

Investigating the Role of Social Support and Emotion Regulation in Predicting the Mental Health of Surrogate Mothers

Golshan Alivand¹, Maryam Moghimian², Marjan Goli³

Original Article

Abstract

Background: The phenomenon of surrogate motherhood encompasses not only legal issues but also cultural, social, and psychological dimensions. Depression, anxiety, and a lack of support resources expose these women to negative emotions. Investigating the factors that affect the mental health of surrogate mothers can help prevent the development of mental health problems. Therefore, it is essential to identify these factors in order to implement effective interventions. This study was conducted to determine the role of social support and emotion regulation in the mental health of surrogate mothers.

Methods: This descriptive cross-sectional correlational study was conducted among surrogate mothers attending four medical centers in Isfahan province. Participants who visited the centers in 2024 were invited to participate through direct contact at the centers, while those who attended between 2021 and 2024 were invited via telephone calls based on the inclusion criteria. Using the Cochran formula, a sample of 101 participants was selected through convenience sampling. Participants completed demographic questionnaires as well as assessments of social support, general health, and emotional control. Data were analyzed using AMOS and SPSS softwares.

Findings: Social support play a mediating role in predicting mental health based on surrogate mothers' emotion regulation. The effect of social support was 0.88, indicating a direct and significant impact on mental health. Emotion regulation also has a direct effect with an effect size of 0.73 and an indirect effect with an effect size of 0.57 on mental health. Among the components of emotion regulation, aggression control and benign control has the highest effects, each with an effect size of 0.81, while emotional inhibition has the lowest effect, with an effect size of 0.63. Among the components of social support, support from others has the highest effect, with an effect size of 0.76, and support from friends has the lowest effect, with an effect size of 0.68.

Conclusion: The results of this study indicate that social support and emotional regulation in surrogate mothers significantly affect their mental health. Therefore, it is essential to develop a supportive educational protocol to assist surrogate mothers in future research and to recommend its implementation to health policymakers.

Keywords: Social support; Mental health; Emotional regulation; Surrogate mother

Citation: Alivand G, Moghimian M, Goli M. *Investigating the Role of Social Support and Emotion Regulation in Predicting the Mental Health of Surrogate Mothers*. J Health Syst Res 2026; 22(3): 569-76.

1- MSc Student, Department of Clinical Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing AND Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

3- Assistant Professor, Department of Midwifery AND Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Corresponding Author: Maryam Moghimian; Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing AND Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran; Email: maryam.moghimian@iau.ac.ir

بررسی نقش حمایت اجتماعی و کنترل هیجان در پیش‌بینی سلامت روان مادران جایگزین

گلشن عالیوند^۱، مریم مقیمیان^۲، مرجان گلی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پدیده مادران جایگزین، علاوه بر مسائل قانونی و حقوقی، دارای ابعاد فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی است. بررسی مؤلفه‌های اثرگذار بر سلامت روان این مادران، می‌تواند از مشکلات روانی پیشگیری نماید. افسردگی، اضطراب و خلأ منابع حمایتی، این افراد را در معرض هیجانات منفی قرار می‌دهد. بنابراین، نیاز است تا عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان شناسایی شود تا بتوان برای کمک به آن‌ها اقدام کرد. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش حمایت اجتماعی و کنترل هیجان در پیش‌بینی سلامت روان مادران جایگزین انجام گرفت.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی-همبستگی و جامعه پژوهش متشکل از مادران جایگزین مراجعه‌کننده به چهار مرکز درمانی استان اصفهان بود. مراجعان سال ۱۴۰۳ طی یک فراخوان از طریق مراکز مذکور و مراجعان سال‌های ۱۴۰۰-۱۴۰۳ طی تماس تلفنی بر اساس معیارهای ورود جهت همکاری دعوت شدند. ۱۰۱ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند و به فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه‌های ارزیابی حمایت اجتماعی (Social support appraisals یا SS-A)، سلامت عمومی و مهار هیجانی پاسخ دادند. داده‌ها در نرم‌افزارهای AMOS و SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: حمایت اجتماعی نقش واسطه‌ای در پیش‌بینی سلامت روان بر اساس کنترل هیجان مادران جایگزین داشت؛ به طوری که اثر حمایت اجتماعی، ۰/۸۸ به دست آمد و نشان دهنده تأثیر مستقیم و معنی‌دار بر سلامت روان بود. کنترل هیجان نیز با اندازه اثر ۰/۷۳، تأثیر مستقیم و با اندازه اثر ۰/۵۷ تأثیر غیر مستقیم بر سلامت روان داشت. در بین مؤلفه‌های کنترل هیجان، دو مؤلفه مهار پرخاشگری و مهار خوش‌خیم با اندازه اثر ۰/۸۱، بیشترین تأثیر و مؤلفه بازدارنده هیجانی با ۰/۶۳ کمترین تأثیر را به خود اختصاص دادند. در بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، مؤلفه حمایت دیگران با اندازه اثر ۰/۷۶ بیشترین تأثیر و مؤلفه حمایت دوستان با ۰/۶۸ کمترین تأثیر را داشتند.

نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی و کنترل هیجانات مادران جایگزین می‌تواند بر وضعیت سلامت روان آنان تأثیرگذار باشد. بنابراین، لازم است در تحقیقات آینده یک پروتکل آموزشی-حمایتی برای حمایت از مادران جایگزین تدوین و به سیاست‌گذاران حوزه سلامت پیشنهاد گردد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی؛ سلامت روان؛ کنترل هیجان؛ مادران جایگزین

ارجاع: عالیوند گلشن، مقیمیان مریم، گلی مرجان. بررسی نقش حمایت اجتماعی و کنترل هیجان در پیش‌بینی سلامت روان مادران جایگزین. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۵؛ ۲۲ (۳): ۵۷۶-۵۶۹

تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۷/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۵/۱۱

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۹

نظارت کافی بر این فرایند است. با این حال، تخمین‌ها نشان می‌دهد که سالانه هزاران مورد حاملگی جایگزین در کشور انجام می‌شود و این تقاضا رو به افزایش است و عوامل مختلفی از جمله افزایش سن ازدواج، مشکلات ناباروری و تمایل به خانواده‌های کوچک‌تر از عمده علل آن به‌شمار می‌آید (۴).

