پذیری، این موضوع ارتباط مستقیمی با موضوع محرمیت دارد (کارگاه مشورتی امور شبه خانواده، ۱۳۸۲). اغلب خانواده‌ها تمایل دارند فرزند دختر را انتخاب کنند چون به راحتی می‌توانند با موضوع محرمیت کنار بیایند. اگرچه از سوی مراجع دینی برخی راه‌کارهای شرعی برای ایجاد محرمیت معرفی شده است، با این وصف خانواده‌ها ترجیح می‌دهند جنسیت دختر را به عنوان گزینه اصلی خود انتخاب نمایند.

جالب آنکه افزایش درخواست نوزاد «دختر» برای آندسته از زوج‌های نابارور که متقاضی فرزند‌پذیری هستند باز دلیلی بر این مدعاست که یک نوع فضای مردسالارانه بر روند فرزند‌پذیری حاکم است، (نقی‌نیا، ۱۳۷۸). زیرا پذیرش یک پسر از این منظر برای مرد خانه مشکل‌ساز خواهد شد، چرا که او با مادرخوانده خود محرم نمی‌شود. اما اغلب مردان متقاضی به این دلیل نوزاد دختر را انتخاب می‌کنند که در آینده با همسر آنها محرم خواهد شد. اگر چه در وهله اول به نظر می‌رسد که با این وضعیت و درخواست بیشتر برای مراقبت از دختران، تعداد بیشتری از دختران از حمایت و سرپرستی برخوردار خواهند شد؛ اما این تقاضاها بیشتر ناشی از خواسته‌ها و نگرانی‌های حل‌نشده و عدم آمادگی متقاضیان برای پذیرش فرزند است.

با اینکه در نهایت تعداد دختران و پسرانی که به فرزند‌پذیری سپرده می‌شوند برابرند اما تعداد متقاضیانی که صرفاً به این دلیل که فرزند دختر برای تحویل به آنها وجود ندارد و از پذیرش فرزند سرباز می‌زنند رو به افزایش است، این موضوع بسیار مهمی است که مشاوران فرزند‌پذیری باید به آن توجه نمایند زیرا اصرار بیش از حد بر روی انتخاب جنسیت کودک می‌تواند ناشی از این باشد که این افراد مسائل و مشکلات مربوط به فقدان‌های ناباروری را برای خود حل و فصل نکرده‌اند، (رزاقی، ۱۳۸۳).

محرمیت

از آنجایی که در دین اسلام و بر اساس آیه‌های مورد اشاره، مراقبت از کودکان تحت عنوان فرزندخواندگی امکان‌پذیر نبوده بلکه مراقبت از کودکان بیشتر به شیوه سرپرستی تشویق می‌شود، همواره سوالاتی وجود دارند که برخی خانواده‌های مسلمان جامعه ایرانی با آن دغدغه دارند. یکی از این مسائل مهم موضوع محرمیت است: اینکه اگر کودکی در خانواده‌ای رشد کرد آیا نسبت به والدین خود محرمیت پیدا می‌کند؟ قطعاً پاسخ اصلی منفی است. بر همین اساس برخی از متقاضیان فرزندپذیری به ویژه آقایان تمایل دارند فرزند دختر را انتخاب کنند چون با رشد و نمو فرزند نگرانی زیادی درباره نامحرمی با همسر ایجاد نمی‌شود. اگر چه این نگرانی به صورت پنهان برای زنان نیز وجود دارد. به همین دلیل تمایل به پذیرش نوزاد پسر کمتر است چون با رشد او مسئله محرمیت نگرانی بیشتری را برای مرد خانواده ایجاد می‌کند. البته باید اشاره کرد این موضوع برای آندسته از متقاضیان اهمیت دارد که عقاید سنتی تری دارند.

همچنانکه اشاره شد مراجع دینی شیعه برخی راه کارهای شرعی را برای ایجاد محرمیت معرفی کرده‌اند که در اینجا با توجه به اهمیت موضوع به برخی دیدگاه‌های آنها اشاره می‌شود.

در سال ۱۳۸۱ آیت‌الله صادقی تهرانی برای ایجاد محرمیت بین فرزندخوانده با والدین فرزندخوانده‌پذیر راه‌های ذیل را پیشنهاد می‌دهد:

۱. ارتضاع از طریق شیر مادر یا مادربزرگ مادرخوانده
۲. ارتضاع از طریق شیر زن پدر مادرخوانده
۳. با نبود تجاذب جنسی بین مردان و زنان (والد- کودک) به نص صریح قرآن این افراد به هم محرمند.

بحث اصلی بر روی گزینه سوم است، گزینه ای که از پیچیدگی موضوع محرمیت می‌کاهد و داشتن احساس والدینی، محبت و اعمال شیوه‌های مراقبت را برای ایجاد محرمیت برای آندسته از والدین که دغدغه‌های دینی و مذهبی دارند،

کافی می داند. یعنی وجود یک رابطه والدینی بدون هیچ گونه جذبه جنسی را برای ایجاد محرمیت بین والد و کودک کافی می داند.

با این حال با یک استفتائیه از سوی سازمان بهزیستی استان قم در زمستان ۱۳۸۱، مواضع مراجع دینی در این زمینه بیشتر مشخص شد. به استثنای آیت الله صانعی (۱۳۸۱/۱۰/۹) که اسلام را دین سهولت می داند نه صعوبت، بیشتر مراجع چنین روشی را جایز نشمرده و چنین استنباطی از آیات شریفه قرآن ننموده‌اند بلکه معتقدند چنین آرای بی ناشی از استحسان عقلی است و اعتباری ندارد (موسوی اردبیلی، مکارم شیرازی. صافی، نوری همدانی، سیستانی، منتظری، تبریزی، بهجت و فاضل لنکرانی، ۱۳۸۱).

آیت الله فاضل لنکرانی (۱۳۸۳، ص ۴۳۵) که تقریباً بیشتر آیات عظام با ایشان هم رأی هستند راه‌های ایجاد محرمیت را اینگونه معرفی می نمایند:

« اگر کودک دختر شیر خواره باشد، از راه‌های زیر

بین او و مرد (پدر خوانده) محرمیت ایجاد می شود:

۱. شیر همسر انسان را بخورد که در این صورت دختر رضاعی مرد می شود.

۲. شیر مادر مرد را بخورد، که در این صورت دختر رضاعی مرد می شود.

۳. شیر خواهر مرد را بخورد، که دختر رضاعی مرد می شود و یا شیر دختر خواهر مرد را بخورد.

۴. شیر زن برادر مرد را بخورد، که دختر برادر رضاعی او می شود و یا شیر دختر برادر را بخورد.

۵. اگر شیر خوار نباشد یا اگر شیر خوار است و شیر موارد فوق وجود ندارد می توان به وسیله صیغه نکاح موقت بین دختر و پدر مرد یا پدر بزرگ او محرمیت

ایجاد می‌شود ولی باید توجه داشت که اگر دختر نابالغ باشد نکاح مذکور باید به اذن ولی شرعی او باشد و در صورت نبودن ولی، باید از مجتهد جامع الشرایط اذن گرفت. و در هر صورت نباید صیغهٔ محرمیت برای دختر بچه مفسده داشته باشد. بلکه رعایت مصلحت او لازم است. کما اینکه اگر دختر بالغ باشد اذن پدر یا جد پدری به احتیاط واجب معتبر است.

اگر کودک پسر و شیرخوار باشد، از راه‌های زیر می‌توان بین او و زن (مادر خوانده) ایجاد محرمیت کرد:

۱. شیر همان زن را بخورد، که فرزند رضاعی او می‌شود.
۲. شیر مادر زن را بخورد، که برادر رضاعی زن می‌شود.
۳. شیر خواهر زن را بخورد، که پسر خواهر رضاعی زن می‌شود یا شیر دختر خواهر زن را بخورد.
۴. شیر زن برادر زن را بخورد، که پسر برادر رضاعی زن می‌شود یا شیر دختر برادر زن را بخورد.
۵. اگر پسر شیرخوار نباشد و مادر خوانده، مادر بدون شوهر داشته باشد و او را به عقد دائم یا موقت پسر در آورند، پس از دخول به او مادر خوانده، ربیبۀ او می‌شود و به او محرم می‌شود.»

با این حال، سوالات دیگری در جامع‌المسائل (آیت‌الله فاضل

لنکرانی، ۱۳۸۳، ص ۴۲۶) ارائه شده‌اند:

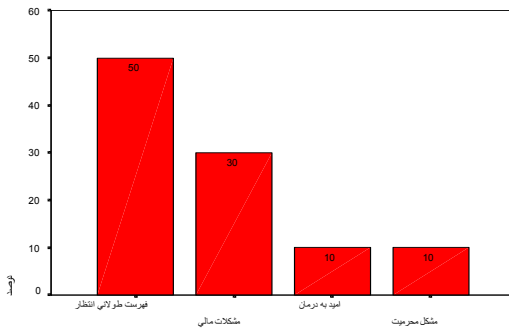
«س ۱۲۶۷- اگر پسر شیرخوار نباشد و مادر خوانده، مادر بدون شوهر داشته باشد و او را به عقد دائم یا موقت پسر در آورند، پس از دخول به او مادر خوانده، ربیبه او می شود و به او محرم می شود. پس اگر پسر ممیز نشده باشد و زن را به عقد او در آورند و توسط زن و بدون توجه و اختیار بچه و حتی بدون التذاذ جنسی، دخول محقق شود، آیا عمل با این کیفیت موجب محرم شدن می شود؟»

- بلی شرط محرم شدن ربیبه، صرف تحقق دخول است و او به مقدار حشفه و بدون توجه و اختیار و حتی در خواب یا اجبار انجام شود. لذا در فرض سؤال اگر بعد از عقد دخول به هر مقدار و به هر نحو صورت گیرد، دختر آن زن ربیبه و به آن بچه محرم می شود.»

«س ۱۲۶۸- غیر آنچه در جلد ۱ جامع المسائل برای محرم شدن فرزندخوانده بیان شده است، راه دیگری وجود دارد؟»

- بلی چنانچه بچه، دختر باشد و مادر داشته باشد که ازدواج با او ولو به طور موقت ممکن باشد مرد می تواند آن زن را (که مادر بچه است) به عقد خود در آورد و پس از دخول به او بچه ربیبه و محرم آن مرد می شود. نیز هرگاه بچه دختر شیرخوار باشد و زنی که بچه شیر می دهد او را شیر دهد و آن مرد بتواند آن زن را ولو پس از طلاق یا فوت شوهر و انقضای عده، به عقد خود در آورد. در این فرض هم پس از دخول به او، آن بچه ربیبه و محرم وی می شود.»

با این حال، این سؤال مطرح می‌شود که موضوع محرمیت تا چه اندازه برای متقاضیان فرزندپذیری مسئله‌ای بنیادی محسوب می‌شود؟ طی بررسی‌ها و تبادل نظرهایی که در سال ۱۳۸۲ با دست اندرکاران امور فرزندپذیری سازمان بهزیستی انجام گرفت، مشخص شد که یک نوع دوگانگی و تعارض مشاهده می‌شود. از یک طرف اهمیت محرمیت در طی ۲۵ سال اخیر و با رشد آموزه‌های مذهبی در بین مردم بیشتر انعکاس یافته است اما از طرف دیگر و به همین نسبت نگرش‌ها درباره فرزندپذیری در ایران بسیار باز و شفاف شده است و آگاهی بیشتری درباره موضوعات فرزندپذیری ایجاد شده است. بر این اساس می‌توان دو گروه اصلی از متقاضیان فرزندپذیری را مشخص نمود: (۱) آندسته که مسئله محرمیت را مهم تلقی می‌کنند و (۲) آندسته که اهمیت چندانی برای این موضوع قایل نیستند (رزاقی، ۱۳۸۳). بررسی‌های سرداری‌سیار نیز (۱۳۷۹) نشان می‌دهد موضوع محرمیت در بین متقاضیان فرزندپذیری در اولویت چهارم قرار دارد و فقط ۱۰ درصد متقاضیان فرزندپذیری آن را به عنوان یک موضوع مهم برای انصراف از فرزندپذیری ارزیابی کرده‌اند، (شکل شماره ۲). شکل شماره دو، به مواردی اشاره دارد که متقاضیان فرزندپذیری به عنوان عاملی برای انصراف از تصمیم خود یعنی فرزندپذیری ابراز داشته‌اند.



شکل شماره ۲، علل انصراف متقاضیان فرزندپذیری.

در بسیاری از موارد آنهایی که با موضوع محرمیت بیش از حد مشغله ذهنی دارند، اغلب از درخواست خود برای پذیرش فرزند منصرف می شوند. اینگونه متقاضیان نیازمند دریافت خدمات مشاوره ای بیشتری هستند تا بسیاری از تعارضات و مسائل خود را حل و فصل نمایند. مهم بودن موضوع محرمیت برای والدین می تواند آنها را به عنوان والدینی معرفی کند که تفاوت‌های خود را با خانواده های زیستی (بیولوژیک) نمی پذیرند، یا بیش از حد بر این تفاوتها اصرار دارند، (به فصل سوم مراجعه نمائید). با این حال اعتقاد بر این است که موضوع محرمیت یک موضوع فرعی برای قانون حمایت از کودکان بی سرپرست (فرزندخواندگی) و یک تکلیف شخصی و شرعی است که یافتن راه حل های این مسئله به عهده افراد فرزندپذیر است به این معنی که هر فرد یا خانواده می تواند خود راه کاری برای آن بیابد، (موسوی، ۱۳۸۴) و در این باره مبانی حقوق کودک را به طور جدی رعایت نمایند.

پیشینه کودک

کارشناسان فرزندپذیری بر این عقیده اند برای بسیاری از والدین این مهم است بدانند کودکی را که به فرزند می پذیرند دارای چه پیشینه ای است. چنانچه پیشینه ای از کودک موجود باشد در اختیار گذاشتن آن می تواند به بسیاری از مسائل هویتی کودک پاسخ دهد. اما معدودی از متقاضیان روی این موضوع تأکید دارند که آیا کودک حاصل یک رابطه مشروع است یا خیر؟ با آنکه برخی از آنها در نهایت این موضوع را برای خود حل و فصل می کنند و چندان موضوع مشروع بودن^۱ کودک را برجسته نمی سازند اما برای عده ای از متقاضیان فرزندپذیری این موضوع آنقدر مهم است که در یک تصمیم گیری بسیار ارزنده، از پذیرش کودک صرف نظر می کنند.

^۱ - illegitimacy

پس از زلزله شهرستان بم در زمستان ۱۳۸۲ تعداد متقاضیان فرزندپذیری بسیار بالا رفت. متأسفانه یکی از دلایل افزایش این تعداد از متقاضیان فرزندپذیری، جدا از همدردی با آسیب دیدگان و بازماندگان حادثه، ناشی از این دیدگاه بود که کودکان بازمانده ثمرهٔ یک رابطهٔ مشروع اند. به عنوان یک تجربه شخصی در مصاحبه‌هایی که انجام می‌شد جدا از همدردی با آسیب دیدگان و بازماندگان حادثه، آنها رویای نجات یک کودک را به واسطه فرزندپذیری به خوبی انعکاس می‌دادند.

این موضوع نشان می‌دهد در این زمینه نیز ما با دو دسته از متقاضیان روبه‌رو هستیم. آنهایی که مشروع بودن کودک برایشان مهم است و آنهایی که دیدی انسانی تر به موضوع دارند.

از موضوعات دیگری که در این باره والدین متقاضی به آن علاقه‌مندند آگاهی از سرنوشت والدین زیستی کودک است. (اسماعیلی، ۱۳۸۳). با اینکه این موضوع می‌تواند تسهیلاتی را برای رفع مسائل هویتی والد-کودک فراهم نماید اما تلاش بیش از حد برای حصول این آگاهی به ویژه در ارتباط با موضوع مشروعیت کودک می‌تواند بازتابی از مشکل در روابط و پذیرش غیر شرطی نوزاد باشند. اگر این موضوع با مسئلهٔ مشروع بودن و نامشروع بودن کودک گره بخورد نشان می‌دهد که والدین برای پذیرش کودک آمادگی لازم را نداشته و می‌تواند الگویی از نظام خانوادگی را معرفی نماید که برودزینسکی^۱ (۱۹۹۰) آن را «اصرار بر روی تفاوتها» نامیده است. در این الگو افراد به طور مداوم موضوع فرزندپذیری را با دیگران در میان می‌گذارند و آن را شرح می‌دهند و همیشه رابطه خود و کودکشان را از منظر فرزندپذیری مشخص می‌سازند که چنین رفتاری بیشتر یک نوع احساس ناایمنی را انعکاس می‌دهد. به‌رحال ما نیازمند فراهم نمودن شرایط برای تغییر در باورهای هستیم که می‌توانند مانعی برای مراقبت از کودکان در خانواده‌های جایگزین باشند.

¹-Brodzinsky

²- insistence of difference

در ارتباط با این موضوع در فصل چهارم و پنجم درباره مباحث ژنتیکی و باورهای پیش داورانه صحبت خواهیم کرد.

افشاسازی واقعیت

یکی از مشکلات مهم در بین خانواده‌های فرزندپذیر نحوه گفتن^۱ این واقعیت به کودک است که او فرزند بیولوژیک خانواده نیست. با اینکه برخی از خانواده‌ها تمایل دارند واقعیت را برای فرزند خود بیان کنند اما اینکه چگونه و با چه شیوه‌ای این کار را انجام دهند، از انجام این کار باز می‌مانند. برخی دیگر نیز اصولاً تمایلی به افشاسازی این واقعیت ندارند و می‌خواهند موضوع فرزندپذیری را به این شیوه پنهان نمایند. سادوک و سادوک (۱۳۸۲) بیان می‌کنند در امریکا والدین فرزندپذیر اغلب موضوع فرزندپذیری را بین سنین ۲ تا ۴ سالگی به کودک می‌گویند. آگاه کردن کودک از این موضوع مانع آن می‌شود که طفل از طریق منابع خارج از خانواده از فرزندپذیری خود مطلع شود و احساس کند والدین فرزندپذیر به او خیانت کرده و والدین حقیقی او را ترک کرده‌اند.

در کشور ما تجارب کارشناسان فرزندپذیری مبین این است که با ورود کودک به مرحله نوجوانی و بروز بحران هویت و موضوع هویت‌یابی، اغلب آنها از موضوع فرزندپذیری خود مطلع می‌شوند و دچار سردرگمی‌های بی‌شماری می‌شوند که این برای والدین نیز مشکل‌ساز می‌شود. اگرچه دست‌اندرکاران فرزندپذیری توصیه‌های لازم را به والدین می‌کنند اما آنچه موجب مشکل در بین فرزندخوانده‌ها و خانواده‌های آنان می‌شود موضوع انکار فرزندپذیری از سوی والدین فرزندپذیر است، (کارگاه مشورتی دفتر امور شبه خانواده، ۱۳۸۲).

تا سالهای اخیر و در بیشتر کشورها، موارد بسیاری از فرزندپذیری به طور مخفیانه (گمنام) و با تبادل حداقل اطلاعات بین والدین اصلی و والدین فرزندپذیر

¹ - telling process

انجام می‌گرفت، که البته این وضعیت در ایران به جز موارد غیر قانونی فرزندپذیری که در بعضی شرایط والدین زیستی حضور دارند، همچنان با کمترین تبادل اطلاعات انجام می‌گیرد. مادران اصلی انتظار دارند آنچه را اتفاق افتاده فراموش کنند و به زندگی خودشان برگردند. والدین فرزندپذیر اغلب از اهمیت والدین زیستی در زندگی کودکانشان آگاه نیستند یا از شناخت تأثیرات آنها روی گردانند. موضوع فرزندپذیری به ندرت بحث شده است و گاهی اوقات با کودکان در مورد فرزندپذیری‌شان هیچگاه صحبتی نمی‌شود، شاید بعدها به طور غیر منتظره‌ای از این راز خبردار شوند. حتی هنگامی که این خبر در میان گذاشته می‌شود، احساسات به خوبی و به طور شفافی بروز نمی‌یابند.