مادران جایگزین فرایند عاطفی عمیقی را طی بارداری و جنینی که حمل می‌کنند، طی می‌کنند. آن‌ها با احساسات و نگرانی‌های متعددی روبه‌رو می‌شوند که می‌تواند هم خوشایند و هم چالش‌برانگیز باشد. این احساسات شامل وابستگی به جنین، افتخار در کمک به دیگران، اضطراب درباره نوع بارداری، نگرانی از واگذاری نوزاد پس از تولد و درگیری با عواطف پس از زایمان است (۵). آن‌ها از تنهایی خویش رنج می‌برند؛ به طوری که در برخی موارد به دلیل

مقدمه

امروزه ناباروری یکی از مشکلاتی است که روابط زناشویی، اجتماعی و خانوادگی زوج‌های نابارور را تحت تأثیر قرار داده است (۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO)، ناباروری حدود ۸۰ میلیون نفر را در جهان درگیر کرده است و در ایران سومین دلیل طلاق محسوب می‌شود (۲). این مسأله نشان دهنده ضرورت نیاز به فرهنگ‌سازی به منظور استفاده از روش‌های کمک باروری از جمله گزینه مادران جایگزین است. مادران جایگزین زنانی هستند که برای زوجی که نمی‌توانند به طور طبیعی باردار شوند، بارداری و زایمان را انجام می‌دهند (۳). در ایران آمار دقیقی از تعداد موارد استفاده از مادر جایگزین وجود ندارد که به دلیل عدم وجود قوانین مدون و

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌پرستاری و مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۳- استادیار، گروه مامایی و مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

نویسنده مسؤول: مریم مقیمیان؛ دانشیار، گروه روان‌پرستاری و مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

Email: maryam.moghimian@iau.ac.ir

نشان می‌دهد که این افراد به جزء مراقبت‌های دوران بارداری، حمایت اجتماعی دیگری از هیچ مرجعی دریافت نمی‌کنند و عدم توانایی این افراد در کنترل هیجانات عاطفی در رابطه با کنترل حس مادری، حفظ چارچوب زندگی خود و تحمل نگاه‌های جامعه و تاب‌آوری در مقابل این فشارها، باعث بروز مشکلات اجتماعی، خانوادگی و فردی برای آن‌ها شده است. این درحالی است که نتایج بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در کشورهای دیگر، مادران جایگزینی که از حمایت اجتماعی کافی از جانب انجمن‌های مربوطه برخوردار هستند، توانایی بهتری برای مقابله با مشکلات ناشی از این فرایند دارند (۱۱) و احتمال کمتری برای تجارب منفی روانی بعد از زایمان خواهند داشت (۱۰)، اما با وجود رشد روزافزون پدیده اجتماعی مادران جایگزین در ایران، نه تنها هنوز در خصوص حمایت از این افراد ساز و کار معینی تعیین نشده است، بلکه روان‌شناسان و جامعه‌شناسان نیز به صورت جدی در این مقوله ورود نکرده‌اند و مطالعات کافی در این حوزه انجام نشده و ساز و کار حمایتی و روان‌شناختی جهت کنترل هیجانات و کسب حمایت اجتماعی برای این افراد مورد توجه قرار نگرفته است. نتایج تحقیقات اندک انجام شده در ایران نشان می‌دهد که حمایت‌های مورد نیاز مادران جایگزین در زمینه احساسات متناقض ناشی از رضایت یا عدم رضایت درونی، انگ اجتماعی، سوء تفاهمات ایجاد شده توسط دیگران و عدم تأیید توسط خانواده و اجتماع است تا این افراد بتوانند بر هیجانات درونی خود از جمله ترس‌ها و اضطراب‌ها غلبه کنند (۱۴-۱۲)، اما به علت عدم وجود آموزش‌های روان‌شناختی و منابع حمایت‌گر، بیشتر این افراد به دنبال پنهان کردن فرایند رحم جایگزین هستند و این موضوع آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به مشکلات سلامت روان مانند افسردگی بعد از زایمان قرار می‌دهد. این مسأله گویای آن است که کج‌فهمی جامعه در رابطه با این پدیده، عامل مهمی است که حاصل آن می‌تواند تنهایی و غم برای این افراد باشد که حتی تعامل این مادران با جنین را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد (۱۳). خستگی ذهنی و نیز تهدید هویتی ناشی از درگیر شدن با مشکلات تهدیدکننده سلامت روان مادران جایگزین نیازمند اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای می‌باشد (۱۴). بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش حمایت اجتماعی و کنترل هیجان در پیش‌بینی سلامت روان مادران جایگزین انجام گرفت.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود که به صورت مقطعی، پس از دریافت کد اخلاق در پژوهش و کسب مجوزهای لازم انجام شد. نمونه‌ها به صورت در دسترس در فاصله زمانی فروردین تا دی ماه سال ۱۴۰۳ از میان مراجعه‌کنندگان به چهار مرکز درمانی موجود در استان اصفهان (مرکز نابروری مشتاق، بیمارستان شهید بهشتی، بیمارستان مهرگان و کمیته امداد) انتخاب شدند؛ بدین صورت که طی هماهنگی با مسؤولان واحدهای پژوهش، یک فراخوان شرکت در تحقیق حاوی اهداف پژوهش و معیارهای ورود در مراکز درمانی نصب و از مادران جایگزین جهت همکاری در مطالعه دعوت به عمل آمد. همچنین، محقق با مراجعه مستقیم در ساعات اداری به مراکز مذکور، به صورت چهره به چهره اقدام به جلب همکاری برای شرکت در پژوهش نمود. مراجعان قبلی در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۰ نیز به صورت تلفنی -ضمن بیان اهداف مطالعه- جهت همکاری دعوت شدند و فراخوان تحقیق به صورت مجازی برای آن‌ها ارسال گردید. از افراد درخواست شد که در صورت تمایل به