اغلب به فرزندخوانده‌ها، در مورد گذشته‌شان اطلاعات اندکی داده می‌شود و توانایی آنها در دسترسی به اطلاعات بیشتر (مثلاً جستجوی والدین زیستی) محدود می‌شود. امروزه، در دنیا همهٔ اعضای مثلث فرزندپذیری- والدین زیستی، والدین فرزندپذیر و فرزندخوانده‌ها- در بیان احساسات و نیازهایشان همصدا هستند. هم‌اکنون والدین زیستی برای مشارکت بیشتر در طرح فرزندپذیری و گاهی اوقات ارتباط مداوم مورد توجه قرار می‌گیرند. والدین فرزندپذیر به طور روزافزونی اطلاعات بیشتری در اختیار کودکانشان قرار می‌دهند و فرصتهایی را برای ملاقات با والدین اصلی فراهم می‌سازند. آنها کمک می‌شوند تا با تفاوت‌هایی که والدین فرزندپذیر دارند، بیشتر تسکین و آرامش یابند. فرزندخوانده‌ها گاهی یادگاری‌هایی از والدین اصلی خود دارند، یک نامه، عکس یا یک هدیهٔ خاص و به این طریق به برخی سوالات هویتی‌شان پاسخ می‌دهند. ثبت مشخصات کودک، گرفتن عکس و تهیه یک گزارش از نحوه پذیرش کودک در سازمان بهزیستی که به جزئیات حتی رنگ و جنس لباس کودک پردازد، و نگهداری وسائلی که همراه کودک است می‌تواند در آینده به بسیاری از مسائل هویتی کودکان پاسخ دهد. خوشبختانه سازمان بهزیستی توجه به این موارد را به هنگام ورود نوزادان به شیرخوارگاه مد نظر دارد و بیشتر موارد ثبت می‌گردند. اگرچه، امروزه سطوحی از شفافیت و بازبودن در

فرزندپذیری وجود دارد اما وجود ارتباط بهتر در میان همه اعضا و افزایش آگاهی از اثرات عاطفی فرزندپذیری به طور عمومی یک فضای سالمتر و قابل اعتماد را ایجاد می کند.

موضوع بیان واقعیت باید به طور جد توسط دست اندرکاران امور فرزندپذیری به ویژه مشاوران مورد توجه قرار گیرد و هم قبل از تحویل کودک به خانواده و هم بعد از آن در جلسات مشاوره یا جلسات پیگیری به آن پرداخته شود و در جهت حل و فصل کردن برخی تعارضات موجود در زوجین یا از بین بردن فضای ناایمن در خانواده بکوشند. با این حال نباید این نکته را فراموش کرد که این موضوع می تواند یک مسئله مهم هویتی باشد که هم زوجین و هم فرزندخوانده را در بر می گیرد. این مهم است که والدین مسئولیت خود را در مورد شکل گیری هویت فرزند خود به عهده بگیرند و دریافت برخی اطلاعات در این زمینه که والدین کودک چه افرادی هستند یا چه کسانی بوده اند می تواند در رفع مشکلات هویتی کودک مؤثر باشد. با کسب برخی اطلاعات درباره والدین اصلی برخی زوجین امنیت بیشتری را در نقش والدینی خود پیدا می کنند و نگرانی و ترس هایشان اندک اندک بر طرف می شود. آنچه مهم است جستجوی خدمات مشاوره ای و آموزشی از سوی والدین در این زمینه ها باید تأکید شود.

در بررسی که توسط خانم اسماعیلی (۱۳۸۳) انجام شده مشخص گردید یکی از مهمترین موضوعات مربوط به فرزندپذیری گفتن واقعیت به کودک است. با اینکه در این بررسی بیشتر والدین با افشاسازی واقعیت موافق بودند اما تعدادی از این افراد برای این افشاسازی شرط تعیین کرده و عده ای نیز با افشاسازی واقعیت موافق نبودند. با آنکه عده ای هم موافق این کار بودند اما در باره اینکه چگونه این کار را انجام دهند، یک نوع سردرگمی و نگرانی را انعکاس داده بودند. این یکی از مشکلات اساسی خانواده های فرزندپذیر است.

یکی از وظایفی که خانواده‌های فرزندپذیر به عهده دارند بازشناسی و پذیرش تفاوت‌هایی است که با خانواده‌های عادی یا دارای فرزند بیولوژیک وجود دارد، (به فصل سوم مراجعه نمایید). خانواده‌هایی که این تفاوت‌ها را شناسایی می‌کنند و به آن توجه می‌کنند، خانواده‌هایی هستند که با مشکلات کمتری رو به رو هستند. این خانواده‌ها عموماً می‌توانند در روابطشان تعادل برقرار سازند. آنها این نکته را بازمی‌شناسند که والد فرزندپذیر و والد بیولوژیک بیش از آنکه تفاوت داشته‌باشند، مشابه‌اند. آنها والدینی هستند که در رابطه والد فرزند پذیر شفافیت بیشتری را گسترش می‌دهند که این شفافیت موضوعات مهمی چون افشاسازی یا گفتن واقعیت به کودک را در برمی‌گیرد، (سالزر، ۱۹۹۸).

با این توضیح به نظر می‌رسد آندسته از خانواده‌هایی که تمایلی به افشاسازی واقعیت ندارند باید قبل از پذیرش کودک، توسط کارشناسان و مددکاران حوزه فرزندپذیری مورد توجه قرار گیرند و ضمن ارائه خدمات حرفه‌ای، آنها را برای برقراری یک الگوی مناسب و سالم خانوادگی آماده سازند.

در بعضی مواقع آنهایی که تمایل به افشاسازی و گفتن واقعیت دارند با برخی مشکلات رو به رو می‌شوند. زیرا گفتن واقعیت فرایندی پر تنش و همراه با فشار روانی است. گاهی کودک به خوبی مفاهیم را درک نمی‌کند و نیاز به توضیحات بیشتر دارد. گاهی والدین فکر می‌کنند با گفتن واقعیت دیگر مسئولیتی به عهده ندارند اما این آغاز راه است. کودک با سوالات متعددی رو به رو می‌شود و هر بار چالش‌های جدیدی برای والدین فراهم می‌سازد. وظیفه اصلی والدین فرزندپذیر این است که بدانند گفتن واقعیت یک فرایند مداوم است نه مقطعی. هنگامی که آنها در ۳ یا ۴ سالگی موضوع را افشا می‌سازند، کودکان نیاز دارند متناسب با سن دوباره اطلاعاتی را دریافت کنند. والدین وظیفه دارند اطلاعات جمع‌آوری کنند و به پرسش‌های متعدد کودک پاسخ دهند. همین موضوع، فرایند گفتن واقعیت را به یک رویداد پر فشار برای والدین تبدیل می‌کند. با این حال همچنانکه

اشاره شد گفتن واقعیت می تواند نقش پیشگیرانه ای داشته باشد. اما این به نحوه گفتن واقعیت، مهیا کردن زمینه برای افشاسازی، مسئولیت والدین و میزان دقت و انرژی که آنها صرف می کنند بستگی دارد. به همین دلیل والدین زمانی می توانند از این افشاسازی نتیجه ای بگیرند که تا اندازه ای به مسئولیتهای خود متعهد باشند. در این باره بافت خانواده و مشکلاتی که ممکن است والدین داشته باشند از اهمیت فراوان برخوردار است که در فصل سوم در بحث نظریه ها به آن خواهیم پرداخت. با این حال بیشتر والدین تمایل دارند برای گفتن واقعیت از آشنایان یا تجارب شخصی خود بهره بگیرند. با این که این رویه می تواند مفید باشد اما نباید فراموش کرد خانواده ها با خدمات مشاوره ای در این زمینه کمتر آشنایی دارند و تمایلی برای بهره گیری از این خدمات ندارند در ضمن منابع چندانی برای تسهیل این روند در جامعه وجود ندارد. در جامعه ما منابع اطلاع رسانی همچون کتاب و پایگاه های اینترنتی و ... ضعیف است که خوشبختانه در این باره حرکت های مفیدی در حال شکل گیری است.

یکی از روش های تسهیل فرایند گفتن واقعیت، بهره گیری از کتابهای داستان ویژه کودکان و نوجوانان است که امروزه ما شاهد تنوع، تازه گی و گستره وسیعی از این نوع کتابها در دنیا هستیم. البته لازم به یادآوری است که این گونه داستان ها زمینه ساز فرایند گفتن واقعیت هستند و والدین را از سایر مسئولیتهایی که در این باره به عهده دارند، ساقط نمی کند. یکی از اولین داستان های کودکان «نوزاد انتخابی»^۱ است که در سال ۱۹۳۹ توسط والتین واسون^۲ ارائه شده است.

خانم سندن تیس^۳ از مددکاران فعال در حوزه فرزندپذیری اوایل قرن بیستم (۱۸۸۵-۱۹۵۷) در مقدمه این کتاب می نویسد: « این کتاب برای کودکان خردسال بسیار مناسب است. این کتاب توضیحات اولیه را درباره فرزندپذیری به عنوان یک

¹ - Chosen Baby

² - Valentine Wasson

³ - Senden Theis,S

رویداد خوشایند برای کودکان فراهم می‌سازد. من فکر می‌کنم این کتاب کوچک والدین را برای ارائه توضیحات به کودکانشان درباره واقعیتهای فرزندپذیری حمایت می‌کند».

خلاصه ای از داستان نوزاد انتخابی

روزی روزگاری در یک شهر بزرگ زن و مردی با هم زندگی می کردند. آنها سالها پس از



ازدواجشان با خوشحالی در کنار هم بودند. اما مشکل آنها این بود که فرزندی از خودشان نداشتند. یک روز آنها به همدیگر گفتند: « بیا برویم یک نوزاد به فرزندی بپذیریم و او را مثل فرزند خودمان پرورش دهیم ». چند روز بعد،

آنها با یک شیرخوارگاه تماس گرفتند که به مردم کمک می کرد تا بچه ای داشته باشند و بچه ها هم پدر و مادری داشته باشند. آنها گفتند « ما آرزو داریم بچه ای داشته باشیم که او نیز دوست داشته باشد پدر و مادری داشته باشد ». آیا شما می توانید به ما کمک کنید؟

خانم آن شیرخوارگاه گفت: « این خیلی مشکل است چون خیلی ها دوست دارند بچه ای به فرزندی بپذیرند و منتظراند اما بیایید و همدیگر را ببینیم ». به هر حال آن آقا و همسرش به شیرخوارگاه رفتند و به آن خانم گفتند: « ما خیلی دوست داریم بچه ای را انتخاب کنیم. ما دوست داریم یک پسر دوست داشتنی و سالم داشته باشیم ». خانم آن شیرخوارگاه برخی سوالات را از آنها پرسید و گفت: « من سعی می کنم یک نوزاد پسر دوست داشتنی را بیابم اما شما باید برای یک مدت طولانی منتظر بمانید ».



مدتی پس از این، خانمی دیگر از آن شیرخوارگاه آمد و منزلی که آقا و همسرش در آن زندگی می کردند بازدید کرد و مطمئن شد که آن نوزاد انتخاب شده در یک خانه تمییز و قشنگ زندگی خواهد کرد. ماه ها گذشت و آن آقا و

همسرش به همدیگر می گفتند: «عجب! پس بچه ما چه وقت خواهد آمد؟» و همسر آقا تلفنی با آن شیرخوارگاه صحبت کرد و گفت: «ما هنوز منتظر بچه‌مان هستیم. لطفاً به ما بگویید آیا ما را فراموش نکرده‌اید؟» و به او گفته شد برای بچه نگران نباشند، مطمئن باشید یک روز او خواهد آمد.

ناگهان یک روز خانم آن شیرخوارگاه تلفن زد و گفت: «ما سه کودک خوب داریم که شما می‌توانید یکی را انتخاب کنید. آیا شما هر دو می‌توانید بیاید و آنها را ببینید؟» روز بعد آن زن و شوهر خیلی احساس خوبی داشتند، هیجانی شده بودند و خیلی زود به شیرخوارگاه رفتند. آن خانم همه چیز را درباره بچه‌ها به آنها گفت.

اولین بچه پسر کوچولویی بود با چشمهای آبی و موهای طلایی نرم. او لبخند می‌زد و با یک جغجغه بازی می‌کرد. آن زن و شوهر به بچه نگاه کردند، سپس آنها متعجب شدند و گفتند: «این بچه زیبایی است، اما ما می‌دانیم او بچه ما نیست». و آنها رفتند تا دیگری را ببینند.

در یک گهواره پسری تپل، دسته گل و دوست داشتنی خوابیده بود. او چشمهای



قهوه‌ای درشت‌اش را باز کرد و لبخند زد. زن او را از جایش بلند کرد و او را بر روی پاهایش نشاند. بچه غان و غون کرد و آن زن و شوهر گفتند: «این بچه انتخابی ماست. ما دیگر نباید به دنبال بچه دیگری بگردیم. ما همه چیز را برای او

آماده می‌کنیم و دوست داریم او را به خانه بیاوریم». پس آن روز آنها به یک مغازه رفتند و یک گهواره، یک کالسکه، بطری شیر و چند لباس و هر آنچه بچه‌ها نیاز دارند، برای او خریدند.

صبح روز بعد زن و شوهر برای گرفتن بچه به شیرخوارگاه رفتند، و بچه را به خانه آوردند و او را در گهواره‌اش گذاشتند، به او شیر و آب میوه دادند. یک خانم مهربان نیز در مراقبت از او به خانم کمک می‌کرد.



آن زن و شوهر به همدیگر گفتند که « ما یک اسم قشنگ برای بچه امان پیدا کرده ایم». پس آنها تصمیم گرفتند اسم او را مانند عموش، پیتر بگذارند. پس از چند روز عمه، عمو، خاله، دایی، پدر بزرگ و مادربزرگ جدید او برای دیدنش آمدند، و آنها دانستند که او یک بچه دوست‌داشتنی است.... (به نقل از واسون، ۱۹۳۹ و هرمان^۱، ۲۰۰۵).

البته پایان داستان به اینجا ختم نمی شود و والدین پیتر تصمیم به پذیرش نوزادی دیگر می گیرند تا او تنها نباشد و ... در اینجا سعی بر آن بوده بخشی از داستان در اختیار خوانندگان قرار گیرد.

^۱ -Herman

فرزندپذیری راهی برای پدر و مادر شدن است نه بچه‌دار شدن!

۳

نظریه های فرزندپذیری

به جرأت می توان گفت که درباره فرزندپذیری نظریه های مستقلی ارائه نشده است و هر آنچه هست در قالب جریان های فکری موجود روانشناسی مانند روان پویایی^۱ مطرح شده اند. نظریه های روان پویایی به جنبه هایی از تجربه فرزندپذیری توجه می نمایند که چگونه افراد می توانند با موضوع فقدان سازگار شوند، تعارض های ادیپی را حل و فصل نمایند و چگونه یک خود^۲ پخته و باثبات را رشد دهند. از طرف دیگر عوامل شناختی نیز به عنوان مؤلفه های فرایند سازگاری با فرزندپذیری مورد توجه قرار گرفته اند به ویژه آندسته از عواملی که با رشد آگاهی کودک از معنای فرزندپذیری مرتبط هستند (برودزینسکی، ۱۹۹۰). نظریه های کردار شناسی^۳ تحت تاثیر کارهای بالبی^۴ و اینث ورث^۵ و همکارانشان (۱۹۵۶) در این زمینه مهم اند

1- psychodynamic

2 - ego

3 - ethological

4 - Bolby

5 - Ainthworth

به ویژه اینکه این نظریه ها اهمیت فرایند دلبستگی^۱، جدایی و فقدان را به عنوان پایه مشکلات فرزندخوانده ها در نظر می گیرد. البته برخی از متخصصین نیز به عوامل زیستی و ژنتیکی در رابطه با فرزندخوانده ها توجه کرده اند که می توان آنها را در زمره نظریه های زیستی در حوزه فرزندپذیری برشمرد.

با این حال مهمترین نظریه در باره فرزندپذیری توسط دیوید کرک^۲ (۱۹۶۴) تحت عنوان نظریه نقش اجتماعی^۳ ارائه شده است. جامعه شناس کانادایی دیوید کرک که خود یک پدرخوانده است اولین فردی است که چارچوب نظری فرزندپذیری را به دور از رویکرد روان تحلیل گرانه^۴ ارائه کرده است. این نظریه پژوهش های فراوانی را در زمینه فرزندپذیری به دنبال داشته است. با آنکه یافته های جدید نقدهایی بر این نظریه داشته است اما خطوط اصلی مطرح شده در این نظریه همچنان به عنوان یک نظریه تأثیر گذار باقی مانده است و برغناى این نظریه افزوده اند. بعلاوه، کرک یکی از اولین افرادی بود که در این حوزه شفافیت بیشتر در رابطه والد_کودک (فرزندخوانده) را بهبود بخشید، به ویژه در فرایند گفتن واقعیت^۵، شفافیت و درستی بیشتر در فرایند استقرار^۶ فرزندخوانده. بر این اساس در این فصل تمرکز اصلی بر نظریه کرک و یافته هایی است که به موازات کارهای او توسط سایر پژوهشگران ارائه شده است. در فصل های بعد به فراخور موضوع به یافته هایی که از سایر دیدگاه ها منتج شده اند، اشاره خواهد شد.

نظریه نقش اجتماعی

افرادی که نمی توانند به طور طبیعی بچه ای داشته باشند، برچسب هایی مانند غیرطبیعی، نازا، نابارور و ... می خورند و تفاوت و جدایی با دیگران را تجربه

¹ - attachment

² - Kirk.D

³ - social role theory of adoption

⁴ - psychoanalysis

⁵ - telling process

⁶ - placement

می کنند. پذیرش کودک دیگران، درد آنها را تسکین نمی دهد اما درد و رنج ناباوروری، آنها را به سمت والد شدن و تجربه والدینی سوق می دهد.

کرک اشاره می کند که یک خانواده فرزندپذیر با وظایف و چالش های مختلفی مواجه است که برای حصول سازگاری رضایت بخش باید به شیوه ای صحیح حل و فصل شوند. این سازگاری مستلزم دو شکل بازشناسی تفاوتها در خانواده های فرزندپذیر است: پذیرش تفاوتها¹ (AD) و رد تفاوتها² (RD). طبقه بندی هر یک از این الگوها با این موضوع اساسی مرتبط است که خانواده های فرزندپذیر تا چه اندازه تفاوت خود را با خانواده هایی که دارای فرزند بیولوژیک هستند، رد یا می پذیرند. بر این اساس نظریه فرزندپذیری کرک دو الگو یا به عبارتی دو شیوه پاسخشگویی به گزینه فرزندپذیری را در بین خانواده های فرزندپذیر معرفی می کند.



دیوید کرک در سال ۱۹۱۸ در آلمان متولد شد و تحصیلات خود را در سیتی کالج نیویورک و دانشگاه کرنل ادامه داد. او خود پدر چهار کودک (فرزندخوانده) است. او در یک پروژه ۱۰ ساله (۱۹۵۱-۱۹۶۱) مربوط به دانشگاه مک گیل بیش از ۲۰۰۰ خانواده فرزندپذیر کانادایی را مورد مطالعه قرار داد و نظریه فرزندپذیری خود را ارائه داد. عکس مربوط به سال ۱۹۹۹، (برگرفته از هرمان، ۲۰۰۵).