احساس تنهایی به این کار روی آورده‌اند. این زنان اغلب از حمایت خانوادگی کافی برخوردار نیستند و شرایط اجتماعی و فرهنگی، آن‌ها را از اجتماع و خانواده دور کرده است. بیشتر مادران جایگزین زنانی هستند که یا از خانواده‌ها رانده شده‌اند یا زندگی زناشویی ناموفقی داشته‌اند و به همین دلیل مجبور شده‌اند تا بار سنگین مخارج گذران زندگی را تقبل نمایند (۶). این افراد اغلب در عرصه اجتماع و زندگی شخصی با شکست‌ها و آسیب‌های روانی مواجه شده‌اند و در میان این تلاطم عاطفی، بارداری جایگزین نیز افزون بر مشکلات عاطفی آن‌ها می‌شود که نیازمند حمایت‌های روان‌شناختی هستند و برای انجام موفقیت‌آمیز ماموریت بارداری جایگزین به آماده‌سازی عاطفی، استفاده از راهبردهای حل تعارض و کسب راهنمایی برای مدیریت عاطفی کودکان خود نیاز دارند. احساسات این مادران چند بعدی و عمیق است و از یک سو تحت تأثیر شرایط زندگی آن‌ها، دغدغه‌های والدین متقاضی و نوزاد است و از سوی دیگر، دیدگاه جامعه به این فرایند و این افراد بر مشکلات عاطفی آن‌ها خواهد افزود. دغدغه‌های مذکور افزایش آگاهی، حمایت و همدلی جامعه را طلب می‌کند. اگر فرایند بارداری جایگزین با توجه و ملاحظات روان‌شناختی و اجتماعی انجام شود، می‌تواند نیروی مثبتی باشد که نه تنها شادی را برای والدین متقاضی به دنبال دارد، بلکه زندگی مادران جایگزین را نیز با آرامش مواجه خواهد کرد (۷).

از آنجایی که موفقیت در این فرایند، نیازمند تعامل بین مادر جایگزین، والدین متقاضی و جامعه است؛ بنابراین، علاوه بر توجهات جسمی، نیازمند توجه به سلامت روان این افراد است؛ سلامت روان توجه به جنی‌های مختلف عاطفی، روانی و رفاه اجتماعی فرد است که بر تفکر، احساس و رفتار در رویارویی با وقایع زندگی، مدیریت استرس، ارتباط با دیگران و تصمیم‌گیری تأثیر می‌گذارد (۸). یکی از مشکلاتی که بر سلامت روان مادران جایگزین تأثیر منفی دارد، عدم پذیرش این افراد در جامعه می‌باشد. نگاه‌های نامناسب مردم، هم‌کلاسی‌های کودکانشان، همسایگان، اقوام و دوستان به این که فردی باردار است، اما فرزند خود را حمل نمی‌کند و بعد از اتمام بارداری فرزندی ندارد، موجب رفتارهای ناشایست با مادر جایگزین، فرزندانش و حتی همسر و خانواده‌اش می‌شود. این برخوردها در جامعه نیازمند اصلاح است و حمایت اجتماعی برای حفظ آرامش روانی این افراد باید ایجاد شود (۷). حمایت اجتماعی برای فرد، یک جایگاه امن به وجود می‌آورد که هسته اصلی آن، دریافت احساسات مثبتی بر محبت است و منجر به ایجاد تصور مثبت از خود، زندگی، پذیرش خود، عشق‌ورزی نسبت به دیگران و احساس ارزشمندی برای دیگران و جامعه می‌شود و به فرد فرصت خودشنوایی و رشد می‌دهد. همچنین، انسان را در مقابل آثار مضر استرس محافظت می‌کند (۹).

هیجاناتی که ناشی از فشارهای عاطفی وارد شده به مادر جایگزین ناشی از رفتار جامعه، نگرانی‌های بارداری و حمل جنین دیگران به عنوان یک امانت بر این افراد تحمیل می‌شود، به همراه هیجانات منفی که خانواده و به خصوص فرزندانشان برایشان ایجاد می‌کنند، همگی نیازمند کنترل هستند (۷). کنترل هیجان به منزله توانایی اعمال کنترل بر وضعیت عاطفی خود است و شامل بازاندیشی در یک موقعیت چالش‌برانگیز به منظور کاهش خشم یا اضطراب، پنهان کردن نشانه‌های آشکار غم، اندوه و ترس و تمرکز بر دلایل احساس شادی یا آرامش (۳) و مهارتی اساسی برای حفظ و ارتقای سلامت روان می‌باشد (۱۰). تجارب پژوهشگران در برخورد با مادران جایگزین در حوزه کاری خود

ضریب Cronbach's alpha برای کل مقیاس، ۰/۷۰ گزارش شد و روایی محتوایی آن نیز تأیید شده است (۱۶).

پرسش‌نامه سلامت روان: این پرسش‌نامه توسط Goldberg در سال ۱۹۷۲ تهیه شده است و دارای ۲۸ سؤال می‌باشد که خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد و به صورت لیکرت چهار درجه ای از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌شود. قسمتی از سؤالات این پرسش‌نامه عبارت از «آیا اخیراً احساس کرده‌اید که حالتان بسیار خوب است و از سلامت خوبی برخوردارید؟ ۲. آیا اخیراً احساس کرده‌اید که به یک داروی نیروبخش مؤثر احتیاج دارید؟ ۳. آیا اخیراً احساس کرده‌اید که نیروی کافی ندارید و حالتان خوش نیست. ۴. آیا اخیراً احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟» بود. نمره کل نمرات پرسش‌نامه بین صفر تا ۸۴ متغیر و کسب نمره بالاتر بیان‌کننده سلامت روانی بهتر است. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب Cronbach's alpha برای کل مقیاس، ۰/۷۰ گزارش شد و روایی محتوایی آن نیز تأیید شده است (۱۷).

پرسش‌نامه مهار هیجانی: این پرسش‌نامه توسط Roger و همکاران در سال ۱۹۸۷ تهیه شده است و دارای ۵۶ ماده می‌باشد که چهار مؤلفه «بازداری هیجان (توانایی مهار و سرکوب هیجانات)، مهار پرخاشگری (توانایی کنترل و مهار رفتارهای پرخاشگرانه و انفعالات خشم)، نشخوارگری یا مرور ذهنی (توانایی بررسی و تحلیل تجربیات هیجانی گذشته به طور سازنده) و مهار خوش‌خیم (توانایی تحمل هیجانات مثبت و منفی به طور سالم و سازگار، بدون این که هیجانات عملکرد فرد را مختل کنند)» را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. قسمتی از سؤالات این پرسش‌نامه عبارت از «۱. وقتی کسی مرا ناراحت می‌کند، سعی می‌کنم که احساساتم را مخفی کنم. ۲. چیزهایی که مرا ناراحت یا عصبانی کند، تا مدت‌ها پس از آن به خاطر می‌آورم. ۳. به ندرت احساس زودرنجی می‌کنم. ۴. بیش از اندازه هیجان زده می‌شوم و کنترل خود را از دست می‌دهم» بود. پاسخگویی بر اساس انتخاب گزینه درست یا غلط است که به صورت صفر و ۱ نمره‌گذاری می‌شود. ۳۰ سؤال نمره‌گذاری معکوس دارند. کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده مهار هیجانی بیشتر می‌باشد. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب Cronbach's alpha برای کل مقیاس، ۰/۶۸ گزارش گردید و روایی محتوایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی (تعداد، درصد، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی [مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) یا Structural equation modeling] و تحلیل مسیر [در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۱ (IBM Corporation, Armonk, NY) و AMOS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون Kolmogorov-Smirnov نرمال بودن داده‌ها را تأیید نمود. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۱۰۱ نفر شرکت‌کننده، ۳۵ نفر (۳۴/۶۶ درصد) دارای تحصیلات دیپلم بودند. ۴۷ نفر (۴۶/۵۳ درصد) سابقه ازدواج بین ۱۰-۵ سال داشتند و ۳۴ نفر (۳۲/۶۶ درصد) درآمدشان بین ۱۵-۱۰ میلیون بود. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۳۵-۱۸ سال بود که ۳۷ نفر (۳۶/۶۳ درصد) در بازه ۲۰-۳۰ سال قرار

شرکت در پژوهش، از نام کاربری شبکه مجازی واتساپ و ایتا ذکر شده در فراخوان و یا از طریق ارسال پیامک به شماره اعلام شده، آمادگی خود را اعلام نمایند و فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و رضایت آگاهانه را تکمیل نمایند و به صورت حضوری در زمان‌های هماهنگ شده و یا به صورت مجازی تحویل دهند. پس از بررسی اطلاعات اولیه، ابزار جمع‌آوری داده‌ها در اختیار افراد واجد شرایط قرار گرفت و توضیحات لازم برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها ارائه گردید و از آن‌ها درخواست شد که پرسش‌نامه‌ها را تکمیل و ظرف ۴۸ ساعت به صورت حضوری یا مجازی ارائه نمایند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مادران جایگزین بیش از ۱۲ هفته بارداری (که بحران اولیه بارداری را طی کرده باشند)، سن بین ۱۸-۴۵ سال، برخورداری از سلامت عقل، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم اعتیاد به مواد مخدر و سیگار، عدم مصرف مواد روان‌گردان و مشروبات الکلی به صورت خوداظهاری و تمایل به شرکت در تحقیق بود. عدم همکاری در تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ارائه پرسش‌نامه ناقص و سقط جنین نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول Cochran (رابطه ۱)، با انحراف معیار ۰/۶ و خطای ۰/۱، ۱۲۸ نفر برآورد گردید (۱۵) که از این تعداد، ۳۷ نفر به دلیل عدم تکمیل دقیق پرسش‌نامه‌ها از پژوهش حذف شدند و در نهایت، ۱۰۱ نفر در محاسبات آماری مورد بررسی قرار گرفتند.

$$n = \frac{\left(Z_{\alpha}^2 \times S^2 \right)}{d^2} \quad \text{رابطه ۱}$$

۵۹ نفر از نمونه‌ها از مرکز ناباروری مشتاق، ۲۳ نفر از بیمارستان شهید بهشتی، ۸ نفر از بیمارستان مهرگان و ۱۱ نفر از کمیته امداد به صورت در دسترس انتخاب شدند. در استان اصفهان این چهار مرکز برای مشکلات ناباروری فعالیت می‌کنند و به دلیل تفاوت در وسعت فعالیت‌شان، آمار مراجعه‌کنندگان به مراکز مذکور متفاوت است. به همین علت، بر اساس تعداد مراجعه‌کنندگان در بازه زمانی نمونه‌گیری و نیز پرونده‌های موجود در مراکز، به صورت در دسترس نمونه‌های واجد شرایط به تعداد مذکور وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، فرم مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان شامل اطلاعات مربوط به سن، وضعیت تأهل، مدت زمان ازدواج، میزان تحصیلات و سطح درآمد ماهیانه و سه پرسش‌نامه بود که در ادامه به تفصیل آمده است.