کرک اشاره می کند والدینی که این تفاوتها را می پذیرند قادرند تعادلی در رفتارشان برقرار سازند و عموماً سالم هستند. آنها فرزندپذیری را دقیقاً مشابه با تجربه والد بیولوژیکی نمی دانند. در عین حال آنها بیش از حد بر این تفاوتها تأکید نمی کنند. آنها این نکته را بازمی شناسند که والد فرزندپذیر و والد بیولوژیک بیش از

¹ - acceptance of difference

² - rejection of difference

آنکه تفاوت داشته باشند، مشابه هستند. والدین فرزندپذیری که به محدودیتها و محرومیت‌های خود اعتراف می‌کنند و در این باره دلایل عمومی را برای کودکان خود مطرح می‌سازند در گروه « پذیرش تفاوتها» قرار می‌گیرند. افرادی که این گزینه را انتخاب می‌کنند با تردیدهایی در باره صحت و اصالت کار خود زندگی می‌کنند اغلب نگرانی‌های را تجربه می‌کنند اما آنها سرنوشتشان را با کودکانی سهیم می‌کنند که متعلق به خود می‌دانند. پذیرش این موضوع آسایش کمتری به همراه دارد اما در دراز مدت برای همه اعضای خانواده بهتر است.

والدین فرزند پذیری که به وعده جوربودن^۱ باور دارند و داشتن چیزی را وانمود می‌کنند که ندارند در گروهی قرار می‌گیرند که کرک آن را «رد تفاوتها» می‌نامند. جور بودن به این موضوع اشاره دارد که خانواده‌های فرزند پذیر از هر لحاظ با خانواده‌های زیستی همخوان باشند و در عمل به دنبال انتخاب کودکی هستند که از شباهت جسمی، هوشی و پیوستگی نژادی و مذهبی با آنها برخوردار باشد و این از اهداف ترجیحی آنها به شمار می‌رود. خانواده فرزندپذیری که این گزینه را انتخاب می‌کنند با ادعای اینکه آنها مانند والدین زیستی هستند از بر چسب‌های اجتماعی می‌گریزند و از وظیفه مهم گفتگو با کودکانشان درباره جایگاه فرزندپذیری خودداری می‌کنند.

سرنوشت مشترک^۲

کرک مشاهده کرد والدین فرزندپذیر با یکسری دوگانگی مواجه اند و به عبارتی بر سر یک دوراهی قرار دارند. از یک طرف آنهایی که راهبرد پذیرش تفاوتها را در پیش می‌گیرند باید وحدت و یگانگی بین کودک و خانواده را به طور مثبت و معتبری به کار گیرند اما در عوض باید آسایش انطباق با هنجارهای اجتماعی را از دست دهند، از طرف دیگر در پیش گرفتن راهبرد رد تفاوتها به آنها این فشار را

^۱ - matching

^۲ - shared fate

می آورد که به رفتارها و احساساتی همانند سایر والدین تظاهر نمایند در حالیکه باید منافعی که صداقت و شفافیت در روابط خانوادگی ایجاد می کند، از دست دهند. کرک این نوع آخری را بدترین فداکاری دانست. سرنوشت مشترک راهی خارج از این دو راهی را نشان می دهد که والدین نابارور نیاز دارند سرنوشت خود به عنوان افرادی که نمی توانند کودکی متولد کنند، بپذیرند و حل و فصل نمایند. در عین حال به کودکان خود کمک کنند تا ریشه های فقدان های زیستی را حل نمایند و ماهیت پیوندهای خانوادگی را پایه گذاری نمایند. مطرح شدن سرنوشت مشترک به دو دلیل مهم است اول اینکه فرزندپذیری را به عنوان یک نهاد اجتماعی مهم تحلیل می کند نه به عنوان یک آرایش ساختگی توسط افرادی که به دنبال حل مشکلات شخصی خود هستند. دوم اینکه فرزندپذیری را به سمت شبیه سازی و تنوع در پایه گذاری خانواده ارتقا می دهد.

معلولیت نقش¹

از نظر دیوید کرک زوج های فاقد فرزندی که وارد فرایند فرزندپذیری می شوند با مشکلات متعددی رو به رو می شوند که آن را «معلولیت نقش» معرفی می نماید. معلولیت نقش توسط نگرش های دیگران تقویت می شود و روابط خانوادگی را تحت تأثیر قرار می دهد. زوجها در انطباق با معلولیت نقش و احساس انزوایی که دارند، منابع مختلفی را برای نقش های خود به کار می گیرند.

شکی نیست که والدین فرزندپذیر مانند سایر والدین دوست دارند خانواده ای باثبات، پایدار و رضایت بخش داشته باشند. این پایداری مستلزم قواعد رفتاری است. خانواده هایی که بر اساس مناسبات سنتی رفتار نمی کنند، برای ایجاد نظم درونی باید به مهارت های بین فردی اعضای خود بیشتر متکی باشد. در وضعیت فرزندپذیری این مهارت ها ارتباطات همدلانه و فکورانه ای را درقبال کودک شامل می شود.

¹ - role handicap

فعالیت‌های انطباق والدینی در باره «پذیرش تفاوتها» موجب ارتباطات خوب می‌شود و بنابراین نظم و پایداری و پویایی را در خانواده‌های فرزندپذیر ایجاد می‌کند. از طرف دیگر همچنانکه انتظار می‌رود، فعالیت‌های انطباقی در باره «رد تفاوتها» ارتباطات ضعیف‌تری را همراه با پیامدهای گسیخته بعدی برای روابط فرزندخواندگی ایجاد می‌کند. جدول شماره ۱ فعالیت‌های انطباقی مربوط به الگوهای بازشناسی تفاوتها را در خانواده‌های فرزندپذیر نشان می‌دهد.

در جدول شماره ۱ مشخصه‌های مربوط به الگوهای بازشناسی تفاوتها در مقابل یکدیگر قرار گرفته‌اند که برخی از این مشخصه‌ها در ذیل به طور خلاصه توضیح داده می‌شوند.

پذیرش نوزاد در مقابل پذیرش کودک به عنوان فرزندخوانده

والدینی که تفاوتها را نمی‌پذیرند، تمایل دارند یک نوزاد را به فرزند بی‌پذیرند تا این حس را داشته باشند که مانند یک خانواده بیولوژیک (زیستی) همان مسیری را طی می‌کنند که خانواده‌های زیستی از ابتدای تولد یک کودک طی می‌کنند. در حالیکه والدینی که تفاوتها را می‌پذیرند آمادگی آن را دارند که یک کودک چهار ساله یا بزرگتر را نیز به فرزند قبول کنند و صرفاً به دنبال پذیرش نوزاد نیستند.

نظائر به خانواده بیولوژیک

خانواده‌هایی که تفاوتها را رد می‌کنند، اغلب در تلاش اند خود را به عنوان خانواده زیستی معرفی کنند در حالی که خانواده‌های فرزندپذیر با ویژگی پذیرش تفاوتها در تلاش اند خود را به عنوان یک خانواده همگن، منسجم و پویا معرفی کنند. گاهی بعضی از متقاضیان مبادرت به صحنه سازی و ایفای نقش‌هایی می‌کنند که نشان دهند آنها در یک خانواده زیستی زندگی می‌کنند. برای مثال برخی خانم‌ها نقش یک خانم باردار را ایفا می‌کنند.

«یکی از متقاضیان فرزندپذیری که یک مرد نظامی بود و در یک شهری مرزی مشغول انجام وظیفه بود، خواستار آن بود تا ۹ ماه دیگر اداره بهزیستی شهرستان یک نوزاد در اختیار آنها قرار دهد زیرا به اقوام و آشنایان خودگفته بودند که همسرش باردار است و تا آن هنگام نمی توانند از زادگاه خود دیداری به عمل آورند!»

مخفی نگه داشتن فرزندپذیری از دیگران

خانواده‌ای که الگوی «رد تفاوتها» مشخصه بارز آن است و تفاوت خود را با یک خانواده بیولوژیک نمی پذیرد، تمایل به این دارد فرزندپذیری را از دیگران مخفی نگه دارد. در حالیکه یک خانواده فرزندپذیر با الگوی پذیرش تفاوتها، تمایل دارد درباره فرزندپذیری اطلاعات جمع آوری کند، آموزش ببیند و اطلاعات خود را با دیگران در میان بگذارد و به عبارتی برای دیگران در این باره توضیح دهند و آنها را آماده سازند. این خانواده ها تمایل دارند در گروه‌های حمایتی مثل گروه همیاران فرزندپذیری عضویت یابند و حمایت‌های دیگران را در این باره جلب نمایند یا خود به خانواده‌های دیگر و متقاضیان فرزندپذیری کمک نمایند.

باور به افسانه اصل و نسب به عنوان تعریف کننده پایگاه کودک

خانواده ای که در گروه رد تفاوتها قرار می گیرند به باورهایی همچون اصل و نسب کودک توجه دارند که امروزه آن را یک باور دور از واقعیت می دانند. این خانواده ها به دنبال آنند که کودک را از منظر اصل و نسب تعریف کنند اینک به چه خانواد‌های تعلق داشته و هم اکنون به چه خانواده ای تعلق دارد. چه نژادی دارد و اینکه کیش و دین او چیست. آنها اغلب نوزادی را به فرزندی می پذیرند که ظاهراً با آنها شبیه باشد یا به گونه ای از پیشینه او آگاهی داشته باشند به ویژه اینکه این پیشینه با آنها همخوانی داشته باشد تا به آنها کمک کند بپذیرند او کودک آنهاست و مانند کودک بیولوژیک با او رفتار کنند. در حالیکه در گروه پذیرشی ها اصل و نسب

تعیین کننده جایگاه کودک نیست. ممکن است آنها کودکی را از نژاد و دین متفاوت مانند یک کودک چینی بودایی انتخاب کنند و در هر سال در یک اقدام شفاف و صمیمانه سالروز پذیرش او به فرزندى را جشن بگیرند.

پذیرش تفاوتها	رد تفاوتها
✓ دست‌یابی به نمادها، هویت و نقش‌های جدید	✓ نقش و هویت دگرگون‌شده
میل به دست‌یابی به شیوه‌های جدید تأیید	✓ پذیرش نوزاد به عنوان فرزندخوانده
✓ پذیرش کودکان به عنوان فرزندخوانده	✓ تظاهر به خانوادهٔ بیولوژیک
✓ خانواده همگن	✓ مخفی نگاه‌داشتن فرزندپذیری از دیگران
✓ آگاهی - آموزش - توضیح	✓ باور به افسانه اصل و نسب به عنوان
عضویت در گروه‌های حمایتی	تعریف کنندهٔ پایگاه کودک
✓ برگزاری جشن سالبانه فرزندپذیری	✓ دورکردن هرگونه تصور والدین اصلی
✓ پذیرش تصور والدین اصلی	✓ حفاظت کودک در برابر اصل و نسبش
✓ بده بستان در مشکلات والد - فرزندى	✓ فراموش کردن فرزندپذیری
همدلی در مشکلات والد - فرزندى	✓ باور به افسانه اصل و نسب به عنوان
همدلی با والدین اصلی کودک	تعریف کنندهٔ پایگاه پدرخوانده و مادر
✓ یادآوری محرومیت خویشاوندی	خوانده
یادآوری رضایت خویشاوندی	
✓ پدیدارشدن الگوهای نقش	

اصرار بر سر تفاوتها (ID)

در سال ۱۹۸۷ طبقه‌بندی دیگری از رفتار خانواده‌های فرزندپذیر توسط دیوید برودزینسکی (به نقل از برودزینسکی و شختر، ۱۹۹۰) تحت عنوان اصرار بر سر تفاوتها مشخص شده است. نمونه این طبقه‌بندی افرادی هستند که به طور مداوم موضوع فرزندپذیری را با دیگران مطرح می‌سازند، دائم آن را شرح می‌دهند و همیشه خودشان یا کودکان را از دید فرزندپذیری مشخص می‌کنند. چنین رفتاری عموماً احساس ناایمنی و مشکل با حس تعلق^۱ را انعکاس می‌دهد.

بر اساس نظر کرک بین بهزیستی اعضای خانواده فرزندپذیر و پیوستار پذیرش تفاوتها یک رابطه خطی وجود دارد. او پذیرش تفاوتها و رد تفاوتها را راهبردهایی برای سازگاری و انطباق با فرزندپذیری می‌داند که بر روی یک پیوستار خطی قرار دارند. پس این امکان وجود دارد که برخی والدین دارای راهبردهایی باشند که بینایی باشد یا به عبارتی در وسط پیوستار قرار گیرد. اما برودزینسکی (۱۹۹۰) بر این باور است که این رابطه یک رابطه خطی بر روی یک پیوستار نیست بلکه یک رابطه منحنی شکل است.

والدینی که دیدگاه‌های افراطی دارند در نقطه‌ای دور از نقاط انتهایی این پیوستار قرار می‌گیرند و از سازگاری ضعیف‌تری برخوردارند. در چنین خانواده‌هایی والدین و حتی گاهی کودکان نه تنها تفاوتهای وراثتی و زیستی را می‌پذیرند بلکه بر این تفاوتها تأکید دارند به طوری که این محتوا هسته اصلی خانواده می‌شود. این الگو اغلب، خانواده را به سمت این دیدگاه هدایت می‌کند که «فرزندپذیری پایه ناهماهنگی و آشفتگی است». به علاوه در این موارد خانواده یک تصویر ناخوشایند از والدین زیستی و سوابقشان ارائه می‌دهند و در نتیجه به سمت دیدگاه

¹ - entitlement

حس تعلق یا استحقاق به احساس والدین فرزندخوانده‌پذیر بر می‌گردد که آنها هم از لحاظ قانونی و هم از لحاظ عاطفی این حق را دارند که والدین کودکان باشند. ایجاد حس تعلق به معنای این آگاهی است که فرزندپذیری متفاوت از سرپرستی بیولوژیک سنتی است، (سالزر، ۱۹۹۸).

« تخم بد^۱ » و تبیین های ژنتیکی از مشکلات رفتاری و عاطفی کودک کشیده می شوند. برودزینسکی بیان می کند که این دیدگاه به این والدین اجازه می دهد که از پذیرش مسئولیت در قبال مسائل خانوادگی سر باز زنند.

با آنکه از نظر کرک والدینی که دارای الگوی پذیرش تفاوتها هستند با کودکان خود همدلی بیشتری نشان می دهند، اما الگوی رد تفاوتها لزوماً یک الگوی مخرب و زیان بار نیست و تحت شرایطی می تواند مفید باشد. برودزینسکی (۱۹۹۰) در بررسی های خود اشاره می کند مادران فرزندپذیری که الگوی اصرار بر سر تفاوتها نشان می دهند کودکانی دارند که از لحاظ اعتماد اجتماعی در سطح پایینی درجه بندی می شوند و از لحاظ مشکلات رفتاری در مقایسه با کودکانی که دارای مادرانی با سبکهای رد تفاوتها و پذیرش تفاوتها هستند در سطح بالاتری قرار می گیرند.

به هر حال اثر بخشی تلاش های انطباقی والدین فرزندپذیر باید درون بافت خانواده و همراه با وظایف چرخه زندگی خانواده مشاهده شود. در مراحل اولیه چرخه زندگی، هنگامی که کودک هنوز خیلی کوچک است، الگوی رد تفاوتها ممکن است خانواده را به خوبی با حمایت های اولیه در اجتماعی شدن، پایه گذاری خویشاوندی و واحد خانواده و اعتماد بین فردی یاری دهد. در مراحل بعدی چرخه زندگی، همراه با رشد کودک، هنگامی که کودک تلاش می کند معنای فرزندپذیری و فرزندخوانده بودن و پایه های رهاشدگی توسط والدین زیستی را درک کند، الگوی رد تفاوتها ممکن است با ارتباط باز و صمیمانه والد-کودک تداخل پیدا کند و نتایج زیان باری به وجود آورد.

نتیج تحقیقات برودزینسکی و همکارانش در سال ۱۹۸۷ بیان می کند اگرچه الگوی رد تفاوتها در بین والدینی که کودک ۳ تا ۴ ساله دارند، عمومیت دارد اما این الگو در میان والدینی که کودکان بزرگتری دارند کاهش می یابد. در مقابل والدینی که کودکان پیش دبستانی یا دبستانی دارند، الگوی پذیرش تفاوتها و

¹ - bad seed

یا ترکیبی از الگوهای پذیرش و رد تفاوتها را به کار می گیرند. آنها اشاره می کنند که الگوی اصرار بر سر تفاوتها به جز خانواده هایی که دارای فرزند نوجوان بودند، به ندرت مشاهده شد، (به نقل از برودزینسکی و شختر، ۱۹۹۰).

تمایز بالا و پایین^۱

کای^۲ و وارن^۳ (۱۹۹۰) برای این دو الگوی انطباقی یعنی پذیرش و رد تفاوتها اصطلاح تمایز بالا و پایین را معرفی کرده اند. آنها در پژوهش خود به دنبال پاسخ به سؤالاتی بودند که آیا خانواده های فرزندپذیر بدون مشکل با خانواده هایی که دارای مشکلاتی هستند در زمینه بحث درباره موضوعات فرزندپذیری متفاوتند؟ آیا آزادی در بیان احساسات متفاوت و احتمالا دو سوگرایانه جنبه ای مهم از شکل دهی هویت است؟

آنچه از این تحقیق مشخص شد این است که « تمایز زیاد» یا به عبارتی پذیرش تفاوتها لزوماً به معنای راهبرد پیشگیرانه از مسائل نیست و با پیشگیری از مسائلی که در دوره رشد کودک به وجود می آیند فاصله دارد و این موضوع که الگوی پذیرش تفاوتها می تواند از بسیاری مسائل پیشگیری کند با تاریخچه مشکلات خانواده مرتبط است، اینکه خانواده دارای مشکلات زیاد یا اندکی باشد. والدینی که الگوی پذیرش تفاوتها را اتخاذ می کنند و دارای مشکلات اندکی هستند، به نظر موفق تر هستند. تنها پیروی از الگوی پذیرش تفاوتها نمی تواند پیش بینی کننده یک الگوی رفتاری سالم توسط والدین باشد.

مطالعه کای و وارن الگوی پیوستار منحنی شکل برودزینسکی را مورد حمایت قرار می دهد. به نظر می رسد این تفکر که « فرزندپذیری مشکلات زندگی خانواده ما را به وجود آورده است » عزت نفس کودکان را در هم می شکند. متاسفانه، برخی جهت گیری ها در این باره موجه می نماید: اینکه برخی کودکان

¹ - high and low distinguishing

² - Kay

³ - Warren

دارای عزت نفس پایین، مشکلاتی را برای والدین به وجود می آورند و آنها را به این سمت هدایت می کنند که این مشکلات را به واقعیت فرزندپذیری ربط دهند. کای اشاره می کند بدون تحقیقات طولی ما به هیچ وجه نمی دانیم که کدام یک از شیوه های پذیرش یا رد تفاوتها مشخصه والدین در طول سالیان هستند. اگر گروه پذیرشی ها یک راهبرد مؤثر دراز مدت برای پیشگیری از مسائل درباره حل و فصل سوگشان در خلال ناباروری در پیش می گیرند، باید مشکلات کمتری را در مقایسه با گروه « انکاری ها» تجربه کنند. به نظر آنها در واقع تاریخچه مسائل خانوادگی به طرق مختلف در پذیرشی ها دیده شده است تا انکاری ها.

دومین نتیجه از تحقیقات کای و همکاران این است که باید تسهیلات بهتر و حمایت‌های دراز مدت برای خانواده های فرزندپذیر فراهم شود. هم سیاست و هم پژوهش های فرزندپذیری از این موضوع که چگونه والدین فرزندپذیر انتخاب شوند فاصله زیادی دارند. روشی که بتواند والدینی را انتخاب کند که از روان رنجوری و نگرانی رها باشند و به طور طبیعی محیطی شاداب و باز برای خانواده فراهم سازند و اینکه هر موضوعی که شکل می گیرد ارتباطی متناسب با سن کودک داشته باشند.

خلاصه

کرک دو الگو یا به عبارتی دو شیوه پاسخدهی به گزینه فرزندپذیری را در بین خانواده‌های فرزندپذیر معرفی می‌کند. پذیرش تفاوتها و رد تفاوتها. طبقه‌بندی هر یک از این الگوها با این موضوع اساسی مرتبط است که خانواده‌های فرزندپذیر تا چه اندازه تفاوت خود را با خانواده‌هایی که دارای فرزند بیولوژیک هستند، رد یا می‌پذیرند.