پرسش‌نامه ارزیابی حمایت اجتماعی (Social support appraisals یا SS-A): این پرسش‌نامه توسط Phillips و همکاران در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. SS-A دارای ۲۳ سؤال می‌باشد که سه بعد «حمایت خانواده، دوستان و دیگران» را می‌سنجد و به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی کم = ۱ تا خیلی زیاد = ۵ درجه‌بندی می‌شود. قسمتی از سؤالات پرسش‌نامه عبارت از «۱. من دوستانی دارم که صرف‌نظر از این که چه کاری انجام دهم، مرا حمایت خواهند کرد. ۲. در هنگام ناراحتی، دوستانم می‌توانند دلخوشی مرا افزایش دهند و در من احساس مهم بودن به وجود آورند. ۳. اغلب احساس می‌کنم صرف‌نظر از آنچه که انجام می‌دهم، دوستانم با من خوب خواهند بود» بود. کسب نمرات بالاتر نشانگر حمایت اجتماعی بیشتر در همه ابعاد است. پایایی پرسش‌نامه با محاسبه

داشتند. مشخصات شرکت کنندگان در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی مشارکت کنندگان بر اساس مشخصات

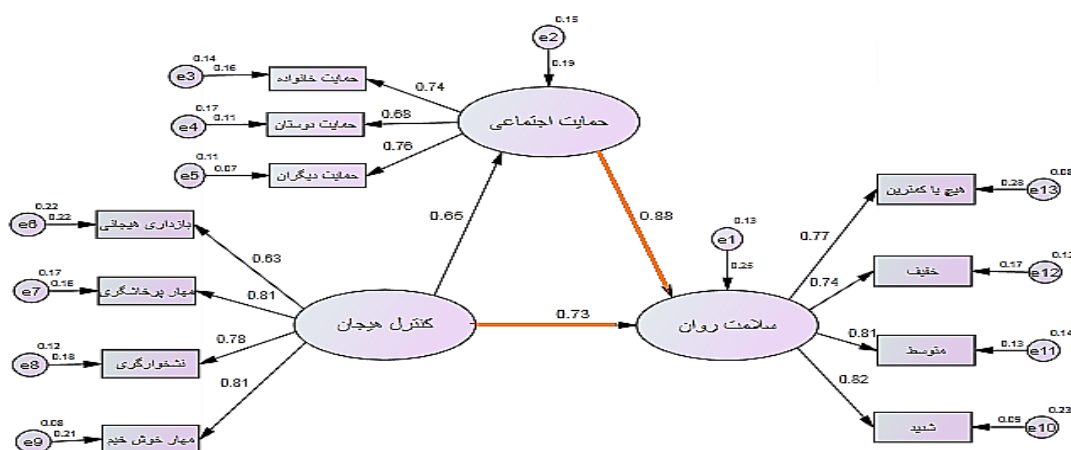
متغیر	زیرگروه	تعداد (درصد)
سطح تحصیلات	بی سواد	۵ (۴/۹۵)
	زیر دیپلم	۲۳ (۲۲/۷۷)
	دیپلم	۳۵ (۳۴/۶۶)
	کاردانی	۲۵ (۲۴/۷۵)
	کارشناسی و بالاتر	۱۳ (۱۲/۸۷)
مدت زمان ازدواج (سال)	کمتر از ۵	۳۶ (۳۵/۶۴)
	۵-۱۰	۴۷ (۴۶/۵۳)
	۱۰-۱۵	۱۴ (۱۳/۸۶)
	بیشتر از ۱۵	۴ (۳/۹۷)
سن (سال)	کمتر از ۲۰	۱۵ (۱۴/۸۵)
	۲۰-۳۰	۳۷ (۳۶/۶۳)
	۳۰-۴۰	۲۸ (۲۷/۷۲)
	بیشتر از ۴۰	۲۱ (۲۰/۷۹)
سطح درآمد (میلیون تومان)	بدون درآمد	۲۲ (۲۱/۷۸)
	کمتر از ۱۰	۳۰ (۲۹/۷۰)
	۱۰-۱۵	۳۴ (۳۳/۶۶)
	بیشتر از ۱۵	۱۵ (۱۴/۸۶)

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرها

متغیر	سلامت روان	کنترل هیجان	حمایت اجتماعی
سلامت روان	۱	۰/۸۶۱ (۰/۰۰۳)	۰/۸۹۰ (۰/۰۱۴)
کنترل هیجان	۰/۸۶۱ (۰/۰۰۳)	۱	۰/۳۱۱ (۰/۰۰۸)
حمایت اجتماعی	۰/۸۹۰ (۰/۰۱۴)	۰/۳۱۱ (۰/۰۰۸)	۱

نتایج SEM در شکل ۱ نشان داد که حمایت اجتماعی نقش واسطه در پیش بینی سلامت روان بر اساس کنترل هیجان مادران جایگزین داشت. اثر حمایت اجتماعی در پیش بینی سلامت روان، مستقیم و معنی دار و اندازه این اثر، ۰/۸۸ بود. کنترل هیجان با اندازه اثر ۰/۷۳، بر سلامت روان مادران جایگزین تأثیر مستقیم و معنی داری داشت و نیز اثر غیر مستقیم و معنی دار آن نیز ۰/۵۷ گزارش شد. در بین مؤلفه های کنترل هیجان، دو مؤلفه مهار پرخاشگری و مهار خوش خیم با اندازه اثر ۰/۸۱، بیشترین تأثیر و مؤلفه بازدارنده هیجانی با اندازه اثر ۰/۶۳، کمترین تأثیر را در پیش بینی سلامت روان مادران جایگزین داشتند. همچنین، در بین مؤلفه های حمایت اجتماعی، مؤلفه حمایت دیگران با اندازه اثر ۰/۷۶، بیشترین تأثیر و حمایت دوستان با اندازه اثر ۰/۶۸، کمترین تأثیر را در پیش بینی سلامت روان مادران جایگزین داشتند.