والدین فرزندپذیری که به محدودیتها و محرومیت‌های خود اعتراف می‌کنند و در این باره دلایل عمومی را برای کودکان خود مطرح می‌سازند در گروه « پذیرش تفاوتها» قرار می‌گیرند. والدین فرزندپذیری که ادعا می‌کنند آنها مانند والدین زیستی هستند از برجسب‌های اجتماعی می‌گریزند و از وظیفه مهم گفتگو با کودکانشان درباره جایگاه فرزندپذیری خودداری می‌کنند در گروه رد تفاوتها قرار می‌گیرند. برخی از خانواده‌های فرزندپذیر نیز اصرار دارند به طور مداوم موضوع فرزندپذیری را با دیگران مطرح سازند، دائم آن را شرح می‌دهند و همیشه خود یا کودکان را از دید فرزندپذیری مشخص می‌کنند. چیزی که متعلق به گروه اصرار بر سر تفاوتهاست.

اگر چه پذیرش تفاوتها و رد تفاوتها بر روی یک پیوستار راهبردهایی برای سازگاری و انطباق با فرزندپذیری هستند، این امکان وجود دارد که برخی والدین دارای راهبردهایی باشند که بینابینی باشد یا به عبارتی در وسط پیوستار قرار گیرد. والدینی که دیدگاه‌های افراطی دارند در نقطه‌ای دور از نقاط انتهایی این پیوستار قرار می‌گیرند و از سازگاری ضعیف تری برخوردارند. در چنین خانواده‌هایی والدین و حتی گاهی کودکان نه تنها تفاوت‌های وراثتی و زیستی را می‌پذیرند بلکه بر این تفاوتها تأکید دارند به طوری که این محتوا هسته اصلی خانواده می‌شود. این الگو اغلب، خانواده را به سمت این دیدگاه هدایت می‌کند که « فرزندپذیری پایه ناهماهنگی و آشفتگی است». به علاوه در این گونه خانواده‌ها یک تصویر ناخوشایند از والدین زیستی و سوابقشان ارائه می‌شود.

با آنکه از نظر کرک والدینی که دارای الگوی پذیرش تفاوتها هستند با کودکان خود همدلی بیشتری نشان می دهند با این حال الگوی رد تفاوتها لزوماً یک الگوی مخرب و زیان بار نیست و تحت شرایطی می تواند مفید باشد. والدین فرزندپذیری که الگوی اصرار بر سر تفاوتها نشان می دهند کودکانی دارند که از لحاظ اعتماد اجتماعی در سطح پایینی درجه بندی می شوند و از لحاظ مشکلات رفتاری در مقایسه با کودکانی که دارای مادرانی با سبکهای رد تفاوتها و پذیرش تفاوتها هستند در سطح بالاتری قرار می گیرند.

آنچه مهم است پذیرش تفاوتها لزوماً به معنای راهبرد پیشگیرانه از مسائل نیست و با تاریخچه مشکلات خانواده مرتبط است، والدینی که الگوی پذیرش تفاوتها را اتخاذ می کنند و دارای مشکلات اندکی هستند، به نظر موفق تر هستند. این مهم است که تسهیلات بهتر و حمایتهای دراز مدتی برای خانواده های فرزندپذیر فراهم شود. اینکه چگونه والدین فرزندپذیر انتخاب شوند و چه روشی می تواند والدینی را انتخاب کند که از روان رنجوری و نگرانی رها باشند و محیطی شاداب برای خانواده فراهم سازند از اهمیت فراوان برخوردار است.

فرزندپذیری راهی به سوی تجربه والدینی است نه یک درمان ناب برای ناباروری.

۴ مشاوره فرزندپذیری

فرزندپذیری راه حلی در مقابل استرس هایی است که اجزاء سه گانه فرزندپذیری با آن رو به رو هستند. اغلب تصور می شود با استقرار کودک در خانواده فرزندپذیر، اجزاء سه گانه فرزندپذیری به راحتی و شادکامی مسیر زندگی خود را طی می کنند. اما آنها در این مسیر فشارهای روانی متفاوتی را تجربه کرده اند: والدین بیولوژیک در بیشتر مواقع با استرس هایی در باره حاملگی ناخواسته و سرنوشت کودک خود رو به رو هستند، والدین نابارور نگرانی های متعددی در باره ناباروری و نداشتن فرزند دارند و کودکانی که به فرزند سپرده می شوند حالت هایی از بی خانمانی، احساس نا ایمنی و عدم دل بستگی را تجربه می کنند. این مسائل بر این موضوع صحت می گذارد که خانواده های فرزندپذیر چه قبل از پذیرش فرزند و چه بعد از آن نیازمند دریافت خدمات آموزشی و مشاوره ای هستند.

با این توضیح می توان مشاوره فرزندپذیری را به دو دسته تقسیم کرد: مشاوره پیش از فرزندپذیری^۱ و مشاوره پس از فرزندپذیری^۱. هدف مشاوره پیش از

¹ - pre-adoption counseling

فرزندپذیری معمولاً فراهم آوردن تسهیلات برای اجزاء سه گانه فرزندپذیری برای ورود به فرایند فرزندپذیری است. بررسی انگیزه های متقاضیان برای فرزندپذیری، ارائه راهنمایی های لازم و آموزش های مرتبط با فرزندپذیری و رسیدگی به سایر مشکلات از جمله اقداماتی است که مشاور در فرایند مشاوره به آنها توجه می کند. ارائه راهنمایی های حقوقی می تواند یکی از خدمات مهم مشاوره ای باشد که مشاوران حقوقی می توانند در این مسیر فراهم نمایند.

پس از فرزندپذیری ممکن است کودک، والدین فرزندپذیر و در برخی مواقع والدین بیولوژیک مسائل و مشکلاتی را تجربه کنند. رسیدگی به این مشکلات از اهمیت بالایی برخوردار است و زمینه را برای سازگاری مثلث فرزندپذیری با موقعیتهای جدید و حل کردن بحران های احتمالی فراهم می سازد.

مشاوره فرایندی یاری رسان است که در رابطه ای دو طرفه بین مراجع (اجزاء سه گانه فرزندپذیری) و مشاور اتفاق می افتد. در این فرایند درک مراجع از مشکلات توسعه می یابد، تصمیم گیری تسهیل می شود و با استفاده از منابع اطلاعاتی و اجتماع رشد و سازگاری مراجع توسعه و بهبود می یابد، (هرشنسون^۱ و والدو^۲، ۱۹۹۶).

پس مشاوره فرزندپذیری به عنوان یک فرایند یاری رسان از یک طرف دربرگیرنده مجموعه خدماتی است که اجزاء سه گانه فرزندپذیری را برای ورود به فرایند فرزندپذیری آماده می سازد و از طرف دیگر در جریان این مشاوره با توسعه درک مراجعین از مشکلات و اهداف فرزندپذیری؛ رشد و سازگاری فردی، اجتماعی و عاطفی آنها بهبود می یابد.

مهمترین اهدافی که در مشاوره فرزندپذیری دنبال می شوند عبارتند از:

• آموزش افراد درگیر در فرایند فرزندپذیری درباره تأثیرات و

چالش های درازمدت فرزندپذیری

¹ - post-adoption counseling

² - Hershenson

³ - Waldo

- آماده سازی والدین فرزندپذیر برای موفقیت در مسئولیتهای خود
- رسیدگی به مشکلات احتمالی مرتبط با فرزندپذیری، کاهش یا رفع اثرات مخرب
- حمایت و محافظت از خانواده

در این مسیر موضوعات مهمی چون سوگ^۱ و فقدان^۲، جدایی و دل بستگی، جستجو^۳ و بازپیوند^۴، هویت فردی و خانوادگی، مشکلات خانواده فرزندپذیر، روابط اجزاء سه گانه و ... مطرح می شوند که خانواده های فرزندپذیر اغلب به شیوه ای فراگیر آنها را تجربه می کنند. در اینجا به آن دسته از موضوعاتی پرداخته می شود که در کشور ما خانواده های فرزندپذیر بیشتر آنها را تجربه می کنند. ابتدا موضوع سوگ و فقدان والدین فرزندپذیر که اغلب زوج های نابارور هستند به همراه برخی مسائل هویتی والدین و خانواده مورد توجه قرار می گیرد. سپس سوگ کودکان در قالب نظریه دل بستگی و اختلالات دل بستگی مورد بررسی قرار می گیرد.

سوگ و فقدان

سوگ فرایندی طبیعی و ضروری است که بیشتر افراد در طول زندگی آن را تجربه می کنند. سوگ احساس ها و رفتارهایی را در بر می گیرد که در نتیجه ضایعه فقدان پدید می آید. اگرچه این فقدان بیشتر با مرگ عزیزان پیوند دارد؛ اما سوگ می تواند واکنشی در مقابل طلاق، قطع عضو، از دست دادن شغل یا هر گونه فقدان باشد که فرد یا افراد را تحت تأثیر قرار می دهند. با آنکه کاربرد سوگ و سوگواری یکسان است اما سوگواری به معنای دقیق به فرآیند انحلال سوگ اطلاق می شود که طی آن فرد با فقدان، سازگاری پیدا می کند، (رزاقی، ۱۳۷۹).

¹ - grief

² - loss

³ - search

⁴ - reunion

« فقدان » منبع اصلی استرس در فرزندپذیری است که فشارهای روانی فراوانی را برای کودک و والدین فراهم می سازد و آسیب پذیری آنها را به ویژه کودک را در برابر مشکلات عاطفی و رفتاری افزایش می دهد، (برودزینسکی و شختر، ۱۹۹۰).

این فقدان ها برای کودک می تواند شامل جدایی از مراقبین اولیه یا والدین اصلی باشد که کودک با آنها رابطه همراه با دلبستگی داشته است. اغلب این کودکان واکنش خود را نسبت به این فقدان ها به صورت الگوهای نا ایمن دلبستگی نشان می دهند.

برای والدین فرزندپذیر، تجربه ناباروری برخی از فقدان ها را به همراه دارد: فقدان تداوم نسل، فقدان تجربه جسمی بارداری و تولید، فقدان تجربه تغذیه با شیر مادر و فقدان هدف و امید به زندگی، فقدان عشق کودک که یک زوج با همدیگر به شیوه ای سنتی باردار و متصور می شوند، فقدان عزت نفس، هویت جنسی و کنترل. زوج های نابارور که به فرزندپذیری تمایل نشان می دهند نیاز دارند که این فقدان ها را مورد رسیدگی قرار دهند تا بتوانند به عنوان والدین فرزندپذیر نقش خود را ایفا نمایند.

والدین بیولوژیک اغلب در غم از دست دادن یک کودک بیولوژیک سوگواری می شوند و تخیلات مربوط به کودک از دست رفته برای آنها تلخ و ناراحت کننده است. با آنکه هر یک از اجزای سه گانه فرزندپذیری به گونه ای متفاوت واکنش سوگ را نشان می دهند، همین موضوع نشان می دهد که آنها و به ویژه کودکان در این مسیر بیشتر نیازمند دریافت کمک های حرفه ای و حمایت های گروهی هستند.

سوگ زوج های نابارور

همچنانکه اشاره شد سوگواری یک توانایی است که اجازه می دهد واقعیت خوشایند جایگزین رؤیاهای ناخوشایند شوند. لزوما همه این سوگواری ها قبل از

فرزندپذیری اتفاق نمی‌افتد، اما زوجها باید برخی از این احساسات را حل و فصل نمایند.

فرزندپذیری جاده‌ای به سمت تجربه والدینی است اما نه یک درمان ناب برای ناباروری. برای بیشتر زوجین، فرزندپذیری یک انتخاب دست دوم یا حتی سوم برای تجربه والدینی است و فقدان‌های ناشی از ناباروری باید به طور عاطفی حل و فصل شوند. هنگامی که این روند شکست می‌خورد مسائل و مشکلات متعددی در خانواده‌های فرزندپذیر رشد خواهند کرد.

زوج‌های فرزندپذیر باید برخی از این فقدان‌ها را که به واسطه ناباروری به وجود آمده، درک کنند و حل و فصل نمایند. آنها همچنین باید آگاه باشند که چرا گزینه فرزندپذیری را انتخاب می‌کنند. این مهم است که آنها نیازهای فردی و اغلب شخصی را در فرزندپذیری مشخص سازند، اینکه چه مشکلاتی دارند و درصدد پاسخ به چه نیازها و مشکلاتی هستند. این موضوعات اغلب عینی و شفاف هستند. برخی از زوج‌های نابارور بر موضوعاتی متمرکز می‌شوند که خیلی رویایی و دور از ذهن است برای مثال رویای خلق یک کودک کامل و فوق العاده را در جریان درمان ناباروری، در ذهن می‌پروراند یا بر تخیلات رهایی بخش مبنی بر نجات یک کودک از شرایط ناگوار تکیه می‌کنند. یکی از مراجعان که کودکی را از شیر خوارگاه آمنه به فرزندپذیری پذیرفته و مدتی با این شیرخوارگاه همکاری داشته بود در یکی از جلسات مشاوره، انگیزه خود را برای پذیرش کودک اینگونه بیان کرد: «... این کودک به من وابسته شده بود... اگر این بچه را من به خانه نمی‌بردم (فرزندپذیری) تلف می‌شد...». همچنانکه در فصل دوم اشاره شد برخی از متقاضیان فرزندپذیری در خلال حادثه زلزله بم، بیشتر بر نجات کودک به واسطه فرزندپذیری تکیه می‌کردند و در طی مصاحبه با آنها مشخص می‌شد که بسیاری از فقدان‌های خود را حل و فصل نکرده و آمادگی پذیرش فرزند را ندارند.

ناباروری نبود کنترل را به وجود می‌آورد و برخی که در این باره، شکست می‌خورند تلاش می‌کنند کنترل را با مشغله بیشتر از حد با بچه یا حمایت بیش از حد

از بچه استوار سازند. ترسهای مداوم دربارهٔ فقدان می‌تواند همچنین به سمت کنترل بیش از حد کودک یا کنترل بیش از حد خود فرد هدایت شود. به طور کلی مدارک کافی برای بیان رابطهٔ مشخص بین حل احساسات ناباروری و عملکرد خانواده وجود دارد. شکست در پذیرش چنین احساساتی ممکن است فضای پر تنشی را برای فرزندخوانده و خانواده به عنوان یک کل ایجاد کند (سالزر، ۱۹۹۸).

والدین فرزندپذیر یا کودکان ممکن است انتظاراتی غیر واقعی از رابطهٔ خود داشته باشند. والدین جدید ممکن است انتظار داشته باشند بابت والد بودن به طور عام، و به طور خاص از والد فرزندخوانده بودن پاداشی فراتر از آنچه هست، بگیرند. آنها ممکن است انتظاراتی به عنوان پدر و مادر از خود یا کودکشان داشته باشند، که واقع‌بینانه یا منطقی نباشد. این ممکن است بر پایهٔ انتظاراتی باشد که در دوران ناباروری شکل گرفته یا بر پایهٔ باورهایی باشد که باید بحران ناباروری و فرایند فرزندپذیری را تحمل کنند. برای مثال صرف نظر کردن از یک کودک واقعی (بیولوژیک) برای برخی از زوج‌های نابارور که آرزوی آن را داشته‌اند، بسیار مشکل است. این انتظارات ناجور ممکن است نوعی از سوگ و فقدان باشد.

برای بیشتر افراد نابارور، تصمیم‌گیری در مورد فرزندپذیری یا استفاده از فن‌آوری تولید مثل از طریق سوم شخص (برای مثال اهدای تخمک، رویان) به راحتی و سریع انجام نمی‌گیرد. در جریان درمانهای پزشکی اولیه، هنگامی که زوجها به موفقیت درمان امیدوارند، فکر فرزندپذیری نگرانی شدیدی به وجود می‌آورد. این ترسی است که آنها نمی‌خواهند در جریان جستجوی فرزند بیولوژیک وجود داشته باشد. خشم نیز می‌تواند به عنوان نشانه‌های بی‌اعتنایی و ساده‌انگاری دیگران اتفاق افتد. برخی اظهار نظرهای می‌تواند یک نوع بی‌اعتنایی و ساده‌انگاری را به زوج‌های متقاضی منتقل کند برای مثال «خوب شما می‌توانید همیشه فرزندخوانده بپذیرید، یا هر وقت اراده کنید، این کار امکان پذیر است و ...». به طور کلی عامه مردم در زمینه درک موضوعات عاطفی پیچیده، مدت زمانی که نیاز

به تصمیم‌گیری هست، هزینه‌های مادی و معنوی فرزندپذیری و عدم دسترسی به نوزاد کوتاهی می‌کنند.

با اینکه رویای یک کودک بیولوژیک در جریان ناباروری عمومیت دارد، زوجها باید این رؤیایا را کنار بگذارند و بپذیرند که آن کودک بیولوژیک یا فرزند کامل وجود ندارد. هنگامی که فرد به واقع این موضوع را مورد رسیدگی قرار نمی‌دهد، تمایل دارد فرزندخوانده را با رؤیاهایش مقایسه کند. پذیرش یک کودک آن گونه که خودش هست با مشخصه‌های خاص خود، بخش مهمی است که فرزندپذیری و تجربه والدینی، والدین فرزندپذیر را موفق می‌سازد.

برای حل ناباروری، زوج این را باید بازشناسد که برغم ناتوانی در تولید یک کودک بیولوژیک، آنها می‌توانند سعادت بزرگ و خوشنودی را به عنوان والد بیابند، آنها نیاز دارند درک کنند که قدرت تولید کودک، فرد را یک والد نمی‌سازد. بلکه بیشتر این راهنمایی، محبت و مراقبت روزانه است که عوامل تعیین کننده والد بودن هستند.

در آماده شدن برای فرزندپذیری، افراد نیاز دارند هر گونه نشانه از ناباروری حل نشده را شناسایی کنند. این باید مورد توجه قرار گیرد که حل و فصل کردن، یک فرایند است و برخی از این احساسات به طور کلی از بین نمی‌روند. نشانه‌های ناباروری حل نشده عبارتند از:

- غم و خشم درباره بارداری زنان، که در صورت تداوم می‌تواند شدید باشد.
- اغلب این افراد با دیدن زنانی که باردار هستند، ناراحت و خشمگین می‌شوند.
- رد شناسایی سوگ یا ناامیدی از نابارور بودن. این افراد هر گونه غم و ناامیدی را در این باره انکار می‌کنند.
- ناتوانایی در گذراندن وقت در میان کودکان. این افراد اغلب نمی‌توانند مدت زمان طولانی در بین کودکان به ویژه کودکانی که دارای پدر و مادر هستند، بگذرانند.

- ترس عظیم که فرزندخوانده، فاقد صلاحیت و معیارهای خانوادگی باشد. آنها اغلب با دغدغه ها و نگرانی هایی در این باره زندگی می کنند که فرزندخوانده نتواند شایستگی ها و صلاحیتهای لازم را برای زندگی خانوادگی به دست آورد.
 - تداوم تخیلات درباره کودک بیولوژیک. آنها هنوز رویای یک کودک کامل و زیبا را در ذهن دارند که بتوانند او را به دنیا آورند.
 - تداوم ناخشنودی از ناباروری و حس باختن و مغبون شدن. آنها از اینکه نابارورند ناراحت اند و خود را یک بازنده قلمداد می کنند.
 - ناخشنودی از بحث درباره فرزندپذیری یا موضوع اهدای جنین.
 - ناتوانی در شرکت در طرح های فرزندپذیری بدون شرم ساری و خجالت.
- برخی از این احساسات در جریان فرایند فرزندپذیری تداوم می یابند اما نیاز به بازشناسی آنها و نهایتاً حل و فصل کردن آن با نتیجه ای رضایت بخش وجود دارد.