دامنه نمرات سلامت روان شرکت کنندگان بین ۱۰۵-۷۰، دامنه نمرات کنترل هیجان آن ها بین ۳۶-۲۰ و حمایت اجتماعی دریافت شده بین ۱۰۱-۴۶ گزارش گردید. نتایج بررسی نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که توزیع داده ها نرمال است؛ زیرا سطح



شکل ۱. Structural equation modeling (SEM) جهت تعیین نقش واسطه ای حمایت اجتماعی در پیش بینی سلامت

روان بر اساس کنترل هیجان مادران جایگزین

جدول ۳. شاخص برازش مدل

شاخص	برازندگی نرم شده	میزان تناسب مدل	برازندگی فزاینده	برازندگی هنجار شده	برازندگی تعدیل یافته	ریشه میانگین خطای برآورد
مدل پیشنهادی	۰/۹۳۳	۰/۹۵۰	۰/۹۴۴	۰/۹۰۶	۰/۹۲۵	۰/۰۳۳
مدل نهایی	۰/۹۳۳	۰/۹۵۰	۰/۹۴۴	۰/۹۰۶	۰/۹۲۵	۰/۰۳۳

به منظور بررسی تعیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در رابطه بین سلامت روان و کنترل هیجان مادران جایگزین، از تحلیل مسیر استفاده شد. شاخص‌های مربوط به برازش مدل در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج نشان داد که برازندگی تعدیل یافته، برازندگی هنجار شده، برازندگی فزاینده، میزان تناسب مدل و برازندگی نرم شده در محدوده قابل قبول (بین ۰/۹۰ تا ۱) قرار داشتند. بنابراین، می‌توان گفت که مدل از برازش خوبی برخوردار می‌باشد. از آن‌جا که در پژوهش حاضر هیچ کدام از مسیرهای مدل حذف نشدند، پس مدل پیشنهادی با مدل نهایی یکسان می‌باشد. مقدار ریشه میانگین خطای برآورد، ۰/۰۳۳ و کمتر از ۰/۰۵ به دست آمد که نشان دهنده خطای پایین است.

جهت تعیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی بر اساس کنترل هیجان مادران جایگزین بر سلامت روان آن‌ها، از تحلیل مسیر استفاده گردید. نتایج تحلیل مسیر غیر مستقیم متغیرها در جدول ۴ نشان داد که کنترل هیجان با اندازه اثر ۰/۴۲، به صورت غیر مستقیم و با اندازه اثر ۰/۵۷ به صورت مستقیم بر سلامت روان مادران جایگزین تأثیر داشت.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش حمایت اجتماعی و کنترل هیجان در پیش‌بینی سلامت روان مادران جایگزین انجام شد. نتایج نشان داد که بین نمره حمایت اجتماعی، کنترل هیجان و سلامت روان مادران جایگزین رابطه معنی‌داری وجود داشت و در میان مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، مؤلفه حمایت دیگران، بیشترین تأثیر و حمایت دوستان، کمترین تأثیر را بر سلامت روان این افراد داشتند. تائبی و همکاران در مطالعه خود که با هدف کسب تجارب مادران جایگزین انجام دادند، نتیجه‌گیری کردند که مادران جایگزین علاوه بر مشکلات جسمی با مشکلات متعدد عاطفی و اجتماعی از جمله رنج عاطفی، رنج ناشی از برخورد های دیگران و از خودبیگانگی مواجه هستند. این افراد صرفاً از مادران سفارش دهنده و سیستم‌های بهداشتی- درمانی برای مراقبت‌های بارداری حمایت دریافت می‌کنند و نیازمند حمایت‌های اجتماعی و روان‌شناختی برای مقابله با درگیری‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌باشند (۱۳) که با یافته‌های تحقیق حاضر همسو بود. نتایج تأییدکننده این مطلب است که حمایت اجتماعی

اثرات نامطلوب فشار روانی را از طریق توجه عاطفی، یاری‌رسانی، اطلاع‌رسانی، ارزیابی و جامعه‌پذیری تعدیل و تضعیف می‌کند. زندگی و همکاران در تحقیقی که با هدف تبیین فرایند مادر شدن برای مادران ایرانی که از روش رحم جایگزین استفاده می‌کنند، انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که نگرانی اصلی این مادران احساس ناامنی در مورد مادر شدن است و راهبرد غالب آن‌ها برای مقابله با این احساس، جستجوی امنیت روانی است. آن‌ها بیشتر به دنبال راهبردهایی برای رسیدن به حالت آرامش نسبی خود در کنترل تهدید هویتی فرد و رفع خستگی ذهنی و جسمی هستند (۱۴). نتایج پژوهش حاضر بیشتر بر جنبه‌های درونی مادران برای برخورد با این پدیده تمرکز داشت و نشان می‌داد که جنبه‌های حمایت اجتماعی مادران جایگزین زیاد مدنظر افراد نیست و در این زمینه اقدامی انجام نمی‌شود. در مطالعه Pawlak و همکاران که با هدف کسب تجارب مادران جایگزین با رویکرد مشکلات روان‌شناختی در آمریکا انجام شد، نیز تأثیرات روان‌شناختی بارداری بر مادران جایگزین را مثبت ارزیابی گردید و اذعان داشتند که این بارداری در ارتقای خودپنداره فردی مؤثر است و به بهبود روابط با دیگران و خانواده کمک می‌کند (۱۹). در تحلیل این نتایج، به نظر می‌رسد که تفاوت فرهنگی حاکم بر جوامع و نوع نگاه فرهنگی- اجتماعی به این پدیده، در بروز مشکلات روان‌شناختی و تهدیدات سلامت روان مادران جایگزین تأثیر بسزایی دارد. بنابراین، می‌توان گفت که مادران جایگزین حساسیت ویژه‌ای به لحاظ جایگاه خانواده و پذیرش جامعه دارند که این قشر را از مادران عادی و نحوه تأثیرپذیری آن‌ها از جامعه و مردم مستثنی می‌کند و نیازمند توجهات خاص است.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که کنترل هیجان به طور مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت روان مادران جایگزین تأثیرگذار است و در بین مؤلفه‌های کنترل هیجان، دو مؤلفه مهار پرخاشگری و مهار خوش‌خیم، بیشترین تأثیر و مؤلفه بازداری هیجانی، کمترین تأثیر را دارد. Gupta و Bakker پژوهشی را با هدف بررسی آسیب‌پذیری عاطفی مادران جایگزین در هند انجام دادند و دریافتند که این موضوع که مادر چطور می‌تواند از فرزندگی که به دنیا آورده است جدا شود، خود نشانگر مشکلات و آسیب‌پذیری شدید مادران جایگزین است که در بعضی موارد به صورت افسردگی، ناسازگاری با اطرافیان یا خشم فروخورده خودنمایی می‌کند و گاهی فرد با سرکوب این احساسات سعی در مهار آن دارد (۲۰).