برخی موضوعات هویتی والدین

هنگامی که زوج های نابارور قادر نیستند احساسات دردناک مربوط به ناباروری را حل نمایند و در شکل دادن پیوند عاطفی با کودک شکست می خورند، این می تواند والد بودن آنها را تحت تاثیر قرار دهد. برای مثال آنها ممکن است از اینکه نظم و انضباط مناسبی برای فرزندشان تدارک ببینند، خشنود نباشند. این ممکن است از این عقیده ناشی شود که آنها والدین واقعی نیستند تا این نقش یا اقتدار را به عهده بگیرند. این همچنین ممکن است انعکاسی از احساس ناایمنی درباره کودک باشد و بنابراین از اینکه کودکشان آنها را دوست نداشته باشد وحشت دارند. احساس نابسندگی، که از ناباروری ناشی می شود، ممکن است حس کفایت را کاهش دهد. گاهی اوقات وجود برخی احساسات درباره والدین زیستی با شکل دادن حس دل بستگی تداخل پیدا می کند. والدین فرزندپذیر ممکن است احساساتی از کفایت یا باورهایی داشته باشند که فکر کنند والدین اصلی لزوماً والدین با کفایت تری هستند.

برخی قادر نیستند سعادت و خوشبختی را به عنوان والدین بسیار با کفایت تجربه کنند زیرا با یک نوع همدلی بیش از حد با والدین زیستی، فکر می کنند آنها موجب عدم حضور والدین اصلی شده اند. به علاوه برخی زوج های فرزندپذیر انتظارات بیش از حدی از خود دارند، احساسی که آنها باید والدین کاملی شوند تا شکستهای مربوط به باروری خود را جبران نمایند. والدی که بسیار حمایت کننده است یا بسیار مضطرب، هرگز اجازه نمی دهد که کودک مستقل باشد و ممکن است برخی مشکلات را در پایه گذاری پیوند عاطفی بروز دهد.

هنگامی که یک زوج بعد از فرزندپذیری درمان پزشکی ناباروری را ادامه می دهند، این ممکن است بیانگر شکست آنها در حل موضوع ناباروری باشد و فرزندپذیری را فقط به عنوان گزینه ای برای بنیان نهادن خانواده و پاسخی به دیگران در نظر گرفته باشند. در حالیکه آنها درگیری های ذهنی متعددی دارند، باروری را هنوز یک موضوع هویتی مهم قلمداد می کنند. تداوم رشد اساسی دانش پزشکی و اطلاعات جدید می تواند خیلی زود به گزینه ای عملی برای رسیدن به والد بیولوژیک تبدیل شود یا ممکن است شیوه های مختلفی از والد شدن پیش از تولد به زوج ها پیشنهاد کند. آنهایی که فرزندخوانده می پذیرند و سپس سریع دوباره وارد صحنه درمان ناباروری می شوند، به طور آشکار طی هفته ها یا ماه ها پس از فرزندپذیری، درگیر بررسی موضوعات حل نشده ناباروری و فرزندپذیری می شوند. این زوج ها به جای اینکه با پدیده پدر و مادر شدن (والد شدن) سازگار شوند، زمان کمی برای لذت بردن از کودکان پیدا می کنند و پیامی مهم دریافت می کنند که «فرزندپذیری نیازهای آنها را برآورده نمی سازد». این خانواده ها سازگاری، روابط عاطفی و موضوعات دلبستگی منحصر به فردی دارند که ضروری است کشف و حل شوند تا سلامت خانواده و سازگاری افراد تضمین شود.

آن دسته از والدین فرزندپذیر که فرزندپذیری را یک مورد دست دوم در نظر می گیرند یا خشم و سوگ خود را درباره ناباروری حل و فصل نکرده اند به سختی نظرات نامناسب دیگران را مورد رسیدگی قرار می دهند. متأسفانه زوج های

فرزندپذیر ممکن است نیاز به مبارزه با دیدگاه‌های منفی و پرورش نیافته‌ای داشته باشند که در جو عمومی جامعه درباره فرزندپذیری وجود دارند. زوج‌های نابارور نیاز دارند درباره فرزندپذیری و رضایت از نقش خود به عنوان والدین فرزندپذیر آگاه شوند به طوری که بتوانند دیگران را درباره سوءبرداشتهای موجود آموزش دهند. برای دیگران غیر معمول نیست که مواردی مانند جملات ذیل را عنوان کنند، حالا که فرزندخوانده را پذیرفته‌اید، بعید نیست که خودتان نیز بچه‌دار شوید؛ چه کسی پدر و مادر واقعی اوست؟ شما خوشبخت هستید، چون حامله نمی‌شوید و زایمان هم نمی‌کنید. همه این نظرات انکار و نادیده گرفتن را منعکس می‌کنند و نظری منفی نسبت به فرزندپذیری است.

یک زوج فرزندپذیر باید واقعیت حضور والدین بیولوژیک کودک یا اهدا کنندگان جنین و اهمیتشان را در زندگی کودک بپذیرند. برای بعضی از زوجین این عقیده که مادر زیستی، کودک خودش را سر راه قرار داده یا واگذار کرده یا به طور داوطلبانه مواد ژنتیکی را اهداء می‌کند غیر قابل درک و مبهم است. آنها شاید قادر نباشند بین مشخصه‌های خود و والدین زیستی تفاوتی قایل شوند. در حالی که آنها خواهان بچه هستند اما توانایی تولید مثل را ندارند، والدین زیستی به طور جسمی قادراند یک کودک را تولید کنند اما برای سایر مسایل و مسئولیتهای مربوط به کودک آماده نیستند. این برای یک خانم غیر معمول نیست که ناباروری را با احساس خشم نسبت به آنهایی که باردار می‌شوند همراه کند. بعضی از والدین متقاضی فرزندپذیری تمایل دارند که احساس خشم و دلخوری را به سمت مادر بیولوژیک که قادر بوده باردار شود نسبت دهند. اغلب هنگامی که والدین فرزندپذیر یک مادر زیستی را ملاقات می‌کنند بهتر می‌توانند موقعیت‌اش را به عنوان یک فرد حقیقی که احساسات و مشکلات واقعی دارد، درک کنند. نگرش‌های منفی درباره والدین زیستی می‌تواند با توانایی والدین فرزندپذیر در برقراری یک توافق با والدین زیستی، شکل دادن احساس دلبستگی و یک بحث رضایت بخش با کودک درباره فرزندپذیری تداخل پیدا کند. احساس رویارویی با والدین زیستی یا

ترس از پیداشدن آنها در زندگی کودک می‌تواند مشکل ساز باشد. اینها از نظر والدین فرزندپذیر نگرانی‌های طبیعی هستند و نیاز به مشخص کردن آنها وجود دارد. زوجین همچنین نیاز دارند تعیین کنند که می‌خواهند با والدین اصلی چه نوع روابطی داشته باشند. در حالی که در کشورهای پیشرفته صنعتی مفهوم فرزندپذیری و اهدا کنندگان تخمک تدریجا از حالت گمنامی خارج می‌شود، دنیای امروز تنوعی از گزینه‌های فرزندخواندگی باز را فراهم کرده است. سالزر (۱۹۹۸) اشاره می‌کند اغلب، مادران بیولوژیک نقش فعالتری را در به فرزند سپردن کودکان و گاهی اوقات ارتباط بیشتر در آینده را می‌خواهند. این ممکن است شامل صحبت کردن یا ملاقات با والدین فرزندخوانده‌پذیر، تبادل اطلاعات گسترده، فرستادن نامه و عکس به شیوه‌ای مداوم یا ارتباط نزدیک (فیزیکی) همراه با ملاقات و تماسهای تلفنی باشد. زوجین اغلب سطح رفاه و آسایش خود را با یک گمنامی، شفافیت مختصر یا شفافیت کامل ارزیابی می‌کنند. یک رابطه شفاف کامل بیشتر مستلزم ارتباط مداوم در همه زمینه‌ها می‌باشد، یعنی رابطه بین والدین زیستی، والدین فرزندپذیر و کودک.

آنهايي که برای اولین بار فرزندپذیری را تجربه می‌کنند اغلب در ارتباط با مادر زیستی محتاطانه عمل می‌کنند یا ممکن است از حضور او احساس تردید نمایند. علیرغم چنین ترسهایی این مهم است که والدین فرزندپذیر حتی الامکان اطلاعاتی درباره والدین زیستی همزمان با فرایند استقرار کودک کسب نمایند. برخی زوجین امنیت بیشتری را در نقش والدینی خود پیدا می‌کنند و ترسهایشان اندک اندک بر طرف می‌شود. اغلب آنها بعدها، از اینکه فرصتی برای ملاقات با مادر اصلی فراهم نکرده‌اند، یا اطلاعات بیشتری کسب نکرده‌اند متأسف می‌شوند. ملاقات رو در رو با والدین اصلی، جمع‌آوری اطلاعات، دریافت عکس و تقاضا از مادر اصلی برای نوشتن نامه‌ای به کودکش در هنگام تولد، می‌تواند در سالهای بعد مفید باشد، به ویژه هنگامی که کودک علاقه‌مند است درباره اصل و نسب خود اطلاعات بیشتری به دست آورد.

آیا موضوع والدین زیستی (اصلی) کودک در کشور ما هم اهمیت دارد؟

شاید اینگونه فکر شود که در کشور ما چون اغلب فرزند پذیری ها بدون حضور والدین زیستی از طریق سازمان بهزیستی و به واسطه مراجع قضایی انجام می گیرد ، ضرورتی برای بحث درباره والدین زیستی وجود ندارد. اما در واقع اینگونه نیست . علیرغم اینکه بیشتر موارد فرزندپذیری شامل کودکانی می شود که به دلایل مختلف رها شده اند ، و اطلاعاتی از والدین زیستی آنها در دست نیست ، اما مواردی وجود دارند که پس از مدتی (چه کوتاه مدت یا دراز مدت) والدین زیستی ، کودک خود را جستجو کرده و خواهان پس گرفتن کودک خود شده اند. این جدا از مواردی است که فرزند پذیری به شیوه مستقل و آشکار اتفاق افتاده است . لازم به یادآوری است که اسماعیلی (۱۳۸۳) یکی از نگرانی های زوج های متقاضی فرزندپذیری را پیدا شدن والدین بیولوژیک کودک بیان می کند. اما در یکی از دوره های آموزشی « مشاوره فرزندخواندگی » نمونه جالبی گزارش شد:

« یک متقاضی فرزندپذیری ، برادرزاده خود را طی یکسری توافقات خانوادگی به فرزندی می پذیرد و شناسنامه ای نیز صادر می شود اما به مرور ، این راه حل به ظاهر ساده اما نسنجیده ، بر فضای خانواده و روابط خانوادگی سایه می افکند و مشکلات فراوانی را به همراه می آورد و از مهمترین این مسائل ، رابطه با والدین اصلی بود . اگر چه کودک رشد کرده بود و پدر و مادر اصلی خود را عمو و زن عمو خطاب می کرد. اما این وضعیت نه برای والدین اصلی هضم شده بود و نه والدین فرزند پذیر ... موضوعی که مسائل بغرنج دیگری را نیز به همراه آورده بود و موضوع را کاملا پیچیده کرده بود ...».

اگرچه در بیشتر موارد فرزندپذیری، اثری از والدین زیستی وجود ندارد، اما توجه به موضوع والدین زیستی حتی هنگامی که والدین فرزندپذیر در تفکرات

خود سایه آنها را حس می کنند یا فرزندخوانده ها تفکرات دوگانه ای را نسبت به والدین شکل می دهند، دارای اهمیت است.

دلبستگی

نظریه دلبستگی بر پایه کار بالبی و همکاران (۱۹۵۶) بر این فرض استوار است که پیوند عاطفی نوزاد- مادر یا فردی که مراقبت اولیه را به عهده دارد، امنیتی را فراهم می سازد که برای کشف محیط کودک ضروری است و شکست در شکل گیری دلبستگی در سالهای اولیه می تواند با ناتوانی در توسعه رابطه صمیمانه در بزرگسالی مرتبط باشد. دلبستگی به یک پیوند عاطفی اشاره دارد که روابط بین مادر و کودک را شکل می دهد. این رابطه امنیت، آسایش، تسکین و لذت را به همراه دارد و فقدان و تهدید به عدم حضور مراقب، آشفتگی را به وجود می آورد.

دلبستگی یکی از مفاهیم اساسی در نظریه بالبی است. بر اساس دیدگاه او دلبستگی مانند نیاز به تغذیه (خوردن و آشامیدن) یک نیاز اولیه است، به عبارتی از هیچ نیاز دیگری مشتق نشده است و نیازی اساسی برای تحول شخصیت است. کودک با طیف وسیعی از آمادگی برای عمل مانند مکیدن، کاویدن، خودآویختن، فریاد زدن به دنیا می آید، ظرفیت هایی که در عمل و به تدریج چهره ای بیش از پیش تمایز یافته را هدف قرار می دهند. این چهره «مادر» است که وظیفه مراقبت از کودک را به عهده دارد. پنج قالب رفتاری بیان کننده رفتار دلبستگی هستند: رفتارهای دنبال کردن (مکیدن، به دیگری آویختن و دنبال کردن) و طلبیدن (گریه کردن، لبخند زدن) که کودک آنها را سازماندهی می کند، (دادستان و منصور، ۱۳۶۹).

رفتار دلبستگی به عنوان یک نیاز اولیه دارای دو کارکرد اصلی است: کارکرد حمایتی یا به عبارتی تامین امنیت از سوی بزرگسالان برای کودک و کارکرد اجتماعی شدن که زمینه را برای اجتماعی شدن کودک به واسطه تماس با مادر و پاسخ دادن به خواسته های کودک فراهم می کند.

نظریهٔ دلبستگی زمینه را برای درک پیوندهای عاطفی و معنای آن فراهم می‌سازد. اما در ارتباط با فرزندپذیری سالزر (۱۹۹۸) مولفه‌های دلبستگی را در فرایند والدینی فرزندپذیری، پیوند عاطفی (فرایند شکل‌گیری دلبستگی)، ادعا^۱ و حس تعلق^۲ می‌داند. ادعا یا مطالبه به فرایند دو جانبه‌ای اشاره دارد که خانواده فرزندپذیر و فرزند خوانده این احساس را می‌پذیرند که آنها به یکدیگر تعلق دارند. حس تعلق به احساس والدین فرزندپذیر بر می‌گردد که آنها هم از لحاظ قانونی و هم از لحاظ عاطفی این حق را دارند که والدین کودکشان باشند. به عبارتی این حس که کودک واقعا متعلق به آنهاست. از برخی جهات ادعا و حس تعلق فرایندهایی پیچیده در خانوادهٔ فرزندپذیر محسوب می‌شوند.

ایجاد حس تعلق به معنای این آگاهی است که فرزندپذیری متفاوت از سرپرستی بیولوژیک سنتی است. سرپرستی بیولوژیک و فرزندپذیری بیشتر دارای تشابهات هستند تا تفاوتها. هنگامی که یک کودک به فرزندپذیری پذیرفته می‌شود والدین هر کدام مسئولیت‌های مشابهی در مراقبت و راهنمایی کودک دارند. اما والدین فرزندپذیر باید یک حس امنیت و اعتماد را در نقش خود به عنوان والدین واقعی هم به خاطر خودشان و هم برای رضایت و امنیت کودک رشد دهند. رشد این حس به این معناست که آنها معتقدند که کودک واقعا متعلق به آنهاست و اینکه آنها واقعا والدین او هستند.

هر گونه خلل در روابط مادر (مراقب) و کودک می‌تواند بر رفتار دلبستگی تاثیر گذارد. مهمترین رفتار تاثیر گذار بر دلبستگی جدایی از مادر است. هر گونه شکافی که در روابط مادر کودک ایجاد شود می‌تواند بر تحول شخصیت تاثیر داشته باشد و اگر این شکاف شدید باشد می‌تواند زمینه بروز برخی اختلالات

¹ - claiming

² - entitlement

را در آینده به وجود آورد. مهمترین اختلال در این زمینه اختلال دلبستگی^۱ و اختلال دلبستگی واکنشی^۲ است که به طور اجمالی درباره آنها بحث خواهد شد.

چه عواملی بر پیوند عاطفی و دلبستگی تأثیر دارند؟

هر عاملی که با تجربه پیوند عاطفی تداخل پیدا کند می تواند رشد دلبستگی را مختل نماید. هنگامی که روابط متقابل بین مراقب و کودک می گسند و با مشکل مواجه می شود تجربه پیوند عاطفی به سختی پایدار می ماند. این شکافها می توانند به واسطه مشکلات مربوط به نوازد، مراقب یا محیط صورت گیرد، (پری ۲۰۰۱).

نوازد: سرشت و شخصیت کودک بر تجربه دلبستگی تأثیر می گذارند. اگر کودک بی قرار و نا آرام باشد، شرایط را برای ایجاد یک دلبستگی نا ایمن فراهم می سازد. توانایی کودک در شکل دادن روابط مادر - کودک می تواند از برخی مشکلات ناشی شود که دارای زمینه جسمی هستند برای مثال نارس بودن، بیماری ها و نقیصه های مربوط به تولد.

با این توضیح برای والدین فرزند پذیر مهم است بدانند کودکی که آنها به فرزند می پذیرند، چه شکافهایی را تجربه کرده است. اولین بار جدایی از مادر و دومین بار جدایی از مراقب خود در شیرخوار گاه. یعنی هر بار که کودک با استفاده از ظرفیتهایی بالقوه خود، خواسته پیوند عاطفی بین خود و مراقبین را تحکیم بخشد با یک شکاف و گسلسش رو برو شده است. بار اول از مادر جدا شده و در شیرخوار گاه مستقر شده است. در وهله بعدی احتمالاً با مراقبین شیرخوار گاه یک رابطه عاطفی برقرار کرده که با فرزندخواندگی شکافی دیگر بین مراقب و کودک ایجاد می گردد.

والدین فرزند پذیر ممکن است کودکی را به فرزند می پذیرند که ضمن تجربه این جدایی های مکرر، مشکلاتی چون تولد زودرس را نیز داشته باشد. اینها

¹ - attachment disorder

² - reactive attachment disorder

همه کار و مسئولیت آنها را سنگین می کند. ضمن اینکه آنها باید دانش خود را درباره مفهوم دلبستگی و سوابق درمان کودک ارتقا بخشند، باید صبر و بردباری را در رفتار خود نسبت به واکنش های کودک افزایش دهند.

آنها با بغل کردن، نوازش کردن، لالایی خواندن، آواز خواندن، تکان دادن و رقصیدن با کودک و رفتارهایی این چنین می توانند، فرایند دلبستگی را بین خود و کودک تسهیل کنند و به سرعت اثرات شکافها و جدایی هایی را که کودک تجربه کرده است، تعدیل نمایند.

مراقب: رفتارهای مراقبین نیز می تواند به روند پیوند عاطفی و دلبستگی آسیب برساند. والدینی که بهانه جو و منتقد و طرد کننده هستند، کودکان را به سمتی می کشانند که از رابطه صمیمانه عاطفی اجتناب کنند. والدینی که در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته اند اغلب کودکانی دارند که گریزان، اجتنابی و ناراحت اند. مادری که افسردگی دارد یا با سوء مصرف مواد دست به گریبان است و در مشکلات و گرفتاری های شخصی غرق شده است، نمی تواند مادری باشد که پاسخگوی نیازهای کودکش باشد، (پری، ۲۰۰۱).

در اینجا توجه والدین فرزندپذیر را باید به این نکته جلب کرد که قبل از فرزندپذیری حتما در صدد رفع مسائل و مشکلات اساسی خود برآیند یا در طی مدتی که آنها کودکی را به فرزندپذیری پذیرفته اند، مشکلات خود را جدی بگیرند و در پی یافتن کمکهای لازم و حرفه ای باشند. اغلب والدین فرزندپذیری که دارای مشکلاتی هستند، به تبع آن کودکان خود را نیز با مشکل مواجه می سازند و بعدها به استاد پیش گویی های خودکامبخش^۱ رفتارهای کودک خود را توجیه می کنند. فرض کنید والدین فرزندپذیری بر این باور باشند که فرزندخوانده ها دروغگو و بد

¹ - self-fulfilling prophecy

هنگامی که باورهای نادرست یا قالبهای فکری درباره دیگران داشته باشیم، پاسخ های ما به آنان، اغلب موجب می شود آنان به گونه ای رفتار کنند که موبد باورهای نادرست ما باشند. پیش گویی های خودکامبخش قلمروی از خطا ایجاد می کنند و آن را پایدار می سازند، (ارونسون، ۱۳۸۲، ص ۳۳۸).

ذات هستند و باید مواظب آنها بود و آنها را کنترل کرد. قطعاً اعمال کنترل های بیش از حد منجر به بروز واکنش هایی از طرف کودک می شود تا به نوعی این کنترل ها را مهار کند، لذا ممکن است دست به رفتارهایی همچون پنهان کاری، دروغگویی و ... بزند، یعنی همان رفتارهایی که والدین از ابتدا نگران آن بودند. پس آنها نمونه ای برای تایید تفکرات از قبل برنامه ریزی شده خود می یابند. «گرگ زاده عاقبت گرگ شود» یا «ژن او خراب است». نمونه ای از تفکرات پیش داورانه ای است که گاه فقط برای فرار از مشکلاتی عنوان می شود که مربوط والدین بوده و آنها در صدد رفع آن بر نیامده اند. با این حال وظیفه مشاوران فرزندپذیری در اینجا مهم است که به مسائل و مشکلات والدین متقاضی در جریان مشاوره های فرزندپذیری توجه داشته باشند.

محیط: یکی از عوامل تهدیدکننده فرایند دلبستگی سالم، ترس است. اگر کودک بر اثر درد، تهدیدهای فراگیر یا محیطهای پر تنش تحت فشار باشد، او به سختی می تواند فرصتی برای مشارکت در رابطه عاطفی با مراقبش پیدا کند. کودکانی که گرفتار خشونت خانگی هستند یا گرفتار جنگ، بلایای طبیعی و .. شده اند در رشد پیوند عاطفی آسیب پذیر خواهند بود.

پس یکی از وظایف مهم والدین فرزندپذیر، فراهم نمودن محیطی امن و به دور از تنش برای کودک است. رسیدگی به نیازهای پزشکی او و تسکین درد و آلام کودک به فراهم آوردن محیطی مناسب برای ایجاد ارتباطات عاطفی کمک خواهد کرد. وظیفه مددکاران اجتماعی است که در باز دیده های خود از منزل متقاضیان به فضای خانه و امکانات روابط زوج و سایر موارد توجه داشته باشند.

تناسب بین مادر با خلق و خو و ظرفیتهای کودک اساسی است. بسیاری از مراقبین به خوبی از عهده یک کودک آرام بر می آیند اما یک نوزاد بی قرار، آنها را کلافه می کند. فرایند توجه کردن به کودک، توجه به نشانه های غیر کلامی و پاسخ مناسب به آنها برای حفظ تجربه پیوند عاطفی اساسی است تا یک دلبستگی

سالم و ایمن تحقق یابد. گاهی یک سبک ارتباطی و پاسخ های مشابه یک مادر که برای یک کودک مناسب بوده ممکن است برای کودک دیگرش مناسب نباشد.

اختلال دلبستگی

اختلال دلبستگی اصطلاح گسترده ای برای توصیف فردی است که بر اثر تجارب خاصی که در او ان کودکی داشته، ظرفیتهای لازم برای توسعه رابطه موثر با دیگران را ندارد و در این زمینه با مشکل مواجه است. با این توضیح به نظر می رسد بین اختلال دلبستگی و اختلال دلبستگی واکنشی تفاوت وجود داشته باشد. با آنکه همه کودکانی که اختلال دلبستگی واکنشی دارند، گرفتار اختلال دلبستگی هستند اما همه افرادی که اختلال دلبستگی دارند، اختلال دلبستگی واکنشی ندارند. با این حال آنچه در کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (*DSM-IV-TR*) آمده است، اختلال دلبستگی واکنشی است.

اختلال دلبستگی واکنشی دوره شیرخواری یا اوایل کودکی نوعی وابستگی نامتناسب اجتماعی است که پیش از ۵ سالگی ظاهر شده و همراه با مراقبتی بسیار بیمارگونه است. الگوی مراقبت شامل بی توجهی طولانی مدت به نیازهای جسمانی و هیجانی کودک یا تغییر مکرر مراقبین (همچون شرایط نگهداری در شیرخوارگاه ها یا در خلال فرزندپذیری) است. با اینکه در سبب شناسی این اختلال تأکید بر روی علت یکطرفه یعنی شخص مراقب است که با کودک بد رفتاری می کند یا او را مورد غفلت قرار می دهد، اما همچنانکه قبلا اشاره شد سهم هر یک از طرفین یعنی مراقب-کودک و نیز تعامل آنها نیز مهم اند.

معمولا در این کودکان سرزندگی وجود ندارد، اغلب رشد کودک متوقف می شود یا دچار سوء تغذیه می گردد. کمبود جنب و جوش، بی حالی و بی احساسی باعث می شود که این کودکان غمگین و بی نشاط به نظر برسند، از لحاظ اجتماعی هم مادر و هم کودک ممکن است نسبت به جدایی هنگام بستری

شدن کودک یا ختم دوره درمان در بیمارستان بی تفاوت باشند و قادر به برقراری یک رابطه دیر پا نیستند، (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

توجه به سابقه بدر رفتاری در دو سال اول زندگی کودک مهم است و مداخلات حمایتی و درمانی بسیار مهم اند و می تواند شامل این موارد باشند:

۱. خدمات حمایتی روانی - اجتماعی همچون تغییر در شرایط فیزیکی منزل و تأمین محل زندگی بزرگ تر، بهبود وضعیت مالی خانواده و کاهش انزوای خانواده.

۲. تأمین امنیت برای کودک به واسطه تأمین محلی امن در کوتاه مدت و در صورت لزوم جداسازی از والدین می تواند موثر باشد.

۳. مداخلات روان درمانی برای خانواده و والدین می تواند امنیت بیشتری را در دراز مدت برای کودک فراهم سازد و به حل مسائل و مشکلات والدینی نیز کمک کند.

۴. دریافت خدمات آموزشی و شرکت والدین در گروه های همیار

۵. درمان «پیوند عاطفی هماهنگ»^۱ نیز یکی از روش هایی است که به ترمیم روابط مادر- کودک و رفع آثار اختلال دلبستگی واکنشی کمک می کند.

روش پیوند عاطفی هماهنگ بر روابط بین مادر و کودک متمرکز است و هدف آن ارتقاء سطح روابط متقابل و احساسات همدلانه بین مادر و کودک است. در مرحله اول. تعارضات درون خانواده و تعارضات بین والدین شناسایی و آموزش های لازم برای اجرا در منزل در اختیار والدین قرار می گیرد. در این مرحله مادر باید روابط عمیقی را با کودک برقرار سازد. این اعتماد در او ایجاد شود که واقعا کودک متعلق به اوست و ابزارهای موثر والدینی را به منظور رسیدگی به اختلال های رفتاری شدید به دست آورد. بر این اساس در آغوش گرفتن، نوازش کردن و لالایی گفتن و ... از رفتارهای بسیار موثر خواهند بود. در مرحله دوم با پیگیری های هفتگی و بازدید منزل، مهارت های والدینی ارزیابی می شوند و بازخوردهای لازم

¹ direct synchronous bonding

ارائه می گردد. در مرحله سوم زمینه برای ورود خانواده به گروه های حمایتی و همیار فراهم می شود، (ولش، ۲۰۰۱).

پری (۲۰۰۱) برخی راه کارها را به منظور پیشگیری و رفع آثار مشکلات مربوط به دلبستگی معرفی می کند:

(۱) به تربیت و نوازش این کودکان بپردازید. کودکان نیاز به محبت، نوازش، در آغوش گرفتن و ... دارند با کودکانی که مشکلات دلبستگی دارند با عشق و مراقبت رفتار کنید.

(۲) قبل از این که رفتاری را تنبیه کنید، آن را درک کنید. کسب اطلاعات درباره ماهیت رفتارها و اختلالات می تواند از بسیاری سوء تفاهمات پیشگیری کند. برای مثال هنگامی که کودک مقداری غذا را کش می رود این را نباید فوراً به عنوان دزدی قلمداد کرد ممکن است این رفتار ناشی از محرومیت های اولیه دوران رشد باشد. رویکرد تنبیهی نمی تواند به این کودکان کمکی کند.

(۳) متناسب با سن عاطفی این کودکان رفتار کنید. این کودکان ممکن است به واسطه تجارب خاصی که داشته اند، از نظر عاطفی و اجتماعی واکنش متناسب سنی همراه با تاخیر نشان دهند. ممکن است یک کودک ۱۰ ساله از لحاظ عاطفی مانند یک کودک دو ساله عمل کند. پس برای خروج از این سطح، والدین می توانند از تعاملات غیر کلامی و رفتارهای متناسب با سن عاطفی کودک بهره گیرند. در آغوش گرفتن، آواز خواندن، رقصیدن با کودک و... در اینجا نیز مفید خواهد بود.

(۴) به صحبت های این کودکان گوش کنید و با آنها صحبت کنید. یکی از خوشایندترین کارهایی که می تواند به این کودکان کمک کند این است که با آنها بشینید، بازی کنید، به صحبت هایشان گوش کنید و با آنها صحبت کنید.

۵) از کودکان انتظار واقع بینانه ای داشته باشید. انتظارات بیش از حد بدون اینکه توانایی کودک را ارزیابی کرده باشید می تواند، بر مشکلات آنها بیافزاید.

۶) برای بهبود وضعیت کودک صبور باشید. پیشرفت و تغییر در وضعیت کودک به آرامی به وقوع می پیوندد. این می تواند برای بسیاری از والدین فرزند پذیر مایوس کننده باشد و احساس بی کفایتی کنند زیرا همه توان، عشق و وقت خود را صرف کرده اند اما انگار بی تاثیر بوده است. اما بهبود در وضعیت امکان پذیر است.

۷) مراقبت خودتان باشید. این یکی از مهمترین بخش های مراقبتی از کودک است. هرگونه حادثه، بیماری و بستری شدن مراقب در بیمارستان که به یک جدایی موقتی بیانجامد، می تواند تاثیر ناگواری بر فرایند دل بستگی یا فرایند رفع آثار اختلال دل بستگی داشته باشد.

۸) کمک از سایر منابع را در دستور کار خود قرار دهید. مراجعه به روانشناسان، مشاوران، شرکت در گروه های همیار فرزندپذیری، دسترسی به کتب و مجلات و پایگاه های اینترنتی می تواند بسیار موثر باشند.

شکل گیری هویت

شکل گیری هویت هسته مرکزی حسی است که فرد درباره خود، ارزش به خود و مرزهای هویتی دارد. شکل گیری هویت از همان دوره کودکی آغاز می شود و در بافت خانواده رشد می یابد و به طور آگاهانه ای در نوجوانی شکل می گیرد. کودکانی که به فرزند پذیرفته شده اند، مشکلات زیادی را با شکل گیری هویت خواهند داشت. زیرا آنها اطلاعاتی نادرست و ناکافی درباره تاریخچه خانوادگی شان دارند، در بعضی مواقع آنها احساس نمی کنند که عضو کاملی در خانواده فرزند پذیر هستند، به همین دلیل با موضوع رها شدن توسط والدین اصلی مشغله فکری پیدا می کنند و در نهایت باید با این موضوع سازگاری یابند.

این کودکان در تمام دوران کودکی و نوجوانی ممکن است با تخیلات مربوط به دو سری از والدین مشغول باشند. چنین کودکی ممکن است پدر و مادر فرزندپذیر و حقیقی را به «خوب» و «بد» تقسیم کنند. معمولاً کودک شدیداً آرزومند شناختن پدر و مادر واقعی خویش است؛ برخی از این کودکان تخیلات خود را در مورد والدین غایب را الگوی خود قرار داده و موجب بروز تعارض با والدین فرزندپذیر خود می شوند. در اکثر مواردی که این گونه کودکان به جستجوی پدر و مادر واقعی خود بر آمده و آنها را یافته اند یا بالعکس تجربه کاملاً مثبت بوده است به ویژه اگر فرزند در اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی بوده باشد، (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

والدین فرزندپذیر باید موضوعات ویژه شکل‌گیری هویت را برای کودکانشان بازشناسند، همچنین موضوعات خودشان را درباره شکل‌گیری هویت، به عنوان والدین فرزند خود، بازشناسند. در این بافت، والدین فرزندپذیر نمی‌توانند به معانی سنتی هویت درباره کودکانشان متکی باشند.

۵ وظایف خانواده های فرزندپذیر

بیشتر افرادی که تصمیم به فرزندپذیری می گیرند، قبل از این تصمیم چند مرحله عاطفی را پشت سر می گذارند. این مراحل عبارتند از:

۱. در نظر گرفتن مقدماتی فرزندپذیری به عنوان یک گزینه.

۲. تصمیم گیری در قالب یک زوج.

۳. جستجو و کشف عقاید، نیازها و ترسهای شخصی.

۴. سوگواری درباره کودکی بیولوژیک متولد نشده.

۵. جمع آوری اطلاعات.

از دید سالزر (۱۹۹۸) این مراحل به شیوه‌ای ساخت یافته، مستقیم و به ترتیب اتفاق نمی افتند بلکه بیشتر، قطعاتی از یک مسیر عاطفی پیچیده به سوی والد شدن اند.

در نظر گرفتن مقدماتی فرزندپذیری به عنوان یک گزینه

زوج های نابارور عموماً از درمان ناباروری به سوی فرزندپذیری حرکت می کنند. قبل از اینکه آنها به گزینه فرزندپذیری توجه کنند، نیاز دارند از همه گزینه های

پزشکی _ درمانی استفاده کنند. آنها می‌خواهند تعیین کنند که والد بیولوژیک به طور مشخص برای آنها چیزی فراتر از واقعیت و آرزویی دست نیافتنی است. اما این رویکردی مشکل است، زیرا حوزه درمان ناباروری پیوسته در حال تغییر و توسعه است و به ندرت به یک زوج گفته می‌شود که موقعیت آنها نا امید کننده است و اینکه در آینده درمان پزشکی نمی‌تواند پیشنهادی داشته باشد. این برای پایان درمان و دنبال کردن فرزندپذیری از نقطه نظر درمانی خیلی مشکل می‌شود. بعضی از زوجین در حالی که در میانه درمان ناباروری هستند توجه به فرزندپذیری را در دستور کار خود قرار می‌دهند. آنها ممکن است با شکستهایی که از درمان دارند و نا امیدی هایی که تجربه کرده‌اند، ناکام شوند. اما آنها هنوز به پایان گزینه‌های درمان پزشکی نرسیده‌اند. به هر حال آنها می‌دانند که می‌خواهند پدر و مادر شوند و به انتخابهای آینده خود توجه کنند. این زوج ممکن است درباره شانس اندک خود برای والد شدن بیولوژیک واقع بین یا وحشت زده باشند و نسبت به از دست دادن زمان نگران شوند.

آیا زوجین باید قبل از پایان درمان پزشکی خود فرزندپذیری را دنبال کنند؟ این برای زوجین یک امتیاز است، در حالی که هنوز در حال درمان ناباروری هستند به گزینه فرزندپذیری نیز توجه می‌کنند. دورنمای فرزندپذیری به واسطه پیچیدگی‌ش و راههای دسترسی به آن می‌تواند بسیار درگیر کننده باشد. اغلب متقاضیان از این موضوع که مدت طولانی را باید پشت نوبت دریافت کودک بمانند، شاک می‌خورند. در ایران این افراد به طور متوسط باید یک تا یکسال و نیم را پشت نوبت دریافت کودک بمانند. اگر یک زوج بعداً فرزندپذیری را مشتاقانه دنبال کنند، این نه تنها فرآیند فرزندپذیری را تسریع می‌کند بلکه با اطمینان دادن به آنها برخی درمی‌یابند که سرانجام پدر و مادر شدن امکان پذیر است و فشارهای روانی ناشی از درمان پزشکی نیز کاهش می‌یابند. در این مدت اگر درمان پزشکی موفق باشد، آنها چیزی را از دست نداده اند بلکه دستاورد مهم این است که درباره فرزندپذیری اطلاعاتی را جمع آوری کرده و خود را در این باره آموزش داده‌اند.

از زمانی که سازمان بهزیستی متقاضیان را در فهرست انتظار فرزندپذیری قرار می دهد، این می تواند برای زوجین مؤثر باشد که فرایند فرزندپذیری را شروع کنند در حالی که هنوز درمان پزشکی را نیز ادامه می دهند. والدین متقاضی باید این مدت را که پشت نوبت دریافت کودک باقی می ماند به یک فرصت تبدیل کنند. در کشورهایی نظیر امریکا توصیه می شود اگر زوج برنامه ای برای دنبال کردن فرزندپذیری مستقل^۱ دارند، آنها باید پایان برنامه پزشکی خود را در اولویت قرار دهند.

فرزندپذیری مستقل می تواند خیلی سریع اتفاق بیافتد و زوجین باید از لحاظ عاطفی و جسمی برای این گزینه آماده شوند. هنگامی که فهرست انتظار متقاضیان در سازمان بهزیستی (معمولا در برخی استان های کوچک) مدت زمان کوتاهی را در برمی گیرد یا همچنانکه مرسوم است خدمات اولویت بندی^۲ ارائه می شود دنبال کردن فعال و همزمان فرزندپذیری و درمان ناباروری توصیه نمی شود. زوجین باید فرصتی را برای آموزش خودشان در زمینه فرزندپذیری فراهم نمایند. برای مثال موضوعات والدین اصلی، صحبت با کودک در مورد فرزندپذیری، مدیریت موقعیتهای اجتماعی، حل کردن احساسات به جا مانده از ناباروری و درک تاثیرات روان شناختی پدرخوانده بودن یا مادرخوانده بودن و فرزندخوانده از موضوعات مهمی هستند که باید مورد رسیدگی قرار گیرد.

زوجین باید هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ عاطفی برای ورود کودک آماده شوند. این قابل درک است که آنها درباره بدست آوردن بچه یا آمادگی برای پرستاری نگران باشند، اما آنها را نباید پنهان کرد. آنهایی که درمانشان را ادامه می دهند ممکن است قادر نباشند زمان لازم و عواطفشان را برای ورود کودک سرمایه گذاری کنند. بی میلی برای توقف درمان ممکن است نشانه شکست در حل

^۱-independent adoption

موضوعات ناباروری باشد، یا یک ناتوانی در قبول فرزندپذیری به عنوان یک مسیر مسرت‌بخش و رضایت بخش در جهت رسیدن به والد شدن یا ناتوانی در اعتماد به دیگران (برای مثال پزشک) برای تصمیمات زندگی، (سالزر، ۱۹۹۸).