جدول ۴. تحلیل مسیرهای مدل

کنترل هیجان	ضریب اثر استاندارد	کران بالا	کران پایین	خطای انحراف استاندارد	T-value (نسبت بحرانی)	مقدار P
اثر غیر مستقیم متغیر	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۷۸			۰/۰۰۱
تأثیر مستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته	۰/۵۷			۰/۲۳	۴/۲۳۷	< ۰/۰۰۱

طول اجرای مطالعه، تفاوت‌های فردی، فرهنگی، عوامل محیطی- اجتماعی و تکمیل پرسش‌نامه‌ها برای افرادی که سال‌های قبل بارداری جایگزین را تجربه کرده بودند و در حال حاضر احتمال داشت احساسات تغییر یافته داشته باشند، ممکن بود بر روی پاسخ‌های آن‌ها تأثیرگذار باشد که این عوامل قابل کنترل نبود و امکان دارد نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار داده باشد. بر این اساس، قابلیت تعمیم نتایج برای جوامع مختلف وجود ندارد و باید با پژوهش‌های وسیع‌تر قابلیت تعمیم را ایجاد نمود.

از نقاط قوت مطالعه می‌توان گفت، از آن‌جا که شرکت‌کنندگان از تمامی شهرهای کشور بودند که برای فرایند رحم جایگزین به مراکز درمانی استان اصفهان مراجعه می‌نمایند، محدودیتی از نظر فرهنگ، سنت و مذهب وجود نداشت و آن‌ها به دور از فضای کنترل شده و به صورت آزادانه به پرسش‌ها پاسخ می‌دادند که این نقطه قوت می‌تواند نتایج تحقیق را با ضریب اطمینان بیشتری برای استناد در پژوهش‌های بعدی در کشور در دسترس محققان قرار دهد.

از نتایج مطالعه حاضر می‌توان استنباط کرد که لازم است برای درک دقیق‌تر و مدیریت مشکلات روانی- اجتماعی مادران جایگزین در تحقیقات آینده نه تنها به مشکلات مذکور، بلکه به الگوهای فرهنگی، مذهبی و جامعه‌شناختی نیز توجه گردد تا در پژوهش‌های مرور سیستماتیک بتوان اثرگذارترین متغیر پیش‌بین و ملاک را در بروز مشکلات این افراد معرفی کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت دوستان و مردم جامعه از مادران جایگزین می‌تواند مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی این افراد را کاهش دهد. همچنین، این افراد با برخورداری از توانایی کنترل هیجان و کنترل پرخاشگری، می‌توانند حمایت اجتماعی بیشتری را از جامعه و اطرافیان جلب نمایند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که حمایت اجتماعی و مشکلات روان‌شناختی مادران جایگزین از جمله شیوه‌های کنترل هیجان آن‌ها و نحوه برخورد با هیجانات، مدنظر درمانگران، مشاوران و جامعه‌شناسان قرار گیرد. همچنین، نتایج به دست آمده می‌تواند منجر به توسعه مداخلات روان‌شناختی مؤثرتری شود که بر تغییر فرهنگ و نگاه حمایتگر به این افراد تمرکز و برای برنامه‌ریزان و مشاوران حوزه سلامت کاربرد دارد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۱۶۲۸۹۸۶۹۶، مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد می‌باشد که با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.068 در کمیته اخلاق این دانشگاه انجام شد. بدین وسیله از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد برای تصویب پایان‌نامه و مسؤولان مراکز درمانی و کلیه مشارکت‌کنندگان در مطالعه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

در مقایسه نتایج مطالعه حاضر با تحقیق Bakker و Gupta (۲۰)، می‌توان گفت که هرچند از لحاظ فرهنگ بین دو جامعه ایران و هند از لحاظ عاطفه مادران و مدیریت هیجان تفاوت‌های زیادی وجود دارد، اما به لحاظ ماهیت فرایند مادری، نتایج دو پژوهش همسو و تأییدکننده این مطلب است که مادران جایگزین گاهی به صورت مستقیم با بروز احساسات درد و رنج ناشی از جدایی از فرزندگی که به دنیا آورده‌اند، به صورت اضطراب، افسردگی یا پرخاشگری هیجانات خود را بروز می‌دهند و گاهی با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی آن احساسات را مهار می‌کنند و سعی در ادامه زندگی با نگاه متفاوت به موضوع دارند. گلی و همکاران در یک مطالعه مروری که با هدف پیامدهای روانی و اجتماعی رحم جایگزین در مادران جایگزین انجام شد، ادعا کردند که هرچند تولد فرزند برای مادران جایگزین پدیده‌ای استرس‌زاست و می‌تواند منجر به افسردگی شود، اما در بسیاری از آن‌ها یک تجربه مثبت تلقی می‌شود و کودکان متولد شده نیز احساس خوبی نسبت به مادران جایگزین خود دارند و آن‌ها نیز به طور متقابل چنین حسی را تجربه می‌کنند (۲۱) که برخی از یخس‌های نتایج با یافته‌های تحقیق حاضر هم‌راستا نبود؛ البته توجه به این نکته ضروری است که تفاوت در فرهنگ کشورها، تجربیات و سیستم‌های حمایتی آن‌ها ممکن است بر پیامدهای روانی و اجتماعی رحم جایگزین تأثیرگذار باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در برنامه مراقبتی مادران جایگزین، علاوه بر مراقبت‌های باروری، توجه به حمایت اجتماعی که بیان‌کننده برخورداری از محبت، توجه و مساعدت اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد است، می‌تواند باعث ایجاد اطمینان در این مادران شود تا برای بروز بهتر شایستگی‌ها جهت رویارویی با تجارب جدید آماده گردند و به‌زیستی روانی را برایشان به همراه داشته باشد. این حمایت‌ها می‌تواند تحمل مشکلات را تسهیل کند و با افزایش میزان مراقبت از خود، باعث پیشگیری از بروز مشکلات نامطلوب روان‌شناختی و حتی جسمانی برای مادر و جنین شود. بنابراین، به کارگیری راهبردهای کنترل هیجان مانند کنترل نگرانی‌ها، توجه به عواطف و نگرش مثبت به این فرایند، می‌تواند به دنبال دریافت حمایت اجتماعی تسهیل گردد و با یک اثر متقابل تسهیل‌کننده جلب حمایت اجتماعی باشد؛ به طوری که دامنه وسیعی از فرایندهای بین‌فردی و درون‌فردی تحت تأثیر این راهبردها قرار می‌گیرد. مادرانی که از راهبردهای سازگارانه کنترل هیجان بهره می‌گیرند، نسبت به کسانی که از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند، اغلب حمایت بیشتری را از خانواده و سایر افراد پیرامون خود دریافت می‌کنند و در صورت داشتن مهارت کنترل هیجان، روابط اجتماعی مناسب‌تر و پایدارتری را تجربه می‌نمایند و از سلامت روان بیشتری بهره‌مند می‌گردند (۲۱).