تصمیم‌گیری به عنوان یک زوج

زوجین اغلب طی درمان ناباروریشان فرزندپذیری را روشی متفاوت در نظر می‌گیرند و در ابتدا ممکن است با تصمیم درباره فرزندپذیری موافق نباشند. این برای والدین طبیعی است که این گزینه را به شیوه‌ای دیگر در نظر بگیرند. زوجین اغلب نقطه نظرات مشابهی را بیان نمی‌کنند، دچار نگرانی می‌شوند و این ترس می‌تواند مانع ارتباطات بیشتر شود. والدین نیاز دارند در ترسها و تردیدهایشان به شیوه‌ای مطمئن و باز با دیگری سهیم شوند. فرزندپذیری مستلزم کسب اعتماد است که هم می‌تواند پیشنهادی جالب و هم نگران کننده باشد. تفاوت‌هایی را که اغلب والدین بیان می‌کنند آنچنان که در وهله اول به نظر می‌رسد ناهمخوان نیستند. برای مثال زوجین ممکن است در مرحله بعدی تصمیم‌گیری‌شان موافقت خود را اعلام کنند. (برای مثال در طی جلسات اطلاع‌رسانی فرزندپذیری) اما باید با تعیین زمان تصمیم‌گیری موافق باشند (برای مثال انجام فوری آن یا انتظار بعد از سپری کردن یک دوره درمان پزشکی). در ضمن افراد، اغلب آن چه را احساس می‌کنند به طور صحیح بیان نمی‌کنند. برای مثال یک شریک ممکن است این را بیان کند که من هرگز نمی‌توانم فرزندخوانده‌ای بپذیرم در صورتی که عملاً آنچه او می‌خواهد بیان کند این است که من آماده نیستم درمان را متوقف کنم. این برای والدین مهم است که با دقت به همدیگر گوش فرا دهند و احساساتی که پشت سر این دیدگاه‌های متفاوت وجود دارد، درک نمایند. اغلب تعارض بین همسران رشد می‌یابد زیرا هر کدام تعارضی درونی و احساساتی دوگانه دارند که به طور قابل اعتمادی نمی‌توانند آن را بیان کنند. مشاور فرزندپذیری می‌تواند به عنوان یک شخص ثالث، بی‌طرف و حمایت کننده به زوجین در جهت گره‌گشایی از این موضوعات کمک کند. در

جریان بحثهای اولیه، زوجین اغلب تلاش می کنند بین نقطه نظرات همدیگر تعادلی برقرار نمایند، یکی ممکن است موضع طرفدارانه از فرزندپذیری را بدون اینکه هیچگونه اضطراب یا احساس دوگانگی داشته باشد، اتخاذ کند، درحالی که دیگری دیدگاهی منفی و پایدار داشته باشد. مشاور می تواند به زوجین کمک کند تا نکات توافق و مشترکشان را تعیین نمایند مانند ترسها، آرزوها، اهداف یا نیازهای مشابه که اغلب وجود دارند، آنها می توانند این وظیفه را به عهده بگیرند که فهرستی از تمایلات و مخالفتهای فردیشان را درباره فرزندپذیری تهیه کنند و سپس این فهرستها را با یکدیگر مقایسه نمایند. این در بیشتر موارد برای تعیین اختلافات و تشابهات مفید است. مشاوران فرزندپذیری می توانند تأکید کنند که گفتگو درباره فرزندپذیری لزوماً به این معنا نیست که افراد باید آن را دنبال نمایند.

هنگامی که زوجین به یک بن بست می رسند این ممکن است برای عقب نشینی از تعارض و حرکت به سوی توافق در آینده و بحث بیشتر ضروری باشد. این ممکن است چند هفته یا حتی چند ماه طول بکشد. به تأخیر انداختن موضوع با هدف کشف احساسات فردی و کسب شناخت بیشتر، اغلب در دیدگاهها تغییر ایجاد می کند و شفافیت بیشتری را برای گفتگوهای بعدی فراهم می سازد. باید به زوجین گفته شود به مرور زمان که افراد احساساتشان را مورد رسیدگی قرار می دهند، موقعیشان را مجدداً ارزیابی می کنند، یا در مورد فرزندپذیری بیشتر یاد می گیرند، دیدگاههایشان درباره فرزندپذیری تغییر خواهد کرد. این غیر معمول نیست که یک فرد سرسختانه مخالف فرزندپذیری باشد و بعداً به شیوه‌ای موفقیت آمیز موافق فرزندپذیری شود.

کشف نیازها، باورها و ترسهای شخصی

هنگامی که همسران موافق فرزندپذیری نیستند باید به آنها فرصت داد به شیوه فردی موضوعات را بررسی کنند و اطلاعات لازم را جمع آوری نمایند. هر فرد باید تعیین کند که ناباروری به عنوان یک فقدان، او را چگونه تحت تأثیر قرار داده است. کدام

فقدان‌ها برای هرکدام از آنها اهمیت بیشتری دارد و کدامیک از این فقدان‌ها با تصمیم‌گیری در مورد فرزندپذیری تداخل پیدا کرده است؟ هر کدام باید نیازهایش را ارزیابی کند و قادر باشد تجربهٔ بارداری را از والد شدن جدا کند. اگر چه بیشتر افراد نابارور هم آرزوی بارداری را دارند و هم تجربه والدینی، برخی‌ها صرفاً یک تمرکز ابتدایی دارند. بیشتر زوجین که سرانجام فرزندپذیری را انتخاب می‌کنند درمی‌یابند که آرزوی آنها برای والدشدن بسیار مهم تر از تجربه بارداری است. اگر نیاز برای تداوم نسل و احساس تعلق به تجربه بارداری، عوامل بسیار مهمی هستند، فرزندپذیری نمی‌تواند این نیازها را برآورد سازد، هرچند بعضی از زوجین ممکن است تمایل داشته باشند از اهداء تخمک به عنوان وسیلهٔ نهایی برآورده ساختن نیازشان بهره بگیرند.

آنهایی که فرزندپذیری را مورد توجه قرار می‌دهند باید به طور دقیق دیدگاه‌هایشان را در مورد نقش عوامل ژنتیکی در مقابل عوامل محیطی که چگونه رشد یک کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهند ارزیابی نمایند. والدین باید در این زمینه اطلاعات مناسب و کافی را جمع‌آوری و موضع خود را مشخص کنند این می‌تواند از تفکرات و پیش‌بینی‌های خودکامبخش و پیشداورانه والدین درباره کودکان جلوگیری کند.

مطالعات اخیر نشان می‌دهد که وراثت ژنتیکی نه تنها مشخصه‌های جسمی را تعیین می‌کند بلکه صفات شخصیتی، هوش و علایق را نیز مشخص می‌نماید. محیط به طور آشکار نقش مهمی را در رشد یک فرد به عهده دارد. اما همه کودکان مشخصه‌های وراثتی خاصی را بروز می‌دهند، این صفات ممکن است با آن دسته از صفاتی که در کودک بیولوژیک تولید می‌شود به طور معناداری متفاوت باشد، اما لزوماً بدتر نیست، (شولتز^۱ و شولتز، ۱۳۸۰). با آنکه برخی تحقیقات از نقش عوامل ژنتیکی و مشابهت فرزندخوانده‌ها به والدین بیولوژیک حمایت می‌کنند، اما

مطالعات دیگر (دانیلز^۱ و پلامین^۲، ۱۹۸۵ به نقل از شولتز و شولتز، ۱۳۸۰) به اهمیت نقش عوامل محیطی و تربیت در شکل دهی شخصیت فرزندخوانده ها و تشابه با والدین فرزندپذیر اشاره دارند.

سوگواری در مورد کودک متولد نشده

زوج های نابارور اغلب در مقابل ناتوانی خود برای سوگواری کردن دچار سردرگمی می شوند و نمی توانند با آرامش به سمت فرزندپذیری حرکت نمایند. مشاوران فرزندپذیری می توانند به این افراد کمک کنند و زوجین دلایلشان را برای شکست در سوگواری مشخص نمایند:

۱. خشم زیاد: ناتوانی در پذیرش اینکه ناباروری موقعیتی است که کنترلی بر آن ندارند.
 ۲. احساس گناه حل نشده: این فکر که آنها چون افراد بدی هستند سزاوار ناباروری نیز می باشند.
 ۳. شرمساری: این عقیده که ناباروری آنقدر شخصی، شرم آور و تأسف بار است که نمی شود آن را برای دیگران بیان کرد.
 ۴. ترس: این نیاز که همه چیز در کنترل باشد به واسطه ترسی است که سوگ می تواند همه چیز را ویران کند.
 ۵. انکار: ناتوانی در بیان این موضوع که ناباروری وجود دارد و یک بی میلی نسبت به پذیرش پیش آگهی منفی که توسط متخصصین ارائه شده یا جستجوی سرسختانه و غیر واقع بینانه تولید مثل کمکی.
- علاوه بر این برخی افراد قادر نیستند سوگواری کنند زیرا فقدان های ناشی از ناباروری خیلی محسوس نیست. در چنین مواردی زوجین باید برنامه ای برای

¹ - Daniels

² - Plomin

سوگواری ترتیب دهند که پایان تلاش‌های درمانی آنها را با آن مشخص کنند و در یک مسیر جدید، سرمایه‌گذاری نمایند.

برای افرادی که قادر به سوگواری کردن نیستند مشاوران فرزندخواندگی می‌توانند آنها را با احساساتشان درگیر سازند. درمانگران می‌توانند از آنها بخواهند در تخیلاتشان کودک بیولوژیک خود را ترسیم کنند. او به چه کسی شبیه است؟ چشمها و موهایش چه رنگی دارند؟ چه اسمی برای او انتخاب کرده‌اید؟ مشاور فرزندخواندگی ممکن است از آنها بخواهد تجارب متفاوت با والدبودن را تصور نماید و از آنها بخواهد این موضوع را بررسی کنند که اگر ناباروری موضوعی مهم به حساب نیاید زندگیشان چگونه می‌تواند متفاوت باشد. اگر افراد مشکلی در کلامی کردن این افکار دارند، شاید بهتر باشد که با نوشتن یا تلاش‌های هنرمندانه بیان نمایند. درمانگر ممکن است از مراجعین بخواهد به کودک متولد نشده نامه‌ای بنویسند. گاهی اوقات این احساسات در رویاها (خواب) پدیدار می‌شوند. تفسیر این خوابها می‌تواند برای مشخص کردن احساسات بیان نشده قبلی مفید باشد.

برخی از زوجین درباره فکر کودک بیولوژیک دچار سردرگمی می‌شوند زیرا آنها آنچه را کودک باید شبیه به آن باشد برای خود به حالتی آرمانی در می‌آورند. آنها بهترین کیفیتها و باورها را در ذهن خود متصور می‌شوند که فرزندشان ترکیبی از مشخصه‌های مثبت را داشته باشد. این برای زوجین مهم است که این تخیلات کامل را مشخص نمایند. یکی از راهها این است که زوجین فهرستی از بدترین مشخصه‌های خود و خانواده‌شان را تهیه کنند و سپس کودک بیولوژیک خود را با ترکیبی از این صفات تصور کنند. زوجین به شیوه ای امیدوارانه این موضوع را که داشتن یک کودک کامل آنگونه که آنها فکر می‌کردند، امکان پذیر نیست، درک می‌کنند.

یکی از جنبه‌های بسیار مهم سوگواری کردن و در نهایت حل ناباروری اعلام به نتیجه رسیدن است، به طوری که قادر خواهند بود به طور شفاف درباره ناباروری با همسر خود، دوستان نزدیک و خانواده ارتباط برقرار کنند. مشاوران

فرزندپذیری باید مراجعان را تشویق کند که به سازمان‌های حمایتی ناباروری یا گروه‌های همیار فرزندپذیری پیوند حاصل نمایند. برای آنهایی که ناباروری را به عنوان یک راز در نظر گرفته‌اند، یک گروه حمایتی تجارب آنها را به حالتی طبیعی در می‌آورد، به آنها فرصتی می‌دهد که احساساتشان را با افرادی در میان بگذارند که به تازگی بحران ناباروری را درک کرده‌اند و یاد گرفته‌اند چگونه این تجربه را مورد رسیدگی قرار بدهند. هنگامی که افراد نابارور منزوی می‌شوند اغلب احساس آسیب و بی‌ارزشی می‌نمایند، مشارکت در یک گروه می‌تواند به یک فرد نابارور کمک کند که این بحران را به شیوه‌ای سازنده همراه با خود سرزنشی، خشم و انزوای کمتر مورد توجه قرار دهند. برای آنهایی که چه از لحاظ مکانی و چه از لحاظ عاطفی دسترسی به گروه ممکن نیست اینترنت یکی از ابزارهای ارتباطی است که به خوبی می‌توان اطلاعات لازم را از دیگران گرفت. در ایران پایگاه اینترنتی مربوط به سازمان بهزیستی کشور و بهزیستی استان‌ها و حتی انجمن باروری و ناباروری می‌توانند پاسخگوی خوبی برای متقاضیان و والدین فرزندپذیر باشند.

جمع‌آوری اطلاعات

هنگامی که افراد برای اولین بار فرزندپذیری را مورد توجه قرار می‌دهند بعضی‌ها در میدان گسترده این حوزه غرق می‌شوند. تنوع گسترده‌ای از مسیرها برای دنبال کردن فرزندپذیری و موضوعات گسترده روان‌شناختی وجود دارند. دنبال کردن فرزندپذیری به نظر می‌رسد سئوالها و نهایتاً پاسخهای زیادی را به همراه داشته باشد. برخلاف آنچه از عنوان فرزندپذیری برداشت می‌شود و گمان می‌رود که موضوعی به سادگی در آغوش گرفتن یک کودک است، فرایند فرزندپذیری آمیزه‌ای از موضوعات و مسائل پیچیده را در بر می‌گیرد که به هنگام ورود به این فرایند و به تدریج برای مثلث فرزندپذیری و مشاوران تازه کار در این حوزه آشکار می‌شوند.

یکی از مراحل بسیار مهم در فرایند فرزندپذیری جمع آوری اطلاعات است. زوجین نیاز دارند بسیاری از گزینه‌های قابل دسترس و همچنین موضوعات روانشناختی فرزندپذیری را قبل از آن که مراحل بیشتری را ادامه دهند، درک کنند. مشاوران فرزندپذیری باید این موضوع را به طور جدی توصیه نمایند که زوجین همه جنبه‌های فرزندپذیری را به طور وسیع مطالعه کنند، برای مثال کتابهایی در مورد زندگی در قالب یک والد فرزندپذیر و متونی درباره پرورش کودکان. در ایران نیز محدود منابعی وجود دارند که می‌توانند مفید باشند. *راهنمای پدرخوانده و مادر خوانده* (نیک فرمان، ۱۳۷۸) و *تفکرات پنهان یک مادر فرزندپذیر* (ولف، ۱۳۸۴) از جمله کتابهای مرتبطی هستند که والدین و مشاوران می‌توانند به آنها مراجعه نمایند. در راهنمای پدر خوانده و مادر خوانده ضمن آشنایی با قانون حمایت از کودکان مصوب سال ۱۳۵۳ و مقررات داخلی سازمان بهزیستی در باره فرزندپذیری با شیوه‌های مراقبت و پرستاری از نوزادان به طور عام آشنا می‌شود. اما کتاب *تفکرات پنهان یک مادر فرزندپذیر* به احساسات و مشغله‌های فکری مادری اشاره دارد که با پدیده ناباروری مواجه شده، بحران‌های آن را حل و فصل نموده و نهایتاً تصمیم به فرزندپذیری می‌نماید و ...

رسیدن به فرزندخواندگی هر روز مشکل‌تر از سالهای قبل می‌شود و متقاضیان فرزندپذیری نیاز خواهند داشت فرصتهای آموزشی مختلفی را برای خود فراهم سازند. آنها باید به کلاس‌های آموزشی و همایشهای فرزندپذیری توجه کنند. با سازمانهای حمایتی فرزندپذیری، شبکه ارتباطی دوستان، فامیل، افراد حرفه‌ای (تخصصی) ارتباط برقرار نمایند و اهدافشان را در میان بگذارند. یک گروه حمایتی فرزندپذیری منبع ارزشمندی برای دیدار با افرادی است که فرزندخوانده پذیرفته‌اند و با موضوعات فرزندپذیری آشنا می‌شوند و اطلاعاتی را در مورد گزینه‌های مختلف بدست می‌آورند (برای مثال مراجعه به مؤسسات، وکلا یا متخصصین). متأسفانه در کشور ما هنوز شکل‌گیری این گونه نهادها امکان‌پذیر نشده است اما تلاش‌های جدی در جریان است. همچنانکه اشاره شد تا هنگامی که موضوع مهمی

چون فرزندپذیری برای والدین و آشنایان آنها یک راز تلقی شود، شکل گیری چنین گروه های حمایتی با دشواری امکان پذیر خواهد بود، (رزاقی، ۱۳۸۴). با این وجود در برخی کشورها بسیاری از سازمانهای حمایتی، به طور ماهانه گردهمایی اطلاع رسانی، خبرنامه، نوارهای ویدئویی، همایشهای سالیانه، خدمات ارجاعی، گروههای حمایتی رسمی و حرفه‌ای، سایتهای اینترنت و خدمات کتابخانه‌ای را دارند.

اگرچه برخی فرزندپذیری‌ها خیلی سریع و راحت دنبال می‌شوند، فرایند فرزندپذیری اغلب بسیار ناکام کننده و زمان بر است. مشابه با بسیاری از کشورها در ایران نیز تعداد متقاضیان فرزندپذیری سه تا چهار برابر کودکانی است که به فرزند می‌سپرده می‌شوند (رزاقی، ۱۳۸۲) و زوجین نیاز دارند که خلاق باشند و در تلاشهایشان صبور و شکیبا، بیشتر آنهایی که پشتکار دارند، به شیوه‌ای موفقیت‌آمیز به فرزندپذیری می‌رسند، اما ناکامی‌ها و بن‌بستها در این مسیر وجود دارد. مشاوران فرزندپذیری با ارائه تشویق‌ها و حمایت‌های لازم برای آن دسته از زوجینی که ناامیدی را تجربه می‌کنند و در حال تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌هایشان هستند می‌توانند یاری‌رسان باشند. این مهم است که تاکید شود پایداری نهایتاً با موفقیت همراه است. والدینی که حمایت‌های لازم را دریافت نمی‌کنند، کودکان خود را با انزوا رو به رو می‌سازند، (ملینا، ۱۹۹۴).

برخی یک نوع احساس اذیت و مزاحمت را تجربه می‌کنند، یکی توسط شکستهای ناشی از تولید مثل و شکستهای درمان ناباروری و دیگری توسط عدم موفقیت در فرزندپذیری. کمک به زوجین در درک چنین ناکامی‌هایی در فرایند فرزندپذیری می‌تواند؛ به طبیعی کردن تجربه آنها کمک کند. در نهایت یک زوج بسیار فعال که پیگیر فرزندپذیری هستند، احتمالاً با سرعت بیشتری به نتیجه می‌رسند. بعضی‌ها که در لیست انتظار قرار دارند بسیار احساس خوشایندی دارند. زیرا دنبال کردن اهداف خود را با دیگران در میان می‌گذارند و فرصت دارند تا گزینه‌های بیشتری را کشف می‌کنند. برقراری ارتباط با دیگران بسیار مهم است. زیرا

الگوهای فرزندپذیری می‌تواند از هر منبعی به طور غیرمنتظره ناشی شود. بیشتر زوجین تلاش می‌کنند تجربه ناباروری را در جریان فرزندپذیری همدست کنند. همسری که حداقل، درمان پزشکی را به عهده می‌گیرد، فردی است که مسئولیت را می‌پذیرد یا بخش عمده‌ای از تلاشهای مربوط به فرزندپذیری را به عهده می‌گیرد. وقتی که توان و روحیه فرد ضعیف می‌شود، این راهبرد می‌تواند مفید باشد به ویژه برای زوجهایی که هم فرزندپذیری و هم درمان پزشکی را کامل می‌کنند.

گروه‌های همیار¹

امروزه در کشورهای مختلف جهان، گروه‌های همیار به عنوان یک شکل مردمی خدمات حمایتی مفید و گسترده‌ای را در زمینه‌های مختلف ارائه می‌دهند. بررسی‌های دفتر امور شبه خانواده نشان داده است که برخی از خانواده‌های فرزندپذیر آمادگی همکاری با گروه‌های همیار و مشارکت در کمک به دیگر خانواده‌ها را دارند و اینگونه خانواده‌ها می‌توانند هسته‌های اولیه گروه‌های همیار فرزندپذیری را تشکیل دهند. گروه‌های همیار فرزندپذیری به موازات خدمات مشاوره‌ای که مشاوران فرزندپذیری ارائه می‌دهند، می‌توانند خدمات مفیدی را هم پیش و هم پس از ورود به این فرایند فراهم سازند، (سپهر، ۱۳۸۰؛ نامه مهر، ۱۳۸۲).