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی در زمینه تأمین نمونه کافی و جذب مادران جایگزین مواجه شد. تعداد کم مراجعان و دلایل مختلفی از جمله عدم تمایل به شرکت در تحقیق ناشی از ترس و نگرانی‌های اجتماعی، مواردی بود که نمونه‌گیری را با مشکلات متعددی مواجه ساخت که سعی گردید با توضیح اهداف پژوهش، محدودیت جلب نظر مادران جایگزین کنترل شود. همچنین، در

References

1. Ashirbayeva F, Smagambet B, Tlespayeva A. Impact of Infertility on the Institution of Marriage in Modern Society. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*. 2025; 88:169-86.
2. Imannezhad S, Mirzaei M, Khodadadi B, Heydari O, Dehghani N. Prevalence of Infertility among Iranian Women: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Health Providers*. 2024; 4(1): 1-8.

3. Tavakkoli SN, Ahmadi M. The Concept of " Mother" in Fertility by Surrogate Mother. *Feghh Journal*, 2017-2018; 9(32-33): 55-6
4. Golboni F, Jalali A, Dinmohammadi M, Taghizadeh Z, Nouri P, Salahsoor MR. Factors affecting on couple's decisions to use surrogacy: a qualitative study. *Journal of Family & Reproductive Health*.2022; 13(4): 201-8.
5. Yee S, Hemalal S, Librach C L. Not my child to give away: A qualitative analysis of gestational surrogates' experiences. *Women and Birth*.2020; 33(3): e256-65.
6. Yau A, Friedlander R L, Petrini A, Holt MC, White II DE, Shin J, Spandorfer S. Medical and mental health implications of gestational surrogacy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021; 225(3): 264-9.
7. Riddle MP. The psychological impact of surrogacy on the families of gestational surrogates: implications for clinical practice. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2022; 43(2): 122-7.
8. Haywood D. Surrogacy and it's effects on the mental health of the gestational carrier. California State University, San Bernardino California State University, San Bernardino 2024.
9. Attawet J, Brady M, Hibino Y. Psychosocial health among surrogate mothers. In *Proceedings of the International Conference on Public Health*. 2024 :29 ;8(02) :70-84.
10. Gunnarsson Payne J, Korolczuk E, Mezinska S. Surrogacy relationships: a critical interpretative review. *Upsala journal of medical sciences*.2020; 125(2): 183-91.
11. Patel A, Kumar P, Sharma P S V N. The Miracle Mothers and Marvelous Babies: Psychosocial Aspects of Surrogacy–A Narrative Review. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 2020; 13(2): 89-99.
12. Ghane-Mokhallesouni Z, Askari-Nodoushan A, Nasrabad HBR, Sadati AK, Firouzabadi RD. Representation of appositve experience 'of surrogacy in Yazd, Iran: A qualitative study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*.2022; 20(9): 769.
13. Taebi M, Alavi NM, Ahmadi S M. The experiences of surrogate mothers: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Studies*.2020; 9(1): 51-9.
14. Zandi M, Vanaki Z, Shiva M, Mohammadi E. Process of becoming a mother for Iranian surrogacy-commissioning mothers: A grounded theory study. *Japan Journal of Nursing Science*.2018; 15(1): 3-16.
15. Moghimian M, Joozi M, Fadaee S, Azarbarzin M, Goli Sh SF. Alphabet research method in medical sciences for using by students of medical sciences and researchers. Najafabad: Islamic Azad University, Najafabad Branch publishing. 2020.
16. Bakhshandeh Bavarsad M, Foroughan M, Zanjari N, Jorjoran Shushtari Z, Ghaedamini Harouni G. Psychometric properties of modified MOS social support survey 5-item (MSSS-5-item) among Iranian older adults. *BMC geriatrics* 2021; 21(1): 409.
17. Nazari R, Emran MS, Nia HS, Hussein A, Goudarzian R P. Psychometric Properties of the Persian Version of the General Health Questionnaire in Patients with Mitral Valve Prolapse: A Methodological Study. *Journal of Critical Care Nursing* 2022; 15(2): 12-22.
18. Basharpour S, Anbari F, Mohajeri Aval N. Social Anxiety and Emotion Control Strategies: Can eating disorder symptoms be predicted? *Iranian Journal of Health Psychology* 2019; 2(2): 71-80.
19. Pawlak SA, Sami S, Thomas EBK. The surrogacy experience: a survey of psychosocial impacts on gestational carriers. *Journal of reproductive and infant psychology* 2025; 1-12.
20. Gupta J A, Bakker S M. Mothers for life? Exploring emotional vulnerability of Indian commercial surrogate mothers. *Asian Journal of Women's Studies*.2022; 28(1): 65-84.
21. Goli M, Kohan S, Oloonabadi S M A, Farajzadegan Z, Heidari Z A reproductive health-care program for surrogate mothers: A mixed methods study. *Journal of education and health promotion* 2022; 11(1): 250.