امروزه در کنار خدمات تخصصی به مراجعان و مددجویان، مشارکت خود آنها در قالب گروه‌های همیار به عنوان عامل تسهیل کننده، مشکل گشا و حتی درمانی مورد توجه قرار گرفته است. در همین راستا ما شاهد گروه‌های همیار معتادین، بیماران دیابتی، همسران آزار دیده، بیماران قلبی و... هستیم. تشکیل این گروه‌ها از اصول خاصی پیروی می‌کنند که می‌توان به حفظ رازداری، احترام به مباحث مطرح شده در گروه و در برخی شرایط اتخاذ رویکرد مسئله‌گشایی اشاره کرد.

لذا تشکیل چنین گروه‌هایی چنانچه با مشورت و مشارکت داوطلبانه خانواده‌ها به انجام برسد مغایرتی با اصل رازداری حرفه‌ای نداشته و اعضاء گروه‌های همیار

¹ - self help group

خود نیز ملزم به رعایت این اصل خواهند بود، به ویژه آنکه اعضا این گروه دارای شرایط مشابهی هستند. آنچه مهم است نحوه تشکیل این گروه‌ها، جلب اعتماد و همکاری والدین داوطلب و شرایط هدایت گروه‌های همیار است که مطمئناً مستلزم ارتقاء دانش مشاوران در خصوص تشکیل و هدایت این نوع گروه‌هاست. اگرچه باید اذعان داشت با توجه به شرایط فرهنگی جامعه ما کاری با ارزش و تا اندازه‌ای مشکل خواهد بود. با این حال تلاش‌هایی با هدایت سازمان بهزیستی در جریان است که بتوانند به شکل‌گیری چنین گروه‌هایی در جهت تقویت برنامه‌های مراقبت در خانواده کمک کنند.

وظایف خانواده های فرزندپذیر

با آنکه همه موضوعاتی که در این فصل مرور شد، جزو وظایف خانواده‌های فرزندپذیر به شمار می‌آیند اما سالزر (۱۹۹۸) وظایف خانواده‌های فرزندپذیر را اینگونه بیان می‌دارد: (۱) بازشناسی و پذیرش تفاوت‌هایی که از فرزندپذیری ناشی می‌شود. (۲) حل احساسات ناباروری (۳) یادگیری رسیدگی به دیدگاه‌های منفی جامعه درباره فرزندپذیری (شامل قادربودن به بررسی سؤالات و نظراتی که با فرزندپذیری همراه‌اند).

سازگاری در خانواده‌های فرزندپذیر مستلزم دو شکل بازشناسی تفاوتها در خانواده‌های فرزندپذیر است: پذیرش تفاوتها، رد تفاوتها. والدینی که قادرند تعادلی در رفتارشان برقرار سازند عموماً سالم هستند. آنها این تفاوتها را می‌پذیرند نه به واسطه وانمود کردن به اینکه فرزندپذیری دقیقاً مشابه با تجربه والد بیولوژیکی است. در عین حال آنها بیش از حد بر این تفاوتها تأکید نمی‌کنند. آنها این نکته را بازمی‌شناسند که والد فرزندپذیر و والد بیولوژیکی بیش از آنکه تفاوت داشته باشند، مشابه هستند.

طبقه‌بندی دیگری از رفتار خانوادگی فرزندپذیر توسط دیوید برودزینسکی تحت عنوان اصرار بر سر تفاوتها مشخص شده است. نمونه این طبقه‌بندی افرادی

هستند که به طور مداوم موضوع فرزندپذیری را با دیگران مطرح می‌سازند، دائم آن را شرح می‌دهند و همیشه خودشان را یا کودکان را از دید فرزندپذیری مشخص می‌کنند. درباره بازشناسی و پذیرش تفاوتها توجه خوانندگان را به فصل سوم و مطالبی که تحت عنوان نظریه های فرزندپذیری آمده است جلب می‌نمایم. زوج‌های فرزندپذیر باید برخی از این فقدان‌ها را که به واسطه ناباروری به وجود آمده، درک کنند و حل و فصل نمایند. آنها همچنین باید آگاه باشند که چرا فرزندپذیری را انتخاب می‌کنند. این برای آنها مهم است که نیازهای فردی و اغلب شخصی را در فرزندپذیری مشخص سازند، نه اینکه بر تخیلات رهایی بخش مبنی بر نجات یک کودک از شرایط ناگوار یا خلق یک کودک عالی به واسطه یاخته‌های جنسی انتخاب شده، متمرکز شوند. ناباروری نبود کنترل را به وجود می‌آورد و برخی که در این باره، شکست می‌خورند تلاش می‌کنند کنترل را با مشغله بیش از حد با بچه یا حمایت بیش از حد از بچه استوار سازند. ترسهای مداوم درباره فقدان می‌تواند همچنین به سمت کنترل بیش از حد کودک یا کنترل بیش از حد خود فرد هدایت شود. به طور کلی مدارک کافی برای بیان رابطه مشخص بین حل احساسات ناباروری و عملکرد خانواده وجود دارد (سالزر، ۱۹۹۸) شکست در پذیرش چنین احساساتی ممکن است فضای پر تنش را برای فرزندخوانده و خانواده به عنوان یک کل ایجاد کند. در باره حل احساسات ناباروری به طور مفصل در فصل چهارم مطالبی تحت عنوان مشاوره فرزندپذیری آورده شده است.

یادگیری رسیدگی به موضوع فرزندپذیری در بافت جامعه، سومین پله مهم در رسیدن به احساس تعلق و انطباق خانوادگی است. آنهایی که خیلی راز دارند و احساس ناخوشایندی دارند یا از اینکه در یک خانواده فرزندپذیر هستند، احساس شرمندگی دارند، دارای مشکلاتی در این حوزه هستند.

آنها ممکن است فرزندپذیری را به عنوان موضوعی «دست دوم» ببینند یا از اینکه به عنوان مشکل دار مورد توجه قرار گیرند می‌ترسند یا به شیوه‌ای منفی از اینکه به عنوان پدرخوانده یا مادرخوانده در نظر گرفته شوند، نگرانند. نظرات اجتماعی

منفی وجود دارد و به طور طبیعی، عامه مردم درباره فرزندپذیری کنجکاو هستند والدین فرزندپذیر یک مسئولیت مهم دارند که به عنوان یک آموزگار عمل کنند و اطلاعات نامناسب و پیش‌داورانه را دور سازند.

با آنکه بسیاری از آنها مسائل شخصی را بر فشارهای بیرونی مهم می‌دانند اما برخی به موضوعاتی اشاره کرده‌اند که خود مستلزم رسیدگی و توجه از جانب دست‌اندرکاران امور فرزندپذیری است. برای زوج‌های متقاضی فرزندپذیری این مهم است که نیازهای فردی و اغلب شخصی را در این فرایند مشخص سازند نه اینکه بر تخیلات رهایی بخش مبنی بر نجات یک کودک از شرایط ناگوار یا رهایی از برخی فشارهای اجتماعی متمرکز شوند. بیان این نکته که پذیرش کودک برای رضای خدا و نجات یک کودک است می‌تواند نشانه‌ای باشد بر انکار فقدان‌های ناشی از ناباروری و عدم آمادگی زوج برای دریافت کودک.

به طور کلی باید گفت ارائه خدمات مشاوره‌ای قبل و بعد از فرزندپذیری از اهمیت فراوانی برخوردار است. هدف مشاوره قبل از فرزندپذیری آماده‌سازی خانواده‌ها و کودک برای ورود به فرایند فرزندپذیری است و هدف اصلی مشاوره بعد از فرزندپذیری کمک به خانواده‌ها و کودک جهت انطباق با این فرایند و رفع مسائل و مشکلات ناشی از این فرایند است.

با این حال نباید نقش آموزش و مراکز بهزیستی و ناباروری را به عنوان منابع تسهیل‌گر در این فرایند از یاد برد. به نظر می‌رسد مراکز ناباروری بیشتر بر درمان ناباروری متمرکزاند و برای زوج‌هایی که امکان درمان را ندارند اطلاعات چندانی را درباره گزینه فرزندپذیری ارائه نمی‌دهند. بر همین اساس اغلب والدین متقاضی فرزندپذیری این گزینه را نه به عنوان راهی برای تجربه والدینی بلکه به عنوان درمانی برای ناباروری مورد توجه قرار می‌دهند.

به منظور کمک به پیشگیری و حل مشکلات خانواده‌های فرزندپذیر که تعدادشان نیز کم نیست، متأسفانه باید گفت که منابع مطالعاتی و انسانی بسیار اندکی در دسترس است. از آنجایی که جمع‌آوری اطلاعات مناسب برای این خانواده‌ها چه قبل از فرزندپذیری و چه بعد از آن بسیار مهم است و به عنوان یکی از وظایف اصلی خانواده‌های فرزندپذیر محسوب می‌شود، تشکیل بانکهای اطلاعاتی در این زمینه یا پایگاههای اینترنتی بسیار ضروری و مهم تلقی می‌شوند که به عنوان یک راه کار در اینجا پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌نامه فرزندپذیری

A

acceptance of difference	پذیرش تفاوتها
adopted child	فرزندخوانده
adopted parents	والدین فرزندپذیر
adoptee	فرزندخوانده
adoption	فرزندپذیری
adoption counseling	مشاوره فرزندپذیری
adoption plan	طرح فرزندپذیری
adoption triad	اجزاء سه گانه فرزندپذیری
adoption triangle	مثلث فرزندپذیری
adoptive adjustment	سازگاری با فرزندپذیری
adoptive couple	زوج فرزندپذیر
adoptive family	خانواده فرزندپذیر
adoptive father	پدرخوانده
adoptive mother	مادرخوانده
adoptive parents	والدین فرزندپذیر
affectional bond	پیوند عاطفی
agency adoption	فرزندپذیری از طریق مؤسسه
ambivalence feeling	احساس دوگانه
anger	خشم
anonymity of birth parents	گمنامی والدین اصلی
anonymous placement	استقرار ناشناخته
anxiety	اضطراب
assisted reproductive technology	فن آوری تولید مثل کمکی
attachment	دلبستگی
attachment theory	نظریه دلبستگی
attachment disorder	اختلال دلبستگی

B	
bad seed	تنخم بد (تنخم حرام)
biological parenthood	سرپرستی بیولوژیک
biological child	کودک بیولوژیک
birth mother	مادر اصلی
birth family	خانواده اصلی
birth parent	والد اصلی
blood relationship	روابط خونی
bonding	پیوند عاطفی
C	
claiming	ادعا
D	
development	رشد
developmental tasks	وظایف رشدی
direct synchronous bonding	پیوند عاطفی همزمان
domestic adoption	فرزندپذیری خانگی (بومی)
donor insemination	تلقیح مصنوعی
E	
embryo	جنین
entail	وارث خود کردن
entitlement	حس تعلق (استحقاق)
environmental factor	عامل محیطی
F	
family building	بنیان خانواده
family system	نظام خانواده
fully open placement	استقرار کاملاً شفاف

G	
gamete	تخمک
genetic factor	عامل ژنتیکی
genetically related child	کودک بیولوژیک
grief	سوگ
h	
high distinguishing	تمايز بالا
home study	بازديد منزل
I	
identified adoption	فرزندپذيری مشخص
identity	هويت
identity formation	شکل گیری هويت
illegitimate child	کودک نامشروع
independent adoption	فرزندپذيری مستقل
infertile couple	زوج نابارور
infertility	ناباروری
infertility treatment	درمان ناباروری
insistence of difference	اصرار بر سر تفاوتها
international adoption	فرزندپذيری بين المللی
kinship network	شبکه
I	
loss	فقدان
low distinguishing	تمايز اندک
M	
matching	جوربودن

N

natural parent	والد طبیعی
non-traditional view of prenatal adoption	دیدگاه غیر سنتی درباره فرزندپذیری پیش از تولد

O

oocyte donor	اهدا کننده تخمک
open adoption	فرزندپذیری شفاف
openness	شفافیت

P

parent - child bonding	پیوند عاطفی کودک - والد
parental role	نقش والدینی
parenthood	سرپرستی
parenting	سرپرستی
participation	مشارکت
placement	جانشینی
placement process	فرایند جانشینی
post-adoption counseling	مشاوره بعد از فرزندپذیری
pre-adoption counseling	مشاوره پیش از فرزندپذیری
prenatal adoption	فرزندپذیری پیش از تولد
proadoption stance	موضع طرفدارانه از فرزندپذیری
prospective adoptive parents	والدین متقاضی فرزندپذیری
psychoanalytic approach	رویکرد روان تحلیلی
psychological difficulty	مشکل روانشناختی

R

reactive attachment disorder	اختلال دلبستگی واکنشی
real parent	والد واقعی
rejection of difference	رد تفاوتها (در نظریه دیوید کرک)

role handicap

معلولیت نقش

S

sadness

غم

search

جستجو

security

امنیت

self help group

گروه همیار

semi-open placement

استقرار نیمه باز

shared fate

سرنوشت مشترک

single parent

والد مجرد

sperm donor

اهداکننده اسپرم

social role theory of adoption

نظریه نقش اجتماعی فرزندپذیری

T

telling process

فرایند گفتن

third-party reproduction

تولید مثل از طریق شخص ثالث

traditional adoption

فرزندپذیری سنتی

transracial adoption

فرزندپذیری بین نژادی

U

unrelated parents

والدین سببی

W

waiting to adopt

انتظار برای فرزندپذیری

منابع

فارسی

- اسماعیلی، آذر (۱۳۸۳) بررسی مشکلات خانواده‌ها پس از فرزندپذیری. پایان‌نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- ارونسون، الیوت (۱۳۸۲) روان‌شناسی اجتماعی، ترجمه حسین شکرکن، چاپ اول از ویرایش هشتم، تهران، انتشارات رشد.
- پیمان نامه حقوق کودک (۱۹۹۱) صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، تهران
- دفتر امور شبه خانواده (۱۳۷۹) دستورالعمل اجرایی مراقبت شبانه‌روزی از کودکان. تهران. سازمان بهزیستی کشور
- دفتر امور شبه خانواده، (۱۳۸۲) گزارش کارگاه مشورتی امور شبه خانواده، تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- دفتر امور شبه خانواده (۱۳۸۳) آمار عملکرد دفتر امور شبه خانواده، تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- دلیر نقی‌نیا، محمدتقی (۱۳۷۸) عوامل مؤثر بر رفتار خانواده‌های نابارور در ارتباط با فرزندخواندگی. پایان‌نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- رزاقی، رضا (۱۳۷۹) مشاوره سوگ. تهران. انتشارات معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- رزاقی، رضا (۱۳۸۲) واژه‌نامه فرزندخواندگی. دفتر امور شبه خانواده، سازمان بهزیستی کشور.
- رزاقی، رضا (۱۳۸۳) بررسی وضعیت فرزندخواندگی در ایران. دفتر امور شبه خانواده، سازمان بهزیستی کشور.

- رزاقی، رضا (۱۳۸۴) جایگاه فرزندخواندگی در برنامه مراقبت در خانواده، مجموعه مقالات کارگاه علمی کاربردی مراقبت در خانواده. شیراز. دفتر امور شبه خانواده سازمان بهزیستی کشور.
- روزنامه ایران (۱۳۸۴) ارث بری کودکان اهدایی، شماره ۳۳۰۴، ص ۴ (۱۸ آبان ۱۳۸۴).
- سادوک بنجامین، سادوک ویرجینیا (۱۳۸۲) خلاصه روانپزشکی کاپلان. ویرایش نهم. ترجمه رفیعی و همکاران. تهران. نشر ارجمند.
- سپهر، حمید (۱۳۸۰) وضعیت و چالش‌های موجود در رابطه با پذیرش و مراقبت از کودکان در خانواده‌های جایگزین. فصلنامه باروری و ناباروری. ۶۰-۶۵.
- سرداری سیار، (۱۳۷۹) مسائل و مشکلات زوج‌های نابارور در رابطه با فرزندپذیری. مجموعه مقالات اولین همایش مراقبت شبانه روزی از کودکان، تهران. دفتر امور شبه خانواده سازمان بهزیستی کشور.
- شولتز، د. شولتز، س (۱۳۷۸) نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران. موسسه نشر هما.
- قانون حمایت از کودکان بی سرپرست (۱۳۵۳) مجموعه قوانین و مقررات حقوقی، تهران، انتشارات آگاه.
- قانون حمایت از کودکان و نوجوانان (۱۳۸۲) مجموعه قوانین و مقررات حقوقی، تهران، انتشارات آگاه.
- لنکرانی، فاضل (۱۳۸۳) جامع المسائل. قم. انتشارات امیرالعلم.
- مشگی، پروانه (۱۳۶۹) مقایسه دو شیوه سرپرستی فرزندخواندگی و شبانه‌روزی. پژوهش‌های حمایتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- مجموعه استفتائات مراجع تقلید (۱۳۸۱) معاونت امور اجتماعی سازمان بهزیستی استان قم.

- منصور، محمود. دادستان، پریسرخ (۱۳۷۴) روان شناسی ژنتیک. تهران. انتشارات رشد.
- منصوری، محمد (۱۳۷۶) مجموعه قوانین و مقررات سازمان بهزیستی. سازمان بهزیستی کشور. تهران.
- موسوی، سید مجتبی (۱۳۸۴) موانع و مشکلات حقوقی پیرامون مراقبت در خانواه، مجموعه مقالات کارگاه علمی کاربردی مراقبت در خانواده. شیراز. دفتر امور شبه خانواده سازمان بهزیستی کشور.
- نامه مهر (۱۳۸۱) گروه های همیار فرزندخواندگی، تهران، نامه مهر، سال چهارم، شماره ۶ ص ۳
- نیک فرمان، فرزانه (۱۳۷۹) راهنمای پدر خوانده و مادر خوانده. تهران. نشر بشری.
- ولف، جانا (۱۳۸۴) تفکرات پنهان یک مادر فرزندپذیر، ترجمه کامکار حسین و کامکار مهدیس، تهران، نشر اکنون.

- Bowlby,J. Ainthworth, M.D.S, Boston,M. Rosenbloth.D(1956) The effects of mother-child separation: A follow-up study. *British Journal of Medical Psychology*. 49, 211-247.

-Bower.B (1994) Adapting to adoption: Adopted kids generate scientific optimism and caution. *Science News* . (146) 104-105

-Brodzinsky DM,Schechter MD,eds (1990). *The Psychology of Adoption*. New York: Oxford University Press .

- Cole,E. Donley,K (1990) *History, Values and Placement Policy in Adoption* in: : *The Psychology of Adoption*. Eds: Brodzinsky DM,Schechter MD New York: Oxford University Press.

-Fox and Prilleltensky (1997) *Critical Psychology: An Introduction*. . SAGE.U.K

-Healy.K (2000) *Social WorkPractice: Contemporary Perspectives on change*. SAGE.U.K

- Herman,E (2005) *The Adoption History Project* in : www.darkwing.uoregon.edu.

- Hershenson.D, Waldo.M (1996) *Community counseling*. Allyn / Bacon.U.S.A

- Kay.K (1990) *Acknowledgment or rejection of difference?* In: *The Psychology of Adoption*. Eds: Brodzinsky DM,Schechter MD New York: Oxford University Press.

-Kirk.D (1964) *Shared Fate: A Theory and method of Adoptive Relationships*, 2nd edn.Port Angeles,WA:Ben-Simon Publications.

- Melina,L (1994) Adopted parents need support when son or daughter searches. *Adopted Child*.(13) 2, 1-4.

- Melina,L (1996) How to help adoptee who think of themselves as mistakes. *Adopted Child*.(15) 6, 1-4.

- Perry,Bruce,D (2001) *Bonding and attachment in maltreated children*. Caregiver Education Series. V.3. Norton and company.newyork.

- Salzer.P.Linda (1998) *Adoption after Infertility*. In *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. Editors, Linda Hammer Burns and Sharon N Covington. Prthnon Pu.

-Valentine Wasson (1939) *Chosen Baby*. J. B. Lippincott Company. Philadelphia and New York.

-Welch, Martha (2001) *Reactive Attachment Disorders: treatment protocol*. Martha Welch center in: [www. Martha Welch.com](http://www.MarthaWelch.com)